

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با درمان شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس در سال ۱۳۹۵

سیمین قاسمی^۱، آرمان عزیزی^{۲*}، نوشین اسماعیلی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۳/۳۱

خلاصه

مقدمه: با توجه به نتایج تحقیقات پیشین مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر وسواس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی- رفتاری بر رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل ۲۰ تا ۵۰ ساله با اختلال وسواس بود که در سال ۱۳۹۵ به مراکز مشاوره شهر سمنان مراجعه کرده بودند. ۴۵ زن مبتلا به اختلال به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل، جایگزین شدند و هر گروه آزمایش ۹ جلسه دو ساعته درمان دریافت کردند. ابزار پژوهش پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه رضایتمندی زوجی Enrich (۱۹۸۹) بود که در گروه‌های آزمایش و کنترل در ابتدا و انتهای تحقیق اجرا شد. داده‌ها توسط تحلیل کواریانس، آزمون لوین و آزمون تعقیبی Lsd تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). همچنین مقایسه گروه‌های درمانی حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایتمندی زناشویی نسبت به درمان شناختی- رفتاری، مؤثرتر است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس مؤثرتر از درمان شناختی- رفتاری عمل می‌کند. در نتیجه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای افزایش رضایتمندی زنان مبتلا به اختلال وسواس توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری، رضایتمندی زناشویی، زنان

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: armanazizi2020@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۸۸۷۰۴۱۸۰

۳- کارشناس ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

مقدمه

رضایت زناشویی عبارت است از برآورده شدن نیازها، اهداف و انتظارات دوطرفه زوجین در زندگی مشترک [۱]. Kaslow و Robinson در پژوهش خود نشان دادند متغیرهای زیادی مانند عشق، تعهد، اعتماد متقابل، احترام، حمایت، وفاداری، علایق مشترک، صمیمیت، نگران یکدیگر بودن و تبادل متقابل احساسات، افکار و تجربیات با رضایت از زندگی زناشویی رابطه دارند [۲]. نتایج تحقیقات نشان داده است که بین رضایتمندی زناشویی و وسواس رابطه معنی دار منفی وجود دارد. بدین معنا که با کاهش وسواس، رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی افزایش می‌یابد [۳]. وسواس، با وسواس فکری یا عملی یا هر دو مشخص می‌شود. وسواس‌های فکری شامل افکار، تمایلات یا تصورات مکرر و پایداری هستند که به شکل مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند حال آنکه وسواس‌های عملی، رفتارهای تکراری یا فعالیت‌های ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند باید آنها را در پاسخ به یک وسواس فکری یا بر طبق قوانینی که باید به دقت اجرا شوند، انجام دهد [۴]. جهت درمان اختلال وسواس روش‌های گوناگونی به کار می‌روند که دو مورد از آنها عبارتند از درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. در رویکرد شناختی- رفتاری برای درمان اختلال وسواس از مواجهه‌سازی، جلوگیری از پاسخ و درمان شناختی استفاده می‌شود. در مواجهه‌سازی ابتدا عادت‌ها و رفتارهای وسواسی که ممکن است توسط بیمار برای کاهش اضطراب یا اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌انگیز استفاده شوند، مشخص می‌گردد و سپس بیمار تشویق می‌شود که از هر نوع تشریفات وسواسی و اجتناب خودداری کند. در درمان شناختی به بیمار کمک می‌شود تا بتواند شناخت‌های برانگیزنده اضطراب را شناسایی و آنها را دوباره بازسازی کند [۵]. نتایج تحقیقات نشان داده است که این روش درمان بر کاهش چشمگیر علائم وسواسی- اجباری در بیماران مؤثر بوده است [۶-۸].

در رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش، اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی او حاصل می‌شود که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود. بدین ترتیب که افراد سعی می‌کنند از مواجهه با بسیاری از

هیجانان، احساسات یا افکار آزاردهنده اجتناب کنند یا آنها را تغییر دهند در حالی که این تلاش‌ها بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانان و افکاری می‌شود که فرد سعی داشته از آنها اجتناب کند [۹]. در این رویکرد هدف، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق ۶ فرایند پذیرش (Acceptance)، گسلس (Diffusion)، خود به عنوان زمینه (Self as e context)، ارتباط با زمان حال (Contact with present moment)، ارزش‌ها (Values) و عمل متعهدانه (Committed action) به ارزش‌ها است [۱۰]. نتایج تحقیقات نشان داده است که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی، هیجانی و رضایت زناشویی [۱۱]، پذیرش درد و اضطراب [۱۲]، کاهش علائم وسواس فکری عملی [۱۳]، بالا بردن کیفیت زندگی مبتلایان به دردهای مزمن و کاهش افسردگی، اضطراب و درد آنها [۱۴]، افزایش سازگاری، بخشش و رضایت زناشویی [۱۵]، مؤثر بوده است.

