

The comparison of solution- focused couple therapy with acceptance and commitment couple therapy on marital burnout of couples

Nayere Arianfar. PHD student

counseling, Faculty of Education & Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

Roya Rasuli. Ph.D.

Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

Abstract

The purpose of the research was to examine the efficacy solution- focused couple therapy and acceptance and commitment couple therapy on marital burnout of couples. The research method was uasi-experimental with Pretest, Posttest and cotrol group. The statistical society consisted of the all clients of the centers: kimia, besharat, tamasha and tohid in 1396 in Isfahan city who referred to these centers due to communication and marital problems. Among them, 24 couples were selected through available sampling from among couples. Then, 8 couples (16 persons) were randomly assigned to three groups and the couples of the experimental groups were paired separatly every week solution- focused couple therapy (7 weeks) and acceptance and commitment couple therapy (12 weeks). The subjects' data were collected by the marital burnout questionnaire of Pines (1996). Results of multivariate analysis of covariance indicated that the differences among the groups were significant ($\rho \leq 0.001$). Results of benferony follow-up test indicated that in comparison with the solution-focused couple therapy, the acceptance and commitment couple therapy were more effective in reducing the marital burnout and three components of it (physical exhaustion, emotional exhaustion and mental exhaustion)($\rho \leq 0.001$).

Keywords: couples, solution- focused couple therapy, acceptance and commitment couple therapy, marital burnoutn

مقایسه تأثیر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور با

زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

فرسودگی زناشویی زوجین

نیره آرین‌فر

دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

رؤیا رسولی*

عضو هیئت‌علمی گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

چکیده

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری، همه مراجعین مراکز کیمیا، بشارت، تماشا و توحید در سال ۱۳۹۶ در شهر اصفهان بودند که به دلیل مشکلات ارتباطی و زناشویی به این مراکز مراجعه کردند. از میان آن‌ها تعداد ۲۴ زوج به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس به گونه تصادفی تعداد ۸ زوج در سه گروه گمارده شدند و زوجین گروه‌های آزمایش به صورت زوجی هر هفته در مداخله‌های جداگانه زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور (۷ جلسه) و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۲ جلسه) شرکت کردند. داده‌های آزمودنی‌ها به وسیله پرسشنامه فرسودگی زناشویی پاینز (۱۹۹۶)، جمع‌آوری شد. برآیند تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که تفاوت میان گروه‌ها معنادار است ($p \leq 0.001$). نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور در کاهش فرسودگی زناشویی و سه مؤلفه آن (خستگی بدنی، احساسی و روانی) مؤثرتر بوده است ($p \leq 0.001$).

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرسودگی زناشویی

*. نویسنده مسئول: r.rasouli@alzahra.ac.ir

مقدمه

(ون پلت^۱، ۲۰۰۹). بررسی‌های شیروم^{۱۲} (۲۰۰۶؛ به نقل از پیرفلک، سودانی و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۳) نشان داد که فرسودگی زناشویی در طول زمان سبب کاهش انرژی شده و مایه خستگی هیجانی-بدنی و ذهنی می‌گردد؛ زیرا نتیجه طولانی‌مدت موقعیت‌هایی است که زن و شوهر در رابطه با یکدیگر از نظر هیجانی مطالبات زیادی دارند و میان توقعات و واقعیت تفاوت زیادی وجود دارد (بکر^{۱۳}، ۲۰۰۰) به دنبال فرسودگی زناشویی، در روابط و بر زندگی زوج‌ها، بی‌اعتمادی، خوارسازی، سرزنش، بی‌توجهی به همدیگر و جدائی عاطفی حاکم می‌شود (صفی‌پوریان، قدمی، خاکپور، سودانی و مهرآفرید، ۱۳۹۵). در چنین شرایط آسیب‌زایی، رضایت زناشویی در زوجها کاهش می‌یابد و زمینه‌ساز ایجاد آسیب‌های عودکننده، پیچیده و پیش‌رونده می‌شود. در نتیجه، کارکرد خانواده و شبکه‌های حیاتی وابسته بدان، ممکن است از هم گسیخته شوند، یا در ازدواج باقی بمانند؛ حتی اگر علاقه زیادی به همسرشان نداشته باشند (والش^{۱۴}، ۲۰۰۶).

لیکن، همه این ازدواج‌ها به طلاق عاطفی منجر نشده و در حالت ناکامی باقی نمی‌مانند. بعضی از زوج‌ها در جهت بهبود ارتباط و کاهش فرسودگی زناشویی اقدام می‌کنند تا عشق ازدست‌رفته را بازگردانند (کایزر^{۱۵}، ۱۹۹۳؛ به نقل از تقی‌یار، پهلوان‌زاده و سماوی، ۱۳۹۵).

یکی از انواع مداخلات درمانی کوتاه‌مدت برای کمک به زوج‌هایی که با مشکل فرسودگی زناشویی مواجه هستند، زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور^{۱۶} است. این درمان در اوایل سال ۱۹۸۰ در مرکز خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت در میلواکی^{۱۷} ایجاد شد. درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور توسط دو مددکار اجتماعی به نام‌های دیشیزر و کیم برگ^{۱۸} و همکارانش که می‌خواستند اثر و فن‌های درمانی کوتاه‌مدت را برای کمک به تغییر مراجعان بررسی کنند، شکل گرفت (استرادا و بیباچ^{۱۹}، ۲۰۰۷). درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور در طول چند سال گذشته به خاطر تأکیدش بر تغییرات سریع

خانواده که بر پیوند میان زن و شوهر بنیان دارد نهادی اجتماعی است که یکی از کارکردهای آن ارضای نیازهای گوناگون بدنی، شناختی و هیجانی است (ادلتی و ردزوان^۱، ۲۰۱۰). احساس خوب در زندگی زناشویی هنگامی به زن و شوهر دست می‌دهد که هر یک در رابطه از احساس پشتیبانی شدن، دوست داشته شدن، حرمت خود و ارزشمند بودن برخوردار شده و دریابند که در بخشی از شبکه گسترده ارتباطی قرار داشته و می‌تواند با دلگرمی به هواداری میان فردی به‌خوبی با تنیدگی رویارو شوند؛ این زمان است که خطر دچار شدن به فرسودگی زناشویی^۲ نیز دور می‌شود (کوب^۳، ۱۹۷۶؛ به نقل از تری^۴، ۲۰۰۹). پس از افزایش سرخوردگی و تنش‌های برآمده از برآورده نشدن خواسته‌ها و نیازهای میان فردی، احساس سرخوردگی آشکارا به همسر نسبت داده می‌شود و این مایه از دست رفتن عشق و تعهد شده و فرسودگی^۵ ایگزین شور و شیفستگی نخستین می‌گردد (پاینز، هامر، نیل و آیکسن^۶، ۲۰۱۱).

