



Original Article

Open Access

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Increasing Intimacy and Marital Adjustment of Patients with Substance Use Disorders

Zohreh Rafezi^{1*}, Maryam Keshaei²

¹ Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

² Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

ABSTRACT

Aims: Substance use disorder is a problem that causes serious familial conflicts. This study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on increasing intimacy and marital adjustment of patients with substance use disorders.

Materials & Methods: This quasi-experimental study with pre and post-test design with one month control and follow-up was performed on all addict patients referring to Tehran, Iran Nouandisheh Drug Abuse Center during winter of 2018. 30 samples were selected by convenience sampling method and were randomly divided into two 15-people groups of experimental and control. Data were collected using Walker and Thompson Marital Intimacy Scale and Spanier Marital Adjustment Questionnaire. All participants completed pre-test, intimacy scale and adjustment questionnaire. The experimental group participated in Acceptance and Commitment Therapy sessions, and a week later, the post-test was held in both groups. A month later, follow-up test was performed in both groups. The data were analyzed using analysis of covariance and repeated measures ANOVA.

Findings: In the experimental group, the subjects' marital intimacy scores 34.53 ± 12.20 and marital adjustment 33.73 ± 11.95 after intervention were 60.40 ± 16.59 and 56.46 ± 13.21 , respectively increased ($p < 0.05$). This increase did not apply to the control group ($p < 0.05$). Effect size also indicated that about 581% of marital intimacy and 0.414% of marital adjustment in the experimental group were affected by acceptance and commitment therapy. There was a significant difference between pre-test, post-test and follow-up of the experimental group in the intimacy index ($F = 54.035$; $p < 0.01$) and marital adjustment ($F = 26.988$; $p < 0.01$).

Conclusion: Acceptance and commitment therapy continuously increase intimacy and compatibility of couples with substance use disorders.

KEYWORD: Acceptance and Commitment Therapy; Marriage; Psychological Adaptation; Substance Use Disorders

How to cite this article

Rafezi Z, Keshaei 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):119-126.

*Correspondence:

Address: Faculty of Psychology and Education of Allameh Tabataba'i University, Dehkade-ye Olampik, West Hemmat Highway, Tehran, Iran.
Postal Code: 1489684511
Phone: +989125995480
Tel: +982144737510
Fax: +982144737510
Mail: rafezi.zohreh@atu.ac.ir

Article History

Received: 02/06/2019
Accepted: 05/01/2019
ePublished: 03/04/2020

CITATION LINKS

[1] Comparison of marital conflict dimensions ... [2] Mental health and child-rearing styles ... [3] Sexual risk behavior among persons dually ... [4] An initial meta-analysis of acceptance and commitment ... [5] Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry ... [6] The timing of divorce: Predicting when a couple ... [7] Explaining the role of coping styles in marital satisfaction ... [8] Correlation between marital satisfaction and depression ... [9] Community-based prevention of marital dysfunction ... [10] Couple communication, emotional and sexual ... [11] Areas of marital dissatisfaction among ... [12] Marital adjustment. Encyclopedia of Family ... [13] The evaluation of the relationship between marital ... [14] Acceptance and Commitment Therapy ... [15] Acceptance and commitment therapy ... [16] Acceptance and commitment therapy and contextual ... [17] Acceptance and commitment therapy ... [18] Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior ... [19] Experiential avoidance and interpersonal problems ... [20] The importance of theory in cognitive behavior therapy ... [21] The impact of treatment components suggested ... [22] The effectiveness of an acceptance and commitment ... [23] A randomized controlled trial of acceptance and commitment ... [24] The effectiveness of acceptance and commitment group therapy ... [25] Intimacy and intergenerational aid and contact ... [26] Measuring dyadic adjustment: New scales for ... [27] Family and marriage scales ... [28] Comparison marital burnout and family ... [29] Improve, refine, recast, expand, ... [30] The effect of emotional intelligence and life skills ... [31] The efficacy of acceptance and commitment therapy ... [32] The effects of mindfulness based intervention on impulsivity ... [33] Does stepping stones triple p plus acceptance and commitment ... [34] Effectiveness of group counseling with acceptance and commitment ... [35] Efficacy of acceptance and commitment therapy on fear ... [36] The effect of acceptance and commitment therapy ... [37] Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder ... [38] Direct and indirect associations between experiential ... [39] Acceptance and commitment therapy ...



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش صمیمیت و سازگاری زناشویی بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد

زهرا رافعی^{۱*}، مریم کشایی^۲

^۱ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
^۲ گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

