

Research Article

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on feelings of loneliness, shame, and guilt in female applicants for divorce

N. Abusaeidi Moghadam¹, Gh. R. Sanagouye Moharer^{1*} & M. Shirazi²

1. Department of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran
2. Department of General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

Abstract

Aim: The purpose of this study was to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the feelings of loneliness, shame, and guilt in female applicants for divorce. **Method:** The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test, three-month follow up and control group. The statistical population consisted of 3823 divorce cases from which 983 cases were referred to Kerman Welfare Counseling and Psychological Services Center for divorce counseling by Kerman Family Court in 2018-2019. Instrument were Russell, Peplau and Cutrona (1980) Loneliness scale and Orth, Robins and Soto (2006) self-conscious emotions questionnaire. Using convenience sampling, among 98 female respondents, 30 respondents who scored above 60 on the loneliness scale and 12 on the shame and guilt were selected and randomly assigned into two groups of 15 experimental and control. Therapy Bach & Moran (2008) Acceptance and Commitment was conducted in the experimental group in 11 sessions of 90-minute once a week and data were analyzed using mixed analysis of variance with repeated measures. **Results:** The results showed that at 99% confidence level, acceptance and commitment therapy reduced feelings of loneliness ($F=52.5$), shame ($F=297.81$) and guilt ($F=4.187$) in female divorce applicants and this effect remained stable after the follow-up stage. **Conclusion:** Since acceptance and commitment therapy is using metaphors and emphasizing on values, it leads to reduction of feelings of loneliness, shame and guilt in women seeking divorce; so, it can be used to lessen the loss caused by divorce.

Key words: acceptance, commitment, divorce, guilt, loneliness, shame

Citation: Abusaeidi Moghadam, N., Sanagouye Moharer, Gh. R., & Shirazi, M. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on feelings of loneliness, shame, and guilt in female applicants for divorce. *Quarterly of Applied Psychology*, 14(1): 35-54.

Available Online:
28 March 2020

Received: 01 June 2019
Accepted: 03 February 2019

Corresponding Author:
sanagoo@iauzah.ac.ir

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق

نجمه ابوسعیدی مقدم^۱، غلامرضا ثناگوی محرر^{۱*} و محمود شیرازی^۲

۱. گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران
۲. گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری سه ماهه و گروه گواه و جامعه آماری شامل ۳۸۲۳ پرونده طلاق بود که ۹۸۳ پرونده از سوی دادگاه خانواده شهرستان کرمان در سال ۹۸-۱۳۹۷ برای انجام مشاوره طلاق به مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی بهزیستی شهرستان کرمان ارجاع شده بود. به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از میان ۹۸ زن که به پرسشنامه‌های احساس تنهایی راسل، پیلوا و کاترنا (۱۹۸۰) و عاطفه خودآگاه اورث، روبین، و سوتو (۲۰۰۶) پاسخ دادند؛ ۳۰ نفر که در مقیاس تنهایی نمره بالای ۶۰ و در مقیاس شرم و گناه نمره بالای ۱۲ را کسب کردند؛ انتخاب و پس از هم‌تاسازی به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باخ و موران (۲۰۰۸) به شیوه گروهی در ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته یکبار در مورد گروه آزمایش اجرا و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح ۹۹ درصد اطمینان توانسته است که احساس تنهایی ($F=52/5$)، شرم ($F=297/81$) و گناه ($F=470/18$) زنان متقاضی طلاق را کاهش دهد و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بماند. **نتیجه‌گیری:** از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از استعاره‌ها و تأکید بر ارزش‌ها منجر به کاهش احساس تنهایی، شرم و گناه در زنان متقاضی طلاق می‌شود؛ بنابراین می‌توان از آن برای کاهش بخشی از آسیب‌های ناشی از طلاق استفاده کرد.

انتشار: ۹۹/۰۱/۰۹

دریافت مقاله: ۹۸/۰۵/۱۱
پذیرش مقاله: ۹۸/۱۱/۱۴

نویسنده مسئول: sanagoo@iauzah.ac.ir

کلیدواژه‌ها: پذیرش، تنهایی، تعهد، شرم، گناه، طلاق

استناد به این مقاله: نجمه ابوسعیدی مقدم، نجمه، ثناگوی محرر، غلامرضا، و شیرازی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۴(۱) (پیاپی ۵۳): ۵۴-۳۵.

مقدمه

رابطه زناشویی سنگ بنای اولیه ارتباطات خانوادگی است؛ در این رابطه احترام و همکاری متقابل، نیازهای همسران را ارضا می‌کند (بیتزمن و سوریر، ۲۰۱۴) و موجب می‌شود که افراد شادتر، سالم‌تر و بانشاط‌تر زندگی کنند (اوسلندر و رزنتال، ۲۰۱۰). تجربه چنین ازدواجی فرصت‌هایی از قبیل مصاحبت، تعامل باز و حمایت را در اختیار افراد قرار می‌دهد (کیلاوی، فتحی، دادرس، دانش پور، علمی و التالیب، ۲۰۱۷)؛ اما به نظر می‌رسد که همواره این چنین نیست. ریرا، گاهی ازدواج توسط برخی از عوامل بیرونی و درونی مورد تهدید واقع می‌شود و افراد به‌طور اجتناب ناپذیری به سمت طلاق پیش می‌روند. طلاق به‌عنوان یک دوره تحولی که مسیر زندگی افراد را تغییر می‌دهد (کونستام، کاروین، لیونز و کلن-دمیرتاس، ۲۰۱۶)؛ بسیاری از افراد را گرفتار احساس تنهایی^۱ (آرتسن و جیلها، ۲۰۱۱) شرم و گناه^۲ می‌کند (اورث، روبین و سوتو، ۲۰۱۰).

احساس تنهایی با از دست رفتن روابط صمیمانه و با ارزیابی ذهنی افراد از انزوای اجتماعی آن‌ها ارتباط دارد (شانگر، مک مون، دماکاکوس، هامر و استپتو، ۲۰۱۷) و منجر به مشکلات سلامت روان می‌شود و خطر ابتلاء به اختلال‌های روانی از قبیل افسردگی (ساسیپو، هاولی و سپید، ۲۰۱۰) و نقص‌های شناختی را افزایش می‌دهد (شانگر، هامر، مک مون و استپتو، ۲۰۱۳). در حقیقت تنهایی با رضایت اندک از زندگی (فیوری و کونسدین، ۲۰۱۳) و بهزیستی روانشناختی ارتباط دارد (چن و فلی، ۲۰۱۴). در احساس تنهایی تفاوت‌های جنسی نقش دارد و زنان در مقایسه با مردان احساس تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند (مطیعی، آقاییوسفی، چوبسلز و شقاقی، ۱۳۹۰؛ هانسن و سلاگسولد، ۲۰۱۶) و نسبت به تنهایی آسیب پذیری بیشتری دارند و بیشتر این تنهایی را به از دست رفتن ازدواج و یا بیوگی خود نسبت می‌دهند (آرتسن و جیلها، ۲۰۱۱). این تفاوت‌ها عمدتاً تحت تأثیر وضعیت اقتصادی اجتماعی و شکل زندگی آن‌ها قرار دارد (هانسن و سلاگسولد، ۲۰۱۵؛ بوسمن، جانسن، شفمن، هاجما و فرن، ۲۰۱۵). از سوی دیگر بعد از طلاق شبکه اجتماعی حول و حوش افراد مطلقه عمدتاً از دست می‌رود و یا کوچک‌تر می‌شود (کونستام و همکاران، ۲۰۱۶).