فرسودگی به معنای خستگی بدنی، هیجانی و ذهنی است و از نبود هماهنگی میان واقعیت موجود و آنچه مورد انتظار فرد بوده است پدید می‌آید (لینگرن^۷، ۲۰۰۳). فرسودگی زناشویی به علت انباشته‌ای از توقعات غیرواقعی از همسر و ازدواج توأم با تنیدگی‌ها، واقعیت‌ها و فراز و نشیب‌های زندگی نمایان می‌شود (پاینز و همکاران، ۲۰۱۱). فرسودگی نشانه‌ای از چیرگی تنیدگی است که با خستگی هیجانی و بدینی مشخص شده است (شافلی و تریس^۸، ۲۰۰۵؛ به نقل از برلمه‌یوس، ترهون، بکر و پیپر^۹، ۲۰۱۱). شروع فرسودگی در زندگی و رابطه زناشویی به‌ندرت ناگهانی است و در بیشتر موارد از یک پدیده ناگوار یا رخداد‌های جزئی ناراحت‌کننده آغاز می‌گردد، ولی روند آن تدریجی است تا این‌که در ادامه زمانی می‌رسد که زوجین^{۱۰} درمی‌یابند باوجود کوشش‌های پیاپی، این رابطه به زندگی آن‌ها معنایی نمی‌دهد

1. Edlati & Redzuan

3. Cobb

5. burnout

7. Lingren

9. Brummelhuis, Ter Hoeven, Bakker & Peper

11. Van Plet

13. Bakker

15. Kayser

17. Milvaki

19. Estrada., Beyebach

2. Marital burnout

4. Tree

6. Pines, Hammer, Neal & Ickson

8. Schaufeli & Taris

10. couples

12. Shirom

14. Walsh

16. Solution- focused couple therapy

18. Deshazer, Kimberg et al

تغییر یکی از زوجین موجب تغییر افراد دیگر در سیستم می شود (جنی استیل^۵، ۱۹۹۷).

در پژوهش انجام شده توسط جانسون و لی باو^۶ (۲۰۰۰) مشخص شد که زوج درمانی راه حل محور باعث بهبود روابط زوجین می شود. در تحقیقی دیگری که استوارت^۷ (۲۰۱۱) با عنوان "یک مطالعه مقدماتی از مداخله کوتاه مدت راه حل محور برای زوج ها" ارائه داد، نشان داده شد که زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور در افزایش رضایت از رابطه، مهارت های ارتباطی و کارکردهای فردی زوجین مؤثر است. همچنین پژوهش راسل^۸ (۲۰۰۸) نیز نشانگر تأثیر درمان راه حل محور بر سازگاری زناشویی زوجین بود. در ایران نیز، داورنیا، زهراکار و نظری (۱۳۹۴) تأثیر زوج درمانی راه حل محور بر کاهش ابعاد فرسودگی زناشویی زنان را یافتند.

دومین روش مداخله ای بررسی شده در این پژوهش، زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^۹ است. زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله شناختی- رفتاری است که به دنبال بررسی سودمندی و کارکرد تجارب روان شناختی مانند اندیشه ها، هیجان ها، یادمان ها و عواطف است و فعالیت های معنادار زندگی را بازمینی و پی کاوی می کند (ویدنک، موریسون و توهیگ^{۱۰}، ۲۰۱۳). در روند این مداخله افراد می آموزند چگونه دست از بازداری اندیشه کشیده و درگیر افکار مزاحم نگردند. اثرات فنون این مداخله باعث می شود تاب آوری فرد در کنار آمدن با تنش هیجانات ناخوشایند افزایش یابد (ماسودا، هیز، ساکت و توهیگ^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ توهیگ، ۲۰۰۹). درمانگر در شش گام این درمان که عبارت اند از پذیرش، گسلش، پیوند با زمان اکنون، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و کنش متعهدانه مراجع را تشویق می کند تا با شناخت بیش از پیش، پیکار با محتوای روانی را کاهش داده و موضعی همراه با پذیرش بیشتر اتخاذ کنند (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). از آنجا که فرسودگی زوج ها و نبود رضایت زناشویی در پی انباشته ای از توقعات غیرواقعی از همسر و ازدواج، ادامه داشتن تنیدگی، کاهش توان کنار آمدن

وابسته به درمان و احترام به دیدگاه مراجع که هر دو با فلسفه مراقبت از سلامتی سازگارند، محبوبیت زیادی به دست آورده است (راسول^۱، ۲۰۰۵).

درمان کوتاه مدت راه حل محور یک رویکرد متمرکز بر آینده و هدف محور است. این روش درمانی از سؤالاتی استفاده می کند که برای تشخیص استثنائات، راه حل ها و نمراتی که برای اندازه گیری سطح پیشرفت در برابر راه حل و آشکار کردن رفتارهایی که برای به دست آوردن پیشرفت باقیمانده نیاز است، طراحی شده اند (ترپر، دولان، ام سی کولوم و نلسون^۲، ۲۰۰۶). مهم ترین ویژگی درمان راه حل محور کمک به مراجعان برای یافتن استثنائات است. استثنائات زمان هایی از گذشته هستند که مشکل با شدت کمتری وجود داشته یا اصلاً وجود نداشته یا زمان هایی که مشکل وجود داشته، ولی مراجع با شیوه قابل قبولی با آن برخورد می کرده است (برزوسک^۳، ۲۰۱۲). این رویکرد به جای تأکید بر نقایص و ناتوانی های افراد بر برجسته کردن قابلیت ها و موفقیت های افراد و ایجاد روابط حمایتی در طی فرآیند درمان متمرکز است (کوآرم و همکاران^۴، ۲۰۱۰).

از آنجا که به زعم کایزر (۱۹۹۳) فرسودگی زناشویی همراه با سرخوردگی و ناامیدی و بی تفاوتی همراه است، زوج درمانی راه حل مدار در کار با زوج ها به عنوان درمانی همراه با نگرشی امیدوارانه و واقع نگر، می تواند به دگرگونی های چشمگیری در این زمینه بیانجامد. از آنجا که درمانگران راه حل محور معتقدند که مشکلات زوجی به واسطه روشی که زوج برای حل آن ها به کار می برند، باقی می ماند و بدتر می شوند، درمان راه حل محور، مهارت های حل مشکلات را در هنگام لزوم استفاده به یاد زوجین می آورد، آن ها را قادر می سازد تا چرخه معیوب مشکل را نابود کنند و راه حل های طولانی مدت را توسعه دهند. زوج درمانی راه حل محور فقط بر تشخیص آنچه در حال انجام و ساخته شدن است، تمرکز ندارد، بلکه بر ناکارآمد بودن الگوهای بیهوده ای که کارساز نیستند نیز متمرکز است.

1. Rothwell
3. Brzezowski
5. Jenny Steele
7. Stewart
9. Acceptance and commitment couple therapy
11. Masuda, Hayes, Sackett & Twohig

2. Trepper, Dolan, McCollum & Nelson
4. Kvarme et al
6. Johnson & Lebow
8. Russell
10. Woidneck, Morrison & Twohig

با واقعیت‌ها و فراز و نشیب‌های زندگی (لینگرن، ۲۰۰۳) به صورت خستگی و جدائی عاطفی آشکار می‌گردد، زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند روش کارسازی باشد. چراکه این درمان پس از کاستن راهبردهای اجتناب تجربه‌ای در رابطه زن و شوهر و کاهش رنج‌های غیرضروری آن‌ها، بر آگاهی زن و شوهر از فرآیندهای شناختی و واکنش‌های هیجانی یکدیگر، شفاف کردن ارزش‌هایی که آن‌ها را در رابطه نگه داشته است و تعهد به عمل با روش‌های فراخور این اهداف متمرکز می‌گردد (پترسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از حیدریان‌فر، امان‌الهی، خجسته‌مهر و ایمانی، ۱۳۹۴).

برآیند پژوهش‌های گوناگون نشان داده مداخلاتی که اجتناب تجربه‌ای را کاهش می‌دهند افراد را در شناخت و تعهد در برابر پیگیری اهداف ارزشمند یاری می‌رسانند و در کاستن دشواری‌های گوناگون در زندگی سودمند هستند (بیگلن، هیز و پیسترلو^۱، ۲۰۰۸).

برآیند دیگر پژوهش‌ها نیز نشانگر تأثیر زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌های فرسودگی زناشویی زنان دارای همسر جانباز پیرانشهر (شوانی، زهراکار و رسولی، ۱۳۹۵)، کاهش فرسودگی زنان درگیر با فرسودگی زناشویی (شاکری، ۱۳۹۴)، کاهش فرسودگی زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز خدمات اجتماعی و "مشاوره بعد از خروج" سازمان زندان‌های استان اصفهان (قاری، ۱۳۹۳) بود. آتکینز، برنز، ویلر، بوکام و سیمپسون^۲ (۲۰۰۴) نیز در پژوهشی به این برآیند رسیدند که زوجین ناسازگاری که زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت نموده بودند، رضایت زناشویی بالاتر و فرسودگی زناشویی کمتری را در پیگیری سه ماهه نشان دادند.

