

Comparisson of the Effectiveness of Positive Thinking Education, and Acceptance and Commitment Treatment on Marital Disaffection, Communication Attributions and Self-Differentiation in People Visiting Behbahan city counseling centers

Najarasl, S., Asgari, *P., Naderi, F., Esmaeelkhani, F.

Abstract

Introduction: The aim of the present study was to compare the effectiveness of Positive Thinking Education, and Acceptance and Commitment Treatment on Marital Disaffection, Communication Attributions and Self-Differentiation in people visiting Behbahan city counseling centers.

Method: The research design was a semi-experimental pre-test and post-test-follow-up experiment with the control group. The sample size of 45 married people from the mentioned community was selected by Judgment sampling method and randomly assigned to tree groups (15 people per group). The research instruments used included the Relationship Attributions Scale (RAM), the Kaiser Marital Disaffection Scale (MDS), and the Skorown Friedlander Differentiation of Self Inventory. The Positive Thinking Education group received 12 sessions, and the Acceptance and Commitment Treatment Group received 10 sessions. Multivariate and Univariate covariance analysis and Benfroni post hoc test were used to analyze the data.

Results: The findings showed that all two postoperative therapeutic approaches had a significant effect on causal and responsible relationship attributions, Marital Disaffection and Self-Differentiation, and led to improvements in experimental groups. a comparative comparison between the two approaches of positive thinking education and acceptance and commitment treatment showed that there was a significant difference in the variable of self-differentiation in favor of acceptance and commitment treatment. The results of the three approaches were discussed in detail.

Conclusion: positive thinking education and Acceptance and Commitment Treatment improves marital disaffection, causal attribution, responsibility attribution, and self-differentiation in married individuals.

Keywords: Positive Thinking Education, Acceptance and Commitment Treatment, Marital Disaffection, Communication Attributions, Self-Differentiation.

مقایسه اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرخوردگی زناشویی، اسنادهای ارتباطی و تمایز یافتگی خود در مراجعین به مراکز خدمات روانشناختی شهر بهبهان
صدیقه نجاراصل^۱، پرویز عسگری^۲، فرح نادری^۳، فرشته اسمعیل خانی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۱۰

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرخوردگی زناشویی، اسنادهای ارتباطی و تمایز یافتگی خود در افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بهبهان بود.

روش: طرح پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. حجم نمونه ۴۵ فرد متأهل که از جامعه مذکور، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های سه‌گانه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزارهای پژوهشی مورد استفاده شامل مقیاس اسناد ارتباطی (RAM)، پرسشنامه سرخوردگی زناشویی کایزر و پرسشنامه تمایز یافتگی خود اسکورن و فریدلندر بود. گروه آزمایشی مثبت‌نگری ۱۲ جلسه و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۰ جلسه درمان دریافت کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیره و تک‌متغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد هر دو رویکرد درمانی در مرحله پس‌آزمون بر اسنادهای ارتباطی علی و مسئولیت پذیری، سرخوردگی زناشویی و تمایز یافتگی خود تأثیر معناداری داشته و منجر به بهبود این متغیرها در گروه های آزمایشی شدند مقایسه ی تطبیقی بین دو رویکرد آموزش مثبت نگری و مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که در متغیر تمایز یافتگی خود تفاوت معناداری به نفع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مشاهده شد. نتایج به دست آمده مبنی بر اثربخشی دو رویکرد مذکور به تفصیل مورد بحث قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: آموزش مثبت‌نگری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود سرخوردگی زناشویی، اسنادهای علی، اسنادهای مسئولیت و تمایز یافتگی خود در افراد متأهل می‌شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش مثبت نگری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سرخوردگی زناشویی، اسنادهای ارتباطی، تمایز یافتگی خود.

مقدمه

خانواده یکی از ارکان مهم جامعه در کل تاریخ بشر و در همه ممالک بوده و هست، تا جایی که این عنصر مهم، در پیشبرد و بقا جامعه، نقشی اساسی بازی می‌کند و این در حالی است که عامل شکل‌گیری خانواده و سنگ زیربنای آن ازدواج است (۱). ازدواج به عنوان هیجان انگیزترین و پراسترس‌ترین رویداد مهم برای زندگی هر انسانی قلمداد می‌شود. با ازدواج افراد نشان می‌دهند که در فرآیند رشد خود قدمی به جلو گذاشته‌اند. داشتن زندگی رضایتمند یکی از پیش‌نیازهای رسیدن به آرامش و تکامل انسان است (۲). از میان مشکلات متعدد و متنوع خانواده، به نظر می‌رسد مشکلات همسران و روابط زناشویی محوریت جدی دارد. طی تقریباً نیم قرن گذشته روانشناسی به مدد حضور نظریه پردازان، پژوهشگران و درمانگران گام‌های بلند و مؤثری در تبیین و درمان مشکلات همسران برداشته ولی گویا همزمان با رشد اقدامات درمانی آسیب‌های زندگی هم افزایش یافته‌اند. مهمترین عامل تحکیم و ثبات یا تزلزل و فروپاشی خانواده، چگونگی رابطه‌ها و دادوستدهای عاطفی میان اعضای خانواده، به ویژه زن و شوهرها است (۳) اغلب زوجها در آغاز زندگی اعتقاد دارند که روابط آنها با دیگران متفاوت است و پشتوانه زندگی مشترک خود را عشق و علاقه متقابل می‌دانند (۴)؛ اما زمانی که فرد متوجه می‌شود عاشق شدن آسان‌تر از ماندن در عشق است، احساس عشق به سردی می‌گراید و نارضایتی از برآورده نشدن انتظارات، به بروز سرخوردگی می‌انجامد (۵). به این ترتیب، میان شروع یک ازدواج پر از عشق، امید و توجه، زوجها به از خود بیگانگی و اختلاف می‌رسند، که اصطلاحاً دچار سرخوردگی زناشویی می‌شوند. سرخوردگی زناشویی یا دلزدگی زناشویی کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی است که شامل کاهش توجه نسبت به همسر، بیگانگی عاطفی و افزایش یک نوع احساس بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی نسبت به همسر است (۶). سرخوردگی به معنای جایگزین شدن عواطف خنثی به جای عواطف مثبت است (۷). برای این که سرخوردگی اتفاق افتد، فرض می‌شود که مجموعه‌ای احساسات و عواطف مثبت در شروع رابطه وجود داشته است. زوجین سرخورده احساس عشق و علاقه داشته‌اند، اما این احساس مدت‌هاست که مرده است. مفهوم سرخوردگی به‌طور خاص به حالت عاطفی ازدواج

(احساس علاقه، توجه و عاطفه نسبت به همسر) اشاره می‌کند، نه به رفتارهای واقعی همسر (۸). پژوهش‌های نشان داده‌اند با آموزش مهارت‌های ارتباط با همسران می‌توان کاهش تعارضات زناشویی، دلزدگی زناشویی و طلاق عاطفی زوجین را انتظار داشت.

