

بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم

مأنده غلامزاده^۱

فاطمه بیان فر^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش میزان رضایت زناشویی بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اتیسم عضو انجمن اتیسم در شهر تهران بودند. روش نمونه گیری در دسترس که شامل ۲۰ مادر بود که به طور تصادفی در گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش، درمان پذیرش و تعهد را در ۸ جلسه یک ساعته دریافت نمودند. برای جمع اوری داده ها از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (۱۹۹۸)، استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده گردید. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که درمان پذیرش و تعهد میزان رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم را افزایش می دهد و میانگین نمره کل رضایت زناشویی در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری دارد و میانگین نمره کل رضایت زناشویی در گروه آزمایش از میانگین نمره کل رضایت زناشویی در گروه کنترل به گونه ای معنادار بالاتر است. بنابراین میتوان نتیجه گرفت درمان پذیرش و تعهد توانسته است بر افزایش میزان رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم تاثیر بگذارد.

واژه گان کلیدی: اتیسم، رضایت زناشویی، درمان پذیرش و تعهد، زوجین شهر تهران.

۱- استادیار، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

Maede.gholamzade@gmail.com

۲- کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

مقدمه

والدین کودکان دارای اختلالات جسمی و ذهنی زندگی بسیار پر استرسی را تجربه می‌کنند و همواره نیازمند خدمات مراقبتی و حمایتی مستمر دارند و چنین شرایطی به شدت سلامت روانی این خانواده‌ها را تهدید می‌کند (گیالو، سیمور، ماتیوس، هادسون، پیان و کامرون، ۲۰۱۵). بدون شک رضامندی زناشویی و اشتیاق به باهم بودن و همراه هم بودن تضمین‌کننده سلامت روانی زوجین است. رضامندی زناشویی و میل به پیش بردن زندگی همراه با صمیمیت و همدلی، در حفظ و تعادل زندگی مشترک بسیار مهم است با وجود این شرایطی پیش می‌آید که تعادل و همنوایی را تحت تاثیر قرار می‌دهد از جمله مشکلات اقتصادی، تغییر یا از دست دادن شغل، بیماری، از کار افتادگی همسر، تولد فرزند به خصوص اگر دچار مشکلات جسمی یا ذهنی حتی در سطح خفی و... (سچیو و همکاران، ۲۰۰۷). گفته می‌شود که کمتر متغیری به اندازه تولد فرزند، آهنگ و تعادل خانواده را به هم می‌ریزد. حال اگر این عضو جدید نارسایی هم داشته باشد، وضعیت از آنچه انتظار می‌رود بدتر خواهد شد (هیدا، هالی و ابات، ۲۰۱۰).

به هر حال تولد نوزادی با ناتوانیهای جسمی / ذهنی می‌تواند خانواده را به عنوان یک نهاد اجتماعی به شیوه‌های مختلف تغییر دهد. والدین و همشیرها ممکن است نسبت به این موضوع با ضربه روحی، ناامیدی، خشم، افسردگی، احساس گناه و سردرگمی واکنش نشان دهند (دل و الندرز، ۲۰۰۹). لی (۲۰۰۹) نشان داده است که والدین کودکان دارای اتیسم سطح رضایت زناشویی متفاوت‌تر و پایین‌تری نسبت به والدین کودکان سالم دارند. والدین این کودکان وقت کافی برای همسر خود ندارند، که این مسئله به روابطشان آسیب بیشتری وارد می‌کند (بروبست و

1. Giallo, R., Seymour, M., Matthews, J., Gavidia-Payne, S., Hudson, A., & Cameron, C

2. Hedda, m. James Hallie, w. Aaron Ebate, t

کلاپتون، هندریک^۱، ۲۰۰۹). این والدین در مقایسه با والدین عادی مشاجرات بیشتری را گزارش کرده‌اند و پدران نیز از آمدن به خانه اجتناب می‌کنند (مایرز و بلاک و تایرنی، ۲۰۰۹). این عوامل می‌تواند به کاهش رضایت از زندگی زناشویی در زوج‌های دارای کودک اتیسم در مقایسه با والدین سالم منجر شود (برویست و همکاران، ۲۰۰۹).

شواهد زیادی وجود دارد که کیفیت رابطه زناشویی هم با شرایط و خوب بودن کودک شکل می‌گیرد و هم به عنوان عاملی برای خوب بودن کودک در نظر گرفته می‌شود (هارتلی و بارکر، بارکر و سلترز، ۲۰۱۲). با این حال فقط تعداد کمی از مطالعات رابطه زناشویی والدینی که دارای کودک اتیسم هستند را مورد بررسی قرار داده‌اند. از آنجا که رضایت زناشویی به عنوان وضعیتی که زن و شوهر پاسخگوی نیازهای یکدیگر هستند و درک و پشتیبانی و تایید شریک زندگی تعریف شده است (سگال، تیزدیل و ویلیامز، ۲۰۰۴). به نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزشی برای افزایش رضایت زناشویی باید در برگیرنده عوامل موثر بر آن باشد و به افزایش رضایت در هر کدام از این ابعاد پردازد. به منظور افزایش رضایت زناشویی رویکردهای درمانی گوناگونی وجود دارد که از آن جمله می‌توان به روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رفتار درمانی‌های مبتنی بر ذهن آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است (دریک، هوستون، کوئیگلی، تستا، کویاک، لویت و لئونارد^۲، ۲۰۱۶).

