

اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زوجین

آتنا ترابیان^۱، صغری افکانه^۲، پریناز بنی سی^۳

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

^۲ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران

^۳ دانشیار پایه ۱۸، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زوجین بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی منطقه ۶ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که برای دریافت خدمات درمانی به این مرکز مراجعه کردند که تعداد آن ها برابر با ۲۴۵۰ نفر بود. حجم نمونه در تحقیقات نیمه آزمایشی برابر ۳۰ نفر از زوجین را که تمام ملاک های ورود را داشته باشند، به صورت هدفمند انتخاب و سپس بصورت تصادفی ساده (قرعه کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل خلاصه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۰) بود. تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده، به دو روش توصیفی و استنباطی از طریق نرم افزار SPSS22 انجام شد. در این تحقیق از آمار توصیفی برای محاسبه میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق و نشان دادن فراوانی و نمودارهای مربوط به آن استفاده شده و از آمار استنباطی به منظور بررسی فرضیه های تحقیق استفاده گردیده. قبل از آزمودن فرضیه ها، مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شده. سپس مفروضه همگنی واریانس ها از طریق آزمون لوین در تمام متغیرهای دو گروه بررسی شد. برای گزارش نتایج از معناداری آزمون های آماری مورد نظر و اندازه از اثر متغیر مستقل استفاده شده. برای تجزیه و تحلیل داده های آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شده است. نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زوجین اثربخش است.

واژه های کلیدی: پذیرش و تعهد، بهزیستی روانشناختی، زوجین

مقدمه:

با توجه به گذار جامعه ما از جامعه سنتی به صنعتی و مدرنیسم، مشکلات خانواده، آسیب ارتباطی و نقش‌ها یکی از معضلات مهم در حیطه بهداشت روان خانواده‌ها است. مراجعات فراوان به مراکز خانواده درمانی و مداخله در بحران و افزایش رفتارهای کمک‌خواهانه تخصصی، نشان از وجود یک معضل جدی در بهداشت روان خانواده دارد. در رابطه زناشویی و دوست داشتن، حس تعلق و مهم بودن برای فرد مقابل اهمیت بالایی دارد. زمانی که خیانت اتفاق می‌افتد، فرد دچار آزرده‌گی، خشم و عصبانیت می‌شود و دیگران معنی حسادت به آن می‌دهند. خیانت به صورت کلی عبارت است از نقص اعتماد و شکستن توافق زن و شوهری درباره انحصار روابط جنسی، احساسی و عاطفی متقابل (کاوه، ۱۳۹۸).

از جمله عواملی که بر میزان بهبود روابط زناشویی زوجین تأثیرگذارند، می‌توان به بهزیستی روانشناختی اشاره کرد. بهزیستی روانشناختی از طریق شش فرایند اصلی هم پوش و مرتبط به هم حاصل می‌شود: پذیرش (تمایل به تجربیات درونی بدون تلاش برای تغییر فراوانی یا حالت آن‌ها)، گسلس شناختی (توانایی جدا کردن افکار، هیجانات، احساسات بدنی و تکانه‌ها از موقعیت‌های واقعی و انتخاب رفتارهایی که متناسب با بافت کنونی است)، توجه آگاهی (بودن کامل در زمان حال در هر لحظه)، خود به عنوان بافتار تشخیص اینکه فرد چیزی فراتر از تجارب درونی اش است، ارزش‌ها اصول شخصی منتخب و هدایت‌گر که مسیر زندگی فرد را مشخص کرده و به او احساس معنا می‌دهد، اقدام متعهدانه رفتارهایی که در مسیر ارزش‌های شخص و بسته به بافتاری که در آن قرار دارد به صورت منعطف انتخاب می‌شوند (مارتین و مارش، ۲۰۱۴).

از آن جا که آسیب‌های روان شناختی تنش‌های روابط زناشویی، به صورت مزمن بروز می‌کند؛ این امر لزوم مداخله‌های روان شناختی را مطرح می‌کند. یکی از مداخلات رایج در زمینه اختلالات روانشناختی و هم‌چنین آسیب‌های خانوادگی، رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در مداخله طرحواره درمانی سعی می‌شود تا با به کارگیری مبانی و روش‌های آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مانند دلبستگی، روابط شی، ساختارگرایی و روان تحلیل‌گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آن‌ها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را ارائه دهد. یکی از رویکردهایی که اثربخشی آن در زمینه‌های

^۱ Psychological well-being

^۲ Martin, A, J & Marsh, H.

