

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی فاعلی و سرمایه روانشناختی و انعطاف پذیری شناختی زنان
دارای دلزدگی زناشویی

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the subjective well-being and psychological capital and cognitive flexibility of women with marital dissatisfaction

Arezoo Shahhoseini (corresponding Aauthor)
Master of clinical psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran
Email: arezoshahhoseini@gmail.com
Kimia Pourshirazi
Master of clinical psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran
Akbar Mohammadi
Assistant Prpf. Dept. of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

آرزو شاه حسینی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران
Email: arezoshahhoseini@gmail.com
کیمیا پورشیرازی
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
اکبر محمدی
استادیار گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران
چکیده

Abstract

Aim: The purpose of this study was the effect of acceptance and commitment therapy on mental well-being, psychological capital and cognitive flexibility of women suffering from marital burnout. **Method:** The present study was a new intervention with a pre-test-post-test design. 30 participants (15 in the experimental group) and (15 in the control group) were selected by targeted sampling. The population was included of all women had referred to green thought psychological therapeutic clinic in Qom for dissatisfaction in year 2022. The research tools included cognitive flexibility questionnaires by Dennis and Vander waal (2010), psychological capital by Luthans (2007), positive affect and negative affect questionnaire (Watson, 1988) and life satisfaction (Diener et al., 1985). Intervention of acceptance and commitment therapy was performed during 8 sessions 1 to 1.5 hours. The data were analyzed by covariance analysis. **Results:** The results showed that the treatment based on acceptance and commitment was effective on the mental well-being and on the psychological capital and cognitive flexibility of the women in the sample. **Conclusion:** The use of therapeutic methods for people who have weak marital relationships can be useful, and the need to use these methods should be prioritized in psychotherapy centers.

Keywords: therapy based on acceptance and commitment, active well-being, psychological capital, cognitive flexibility, marital dissatisfaction

هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی فاعلی و سرمایه روانشناختی و انعطاف پذیری شناختی زنان دارای دلزدگی زناشویی انجام شد. روش: پژوهش حاضر از نوع مداخله ای با طرح پیش آزمون- پس آزمون بود. مشارکت کنندگان با روش نمونه گیری هدفمند ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش) و (۱۵ نفر گروه کنترل) انتخاب شدند. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره اندیشه سبز در شهر قم بابت دلزدگی زناشویی در سال ۱۴۰۱ بودند. ابزار: ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه های انعطاف پذیری شناختی دنیس و واندروال (۲۰۱۰)، سرمایه روانشناختی لوتانز (۲۰۰۷)، پرسشنامه عاطفه مثبت و عاطفه منفی (واتسون، ۱۹۸۸) و رضایت از زندگی (دینر و دیگران، ۱۹۸۵) بود. مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۱ تا ۱/۵ ساعت اجرا گردید. داده ها با روش آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شدند یافته ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی فاعلی، سرمایه روانشناختی و انعطاف پذیری شناختی زنان حجم نمونه اثربخش بوده است. نتیجه گیری: استفاده از این روش درمانی می تواند در افرادی که در ارتباطات زناشویی، دچار ضعف هستند، مفید باشد و بنابراین استفاده از این روش ها برای مراکز روان درمانی باید در اولویت باشد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی فاعلی، سرمایه روانشناختی، انعطاف پذیری شناختی، دلزدگی زناشویی.

خانواده به عنوان اولین کانونی که فرد در آن قرار می‌گیرد، اهمیت زیاد و تأثیر بسیار فراوانی بر جامعه دارد. تحقق جامعه سالم و کارآمد در پرتو وجود خانواده‌های سالم و کارآمد امکان‌پذیر است (عباسی رستمی، ۱۴۰۱) خانواده نهادی است که همه نهادهای دیگر با آن ارتباط داشته و جامعه ای است کوچک که از ارزش و اهمیت زیادی برخوردار است (قره داغی و امانی، ۱۴۰۱). یکی از بحث‌های مهم مطرح شده در حوزه خانواده بحث دلزُدگی زناشویی است. دلزُدگی زناشویی وضعیت دردناک فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی است که کسانی را که انتظار دارند عشق رویایی و ازدواج به زندگیشان معنا ببخشد را متأثر می‌سازد (اسدپور و ویسی، ۱۳۹۷). دلزُدگی هنگامی بروز می‌کند که آنها متوجه می‌شوند که علی‌رغم تمام تلاش‌هایشان، رابطه شان به زندگی معنا ندهد و نخواهد داد (کاوسیان و همکاران، ۱۳۹۶) دلزُدگی زناشویی به علت مجموعه ای از توقعات غیر واقعی از همسر و ازدواج توأم با استرس‌ها، واقعیت‌ها و فراز و نشیب‌های زندگی بروز می‌کند. در واقع، هنگامی که زوجین با یکدیگر در روابط صمیمانه ادغام می‌شوند، هر کدام با مجموعه ای از رؤیاهای و انتظارات وارد رابطه می‌شوند، هنگامی که این رؤیاهای و انتظارات با تنبیه و تجارب استرس‌زا جایگزین می‌شوند، ازدواج و رابطه دچار زیان می‌شود و سرانجام با دلزُدگی پایان می‌یابد (صفاری نیا و همکاران، ۱۴۰۱). سازه‌های روان‌شناختی در زنان دارای دلزُدگی زناشویی با مشکل مواجه می‌شود که تعدادی از آنها بهزیستی فاعلی، سرمایه روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد.

مفهوم بهزیستی فاعلی^۱ (بهزیستی ذهنی) از نظر دینر و دیگران (۱۹۹۹) به نحوه ارزشیابی افراد از زندگی‌شان اطلاق می‌گردد و شامل متغیرهایی چون رضایت از زندگی، فقدان افسردگی و اضطراب، و خلق و هیجانات مثبت است. در فرهنگ‌نامه انجمن روان‌شناسی آمریکا (ب.ت.) بهزیستی حالت شادی^۲، خشنودی^۳، سطح پایین استیصال^۴، سلامت کلی جسمانی و روانی خوب، یا کیفیت زندگی مناسب، و بهزیستی فاعلی به ارزیابی فرد از سطح شادی و رضایت از زندگی خود تعریف شده است (گان و چنگ، ۲۰۲۱). در مقیاس‌های خودگزارش‌ده بهزیستی فاعلی، دو مؤلفه بررسی می‌شود. مؤلفه بهزیستی عاطفی، به حضور عاطفه خوشایند (برای مثال، احساسات شادی) در مقابل عدم حضور عاطفه ناخوشایند (برای مثال، خلق افسرده)، و مؤلفه بهزیستی شناختی به ارزشیابی زندگی در کل (یعنی، رضایت کلی از زندگی) و ارزشیابی تجارب خاص زندگی (برای مثال، رضایت شغلی) اطلاق می‌گردد (فرهنگ‌نامه انجمن روان‌شناسی آمریکا، ب.ت.). هرچه سطح رضایت از زندگی بیشتر باشد عملکرد و فعالیت کارکنان بهتر خواهد بود (پولو- وارگاس و دیگران، ۲۰۱۷). یکی از متغیرهایی که نشان داده شده است با بهزیستی ارتباط دارد سرمایه روان‌شناختی^۵ است.

