MEJDS. 2021; 11:206.

Published online 2022 March. **Original Article**

# The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Flexibility and Marital Satisfaction in Married Women With Obsessive-Compulsive Disorder

Rezaei L[1], *Bigdeli H[2]

**Author Address**
1. MA in General Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, East Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** Hobigdeli@yahoo.com

**Received:** 2020 November 15; **Accepted:** 2021 February 7

**Abstract**

**Background & Objectives:** Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) is a chronic and debilitating neurotic disorder. It includes disorders related to the sixth category of disorders in mental disorders' diagnostic and statistical guide. Psychological flexibility was proposed to understand mental pathology and mental health; its role was confirmed in OCD. Evidence suggests the negative effect of OCD on marital satisfaction. Moreover, failure to treat OCD can lead to additional trauma and other psychological and emotional disorders, like depression. Therefore, psychological interventions, like Acceptance and Commitment Therapy (ACT), are necessary in this regard. The goal of this treatment is to reduce empirical avoidance along with increasing psychological flexibility. Thus, the present study aimed to determine the effects of ACT on cognitive flexibility and marital satisfaction among women with OCD.

**Methods:** This was a quasi–experimental study with pretest–posttest and a control group design. The statistical population included all married women with OCD referring to Hamyar psychological and counseling clinic of Tehran City, Iran, in 2020. The study sample included 30 individuals selected by the convenience and voluntary sampling method and randomly assigned to the experimental and control (n=15/group) groups. The inclusion criteria of the study included married women with OCD established by a psychiatrist or clinical psychologist based on the criteria of the American Psychiatric Association; not using the medicine; no history of hospitalization; obtaining scores above 15 based on the Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (Goodman et al., 1989); the age range of 20–50 years; at least one year after their formal marriage; have a minimum literacy, and willingness to collaborate in research. The exclusion criteria included non–cooperation, illiteracy, and absence from more than two training sessions. The study participants completed Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al., 1989), Cognitive Flexibility Scale (Dennis & Vander Aall, 2010), and ENRICH Marital Satisfaction Scale–Short Form (Olson & Olson, 2000). The experimental group received eight 60–minute ACT sessions in two months; however, the controls received no training. The obtained data were analyzed in SPSS using descriptive statistics, such as mean and standard deviation, and inferential statistics, including Independent Samples t–test and Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) at a significance level of α=0.01.

**Results:** The obtained results indicated that after adjusting the pretest effect, there was a significant difference in the posttest results between the study groups in cognitive inflexibility aspects, including controllable perception ($p$=0.049), the perception of different perspectives ($p$=0.003), and the perception of behavior justification ($p$<0.001) and in marital satisfaction components, including ideal distortion ($p$=0.003), marital satisfaction ($p$=0.047), and communication ($p$=0.002); however, it was not significant in conflict resolution component ($p$=0.050). The effect size of cognitive flexibility components was for the perception of controllability (0.211), the perception of different perspectives (0.307), and the perception of behavior justification (0.357), and effect size of marital satisfaction components were for ideal distortion (0.312), marital satisfaction (0.222) and communication (0.344).

**Conclusion:** Based on the research findings, ACT effectively increases cognitive flexibility and marital satisfaction in married women with OCD.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, Cognitive flexibility, Marital satisfaction, Obsessive–Compulsive disorder.

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۲۰۶.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

# تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت زناشویی زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری_عملی

لاله رضایی[۱]، *حسین بیگدلی[۲]

**توضیحات نویسندگان**

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Hobigdeli@yahoo.com

**تاریخ دریافت:** ۲۵ آبان ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۹ بهمن ۱۳۹۹

## چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال وسواس فکری_عملی ازجمله اختلالات ناتوان‌کننده است که عملکرد فردی و خانوادگی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؛ ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت زناشویی زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری_عملی بود.

**روش‌بررسی:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان متأهل مبتلا به وسواس فکری_عملی مراجعه‌کننده به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاورهٔ همیار در منطقهٔ هشت شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. سی نفر از جامعهٔ مذکور به روش نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در گروه گواه و گروه آزمایش قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). اعضای گروه‌ها به مقیاس وسواس فکری‌عملی ییل_براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹)، مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰) و فرم کوتاه مقیاس رضایت زناشویی انریچ (اولسون و اولسون، ۲۰۰۰) پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای در جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد شرکت کرد؛ درحالی‌که به گروه گواه این آموزش ارائه نشد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در سطح معناداری $\alpha=۰/۰۱$ در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، تفاوت آماری معناداری در نتایج پس‌آزمون بین دو گروه در مؤلفه‌های متغیر انعطاف‌پذیری شناختی شامل ادراک کنترل‌پذیری ($p=۰/۰۴۹$)، ادراک دیدگاه‌های مختلف ($p=۰/۰۰۳$) و ادراک توجیه رفتار ($p<۰/۰۰۱$) و در مؤلفه‌های متغیر رضایت زناشویی شامل تحریف آرمانی ($p=۰/۰۰۳$)، رضایت زناشویی ($p=۰/۰۴۷$) و ارتباطات ($p=۰/۰۰۲$) وجود داشت؛ اما در مؤلفهٔ حل تعارض معنادار نبود ($p=۰/۰۵۰$).

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری_عملی تأثیرگذار است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت زناشویی، وسواس فکری_عملی.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی**. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

