

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی

مادران خانه دار

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on quality of life and marital satisfaction housewife mothers

نوشین فتح‌اله‌زاده

Noushin Fatollahzadeh

Master of Clinical Psychology,
Faculty of Psychology, Islamic
Azad University, Roodehen
Branch, Roodhen, Iran

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده
روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

Mehdi Rostami

Ph.D. Student, Consultation
Group, Faculty of Humanities
and Social Sciences, Islamic
Azad University, Science and
Research Branch of Tehran,
Iran

مهدی رستمی
دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده
علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی
واحد علوم و تحقیقات تهران

Seyed Ali Darbani

Ph.D. Student, Consultation
Group, Faculty of Humanities
and Social Sciences, Islamic
Azad University, Science and
Research Branch of Tehran,
Iran

سید علی دربانی
نویسنده مسئول
دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده
علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی
واحد علوم و تحقیقات تهران

1981darbani@gmail.com

Shila Karazeh

Master Degree Counseling

شیلا کارازه
دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره

Abstract

According to the impact of positive thinking on various aspects of people's lives, Present research is going to examine the role of attachment styles and coping with stress styles in predicting students' positive thinking. This study was descriptive cross-correlation. The Statically

چکیده

درمانهای مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و ارتقاء سلامت روانی و کیفیت زندگی در افراد می‌شود. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی مادران خانه‌دار است. پژوهش حاضر از نوع نیمه

Population of this research was all students of Arak Islamic Azad University that among them 160 people As sample were chosen White available sampling method, The Data were collected by Collins and Reid (RASS) Adult Attachment test and the cope with stressful situation Endler and Parker (CISS) test, and positive and negative emotional state Scale (PANAS). For data analysis, Pearson correlation and Multivariate regression analysis were used. Also, to present research Data analysis software SPSS-16 were used. The results of Pearson correlation showed that there is a significant positive correlation between secure attachments style and problem-focused coping style with positive thinking and there is a negative correlation between insecure attachment style (Avoidant and ambivalent attachment) and avoidant coping style with positive thinking. Also, Multivariate regression analysis results showed that secure attachment predicts 27 percent and problem-focused coping style predicts 37 of the students' positive thinking.

Conclusion: Based on the results of this study can be say that Attachment style and coping style are an important factor in predicting students' optimism and attention to the role of early childhood experiences and problem-solving skills in the training programs is necessary.

آزمایشی است که با روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر مادران خانه‌دار دارای کودکان پیش‌دبستانی شهر اسلامشهر بودند. جهت تعیین حجم نمونه پژوهش ابتدا از بین پیش‌دبستانی‌های موجود ۳ پیش‌دبستانی به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب و از کلیه مادران خانه‌دار خواسته شد تا به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی پاسخ دهند. از بین کسانی که نمره بالاتری (طبق معیار نقطه برش) در این آزمون کسب کردند، نمونه پژوهشی به حجم ۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. اعضای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند. پس از اتمام دوره آموزش، پرسشنامه‌ها مجدداً در مورد هر دو گروه اجرا شد و پس از ۴۵ روز مجدداً آزمون پیگیری گرفته و داده‌های حاصل از پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری از طریق تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار Spss-23 تحلیل شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی و مولفه‌های آن و همچنین رضایتمندی زناشویی را در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش داده است. بنابر یافته‌های این مطالعه، روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبب افزایش کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی مادران خانه‌دار می‌شود و نمایانگر افق‌های تازه‌ای در مداخلات بالینی است و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای موثر در افزایش کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی سود جست.

Keywords: attachment styles, درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
 coping with stress styles، کیفیت زندگی، رضایتمندی زناشویی
 optimism, students

