

Research Paper

Comparing the Effectiveness of Existential Psychotherapy with Acceptance and Commitment-Based Therapy on Psychosomatic Symptoms and Emotional Distress Tolerance in Women with Marital Conflicts

Zahra Dehmani¹, Aliasghar Asgharnejhad Farid^{2*}, Reza Golpour³

1. Ph.D Student of General Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

Received: 2024/01/20

Revised: 2024/04/23

Accepted: 2024/04/27

Use your device to scan and read the article online



DOI:
10.30495/jpmm.2024.32970.3910

Keywords:

Existential psychotherapy, treatment based on acceptance and commitment, psychosomatic symptoms, tolerance of emotional distress, marital conflicts

Abstract

Background and purpose: This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of existential psychotherapy with treatment based on acceptance and commitment on psychosomatic symptoms and tolerance of emotional distress in women with marital conflicts.

Methods: This research was a pre-test and post-test design with experimental and control groups and a three-month follow-up period. The statistical population included all women with marital conflict referring to Parham Counseling and Psychotherapy Service Center in Tehran in 2022-2023, out of which 45 subjects met the criteria for entering the research. They randomly assigned in three groups (15 people in each group). Each of the two intervention approaches were implemented during 8 sessions for the experimental groups, but the control group did not receive any intervention. Data collection was done using the Lacourt Psychosomatic Symptoms Questionnaire and the Simmons and Gaher Distress Tolerance Questionnaire. The data were analyzed using ANOVA with repeated measures

Findings: The results showed that both therapeutic interventions were effective in reducing psychosomatic symptoms and increasing distress tolerance of the test group subjects ($P < 0.05$). The results of Benferroni's post hoc test also showed that there is no significant difference between the effect of two treatment approaches on psychosomatic symptoms, but the effect of acceptance and commitment therapy on increasing distress tolerance is greater than existential therapy ($P < 0.05$).

Conclusion: Considering the effectiveness of two intervention approaches in women with marital conflict, psychologists and counselors working in this field are recommended to use these educational and therapeutic methods to improve the psychological performance of their clients.

Citation: Dehmani Z., Asgharnejhad Farid A., and Golpour R. Comparing the Effectiveness of Existential Psychotherapy With Acceptance And Commitment-based Therapy On Psychosomatic Symptoms And Emotional Distress Tolerance In Women With Marital Conflicts. *Journal of Psychological Methods and Models*. 2024; 15(55): 21- 36.

***Corresponding author:** Aliasghar Asgharnejhad Farid

Address: Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tell: 09122979917

Email: asgharnejad.ali@gmail.com

Extended Abstract Introduction

Marriage is the stage of transition and entry into a new range of close relationships in a person's life, and marriage can always be mentioned as the most important social ritual in order to respond to emotional needs (1). During the recent years, the fundamental changes in the economic and social fields have caused many changes in the family structure, and as a result, marital conflicts have increased (2). The inability of couples to reduce marital conflicts is associated with an increase in negative feelings such as hatred and verbal and physical aggression, and it can negatively affect the intimate relationships of couples (8). In addition to mental vulnerability, conflicting marital relationships can lead to psychophysical problems in each of the couples (9). Psychosomatic symptoms and the resulting physical diseases have a psychological origin, in which a person considers a small pain as the beginning of a serious illness (11). Birditt et al (12) In this context, they state that stressful family life is related to many physical symptoms such as headaches, heart problems, stomach ulcer problems, joint pains, and problems in concentration and attention processes. If the conflict is not constructive, it can threaten the family center by inducing negative emotions (13) and the factor that can prevent the intensification of negative emotions and greater vulnerability is the distress tolerance of each couple (14). People who have a greater ability to tolerate distress have a wider personal and social responsibility and can perform better when experiencing stressful events in their married life (15). Several approaches have been presented to reduce the problems of families, among which existential psychotherapy can be mentioned (16). Existential therapy is one of the therapies that focuses on the individual instead of addressing the symptoms and tries to increase the capacity of people to make reasonable choices (17). In line with the effectiveness of this treatment, Cheragh Sahar et al (19) stated that the authenticity treatment package based on existential theory has increased the psychological capacity of women with marital conflict. On the other hand, the review of studies in recent years shows that the intervention based on acceptance and commitment has been successful in different clinical and non-clinical populations (22, 23). This therapy states that many people find their feelings, emotions or inner thoughts annoying and constantly try to change or get rid of these inner experiences (26). This treatment has been able to be effective in the context of the family and the treatment of couples, and it has been seen to increase sexual performance and

tolerance of the turmoil of unfaithful women (24). In general, it can be said that the use of such interventions is essential for the consolidation and stability of the family system. Therefore, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of existential psychotherapy with acceptance and commitment-based therapy on psychosomatic symptoms and tolerance of emotional distress in women with marital conflicts.

Materials and Methods

This research enjoyed a pre-test and post-test design with experimental and control groups and a three-month follow-up period. The statistical population included all women with marital conflict referring to Parham Counseling and Psychotherapy Service Center in Tehran in 2022-2023, out of which 45 subjects met the criteria for entering the research. They were selected and assigned in three groups (15 people in each group). Each of the two intervention approaches were implemented during 8 sessions for the experimental groups, but the control group did not receive any intervention. In addition to the demographic information checklist, data collection was done using psychosomatic symptoms (Lacourt et al., 2013) and distress tolerance (Simmons and Gaher, 2005). The criteria for entering the study included informed consent, having at least three years of cohabitation with a spouse, the age range of 25 to 50 years, being literate in reading and writing, obtaining the necessary grades in the research tools, and committing to attend therapy sessions. In order to comply with ethical considerations, informed consent was obtained from all the participants and they were assured that their personal details would remain confidential and that participating in the research would not pose any risk or threat to them does not have. the participants were informed about the duration of the treatment, the duration of the research, the method used, possible benefits and harms, and how to report the final results of the research. The data were analyzed using ANOVA with repeated measures with SPSS-v26 statistical software.

Findings

Based on the average results, the distress tolerance score and its components increased in the post-test phase of both test groups compared to their pre-test phase and the average score of psychosomatic symptoms in the post-test phase of both test groups decreased compared to their pre-test phase, while these changes were not significant in the control group. These results remained stable in the 3-month follow-up phase.

Statistical assumptions including Shapiro-Wilk test, regression slope homogeneity, Mbox test and Greenhouse-Geisser test were investigated. The results showed that both therapeutic interventions were effective in reducing psychosomatic symptoms and increasing distress tolerance of the test group subjects. The results of Benferroni's post hoc test also showed that despite the effectiveness of two treatment methods on dependent variables, the effect of existential therapy and acceptance and commitment-based therapy on psychosomatic symptoms was the same and the effect of acceptance therapy and committing to enduring distress was more than existential therapy.

Discussion

The research results indicated that both methods of intervention are effective in reducing psychosomatic symptoms and there is no significant difference between the effectiveness of these intervention programs. In explaining the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on psychosomatic symptoms, it can be said that this program gives people the opportunity to learn to accept emotions without avoidance and get rid of the disturbing content of their thoughts by focusing more consciously on their thinking process and relate it to goal-based action. Accepting physical and mental symptoms leads to experiencing physical pain caused by psychological factors, so that women involved in marital conflict face it without conflict and directly experience its symptoms without catastrophizing, which increases It brings a level of psychological flexibility. In the end, this can lead to the reduction of psychosomatic symptoms. It should be said that throughout the process of existential therapy, the recognition and investigation of issues, concerns, values, and people's views on themselves, life, and change of view were addressed, because this method helps people who have dysfunctional relationships and social functioning to change their current values and create new values through efforts to create creativity, change attitudes and worldviews, and create new values. Create new ones that fit the situation. In this way, the most obvious feature of this approach is the emphasis on the therapeutic relationship and its role in creating changes in clients. In this way, the number of psycho-physical symptoms of conflicting women is reduced. In explaining the superiority of acceptance and commitment therapy over existential therapy on increasing distress tolerance, it can be stated that instead of focusing on the form or frequency of symptoms that are

the characteristics of a disorder, acceptance and commitment therapy actually focuses on functional processes that behind many manifestations of disordered behavior. In fact, what the acceptance and commitment therapy targets is not a specific diagnostic class, but behavioral patterns that hinder a successful life. It may be for this reason that the acceptance and commitment therapy could have had a greater effect on improving the distress tolerance score.

Conclusion

Considering the effectiveness of two intervention approaches in women with marital conflict, psychologists and counselors working in this field are recommended to use these educational and therapeutic methods to improve the psychological and sexual performance of their clients.

Ethical Considerations compliance with ethical guidelines

In this study, while obtaining the necessary permission, the participants have completed the consent form with full knowledge

Funding

This research has no financial sponsor

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی وجودی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌تنی و تحمل پریشانی هیجانی در زنان دارای تعارضات زناشویی

زهرا دهمنی^۱، علی اصغر اصغر نژاد فرید^{۲*}، رضا گل‌پور^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و بهداشت روان، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی وجودی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌تنی و تحمل پریشانی هیجانی در زنان دارای تعارضات زناشویی انجام شد.

