

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ارتقاء بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی زوجین در آستانه طلاق

شفق رحیمی^۱، لیلا مکوندی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، آستارا، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ارتقاء بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی زوجین در آستانه طلاق بود. پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زوجین در آستانه طلاق بود که از طرف دادگاه خانواده شهر رشت به بخش مشاوره دادگاه ارجاع داده شدند که از بین آنها ۴۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند (۲۰ نفر در هر گروه). داده ها با استفاده از پرسشنامه بهزیستی ذهنی جمع آوری گردید. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش طی ۸ جلسه اجرا شد، در حالی که گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت ننمود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در ارتقاء بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی تأثیرگذار بود. براین اساس، به کارگیری این مداخله، می تواند برای ارتقاء بهزیستی زوجین در آستانه طلاق مؤثر باشد.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بهزیستی روانی، بهزیستی اجتماعی، بهزیستی هیجانی، زوجین در آستانه طلاق

مقدمه

بهبودی ذهنی به دامنه ای از پدیده های ذهنی اطلاق می شود که رضایت کلی فرد از زندگی، احساسات خوشایند و ناخوشایند در قلمروهای مشخص مانند کار، اوقات فراغت و زندگی زناشویی را در برمی گیرد (دینر و همکاران، ۲۰۱۷). از دیرباز در حوزه مطالعات مرتبط با بهزیستی دو رویکرد فلسفی مجزا تحت عنوان رویکرد لذت گرایی و فضیلت گرایی وجود داشته است. در رویکرد نخست، بهزیستی مترادف با شادی است و بر عواطف مثبت و رضایت از زندگی متمرکز است و بعد عاطفی، به خلق منفی و مثبت در تجربه بلاواسطه یک فرد اشاره دارد. رضایت از زندگی نیز که به قضاوت افراد در مورد زندگی خود اشاره می کند، بعد شناختی بهزیستی را بیان می کند. این بعد اکنون به عنوان بهزیستی هیجانی تعریف شده است (دینر و لوکاس، ۲۰۰۰).

کی یز (۲۰۰۷) سعی کرد تا با بررسی مفهوم شکوفایی و توسعه یک ابزار خاص تحت عنوان پیوستار سلامت دیدگاههای لذت گرایی و فضیلت گرایی را یکپارچه کند. براساس نظر وی، بهزیستی ذهنی مشتمل بر سه جزء هیجانی، روانشناختی و اجتماعی است. بهزیستی هیجانی شامل حضور عواطف مثبت، فقدان عواطف منفی و رضایت از زندگی است (دینر و همکاران، ۲۰۰۳). از نظر ریف (۱۹۹۵؛ به نقل از علی اکبری دهکردی، علی پور، عباسپور، سلیمی و صفری، ۱۳۹۵) بهزیستی روانشناختی عبارت از تلاش در جهت تحقق توانایی های بالقوه واقعی فرد است، وی بهزیستی روانشناختی را شامل ابعاد پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و خودمختاری می داند (استمپ، ۲۰۱۵؛ به نقل از صفاری نیا و درتاج، ۱۳۹۶). بر اساس دیدگاه کی یز (۲۰۰۲) بهزیستی روانشناختی بیشتر نشان دهنده معیارهای فردی و خصوصی برای ارزیابی عملکرد فرد است، در حالی که عملکرد مثبت شامل چالشها و تکالیف اجتماعی نیز هست. از این دیدگاه، بهزیستی اجتماعی شامل ابعاد انسجام، شکوفایی، همبستگی، پذیرش و در نهایت مشارکت اجتماعی است.

