

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی به شیوه فراشناخت و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی زوجین متقاضی طلاق

یحیی عراقی^۱ / سعیده برازیان^{۲*} / مجتبی امیری مجد^۳ / محمد قمری^۴

تاریخ پذیرش: ۹۹/۳/۱۰

تاریخ ارسال: ۹۸/۱۲/۹

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش گروهی به شیوه فراشناخت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی زوجین متقاضی طلاق بود. طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل زوجین متقاضی طلاق بود که در سال ۱۳۹۸ با تمایل شخصی، ارجاعی از مرکز مداخله در خانواده دادگستری و اورژانس اجتماعی، جهت مشاوره به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر مرند ارجاع داده شدند که از بین این افراد تعداد ۳۶ زوج و در مجموع ۷۲ نفر که نمرات بالاتر از نقطه برش را در مقیاس ناامیدی بک کسب کرده بودند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. (هر گروه ۱۲ زوج) ابزار پژوهش پرسشنامه ناامیدی بک (BHS) بود. داده‌ها با استفاده از طرح آمیخته تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که دو رویکرد مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و فراشناخت درمانی به طور معناداری باعث کاهش ناامیدی زوجین متقاضی طلاق شد ($P \leq 0/01$). همچنین مقایسه اثربخشی دو گروه نشان داد که بین اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی و فراشناخت درمانی بر ناامیدی زوجین متقاضی طلاق تفاوت معناداری وجود دارد و تأثیر روش فراشناخت درمانی بر ناامیدی زوجین متقاضی طلاق به طور

۱- دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر. yahya.araghi@yahoo.com

۲- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر (نویسنده مسئول). sbazzazian@gmail.com

۳- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر.

۴- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر.

معناداری بیشتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است ($P \leq 0/05$). نتایج بر اهمیت کاربرد فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود وضعیت ناامیدی مراجعان تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فراشناخت درمانی، ناامیدی، زوجین متقاضی طلاق.

مقدمه

ازدواج یکی از روابط میان فردی مهم و دیرپاست و مشخص شده است که از افراد در برابر ناامیدی، افسردگی و اضطراب محافظت می‌کند (عسگری و گودرزی، ۱۳۹۸). دلایل اصلی ازدواج عمدتاً عشق و محبت، داشتن شریک و همراه در زندگی، ارضای نیازهای عاطفی - روانی و افزایش امیدواری، شادی و خشنودی است (فرزانه، ۱۳۹۷)؛ اما پس از ازدواج، خانواده در یکی از سه مسیر بالندگی، آشفتگی و گسستگی قرار گرفته و شروع به حرکت می‌کند (شعاع کاظمی، ۱۳۹۶). از جمله معضلات مهم در زمینه زندگی زوجین پدیده‌ای به نام طلاق است که شیوع روزافزون آن پژوهشگران و نظریه‌پردازان حوزه خانواده و ازدواج را بر آن داشته که در خصوص علل و عوامل تأثیرگذار بر آن به بررسی و تحقیق بپردازند. طبق تعریف، طلاق فرایندی است که باتجربه بحران عاطفی هر دو زوج شروع شده و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش‌ها و سبک زندگی جدید، خاتمه می‌یابد (احمدی، ماردپور و محمودی، ۱۳۹۸). طلاق پدیده پیچیده‌ای است که در بررسی علت آن، افزون بر عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و حقوقی، عوامل روان‌شناختی نیز، از جمله ناامیدی ۲ از اهمیتی ویژه برخوردار است (یوسفی، کریمی پور و عزیزی، ۱۳۹۶). در سال‌های اخیر این معضل اجتماعی در کشور ما روند روبه رشدی داشته و طبق آمار رسمی در ایران از هر هزار مورد ازدواج، حدود دو‌یست مورد به طلاق منجر می‌شود و ایران، چهارمین کشور جهان از نظر میزان نسبت طلاق به ازدواج معرفی شده است (نجاری، خدابخش کولایی و فلسفی نژاد، ۱۳۹۶). مسلماً تاندازه‌ای مشکلاتی که سبب می‌شود، زوجین تصمیم به طلاق بگیرند، مزمّن است، مثل انگیزه جدایی، افسردگی، ناامیدی، تعارض شدید و رویدادهای خشونت‌آمیز دائمی، گاهی هم عوامل غیرمنتظره موجب فروپاشی زندگی زناشویی می‌شود مثل افشای خیانت‌های زناشویی و یا موقعی که یکی از زوجین قصد جدایی داشته و نسبت به زندگی

1. Divorcing
2. Hopelessness

با همسر خود تردید داشته باشد (یوسفی و کیانی، ۱۳۹۱). بر این اساس یکی از متغیرهایی که می‌تواند در ارتباط با ایجاد و تداوم مشکلات روان‌شناختی و به تبع آن جدایی و طلاق مورد مطالعه قرار گیرد، ناامیدی است. شنایدر ۱ برای اولین بار، نظریه امید را مطرح کرد و آن را متشکل از قدرت اراده، قدرت راه‌یابی، داشتن هدف و تشخیص موانع دانست (ثمین، اخلاقی کوهپایی، ۱۳۹۸). امید با نیروی مؤثر خود، سیستم فعالیتی خود را تحریک نموده و دریچه‌های تازه‌ای را به روی فرد باز می‌کند (بهرامی، زاهدی، ۱۳۹۷). امید فرایندی است که به افراد اجازه می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی کرده و آن را پیگیری کنند (فیلدمن و شنایدر ۲، ۲۰۱۵) درحالی‌که ناامیدی در افراد باعث می‌شود که فرد احساس کارایی، خودکارآمدی و عزت‌نفس پایینی داشته باشد و به این ترتیب تلاش برای پیشرفت در زندگی را بیهوده بداند؛ و در نتیجه به نارضایتی زناشویی و طلاق منجر شود (نامنی، محمدی پور و نوری، ۱۳۹۶). بک ۳ (به نقل از محمدی، ۱۳۹۴) از ناامیدی به عنوان علامت هسته‌ای افسردگی یاد نموده و یادآور می‌شود که این ناامیدی هم فلج‌کننده اراده است و هم می‌تواند باعث تحمل پذیرتر شدن و میل به گریز از یک موقعیت گردد، ناامیدی، شخص را در برابر عوامل تنش‌زا، بی‌دفاع و گرفتار می‌کند و شخص باگذشت زمان، تمامی امید خود را از دست می‌دهد. طرز فکر وی حالت انعطاف‌ناپذیر همه‌یاهیچ دارد که مانع حل مسئله در فرد می‌شود. هم‌چنین سبب می‌شود که فرد به طور دائم تجربه‌های خود را به شکل منفی و نادرست ارزیابی کرده و پیامدهای نگران‌کننده‌ای را برای مشکلات خود در نظر بگیرد. (طاهری، پور محمدرضای تجریشی و ساطانی بهرام، ۱۳۹۱). درسال‌های اخیر توجه زیادی به موضوع و مسائل روان از جمله ناامیدی و نقش آن‌ها در حیطه‌های مختلف زندگی انسان‌ها شده است؛ و یکی از چالش‌های پژوهشگران و درمانگران حیطه بهداشت روان، توجه به کاهش نشانه‌های مشکلاتی همچون ناامیدی در افراد بوده است (هیبتی گوجانی، ۱۳۹۶). در راستای توجه به این امر و تلاش به منظور درمان و