## ۱ مقدمه

وسواس فکری‌ـ عملی[1]، اختلالی مزمن و ناتوان‌کنندهٔ نوروتیک[2] است که اختلالات مربوط به ششمین طبقهٔ اختلالات در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[3] را در بر می‌گیرد (۱). علائم این اختلال، حضور افکار وسواسی و اعمال اجباری است که ویژگی عمدهٔ آن‌ها (افکار و رفتارها) لذت‌بخش‌نبودن برای فرد مبتلا است؛ ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌اش کاسته شود (۲). محققان تخمین می‌زنند که ۱۰ درصد از بیماران سرپایی در کلینیک‌ها و مطب‌ها دارای اختلال وسواس فکری هستند و چهارمین بیماری روانی شایع است (۳،۴). نرخ شیوع دوازده‌ماهه برای وسواس فکری‌ـ عملی در سطح جهانی ۱/۱ تا ۱/۸ درصد است. شیوع مادام‌العمر اختلال وسواس فکری‌ـ عملی در ایران برای جمعیت عمومی ۱/۸ درصد و در درمانگاه‌های روان‌پزشکی تا ۶ درصد تخمین زده می‌شود (۵). وسواس‌های شایع‌تر فکری شامل ترس از آلودگی، تکانه‌های جنسی با پرخاشگرانه، مشکلات بدنی، مذهب، تقارن و نظم است. به عبارت دیگر، علائم اختلال وسواس فکری چهار بُعد اصلی دارد: وسواس‌های فکری در زمینهٔ وسواس‌های عملی وارسی‌کردن؛ نیاز به تقارن و نظم؛ پاکیزگی و شستن؛ رفتارهای مربوط به احتکار (۶). اختلال وسواس فکری‌ـ عملی، اختلالی عصبی‌روان‌شناختی[4] است که معمولاً در سنین کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود. میانگین سن شروع این اختلال حدود بیست‌سالگی است و غالباً با سیر مزمن خود تأثیر منفی شدیدی بر کارکرد روانی، اجتماعی و شغلی بیمار بر جای می‌گذارد (۷).

مطالعات زیادی برای شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در شروع و تداوم اختلال وسواس فکری‌ـ عملی انجام شده و هریک به‌نوعی، یکی از مؤلفه‌های دخیل در این اختلال را بررسی کرده است. یکی از این مؤلفه‌ها، انعطاف‌پذیری شناختی[5] است. انعطاف‌پذیری شناختی توانایی افراد در تعدیل روند شناخت برای روبه‌روشدن با موقعیت‌های جدید و پیش‌بینی‌نشدنی محسوب می‌شود و فرایندی است که طی آن توانایی فرد دربرابر چالش‌های عاطفی، اجتماعی و جسمی افزایش می‌یابد (۸). انعطاف‌پذیری شناختی شامل شش مؤلفهٔ پذیرش (درنظرگرفتن تجارب درونی بدون قضاوت‌کردن آن‌ها)، گسلش (جداشدن از افکار و تجارب درونی)، ذهن‌آگاهی (تماس با زمان حال)، خود به‌عنوان زمینه (خود مشاهده‌گر)، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌شود (۹). در سال‌های اخیر، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌منزلهٔ چهارچوبی برای درک آسیب‌شناسی روانی و سلامت روان مطرح شده (۱۰) و نقش آن در نشانگان وسواسی‌ـ جبری تأیید شده است (۱۱). همچنین شواهد پژوهشی، تأثیر منفی اختلال وسواس فکری‌ـ عملی را بر رضایتمندی زناشویی[6] نشان می‌دهد (۱۲،۱۳). رضایت زناشویی را احساس خشنودی، رضایت و لذت از همهٔ جنبه‌های ازدواج، تعریف کرده‌اند که می‌تواند بازتابی از میزان خوشبختی و احساس مطلوب زن و شوهر به رابطهٔ زناشویی‌شان یا ترکیبی از رضایتمندی ناشی‌از عوامل خاص رابطهٔ آن‌ها باشد (۱۴). اگر رضایت زناشویی به‌عنوان عامل استحکام بنیان خانواده به‌طور کامل به‌وجود نیاید، می‌تواند اثرات زیان‌بار جسمی و روانی ایجاد کند و مسیر خانواده را به بیراهه بکشاند (۱۵). آبِی و همکاران گزارش کردند، بیماران وسواسی، به‌علت فقدان صمیمیت جنسی مستعد مشکلات زناشویی هستند (۱۶). پژوهش‌ها نشان داد که نارضایتی زناشویی، ناکامی، فشارزاهای مالی و اقتصادی ازجمله پیامدهای متداول اختلال وسواس فکری‌ـ عملی است (۱۷،۱۸).

در سال‌های اخیر، رویکردهای درمانی مختلفی برای وسواس ارائه شده است. از رویکردهای مهم‌تر، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[7] است. برخلاف درمان‌های سنتی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد دربرابر تمایل طبیعی انسان برای تعریف مشکل خود به‌عنوان افسردگی، اضطراب، وسواس و... مقاومت نشان می‌دهد و درعوض آن‌ها را به پذیرش این احساسات ترغیب می‌کند (۱۹). هدف این درمان، کاهش اجتناب تجربی همراه با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. فردی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد، از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌کند و سعی در تغییر و کنترل آن‌ها ندارد؛ بنابراین انرژی خود را به‌جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌کند (۲۰). ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد دربارهٔ تجربیات روانی‌اش افزایش یابد. سپس بی‌اثربودن هرگونه عمل اجتنابی آموزش داده می‌شود و اینکه باید این تجارب را بدون هیچ واکنش بیرونی و درونی پذیرفت. در مرحلهٔ بعد به فرد آموخته می‌شود از لحظه‌لحظهٔ حالات روانی خود آگاهی یابد و پس از آن بتواند مستقل از این تجارب عمل کند (جداسازی شناختی)؛ درنهایت ارزش‌های شخصی فرد شناخته شود و برای عمل متعهدانه (فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به‌همراه پذیرش تجارب ذهنی) انگیزه به‌وجود آید (۲۱). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد هیچ محتوای شناختی و هیجان با احساس فیزیولوژیک خاصی را مخاطب قرار نمی‌دهد. درمان، فضای شناختی را که افکار وسواسی، اضطراب و مانند این‌ها در آن اتفاق می‌افتد و نیز پاسخ‌ها به این تجارب شناختی را هدف قرار می‌دهد (۲۲). تاکنون اثربخشی درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس (۲۳)، بر رضایت زناشویی زنان افسرده (۲۴)، بر رضایت زناشویی و نگرش دربارهٔ ناباروری زنان نابارور (۲۵)، بر رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان متأهل ادارهٔ بهزیستی (۲۶)، بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری (۲۷)، بر انعطاف‌پذیری شناختی در زندانیان (۲۸) و بر بهبود شدت علائم و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی (۲۹) تأیید شده است؛ ازاین‌رو همان‌طورکه مرور پیشینهٔ پژوهش نشان داد، در زمینهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر

1. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)
2. Neurotic
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
4. Neuropsychological Disorder
5. Cognitive flexibility
6. Marital satisfaction
7. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

پذیرش و تعهد در جامعهٔ زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی پژوهش‌هایی اندک انجام شده است.