چکیده

اهداف: اختلال مصرف مواد مسئله‌ای است که سبب اختلافات خانوادگی جدی می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش صمیمیت و سازگاری زناشویی بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه در میان تمامی بیماران معتاد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد نواندیشه تهران در زمستان سال ۱۳۹۶ انجام شد. ۳۰ نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده مقیاس صمیمیت زناشویی والکر و تامپسون و پرسش‌نامه سازگاری زناشویی اسپانیر بود. تمامی شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون، مقیاس صمیمیت و پرسش‌نامه سازگاری را تکمیل کردند. گروه آزمایش در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند و یک هفته پس از آن، پس‌آزمون در هر دو گروه برگزار شد. یک ماه بعد نیز آزمون پیگیری در هر دو گروه اجرا شد. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در گروه آزمایش، نمرات صمیمیت زناشویی آزمودنی‌ها با مقدار $34/53 \pm 12/20$ و سازگاری زناشویی با مقدار $33/73 \pm 11/95$ پس از مداخله به‌طور معناداری به ترتیب به مقادیر $56/46 \pm 13/21$ و $60/40 \pm 16/59$ افزایش یافته بودند ($p < 0/05$). این افزایش در مورد گروه کنترل صدق نکرد ($p < 0/05$). اندازه اثر نیز حاکی از آن بود که حدود $0/581$ درصد از افزایش صمیمیت زناشویی و $0/414$ درصد از افزایش سازگاری زناشویی در گروه آزمایش، تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمودنی‌های گروه آزمایش در شاخص صمیمیت ($F = 54/035$; $p < 0/01$) و سازگاری زناشویی ($F = 26/988$; $p < 0/01$) تفاوت آماری معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش ماندگار صمیمیت و سازگاری زوجین مبتلا به اختلال مصرف مواد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زناشویی، سازگاری روانشناختی، اختلال مصرف مواد

نحوه استناد به این مقاله

Rafezi Z, Keshae 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):119-126.

نویسنده مسئول:

آدرس پستی: تهران، اتوبان همت غرب، دهکده المپیک، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
 تلفن همراه: ۹۱۳۱۰۵۶۳۱
 تلفن ثابت: ۴۸۹۳۱۸۷۲
 فکس: ۴۸۹۳۱۸۶۰
 پست الکترونیک: rafezi.zohreh@atu.ac.ir

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۳۹۸/۰۳/۱۲
 پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۳۱
 چاپ: ۱۳۹۹/۰۱/۱۵

لینک‌های استناد

- [1] Comparison of marital conflict dimensions ... [2] Mental health and child-rearing styles ... [3] Sexual risk behavior among persons dually ... [4] An initial meta-analysis of acceptance and commitment ... [5] Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry ... [6] The timing of divorce: Predicting when a couple ... [7] Explaining the role of coping styles in marital satisfaction ... [8] Correlation between marital satisfaction and depression ... [9] Community-based prevention of marital dysfunction ... [10] Couple communication, emotional and sexual ... [11] Areas of marital dissatisfaction among ... [12] Marital adjustment. Encyclopedia of Family ... [13] The evaluation of the relationship between marital ... [14] Acceptance and Commitment Therapy ... [15] Acceptance and commitment therapy ... [16] Acceptance and commitment therapy and contextual ... [17] Acceptance and commitment therapy ... [18] Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior ... [19] Experiential avoidance and interpersonal problems ... [20] The importance of theory in cognitive behavior therapy ... [21] The impact of treatment components suggested ... [22] The effectiveness of an acceptance and commitment ... [23] A randomized controlled trial of acceptance and commitment ... [24] The effectiveness of acceptance and commitment group therapy ... [25] Intimacy and intergenerational aid and contact ... [26] Measuring dyadic adjustment: New scales for ... [27] Family and marriage scales ... [28] Comparison marital burnout and family ... [29] Improve, refine, recast, expand, ... [30] The effect of emotional intelligence and life skills ... [31] The efficacy of acceptance and commitment therapy ... [32] The effects of mindfulness based intervention on impulsivity ... [33] Does stepping stones triple p plus acceptance and commitment ... [34] Effectiveness of group counseling with acceptance and commitment ... [35] Efficacy of acceptance and commitment therapy on fear ... [36] The effect of acceptance and commitment therapy ... [37] Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder ... [38] Direct and indirect associations between experiential ... [39] Acceptance and commitment therapy ...

مقدمه

پدیده گرایش به مواد مخدر و اعتیاد به آن، به عنوان یکی از عوامل آسیب‌زا در همه کشورهای جهان از جمله ایران شناخته می‌شود که بر اساس نظر بسیاری از پژوهشگران، می‌تواند تأثیر نامطلوبی در سلامت جسمانی و روانی خود فرد، خانواده و اطرافیان او ایجاد کند [۱-۴]. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در این میان بیش از هر کس، همسر و فرزندان فرد مصرف‌کننده در معرض آسیب قرار دارند [۵] و این آسیب‌ها خود را به اشکال مختلف مانند اختلافات زناشویی فرد معتاد با همسر نمایان می‌کنند. مطالعات انجام‌پذیرفته در این زمینه نشان می‌دهد که مصرف‌کنندگان مواد و همسران آنها دارای اختلافات زناشویی بالاتر و رضایت زناشویی پایین‌تری هستند [۱].