از آنجا که فرسودگی زناشویی کاهش عشق و افزایش رفتارهای خصمانه را به دنبال دارد، می‌تواند به نارضایتی زناشویی کشیده شده و بنیاد خانواده را ناپایدار سازد و نیز منجر به جدایی گردد. از سوئی دیگر، پژوهش‌های کارشناسان خانواده نشان می‌دهد که امروزه گسترش فرسودگی زناشویی بیشتر شده است. به طوری که ۵۰ درصد از زوجین خود به فرسودگی دچار می‌شوند (پاینز، ۱۹۹۶؛ به نقل از عبادت‌پور، نوایی‌نژاد، شفیع‌آبادی و فلسفی‌نژاد،

۱۳۹۲). توجه به تأثیرپذیری خانواده از آسیب‌های عمده در هر رویکردی درمانی ضروری است. ازاین‌رو و بر اساس موارد ذکر شده، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در فرسودگی زناشویی انجام شد.

همچنین با در نظر گرفتن دشواری‌های برآمده از فرسودگی زناشویی و ارزندگی کوشش برای برپائی تعاملات کارآمد زن و شوهر هنگام مداخلات زوج‌درمانی با زوج‌ها، شاید بتوان در راستای پیشگیری از دچار شدن به فرسودگی زناشویی به آن‌ها یاری رساند. بررسی پیشینه پژوهش نشانگر تأثیر هر یک از روش‌های زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایت زناشویی و کاهش مشکلات ارتباطی و فرسودگی زناشویی است. ولی میزان اثربخشی آن‌ها در مقایسه با یکدیگر نامشخص است. لذا با توجه به ضرورت‌های بیان شده، فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱. بین اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور و گروه گواه در کاهش فرسودگی زناشویی زوجین و ابعاد آن (خستگی بدنی، خستگی هیجانی و خستگی ذهنی) تفاوت معناداری وجود دارد.

۲. بین اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه در کاهش فرسودگی زناشویی زوجین و ابعاد آن (خستگی بدنی، خستگی هیجانی و خستگی ذهنی) تفاوت معناداری وجود دارد.

۳. بین اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش فرسودگی زناشویی زوجین و ابعاد آن (خستگی بدنی، خستگی هیجانی و خستگی ذهنی) تفاوت معناداری وجود ندارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره تماشا، بشارت، کیمیا و توحید در شهر اصفهان بود که در سال ۱۳۹۶ به این مراکز مراجعه نمودند. روش

نمونه گیری به صورت هدفمند و در دسترس بود و از میان درخواست کنندگان، تعداد ۲۴ زوج متقاضی که دارای بیشترین تراز فرسودگی زناشویی بودند و همچنین تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، به عنوان نمونه انتخاب شدند و به تصادف در سه گروه زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور (۸ زوج) و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ زوج) و گروه گواه (۸ زوج) گماشته شدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: عدم مراجعه زوج ها به دادگاه خانواده به قصد جدایی، عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم سابقه خیانت و یا روابط فرازناشویی، عدم ابتلا به اختلال روانی، مدت زمان ازدواج کمتر از پنج سال باشد، داشتن تحصیلات با حداقل مدرک دیپلم و اینکه در زمان شرکت در طرح درمانی تحت هیچ درمان روان شناختی دیگری قرار نگیرند. ملاک های خروج از پژوهش نیز عدم همکاری با پژوهشگر و غیبت بیش از دو جلسه بود.

به صورتی که بالاترین میزان فرسودگی زناشویی، نمره ۱۴۷ و پائین ترین میزان، نمره ۲۱ است (کیانی، اسدی، شیشه گران، اسماعیلی قاضی و زوار، ۱۳۹۵). پایائی این ابزار با به کارگیری روش آلفای کرونباخ در دامنه میان ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است (پاینز، ۱۹۹۶). میزان پایایی آزمون-بازآزمون، ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای دوره سه ماهه گزارش شده است (داورنیا، زهراکار، معیری و شاکرمی، ۱۳۹۴). نویدی (۱۳۸۴)، میزان پایایی این ابزار را با به کارگیری آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است (نادری، افتخار و آملازاده ۱۳۸۸). روانی آن را با به کارگیری پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ ۰/۴۰- گزارش کردند. میزان آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۸۹ گزارش گردید. از جمله ملاک های این پرسشنامه میزان خستگی نسبت به همسر طی سه ماه گذشته است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه فرسودگی زناشویی (CBM)^۱: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که توسط پاینز (۱۹۹۶) و با هدف اندازه گیری تراز فرسودگی زناشویی در زوجین ساخته شد. نسخه ۲۱ ماده ای این ابزار، دربرگیرنده سه زیر مقیاس اصلی خستگی بدنی، خستگی هیجانی و خستگی ذهنی است. تمام این موارد روی یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ داده می شوند. سطح ۱ معرف عدم تجربه عبارت مورد نظر و سطح ۷ معرف تجربه زیاد عبارت مورد نظر است. از جمله ماده های پرسشنامه عبارت اند از: خستگی و تباهی و مستعد بیماری شدن، گرفتار مشکل شدن، درباره همسر احساس خشم و سرخوردگی کردن. برای به دست آوردن میزان فرسودگی زناشویی باید در مرحله اول: امتیازهایی که به موارد ۲۱-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱ داده شده است با هم جمع شوند، مرحله دوم: امتیازهایی که به شماره های ۳، ۶، ۱۹، ۲۰ داده شده است با هم جمع می شوند. مرحله سوم: امتیاز مرحله دوم از عدد ۳۲ کم می شود. مرحله چهارم: امتیاز مرحله اول با مرحله سوم جمع می شود. مرحله پنجم: عدد مرحله چهارم بر عدد ۲۱ تقسیم می شود. عدد حاصل درجه فرسودگی را نشان می دهد. در این ابزار نمرات بالاتر، نشان دهنده فرسودگی بیشتر است

روش اجرا و تحلیل داده ها

ابتدا طی یک فراخوان در مراکز مشاوره شهر اصفهان، اطلاع رسانی شد. ۴۰ زوج متعارض ثبت نام نمودند و پرسشنامه فرسودگی زناشویی را تکمیل کردند. ۲۴ زوج که دارای بالاترین نمره در فرسودگی زناشویی بودند و نیز ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند و به روش تصادفی و به صورت مساوی در گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور در ۷ جلسه برای شرکت کنندگان این گروه و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسه برای شرکت کنندگان گروه مربوطه، اجرا شد و برای شرکت کنندگان در گروه گواه هیچ گونه برنامه ای اجرا نشد. پس از اتمام جلسات مجدداً پرسشنامه فرسودگی زناشویی برای زوجین هر سه گروه اجرا شد. از آنجا که شرایط حضور در جلسات قبلاً برای شرکت کنندگان توضیح داده شده بود، در پایان دوره، همه شرکت کنندگان حاضر بودند و هیچ افت آزمودنی وجود نداشت. برای تحلیل داده ها، ابتدا از شاخص های توصیفی میانگین و انحراف معیار برای متغیر فرسودگی زناشویی و ابعاد آن استفاده شد، سپس برای آزمون فرضیه های تحقیق از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. پروتکل های درمانی به این شرح می باشند:

پروتکل زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور: تعداد جلسات درمانی برای زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، ۷ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. پروتکل جلسات زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور از این قرار است (زیم‌من، پرست و وتزل، ۱۹۹۷ و نظری، ۱۳۸۳):

جدول ۱. ساختار جلسات زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور

شماره جلسه	شرح جلسات	تکلیف
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی گروه با هم و با درمانگر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چهارچوب‌ها و بیان اصول کلی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور	شرکت‌کنندگان موظف شدند برای جلسه بعد اهداف مورد نظر خود را از شرکت در جلسات نوشته و به گروه بیاورند. این اهداف متمرکز بر تغییراتی باشد که در گروه ایجاد خواهند شد
جلسه دوم	کمک به شرکت‌کنندگان تا بتوانند هدف‌های خود را به صورت مثبت، معین، ملموس و قابل‌اندازه‌گیری تدوین کنند	از شرکت‌کنندگان درخواست شد برای جلسه بعد انتظارات و هدف‌های دیگری را که از همسر خود و زندگی‌شان دارند به صورتی مثبت، دقیق، ملموس و قابل‌اندازه‌گیری نوشته و به جلسه آینده بیاورند
جلسه سوم	کمک به شرکت‌کنندگان تا دریابند که از یک واقعه تعبیر متفاوتی در خانواده وجود دارد و بتوانند تلقی خود از مشکلات پیش‌آمده را به شکل مفیدتر تغییر دهند، کمک به آن‌ها تا به قابلیت و منابع خود پی‌برده و بتوانند یکدیگر را تحسین کنند	از اعضای گروه درخواست شد که در طول هفته جاری، به هیچ‌وجه از همسر خود ایراد نگیرند و در عوض هر کار و فعالیت مثبت که از همسرشان می‌بینند را مورد تحسین و قدردانی قرار دهند و گزارش آن را به جلسه بیاورند
جلسه چهارم	قاب‌دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به چرخه منفی، هیجانات زیرساختاری و نیازهای دلبسته‌مدار	تشدید تجربه هیجانی، افزایش تمایل به درگیری و رویارویی هیجانی، افزایش پاسخگویی به طرف مقابل به این صورت که مجدداً مشکل برحسب احساسات نهفته و نیازهای دلبستگی شکل داده می‌شود.
جلسه پنجم	بر هم زدن الگوهای رفتاری مختلفی که شرکت‌کنندگان طراحی کرده‌اند، با استفاده از پرسش معجزه آسا	از شرکت‌کنندگان درخواست شد درباره سؤال مطرح‌شده در منزل فکر کنند و پاسخ‌ها را برای جلسه بعد بیاورند
جلسه ششم	کمک به اعضا برای این‌که راه‌های دیگری برای تفکر، احساس و رفتار به جای آنچه الآن انجام می‌دهند را پیدا کرده و احساسات جدیدی را تجربه کنند با استفاده از واژه مهم به جای	از شرکت‌کنندگان درخواست شد که هر روز در ساعتی مشخص، سکه‌ای را به هوا پرتاب کرده و شخص برنده ۱۰ دقیقه از همسرش شکایت کند و وقتی ۱۰ دقیقه تمام شد شخص دیگر ۱۰ دقیقه شکایت کند و سپس نتیجه را به جلسه بعدی بیاورند
جلسه هفتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و تعیین این‌که آیا اعضا به اهداف خود دست یافته‌اند؟ اجرای پس‌آزمون	

پروتکل زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: پروتکل جلسات زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از این تعداد جلسات درمانی برای زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و قرار است (هریس^۱، ۲۰۰۹ و حیدریان فر و امان الهی، ۱۳۹۵):
تعهد، ۱۲ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد.

جدول ۲. طرح زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

ردیف	شرح جلسات	تکلیف
جلسه اول	مشخص کردن انتظارات و اهداف، قراردادهای اولیه	
جلسه دوم	مفهوم سازی مشکل از دیدگاه اعضا و مشاور (استعاره چاله و بیلچه)	فهرستی از اعمال ناکارآمد حل مشکل
جلسه سوم	ترغیب زوجین به انتخاب ماندن یا رفتن، ارتباط سالم (گشودگی، تمرکز و اشتیاق)	مشخص کردن انتخاب رابطه با همسر
جلسه چهارم	مشکلات زوجین تحت عنوان سم های روابط زناشویی و راه حل های آنها تحت عنوان پادزهر نام گذاری شد. سم ۱: حصار ذهن، پادزهر: رهایی از ذهن	شناسایی باورهای نادرست درباره ازدواج
جلسه پنجم	سم ۲: انتظارات، پادزهر: تضعیف انتظارات (نه حذف آنها)	تلاش جهت تضعیف انتظارات
جلسه ششم	سم ۳: ارزش های مبهم، پادزهر: ارزش های واضح و تسلط بر مهارت ها برای حرکت در جهت ارزش ها (حل تعارض و ارتباط مؤثر)	تشخیص تفاوت ارزش ها و انتظارات
جلسه هفتم	سم ۴: قطع ارتباط، پادزهر: یکی شدن با همسر (گشودگی، پذیرش و کنجکاوی)	تلاش در جهت یکی شدن با همسر
جلسه هشتم	سم ۵: تلاش برای اجتناب، پادزهر: تمایل به رنج، معرفی روش های کنترل	تمرین من چگونه می خواهم همسرم را کنترل کنم
جلسه نهم	معرفی ارزش های زوجی، شناسایی موانع در برابر ارزش ها، انتخاب یک ارزش زوجی و عینی کردن آن	تمرین دهمین سالگرد ازدواج، من می خواهم در ارتباط با همسرم چگونه باشم
جلسه دهم	سم ۶: شناسایی موانع درونی عمل بر اساس ارزش ها، پادزهر: پذیرش و گسلش	تمرین تشکر از ذهن و استعاره قطار
جلسه یازدهم	سم ۷: شناسایی موانع بیرونی عمل بر اساس ارزش ها، پادزهر: حل مسئله	تبدیل صحنه جنگ به صلح: تمرین مکث، به معنای توقف آگاهانه، چند ثانیه قبل از واکنش نشان دادن روش های مفید: ۱- رهایی از ذهن؛ ۲- گشودگی، ۳- ارزش گذاری، ۴- عجین شدن با همسر و ۵- صمیمیت
جلسه دوازدهم	معرفی مه روان شناختی، معرفی لایه های مه، لایه بایدها، هیچ چائی برای تلاش نیست، ای کاش، فقط اگر...، گذشته دردناک، آینده ترسناک و...	تمرین مه روان شناختی (وقتی با افکار تان آمیخته می شوید، چه اتفاقی روی می دهد؟)

یافته‌های پژوهش

نمره کل) بر اساس گروه‌های زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش،

آمار توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۳ آورده شده است. در این جدول میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش (خستگی بدنی، خستگی احساسی، خستگی روانی و

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف استاندارد \pm میانگین	پس‌آزمون انحراف استاندارد \pm میانگین
خستگی بدنی	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	۳۶/۱۲ \pm ۴/۵۶	۱۲/۸۷ \pm ۲/۸۲
	زوج‌درمانی راه‌حل‌محور	۳۶/۲۰ \pm ۴/۵۷	۲۱/۹۳ \pm ۲/۲۲
	گروه گواه	۳۹/۹۴ \pm ۲/۳۸	۴۰/۹۴ \pm ۳/۳۵
خستگی احساسی	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	۳۶/۶۲ \pm ۴/۱۶	۱۲/۵۸ \pm ۲/۷۹
	زوج‌درمانی راه‌حل‌محور	۳۶/۸۷ \pm ۴/۲۲	۲۲/۴۰ \pm ۲/۱۹
	گروه گواه	۳۹/۷۵ \pm ۲/۲۴	۴۱/۶۲ \pm ۲/۷۸
خستگی روانی	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	۲۸/۰۶ \pm ۴/۶۵	۱۲/۰ \pm ۲/۶۶
	زوج‌درمانی راه‌حل‌محور	۳۰/۸۰ \pm ۴/۲۶	۲۱/۴۷ \pm ۲/۱۳
	گروه گواه	۳۶/۸۱ \pm ۳/۲۷	۳۷/۱۹ \pm ۳/۵۱
نمره کل	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	۳/۶۲ \pm ۰/۶۲	۰/۲۶ \pm ۰/۲۹
	زوج‌درمانی راه‌حل‌محور	۳/۶۳ \pm ۰/۶۱	۱/۶۱ \pm ۰/۲۹
	گروه گواه	۴/۰۷ \pm ۰/۲۲	۴/۱۸ \pm ۰/۳۴