اختلال وسواس فکری–عملی توجه بسیاری از روان‌شناسان، روان‌پزشکان و محققان را به خود جلب کرده است و از مشکلات بسیار جدی سلامت روان به‌شمار می‌رود؛ به‌طوری‌که شدت و استمرار این اختلال گاه به‌حدی می‌رسد که نیرو و کارایی فرد را کاملاً کاهش می‌دهد و اثری فلج‌کننده در زندگی شخصی و اجتماعی و زندگی زناشویی بر جای می‌گذارد (۳۰). باید اشاره کرد که درمان‌نشدن اختلال وسواس فکری–عملی می‌تواند به بروز آسیب‌های بیشتر و نیز پدیدآیی آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی دیگر همچون افسردگی در این افراد منجر شود (۳۱)؛ بنابراین لزوم به‌کارگیری مداخلات غیردارویی و روان‌شناختی ضرورت پیدا می‌کند. لزوم پرداختن به موضوع بهداشت روان زنان از یک سو و تأثیرات وسواس فکری–عملی بر وضعیت زناشویی خانواده‌های درگیر مبتلا به وسواس فکری–عملی از سوی دیگر، همچنین وجود خلأ پژوهشی در این زمینه، موجب شد محققان به انجام این پژوهش بپردازند؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت زناشویی زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری–عملی بود.

## ۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان متأهل مبتلا به وسواس فکری–عملی مراجعه‌کننده به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاورهٔ همیار در منطقهٔ هشت شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که ابتلای آن‌ها به اختلال وسواس فکری–عملی به تأیید روان‌شناس رسید. حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی برای هر گروه پانزده نفر توصیه شده است (۳۲)؛ ازاین‌رو، از بین زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاورهٔ همیار سی نفر داوطلب تمایل به شرکت در پژوهش، به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به‌پژوهش عبارت بود از: ابتلای زنان متأهل به اختلال وسواس فکری و عملی پس از مصاحبه توسط روان‌پزشک یا روان‌شناسی بالینی برپایهٔ ملاک‌های انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۳۳)؛ استفاده‌نکردن از دارو؛ فاقد سابقهٔ بستری در بیمارستان؛ کسب نمرهٔ بیشتر از ۱۵ براساس مقیاس وسواس فکری‌عملی ییل–براون[1] (۳۴)؛ قرارگیری در محدودهٔ سنی ۲۰تا۵۰ سال؛ سپری‌شدن حداقل یک سال از ازدواج آن‌ها به‌طور رسمی؛ دارابودن حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ تمایل‌داشتن به همکاری در پژوهش. ملاک‌های خروج شامل همکاری‌نکردن، بی‌سوادی و غیبت در بیش از دو جلسهٔ آموزشی بود.

در این پژوهش تلاش شد ملاحظات اخلاقی زیر رعایت شود: قبل از برگزاری کارگاه، توضیحات لازم دربارهٔ اهداف و محتوای جلسات به افراد گروه آزمایش داده شد؛ شرکت در کارگاه آزادانه و اختیاری بود؛ به افراد گفته شد اطلاعات شخصی آن‌ها و تمام مطالب در طول جلسات، محرمانه باقی می‌ماند و فقط از داده‌های آماری پرسش‌نامه‌ها، بدون ذکر نام و تنها برای مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود.

ابزارها و جلسات درمانی زیر برای گردآوری داده‌ها به‌کار رفت.

ـ مقیاس وسواس فکری‌عملی ییل–براون: این مقیاس توسط گودمن و همکاران در سال ۱۹۸۹ ساخته شد (۳۴) که از ده سؤال و دو خرده‌مقیاس افکار وسواسی (سؤالات ۱تا۵) و رفتارهای وسواسی (سؤالات ۶تا۱۰) تشکیل شده است. در هر دو مقیاس، شدت علائم در هفت روز قبل از مصاحبه ارزیابی می‌شود. نمرهٔ صفر به نبود مشکل و نمرهٔ ۴ به مشکل خیلی زیاد تعلق می‌گیرد. نمرهٔ برش به‌صورت نمرهٔ کمتر از ۱۰ (علائم و نشانه‌های بسیار خفیف)، نمرهٔ بین ۱۰تا۱۵ (علائم و نشانه‌های نسبتاً خفیف)، نمرهٔ بین ۱۶تا۲۵ (علائم و نشانه‌های متوسط) و نمرهٔ بیشتر از ۲۵ (علائم و نشانه‌های شدید) است (۳۴). گودمن و همکاران به‌منظور سنجش پایایی این مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده کردند و ضریب همبستگی آن را برای خرده‌مقیاس وسواس فکری ۰/۹۷، وسواس عملی ۰/۹۶ و کل مقیاس ۰/۹۸ به‌دست آوردند؛ همچنین برای محاسبهٔ روایی مقیاس، از همبستگی هر آیتم با نمرهٔ کل استفاده شد که در دامنهٔ ۰/۳۶تا۰/۷۷ به‌دست آمد (۳۴). در ایران در پژوهش دادفر و همکاران، پایایی بین مصاحبه‌کنندگان ۰/۹۸، ضریب همسانی درونی آن، ۰/۸۹ و ضریب پایایی به‌روش بازآزمایی در فاصلهٔ دو هفته ۰/۸۴ گزارش شد (۳۵).

ـ مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی[2]: این مقیاس بیست‌سؤالی توسط دنیس و وندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شد (۳۶) که خرده‌مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری (سؤالات ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵)، ادراک دیدگاه‌های مختلف (سؤالات ۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) و ادراک توجیه رفتار (سؤالات ۱۰، ۱۸) را روی مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم نمرهٔ ۱ تا کاملاً موافقم نمرهٔ ۷) می‌سنجد (۳۶). دنیس و وندروال گزارش کردند، این مقیاس از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی هم‌زمان مناسبی برخوردار است و روایی هم‌زمان این ابزار با پرسش‌نامهٔ افسردگی بک–ویرایش دوم[3] برابر با ۰/۳۹ ــ و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین[4] ۰/۷۵ به‌دست آمد. همچنین پایایی آن به‌روش آلفای کرونباخ برای ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ محاسبه شد (۳۶). در ایران، شاره و همکاران ضریب پایایی بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده‌مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به‌ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ عنوان کردند؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ به‌دست آوردند. آن‌ها گزارش کردند، این ابزار از روایی عاملی، همگرا و هم‌زمان مطلوبی برخوردار است (۳۷).

