

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر اعتماد در روابط بین فردی و کنترل عواطف در زنان متأهل

امید عیسی نژاد^۲

احمد امانی^۱

الهه علیپور^۳

پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۰۴/۲۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۲۹

چکیده

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از درمانهای رفتاری نسل سوم است و در آن تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اعتماد در روابط بین فردی و کنترل عواطف در زنان متأهل بود. در قالب مداخله نیمه-تجربی به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری، ۲۴ زن متأهل به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از میان زنان دارای مشکلات زناشویی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد شهر کرمانشاه انتخاب، و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۲ نفر) تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه اعتماد در روابط بین فردی و پرسشنامه کنترل عواطف بودند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت ده جلسه به شیوه گروهی دریافت کردند؛ اما برای گروه کنترل درمانی ارائه نشد. پس از پایان جلسات درمان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. براساس یافته‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر اعتماد در روابط بین فردی ($P < 0/05$) و کنترل عواطف ($P < 0/05$) مؤثر بوده است. نتایج پیگیری بعد از یک ماه نیز نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در اعتماد در روابط بین فردی و کنترل عواطف در سطح ($P < 0/05$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. براساس نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تأثیر مطلوبی بر اعتماد در روابط بین فردی و کنترل عواطف داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اعتماد در روابط بین فردی، کنترل عواطف

ahmad_counsellor@yahoo.com

۱. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

o.isanejad@uok.ac.ir

۲. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

۳. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

elahealipour20@gmail.com

مقدمه

تعاملات غیر کلامی در روابط انسانی بویژه در تعاملاتی که مضمون عاطفی دارد، نقش مهمی ایفا می‌کند (دبروت، اسشویی، پرز و هورن^۱، ۲۰۱۳). عواطف می‌تواند رفتارها را به شیوه‌ای تحت تأثیر قرار دهد که دستیابی به هدف را ممکن سازد. افراد گاهی انگیزه می‌یابند تا عواطف و هیجانات خویش را کنترل کنند (نترز، وان کلیف و تامیر^۲، ۲۰۱۵). کنترل عواطف با عملکرد بین‌فردی، کاملاً در هم تنیده است. هیجانات اغلب و بشدت از بافت اجتماعی بیرون کشیده می‌شود و بافت اجتماعی انتخاب راهبردهای کنترل عواطف و هیجانات را تحت تأثیر قرار می‌دهد (دیکسون، گوردون، برنکر و کریستنسن^۳، ۲۰۱۵). استفاده از راهبردها، پیامدهای اجتماعی را به همراه دارد؛ برای مثال در مقایسه باز ارزیابی، بازداری بیانگر هیجانات درونی به عواطف منفی بیشتر منجر می‌شود و برانگیختگی در گفتگوها را افزایش می‌دهد (دیکسون و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین فرایندی که طی آن افراد تلاش می‌کنند، تجربه عاطفی خود را کنترل کنند، کنترل عواطف درون‌فردی^۴ نامیده می‌شود. در بقیه زمانها افراد تلاش می‌کنند عواطف دیگران را کنترل کنند. فرایندی که طی آن افراد تلاش می‌کنند عواطف دیگران را کنترل نمایند، کنترل عواطف بین‌فردی^۵ می‌نامند (نترز و همکاران، ۲۰۱۵). منظور از مهارت کنترل عواطف این است که فرد بیاموزد که چگونه عواطف خود را در موقعیت‌های گوناگون تشخیص دهد و آن را ابراز و کنترل کند (خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۹). این مهارت تأثیرات گوناگون در جنبه‌های مختلف زندگی، تعاملات بین‌فردی، بهداشت روانی و سلامت فیزیکی و جسمی فرد دارد (طهماسبیان و همکاران، ۱۳۹۳). دو دلیل مهم مطالعه کنترل عواطف این است که اولاً شمار زیادی از افراد از مشکلات ناتوانی در کنترل هیجانات رنج می‌برند؛ زیرا مهارت خودکنترلی را نیاموخته‌اند. دوم ناتوانی در کنترل هیجانات بر بسیاری از جنبه‌های زندگی و سلامت جسمانی و روانی، ارتباطات و کیفیت زندگی افراد در جوامع مختلف تأثیر می‌گذارد و به‌عنوان روش فهم نقش هیجان در زندگی‌مان و در زندگی کودکانمان در نظر گرفته می‌شود. این به ما کمک می‌کند تا بفهمیم که چگونه هیجان، توجه و رفتارمان را برای تسریع یا ممانعت رشد و عملکرد، تحت تأثیر قرار می‌دهد

1. Debot, Schoebi, Perrez & Horn
2. Netzer, Van Kleef & Tamir
3. Dixon-Gordon, Bernecker & Christensen
4. Intrapersonal Emotion-Regulation
5. Interpersonal Emotion-Regulation

(کول، میشل و تتی^۱، ۱۹۹۴). کنترل روانی مستلزم متوقف کردن عمل از طریق متمرکز کردن دوباره توجه است. هم چنین کنترل توجه با کنترل رفتار ارتباط دارد. کنترل روانی یکی از ابعاد مزاج است و می تواند مؤلفه خودکنترلی مزاج در نظر گرفته شود و یکی از مؤلفه های مرکزی و مهم کنترل هیجان است (اسنبرگ و اسپینراد^۲، ۲۰۰۴). در همین زمینه وشر در مطالعات خود به این نتیجه دست یافت که غیر از ضریب هوشی عوامل دیگری هست که در فرایند اثربخشی و عملکرد فرد دخالت دارد (ویچسلا^۳، ۱۹۵۲). بار - آن این عوامل را در پنج حوزه تواناییهای درون-فردی، بین فردی، سازگاری یا سازش یافتگی، توانایی مقابله با فشار و مدیریت تنش و خلق و خو تقسیم بندی کرد و آن را مجموعه ای از تواناییها، کفایت و مهارتهای غیرشناختی دانست که توانایی فرد را برای کسب موفقیت در مقابله با اقتضانات و فشارهای محیطی تحت تأثیر قرار می دهد (داودا و هارت^۴، ۲۰۰۰).

