



فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی
سال شانزدهم شماره ۶۴ زمستان ۱۴۰۰



مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد و آموزش خود دلسوزی شناختی بر سازگاری زناشویی و عزت نفس جنسی زوجین در معرض طلاق

عظیم مهاجری^{۱*}، محمد نریمانی^۲، رضا کاظمی^۳

۱- دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

۲- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۳- استادیار روانشناسی پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۱۰

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۱/۳۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی بر بهبود سازگاری زناشویی و عزت نفس جنسی زوجین در معرض طلاق شهر اردبیل بود. طرح تحقیق این پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه زوجین متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز کاهش طلاق شهر اردبیل در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از زوجین مراجع‌کننده به مرکز کاهش طلاق شهر اردبیل بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه گمارده شدند. بدین صورت که پس از دسترسی پژوهشگر به پرونده زوجین در معرض طلاق از بین ۱۰۰ زوجی که تمایل شرکت در مداخله به همراه ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری تصادفی ۶۰ زوج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه گواه گمارده برای گروه اول زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و برای گروه دوم خود دلسوزی شناختی و گروه گواه هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. پژوهش با کمک پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی گراهام و اسپنیر و عزت نفس جنسی زینا و همکاران جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آنالیز تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و خود دلسوزی شناختی (CMT) نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بر سازگاری و عزت نفس جنسی اثربخش بوده‌اند ($P \leq 0/001$)؛ بنابراین با توجه به اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و خود دلسوزی شناختی (CMT) می‌توان از این مداخلات در محیط‌های مشاوره و روان‌درمانی خانواده استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، خود دلسوزی شناختی، سازگاری زناشویی، عزت نفس جنسی، طلاق

مقدمه

شیوع طلاق در دهه‌های اخیر در دنیا افزایش یافته است (Sands & et al, 2017). طلاق با دامنه‌ای از پیامدهای منفی موجب به خطر افتادن سطح سلامت روان در خانواده‌ها می‌شود (Sbarra & Coan, 2014). یکی از پیامدهای طلاق، صرفاً به این خاطر نیست که افراد همسران خود را از دست داده‌اند (Victor & et al, 2012)، بلکه به این دلیل است که آنان پس از طلاق علاوه بر همسر و خانواده او، دوستان مشترک و حتی برخی از دوستان شخصی خودشان را نیز از دست داده‌اند (یوسفی و همکاران، ۲۰۱۰). در سال‌های اخیر، با افزایش آمار طلاق، این پدیده به یک معضل مهم اجتماعی تبدیل شده و متأسفانه روز به روز در حال افزایش است. از هم پاشیدگی‌ای که به دنبال خود تبعات منفی بسیاری از جمله، مشکلات روحی و روانی اعضای خانواده، زمینه‌سازی جرایم مختلف، بی‌سرپرست شدن بسیاری از کودکان و ... را بر پیکره‌ی جامعه بر جای می‌گذارد؛ چرا که طلاق از نظر قانونی فقط یک حادثه است، اما از نظر جامعه‌شناسان و روان‌شناسان زنجیره‌ی به هم پیوسته‌ای است که برای همیشه قربانیان خود را متأثر خواهد ساخت. در مجموع، روند صعودی خیره‌کننده‌ی طلاق در جوامع معاصر سبب شده که اندیشمندان دوران جدید را در قالب اصطلاحاتی همچون عصر طلاق و انقلاب طلاق توصیف کنند (فروتن، ۱۳۹۲).

ایران نیز از این وضعیت مستثنی نبوده و بر اساس آمار رسمی ثبت احوال کشور در سال ۱۳۸۱، تعداد ۶۷۲۵۶ فقره طلاق در کشور ثبت شده است. این عدد در سال ۱۳۹۰ به بیش از دو برابر (۱۴۲۸۴۱ فقره) رسیده است. همچنین در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۵ ۱۳۵۶۶۷ فقره طلاق به ثبت رسیده است. در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۵ تعداد ۲۷۴۶ مورد در استان به ثبت رسیده که نسبت ازدواج به طلاق ۵/۳ بوده به عبارتی به ازای هر ۵/۳ واقعه ازدواج ۱ طلاق به ثبت رسیده است، یا به عبارتی در هر شبانه روز ۱۰ واقعه طلاق به ثبت رسیده است (سازمان ثبت و احوال کشور، ۱۳۹۵). نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که تعامل منفی زن و شوهر متغیر پیش‌بینی‌کننده قوی برای وقوع طلاق است (Platt & et al, 2018).

همچنین نتایج مطالعات نشان می‌دهند که عوامل زمینه‌ای فردی از قبیل خانواده مبدأ (وضعیت ازدواج والدین، وضعیت بهداشت روانی والدین، وضع کارکرد خانواده پدری)، عوامل اجتماعی-فرهنگی (میزان حمایت والدین زوجین، سن ازدواج، آموزش و تحصیلات، درآمد و شغل، طبقه و گروه اجتماعی، نوع جامعه)، وضعیت فعلی زندگی (حمایت دوستان، فشارهای درونی و بیرونی) و عوامل ارتباطی-دوجانبه‌ای: از قبیل همسانی (همسانی در مذهب، همسانی در وضعیت اجتماعی و اقتصادی، همسانی در سن، همسانی در هوش، همسانی در تحصیلات، همسانی در ویژگی‌های کلی شخصیت)، فرآیندهای بین فردی (درجه و میزان شناخت یکدیگر، مدت نامزدی و ازدواج، روابط قبل از ازدواج، حاملگی، تولد کودک و مهارت‌های ارتباطی) و ویژگی‌های فردی (سلامت عاطفی، ویژگی‌های شخصیتی، مهارت‌های بین فردی، انطباق با آداب و رسوم و سلامت جسمانی) مهمترین عوامل سازگاری زناشویی پیشگیری‌کننده از وقوع طلاق هستند (Bradbury & et al, 2000; Gottman, 2014).

سازگاری زناشویی، حالتی است که در آن یک احساس کلی از رضایت و شادکامی در زن و شوهر نسبت به ازدواج شان و نسبت به یکدیگر وجود دارد. همسر بودن، نقش منحصر به فردی را برای فرد ایجاد می‌کند تا جایی که بیشترین تعاملات صمیمی در رابطه با همسر اتفاق می‌افتد (Sinha & Mukergee, 2001; Mustafa & et al, 2012). باکوم^۱ و همکاران (۲۰۱۰) معتقد است که سازگاری زناشویی شامل پذیرش وظایف زناشویی و توفیق در انجام وظایف مرتبط با همسر و زندگی زناشویی است. او سازگاری زناشویی را شامل پذیرش انعطاف‌پذیری هر کدام از همسران می‌داند که به آنها اجازه می‌دهد نقش خودشان را با توجه به پیش زمینه اجتماعی، اقتصادی، ثبات هیجانی در ازدواج، سازگاری جنسی، تغییرات سیستم ارزشی، ارتباط و غیره ایفا کنند. اوباسا^۲ (۱۹۹۰؛ داتلیو^۳، ۲۰۱۰) اعتقاد دارد که سازگاری زناشویی وقتی رخ می‌دهد که هر کدام از زوجین نقش خودشان را به‌صورت اثربخش و برای رضایت دیگری به اجرا درآورد. دیمکپا^۴ (۲۰۱۰) بیان می‌دارد که اصطلاح سازگاری زناشویی بر توانایی زوجین برای راضی و شاد شدن و کسب موفقیت در تعدادی از وظایف خاص مربوط به ازدواج اشاره دارد. با توجه به اهمیت سازگاری زناشویی و تأثیر آن بر سلامت عاطفی، اجتماعی در یک ازدواج، وجود رابطه جنسی مطلوب به نحوی که بتواند موجب تأمین سازگاری طرفین شود نقش اساسی در موفقیت و پایداری خانواده دارد (Ericka & et al, 2016).