سرمایه روان‌شناختی بیانگر ارزیابی مثبت شرایط و احتمال موفقیت بر اساس تلاش و پشتکار همراه با انگیزه است. تقویت سرمایه روان‌شناختی در محیط کار به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر بهزیستی فاعلی تأثیر می‌گذارد (مانزانو و آلیا، ۲۰۱۷). مفهوم سرمایه روان‌شناختی توسط لوتانز و همکارانش بر اساس مطالعات سازمانی، روان‌شناسی مثبت نگر و رفتار سازمانی مطرح گردیده است (ریبریو و دیگران، ۲۰۲۰). سرمایه روان‌شناختی حالت مثبت روان‌شناختی

¹ Subjective well- being

² state of happiness

³ pleasure

⁴ low level despair

⁵ psychological capital

⁶ Manzano & Ayala

تحول تعریف می‌شود که به وسیله خودکارآمدی^۱، خوش‌بینی^۲، امید^۳، و انعطاف‌پذیری^۴ (تاب‌آوری) مشخص می‌شود (لوتانز و دیگران، ۲۰۱۵، به نقل از بوکورنی و یوسف مورگان، ۲۰۱۹). هر یک از چهار حیطه سرمایه روان‌شناختی: امید، خودکارآمدی، خوش‌بینی و انعطاف‌پذیری این پتانسیل را دارند که به زنان در مدیریت و غلبه بر چالش‌های موجود در محیط کار کمک کنند (اسدپور و ویسی، ۱۳۹۷). امید، با تقویت اراده به یافتن راه‌حل‌های جایگزین برای دستیابی به اهداف کمک می‌کند. خودکارآمدی و باور شخص، به توانایی خود در غلبه بر موقعیت‌های چالش‌زا، مهم است. برای زنان شاغل خوش‌بینی، عامل مهمی در رویارویی با شرایط منفی در سازمان‌ها است و در نهایت، انعطاف‌پذیری عامل مهمی برای رشد شغلی زنان در شرایط مختلفی از جمله سوگیری‌های جنسیتی است که احتمالاً زنان در محیط کار با بهبود سرمایه روان‌شناختی و کاهش هیجانات منفی بهره خواهند برد و بهزیستی آن‌ها افزایش خواهد یافت (چاولا و شارما ۲۰۱۹). از سوی دیگر، نظریه حفظ منابع^۵ ارتباط بین سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی را حمایت می‌کند. این نظریه بیان می‌دارد که کمبود منابع نه تنها افراد را در نگهداری منابع، بلکه در دستیابی به منابع جدید برمی‌انگیزاند. افراد بهزیستی خود را با ارزیابی شناختی از دسترسی به منابع تعیین می‌کنند. سرمایه روان‌شناختی به عنوان یک منبع شخصی ارزیابی مثبت از رفاه را تقویت می‌کند، بنابراین به بهزیستی فاعلی منجر می‌گردد (گیلانی و دیگران، ۲۰۱۹).

انعطاف‌پذیری شناختی را جزء یکی از مهمترین خصیصه‌های رایج در مورد شناخت انسان تبیین می‌دارند (امینی و همکاران، ۱۳۹۸) که مفهوم این واژه، میزان توان هر شخص برای در نظر داشتن موازی و یکنواخت بازنمایی‌های متناقضی از یک شیء یا یک اتفاق می‌باشد (جعفری، ۱۳۹۹). به شکل جامع و کامل، داشتن توان به منظور تغییر دادن آمایه‌های شناختی^۶، با هدف هماهنگ شدن با محرک‌هایی که در محیط شامل تغییر می‌شوند، مهم‌ترین اصل در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است. (گلاستر^۷ و همکاران، ۲۰۱۷). در تعریفی دیگر، مقدار سنجش هر شخص مربوط به توانایی کنترل شرایط تبیین نموده اند، که این سنجش در وضعیت‌های گوناگون مشمول تغییر می‌شود. (داویس^۸ و همکاران، ۲۰۲۰). توانمند بودن جهت تغییر آمایه‌های شناختی با هدف هماهنگ شدن با محرک‌هایی که در محیط شامل تغییر می‌شوند، مهم‌ترین اصل در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است. (دنيس و واندروال^۹، ۲۰۱۵) اشخاصی که توانایی انعطاف‌پذیری در تفکر دارند از توجیه‌های جایگزین بهره گرفته، چارچوب فکری خود را به شکلی مثبت، بازسازی می‌نمایند و چالش‌های احتمالی یا از اتفاقات استرس‌زا^{۱۰} استقبال می‌کنند و اینگونه اشخاص تحمل و تاب‌آوری^{۱۱} بیشتری نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روان‌شناختی

¹ Self

efficacy

² optimism

³ hope

⁴ resiliency

⁵ theory of conservation of resources

⁶ . Cognitive Sets

⁷ . Gloster

⁸ . Davis

⁹ . Dennis & Vander Wal

¹⁰ . Stressful events

¹¹ . Resilience

دارند(فیلیپس^۱، ۲۰۱۶). اشخاصی که از انعطاف پذیری برخوردار نیستند در شرایط سخت و بحرانی نمی توانند موقعیت را کنترل کرده و در هنگام رویارویی با مشکلات زندگی و رفتار افراد، توانایی جایگزینی روش های دیگر را ندارند و در سختی ها نمی توانند به راه حل های بهتر و جدیدی راجایگزین کنند(مرادحاصلی و کیانی، ۱۳۹۷). انعطاف پذیری نسبت به این شرایط و توانایی تحمل دوره مبهمی که کرونا و ویروس برای انسان ها بوجود آورده (پسندیده و سالک، ۱۳۹۸؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۹۷)، به عنوان فاکتورهای افزایش کیفیت زندگی، از اهمیت بسزایی برخوردار می باشد(نوری مقدم و آشیانی، ۱۳۹۹ : ۱). (رحیمی و افشارنیا، ۲۰۱۷).