1. Schneider.C.
2. Feldman.B, & Schneider.C.
3. Beek. A

بهبودی، مدل‌های مختلف طراحی شدند. پیشرفت روان‌شناسی شناختی، به وجود آمدن رویکردهای نسل سوم و مطالعه در مورد ابعاد شناختی اختلالات، یکی از موضوع‌هایی است که مورد توجه روان‌شناسان و مشاوران قرار گرفته است. رشد فزاینده دیدگاه‌های شناختی و فراشناختی در خصوص تبیین تحولات شناختی و عاطفی افراد از یک سو و توسعه روش‌های درمانی جدید و دستیابی به روش‌های ارزیابی و تشخیصی جدید از سوی دیگر، موجب گردیده است تا پژوهشگران بیش از پیش این مطالعات را انجام دهند (پورابراهیمی، امیرتیموری و بنی اسدی، ۱۳۹۴). از درمان‌های جدید در این مورد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱ و فراشناخت درمانی ۲ می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط استیون هیز ۳ ایجاد شد و ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که چهارچوب رابطه‌های ذهنی خواننده می‌شود (قدم پور، حیدریانی و رادمهر، ۱۳۹۸). سازه و مفهوم اساسی در آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد آن است که رنج‌ها و تأملات روان‌شناختی به وسیله اجتناب کردن از تجارب، شناخت‌های درهم تنیده شده، شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و تطبیق نیافتن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌شود (هایز و لی لیس، ۲۰۱۲)؛ و هدف نهایی این مدل، افزایش فراوانی ارزشمند زیستن است، در پذیرش و تعهد درمانی عقیده بر آن است که آسیب روانی در نتیجه عدم انعطاف‌پذیری روانی رخ می‌دهد، در این وضعیت فرد با افکار خویش هم‌جوشی یافته و برای کنترل تجارب درونی‌اش تلاش می‌کند که در غالب موارد این تلاش‌ها ناکارآمد هستند. این درمان دارای شش فرایند است: پذیرش، ارتباط با لحظه حال، گسلش، خودنظاره‌گر، ارزش‌ها و تعهد که اخیراً هیز و لی لیس (۲۰۱۲) این شش فرایند را به سه گروه گشودگی، آگاهی و درگیری خلاصه کرده‌اند (مهدی عراقی، ۱۳۹۷). در چارچوب این رویکرد،

1. Acceptance and Commitment Therapy
2. Meta Cognitive Therapy
3. Steven Hayes
4. Hayes, S & Liliss, S

تجربه افکار، احساسات، خاطره‌ها، امیال، حواس، تصاویر، نقش‌ها یا حتی بدن فیزیکی چیزی متفاوت از خود فرد است. این پدیده‌ها تغییر می‌کنند، اما خود فرد پیوسته ثابت است. (تاوینگ، هایس و ماسودا، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های مختلفی چون افسردگی و ناامیدی (کاتر، بارچ و گینور، ۲۰۰۶)، آشفتگی زناشویی زوجین (بارچ، کانکر و بوسیچ، ۲۰۱۲) مؤثر بوده است. کریستین، اتکینز، باکوم، جورج، ۴ (۲۰۱۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که زوجین ناسازگاری که زوج درمانی تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده بودند، در مقایسه با هم‌تایان خود در گروه کنترل رضایت زناشویی و سلامت روانی بالاتری را در پیگیری سه‌ماهه نشان دادند. از سوی دیگر محققانی همچون آرین فر و رسولی (۱۳۹۸)، عارفی و ژاله (۱۳۹۷) و فرزانه (۱۳۹۷) در پژوهش‌های خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی، دلزدگی زناشویی، باورهای ارتباطی و صمیمیت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابرازگری هیجان زوجین متقاضی طلاق مؤثر بوده است. نتایج پژوهش پترسون، ایفرت، فینگلد و دیویدسون ۵ (۲۰۰۹) نشان داد رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پریشانی زوجین تأثیر گذار بوده است.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی که می‌تواند در کاهش ناامیدی تأثیرگذار باشد، فراشناخت درمانی است. عبارت فراشناخت ۶ یک مفهوم چندوجهی می‌باشد و به دانش و باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آن‌ها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند اشاره دارد (مصطفائی، زارع، علیپور و فرزاد، ۱۳۹۷)؛ و برای اولین بار ابتدا توسط فلاول ۷ در حوزه روان‌شناسی رشد مطرح شد (فلاول، ۱۹۷۹)؛ به

1. Twohig, MP, Hayes. S.C, Masuda. A
2. Kanter. J.W, Baruch. D.E & Gaynor. S.T
3. Baruch,D. Kanker,J & Busch. A
4. Christensen,A. Atkins,D. Baucom.D & George. W
5. Peterson,D. Eifert,H. Feingold. T & Davidson.S
6. Metacognition
7. Flavell, J

نقل از ریس و اندرسون، ۲۰۱۳، ۱). درمان فراشناختی، رویکرد نوینی است که در سالهای اخیر مطرح شده است و به دلیل ویژگی‌های خاص خود نظیر داشتن ساختار منظم، تعداد محدود جلسه‌های درمانی، تأکید بر فرآیند شناخت به جای محتوای آن، طراحی فنون خاص و فنون آموزش توجه نظیر ذهن آگاهی گسلیده ۲ و فنون آموزش توجه ۳ و ارائه مدل‌های ویژه هر اختلال و ارزشیابی تجربی آن‌ها با استقبال گسترده‌ای در سطح جهان مواجه گشته است و اثربخشی آن در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است. این رویکرد در درک و درمان اختلال‌هایی مانند اضطراب فراگیر (ولز و ولفورد، ۲۰۰۸)، استرس پس از سانحه (ولز و سمی، ۲۰۰۴)، ناامیدی و افسردگی (ولز، فیشر و ساموئل، ۲۰۱۲) بسیار مؤثر بوده است. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها در برابر پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی، به الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد (قاسمی و کریمی، ۱۳۹۷). مدل فراشناختی بیان می‌دارد که حالت افسردگی و ناامیدی، با شکست در ارزیابی تحقق اهداف شخصی ارتباط دارد. باورهای شناختی، افکار نشخوارگونه را به‌عنوان شیوه‌ای برای مقابله و خودتنظیمی در نظر می‌گیرند، باینکه این افکار همیشه به‌طور داوطلبانه به وجود نمی‌آیند، اما ادامه آن‌ها تابع کنترل داوطلبانه است و با باورهای مثبت درباره مفید بودن این راهبردها ارتباط دارد. (ولز، ۲۰۰۹، ۷). این درمان تلاش زیادی برای چالش با افکار خود آیند و تعدیل آن‌ها نمی‌کند؛ و در عوض به فرایندهای تفکر توجه دارد. اگرچه درمان فراشناختی از تکنیک‌های مواجهه سازی استفاده می‌کند، ولی هدف از اجرای این تکنیک‌ها خوگیری نیست و از آن به‌عنوان آزمایش رفتاری برای محک زدن فراشناخت‌ها و کمک

1. Rees, C & Anderson. R
2. Detached Mindfulness
3. Attention Training Technique
4. Wells.A & Welford. M
5. Wells.A & Sembi. S
6. Wells, A Fisher. P & Samuel. M
7. Wells, A