در مدت چند دهه اخیر، پژوه‌های متعددی بر روی مسائل و رفتار جنسی انجام شده است، اما به رغم تمرکز نظری بر رشد مسائل جنسی، تحقیقات تجربی بیشتر بر رفتار جنسی و باورها و نگرش‌ها متمرکز بوده‌اند تا خودادراکی جنسی (Beth & et al, 2010). از این رو، فقدان اطلاعات درباره تعریف شخصی افراد از مسائل جنسی، چگونگی هماهنگ کردن آن با جنبه‌های دیگر زندگی خود و چگونگی ارزیابی رفتارهای جنسی‌شان که شامل پاسخ‌های جسمی و هیجانی است، به درک ناقصی از رفتار جنسی منجر شده است (رمضانی و همکاران، ۲۰۱۲). عزت‌نفس جنبه‌های مختلفی دارد. براندان^۵ بر اساس جنبه‌های انسان‌گرایانه، از عزت‌نفس به عنوان نیازی وجودی^۶ و مؤلفه^۷ برانگیزنده بنیادین رفتار انسان یاد می‌کند، که به میزان‌های مساوی، شامل ارزش‌مداری و شایستگی است. به اعتقاد او عزت‌نفس از دو جنبه مرتبط به هم یکی احساس خودکارآمدی شخصی و دیگری احساس ارزشمندی شخصی تشکیل شده است، که این دو جنبه باعث ایجاد اعتماد به نفس و احترام به خود می‌شود (هوبان و هوبان^۷، ۲۰۰۴). جنبه دیگر عزت‌نفس، عزت‌نفس جنسی است که بر رفتارهای جنسی^۸ تأثیرگذار و عبارت است از واکنش عاطفی انسان نسبت به ارزیابی از افکار، احساسات و رفتارهای جنسی خودش (بث و همکاران، ۲۰۱۰). زینا و اسپوارز^۹ (۱۹۹۹) از جمله پژوهشگرانی هستند که با بسط

1. Baucom
2. Obasa
3. Dattilio
4. Dimkapa
5. Branden
6. existential
7. Hoban & Hoban
8. sexual behaviors
9. Zeanah & Schwarz

الگوی عزت‌نفس هارتر^۱ (۱۹۸۴؛ محمدی و همکاران، ۲۰۰۸) به عزت‌نفس جنسی از بعد اهمیت یادگیری اولیه، درون‌سازی خانواده، همسالان و جامعه اشاره کرده‌اند که هر شخص به عنوان ملاک ارزیابی افکار، احساسات و رفتارهای جنسی خود آن را در تحول هنجارهایش حیاتی می‌داند. به اعتقاد آنها واکنش عاطفی فرد نسبت به ارزیابی‌های ذهنیش، پایه عزت‌نفس جنسی و پنج مولفه آن را تشکیل می‌دهد. پنج مولفه عزت‌نفس جنسی، عبارتند از «مهارت و تجربه»^۲ یعنی توانایی لذت بردن از شریک جنسی خود؛ «جذابیت»^۳ یعنی باور داشتن زیبایی و جذابیت خود؛ «کنترل»^۴ یعنی توانایی مدیریت افکار، احساسات و رفتارهای جنسی خود؛ «قضاوت اخلاقی»^۵ یعنی توانایی ارزشیابی افکار، احساسات، رفتارهای جنسی و معیارهای اخلاقی خود و «انطباق‌پذیری»^۶ یعنی توانایی سازگاری تجارب رفتار جنسی خود با اهداف شخصی دیگران. بنابراین رفتار جنسی قسمتی از شخصیت فرد و مجموعه‌ای از باورها، نگرش‌ها و عملکردهایی است که شخص در ارتباط با جنس مخالف و امور مرتبط با آن دارد (جیمز^۷، ۲۰۱۱). طبق پژوهش رضایی و همکاران (۲۰۱۲) بین عزت‌نفس با رضایتمندی جنسی و اختلال عملکرد جنسی رابطه وجود دارد به ویژه در افراد با عزت‌نفس پایین که اختلال عملکرد جنسی و اختلال رضایتمندی جنسی افزایش نشان دادند. علاوه، بین عزت‌نفس، سلامت معنوی و رضایتمندی جنسی همسران جانبازان با تعهد زناشویی آنان رابطه مثبتی وجود دارد.

اما در جهت بالا بردن عزت‌نفس جنسی و ارتقای راهبردهای هیجانی و در نتیجه‌ی این دو مورد برای ارتقای سازگاری زناشویی زوجین در معرض طلاق نیاز به استفاده از روش‌های درمانی و آموزشی روانشناختی است که یکی از این رویکردها که در نمونه‌های مختلفی از آزمودنی‌ها در مورد متغیرهای هیجانی، بین فردی و سازگاری بررسی شده و اثرگذار بوده است، می‌توان به درمان شناختی مبتنی بر خود دلسوزی^۸ اشاره کرد. درمان شناختی مبتنی بر خود دلسوزی، روشی برای کمک به افراد جهت گذر از رابطه سلطه‌گر تسلیم شده و گسترش بیشتر یک رابطه محبت‌آمیز با خود است (گیلبرت و آیرونز^۹، ۲۰۰۵). در حالی که درمان‌های شناختی به طرز خاصی تفکراتی را که موجب حمله به کارکردهای معیوب و منشا آنها می‌شود، این رویکرد در مدل تکاملی نظریه ذهنیت اجتماعی^۹ ریشه دارد (گیلبرت و آیرونز، ۲۰۰۵؛ برقی‌ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). خود دلسوزی و آموزش آن که به عنوان کیفیت مواجهه شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل در جهت رفع مشکلات خود تعریف می‌شود (Wren & et al, 2012). خود دلسوزی شامل مراقبت کردن و دلسوزی کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و یا نارسایی‌های ادراک شده است (نف و مک

1. Harter
2. skill and experience
3. attractiveness
4. moral judgment
5. adaptiveness
6. James
7. Compassionate-Mind Training
8. Gilbert & Irons
9. Social mentality theory

گی^۱، ۲۰۱۰). خود دلسوزی بالا با بهزیستی روانشناختی^۲ همراه است و از افراد در مقابل استرس حمایت می‌کند (نف، ۲۰۱۱) و به معنای پذیرش احساسات آسیب‌پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود، نگرش غیرارزیابانه نسبت به نارسایی‌ها و شکست‌های خویش و بازشناسی تجربیات فرد، تعریف می‌شود (راس^۳، ۲۰۱۰). هدف از درمان توصیف شده، تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود است که حمله به خود را تضعیف کرده، پذیرش خود را بیشتر و آشفتگی عاطفی را کاهش می‌دهد؛ بنابراین فرد را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین داده و کنترل کند (گیلبرت، ۲۰۰۵). نتایج مطالعه سعادتی، رستمی و دریانی (۱۳۹۵) با عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) در تقویت عزت‌نفس و سازگاری پس از طلاق زنان نشان داد که در مرحله پس‌آزمون درمان ACT و درمان CFT موجب بهبود سازگاری پس از طلاق و عزت‌نفس شد. تأثیر هر دو رویکرد درمانی در مرحله پیگیری پایدار بود. الاین و هالینز^۴ (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای دریافتند که دانشجویانی که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن دلسوز دریافت کرده بودند، در مقایسه با هم‌تایان خود امید، حرمت خود، سلامت روان و عواطف مثبت بیشتری را بعد از پیگیری دو ماهه گزارش کردند.

از جمله درمان‌های که می‌تواند در کاهش نارسایی هیجانی و بهبود صمیمیت زناشویی زوجین مؤثر باشد زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ است. در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت^۶، ۲۰۰۸). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی^۷ فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی^۸ فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم 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 (رومیر و اورلیش^۹، ۲۰۱۰). چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی^{۱۰} یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص

1. Neff, & McGehee
2. psychological Well-being
3. Raes
4. Elaine & Hollins
5. Acceptance and Commitment Therapy
6. Forman & Herbert
7. Psychological Acceptance
8. Psychological Awareness
9. Roemer & Orsillo
10. Cognitive Defusion

سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه^۱ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما) هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و... باشند. شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است برای مثال کارآیی این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند افسردگی (کانتر، باروچ و گاینور^۲، ۲۰۰۶؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳)، پسیکوزها (هیز^۳، ۲۰۰۴)، سوء مصرف و وابستگی به مواد (Hayes & et al, 1999; Gifford & et al, 2004)، فرسودگی شغلی (بوند و باروچ^۴، ۲۰۰۳)، درد مزمن (Dahl & et al, 2004)، زوجین متقاضی طلاق (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳)، اختلال ریاضی (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۲) به اثبات رسیده است. نتایج مطالعه پیرانی، عباسی و همکاران (۲۰۱۷) با هدف تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس جنسی، ناگویی خلقی و سازگاری زناشویی همسران جانبازان نشان داد که پس از مداخله، میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در عزت‌نفس جنسی و سازگاری زناشویی افزایش و در ناگویی خلقی کاهش یافت که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود.

امروزه جایگاه سازگاری و عزت‌نفس در روابط زناشویی به دلیل افزایش روزافزون آمار خیانت‌ها و طلاق، در مطالعات خانواده و ازدواج بسیار با اهمیت تشخیص داده شده است. از آنجا که سازگاری سازه‌های مهم در زندگی زناشویی محسوب می‌شود و کارکرد مهمی در حفظ، پایداری و سلامت ازدواج دارد و فقدان آن سبب گسستگی پیمان زناشویی و متزلزل شدن بنیان خانواده می‌شود و در نهایت پدیده‌ی طلاق را به دنبال خواهد داشت، لذا جهت افزایش میزان سازگاری زناشویی و عزت‌نفس زوج‌ها، شناخت صحیح این سازه‌های مهم و عوامل مؤثر بر حفظ، تداوم و افزایش مسأله‌ای برای انجام این پژوهش شد. از سوی دیگر با شناخت عوامل مؤثر در روابط زناشویی، مهار و مدیریت، آن یکی از روش‌های در خور توجه در حل مشکلات زناشویی و رسیدن به رضایت از زندگی زناشویی به شمار می‌رود؛ بنابراین شناخت این عوامل نه تنها به خانواده درمانگر کمک می‌کند تا مشکل را تشخیص دهد، بلکه به زوجین نیز یاری می‌رساند تا با آشنایی با این عوامل به ایجاد، تقویت و یا اصلاح این متغیرها پرداخته، به رضایتمندی و صمیمیت دست یابند. همچنین با توجه به افزایش سالیانه آمار طلاق که وجود مشکلات رفتاری و ارتباطی در زندگی از مهمترین عوامل آن به حساب می‌آید، تأثیر نامطلوب مشکلات رفتاری و ارتباطی در زندگی زوج‌ها و فرزندان، ضرورت شناخت و یافتن راه‌حل‌های مؤثر در کاهش تعارضات و بهبود ارتباطات نامناسب زوج‌ها و جستجوی زمینه‌های جدید برای تحقیق درباره مشکلات و تعارضات زناشویی جهت استفاده محققان و درمانگران خانواده، از دلایلی دیگر انجام این پژوهش بود. همچنین پیش‌بینی میزان تأثیرگذاری این شیوه‌های آموزشی (آموزش مبتنی بر خود دلسوزی) و آگاهی بخشی به خانواده درمانگران و برنامه ریزان خانواده بر بدیع بودن پژوهش حاضر می‌افزاید؛ بنابراین این پژوهش برای پاسخگویی به این

1. Committed Action
2. Kanter, Baruch & Gaynor
3. Bach & Hayes
4. Bond & Bunce

سؤال که آیا آموزش پذیرش و تعهد و خوددلسوزی شناختی بر سازگاری زناشویی و عزت نفس جنسی زوجین در معرض طلاق مؤثر است.