مقدمه

ازدواج موفق باعث ارضای بسیاری از نیازهای جسمانی و روانی افراد می‌شود و در صورت شکست، زن و شوهر به‌ویژه فرزندان آن‌ها با ضربه روانی شدید مواجه می‌شوند. از این‌رو بررسی کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی و عواملی که دوام و بقای پیوندهای زناشویی را باعث می‌شود، از ارزش بسزایی برخوردار است. به همین ترتیب شناخت انواع روش‌های آموزش کارآمد جهت افزایش کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی می‌تواند گامی مهم در جهت توانمندسازی خانواده باشد (پاداش، فاتحی‌زاده، عابدی و ایزدخواه، ۱۳۹۱). آنچه از خود ازدواج و تشکیل خانواده مهم‌تر به نظر می‌رسد، رضایت زناشویی است و رضایت زناشویی یکی از عمیق‌ترین و اساسی‌ترین لذت‌های بشری و در عین حال نبود آن یکی از بزرگ‌ترین و ژرف‌ترین سرچشمه‌های رنج است. عشق همیشه با امید فراوان آغاز می‌شود، امید به اینکه روزی کاملاً شناخته شوید، امید به تعلق خاطر، حمایت شدن، امید با عشقی عمیق و پیوندی ماندگار؛ اما گاهی اوقات این امید در تضاد با واقعیت‌های زندگی قرار می‌گیرد، نیازها با هم نمی‌خوانند و گاهی در تضاد با هم هستند، عصبانیت باعث جدایی و فاصله می‌شود، قضاوت‌ها مانع پذیرش می‌شوند و تنهایی بر زندگی‌های موازی اما دور از هم سایه می‌افکند (مک‌کی، فانینگ و پالک^۱، ۱۳۹۴). بیچ (۲۰۰۱) معتقد است که رضایت زناشویی انطباق بین وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظار اوست. رضایتی که همسران در زندگی تجربه می‌کنند جنبه اساسی یک نظام زناشویی است (عیسی‌نژاد، ۱۳۸۸)؛ هر چند به‌ظاهر، آمار طلاق که معتبرترین شاخص آشفستگی زناشویی است، نشانه آن است که رضایت زناشویی به‌آسانی دست‌یافتنی نیست (اولیا، فاتحی‌زاده و بهرامی، ۱۳۸۵).

در همین زمینه پژوهشگران بسیاری در دهه گذشته به بررسی عوامل مؤثر در رضایتمندی زناشویی پرداخته‌اند. برادبوری، فینچم و بیچ^۲ (۲۰۰۰) عوامل مؤثر در رضایتمندی زناشویی را

¹ Mackey, Fanning & palk

² Bradbury, Fincham & Beach

به دو دسته تقسیم کرده‌اند: الف) فرایندهای میان فردی که شامل مهارت‌های ارتباطی، سبک‌های حل مسئله و تعارض، کیفیت رابطه جنسی، سبک دلبستگی زوج‌ها، شناخت، عاطفه و اسنادهای ناسازگار است. ب) عوامل محیطی که شامل فرزندان، تاریخچه زندگی، خانواده اصلی زوج‌ها، فشارهای زندگی و انتقال‌هاست. از طرفی کیفیت زندگی^۱ در زندگی متأهلی، می‌تواند تأثیر زیادی بر استحکام روابط زناشویی داشته باشد (ماسودا، یاماوکا، تانگو، ماسودا و نیشیماتو^۲، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی بنا بر تعریف سازمان جهانی بهداشت، درک فرد از موقعیت خود در زندگی در بستر فرهنگ، شبکه ارزشی جامعه، اهداف، انتظارات و معیارهای هر فرد است (علیزاده، محسنی، خانجانی و مومن‌آبادی، ۱۳۹۳). کیفیت زندگی احساس خوب بودن ناشی از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای فرد مهم است، تعریف شده است. این مفهوم یک درک کاملاً ذهنی و شخصی مبتنی بر خوشحالی یا رضایت فرد از عوامل مؤثر بر رفاه، عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی در جهت ارتقا یا حفظ توانایی فرد برای بهترین عملکرد و وضعیت ممکن است (فولادی و همکاران، ۱۳۹۲). مطالعه فرا تحلیلی ماسودا و همکارانش (۲۰۱۴) نشان داد که کیفیت زندگی برآیندی از فشارهای روانی، حوادث زندگی، عوامل محیطی و اجتماعی از یک سو و برنامه‌هایی همچون بهداشت عمومی و منابع فردی (مانند شناخت، توان مقابله، احساس شایستگی، احساس امنیت، مهارت‌های سازشی، نظام باورهای اعتقادی - ارزشی باثبات و نظام حمایتی) از سوی دیگر است. از این رو، به نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزشی برای افزایش کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی باید در بر گیرنده عوامل مؤثر بر آن باشد و به افزایش رضایت در هر کدام از این ابعاد بپردازد. به‌منظور افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی رویکردهای درمانی گوناگونی وجود دارد که از جمله می‌توان به درمان‌های موج سوم اشاره کرد. در طی دو دهه اخیر تعدادی از روان‌درمانی‌ها به‌عنوان موج سوم توسعه‌یافته‌اند که رفتار درمانی دیالکتیک^۳، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ (ACT)، طرحواره درمانی^۵، روان‌درمانی سیستم تحلیل شناختی - رفتاری^۶،

