



# The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Group Therapy on Feelings of Loneliness and Marital Adjustment in Women Referring to Counseling Centers in Bam City

Journal of Rehabilitation  
Counseling  
2025, Vol 1(2): 82-93  
Jmr.uok.ac.ir

Vhideh Shahmoradzadeh Fahraji <sup>1</sup> & \*  
Kazem Nematollahzadeh Mahani <sup>2</sup>

## Abstract

**Background and Objective:** The present study aimed to investigate the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on loneliness and marital adjustment in women referring to counseling centers in Bam.

**Method:** The study employed a quasi-experimental design with a controlled pretest-posttest design. The statistical population included all married women who referred to counseling centers in Bam due to psychological problems between August and October 2024. A total of 40 participants were selected and randomly assigned to either the experimental group (n= 20) or the control group (n= 20). The research instruments included the UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1980) and the Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976). The experimental group received ten 90-minute sessions of Acceptance and Commitment Therapy. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

**Findings:** After controlling for pre-test scores, the results showed a significant difference between the experimental and control groups in post-test scores for both loneliness ( $p = 0.01$ ), and marital adjustment ( $p \leq 0.01$ ) indicating the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy.

**Conclusion:** Based on the findings, this type of therapy can be considered as an effective intervention enhancing marital adjustment, and reducing loneliness among women receiving such interventions.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, marital adjustment, loneliness

Received: 2025.06.05

Revised: 2025.06.15

Accepted: 2025.06.16

**Citation:** Shahmoradzadeh Fahraji, V., Nematollahzadeh Mahani, K. (2025). The effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy on feelings of loneliness and marital adjustment in women referring to counseling centers in Bam city. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 1 (2), 82-93.

<sup>1</sup>. **Corresponding Author:** Master's student in clinical psychology, Islamic Azad University, Zarand Branch, Kerman, Iran. [vahideshahmoradzade@gmail.com](mailto:vahideshahmoradzade@gmail.com)

<sup>2</sup>. Assistant Professor of Psychology, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Zarand Branch, Kerman, Iran.



نشریه مشاوره توانبخشی  
سال اول / شماره ۲ / تابستان ۱۴۰۴  
شماره صفحات: ۸۲-۹۳  
Jmr.uok.ac.ir

## اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری زناشویی در زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بم

وحیده شهمرادزاده فهرجی<sup>۱</sup> و  
کاظم نعمت الله زاده ماهانی<sup>۲</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری زناشویی در زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بم انجام شده است.

**روش:** روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متأهلی بود که به دلیل مشکلات روان شناختی به مراکز مشاوره شهر بم در مرداد ماه تا مهر ماه سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند. ۴۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش، پرسش نامه احساس تنهایی راسل و همکاران (UCLA) (۱۹۸۰) و مقیاس سازگاری دو عضوی گراهام اسپانیر (DAS) (۱۹۷۶) بوده است. گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون، بین میانگین پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای احساس تنهایی ( $P = ۰/۰۱$ ) و سازگاری زناشویی ( $P \leq ۰/۰۱$ ) تفاوت معنی داری وجود دارد که نشان دهنده تأثیر درمان پذیرش و تعهد است ( $P \leq ۰/۰۱$ ).

**نتیجه گیری:** بر اساس یافته های پژوهش، می توان نتیجه گرفت که این نوع درمان به عنوان درمان روان شناختی در جهت توانمندسازی روان شناختی و افزایش سازگاری زناشویی و کاهش احساس تنهایی زنان مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز روان شناختی مورد توجه قرار گیرد.

**کلید واژه ها:** درمان پذیرش و تعهد، سازگاری زناشویی، تنهایی

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۶

اصلاح: ۱۴۰۴/۰۴/۲۵

دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۵

**ارجاع:** شهمرادزاده فهرجی، و.، نعمت الله زاده ماهانی، ک. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری زناشویی در زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بم. *فصلنامه مشاوره توانبخشی*، ۱ (۲)، ۸۲-۹۳.

<sup>۱</sup>. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرنده، کرمان، ایران. [vahideshahmoradzade@gmail.com](mailto:vahideshahmoradzade@gmail.com)

<sup>۲</sup>. استادیار روان شناسی، گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد ایلامی، واحد زرنده، کرمان، ایران.

## ۱. مقدمه

مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اساس کار هر دولت و جامعه‌ای محسوب می‌شود و هر جامعه‌ای در درجه اول بر خانواده تکیه دارد، تا شهروندان آینده خود را توسعه دهد. به همین دلیل است که خانواده یکی از اولین نهادهایی است که باید در جامعه تغییر کند. تغییری حاصل نخواهد شد مگر از طریق درک شناخت علمی کارکردهای خانواده و تحول آن. خانواده با داشتن محیط کارکرد سالم، به تثبیت جامعه کمک می‌کند و رشد و شکوفایی اعضای خود را فراهم می‌کند. خانواده بستر سعادت جسمی و روانی-اجتماعی کودک و عامل تحقق تعادل جسمی، روانی و اجتماعی انسان است (یونال و آگگن<sup>۱</sup>، ۲۰۲۲).

موضوع ازدواج یکی از مهم‌ترین مسائل مورد علاقه انسان است و اولین تعهد عاطفی و قانونی است که افراد در بزرگسالی می‌پذیرند. علاوه بر این، عقد ازدواج نقطه عطفی در رشد و توسعه فردی محسوب می‌شود. ازدواج نیاز به همکاری، همدلی، اتحاد، علاقه، مهربانی، صبر و مسئولیت دارد (کاظم و رفیق<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). رضایت زناشویی در رابطه با کیفیت ازدواج متغیر مهمی است. آنچه در ازدواج و اتحاد زن و مرد اهمیت دارد، رضایت زناشویی است. مهم‌ترین عامل در سلامت روان افراد متأهل، رابطه با همسر است. همسر عنصر اصلی زندگی عاطفی و اجتماعی فرد است و عدم سازگاری زناشویی بر توانایی زوجین در برقراری روابط رضایتمند با فرزندان و سایر اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد. روابط مطلوب همراه با رضایت درون خانواده به سازگاری مؤثر افراد در موقعیت‌های مختلف کمک می‌کند و از سوی دیگر، تعارضات زناشویی زمینه را برای بیماری‌های روانی فراهم می‌کند (ایشیک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