ـ فرم کوتاه مقیاس رضایت زناشویی انریچ[5]: مقیاس رضایت زناشویی

[1]. Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale
[2]. Cognitive Flexibility Scale
[3]. Beck Depression Inventory-II
[4]. Martin & Rubin's Cognitive Flexibility Scale
[5]. ENRICH Marital Satisfaction Scale-Short Form



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

انریچ دارای فرم‌های ۱۲۵، ۱۱۵، ۴۷ و ۳۵ سؤالی است که فرم ۳۵سؤالی آن توسط اولسون و اولسون در سال ۲۰۰۰ با تجدیدنظر در فرم اصلی ساخته شد (۳۸). در این پژوهش فرم ۳۵سؤالی به‌کار رفت. این فرم ۳۵سؤالی براساس مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای (از کاملاً مخالفم نمرهٔ ۱ تا کاملاً موافقم نمرهٔ ۵) پاسخ داده می‌شود. این مقیاس چهار خرده‌مقیاس به نام‌های تحریف آرمانی[1] (سؤالات ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰)، رضایت زناشویی (سؤالات ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۴، ۲۷، ۳۰، ۳۵)، ارتباطات[2] (سؤالات ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۵، ۲۸، ۳۱، ۳۴) و حل تعارض[3] (سؤالات ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۶، ۲۹، ۳۲، ۳۳) را می‌سنجد. برای خرده‌مقیاس رضایت زناشویی بیشترین نمره ۴۱ و کمترین نمره ۲۲، برای خرده‌مقیاس ارتباطات بیشترین نمره ۴۱ و کمترین نمره ۲۱، در خرده‌مقیاس حل تعارض بیشترین نمره ۳۹ و کمترین نمره ۲۱ و در خرده‌مقیاس تحریف آرمانی بیشترین نمره ۲۲ و کمترین نمره ۸ است. حداکثر نمره در پرسش‌نامهٔ ۳۵سؤالی ۱۷۵ است (۳۸). در مطالعهٔ اولسون و اولسون روایی صوری آن تأیید شد و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی به‌ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌های مذکور به‌ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ به‌دست آمد (۳۸). در ایران نیز در پژوهش آسوده و همکاران، روایی محتوایی این ابزار به تأیید رسید و پایایی به‌روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی به‌ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۸، ۰/۶۲ و ۰/۷۷ بود (۳۹).

در مرحلهٔ اجرا ابتدا پس از توضیحات کامل و روشن دربارهٔ اهداف و روش انجام پژوهش و رعایت ملاحظات اخلاقی ازقبیل محرمانه‌ماندن نام و اطلاعات، پژوهشگر از بیماران درخواست کرد به پرسش‌نامه‌ها با دقت پاسخ دهند (پیش‌آزمون). سپس جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) برگزار شد؛ اما گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد فرد را قادر می‌سازد با پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند، پریشانی هیجانی را به‌طور مستقیم هدف قرار دهد. درواقع این درمان با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عملکرد فرد را بهبود می‌بخشد تا پریشانی او را کم کند. اجتناب از احساسات ناخوشایند (اجتناب تجربه‌ای) رنج روان‌شناختی را دوام می‌بخشد. آمادگی برای تجربه‌کردن احساسات ناخوشایند و اجتناب‌نکردن از آن‌ها که به‌عنوان پذیرش به آن اشاره می‌شود و تشویق به آن، فرایندی کلیدی در پذیرش و تعهد است (۴۰). طراحی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد توسط باخ و موران صورت گرفت (۴۱) و رجبی و همکاران آن را استفاده و تأیید کردند (۴۲). خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مطابق با جدول ۱ است.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

| جلسه | هدف | محتوا | تکلیف |
|---|---|---|---|
| اول | آشنایی و معارفه، بیان محورهای اصلی روش مداخله و آموزش اصل خود مشاهده‌گر | بیان محورهای روش مداخله، تشریح آثار انعطاف‌پذیری، استرس و تاب‌آوری، آموزش خود مشاهده‌گر، خود به‌عنوان زمینه و ارائهٔ تمرین‌های تمرکز بر فعالیت خود مثل تنفس | تکمیل کاربرگ لیست‌کردن چند تجربهٔ شخصی و ارزیابی آن‌ها و کاربرگ مربوط به چگونگی تمرکز بر فعالیت‌های خود بدون توجه به محتوای آن‌ها |
| دوم | آموزش اصل کنترل | تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پیامدهای آن‌ها، آموزش اجتناب از تجارب دردناک و راهبردهای مقابلهٔ کارآمد | مرور تکلیف جلسهٔ قبل و تکمیل کاربرگ لیست‌کردن برخی از افکار مربوط به افکار کنترل‌کننده و نوشتن پیامدهای آن‌ها |
| سوم | آموزش اصل پذیرش | آموزش شناخت و پذیرش هیجان‌ها و بررسی تفاوت آن‌ها با احساسات و تفکرات غیرمنطقی | مرور تکلیف جلسهٔ قبل و تکمیل کاربرگ لیست‌کردن مشکلات احساسات و تفکرات غیرمنطقی |
| چهارم | آموزش اصل ارزش‌ها و اهداف | بیان ارزش‌ها و تشکر و تأمل دربارهٔ آن‌ها، مشخص‌کردن تفاوت بین ارزش‌ها و اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب آن‌ها | مرور تکلیف جلسهٔ قبل و تکمیل کاربرگ لیست‌کردن ارزش‌های شخصی و بیان چند اشتباه معمول دربارهٔ آن‌ها |
| پنجم | آموزش ارتباط با زمان حال | آموزش ذهن‌آگاهی با تأکید بر زمان حال | مرور تکلیف جلسهٔ قبل و تکمیل کاربرگ بیان تجربهٔ شخصی دربارهٔ ارتباط با زمان حال و بیان تجربهٔ مذکور با حواس پنج‌گانه |
| ششم | آموزش اصل گسلش شناختی | آموزش تکنیک‌های گسلش شناختی و مداخلهٔ زنجیره‌های مشکل‌ساز | مرور تکلیف جلسهٔ قبل و تکمیل کاربرگ تمرین تکنیک‌های گسلش شناختی |
| هفتم | آموزش اصل تکلیف و عمل متعهدانه | مفهوم‌شدن آموزش شناسایی طرح‌ها و اقدامات مناسب با ارزش‌ها و تعهد برای انجام آن‌ها و آموزش و چگونگی مقابله با آن‌ها | مرور تکلیف جلسهٔ قبل و تکمیل کاربرگ عمل متعهدانه و مقابلهٔ عود |
| هشتم | مرور و جمع‌بندی هدف‌های جلسات | مرور و جمع‌بندی محتواهای آموزش‌های جلسات قبل | مرور تکلیف جلسهٔ قبل و مرور تکالیف همهٔ جلسات گذشته |