اصطلاح موج سوم یا نسل سوم را در اشاره به درمان‌های شناختی-رفتاری ابداع شد. دو نوع اصلی آن شامل درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد که در سال‌های اخیر پدید آمده‌اند. در حالی که در هر دو نوع درمان ریشه‌های شناختی

1. Brobst, J. B., Clopton, J. R., & Hendrick, S. S

2. Derrick, J. L., Houston, R. J., Quigley, B. M., Testa, M., Kubiak, A., Levitt, A., & Leonard, K. E

و رفتاری دیده می‌شود اما فرضیه اصلی و هدف این نوع درمان‌ها، تغییر شناخت و کمک به احساس بهتر بودن است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مخالفت با فرضیه «بهنجار بودن سالم» روانشناسی غرب، این فرض را دارد که فرایندهای روانشناختی ذهن انسان اغلب مخرب و موجب رنج روان شناختی هستند. کاهش علامت هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیست، چنین موضعی بر این باور استوار است که تلاش مداوم برای خلاص شدن از شر علائم خود می‌تواند اختلال بالینی ایجاد کند (شاکلورد، بسر و گوتز، ۲۰۰۸). اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حدی و نیز گاهی به طور کامل به وسیله تغییرات در فرآیندهای روانی واسطه حاصل می‌شود (هیز، لوین، پلمب-ویلاردگا، ویلات و پیستورلو، ۲۰۱۳) و اخیراً فراتحلیل مولفه‌های این نوع درمان، اثربخشی متوسط تا خیلی زیاد آن را در مشکلات روانی و مشکلات خانواده تایید کرده است (لوین، هیلدبرانت، لیلیس و هیز، ۲۰۱۲). موسوی و همکاران (۱۳۹۴) به بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده پرداخت و با توجه به موفق بودن درمان در این پژوهش‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای پژوهش حاضر انتخاب گردیده است. برای افزایش رضایت زناشویی و بهبود متغیرهای مرتبط با آن، رویکردهای مختلف متمرکز بر هجانات، رفتارها، شناخت‌ها و... وجود دارد که یکی از رویکردهای جدید و مؤثر در زمینه مشکلات فردی و بین فردی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.

از این رو وجود طیف وسیعی از مشکلات رفتاری در کودکان دارای اتیسم، رضایت زناشویی والدین و زندگی خانوادگی را از جنبه‌های گوناگون تحت تأثیر قرار داده است. این مسئله ایجاب می‌نماید تا به دنبال حل این مسائل باشیم لذا باید به دنبال بررسی مداخلات بالینی در زمینه رضایت زناشویی در والدین کودکان دارای اتیسم به منظور ارائه راهبردهای عملیاتی باشیم. لذا در این

1. Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J

2. Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C.

پژوهش با مشخص نمودن اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی بر ابعاد رضایت زناشویی در والدین کودکان دارای اتیسم می توان اولویت های درمانی را برای افزایش روابط زناشویی والدین کودکان دارای اتیسم مشخص نمود. لذا در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال هستیم که آیا درمان پذیرش و تعهد بر کاهش میزان رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم تاثیر دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است چرا که امکان کنترل تمامی متغیرهای مزاحم وجود نداشت و از طرح پیش از مون و پس از مون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان اتیسم عضو انجمن اتیسم شهر تهران بود. روش نمونه گیری این پژوهش از نوع در دسترس بوده است. گاهی اوقات، انتخاب نمونه به صورت تصادفی یا غیر تصادفی مشکل و حتی در برخی مواقع غیرممکن است. در ابتدا اطلاعاتی ای مبنی بر برگزاری کارگاه آموزشی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی مادران کودکان مبتلا به اتیسم در انجمن اتیسم شهر تهران منتشر شد و پس از ثبت نام افراد (که شامل ۲۰ نفر بودند) مرحله گمارش در گروه ها برای تقسیم شدن در گروه آزمایش و کنترل، به صورت تصادفی انجام شد. ملاک های ورود به پژوهش داشتن فرزند مبتلا به اختلال اتیسم، داشتن حداقل مدرک دیپلم، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۰ بوده است. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش مقیاس رضایت زناشویی انریچ توسط اولسون (۱۹۹۸)، تهیه شد پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ که فرم ۴۷ سوالی است و شامل ۹ مقیاس است که عبارتند از: مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان و جهت گیری عقیدتی

ساخته شده است. این ابزار به صورت پنج گزینه ای (کاملاً موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف)، که به هر یک از یک تا پنج امتیاز داده می شود. ضریب الفای (پرسشنامه انریچ) در گزارش اولسون فورینرو دراکمن (۱۹۸۹) برای خرده مقیاس های تحریف ارمانی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزند پروری، خانواده و دوستان به ترتیب از این قرار است: ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۱ ضریب الفای خرده مقیاس های انریچ در چندین تحقیق متفاوت از ۰/۶۸ (برای نقش های مساوات طلبی) تا ۰/۸۶ (برای رضایت زناشویی) با میانگین ۰/۷۹ بوده است. اعتبار بازمایی پرسشنامه در فاصله ۴ هفته بین ۰/۷۷ (برای فعالیت های اوقات فراغت) تا ۰/۹۲ (برای روابط جنسی و تحریف ارمانی) با میانگین ۰/۸۶ بوده است. در یک پژوهش مهدویان (۱۳۷۶) در کار روی اعتبار از مون انریچ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازمایی، به فاصله یک هفته (برای مردان ۰/۹۳۷ و برای زنان ۰/۹۴۴) و برای مردان و زنان (۰/۹۴) به دست آوردند. این ضرایب برای خرده مقیاس های تحریف ارمانی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت های اوقات فراغت، رابطه جنسی، ازدواج و فرزندان، خانواده و دوستان و جهت گیری مذهبی گروه زنان و مردان به ترتیب از این قرار است: ۰/۷۲، ۰/۸۵، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۸۱، ۰/۶۳، ۰/۶۹، ۰/۸۷، ۰/۶۹، ۰/۷۳ به دست آمده است. در این پژوهش پایایی به دست آمده از روش الفای کرونباخ ۰/۹۵ بوده است. میر خشتی (۱۳۷۵) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه میان رضایت از زندگی زناشویی و سلامت روان نیز درباره روایی این پرسشنامه چنین می نویسد: در این پژوهش سوالات پرسشنامه پربار سازی مجدداً ترجمه گردید. تعدادی از سوالات نامفهوم و ناهماهنگ با فرهنگ ایرانی با راهنمایی و مشورت استاد راهنما حذف شد. نهایتاً ۴۷ سوال از پرسشنامه انتخاب گردید. پرسشنامه ها بر یک گروه ۳۰ نفری به طور آزمایشی