^۳ Acceptance and commitment training

بسیاری به تأیید رسیده، طرحواره درمانی است که لیهی بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام از مدل فراسناختی هیجانانگیز ارائه کرده است. طبق این مدل، افراد در شیوه تجربه هیجانانگیز و مفهوم سازی آنها متفاوتند و بسته به باورهایی که درباره هیجانانگیز خود دارند، روش های متفاوتی برای اقدام انتخاب می کنند. افرادی که هیجانانگیز منفی زیادی دارند، به بروز کنش های شدید در موقعیت های نسبتاً اضطراب زا یا نامطلوب تمایل دارند. این افراد خود را سرزنش کرده و به شدت انتقاد می کنند و به دیگران بیش از حد حساسیت نشان می دهند. این خصیصه های منفی، در دراز مدت سبب جدایی و فاصله افراد از یکدیگر شده، به بروز شکست های عاطفی بیشتر در روابط منجر می گردند (داتیلیو، ۲۰۱۶).

پژوهش ها نشان می دهد یکی از عوامل مؤثر بر بروز تعارض و ناسازگاری ها در زوجین بهزیستی روانشناختی پایین است (هالی، کلودیا و ایرنی، ۲۰۱۸). بهزیستی روان شناختی در دوره اخیر در ادبیات پژوهشی به وفور مورد بررسی قرار گرفته است و دامنه مطالعات آن از حوزه زندگی فردی به تعاملات اجتماعی کشیده شده است (کول، ۲۰۱۲). بهزیستی روانی شامل دریافت های فرد از میزان هماهنگی بین هدف ها معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی های مستمر به دست می آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می شود. بهزیستی، اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه های فرد را در بر می گیرد. بهزیستی روانی شامل ارزش های شناختی افراد از زندگی می شود. آن ها، شرایط خود را که به انتظارات ارزش ها و تجارب قبلی شان وابسته است ارزش گذاری می کنند (خدایانهی و همکاران، ۱۳۸۹). طبق دیدگاه (راین و دسی ۲۰۰۱) دو رویکرد عمده در تعریف بهزیستی وجود دارد: لذت گرایی و فضیلت گرایی. بر اساس رویکرد لذت گرایی، بهزیستی شامل شادکامی ذهنی، لذت و اجتناب از درد است. در مقابل رویکرد فضیلت گرایی بیان می کند که واژه بهزیستی هنگامی ارزشمند است که با شادکامی صرف فاصله داشته باشد. زوجینی که بهزیستی روانشناختی بالایی 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 زوجینی که انعطاف پذیر نیستند، از نظر روان شناختی تاب آوری بیشتری

^۴Schema Therapy

^۵Lee - Hey

^۶Dattilio

^۷Holley, R., Claudia, M., & Irene, C.

^۸psychological well-being

^۹Cole, K.

دارند(هاگلودن، نستادت، کوپر سوتویک و چارنی ، ۲۰۱۵). بهزیستی روانشناختی افراد را قادر می سازد تا با بیماری و چالش های سخت آن کنار بیایند و در برخورد با مشکلات زندگی حتی در شرایط بسیار نامطلوب مهارت پیدا کنند(عینی، هاشمی و عبادی کسبخی، ۱۳۹۹).

مداخلات روانشناختی می تواند با ارتقاء بهزیستی روانشناختی و نیز کاهش فشار روانی به افزایش سلامت روانی اعضاء خانواده کمک نماید. یکی از مداخلات پیش رو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کند(وود و رابرتز ، ۲۰۱۵). در این درمان سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلا اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به فرد آموخته می شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر 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 (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 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 غیر منطقی، وسواسی، 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 رضایت از زندگی، افسردگی، اضطراب، وضعیت کاری و عملکرد روان شناختی تاثیر معنی داری دارد(جانسون، فوستر، شنان، استراکی

جانسون

و

استراکی

^۱Haglund, M., Nestadt, PS., Cooper, NS., Southwick, SM., & Charney, DS.

^۲Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

^۳Wood, D., & Roberts, B. W.

^۴Thomas N & et al.

، (۲۰۱۰). مدل ها و راهکارهای درمانی جدیدی برای تبیین این پدیده و آسیب اجتماعی و عوامل موثر بر آن و راه های پیشگیری از آن ارائه شده است، اما با این حال آمار متقاضیان طلاق در جوامع مختلف و جامعه ایران نگران کننده است. آمار منتشره 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.