روش

طرح تحقیق این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه^۱ بود که در آن اثربخشی دو متغیر مستقل یعنی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خوددلسوزی شناختی بر متغیرهای وابسته یعنی سازگاری و عزت نفس جنسی مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مراجعین متقاضی طلاق (زن و شوهر) اعم از مراجعان خود ارجاعی و یا ارجاعی از طرف دادگاه خانواده‌ی شهر اردبیل در فاصله اردیبهشت ماه ۱۳۹۷ تا مرداد ماه ۱۳۹۷ بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از افراد مراجعه کننده (مرد یا زن) به دادگاه‌های خانواده شهر اردبیل بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین مراجعین انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰ زوج) خوددلسوزی شناختی (۲۰ زوج) و گروه کنترل (۲۰ زوج) گمارش شدند. بدین صورت که پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل و دادگاه این شهر با رعایت ملاحظات اخلاقی در دادگاه‌های خانواده حضور پیدا کرده و ضمن بیان اهداف برای مسئولین و موافقت این مراکز به پرونده‌هایی که جهت طلاق مراجعه می‌کنند به صورت تصادفی ۶۰ نفر (زن و مرد) مراجعه کننده انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی برخوردار باشد، تعداد نمونه ۶۰ نفر (۲۰ زوج برای هر گروه) در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۰).

در این پژوهش با توجه به الگوی درمانی گیلبرت (۲۰۱۴) باید از گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفری استفاده شود. ولی برای این که پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، توانایی کنترل و مدیریت افراد نمونه در فرآیند درمان وجود داشته باشد و پژوهشگران به خاطر عمل افت آزمودنی با مشکل تعمیم پذیری مواجه نشوند برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. برای اینکه گروه کنترل در جریان چگونگی مداخلات انجام شده بر گروه مداخله نباشند در مطالعه حاضر از آلودگی تضعیف روحیه‌ی آزمودنی‌ها از طریق برنامه‌ریزی و کنترل دقیق جلوگیری به عمل آمد، همچنین سعی می‌شود که بین گروه‌های آزمایش و کنترل ارتباطی وجود نداشته باشد تا از انتشار عمل آزمایشی جلوگیری شود. برای اینکه پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد عمل آزمایشی به طور روشن و شفاف توضیح داده می‌شود، تداخل عمل‌های آزمایشی با ایجاد ملاک ورود و خروج کنترل می‌شود (و افرادی که نوعی از روان‌درمانی یا دارو درمانی دریافت می‌کنند از مداخله خارج می‌شوند).

1. The pretest-posttest control group design

ابزار اندازه‌گیری

مقیاس سازگاری زن و شوهر^۱ (DAS) : این مقیاس یک ابزار ۳۲ سوالی است که توسط توسط گراهام و اسپنیر^۲ (۱۹۷۶)، (Graham & et al, 2006) ساخته شده و برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند این ابزار برای چند هدف ساخته شده است. نمره کل این مقیاس نشان‌گر رضایت و سازگاری کلی زوج‌ها است. این ابزار دارای چهار خرده مقیاس رضایت، همبستگی زن و شوهر، توافق زن و شوهر و ابراز محبت است و دارای ۵ نمره (۴ خرده مقیاس و یک نمره کل) که دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۱۵۱ می‌باشد. دامنه نمره‌ها برای خرده مقیاس‌ها به شرح زیر است: خرده مقیاس رضایت زناشویی (۱۰ سوال) ۰ تا ۵۰؛ خرده مقیاس همبستگی (۵ سوال) ۴ تا ۲۴؛ خرده مقیاس توافق (۱۳ سوال) ۰ تا ۶۵ و خرده مقیاس ابراز محبت (۴ سوال) ۰ تا ۱۲. نمره‌های بالاتر سازگاری زناشویی بیشتر را نشان می‌دهند. اسپنیر^۳ (۱۹۷۶) اعتبار این مقیاس را در کل نمرات ۰/۹۶ برآورد کرده که نشان دهنده همسانی درونی قابل توجهی است. همسانی درونی، خرده مقیاس‌ها را نیز بین خوب تا عالی برآورد کرده که عبارتند از: توافق زناشویی ۰/۹۰، همبستگی زناشویی ۰/۸۱، مقیاس رضایت زناشویی ۰/۹۴ و ابراز محبت ۰/۷۳ (زهراکار و لوف پور نوری، ۱۳۹۳). کجیاف، مقدس و آقایی ضریب باز آزمایی و انحراف استاندارد این ابزار را در گروهی ۳۰ نفری از زوج‌ها دارای مشکلات زناشویی به ترتیب ۰/۹۲ و ۲۰/۶۷ گزارش کرده اند (امان الهی و همکاران، ۱۳۹۳).

پرسشنامه فرم کوتاه شاخص عزت‌نفس جنسی زنان (SSEL-W-SF): این پرسشنامه که توسط زینا و اسپوارز (۱۹۹۶) ساخته شده است ۳۵ گویه دارد، برای سنجش پاسخ‌های موثر در ارزیابی جنسی زنان از خود تدوین شده است. پرسش‌ها در یک مقیاس لیکرت شش مرحله‌ای از ۱ تا ۶ (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) پاسخ داده می‌شوند. گویه‌های ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۱ و ۳۴ نمره‌گذاری معکوس دارند. این پرسشنامه بازتابی از حوزه‌های عزت‌نفس جنسی شامل تجربه و مهارت (سوالات ۴، ۵، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۱۹)، جذابیت (سوالات ۲، ۷، ۱۲، ۲۲، ۲۷، ۳۲ و ۳۴)، کنترل (سوالات ۹، ۱۱، ۱۴، ۲۱ و ۲۹)، قضاوت اخلاقی (سوالات ۱۰، ۱۸، ۲۰، ۲۵، ۳۱ و ۳۰) و انطباق (سوالات ۸، ۱۵، ۲۳، ۲۴، ۲۶ و ۲۸) است. با جمع کردن نمرات ۵ حوزه با هم نمره کل مقیاس به دست می‌آید و نمره بالاتر نشانگر عزت‌نفس جنسی بالاتر است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل این مقیاس ۰/۹۲، برای مهارت و تجربه ۰/۸۶، برای جذابیت ۰/۸۸، برای کنترل ۰/۸۰ و برای انطباق ۰/۸۰ گزارش شده است (فرخی و شاره، ۱۳۹۳).

پروتکل جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی: آموزش پذیرش و تعهد فورمر و هربرت^۴ (۲۰۰۸) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شد که شامل مواردی مانند، توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل،

1. Dyadic Adjustment Scale
2. Graham & spanir
3. Spanir
4. Forman & Herbert

آماده‌سازی مراجعین، آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش تحمل‌پریشانی، آموزش تنظیم هیجان، افزایش کارآمدی بین‌فردی، آموزش مهارت‌های فردی مهم و مرحله جمع‌بندی بود. همچنین آموزش خود‌دلسوزی شناختی که یک رویکرد نوین روان‌درمانی مبتنی بر رویکردهای تکاملی و بایوسایکوسوشیال (زیستی-روانی-اجتماعی) به مشکلات روحی است و حاصل نظریه ذهنیت اجتماعی است (گیلبرت، ۱۹۸۹، ۱۹۹۵، ۲۰۰۵). این روش راه‌های تمرکز بر درمان شمارا ارائه می‌دهد. این درمان راهنمایی مداخلات درمانی ویژه‌ای برای تحول خود آرامش‌بخشی و خود شفقتی به وجود می‌آورد. مداخلات خود را از بسیاری از درمان‌های دیگر مشتق کرده و شامل اهمیت: روابط درمانی، هدایت اکتشافی، گفتگوی سقراطی، به چالش کشیدن (استنتاج)، تحلیل عملکرد، تجزیه و تحلیل گام‌به‌گام، آگاهی رشد یافته، آزمایش‌های رفتاری، تحمل و مواجهه، ذهن آگاهی، تصویرسازی هدایت‌شده، نوشتن صریح و تمرین استقلال است.

