

## اثر بخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی هیجانی و ناامیدی زوجین متقاضی طلاق

### *The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Approach on Decrease Alexitimya and Hopelessness of Divorced Demanding Couples.*

Yahya araghi

Ph.D.Student of Counseling, Department Counseling Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

Saeideh Bazzazian (Corresponding author)

Associate Professor, Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

Email: sbazzazian@gmail.com

Mojtaba Amirimajd

Associate Professor, Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

Mohammad Ghamari

Associate Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

#### Abstract

**Aim:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment based approach on Alexitimya and hopelessness of divorced demanding couples. **Method:** The research design was quasi-experimental with pretest-posttest- follow-up with the control group. The statistical population included divorcing demanding couples who referred from the Family Court and Social Emergency Intervention Center to Psychological Services center in Marand 24 couples a total of 48 who scored higher than the cut-off point on the Beck hopelessness and Toronto Alexitimya scale were selected by purposive sampling and randomly divided into two experimental and a control group (12 couples for each group). The research instrument was the Beck Hopelessness Inventory (BHI) and Toronto Alexitimya scales (TAS) and were analyzed using a mixed design. **Results:** The results showed that acceptance and commitment based approach significantly reduced hopelessness and Alexitimya of divorced demanding couples ( $P \leq 0/01$ ). **Conclusion:** Considering the results, it can be concluded that the acceptance and commitment therapy can be an effective therapy to decrease the hopelessness and alexitimya of Divorcing Demanding Couples through training concepts such as Identification of values, mindfulness and committed action.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Alexitimya, Hopelessness, Divorcing Demanding Couples.

یحیی عراقی

دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

سعیده بزازیان (نویسنده مسئول)

دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی،

ابهر، ایران.

Email: sbazzazian@gmail.com

مجتبی امیری مجد

دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد

اسلامی، ابهر، ایران

محمد قمری

دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر،

ایران.

چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی هیجانی و ناامیدی زوجین متقاضی طلاق بود. روش: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل زوجین متقاضی طلاق بود که در سال ۱۳۹۸ با تمایل شخصی، ارجاعی از مرکز مداخله در خانواده دادگستری و اورژانس اجتماعی، جهت مشاوره به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی شهر مرند ارجاع داده شدند که از بین این افراد تعداد ۲۴ زوج و در مجموع ۴۸ نفر که نمرات بالاتر از نقطه برش را در مقیاس ناامیدی بک و ناگویی هیجانی تورنتو کسب کرده بودند به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. (هر گروه ۱۲ زوج) ابزار پژوهش پرسشنامه ناامیدی بک و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو بود. داده ها با استفاده از طرح آمیخته تحلیل شد. **یافته ها:** یافته ها نشان داد که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث کاهش ناامیدی و ناگویی هیجانی زوجین متقاضی طلاق شد ( $P \leq 0/01$ ). نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می توان نتیجه گیری نمود که درمان پذیرش و تعهد می تواند با آموزش مفاهیمی همچون شناسایی ارزش ها، ذهن آگاهی و عمل متعهدانه به عنوان یک درمان موثر برای بهبود ناامیدی و ناگویی هیجانی زوجین متقاضی طلاق قلمداد شود.

**کلیدواژه ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ناگویی هیجانی، ناامیدی، زوجین

متقاضی طلاق.

## مقدمه

نقطه آغاز شکل‌گیری خانواده زمانی است که زن و مرد، با هدف تشکیل خانواده با یکدیگر پیمان همسری می‌بندند و ازدواج می‌کنند (شعاع کاظمی، ۱۳۹۶). خانواده به عنوان مهمترین نهاد موجود در جامعه همواره در طول تاریخ با آسیب‌های مختلفی مواجه بوده که مسئله طلاق<sup>۱</sup> بزرگترین معضل این نهاد اجتماعی و یکی از بزرگ‌ترین خطراتی است که جامعه و زندگی زوجین را تهدید می‌کند (ترودل و گولدفورب<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). طلاق به معنای پایان قانونی ازدواج و جداسدن همسران از یکدیگر است که در پی آن حقوق و تکالیف متقابلی از میان می‌رود که بین زوجین هنگام ازدواج وجود داشته است (فلاحی و دلدار، ۱۳۹۵). پدیده طلاق که آثار منفی آن بر همگان آشکار است، در پی عوامل مختلفی رخ می‌دهد که می‌توان آنها را به عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، فردی و شخصیتی دسته‌بندی کرد (خزان، عباسی اصل، یونسی و همکاران، ۱۳۹۵). متغیرهای فردی و شخصیتی به عنوان عوامل موثر در پدیده طلاق نقش مهمی دارند. ناگویی هیجانی<sup>۳</sup> و ناامیدی<sup>۴</sup> از جمله متغیرهای موثر در پدیده طلاق می‌باشد (یوسفی، کریمی پور، عزیزی، ۱۳۹۸). بر این اساس یکی از متغیرهایی که می‌تواند در ارتباط با ایجاد و تداوم مشکلات روان‌شناختی و به تبع آن جدایی و طلاق مورد مطالعه قرار گیرد، ناامیدی است. اشنایدر<sup>۵</sup> برای اولین بار، نظریه امید را مطرح کرد و آن را متشکل از قدرت اراده، قدرت راهیابی، داشتن هدف، و تشخیص موانع دانست (ثمین، اخلاقی کوهپایی، ۱۳۹۸). ناامیدی در افراد موجب می‌شود که فرد احساس کارایی، خودکارآمدی و عزت نفس پایینی داشته باشد و به این ترتیب تلاش برای پیشرفت در زندگی را بیهوده بداند و در نتیجه به نارضایتی زناشویی و طلاق منجر شود (نامنی، محمدی پور، نوری، ۱۳۹۶). بک<sup>۶</sup> (به نقل از محمدی، ۱۳۹۴) از ناامیدی به عنوان علامت هسته‌ای افسردگی یاد نموده و یادآور می‌شود که ناامیدی هم فلج‌کننده اراده است و هم می‌تواند باعث تحمل پذیرتر شدن و میل به گریز از یک موقعیت گردد (طاهری، پورمحمدرضای تجربی، ساطانی بهرام، ۱۳۹۱). ناامیدی بر سلامتی و ابعاد روان‌شناختی زوجین اثر منفی داشته و می‌تواند فاکتور خطری برای ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی در آن‌ها باشد (اسدزاده، محمود علیلو، ۱۳۹۷). افراد ناامید احساس می‌کنند که از نظر هیجانی تباه شده‌اند، آزرده خاطر و دلسرد هستند و علاقه ندارند چیزی را توضیح بدهند و یا در جهت حل مشکلاتشان گام بردارند. تصور می‌کنند دیگر برای آنها در رابطه‌شان نقطه امیدی باقی نمانده است، پدیده طلاق با احساساتی مانند خشم، نفرت، ناامیدی و سرخوردگی نسبت به همسر همراه است و انباشته شدن این احساسات دردناک به مرور زمان در زوجین باعث بی‌میلی و ناخشنودی نسبت به همدیگر شده و زندگی در کنار شریک زندگی را غیر قابل تحمل می‌سازد. (فرزانه، ۱۳۹۷). متغیر دیگری که می‌تواند در ارتباط با ایجاد و تداوم مشکلات روان‌شناختی و به تبع آن جدایی و طلاق مورد مطالعه قرار گیرد ناگویی هیجانی است. سیفنوس<sup>۷</sup> نخستین بار واژه ناگویی هیجانی را به منظور توصیف مجموعه‌ای از ویژگی‌های شناختی و عاطفی که در