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از جمله طرح های نیمه آزمایشی، به صورت پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل می باشد که هر دو گروه دو بار مورد مشاهده (اندازه گیری) قرار می گیرند. نخستین مشاهده با اجرای یک پیش آزمون و دومین آن با اجرای یک پس آزمون صورت می گیرد.

جامعه آماری پژوهش

جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی منطقه ۶ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند که برای دریافت خدمات درمانی به این مرکز مراجعه کردند که تعداد آن ها برابر با ۲۴۵۰ نفر بود.

حجم نمونه و روش نمونه برداری

حجم نمونه در تحقیقات نیمه آزمایشی برابر با ۱۰ الی ۳۰ نفر است (حسن زاده، ۱۳۹۶). بدین صورت در این پژوهش نیز تعداد ۳۰ نفر از زوجین را که تمام ملاک های ورود را داشته باشند، به صورت هدفمند انتخاب و سپس بصورت تصادفی ساده (قرعه کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

مقیاس ها

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۰)

ریف (۱۹۸۰) برای اندازه گیری این سازه ها، مقیاس های بهزیستی روان شناختی همچون پرسشنامه ۸۴ عبارتی، ۱۴ عبارتی، ۹ عبارتی و ۳ عبارتی را طراحی کرد. پس از بررسی های اولیه نسخه ی اصلی مقیاس های بهزیستی روان شناختی که دارای ۸۴ عبارت است، تهیه شد. سپس نسخه های ۵۴ عبارتی و فرم کوتاه ۱۸ عبارتی طراحی شد. این پرسش نامه ۵۴ سوالی ۶ مولفه اصلی الگوی بهزیستی روان شناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد و بنابراین دارای ۶ مقیاس است و برای هر زیر مقیاس ۳ عبارت در نظر گرفته شده است. ابعاد مختلف آن شامل: (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) می باشد و با طیف پنج گزینه ای لیکرت طراحی شده است. نمرات بالاتر نشان دهنده

^۱Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey N, & Johnson A

بهزیستی روانشناختی بالاتر در فرد پاسخ دهنده می باشد و برعکس. آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است (ریف، ۱۹۹۵). در ایران طی پژوهشی که با نمونه ای دانشجویی انجام شده است، همسانی درونی با بهره گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۶۹، رشد شخصی ۰/۷۴، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۶۵، خودمختاری ۰/۶۰ و نمره کلی ۰/۹۰ بود (میکائیلی، ۱۳۸۹). پایایی این پرسشنامه در تحقیق بیانی (۱۳۹۲) تحت عنوان بررسی جنبه های بهزیستی افراد و نقش آن در سلامت بدنی و روانی برابر با ۰/۸۲ محاسبه گردیده است. همچنین روایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ بدست آمده که مورد تایید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده از پرسشنامه بدست آمده بالا بوده و نشان دهنده پایایی عالی پرسشنامه است و می توان گفت محقق از نتیجه پرسشنامه برای اجرای نهایی اطمینان دارد. فخاری و همکاران (۱۳۹۰) نیز به بررسی مشخصات روانسنجی این پرسشنامه اقدام نمودند. تحلیل عاملی انجام شده توسط آنها بهزیستی روانشناختی موجود در این پرسشنامه را تایید نمود. در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تاییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمد.

جدول ۱. خلاصه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (برگرفته از کتاب هنرپروران و همکاران؛ ایزدی و عابدی،

(۱۳۹۳)

ساختار جلسات (ACT)	
معرفی اعضای گروه و اجرای پیش آزمون	جلسه اول
بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره ای	
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: که در این شرایط می توان بر نادیده گرفتن ارزش ها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد.	

<p>معرفی سیستم های ناکارآمد گذشته (آشنایی با تلاش های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف)</p>	
<p>نقد و بررسی تکلیف قبل: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود کنترل به عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه حل)، (آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است) تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق</p>	<p>جلسه دوم</p>
<p>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 شفاف سازی ارزش ها</p>	<p>جلسه سوم</p>
<p>ارزیابی عملکرد. هدف جلسه: تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده گری سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف سازی ارزش ها</p>	<p>جلسه چهارم</p>
<p>هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزش ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش ها و تفهیم آن "تمایل / پذیرش" را ارزشمند جلوه می دهد. ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن تمرینات مربوط به سازگاری و صمیمیت از رنج های زندگی</p>	<p>جلسه پنجم</p>
<p>هدف جلسه کمک به افراد گروه که پیوسته حوزه های زندگی را که مطابق با ارزش های فرد نیست، بشناسد. فرد باید پیوسته ارزش هایش را به عنوان منشأ تعهد درک کند و آنها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد. انتخاب ها در برابر قضاوت ها / تصمیم ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش ها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزش ها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر)</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>هدف از این جلسه کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعال سازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیت های خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزش های بزرگتر درمانجو مشخص شده است.</p>	<p>جلسه هفتم</p>