¹ Quality of Life

² Matsuda, Yamaoka, Tango, Matsuda, & Nishimoto

³ Dialectical Behavior Therapy

⁴ Acceptance and Commitment Therapy

⁵ Schema Therapy

⁶ Analysis system of psychotherapy, cognitive - behavioral

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ و درمان فراشناختی^۲ از جمله این درمان‌ها هستند؛ به عبارت دقیق‌تر می‌توان گفت که درمان شناختی - رفتاری اصطلاحی فراگیر برای یک مجموعه کلی از درمان‌هاست و ACT یکی از اشکال متعدد CBT است (توهی، ۲۰۱۲). تفاوت عمده بین مداخله CBT و ACT در این است که پروتکل ACT بر شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف، ضمن تأکید بر اشتیاق نسبت به تجربه نمودن همه هیجانات و موقعیت‌ها (راهبردهای اولیه مبتنی بر پذیرش) تمرکز دارد در حالی که پروتکل CBT بر تکنیک‌ها و آموزش‌های روانی به منظور تغییر افکار و رفتارها (راهبردهای اولیه مبتنی بر تغییر) متمرکز است (وترل، لیو، پترسون، افارین، آیرس^۳ و همکاران، ۲۰۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خلاف رویکرد درمان شناختی - رفتاری سنتی، مستقیماً بر روی کاهش نشانگان عمل نمی‌کند، بلکه در عوض سودمندی و کارکرد تجارب روانشناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روانشناختی را هدف قرار می‌دهد و فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند (هیز، لویین، پلمب، بولنگر و پیسترلو^۴، ۲۰۱۱). اصول زیر بنایی آن شامل: ۱) پذیرش^۵ یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها ۲) عمل مبتنی بر ارزش^۶ یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه^۷، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است (هیز و استروسهل، ۲۰۱۰). در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد^۸ در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به مراجع آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید

¹ Mindfulness-based cognitive therapy

² Metacognitive therapy

³ Wetherell, Liu, Patterson, Afari, & Ayers

⁴ Hayes, Levin, Plumb, Boulanger, & Pistorello

⁵ Accept

⁶ Values-based action

⁷ Exposure-based

⁸ Psychological acceptance

این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت (هیز، و همکاران، ۲۰۱۱). در فرایند مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شوند فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند (هیز، ۲۰۰۴). به‌طور کلی درمانگران ACT مراجعان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزه سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (بلوی، اولیور و موریس، ۲۰۱۱).

به دنبال بررسی تحقیقات مختلف، رویز^۱ (۲۰۱۲) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد نتایج بهتری را در کاهش افسردگی، بهبود فوری کیفیت زندگی نسبت به درمان شناختی - رفتاری و در کاهش علائم اضطراب با درجه یکسان، مانند درمان شناختی - رفتاری به دنبال دارد، اما انجام تحقیقات بیشتر را در این زمینه لازم می‌داند. چوب‌فروش زاده (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب باعث بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. همچنین ایزدی (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علائم و باورهای وسواسی، افسردگی و اضطراب را کاهش داده و باعث انعطاف‌پذیری روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی مقاوم به درمان شده است. با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر درصدد بود تا دریابد آیا روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی مادران خانه‌دار مؤثر است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و بر اساس طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه این پژوهش مادران خانه‌دار دارای فرزند دختر پیش‌دستانی ساکن در اسلامشهر بود. برای انتخاب نمونه آماری ابتدا از بین مدارس پیش‌دستانی، سه مدرسه پیش‌دستانی دخترانه به‌صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب و سپس لیستی از مادران خانه‌دار این مدارس تهیه شد و پس از آن از همه مادران خانه‌دار خواسته شد که پرسشنامه کیفیت زندگی و رضایتمندی

¹ Ruiz

زناشویی را تکمیل کنند. سپس از بین کسانی که نمره پایین تری در این آزمون کسب کردند نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) کاربردی شدند. پیش از اجرای مداخله و بعد از اتمام آن آزمودنی‌ها با پرسشنامه کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی مورد آزمون قرار گرفتند. سپس نمرات بعد از بررسی مفروضه‌های مربوط با روش تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند. داده‌ها با بیست و یکمین ویرایش نرم‌افزار Spss تحلیل شد.

