

تأثیر مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان تاب آوری، انعطاف-پذیری شناختی و رضایت از زندگی در زنان متاهل

معصومه امیدی^۱، رضا خاکپور^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، رشته مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران

چکیده

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر تأثیر مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی در زنان متاهل بود. **روش:** روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با کنترل بود. جامعه آماری را کلیه زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی منطقه ۵ در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند که در نیمسال اول سال ۱۴۰۱ برای دریافت خدمات درمانی به این مراکز مراجعه کردند. تعداد تعداد ۳۰ نفر به عنوان حجم نمونه به صورت هدفمند انتخاب و سپس بصورت تصادفی ساده (قرعه کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (برگرفته از کتاب هنرپروران و همکاران، ۱۳۹۳؛ ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳)، پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۱۹۷۹)، انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) و رضایت از زندگی داینر (۱۹۸۵) بود. برای تجزیه و تحلیل داده های آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی در زنان متاهل اثربخش است. که با توجه به شدت اثر، مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی تأثیر بیشتری نسبت به تاب آوری و رضایت از زندگی در زنان متاهل دارد. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج از جهت ارتقاء تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی در زنان متاهل می توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بهره برد.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی، رضایت از زندگی

مقدمه

در یک رابطه زناشویی بهنجار، فرایند تحول روانی زن و شوهر و چرخه تحول خانواده به وسیله تعاملات سازنده همسران گسترش می یابد و هنجارهای اجتماعی به آن عمومیت می بخشد (سیوینک و سیبل، ۲۰۱۶). در واقع خانواده یکی از مهم ترین نهادهای جامعه و شکل دهنده شخصیت آدمی است که موجب رشد احساسات و ارزش ها، تکامل، اعتماد به نفس و اجتماعی شدن، قدرت انتخاب و در نهایت تصمیم گیری منطقی افراد می شود (رحیمی، ۱۳۹۸). از عواملی که سلامت خانواده را با چالش مواجه می کند، مسئله رضایت از زندگی است. امروزه موضوع رضایت از زندگی از مباحثی هستند که توجه و علاقه بسیاری از صاحب نظران و روانشناسان را به خود جلب کرده است، به طوری که این موضوع اساس بسیاری از پژوهش ها در سرتاسر جهان قرار گرفته است. رضایت از زندگی، ارزیابی و نگرش عمومی فرد نسبت به کلیت زندگی خود بوده و بنابراین فراتر و کلی تر از ارزیابی حیطه های خاصی مثل رضایت از خانواده، دوستان، مدرسه/ دانشگاه و یا خود است (جمال زاده و گلزاری، ۱۳۹۳). در حقیقت رضایت از زندگی این مسائل را منعکس می کند که تا چه اندازه نیازهای اساسی برآورده شده اند و تا چه اندازه انواع دیگر اهداف، به عنوان اهداف قابل دسترسی می باشند (ربانی و گودرزی، ۱۳۹۸). محققان مختلف نشان داده اند که رضایت از زندگی یکی از پیش بینی کننده های سلامت روان زوجین است (پاووت، داینر و سو، ۱۹۹۸؛ به نقل از سلطانی زاده و خسروی، ۱۳۹۲). محققان روانشناسی خانواده، اغلب معیار خود را در بررسی کیفیت روابط زوجین، سطح رضایت آن ها از زندگی قرار می دهند. رضایت از زندگی یکی از مهم ترین عوامل پیشرفت و دستیابی به اهداف زندگی و تحت تأثیر ثبات عاطفی و هیجانی زوجین است (فیشر و مک نالتی، ۲۰۱۸).

یکی از مهم ترین متغیرهای روانشناختی که می توان در بحث زوجین آن را مطرح کرد، انعطاف پذیری روانشناختی است. مطابق با نظریه انعطاف پذیری روانشناختی، این مفهوم یعنی پذیرش محیط های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیت هایی که از لحاظ ارزشمندی با ثبات است. شکل های مختلف آسیب شناسی روانی نیز بر اساس انعطاف پذیری روانشناختی به وسیله افراط در قوانین رفتاری و عاطفی ناسازگارانه یا به وسیله رفتارهایی ارزش محور و حساسیت به احتمالات که مربوط به آینده است، شرح داده می شوند (فاضلی و احتشام زاده، ۱۳۹۳). انعطاف پذیری افراد در میزان بروز آسیب ها و سطح عملکرد اجتماعی آنها بسیار تعیین کننده است. به طور کلی، توانایی تغییر آمایه های شناختی به منظور سازگاری با محرک های در حال تغییر، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف پذیری روانشناختی می باشد (دنيس و واندروال، ۲۰۱۰). افرادی که تفکر انعطاف پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می کنند و موقعیت های چالش انگیز یا رویدادهای استرس زا را می پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف پذیر نیستند، از لحاظ روان شناختی، تاب آوری بیشتری دارند (هاگلوند، نستادت، کوپر، سوتویک و چارنی، ۲۰۱۷). انعطاف پذیری با عوامل متعددی در ارتباط است که از میان آنها حمایت خانواده، تماس با دوستان و آشنایان را در تعیین سطح انعطاف پذیری مؤثر دانسته اند. در پژوهش سیکلوس و کرنز (۲۰۰۶) مشخص شد که با افزایش حمایت اجتماعی و برطرف ساختن نیازها، بهزیستی روانی آنان افزایش و سطح استرس و افسردگی آنها کاهش پیدا می کند (شیخ الاسلامی، محمدی و سیداسماعیلی قمی، ۱۳۹۵). حیدری راد، شفیعی و بشرپور (۱۳۹۵) در مقاله ای به مقایسه انعطاف پذیری شناختی در زنان با و بدون سابقه طلاق پرداختند. نتایج نشان داد که در انعطاف پذیری روانشناختی و زیر مؤلفه های آن یعنی ادراک کنترل، ادراک چندین راه حل و

^۱Sevinc, M & Sibel, G.E.^۲life satisfaction^۳mental health^۴Pavot W, Diener E, Suh E.^۵Fisher D, & McNulty JK.^۶cognitive flexibility^۷Dennis, JP., & Vander Wal, JS.^۸Haglund, M., & Nestadt, PS.^۹Cooper, NS., & Southwick, SM.^{۱۰}Charney, DS.^{۱۱}Siklos, S. & Kerns, K.A.

