

مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته

نسیرین ملکی^۱
محمد ابراهیم مداحی^{۲*}
جواد خلعتبری^۳
شهرام محمدخانی^۴

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته بود. مطالعه حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش همه زوج‌های آشفته مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بودند. برای انتخاب نمونه ۴۵ زوج با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (هر گروه ۱۵ زوج) جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش‌های زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش دیدند. گروه‌ها به پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴) در مراحل پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS-۱۹ و با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد روش‌های زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری باعث افزایش ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته شدند. همچنین میان روش‌های زوج درمانی در بهبود ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$). بنابراین نتایج حاکی از اثربخشی دو روش زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته بودند. در نتیجه مشاوران و درمانگران می‌توانند از روش‌های مذکور برای بهبود کیفیت زندگی زوجین آشفته استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: زوج درمانی، شناختی رفتاری، پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، زوجین آشفته

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسئول) Memaddahi@yahoo.com
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۴. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

ازدواج یا بودن در یک رابطه رمانتیک بلندمدت از خاص‌ترین و در عین حال مبهم‌ترین افق‌هایی است که در زندگی اکثر بزرگسالان گشوده می‌شود و یافته‌های علمی حاکی از این است که به‌طور میانگین افراد ازدواج کرده در مقایسه با افراد مجرد شادی، سلامت فیزیکی و روانشناختی بیشتر و کیفیت زناشویی مطلوب‌تری را تجربه می‌کنند (بهرادفر، جزایری، بهرامی، عابدی، اعتمادی و فاطمی، ۱۳۹۵). وجود آشنفگی در رابطه زناشویی در مقایسه با نارضایتی از سایر روابط عاطفی همپوشی بالاتری را با اختلالات هیجانی و رفتاری نشان می‌دهد و در ارزیابی‌های بالینی زوجین آشفته پنج تا شش برابر بیشتر از زوجین غیرآشفته مشکلات خلقی و اضطرابی دارند (وانگ و شن^۱، ۲۰۱۲). یکی از ویژگی‌هایی که در زوجین آشفته افت می‌کند، کیفیت زندگی^۲ می‌باشد. امروزه تغییر در سبک زندگی کاهش میزان مرگ و میر، بیماری‌های عفونی و افزایش طول عمر را به همراه داشته و باعث افزایش توجه به کیفیت زندگی در مقایسه با دهه‌های گذشته شده است. اهمیت کیفیت زندگی تا حدی است که صاحب‌نظران تمرکز خود را بر مراقبت‌هایی جهت بهبود کیفیت زندگی بیان کردند (چیو، چانگ، لی، کو، لیم و همکاران^۳، ۲۰۱۸). طبق رویکرد جدید سازمان بهداشت جهانی^۴ سلامتی نه فقط به‌معنای عدم وجود بیماری، بلکه به‌معنای حالت رفاه و آسایش جسمانی، روانی و اجتماعی است. بنابراین در ارزیابی سلامت و بهداشت افراد نباید فقط به شاخص‌های سنتی سلامتی نظیر میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری توجه کرد، بلکه باید به ادراک افراد از کیفیت زندگی نیز توجه کرد (راجمیل، رویزن و پسی^۵، ۲۰۱۲). کیفیت زندگی به چهار حیطه شامل حیطه جسمی، حیطه روانی، حیطه اجتماعی و حیطه محیطی تقسیم می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). کیفیت زندگی ادراک فرد از جایگاه خود در زندگی و یک شاخص اصلی سلامت است. از آنجا که کیفیت زندگی ابعاد متعددی نظیر سلامت جسمی، بهداشت روانی، ارتباطات اجتماعی، زندگی خانوادگی، هیجان‌ها، کارکردهای جسمانی، معنوی و زندگی حرفه‌ای افراد را دارد، لذا توجه به آن از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است (فیگوترا، گیانی و بریسفورد^۶، ۲۰۰۹).