سازگاری و صمیمیت میان زوجین به احساس‌ها و نشانه‌های مطلوب منجر می‌شود و نبود آنها موجب کاهش همه این احساس‌های مطلوب و حتی بدتر از آن، باعث رخداد پدیده نامطلوبی مانند طلاق می‌شود [۶]. بسیاری از پژوهشگران به تأثیرات نامطلوب ناسازگاری و عدم صمیمیت میان زوجین بر ایجاد احساس افسردگی، اضطراب، تنهایی و پوچی، کاهش عزت‌نفس، کاهش سلامت جسمی و روانی زوجین و سلامت روانی فرزندان اشاره کرده‌اند [۷-۹]. تاکنون تعاریف متفاوت و زیادی از صمیمیت و مؤلفه‌های آن ارائه شده است ولی واژه صمیمیت اغلب برای اشاره به حس کلی همسران از نزدیکی به یکدیگر به کار می‌رود [۱۰]. پایه صمیمیت زمانی گذاشته می‌شود که زن و شوهر علاوه بر رسیدن به خودآگاهی با خودآشنایی نیز راحت باشند [۱۱]. از سوی دیگر سازگاری زناشویی که به صورت تطابق زوجین با یکدیگر تعریف می‌شود، نقش اساسی در تداوم و ثبات زندگی زناشویی دارد. سازگاری ضعیف زوجین منجر به عدم ثبات زندگی، طلاق [۱۲] و رفتارهای مشکل‌دار در کودکان می‌شود [۱۳]. بنابراین اهمیت پرداختن به این موضوع کاملاً بدیهی است. از طرفی دیگر، در معتادان به علت مشکلات بین‌فردی ناشی از اجتناب تجربی، کاهش انعطاف‌پذیری و مشکلات روان‌شناختی، صمیمیت و سازگاری زوجین پایین است و بهره‌گیری از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که هدف آن افزایش انعطاف‌پذیری شناختی افراد و رفع بسیاری از مشکلات و اختلالات روانی است، به عنوان یکی از مؤثرترین مداخلات روان‌شناختی، می‌تواند کمک مؤثری برای افزایش سازگاری و صمیمیت زوجین باشد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمان‌های رفتاری موج سوم [۱۴] و مبتنی بر نظریه چهارچوب ارتباطی است [۱۵، ۱۶]. این درمان ریشه در بافتارگرایی کارکردی دارد و بر نحوه تأثیر زبان بر شناخت، هیجان و رفتار متمرکز شده است [۱۷] و می‌کوشد تا شناخت و زبان را در یک چهارچوب تحلیل رفتار ادغام کند. در این دیدگاه، اعتقاد بر این است که شناخت‌های تحریف‌شده مستقیماً باعث فشار و مشکل برای فرد نمی‌شود بلکه بافتی که در آن افکار تحریف‌شده شکل می‌گیرد، تعیین‌کننده پیامدهای منفی است. طبق این رویکرد، هنگامی بافتی آسیب‌زا خواهد شد که افراد با معنای لفظی محتوای شناختی خود درآمیزند؛ برای مثال وقتی فردی فکر کند زندگی با فرد معتاد جهنم است، واقعاً آن زندگی به جهنم تبدیل خواهد شد. همچنین از تجاربی که همراه محتوای شناختی تحریف‌شده می‌آید (نظیر اضطراب و افسردگی) اجتناب کنند [۱۸]. در این رویکرد، فرض بر این است که صرفاً عواطف یا

افکار منفی نیست که فرد را دچار مشکل می‌کند، بلکه اجتناب تجربی (با افزایش شدت و فراوانی عواطف و افکار منفی) باعث ایجاد مشکل می‌شود. اجتناب تجربی به معنای تمایل به ارزیابی منفی، فرار و دوری از تجارب شخصی منجرکننده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اجتناب تجربی در ایجاد حفظ بسیاری از اختلالات و مشکلات روانی به خصوص مسائل مربوط به سازگاری و روابط، نقش مهمی ایفا می‌کند [۱۹-۲۱].

علاوه بر این، در این دیدگاه اعتقاد بر این است که چون تجارب درونی منجرکننده هستند، افراد قبل از اینکه کار مهمی را شروع کنند، می‌کوشند احساسات منفی همراه این تجارب را حذف کنند و همین امر باعث کاهش انعطاف‌پذیری افراد و محدودشدن زندگی آنها می‌شود. زیرا آنها هرگونه اقدام برای رفتارهای معنادار را تا زمان حذف احساسات منفی، به تعویق می‌اندازند [۲۲]. از این رو، هدف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، افزایش انعطاف‌پذیری روانی افراد از طریق شش فرآیند اساسی آگاهی از زمان حال، پذیرش هیجانات و افکار دشوار، کاهش اعتقاد و چسبندگی به افکار، اتخاذ رویکرد، شناسایی ارزش‌ها و متعهدشدن به عملی در جهت دستیابی به ارزش‌ها است [۲۳]. در این شیوه، به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب و کنترل تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است و نتیجه‌ای عکس دارد و موجب تشدید آن می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی و بیرونی، جهت حذف آنها به‌طور کامل پذیرفت [۲۴].