ادراک توجیهات، میانگین نمرات افراد مطلقه به طور معنی داری پایین تر از افراد بدون سابقه طلاق است و نتایج پژوهش بشارت (۱۳۹۰) نیز نشان داد که ارضای نیازهای بنیادین شناختی با سازگاری زوجین رابطه مثبت معنادار دارد. همچنین نتایج مطالعات لتزینگ، بلوک و فاندرا^۲ (۲۰۱۵) نشان داد که افزایش تاب آوری در زوجین بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی، کاهش استرس و مشکلات هیجانی، افزایش سطح سلامت روان و رضایتمندی از زندگی آنان را در پی دارد. تاب آوری را فرایند یا توانایی انطباق دادن خود با چالش ها و تهدیدات و غلبه بر آنها تعریف کرده اند که افراد و گروه های تاب آور، مجهز به مجموعه ای از ویژگی های مشترک هستند که آنها را برای غلبه بر دگرگونی ها و فراز و نشیب های زندگی آماده می کند (باکتر، مزاکاپا و بردسلی، ۲۰۱۳). با چنین دیدگاهی، افرادی که تاب آوری بالایی دارند، موقعیت تنش را بررسی و سپس با اتخاذ راه حل های منطقی، آن موقعیت ها را در مسیری که خود می خواهند، هدایت می کنند. این افراد در چنین شرایطی احساس خشنودی، خودباوری و اعتماد به نفس می کنند (گلوریا و استینهاردت، ۲۰۱۴). پژوهش های اخیر در مورد تاب آوری عوامل مختلفی را نشان می دهد که از افراد در مقابل تأثیرات منفی موقعیت های زندگی محافظت می کند. اخیراً، تاب آوری به عنوان یک مفهوم مهم در روانشناسی سلامت مطرح شده و پژوهشگران به بیان و شفاف سازی اینکه چگونه افراد به صورت مطلوب به اتفاقات و شرایط دشوار پاسخ می دهند، می پردازند (بنت و همکاران، ۲۰۱۵). از این رو، افراد می توانند تحت آموزش قرار گیرند تا ظرفیت تاب آوری خود را با آموختن برخی مهارت ها افزایش دهند و با واکنش مناسب در برابر استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواری ها را تغییر دهند و بر مشکلات منفی محیط غلبه کنند (جیلی نیکو، خرامین، قاسمی جوبنه و محمدعلی پور، ۱۳۹۴).

مداخلات روانشناختی می تواند با ارتقاء بهزیستی روانشناختی و نیز کاهش فشار روانی به افزایش سلامت روان اعضاء خانواده کمک نماید. یکی از این مداخلات، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ (اکت) است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و طی درمان به افراد آموزش داده می شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کنند (وود و رابرتز، ۲۰۱۵). در این درمان سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به فرد آموخته می شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است و یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن ها، به طور کامل پذیرفت. در مرحله دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود؛ یعنی، فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله سوم، به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (گسلش یا جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی اش را بشناسد و آنها را به طور واضح، مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی؛ فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به این تجارب همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می توانند افکار نامعقول و غیرمنطقی، وسواس، فلش بک، خشم، استرس، هراس ها و یا اضطراب های اجتماعی باشند (توماس و همکاران، ۲۰۱۴). مشخص شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی، افسردگی، اضطراب، وضعیت کاری و عملکرد روان شناختی تأثیر مثبت معنی داری دارد (جانسون، فوستر، شنان، استراکی و جانسون، ۲۰۱۵). امروزه مدل ها و راهکارهای درمانی جدیدی برای تبیین این پدیده و آسیب اجتماعی و عوامل موثر بر آن

^۱Letzring TD, Block J, & Funder DC.^۲Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, WR.^۳Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A.^۴Bennett, J & et al.^۵Acceptance and Commitment Therapy (ACT)^۶Wood, D., & Roberts, B. W.^۷Thomas N & et al.^۸Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey N, & Johnson A.

و راه های پیشگیری از آن گزارش شده است، اما با این حال آمار متقاضیان طلاق در جوامع مختلف و جامعه ایران نگران کننده است. آمار منتشر شده در زمینه طلاق در جهان و ایران به خوبی گویای این قضیه است که رضایت، به آسانی قابل دسترس نیست و هر روز شاهد ارائه نرخ های بالاتری از میزان طلاق و زوج های مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی هستیم. بنابراین با توجه به تاثیر مطلوب ارائه آموزش در زمینه مهارت های زندگی و خدمات مشاوره و روان درمانی، مطالعه حاضر درصدد پاسخ به این پرسش است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر میزان تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی در زنان متاهل موثر است؟

روش پژوهش

طرح پژوهش، نیمه آزمایشی، به صورت پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی منطقه ۵ در سال ۱۴۰۱ بود که در نیمسال اول سال ۱۴۰۱ برای دریافت خدمات درمانی به این مراکز مراجعه کردند. حجم نمونه در تحقیقات نیمه آزمایشی برابر با ۱۰ الی ۳۰ نفر است (حسن زاده، ۱۳۹۶). به این ترتیب در این پژوهش نیز تعداد ۳۰ نفر از زنان متاهل که تمام ملاک های ورود را داشتند، به صورت هدفمند انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابتدا ۲۰ الی ۴۰ نفر از زنان متاهل، توسط پرسشنامه های تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی مورد آزمون قرار گرفتند که در هر سه آزمون نمره پایین بگیرند و به عنوان گروه نمونه انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گیرند و در صورت ریزش گروه، آن ۱۰ نفر دیگر که در لیست انتظار قرار داده شدند، در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. هر دو گروه پرسشنامه های مذکور را جهت انجام پیش آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش تحت آموزش گروهی اکت به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند. اما گروه کنترل چنین آموزشی را دریافت نکرد و برنامه همیشگی قبلی خود را ادامه داد. سپس بعد از آموزش از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد تا در نهایت نمرات هر دو گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از دریافت مداخله، مورد تحلیل آماری قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان متاهل با کسب نمرات پایین در متغیرهای تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی، عدم حضور و شرکت قبلی در جلسات روان درمانی اکت و توافق و پذیرفتن و داوطلب بودن برای شرکت در تحقیق، پس از امضای رضایت نامه کتبی از سوی آنان بود. داوطلب بودن نپذیرفتن فرد برای همکاری و شرکت در پژوهش، حضور و شرکت قبلی در جلسات روان درمانی اکت و غیبت بیش از دو جلسه از معیارهای خروج از مطالعه بود. این معیارها با توجه به هدف پژوهش و در جهت حذف عوامل مداخله گر در تحقیق، تدوین و طی مصاحبه اولیه پژوهشگر با آزمودنی ها، مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱- خلاصه پروتکل گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ساختار جلسات ACT برگرفته از هنرپروان و همکاران، ۱۳۹۳؛ ابیزدی و عابدی، ۱۳۹۳)