اجرا شد. بعضی سوالات نامفهوم بود که اصلاحاتی بر روی آن‌ها به عمل آمد و روایی محتوایی آن به تأیید نهایی استادان راهنما و مشاور رسید. ضریب همبستگی پرسشنامه انریچ با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰، با مقیاس‌های رضایت از زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه‌ی روایی‌ساز است. کلیه خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه انریچ زوج‌های راضی و ناراضی را متمایز می‌کند و این نشان می‌دهد که پرسشنامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است. جلسات درمانی پذیرش و تعهد در طی دو هفته و هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد و جلسات براساس درمان مبتنی بر کتاب ACT در عمل پاتریشیا باخ و دنیل ج. موران (۱۳۹۴) به شرح زیر بود (۱۷). جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و معرفی، ارزیابی نمونه و بیان مقررات؛ جلسه دوم: آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل؛ مهره‌های شطرنج نمودار افکار، احساسات، و حس‌های بدنی درمانجوست. جلسه سوم: آموزش نو میدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلاتی که مراجع برای رهایی از آنها تلاش نموده است؛ جلسه چهارم: ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی بواسطه رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف؛ جلسه پنجم: آموزش زندگی ارزش‌مدار و انتخاب و مرور جلسات پیشین و تکالیف؛ جلسه ششم: ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آنها؛ جلسه هفتم: بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد؛ جلسه هشتم: شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون ارائه شد. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات به منظور توصیف آنان از روش‌های مناسب در آمار توصیفی، شاخص‌های گرایش مرکزی، پراکندگی و همچنین در مرحله‌ی بعد، از آمار استنباطی، آزمون تحلیل واریانس استفاده گردید. پس از آزمون پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس یعنی آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای نرمالیتی، آزمون همگنی واریانس‌ها، آزمون همگنی ماتریس

پراکندگی و آزمون شیب خط رگرسیون، فرضیه‌ها از طریق آنالیز کوواریانس چندمتغیره آزمون تحلیل گردید.

یافته‌ها

این مطالعه روی ۲۰ مادر کودک دارای اختلال اتیسم انجام شد. براساس جدول (۱) نتایج آزمون کولموگروف-اسمیروف نشان داد که توزیع نمرات متغیر رضایت زناشویی و ابعاد آن بالاتر از ۰/۰۵ است، و توزیع داده‌ها نرمال می‌باشد.

جدول ۱: آزمون کولموگروف-اسمیروف برای بررسی هنجار بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

Sig.	کولموگروف-اسمیروف		گروه	متغیر
	درجه آزادی	آماره		
۰/۲۰۰	۱۰	۰/۲۰۲	آزمایش	جهت‌گیری مذهبی
۰/۵۴۱	۱۰	۰/۳۲۴	کنترل	
۰/۲۰۰	۱۰	۰/۲۱۶	آزمایش	اقوام و دوستان
۰/۲۰۰	۱۰	۰/۲۱۶	کنترل	
۰/۱۲۲	۱۰	۰/۲۳۶	آزمایش	ازدواج و فرزندان
۰/۲۰۰	۱۰	۰/۱۵۸	کنترل	
۰/۲۰۰	۱۰	۰/۲۰۶	آزمایش	روابط جنسی
۰/۶۴۲	۱۰	۰/۳۲۵	کنترل	
۰/۱۰۲	۱۰	۰/۲۴۱	آزمایش	فعالیت‌های اوقات فراغت
۰/۲۰۰	۱۰	۰/۲۰۵	کنترل	
۰/۱۶۷	۱۰	۰/۲۲۴	آزمایش	مدیریت مالی
۰/۰۷۱	۱۰	۰/۲۵۲	کنترل	
۰/۰۶۲	۱۰	۰/۲۵۶	آزمایش	حل تعارض
۰/۲۰۰	۱۰	۰/۱۶۷	کنترل	
۰/۲۰۰	۱۰	۰/۱۷۸	آزمایش	ارتباط زناشویی
۰/۱۲۳	۱۰	۰/۲۳۵	کنترل	

موضوعات شخصیتی	آزمایش	۰/۲۳۶	۱۰	۰/۱۲۰
	کنترل	۰/۲۵۳	۱۰	۰/۰۶۸
نمره کل رضایت زناشویی	آزمایش	۰/۲۴۶	۱۰	۰/۰۸۶
	کنترل	۰/۲۱۸	۱۰	۰/۱۹۴

براساس جدول (۲)، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد، واریانس نمرات پس آزمون متغیر رضایت زناشویی و ابعاد آن معنادار نشده است ($P > 0/05$). بنابراین از این نظر منعی برای استفاده از آزمون تحلیل کواریانس برای آزمون فرضیه‌های پژوهش وجود ندارد.