شیوه اجرا

پروتکل جلسات درمان مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی (۱۳۹۲) و کتاب دال، استوارت، مارتل و کاپلان^۱ (۱۳۹۴) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۴ هفته پیاپی برگزار شد و خلاصه محتوای هر جلسه در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول (۱) خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
جلسه دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بهبودی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه پنجم	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار / احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با

¹ Dahl, Stewart, Martell & Kaplan

خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	
توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	جلسه هفتم
آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون.	جلسه هشتم
۴۵ روز پس از اختتام آموزش، مجدد آزمون پیگیری به عمل آمد.	جلسه پیگیری

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی) (WHOQOL-BREF):

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. تحلیل روانسنجی نشان داده است که این پرسشنامه ابزاری پایا بوده و ضمن قابلیت کاربرد در فرهنگ‌های گوناگون، توانایی تفکیک بین گروه‌های مختلف بر اساس سن، جنس، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، ناحیه جغرافیایی و وضعیت بالینی را داراست (بجورنر، تاندنبورگ، کریستنسن، مودوینگ و بیچ^۱، ۱۹۹۸). در ایران پایایی بازآزمون برای زیر مقیاس‌های سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ و سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵).

¹ Bjorner, Thunedborg, Kristensen, Modvig & Bech

پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ: این پرسشنامه برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری رابطه زناشویی به کار می‌رود. همچنین از این پرسشنامه برای تشخیص زوج‌هایی استفاده می‌شود که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند. پرسشنامه حاضر به‌عنوان یک ابزار معتبر در تحقیقات متعددی برای بررسی رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. نمره‌گذاری سؤالات این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت صورت می‌گیرد (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم). نمره‌گذاری تعدادی از ماده‌های این پرسشنامه به‌صورت معکوس انجام می‌گیرد. السون، فورنی و دروگمن^۱ (۱۹۹۲)، به نقل از ثنایی ذاکر، (۱۳۷۹) پایایی عامل‌های این پرسشنامه را در دامنه‌ای بین ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ محاسبه کردند. سلیمانیان (۱۳۷۳) روایی همزمان پرسشنامه ۴۷ ماده‌ای رضایت زناشویی با فرم اصلی آن ۰/۹۵ به دست آورد. شریفی‌نیا (۱۳۸۰) پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرد.

یافته‌ها

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل را در متغیر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همچنین در جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان نمرات کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی در گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون و پیگیری و جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

¹ Olson, Fournier, & Druckman

جدول (۲) داده‌های توصیفی نمرات کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن، و رضایتمندی زناشویی در گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
رضایتمندی زناشویی	گروه آزمایش	۳۸/۹۵	۱/۵۰	۴۱/۱۵	۱/۰۸	۵۱/۵۰	۲/۳۸
	گروه گواه	۳۴/۷۰	۲/۵۵	۳۴/۶۵	۲/۲۵	۳۵/۵۰	۲/۵۶
کیفیت زندگی	گروه آزمایش	۷۳/۱۹	۸/۸۶	۸۱/۵۹	۷/۶۲	۸۲/۳۹	۶/۴۸
	گروه گواه	۷۳/۹۳	۷/۲۳	۷۳/۷۵	۶/۵۹	۷۲/۶۷	۴/۹۴
سلامت جسمی	گروه آزمایش	۴۹/۰۶	۸/۴۸	۵۸/۳۳	۷/۲۳	۵۹/۰۴	۸/۶۰
	گروه گواه	۵۰/۷۱	۶/۶۹	۵۱/۸۹	۷/۱۰	۵۱/۹۷	۷/۲۱
سلامت روان	گروه آزمایش	۶۰/۶۶	۶/۲۷	۷۱/۹۰	۴/۷۹	۷۳/۱۶	۷/۴۴
	گروه گواه	۶۰/۶۲	۶/۱۶	۶۱/۵۹	۵/۵۹	۶۰/۵۷	۵/۴۲
رابط اجتماعی	گروه آزمایش	۶۱/۵۰	۷/۰۴	۷۳/۸۲	۳/۹۴	۷۳/۳۱	۳/۶۲
	گروه گواه	۶۱/۳۵	۶/۸۳	۶۲/۱۸	۶/۸۵	۶۱/۴۹	۶/۳۴
سلامت محیط اطراف	گروه آزمایش	۶۴/۵۶	۶/۰۴	۷۸/۵۸	۵/۲۷	۷۸/۱۹	۵/۰۲
	گروه گواه	۶۵/۵۵	۶/۰۵	۶۵/۳۱	۵/۹۴	۶۵/۰۱	۵/۹۳

