

## تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر احساس تنهایی و سبک‌های اسنادی همسران معتادین

اسماعیل عسگری<sup>۱</sup>، فرهاد جمهری<sup>۲</sup>، بیوک تاجری<sup>۳\*</sup>، حامد برماس<sup>۴</sup>، محمد حکمی<sup>۵</sup>

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲- استادیار دانشکده روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳- استادیار گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۴- استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۵- استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سبک‌های اسنادی همسران معتادین به اجرا در آمد. تحقیق حاضر طرح شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود و از منظر هدف، تحقیق کاربردی بود. جامعه آماری پژوهش در برگیرنده کلیه همسران معتادین تحت درمان در شهر تهران است. نمونه پژوهش حاضر براساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف براساس نمونه‌گیری در دسترس شامل ۳۰ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل) بود. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه احساس تنهایی، پرسشنامه سبک‌های اسناد و بسته درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بود و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بون فرونی استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که با توجه به اینکه سطح

معناداری از  $\alpha$  کوچکتر است، همچنین با ملاحظه اینکه اثر پیش آزمون از طریق آزمون کوواریانس کنترل شده است، می‌توان نتیجه گرفت که در زمینه متغیر احساس تنهایی و سبک‌های اسنادی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنادار موثر بوده است. همچنین با ملاحظه مجدور انا هر دو متغیر، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییرات در گروه آزمایش شده است. پس درمان بر کاهش هم وابستگی و احساس تنهایی و تغییر سبک اسناد تاثیر داشت.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، احساس تنهایی، سبک‌های اسنادی، همسران معتادین

## مقدمه

مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند آن از مهمترین دغدغه‌های اجتماعی و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی حال حاضر است و مدت‌ها است که نظر متخصصین بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (باتلر، ۲۰۰۶). اعتیاد (وابستگی به مواد، مسمومیت ناشی از مواد) به عنوان مسئله‌ای اجتماعی، روانی و تاریخی یکی از مشکلات عدیده جهان معاصر است که جوامع بشری را تهدید می‌کند. اعتیاد به مواد مانع از شناخت توان بالقوه اشخاص می‌شود و به این ترتیب به عنوان مانعی در برابر توسعه اجتماعی عمل می‌کند. خسارت‌های اجتماعی و اقتصادی سوءاستفاده از مصرف مواد، به طور یکسان فشار تحمل‌ناپذیری بر زیرساختار اجتماعی کشورهای پیشرفته و رو به پیشرفت وارد می‌آورد. از جمله مهمترین پیامدهای اعتیاد خشونت، بزهکاری و وقوع جرم است (فدایی، ۱۳۹۰). از دیدگاه روانشناسی، دامنه تأثیرات مخرب اعتیاد به مواد مخدر از آن رو حائز اهمیت فراوان است که عواقب وخیم آن تنها فرد معتاد را در برنمی‌گیرد، بلکه محیط پیرامون و دوستان و افراد خانواده و همکاران وی نیز در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت (خاکی، ۱۳۷۱).

به عنوان پیامد اعتیاد اعضای خانواده به ویژه همسران افراد معتاد در معرض انواع مشکلات آسیب شناختی قرار دارند. هم‌وابستگی مشکلی رایج در گروه خانواده معتادان و وابستگان

دارویی است. علایم شناختی، عاطفی و رفتاری هم‌وابستگی عبارتند از: سرپرستی، خودکم‌بینی، سرکوبی، وسواس، کنترل کردن، روابط سست، مرزهای متزلزل، خشم، بی‌اعتمادی و مشکلات جنسی (دوپری، ۲۰۱۰). هم‌وابستگی الگویی افراطی و مبالغه‌آمیز متشکل از رفتارها، باورها و احساس‌های آموخته شده‌ای است که زندگی را دردناک می‌سازد و این وابستگی به مردم خارج از شرایط خود است که به موازات آن تاحدی خود مورد فراموشی قرار می‌گیرد، که هویت از دست می‌رود (فرشام، مبصری و داوودی، ۱۳۹۳).

مسئله هم‌وابستگی آثار مخرب فردی و اجتماعی بسیاری را برای فرد هم‌وابسته در روابط بین فردی و مشکلات درون فردی ایجاد می‌کند. هم‌وابستگی اختلالی است که بر پایه موارد ذیل می‌باشد: نیاز به کنترل کردن در زمان برخورد با شرایط خیلی ناگوار، غفلت از نیازهای خود، تغییر دادن مرزهای خود از لحاظ صمیمیت و جدایی، گرفتار شدن با افراد مشخصی که مبتلا به اختلال هستند و تجلی‌های دیگری از قبیل انکار، احساسات انباشته شده، افسردگی و بیماری‌های بدنی وابسته به استرس (وایتفیلد، ۱۹۹۷). در سال‌های اخیر عدم وجود نشانه‌های بیماری‌های روانی، شاخص سلامتی نبوده بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس، و ویژگی‌های مثبتی از این دست نشانگر سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی شکوفاسازی قابلیت‌های خود است (گراهام و کرون، ۲۰۱۴).

از سوی دیگر یکی از مشکلات این افراد احساس انزوا و تنهایی است، احساس تنهایی تجربه ناخوشایندی است که در پاسخ به نارسایی‌های کمی یا کیفی در روابط اجتماعی ظاهر می‌شود (رحیم زاده و همکاران، ۱۳۸۸). باید گفت که احساس تنهایی با نوعی انزوای اجتماعی درک شده مترادف است نه لزوماً با یک انزوای اجتماعی واقعی در محیط بیرونی؛ به گونه‌ای که انسان‌ها می‌توانند یک زندگی انفرادی داشته باشند بدون اینکه احساس تنهایی کنند و یا اینکه یک زندگی اجتماعی به ظاهر غنی داشته باشند اما با این حال احساس تنهایی کنند. تنهایی به عنوان یک احساس ناراحت کننده تعریف شده که طی آن فرد احساس می‌کند سطح نیازهای اجتماعی‌اش با کمیت و کیفیت روابط اجتماعی که دارد متناسب نیست (هاو کلی و کاسپیو، ۲۰۱۰). لذا بررسی رابطه متقابل احساس تنهایی و هم‌وابستگی همسران معتادین مناسب، مرتبط و ضروری به نظر می‌رسد. در عین حال یکی از عوامل موثر در احساس

تنهایی و هم وابستگی، سبک‌های اسنادی همسران معتادین است. اسناد عبارتست از فرآیندی که افراد بکار می‌برند تا رویدادها یا رفتارها را به عوامل زیر بنایی آن‌ها پیوند دهند. تمز و وریشن (۱۹۹۷) در مورد این که چرا مردم اسنادسازی می‌کنند، توضیح می‌دهد که عمدتاً ساختن اسنادها به این دلیل است که مردم نیاز به درک رفتار خود و دیگران دارند. فرض اساسی صاحب‌نظران اسناد بر این متکی است که انسان می‌خواهد درباره ساختار علی محیط خویش هر چه بیشتر شناخت پیدا کند و بداند که چه واقعه‌ای رخ داده است و این واقعه به چه انگیزه‌ای قابل اسناد است. سوال مهمی که در مورد سلیگمن مطرح می‌گردد این است که اگر افراد افسرده زندگی خود را تحت نیروهای بیرونی می‌دانند چرا همواره برای هر رویدادی خود را مقصر می‌دانند و سرزنش می‌کنند؟ افراد وقتی رویدادهای زندگی‌شان را خارج از کنترل خود درک کنند از خود می‌پرسند چرا؟ اگر آن‌ها فقدان کنترل خود را به بعضی از علل درونی که پایدار و کلی باشند نسبت دهند آن‌ها ممکن است که احساس ناتوانی کنند. اسنادهای مربوط به پیامدها را می‌توان بر حسب ابعاد زیر بنایی آن‌ها توضیح داد. بسیاری از نظریه‌ها بر این اعتقادند که عوامل علی با تعداد نسبتاً کمی از ابعاد شناختی بنیادی‌تر پیوند دارد (کریمی، ۱۳۹۲).