با در نظر گرفتن تأثیر منفی اختلال وسواس در روابط اجتماعی، خانوادگی و زناشویی [۴-۳] و آسیب‌هایی که می‌تواند به تبع آن جامعه را تحت تأثیر قرار دهد، لزوم انجام تحقیقات گسترده در جهت کاهش تبعات این اختلال در زندگی فردی و زناشویی افراد مشخص می‌شود. در تحقیقات گذشته اثربخشی هر یک از رویکردهای شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسواس و رضایتمندی زناشویی به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است [۶، ۱۱، ۱۳، ۱۵] اما تا به حال اثربخشی هر یک از روش‌های درمانی ذکر شده بر رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس مورد مطالعه قرار نگرفته و کارآیی آنها در این زمینه مقایسه نشده است، بدین سبب در تحقیق حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی- بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش کاربردی از نوع شبه تجربی، پیش-آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری

پژوهش حاضر عبارت بودند از کلیه زنان متأهل ۲۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به وسواس فکری عملی که در سال ۱۳۹۵ به مراکز مشاوره شهر سنندج مراجعه کرده بودند. انتخاب نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس بود. از بین ۳ مرکز مشاوره شهر سنندج که حاضر به همکاری با محقق بودند، یک مرکز به صورت تصادفی از طریق قرعه‌کشی انتخاب شد و پس از اعلام فراخوان، از بین کسانی که مایل به شرکت در طرح بودند و طی مصاحبه روانپزشکی تشخیص اختلال وسواس فکری و عملی را بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* دریافت کرده بودند، ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل، جایگزین شدند. با توجه به اینکه در تحقیق‌های آزمایشی باید حجم هر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد [۱۶] و در این طرح دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل وجود داشت، ۴۵ نفر برای شرکت در طرح انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی بر حسب *DSM-V* [۴] و توسط روانپزشک، محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی در ۶ ماه گذشته، تشخیص وجود اختلالات شخصیتی و اختلالات خلقی توسط روانپزشک و سوءمصرف مواد یا الکل.

جهت جلب رضایت شرکت در تحقیق، جلسه توجیهی با حضور نمونه‌ها تشکیل گردید و پس از توضیح در مورد تحقیق و جلب رضایت شرکت‌کنندگان، پیش‌آزمون اجرا شد. در همین جلسه محققان متعهد شدند پس از پایان تحقیق، گروه کنترل نیز درمان مؤثرتر را دریافت کنند.

ابزار مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه دموگرافیک جهت بررسی سن، تحصیلات و تعداد فرزندان شرکت‌کنندگان و مقیاس رضایتمندی زوجی *Enrich* بود. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۳۵ سؤالی است که دارای ۴ خرده‌مقیاس: تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض است. خرده‌مقیاس تحریف آرمانی دارای ۵ سؤال و سه خرده

مقیاس حل تعارض، رضایت و ارتباطات دارای ۱۰ سؤال هستند. نمره بالا در خرده‌مقیاس تحریف آرمانی نشان‌دهنده تفکر غیر واقع‌بینانه درباره رابطه زناشویی است. نمره بالا در خرده‌مقیاس رضایت زناشویی، نشان‌دهنده رضایت بالا و نمره بالا در خرده‌مقیاس ارتباطات نشان‌دهنده آگاهی و رضایت زوجین از سطح و نوع روابطشان و نمره بالا در خرده‌مقیاس تعارض نشان‌دهنده نگرش‌های واقع‌بینانه درباره تعارضات بین زوجین است. *Fowers* و *Olson* در تحقیق ملی با ۵۰۳۹ زوج نشان دادند با استفاده از این پرسشنامه با دقت ۹۵-۸۵ درصد می‌توان بین زوجین خرسند و ناخرسند تمایز قائل شد [۱۷]. پرسشنامه، طبق طیف لیکرت پنج نمره‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب که برای هر یک از سؤالات پرسشنامه پنج گزینه "کاملاً موافقم"، "موافقم"، "نه موافقم" و "مخالف"، "مخالفم" و "کاملاً مخالفم" وجود دارد که برای آنها نمره‌ای از ۱ تا ۵ در نظر گرفته می‌شود. *Olson* و *Olson* ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه را که عبارتند از رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض، تحریف آرمانی، به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند [۱۸]. ضریب آلفای پرسشنامه در پژوهش *Asudeh* به ترتیب برابر با ۰/۶۸ (با حذف سؤال ۲۴ آلفا ۰/۷۸ می‌شود)، ۰/۷۸، ۰/۶۲ و ۰/۷۷ به دست آمده است [۱۹].