در جدول ۴ نشان داده شده است که پیش‌فرض نرمال برای متغیرهای پژوهش بیش از ۰/۰۵ محاسبه شده است. بودن داده برقرار است چون سطح معناداری به‌دست‌آمده

جدول ۴. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف (بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش)

متغیرها	پیش‌آزمون آماره آزمون Z (سطح معناداری)	پس‌آزمون آماره آزمون Z (سطح معناداری)
خستگی بدنی	(۰/۸۹۹)۰/۵۷۲	(۰/۰۹۱)۱/۲۴۲
خستگی احساسی	(۰/۴۴۸)۰/۸۶۲	(۰/۰۶۶)۱/۲۷۴
خستگی روانی	(۰/۶۱۱)۰/۷۶۰	(۰/۳۲۷)۰/۹۵۱
نمره کل	(۰/۸۱۴)۰/۶۳۶	(۰/۰۸۷)۱/۲۵۳

در جدول ۵ نتایج آزمون همگنی شیب خط رگرسیون آورده شده است.

جدول ۵. نتایج بررسی همگنی شیب‌های خطر رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری
خستگی بدنی	۵/۵۶۸	۲	۲/۷۸۴	۰/۴۰۲	۰/۶۷۲
خستگی احساسی	۱۳/۴۸۲	۲	۶/۷۴۱	۰/۹۷۶	۰/۳۸۷
خستگی روانی	۳۱/۹۴۹	۲	۱۵/۹۷۴	۲/۳۱۳	۰/۱۱۴
نمره کل	۰/۶۲۱	۲	۰/۳۱۰	۲/۵۸۳	۰/۰۵۷

همچنین، سطح معناداری به دست آمده برای آزمون لوین و همچنین آزمون ام. باکس بیش از ۰/۰۵ بود، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که همگونی واریانس‌ها برای متغیر گروه هم برای هر یک از متغیرهای خستگی بدنی، خستگی احساسی، خستگی روانی و نیز نمره کل و همچنین برابری ماتریس واریانس کوواریانس برقرار است.

بر اساس نتایج جدول ۵ چون سطح معناداری به دست آمده بیش از ۰/۰۵ است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت پیش شرط استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس یک متغیر برای نمره کل و آزمون آنالیز واریانس چند متغیره برای زیرمقیاس‌های خستگی بدنی، خستگی احساسی و خستگی روانی و نیز نمره کل برقرار است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیر مستقل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	سطح معناداری	توان آماری	مجزور اتا
پیش آزمون خستگی بدنی	۵/۰۴۵	۱	۵/۰۴۵	۰/۶۰۴	۰/۴۴۱	۰/۱۱۸	۰/۰۱۵
پیش آزمون خستگی احساسی	۴/۸۶۵	۱	۴/۸۶۵	۰/۵۸۳	۰/۴۵۰	۰/۱۱۶	۰/۰۱۴
پیش آزمون خستگی روانی	۱۰/۳۰۵	۱	۱۰/۳۰۵	۱/۲۳۴	۰/۲۷۳	۰/۱۹۲	۰/۰۲۹
گروه	۳۲۲۱/۱۳۷	۲	۱۶۱۰/۵۶۹	۱۹۲/۹۰۶	۰/۰۰۱	۱/۰	۰/۹۰۴
پیش آزمون خستگی بدنی	۱۱/۰۴۴	۱	۱۱/۰۴۴	۱/۶۱۳	۰/۲۱۱	۰/۲۳۷	۰/۰۳۸
پیش آزمون خستگی احساسی	۱۷/۸۳۶	۱	۱۷/۸۳۶	۲/۶۰۵	۰/۱۱۴	۰/۳۵۱	۰/۰۶۰
پیش آزمون خستگی روانی	۲/۳۷۴	۱	۲/۳۷۴	۰/۳۴۷	۰/۵۵۹	۰/۰۸۹	۰/۰۰۸
گروه	۳۵۳۵/۸۰۵	۲	۱۷۶۷/۹۰۳	۲۵۸/۲۵۰	۰/۰۰۱	۱/۰	۰/۹۲۶
پیش آزمون خستگی بدنی	۰/۱۹۵	۱	۰/۱۹۵	۰/۰۲۶	۰/۸۷۴	۰/۰۵۳	۰/۰۰۱
پیش آزمون خستگی احساسی	۱۴/۵۸۹	۱	۱۴/۵۸۹	۱/۹۲۲	۰/۱۷۳	۰/۲۷۳	۰/۰۴۵
پیش آزمون خستگی روانی	۲۸/۰۹۳	۱	۲۸/۰۹۳	۳/۷۰۲	۰/۰۶۱	۰/۴۶۸	۰/۰۸۳
گروه	۲۴۷۲/۰۲۸	۲	۱۲۳۶/۰۱۴	۱۶۲/۸۷۲	۰/۰۰۱	۱/۰	۰/۸۸۸
پیش آزمون نمره کل	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۳۴	۰/۸۵۴	۰/۰۵۴	۰/۰۰۱
گروه	۱۰۹/۱۸۷	۲	۵۴/۵۹۳	۵۶۲/۶۷۵	۰/۰۰۱	۱/۰	۰/۹۶۳

دو گروه از سه گروه مورد بررسی (درمانی مبتنی بر پذیرش، زوج‌درمانی راه‌حل‌محور و گواه) وجود دارد ($p \leq 0/001$)؛ بنابراین فرضیه‌های شماره ۱ و ۲ پژوهش تأیید می‌گردد.

در جدول ۶ نتایج آنالیز کوواریانس چند متغیره برای زیرمقیاس‌های خستگی بدنی، خستگی احساسی و خستگی روانی و نیز نمره کل آورده شده است. چون سطح معناداری برای متغیر گروه در هر سه زیرمقیاس و نمره کل کمتر از ۰/۰۵ است می‌توان نتیجه گرفت تفاوت معناداری حداقل بین

جدول ۷. نتایج آزمون بنفرونی جهت مقایسه گروه‌های پژوهش برای متغیرهای پژوهش

سطح معناداری	تفاوت میانگین			
۰/۰۰۱	۸/۶۶۹	زوج‌درمانی راه‌حل‌محور	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	خستگی بدنی
۰/۰۰۱	۲۶/۹۷۶	گواه	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	
۰/۰۰۱	۱۸/۳۰۷	زوج‌درمانی راه‌حل‌محور	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	خستگی احساسی
۰/۰۰۱	۹/۴۹۲	گواه	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	
۰/۰۰۱	۲۸/۳۳۸	زوج‌درمانی راه‌حل‌محور	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	خستگی روانی
۰/۰۰۱	۱۸/۸۴۶	گواه	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	
۰/۰۰۱	۸/۹۰۸	زوج‌درمانی راه‌حل‌محور	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	نمره کل
۰/۰۰۱	۲۳/۸۲۳	گواه	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	
۰/۰۰۱	۱۴/۹۱۵	زوج‌درمانی راه‌حل‌محور	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	
۰/۰۰۱	۳/۹۰۶	گواه	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	
۰/۰۰۱	۱/۳۴۵	زوج‌درمانی راه‌حل‌محور	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	
۰/۰۰۱	۲/۵۶۲	گواه	زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش	