<sup>۱</sup> - divorce

<sup>۲</sup> - Trudel, G. & Goldfarb, M. R.

<sup>۳</sup> - Alexitimya

<sup>۴</sup> - Hopelessness

<sup>۵</sup> - Schneider.C.

<sup>۶</sup> - Beek , A.T.

<sup>۷</sup> - Syphenus, D.

میان بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی مشاهده شده بود، به کار برد (مهاجرانی، حقایق و ادیبی، ۱۳۹۶). ناگویی هیجانی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی است. این مشخصه‌ها بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ات می‌باشند (خزان و همکاران، ۱۳۹۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیت آنها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است. (سرافینی، گاندا، پامپیلی، ریهمر، آموره و انگل - یگر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). مطمئناً ایجاد و حفظ یک رابطه عاشقانه و رضایت‌بخش نیازمند تشخیص عواطف، هیجان‌ها و توانایی ابراز آن‌هاست (جراره، ۱۳۹۱). توانایی فهمیدن و درک کردن احساسات دیگران نیز نقش مهمی در رابطه رضایت‌بخش دارد (وچس، کوردووا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). بیان عواطف، تبادلات عاطفی و همدلی عاملی اساسی در تمایز زوج‌های راضی از ناراضی بوده و نقش مهمی در رشد صمیمیت دارد (کاترین، تیمرمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲).

تاکنون رویکردها و تکنیک‌های متنوعی برای درمان و کاهش ناامیدی و ناگویی هیجانی زوجین مورد استفاده قرار گرفته است، در این میان استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> به عنوان یکی از رایج‌ترین و پرکاربردترین روش‌ها می‌تواند بسیار مثر باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی تجربه‌محور است که ثابت شده است که در درمان بسیاری از مشکلات افراد موثر است (نیکخواه، بهبودی و وکیلی، ۱۳۹۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط استیون هیز<sup>۵</sup> ایجاد شد و ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عمل‌کردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که چهارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (اسماعیلی، امیری، عابدی، و همکاران، ۱۳۹۷). سازه و مفهوم اساسی در درمان پذیرش و تعهد آن است که رنج‌ها و تأملات روان‌شناختی به وسیله اجتناب کردن از تجارب، شناخت‌های در هم تنیده شده، شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و تطبیق نیافتن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌شود (هایز و لی لیس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). هدف نهایی این مدل، افزایش فراوانی ارزشمند زیستن است، این درمان دارای شش فرایند است: پذیرش، ارتباط با لحظه حال، گسلش، خوندنظاره‌گر، ارزش‌ها و تعهد، که اخیراً هیز و لی لیس (۲۰۱۲) این شش فرایند را به سه گروه گشودگی، آگاهی و درگیری خلاصه کرده‌اند (مهدی عراقی، ۱۳۹۷). در چارچوب این رویکرد، تجربه افکار، احساسات، خاطرات، امیال، حواس، تصویرها، نقش‌ها یا حتی بدن فیزیکی چیزی متفاوت از خود فرد است. این پدیده‌ها تغییر می‌کنند، اما خود فرد پیوسته ثابت است (تاوینگ، هایس و ماسودا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عنوان حوزه مهمی از روان‌درمانی‌های نوظهور که پژوهش‌ها از نقش موثر آن بر استرس، اختلالات اضطرابی، افسردگی، ناامیدی و سایر شرایط بالینی حکایت دارند، در افزایش کیفیت زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوجین نیز اثربخش بوده است

<sup>۱</sup> - Serafini, G. Gonda, X. Pompili, M. Rihmer, Z. Amore, M. Engel-Yeger, B.

<sup>۲</sup> - Wachs, K. Cordova, J.V.

<sup>۳</sup> - Kathryn & Timmerman

<sup>۴</sup> - Acceptance and commitment therapy

<sup>۵</sup> - Steven Hayes

<sup>۶</sup> - Hayes, S. & Lillis, S.

<sup>۷</sup> - Twohig, P. Hayes, S.C. Masuda, A.