1. Idealistic distortion
2. Communication
3. Conflict resolution



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

به‌منظور تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و در بخش آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. همچنین در بخش آمار استنباطی، از آزمون تی مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه مستقل و بعد از تأیید پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس (نرمال‌بودن توزیع نمرات ازطریق آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها به‌کمک آزمون ام‌باکس، یکسان‌بودن شیب خط رگرسیونی ازطریق بررسی اثر متقابل پیش‌آزمون و گروه، همگنی واریانس‌ها به‌کمک آزمون لون، آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطهٔ بین متغیرها)، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در سطح معناداری $\alpha$=۰/۰۱ استفاده شد.

## ۳ یافته‌ها

در این پژوهش تعداد آزمودنی در گروه آزمایش و گروه گواه هرکدام برابر با پانزده نفر بود. طبق نتایج آزمون تی مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه گواه (۶/۴۳±۳۷/۲۶ سال) و آزمایش (۵/۷۱±۳۵/۲۶ سال)، از لحاظ توزیع متغیر سن در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p$=۰/۲۳۴). در آزمون کولموگروف‌اسمیرنف با مقدار احتمال محاسبه‌شده برای مؤلفه‌های متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در مرحلهٔ پس‌آزمون برای گروه گواه و گروه آزمایش فرض نرمالیتی رد نشد. نتایج بررسی آزمون اثر متقابل پیش‌آزمون و گروه در رگرسیون خطی بر نمرات پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی، نشان داد که فرض همسانی شیب رگرسیونی رد نشد. نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها مشخص کرد، واریانس متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک دیدگاه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار) یکسان بود. نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گروه گواه نشان داد، ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر بود. نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطهٔ بین متغیرها مشخص کرد، رابطهٔ بین این مؤلفه‌ها معنادار بود. پس از ارزیابی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد، بین دو گروه در مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معناداری وجود داشت ($p$<۰/۰۰۱، Wilks Lambda=۰/۴۱۸). در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس برای مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | مقایسهٔ پس‌آزمون | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | مقدار F | مقدار $p$ | مجذور اتا |
| ادراک کنترل‌پذیری | آزمایش | ۲۳/۸۰ | ۴/۹۰۲ | ۲۵/۴۶ | ۴/۵۳۷ | ۶/۶۸۰ | ۰/۰۴۹ | ۰/۲۱۱ |
| | گواه | ۲۱/۶۰ | ۶/۶۳۱ | ۲۲/۲۰ | ۶/۱۰۹ | | | |
| ادراک دیدگاه‌های مختلف | آزمایش | ۲۹/۸۷ | ۶/۰۷۹ | ۳۴/۴۷ | ۴/۳۱۷ | ۱۱/۰۷۵ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۰۷ |
| | گواه | ۲۶/۸۰ | ۶/۱۹۷ | ۲۷/۷۳ | ۶/۳۴۶ | | | |
| ادراک توجیه رفتار | آزمایش | ۷/۳۳ | ۱/۸۵۸ | ۹/۱۴ | ۱/۸۵۰ | ۱۳/۸۵۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۵۷ |
| | گواه | ۷/۲۳ | ۱/۴۵۰ | ۷/۵۰ | ۱/۲۷۱ | | | |

براساس جدول ۲ پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون مشخص شد، تفاوت آماری معناداری در نتایج پس‌آزمون بین دو گروه، در مؤلفه‌های ادراک کنترل‌پذیری ($p$=۰/۰۴۹)، ادراک دیدگاه‌های مختلف ($p$=۰/۰۰۳) و ادراک توجیه رفتار ($p$<۰/۰۰۱) وجود داشت. همچنین مقدار ضریب اتا برای مؤلفه‌های ادراک کنترل‌پذیری (۰/۲۱۱)، ادراک دیدگاه‌های مختلف (۰/۳۰۷) و ادراک توجیه رفتار (۰/۳۵۷) به‌دست آمد. این یافته‌ها نشان‌دهندهٔ میزان تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی بود.

به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. در آزمون کولموگروف‌اسمیرنف با مقدار احتمال محاسبه‌شده برای مؤلفه‌های متغیر رضایت زناشویی در مرحلهٔ پس‌آزمون برای گروه گواه و گروه آزمایش فرض نرمالیتی رد نشد. نتایج آزمون اثر متقابل پیش‌آزمون و گروه در رگرسیون خطی بر نمرات پس‌آزمون رضایت زناشویی، نشان داد که فرض همسانی شیب رگرسیونی رد نشد. نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها مشخص کرد، واریانس متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض) یکسان بود. نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گروه گواه نشان داد، ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر بود. نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطهٔ بین متغیرها نشان داد، رابطهٔ بین این مؤلفه‌ها معنادار بود. پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون مشخص کرد، بین دو گروه در مؤلفه‌های رضایت زناشویی تفاوت معناداری وجود داشت ($p$<۰/۰۰۱، Wilks Lambda=۰/۴۳۷). در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس برای مؤلفه‌های رضایت زناشویی ارائه شده است.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های متغیر رضایت زناشویی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | مقایسهٔ پس‌آزمون | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | مقدار F | مقدار $p$ | مجذور اتا |
| تحریف آرمانی | آزمایش | ۱۲/۱۱ | ۴/۲۴۰ | ۱۴/۱۳ | ۴/۱۲۴ | ۱۰/۸۷۵ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۱۲ |
| | گواه | ۱۲/۴۳ | ۳/۴۶۱ | ۱۲/۹۳ | ۲/۸۸۱ | | | |
| رضایت زناشویی | آزمایش | ۲۳/۷۳ | ۵/۰۹۷ | ۲۷/۷۲ | ۶/۳۵۲ | ۶/۸۴۴ | ۰/۰۴۷ | ۰/۲۲۲ |
| | گواه | ۲۳/۱۲ | ۴/۹۷۸ | ۲۳/۸۷ | ۴/۳۲۰ | | | |
| ارتباطات | آزمایش | ۳۲/۶۷ | ۶/۳۵۵ | ۳۸/۶۷ | ۵/۹۹۶ | ۱۲/۵۷۱ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۴۴ |
| | گواه | ۳۱/۷۳ | ۷/۲۴۵ | ۳۲/۶۰ | ۷/۰۱۸ | | | |
| حل تعارض | آزمایش | ۲۵/۰۷ | ۵/۱۲۰ | ۲۹/۹۳ | ۵/۹۸۲ | ۶/۲۱۵ | ۰/۰۵۰ | ۰/۲۰۶ |
| | گواه | ۲۶/۲۳ | ۵/۱۹۳ | ۲۷/۸۷ | ۵/۳۱۷ | | | |

