

مقاله‌ی پژوهشی**اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان****خلاصه**

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت زندگی زنان بود.

روش کار: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره سطح شهرستان قوچان در آبان ماه سال ۱۳۹۴ می‌باشد. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس از ۳ کلینیک انتخاب شدند و پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی اسپانیر، رضایت از زندگی دینر و رضایت جنسی لارسونبر روی آنان انجام شد. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمون و شاهد قرار گرفتند. گروه آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد و گروه شاهد در لیست انتظار قرار داشت. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد رضایت از زندگی زنانی که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش دریافت کردند، نسبت به زنانی که این درمان را دریافت نکرده‌اند، به طور معنی داری افزایش یافت.

نتیجه گیری: به نظر می رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی می تواند رضایت از زندگی را در زنان افزایش دهد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت جنسی، رضایت

از زندگی، سازگاری

*یاسر کلال قوچان عتیق

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه

آزاد واحد نیشابور، نیشابور، ایران

فاطمه سربایی

کارشناسی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد

قوچان، قوچان، ایران

*مؤلف مسئول:

دانشگاه آزاد واحد نیشابور، نیشابور، ایران

yaserkallal@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۵/۰۶/۰۱

تاریخ تایید: ۹۵/۰۷/۰۸

مقدمه

خوب از قبیل سلامت و روابط موفق با یکدیگر توافق دارند، اما به این مؤلفه‌ها وزن‌های متفاوتی می‌دهند. یکی از شاخص‌های بهداشت روانی میزان رضایت از زندگی است.

رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخصی و وضعیت فعلی او می‌باشد، به بیان دیگر هر چه شکاف میان سطح آرزوهای فرد و وضعیت عینی وی بیشتر گردد رضایت مندی او کاهش می‌یابد. بنابراین رضایت از زندگی می‌تواند به صورت معناداری اندازه‌گیری شود و به صورت قابل توجهی نیز افزایش یا کاهش یابد. به عبارتی می‌توان با شناسایی عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی در صدد افزایش آن برآمد (۷). اولیا، فاتحی‌زاده (۸) در مطالعه خود نشان دادند که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند.

یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت روانی افراد و زندگی زناشویی، ارضای جنسی است، بطوری که مطالعه اسپرنکل و بلو^۱ (۹) نشان داد رضایت جنسی و رضایت زناشویی برای زن و مرد هم در ازدواج دائم و هم در رابطه به هم مربوط است، اما بررسی‌های پیش‌بینانه نتوانست اطلاعات مفیدی ارائه دهد، چون رضایت جنسی و کیفیت ارتباط ممکن است همزمان بر هم اثر بگذارند.

در رابطه با مسئله زایمان و عوارض آن نیز آنهایی که نارضایتی جنسی داشتند بیشتر خواهان جدایی بودند و کسانی که رضایت جنسی بیشتری داشتند روابط طولانی‌تری ادامه دادند. رابطه رضایت جنسی و رضایت زناشویی در زنان بیشتر از مردان است (۱۰).

رابطه جنسی ابزاری مهم برای تجربه صمیمیت است. رابطه جنسی خوب با رضایت مداوم از رابطه پیوند دارد. در حالی که رابطه جنسی کم و ناخوشایند، منشاء تعاضاتی در زوجین مشکل‌دار است. نارضایتی از رابطه جنسی، می‌تواند به مشکلات عمیق در رابطه جنسی، و ایجاد تنفر از همسر، دلخوری، حسادت، رقابت، حس انتقام‌گیری، احساس تحقیر، احساس عدم اعتماد به نفس و نظایر آن منجر شود. این مسایل توسط تنش‌ها و اختلافات، تقویت شده یا در قالب آنها تجلی و بروز می‌یابد و به تدریج شکاف بین همسران را، عمیق‌تر می‌سازد (۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله درمان‌های جدید و مؤثر در حل مشکلات و اختلالات روانشناختی می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با درمان شناختی رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیربنایی آن شامل: (۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آنها (۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته، است.

خانواده اولین و مهمترین نهاد اجتماعی است که فرد در آن به دنیا آمده، رشد یافته و به اجتماعات بزرگتر راه می‌یابد؛ پس شکل‌گیری و ایجاد شخصیت‌سازنده و سالم در افراد، در درون خانواده‌های سالم تحقق می‌یابد. خانواده باید فراهم‌کننده محیطی امن، یکپارچه و دور از تنش باشد. بنابراین وجود سلامت روان در هر یک از اعضا بسیار مهم است به خصوص بهداشت روانی زن و شوهر که بر سایر اعضا تأثیر بسزایی دارد، باید مورد توجه قرار گیرد. رضایت جنسی و سازگاری زناشویی در واقع نگرش مثبت و لذت‌بخش است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی دارند (۱).

پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند در ماندگی روانشناختی همسران، نه تنها کاهش میزان شادکامی کلی، کم شدن رضایت از زندگی، افسردگی، اضطراب، وسواس و اجبار را در بر دارد، بلکه به احساس تنهایی، پوچی، عزت‌نفس پایین، آشفتگی‌های روانی و دشواری در انجام وظایف والدینی نیز منجر می‌شود (۲).

هر چقدر احساس مطلوب و رضایت زن و شوهر از همدیگر بیشتر باشد به همان اندازه نیز میزان رضایت از زندگی زناشویی و سازگاری آنها در زنان خانه‌دار بیشتر است. این ممکن است به این دلیل باشد که با افزایش شادکامی در زندگی هیجانات مثبت در زوجین بیشتر شده و باعث می‌شود که مشکلات را به عنوان یک پدیده مثبت ارزیابی کنند. در این صورت با ارتباط متقابل مناسب که ریشه در هیجانات مثبت دارد مشکلات را حل می‌کنند و به رضایت در زندگی و سازگاری زناشویی و می‌رسند. همچنین رضایت جنسی به طور معناداری با رضایت از زندگی زناشویی ارتباط دارد (۳). رضایت از زندگی زناشویی به عوامل متعددی وابسته است که یکی از مهمترین آنها می‌تواند داشتن رضایت جنسی باشد، موید این مطلب آماری است که مطرح می‌کند؛ ۶۰ درصد از علل طلاق زوجین ریشه در مسائل جنسی دارد. شواهد تأیید می‌کنند که افراد شادتر ازدواج رضایتمندتری را تجربه می‌کنند و از رضایت زناشویی بالاتری برخوردارند. این افراد بهتر با شرایط فشارزای روانی کنار می‌آیند و منابع شخصی پایدارتری برای خود ایجاد می‌کنند (۴).

رضایتمندی از زندگی مهمترین مولفه بهزیستی ذهنی است که مربوط به ارزیابی کیفیت زندگی بر اساس ملاکهای فردی می‌باشد یعنی رضایتمندی بالا از زندگی، حالتی است که شرایط ادراک شده توسط فرد با هنجارهای تعیین شده از طرف خود مطابقت دارد (۵). رضایت از زندگی به یک فرایند قضاوتی و شناختی اشاره دارد (۶) که در آن افراد کیفیت زندگی خود را براساس مجموعه‌ای از ملاک‌ها ارزشیابی می‌کنند. اگر چه اشخاص مختلف در زمینه مؤلفه‌های مهم یک زندگی

همبستگی (۵ ماده)، توافق (۱۳ ماده) و ابراز محبت (۴ ماده) است و افرادی که نمره آنها ۱۰۱ و یا کمتر از آن باشد دارای مشکل و ناسازگاری زناشویی تلقی می‌شوند. این مقیاس در سال ۱۳۷۴ توسط آموزگار و حسین‌نژاد ترجمه، اجرا و در ایران هنجاریابی شده است (۷). مطالعات مربوط به پایایی و اعتبار این مقیاس، همواره مثبت بوده است. در حقیقت اسپانیر ضریب همسانی درونی ۰/۹۶ و ملاک اعتبار بالایی را برای این مقیاس گزارش کرد. برنشتاین در همه جا استفاده از این مقیاس را توصیه کرده است. زیرا پایه‌های روانسنجی آن در مقایسه با سایر مقیاسها، بسیار پیشرفته است. نمره کل این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین خوب تا عالی است. رضایت برابر با ۰/۹۴، همبستگی ۰/۸۱، توافق ۰/۹۰ و ابراز محبت برابر ۰/۷۳. اسپانیر برای محاسبه روایی این مقیاس ۲۱۸ نفر که با همسر خود زندگی می‌کردند را با ۹۴ نفر که طلاق گرفته بودند. مورد مقایسه قرار داد در مقایسه میانگین نمره های دو گروه (۷۰/۷) گروه طلاق گرفته و ۱۱۴/۸ گروهی که با همسران خود زندگی می‌کردند، تفاوت معناداری در کل مقیاس و در مقیاس های فرعی در سطح $P < 0/01$ به دست آمد. روایی این مقیاس در ایران ابتدا با روش های منطقی روایی محتوا چک شده است این مقیاس سازگاری زوجین را با قدرت تمیز دادن زوج های متأهل و مطلقه در هر سوال مشخص می‌کند. از روایی همزمان نیز برخوردار بوده است و با مقیاس زناشویی لاک-والاس همبستگی دارد (۱۳).