زوج‌هایی که به راحتی افکارشان را با یکدیگر در میان می‌گذارند، قادر به پذیرش و درک احساسات یکدیگر هستند و از رضایت بیشتری برخوردارند. در این راستا، محققین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در اختلالات مختلف از جمله در درمان اختلال هراس (پورفرج عمران، ۱۳۹۰)، اضطراب فراگیر (مژدهی، اعتمادی و فلسفی نژاد، ۱۳۹۰)، رضایتمندی زوجین (نامنی و ثابتی امینایی، ۱۳۹۴)، کیفیت زندگی (علیرضایی و ایزدی، ۱۳۹۴)، سازگاری زناشویی (باروچ، کانکر و بوش، ۲۰۱۲)، بخشش (هنرپروران و همکاران، ۱۳۹۳) نشان داده‌اند. مبانی فلسفی این نوع درمان مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است و همچنین مبانی نظری آن بر نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی استوار است. به دنبال این است که کارکردهای بالقوه افکار و احساسات ناخواسته را تغییر دهد و این کار را با اصلاح زمینه‌های روان شناختی که آن‌ها در آن تجربه می‌شوند، انجام می‌دهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۸). یکی از انواع درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم است که از راهکارهای پذیرش و

ذهن آگاهی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (هربرت و فورمان، ۲۰۱۱). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال، و انتخاب ارزش‌ها براساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است و عمل به شیوه‌ای که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد (هیز و همکاران، ۲۰۱۰).

ACT برخلاف بیشتر درمان‌ها به دنبال تغییر محتوای فکر نیست. به عنوان مثال درمان شناختی- رفتاری برای اختلالات اضطرابی به دنبال آن است که به مراجعان کمک کند تا پریشانی‌شان را با تغییر پاسخ‌های شناختی و رفتاری به اضطراب کاهش دهد. در حقیقت درمان شناختی رفتاری، مراجعان را قادر می‌سازد تا شبکه ارتباطی جدیدی از افکار و رفتارهای سازگارانه ایجاد کنند که با شبکه‌ها و خاطرات ناسازگار رقابت کرده و آن‌ها را حذف نماید. برای رسیدن به این هدف، درمان شناختی- رفتاری این مولفه‌ها را شامل می‌شود: آموزش درخصوص ماهیت ترس و اضطراب، بازبینی علایم و نشانه‌ها، آموزش تن آرامی و تنفس صحیح، بازسازی شناختی، آزمایش‌های رفتاری، پیشگیری از پاسخ. در بازسازی شناختی مراجعان می‌آموزند تا با توجه به شواهد له و علیه افکار اضطراب‌زا، صحت آن‌ها را مورد چالش قرار دهند، خطاهای شناختی که این افکار منعکس می‌کنند را شناسایی کنند و افکار جایگزین برای آن‌ها ایجاد کنند. آزمایش‌های رفتاری به چالش مستقیم با پیش‌بینی‌های اضطراب محور می‌پردازد. به مراجع کمک می‌کند به محرک ترسناک نزدیک شود و ببیند آیا پیامدهای مورد انتظارشان رخ می‌دهد. پیشگیری از پاسخ، مراجع را با محرک و زمینه اضطراب‌زا روبه‌رو می‌کند و در عین حال از رفتارهای کاهنده اضطراب و رفتارهای اجتنابی ممانعت می‌کند (گودیانو و لیوتی، ۱۹۸۳). با توجه به توضیحات پیش گفته در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال هستیم که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هم وابستگی، احساس تنهایی و سبک‌های اسنادی همسران معتادین تاثیر دارد؟

## روش پژوهش

تحقیق حاضر طرح شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود، در گردآوری ادبیات تحقیق نیز از روش کتابخانه‌ای و اسنادی بهره برده می‌شود و از نظر گردآوری نیز جزء تحقیقات میدانی محسوب می‌شود. از منظر هدف، تحقیق کاربردی بوده است. جامعه آماری پژوهش در برگیرنده کلیه همسران معتادین تحت درمان در شهر تهران می‌باشد که به خاطر مشکلات روانشناختی به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده‌اند. نمونه پژوهش حاضر براساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف شامل ۳۰ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل) بود. نمونه‌گیری براساس نمونه‌گیری در دسترس از بین همسران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در شهر تهران انتخاب و قبل از دخالت متغیر مستقل به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند و پس از اجرای روش درمانی دوباره پرسشنامه‌ها بر روی آنان انجام شد.

ملاک‌های ورود برای گروه آزمایش عبارت بودند از عدم استفاده از داروهای روانگردان، مواد مخدر و درمان‌های روانشناختی در طول مطالعه. ۲- داشتن سن بالای ۲۰ سال ۳- عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن ۴- ابراز رضایت جهت شرکت آزمودنی‌ها. ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش ۱- عدم حضور در جلسات آزمایشی و مداخله بیش از دو جلسه. ۲- عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات آزمایشی و مداخله. ۳- ابتلا به اختلال روانپزشکی همراه شدید که نیاز به درمان فوری داشته باشد. ۴- استفاده از داروهای روانگردان یا مواد مخدر.

## ابزار پژوهش

### پرسشنامه احساس تنهایی

احساس تنهایی به وسیله مقیاس‌های مختلفی از جمله مقیاس پرکاربرد احساس تنهایی (UCLA) اندازه‌گیری می‌شود. پرسشنامه احساس تنهایی توسط راسل و پیلوا و کورتونا در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که شامل ۲۰ سوال و به صورت ۴ گزینه‌ای، ۱۰ جمله منفی و ۱۰ جمله مثبت است. در این پرسشنامه هرگز امتیاز (۱)، به ندرت امتیاز (۲)، گاهی امتیاز (۳) و همیشه

امتیاز (۴) دارد. ولی امتیاز سوالات ۲۰، ۱۹، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۹، ۶، ۵، ۱ برعکس است. یعنی هرگز (۴)، به ندرت (۳)، گاهی (۲) و همیشه امتیاز (۱) را دارد. دامنه نمره‌ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است. بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است. پایایی این آزمون در نسخه جدید تجدید نظر شده ۷۸ درصد گزارش شد. همچنین وا و همکاران این ابزار را یک ابزار کوتاه و پایا برای اندازه‌گیری احساس تنهایی گزارش کرده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ آنرا ۰.۸۴٪ گزارش نموده‌اند (وا، ۲۰۰۸). همچنین حجتی و همکاران (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ ۸۹ درصد را گزارش نموده‌اند. در این مقیاس براساس تعریفی که ارائه شد سوالاتی مطرح می‌شود از جمله اینکه "احساس انزوا می‌کنم"، "کسانی در اطرافم هستند که می‌توانم با آن‌ها ارتباط و گفتگوی سازنده داشته باشم" و "من احساس می‌کنم جزئی از گروه دوستانم هستم" نتیجه مقیاس بر روی یک طیف از احساس تنهایی شدید تا یک ارتباط اجتماعی موثر قرار می‌گیرد (هاو کلی و کاسیو، ۲۰۱۰).

