J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2025/06/12 *Accepted:2025/09/13*

Evaluating the Effect of Acceptance and Commitment Training on Reducing Cognitive Dissonance and Marital Conflicts among Female Nurses: An Interventional Study

Soma Moradi (M.Sc.)[1], Mohammad Esmaeil Ebrahimi (Ph.D.)[2]

1.Master of Family Counseling, Department of Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran
2.Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Hamadan Branch of Psychology, Islamic Azad University, Hamadan, Iran. Email: mse58_2007@yahoo.com Tel: +98 9127849470

Abstract

Introduction: Marital conflicts and cognitive dissonance are influential factors affecting mental health and can negatively impact nurses' professional functioning. This study aimed to evaluate the effectiveness of an Acceptance and Commitment Training (ACT) program in reducing cognitive dissonance and marital conflicts among female nurses in Sanandaj.

Methods: This semi-experimental study was conducted using a pretest–posttest design with a control group and one-month follow-up. The statistical population consisted of female nurses working in hospitals in Sanandaj in 2023. A total of 32 participants were selected through purposive sampling and assigned to experimental and control groups. Participants completed questionnaires on cognitive dissonance and marital conflicts. The experimental group received eight sessions of group-based ACT, while the control group received no intervention. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS version 25.

Results: Group-based Acceptance and Commitment Training had a significant effect on reducing cognitive dissonance ($F = 247/45$, $p < 0/001$, $\eta^2 = 0/452$) and marital conflicts ($F = 49/62$, $p < 0/001$, $\eta^2 = 0/463$) in female nurses. These effects remained stable at follow-up.

Conclusion: Group-based CT can enhance psychological flexibility and emotion regulation, thereby improving mental health and marital relationships among female nurses.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Cognitive Dissonance; Marital Conflict; Maladaptive Schemas; Nurses

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

This Paper Should be Cited as:
Author: Soma Moradi, Mohammad Esmaeil Ebrahimi. Evaluating the Effect of Acceptance and Commitment Training on Reducing Cognitive Dissonance and Marital Conflicts …..…….Tolooebehdasht Journal. 2025;24(4)69-83.[Persian]

ارزیابی اثر برنامه آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی در زنان پرستار: یک مطالعه مداخله‌ای

نویسندگان: سوما مرادی[۱]، محمد اسماعیل ابراهیمی[۲]

۱.کارشناس ارشد مشاوره خانواده ، گروه روانشناسی، روانشناسی واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

۲.نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، روانشناسی واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

تلفن تماس: ۰۹۱۲۷۸۴۹۴۷۰ Email: mse58_2007@yahoo.com

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد

سال بیست وچهارم

شماره چهارم

مهر و آبان

شماره مسلسل:۱۱۲

تاریخ وصول:۱۴۰۴/۰۳/۲۲

تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۰۶/۲۲

چکیده

مقدمه: تعارضات زناشویی و ناهماهنگی شناختی از عوامل مؤثر بر سلامت روان است که کارکرد پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی در زنان پرستار شهر سنندج انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه انجام شد. جامعه‌آماری شامل زنان پرستار شاغل در بیمارستان‌های سنندج در سال ۱۴۰۳ بود که ۳۲ نفر با روش هدفمند انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و به پرسشنامه‌های برانگیختگی شناختی و تعارضات زناشویی پاسخ دادند. مداخله آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر کاهش ناهماهنگی شناختی ($F= ۲۴۷/۴۵$، $p< ۰/۰۰۱$، $\eta^2 =۰/۴۵۲$) و کاهش تعارضات زناشویی ($F= ۴۹/۶۲$، $p< ۰/۰۰۱$، $\eta^2 = ۰/۴۶۳$) در زنان پرستار داشته است. این اثرات در پیگیری نیز پایدار باقی ماند.

نتیجه‌گیری: آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهبود تنظیم هیجان، ظرفیت ارتقاء سلامت روان و بهبود روابط زناشویی در زنان پرستار را دارد.

واژه‌های کلیدی: آموزش پذیرش و تعهد، ناهماهنگی شناختی، تعارضات زناشویی، طرحواره‌های ناسازگار، پرستار

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

حفظ سلامت روان پرستاران به عنوان نیروی خط مقدم نظام سلامت، یکی از چالش‌های اساسی نظام‌های بهداشتی در سراسر جهان است(۱). پرستاران به طور مداوم در معرض استرس‌های شغلی، فشار زمانی، بار عاطفی شدید، رویارویی با مرگ و بیماری و تعارضات اخلاقی قرار دارند(۲)؛ عواملی که نه تنها عملکرد حرفه‌ای، بلکه کیفیت روابط خانوادگی و سلامت روان آنها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند(۳). در چنین شرایطی، سازه‌هایی مانند تعارضات زناشویی و ناهماهنگی شناختی می‌توانند فشارهای روانی موجود را تشدید کنند و به کاهش کارایی، افزایش فرسودگی و افت کیفیت زندگی بینجامند.

تعارضات زناشویی به عنوان یکی از مؤثرترین عوامل تنش‌زا در زندگی بزرگسالان، زمانی شدت می‌یابد که فرد با استرس‌های شغلی قابل توجه مواجه باشد(۴). پرستاران به ویژه زنان پرستار، به دلیل ساعات کاری نامنظم، خستگی مزمن و محدودیت در فرصت‌های تعامل خانوادگی، بیش از بسیاری از گروه‌های شغلی در معرض تعارضات زناشویی قرار دارند(۵).این تعارضات می‌تواند احساس حمایت عاطفی را کاهش دهد، منابع مقابله‌ای را تضعیف کند و برون‌ریزی هیجانی در محیط کار را افزایش دهد(۶). از سوی دیگر روابط زناشویی ناپایدار موجب افزایش پریشانی روان‌شناختی شده(۷) و زمینه بروز ناهماهنگی شناختی را تقویت می‌کند.