تعارضات و اختلافات زناشویی، چه منجر به طلاق شود و چه به تنش، به‌صورت افسردگی، احساس پوچی و ناامیدی تجربه می‌شود و ضربات مهلکی را بر پیکر جامعه وارد می‌کند و هم برای زن و شوهر و هم برای فرزندان آنها اثرات روانی اجتماعی دارد. به همین دلیل، شناخت و رسیدگی به اختلافات زناشویی برای هر جامعه‌ای با هر ایدئولوژی و پارادایم از اهمیت اولیه برخوردار است (ژانگ و خو<sup>۴</sup>، ۲۰۲۴). بنابراین بدیهی است که کیفیت روابط زناشویی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و باثبات‌ترین روابطی که افراد در طول زندگی خود تجربه می‌کنند، نقش اساسی در سلامت روان آنها ایفا می‌کند و ازدواج موفق می‌تواند به‌زیستی روانی افراد را افزایش دهد (لیو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). سازگاری زناشویی همواره به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های ضروری یک رابطه زناشویی موفق در نظر گرفته می‌شود.

سازگاری زناشویی به ازدواجی گفته می‌شود که در آن زوجین با یکدیگر تعامل داشته باشند، با مشکلات کنار بیایند و بر سر موضوعات مربوط به ازدواج به توافق برسند. علاوه بر این، سازگاری زناشویی به‌عنوان رضایت و خوشبختی در ازدواج در نتیجه وحدت هماهنگی زوج‌ها بیان می‌شود (کومکاگیز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). محیط خانواده سالم برای خانواده‌ها لازم است تا افراد موفق را پرورش دهند که بتوانند با جامعه سازگار شوند. عنصر اصلی لازم برای این منظور، این است که بدانیم کدام عوامل برای یک ازدواج هماهنگ و تحقق این عوامل لازم است (کومکاگیز و همکاران، ۲۰۲۰). در یک مطالعه بیان شد که رفاه زوجین عامل مهمی برای هماهنگی در خانواده و جلوگیری از تعارضات ارتباطی است (ژانگ و خو<sup>۷</sup>، ۲۰۲۴). رفاه افراد با متغیرهای مختلفی مرتبط است که یکی از این متغیرها ازدواج است. ازدواج نقش مثبتی بر سلامت روان و شادکامی دارد. به عبارت دیگر، ازدواج باعث افزایش رفاه افراد می‌شود (آکداگ و چانکایا<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). از این نظر اعتقاد بر این است که افراد دارای سازگاری زناشویی از به‌زیستی بالایی برخوردار خواهند بود. با توجه به پیامدهای متعدد تنهایی و ناسازگاری زناشویی برای سلامتی، پژوهشگران به دنبال شناسایی عوامل خطر برای تجربه و درمان تنهایی و تعارضات زناشویی هستند. یکی از این مداخلات که می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی را با تأثیرگذاری بر سازگاری زناشویی و احساس تنهایی حل کند، درمان با پذیرش و تعهد (ACT)<sup>۹</sup> است.

زنان نقش حیاتی در خانواده ایفا می‌کنند. برای ارتقای خانواده به‌عنوان کانونی برای رشد و موفقیت شخصی، اولویت‌بندی به‌زیستی زنان ضروری است. یکی از جنبه‌های مهم در سلامت زنان که باید به آن پرداخته شود، مسئله تنهایی و عوامل مؤثر بر آن است (مهدی زاده و ناصری، ۱۴۰۴). عوامل متعددی بر تنهایی نقش دارند، مانند فقدان تعاملات اجتماعی، غیبت از محل کار و فاصله فیزیکی از عزیزانی که ممکن است در شهرها یا مناطق مختلف زندگی کنند (ضیایی<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). تنهایی یک احساس منفی است که از فقدان ارتباطات

1. Ünal, Ö., & Akgün, S

2. Kazim, S. M., & Rafique, R

3. Işık

4. Zhong, Q., & Xu, Y

5. Liu

6. Kumcağiz

7. Zhong, Q., & Xu, Y. J.

8. Akdag & Çankaya

9. Acceptance and Commitment Therapy

10. Ziaee

اجتماعی یا رفتاری ناشی می‌شود و اغلب از طریق رفتارهایی مانند منزوی کردن خود از دیگران نشان داده می‌شود (دی براردیس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). تحقیقات نشان داده است افرادی که ویژگی‌های قوی همکاری و معاشرتی از خود نشان می‌دهند، تمایل به تجربه سطوح کمتری از تنهایی دارند. این مطالعات نشان می‌دهد افرادی که تمایل بیشتری به همکاری و تعامل با دیگران در موقعیت‌های اجتماعی دارند، تمایل کمتری به احساس انزوا و جدایی از اطرافیان خود دارند. این نشان می‌دهد که تقویت روحیه همکاری و دوستی می‌تواند منجر به احساس تعلق و ارتباط بیشتر و در نهایت کاهش احساس تنهایی شود. در نتیجه، تاب‌آوری روانی عامل مهمی در بهزیستی روانی و تنهایی تجربه شده توسط زنان متأهل است (ضیایی و همکاران، ۲۰۲۱). احساس تنهایی که زنان تجربه می‌کنند با فقدان روابط نزدیک و ارزیابی ذهنی افراد از انزوای اجتماعی‌شان مرتبط است. این امر می‌تواند منجر به مشکلات سلامت روان شود و احتمال تجربه شرايطی مانند افسردگی و اختلالات شناختی را افزایش دهد (میرمعینی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