جدول ۱: ساختار جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

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 : که در این شرایط می‌توان بر نادیده گرفتن ارزشها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد (علامت اختصاری مهم در زندگی زناشویی) و معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته (آشنایی با تلاش‌های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف).
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (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 نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به‌طور کامل پذیرفت، ۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود ؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد، 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 به عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه حل) (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 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، تاثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها.
جلسه پنجم	ارزیابی عملکرد ، هدف جلسه: تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده‌گری ، سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها.

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 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 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 ارزش‌هایش 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. 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. ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزشها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون صمیمیت و سازگاری از داشتن رنج.
جلسه نهم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندان)، آموزش به مراجع در مورد این که 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 توسط هریک از زوجین هنگام مشاجرات و عصبانیتی که منجر به اختلاف شود.
جلسه دهم	ارزیابی عمل متعهدانه آموزش درمانجو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارت‌های آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن بهکار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT و پیام اصلی ACT. دو علامت اختصاری مهم در زندگی زناشویی براساس مدل ACT ارائه خلاصه‌ای 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 می‌تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی و بعد از گذشت سال به ملاقات‌های سه ماهه.
ساختار جلسات خود دلسوزی شناختی گیلبرت (۲۰۱۴)	
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه با زنان متقاضی طلاق، مروری بر ساختار جلسات، آگاهی از هدایت خودکار که با استفاده از تمرین واری بدن (آگاهی جز به جز از اجزای بدن)، آگاهی از هدایت خودکار و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه دوم	آموزش افزایش ثبات ذهنی: در این جلسه به زنان متقاضی طلاق آموزش داده شد که وقتی با حس‌های ناراحت‌کننده یا سرگردانی ذهنی مواجه می‌شوند، با استفاده از واری بدن با آنها روبه‌رو شوند. همچنین آموزش پنج مهارت دانش‌افزایی، به منظور تعریف بی‌تفاوتی نسبت به موقعیت‌ها. کاربستن، اینکه وقتی بی‌تفاوت هستیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی بی‌تفاوت هستند چه می‌کنند؟ ارزشیابی، وقتی بی‌تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی‌تفاوت هستند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی‌تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی‌تفاوت باشیم؟ نقل قول‌ها: سانی دوا می‌گوید: شخصی که ذهن پریشانی دارد احساسات رنج‌آور را در دندان‌های نیش ساکن می‌کند. پرداختن به معنای دیالکتیک؟ گام گذاشتن در راه میانه و معنای شفقت؟ کاهش درد و رنج در دیگران است.
جلسه سوم	مرور تمرین جلسه قبل، کشت بینش در تجربه‌ی طبیعی ذهن، تکالیف و فعالیتها: استراحت ذهنی در حالت طبیعی خود؛ مشاهده ناشی از عبور افکار؛ ایجاد نگرش تعلیق قضاوت و پذیرش. درمانگر تکمیل تکالیف خانگی را با گرم گرفتن با شرکت‌کنندگانی که تکالیف را کامل کرده‌اند و ارزش قائل شدن برای کارشان، تشویق می‌کند. شفقت به‌عنوان یک ذهنیت، یک ذهنیت اجتماعی، ذهنیت رقابت، ذهنیت مراقبت، تمرین، فراخوانی و تحلیل احساسات مثبت و منفی، تمرین ارائه دیدگاه مبنی بر پاسخ و واکنش به استرس، استراحت ذهنی در نهایت آگاهی از رابطه بین خلق، افکار، احساسات و وقایع است.

<p>تمرین و مرور جلسات قبل، تمرین تنفس. در واقع تنفس به عنوان وسیله‌ای برای مراقبه^۱ محسوب می‌شود. تعریف اینکه همدلی چیست؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی همدلی می‌کنند چه می‌کنند؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدلی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدلی کنیم؟ کجا باید همدلی کنیم؟ و اینکه فرق بی‌تفاوتی، همدردی و همدلی کدام است؟ در نهایت (مراقبه نشسته) حضور ذهن نسبت به تنفس و بدن (تمرین ذهن آگاهی^۲)</p>	<p>جلسه چهارم</p>
<p>کاشت متانت و نوع دوستی در مقابل عدم قضاوت</p> <p>تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، در طول سه هفته گذشته ما به‌سوی شالوده شفقت و نوع‌دوستی هدایت می‌شویم. این شالوده با عبور از یک سری مراحل ساخته شده است که عبارت‌اند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بی‌آموزیم که پایداری حواس و وضوح آن را توسعه دهیم؛ • بینش خود را در میان افکار جهان درون، احساسات، عواطف و تجربیات مادی گسترش دهید؛ • اجازه دهید تجربیات روحی‌تان در جای خود مستقر شوند در نتیجه به ذهنتان اجازه دهید که حالت طبیعی خود را آشکار کند؛ • درک کنید که این واکنش‌ها و عواطف مخرب می‌توانند تغییر کنند؛ • درک کنید که سهم شما توانایی ایجاد این تغییرات است و • عزم عمیقی برای ایجاد این تغییرات ایجاد کنید تا بتوانید به خوبی‌های ذاتی اجازه دهید تا ظاهر شوند. <p>بازی من مراقبت کردم / من مراقبت نکردم، داستان گیسو گوتامی، تحمل پریشانی (رنج)، آموزش مهارت‌های دیداری در جلسه ششم ب استفاده از یاد یار VISION و مفاهیم پایه‌ای پذیرش واقعیت.</p>	<p>جلسه پنجم</p>
<p>درک و قدردانی از دیگران</p> <p>تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، اذعان به مهربانی دیگران؛ درک متقابل، وابستگی متقابل، قدردانی از دیگران و قدردانی. ذهن آگاهی، ذهن خردگرا، مهارت‌های چگونگی بدون قضاوت، توأم با ذهن آگاهی و مؤثر. تجربه‌تان در بهره‌گیری از هر یک از این مهارت‌ها را در طول هفته توضیح دهید. کجا ذهن آگاهی داشتید؟ کی؟</p> <p>بدون قضاوت:.....</p> <p>توأم با ذهن آگاهی:.....</p> <p>مؤثر:.....</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>پرورش محبت و همدلی</p> <p>تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، محبت یا مهربانی - یک احساس عمیق از احترام و شفقت نسبت به دیگران آن که قطعاً برای پرورش یک شفقت حقیقی ضروری است. روش‌هایی که هفته‌های پیش آموزش داده شد مراجع را هدایت می‌کند تا قدردانی و سپاسگزاری را بر اساس درک وابستگی‌های بین فردی و فوایدی که یک نفر از دیگران می‌گیرد پرورش دهد.</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>بازشناسی آرزو، اشتیاق عشق و شفقت</p> <p>تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، سنت لویونگ بین عشق و مهربانی تمایز قائل می‌شود. مهربانی به‌عنوان یک احساس عمیق از گرمی داشتن و شفقت نسبت به دیگران در نظر گرفته می‌شود درحالی‌که عشق نقطه مقابل شفقت است و به آرزوی شادی برای دیگران برمی‌گردد. به‌عبارت‌دیگر شفقت به‌عنوان رهایی دیگران از رنج تعریف می‌شود؛ بنابراین شفقت و عشق به‌عنوان دوروی یک سکه در نظر گرفته می‌شوند. وقتی فردی یک حساسیت و همدلی سالم را نسبت به دیگران پرورش می‌دهد از دیدن رنج آن‌ها و از دست رفتن شادی آن‌ها برای او غیرقابل‌تحمل می‌شود در نتیجه این پاسخ همدلانه خودبه‌خود آرزوی شادی و شرایطی برای ایجاد شادی در دیگران ایجاد می‌شود، این عشق است.</p>	<p>جلسه هشتم</p>

<p>درک عشق و شفقت کاربردی</p> <p>تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، هفته پایانی تمام تمرینات ذهن آگاهی قبل را یکی می‌کند تا شرکت‌کننده را به هدف نهایی برساند: ایجاد عشق و همدلی فعال برای دیگران در هفته پایانی ما را روی ایجاد آرزوی قوی و سپس اشتیاق اینکه دیگران شاد و رها از رنج باشند کار می‌کنیم. انتقال از شفقت آرزومندانه و مشتاقانه به شفقت کاربردی نیاز به مواد جدیدی ندارد. بلکه با تمرین بیشتر و درک عمیق از طریق تفکر و ذهن آگاهی مکرر به صورت طبیعی ایجاد می‌شود. شفقت و عشق فعال و کاربردی از طریق تمرین مداوم آرزو و اشتیاق عشق و شفقت پرورش می‌یابد.</p>	<p>جلسه نهم</p>
<p>در این جلسات از زنان متقاضی طلاق خواسته شد که همراه با توجه، تفکر و رفتار دلسوزانه و تمرین برای ایجاد احترام، در مورد حمله به خود صحبت کنند و نحوه ایجاد تصاویر دلسوزانه با ارایه مراقبه‌های لازم آموزش داده شد. پس از یک هفته پس آزمون از هر دو گروه به عمل آمد.</p>	<p>جلسه دهم</p>

مآخذ: (هنرپروران، ۱۳۹۳؛ ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳)

روند اجرای پژوهش: بعد از هماهنگی با مراکز کاهش آسیب طلاق و دسترسی به پرونده‌های ارجاع داده شده، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه سازی زوجین مراجعه کننده و کسب اجازه از آنها، رضایت افراد نمونه تحقیق برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس بعد از انجام مصاحبه بالینی، از بین ۱۵۰ زوج مراجعه کننده با توجه به ملاک‌های ورود و خروج ۶۰ نفر که تمایل شرکت در مداخلات را داشتند به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه گمارده شدند. ضمن توجیه افراد نمونه تحقیق و بیان اهداف پژوهش، از آنها درخواست شد تا در طول دوره این آموزش درمانی شرکت کنند. قبل از شروع روش‌های آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش آزمون قرار گرفتند و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حد امکان سوآلی را بدون جواب نگذارند. سپس گروه‌های آزمایش تحت آموزش گروهی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. مدت جلسات درمانی گروه‌های آزمایشی ۱۰ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته بود و به صورت گروهی و در هفته یکبار در مراکز کاهش آسیب طلاق تعیین کرده بود اجرا می‌گردید. در طی این جلسات و بعد از اتمام آموزش از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. در پایان داده‌های جمع آوری شده با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ضمن اطمینان دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود.