همچنین در درمانهایی که برای بهبود روابط زناشویی پیشنهاد شده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ بسیار کاربردی و پر از محاسن می باشد(اسدپور و ویسی، ۱۳۹۷؛ حقایق، ۱۳۹۹؛ کاوسیان و همکاران، ۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی؛ پذیرش^۳، عدم همجوشی^۴، لحظه حال^۵، خود به عنوان بافت یا زمینه^۶، ارزش ها^۷ و عمل متعهدانه^۸ دارد(چیساری^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روانی^{۱۰} است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف مناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام شود یا بر فرد تحمیل گردد. افزایش توانایی فرد برای دادن پاسخ مؤثر به افکار و احساسات گوناگونی که هنگام بروز مشکلات ظاهر می شوند(پترسن^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). درمان پذیرش و تعهد معتقد است که بسیاری از شکل های آسیب روانی، با تلاش های بیهوده و بی حاصل برای جلوگیری کردن از تجارب درونی منفی توسط انجام رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد، گسستگی، یا اجتناب از مردم، مکانها و موقعیتهایی که موجب آنها می شود مرتبط است(گیلپین^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، مطالعات آزمایشگاهی بازداری افکار و هیجان نشان داده است که با تلاش های بیشتر فرد برای جلوگیری کردن از احساسات و افکار خاص، به احتمال بیشتری آنها را تجربه خواهد کرد. به همین دلیل به جای اجتناب تجربه ای، درمان پذیرش و تعهد انعطاف پذیری روان شناختی را آموزش می دهد که شامل گرایش تجربه کردن لحظه حاضر همانطور که هست و عمل کردن مطابق با ارزشهای انتخابی شخص می باشد(پائولوس گوارنیری^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲) هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می پذیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اداره این تجربه های درونی مهارت های مؤثر توجه آگاهی را به ما می آموزد(هوگس^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به مطالب عنوان شده این پژوهش در صدد پاسخ به این سؤال می باشد که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی فاعلی و سرمایه روانشناختی و انعطاف پذیری شناختی زنان دارای دلزدگی زناشویی اثربخش می باشد؟.

1 . Philips

2 .Acceptance and commitment treatment

3 .Acceptance

4 .Defusion

5 .Present moment

6 .Self as a context

7 .Values

8 .Committed action

9 . Chisari

10 .Psychological flexibility

11 . Petersen

12 . Gilpin

13 . Paulos-Guarnieri

14 . Hughes

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع آزمایشی که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره اندیشه سبز در شهر قم بابت دلزدگی زناشویی در طی ماه‌های خرداد تا آذر ماه سال ۱۴۰۱ (۳۳ نفر) بودند. حجم نمونه اتخاذ شده مبتنی بر فرمول کوکران ۳۰ نفر اتخاذ گردید. نمونه لازم برای این بررسی ۱۵ نفر برای هر گروه آزمایش و کنترل محاسبه شد. بنابراین ۳۰ نفر با توجه به ملاک های ورود ذکر شده به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک های ورود آزمودنی ها عبارت بودند از: دارا بودن دلزدگی زناشویی، دارا بودن تحصیلات راهنمایی به بالا، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، تمایل به همکاری همچنین ملاک های خروج آزمودنی ها از مطالعه عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود.

ابزار

مقیاس رضایت از زندگی^۱: این مقیاس توسط دینر^۲ و دیگران در سال ۱۹۸۵ ساخته شد و شامل پنج گویه است که پاسخ‌های آنها در قالب مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) درجه بندی شده است. اعتبار و روایی پرسشنامه دینر توسط بیانی و کوچکی بر روی ۱۰۹ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر انجام گرفته است و همسانی درونی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمده است.

پرسشنامه عاطفه مثبت و عاطفه منفی^۳: این پرسش نامه توسط واتسون^۴ و دیگران (۱۹۸۸) برای ارزیابی دو بُعد خلقی یعنی عاطفه مثبت و عاطفه منفی ساخته شده است و شامل ۲۰ ماده است که ۱۰ ماده آن مربوط به عواطف مثبت و ۱۰ ماده دیگر مربوط به عواطف منفی است و به صورت طیف ۵ گزینه‌ای (خیلی کم نمره ۱ و خیلی زیاد نمره ۵) نمره گذاری می شود. دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه تحلیل عاملی تأییدی و الگویابی معادله ساختاری صحت عاملی، روایی سازه و اعتبار مقیاس عاطفه مثبت و منفی توسط بخشی پور و دژکام روی ۲۵۵ نفر دانشجوی مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی دانشگاه تهران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که ضرایب سازگاری درونی (ضریب آلفا) برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ است. دامنه پایایی این ابزار توسط ابوالقاسمی و دیگران از ۰/۴۹ تا ۰/۹۴ بود. طبق این پرسشنامه، کمترین میزان رضایت از زندگی با کسب نمره ۵ و بیشترین میزان رضایت با نمره ۳۵ نشان داده می شود (امامی سیگارودی و دیگران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۳۳ به دست آمد.

¹ Satisfaction WithLife Scale (SWLS)

² Diener

³ Positive and Negative Affect Schedule

⁴ watson

پرسشنامه سرمایه روانشناختی^۱: در این مطالعه برای سنجش سرمایه روانشناختی از پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز^۲ (۲۰۰۷) استفاده شد. این پرسشنامه ۴ مؤلفه یا خرده مقیاس را می‌سنجد که عبارت‌اند از: امید، انعطاف‌پذیری (تاب‌آوری)، خوش‌بینی و خودکارآمدی. این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال است که هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد. برای محاسبه نمره سرمایه روانشناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس محاسبه می‌شود و از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها نمره سرمایه روانشناختی حاصل می‌گردد. روایی پرسشنامه در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. لوتانز (۲۰۰۷) با استفاده از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری نسبت خوبی دو این آزمون را ۲۴/۶ و آماره‌های CFI و RMSEA این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کرده است که روایی عاملی آزمون مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین طی پژوهشی که توسط خسروشاهی و دیگران در سال ۱۳۹۱ انجام شد، پایایی این پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۱۶ به دست آمد.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی^۳: در این مطالعه برای سنجش انعطاف‌پذیری شناختی از مقیاس دنیس و واندروال^۴ (۲۰۱۰)، استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه می‌باشد. در پژوهش شاره و همکاران (۲۰۱۴) برای این پرسشنامه سه زیر مقیاس تعیین شده که عبارتند از جایگزین‌ها (۱۰ سؤال)، کنترل (۸ سؤال) و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی (۲ سؤال). پرسشنامه فوق‌الذکر دارای مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف: ۱ تا کاملاً موافق: ۷) می‌باشد. جمع نمرات بدست آمده از تمام سؤالات، نمره کل آزمون را تبیین می‌کند. همچنین، جمع نمره سؤالات مختص هر سه زیر مقیاس نیز بیانگر نمره آن زیرمقیاس می‌باشد. در این پرسشنامه بیشترین نمره‌ای که هر شخص می‌تواند کسب کند ۱۴۰ و کمترین نمره‌ای که قابل اخذ می‌باشد نمره ۲۰ است. در پژوهش دنیس و واندروال (۲۰۱۰) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک^۵ برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین برابر با ۰/۷۵ بدست آوردند. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۵۵ و ۰/۵۷ بدست آمد.