<p>ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش ها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون صمیمیت و سازگاری از داشتن رنج</p>	
<p>ارزیابی عمل متعهدانه: آموزش درمانجو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارت های آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به کار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست های احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT، پیام اصلی ACT دو علامت اختصاری مهم در زندگی زناشویی براساس مد ACT، ارائه خلاصه ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس آزمون تکالیف پیشنهادی: ثبت اهداف مراجع به عنوان مثال ۱ ماه تا ۶ ماه بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان پایان درمان و پیشگیری از عود. ادامه جلسات می تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی و بعد از گذشت سال به ملاقات های سه ماهه</p>	<p>جلسه هشتم</p>

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی نشان داد که ۵۰٪ آزمودنی ها در گروه شاهد و ۵۰٪ نیز در گروه آزمایش و همچنین ۳۳٪
 آزمودنی ها بین ۲۵ الی ۳۳ سال، ۴۰٪ بین ۳۴ الی ۴۰ سال و ۲۷٪ نیز بین ۴۰ الی ۵۰ سال می باشند.
 در جدول زیر شاخص های میانگین و انحراف معیار مؤلفه های بهزیستی روانشناختی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون
 آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه های بهزیستی روانشناختی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	پیش آزمون	پس آزمون
پذیرش خود	آزمایش	۱۲/۶۵	۲/۳۲	۱۶/۰۰	۰/۷۹
	کنترل	۱۲/۹۴	۲/۸۲	۱۳/۰۶	۲/۴۶
تسلط محیط	آزمایش	۱۳/۷۶	۱/۸۵	۱۶/۲۴	۱/۰۳
	کنترل	۱۳/۴۷	۲/۴۲	۱۳/۰۶	۲/۹۲
ارتباط مثبت با دیگران	آزمایش	۱۳/۲۹	۲/۶۱	۱۵/۷۶	۱/۴۴
	کنترل	۱۳/۴۷	۲/۶۹	۱۳/۴۱	۲/۹۲
هدفمندی در زندگی	آزمایش	۱۳/۴۱	۲/۲۶	۱۶/۴۱	۰/۸۷
	کنترل	۱۳/۷۶	۲/۰۵	۱۳/۸۸	۲/۴۲۱
رشد شخصی	آزمایش	۱۳/۳۵	۲/۲۹	۱۵/۷۱	۱/۴۰۴
	کنترل	۱۳/۴۱	۲/۹۸	۱۴/۱۲	۲/۳۴۲
استقلال	آزمایش	۱۱/۰۶	۲/۱۹	۱۴/۱۲	۱/۵۳۶
	کنترل	۱۱/۷۱	۲/۲۱	۱۱/۰۰	۲/۵

داده های جدول ۲ میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه های مقیاس بهزیستی روانشناختی را نشان می دهد. با نگاهی اجمالی در میانگین نمرات هر دو گروه در مرحله پیش آزمون مشخص شود میانگین نمرات در این مرحله تفاوت و فاصله چندانی با هم ندارند. این امر معنی همگنی دو گروه قبل از درمان می باشد. همانطور که ملاحظه می شود در مرحله پس آزمون افزایش بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می باشد.

