

اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای همسر و فرزند*

The effectiveness of Acceptance and commitment consultation (ACT) on self-efficacy and marital satisfaction substance using married women with children

Mohammad Khodayari Fard

Elaheh Hejazi

Nahid Hoseininezhad

محمد خدایاری فرد**

الهه حجازی**

ناهید حسینی نژاد***

چکیده

امروزه اعتیاد یک تهدید بسیار مهم برای سلامت نظام خانواده به حساب می‌آید. به نظر می‌رسد درمان‌های موج سوم شناختی- رفتاری با تأکید بر ذهن‌آگاهی و توجه بر انعطاف‌پذیری روانشناختی، در بازتوانی زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای فرزند و همسر مؤثر باشند. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای فرزند و همسر انجام شد. پژوهش از نوع شبه-آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای فرزند و همسر بستری در کمپ‌های ترک اعتیاد شهر شیراز بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس 30 زن وابسته به سوء مصرف مواد دارای فرزند و همسر انتخاب شد. از مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSE) و رضایت زناشویی هادسون (IMS) به عنوان پیش‌آزمون - پس‌آزمون در این پژوهش استفاده شد و داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که مشاوره -شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای فرزند و همسر مؤثر بوده، و بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشته است. با توجه به نتایج این پژوهش، مشاوره مبتنی بر تعهد و پذیرش، خودکارآمدی و رضایت زناشویی را در زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای فرزند و همسر افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: موج سوم درمان شناختی رفتاری، خودکارآمدی، رضایت زناشویی، اعتیاد، سلامت نظام خانواده

Abstract

Addiction is regarded as a crucial threat for family health. It seems that the third wave of cognitive behavioral therapies with an emphasis on mindfulness and psychological resilience are effective in the rehabilitation of substance using married women with children. The present study intended to assess the effectiveness of acceptance and commitment counseling for self-efficacy and marital satisfaction in substance using married women with children. The method of the present study was quasi-experimental and its design was pretest-posttest with a control group. The statistical population included all the substance using married women with children who were in drug rehabilitation centers of Shiraz city. Thirty substance using married women with children were selected via convenience sampling method. General Self-Efficacy Scale (GSE) and Hudson Index of Marital Satisfaction (IMS) were used as pretest and posttest in this study and the data were analyzed using ANCOVA. The results suggested that ACT had a significant effect on the participants' self-efficacy and marital satisfaction and there was a significant difference between the 1 acceptance and commitment counseling improves self-efficacy and marital satisfaction in substance using married women with children.

Keywords: Third wave of cognitive behavioral therapy, self-efficacy, marital satisfaction, addiction, health of family

* مقاله برگرفته از پایان‌نامه با عنوان «اثربخشی مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در مادران وابسته به سوء مصرف مواد» است.

email: khodayar@ut.ac.ir

** عضو هیات علمی دانشگاه تهران

*** دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از پدیده‌های آسیب‌زا و شایع در نظام خانواده است و یک اصطلاح عامیانه و غیرعلمی به معنای وابستگی بیمارگونه به مصرف یک یا چند نوع ماده مخدر است که سبب بروز رفتارهای جستجوی مواد شده و در صورت عدم مصرف مواد مورد نظر، علائم محرومیت در رفتار معتاد بروز می‌کند (بهارى و گروسی، 1388). اعتیاد به مواد مخدر نوعی بیماری اجتماعی است که به قول جامعه‌شناسان یک «بلاى اجتماعى» محسوب می‌شود. بافت خانواده در اعتیاد اعضا می‌تواند نقش بسزایی داشته باشد. همچنین علاوه بر اینکه فرد معتاد بیمار محسوب می‌شود، خانواده او نیز بیمار تلقی می‌شوند و روابط اعضای خانواده‌ای که حداقل یک عضو معتاد دارند، به شدت مختل است (معارف‌وند، شریفی و حاج بابایی، 1380) و این اختلال می‌تواند سازگاری و رضایت زناشویی زوجین را با تهدید جدی رو به رو کند. از طرفی تداوم مصرف مواد در طی زمان و تاثیرات سمی طولانی مدت مصرف آن بر عملکرد مغز، منجر به دامنه وسیعی از بد کارکردی‌های رفتاری، روانشناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی شده که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی معتادان در خانواده، محیط کاری و در سطح وسیع‌تر در جامعه می‌شود (لشنر، 1999). به خصوص زمانی که یکی از همسران به سوء مصرف مواد مبتلا شود، خانواده در شرایط بسیار بحرانی قرار می‌گیرد و در صورتی که مداخله فوری در این شرایط صورت نگیرد، خطر جدایی و از هم پاشیدگی خانواده را تهدید می‌کند. افزایش انگیزه در افراد وابسته به سوء مصرف مواد برای پذیرش مسئولیت درمان و تلاش برای ترک اعتیاد، گامی اساسی در بهبود این افراد محسوب می‌شود. ایجاد انگیزه بر اساس نظریه بندورا، افراد در یک نظام علیت سه جانبه بر انگیزش و رفتار خود اثر می‌گذارند، بدین معنا که انسان‌ها دارای نوعی خودکنترلی و نیروی خودتنظیمی هستند و توسط آن نظام بر افکار، احساسات و رفتارهای خود کنترل دارند و در سرنوشت خود نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند (عبدالهی، 1385).