یافته‌ها

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد سازگاری زناشویی و عزت نفس جنسی در پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های مورد مطالعه

گروه گواه		CMT		ACT		موقعیت	
SD	M	SD	M	SD	M	متغیر	
۲/۸۵	۱۹/۳۵	۳/۳۶	۱۹/۸۰	۳/۴۳	۱۸/۸۵	پیش آزمون	رضایت زناشویی
۲/۷۳	۱۹/۷۵	۲/۶۹	۳۰/۷۰	۲/۳۰	۴۵/۵۵	پس آزمون	
۴/۴۴	۱۸/۳۰	۴/۱۴	۱۹/۳۰	۳/۴۳	۱۸/۸۵	پیش آزمون	همبستگی دو نفره
۴/۴۱	۱۸/۹۰	۳/۰۹	۲۶/۳۰	۳/۸۱	۳۸/۶۰	پس آزمون	

۳/۷۵	۱۹/۱۵	۳/۸۱	۲۰/۰۵	۳/۶۰	۱۸/۴۵	پیش‌آزمون	توافق دو نفره
۳/۴۷	۱۹/۹۵	۴/۰۸	۲۴/۲۵	۵/۵۴	۲۳/۲۵	پس‌آزمون	
۳/۱۸	۱۴/۱۵	۳/۱۴	۱۵/۷۵	۲/۷۱	۱۴/۲۵	پیش‌آزمون	ایزاز محبت
۲/۹۳	۱۵/۲۵	۲/۴۷	۲۲/۷۰	۵/۸۳	۳۶/۴۰	پس‌آزمون	
۲۵/۴۹	۱۰۴/۷	۲۱/۴۴	۱۱۵/۳۵	۲۰/۹۹	۱۰۵/۶۵	پیش‌آزمون	کل
۲۱/۲۲	۱۱۸/۵۴	۱۷/۹۸	۱۵۲/۱	۲۹/۰۷	۲۰۴/۷	پس‌آزمون	
۴/۴۴	۲۶/۵۰	۱/۴۴	۲۳/۷۵	۳/۷۴	۲۷/۰۵	پیش‌آزمون	تجربه و مهارت
۴/۶۳	۲۶/۵۵	۱/۶۸	۱۶/۷۵	۱/۸۶	۱۰/۲۵	پس‌آزمون	
۱/۲۱	۲۲/۷۰	۲/۶۶	۲۰/۶۰	۲/۲۷	۲۰/۷۰	پیش‌آزمون	جذابیت
۱/۵۷	۲۲/۲۵	۰/۹۱	۱۵/۲۵	۱/۰۹	۷/۴۰	پس‌آزمون	
۲/۴۹	۳۷/۳۰	۷/۳۹	۳۴/۷۵	۱/۶۵	۳۶/۱۰	پیش‌آزمون	کنترل
۲/۵۲	۳۶/۶۰	۳/۶۰	۲۰/۴۰	۱/۷۶	۱۲/۹۵	پس‌آزمون	
۱/۶۶	۲۳/۹۵	۲/۴۳	۲۲/۵۵	۲/۸۹	۲۲/۵۵	پیش‌آزمون	قضاوت اخلاقی
۱/۷۸	۲۳/۶۵	۱/۶۰	۱۴/۸۰	۰/۹۱	۹/۰۰	پس‌آزمون	
۲/۴۲	۳۴/۰۰	۱/۷۰	۲۳/۴۵	۱/۳۳	۲۳/۷۵	پیش‌آزمون	انطباق‌پذیری
۲/۵۴	۲۳/۴۵	۱/۸۷	۲۵/۵۵	۲/۷۳	۱۶/۹۰	پس‌آزمون	
۱۴/۴۵	۱۶۳/۹۵	۱۷/۸۴	۱۴۵/۱	۱۳/۵۱	۱۴۹/۲	پیش‌آزمون	کل
۱۴/۷۶	۱۵۱/۶۵	۱۰/۸۸	۱۰۶/۶	۹/۳۴	۶۴/۰۵	پس‌آزمون	

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره کلی پیش‌آزمون سازگاری زناشویی در زوجین در معرض طلاق در گروه آموزشی پذیرش/تعهد (۱۰۵/۶۵ و ۲۰/۹۹)، گروه آموزشی خود‌دلسوزی شناختی (۱۱۵/۳۵ و ۲۱/۴۴) و گروه کنترل (۱۰۴/۷ و ۲۵/۴۹) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی این متغیر در مرحله پس‌آزمون در گروه آموزشی پذیرش/تعهد (۲۰۴/۷ و ۲۹/۰۷)، گروه آموزشی خود‌دلسوزی شناختی (۱۵۲/۱ و ۱۷/۹۸) و گروه کنترل (۱۱۸/۵۴ و ۲۱/۲۲) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون عزت‌نفس جنسی در گروه آموزشی پذیرش/تعهد (۱۴۹/۲ و ۱۳/۵۱)، گروه آموزشی خود‌دلسوزی شناختی (۱۴۵/۱ و ۱۷/۸۴) و گروه کنترل (۱۶۳/۹۵ و ۱۴/۴۵) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پس‌آزمون عزت‌نفس جنسی در گروه آموزشی پذیرش/تعهد (۶۴/۰۵ و ۹/۳۴)، گروه آموزشی خود‌دلسوزی شناختی (۱۰۶/۶ و ۱۰/۸۸) و گروه کنترل (۱۵۱/۶۵ و ۱۴/۷۶) می‌باشد؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایشی پس از دریافت مداخله از سازگاری زناشویی و عزت‌نفس جنسی بالاتری برخوردار هستند.

جدول ۳: نتایج آزمون باکس و لوین جهت رعایت پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی متغیرهای مورد مطالعه

P	F	DF2	DF1	BOX'SM
$P \geq 0.075$	۳/۹۹	۱/۸۵۷	۱۲	۸/۱۴ (سازگاری زناشویی)
$P \geq 0.121$	۲/۹۶	۱/۶۳۲	۱۲	۶/۰۷۰ (عزت نفس جنسی)
لون				Levene's
P	F	DF2	DF1	
۰/۱۳	۱۵/۸۵	۵۴	۲	رضایت زناشویی
۰/۴۵	۱۱/۸۹	۵۴	۲	همبستگی دو نفره
۰/۷۶	۵/۷۷	۵۴	۲	توافق دو نفره
۰/۳۴	۷/۲۳	۵۴	۲	ابراز محبت
۰/۲۱۴	۸/۴۵۱	۵۴	۲	سازگاری زناشویی کل
۰/۱۸	۱۰/۶۶	۵۴	۲	مهارت و تجربه
۰/۵۷	۷/۰۰	۵۴	۲	جذابیت
۰/۳۴	۷/۶۶	۵۴	۲	قضاوت اخلاقی
۰/۴۴	۱۹/۴۴	۵۴	۲	کنترل
۰/۸۶	۳۷/۲۳	۵۴	۲	انطباق پذیری
۰/۶۱۲	۴/۷۷	۵۴	۲	کل عزت نفس جنسی

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت رعایت فرض همگنی ماتریس‌های واریانس / کوواریانس، از آزمونهای باکس و لون استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای هر دو متغیر معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کوواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای مؤلفه پس‌آزمون، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز به درستی رعایت شده است.