ناهماهنگی شناختی یکی از فرآیندهای روان‌شناختی کلیدی است که در واکنش به تناقض میان باورها، ارزش‌ها و رفتارها رخ می‌دهد(۸). در حرفه پرستاری، شکاف میان ارزش‌های اخلاقی فرد و الزامات سازمانی، فشارهای نقش یا تضاد میان خواسته‌های فردی و محدودیت‌های شغلی می‌تواند به تجارب شدید ناهماهنگی شناختی بینجامد(۹). این سازه با افزایش استرس، تردید در تصمیم‌گیری، احساس گناه و کاهش انسجام درونی همراه بوده و توانایی پرستار برای مدیریت تعارضات زناشویی و هیجانات مخرب را تضعیف می‌کند(۱۰). هنگامی که فرد درگیر ناهماهنگی شناختی مزمن باشد، احتمال بروز واکنش‌های هیجانی افراطی و رفتارهای ناسازگارانه در روابط زناشویی افزایش می‌یابد(۱۱)؛ به عبارتی، این دو سازه در یک چرخه تقویت‌کننده یکدیگر عمل می‌کنند.

تداوم تعارضات زناشویی و ناهماهنگی شناختی در پرستاران به ویژه در بافت روانی اجتماعی حرفه پرستاری نشان می‌دهد که چنین مشکلاتی اغلب تنها با آموزش‌های ارتباطی یا تکنیک‌های کنترل استرس کاهش نمی‌یابند؛ بلکه نیازمند مداخلاتی هستند که بتوانند در سطحی عمیق‌تر، الگوهای پردازش شناختی و هیجانی فرد را اصلاح کنند. در دهه‌های اخیر، درمان‌های رفتاری-شناختی سنتی اگرچه در کاهش برخی مشکلات هیجانی مؤثر بوده‌اند(۱۲)، اما در مواجهه با پیچیدگی‌هایی مانند اجتناب تجربی، واکنش‌پذیری هیجانی و چسبندگی شناختی محدودیت‌هایی نشان داده‌اند. این محدودیت‌ها موجب شده است که درمان‌های موج سوم رفتاری–شناختی با تأکید بر پذیرش، ذهن‌آگاهی و اصلاح رابطه فرد با تجربه درونی، به عنوان رویکردی کارآمد برای شرایط پیچیده‌تری مانند تعارضات زناشویی و ناهماهنگی شناختی مطرح شوند.

درمان‌های موج سوم به جای تلاش برای تغییر محتوای افکار، بر انعطاف پذیری روان‌شناختی تمرکز دارند؛ یعنی توانایی مواجهه با هیجان‌های ناخوشایند، پذیرش واقعیت‌های

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

انکارناپذیر، فاصله‌گیری از افکار ناکارآمد و هدایت رفتار به‌سوی ارزش‌های فردی(۱۳). این رویکرد برای پرستاران که روزانه در معرض موقعیت‌های استرس‌زا، فشارهای اخلاقی و تعارضات خانوادگی قرار دارند، اهمیت ویژه‌ای دارد (۱۴)؛ زیرا آن‌ها بیشتر درگیر چرخه‌های اجتناب هیجانی، نشخوار فکری و کنترل‌گری شناختی می‌شوند که به تشدید ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی می‌انجامد. در این میان، درمان پذیرش و تعهد(Acceptance and Commitment Therapy:ACT) یکی از برجسته‌ترین مداخلات موج سوم است که به شکل ویژه برای کاهش اثرات مخرب چسبندگی شناختی، اجتناب تجربی و ناکارآمدی هیجانی طراحی شده است(۱۵). با بهره‌گیری از شش فرایند هسته‌ای"پذیرش، گسلش شناختی، حضور در لحظه اکنون، خود به‌عنوان زمینه، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه"به افراد کمک می‌کند تا به جای تلاش برای کنترل یا سرکوب افکار و هیجانات، با آن‌ها رابطه‌ای کارآمد و انعطاف‌پذیر برقرار کنند(۱۶). از منظر نظری، درمان پذیرش و تعهد می‌تواند ناهماهنگی شناختی را از طریق کاهش درگیری ذهنی، پذیرش افکار متناقض و هدایت رفتار به‌سوی ارزش‌ها تعدیل کند(۱۷). برای مثال زمانی که پرستار با تعارض میان نقش شغلی و نقش خانوادگی مواجه می‌شود، درمان پذیرش و تعهد به او می‌آموزد به جای تلاش برای انکار یا توجیه تناقض، آن را بپذیرد و رفتار خود را بر اساس مهم‌ترین ارزش‌های فردی تنظیم کند؛ این فرآیند موجب کاهش فشار روانی ناشی از ناهماهنگی شناختی می‌شود.

از سوی دیگر، درمان پذیرش و تعهد بر روابط بین فردی نیز تأثیر چشمگیری دارد. با افزایش حضور ذهن، کاهش رفتارهای هیجانی تکانه‌ای و وضوح بیشتر در ارزش‌های رابطه‌ای، زمینه بهبود کیفیت ارتباط زناشویی را فراهم می‌کند(۱۸). تقویت گسلش شناختی به افراد کمک می‌کند تا افکار مخرب درباره همسر یا رابطه را کمتر درونی کنند و واکنش‌های سازگارانه‌تری در گفت‌وگوها و تعارضات نشان دهند.