ب- مقیاس رضایت جنسی لارسون^۲: این پرسشنامه توسط لارسون و همکارانش در سال ۱۹۹۸ ارائه شده و دارای ۲۵ عبارت است. در پژوهش شمس، اعتبار و پایایی این آزمون به ترتیب ۰/۹ و ۰/۸۶ گزارش شده است. در تحقیقی دیگر، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای یک گروه بارور ۰/۹۳ و گروه نابارور ۰/۸۹ گزارش شده است (۱۱). این پرسشنامه شامل ۲۵ عبارت بوده و پاسخ های آن به صورت ۵ گزینه ای و براساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ است. در عبارات ۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۱-۱۴-۱۵-۱۸-۲۰-۲۴-۲۵ این گزینه ها برعکس نمره گذاری شده است و به ترتیب نمرات ۱ تا ۵ را دریافت می‌کنند. در عبارات ۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۱-۱۲-۱۳-۱۶-۱۷-۱۹-۲۱-۲۲-۲۳-۲۵ این گزینه های هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اکثر اوقات و همیشه به ترتیب نمرات ۱ تا ۵ را دریافت می‌کنند. در عبارات ۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۱-۱۴-۱۵-۱۸-۲۰-۲۴-۲۵ این گزینه ها برعکس نمره گذاری شده است و به ترتیب نمرات ۵ تا ۱ را دریافت می‌کنند.

طبقه بندی نتایج پرسشنامه رضایت جنسی: عدم رضایت جنسی ۲۵-۵۰، رضایت جنسی کم ۵۱-۷۵، رضایت جنسی متوسط ۷۶-۱۰۰، رضایت جنسی بالا ۱۰۱-۱۲۵ (۱۱).

روش های زبانی و فرایندهای شناختی است که در تعامل با دیگر وابستگی های غیر کلامی به شیوه ای که منجر به کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره های زبانی و روش هایی چون مراقبه ذهنی است (۱۲). هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد.

بنابراین با توجه به مطالب فوق و اهمیت رابطه مطلوب زن و شوهر در جهت سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت زندگی آنها از همدیگر برای آرامش و سلامت جسمی، فکری و روانی آنها و متعاقباً تأثیر آن بر سلامت و رشد فرزند و در نهایت سلامت خانواده و نیز عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص موضوع بویژه اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان های جدید و مؤثر در بهبود مشکلات روانشناختی افراد می‌باشد، محقق بر آن شده است تا به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر های وابسته خود بپردازد.

روش کار

در ابتدا بر اساس به روش نمونه گیری در دسترس از میان جامعه آماری سه مرکز مشاوره انتخاب شد و سپس از افراد دواطلب شرکت در پژوهش، ثبت نام به عمل آمد و ۳۰ نفر آنها انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در ابتدا از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد، سپس گروه آزمایش به مدت ۱۱ جلسه (دو جلسه در هفته)، تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند که زمان هر جلسه ۱۲۰ دقیقه بود و گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشت. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه گواه و آزمایش پس آزمون گرفته شد و سپس پرسشنامه ها نمره گذاری شد و با استفاده از نرم افزار SPSS داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این پژوهش بالینی (پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل نابرابر) می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره سطح شهرستان قوچان می باشد که در آبان ماه سال ۱۳۹۴ به این مراکز مراجعه کرده اند.

