

Effectiveness of acceptance and commitment therapy on relational attributions of unmarried women

Received: 13 - 6 - 2018

Accepted: 23 - 8 - 2019

Moslem Abbasi

Abbasi@kazerunfsu.ac.ir

PhD. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature & Human Sciences, Salman Farsi University, Kazerun, Iran. **(Corresponding Author)**

Fateme Askarpoor Kabir

M.A. general psychology

Farideh Golizadeh

M.A. Counseling and Guidance

Aghigh Araghi

M.A. in clinical psychology

Abstract

Attributions are interpretations that people have for events and are an important part of the individual's mental experience of events. Attributions not only affect people's feelings about their relationships, but also affect their behavior. Therefore, according to this interpretation and attributions, the present study aimed to evaluate the efficacy of acceptance and commitment therapy on the communication attributes of married women. The research method was semi-experimental with pre-test post-test with control group. The statistical population of this study included all unmarried women, number of 363 in the city of Kazerun in 2017. The sample consisted of 30 unmarried women in the city of Kazerun. Sampling was done using available sampling method. Fincham and Bradbury Questionnaire (1992) was used to collect information. The collected data were analyzed by using covariance analysis (ANCOVA) in SPSS-23 software. The results of univariate analysis of covariance showed that the efficacy of acceptance and commitment therapy on the communication attributes was confirmed. The acceptance and commitment therapy reduces the causal and responsible attribute. According to the findings of this study, the acceptance and commitment therapy to unmarried women can improve their Relational Attributions.

Key words: *acceptance and commitment, communication attributes, unmarried women*

Citation

Abbasi, M. Askarpoor Kabir, F. Goli Zade, F. Araghi, A. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on relational attributions of unmarried women. *Family Counseling and Psychotherapy*, 1, 35- 48.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اسنادهای ارتباطی دختران بازمانده از ازدواج

پذیرش: ۱۳۹۸-۰۶-۰۱

دریافت: ۱۳۹۷-۰۳-۲۳

مسلم عباسی abbasi@kazerunfsu.ac.ir	استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، فارس، ایران. (نویسنده مسئول)
فاطمه عسکرپور کبیر	کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی
فریده گلی زاده	کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره
عقیق عراقی	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

چکیده

اسناد تعبیرهایی است که افراد برای رویدادها دارند و بخش برجسته‌ای از تجربه ذهنی فرد از رویدادها هستند. اسناد نه تنها روی احساس افراد درباره پیوندشان تأثیر می‌گذارد، بلکه رفتارشان را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا با توجه به این تعبیر و اسنادها، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اسنادهای ارتباطی دختران بازمانده از ازدواج انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه دختران بازمانده از ازدواج شهر کازرون در سال ۱۳۹۶ با تعداد ۳۶۳ نفر بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از دختران بازمانده از ازدواج شهر کازرون بود که نمونه‌گیری از آنان به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه فینچام و برادبوری (۱۹۹۲)، استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با به‌کارگیری نرم‌افزار اس پی اس اس-۲۳ و آزمون تحلیل کوواریانس (آنکووا) انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اسنادهای ارتباطی تأیید گردید. بدین ترتیب که درمان پذیرش و تعهد موجب کاهش اسنادهای ناکارآمد شده است. از این رو مطابق یافته‌های این پژوهش مداخله پذیرش و تعهد به دختران بازمانده از ازدواج توانسته است اسنادهای آنان را در مورد ارتباطات بهبود دهد.

واژگان کلیدی: پذیرش و تعهد، اسنادهای ارتباطی، دختران بازمانده از ازدواج

عباسی، مسلم؛ عسکرپور کبیر، فاطمه؛ گلی زاده، فریده و عراقی، عقیق. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اسنادهای ارتباطی دختران بازمانده از ازدواج شهرستان کازرون. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱، ۳۵-۴۸.

ارجاع

مقدمه

افزایش سن ازدواج و بروز پدیده مجرد قطعی باعث اختلال در کارکرد طبیعی نظام خانواده شده و به دنبال این امر شاهد وجود نابسامانی‌هایی در سطح افراد، جامعه و فرهنگ خواهیم بود. برای نمونه، در یک مطالعه مشخص شد که دختران بازمانده از ازدواج در مقایسه با گروه گواه، اضطراب و تنیدگی بیشتری داشته و بیشتر از آن‌ها عصبی-اند. این افراد ارتباط ضعیف‌تری با خانواده‌ی خود داشته و بیشتر از افراد گروه گواه تحت تأثیر عوامل روانی اجتماعی قرار می‌گیرند (Olsson & Meikan, Masamichi, Naoyuki, Tooru & Mei, 2009). (Wijewardena, 2010) در پژوهشی در سریلانکا به این نتیجه رسیدند که در جوامع سنتی، فشار خانواده‌ها یک عامل بسیار مهم در نگرش نسبت به آینده و کیفیت زندگی افراد بازمانده از ازدواج است. کیفیت زندگی این افراد در جوامع سنتی از طریق نقش واسطه‌ای عوامل اقتصادی، احساس شخصی آن‌ها، عزت نفس و حس باروری‌شان، پایین‌تر از افراد متأهل است. هم‌چنین ممکن است حقوق شهروندی‌شان نیز در جامعه نادیده گرفته شود.