در ابتدای طرح تحقیق در هر سه گروه، مقیاس رضایتمندی زوجی *Enrich* اجرا شد. سپس گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری طی ۹ جلسه ۲ ساعته توسط دانشجوی دکتری مشاوره که قبلاً کارگاه‌های درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را گذرانده بود و گواهینامه لازم را دریافت کرده بود، تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل در این مرحله درمانی دریافت نکردند. در انتهای تحقیق نیز در هر سه گروه مقیاس رضایتمندی زوجی *Enrich* اجرا شد و داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار *SPSS* نسخه ۲۰ و روش تحلیل کواریانس، آزمون لوین، آزمون تعقیبی *Lsd* و آزمون کولموگراف-اسمیرنوف مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برنامه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای راهنمای درمانی

Harris [۲۰] و در جدول ۱ و برنامه جلسات درمان شناختی - Foa و Frankl [۲۱] و Clark [۲۲] تدوین شد و در جدول ۲ رفتاری با توجه به منابع مربوط به این رویکرد درمانی، شامل

جدول ۱- شرح جلسات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	هدف	خلاصه جلسه
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش‌آزمون. تکلیف: مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمانجویان
دوم	آشنایی اعضا با اختلال وسواس فکری و عملی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمانجویان، ارائه توضیحاتی درباره اختلال وسواس، نشانه‌ها و پیامدهای آن. تکلیف: مشخص کردن تأثیرات وسواس در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی خود توسط درمانجویان
سوم	بررسی راهبردهای کنترلی ناکارآمد و ایجاد درماندگی خلاق	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیرات وسواس در زندگی درمانجویان، بررسی راهبردهای کنترلی که افراد برای مقابله با وسواس بکار برده‌اند و بررسی کارآمدی و ناکارآمدی این راهبردها، کمک به درمانجویان در جهت پی بردن به بیهودگی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره شخص در چاه. تکلیف: مشخص کردن راهبردهای کنترلی و نقش آنها در علائم وسواس و بررسی تأثیر آنها در زندگی فردی و خانوادگی
چهارم	آموزش ذهن‌آگاهی و پذیرش	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره بیهودگی راهبردهای کنترلی، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، معرفی ذهن‌آگاهی و پذیرش، آموزش گام‌های پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات. تکلیف: اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آنها در زندگی فردی و خانوادگی
پنجم	آموزش گسلش شناختی (فاصله گرفتن از افکار و مشاهده آنها بدون قضاوت)	توضیح آمیختگی شناختی و بیان ارتباط مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتار قابل مشاهده، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده‌گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار. تکلیف: تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن بر علائم وسواس و زندگی فردی و خانوادگی
ششم	آشنایی با خود به عنوان زمینه	بررسی تکالیف جلسه قبل و بررسی تأثیر تمرین گسلش شناختی در زندگی درمان‌جویان، توضیح مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده‌گر با استفاده از استعاره صفحه شطرنج. تکلیف: تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند و بررسی تأثیر آن بر علائم وسواس و زندگی فردی و خانوادگی
هفتم	تصريح ارزش‌ها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مشاهده‌گری افکار در زندگی درمانجویان، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر. تکلیف: مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آنها در ده حیطه خانواده، ازدواج، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت، زندگی اجتماعی، محیط زیست و طبیعت و سلامتی
هشتم	ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزش‌ها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد ارزش‌ها و موانع عمل بر طبق آنها، ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش‌ها و گذر از موانع با استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس. تکلیف: شناسایی و اجرای طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و بررسی تأثیر آن بر علائم وسواس و زندگی فردی و خانوادگی
نهم	جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پیامدهای عمل بر اساس ارزش‌ها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آنها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی

جدول ۲- شرح جلسات درمانی شناختی - رفتاری

جلسه	هدف	خلاصه جلسه
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش‌آزمون. تکلیف: مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمانجویان
دوم	آشنایی با اختلال وسواس	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمانجویان از شرکت در طرح پژوهشی، آشنایی اعضا با اختلال وسواس فکری و عملی، علائم و اثرات آن بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد. تکلیف: شناسایی آثار وسواس در زندگی فردی، اجتماعی و خانوادگی
سوم	شناسایی و تغییر تعریف‌های شناختی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره آثار وسواس در زندگی فردی و خانوادگی و ارتباط با همسر، آشنایی اعضا با رابطه بین فکر، احساس و رفتار و آشنایی با افکار خودآیند، تعریفات شناختی و به چالش کشیدن تعریف‌های شناختی. تکلیف: یادداشت روزانه رویدادها، افکار و احساسات متعاقب آنها و

شناسایی تعریف‌های شناختی		
بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تعریف‌های شناختی شناسایی شده و تأثیر آنها در افکار، احساسات و رفتار درمانجویان، آشنایی با شیوه‌های به چالش کشیدن و مبارزه با تعریف‌های شناختی تکلیف: شناسایی و به چالش کشیدن چند نمونه از تعریف‌های شناختی که باعث تشریفات وسواسی می‌شود و بررسی تأثیر آن در زندگی فردی و خانوادگی	مبارزه با تعریف‌های شناختی	چهارم و پنجم
بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تأثیر به چالش کشیدن تعریف‌های شناختی و آثار و نتایج آن در زندگی فردی و خانوادگی. معرفی مواجهه و پیشگیری از رفتارها و افکار وسواسی و آیینی. تکلیف: انجام تمرینات مواجهه و یادداشت آثار آن بر علائم وسواس و زندگی فردی و خانوادگی	آشنایی با مواجهه	ششم و هفتم
بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مواجهه در زندگی فردی و خانوادگی درمانجویان، بررسی تغییرات سازه‌ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته سازی موفقیت‌های درمانجویان، بحث و بررسی عوامل مؤثر در بازگشت بیماری و راهبردهای پیشگیری از بازگشت بیماری و تثبیت تغییرات ایجاد شده	بررسی تغییرات سازنده و تثبیت و تحکیم آنها	هشتم
ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت‌های آموزش داده شده، بحث درباره نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پس‌آزمون و جلسات درمانی	جمع بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	نهم

یافته‌ها

نمونه در هر سه گروه درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی

بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل با یکدیگر مقایسه شده‌اند.

در جدول ۳ سن، میزان تحصیلات و تعداد فرزندان افراد

جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های آزمایشی شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر)

گروه	سن انحراف معیار ± میانگین	سنوات تحصیلی انحراف معیار ± میانگین	تعداد فرزندان انحراف معیار ± میانگین	P
مبتنی بر تعهد و پذیرش	۳۰/۴۱±۴/۱۳	۱۲/۶۰±۰/۷۵	۱±۰/۰۰	۰/۹۶
شناختی-رفتاری	۳۰/۲۳±۳/۶۰	۱۳/۰۰±۰/۶۴	۱/۳۲±۰/۵۷	۰/۸۸
کنترل	۳۰/۵۲±۵/۱۴	۱۲/۴۰±۰/۸۸	۱±۰/۰۰	۰/۶۹

آمار توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی $p \leq 0/05$ اختلاف معنی دار

همان‌طور که در جدول ۴ قابل مشاهده است میانگین دو گروه

مرحله پیش‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرده است.