جدول ۴: اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیر سازگاری زناشویی و عزت نفس جنسی در گروه‌های آزمایش و گواه

موقعیت	اثر	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	P	مجذور ای‌تا
سازگاری زناشویی	لامبدای ویلکز	۰/۰۱۵	۵۹/۲۸	۱۲	۹۸	$P \leq 0.001$	۰/۸۷۲
عزت نفس جنسی	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۷	۴۱/۴۷	۱۲	۹۸	$P \leq 0.001$	۰/۸۳۵

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، عامل بین آزمودنیها گروه‌های (زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خوددلسوزی شناختی) بر سازگاری زناشویی در مرحله گروه ($F(12, 98) = 59/28, P < 0.001$) و عزت نفس جنسی در مرحله گروه ($F(12, 98) = 41/47, P < 0.001$) اثر معنی‌داری دارد؛ به عبارت دیگر این فرضیه که زوج‌درمانی مبتنی

بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی باعث افزایش سازگاری و عزت نفس جنسی می شود در سطح معنی داری $P < 0.001$ تأیید می شود.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) برای مقایسه تفاضل پیش آزمون - پس آزمون نمرات مولفه های سازگاری زناشویی و عزت نفس جنسی در سه گروه آموزش پذیرش/تعهد، خود دلسوزی شناختی و گروه گواه

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا
رضایت زناشویی	۲۸۶۴/۴۳	۲	۱۴۳۲/۲۱	۱۷۵/۸۸	$P < 0.001$	۰/۴۲۱
همبستگی دو نفره	۱۷۳۰/۱۰	۲	۸۶۵/۰۵	۱۵۹/۸۳	$P < 0.001$	۰/۴۰۲
توافق دو نفره	۵۱۱۸/۴۳	۲	۲۵۵۹/۲۱	۷۷/۶۲	$P < 0.001$	۰/۳۵۴
ابراز محبت	۱۲۴۳/۹۰	۲	۶۲۱/۹۵	۲۱۳/۴۳	$P < 0.001$	۰/۶۱۲
سازگاری زناشویی کل	۱۳۵۴/۸۰۲	۲	۶۷۷/۴۰۱	۱۴۲/۳۶	$P < 0.001$	۰/۵۲۱
اندازه اثر مداخلات درمانی	$0.562ACT =$			$0.489CMT =$		
مهارت و تجربه	۷۰۱۰/۵۳	۲	۳۵۰۵/۲۶	۲۳۷/۳۹	$P < 0.001$	۰/۶۲۷
جذابیت	۳۸۰۱/۶۳	۲	۱۹۰۰/۸۱	۱۹۱/۲۳	$P < 0.001$	۰/۵۰۲
فضاوت اخلاقی	۲۱۳۲/۸۰	۲	۱۰۶۶/۴۰	۱۶۴/۴۶	$P < 0.001$	۰/۶۵۴
کنترل	۴۷۲۲/۴۳	۲	۲۳۶۱/۲۱	۱۵۸/۸۴	$P < 0.001$	۰/۵۴۱
انطباق پذیری	۲۰۴۰/۲۳	۲	۱۰۲۰/۱۱	۵۵/۶۶	$P < 0.001$	۰/۳۷۰
کل عزت نفس جنسی	۴۹۰۸/۶۳	۲	۲۴۵۴/۳۱	۱۲۱/۶۱	$P < 0.001$	۰/۴۱۲
	$0.488ACT =$			$0.487CMT =$		

نتایج جدول شماره ۵ نشان می دهد که اثر اصلی گروه معنی دار می باشد. بدین ترتیب، بین میانگین های پس آزمون نمرات سازگاری زناشویی و عزت نفس جنسی بین دو گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی و گروه کنترل به ترتیب برای سازگاری زناشویی ($P = 0.001$) و $F(2, 58) = 142/36$ و برای عزت نفس جنسی ($P = 0.001$) و $F(2, 58) = 121/61$ متفاوت می باشد. با توجه به مجذور اتا مقدار این تأثیر د رمتغیر سازگاری زناشویی برای آموزش زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵۶ درصد و برای خود دلسوزی شناختی ۴۹ درصد می باشد. همچنین میزان تأثیر برای متغیر عزت نفس جنسی در متغیر عزت نفس جنسی برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۸ و در خود دلسوزی شناختی ۴۸ است که این نشان دهنده تغییرات در مرحله پس آزمون گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی در مقایسه با گروه گواه بوده است.

نتایج آزمون های تعقیبی شفه نشان می دهد که در رضایت زناشویی، همبستگی دو نفره، توافق دو نفره و ابراز محبت میانگین نمرات «هر دو گروه آزمایشی آموزش پذیرش/تعهد و خود دلسوزی شناختی از گروه کنترل» به طور معناداری بیشتر است ($P < 0.001$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد که بین دو گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش

و تعهد و خود دلسوزی شناختی تفاوت وجود دارد؛ به عبارت دیگر نمران مؤلفه‌های سازگاری زناشویی در پس‌آزمون زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر است که این امر نشان دهنده اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان خود دلسوزی شناختی است. همچنین نتایج آزمون‌های تعقیبی شفه نشان داد که بین نمرات مؤلفه‌های عزت‌نفس جنسی دو گروه آزمایشی و گروه گواه تفاوت وجود دارد ($P < 0/001$)؛ به عبارت دیگر نمرات مؤلفه‌های عزت‌نفس جنسی گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه افزایش داشته است. همچنین بین گروه‌های آزمایش در نمرات مؤلفه‌های عزت‌نفس جنسی تفاوتی وجود نداشت؛ که این نشان دهنده اثربخشی مداخلات به یک اندازه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خوددلسوزی شناختی بر بهبود سازگاری زناشویی و عزت‌نفس جنسی زوجین در معرض طلاق بود. نتایج نشان می‌دهد که، میانگین‌های نمرات پس‌آزمون سازگاری زناشویی و عزت‌نفس جنسی بین دو گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی و گروه گواه تفاوت وجود دارد؛ به عبارت دیگر با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خوددلسوزی شناختی منجر به بهبود سازگاری زناشویی و عزت‌نفس جنسی زوجین در معرض طلاق می‌شود. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (پیرانی و همکاران، ۲۰۱۷؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ سعادت‌ی و همکاران، ۱۳۹۵ و الاین و همکاران، ۲۰۱۶) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، سازگاری زناشویی بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها تأثیر می‌گذارد. در واقع سنگ زیربنای عملکرد خوب خانواده است و نقش والدینی را تسهیل می‌کند، عمر زن و شوهر را زیاد می‌کند، باعث افزایش سلامتی، توسعه اقتصادی، رضایت بیشتر از زندگی، کاهش مشکلات روان شناختی، مدیریت بهتر تعارض، مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله و مهارت‌های بهتر حل تعارضات می‌شود؛ اما در صورتی که سازگاری وجود نداشته باشد، این جنبه‌های مثبت از بین می‌روند و باعث مشکلات عدیده‌ای هم در زمینه‌ی فردی و هم اجتماعی می‌شود. در جلسات درمانی این پژوهش، زوجین توانستند خیلی از نگرانی‌های رابطه‌ای که موجب آشفتگی بین آنها شده بود را به گونه‌ای جمع بندی کنند که تمرکز آنها بیشتر بر احساسات و کمتر بر پرخاشگری و خشم نسبت به یکدیگر باشد؛ و همچنین در جریان درمان چگونگی تقویت جنبه‌های مثبت رابطه‌های بررسی شد و برای زوجینی که روی جنبه‌های منفی رابطه‌شان تمرکز می‌کردند، فرصتی را پیش آورد که آنها توانستند جنبه‌های مثبت رابطه‌شان را بازبینی کنند و به اهمیت مثبت اندیشی در رابطه زناشویی خود پی ببرند (احمدی، نبی‌پور، کیمیایی و افضل‌ی، ۲۰۱۰).

از آنجا که زوجین غالباً مشکلات رابطه را به خصوصیات ثابت همسرشان نسبت می‌دهند، در جلسات درمانی این پژوهش، توسط زوجین، نقش عوامل موقعیتی و حوادث زندگی در شکل دادن به مشکلات تعاملی آنها بررسی شد و زوجین را قادر ساخت که تشخیص دهند مشکلات رابطه به ندرت، منحصراً به یکی از آنها مربوط می‌شود و از این طریق توانستند سرزنش و خشم همراه با تعامل منفی را کاهش دهند؛ که این امر زمینه ساز سازگاری زناشویی در پس

آزمون و پیگیری شده است. همچنین در خلال درمان کیفیت گذراندن اوقات فراغت و روشهای خاص حمایت از همسر بررسی شد و زوجین درباره راه هایی که منجر به افزایش حمایت آنها از یکدیگر می شود، مذاکره کردند، که این مذاکرات بر افزایش سازگاری زناشویی در بین زوجین تأثیرگذار بود (امانی و همکاران، ۱۳۹۲).