بنابراین درمان پذیرش و تعهد نه تنها می‌تواند درد هیجانی ناشی از تعارضات زناشویی را کاهش دهد، بلکه با افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی، مهارت‌های تنظیم هیجان و توانایی فاصله‌گیری از افکار ناکارآمد، به صورت همزمان شدت ناهماهنگی شناختی را نیز کم می‌کند. چنین رویکردی برای پرستاران که با تنیدگی‌های متعدد شغلی و خانوادگی مواجه‌اند، بسیار مناسب است و می‌تواند در افزایش تاب‌آوری، بهبود عملکرد شغلی و ارتقای کیفیت زندگی مؤثر باشد(۱۹).

با توجه به فشارهای روانی چندبعدی زنان پرستار و پیامدهای نامطلوب تعارضات زناشویی و ناهماهنگی شناختی بر کارکرد حرفه‌ای و سلامت روان آنان، ضرورت بررسی اثر بخشی مداخلات موج سوم مانند درمان پذیرش و تعهد کاملاً روشن است. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثر برنامه آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی در زنان پرستار انجام شده است تا شواهد تجربی لازم برای استفاده از این مداخله در محیط‌های بالینی و نظام سلامت فراهم شود.

روش بررسی

روش پژوهش نیمه تجربی و در قالب یک طرح پیش آزمون – پس آزمون و پیگیری ۱ ماهه با گروه کنترل بود، جامعه آماری شامل کلیه زنان پرستار شاغل در بیمارستان‌های شهر سنندج در سال ۱۴۰۳ بود که طبق آمار موجود ۴۷۰ نفر بود. به منظور تعیین

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

حجم نمونه از تحلیل توان آماری با سطح معنی‌داری ۰/۰۵، توان ۰/۸۰ و اندازه اثر متوسط برگرفته از پژوهش‌های پیشین در حوزه مداخلات پذیرش و تعهد استفاده شد؛ نتایج نشان داد که برای دستیابی به توان مطلوب، حضور حداقل ۱۵ نفر ضروری است. با توجه به احتمال ریزش نمونه در مطالعات مداخله‌ای، حجم نمونه به ۱۶ نفر افزایش یافت. نمونه‌گیری به صورت هدفمند چند مرحله‌ای انجام شد؛ به این صورت که ابتدا فهرست زنان پرستار واجد شرایط اولیه از تمام بیمارستان‌های دولتی و خصوصی سنندج دریافت شد، سپس افراد بر اساس معیارهای ورود پالایش شدند و از میان داوطلبان واجد شرایط ۳۲ نفر انتخاب و با استفاده از قرعه‌کشی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. به دنبال شروع مداخله به دلیل غیبت‌ها یا عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، تعداد شرکت‌کنندگان هر گروه به ۱۵ نفر کاهش یافت.

معیارهای ورود شامل: سن ۲۴ تا ۴۰ سال؛ حداقل یک سال زندگی مشترک؛ اشتغال فعال در بیمارستان و عدم دریافت خدمات روان‌شناختی مشابه طی ماه گذشته بود. بازه سنی ۲۴ تا ۴۰ سال به این دلیل انتخاب شد که در این دوره، زنان پرستار از یک سو دارای ثبات نسبی در وضعیت خانوادگی و شغلی هستند و از سوی دیگر، بنا بر شواهد پژوهشی، توانایی پردازش شناختی و پاسخ دهی به مداخلات روان‌شناختی از جمله آموزش پذیرش و تعهد در این سنین در سطحی بهینه قرار دارد. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت در دو جلسه متوالی یا سه جلسه پراکنده، پاسخ ناقص به سوالات پرسشنامه‌ها، انصراف از همکاری یا دریافت هرگونه مداخله روان‌شناختی خارج از پژوهش بود. برای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه برانگیختگی و کاهش ناهماهنگی شناختی هارمون-جونز، پرسشنامه تعارضات زناشویی ثنایی و براتی و فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه استفاده شد.

مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد طی هشت جلسه گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد. هر جلسه به مدت ۴۵ تا ۹۰ دقیقه برگزار شد و جلسات به صورت هفتگی و در سالن آموزش بیمارستان برگزار گردید. محتوای جلسات بر اساس پروتکل‌های استاندارد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکارانش در سال ۲۰۰۶ بود(۲۰) که شامل افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش هیجانات، فاصله‌گیری شناختی، شناسایی ارزش‌ها و تعهد به عمل طراحی شده بود و در قالب آموزش نظری، کار عملی، تمرینات تجربه محور و ارائه تکالیف خانگی اجرا شد. گروه کنترل در این مدت هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد و صرفاً در زمان‌های تعیین شده پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. این طراحی امکان مقایسه دقیق اثر مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی را فراهم ساخت.

پرسشنامه‌های پژوهش عبارت بود از: پرسشنامه برانگیختگی و کاهش ناهماهنگی شناختی(DARQ): این پرسشنامه توسط هارمون جونز در سال ۲۰۰۷ ساخته‌شده است و از ۲۵ گویه و ۲ خرده مقیاس برانگیختگی (۱۲ سؤال) و کاهش ناهماهنگی (۱۳سؤال) تشکیل‌شده است که به منظور سنجش تفاوت‌های فردی مرتبط با فرایند ناهماهنگی شناختی به کار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

