

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال سیزدهم شماره ۵۳ بهار ۱۳۹۸

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تغییر سطح باورهای فراشناختی و رضایتمندی زناشویی در زوجین مبتلا به افسردگی

عزت‌اله قدم‌پور<sup>۱</sup>

مسعود صادقی<sup>۲</sup>

مهدی یوسف‌وند<sup>۳\*</sup>

زینب علوی<sup>۴</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و رضایتمندی زناشویی در زوجین مبتلا به افسردگی شهر خرم‌آباد انجام گرفت. روش این پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوجین مبتلا به افسردگی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ بود که به‌منظور اجرای پژوهش غربالگری انجام گرفت که ابتدا ۶۰۰ زوج شرکت‌کننده پرسشنامه افسردگی را تکمیل نمودند و از میان آنها ۳۰ زوج مبتلا به افسردگی (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه) انتخاب گردید. سپس ۳۰ زوج منتخب به‌صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ تایی آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۴ ساعته (هفته‌ای یک جلسه) به مدت ۲ ماه به‌صورت گروهی تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق روش تحلیل کوواریانس، تحلیل شد و نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان باورهای فراشناختی منفی و افزایش باورهای فراشناختی مثبت و رضایتمندی زناشویی تأثیر معنی‌داری داشته است ( $p < /0.01$ ). مشاهدات حاضر مؤید اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در تغییر سطح باورهای فراشناختی و میزان رضایتمندی زناشویی زوجین مبتلا به افسردگی است.

واژگان کلیدی: باورهای فراشناختی؛ رضایتمندی زناشویی؛ افسردگی

۱- دانشجوی روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۲- استادیار مشاوره خانواده، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۳- دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران (نویسنده مسئول) Email: Mehdi\_yousefvand@yahoo.com

۴- کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

## مقدمه

اختلال افسردگی یک بیماری عودکننده با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی بسیار است (سگال، ویلیامز و تیزدل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). ویژگی اصلی افسردگی، یک دوره زمانی حداقل ۲ هفته است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه فعالیت‌ها وجود دارد (زاس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی سازمان بهداشت جهانی، افسردگی رتبه پنجم صرف هزینه‌ها را به خود اختصاص داده که تخمین زده شده تا سال ۲۰۲۰، افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی-عروقی خواهد بود که سلامتی و حیات انسان را در سراسر جهان تهدید خواهد کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). این اختلال به آسیب‌های فردی و خانوادگی، تخریب شغلی و ارتباطات بین فردی و به‌طور کلی نداشتن تمرکز بر زندگی طبیعی منجر می‌شود. در مجموع در زمینه پیامدهای افسردگی، بنابه تأکید سازمان بهداشت جهانی، افسردگی دومین عامل اصلی ناتوانی و اختلال در عملکرد فرد در میان تمام مشکلات مربوط به سلامت فردی است (کاپلان و سادوک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). بیماران با اختلال افسردگی نه تنها از علائم افسردگی رنج می‌برند، بلکه به اختلال در کیفیت زندگی و عملکرد فرد منجر می‌شود و پیامدهای آن مستقیماً بر روابط فرد با سایر اعضای خانواده اثرگذار است (اسحاق و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). در این بین زوجینی که بیش از دیگران در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند بر این باورند که رویدادهای ناگواری که برای آن‌ها پیش می‌آید همیشگی است؛ پس رویدادهای ناگوار مجدداً تکرار می‌شوند. همسران افسرده به جنبه‌های مثبت و منفی یکدیگر بیش از حد اهمیت می‌دهند و رفتارهای منفی طرف مقابل را سرزنش می‌کنند و آن را به حساب انگیزه‌های منفی و مقاصد بد می‌گذرانند و در نگرش‌شان نسبت به رویدادها تعصب دارند (ایزدی، ۱۳۸۶). زوجین افسرده شناخت‌های خاصی دارند، آن‌ها باورهای غیرواقع‌بینانه‌ای را در مورد روابط و همسرشان در ذهن خود دارند. به‌ویژه معتقدند که هر عدم توافقی مخرب است. آن‌ها پیش از بحث پیرامون حل مسأله، دچار برانگیختگی جسمی بالا و آماده قضاوت منفی در مورد همسر و رابطه‌شان می‌شوند (هالفورد به نقل از تبریزی، ۱۳۸۴).

1- Segal, Williams & Teasdale  
3- Kaplan & Sadouk

2- Zas

از جمله پیامدهای افسردگی، افزایش باورهای فراشناختی منفی و کاهش باورهای فراشناختی مثبت (اسپادا، نیکویس و مونتا، ۲۰۰۸) و کاهش رضایتمندی زناشویی در بین زوجین می‌باشد (شاکلفورد، بیسر و ژواتس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷) که در این پژوهش به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تغییر این متغیرها پرداخته می‌شود.

از جمله متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش باورهای فراشناختی است. واژه فراشناخت را فلاول<sup>۳</sup> (۱۹۷۹) برای نخستین بار به کار برده است که به فرایند «تفکر درباره تفکر» و دانش در مورد اینکه چه می‌دانیم و چه نمی‌دانیم اطلاق می‌شود (ولز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). در واقع دانش فراشناختی به تعامل باورها و دانش ذخیره شده در حافظه عملکرد شخصی فرد، انجام وظایف و انتخاب راهبردها اشاره دارد (روزنزیویگ، کراوز و مونتاگو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). فراشناخت در پژوهش‌های مختلف به‌عنوان عامل خطر مشترک شناخته شده است که در دامنه‌ای از اختلال‌های روان‌شناختی تأثیر دارد (یلماز، جنکز و ولز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). فراشناخت، به‌واسطه تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر نشانه‌های ویژه مانند افکار مزاحم، بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، تأثیر می‌گذارد. انگاره اصلی در این رویکرد، این است که باورها در اختلال‌های روان‌شناختی از مؤلفه‌های فراشناختی تشکیل می‌شود که کنشوری تفکر و سبک مقابله را هدایت می‌کند و از آن تأثیر می‌پذیرد (دیوی<sup>۷</sup> و ولز، ۲۰۰۰؛ به نقل از سالاریفر، پوراعتقاد، حیدری و اصغرنژادفرید، ۱۳۹۰). باورهای فراشناختی توجه را هدایت می‌کنند، سبک تفکر را تعیین می‌کنند و پاسخ‌های مقابله‌ای را به شیوه‌ای هدایت می‌کنند که به دانش ناکارآمد منجر می‌شود. به‌عبارتی فراشناخت مفهومی چندوجهی است که در برگیرنده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند (ولز، ۲۰۰۹). باورهای فراشناختی مثبت؛ باورهایی هستند که به فواید و سودمندی‌های درگیر شدن در فعالیت‌های شناختی خاص مانند نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید و غیره مربوط می‌شوند؛ باورهای فراشناختی منفی باورهایی هستند که