امروزه درمان‌های گسترده‌ای با جهت‌گیری‌های متفاوت در زمینه اصلاح نگرش‌های زوجین و سازگاری آن‌ها پیشنهاد شده است. در رویکرد مذکور، جهت تغییر نگرش‌های ناکارآمد و باورهای افراد، سعی بر کاهش نشانه‌ها است. با این حال، تحقیقات انجام شده توسط نجاری و همکاران (۱۳۹۶)، تنها دوست و همکاران (۱۴۰۰)، باصره و همکاران (۱۴۰۳)، محمودپور و همکاران (۱۳۹۰) و ابوسعیدی مقدم و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی مؤثر است. بر اساس درمان پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی فراگیر، حالتی است که حواس شخص را پرت نمی‌کنیم و باز بودن، علاقه‌مند بودن و پذیرش تجربه‌ای است که در لحظه کنونی به وجود می‌آید (الینبرگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای علت‌شناسی آن بر عملکرد رفتاری مراجع تمرکز دارد و در عین حال باز بودن را نسبت به سنت‌های درمانی تثبیت شده‌تر تشویق می‌کند (هیز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). مطالعات متعددی در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شده است. با توجه به تحقیقات درمان پذیرش و تعهد، این فرآیندها انعطاف‌پذیری روانی را افزایش می‌دهند. به نوبه‌ی خود، رضایت و کیفیت زندگی زناشویی را افزایش می‌دهد، همچنین تعارضات زناشویی را با تأثیر دائمی کاهش می‌دهد (عرب‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۳؛ خانجانی و شکی و همکاران، ۱۳۹۵). اثرات درمان پذیرش و تعهد در مطالعاتی مانند خانجانی و شکی و همکاران (۱۳۹۵)، کاووسی و همکاران (۱۳۹۶)، و همچنین خانایی و همکاران (۱۳۹۷) مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعات نشان داد که درمان پذیرش و تعهد به‌طور قابل توجهی تعارض زناشویی و تنهایی را کاهش داد. با این حال، تحقیقات مربوط به اثرات درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری زناشویی در زوج‌های دارای تعارض زناشویی کمیاب است و تکرار اجرای این رویکرد درمانی می‌تواند به‌عنوان شهادی بر سودمند بودن آن در جمعیت‌های ناکارآمد باشد. از این روی، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری زناشویی انجام شد.

## ۲. روش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی زنان متأهلی بود که به دلیل مشکلات روان‌شناختی به مراکز مشاوره شهر بم در مردادماه تا مهرماه سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به روش در دسترس از بین افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره به تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی جایگزینی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از، حداقل تحصیلات دیپلم، وجود احساس تنهایی بر اساس نمره برش بالای ۶۰ در پرسش‌نامه و وجود ناسازگاری زناشویی بر اساس نمره برش پایین‌تر از ۷۰ در پرسش‌نامه، تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج عبارت بودند از، شرکت در مداخله‌ای هم‌زمان، غیبت بیش از سه جلسه و عدم همکاری، و این که ملاک‌ها در مصاحبه اولیه بررسی شد. در اجرای تحقیق ملاحظات اخلاقی رعایت شد. شامل رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، عدم اجبار، خروج دلخواهی از پژوهش، حفظ اطلاعات محرمانه، عدم ورود به حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، احترام به شرکت‌کنندگان.

## ۲-۱. ابزارها

### ۲-۱-۱. پرسش‌نامه سازگاری زناشویی

۱. De Berardis

۲. Mirmoeini

۳. Eilenberg

۴. Hayes

مقیاس سازگاری دو عضوی گراهام اسپانیر<sup>۱</sup> (DAS)<sup>۲</sup> توسط اسپانیر در سال ۱۹۷۶ به منظور سنجش سازگاری بین زن و شوهرها و یا هر دو نفری که باهم زندگی می کنند تنظیم شده است. این مقیاس چهار بعد را می سنجد که عبارتند از: رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت. این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن یا شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می کنند. نمرات بالاتر نشان دهنده رابطه بهتر و سازگارتر است. سؤالات خرده مقیاس ها از این قرار است: رضایت زناشویی: ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۱، ۳۲؛ همبستگی دو نفری: ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸؛ توافق دو نفری: ۱، ۲، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵؛ ابراز محبت: ۴، ۶، ۲۹، ۳۰. نمره گذاری بر اساس مقیاس لیکرت انجام می شود. نمره کل مقیاس با آلفای کراباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس ها بین خوب تا عالی است. رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دو نفری ۰/۸۱، توافق دو نفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳ (ثنایی، ۱۳۷۹). این مقیاس با روش های منطقی روایی محتوا چک شد. مقیاس سازگاری زن و شوهر با قدرت تمیز دادن زوج های متأهل و مطلقه در هر سؤال، روایی خود را برای گروه های شناخته شده نشان داده است. این مقیاس از روایی هم زمان نیز برخوردار است و با مقیاس رضایت زناشویی لاک-والاس<sup>۳</sup> همبستگی دارد (ثنایی، ۱۳۷۹). در ایران نیز این مقیاس در سال ۱۳۷۴ توسط آموزگار و حسین نژاد هنجاریابی شده است. این مقیاس با روش بازآزمایی و با فاصله ی ۱۰ روز روی نمونه ای متشکل از ۱۲۰ نفر از زوجها (۶۰ مرد و ۶۰ زن) اجرا گردید و برای میزان همبستگی از روش گشتاوری پیرسون استفاده شد. ضریب همبستگی بین نمرات زوجها طی دو بار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶، مقیاس رضایت زناشویی ۰/۶۸، مقیاس همبستگی دونفری ۰/۷۵، مقیاس توافق دو نفری ۰/۷۱ و مقیاس ابراز محبت ۰/۶۱ به دست آمده است. فلاح زاده و ثنایی (۲۰۱۲) اعتبار این پرسش نامه را به روش بازآزمون ۰/۸۱ گزارش کرده اند. در این پژوهش نیز از طریق آلفای کراباخ پایایی این مقیاس ۰/۹۴ به دست آمد.