شرم حالت ناخوشایندی است (مک کلاری-سیلز، نامی، نیونی، ری مامو، سالواتوری و همکاران، ۲۰۱۶) که خودارزیابی منفی و مزمن (کارپنتر، تیگنور، تسانگ و ویلت، ۲۰۱۶) حاصل از آن باعث می‌شود که افراد به خاطر شکست، کمتر خود را ببخشند (فیشر و اکسلین، ۲۰۱۰). احساس گناه هم با خود انتقادی مزمن افراد همراه است (کارپنتر و همکاران، ۲۰۱۶). وقتی احساس گناه به خود انتقادی منجر شود؛ با افسردگی ارتباط قدرتمندی می‌یابد (سبودوا و جورجنسون، ۲۰۱۱).

1. loneliness
2. shame and guilt

در کل، احساس شرم و گناه هیجان‌های ناخوشایندی هستند و زمانی افراد آن‌ها را تجربه می‌کنند که در برآورده ساختن معیارهای اخلاقی و اجتماعی مهم زندگی خود شکست خورده باشند (هاشمی، درتاج، سعدی پور و اسدزاده، ۱۳۹۶). از سوی دیگر، احساس شرم و گناه قویاً با هیجان‌های افسرده ساز در ارتباطاند و معمولاً باعث افسردگی می‌شوند (گازل و لچ، ۲۰۱۱).

زمانی که افراد احساس کنند که کنترل بر زندگی خود را از دست داده‌اند؛ احساس شرم و گناه بیشتری را تجربه می‌کنند (اورث و همکاران، ۲۰۱۰). در این زمینه تفاوت‌های جنسی تأثیر دارد و مشخص شده است که زنان با شدت بیشتری این هیجان‌ها را تجربه می‌کنند (اورث و همکاران، ۲۰۱۰). این هیجان‌ها با بهزیستی روان‌شناختی افراد ارتباط منفی دارد (یانگ، نیپورز، دیپلو، تراپلور و تامکینز، ۲۰۱۶) و باعث می‌شود که افراد بعد از تجربه شکست بر خود متمرکز شوند (مک کلاری-سیلز و همکاران، ۲۰۱۶) و اعتبار شخصی و اجتماعی خود را زیر سؤال ببرند (دهوگ، ۲۰۱۴) که بسته به میزان کنترل و خودمختاری که افراد در زندگی شان تجربه می‌کنند؛ احساس شرم و گناه پیامدهای متفاوتی برای آن‌ها دارد (پوتی، کامودکا و راپینو، ۲۰۱۶). به‌عنوان مثال در پژوهش گازل، ویگنول و لچ (۲۰۱۶) افرادی که نگران تصویر اجتماعی خود بودند و فکر می‌کردند که این تصویر آسیب دیده است؛ به شدت احساس طرد و انزوای اجتماعی می‌کردند؛ از سوی دیگر، افرادی که نگران بودند که شکست منجر به آسیب تصویر اجتماعی آن‌ها شده است؛ تمایلی در جهت بهبود این تصویر نداشتند.

با این وجود، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که احساس تنهایی و شرم و گناه را می‌توان با استفاده از روش‌های مؤثر مداخله‌ای بهبود بخشید (سانتینی، فیوری، فنی، تیرووالاس، هارو و همکاران، ۲۰۱۶). یکی از مداخله‌های مناسب در این زمینه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است. پژوهش‌ها هم بر تأثیر آن اشاره دارند (پترسون، ایفرت، فینگولد و داویدسون، ۲۰۰۹) و کارآمدی آن را در درمان طیف وسیعی از مشکلات سلامت روان نشان داده‌اند (استروسال و روبینسون، ۲۰۱۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار درمانی تجربیاتی است که مبتنی بر پذیرش است که به هدف قرار دادن اجتناب تجربه‌ای، تجربیات ناخوشایند را تحت کنترل فرد درمی‌آورد (اتچاک، دیویس، مورینا، پاورز، اسمیتز و همکاران، ۲۰۱۵) و به افراد کمک می‌کند تا با کاهش باور به افکار از طریق گسلس عاطفی، تأثیر افکار و هیجان‌ها را به حداقل برسانند و به سمت زندگی ارزشمند پیش بروند (هوگز، کلارک، کولوگ، دالی و مک میلان، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد را ترغیب می‌کند که هر آنچه که خارج از کنترل آن‌ها است؛ بپذیرند و به انجام رفتارهایی که زندگی را آن‌ها پر بارتر می‌سازد؛ متعهد باشند. این درمان، هدف کاملاً ساده‌ای را دنبال می‌کند

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

و آن به حداکثر رساندن توانمندی‌های بشری به‌منظور داشتن یک زندگی غنی، پربار و با معنا است (کاشدان و سیاروچی، ۲۰۱۳). در همین راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مقابله با اثرات استرس ناشی از رویدادهای ناخوشایند زندگی (پترسون و ایفرت، ۲۰۱۱)، افزایش شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان (مرادی و دهقانی، ۱۳۹۷)، بهبود سازگاری و کاهش تنهایی زنان مطلقه (نجاری، خدابخشی کولایی و فلسفی نژاد، ۱۳۹۶) و نیز بهبودی سازگاری بعد از طلاق در زنان (سعادت، رستمی و دربانی، ۱۳۹۵) درمان موثری است.

به باور سعادت و همکاران (۱۳۹۵) اجتماع پس از طلاق، به زنان بیشترسخت‌گیری می‌کند؛ علاوه بر این پیامدهای روان‌شناختی طلاق برای زنان آسیب بیشتری را به‌دنبال دارد و زنان تا سال‌ها با این پیامدها دست به‌گریبان هستند. از این‌رو هم‌راستا با پژوهشگرانی چون غفوریان نوروزی، قنبری هاشم آبادی و حسن آبادی (۱۳۹۲)، جامعه ما نیازمند رویکردی است که فارغ از فرجام ازدواج به افراد کمک کند تا از حفره احساس تنهایی، شرم، گناه و نفرت از خود بگذرند. دست یافتن به ابزاری برای تحقق این هدف انجام پژوهش‌هایی از این دست را ضروری می‌سازد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق انجام شد تا فرضیه‌های زیر را آزمون می‌کند.

۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق را کاهش می‌دهد.