(کاهل، وینتر و اشویگر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های مختلفی چون افسردگی و ناامیدی (کانتر، بارچ و گینور<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵)، سایکوزها (بچ و هایز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶) مؤثر بوده است. همچنین پژوهش مهاجری (۱۳۹۸) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، نارسایی هیجانی و عزت نفس جنسی زوجین متقاضی طلاق مؤثر است. از سوی دیگر محققانی همچون عارفی و ژاله (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابراز‌گری هیجان زوجین متقاضی طلاق مؤثر بوده است. نتایج پژوهش‌های اصلی حیزانی و فرنام (۱۳۹۷)، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امیدواری و کاهش هیجان‌های منفی تأثیرگذار بوده است. تیلکی، طاهر مجرد و جعفری ثانی (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش ناگویی هیجانی مؤثر بوده است. نتایج پژوهش‌های این سوک کیم و جی وون لی<sup>۴</sup> (۲۰۱۹) نشان داد که برنامه بهبودی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی برای بیماران بستری در بیمارستان روانی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوجین مؤثر بوده است. نتایج پژوهش زارلینگ، لارونس و مارچمن<sup>۵</sup>، (۲۰۱۴) نشان داد که پذیرش و تعهد درمانی در کاهش افسردگی، استرس، ناامیدی و افکار خودکشی زوجین تأثیرگذار بوده است. از آنجایی که زوجین متقاضی طلاق از میزان بالای مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند، نسبت به افراد دیگر ناامیدی و ناگویی هیجانی بیشتری را تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (جنسیس، واندن، دبوئر، واندرمیچ، پشیر، هیتزن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳). و نیز با توجه به اینکه در دو دهه اخیر، پژوهش‌های زیادی درباره طلاق و عوامل تأثیرگذار بر آن و همچنین اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف در جهت کاهش آن انجام شده است (تاجی قراجه، ۱۳۹۶، قدسی، برآبادی و حیدرنیا، ۱۳۹۷) و مدل‌ها و راهکارهای درمانی جدیدی برای تبیین این پدیده و آسیب اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن و راه‌های پیشگیری از آن ارائه شده است، اما با این حال آمار متقاضیان طلاق در جوامع مختلف و جامعه ایران نگران‌کننده است. آمار منتشره در زمینه طلاق در جهان و ایران به خوبی گویای این قضیه است که رضایت، سازگاری و امیدواری زوجین به آسانی قابل دسترس نیست و هر روز شاهد ارائه نرخ‌های بالاتری از میزان طلاق و زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی هستیم. از سوی دیگر حجم و تنوع مشکلات زوجین و سیر صعودی آمار طلاق در کشورمان نیاز به کاربرد درمان‌های اثربخش را می‌طلبد. در مجموع با توجه به نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش و بهبود مولفه‌های روان‌شناختی زوجین متقاضی طلاق، پژوهش حاضر صورت پذیرفت. چنانکه پژوهش حاضر مشخص خواهد کرد که آیا جهت کاهش و بهبود ناامیدی و ناگویی هیجانی زوجین متقاضی طلاق، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند کارایی بهتری را از خود نشان دهد. براین اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ناامیدی و ناگویی هیجانی در زوجین متقاضی طلاق می‌باشد. و در نهایت پژوهش

<sup>۱</sup> . Kahl, K. Winter, L. & Schweiger, U.

<sup>۲</sup> . Kanter, J. W., Baruch, E., Gaynor, S.

<sup>۳</sup> . Bach, P., Hayes, S.

<sup>۴</sup> In ,sook .Kim and Jae. woon .Lee

<sup>۵</sup> - Zarling, Lawrence & Marchman

<sup>۶</sup> - Janssens, A. Van Dorn, PA. De Boer, JB. Van der Meche, F. Passchier, J. Hitzen, RQ.

حاضر در پی پاسخ دادن به این پرسش اصلی است که آیا رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ناگویی هیجانی و ناامیدی در زوجین متقاضی طلاق تاثیر دارد؟

### روش

روش پژوهش حاضر، کارآزمایی بالینی به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون، پیگیری و با دو گروه آزمایش و کنترل است. جامعه آماری پژوهش، شامل زوجین متقاضی طلاق بود که در سال ۱۳۹۸ با تمایل شخصی، ارجاعی از مرکز مداخله در خانواده دادگستری و اورژانس اجتماعی، جهت مشاوره به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی شهر مرند ارجاع داده شدند. به منظور انجام این پژوهش، از بین این افراد ابتدا به شیوه نمونه گیری هدفمند ۵۰ زوج (۱۰۰ نفر) پرسشنامه ناامیدی بک و ناگویی هیجانی تورنتو را تکمیل کردند سپس از میان زوجینی که نمرات بالاتر از نقطه برش را در مقیاس ناامیدی و ناگویی هیجانی، به ترتیب ۱۴ و ۵۲ را کسب کرده بودند تعداد ۱۲ زوج، (برای هر گروه ۲۴ نفر)، در مجموع ۴۸ نفر، به صورت هدفمند انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش، در ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کرده و در این اثنا گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای دریافت نکرد و به آن ها گفته شد که در لیست انتظار هستند و پس از ۳ ماه وارد فرایند درمان خواهند شد. جلسات مداخله به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. در ادامه آزمون پیگیری با فاصله زمانی سه ماه اجراء و جمع آوری داده ها انجام شد. هر دو گروه قبل از شروع مداخلات و در پایان مداخلات به پرسشنامه های ناگویی هیجانی و ناامیدی پاسخ دادند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی و هویت آنها در تمام یادداشت ها و گزارش ها به صورت کاملا محرمانه باقی خواهد ماند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن حداقل سواد دیپلم جهت انجام تکالیف، محدوده سنی ۲۵-۴۰ سال، داشتن رضایت نامه اخلاقی جهت شرکت در پژوهش، عدم دریافت درمان روان شناختی دیگر، عدم ابتلای شخص به اختلالات شدید روان پزشکی، عدم وابستگی یا سوء مصرف مواد، عدم وجود شواهدی مبتنی بر وجود بیماری جسمانی جدی و مزمن که نیازمند به درمان باشد، حداقل ۳ سال و حداکثر ۱۵ سال از ازدواجشان گذشته و ازدواج اولشان باشد. ملاک های خروج از پژوهش عبارت بود از: شرکت در کارگاه های آموزشی در ارتباط با درمان پذیرش و تعهد خارج از جلسات درمانی، غیبت از جلسات درمانی برای دو جلسه متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی، همکاری نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکالیف پیشنهاد شده به وسیله درمانگر، عدم رعایت قوانین گروه درمانی در طول جلسات درمان.

### ابزار

پرسشنامه سنجش ناگویی هیجانی (الکسی تایما- Tas): برای سنجش ناگویی هیجانی از مقیاس الکسی تیمیای تورنتو (Tas) استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط تایلر<sup>۱</sup> ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی<sup>۲</sup> و همکارانش تجدید نظر گردید. این مقیاس شامل ۲۰ ماده در سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساسات (۷ ماده)،

<sup>1</sup> - Tyler, G.

<sup>2</sup> - Bagby, R.M.

دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر عینی (۸ ماده) به صورت لیکرت (کاملاً مخالف ۱، مخالف ۲، نظری ندارم ۳، موافق ۴، کاملاً موافق ۵) می‌باشد. و گویه‌های ۱۹، ۱۸، ۱۰، ۵، ۴ به دلیل منفی بودن به شیوه معکوس نمره گذاری می‌شوند. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می‌باشد و هرچه نمره فرد از نمره ۵۲ بالاتر باشد واجد ناگویی هیجانی بالاتر از میانگین است (بشرپور، علمردانی صومعه و شاه محمدزاده، ۱۳۹۳)، در پژوهش حاضر نقطه برش پرسشنامه ۵۲ و بالاتر در نظر گرفته شده است. محققان پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۷ محاسبه کردند (پارکر، تیلور و بگبی، ۲۰۱۳) که نشان دهنده همسانی درونی خوب آزمون است. همچنین (سرلک و سجادیان، ۱۳۹۵) آلفای کرونباخ مقیاس را در نمونه ایرانی برای مولفه دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر عینی ۰/۵۰ به دست آورده‌اند. علاوه بر این نتایج تحلیل عوامل نیز ساختار عاملی نسخه ایرانی الکیسی تیمیا را تایید نمود. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های دشواری و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است. (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۳) در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد که حاکی از مطلوبیت مقدار به دست آمده جهت انجام پژوهش بود.

