



تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس گناه و انزوای اجتماعی در زنان مطلقه پذیرش شده در مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان بوکان

فائقه توحیدی^۱

^۱ کارشناسی ارشد، روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی

tohidi۳۶۷۱@gmail.com

۰۹۳۵۸۱۸۲۳۹۷

چکیده :

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس گناه و انزوای اجتماعی زنان مطلقه پذیرش شده در مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان بوکان می باشد. این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا به شیوه نیمه آزمایشی اجرا شده است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان بوکان در سال ۱۳۹۹ تشکیل داده است. شیوه نمونه گیری در دسترس است و بعداً به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار داده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده درحالی که گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکرده است. ابزارهای این پژوهش را پرسشنامه احساس گناه کوکلی و جونز (۱۹۹۲) و پرسشنامه انزوای اجتماعی مدرسی یزدی (۱۳۹۳) تشکیل داده است. داده های جمع آوری شده به شیوه تحلیل کوواریانس تحلیل شده اند. نتایج حاکی از آن می باشد که بین میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری موجب کاهش احساس گناه و انزوای اجتماعی و ابعاد آنها در زنان مطلقه شده است ($P < 0.05$). نتیجه گیری می شود انجام مداخلات بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند در کاهش احساس گناه و انزوای اجتماعی برای زنان مطلقه مفید باشد. پیشنهاد می شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان مطلقه ای که مشکل احساس گناه و انزوای اجتماعی دارند مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، احساس گناه، انزوای اجتماعی، زنان مطلقه

۱- مقدمه :

از بدو خلقت انسان، همواره زنان و مردان، با تشکیل کانونی به نام خانواده، عمری را در کنار هم گذرانده و فرزندی در دامن پر مهر خود پرورش داده و از این جهان رخت بر بسته اند. درهرحال ازدواج را چه پیوند میان دو زوج تلقی کنیم و چه آن را صرف قرارداد اجتماعی بدانیم دارای تأثیرات اساسی در زندگی فرد و اجتماع است؛ اما گاهی این ازدواج به دلایل گوناگون به جدایی و طلاق ختم می شود. متأسفانه طلاق در جامعه ما رو به فزونی می باشد و آسیب های بعد از طلاق آن قدر زیاد بوده که می توان آن را به طوفانی تشبیه نمود و زنان در این جدایی به علت شخصیت و نگاه



دیگران شرایط نسبتاً سخت‌تری را تحمل می‌کنند (ابوسعیدی مقدم، ثناگوی محرر، شیرازی، ۱۳۹۹). از آثار طلاق در زنان می‌توان به سرخوردگی اجتماعی، احساس یأس و تنهایی، افسردگی، انزوا گزینی، احساس گناه و... اشاره نمود.

انزوای اجتماعی یا فقدان درک روابط اجتماعی حمایتی در سال‌های اخیر به عنوان یک متغیر کلیدی پیش‌بینی کننده‌ی سلامت، ظهور کرده است (کلیر، گوردون، کرون و ریلی^۱، ۲۰۲۱). تنهایی یکی از تجارب عمومی بشر و احساسی است که هر فرد کم‌وبیش آن را تجربه می‌کند (وایتی، شنسا، سیدانی، کولتز و پریماک^۲، ۲۰۱۸) و معمولاً در طول تمام مراحل رشدی به نحوی تجربه می‌شود. برای برخی از افراد این تجربه زودگذر و گاه‌به‌گاه است و برای برخی دیگر فراگیر و ثابت است. برای گروهی تنهایی به صورت پیوسته در حال افزایش تجربه می‌شود و به مرحله‌ای می‌رسد که تحمل آن سخت می‌شود (کلینبرگ^۳، ۲۰۱۶). احساس تنهایی به صورت ادراک ذهنی در فرد که از عدم رضایت کمی و کیفی در روابط با دیگران ناشی می‌شود. تعریف شده است. احساس تنهایی بر اساس بسیاری از تعاریف تجربه‌ای آزاددهنده است که مشکلات روان‌شناختی و جسمانی شدیدی را به دنبال دارد. آمارها نشان می‌دهد که از هر چهار نفر یک نفر از احساس تنهایی رنج می‌برد (کلیر و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی از سازه‌های دیگر که می‌تواند گریبان گیر زنان مطلقه گردد، احساس گناه می‌باشد. احساس گناه مؤلفه‌ای است که می‌تواند سلامت روانی فرد و در نتیجه تعهد و رضایت زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد. احساس گناه تنها محصول نادیده گرفتن معیارهای اخلاقی، مذهبی یا اجتماعی نبوده، بلکه احساس کوتاهی نمودن در برخورد با یک وظیفه یا احساس انجام یک کار نادرست، در انتظار مجازات بودن یا مورد بازخواست قرار گرفتن هم از آن استنباط می‌شود (هاشمی، درتاج، سعدی‌پور، اسدزاده، ۱۳۹۶). احساس گناه نه یک وضعیت فکر بلکه یک حالت هیجانی است (اورث، رابینز و سوتو^۴، ۲۰۱۰). احساس گناه احساساتی را در بر می‌گیرد که دامنه‌ی آن از خود ناامید شدن و غم واندوه گرفته تا احساس لکه‌دار شدن و ننگین شدن و مهر بدنامی خوردن را در بر می‌گیرد. در احساس گناه، فرد خود را ارزیابی می‌کند. در تفکر اسلامی، احساس گناه ناشی از وقوف فرد به عدم تطابق کردارش با هنجارها و احکام یک نظام اخلاقی مقدس است. گاهی اوقات هم احساس پشیمانی حاصل از خیانت و عدم تعهد فرد را دچار احساس گناه و ناراحتی‌های روحی و روانی می‌نماید (دمهری، مهرابی زاده، هنرمند، یآوری، ۱۳۹۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویکردی است که در میان موج سوم درمان‌های رفتاری بسیار موفق عمل نموده است. این رویکرد جایگزین نظریه‌هایی است که لازمه پیشرفت بالینی را تغییر مستقیم محتوایی افکار، هیجانات و علائم بدنی می‌دانستند. در نظریه‌های موج سوم رفتاردرمانی بجای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناخت‌ها و هیجانات، کارکرد آن‌ها را هدف قرار می‌دهد (هیز و استروسال^۵، ۲۰۱۰). به‌زعم باتن^۶ (۲۰۱۱) دلیل موفقیت ACT با انواع گوناگون اختلالات بالینی و نیز گروه‌های مختلف افراد این است که این رویکرد به جای تمرکز بر مشکل یا فراوانی نشانه‌ها که ویژگی یک اختلال هستند بر فرآیند کار کردی متمرکز است که در پس بسیاری از تظاهرات رفتاری مختل وجود دارد. در حقیقت آنچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف قرار می‌دهد یک طبقه تشخیصی خاص نیست. بلکه الگوی رفتاری است که مانع زندگی موفق