## ۲-۱-۲. پرسش نامه احساس تنهایی راسل و همکاران (UCLA)

پرسش نامه احساس تنهایی (UCLA)<sup>۴</sup> توسط راسل<sup>۵</sup> و کورتونا<sup>۶</sup> (۱۹۸۰) ساخته شده است که از ۲۰ گویه و به صورت ۴ گزینه ای، ۱۰ جمله منفی و ۱۰ جمله مثبت تشکیل شده است که به منظور سنجش میزان احساس تنهایی در افراد به کار می رود. نمره گذاری پرسش نامه به صورت طیف لیکرت ۴ نقطه ای می باشد که برای گزینه های «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی» و «همیشه» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می شود. گویه های شماره ۱، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش نامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع می کنند. این امتیاز دامنه ای از ۲۰ تا ۸۰ خواهد داشت؛ بنابراین نمره میانگین ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین نشانگر احساس تنهایی شدیدتر است و برعکس. در پژوهش دلاور و همکاران (۱۳۸۵) برای سنجش اعتبار سؤالات، ضرایب همبستگی بین هر یک از مواد پرسش نامه با نمره کل محاسبه شد و محاسبات در سطح معنادار به دست آمد؛ بنابراین اعتبار سؤالات قابل قبول است. ضریب آلفای کرونباخ، برای تعیین اعتبار ۰/۸۸ و ضریب همبستگی بین نمرات افسردگی و احساس تنهایی نیز ۰/۶۷ محاسبه شد؛ بنابراین اعتبار هم زمان پرسش نامه نیز تایید گردید. اعتبار این آزمون در نسخه جدید تجدید نظر شده ۰/۷۸ گزارش شد. اعتبار آزمون به روش بازآزمایی توسط راسل، پیلوا و فرگوسن (۱۹۷۸) ۰/۸۹ گزارش شده است. اعتبار این پرسش نامه توسط پاشا و اسماعیلی (۱۳۸۶) تعیین و مقدار آن ۰/۷۱ و روایی آن از طریق همبستگی با پرسش نامه اضطراب بررسی و مقدار آن ۰/۴ به دست آمد. در این پژوهش نیز از طریق آلفای کراباخ پایایی این مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

## ۲-۲. شیوه اجرای پژوهش

ابتدا کلیه شرکت کنندگان فرم رضایت نامه آگاهانه را تکمیل نمودند و پس از اجرای پیش آزمون، ۴۰ زوج بر اساس نقاط برش نمرات پیش آزمون سازگاری زناشویی و احساس تنهایی انتخاب شد. نقطه برش جهت نمرات سازگاری زناشویی، نمره پایین تر از ۷۰ و احساس تنهایی نمره بالاتر از ۶۰ بود. سپس ۲۰ آزمودنی در گروه آزمایش و ۲۰ آزمودنی در گروه کنترل به صورت تصادفی قرار گرفت و جلسات آموزشی-درمانی برای گروه آزمایش برگزار شد، اما هیچ مداخله ای

1. Spanier

2. Dyadic Adjustment Scale

3. Locke-Wallace Short Marital-Adjustment Test

4. University of California Los Angeles Loneliness Scale

5. Russell

6. Curtona

7. Peplau

جهت گروه کنترل انجام نگرفت. طبق توافق با مراکز مشاوره و آزمودنی‌های گروه آزمایش، جهت انجام جلسات آموزشی-درمانی یک مرکز واحد در شهر کرمان در نظر گرفته شد.

برنامه مداخلاتی مشتمل بر ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که پروتکل کامل این ۱۰ جلسه در کتاب ACT نوشته شری تورل، ماری بل و کلی ویلسون به طور کامل در دسترس محقق بود. این کتاب از نوشته‌های معتبر این حوزه بوده و مورد تایید صاحب نظران در این حوزه است. در ادامه مختصری از این ۱۰ جلسه ارائه شده است.

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسات      | توضیحات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | آشنایی اعضای گروه با درمانگر، تعیین قوانین گروه، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به اعضای گروه، شناسایی افکاری که با آنها هم‌جوشی دارد، ارزیابی توجه آگاهی مراجع به‌طور غیر مستقیم برای این‌که بفهمیم نوجوان چقدر به افکار و احساساتش آگاهی دارد، توضیح مختصری در مورد چهار ربع ماتریس و تکمیل پرسش‌نامه‌ها (پیش آزمون).                                             |
| جلسه دوم   | آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی، سنجش مشکلات درمان-جویان از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات، تکلیف خانگی (شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه‌دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون این‌که با آن‌ها مبارزه یا عمداً از آن‌ها جلوگیری شود).      |
| جلسه سوم   | مرور جلسه پیش، مرور تمرین منزل، اجرای تکنیک توجه آگاهی مبتنی بر افکار، شناسایی ارزش‌های مراجع به خود، توضیح تفاوت ارزش‌ها با اهداف، توضیح حوزه‌های ارزشی، تمرین منزل (توجه آگاهی مبتنی بر تنفس، راه رفتن همراه با توجه آگاهی، کاری انجام دهند که همسو با ارزش‌هایشان باشد).                                                                                            |
| جلسه چهارم | مرور جلسه پیشین، مرور تمرین منزل، تمرین توجه آگاه، تمرین برگ‌ها روی رودخانه، آماده سازی برای تعیین اهداف مبتنی بر ارزش‌ها، تعیین اهداف رفتاری همسو با ارزش‌ها، تعیین تمرین منزل (برداشتن یک یا چند گام در راستای ارزش‌هایشان، تمرین توجه آگاهی و دادن کاربرگ اهداف).                                                                                                   |
| جلسه پنجم  | مرور جلسه پیشین، مرور تمرین منزل، تمرین توجه آگاهی، اجرای تمرین جوراب چروک، توضیح مفهوم تمایل با استعاره کلید تقلا و تلاش، استعاره رد شدن از باتلاق، آموزش اجازه دادن به احساسات با توضیح تمرین تجربی جا باز کردن، مشاهده تنفس، دادن تمرین منزل (گام برداشتن به سمت ارزش‌ها و چیزهای مهم، تمرین توجه آگاهی، تمرین مراقبه مشاهده، تنفس، گسترش).                         |
| جلسه ششم   | مرور جلسه پیشین، مرور تمرین منزل، تمرین توجه آگاهی مبتنی بر افکار، بسط مفهوم همجوشی با افکار، ارائه تمرین هایی برای ناهم‌جوشی از جمله تمرین خوانندگی، خواندن افکار به صورت ملودی، اجرای نقش گزارشگر ذهن، تشکر از ذهن یا تکنیک بادکنک، توجه آگاهی یا مدیتیشن، دادن تمرین منزل (برداشتن گامی در جهت ارزش‌های مراجع، تمرین توجه آگاهی یا به صورت رسمی یا غیررسمی).        |
| جلسه هفتم  | مرور جلسه پیشین، مرور تمرین منزل، اجرای تکنیک تماشای زمان حال، شناسایی داستان مراجع و بسط همجوشی زدایی با تکنیک اتاق سفید مراقبه و تکنیک نوشتن و تایپ کردن افکار، اجرای تمرین مشکل شما این است که ...، تمرین توجه آگاهی، دادن تمرین منزل (انتخاب هدفی بر اساس ارزش‌هایشان که بتوانند در طول هفته بعد انجام دهند، توجه داشتن به زندگی روزمره و انجام تمرین توجه آگاهی). |
| جلسه هشتم  | مرور جلسه پیشین، مرور تمرینات جلسه قبل، اجرای تمرین توجه آگاهی، توضیحی در مورد مفهوم خود به‌عنوان بافتار، تکنیک طرح چند سوال، اجرای تمرین تجربی برچسب‌ها، دادن تمرین منزل (ادامه دادن رفتار هایی مبتنی بر ارزش‌های خود و حرکت به سمت چیزهایی که برای او مهم است).                                                                                                      |
| جلسه نهم   | مرور جلسه پیشین، مرور تمرین منزل، توضیح شفقت نسبت به خویش، تمرین توجه آگاهی (توی جوان‌تر و توی پیرتر)، دادن تمرین منزل (توجه به احساسات در حین انجام کارهای روزمره، شناسایی لحظاتی که در آن به سمت ارزش‌هایش حرکت می‌کند حرکت به سمت ارزش‌ها).                                                                                                                         |
| جلسه دهم   | مرور جلسه پیشین، مرور تکالیف جلسه قبل، توجه آگاهی (اسکن بدنی)، کنار هم قرار دادن همه موارد و ترسیم ماتریس، توجه آگاهی خاتمه، پر کردن مجدد پرسش‌نامه‌ها (پس آزمون).                                                                                                                                                                                                     |