جدول ۲: آزمون لوین برای مقایسه واریانس نمرات متغیرهای وابسته پژوهش

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	Sig.
جهت گیری مذهبی	۳/۶۶۰	۱	۱۸	۰/۰۷۲
اقوام و دوستان	۳/۷۷۰	۱	۱۸	۰/۰۶۸
ازدواج و فرزندان	۲/۰۴۳	۱	۱۸	۰/۱۷۰
روابط جنسی	۰/۰۰۰	۱	۱۸	۰/۹۹۷
فعالیت های اوقات فراغت	۵/۶۵۶	۱	۱۸	۰/۰۲۹
مدیریت مالی	۱/۶۰۵	۱	۱۸	۰/۲۲۱
حل تعارض	۰/۱۸۶	۱	۱۸	۰/۶۷۱
ارتباط زناشویی	۰/۳۴۲	۱	۱۸	۰/۵۶۶
موضوعات شخصیتی	۰/۵۶۹	۱	۱۸	۰/۴۶۱
نمره کل رضایت زناشویی	۰/۲۵۴	۱	۱۸	۰/۶۲۰

در جدول (۳)، میانگین و انحراف استاندارد متغیر رضایت زناشویی و ابعاد آن در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون آمده است. در متغیر رضایت زناشویی و ابعاد آن میانگین دو گروه یکسان نیست ولی برای این که مشخص شود آیا این تفاوت‌ها معنادار است یا خیر، باید از روش‌های آماری مناسب استفاده شد. در پژوهش حاضر، برای یکسان کردن دو گروه آزمایشی و کنترل در قبل از شروع مداخله از نظر رضایت زناشویی و ابعاد آن از آزمون تحلیل کواریانس

استفاده شده است. نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی وارد تحلیل شده‌اند. آزمون مفروضه‌های تحلیل کواریانس در جدول (۱) و (۲) ارایه شد و همانطور که ملاحظه می‌شود مفروضه‌ها برقرار است و منعی برای استفاده از این آزمون وجود ندارد.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایشی و کنترل

کنترل		آزمایش		گروه		
انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	تعداد		
استاندارد		استاندارد				
۳/۰۸	۱۷/۸۰	۳/۰۴	۱۸/۲۰	۱۰	پیش آزمون	جهت‌گیری مذهبی
۳/۳۲	۱۷/۸۰	۲/۸۳	۱۹/۳۰	۱۰	پس آزمون	
۲/۳۵	۱۷/۸۰	۲/۸۸	۱۶/۱۰	۱۰	پیش آزمون	اقوام و دوستان
۲/۳۶	۱۷/۵۰	۲/۳۳	۱۷/۱۰	۱۰	پس آزمون	
۳/۶۰	۱۷/۵۰	۳/۳۰	۱۶/۰۰	۱۰	پیش آزمون	ازدواج و فرزندان
۳/۴۰	۱۷/۵۰	۱/۵۹	۲۰/۱۰	۱۰	پس آزمون	
۴/۶۹	۱۷/۴۰	۴/۲۰	۱۷/۱۰	۱۰	پیش آزمون	روابط جنسی
۴/۷۰	۱۷/۵۰	۱/۴۷	۱۸/۸۰	۱۰	پس آزمون	
۳/۶۹	۱۵/۹۰	۳/۴۷	۱۷/۴۰	۱۰	پیش آزمون	فعالیت‌های اوقات فراغت
۱/۹۱	۱۴/۱۰	۲/۰۰	۱۹/۰۰	۱۰	پس آزمون	
۴/۴۵	۱۷/۵۰	۳/۶۸	۱۸/۸۰	۱۰	پیش آزمون	مدیریت مالی
۴/۰۸	۱۸/۴۰	۱/۹۳	۱۹/۸۰	۱۰	پس آزمون	
۴/۷۴	۱۸/۰۰	۲/۵۹	۱۷/۴۰	۱۰	پیش آزمون	حل تعارض
۳/۳۱	۱۶/۴۰	۲/۷۱	۱۹/۷۰	۱۰	پس آزمون	
۶/۷۷	۲۰/۱۰	۵/۸۲	۲۱/۱۰	۱۰	پیش آزمون	ارتباط زناشویی
۴/۵۵	۱۷/۶۰	۳/۰۳	۲۳/۴۰	۱۰	پس آزمون	
۴/۴۶	۲۰/۸۰	۵/۱۲	۲۰/۶۰	۱۰	پیش آزمون	موضوعات شخصیتی
۵/۴۸	۱۹/۴۰	۳/۳۷	۲۳/۳۰	۱۰	پس آزمون	
۳۱/۹۵	۱۶۲/۲۰	۲۲/۸۷	۱۶۲/۷۰	۱۰	پیش آزمون	نمره کل رضایت
۳۱/۰۹	۱۵۷/۸۰	۱۳/۹۷	۱۸۰/۵۰	۱۰	پس آزمون	زناشویی

براساس آزمون ام باکس در جدول (۴)، ماتریس کواریانس‌های دو گروه در مولفه‌های رضایت زناشویی برابر نیست، به همین خاطر برای آماره چند متغیره از اثر هتلینگک ترس استفاده شده است. با اینحال چون تعداد گروه‌های پژوهش دو گروه است، تفاوتی بین مقدار آماره‌های چند گانه مختلف وجود ندارد و لذا، منعی برای استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره وجود ندارد.

جدول ۴: آزمون ام باکس برای مقایسه ماتریس کواریانس‌های دو گروه در مولفه‌های رضایت زناشویی

ام باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	Sig.
۱۴۵/۸۶۱	۱/۴۱۲	۴۵	۱۰۶۴/۳۹۹	۰/۰۴۰

برای مقایسه دو گروه گواه و آزمایش در مولفه‌های رضایت زناشویی و یکسان کردن دو گروه آزمایشی و گواه در قبل از شروع مداخله از نظر رضایت زناشویی از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شده است. نمره کل پیش آزمون رضایت زناشویی به عنوان متغیر کمکی وارد تحلیل شده است. نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه گروه گواه و آزمایش در مولفه‌های رضایت زناشویی به شرح زیر است.