روش: پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروههای آزمایش و کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مرکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی پرهام شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود، که با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ آزمودنی واجد ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش تصادفی شدند. هر یک از دو رویکرد مداخلاتی طی ۸ جلسه برای گروههای آزمایش اجرا شدند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. گردآوری اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه علائم روان‌تنی لاکورت و پرسش‌نامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر انجام شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله درمانی بر کاهش علائم روان‌تنی و افزایش تحمل پریشانی آزمودنی‌های گروه آزمایش اثربخش بود ($P < 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نیز نشان داد بین میزان تأثیر دو رویکرد درمانی بر علائم روان‌تنی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل پریشانی بیش‌تر از درمان وجودی است ($P < 0.05$).
نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی دو رویکرد مداخلاتی در زنان دارای تعارضات زناشویی، به روان‌شناسان و مشاوران شاغل در این حوزه توصیه می‌شود برای بهبود مسائل روان‌شناختی مراجعان از این روش‌های آموزشی و درمانی استفاده کنند.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۳۰

تاریخ داوری: ۱۴۰۳/۰۲/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۰۸

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:
10.30495/jpmm.2024.32970.3910

واژه‌های کلیدی:

روان‌درمانی وجودی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، علائم روان‌تنی، تحمل پریشانی هیجانی، تعارضات زناشویی

* نویسنده مسئول: علی اصغر اصغر نژاد فرید

نشانی: دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و بهداشت روان، تهران، ایران.

تلفن: ۰۹۱۲۳۹۷۹۹۱۷

پست الکترونیکی: asgharnejad.ali@gmail.com

مقدمه

جهت کاهش مشکلات خانواده‌ها ارائه شده‌اند و در این میان روان‌درمانی وجودی توانسته است با نتایج موفق و سودمندی همراه شود (۱۶). درمان وجودی از جمله درمان‌هایی است که به جای پرداختن به نشانه‌ها بر روی خود فرد متمرکز است و در تلاش است ظرفیت افراد برای انتخاب‌های معقولانه را افزایش دهد (۱۷). از امتیازات و برتری‌های رویکرد وجودی نسبت به سایر رویکردها و برنامه‌های مداخلاتی می‌توان به تمرکز بر انتخاب‌ها و مسیرهای موجود به سمت رشد شخصی و تأکید بر پذیرش مسئولیت‌های شخصی، گسترش آگاهی از موقعیت‌های فعلی و احساس تعهد به تصمیم‌گیری و عمل اشاره کرد (۱۸).

در راستای اثربخشی این درمان چراغ سحر و همکاران (۱۹) بیان داشتند بسته درمانی اصالت مبتنی بر نظریه وجودی موجب افزایش توانمندی روان‌شناختی در زنان دارای تعارض زناشویی شده است. یافته مطالعه نامی و همکاران (۲۰) نیز حاکی از تأثیرات مثبت و ماندگار درمان وجودی بر افزایش بهزیستی روانی و کاهش آشفتگی زناشویی در زوجین متعارض بود. در دیگر مطالعه نیز دوکس^۳ و همکاران (۲۱) بیان داشتند مداخلات با محوریت معنادرمانی در بهبود روابط زوجین و افزایش کارآمدی خانواده اثربخش است.

از دیگر سو، مرور مطالعات طی سالیان اخیر نشان می‌دهد مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی عملکرد موثقی داشته است (۲۳ و ۲۲). در داخل کشور نیز یافته‌ها حاکی از سودمندی این شیوه درمانی بر مسائل هیجانی مرتبط با خانواده و روابط زناشویی است (۲۵ و ۲۴). این درمان بیان می‌دارد افراد بسیاری احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزرانده می‌یابند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند (۲۶). هدف کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که به افراد کمک کند که در رفتارهای همسو با ارزش، درگیر شوند و حتی هنگامی که وقایع شخصی ناخوشایند، ادامه آن فعالیت‌ها را سخت می‌کند، پافشاری کنند (۲۷). این درمان توانسته است در بافت خانواده و درمان زوجین تأثیرگذار باشد و باعث افزایش تحمل آشفتگی زنان خیانت دیده گردد (۲۴).

در مجموع مروری بر مطالعات موجود نشان داد هر یک از این دو رویکرد درمانی ظرفیت‌های قابل توجهی برای کاهش آسیب و ارتقاء بهداشت روانی جمعیت‌های گوناگون دارند و از آنجایی که تاکنون در هیچ مطالعه‌ای به مقایسه این دو شیوه درمانی پرداخته نشده است، چنین مقایسه‌هایی برای بسط دانش علمی برنامه‌های مداخلاتی حوزه سلامت روان به منظور مشخص شدن ظرفیت رقابتی و قابلیت استفاده از رویکردها به تناسب شرایط و نیازهای جمعیت‌های گوناگون بالینی و غیربالینی و استفاده از چنین مداخلاتی برای تحکیم و پایداری نظام خانواده، امری ضروری است. در راستای تحقق این امر، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی وجودی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌تنی و تحمل‌پریشانی هیجانی در زنان دارای تعارضات زناشویی انجام شد.

ازدواج مرحله گذر و ورود به روابط نزدیک در زندگی است و می‌توان از ازدواج به‌عنوان مهم‌ترین آیین اجتماعی جهت پاسخگویی به نیازهای عاطفی یاد کرد (۱). تحولات بنیادین در زمینه‌های اقتصادی و اجتماعی، باعث دگرگونی‌های فراوان در ساختار خانواده و در پی آن کارکردهای خانواده شده است. تحولاتی که گاه به افزایش تعارضات زناشویی و فزونی طلاق انجامیده است (۲). تعارضات زناشویی تنها به مواردی که به طلاق می‌انجامد محدود نیست؛ بخش قابل توجهی از تعارضات که همه روزه در خانواده رخ می‌دهد و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد را به شدت تهدید می‌کند نیز در این حوزه قرار می‌گیرد و موجب به هم خوردن آرامش خانواده و بدنبال آن تحمل نکردن یکدیگر می‌شود (۳). زمانی که تعارض شدت یابد کاهش رضایت زناشویی (۴)، افزایش خشونت و رفتارهای تکانشگری (۵)، بی‌ثباتی و افزایش روابط فرازناشویی (۶)، و در نهایت طلاق و از هم پاشیدگی خانواده را می‌توان انتظار داشت (۷). برآیندهای پژوهشی در این راستا نشان می‌دهد که عدم توانایی زوجین در کاهش تعارضات زناشویی با افزایش احساسات منفی از قبیل نفرت و پرخاشگری کلامی و فیزیکی بیش‌تر همراه بوده و می‌تواند به‌طور منفی بر روابط صمیمانه زوجین اثرگذار باشد (۸).

با وجود آنکه مناسبات خانوادگی رضایت‌بخش، فرصتی برای رشد زوجین فراهم می‌سازد، اما روابط زناشویی متعارض، می‌تواند علاوه بر آسیب‌پذیری روانی، منجر به مشکلات روان‌تنی در هر یک از زوجین گردد (۹). نظریه حساس‌سازی نسبت به تنیدگی بیان می‌دارد تجربه حوادث تنش‌زا حساسیت فرد را به تنیدگی افزایش می‌دهد و می‌تواند به صورت علایم روان‌تنی^۱ بروز یابد (۱۰). علایم روان‌تنی و بیماری‌های جسمانی ناشی از آن، منشأ روانی دارد و در آن فرد یک درد کوچک را به‌عنوان آغاز یک بیماری سخت تلقی می‌کند (۱۱). بیردیت^۲ و همکاران (۱۲) در این زمینه بیان می‌دارند که زندگی خانوادگی پر تنش با بسیاری از گزارشات جسمانی مانند سردرد، مشکلات قلبی، مشکلات زخم معده، دردهای مفاصل و مشکلات در فرایندهای تمرکز و توجه در ارتباط است.

در بررسی تعارضات زناشویی و علل و عوامل مرتبط با آن، مروری بر مطالعات نشان می‌دهد تعارض در صورتی که سازنده نباشد، می‌تواند با کاهش تمرکز بر حل مسئله، تخریب اعتماد به یکدیگر، خشونت کلامی بیش‌تر و القای هیجانات منفی، کانون خانواده را تهدید کند (۱۳) و عاملی که می‌تواند از تشدید هیجانات منفی و آسیب‌پذیری بیش‌تر جلوگیری کند، میزان تحمل‌پریشانی^۳ هر یک از زوجین است (۱۴). در راستای نقش تحمل‌پریشانی در فرایندهای زندگی زناشویی، شواهد نشان می‌دهد افرادی که توانایی بیش‌تری در تحمل‌پریشانی دارند به‌طور گسترده‌تری مسئولیت‌پذیری فردی و اجتماعی داشته و می‌توانند در هنگام تجربه رویدادهای تنش‌زای زندگی زناشویی، عملکرد بهتری داشته باشند (۱۵).