### پرسشنامه سبک‌های اسناد

سبک‌های اسناد برای اندازه‌گیری سبک‌های تفکر مثبت یا منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه اسناد یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۱۲ موقعیت فرضی (شش موقعیت مثبت و شش موقعیت منفی) می‌باشد. به دنبال هر موقعیت ۴ سؤال مطرح می‌شود. اولین سؤال که به صورت تشریحی پاسخ داده می‌شود یک علت عمده واقعه مورد نظر می‌پرسد که در نمره گذاری به حساب نمی‌آید؛ اما به آزمودنی در پاسخ دادن به ۳ سؤال بعدی کمک می‌کند ۳ سوال بعدی برای همه موقعیت‌ها یکسان است و ابعاد اسنادهای علی را مورد سنجش قرار می‌دهد. دومین سوال پس از هر موقعیت درونی و بیرونی بودن پاسخ فرد را می‌سنجد سومین سوال پس از هر موقعیت ثبات - عدم ثبات پاسخ آزمودنی را مشخص ساخته و بالاخره چهارمین سوال در هر موقعیت عام - خاص بودن پاسخ آزمودنی را مشخص می‌سازد. این پرسشنامه را هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی می‌توان اجرا کرد. برای هر موقعیت از آزمودنی خواسته می‌شود تا هر یک از رویدادها را با دقت خوانده و در ذهن خود به وضوح مجسم کنند که خودشان در چنین موقعیتی قرار گرفته‌اند و آنگاه یک

دلیل که به اعتقاد آن‌ها مهمترین و اصلی‌ترین دلیل آن رویداد می‌باشد را در محل در نظر گرفته شده بنویسند. مطالعات متعددی ثبات درونی پرسشنامه سبک اسناد را تأیید کرده‌اند. پیترسون و همکاران (۱۹۸۲) ثبات درونی مقیاس‌های هسته‌علیت، ثبات و عمومیت را با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۴۴ تا ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند. البته وجود چنین ثبات درونی متوسطی در این پرسشنامه یک امر طبیعی است چرا که هر مقیاس دارای تعداد سؤالات کمی است و حتی انتظار ضریب پایایی پایین‌تری نیز می‌توان داشت. در مطالعه‌ای سنجوان و ماگالارس (۲۰۰۹) ضریب پایایی پرسشنامه را ۰/۸۱ به دست آوردند در پژوهش حیدری، مکتبی و شهنی ییلاق (۱۳۹۱) ضرایب پایایی ماده‌های پرسشنامه، برای سبک اسنادی مثبت، از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و تنصیف (اسپیرمن - براون و گاتمن) ۰/۶۹ و ۰/۶۱ و برای سبک اسنادی منفی به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۵۸ و ۰/۴۱ محاسبه شد.

### بسته درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

در پذیرش و تعهد درمانی مجموعه‌ای از تمرینات تجربی و استعاره‌ها، با مداخلات استاندارد رفتاری ترکیب می‌شوند تا پذیرش بدون قضاوت تجربیات درمانی فرد را پرورش دهد. این پذیرش تجربی به تنهایی یک هدف نمی‌باشد، بلکه با ارتقای عمل در جهت اهداف مناسب شخصی مرتبط می‌باشد. دوره درمانی به صورت ۸ جلسه یک ساعته و هفته‌ای یک جلسه براساس پروتکل درمان ACT طراحی شد. طرح درمانی بر اساس این پروتکل به شرح زیر می‌باشد. جلسه اول: آشنایی گروه با یکدیگر، با درمانگر و طرح کلی درمان، جلسات درمانی، تمایل فرد برای درمان و درمان‌های دارویی و غیردارویی و در نهایت مصاحبه تشخیصی. جلسه دوم: آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و نمره‌گذاری آن‌ها، ایجاد درماندگی در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از مثال‌ها، بینش در خصوص مشکل بوجود آمده و به چالش کشیدن مشکل و دریافت بازخورد، ثبت و ارائه تکلیف. جلسه سوم: مرور تکالیف و تجربه‌های جلسه قبلی، بیان کنترل به عنوان مشکل، سنجش عملکرد، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها، دریافت بازخورد،



بررسی تمرین هفته بعد. جلسه چهارم: ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی بواسطه رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلس شناختی، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آن‌ها از طریق پذیرش، مواجهه مناسب با تجارب ذهنی، آموزش قدم‌های پذیرش با توضیح مفاهیم اشتیاق و موانع و ارائه تکالیف برای جلسه بعد. جلسه پنجم: مرور تکلیف و تعهد رفتاری مشاهده گر، آموزش زندگی ارزش مدار و بیان مفهوم ارزیابی و توصیف با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود، ایجاد اهداف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها و ارائه تکالیف جدید. جلسه ششم: ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آن‌ها، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزو محتوای ذهنی هستند. تمرکز بر فعالیت‌ها و آگاهی بر احوال خود. بنابراین فراگیر آموزش می‌بیند تا به افکار و احساساتشان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. جلسه هفتم: بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد، کشف ارزش‌های عملی زندگی، توضیح مفهوم ارزش‌ها و بیان تفاوت‌ها بین ارزش‌ها، اهداف و انگیزه‌ها، روشن نبودن ارزش‌های مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. جلسه هشتم: آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها، مرور تکالیف، اجرای پس آزمون.

## یافته‌های پژوهش

جدول زیر میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر سن آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

**جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر سن (n=30)**

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
سن	۲۶	۴.۳۷	۲۱	۳۷

همانطور که مشاهده می‌شود میانگین سن شرکت کنندگان در این نمونه پژوهشی ۲۶ و انحراف استاندارد آن ۴.۳۷ می‌باشد. دامنه تغییرات سن از ۲۱ تا ۳۷ سال است.

