

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Satisfaction among Depressed Women

Elham Mohammadi. Ph.D. student

psychology, Tehran center faculty, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Farnaz Keshavarzi Arshadi. Ph.D.

Academic member, Tehran center faculty, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Vali Allah Farzad. Ph.D.

Academic member, University of Tehran, Tehran, Iran

Mahdieh Salehi. Ph.D.

Academic member, Tehran center faculty, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

The purpose of this research was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction among depressive women in Isfahan. The research used a quasi-experimental method with a pretest-posttest design and a three-month follow up. For this purpose, 40 subjects were selected via purposive sampling from the women who referred to psychological clinics. They were randomly divided into two groups of experimental and control. Both groups completed ENRICH Marital Satisfaction Scale (Olson, 1987) for marital satisfaction and Beck Depression Inventory (Beck, 1979) for depression before and after the training (10 sessions, 2 hours each) and also 3 months later. Results of covariance analysis showed a significant increase in overall marital satisfaction at the post test and follow up stage ($P < 0.002$). The findings of this study confirmed the efficacy of acceptance and commitment therapy on overall marital satisfaction among depressed women.

Keywords: acceptance and commitment therapy, marital satisfaction, depressed women.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده

الهام محمدی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، تهران، ایران

فرناز کشاورزی ارشدی

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، تهران، ایران

ولی‌الله فرزاد

عضو هیأت علمی دانشگاه تهران، تهران، ایران

مهديه صالحی

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، تهران، ایران

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده شهر اصفهان بود. پژوهش نیمه‌تجربی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش همه زنان افسرده با نارضایتی زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی بودند که ۴۰ نفر از آنها با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروهها در ابتدا و انتهای پژوهش از نظر میزان رضایت زناشویی ارزیابی شدند. بدین منظور قبل و بعد از مداخله (۱۰ جلسه دو ساعته)، همچنین بعد از یک دوره سه ماهه پیگیری، به پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (اولسون، ۱۹۸۷) و در یک مرحله پرسشنامه افسردگی (بک، ۱۹۷۹) پاسخ دادند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان‌دهنده افزایش رضایت زناشویی کلی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بوده است ($P < 0.002$). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی کلی زنان افسرده است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت زناشویی، زنان افسرده.

مقدمه

می‌شود و پیامدهای آن مستقیماً بر روابط فرد با سایر اعضای خانواده اثرگذار است (اسحاق، بالایان، بریس، گرینبرگ و فخری^۱، ۲۰۱۳).

پژوهش‌های متعدد دیگری ارتباط ثابتی را بین افسردگی و تعارضات زناشویی نشان داده‌اند. زوج‌هایی که یکی از آنان افسرده است، غالباً ارتباط آشفته‌ای را تجربه می‌کنند و رفتاری خصمانه‌تر و خلقی مضطرب‌تر دارند (سایرز، کوهن، فرسکو، بلاک و سارور^۲، ۲۰۰۱). پژوهش‌ها نشان داده است که در افرادی که اختلالات خلقی، اضطرابی و یا سوء مصرف مواد دارند، مشکلات رابطه زناشویی و مشکلات فردی یکدیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهند. همچنین دامنه مشکلات زناشویی در جمعیت‌هایی با اختلالات روان‌شناختی گزارش شده است (هالفورد^۳، ۲۰۰۵).

در مقابل رضایت زناشویی با کاهش خطر ابتلا به افسردگی همراه است (بیچ، اسمیت و فینچام^۴، ۱۹۹۴). فراتحلیل ویشمن^{۱۱} (۲۰۰۱) نیز نشان داد که در ارتباط بین علایم افسردگی و ناراضی‌ت زناشویی، میزان اثر متوسط تا بزرگ دیده می‌شود.

مجموعه گسترده و فزاینده‌ای از متون پژوهشی در مورد ارتباط بین رضایت زناشویی با شروع، سیر و درمان اختلالات روان‌شناختی بزرگسالان وجود دارد (ویشمن، ۱۹۹۹).

با افزایش تعارضات زناشویی، ناسازگاری افزایش می‌یابد، ناراضی‌ت بیشتری حاصل می‌شود و در مجموع این مشکلات از مقدمات طلاق محسوب می‌شود (یانگ و لانگ^{۱۲}، ۲۰۰۶). کم شدن رضایت از زندگی زناشویی خود نیز عوارضی نظیر اشکال در روابط اجتماعی، احساس تنهایی بیشتر، کم شدن میزان رضایت از زندگی و در نهایت اختلاف شدید خانوادگی و پیدایش کودکان و نوجوانان ناسازگار را به دنبال دارد (شاکلفورد و همکاران، ۲۰۰۷).

مطالعات دیگری نیز وجود رابطه منفی بین افسردگی و رضایت زناشویی را نشان داده‌اند (بیچ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ویشمن، ۲۰۰۱؛ ویشمن، ۱۹۹۹). هارویتز^{۱۳} (۱۹۹۶) طی پژوهشی در زمینه تعامل افسردگی و رضایت زناشویی نشان داد که کاهش مداوم علایم افسردگی، با افزایش رضایت زناشویی و حمایت از فرایند ازدواج، به‌خصوص در افرادی که

افسردگی^۱ و رضایت زناشویی^۲ تعامل پیچیده‌ای با هم دارند. هر چند عامل‌های چندگانه‌ای در ایجاد و تداوم تعارضات و کاهش رضایت زناشویی مطرح شده است، روند پژوهش‌ها در سال‌های اخیر نشان داده که کاهش علایم افسردگی با افزایش رضایت زناشویی و کاهش تعارضات همراه است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سطح آسیب‌شناختی با میزان رضایت از زندگی زناشویی، رابطه معناداری دارد (شاکلفورد، بیسر و ژواتس^۳، ۲۰۰۷). همچنین رضایت از زندگی زناشویی خود نیز با سلامت روان همبستگی بالایی دارد. به‌طوری که هرچه میزان رضایت از زندگی زناشویی بالاتر باشد، فرد مستعد ادراک عواطف و احساسات مثبت بیشتری است (مایرز و هیتی^۴، ۲۰۰۴).

