

October–November 2020, Volume 9, Issue 4

Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Adjustment and Dysfunctional Attitudes among Married Students

Khosro Soltaninejad^{1*}, Farshid Khosropour², Hassn Mohammadtehrani³

1- Ph. D Student of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.

* **Corresponding author:** Khosro Soltaninejad, Ph. D Student of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.

Email: soltanipooya@yahoo.com

Received: 16 June 2020

Accepted: 10 Nov 2020

Abstract

Introduction: Increasing marital adjustment along with improving dysfunctional attitudes will increase the vitality and satisfaction of the couple's emotional-psychological needs. The aim of the present study was to investigate the effect of acceptance and commitment therapy on marital adjustment and dysfunctional attitudes among married students.

Methods: The research method was experimental and pre-test, post-test with a control group. The statistical population of the study consisted of married students referred to private counseling centers in Kerman city. The sampling method was purposive and 30 couples (60 individuals) were selected and assigned to an experimental and control group randomly. The experimental groups were treated in 12 sessions with 90 minutes once a week, but no action was taken for the control group. Spanier Marital Adjustment Inventory (1976) and Weisman & Beck's dysfunctional attitude Inventory (1978) were used before and after treatment and training. Data were analyzed using analysis of covariance in SPSS 19. The significance level was considered 0.01.

Results: Mean and standard deviation of marital adjustment in the pretest in the experimental and control groups were 61.9 ± 6.30 and 60.10 ± 5.07 and in the posttest were 86.86 ± 8.21 and 60.09 ± 6.34 . Also, the mean and standard deviation in the variable of dysfunctional attitudes in the pre-test in the experimental and control groups were 104.16 ± 8.97 and 103.15 ± 9.52 and in the post-test were 97.16 ± 7.50 and $102/15 \pm 8/89$. Therefore, in the experimental group, the score of marital adjustment was significantly different compared to the control group ($p < 0.01$), but there was no significant difference in the variable of dysfunctional attitudes ($p < 0.01$).

Conclusions: Acceptance and commitment based treatment method increases the level of marital adjustment and this technique can be used to improve the relationship between married students and raise the level of mental health of the family and society. However, more research is needed to evaluate the effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on dysfunctional attitudes.

Keywords: Married students, Marital adjustment, Dysfunctional attitudes, Acceptance and commitment therapy.

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان سازگاری زناشویی و نگرش‌های ناکارآمد دانشجویان متاهل

خسرو سلطانی نژاد^{۱*}، فرشید خسروپور^۲، حسن محمدتهرانی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران.

* نویسنده مسئول: خسرو سلطانی نژاد، دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران.
ایمیل: soltanipooya@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۷

چکیده

مقدمه: افزایش سازگاری زناشویی همراه با اصلاح نگرش‌های ناکارآمد موجب بالا رفتن نشاط و ارضای نیازهای عاطفی-روانی زوجین می‌شود. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان سازگاری زناشویی و نگرش‌های ناکارآمد دانشجویان متاهل بود.

روش کار: روش پژوهش از نوع آزمایشی و پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره خصوصی شهر کرمان از آذرماه سال ۱۳۹۷ تا خرداد ماه سال ۱۳۹۸ بودند. از جامعه مذکور، ۳۰ زوج (۶۰ نفر) به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ زوج) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزشی-درمانی یک بار در هفته قرار گرفتند ولی در مورد گروه کنترل اقدامی انجام نشد. مقیاس سازگاری زناشویی Spanier (۱۹۷۶) و مقیاس نگرش ناکارآمد Weissman & Beck (۱۹۷۸) قبل و بعد از اجرای درمان به آزمودنیها داده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس به کمک نرم افزار spss نسخه ۲۱ تحلیل شدند. سطح معنی داری، ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سازگاری زناشویی در پیش‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $61/09 \pm 6/30$ و $60/10 \pm 5/07$ و در پس‌آزمون $86/86 \pm 8/21$ و $60/09 \pm 6/34$ به دست آمد. همچنین میانگین و انحراف معیار در متغیر نگرش‌های ناکارآمد در پیش‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $104/16 \pm 9/97$ و $103/15 \pm 9/52$ و در پس‌آزمون $97/16 \pm 7/50$ و $102/15 \pm 8/89$ بود. بنابراین در گروه آزمایش نمره کسب شده سازگاری زناشویی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنادار بود ($p < 0/01$)، اما در متغیر نگرش‌های ناکارآمد تفاوت معنادار نبود ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان سازگاری زناشویی را افزایش می‌دهد و می‌توان این تکنیک را برای بهبود روابط دانشجویان متاهل و بالا بردن سطح بهداشت روانی خانواده و جامعه به کار برد. اما جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شکل گروهی بر نگرش‌های ناکارآمد، نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتری است.
کلید واژه‌ها: دانشجویان متاهل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سازگاری زناشویی، نگرش‌های ناکارآمد.