برای بهبود کیفیت زندگی و حیطه‌های آن در زوجین آشفته روش‌های مختلفی وجود دارد که زوج درمانی شناختی رفتاری^۷ یکی از این روش‌ها می‌باشد. در زوج درمانی عقیده بر این است که با تاثیرگذاری بر افکار هشیار زوجین باید افکار و اعمال آنها را اصلاح کرد و تغییر در روابط آشفته باید از طریق راه‌هایی که در آن زوجین روابط خود را تعبیر و ارزیابی می‌کنند، صورت گیرد (مرادی و چارداولی، ۱۳۹۵). درمان شناختی رفتاری نوعی رفتار درمانی است که در بطن موقعیت‌های روان درمانی سنتی بوجود آمده و نشان دهنده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت به‌عنوان عامل موثر بر هیجان‌ها و رفتارها می‌باشد (اپشتاین و ژنگ^۸، ۲۰۱۷). هدف درمان شناختی رفتاری اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (وازا و روی^۹، ۲۰۱۳). درمان شناختی رفتاری به افراد کمک می‌کند تا بر بازداری‌ها غالب شوند و

1. Wang & Shen
2. Quality of Life
3. Choi, Chang, Lee, Ko, Lim & et al
4. World Health Organizaton
5. Rajmil, Roizen & Psy
6. Figueira, Giani & Beresford
7. Cognitive Behavioral Couple Therapy
8. Epstein & Zheng
9. Vasa & Roy

مهارت‌های مقابله‌ای خود را افزایش دهند (باکام و بیدینگ^۱، ۲۰۱۳). درمان‌های شناختی رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، ایجاد عزت نفس، حل مساله، خودنظم‌دهی، خودکفایتی و سلامت روان موثر می‌باشد (یونکر، فوری، هاول، گاتمن، کرشاو و همکاران^۲، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از روش‌های درمانی برای بهبود کیفیت زندگی و حیطه‌های آن در زوجین آشفته زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ می‌باشد. در روش درمان پذیرش و تعهد برخلاف بسیاری از روش‌های درمانی که بر کاهش یا کنترل علائم تاکید دارند، بر افزایش پذیرش واکنش‌های منفی (مثل افکار و هیجانات منفی)، زمانی تاکید می‌شود که تغییر مستقیم آنها امکان‌پذیر نیست (براچ، کانکر و باسچ^۴، ۲۰۱۲). پیروان درمان پذیرش و تعهد معتقدند که شناخت افکار و هیجان‌ها باید در بافت مفهومی رویدادها انجام شود؛ به همین دلیل برخلاف روش‌های شناختی رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح می‌کنند تا هیجانات و رفتارها اصلاح شوند، به فرد آموزش می‌دهند که در گام اول افکار و هیجانات خود را بپذیرد، در اینجا و اکنون زندگی کند و انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشد (پودر، سینها و اربی^۵، ۲۰۱۵). درمان پذیرش و تعهد برای برخورداری از یک زندگی رضایت‌بخش‌تر حتی با وجود افکار، عواطف و احساسات نامطلوب به افراد کمک می‌کند (ایفرت، فورسیث، آرچ، اسپیجو، کلر و لانگر^۶، ۲۰۰۹). بسیاری از درمانگران به درمانجویان کمک می‌کنند تا در پایان دوره درمان از نظر هیجانی احساس بهتری داشته باشند، اما درمان پذیرش و تعهد صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارد، صرف نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد. گاهی زندگی بهتر عملاً مستلزم احساس درد است. اگر احساس درد منجر به زندگی بهتر شود، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند مهارت‌های لازم برای ایجاد درد را فراهم کند (هایس، لوین، پلامب-ویلاردگا، ویلاتی و پیستورلو^۷، ۲۰۱۳).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی می‌باشند. برای مثال کونی، میلمن، سامیل، الیسون، اپرسون و داکراس^۸ (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان درمان شناختی رفتاری در بهبود کاهش وزن و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش وزن و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک شد. در پژوهشی دیگر کاجاندین^۹ (۲۰۱۶) ضمن بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی، عزت نفس و خلق به این نتیجه رسید که درمان شناختی رفتار بهبود کیفیت زندگی، عزت نفس و خلق موثر بود. رویز^{۱۰} (۲۰۱۲) ضمن پژوهشی درباره درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یک مطالعه مروری و فراتحلیل بر اساس شواهد تجربی به این نتیجه رسیدند که هر دو روش پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی موثر بودند. جانستون، فوستر، شینان، استارکی و جانسون^{۱۱} (۲۰۱۰) ضمن پژوهشی