جلسه اول	- آشنایی اعضای گروه با رهبر گروه و با یکدیگر و اجرای پیش آزمون.
	- بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره و روان درمانی از سوی رهبر گروه.
	- استماع رضایت آگاهانه افراد گروه برای شرکت در فرایند درمان.
	- مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکانپذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس رویکرد ACT از سوی رهبر گروه.
جلسه دوم	- معرفی درماندگی خلاق: که در این شرایط در مورد نادیده گرفتن ارزش ها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالبی ارائه شد.
	- معرفی سیستم های ناکارآمد گذشته (آشنایی با تلاش های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف).
	- معرفی کنترل به عنوان یک مسئله ناکارآمد از سوی رهبر گروه.
	- آموزش این نکته که هرگونه عمل جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است. از سوی رهبر گروه.
- تکالیف: یادداشت تجربه روزانه.	

جلسه سوم	<p>ارزیابی عملکرد:</p> <p>- بررسی تکالیف خانگی شرکت کنندگان درباره ی تجربیات روزانه آنها.</p> <p>- بیان تمرین ذهن آگاهی، برگه ی راهنمای ذهن آگاهی چیست؟ از سوی رهبر گروه.</p> <p>- معرفی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف سازی ارزش ها توسط رهبر گروه.</p> <p>- تکالیف: انجام تمرینات ذهن آگاهی، برگه ذهن آگاهی، شفاف سازی ارزش ها توسط افراد گروه.</p>
جلسه چهارم	<p>ارزیابی عملکرد:</p> <p>- نقد و بررسی تکالیف جلسه قبل: بررسی پاسخ افراد شرکت کننده درباره ی شفاف سازی ارزش ها، تمرینات ذهن آگاهی و برگه ذهن آگاهی.</p> <p>- هدف جلسه:</p> <p>- سنجش آگاهی و توانایی شرکت کنندگان برای گسست از افکار و احساسات.</p> <p>- ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف سازی ارزش ها.</p>
جلسه پنجم	<p>هدف در این جلسه :</p> <p>- نشان دادن اهمیت ارزش ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش ها و تفهیم آن " تمایل/ پذیرش " را ارزشمند جلوه می دهد.</p> <p>- ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات.</p> <p>- انجام تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن.</p> <p>- انجام تمرینات مربوط به سازگاری و صمیمیت از رنج های زندگی.</p>
جلسه ششم	<p>هدف جلسه:</p> <p>- کمک به افراد گروه که پیوسته حوزه های زندگی را که مطابق با ارزش های فرد نیست، بشناسند. از سوی رهبر گروه.</p> <p>- افراد باید پیوسته ارزش هایش را به عنوان منشأ تعهد درک کنند و آنها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد.</p> <p>- تکالیف:</p> <p>- شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش ها در یک هفته توسط افراد شرکت کننده در گروه.</p> <p>- شناسایی ارزش ها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگ).</p>
جلسه هفتم	<p>ارزیابی عملکرد:</p> <p>نقد و بررسی تکالیف جلسه قبل . توسط رهبر گروه.</p> <p>هدف جلسه:</p> <p>بیان کشف ارتباط بین اهداف و فعالیتها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دسیاهی به اهداف رفتاری.</p> <p>- ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش ها.</p> <p>- ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن.</p> <p>- بحث پیرامون صمیمیت و سازگاری از داشتن رنج.</p>
جلسه هشتم	<p>هدف جلسه:</p> <p>ارزیابی عمل متعهدانه.</p> <p>- آموزش اعضای گروه که خودشان یک درمانگر باشند.</p> <p>- اعضای گروه مهارتهای آموخته شده در درمان را ابراز کنند و پس از اتمام درمان آن را در زندگی شان بکار ببرند.</p> <p>- ایجاد آمادگی در اعضای گروه برای مقابله با شکست های احتمال بعد از خاتمه درمان.</p> <p>- شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، توسط رهبر گروه.</p> <p>- بیان عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم ACT پیام اصلی ACT.</p> <p>- دو علامت اختصاری مهم در زندگی زناشویی براساس مدل ACT.</p> <p>- ارائه خلاصه از محتوای جلسات قبل و اجرا پس آزمون.</p> <p>تکالیف پیشنهادی:</p> <p>- ثبت اهداف مراجعان به عنوان مثال ۱ ماهه.</p> <p>- بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان و پیشگیری از عود.</p>

-ادامه جلسات می تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز مدت هر جلسه ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی و بعد از گذشت یک سال، به صورت ملاقات های سه ماهه باشد.

ابزار پژوهش

ابزار گردآوری داده ها در این تحقیق به شرح ذیل بود:

پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۱۹۷۹): این پرسشنامه را کانر و دیویدسون با مرور منابع پژوهشی حوزه تاب آوری در سال های ۱۹۷۹-۱۹۹۹ تهیه کردند. این پرسشنامه ۲۵ سوال دارد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) امتیاز دهی می شود. نمره میانگین این مقیاس، نمره ۵۲ است. هرچه نمره فرد از ۵۲ بالاتر باشد به مفهوم بالاتر بودن تاب آوری و هرچه نمره به صفر نزدیک باشد تاب آوری کم تری خواهد داشت. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. پایایی پرسشنامه براساس پژوهش محمدی در سال ۱۳۸۴ با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمده است و در پژوهش جوکار و سامانی در سال ۱۳۸۶ با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (به نقل از کیانی، ۱۳۸۹).

پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰): این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) ساخته شده است که یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی می باشد و برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری روانشناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمد لازم است، به کار می رود. شیوه نمره گذاری آن بر اساس مقیاس ۷ درجه ای لیکرتی از ۱ تا ۷ می باشد. پایایی و روایی: دنیس و وندروال (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که این پرسشنامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار است. در ایران سلطانی، شاره، فرمانی و سلطانی (۱۳۹۲) ضریب اعتبار بازیابی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس های ادراک کنترل پذیری، ادراک گزینه های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲، و ۰/۵۷ گزارش کرده اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نموده اند.

پرسشنامه رضایت از زندگی داینر (۱۹۸۵): مقیاس رضایت از زندگی توسط داینر و همکاران در سال ۱۹۸۵ طراحی و هدف آن سنجش رضایت از زندگی می باشد. این مقیاس برای همه گروه های سنی تهیه شده است که ابتدا شامل ۴۸ سوال بود که میزان رضایت از زندگی و بهزیستی را منعکس می کرد و تحلیل عاملی نشان داد که از سه عامل تشکیل شده است. ۱۰ سوال آن با رضایت از زندگی مرتبط بود که پس از بررسی های متعدد در نهایت به ۵ سوال کاهش یافت و به عنوان یک مقیاس مجزا مورد استفاده قرار گرفت. هر سوال دارای ۷ گزینه است و از ۱ تا ۷ نمره گذاری می شود (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم). نمره ای که فرد می تواند بدست آورد بین ۴۵-۵ نمره می باشد. نتایج نشان داده شده است که مقیاس رضایت از زندگی داینر معتبر و رواست و برای استفاده در طیف وسیع از گروه های سنی و کاربردهای گوناگون مناسب است. به منظور بررسی هماهنگی درونی سوالات مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. دامنه ضرایب همبستگی بین ۰/۴۳ تا ۰/۶۹ با میانگین ۰/۵۶ بوده است. همچنین دامنه ضرایب همبستگی سوالات با نمره کل مقیاس بین ۰/۵۴ تا ۰/۷۳ با میانگین ۰/۷۳ بوده است.

برای تجزیه و تحلیل داده های تحقیق از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا برای فرضیه های اصلی) و تک متغیره (آنکوا برای فرضیه های فرعی) استفاده شد.

روش اجرا

روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با کنترل بود. جامعه آماری را کلیه زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی منطقه ۵ در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند که در نیمسال اول سال ۱۴۰۱ برای دریافت خدمات درمانی به این مراکز

مراجعه کردند. تعداد تعداد ۳۰ نفر به عنوان حجم نمونه به صورت هدفمند انتخاب و سپس بصورت تصادفی ساده (قرعه کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (برگرفته از کتاب هنرپروان و همکاران، ۱۳۹۳؛ ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳)، پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۱۹۷۹)، انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) و رضایت از زندگی داینر (۱۹۸۵) بود. برای تجزیه و تحلیل داده های آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد.

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی نشان داد که ۵۰٪ آزمودنی ها در گروه شاهد و ۵۰٪ نیز در گروه آزمایش می باشند و همچنین ۱۳٪ آزمودنی ها بین ۲۲ الی ۳۰ سال، ۳۴٪ بین ۳۱ الی ۳۸ سال، ۳۰٪ بین ۳۹ الی ۵۰ سال و ۲۳٪ نیز ۵۱ سال و بیشتر می باشند.

جدول ۲: توصیف متغیرهای

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۲/۳۴	۰/۱۵
		پس آزمون	۱۵	۲/۳۵	۰/۰۹
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۲/۴۲	۰/۱۲
		پس آزمون	۱۵	۲/۷۰	۰/۱۷
رضایت از زندگی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۲/۴۱	۰/۳۵
		پس آزمون	۱۵	۲/۳۰	۰/۲۹
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۲/۴۶	۰/۳۱
		پس آزمون	۱۵	۲/۵۸	۰/۳۰
انعطاف پذیری شناختی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۳/۳۳	۰/۱۴
		پس آزمون	۱۵	۳/۳۷	۰/۱۲
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۳/۳۸	۰/۱۰
		پس آزمون	۱۵	۵/۶۵	۰/۱۴

همانطوریکه ملاحظه می شود مقدار متغیرهای تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی در مرحله پیش آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود ندارد. اما مقدار نمره متغیرهای تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش محسوسی یافته است.

جدول ۳: تحلیل کواریانس تاثیر مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری در زنان متاهل

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۰/۹۸۶	۲	۰/۴۹۳	۲۷/۱۲۲	۰/۰۰۰	
عرض از مبدا	۰/۲۸۴	۱	۰/۲۸۴	۱۵/۶۱۵	۰/۰۰۱	
پیش آزمون تاب آوری	۰/۰۶۳	۱	۰/۰۶۳	۳/۴۸۴	۰/۰۱۰	
گروه (متغیر مستقل)	۰/۷۱۱	۱	۰/۷۱۱	۳۹/۱۵۸	۰/۰۰۰	۰/۴۴۳
خطا	۰/۴۹۱	۲۷	۰/۰۱۸			
مجموع	۱۹۴/۱۱۱	۳۰				
کل تصحیح شده	۱/۴۷۶	۲۹				

با توجه به میزان $F = ۳۹/۱۵$ و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح $۰/۰۵$ کمتر می باشد با $۰/۹۵$ اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری در زنان متاهل تاثیر دارد. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش موجب بهبود تاب آوری در زنان متاهل گردیده است.

جدول ۴: تحلیل کواریانس یکطرفه تاثیر مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان انعطاف پذیری شناختی در زنان متاهل

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۰/۹۴۹	۲	۰/۴۷۵	۸۵/۷۳۳	۰/۰۰۰	
عرض از مبدا	۰/۰۰۸	۱	۰/۰۰۸	۱/۴۴۶	۰/۲۴۰	
پیش آزمون انعطاف پذیری شناختی	۰/۳۷۲	۱	۰/۳۷۲	۶۷/۲۶۹	۰/۰۰۰	
گروه (متغیر مستقل)	۰/۳۷۷	۱	۰/۳۷۷	۶۸/۱۰۸	۰/۰۰۰	۰/۵۵۴
خطا	۰/۱۴۹	۲۷	۰/۰۰۶			
مجموع	۱۹۰/۸۰۵	۳۰				
کل تصحیح شده	۱/۰۹۹	۲۹				

با توجه به میزان $F = ۶۸/۱۰$ و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح $۰/۰۵$ کمتر می باشد با $۰/۹۵$ اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان انعطاف پذیری شناختی در زنان متاهل موثر است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود انعطاف پذیری شناختی در زنان متاهل گردیده است.