یکی دیگر از عوامل فروپاشی روابط زوجین، وجود اسنادهای ارتباطی متفاوت در زن و شوهر است. به دلیل اهمیت اسنادها در روابط، پژوهش‌های بسیاری به بررسی نقش عوامل شناختی در روابط زناشویی پرداخته‌اند. در نظریه اسنادها، رفتار همسران و فرآیندهای ازدواج و طلاق را به عنوان توابعی از الگوی اسنادی آنها در نظر می‌گیرند (۹). این رویکرد به دنبال علیت افراد از نتایج پیامدهایشان است (۱۰). نظریه اسناد بر آن است تا تبیین کند که چگونه آدمی تلاش می‌ورزد تا علت‌های رخ دادن رفتارهای آشکار فردی را بر پایه عوامل درونی یا بیرونی برای خود یا دیگران بازشناسد. اسناد فرآیندی است که از طریق آن در پی کسب اطلاعات درباره فهم چرایی رفتار برمی‌آییم به سخن ساده‌تر، اسناد به کوشش انسان‌ها در دریافتن چرایی رفتار خود و نیز رفتار دیگران اشاره دارد (۱۱). اگرچه اسنادها ممکن است به زوجین کمک کند که دلایل اعمال یکدیگر را درک کنند و رفتارهای یکدیگر را تا حدی پیش‌بینی کنند، اما تحقیقات نشان می‌دهد که استنباط‌های موجود در اسنادها نسبت به تحریف، آسیب‌پذیر است و اغلب افراطی و نادرست هستند (۱۲). لذا اهمیت و نقش کلیدی اسناد در شکل دادن و تعیین کیفیت روابط زوجی از یک سو و این واقعیت که اسناد آموختنی بوده و می‌توان آنها را تغییر داد از سوی دیگر، منجر به طراحی و ابداع روش‌های تغییر در اسنادهای زوجها شده است (۹).

از طرفی، عامل دیگری که بر روابط زوجین اثرگذار می‌باشد، تمایز یافتگی خود است. خود تمایزسازی حاصل فرآیند یادگیری در طول حیات است و عبارت است از احساس نیازی که فرد به برقراری تعادل مناسبی بین اهداف و ارزش‌های شخصی در برابر گروهی خاص در خود احساس می‌کند (۱۳). تمایز یافتگی خود به این موضوع اشاره دارد که افراد به چه میزان توانایی جداسازی فرآیندهای شناختی خود را از فرآیندهای هیجانی، احساسی و عواطفی که تجربه می‌کنند، دارند (۱۴). خود تمایزسازی به معنای جداسازی

پژوهش‌های متعددی اثربخشی این رویکردها را بر مشکلات، روابط و مسائل زناشویی بررسی کرده‌اند. به عنوان مثال، سهراب‌پور و نوروزی‌دشتکی با پژوهشی پیرامون اثربخشی رویکرد مثبت‌نگری بر میزان تمایز یافتگی خود مردان متأهل دریافتند آموزش مثبت‌نگری باعث افزایش خود تمایز یافتگی مردان متأهل می‌شود (۲۱). نجف‌پور و همکاران (۲۲)، با بررسی کاهش دلزدگی زناشویی زنان با استفاده از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دریافتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش معنادار دلزدگی زناشویی زنان را نشان داده است. مرشدی و همکاران با بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زوجها، دریافتند مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش فرسودگی زناشویی زوجین گروه آزمایش مؤثر بوده است (۲۳). سبوحی و همکاران (۹) در پژوهشی تأثیر مشاوره بر مبنای رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان اسنادهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان را بررسی کرده‌اند. نتایج نشان داده که این مشاوره بر اسنادهای ارتباطی کلی مؤثر بوده است. حسن‌آبادی و سعیدی با بررسی تأثیر آموزش روانشناسی مثبت بر دلزدگی زناشویی زنان متأهل دریافتند آموزش روانشناسی مثبت نگر به گروه آزمایش در کاهش دلزدگی زناشویی زنان اثربخش بوده است (۲۴).

شواهد نشان می‌دهد که زوجها در جوامع امروزی برای برقراری روابط صمیمی و درک احساسات از جانب همسران خود با مشکلات متعددی مواجه هستند. بدیهی است که کمبودهای موجود در کفایت‌های عاطفی و هیجانی زوجها، در کنار عوامل متعدد دیگر، بر زندگی مشترک آنها تأثیر نامطلوب خواهد گذاشت. محیط خانواده اولین محیطی است که الگوهای جسمی، عاطفی و شخصیتی فرد در آن پی ریزی می‌شود و نقش مهمی در تأمین بهداشت روانی فرد دارد. آنچه در درون خانواده اتفاق می‌افتد و چگونگی عملکرد آن می‌تواند یک عامل کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد. اغلب پژوهش‌ها نشان داده‌اند که با وجود مشکلات به وجود آمده و ملاحظات وجود فرزندان، در روابط زوجین طلاق عاطفی بیشتر از جدایی مشهود است. پژوهش حاضر به دنبال جست‌وجوی عواملی است که

عقل و هیجانات (احساسات) و تفکیک جمعی است که به آن متعلق هستیم. خود متمایزسازی به درجه ای از بلوغ عاطفی است که فرد بین خود و خانواده و نپذیرفتن عقاید خانواده و طرد شدن از سوی آنها، یکی را انتخاب می‌کند (۱۵). به طور کلی، فردی که وابسته به دیگران است و همواره به مراقبت نیاز دارد، خیلی زود مورد طرد دیگران واقع می‌شود؛ در صورتی که افرادی که تمایز یافتگی خود در آنها شکل گرفته و به دنبال رفع نیاز خود هستند و در این راه خود را نیازمند به دیگران نمی‌دانند. آنها از منطق و احساسات خود تبعیت می‌کنند و نظرات و اجبار دیگران، موجب تغییر مسیر و هدف در آنها نمی‌شود (۱۶). بنابراین، تعادل برقرار کردن بین احساسات و شناخت (منطق) از خصوصیات افراد تمایز یافته می‌باشد (۱۷).

از طریق رویکردهای مختلف روانشناختی، می‌توان بهبود تعارضات و مشکلات بوجود آمده در روابط زناشویی را انتظار داشت. یکی از این رویکردها، آموزشی روانشناسی مثبت‌نگر است. این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارد؛ مداخله مثبت‌نگر شامل الگوی روان‌درمانی مثبت‌نگری است که توسط سلیگمن و همکاران پیشنهاد شده است. به نظر می‌رسد مداخله‌های درمانی که باورهای مراجع را با روش مثبت‌تری بتواند تغییر دهد مؤثر بوده و همکاری مراجع را افزایش دهد (۱۸).