1. Baucom & Boeding
2. Yonkers, Forray, Howell, Gotman, Kershaw & et al
3. Acceptance and Commitment Couple Therapy
4. Baruch, Kanker & Basch
5. Poddar, Sinha & Urbi
6. Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller & Langer
7. Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte & Pistorello
8. Cooney, Milman, Sammel, Allison, Epperson & Dokras
9. Cajanding
10. Ruiz
11. Johnston, Foster, Shennan, Starkey & Johnson

درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر مداخلات خودکمکی برای درد مزمن به این نتیجه رسیدند که در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل میزان کیفیت زندگی، پذیرش درد و رضایت از زندگی افزایش و میزان درد کاهش یافت. همچنین عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه‌حل‌مدار، شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه به این نتیجه رسیدند که هر سه رویکرد در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی موثر بود، اما رویکرد شناختی رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی از دو رویکرد دیگر موثرتر بود. مرادی و چارداولی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به شیوه شناختی رفتاری و ساختاری بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در زوج‌های متقاضی طلاق به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی تلفیقی توانست کیفیت زندگی و ابعاد آن را در زوجین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش دهد. عظیمی‌فر، فاتحی‌زاده، بهرامی، احمدی و عابدی (۱۳۹۵) ضمن پژوهشی درباره اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی به این نتیجه رسیدند که هر دو روش مذکور باعث بهبود شادی زناشویی شدند و میان آنها در افزایش شادی زناشویی تفاوت معناداری وجود نداشت. خانجانی و شکی، شفیع‌آبادی، فرزاد و فاتحی‌زاده (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان به این نتیجه رسیدند که هر دو روش باعث بهبود کیفیت زناشویی زوجین شد و میان دو روش مذکور تفاوت معناداری وجود نداشت.

وجود آشفتگی در رابطه زناشویی در مقایسه با نارضایتی از سایر روابط عاطفی همپوشی بالاتری را با اختلالات هیجانی و رفتاری دارد (وانگ و شن، ۲۰۱۲). یکی از ویژگی‌هایی که در زوجین آشفتگی افت می‌کند، کیفیت زندگی است، لذا بررسی پژوهش‌هایی با هدف بهبود کیفیت زندگی زوجین آشفتگی ضروری می‌باشد. همچنین روش‌های آموزشی و درمانی بسیاری برای بهبود کیفیت زندگی وجود دارد که در این میان زوج درمانی شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد اهمیت به‌سزائی دارند. چون در زوج درمانی عقیده بر این است که تغییر در روابط آشفتگی از طریق راه‌هایی که در آن زوجین روابط خود را تعبیر و ارزیابی می‌کنند، انجام می‌شود. علاوه بر آن پژوهش‌های اندکی درباره بهبود ابعاد کیفیت زندگی انجام شده، لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین انجام شد.

روش پژوهش

مطالعه حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش همه زوج‌های آشفتگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بودند که از میان آنان ۴۵ زوج با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه (هر گروه ۱۵ زوج) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مراجعه به دادگاه جهت طلاق، دارای آشفتگی در روابط زناشویی، گذشتن یک سال از زندگی مشترک و داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن غیبت بیش از دو جلسه و استفاده از روش درمانی دیگر به‌طور همزمان بود. نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه شد و پس از هماهنگی با مسئولان آنها تعداد ۴۵ زوج آشفتگی انتخاب و به‌طور تصادفی به سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. گروه‌های آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش‌های زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش دیدند. در روش‌های زوج درمانی شناختی رفتاری و

زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از یکجای خانجانی وشکی و همکاران (۱۳۹۵) استفاده شد که محتوی (هدف) و شیوه اجرای آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوی (هدف) و شیوه اجرای زوج درمانی شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک جلسات