1- Spada, Nikcevic &amp; Moneta

3- Flavel

5- Rosenzweig, Krawec &amp; Montague

7- Davey

2- Shackelford, Besser &amp; Goetz

4- Wells

6- Yilmaz, Gencoze

به کنترل‌ناپذیری معنی‌اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی مربوط می‌شوند. به‌عنوان مثال افراد مبتلا به اختلال اضطراب باورهای مثبتی در مورد نگرانی به‌عنوان وسیله‌ای برای رویارویی با خطر دارند و از نگرانی به‌عنوان وسیله‌ای برای پیش‌بینی مسائل آتی و تولید روش‌های مقابله استفاده می‌کنند و افراد افسرده باورهای فراشناختی مثبت درباره لزوم نشخوار فکری به‌عنوان روشی برای غلبه بر احساس افسردگی دارند، هم‌چنین باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل‌ناپذیری نشخوار فکری دارند. شباهت‌های بنیادی در سازوکارهای آسیب‌شناختی اختلال‌های روان‌شناختی مختلف، هر اختلال محتوای خاص خود را در سطوح شناختی و فراشناختی دارد (ولز، ۲۰۰۹).

رضایت‌مندی زناشویی متیر دیگری است که در این پژوهش به بررسی آن پرداخته می‌شود. خانواده را مؤسسه یا نهاد اجتماعی معرفی کرده‌اند که ناشی از پیوند زناشویی زن و مرد است. از جمله مظاهر زندگی اجتماعی انسان وجود تعامل سالم و سازنده میان انسان‌ها و برقرار بودن عشق به هم‌نوع و ابراز صمیمیت و همدلی به یکدیگر است. خانواده محل ارضای نیازهای مختلف جسمانی، عقلانی و عاطفی است و داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی و شناخت چگونگی ارضای آن‌ها و تجهیز شدن به تکنیک‌های شناخت تمایلات زیستی و روانی ضرورتی انکارناپذیر است. رضایت از زندگی زناشویی به‌منزله رضایت وی از خانواده محسوب می‌شود و رضایت از خانواده به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه موجب تسهیل در امر رشد و تعالی و پیشرفت‌های مادی و معنوی جامعه خواهد بود (عدالتی، ردزان، ۲۰۱۰). 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. یکی از جوانب بسیار مهم یک نظام زناشویی رضایتی است که همسران تجربه می‌کنند (تانیگوچی، فریمن، تایلر و مالکارن، ۲۰۰۶). از این رو بررسی رضایت‌مندی زناشویی و عواملی که دوام و بقای پیوندهای زناشویی را باعث می‌شود از ارزش بسزایی برخوردار است. به‌همین ترتیب شناخت انواع روش‌های آموزش کارآمد جهت افزایش رضایت‌مندی زناشویی می‌تواند گامی مهم در جهت توانمندسازی خانواده باشد. رضایت

1- Redzuan

2- Taniguchi, Freeman, Taylor &amp; Malcarne

زناشویی به‌عنوان میزان ادراک زوج از اینکه شریک‌شان نیازها و تمایلات آن‌ها را برآورده می‌کند تعریف می‌شود (پلج<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). از دهه (۱۹۹۰) مطالعه علمی رضایتمندی زناشویی با جهت‌گیری‌ها و اهداف گوناگون مورد توجه گسترده پژوهشگران قرار گرفته است. مطالعات رضایتمندی زناشویی در ابتدا بر جنبه‌های ناملموس متمرکز بوده و به تدریج مطالعات عینی در این باره توسعه یافته است. رضایتمندی زناشویی مفهومی است که در بحث از کیفیت ازدواج مطرح می‌شود، اما معادل با آن نیست. رضایتمندی زناشویی عبارت است از حالتی که طی آن زن و شوهر از ازدواج با یکدیگر و با هم بودن، احساس شادمانی و رضایت دارند (محمودی، ۱۳۸۷). رضایت زناشویی یک ارزیابی کلی از وضعیت رابطه زناشویی یا رابطه عاشقانه کنونی فرد است و می‌تواند انعکاسی از میزان شادی افراد از روابط زناشویی و یا ترکیبی از خشنود بودن به‌واسطه بسیاری از عوامل مختص رابطه زناشویی باشد. رضایت زناشویی یک موقعیت روان‌شناختی است که خو به‌خود به وجود نمی‌آید بلکه مستلزم تلاش هر دو زوج است. به‌ویژه در سال‌های اولیه، رضایت زناشویی بسیار بی‌ثبات است و روابط در معرض بیشترین خطر قرار دارد (احمدی، نبی‌پور، کیمیایی و افضل، ۱۳۹۰). رضایتی که همسران در ازدواج تجربه می‌کنند جنبه‌ اساسی یک نظام زناشویی است (عیسی‌نژاد، ۱۳۸۸).

رضایت زناشویی منجر به نتایج مثبتی در فرد، خانواده و جامعه می‌شود. گزارش‌ها مبنی بر ثبات بالا در زندگی ناشی از سطوح بالای رضایت زناشویی است (روبلز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). به‌عبارتی رضایت زناشویی؛ سبک زندگی سالم‌تر، سلامت روانی، تجربه رضایت جنسی، بهتر شدن شرایط مالی را به‌همراه دارد (مونته‌سی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ مسیل و کارنی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). از سویی دیگر، نتایج منفی سطوح پایین رضایت زناشویی بر کیفیت زناشویی و بهزیستی فرد تأثیر منفی گذاشته (کوهی، اعتمادی و فاطحی‌زاده، ۱۳۹۳) و منجر به پایین آمدن سطوح شادکامی، رضایت از زندگی، عزت‌نفس و سلامت روانی می‌شود و به‌طور کلی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بوسا و بوی‌سن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴؛ ارول و اورث<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴).

