



مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان خانه‌دار

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۴/۰۲ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۰۱

خلاصه

مقدمه

اجتماعی شدن جنسیتی، زمینه طرد اجتماعی، اختلالات روان‌شناختی، کاهش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی زنان را فراهم می‌کند، لذا واکاوی و درمان این مشکلات در زنان خانه‌دار اهمیت دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان خانه‌دار بود.

روش کار

روش پژوهش نیمه‌تجربی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری، زنان خانه‌دار شهر بهبهان در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۴۵ نفر واجد شرایط انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند و به پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (السون و فاورز، ۱۹۹۳) و پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) پاسخ دادند. گروه گواه در انتظار ماند و گروه درمان راه‌حل‌مدار طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله‌ها را دریافت نمودند؛ در پایان، مجدداً آزمودنی‌های سه گروه، توسط پرسشنامه‌ها ارزیابی شدند. داده‌ها توسط تحلیل کوواریانس و در نظر گرفتن سطح معناداری $p \leq 0.05$ در نرم‌افزار SPSS24 تحلیل شدند.

نتایج

نتایج نشان داد درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان خانه‌دار تأثیر معناداری دارند ($p < 0.001$). مقایسه اثربخشی این روش‌ها نشان داد درمان راه‌حل‌مدار در افزایش رضایت زناشویی موثرتر است ($p < 0.001$)، بین این روش‌ها در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوتی مشاهده نشد ($p > 0.05$).

نتیجه‌گیری

علاوه‌براینکه از این شیوه‌های درمانی می‌توان به‌عنوان درمان‌های مؤثر برای بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رضایت زناشویی زنان خانه‌دار استفاده کرد؛ تقدم استفاده در درمان مشکلات زناشویی با درمان راه‌حل‌مدار است.

کلمات کلیدی

درمان راه‌حل‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت زناشویی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، زنان خانه‌دار

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سیده فرخنده تقوی^۱

مریم غلامزاده‌جفهره^{۲*}

مسعود شهبازی^۳

^۱ گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۲ گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

^۳ گروه مشاوره، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران.

Email: Gholamzadeh.m723@Gmail.Com

مقدمه

زنان در عرصه‌های خانواده و جامعه با تنگناهایی مواجه هستند که به علت نابرابری‌های جنسیتی انتخاب‌های زنان را محدود کرده و اجازه انتخاب را از آنان می‌گیرد. برنامه‌های زندگی زنان در محیط‌های مختلف از خانواده گرفته تا اجتماع‌های بزرگ‌تر نیازمند انطباق و هماهنگی همیشگی با برنامه‌های مردان و نیازمندی‌های فرزندان است (۱). زنان برای معنا بخشیدن، تعریف و بازاندیشی هویت خود، منابع لازم را در اختیار ندارند و عمدتاً منابع هویتی آنان تحت تأثیر جنسیت یا جایگاه اجتماعی- اقتصادی همسرشان قرار دارد و هویت آنان همواره با خاستگاه‌هایی مرتبط است که هژمونی مردانه به آن جهت بخشیده است. این مسأله میدان تعاملاتی زنان را محدود کرده و محصور شدن زنان را در چارچوب نقش‌های متعارف محول زنانه موجب شده است (۲). بررسی‌ها مشخص نموده‌اند که افراد شاغل و به ویژه زنان شاغل، در مقایسه با زنان خانه‌دار و غیرشاغل، سلامت روان‌شناختی بالاتری دارند و کار با حقوق از سلامتی حمایت می‌کند (۳). آن‌کلی در آثار «زن خانه‌دار» و «جامعه‌شناسی خانه‌داری؟»، خانه‌داری را به عنوان مسأله‌ای مهم و به عنوان «کار» نادیده گرفته شده مطرح می‌کند (۴).

با توجه به شرایط زمینه‌ای، اجتماعی شدن جنسیتی می‌تواند زمینه طرد اجتماعی، اختلالات روان‌شناختی، کاهش کیفیت زندگی و رضایت جنسی و زناشویی زنان را مهیا کند و مسأله اصلی واکاوی و درمان این مشکلات در ارتباط با «زنان خانه‌دار» است. رضایت زناشویی سطح علاقه همسران به همدیگر و نگرش مثبت آن‌ها نسبت به ازدواج را نشان می‌دهد که وابسته به عوامل مختلفی نظیر اختلالات شخصیتی زوجین، رابطه جنسی، حل تعارضات، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، جنسیت، فرزندان، رابطه با دوستان و خویشاوندان است (۵). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که در مقایسه با مردان، اشتغال زنان تأثیر مثبت بیشتری بر رضایت زناشویی آنان دارد (۶). برخی تحقیقات نیز رضایت زناشویی زنان شاغل را بیشتر از زنان خانه‌دار گزارش کرده‌اند (۷).