تحقیقات نشان می دهد که موفقیت بزرگسالان در دستیابی به رشد عاطفی و کفایت در روابط بین فردی با تجربه عاطفی آنها در زندگی زناشویی گره خورده است (اسکورون، استانلی و شاپیرو^۵، ۲۰۰۹). اعتماد و بی اعتمادی در روابط از بخشهای مهم تعامل اجتماعی انسان است. اعتماد به دیگران به استحکام روابط اجتماعی و شیوه ای مرتبط است که بسیاری از تصمیمات میان فردی و اقتصادی گرفته می شود (فیل کوسکی، آندرسون و هس^۶، ۲۰۱۶). اعتماد دربرگیرنده اعتماد بین فردی و اعتماد نهانی است (لو و ژانگ^۷، ۲۰۱۶). اعتماد در روابط بین فردی به مثابه صفتی نسبتاً ثابت، عملیاتی تعریف شده است که در جمعیت انسانی تغییر می کند (فیل کوسکی و همکاران، ۲۰۱۶). اعتماد در روابط بین فردی، پیش شرطی ضروری و روانی برای مشارکت انسانی فراهم می آورد و به مثابه پدیده ای پیچیده، چندسطحی و چندبعدی از زوایای متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. به دلیل اهمیت آن در زندگی اجتماعی و تعاملات بین فردی، پیچیدگیهایش در تحریک عوامل و شکل دهی ساختار و گوناگونی آن از دیدهای پژوهشی از موضوعات مهم در میان جامعه شناسان و روانشناسان بوده است (لو و ژانگ، ۲۰۱۶). به یقین، اعتماد، یکی از مهمترین

-
1. Cole, Michel, & Teti
 2. Eisenberg, & Spinrad
 3. Wechsler
 4. Dawda, & Hart
 5. Skowron, Stanley, & Shapiro
 6. Filkowski, M. M., Anderson, I. W., & Haas
 7. Luo, & Zhang

کیفیت‌ها در هر رابطه نزدیک و صمیمی است و اغلب در کنار تعهد و عشق به‌عنوان هسته مرکزی مطلوب در نظر گرفته می‌شود (براون^۱، ۲۰۰۱). اعتماد، احساس امنیت در مورد رفتارهای پیش‌بینی‌نشده فرد دیگری است. نبود اعتماد در روابط زناشویی، تعاملات صمیمی احساس امنیت را به تباهی می‌کشد و سطوح بالاتر اعتماد سبب افزایش میزان تعهد در روابط زناشویی است (سیمپسون^۲، ۲۰۰۷).

مطالعات درباره اعتماد، بیانگر این است که اعتماد بر مبنای دانش و تجربه است. اگر اعتمادی که در مراحل بعدی به‌وجود می‌آید، هم‌تراز با اعتمادی باشد که در مراحل اولیه وجود داشت، اعتماد قوی و مستحکمی می‌شود و ثبات اجتماعی افزایش می‌یابد و باعث می‌شود اعتماد از یک نسل به نسل دیگر انتقال یابد (اردن^۳، ۲۰۰۹). روسو و همکاران^۴ (۱۹۹۸) خاطر نشان می‌کنند که اعتماد یک حالت روانشناختی همراه با آسیب‌پذیری بالقوه است و بر انتظارات مثبت از اهداف و رفتارهای دیگران مبتنی است. وجوه اعتماد شامل صداقت، خیرخواهی، امکان اطمینان، شایستگی و گشودگی است (لویکی، تام‌لیسن و گیل‌اسپی^۵، ۲۰۰۶). توکودا و همکاران^۶ (۲۰۰۹) به بررسی رابطه اعتماد در دو سطح عمودی و افقی با سلامت افراد در آسیا پرداخته‌اند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که افراد جوانتر، متأهل، با درآمد زیاد و تحصیلات عالی در روابط شخصی و اجتماعی خود از میزان اعتماد بسیاری برخوردارند.

از جمله روشهای کاربردی برای استفاده در کار بالینی و غیر بالینی، که امروزه کاربرد فراوانی دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷ است (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۳). تاکنون درمانهایی مانند رویکرد روانپویشی کوتاه‌مدت^۸، رویکرد بین فردی^۹ و رفتاردرمانی دیالکتیکی^{۱۰} در درمان مشکلات در روابط بین فردی به کار گرفته شده است (بوهاس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله درمانهایی است که برای درمان مشکلات بین فردی و طیف گسترده‌ای

-
1. Brown
 2. Simpson
 3. Erden
 4. Rousseau, Sitkin, Burt & Camerer
 5. Lewicki, Tomlinson & Gillespie
 6. Tokuda, Fujii, Jimba & Inoguchi
 7. Acceptance and commitment therapy
 8. Dynamic Psychotherapy
 9. Interpersonal Psychotherapy
 10. Dialectic Behavior Therapy
 11. Bohus

از مشکلات روانشناختی به کار می‌رود و در جستجوی تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی^۱ و سازگاری عملکردهای بین فردی در بافت روابط درمانی حمایتی است (هیز، استروسال و ویلسون^۲، ۲۰۱۱). شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی در مورد اختلالات روان‌رنجور همچون افسردگی، اضطراب، هراس اجتماعی و رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و مواد وجود دارد (حسینائی و همکاران، ۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شکل جدیدی از درمان شناختی و رفتاری است که نشان‌دهنده کار تجربی در مورد تأثیر زبان بر روی رفتار تکامل‌یافته است (زتلی^۳، ۲۰۰۵) و بر مبنای نظریه چارچوبهای رابطه‌ای^۴ بنا شده است (دهوور، بارنس و بارنس^۵، ۲۰۱۶). این درمان در سال ۱۹۹۹ توسط هیز، استروسال و ویلسون توسعه یافت و معرفی شد و ترکیبی از ذهن‌آگاهی^۶ همراه با اصول رفتاری و ادراک صحیح فرد از ارزشهای شخصی خود است (بورک هاردت و همکاران^۷، ۲۰۱۶). هدف اصلی این درمان کاهش نفوذ فکر در رفتار و عملکرد افراد است. در واقع آنچه در درمان مهم است، رسیدن به فرایندی کلی به نام انعطاف‌پذیری روانشناختی است که فرد را به‌عنوان شخصی گشوده و آگاه نسبت به افکار و احساسات خود، کاملاً در تماس با زمان حال و انجام‌دهنده رفتارهایی که وی را در مسیر زندگی به سمت ارزشها حرکت می‌دهد، متعهد نسبت به این ارزشها معرفی می‌کند (باند و بانس^۸، ۲۰۰۳). مطالعات و تجربه بالینی مختلفی تأثیر این درمان را مورد تأیید قرار داده است. در پژوهشی که

علوی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) انجام دادند، گزارش کردند که روش مداخله درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری نشانه‌های تنش، اضطراب و افسردگی زنان را کاهش داد. محمدی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خویش نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده مفید و مؤثر بوده است. نوروزی، زرگر و اکبری (۱۳۹۶)، که در تحقیق خود به بررسی اثربخشی درمان ACT بر کاهش مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای پرداختند؛ پس از کنترل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره‌های مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون مشاهده شد که نشان داد درمان

1. Psychological Flexibility
2. Hayes, Strosahl & Wilson
3. Zettle
4. Rational Frame theory
5. De Houwer, Barnes & Barnes
6. Mindfulness
7. Burckhardt, Manicavasagar, Batterham & Hadzi
8. Bond & Bunce

ACT تأثیر مطلوبی داشته است. در پژوهشی که (براون و همکاران^۱، ۲۰۱۵) به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود آشفتگی روانی، انعطاف پذیری روانی، اعتماد به نفس در مدیریت رفتار و اختلافات در زوجین دارای کودکان با آسیب مغزی اکتسابی انجام دادند، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر است و تأثیرات بهبود آن تا شش ماه باقی ماند. نتایج مطالعه پترسون^۲ و همکاران (۲۰۰۹)، که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در درمان زوجهای پریشان به کار بردند، حاکی بود که هر دو زوج پس از پایان درمان، سازگاری خوب و مداومت در بهبود را نشان دادند. هم چنین در مطالعه آنها پریشانی بین فردی کاهش یافت و زوجین تا پایان درمان به بهبودی ادامه دادند. با توجه به این مطالعات و هم چنین، متناسب با هدف پژوهش مبنی بر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اعتماد در روابط بین فردی و کنترل عواطف در زنان متأهل، فرضیه های پژوهش اینگونه مطرح شد:

۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش اعتماد در روابط بین فردی مؤثر است.