دومین رویکردی که در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. هدف از این درمان، کمک به مراجع است تا در جهت ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار بکوشد و رنج خود را در زندگی بپذیرد (۱۹). از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آشفستگی، تعارض و فاصله عاطفی در زوجها ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده هریک از آنها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه زن و شوهر است و واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابانه منفی و عمل بر طبق آنها چرخه روابط منفی زوجها را حفظ می‌کند (۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با باز بودن نسبت به سنت‌های قدیمی بالینی، تأکید بر عملکرد رفتاری مراجع نه علت‌یابی و انعطاف‌پذیری روانشناختی نشان می‌دهد که چرا هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربی مضر است (۱۹).

ابزار

۱. مقیاس اسنادهای ارتباطی (RAM): این مقیاس توسط فینچام و برادبوری تهیه شده است. فرم اصلی آن دارای ۲۴ سؤال و فرم کوتاه آن شامل ۶ سؤال به صورت خودگزارشی می‌باشد که دو بعد اسناد علی و مسئولیت‌پذیری را می‌سنجد (۲۵). در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۶ سؤالی این آزمون استفاده شد که ۳ سؤال آن مربوط به بعد علی و ۳ سؤال آن مربوط به بعد مسئولیت‌پذیری می‌باشد. نمره‌گذاری این مقیاس در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) صورت می‌گیرد. فینچام و برادبوری (۲۶) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای بعد علی در زنان، ۰/۸۹؛ و برای مردان ۰/۸۶ به دست آوردند. همچنین برای بعد مسئولیت‌پذیری، پایایی این آزمون برای زنان ۰/۹۳ و برای مردان ۰/۹۱ به دست آمد که حاکی از پایایی مطلوب و رضایت‌بخش برای بعد علی و بعد مسئولیت‌پذیری مقیاس اسناد ارتباطی می‌باشند. فینچام و همکاران (۲۷) پایایی فرم کوتاه شش سؤالی این پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در بعد علی و مسئولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۸ برای مردان و ۰/۸۴ و ۰/۸۵ برای زنان گزارش کرده است. خجسته‌مهر و همکاران (۲۵) پایایی مقیاس برای زنان در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی ضریب پایایی این مقیاس از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد که ضرایب پایایی با استفاده از روش مذکور برای بعد علی و بعد مسئولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۱ به دست آمد.

۲. پرسشنامه سرخوردگی زناشویی: پرسشنامه سرخوردگی زناشویی توسط کایزر و در قالب ۲۱ سؤال طراحی شد. این پرسشنامه برای ارزیابی سطح سرخوردگی یا نبود عواطف نسبت به همسر به کار می‌رود. پرسشنامه سرخوردگی زناشویی در یک طیف ۴ درجه‌ای از بسیار درست تا نادرست (۱ تا ۴ امتیاز) در نظر گرفته می‌شود. دامنه نمره‌های این مقیاس از ۲۱ تا ۸۴ است. نمره فرد از طریق جمع نمره‌های گزینه‌ها به دست می‌آید (۶). در پژوهش کایزر، نمرات مقیاس، همبستگی مثبت بالایی با نمرات سایر مقیاس‌های سرخوردگی و همبستگی منفی با مقیاس‌های مربوط به صمیمیت و نزدیکی زناشویی داشت و آلفای کرونباخ برابر

احتمال بروز تعارض و مشکلات خانوادگی و ارتباطی در بین زوجین را دامن خواهد زد. با توجه به اینکه محقق به پژوهشی در داخل و خارج کشور که به بررسی همزمان اثربخشی آموزش مثبت‌نگری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرخوردگی زناشویی، اسنادهای ارتباطی و تمایز یافتگی خود در بین زوجین پرداخته باشد، دست نیافت، لذا به دلیل اهمیت این موضوع در روابط زناشویی و سلامت روانی زوجین و کانون خانواده، به بررسی این عنوان پرداخته خواهد شد. بنابراین پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این پرسش است که آیا بین آموزش مثبت‌نگری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرخوردگی زناشویی، اسنادهای ارتباطی و تمایز یافتگی خود در مراجعین به مراکز خدمات روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد یا خیر؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر آزمایشی گسترش یافته از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل است، که در آن از دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل استفاده شد.

آزمودنی‌ها: جامعه پژوهش حاضر، شامل کلیه افراد متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بهبهان در سال ۱۳۹۸ می‌باشد که پژوهشگر از میان آنها ۴۵ نفر را که واجد ملاک‌های شرکت در پژوهش بودند را به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های سه‌گانه گمارش کرد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن گرفتن نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اسنادهای ارتباطی و سرخوردگی زناشویی و نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه تمایز یافتگی خود، حداقل تحصیلات دیپلم، طول مدت ازدواج بیش از یک سال، داشتن سن ۲۰-۴۰ سال، امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، عدم وقوع رخداد‌های تنش‌زا مانند طلاق و مرگ خویشاوندان یا دوستان صمیمی در سه ماه گذشته و عدم استفاده همزمان از روش‌های درمانی دیگر و معیارهای خروج از مطالعه شامل مصرف داروهای روان‌پزشکی، امتناع شرکت‌کنندگان از تکمیل کردن پرسشنامه‌ها، غیبت دو جلسه و یا بیشتر از آن و دستیابی به پرسشنامه‌های ناقص تکمیل شده می‌باشد. اعضای هر سه گروه تقریباً ترکیب برابر از هر دو جنس زن و مرد، سطح تحصیلات برابر، دامنه سنی و طول مدت ازدواج برابر بود.

دانشگاه آزاد، خاتم و پیام‌نور) که با نظر روانشناس دارای مشکلات زناشویی تشخیص داده شدند، اجرا گردید. پس از آن برای آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی جلسات آموزش مثبت‌نگری و درمان‌های مبتنی بر تعهد و پذیرش توسط درمانگران متخصص، در محل مرکز مشاوره نشاط انجام پذیرفت در حالی که برای گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت. اجرای جلسات مداخله آموزش مثبت‌نگری در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای دو بار، اجرای جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تعهد به صورت گروهی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. پس از انجام مداخلات، پس‌آزمون و پس از ۴۵ روز نیز آزمون پیگیری از گروه‌های آزمایشی و کنترل گرفته شد. در پایان از همکاری مسئولان مراکز مشاوره و آزمودنی‌های پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آمد. سپس داده‌های جمع‌آوری شده مورد تحلیل قرار گرفتند.

محتوای جلسات آموزش مثبت‌نگری برگرفته از الگوی روان درمانی سلیگمن و همکاران (۱۸) در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) به شرح زیر انجام شد.

محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از الگوی مک کی و همکاران (۳۱) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) به شرح زیر انجام شد (جدول ۲).

محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از الگوی مک کی و همکاران (۳۱) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) به شرح زیر انجام شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین انحراف معیار و روش‌های آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. سطح معنی داری قابل قبول در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۰/۹۷ به دست آمد. مطالعات مختلف نیز، همسانی درونی ۵ قابل اطمینان و بالایی را گزارش کرده‌اند، در ایران نیز نخستین بار ساداتی و همکاران (۲۸) پایایی پرسشنامه سرخوردگی زناشویی را به روش آلفای ۰/۷۹ و روایی آن را به روش روایی همگرا طریق همبستگی با مقیاس فرسودگی زناشویی پاییز ۰/۵۴ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه سرخوردگی زناشویی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۵ به دست آمده است.

۳. پرسشنامه تمایز یافتگی خود: پرسشنامه تمایز یافتگی خود نخستین بار توسط اسکورن و فریدلندر با ۴۳ سؤال طراحی شد. فرم کوتاه مقیاس تمایز یافتگی خود شامل ۲۰ گویه است که با مقیاس لیکرت در یک طیف شش گزینه‌ای از " اصلاً شبیه خصوصیات من نیست (۱ امتیاز)" تا " کاملاً شبیه خصوصیات من است (۶ امتیاز)" درجه‌بندی شده است. دریک، با پژوهش بر روی ۳۵۵ دانشجو برای بررسی روایی ملاکی همزمان پرسشنامه از رابطه آن با افسردگی، اضطراب حالت، اضطراب صفت، استرس و عزت نفس استفاده کرده است. در روایی همگرا نیز خرده مقیاس‌های فرم کوتاه پرسشنامه تمایز یافتگی خود با مقیاس سطح تمایز یافتگی خود، رابطه مثبت و معنادار داشته است ($p < 0/05$). دریک پایایی بازآزمایی پرسشنامه را بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده است (۲۹). فخاری و همکاران (۳۰)، ضرایب پایایی مقیاس تمایز یافتگی خود با استفاده از آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. همچنین ضرایب پایایی برای خرده مقیاس جایگاه من ۰/۶۷، واکنش‌پذیری هیجانی ۰/۴۸، هم آمیختگی با دیگران ۰/۷۶ و برش هیجانی ۰/۷۳ محاسبه نموده‌اند. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه تمایز یافتگی خود از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۵ به دست آمده است.

روند اجرای پژوهش: در پژوهش حاضر، گروه‌های آزمایش و کنترل به روش تصادفی معادل شدند و قبل از مداخله‌های تجربی در مورد گروه‌های آزمایش، ابتدا مرحله پیش‌آزمون با تکمیل پرسشنامه‌های اسنادهای ارتباطی، سرخوردگی زناشویی و تمایز یافتگی خود توسط افراد دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان بهبهان (شامل مراکز نشاط، احیا، روان پویا، مراکز مشاوره

جدول (۱) خلاصه جلسات آموزش مثبت‌نگری سلیگمن و همکاران

جلسات	محتوا
اول	معارفه، مشخص کردن قوانین گروه (رازداری و...) و معرفی اهداف و برنامه‌های گروه درمانی مثبت‌نگر، اجرای پیش‌آزمون
دوم	آموزش مهارت شناسایی هیجان‌ها و نقش نبود هیجانات مثبت در تداوم غم و تهی بودن زندگی
سوم	بررسی و ارائه راهکارهای رشد توانمندی‌های خاص آنها در مسیر منتهی به شادکامی: لذت، تعهد و معنا
چهارم	آموزش مثبت نگاه کردن به ترس‌ها و بازسازی خاطرات منفی و آزار دهنده و تغییر دادن آنها
پنجم	آموزش بخشش و فواید بخشیدن دیگران در آرامش روحی، خیریبایی در ناگواری‌ها، رها شدن از کینه و نفرت
ششم	آموزش سپاسگزاری و نقش آن در بهبود روابط بین فردی و احساس خوب نسبت به خود، تمرین شکرگزاری
هفتم	آموزش تغییر تصویر ذهنی و تصویرسازی مثبت، ارائه جدول گزیده گویی: حذف برخی کلمات نامناسب و...
هشتم	آموزش خوشبینی و امید و استفاده از خودگویی مثبت و به کارگیری کلمات مثبت
نهم	آموزش اهمیت عشق و دلستگی در زندگی، دوست داشتن خود و دیگران، برقراری ارتباط خوب و دوستیابی
دهم	مدیریت زمان و قدردان این نعمت بودن، تأکید بر داشتن تغذیه سالم و ورزش در برنامه زندگی
یازدهم	آموزش مفهوم انسجام و آگاهی از اهمیت آن در زندگی کامل که لذت، تعهد و معنا را منسجم می‌سازد.
دوازدهم	بازبینی خلاصه جلسه‌های گذشته، مروری بر مهارت‌های آموزش داده شده در جلسات گروه درمانی

جدول (۲) خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مک کی و همکاران

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

یافته‌ها

کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آنها پرداخته شد. بدین منظور چهار مفروضه تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن، عدم همخطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (اسناد علی، اسنادهای مسئولیت، سرخوردگی زناشویی، سرخوردگی زناشویی و تمایز یافتگی خود) به ترتیب برابر ۰/۵۱، ۰/۶۱، ۰/۹۳ و ۰/۹۶ به دست آمدند. با توجه به همبستگی‌های به

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار اسنادهای ارتباطی، سرخوردگی زناشویی تمایز یافتگی خود در گروه‌های آموزش مثبت‌نگری (۱)، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲) و گروه گواه (۳) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل

دست آمده ($p < 0/05$)، مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) وابسته محقق شده است.

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار اسنادهای ارتباطی، سرخوردگی زناشویی تمایز یافتگی خود در گروه‌های آموزش مثبت‌نگری (۱)، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲) و گروه گواه (۳) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اسنادهای علی	گروه (۱)	۱۲/۸۷	۲/۳۲	۹/۱۳	۱/۸۸	۹/۲۷	۲/۲۱
	گروه (۲)	۱۲/۸	۱/۷۸	۹/۶	۲/۳۲	۹/۶۷	۲/۱۲
	گروه (۳)	۱۲/۹۳	۱/۹۸	۱۳	۱/۹۶	۱۳/۱۳	۱/۸۴
اسنادهای مسئولیت	گروه (۱)	۱۲/۷۳	۱/۸۳	۹/۰۷	۱/۷۱	۹/۲	۱/۴۲
	گروه (۲)	۴۲/۲۷	۹/۹۱	۳۷/۲۷	۹/۱۶	۳۸	۸/۴
	گروه (۳)	۱۳/۵۳	۱/۷۶	۱۳/۱۳	۱/۷۲	۱۲/۸۷	۱/۸
سرخوردگی زناشویی	گروه (۱)	۴۸/۱۳	۸/۵۱	۴۳/۴	۸/۷۷	۴۳/۵۳	۸/۷
	گروه (۲)	۵۱/۲	۸/۹۱	۴۷/۴۷	۸/۶۷	۴۷/۴۷	۸/۷
	گروه (۳)	۵۰/۸۷	۹/۵۱	۵۰/۴	۹/۲۱	۵۱/۰۷	۹/۱
تمایز یافتگی خود	گروه (۱)	۶۵/۷۳	۱۳/۰۹	۷۰/۶	۱۲/۸۷	۷۰	۱۲/۸۳
	گروه (۲)	۶۲/۱۳	۱۲/۷۱	۶۹/۸	۱۵/۴۲	۷۰/۰۷	۱۴/۵۳
	گروه (۳)	۶۶/۶۷	۱۳/۷۸	۶۶/۸۷	۱۳/۵۳	۶۶/۷۳	۱۴/۰۵