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان نمرات کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی در گروه آزمایش و گواه پس آزمون و پیگیری

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F سطح معناداری	مجذور اتا
رضایتمندی	پس آزمون	۱۲۷/۵۳	۱	۱۲۷/۵۳	۴۶/۱۴	۰/۵۵
زناشویی	پیگیری	۹۰/۷۷	۱	۹۰/۷۷	۲۱/۳۷	۰/۳۶
کیفیت زندگی	پس آزمون	۸۹/۸۴	۱	۸۹/۸۴	۶/۴۴	۰/۱۴
	پیگیری	۳۲/۴۸	۱	۳۲/۴۸	۴/۶۱	۰/۱۱

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول (۳) نشان می‌دهد که نتایج پس آزمون و پیگیری معنادار بوده است و اثر گروه بر متغیر وابسته (رضایتمندی زناشویی) معنادار به دست آمد ($P < 0/01$) و مقدار ضریب اتا در پس آزمون (۰/۵۵) و پیگیری (۰/۳۶) نیز نشان داد که تغییرات متغیر وابسته به وسیله عمل آزمایشی (آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) قابل تبیین است. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که نتایج پس آزمون در متغیر کیفیت زندگی معنادار بوده ($P < 0/01$) و مقدار ضریب اتا (۰/۱۴) نشان می‌دهد که تغییرات متغیر وابسته به وسیله عمل آزمایشی (آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) قابل تبیین است. همچنین در مرحله پیگیری نیز نتایج نشان داد که اثر گروه بر متغیر وابسته (کیفیت زندگی) معنادار است ($P < 0/05$) و مقدار ضریب اتا در پیگیری (۰/۱۱) نیز نشان داد که تغییرات متغیر وابسته به وسیله عمل آزمایشی (آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) قابل تبیین است.

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون و پیگیری (N=۴۰)

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا
سلامت جسمی	پس‌آزمون	۵۸۱/۲۹	۱	۵۸۱/۲۹	۲۹/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۴۴
	پیگیری	۴۸/۴۹	۱	۴۸/۴۹	۵/۱۹	۰/۰۲	۰/۱۲
سلامت روان	پس‌آزمون	۱۶۳/۴۸	۱	۱۶۳/۴۸	۱۰/۳۰	۰/۰۰۳	۰/۲۱
	پیگیری	۶۶/۷۶	۱	۶۶/۷۶	۱۰/۱۴	۰/۰۰۳	۰/۲۱
رابط اجتماعی	پس‌آزمون	۱۰۹/۴۶	۱	۱۰۹/۴۶	۱۳/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	پیگیری	۵۹/۳۹	۱	۵۹/۳۹	۱۱/۴۰	۰/۰۰۲	۰/۲۳
سلامت محیط اطراف	پس‌آزمون	۵۹/۰۹	۱	۵۹/۰۹	۱۳/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	پیگیری	۲۹/۲۸	۱	۲۹/۲۸	۴/۶۸	۰/۰۳	۰/۱۱

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول (۴) نشان می‌دهد که نتایج پس‌آزمون و پیگیری (در تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی) معنادار بوده ($P < ۰/۰۱$) و مقدار ضریب اتا در هر یک نشان می‌دهد که تغییرات متغیر وابسته به‌وسیله عمل آزمایشی (آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) قابل تبیین است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی مادران خانه‌دار بود. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی تأثیر معناداری داشته است. به‌طور کلی نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی مداخلات روانشناختی و حمایتی بر افزایش کیفیت زندگی، سلامت هیجانی و رضایتمندی زناشویی است (پارک، بایی، یونگ و کیم، ۲۰۱۲؛ ماسودا و همکاران، ۲۰۱۴).