مقدمه

سطح تحصیلات و همسانی زوجین را در سازگاری زناشویی موثر دانسته‌اند [۲]. از طرفی برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سازگاری زناشویی در زوج‌های دانشجو کمتر از زوج‌های غیر دانشجو است [۳] و این مسئله لزوم ارتقاء سطح سازگاری زناشویی این قشر از جامعه را نمایان می‌سازد. فتحی آشتیانی و احمدی هم نشان دادند که سازگاری

امروزه با افزایش ظرفیت دانشگاه‌ها و بالا رفتن میزان حضور افراد در دانشگاه، ازدواج دانشجویی و همچنین حضور دانشجویان متاهل در دانشگاه رواج بیشتری یافته است. محیط دانشگاه می‌تواند بر نگرش‌ها، باورها و نگاه افراد به زندگی زناشویی اثرگذار باشد [۱]. برخی پژوهشگران،

زناشویی در دانشجویان، موارد مهمی از جمله تصمیم‌های شغلی، نوع شغل، تمایل به ادامه تحصیل را تحت تاثیر مثبت قرار می‌دهد [۴]. همچنین نیز اشاره شده است که سازگاری زناشویی موجب افزایش عمر و امید به زندگی زوجین و کاهش احتمال ابتلای آنها به بیماری‌های جسمانی و روانی می‌گردد [۵]. عامل دیگری که در موفقیت یا شکست در ازدواج مؤثر است، نحوه نگرش افراد به فرآیند ازدواج و انتخاب همسر است [۶]. نگرش‌ها و شناخت‌های افراد درباره فرآیند انتخاب همسر از عوامل بسیار مهمی است که می‌تواند ازدواج را با موفقیت یا شکست مواجه نماید و سازگاری زناشویی را متأثر سازد [۷] و همانطور که اشاره شد، محیط دانشگاه هم به نوبه خود می‌تواند بر این نگرش‌ها اثرگذار باشد. پژوهشگران مسائل خانواده و ازدواج همواره در تلاش بوده‌اند تا با ارائه نظریه‌های گوناگون در زمینه ازدواج و انتخاب همسر و آموزش آنها به افراد از میزان ناراحتی و نارضایتی از زندگی مشترک در مراحل بعدی بکاهند. واضح است که مهمترین راه کاهش نارضایتی انتخاب درست است [۶] و می‌توان از طریق اصلاح عوامل اثرگذار بر انتخاب همسر، میزان سازگاری زوجین در زندگی زناشویی را افزایش داد.

امروزه درمان‌های گسترده‌ای با جهت‌گیری‌های متفاوت در زمینه اصلاح نگرش‌های زوجین و سازگاری آنها پیشنهاد شده است. در درمان‌های سنتی شناختی رفتاری، از بازسازی شناختی و تغییر محتوای افکار در درمان استفاده می‌شود. در رویکرد مذکور، جهت تغییر نگرش‌های ناکارآمد و باورهای افراد، سعی بر کاهش نشانه‌ها است. اما علی‌رغم اثربخشی این روش، به علت عدم توجه به متغیرهای مرتبط، نشانه‌ها باقی می‌مانند و ماندگاری درمان، کوتاه است. گفته می‌شود که حفظ پیشرفت‌های درمانی در روشی موسوم به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy)، بیشتر و تأثیرات آن ماندگارتر است [۸]. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعارض و مشکلات ارتباطی زوجین ناشی از واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابانه منفی و عمل بر طبق آن‌ها است که عدم رضایت و ناسازگاری زوجها را ادامه دار می‌کند [۹].

روش به کار رفته در این پژوهش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در تحقیقات تجربی اثربخشی این مدل درمانی به عنوان درمانی مناسب برای مشکلات سازگاری، روان‌پریشی، اضطراب، افسردگی، درد مزمن و اختلالات دیگر تأیید شده است. هدف اصلی این رویکرد درمانی ایجاد

یک زندگی غنی و پرمعنا است در حالی که فرد رنج‌ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد [۱۰]. پژوهش‌های مختلف به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه خانواده پرداخته‌اند و به نتایج قابل توجهی دست یافته‌اند. Peterson و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش آشفتگی روان‌شناختی و افزایش سطوح کیفیت زندگی زناشویی اثر دارد [۹]. محمدی و همکاران هم در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که این رویکرد بر افزایش رضایت زناشویی زنان افسرده اثربخش است [۸]. پژوهش‌های دیگری هم نشان داده‌اند که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی [۱۱]، کاهش آشفتگی و تعارض زناشویی و افزایش خوش‌بینی زنان متأهل [۱۲]، بهبود نگرش‌های ناکارآمد جنسی و بهبود عملکرد جنسی زنان باردار [۱۳] مؤثر است. با اینحال ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچنان در حوزه خانواده جایگاه پررنگی ندارد و باید تحقیقات بیشتری جهت بررسی اثربخشی این رویکرد در حوزه خانواده به عمل آید. از طرفی مرور پیشینه موجود، بیانگر نقش نگرش‌های ناکارآمد در زندگی زناشویی است و لازم است که تدبیری در جهت رسیدن به یک روش مؤثر برای بهبود نگرش‌های ناکارآمد و سازگاری زناشویی اندیشیده شود، زیرا عدم توجه به این مقوله و عدم اصلاح نگرش‌ها و ناسازگاری‌های زوجین، می‌تواند به از هم پاشیدگی خانواده منجر شود. از سویی دیگر برخی پژوهش‌ها اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در برخی مقوله‌ها مورد تردید قرار داده‌اند. به عنوان مثال رحمانیان و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دختران نوجوان اثربخش نیست [۱۴]. لذا انجام پژوهش‌های بیشتر می‌تواند به حل تناقضات موجود هم کمک به سزایی کند.