**پرسشنامه ناامیدی بک<sup>۲</sup>:** این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط آرون تی بک<sup>۳</sup> به منظور بررسی و سنجش میزان یاس و ناامیدی ساخته شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۰ سوالی است که فرد با خواندن هر آیتیم پاسخ درست یا غلط به سئوالات آن می‌دهد و برای افراد ۱۷ تا ۸۰ ساله طراحی شده است و نمره کسب شده در آن بین ۰ تا ۲۰ است و هرچه نمره فرد از ۱۴ بالاتر باشد واجد ناامیدی بالاتر از میانگین است. مولفه‌های پرسشنامه شامل احساس فرد نسبت به آینده، از دست دادن انگیزه و انتظارات می‌باشد. در نسخه اصلی پرسشنامه، پایایی مقیاس به روش بازآزمایی پس از یک هفته ۰/۶۹ و پس از ۶ هفته ۰/۶۶ گزارش شده است (میکائیلی، مولوی، عینی و تقوی، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر نقطه برش پرسشنامه ۱۴ و بالاتر در نظر گرفته شده است. غرابی (۱۳۷۲) در پژوهش خود ضمن حاصل کردن روایی صوری و محتوایی به روش باز آزمون با نمونه اصلی پایایی این ابزار را ۰/۹۳ به دست آورد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد که حاکی از مطلوبیت مقدار به دست آمده جهت انجام پژوهش بود.

**روش‌های مداخله:** پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، در پژوهش حاضر فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طبق جدول ذیل آموزش داده شد. لازم به ذکر است در پایان هر جلسه، تکالیف منزل به آزمودنی‌ها ارائه می‌شد و در شروع جلسه بعدی، فنون جلسه قبل مرور می‌شد.

<sup>۱</sup> - Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M.

<sup>۲</sup> - Beck Hopelessness Scale

<sup>۳</sup> - Aron. T. Beck

جدول ۱: محتوای جلسات رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، (صبور و کاکابرایی، ۱۳۹۵)

جلسات	اهداف	شرح کوتاه	تکالیف
جلسه ۱	آشنایی، ارزیابی و جهت گیری درمان معرفی درمان پذیرش و تعهد	آشنایی گروه با هم، گرفتن جزئیات از اعضا برنامه ها، یکپارچه سازی ارزیابی فردی	معرفی تمرکز تمرینات، طرح ریزی
جلسه ۲	ارزیابی هزینه های درماندگی خلاق	توسعه درماندگی خلاق، بررسی هزینه های تعارض و اجتناب آزمودنی ها، معرفی پذیرش و تمرکز	استفاده از استعاره دستگاه حساس تمرین پذیرش افکار و احساسات
جلسه ۳	همجوشی شناختی و مشاهده افکار	تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای زوجین، توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش های خود	استفاده از استعاره مهمانی و گدا، تمرین پذیرش واکنش های رابطه
جلسه ۴	انتخاب جهت ارزش ها؛	کمک به زوجین برای روشن سازی ارزشهای روابط انسانی و زندگی، تشریح مفهوم گسلش	شناسایی ارزش ها توسط زوجین، استفاده استعاره اتوبوس
جلسه ۵	شناسایی موانع ارزش های زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود	بازبینی کاربرد ارزش ها، بحث در مورد موانع ارزش های زندگی و کمک به زوجین برای حرکت با موانع	بازبینی تمرین راننده اتوبوس، تمرین تنفس کشیدن
جلسه ۶	ایجاد الگوهای انعطاف پذیر رفتار در روابط، خود بعنوان زمینه در این رابطه	معرفی تمایل، انتخاب و توایایی پاسخ زوجین در خود به عنوان زمینه روابط انسانی	اشاره ای به ارزش ها و بررسی نمره انطباق، استعاره شطرنج و کاربرد عمل متعهدانه
جلسه ۷	پذیرش و اقدام متعهدانه؛ مفهوم ذهنیت	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهدانه	کاربرد عمل متعهدانه و استعاره قطار ذهن
جلسه ۸	کار در جهت پایان	بازبینی ارزش های زندگی و اقدام متعهدانه، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان	تمرینات تمرکز حواس برای تمرین در خانه

### یافته ها

در رابطه با اطلاعات جمعیت شناختی زوجین، همه آنان در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال قرار داشتند و حداقل و حداکثر مدت زمان ازدواجشان بین ۳ تا ۱۵ سال بود. میانگین سنی گروه پذیرش و تعهد درمانی ۳۱/۷۴ با انحراف معیار ۶/۵۷، میانگین سنی گروه فراشناخت درمانی ۳۶/۴۱ با انحراف معیار ۴/۶۱ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۲/۸۶ با انحراف معیار ۷/۰۳ بود. همچنین میانگین مدت زمان ازدواج گروه درمانی پذیرش و تعهد ۱۰/۱۸ با انحراف معیار ۳/۰۷، میانگین مدت زمان ازدواج گروه درمانی فراشناخت ۱۱/۷۲ با انحراف معیار ۲/۸۹ و میانگین مدت زمان ازدواج گروه کنترل ۸/۹۵ با انحراف معیار ۳/۱۷ بود.

جدول ۲: نمرات میانگین و انحراف معیار ناگویی هیجانی و ناامیدی در پیش آزمون، پس آزمون و مطالعه پیگیری در گروه های مورد مطالعه

متغیر	گروه مرحله	درمان پذیرش و تعهد		کنترل
		میانگین	انحراف معیار	
ناگویی هیجانی	پیش آزمون	۷۷/۳۴	۳/۹۲	۸۰/۱۱
	پس آزمون	۶۲/۶۵	۴/۰۸	۷۸/۱۲
	پیگیری	۵۷/۹۴	۴/۵۲	۷۷/۹۸
ناامیدی	پیش آزمون	۱۶/۹۱	۹/۰۳	۱۶/۲۲
	پس آزمون	۱۱/۳۲	۶/۳۲	۱۶/۰۷
	پیگیری	۱۱/۶۸	۷/۰۹	۱۶/۲۸

نمرات میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی در گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آمده است. میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش در متغیر ناگویی هیجانی به ترتیب برابر با ۷۷/۳۴، ۶۲/۶۵ و ۵۷/۹۴ است. همچنین میانگین نمرات شرکت کنندگان گروه کنترل در متغیر ناگویی هیجانی در سه موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و کنترل به ترتیب برابر با ۸۰/۱۱، ۷۸/۱۲ و ۷۷/۹۸ است. در متغیر ناامیدی میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۱۶/۹۱، ۱۱/۳۲ و ۱۱/۶۸ است. همچنین میانگین نمرات شرکت کنندگان گروه کنترل در متغیر ناامیدی به ترتیب برابر با ۱۶/۲۲، ۱۶/۰۷ و ۱۶/۲۸ است. در ادامه به بررسی پیش فرض های تحلیل واریانس آمیخته پرداخته شده است.