نتایج پژوهش‌های دیگر در حوزه کاربرد رویکرد ACT نشان می‌دهد که اجرای این مداخله منجر به ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی در زوجین ناسازگار می‌شود، که این امر تغییراتی در کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی را در پی دارد (فروس، لانه، سیاروچی و بلاکیج، ۲۰۱۳).

بر اساس نتایج مطالعه کشدن، باریوس، فورثی و استیگر (۲۰۰۶) افرادی که اجتناب تجربی بیشتری در زندگی زناشویی دارند تجربه‌های عاطفی مثبت و رضایت از زندگی کمتری را تجربه می‌کنند و احساس می‌کنند زندگی‌شان بی‌معناست. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی به‌منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و بیمار تشویق می‌شود تا در حالی که به‌سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیاتش به‌طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان، در هنگام ظهور بپذیرد. این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیرقابل اجتناب می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، تلاش کند و این امر به بهبود کیفیت زندگی به‌ویژه در حوزه روانی آن منتهی خواهد شد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). در واقع به باور هیز (۲۰۰۴) پذیرش افکار به‌عنوان افکار، احساسات به‌عنوان احساسات و هیجانات به‌عنوان هیجانات - همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر - منجر به تضعیف آمیختگی‌های شناختی می‌شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری‌اش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد و بدین ترتیب یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی یعنی بعد معنوی (هیز و همکاران، ۲۰۱۱) نیز بهبود می‌یابد. همان‌طور که اشاره شد، ذهن آگاهی یکی از مفاهیم کلیدی در مدل ACT است. یافته‌ها نشان داده است مدیریت استرس بر مبنای ذهن آگاهی، قادر است در کاهش رنج روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی و سلامت معنوی نقش مؤثری را ایفا کند (فیش، اتریچ، شارپلین، هانکوک و نات، ۲۰۱۴). همچنین در پژوهشی

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی مادران خانه‌دار

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گروه‌های ناهمگونی از مراجعان مقاوم به درمان که دارای اختلالات محور یک و محور دو بوده‌اند، اثبات شده است (کلارک، گینگستون، ویلسون، بولدرسون و رمینگستون، ۲۰۱۲). از آنجا که بهبود کیفیت زندگی زناشویی و افزایش رضایت در زوجین مستلزم راهبردهایی است تا آن‌ها را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند، آموزش‌های روان‌شناختی می‌تواند نقش مؤثری را در تحقق این هدف ایفا کند، به‌خصوص در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) که معتقد است مراجع هرگز به‌عنوان شکست‌خورده، آسیب‌دیده و یا دور از امید نگریسته نمی‌شود. در عوض این رویکرد همیشه نوعی از توانمندسازی است که زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، غنا و پرمعنایی را در دسترس همه می‌داند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲).

به‌طورکلی پذیرش، فرآیندهای اصلی ACT برای تعهد را تسهیل می‌کند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به‌طور هدفمند و معنادار در زندگی‌شان بر می‌گزینند را به‌طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه). پذیرش افکار شخصی، هیجانات و احساسات به‌منظور تسهیل روند عمل متعهدانه‌ی هدایت‌شده بر اساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند (بریکر و تولیسون، ۲۰۱۱). اجرای مداخله‌ی گروهی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به‌منظور پذیرش هیجانات، با به‌کارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش‌های ACT به آموزش افراد برای رهایی از بند مبارزه‌ی بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و افراد را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند؛ در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به افزایش مؤلفه‌های کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی در زنان خانه‌دار می‌شود. از این رو می‌توان رویکرد ACT را به‌عنوان یک مداخله مناسب به‌منظور ارتقای توانمندی زنان خانه‌دار در سازگاری با شرایط زندگی و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از ناسازگاری به کار برد.

منابع:

ایزدی، ر. (۱۳۹۱). تجزیه و تحلیل و مقایسه اثربخشی درمان بر اساس پذیرش و تعهد درمانی (ACT) و رفتار درمانی شناختی (CBT) و اعتقادات علائم و سواسی، کیفیت زندگی، انعطاف پذیری روانی، افسردگی و

اضطراب در بیماران مبتلا به تفکر وسواسی مقاوم به درمان و شیوه. پایان نامه، روانشناسی، دانشگاه اصفهان

ایزدی، ر؛ عابدی، م.ر. (۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انتشارات جنگل، تهران .
اولیا، ن؛ فاتحی زاده، م؛ بهرامی، ف. (۱۳۸۵). تاثیر آموزش غنی سازی زندگی زناشویی بر افزایش صمیمیت زوجین. فصلنامه خانواده پژوهی، ۲(۶): ۱۱۹-۱۳۵.