جلسات	زوج درمانی شناختی رفتاری		زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	محتوی	شیوه اجرا	محتوی	شیوه اجرا
جلسه اول	برقراری ارتباط	آشنایی با مدل و اهداف درمانی	برقراری ارتباط	مشخص کردن انتظارات و اهداف و قراردادهای اولیه
جلسه دوم	مهارت‌های رفتاری	ایفای نقش، شناخت الگوهای تقویت و تنبیه، افزایش تبادل رفتاری مثبت و کاهش تبادل منفی	مفهوم‌سازی مشکل مشاور (استعاره چاله و بیلچه)	مفهوم‌سازی مشکل از دیدگاه اعضا و مشاور
جلسه سوم	مهارت‌های رفتاری	قراردادهای وابسته و وارونه‌سازی نقش	ماندن یا رفتن	انتخاب و ارتباط سالم (گشودگی، تمرکز و اشتیاق)
جلسه چهارم	مهارت‌های رفتاری	جرأت‌ورزی، آزمایش‌های رفتاری و تمرین رفتاری	اولین مشکل زوجین	سم: حصار ذهن و پادزهر: رهایی از ذهن
جلسه پنجم	مهارت‌های ارتباطی	گوش دادن فعال و مهارت‌های فرستنده و گیرنده	دومین مشکل زوجین	سم: انتظارات و پادزهر: تضعیف انتظارات (نه حذف آنها)
جلسه ششم	مهارت‌های ارتباطی	تعیین تعاملات منفی خاص و تمرین ارتباط ناکارآمد	سومین مشکل زوجین	سهم: ارزش‌های مبهم و پادزهر: ارزش‌های واضح و تسلط بر مهارت‌ها برای حرکت در جهت ارزش‌ها (حل تعارض و ارتباط موثر)
جلسه هفتم	مهارت‌های شناختی	پیکان نزولی، تشخیص افکار خودآیند و هیجانات	چهارمین مشکل زوجین	سهم: قطع ارتباط و پادزهر: یکی شدن با همسر (گشودگی، پذیرش و کنجاوی)
جلسه هشتم	مهارت‌های شناختی	تشخیص طرحواره‌ها و فرایندهای شناختی	پنجمین مشکل زوجین	سهم: تلاش برای اجتناب و پادزهر: تمایل به رنج و معرفی روش‌های کنترل
جلسه نهم	مهارت‌های شناختی	تبیین رفتار همسر و تشخیص خطاهای شناختی	ارزش‌ها	ارزش‌های زوجی، شناسایی موانع در برابر ارزش‌ها، انتخاب یک ارزش زوجی و عینی کردن آن
جلسه دهم	مهارت‌های شناختی	الگوهای اسنادی و تبیین انتظارات غیرواقع‌بینانه	موانع و پادزهر موانع درونی	شناسایی موانع عمل و پادزهر: پذیرش و گسلش
جلسه یازدهم	مهارت‌های حل مساله	ارزیابی و تمرین حل مساله و برنامه‌ریزی فعالیت	پادزهر موانع بیرونی	پادزهر موانع بیرونی تغییر: حل مساله
جلسه دوازدهم	مهارت‌های حل تعارض	شناسایی و تمرین روش‌های حل تعارض	مه روانشناختی	معرفی مه روانشناختی، معرفی لایه‌های مه: لایه بایدها، هیچ جایی برای تلاش نیست، ای کاش، فقط اگر ... گذشته دردناک، آینده ترسناک و غیره

لازم به ذکر است در پایان هر جلسه تکلیفی مرتبط با محتوی آن جلسه داده شد و ابتدای جلسه بعد ضمن مرور تکالیف، به آنان بازخورد داده شد. سه گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامه زیر پاسخ دادند.

پرسشنامه کیفیت زندگی^۱: این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴ طراحی شد که دارای ۲۶ گویه می‌باشد. در این ابزار ۷ گویه حیطه جسمی، ۶ گویه حیطه روانی، ۳ گویه حیطه اجتماعی، ۸ گویه حیطه سلامت محیط و ۲ گویه حیطه کلی سلامت را می‌سنجند که در این پژوهش از دو حیطه یا بعد اجتماعی و روانی استفاده شد. گویه‌های این ابزار با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری و نمره ابعاد از طریق مجموع نمره گویه‌های سازنده آن بعد به دست می‌آید و نمره بیشتر به معنای بهتر بودن در آن ویژگی می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) روایی ابزار با نظر متخصصان تایید و پایایی کل و ابعاد آن را در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ گزارش کرد. همچنین نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) روایی ابزار را با روش همبستگی درون‌خوشه‌ای تایید و پایایی ابعاد اجتماعی و روانی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۷ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی ابعاد مذکور با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۱ شد.

داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی به کمک نرم‌افزار SPSS-۱۹ تحلیل شدند. برای این منظور از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف متغیرها و از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی فرض‌های آماری استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ۴۵ زوج دچار روابط آشفته وجود داشتند که هیچ‌کدام از زوجها بیش از دو جلسه غیبت نداشتند و همه زوجها تا پایان درمان در گروه‌های خود باقی ماندند. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد اجتماعی روانی و کیفیت زندگی زوجین آشفته در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته در مراحل ارزیابی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها/گروه‌ها	زوج درمانی شناختی رفتاری		زوج درمانی پذیرش و تعهد				گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	SD	M
بعد اجتماعی	۶/۲۵	۱۱/۱۲	۹/۶۸	۱۳/۳۱	۱/۰۸	۹/۵۹	۱/۲۴	۶/۰۷
بعد روانی	۱۳/۹۴	۲/۲۵	۲۷/۱۲	۳/۵۱	۲/۳۳	۲۹/۱۴	۲/۱۲	۱۴/۲۸

میانگین و انحراف استاندارد ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ قابل مشاهده است. برای بررسی پیش‌فرض‌های روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری از آزمون‌های کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن، آزمون M باکس برای برابری ماتریس‌های کوواریانس و آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها استفاده

1. Quality of Life Questionnaire

شد که هیچ یک از آزمون‌ها معنادار نبودند که این یافته‌ها حاکی از برقرار بودن پیش‌فرض‌ها می‌باشد. همچنین نتایج آزمون اثر پیلاپی معنادار بود ($F=17/24, P \leq 0/001$) که این یافته حاکی از آن است که میان گروه‌های مختلف حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به مجذور اتا آن می‌توان گفت که ۳۵ درصد واریانس کل توسط روش‌های درمانی قابل تبیین می‌باشد. با توجه به معنادار بودن اثر پیلاپی، برای بررسی اثربخشی روش‌های درمانی بر هر یک از متغیرهای وابسته در زوجین آشفته از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی روش‌های درمانی بر ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
بعد اجتماعی	۲۱/۱۸	۲	۲۱/۱۸	۴۷/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱
بعد روانی	۲۴/۳۷	۲	۲۴/۳۷	۵۴/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹۴

طبق نتایج جدول ۳، میان گروه‌ها یعنی گروه زوج درمانی شناختی رفتاری، گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در هر دو متغیر بعد اجتماعی و بعد روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی اثربخشی روش زوج درمانی شناختی رفتاری بر ابعاد اجتماعی و روانی در زوجین آشفته از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی روش زوج درمانی شناختی رفتاری بر ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
بعد اجتماعی	۱۵/۷۲	۱	۱۵/۷۲	۹۶/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵
بعد روانی	۱۸/۹۳	۱	۱۸/۹۳	۱۰۵/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۹

طبق نتایج جدول ۴، میان گروه زوج درمانی شناختی رفتاری و گروه کنترل در ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر زوج درمانی شناختی رفتاری باعث افزایش معنادار ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته شد. برای بررسی اثربخشی روش زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد اجتماعی و روانی در زوجین آشفته از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی روش زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
بعد اجتماعی	۱۵/۲۶	۱	۱۵/۲۶	۹۴/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۳
بعد روانی	۲۰/۳۶	۱	۲۰/۳۶	۱۱۴/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳

طبق نتایج جدول ۵، میان گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر زوج درمانی مبتنی

بر پذیرش و تعهد باعث افزایش معنادار ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته شد. برای مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد اجتماعی و روانی در زوجین آشفته از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذورات
بعد اجتماعی	۱/۲۸	۱	۱/۲۸	۱/۵۶	۰/۴۵۵	۰/۰۲
بعد روانی	۳/۵۴	۱	۳/۵۴	۲/۹۷	۰/۱۲۱	۰/۰۶

طبق نتایج جدول ۶، میان گروه‌های زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