بهبودی ذهنی به طور گسترده ای به عنوان شاخص سلامت روان پذیرفته شده و در جمعیت های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. از جمله مشکلاتی که می تواند بهزیستی افراد را تحت تأثیر قرار دهد، نارضایتی در زندگی زناشویی و جدایی است. خانواده به عنوان مهمترین نهاد موجود در جامعه همواره در طول تاریخ با آسیب های مختلفی مواجه بوده که مسئله طلاق، بزرگترین معضل این نهاد اجتماعی و یکی از بزرگ ترین خطراتی است که جامعه و زندگی زوجین را تهدید می کند (ترودل و گولدفارب، ۲۰۱۰). جدایی اثرات منفی زیادی چه از لحاظ روانی و چه از لحاظ جسمانی بر زوجین بر جا می گذارد. این اثرات منفی شامل افزایش خطر بیماری های روانی، افزایش بیماری های جسمانی، خودکشی، تصادفات منجر به مرگ، خشونت و آدم کشی است. همچنین طلاق اثرات منفی زیادی بر فرزندان بر جای می گذارد که می توان به افسردگی، گوشه گیری، ضعف کفایت اجتماعی، مشکلات بهداشتی و تحصیلی اشاره کرد. مقصود از مفهوم میل به طلاق میزان تمایل و علاقه مندی زوجین به جدا شدن و گسستن روابط زناشویی طی مراحل قانونی است، این مفهوم دارای سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری است، که در بعد شناختی تصورات فرد در مورد طلاق را در بر می گیرد و در بعد عاطفی شامل احساسات و عواطف مثبت و منفی فرد نسبت به طلاق است، سرانجام بعد رفتاری میزان آمادگی رفتاری فرد را جهت علیه یا له طلاق در بر می گیرد. تصمیم به طلاق نتیجه فشار درونی شدیدی است که حداقل به یکی از همسران وارد می شود که ممکن است از طریق برآورده نشدن نیازها یا اهداف، شیوه های مقابله ای ضعیف، مدیریت حوادث زندگی یا ناتوانی در انتقال احساسات به همسر باشد (یانگ و لونگ، ۱۹۹۸).

۵

۱ Subjective well-being

۲ Diener

۳ Keyes

۴ Trudel & Goldfarb

۵ Young & Long

یکی از درمانهای موج سوم، که در مشکلات مربوط به سلامت جسمانی و روانشناختی، اخیراً کاربرد زیادی یافته است، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می باشد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شش فرایند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و عمل متعهدانه. مزیت عمده این روش نسبت به رواندرمانی های دیگر، در نظر گرفتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

در این درمان، ایجاد رابطه همکارانه اهمیت زیادی دارد، زیرا همین رابطه است که زمینه ای برای درمان فراهم می آورد (باتن، ۲۰۱۱). زمانی که رابطه درمانی طی این درمان، صحیح و منطبق با اصول آن صورت پذیرد، به صورت غیرمستقیم باعث تقویت پذیرش و انگیزه و حرکت در جهت ارزش های فرد می شود (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹)، که طی آن، بافتی ایجاد می گردد که در آن هم رفتارهای موثر و هم غیر موثر فرا خوانده می شود تا مراجع مهارت لازم جهت شناسایی و اعمال رفتارهای مناسب بیابد (باتن، ۲۰۱۱). در نهایت طی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مراجع را تشویق می نماییم تا به تغییرات در رفتارش متعهد باشد و این متعهد بودن، شرایط مناسبی را برای رهایی فرد از گیر کردن در جنبه های لفظی زبان فراهم می سازد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). در واقع، هدف درمان تعهد و پذیرش ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹).

یافته ها حاکی از این است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر انعطاف پذیری روانشناختی و ابراز گری هیجان زوجین متقاضی طلاق توافقی موثر بوده و باعث بهبود عملکرد زوجین می شود (عارفی و ژاله، ۱۳۹۷)، همچنین منجر به کاهش تعارضات زناشویی و بهبود صمیمیت زوجین متقاضی شده است (اعلمی، تیموری و آهی، ۱۳۹۹). ابوسعیدی مقدم، ثناگوی محرر و شیرازی (۱۳۹۹) در مطالعه ای نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از استعاره ها و تاکید بر ارزشها منجر به کاهش احساس تنهایی، شرم و گناه در زنان متقاضی طلاق می شود؛ بنابراین می توان از آن برای کاهش بخشی از آسیبهای ناشی از طلاق استفاده کرد. از آنجایی که زندگی امروزه زوجین، با مشکلات و استرس فراوانی رو برو است و این امر موجب پایین آمدن سطح کیفی و نارضایتی زندگی بسیاری از زوجین شده، در رویکرد پذیرش و تعهد، به شیوه های همدلانه افراد را با دلایل و ضرورت تغییر رو به رو می کنند. بنابراین، با توجه به مطالب فوق، مطالعه حاضر در صدد بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی زوجین در آستانه طلاق است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی مراجعین در آستانه طلاق (زن و شوهر) اعم از مراجعان خود ارجاعی و یا ارجاع داده شده به بخش مشاوره دادگاه خانواده شهر رشت در سال ۱۴۰۰ بود. بدین منظور ۴۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) گمارش تصادفی قرار گرفتند. معیارهای ورود در این پژوهش عبارت بودند از: زن یا شوهری که دارای تحصیلات حداقل دیپلم بودند و در دادگاه دارای پرونده طلاق و مایل به همکاری جهت دریافت مداخله مشاور های بودند، افرادی که حداقل ۳ سال از ازدواجشان گذشته بود و موافق برای شرکت در پژوهش و دادن امضای رضایت نامه کتبی بود. معیارهای خروجی پژوهش شامل داشتن اختلال روان شناختی، سابقه دریافت درمانهای روانشناختی دیگر و شرکت نکردن در دو جلسه یا بیشتر در جلسات درمانی بود. متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه بهزیستی ذهنی کی یز و ماگیارمو (۲۰۰۳) بود که سه حوزه بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی را در بر می گرفت. پس از اتمام مرحله پیش آزمون، اعضای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱۰۰ دقیقه ای