افسردگی یک اختلال عاطفی است که با دگرگونی‌های خلق و هیجان مشخص می‌شود. این اختلال یک بیماری مزمن، عودکننده و به‌طور بالقوه تهدیدکننده زندگی است و با علایم ناراضی‌ت، از دست دادن توان و علایق گذشته، اعتماد به‌نفس پایین، احساس غم و گناه، تغییر در اشتها و الگوی خواب همراه است. شیوع آن در زنان تقریباً دو برابر مردان است و در بین اختلالات روانپزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را داشته است (کاپلان و سادوک^۵، ۲۰۱۵). از سوی سازمان بهداشت جهانی^۶، افسردگی رتبه پنجم صرف هزینه‌ها را به خود اختصاص داده که تخمین زده شده تا سال ۲۰۲۰، افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی - عروقی خواهد بود که سلامتی و حیات انسان را در سراسر جهان تهدید خواهد کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). این اختلال به آسیب‌های فردی و خانوادگی، تخریب شغلی و ارتباطات بین فردی و به‌طور کلی نداشتن تمرکز بر زندگی طبیعی منجر می‌شود. در مجموع در زمینه پیامدهای افسردگی، بنا به تأکید سازمان بهداشت جهانی، افسردگی دومین عامل اصلی ناتوانی و اختلال در عملکرد فرد در میان تمام مشکلات مربوط به سلامت فردی است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). بیماران با اختلال افسردگی نه تنها از علایم افسردگی رنج می‌برند، بلکه به اختلال در کیفیت زندگی و عملکرد فرد منجر

1. depression

3. Shackelford., Besser & Goetz

5. Kaplan & Sadock

7. IsHak, Balayan, Bresee, Greenberg & Fakhry

9. Halford

11. Whisman

13. Horwitz

2. marital satisfaction

4. Mayers & Hayte

6. World Health Organization (WHO).

8. Sayers, Freskuo & Sarour

10. Beach, Smith & Fincham

12. yong & Long

روش‌های درمانی سنتی، شناختی - رفتاری و هم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ که به اختصار ACT خوانده می‌شود، پیشرفت‌هایی در زمینه کاهش علائم افسردگی حاصل شده است، اما نکته مهم اینکه بعد از پیگیری، حفظ پیشرفت‌های درمانی در روش پذیرش و تعهد بسیار مؤثرتر است و تأثیرات ماندگارتری بر کیفیت زندگی بیماران دارد (فورمن، هریرت، گاتر و پارک^۲، ۲۰۱۲). در نتیجه به‌کار بردن روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای افزایش کیفیت زندگی بیماران در طول زمان خواهد بود (فولک^۳، ۲۰۱۲).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی محسوب می‌شود. رویکرد این درمان به شناخت، بر پایه نظریه‌ای رفتاری در مورد زبان و شناخت است که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی^۴ نامیده می‌شود (هیز، بارنز - هولمز و راج^۵، ۲۰۰۱). برحسب نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی، انسان صرفاً براساس تعاملاتی که قبلاً با محرک‌ها دارد به آنها پاسخ نمی‌دهد (چیزی که مورد تأکید رفتارگرایی است)، بلکه پاسخ او به محرک‌ها به روابط متقابل این محرک‌ها با رویدادهای دیگر نیز بستگی دارد (هیز، ۲۰۰۴). در مجموع نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی، آسیب‌شناسی روانی را به‌صورت مشکلی در زمینه کلامی که فرد رویدادهای درونی را تجربه می‌کند و نه مشکل محتوا، شکل یا فراوانی آن رویدادهای درونی می‌داند. حروف اختصاری FEAR^۶ مفاهیم اصلی آسیب‌شناسی روانی طبق الگوی ACT است (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). در مجموع می‌توان گفت هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حرکت از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به سمت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. هیز و همکاران (۱۹۹۹) انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را در چهار واژه آمیختگی، ارزشیابی، اجتناب و دلیل‌آوری خلاصه کرده است.

درمان مبتنی بر پذیرش تعهد شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند؛ این شش فرایند عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، شناخت ارزش‌ها و عمل متعهد.

یک فرد افسرده در پذیرش خود و بسیاری از وقایع زندگی دچار مشکل می‌شود. همین روند بعد تغییر و تعهد رفتاری را نیز دچار مشکل می‌کند. به این معنی که وقتی فرد قادر نیست تجارب درونی خود را که بازنمایی ذهنی - کلامی حوادث و

تازه ازدواج کرده‌اند، مرتبط است (هارویتز، ۱۹۹۶؛ بخشی و همکاران، ۱۳۸۶).

گاتمن^۱ معتقد است در صورتی که در هر کدام از زوج‌ها نشانه‌های بی‌نظمی خلق وجود داشته باشد، از خلق پایین گرفته تا مرحله‌های افسردگی شدید؛ زوج‌ها قادر به حفظ عناصر اساسی برای داشتن یک رابطه مسالمت‌آمیز نخواهند بود و این خود به دور شدن زوج‌ها از همدیگر و کاهش در میزان رضایت زناشویی منجر خواهد شد (گاتمن، ۱۹۹۹).