با نگاهی به گزارشات علمی که حاکی از افزایش روزافزون مشکلات زناشویی و در پی آن افزایش آمار جدایی می‌باشد، رویکردهای متعددی

3. emotional distress tolerance

4. Dukas

1. psychosomatic symptoms

2. Birditt

مواد و روش‌ها

پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان دارای تعارض زناشویی تشکیل دادند که جهت حل مشکلات زناشویی به مرکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی پرهام شهر تهران در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ مراجعه کردند. فرایند انتخاب نمونه بدین صورت بود که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از بین ۱۸۶ زن که به مرکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی پرهام مراجعه و در این مرکز دارای پرونده بودند، ۴۵ نفر که در پرسش‌نامه‌های علائم روان‌تنی نمره بالا (نمره ۷۸ و بالاتر) و تحمل پریشانی (نمره ۴۵ و پایین‌تر) بدست آوردند، با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر گروه آزمایش اول=درمان وجودی، ۱۵ نفر گروه آزمایش دوم=درمان پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه، داشتن حداقل سه سال سابقه زندگی مشترک با همسر، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، کسب نمرات لازم در ابزارهای پژوهش و تعهد به حضور در جلسات درمانی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل تکمیل ناقص ابزارهای خودگزارشی و یا انصراف از ادامه شرکت در پژوهش، اعتیاد به الکل و موادمخدر و مصرف داروهای روانپزشکی، دریافت خدمات مشاوره‌ای خارج از جلسات و یا غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی بود.

روش اجرا

در این مطالعه، پیش از اجرای پژوهش مجوز لازم برای انجام پژوهش از کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاداسلامی واحد تنکابن با کد (IR.IAU.TON.REC.1402.090) دریافت شد و پس از هماهنگی‌های لازم با ریاست مرکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی پرهام واقع، آزمودنی‌ها انتخاب شدند. پس از قرار گرفتن آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه برنامه درمان وجودی براساس پروتکل چارنی^۱ (۲۸)، و گروه آزمایش دوم تحت ۸ جلسه برنامه درمان پذیرش و تعهد براساس پروتکل تدوین شده هیز^۲ و همکاران (۲۹)، به صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت. درمان‌ها توسط روان‌درمانگران متخصص و دارای تجربه بالینی بیش از ۱۲ سال و در اتاق‌هایی مجزا از مرکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی پرهام انجام شد. پس از اتمام جلسات، جهت اجرای پس‌آزمون، ابزارهای پژوهش به آزمودنی‌های هر سه گروه ارائه شد و پس از گذشت سه ماه به منظور انجام مرحله پیگیری مجدداً از آزمودنی‌های هر سه گروه درخواست شد به ابزارهای پژوهش پاسخ دهند. در نهایت پاسخ‌های حاصل از سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) تحلیل شد. لازم به ذکر است به آزمودنی‌های گروه

کنترل که در طی فرایند انجام پژوهش جلسات مداخله را دریافت نکرده بودند، اطمینان داده شد پس از اتمام پژوهش و در صورت تمایل، پژوهشگر جلسات مداخله را نیز برای آنان اجرا نماید. محتوای جلسات مداخله در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه اخذ گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که مشخصات فردی آن‌ها محرمانه خواهد ماند و شرکت در پژوهش برای آن‌ها هیچ‌گونه خطر و تهدیدی در پی ندارد. همچنین، شرکت‌کنندگان از طول مدت درمان، مدت پژوهش، روش به‌کار گرفته شده، فواید و زیان‌های احتمالی و نحوه گزارش نتایج نهایی پژوهش آگاه شدند.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه علائم روان‌تنی^۳

در این مطالعه جهت سنجش علائم روان‌تنی از پرسش‌نامه لاکورت^۴ و همکاران (۳۰) استفاده شد که شامل ۳۹ عبارت است و مواردی از قبیل گیجی، منگی و داشتن احساسات غیرواقعی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه است که به ترتیب به گزینه خیلی کم (۱ نمره)، کم (۲ نمره)، متوسط (۳ نمره)، زیاد (۴ نمره) و خیلی زیاد (۵ نمره) اختصاص داده می‌شود. نمرات بالاتر در این پرسش‌نامه بیانگر علائم روان‌تنی بیش‌تر در آزمودنی است. بدین معنی که کسب نمره ۷۸ و بالاتر به‌عنوان نمره برش در نظر گرفته می‌شود. سازندگان پرسش‌نامه میزان پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند (۳۰). در پژوهش داخل کشور نیز پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمد (۳۱). پایایی در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بدست آمد.

پرسش‌نامه تحمل پریشانی^۵

این پرسش‌نامه توسط سیمونز و گاهر^۶ (۳۲) ساخته شد و ۱۵ سؤال و ۴ زیرمقیاس تحمل (عبارات ۱، ۳، ۱۵)، جذب (عبارات ۲، ۴، ۵)، ارزیابی (عبارات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم (عبارات ۸، ۱۳، ۱۴) دارد. نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۱ نمره) تا کاملاً مخالفم (۵ نمره) صورت می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است و نمرات بالاتر به معنای تحمل پریشانی بیش‌تر است. بدین معنی که کسب نمره ۴۵ و پایین‌تر به‌عنوان نمره برش در نظر گرفته می‌شود. سازندگان پرسش‌نامه ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس‌ها را به ترتیب تحمل ۰/۷۲، جذب ۰/۸۲، ارزیابی ۰/۷۸، تنظیم ۰/۷۰ و برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (۳۲). در مطالعه داخل کشور که بر روی زنان متأهل انجام شد، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲

1. Charny

2. Hayes

3. Questionnaire of psychosomatic symptoms (QPS)

4. Lacourt

5. Distress Tolerance Scale (DTS)

6. Simons & Gahr

پروتکل روان‌درمانی وجودی

پروتکل روان‌درمانی وجودی تعداد ۸ جلسه برنامه مداخله براساس پروتکل چارنی (۲۸) است که بر مبنای نظریه درمان وجودی مدل فرانکل و رولو می‌طراحی شده است و به صورت برنامه هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه (۱/۵ ساعت) بر روی آزمودنی‌های گروه آزمایش اول (افراد شرکت‌کننده در جلسات درمان وجودی) اعمال شد.

گزارش شد (۲۳). پایداری در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ بدست آمد. تحلیل داده‌های پژوهش با روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف‌معیار) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) با رعایت پیش‌فرض‌های آماری انجام شد و جهت مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. همچنین نرم‌افزار آماری تحلیل آماری، SPSS نسخه ۲۶ در نظر گرفته شد.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات روان‌درمانی وجودی

جلسات	شرح جلسه	هدف
اول	آشنایی اعضا، بیان اهداف کار گروهی	توضیح در مورد خانواده و روابط زناشویی، تشخیص و بحث در مورد هیجانات منفی
دوم	افزایش خودآگاهی	تشریح مفهوم خودآگاهی و بیان مفهوم اضطراب وجودی، درک فرایندهای ناخودآگاه، بازگرداندن احساس کنترل بر زندگی که توسط رویدادهای آسیب‌زا از بین رفته است. به چالش کشیدن نگرش اعضا توسط درمانگر
سوم	پرداختن به نگرش زندگی و آگاهی از کیفیت بهره‌برداری از آن	پرداختن به تکالیف قبلی، بیان و بازخورد اعضا در مورد تجربیات فقدان، معنادگی و کنارآمدن با پوچی زندگی و آموزش تصویرسازی ارتباطی با زنان، جداسازی روابط زناشویی از تأثیرات گذشته. استفاده از تکنیک خط زندگی
چهارم	بحث درباره ارتباط معنادار با دیگران	بررسی تنهایی و رویارویی با آن، آموزش برخورد شجاعانه بدون ترس با احساس تنهایی وجودی، بحث تعاملات سالم. پرسش آیا انسان تنهایی هستم؟ و تنهایی رنج آور است؟
پنجم	جستجو برای معنا با راهکارهای وجودی و بحث در مورد آزادی	راهکارهای وجودی برای کنارآمدن با مشکلات زناشویی بررسی می‌شود. هدفمندی، مسئولیت و آزادی در زندگی تشریح می‌گردد. استفاده از مواجهه تجسمی برای مشکلات زناشویی و خود را جای طرف مقابل گذاشتن.
ششم	پرداختن به معنای زندگی و یافتن معنا در رنج	بررسی راهکارهای معنابخشیدن به زندگی و کنارآمدن با پوچی زندگی با کمک مفاهیم آزادی و اراده، تقویت رابطه معنادار با ترغیب آزمودنی‌ها برای احترام متقابل و عمیق با شریک زندگی. سؤال در مورد آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟ و من برای چه زندگی می‌کنم؟
هفتم	پرداختن به احساسات یک فرد و مسئولیت آن	جمع‌بندی مطالب قبلی، ارتباط مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، مرگ، هدفمندی و معنای در زندگی و کنارآمدن با رنج زندگی، کشف معنای پوشیده در ارتباطات از طریق تفکر و بکار بردن عملکردهای فردی در زندگی زناشویی
هشتم	جمع‌بندی و خاتمه	جمع‌بندی، ارتباط مفاهیم جلسات قبل، دریافت بازخورد از مراجع، مرتب کردن تجربه‌های گروه با تجربه‌های بعدی زندگی، اجرای پس‌آزمون