## ۲-۴. شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

کلیه اطلاعات پژوهش توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) داده‌ها توصیف و پس از آن با استفاده از روش‌های آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) فرضیه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ۳. یافته‌ها

متغیرهای جمعیت‌شناختی که در این تحقیق در نظر گرفته شده‌اند سن، سابقه زندگی مشترک و تحصیلات می‌باشد. به‌طوری که در گروه آزمایش ۹ نفر (۴۵٪ درصد) دیپلم، ۶ نفر (۳۰٪ درصد) کاردانی و ۵ نفر (۲۵٪ درصد) کارشناسی بودند. در گروه کنترل ۵ نفر (۲۵٪ درصد) دیپلم، ۶ نفر (۳۰٪ درصد) کاردانی و ۹ نفر (۴۵٪ درصد) کارشناسی بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش  $31.25 \pm 6.61$  و در گروه کنترل  $33.34 \pm 5.98$  بود. در گروه آزمایش ۷ نفر (۳۵٪ درصد) ۳ سال زندگی مشترک، ۵ نفر (۲۵٪ درصد) ۴ سال، ۳ نفر (۲۵٪ درصد) ۵ سال، ۳ نفر (۱۵٪ درصد) ۶ سال و ۲ نفر (۱۰٪ درصد) ۷ سال زندگی مشترک داشتند. در گروه کنترل ۶ نفر (۳۰٪ درصد) ۳ سال زندگی مشترک، ۷ نفر (۳۵٪ درصد) ۴ سال، ۴ نفر (۲۰٪ درصد) ۵ سال، ۲ نفر (۱۰٪ درصد) ۶ سال و ۱ نفر (۵٪ درصد) ۷ سال زندگی مشترک داشتند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش

| متغیر           | مرحله     | گروه    |                  |         |                  |
|-----------------|-----------|---------|------------------|---------|------------------|
|                 |           | آزمایش  |                  | کنترل   |                  |
|                 |           | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| احساس تنهایی    | پیش‌آزمون | ۶۵/۸۰   | ۴/۷۳             | ۶۴/۶۰   | ۴/۵۵             |
|                 | پس‌آزمون  | ۵۳/۹۰   | ۳/۴۳             | ۶۰/۴۵   | ۴/۸۸             |
| سازگاری زناشویی | پیش‌آزمون | ۶۲/۲۰   | ۴/۲۸             | ۶۱/۶۵   | ۴/۵۶             |
|                 | پس‌آزمون  | ۶۹/۲۰   | ۵/۴۶             | ۶۱/۸۵   | ۴/۱۳             |

جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار احساس تنهایی در پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است. همچنین میانگین و انحراف معیار سازگاری زناشویی در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. بنابراین به‌منظور مقایسه این میانگین‌ها از آمار استنباطی استفاده شده و نتایج آن در زیر ارائه شده است.

برای بررسی نرمال بودن نمرات متغیرهای وابسته پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلک برای تمام متغیرها در هر دو مرحله معنادار نبود ( $P > 0.05$ ) لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است. برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردیده است. مقدار  $F$  برای آزمون لوین برای متغیرهای احساس تنهایی ( $F=1.025, P=0.320$ ) و سازگاری زناشویی ( $F=2.191, P=0.150$ ) بزرگ‌تر از  $0.05$  می‌باشد ( $P > 0.05$ ) که این مطلب حاکی از آن بود که همگنی واریانس گروه‌ها برقرار است. بررسی این پیش‌فرض آزمون ام باکس (Box M) مورد استفاده قرار گرفت. بر اساس نتایج به‌دست آمده مقدار آزمون ام باکس  $3.906$  بود؛ مقدار  $F$  نیز برابر با  $1.228$  بود که این مقدار معنادار نبود ( $P > 0.05$ )، بنابراین، پیش‌فرض برابری ماتریس کوواریانس مشاهده شده تمام متغیرها در بین گروه‌های آزمایش و کنترل تأیید می‌شود و می‌توان از آزمون کوواریانس چند متغیری استفاده کرد ( $F=1.228, \text{Box's } M=3.906, P=0.298$ ).