آزمایشی نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار سه گروه درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	متغیر	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	P	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	P
شناختی رفتاری		۶۳/۴۰±۶/۲۶	۰/۱۱	۹۲/۰۰±۷/۱۳	۰/۰۳
مبتنی بر تعهد و پذیرش	رضایت زناشویی	۶۰/۴۵±۵/۵۳	۰/۱۴	۱۰۱/۱۱±۶/۳۵	۰/۰۰۱
کنترل		۶۴/۵۰±۷/۱۱	۰/۹۴	۶۴/۹۰±۴/۹۶	۰/۹۴

آمار توصیفی رضایت زناشویی در سه گروه $p \leq 0/05$ اختلاف معنی دار

آزمایش و گواه است، در هیچ‌یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). با توجه به این نتیجه، پیش‌فرض برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به اینکه مهم‌ترین پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است نتایج این آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

آزمون کولموگراف - اسمیرنوف نشان داد خرده مقیاس متغیر رضایت زناشویی در هیچ کدام از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیر طبیعی است. مقادیر آماره F که نشان‌دهنده مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های

گروه‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$)

همان‌گونه که در جدول ۵ نمایان است سه گروه در مرحله پیش‌آزمون با همدیگر تفاوت معنی‌دار ندارند. همچنین با توجه به کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون، تفاوت میان

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس برای آزمون اثرات بین گروهی در مقیاس کلی رضایت زناشویی

منبع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱	۲/۵۷۴	۰/۱۰۵	۰/۷۴۸	۰/۰۰۳	۰/۰۶۲
گروه	۲	۶۳۷۵/۲۷	۲۵۹/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۹۲۷	۱/۰۰۰
خطا	۴۱	۲۴/۵۷۸				
کل	۴۵					

شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تفاوت وجود داد و هم بین روش‌های درمانی با گروه کنترل این تفاوت قابل مشاهده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد با وجود اینکه هر دو روش تأثیر مطلوبی بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به وسواس داشته‌اند اما روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴۲/۱۷-) نسبت به روش درمانی شناختی - رفتاری (۳۰/۸۵-) تأثیر بیشتری داشته است.

به منظور بررسی این نکته که آیا رویکردها بر رضایت زناشویی تأثیرگذار بوده‌اند و اینکه کدام یک از دو روش بر رضایت زناشویی تأثیر بیشتری داشته است از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

همان‌گونه که از نتایج جدول ۶ مشخص است، بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. یعنی هم بین دو روش

جدول ۶- آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر رضایت زناشویی در سه گروه درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و کنترل

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین‌های I-J	انحراف استاندارد	Sig.
مبتنی بر تعهد و پذیرش	شناختی-رفتاری	۱۱/۳۱	۱/۸۹	<۰/۰۰۱
	کنترل	۴۲/۱۷	۱/۹۵	<۰/۰۰۱
شناختی-رفتاری	مبتنی بر تعهد و پذیرش	-۱۱/۳۱	۱/۸۹	<۰/۰۰۱
	کنترل	۳۰/۸۵	۱/۸۱	<۰/۰۰۱
کنترل	مبتنی بر تعهد و پذیرش	-۴۲/۱۷	۱/۹۵	<۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری	-۳۰/۸۵	۱/۸۱	<۰/۰۰۱

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به وسواس انجام شد. در پایان تحقیق هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل رضایت زناشویی بیشتری را گزارش کرده بودند. بدین معنا که رویکردهای شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس مؤثر بودند. مقایسه نتایج پس‌آزمون دو گروه نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری داشته است. در تبیین نتایج این تحقیق می‌توان گفت وسواس با ایجاد اختلال در کارکردهای اجتماعی و شغلی، صرف وقت

زیاد برای انجام تشریفات وسواسی، دوری از موقعیت‌های محرک وسواس و به تبع آن، اجتناب از ارتباطات اجتماعی و خانوادگی، تحمیل قوانین و ممنوعیت‌های خود بر خانواده و کاهش رضایت جنسی [۴] باعث اختلال در عملکرد خانواده و زوجین می‌شود که کاهش رضایت زناشویی یکی از پیامدهای واضح آن است. در درمان شناختی-رفتاری، آنچه باعث تجربه درماندگی و رفتارهایی نظیر خنثی‌سازی، بازداری فکری، اطمینان‌جویی و اجتناب در بیماران وسواسی می‌شود، تفسیر منفی افکار، تصورات، تکانه‌های مزاحم و شک و تردیدها است [۲۳] در این مدل نیاز به کنترل افکار و بازداری فکری به عنوان عامل کلیدی رشد و پایداری اختلال وسواس مطرح شده است [۲۴]. درمانگر در رویکرد شناختی-رفتاری سعی در اصلاح باورهای تحریفی و رفتارهای خنثی‌سازی همراه با آنها