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

و به مدت ۹۰ دقیقه (۱/۵ ساعت) بر روی آزمودنی‌های گروه آزمایش دوم (افراد شرکت‌کننده در جلسات درمان پذیرش و تعهد) اعمال شد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تعداد ۸ جلسه برنامه مداخله براساس پروتکل هیز و همکاران (۲۹) است که به صورت برنامه هفتگی

جدول ۲- خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان پذیرش و تعهد	شرح قوانین، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره درمان پذیرش و تعهد	-
دوم	آشنایی با مفاهیم درمان پذیرش و تعهد	سنجش مشکلات مراجعان از نگاه درمان پذیرش و تعهد، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد، تهیه فهرست مزایا، معایب و شیوه کنترل مشکل	شناسایی موقعیت‌های اجتماعی و اجازه دادن به عبور افکار منفی بدون مبارزه با آنها و جلوگیری عمدی

سوم	اجرای فنون درمان پذیرش و تعهد (جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی)	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره، آموزش جداسازی شناختی و خودتجسمی	آگاهی از اینجا و اکنون و علاقمندی بجای فرار از آنچه اکنون در جریان است.
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	بررسی تکالیف، جداکردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و مشاهده افکار بدون قضاوت و هیجانات مثبت شود.	تمرکز بر حالات روانی مثبت و منفی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی
پنجم	آموزش فنون خود به‌عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش ذهن آگاهی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی	تلاش در جهت کسب حس تعالی یافته با استفاده از فنون آموزش دیده
ششم	آموزش فنون ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش هیجان‌ها (استعاره فتجان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی مراجع و سنجش ارزش‌ها بر مبنای اهمیت، تهیه فهرستی از موانع در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان مثبت	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف براساس ارزش‌ها
هفتم	آموزش فنون ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد معنا در زندگی	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده براساس فنون آموزش دیده
هشتم	مرور فنون درمان با تأکید بر تنظیم هیجان و معناداری در زندگی و دنیای واقعی	گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، توضیح نتایج و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری پیگیری دو ماهه	-

نتایج

میانگین سن برابر با ۳۳/۶۶ و در گروه کنترل میانگین سن برابر با ۳۴/۷۳ است. در آزمودنی‌های هر سه گروه بالاترین سطح تحصیلات مربوط به لیسانس و دیپلم بوده است. همچنین ملاحظه می‌شود که در آزمودنی‌های هر سه گروه بیش‌تر افراد طول زندگی مشترک ۴ الی ۶ سال را گزارش کرده‌اند

در جدول ۳، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در افراد دو گروه نمونه ارائه شده است. با توجه به نتایج ملاحظه می‌شود که در آزمودنی‌های گروه درمان وجودی میانگین سن ۳۴/۲۷، گروه درمان پذیرش و تعهد

جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در زنان دارای تعارض زناشویی بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه درمان وجودی		گروه درمان پذیرش و تعهد		گروه کنترل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
تحصیل	دیپلم و پایین‌تر از آن	۶ نفر	۴۰ درصد	۵ نفر	۳۳ درصد
	فوق دیپلم	۱ نفر	۶ درصد	۲ نفر	۱۴ درصد
	لیسانس	۷ نفر	۴۸ درصد	۵ نفر	۳۳ درصد
	فوق لیسانس و بالاتر	۱ نفر	۶ درصد	۳ نفر	۲۰ درصد
	۳ سال یا کمتر	۲ نفر	۱۳ درصد	۳ نفر	۲۰ درصد
	۴ الی ۶ سال	۸ نفر	۵۴ درصد	۶ نفر	۴۰ درصد
	۷ الی ۱۰ سال	۴ نفر	۲۷ درصد	۴ نفر	۲۷ درصد
	تر ۱۱ سال یا بیش	۱ نفر	۶ درصد	۲ نفر	۱۳ درصد
سن	میانگین \pm انحراف معیار		میانگین \pm انحراف معیار		میانگین \pm انحراف معیار
	۶/۲۶ \pm ۳۴/۲۷		۶/۶۴ \pm ۳۳/۶۶		۷/۱۵ \pm ۳۴/۷۳

جدول ۴- آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته در زنان دارای تعارضات زناشویی بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	گروه	تعداد	پیش‌آزمون میانگین \pm انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین \pm انحراف معیار	پیگیری میانگین \pm انحراف معیار
تحمل	گروه وجودی	۱۵ نفر	۱/۷۹ \pm ۸/۷۳	۱/۹۵ \pm ۱۰/۴۰	۱/۸۷ \pm ۱۰/۶۶
	گروه پذیرش/تعهد	۱۵ نفر	۲/۲۹ \pm ۹/۵۳	۱/۳۹ \pm ۱۲/۶۶	۱/۱۶ \pm ۱۳/۲۶
	گروه کنترل	۱۵ نفر	۲/۰۹ \pm ۸/۵۳	۱/۷۰ \pm ۸/۲۶	۱/۵۹ \pm ۸/۴۶
جذب	گروه وجودی	۱۵ نفر	۱/۵۷ \pm ۸/۹۳	۱/۷۳ \pm ۱۱/۰۰	۱/۶۸ \pm ۱۰/۸۶
	گروه پذیرش/تعهد	۱۵ نفر	۱/۹۲ \pm ۸/۰۰	۱/۴۴ \pm ۱۳/۶۶	۲/۷۵ \pm ۱۴/۲۰
	گروه کنترل	۱۵ نفر	۲/۵۰ \pm ۸/۰۰	۲/۲۷ \pm ۷/۸۰	۲/۲۹ \pm ۷/۶۰
ارزیابی	گروه وجودی	۱۵ نفر	۲/۹۳ \pm ۱۵/۷۲	۲/۷۰ \pm ۱۹/۸۰	۲/۸۷ \pm ۱۹/۵۳
	گروه پذیرش/تعهد	۱۵ نفر	۲/۳۹ \pm ۱۷/۰۰	۲/۰۶ \pm ۲۰/۸۶	۲/۳۵ \pm ۲۵/۴۰
	گروه کنترل	۱۵ نفر	۲/۵۶ \pm ۱۷/۲۰	۳/۰۲ \pm ۱۶/۲۰	۲/۷۹ \pm ۱۵/۴۶
تنظیم	گروه وجودی	۱۵ نفر	۲/۰۳ \pm ۸/۴۶	۱/۸۷ \pm ۱۲/۳۳	۱/۱۶ \pm ۱۲/۹۳
	گروه پذیرش/تعهد	۱۵ نفر	۲/۶۳ \pm ۹/۶۶	۰/۷۰ \pm ۱۴/۰۶	۱/۳۰ \pm ۱۴/۱۳
	گروه کنترل	۱۵ نفر	۲/۱۶ \pm ۸/۴۶	۱/۷۹ \pm ۷/۹۳	۱/۷۲ \pm ۷/۵۳
تحمل‌پریشانی (نمره کل)	گروه وجودی	۱۵ نفر	۸/۳۲ \pm ۴۱/۸۴	۸/۲۵ \pm ۵۳/۵۳	۷/۵۸ \pm ۵۳/۹۸
	گروه پذیرش/تعهد	۱۵ نفر	۹/۲۳ \pm ۴۴/۱۹	۵/۵۹ \pm ۶۱/۲۴	۷/۵۵ \pm ۶۶/۹۹
	گروه کنترل	۱۵ نفر	۹/۳۱ \pm ۴۲/۱۹	۸/۷۸ \pm ۴۰/۱۹	۸/۳۹ \pm ۳۹/۰۵
علائم روان‌تنی (نمره کل)	گروه وجودی	۱۵ نفر	۹/۱۱ \pm ۶۷/۰۰	۷/۶۲ \pm ۵۶/۷۳	۷/۶۹ \pm ۵۲/۶۶
	گروه پذیرش/تعهد	۱۵ نفر	۱۰/۶۰ \pm ۶۹/۰۰	۴/۳۰ \pm ۵۳/۱۳	۴/۶۳ \pm ۵۰/۲۰
	گروه کنترل	۱۵ نفر	۹/۱۲ \pm ۶۴/۵۳	۷/۹۳ \pm ۶۵/۸۶	۷/۵۷ \pm ۶۶/۰۶

واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد؛ به این صورت که در متغیر تحمل‌پریشانی ($F=۱/۷۷۹$ ، $P=۰/۳۶۶$ و $Box's=۲۳/۸۴۰$ و M) و علائم روان‌تنی این مفروضه نیز رعایت شده است ($P=۰/۳۱۸$ ، $F=۴/۱۷۱$ و $Box's M=۵۵/۸۹۸$). مفروضه همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته با آزمون کرویت موجلی بررسی شد. سطح معنی‌داری برای نمرات هر یک از متغیرهای وابسته برابر با $۰/۰۰۱$ بود، لذا فرض کرویت رد می‌شود. تخطی از پیش فرض کرویت باعث می‌شود آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای افزایش دقت آماره F ، درجه آزادی با استفاده از سه روش گرین‌هاوس-گیرز و هاین-فلت تصحیح می‌شود. اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از $۰/۷۵$ باشد، از تصحیح هاین-فلت و اگر کوچکتر از $۰/۷۵$ باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیرز استفاده می‌شود. لذا در این پژوهش از آزمون گرین‌هاوس-گیرز استفاده شد. بر این اساس و با توجه به سایر پیش فرض‌های بررسی شده در مرحله قبل، تمامی مفروضات لازم برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است.