می‌باشد که برای گزینه‌های «هرگز»، «بندرت»، «گاهی»، «غالباً» و «همیشه» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. گویه‌های خرده مقیاس برانگیختگی (سؤالات ۱-۲-۳-۴-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه امتیاز تمامی گویه‌ها با همدیگر جمع می‌شوند. نمره خام ۸۷ برابر با (۵۰/۱۲ یعنی تقریباً T= ۵۰ و Z = ۰/۰۱ تقریباً صفر است. افرادی که نمرات T آن‌ها کمتر از ۳۶ باشد، در موقعیت‌های ناهماهنگی برانگیز با برانگیختگی افراطی پاسخ می‌دهند، و کسانی که نمرات T آن‌ها بیشتر از ۶۳ باشد، در این موقعیت‌ها با کاهش ناهماهنگی افراطی پاسخ می‌دهند(۲۱). در پژوهش هارمون جونز(۲۲) برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمده است. زارع، صفاری‌نیا و رضایی (۱۳۸۹) روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه را بررسی کرده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس برانگیختگی ناهماهنگی برابر با ۰/۷۴ و برای خرده‌مقیاس کاهش ناهماهنگی برابر با ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار است(۲۳). همسانی درونی مقیاس در این پژوهش از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید و برای کل مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه تعارضات زناشویی: این پرسشنامه توسط ثنایی و براتی (۱۳۷۵) ساخته شده و شامل ۴۲ سؤال است که هفت حیطه تعارض زوجین را ارزیابی می‌کند. تعداد سؤال‌های هر حیطه به این صورت است: کاهش همکاری(۹ سؤال)، کاهش رابطه جنسی(۵ سؤال)، افزایش واکنش هیجانی(۹ سؤال)، افزایش رابطه با اقوام خود (۴ سؤال)، کاهش رابطه با اقوام همسر (۴ سؤال)، جدا کردن امور مالی از همدیگر (۵ سؤال) و افزایش جلب حمایت فرزند(۶ سؤال). نمره بالاتر در هر حیطه نشان دهنده سطح بالاتر تعارض زناشویی است. در این ابزار، نمره‌گذاری به این صورت انجام می‌شود که سوالات دارای پنج گزینه پاسخ است و پاسخ دهنده باید میزان بروز یا شدت هر رفتار را بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت مشخص کند. گزینه‌های این طیف شامل «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی»، «غالباً» و «همیشه» هستند که به ترتیب با امتیازهای ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ است. در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر است(۲۴). پرسشنامه تعارض زناشویی از روایی محتوایی خوبی برخوردار است. در مرحله تحلیل مواد آزمون پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سوال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن، ۱۳ سوال از ۵۵ سوال اولیه حذف شده است. در پژوهش اصغری، صادقی، خاک دوست و انتظاری(۲۵) نمرات تمامی‌مولفه‌های پرسشنامه تعارضات زناشویی از ۰/۳۱ تا ۰/۸۲ با نمره کل تعارض زناشویی در سطح ۰/۰۱ همبستگی معناداری داشتند. همسانی درونی مقیاس در این پژوهش برای کل مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد.

درمان پذیرش و تعهد: در پژوهش حاضر، پروتکل درمانی بر مبنای شیوه‌ی هیز و همکارانش در سال ۲۰۰۶ تدوین شد(۲۰). این برنامه در ۸ هفته هر هفته ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای توسط درمانگر اجرا شد. در جلسه اول، فرایند درمان، شرایط کار و الگوی زیربنایی پروتکل توضیح داده می‌شود و همراه با مصاحبه و ارزیابی اولیه، تمرین‌های پایه ذهن‌آگاهی و تمرین پوشش سخت برای تشریح روند درمان اجرا می‌گردد. در جلسه دوم، مفهوم پذیرش و زندگی در لحظه حال مطرح شده و با

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

تمرین‌های ذهن‌آگاهی، تمثیل‌هایی مانند شخص ولگرد و پیاده‌روی در باران برای توضیح رنج اولیه و ثانویه به کار می‌رود. جلسه سوم به معرفی مفهوم «خودِ زمینه‌ای» اختصاص دارد و مراجع با دیدگاه مشاهده‌گر نسبت به خود، استعاره ریگ‌های روان، رها کردن دلیل‌یابی و تکنیک‌های ناهم‌آمیزی آشنا می‌شود. در جلسه چهارم، مفهوم گسلش از تهدیدهای زبانی آموزش داده می‌شود و تمرین‌هایی مانند مواجهه با آدم‌آهنی غول پیکر و روش «بله، امّاها» اجرا می‌گردد. جلسه پنجم به سنجش اولیه ارزش‌ها، توضیح اهداف و تمرین‌هایی مانند ذهن‌آگاهی و فرونشانی افکار می‌پردازد. در جلسه ششم، روشن‌سازی ارزش‌ها با استفاده از استعاره‌هایی مانند قطب نمای ارزش‌ها و اتوبوس انجام می‌شود و مراجع به تعیین هدف و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها هدایت می‌گردد. جلسه هفتم برای توضیح مفهوم عمل متعهدانه است و تمرین‌هایی نظیر ذهن‌آگاهی، مشاهده‌گر و استعاره صفحه شطرنج انجام می‌شود. در نهایت، جلسه هشتم به جمع‌بندی، آمادگی برای عود و پیشگیری از آن اختصاص دارد و تمرین‌هایی مانند کار با کارت محتوا و ارائه تکالیفی برای تداوم مسیر «زندگی کردن زندگی» ارائه شد.

برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس و با نرم افزار نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش، متغیرهای دموگرافیک شامل سن، تحصیلات و مدت زمان زندگی مشترک (سال‌های تاهل) بررسی شدند. میانگین سن شرکت‌کنندگان بین ۲۳ تا ۴۰ سال بود و ترکیب دموگرافیک در دو گروه آزمایش و کنترل نسبتاً همسان بود. همچنین، میانگین مدت زمان زندگی مشترک بین ۱ تا ۱۶ سال گزارش شد. جزئیات تعداد و درصد افراد در هر گروه در جدول ۱آمده است. در جدول ۱، متغیرهای دموگرافیک شامل سن، تحصیلات و مدت زمان زندگی مشترک (سال‌های تاهل) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان بین ۲۳ تا ۴۰ سال بود و در گروه آزمایش ۳ نفر زیر ۲۵ سال، ۵ نفر بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۴ نفر بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۳ نفر بین ۳۶ تا ۴۰ سال قرار داشتند؛ در گروه کنترل نیز ۴ نفر زیر ۲۵ سال، ۴ نفر بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۳ نفر بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۴ نفر بین ۳۶ تا ۴۰ سال بودند. از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش ۱۲ نفر دارای مدرک لیسانس و ۳ نفر فوق‌لیسانس و در گروه کنترل ۱۱ نفر لیسانس و ۴ نفر فوق لیسانس داشتند. همچنین میانگین مدت زمان زندگی مشترک شرکت‌کنندگان بین ۱ تا ۱۶ سال بود. در گروه آزمایش، ۴ نفر دارای ۱ تا ۵ سال زندگی مشترک (۲۶/۷ درصد) ۶ نفر بین ۶ تا ۱۰ سال (۴۰ درصد) و ۵ نفر بین ۱۱ تا ۱۶ سال (۳۳/۳ درصد) بودند. در گروه کنترل نیز ۳ نفر ۱ تا ۵ سال (۲۰ درصد)، ۷ نفر ۶ تا ۱۰ سال (۴۶/۷ درصد) و ۵ نفر ۱۱ تا ۱۶ سال (۳۳/۳ درصد) تجربه زندگی مشترک داشتند. این داده‌ها نشان می‌دهد که ترکیب دموگرافیک نمونه‌ها در دو گروه نسبتاً همسان است.

جدول ۲ داده‌های توصیفی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری هر دو متغیر ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی به تفکیک گروه را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین ناهماهنگی شناختی در گروه آزمایش از ۱۵۹/۱۴ در پیش‌آزمون به ۱۸۵/۱۴ در پس‌آزمون کاهش یافته و در مرحله پیگیری تقریباً ثابت مانده است(۱۸۵/۰۰)، در حالی که در گروه کنترل تغییر قابل‌توجهی مشاهده نمی‌شود (۱۸۵/۳۷) در

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

پیش‌آزمون و ۱۸۵/۴۱ در پس‌آزمون و ۱۸۵/۴۱ پیگیری). همچنین میانگین تعارضات زناشویی در گروه آزمایش از ۱۸۴/۵۰ در پیش‌آزمون به ۱۷۲/۵۰ در پس‌آزمون کاهش یافته و در پیگیری ۱۷۳/۰۰ باقی مانده است، در حالی که در گروه کنترل تغییرات قابل توجهی رخ نداده است (۱۸۳/۵۰ پیش‌آزمون و ۱۸۳/۱۵۰در پس‌آزمون و ۱۸۳/۶۰ پیگیری). این نتایج نشان می‌دهد که اجرای برنامه آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر کاهش ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی در زنان پرستار داشته و اثرات آن حداقل تا یک ماه پس از مداخله پایدار باقی مانده است.

در جدول ۴ برای بررسی اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شده است. پیش از تحلیل داده‌ها و انجام این آزمون پیش فرض‌های آن بررسی شدند. برای بررسی نرمال بودن داده‌های آزمون از چولگی و کشیدگی استفاده شد. نتایج نشان داد که کلیه ضرایب چولگی و کشیدگی‌ها در بخش مولفه‌ها در حدود بین ۳ تا ۳- قرار گرفته است؛ بنابرانی شرط کافی برای نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش برقرار است و میتوان ادعا کرد توزیع داده‌های پژوهش از الگوی زنگوله ای نزمال تبعیت می کند و پژوهشگر می‌تواند از آزمون های آمار پارامتریک استفاده کنند.

نتایج جدول ۳ تفاوت گروه‌ها را از نظر متغیر ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی نشان می‌دهد. از آزمون لوین برای بررسی شرط برابری واریانس‌های متغیرهای پژوهشی استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح معنی‌داری برای هر دو متغیر پژوهش شامل ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی بیشتر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین واریانس متغیرهای وابسته دو گروه با همدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند و شرط برابری واریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفت. شیب خط بین متغیر همپراش (پیش آزمون) و متغیر وابسته برای ناهماهنگی شناختی (P= ۰/۶۱۱ و F=۰/۲۱۴) و تعارضات زناشویی (P=۰/۷۱ و F=۰/۱۳۱) معنادار نبود؛ لذا فرضیه همگنی شیب رگرسیون هم برقرار است. از آزمون ام باکس نیز برای بررسی شرط همانی کوواریانس ها استفاده شد و نتایج آزمون BOX= ۳/۴۷۱، F=۱/۳۱۲ وسطح معناداری ۰/۳۱۳ بود که نشان داد که تفاوت معناداری بین کوواریانس های دو گروه وجود ندارد و شرط همسانی کوواریانس ها نیز در مورد داده ها تأیید گردید.