یکی از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند در درمان اعتیاد به مواد مؤثر باشد، خودکارآمدی¹ است. اصطلاح خودکارآمدی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی بندورا² است. خودکارآمدی در واقع اعتقاد راسخ فرد نسبت به توانایی‌های خود می‌باشد که باعث تحریک انگیزش و منابع شناختی فرد در رشته‌ عملی که برای انجام موفقیت‌آمیز یک کار خاص لازم است، می‌شود (شماعی‌زاده، 1384). دوپلیس³ (2000): به نقل از بدری‌گرگری، حسینی‌اصل و نصیر، (1389) عنوان می‌کند

1. Self-efficacy

2. Bandura

3. Devellis

باورهای خودکارآمدی شناخت‌هایی هستند که باعث شروع تغییرات رفتارهای سلامتی می‌شوند و همچنین موجب تلاش بیشتر در فرد و افزایش تحمل فرد در مقابل موانع و همچنین در مواقع شکست می‌شوند. در خودکارآمدی، اعتقاد فرد بر این است که فرد به واسطه‌ی آن می‌تواند رفتار لازم برای رسیدن به یک هدف مورد نظر را بطور موفقیت‌آمیزی اجرا کند. چهار منبع اصلی داوری شخص در مورد خودکارآمدی خودش عبارتند از: تجربیات موفق قبلی، تشویق و ترغیب - کلامی، تجربه‌های جانشینی و انگیزتگی فیزیولوژیکی (احمدخانی، قرایی‌پور و پناهی، 2008؛ به نقل از حبیبی و همکاران، 1391). به جز انگیزتگی فیزیولوژیکی، بقیه‌ی منابع خودکارآمدی به شدت تحت تأثیر جو خانوادگی فرد قرار دارند. خودکارآمدی بالا باعث افزایش تلاش، پشتکار و انگیزش فردی می‌شود و مؤثرترین عامل تعیین‌کننده‌ عملکرد افراد به‌ویژه در کنترل، پایش و پیگیری برنامه‌های درمانی مددجویان وابسته به مواد مخدر است (حبیبی و همکاران، 1390). از طرفی خودکارآمدی پایین، کمبود قدرت‌های تطابقی در فرد برای مقابله با حوادث روزانه زندگی می‌تواند مقدمه‌ ایجاد اعتیاد یا از نتایج آن می‌باشد (شایگان، 1390). اوئستریچ، آستین، لوک و تاریخ (2007) پژوهشی تحت عنوان خودکارآمدی، اعتقادات و توجهات مرتبط با سیگار روی دانش‌آموزان شهر نگزاس انجام دادند. این پژوهش نشان داد که خودکارآمدی به طور مستقیم بر روی تمایل به سیگار تأثیر داشته، و می‌توان آن را به عنوان یک راهکار مفید در پیشگیری از مصرف سیگار به‌کار گرفت. همچنین در پژوهشی بدر و مودی (2005) در رابطه با تأثیر خودکارآمدی بر ترک دخانیات نشان دادند که خودکارآمد پنداری، اولین عامل پیش‌بینی‌کننده ترک سیگار است. در پژوهش جعفری، شهیدی و عابدین (1388) اهمیت تأکید بر نقش خود مراجعین و احساس خودکارآمدی آنها در فرایند تغییر و ترک اعتیاد روشن شد. خودکارآمدی گام مهمی در درمان اعتیاد مادران وابسته به مصرف مواد محسوب شود. جاذبه‌های نظام خانواده از جمله؛ رضایت از زندگی زناشویی و علاقه به همسر و فرزندان می‌تواند در افزایش خودکارآمدی مؤثر باشد و همچنین احتمال بهبودی در مادران وابسته به سوءمصرف مواد را افزایش دهد. یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر عملکرد خانواده رضایت زناشویی است (عطاری، عباسی - سرچشمه و مهرابی‌زاده هنرمند، 1384). رضایت زناشویی⁴ عبارت است از میزانی که نشان می‌دهد فرد تا چه اندازه احساس می‌کند که همسرش نیازهایش را بر آورده می‌کند (بورپی و لنجر، 2005). بیرامی، فهیمی، ابراهیم و امیری‌پیچاکلابی (1391) رضایت‌زناشویی را نگرش مثبت و لذت‌بخشی می‌دانند که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی خود دارند. همچنین