از متغیرهایی که می‌تواند در شکل‌دهی ارتباط افراد و از جمله روابط عاشقانه‌ی آن‌ها نقش داشته باشد، اسناد-های^۱ آن‌ها در مورد روابط است. اسناد عبارت است از تعییرهایی که افراد برای اتفاقات دارند و بخش مهمی از تجربه ذهنی فرد از رویدادها هستند. در واقع، یکی از رویکردهایی که در پیش‌بینی موفقیت و شکست در روابط بین فردی مطرح است نظریه اسناد^۲ است. تعابیر و اسنادهای ناکارآمد جای اندکی برای خوش‌بینی و انتظار رفتارهای خوب در آینده باقی می‌گذارد (Frank, Fincham, Paleari & Regalia, 2002). بنابراین اسناد نه تنها روی احساس افراد در مورد رابطه‌شان تأثیر می‌گذارد، بلکه رفتارشان را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهشگران نتیجه گرفته‌اند که اسنادهای ارتباطی در پیش‌بینی کیفیت روابط نزدیک نقش دارند (Baucom, 1997). نتایج مطالعه Baucom (۱۹۸۷؛ به نقل از ذوالفقاری، ۱۳۸۷) نشان داد زوج‌های ناسازگار در مقایسه با زوج‌های سازگار تمایل بیشتری به اسناد دادن رفتارهای منفی به خصوصیات شخصیتی و غیرقابل تغییر و تمایل کمتری به اسناد دادن مشکلات به رفتارهای گذرا و موقعیتی دارند. (Holmes & Johnson, 2009) این اسنادهای جانب‌دارانه در میان زوج‌های ناشادمان را «نگه‌دارنده پریشانی^۳» می‌نامند. هم‌چنین، زمانی که اسناد زوج مورد مطالعه قرار می‌گیرند، زوج‌های ناسازگار و ناراضی اسنادی را ارائه می‌دهند که بر تأثیر رفتارهای منفی تأکید دارد و تأثیر رفتارهای مثبت را تقلیل می‌دهد.

در مجموع، می‌توان انتظار داشت که در میان افراد بازمانده از ازدواج اسنادها، باورها و تجربیات هیجانی وجود داشته باشد که موجب بازداری آنان از ازدواج یا مشکلات روان‌شناختی می‌شود و این گروه از افراد با این باورها و تجربیات روان‌شناختی، ضرورت بررسی، پیگیری و بهبود دارد. یکی از رویکردهایی که از منظر آن می‌توان به

۱. attributions

۲. attribution theory

۳. distress maintaining

بررسی و ارتقای وضعیت روان‌شناختی آنان کمک کرد رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ در سال ۱۹۸۶ توسط Steven Hayes ایجاد شد که از جمله روش‌های موج سوم درمان‌های شناختی - رفتاری است (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجع را تشویق می‌کنند تا احساسات و افکار ناخوشایند و ناراحت‌کننده‌اش را بپذیرد. هم‌چنین باید زمینه‌ای را که رفتار در آن رخ می‌دهد و عملکردی که رفتار در خدمت آن است را در نظر داشته باشد؛ فرآیندهای اصلی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد بیاموزند چگونه هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه دست از بازداری فکر بردارند (Hayes & Strosahl, 2010). هدف این روش درمانی ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به‌عنوان توانایی تغییر یا پایداری با طبقات رفتارهای عملکردی که از طریق اهداف تحقق‌یابند، تعریف شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کارکردهای مهار خود، خودانگیزی، خودنظم‌جویی هیجانی و کارکرد شناختی - هیجانی (عباسی، خزان، پیرانی و قاسمی جوبنه، ۱۳۹۵)، کاهش معنادار نشخوار فکری و افسردگی (Hawke, Provencher & Parikh, 2013)، تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (Scott & McCracken, 2015) می‌شود. هم‌چنین، مطالعه‌ی Scott & McCracken (2015) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مورد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد مبتلا به دردهای مزمن بررسی نمود. افراد مبتلا نتایج چشم‌گیری را از لحاظ بالینی در پس‌آزمون نشان دادند. محمدی (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار را افزایش داده و تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی در مرحله پیگیری بعد از یک ماه ماندگار است. Fiorillo, McLean, Pistorello, Hayes & Follette (2017) در یک مطالعه تک‌آزمودنی به ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زنان با اختلالات مرتبط با تروما دریافتند که زنان مواجه شده با تروما پس از ۶ هفته دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش قابل‌ملاحظه‌ای در اضطراب، افسردگی و نشانه‌های تروما و افزایش معنی‌داری در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی داشتند. پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دامنه‌ای از اختلالات مانند فوبی اجتماعی، سوء‌مصرف مواد، درد مزمن، افسردگی، وحشت‌زدگی، اختلال استرس پس از سانحه و بی‌اشتهایی روانی مؤثر است (Hayes & Strosahl, 2010؛ دلوار، ۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اصول شش‌گانه آن شامل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تماس با لحظه حال، تعهد به عمل، ارزش‌ها، پذیرش، گسلش و تلقی فرآیندی از مفهوم خود است. با توجه به مرور پژوهش‌ها و اهمیت موضوع مبنی بر اهمیت اسنادهای کارآمد و تأثیر آن بر کیفیت زندگی و روابط افراد و هم‌چنین با تأکید