۱) Batten

۲) Hayes, Strosahl & Wilson

۳) Forman & Herbert

تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که طبق پروتکل هیز، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹) بود، قرار گرفتند و گروه کنترل نیز هیچ درمانی دریافت نکرد. جلسات مداخله به سبب شرایط ناشی از پاندمی کرونا به صورت آنلاین انجام گرفت. پس از اتمام جلسات مداخله، پرسشنامه ها در مرحله پس آزمون به صورت مجدد در دو گروه ارزیابی شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه بهزیستی ذهنی. این پرسشنامه را کی یز و ماگیارمو (۲۰۰۳) در سه بخش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی ارائه دادند. خرده مقیاس هیجانی دارای ۱۲ سؤال است که هیجانات مثبت و منفی فرد را در یک ماه اخیر ارزیابی می نماید و افراد احساس کلی خود را در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت درجه بندی می کنند. خرده مقیاس بهزیستی روانشناختی دارای ۱۸ سؤال است که ۶ مؤلفه پذیرش خویشتن، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران را در بر می گیرد که در مقیاس ۷ درجه ای لیکرت از ۱ (بسیار زیاد مخالف) تا ۷ (بسیار زیاد موافق) تنظیم گردیده است. خرده مقیاس بهزیستی اجتماعی دارای ۱۵ سؤال و ۵ مؤلفه مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقعگرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و همبستگی اجتماعی است. پاسخگویان در این خرده مقیاس نیز ارزیابی کلی خود را در مقیاس ۷ درجه ای لیکرت مشخص می نمایند. این پرسشنامه را هاشمیان، پورشهریاری، بنی جمالی و گلستانی بخت (۱۳۸۶) اجرا و اعتباریابی نمودند. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای زیرمقیاسهای بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ به دست آمد. روایی افتراقی نیز با پرسشنامه ۲۱ سؤالی افسردگی بک محاسبه گردید که ضرایب همبستگی با نمره کل ۰/۵۲- و برای زیرمقیاس های فوق ۰/۴۶-، ۰/۴۷- و ۰/۴۳- گزارش شد.

جلسات درمان پذیرش و تعهد

جدول ۱. ساختار محتوای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	محتوا
اول	آشنایی گروه با یکدیگر، برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی
دوم	درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک اینکه کنترل، مسأله است نه راه حل
سوم	شناسایی ارزش های فرد، تصریح ارزش ها، اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش های افراد و به کار گیری استعاره های مربوطه
پنجم	بررسی همجوشی و گسلش و انجام تمرین هایی برای گسلش با استفاده از استعاره
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر
هفتم	تأکید بر زمان حال بودن
هشتم	آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح های رفتاری مطابق ارزش ها و جمع بندی

یافته ها

در رابطه با اطلاعات جمعیت شناختی زوجین، همه شرکت کنندگان در دامنه سنی ۲۶ تا ۳۷ سال قرار داشتند و حداقل و حداکثر مدت زمان ازدواجشان بین ۳ تا ۹ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۰/۶۱ با انحراف معیار ۴/۸۲ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۱/۰۹ با انحراف معیار ۵/۱۸ سال بود. جدول ۲ شاخص های توصیفی مربوط به بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

جدول ۲. شاخص های توصیفی بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون
		میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روان شناختی	آزمایش	۶۱/۴۹	۶/۱۱
	کنترل	۶۱/۸۴	۶/۲۸
بهزیستی اجتماعی	آزمایش	۴۹/۵۷	۵/۲۳
	کنترل	۵۰/۱۱	۵/۰۹
بهزیستی هیجانی	آزمایش	۳۱/۳۹	۴/۲۹
	کنترل	۳۲/۰۲	۴/۷۲