با توجه به موارد گفته شده و با توجه به نقش دانشجویان به عنوان موتور محرکه جامعه، در این تحقیق به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان سازگاری زناشویی و نگرش‌های ناکارآمد دانشجویان متأهل پرداخته شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بود که به روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری در برگرنده دانشجویان رشته‌های پزشکی و غیر پزشکی بود که از آذرماه سال ۱۳۹۷ تا خردادماه سال ۱۳۹۸ به ۲۰

خسرو سلطانی نژاد و همکاران

ناکارآمد انتخاب شدند. نقطه برش جهت نمرات سازگاری زناشویی، نمره پایین تر از ۷۰ و جهت نگرش های ناکارآمد نمره بالاتر از ۹۰ بود. سپس ۱۵ زوج در گروه آزمایش و ۱۵ زوج در گروه کنترل به صورت تصادفی قرار گرفتند و جلسات آموزشی-درمانی برای گروه آزمایش برگزار شد، اما هیچ مداخله ای جهت گروه کنترل انجام نشد. با توجه به حضور زوجین در دانشگاه ها و دسترسی محققین به آنها، با پیگیری و تمهیدات مناسب و همچنین به علت پیگیری زوجین شرکت کننده در پژوهش جهت رفع مشکلات زناشویی، شاهد ریزش آزمودنی ها در پژوهش حاضر نبودیم. طبق توافق با مراکز مشاوره و آزمودنیهای گروه آزمایش، جهت انجام جلسات آموزشی-درمانی (جدول ۱) یک مرکز واحد در شهر کرمان در نظر گرفته شد. طبق طرح درمان پیوسته زوجها بر اساس کتابچه راهنمای Eifert & Forsyth، بسط داده شده توسط Peterson و همکاران [۹]، پس از مطالعه کتاب Hayes و همکاران [۱۵] و پژوهش Harris [۱۶] و مطابق با طرح درمانی استفاده شده توسط خانجانی و شکی و همکاران [۱۷] جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای آزمودنیهای گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای به شیوه گروهی و یکبار در هفته توسط نویسنده اول مقاله برگزار شد.

مرکز مشاوره خصوصی شهر کرمان جهت حل اختلافات و مشکلات زناشویی مراجعه می کردند که بر اساس ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند.

ملاکهای ورود به طرح عبارت بودند از تشخیص مشکل در سازگاری زناشویی به کمک پرسشنامه سازگاری زناشویی Spanier، وجود نگرش های ناکارآمد بر اساس نمرات پرسشنامه های تشخیصی روانشناختی پژوهش حاضر، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، اشتغال به تحصیل در دانشگاه و حضور توأم زوج و زوجه در تمام مراحل پژوهش. ملاکهای خروج از طرح هم عبارت بودند از دریافت درمانهای دارویی و روانشناختی در شش ماه گذشته، سوء مصرف مواد یا الکل و دریافت خدمات مشاوره ای و روان درمانی مبتنی بر رویکردهای دیگر بطور همزمان با پژوهش حاضر.

حجم نمونه بر اساس جدول کوهن، با توان ۰/۸۰ و اندازه اثر ۰/۵ و آلفای ۵ درصد حجم نمونه برای هر گروه ۶۴ نفر برآورد شد. نمونه گیری با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انجام شد. به این صورت که ابتدا کلیه شرکت کنندگان (۱۰۸ نفر) فرم رضایت نامه آگاهانه را تکمیل نمودند و پس از اجرای پیش آزمون، ۳۰ زوج بر اساس نقاط برش نمرات پیش-آزمون سازگاری زناشویی و نگرش