۱. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

بر اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اسنادهای ارتباطی دختران بازمانده از ازدواج شهرستان کازرون انجام گرفت. بر این اساس سؤال پژوهشی عبارت است از:

آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اسنادهای ارتباطی دختران بازمانده از ازدواج شهرستان کازرون اثربخش است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیرهای پژوهش شامل متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و متغیر وابسته (اسناد ارتباطی) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دختران بازمانده از ازدواج شهر کازرون در سال ۱۳۹۶ بود که حداقل ۳۰ سال داشته و اصلاً سابقه ازدواج و عقد در زندگی خود نداشته‌اند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از دختران بازمانده از ازدواج شهر کازرون بود که نمونه‌گیری از آنان به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. بدین صورت که پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه سلمان فارسی کازرون و اداره ثبت و احوال شهر کازرون با رعایت ملاحظات اخلاقی در اداره ثبت و احوال این شهر حضور پیدا کرده و ضمن بیان اهداف برای مسئولین و موافقت این مرکز به ۱۰۰ نفر از زنانی که بالای ۴۰ سال داشتند ولی موفق به ازدواج نشده بودند تماس گرفته شد و سپس از بین این ۳۰ نفری که ملاک ورود به مطالعه را داشته باشند انتخاب شد و به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایش باید هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۶). ملاک‌های ورود به این پژوهش داشتن حداقل ۳۰ سال سن، عدم سابقه ازدواج موقت یا دائم، عدم حضور در سایر جلسات روان‌درمانی و مشاوره و رضایت آگاهانه در ارتباط با شرکت در جلسات این پژوهش بود.

ابزار

مقیاس اسناد ارتباطی^۱. این پرسشنامه توسط Fincham & Bradbury (1992) تهیه شد. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۶ سؤالی این آزمون استفاده شد که ۳ سؤال آن اسناد علی و ۳ سؤال اسناد مسئولیت را می‌سنجد. طراحان این پرسشنامه ابتدا سه بعد کلی اسناد علی، اسنادهای مسئولیت و اسنادهای سرزنش را در نظر گرفتند، سپس به دلیل همبستگی بالا بین اسنادهای مسئولیت و اسنادهای سرزنش و نبودن تفاوت معنادار در واکنش آن‌ها به این دو بعد، آن‌ها را در یکدیگر ادغام کرده‌اند. نمره بالا در اسناد علی نشانگر این است که فرد تمایل زیادی

۱. Relationship Attribution Measure (RAM)

دارد نشان دهد که چه چیزی یا چه کسی باعث مشکل شده است در حالی که نمره بالا در اسناد مسئولیت نشانگر آن است که فرد رفتارهای دیگری را عمدی، خودخواهانه و مقصر جلوه می‌دهد. برای هر یک از سؤالات این پرسشنامه ۶ گزینه‌ی کاملاً مخالفم، مخالفم، تا حدودی مخالفم، تا حدودی موافقم، موافقم و کاملاً موافقم به صورت لیکرت منظور شده است که به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ نمره‌گذاری می‌شود. (Fincham, 2002)