علاوه بر رضایت زناشویی، یکی دیگر از خصوصیات روان‌شناختی مرتبط با زنان خانه‌دار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آنان است (۸). در نظریه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سلامت روان‌شناختی به عنوان پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی و تعهد در به ثمر رساندن فعالیت‌هایی ارزشمندی که باثبات نیز هستند، تعریف شده است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند باورها و رفتار فرد نسبت به تغییرات محیطی را سازگار سازد (۹). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با سلامت روان‌شناختی و آسیب‌پذیری روانی در طیف گسترده‌ای از ناراحتی نظیر افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی، مرتبط است (۱۰).

روش‌های درمانی مختلفی جهت ارتقاء کیفیت زندگی، سلامت روان‌شناختی و رضایتمندی زناشویی گروه‌های مختلف زنان به کار رفته است؛ از جمله‌ای این مداخلات درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را می‌توان نام برد. در درمان راه‌حل‌مدار افراد، سالم و باکفایت فرض می‌شوند، آنان توانایی طراحی راه‌حل‌هایی جهت بهبود بخشیدن به زندگی‌شان را دارند و فقط در این راه باید کمک‌شان کرد تا از باورهای غیرمنطقی و مشغولیت‌های ذهنی نسبت به شکست‌هایشان رهایی یابند و به توانایی‌های خود جانی دوباره بخشند (۱۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند در بهبود مؤلفه‌های سلامت روان‌شناختی (۱۲) و روابط زناشویی (۱۳، ۱۴) به نتایج مطلوب بیانجامد و حتی در موارد اورژانسی نیز خوب عمل می‌کند. در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که پذیرش بدون قید و شرط باورها، احساسات و هیجان‌ها همان‌گونه که هستند به کاهش آمیختگی‌های شناختی منجر می‌شود، از طرفی پذیرش باورها، احساسات و هیجان‌های که در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیستند، به آنان اجازه می‌دهد تا خزانه رفتاری‌شان را توسعه دهند تا تعهد لازم را برای تغییر جنبه‌های ارزشمند زندگی به دست آورند و در نتیجه کیفیت زندگی‌شان بالا رود (۱۵). پژوهش‌ها نشانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی مؤثر است

نباشد و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل حضور در جلسه‌های مشاوره و روان‌درمانی به‌غیر از مداخله، عدم شرکت منظم در جلسات و عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بودند. از زنان خانه‌دار انتخاب شده ثبت‌نام به‌عمل آمد و اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها ثبت شد و اطلاعاتی در مورد پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول هر جلسه، شیوه اداره جلسه، تصادفی‌سازی، محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از پژوهش به زنان خانه‌دار ارائه و موافقت آن‌ها برای شرکت در پژوهش به‌صورت کتبی اخذ شد و آزمون‌های پژوهش در مرحله پیش‌آزمون اجرا و در قالب یک پرونده، نتایج اولیه هر ۴۵ آزمودنی ثبت شد. در مرحله بعدی گروه گواه در انتظار ماند و افراد گروه آزمایش درمان راه‌حل‌مدار طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و افراد گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت جداگانه مداخله‌های مورد نظر را دریافت نمودند. در پایان مداخله‌های درمانی، مجدداً آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه، توسط پرسشنامه‌های رضایت‌زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

داده‌ها از طریق روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل کوواریانس با در نظر گرفتن سطح معناداری $p \leq 0/05$ در نرم‌افزار SPSS²⁴ تحلیل شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه رضایت‌زناشویی انریچ: این مقیاس را السون و فاووز تهیه کردند که برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پر بار رابطه زناشویی به کار می‌رود. این مقیاس شامل ۴۷ سؤال است که در یک طیف لیکرت از ۱ تا ۵ از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس رضایت‌زناشویی یک اندازه‌گیری کلی از روابط زناشویی شامل تحریف آرمانی، رضایت‌زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباطات، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی مربوط به زن و مرد، جهت‌گیری مذهبی، همبستگی زوج‌ها و تغییرات زناشویی می‌شود. السون و فاووز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (۱۹). پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران را علیدوستی و همکاران بررسی کردند

(۱۶) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بودند (۱۷). از این‌رو، به نظر می‌رسد که این دو روش درمانی با رویکردهای متفاوتی سعی در بهبود سلامت روان‌شناختی، اجتماعی و زناشویی داشته باشند، با این حال تاکنون پژوهشی که به مقایسه اثربخشی این دو روش درمانی بر رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پرداخته باشد، انجام نشده است، لذا بررسی اثربخشی هر یک از این مداخله‌ها در بهبود مسائل روان‌شناختی مربوط به زنان خانه‌دار از جمله رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مقایسه اثربخشی آن‌ها می‌تواند راه‌آورد‌های پژوهشی و درمانی مناسبی به همراه داشته باشد.