1- Pelege

3- Montesi

5- Botha &amp; Booysen

2- Robles

4- Maisel &amp; Karney

6- Erol &amp; Orth

در حال حاضر درمان‌های شناختی و رفتاری و به‌ویژه رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان روش درمانی مؤثری برای درمان و کاهش علائم روان‌شناختی بیماری‌های مزمن (مک‌کراکن و وولز، ۲۰۱۴) از جمله کاهش افسردگی به‌کار رفته است (فورمن، هربرت، گاتر و پارک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). یک فرد افسرده در پذیرش خود و بسیاری از وقایع زندگی دچار مشکل می‌شود. همین روند بعد تغییر و تعهد رفتاری را نیز دچار مشکل می‌کند. به این معنی که وقتی فرد قادر نیست تجارب درونی خود را که بازنمایی ذهنی کلامی حوادث و وقایعی است که بر اثر تعامل با دنیای اطراف و دیگر انسان‌ها در وی پدید آمده پذیرد و نیروی خود را بیهوده صرف تغییر آن‌ها نکند، به‌طور طبیعی و منطقی قادر نخواهد بود تا با شرایط سازگار شود و انعطاف نشان دهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۰).

درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمان‌های شناختی- رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌گردد تا به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که با شش فرایند اصلی «پذیرش، گسلش شناختی، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه» صورت می‌گیرد (رودیتی و روبینسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (هایس، پیستورلو و لوین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). در این درمان ابتدا سعی می‌شود، پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و غیره) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. در مرحله دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛

1- Forman, Goetter, Herbert & Park  
3- Hayes, Pistorello & Levin

2- Roditi & Robinson

یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسیمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی‌اش را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی؛ فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (توماس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). درمان پذیرش و تعهد، تاکنون برای متغیرهای مختلف مرتبط با حیطة‌های سلامت و آسیب‌شناسی روانی به کار رفته و اثربخشی آن تأیید شده است (رویز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). نتایج مطالعات هیز (۲۰۰۸) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله روش‌های درمانی است که سبب افزایش رضایتمندی زناشویی در زوجین مبتلا به افسردگی می‌شود. می‌توان گفت در یک فضای ناشی از نپذیرفتن خود و تجارب درونی ناشی از تعامل با انسان‌های دیگر که با مشکل در انعطاف پذیری همراه است، فرد قادر نخواهد بود تا رفتار و عمل متعهدانه برای یک زندگی ارزشمند را در خود ایجاد کند. لذا این تبیین در تأثیر تعهد و پذیرش درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی به فرایندهای اصلی مطرح در این نوع درمان مربوط می‌شود. پذیرش، گسلس، خود به‌عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه فرایندها و نکات، کلید اصلی در تعهد و پذیرش درمانی هستند (هیز، ۲۰۰۸). در حال حاضر درمان‌های شناختی-رفتاری و به‌ویژه رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به‌عنوان روش درمانی مؤثری برای درمان و کاهش علائم روان‌شناختی بیماری‌های مزمن به‌کار رفته است (مک کراکن و وولز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به‌همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تدوام بیشتر اثربخشی درمان است (انوری، ۱۳۹۰).

غضنفری و حسن‌آبادی (۲۰۱۷) در مطالعه خود با عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد

1- Thomas

2- Ruiz

3- McCracken &amp; Vowles

بر باورهای کنترل فکر و فراشناختی در زنان با تجربه نامشروع امور تروما به این نتیجه رسیدند که درمان مربوطه باعث می‌شود که زنان دچار تروما بتوانند بر باورهای فکری و فراشناختی خود کنترل کامل داشته باشند. نتایج این مطالعه هم‌چنین نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است سبب افزایش باورهای کنترل فکر و کاهش باورهای فراشناختی در زنان با تجربه نامشروع امور تروما گردد. نتایج پژوهش بورپی و لانگر<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) با عنوان «بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی ۹۵ زوج افسرده» نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب بهبود قابل توجهی در رضایت زناشویی زوجین می‌شود. در این راستا هایز<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) به بررسی اثربخشی ACT بر کاهش باورهای فراشناختی منفی زوجین مبتلا به وسواس پرداخته و به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باروهایی مانند تضاد شناختی و نیاز به بازبینی افکار را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد. علاوه بر این برخی مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تغییر سطح یا باورهای فراشناختی مثبت و منفی تأثیر معنی‌داری دارد (یوول، ایفتاح، مور و شاکاروف<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). در این مطالعه که روی بیماران دچار اختلال افسردگی عمیق انجام شد نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سطح باورهای فراشناختی را به صورت معنی‌داری کاهش می‌دهد. یکی از بررسی‌های مهم در زمینه درمان افسردگی به روش آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط هربرت، آفری، لیو و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) صورت گرفت. او به بررسی افسردگی و عوامل همراه در زوجین افسرده پرداخت. نتایج نشان داد که درمان ACT به طور معنی‌داری باعث افزایش رضایت زناشویی و افزایش امیدواری و معنایابی زوجین افسرده نسبت به زندگی می‌شود.

چندین پژوهش از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی، اضطرابی، استرس و دردهای مزمن حمایت کرده است (آلسو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). تأثیر این روش درمانی بر اختلالات متعدد روان‌شناختی از قبیل وسواس فکری - ملی، تریکوتیلومانیا، شخصیت مرزی و خوردن و نیز دردهای مزمن رو به افزایش است (تجک<sup>۶</sup> و

1- Burpee &amp; Langer

3- Yovel, Iftah, Mor &amp; Shakarov

5- Alonso

2- Hayes

4- Herbert, Afari, Liu &amp; et al

6- Tjak

همکاران، ۲۰۱۵). از طرفی سال‌هاست که از افسردگی جامعه سخن گفته می‌شود. در سال ۱۳۸۶ پژوهشی انجام شد که در آن از وجود علائم افسردگی در ۱۲ درصد جمعیت ایران سخن به میان آمد. این پژوهش در قالب طرح پیمایش ملی سلامت روانی بر روی ۷ هزار و ۸۸۶ فرد ۱۵ تا ۶۴ ساله تمرکز کرده بود که نتیجه آن پی‌بردن به ۱۲/۷ درصد اختلال افسردگی در جمعیت عمومی مردم بود. بر اساس این مطالعه ۱۰/۳ درصد مردان و ۱۵/۴ درصد زنان اختلال افسردگی داشته‌اند.