جدول ۵: تحلیل کواریانس یکطرفه تاثیر مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان رضایت از زندگی در زنان متاهل

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۱/۲۹۵	۲	۰/۶۴۷	۹/۵۹۷	۰/۰۰۱	
عرض از مبدا	۰/۸۵۷	۱	۰/۸۵۷	۱۲/۷۱۱	۰/۰۰۱	
پیش آزمون رضایت زندگی	۰/۷۲۱	۱	۰/۷۲۱	۱/۶۸۳	۰/۰۰۳	
گروه (متغیر مستقل)	۰/۴۶۷	۱	۰/۴۶۷	۲۴/۹۱۶	۰/۰۱۴	۰/۳۷۲
خطا	۱/۸۲۱	۲۷	۰/۰۶۷			
مجموع	۱۸۲/۱۶۴	۳۰				
کل تصحیح شده	۳/۱۱۶	۲۹				

با توجه به میزان $F = ۲۴/۹۱$ و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح $۰/۰۵$ کمتر می باشد با $۰/۹۵$ اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان رضایت از زندگی در زنان متاهل تاثیر دارد. به عبارت دیگر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود رضایت از زندگی در زنان متاهل گردیده است.

جدول ۶: تحلیل کواریانس یکطرفه تاثیر مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی در زنان متاهل

sig	f	مقدار	آماره ها
۰/۰۰۰	۶/۰۵	۰/۳۲۱	اثر پیلا
۰/۰۰۰	۴/۶۵	۰/۶۸۵	لاندای ویلکز
۰/۰۰۰	۵/۲۱	۰/۵۶۲	اثر هاتلینگ

در جدول بالا بر اثر سه آماره اثر پیلا، لاندای ویلکز و اثر هاتلینگ با توجه به اینکه مقدار sig کمتر از $۰/۰۵$ می باشد بنابراین اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی در زنان متاهل متفاوت می باشد.

جدول ۷: تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA)

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	سطح معنی داری	شدت اثر
---------------	--------------	------------	----------------	------	---------------	---------

۰/۴۴۳	۰/۰۰۰	۳۹/۱۵۸	۰/۷۱۱	۱	۰/۷۱۱	تاب آوری
۰/۳۷۲	۰/۰۱۴	۲۴/۹۱۶	۰/۴۶۷	۱	۰/۴۶۷	رضایت از زندگی
۰/۵۵۴	۰/۰۰۰	۶۸/۱۰۸	۰/۳۷۷	۱	۰/۳۷۷	انعطاف پذیری شناختی

همانطوریکه در جدول فوق مشاهده می شود که مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی در زنان متاهل اثربخش است. که با توجه به شدت اثر، مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی تاثیر بیشتری نسبت به تاب آوری و رضایت از زندگی در زنان متاهل داشته است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر تاثیر مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی در زنان متاهل می باشد. نتایج نشان داد که مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی در زنان متاهل موثر است. که با توجه به شدت اثر، مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تغییر انعطاف پذیری شناختی تاثیر بیشتری نسبت به تاب آوری و رضایت از زندگی در زنان متاهل داشته است. این نتایج با نتایج پورصادق، رنگی و دهقانی (۱۴۰۰)، حسن زاده، کاظمی و حیدری (۱۴۰۰)، حقایق (۱۳۹۹)، کرافت، توهیگ و لوین (۲۰۲۰)، بارت نیلور، گرسول و داوسون (۲۰۲۰)، هاول و پاسمور (۲۰۲۰) مبنی بر اینکه که مشاوره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی در زنان متاهل موثر است همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، برخلاف درمان شناختی رفتاری، محتوای افکار، احساسات و حس های بدنی بررسی نمی شود، بلکه شیوه ای که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می پردازند، مورد بررسی قرار می گیرد. این رویکرد تاکید می کند که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد و همچنین روند درمان در مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد به این صورت است که پس از قرارداد درمانی، در ابتدا با استفاده از تشبیهات، استعارات و مثال ها روش های ناکارآمد قبلی فرد مورد بررسی و تضعیف قرار می گیرد و به او نشان داده میشود که چگونه روش های اجتناب و کنترل کردن تا کنون ناکارآمد بوده و منجر به تشدید مشکلات شده اند و سپس کمک می شود تا مراجع، ادغام و اتصال شناختی خود را کاهش دهد و با احساسات درونی خود ارتباط بهتری برقرار کند. در همین راستا می توان گفت مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک می کند تا مراجعان ارزش های شخصی خود را که تاکنون به آنها بی توجه بوده اند مشخص کنند، فعالیت های لازم برای رسیدن به این ارزش ها تعیین نمایند و در نهایت کمک می کند آنها فعالیت های لازم را برای رسیدن به اهداف خود با توجه به تاب آوری، انعطاف پذیری روانشناختی و رضایت از زندگی به انجام برسانند. در واقع مشاوره به شرکت کنندگان پژوهش کمک کرده تا میزان تاب آوری خود را افزایش دهند و بر میزان انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی خود بیفزایند.

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری در زنان متاهل تاثیر دارد. یعنی درمان مبتنی بر پذیرش موجب افزایش تاب آوری در زنان متاهل گردیده است. این نتایج با نتایج پژوهش های انجام شده توسط ولی زاده، مکوندی، بختیارپور و حافظی (۱۳۹۹)، جعفری زاده و بحرینیان (۱۳۹۸)، حسنی (۱۳۹۸)، ویکفیلد، راباک و بایدن (۲۰۱۸)، میشائیل، لوین، جک، هیگر، بنجامین، پیرس، میشائیل و توهای (۲۰۱۷) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری در زنان متاهل تاثیر دارد. یعنی درمان مبتنی بر پذیرش موجب افزایش تاب آوری در زنان متاهل گردیده همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که و در این روش درمانی به جای تغییر شناخت ها سعی می شود تا ارتباط شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در این رویکرد هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب

^۱Wakefield S, Roebuck S & Boyden P.