از طریق تکنیک‌های رفتاری مواجهه‌سازی و جلوگیری از بازگشت دارد [۷]. با توجه به نتایج تحقیقات بسیاری که مؤید اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم وسواس بوده [۲۶-۲۳] و با توجه به رابطه منفی وسواس با رضایت زناشویی [۳] می‌توان گفت درمان وسواس با رویکرد شناختی- رفتاری و کاهش و اصلاح افکار، باورها و رفتارهای وسواسی باعث افزایش رضایتمندی زناشویی می‌شود که این نتیجه‌گیری با یافته‌های تحقیق حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس هماهنگی دارد. نتایج پژوهش Fisher و Wells [۶]، [۷] Turner و Asbahr و همکاران [۸] نیز با نتایج تحقیق حاضر هماهنگی دارد و کارآیی درمان شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی را تأیید می‌کند.

در رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش فرد یاد می‌گیرد به جای تلاش برای کنترل رویدادهای درونی و بیرونی، آنها را بپذیرد و در جهت رسیدن به اهداف و ارزش‌های خود گام بردارد، بدین ترتیب با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی فرد، عملکرد کلی فرد [۱۰] و توانایی او هم در مقابله با تظاهرات وسواس و هم در برخورد با مسائل فردی و خانوادگی بهبود می‌یابد که به صورت غیرمستقیم باعث افزایش رضایتمندی زناشویی می‌شود. نتایج تحقیق Twohig و همکاران [۲۹] و Izadi و همکاران [۳۰] نشان داده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان وسواس مؤثر بوده است. همچنین نتایج تحقیق Narimani و Bakhshayesh [۱۱] نشان داده است درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش پریشانی زوجین، افزایش بهزیستی و رضایتمندی زوجین مؤثر است. نتایج تحقیق Honarparvaran [۱۵] نیز نشان داده این درمان بر افزایش سازگاری زناشویی مؤثر است. نتایج همه تحقیقات ذکر شده با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد.

تفاوت دو رویکرد شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در درمان وسواس این است که درمان شناختی- رفتاری منجر به تغییراتی در شکل یا فراوانی افکار و اعمال وسواسی می‌شود [۲۱] و با تأکید بر مواجهه، موجب کاهش اضطراب و رفتارهای وسواسی می‌شود [۵] در حالی که در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به جای تغییر شناخت‌ها و

چالش با آنها، سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد [۱۰]، یعنی به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی افکار، کارکرد افکار و احساسات تغییر می‌یابد. بدین ترتیب رضایتمندی زناشویی که از درمان شناختی- رفتاری حاصل می‌شود، نتیجه کاهش افکار و اعمال وسواسی و آثار سوء آنها در زندگی زناشویی بوده است، در حالی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فضای شناختی که افکار وسواسی، اضطراب و مانند اینها در آن رخ می‌دهد و پاسخ‌هایی که به این تجارب شناختی داده می‌شود، مورد توجه قرار می‌گیرند [۲۹]. یکی از مواردی که سبب اثربخش‌تر شدن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به سایر رویکردها می‌گردد، آگاهی نسبت به تجارب اجتناب‌شده و پذیرش آن تجارب است که این امر از اصول زیربنایی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش هستند [۱۰]. می‌توان نتیجه گرفت انعطاف‌پذیری روانشناختی که هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است [۳۱] عملکرد فرد در همه شرایط استرس‌زای زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تنها بر افکار و اعمال وسواسی تکیه نمی‌کند. بدین ترتیب می‌توان انتظار داشت رضایتمندی زناشویی نیز تحت تأثیر قرار بگیرد. با توجه به اینکه ارزش‌های خانوادگی، ازدواج و روابط صمیمانه گروهی از ارزش‌هایی هستند که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد توجه قرار می‌گیرند [۳۱] شاید بتوان اثربخشی بیشتر رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایتمندی زناشویی را به شناسایی و پایبندی به عمل بر طبق ارزش‌های خانوادگی، مربوط دانست. نتایج تحقیق Izadi و همکاران [۳۲] نشان داده است درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش علائم وسواس مؤثرتر از درمان شناختی- رفتاری است که با نتایج تحقیق حاضر هماهنگی دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از نمونه در دسترس، حجم کم نمونه و پرسشنامه‌ای بودن اندازه‌گیری‌ها، اشاره کرد. همچنین، با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش حاضر، زنان متأهل ۲۰ تا ۵۰ سال شهر سمنان بودند، نتایج به دست آمده از قابلیت تعمیم کافی برخوردار نیست. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جامعه مردان و در سایر شهرهای کشور انجام شود و شباهت‌ها و تفاوت‌های نتایج