با توجه به وجود پیش فرض‌های مورد نیاز برای اجرای تحلیل کوواریانس با استفاده از این آزمون اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی بررسی شد با توجه به داده های جدول ۴ مقدار لامیدای ویلکز (f =۲۷/۳۴۱، P=۰/۰۰۱) گروه اثر معناداری بر متغیرهای وابسته داشت؛ بنابراین می‌توان گفت آموزش پذیرش و تعهد بر ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی تاثیر داشته است. همچنین اثر اجرای درمان بر هریک از متغیرهای وابسته بررسی شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که آموزش پذیرش و تعهد بر ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی تأثیر دارد. بدین صورت که آموزش پذیرش و تعهد باعث کاهش ناهماهنگی شناختی و افزایش تعارضات زناشویی شده است.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

CC BY-NC 4.0

جدول ۱: آمار توصیفی متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر	دسته‌بندی	گروه آزمایش	گروه کنترل
سن	زیر ۲۵ سال	۳ (۲۰)	۴ (۲۶)
	۲۶ تا ۳۰ سال	۵ (۳۳/۳)	۴ (۲۶/۷)
	۳۱ تا ۳۵ سال	۴ (۲۶/۷)	۳ (۲۰)
	۳۶ تا ۴۰ سال	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۷)
تحصیلات	لیسانس	۱۲ (۸۰)	۱۱ (۷۳/۳)
	فوق لیسانس	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۷)
مدت زمان زندگی مشترک	۱ تا ۵ سال	۴ (۲۶/۷)	۳ (۲۰)
	۶ تا ۱۰ سال	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۷)
	۱۱ تا ۱۶ سال	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)

جدول ۲: آمار توصیفی ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	مرحله	ناهماهنگی شناختی	تعارضات زناشویی
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵۹/۱۴ ± ۳/۷۶	۱۸۴/۵۰ ± ۷/۵۰
	پس‌آزمون	۱۸۵/۱۴ ± ۳/۲۳	۱۷۲/۵۰ ± ۶/۸۰
	پیگیری	۱۵۸/۰۰ ± ۳/۲۳	۱۷۳/۰۰ ± ۶/۹۰
کنترل	پیش‌آزمون	۱۸۵/۳۷ ± ۲/۲۶	۱۷۳/۸۰ ± ۷/۳۰
	پس‌آزمون	۱۸۵/۴۱ ± ۲/۷۱	۱۸۳/۵۰ ± ۷/۱۰
	پیگیری	۱۸۵/۴۱ ± ۲/۷۱	۱۸۳/۶۰ ± ۷/۲۰

جدول ۳:آزمون لوین متغیرهای پژوهشی

متغیر	آمار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
ناهماهنگی شناختی	۰/۴۵۷	۱	۲۸	۰/۵۰۳
تعارضات زناشویی	۰/۳۸۱	۱	۲۸	۰/۵۲۲

جدول ۴: آزمون تحلیل کواریانس

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اثرپیلای	۰/۴۷۲	۲۷/۳۴۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۰۹	۲۷/۳۴۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱
اثر هتلینگ	۰/۹۷۲	۲۷/۳۴۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۹۷۲	۲۷/۳۴۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

CC BY-NC 4.0

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس نمرات

منابع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اثر گروه	ناهماهنگی شناختی	۸۴۷۵۵/۸۴۷	۱	۸۴۷۵۵/۸۴۷	۴۵/۲۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲
	تعارضات زناشویی	۵۴۷۴۵/۶۵۴	۱	۵۴۷۴۵/۶۵۴	۴۹/۶۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۳
خطا	ناهماهنگی شناختی	۱۰۵۶۵۴/۶۵۴	۲۶	۴۰۶۳/۶۴۰			
	تعارضات زناشویی	۶۴۷۴۵/۶۰۶	۲۶	۲۴۹۰/۲۱۵			
جمع	ناهماهنگی شناختی	۱۴۲۵۶۳۵	۳۰				
	تعارضات زناشویی	۶۵۲۷۱۴	۳۰				

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش ناهماهنگی شناختی و تعارضات زناشویی در زنان پرستار مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که این مداخله منجر به کاهش معنادار در هر دو متغیر شده است و اثرات آن حداقل تا پیگیری یک ماهه حفظ شده‌اند.

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که شرکت‌کنندگان در گروه مداخله پس از دوره آموزش، در ناهماهنگی شناختی داشتند نسبت به گروه کنترل، نمره پایین‌تری گرفتند که نشانگر اثربخشی این رویکرد بر ناهماهنگی شناختی است. دلیل اثر بخشی آموزش پذیرش و تعهد را می‌توان در فرایندهای کلیدی این درمان یافت: پذیرش تجربیات درونی (افکار، احساسات)، فاصله‌گذاری شناختی («من» مشاهده‌گر هستم، نه صرفاً افکارم)، و گسترش انعطاف شناختی (یادگیری کنار آمدن با تناقضات ذهنی به جای اجتناب از آن‌ها) دانست(۲۰، ۱۵). به عبارت دیگر، در این پژوهش پرستاران با آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته‌اند واکنش‌های عجولانه یا خودانتقادگرانه‌شان در برابر افکار متناقض را کاهش دهند و به شیوه‌ای کارآمدتر با تعارضات درونی برخورد کنند.

مطالعات پیشین از جمله پژوهشی توسط زارعی و بخشی پور (۲۶) نشان داده‌اند که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی را در زوجین متعارض افزایش دهد و کیفیت زندگی را بهبود بخشد. این مطالعه همسو با یافته‌های این پژوهش، در مورد کاهش ناسازگاری ذهنی و افزایش انعطاف در تفکر بود. همچنین برخی پژوهش‌های مرتبط با اختلالات بالینی نیز نشان داده‌اند که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم منفی هیجان و افزایش تحمل پریشانی مؤثر است(۲۷) که نشان‌دهنده توانایی این مداخله برای تغییر الگوهای شناختی عمیق‌تر است. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که آموزش پذیرش و تعهد یک مداخله قدرتمند برای کاهش ناهماهنگی شناختی در پرستاران است، زیرا به آن‌ها ابزارهایی می‌دهد تا با تفکر متناقض و هیجانات منفی بهتر کنار بیایند، نه اینکه صرفاً آن‌ها را سرکوب کنند.