4. marital satisfaction

کاپلان و مادوکس (2002) بیان می‌کنند که رضایت زناشویی یک تجربه شخصی در ازدواج است که تنها توسط خود فرد در پاسخ به میزان لذت رابطه زناشویی قابل ارزیابی است، و آن‌ها باور دارند که رضایت زناشویی به انتظارات افراد بستگی دارد. افرادی که نسبت به همسر خود دید مثبتی دارند، رضایت بالاتری در روابط زناشویی خود احساس می‌کنند. رضایت زناشویی به شادی و لذت از روابط میان زوجها مرتبط است و به معنای داشتن احساس مطلوب از ازدواج است. از طرفی استواری و استحکام خانواده به ازدواج و رابطه زناشویی پایدار و بنیادین بستگی دارد. یعنی هر گونه تزلزل در رضایت زناشویی یا نبود یک ازدواج موفق، علاوه بر آن که آرامش درونی زوج-ها را مختل می‌کند، بقاء و دوام خانواده را نیز در معرض تهدید قرار می‌دهد (اکبرزاده، 1393). کاسلو و رایبسون (1996) در پژوهش خود نشان دادند که متغیرهای زیادی مانند عشق، تعهد، ارتباط، اعتماد متقابل، احترام، حمایت، وفاداری، علایق مشترک، صمیمیت، نگران یگدیگر بودن و توجه کردن، تبادل متقابل احساسات و افکار و تجربیات با رضایت از زندگی رابطه دارند. اعتیاد از جمله عوامل متزلزل‌کننده نظام خانواده است که درمان آن می‌تواند مشکلات زوجین را کاهش و رضایت زناشویی آنان را بهبود بخشد. تاکنون اثر شیوه‌های درمانی زیادی برای کاهش مشکلات زناشویی و افزایش رضایت زوجین مورد بررسی قرار گرفته است. فراتحلیل دون و اسکویل (1995) اثربخشی شیوه زوج درمانی رفتاری را 0/76، شناختی رفتاری را 0/61 و آموزش مهارت‌های ارتباطی را 0/90 در درمان مشکلات زناشویی زوجین گزارش می‌کند. تحقیقات اخیر روی درمان پذیرش و تعهد (ACT)⁵ به عنوان موج سوم شناختی رفتاری، نتایج رضایت بخش و دلایلی منطقی برای استفاده از این درمان در کار بالینی و غیر بالینی فراهم کرده‌اند (ایزدی، نشاط‌دوست، عسگری و عابدی، 1393). در موج سوم درمان شناختی-رفتاری که به درمان‌های پست‌مدرن معروف‌اند، عقیده بر این است که شناخت هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. به همین دلیل، به جای رویکردهای شناختی رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح می‌کرده تا هیجانات و رفتارها اصلاح شوند، در اینجا به مراجع آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و در «اینجا و اکنون» از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل، در این درمان‌ها فنون شناختی رفتاری سنتی را با ذهن‌آگاهی⁶ ترکیب می‌کنند (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیز، 2006). اقدامات مداخله‌ای پذیرش و ذهن‌آگاهی به همراه راهبردهای تغییر رفتاری و تعهد، به مراجع کمک می‌کند تا یک

5. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

6. Mindfulness

زندگی سرزنده، هدف‌مند و با مفهوم را برای خود ایجاد نمایند. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به افراد جهت برخورداری از یک زندگی رضایت‌بخش‌تر، حتی با وجود افکار، عواطف و احساسات نامطلوب را مورد تأکید قرار می‌دهد (فلکسمن، بلکلج و باند، 2011). ایفرت و فورسیث (2005) عنوان می‌کنند که انتظار می‌رود که ایجاد و پرورش پذیرش⁷ در مراجعان، باعث کاهش اجتناب شناختی، و رشد زندگی مبتنی بر ارزش باعث افزایش عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف زندگی شود. درمان پذیرش و تعهد از شش فرایند تشکیل شده که این شش فرایند منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، خنثی-سازی (گسلش)⁸، خودزمینه‌ای⁹، برقراری تماس با لحظه جاری¹⁰، ارزش‌ها¹¹ و عمل متعهدانه¹² (فلکسمن، بلکلج و باند، 2011). این درمان بر روی متغیرهایی مانند پذیرش درد و اضطراب (انوری و همکاران، 1393)، وسواس فکری عملی (ایزدی و عابدی، 1392)، افسردگی (حر، آقایی، عابدی و عطاری، 1392)، و کیفیت زندگی (ابراهیمی، رضائیان، خوروش و ضرغام، 1392) انجام شده است. کیانی، قاسمی و پور عباس (1391) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی روان - درمانی گروهی شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان ولع‌مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه، اثربخش بودن این درمان در مصرف‌کنندگان شیشه را نشان دادند. در پژوهش جعفری، شهیدی و عابدین (1388) با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های فرا- نظری و شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد اهمیت تأکید بر نقش خود مراجعین و احساس خودکارآمدی آنها در فرایند تغییر و ترک اعتیاد روشن شد. پژوهش مهردوست، نشاطدوست و عابدی (1392) نیز با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی گویای اثربخش بودن این درمان در افزایش باورهای خودکارآمدی می‌باشد. پژوهش هنرپروران (1393) با عنوان بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و رضایت-زناشویی زوجین مؤثر است. همچنین کارسون، کارسون، گیل و بائوکام (2004) در پژوهشی

7. acceptance

8. defusion

9. self as context

10. contact with the present moment

11. values

12. committed action

گزارش کردند که مداخلات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به‌طور معنی‌داری بر رضایت زناشویی زوجین مؤثر است.

مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، نسل جدیدی از درمان‌های شناختی رفتاری محسوب می‌شود که انعطاف‌پذیری روانشناختی را در افراد افزایش می‌دهد. علی‌رغم اهمیت این نوع مشاوره در بهبود بسیاری از مراجعین به خصوص در حیطه خانواده، در کشور ما تحقیقات بسیار اندکی در مورد اثربخشی آن صورت گرفته است. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر اثربخشی مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و رضایت‌زناشویی در زنان وابسته به سوء‌مصرف مواد دارای فرزند و همسر مورد بررسی قرار گرفته است.

روش

روش پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان وابسته به سوء‌مصرف مواد دارای فرزند و همسر در مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز بوده است. از این تعداد 30 نفر زن وابسته به سوء‌مصرف مواد دارای فرزند و همسر، به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و در 2 گروه آزمایش (15 نفر) و گروه کنترل (15 نفر) جایگزین شدند. در اندازه‌گیری اول یک پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد، سپس گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار گرفتند. در پایان نیز در اندازه‌گیری دوم پس‌آزمون انجام شد.

ابزار

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی¹³: این پرسشنامه توسط شوآرز (1992) در 10 ماده تدوین شده است که در مجموع بیانگر سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با یک موقعیت مشکل‌زا می‌باشد. در مقابل هر عبارت، چهار گزینه کاملاً مخالف من، کمی شبیه من، خیلی شبیه من و کاملاً شبیه من قرار دارد که به هر کدام از گزینه‌ها به ترتیب نمرات 1 تا 4 تعلق می‌گیرد. بنابراین، حداقل نمره این پرسشنامه برای هر فرد 10 و حداکثر آن 40 می‌باشد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف تایید شده است. این مقیاس تک بعدی بر روی 32 فرهنگ اجرا شده است و نه تنها ساده و پایاست، بلکه دارای روایی افتراقی و همگرا نیز می‌باشد. در تحقیق فولاد چنگ (1382) میزان آلفای کرونباخ برابر با 83/ گزارش شده است.

¹³. General Self-Efficacy Scale(GSE)

پرسشنامه رضایت زناشویی هادسون¹⁴ (1992): این پرسشنامه در 25 ماده تدوین شده است که میزان، شدت یا دامنه مشکلات زن یا شوهر درباره زناشویی را ارزیابی می‌کند. این شاخص، ویژگی رابطه را یک کل واحد تلقی نمی‌کند، بلکه دامنه مشکلات رابطه را از نظر زن یا مرد اندازه‌گیری می‌کند. شاخص رضایت زناشویی، میزان سازگاری زناشویی را نمی‌سنجد؛ زیرا ممکن است یک زن و مرد به رغم اختلاف یا نارضایتی شدید، سازگاری خوبی داشته باشند. این شاخص، دو نمرهٔ برش دارد؛ یکی نمره 30 ± 5 ، که نمرات کمتر از 30 تقریباً نشانهٔ عدم مشکلات مهم بالینی رابطه است و نمرات بیش از 30 بر وجود مشکلات بالینی قابل ملاحظه دلالت دارد. نمرات بالاتر از 70 تقریباً همیشه نشانهٔ آن است که مراجع دچار استرس شدید است و احتمال تصور یا استفاده از نوعی خشونت برای حل مشکلات را می‌توان به طور صریح ملحوظ داشت. میانگین آلفای شاخص رضایت زناشویی 0/96 است که نشان‌دهندهٔ همسانی درونی عالی است. شاخص رضایت زناشویی از یک روایی همزمان خوبی برخوردار است و با آزمون سازگاری زناشویی لاک - والاس¹⁵ همبستگی معناداری نشان می‌دهد. همچنین این شاخص از روایی بسیار خوب و با معنایی برای متمایز کردن زوج‌های مشکل‌دار و زوج‌های ظاهراً بدون مشکل برخوردار است. روایی این آزمون از طریق روش دو نیمه کردن 0/98 است. افزون بر این، شاخص رضایت زناشویی دارای روایی سازه‌ای خوبی است و با مقیاس‌هایی که نباید همبستگی داشته باشد، همبستگی ضعیفی دارد. همچنین با چندین مقیاس که باید همبستگی خوبی داشته باشد، مانند مقیاس رضایت جنسی و مشکلات زناشویی همبستگی معناداری نشان می‌دهد (ثنایی، 1379).

جلسات مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد: مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد در 12 جلسه انجام شد که 6 هفته و هفته‌ای دو جلسه به طول انجامید. از جمله محورهای جلسات می‌توان به بررسی تاریخچه مشکل و فرمول‌بندی مراجع، توضیح فلسفه درمان (ACT)، رسیدن به ناامیدی خلاق و تمرینات شفاف سازی ارزش‌ها و ذهن-آگاهی، بحث پیرامون رضایت از رنج، ایجاد انگیزه و فعالیت معطوف به انگیزه اشاره کرد.