در اغلب موارد هنگامی که یکی از زوج‌ها افسرده باشد، از روی درماندگی رفتار می‌کند و زوج دیگر به این رفتار با مراقبت هرچه بیشتر پاسخ می‌دهد؛ به گونه‌ای که به تدریج این رابطه به‌صورتی انعطاف‌ناپذیر و تکراری در می‌آید و زوج افسرده در خانه و محل کار قادر نیست به وظایف خود به‌خوبی عمل کند و مسائل خانواده را حل کند. همین امر باعث بروز تعارض در زندگی زناشویی می‌شود و تنیدگی در خانواده را افزایش می‌دهد (آسارنو، جای‌کوکس و تامپسون^۲، ۲۰۰۱).

به دلیل اهمیت این اختلال و تأثیرات عمیق آن بر فرد و خانواده، درمان‌های گسترده‌ای با جهت‌گیری‌های متفاوت در این زمینه پیشنهاد می‌شود و این امر رو به پیشرفت است. در درمان‌های سنتی شناختی - رفتاری (CBT)^۳، از بازسازی شناختی و تغییر محتوای افکار در درمان استفاده می‌شود. در این شیوه درمانی تغییر مفروضه‌های ناکارآمد و باورهای عمیق بر اساس ساختار منطقی است. و به دنبال این است که نشانه‌ها فروکش می‌کنند. این روش درمان تا حدودی در کاهش علائم اثربخش است، اما از آنجایی که کیفیت زندگی و همبودهای این اختلال را هدف قرار نمی‌دهد، نشانه‌ها باقی می‌مانند و به برگشت علائم منجر می‌شوند (هیز و بک^۴، ۲۰۰۸). پژوهش‌های صورت گرفته نیز بیشتر کاهش نشانه‌ها را ملاک بهبود قرار می‌دهند. این نگاه به موفقیت و پاسخ درمانی، نگاه کمی است و فقط نشانه‌های افسردگی را در نظر دارد و تمرکز کمتری روی عوامل دیگر علاوه بر کاهش نشانه‌ها از جمله کیفیت زندگی دارد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). چنین درمان‌های رایجی به‌منظور کاهش فراوانی و شدت نشانه‌ها طراحی می‌شوند و درمان موفق را مبتنی بر این ایده می‌دانند که شدت و فراوانی نشانه‌های بیماری کاهش یابد (عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱). از نظر تأثیرات درمانی به نظر می‌رسد هم در

1. Gottman

3. Cognitive Behavior Therapy

5. Acceptance and Commitment Therapy

7. Folke et al.

9. Barnes- Holmes & Roche

2. Asarnow, Jaycox & Tompson

4. Hayes et al.

6. Forman et al.

8. Relational Frame Theory (RFT)

10. Fussion, Evaluaton, Avoidance, Reason- giving

ازدواج‌های با رضایت زناشویی پایین افسرده‌اند (۶۶ درصد در برابر ۱۵ درصد) و تقریباً نیمی از زنان با رضایت زناشویی پایین، افسرده هستند (گلان، ۲۰۰۲). از سوی دیگر، ۵۰ درصد زنان افسرده، تعارضات زناشویی و در ۵۰ درصد زنانی که تعارضات زناشویی دارند، افسردگی گزارش شده است (بیچ و همکاران، ۱۹۸۶). بنابراین از آنجایی که میزان این اختلال در زنان شایع‌تر از مردان است، ضرورت انجام این پژوهش بیش از پیش نمایان می‌شود.

با توجه به مطالب گفته شده فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:
فرضیه ۱: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی کلی زنان افسرده در مرحله پس‌آزمون مؤثر است.
فرضیه ۲: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی کلی زنان افسرده در مرحله پیگیری مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش مورد استفاده در این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری سه‌ماهه (سه مرحله سنجش) بوده است. جامعه آماری این پژوهش همه زنان افسرده با نارضایتی زناشویی در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۳ در شهر اصفهان بود که به یکی از سه مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مراجعه کرده بودند. با توجه به ملاک‌های ورود (تشخیص اختلال افسردگی، نارضایتی زناشویی، طول مدت ازدواج بین سه تا پانزده سال، دامنه سنی بیست و یک تا چهل و پنج سال، حداقل تحصیلات دوره متوسط تا کارشناسی) ۴۰ نفر به صورت هدفمند (غیرتصادفی) انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در گروه‌های ۲۰ نفره آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه قرار گرفتند.

ابزار سنجش:

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): برای سنجش افسردگی (به‌منظور تشخیص داشتن ملاک ورود به آزمون) از دومین نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۹) با بیست و یک سؤال و با مقیاس پاسخگویی ۰ تا ۳ استفاده شد. این پرسشنامه در مجموع دو بُعد عاطفی و شناختی را در حوزه افسردگی که با یکدیگر دارای همبستگی متوسطی ($r=0/57$) هستند، پوشش می‌دهد (استرچ، روبرتی و روث، ۲۰۰۴؛