در جدول ۴، آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته در افراد سه گروه در مراحل گوناگون سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارائه شده است. براساس نتایج میانگین، نمره تحمل‌پریشانی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون هر دو گروه آزمایش نسبت به مرحله پیش‌آزمون آنها افزایش یافت، و میانگین نمره علائم روان‌تنی در مرحله پس‌آزمون هر دو گروه آزمایش نسبت به مرحله پیش‌آزمون آنها کاهش یافت، در حالی که این تغییرات در گروه کنترل قابل توجه نبود. این نتایج در مرحله پیگیری ۳ ماهه نیز پایدار ماند.

برای بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار بود ($P>۰/۰۵$). بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد تعامل بین پیش‌آزمون و گروه (آزمایش و کنترل) برای متغیرهای وابسته (پیش‌آزمون‌ها) معنی‌دار نبود ($P>۰/۰۵$). بنابراین، شیب‌های رگرسیون در گروه‌های آزمایش و کنترل همسان تلقی شد. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته زنان دارای تعارض

متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
تحمل	گروه	۲۶۱/۱۷۰	۱۳۰/۵۸۵	۱۷/۷۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
	زمان	۸۸/۴۱۵	۶۳/۷۹۶	۶۳/۹۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷۵
	زمان*گروه	۶۵/۶۷۴	۲۳/۶۹۴	۱۴/۰۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
جذب	گروه	۳۹۳/۰۸۱	۱۹۶/۵۴۱	۲۷/۲۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶۵
	زمان	۱۹۴/۳۲۶	۹۷/۹۶۰	۳۴/۶۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲
	زمان*گروه	۲۰۱/۱۸۵	۵۰/۷۰۹	۱۷/۹۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۰
ارزیابی	گروه	۵۲۱/۷۳۳	۲۶۰/۸۶۷	۱۸/۵۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹
	زمان	۲۸۳/۵۱۱	۱۴۶/۷۳۰	۴۰/۰۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸
	زمان*گروه	۴۲۴/۷۵۶	۱۰۹/۹۱۵	۳۰/۰۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸۸
تنظیم	گروه	۵۱۲/۱۰۴	۲۵۶/۰۵۲	۴۷/۱۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲
	زمان	۲۰۶/۴۵۹	۱۵۰/۲۹۱	۴۸/۵۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳۶
	زمان*گروه	۱۷۳/۰۰۷	۶۲/۹۷۰	۲۰/۳۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۲
تحمل پریشانی	گروه	۶۵۲۲/۲۳۷	۳۲۶۱/۱۱۹	۸۷/۰۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۶
	زمان	۲۹۱۹/۳۰۴	۱۶۴۲/۸۵۲	۱۳۶/۴۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴
	زمان*گروه	۲۷۹۳/۸۵۲	۷۸۶/۱۲۷	۶۵/۲۷۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵۷
علائم روان‌تنی (نمره کل)	گروه	۱۶۱۹/۳۷۸	۸۰۹/۶۸۹	۵/۷۲۰	۰/۰۰۱	۰/۲۱۴
	زمان	۲۶۴۱/۷۳۳	۱۶۵۸/۵۲۹	۶۰/۰۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸۸
	زمان*گروه	۱۹۱۱/۰۲۲	۵۹۹/۸۸۸	۲۱/۷۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸

مداخله در نمره کل علائم روان‌تنی، تحمل پریشانی و تمامی مؤلفه‌های آن، نمرات بهتری کسب کرده‌اند. بدین معنی که مداخلات درمانی بر کاهش علائم روان‌تنی و افزایش تحمل پریشانی آزمودنی‌ها اثربخش بوده است.

نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد که در مورد علائم روان‌تنی، تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن، هر سه اثر بین گروهی، درون گروهی و تعاملی بین گروهی و درون گروهی معنی‌دار است ($P < 0/001$). مقایسه میانگین‌ها نیز نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، گروه‌های

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه زوجی اثر گروهها و زمان‌ها بر متغیرهای پژوهش زنان دارای تعارض

متغیر وابسته	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
تحمل	پیش‌آزمون	۱/۵۱۱*	۰/۲۵۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۱/۸۶۷*	۰/۲۶۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۳۵۶*	۰/۱۳۲	۰/۰۳۰
جذب	پیش‌آزمون	۲/۵۱۱*	۰/۳۳۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۲/۵۷۸*	۰/۳۶۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۰۶۷	۰/۳۵۹	۱/۰۰۰
ارزیابی	پیش‌آزمون	۲/۳۱۱*	۰/۴۱۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۳/۴۸۹*	۰/۴۱۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۱۷۸*	۰/۳۵۸	۰/۰۰۶
تنظیم	پیش‌آزمون	۲/۵۷۸*	۰/۳۱۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۲/۶۶۷*	۰/۳۸۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۰۸۹	۰/۱۹۳	۱/۰۰۰
تحمل پریشانی (نمره کل)	پیش‌آزمون	۸/۹۱۱*	۰/۷۳۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۱۰/۶۰۰*	۰/۷۵۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۶۸۹*	۰/۵۵۵	۰/۰۱۲

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
علائم روان‌تنی (نمره کل)	پیش‌آزمون	۸/۲۶۷*	۱/۰۴۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۱۰/۲۰۰*	۱/۱۵۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۹۳۳*	۰/۷۱۱	۰/۰۲۹
تحمل	درمان پذیرش/تعهد	۱/۸۸۹*	۰/۵۷۱	۰/۰۰۶
	درمان پذیرش/تعهد	۳/۴۰۰*	۰/۵۷۱	۰/۰۰۱
	درمان وجودی	۱/۵۱۱*	۰/۵۷۱	۰/۰۳۴
جذب	درمان پذیرش/تعهد	۱/۶۸۹*	۰/۵۶۶	۰/۰۱۴
	درمان پذیرش/تعهد	۴/۱۵۶*	۰/۵۶۶	۰/۰۰۱
	درمان وجودی	۲/۴۶۷*	۰/۵۶۶	۰/۰۰۱
ارزیابی	درمان پذیرش/تعهد	۲/۷۳۳*	۰/۷۹۰	۰/۰۰۴
	درمان پذیرش/تعهد	۴/۸۰۰*	۰/۷۹۰	۰/۰۰۱
	درمان وجودی	۲/۰۶۷*	۰/۷۹۰	۰/۰۳۷
تنظیم	درمان پذیرش/تعهد	۱/۳۷۸*	۰/۴۹۱	۰/۰۲۳
	درمان پذیرش/تعهد	۴/۶۴۴*	۰/۴۹۱	۰/۰۰۱
	درمان وجودی	۳/۲۶۷*	۰/۴۹۱	۰/۰۰۱
تحمل‌پریشانی (نمره کل)	درمان پذیرش/تعهد	۷/۶۸۹*	۱/۲۹۰	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش/تعهد	۱۷/۰۰۰*	۱/۲۹۰	۰/۰۰۱
	درمان وجودی	۹/۳۱۱*	۱/۲۹۰	۰/۰۰۱
علائم روان‌تنی (نمره کل)	درمان پذیرش/تعهد	۱/۶۸۹	۲/۵۰۸	۱/۰۰۰
	درمان پذیرش/تعهد	۸/۰۴۴*	۲/۵۰۸	۰/۰۰۸
	درمان وجودی	۶/۳۵۶*	۲/۵۰۸	۰/۰۴۵