روش کار

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روانشناسی شهر بهبهان طی ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۸ تشکیل داد که از این بین به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر بهبهان، زنانی که براساس پرسشنامه رضایت‌زناشویی انریچ، رضایت‌زناشویی پایینی داشتند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایدهی شدند. بدین صورت که قبل از شروع درمان، پژوهشگر به کلینیک‌های تخصصی مشاوره و روان‌شناسی شهر بهبهان مراجعه کرد و مسئولین را در جریان روند پژوهش قرار داد و ضمن توجیه آنان، از مسئولین مراکز خواسته شد که زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده را به پژوهشگر ارجاع دهند. پس از بررسی‌های لازم، حدود ۴۵ زن واجد شرایط شرکت در پژوهش انتخاب و پس از هماهنگی‌های لازم با آنان، تعداد ۱۵ زن خانه‌دار در هر کدام از گروه‌های آزمایش و گواه به صورت تصادفی گمارده شدند. مطالعات آزمایشی و شبه‌آزمایشی به تعداد نمونه کمتری نیاز دارند، زیرا با افزایش کنترل می‌توان حجم نمونه را کم کرد؛ براین‌اساس، برای پژوهش‌های از نوع آزمایشی و علی-مقایسه‌ای، حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود (۱۸). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: صرفاً خانه‌دار باشد و شاغل

و همکاران آزمون-بازآزمون پرسشنامه را ۰/۸۱ و همسانی درونی آن را ۰/۸۴ گزارش کردند (۲۱). این پرسشنامه در ایران توسط ایمانی در سال ۱۳۹۵ ترجمه و اعتبارسنجی شد. پایایی مقیاس ۰/۷۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۶ به دست آمد (۲۲).

۳. درمان راه حل مدار: برای درمان راه حل مدار، از پروتکل درمان کوتاه مدت راه حل مدار که توسط دی شازر و دولان (۲۳) تدوین شده است، استفاده شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

که در پژوهش آنان ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد (۲۰).

۲. پرسشنامه انعطاف پذیری روان شناختی: این پرسشنامه توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ تهیه شد. شامل ده سؤال است که سؤال های ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸ و ۹ نمره گذاری معکوس دارند. پرسشنامه سازهایی را می سنجد که به شکل کلی قادر به توضیح و اندازه گیری نبود تحرک و تنوع، میزان پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف پذیری روان شناختی است. نمرات زیاده تر نشان دهنده انعطاف پذیری روانی بیشتر است. بوند

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان راه حل مدار دی شازر

جلسه	مداخلات
جلسه اول	اجرای پیش آزمون، ایجاد آشنایی، بیان اهداف، روند کار جلسات و قوانین، شنیدن اهداف مراجع
جلسه دوم	بیان اصول مشاوره راه حل مدار، صحبت مراجع در خصوص مشکلات زوجی، تمرکززدایی از موارد منفی و تأکید بر موارد مثبت
جلسه سوم	به کارگیری مقیاس بندی برای ارزیابی میزان تعهد و امیدواری مراجع برای حل مشکل و بحث در خصوص درجه بندی ها، شناسایی مقاومت مراجع با استفاده از سؤالات چگونه، چه موقع، چه چیزی و حل آن
جلسه چهارم	ترغیب مراجع برای بیان مشکلات و راه حل ها در زمینه مسائل مالی، مراقبت از فرزند و ارتباط با خویشاوندان و مورد بحث قرار دادن آن، ترغیب فرد برای صحبت در مورد راه حل ها به جای صحبت در مورد شکل و شناسایی راه حل های مفید، ضعیف و مناسب
جلسه پنجم	پرسیدن سؤالات معجزه آسا و بحث در خصوص پاسخ ها، ترغیب فرد در خصوص حل مشکل و تقویت آن
جلسه ششم	پرسیدن سؤالات معجزه آسا و بحث در خصوص پاسخ ها
جلسه هفتم	استفاده از واژه «به جای» و جایگزین کردن افکار، احساسات و رفتار به جای افکار، احساسات و رفتار مشکل ساز و انجام تکنیک چرخش ۱۸۰ درجه ای، درخواست از مراجع برای بیان حداقل دو ویژگی مثبت همسرشان و تحسین و قدردانی کردن از آن
جلسه هشتم	خلاصه کردن جلسات و درخواست از مراجع برای اظهار نظر در خصوص جلسات درمان، اجرای پس آزمون