آخرین بررسی‌های انجام شده در کشور نشان می‌دهد ایران جزو کشورهایی است که از نظر میزان افسردگی درجه بالایی دارد و در رده ۵ کشور اول در این زمینه قرار گرفته است و بر اساس آمارهای اعلام شده از سوی اداره سلامت میانسالان معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شیوع افسردگی در خانم‌های کشور سه برابر بیش از مردان است و شیوع اضطراب هم در زنان ۳ تا ۵ برابر بیش از مردان است. در این بررسی‌ها آمده که سن ابتلا به بیماری افسردگی ۲۰ تا ۵۰ سال و متوسط آن در ۳۰ سالگی است. هم‌چنین شیوع افسردگی در زوجین در حال افزایش است (رادفر مولود، وظیفه اصل منصوره، چوپدار رحیم، ۱۳۸۶). بنابراین وجود رابطه بین ناهماهنگی زناشویی و افسردگی و نیز نقش مؤثر نارضایتی زناشویی در بروز افسردگی (به‌ویژه در زنان) باعث شده است تا برخی از درمانگران برای درمان افراد افسرده (به‌ویژه زنان)، اثر بخشی بعضی از شیوه‌های درمانی را به‌بوته آزمایش بگذارند. و لذا با توجه به اینکه افسردگی از شایع‌ترین مشکلات زناشویی است و در ایران شیوع بالایی دارد، این امر سبب کاهش میزان رضایتمندی و باورهای فراشناختی در میان زوجین شده است. بنابراین انجام پژوهشی در راستای تبیین نظری این موارد و انجام روش‌های درمانی زوجی مناسب از اهمیت و ضرورت خاصی برخوردار است. لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تغییر باورهای فراشناختی و رضایتمندی زناشویی در زوجین مبتلا به افسردگی می‌باشد.

### مواد و روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوجین مبتلا به افسردگی در شهر خرم‌آباد بود. با عنایت به

این که طرح پژوهش حاضر آزمایشی است و و با توجه به اینکه حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و گواه توصیه می‌شود (۱۳۹۰) نمونه مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۶۰۰ زوج بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. به منظور اجرای طرح، غربالگری انجام گرفت. برای انتخاب نمونه ابتدا ۶۰۰ زوج انتخاب شدند و سپس بر اساس آزمون غربالگری افسردگی ۳۰ زوج که مبتلا به افسردگی بودند شناسایی شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. ملاک‌های ورود در این مطالعه عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، زوجین مبتلا به افسردگی، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان، کاملاً هوشیار و قادر به همکاری بوده، از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ‌گویی به سؤالات برخوردار باشند و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: وجود علائم سایکوتیک، وجود افکار وسواسی، وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده‌ای که موجب افسردگی در فرد می‌شود. به دلیل این که این پژوهش از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای است، بنابراین ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا و ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شده؛ به طوری که یک رضایت‌نامه کتبی با در نظر گرفتن نکات زیر تدوین شد: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند مداخله نداشته باشند، به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود و در صورتی که هر شرکت کننده دچار بحران یا مشکل شود که به درمان دارویی نیاز داشته باشد، از طرح پژوهش خارج شده، به روان‌پزشک ارجاع داده شود.

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه برای اولین در سال ۱۹۶۱ توسط بک و استیر تدوین و در سال ۱۹۷۸ منتشر شد و در ایران توسط منصور و دادستان در سال ۱۳۶۸ در مورد دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شد (پاکروان، ۱۳۸۹). رجبی در سال ۱۳۸۲ به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه آن را در مورد دانشجویان دانشگاه اهواز اجرا و ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن کل پرسشنامه را ۰/۸۹ و ۰/۸۲ محاسبه

کرد. یک تحلیل سطح بالا از همسانی درونی سوال‌ها، ضرایب  $0/73$  و  $0/92$  را نشان می‌دهد و میانگین ضرایب  $0/86$  بوده است (پاکروان،  $1389$ ). محمدخانی ( $1386$ ) در پژوهش خود برای ارزیابی مختصات روان‌سنجی این پرسشنامه ضریب اعتبار  $0/87$  را محاسبه کرده است. در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار  $0/89$  به دست آمد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی: به منظور سنجش باورهای فراشناختی از مقیاس باورهای فراشناختی که توسط ولز و همکارانش در سال  $2004$  ساخته شد، استفاده گردید. این پرسشنامه شامل  $30$  گویه است که نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت و از  $1$  (موافق نیستم) تا  $4$  خیلی موافقم است. همسانی درونی برای مقیاس کل  $0/93$  و برای خرده‌مقیاس‌های اعتماد شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی کنترل ناپذیری و نیاز به کنترل کردن افکار به ترتیب  $0/93$ ،  $0/92$ ،  $0/92$ ،  $0/91$  و  $0/72$  گزارش شد (قهوه‌چی و محمدخانی،  $1391$ ). پایایی مقیاس کل  $0/75$  به دست آمده است (بایرامی و پورفرجی عمران،  $1392$ ). در ایران شیرین‌زاده و همکارانش ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس  $0/31$  و برای خرده‌مقیاس‌ها از  $0/71$  تا  $0/78$  و پایایی را برای کل مقیاس،  $0/73$  و برای خرده‌مقیاس‌ها از  $0/59$  تا  $0/83$  گزارش نمودند (شیرین‌زاده، گودرزی، رحیمی و نظیری،  $1388$ ).

پرسشنامه رضایتمندی زناشویی اینریچ: پرسشنامه به‌عنوان یک ابزار معتبر در تحقیقات متعددی برای بررسی میزان رضایت از زندگی زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. اولسون و دیگران ( $1989$ ) جهت بررسی رضایت از زندگی زناشویی این پرسشنامه را تهیه کردند و معتقدند این مقیاس به تغییراتی که در طول دوره زندگی خانواده به وجود می‌آید حساس است (فورس و السون،  $1989$ ). نسخه اصلی  $115$  سوالی است که به دلیل طولانی بودن، فرم  $47$  سوالی آن ساخته شد. در این مطالعه از فرم کوتاه  $47$  سوالی آن استفاده شده است. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت  $5$  گزینه‌ای از  $1 =$  کاملاً مخالفم تا  $5 =$  کاملاً موافقم نمره‌دهی می‌شود این پرسشنامه دارای  $9$  خرده‌مقیاس اصلی با موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و

فرزندان، جهت‌گیری مذهبی و اقوام و دوستان دارد. هر خرده‌مقیاس با ۵ سوال سنجیده می‌شود. ۳۱ سوال پرسشنامه به صورت منفی و ۱۶ سوال دیگر به صورت مثبت نمره‌دهی می‌شود. حداکثر نمره کسب شده از این آزمون ۲۳۵ و حداقل نمره کسب شده در آن ۴۷ است. کسب نمره بالاتر در این آزمون به معنای بیشتر بودن رضایت زناشویی فرد است. این پرسشنامه توسط سلیمانیان به فارسی ترجمه شده است که بعد از تأیید روایی محتوی، پایایی ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ ( $\alpha=0/95$ ) مورد تأیید قرار گرفته است و در مطالعات ایرانی به دفعات مورد استفاده قرار گرفته است (سلیمانیان، ۱۹۹۴).