جدول ۱: خلاصه ی جلسات آموزشی-درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای آموزش (هدف)	شیوه درمان	تکلیف
اول	برقراری ارتباط	مشخص کردن انتظارات و اهداف، قراردادهای اولیه	-----
دوم	مفهوم سازی مشکل	مفهومسازی مشکل از دیدگاه اعضا و مشاور (استعاره چاله و بیلچه)	فهرستی از اعمال ناکارآمد حل مشکل
سوم	ماندن یا رفتن	انتخاب، ارتباط سالم (گشودگی، تمرکز اشتیاق)	مشخص کردن انتخاب رابطه با همسر
چهارم	مشکل زوجین (۱)	زهر: حصار ذهن، پادزهر: رهایی از ذهن	شناسایی باور نادرست درباره ازدواج
پنجم	مشکل زوجین (۲)	زهر: انتظارات، پادزهر: تضعیف انتظارات (نه حذف آنها)	تلاش برای تضعیف انتظارات
ششم	مشکل زوجین (۳)	زهر: ارزشهای مبهم، پادزهر: ارزش های واضح و تسلط بر مهارتها برای حرکت در جهت ارزشها (حل تعارض و ارتباط مؤثر)	تشخیص تفاوت ارزشها و انتظارات
هفتم	مشکل زوجین (۴)	زهر: قطع ارتباط، پادزهر: یکی شدن با همسر (گشودگی، پذیرش و کنجکاوای)	تلاش در جهت یکی شدن با همسر
هشتم	مشکل زوجین (۵)	زهر: تلاش برای اجتناب، پادزهر: تمایل به رنج، معرفی روشهای کنترل	تمرین من چگونه می خواهم همسرم را کنترل کنم؟
نهم	ارزش ها	ارزشهای زوجی، شناسایی موانع در برابر ارزشها، انتخاب یک ارزش زوجی و عینی کردن آن	تمرین دهمین سالگرد ازدواج من می خواهم در ارتباط با همسر چگونه باشم
دهم	موانع و پادزهر موانع درونی	شناسایی موانع عمل، پادزهر: پذیرش و گسلش	تمرین تشکر از ذهن و استعاره قطار
یازدهم	پادزهر موانع بیرونی	پادزهر موانع بیرونی تغییر: حل مسأله	تبدیل صحنه جنگ به صلح: تمرین مکث، به معنای توقف آگاهانه، چند ثانیه قبل از واکنش نشان دادن. روشهای مفید: ۱- رهایی از ذهن، ۲- گشودگی، ۳- ارزشگذاری، ۴- عجین شدن با همسر و ۵ صمیمیت
دوازدهم	مه روانشناختی	معرفی مه روانشناختی، معرفی لایه های مه: لایه پابدها، هیچ جایی برای تلاش نیست، ای کاش، فقط اگر...، گذشته دردناک، آینده ترسناک و غیره	تمرین مه روانشناختی (وقتی با افکار تان آمیخته میشوید، چه اتفاقی روی میدهد).

مقیاس سازگاری زن و شوهر Spanier

در این پژوهش برای اندازه گیری سازگاری زناشویی از مقیاس سازگاری زن و شوهر استفاده شده است که توسط Spanier (۱۹۷۶) ساخته شده است [۱۸]. این مقیاس در ایران توسط یارمحمدیان و همکاران ترجمه شده است [۱۹]. مقیاس سازگاری زن و شوهر یک ابزار ۳۲ سوالی برای ارزیابی میزان سازگاری زناشویی است. نحوه نمره گذاری بر اساس طیف لیکرت از نمره ۱ تا ۵ به ترتیب برای گزینه های همیشه، تقریباً همیشه، اکثر اوقات، معمولاً، به ندرت و هرگز می باشد. نمره کل مجموع تمام سوالات بین ۳۲ تا ۱۶۰ است. نمرات بالا نشان دهنده رابطه بهتر است و نقطه برش نمره ۷۰ بود. این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس است که عبارتند از:

۱- رضایت زناشویی ۲- همبستگی دو نفری ۳- توافق دو نفری ۴- ابزار محبت. سوالات خرده مقیاس ها از این قرار است: رضایت زناشویی: ۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۳۱-۳۲، همبستگی دو نفری: ۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸، توافق دو نفری: ۱-۲-۳-۴-۵-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵ و ابزار محبت: ۴-۶-۲۹-۳۰. Spanier همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و مقدار آن را ۰/۹۱ گزارش کرد [۱۸]. همچنین همسانی درونی این ابزار توسط ثنائی ۰/۹۵ به دست آمد. همسانی درونی خرده مقیاسها نیز ۰/۹۴ برای رضایت زناشویی، ۰/۸۱ برای همبستگی دو نفری، ۰/۹۰ برای توافق دو نفری و ۰/۷۳ برای ابزار محبت گزارش شده است. همچنین ملازاده اعتبار این مقیاس را با روش بازآزمایی ۰/۸۶ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و میزان روایی همزمان آن با مقیاس سازگاری زناشویی - Locke Wallace را برابر ۰/۹۰ گزارش کرد [۲۰].