سنجش (پس‌آزمون و پیگیری) اثربخش بوده‌اند، اما نمره علائم روان‌تنی در گروه کنترل در مراحل گوناگون سنجش تغییر محسوسی را نشان نداد. همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که با وجود اثربخشی دو روش مداخلاتی بر کاهش علائم روان‌تنی اما میان میزان تأثیر دو روش تفاوت معنادار نبوده است و دو روش بر کاهش علائم روان‌تنی به یک اندازه اثربخشی داشته‌اند.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌تنی می‌توان به برخی از مطالعات پیشین از قبیل مطالعه ما، یون و یانگ^۱ (۳۴) و هان^۲ و همکاران (۳۵) اشاره نمود. همچنین یافته مطالعه برهانی و همکاران (۱۰) از سودمندی برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات افسردگی و مشکلات روان‌تنی حکایت داشت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای آن‌که بر برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز کند، به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات‌شان گردیده است، خلاص نمایند و به آنان اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست برداشته و از این جهت مطالعاتی که در حوزه علائم روان‌تنی با منشأ روانی صورت گرفته قابل تأمل است. همچنین، می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد به افراد فرصت می‌دهد بیاموزند احساسات را بدون اجتناب بپذیرند و از محتوای آزردهنده افکارشان با تمرکز آگاه‌تر بر فرایند تفکرشان رهایی یابند و

در جدول ۶، با توجه به معنی‌داری اثر عاملی گروه و زمان، نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها ارائه شده است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برحسب مقایسه دو گروهی نشان داد تفاوت میانگین دو روش مداخله با گروه کنترل برای متغیرهای وابسته (تحمل‌پریشانی و مؤلفه‌های آن و علائم روان‌تنی) در مراحل گوناگون سنجش معنی‌دار است ($P < 0.05$). همچنین نتایج نشان داد علی‌رغم اثربخشی برنامه‌های مداخلاتی، تفاوت میانگین بین دو روش مداخله در متغیر علائم روان‌تنی معنی‌دار نیست؛ اما تفاوت میانگین بین دو روش مداخله در متغیر تحمل‌پریشانی و مؤلفه‌های آن معنی‌دار است و درمان پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل‌پریشانی نسبت به درمان وجودی اثربخشی بالاتری داشته است ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی وجودی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌تنی و تحمل‌پریشانی هیجانی در زنان دارای تعارضات زناشویی انجام شد. نتایج پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد دو روش مداخله (روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر کاهش نمره علائم روان‌تنی در آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در مراحل گوناگون

². Han

¹. Ma

یک تکلیف از مراجعان خواسته شد هر روز حداقل ۱۳ دقیقه به ذهن آگاهی بپردازند. یک عامل مهم دیگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گسلش شناختی است. گسلش شناختی و تمرین آن باعث می‌شود که افکار کمتر اضطراب‌زا و ناراحت کننده باشند. در نتیجه زنان دارای تعارض زناشویی با انجام تمرینات گسلش شناختی از افکار مربوط به ناسازگاری و اضطراب و غم مرتبط با رابطه آشفته با همسر رها شده و این امر منجر به کاهش پریشانی هیجانی و افزایش تحمل آنان شده است.

همسو با نتیجه یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان وجودی بر تحمل پریشانی، سان^۴ و همکاران (۳۹)، علی‌زاده و همکاران (۴۰)، باباحسنی و همکاران (۴۱) و شیرالی و دشت بزرگی (۴۲) در مطالعات مستقلی سومندی درمان وجودی را نشان دادند. در تبیین تأثیر درمان وجودی می‌توان گفت از نظر لینهان از آن‌جا که درد و پریشانی را نمی‌توان به‌طور کامل از زندگی بشر حذف یا از آن اجتناب نمود، توانایی پذیرش واقعیت تغییرناپذیر خود منجر به کاهش درد و رنج می‌گردد، بنابراین، اگر بجای رویارویی با واقعیت تغییرناپذیر و پذیرش آن، زنان درگیر با مشکلات زناشویی به شیوه‌های انکار و تحریف شناختی متوسل شوند، تحمل درد و پریشانی برای آنان سخت‌تر خواهد بود. از اصول اساسی رویکرد وجودی، پذیرش درد و رنج زندگی می‌باشد. افرادی که توانایی تحمل بالایی در برابر تجربه آشفته‌گی داشته و به راحتی می‌توانند احساسات آشفته‌گی و درماندگی خود را جذب و هضم نمایند و همچنین، افرادی که هنگام تجربه عاطفه منفی به احتمال کمتری به رفتارهای تکانه‌ای می‌پردازند (اضطراب منفی پائینی دارند)، توانایی پایین برای تحمل عاطفه منفی و احتمال بالای بروز رفتارهای تکانه‌ای باعث می‌شود این افراد برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالمی روی بیاورند؛ وقتی فرد به این نتیجه می‌رسد که حتی در دردها و رنج‌ها نیز معنایی نهفته است، تحمل و پذیرش واقعیت برای او آسان‌تر می‌شود و زندگی را با تمام شرایط و تفاوت‌های فردی آن می‌پذیرد. برگزاری جلسات گروهی با رویکرد وجودی باعث شد که زنان دارای تعارض و ناسازگاری با همسر با پذیرش مسئولیت، کنترل اوضاع را در دست گرفته و احساس این که همه چیز از بیرون کنترل می‌شود، جای خود را به کنترل درونی دهد و تنها در این صورت است که افراد می‌توانند بر زندگی خود و همچنین، پریشانی‌های عاطفی و روانی ناشی از تعارض و چالش زندگی زناشویی مسلط شوند و برای زندگی مشترک به شکلی امیدوارانه بر پریشانی عاطفی خود غلبه کنند. در تبیین برتری درمان پذیرش و تعهد بر درمان وجودی بر افزایش تحمل پریشانی می‌توان بیان داشت که درمان پذیرش و تعهد بجای تمرکز بر شکل و یا فراوانی نشانگان که ویژگی‌های یک اختلال هستند، در حقیقت، بر فرایندهای کارکردی متمرکز است که در پس بسیاری از تظاهرات رفتاری مختل وجود دارد. درمان پذیرش و تعهد تلاش دارد تا الگوهای رفتاری که مانع زندگی موفق می‌شوند را حذف و یا تغییر دهد. ممکن است به همین دلیل درمان پذیرش و تعهد

آن را به عمل مبتنی بر هدف مرتبط سازند. پذیرش علائم جسمانی و روانی منجر به تجربه درد جسمانی ناشی از عوامل روانی می‌شود، به گونه‌ای که زنان درگیر تعارض زناشویی بدون درگیری با آن مواجه شده و بدون فاجعه‌پنداری علائم آن را مستقیماً تجربه می‌کنند که این امر افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به همراه دارد. در نهایت این امر می‌تواند منجر به کاهش علائم روان‌تنی گردد و کارکرد فرد را در زندگی روزمره و بین فردی بهبود ببخشد.

در تبیین تأثیر درمان وجودی بر علائم روان‌تنی همسو با نتایج برخی مطالعات پیشین مانند ونگ^۱ و همکاران (۳۶) و لیبیل^۲ و همکاران (۳۷) باید گفت در این رویکرد تأکید بر فناپذیری و گذرا بودن نه تنها از خصایص اصلی زندگی است، بلکه عامل کلیدی معنادهی به آن نیز تلقی می‌شود. بدنبال فرایند گروه، فرد به این آگاهی دست می‌یابد که هرچند نمی‌توان شرایط واقعی زندگی را تغییر داد، اما می‌توان روش‌های مقابله با آن را تغییر داد و از ناامیدی و بی‌حاصلی که از مؤلفه‌های فقدان سلامت روانی است، به سمت شکوفایی و تعالی فردیت خویشتن از طریق معنا دادن به چگونگی خویشتن حرکت کرد. چالش‌های زندگی زناشویی ممکن است به افزایش تنش و تعارض زناشویی دامن زده و علائم روان‌تنی را در فرد به دنبال داشته باشد. در سراسر فرایند درمان وجودی به شناخت و بررسی این مسائل، دغدغه‌ها، ارزش‌ها و دیدگاه افراد به خود، زندگی و تغییر این دیدگاه پرداخته شد، زیرا این شیوه به افرادی که دچار ناکارآمدی در روابط و کارکرد اجتماعی هستند، کمک می‌کند تا از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی، تغییر نگرش و جهان‌بینی و خلق ارزش‌های تازه، ارزش‌های فعلی خود را تغییر داده و ارزش‌های متناسب با موقعیت جدید را ایجاد کنند. بدین سبب بارزترین ویژگی این رویکرد تأکید بر رابطه درمانی و نقش آن در ایجاد تغییر در مراجع است. به این ترتیب میزان علائم روانی-جسمانی زنان متعارض کاهش می‌یابد.