**جدول ۲- توصیف گروه نمونه براساس مقطع تحصیلی**

متغیر	فراوانی	درصد
زیر دیپلم	۸	۲۷
کارشناسی	۱۴	۴۷
کارشناسی ارشد	۶	۲۰
دکترا	۲	۶
کل	۳۰	۱۰۰

جدول بالا نشان می‌دهد که، تعداد ۸ نفر معادل ۲۷ درصد از شرکت کنندگان مقطع زیر دیپلم، ۱۴ نفر معادل ۴۷ درصد کارشناسی ۶ نفر معادل ۲۰ درصد کارشناسی ارشد و تعداد ۲ نفر معادل ۶ درصد آزمودنی‌ها در مقطع دکترا بودند. در ادامه شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه) احساس تنهایی و سبک‌های اسناد آزمودنی‌ها آورده شده است. از آنجا که اعتبار آزمون‌ها وابسته به نمونه پژوهش است، پیش از تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های پژوهش برای اطمینان از دقت نتایج، همسانی درونی آزمون‌های مورد استفاده در پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برآورد شده است که نتایج به تفکیک ابزار پژوهش و خرده مقیاس‌ها و ابعاد آن‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

### جدول ۳- آلفای کروباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	آلفای کروباخ
سبک‌های اسناد	۰/۷۲
درونی - بیرونی (مثبت)	۰/۶۶
درونی - بیرونی (منفی)	۰/۶۳
باثبات - بی ثبات (مثبت)	۰/۷۱
باثبات - بی ثبات (منفی)	۰/۶۴
کلی - جزئی (مثبت)	۰/۵۹
کلی - جزئی (منفی)	۰/۶۱
احساس تنهایی	۰/۷۲
هم وابستگی	۰/۷۴

داده‌های جدول ۳. آلفای کروباخ متغیرهای سبک‌های اسناد، احساس تنهایی را نشان می‌دهد. مقادیر بالای آلفای کروباخ نشانگر اعتبار بالای پرسشنامه‌های این پژوهش است.

### جدول ۴- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱= درونی - بیرونی (مثبت)	-							
۲= درونی - بیرونی (منفی)	۰/۳۰۷**	-						
۳= باثبات - بی ثبات (مثبت)	۰/۳۲۷*	۰/۴۸۱**	-					
۴= باثبات - بی ثبات (منفی)	۰/۲۶۶**	۰/۲۷۲*	۰/۳۶۹	-				
۵= کلی - جزئی (مثبت)	۰/۳۲۶*	۰/۲۵۰**	۰/۴۲۳*	۰/۲۴۳*	-			

		-	-۰/۴۳۹*	۰/۳۱۶**	-۰/۱۲۹	۰/۴۱۰*	-۰/۲۹۱*	۶= کلی-جزئی (منفی)
	-	۰/۵۲۸**	-۰/۳۲۷*	۰/۴۰۱**	-۰/۴۲۱*	-۰/۲۳۷**	-۰/۵۱۲**	۷= احساس تنهایی
-	۰/۶۴۲**	۰/۶۱۱**	-۰/۵۱۲**	۰/۳۷۲*	-۰/۱۷۴	-۰/۴۷۲**	-۰/۵۳۴**	۸= هم وابستگی

ماتریس همبستگی نشان داد که؛- بیشترین میزان همبستگی احساس تنهایی با سبک‌های اسناد مربوط به سبک اسناد کلی - جزئی منفی به صورت مستقیم (۰/۵۲۸) و در سطح ۰.۰۱ معنادار بود- کمترین میزان همبستگی احساس تنهایی با سبک‌های اسناد مربوط به سبک اسناد درونی- بیرونی (منفی) به صورت مستقیم (۰/۲۳۷) و در سطح ۰.۰۱ معنادار بود- بیشترین میزان همبستگی هم وابستگی با سبک‌های اسناد مربوط به سبک اسناد کلی- جزئی (منفی) به صورت مستقیم (۰/۶۱۱) و در سطح ۰.۰۱ معنادار بود. کمترین میزان همبستگی هم وابستگی با سبک‌های اسناد مربوط به سبک اسناد باثبات- بی ثبات (مثبت) به صورت معکوس (۰/۱۷۴) و معنادار نشان نداد. قبل از آزمون این فرضیه میانگین و انحراف استاندارد نمرات هم وابستگی دو گروه در مراحل مداخله در جدول زیر ارائه شده است.

### جدول ۵- میانگین و انحراف استاندارد نمرات هم وابستگی در پیش آزمون و پس آزمون

پس آزمون				پیش آزمون				مرحله گروه
کنترل		آزمایش		کنترل		آزمایش		
Q	M	Q	M	Q	M	Q	M	
۵.۲۲	۱۶.۷۶	۳.۹۴	۱۳.۷۳	۵.۰۳	۱۸.۱۱	۶.۴۶	۱۷.۹۹	هم وابستگی

در جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد نمرات هم وابستگی دو گروه، قبل و بعد از مداخله ارائه شده است. داده‌های جدول نشان می‌دهد که نمرات در گروه آزمایشی تا نمره ۱۳.۷۳ کاهش داشته در حالی که در گروه کنترل این نمره معادل ۱۶.۷۶ است.

جهت بررسی فرضیه فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. چون این روش آماری به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا اثر یک متغیر مستقل را بر متغیرهای وابسته بررسی نماید و اثر متغیرهای دیگر را از بین می‌برد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش فرض‌های آن یعنی: نرمال بودن توزیع، برابری واریانس‌ها و فاصله‌ای بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای آزمون نرمال بودن توزیع، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. جدول ۵ نتایج این آزمون را برای متغیر تحقیق، به نمایش می‌گذارد.

#### جدول ۶- آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه	آماره	درجه آزادی	معنی داری
هم وابستگی	آزمایش	۰/۲۵۳	۱۴	۰/۲۶۳
	گواه	۰/۱۹۲	۱۴	۰/۱۷۲

با توجه به اینکه سطح معناداری بزرگتر از ۰.۰۵ نرمال است، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات طبیعی دو گروه است.

#### جدول ۷- نتایج آزمون شاپیرو ویلک برای متغیر هم وابستگی

متغیرهای اصلی	مقدار آزمون شاپیرو ویلک	درجه آزادی	معناداری
آزمایش	۰/۶۳۱	۳۰	۰/۵۲
گواه	۰/۷۲۰	۳۰	۰/۴۱

همان طور که در جدول مشاهده می‌شود سطح معناداری به دست آمده برای دو گروه آزمایش و گواه از نظر خودکارآمدی بیشتر از ۰/۰۵ است بنابراین می‌توان گفت توزیع متغیرها نرمال است.

#### جدول ۸- آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در نمرات پس آزمون

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲
هم وابستگی	۴.۲۷**	۱	۲۸

جدول نشان‌دهنده معنی دار نبودن نتایج آزمون لوین است، لذا واریانس‌های دو گروه برابر و متجانس هستند. پس از بررسی به عمل آمده چون طبیعی بودن توزیع و مفروضه‌های همگنی ماتریس واریانس و کواریانس و مفروضه برابری خطای واریانس‌ها زیر سؤال نرفته پژوهشگر مجاز استفاده از تحلیل کواریانس است.