نظر واریانس‌ها همگن بودند. همچنین، تعامل شیب‌های رگرسیون متغیرهای اسنادهای علی و مسئولیت، سرخوردگی زناشویی و تمایز یافتگی خود با گروه معنی‌دار نمی‌باشند و پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید می‌شود. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری اسنادهای علی، اسنادهای مسئولیت، سرخوردگی زناشویی و تمایز یافتگی خود در گروه‌های آزمایشی و گواه را نشان می‌دهد.

همچنین، ضرایب همبستگی محاسبه شده بین پیش‌آزمون‌ها در دامنه‌ای بین $0/05$ تا $0/26$ ($p > 0/05$) تا $0/26$ ($p < 0/05$) به دست آمدند، با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، می‌توان گفت که مفروضه عدم همخطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها)، نیز تأیید شده است. نتایج آزمون لوین و عدم معناداری آن، نیز اجازه استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود دارد. بدین معنی که گروه‌های آزمایشی و گواه قبل از اعمال مداخله آزمایشی (در مرحله پیش‌آزمون) از

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایشی و گواه

مرحله	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	p
پس‌آزمون	اثر پیلایی	۱/۰۹	۱۰/۸۴	۸	۷۲	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۲۳/۱۶	۸	۷۰	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۱۰/۰۶	۴۲/۲۷	۸	۶۸	۰/۰۰۱
پیگیری	بزرگترین ریشه روی	۹/۸۳	۸۸/۵۲	۴	۳۶	۰/۰۰۱
	اثر پیلایی	۱/۱۳	۱۱/۶۹	۸	۷۲	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۲۲/۲۷	۸	۷۰	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۹/۲۵	۳۹/۳۱	۸	۶۸	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۸/۹۵	۸۰/۵۶	۴	۳۶	۰/۰۰۱

وابسته در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

با توجه به جدول ۵، یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (اسنادهای علی، اسنادهای مسئولیت، سرخوردگی

همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) در گروه‌های آموزش مثبت‌نگری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای

زناشویی و تمایز یافتگی خود) بین گروه‌های آموزش مثبت پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. نگری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه در دو مرحله

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکووا روی نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری اسنادهای علی، اسنادهای مسئولیت، سرخوردگی زناشویی و تمایز یافتگی خود

مرحله	منبع	متغیر	SS	df	MS	F	p	اندازه اثر
پس‌آزمون	گروه	اسنادهای علی	۱۴۰/۲۴	۲	۷۰/۱۲	۲۷/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹
		اسنادهای مسئولیت	۱۱۵/۹۳	۲	۵۷/۹۶	۳۱/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲
		سرخوردگی زناشویی	۱۴۷/۸۵	۲	۷۳/۹۲	۱۶/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶
		تمایز یافتگی خود	۳۸۱/۲۶	۲	۱۹۰/۶۴	۳۲/۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲
پیگیری	گروه	اسنادهای علی	۱۴۲/۸۶	۲	۷۱/۴۳	۲۴/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶
		اسنادهای مسئولیت	۱۰۲	۲	۵۱	۳۲/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
		سرخوردگی زناشویی	۱۸۴/۴۱	۲	۹۲/۲	۱۷/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸
		تمایز یافتگی خود	۴۰۳/۷۱	۲	۲۰۱/۸۶	۲۶/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸

جدول ۶) نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل یافته اسنادهای ارتباطی، سرخوردگی زناشویی تمایز یافتگی خود گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل یافته	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	p
پس‌آزمون	اسنادهای علی	گروه ۱ - گروه گواه	۱۳/۱۲ و ۹/۰۸	-۴/۰۴	۰/۶	۰/۰۰۱
		گروه ۲ - گروه گواه	۱۳/۱۲ و ۹/۵۲	-۳/۶	۰/۵۹	۰/۰۰۱
		گروه ۱ - گروه ۲	۹/۵۲ و ۹/۰۸	-۰/۴۴	۰/۵۹	۱/۰۰
		گروه ۱ - گروه گواه	۱۲/۸۷ و ۹/۲۵	-۳/۶۲	۰/۵	۰/۰۰۱
	اسنادهای مسئولیت	گروه ۲ - گروه گواه	۱۲/۸۷ و ۹/۵۳	-۳/۳۳	۰/۵	۰/۰۰۱
		گروه ۱ - گروه ۲	۹/۵۳ و ۹/۲۵	-۰/۲۸	۰/۵۰	۱/۰۰
		گروه ۱ - گروه گواه	۴۹/۶ و ۴۵/۱۸	-۴/۴۲	۰/۷۸	۰/۰۰۱
		گروه ۲ - گروه گواه	۴۹/۶ و ۴۶/۴۷	-۳/۱۳	۰/۷۸	۰/۰۰۱
	سرخوردگی زناشویی	گروه ۱ - گروه ۲	۴۶/۴۷ و ۴۵/۱۸	-۱/۲۹	۰/۷۸	۰/۳۲
		گروه ۱ - گروه گواه	۶۵/۱۵ و ۶۹/۷۳	۴/۵۸	۰/۹۱	۰/۰۰۱
		گروه ۲ - گروه گواه	۶۵/۱۵ و ۷۲/۳۷	۷/۲۱	۰/۹۱	۰/۰۰۱
		گروه ۱ - گروه ۲	۷۲/۳۷ و ۶۹/۷۳	-۲/۶۳	۰/۹۰	۰/۰۱۹
پیگیری	اسنادهای علی	گروه ۱ - گروه گواه	۱۳/۲۶ و ۹/۲۲	-۴/۰۴	۰/۶۳	۰/۰۰۱
		گروه ۲ - گروه گواه	۱۳/۲۶ و ۹/۵۷	-۳/۶۸	۰/۶۳	۰/۰۰۱
		گروه ۱ - گروه ۲	۹/۵۷ و ۹/۲۲	-۰/۳۵	۰/۶۳	۱/۰۰
		گروه ۱ - گروه گواه	۱۲/۶۲ و ۹/۲۷	-۳/۳۴	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	اسنادهای مسئولیت	گروه ۲ - گروه گواه	۱۲/۶۲ و ۹/۴۳	-۳/۱۹	۰/۴۶	۰/۰۰۱
		گروه ۱ - گروه ۲	۹/۴۳ و ۹/۲۷	-۰/۱۵	۰/۴۶	۱/۰۰
		گروه ۱ - گروه گواه	۵۰/۲۲ و ۴۵/۳۶	-۴/۸۵	۰/۸۴	۰/۰۰۱
		گروه ۲ - گروه گواه	۵۰/۲۲ و ۴۶/۴۸	-۳/۷۳	۰/۸۴	۰/۰۰۱
	سرخوردگی زناشویی	گروه ۱ - گروه ۲	۴۶/۴۸ و ۴۷۵/۳۶	-۱/۱۲	۰/۸۴	۰/۵۷
		گروه ۱ - گروه گواه	۶۵/۱۲ و ۶۹/۰۳	۳/۹	۱/۰۲	۰/۰۰۲
		گروه ۲ - گروه گواه	۶۵/۱۲ و ۷۲/۶۳	۷/۵	۱/۰۲	۰/۰۰۱
		گروه ۱ - گروه ۲	۷۲/۶۳ و ۶۹/۰۳	-۳/۶	۱/۰۲	۰/۰۰۳