علاوه بر این، مداخله آموزش پذیرش و تعهد سبب کاهش معنادار در تعارضات زناشویی نیز شده است و این اثر ممکن است به چند مکانیسم رفتاری و شناختی مربوط باشد: نخست، آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد که با تجربه هیجانی ناخوشایند - مانند خشم، نگرانی یا احساس طردشدگی - به صورتی آگاهانه تر و پذیراتر برخورد کنند، که می‌تواند تنش‌های زناشویی را کاهش دهد. دوم با

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

مشخص کردن ارزش های عمیق زندگی (مثل «حمایت متقابل»، «ارتباط صادقانه»، «خانواده»)، افراد ملزم به اقدام های متعهدانه می‌شوند که رفتارهای سازنده‌تری را در رابطه‌شان شکل می‌دهد.این یافته با برخی پژوهش‌های قبلی همسو است. برای مثال، مطالعه‌ای نشان داده است که درمان پذیرش و تعهد در زوج‌ها منجر به بهبود تعاملات زوجی(۲۸) و کاهش رفتارهای تعارض‌آمیز(۲۹) شده است.

در یک مطالعه موردی زوج‌درمانی، مداخله درمان پذیرش و تعهد با درمان رفتاری و شناختی مقایسه شد و مشخص شد که درمان پذیرش و تعهد در بهبود مؤلفه‌هایی مانند عشقبازی، صمیمیت و ارتباط مؤثرتر است(۳۰). همچنین در پژوهشی با زوج‌های متقاضی طلاق، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش باورهای غیرمنطقی و افزایش صمیمیت زناشویی گزارش شده است(۳۱). این مطالعات تایید می‌کند که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک رویکرد مداخلاتی مؤثر در بهبود کیفیت روابط زناشویی، به‌ویژه در جمعیت‌هایی با استرس شغلی یا تعارضات مزمن، کاربرد داشته باشد.

از سوی دیگر، پژوهش‌هایی نیز وجود دارند که نتایج محدودتری در رابطه با تعارض زوجی گزارش داده‌اند. علّت این ناهمسویی می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد: مدت زمان مداخله ممکن است کوتاه باشد، محتوا و تمرین‌های جلسات ممکن است به اندازه کافی روی مهارت‌های تعاملی تمرکز نکند، یا شرکت‌کنندگان ممکن است مقاومت بیشتری نسبت به پذیرش هیجان‌های عمیق‌تر نشان دهند. همچنین، تفاوت‌های فرهنگی و سازمانی (مثل فشار شغلی پرستاران در نظام سلامت) می‌تواند بر کارایی درمان پذیرش و تعهد در رابطه سازی تأثیر بگذارد.بنابراین بر اساس یافته‌های ما و مقایسه با مطالعات پیشین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد نه تنها باعث کاهش ناهماهنگی شناختی در زنان پرستار می‌شود، بلکه می‌تواند بهبود قابل‌توجهی در کیفیت روابط زناشویی آن‌ها ایجاد نماید.

پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی به شرح زیر است؛ تعمیم پذیری محدود، عدم وجود ارزیابی‌های پیگیری طولانی‌مدت، توانایی نتیجه‌گیری در مورد دوام اثرات مشاهده شده درمان و احتمال عود را محدود می‌کند، تمرکز محدود بر تعدیل‌کننده‌ها و واسطه‌های بالقوه: این مطالعه تأثیر بالقوه متغیرهای تعدیل‌کننده و میانجی مانند عوامل جمعیت شناختی یا متغیرهای روان‌شناختی را که می‌تواند بر اثربخشی مداخله تأثیر بگذارد، بررسی نکرد؛ لذا برای جلوگیری از این محدودیت‌ها، پیشنهاداتی ارائه می گردد که عبارتند از پیشنهاد می‌شود که اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در برنامه‌های حمایتی موجود برای پرستاران زن بگنجانند و به ارتقاء سلامت روان و رفاه بهتر در این جمعیت کمک کنند همچنین پیشنهاد می‌گردد ماژول‌های آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد را در برنامه درسی ادغام کنند و پرستاران آینده را به مهارت های ضروری برای مدیریت ناهماهنگی شناختی و حفظ روابط زناشویی سالم مجهز کنند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر، حاصل طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.IAU.H.REC.1402.136، تحت حمایت معاونت تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، مورد تصویب قرار گرفته است.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

سهم نویسندگان

سوما مرادی مصاحبه و گردآوری اطلاعات، گردآوری منابع و تجزیه و تحلیل داده‌ها و محمد اسماعیل ابراهیمی طراحی و نظارت پژوهش را بر عهده داشتند. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

در انجام این تحقیق هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

تضاد منافع

پژوهش حاضر هیچگونه تعارض منافعی با هیچ سازمانی ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از زحمات تمامی عزیزانی که در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی کنند.

References

1-Cranage K, Foster K. Mental health nurses' experience of challenging workplace situations: A qualitative descriptive study. Int J Ment Health Nurs. 2022;31(3):665–676.

2-Chen YC, Wu HC, Ho JJ & et al. Exploring the association between patient-nurse ratio and nurses' occupational stressors: A cross-sectional study. J Nurs Manag. 2025;2025:6160674.

3-Tian L. Affective commitment influences occupational stressors among maternal and child health nurses via job burnout as a mediator. J Multidiscip Healthc. 2025;18:5905–5916.

4-Omeke FC, Okeke CI, Ede MO & et al. Coaching impact on work-family conflict and occupational stress among educational administrators in primary schools. Medicine. 2023;102(10):e33185.

5-Diao D , Chen X, Zhong L & et al. Sex differences in burnout and work-family conflict among Chinese emergency nurses: A cross-sectional study. Front Public Health. 2024;12:1492662.