در زمینه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی می‌توان به برخی از مطالعات همسو از قبیل مطالعه عقیلی و کشیری (۲۴) صفدری و همکاران (۳۸) زهره‌وندی و همکاران (۳۵)، چیساری^۳ و همکاران (۲۲) اشاره نمود. در تبیین این یافته‌ها مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی می‌توان گفت که پذیرش و تعهد به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد بلکه افراد را به پذیرش، آگاه بودن و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود آگاه می‌سازد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند افکار و هیجانات مسأله‌ساز را به گونه‌ای متفاوت تجربه کنند، نه اینکه برای تغییر یا کاهش این افکار و هیجانات تلاشی نظام‌مند صورت دهند. در این درمان، به درمانجو آموخته می‌شود که اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته (افکار و احساسات) مؤثر نیست یا اثر معکوس دارد و باید این تجارب را بدون واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. در واقع ذهن آگاهی باعث افزایش ارتباط با زمان حال می‌گردد. در مطالعه حاضر نیز تمرین ذهن آگاهی در هر جلسه درمان انجام شد و نیز به‌عنوان

3. Chisari

4. Sun

1. Weng

2. Lebel

الی ۱ ساله) مورد سنجش و مطالعه قرار گیرد. استفاده از این رویکردهای آموزشی-درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد در بافت خانواده و روابط زوجین در جامعه با کمک مراکز دولتی، از دیگر پیشنهادات کاربردی است و به مسئولین پیشنهاد می‌شود برای آموزش این رویکردهای مداخلاتی برنامه‌ریزی و اقدام نمایند. همچنین با توجه به تمرکز درمان وجودی بر مباحثی از قبیل مسئولیت، خودآگاهی و معنادگی به زندگی و مؤثر واقع شدن این شیوه مداخله بر روابط زوجین و بافت خانواده پیشنهاد می‌شود پژوهشگران داخلی با توجه به فرهنگ ایرانی به تدوین پروتکل درمان وجودی متناسب با بافت فرهنگی کشور ایران پرداخته و سازه‌های مرتبط با زوجین مانند همدم‌طلبی-دوری‌گریزی، کارکرد جنسی، خیانت زناشویی و ... را مورد سنجش قرار دهند.

پیشنهادات

با توجه به اثربخشی دو رویکرد مداخلاتی در زنان دارای تعارضات زناشویی، به روان‌شناسان و مشاوران شاغل در این حوزه توصیه می‌شود برای بهبود مسائل روان‌شناختی مراجعان از این روش‌های آموزشی و درمانی استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این مطالعه ضمن کسب مجوز لازم و دریافت کد اخلاق از کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن (R.IAU.TON.REC.1402.090)، شرکت‌کنندگان با آگاهی کامل فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند و اصول اخلاقی پژوهش رعایت شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله تشکر و قدردانی خود را از شرکت‌کنندگان و همچنین، مرکز خدمات روان‌درمانی پرهام که در اجرای این پژوهش همکاری لازم را داشتند، تشکر می‌کنند.

توانسته باشد تأثیر بیش‌تری بر بهبود نمره تحمل‌پریشانی برجای گذاشته باشد. در درمان پذیرش و تعهد، افراد تشویق می‌شوند تا رفتارشان را براساس اینکه آیا راهبردهایی که بکار می‌برند موفقیت‌آمیز است، ارزیابی کنند. راهبردهای موفقیت‌آمیز معمولاً آن‌هایی هستند که به افراد کمک می‌کند براساس ارزش‌های خود عمل کنند. زنان متعارض با مشکلات با همسر به‌طور معمول به‌دنبال دلیل آوردن برای ناسازگاری‌ها و مشکلات‌شان هستند که این امر به افزایش نشخوار فکری و کاهش تحمل منجر می‌شود و تجارب خود را مورد انتقاد منفی قرار می‌دهند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تمرینات ذهن‌آگاهی، خودمشاهده‌گری و آگاهی از تغییرات جسمانی در زمان ناراحتی و اصلاح ارتباط فرد با افکارش، تقویت می‌شود که در نتیجه پذیرش افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی و بدنی فرد تسهیل می‌شود. نتیجه اینکه افراد افکار ناسازگار و غیرمنطقی خود را مورد مشاهده قرار می‌دهند و خود را از نشخوار فکری و اضطراب منتج از تعارض جدا ساخته به این ترتیب تحمل‌پریشانی بالاتری به‌دست می‌آورند.

این پژوهش مانند سایر مطالعات با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله محدودیت‌هایی که در راستای انجام پژوهش وجود داشت، می‌توان به عدم رعایت سنجش دوسویه کور اشاره کرد. همچنین، هر دو روش مداخله در این مطالعه توسط یک درمانگر انجام شده است، لیکن با توجه به اثر روش مداخله و سوگیری و دلبستگی محقق نسبت به یک روش خاص و مبانی نظری گسترده هر دو روش مداخلاتی، مستلزم حضور دو درمانگر مستقل و مجزا جهت اجرای مداخلات درمانی بود. استفاده از پرسش‌نامه که روشی خوداظهاری است برای سنجش متغیرها از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. در پرسش‌نامه این احتمال وجود دارد که آزمودنی‌ها سعی کنند تا آن‌گونه که باید باشند، نه آن‌گونه که هستند به سؤالات پاسخ دهند و این امر نتایج تحقیق را ممکن است تحت تأثیر قرار دهد. در این مطالعه دوره پیگیری سه ماهه در نظر گرفته شد. عدم امکان پیگیری نمونه‌ها در بازه‌های زمانی طولانی‌تر از سه ماه جهت مشاهده تأثیر مداخلات انجام شده در بلندمدت یکی دیگر از محدودیت‌ها بود. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده در تمامی مراحل از ارزیابی‌های مستقل استفاده شود. با توجه به شیوع نسبتاً بالای آمارهایی که حاکی از طلاق و مشکلات زناشویی است نسبت به گسترش فعالیت‌های مراکز مشاوره و ارائه خدمات به موقع روان‌شناختی، توسعه خدمات تخصصی به افراد در حال طلاق یا تعارض زناشویی و ... اقدام مقتضی صورت گیرد. در مطالعات آتی ضمن استفاده از مصاحبه نیمه‌ساخت یافته در کنار پرسش‌نامه جهت گردآوری اطلاعات، تأثیر و ماندگاری مداخلات در بلندمدت (فاصله زمانی ۶ ماهه

References

- Grant ZR. Development of Southern Interracial Marriage and Divorce: Why Our Children are Code-Switching. *Crossings: Swarthmore Undergraduate Feminist Research Journal*, 2023, 1(1), 135-149. <https://works.swarthmore.edu/crossings/vol1/iss1/11/>
- Wang X, Zhao K. Partner phubbing and marital satisfaction: The mediating roles of marital interaction and marital conflict. *Social Science Computer Review*, 41(4), 2023, 1126-1139. <https://doi.org/10.1177/08944393211072231>
- Musapur H, Mehravar M, Batue A, Hosseini SH, Changi Ashtiani J. Outcomes of procrastination in marital conflicts: A qualitative study. *Razi Journal of Medical Sciences*, 2020, 27, 174-185. [In Persian]. <http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-6380-fa.html>.
- Ünal Ö, Akgün S. Conflict resolution styles as predictors of marital adjustment and marital satisfaction: An actor-partner interdependence model. *Family Studies*, 2022, 28(3), 898-913. <https://doi.org/10.1080/13229400.2020.1766542>
- Mikaeili N, Ebadi M. Developing Structural Equations for Marital Relationship Distress Based on Facial Emotion Recognition: The Mediating Role of Relational Aggression in Infertile Women. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 2022, 10(2), 22-32. [In Persian]. doi: [10.61186/shefa.10.2.22](https://doi.org/10.61186/shefa.10.2.22)
- Nasiri Z, Honarparvaran N, Shahshahani FJ, Samani S. Investigating the precipitating and exhibiting factors of marital infidelity: a qualitative study. *Journal of Applied Family Therapy*, 2022, 3(1), 110-135. [In Persian]. doi: [10.22034/aftj.2022.305871.1208](https://doi.org/10.22034/aftj.2022.305871.1208)
- Cao H, Fine MA, Zhou N. The Divorce Process and Child Adaptation Trajectory Typology (DPCATT) Model: The Shaping Role of Predivorce and Postdivorce Interparental Conflict. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2022, 25(1), 500-528. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00379-3>
- Gerschwer S. Conflicts over intimacy within mature, happy marriages reliance and reliability in intimate relationships: An interpretive phenomenological analysis. *Conflict Resolution Quarterly*, 2022, 39(3), 261-274. <https://doi.org/10.1002/crq.21321>
- Falconier M, Nussbeck F, Bodenmann G, Schneider H, Bradbury T. Stress from daily hassles in couples: Its effects on intradyadic stress, relationship satisfaction, and physical and psychological well-being. *marital and family therapy*, 2015, 41(2), 221-235. <https://doi.org/10.1111/jmft.12073>.
- Borhani L, Momeni K, Karami J, Mashhadi A. The efficacy of combining therapy cognitive with acceptance and commitment on symptoms of depression and psychosomatic problems firefighters of mashhad city. *Journal of Psychological Science*. 2021, 20(103), 1171-1192. [In Persian]. doi: [10.52547/JPS.20.103.1171](https://doi.org/10.52547/JPS.20.103.1171)
- Watanabe J, Watanabe M, Yamaoka K, Adachi M, Suzuki A, Tango T. Effects of 'SPRAT' programme for dietary and lifestyle education to improve psychosomatic symptoms and dietary habits among adolescents: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 2022, 22(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12832-7>.
- Birditt KS, Turkelson A, Polenick CA, Cranford JA, Blow FC. Alcohol Use and Blood Pressure Among Older Couples: The Moderating Role of Negative Marital Quality. *The Journals of Gerontology*, 2022, 77(9), 1592-1602. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac015>
- An U, Park HG, Han DE, Kim YH. Emotional suppression and psychological well-being in marriage: The role of regulatory focus and spousal behavior. *International journal of environmental research and public health*. 2022, 19(2), 973. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020973>.
- Shahabi S, Jenaabadi H, Tamini BK. The mediating role of marital intimacy in the relationship between distress tolerance and sexual self-concept among couples with marital conflict. *Journal of Applied Family Therapy*. 2021, 2(3), 361-80. [In Persian]. doi: [10.22034/aftj.2022.332238.1432](https://doi.org/10.22034/aftj.2022.332238.1432)
- Arshadi S, Karimi Q, Akbari M, Moradi O. The effectiveness of marital adjustment