مقیاس نگرش ناکارآمد

این مقیاس توسط Beck & Weissman (۱۹۷۸) بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی تهیه شده است [۲۱]. کویانی و همکاران ترجمه این مقیاس را در ایران انجام دادند [۲۲]. این مقیاس شامل

جدول ۲: مقایسه فراوانی و درصد فراوانی نوع دانشگاه، سن و شغل دانشجویان

متغیرها	سطوح	گروه آزمایش	گروه کنترل	معناداری
نوع دانشگاه	علوم پزشکی	۱۱	۱۰	۳۳/۳۳
	غیر علوم پزشکی	۱۹	۲۰	۶۶/۶۷
سن (سال)	۳۵-۲۰	۱۸	۲۰	۶۶/۶۷
	۵۰-۳۶	۱۲	۱۰	۳۳/۳۳
شغل	خانه دار	۲۰	۱۸	۶۶/۶۶
	کارمند	۱۰	۱۲	۳۳/۳۳

۴۰ گویه می باشد. در این مقیاس پاسخ دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر گویه روی یک مقیاس ۵ نقطه ای لیکرت مشخص می کند. روش نمره گذاری به این طریق است که هر پاسخ نمره ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) می گیرد. بنابراین نمره از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۰۰ بدست می آید و نقطه برش این پرسشنامه نمره ۹۰ بود و نمرات بالاتر بیانگر نگرش ناکارآمد بیشتر است. در مورد گویه های ۲، ۶، ۱۲، ۱۷، ۲۹، ۳۰، ۳۵، ۳۷ و ۴۰ نمره گذاری برعکس می باشد. پایایی کلی نسخه اصلی مقیاس، از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده است [۲۱]. در ایران، همبستگی این مقیاس با مقیاس افسردگی Beck ۰/۳۱ و با پرسشنامه افسردگی Hamilton ۰/۳۹ گزارش شده است [۲۳]. در پژوهشی دیگر با روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفری از افراد سالم، پایایی آزمون ۰/۷۲ بدست آمده است [۲۴].

شایان ذکر است در پژوهش حاضر به منظور رعایت نمودن اخلاق پژوهشی، قبل از شروع آزمونها ابتدا هدف از اجرای پژوهش برای شرکت کنندگان شرح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات و حفظ رازداری تاکید گردید. به این مطلب اشاره شد که شرکت در مطالعه اختیاری است و در حین کار حق انصراف از ادامه وجود دارد. از همه شرکت کنندگان رضایت نامه آگاهانه گرفته شد. کد اخلاق تحقیق هم (کد کمیته اخلاق IR.KMU.REC.1397.11) از دانشگاه علوم پزشکی کرمان اخذ گردید.

داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی خی دو و تحلیل کوواریانس و به کمک نرم افزار SPSS-21 تحلیل شدند.

یافته ها

نتایج تحلیلیها برای ۶۰ نفر از دانشجویان (هر گروه ۱۵ زوج معادل ۵۰ درصد) صورت پذیرفت. (جدول ۲) نشان داد، بر اساس آزمون خی دو گروههای آزمایش و کنترل از نظر نوع دانشگاه، سن و شغل تفاوت معنی داری نداشتند ($P > 0.05$).

خسرو سلطانی نژاد و همکاران

گروه آزمایش و کنترل قابل مشاهده می باشد.

در (جدول ۳) مقادیر بدست آمده از پیش آزمون و پس آزمون سازگاری زناشویی و مولفه های آن و نگرشهای ناکارآمد در دو

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دانشجویان متاهل

متغیر	مقوله	مرحله	گروه آزمایش Mean±SD	گروه کنترل Mean±SD
همبستگی دو نفری		پیش آزمون	۱۲/۲۷±۳/۰۱	۱۱/۶۷±۳/۰۶
		پس آزمون	۱۷/۹۳±۳/۳۲	۱۲/۰۷±۲/۴۶
توافق دو نفری		پیش آزمون	۲۲/۱۳±۴/۴۷	۲۲/۱۳±۴/۴۷
		پس آزمون	۲۵/۸۷±۵/۴۱	±۲۲ ۴/۳۱
سازگاری زناشویی	ابراز محبت	پیش آزمون	۹/۸۰±۲/۲۷	۹/۴۷±۱/۹۹
		پس آزمون	۱۴/۶۰±۲/۴۴	۹/۳۳±۱/۶۸
رضایت زناشویی		پیش آزمون	۱۷/۴۰±۵/۴۶	۱۷/۳۳±۵/۳۸
		پس آزمون	۲۳/۴۷±۵/۰۷	۱۷/۲۰±۴/۸۶
سازگاری زناشویی (کل)		پیش آزمون	۶۱/۶±۹/۳۰	۶۰/۵±۱۰/۰۷
		پس آزمون	۸۶/۸۶±۸/۲۱	۶۰/۶±۹/۳۴
نگرشهای ناکارآمد	نگرشهای ناکارآمد	پیش آزمون	۱۰۴/۸±۱۶/۹۷	۱۰۳/۹±۱۵/۵۲
		پس آزمون	۹۷/۷±۱۶/۵۰	۱۰۲/۸±۱۵/۸۹

($P < 0.001$, $F = 38/547$)، توافق دو نفری ($P < 0.001$)، رضایت زناشویی ($F = 43/184$)، ابراز محبت ($P < 0.001$, $F = 24/130$)، رضایت زناشویی ($F = 33/850$, $P < 0.001$) و سازگاری زناشویی ($F = 126/967$, $P < 0.001$) شده است. اما اختلاف معنی دار آماری بین میانگین نمره نگرش های ناکارآمد دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود نداشت. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش های ناکارآمد اثر ندارد. همچنین با توجه به اندازه اثر می توان گفت ۴۰ درصد از تغییرات همبستگی دو نفری، ۴۳ درصد از تغییرات توافق دو نفری، ۲۹ درصد از تغییرات ابراز محبت، ۳۷ درصد از تغییرات رضایت زناشویی و ۶۹ درصد از تغییرات سازگاری زناشویی ناشی از روش مداخله یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (جدول ۴).