جدول (۳) نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات شرکت کنندگان

متغیرها	مرحله آزمون	آماره	مقدار بدست آمده
ناگویی هیجانی	پس آزمون	آماره کالموگروف - اسمیرنوف	۰/۱۶
	پیگیری	سطح معناداری	۰/۰۷
		آماره کالموگروف - اسمیرنوف	۰/۱۸
ناامیدی	پس آزمون	سطح معناداری	۰/۰۶
	پیگیری	آماره کالموگروف - اسمیرنوف	۰/۱۷
		سطح معناداری	۰/۰۶
		آماره کالموگروف - اسمیرنوف	۰/۱۳
		سطح معناداری	۰/۰۸

نتایج جدول (۳) حاکی از نرمال بودن داده ها در دو گروه آزمایش و کنترل است.

جدول (۴) نتایج آزمون لون جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس ها

متغیرها	مرحله آزمون	مقدار لون	Df <sub>1</sub>	Df <sub>2</sub>	سطح معناداری
ناگویی هیجانی	پس آزمون	۶/۱۹	۱	۴۷	۰/۱۸
	پیگیری	۵/۲۸	۱	۴۷	۰/۱۳
ناامیدی	پس آزمون	۴/۷۱	۱	۴۷	۰/۰۹
	پیگیری	۲/۶۴	۱	۴۷	۰/۱۱

نتایج جدول (۴) بیانگر یکسانی واریانس ها در دو گروه آزمایش و کنترل در دو متغیر ناگویی هیجانی و ناامیدی است.

جدول (۵) نتایج آزمون باکس جهت همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس

متغیرها	M BOX	F	سطح معناداری
ناگویی هیجانی	۳/۰۲	۱/۰۸	۰/۱۶
ناامیدی	۳/۹۶	۱/۳۹	۰/۲۴

نتایج جدول (۵) نشانگر آن است که شرط ماتریس واریانس - کوواریانس به خوبی رعایت شده است. جهت ارزیابی اثر متغیر مستقل بین آزمودنی ها از آزمون اثرات بین گروهی استفاده شد که در ادامه برای هر یک از فرضیه های پژوهش ارائه شده است.



جدول (۶) نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تعدیل ناگویی هیجانی و ناامیدی

منابع تغییرات	SS	Df	MS	F	Sig	$\eta^2$	F	Sig	$\eta^2$
ناگویی هیجانی	۸۹۲/۴۱	۱	۶۰۷/۱۹	۵۴/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۵۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲
خطا	۴۸/۱۱	۴۷	۲/۸۴						
ناامیدی	۱۰۰۸/۵۳	۱	۷۰۱/۳۶	۶۸/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۴۸/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶
خطا	۴۸/۱۱	۴۷	۲/۸۴						

نتایج جدول (۶) حاکی از تفاوت معنادار گروه آزمایش و کنترل در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری در متغیر ناگویی هیجانی و ناامیدی است ( $P < 0/001$ ). همانطور که مشاهده می شود  $0/۴۹$  تغییرات در پس آزمون و  $0/۵۲$  تغییرات در مرحله پیگیری در متغیر ناگویی هیجانی و  $0/۵۹$  تغییرات در پس آزمون و  $0/۵۶$  تغییرات در مرحله پیگیری در متغیر ناامیدی مربوط به تاثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ناامیدی و ناگویی هیجانی زوجین متقاضی طلاق انجام شد. براساس یافته های پژوهش حاضر می توان مطرح کرد که پذیرش و تعهد درمانی به طور معنی داری منجر به کاهش ناامیدی و ناگویی هیجانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است و پیگیری سه ماهه نیز پایداری درمان را تایید می نماید. نتایج این پژوهش با نتایج بسیاری از تحقیقات که از کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ناگویی هیجانی و ناامیدی حمایت کرده اند (علی پور، سپهریان آذر، سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۸)، تاجری، پاشنگ و خوش لهجه صدق، (۱۳۹۷)، محرمی، صبحی فراملکی و ابوالقاسمی (۱۳۹۵)، جی رویز، پاولا اودیروزلا گونزالز<sup>۱</sup> (۲۰۱۷)، همسویی دارد. نتایج این پژوهش ها نشان از آن داشت که درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و برجسته کردن ارزش های فرد و متعهد ساختن آنها به عمل متعهدانه سبب می شود که فرایندهای روان شناختی از جمله ناامیدی و ناگویی هیجانی زوجین کاهش یابد.

در تبیین نتایج بدست آمده می توان گفت که تعارضات بین زوجین در قبل، حین و بعد از طلاق بر روی شناسایی هیجان های زوجین تاثیرات منفی دارد به طوری که در اتحاد ها و ائتلاف های خانواده محصور شده و در همین راستا در دراز مدت سازماندهی هیجانی خود را از دست می دهند. این افراد به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، درک و توصیف هیجان های خود نیستند و در سازگاری با شرایط تنش زا توانایی محدودی دارند (موتان و جنگوز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). از آن جایی که خانواده، اولین محیطی است که فرد در آن توانایی های تنظیم هیجان خود را تمرین می کند و زوجین متقاضی طلاق از چنین محیط مناسبی برخوردار نبودند این شرایط موجب بروز ناگویی هیجانی می شود و در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد به توانایی های خود در زمینه شناسایی و توصیف هیجان های خود پی می برند و انگیزه آنها برای بیان مناسب هیجان های افزایش می یابد، بنابراین افرادی که توانایی شناخت احساسات و هیجان های خود را دارند و حالات هیجانی خود را به شکل موثرتری ابراز می کنند بهتر می توانند با مشکلات زندگی روبه رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق تر عمل

<sup>1</sup> - J. Ruiz, and Paula Odriozola-González

<sup>2</sup> - Motan, I & Gencoz, T.