براساس جدول ۳، پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون مشخص شد که تفاوت آماری معناداری در نتایج پس‌آزمون بین دو گروه، در مؤلفه‌های تحریف آرمانی ($p$=۰/۰۰۳)، رضایت زناشویی ($p$=۰/۰۴۷) و ارتباطات ($p$=۰/۰۰۲) وجود داشت؛ اما در مؤلفهٔ حل تعارض ($p$=۰/۰۵۰) معنادار نبود. همچنین مقدار ضریب اتا برای مؤلفه‌های تحریف آرمانی (۰/۳۱۲)، رضایت زناشویی (۰/۲۲۲) و ارتباطات (۰/۳۴۴) به‌دست آمد. این یافته‌ها نشان‌دهندهٔ میزان تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش مؤلفه‌های رضایت زناشویی (شامل تحریف آرمانی، رضایت زناشویی و ارتباطات) در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی بود.

## ۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت زناشویی زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی بود. اولین یافتهٔ پژوهش نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری و مؤلفه‌های آن (ادراک کنترل‌پذیری، ادراک دیدگاه‌های مختلف، ادراک توجیه رفتار) در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی مؤثر بود. یافتهٔ به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسوست؛ برای مثال نتایج پژوهش قاسمی و همکاران مشخص کرد، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیر رضایتمندی زناشویی تفاوت معناداری وجود داشت؛ همچنین مقایسهٔ گروه‌های درمانی حاکی‌از آن بود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس درمقایسه با درمان شناختی‌ـ رفتاری، مؤثرتر بود (۲۳). یافته‌های پژوهش محمدی و همکاران نشان‌دهندهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی کلی زنان افسرده بود (۲۴). در همین راستا در مطالعهٔ حقایق مشخص شد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری، رضایت زناشویی و نگرش دربارهٔ ناباروری در زنان نابارور شهر اصفهان مؤثر است (۲۵).

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، در رویکرد مبتنی‌بر تعهد و پذیرش فرد یاد می‌گیرد به‌جای تلاش برای کنترل رویدادهای درونی و بیرونی، آن‌ها را بپذیرد و درجهت رسیدن به اهداف و ارزش‌های خود گام بردارد؛ بدین‌ترتیب با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد، عملکرد کلی او و توانایی‌اش در مقابله با تظاهرات وسواس و نیز در برخورد با مسائل فردی و خانوادگی بهبود می‌یابد (۱۹) که به‌صورت غیرمستقیم باعث افزایش رضایتمندی زناشویی می‌شود. همچنین در تبیینی دیگر می‌توان گفت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که هدف نهایی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است، عملکرد فرد را در همهٔ شرایط استرس‌زای زندگی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و تنها بر افکار و اعمال وسواسی تکیه نمی‌کند (۷). بدین‌ترتیب می‌توان انتظار داشت، رضایتمندی زناشویی نیز تحت‌تأثیر قرار بگیرد. باتوجه به اینکه ارزش‌های خانوادگی، ازدواج و روابط صمیمانه گروهی از ارزش‌هایی است که در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به آن‌ها توجه می‌شود (۲۲)، شاید بتوان اثربخشی بیشتر رویکرد مبتنی‌بر تعهد و پذیرش را بر رضایتمندی زناشویی، به شناسایی و پایبندی به عمل برطبق ارزش‌های خانوادگی، مربوط دانست. همچنین ایدهٔ زیربنایی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد این است که آنچه از تسلط و ارادهٔ ما خارج است، بپذیریم و نیروی خود را به‌جای مصرف‌کردن در مسیری که به تغییری مثبت و سازنده منتهی نمی‌شود، به‌سوی آنچه برای زندگی ارزش و اهمیت دارد، هدایت کنیم (۱۸). به‌نظر می‌رسد مانند تعارضات زناشویی، همین پذیرش و تعهد بیشتر باعث تقویت احساس ارزشمندی زندگی در افراد شود و سپس با ترمیم احساس ارزشمندی زندگی، زمینه برای افزایش سطح رضایت زناشویی که بر اثر الگوهای رفتاری خشک و انعطاف‌ناپذیر پدید آمده است، فراهم آید (۲۳).

دیگر یافتهٔ پژوهش حاضر نشان‌دهندهٔ تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن (تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات) در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی بود. نتیجهٔ به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسوست؛ هرچند جامعهٔ آماری مطالعات پیشین با جامعهٔ آماری این پژوهش متفاوت است؛ به‌طور مثال پژوهش مرادزاده و پیرخائفی نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری باعث افزایش رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان متأهل می‌شود



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

(۲۶). نتایج حاصل از پژوهش طیبی نایینی و همکاران حاکی‌از سودمندی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان با اختلال وسواس بی‌اختیاری بود (۲۷). در مطالعهٔ ولی‌زاده و همکاران مشخص شد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی زندانیان مؤثر است (۲۸).