در ادامه پیش فرضهای تحلیل کوواریانس از نظر نرمال بودن با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، از نظر همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس با آزمون ام-باکس و از نظر همگنی واریانس ها با آزمون لویین بررسی و تایید شدند ($P > 0.05$)، جهت تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همبستگی دو نفری، توافق دو نفری، ابراز محبت، رضایت زناشویی، سازگاری زناشویی و نگرش های ناکارآمد، تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تغییر معنی دار در متغیرهای همبستگی دو نفری، توافق دو نفری، ابراز محبت، رضایت زناشویی و سازگاری زناشویی شد که با توجه به میزان میانگین ها می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش همبستگی دو نفری

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان سازگاری زناشویی و نگرشهای ناکارآمد

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	P مقدار	اندازه اثر
همبستگی دو نفری	پیش آزمون	۳۵۶/۶۳۳	۱	۳۵۶/۶۳۳	۱۶۵/۱۳۴	$P < 0.001$	۰/۷۴۳
	گروه	۸۳/۲۴۹	۱	۸۳/۲۴۹	۳۸/۵۴۷	$P < 0.001$	۰/۴۰۳
	خطا	۱۲۳/۱۰۱	۵۷	۲/۱۶۰	-	-	-
توافق دو نفری	پیش آزمون	۱۰۴۳/۴۵۱	۱	۱۰۴۳/۴۵۱	۲۰۰/۹۲۴	$P < 0.001$	۰/۷۷۹
	گروه	۲۲۴/۲۶۷	۱	۲۲۴/۲۶۷	۴۳/۱۸۴	$P < 0.001$	۰/۴۳۱
	خطا	۲۹۶/۰۱۶	۵۷	۵/۱۹۳	-	-	-

۰/۳۹۱	P<۰/۰۰۱	۳۶/۵۷۷	۹۶/۱۰۳	۱	۹۶/۱۰۳	پیش‌آزمون	
۰/۲۹۷	P<۰/۰۰۱	۲۴/۱۳۰	۶۳/۳۹۹	۱	۶۳/۳۹۹	گروه	ابراز محبت
-	-	-	۲/۶۲۷	۵۷	۱۴۹/۷۶۳	خطا	
۰/۹۱۱	P<۰/۰۰۱	۵۸۱/۶۹۳	۱۲۵۷/۰۸۵	۱	۱۲۵۷/۰۸۵	پیش‌آزمون	
۰/۳۷۳	P<۰/۰۰۱	۳۳/۸۵۰	۷۳/۱۵۳	۱	۷۳/۱۵۳	گروه	رضایت زناشویی
-	-	-	۲/۱۶۱	۵۷	۱۲۳/۱۸۲	خطا	
۰/۸۴۰	P<۰/۰۰۱	۲۹۸/۴۲۳	۴۰۸۳/۰۵۳	۱	۴۰۸۳/۰۵۳	پیش‌آزمون	
۰/۶۹۰	P<۰/۰۰۱	۱۲۶/۹۶۷	۱۷۳۷/۱۷۳	۱	۱۷۳۷/۱۷۳	گروه	سازگاری زناشویی
-	-	-	۱۳/۶۸۲	۵۷	۷۷۹/۸۸۰	خطا	
۰/۸۰۹	P<۰/۰۰۱	۲۴۲/۰۹۴	۱۱۶۰۸/۲۳۰	۱	۱۱۶۰۸/۲۳۰	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۶	۰/۵۷۸	۰/۳۱۳	۱۴/۹۹۴	۱	۱۴/۹۹۴	گروه	نگرشهای ناکارآمد
-	-	-	۴۷/۹۴۹	۵۷	۲۷۳۳/۱۰۳	خطا	

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان سازگاری افراد متاهل موثر است. این نتیجه با یافته های محمدی و همکاران که نشان دادند رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی زنان افسرده اثربخش است، همخوان است [۸]. امانی و همکاران هم اثربخشی این رویکرد را بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش میزان سازگاری زوجین تأیید کرده اند [۱۲]. همچنین ایمانی و ذاکری نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب افزایش سازگاری زناشویی شده است [۲۵]. پژوهش جواهری و همکاران هم نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش تعهد زناشویی زوجین با روابط آشفته می شود [۲۶]. در پژوهش صمدی و دوستکام نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زنان نابارور موثر بود [۲۷]. همچنین علیرضایی [۲۸]، علمداری [۲۹] و لسانی [۳۰] هم نشان دادند که زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش رضایت و عملکرد زناشویی می شود. عرب نژاد و همکاران هم در پژوهشی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش تعارضات زناشویی و افزایش صمیمیت زوجین مورد تأیید قرار دادند [۳۱]. با توجه به موارد فوق، پژوهش های انجام شده نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان سازگاری زناشویی را حمایت می کنند.