### جدول ۹- نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی برای بررسی تفاوت میانگین‌های تعدیل شده

متغیر	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری	حد پایین فاصله اطمینان	حد بالای فاصله اطمینان
هم وابستگی	۲.۳۲۶*	۰.۴۲۱	۰.۰۱۷	۰.۳۸۵	۲.۹۲۷

نتایج جدول نشان می‌دهد که تفاوت میانگین پس‌آزمون با پیش‌آزمون در مورد هم وابستگی معنی دار است. بر طبق داده‌های جداول بالا بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در اثر مداخله تفاوت معنادار آماری وجود دارد. لذا می‌توان نتیجه گرفت گروهی که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخوردار بودند در مقایسه با گروه درمان نشده کاهش معناداری در میزان هم وابستگی نشان دادند. پس فرضیه اول تایید شد.

### جدول ۱۰- میانگین و انحراف استاندارد نمرات احساس تنهایی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله گروه		پیش‌آزمون				پس‌آزمون	
		کنترل		آزمایش		کنترل	
		Q	M	Q	M	Q	M
احساس تنهایی		۴۹.۱۴	۵۳.۱۱	۴۹.۱۴	۵۳.۱۱	۵۳.۵۴	۵۰.۰۴

در جدول بالا میانگین و انحراف استاندارد نمرات احساس تنهایی دو گروه، قبل و بعد از مداخله ارائه شده است. داده‌های جدول نشان می‌دهد که میانگین نمرات در گروه آزمایشی تا نمره ۴۹.۱۴ کاهش داشته در حالی که در گروه کنترل این نمره معادل ۵۳.۵۴ است جهت بررسی فرضیه فوق از تحلیل کواریانس استفاده شد. چون این روش آماری به پژوهشگر

اجازه می‌دهد تا اثر یک متغیر مستقل را بر متغیرهای وابسته بررسی نماید و اثر متغیرهای دیگر را از بین می‌برد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش فرض‌های آن یعنی: نرمال بودن توزیع، برابری واریانس‌ها و فاصله‌ای بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای آزمون نرمال بودن توزیع، از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف استفاده شد. جدول زیر نتایج این آزمون را برای متغیر تحقیق، به نمایش می‌گذارد.

### جدول ۱۱- آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه	آماره	درجه آزادی	معنی داری
احساس تنهایی	آزمایش	۰/۱۸۲	۱۴	۰/۲۱
	گواه	۰/۱۰۲	۱۴	۰/۱۵

با توجه به اینکه سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ نرمال است، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات طبیعی دو گروه است.

### جدول ۱۲- نتایج آزمون شاپیرو ویلک برای متغیر احساس تنهایی

متغیرهای اصلی	مقدار آزمون شاپیرو ویلک	درجه آزادی	معناداری
آزمایش	۰/۳۸	۳۰	۰/۳۱
گواه	۰/۵۲	۳۰	۰/۳۸

همان طور که در جدول مشاهده می‌شود سطح معناداری به دست آمده برای دو گروه آزمایش و گواه از نظر عزت نفس بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین می‌توان گفت توزیع متغیرها نرمال است.

### جدول ۱۳- آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در نمرات پس آزمون

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲
احساس تنهایی	۹.۰۳**	۱	۲۸

جدول نشان دهنده معنی دار نبودن نتایج آزمون لوین است، لذا واریانس‌های دو گروه برابر و متجانس هستند. پس از بررسی به عمل آمده چون طبیعی بودن توزیع و مفروضه‌های همگنی ماتریس واریانس و کواریانس و مفروضه برابری خطای واریانس‌ها زیر سؤال نرفته پژوهشگر مجاز استفاده از تحلیل کواریانس است.

#### جدول ۱۴- نتایج تحلیل کواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات تاثیر مداخله بر احساس تنهایی (تعداد= ۱۵ نفر در هر گروه)

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذوراتا
احساس تنهایی	بین آزمودنی-ها	۶۰.۷۱۱	۱	۶۰.۷۱۱	۱۵.۵۶۳*	۰.۲۰۲
	درون آزمودنی‌ها	۳۷۵.۲۸۶	۱	۳۷۵.۲۸۶	۳۲.۲۶۹**	۰.۳۴۱
	اثر درمان	۷۲.۵۲۴	۱	۷۲.۵۲۴	۲۱.۹۷**	۰.۳۰
	خطا یا باقی‌مانده	۱۷۹.۳۸۱	۲۷	۶.۶۴۴		
	مجموع	۸۳۲۰.۰۰	۳۰			

با توجه به اینکه F مشاهده شده در سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵ قرار گرفت، همچنین با ملاحظه اینکه اثر پیش آزمون از طریق آزمون کواریانس کنترل شده است، می‌توان نتیجه گرفت که در زمینه متغیر احساس تنهایی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنادار موثر بوده است. همچنین با ملاحظه مجذور اتا ۰/۳۰ می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که ۰/۳۰ کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس درمان بر کاهش احساس تنهایی تاثیر دارد. در ادامه از آزمون تعقیبی بون‌فرونی برای بررسی تفاوت میانگین‌های تعدیل شده استفاده شد



### جدول ۱۵- نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی برای بررسی تفاوت میانگین‌های تعدیل

شده

متغیر	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری	حد پایین فاصله اطمینان	حد بالای فاصله اطمینان
احساس تنهایی	۵.۲۴۳*	۰.۹۷۴	۰.۰۰۱	۳.۲۴۴	۷.۲۴۱

نتایج جدول نشان می‌دهد که تفاوت میانگین پس آزمون با پیش آزمون علی‌رغم تعدیل صورت گرفته در مورد احساس تنهایی معنی‌دار است. بر طبق داده‌های جداول بالا بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مراحل مداخله تفاوت معنادار آماری وجود دارد. لذا می‌توان نتیجه گرفت گروهی که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخوردار بودند در مقایسه با گروه درمان نشده کاهش معناداری در میزان احساس تنهایی نشان دادند.

### جدول ۱۶- میانگین و انحراف استاندارد نمرات سبک‌های اسناد در پیش آزمون و

پس آزمون

متغیر	پیش آزمون				پس آزمون			
	آزمایش		کنترل		آزمایش		کنترل	
	Q	M	Q	M	Q	M	Q	M
درونی - بیرونی (مثبت)	۳۶.۲۱	۳.۲۲	۳۴.۴۸	۴.۹۴	۳۸.۱۲	۲.۱۱	۳۵.۲۱	۳.۳۸
درونی - بیرونی (منفی)	۱۱.۸۲	۲.۳۴	۱۲.۳۴	۲.۶۴	۱۱.۳۴	۲.۳۴	۱۴.۲۳	۳.۲۸
باثبات - بی ثبات (مثبت)	۳۲	۳.۲۰	۲۸.۱۷	۳.۱۲	۳۴.۱۱	۳.۵۴	۳۰.۳۰	۲.۴۹
باثبات - بی ثبات (منفی)	۱۶.۳۴	۱.۹۶	۱۷.۱۷	۲.۳۱	۱۴.۲۳	۲.۳۶	۱۸.۲۴	۳.۲۱
کلی - جزئی (مثبت)	۳۰.۱۵	۴.۱۲	۲۸.۸۳	۴.۴۳	۳۴.۲۱	۳.۱۲	۳۱.۰۴	۴.۴۱
کلی - جزئی (منفی)	۱۲.۳۴	۱.۸۳	۱۲.۲۳	۳.۱۳	۱۱.۱۰	۲.۴۸	۱۳.۲۸	۴.۰۷

در جدول بالا میانگین و انحراف استاندارد نمرات سبک‌های اسناد دو گروه، قبل و بعد از مداخله ارائه شده است. داده‌های جدول نشان می‌دهد که میانگین نمرات مثبت در گروه آزمایشی افزایش داشته در حالی که در گروه کنترل چنین افزایشی مشاهده نشد. جهت بررسی فرضیه فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. چون این روش آماری به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا اثر یک متغیر مستقل را بر متغیرهای وابسته بررسی نماید و اثر متغیرهای دیگر را از

بین می‌برد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش فرض‌های آن یعنی: نرمال بودن توزیع، برابری واریانس‌ها و فاصله‌ای بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای آزمون نرمال بودن توزیع، از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف استفاده شد. جدول زیر نتایج این آزمون را برای متغیر تحقیق، به نمایش می‌گذارد.