روند اجرا

در این تحقیق، پژوهشگران بعد از کسب اجازه از مرکز مشاوره اندیشه سبز، به این واحد مراجعه نموده و پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آنها بیان کردند. پس از کسب موافقت ریاست و مسئولین بخش کار نمونه‌گیری آغاز گردید. در ادامه ۳۰ نفر از افرادی را که معیارهای ورودی را داشتند، با اخذ رضایت آگاهانه، وارد مطالعه شدند. نمونه‌های پژوهش به روش هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب

¹ Psychological Capital Questionnaires

² Luthans

³ cognitive flexibility

⁴ Dennis and Vander Wal

⁵ . Beck Depression Index (BDI-II)

شدند. از طریق جایگزینی تصادفی^۱ به گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه ها به عنوان گروه مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند) و دیگری به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه رضایت از زندگی، پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی، پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی و پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایشی تحت مداخله ذکر شده به شیوه گروهی قرار گرفت. در گروه کنترل طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفته و تنها از پرسشنامه‌های مذکور قبل و بعد از مداخله در گروه‌های آزمون جهت سنجش این افراد به طور همزمان با دو گروه مداخله استفاده شد. گروه کنترل طبق پروتکل جاری خاص توسط متخصص تحت درمان بودند و پژوهشگر هیچ‌گونه دخالتی نداشت. همچنین در پایان مطالعه، تمامی موارد آموزش داده شده به گروه آزمایش، در قالب یک بسته آموزشی به گروه کنترل ارائه شد. ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۲۰۱۸) (میرو^۲ و همکاران، ۲۰۲۱)، با ساختار هشت جلسه‌ای (طبق جدول ۱) بود. هر هفته یک جلسه و هر جلسه در ۱ تا ۱/۵ ساعت با حضور درمانگر و کمک درمانگر آشنا به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شد، قابل ذکر است هر دو نفر، دارای گواهی انجام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشند. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واضح و با توجه به سواد و زمینه‌های فردی و هوشی شرکت کنندگان طوری عنوان گردید که برای بیماران قابل فهم باشد. در شروع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مصاحبه‌گر خود را معرفی کرده و تلاش نمود جو دوستانه‌ای ایجاد شود، مصاحبه‌گر همواره به خاطر داشت از دخالت دادن پیش داورها، دیدگاه‌ها و آگاهی‌های قبلی خود بر رفتارشان جلوگیری کند. همچنین تا حد ممکن، از خارج شدن پاسخ دهنده از حیطه سؤال و به حاشیه رفتن او جلوگیری می کرد.

جدول ۱. ساختار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (گلاستر^۳ و همکاران، ۲۰۲۰)

<p>قراردادهای و اصول قوانین و توضیح و رفتاری حدود مورد در پیش‌آزمون، بحث اجرای و گروه اعضای معرفی و درمان اهداف کردن درمان، مطرح فرایند برای انجام گروه افراد آگاهانه مشاوره‌ای، رضایت جلسات بر حاکم رویکرد این اساس بر مداخله توضیح فلسفه و است امکان‌پذیر تغییر اینکه</p>	<p>جلسه اول</p>
<p>(انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود ACT آشنایی با مفاهیم درمانی تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)</p>	<p>جلسه دوم</p>
<p>نه است مسئله شکل (کنترل عنوان به خود، کنترل کنترل راهبردهای شیوه در افراد پاسخ قبل: تکلیف بررسی و نقد</p>	<p>جلسه سوم</p>

4. Random Allocation or Randomization

2. Miró

3. Gloster

ذهنی ناخواسته بی‌اثر است)، تجارب کنترل اجتناب یا جهت عملی هرگونه که نکته این حل) (آموزش راه

جلسه چهارم آگاهی، ذهن تمرین خانگی، تکالیف: تکالیف بررسی تاکنون؛ قبل جلسه از فرد تجربیات بررسی عملکرد؛ ارزیابی ارزشها. سازی شفاف به مربوط تمرینات و آغاز و آگاهی شناسایی بر چیست، تاثیر آگاهی ذهن راهنمای برگه

جلسه پنجم برای درمانجو مشاهده‌گری، سنجش توانایی خود برابر در سازی مفهوم خود تمایز جلسه: هدف عملکرد. ارزیابی ارزشها. ادامه شفاف‌سازی و آگاهی ذهن تجربیات احساسات، ادامه و افکار از گسست

جلسه ششم می- ارزشمند جلوه را "پذیرش تمایل/تفهم آن و ارزشها چگونه که افراد به تفهیم و ارزشها اهمیت دادن نشان پیرامون بحث و بدنی احساسات از آگاهی احساسات، تمرینات به عنوان ارزش مقابل در رفتار عنوان به دهد، ارزش خودکارآمدی، ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزشها، ادامه تمرینات آگاهی مربوط به آن، تمرینات

جلسه هفتم پیوسته ارزش- باید فرد بشناسد. نیست، فرد ارزش‌های با خود کارآمدی خود را مطابق که گروه افراد به کمک رفتاری سازی فعال خدمت در مفهوم (تمایل) و کردن عملی در آنها و کند درک تعهد منشأ عنوان به را هایش ببرد به کار خود اهداف شخصی و

جلسه هشتم در گسلس، و تمایل عوامل به بخشیدن استحکام و فعالیت‌ها و اهداف بین ارتباط کشف جلسه این از هدف متعهد قالب در رفتاری فعالسازی ویژگی به توجه با باید را تکلیف نیز و است رفتاری به اهداف دستیابی خدمت است شده مشخص درمانجو بزرگتر ارزشهای و اهداف توسط که ادامه داد خاص فعالیت‌های به کردن

به منظور تحلیل داده ها، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره و از نرم افزار **spss** استفاده شد.

یافته ها

جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی، بهزیستی فاعلی و انعطاف پذیری شناختی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شده است. با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ استفاده شد.

جدول ۲- آماره‌های توصیفی مربوط به سن شرکت کنندگان در پژوهش

گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)	۱۵	۳۳/۹۰	۵/۰۹	۲۵	۴۳
کنترل	۱۵	۳۵/۰۱	۴/۷۷	۲۷	۴۳

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش اول (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) $33/90 \pm 5/09$ و میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه کنترل $35/01 \pm 4/77$ می‌باشد.