وقایعی است که بر اثر تعامل با دنیای اطراف و دیگر انسان‌ها در وی پدید آمده پذیرد و نیروی خود را بیهوده صرف تغییر آنها نکند، به‌طور طبیعی و منطقی قادر نخواهد بود تا با شرایط سازگار شود و انعطاف (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) نشان دهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۰). از طرف دیگر در یک فضای ناشی از نپذیرفتن خود و تجارب درونی ناشی از تعامل با انسان‌های دیگر که با مشکل در انعطاف‌پذیری همراه است، فرد قادر نخواهد بود تا رفتار و عمل متعهدانه برای یک زندگی ارزشمند را در خود ایجاد کند. لذا این تبیین در تأثیر تعهد و پذیرش درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی به فرایندهای اصلی مطرح در این نوع درمان مربوط می‌شود. پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه فرایندها و نکات، کلید اصلی در تعهد و پذیرش درمانی هستند (هیز، ۲۰۰۸). ترکیبی از چهار فرایند پذیرش، گسلش شناختی، خود به‌عنوان زمینه و در زمان حال بودن، بُعد پذیرش و ذهن‌آگاهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را تشکیل می‌دهند. در مقابل ترکیب چهار فرایند خود به‌عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه نیز بُعد تغییر و تعهد رفتار را در این نوع درمان شکل می‌دهند (هیز و همکاران، ۲۰۰۲). بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی اختلال افسردگی مانند افکار تکراری و خودمتمرکز، باورها، خاطرات، احساسات بدنی، خلق پایین، تحریک‌پذیری و...، به‌خصوص جنبه‌هایی که با احتمال عود اختلال همراه‌اند؛ برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) مناسب‌اند (فولک^۱، ۲۰۱۲). با تأکید روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این نشانه‌ها تصور می‌شود که نه تنها احتمال برگشت کاهش خواهد یافت، بلکه تأکید بر سایر مسائل مانند کیفیت زندگی، رضایت و صمیمیت در زندگی، عملکردهای اجتماعی و شغلی و... نیز افزایش خواهد یافت.

بیش از نیمی از بیماران مبتلا به افسردگی با کارکرد خانواده آشفته و مسأله‌ساز روبه‌رو هستند (سایرز، ۲۰۰۱). طی یک مطالعه نشان داده شد که بین میزان رضایت زناشویی پایین با نشانه‌های افسردگی زنان رابطه وجود دارد (بیچ و همکاران، ۱۹۹۸). به همین دلیل می‌توان گفت افسردگی در زنان با روابط عاشقانه ناموفق و کاهش رضایت زناشویی در ارتباط است (گلسر^۲، ۲۰۰۴؛ اشجع، ۱۳۹۱). گلان^۳ (۲۰۰۲) نیز بین رضایت زناشویی پایین و افسردگی زوجها همبستگی بالایی به‌دست آورد. این پژوهشگر ادعان داشت که زنان سه برابر مردان در

1. Folke et al.

3. Golan

5. Storch, Roberti & Roth

2. Glasser

4. Beck Depression Inventory (BDI)

برای پیش‌آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. سپس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) مبتنی بر آموزه‌ها و دستورالعمل‌های ارائه شده (هیز و همکاران، ۱۹۹۹؛ توهی، ۲۰۰۷ و هیز و استروسال، ۲۰۱۰) طی ۱۰ جلسه دوساعته به صورت هفتگی، بر روی گروه آزمایش اجرا شد. اجرای پرسشنامه رضایت زناشویی برای پس‌آزمون یک هفته پس از آخرین جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شده است و سه ماه پس از اتمام جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شرکت‌کنندگان در هر دو گروه آزمایش و گواه دوباره به پرسشنامه رضایت زناشویی پاسخ گفتند.

خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدین شرح است: **جلسه اول:** توضیح جلسات درمانی، اهداف و سیر درمان، تصریح نوع رابطه، سنجش کلی افسردگی. **جلسه دوم:** سنجش عملکرد درماندگی خلاق و ارائه تکلیف. **جلسه سوم:** معرفی دنیای درون و دنیای بیرون و قوانین حاکم بر آن. **جلسه چهارم:** بیان کنترل به‌عنوان مسأله. **جلسه پنجم:** معرفی احساسات پاک و ناپاک و تمایل به جای کنترل. **جلسه ششم:** معرفی خود به‌عنوان زمینه و گسلش. **جلسه هفتم:** معرفی گسلش و تمرین‌های ذهن‌آگاهی. **جلسه هشتم:** درک ماهیت تعهد و تمایل. **جلسه نهم:** معرفی ارزش‌ها و معرفی تفاوت ارزش و هدف، تمرین سنجش ارزش‌ها و تعیین ارزش‌ها. **جلسه دهم:** تمرین‌های تعهد. پایان درمان و پیشگیری از عود (پیگیری سه‌ماهه)؛ اصولاً زمانی که تغییر رفتار در راستای ارزش‌ها رخ داد و چندین هدف تحقق یافت، زمان پایان دادن به درمان فرا رسیده است و جلسات پیگیری که تا سه ماه ادامه داشت، ۶۰ دقیقه‌ای بوده‌اند.

در تحلیل داده‌ها، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری و آزمون‌های مربوط به پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل (شامل هنجار بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس‌های خطا یا درون‌گروهی، برابری شیب خطوط رگرسیون و استقلال متغیرهای وابسته) استفاده شد. همه تحلیل‌های صورت‌گرفته با نرم‌افزار بسته آماری برای علوم اجتماعی^۴ نسخه ۱۸ انجام شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های مربوط به هنجار بودن توزیع و برابری واریانس‌های خطا در رضایت زناشویی کلی برای گروه‌های گواه و آزمایش ارائه شده است.