همان‌طور که بیان شد، با توجه به شایع‌بودن مشکل اعتیاد در جامعه و مشکلات خانوادگی ایشان، لازم است که به صورت تخصصی در رفع مشکلات این گروه اقدام شود و با توجه به اینکه در خانواده‌هایی که یکی از زوجین معتاد است، اجتناب تجربی به عنوان روشی برای عدم مواجهه با عواطف و تجارب ناخوشایند توسط زوجین به دفعات به کار گرفته می‌شود و عدم انعطاف‌پذیری روانی نقش مهمی در روابط آنها ایفا می‌کند، ضروری است تا از شیوه‌هایی نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به افزایش انعطاف‌پذیری و کاهش اجتناب تجربی کمک می‌کند، بهره گرفت. لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش صمیمیت و سازگاری در بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه در میان تمامی بیماران معتاد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد نواندیشه تهران در زمستان سال ۱۳۹۶ انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده مقیاس صمیمیت زناشویی *والکر و تامپسون* [۲۵] و پرسش‌نامه سازگاری زناشویی *اسپانیر* [۲۶] بود. ملاک‌های ورود به پژوهش، جنسیت مرد، تحصیلات حداقل دیپلم، سن ۲۰ الی ۳۵ سال، طول مدت ازدواج حداقل ۳ الی ۵ سال، نداشتن بیماری‌های جسمی یا اختلالات روان‌پزشکی دیگر، عدم شرکت در برنامه‌های روان‌درمانی و مشاوره‌ای فردی یا گروهی هم‌زمان دیگر بود. معیار خروج از مطالعه نیز عدم تمایل افراد به ادامه شرکت در مطالعه بود. تعداد کل مراجعان معتاد به مرکز تحت مطالعه در زمستان ۱۳۹۶، ۲۰۷ نفر بود که از میان آنها به ۷۶ نفر که مایل به شرکت در پژوهش بودند و شرایط ورود به پژوهش را داشتند، پرسش‌نامه‌های پژوهش توزیع شد. از میان

همگنی و همبستگی شیب رگرسیون با استفاده از آزمون‌های کولموگروف- اسمیرنوف، کروییت موخلی، لوین و ام‌پاکس مورد بررسی قرار گرفتند. برای مقایسه دویه‌دوی میانگین‌های صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین در سه نوبت اجرا نیز از آزمون مقایسه‌های چندگانه بونفرونی استفاده شد. تمامی تحلیل‌های آماری در قالب نرم‌افزار SPSS 19 انجام شد.

جدول ۱) محتوای جلسات

شماره جلسه	محتوا
۱	قرارداد درمانی و تبیین اهداف درمان، کاوش روش‌های قبلی برای مقابله با احساسات، افکار، خاطرات منفی، ایجاد ناامیدی از روش‌های قبل، متافورمردی در گودال و متافور طناب‌کشی
۲	هدف جلسه مشکل علایم فی‌نفسه نیست، چگونگی پاسخ به آنهاست، اجتناب و کنترل تاکنون ناکارآمد و مشکل‌زا بوده‌اند، قانون تجارب عمومی و خصوصی، تمرین کیک شکلاتی، ناراحتی پاک و ناراحتی ناپاک مراجع، ادغام شناختی خود را کاهش دهد، متافور مسافران اتوبوس، تفاوت ارزیابی و توصیف، متافور فنجان بد و فنجان خوب
۳	هدف مراجع با احساسات درونی خود ارتباط برقرار کند. متافور صفحه شطرنج
۴	ارزش‌های مراجع، متافور تشیع جنازه، مراجع به خاطر چیزهایی به خودش فشار آورده که جزء ارزش‌هایش نبودند، مراجع فعالیت‌هایی که او را به آن ارزش‌ها می‌رساند تعیین نماید
۵	فرد فعالیت‌های لازم را برای رسیدن به ارزش خود را انجام دهد. متافور حباب صابون، متافور میهمانی

یافته‌ها

۳۰ نمونه با میانگین سنی ۳۱/۰۰±۵/۹۰ سال بررسی شدند. همچنین در هر دو گروه، ۵ نفر (۱۶ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۲ نفر (۸ درصد) دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۸ نفر (۲۶ درصد) دارای مدرک کارشناسی بودند.

با توجه به نتایج معناداری آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای متغیرهای هر دو گروه که بیشتر از میزان ۰/۵ بود، مفروضه نرمال‌بودن داده‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس از طریق آزمون ام‌پاکس و همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین تأیید شد. پس از بررسی و اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد.

مطابق با **جدول ۲**، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری محاسبه شد ($p < 0/05$). شاخص لامبدای ویلکز با مقدار ۰/۲۸ نشان داد که این شاخص در سطح لامبدای ۰/۰۱ معنادار بود ($F=32/15$; $\eta^2=0/72$). به عبارت دیگر می‌توان ادعا کرد که در ترکیب میانگین‌ها، گروه‌ها دارای تفاوت معناداری نسبت به یکدیگر بودند؛ اما به منظور اطلاع از اینکه کدام یک از متغیرهای وابسته منجر به معناداری لامبدای ویلکز شده بود، از تحلیل تک‌متغیری کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی در سه مرحله آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش

شاخص	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
صمیمیت زناشویی	کنترل	۳۳/۴۲±۱۵/۷۸	۲۷/۶۴±۱۱/۴۹	۲۷/۴۲±۱۱/۰۰
	آزمایش	۳۴/۵۳±۱۲/۲۰	۶۰/۴۰±۱۶/۵۹	۵۸/۸۰±۱۳/۹۴
سازگاری	کنترل	۳۳/۰۰±۱۵/۵۰	۲۸/۳۶±۱۱/۳۴	۲۸/۵۳±۱۱/۷۴۳
	آزمایش	۳۳/۷۳±۱۱/۹۵	۵۶/۴۶±۱۳/۲۱	۶۰/۸۶±۱۵/۹۸

شرکت‌کنندگانی که صمیمیت و سازگاری زناشویی پایینی داشتند (نمرات صمیمیت کمتر از ۸۰ و سازگاری زناشویی کمتر از ۱۰۰)، ۳۰ نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

مقیاس صمیمیت زناشویی والکر و تامپسون: این مقیاس توسط والکر و تامپسون برای سنجیدن صمیمیت زناشویی زوجین ساخته شده است و توسط ثنائی ذکر در ایران ترجمه شده است [۲۷]. این مقیاس ۱۷ سؤال دارد و طبق طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر از ۸۰ در این پرسش‌نامه، نشان‌دهنده صمیمیت بالاتر میان زوجین است. والکر و تامپسون در سال ۱۹۸۳ ضریب پایایی این پرسش‌نامه را ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. نادری و آزادمنش [۲۸] نیز پایایی این پرسش‌نامه را از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند که بیانگر پایایی بالای این آزمون است. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسش‌نامه سازگاری زناشویی اسپانیر: این پرسش‌نامه ۳۲ ماده‌ای توسط اسپانیر [۲۹] برای سنجش میزان سازگاری زناشویی زوجین طراحی شده است و با جمع نمرات این ۳۲ سؤال نمره نهایی میزان سازگاری زناشویی که عددی مابین ۰ تا ۱۵۱ است، به‌دست می‌آید. کسب نمرات برابر یا بیش از ۱۰۰، به معنای سازگاری زوجین و نمرات کمتر از ۱۰۰ به معنی وجود مشکلی در روابط زناشویی و عدم سازگاری و تفاهم است. اسپانیر ضریب همسانی درونی ۰/۹۶ را برای این پرسش‌نامه گزارش کرده است. وی برای محاسبه اعتبار سازه این پرسش‌نامه از آزمون سازگاری زناشویی لاک و لاس استفاده کرده و همبستگی این مقیاس را برای متأهلین ۰/۸۶ و در میان افراد مطلقه ۰/۸۸ گزارش کرده است. همچنین درویزه و کهکی [۳۰] با استفاده از روایی ملاکی، روایی ۰/۹۴ را برای این پرسش‌نامه محاسبه کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۹۱ به‌دست آمد.

پس اخذ مجوزهای لازم از مراجع ذی‌ربط و دریافت تأییدیه اخلاق پژوهش در کمیته دانشگاه، پژوهشگران به محل اجرای طرح مراجعه کردند و پس از آگاه‌سازی افراد از اهداف و فرایند پژوهش، تمامی شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون، مقیاس صمیمیت و پرسش‌نامه سازگاری را تکمیل کردند. پس از آن، گروه آزمایش مطابق با **جدول ۱**، در ۶ جلسه ۱/۵ ساعته (هفته‌ای ۲ جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند و در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه آموزش و درمانی دریافت نکرد و افراد گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفتند. یک هفته پس از اتمام جلسات درمانی، پس‌آزمون در هر دو گروه به‌صورت هم‌زمان اما جدا از یکدیگر برگزار شد. یک ماه بعد نیز آزمون پیگیری در هر دو گروه اجرا شد. پس از انجام پژوهش، مداخلات برای اعضای گروه کنترل که در فهرست انتظار قرار داشتند، نیز انجام شد. در انجام این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی نظیر اخذ رضایت از شرکت‌کنندگان، محرمانه‌بودن اطلاعات و آگاه‌سازی افراد پیش از ورود به مطالعه رعایت شد و شرکت‌کنندگان می‌توانستند در صورت تمایل، به نتایج پژوهش دسترسی داشته باشند.

آنالیز آماری: داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) تجزیه و تحلیل شدند. پیش از انجام آمار استنباطی، پیش‌فرض‌های نرمال‌بودن،

از مشکلات روان‌شناختی رایج نظیر اضطراب و افسردگی، سایکوز، درد مزمن، ترس‌ها، اضطراب اجتماعی، نارسایی عقلی، اوتیسم [۱۴]، رضایت زناشویی، سلامت روان [۳۱]، کیفیت زندگی و مشکلات بین‌فردی [۳۲، ۳۳] حکایت می‌کند. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌های پیشین [۳۶-۳۴] اثربخشی این درمان را بر سازگاری زناشویی و صمیمیت زناشویی تأیید کرد. ضیاءپور و همکاران در پژوهشی که در سال ۱۳۹۷ بر روی زوجین کرمانشاهی دارای مشکل زناشویی انجام داده بودند، نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود سازگاری زناشویی آنها مؤثر است [۳۴]. همچنین شهابی‌نژاد و همکارانش در پژوهش خود اثربخشی این درمان را در بهبود ترس از صمیمیت و خودانتقادی کارکنان زن بهزیستی شهر کرمان نشان داده‌اند [۳۵].