۱-۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پیش بینی پذیری مؤثر است.

۱-۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش قابلیت اعتماد مؤثر است.

۱-۳. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش وفاداری مؤثر است.

۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل عواطف مؤثر است.

۲-۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خشم مؤثر است.

۲-۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خلق افسرده مؤثر است.

۲-۳. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مؤثر است.

۲-۴. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عاطفه مثبت مؤثر است.

در زمینه کارآمدی رویکرد ACT بر بهبود اعتماد در روابط بین فردی در منابع در دسترس، موردی یافت نشد که از این لحاظ این پژوهش کار نو و بدیعی است. افزایش سالانه آمار طلاق، که وجود مشکلات رفتاری و ارتباطی در زندگی از مهمترین عوامل آن به شمار می آید، تأثیر نامطلوب مشکلات رفتاری و ارتباطی در زندگی زوجها و فرزندان، ضرورت شناخت و یافتن راه‌حلهای مؤثر در کاهش این مشکلات و بهبود ارتباطات نامناسب زوجها و جستجوی زمینه‌های جدید برای تحقیق به منظور استفاده محققان و درمانگران خانواده از دلایلی است که اهمیت این

1. Brown, Whittingham, Boyd, McKinlay, & Sofronoff
2. Peterson

پژوهش را نشان می‌دهد. رابطه مطلوب بین فردی بویژه روابط بین زن و شوهر در جهت اعتماد در روابط بین فردی و کنترل عواطف برای آرامش، سلامت جسمی، فکری و روانی آنها متعاقباً تأثیر آن بر سلامت و رشد فرزند و در نهایت سلامت خانواده از اهمیت بسیاری برخوردار است. هم‌چنین به دلیل نبود پژوهشی منسجم و کاربردی درباره موضوع بویژه اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمانهای جدید و مؤثر در بهبود مشکلات روانشناختی افراد است و با توجه به کارایی و تأثیرگذاری بسیار مناسب رویکرد پذیرش و تعهد و شیوع روزافزون مشکلات بین فردی و ناتوانی در کنترل هیجانات، پژوهشگر را بر آن داشته است تا به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته خود بپردازد.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی است و در آن از پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه شامل گروه آزمایش و گواه استفاده، و مرحله پیگیری پس از یک ماه اجرا شده است. در بین تمام زنان متأهل مراجعه‌کننده به دلیل مشکلات زناشویی به مرکز مشاوره کمیته امداد شهر کرمانشاه در بهار سال ۹۶، که بالغ بر ۱۰۰ نفر بودند، ۲۴ آزمودنی به صورت تصادفی براساس ملاکهای ورود داشتن اختلاف زناشویی، زن بودن، متأهل بودن، ساکن شهر کرمانشاه بودن و داشتن حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن و ملاکهای خروج تحت درمانهای روانپزشکی و مصرف‌کننده داروهای روانپزشکی بودن (با کمک یک روانشناس بالینی)، شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی و روانپزشکی، غیبت در جلسات، انجام ندادن تکالیف و ابراز عدم تمایل به ادامه همکاری در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) گمارده شدند. حجم نمونه با توجه به حداقل افراد لازم برای شرکت در هر گروه در تحقیقات و هم‌چنین براساس تعداد متوسط گروه‌ها به منظور ارائه بهتر برنامه مداخله‌ای انتخاب شدند (نوابی‌نژاد، ۱۳۹۱). ابتدا ضمن گرفتن مجوزهای لازم برای اجرای پژوهش از کمیته امداد شهر کرمانشاه، ۲۴ زن متأهل به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. سپس برای گروه آزمایش جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) توسط کارشناس ارشد مشاوره خانواده آموزش دیده برگزار شد.

پرسشنامه اعتماد در روابط بین فردی^۱ (TIRS): مقیاس اعتماد در روابط بین فردی توسط رِمپل و هولمز^۲ (۱۹۸۶) ساخته شد. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۱۸ عبارتی است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) میزان مخالفت یا موافقت خود را با هر یک از عبارات مشخص کند. مقیاس اعتماد به منظور ارزیابی میزان اعتماد به همسر یا دوستان ساخته شده است. این مقیاس سه زیر مقیاس: پیش‌بینی‌پذیری، قابلیت اعتماد و وفاداری دارد. ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون برابر با ۰/۸۱، و برای زیر مقیاس پیش‌بینی‌پذیری برابر با ۰/۷۰، توان اعتماد ۰/۷۲ و وفاداری ۰/۸۰ گزارش شده است (رِمپل و هولمز، ۱۹۸۶). هم‌چنین در پژوهش خندان‌دل و کاویان‌فر (۱۳۹۴) نیز میزان آلفای کرونباخ آزمون اعتماد در روابط بین فردی محاسبه شد که ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه کنترل عواطف^۳ (ACS): این مقیاس توسط ویلیامز، چمبلس و اهرنس^۴ (۱۹۹۷) طراحی شد. ابزاری برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود و شامل ۴۲ سؤال با چهار زیرمقیاس فرعی با عناوین خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت است. نمره‌گذاری به صورت لیکرت است که فرد در هر پرسش میزان موفقیت خود را در یک مقیاس ۷ درجه‌ای اعلام می‌کند. اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون به ترتیب برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۴ و ۰/۷۸، برای زیر مقیاسهای خشم ۰/۷۲ و ۰/۷۳، زیر مقیاس خلق افسرده ۰/۹۱ و ۰/۷۶، زیر مقیاس اضطراب ۰/۸۹ و ۰/۷۷ و زیر مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۴ و ۰/۶۶ از یک نمونه از دانشجویان دوره کارشناسی به دست آمد. در ایران طهماسبیان و همکاران (۱۳۹۳) همسانی درونی و پایایی پرسشنامه را بررسی کردند. یافته حاکی بود که همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در مورد گروه دانش‌آموزان ۰/۷۸، دانشجویان ۰/۸۱، معلمان ۰/۸۸ و پرستاران ۰/۹۰ بوده است. برنامه مداخله: جلسه‌های درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس ساختار کتاب اکت برای مشکلات بین فردی (مک‌کی، لیوف و اسکین^۵، ۲۰۱۶) ارائه شده است.