۲. تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا شبه آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه و جامعه آماری ۳۸۲۳ پرونده متقاضی طلاق بود که در سال ۹۸-۱۳۹۷ از سوی دادگاه خانواده شهرستان کرمان برای انجام مشاوره طلاق به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ارجاع شده بود. از این میان ۹۳۸ پرونده از سوی دادگاه خانواده به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی بهزیستی شهرستان کرمان ارجاع داده شد. در این پژوهش ابتدا ابزارهای پژوهش در مورد ۹۸ زن مراجعه‌کننده و داوطلب همکاری، اجرا و به روش در دسترس از میان آن‌ها متناسب با پیشنهادها مرتب با پژوهش‌های آزمایشی (دلاور، ۱۳۹۸)، تعداد ۳۰ نفر از زنانی انتخاب شد که واجد معیارهای ورود به پژوهش، دارای نمره بالای ۶۰ در مقیاس تنهایی و نمره بالای ۱۲ در مقیاس شرم و گناه بودند. ۳۰ زن یاد شده پس از همتاسازی به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم و به تصادف در گروه آزمایش و گواه جایگذاری شدند. شرایط ورود به

پژوهش شامل رضایت آگاهانه، تقاضای طلاق با قصد واقعی طلاق و نه به عنوان ابزاری برای تهدید همسر و تقاضای طلاق به دلیل مواردی جز خیانت زناشویی و شرایط خروج از پژوهش شامل اختلال جسمی و روانی بارز، استفاده همزمان از مداخله‌های روان‌شناختی، از دست دادن بیش از سه جلسه از مداخله‌های درمانی، انصراف از طلاق در هر زمان از اجرای پژوهش بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه احساس تنهایی^۱. این ابزار ۲۰ گویه‌ای نخستین بار توسط راسل و پیلوا و کاترونا (۱۹۸۰) ساخته شد و نارضایتی افراد را در دو بُعد فقدان روابط صمیمانه و فقدان شبکه‌های اجتماعی در طیف لیکرتی ۴ گزینه‌ای هرگز = ۱، به ندرت = ۲، گاهی = ۳ و همیشه = ۴ می‌سنجد. سؤال‌های ۱، ۶، ۵، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است. راسل و همکاران (۱۹۸۰) ضریب همسانی درونی این ابزار را ۰/۹۴ گزارش کردند. پژوهش داورپناه (۱۳۷۳) ضریب همسانی درونی آن را ۰/۷۸ و رحیم زاده، بیات و اناری (۱۳۸۸) ضریب همسانی درونی آن را ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط شکرکن و میردریکوند ۱۳۸۹ ترجمه و پس از اجرای مقدماتی، اصلاحات لازم در آن انجام و روایی و پایایی نسخه فارسی آن نیز محاسبه و مطلوب گزارش شد (رحیم زاده و همکاران، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد.

۲. پرسشنامه عاطفه خودآگاه وابسته به موقعیت^۲. این ابزار ۸ گویه‌ای نخستین بار توسط تانگنی، واگنر و گراموزو (۱۹۹۲) ساخته شد. از آنجایی این ابزار شرم و گناه را در تمامی موقعیت‌ها می‌سنجد؛ اورث و همکاران (۲۰۰۶) با مبنا قرار دادن پرسشنامه تانگنی و همکاران (۱۹۹۲) ابزار عاطفه خودآگاه را برای زوج‌های در معرض طلاق توسعه دادند. این ابزار از دو خرده مقیاس شرم و گناه تشکیل شده است و شرم و گناه افراد در حال جدایی را در رابطه با خانواده، فرزندان و دوستان می‌سنجد. در این ابزار از مشارکت کنندگان خواسته می‌شود تا با استفاده از دستورالعمل ابزار احساسات کنونی خود را در رابطه با فروپاشی خانواده ارزیابی کنند. ۴ گویه ۱، ۲، ۳ و ۴ این ابزار برای شرم و ۴ گویه ۵، ۶، ۷ و ۸ برای گناه در نظر گرفته شده است. افراد باید پاسخ‌های خود را روی یک مقیاس ۶ تایی از اصلاً درست نیست = ۰، درست نیست = ۱، تا حدودی درست نیست = ۲، تا حدودی درست است = ۳، درست است = ۴ و کاملاً درست است = ۵ علامت بزنند. نمره‌های بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده شرم و گناه بیشتر و نمره‌های پایین‌تر نشان‌دهنده شرم و گناه

1. Revised University of California, Los Angeles Loneliness Scale (UCLA)
2. Event-related shame and guilt Scale

کتر است. برخی از ماده‌ها مثلاً گویه‌های ۱ و ۵ به گونه‌ای طراحی شده است که مستقیماً به شرم و گناه اشاره دارد و برخی از ماده‌ها مانند گویه‌های ۲ و ۶ به پیشایندهای شرم و گناه اشاره دارد و برخی مانند گویه‌های ۳، ۷ احساسات ذهنی خاص را ارزیابی می‌کنند و برخی مانند گویه‌های ۴ و ۸ واکنش‌های انگیزشی خاص را می‌سنجند. اورث و همکاران (۲۰۰۶) از روایی صوری ابزار معتبر و همسانی درونی کل مقیاس را بالا و آلفای کرونباخ آن را برای شرم ۰/۹۶ و برای گناه ۰/۹۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای ابزار عاطفه خودآگاه ۰/۹۲ به دست آمده است.

۳. برنامه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. جلسه‌های مداخله بر اساس پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باخ و موران (۲۰۰۸) تدوین و در پژوهش حاضر در ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته یکبار در مورد گروه آزمایش به شیوه گروهی به اجرا درآمد.

جلسه اول. پس از معرفی اعضاء و تسهیل فرایند آشنایی، قوانین گروه، اهداف مداخله‌ها و ساختار مداخله‌ها تشریح شد. برای بررسی مسائل مشکل سازی از قبیل تنهایی، شرم و گناه از افراد پرسیده شد که نسبت به طلاق چه احساسی دارند؟ برای پاسخ به این سؤال‌ها مشکلات مشترک اعضاء به بحث گذاشته شد و سپس احساسات یکی از اعضاء در مورد محدود شدن روابط اجتماعی و از دست رفتن دوستان مشترک و کارآمدی روش‌های مقابله با این احساسات بررسی و به‌عنوان تکلیف خانگی از اعضاء خواسته شد تا در جلسه آینده حداقل پنج مورد از مشکلات و راه‌حلهایی را که برای مقابله با آن‌ها به‌کار گرفته‌اند؛ ثبت و با خود به جلسه بیاورند.

جلسه دوم. هدف این جلسه معرفی درماندگی خلاق بود. از مراجعان در مورد تلاش‌های گذشته برای مقابله با رنج جدایی سؤال شد. برای کنترل احساسات استعاره "عشق" ارائه و گفته شد؛ هرکس بتواند بلافاصله عاشق فردی شود که آنجا ایستاده است؛ یک میلیون تومان جایزه می‌گیرد. اعضای گروه ضمن خنده عنوان کردند که این کار امکان ندارد. سپس سؤال شد که آیا می‌توانند فقط رفتارهای ظاهری فرد عاشق را به نمایش بگذارند؟ پاسخ آری بود. سپس به اعضاء گروه گفته شد که کنترل رفتارهای ظاهری به همین سادگی است؛ اما در مورد احساسات این چنین نیست. به‌عنوان تکلیف خانگی از اعضاء خواسته شد تا بنویسند که در زندگی کنونی آن‌ها چه چیزهایی قابل کنترل است و چه چیزهایی را نمی‌توان کنترل کرد.

جلسه سوم. در این جلسه برای آموزش توجه آگاهی^۱ از تمرین "ذهن‌تان را به پیاده روی ببرید" استفاده و از اعضاء خواسته شد تا به مشاهده ذهن خود بپردازند و ببینند ذهن آن‌ها با چه سرعتی مشغول حرف زدن و ارزیابی است و گفته شد که فقط به ذهن‌شان گوش بدهند و از صحبت کردن با ذهن خود امتناع کنند. در این تمرین اعضاء با ایفای نقش ذهن یکدیگر سعی کردند که مانع از

توجه آگاهی شوند. از اعضاء خواسته شد به جای چسبیدن به این فکر که "چه زندگی بدبختانه‌ای دارم" به اتفاق‌های اطراف خود تمرکز کنند. به‌عنوان تکلیف خانگی از اعضاء خواسته شد تا به صورت روزانه به تمرین توجه آگاهی بپردازند و هر روز به خود یادآوری کنند که من به تمرین بیشتری نیاز دارم.