جدول ۳- آماره‌های توصیفی مربوط به میانگین متغیر رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و منفی، سرمایه روان‌شناختی و انعطاف پذیری شناختی برای شرکت کنندگان در پژوهش به تفکیک گروه‌ها

پس آزمون		پیش آزمون		متغیر	گروه
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۴/۳۹	۲۹/۶۵	۳/۷۳	۱۸/۸۵	رضایت از زندگی	آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)
۲/۷۱	۳۷/۱۰	۳/۵۷	۲۵/۶۵	عاطفه مثبت	
۳/۲۶	۳۰/۵۵	۲/۹۸	۳۸/۸۵	عاطفه منفی	
۱/۹۷	۸۳/۵۰	۲/۱۷	۷۰/۷۵	سرمایه روان‌شناختی	
۱/۹۹	۱۰۲/۵۰	۲/۲۶	۷۹/۰۵	انعطاف پذیری شناختی	
۱/۰۶	۱۹/۱۱	۲/۰۱	۱۹/۰۵	رضایت از زندگی	
۱/۱۱	۲۶/۰۴	۲/۷۹	۲۵/۸۷	عاطفه مثبت	
۱/۸۳	۳۹/۰۶	۱/۷۱	۳۸/۹۵	عاطفه منفی	
۱/۷۴	۷۱/۰۵	۱/۵۵	۷۰/۹۰	سرمایه روان‌شناختی	
۱/۸۳	۷۸/۹۰	۱/۶۵	۷۸/۷۵	انعطاف پذیری شناختی	

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیر رضایت از زندگی شرکت کنندگان در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مرحله پیش‌آزمون $18/85 \pm 3/73$ ، در مرحله پس‌آزمون $29/65 \pm 4/39$ بوده است. با این وجود در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون $19/05 \pm 2/01$ ، در مرحله پس‌آزمون $29/65 \pm 4/39$ بوده است. به همین ترتیب میانگین و انحراف معیار متغیر عاطفه مثبت شرکت کنندگان در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مرحله پیش‌آزمون $25/65 \pm 3/57$ ، در مرحله پس‌آزمون $37/10 \pm 2/71$ بوده است. با این وجود در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون $25/87 \pm 2/79$ ، در مرحله پس‌آزمون $26/04 \pm 1/11$ بوده است. به همین ترتیب میانگین و انحراف معیار متغیر عاطفه منفی شرکت کنندگان در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مرحله پیش‌آزمون $38/85 \pm 2/98$ ، در مرحله پس‌آزمون $30/55 \pm 3/26$ بوده است. با این وجود در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون $38/95 \pm 1/71$ ، در مرحله پس‌آزمون $39/06 \pm 1/73$ بوده است. به همین ترتیب میانگین و انحراف معیار متغیر سرمایه روان‌شناختی شرکت کنندگان در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مرحله پیش‌آزمون $70/75 \pm 2/17$ ، در مرحله پس‌آزمون $83/50 \pm 1/97$ بوده است. با این وجود در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون $70/90 \pm 1/55$ ، در مرحله پس‌آزمون $71/05 \pm 1/74$ بوده است. در نهایت میانگین و انحراف معیار متغیر انعطاف پذیری شناختی شرکت کنندگان در گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مرحله پیش-

آزمون $۷۹/۰۵ \pm ۲/۲۶$ ، در مرحله پس آزمون $۱۰۲/۵۰ \pm ۱/۹۹$ بوده است. با این وجود در گروه کنترل در مرحله پیش - آزمون $۷۸/۷۵ \pm ۱/۶۵$ ، در مرحله پس آزمون $۷۸/۹۰ \pm ۱/۸۳$ بوده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برنمره‌های سرمایه روان‌شناختی، انعطاف پذیری شناختی، رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و منفی

نام آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا سهمی	توان آماری
اثر پیلاپی	۰/۹۴۸	۱۶/۸۱۵	۴	۱۱۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷۴	۰/۹۵
لامدای ویلکز	۰/۱۳۴	۳۱/۸۲۳	۴	۱۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۳	۰/۹۵
اثر هتلینگ	۵/۸۷۵	۵۲/۸۷۸	۴	۱۰۸/۰۰۰	۰/۰۰۱	۷۴۶	۰/۹۵
بزرگترین ریشه ری	۵/۷۷۰	۱۰۷/۷۰۱	۴	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۵۲	۰/۹۵

$p \leq ۰/۰۰۵$

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطح معناداری همه آزمون‌ها ($p < ۰/۰۰۱$) نشان می‌دهد که بین مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی، انعطاف پذیری شناختی، رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و منفی زنان دارای دلزدگی زناشویی تفاوت معنادار بین دو گروه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل وجود دارد و براساس مجذوراتا بین، $۰/۴۷$ تا $۰/۸۵$ درصد تفاوت‌های مشاهده شده در بین افراد، مربوط به تأثیر متغیر مستقل یعنی روش مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) می‌باشد. ازسوی دیگر با توجه به اینکه توان آماری $۰/۹۵$ می‌باشد و بالاتر از $۰/۸۰$ است. حجم نمونه برای انجام پژوهش قابل قبول می‌باشد. نتایج مربوط به تفاوت معنادار هر یک از متغیرهای وابسته در ذیل آمده است.

جدول ۵- نتایج آزمون ام باکس

عوامل	آماره آزمون
مقدار ام باکس	۱۰/۰۲۶
مقدار f	۰/۷۷۱
درجه آزادی ۱	۴
درجه آزادی ۲	۲۵
سطح تحت پوشش آماره‌ی آزمون	۰/۶۸۱

نتایج این تحلیل نشان دهنده ناهمسانی ماتریس واریانس کوواریانس گروه‌ها است و با توجه به اینکه اجرای روش تحلیل تشخیصی مبتنی بر روش نابرابری ماتریس کوواریانس گروه‌ها است، این شرط برقرار است. هم‌چنین، نیاز است

که تساوی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل قبل از تحلیل کواریانس بررسی گردد. اساس این پیش فرض بر آن است که واریانس‌های نمرات دو گروه با هم برابر هستند و تفاوت معنادار بین آن‌ها وجود ندارد.

جدول ۶- نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های نمونه در مرحله پس آزمون

شاخص	مراحل	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری
سرمایه روان‌شناختی	پس آزمون	۰/۰۲۵	۴	۲۵	۰/۹۷۶
رضایت از زندگی	پس آزمون	۱/۱۲۲	۴	۲۵	۰/۳۳۳
عاطفه مثبت	پس آزمون	۰/۷۰۶	۴	۲۵	۰/۴۹۸
عاطفه منفی	پس آزمون	۰/۹۷۵	۴	۲۵	۰/۳۸۳
انعطاف پذیری شناختی	پس آزمون	۱/۶۵	۴	۲۵	۰/۲۰۱

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون لون بیشتر از $(p > ۰/۰۵)$ می‌باشد، پیش فرض تساوی واریانس‌ها تأیید شده است.