جهت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، پیش فرض همگنی شیب رگرسیون در تعامل بین گروه و پیش آزمون در عامل های استقلال ($P > 0.05$, $F = 0.362$) تسلط محیطی ($P > 0.05$, $F = 1.323$) رشد شخصی ($P > 0.05$, $F = 0.041$) پذیرش خود ($P > 0.05$, $F = 0.158$) ارتباط موثر با دیگران ($P > 0.05$, $F = 1.323$) هدفمندی در زندگی ($P > 0.05$, $F = 1.196$) هدفمندی در زندگی ($P > 0.05$, $F = 1.857$) پذیرش خود ($P > 0.05$, $F = 1.130$)؛ با درجه آزادی ($P > 0.05$, $F = 0.104$)؛ پیش فرض همگنی واریانس درون گروهی با استفاده از آزمون لوین در مؤلفه های استقلال ($P > 0.05$, $F = 2.578$) تسلط محیطی ($P > 0.05$, $F = 1.985$) رشد شخصی ($P > 0.05$, $F = 0.158$) ارتباط موثر با دیگران

۱ و ۲۸ و پیش فرض نامه بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون‌های شاپیروویلکز محاسبه شد و تمامی این پیش فرض ها برای استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرار بود. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در مرحله پس آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چند متغیره مؤلفه های بهزیستی روانشناختی در مرحله پس آزمون

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	شدت اثر
پذیرش خود	۷۹/۱۷۶	۱	۳۹/۵۸۸	۱۴/۴۶۰	۰/۰۲۱	۰/۳۴
تسلط محیطی	۸۷/۶۸۶	۱	۴۳/۸۴۳	۱۰/۳۶۴	۰/۰۱۵	۰/۳۱
ارتباط مثبت با دیگران	۵۰/۲۳۵	۱	۲۵/۱۱۸	۶/۱۸۵	۰/۰۱۴	۰/۲۹
هدفمندی در زندگی	۵۴/۸۶۳	۱	۲۷/۴۳۱	۱۰/۶۳۹	۰/۰۴۱	۰/۲۶
رشد شخصی	۲۲/۶۲۷	۱	۱۱/۳۱۴	۳/۲۴۴	۰/۰۴۸	۰/۲۷
استقلال	۸۵/۴۵۱	۱	۴۲/۷۲۵	۱۲/۷۶۱	۰/۰۳۲	۰/۲۵

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در مورد مقایسه این نام را در مؤلفه های بهزیستی روانشناختی زوجین در مرحله پس آزمون را نشان می دهد. همانطور که ملاحظه می شود مقدار ($F=460/14$ در پذیرش خود)؛ ($F=364/10$ در مؤلفه تسلط بر محیط)؛ ($F=185/6$ در مؤلفه ارتباط مثبت با دیگران)؛ ($F=639/10$ در مؤلفه هدفمندی در زندگی)؛ ($F=244/3$ در مؤلفه رشد شخصی) ($F=761/12$ در مؤلفه استقلال) و با درجات آزادی ۱ و ۲۸ و $P<0/05$ معنادار می باشد. بنابراین می توان نتیجه گرفت بین مؤلفه های بهزیستی روانشناختی در زوجین گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و تفسیر

نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زوجین اثربخش است. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود بهزیستی روانشناختی زوجین می گردد. این نتایج با نتایج جلوداری (۱۳۹۸)، عباسی (۱۳۹۷)، اسوین، هانکوک، هینسورث و باومن (۲۰۱۹)، وانگ، ژو، یو، ران، لئو و چن (۲۰۱۸)، ویکفیلد، راباک و بایدن (۲۰۱۸)

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

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

^۳Wakefield S, Roebuck S & Boyden P.

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 های 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 رویکرد 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 می دهد چگونه روش های اجتناب و کنترلی تا کنون ناکارآمد بوده و منجر به تشدید مشکلات شده اند و سپس کمک می کند 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 رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک می کند زوجین ارزش های شخصی خود را که تاکنون به آنها بی توجه بوده مشخص کنند، فعالیت های لازم برای رسیدن به این ارزش ها تعیین نمایند و در نهایت کمک می کند زوجین فعالیت های لازم را برای رسیدن به اهداف خود با توجه به بهزیستی روانشناختی به انجام برسانند. از آنجایی که افرادی که از کمبود بهزیستی روانشناختی رنج می برند در حال پژمردگی و امیدی خاموشی می باشند که ثمره فقدان معنا، هدف و هر چیز مثبت دیگری در زندگی شان است. پژمردگی یک عارضه نادیده گرفته شده است که در اصل نقطه مقابل سلامت روان است. افراد در حال پژمردگی ساکن خالی و پوچ هستند، اما افراد در حال شکوفایی برای زندگی شور و اشتیاق دارند و به صورت فعال و مولد درگیر جامعه و افراد دیگر می شوند عباسی (۱۳۹۷). بدین ترتیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تشبیهات، استعارات و مثال ها روش های ناکارآمد قبلی فرد به افزایش بهزیستی روانشناختی کمک می کند.