می‌کنند که در نتیجه، این افراد از سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند بود. همچنین نتایج نشان داد که زوجین متقاضی طلاق از وجود هیجانات مثبت و منفی خویش آگاهی نداشته و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی نمی‌توانند به خوبی از هیجانات خود در زندگی زناشویی استفاده کنند. زیرا مشکلات آن‌ها باعث می‌شود که خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در مشکلات خانوادگی مقصر بدانند. اما درمان پذیرش و تعهد و آگاهی هیجانی و خردمندانه باعث می‌شود که از وجود هیجانات منفی و تاثیر منفی آن‌ها بر خودشان آگاهی پیدا کنند و با ارزیابی دوباره هیجانات در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن هیجانی خود تلاش کنند و از این طریق میزان مشکلات زناشویی کاهش می‌یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهای پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده گری بدون داوری، عمل متعهدانه بر اساس ارزش‌ها و خود داری از اجتناب تجربی می‌تواند درمانجویان را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که در هنگام بروز هیجان‌های ناخوشایند و تهدیدکننده بهیستی هیجانی، از هیجان‌های خود آگاه شوند و بر آنها مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازنده آنها بپردازند (گودرزی، سلطانی، حسینی صدیق، و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های قدم پور، رشیدی، یوسف‌وند، و همکاران (۱۳۹۸)، خزان و همکاران (۱۳۹۵)، بهرامی (۱۳۹۷)، زارلینگ، لارونس، مارچمن<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) همسویی و همخوانی دارد.

در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناامیدی زوجین می‌توان اظهار نمود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به فرد آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، بطور کامل پذیرفت (آماندا و لی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). تجارب ذهنی متقاضیان طلاق شامل مواردی چون از دست دادن امید به زندگی، ناامیدی از بدست آوردن سلامتی، احساس خجالت، شرمساری، تنهایی و عدم درک از طرف اطرافیان می‌باشد (برناردی، مارتینز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). بر این اساس می‌توان بیان کرد که بیشترین بحث درگیری روان‌شناختی این افراد بحث ناامیدی است که بطور شایعتر نسبت به سایر علائم روان‌شناختی در این افراد دیده می‌شود و با توجه به همین امر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گام نخست زوجین یاد گرفتند که باید این احساسات را بدون واکنش در بدو امر بپذیرند. در قدم دوم بر آگاهی روان فرد در لحظه حال افزوده می‌شود یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتارهای خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد و در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (گسلش شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، مرحله چهارم کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. مرحله پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و بطور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاصی تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف

<sup>1</sup> - Zarling, A., Lawrence, D., Marchman, O. E.

<sup>2</sup> - Amanda, E., Lee, D.

<sup>3</sup> - Bernardi, F., Martinez, J.

به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می توانند نشخوارهای فکری ناامیدانه (سلامتی خودم را بدست نخواهم آورد، زندگی و آینده من تیره و تار است، امیدی به بهبودی ندارم و اوضاع زندگی من بر وفق مراد نیست)، نگرانی ها، اضطراب و فاجعه انگاری مشکل خود باشد، بنابراین در مرحله پایانی ملاحظه می گردد که این افراد تجارب ذهنی خود را که معطوف به خودشان است پذیرفته و می توانند بطور مسولانه عمل نمایند. اولین نتیجه مستقیم پذیرش احساسات و هیجانات در زوجین متقاضی طلاق کاهش افکار منفی و ناامیدانه است و رفتار مسولانه باعث می گردد که بجای یک واکنش منفی و افسرده ساز به گونه ای مثبت و اثربخش عمل نمایند. بنابراین آنچه در مرحله نخست این درمان حائز اهمیت است توجه نمودن به افکار و احساسات و عدم اجتناب از آن است، این مسئله در برخی از افراد به هنگام مواجهه با مشکلات کمتر دیده می شود به همین دلیل است که آنها ناامیدی و اندوه بیشتری را تجربه می کنند (فیش، اتریدگ، شارپلین، هانکوک و نات،<sup>۱</sup> ۲۰۱۴). نتایج پژوهش های رضوی، ابوالقاسمی، اکبری و همکاران (۱۳۹۸)، هانی اصل حیزانی و فرنام (۱۳۹۷)، هیبیتی گوجانی (۱۳۹۶)، شجاعیان (۱۳۹۴)، این سوک کیم و جی وون لی<sup>۲</sup> (۲۰۱۹) و اشنایدر<sup>۳</sup> (2009)، با نتایج به دست آمده همسویی و همخوانی دارد.

در روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مولفه هایی وجود دارد که بطور کلی ناامیدی و ناگویی هیجانی را از چند وجه مورد آماج قرار می دهد در درجه اول این روش باعث انعطاف پذیری می گردد و پذیرش را به دنبال دارد و آگاهی روانی در لحظه حال را سبب می شود، راهبردهایی که توانسته ناامیدی را در زوجین کاهش دهد گسلش شناختی، کاهش تمرکز مفرط بر خود مفهومی، شناخت ارزش های شخصی و انگیزه برای عمل متعهدانه هستند. در مورد ناگویی هیجانی، تغییر نگاه به ناگویی هیجانی بعنوان یک چالش نه تهدید، تن آرامی و ذهن آگاهی، توانایی تفکیک واکنش های خود از داده های حسی و هوشیاری فراگیر از جمله عواملی هستند که باعث کاهش ناگویی هیجانی در زوجین متقاضی طلاق شد. در مورد هر دو متغیر پژوهش نیز تصریح و روشن سازی ارزشها به همراه عمل متعهدانه و برنامه ریزی برای دنبال کردن اهداف و ارزش ها و هم چنین پذیرش هیجان ها می تواند در کاهش آنها مؤثر باشد، البته این یافته ها نیازمند بررسی های بیشتر است. با قرار دادن یافته های پژوهش حاضر در کنار یکدیگر می توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ناگویی هیجانی و ناامیدی زوجین متقاضی طلاق مؤثر بوده است. این پژوهش، امیدوارانه به زوجین کمک کرده تا شیوه های جدیدی برای کاهش ناامیدی و ناگویی هیجانی خود بیابند و رابطه عمیق تری با یکدیگر برقرار کنند. از محدودیت پژوهش حاضر می توان به خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده اشاره کرد که ممکن است سوگیری در پاسخ دادن به سئوالات پرسشنامه را به همراه داشته باشد، محدودیت دیگر نمونه مورد مطالعه است که صرفاً از بین زوجین طلاق انتخاب شده اند بنابراین در تعمیم نتایج به دست آمده به سایر جوامع و گروهها بهتر است جانب احتیاط را رعایت کرد. انتظار می رود که در پژوهش های آتی با در نظر گرفتن این موارد بتوان بر غنای اطلاعات به دست آمده افزود.