جدول ۷- نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری
سرمایه روان‌شناختی	پیش آزمون	۰/۶۰۱	۰/۶۱۰
	پس آزمون	۰/۸۶۷	۰/۴۴۰
رضایت از زندگی	پیش آزمون	۰/۶۹۹	۰/۶۱۳
	پس آزمون	۰/۸۶۷	۰/۴۴۰
عاطفه مثبت	پیش آزمون	۰/۸۴۵	۰/۴۵۳
	پس آزمون	۰/۶۷۲	۰/۸۵۶
عاطفه منفی	پیش آزمون	۰/۵۶۸	۰/۵۴۲
	پس آزمون	۰/۵۹۶	۰/۶۴۷
انعطاف پذیری شناختی	پیش آزمون	۰/۵۷۱	۰/۶۹۳
	پس آزمون	۰/۶۲۵	۰/۶۱۸

همان گونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، سطح معناداری همه آزمون‌ها ($p > 0/05$) می‌باشد که نشان می‌دهد توزیع به دست آمده به توزیع نرمال نزدیک است.

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانکوا) مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجزوراتا
سرمایه روان‌شناختی	۱۴۵۰/۸۰۰	۴	۷۲۵/۴۰۰	۳۲/۱۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۴
رضایت از زندگی	۹۰۷/۰۳۳	۴	۴۵۳/۵۱۷	۷۱/۱۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲
عاطفه مثبت	۳۵۲/۲۳۳	۴	۱۷۶/۱۱۷	۴۹/۰۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲
عاطفه منفی	۲۵۵/۴۳۳	۴	۱۱۲/۷۱۷	۴۴/۸۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱
انعطاف‌پذیری شناختی	۲۲۸۹/۷۰۰	۴	۱۱۴۴/۸۵۰	۴۰/۴۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۱

براساس جدول ۸ از آنجا که سطح معناداری در مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی، عاطفه مثبت و منفی، رضایت از زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد، تفاوت بین دو گروه در این مولفه‌ها تایید می‌شود. بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تغییر این مولفه‌ها تاثیر معناداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

افرادی که دارای دزدگی زناشویی هستند، در روابط بین فردی خود با شریک جنسی خود همواره با مشکل روبرو هستند. مسیر زندگی برای این افراد ناهموار بوده و آنان همواره در تلاش برای جبران کاستی‌های زناشویی خود هستند، اما این کار برای آنان سخت و طاقت فرسا می‌باشد. افرادی که در زناشویی خود با مشکل روبرو هستند، رویکردهایی نظیر بهزیستی، روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی نسبت به همدیگر نیز با مشکل روبرو هستند بنابراین می‌توان گفت، دزدگی زناشویی علاوه بر این که یک مشکل و مساله در برخی از افراد می‌باشد، مشکلات جانبی آن نیز معضل دیگری برای این افراد بوده است. به منظور غلبه بر این مشکل، روش درمانی مبتنی بر مداخله درمانی، می‌تواند اثر بخش باشد که در این راستا نتایج به دست آمده از تحلیل دقیق داده‌ها و با رعایت اصول و استانداردهای مداخله درمانی، این مساله را تایید کرد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سرمایه روان‌شناختی اثربخش بوده است که مبتنی بر یافته‌های پژوهش حاضر این فرضیه تایید گردید. مشتاقی و همکاران (۱۳۹۹)، نیازمند و همکاران (۱۴۰۰)، روا (۱۳۹۹)، باغبان و همکاران (۱۳۹۶) و خسروانی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود به نتایج همسو با پژوهش حاضر دست یافتند.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، افراد در این رویکرد درمانی یاد می‌گیرند که بر فعالیت‌های خود در زمان حال تمرکز داشته باشند، احساسات، افکار و باورهای خود را بدون قضاوت مورد مشاهده قرار دهند و در نتیجه این مسئله موجب می‌گردد تا در جهت ارزش‌های خود حرکت نمایند، انگیزه بیشتری برای دستیابی به اهداف آینده بدست آورند،

امیدواری در آنها افزایش یابد و زمینه افزایش تاب آوری در آنها فراهم گردد و ظرفیت تحمل مشکلات در آنها ارتقا می‌یابد، بنابراین با تجربیات دردناک زندگی یعنی دلزدگی زناشویی بیشترکنارآیند و درکنارآن، امید، انعطاف‌پذیری (تاب‌آوری)، خوش‌بینی و خودکارآمدی یعنی سرمایه روان‌شناختی خود را ارتقا دهند. همچنین نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود انعطاف‌پذیری شناختی اثربخش بوده است که مبتنی بر یافته‌های پژوهش حاضر این فرضیه نیز تایید گردید. قلی زاده و همکاران (۱۴۰۰)، زارع و برادران (۱۳۹۷)، جلوداری و همکاران (۱۳۹۸)، ولی زاده و همکاران (۱۳۹۹)، خرم نیا و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود به نتایج همسو با پژوهش حاضر دست یافتند، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت در این رویکرد درمانی افراد یاد می‌گیرند که امیدواری و تاب آوری خود را افزایش دهند و ظرفیت تحمل مشکلات در آنها ارتقا می‌یابد، بنابراین انعطاف‌پذیری آنها در برخورد با چالش‌های زندگی نیز ارتقا می‌یابد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رضایت از زندگی اثربخش بوده است که مبتنی بر یافته‌های پژوهش حاضر این فرضیه نیز تایید گردید. احمدی و همکاران (۲۰۲۰)، فروش زاده و اردکان (۱۳۹۹)، امیدی و طلیقی (۲۰۱۷)، افشار زاده و آقای (۲۰۱۶)، خانی و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود به نتایج همسو با پژوهش حاضر دست یافتند در تبیین این فرضیه می‌توان ذکر کرد که در این رویکرد درمانی افراد یاد می‌گیرند که امیدواری و تاب آوری خود را افزایش دهند و ظرفیت تحمل مشکلات در آنها ارتقا می‌یابد و بنابراین کمتر دچار افسردگی می‌شوند و شادکامی آنها در برخورد با چالش‌های زندگی نیز ارتقا می‌یابد، بنابراین رضایت از زندگی آنها افزایش می‌یابد.

همچنین نتایج نشان داد مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عواطف مثبت و منفی اثربخش بوده است این یافته با نتایج پژوهش‌های صادقی و همکاران (۱۴۰۰)، محزونی و همکاران (۱۳۹۸)، فتحی و همکاران (۱۳۹۹)، استنهوف و همکاران (۲۰۲۰)، شهسواری و همکاران (۲۰۲۲) همسو می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت در این رویکرد درمانی افراد یاد می‌گیرند که امیدواری و تاب آوری خود را افزایش دهند و ظرفیت تحمل مشکلات در آنها ارتقا می‌یابد و در نتیجه کیفیت زندگی زناشویی آنها نیز ارتقا می‌یابد و از آنجایی که طبق پژوهش پاتو و همکاران (۱۳۹۹) کیفیت زندگی زناشویی با بهزیستی فاعلی زوجین ارتباط مثبت دارد، بنابراین عواطف مثبت و منفی آنها افزایش می‌یابد.