استیر، بال، رانییری^۱ و بک، ۱۹۹۹؛ به نقل از ایزدی و همکاران، ۱۳۹۱). در ایران دابسون^۲ و محمدخانی (۱۳۸۶) ضریب روایی را برابر با ۰/۹۱ گزارش کردند. قاسم‌زاده، مجتبی، کرم‌قدیری و ابراهیم‌خانی (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با ۰/۸۷، ضریب بازآزمایی آن را برابر با ۰/۷۴ ($P < ۰/۰۰۱$) گزارش کرده‌اند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). پایایی آزمون در این پژوهش برحسب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه: ۱- احساس غم نمی‌کنم؛ احساس غم می‌کنم؛ همیشه غمگینم و نمی‌توانم از آن خلاص شوم؛ آنقدر غمگین و افسرده‌ام که طاقتم تمام شده. ۲- به آینده ناامید نیستم؛ احساس ناامیدی نسبت به آینده دارم؛ احساس می‌کنم چیزی ندارم که به انتظار آن بنشینم؛ آینده امیدوارکننده نیست و چیز مثبتی رخ نخواهد داد. **پرسشنامه رضایت زناشویی (Enrich):** برای سنجش رضایت زناشویی از پرسشنامه اولسون^۳ (۱۹۸۷) استفاده شد. نسخه اصلی این پرسشنامه از صد و پانزده سؤال و دوازده خرده‌مقیاس تشکیل شده است. با توجه به ارزیابی پرسش‌های پرسشنامه صد و پانزده سؤالی که موجب خستگی بیش از اندازه پاسخگویان می‌شود، سلیمانیان نسخه کوتاهی از این پرسشنامه با چهل و هفت پرسش را در ایران تهیه کرده است (سلیمانیان، ۱۳۷۳). نسخه چهل و هفت سؤالی که در این پژوهش از آن استفاده شد (سلیمانیان، ۱۳۷۳)؛ مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج‌گزینه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) است. البته تعدادی از پرسش‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالا در این پرسشنامه نشان نارضایتی زناشویی و نمره پایین نشانه رضایت از رابطه زناشویی است (عبادت‌پور، ۱۳۷۹). از مجموع خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه می‌توان به نمره کلی رضایت زناشویی دست یافت (سلیمانیان، ۱۳۷۳). سلیمانیان (۱۳۷۳) پایایی پرسشنامه را در نسخه کوتاه برحسب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ گزارش کرده است. پایایی آزمون در این پژوهش برحسب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ به دست آمد. دو نمونه از پرسش‌های این پرسشنامه: ۱- من و همسرم یکدیگر را کاملاً درک می‌کنیم. ۲- همسرم خلق و خوی مرا کاملاً درک می‌کند و با آن سازگاری دارد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها:

در این پژوهش ابتدا پرسشنامه رضایت زناشویی (Enrich)

1. Ball, Ranieri

3. Olson, Fournter & Druckman

2. Dobson

4. Statistical Package for Social Science (Version 18)

جدول ۱- نتایج آزمون شاپیرو ویلک در رضایت زناشویی کلی برای دو گروه آزمایش و گواه (پیش آزمون)

گروه آزمایش			گروه گواه		
آزمون شاپیرو ویلک			آزمون شاپیرو ویلک		
آماره	درجه آزادی	معناداری	آماره	درجه آزادی	معناداری
۰/۸۵	۲۰	۰/۰۰۶	۰/۹۱	۲۰	۰/۰۷

رضایت زناشویی کلی

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس بر رضایت زناشویی

متغیر	مقدار ویژه	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۱	۱۰/۰۰	۲۳/۵۰۰	۳۵/۷۸۲	۰/۰۰۸	۰/۶۵۳	۰/۹۳۷
گروه	۰/۸۸۵	۱۰/۰۰	۱۹/۰۰	۱۴/۶۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵	۱

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس بر رضایت زناشویی در پس آزمون با گواه پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
رضایت زناشویی کلی	۱۳۸۰۰/۶۶	۱	۱۳۸۰۰/۶۶	۱۲۸/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر رضایت زناشویی در پیگیری با گواه پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
رضایت زناشویی کلی	۴۶۲/۲۹	۱	۴۶۲/۲۹	۱۲/۲۵	۰/۰۰۲	۰/۳	۰/۹۲

از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، شرط طبیعی بودن داده‌ها و همسانی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه است. چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، هنجار بودن و برابری واریانس‌ها رد نشده است. لازم به ذکر است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری به‌طور نسبی در برابر نقض برخی پیش‌فرض‌ها نظیر هنجار بودن توزیع متغیرها کماکان نتایج قابل قبولی به‌دست می‌دهد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون مداخله به تفاوت معناداری بین گروه گواه و آزمایش منجر شده است. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در رضایت زناشویی در پس‌آزمون، پس از بررسی پیش‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در رضایت زناشویی کلی بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($P < 0/001$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۸۲ است، و حاکی از آن است که ۸۲ درصد تفاوت بین گروه آزمایش و گواه در رضایت زناشویی کلی مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. توان آزمون نیز برابر با یک بوده که نشان

از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، شرط طبیعی بودن داده‌ها و همسانی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه است. چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، هنجار بودن و برابری واریانس‌ها رد نشده است. لازم به ذکر است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری به‌طور نسبی در برابر نقض برخی پیش‌فرض‌ها نظیر هنجار بودن توزیع متغیرها کماکان نتایج قابل قبولی به‌دست می‌دهد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون مداخله به تفاوت معناداری بین گروه گواه و

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه‌های پژوهش (به ترتیب برای مرحله پس‌آزمون و پیگیری) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده تأثیر دارد، مورد تأیید قرار گرفت.