روش تجزیه و تحلیل: بعد از پایان مداخلات آموزشی و جمع‌آوری داده‌های آماری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS<sup>21</sup> در دو سطح توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

بر اساس یافته‌های جدول (۱) بیشترین میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه گواه و آزمایش برای متغیر رضایت زناشویی و کمترین میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه گواه و آزمایش برای متغیر باورهای مثبت در مورد نگرانی می‌باشد.

جدول (۱) یافته‌های توصیفی گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	گواه		آزمایش	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
رضایت زناشویی	۱۱۰/۴۳	۱۱۳/۲۰	۱۱۲/۸۹	۱۴۲/۳۱
رضایت شخصیتی	۱۲/۲۵	۱۲/۹۸	۱۳/۵۰	۲۱/۱۳
ارتباط زناشویی	۱۳/۱۱	۱۲/۳۶	۱۴/۸۵	۱۹/۸۴
حل تعارض	۱۳/۶۳	۱۴/۴۷	۱۲/۴۱	۲۲/۱۵
مدیریت مالی	۱۲/۴۸	۱۳/۹۱	۱۳/۱۵	۲۰/۴۸
فعالیت‌های اوقات فراغت	۱۳/۳۵	۱۴/۰۷	۱۳/۰۹	۲۳/۰۸
روابط جنسی	۱۴/۸۹	۱۵/۳۲	۱۲/۳۱	۱۹/۴۸

ادامه جدول (۱)

گروه	گواه		آزمایش	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
موقعیت	انحراف میانگین	انحراف میانگین	انحراف میانگین	انحراف میانگین
متغیرها	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
رضایت از ازدواج و فرزندان	۱۳/۶۹	۳/۴۹	۱۴/۶۰	۳/۷۴
جهت‌گیری مذهبی	۱۳/۸۴	۴/۰۸	۱۴/۱۱	۴/۴۸
رضایت از اقوام و دوستان	۱۱/۰۲	۲/۶۹	۱۲/۵۷	۲/۵۴
اعتماد شناختی	۱۶/۹۶	۴/۶۸	۱۷/۵۲	۳/۳۶
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۱۶/۳۵	۴/۳۱	۱۷/۸۴	۳/۰۵
خودآگاهی شناختی	۱۷/۹۵	۴/۴۵	۱۶/۶۳	۴/۴۵
باورهای منفی کنترل‌ناپذیری	۲۵/۴۰	۳/۳۶	۲۸/۳۶	۵/۵۴
نیاز به کنترل کردن افکار	۲۱/۳۶	۳/۸۴	۱۹/۵۵	۳/۸۷

یافته‌ها نشان داد که سطح معنی‌داری به‌دست آمده در آزمون S-K، در اکثر متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه، بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می‌باشد، در نتیجه می‌توان گفت که توزیع متغیرهای مورد بررسی در نمونه آماری دارای توزیع نرمال می‌باشد و می‌توانیم فرضیه‌های پژوهش را از طریق آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار دهیم. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت بین دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ متغیرهای باورهای فراشناختی و رضایت زناشویی از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) بهره گرفته شد. قبل از به‌کارگیری آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مفروضه‌های آن به‌وسیله آزمون باکس، لامبدای ویلکز و آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. به‌همین منظور برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای باورهای فراشناختی و رضایت زناشویی در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون M باکس استفاده شد. یافته‌ها مربوط به تحلیل M باکس هم‌چنین نشان داد که شرط همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای مؤلفه‌های رضایت زناشویی ( $F=2/58$  و  $p>0/05$ ) و باورهای فراشناختی ( $F=2/14$  و  $p>0/05$ ) به‌خوبی رعایت شده است. علاوه بر یافته‌های مذکور نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس متغیرهای باورهای فراشناختی و رضایت زناشویی در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند، که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان

می‌دهد. نتیجه آزمون کرویت بارتلت از لحاظ آماری معنادار است به این معنا که فرض صفر مبنی بر ناهمبسته بودن داده‌ها رد و فرض خلاف مبتنی بر همبسته بودن داده‌ها تأیید می‌شود. یعنی این آزمون نشان داد که ماتریس همبستگی مشاهده شده متعلق به جامعه‌ای با متغیرهای همبسته است. و لذا می‌توان تحلیل واریانس و کوواریانس را انجام داد.

جدول (۲) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون لاندای ویکلز	۰/۵۲۰	۱۵/۰۷۲	۳/۰۰۰	۱۲/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۴۲	۱/۰۰۰

همانطور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (متغیرهای رضایت زناشویی و باورهای فراشناختی) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون افزایش داده است ( $F=۱۵/۰۷۲, P=۰/۰۰۱$ ). برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل مانکوا، در جدول (۶) ارائه شده است که میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۶۷ درصد می‌باشد. یعنی ۵۴ درصد از تفاوت‌های فردی نمرات مولفه‌های رضایت زناشویی و باورهای فراشناختی به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری نزدیک به یک هم نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس چند متغیره متغیرهای پژوهش در رابطه با متغیرهای رضایت زناشویی و باورهای فراشناختی

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	میزان تأثیر	توان آماری
رضایت زناشویی	۷۹۸/۵۲	۱	۷۹۸/۵۲	۵۴/۲۱	۰/۰۰۱**	۰/۵۶۱	۱/۰۰۰
باورهای فراشناختی	۴۹۳/۱۵	۱	۴۹۳/۱۵	۳۲/۴۷	۰/۰۰۱**	۰/۵۲۷	۱/۰۰۰

همانطور که در جدول (۳) نشان داده شده است پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات متغیرهای رضایت زناشویی و باورهای فراشناختی بر حسب عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۵$ ).

بنابراین روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای رضایت زناشویی و باورهای فراشناختی در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. در میزان تأثیرات به تفکیک مولفه‌ها اشاره شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تغییر باورهای فراشناختی و رضایت زناشویی زوجین مبتلا به افسردگی انجام شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تغییر باورهای فراشناختی و رضایت زناشویی زوجین مبتلا به افسردگی (گروه آزمایش) نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر باورهای فراشناختی و رضایت زناشویی زوجین مبتلا به افسردگی که در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه تغییر معنی‌داری داشته است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات هیز (۲۰۰۸)، آونسو و همکاران (۲۰۱۵)، فوندی (۲۰۱۶)، آونسو فرناندز (۲۰۱۵)، غضنفری و حسن‌آبادی (۲۰۱۷)، بورپی و لانگر (۲۰۰۵)، هایز (۲۰۱۶)، وول، ایفتاح، مور و شاکاروف (۲۰۱۴) و هربرت، آفری، لیو و همکاران (۲۰۱۷) همسو است.