به تعدیل فرایندهای فراشناختی استفاده می‌شود. در نتیجه در درمان فراشناختی تأکید زیادی بر ساختن سلسله‌مراتب مواجهه و جلسات مواجهه سازی صورت نمی‌گیرد (ریس و اندرسون، ۲۰۱۳). نتایج تحقیقات حکایت از اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم ناامیدی، افسردگی، اضطراب دارد (مهاجرانی، حقایق و ادیبی، ۱۳۹۶). هم‌چنین پژوهش‌های تاجری، پاشنگ و خوش‌لهجه صدق، (۱۳۹۷)، هاشمی، افشاری (۱۳۹۷)، رویز، پاولا، گونزالز (۲۰۱۷)، ولز (۲۰۰۹)، حاکی از مؤثر بودن درمان فراشناخت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناامیدی بوده است. از آنجایی که زوجین متقاضی طلاق از میزان بالای مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند، نسبت به افراد دیگر ناامیدی بیشتری را تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (جنسیس، واندرن، دبوئر، واندرمیچ، پشیر، هیتزن، ۲۰۱۳)؛ و نیز با توجه به اینکه در دو دهه اخیر، پژوهش‌های زیادی درباره طلاق و عوامل تأثیرگذار بر آن و همچنین اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف در جهت کاهش آن انجام شده است (تاجی قراجه، ۱۳۹۶، قدسی، برآبادی و حیدرنیا، ۱۳۹۷) و مدل‌ها و راهکارهای درمانی جدیدی برای تبیین این پدیده و آسیب اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن و راه‌های پیشگیری از آن ارائه شده است، اما با این حال آمار متقاضیان طلاق در جوامع مختلف و جامعه ایران نگران‌کننده است. آمار منتشره در زمینه طلاق در جهان و ایران به‌خوبی گویای این قضیه است که رضایت، سازگاری و امیدواری زوجین به آسانی قابل دسترس نیست و هر روز شاهد ارائه نرخ‌های بالاتری از میزان طلاق و زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی هستیم. از سوی دیگر حجم و تنوع مشکلات زوجین و سیر صعودی آمار طلاق در کشورمان نیاز به کاربرد درمان‌های اثربخش را می‌طلبد. در مجموع با توجه به نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فراشناخت درمانی در کاهش و بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی زوجین متقاضی طلاق و از طرفی عدم مقایسه دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فراشناخت درمانی

1. Ruiz, J. Paula. O & González. H

2. Janssens, A. Van Dorn, PA. De Boer, JB. Van der Meche, F. Passchier, J. Hitzen, RQ.

در حوزه مؤلفه‌های روان‌شناختی زوجین، پژوهش حاضر صورت پذیرفت. چنانکه پژوهش حاضر مشخص خواهد کرد که جهت کاهش و بهبود ناامیدی زوجین متقاضی طلاق، کدامیک از این دو درمان می‌تواند کارایی بهتری را از خود نشان دهد. بر این اساس، مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین میزان اثربخشی گروه‌درمانی فراساخت و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ناگویی هیجانی و ناامیدی زوجین متقاضی طلاق تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، کارآزمایی بالینی به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون - پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش، شامل زوجین متقاضی طلاق بود که در سال ۱۳۹۸ با تمایل شخصی، ارجاعی از مرکز مداخله در خانواده دادگستری و اورژانس اجتماعی جهت مشاوره، به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر مرند ارجاع داده شدند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، ۵۰ زوج (۱۰۰ نفر) پرسشنامه ناامیدی بک را تکمیل کردند، سپس از میان زوجینی که نمره برش بالای ۱۴ را در مقیاس ناامیدی بک کسب کرده بودند تعداد ۷۲ نفر (۳۶ زوج) به صورت تصادفی انتخاب و در سه گروه جداگانه، دوگروه آزمایش و یک گروه کنترل، جایگزین شدند (هر گروه ۱۲ زوج). گروه آزمایش ۱، در ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایش ۲ در ۸ جلسه درمان فراساختی شرکت کرده و در این اثنا گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرده و به آن‌ها گفته شد که در لیست انتظار هستند و پس از ۳ ماه وارد فرایند درمان خواهند شد. جلسات مداخله به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. هر سه گروه قبل از شروع مداخلات و در پایان مداخلات به پرسشنامه ناامیدی پاسخ دادند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی و هویت آن‌ها در تمام یادداشت‌ها و گزارش‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن حداقل سواد دیپلم جهت انجام تکالیف، محدوده سنی ۲۵ تا ۴۰ سال، داشتن رضایت‌نامه اخلاقی جهت شرکت در پژوهش، عدم دریافت درمان روان‌شناختی دیگر، عدم ابتلای شخص به اختلالات شدید روان‌پزشکی، عدم وابستگی یا سوء‌مصرف مواد، عدم وجود شواهدی مبتنی بر وجود بیماری جسمانی جدی و مزمن که نیازمند به درمان باشد، حداقل ۳ سال و حداکثر ۱۵ سال از ازدواجشان گذشته و ازدواج اولشان باشد. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: شرکت در کارگاه‌های آموزشی در ارتباط با درمان پذیرش و تعهد و فراشناخت درمانی خارج از جلسات درمانی، غیبت از جلسات درمانی برای دوجلسه متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی، همکاری نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکالیف پیشنهادشده به وسیله درمانگر، عدم رعایت قوانین گروه در طول جلسات درمان.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه ناامیدی بک ۱

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط آرون تی بک ۲ به منظور بررسی و سنجش میزان یاس و ناامیدی ساخته شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۰ سؤالی است که فرد با خواندن هر آیتم پاسخ درست یا غلط به سؤالات آن می‌دهد و برای افراد ۱۷ تا ۸۰ ساله طراحی شده است و نمره کسب‌شده در آن بین ۰ تا ۲۰ است و هرچه نمره فرد از ۱۴ بالاتر باشد واجد ناامیدی بالاتر از میانگین است. مؤلفه‌های پرسشنامه شامل احساس فرد نسبت به آینده، از دست دادن انگیزه و انتظارات می‌باشد. در نسخه اصلی پرسشنامه، پایایی مقیاس به روش بازآزمایی پس از یک هفته ۰/۶۹ و پس از ۶ هفته ۰/۶۶ گزارش شده است (میکائیلی، مولوی، عینی و تقوی، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر نقطه برش پرسشنامه ۱۴ و بالاتر در نظر گرفته شده است. گرایی (۱۳۷۲) در پژوهش خود ضمن حاصل کردن روایی صوری و

1. Beck Hopelessness Scale
2. Aron, T. Beck

محتوایی به روش باز آزمون با نمونه اصلی پایایی این ابزار را $0/93$ به دست آورد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ $0/79$ به دست آمد که حاکی از مطلوبیت مقدار به دست آمده جهت انجام پژوهش بود.

روش‌های مداخله

پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۱، گروه آزمایش ۲ و گروه کنترل، به گروه آزمایش اول، فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و به گروه آزمایش دوم فنون فراشناخت درمانی، طبق جدول ذیل آموزش داده شد. و گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرده و به آن‌ها گفته شد که در لیست انتظار هستند و پس از ۳ ماه وارد فرایند درمان خواهند شد. لازم به ذکر است در پایان هر جلسه، تکالیف منزل به آزمودنی‌ها ارائه می‌شد و در شروع جلسه بعدی، فنون جلسه قبل مرور می‌شد.