در تبیین یافتهٔ مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش داده می‌شود به‌جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اجتماعی با افزایش پذیرش روانی دربارهٔ تجارب درونی، وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند، به ارزش‌های شخصی برسند و مشکلات اجتناب‌ناپذیر را از سر راه بردارند و از این طریق باعث افزایش سلامت و بهزیستی خود شوند (۲۵). درواقع رویارویی فعال و مؤثر با احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه به خود و چالش‌های بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و درنهایت تعهد به هدف را می‌توان جزو عوامل اصلی این روش دانست. این عوامل ازطریق بهبود مهارت‌های اجتماعی و روابط اجتماعی باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود (۲۰). همچنین در تبیینی دیگر می‌توان گفت، مبنای اصلی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد این است که بخش بزرگی از مشکلات روان‌شناختی از اجتناب تجربی ناشی می‌شود؛ یعنی گرایش شخص به اینکه از تجارب ناخواسته مثل افکار، امیال و هیجان‌های خود دوری کند و سعی نماید آن‌ها را کنترل کند؛ درنتیجه در این درمان اجتناب تجربی هدف درمانگر قرار می‌گیرد تا میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد افزایش یابد (۲۷).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از نمونهٔ دردسترس و برگزارنشدن دورهٔ پیگیری اشاره کرد؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود با استفاده از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت میزان تداوم تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای مطالعه‌شده در این پژوهش بررسی شود. باتوجه به نتایج پژوهش حاضر، توصیه می‌شود تحقیقات دیگری به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش، در زمینهٔ اختلالات خُلقی و اضطرابی و نیز کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی و شغلی افراد مبتلا به اختلال وسواس صورت گیرد. همچنین انجام پژوهش دربارهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر سایر ویژگی‌های روان‌شناختی و مقایسهٔ اثربخشی این روش با روش‌های دیگر مثل طرح‌واره‌درمانی، فراشناخت‌درمانی، معنویت‌درمانی و غیره می‌تواند نتایج مفیدی در پی داشته باشد. درنهایت برگزاری کارگاه‌های آموزشی در چارچوب درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش برای درمانگران و برنامه‌های درمانی برای مبتلایان به وسواس به‌منظور درمان وسواس و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و رضایتمندی زناشویی زوجین توصیه می‌شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی تأثیرگذار است؛ زیرا در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کمک به افراد برای ساختن زندگی غنی، کامل و معنادار است که با بهره‌گیری از تمرینات و استعاره‌هایی درجهت فرایندهای ذهن‌آگاهی، گسلش و پذیرش به افراد برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش رضایت زناشویی کمک می‌شود.

## ۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش تلاش شد این ملاحظات اخلاقی رعایت شود: قبل از برگزاری کارگاه، توضیحات لازم دربارهٔ اهداف و محتوای جلسات به افراد گروه آزمایش داده شد؛ شرکت در کارگاه آزادانه و اختیاری بود؛ به افراد گفته شد اطلاعات شخصی آن‌ها و تمام مطالب در طول جلسات، محرمانه باقی می‌ماند و فقط از داده‌های آماری پرسش‌نامه‌ها، بدون ذکر نام و تنها برای مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد تهران غرب در شهر تهران است. همچنین مجوز اجرای آن بر افراد نمونه با شماره نامهٔ ۸ـ۱۹۹ـ ۹۹۸۰ مورخ ۲۵شهریور۱۳۹۹ صادر شده است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

درضمن تمامی هزینه‌های مالی توسط نویسندهٔ اول تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول در ارائهٔ ایدهٔ پژوهشی، جمع‌آوری داده و طراحی مطالعه و نویسندهٔ دوم در آنالیز، تفسیر داده‌ها و نظارت بر همهٔ امور مشارکت داشتند.

## References

1. Khayeri B, Mirmahdi SR, Acuchekian S, Heidari H, Aleyasin SA. The effectiveness of emotion-focused therapy on obsessive-compulsive symptoms, rumination and cognitive avoidance of women patients with obsessive-compulsive disorder. Social Cognition. 2019;8(2):141–64. [Persian] https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_6220.html?lang=en
2. Shameli L, Mehrabizadeh Honarmand M, Naa'mi A, Davodi I. The effectiveness of emotion-focused therapy on emotion regulation styles and severity of obsessive-compulsive symptoms in women with obsessive-