^۲Michael E. Levin, Jack A. Haeger, Benjamin G. Pierce, Michael, Twohig

عملی از بین گزینه های مختلف که مناسب تر باشند نه اینکه صرفا جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی اش (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلا اعمال کنترل ناموثر را کاهش دهد مکوندی، بختیارپور و حافظی (۱۳۹۹). در این پژوهش به شرکت کنندگان آموزش هایی مانند: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی، آغاز تمرینات مربوط به شفاف سازیو تصریح ارزش ها، دادن اهمیت ارزش ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش ها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش "تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن تمرینات مربوط به سازگاری و صمیمیت از رنج های زندگی داده شده است تا بیاموزند که رنج بخشی اجتناب ناپذیر از زندگی است و به جای فرار از آن باید آن را بپذیرند و میزان تاب آوری خود را افزایش دهند.

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان انعطاف پذیری شناختی در زنان متاهل تاثیر دارد. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود انعطاف پذیری شناختی در زنان متاهل می گردد. این نتایج با نتایج پژوهش های انجام شده توسط ولی زاده، مکوندی، بختیارپور و حافظی (۱۳۹۹)، جعفری زاده و بحرینیان (۱۳۹۸)، اسوین، هانکوک، هینسورث و باومن^۲ (۲۰۱۹)، وانگ، ژو، یو، ران، لیو و چن^۳ (۲۰۱۸)، اسمیت، گنی و کترینگ^۴ (۲۰۱۶) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان انعطاف پذیری شناختی در زنان متاهل تاثیر دارد. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود انعطاف پذیری شناختی در زنان متاهل می گردد همسو می باشد. در تبیین این فرضیه میتوان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از انواع درمان های شناختی رفتاری موج سوم است که علاوه بر راهکارهای تغییر رفتار، از راهکارهای پذیرش و ذهن آگاهی نیز برای افزایش انعطاف پذیری شناختی استفاده می کند بطوریکه مراجعان مجهز به تکنیک های ذهن آگاهی سعی می کنند به صورت منطقی موقعیت های استرس زا را برای خود ایمن تلقی کنند. هر تمرینی که آنها را به تجربه زمان حال مرتبط کند، ذهن آگاهی آنان را رشد می دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هسته مشکلات را هدف قرار می دهد و هدف کلی آن افزایش انعطاف پذیری شناختی و فکری مراجع و همچنین توانایی تماس هر چه کامل تر با لحظه حال و تغییر رفتار به منظور به خدمت گرفتن ارزش هاست، یکی از متغیرهایی که در افراد منجر به اختلال می شود، مشکلات سازگاری اجتماعی- هیجانی می باشد. یکی از راهبردهای افزایش انعطاف پذیری شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که به دلیل داشتن فرآیندهایی مانند ذهن آگاهی و ارزشهای توانسته است بر مراجعان این پژوهش اثرگذار باشد. ذهن آگاهی به معنای توجه کردن منعطف، باز و کنجکاوانه است. برای فن درمانی، تمرکز فرد را از گذشته بر میداریم و می خواهیم زمان حال را درک کند. برای تقویت ذهن آگاهی از تمرین تنفس آگاهانه (تمرین تنفسی) و مشاهده آگاهانه استفاده می شود. ارزشها جملاتی هستند درباره اینکه چکار می خواهیم با زندگی خودمان انجام دهیم. آنها قوانینی هستند که می توانند ما را برای حرکت کردن در زندگی هدایت کنند دانستن ارزش ها به افراد کمک می کند تا در راستای آن قدم بردارند و از مسیر منحرف نشوند. اغلب نیاز است که ارزشها اولویت بندی شوند. برای این کار از کاربرگ مشکلات و ارزش ها استفاده میشود. تمرین ذهن آگاهی و تعیین ارزشها و عمل متعهدانه بر اساس ارزش ها می تواند اشخاص را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش هایی کند که موجب میشود مدیریت بیشتری بر خود داشته باشند. جعفری زاده و بحرینیان (۱۳۹۸).

نتایج نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان رضایت از زندگی در زنان متاهل تاثیر دارد. یعنی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش رضایت از زندگی در زنان متاهل گردیده است. این نتایج با نتایج پژوهش های انجام شده توسط حقایق (۱۳۹۹)، تقوی، غلام زاده جعفری و شهبازی (۱۳۹۹)، حسنی (۱۳۹۸)، وانگ، ژو، یو، ران، لیو و

^۱Swain, J.; Hancock, K.; Hainsworth, C. and Bowman, J

^۲Wang Sh, Zhou Y, Yu S, Ran LW, Liu XP, chen,YF.

^۳Smith TA, Geny LS, Ketring, SA.