اما نتیجه دیگر پژوهش حاضر مبنی بر عدم اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش های ناکارآمد با سایر پژوهش ها همراستا نیست [۱۳، ۳۲]. در تبیین این تناقض می توان گفت یکی از دلایل انتخاب نادرست در ازدواج، همانطور که قبلاً عنوان شد، نگرشهای ناکارآمد در مورد

انتخاب همسر است که می تواند ازدواج را با شکست مواجه نماید [۷]. لذا به نظر می رسد که زوجینی که در زندگی خود به مشکلات عدیده ای برخورد کرده و به مراکز مشاوره مراجعه کرده اند، همچنان در کنار گذاشتن نگرشهای اولیه خود مقاومت دارند. از سویی دیگر نگرش های ناکارآمد، در اصل فرضیه ها و باورهای ناکارآمد فرد هستند که معمولاً حیطه هایی چون ارزیابی، کمالگرایی و تأیید بین فردی را شامل می شوند [۳۳] که لازم است برای هر فرد از طریق درمان فردی چنین نگرشهایی را اصلاح کرد. لذا دلیل قابل بیان برای عدم اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرشهای ناکارآمد در پژوهش حاضر این است که درمان مذکور به صورت گروهی ارائه شد و شاید اگر این درمان به صورت فردی برای هر آزمودنی انجام می شد، نتیجه دیگری به دست می آمد.

مانند هر پژوهشی، پژوهش حاضر نیز محدودیت های خاص خود را دارد. از جمله اینکه پژوهش حاضر صرفاً بر روی مراجعین مراکز مشاوره، یعنی افرادی که در جهت حل مشکل خود گامی برداشته اند، انجام گرفت و احتمال دارد که نتایج به دست آمده ناشی از سایر اقدامات مراکز مشاوره باشد که از کنترل محقق خارج بود.

نتیجه گیری

نتایج به دست آمده نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش اختلافات زناشویی و افزایش سازگاری زوجین دانشجو موثر است. بنابراین می توان از این شیوه آموزشی که برگرفته از نظریه های روانشناسی جدید است و درباره آن پژوهش های اندکی انجام شده به عنوان یک شیوه کارآمد و کاربردی در آموزش دانشجویان متاهل جوانی که دارای اختلافات زناشویی هستند در مراکز

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد زرند است، از تمامی شرکت کنندگان در این طرح و همچنین اساتید محترم که صورانه در این پژوهش یاری رساندند سپاسگزاری می شود.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی در این مطالعه وجود ندارد.

مشاوره بهره برد. در پایان با توجه به نتایج حاصل شده به پژوهشگران دیگر پیشنهاد می شود. در پژوهش های آینده، زوج های مراجعه کننده به دادگاه های خانواده و کلا زوج هایی که به مراکز مشاوره مراجعه نکرده اند انتخاب شوند و جهت بررسی ماندگاری اثر مداخله، پیگیری هم صورت گیرد. همچنین به موازات درمان گروهی نگرش های ناکارآمد، درمان انفرادی نیز انجام شده و نتایج مقایسه گردد.