با توجه به مبانی نظری در تبیین نتایج حاصل می‌توان عنوان کرد که هدف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است [۱۴] و یکی از عواملی که باعث عدم انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود و نقش مهمی در بسیاری از مشکلات بین‌فردی و روانی ایفا می‌کند، اجتناب تجربی است [۲۰-۱۸]. اجتناب تجربی بدین نحو که باعث عدم مواجه‌شدن فرد با ماهیت عینی روابط مشکل‌آفرین و به جای آن پاسخ‌دهی به شیوه هیجانی و شناختی می‌شود، در روابط بین‌فردی اختلال ایجاد می‌کند [۳۷]. از سوی دیگر، افراد مستعد پاسخگویی به شکل اجتنابی ظرفیت کمتری برای به تعویق انداختن نیازهای خود دارند، در نتیجه مستعد خشم و افسردگی بیشتری هستند [۳۸] که خود موجب افزایش مشکلات ارتباطی در این افراد می‌شود. مبتلایان به اختلال مصرف مواد نیز به علت داشتن تجارب ناراحت‌کننده معمولاً از اجتناب تجربی برای عدم مواجه با احساسات و افکار منجرکننده خود استفاده می‌کنند و همین امر باعث می‌شود که آنها از روابط سالم و حمایت‌کننده بهره‌مند نشوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌کند با آموزش پذیرش به جای اجتناب، افراد را از گذشته و افکار مسئله‌ساز دور کرده و آنها را به حال و مستقل عمل کردن از تمام تجربیات نامطلوب گذشته سوق دهد و بدین ترتیب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که به معنای توانایی برای تماس کامل با لحظه حال به عنوان یک انسان آگاه است را در افراد افزایش دهد [۱۵]. هدف فرآیند پذیرش در آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش، کاهش نیاز به بازداری فکر است [۳۹].

همچنین نتایج پژوهش نشان‌دهنده ماندگاری تأثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش بعد از پیگیری یک ماهه بود. علت این امر را می‌توان تغییر رابطه مراجع با افکار و احساسات ایشان بیان کرد، به نحوی که دیگر آنها را نشانه نبیند. تا زمانی که ما فکر یا احساسی را به عنوان نشانه برچسب بزنیم، این برداشت را ایجاد می‌کند که نادرست و آسیب‌زاست و برای سالم‌بودن باید از آنها خلاص شد. در این درمان افراد به این سمت هدایت می‌شوند تا افکار و احساسات خود را همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، تجربه کنند و از آنها اجتناب نکنند. از سوی دیگر از آنجایی که در این درمان به مراجعان یاد داده می‌شود که ارزش‌ها، اهداف و رفتارهای خاصی که در راستای آن ارزش‌هاست برای خود تعریف کنند و به اهدافی که در حوزه آن ارزش‌ها است، پایبند و متعهد باشند، دور از انتظار نبود که این درمان اثرات بلندمدتی بر نحوه ارتباطات و به تبع آن صمیمیت و سازگاری زناشویی گروه آزمایش پژوهش داشته باشد.

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا روی صمیمیت و سازگاری زناشویی در دو گروه آزمایش و گواه پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون در هر دو شاخص، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود داشت، به‌طوری که مطابق با **جدول ۲** در گروه آزمایش، نمرات صمیمیت زناشویی آزمودنی‌ها با مقدار $34/53 \pm 12/20$ و سازگاری زناشویی با مقدار $33/73 \pm 11/95$ پس از مداخله به‌طور معناداری به ترتیب به مقادیر $56/46 \pm 13/21$ و $56/46 \pm 13/21$ ($F=18/370$) افزایش یافته بودند ($p<0/05$). بنابراین می‌توان ادعا کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش صمیمیت و سازگاری زناشویی بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد مؤثر بود. مطابق با **جدول ۳**، اندازه اثر نیز حاکی از آن بود که $0/581$ درصد از افزایش صمیمیت زناشویی و $0/414$ درصد از افزایش سازگاری زناشویی در گروه آزمایش، تحت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود.

جدول ۳ تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا

روی صمیمیت و سازگاری زناشویی				
منابع تغییر	مجموع مجذورات	F	اندازه اثر	توان آزمون
صمیمیت زناشویی	۷۷۳۹/۲۰۲	۳۶/۹۸۵	۰/۵۸۷	۱/۰۰۰
سازگاری زناشویی	۴۷۷۱/۲۵۸	۱۸/۳۷۰	۰/۴۱۴	۰/۹۸۵

برای بررسی پایداری (ماندگاری) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری و صمیمیت زناشویی زوجین در طول زمان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده کردیم. پیش از انجام تحلیل واریانس برای بررسی مفروضه نرمال‌بودن توزیع چندمتغیری داده‌های پژوهش از آزمون کرویت موخلی استفاده شد. با توجه به برقراری مفروضه کرویت (سطح معناداری بالاتر از $0/05$)، نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمودنی‌ها در شاخص صمیمیت ($p<0/01$; $F=54/035$) و سازگاری زناشویی ($p<0/01$; $F=26/988$) تفاوت آماری معناداری وجود داشت.