<sup>۱</sup>- Fish, A., Ettridge, K., Sharplin, G.R., Hancock, B., Knott, V.

<sup>۲</sup>- In Sook Kim & Jae Woon Lee

<sup>۳</sup>- Schneider, C.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر که نشان از تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی و ناامیدی زوجین متقاضی طلاق مراجعه کننده به مراکز مشاوره داشت، می توان پیشنهاد کرد که از این رویکرد به عنوان مداخله درمانی برای بهبود وضعیت ناامیدی و ناگویی هیجانی زوجین در مراکز آموزشی، مشاوره و گارگاه های آموزشی استفاده شود. علاوه بر این می توان درمان پذیرش و تعهد را با بهره گیری از متخصصان، در صدا و سیما به زبان ساده به زوجین معرفی نمود تا آنها با بکارگیری مبانی آن، گامی در جهت بهبود ناگویی هیجانی و ناامیدی خود بردارند. همچنین پیشنهاد می شود پژوهش های بیشتری در خصوص اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی در جهت شفاف شدن اثرات درمانی این رویکرد به منظور افزایش تعمیم پذیری یافته ها انجام گیرد. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی براساس عناصر این درمان تهیه و در مراکز آموزشی و دانشگاه ها اجرا شود.

### ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش ابتدا به شرکت کنندگان اطلاع داده شد که در یک کار پژوهشی شرکت دارند و شرکت در آن اختیاری می باشد. همچنین اهداف پژوهش، رعایت صداقت و امانت داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ناشناس ماندن آزمودنی ها و محرمانه نگه داشتن اطلاعات، برای آن ها تشریح شد.

### سپاسگزاری

در پایان از کلیه زوجین محترم که بعنوان شرکت کننده در این پژوهش حضور داشتند، مدیران محترم مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی شهرستان مرند، مشاوران و روان شناسان اورژانس اجتماعی، مشاوران مرکز مداخله در خانواده مستقر در دادگستری مرند که در انجام پژوهش نهایت همکاری و مساعدت های لازم را مبذول نمودند بی نهایت تشکر و قدردانی می شود.

### منابع

- اسدزاده، ا؛ محمود علیلو، م. (۱۳۹۷). تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر علایم افسردگی و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، ۲۹(۸)، ۶۹-۹۵.
- اسماعیلی، ل؛ امیری، ش؛ عابدی، محمدرضا؛ مولوی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان. فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، ۳۰(۸)، ۱۱۷-۱۳۷.
- بشپور، س؛ علمردانی صومعه، سجاد، شاه محمدزاده، ی. (۱۳۹۳). نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در پیش بینی علایم جسمانی سازی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۳(۱۰)، ۹۷۲-۹۶۱.
- بهرامی، ر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به فشارخون بالا. پایان نامه کارشناسی ارشد(منتشر نشده). دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- تاجری، ب؛ پاشنگ، س؛ خوش لهجه صدق، ا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی در کاهش علایم انعطاف پذیری و امیدواری بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر. فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۱۳(۴۸)، ۳۸-۴۶.
- تاجی قراجه، م. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و تاب آوری زنان مطلقه. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، (منتشر نشده). دانشگاه بجنورد.
- تیلکی، م؛ طاهر، محبوبه؛ مجرد، آ؛ جعفری ثانی، ب. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن. فصلنامه مطالعات روان شناختی، ۱۴(۳)، ۱۷۸-۱۶۳.

- ثمین، ط؛ اخلاقی کوهپایی، ح. (۱۳۹۸). پیش بینی امید به زندگی بر مبنای کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و خستگی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. فصلنامه روان شناسی سلامت. ۸(۲۹)، ۱۱۸-۱۰۱.
- جراره، ج. (۱۳۹۱). بررسی تاثیر آکسی تایمیا بر عملکرد خانوادگی زوج های مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی. فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۷(۱۹)، ۲۳-۸.
- خران، ع؛ عباسی اصل، م؛ یونسی، س.ج؛ کاظمی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش نارسایی هیجانی زنان در معرض طلاق. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۵(۳)، ۱۳-۵.
- رضوی، س. ب؛ ابوالقاسمی، ش؛ اکبری، ب؛ نادری نبی، ب. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر احساس امیدواری و مدیریت درد زنان مبتلا به درد مزمن. فصلنامه بیهوشی و درد، ۱۰(۱)، ۴۹-۳۶.
- سرلک، ف؛ سجادیان، ا. (۱۳۹۵). مقایسه ناگویی هیجانی، مهارت های ارتباطی اضطراب و افسردگی در افراد هم وابسته و عادی. مجله روان شناسی اجتماعی، ۴(۴۰)، ۷۵-۸۸.
- شجاعیان، م. (۱۳۹۴). تعیین اثرات آموزش تعهد و پذیرش بر امید به زندگی و سلامت روانی زنان مطلقه، فصلنامه روان شناسی تربیتی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ۶(۴)، ۲۲-۱۳.
- شعاع کاظمی، م. (۱۳۹۶). خشونت خانوادگی، دلزدگی زناشویی و احساس ارزشمندی در زنان عادی و مراجعه کننده به دادگاه خانواده شهر تهران. مجله مطالعات زن و خانواده، ۵(۱)، ۵۲-۳۵.
- صبور، س؛ کاکابرایی، ک. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۲(۴)، ۹-۱.
- طاهری، م؛ پورمحمدرضای تجریشی، م؛ سلطانی بهرام، س. (۱۳۹۱). رابطه سبک دلبستگی و امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم توان ذهنی آموزش پذیر. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴(۱)، ۵۰۱-۴۹۲.
- عارفی، م؛ ژاله، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی و ابرازگری هیجان زوجین متقاضی طلاق. همایش علمی- پژوهشی علوم تربیتی و روان شناسی و آسیب های اجتماعی- فرهنگی ایران. دانشگاه پیام نور بین المللی واحد کیش.
- علیپور، م؛ سپهریان آذر، ف؛ سلیمانی، ا؛ مکاریان، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و آموزش تقویت مقابله زوجی بر اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان. ماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۳۰(۲)، ۱۵۴-۱۴۰.
- غرایب، ب. (۱۳۷۲). بررسی پاره ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، (منتشر نشده). انستیتو روانپزشکی تهران.
- فرزانه، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی بر دلزدگی زناشویی، کیفیت زناشویی، صمیمیت و باورهای ارتباطی زوجین متقاضی طلاق. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده، (منتشر نشده). دانشگاه محقق اردبیلی.
- فلاحی، م؛ دلدار، ف. (۱۳۹۷). بررسی عوامل ک. ثر بر طلاق در استان های ایران با تاکید بر عوامل اقتصادی. فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۱۰(۳۴)، ۱۵۴-۱۳۶.
- قدسی، م؛ احمد برآبادی، ح؛ حیدرنیا، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی روایت درمانی بر کاهش گرایش به طلاق و مولفه های آن در زنان با ازدواج زود هنگام. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۹(۳۳)، ۹۸-۷۳.
- قدم پور، ع؛ رشیدی، ف؛ یوسف وند، م؛ عنایتی، ب؛ ملکی، س. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود دلسوزی و تنظیم هیجانی در زوجین مبتلا به افسردگی. فصلنامه مطالعات روان شناختی، ۱۵(۱)، ۱۶۷-۱۵۳.
- گودرزی، ف؛ سلطانی، ز؛ حسینی صدیق، م؛ همدی، م؛ قاسمی جوبنه، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مادران با فرزندان کم توان ذهنی. مجله مطالعات ناتوانی، ۷(۹۶)، ۶-۱.
- مجرمی، ج؛ صبحی قراملکی، ن؛ ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ناامیدی و بی لذتی دانشجویان مبتلا به افسردگی. مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۶(۲۰)، ۴۶۰-۴۴۳.
- محمدی، ا. (۱۳۹۴). اثر بخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی سالمندان. فصلنامه روانشناختی تحلیل شناختی، ۶(۲۴)، ۸۱-۸۹.