جدول ۳: نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی معناداری اثر عضویت گروهی متغیرهای پژوهش

| اثر             | آزمون              | مقدار | F      | درجه‌آزادی فرضیه | درجه‌آزادی خطا | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-----------------|--------------------|-------|--------|------------------|----------------|--------------|------------|
| گروه (پس‌آزمون) | اثر پیلای          | ۰/۷۵۹ | ۵۵/۱۹۷ | ۲                | ۳۵             | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۵۹      |
|                 | لامبدای ویلکز      | ۰/۲۴۱ | ۵۵/۱۹۷ | ۲                | ۳۵             | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۵۹      |
|                 | اثر هنتینگ         | ۳/۱۵۴ | ۵۵/۱۹۷ | ۲                | ۳۵             | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۵۹      |
|                 | بزرگ‌ترین ریشه روی | ۳/۱۵۴ | ۵۵/۱۹۷ | ۲                | ۳۵             | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۵۹      |

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی معنی داری اثر عضویت گروهی و با توجه به سطح معناداری به دست آمده، بین دو گروه آزمایش و کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در مرحله پس از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.05$ ). مجذور سهمی آتا نشان می‌دهد ۷۵/۹ درصد از تغییر هم‌زمان در متغیرهای وابسته ناشی از تاثیر عامل گروه می‌باشد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری زناشویی

| منبع  | متغیر           | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F     | سطح معناداری | مجذور آتا |
|-------|-----------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|-----------|
| گروه  | احساس تنهایی    | ۴۹۰/۷۲        | ۱          | ۴۹۰/۷۲          | ۳۴/۸۵ | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۹۲     |
|       | سازگاری زناشویی | ۴۲۵/۰۸        | ۱          | ۴۲۵/۰۸          | ۶۵/۵۶ | ۰/۰۰۱        | ۰/۶۴۶     |
| خطا   | احساس تنهایی    | ۵۰۶/۸۹        | ۳۶         | ۱۴/۰۸           |       |              |           |
|       | سازگاری زناشویی | ۲۳۳/۳۹        | ۳۶         | ۶/۴۸            |       |              |           |
| مجموع | احساس تنهایی    | ۱۳۱۸۶۵/۰۰     | ۴۰         |                 |       |              |           |
|       | سازگاری زناشویی | ۱۷۳۱۷۳/۰۰     | ۴۰         |                 |       |              |           |

با توجه به مقادیر  $F$  برای پس از آزمون احساس تنهایی ( $F = ۳۴/۸۵, P < 0.001, \eta^2 = 0.49$ ) و سطح معناداری آن که کوچکتر از ۰/۰۵ است ( $P < 0.05$ ) مشاهده می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی اثربخش بوده است، همچنین با توجه به مقادیر  $F$  برای پس از آزمون سازگاری زناشویی ( $F = ۶۵/۵۶, P < 0.001, \eta^2 = 0.64$ ) و سطح معناداری آن که کوچکتر از ۰/۰۵ است ( $P < 0.05$ ) مشاهده می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی اثربخش بوده است. همچنین در این جدول مجذور آتا گزارش شده است که بیان می‌کند چه اندازه از واریانس در متغیر وابسته توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود. مجذور آتا احساس تنهایی ۰/۴۹ است یعنی امکان تبیین ۰/۴۷ درصد واریانس وجود دارد این مقدار در خصوص سازگاری زناشویی ۰/۶۴ بود.

#### ۴. بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری زناشویی در زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بم بود.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمرات پس از آزمون احساس تنهایی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است، بدین معنی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره اثربخش بوده است. این یافته با یافته‌های تنه‌دوست و همکاران (۱۴۰۰)، ابوسعیدی مقدم و همکاران (۱۳۹۹)، نجاری و همکاران (۱۳۹۶)، محمودپور و همکاران (۱۳۹۰) و سینز و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. تلاش در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پذیرش نسبت به حقایق زندگی و در نتیجه استفاده از راهکارهای مقابله ای مساله مدار در مواجهه با پیش آمدهای زندگی است. که این امر از طریق مکانیسم تمایل به قبول افکار، احساسات، خاطرات، علائم بدنی و میل‌های آزاردهنده و منفی خود صورت می‌گیرد و به این مفهوم پی می‌برند که این علائم آزاردهنده مانع زندگی با معنا و غنی نیستند بلکه بخش‌هایی از یک زندگی معنادار و غنی هستند (شان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگرش نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی تر را می‌توان جزء عوامل تأثیرگذار در این روش درمانی دانست. در تبیین این یافته می‌توان گفت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، با هدف افزایش انعطاف پذیری روان شناختی از طریق شش فرایند مرکزی پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها می‌تواند برای ارتقای سلامت روان مناسب باشد (ورسبه<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا با کاهش گسلش عاطفی، تاثیر افکار و هیجان‌ها را به حداقل برساند و به سمت یک زندگی ارزشمند پیش بروند (هیوز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

1. Schaan

2. Wersebe

3. Hughes



در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا اهداف و ارزش‌هایی عالی‌تر را در زندگی خود تعریف کنند و انرژی خود را صرف فعالیت‌های هدفمندی چون کار، ورزش، فعالیت‌های هنری و اجتماعی و سایر فعالیت‌ها کنند. این درمان با رهنمود به افراد به پذیرش رنج و تعهد به جای اجتناب از افکار منفی و آگاهی نسبت به افکار خود و در نتیجه انتخاب بهتر سبب بهبود سازگاری و کاهش احساس تنهایی در آنها می‌شود.

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که میانگین نمرات سازگاری زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش پیدا کرده است؛ بدین معنی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره اثربخش بوده است. این یافته با یافته‌های باصره و همکاران (۱۴۰۳)، نجاری و همکاران (۱۳۹۶) و پترسون و همکاران (۲۰۰۹) و ضابط و همکاران (۱۴۰۴) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت که با توجه به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رشد و تعارض و فاصله عاطفی در زوجین ناشی از ترکیب کنترل‌های بی‌فایده هر یک و راهبردهای اجتناب تجربی در روابط زن و شوهر است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال تضعیف این فرایندها و در نتیجه کاهش رنج غیرضروری زوجین است. هدف اصلی این نوع زوج درمانی کمک به زن و شوهر برای آگاهی از فرایندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی خود چه به تنهایی و چه در یک رابطه دو نفره است. ارزش‌هایی را که آنها را دست نخورده نگه می‌دارد، درک کنند و حتی در صورت وجود افکار و احساسات ناخواسته، اقداماتی را انجام دهند که با این اهداف سازگار است. زوج‌ها معمولاً از موقعیت‌های مرتبط با آسیب، طرد یا درگیری اجتناب می‌کنند.