جدول (۱): محتوای جلسات رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، (صبور و کاکابرایی، ۱۳۹۵)

اهداف شرح کوتاه تکالیف	جلسات
آشنایی، ارزیابی و جهت گیری درمان آشنایی گروه با هم، گرفتن جزئیات از اعضا معرفی تمرکز تمرینات، طرح ریزی معرفی درمان پذیرش و تعهد برنامه ها، یکپارچه سازی ارزیابی فردی	جلسه ۱
ارزیابی هزینه های درماندگی خلاق توسعه درماندگی خلاق، بررسی هزینه های تعارض استفاده از استعاره دستگاه حساس و اجتناب آزمودنی ها، معرفی پذیرش و تمرکز تمرین پذیرش افکار و احساسات	جلسه ۲
همجوشی شناختی و مشاهده افکار تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای زوجین، استفاده از استعاره مهمانی و گدا، تمرین توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش های خود پذیرش واکنش های رابطه	جلسه ۳
انتخاب جهت ارزش ها؛ کمک به زوجین برای روشن سازی ارزش های شناسایی ارزش ها توسط زوجین، استفاده روابط انسانی و زندگی، تشریح مفهوم گسلش استعاره اتوبوس	جلسه ۴
شناسایی موانع ارزش های زندگی بازبینی کاربرد ارزش ها، بحث در مورد موانع بازبینی تمرین راننده اتوبوس، تمرین از طریق پذیرش و مشاهده خود ارزش های زندگی و کمک به زوجین برای حرکت با موانع تنفس کشیدن	جلسه ۵
ایجاد الگوهای انعطاف پذیر رفتار در معرفی تمایل، انتخاب و توانایی پاسخ زوجین اشاره ای به ارزش ها و بررسی نمره انطباق، روابط، خود به عنوان زمینه در این رابطه در خود به عنوان زمینه روابط انسانی استعاره شطرنج و کاربرد عمل متعهدانه	جلسه ۶
پذیرش و اقدام متعهدانه؛ مفهوم ذهنیت بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهدانه کاربرد عمل متعهدانه و استعاره قطار ذهن	جلسه ۷
کار در جهت پایان بازبینی ارزش های زندگی و اقدام متعهدانه، آمادگی تمرینات تمرکز حواس برای تمرین در خانه برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان	جلسه ۸

جدول (۲): محتوای جلسات درمان فراشناختی ولز،

(پوراابراهیمی، امیر تیموری و بنی اسدی، حسن، ۱۳۹۴)

اهداف شرح کوتاه تکالیف	جلسات
آشنایی، ارزیابی و جهت گیری درمان فرمول سازی مشکل مراجعان براساس مفاهیم فراشناختی استفاده از تکنیک آموزش توجه	جلسه ۱
افزایش فرا آگاهی زوجین، غلبه بر موانع بازبینی تکنیک آموزش توجه، تشریح مفاهیم تمرین روش سرکوب - عدم سرکوب	جلسه ۲
موجود در پردازش طبیعی تکنیک ذهن آگاهی گسلیده آزمایش تجسم پلنگ و تداعی آزاد	جلسه ۳
شناسایی باورهای مثبت و منفی آموزش تکنیک به تعویق انداختن متمرکز بر آزمایش زرافه آبی و نوشتن و ارزیابی	جلسه ۳
باورهای کنترل ناپذیر افکار مثبت و منفی خود	جلسه ۳
تقویت ذهن آگاهی گسلیده و درگیر شدن آموزش تکنیک متمرکز کردن توجه استفاده از استعاره کودک متمرکز	جلسه ۴
فعالته با افکار و گفتگوی سقراطی و قطار مسافری	جلسه ۴
آشنایی زوجین با سندرم شناختی - توجهی آموزش آزمایش رفتاری، روش های کلامی تکنیک رویارویی و جلوگیری از پاسخ	جلسه ۵
و باورهای فراشناختی	جلسه ۵
شناسایی و چالش ورزی با باورهای آموزش تکنیک ایجاد تغییر در پایش تهدید تکنیک بازسازی	جلسه ۶
تصاویر ذهنی و توصیه به	جلسه ۶
منفی متمرکز بر باورهای خود آگاهی زوجین برای انجام آن در خانه	جلسه ۶
طراحی برنامه پردازشی جدید آموزش تکنیک اسناد دهی مجدد و برنامه استفاده از تکنیک اسناد دهی	جلسه ۷
مجدد کلامی	جلسه ۷
پردازشی جدید و رفتاری متمرکز بر باورهای خطر، تکمیل	جلسه ۷
برنامه جدید	جلسه ۷
کار در جهت پایان دادن به درمان آموزش تکنیک بررسی شواهد مخالف و آماده مرور تکنیک ها،	جلسه ۸
نتیجه گیری از درمان و	جلسه ۸
کردن اعضا برای موانع موجود در به کارگیری تکنیک ها توصیه به زوجین برای انجام تکالیف در خانه	جلسه ۸

یافته‌ها

در رابطه با اطلاعات جمعیت شناختی زوجین متقاضی طلاق، همه آنان در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال قرار داشتند و حداقل و حداکثر مدت زمان ازدواجشان بین ۳ تا ۱۵ سال بود. میانگین سنی گروه پذیرش و تعهد درمانی ۳۱/۷۴ با انحراف معیار ۶/۵۷، میانگین سنی گروه فراشناخت درمانی ۳۶/۴۱ با انحراف معیار ۴/۶۱ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۲/۸۶ با انحراف معیار ۷/۰۳ بود. همچنین میانگین مدت زمان ازدواج گروه درمانی پذیرش و تعهد ۱۰/۱۸ با انحراف معیار ۳/۰۷، میانگین مدت زمان ازدواج گروه درمانی فراشناخت ۱۱/۷۲ با انحراف معیار ۲/۸۹ و میانگین مدت زمان ازدواج گروه کنترل ۸/۹۵ با انحراف معیار ۳/۱۷ بود.

اطلاعات جدول ۳ میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مطالعه پیگیری ناامیدی سه گروه مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نمرات میانگین و انحراف معیار ناامیدی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مطالعه پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

کنترل		فراشناخت درمانی (MCT)		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)		متغیرها	
				انحراف معیار	میانگین		
۴/۲۵	۱۶/۲۲	۵/۸۳	۱۸/۰۳	۹/۰۳	۱۶/۹۱	پیش‌آزمون	ناامیدی
۵/۸۱	۱۶/۰۷	۷/۱۹	۸/۳۹	۶/۳۲	۱۱/۳۲	پس‌آزمون	
۳/۹۲	۱۶/۲۸	۸/۴۲	۱۱/۰۸	۷/۰۹	۱۱/۶۸	پیگیری سه‌ماهه	

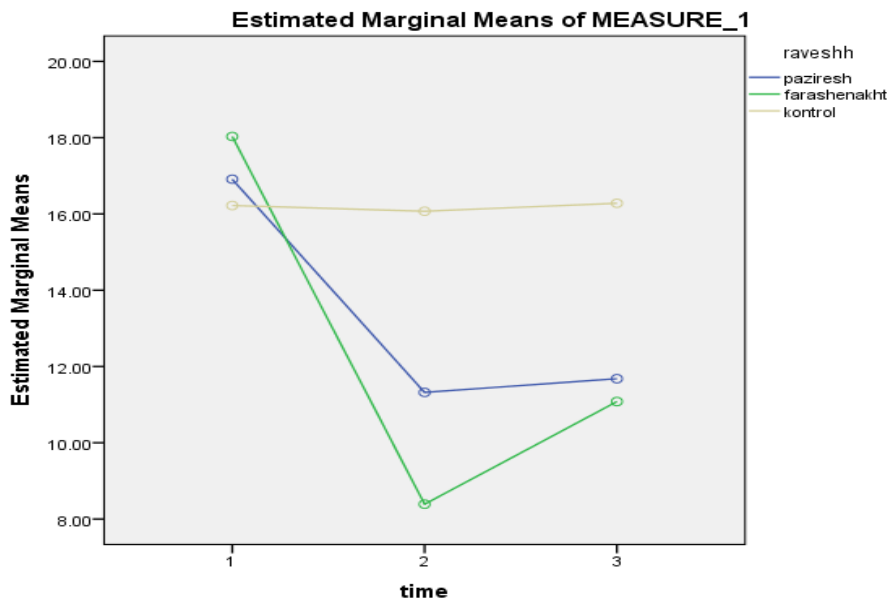
بر اساس اطلاعات جدول ۳، میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراحل پس‌آزمون و مطالعه پیگیری به شکل محسوسی کاهش داشته است. به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته (نرمال بودن توزیع نمرات) از آزمون

کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد. که این پیش فرض‌ها با مقادیر ($P < 0/05$) مورد تأیید قرار گرفت. تصمیم‌گیری در خصوص تفسیر آماره‌های آزمون‌های چند متغیره یا استفاده از اثرهای درون آزمودنی، بستگی به خروجی آزمون کرویت ماچلی دارد. مقدار آزمون کرویت ماچلی ($P > 0/01$ و $X^2 = 232/184$) به دست آمد. بر اساس نتایج حاصل، میزان ناامیدی در پیش‌آزمون به‌طور معناداری بیشتر از پس‌آزمون و مطالعه پیگیری است ($P > 0/001$)؛ که نشان می‌دهد تأثیرات درمانی مداخله‌ها حفظ شده‌اند.