پترسون، ایفرت، فین گولد و دیویدسون (۱۶) بسط و توسعه داده شده است استفاده خواهد شد. خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

۴. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش از طرح درمان ۱۲ جلسه ای برای درمان زوج ها که بر اساس کتابچه راهنمای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ایفرت توسط

جدول ۲- خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پترسون و همکاران

جلسه	استراتژی	مداخلات
جلسه اول: ارزیابی و جهت گیری درمان	گرفتن جزئیات از مراجع، معرفی اهداف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	معرفی تمرکز تمرینات
جلسه دوم: ارزیابی های فردی	مصاحبه فردی	جلسه طرح ریزی، یکپارچه سازی ارزیابی فردی و زوجی
جلسه سوم: ارزیابی هزینه های ناامیدی خلاق	بررسی هزینه های تعارض و اجتناب مراجع توسعه ناامیدی خلاق	استفاده از استعاره تله انگشت چینی و تمرین تلاش های رابطه ای بی اثر
جلسه چهارم: تمرکز حواس و پذیرش	معرفی پذیرش و تمرکز حواس	تمرین پذیرش افکار و احساسات
جلسه پنجم: هم جوشی شناختی	تشریح و توضیح رابطه منفی افکار	تمرین راننده اتوبوس افکار
جلسه ششم: مشاهده افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش های خود به تنهایی و	افکار روی برگه تمرین، تمرین پذیرش

واکنش‌های رابطه	خود در ارتباط با همسر	جلسه هفتم: انتخاب جهت ارزش‌ها
تمرین چه چیزی در زندگی / رابطه در حال حاضر می‌خواهم، تمرین نوشتن روی سنگ قبر	کمک به مراجع برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی	
کاربرگ عمل متعهد، بازبینی تمرین راننده اتوبوس	بازبینی کاربرگ ارزش‌ها و بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک به مراجع تا به جای غلبه بر آنها با آنها حرکت کنند.	جلسه هشتم: شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود
کاربرگ عمل متعهد	معرفی تمایل	جلسه نهم: ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار رابطه
کاربرگ اقدام متعهد، استعاره صفحه شطرنج	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ تجربه داشتن به عنوان زمینه رابطه	جلسه دهم: خود به عنوان زمینه در این رابطه
کاربرگ اقدام متعهد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد	جلسه یازدهم: پذیرش و اقدام متعهد
گرفتن کاربرگ اقدام متعهد، تمرینات تمرکز حواس برای تمرین در خانه	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان	جلسه دوازدهم: کار در جهت پایان

نتایج

به ذکر است که قبل از اجرای آزمون تحلیل کواریانس، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش، از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش در جامعه و از آزمون ام. باکس جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس، استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود ($p > 0/05$)، بررسی همگنی شیب خط رگرسیون نیز از معنی‌دار نبودن تعامل شرایط و پیش‌آزمون حمایت نمود ($p > 0/05$)؛ همچنین، از آزمون کرویت بارتلت جهت پیش‌فرض وجود همبستگی متعارف متغیرهای همپراش یا پیش‌آزمون‌ها با یکدیگر استفاده شد که با معنادار شدن شاخص KMO و مقدار مجذور کای محاسبه شده برای آزمون کرویت بارتلت ($p < 0/05$) می‌توان اظهار داشت که بین متغیرهای همپراش هم‌خطی چندگانه وجود ندارد و همبستگی همپراش‌ها با یکدیگر در حد متعارف می‌باشد. بنابراین، داده‌ها پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کواریانس را زیر سوال نبرده‌اند. لذا با توجه به رعایت مفروضه‌ها، می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس استفاده کرد. نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

در هر سه گروه درمان راه‌حل‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه درصد بیشتری از زنان خانه‌دار در دامنه سنی ۴۵-۳۶ سال قرار داشتند، حداقل بین ۷-۵ سال از زمان ازدواج آنان گذشته بود و حداقل ۱ فرزند داشتند. از نظر تحصیلات در گروه درمان راه‌حل‌مدار درصد بیشتری از زنان خانه‌دار دارای تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم بودند، در حالی که در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه درصد بیشتری از زنان خانه‌دار دارای تحصیلات لیسانس بودند. در نهایت، از نظر وضعیت اقتصادی در هر سه گروه درمان راه‌حل‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه وضعیت اقتصادی درصد بیشتری از زنان خانه‌دار در حد متوسط بود. جدول ۳ شاخص‌های توصیفی رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