درمان پذیرش و تعهد به زوج‌ها می‌آموزد که به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات فیزیکی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط نزدیک شوند. به وضوح نشان داده می‌شود که وقتی یکی از زوجین از نظر عاطفی احساس آسیب یا ضعف می‌کند، به سمت طلاق عاطفی می‌رود. اگرچه فاصله عاطفی از افراد محافظت می‌کند و ناراحتی عاطفی را در آینده کاهش می‌دهد، پذیرش آگاهانه چنین افکاری به گونه‌ای انجام می‌شود که ارتباط عاطفی و صمیمیت زوج‌ها را هدف قرار می‌دهد. هنگامی که زوج‌ها شروع به استفاده از این مهارت‌ها و استراتژی‌ها می‌کنند، می‌توانند به موقعیت‌های اجتنابی قبلی نزدیک شوند. نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب و تمرین قبلی در راستای ارزش روابط دو جانبه، فرصتی را برای زوجین فراهم می‌کند تا رابطه قوی‌تری را فراهم کنند (پترسون و همکاران، ۲۰۰۹). طبق گفته هافمن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زوج‌ها را تشویق می‌کند تا با ارزش‌های واقعی زندگی خود ارتباط برقرار کنند و درگیر شوند. از منظر درمان پذیرش و تعهد، اجتناب از تجارب فرآیندی مضر ایجاد می‌کند که در توسعه و گسترش تعارضات زناشویی و خانوادگی دخالت دارد. آن‌ها بر این باورند که این تمرینات به فرد کمک می‌کند تا مستقیماً با رویدادهای استرس‌زا، به ویژه در جلسات درمانی ارتباط برقرار کند و به جای کنترل یا مبارزه با آنها، افکار و احساسات ناخوشایند را تجربه کند. فرد نه تنها تجربه کامل افکار و احساسات را دارد، بلکه همچنین به همسر اجازه می‌دهد که چنین تجربه‌ای داشته باشد (پترسون و همکاران، ۲۰۰۹). در تبیین نتایج می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوج‌ها این امکان را می‌دهد تا بر تغییر روابط با تجربیات درونی خود تمرکز کنند، اجتناب تجربی را به حداقل برسانند و انعطاف‌پذیری را افزایش دهند و عمل را به روش‌های ارزشمند افزایش دهند. تغییر روابط با تجربیات درونی مستلزم گسترش و شفاف سازی آگاهی درونی است. علاوه بر این، بر تقویت یک رابطه تجربه شده بدون قضاوت تاکید می‌کند. اصلاح و تقویت شفقت به خود جنبه مهم این درمان است. به‌طوری که واکنش، ترس و قضاوت‌های غیرموجه بلافاصله کاهش می‌یابد. در نهایت، هدف این درمان این است که افکار، احساسات و حواس را به‌صورت طبیعی تجربه کنند (هایز اسکولتون و اورسیلو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). به‌طور کلی مداخلات مبتنی بر این رویکرد به زوج‌ها کمک کرده است تا تعارضات خود را با همسر خود حل کنند و با آغاز یک رابطه جدید و مثبت سعی در کاهش مشکلات زناشویی و در نهایت افزایش سازگاری زناشویی داشته باشند.

به‌طور کلی نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی و افزایش سازگاری زناشویی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره اثربخش بوده است. بنابراین می‌توان از این روش درمانی به‌عنوان یک شیوه کارآمد و کاربردی در زوجین متاهل جوانی که دارای اختلافات زناشویی هستند در مراکز مشاوره بهره برد. پژوهش حاضر نیز باوجود نتایج امیدوارکننده به‌دست آمده دارای محدودیت‌هایی می‌باشد ازجمله این محدودیت‌ها استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، محدود بودن جامعه آماری به شهر بم که تعمیم دهی نتایج به سایر مناطق را با محدودیت مواجه می‌سازد. عدم پیگیری آزمودنی‌ها و عدم توجه به عوامل فرهنگی، مذهبی و اجتماعی در احساس تنهایی بود که این موارد تعمیم و تفسیر نتایج را نیازمند احتیاط ویژه می‌نماید.

## ۴-۲. پیشنهادهای پژوهش

1. Hoffman

2. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, L. R

با توجه به اهمیت پیامدهای طلاق از جمله تأثیر آن بر پذیرش اجتماعی و احساس تنهایی زنان پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و مشاوران به غربالگری و شناسایی زنان مطلقه دارای مشکلات روان‌شناختی بپردازند، سپس با استفاده از آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و برگزاری کارگاه‌های آموزشی زمینه را برای رفع مشکلات این افراد فراهم کنند. با توجه به مؤثر بودن این پژوهش در کاهش احساس تنهایی زنان متقاضی طلاق پیشنهاد می‌شود که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان بخشی از مداخله طلاق در مراکز مشاوره و روان‌درمانی استفاده شود.

## ۵. تعارض منافع

نویسندگان در خصوص نتایج، تعارض منافع خاصی ندارند.

## ۶. منابع مالی

در این مطالعه بودجه پژوهشی خاصی از طرف هیچ موسسه‌ای دریافت نشد.

## ۷. دسترسی به مواد و داده‌ها

داده‌های خام و مواد مورد استفاده در این پژوهش، در صورت درخواست، از طریق تماس با نویسنده مسئول در دسترس محققان دیگر قرار خواهد گرفت. این دسترسی با رعایت قوانین محرمانگی و حفظ حقوق مشارکت‌کنندگان امکان‌پذیر است.

## ۸. تأییدیه اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

در این پژوهش تمام اصول اخلاقی رعایت شده است. هدف از پژوهش و مراحل اجرای آن به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد. همچنین به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعاتشان اطمینان داده شد و هر زمان که مایل بودند، می‌توانستند از مطالعه خارج شوند و در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آنها قرار می‌گرفت. رضایت‌نامه کتبی از آزمودنی‌ها اخذ شده است. اصول کنوانسیون هلسینکی نیز رعایت شده است.

## ۹. رضایت برای انتشار

نویسندگان متعهد می‌شوند که نسخه مورد نظر این مقاله در جای دیگری جهت چاپ ارسال نشده و موافقت خود را جهت انتشار در این مجله اعلام می‌دارند.

## ۱۰. سپاسگزاری

نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از تمامی شرکت‌کننده‌های این پژوهش اعلام می‌دارند.