جدول ۵: آماره چند گانه برای اثر مداخله تعهد و پذیرش بر مولفه‌های رضایت زناشویی

نام آزمون	مقدار ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطا	مقدار معناداری	اندازه اثر
اثر بیلابی	۰/۸۸۶	۰/۸۸۶	۹	۹	۰/۰۰۳	۰/۸۸۶
لامبدای ویکلز	۰/۱۱۴	۰/۱۱۴	۹	۹	۰/۰۰۳	۰/۸۸۶
اثر هتلینگک	۷/۷۶۸	۷/۷۶۸	۹	۹	۰/۰۰۳	۰/۸۸۶
بزرگترین ریشه روی	۷/۷۶۸	۷/۷۶۸	۹	۹	۰/۰۰۳	۰/۸۸۶

براساس جدول (۵)، اثر مداخله تعهد و پذیرش بر ترکیب خطی مولفه‌های کفایت اجتماعی معنادار است و حجم اثر مداخله آزمایشی تعهد و پذیرش بر ترکیب خطی مولفه‌های رضایت زناشویی برابر با ۰/۸۸۶ است که در حد خیلی زیاد است. بنابراین بین دو گروه آزمایشی و کنترل

در حداقل یک مولفه از مولفه‌های رضایت زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد که در جدول هشت نتیجه مقایسه مولفه‌های رضایت زناشویی آمده است.

جدول ۶: تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه دو گروه در مولفه‌های رضایت زناشویی

مولفه	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	مجذور	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	اتای	آزمون
جهت‌گیری مذهبی	۱۰/۶۸۲	۱	۱۰/۶۸۲	۲/۰۰۵	۰/۱۷۵	۰/۱۰۶	۰/۲۶۷
اقوام و دوستان	۰/۹۱۴	۱	۰/۹۱۴	۰/۲۳۳	۰/۶۰۸	۰/۰۱۶	۰/۰۷۸
ازدواج و فرزندان	۳۲/۹۲۵	۱	۳۲/۹۲۵	۸/۷۱۰	۰/۰۰۹	۰/۳۳۹	۰/۷۹۴
روابط جنسی	۷/۷۹۲	۱	۷/۷۹۲	۱/۸۲۴	۰/۱۹۵	۰/۰۹۷	۰/۲۴۷
فعالیت‌های اوقات فراغت	۱۱۹/۰۴۱	۱	۱۱۹/۰۴۱	۴۴/۱۹۰	۰/۰۰۰	۰/۷۲۲	۱/۰۰۰
مدیریت مالی	۹/۱۹۹	۱	۹/۱۹۹	۱/۹۸۶	۰/۱۷۷	۰/۰۰۵	۰/۲۶۵
حل تعارض	۵۳/۱۶۲	۱	۵۳/۱۶۲	۱۱/۳۴۷	۰/۰۰۴	۰/۴۰۰	۰/۸۸۷
ارتباط زناشویی	۱۶۴/۵۸۲	۱	۱۶۴/۵۸۲	۵۳/۲۴۷	۰/۰۰۰	۰/۷۵۸	۱/۰۰۰
موضوعات شخصیتی	۷۳/۳۲۹	۱	۷۳/۳۲۹	۱۲/۵۷۱	۰/۰۰۲	۰/۴۲۵	۰/۹۱۶

براساس جدول (۶)، از بین مولفه‌های رضایت زناشویی، در مولفه‌های ازدواج و فرزندان، فعالیت‌های اوقات فراغت، حل تعارض، ارتباط زناشویی و موضوعات شخصیتی بین میانگین دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. در مولفه ازدواج و فرزندان میانگین گروه آزمایشی (۲۰/۱۰) به گونه‌ای معنادار از میانگین گروه کنترل (۱۷/۵۰) بزرگتر است. حجم اثر مداخله تعهد و پذیرش بر مولفه ازدواج و فرزندان برابر با ۰/۳۳۹ است که در حد متوسط به پایین است. در مولفه فعالیت‌های اوقات فراغت میانگین گروه آزمایشی (۱۹/۰۰) به گونه‌ای معنادار از میانگین گروه کنترل (۱۴/۱۰) بزرگتر است. حجم اثر مداخله تعهد و پذیرش بر مولفه فعالیت‌های اوقات فراغت برابر با ۰/۷۲۲ است که در حد زیاد است. در مولفه حل تعارض میانگین گروه

آزمایشی (۱۹/۷۰) به گونه‌ای معنادار از میانگین گروه کنترل (۱۶/۴۰) بزرگتر است. حجم اثر مداخله تعهد و پذیرش بر مولفه حل تعارض برابر با ۰/۴۰۰ است که در حد متوسط به پایین است. در مولفه ارتباط زناشویی میانگین گروه آزمایشی (۲۳/۴۰) به گونه‌ای معنادار از میانگین گروه کنترل (۱۷/۶۰) بزرگتر است. حجم اثر مداخله تعهد و پذیرش بر مولفه ارتباط زناشویی برابر با ۰/۷۵۸ است که در حد زیاد است. در مولفه موضوعات شخصیتی میانگین گروه آزمایشی (۲۳/۳۰) به گونه‌ای معنادار از میانگین گروه کنترل (۱۹/۴۰) بزرگتر است. حجم اثر مداخله تعهد و پذیرش بر مولفه موضوعات شخصیتی برابر با ۰/۴۵۸ است که در حد متوسط است. در بقیه مولفه‌های زناشویی اگرچه میانگین گروه آزمایشی بالاتر از میانگین گروه کنترل است ولی این تفاوت در حد معناداری نیست.

برای مقایسه دو گروه گواه و آزمایش در نمره کل رضایت زناشویی و یکسان کردن دو گروه آزمایشی و گواه در قبل از شروع مداخله از نظر رضایت زناشویی از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شده است. نمره کل پیش آزمون رضایت زناشویی به عنوان متغیر کمکی وارد تحلیل شده است.