1. Trus Interpersonal Relationship Scale
2. Rempel, & Holmes
3. Affective Control Scale
4. Williams, Chambless, & Ahrens
5. Mckay, Lev, & Skeen

جدول ۱. برنامه مداخله

جلسه	عنوان
اول	آشنا کردن رهبر و اعضای گروه با یکدیگر، تبیین قوانین اساسی گروه (رضایت آگاهانه و رازداری)، آغاز جلسه با تمرین کوتاه ذهن آگاهی، آموزش روانی ده طرحواره و رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرحواره (تمثیل هیولا در مهمانی) و ارزیابی پیش از درمان
دوم	بررسی کلی تکالیف جلسه اول و ارائه بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، درک ناامیدی سازنده، بررسی نمونه‌هایی از رفتارهای مقابله‌ای
سوم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، بررسی پیامدهای رفتار مقابله‌ای گذشته و گفتگو درباره ناامیدی سازنده به‌کارگیری تمثیلهایی همچون ریگهای روان و کندن چاه
چهارم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی، تمرکز روی ارزشها، شناسایی موانع عمل ارزشمند و ایفای نقش براساس تمرین هیولاها در اتوبوس
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل و دادن بازخورد، تمرین ذهن آگاهی به‌منظور پیوستگی در رشد این مهارت، تمرکز بر گسلش شناختی و تمثیلهای مربوط به آن
ششم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، پیگیری اعمال متعهدانه، تمرکز بر گسلش و ارزیابی برچسب‌زنی‌های منفی
هفتم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، بررسی چگونگی انجام دادن تکالیف درباره هدف ارزشمند در طول هفته گذشته، ایجاد هدف جدید برای هفته پیشرو و تمرکز بر خشم به‌عنوان رفتار مقابله‌ای
هشتم	رویارویی با رنج اولیه وابسته به طرحواره‌ها، تصویرسازی ذهنی و تمرینهای عملی با تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی کنترل
نهم	بازبینی بسیاری از موضوعات و مهارتهای جلسه پیشین به‌عنوان فرصتی برای تمرین و پایبندی به رفتارهای جدید و آموزش مهارتهای ارتباط
دهم	آغاز جلسه با یک تمرین ذهن آگاهی گسترده، تمرین پاسخهای جایگزین مبتنی بر ارزشها، بررسی موانع بالقوه و راهبردهای برنامه‌ریزی به‌منظور دنبال کردن متعهدانه و ارزیابی پس از درمان

یافته‌ها

در این مبحث با توجه به موضوع تحقیق، که به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر اعتماد در روابط بین فردی و کنترل عواطف می‌پردازد در ابتدا به‌منظور توصیف آماری از جدول شاخصهای آمار توصیفی استفاده، و در آن تعداد، کمترین، بیشترین، میانگین و انحراف معیار به‌عنوان آماره‌های توصیفی، استفاده شد.

در راستای تحلیلهای استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق از روش تحلیل آماری

اندازه گیری مکرر استفاده شده است.

استفاده از آزمون پارامتریک تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مستلزم رعایت برخی از مفروضات است. ۱. استقلال داده‌ها ۲. عادی بودن داده‌ها ۳. همگنی واریانس‌ها ۴. همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس ۵. عادی بودن توزیع چند متغیری داده‌ها از فرضهای تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر. بنابراین در ادامه تحلیل ابتدا این فرضیه‌ها مورد بررسی قرار گرفته است.

الف) استقلال مشاهدات

مستقل بودن مشاهدات به این معنی است که نمره هر فرد در متغیر وابسته از نمره آزمودنیهای دیگر مستقل باشد. از آنجا که پاسخهای آزمودنیها به سؤالات تحت تأثیر آزمودنیهای دیگر نبود، این شرط برقرار شده است.

ب) عادی بودن داده‌ها

عادی بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنوف سنجیده می‌شود. هنگامی که سطح معنی داری این آزمون، از ۰/۰۵ بزرگتر باشد فرض عادی بودن داده‌ها مورد تأیید است و در نتیجه پژوهشگر مجاز به استفاده از این آزمون است. در جدول ۲ شاخصهای آماری آزمون کولموگروف اسمیرنوف آورده شده است.

جدول ۲. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای عادی بودن داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون

متغیرهای وابسته	Z	sig
اعتماد در روابط بین فردی	۰/۸۵	۰/۴۱
کنترل عواطف	۰/۴۹	۰/۸۶

نتایج مربوط به عادی بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای مورد بررسی در پیش‌آزمون در جدول ۲ گزارش شده است. با توجه به نتایج جدول ۲ چون سطح معنی داری آزمون کولموگروف اسمیرنوف در تمام متغیرهای مورد بررسی از ۰/۰۵ بزرگتر است، فرض صفر (عادی بودن توزیع داده‌ها) تأیید می‌شود.

ج) همگنی واریانس‌ها

برابری واریانس متغیر وابسته در گروه آزمایش و کنترل از طریق آزمون لوین سنجیده می‌شود.

هنگامی که سطح معنی داری این آزمون، از ۰/۰۵ بزرگتر باشد، فرض برابری واریانس گروه‌ها مورد تأیید است و در نتیجه پژوهشگر مجاز به استفاده از این آزمون است. در جدول ۳ شاخصهای آماری آزمون لوین آورده شده است.

جدول ۳. آزمون برابری واریانس برای عادی بودن داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون

متغیرها	آماره	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
اعتماد در روابط بین فردی	۲/۴۹	۱	۲۲	۰/۱۳
کنترل عواطف	۰/۱۳	۱	۲۲	۰/۶۱

با توجه به نتایج جدول ۳ چون سطح معنی داری آزمون لوین در متغیرهای مورد بررسی بزرگتر از ۰/۰۵ است، فرض صفر (شرط برابری واریانس‌ها) در این متغیرها تأیید می‌شود. بنابراین با ۹۵٪ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که بین واریانس متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنی داری وجود ندارد.

(د) همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس

روش استاندارد برای ارزیابی برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس آزمون ام باکس^۱ است که در آن معناداری کمتر از ۰/۰۵ شاخص ناهمگنی ماتریس واریانس-کوواریانس محسوب می‌شود.

جدول ۴. آزمون ام باکس در مرحله پیش‌آزمون

شاخص	کوواریانس متغیرهای وابسته
M box	۴۳/۶۷
F	۱/۰۸
df 1	۴۵
df 2	۱۰۶۴/۳۹
Sig	۰/۳۵

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس داده‌ها مورد تأیید است ($p > 0/05$).

هـ) عادی بودن چندمتغیری داده‌ها

آزمون کرویت موشلی^۱، آزمون عادی بودن چندمتغیری است. اگر سطح معنی داری مربوط به این آزمون از ۰/۰۵ بزرگتر باشد، فرض کرویت یا عادی بودن توزیع چند متغیری داده‌ها برقرار است.