**جدول ۱۷- نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات تاثیر مداخله بر سبک‌های اسناد (تعداد= ۱۵ نفر در هر گروه)**

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذوراتا
سبک‌های اسناد	بین آزمودنی‌ها	۱۲۱۱.۳۵۲	۱	۱۲۱۱.۳۵۲	۱۵.۳۹۰*	۰.۳۶۳
	درون آزمودنی‌ها	۳۵۲.۷۵۹	۱	۳۵۲.۷۵۹	۱.۱۷۷*	۰.۰۴۲
	اثر درمان	۵۳۲.۸۱۹	۱	۵۳۲.۸۱۹	۷.۶۱۴**	۰.۲۲
	خطا یا باقی‌مانده	۱۹۸۴.۳۷۵	۲۷	۱۳۶.۱۲۵		
	مجموع	۱۵۸۹۴.۰۰	۳۰			

با توجه به اینکه F مشاهده شده در سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵ قرار گرفت، همچنین با ملاحظه اینکه اثر پیش آزمون از طریق آزمون کوواریانس کنترل شده است، می‌توان نتیجه گرفت که در زمینه سبک‌های اسناد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنادار موثر بوده است. همچنین با ملاحظه مجذور اتا ۰/۲۲ می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که ۰/۲۲ کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس درمان بر سبک‌های اسناد تاثیر دارد.

**جدول ۱۸- تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های اسناد (تعداد= ۱۵ نفر در هر گروه)**

اسناد	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا
درونی - بیرونی (مثبت)	۱۶.۲۱	۰.۰۰۱	۰.۲۶
درونی - بیرونی (منفی)	۴.۴۲۳	۰.۲۱	۰.۰۷
باثبات - بی ثبات (مثبت)	۱۵.۹۲	۰.۰۰۱	۰.۲۵
باثبات - بی ثبات (منفی)	۴.۱۲۳	۰.۱۱	۰.۰۸
کلی - جزئی (مثبت)	۱۴.۸۳	۰.۰۰۵	۰.۳۱
کلی - جزئی (منفی)	۳.۳۲۸	۰.۰۷	۰.۱۱

تفاوت میانگین نمرات اسنادهای درونی - بیرونی مثبت، باثبات - بی ثبات مثبت و کلی - جزئی مثبت دو گروه معنا دار بود. به عبارت دیگر، درمان باعث افزایش این اسنادها گردید. اما تاثیر معناداری بر بقیه اسنادها نداشت، با توجه به نمرات مجذور اتا مداخله، بیشترین تاثیر را بر افزایش اسناد کلی - جزئی مثبت داشته است. در ادامه از آزمون تعقیبی بون فرونی برای بررسی تفاوت میانگین‌های تعدیل شده استفاده شد

**جدول ۲۰- نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی برای بررسی تفاوت میانگین‌های تعدیل شده**

متغیر	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری	حد پایین فاصله اطمینان	حد بالای فاصله اطمینان
سبک‌های اسناد	۷.۸۱۸*	۲.۸۳۳	۰.۰۱	۲.۰۰۵	۱۳.۶۳۲

نتایج جدول نشان می‌دهد که تفاوت میانگین پس آزمون با پیش آزمون علیرغم تعدیل صورت گرفته در مورد سبک‌های اسناد معنی دار است. بر طبق داده‌های جداول بالا بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مراحل مداخله تفاوت معنادار آماری وجود دارد. لذا می‌توان نتیجه گرفت گروهی که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخوردار بودند در مقایسه با گروه درمان نشده تغییر معناداری در سبک‌های اسناد نشان دادند.

## بحث و نتیجه‌گیری

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز هدف این است که به افراد کمک شود تا افکار آزاردهنده شان را به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد افکارشان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن‌ها، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم است، پردازند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش‌هایی مانند اینکه افکار منفی را رها کرده و به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل پذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها پردازند، ارائه می‌شود. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را پذیرند تا اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. به باور نظریه پردازان درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، یک عامل مهم در ایجاد و حفظ آسیب‌های روانی، اجتناب تجربی است که به معنای ارزیابی منفی اغراق‌آمیز از تجارب درونی مانند افکار، احساسات و هیجانات و عدم تمایل به تجربه آن‌هاست که به تلاش برای کنترل یا فرار از آن‌ها منجر می‌شود و می‌تواند در عملکرد شخص مداخله کند. براساس مطالعه کشدن و همکاران افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند تجربه‌های عاطفی مثبت و رضایت از زندگی کمتری را تجربه می‌کنند و احساس می‌کنند زندگی شان بی‌معنی است. اما، هدف‌های درمان تعهد و پذیرش، کاهش اجتناب تجربی، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیر قابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی به منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و بیمار تشویق می‌شود تا در حالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیات به طور کامل و بودن مقاومت ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی شان، در هنگام ظهور بپذیرد. این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیر قابل اجتناب می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، تلاش کند و این امر می‌تواند به بهبود سلامت روانی و امید به زندگی در زنان افراد معتاد منتهی شود در فعالیت متعهدانه فرد تشویق می‌شود که نهایت فعالیت و تلاش خود را در جهت رسیدن به هدف به کار گیرد. در واقع در این نوع

درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسبتر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کرده و بهتر با چالش‌های بعد از اعتیاد همسر مقابله کنند. آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به مهار افکار و رفتارهای نامناسب به مهار خود کمک می‌کند تا فرد اعمال خود خواسته‌ای را انجام دهد. در واقع از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنی خواستن هیجانات و تجارب آزردهنده و تحمل صرف آن‌ها نیست می‌تواند منجر به این شود که فرد به گونه‌ای خود خواسته و آگاهانه افکار، رفتار و هیجانات خود را مهار کند و فرد هیجاناتش را به صورت خودخواسته تجربه و مدیریت کند.