جلسه چهارم. هدف جلسه تغییر دادن ارتباط بین محتوا و افراد بود و برای ناهمجوشی^۱ و کلام زدایی، از اعضاء خواسته شد تا به یک موز بنفش فکر کنند و از یکی از اعضاء خواسته شد که یک کیلو موز بنفش برای جلسه بعد بخرد. عضو گروه عنوان کرد که امکان ندارد؟ سپس برای رسیدن به پاسخ، راهنمایی شد که فکر کردن به موز بنفش باعث نمی‌شود که موز بنفش بشود. به اعضاء گفته شد که فکر موز بنفش وجود دارد؛ اما شما آن را واقعی نمی‌پندارید. پس سعی کنید که با تمام افکار تان این‌گونه برخورد کنید. در ادامه از اعضاء خواسته شد تا به‌عنوان تکلیف خانگی به تمرین ناهمجوشی با افکار بپردازند و موفقیت‌های خود را در جلسه آینده گزارش کنند.

جلسه پنجم. هدف این جلسه خارج کردن اعضاء از سلطه آینده و گذشته بود برای تماس با لحظه اکنون و دیدگاه‌گیری، به اعضاء گفته شد که نشخوار ذهنی در مورد گذشته و آینده ارتباط با زمان حال را مختل می‌کند. برای تماس با لحظه حال تمرین‌های توجه آگاهی، مشاهده افکار و شمردن نفس‌ها معرفی شد. سپس با کوبیدن روی میز و ایجاد صدای بلند سؤال شد که چه کسی در همین لحظه در کلاس نبود. چند نفر از اعضاء پاسخ دادند و رهبر گروه پرسید که در آینده بودند و یا در گذشته؟ و چه چیزی آن‌ها را از لحظه حال دور کرده بود؟ برخی گفتند در گذشته و برخی گفتند در آینده بودند. به‌عنوان تکلیف خانگی از اعضاء خواسته شد تا با اتخاذ دیدگاه مشاهده‌گر به مشاهده لحظه اکنون بپردازند.

جلسه ششم. اختصاص به پذیرش و تغییر داشت. برای افزایش پذیرش اعضاء از آن‌ها خواسته شد تا مشخص کنند که می‌خواهند زندگی آن‌ها حول چه موضوعی باشد و سؤال شد که آیا می‌توانند احساس‌ها، انگیزه‌ها و فشارها را همانگونه بپذیرند که هستند و تلاشی برای رها شدن از دست آن‌ها نداشته باشند. استعاره تب‌خال ارائه و از اعضاء پرسیده شد که اگر "تب‌خال" داشته باشند و این تب‌خال خارش داشته باشد؛ آیا آن را می‌خاراندند؟ افکار و احساسات هم نوعی تب‌خال ذهنی هستند؛ آن‌ها را باید بدون دستکاری پذیرفت. به‌عنوان تکلیف خانگی از آن‌ها خواسته شد که تب‌خال‌های ذهنی خود را یادداشت و به جلسه بعد بیاورند.

جلسه هفتم. برای تمرین خود با عنوان زمینه، از افراد گروه سوال‌های زیر پرسیده شد؛ آیا همین الان می‌توانید به تجربه شخصی خود توجه کنید؟ سپس برای تسهیل درک این مساله استعاره "ابر

و آسمان "ارائه و خود مشاهده‌گر یا زمینه، به آسمان تشبیه شد که آسمان همیشه آنجا قرار دارد و حتی وقتی با ابرها پوشیده شده باشد. محتوای کلامی به ابرها تشبیه شد که گاهی وجود ندارند و گاهی با غلظت تمام آسمان را پوشانده‌اند و ما نیازی نداریم که ابرها را به‌عنوان آسمان در نظر بگیریم. برای تمرین خانگی از اعضاء خواسته شد تا مهارت‌های آموخته شده در این جلسه را تا جلسه آتی تمرین کنند.

جلسه هشتم. هدف جلسه حرکت دادن اعضاء در مسیر انتخاب‌های شخصی و مسیرهای ارزشمند بود. از افراد گروه خواسته شد تا ارزش‌های خود را مشخص و آن‌ها را از اهداف جدا کنند. سؤال‌هایی از این چنینی پرسیده شد که می‌خواهید در چه مسیری حرکت کنید؟ سپس استعاره "اسکی باز" ارائه و از اعضاء خواسته شد تا تصور کنند که برای اسکی به بالای تپه رفته‌اند؛ اگر به محض رسیدن به بالای تپه هلیکوپتری آن‌ها را به پایین تپه بیاورد؛ آیا به خلبان اعتراض می‌کنند؟ اگر پاسخ آری است؛ چرا؟ یکی از اعضاء پاسخ داد که هدف اسکی کردن است؛ نه پایین آمدن از تپه. سپس به اعضاء گفته شد که از مسیر رسیدن به ارزش‌ها لذت ببرند. به‌عنوان تکلیف خانگی از اعضاء خواسته شد تا موانع رسیدن به ارزش‌ها را شناسایی و یادداشت کنند.

جلسه نهم. هدف این جلسه شناسایی موانع ارزش‌ها از طریق مشاهده خود و پذیرش بود. از این‌رو، از افراد گروه خواسته شد که موانع ارزش‌های خود را که در جلسه قبل مشخص کرده بودند؛ بیان و شیوه‌های غلبه بر آن‌ها را به بحث بگذارند. مواردی از قبیل خاطره‌ها، فقدان پشتوانه و شریکی که از آن‌ها حمایت کند و فشارهای اجتماعی که از موانع مشترک اعضاء بود در گروه مطرح و راه‌های غلبه بر این موانع آموزش داده شد. به‌عنوان تکلیف خانگی از اعضاء خواسته شد برای غلبه بر این موانع به خلق راه‌هایی پردازند که آن‌ها را در مسیر ارزش‌ها قرار می‌دهند.

جلسه دهم. هدف واداشتن اعضاء به تعهد در انجام مجموعه‌ای از کارها و نه صحبت کردن در مورد آن‌ها بود. به اعضاء گفته شد که هدف از این جلسه‌ها این نیست که افکار مثبت‌تر، بهتر و از نظر اجتماعی پذیرفته شده‌تری داشته باشید؛ بلکه پذیرش بدون مقاومت تمام چیزهایی است که در زمان حال احساس می‌کنید. در این جلسه ارزش‌های یکی از اعضاء و موانع رسیدن به آن‌ها مطرح و برای تسهیل تعهد استعاره "ستاره قطبی" بیان و از اعضاء پرسیده شد که ستاره چه کمکی به ما می‌کند؟ به آن‌ها کمک شد تا به پاسخ نشان دادن جهت و جهت‌یابی برسند و گفته شد که این همان کاری است که ارزش‌ها می‌کنند و جهت و مسیر درست زندگی غنی، کامل و معنادار را به ما نشان می‌دهند. به‌عنوان تکلیف خانگی و به‌منظور یکپارچه کردن مداخله، برگه الگوی انعطاف‌پذیری در اختیار اعضاء قرار گرفت تا برای جلسه بعد تکمیل کنند.