¹⁴. Hudson Index of Marital Satisfaction (IMS)

¹⁵. Locke - Wallace Marital Adjustment Test (LWMAT)

یافته‌ها

جدول 1- آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

| متغیر | گروه | میانگین پیش-آزمون | انحراف معیار پیش‌آزمون | میانگین پس-آزمون | انحراف معیار پس-آزمون |
|---------------|-------|-------------------|------------------------|------------------|-----------------------|
| کنترل | 26,90 | 1,13 | E ¹ | 28,72 | 7,74 |
| خودکارآمدی | 26,28 | 7,32 | | 38,64 | 6,48 |
| رضایت زناشویی | 74,93 | 1,54 | | 63,53 | 2,16 |
| آزمایش | 75,66 | 1,26 | | 81,46 | 1,34 |

نتایج جدول 1 نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی در پیش‌آزمون گروه کنترل به ترتیب 26,90، 1,13، در پس‌آزمون 28,72، 7,74، و در پیش‌آزمون گروه آزمایش 26,28، 7,32، در پس‌آزمون 38,64، 6,48، و میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی در پیش‌آزمون گروه کنترل به ترتیب 74,93، 1,54، در پس‌آزمون 63,53، 2,16، و در پیش‌آزمون گروه آزمایش 75,66، 1,26، در پس‌آزمون 81,46، 1,34 می‌باشد. می‌توان نتیجه گرفت در گروه آزمایش تاثیر مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان بالا بردن خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوءمصرف مواد دارای فرزند و همسر نسبت به گروه کنترل بیشتر به چشم می‌خورد.

جدول 2- نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها در آزمون تحلیل کوواریانس

| متغیر | F | درجه ی آزادی 1 | درجه ی آزادی 2 | سطح معنی داری |
|---------------|-------|----------------|----------------|---------------|
| خودکارآمدی | 1,17 | 1 | 28 | 0,28 |
| رضایت زناشویی | 2,145 | 1 | 28 | 0,15 |

به منظور بررسی یکسانی از واریانس‌های حاصل از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس آزمون لوین اجرا شد. نتایج آزمون لوین جدول 2 نشان می‌دهد که چون سطح معنی داری بدست آمده بزرگتر از 0/05 می‌باشد، بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس تفاوت معنی‌داری ندارند و تفاوت حاصله ناشی از نمونه‌گیری تصادفی است. بنابراین، پیش‌فرض جهت انجام کوواریانس رعایت شده است.

جدول شماره 3- تحلیل کواریانس یکطرفه مرتبط با بررسی اثرات مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | معناداری | مجزور اتا |
|--------------|---------------|------------|-----------------|------|----------|-----------|
| پیش آزمون | 66,37 | 1 | 66,37 | 1,35 | 0,25 | 0,05 |
| اثر مداخله | 325,70 | 1 | 325,70 | 6,62 | 0,01 | 0,23 |

با توجه به جدول شماره 3 و با تأکید بر مقدار F بدست آمده در منبع تغییرات گروه ($F = 6/62$) در سطح $p < 0/05$ که در راستای اثرات مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌پردازد، می‌توان مطرح نمود که مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی زنان وابسته به سوءمصرف مواد دارای فرزند و همسر مؤثر بوده، به طوری که باعث افزایش میانگین‌های پس‌آزمون در گروه آزمایش شده است. همچنین با توجه به اینکه مقدار F بدست آمده در منبع تغییرات پیش‌آزمون ($F = 1/35$) در سطح $p > 0/05$ معنادار نبوده است، می‌توان گفت که اثر متغیر پیش‌آزمون در متغیر پس‌آزمون معنادار نبوده و تغییرات پیش‌آمده در متغیر پس‌آزمون ناشی از اثرات مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

جدول شماره 4- تحلیل کواریانس یکطرفه مرتبط با بررسی اثرات مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | معناداری | مجزور اتا |
|--------------|---------------|------------|-----------------|------|----------|-----------|
| پیش‌آزمون | 70,45 | 1 | 70,45 | 2,10 | 0,65 | 0,008 |
| اثر مداخله | 2432,45 | 1 | 2432,45 | 7,26 | 0,01 | 0,21 |