برای مقایسه دوه‌دوی میانگین‌های صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین در سه نوبت اجرا از آزمون مقایسه‌های چندگانه بونفرونی استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد که اعضای گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نمرات بالاتری نسبت به پیش‌آزمون کسب کردند ($p<0/05$). این مسئله در مورد گروه کنترل صدق نکرد و آنها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمرات بالاتری نسبت به پیش‌آزمون نداشتند ($p<0/05$). در نتیجه می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش صمیمیت و سازگاری زناشویی بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد در طول زمان اثر پایداری داشت.

بحث

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش صمیمیت و سازگاری زناشویی بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد بود. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که این درمان باعث افزایش معنادار و پایدار در صمیمیت و سازگاری زناشویی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. پیشینه پژوهشی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان جامعه متنوعی

بیماران مبتلا به مصرف مواد مخدر، مؤثر است و همچنین این درمان با بهبود شبکه ارتباطی زبانی افراد و کمک به آنها برای اجتناب از برچسب‌زنی از یکسو و انتخاب ارزش‌ها و پایبندی به آنها از سوی دیگر، باعث تداوم اثر درمانی می‌شود.

تشکر و قدردانی: از تمامی مسئولان و بیماران مرکز ترک اعتیاد نواندیشه تهران که در اجرای این پژوهش با ما همکاری نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم. این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی کرج بود.

تأییدیه اخلاقی: این پژوهش پس اخذ مجوزهای لازم از مراجع ذی‌ربط و دریافت تأییدیه اخلاقی پژوهش در کمیته دانشگاه آزاد اسلامی کرج انجام شد.

تعارض منافع: بدین وسیله نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منافی در قبال مطالعه حاضر وجود ندارد.

سهم نویسندگان: زهره رافضی (نویسنده اول) ارائه ایده و طراحی مطالعه؛ مریم کشایی (نویسنده دوم) جمع‌آوری داده، تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله و بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

منابع مالی: هزینه‌ها توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

References

- 1- Ghorbani M, Kazemi H, Bahryni Boroujeni M, Sepehri-Boroujeni K, Ghorbani T. Comparison of marital conflict dimensions between substance dependence patients: Shishe, Crack, Opioids. Shahrekord Uni Med Sci J. 2012;14(3):12-9.
- 2- Raiisi F, Anisi J, Yazdi SM, Zamani M, Rashidi S. Mental health and child-rearing styles between candidate adult for addiction withdrawal in comparison with non-addict adults. J Behav Sci. 2008;2(1):33-41.
- 3- Meade CS. Sexual risk behavior among persons dually diagnosed with severe mental illness and substance use disorder. J Subst Abuse Treat. 2006;30(2):147-57.
- 4- Lee Eric B; An W, Levin M E, Twohig MP. An initial meta-analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. Drug Alcohol Depend. 2015;155:1-7.
- 5- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Indian J Psychiatry. 2009;51(4):331.
- 6- Gottman JM, Levenson RW. The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14 years period. J. Marriage Fam. 2000;62(3):737-45.
- 7- Beshart MA, Tashk A, Rezazadeh SMR. Explaining the role of coping styles in marital satisfaction and mental health. Contemp Psychol. 2006;1(1):48-56.

ازجمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان گفت که از آنجایی که کنترل صد درصد تمامی عوامل مداخله‌گر برای پژوهشگران امکان‌پذیر نبود، نمی‌توان به‌طور قطع تمام اثرات مشاهده‌شده را به درمان به‌کاربرده‌شده نسبت داد و از سوی دیگر عدم دسترسی به مراجعان بیشتر سبب شد تا پژوهشگران نتوانند این روش را با مداخله‌های دیگر مقایسه کنند و اثربخشی این روش را روی متغیرهای دیگر (نظیر کنترل خشم و نگرانی) که می‌تواند در سازگاری و صمیمیت زوجین نقش اساسی داشته باشد، بررسی کنند. این پژوهش صرفاً در گروه مردان انجام شد، در تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود برای دستیابی به نتایج دقیق‌تر و تأیید یافته‌های پژوهش، این پژوهش بر نمونه‌ای بزرگ‌تر و متشکل از هر دو جنس انجام شود و نتایج حاصل از این روش با درمان‌های روان‌شناختی دیگر مقایسه و اثربخشی آن بر متغیرهای دیگر بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که از این شیوه درمانی در مراکز ترک اعتیاد برای بهبود روابط زناشویی بیماران مصرف‌کننده مواد و در نتیجه تسهیل مسیر بهبودی آنها استفاده شود.