جدول ۴. آزمون‌های چند متغیره

اثر	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه × آزمایش	اثر پیلایی	۰/۴۲۹	۳/۷۳۷	۴	۱۳۸	۰/۰۳۱
	لامبدای ویلکز	۰/۷۸۳	۳/۰۹۶	۴	۱۳۶	۰/۰۴۳
	اثر هتلینگ	۰/۳۸۴	۴/۷۶۳	۴	۱۳۴	۰/۰۰۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۴۸۳	۷/۹۸۵	۲	۶۹	۰/۰۰۴

برای بررسی اثر متقابل آزمایش × گروه، هر چهار روش چند متغیره (پیلایی، ویلکز، هتلینگ و روی) اثر متقابل معناداری را نشان می‌دهند ($P > 0/05$). بنابراین، میزان ناامیدی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، بستگی به نوع گروه‌های مورد مطالعه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فراشناخت درمانی و کنترل) دارد. بررسی نمودار شماره ۱ به تفسیر این اثر متقابل کمک می‌کند. لازم به ذکر است که این نمودار به کمک میانگین ناامیدی جدول میانگین‌های حاشیه‌ای برآورد شده برای اثر متقابل گروه × آزمایش، رسم شده است. این نمودار نشان می‌دهد که در مورد آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و فراشناخت از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و از پس‌آزمون به پیگیری تفاوت معنادار اتفاق افتاده است.



نمودار ۱ میانگین نمرات ناامیدی سه گروه طی سه مرحله اندازه‌گیری

جدول ۵. آزمون‌های کنتراست‌های درون آزمودنی در مورد متغیر وابسته (ناامیدی)

منبع	کنتراست	مجموع مربعات نوع III	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
آزمایش	سطح ۱ در مقابل سطح ۲	۱۲۴/۴۸۲	۱	۱۲۴/۴۸۲	۲۰/۷۰۳	۰/۰۰۶
	سطح ۲ در مقابل سطح ۳	۱۹/۳۰۳	۱	۱۹/۳۰۳	۶/۲۶۴	۰/۰۳۴
گروه × آزمایش	سطح ۱ در مقابل سطح ۲	۱۱۳/۳۴۷	۲	۷۳/۰۳۷	۶/۰۸۶	۰/۰۰۲
	سطح ۲ در مقابل سطح ۳	۱۸/۰۷۶	۲	۱۴/۵۶۳	۵/۲۹۳	۰/۰۲۳
خطا (آزمایش)	سطح ۱ در مقابل سطح ۲	۳۹۳/۰۶۱	۶۹	۸/۰۳۷		
	سطح ۲ در مقابل سطح ۳	۱۶۴/۰۶۲	۶۹	۵/۲۹۸		

آزمون کنتراست‌های درون آزمودنی، کنتراست‌های ناامیدی حاصل از پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری را برای سه گروه مورد مطالعه نشان می‌دهد. اولین کنتراست، یعنی سطح ۱ در برابر سطح ۲، معنادار است ($P > 0/05$ و $F=6/086$ و F_{42}). بنابراین می‌توان اظهار داشت تفاوت میانگین‌های ناامیدی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای سه گروه یکسان نیست. با توجه به نمودار شماره ۱ نتایج نشان می‌دهد که کاهش در ناامیدی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در گروه فراشناخت درمانی ($9/64$) از بیشترین مقدار برخوردار است. این مقدار برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($5/59$) و برای گروه کنترل ($1/15$) می‌باشد. کنتراست دوم، یعنی سطح ۲ در مقابل سطح ۳، معنادار است ($P > 0/05$) و بیانگر آن است که تفاوت میانگین‌های ناامیدی بین پس‌آزمون و مطالعه پیگیری برای سه گروه یکسان نیست. با توجه به میانگین‌ها، مشخص می‌شود که در گروه فراشناخت درمانی ($2/69$ -) از بیشترین مقدار برخوردار است. این مقدار برای گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد، ($3/36$ -) و برای گروه کنترل ($2/25$ -) می‌باشد.

جدول ۶. برون‌داد حاصل از آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی

منبع	مجموع مربعات نوع III	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
مقدار ثابت	۱۷۶۳۰۲/۴۴۰	۱	۱۷۶۳۰۲/۴۴۰	۲/۳۷۴	۰/۰۰۰
گروه	۲۲۸/۵۹۴	۲	۶۱/۷۰۵	۴۶/۷۰۳	۰/۰۰۲
خطا	۴۲۸/۰۹۳	۶۹	۱۱/۲۹۶		

نتایج در مورد اثرهای بین آزمودنی‌ها، نشان می‌دهد که متغیر بین گروهی گروه، از نظر آماری معنادار است ($P > 0/05$ و $F=46/703$ و F_{42}). نتایج حاصل از میانگین‌های ارائه شده در میانگین‌های حاشیه‌ای برآورد شده برای گروه، بیانگر آن است که در میانگین سه آزمایش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) گروه فراشناخت درمانی دارای کمترین میزان ناامیدی ($13/30$) و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با میانگین $12/5$ تقریباً از ناامیدی برابری برخوردارند.

جدول ۷. مقایسه میانگین نمرات در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با آزمون توکی در گروه‌های

مداخله

سطح معناداری	خطای انحراف از معیار	اختلاف میانگین	متغیر	مقایسه گروه‌ها	
				درمان ACT	فراشناخت
۰/۰۴	۲/۰۴	-۴/۰۵	ناامیدی	درمان ACT	فراشناخت
۰/۰۰۱	۶/۱۱	۹/۴۹	ناامیدی	کنترل	فراشناخت
۰/۰۰۱	۲/۸۳	۵/۴۴	ناامیدی	کنترل	درمان ACT

برای مقایسه اثربخشی دو روش درمانی بر ناامیدی زوجین متقاضی طلاق، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود مقایسه میانگین‌ها نشان داد که بین اثربخشی روش فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ناامیدی زوجین متقاضی طلاق تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/04$). منفی بودن اختلاف میانگین‌ها ($-4/05$) به معنای آن است که روش فراشناخت درمانی، نمرات ناامیدی زوجین متقاضی طلاق را به‌طور معناداری بیشتر کاهش داده است؛ به عبارت دیگر، داده‌های جدول فوق نشان می‌دهد که تأثیر روش فراشناخت درمانی بر ناامیدی زوجین متقاضی طلاق به‌طور معناداری بیشتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بوده است ($P=0/04$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش گروهی به شیوه فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ناامیدی زوجین متقاضی طلاق انجام شد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان مطرح کرد که فراشناخت درمانی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری منجر به کاهش ناامیدی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است؛ اما درمان فراشناختی بیش از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ناامیدی زوجین را کاهش داده است؛ و پیگیری سه‌ماهه نیز پایداری درمان را تأیید می‌نماید، به‌طوری‌که گروه دریافت‌کننده فراشناخت درمانی نسبت به گروه پذیرش و تعهد و گروه کنترل و هم‌چنین گروه دریافت‌کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل نمراتشان در پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. نتایج کلی پژوهش با

نتایج بسیاری از تحقیقات (تاجری، پاشنگ و خوش لهجه صدق، (۱۳۹۷)، هاشمی و افشاری (۱۳۹۷)، رویز، پاولا، گونزالز ا (۲۰۱۷)، هاگن، سولیم، کنیر، نورداهل، فیشر و ولز ۲ (۲۰۱۷)، غلامرضایی، یوسف وند، غضنفری و فرخ زادیان (۱۳۹۶)، دیمایگو و لیساکر ۳ (۲۰۱۵) که از کارآیی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ناامیدی حمایت کرده‌اند، همسویی دارد.