با توجه به جدول شماره 4 و با تأکید بر مقدار F بدست آمده در منبع تغییرات گروه ($F = 7/26$) در سطح $p < 0/05$ که در راستای اثرات مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌پردازد، می‌توان مطرح نمود که مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان وابسته به سوءمصرف مواد دارای فرزند و همسر مؤثر بوده، به طوری که باعث افزایش میانگین‌های پس‌آزمون در گروه آزمایش شده است. همچنین با توجه به اینکه مقدار F بدست آمده در منبع تغییرات پیش‌آزمون ($F = 2/10$) در سطح $p > 0/05$ معنادار نبوده است، می‌توان گفت که اثر متغیر پیش‌آزمون در متغیر پس‌آزمون معنادار نبوده، و تغییرات پیش‌آمده در متغیر پس‌آزمون ناشی از اثرات مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوءمصرف مواد دارای فرزند و همسر انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده اثربخشی این نوع مشاوره می‌باشد، به طوری که اثربخشی مشاوره ACT باعث افزایش میانگین پس‌آزمون در گروه آزمایش شده است. می‌توان گفت که مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد ظرفیت زنان وابسته به سوءمصرف مواد دارای فرزند و همسر را در شناخت احساسات خود و دیگران بالا برده، و به ایجاد انگیزه در آنها کمک کرده تا آنها خود-کارآمدی خود را بالا ببرند و بتوانند در رفتارهای خود کنترل بیشتری داشته باشند. نتایج این پژوهش با نتایج به دست آمده از پژوهش جعفری، شهیدی و عابدین (1388)، ملازاده و عاشوری (1388)، ماسودا، هیز، ساکت و توهینگ (2004)، دولان، مارتین و روهسنو (2008) و دی‌کلمنته¹ کلمنته¹ (1991؛ به نقل از بهاری و گروسی، 1388) همخوانی دارد. ماسودا، هیز، ساکت و توهینگ (2004) در پژوهشی تأثیر گسلش شناختی بر افکار خود انتسابی منفی، که یک نمونه از این افکار، افکار مربوط به خودکارآمدی است، را بررسی کردند و نتایج کاهش چشمگیری در مقدار این افکار با استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی نشان داد. احتمال می‌رود خودشناسی مبتنی بر ارزش‌ها و بازسازی آنها در کاهش افکار خود انتسابی منفی مؤثر بوده است. همچنین دولان، مارتین و روهسنو (2008) با هدف بررسی نقش خودکارآمدی در پرهیز از کوکائین 163 بیمار وابسته به کوکائین را در هفته اول درمان مورد مطالعه قرار دادند نتایج نشان دهنده ارتباط قوی خودکارآمدی و توقف مصرف و نیاز به کوکائین در موقعیت‌های پرخطر بود. همانطور که دی‌کلمنته (1991؛ به نقل از بهاری و گروسی، 1388) عنوان می‌کند که کسانی که اطمینان کمتری به توانایی خود در انجام رفتارهایی مانند پرهیز از مواد دارند، ممکن است در مرحله پیش‌تأملی یا ناآگاهی (از مراحل تغییر در معتادان) گیر کنند و از بابت احتمال تغییر احساس ناامیدی کنند. برای اینکه فرد وابسته به مصرف مواد از مرحله عزم و آمادگی به مرحله اقدام و ابقاء برسد، باید خودکارآمدی و اطمینان به خود، در او تقویت شود. یکی از مراحل مهم در اکثریت مشاوره‌ها، به خصوص مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر عهده گرفتن مسئولیت درمان توسط مراجع می‌باشد. خودکارآمدی به نحوی پاسخ به این سوال است که آیا من می‌توانم از عهده انجام کار برآیم یا نه. مشاوره پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار روی ارزش‌ها می‌تواند خودکارآمدی را در افراد افزایش می‌دهد. مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر

¹. Di Celemente

انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث روی این موضوع که تغییر امکان‌پذیر است و همچنین انجام موفقیت‌آمیز تمرینات مختلف، می‌تواند به افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت مشاوره توسط مراجع مؤثر باشد. با توجه به ویژگی‌های خاص مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین فنون استفاده شده در این درمان، به نظر قابل توجیه است که مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودکارآمدی در زنان وابسته به سوء‌مصرف مواد دارای فرزند و همسر شود.

همچنین نتایج به دست آمده در این پژوهش مبنی بر اثربخش بودن مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء‌مصرف مواد دارای فرزند و همسر با یافته‌های هنرپروران (1393)، کارسون، کارسون، گیل و بائوکام (2004)، باروج، کانکر و باسچ (2012) و هافمن و اسموندسون (2008) همسو می‌باشد. هنرپروران (1393) همسویی این نتایج را این چنین تبیین می‌کند که افراد در رویکرد پذیرش و تعهد آموختند که معنای رضایت از زندگی بدست آوردن هر آنچه می‌خواهیم نیست، بلکه به معنای رضایت از تجارب، پذیرش آنان و مواجهه با موقعیت‌های هیجانی منفی است. وجود همسر معتاد برچسب‌هایی را به دنبال دارد که بر قضاوت همسر تأثیر منفی می‌گذارد. بک¹ (1998؛ ترجمه قراچه‌داغی، 1392) عنوان می‌کند که تصور منفی داشتن به همسر خود، موجب برچسب‌زدن منفی می‌شود. این تصور موجب می‌شود که فرد تصور قالبی از همسر خود بسازد و سایر رفتارهای همسر خویش را در آن قالب پیش‌ساخته تعبیر و تفسیر کند و بدین ترتیب ناسازگاری زوجین افزایش می‌یابد. هافمن و اسموندسون (2008) عنوان می‌کنند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش زوجین را به پیوند و جذب ارزش‌های واقعی زندگی تشویق می‌کند. این ارزش‌ها می‌تواند خودکارآمدی فرد را افزایش دهد و پیوند زوجین را بهبود بخشد. از طرفی مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، درصدد تغییر شکل یا تغییر متناوب احساسات و افکار ناخواسته شخص نمی‌باشد. در عوض هدف اصلی آن، توسعه انعطاف‌پذیری روانشناختی در شخص است که به توانایی برقراری ارتباط با زمان حال اشاره دارد و اینکه او بتواند بر اساس آنچه که در موقعیت خاصی از فرد انتظار می‌رود، رفتار خود را تغییر دهد و یا بر رفتار کنونی خود پافشاری کند، رفتاری که با ارزش‌های شخصی او همخوانی دارد. انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق شش فرایند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حاصل می‌شود. هر یک از این حوزه‌ها به جای آن که فقط روشی برای دوری از آسیب‌دیدی باشند، به عنوان یک مهارت روانشناختی مثبت مفهوم‌پردازی شده‌اند (هافمن و اسموندسون، 2008). این