ابزار پژوهش

الف- پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر^۱ (DAS): مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر شامل یک پرسشنامه خودسنجی است که از ۳۲ سؤال تشکیل شده و برداشت های ذهنی افراد را در مورد سازگاری زناشویی به دست می‌آورد. نمرات این پرسشنامه از ۰ تا ۱۵۱ متغیر است که کسب نمرات برابر یا بیش از ۱۰۰ به معنای سازگاری افراد و نمرات کمتر از ۱۰۰ به معنی وجود مشکلی در روابط زناشویی و عدم سازگاری و تفاهم خانوادگی است. این پرسشنامه دارای ۴ مولفه رضایت دونفری (۱۰ ماده)

²Sexual Satisfaction ScaleLarson

¹SpanierDyadic Adjustment Scale

جلسه هشتم: مرور جلسات قبل، فیدبک گرفتن از مراجعان در مورد جلسات و ختم درمان

نتایج

برای توصیف داده های مربوط به نمونه‌ها، به محاسبه شاخص‌های آماری داده‌ها در گروه آزمایش و شاهد پرداخته می‌شود که به شرح زیر است:

جدول ۱- آماره‌های توصیفی متغیر سازگاری زناشویی

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
آزمون	پیش‌آزمون	۱۵	۸۵/۳۳	۱۸/۴۷۲	۵۱	۱۱۳
	پس‌آزمون	۱۵	۹۰/۴۶	۱۹/۸۵۲	۴۲	۱۱۴
شاهد	پیش‌آزمون	۱۵	۸۲/۲۶	۲۵/۱۷۵	۳۷	۱۲۱
	پس‌آزمون	۱۵	۸۱/۴۰	۲۳/۳۴۱	۳۸	۱۱۷
کل	پیش‌آزمون	۳۰	۸۳/۸۰	۲۱/۷۵۱	۳۷	۱۲۱
	پس‌آزمون	۳۰	۸۵/۹۳	۲۱/۷۸	۳۸	۱۱۷

نتایج جدول فوق بیان می‌دارد که متوسط میزان سازگاری زناشویی در کل نمونه پژوهش در پیش‌آزمون ۸۳/۸۰ و در پس‌آزمون ۸۵/۹۳ بوده است.

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیر رضایت جنسی

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
آزمون	پیش‌آزمون	۱۵	۵۷/۸۶	۱۷/۳۴	۳۰	۹۶
	پس‌آزمون	۱۵	۵۹/۲۰	۱۶/۴۲	۳۲	۹۵
شاهد	پیش‌آزمون	۱۵	۶۳/۴۶	۱۹/۶۲	۳۴	۹۵
	پس‌آزمون	۱۵	۶۵/۷۳	۲۳/۶۴	۳۲	۱۰۳
کل	پیش‌آزمون	۳۰	۶۰/۶۶	۱۸/۴۲	۳۰	۹۶
	پس‌آزمون	۳۰	۶۲/۴۶	۲۰/۲۷	۳۲	۱۰۳

نتایج جدول فوق بیان می‌دارد که متوسط میزان رضایت جنسی در کل نمونه پژوهش در پیش‌آزمون ۶۰/۶۶ و در پس‌آزمون ۶۲/۴۶ بوده است.

جدول ۳- آماره‌های توصیفی متغیر رضایت از زندگی

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
آزمون	پیش‌آزمون	۱۵	۱۲/۶۰	۲/۶۴۰	۸	۱۸
	پس‌آزمون	۱۵	۱۶/۱۳	۳/۲۰۴	۱۰	۲۰
شاهد	پیش‌آزمون	۱۵	۱۳/۲۶	۳/۰۳۴	۹	۲۱
	پس‌آزمون	۱۵	۱۳/۲۶	۲/۸۹۰	۹	۲۰
کل	پیش‌آزمون	۳۰	۱۲/۹۳	۲/۸۱۵	۸	۲۱
	پس‌آزمون	۳۰	۱۴/۷۰	۳/۳۳۳	۹	۲۰

ج- مقیاس رضایت از زندگی دینر: این مقیاس توسط دینر و دیگران (۶) جهت سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه و به عنوان شاخص احساس شادمانی در پژوهش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس متشکل از ۴۸ ماده است. همچنین از ۵ گزاره که مولفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه‌گیری می‌کند، تشکیل شده است. آزمودنیها اظهار می‌دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی‌اند و یا چقدر زندگی به زندگی آرمانی آنها نزدیک است. این مقیاس متشکل از ۴۸ سوال بود که میزان رضایت از زندگی و بهزیستی را منعکس می‌کرد و تحلیل عاملی نشان داد که از سه عامل تشکیل شده است. ۱۰ سوال آن با رضایت از زندگی مرتبط بود که پس از بررسیهای متعدد در نهایت به ۵ سوال کاهش یافت و به عنوان یک مقیاس مجزا مورد استفاده قرار گرفت. اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی در مطالعات متعددی بررسی شده است. دینر و همکاران در نمونه‌ای متشکل از ۱۷۶ دانشجوی دوره کارشناسی، مقیاس رضایت از زندگی (SWIS) را ارزشیابی کردند. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های دانشجویان به ترتیب ۲۳/۵ و ۶/۴۳ و ضریب همبستگی بازآزمایی نمره‌ها پس از دو ماه اجرا ۰/۸۲/ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷/ بود. داینر و همکارانش روایی (به شیوه مطلوبی) همگرا و افتراقی) و پایایی (آلفای کرونباخ ۰/۸۹) مطلوبی برای مقیاس گزارش نموده‌اند. در مقابل هر سؤال طیف لیکرت ۷ نمره‌ای از کاملاً موافقم (نمره ۱) تا کاملاً مخالفم (نمره ۷) در نظر گرفته شد. این مقیاس توسط خیر و سامانی برای استفاده در ایران مورد انطباق قرار گرفته است و شواهد روایی و پایایی آنرا مطلوب گزارش نموده‌اند (۱۴، ۱۵).