جدول ۷: تحلیل کواریانس برای مقایسه نمرات دو گروه در متغیر فرسودگی زناشویی

منبع	مجموع	درجه آزادی	میانگین	F	Sig.	مجذور اتای جزئی
	مجذورات		مجذورات			
گروه	۲۴۸۵/۹۸۲	۱	۲۴۸۵/۹۸۲	۲۷/۴۱۰	۰/۰۰۰	۰/۶۱۷
خطا	۱۵۴۱/۸۴۲	۱۷	۹۰/۶۹۷			
کل	۵۸۵۲۶۹/۰۰۰	۲۰				

براساس جدول (۷)، میانگین نمره کل رضایت زناشویی در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری دارد و میانگین نمره کل رضایت زناشویی در گروه آزمایشی (۱۸۰/۵۰) از میانگین نمره

کل رضایت زناشویی در گروه کنترل (۱۵۷/۸۰) به گونه‌ای معنادار بالاتر است. حجم اثر مداخله تعهد و پذیرش بر نمره کل رضایت زناشویی برابر با ۰/۶۱۷ است که در حد بالاتر از متوسط است. با توجه به معنادار بودن اثر مداخله تعهد و پذیرش بر نمره کل فرسودگی زناشویی میانگین تعدیل شده دو گروه در جدول (۸) آمده است. این میانگین با دخالت نمره پیش آزمون فرسودگی اصلاح شده است.

جدول ۸: میانگین تعدیل شده دو گروه در نمره کل رضایت زناشویی

گروه	میانگین	خطای استاندارد	
		فاصله اطمینان ۹۵٪	حد بالا
آزمایش	۱۸۰/۲۹۹	۳/۰۱۲	۱۷۳/۹۴۵
کنترل	۱۵۸/۰۰۱	۳/۰۱۲	۱۵۱/۶۴۷

نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد میزان رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم را افزایش می دهد و میانگین نمره کل رضایت زناشویی در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری دارد و میانگین نمره کل رضایت زناشویی در گروه آزمایش از میانگین نمره کل رضایت زناشویی در گروه کنترل به گونه‌ای معنادار بالاتر است. بنابراین میتوان نتیجه گرفت درمان پذیرش و تعهد توانسته است بر افزایش میزان رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم تاثیر بگذارد. این نتیجه با نتایج تحقیقات علمداری (۱۳۹۲)، موسوی و همکاران (۱۳۹۴)، محمدی و همکاران (۱۳۹۵)، همخوان است. در تبیین این نتیجه می توان اظهار داشت از آنجا که درمان پذیرش و تعهد عمل عشق را از احساس عشق متمایز می داند و معتقد است که عشق عمل است نه احساس. می توان عنوان کرد که شرکت کنندگان به کمک این تفکیک تمرین های گسلش و پذیرش را انجام داده و ناخوشایندی های موجود در دیگر

حوزه ها را وارد حوزه زناشویی نکرده اند. در واقع این گونه می توان بیان کرد که یکی از مزیت های درمان پذیرش و تعهد آموزش به مراجعین برای تجربه کامل هیجان ها و احساس های جسمانی شان بدون هیچ گونه اجتناب و گام برداشتن در مسیر زندگی مبنی بر ارزش ها برای تغییر رفتار است. هدف صریح در درمان پذیرش و تعهد کاهش تلاش برای کنترل درونی، اجتناب تجربه ای، افزایش کنترل رفتار و تمایل به تجربه کردن گسترده ای از عواطف است. هدف اصلی در زوج درمانی با رویکرد پذیرش و تعهد را درمان اجتناب های هیجانی، گسترش محتوای شناختی و ایجاد و حفظ تعهد در تغییرات رفتاری بیان می کنند. تبیین دیگر این است که درمان پذیرش و تعهد زوجین را تشویق می کند که با ارزش های واقعی زندگی خود پیوند یافته و مجذوب ان ها گردند، این ارزش ها می تواند در روابط با همسر در طول زندگی نمود پیدا کنند. در کل چنین به نظر می رسد که درمان پذیرش و تعهد با قابلیت ها و خصایص خود به زوجین کمک کرده تا عواطف، احساس ها، تجارب، افکار و علائم بدنی را به شیوه های جدید و متفاوت از قبل تجربه کنند، به طوری که کشمکش با واکنش های افکار منفی را کاهش و پذیرش فکر را افزایش دهند، لذا زنان گروه آزمایش قادر شده اند با تمرین های پذیرش و تمرکز حواس حساسیت ها و کنترل های خود را به مقدار قابل توجهی کاهش داده و در نتیجه رضایت زناشویی ان ها به طور معنی داری افزایش یافته است.

نتایج پژوهش نشان داد درمان پذیرش و تعهد موضوعات شخصیتی در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم را افزایش میدهد. در تبیین این نتیجه می توان اظهار داشت که طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد به شناخت ویژگی های شخصیتی خود و همسر و در نتیجه ی تمرینات پذیرش به پذیرش ویژگی ها با وجود تفاوت ها می رسد و دیگر به تفاوت ها به چشم یک تعارض نگاه نخواهد کرد. در کل چنین به نظر می رسد که درمان پذیرش و تعهد با قابلیت ها و

خصایص خود به فرد کمک کرده تا عواطف، احساس‌ها، تجارب و افکار را به شیوه‌های جدید و متفاوت از قبل تجربه کنند، به طوری که کشمکش با واکنش‌های افکار منفی را کاهش و پذیرش فکر را افزایش دهند.