جلسه یازدهم. هدف این جلسه همکاری همه فرایندها در کنار هم بود. در این جلسه الگوی انعطاف‌پذیری که در اختیار اعضاء قرار گرفته بود؛ بررسی و ضمن بررسی برگه‌ها از آن‌ها خواسته

شد تا یک به یک تکالیف خود را در گروه مطرح و اشتباه‌های اعضاء را اصلاح کنند. استعاره‌ها و تمرین‌های مورد بحث در جلسه‌های قبل، مرور و در پایان از همکاری اعضاء تشکر شد و ابزارهای پژوهش برای تکمیل در مرحله پس از آزمون در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

شیوه اجرا. پس از اخذ مجوز و کسب اجازه برای استفاده از سالن آموزش مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی از سازمان بهزیستی کرمان، با زانی که از سوی دادگاه خانواده برای انجام مشاوره طلاق به این مرکز ارجاع داده شده بودند؛ مصاحبه مقدماتی انجام و زنان داوطلب همکاری مشخص و به آن‌ها گفته شد که در صورت کسب نمره‌های لازم در ابزارهای پژوهش برای شرکت در یک دوره آموزشی از آن‌ها دعوت به عمل خواهد آمد. سپس اسامی زنان واجد شرایط فهرست و از ابتدای فهرست با زانی تماس گرفته شد که بیشترین نمره را در احساس تنهایی، شرم و گناه کسب کرده بودند. از میان آن‌ها از ۳۰ نفر زنی که با شرکت در جلسه مقدماتی گروهی موافقت کرده بودند؛ دعوت به عمل آمد. پس از توضیح اهداف پژوهش برای آن‌ها برگه رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش توسط آن‌ها تکمیل شد. سپس زنان همتاسازی به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم و به تصادف در گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت و جلسه‌های گروه آزمایش در محل سالن آموزش مرکز مشاوره یاد شده در روزهای چهارشنبه از ساعت ۹ تا ۱۰:۳۰ برگزار و بعد از اتمام مداخله و سه ماه بعد ابزارهای پژوهش توسط دو گروه تکمیل شد. برای رعایت موازین اخلاقی، بعد از اتمام مراحل پژوهش، از افرادی از گروه گواه که تمایل شرکت در جلسات مداخله را داشتند؛ دعوت شد و به‌طور فشرده در سه جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آن‌ها ارائه و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شد.

یافته‌ها

در گروه آزمایش ۱۳/۳ درصد افراد سن بین ۱۸-۲۵ سال، ۴۰ درصد بین ۲۵-۳۵ سال، ۴۰ درصد بین ۳۵-۴۵ سال، ۶/۷ درصد بین ۴۵-۵۵ سال قرار داشتند. میانگین سن آن‌ها ۳۲/۲۰ با انحراف معیار ۷/۴۶ بود. از نظر تحصیلات ۱۳/۳ درصد گروه آزمایش دیپلم، ۶/۷ درصد کاردانی، ۶۶/۷ درصد کارشناسی و ۱۳/۳ درصد کارشناسی ارشد و از نظر تعداد فرزندان ۱۳/۳ درصد بدون فرزند، ۴۶/۷ درصد یک فرزند و ۴۰ درصد دو فرزند داشتند. درآمد گروه آزمایش ۶۰ درصد زنان بین ۰ تا ۱ میلیون، ۴۰ درصد بین ۱ تا ۲ میلیون و میانگین زندگی مشترک آن‌ها ۷/۱۳ با انحراف معیار ۳/۹۰ بود. در گروه گواه ۲۰ درصد سن بین ۱۸-۲۵ سال، ۴۶/۷ درصد ۲۵-۳۵ سال، ۲۰ درصد ۳۵-۴۵ سال و ۱۳/۳ درصد ۴۵-۵۵ سال داشتند و میانگین سن ۳۰/۹۳ با انحراف معیار ۷/۸۷ بود. از لحاظ تحصیلات ۱۳/۳ درصد گروه گواه زیر دیپلم، ۱۳/۳ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد کاردانی، ۵۳/۳ درصد کارشناسی، ۱۳/۳ درصد کارشناسی ارشد و از نظر تعداد فرزندان ۲۶/۷ درصد بدون

فرزند، ۲۰ درصد یک فرزند، ۴۰ درصد دو فرزند، ۱۳/۳ درصد سه فرزند داشتند. درآمد ۶۶/۷ درصد گروه گواه بین ۰ تا ۱ میلیون، ۲۰ درصد ۱ تا ۲ میلیون، ۱۳/۳ درصد بین ۲ تا ۳ میلیون و میانگین زندگی مشترک آن‌ها ۶/۲۶ با انحراف معیار ۴/۹۴ بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در سه بار اندازه‌گیری متغیرهای وابسته

گروه‌ها	تنهایی	شرم		گناه			
		میانگین	انحراف معیار		میانگین	انحراف معیار	
آزمایش	پیش آزمون	۶۱/۱۳	۳/۱۱	۱۲/۸۶	۱/۴۵	۱۲/۰۶	۱/۷۰
	پس آزمون	۵۱/۰۶	۳/۴۹	۲/۳۳	۱/۲۹	۲/۰۶	۰/۹۶
	پیگیری	۵۳/۳۳	۳/۵۱	۳/۸۰	۱/۰۱	۳/۱۳	۰/۹۱
گواه	پیش آزمون	۶۱/۴۰	۳/۱۱	۱۲/۲۰	۱/۸۲	۱۲/۱۳	۱/۹۹
	پس آزمون	۶۲/۲۰	۳/۵۰	۱۲/۲۰	۱/۸۵	۱۲/۲۶	۱/۷۹
	پیگیری	۶۱/۴۶	۲/۷۹	۱۲/۵۳	۱/۳۵	۱۲/۰۰	۱/۵۱

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود؛ در گروه آزمایش میانگین متغیرهای تنهایی، شرم و گناه در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است؛ اما در گروه گواه تغییری مشاهده نمی‌شود.

جدول ۲. آزمون توزیع طبیعی داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، کرویت موخلی و ام. باکس

معناداری	تنهایی	معناداری	شرم	معناداری	گناه	معناداری
	پس آزمون	۰/۰۱۹	۰/۸۹	۱/۲۴	۰/۲۷	۳/۳۹
	پیگیری	۰/۷۷۰	۰/۳۸	۱/۷۵	۰/۱۹	۱/۳۹
موخلی		۰/۷۳	۰/۰۱	۰/۶۸	۰/۰۰۶	۰/۹۸
کولموگراف-اسمیرنوف		۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۱۴	۰/۱۱	۰/۱۵
ام. باکس		۱/۲۶	۰/۱۲	۱/۴۸	۰/۱۷	۱/۸۳

در جدول ۲ نتایج آزمون لوین همگنی واریانس‌های خطا را در دو گروه و نتایج آزمون موخلی نیز شکل کروی ماتریس واریانس/کواریانس متغیر وابسته را نشان می‌دهد. نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنوف معنادار نیست؛ بنابراین شرط توزیع طبیعی نمره‌ها رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر برای اثرات تعاملی

اثر	ازمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	اندازه اثر
اثر تنهایی	لامبدای ویلکز	۰/۸۸	۱۰۲/۵۲ ^{***}	۲/۰۰	۲۷/۰۰	۰/۸۵
اثر شرم	لامبدای ویلکز	۰/۱۱	۱۰۲/۵۲ ^{***}	۲/۰۰	۲۷/۰۰	۰/۸۸
اثر گناه	لامبدای ویلکز	۰/۱۱	۱۰۲/۵۲ ^{***}	۲/۰۰	۲۷/۰۰	۰/۸۸

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

طبق نتایج جدول ۳ درمان پذیرش و تعهد در گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری را در احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق تفاوت ایجاد کرده است ($P = 0/0001$).