پاداش، ز؛ فاتحی زاده، م؛ عابدی، م.ر؛ ایزدخواه، ز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی. فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۵): ۳۶۳-۳۷۲.

ثنایی ذاکر، ب. (۱۳۷۹). مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت
چوب فروش، آ. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان بر اساس پذیرش و تعهد درمانی، ترکیبی از آموزش نوروفیدبک این دو درمان افسردگی، اضطراب، درد، خستگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پایان نامه، روانشناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.

دال، ج؛ استوارت، ی؛ مارتل، ک؛ کاپلان، ج. (۱۳۹۴) ACT. (و RFT در روابط: کمک به مراجعین مشتاق صمیمیت و حفظ تعهدات سالم. ترجمه: نوایی نژاد، شکوه؛ سعادت، نادره و رستمی، مهدی. چاپ اول، تهران: انتشارات جنگل.

شرفی نیا، ف. (۱۳۸۰). رابطه بین رضایت از ازدواج و افسردگی مادران و ارتباط این متغیرها با سازگاری فردی اجتماعی و عملکرد تحصیلی فرزندان دختر دوره راهنمایی آنان در شهرستان اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

سلیمانیان، ع. ا. (۱۳۷۳). بررسی تفکرات غیرمنطقی بر اساس رویکرد شناختی بر ناراضایی زوجین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تربیت معلم.

علیزاده، س؛ محسنی، م؛ خاتجانی، ن؛ مومن آبادی، و. (۱۳۹۳). همبستگی بین مشارکت اجتماعی زنان با کیفیت زندگی آنان در شهر کرمان. مجله مدیریت ارتقا سلامت، ۳(۲): ۳۴-۴۳.

عیسی نژاد، ا. (۱۳۸۸). اثربخشی غنی سازی رابطه بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی زوجین اصفهانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان.

فولادی، ف؛ اژه ای، ج؛ غلامعلی لوسانی، م؛ برزگر، س؛ جلوانی، ر. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر بهبود کیفیت زندگی زنان متأهل. فصلنامه آموزش و ارزشیابی، ۶(۲۱): ۱۲۷-۱۴۱.

مکی، م؛ فانینگ، پ؛ پالک، ک. (۲۰۰۷). مهارت های زندگی زناشویی. ترجمه: شمس الدین حسینی و الهام آرام نیا. تهران: انتشارات نسل نواندیش، چاپ دوم.

نجات، س؛ منتظری، ع؛ هلاکویی، ک؛ ناینی، ک.م؛ مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی ترجمه و روانسنجی گون هی (WHOQOL BREF) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ایرانی. مجله دانشکده ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴): ۱-۱۲.

- Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies*, 9(3), 347-359.
- Bradbury, T.N. Fincham, F.D & Beach, S.R.H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of marriage and Family*, 62(4), 964-980.
- Bjorner, J.B., Thunedborg, K., Kristensen, T.S., Modvig, J., Bech, P. (1998). The Danish SF-36 Health Survey: translation and preliminary validity studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51: 991-99
- Bricker, J., & Tollison, S. (2011). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A conceptual and clinical review. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(05), 541- 559.
- Clarke, S., Kingston, J., Wilson, K. G., Bolderston, H., & Remington, B. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for a heterogeneous group of treatment-resistant clients: A treatment development study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 560-572.
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464.
- Hayes, S. C., Levin, M., Plumb, J., Boulanger, J., & Pistorello, J. (2011). Acceptance commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and Cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 4(1); 55-67.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K.D. (2010). *A practical Guide to Acceptance and Commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Thera*. 35(4):639-65.
- Matsuda, A., Yamaoka, K., Tango, T., Matsuda, T., & Nishimoto, H. (2014). Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research*, 23(1), 21-30.
- Ruiz, F.J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus traditional Cognitive behavior therapy: A systematic review and meta-analysis of Current empirical evidence. *International Journal of psychology and Psychological therapy*. 12(2), 333-357.
- Park, J. H., Bae, S. H., Jung, Y. S., & Kim, K. S. (2012). Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: a pilot study. *Cancer nursing*, 35(1), 34-41.
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., & Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*, 42(1), 127-134.