بر پایه نتایج پژوهش‌هایی که در حوزه رابطه بین افسردگی و رضایت زناشویی صورت گرفته است (سایرز، ۲۰۰۱؛ بیچ و همکاران، ۲۰۰۳ و ۱۹۹۸؛ گلان و همکاران، ۲۰۰۲؛ ویشمن، ۲۰۰۱ و ۱۹۹۹؛ هارویتز، ۱۹۹۶؛ گاتمن، ۱۹۹۹ و آسارنو و همکاران، ۲۰۰۱) و سپس با تکیه بر نتایج این پژوهش مبنی بر تأثیر تعهد و پذیرش درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی، اولین ساز و کار عملی در تأثیر این درمان را بر رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن می‌توان کاهش افسردگی و زمینه‌سازی برای تعامل مثبت و سازنده بین زوج‌ها بیان کرد، افت سطح خلق و احساس ارزشمندی خود و زندگی افزایش می‌یابد (آسارنو و همکاران، ۲۰۰۱). با افت سطح خلق و احساس ارزشمندی، تعمیم‌های شناختی افراطی شکل گرفته و به این ترتیب از توان تعامل روانی مثبت فرد با همسر به‌شدت کاسته می‌شود. به معنای دیگر وقتی زنان سطح افسردگی بالایی دارند، از توجه به توانایی‌های همسر و خانواده خود بازداشته می‌شوند و در مقابل بر جنبه‌های منفی همسر و رفتارهایش تمرکز افراطی و وسواس‌گونه اتفاق می‌افتد.

به باور هیز و اسمیت (۲۰۰۵) با وارد شدن فرد به فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز و گرفتار آمدن در فرایندهای ذهنی - کلامی منفی (که رضایت به‌عنوان یک سازه نگرشی به‌شدت از این فرایندهای ذهنی - کلامی متأثر است) که معطوف به خود و دیگران است و در متن افسردگی به‌شدت تقویت گردیده، به تدریج مورد اصلاح و تغییر قرار می‌گیرد. از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانی (ACT) زنان افسرده دارای تعارضات زناشویی به‌طور بالقوه توانایی برقراری ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار برای یک زندگی همراه با رضایت را دارند. به معنایی ساده‌تر رضایت از روابط زناشویی در پذیرش و تعهد درمانی (ACT) نیز از طریق فرایندهایی نظیر 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 افسردگی باعث کاهش رضایت از خود و از روابط زناشویی 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 به خوبی قابل تقویت است. با تمرکز بر پذیرش، گسلس، خود به‌عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و

می‌دهد تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شده با ۱۰۰ درصد توان قادر به تشخیص تفاوت دو گروه آزمایش و گواه در رضایت زناشویی کلی در مرحله پس‌آزمون بوده است. در نتیجه فرضیه اول پژوهش مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی کلی زنان افسرده در پس‌آزمون تأیید می‌شود. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری رضایت زناشویی کلی در پیگیری پس از بررسی پیش‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است. چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در رضایت زناشویی کلی بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ($P < 0/002$) وجود دارد. مجذور سهمی انا برابر با ۰/۳ است و نشان می‌دهد که ۳۰ درصد تفاوت بین گروه آزمایش و گواه در رضایت زناشویی کلی مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. توان آزمون نیز برابر با ۰/۹۲ بوده که نشان می‌دهد، تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شده با ۰/۹۲ درصد توان قادر به تشخیص تفاوت دو گروه آزمایش و گواه در رضایت زناشویی کلی در مرحله پیگیری بوده است. در نتیجه فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی کلی زنان افسرده در مرحله پیگیری تأیید می‌شود.

در جدول ۵ میانگین‌های تعدیل‌شده رضایت زناشویی کلی در گروههای آزمایش و گواه در پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۵- میانگین‌های تعدیل‌شده مؤلفه‌های رضایت زناشویی در گروههای آزمایش و گواه در پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	میانگین پس‌آزمون	میانگین پیگیری
رضایت	گروه گواه	۵۷/۷۵	۵۲/۵۴
زناشویی کلی	گروه آزمایش	۲۹/۵۵	۳۲/۷۸

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین تعدیل‌شده رضایت زناشویی کلی، بین گروه آزمایش و گواه هم در مرحله پس‌آزمون (به ترتیب ۳۲/۷۸ و ۵۲/۵۴) و هم در مرحله پیگیری (به ترتیب ۲۹/۵۵ و ۵۷/۷۵) تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0/01$). بنابراین با توجه به نتایج جدول‌های ۱ تا ۵، فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی کلی زنان افسرده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر دارد، مورد تأیید قرار می‌گیرد.

رفتارهای منفی غیرقابل انعطاف بسیار برجسته هستند (سایرز، ۲۰۰۱). در واقع نارضایتی در فرایند تعامل بین زوج‌ها با یکدیگر، خود دارای بار محتوایی عدم انعطاف نسبت به مسائل زندگی زناشویی و بازنمودهای آن در سطح شناختی است. این باورهای منفی درباره خود و همسر بدون تردید به‌عنوان یک هسته مقاوم به تغییر عمل کرده و موجب کاهش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و به دنبال آن موجب کاهش سطح رضایت زناشویی می‌شود.