- training on couples distress intolerance, difficulty in emotion regulation and marital conflict referring to counseling centers. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2021, 8(5), 140-151. [In Persian]. doi: [10.32598/shenakht.8.5.140](https://doi.org/10.32598/shenakht.8.5.140)
16. Mazarei Sotoodeh A, Bakhshipour A, Jajarmi M. The Effectiveness of Existential Group Therapy on Increasing Intimacy and Marital Satisfaction in Depressed Married Women. *Razi Journal of Medical Sciences*. 22, 29(2), 39-50. [In Persian]. doi: [20.1001.1.22287043.1401.29.2.3.6](https://doi.org/10.1001.1.22287043.1401.29.2.3.6)
17. Couture S, Vaillancourt-Morel MP, Hébert M, Fernet. Associations between conflict negotiation strategies, sexual comfort, and sexual satisfaction in adolescent romantic relationships. *The Journal of Sex Research*. 2023, 60(3), 305-314. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2043230>
18. Khodadadi Sangdeh J, Sepehrtaj SA, Mirzaesmaeili M, Sadat Sepehrtaj F. The effectiveness of cognitive existential group therapy on caregiving burden of mothers of children with thalassemia major. *Journal of Preventive Medicine*. 2020, 7(3), 52-42. [In Persian]. doi: [10.29252/jpm.7.3.52](https://doi.org/10.29252/jpm.7.3.52)
19. Cheragh Sahar Z, Dayarian M M, Haghayegh A, Gorji Y. The Effectiveness of the Therapeutic Package of Originality in the Three Worlds Based on Rollo May Existential Theory on the Resilience of Women with Marital Conflict. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2022, 20(2), 368-379. [In Persian]. doi: [10.52547/rbs.20.2.368](https://doi.org/10.52547/rbs.20.2.368)
20. Nameni E, Jajarmi M, Soliemanian A. Comparison of the Effectiveness of Existential Therapy and Compassion-based therapy on Psychological Well-being and Marital Disturbance of Conflicting Women, *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2021, 28(4), 608-620. [In Persian]. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1450.html
21. Dukes AT, Gutierrez D, Goshorn JR. Logotherapy infused family therapy: A systematic review of clinical interventions for family counselors. *Humanistic Counseling*. 2022, 61(1), 18-29. <https://doi.org/10.1002/johc.12168>
22. Chisari C, McCracken LM, Cruciani F, Moss-Morris R, Scott W. Acceptance and Commitment Therapy for women living with Vulvodynia: A single-case experimental design study of a treatment delivered online. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022, 23(2), 15-30. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.11.003>
23. Thompson EM, Destree L, Albertella L, Fontenelle LF. Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior Therapy*. 2021, 52(2), 492-507. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.002>
24. Aghili SM, Kashiri S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Uncertainty Intolerance, Turmoil Tolerance, and Sexual Function in Betrayed Women. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2022, 10(3), 57-67. [In Persian]. doi: [10.52547/shefa.10.3.57](https://doi.org/10.52547/shefa.10.3.57)
25. Zohrehvandi Z, Babakhani N, Taheri A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Perceived stress & Psycho-Somatic Signs & emotional distress in IVF infertile women. *Applied Family Therapy Journal*. 2022, 3(2), 496-516. [In Persian]. doi: [10.22034/aftj.2022.310062.1230](https://doi.org/10.22034/aftj.2022.310062.1230)
26. Irannezhad Z, Hamidi Poor R, Heidari H, Davoudi H. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group training on attachment, intimacy and sexual satisfaction in women with sexual reluctance. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2021, 64(2), 2865-2875. [In Persian]. doi: [10.22038/MJMS.2021.18899](https://doi.org/10.22038/MJMS.2021.18899)
27. Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*. 2010, 48(3), 238-245. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.006>
28. Charny IW. Existential/dialectical marital therapy: Breaking the secret code of marriage: Psychology Press. 1992, <https://www.routledge.com/Existential-Dialectical-Marital-Therapy-Breaking-The-Secret-Code-Of-Marriage/Charny/p/book/9781138869172>
29. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change.

- Second Edition. New York: Guilford Press. 2016,
<https://www.guilford.com/books/Acceptance-and-Commitment-Therapy/Hayes-Strosahl>
30. Lacourt T, Houtveen J, Van Doornen L. Functional somatic syndromes, one or many?: an answer by cluster analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2013, 74(1), 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.013>
31. Shabbeh Z, Feizi A, Afshar H, Hassanzade Kashtali A, Adibi P. Identifying the Profiles of Psychosomatic Disorders in an Iranian Adult Population and their Relation to Psychological Problems. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016, 26 (137),82-94. [In Persian]. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-7714-fa.html>
32. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005, 20(9), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>.
33. Parham R, Namdarpour F, Dayarian M. The effectiveness of the emotion-oriented approach on distress tolerance and cognitive emotion regulation of married women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*. 2023, 12(7),113-22. [In Persian]. 20.1001.1.2383353.1402.12.7.12.8
34. Ma TW, Yuen AS, Yang Z. The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Journal of Pain*. 2023, 39(3),147-57. doi: 10.1097/AJP.0000000000001096
35. Han A, Wilroy JD, Yuen HK. Effects of acceptance and commitment therapy on depressive symptoms, anxiety, pain intensity, quality of life, acceptance, and functional impairment in individuals with neurological disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychologist*. 2023, 27(2), 210-231. <https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2163158>.
36. Weng J, Pachman DR, Wild E, Ingram CJ. Dignity conserving therapy: an intervention for addressing psychosocial and existential distress in patients with serious illness. *Palliative Medicine Reports*. 2022, 3(1), 206-210. <https://doi.org/10.1089/pmr.2022.0016>.
37. Lebel S, Maheu C, Tomei C, Mutsaers B, Bernstein LJ, Courbasson C, et al. Mechanisms of change of a cognitive-existential group intervention for fear of cancer recurrence: Mediation analyses of the FORT trial. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice*. 2022, 4(3), 23-36. Doi: 10.1097/OR9.0000000000000077
38. Safdari H, Naderi F, Moradi Manesh F, Makvandi B. The Effectiveness of Acceptance Based Therapy on Anxiety Sexual satisfaction and depression in infertile women. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2022, 65(5), 1249-1258. [In Persian]. doi: [10.22038/MJMS.2022.67174.3982](https://doi.org/10.22038/MJMS.2022.67174.3982).
39. Sun FK, Hung CM, Yao Y, Fu CF, Tsai PJ, Chiang CY. The effects of logotherapy on distress, depression, and demoralization in breast cancer and gynecological cancer patients: A preliminary study. *Cancer Nursing*. 2021, 44(1), 53-61. doi: 10.1097/NCC.0000000000000740
40. Alizadeh S, Taklavi S, Mahmoud Alilou M. The effectiveness of existential therapy on intolerance of uncertainty, accepting death, and feeling empty in recovered covid-19 patients in urmia city. *Nursing and Midwifery Journal*. 2022, 20(1), 17-30. [In Persian]. doi: [10.52547/unmf.20.1.17](https://doi.org/10.52547/unmf.20.1.17)
41. Babahasani K, Amini N, ShafieAbadi A, Deyreh E. Effectiveness of Existential Group Therapy on Experience and Perception of Suffering, Emotional Regulation and Happiness in Migraine patients. *Scientific Journal of Social Psychology*. 2020, 14(58), 295-309. [In Persian]. https://psychology.ahvaz.iau.ir/article_680984.html
- Shirali S, DashtBozorgi Z. Effect of existential group therapy on distress tolerance, existential anxiety, meta-worry and health worry in elderly women with cardiovascular disease. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2019, 7(4), 24-33. [In Persian]. <http://journal.icns.org.ir/article-1-579-fa.html>