جدول ۵. آزمون کرویت موشلی

متغیرهای شاخص	اعتماد در روابط بین فردی	کنترل عواطف
Df	۲	۲
آزمون کرویت موشلی	۰/۹۶	۰/۷۵
Sig	۰/۰۵۸	۰/۰۶۳

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود فرض کرویت برای متغیرها برقرار است ($P > 0/05$). نتایج آزمون همسانی واریانس‌های لوین نشان داد که مقدار F برای اعتماد در روابط بین فردی و کنترل عواطف معنی دار نیست ($p > 0/05$)؛ لذا فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. هم‌چنین فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس داده‌ها مورد تأیید است ($p > 0/05$)

جدول ۶. توصیف شاخصهای آماری نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اعتماد در روابط بین فردی، کنترل عواطف و مؤلفه‌هایشان در دو گروه آزمایش و گواه (N=۲۴)

شاخصهای آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیرها	گروه	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
نمره کل اعتماد در روابط بین فردی	آزمایش	۶۳/۴۸	۸/۷۷	۷۴/۳۲	۸/۰۲	۷۸/۰۸	۶/۴۷
	گواه	۶۱/۹۹	۸/۰۳	۶۴/۴۱	۹/۵۲	۶۴/۷۴	۸/۱۷
پیش‌بینی‌پذیری	آزمایش	۲۱/۲۵	۵/۱۳	۲۴/۸۳	۵/۰۶	۲۵/۳۳	۴/۳۷
	گواه	۲۰/۷۵	۴/۳۳	۲۱/۰۰	۴/۲۳	۲۰/۲۵	۵/۰۲
توان اعتماد	آزمایش	۱۷/۱۶	۲/۸۲	۲۱/۱۶	۲/۹۴	۲۲/۷۵	۲/۱۷
	گواه	۱۷/۲۳	۲/۳۲	۱۷/۰۵	۳/۶۵	۱۷/۸۳	۳/۰۶
وفاداری	آزمایش	۲۵/۰۷	۵/۰۷	۲۸/۳۳	۵/۳۶	۳۰/۰۰	۵/۶۱
	گواه	۲۴/۰۱	۵/۵۵	۲۵/۹۱	۶/۳۴	۲۶/۶۶	۶/۵۸
نمره کل کنترل عواطف	آزمایش	۱۴۷/۱۵	۹/۳۷	۱۶۶/۶۵	۱۵/۵۱	۱۶۸/۷۷	۱۴/۹۶
	گواه	۱۴۹/۸۲	۶/۰۴	۱۵۳/۷۳	۶/۵۲	۱۵۴/۴۸	۹/۱
خشم	آزمایش	۳۲/۲۵	۳/۷۹	۳۶/۶۶	۵/۰۳	۳۷/۰۰	۴/۱۷
	گواه	۳۲/۰۰	۳/۳	۳۲/۴۱	۴/۶۴	۳۳/۶۶	۴/۱۱
خلق افسرده	آزمایش	۳۱/۸۳	۵/۰۲	۳۵/۶۶	۸/۱۳	۳۶/۰۲	۶/۶۴
	گواه	۳۴/۹۱	۴/۹۹	۳۵/۴۱	۴/۷۵	۳۴/۹۱	۴/۹۸
اضطراب	آزمایش	۴۳/۱۶	۵/۴۳	۴۹/۸۳	۷/۴۵	۵۰/۲۵	۵/۵۱
	گواه	۴۳/۶۶	۴/۲۲	۴۵/۱۶	۵/۱۴	۴۴/۵۸	۵/۶۴
عاطفه مثبت	آزمایش	۳۹/۹۱	۲/۷۱	۴۴/۵۰	۴/۴۸	۴۵/۰۵	۸/۲۹
	گواه	۳۹/۹۱	۳/۵۹	۴۰/۷۵	۲/۵۶	۴۱/۳۳	۳/۳۶

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های شرکت‌کننده‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۶ آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین اعتماد در روابط بین فردی، کنترل عواطف و مؤلفه‌هایشان در پس‌آزمون افزایش یافته است.

جدول ۷. نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره عاملهای درون گروهی و بین گروهی

متغیرها	منشأ تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا	توان آماری
اعتماد در روابط بین فردی	بین گروهی	۱۱۸/۳۴	۱۴/۴۸	۱	۲۲	۰/۰۰۰	۰/۴۲	۰/۸۳
	درون گروهی	۰/۲۹	۴/۱۹	۲	۲۱	۰/۰۰۰	۰/۳۶	۰/۷۱
	تعامل	۰/۳۵	۳/۲۲	۲	۲۱	۰/۰۰۳	۰/۳۹	۰/۷۵
کنترل عواطف	بین گروهی	۵۲۳/۰۹	۲۳/۱۷	۱	۲۲	۰/۰۰۰	۰/۴۸	۰/۴۳
	درون گروهی	۰/۳۷	۵/۹۱	۲	۲۱	۰/۰۰۰	۰/۳۸	۰/۷۶
	تعامل	۰/۴۱	۴/۴۷	۲	۲۱	۰/۰۰۰	۰/۴۳	۰/۷۹

جدول ۷ نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره عاملهای درون گروهی و بین گروهی و همسانی شیب رگرسیون در تعامل عامل درون گروهی با بین گروهی را نشان می دهد. از آنجا که اثر تعاملی معنی دار است، تحلیل به تفکیک گروهها و با محوریت عامل تعاملی صورت می پذیرد.

جدول ۸. نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره درون گروهی

متغیرها	منشأ تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
اعتماد در روابط بین فردی	کنترل	۰/۸۱	۰/۴۲	۲	۱۰	۰/۵۶	۰/۰۸	۰/۱۰
	آزمایش	۰/۳۷	۳/۱۹	۲	۱۰	۰/۰۴	۰/۴۷	۰/۶۷
کنترل عواطف	کنترل	۰/۹۳	۰/۳۸	۲	۱۰	۰/۶۷	۰/۰۵	۰/۰۷
	آزمایش	۰/۵۴	۵/۲۶	۲	۱۰	۰/۰۰۰	۰/۵۹	۰/۷۳

جدول ۸ نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره درون گروهی را نشان می دهد. بر این اساس سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم مقایسه، و این مقایسه به تفکیک گروه ارائه شده است. یافتهها در گروه آزمایش نشان داد توان آماری $\lambda = 0.73$ ، اتای سهمی $\eta^2 = 0.59$ و $F = 5.26$ به دست آمد که در گروه آزمایش معنی دار بود ($p < 0.05$). این اندازهها در گروه کنترل معنی دار نیست ($p > 0.05$).