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

compulsive disorder. Iran J Psychiatr Clin Psychol. 2019;24(4):356–69. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.24.4.456
3. Narimani M, Maleki-Pirbazari M, Mikaeili N, Abolghasemi A. Appraisal of effectiveness and comparison of exposure and response prevention therapy and acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on improving of obsessive and compulsive disorder patients' components of life quality. Journal of Clinical Psychology. 2016;8(1):25–36. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2224.html?lang=en
4. Torp NC, Dahl K, Skarphedinsson G, Thomsen PH, Valderhaug R, Weidle B, et al. Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: acute outcomes from the Nordic long-term OCD treatment study (NordLOTS). Behav Res Ther. 2015;64:15–23. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.005
5. Safaralizadeh F, Hashemloo L, Bagheriyeh F, Motearefi H. The prevalence obsessive- compulsive disorder in students in Khoy University in 2013. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2014;2(6):13–21 [Persian] http://ijpn.ir/article-1-329-en.html
6. Davison KD, France JP, McLain-Tait CM. Systemic functioning of obsessive-compulsive and related disorders. In: Russo JA, Coker JK, King JH; editors. DSM–5 and family systems. New York, NY: Springer Publishing Company; 2017.
7. Cath DC, Nizar K, Boomsma D, Mathews CA. Age-specific prevalence of hoarding and obsessive compulsive disorder: a population–based study. Am J Geriatr Psychiatry. 2017;25(3):245–55. https://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2016.11.006
8. Carbonella JY, Timpano KR. Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. Behavior Therapy. 2016;47(2):262–73. https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.11.003
9. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. J Couns Psychol. 2012;40(7):976–1002. https://doi.org/10.1177/0011000012460836
10. Eskandari H, Pajouhinia S, Abavisani Y. Explanation of psychological problems based on cognitive flexibility and self differentiation. Shefaye Khatam. 2016;4(3):18–27. [Persian] http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.shefa.4.3.18
11. Bigdeli I, Badin M, Sabahi P. The comparison of cognitive flexibility, theory of mind and working memory in students with symptoms of obsessive-compulsive disorder and normal group. Advances in Cognitive Sciences. 2017;18(4):24–37. [Persian] http://icssjournal.ir/article-1-517-en.html
12. Vulink N, Denys D, Bus L, Westenberg H. Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder? J Affect Disord. 2006;91(1):19–25. https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.006
13. Raeisi F, Ghassemzadeh H, Karamghadiri N, Firoozikhojastefar R, Meysami AP, Nasehi AA, et al. Sexual function and marital satisfaction in female with obsessive-compulsive disorder. J Arak Uni Med Sci. 2016;19(109):11–19. [Persian] http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-4076-en.html
14. Cai L, Wang S, Zhang Y. Vacation travel, marital satisfaction, and subjective wellbeing: a Chinese perspective. Journal of China Tourism Research. 2020;16(1):118–39. https://doi.org/10.1080/19388160.2019.1575304
15. Markman HJ, Rhoades GK, Stanley SM, Peterson KM. A randomized clinical trial of the effectiveness of premarital intervention: moderators of divorce outcomes. J Fam Psychol. 2013;27(1):165–72. https://doi.org/10.1037/a0031134
16. Abbey RD, Clopton JR, Humphreys JD. Obsessive–compulsive disorder and romantic functioning. J Clin Psychol. 2007;63(12):1181–92. https://doi.org/10.1002/jclp.20423
17. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. Am J Orthopsychiatry. 1996;66(2):296–304. https://doi.org/10.1037/h0080180
18. Emmelkamp PMG, De Haan E, Hoogduin CAL. Marital adjustment and obsessive–compulsive disorder. Br J Psychiatry. 1990;156(1):55–60. https://doi.org/10.1192/bjp.156.1.55
19. Twohig MP, Morrison KL, Bluett EJ. Acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive spectrum disorders: a review. Current Psychiatry Reviews. 2014;10(4):296–307. https://doi.org/10.2174/1573400510666140714172145
20. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression. Psychiatr Clin North Am. 2017;40(4):751–70. https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009
21. Lee EB, An W, Levin ME, Twohig MP. An initial meta-analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. Drug Alcohol Depend. 2015;155:1–7. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004
22. Hemmat A, Mohammadi Bytamar J, Pirzeh R, Dadashi M. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment to reduce obsessive-compulsive use of substance, anxiety and depression of addicts under methadone treatment. J Adv Med Biomed Res. 2018;26(117):109–25 [Persian] http://zums.ac.ir/journal/article-1-5411-en.html
23. 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. [Persian] http://chj.rums.ac.ir/article_62703.html?lang=en

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]

24. Mohammadi E, Keshavarzi Arshadi F, Farzad V, Salehi M. The effectivness of acceptane and commitment therapy (ACT) on marital satisfaction among depressed women. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2015;17(2):26–35. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_534011.html?lang=en
25. Haghayegh SA. The effect of treatment based on the acceptance and commitment therapy on infertility, satisfaction of marriage and attitude toward to the infertility in sterile women. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020;7(2):13–25. [Persian] http://dx.doi.org/10.52547/shenakht.7.2.13
26. Moradzadeh F, Pirkhaefi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction and cognitive flexibility among married employees of the welfare office. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2018;5(6):1–7. [Persian] http://dx.doi.org/10.21859/ijpn-05061
27. Tayebi Naieni P, Mohammad–Khani S, Akbari M, Abedi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility in children with obsessive-compulsive disorder. J Child Ment Health. 2017;4(3):91–106. [Persian] http://childmentalhealth.ir/article-1-204-en.html
28. Valizadeh S, Makvandi B, Bakhtiarpour S, Hafezi F. The effectiveness of "acceptance and commitment therapy" (ACT) on resilience and cognitive flexibility in prisoners. Journal of Health Promotion Management. 2020;9(4):78–89. [Persian] http://jhpm.ir/article-1-1174-en.html
29. Borghei S, Roshan R, Bahrami H. Treatment based on acceptance and commitment and spirituality of religious therapy in a group method improvement of the severity of obsessive–compulsive symptoms and obsessive beliefs and quality of life in people with obsessive–compulsive disorder. Middle Eastern Journal Disability Studies. 2020;10:6. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-1238-en.html
30. Hedman E, Ljótsson B, Axelsson E, Andersson G, Rück C, Andersson E. Health anxiety in obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive symptoms in severe health anxiety: an investigation of symptom profiles. J Anxiety Disord. 2017;45:80–6. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.11.007
31. Jones PJ, Mair P, Riemann BC, Mugno BL, McNally RJ. A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord. 2018;53:1–8. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.09.008
32. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh; 2015. [Persian]
33. First MB. Structured clinical interview for the DSM (SCID). In: Cautin RL, Lilienfeld SO; editors. The encyclopedia of clinical psychology. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc; 2015. p. 1–6. https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp351
34. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale: I. development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):1006–11. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
35. Dadfar M, Bolhari J, Dadfar K, Bayanzadeh S A. Prevalence of the obsessive-compulsive disorder symptoms. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2001;7(1 and 2):27–33. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1963-en.html
36. Dennis JP, Vander Wal JS. The Cognitive Flexibility Inventory: instrument development and estimates of reliability and validity. Cogn Ther Res. 2010;34(3):241–53. https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4
37. Shareh H, Roeinfard M, Haghi E. The effectiveness of Heimberg and Becker cognitive behavioral group therapy in improving female adolescents social anxiety and cognitive flexibility. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2014;21(2):226–40. [Persian] http://jsums.medsab.ac.ir/article_424.html?lang=en
38. Olson DH, Olson AK. Empowering couples: PREPARE/ENRICH program. Marriage & Family: A Christian Journal. 2000;3(1):69–81.
39. Asoodeh MH, Khalili S, Daneshpour M, Lavasani MGh. Factors of successful marriage: Accounts from self described happy couples. Procedia–Social and Behavioral Sciences. 2010;5:2042–6. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.410
40. Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. Iran J Psychiatr Clin Psychol. 2019;25(1):2–13. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.1.2
41. Bach PA, Moran DJ. ACT in practice: case conceptualization in acceptance and commitment therapy. Oakland: New Harbinger Publications; 2008.
42. Rajabi F, Hasani F, Keshavarzi Arshadi F, Emamipour S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on symptoms of obsessive-compulsive disorder and guilt feeling in patients with obsessive–compulsive disorder. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2020;6(2):140–7. [Persian] http://ijrn.ir/article-1-521-en.html

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03 ]