6-Aldhafeeri NA , Abou Hashish EA, Abo Shereda HM. The effect of work-family conflict on staff nurses' job performance: the mediating role of emotional intelligence. BMC Nurs. 2025;24(1):614.

7-Hashemi S F, Hamzehgardeshi Z, Nataj A H & et al. Factors Associated With Marital Adjustment in Couples: A Narrative Review. CPR 2024; 2 (2) :73-86.

8-Montemarano V , Firasta L, Deska J & et al. Cognitive dissonance for weight stigma reduction: The development and effect of a counter-attitudinal advocacy intervention. Clin Obes. 2025;15(5):e70024.

9- Schrepel C, Jauregui J, Brown A & et al. Navigating cognitive dissonance: A qualitative content analysis exploring medical students' experiences of moral distress in the emergency department.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

 CC BY-NC 4.0

AEM Educ Train. 2019;3(4):331–339.

10-Mahmoudpour A, Aminian A, Nowzari M & et al. The role of cognitive avoidance and emotional expression in predicting marital conflict in women in Tehran. J Psychol Sci. 2021;20(98):209–218.

11-Saffari E, Nasehi M, Yousefzadeh P. Cognitive emotion regulation strategies and marital communication patterns in married women: Investigating the mediating role of defense mechanisms. PCP. 2024;12(3):285–296.

12-Younis Sulaiman J, Al-Brwari MS. The obstacles facing women in balancing between work and home and its relationship to marital compatibility. Al-Adab J. 2023; 1(144):141-56.

13-Ahanian Moghaddam P, Atashpour SH, Golparvar M. Comparing the effectiveness of combined schema therapy and mindfulness with schema therapy and CBT on psychological flexibility. PCP. 2025;13(1):33–46.

14-Lucas JJ, Moore KA. Psychological flexibility: Positive implications for mental health and life satisfaction. Health Promot Int. 2020;35(2):312–320.

15-Mohammadi M. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on mental health and job satisfaction in nurses working in intensive care units of Farshchian Hospital in Hamadan. JNIP. 2022;12(16):1–14.

16-Büyüköksüz E. Effectiveness of the acceptance and commitment therapy for resilience promotion in a non-clinical sample: A randomized controlled and a pilot study. BMC Psychol. 2025;13(1):698.

17-Hadian S, Hosseinzadeh Taghvaei M, Havasi Soomar N & et al. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Reality Therapy on Psychological Flexibility and Responsibility in Divorced Women. Avicenna J Neuro Psycho Physiology 2023; 10 (2) :73-80

18-Latella D, Marafioti G, Formica C & et al. The role of Acceptance and Commitment Therapy in improving social functioning among psychiatric patients: A systematic review. Healthcare (Basel). 2025;13(13):1587.

19-Naderi Moghaddam N, Panah Ali A, Aghdasi AN & et al. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on marital conflict and emotional divorce of women facing divorce. Womens Health Bull. 2023;10(2):122–132.

20-Hayes SC, Luoma JB, Bond FW & et al. Acceptance and commitment therapy: model, processes

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

 CC BY-NC 4.0

and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1–25.

21-Nakagawa T, Koan I, Chen C & et al. Regular moderate- to vigorous-intensity physical activity rather than walking is associated with enhanced cognitive functions and mental health in young adults. Int J Environ Res Public Health. 2020;17:614.

22-Harmon-Jones E, Harmon-Jones C. Individual differences in dissonance arousal/reduction relate to physical exercise: Testing the action-based model. PLoS One. 2022;17(10):e0275990.

23-Mousavi Haghighi SE, Pooladi Rishehri1 A, Mousavi SA. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Integrated Behavioral Couples Therapy on Intimacy and Family Functioning in Divorce-seeking Couples. J Research Health 2022; 12 (3) :167-176.

24-Jafarimanesh M, Zahrakar K, Taghvaei D & et al. The effectiveness of reality therapy training on marital burnout in couples with marital conflicts. RBS. 2020;18(3):288–299.

25-Asghari F, Sadeghi A, Khakdoost SZ & et al. Investigating the relationship between early maladaptive schemas with marital conflict and instability in the couples of applicants for divorce and normal couples. FPJ. 2015;1(1):46–58.

26-Zare'i A, Bakhshi Pour A, Mohammadi Pour M. The efficacy of schema therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on cognitive flexibility and quality of life in conflicted couples. Psychol Dyn Mood Disord. 2024;3(3):129–144.

27-Forooghi F, Gholamzadeh Jofreh M, Kazemian Moghadam K & et al. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on negative emotion regulation, distress tolerance and psychological resilience in women with migraine. J Sabzevar Univ Med Sci. 2024;31(5):733–746.

28-Mohammadi Tileh Noii S, Rahmani MA, Ghorban Shirudi S. The effect of combined couple therapy based on acceptance, commitment-schema on acceptance and practice of values in divorce applicant couples. QJCR. 2023;22(85):6.

29-Hosseini S, Tajikesmaeili A, Sanaei Zaker B & et al. Comparison of the effectiveness of couple therapy based on acceptance and commitment (ACT), and Gottman's couple therapy on marital intimacy among conflicting couples. J Psychol Sci. 2022;21(110):4.

30-Poloee M, Yaghubi H, Saffarian Toosi M. Comparing the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the characteristics of Sternberg's love model in couples. Fundam Ment Health. 2024;26(1):3–8.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

31-Rafezi Z, Keshaee M. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on increasing intimacy and marital adjustment of patients with substance use disorders. J Police Med. 2020;9(2).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-05-25]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i4.21154]

 CC BY-NC 4.0