نتایج پژوهش نشان داد درمان پذیرش و تعهد توانسته است بر افزایش ارتباط زناشویی گروه آزمایشی تاثیر بگذارد. که این نتیجه با نتایج تحقیقات علمداری (۱۳۹۲)، مشابه است. در این راستا قابل ذکر است که فرد از طریق پذیرش و تمرین‌های گسلش یاد می‌گیرند بدون قضاوت، تحقیر، اهانت و مقایسه کردن، همسر خود را انگونه که هست بپذیرند، همچنین با آموزش معنای جدیدی از کنجکاوی، روابط همسران شکل جدیدی به خود می‌گیرد. لذا درمان در این بخش موثر بوده است. ارزش‌ها برای طرفین ارزشمند و شخصی شده و با شیوه سازگاران تری به حل تعارض‌ها می‌پردازند لذا از این طریق اهمیت رابطه با همسر در زندگی را با دید بهتری بررسی می‌کنند. همچنین مزیت دیگر رویکرد پذیرش، آگاهی یافتن از آن چیزی است که از نظر شریک زندگی و روابط آن‌ها مهم است. این باعث می‌شود که از رفتارهایی که منجر به واکنش ناخوشایند دیگری می‌شود آگاه شوند و در نتیجه از مسیر ارزش‌ها دور نشده و رفتارهای مشکل‌زا را انتخاب نکنند.

نتایج پژوهش نشان داد درمان پذیرش و تعهد توانسته است بر افزایش حل تعارض زناشویی گروه آزمایشی تاثیر بگذارد. که این نتیجه با نتایج تحقیقات علمداری (۱۳۹۲)، موسوی و همکاران (۱۳۹۴) مشابه است. در تبیین این یافته نیز می‌توان عنوان نمود که همانطوری که برای شرکت‌کننده‌ها تصریح ارزش‌ها رخ می‌دهد و ارزش‌ها برای آن‌ها مهم و مشخص می‌شود با شیوه سازگاران تری نسبت به قبل به حل تعارض‌ها می‌پردازند. افراد به این شیوه به اهمیت رابطه با همسر در زندگی پی می‌برند، با تأمل بیشتری به رفتارهای شریک خود پاسخ می‌دهند. در

حقیقت با افزایش خزانه رفتاری خود دست از اجتناب‌ها کشیده و با آگاهی بیشتری اقدام به حل تعارض‌ها می‌کنند. نتایج پژوهش نشان داد نمره نظارت مالی و نگرش اقتصادی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی و گروه کنترل میانگین در پس‌آزمون گروه آزمایشی نسبت به پیش‌آزمون افزایش معنادار نیافته است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد نتوانسته است بر افزایش نظارت مالی و نگرش اقتصادی گروه آزمایشی تاثیر بگذارد که این نتیجه با نتایج تحقیق مشابه است. در تبیین این نتیجه می‌توان به این نکته دست یافت که کودکان آتستی‌ک هزینه‌های بسیار بالایی را برای خانواده دارد از جمله کلاس‌های کاردرمانی، گفتاردرمانی، رفتاردرمانی و... که در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتوانسته راه‌حلی برای این مساله باشد. همچنین با توجه به این نکته که معمولاً مادر برای مراقبت از فرزند آتستی‌ک شغل خود را رها می‌کند و مدیریت مالی خانواده‌ها در اختیار مردان خانواده است و زنان نقش کم‌رنگ‌تری در این حوزه دارند بنابراین چنین به نظر می‌رسد درمان بر روی زنان نمونه نتوانسته است چندان بر روی مدیریت مالی خانواده موثر باشد.

نتایج پژوهش نشان داد درمان پذیرش و تعهد نتوانسته است بر افزایش فعالیت‌های اوقات فراغت گروه آزمایشی تاثیر بگذارد. که این نتیجه با نتایج تحقیقات علمداری (۱۳۹۲)، موسوی و همکاران (۱۳۹۴) مشابه است. درمان پذیرش و تعهد با قابلیت‌ها و خصایص خود به افراد کمک کرده تا عواطف، احساس‌ها، تجارب و افکار را به شیوه‌ی جدید متفاوت از قبل تجربه کنند. به طوری که کشمکش با واکنش‌های افکار منفی را کاهش و پذیرش فکر را افزایش دهد با یادگیری مهارت‌های این افکار پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به روش‌هایی که به طور مداوم ارتباط و صمیمیت عاطفی زوج‌ها را هدف قرار می‌دهد تمرین می‌شود. همانطور که زوج‌ها شروع به بکارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند بیشتر تمایل پیدا می‌کنند و قادر خواهند

بود به موقعیت‌های اجتناب‌قبلی نزدیک شوند و بدان‌ها فرصت رفتار به شیوه‌ای که رضایت رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد داده می‌شود و نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب‌قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش‌های رابطه دو طرفه این فرصت را برای زوج‌ها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری برقرار کنند.

نتایج پژوهش نشان داد درمان‌پذیرش و تعهد نتوانسته است بر افزایش روابط جنسی و عاطفی با همسر در گروه آزمایشی تاثیر بگذارد. لازم به ذکر است که در این پژوهش فقط مادران درمان را دریافت نمودند و ضمن آنکه روابط جنسی و عاطفی فرایندی دو جانبه (زن و شوهر) میباشد درمان‌پذیرش و تعهد در این پژوهش نتوانسته تاثیر مثبت را بر این متغیر ایجاد نماید در نتیجه احتمالاً درمان به صورت زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد سودمندتر باشد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان‌پذیرش و تعهد نتوانسته است بر افزایش نگرش‌ها و احساسات شخصی درباره تعداد بچه و توافق روی آن در گروه آزمایشی تاثیر بگذارد. که این نتیجه با نتایج تحقیقات علمداری (۱۳۹۲)، لوین، هیلدبرانت، لیلیس و هیز^۱ (۲۰۱۲) مشابه است. در تبیین این فرضیه نیز می‌توان اظهار داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران کمک کرده با تمرینات مبتنی بر پذیرش درباره مشکلات فرزندشان به پذیرشی نسبی و به توافقی در تربیت فرزندشان با همسر خود برسند و در نتیجه سازگارانه‌تر عمل کنند.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان‌پذیرش و تعهد نتوانسته است بر افزایش علایق مربوط به روابط با خویشان و اقوام همسر در گروه آزمایشی تاثیر بگذارد. در تبیین این نتیجه نیز می‌توان گفت که بسیاری از والدین کودکان اتیستیک به دلیل رفتارهای کودک خود (مشکلات حسی‌ای که ممکن است پیش بیاید، عدم انعطاف‌پذیری در شرایط مختلف و...) روابطشان با اطرافیان از جمله اقوام و دوستانشان را

1. Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C.