وجود آشفته‌گی در رابطه زناشویی در مقایسه با ناراضی‌تی از سایر روابط عاطفی بیشتر با اختلالات هیجانی و رفتاری مرتبط است، لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته انجام شد. نتایج حاکی از اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر افزایش ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته بود که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های گذشته همسود (کونی و همکاران، ۲۰۱۶؛ کاجاندین، ۲۰۱۶؛ رویز، ۲۰۱۲؛ عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶؛ مرادی و چارداولی، ۱۳۹۵). برای مثال کونی و همکاران (۲۰۱۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک شد. در پژوهشی دیگر مرادی و چارداولی (۱۳۹۵) گزارش کردند که زوج درمانی تلفیقی به شیوه شناختی رفتاری و ساختاری بر افزایش کیفیت زندگی و ابعاد آن موثر بودند. در تبیین این یافته بر مبنای نظر عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶) می‌توان گفت که در رویکرد شناختی رفتاری، شناخت‌های ناکارآمد افراد، هیجاناتی نظیر اضطراب، نگرانی و حالات خلقی ناپایدار و رفتارهای ناشی از شناخت‌های معیوب و هیجانات منفی مورد توجه قرار می‌گیرند. در این رویکرد به فرد کمک می‌شود تا بتواند باورهای نادرست درباره خود، دنیا و آینده را شناسایی و اصلاح کند و به دنبال آن از بوجود آمدن هیجانات و رفتارهای منفی جلوگیری کند. به همین ترتیب زوج‌های مبتلا به آشفته‌گی با شناسایی و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد خود درباره شکست‌ها و ناکامی‌های خود و آینده‌ای که در پیش دارند و جایگزین کردن آنها با افکار سازنده، آرامش روانی و جسمی بیشتری را تجربه کنند و می‌توانند بهتر با دیگران ارتباط برقرار کنند. در نتیجه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث بهبود ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته شود. همچنین نتایج حاکی از اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته بود که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های گذشته همسود (رویز، ۲۰۱۲؛ جانستون و همکاران، ۲۰۱۰؛ عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶). برای مثال رویز (۲۰۱۲) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت زندگی شد. در تبیین این یافته بر مبنای نظر عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶) می‌توان گفت که در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد

انعطاف‌ناپذیری روانشناختی و اجتناب از پذیرش احساسات و افکار آزاددهنده منجر به تقویت این احساسات و افکار و آزاددهندگی بیشتر آنها می‌شود. در این رویکرد به فرد کمک می‌شود تا به جای زندگی در گذشته و آینده، تمرکز خود را متوجه زمان حال سازد و بتواند ارزش‌های خود را شناسایی کند و حتی با وجود افکار و احساسات آزاددهنده مطابق ارزش‌ها و اهداف خود عمل کند. در واقع فرد یادمی‌گیرد به جای تلاش برای کنترل رویدادهای درونی آنها را بپذیرد و در جهت رسیدن به اهداف و ارزش‌های خود گام بردارد و به این ترتیب عملکرد کلی فرد سطح فردی و خانوادگی بهبود می‌یابد. زوج‌های دچار آشفتگی در این رویکرد می‌آموزند که به جای غرق شدن در زندگی زناشویی از دست رفته خود و سختی‌ها و دشواری‌هایی که ممکن است در آینده با آن مواجه شوند، اهداف منطبق بر ارزش‌های خود را شناسایی کنند و حتی با وجود افکار و احساسات فرساینده‌ای که موجب کاهش کیفیت زندگی می‌شوند به‌طور متعهدانه به اهداف خود پایبند باشند تا بتوانند بهتر و کارآمدتر زندگی و شرایط خود را مدیریت کنند و در کنار آرامش روانی و جسمانی و روابط اجتماعی بهتر از زندگی سالم‌تر و شاداب‌تری برخوردار شوند که همه این عوامل می‌توانند باعث بهبود ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی شوند.

سه‌م منحصر به فرد پژوهش حاضر اینکه هر دو روش زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی زوجین آشفته شد. لذا مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند از روش‌های مذکور بر بهبود ویژگی‌های روانشناختی به‌ویژه بهبود ابعاد اجتماعی و روانی کیفیت زندگی استفاده کنند. در نتیجه با توجه به نتایج این پژوهش و همسو بودن با نتایج پژوهش‌های قبلی، روش‌های زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قابلیت کاربرد در مراکز درمانی را دارند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌ده و عدم استفاده از مرحله پیگیری به دلیل کمبود زمان پژوهشگر اشاره کرد. در نتیجه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری دارای خطای کمتر مثل تصادفی ساده، طبقه‌ای و غیره، از مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها و از مرحله پیگیری برای بررسی تداوم تاثیر روش‌های درمانی استفاده کنند. علاوه بر آن یک پیشنهاد مناسب دیگر می‌تواند مقایسه روش‌های مذکور با روش‌های زوج درمانی فراشناختی، زوج درمانی طرحواره درمانی و غیره باشد.