Paleari & Regalia پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در بعد علیت و مسئولیت‌پذیری ۰/۸۲ و ۰/۷۸ برای مردان و ۰/۸۴ و ۰/۸۵ برای زنان گزارش کرده‌اند. Fincham & Bradbury (2002) برای تعیین اعتبار فرم کوتاه مقیاس اسناد ارتباطی، آن را با مقیاس خشم و پرسشنامه اسنادهای مشکلات زناشویی همبسته کردند. ضریب همبستگی بین مقیاس اسناد ارتباطی و این دو پرسشنامه در بالای $r=0/40$ گزارش کردند. اعتبار سازه این مقیاس در پژوهش صبحی، فتحی زاده، احمدی و اعتمادی (۱۳۹۴) که از فرم بلند مقیاس اسناد ارتباطی در ازدواج استفاده کرده بودند؛ ضریب اعتبار سازه آن برای بعد علیت و بعد مسئولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۷۸ به دست آمد که در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار است. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی ضریب پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ و روش دو نیمه‌سازی استفاده شد. ضرایب پایایی با استفاده از روش‌های مذکور برای بعد علی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۹ و برای بعد مسئولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۷ به دست آمد.

شیوه اجرای پژوهش

در این پژوهش ابتدا به تدوین بسته روان آموزشی برگرفته از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقدام گردید. برای این کار همه‌ی متون و منابع موجود در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد مطالعه نهاده شد. سپس با استفاده از منابع بسته روان-آموزشی برگرفته از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گرفته شد. سپس این درمان مورد بازبینی نویسنده مسئول قرار گرفت. سپس پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه سلمان فارسی کازرون و اداره ثبت و احوال شهر کازرون با رعایت ملاحظات اخلاقی در اداره ثبت و احوال این شهر حضور پیدا کرده و ضمن بیان اهداف برای مسئولین و موافقت این مرکز به ۱۰۰ نفر از زنانی که بالای ۴۰ سال داشتند ولی موفق به ازدواج نشده بودند تماس گرفته شد و سپس از بین این ۳۰ نفری که ملاک ورود به مطالعه را داشته باشند انتخاب و به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. برای زنان هدف از پژوهش و چگونگی روند انجام پژوهش توضیح داده شده، همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که همه اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. فرم تعهدنامه به دست آزمودنی‌ها تکمیل شد. سنجهی اسناد ارتباطی بر روی گروه آزمایش و گواه به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل شده بود و پاسخ ناقص و مخدوش وجود نداشت. آموزش گروه گواه بعد از پایان این دوره‌ی درمانی اجرا شد.

پروتکل آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد. این روش درمانی در ۹ جلسه‌ی درمانی ۱/۵-۱ ساعت است (Hayes & Strosahl, 2012). محتوای هر جلسه به شرح زیر بود:

جلسه اول. معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد، معرفی درماندگی خلاق و معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته.

جلسه دوم. آشنایی با مفاهیم درمانی درمان پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله به‌صورت زیر:

۱) در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نا مؤثر کاهش یابد، ۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، ۳) به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، ۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، ۵) کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و ۶) ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی.

جلسه سوم. نقد و بررسی تکلیف قبل: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود، کنترل به‌عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه‌حل) (آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است)، تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک و رساندن به ناامیدی خلاق.

جلسه چهارم. ارزیابی عملکرد؛ بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون، بررسی تکالیف خانگی، تکالیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست، تأثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها. با بیان استعاره ژله‌ای اعضا متوجه می‌شوند که فکر را نمی‌توان حذف و یا آن را کنترل کرد. هم‌چنین با تمرین داستان‌های بی‌فایده، اعضا جدا شدن خود از افکارشان را تجربه می‌کنند.

جلسه پنجم. ارزیابی عملکرد. هدف جلسه: تمایز خود مفهوم‌سازی در برابر خود مشاهده‌گری، سنجش توانایی درمان‌جو برای گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها. آشنا کردن افراد با نقشه‌ی زندگی هر فردی است. مسیر ارزش‌های خانواده، رابطه صمیمانه، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات، تنوع و سوگیری، معنویت، زندگی اجتماعی، طبیعت و سلامتی.

جلسه ششم. هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش‌ها و تفهیم آن "تمایل/پذیرش" را ارزشمند جلوه می‌دهد، ارزش به‌عنوان رفتار در مقابل ارزش به‌عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، تمرینات مربوط به سازگاری و صمیمیت از رنج‌های زندگی. جلسه هفتم. هدف جلسه کمک به افراد گروه که پیوسته حوزه‌های زندگی را که مطابق با ارزش‌های فرد نیست، بشناسد. فرد باید پیوسته ارزش‌های آن را به‌عنوان منشأ تعهد درک کند و آن‌ها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال‌سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد.

انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها /تصمیم‌ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزش‌ها (اهداف کوچک‌تر در خدمت اهداف بزرگ‌تر).