بنابراین زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش مؤثرتر بوده است ($p \leq 0/001$)؛ بنابراین فرضیه سوم پژوهش تأیید نمی‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زوجین و ابعاد آن بود. طبق نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش، زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور در کاهش فرسودگی زناشویی زوجین و ابعاد آن مؤثر می‌باشد، بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید گردید. به‌عبارت‌دیگر این زوج‌درمانی باعث کاهش احساس خستگی، افسردگی، ناامیدی، بی‌ارزشی و احساس

در جدول ۷ نتایج مربوط به آزمون بنفرونی آورده شده است چون سطح معناداری برای هر سه گروه به‌صورت دوجه‌دو کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد می‌توان نتیجه گرفت بین زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و زوج‌درمانی راه‌حل‌محور و همچنین بین درمانی مبتنی بر پذیرش و کنترل و همچنین بین زوج‌درمانی راه‌حل‌محور و گروه کنترل در زیرمقیاس‌های خستگی بدنی، خستگی احساسی و خستگی روانی و نمره کل تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به مقادیر میانگین در جدول ۱ و این‌که میزان کاهش نمره هر یک از زیرمقیاس‌های مورد بررسی و نمره کل در مرحله پس‌آزمون نسبت به نمره پیش‌آزمون در گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش بیش از گروه زوج‌درمانی راه‌حل‌محور می‌باشد

مثبت نسبت به همسر را جایگزین احساسات خصمانه و منفی نمایند و احساس صمیمیت بستری نسبت به هم داشته باشند. در نتیجه به دنبال این صمیمیت شکل گرفته در همسران، آزدگی، غمگینی و بیهودگی در رابطه با همسر که از نشانگان دیگر خستگی عاطفی است به تدریج کاهش می یابد که این خود منجر به کاهش خستگی بدنی در زوجین نیز می شود.

یافته های پژوهش تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش فرسودگی زناشویی زوجین و ابعاد آن را نیز نشان داد، بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید گردید. این یافته همسو با پژوهش های شوانی همکاران (۱۳۹۵)، شاکری (۱۳۹۴) و قاری (۱۳۹۳) می باشد. در این پژوهش ها نیز تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زوجین و ابعاد آن تأیید گردیده است. در توجیه این یافته از پژوهش، می توان گفت فرسودگی هنگامی آشکار می گردد که آن ها درمی یابند که علی رغم همه کوشش هایشان، رابطه شان به زندگی معنا نداده و نخواهد داد (ون پلت، ۲۰۰۹؛ پاینز و نانز، ۲۰۰۳، پاینز، ۱۹۹۶؛ ترجمه شاداب، ۱۳۸۱) و در پی آن، باورها و احساس های منفی حالت چیره شونده به خود می گیرد و به از دست دادن شور و شوق نخستین، وابستگی عاطفی، تعهد و سرانجام نمایان شدن بی رمقی زناشویی منجر می شود (پکورسکا، فارل، ایوانشیتزکی و پیلای، ۲۰۱۳). از این رو، زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می آموزد چگونه دست از بازداری اندیشه بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می شوند افراد هیجانانگیز ناخوشایند را بیشتر برتابند (ماسودا و همکاران، ۲۰۰۴؛ توهیگ، ۲۰۰۹). همچنین، می تواند به زوج ها همگام با پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد، برای ایجاد یک زندگی پرمایه، درست و معنی دار کمک کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲).

یافته دیگر پژوهش بیانگر تأثیر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور در کاهش فرسودگی زناشویی زوجین می باشد؛ بنابراین فرضیه سوم پژوهش تأیید نشد. می توان گفت به باور هیز، استروساهل و ویلسون^۴ (۲۰۱۲) با وارد شدن فرد به فرآیند

سرخوردگی و خشم به همسر می گردد. این نتیجه با نتایج پژوهش های جانسون و لی باو (۲۰۰۰)، استوارت (۲۰۱۱)، راسل (۲۰۰۸) و داورنیا و همکاران (۱۳۹۴) همسو می باشد که در این پژوهش ها نیز، زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور در کاهش فرسودگی زناشویی زوجین و ابعاد آن مؤثر بوده است.

در تبیین این یافته از پژوهش می توان گفت که در درمان راه حل محور، کشف استثنائات در زندگی مراجع و تغییر شناختی ناگهانی در مراجع در جهت تشخیص و شناسایی استثناها و همچنین تغییر نگرش زوجین نسبت به موقعیت های دشوار می تواند امیدواری و کمک را به مراجع القا کند تا نزدیک شدن به آینده بهتری را ببیند (پیچات، ۲۰۰۷). در این رویکرد این اعتقاد وجود دارد که صحبت کردن درباره علل مسائل، مدت آن ها و اشاره به سختی تغییر آن ها، اغلب باعث ایجاد احساس درماندگی بیشتری در مراجع می شود؛ بنابراین ایجاد تغییر اگر غیر ممکن نشود، مشکل تر می شود؛ به عبارت دیگر، صحبت کردن درباره این که چگونه مراجع می خواهد مسائل متفاوت شوند و او چه کاری می تواند انجام دهد تا این اتفاق بیفتد، به وی کمک می کند تا باور کند که تغییر ممکن است، حس خودکارآمدی را بالا می برد و به او کمک می کند تا بر روی آنچه برای ایجاد تغییر نیاز دارد، تمرکز کند (پاکروسینس و سپوکین، ۲۰۱۱).

همچنین، می توان اضافه کرد از آنجائی که ناامیدی از همسر و زندگی زناشویی به عنوان یکی از نشانگان خستگی احساسی می باشد، در زوج درمانی راه حل محور به دلیل این که تأکید اصلی بر تغییرات کوچک تا رسیدن به تغییرات بزرگ تر می باشد و تمرکز درمان هم بر مسائلی است که احتمال تغییر در آن ها وجود دارد، وقتی یک زوج اولین گام کوچک را جهت تغییر با موفقیت برمی دارد و نتیجه این تغییر را در ارتباط با همسرش مشاهده می کند اشتیاق او برای ادامه این روند تغییر بیشتر می شود و بنابراین پس از مدتی تغییرات بزرگ تری را در رابطه زناشویی مشاهده می کند. این تغییرات به وجود آمده به زوج کمک می کنند تا نسبت به آینده رابطه و زندگی زناشویی شان امیدوار شود، احساسات