چنانکه به اندازه اثر مطرح در تحلیل کوواریانس در پس‌آزمون (جدول ۲) توجه شود سه مورد، یکی رضایت از رابطه جنسی (برابر با ۰/۱۷)، رضایت از فعالیت‌های اوقات فراغت (برابر با ۰/۴۹) و رضایت از مدیریت مالی (برابر با ۰/۶) دارای کمترین اندازه اثر بوده‌اند. دو مورد از این سه مورد نیز (رابطه جنسی و مدیریت مالی) در مرحله پیگیری تفاوت معناداری را نشان ندادند. این یافته نشان می‌دهد لازم است در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فونونی برای افزایش تقویت رضایت از رابطه جنسی و مدیریت مالی افزوده شود. تبیین دیگری که لازم است تا در هنگام پرداختن به تفاوت معنادار نداشتن در رضایت از ویژگی‌های شخصی همسر، ارتباط زناشویی، مدیریت مالی، رابطه جنسی و جهت‌گیری مذهبی در مرحله پیگیری به آن توجه شود؛ این نکته است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد لازم است تا در مرحله پیگیری در فاصله زمانی کمتر از سه ماه در زنان افسرده که تعارضات زناشویی دارند پیگیری و نظارت شود.

محدودیت‌های پژوهش

در این پژوهش گروه نمونه را زنان افسرده با نارضایتی زناشویی (با سطح تحصیلات بالای دیپلم) تشکیل داده‌اند. بنابراین در تعمیم نتایج به زنان غیرافسرده و زیر دیپلم، لازم است جانب احتیاط رعایت شود. همچنین از آنجایی که گروه نمونه پژوهش را زنان افسرده با نارضایتی زناشویی تشکیل داده‌اند، تعمیم نتایج به مردان افسرده با نارضایتی زناشویی چندان منطقی به نظر نمی‌رسد. و در نهایت رضایت زناشویی در این پژوهش یک سنجش مبتنی بر خودگزارش‌دهی بوده است و تأثیر تلقین را نیز باید در نظر داشت، بنابراین در تعمیم نتایج لازم است احتیاط صورت گیرد.

پیشنهاد‌های پژوهشی

پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی، این پژوهش را با نمونه‌هایی از هر دو جنس (زنان و مردان) و با مشارکت دادن همزمان زنان و مردان با نارضایتی زناشویی تکرار و نتایج را با نتایج پژوهش‌هایی نظیر این پژوهش مقایسه کنند. همچنین

عمل متعهدانه در تعهد و پذیرش درمانی کارکرد تنظیم زبانی شناخت و کارکرد فعال‌سازی رفتاری معطوف به ارتقای کیفیت روابط زناشویی را می‌توان به خوبی 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 به جای مصرف کردن در مسیری که به تغییری مثبت و سازنده منتهی نمی‌شود، به سوی آنچه که برای زندگی ارزش و اهمیت دارد، هدایت کنیم (هیز، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد که مانند تعارضات زناشویی، همین پذیرش و تعهد بیشتر باعث می‌شود تا احساس ارزشمندی زندگی در افراد تقویت و سپس با ترمیم احساس ارزشمندی زندگی در زنان افسرده با تعارضات زناشویی، زمینه برای افزایش سطح رضایت زناشویی که بر اثر الگوهای رفتاری خشک و انعطاف‌ناپذیر پدیدآمده فراهم شود.

در فرایندهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد این احتمال بسیار بالاست که فرد همزمان در عرصه‌های مختلف، اعمال متعهدانه و معطوف به ارزشمندی زندگی را دنبال کند (هیز، ۲۰۰۸). از چنین منظری با درگیر شدن فرد در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که متمرکز بر حل تدریجی تعارضات زناشویی ایجاد شده بر اثر ناتوانی در غلبه بر اجتناب از تجربه و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بوده، فرد به‌خوبی قادر خواهد بود تا نگرش و سطح رضایت خود را از ویژگی‌های شخصی همسر، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، امور فرزندان، خانواده و دوستان، جهت‌گیری مذهبی و رضایت زناشویی کلی بالا ببرد.

تبیین دیگر در باب ساز و کار درگیر در نحوه تأثیرگذاری تعهد و پذیرش درمانی بر رضایت زناشویی به توان بالقوه و پایدار این نوع درمان بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مربوط می‌شود. همان‌طور که نتایج حاصل از بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده، در درجه اول بسیاری از تعارضات و نارضایتی‌های زناشویی در اثر انعطاف‌ناپذیری رفتاری و روانی زوج‌ها با یکدیگر ایجاد می‌شوند (آسارنو و همکاران، ۲۰۰۱). در کنار این دست شواهد، افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هم به لحاظ نظری و هم به لحاظ پژوهشی هدف و نتیجه با ثبات برای پذیرش و تعهد درمانی است (هیز و بک، ۲۰۰۸؛ بالمیجر و همکاران، ۲۰۱۰؛ فورمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ فولک و همکاران، ۲۰۱۲؛ والسر و همکاران، ۲۰۱۳). در متن بسیاری از تعامل‌های آسیب‌زا بین زوج‌ها که اغلب به کاهش سطح رضایت زناشویی منجر می‌شود، باورهای منفی و