همان‌گونه که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، در اسنادهای علی تفاوت بین گروه آزمایش ۱ با گروه گواه و تفاوت بین گروه آزمایش ۲ با گروه گواه معنی‌دار است. همچنین مقایسه اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان می‌دهد که بین این دو رویکرد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین، در اسنادهای مسئولیت تفاوت بین گروه آزمایش ۱ با گروه گواه و تفاوت بین گروه آزمایش ۲ با گروه گواه معنی‌دار است. همچنین مقایسه اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان می‌دهد که بین این دو رویکرد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. از سوی دیگر، در سرخوردگی زناشویی تفاوت بین گروه آزمایش ۱ با گروه گواه و تفاوت بین گروه آزمایش ۲ با گروه گواه معنی‌دار است. همچنین مقایسه اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان می‌دهد که بین این دو رویکرد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما، در تمایز یافتگی خود تفاوت بین گروه آزمایش ۱ با گروه گواه و تفاوت بین گروه آزمایش ۲ با گروه گواه معنی‌دار است. همچنین مقایسه اثربخشی آموزش مثبت‌نگری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان می‌دهد که بین این دو رویکرد تفاوت معنی‌داری به نفع گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. لازم به ذکر است که مقایسه‌های زوجی در مرحله پیگیری، مشابه نتایج مرحله‌ی پس‌آزمون است.

بحث

همان‌طور که در قسمت یافته‌ها ملاحظه شد، نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش ۱ (آموزش مثبت‌نگری) و گروه گواه در متغیرهای وابسته شامل سرخوردگی زناشویی، اسنادهای علی، اسنادهای مسئولیت و تمایز یافتگی خود در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. لذا می‌توان گفت آموزش مثبت‌اندیشی باعث بهبود سرخوردگی زناشویی، اسنادهای علی، اسنادهای مسئولیت و تمایز یافتگی خود در افراد متأهل می‌شود. همچنین نتایج نشان داد که این اثر در مرحله‌ی پیگیری ۱/۵ ماهه تداوم داشته است. نتایج این یافته با یافته‌های سهراب‌پور و نوروزی دشتکی (۲۱) و حسن‌آبادی و سعیدی (۲۴) همسو و هماهنگ است. به نظر می‌رسد مداخله‌های درمانی که باورهای مراجع را با روش مثبت‌تری بتواند تغییر دهد مؤثر بوده و همکاری مراجع را افزایش دهد. بنابر

اهمیتی که اسنادها در اختلاط زناشویی دارند، درمان‌گران سعی می‌کنند در مداخلات بالینی خود اسنادهای منفی زوج‌ها را شناسایی و تصحیح کنند. نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان داده که آموزش مثبت‌نگری بر اسنادهای ارتباطی زنان مؤثر بوده است. رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر رویکرد جدیدی به شناخت درمانی و همچنین ضمیمه‌ای از شناخت درمانی است. پس هماهنگ‌طور که شناخت درمانی می‌تواند اسنادها را بهبود بخشیده، مثبت‌نگری که ضمیمه شناخت درمانی و مکمل درمانی است باعث بهبود اسنادهای ارتباطی می‌شود. در رویکرد مثبت‌نگری افراد مهارت‌هایی کسب می‌کنند که به کمک این مهارت‌ها می‌توانند این رفتارهای منفی را کاهش دهند یا کنار بگذارند چون تعیین جایگزین به جای رفتارهای منفی قرار می‌گیرند و رفتارهای مثبت می‌تواند باعث رفتار متقابل مثبت و در نتیجه بهبود اسنادهای ارتباطی شود. با توجه به اینکه تأکید روانشناسی مثبت بر ایجاد و گسترش هیجان‌های مثبت می‌باشد که این امر از طریق ایجاد سپری در برابر اختلال‌های روانی و افزایش بهزیستی و شادکامی افراد صورت می‌پذیرد بر اساس این رویکرد، معنا در زندگی افراد افزایش یافته و در این میان آسیب‌شناسی روانی تسکین یافته و موجب تقویت شادی می‌گردد. در حقیقت روانشناسی مثبت‌نگر بر تجربه هیجان‌های مثبتی تأکید دارد که اغلب این هیجان‌ها موجب توانمندی و سازگاری بیشتر در مواجهه با مشکلات زندگی و چالش‌های محیط کاری می‌شود. بنابراین با توجه به اینکه دلدردگی زناشویی پس از طی یک دوره عشق شورانگیز و فروکش کردن این عشق بخاطر مشغله و مشکلات زندگی و انتظارات تعدیل نشده اوایل ازدواج نسبت به بعد از آن ایجاد می‌گردد. آموزش مثبت‌نگری، با ایجاد هیجان‌های مثبت، توانمندی‌های منش و معنا موجب کاهش آسیب‌پذیری زوجین می‌شود، زیرا اعضا یاد می‌گیرند چطور فردی شادتر، امیدوارتر، خوش‌بین‌تر، کوشاتر و سرزنده‌تر باشند تا هم خود از زندگی لذت ببرند، هم اطرافیان را در استفاده از بزرگترین موهبت هستی (زندگی) بهره‌مند سازند. بر این اساس، به نظر می‌رسد، روانشناسی مثبت‌نگر، با ارایه یک نگاه مثبت به مشکلات، می‌تواند در تعدیل انتظارات و کاهش دلدردگی زناشویی اثربخش باشد.