جلسه هشتم. هدف از این جلسه کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعال‌سازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیت‌های خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزش‌های بزرگ‌تر درمان‌جو مشخص شده است. در ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن، بحث پیرامون صمیمیت و سازگاری از داشتن رنج. آشناسازی اعضا با ۴ اسب‌سوار در ارتباط مبتنی بر جنگ با دیگران ۱- انتقاد ۲- اهانت ۳- حالت تدافعی ۴- کارشکنی. آموزش جایگزین‌هایی برای این ۴ اسب‌سوار و آموزش مکث به اعضای گروه.

جلسه نهم. آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند. همچنین استفاده از تکنیک تایم اوت نیز استفاده می‌شود. حل مسائل برای موانع درونی و بیرونی در مسیر ارتباط با ارزش‌های زندگی. معرفی ۵ روش: ۱- رهایی ذهن ۲- گشودگی ۳- ارزش‌گذاری ۴- عجین شدن با دیگران ۵- صمیمیت. سرانجام داده‌های به‌دست آمده با به‌کارگیری آزمون‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس به‌وسیله نرم‌افزار SPSS ۲۳ تحلیل شد.

اخلاق پژوهش

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به‌تمامی شرکت‌کنندگان در مورد اهداف مطالعه و شرکت به‌صورت داوطلبانه توضیح داده شد؛ بنابراین شرکت‌کنندگان برای ورود به مطالعه رضایت آگاهانه‌ی شفاهی دادند و به همه‌ی شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات فردی اخذشده محرمانه باقی خواهد ماند. هم‌چنین بروشورهای آموزشی در زمینه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه گواه تهیه و به آن‌ها ارائه شد. هم‌چنین بعد از اتمام این طرح آزمایشی، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه گواه اجرا شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰ نفر شرکت داشتند که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پیش / پس آزمون اسنادهای ارتباطی گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اسنادهای ارتباطی	علی	۱۳/۴۴	۲/۵۵	۸/۹۸	۱/۷۱
	مسئولیت	۱۳/۸۸	۲/۷۶	۱۳/۴۱	۳/۱۲
اسنادهای ارتباطی	گواه	۱۴/۷۷	۲/۹۸	۹/۷۹	۲/۸۸
	گواه	۱۲/۴۳	۲/۵۵	۱۳/۱۱	۱/۹۵

افراد دو گروه از نظر اسنادهای ارتباطی (جدول شماره ۱)، در دو سطح علی و مسئولیت مورد بررسی قرار گرفتند. آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که سطح معناداری به دست آمده برای اسنادهای ارتباطی بالاتر از ۰/۰۵ بود ($P > 0/05$)، بنابراین توزیع این متغیرها نزدیک به نرمال است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اسنادهای ارتباطی در گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات تا
گروه	اسناد ارتباطی علی	۷۱/۸۸	۱	۷۱/۸۸	۳۰/۰۵	۰/۰۰۲	۰/۳۹
	اسناد ارتباطی مسئولیت	۱۴۴/۶۷	۱	۱۴۴/۶۷	۳۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد با کنترل اثرات پیش‌آزمون، فرضیه‌های فرعی مبنی بر اینکه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اسنادهای ارتباطی دختران بازمانده از ازدواج اثربخش است، مورد تأیید قرار گرفت ($P \leq 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اسنادهای ارتباطی دختران بازمانده از ازدواج بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود اسنادهای ارتباطی دختران بازمانده از ازدواج شده است. به عبارتی با آموزش دادن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اسنادهای علی و مسئولیت دختران بازمانده از ازدواج تعدیل شد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (Scott, & McCracken, 2015)؛ (Fiorillo McLean, Pistorello, Hayes, & Follette, 2017)؛ محمدی، ۱۳۹۴؛ سالاری، ۱۳۹۴) همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت، درمان شناختی- رفتاری و نسل سوم آن (مثل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی) که بر مؤلفه ذهن آگاهی، هشیاری، تحمل رنج و پریشانی، تصدیق درد، ارزشمندی، خود به‌عنوان بافت و حضور لحظه‌به‌لحظه تأکید دارند، این درمان‌ها از طریق ترکیب نمودن تمرینات ذهن آگاهی، با اصول رفتاردرمانی به افراد یاد می‌دهد تا با حالتی بدون قضاوت به مشاهده پیامدهای شناختی، هیجانی و رفتاری خود در تعاملات با دیگران پردازند؛ و علاوه بر آن سعی در پذیرش این رفتارها بدون قید و شرط داشته باشند؛ که این تحمل و قبول تغییر باعث تجربه هیجانات مثبت آن‌ها می‌شود. از سوی دیگر دختران بازمانده از ازدواج با تمرین این مؤلفه‌ها می‌توانند در زندگی روزمره و در مقابله با موقعیت‌هایی (تعارض برانگیز) که از لحاظ هیجانی دچار مشکل می‌شده‌اند، مهارت‌های کنار آمدن و حل مسئله را فرا گیرد که نوعی ترکیب درمان رفتاری و حمایتی با حل مسئله شناختی است (Greenberg & Goldman, 2007)؛ بنابراین کاهش رفتارهای متعارض و محل کیفیت زندگی، توانایی در حل تعارضات بین فردی و بهبود روابط بین شخصی دختران، افزایش اعتمادبه‌نفس، و کاهش تجربه‌های ناخوشایند روزانه، بی‌ثباتی عاطفی، توانایی تنظیم و تعدیل هیجانات منفی و تنش و عصبانیت همراه آن با آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی حاصل شود، که این امر باعث می‌شود دختران بازمانده از ازدواج از سبک‌های اسنادی مطلوب‌تری برخوردار شوند (Siddique, Chung, Brown & Miranda, 2012) همچنین مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد با تشویق دختران بازمانده از ازدواج برای در نظر گرفتن اهداف کوتاه‌مدت و اهداف بلندمدت، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش (فعال‌سازی رفتاری) به‌طور روزانه و تمریناتی جهت مقابله با خشم، احساس گناه، افکار منفی و ترس و نیز پیشنهاد راهکارهایی برای بهبود روابط میان فردی، می‌تواند وی را برای پرورش سبک اسنادی سالم توانمند سازد (Hayes & Strosahl, 2010).