چن^۵(۲۰۱۸)، میسائیل، لوین، جک، هیگر، بنجامین، پیرس، میسائیل و توهای^۶(۲۰۱۷) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان رضایت از زندگی در زنان متاهل تاثیر دارد. یعنی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش رضایت از زندگی در زنان متاهل گردیده است همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث می شود که افراد احساسات، هیجانات و افکار خود را علی رغم ناخوشایند بودن بپذیرند و حساسیت بیش از حد و اندازه به مشکل خود را کاهش داده و در نتیجه هیجانات مثبت را در خودشان افزایش دهند. زنان متاهل در این روش درمانی آموختند که نمی توانند از افکار و حسهایشان فرار کنند و نباید روی آنها کنترلی داشته باشند بلکه باید افکار را بپذیرند و با آموزش ذهن آگاهی توانستند حالات هیجانی مثبت را افزایش دهند تا به رضایت زناشویی برسند. در رویکرد اکت، فرد تجارب و ادراکات ذهنی را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن ها، به طور کامل می پذیرد و در نتیجه بر آگاهی روانی وی افزوده می شود در واقع هدف عنصر شناختی این درمان، به نوعی می تواند شامل تغییر شناخت ها و رفتارهایی باشد که چرخه نارضایتی را آغاز کرده یا به آنها تداوم می بخشد و در نتیجه وقتی افراد بتوانند به کنترلی بر زندگی خود برسند، میزان رضایت زناشویی آنان ارتقا می یابد و قادر خواهند بود از اعتماد به نفس بالاتر و سلامت روان بیشتری برخوردار باشند.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی نیز مواجه بود. پژوهش حاضر در سال ۱۴۰۱ بررسی گروهی از زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی منطقه ۵ تهران انجام شده و بنابراین در تعمیم نتایج آن باید احتیاط شود. محدودیت عمده این پژوهش آن است که برای بررسی و سنجش تداوم و پایداری اثر متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) به متغیرهای وابسته در شرکت کنندگان در پژوهش؛ جلسات پیگیری انجام نشده است. با توجه به نتایج پیشنهاد می گردد مسئولین سلامت روان با آموزش رویکرد پذیرش و تعهد می توانند با تمرینهای ذهن آگاهی و ارائه برگه راهنمای ذهن آگاهی که نقش مهمی در رفتارهای زنان جامعه دارد، زمینه ساز کاهش بسیاری از مشکلات روانی اجتماعی افراد شوند. همچنین آموزش روش های افزایش رضایت زناشویی و فراهم کردن فرصت ها و تجربی که تعاملات اجتماعی را افزایش دهد، موجب می شود زنان متاهل بتوانند راهبردها و مهارت های اجتماعی را در تمام محیط ها و موقعیت های واقعی زندگی تمرین کنند و به کار بندند. بدیهی است فراهم کردن اینگونه فرصتها، مسئولیت تمام کسانی است که به نحوی با این زنان در ارتباط هستند. به پژوهشگران دیگر پیشنهاد می گردد برای افزایش اعتبار بیرونی این پژوهش، پژوهش های مشابهی در مناطق مختلف انجام دهند. همچنین اثربخشی رویکرد مشاوره مبتنی بر پذیرش روی تاب آوری، انعطاف پذیری شناختی و رضایت از زندگی در مردان متاهل نیز بررسی گردد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه ها ضمن تاکید به تکمیل تمامی سوال ها، شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

سپاسگزاری

از همه افراد شرکت کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می گردد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم سازی، روش شناسی، گردآوری داده ها، تحلیل آماری داده ها، پیش نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

^۵Wang Sh, Zhou Y, Yu S, Ran LW, Liu XP, chen, YF.

^۶Michael E. Levin, Jack A. Haeger, Benjamin G. Pierce, Michael, Twohig

منابع

- آسوده، اعظم. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان ماتریکسی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روانشناختی، نشخوار فکری و ناامیدی در معتادان تحت درمان متادون*، پایان نامه، کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری.
- آل کثیر، عماد؛ واحد، ندا؛ محمدخانی، پروانه و جعفریان دهکردی، فاطمه. (۱۳۹۷). *نقش انعطاف پذیری شناختی زنان دارای اختلاف زناشویی در پیش بینی عملکرد خانواده*. سومین کنفرانس توانمندسازی جامعه در حوزه علوم انسانی و مطالعات روانشناسی، ۹. اسدی، شیرین. (۱۳۹۰). *بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و رضایت شغلی کارکنان*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج.
- اسماعیلی مجد، سیروان. (۱۳۹۴). *بررسی اثربخشی آموزش گروه (ACT) (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) بر کاهش اجتناب شناختی*، اولین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم تربیتی، سال ۱۳۹۴.
- اصغری، سحر. (۱۳۹۶). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی، تاب آوری و هراس از مرگ بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (م/اس)*، پایان نامه، کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری.
- امان الهی، عباس؛ حیدریان فرد، نرگس؛ خجسته مهر، رضا و ایمانی مهدی. (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان پریشانی زوج ها*. مجله دو فصلنامه مشاوره کاربردی. ۱۴ (۱)، ۱۰۵-۱۲۰.
- ایروانی، محمود و خداپناهی، محمدکریم. (۱۳۹۲). *روان شناسی احساس و ادراک*، تهران، سمت، ص ۱۰.
- باباپور، تینا. (۱۳۹۵). *درآمدی بر تاب آوری، کنترل خشم و رضایت از زندگی در بین افراد معتاد*. انتشارات ایده نگار.
- جمال زاده، راضیه و گلزاری، محمود. (۱۳۹۳). *اثربخشی امید درمانی در افزایش شادکامی و رضایت از زندگی در زنان سالمند مستقر در مرکز سالمندان شهرستان بروجن*. فصلنامه زن و جامعه، ۴۸: ۳۱-۲.
- حاجی علی اکبری، افسانه و طهماسبی، سیامک. (۱۳۹۸). *تاثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سلامت روان و افزایش رضایت زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره*، سومین کنفرانس ملی نوآوری و تحقیق در اخلاق و تربیت، مناسبات دین و روانشناسی، تهران.
- حسن زاده، رمضان؛ کاظمی، زهرا و حیدری، شعبان. (۱۴۰۰). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و خود تاب آوری زنان مبتلا به یائسگی زودرس مراجعه کننده به مرکز بهداشت، فصلنامه زن و مطالعات خانواده*، مقالات آماده انتشار، پذیرفته شده، انتشار آنلاین از تاریخ ۱۰ آبان ۱۴۰۰
- حسینی، معصومه. (۱۳۹۸). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با نگهدارنده متادون*، محل انتشار: دومین کنگره سراسری موج سوم درمان های رفتاری، سال انتشار: ۱۳۹۸
- حسینی المدنی، سیدعلی. (۱۳۹۵). *تاب آوری فردی، خانوادگی و اجتماعی، به انضمام پرسش نامه های تاب آوری فرد، خانواده و جامعه*. انتشارات دانژه.
- حقایق، سید عباس. (۱۳۹۹). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، رضایت زناشویی و نگرش نسبت به ناباروری زنان نابارور*. مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، ۷ (۲): ۱۲-۱.
- حیدری راد، حدیث؛ شفیعی، معصومه و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۵). *مقایسه نگرش های ناکارآمد و انعطاف پذیری شناختی در زنان با و بدون سابقه طلاق*. فصلنامه زن و فرهنگ، ۸ (۳۰): ۱۱۲-۱۰۳.
- خشوعی، م. (۱۳۸۸). *انعطاف پذیری از نگاه روانشناسی تحولی*. پژوهشنامه تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، ۵ (۱۹)، ۶۱-۹۲.
- شفیعی، م؛ بشیرپور، س و حیدری راد، ح. (۱۳۹۵). *مقایسه نگرش های ناکارآمد و انعطاف پذیری شناختی در زنان با و بدون سابقه طلاق*. مجله زن و فرهنگ، ۸ (۳۰)، ۱۱۲-۱۰۳.
- شیخ الاسلامی، علی؛ محمدی، نسیم و سیداسماعیلی قمی، نسترن. (۱۳۹۵). *مقایسه استرس والدگری، شادکامی و انعطاف پذیری شناختی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی و ناتوان یادگیری*. مجله ناتوانی های یادگیری، ۵ (۴۲): ۲۵-۴.
- شیرازی، مهناز. (۱۳۹۳). *رضایت شغلی و سلامت روانی کارکنان مجتمع بیمارستانی حضرت رسول (ص)*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد زنجان.
- صداقت خواه، ع و بهزادی پور، س. (۱۳۹۶). *پیش بینی کیفیت روابط زناشویی بر اساس باورهای ارتباطی، ذهن آگاهی و انعطاف پذیری شناختی در فرهنگ ایران*. اولین کنفرانس بین المللی فرهنگ، آسیب شناسی روانی و تربیت، تهران، دانشگاه الزهرا.