جهت بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقاء بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی زوجین در آستانه طلاق، از تحلیل کواریانس استفاده گردید. ابتدا مفروضه های آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی فرض همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج نشان از عدم معناداری مؤلفه ها داشت، بنابراین این مفروضه مورد تأیید قرار گرفت. به منظور بررسی همسانی ماتریس های واریانس - کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید. نتایج نشان داد که ماتریس واریانس - کوواریانس ها همگن هستند ($\chi^2 = ۰/۰۵$, $P = ۰/۳۹$, $F = ۱/۰۸$, $Box's M = ۹/۳۸$). بنابراین با توجه رعایت پیش فرض ها، امکان استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره وجود دارد که نتایج مربوط به آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت تفاوت دو گروه در شاخص های بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	معناداری	ضریب اتا
بهزیستی روانی	۷۴۵/۲۷	۱	۷۴۵/۲۷	۳۳/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲
بهزیستی اجتماعی	۴۱۷/۲۹	۱	۴۱۷/۲۹	۲۱/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹
بهزیستی هیجانی	۳۲۵/۱۸	۱	۳۲۵/۱۸	۱۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰

نتایج جدول فوق نشان می دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در زمینه شاخص های بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب ارتقاء شاخص های بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی در زوجین در آستانه طلاق گردیده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روانشناختی در زوجین در آستانه طلاق پرداخت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که مداخله مذکور افزایش معناداری در سازه بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روانشناختی داشته اند که با یافته های پژوهشی عارفی و ژاله (۱۳۹۷)، اعلمی و همکاران (۱۳۹۹) و ابوسعیدی مقدم و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. بندورا (۲۰۱۱) بر اساس دیدگاه شناخت اجتماعی، معتقد است که رضایت از خود و بهزیستی ذهنی از سه فرایند مقایسه ای نشأت گرفته است: در مقایسه زمانی، بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی شخصی بستگی به این مسأله دارد که آیا آن شخص در مقایسه با قبل، بهتر یا بدتر بوده است. در مقایسه اجتماعی، بهزیستی ذهنی و رضایت، بستگی به این دارد که آیا کیفیت زندگی فرد در مقایسه با زندگی دیگران مطلوب یا نامطلوب است و در نهایت، در مقایسه آرمان گرایانه، بهزیستی ذهنی افراد تحت تأثیر این مسئله قرار دارد که چگونه وضعیت زندگی کنونی شان را با معیارهای بالایی که در زندگیشان برای خود تعیین کرده اند، ارزیابی می کنند. بر این اساس، شاید زوجین در آستانه طلاق در هریک از این سه فرایند مقایسه قرار گیرند و لذا بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی در آنها کاهش یابد.

می توان گفت پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات، همان گونه که اتفاق می افتند کمک می کند و باعث می شود که زوجین، خود را از قوانین کلامی که منجر به ایجاد مشکلاتشان شده است خلاص نمایند و به آنها اجازه می دهد که از کشمکش و منازعه دست بردارند و در نهایت به سلامتی در ابعاد مختلف روان شناختی، اجتماعی و هیجانی منجر می گردد که در این مطالعه نیز به این مهم دست یافتیم. این رویکرد به ابراز هیجانات و عواطف سرکوب شده زوجین در روابط زناشویی که در نهایت منجر به خود سانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی در روابط زناشویی می شود، کمک زیادی می کند. از طرفی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی در زنان خواستار طلاق باعث شد از مشکلات و مسائل یکدیگر آگاه شوند و نسبت به مسائل احساس مسئولیت بیشتری پیدا بکنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قدرت جرات ورزی را در این افراد بالا برده و به آنها این توان را می دهد تا به خودکارآمدی دست پیدا کنند و در مقابل مسائل گوناگون و حواشی طلاق سطح تحمل و تاب آوری خود را بالا ببرند و به ابعاد گوناگون صرفاً به دیده عاطفی نظر نکنند، بلکه استدلال منطقی و چارچوب های درست ذهنی را انتخاب کنند (آرچ و کراسک، ۲۰۰۸).