در تبیین دیگر این یافته‌ها می‌توان گفت الگوی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بازخورد مثبتی است که اصولاً به‌جای نتیجه بر تلاش یا بهبود و پیشرفت متمرکز است. نگرش بدون پیش‌داوری، پذیرش مشکلات و انتقال ایمان به فرد برای این حقیقت محض است که او وجود دارد. شخص برای اینکه انسانی کامل باشد، مجبور نیست بهترین باشد. با آموزش اصول دلگرمی، فرد فارغ از نتایجی که به دست می‌آورد، احساس ارزشمندی می‌کند. دلگرمی فعل‌ها را از فاعل‌ها جدا می‌کند لذا چیزی به‌عنوان افراد خوب یا بد وجود ندارد (نریمانی، عباسی، بگیان کوله‌مرز و بختی، ۱۳۹۳). در آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دلگرمی اظهارنظری است که پذیرش را نشان می‌دهد، بر همکاری‌ها ارجح می‌نهد، فرد را به ارزیابی عملکرد خود وا می‌دارد و ایمان و اعتقاد را به افراد دلسرد القاء می‌کند (Zettle, 2003). آموزش مجموعه‌ای از مهارت‌های خاص مانند ایمان و اعتقاد به مراجعین، پذیرش آن‌ها به همان صورت که هستند، معتبر سازی هدف و مقصود رفتار آن‌ها، و باز شکل دهی رفتار آن‌ها در یک چارچوب مثبت باعث ارتقای سبک‌های اسنادی مثبت می‌شود (Hayes, 2012).

همچنین، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش فرآیند پذیرش به فرد کمک می‌کند تا فرد با فراهم کردن فضا برای احساسات، حس‌های بدنی، هیجانات و دیگر تجربیات درونی بدون این‌که با آن‌ها مبارزه کند، یا از آن‌ها بگریزد به آن‌ها فرصت دهد تا بیایند و بروند (حسینی، احدی، فتا، حیدرآبادی و مظاهری، ۱۳۹۲). این فرآیند موجب می‌شود تا فرد به‌جای ناراحتی از افکار، اعمال، انگیزه‌ها و هیجانات و اسناددهی آنان به خود یا دیگران، آن‌ها را بپذیرد و تجربه کند و رویکردی منعطفانه به تجربیات و زندگی خود داشته باشد. از طرفی دیگر درمان پذیرش و تعهد، درمانی مبتنی بر رویکرد است که از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند. مدل پذیرش و تعهد درمانی بر پذیرش هرچه بیشتر، آگاهی متمرکز بر لحظه حال و درگیری و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است تأکید دارد. به نظر می‌رسد پذیرش به‌خصوص برای این زنان فرایند کلیدی در گیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی، هم‌چنین پیش‌بین کارکردهای فرد در آینده است. هیز نشان داد که اصلی‌ترین سازه نظری در پذیرش، مبتنی بر درمان‌های رفتاری از قبیل پذیرش و تعهد درمانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علی‌رغم حضور مشکلات. نتایج این تحقیقات نشان‌دهنده اهمیت پذیرش روانی به‌خصوص در مورد عملکردهای روان‌شناختی است. بیماران می‌کنند تمایل بیشتری برای تجربه کردن تجارب روان‌شناختی منفی، تجارب هیجانی، افکار و خاطرات نامطلوب دارند عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری را نشان می‌دهند (Hayes & Strosahl, 2010).