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط برای اثرات تعاملی و بین گروهی متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
تنهایی	درون گروه‌ها (مراحل)	۳۷۰/۰۶	۱/۵۷	۲۳۴/۴۹	۴۱/۰۹**	۰/۵۹
	تعامل (مراحل×مداخله)	۴۷۲/۴۲	۱/۵۷	۲۹۹/۳۵	۵۲/۴۵**	۰/۶۵
شرم	بین گروه‌ها	۹۵۳/۸۷	۱	۹۵۳/۸۷	۴۰/۹۹**	۰/۵۹
	درون گروه‌ها (مراحل)	۴۵۰/۴۸	۱/۵۱	۲۹۶/۶۶	۲۹۵/۰۱**	۰/۹۱
گناه	تعامل (مراحل×مداخله)	۴۵۴/۷۵	۱/۵۱	۲۹۹/۴۷	۲۹۷/۸۱**	۰/۹۱
	بین گروه‌ها	۹۱۵/۲۱	۱	۹۱۵/۲۱	۱۶۴/۷۸**	۰/۸۵
	درون گروه‌ها (مراحل)	۴۷۶/۱۵	۲	۲۳۸/۰۷	۴۷۰/۱۸**	۰/۹۴
	تعامل (مراحل×مداخله)	۵۰۱/۴۸	۲	۲۵۰/۷۴	۴۹۵/۲۰**	۰/۹۴
	بین گروه‌ها	۸۰۴/۰۱	۱	۸۰۴/۰۱	۱۴۱/۰۱**	۰/۸۳

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

طبق نتایج جدول ۴ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنهایی ($P = 0/0001$) با اندازه اثر ۰/۶۵، بر شرم ($P = 0/0001$) با اندازه اثر ۰/۹۱ و بر گناه ($P = 0/0001$) با اندازه اثر ۰/۹۴ مؤثر بوده است.

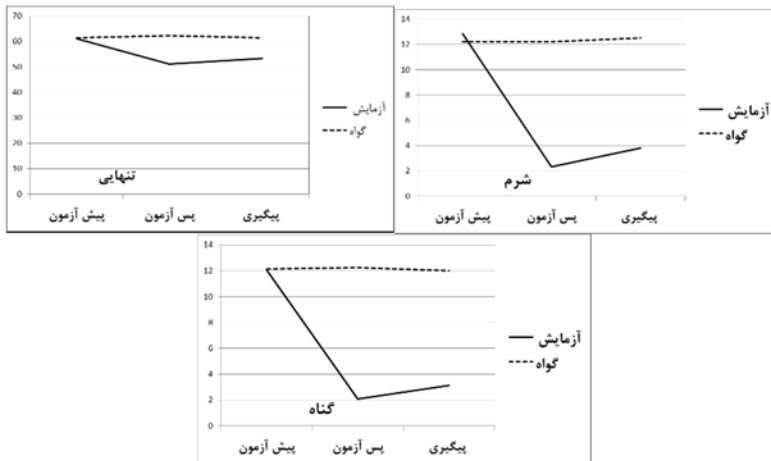
جدول ۵. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه جفتی میانگین نمره متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان	گروه آزمایش		گروه گواه	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
تنهایی	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۶۳**	۰/۳۸	-۰/۸۰	۰/۷۱
	پیش آزمون-پیگیری	۳/۸۶**	۰/۵۹	-۰/۰۶	۱/۰۸
	پس آزمون-پیگیری	-۰/۷۶	۰/۶۳	۰/۷۳	۱/۲۱
شرم	پیش آزمون-پس آزمون	۵/۲۶**	۰/۱۷	۰/۰۰	۰/۲۹
	پیش آزمون-پیگیری	۴/۳۶**	۰/۱۹	-۰/۳۳	۰/۳۳
	پس آزمون-پیگیری	-۰/۹۰	۰/۱۸	-۰/۳۳	۰/۳۱
گناه	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۹۳**	۰/۲۳	-۰/۱۳	۰/۲۷
	پیش آزمون-پیگیری	۴/۵۳**	۰/۲۶	۰/۱۳	۰/۴۰
	پس آزمون-پیگیری	۰/۴۰	۰/۱۵	۰/۲۶	۰/۲۶

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

طبق یافته‌های جدول ۵ در گروه آزمایش تفاوت نمره‌ها تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری معنادار است و از آنجا که تفاوت

معناداری بین نمره‌های پس آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود؛ بنابراین اثر درمان در مرحله پیگیری پایدار مانده است. در گروه گواه تفاوت هیچ‌یک از این مراحل معنادار نیست.



شکل ۱. نمودارهای اثر تعاملی برنامه درمان پذیرش و تعهد و متغیرهای پژوهش در سه مرحله

در شکل ۱ مشاهده می‌شود که در گروه گواه میانگین متغیرهای تنهایی، شرم و گناه تغییرات چندانی در سه مرحله پیدا نکرده اند؛ اما در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است که در مراحل پس آزمون و پیگیری میانگین متغیرهای تنهایی، شرم و گناه را نسبت به پیش آزمون کاهش بدهد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش احساس تنهایی، شرم و گناه در زنان متقاضی طلاق گروه آزمایش می‌شود. یافته‌های این پژوهش هم‌راستا با یافته‌های پژوهش پترسون و ایفرت (۲۰۱۱)، اتجاک و همکاران (۲۰۱۵)، مرادی و دهقانی (۱۳۹۷)، نجاری و همکاران (۱۳۹۶)، سعادت و همکاران (۱۳۹۵) شواهدی را در مورد اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اختیار می‌گذارد. طبق پژوهش پاشنگ، سلیمی نیا، مهرانی و سوداگر (۱۳۹۳) زمانی که باورهای ناکارآمد افراد بر دیگر منابع اطلاعاتی آن‌ها غلبه کند؛ معمولاً غنی ساختن زندگی و معنادادن به آن دشوار می‌شود. از سوی دیگر تلاش برای تغییر و یا تنظیم افکار و احساسات ناخواسته، موجب اجتناب تجربه‌ای و در نتیجه ناراحتی، رنج و ناکارآمدی می‌شود. اما در این پژوهش درمان پذیرش و تعهد به افراد کمک کرد تا خودپنداره‌های نامناسب را پشت

سر بگذارند و زمان کمتری را برای بهبود مستقیم خودپنداره صرف کنند (والستر، گارورت، کارلین، تروکل، ریو و همکاران، ۲۰۱۵). مرادی و دهقانی (۱۳۹۷) هم در پژوهش خود نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد با تغییر دادن رابطه افراد با افکارشان به آن‌ها کمک می‌کند تا زندگی شادتری داشته باشند. شناسایی باورهای خودشکن و کاستن از قدرت آن‌ها با استفاده از گسلس یا ناهمجوشی بخش مهمی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (کاشدان و سیاروچی، ۲۰۱۳). این مساله در پژوهش پژوهش سعادتی و همکاران (۱۳۹۵) نیز تأیید شد و نتایج آن‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تسهیل‌گر عبور از فرایند طلاق است و وقتی افراد بتوانند خود را از افکار غیرمفید جدا کنند؛ با احتمال کمتری آن‌ها را باور می‌کنند و یا اینکه اجازه می‌دهند بر رفتار آن‌ها تأثیر بگذارند (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۱). درمان پذیرش و تعهد ضمن تسهیل پذیرش افکار و احساسات دردناک و ناخوشایند به افراد کمک می‌کند تا با انجام کارهای مهم خود در راستای ارزش‌ها حرکت کنند (کاشدان و سیاروچی، ۲۰۱۳).