¹. Beck

فرایندها موجب ایجاد بینشی مثبت‌تر در زنان وابسته به سوءمصرف مواد خواهد شد و از طرفی آنان را به مهارت‌های مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد مجهز خواهد کرد که احتمال ترک مواد را در مادران بیشتر خواهد کرد. با توجه به تأکید مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزش‌ها، عمل به تعهدات، پذیرش همسر و توجه به برقراری ارتباط در لحظه جاری، به نظر منطقی می‌رسد که این نوع از مشاوره بر بهبود روابط و افزایش رضایت‌زناشویی زوجین موثر باشد.

بدین ترتیب، نتایج این پژوهش شناخت ما را از اثربخشی مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان وابسته به سوءمصرف مواد دارای فرزند و همسر گسترش می‌دهد. در عین حال لازم به ذکر است، اگر چه این پژوهش به شناخت جامع‌تری از مؤلفه‌های خودکارآمدی و رضایت‌زناشویی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد دست یافته است، اما لازم است به سهم خودکارآمدی و رضایت-زناشویی در بهبود افراد مبتلا به سوءمصرف مواد پرداخته شود و پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی مورد بررسی قرار گیرند. همچنین به بررسی عوامل فردی، خانوادگی، محیطی در میزان خودکارآمدی و رضایت‌زناشویی افراد و مقایسه میزان تأثیر مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به سایر رویکردهای مشاوره‌ای، مورد پژوهش قرار گیرد.

منابع

- ابراهیمی، امراه، رضائیان، معصومه، خوروش، مهدی و ضرغام، مهتاب (1392). بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد درمانی (ACT) پیر پذیرش درد، کیفیت‌زندگی و کاهش اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به دردهای مزمن لگن. پنجمین کنگره سایکوسوماتیک. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری.
- اکبرزاده، مژده (1393). پیش‌بینی سلامت‌روان و تاب‌آوری فرزندان بر اساس رضایت‌زناشویی و سبک‌های دلبستگی مادران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه مرودشت. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- انوری، محمد حسن؛ ابراهیمی، امراه؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ افشار، حمید وعابدی، احمد (1393). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر پذیرش درد، اضطراب و مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، 32(295)، 1-10.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمد رضا (1392). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. فیض، 17(3)، 275-286.
- ایزدی، راضیه؛ نشاط‌دوست، حمید طاهر؛ عسگری، کریم و عابدی، محمد رضا (1393). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی‌رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌اجبار. تحقیقات علوم رفتاری، 12(1)، 19-33.

اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ...