این تحقیقات با نتایج تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گیرد.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهام نویسندگان

در این پژوهش آرمان عزیزی، اجرای مداخله و تجزیه و تحلیل آماری، سیمین قاسمی و نوشین اسماعیلی نگارش مقاله و بسط و تحلیل یافته‌ها را بر عهده داشته‌اند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه بانوانی که در گروه‌های آزمایش و کنترل شرکت کردند و همکارانی که با راهنمایی‌ها و مساعدت‌های خود در اجرای طرح پژوهشی همراه محققان بودند، تشکر و سپاسگزاری نمایند. پژوهش حاضر مصوب شورای پژوهشی دانشگاه کردستان بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد کوشش در جهت درمان

اختلالی مانند وسواس می‌تواند باعث بهبود شرایط زندگی خانوادگی و افزایش میزان رضایت فرد از زندگی زناشویی‌اش شود. بنابراین، جهت بهبود روابط زناشویی افراد باید نه تنها به مشکلات روابط بین فردی بلکه به سلامت روان هر کدام از زوجین نیز توجه شود. با توجه به نتایج تحقیق حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران مبتلا به وسواس توصیه می‌شود. همچنین توصیه می‌شود تحقیقات دیگری جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، در زمینه اختلالات خلقی و اضطرابی و همچنین کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی و شغلی افراد مبتلا به اختلال وسواس انجام شود. برگزاری کارگاه‌های آموزشی در چارچوب درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای درمانگران و برنامه‌های درمانی برای مبتلایان به وسواس در جهت درمان وسواس و افزایش رضایتمندی زناشویی زوجین نیز توصیه می‌شود.

References

1. Akanbi ST. (dissertation). An Investigation of the Factors Determining Marital Satisfaction among Elites in Ogbomoso land. Ibadan: University of Ibadan; 2002: 15- 30.
2. Kaslow F, Robison JA. Long-term satisfying marriages: Perceptions of contributing factors. AJFT 1996;24(2):153-70.
3. Ghafari M, Rezaee A. Examine the relationship between marital satisfaction and quality of life with OCD tendencies and skills married students living Payam Noor University. MSJIAU 2013; 23(2): 140- 7. [Persian]
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5nd ed. Washington DC: Author; 2013: 253-9.
5. Storch EA, Murphy TK, Geffken GR, Mann G, Adkins J, Merlo LJ, et al. Cognitive-behavioral therapy for PANDAS-related obsessive-compulsive disorder: findings from a preliminary waitlist controlled open trial. JAACAP 2006;45(10):1171-8.
6. Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. BRT 2005;43(12):1543-58.
7. Turner CM. Cognitive-behavioural theory and therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Current status and future directions. CPR 2006;26(7):912-38.
8. Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, de Oliveira Latorre MRD, Moreira MN, Lotufo-Neto F. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. JAACAP 2005;44(11):1128-36.
9. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. The psychological record 2004;54(4):553-78.
10. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. 1nd ed. New York: Springer science and business media Inc; 2010: 60- 130.
11. Narimani M, Bakhshayesh R. The effectiveness of acceptance/ commitment training on the psychological well-being, emotional and marital satisfaction in divorce. JCR 2015; 13 (52): 108-23. [Persian]