1. Pichot

3. Pokorska, Farrell, Evanschitzky & Pillai

2. Pakrosnis & Cepukiene

4. Hayes, Strosahl & Wilson

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرکز و گرفتار آمدن در فرآیندهای ذهنی - کلامی منفی که معطوف به خود و دیگران است به تدریج مورد اصلاح و تغییر قرار می‌گیرد. از دیدگاه این درمان، زوجین متعارض به‌طور بالقوه توانایی برقراری ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار برای یک زندگی همراه با انگیزه را دارند. به عبارت دیگر، کاهش فرسودگی زناشویی در درمان مبتنی بر پذیرش تعهد از طریق گسستن از اضطراب و نگرانی‌هایی که باعث در بند ماندن افراد در نگرش‌های منفی به خود و همسر می‌شود، رهایی از خود به‌عنوان زمینه‌ای که در حالت فرسودگی باعث تعارضات نیز می‌شود، رهایی از گذشته و تجارب تلخ و در زمان حال زندگی کردن و تأکید بر ارزش‌ها و عمل متعهدانه برای بهبود کیفیت روابط زناشویی به‌خوبی قابل تقویت است. با تمرکز این درمان بر سم‌های رابطه زناشویی و نام‌گذاری راه‌حل‌ها به‌عنوان پادزهر آن سم‌ها، همچنین شناسایی مبهم بودن ارزش‌ها به‌عنوان یکی از سم‌های رابطه و تصریح ارزش‌ها به‌عنوان پادزهر آن، شناسایی موانع درونی حرکت در راستای ارزش‌ها (افکار و هیجانات منفی در مورد همسر و رابطه مثل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، افسردگی، افکار منفی و نیز احساس خشم نسبت به همسر) به‌عنوان یکی از سم‌های رابطه و تقویت پذیرش و گسلش به‌عنوان پادزهر آن، شناسایی موانع بیرونی حرکت در راستای ارزش‌ها (عدم وجود مهارت‌های رفتاری و حل مسئله) و آموزش مهارت‌های رفتاری و حل مسئله به‌عنوان پادزهر آن، تقویت خود به‌عنوان زمینه و خودی که مشاهده می‌کند و نه اینکه تبدیل به افکار و هیجانات شود، کارکرد تنظیم زبانی شناخت و کارکرد فعال‌سازی رفتاری معطوف به ارتقای کیفیت روابط زناشویی را می‌توان به‌خوبی به‌عنوان هدف اصلی محور توجه قرار داد.

این پژوهش، امیدوارانه به زوج‌ها کمک کرده تا شیوه‌های جدیدی برای کاهش فرسودگی زناشویی خود بیابند و رابطه عمیق‌تری با یکدیگر برقرار کنند. همچنین این پژوهش مانند پژوهش‌های دیگر از محدودیت‌هایی دارد که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌گردد. پژوهش حاضر به دلیل مشکلات اجرایی فاقد اطلاعات مربوط به پیگیری است و این محدودیت باعث می‌گردد که تأثیرات درازمدت روش‌های درمانی حاضر بر روی فرسودگی زناشویی زوجین را نتوان پیش‌بینی کرد، بنابراین پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آینده پیامدهای زوج‌درمانی‌های مذکور و نیز مقایسه آن‌ها در مورد زوجین دچار فرسودگی زناشویی مورد پیگیری قرار گیرد. همچنین، از آنجا که هدف پژوهش‌های اخیر علاوه بر تعیین اثربخشی یک مداخله، تعیین مناسب‌ترین نوع درمان برای هر فرد است، بررسی وضعیت اجتماعی، تحصیلی و فرهنگی افراد به‌منظور تعریف بهترین گروه هدف برای این نوع مداخلات نیاز می‌باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی میزان اثربخشی این دو درمان با توجه به متغیرهای مدت ازدواج، جنس و سن آزمودنی‌ها بررسی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرکز و گرفتار آمدن در فرآیندهای ذهنی - کلامی منفی که معطوف به خود و دیگران است به تدریج مورد اصلاح و تغییر قرار می‌گیرد. از دیدگاه این درمان، زوجین متعارض به‌طور بالقوه توانایی برقراری ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار برای یک زندگی همراه با انگیزه را دارند. به عبارت دیگر، کاهش فرسودگی زناشویی در درمان مبتنی بر پذیرش تعهد از طریق گسستن از اضطراب و نگرانی‌هایی که باعث در بند ماندن افراد در نگرش‌های منفی به خود و همسر می‌شود، رهایی از خود به‌عنوان زمینه‌ای که در حالت فرسودگی باعث تعارضات نیز می‌شود، رهایی از گذشته و تجارب تلخ و در زمان حال زندگی کردن و تأکید بر ارزش‌ها و عمل متعهدانه برای بهبود کیفیت روابط زناشویی به‌خوبی قابل تقویت است. با تمرکز این درمان بر سم‌های رابطه زناشویی و نام‌گذاری راه‌حل‌ها به‌عنوان پادزهر آن سم‌ها، همچنین شناسایی مبهم بودن ارزش‌ها به‌عنوان یکی از سم‌های رابطه و تصریح ارزش‌ها به‌عنوان پادزهر آن، شناسایی موانع درونی حرکت در راستای ارزش‌ها (افکار و هیجانات منفی در مورد همسر و رابطه مثل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، افسردگی، افکار منفی و نیز احساس خشم نسبت به همسر) به‌عنوان یکی از سم‌های رابطه و تقویت پذیرش و گسلش به‌عنوان پادزهر آن، شناسایی موانع بیرونی حرکت در راستای ارزش‌ها (عدم وجود مهارت‌های رفتاری و حل مسئله) و آموزش مهارت‌های رفتاری و حل مسئله به‌عنوان پادزهر آن، تقویت خود به‌عنوان زمینه و خودی که مشاهده می‌کند و نه اینکه تبدیل به افکار و هیجانات شود، کارکرد تنظیم زبانی شناخت و کارکرد فعال‌سازی رفتاری معطوف به ارتقای کیفیت روابط زناشویی را می‌توان به‌خوبی به‌عنوان هدف اصلی محور توجه قرار داد.

همچنین ایده زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که آنچه را از تسلط و اراده ما خارج است بپذیریم و نیروی خود را به‌جای صرف کردن در مسیری که به تغییر مثبت و سازنده منتهی نمی‌شود، به‌سوی آنچه برای زندگی ارزش و اهمیت دارد، هدایت کنیم (هیز و استروساهل، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد که همین پذیرش و تعهد بیشتر باعث می‌شود تا احساس ارزشمندی زندگی در افراد تقویت و سپس با ترمیم احساس ارزشمندی زندگی در

داور نیا، ر.، زهرا کار، ک.، و نظری، ع.م. (۱۳۹۴). تأثیر رویکرد زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش ابعاد فرسودگی زناشویی زنان، *مجله دانشکده پرستاری و مامائی ارومیه*، ۱۳ (۱ پیاپی ۶۶)، ۳۴-۴۶.

سازمان ثبت احوال کشور (۱۳۹۵). <http://www.sabteahval.ir>. شاکری، ز. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش دلزدگی زناشویی زنان متأهل شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

شوانی، ا.، زهرا کار، ک. و رسولی، م. (۱۳۹۵). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه های فرسودگی زناشویی زنان دارای همسر جانباز. *فصلنامه طب جانباز*، ۸ (۲)، ۱۱۲-۱۱۸.

صفی پوریان؛ ش.، قدمی، س.ا.، خاکپور، م.، سودانی، م.، و مهرآفرید، م. (۱۳۹۵). تأثیر مشاوره گروهی با روش درمان میان فردی (IPT) بر کاهش دلزدگی زناشویی زنان متقاضی طلاق، *نشریه آموزش پرستاری*، ۵ (۱ پیاپی ۲)، ۱۱-۱.

عبادت پور، ب.، نوابی نژاد، ش.، شفیع آبادی، ع.، و فلسفی نژاد، م.ر. (۱۳۹۲). نقش واسطه ای کارکردهای خانواده بر تاب آوری و باورهای معنوی و دلزدگی زناشویی، *فصلنامه روش ها و مدل های روان شناختی*، ۳ (۱ پیاپی ۱۳)، ۲۹-۴۵.

قاری، ع. (۱۳۹۳). تأثیر رویکرد پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و بخشش زوج های مراجعه کننده به مرکز خدمات اجتماعی و مشاوره سازمان زندان های استان اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

کیانی، ا.ر.، اسدی شیشه گران، س.، اسماعیلی قاضی ولوئی، ف.، و زوار، م. (۱۳۹۵). پیش بینی دلزدگی زناشویی بر اساس ابرازگری هیجانی و اسنادهای زناشویی در افراد متأهل مراجعه کننده به مراکز بهزیستی شهر اردبیل، *پژوهش های مشاوره*، ۱۵ (۵۹)، ۵۸-۷۵.