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.
- افرازی زاده، سید فیض الله. (۱۳۹۶). بهزیستی روانشناختی: با تأکید بر عزت نفس و باورهای فراشناخت. انتشارات راز نهران.
- بحرینی، زهرا و ثناگوی محرر، غلامرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی و تاب آوری نوجوانان بدون سرپرست. سلامت اجتماعی، ۶(۱)، ۷۹-۷۰.
- پورصادق، معصومه؛ رنگی، وحید و دهقانی، وحیده. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آزار عاطفی، دزدگی زناشویی و بخشودگی زناشویی زوجین متعارض، هفتمین کنفرانس بین المللی دانش و فناوری علوم تربیتی مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران، تهران.

تیلکی، مهدیس. (۱۳۹۷). اثر بخشی آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن، فصلنامه علمی مطالعات روانشناختی، دوره ۱۴، شماره ۳ - شماره پیاپی ۵۲، پاییز ۱۳۹۷، صفحه ۱۶۳-۱۷۸ جلوداری، سمیرا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و ناگویی هیجانی در زنان دچار سرطان پستان، فصلنامه روانشناسی کاربردی، دوره ۱۳، شماره ۴ - شماره پیاپی ۴، زمستان ۱۳۹۸، صفحه ۵۲۷-۵۴۸ 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.

ربیعی، مهدی؛ زره پوش، اصغر؛ پالانگ، حسن و زارعی محمود آبادی، حسن. (۱۳۹۸). رابطه بین مؤلفه های تنظیم شناختی - هیجانی و اختلالات اضطرابی. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۱(۵).

سیدجعفری، جواد؛ معتمدی، عبدالله؛ مهرداد صدر، محمد؛ علمایی، مرضیه و هاشمیان، سید سپهر. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری سالمندان. مجله روانشناسی پیری، دوره ۳، شماره ۱، ۲۹-۲۱. صادقیان، زهرا. (۱۳۹۶). از حرمت خود تا بهزیستی روانشناختی. انتشارات سنجش و دانش.

عینی، ساناز؛ هاشمی، زهره و عبادی کسبخی، متینه. (۱۳۹۹). بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲: نقش سرسختی روانشناختی، حس انسجام و راهبردهای مقابله ای. روانشناسی سلامت، ۹ (۲): ۱۳۶-۱۲۱.

عباسی، مسلم. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی، مهارتمندی هیجانی و بهزیستی روانشناختی پرستاران، محل انتشار: همایش ملی روان شناسی و سلامت با محوریت خانواده و زندگی سالم عباسی امیرهنده، الهام. (۱۳۹۷). بهزیستی روانشناختی و سرسختی ذهنی شناگران. انتشارات آذرفر.

کاوه، سعید. (۱۳۹۸). همسران و بی وفایی و خیانت: بررسی عوامل مؤثر و شناخت ویژگی ها و عوامل تشکیل دهنده و پیامدهای ناشی از عارضه بی وفایی و خیانت میان همسران، انتشارات سخن.

کاویانی، حسین و موسوی، اشرف سادات. (۱۳۹۵). ویژگی های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۶۶(۲)، ۱۴۰-۱۳۶.

ب. منابع انگلیسی

- Anderson, T. (2017). *An Updated and Theoretical Rational for Interaction* (IT Forum Paper No. 63). Athabasca University
- Bagarozzi, D. A. (2011). *Enhancing Intimacy in Marriage: A Clinician's Handbook*. Brunner-Routledge.

- 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.
- Cole, K. (2012). *Well-being, psychological capital, and unemployment*. Carvert, R.H. (2006). Ambiguity intolerance: An impediment to inferential reasoning. Stone hill College, 2348-55.
- Dattilio, F. M. (2016), Restructuring schemata from family of origin in couple therapy, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An Int Quarterly*, 20(4): 359-373.
- Engle J, M.Follette V. (2018). An experimental comparison of two Acceptance and Commitment Therapy (ACT) values exercises to increase values-oriented behavior. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10: 31-40.
- Haglund, M., Nestadt, PS., Cooper, NS., Southwick, SM., Charney, DS. (2015). Psychobiological mechanisms of resilience: *relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology*. *Dev Psychopathol*, 19(3): 889-920.
- Hayes SC. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*; 40(7):976-1002.
- 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: 408-430.
- 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.
- 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
- 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 *andomized 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: 1-13

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.