12. Anvari MH, Ebrahimi A, Taher NH, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. *JIMS* 2014; 32(295): 1-10. [Persian]
13. Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2013;17(3):275-86. [Persian]
14. Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey NJ, Johnson A. The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *CJP* 2010;26(5):393-402.
15. Honarparvaran N. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on forgiveness and marital adjustment among women damaged by marital infidelity. *JWS* 2014; 5, 3(19): 135-50. [Persian]
16. Gall M, Gall J, Borg R. Educational research: An introduction. 8th ed. New York: Pearson Education; 2007: 385-9.
17. Fowers BJ, Olson DH. Enrich marital inventory: A discriminate validity and cross-validity assessment. *JMFT* 1989; 15(1): 65-79.
18. Olson DH, Olson AK. Handbook of Preventative Approaches to Couple Therapy. 1nd ed. New York: Brunner/Mazel; 1999: 196-216.
19. Asudeh MH. (Dissertation). Factors of Successful Marriage from the Perspective of Happy Couples. Tehran: Tehran University; 2010: 80-110.
20. Harris R. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Introductory Workshop Handout. [Cited 2007 Mar 23]. Available from: [http:// www.actmindfully.com.au](http://www.actmindfully.com.au)
21. Foa EB, Franklin ME. Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step- by- Step Treatment Manual. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2001: 209-63.
22. Clark DA. Cognitive Behavior Therapy for OCD. 1nd ed. New York: the Guilford Press; 2004: 88- 170.
23. Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *BRT* 2005;43(12):1559-76.
24. Purdon C. Empirical investigations of thought suppression in OCD. *JBTEP* 2004;35(2):121-36.
25. Babai M. (dissertation). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Base of Neuro Psychologic in Improvement of Obsessive-Compulsive Patients. Tehran: Azahra Islamic University; 2008: 120-45.
26. Mokameli Z, Mortazavi M, Abedi MR. Effectiveness of self-help cognitive-behavioral therapy on the symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Adv Cogn Sci* 2008; 10(1): 29-36. [Persian].
27. Imani M, Alilu MM, Bakhshipur A, Farnam AR, Gholizade H. Comparison of the effectiveness of behavioural- cognitive & behavioural- approaches, exposure and response prevention & medicinal techniques in patients with obsessive- compulsive disorder (OCD). *DMJ* 2009; 16(34): 39-50. [Persian]
28. Akrami N, Kalantari M, Oreyzi H, Abedi M, Maroofi M. Comparison of the effectiveness of behavioural- cognitive & behavioural-metacognitive approaches in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). *JCP* 2010; 2(6): 59-71. [Persian]
29. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy* 2006;37(1):3-13.
30. Izadi R, Asgari K, Neshatdust H, Abedi M. The Effect of acceptance and commitment therapy on the frequency and severity of symptoms of obsessive compulsive disorder. *ZJRMS* 2012;14(10):107-12. [Persian]
31. Forman E.M., Herbert D. New Directions in Cognitive behavior therapy. 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2007: 277- 308.
32. Izadi R, Neshatdust HT, Asgari K, Abedi MR. Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive- compulsive disorder. *JRBS* 2014; 12(1): 19-33. [Persian]

Comparison between the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on Marital Satisfaction in Women with Obsessive- Compulsive Disorder

Ghasemi S¹, Azizi A², Esmaeli N³

1- Ph.D student, Dept of Counseling, Faculty of Education Science and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

2- Ph.D student, Dept of Counseling, Faculty of Education Science and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author).

Email: armanazizi2020@gmail.com, Tel: 9188704180

3- MSc, Dept of Counseling ,Faculty of Education Science and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehrann, Iran

Received: 21 June 2017 Accepted: 11 March 2018

Introduction: Considering the results of previous studies on the effectiveness of acceptance and commitment therapy, this study was aimed to compare the efficacy of this method of treatment with cognitive behavioral therapy on marital satisfaction in women with obsessive- compulsive disorder.

Materials and Methods: This work was a quasi- experimental study with pre – post-test design. All married women aged 20 to 50 years with obsessive- compulsive disorder referred to the counseling centers of Sanandaj City in 2016 were included in the study. Among these patients, 45 women were selected based on available sampling method. They were then randomly subgrouped into three groups of 15; acceptance and commitment therapy group, cognitive behavioral therapy group and control group. The first two groups s received 9 sessions of two-hour treatment. Data were collected using demographic questionnaires and ENRICH couple scale (1989) and the questionnaires were administered twice as pre-and post-test twice for the three groups. The data was then analyzed using Analysis of Covariance, Levine test and LSD follow up test.

Results: The results of the study showed significant differences between the mean scores of the pre-test and post-test of the experimental group ($p < 0.001$). In addition, results of the two experimental groups indicated that the acceptance and commitment therapy had a higher positive significant effect on marital satisfaction compared with the cognitive behavioral therapy ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the results of the present study, the method of commitment and acceptance therapy may have a more efficacy on marital satisfaction and can be suggested for women with obsessive-compulsive disorder is recommended to increase the satisfaction of women with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive-Behavior Therapy, Marital Satisfaction, Women

Please cite this article as follows:

Ghasemi S, Azizi A, Esmaeli N. Comparison between the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on Marital Satisfaction in Women with Obsessive- Compulsive Disorder. *Community Health journal* 2017; 11(2): 58-67.

Funding: Personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: Ethical approval was obtained from Kurdistan University