معمولا زوجها از موقعیت های مرتبط با آسیب، طرد یا تعارض اجتناب می کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوجها نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی ها و الگوهای ارتباط را آموزش می دهد. همانطور که زوجها شروع به بکارگیری این مهارت ها و راهبردها می کنند، بیشتر تمایل پیدا می کنند و قادر می شوند به موقعیت های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آنها فرصت رفتار به شیوه ای که رضایت از رابطه را بهبود می بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می دهد داده می شود و نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش های رابطه دو طرفه، این فرصت را برای زوجها فراهم می کند تا ارتباط قوی تری را فراهم کنند (۲۲). در مجموع می توان گفت که مداخلات صورت گرفته بر اساس این درمان، کمک می کند طریق انعطاف پذیری روانشناختی را در مراجعان ارتقاء دهد. انعطاف پذیری شناختی به توانایی تماس با لحظه لحظه های زندگی و تغییر یا مداومت در رفتار اشاره دارد، رفتاری که همسو با ارزش های برگزیده فرد است. لذا، این درمان به زوجها کمک می کند تا بتوانند تعارضات خود را با همسرشان حل کنند، ارتباط جدید و مثبتی را آغاز نمایند، برای ایجاد صمیمیت در رابطه جدید تلاش کنند و به این ترتیب از میزان مشکلات زناشویی خود بکاهند و در نهایت سرخوردگی زناشویی آنها کاهش یابد.

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که بین گروه آزمایش ۱ (آموزش مثبت نگری) و گروه آزمایش ۲ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در متغیر تمایز یافتگی خود در مرحله پس از آزمون تفاوت معنی دار به نفع گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. از سوی دیگر در متغیرهای اسنادهای علی، اسنادهای مسئولیت و سرخوردگی زناشویی در مرحله پس از آزمون تفاوت معنی دار وجود ندارد. لذا می توان گفت آموزش مثبت نگری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تمایز یافتگی خود در افراد متأهل اثربخشی بیشتری دارد. در مقایسه تطبیقی تفاوت معنی داری بین دو رویکرد در متغیر تمایز یافتگی خود به نفع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مشاهده شد. هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر نوع ارتباط با تجربه های خصوصی (احساسات و افکار) مشکل آفرین است، به گونه ای که دیگر آنها را به صورت نشانه

همچنین نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش ۲ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه در متغیرهای وابسته شامل سرخوردگی زناشویی، اسنادهای علی، اسنادهای مسئولیت و تمایز یافتگی خود در مرحله پس از آزمون تفاوت معنی دار وجود دارد. لذا می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود اسنادهای علی، اسنادهای مسئولیت، نگرش به روابط فرازناشویی، سرخوردگی زناشویی و تمایز یافتگی خود در افراد متأهل می شود. نتایج این پژوهش با نتایج یافته های سبوحی و همکاران (۹)، نجف پور و همکاران (۲۲) و مرشدی و همکاران (۲۳) هماهنگ است. همچنین نتایج نشان داد که این اثر در مرحله پیگیری ۱/۵ ماهه تداوم داشته است. در تبیین این یافته ها، می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به دنبال آن است که به مراجع پیاموزد چگونه از محتوای فکر بگسلد، چگونه برای رهایی از آن تلاش نکند، به داستان زندگی خود مچسبد، به جای گذشته و آینده مفهوم سازی شده در زمان حال زندگی کند و حاصل همه این ها این ارزش ها و اهدافش را شناسایی کرده و به آنها معتقد باشد (۳۱). به عبارتی ساده تر زوجین می آموزند که به جای اینکه در خدمت فکر و احساسات باشند، در خدمت زندگی و ارزش ها بوده و سبک زندگی خویش را برای افزایش کیفیت آن تغییر دهند. از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آشفستگی، تعارض و فاصله عاطفی در زوج ها ناشی از ترکیب کنترل های محکم و بی فایده هر یک از آنها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه زن و شوهر است و واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابانه منفی و عمل بر طبق آن ها چرخه روابط منفی زوجها را حفظ می کند. بنابراین با توجه به اهمیت عوامل شناختی از جمله اسناد در پویایی روابط زوجین انجام مداخلاتی بیشتر برای ارتقای آن مورد نیاز است. از این رو مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود اسنادهای ارتباطی زوجین بسیار مؤثر است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدنال تضعیف این فرآیندها و در نتیجه کاهش رنج های غیر ضروری زوج هاست که بوسیله اجتناب های تجربی هریک از آنها ناشی می شود. هدف اصلی این نوع از زوج درمانی کمک به هریک از زن و شوهر است برای اینکه از فرآیندهای شناختی و واکنش های عاطفی خود چه به تنهایی و چه در رابطه دو نفره آگاه شوند.

پایان‌نامه خانم صدیقه نجاراصل دانشجوی مقطع دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد. شناسه اخلاق: IR.IAU.AHVAZ.REC.1399.021

منابع

1. Shahi A, Ghaffari E, Ghasemi K. The relationship between mental health and marital satisfaction of couples. *Improvement*. 2011; 15(2): 126-119. [In Persian]
2. Amanollahi A, Aslani K, Tashakkor H, Ghovayesh S, Nekooei S. Investigating attachment styles and romantic marital satisfaction. *Women studies*. 2012; 10(3): 67-86. [In Persian]
3. Nouri A. Factors influencing strengthening families. *Tahoora*. 2010; 3(7): 145-178. [In Persian]
4. Pamuk M, Durmuş E. Investigation of burnout in marriage. *Journal of Human Sciences*, 2015; 12(1): 162-177.
5. Fincham F. D, Stanley S. M, Beach S. R. Transformative processes in marriage: An analysis of emerging trends. *Journal of Marriage and Family*. 2007; 69: 275-292.
6. Kayser K. When love dies: the process of marital disaffection. New York London: The Guilford press. 1993.
7. Duck S. Toward a research map for the study of relationship breakdown. In S. Duck & R. Gilmour (Eds)., *Personal relationship: 3personal relationships in disorder*(pp.129). London: Academic press. 2007.
8. Koohi S, Etemadi O, fatehizadeh M. Investigating the relationship between personality characteristics, general health and marital dissatisfaction of couples. *Journal of Cognition and Behavior*. 2014; 4(1): 71-84. [In Persian]
9. Sabouhi R, Fatehizadeh M, Ahmadi A Etemadi O. The effects of acceptance based counseling and commitment therapy (ACT) on the amount of marital attributions and marital satisfaction in women. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2017; 18(1): 12-21. [In Persian]
10. Braithwaite D. O, Schrodt P. *Engaging theories in interpersonal communication: Multiple perspectives*, Sage Publications. 2014.
11. Sanford, K. Communication during marital conflict: When couples alter their appraisal, they change their behavior. *Journal of Family Psychology*. 2006; 20 (2): 256.
12. Larsen A, N. Partner's attributions and level of commitment as predictors of constructive and deconstructive behavior in discussions of relationship conflicts. M. A. Thesis. University of Maryland. 2004.
13. Lampis J. Does partners' differentiation of self predict dyadic adjustment? *Journal of Family Therapy*. 2016; 38(3): 303-318.
14. Lahav Y, Price N, Crompton L, Laufer A, Solomon Z. Sexual satisfaction in spouses of ex-POWs: The role of PTSD symptoms and self-