نتیجه‌گیری

درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش اجتناب تجربی در ارتقای سطح صمیمیت و سازگاری زناشویی

- 8- Bakhshi H, Asadpour M, Khodadadizadeh A. Correlation between marital satisfaction and depression among couples in Rafsanjan. J. Qazvin Univ. Med. Sci. 2007;11(2):37-43.
- 9- Laurenceau JP, Stanley SM, Olmos-Gallo A, Baucom B, Markman HJ. Community-based prevention of marital dysfunction: multilevel modeling of a randomized effectiveness study. J Consult Clin Psychol. 2004;72(6):933-43.
- 10- Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD, Gangamma R. Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. J Sex Marital Therapy. 2014;40(4):275-93.
- 11- Duba JD, Hughey AW, Lara T, Burke MG. Areas of marital dissatisfaction among long-term couples, Adultspan J. 2012;11(1):39-54.
- 12- Kendrick H M, Drentea, P. Marital adjustment. Encyclopedia of Family Studies, 1-2. 2016; Retrieved from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119085621.wbef071>
- 13- Özbey S. The evaluation of the relationship between marital adjustment of parents and their perceived social support and problematic behaviors of six-year-old children. Kastamonu Egitim Dergisi. 2012;20(1):43-62.
- 14- Cullen C. Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A third wave behaviour therapy. Behav Cogn Psychother. 2008;36:667-73.
- 15- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model,

- processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):1-25.
- 16- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther.* 2013;44(2):180-98.
- 17- Rector NA. Acceptance and commitment therapy: empirical considerations. *Behav Therapy.* 2013;44(2):213-7.
- 18- Bond FW, Hayes S., Barnes-Holmes D. Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *J Organ Behav Manage.* 2006;26:25-54.
- 19- Gerhart JL, Baker CN, Hoerger M, Ronan GF. Experiential avoidance and interpersonal problems: A moderated mediation model. *J Context Behav Sci.* 2014;3(4):2910-98.
- 20- Herbert JD, Gaudiano BA, Forman EM. The importance of theory in cognitive behavior therapy: A perspective of contextual behavioral science. *Behav Therapy.* 2013;44(4):580-91.
- 21- Levin ME, Hildebrandt MJ, Lillis J, Hayes SC. The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behav Therapy.* 2012;43(4):741-56.
- 22- Schwetschenau HM. The effectiveness of an acceptance and commitment intervention for work stress [Dissertation]. Ohio: Bowling green state university; 2008.
- 23- Zarling A, Lawrence E, Marchman J. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83(1):199-212.
- 24- Rajabi S, Yazdkhasti F. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety and depression in women with MS who were referred to the MS association. *J. Clin. Psychol.* 2014;6(1):29-38.
- 25- Walker AJ, Thompson L. Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *J Marriage Fam.* 1983;45(4):841-49.
- 26- Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam.* 1976;38(1):15-28.
- 27- Sanai B, Alaghband S, Hooman A. Family and marriage scales. 3rd ed. Tehran: Besat; 2010. 244 p.
- 28- Naderi F, Azadmanesh P. Comparison marital burnout and family performance in male and female employe.. *J Psychol New Ideas.* 2012;7(22):97-112.
- 29- Spanier GB. Improve, refine, recast, expand, clarify—don't abandon. *J Marriage Fam.* 1985;47:1073-74.
- 30- Yarmohammadian A, Bonakdar Hashemi N, Asgari K. The effect of emotional intelligence and life skills training on marital adjustment among young couples. *Knowl Res Appl Psychol.* 2011;12 (44):3-12.
- 31- Kavousian H, Harifi H, Karimi K. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital satisfaction in couples. *J Health Care.* 2016;18(4):75-87.
- 32- Gisli Kort K. The effects of mindfulness based intervention on impulsivity, symptoms of depression, anxiety, experiences and quality of life of persons suffering from substance use disorders and traumatic brain injury [Dissertation]. Minneapolis: University of Minnesota; 2012.
- 33- Brown FL, Whittingham K, Boyd RN, McKinlay M, Sofronoff K. Does stepping stones triple p plus acceptance and commitment therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behav Res Therapy.* 2015;73:58-66.
- 34- Ziapour A, Mahmoodi F, Dehghan F, Hoseini Mehi Abadi SM, Azami E, Rezaei M. Effectiveness of group counseling with acceptance and commitment therapy approach on couples' marital adjustment. *MEJFM.* 2017;15(8):230-6.
- 35- Shahabi Nezhad Z, Zandipor T, Hosseinian S. Efficacy of acceptance and commitment therapy on fear of intimacy and self-criticism in women working in welfare institute of Kerman. *IJABS.* 2016;3(4):35-41.
- 36- Farahanifar M, Heidari H, Davodi H, Aleyasin SA. The effect of acceptance and commitment therapy on the conflict resolution styles of incompatible marital women. *Int Arch Health Sci* 2019;6:101-7.
- 37- Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *J Anxiety Disord.* 2009;23(2):185-96.
- 38- Gerhart J, Heath NM, Fitzgerald C, Hoerger M. Direct and indirect associations between experiential avoidance and reduced delay of gratification. *J Context Behav Sci.* 2013;2(1-2):9-14.
- 39- Izady R, Abedi M. Acceptance and commitment therapy. Tehran: Jangal Publications; 2013. 160 p.

این صفحه آگاهانه سفید گذاشته شده است