این یافته‌ها را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد آموخته می‌شود که خود را از تجارب تلخ زندگی تجارب جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند و لذا همین جداسازی شناختی باعث ارتقای سطح باورهای فراشناختی مثبت، کاهش باورهای فراشناختی منفی و همچنین افزایش رضایتمندی زناشویی می‌شود (توماس و همکاران، ۲۰۱۴).

نتایج مطالعات هیز (۲۰۰۸) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله روش‌های درمانی است که سبب افزایش رضایتمندی زناشویی در زوجین مبتلا به افسردگی می‌شود. می‌توان گفت در یک فضای ناشی از نپذیرفتن خود و تجارب درونی ناشی از تعامل با انسان‌های دیگر که با مشکل در انعطاف‌پذیری همراه است، فرد قادر نخواهد بود تا رفتار و عمل متعهدانه برای یک زندگی ارزشمند را در خود ایجاد کند. لذا این تبیین در تأثیر تعهد

و پذیرش درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی به فرایندهای اصلی مطرح در این نوع درمان مربوط می‌شود. پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه فرایندها و نکات، کلید اصلی در تعهد و پذیرش درمانی هستند (هیز، ۲۰۰۸). چندین پژوهش از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی، اضطرابی، استرس و دردهای مزمن حمایت کرده است (آلسوو همکاران، ۲۰۱۵).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سعی می‌شود، پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و غیره) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت (توماس و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شیوه‌های شناختی نظیر ارزیابی و آشنایی با مفاهیمی همانند نگرانی و ناامیدی برای بهبود تحریفات شناختی و باورهای مربوط به تصویر بدن، استفاده می‌شود. غضنفری و حسن‌آبادی (۲۰۱۷) در مطالعه خود با عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر باورهای کنترل فکر و فراشناختی در زنان با تجربه نامشروع امور تروما به این نتیجه رسیدند که درمان مربوطه باعث می‌شود که زنان دچار تروما بتوانند بر باورهای فکری و فراشناختی خود کنترل کامل داشته باشند. نتایج این مطالعه هم‌چنین نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است سبب افزایش باورهای کنترل فکر و کاهش باورهای فراشناختی در زنان با تجربه نامشروع امور تروما گردد. لذا برای زوجین افسرده‌ای که در این روش درمانی ارائه شده است باعث شده که نسبت به نگرانی‌ها و ناامیدهایشان افکارشان آگاهی کامل پیدا می‌کنند و هنگامی که این آگاهی را پیدا کردند باعث می‌شود که نسبت به رفع آن اقدام کنند و همین عاملی می‌شود که کم‌کم باورهای فراشناختی منفی آنها کاهش و باورهای فراشناختی مثبت آنها افزایش پیدا کند.

این یافته را نیز می‌توان اینگونه تبیین کرد که در روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوجین کمک می‌شود تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی زندگی خود را بشناسند، آن‌ها را

به‌طور واضح مشخص سازند و به اهداف رفتاری خاص تبدیل کنند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و در نهایت، متعهدانه به این ارزش‌ها و رفتارهای پایبند باشند و عمل کنند (توماس و همکاران، ۲۰۱۴). از دلایل دیگر برای تبیین یافته‌های به‌دست آمده در مطالعه حاضر این است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شیوه‌های شناختی نظیر آگاهی از تجربیات ذهنی برای بهبود تحریفات شناختی، نشخوارهای فکری و باورهای مربوط به تصویر بدن و نحوه مقابله با این شناخت‌ها، استفاده می‌شود. همچنین در درمان فوق از فنون نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار و آشنایی با مفهوم ناهمجوشی شناختی برای تعدیل نارضایتی‌های روحی و نشخوارهای فکری استفاده می‌شود. هربرت، آفری، لیو و همکاران (۲۰۱۷) به بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و عوامل همراه با آن در زوجین افسرده پرداختند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که درمان ACT به‌طور معنی‌داری باعث افزایش رضایت زناشویی و افزایش امیدواری و معنایی زوجین افسرده نسبت به زندگی می‌شود. در به‌کارگیری مواجهه با تجربیات ذهنی و آشنایی با گسل‌های شناختی به مراجع آموزش داده می‌شود که با قسمت‌هایی از زندگی خود که موجب ناراحتی‌شان می‌شود و تجربیات منفی که از مواجهه با این رویدادهای خاص دارد و همچنین افکاری که به‌صورت نشخوارکننده باعث نگرانی بیشتر آن‌ها می‌شود، مواجه شوند و به مرور تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و از این طریق احساس رضایتمندی زناشویی و کامل بودن را دریافت نمایند. نتایج پژوهش بورپی و لانگر (۲۰۰۵) با عنوان «بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی ۹۵ زوج افسرده» نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب بهبود قابل توجهی در رضایت زناشویی زوجین می‌شود. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق راهبردهای شناختی موجب تصحیح و کاهش باورهای فراشناختی منفی شده و متعاقب آن ایجاد یک رضایتمندی مثبت و همچنین افزایش باورهای فراشناختی مثبت همانند آگاهی شناختی در افراد می‌شود. اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش باورهای فراشناختی منفی را نیز می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری افسردگی باورهای منفی است.