جدول ۹. مقایسه خرده‌مقیاسهای اعتماد در روابط بین‌فردی در سه مرحله گروه آزمایش

مقایسه سه مرحله		مرحله (J)	مرحله (I)	متغیرها
خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها (I-J)			
۰/۰۹	*۳/۵۸	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پیش‌بینی‌پذیری
۰/۱۵	*۴/۰۸	پیگیری	پیش‌آزمون	
۰/۱۹	۰/۵	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۲۲	*۴/۰۰	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	توان اعتماد
۰/۱۸	*۵/۵۹	پیگیری	پیش‌آزمون	
۰/۰۶	۱/۵۹	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۲۷	*۳/۲۶	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	وفاداری
۰/۱۹	*۴/۹۳	پیگیری	پیش‌آزمون	
۰/۲۴	۱/۶۷	پیگیری	پس‌آزمون	

** $p < ۰/۰۱$, * $p < ۰/۰۵$

جدول ۹ مقایسه سه مرحله گروه آزمایش را در خرده‌مقیاسهای متغیر اعتماد در روابط بین‌فردی نشان می‌دهد. خرده‌مقیاسهای اعتماد در روابط بین‌فردی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، میانگین‌ها افزایش معنی‌دار نشان می‌دهد در نتیجه روش مداخله در این متغیر اثربخش، و این تأثیر تا مرحله پیگیری باقیمانده است.

جدول ۱۰. مقایسه خرده‌مقیاسهای کنترل عواطف در سه مرحله گروه آزمایش

مقایسه سه مرحله		مرحله (J)	مرحله (I)	متغیرها
خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها (I-J)			
۰/۱۲	*۴/۴۱	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	خشم
۰/۰۹	*۴/۷۵	پیگیری	پیش‌آزمون	
۰/۱۹	۰/۳۴	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۳۲	*۳/۸۳	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	خلق افسرده
۰/۱۴	*۴/۱۹	پیگیری	پیش‌آزمون	
۰/۰۶	۰/۳۶	پیگیری	پس‌آزمون	

ادامه جدول ۱۰. مقایسه خرده‌مقیاسهای کنترل عواطف در سه مرحله گروه آزمایش

مقایسه سه مرحله		مرحله (J)	مرحله (I)	متغیرها
خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها (I-J)			
۰/۱۸	*۶/۶۷**	پس آزمون	پیش آزمون	اضطراب
۰/۲۶	*۷/۰۹**	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۲۱	۰/۴۲	پیگیری	پس آزمون	
۰/۳۷	*۴/۵۹*	پس آزمون	پیش آزمون	عاطفه مثبت
۰/۲۵	*۵/۵۹*	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۱۹	۱/۰۰	پیگیری	پس آزمون	

** $p < ۰/۰۱$, * $p < ۰/۰۵$

جدول ۱۰ مقایسه سه مرحله گروه آزمایش را در خرده‌مقیاسهای متغیر کنترل عواطف نشان می‌دهد. خرده‌مقیاسهای کنترل عواطف در مراحل پس آزمون و پیگیری در قیاس با پیش آزمون، میانگین‌ها افزایش معنی‌دار نشان می‌دهد. در نتیجه روش مداخله در این متغیر اثربخش، و این تأثیر تا مرحله پیگیری باقیمانده است.

جدول ۱۱. مقایسه خرده‌مقیاسهای اعتماد در روابط بین فردی و کنترل عواطف دو گروه در

مراحل پس آزمون و پیگیری

پیگیری		پس آزمون		شاخصهای آماری	
خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها (I-J)		متغیرها
۰/۲۸	۳/۶۲*	۰/۱۸	۳/۲۶*	پیش‌بینی‌پذیری	اعتماد در روابط
۰/۳۹	۴/۸۴*	۰/۲۶	۳/۵۸*	توان اعتماد	
۰/۱۷	۴/۲۳*	۰/۳۳	۳/۰۴*	وفاداری	بین فردی
۰/۱۷	۳/۵۶*	۰/۲۷	۳/۲۵*	خشم	کنترل عواطف
۰/۳۳	۲/۹۱*	۰/۱۵	۳/۱۷*	خلق افسرده	
۰/۲۸	۴/۳۵*	۰/۲۶	۵/۵۳**	اضطراب	
۰/۱۹	۳/۱۸*	۰/۲۲	۳/۷۰*	عاطفه مثبت	

** $p < ۰/۰۱$, * $p < ۰/۰۵$

در جدول ۱۱ مقایسه خرده‌مقیاسهای اعتماد در روابط بین‌فردی دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری صورت گرفته است. نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر هر سه خرده‌مقیاس اعتماد در روابط بین‌فردی در هر دو مرحله اثربخش بوده است. نتایج تا مرحله پیگیری با ثبات بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش با هدف بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اعتماد در روابط بین‌فردی و کنترل عواطف انجام شد. نتایج پژوهش در جدولهای ۷ و ۱۱ نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش اعتماد در روابط بین‌فردی تأثیر معناداری دارد.

تاکنون پژوهشی که به بررسی اثربخشی رویکرد ACT بر اعتماد در روابط بین‌فردی صورت گرفته باشد، یافت نشد؛ اما پژوهشهای نوروبیولوژی و همکاران (۱۳۹۶) و لو^۱ (۲۰۱۱) با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات بین‌فردی صورت گرفته است که با نتایج این تحقیق همخوانی دارد. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش خندان‌دل و کاویان‌فر (۱۳۹۴) که معتقد بودند اعتماد در روابط بین‌فردی و تاب‌آوری خانواده سبب رضایت زناشویی زنان شاغل می‌شود و با پژوهش رمپل، راس و هولمز^۲ (۲۰۰۱) همسو است که نشان می‌دهد زوجهایی که سطح اعتماد بیشتری دارند پیوسته اسنادهای مثبتی را نسبت به یکدیگر و رابطه‌شان ابراز می‌کنند.

نتایج پژوهش حاکی بود که رویکرد ACT می‌تواند اعتماد در روابط بین‌فردی را در زنان متأهل افزایش دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه شیوه گسلش و پذیرش و نیز بحثهای مفصل درباره ارزشها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزشها، همگی به افزایش اعتماد در روابط بین‌فردی زن و شوهر منجر می‌شود. این درمان به زنان متأهل می‌آموزد اگر در زندگی انتخاب کرده‌اند که بمانند، باید سخت کار کنند. اگر نسبت به همسرشان اعتماد عمیق داشته‌اند و اکنون این اعتماد سلب شده است، زمان زیادی طول می‌کشد که احساس ایمنی و امنیت کنند. از این رو اگر ماندن در رابطه را انتخاب کرده‌اند، می‌توان انتظار داشت انواعی از فکرها مانند احساس شک، ناامنی، حسادت و یا اضطراب سراغشان بیاید و اگر بخواهند رابطه‌شان حفظ شود و ترمیم یابد، آیا مشتاق ایجاد فضایی برای افکار و احساسات هستند و

می‌خواهند دوباره اعتماد کنند؟ اگر پاسخشان منفی باشد هنوز به افکار چسبیده‌اند و تحت تأثیر آن هستند. اگر پاسخشان مثبت باشد و می‌خواهند سخت روی بازسازی رابطه کار کنند، لازم است بین اعتماد کورکورانه و اعتماد آگاهانه تفاوت قائل شوند. اعتماد کورکورانه به این معنی است که شما به کسی اعتماد دارید بدون اینکه او را ارزیابی کنید. اعتماد آگاهانه این است که شما با چشم باز او را بررسی، و حرف و عمل او را کنترل، و بر آن اساس به او اعتماد می‌کنید که به این صورت می‌توانند رابطه را بازسازی کنند (هریس^۱، ۱۹۶۲). در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود تا افکار آزاردهنده خود را فقط به‌عنوان فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی خود آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن به اجرای آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزشهایشان است، بپردازند. به‌طور خلاصه درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند به‌جای اینکه تلاش کنند آنها را متوقف سازند. از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزشهایشان کار، افکار و احساسات خود را تجربه کنند. بنابراین پذیرش و گسلش، می‌تواند زمینه‌ساز تغییر هیجانات و شناختهای زن و شوهر نسبت به یکدیگر باشد که این امر باعث بهبود روابطشان می‌شود (زنگنه‌مطلق و همکاران، ۱۳۹۶).