اطلاعات توصیفی مربوط به نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه به همراه نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۳ آمده است. لازم

جدول ۳- آمار توصیفی نمره‌های رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه به همراه نتایج تحلیل کواریانس

تحلیل کواریانس روی پس‌آزمون متغیرهای گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون	گروه مطالعه					
	گروه گواه	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گروه درمان راه‌حل مدار		مرحله اندازه‌گیری
						ری
	انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
مقدار P	مقدار F					

۰/۰۰۱	۴۴/۹۴	۵/۴۶	۴۴/۱۳	۶/۰۴	۴۲/۵۳	۶/۶۵	۴۰/۵۳	پیش‌آزمونی	انعطاف- پذیری
								ن	روان‌شناختی
		۷/۱۰	۴۲/۳۳	۱۷/۶۳	۶۳/۸۷	۱۱/۵۲	۵۸/۵۳	پس‌آزمونی	رضایت
								ن	زناشویی
۰/۰۰۱	۴۶/۹۶	۱۱/۱۹	۱۲۸	۱۲/۲۳	۱۱۷/۹۳	۹/۶۰	۹۶/۶۰	پیش‌آزمونی	
								ن	
		۱۳/۰۹	۱۲۸/۰۱	۱۳/۵۳	۱۲۸	۱۰/۵۱	۱۱۸/۳۳	پس‌آزمونی	
								ن	

آزمون تعقیبی بانفرونی استفاده شد. جدول ۴ نتایج آزمون بانفرونی را برای مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و گواه را در متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رضایت زناشویی نشان می‌دهد.

همان طوری که در جدول ۲ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون بین گروه‌های درمان راه‌حل‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه از لحاظ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.01$). برای مشخص شدن جزئیات تفاوت‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها از

جدول ۴- نتایج آزمون بانفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	انحراف معیار	p
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	گروه درمان راه‌حل‌مدار	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۳/۷۵	۴/۴۴	۱/۰۰۰
	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه گواه	۱۹/۰۴	۴/۵۳	۰/۰۰۱
رضایت زناشویی	گروه درمان راه‌حل‌مدار	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۶/۹۷	۲/۷۹	۰/۰۰۱
	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه گواه	۲۶/۳۷	۲/۷۳	۰/۰۰۱
	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه گواه	۹/۴۰	۲/۶۰	۰/۰۰۳

و تعهد بوده است. به علاوه، نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، اختلاف میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بین گروه درمان راه‌حل‌مدار و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معنی‌دار نیست ($p > 0.05$)، ولی اختلاف میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بین گروه‌های آزمایشی (گروه درمان راه‌حل‌مدار و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) با گواه معنی‌دار است ($p < 0.01$). هر چند این نتایج نشان می‌دهد که هم درمان راه‌حل‌مدار و هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان خانه‌دار موثر بوده است، اما بین دو روش درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان خانه‌دار تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. به عبارت دیگر، بین دو روش درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در

همانطور نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، اختلاف میانگین نمرات رضایت زناشویی بین گروه‌های آزمایش (گروه درمان راه‌حل‌مدار و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه معنی‌دار است ($p < 0.01$). این نتایج علاوه بر اینکه نشان می‌دهد درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان خانه‌دار موثر بوده است، بیانگر آن است که بین دو روش درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایت زناشویی زنان خانه‌دار تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان راه‌حل‌مدار با توجه به میانگین رضایت زناشویی زنان خانه‌دار این گروه آزمایشی نسبت به میانگین گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش بیشتر رضایت زناشویی زنان خانه‌دار شده است. لذا، درمان راه‌حل‌مدار در افزایش کیفیت زندگی، خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان خانه‌دار موثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش

گفت درمان راه‌حل‌مدار از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجع در فرایند تغییر استفاده می‌کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد می‌کند. درمانگران راه‌حل‌مدار حس خودکفایی و خودمختاری را در مراجعان تقویت می‌کنند. آن‌ها این کار را از طریق توانمندسازی مراجعان در خلق راه‌حل‌ها و ساختار دادن به این راه‌حل‌ها انجام می‌دهند (۱۱). هر چند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به مراجعان کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی خود و نقش آن را در روابط نامناسب با تجارب درونی بفهمند که می‌تواند در تداوم ناراحتی مؤثر باشد. پایش خود می‌تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی اش کمک کند، به خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم و زیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم و درک این مطالب برای تغییر کافی نیست. بنابراین، زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند (۱۵). لذا، در مورد این که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش احساسات و افکار آزاردهنده می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی، خودکارآمدی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رضایت زناشویی نقش داشته باشد، شکی نیست. ولی به نظر می‌رسد تفاوت بین درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انگیزه‌ای است که درمان راه‌حل‌مدار با ایجاد حس خودکفایی و خودمختاری در ارائه راه‌حل‌ها و ساختار دادن به آن‌ها در مراجعان ایجاد می‌کند. در واقع، درمان کوتاه مدت راه‌حل‌محور به جای تمرکز بر مشکلات و بیماری‌ها بر جنبه‌های مثبت و سالم زندگی تأکید می‌کند. بدین صورت که درمان راه‌حل‌محور هر مراجع را به عنوان یک فرد خود رهبر و آماده محسوب می‌کند، فردی که امتیازات درونی و ویژگی‌های منحصر به فردی را دارا است. این تفاوت‌ها باعث می‌شود انگیزه مراجع برای یافتن راه‌حل‌های ویژه افزایش یابد. در نتیجه، درمان راه‌حل‌مدار به زنان خانه‌دار گروه نمونه کمک کرد تا انعطاف‌پذیر باشند و خودکارآمدی آنان را از طریق توانا ساختن آنان برای ساختن منابع روانی و همچنین مقابله مؤثر با تعارض‌های زندگی افزایش داد، این امر باعث شد کیفیت

افزایش انعطاف‌پذیری زنان خانه‌دار تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری روان-شناختی و رضایت زناشویی زنان خانه‌دار بود. یافته‌ها علاوه بر اینکه نشان داد درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی زنان خانه‌دار موثر هستند، بیانگر آن بود که درمان راه‌حل‌مدار در افزایش رضایت زناشویی زنان خانه‌دار موثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. همچنین، یافته‌ها نشان داد که هم درمان راه‌حل‌مدار و هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان خانه‌دار موثر بوده است، اما بین این دو روش درمان در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان خانه‌دار تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. تاکنون پژوهشی که به مقایسه اثربخشی این دو روش درمانی در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رضایت زناشویی زنان خانه‌دار پرداخته باشد، انجام نگرفته است. ولی، به طور کلی نتایج پژوهش حاضر قابل مقایسه با نتایج پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با مقایسه این دو روش درمانی در بهبود عملکردهای روان‌شناختی زنان است. براین اساس، این یافته به طور کلی با نتایج پژوهش یوسفی، کریمی‌پور و عزیزی (۱۳) که نشان دادند اثربخشی رویکرد راه‌حل‌مدار در مقایسه با رویکرد پذیرش و تعهد، در افزایش عملکرد مطلوب خانواده‌های در آستانه طلاق، بیشتر بود، همسو است. همچنین، این یافته در تأیید نتایج بررسی دی‌یونگ و برگ (۱۴) که نشان دادند رویکرد آموزشی راه‌حل‌مدار تأثیر قوی‌تری در عملکرد مثبت خانواده نسبت به رویکرد آموزشی پذیرش و تعهد دارد، است. ولی این یافته به طور کلی با نتایج پژوهش عزیزی و قاسمی (۱۲) که نشان دادند بین درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زنان مطلقه تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، ناهمسو است. در تبیین یافته‌های پژوهش، یعنی اثربخش‌تر بودن درمان راه‌حل‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان

روان‌شناختی و رضایت زناشویی زنان خانه‌دار و مقایسه آن‌ها با روش‌های درمانی در این پژوهش استفاده شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی یافته‌های این پژوهش ضمن تأیید اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود انعطاف-پذیری روان‌شناختی و رضایت زناشویی زنان خانه‌دار، نشان داد که درمان راه‌حل‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایت زناشویی زنان خانه‌دار مؤثرتر است که بیانگر اولویت استفاده از این روش درمانی را در حل مشکلات زناشویی زنان خانه‌دار است. پس، علاوه بر اینکه از این شیوه‌های درمانی می‌تواند به‌عنوان روش درمانی مؤثر برای بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رضایت زناشویی زنان خانه‌دار استفاده کرد؛ تقدم استفاده در درمان مشکلات زناشویی این زنان با درمان راه‌حل‌مدار است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته مشاوره بود که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز انجام شد. در پایان، از تمامی زنان شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولان سازمان بهزیستی و مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر بهبهان که نویسندگان را در اجرای این پژوهش یاری و همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

منابع مالی: تمامی منابع مالی این پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

زندگی‌شان افزایش یابد. همچنین به نظر می‌رسد این درمان با کمک به زنان برای ارائه راه‌حل‌هایی جهت حل مشکلات زناشویی خود باعث شد رضایت بیشتری از زندگی زناشویی خود داشته باشند. همه این موارد می‌تواند دلیلی بر توانمند بیشتر درمان راه‌حل‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رضایت زناشویی زنان خانه‌دار باشد.