- مهاجرانی، س؛ حقایق، س. ع؛ ادیبی، پ. (۱۳۹۶). بررسی رابطه ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو. فصلنامه گوارش، ۲۲(۱)، ۲۸-۳۸.
- مهاجرانی، ع. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد و آموزش خود دلسوزی شناختی بر سازگاری زناشویی، نارسایی هیجانی و عزت نفس جنسی زوجین متقاضی طلاق. پایان نامه کارشناسی ارشد (منتشر نشده)، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- مهدی عراقی، م. (۱۳۹۶). بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان استرس و میزان سرمایه روان شناختی در بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۱۳(۵۲)، ۲۶۸-۲۵۲.
- میکاییلی، ن؛ مولوی، پ؛ عینی، س؛ تقوی، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس سانحه. نشریه طب جانباز، ۹(۳)، ۱۱۷-۱۱۱.
- نامنی، ا؛ کشاورز افشار، ح؛ باهنر، ف. (۱۳۹۸). بررسی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و نشخوار فکری زنان ناباور. دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۹(۲)، ۸۹-۱۰۸.
- نامنی، ا؛ محمدی پور، م؛ نوری، ج. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان هیجان مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی بین فردی و امید در زنان مطلقه. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸(۲۹)، ۷۸-۵۷.
- نیکخواه، س؛ بهبودی، م؛ وکیلی، پ. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی. فصلنامه روان شناسی تحلیلی-شناختی، ۱۱(۴۰)، ۸۳-۶۹.
- هانی اصل حیزانی، ع؛ فرنام، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی دانش آموزان پسر پایه نهم. مجله مطالعات روان شناسی تربیتی، ۱۵(۳۲)، ۲۴۶-۲۲۳.
- هیبتی گوجانی، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی، پریشانی روان شناختی و خستگی روانی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس). پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی (منتشر نشده). دانشگاه فردوسی مشهد.
- یوسفی، ن؛ کریمی پور، ب؛ ا؛ عزیزی، آ. (۱۳۹۶). اثربخشی دو رویکرد مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مشاوره گروهی راه حل مدار بر عملکرد خانواده های در آستانه طلاق. فصلنامه مطالعات روان شناختی، ۱۳(۳)، ۱۱۰-۹۵.
- Amanda, E., Lee, D.(2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Context Behavior Sciences*, 4(1), 1-11.
- Bach, P., Hayes, S.(2016). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1129-1138.
- Bernardi, F., Martínez, J.(2011). Divorce risk factors and their variation over time in Spain. *Demographic Research*, 4( 24), 771-800.
- Fish, A., Ettridge, K., Sharplin, G. R., Hancock, B., Knott, V.(2014). Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *European journal of cancer care*, 23(3), 413-421.
- Hayes, S., Lillis, S.(2012). Acceptance and Commitment therapy. American psychological association publication.
- In, Sook Kim., Jae Woon Lee.(2019). Effects of Acceptance Commitment Therapy Based Recovery Enhancement Program on Psychological Flexibility, Recovery Attitude, and Quality of Life Inpatients With Illness. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing* Vol. 28 No. (1), 79-70.
- J, Ruiz, Paula., Odriozola, G.(2017). A longitudinal comparison of metacognitive therapy and acceptance and commitment Therapy models of Anxiety disorders. *anales de psicología*, 5(16), 561-580.
- Kahl, K. G., Winter, L., Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528.
- Kanter, J. W., Baruch, E., Gaynor, S.(2015). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *Behavior Analyst*. 2(29): 161-174.
- Kathryn, D., Timmerman, L.(2012). Accomplishing romantic relationship. In: Greene JO, Burlison BR. (editors). *Handbook of communication and social interaction skills* Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates. 14(4), 68-90.
- Motan, I., Gencoz, T. (2007). The relationship between the dimensions of Alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turk J Psychi*, (18), 333-343.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M.(2013). The 20-item Toronto alexithymia scale: III Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (3), 269-275.

- Schneider, C. R. (2009). Hopelessness and health. In N. Anderson (Ed.), *Encyclopedia of health and behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Serafini G, Gonda X, Pompili M, Rihmer Z, Amore M, Engel-Yeger B.(2016). The relationship between sensory processing patterns, alexithymia, traumatic childhood experiences, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders. *Child Abuse Negl.* 62(5), 39-50.
- Serani, D.(2015). What is "Alexithymia"? Retrieved from <http://drdeborahserani.blogspot.com/2010/05/>.
- Towhing, P., Hayes, SC., Masuda, A.(2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3-13.
- Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2010). Marital a sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*, (19), 137-142.
- Wachs, K., Cordova, JV. (2013). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of marital and family therapy*, 33(4), 464-481.
- Zarling, A., Lawrence, D., Marchman, O. E. (2014). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couple a case study with tow couples. *Cognitive and Behavior practice*. 16(4),556-579.