در تبیین اثربخشی آموزش گروهی فراشناخت بر ناامیدی می‌توان عنوان کرد که افراد دارای سطح امید بالا هیجانات مثبتی را تجربه می‌کنند و افراد دارای سطح امید پایین در رویارویی با مشکلات برای رسیدن به هدف موردنظر مشکل دارند و در نتیجه هیجان‌های منفی تری گزارش می‌دهند (قربانعلی پور، نجفی و نسیمی، ۱۳۹۳). درمان فراشناختی با مداخله در فرایند تفکر از طریق تکنیک‌های آموزش توجه و ذهن آگاهی گسلیده، در دسترسی مراجعان به محتوای فکر ناامیدکننده و افسرده سازشان وقفه انداخته و آنان را نسبت به این محتوای ذهنشان آگاه می‌سازد؛ یعنی مراجعان از طریق تمرین آموزش توجه به جای اجتناب از افکار ناامیدکننده و مخرب و یا با غرق شدن در تداعی‌های افسرده ساز و ناامیدکننده خود، افکار خود را به صورت اصوات، کلمات، یا تصاویر ذهنی جدا از واقعیت بیرونی و تنها به مثابه رویدادی در ذهن خود می‌شنوند و می‌بینند، در فراشناخت درمانی، مواجهه با افکار بصورت ذهن آگاهانه، از سندرم شناختی- توجهی مراجعان جلوگیری کرده و مانع از گیر افتادن افراد در دور باطل توالی افکار پریشان و پیامدهای هیجانی آن به صورت هیجان‌های ناامیدکننده و افسرده ساز می‌شود. (مداحی، ۱۳۹۵) یافته‌های این پژوهش نشان داد که مداخله در سطح فراشناخت، ناامیدی زوجین متقاضی طلاق را کاهش داد و این تغییر از طریق عطف توجه آن‌ها از افکار ناکارآمد به مشاهده آن افکار و ذهن آگاهی نسبت به آن‌ها حاصل گشت. به‌طور خلاصه در ادامه تبیین آن می‌توان گفت که این نتیجه به دلیل برقراری ارتباط با افکار به شیوه‌ای متفاوت، امتناع از مقاومت یا گسترش

1. Ruiz, J. Paula. O & González. H

2. Hagen, R. Solem, S. Kennair, LEO, Nordahl, M. Fisher, P. & Wells, A.

3. Dimaggio, G & Lysaker, PH.

تحلیل مفهومی و متوقف کردن سبک‌های ناسازگارانه و پایش تهدید انعطاف‌پذیر به دست آمد؛ که نتایج پژوهش‌های ریس و اندرسون ۱ (۲۰۱۳)، ولز ۲ (۲۰۰۹)، هایز و لی لیس ۳ (۲۰۱۲) با نتایج به دست آمده همخوانی دارد.

در زمینه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناامیدی زوجین می‌توان بیان نمود که در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) (افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به فرد آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است و 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. تجارب ذهنی متقاضیان طلاق شامل مواردی چون از دست دادن امید به زندگی، ناامیدی از به دست آوردن سلامتی، احساس خجالت، شرمساری، تنهایی و عدم درک از طرف اطرافیان، می‌باشد (یوسفی، کریمی پور و عزیزی، ۱۳۹۶). به همین دلیل می‌توان گفت که بیشترین درگیری روان‌شناختی این افراد بحث ناامیدی است که به‌طور شایع‌تر نسبت به سایر علائم روان‌شناختی در این افراد دیده می‌شود؛ و باتوجه به همین امر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در گام نخست زوجین آموختند که باید این احساسات را بدون واکنش در ابتدای امر بپذیرند. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود. یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتارهای خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد و در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد. (گسلش شناختی) به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. مرحله چهارم کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. مرحله پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاصی تبدیل کند) روشن‌سازی ارزش‌ها) و در نهایت

-
1. Rees, C. & Anderson, R.
 2. Wells, A
 3. Hayes, S & Liliss, S

ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند نشخوارهای فکری ناامیدکننده (سلامتی خودم را به دست نخواهم آورد، زندگی و آینده من تیره‌وتار است، امیدی به بهبودی ندارم و اوضاع زندگی من بر وفق مراد نیست)، نگرانی‌ها، اضطراب و فاجعه انگاری مشکل خود باشد. بنابراین در مرحله پایانی ملاحظه می‌گردد که این افراد تجارب ذهنی خود را که معطوف به خودشان است پذیرفته و می‌توانند به‌طور مسئولانه عمل نمایند. اولین نتیجه مستقیم پذیرش احساسات و هیجانات در زوجین متقاضی طلاق کاهش افکار منفی و ناامیدکننده است و رفتار مسئولانه باعث می‌گردد که بجای یک واکنش منفی و افسرده ساز و ناامیدکننده به گونه‌ای مثبت و اثربخش عمل نمایند. بنابراین آنچه در مرحله نخست این درمان حائز اهمیت است، توجه نمودن به افکار و احساسات و عدم اجتناب از آن است، این مسئله در برخی از افراد به هنگام مواجهه با مشکلات کمتر دیده می‌شود به همین دلیل است که آن‌ها ناامیدی و اندوه بیشتری را تجربه می‌کنند (اشنایدر، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش‌های رضوی، ابوالقاسمی، اکبری و نادری نبی (۱۳۹۸) و روین‌تن، آزادی، افشین و امینی (۱۳۹۸)، تاجری، پاشنگ و خوش‌لهجه (۱۳۹۷)، هانی اصل حیزانی و فرنام (۱۳۹۷)، هیتی گوجانی (۱۳۹۶)، محرمی، صبحی قراملکی و ابوالقاسمی (۱۳۹۵)، شجاعیان (۱۳۹۴)، کریستین، اتکینز، باکوم و جورج ۲ (۲۰۱۲)، پترسون، ایفرت، فینگلد و دیویدسون ۳ (۲۰۰۹)، با نتایج به‌دست آمده همسویی و همخوانی دارد.

با قرار دادن یافته‌های پژوهش حاضر در کنار یکدیگر می‌توان بیان کرد که درمان فراشناختی و پذیرش و تعهد درمانی در کاهش ناامیدی زوجین متقاضی طلاق مؤثر بوده است. در روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤلفه‌هایی وجود دارد که به‌طور کلی ناامیدی را از چند وجه مورد آماج قرار می‌دهد در درجه اول این روش باعث انعطاف