یافته‌ها پژوهش حاضر، فقط قابل به تعمیم به زنانی است که ملاک‌های ورود به این پژوهش را دارا بوده‌اند و برای افرادی که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ملاک‌های شمول، متفاوت از آزمودنی‌های پژوهش حاضر هستند، قابلیت تعمیم ندارد. به دلیل محدودیت زمانی، فرصت برگزاری آزمون پیگیری و سنجش ثبات مداخله در فواصل زمانی مختلف فراهم نشد. لذا، پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی برای بررسی پایداری تأثیرات جلسات درمانی آزمون‌های پیگیری به فواصل مختلف برای ارزیابی مجدد اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت پذیرد. در پایان، با توجه به نتایج پژوهش در بعد کاربردی پیشنهاد می‌شود که از درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کار با زنان خانه‌داری که دچار مشکلات سلامتی و زناشویی هستند، استفاده شود. ضمناً، با توجه به اثربخشی بیشتر درمان راه‌حل‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایت زناشویی زنان خانه‌دار، پیشنهاد می‌شود که در درمان مشکلات زناشویی زنان خانه‌دار درمان راه‌حل‌مدار در اولویت باشد؛ چرا که این درمان حتی در موارد اورژانسی نیز خوب عمل می‌کند و دوره درمانی کوتاه‌تری دارد. همچنین، در بعد نظری پیشنهاد می‌شود از سایر شیوه‌های آموزشی-درمانی در بهبود انعطاف‌پذیری

منابع فارسی:

- سروش، مریم و عنایت، حلیمه (۱۳۹۴). زنان، ساختار و عاملیت: آیا زنان میتوانند سبک زندگی خود را انتخاب کنند؟ مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، (۴): ۵۹-۹۰.
- قادرزاده، امید و یوسفوند، حجت اله (۱۳۹۱). سنجش عوامل جامعه‌شناختی مؤثر در مشارکت مدنی زنان. زن در توسعه و سیاست، ۱۰(۴): ۱۰۱-۱۲۶.
- دپاسی، حسین (۱۳۹۳). سنجش و اندازه‌گیری در تربیت بدنی. تهران: انتشارات سمت.

عرب علیدوستی، علیرضا، نخعی، نوذر و خانجانی، نرگس (۱۳۹۴). پایداری وروایی پرسشنامه‌های رضایت زناشویی کانزاس و اینریچ کوتاه شده به زبان فارسی. مجله بهداشت و توسعه، ۴(۲): ۱۵۸-۱۶۷.

ایمانی، مهدی (۱۳۹۵). بررسی ساختار عاملی پرسش نامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانشجویان. مطالعات آموزش و یادگیری، ۸(۱)، ۱۶۲-۱۸۱.