در حالت کلی با توجه به نتایج مثبت به دست آمده از مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌توان نتیجه گرفت استفاده از این آموزش‌ها احتمالاً از طریق تأثیر بر باور شخص نسبت به توانایی خویش و میزان خستگی و شدت درد، بر میزان افسردگی و نیز کاهش درد و شدت خستگی این بیماران تأثیرگذار بوده است. طی تمرینات فرد یاد می‌گیرد افکار و هیجانات و احساسات جسمی خود را به‌عنوان جنبه‌هایی از تجربه که در هشیاری می‌آید در نظر بگیرد و آن‌ها را واقعیت و حقیقت مطلق نداند. این نوع "بودن" با تجارب می‌تواند منجر به تغییراتی در شیوه واکنش فرد و همچنین نحوه مقابله و رویارویی فرد با مشکلاتی گردد که اشخاص طی مواجهه با مسائل روان‌شناختی یا جسمانی دارند. تمرینات موجود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روش جدید و شخصی در مقابله کردن با استرس را برای فرد فراهم می‌کند. استرسورهای بیرونی بخشی از زندگی ما هستند و نمی‌توان آنها را تغییر داد اما روش‌های مقابله با

استرس و اینکه چطور افراد به استرس پاسخ دهند قابل تغییر می‌باشند. یافته‌های این پژوهش از کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود برخی از علائم روان‌شناختی در زنان دارای دلزدگی زناشویی حمایت می‌کند. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به تعداد قابل توجهی از زنان مراجع اشاره کرد که به صورت ادواری مراجعه داشتند، بنابراین می‌توانستند مراحل درمان خود را پیگیری نمایند. در این پژوهش، نمونه‌های انتخاب شده، زنان دارای دلزدگی زناشویی بود که شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند که به عنوان یک محدودیت در این پژوهش تلقی می‌گردد، بنابراین در راستای رفع این محدودیت، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی بر روی دیگر نمونه‌های آماری نیز مطالعه صورت گیرد و همچنین برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل نیز اجرا شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۸۶). ارتباط باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنی، *دانشور رفتار*. ۲۵ (۱۴). ۱-۱۰
- اسدپور، اسماعیل، ویسی، سعید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، عزت نفس جنسی و دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع دو، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۷ (۲۱). ۸-۱۷
- امامی سیگارودی، عبدالحسین؛ خیری، منصوره؛ فرمانبر، ربیع‌الله؛ عطر کار روشن، زهرا. (۱۳۹۳). احساس ذهنی بهزیستی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*. ۲ (۱). ۲۷-۳۶
- افشارزاده، فریماه؛ آقایی، اصغر. (۱۳۹۵). اثربخشی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی و شدت بیماری مبتلایان به پارکینسون، *کنفرانس بین‌المللی، روانشناس و علوم رفتاری*، تهران.
- امینی، سعیده، دهقانی، اکرم، صالحی، اعظم، سلطانی زاده، محمد. (۱۳۹۸). نقش اجتناب تجربه‌ای و سرمایه‌های روانشناختی در پیش‌بینی احساس تنهایی با میانجی‌گری معنای زندگی در سالمندان، *مجله علوم روانشناختی*. ۱۸ (۷۴). ۲۲۳-۲۳۴.
- باغبان، آسیه، اعراب، خدیجه، جاودانی، مژگان. (۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو، *فصلنامه طب داخلی روز*. ۲ (۲۳). ۱۳۵-۱۴۰.
- پاتو، مژگان، حقیقت، فرشته، حسن آبادی، حمید. (۱۳۹۳). بررسی نقش کیفیت ارتباط زناشویی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی و شادکامی دانشجویان، *مطالعات زن و خانواده*. ۲ (۱). ۲۳-۷.
- پسندیده، محمدمهدی، سالک، فرانک. (۱۳۹۸). مقایسه‌ی استرس ادراک شده، راهبردهای تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران دستگاه گوارش و افراد بهنجار، *فصلنامه علوم تربیتی و روانشناسی سلامت*. ۲۹ (۱۸). ۸۲-۱۰۰.
- جعفری، رضا. (۱۳۹۹). پیش‌بینی انعطاف‌پذیری شناختی بر اساس سازگاری اجتماعی و مسئولیت‌پذیری دانشجویان دختر، *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*. ۴۰ (۱۰). ۱۳۵-۱۵۰.
- جلوداری، سمیه، سوداگر، شیدا، بهرامی، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان، *نشریه روان‌شناسی کاربردی*. ۱۳ (۱۴). ۵۲۷-۵۴۸.
- چوب فروش؛ آزاده، محمد پناه، عذرا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی و امید به زندگی بیماران دیابتی نوع یک با شفقت به خود پایین، *دومین همایش ملی روانشناسی و سلامت با محوریت سبک زندگی*.

- حقایق، سیدعباس. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، رضایت زناشویی و نگرش نسبت به ناباروری زنان نابارور، دو ماهنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت. ۷(۲). ۲۵-۱۳.
- خرم‌نیا، صمد، طاهری، امیرعباس، محمدپور، محسن. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت بین فردی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی، دو ماهنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت. ۸(۱). ۲۷-۱۵.
- خسروانی، مریم، شفیع‌آبادی، عبدالله، عارفی، مختار. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی، فصلنامه خانواده و بهداشت. ۱۱(۲). ۲۱-۱.
- روا، نازنین. (۱۳۹۹). بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان سرمایه روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم، اولین همایش بین‌المللی مشاوره، ۱-۷.
- زارع، حسین، برادران، مجید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مهارت‌شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی دانشجویان مضطرب، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی. ۱۲(۴). ۵۱۱-۴۹۱.
- سلطانی، اسماعیل، شاره، حسین، بحرینی، سید عبدالمجید، فرمانی، اعظم (۱۳۹۴) نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی، دو ماهنامه پژوهشی پژوهنده. ۱۸(۲). ۴۹۱-۵۱۱.
- صادقی، رضا، سودانی، منصور، غلام‌زاده، مریم. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد، فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۱۵(۶۲). ۶۱-۸۴.
- صفاری‌نیا، مجید، ادب‌دوست، فاطمه، شاهنده، مریم. (۱۴۰۱). پیش‌بینی دلدردگی زناشویی بر اساس مقایسه اجتماعی و سبک تبادل زوجین (زمان انتشار: مرداد ۱۴۰۱)، مجله رویش روانشناسی ۱۱(۲). ۸۵-۹۴.
- عباسی رستمی، نجیبه. (۱۳۹۹). اهمیت و نقش اخلاق و معنویت در کارآمدی نظام خانواده، دوفصلنامه تخصصی مطالعات تربیتی و روانشناسی خانواده. ۲(۳). ۸۵-۱۰۶.
- فاضلی، مژگان، احتشام‌زاده، پروین، هاشمی، سید اسماعیل. (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد افسرده، فصلنامه علمی پژوهشی اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی. ۹(۳۴). ۲۷-۳۶.
- فتحی، کوروش، شهبازی، مسعود، ملک‌زاده، محمد (۱۳۹۹) کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد و کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان، فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی. ۱۱(۲). ۵۳-۶۷.
- قاسمی، مریم، تقی‌زاده، عباس، حاتمی، جواد. (۱۳۹۷). بررسی کیفی اصول حاکم بر طراحی آموزشی مبتنی بر نظریه انعطاف‌پذیری شناختی در ترکیب با راهبردهای داربست‌سازی، پژوهش در برنامه ریزی درسی. ۱۵(۵۹). ۱۵۰-۱۳۱.
- قره‌داغی، مهناز، امانی، احمد. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مهارت‌فرزندپروری مثبت بر کیفیت رابطه مادر-کودک، خودکارآمدی والدگری و کنترل عواطف مادران دارای کودکان طلاق، فصلنامه خانواده پژوهی. ۱۸(۳). ۴۴۳-۴۲۳.
- قلی‌زاده، بهزاد، قمی، حسین، صدیقی، اسماعیل. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد، فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی. ۱۵(۱۹). ۲۰۵-۲۲۶.