## References

- Abosaidi moghadam, N. , Sanagouye Moharer, G. and Shirazi, M. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on feelings of loneliness, shame, and guilt in female applicants for divorce. *Applied Psychology*, 14(1), 35-54. <https://doi.org/10.52547/apsy.14.1.35>
- Akdag, F. G., & Çankaya, C. Z. (2015). Predicting of psychological well-being in married individuals. *Mersin University Journal of the Faculty of Education*, 11(3), 646-661. <https://doi.org/10.15285/maruaebd.647150>
- Arabnejad, S., Birshak, B., and Abolmaali Al-Husseini, K. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing marital intimacy and reducing marital conflicts between couples in Tehran. *Journal of Social Issues and Humanities*, 2(8), 89-93. <http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-2035-en.html>
- Basreh, B., Qamari, M., Alijani, F. and Jafari, A. (2014). The effect of acceptance and commitment therapy on self-compassion, quality of life and marital commitment of women seeking divorce (Persian). *Quarterly Journal of Family Relations Studies*, 4 (13): 4-12. <https://doi.org/10.22098/jhrs.2022.11821.1085>
- De Berardis, D., Vellante, F., Fornaro, M., Anastasia, A., Olivieri, L., Rapini, G., ... & Di Giannantonio, M. (2020). Alexithymia, suicide ideation, affective temperaments and homocysteine levels in drug naïve patients with post-traumatic stress disorder: An exploratory study in the everyday 'real world' clinical practice. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(1), 83-87. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1699575>

- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J. S., & Frosthholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour research and therapy*, 92, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.009>. [Link]
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D., Eds. (2013). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science & Business Media. <https://books.google.com/books?id=OJlyBgAAQBAJ&dq>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000>
- Hofmann SG, GJ. A.(2008). Acceptance and mindfulnessbased therapy: New wave or old hat? *Clinical psychology review*, 28(1):1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
- Işık, E., Özbiler, Ş., Schweer-Collins, M. L., & Rodríguez-González, M. (2020). Differentiation of self predicts life satisfaction through marital adjustment. *The American Journal of Family Therapy*, 48(3), 235-249. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/01926187.2020.1732248>
- Kavousian J, Haniffi H, Karimi K.(2017). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Satisfaction in Couples. *JHC* 19 (1) :75-87  
URL: <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-706-fa.html>
- Kumcağız, H., Demir, Y., & Yılmaz, M. (2020). Relationship between Marital Adjustment and Wellbeing of Married Individuals. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 52(52), 371-383. <https://doi.org/10.15285/maruaebd.647150>
- Kazim, S. M., & Rafique, R. (2021). Predictors of marital satisfaction in individualistic and collectivist cultures: A mini review. *Journal of research in psychology*, 3(1), 55-67. <https://doi.org/10.31580/jrp.v3i1.1958>
- Khanaei, D., Jazayeri, R. S., Bahrami, F., Montazeri, N., and Etemadi, A. (2018). Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital conflicts in coronary artery bypass graft patients. *Clinical Psychology Studies*, 9(33), 91-103. [DOI:10.22054/JCPS.2019.36697.2012](https://doi.org/10.22054/JCPS.2019.36697.2012)
- Khanjani Vashki, S., Shafiabadi, A., Farzad, V., and Fatehizadeh, M. (2016). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment-based couple therapy in couple conflict in Isfahan. *Jundishapur Journal of Health Sciences*, 9(3), e43085. <https://doi.org/10.5812/jjhs.43085>
- Liu, C., Wang, S., & Xie, H. (2024). Marital adjustment and children's early learning behaviors: The mediating role of maternal involvement and parenting. *Family Relations*, 73(3), 1781-1798. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/fare.12999>
- Mehdizadeh, S. and Naseri, A. (2025). Effect of Acceptance and Commitment Education on Psychological Resilience and Loneliness Feelings among Housewives. *Women's Health Bulletin*, 6(5), 11-21 -. [doi: 10.30476/whb.2025.104299.1317](https://doi.org/10.30476/whb.2025.104299.1317)
- Mahmoudpour, A., Rayesh, N., Ghanbarian, E., & Rezaee, M. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotional regulation and loneliness of divorced women in Iran. *Journal of marital and family therapy*, 47(4), 831-842. <https://doi.org/10.1111/jmft.12492>
- Mirmoeini, P., Bayazi, M. H., & Khalatbari, J. (2021). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion focused therapy on worry severity and loneliness among the patients with multiple sclerosis. *Internal Medicine Today*, 27(4), 534-549. <http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-3555-en.html>
- Najari, F; Khodabakhshi-Kolai, Anahita and Falsafi-Nejad, M. R. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy on feelings of loneliness and psychological adjustment in divorced women. *Title of the journal*, 5 (3): 68-75. <http://jms.thums.ac.ir/article-1-459-en.html>
- 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), 430-42. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009>

- Saenz, J. L. (2021). Spousal support, spousal strain, and loneliness in older Mexican couples. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(4), e176-e186. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa194>
- Schaan, V. K., Schulz, A., Schächinger, H., & Vögele, C. (2019). Parental divorce is associated with an increased risk to develop mental disorders in women. *Journal of Affective Disorders*, 257, 91–99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.071>
- Tanhadoust K, bezi M, ghafarijam M, amoojavadi F. (2021). The effect of group psychotherapy based on acceptance and commitment on loneliness and social adjustment in girls with social anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPn)*, 9 (1) :32-42. <http://ijpn.ir/article-1-1617-fa.html>
- Ünal, Ö., & Akgün, S. (2022). Conflict resolution styles as predictors of marital adjustment and marital satisfaction: An actor–partner interdependence model. *Journal of Family Studies*, 28(3), 898-913. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/13229400.2020.1766542>
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an acceptance and commitment therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 18(1), 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
- Zabet, M. , Zarei, F. , Sarmadi Soultan, V. , Taheri, S. and Moradi Kamasi, N. (2025). Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in group and individual ways on increasing the value of life and psychological flexibility of mothers of students with special needs. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 1(1), 27-37. <https://doi.org/10.9092250/jrc.2025.63882>
- Zhong, Q., & Xu, Y. J. (2024). Dyadic coping mediates between parenting stress and marital adjustment among parents of 0–6 years old children. *Journal of Child and Family Studies*, 33(7), 2337-2347.. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-023-02774-y>
- Ziaee, A., Nejat, H., Amarghan, H. A., & Fariborzi, E. (2021). Existential therapy versus acceptance and commitment therapy for feelings of loneliness and irrational beliefs in male prisoners. *European journal of translational myology*, 32(1), 102171. <https://doi.org/10.4081/ejtm.2022.10271>