ادراک نکنیم. در عوض، یاد بگیریم که آنها را، حتی اگر ناراحت کننده باشند، به عنوان وقایع روانشناختی موقت در نظر بگیریم (۳۳). درمان پذیرش و تعهد مهارت‌های هوشیاری فراگیر را به عنوان یک روش مؤثر برای مدیریت این تجربیات خصوصی، آموزش می‌دهد. از آنجایی که سطح بالای تمایز یافتگی خود باعث سازگاری روانشناختی بهتر و کسب مهارت برای حل مسائل اجتماعی می‌شود و همچنین افراد تمایز یافته بهتر می‌توانند با فشارهای روانی مقابله کنند و از مشکلات جسمی و روحی کمتری برخوردارند و از روابطشان با دیگران بیشتر رضایت دارند (۳۳). نتیجه اینکه افراد تمایز یافته به نظر می‌رسد توانایی فکر کردن واقع بینانه به موضوعات مختلف و توانایی سازگاری با فراز و نشیب‌هایی که در زندگی زناشویی پیش می‌آید را دارند و در موقعیتهای مختلف قادرند انتخاب کنند که مطابق با احساسشان رفتار کنند یا بر اساس تفکرشان و در مقابل ناملایمات و مشکلات موجود در روابط زناشویی کمتر شکایت می‌کنند. لذا درمان از طریق پذیرش و تعهد به مراجعان می‌آموزد که در سطح درون روانی (تمایز بین عقل و احساس) و در سطح بین فردی فرد را به سطح خودتمایزسازی یا تفکیک خود برساند.

با توجه به اینکه برای اجرای دوره‌های درمانی هر رویکرد از درمانگران متفاوتی استفاده شد، این امر می‌تواند بر روایی درونی پژوهش اثرگذار باشد. محدودیت دیگر، محدود شدن جامعه پژوهش به افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره می‌باشد. لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط کرد. درمانگران می‌توانند افراد دارای کیفیت زناشویی پایین از جمله افراد با اسنادهای ارتباطی منفی، سرخوردگی زناشویی و نگرش به روابط فرزاناشویی بالا و خودتمایز یافتگی ضعیف را شناسایی و به مراکز و کلینیک‌های خدمات روانشناختی معتبر جهت مداخله با روش‌های آموزشی تأیید شده در پژوهش‌های متعدد از جمله دو رویکرد معرفی شده در پژوهش حاضر ارجاع دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این دو رویکرد بر روی نمونه‌های زنان و مردان به طور جداگانه مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: از نمونه‌های پژوهش حاضر، اساتید و تمامی افرادی که اجرای این پژوهش را ممکن ساختند کمال تشکر و قدردانی را داریم. مقاله حاضر برگرفته از نتایج

- measure. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992; 64: 449-452.
27. Fincham F. D, Paleari G, Regalia C. Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions, and empathy. *Personal Relationships*. 2002; 9: 27-37.
28. Sadati E, Mehrabizadeh Honarmand M, Soudani M. The causal relationship of differentiation, neuroticism, and forgiveness with marital disaffection. *Family Psychology*. 1(2): 55-68. [In Persian]
29. Drake J. R. Differentiation of self-Inventory-short form: Creation & Initial. Evidence of construct validity. PhD Dissertation, university of Missouri – Kansas City. 2011.
30. Fakhari N, Latifian M, Etemad J. Investigating differentiation of Self Inventory- Short form in Iranian Students. *Educational Measurement*. 2014; 15(4): 55-68. [In Persian]
31. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Press. 2010.
32. Villatte J. L, Vilardaga R, Villatte M, Vilardaga J. C. P, Atkins D. C, Hayes S. C. Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*. 2016; 77: 52-61.
33. Skowron E.A. The role of differentiation of self in marital adjustment. *Journal of Counseling Psychology*. 2000; 47: 229- 237.
- differentiation. *Journal of sex & marital therapy*, (just-accepted). 2019; 1-32.
15. Baker D. Constructing Korea's Won Buddhism as a New Religion: Self-differentiation and Inter-religious Dialogue. *International Journal for the Study of New Religions*. 2012; 3(1): 47-70.
16. Cabrera-Sanchez P, Friedlander M. L. Optimism, self-differentiation, and perceived posttraumatic stress disorder symptoms: Predictors of satisfaction in female military partners. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. 2017; 6 (4): 235.
17. Skowron E. A, Stanley K, Shapiro M. A longitudinal perspective on differentiation of self, interpersonal, and psychological well-being in young adulthood. *Contemporary Family Therapy*. 2009; 22: 234-244.
18. Seligman M.E.P, Rashid T, Parks A.C. Positive psychotherapy. *American Psychologist*. 2009; 61: 774-788.
19. Hayes S.C, Levin E.M, Villatte J.L. Acceptance and Commitment therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Journal of Behave Ther*. 2013; 44 (2): 180-198.
20. Peterson B. D, Eifert G. H, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(4), 430-442.
21. Sohrabpour G, Norouzi Dashtaki M. The effectiveness of positive approach on self-differentiation of husbands. The First National conference on Family steps to find suitable family standards, Ahvaz, Iranian Psychological Family Association. 2014. [In Persian]
22. Najafpour P, Safavi A, Najafloo A. Decreasing couple burnout through acceptance based treatment and commitment (ACT). The first international Management, Economy, Accounting and Educational Science Conference, Sari, Ayandehsaz research and Counseling Association, Payam Nour University, Neka. 2015. [In Persian]
23. Morshedi M, Davarnia R, Zahrakar M, Mahmoudi M, Shakarami M. The efficiency of Acceptance based treatment and commitment (ACT) on decreasing couple burnout. *Iranian Nursing Research*. 2015; 10(4): 76-87. [In Persian]
24. Hasanabadi A, Saeedi A. The effects of training positive psychology on couple burnout of wives. The Fourth National Counseling and Mental health. 2016. [In Persian]
25. Khojastemehr R, Ghaffari N Koraei A. Relationship attributions as powerful prediction of wives' marital status. *Counseling Findings and Research*. 2010; 34: 107-123. [In Persian]
26. Fincham F. D, Bradbury T. N. Assessing attribution in marriage: The relationship attribution