از سوی دیگر با آموزش مهارت‌های پذیرش و تعهد می توان از زوج ها خواست که تمرین ایفای نقش، خود را در نقش طرف مقابل قرار دهند تا همدلی افزایش یابد (اپشتاین و باکوم، ۲۰۰۲). به عنوان مثال، می توان از همسران خواست تا همان طور که آخرین جدل خود را در مورد مسایل مالی بازسازی می کنند، نقش خود را عوض کنند. توجه به قالب مرجع و احساسات فردی شخص مقابل، اطلاعات جدیدی به دست می دهد که می تواند دیدگاه همسران را نسبت به هم تغییر دهد؛ بنابراین، در این مثال، وقتی مرد نقش زنش را بازی می کند، بهتر می تواند اضطراب و رفتار محافظه کارانه وی را در پول خرج کردن بفهمد که ریشه آن در تجربه بزرگ شدن او (زن) در فقر بوده است. بسیاری از زوج های مشکل دار، وقتی که در پی درمان می روند، بینش آنها نسبت به مسایل درون رابطه محدود شده است. به همین دلیل ممکن است درمانگر از آنها بخواهد افکار، احساسات و رفتارشان را اولین ملاقات، در قرارها و نیز احساسات عاشقانه شان را یادآوری و گزارش نمایند. درمانگر می تواند بر روی تضاد بین تجارب گذشته و حال تمرکز کند. این تضاد می تواند نشان دهد که این زوج زمانی قادر بودند به روش رضایت بخش تری ارتباط برقرار کنند و ممکن است با مقداری تلاش بتوانند دوباره تعاملات مثبت ایجاد نمایند که این امر افزایش سازگاری زناشویی را در مرحله پس آزمون نشان می دهد (هنر پروران و همکاران، ۱۳۹۳).

به منظور مشخص نمودن اینکه مؤلفه سازگاری زناشویی (زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی) در مرحله پس آزمون با هم تفاوت معنی داری دارند و کدام درمان اثربخش تر است از آزمون های تعقیبی (شفه) با رعایت شرط همگنی واریانس ها استفاده شد. همانطور که نتایج نشان می دهد زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر متغیر سازگاری زناشویی در مرحله پس آزمون تأثیر معنی داری داشته است. تفاوت روش درمانی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی در مرحله پس آزمون نشان دهنده اثر بخش بودن زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی است.

در تبیین این نتایج می توان گفت، یکی از مهارتهای که در رویکرد درمانی پذیرش و تعهد آموزش داده شد، افشای احساسات و ارزشمندی مبتنی بر عمل متعهدانه بود، که باعث افزایش صمیمیت و نزدیکی زوجها شد. یک عامل مهم در جریان جلسات درمانی، تشویق رفتارهای مثبتی بود که صمیمیت را در روابط زوجین بر می انگیزد و تأکید بر این بود که این رفتارهای مثبت صمیمی به صورت یک طرفه انجام نشود. از جمله تکالیف در این زمینه «روزهای عشق» بود که همسران رفتارهای خاص صمیمانه ای را شناسایی کردند و از همسرانشان خواستند که در رابطه به آنها توجه کند. به طور کلی این مهارت ها موجب خوب درک کردن و افزایش تفاهم و همدلی در بین زوجین شد. زوج هایی که از مهارت

های عدم قضاوت، ذهن‌آگاهی، پذیرش و ارزشمندی زبانی در بافت روابط استفاده می‌کنند احساس کنترل بیشتری بر اوضاع و شرایط زندگی می‌کنند و این موضوع نیز باعث افزایش سازگاری زناشویی می‌شود (بورکی، ۲۰۰۶).

همچنین نتایج نشان می‌دهد که، میانگین‌های نمرات پس‌آزمون عزت‌نفس جنسی بین دوگروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی و گروه گواه تفاوت وجود دارد؛ به عبارت دیگر با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی منجر به افزایش عزت‌نفس جنسی زوجین در معرض طلاق شده‌اند. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (پیرانی و همکاران، ۲۰۱۷؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ سعادت‌ی و همکاران، ۱۳۹۵ و الاین و همکاران، ۲۰۱۶) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی به زوجین این فرصت را می‌دهد که دوباره به مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی بدون یک دید قضاوت‌گرانه بپردازد و بیشتر تمرکز درمانگر هدایت بیمار با قبول مسئولیت توسط خودش به سمت هشیاری کامل است. درمانگر افراد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کند بدون آنکه آن‌ها را سرکوب کند، و در مورد آن قضاوت ارزشی کند و هیجانات ثانویه مثل شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نماید (فرمن و هربرت، ۲۰۰۸). علل استفاده از زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز بر ارزیابی و توسعه‌ی یک طرح درمانی است. در زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزیابی عملکرد رفتاری مراجع تأکید می‌شود نه علت‌یابی. درمان مبتنی بر پذیرش یک نوع رفتاردرمانی است که هدف آن به عمل درآوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه‌های آزارنده است (هیز، استراسال و ویلسون، ۱۹۹۹). از نظر زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد توسعه و نگهداری پریشانی، تعارض و فاصله‌ی عاطفی در زوجها ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده‌ی هر یک از آن‌ها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه‌ی زن و شوهر است. واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابانه‌ی منفی و عمل بر طبق آن‌ها چرخه‌ی رابطه‌ی منفی زوجها را حفظ می‌کند (هنرپروران، ۱۳۹۳).

از سوی دیگر هیز و لیلیس (۲۰۱۲) نیز معتقد است که رویکرد پذیرش/تعهد درمانی به جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است خلاص نمایند و به آنها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. پذیرش و تعهد درمانی اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقاء پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنا بخش انعطاف‌پذیر، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند. خصیصه‌ای که در رویکرد شناختی رفتاری حضور ندارد. ثانیاً هدف روش‌های درمانی به کار رفته در پذیرش و تعهد درمانی افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست بلکه اهداف این روش‌های درمانی بر کاهش اجتناب از این تجربیات روان‌شناختی و افزایش آگاهی از آنها به خصوص تمرکز بر لحظه حال بدون پیش گرفتن روشی بی‌کشمکش و غیر ارزیابانه استوار است. رویکرد پذیرش و

تعهد درمانی می‌تواند از این نظر از رویکرد شناختی رفتاری متمایز باشد که آنها اختصاصاً بر تغییرات بافتاری و محیطی تأکید می‌کنند. همچنین بر راه‌هایی که تجربیات روان‌شناختی بر رفتار اثر می‌گذارد تغییر ایجاد می‌کنند تا اینکه تمرکزشان بر تغییر محتوای این تجربیات باشد.

همچنین چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت پذیرش و تعهد است (هیز، بیشت و فیشر، ۲۰۰۴) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت می‌شود و حتی بهبود توانایی فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها را در پی دارد (هیز و همکاران، ۲۰۰۴)، بنابراین آموزش پذیرش و تعهد در زوجین منجر به افزایش عزت‌نفس جنسی می‌شود و این توانایی‌ها و ترغیب مشارکت آنان در فعالیت‌های فردی و اجتماعی، می‌تواند در جهت بهبود صمیمیت جنسی و سازگاری آنان مفید و مؤثر واقع شود. از سوی دیگر مداخله‌ی گروهی خود دلسوزی شناختی تأثیر مثبتی بر عزت‌نفس جنسی داشته است. بنابراین می‌توان گفت چون هیجانات نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کنند و تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات، با عزت‌نفس جنسی و تعاملات و نوازش‌های فیزیکی مثبت در ارتباط است (گراتس و گاندرسون، ۲۰۰۶)، باعث مراقبه‌ی مؤثر با موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های جنسی را به دنبال دارد (آتکینس، ۲۰۰۵)، بنابراین آموزش خود دلسوزی شناختی با آگاه نمودن زوجین از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها، می‌تواند صمیمیت جنسی آنان را بهبود بخشد.

در مجموع شاید بتوان به این نکته اشاره کرد زوجین ناسازگار در موقعیت‌های مختلف زندگی به احتمال زیاد نمی‌توانند از هیجانات مثبت به صورت مفید استفاده نمایند و در مقابل به میزان زیادی از هیجانات منفی برخوردارند و این امر موجب مشکلات دیگری از جمله درک منفی از خویشان، نگرانی نسبت به روابط با دیگران و عملکرد اجتماعی نامناسب در آنها می‌شود که خود دلیلی بر مختل شدن سازگاری زناشویی در آنان است. تعدیل و تنظیم هیجان به همراه نگاه مشفقانه و تصویرسازی آن می‌تواند نقش مؤثری برای مقابله با چالش‌ها و استرس‌ها و مشکلات زندگی داشته باشد و ناتوانی در این زمینه احساس گناه، سرزنش خود و احساس بی‌کفایتی و ناامیدی را برای این افراد به همراه دارد. زوجین ناسازگار به خاطر کلنجار رفتن دائمی با خود در مورد اختلاف‌هایشان اغلب دچار پریشانی روان‌شناختی هستند و در موقعیت‌های مختلف زندگی به احتمال زیاد نمی‌توانند از هیجانات خود به صورت مفید استفاده نمایند و در مقابل به میزان زیادی از هیجانات منفی برخوردارند و این امر موجب مشکلات دیگری از جمله خودپنداره منفی، صمیمیت پایین و سازگاری زناشویی پایین در آنها می‌گردد.

در انجام هر پژوهش پژوهشگران با محدودیت‌های مواجه هستند از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه، به زوجین شهر اردبیل که امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به سایر گروه‌های جامعه با محدودیت مواجه می‌سازد. محدودیت زمانی در آموزش گروهی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی، میزان اثربخشی این رویکرد درمانی با توجه به

متغیرهای مدت ازدواج، جنس و سن آزمودنی‌ها بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی را با دیگر رویکردهای خانواده درمانی بر سایر مؤلفه‌های مرتبط با سازگاری زناشویی و سایر متغیرهای روانشناختی مقایسه شود تا اثربخشی هر کدام مشخص شود. با توجه به اثربخشی رویکردهای زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خود دلسوزی شناختی بر سازگاری زناشویی و عزت‌نفس جنسی پیشنهاد می‌شود سازمان‌ها و مراکز دولتی و خصوصی متولی آموزش خانواده از این رویکرد در حل مشکلات زناشویی و خانوادگی استفاده نمایند.