در این راستا هایز (۲۰۱۶) به بررسی اثربخشی ACT بر کاهش باورهای فراشناختی منفی زوجین مبتلا به وسواس پرداخته و به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باروهایی مانند تضاد شناختی و نیاز به بازبینی افکار را به‌طور معنی‌داری کاهش می‌دهد. با توجه به این که در درمان فوق‌روی ایجاد نگرش مثبت به بدن و کاهش نشخوارهای فکری از طریق ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود، این روش می‌تواند در بهبود باورهای منفی و افزایش باورهای مثبت مؤثر واقع شود. علاوه بر این برخی مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تغییر سطح یا باورهای فراشناختی مثبت و منفی تأثیر معنی‌داری دارد (یوول، ایفتاح، مور و ساکاروف، ۲۰۱۴). در این مطالعه که روی بیماران دچار اختلال افسردگی عمیق انجام شد نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سطح باورهای فراشناختی را به‌صورت معنی‌داری کاهش می‌دهد. نهایتاً از دلایل تبیین یافته‌های این مطالعه این است، افرادی که دچار افسردگی هستند مفهوم‌های ذهنی منفی بیشتری نسبت به خود و محیط اطراف دارند و همین داشتن مفهوم‌های منفی باعث می‌شود که این دسته افراد دید خوب و مثبتی نسبت به خود و دیگران و زندگی مشترک نداشته باشند. یکی از ابعاد این منفی‌نگری نسبت به خود و دیگران به این معقوله بر می‌گردد که چون فرد افسرده دید منفی نسبت به خود و دیگران دارد فکر می‌کند و یا در این اندیشه است که دیگران نیز هم‌چنین دیدگاهی نسبت به او دارند و لذا همین امر باعث ایجاد یک نگرانی و اضطراب در فرد نسبت به این موضوع که دیگران هم نسبت به من یک دید منفی دارند، می‌شود. یکی از ابعاد داشتن دیدگاه منفی نسبت به خود، دیگران و زندگی مشترک نگرانی از آینده و احساس نارضایتی نسبت به زندگی مشترک است. حال آن‌که در روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد به‌طوری که نسبت به خود، دیگران و زندگی مشترک دید مثبت‌تر و خوش‌بینانه‌تری پیدا می‌کند به‌طوری که رضایتمندی از زندگی مشترک افزایش پیدا کند (توماس و همکاران، ۲۰۱۴).

بنابراین براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سطح باورهای فراشناختی مثبت، کاهش باورهای فراشناختی منفی و هم‌چنین افزایش رضایت زناشویی زوجین مبتلا به افسردگی می‌شود.

اولین و مهمترین کاربرد مطالعه حاضر این است که زوجین مبتلا به افسردگی به یک آگاهی و بینش نسبت به باورهای فکری خود دست پیدا می‌کنند. از دیگر کاربردهای این مطالعه این است که زوجین مبتلا به افسردگی که در این مطالعه به عنوان گروه آزمایش شرکت کرده و درمان شدند می‌توانند در آینده خود این کارگاه‌ها را برگزار کرده و حتی به دوستان و زوجینی که احتمال می‌دهند دچار افسردگی شوند کمک شایانی بکنند. علاوه بر کاربردهای عملی بیان شده از کاربردهای نظری مطالعه حاضر این است که می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به عنوان تسهیل‌کننده در امر رضایت زناشویی و عاملی مؤثر در کاهش باورهای فراشناختی منفی زوجین افسرده برای مجریان امر تعلیم و تربیت پیشنهاد داد. همچنین توصیه می‌گردد که با توجه به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش باورهای فراشناختی منفی و افزایش باورهای فراشناختی مثبت و همچنین افزایش رضایت زناشویی از نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به صورت عملی در مراکز مشاوره زوجین استفاده نمود و در بین خانواده‌ها، کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مختص زوجین مبتلا به افسردگی، در نظر گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که تحقیق فوق بر روی زوجین مبتلا به سایر اختلالات روانشناختی و در دیگر نقاط کشور هم اجرا گردد تا بتوان نتایج را مورد مقایسه قرار داد.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود از جمله اینکه در پژوهش حاضر از ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شد، ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند و با توجه به تأثیر عوامل انسانی، در نتایج پژوهش محدودیت‌هایی در این خصوص به وجود آمده باشد. همچنین باید در نظر داشت که تحقیق حاضر در شهر خرم‌آباد اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست به همین دلیل در تفسیر نتایج پژوهش این موضوع باید این محدودیت‌ها مد نظر قرار گیرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:	۱۳۹۷/۰۲/۱۵
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:	۱۳۹۷/۰۵/۰۵
تاریخ پذیرش مقاله:	۱۳۹۷/۰۸/۲۵

## منابع

- ایزدی، مریم (۱۳۸۶). فرزانی در ازدواج و روابط زناشویی. اصفهان: انتشارات نشاط.
- پاکروان، اسماعیل (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش حل مسئله به شیوه زوجی بر رضایت زناشویی و علایم روان شناختی زوجین شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان. دانشکده علوم تربیتی. چاپ نشده.
- رادفر، مولود؛ وظیفه اصل، منصوره و رحیم چوبدار (۱۳۸۶). بررسی مقایسه‌ای افسردگی در سالمندان مقیم در مراکز نگهداری سالمندان ارومیه با سالمندان ساکن در خانه. خلاصه مقالات کنگره سالمندی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، آبان ۱۳۸۶.
- سالاریفر، محمد؛ حسین پوراعتماد، حمیدرضا؛ حیدری، محمود و علی اصغر اصغر نژاد فرید (۱۳۹۰). باورها و حالت فراشناختی، بازدارنده یا تسهیل‌کننده نگرانی. فصلنامه فرهنگ مشاوره، ۲(۵)، ۹۳-۷۷.
- شاه‌سیاه، مرضیه؛ بهرامی، فاطمه؛ اعتمادی، عزرا و سیامک محبی (۱۳۸۹). تأثیر آموزش جنسی بر بهبود رضایت زناشویی زوجین شهر اصفهان، مجله تحقیقات نظام سلامت، ۶(۴)، ۱۲۱-۱۱۷.
- غضنفری، پریسا و حسین حسن‌آبادی (۲۰۱۷). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر باورهای کنترل فکر و فراشناختی در زنان با تجربه نامشروع امور تروما. مجله بهداشت و سلامتی زنان، ۲(۳)، ۲۴۵-۲۳۱.
- کاپلان و سادوک (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری / روانپزشکی. ترجمه: حمزه گنجی (۱۳۸۹). نشر ساوالان.
- محمدخانی، پروانه (۳۸۶). بررسی مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی در نمونه مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. ویژه‌نامه توان‌بخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی، ۸(۲)، ۸۶-۸۰.
- هالفورد، کیم (۲۰۰۴). زوج‌درمانی کوتاه مدت. ترجمه: مصطفی تبریزی، مژده کاردانی و فروغ جعفری (۱۳۸۴). تهران: انتشارات فراروان.
- Ahmadi, K., Nabipoor, SM., Kimiaee, SA., Afzali, MH. (2010). Effect of family problem solving on marital satisfaction. *Journal of Applied Science*, 1, 682-687 [In Persian].
- Alonso-Fernandez, M., Lopez-Lopez, A., Losada, A., Gonzalez, JL., & Wetherell, JL. (2015). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain medicine*. 42, 682-693.