نادری، ف.، افتخار، ز.، و آملانزاده، ص. (۱۳۸۸). رابطه ویژگی های شخصیت و روابط صمیمی همسر با دلزدگی زناشویی در همسران معتاد مرد اهواز. *روان شناسی اجتماعی (یافته های نو در روان شناسی)*، ۴ (۱۱)، ۷۸-۶۱.

نظری، ع.م. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر برنامه غنی سازی زناشویی و مشاوره راه حل مدار بر رضایت زناشویی زوجین هر دو شاغل. *دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تربیت معلم. تهران.* نویدی، ف. (۱۳۸۴). بررسی رابطه دلزدگی زناشویی با عوامل جو سازمانی در کارکنان ادارات آموزش و پرورش و پرستاران بیمارستان های شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.

شود. به منظور صرفه جوئی در وقت و هزینه، اثربخشی روش های درمانی به کاررفته در پژوهش، به صورت گروهی نیز در کاهش فرسودگی زناشویی زوجین و ابعاد آن بررسی و با نتایج اجرای فردی سنجیده شود تا به انتخاب بهترین روش منتهی شود. همچنین برای سطوح مختلف آشفتگی زوج ها، از خفیف تا شدید این بررسی انجام شود تا تفاوت مداخله در دو سطح آشفتگی ضعیف و متوسط تا شدید به دست آید.

سپاس و قدردانی

پژوهشگران خود را موظف می دانند به رسم امانت داری علمی و به پاس تشکر از تمامی مردان و زنانی که همکاری داشته اند و پرسشنامه ها را پاسخ داده اند و در جلسات درمانی شرکت نموده اند قدردانی نمایند.

منابع

ایزدی، ر. و عابدی، م.ر. (۱۳۹۲). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. چاپ اول، تهران: انتشارات جنگل.

پاینز، ا. (۱۹۹۶). *چه کنیم تا عشق رویایی به بی رمقی نینجامد؟* ترجمه فاطمه شاداب. (۱۳۸۱). تهران: انتشارات ققنوس.

پیر فلک، م.، سودانی، م. و شفیع آبادی، ع. (۱۳۹۳). تأثیر زوج درمانی گروهی شناختی- رفتاری (GBCBT) بر کاهش دلزدگی زناشویی. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۴ (۲)، ۲۶۷-۲۴۷.

تقی یار، ز.، پهلوانزاده، ف. و شماوی، س.ع. (۱۳۹۵). تأثیر طرحواره درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل. *مجله زن و مطالعات خانواده*، ۹ (۳۴)، ۶۳-۴۹.

حیدریان فر، ن. و امان الهی، ع. (۱۳۹۵). *زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT): راهنمای گام به گام درمانگران در کار با زوج ها*، اهواز: انتشارات علوم و فنون پزشکی.

حیدریان فر، ن.، امان الهی، ع.، خجسته مهر، ر. و ایمانی، م. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت و سازگاری زناشویی زوج های شهرستان دزفول، *مجله دستاوردهای روان شناسی بالینی*، ۱ (۳)، ۶۶-۴۹.

داورنیا، ر.، زهراکار، ک.، معیری، ن.، و شاکرمی، م. (۱۳۹۴). بررسی کارایی زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۵ (۲)، ۱۳۲-۱۴۰.

- Atkins, D.C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D.H., & Simpson, L.E. (2004). Traditional Versus Integrative Behavioral Couple Therapy for Significantly and Chronically Distressed Married Couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 176-91.
- Bakker, A. B. (2009). The crossover of burnout and its relation to partner health. *Stress and Health, 25*, 343-353.
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science, 9*(3), 139-152.
- Brummelhuis, L. L., Ter Hoeven, C. L., Bakker, A. B., & Peper, B. (2011). Breaking through the loss cycle of burnout: The role of motivation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 84*, 268-287.
- Brzezowski, K.M. (2012). *A solution-focused group treatment approach for individuals maladaptive expressing anger. (Dissertation)*. Ohio: Wright State University.
- Edlati, A., & Redzuan, M. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American Science, 6*(4), 132-137.
- Estrada, B., Beyebach, M. (2007). Solution-focused therapy with depressed deaf persons. *J Fam Psychother, 18*(3), 45-63.
- Harris, R. (2009). *ACT with love: Stop Struggling, Reconcile differences and strengthen your relationship with acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy, 44*(2), 180-198.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd edition)*. New York, NY: The Guilford press.
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Jenny Steele, J. (1997). *Applying an integration of solution focused therapy and family of origin therapy models in working with couples. (Dissertation)*. Manitoba: University of Manitoba Winnipeg.
- Johnson, S., Lebow, J. (2000). The coming of age of couple therapy: A decade of review. *J Marital Fam Ther, 26*(1), 23- 38.
- Kayser, K. (1993). *When love dies: The process of marital disaffection*. NY: Guilford.
- Kvarme, L.G., Helseth, S., Sqrum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S., Karin Natvig, G. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self -fficacy in socially withdrawn school children: A non- randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud, 47*, 1389-1396.
- Lingren, HG. (2003). Marriage burnout. Available from: <http://utahmarriage.org>.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F., & Twohig, MP. (2004). Cognitive diffusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a 90-year-old technique. *Behavior Research Therapy, 42*(4), 477-485.
- Pakrosnis, R & Cepukiene, V. (2011). The outcome of solution-focused brief therapy among foster care adolescents: The changes of behavior and perceived somatic and cognitive difficulties. *Child Youth Serv Rev. 33*,791-7.
- Pichot, T. (2007). *Looking beyond depression*. In T. S. Nelson & F. N. Thomas (Eds.), *Handbook of solution focused brief therapy: Clinical applications*. New York, NY: Haworth, 117- 24.
- Pines, A. M. & Nunes, R. (2003). The relationship between career and couple burnout: implications for career and couple counseling. *Employment Counseling, 74*(2), 50-64.
- Pines, M.A., Hammer, B.L., Neal, B.M., Icekson, T. (2011). Job Burnout and couples in the sandwiched Generation. *Social psychology. 74*(4), 361- 380. do:10.1177/01902125114222452.
- Pokorska, J., Farrell, A., Evanschitzky, H., & Pillai, K. (2013). Relationship fading in business-to-consumer context. In S. Sezgin, E. Karaosmanoglu, & A. B. Elmadag Bas (Eds.), *EMAC. 42nd annual EMAC conference: lost in translation*.
- Rothwell, N. (2005). How brief is solution focused brief therapy? A comparative study. *Clin Psychol Psychother, 12*,402-405.
- Russell, M. (2008.) *Equine facilitated couples therapy and solution focused couples therapy: A comparison study. (Dissertation)*. Prescott: Arizona.
- Stewart, J.W. (2011). *A pilot study of solution-focused brief therapeutic intervention for couples. (Dissertation)*. Utah: Utah State University.
- Tree, H.A. (2009). *Multiple sclerosis severity, pain intensity, and psychosocial factors: Associations with perceived social support, hope, optimism, depression, and fatigue*. University of Kansas.
- Trepper, T.S., Dolan, Y., McCollum, E.E., Nelson, T. (2006). Steve De Shazer and the future of solutionfocused therapy. *J Marital Fam Ther, 32*(2), 33-9.
- Twohig, M. P. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behavior Practice, 16*(1), 18.28.
- Van Plet, M. A. (2009). Crossover of burnout among health care professionals. *Journal of marriage and the family, 85*, 210-30.
- Walsh, F. (2006). A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Family Relations, 51*, 130.138.
- Woidneck, M. R., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress among Adolescents. *Behavior Modification, 38*(4), 451-476.
- Zimmerman, T.S., Prest, L.A. & Wetzel, B.E. (1997) Solution-focused couple therapy groups: An empirical study. *J Fam Ther. 19* (2),125-144.