نتایج پژوهش در جدولهای ۷ و ۸ نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تنظیم عواطف در زنان متأهل شده است. این نتایج با یافته‌های محققان دیگر، که معتقد به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و عواطف هستند، همسویی و هماهنگی دارد؛ از آن‌جمله می‌توان به پژوهش علوی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) اشاره کرد که معتقدند این شیوه درمانی بر دو خرده‌مقیاس کنترل عواطف یعنی کنترل اضطراب و خلق افسرده مؤثر است. هم‌چنین نتایج این پژوهش مبنی بر اثربخشی رویکرد درمانی پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی با یافته‌های ایراندوست و همکاران (۱۳۹۳)، رویز^۲ (۲۰۱۲)، فولک^۳ و همکاران (۲۰۱۲) و هیز^۴ و همکاران (۲۰۱۱) همسو و در تأیید آن است. یافته‌های پژوهش خزان و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر کاهش نارسایی هیجانی زنان در معرض طلاق مؤثر باشد. نتایج

1. Harris
2. Ruiz
3. Folke
4. Hayes

فرضیه با تحقیقات دیگر مثل ون دن بوش^۱ و همکاران (۲۰۰۲)، کروگر^۲ و همکاران (۲۰۰۶)، میلر^۳ و همکاران (۲۰۰۶) همسو است.

در توجیه یافته‌ها می‌توان به این نکته اشاره کرد که همه انسانها هیجانها و عواطف را در زندگی خود تجربه می‌کنند و این کاملاً طبیعی است که در رویارویی با موقعیت‌های گوناگون، هیجان و عواطف متفاوت از خود نشان دهند؛ اما هیجان و عواطف منفی شدید غیرعادی است و نه تنها سازنده نیست بلکه آثار زیانباری دارد (طهماسبیان و همکاران، ۱۳۹۳). مطالعات دربارهٔ هوش هیجانی نشانگر رابطه معنادار بین هوش هیجانی و سلامت جسمی و روانی است. هوش هیجانی با مدیریت تنش، خوش‌بینی، خلق مثبت، رفتارهای سالم، همدلی و رضایت از روابط بین‌فردی رابطه مثبت (شوت^۴ و همکاران، ۲۰۰۱) و با آشفتگی روانی، تنش و افسردگی رابطه منفی دارد (آستین^۵، ۲۰۰۵). تنظیم هیجان و راهبردهای مثبت باز ارزیابی شناختی هیجان‌ها باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانة زنان در روابط زناشویی خود می‌شود. بنابراین درمان پذیرش و تعهد باعث می‌شود که آنان با استفاده از هیجان‌ها درست، آگاهی از هیجان‌ها و پذیرش و ابراز هیجان‌ها بویژه هیجان‌ها مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساس منفی خویش را کاهش دهند که در پی آن، میزان سازگاری آنها در ابعاد سازگاری اجتماعی، هیجانی بهبود پیدا خواهد کرد؛ به عبارت دیگر زن و شوهر از وجود هیجان‌ها مثبت و منفی خویش آگاهی ندارند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی نمی‌توانند بخوبی از هیجان‌ها خود در زندگی زناشویی استفاده کنند؛ زیرا مشکلات روانی آنها باعث می‌شود که خودشان را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در مسائل زناشویی مقصر بدانند؛ اما درمان ACT باعث می‌شود که از وجود هیجان‌ها منفی و تأثیر منفی آن بر خویش آگاهی پیدا، و با باز ارزیابی هیجان‌ها در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگهداشتن هیجان تلاش کنند و از این طریق سبب بهبود روابط خودشان شوند (خزان و همکاران، ۱۳۹۵). در واقع فرایندهای مرکزی ACT به افراد یاد داد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند؛ از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کنند؛ رویدادهای درونی را به جای

1. Van den Bosch
2. Kröger
3. Miller
4. Schutte
5. Austin

کنترل بپذیرند؛ ارزشهایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آن فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر بپردازند و آنها را در جهت فعالیتهای هدف‌محور پیوند دهند. با استفاده از این درمان بخوبی می‌توان مشکلات روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب را کاهش داد و سبب کاهش اجتناب تجربه‌ای در زنان نیز شد که نهایتاً نتایجی از جمله افزایش امید به زندگی، وفق یافتن با شرایط، روابط بهتر با اطرافیان را دربر خواهد داشت. در مجموع نتایج پژوهشها حاکی از اثربخشی درمان‌های پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی در کاهش تکانشگری و خودآسیبی است و در تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی و تحریک‌پذیری مؤثر بوده است.

مطابق با یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان ACT و تلفیقی از فرمول‌بندی مبتنی بر طحواره‌ها از طریق توضیح و آگاه‌کردن افراد نسبت به طحواره‌های ناکارآمد بین‌فردی و تأثیر آنها در روابط، فرایند ذهن آگاهی و بودن در زمان حال و پذیرش هر آنچه در لحظه احساس می‌شود، فاصله گرفتن از افکار و باورهای ناکارآمد به‌جای همجوشی با آنها و هم‌چنین تشویق افراد به زندگی مبتنی بر ارزشهای خود می‌تواند برای بهبود اعتماد در روابط بین‌فردی و کنترل عواطف مفید و مؤثر واقع شود. در سطح عملی، یافته‌های این پژوهش را می‌توان در تدوین برنامه‌هایی برای افزایش اعتماد و تنظیم هیجان زنان به‌کار برد تا به آنها کمک شود تا با افزایش سطح اطلاعات خود، سطح رضایت زناشویی خود را نیز افزایش دهند. هم‌چنین این پژوهش می‌تواند مقدمه‌ای برای پژوهشهای بیشتر فراهم کند؛ چرا که در این زمینه پژوهشهای بسیار کمی صورت گرفته است. از محدودیتهای این پژوهش استفاده از جنس مؤنث به‌عنوان نمونه بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده گروه‌درمانی برای هر دو جنس استفاده شود.