خلاصه جلسات درمان:

جلسه اول: آشنایی و ارتباط اعضا با هم

جلسه دوم: زبان و نقش دو گانه آن

محقق در این جلسه از فرم ثبت سر زندگی در برابر رنج استفاده کرد.

جلسه سوم: مرور تجارب جلسه قبلی، عمل و تجربه در مقابل فکر و هیجان

در این جلسه از تمرین‌های تمایزگزار مثل خواندن فکر با آهنگ و صدای بلند و یا تمرین رقص کلمات و حروف استفاده شد.

جلسه چهارم: مرور تجارب جلسه قبل، گشودگی و پذیرش

جلسه پنجم: مرور تکلیف جلسه قبل، توجه آگاهی و بودن در لحظه اکنون (حضور ذهن)

جلسه ششم: مرور تکلیف جلسه قبل، تمرین جستجوی ارزش‌ها، سیبل هدف یا تخته دارت

جلسه هفتم: مرور تکلیف جلسه قبل، اقدام متعادلانه (هدف‌گزینی و اقدام

عملی) مدیریت زمان و اینکه اولویت با چیزهای مهم است

نتایج جدول فوق بیان می‌دارد که متوسط میزان رضایت از زندگی در کل نمونه پژوهش در پیش آزمون ۱۲/۹۳ و در پس آزمون ۱۴/۷۰ بوده است.

برای این پژوهش، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می‌شود. چون پژوهشگر در صدد بررسی اثر بخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته خود می‌باشد و جهت اجرای تحقیق از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد، لذا باید تاثیر پیش آزمون‌ها کنترل شود.

در این مرحله به مقایسه میانگین نمرات سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی در آزمودنی‌های دو گروه در پس آزمون با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره می‌پردازیم. همچنین قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، مفروضه همگنی واریانس‌های متغیرها با استفاده از آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفت و نتایج این مفروضه‌ها نشان داد که می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

جدول ۴- نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	۲۸۰/۵۲۹	۱	۲۸۰/۵۲۹	۷/۶۰۴	۰/۰۱۱	۰/۲۳۳
خطا	۹۲۲/۲۵۱	۲۵	۳۶/۸۹۰			

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌گردد که تفاوت معناداری بین گروه‌های پژوهش وجود دارد. در نتیجه با احتمال ۰/۹۹ آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زنان موثر است و میزان این اثر با توجه به مجذور اتا در حدود ۲۳ درصد است.

جدول ۵- نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	۴/۸۲۹	۱	۴/۸۲۹	۰/۱۴۴	۰/۷۰۸	۰/۰۰۶
خطا	۸۲۶/۰۵۹	۲۵	۳۳/۰۴۲			

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌گردد که تفاوت معناداری بین گروه‌های پژوهش وجود ندارد و مقدار سطح معناداری به دست آمده (۰/۷۰۸) از مقدار آلفا با اصلاح بن فرونی ($\alpha=۰/۰۲۵$) بزرگتر است.

جدول ۶- نتایج مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	۹۵/۵۸۴	۱	۹۵/۵۸۴	۲۶/۱۴۵	۰/۰۰۰	۰/۵۱۱

باتوجه به جدول فوق مشاهده می‌گردد که تفاوت معناداری بین گروه‌های پژوهش وجود دارد. در نتیجه با احتمال ۰/۹۹ آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زندگی زنان موثر است و میزان این اثر با توجه به مجذور اتا در حدود ۵۱ درصد است.