منابع

- بهرادفر، رحیم؛ جزایری، رضوان السادات؛ بهرامی، فاطمه؛ عابدی، محمدرضا؛ اعتمادی، عذرا و فاطمی، سیدمحسن. (۱۳۹۵). بررسی تطبیقی زوج درمانی هیجان‌محور (EFCT) و زوج درمانی روایتی (NCT) بر کیفیت زناشویی و کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری زوجین آشفته. مجله روانشناسی خانواده، ۳(۱): ۱۶-۳.
- خانجانی وشکی، سحر؛ شفیعی‌آبادی، عبدالله؛ فرزاد، ولی‌اله و فاتحی‌زاده، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴(۴): ۴۷۱-۴۶۴.
- عزیزی، آرمان و قاسمی، سیمین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه‌حل‌مدار، شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. فصلنامه فرهنگ روان‌درمانی، ۸(۲۹): ۲۳۶-۲۰۷.

عظیمی‌فر، شیرین؛ فاتحی‌زاده، مریم‌السادات؛ بهرامی، فاطمه؛ احمدی، سیداحمد و عابدی، احمد. (۱۳۹۵) مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۳(۲): ۵۶-۸۱.

مرادی، امید و چارداولی، شایسته. (۱۳۹۵). اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به شیوه شناختی رفتاری و ساختاری بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در زوج‌های متقاضی طلاق. *مجله پژوهش‌های مشاوره*، ۱۵(۵۷): ۲۴-۴۰.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کورش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵) استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴): ۱-۱۲.

- Baruch, B., Kanker, J., & Basch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Study*, 8(3): 241-257.
- Baucom, D. H., & Boeding, S. (2013). The role of theory and research in the practice of cognitive-behavioral couple therapy: if you build it, they will come. *Behavior Therapy*, 44(4): 592-602.
- Cajanding, R. J. M. (2016). The effectiveness of a nurse-led cognitive-behavioral therapy on the quality of life, self-esteem and mood among Filipino patients living with heart failure: a randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 31: 86-93.
- Choi, E. S., Chang, Y. K., Lee, D. H., Ko, J., Lim, I., & et al. (2018). Gender-specific associations between quality of life and leukocyte telomere length. *Maturitas*, 107: 68-70.
- Cooney, L., Milman, L. W., Sammel, M., Allison, K., Epperson, C., & Dokras, A. (2016). Cognitive behavioral therapy improves weight loss and quality of life in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Fertility and Sterility*, 106(3): 252-253.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009) Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive Behavioral Practice*, 16(4): 368-385.
- Epstein, N. B., & Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13: 142-147.
- Figueira, H. A., Giani, T. S., & Beresford, H. (2009). Quality of life axiological profile of the elderly population served by the family health program in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(3): 368-372.
- 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. *Behavioral Therapy*, 44(2): 180-98.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 26(5): 393-402.
- Poddar, S., Sinha, V. K., & Urbi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. *International Journal Educational Psychology Research*, 1(3): 221-225.
- Rajmil, L., Roizen, M., & Psy, A. U. (2012). Health related quality of life measurement in children and adolescents in Ibero-American countries, 2000 to 2010. *Value Health*, 15(2): 312-322.
- Ruiz, F. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: a systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2): 333-357.
- Vasa, R. A., & Roy, A. K. (2013). Pediatric anxiety disorders: a clinical guide (current clinical

- psychiatry). California: Humana Press.
- Wang, C., & Shen, C. (2012). Decoupling the distressed banks and their clients, and coupling the distressed firms and their lending banks. *Pacific-Basin Finance Journal*, 20(3): 483-505.
- World Health Organization. (2004). *The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF*. Geneva: World Health Organization.
- Yonkers, K. A., Forray, A., Howell, H. B., Gotman, N., Kershaw, T., & et al. (2012). Motivational enhancement therapy coupled with cognitive behavioral therapy versus brief advice: a randomized trial for treatment of hazardous substance use in pregnancy and after delivery. *General Hospital Psychiatry*, 34(5): 439-449.