درمان پذیرش و تعهد موجب کاهش اسناد علی و مسئولیت شده است؛ بنابراین، با آموزش دادن پذیرش و تعهد به دختران بازمانده از ازدواج، می‌توان اسنادهای آنان در مورد ارتباطات را بهبود داد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

ازجمله محدودیت‌های پژوهش مختص بودن نمونه به دختران بالای ۳۰ سال شهر کازرون که محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج به شهرهای دیگر را محدود می‌کند، ازجمله محدودیت دیگر این پژوهش نداشتن گروه پیگیری برای ارزیابی ثبات مداخله، کوچک بودن نمونه و عدم مقایسه آن با درمان‌های رایج شناختی-رفتاری یا روان‌درمانی‌های دیگر را می‌توان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش دانست؛ لذا پیشنهاد می‌شود با انجام پژوهش‌های روان‌شناختی مرتبط با مؤلفه‌های روان‌شناختی تأثیرگذار بر سلامت روان این زنان می‌تواند به شناسایی و درمان مشکلات روانی در این افراد کمک‌های شایان توجهی صورت گیرد.

تعارض منافع

در رابطه با پژوهش حاضر، نویسندگان متعهد می‌شوند که انجام این پژوهش تحت تأثیر ارتباطات خاص با اشخاص یا مراکزی که پژوهش در آن انجام شده است نبوده است و نویسندگان این پژوهش در راستای انجام

پژوهش حاضر از جایگاه حقوقی خود هیچ‌گونه سوءاستفاده‌ای نداشته‌اند و همه مراحل تدوین، آموزش و دیگر تحقیقات مقتضی تاکنون با رویکرد کسب سودهای اقتصادی نبوده است.

سپاسگزاری

نویسندگان از آزمودنی‌های گرامی گروه‌های آزمایش و گواه و نیز از خدمات شورای محترم پژوهشی و از واحدهای پژوهش، که در تصویب این طرح با پژوهشگران نهایت همکاری را داشته‌اند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. هم‌چنین از دانشگاه سلمان فارسی کازرون و اداره‌ی ثبت‌احوال شهرستان کازرون که از راه واگذاری افراد دارای شرایط انجام پژوهش، انجام این پژوهش را شدنی ساختند سپاسگزارند.

منابع

ایزدی، راضیه؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ عسگری، کریم و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱۲(۱)، ۱۹-۳۳. [\[link\]](#)

حسینایی، علی؛ احدی، حسن؛ فتی، لادن؛ حیدری، علیرضا و مظاهری، محمد مهدی (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۲)، ۱۰۹-۱۲۰. [\[link\]](#)

دلاور، علی (۱۳۹۶). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. *نشر ویرایش*. [\[link\]](#)
ذوالفقاری، محمد (۱۳۸۷). تأثیر طرحواره درمانی بر اساندهای زناشویی و باورهای ارتباطی زوجین در شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان. [\[link\]](#)

سالاری، سمانه (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرآیندهای خودشناسی، ارضای نیازهای بنیادین روانشناختی و سلامت روان معلمان زن مطلقه شهرستان پیشوا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود. دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود. [\[link\]](#)

سبوحی، راحله؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ احمدی، سید احمد و اعتمادی، عدرا (۱۳۹۴). تأثیر مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۲(۱)، ۴۲-۵۳. [\[link\]](#)

عباسی، مسلم؛ خزان، کاظم؛ پیرانی، ذبیح و قاسمی‌جوینه، رضا (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکردهای شناختی در زنان جانباز. *مجله طب جانباز*، ۸(۴)، ۲۰۸-۲۰۳. [\[link\]](#)

نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگیان کوله مرز، محمد جواد و بختی، مجتبی (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراجعین متقاضی طلاق. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده. ۴(۱)، ۲۸-۱. [\[link\]](#)