بحث

در این پژوهش به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی پرداخته شد که نتایج حاکی از این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی به طور معناداری باعث تاثیر بر این سه متغیر می‌شود. این یافته‌ها در جهت تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بسیاری از پژوهش‌ها همسو بوده است هر چند پژوهشی مشابه تحقیق مورد نظر یافت نشد.

این یافته با سایر پژوهش‌های مشابه همخوان است به عنوان مثال در پژوهشی که پورفرج عمران (۱۶)، کیانی، قاسمی و پورعباس، ابراهیمی، رضائیان، خوروش و ضرغام (۱۷)، ایزدی و عابدی (۱۸)، نریمانی، عباسی، بگیان کوله مرز و بختی (۱۹)، آسمن، استوراسلی و مک‌نیل^۱ (۲۰)، ویهوف، اوسکام، اسکرورز و بالمیجر^۲ (۲۱) انجام دادند. نتایج بیانگر این بود که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته محققین که بیشتر آنان بر روی سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت زندگی کار کرده بودند تاثیر مثبتی دارد و باعث بهبود روابط بین زن و شوهر خواهد شد.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی‌اند. آن چه که افکار را تبدیل به باور می‌کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی‌شان نباشند و در عوض، شیوه‌هایی برای تعامل موثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می‌شود، بیابند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجعان پیامزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند. هیچ یک از این رویدادهای درونی هنگامی که تجربه می‌شوند، ذاتاً برای سلامتی مضر نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که آن‌ها، تجارب آسیب-

¹Ossman, Storaasli and McNeill

²Veehof, Oskam, Schreurs and Bohlmeijer

زن و شوهر می‌توانند رضایت کامل از زندگی خود داشته باشند و بخوبی زندگی خود را پیش ببرند و مسایل و مشکلات خود را به نحو مطلوبی حل کنند و بر سر مشکلات به توافق مشترکی برسند (۱۲).

ازجمله محدودیتهای این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره نمود. رویکرد درمانی مورد نظر نوپا بوده و از اینرو منابع علمی و عملی زیادی را در اختیار پژوهشگر نگذاشت. عدم آزمون پیگیری به دلیل محدودیت‌های زمانی اجرای پژوهش، نداشتن تحصیلات دانشگاهی در بعضی از اعضای نمونه مورد مطالعه و مشکل دسترسی به نمونه وسیع‌تر اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که تعداد جلسات آموزشی به منظور تمرین و آموزش دقیق‌تر و عمقی‌تر مهارت‌ها افزایش یابد. اجرای همزمان روان درمانی فردی و گروهی با رویکردهای متفاوت بر زنان جهت مقایسه اثربخشی رویکردهای جدید. انجام پژوهشی مشابه برای مراجعین با سایر اختلالات روانشناختی، اجرای پیگیری برای درمان و اندازه‌گیری مکرر و بهتر است در پژوهش‌های دیگر تعداد نمونه بیشتری مورد پژوهش قرار گیرند و از روش‌های نمونه‌گیری دیگر استفاده شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد.

تقدیر و تشکر

از همه زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان قوچان و کلیه افرادی که جهت اجرای این پژوهش همکاری لازم را با پژوهشگر داشتند، سپاسگزاری می‌شود.

نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی به طور معنی‌داری باعث رضایت از زندگی و افزایش سازگاری زناشویی زنان می‌شود.