1. Schneider.C.

2. Christensen,A. Atkins,D. Baucom.D & George. W

3. Peterson,D. Eifert,H. Feingold. T & Davidson.S

پذیری می‌گردد و پذیرش را به دنبال دارد. همچنین آگاهی روانی در لحظه حال را سبب می‌شود. سایر راهبردها که توانسته ناامیدی را در زوجین کاهش دهد گسلش شناختی، کاهش تمرکز مفرط بر خود مفهومی، شناخت ارزش‌های شخصی و انگیزه برای عمل متعهدانه هستند. تغییر نگاه به ناامیدی به عنوان یک چالش نه تهدید، تن آرامی و ذهن آگاهی، توانایی تفکیک واکنش‌های خود از داده‌های حسی و هوشیاری فراگیر، از جمله عواملی هستند که باعث کاهش ناامیدی در زوجین متقاضی طلاق شد. به نظر می‌رسد در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی ذکر این نکات لازم است که درمان فراشناختی، روش‌های اسناد سازی مجدد کلامی، تجارب رفتاری و درآمیختگی افکار را به چالش می‌طلبد. دیگر اینکه از آنجا که نتایج درمان در پیگیری نیز پایدار بود، می‌توان احتمال داد که افزایش کنترل فراشناختی به زوجین کمک کرده است رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آن‌ها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرارشونده را فزون می‌بخشند و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی می‌گردند، تغییر دهند. ضمن اینکه به زوجین روش‌هایی آموزش داده شد که در آینده و در صورت هجوم افکار مزاحم با به کارگیری این روش‌ها با آن‌ها مقابله کنند. در واقع در درمان فراشناختی دو سیستم فراشناختی سخت و نرم وجود دارد. سیستم فراشناختی سخت به مسائلی مانند باورهای غیرمنطقی و افکار ناکارآمد مربوط می‌شود؛ اما سیستم فراشناختی نرم به باورهای افراد در مورد افکارشان مربوط می‌شود. در درمان فراشناختی نیز روی همین سیستم تمرکز می‌شود و با به چالش کشیدن باورهای افراد در مورد افکارشان سعی در تغییر سبک تفکر فرد دارند. (پور ابراهیمی، امیر تیموری و بنی اسدی، ۱۳۹۴). با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر که نشان از تأثیر درمان فراشناختی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناامیدی زوجین متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره داشت، پیشنهاد می‌شود از این دو رویکرد به عنوان مداخلات درمانی برای کاهش ناامیدی زوجین در مراکز مشاوره استفاده شود و از آنجایی که درمان فراشناختی بهتر و مؤثرتر از رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ناامیدی زوجین متقاضی طلاق را بهبود بخشیده و در کاهش ناامیدی زوجین قوی‌تر از آن عمل کرده است، پیشنهاد می‌شود در بحث ناامیدی زوجین متقاضی طلاق در

اولویت استفاده قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتری در خصوص اثربخشی فراشناخت درمانی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت شفاف شدن اثرات درمانی دو رویکرد به منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها انجام گیرد. از محدودیت پژوهش حاضر می‌توان به خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده اشاره کرد که ممکن است سوگیری در پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه را به همراه داشته باشد. محدودیت دیگر نمونه مورد مطالعه است که صرفاً از بین زوجین طلاق انتخاب شده‌اند، بنابراین در تعمیم نتایج به دست آمده به سایر جوامع و گروه‌ها بهتر است جانب احتیاط را رعایت کرد. انتظار می‌رود که در پژوهش‌های آتی با در نظر گرفتن این موارد بتوان بر غنای اطلاعات به دست آمده افزود.

منابع

- احمدی، سحر؛ ماردپور، علیرضا؛ محمودی، آرمین. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی روایت درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق. فصلنامه روش‌ها و مدل روان‌شناختی. دوره ۱۰، شماره ۳۶، صص ۸۶-۶۷.
- آرین فر، نیره؛ رسولی، رؤیا. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور با زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین. فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. دوره ۲۰، شماره ۱، صص ۶۰-۴۷.
- بهرامی، فاطمه؛ زاهدی، یونس. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. دوره ۹، شماره ۳۵، صص ۱۸۹-۱۷۱.
- پورابراهیمی، محبوبه؛ امیرتیموری، رضا؛ بنی اسدی، حسن. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراشناختی، نوروفیدبک و فلوروکسامین بر میزان اضطراب، افسردگی و نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی. دوره ۱۰، شماره ۳۶، صص ۴۶-۳۷.
- تاجری، بیوک؛ پاشنگ، سارا؛ خوش‌لهجه صدق، انیس. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی در کاهش علائم انعطاف‌پذیری و امیدواری بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی. دوره ۱۳، شماره ۴۸، صص ۴۶-۳۸.
- تاجی قراجه؛ مرجان. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و تاب‌آوری زنان مطلقه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، (منتشره نشده). دانشگاه بجنورد.

- ثمین، طاهره؛ اخلاقی کوهپایی، حسین. (۱۳۹۸). پیش‌بینی امید به زندگی بر مبنای کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و خستگی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. فصلنامه روان‌شناسی سلامت. دوره ۸، شماره ۲۹، صص ۱۱۸-۱۰۱.
- رضوی، سید بابک؛ ابوالقاسمی، شهنام؛ اکبری، بهمن؛ نادری نبی، بهرام. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر احساس امیدواری و مدیریت درد زنان مبتلا به درد مزمن. فصلنامه بیهوشی و درد. دوره ۱۰، شماره ۱، صص ۴۹-۳۶.
- رویین تن، سجاد؛ آزادی، شهدخت؛ افشین، همایون؛ امینی، ناصر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در شهر یاسوج. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. دوره ۱۰، شماره ۳۸، صص ۲۴۲-۲۲۱.
- شجاعیان؛ منصور. (۱۳۹۴). تعیین اثرات آموزش تعهد و پذیرش بر امید به زندگی و سلامت روانی زنان مطلقه. فصلنامه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن. دوره ۶، شماره ۴، صص ۲۲-۱۳.
- شعاع کاظمی؛ مهرانگیز. (۱۳۹۶). خشونت خانوادگی، دلزدگی زناشویی و احساس ارزشمندی در زنان عادی و مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده شهر تهران. مجله مطالعات زن و خانواده. دوره ۵، شماره ۱، صص ۵۲-۳۵.
- صبور، سهیلا؛ کاکابرایی، کیوان. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه‌درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. مجله پژوهش توان‌بخشی در پرستاری. دوره ۲، شماره ۴، صص ۹-۱.
- طاهری، محمد؛ پورمحمدرضای تجریشی، معصومه؛ سلطانی بهرام، سعید. (۱۳۹۱). رابطه سبک دل‌بستگی و امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر. مجله اصول بهداشت روانی. دوره ۱۴، شماره ۱، صص ۵۰۱-۴۹۲.
- عارفی، مژگان؛ ژاله، مریم. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابرازگری هیجان زوجین متقاضی طلاق. مجموعه

- مقالات همایش علمی - پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی و آسیب‌های اجتماعی - فرهنگی ایران. دانشگاه پیام نور بین‌المللی واحد کیش.
- عسگری، امین؛ گودرزی، کوروش. (۱۳۹۸). اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق. فصلنامه علمی - پژوهشی سلامت اجتماعی. دوره ۶، شماره ۲، صص ۱۸۵-۱۷۴.
- غرای؛ بیفشه. (۱۳۷۲). بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، (منتشر نشده). انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- غلامرضایی، سیمین؛ یوسف وند، مهدی؛ غضنفری، فیروزه؛ فرخ زادیان، علی اصغر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراشناختی در تغییر سطح باورهای فراشناختی و نگرانی از تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر افسرده. فصلنامه علمی - پژوهشی آموزش و ارزشیابی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز. دوره ۱۰، شماره ۴۰، صص ۱۲۷-۱۰۵.
- فرزانه؛ عسگر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر دل‌زدگی زناشویی، کیفیت زناشویی، صمیمیت و باورهای ارتباطی زوجین متقاضی طلاق. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده، (منتشر نشده). دانشگاه محقق اردبیلی.
- قاسمی، فاطمه؛ کریمی، محسن. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله رفتاری - شناختی و فراشناخت بر شدت علائم اختلال بدشکلی بدن در نیروهای نظامی. فصلنامه طب انتظامی. دوره ۸، شماره ۱، صص ۱۹-۱۳.
- قدسی، مریم؛ احمد برآبادی، حسین؛ حیدرنیا، احمد. (۱۳۹۷). اثربخشی روایت درمانی بر کاهش گرایش به طلاق و مؤلفه‌های آن در زنان با ازدواج زودهنگام. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، دوره ۹، شماره ۳۳، صص ۷۳-۹۸.
- قدم پور، عزت‌اله؛ حیدریانی، لیلا؛ رادمهر، فرناز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری و رضایتمندی از زندگی زنان مبتلا به بیماری

مولتیپل اسکالروزیس. فصلنامه روان‌شناسی سلامت. دوره ۸، شماره ۲۹، صص ۱۶۷-۱۵۳.