در پایان از اداره کمیته امداد شهر کرمانشاه، کارکنان، مشاوران مرکز مشاوره آوای مهر و تمامی افرادی که به‌گونه‌ای در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- ایران دوست، فروزان؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ نادى، محمدعلی (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *مجله علوم رفتاری*. ش ۱ (۸): ۹۶ - ۸۹.
- ایزدی، راضیه؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ عسگری، کریم؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ش ۱ (۱۲): ۳۳ - ۱۹.
- حسینائی، علی؛ احدی، حسن؛ فتی، لادن؛ حیدری، علیرضا؛ مظاهری، مهدی (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران*. ش ۲ (۱۹): ۱۲۰ - ۱۰۹.
- خدایاری فرد، محمد؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ اکبری زردخانه، سعید؛ لیاقت، سمیه (۱۳۸۹). استانداردسازی سیاهه ابراز خشم صفت - حالت ۲ اسپیلبرگر. *توانبخشی*. ش ۱۱ (۱): ۴۷ - ۵۶.
- خزان، کاظم؛ عباسی اصل، مجتبی؛ یونسی، سیدجلال؛ کاظمی، جواد (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نارسایی هیجانی زنان در معرض طلاق. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*. ش ۳ (۵): ۱۳ - ۵.
- خندان دل، سحر؛ کاویان فر، حسین (۱۳۹۴). نقش اعتماد در روابط بین فردی و تاب آوری خانواده در رضایت زناشویی زوجهای شاغل. *فصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده*. ش ۱ (۱): ۳۱ - ۱۴.
- زنگنه مطلق، فیروزه؛ بنی جمالی، شکوه السادات؛ احدی، حسن؛ حاتمی، حمیدرضا (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان محور بر بهبود سازگاری و تعهد زناشویی زوجین. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*. ش ۳۸ (۱۱): ۷۰ - ۴۹.
- طهماسبیان، حجت اله؛ خزایی، حبیب اله؛ عارفی، مختار؛ سعیدی پور، مهشید (۱۳۹۳). هنجاریابی آزمون مقیاس کنترل عواطف. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*. ش ۶ (۱۸): ۳۵۴ - ۳۴۹.
- علوی زاده، فرانک؛ شاکریان، عطا (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم تنش، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه روابط فرا زناشویی (عاطفی، جنسی). *نشریه روان پرستاری*. ش ۶۹ (۴): ۱۴ - ۸.
- محمدی، الهام؛ کشاورزی ارشدی، فرناز؛ فرزاد، ولی اله؛ صالحی، مهدیه (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ش ۲ (۱۷): ۳۵ - ۲۶.
- مک کی، متیو؛ لیوف، آویگل؛ اسکین، میشل (۲۰۱۶). اکت برای مشکلات بین فردی (همراه با شیوه نامه درمان گروهی). ترجمه محمود روغنجی، رضوان السادات جزایری، عذار اعتمادی، مریم فاتحی زاده، خدامراد مؤمنی و سید محسن حجت خواه (۱۳۹۵). کرمانشاه: انتشارات دانشگاه رازی.
- نوابی نژاد، شکوه (۱۳۹۱). *راهنمایی و مشاوره گروهی*. تهران: انتشارات سمت.
- نوروزی، محدثه؛ زرگر، فاطمه؛ اکبری، حسین (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه ای دانشجویان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ش ۲ (۱۵): ۱۷۴ - ۱۶۸.

هریس، راس (۱۹۶۲). درمان پذیرش و تعهد با عشق. ترجمه پیمان دوستی، سیده سپیده هدایتی همدانی و حسین محقق (۱۳۹۵). همدان: انتشارات فراگیر هگمتانه.

- Austin, E. J., Saklofske, D. H., & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38(3), 547-558.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487-499.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057-1067.
- Brown, D. (2001). The relationship between attachment styles, Trust and marital attitudes of college students. Faculty of the graduate school of psychology. Seton Hall university Los Angeles. California.
- Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2015). Does stepping stones triple plus acceptance and commitment therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 73, 58-66.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., & Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology*, 57, 41-52.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73-102.
- Dawda, D., & Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 797-812.
- Debrot, A., Schoebi, D., Perrez, M., & Horn, A. B. (2013). Touch as an interpersonal emotion regulation process in couples' daily lives: The mediating role of psychological intimacy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(10), 1373-1385.
- De Houwer, J., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2016). Riding the waves: A functional-cognitive perspective on the relations among behaviour therapy, cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology*, 51(1), 40-44.
- Dixon-Gordon, K. L., Bernecker, S. L., & Christensen, K. (2015). Recent innovations in the field of interpersonal emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 36-42.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75(2), 334-339.
- Erden, A., & Erden, H. (2009). Predicting organizational trust level of school managers and teachers at elementary schools. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 1(1), 2180-2190.
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. *Cognitive Behaviour Part*, 19 (4), 94-583.
- Filkowski, M. M., Anderson, I. W., & Haas, B. W. (2016). Trying to trust: Brain activity during interpersonal social attitude change. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 16(2), 325-338.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press.

- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K. G., Schunert, T., ... & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1211-1217.
- Lev, A. (2011). A New Group Therapy Protocol Combining Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Schema Therapy in the Treatment of Interpersonal Disorders: A Randomized Controlled Trial. PsyD diss., Wright Institute, Berkeley, CA. The Interpersonal Problems Workbook.
- Lewicki, R. J., Tomlinson, E. C., & Gillespie, N. (2006). Models of interpersonal trust development: Theoretical approaches, empirical evidence, and future directions. *Journal of Management*, 32(6), 991-1022.
- Luo, Q., & Zhang, H. (2016). Building interpersonal trust in a travel-related virtual community: A case study on a Guangzhou couchsurfing community. *Tourism Management*, 54, 107-121.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Netzer, L., Van Kleef, G. A., & Tamir, M. (2015). Interpersonal instrumental emotion regulation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 58, 124-135.
- 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.
- Rempel, J. K., & Holmes, J. G. (1986). How do I trust thee. *Psychology Today*, 20(2), 28-34.
- Rempel, J. K., Ross, M., & Holmes, J. G. (2001). Trust and communicated attributions in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(1), 57-64.
- Rousseau, D. M., Sitkin, S. B., Burt, R. S., & Camerer, C. (1998). Not so different after all: A cross-discipline view of trust. *Academy of Management Review*, 23(3), 393-404.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 333-357.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C., ... & Wendorf, G. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *The Journal of Social Psychology*, 141(4), 523-536.
- Simpson, J. A. (2007). Psychological foundations of trust. *Current Directions in Psychological Science*, 16(5), 264-268.
- Skowron, E. A., Stanley, K. L., & Shapiro, M. D. (2009). A longitudinal perspective on differentiation of self, interpersonal and psychological well-being in young adulthood. *Contemporary Family Therapy*, 31(1), 3-18.
- Tokuda, Y., Fujii, S., Jimba, M., & Inoguchi, T. (2009). The relationship between trust in mass media and the healthcare system and individual health: evidence from the AsiaBarometer Survey. *BMC Medicine*, 7(1), 4.
- van den Bosch, L. M., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911-923.
- Wechsler, D. (1952). *Range of human capacities*. Baltimore, Md Williams and Wilkins.
- Williams, K. E., Chambless, D. L., & Ahrens, A. H. (1997). Are emotion frightening? An extension of the fear of fear concept. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 239-248.
- Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 77-89.