زنا، ناسالم و بدی دیده می‌شوند که آن‌چه را که ادعا می‌کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند. تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تاکید زیادی دارند. وقتی که آمیختگی شناختی کاهش یابد یعنی گسلس شناختی رخ داده و فرد از محتوای افکار گسلیده شده‌است و به این معنی است که فرد توانسته یک فکر را فقط یک فکر ببیند (پذیرش) و نه یک حقیقت و در نتیجه طبق آن فکر عمل نمی‌کند (گسلس). تمرینات گسلس به مراجع کمک می‌کند که با خودپنداره بدنی به شیوه متفاوت تعامل داشته باشد که باعث افزایش خزانة رفتاری مراجع می‌شود. هنگامی که مراجع با وجود افکار، مطابق آن‌ها رفتار نمی‌کند و رفتاری را در راستای ارزش‌های فردی‌اش (نه افکار) انجام می‌دهد، تجربه جدیدی خواهد داشت. اگر تا کنون به دلیل افکار و یا احساسات ناخوشایند کاری را انجام نمی‌داد و این بار با وجود آن افکار و احساسات عمل می‌کند و متوجه خواهد شد که توان انجام آن را دارد و خودپنداره بدنی او افزایش می‌یابد و هم‌چنین این تغییر در عملکرد و انجام عمل متعهدانه می‌تواند منجر به تغییر در نگرش افراد در جهت رضایت جنسی آنان و سازگاری زناشویی و همچنین احساس شادی و خوشحالی از زندگی و بهتر شدن کیفیت زندگی زن و شوهر می‌گردد. این درمان می‌تواند به افراد کمک کند تا خودآگاهی خود را بالا برده و با استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر پذیرش به تضعیف فراگیری حمایت اجتماعی برای رفتار کردن به گونه‌ای که وقایع شخصی سبب رفتار می‌شوند و این‌ها باید قبل از پیگیری اهداف معنی‌دار زندگی، کنترل شوند. به طور کلی به فرد کمک می‌کند با ارتباط کامل با زمان حال و ذهن آگاهی به تغییر رفتارها و افکار نادرست پردازد و از این طریق

References

1. Soleimani A. [The effect of the effects of irrational thinking (cognitive approach) on marital dissatisfaction]. MA. Dissertation. University of Tarbiyat Moalem, 1997. (Persian)
2. Danesh E. The impact of transactional analysis method on increasing marital compatibility of incompatible couples. Journal of family research 2010; 6(3): 373-91.
3. Rahmani A, Marghati E, Sadeq N. The relationship between sexual satisfaction and life satisfaction. Iranian journal of nursing 2011; 24(70): 82-90.
4. Carr A. [Positive psychology]. Sharifi P, Najafi Zand, Sanaei. (translators). Tehran: Sokhan; 2008. (Persian)
5. Ahmadi Kh, Marzabadi E. [The study of marriage and marital adjustment among Sepah personnel]. Military medicine 2010; 7(2): 141-52. (Persian)
6. Diener E, Sah EM. Saving quality of life. Journal of economic, social and subjective indicators 1985; 4: 189-216.
7. Jowkar B. The mediating role of resiliency between emotional and general intelligence and life satisfaction. Contemporary psychology quarterly 2007; 2: 2.
8. Oliya N, Fatehizadeh M. The effectiveness of marital enrichment training on increasing life satisfaction, social support and couple's mental health. Journal of family research 2009; 6(2): 119-35.
9. Sprenkle DH, Blow AJ. Common factors and our sacred models. J Mar Fam Ther 2005; 30(2): 113-19.
10. Tengel PA. Mental health: A philosophical analysis. Karnac Books; 2006: 9.
11. Shamsiah M, Bahrami F, Mohebi S. [The relationship between sexual satisfaction and marital commitment among couples in Shahr-reza city]. Journal of fundamentals of mental health 2009; 11(3): 233-8.
12. Forman EM, Herbert D. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear. In: O'donohue W, Fisher JE. (editors). Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice. 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2009: 226-63.

13. Sanaei B. [Marriage and family assessment scales]. Tehran; 2000. (Persian)
14. Avey B. The implications of positive psychological capital on employee absenteeism. *J Leadersh Organ Stud* 2006; 13: 2.
15. Diener EE, Sun M, Lucas RE, Smith HL, Scollon C, Lucas RE. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull* 1999; 125: 276-302.
16. Poorfaraj Omran M. The effectiveness of group ACT on social phobia in academic students. *Knowledge and health quarterly* 2011; 6(2): 1-5.
17. Ebrahimi A, Rezaeian M, Khorvash M, Zarqam M. The effectiveness of ACT on pain, quality of life and reduced anxiety associated with pain in patients with chronic pain. 5th Congress of Psychosis, 2013.
18. Izadi R, Abedi M. Reducing OCD symptoms in patients with treatment-resistant obsessive-compulsive through ACT. *Feiz Bimonthly* 2013; 17(3): 25-86.
19. Narimani M, Abbasi M, Begyan Kole Marz M, Bakhti M. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment based training and group narrative therapy on modifying initial maladaptive schemas in divorce applicant clients. *Journal of consulting and family psychotherapy* 2014; 4(1): 21-49
20. Ossman WA, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *Int J Psychol Psychol Ther* 2007; 8(6): 397-416.
21. Veehof MM, Oskam M, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Systematic review and meta-analysis. *Orig Res Article Pain* 2012; 152: 533-42.