با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه اسناد، انتساب‌های کنترل‌پذیر و درونی و پایدار در موفقیت از جمله عواملی است که باعث افزایش عزت نفس می‌گردد و فرد می‌تواند با درونی کردن و کنترل‌پذیر و پایدار دانستن آن، هیجان‌های مثبت خود را بالا برده و عزت نفسش را افزایش دهد و چون انتساب بیرونی موفقیت موجب کاهش عزت نفس و انتساب‌های کنترل‌ناپذیر و ناپایدار شکست موجب افزایش آن است فرد می‌تواند به منظور افزایش عزت نفس موفقیت‌ها را به توانایی خود نسبت دهد و شکست‌ها را کنترل‌ناپذیر و ناپایدار) یعقوبی و محقق، ۱۳۸۸). شناخت و اسناد صحیح هیجان‌ها از اجزای تفکیک‌ناپذیر روابط زناشویی است. نارسایی در شناخت بین فردی و مخصوصاً صحیح هیجان‌ها فرد را با مشکلات متعدد در روابط بین فردی مواجه می‌سازد. برای مثال، مردم آمیزی و برقراری روابط صمیمی با دیگران مستلزم توانایی شناخت هیجان‌ها و عواطف خود و دیگران است. نقص و ناتوانی در شناخت هیجان‌ها باعث به وجود آمدن مشکلات بین شخصی در این زمینه‌ها می‌شود. بر این اساس، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که اسناد منفی و نقص و ناتوانی در شناخت هیجان‌ها و عواطف، مشکلات بین فردی و زناشویی را افزایش می‌دهد. همسران عادی ضعف‌های موجود در روابط را به عوامل خاص و موقت ربط می‌دهند و

جنبه‌های مثبت در روابط را به ویژگی‌های پایدار و کلی نسبت می‌دهند، اما همسران افراد معتاد عکس این حالت عمل می‌کنند، یعنی اینکه جنبه‌های منفی موجود در روابط را به ویژگی‌های کلی و پایدار و جنبه‌های مثبت موجود در روابط را به ویژگی‌های خاص و ناپایدار نسبت می‌دهند. استنباط افراد از رفتار همسرشان به طور جدی بر رفتار آن‌ها تأثیر دارد. شواهد معتبری در مورد نقش اسناد زناشویی در سازگاری زوجها با وقایع تنش‌زای زندگی وجود دارد، زوج‌هایی که اسنادهای زناشویی منفی دارند، نشان داده‌اند توانایی کمتری در حفظ کیفیت و رضایت کلی زناشویی در رویارویی با جنبه‌های منفی روابط دارند (گارهام و کانلی، ۲۰۰۶)

اسناد فرآیندی است که از طریق آن می‌توان در مورد علل درونی یا بیرونی رفتار خود و دیگران قضاوت کرد (گراس، ۲۰۰۲). به اعتقاد وینر شیوه‌های اسنادی، عواطف و رفتار یک توالی منطقی وجود دارد، به این معنا که اسنادها عواطف را تعیین می‌کنند و عواطف نیز بر رفتار تأثیر می‌گذارند. در واقع اسنادها به ما می‌گویند چه چیزی احساس کنیم و احساسات به ما می‌گویند چه واکنشی انجام دهیم. همسران معتادین عموماً جنبه‌های منفی موجود در روابط را به ویژگی‌های کلی و پایدار و جنبه‌های مثبت موجود در روابط را به ویژگی‌های خاص و ناپایدار نسبت می‌دهند. در این راستا تبیین‌های شناختی نیز تحت تأثیر سه بعد مهم منبع، تکرار و زمان قرار دارد. بعد درونی - بیرونی، بعد پایدار - ناپایدار، و بعد کلی - اختصاصی (کریمی و سادات افراز، ۱۳۸۸). براساس این نوع فرمولبندی، هنگامی که فرد شکست‌هایش را به عوامل درونی، پایدار و کلی اسناد دهد، از سبک اسناد بدبینانه و وقتی که موفقیت‌هایش را به عوامل درونی، پایدار و کلی اسناد دهد، دارای سبک اسناد خوشبینانه است. در رویکرد پذیرش و تعهد سعی بر آن است هیجان‌ها آنگونه که واقعا هستند تجربه شوند و این امر باعث می‌شود تا فرد به عمق هیجان‌ات خود پی ببرد، به درستی آن‌ها را شناسایی کند و در پی درک و بروز درست و سالم آن‌ها برآید و وقتی که فردی با کمک رویکرد پذیرش و تعهد با شیوه‌های سالم به شناخت و مدیریت شناختی هیجان‌ات خود پردازد، به مدیریت هیجانی بهتری دست یافته است. در توجیه تأثیر بر سبک‌های اسناد به چند نکته می‌توان اشاره کرد از جمله اینکه افراد یاد می‌گیرند که اهداف

مهم قابل دستیابی را انتخاب کنند، یعنی اهدافی که رسیدن آن برای فرد ارزشمند باشد، به عبارتی افراد به کامیابی و تحقق هدف امیدوار باشند؛ یعنی همان گفتگوی درونی که "به خوبی از عهده این کار برمی‌آیم" آموزش‌های ارائه شده به افراد کمک می‌کند که در رسیدن به موانع جهت دستیابی به اهداف (موقعیت‌های منفی) هیجان‌ات منفی را با شدت کمتری تجربه کنند، برای رسیدن به اهداف خود مسیرهای جایگزین انتخاب کنند و با انعطاف هدف‌های قابل دسترس را انتخاب کنند. همچنین به افراد می‌آموزد که از تفکر گذرگاه استفاده کنند به عبارتی راهکارهای رسیدن به اهداف را خلق کنند و در آخر به افراد کمک می‌کند که انگیزه لازم برای به اجرا درآوردن این راهکارها را ایجاد و در طول مسیر حفظ کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است و افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، بخواهند به شیوه‌ای عمل کنند که منطبق بر ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث پیرامون ارزش‌ها همگی منجر به کاهش شدت افسردگی در بیماران شد در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلیشان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند.

## منابع

- ۱- امید، عبدالله، طلیقی، انیسه. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و خشم زوجین شهر کاشان. چکیده مقالات اولین کنگره موج سوم درمان‌های رفتاری. ص ۲۷.
- ۲- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-V، ویرایش پنجم. ترجمه فرزین رضاعی و همکاران. (۱۳۹۳) تهران: انتشارات ارجمند.

- ۳- پور فرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و تندرستی. دوره ۶، شماره ۲ ص ۳۷ - ۱۵۱.
- ۴- تاجری بیوک. (۱۳۹۰). اعتیاد سبب‌شناسی و درمان. چاپ اول. نشر اندیشه نو.
- ۵- تاجری بیوک، احدی حسن و جمهری فرهاد (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری بر نگرش، افسردگی و خلق عمومی معتادین به شیشه. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی. شماره ۵، پاییز ۱۳۹۰. ۸۵-۱۰۶.
- ۶- سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلک. (۲۰۱۳). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک. ترجمه، فرزین رضایی (۱۳۹۴). تهران، انتشارات ارجمند.
- ۷- فروغی راد، معصومه (۱۳۹۲). تاثیر متغیر هم وابستگی همسران افراد معتاد بر رضایت مندی زندگی زناشویی آنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی. دانشکده علوم اجتماعی.
- ۸- قاسمی، نظام الدین. (۱۳۸۸). سبک‌های اسنادی و سبک‌های یادگیری همگرا- واگرا در دانشجویان افسرده و عادی. مجله علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۹، ۱۸۱-۱۱۳.
- ۹- کادن رونالد. (۱۳۸۳). درمان شناختی رفتاری وابستگی به مواد. ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری. تهران: مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- ۱۰- کارول، کاتلین. (۲۰۰۲). راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری. ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری، شهرام محمدخانی (۱۳۸۱). تهران: انتشارات اسپند هنر.
- ۱۱- محمدی لیلا، صالح زاده ابرقوئی مریم، نصیریان منصوره. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد: آذر ۱۳۹۴، دوره ۲۳، شماره ۹، صص ۸۵۳ - ۸۶۱.
- ۱۲- مژدهی، محمدرضا، اعتمادی، احمد و فلسفی نژاد، محمدرضا (۱۳۹۰). بررسی‌های میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اضطراب فراگیر، فصلنامه فرهنگ و مشاوره و روان‌درمانی، سال دوم شماره ۷ ص ۱۳۹-۱۵۶.