- فولادوند، خدیجه، زارعی، سلمان. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی، هیجان، تصویر بدن و تاب آوری زنان نابارور.
- مرمرچی نیا، مژگان و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. *روانشناسی کاربردی*، ۲(۴۲)، ۱۷۴-۱۵۷.
- مقتدایی، مسعود. (۱۳۹۵). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در همسران جانبازان*، اولین کنگره ملی توانمندسازی جامعه در حوزه جامعه شناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، مرکز توانمندسازی مهارت های فرهنگی و اجتماعی جامعه،
- منصوری، جمیله. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و رضایت زناشویی زنان متأهل*، پنجمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی در ایران، تهران.
- ولی زاده، شاهرخ؛ مکوندی، بهنام؛ بختیارپور، سعید و حافظی، فریبا. (۱۳۹۹). اثربخشی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در زندانیان، *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، جلد ۹ شماره ۴ صفحات ۸۹-۷۸
- Anderson, T. (2017). *An Updated and Theoretical Rational for Interaction* (IT Forum Paper No. 63). Athabasca University
- Barrett –Naylor R, M.Gresswell D, L.Dawson D. (2020). The effectiveness and acceptability of a guided self-help Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*; 88: 332-340.
- Baruch D. Kanker J. and Busch A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies*. 8(3): 241-257.
- Bennett, J., Aden, CA., Broome, K., Mitchell, K., & Rigdon, WD. (2010). Team resilience for young restaurant workers: research-to-practice adaptation and assessment. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 223-236.
- Berry, C.A. (2018). Pervious learning experiences strategy beliefs and task definition in self-regulated foreign language learning. *Contemporary Educational Psychology*, 18, 318-336.
- Bluett E. J., Homan K. J., Morrison K. L., Levin M. E., Twohig M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 612-624.
- Hamarat, S. o. (2017). Relation of Resilience with Organizational Commitment and Students' Satisfaction, *Counseling and Values*, 46: 2-13
- Hayes SC. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*; 40(7):976-1002.
- Hayes, S.C, Levin, M.E, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-98.
- Hayes, s. C. Pistorello, J. Bigland, A. (2008). Acceptance and Commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide. *Journal of Behavior and Cognitive therapy*. X, (1), 81-102.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Holley, R., Claudia, M., & Irene, C. (2018). Depression, emotion regulation & the demand/ withdraw pattern during intimate relationship conflict. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35: ۴۰۸-۴۳۰.
- Howell, AJ & Passmore, HA. (2020). Acceptance and Commitment Training (ACT) as a Positive Psychological Intervention: A Systematic Review and Initial Meta-analysis Regarding ACT's Role in Well-Being Promotion Among University Students. *Journal of Happiness Studies*, volume 20, pages 1995-2010.
- Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey N, Johnson A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *Clin J Pain*; 26(5):393-402.

- Krafft, J., Twohig, M.P. & Levin, M.E. (2020). A Randomized Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive-Behavioral Therapy Self-Help Books for Social Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 954–966.
- Lim, S. A., & Lee, J. (2020). Gender Differences in the Relationships between Parental Marital Conflict, Differentiation from the Family of Origin, and Children's Marital Stability. *The American Journal of Family Therapy*, 1-16.
- Luthans, F. (2002). *Organizational Behavior*. N.Y:Mc Graw-hill.
- Michalitsianos, N. (2014). *Resiliency: a resorce for promoting marriage satisfaction*. M.A. dissertation in Marriage & Family Therapy. Kean University
- Michael E. Levin, Jack A. Haeger, Benjamin G. Pierce, Michael, Twohig. (2017). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Mental Health Problems in College Students A Randomized Controlled Trial. *Behavior Modification*. Vol 41, Issue 1, 2017
- Murta, H. (2006). Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of nationwide project. *Palliate Support Care*: 4: 279 – 285.
- Riso LP, du Toit PL, Stein DJ, Young JE. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide. *American Psychological Association* 2017.
- Sevinc, M; Sibel, G.E. (2016). A Study of Parents' Child Raising Styles and Marital Harmony. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2(3):1648 – 1653.
- Siklos, S. & Kerns, K.A. (2006). Assessing need for social support in parents of children with autism and down syndrome. *Journal of Autism and developmental disorders*, 36:921 933.
- Smith TA, Geny LS, Ketring, SA. (2016). Evaluating a youth leadership life skills development program. *Journal of extensive*. 43(4):161-9.
- Suyanti Titi S, Keliat Budi A, Daulima Novy HC. (2018). Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enferm Clin*;28:98-101.
- Swain, J.; Hancock, K.; Hainsworth, C. and Bowman, J. (2019). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 56-67.
- Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC & Farhall J. (2014). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry*; 14:198.
- Wakefield S, Roebuck S, Boyden P. (2018). The evidence base of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10: ۱-۱۳
- Wang Sh, Zhou Y, Yu S, Ran LW, Liu XP, chen, YF. (2018). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy as Treatments for Academic Procrastination: A Randomized Controlled Group Session. *Research on Social Work Practice* .27(1):48-58.
- Wood, D., & Roberts, B. W. (2015). "The effect of age and role information on expectations for Big Five personality traits". *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32: 1482 –1496.