References

- Baucom, D. H. (1987). Attribution in distressed relation: How can we explain them? In S. Duck & D. Perlman (Eds.). *Heterosexual relation, marriage, divorce London: Sage*, 177-206. [[link](#)]
- Bradbury, T. N. & Fincham, F. D. (1992). Attributions and behavior in marital interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 613-628. [[link](#)]
- Fiorillo, D. McLean, C. Pistorello, J. Hayes, S. C. & Follette, W. M. (2017). Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 104-113. [[link](#)]
- Frank, D. Fincham, F. Paleari, G. & Regalia, C. (2002). Forgiveness in marriage: the role of relationship quality, attributions, and empathy. *Personal Relationships*, 9, 27-37. [[link](#)]
- Greenberg, L. & Goldman, R. (2007). Integrating love and power in emotion-focused couple therapy. *European Psychotherapy*, 7 (1), 117-135. [[link](#)]
- Hawke, L. D. Provencher, M. D. & Parikh, S. V. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. *Journal of Affect Disord*, 148(1), 118-122. [[link](#)]
- Hayes S. Lillis S. (2012). Acceptance and commitment therapy. American psychological association publication. [[link](#)]
- Hayes, S. C. Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 3rd. New York, NY: Guilford. 165-171. [[link](#)]
- Hayes, S. C. Strosahl, K. D. (2010). A practical guide to acceptance and importance of being flexible: The ability to enhance and suppress emotional structure and function. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 102-105. [[link](#)]
- Hayes, S. C. Strosahl, K. D. Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy (The Process and Practice of Mindful Change)*. THE GUILFORD PRESS, New York and London. [[link](#)]
- Holmes, B. M. & Johnson, K. R. (2009). Where Fantasy Meets Reality: Media Exposure, Relationship Beliefs and Standards, And the Moderating Effect of a Current Relationship. In: Lamont EP, editors. *Social Psychology: New research. Hauppauge, NY: Nova Science*, 117-134. [[link](#)]
- Meikan, S. Masamichi, S. Naoyuki, T. Tooru, H. & Meie, S. (2009). Climacteric complaints and psychological status in unmarried Japanese women employee with climacteric syndrome. Poster presentations. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107S2 S413-S729. [[link](#)]
- Olsson, P. & Wijewardena, K. (2010). Unmarried women's decisions on pregnancy termination: Qualitative interviews in Colombo, Sri Lanka. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1, 135-141. [[link](#)]

- Scott, W. & McCracken, L. (2015). Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current Opinion in Psychology*, 2, 91–96. [\[link\]](#)
- Siddique, J., Chung, J. Y., Brown, C. H., & Miranda, J. (2012). Comparative effectiveness of medication versus cognitive-behavioral therapy in randomized controlled trial of low-income young minority women with depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 8(6), 995-1006. [\[link\]](#)
- Sumer, N. & Cozzarelli, C. (2004). The impact of adult attachment on partner and self-attributions and relationship quality. *Personal Relationships*. 11, 355–371. [\[link\]](#)
- Zettle, R.D. (2003). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) vs. Systematic Desensitization in Treatment of Mathematics Anxiety. *The Psychological Record*, 53,197-215. [\[link\]](#)

References (In Persian)

- Abbasi, Moslem, Khazan, Kazem, Pirani, Zabih and Ghasemi Jubneh, Reza. (1395). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive functions in veterans. *Journal of Veterans Medicine*, 8 (4), 208-203. [\[link\]](#).
- Delawar, Ali (1396). Research methodology in psychology and education. Publish Virayesh. [\[link\]](#).
- Husseinayi, Ali; Ahadi, Hassan; Fathi, Ladan; Heidari, Alireza and Mazaheri; Mohammad Mehdi. (1392). The Effectiveness of Admission and Commitment-Based Learning on Job Stress and Burnout. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19 (2), 120-109. [\[link\]](#).
- Izadi, Razieh; Taher Neshat Dost, Hamid; Asgari, Karim and Abedi, Mohammad Reza. (1393). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy on the symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 12 (1), 33-19. [\[link\]](#).
- Narimani, Mohammad, Abbasi, Moslem, Mohammad Javad & Bakhti, Mojtaba. (2015). Comparing the effectiveness of two approaches to acceptance and commitment training (ACT) and group narrative therapy on the adjustment of early maladaptive schemas in applicants of divorce. *Quarterly Journal of Family Counseling and psychotherapy*. 4 (1), 28-1. [\[link\]](#)
- Sabouhi, Raheleh, Fatehi Zadeh, Maryam, Ahmadi, Seyed Ahmad and Etemadi, Ozra. (1394). The effect of counseling based on admission and commitment approach to quality of life of women referred to the cultural centers of Isfahan. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 2 (1), 53-42. [\[link\]](#).
- Salari, Samane. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-knowledge, satisfy the fundamental needs of psychological and mental health teachers of divorced women in the Pishva city. *MSC thesis of Psychology, Islamic*

Azad University, Shahroud, Iran. Faculty of Literature and Humanities of Islamic Azad University, Shahroud. [\[link\]](#)

Zolfaghari, Mohammad. (2008). The Effect of Schema Therapy on Marital Attribution and Couples' Belief Beliefs in Isfahan. Master's Thesis. University of Esfahan. [\[link\]](#).