محدود می کنند و به نظر میرسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتوانسته منجر به بهبود این مساله شود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد نتوانسته است بر افزایش نگرش ها و احساسات شخص درباره اعتقادات و اعمال مذهبی در گروه آزمایشی تاثیر بگذارد. در تبیین این نتیجه میتوان اظهار کرد که اعتقادات مذهبی مساله ای ریشه ای در بشر می باشد و در صورتی که دو فرد اختلاف نظر در این بعد داشته باشند به سختی میتوان اعتقاداتشان را تغییر دهند ضمن آنکه از نظر روانشناسان احترام به عقاید دیگری مستلزم رابطه مثبت می باشد در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش نتوانسته اثر بخش باشد. یافته های مربوط به اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نظارت مالی، روابط جنسی، جهت گیری مذهبی و روابط با اقوام و خویشان نشان داد که درمان پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر این متغیرها ندارد. در تبیین این نتایج به نظر می رسد وجود کودک دارای اختلال اتیسم که هزینه های زیادی می تواند برای والدین داشته باشد مدیریت مالی این خانواده ها را مختل میکند، همچنین متغیرهای روابط جنسی و جهت گیری های مذهبی که فرایندی دو جانبه می باشد و ضمن اینکه در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را فقط مادران دریافت نمودند نتیجه مثبتی حاصل نگشت و همچنین فرزند مبتلا به اختلال اتیسم رابطه با اقوام و خویشان را تحت تاثیر قرار میدهد و به دلیل مشکل ساز بودن رفتارهای کودک، این روابط محدود خواهد شد، این عوامل باعث گشته که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتواند در بازه زمانی کوتاه و به صورت تک والدی تاثیر معناداری بر این متغیر ها بگذارد. نتایج پژوهش با مطالعه لی (۲۰۰۹) همسو می باشد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش رضایت زناشویی و خرده مقیاس های موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، فعالیت های اوقات فراغت و نگرش ها و احساسات شخصی درباره تعداد بچه و توافق روی آن و همچنین کاهش فرسودگی زناشویی می شود و از مشکلاتی که ممکن است برای زوج ها به وجود آید پیشگیری کند.

منابع

- ۱) دلاور، علی (۱۳۹۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- ۲) علمداری، الهه (۱۳۹۲). بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین ناباور. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
- ۳) محمدی، الهام، کشاورزی ارشدی، فرناز و فرزاد، ولی الله (۱۳۹۵). «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده». دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۷(۲)، صص ۲۶-۳۵.
- ۴) موسوی، مریم سادات، رشیدی، علیرضا و گل محمدیان، محسن (۱۳۹۴). «بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده». فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱(۲)، صص ۱-۱۹.
- 5) Brobst, J. B., Clopton, J. R., & Hendrick, S. S. (2009). Parenting children with autism spectrum disorders: The couple's relationship. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 24(1), 38-49.
- 6) Dehle, C., & Landers, J. E. (2005). You can't always get what you want, but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. Journal of social and clinical Psychology, 24(7), 1051-1076.
- 7) Derrick, J. L., Houston, R. J., Quigley, B. M., Testa, M., Kubiak, A., Levitt, A., .. & Leonard, K. E. (2016). (Dis) similarity in impulsivity and marital satisfaction: A comparison of volatility, compatibility, and incompatibility hypotheses. Journal of research in personality, 61, 35-49.
- 8) Giallo, R., Seymour, M., Matthews, J., Gavidia-Payne, S., Hudson, A., & Cameron, C. (2015). Risk factors associated with the mental health of fathers of children with an intellectual disability in A ustralia. Journal of Intellectual Disability Research, 59(3), 193-207.
- 9) Hartley, S. L., Barker, E. T., Baker, J. K., Seltzer, M. M., & Greenberg, J. S. (2012). Marital satisfaction and life circumstances of grown children with autism across 7 years. Journal of Family Psychology, 26(5), 688.
- 10) Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior therapy, 44(2), 180-198.
- 11) Hedda, m. James Hallie, w. Aaron Ebate, t. (2010). Families with children who have autism spectrum disorder: stress and support. Journal of social science, 77 (1), 7-12.

- 12) Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior therapy*, 43(4), 741-756.
- 13) Li, M., Amuta, A., Xu, L., Dhar, S. U., Talwar, D., Jung, E., & Chen, L. S. (2016). Autism genetic testing information needs among parents of affected children: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 1011-1016.
- 14) Meadan, H., Halle, J. W., & Ebata, A. T. (2010). Families with children who have autism spectrum disorders: Stress and support. *Exceptional children*, 77(1), 7-36.
- 15) Meltzer, L. J. (2011). Factors associated with depressive symptoms in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 361-367.
- 16) Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser, S. N., & Boyle, C. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119(Supplement 1), S114-S121.
- 17) Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status*.
- 18) Shackelford, T. K., Besser, A., & Goetz, A. T. (2008). Personality, marital satisfaction, and probability of marital infidelity. *Individual differences research*, 6(1).