البته حرکت در راستای ارزش‌ها برای بیشتر افرادی که طلاق می‌گیرند به دلیل احساس طرد و انزوای اجتماعی ناشی طلاق دشوار است (گازل و همکاران، ۲۰۱۶؛ سعادتی و همکاران، ۱۳۹۵). زیرا ارزیابی منفی و مزمونی که این افراد از خود دارند (کارپنتر، تیگنور، تسانگ و ویلت، ۲۰۱۶)؛ زندگی را به میزان زیادی برای آن‌ها ناخوشایند می‌سازد (اورث و همکاران، ۲۰۱۰). درمان پذیرش و تعهد از طریق رها ساختن این افراد از دست تله‌های زبانی، فرصتی را در اختیار آن‌ها قرار می‌دهد تا در برابر وقایع ناگوار مقاومت کنند و با جدا کردن افراد از خطابه‌های ذهنی آن‌ها را در مسیر ارزش‌هایشان رهنمون می‌سازد. دانش کلامی که پیش از این منادی سرنوشت بد برای این افراد بود؛ دیگر به معنای حقیقت محض نیست و در نتیجه افراد قادر می‌شوند که بدون نیاز به تغییر بخش‌هایی از ذهن خود، احساس آزادی و در جهت ارزش‌های خود حرکت کنند (والستر و همکاران، ۲۰۱۵).

درکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از الگوهای سنتی آسیب‌شناسی روانی گامی فراتر نهاده و در نحوه عملکرد انسان تجدیدنظر کرده است. تجربیات منفی درونی دیگر رویدادهایی مشکل‌سازی نیستند که باید آن‌ها را حل و فصل کرد. مشاهده آرام و بدون قضاوت اتفاقات در حال وقوع و پیش رفتن به سوی تجربه شخصی، حتی زمانی که افکار و احساسات دردناک هستند؛ برای افراد متقاضی طلاق رشد شخصی را به دنبال دارد. در پژوهش حاضر همان‌گونه که کاشدان و سیاروچی، (۲۰۱۳) عنوان کردند؛ این درمان به زنان متقاضی طلاق کمک کرد تا در حالت ذهن آگاهی به جای فرار و یا اجتناب از رویدادهای روان‌شناختی، از آن‌ها آگاه و نسبت به آن‌ها پذیرا باشند. بهزیستی برای این افراد در گشودگی نسبت به تجربه و انتخاب فعالیت‌هایی بود که نشان‌دهنده

ارزش‌های آن‌ها بود. به باور والس‌تر و همکاران (۲۰۱۵)، این وظیفه شخصی در خدمت به‌زیستی است و نتیجه نهایی آن لزوماً شادمانی نیست؛ در عوض، تمرکز فرد بر آگاهی از تمام تجربیات درونی‌اش است و این امر می‌تواند دلیلی بر اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان متقاضی طلاق باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به پرسشنامه‌های خودگزارشی احساس تنهایی و به‌ویژه پرسشنامه عاطفه خودآگاه وابسته به موقعیت مورد استفاده در این پژوهش اشاره کرد که دومی برای سنجش شرم و گناه زوج‌های در معرض طلاق توسط پژوهشگران کشورهای غربی ساخته شده است. از آنجا که عوامل فرهنگی، مذهبی و اجتماعی در احساس تنهایی و به‌ویژه شرم و گناه زن‌های در معرض طلاق دخیل هستند و آنچه در کشورهای غربی تنهایی، شرم و گناه به‌شمار می‌رود؛ ممکن است که در مورد جامعه ما دقیقاً همان نباشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی پرسشنامه‌هایی منطبق با فرهنگ ایران ساخته شود و به‌علاوه خودگزارشی‌ها با مصاحبه و مشاهده همراه و از تحلیل‌های کیفی در کنار تحلیل کمی یافته‌ها نیز استفاده شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه‌ای کوچک از افراد داوطلب همکاری و افرادی اشاره کرد که به مراکز به‌زیستی مراجعه کرده بودند و چون معمولاً این افراد از قدرت اقتصادی چندانی برخوردار نیستند؛ از همین رو تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش به سایر اقشار و مکان‌ها با محدودیت مواجه است. برای افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها پیشنهاد می‌شود که پژوهش در گروه‌های اقتصادی اجتماعی دیگر هم اجرا شود. از سوی دیگر با توجه به مؤثر بودن این پژوهش در کاهش احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق پیشنهاد می‌شود که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان بخشی از مداخله طلاق در مراکز مشاوره و روان‌درمانی استفاده شود.

موازین اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در پژوهش حاضر موازین اخلاقی نظیر رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، جلب رضایت و تمایل آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، حق انتخاب آن‌ها برای ادامه و یا انصراف از شرکت در جلسه‌های مداخله یا پاسخگویی به پرسشنامه‌ها رعایت شده است.

سیاسگزاری

لازم است که از دست اندرکاران مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی به‌زیستی کرمان و زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش تشکر شود که با همکاری خود انجام این پژوهش را میسر ساختند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول نجمه ابوسعیدی مقدم با شماره ۵/۵۸۲۳ و کد اخلاق IR.ZAUMS.REC.1397.38 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان است. در این پژوهش همه نویسندگان در طراحی، مفهوم سازی، روش شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری، پیش نویس، ویراستاری و نهایی سازی نوشته نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

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

منابع

- پاشنگ، بتول، سلیمی نیا، نرگس، مهرانی، محمد رضا، و سوداگر، شیدا. (۱۳۹۳). اثربخشی زوج درمانی به شیوه‌های عقلانی-عاطفی در کاهش باورهای غیر منطقی زوجها. *روان شناسی کاربردی*، ۸(۳): ۴۳-۵۶. [پیوند]
- داور پناه، فروزنده. (۱۳۷۳). هنجاریابی نسخه تجدیدنظر شده مقیاس احساس تنهایی (برای دختران ۱۲-۱۸ ساله). پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روان شناسی. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی. دانشگاه علامه طباطبایی تهران. [پیوند]
- دلاور، علی. (۱۳۹۸). *روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی*. تهران: ویرایش. [پیوند]
- رحیم زاده، سوسن، بیات، مریم، و اناری، آسیه. (۱۳۸۸). احساس تنهایی و خوداثربخشی اجتماعی در نوجوانان. *روان شناسی تحولی*، ۶(۲): ۸۷-۹۶. [پیوند]
- سعادت، نادره، رستمی، مهدی، و دربانی، سید علی. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت خود در تقویت عزت نفس و سازگاری پس از طلاق زنان. *روان شناسی خانواده*، ۲(۳): ۴۵-۵۸. [پیوند]
- غفوریان نوروزی، پرینسا، قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی، و حسن آبادی، حسین. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی با رویکرد وجودی و معنوی بر اعتماد، عزت نفس و اضطراب زنان مطلقه. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۲(۳): ۹۹-۸۲. [پیوند]
- مرادی، کبری، و دهقانی، اکرم. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مطلوبیت اجتماعی و شادکامی زنان حوزوی. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۳(۲): ۱۱۳-۱۲۶. [پیوند]
- مطیعی، گلاره، آقاییوسفی، علیرضا، چوبساز، فرزانه، و شقاقی، فرهاد. (۱۳۹۰). اثربخشی مقابله درمانگری بر احساس تنهایی زنان نابارور. *روان شناسی کاربردی*، ۵(۳): ۸۵-۹۶. [پیوند]