- ۱۳- مطیعان، سمیرا؛ قربانی، مریم؛ گل پرور، محسن. (۱۳۹۳). رابطه هم وابستگی با دشواری‌های تنظیم هیجان در زنان. مجله روانشناسی بالینی. ۶(۱). صص ۷۷-۹۰.
- ۱۴- نریمانی، محمد. (۱۳۹۳). اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده. سال چهارم. شماره یک. صص ۱-۲۸.
- ۱۵- نریمانی، محمد. علمداری، الهه، ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، سال ۹، شماره ۴، صفحه ۳۸۷-۴۰۴.
- ۱۶- نظمی، طاهره؛ حمید، نجمه؛ بساک نژاد، سودابه. (۱۳۹۳). بررسی تاثیر گروه درمانی تفکیکی بر هم وابستگی و تمایز یافتگی زنان دارای همسر معتاد شهرستان اندیمشک. مجله دستاوردهای روانشناختی. ۲۱(۱۱). صص ۱۴۲-۱۲۱.
- ۱۷- نورانی پور، رحمت‌الله، بشارت، محمدعلی، یوسفی، اسکندر. (۱۳۸۶). بررسی رابطه دانش و نگرش جنسی با رضایت زناشویی، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۲۲، ۲۳-۳۱.
- ۱۸- نوریان لیلی، آقایی اصغر، قربانی مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوردن هیجانی در زنان چاق دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، دوره ۱۶، شماره ۲ (پیاپی ۶۰)، صص ۱۵-۲۳.
- ۱۹- وایت فیلد، سی. ال (۱۳۸۱). هم وابستگی: رهایی از وضعیت بشری، ترجمه‌ی حسام الدین معصومیان شرقی، تهران: نشر حکیم فارابی.
- ۲۰- وایت فیلد، سی. ال (۱۹۸۹). هم وابستگی دیگر بس است، ترجمه‌ی حسام الدین معصومیان شرقی. (۱۳۹۱) تهران: نشر حکیم فارابی.
- ۲۱- یعقوبی، ابوالقاسم و محقق، حسین. (۱۹۸۳). بررسی راه‌های افزایش امید در دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا همدان. طرح پژوهشی چاپ نشده دانشگاه بوعلی سینا.
- 22- Arabnejad S, Birashk B, Abolmaali Alhosseini KH (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing marital intimacy and decreasing marital conflicts between the couples of Tehran. Journal of Social Issues & Humanities; 2(8):89-93. (PERSION)

- 23- Arch, J. J. and Craske, M G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Different Treatments, Similar Mechanisms? *Clinical psychology: science and practice*, 15(4), 263-279.
- 24- Berguno G, Leroux P, McAinsh K, Shaikh S.(2004). Children's experience of loneliness at school and its relation to bullying and the quality of teacher interventions. *Qualitative Report*. 483-499.
- 25- Boomsma, D. I., Willemsen, G., Dolan, C. V., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2005). Genetic and environmental contributions to loneliness in adults: The Netherlands Twin Register Study. *Behavior Genetics*, 35, 745-752.
- 26- Ellwardt Lea, Van Tilburg, Theo G, Aartsen, Marja J (2014). Child care by Dutch grandparents: Changes between 1992 and 2006. *Journal of Ageing and Society*. , Volume 38, Number 3 1 May 2014, pages 243-257.
- 27- Ettema, Eric J. Derksen, Louise D. & van Leeuwen, Evert. (2010). Existential loneliness and end-of-life care: A systematic review. *Theor Med Bioeth* (2010) 31:141-169.
- 28- Gillette, Russell. (2012). Substance Abuse, Co-Dependency and Family Systems across Generations. *The Bowen System and the Alcoholic/Addict Family*.
- 29- Graham, C., & Crown, C. (2014). Religion and wellbeing around the world: Social purpose, social time, or social insurance. *International Journal of Wellbeing*, vol 4, 1, 1-27. doi:10.5502/ijw.v4i1.1
- 30- Herbert J & Forman, E. (2011). *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.
- 31- Hole, Katy. (2011). *Loneliness compendium: Examples from research and practice*. Joseph Rowntree Foundation 2011.
- 32- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies.
- 33- Kabat-Zinn, J. (2010). Participatory Medicine. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 14, 239-240.
- 34- Kim, Junghyun, LaRose, Robert & Peng, Wei (2009). Loneliness as the Cause and the Effect of Problematic Internet Use: The Relationship between Internet Use and Psychological Well-Being.
- 35- McGuire, J. (2005). Social problem solving: Basic concepts, Research and Applications. In A. McGuire. (Eds). *Social problem solving and offending: Evidence and Evaluation*. (PP. 3-29) New York: John Wiley & Sons.
- 36- McGuire, S., Clifford, J. (2000). Genetic and environmental contributions to loneliness in children. *Psychological Science*, 11, 487-491.
- 37- Morgan, GP. (1991). what is Codependency. *Journal of Clinical Psychology*, 97,720-729.

- 38- Prest, L.A., & protinsky, H. (1993). Family system theory: A unifying framework for Codependence. *The American journal of Family Theory*, 21,352-360.
- 39- Rogers, C. R. (1961). Ellen West – and loneliness. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1, 94-101.
- 40- Rotunda, R. J., West, L., & O'farrell, T. J. (2004). Enabling behavior in a clinical sample of alcohol-dependent clients and their partners. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 26 (4), 269-276.
- 41- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- 42- Segrin, C., Passalacqua, S. A. (2010) 'Functions of loneliness, social support, health behaviours, and stress in association with poor health', *Health Communication*, Vol. 25, No. 4, pp. 312–322
- 43- Stephane, S., yvan L., & john W.(2006).the Effects of measurement strategy on attributions for marital problems and behaviors. *Departement de Psychologie, Universire de Montreal. Journal of Applied Social Psychology*,21, 734-746.
- 44- Templeton, L. J. (2009). Use of a structured brief intervention in a group setting for family members living with substance misuse. *Journal of Substance Use*, 14 (3-4), 211-220.
- 45- Whitfield, C.L. (2011). Co-alcoholism: Recognizing a treatable illness. *Family and community Health*. 7.16-25.