این پژوهش نیز به مانند دیگر پژوهشها با محدودیتهایی همراه بوده است. درمان در این پژوهش به صورت آنلاین انجام شده که آشکاراست مشکلاتی را به همراه می آورد. مطالعه حاضر به صورت مقطعی برگزار شد و فاقد مرحله پیگیری بود. پژوهش حاضر بر روی زوجین شهر رشت انجام گرفته است؛ لذا در تعمیم نتایج به دیگر شهرها و مناطق باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی، مرحله پیگیری گنجانده گردد و نیز پژوهشهای مشابهی در سایر مناطق کشور انجام گیرد تا بتوان با اطمینان بیشتری در مورد تعمیم یافته های این پژوهش صحبت نمود.

قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان محترم که در این مطالعه ما را یاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

منابع

۱. ابوسعیدی مقدم، نجمه؛ ثناگوی محرر، غلامرضا و شیرازی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق. روان شناسی کاربردی، ۱۴(۱)، ۵۴-۳۵.
۲. اعلمی، مهدی؛ تیموری، سعید، آهی، قاسم. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر کاهش تعارضات زناشویی و بهبود صمیمیت زوجین متقاضی طلاق. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۹ (۳)، ۱۲-۱۹.
۳. صفاری نیا، مجید. و درتاج، افسانه. (۱۳۹۶) اثربخشی معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و بهزیستی روانی و اجتماعی سالمندان زن ساکن آسایشگاه های شهر دبی. مجله سالمندی ایران، ۱۲(۴)، ۴۹۳-۴۸۲.
۴. عارفی، مژگان و ژاله، مریم. (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر انعطاف پذیری روانشناختی و ابراز گری هیجان زوجین متقاضی طلاق توافقی. ششمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران.
۵. علی اکبری دهکردی، مهناز؛ علی پور، احمد؛ عباسپور، پرستو؛ سلیمی، الیاس و صفری، یارحسین ۱۳۹۵. نقش میانجی بهزیستی روانی در رابطه بین باورهای با شدت علایم D فراشناختی و تیپ شخصیتی بیماری در بیماران مبتلا به پسوریازیس. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴(۴۳)، ۹۱-۸۵.
۶. هاشمیان، کیانوش؛ پورشهریاری، مه سیم؛ بنی جمالی، شکوه السادات و گلستانی بخت، طاهره. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین ویژگیهای جمعیت شناختی با میزان بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران. مطالعات روان شناختی، ۳(۳)، ۱۶۳-۱۳۹.

۱. Arch, J. J. & Craske, M. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Different Treatments, Similar Mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4): 263-279.
۲. Bandura, A. (۲۰۱۱). "A social cognitive perspective on positive psychology". *Revista de Psicología Social*, 26(1), 7-20.
3. Batten, S. V. (2011). *Essentials of Acceptance and Commitment Therapy*. London: Sage Publications.
4. Diener, E., Heintzelman, S. J., Kushlev, K., Tay, L., Wirtz, D., Lutes, L. D., & Oishi, S. (2017). Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 58(2), 87-104.
5. Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory". *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 41-78.
6. Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54 (1), 403-425.
7. Forman, E. M. & Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher JE. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. New Jersey: Wiley & Sons.
8. Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
9. Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
10. Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist*, 62(2), 95-108.
11. Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
12. Keyes, C. L. M. & Magyar-Moe, Jeana.L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being .p.411-425 in positive psychological assessment: *Handbook of models and measures* ,edited by S.J.Lopez and R. Snyder. Washington, DC: American Psychological Association. - Lupano Perugini.
13. Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2010). Marital a sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*, (19), 137-142.
14. Young, M. E., & Long, L.L. (1998). *Counseling and psychotherapy of couple*. New York: The Guilford Press.

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional, Social and Psychological Well-Being among Couples on the Brink of Divorce

Shafagh Rahimi¹, Leila Makvandi²

¹M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Lahijan, Iran

² M.A. in General Psychology, Payame Noor University, Astara, Iran

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on emotional, social and psychological well-being among couples on the brink of divorce. This study was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design. The statistical population of this study included all couples on the brink of divorce who were referred to the court counseling department by the rasht city family court, of which 40 were selected by available sampling and were randomly divided into experimental and control groups (20 persons in each group). The data were collected through the well-being inventory. The acceptance and commitment therapy was conducted during 8 sessions in the experimental groups, while the control group did not receive. The results showed that acceptance and commitment therapy had a effect on the improvement of emotional, social and psychological well-being . Accordingly, these intervention might be effective for enhancing the well-being in couples on the brink of divorce.

Keywords: acceptance and commitment therapy, psychological well-Being, social well-Being, emotional well-Being, couples on the brink of divorce