کاوسیان، جواد، حریفی، حسین، کریمی، کامبیز. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوج ها، *مجله سلامت و مراقبت*. ۸۷-۷۵.(۱)۱۹.

محزونی، منیره، مظاهری، مهرداد، نیکوفر، مرتضی. (۱۳۹۸). کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت کنترل عواطف در بیماران دیابتی نوع ۲، *فصلنامه پرستاری دیابت*. ۸۸۶-۸۷۷.(۳)۷.

مرادحاصلی، مهین، کیانی، قمر. (۱۳۹۷). نقش انعطاف پذیری شناختی در پیش بینی نگرش به مواد مخدر و مقایسه آن در بین دانشجویان دختر و پسر، *پنجمین کنفرانس بین الملل روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی دوره ۵*.

مشتاقی، مریم، اصغری، محمد حواد، آقامحمدیان، حمیدرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه های روانشناختی و روان رنجورخویی در مادران دارای فرزند سندرم داون، *مجله دستاوردهای روان شناختی*، دوره ۲۷، شماره ۲.

نوری مقدم، ثنا، آشیانی، حسین. (۱۳۹۹). بررسی رابطه تحمل ابهام و انعطاف پذیری شناختی با اضطراب بیماری کرونا در دانشجویان دانشگاه های منطقه ۸ کشور، *هفتمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره ایران*.

نیازمند، حسن، برزگر، مجید، بقولی، حسین. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روانشناختی و تفکر جنایی زندانیان شهر بوشهر، *مجله رویش روان شناسی*، ۱۰(۱۲)۲۳۹-۲۵۰.

ولی زاده، شاهرخ، مکنوی، بهنام، بختیار پور، سعید. (۱۳۹۹). اثربخشی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در زندانیان، *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*. ۸۹-۷۸.(۴)۹.

Ghahnaviyeh, L. A., Bagherian, B., Feizi, A., Afshari, A., & Darani, F. M. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life in a patient with myocardial Infarction: A randomized control trial. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(1), 1.

Bockorny, K., & Youssef-Morgan, C. M. (2019). Entrepreneurs' courage, psychological capital, and life satisfaction. *Frontiers in psychology*, 10, 789.

Chawla, S., & Sharma, R. R. (2019). Enhancing women's well-being: The role of psychological capital and perceived gender equity, with social support as a moderator and commitment as a mediator. *Frontiers in psychology*, 10, 1377.

Chisari, C., McCracken, L. M., Cruciani, F., Moss-Morris, R., & Scott, W. (2022). Acceptance and Commitment Therapy for women living with Vulvodynia: A single-case experimental design study of a treatment delivered online. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 15-30.

Gilpin, H. R., Ratanachatchuchai, S., Novelli, D., McCracken, L. M., & Scott, W. (2021). Examining the association between group context effects and individual outcomes in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *British Journal of Pain*, 20494637211073012.

Davies, K., Dures, E., & Ng, W. F. (2021). Fatigue in inflammatory rheumatic diseases: current knowledge and areas for future research. *Nature Reviews Rheumatology*, 17(11), 651-664.

Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, 34(3), 241-253.

Gilani, U., Karim, J., & Din, S. (2019). Psychological Capital and Career Success: Mediating Role of Subjective Well-Being. *Journal of Managerial Sciences*, 13(4).

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.

Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552-568.

Khani M, Ebrahimi M, Sahebi A (2019) The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Happiness and Hope of Hamedanian Multiple Sclerosis Patients , *Pajouhan Scientific Journal* 17(2):15-23

Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge* (Vol. 198). Oxford: Oxford university press.

Manzano-García, G., & Ayala, J. C. (2017). Relationship between psychological capital and psychological well-being of direct support staff of specialist autism services. The mediator role of burnout. *Frontiers in psychology*, 8, 2277.

Miró, J., Jensen, M. P., Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., López-Martínez, A. E., & de la Vega, R. (2021). The Silhouettes Fatigue Scale: A validity study with individuals with physical disabilities and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 1-6.

Omidi, A., & Talighi, E. (2017). The Effectiveness of Marital Therapy based on Acceptance and Commitment on Couples' Marital Satisfaction and Quality of Life. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 46-51.

Petersen, J., Ona, P. Z., Blythe, M., Möller, C. M., & Twohig, M. (2022). Intensive outpatient acceptance and commitment therapy with exposure and response prevention for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 75-84.

Phillips, E. L. (2011). *Resilience, mental flexibility, and cortisol response to the Montreal imaging stress task in unemployed men* (Doctoral dissertation, University of Michigan).

Polo-Vargas, J. D., Fernández Ríos, M., Bargsted, M., Ferguson Fama, L., & Rojas-Santiago, M. (2017). The relationship between organizational commitment and life satisfaction: The mediation of employee engagement. *Universia Business Review*, 54, 110-145

Ribeiro, N., Gupta, M., Gomes, D., & Alexandre, N. (2020). Impact of psychological capital (PsyCap) on affective commitment: mediating role of affective well-being. *International Journal of Organizational Analysis*, 29(4), 1015-1029

Shahsavari Z, Hafezi F, Asghari P (2022) The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on medical science students' subjective well-being, psychological distress, and emotion regulation , *J Shahrekord Univ Med Sci*.

Stenhoff, A., Steadman, L., Nevitt, S., Benson, L., & White, R. G. (2020). Acceptance and commitment therapy and subjective wellbeing: A systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials in adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 256-272.