قربانعلی پور، مسعود؛ نجفی، محمود؛ نسیمی، منیره. (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر شادکامی و امیدواری در زنان مطلقه. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده. دوره ۴، شماره ۲، صص ۳۱۷-۲۹۷.

محرمی، جعفر؛ صبحی قراملکی، ناصر؛ ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری برنامیدی و بی‌لذتی دانشجویان مبتلا به افسردگی. فصلنامه فرهنگ در دانشگاه اسلامی. دوره ۶، شماره ۲۰، صص ۴۶۰-۴۴۳.

محمدی؛ اکبر. (۱۳۹۴). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و امید به زندگی سالمندان. فصلنامه روان‌شناختی تحلیل شناختی. دوره ۶، شماره ۲۴، صص ۸۹-۸۱.

مداحی؛ محمد ابراهیم. (۱۳۹۵). اثر درمان فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر الگوهای ارتباطی زوجین از طریق میانجیگری استرس ادراک شده، حمایت اجتماعی ادراک شده و تنظیم هیجانی در کارکنان نظامی مبتلا به انسداد عروق کرونر. فصلنامه روان‌شناسی نظامی. دوره ۷، شماره ۲۶؛ صص ۱۰۱-۹۱.

مصطفائی، علی؛ زارع، حسین؛ علیپور، احمد؛ فرزاد، ولی اله. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر مدل فرانظری و فراشناخت درمانی بر میزان درد و درهم آمیختگی افکار در بیماران مبتلا به درد مزمن. فصلنامه روان‌شناسی سلامت. دوره ۷، شماره ۲۵، صص ۵۵-۳۵.

مهاجرانی، سپهر؛ حقایق، سید عباس؛ ادیبی، پیمان. (۱۳۹۶). بررسی رابطه ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب‌آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو. فصلنامه گوارش. دوره ۲۲، شماره ۱، صص ۳۸-۲۸.

مهدی عراقی؛ مریم. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان استرس و میزان سرمایه روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی. دوره ۱۳، شماره ۵۲، صص ۲۶۸-۲۵۲.

- میکاییلی، نیلوفر؛ مولوی، پرویز؛ عینی، ساناز؛ تقوی، رامین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بدتنظیمی هیجانی، افکار خودکشی و ناامیدی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس سانحه. نشریه طب جانباز. دوره ۹، شماره ۳، صص ۱۱۷-۱۱۱.
- نامنی، ابراهیم؛ محمدی پور، محمد؛ نوری، جعفر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان هیجان مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی بین فردی و امید در زنان مطلقه. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی. دوره ۸، شماره ۲۹، صص ۷۸-۵۷.
- نجاری، فیروزه؛ خدابخش کولایی، آناهیتا؛ فلسفی نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری روان شناختی زنان مطلقه. مجله طنین سلامت. دوره ۵، شماره ۳، صص ۶۸-۷۵.
- هاشمی، زهره؛ افشاری، علی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با درمان فراشناختی در درمان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه پژوهش های نوین روان شناختی. دوره ۱۳، شماره ۵۱، صص ۲۴۹-۲۳۲.
- هانی اصل حیزانی، عباس؛ فرنام، علی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی دانش آموزان پسر پایه نهم. مجله مطالعات روان شناسی تربیتی. دوره ۱۵، شماره ۳۲، صص ۲۴۶-۲۲۳.
- هیبتی گوجانی؛ راضیه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی، پریشانی روان شناختی و خستگی روانی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس). پایان نامه کارشناسی ارشد (منتشر نشده). دانشگاه فردوسی مشهد.
- یوسفی، ناصر؛ کریمی پور، بنت الهدا؛ عزیزی، آرمان. (۱۳۹۶). اثربخشی دو رویکرد مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مشاوره گروهی راه حل مدار بر عملکرد خانواده های در آستانه طلاق. فصلنامه مطالعات روان شناختی دوره ۱۳، شماره ۳، صص ۱۱۰-۹۵.
- یوسفی، ناصر؛ کیانی، محمدعلی. (۱۳۹۱). تأثیر گشتالت درمانگری و معنادرمانگری بر کاهش میل به طلاق مردان متقاضی طلاق. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. دوره ۱، شماره ۲، صص ۱۵۹-۱۵۰.

- Baruch, D., Kanker, J. Busch, A. (2012). *Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships*. Journal of Clinical Case Studies. 8 (3): 241-257.
- Christensen, A., Atkins, D. Baucom, D. & George, W. (2012). *Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(6). 1180-1189.
- Dimaggio, G., Lysaker, PH. (2015). *Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders*. J Clin Psychol. Feb, 71(2)•117-24. doi: 10.1002/jclp.22147. Epub 2014 Dec 31.
- Feldman B. Schneider C. (2015). *Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning*. J Soc Clin Psychol; 24(2). 401-421.
- Hagen, R. Solem, S. Kennair, LEO, Nordahl, M. Fisher, P. and Wells, A. (2017). *Metacognitive Therapy for Depression in Adults: A Waiting List Randomized Controlled Trial with Six Months Follow-Up*. Front. Psychol 831 (114-28).
- Hayes S. Lillis S. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. American psychological association publication•322-330.
- Janssens ACJW, Van Dorn PA, De Boer JB, Van der Meche FGA, Passchier J, Hitzzen RQ(2003). *Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners*. Acta Neurol Scand. 108: 389-95.
- Kanter, J. W. Baruch, D. E. & Gaynor, S. T. (2006). *Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison*. Behavior Analyst. 44(2).125-141.
- Peterson, Brennan D., Eifert, Georg H., Feingold, Tal & Davidson, Sarah (2009). *Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study With Two Couples*. Cognitive and Behavioral Practice. (16). 430–442
- Rees, C. & Anderson, R. (2013). *New approaches to the psychological treatment of Obsessive compulsive disorder in adults*, In F. Durbano (Ed.), New insights into anxiety disorders (pp. 427-444). New York: InTech.
- Ruiz, J. Paula, O.González, H. (2017). *A longitudinal comparison of metacognitive therapy and acceptance and commitment Therapy models of Anxiety disorders* •anales de psicología, vol. 33.

- Snyder, C. R. (2009). *Hopelessness and health*. In N. Anderson (Ed.), *Encyclopedia of health and behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Towhing ،MP. Hayes SC, Masuda A. (2006). *Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder*. *Behavior Therapy*; 37(1) ،3-13.
- Wells, A. (2009). *Meta-Conitive therapy for anxiety and depression* ،New York The Guilford Press ،125-37.
- Wells, A. Fisher, P. Samuel, M. (2012). *Meta- cognitive therapy in recurrentand persistent Depression*. *J Behav Ther Exp Psy.* (37): 206-212.
- Wells, A. Welford, M. (2008). *Treating chronic PTSD with metacognitive therapy: An open trial*. *Cognitive and Behavioral Practice* (in press).
- Wells ،A. Sembi, S.(2004). *Metacognitive therapy for PTSD ،A core treatment manual*. *Cognitive and Behavioral Practice* ،11(7) ،365-377.