نجاری، فیروزه، خدابخشی کولایی، آناهیتا، و فلسفی نژاد، محمد رضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری روانشناختی زنان مطلقه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۳(۵): ۶۸-۷۵. [پیوند]

هاشمی، سعد الله، درتاج، فریبرز، سعدی پور، اسماعیل، و اسدزاده، حسن. (۱۳۹۶). الگوی ساختاری احساسات شرم و گناه بر اساس شیوه‌های فرزند پروری والدین: نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی. *روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۴): ۴۷۵-۴۹۳. [پیوند]

References

- Aartsen, M., & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1): 31-38. [link]
- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1): 30-36. [link]
- Auslander, B. A., & Rosenthal, S. L. (2010). Intimate romantic relationships in young adulthood: A biodevelopmental perspective. *Young Adult Mental Health*, 158-168. [link]
- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications. [link]
- Bosma, H., Jansen, M., Schefman, S., Hajema, K. J., & Feron, F. (2015). Lonely at the bottom: a cross-sectional study on being ill, poor, and lonely. *Public Health*, 129(2): 185-187. [link]
- Britzman, M. J., & Sauerheber, J. D. (2014). Preparing couples for an enriched marriage a model in individual psychology. *The Family Journal*, 22(4): 428-436. [link]
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2): 453-457. [link]
- Carpenter, T. P., Tignor, S. M., Tsang, J. A., & Willett, A. (2016). Dispositional self-forgiveness, guilt-and shame-proneness, and the roles of motivational tendencies. *Personality and Individual Differences*, 98: 53-61. [link]
- Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2): 141-161. [link]
- De Hooge, I. I. (2014). The general sociometer shame: Positive interpersonal consequences of an ugly emotion. [link]
- Fiori, K. L., & Considine, N. S. (2013). Positive and negative social exchanges and mental health across the transition to college: Loneliness as a mediator. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(7): 920-941. [link]

- Fisher, M. L., & Exline, J. J. (2010). Moving toward self-forgiveness: Removing barriers related to shame, guilt, and regret. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(8): 548-558. [[link](#)]
- Gausel, N., & Leach, C. W. (2011). Concern for self-image and social image in the management of moral failure: Rethinking shame. *European Journal of Social Psychology*, 41(4): 468-478. [[link](#)]
- Gausel, N., Vignoles, V. L., & Leach, C. W. (2016). Resolving the paradox of shame: Differentiating among specific appraisal-feeling combinations explains pro-social and self-defensive motivation. *Motivation and Emotion*, 40(1): 118-139. [[link](#)]
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2016). Late-life loneliness in 11 European countries: Results from the generations and gender survey. *Social Indicators Research*, 129(1): 445-464. [[link](#)]
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press. [[link](#)]
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6): 552-568. [[link](#)]
- Kashdan, T. B., & Ciarrochi, J. V. (Eds.). (2013). *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*. New Harbinger Publications. [[link](#)]
- Killawi, A., Fathi, E., Dadras, I., Daneshpour, M., Elmi, A., & Altalib, H. (2017). Perceptions and Experiences of Marriage Preparation among US Muslims: Multiple Voices from the Community. *Journal of Marital and Family Therapy*. 44(1): 90-106. [[link](#)]
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137: 68-96. [[link](#)]
- Konstam, V., Karwin, S., Curran, T., Lyons, M., & Celen-Demirtas, S. (2016). Stigma and divorce: A relevant lens for emerging and young adult women? *Journal of Divorce & Remarriage*, 57(3): 173-194. [[link](#)]
- McCleary-Sills, J., Namy, S., Nyoni, J., Rweyemamu, D., Salvatory, A., & Steven, E. (2016). Stigma, shame and women's limited agency in help-seeking for intimate partner violence. *Global Public Health*, 11(1-2): 224-235. [[link](#)]
- Orth, U., Berking, M., & Burkhardt, S. (2006). Self-conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(12): 1608-1619. [[link](#)]
- Orth, U., Robins, R. W., & Soto, C. J. (2010). Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6): 1061-1069. [[link](#)]
- Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4): 577-587. [[link](#)]

- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4): 430-442. [[link](#)]
- Pivetti, M., Camodeca, M., & Rapino, M. (2016). Shame, guilt, and anger: Their cognitive, physiological, and behavioral correlates. *Current Psychology*, 35(4): 690-699. [[link](#)]
- Russell, D., & Peplau, L. A. LA, & Cutrona, CE (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3): 472-480. [[link](#)]
- Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 204: 59-69. [[link](#)]
- Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., & Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*, 75(2): 161-170. [[link](#)]
- Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P., Hamer, M., & Steptoe, A. (2017). Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychology*, 36(2): 179-183. [[link](#)]
- Strosahl, K. D., & Robinson, P. J. (2017). *The mindfulness and acceptance workbook for depression: Using acceptance and commitment therapy to move through depression and create a life worth living*. New Harbinger Publications. [[link](#)]
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3): 469. [[link](#)]
- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 74: 25-31. [[link](#)]
- Young, C. M., Neighbors, C., DiBello, A. M., Traylor, Z. K., & Tomkins, M. (2016). Shame and guilt-proneness as mediators of associations between general causality orientations and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35(5): 357-370. [[link](#)].

پرسشنامه احساس تنهایی

سؤالها	۹ بسیار	۸ زیاد	۷ متوسط	۶ کم	۵ بسیار کم	۴ هیچگاه
۱. آیا احساس می کنید با افراد اطرافتان سازگار هستید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲. آیا احساس می کنید رفیق و همدمی ندارید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۳. آیا احساس می کنید که کسی را ندارید تا به او رو بیاورید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۴. آیا احساس می کنید که تنها هستید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۵. آیا خود را جزئی از گروه دوستان احساس می کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۶. آیا احساس می کنید با افراد اطرافتان مسائل و علائق مشترک زیادی دارید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۷. آیا احساس می کنید که به هیچ کس نزدیک نیستید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۸. آیا احساس می کنید با افراد اطرافتان علائق و افکار مشترکی ندارید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۹. آیا با دیگران راحت می جوشید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰. آیا خودتان را به مردم نزدیک احساس می کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱. آیا احساس می کنید که کنار گذاشته شده اید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲. آیا احساس می کنید که روابطتان با دیگران بی معنی است؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳. آیا احساس می کنید که هیچ کس واقعاً از شما شناخت درستی ندارد؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴. آیا احساس می کنید که از دیگران منزوی شده اید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵. آیا احساس می کنید که هر وقت که بخواهید می توانید برای خود هم صحتی پیدا کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶. آیا احساس می کنید که کسانی هستند که واقعاً شما را درک می کنند؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷. آیا احساس کم رویی می کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸. آیا احساس می کنید که اطرافتان پر از آدم است؛ ولی هیچ کس با شما نیست؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹. آیا احساس می کنید که کسانی هستند که بتوانید با آن ها صحبت کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰. آیا احساس می کنید افرادی هستند که به آن ها رو بیاورید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵

مقیاس شرم و گناه اورث و همکاران (۲۰۰۶)

کاملاً درست	کاملاً نادرست	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۵	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۵	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۵	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۵	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۵	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۵	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۵	۱	۲	۳	۴	۵
۰	۵	۱	۲	۳	۴	۵