منابع

- امان‌الهی، عباس؛ حیدری، نرگس؛ خجسته مهر، رضا؛ ایمانی، مهدی (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان پریشانی زوج‌ها، دو فصلنامه مشاوره کاربردی، دوره ۴، شماره ۱، صص ۱۱۹-۱۰۳.
- امانی، رزیتا؛ مجذوبی، محمدرضا (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی- رفتاری و شناختی- رفتاری- هیجانی بر سیر تغییر رضایتمندی زناشویی زوجین و افسردگی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، دوره ۳، شماره ۳، صص ۴۶۹-۴۳۹.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: انتشارات جنگل.
- برقی ایرانی، زیبا؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد؛ بختی، مجتبی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر تعدیل روانسازه‌های ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی. دو فصلنامه روانشناسی معاصر، دوره ۱۱، شماره ۱، صص ۱۱۷-۱۰۳.
- دلاور، علی (۱۳۹۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- سعادت، نادره؛ رستمی، مهدی؛ دربانی، سید علی (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) در تقویت عزت‌نفس و سازگاری پس از طلاق زنان. دو فصلنامه روانشناسی خانواده، دوره ۳، شماره ۲، صص ۵۸-۴۵.
- فرخی، سحر؛ شاره، حسین (۱۳۹۳). ویژگی روان‌سنجی نسخه فارسی فرم کوتاه شاخص عزت‌نفس جنسی زنان. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۲۰، شماره ۳، صص ۲۶۳-۲۵۲.
- فروتن، یعقوب (۱۳۹۲). چالش‌های خانواده معاصر و نوگرایی با تأکید بر طلاق در فرآیند گذار جمعیتی، فصلنامه مسائل اجتماعی ایران، دوره ۴، شماره ۲، صص ۱۲۹-۱۰۵.
- لواف‌پور نوری، فرشاد؛ زهراکار، کیانوش (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی (CCT) در ارتقاء سطح سازگاری زناشویی دانشجویان متأهل. دو فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، دوره ۴، شماره ۲، صص ۳۳۹-۳۱۷.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول (۱۳۹۲). مقایسه‌ی اثربخشی آموزش پذیرش/ تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، دوره ۲، شماره ۴، صص ۱۷۶-۱۵۴.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد 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 مراجعان متقاضی طلاق. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، دوره ۴، شماره ۱، صص ۲۹-۱.

- هنرپروران، نازنین (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه، دوره ۵، شماره ۱۹، صص ۱۵۰-۱۳۵.
- Ahmadi, K., Nabipoor, S. M., Kimiaee, S. A., & Afzali, M. H. (2010). Effect of family problem solving on marital satisfaction. *Journal of Applied Science*, Volume10, Issue8, pp 682-687.
- Atkins DC. (2005). Infidelity and behavioral couple therapy: optimism in the face of betrayal. *J Consult Psychology*. Volume73, Issue1, pp 144-50.
- Baucom, D. H., Epstein, N., & Kirby, J. S. (2010). Cognitive-B behavioral Couple Therapy. In Keith S. Dobson (Ed). *Handbook of cognitive therapies* (3th ed., pp. 411-444).
- Beth, A.V., Julien, B., Anthony, F.B. & Michael, C.A. (2010). Psychopathy, sexual behavior and self-esteem, it's different for girls. *Journal personality and individual differences* Volume48, Issue7, pp 833-83.
- Bond FW. & Bunce D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Applied Psychology*. Volume 88, Issue1: pp 1057-1067.
- Boorke, J.C. (2006). The relationship of optimism with psychological and physical wellbeing. *Journal of Personality and Social psychology*. Volume 53, Issue1, pp 235-250.
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, Volume 62, Issue4, pp 964-980
- Dahl J, Wilson K.G. & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting from Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Behav Ther*. 35, pp 785-801.
- Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: comprehensive guide*. New York: Guilford Press.
- Dimkapa, I.D. (2010). Martial adjustment roles of couples practicing child adoption. *European journal of social sciences*, Volume 13, Issue2, pp 194-200.
- Elaine Beaumont, C. J & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, pp 5-13.
- Epstein, N., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological.
- Ericka, M. Welsh, M. Simone, A. J. French, H. & Melanie, W. (2016). Examining the relationship between family meal frequency and individual dietary intake: Does family cohesion play a role? *Journal of Nutrition Education and Behavior*, Volume 11, Issue3, pp 229-235.
- Forman EM, Herbert JD. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance-based therapies, chapter to appear in w .o'donohue, je. fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken ,NJ: Wiley, Volume 4, Issue1, pp 263-265.

- Forman EM, Herbert JD. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance-based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; pp263-265.
- Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML. (2004). Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*. 35, pp689-705.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, pp 6-41.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). London: Routledge.
- Gottman, J. M. (2014). What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes. New York: Psychology Press.
- Graham, J. M., Liu, Y. J., & Jeziorski, J. L. (2006). The Dyadic Adjustment Scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68, pp 701-717.
- Gratz K.L, Gunderson J.G. (2006). Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. *Behav Ther*; Volume 37, Issue1, pp 25–35.
- Hayes S. Lillis S) .2012). Acceptance and commitment therapy. American psychological association publication.
- Hayes S.C. Bissett R & Fisher G. (2004). The impact of acceptance and commitment training on the professional burnout. *Journal of Behavior Therap*. 35, pp 821-835.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. 3rd Ed. New York, NY: Guilford. Pp 165-171.
- Hayes SC. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. Volume 35, Issue 4, pp 639-665.
- Hoban, Sh., & Hoban, G. (2004). Self-esteem, self-efficacy and self-directed learning: Attempting to undo the confusion. *International journal of directed learning*. Volume 1, Issue2, pp 7-25.
- James R. (2011). Correlates of sexual self-esteem in a sample of substance-abusing woman. *J Psychoactive Drugs*. Volume 43, Issue3, pp 220-8.
- Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. (2006). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: description and comparison. *The Behavior Analyst / Maba*. 29, pp 161-85.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3rd ed). New York: The Guilford Press.
- Mohammadi K, Heidari M, Faqihzadeh S. (2008). The validation of female sexual function index (FSFI) in the women: Persian Version. *Payesh journal*. Volume 7, Issue2, pp 270-278.

- Mustafa, S. J., Loper, K., Purden, M., Zerkowitz, P., & Baron, M. (2012). Better Marital Adjustment is Associated with Lower Disease Activity in Early Inflammatory Arthritis. *Turk J Med Sci*, 42, pp1180-1185.
- Neff, K. (2011). Self-compassion, self-esteem and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, Volume 5, Issue1, pp 1–12.
- Neff, K.D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, pp 225–240.
- Pirani, Z, Abbasi M, Kalvani M ,Nourbakhsh P. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Self-Esteem, Emotional Skillfulness and Marital Adjustment in Veterans' Wives. *Iranian Journal of War and Public Health*. Volume 9, Issue1, pp 25-32.
- Platt RAL, Nalbone DP, Casanova Gm, Wetchler JL. (2018) Parental conflict and identity as predictors of adult children's attachment style and infidelity. *Am J Fam Ther* 36, pp149-161.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Journal of Personality and Individual Differences*, 48, pp 757-761.
- Ramazani M, Dolatian M, Shams J, Alavi. (2012). The correlation between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. *Arak Medical University Journal*. Volume 14, Issue59, pp 57-65. [Persian]
- Roemer L, Orsillo SM, (2011). Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, Volume 76, Issue 6, pp 1083-9.
- Saber M, Tehrani H, Shojaeizadeh D, Maleki Z, Esfandiyarpoor R. (2013). Mental Health and Exposure to Stressful Life Events of Nurses Working in Emergency Medical Service (ER 115). *Journa Health System Research*. Volume 9, Issue3, pp 294-300.
- Sands, A., Thompson, E. J., & Gaysina, D. (2017). Long-term influences of parental divorce on offspring affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, Volume 15, Issue2, pp 105-114.
- Sinha, S. P., & Mukergee, N. (2001). Marital Adjustment and Personal Space Orientation. *The Journal of Social Psychology*, Volume 130, Issue5, pp 633-639.
- Victor, C. R., Burholt V., & Martin, W. (2012). Loneliness and Ethnic Minority Elders in Great Britain: An Exploratory Study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* Volume 27, Issue1, pp 65-78 .
- Wren, A., Somers, J., Melissa, A. W., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., & et al (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent. *Journal of Pain Symptom Management*, 43, pp 759-770.
- Yousefi, N., Etemadi, A., Bahrami, Fa. Ahmadi, S. A., & Fatehizadeh, M. S. (2010). Comparison of early maladaptive schemas in divorced and normal spouses as predictors of divorce. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Volume 16, Issue1, pp 21-33.
- Zeanah, P. D., & Schwarz, J. C. (1996). Reliability and validity of the sexual selfesteem inventory women. *Assessment*. 3: pp 1-15.