References

۱. Soroush M, Enayat H. Women, structure and agency: Can women choose their lifestyle? *Women's Studies Sociological and Psychological*. 2014;11(4):59-90. [Persian]
۲. Ghaderzadeh O, Yousefvand H. Sociological Factors Effective in Women's Civic Participation. *Women in Development & Politics*. 2013;10(4):101-126. [Persian]
۳. Lindfors P, Berntsson L, Lundberg U. Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and individual differences*. 2006;40(6):1213-22.
۴. Abbott P, Tyler M, Wallace C. *An introduction to sociology: Feminist perspectives*. Routledge; 2006.
۵. Omidi A, Talighi E. The Effectiveness of Marital Therapy based on Acceptance and Commitment on Couples' Marital Satisfaction and Quality of Life. *International Journal of Body, Mind and Culture*. 2017;4(1):46-51.
۶. Badyal P. The relationship between five demographic variables and marital satisfaction of men and women in dual-earner marriages (Doctoral dissertation, Theses (Faculty of Education)/Simon Fraser University).
۷. Cilli AS, Kaya N, Bodur S, Ozkan I, Kueur R. A comparative analysis of the psychological symptoms observed in the working women and housewives. *Public Health Branch*. 2006.
۸. Azizi R, Bahrami F, Goodarzy K, Sadeghi M. Comparison of the effectiveness of treatment based on Moritz metacognitive approach and Wells metacognition approach on obsessive-compulsive symptoms and cognitive flexibility of obsessive-compulsive homeowners. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2020;23(6):637-46.
۹. Goldfarb EV, Froböse MI, Cools R, Phelps EA. Stress and cognitive flexibility: cortisol increases are associated with enhanced updating but impaired switching. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2017;29(1):14-24.
۱۰. Hauschildt M, Schröder J, Moritz S. Randomized-controlled trial on a novel (meta-) cognitive self-help approach for obsessive-compulsive disorder ("myMCT"). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2016;10:26-34.
۱۱. Nichols MP, Schwartz RC. *Family therapy: Concepts and methods*. New York: Gardner Press; 1984.
۱۲. Azizi A, Ghasemi S. Comparison the effectiveness of solution-focused therapy, cognitive-behavior therapy and acceptance and commitment therapy on depression and quality of life in divorced women. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2017;8(29):207-236.
۱۳. Yoosefi N, Karimipour BH, Azizi A. Comparing the Effectiveness of Group Counseling Based on Acceptance and Commitment and Solution-Focused Group Counseling on Function of the Families in the Verge of Divorce. *Journal of Psychological Studies*. 2017;13(3):95-110.
۱۴. De Jong P, Berg IK. *Interviewing for solutions*. Nelson Education; 2012.
۱۵. Fish JA, Ettridge K, Sharplin GR, Hancock B, Knott VE. Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *European journal of cancer care*. 2014;23(3):413-21
۱۶. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(4):430-42.
۱۷. Deval C, Bernard-Curie S, Monestès JL. Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*. 2017;27(1):34-42.
۱۸. Sepasi H. *Measurement and elevation in physical education*. Tehran: SAMT Publication; 2018. [Persian]
۱۹. Fowers B, Olson DH. ENRICH marital satisfaction scale: a brief research and clinical tool. *J Fam Psychol*. 1993;7(2):176-85.
۲۰. Arab Alidoosti A, Nakhaei N, Khanjani N. Reliability and validity of the Persian versions of the enrich marital satisfaction (brief version) and Kansas marital satisfaction scales. *Health Development Journal*. 2015;4(2):158. [Persian]
۲۱. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-ii: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676-88.
۲۲. Imani M. Investigating the structural factor of psychological flexibility questionnaire in students. *Studies in Learning and Instruction*. 2016;8(1-70):162-81. [Persian]
۲۳. De Shazer S, Dolan Y. *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Routledge; 2012.

*Original Article***Comparison Effects of Solution-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Marital Satisfaction of Housewives**

Received:23/04/2020- Accept: 21/12/2020

Seyedeh Farkhondeh Taghavi¹
 Maryam Gholamzadeh Jofre^{*2}
 Masoud Shahbazi³

¹Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

² Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

³ Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.

Email:Gholamzadeh.m723@Gmail.Com

Abstract

Background & Objective: Gender socialization provides the grounds for social exclusion, psychological disorders, reduced quality of life and marital satisfaction for women; Therefore, it is important to study and treat these problems in housewives. The aim of the present study was to comparison effects of solution-focused therapy and acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and marital satisfaction of housewives.

Methods: The study was quasi-experimental with pretest-posttest and control group. The statistical population was housewives in Behbahan in the second half of 2019, who were selected by targeted sampling method, 45 eligible people were selected and randomly assigned to experimental and control groups and respond to ENRICH Marital Satisfaction Scale (Fowers & Olson, 1993) and sub-scale of Psychological Flexibility Questionnaire (Bond et al., 2011). The control group waited and the group of solution-focused therapy received the interventions during 8 sessions of 120 minutes and the group of acceptance and commitment therapy received the interventions during 12 sessions of 90 minutes; Then, at the end of the therapeutic interventions, the subjects of the experimental and control groups were evaluated by questionnaires. Data were analyzed by analysis of covariance and considering the significance level of $p < 0.01$ in SPSS₂₄ software.

Results: The results showed that solution-focused therapy and acceptance and commitment therapy had a significant effect on increasing psychological flexibility and marital satisfaction of housewives ($p < 0.001$). Comparing the effectiveness of these methods, it has been shown that the solution-focused therapy is more effective in increasing marital satisfaction ($p < 0.001$). There was no difference between these methods in increasing psychological flexibility ($p > 0.05$).

Conclusion: In addition, these therapies can be used as effective therapies to improve the psychological flexibility and marital satisfaction of housewives; The priority of use in the treatment of marital problems is with the solution-focused therapy.

Keywords: Solution-focused therapy, acceptance and commitment therapy, psychological flexibility, marital satisfaction, housewives

Acknowledgement: There is no conflict of interest.