References

1. Ghanbari B, salehzadeh M. Comparison of student's satisfaction of marital life between those who had student marriages and those who didn't. *Educational Psychology*. 2007; 3(8): 99-113. [Persian]
2. Shakerian A, Nazari AM, Ebrahimi P, Fatemi A, Danai S. The effects of similarity and contradiction personality traits on marital adjustment. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 6(3) 245-251. [Persian]
3. Rabani M. Comparative study of the relationship between identity status and marital satisfaction of student and non-student couples [Thesis]. Tehran Iran: AllamehTabatabaei University. 2015. [Persian]
4. Fathi-Ashtiani A, Ahmadi A. The study of successful and unsuccessful marriages among students. *Daneshvar Raftar*. 2004; 11(7), 9-16. [Persian]
5. Pruchno R, Wilson-Genderson M, Cartwright, FP. Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease: a longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology*. 2009; 23(4), 573-584. <https://doi.org/10.1037/a0015878>
6. Ahmadi N. Effectiveness of cognitive – behavior couple therapy (CBCT) on improvement of emotion cognitive regulation, cognitive restructure of schemas and decrees of couples conflicts. [Thesis]. Mashhad Iran: Ferdowsi University. 2013. [Persian]
7. Shafaiimoghaddam E, Niazi M, Shaterian M. The effects of socio-cultural and economic factors on negative attitudes towards marriage; a case study of Kashan citizens. *Sociological Cultural Studies*. 2015; 6(2): 67-91. [Persian]
8. Mohammadi E, Keshavarzi Arshadi F, Farzad V, Salehi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital satisfaction on depressive women with marital conflicts. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017; 17(2): 26-35. [Persian]
9. Peterson B, Eifert G, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*. 2009; 16, 430-442. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009>
10. Arjmand Ghujur K, Mahmoud Aliloo M, Khanjani Z, Bakhshpour A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in relapse prevention in methamphetamine addict patients. *Yafte*. 2019; 21 (1): 38-51. [Persian]
11. Morshedi M, Davarniya R, Zaharakar K, Mahmudi M, Shakarami M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing couple burnout of couples. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016; 10 (4): 76-87. [Persian]
12. Amani A, Isanejad O, Alipour E. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on marital distress, marital conflict and optimism in married women visited the counseling center of Imam Khomeini Relief Foundation in Kermanshah. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2018; 5 (1): 42-64. [Persian] <https://doi.org/10.29252/shenakht.5.1.42>
13. Ghalian Nozari F, Hassanzadeh R, Gholamnejad S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on ineffective sexual attitudes and sexual function in pregnant women. *Medical journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2020; 62(5.1): 624-631. [Persian]
14. Rahmanian M, Dehestani M, Alavi Barogh S. Effectiveness acceptance and commitment therapy on irrational beliefs and bias toward incentives with negative emotions in adolescent girls. *Social Cognition*. 2018; 7(1): 91-104. [Persian]
15. Hayes, S. C., & Strosal, K. D. A practical guide to acceptance and commitment. New York:

- Springer Science and Business Media Inc. 2010.
16. Harris R. Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*. 2006; 21(4): 2-8.
 17. Khanjani-Veshki S, Shafiabady A, Farzad V, Fatehizade M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy on the marital quality of conflicting couples in Isfahan, Iran. *J Res Behav Sci*. 2016; 14(4): 464-71. [Persian]
 1. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*. 1976; 38(1): 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
 18. Yarmohammadian A, Bonakdarehashemi N, Asgari K. The effect of emotional intelligence and life skills training on marital adjustment of young couples. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2010; 12(2): 3-12. [Persian]
 19. Mollazade J. The relationship between marital adjustment and personality factors and coping style in martyr's children [Thesis]. Tehran Iran: Tarbiat Modares University. 2002. [Persian]
 20. Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation. ERIC: ED167619. 1978; 33.
 21. Kaviani H., Rahimi M., Rahimi-Darabad P, Kamyar K, Naghavi, HR. How autobiographical memory deficits affect problem-solving in depressed patients. *Acta Medica Iranica*. 2003; 41, 194-198. [Persian]
 22. Gharraee B. Review some of the cognitive patterns in patients with depression and anxiety. Master Thesis Psychology. Tehran Psychiatric Institute. 1993. [Persian]
 23. Yazdandoost R, Rezvantalab H, Payrovi H. Investigation of dysfunctional attitudes, depression and severity of coronary heart disease in patients admitted at C.C.U. *Psychiatry and Clinical Psychology*. 2001; 6(4): 38-45. [Persian]
 24. Imani S, Zakeri M. Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy (ACT) in self-differentiation and marital adjustment of women with marital conflict on the eve of divorce, 2nd National Congress of the Third Wave of Behavioral Therapies, Kashan, Kashan University of Medical Sciences. 2019. [Persian]
 25. Javaheri M H, Shoghi B, Babakhanlou A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual self-esteem and marital commitment in couples with turbulent relationships. *Journal of Psychology New Ideas*. 2018; 2(6):1-10. [Persian]
 26. Samadi H, Doostkam M. Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital compatibility in infertile women. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2017; 12(43): 67-76. [Persian]
 27. Alirezaei A. The study and investigation of the effectiveness of acceptance and commitment couple therapy (ACCT) on marital satisfaction, marital function and obsessive symptoms in couples with obsessive compulsive disorder (OCD) [Thesis]. NajafAbad Iran: Azad University. 2015. [Persian]
 28. Alamdari A. Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital satisfaction and quality of life of infertile couples [Thesis]. Ardebil Iran: Mohaghegh Ardebili University. 2013. [Persian]
 29. Lashani L. Examine the effectiveness of interventions based on acceptance and commitment (ACT) with mindfulness on marital satisfaction in spouses of veterans with spinal cord injuries [Thesis]. Tehran Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2013. [Persian]
 30. Arabnejad S, Birashk B, AbolmaaliAlhosseini KH. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing marital intimacy and decreasing marital conflicts between the couples of Tehran. *Social Issues & Humanities*. 2014; 2(8), 89-93. [Persian]
 31. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012; 40(7): 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
 32. Omidi A, Mohammadi A, Zargar F, Akkasheh G. Comparing the efficacy of combined mindfulness based cognitive therapy with cognitive behavioral therapy and traditional cognitive behavior therapy in reducing dysfunctional attitudes of patients with major depressive disorder. *J Birjand Univ Med Sci*. 2014; 20(4): 383-392. [Persian]