- Cooper, E.A. (2009). *Acceptance and Commitment therapy and depression: the development of a depression specific process measure*. University of wollongong thesis collection, Research online.
- Folke, F. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: Apreliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on long- Term sick leave. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*. 19 (2012). 583-594.
- Forman, E.M., Goetter, E.M., Herbert, J.D. & Park, J.A. (2012). Long- Term follow- up of a Randomized controlled Trial comparing Acceptance and commitment Therapy and Standard Cognitue Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Journal of Behavior Therapy*. 43 (2012).801-811.
- Gollan J, Fridman M.A., Miller I.W. Couple Therapy In Treatment of Major Depression. In: A.S Gurman, N.S Jacobson (Eds). *Clinical Handbook of Couple Therapy*. New York; The Guilford Press, 2002; 635-76.
- Gottman J.M., (1999). A theory of marital dissolution and stability, *Journal of Family Psychology*, 1: Halford, W.K, Bouma, R., Kelly, A., & Young, R.M. (2005). The interaction of individual psychopathology and marital problems: Current findings and clinical implications. *Behavior Modification*, 23, 179-216 [11]. 57-75.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. (Eds.). (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C. (2008). Climbing our hills: A beginning Conversation on the comparison of act and traditional CBT. *Clinical psychology: Science and Practice*, 5, 286-295.
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: *Springer Science and Business Media Inc*.
- Hayes, L., Boyd, C.P. & Sewell, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for Treatment of Adolescent Depression: A pilot study in a psychiatric out patient setting. *Journal of Mindfulness*. 2 (2011). 86-94.
- 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.
- تأثیر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر سازگاری زناشویی، خانوادگی و اجتماعی در زنان و مردان دارای تعارضات زناشویی یا نارضایتی از روابط زناشویی نیز یکی از محورهای پژوهشی است که پژوهشگران علاقه‌مند می‌توانند در آینده آن را بررسی کنند. روند پژوهشی دیگری که توصیه می‌شود در آینده پیگیری شود، بررسی تأثیر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر اعتماد به نفس، خودکارآمدی و جایگاه مهار (کانون کنترل) زنان و مردان افسرده با نارضایتی زناشویی است.
- ### منابع
- اشجع، م.، فرح‌بخش، ک.، سدرپوشان، ن.، و ستوده، ز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار تهران. *فصلنامه فرهنگی و تربیتی زنان و خانواده*. سال هفتم، پیاپی ۱۹.
- ایزدی، ر.، و عابدی، م. (۱۳۹۱). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران، انتشارات جنگل.
- بخشی، ح؛ اسدپور، م و خدادادی‌زاده، ع. (۱۳۸۶). ارتباط رضایت از روابط زناشویی با افسردگی زوجین. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*. ۱۱(۴۳): ۲-۳۷-۴۸.
- دابسون، کی.اس.، و محمدخوانی، پ. (۱۳۸۶). *مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلا به اختلال افسردگی. ویژه‌نامه توان‌بخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی*. دوره هشتم، شماره ۳۹، ص ۸۶-۸۰.
- سلیمانیان، ع. (۱۳۷۳). بررسی تأثیر تفکرات غیرمنطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه تربیت معلم تهران.
- عبادت‌پور، ب. (۱۳۷۹). *اعتباریابی پرسشنامه الگوهای ارتباطی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- کاپلان و سادوک. (۲۰۱۵). *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/ روانپزشکی*. ترجمه: حمزه گنجی. نشر ساوالان.
- گلاسر، و.، گلاسر، ک. (۲۰۰۶) *ازدواج بدون شکست؛ به هم رسیدن و با هم ماندن*، ترجمه: سمیه خوش‌نیت و هدی برازنده. تهران، فرانتگیزش.
- A Sarno, J.R., Jaycox, L.H. & Tompson, M.C. (2001). Depression in youth: psychosocial interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 15-33.
- Beach. S.H. Smith. D.A., & Fincham. F.D. (1994). Marital interventions for depression. *Journal of Applied Preventive Psychology*, 4, 233-150.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & F., & Emeny, G. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guilford.

- Hayes, S.C. & Levin, E.M., Villatte, J.L. (2013). Acceptance and Commitment therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Journal of Behavior Ther*, 44 (2): 180-198.
- Horwitz, A.V., H.R. White and S. HowellWhite (1996), "Becoming Married and Mental Health: A Longitudinal Study of a Cohort of Young Adults", *Journal of Marriage and the Family*, 58, 895-907.
- IsHak, W.W., Balayan, K., Bresee, C., Greenberg, J.M., Fakhry, H, A descriptive analysis of quality of life using patient- reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. *Quality of Life Research*. 2013; 22: 585-596. [pub med: 22544416].
- Mayers, J.E., & Hattie, J.A. (2004). The relationship between marital characteristics, marital interaction processes and marital satisfaction. *Journal of counseling & Development*, 82: 58-68.
- Olson, DH. (1987). Enrich Canada, ins. *Journal of Family Ministry*. 11 (4), 28-53.
- Sayers, S.L., Kohn. C., Fresco, D.M., Bellack, A., & Bellack, A., & Sarwer, D.B. (2001). Marital Cognitions and Degritions and depression in the context of marital discord. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 713- 732.
- Shackelford, R., Besser, M., Goetz, DF., or better or for worse: marital wellbeing of newlyweds. *Journal of Conseling Psychology*. 2007; 14: 223-42.
- U. S Department of Health and Human Seruices. *Physical activity Fundamental to Preenting Disease* [document on the Internt]. [cite 2015] une 20]. Available from:<http://aspe.Hhs.gov/Health/reports/physicalactivity/index.shtml>.
- Whisman, M.A. (1999). Martal dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the national comorbidity suvey. *Journal of Abnormal Psychology*, 108; 701-706.
- Whisman, M.A. The association between marital dissatisfaction and depression. In: Beach SRH. Marital and family processes in depression: A Scientific foundation for clinical practice. Whashington DC: *American Psychological Association*. 2001; 3-24.
- Yong, M. & Long, Iynn, L. (2006). Counseling and theory for couples. *United state of American: Book/ cole publishing*.