- بدری‌گرگری، رحیم؛ حسینی اصل، محمد کاظم و نصیر، فرج الله (1389). رابطه خودکارآمدی تغذیه‌ای خودکارآمدی فعالیت‌های بدنی و جنسیت با احساس سلامتی کلی و مسئولیت پذیری سلامت در دانشجویان. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران: دانشگاه شاهد.
- بک، آرون (1998). عشق هرگز کافی نیست (ترجمه مهدی قراچه داغی). تهران: آسیم.
- بهراری، فرشاد و گروسی، کاملیا (1388). اعتبار، مشاوره و درمان. تهران: دانژه.
- ثنایی، باقر (1379). مقیاس سنجش خانواده ازدواج. تهران: بعثت.
- بیرامی، منصوره؛ فهیمی، صمد؛ ابراهیم، اکبری و امیری پیچاکالایی، احمد (1391). پیش‌بینی رضایت‌ناشویی بر اساس سبک‌های دلبستگی و مولفه‌های تمایز یافتگی. مجله اصول بهداشت روانی، 14(1)، 64-77.
- جعفری، مصطفی؛ شهیدی، شهریار و عابدین، علیرضا (1388). مقایسه اثربخشی درمان‌های فرا نظری و شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد. تحقیقات علوم رفتاری، 17(1)، 1-12.
- حبیبی، رحیم؛ صالح مقدم، امیررضا؛ طلائی، علی؛ ابراهیم‌زاده، سعید و کربمی موقی، حسین (1390). بررسی تأثیر آموزش حل مسئله تعدیل شده بر رویکرد خانواده محور، بر میزان عزت نفس مددجویان وابسته به مواد مخدر. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، 15(1)، 52-56.
- حبیبی، رحیم؛ کارشکی، حسین؛ دشتگرد، علی؛ حیدری، عباس و طلائی، علی (1391). رواسازی و تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون. مجله علمی پژوهشی حکیم، 15(1)، 53-59.
- حر، مریم؛ آقایی، اصغر؛ عابدی، احمد و عطاری، عباس (1392). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع 2. تحقیقات علوم رفتاری، 21(2)، 121-128.
- شایگان، اسحاق (1390). تأثیر اعتیاد زنان باردار بر جنین و نقش پلیس زن در درمان آن. مجله جامعه‌شناسی و علوم اجتماعی پلیس زن، 5(14)، 30-42.
- شعاعی‌زاده، مرضیه (1384). بررسی تأثیر مشاوره شغلی شناختی اجتماعی بر افزایش خودکارآمدی کارآفرینی دانشجویان دانشگاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان.
- عبدالهی، بیژن (1385). نقش خودکارآمدی در توانمندسازی کارکنان. ماهنامه علمی-پژوهشی تدبیر در زمینه مدیریت، 17(168)، 35-40.
- عطاری، یوسفعلی؛ عباسی سرچشمه، ابوالفضل و مهربانی زاده هنرمند، مهناز (1384). بررسی روابط ساده و چندگانه نگرش مذهبی، خوشبینی و سبک‌های دلبستگی با رضایت‌ناشویی در دانشجویان مرد متأهل دانشگاه شهید چمران اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، 13(1)، 91-110.
- فولادچنگ، محبوبه (1382). بررسی باورهای خودکارآمدی دختران دانش‌آموز استان فارس و ارائه راهکارهای مناسب. مجموعه مقالات هفته پژوهش، سازمان آموزش و پرورش استان فارس، 79-99.
- کیانی، احمد رضا؛ قاسمی، نظام‌الدین و پور عباس، علی (1391). مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه. اعتیاد پژوهی، 6(24)، 27-36.
- معارف‌وند، معصومه؛ شریفی، حسین پاشا و حاج بابایی، حسین (1380). عوامل شخصیتی، خانوادگی و روابط اجتماعی مؤثر بر بازگشت معتادان بهبود یافته به اعتیاد. فصلنامه مددکاری اجتماعی، 7(5)، 333-352.
- ملازاده، جواد؛ عاشوری، احمد (1388). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. دانشور رفتار/دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، 16(34)، 1-12.

مهردوست، زینب؛ نشاط دوست، حمید طاهر و عابدی، احمد (1392). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی. *مجله روشها و مدل‌های روانشناختی*، 3(11)، 81-67.

هنرپروران، نازنین (1393). بررسی اثر بخشی رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت همسر. *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه*، 5(2)، 150-135.

- Badr, H. E., & Moody, P. M. (2005). Self-Efficacy: A Predictor for Smoking Cessation Contemplators in Kuwaiti Adults. *International journal of behavioral medicine*, 12(4), 273-277.
- Baruch, B., kanker, J., & Basch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of clinical case studies*, 8(3), 257-241.
- Burpee, L. C., & Langer, E. J. (2005). MindFulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12(1), 43-51.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness and acceptance -based relationship enhancement. *Journal of Behavior Therapy*, 35(3), 471-494.
- Dolana, S. L., Martin, R. A., & Rohsenowa, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcome. *Addictive Behaviors*, 33(5), 675-688.
- Dunn, R. L., & Schwebel, A. I. (1995). Meta-analytic Review of Marital Yherapy Outcome Tesearch. *Journal of Family Psychology*, 9(1), 58-68.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders*. Oakland, CA.: New Harbinger.
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2011). *Acceptance and commitment therapy: distinctive features*. New York.
- Hafmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based Therapy: New wave or old hat. *science direct*, 28(1), 1-16.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Kaplan, M., & Maddux, J. E. (2002). Goals and marital satisfaction: Perceived support for personal goals and colletive efficacy for collective goals. *Journal of Social And Clinical Psychology*, 21(2), 157-164.
- Kaslow, F., & Robinson, J. A. (1996). *Long-term satisfying marriages: Perceptions of contributing factors*. The American Journal of Family Therapy, 24(2), 153-170.
- Leshner, A. (1999). *Principles of drug addiction treatment: a research_base guide*. National Institute of health publication NO, 9, 3-33.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a

اثر بخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ...

ninety year old technique. Behaviour Research and Therapy, 42(4), 477-485.

Oestrich, I. H., Austin, S. F., Lykke, J., & Tarrier, N. (2007). The Feasibility of Cognitive Behavioural Intervention for Low Self-Esteem Within a Dual Diagnosis Inpatient Population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(4), 403-408.

Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.