- Anvari, MH. (2013). The Effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain index, stress, anxiety, depression, catastrophizing & life satisfaction in patients with chronic pain. M.A. Thesis in clinical psychology. *University of Isfahan, Faculty of Educational Sciences & Psychology, Department of Psychology* [In Persian].
- Bairami, M., & Porfarajomran, M. (2013). The Relationship of Metacognitive Beliefs, Self- Efficacy and Optimism with Exam Anxiety in Students of Medical Universities. *Sci J Ilam Univ Med Sci*, 21, 9-16 [In Persian].
- Botha, F., & Booyesen, F. (2014). Family Functioning and Life Satisfaction and Happiness in South African Households. *Social Indicators Research*, 119(1), 163-82.
- Burpee, L., & Langer, E. (2005). Mindfulness and marital therapy. *Journal of adult Development*, 32, 1957-1963.
- Edalati, A., & Redzuan, M. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American Science*, 6(4), 132-137.
- Erol, RY., & Orth, U. (2014). Development of self-esteem and relationship satisfaction in couples: Two longitudinal studies. *Developmental psychology*, 50(9):2291.
- Forman, E.M., Goetter, E.M., Herbert, J.D. & Park, J.A. (2012). Long- Term follow- up of a Randomized controlled Trial comparing Acceptance and commitment Therapy and Standard Cognitue Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Journal of Behavior Therapy*. 43 (5), 801-811.
- Fowers, BJ., & Olson, DH. (1989). ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of marital and family therapy*. 15(1), 65-79.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (2011). Acceptance and commitment therapy, second edition: the process and practice of mindful change. *New York, NY: Guilford Press*.
- Hayes, S.C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and MetaCognitive in Couples with Obsessive Comulsive Disorder-Republished Article. *Behavior Therapy*, 47, 869-885.
- Hayes, S.C. (2008). Climbing our hills: A beginning Conversation on the comparison of act and traditional CBT. *Clinical psychology: Science and Practice*, 5, 286-295.

- Hayes, S.C., Pistorello, J., & Levin, ME. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Herbert, M.S., Afari, N., Liu, L., Heppner, P., Rutledge, T., Williams, K., Eraly, S., VanBuskirk, K., Nguyen, C., Bondi, M.J., Atkinson, H., Golshan, S., & Loebach, J.W. (2017). Telehealth Versus In-Person Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain and Depression: A Randomized Noninferiority Trial. *The Journal of Pain*, 18, 200-211.
- Isanejad, O. (2008). Effectiveness of relationship enhancement on marital quality of couples. [Master thesis]. *Faculty of Psychology and Educational Sciences. Isfahan, Iran*. [In Persian]
- IsHak, W.W., Balayan, K., Bresee, C., Greenberg, J.M., & Fakhry, H.A. (2013). descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. *Quality of Life Research*, 22, 585-596.
- Koohi, S., Etemadi, O., & Fathizadeh, M. (2014). Relationship between marital dissatisfaction with mental health and personality characteristics. *Researches of Cognitive and Behavioral Sciences*, 4(1), 71-84.
- Mahmoudi, M.S. (2006). Effects of physical properties Location (apartments) on mental health and marital satisfaction of couples. *The Master Letters of General Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modarres University*. [In Persian]
- Maisel, N.C., & Karney, B.R. (2012). Socioeconomic status moderates associations among stressful events, mental health, and relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 26(4):654.
- McCracken, L.M., & Vowles, K.E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *The American psychologist*, 69(2), 178-187.
- Montesi, J.L., Conner, B.T., Gordon, E.A., Fauber, R.L., Kim, K.H., & Heimberg, R.G. (2013). On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. *Archives of sexual behavior*, 42(1), 81-91.
- Pelege, O. (2012). The relation between differentiation of self and marital satisfaction: What can be learned from married people over the course of life? *The American Journal of Family Therapy*, 36, 388- 401.

- Qahvehchi, F., & Mohammadkhani, S. (2012). The Correlation between Metacognitive Beliefs, Coping Strategies, and Negative Emotions with Students' Smoking. *Journal Zanjan Univ Med Sci*. 20(81):93-102. [In Persian].
- Robles, T.F., Slatcher, R.B., Trombello, J.M., & McGinn, M.M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 140(1):140-87.
- Roditi, D., & Robinson, M.E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*, 4, 41-9.
- Rosenzweig, C., Krawec, J., & Montague, M. (2011). Meta-cognitive strategy use of eighth-grade students with and without learning disabilities during mathematical problem solving: a think-aloud analysis. *Journal of learning Disabilities*, 44 (6), 508-520.
- Ruiz, F.J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: a systematic review and metaanalysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 333-57.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2007). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relaps. *Cognitive Behavioral Therapy Book Review*, 3,351.
- Shackelford, R., Besser, M., & Goetz, DF. (2007). or better or for worse: marital wellbeing of newlyweds. *Journal of Conseling Psychology*, 14, 223-242.
- Shirinzade S, Goodarzi M, Rahimi C, & Naziri G. (2009).The study of factorial structure, validity and reability of MCQ-30. *Psychol J*. 48(2):445-61, [In Persian].
- Soleyimaniyan, A. (1994). Influence of irrational thoughts based of cognitive in marital dissatisfaction. *Kharazmi University: faculty of psychology* [In Persian].
- Spada, M.M., Nikcevic, A.V., Moneta, G.B, & Wells A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172° 81.
- Taniguchi, S.T., Freeman, P.A., Taylor, S., & Malcarne, B. (2006). Study of married couple s perceptions of marital satisfaction in outdoor recreation. *Journal of experimental education*, 28(3), 253-254.

- Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D.J., Copolov, D., Hayes, S.C & Farhall, J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMCPsychiatry*, 14, 198-210.
- Tjak, J.G., Davis, M.L., Morina, N., Powers, M.B, Smits, J.A., & Emmelkamp, P.M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*, 84(1), 30-6.
- U. S Department of Health and Human Services. (2015). *Physical activity Fundamental to Preventing Disease* [document on the Internet 20]. Available from: <http://aspe.Hhs.gov/Health/reports/physicalactivity/index.shtml>.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. UK: Guilford Press.
- Yilmaz, E.A., Gencoze, T., & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorder*, 25, 389-396.
- Yovel, Mor, N., & Shakarov, H. (2014). Examination of the Core Cognitive Components of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy: An Analogue Investigation. *Behavior Therapy*, 45, 482-494.
- Zac, E. Seidler, Alexei, J. Dawes, Simon, M. Rice, John, L. Oliffe, Haryana, M. & Dhillon. D. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49, 106-118.