^۱ - Clair, Gordon, Kroon & Reilly

^۲ - Whaite, Shensa, Sidani, Colditz & Primack

^۳ - Klinenberg

^۴ - Orth, Robins & Soto

^۵ - Hayes & Strosahl

^۶ - Batten



می‌شود. در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشند. نه اینکه فرد به انجام گزینه‌های به‌درازد که جهت اجتناب از افکار، احساسات خاطرات، یا تمایلات آشفته ساز است و یا در حقیقت به فرد تحمیل شده است تجربه درمان در ACT بسیار متفاوت است. این درمان با هدف رهایی از احساسات بد یا حل‌وفصل یک آسیب قدیمی انجام نمی‌شود بلکه هدف آن بر ساختن یک زندگی معنادار و کامل و غنی است (عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶). از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مجموع رفتارهای ناکارآمدی که فرد جهت کاهش احساس تنهایی و فرار از آشفتگی هیجانی انجام می‌دهد را ناشی از اجتناب تجربی و کنترل و به طور کل عدم انعطاف‌پذیری شناختی می‌داند می‌توان با افزایش انعطاف‌پذیری روانی که از طریق شش گام اساسی ۱-پذیرش ۲-گسلش ۳-خود به عنوان زمینه ۴-ارتباط با زمان حال ۵-تصریح ارزش‌ها و ۶-عمل در جهت ارزش‌ها رفتارهای ناکارآمد افراد را کاهش داد (سعادت، رستمی و دربانی، ۱۳۹۵).

در این پژوهش به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دو متغیر انزوای اجتماعی و احساس گناه پرداخته می‌شود.

طلاق عامل فروپاشی بنیادی‌ترین بخش جامعه یعنی خانواده است (عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶). طلاق، تعادل عاطفی و روانی اعضای خانواده را از بین می‌برد و با توجه به استرس شدیدی که ایجاد می‌کند می‌تواند باعث بروز بسیاری از اختلالات روانی مخصوصاً در زنان شود (هالد، سیپرک، سندر و استریزی^۷، ۲۰۲۰). افزایش سوءمصرف مواد، مشکلات روحی و روانی و پرداختن به جرائم مختلف (رجبی زاده، رجبی زاده، مقدم و وفا دوست^۸، ۲۰۱۹)، آسیب دیدن روابط اجتماعی به دلیل احساس عدم امنیت اجتماعی (ویگفیلد، ترنر، آلدن، گرین و کارانیا^۹، ۲۰۲۰)، افسردگی (استاک و اسکارفیلد^{۱۰}، ۲۰۱۵)، احساس تنهایی (نجاری، خدابخشی کلایی و فلسفی نژاد، ۱۳۹۶)، انزوای اجتماعی (ویگفیلد و همکاران، ۲۰۲۰) و احساس گناه (ابوسعیدی مقدم، ثناگویی محرر و شیرازی، ۱۳۹۹) همه از مشکلات و مسائلی هستند که زنان مطلقه را درگیر خود می‌کنند.

همان‌طور که اشاره شد یکی از مشکلاتی که زنان در زمان طلاق با آن مواجه می‌شوند احساس گناه^{۱۱} می‌باشد. احساس گناه هیجانی است که بعد از یک خطای اخلاقی در فرد به وجود می‌آید و آنچه بعد از احساس گناه در فرد به وجود می‌آید، نوعی گرایش برای جبران خسارت‌های ایجاد شده می‌باشد (تانجی و دیرینگ^{۱۲}، ۲۰۰۳). احساس گناه با خود انتقادی مزمن افراد همراه است (کارپنتر، تیگنور، تسانگ و وایلت^{۱۳}، ۲۰۱۶). وقتی احساس گناه به خود انتقادی منجر شود؛ با افسردگی ارتباط قدرتمندی می‌یابد (کیم، سیودوا و جورجسون^{۱۴}، ۲۰۱۱). در کل، احساس گناه هیجان ناخوشایندی است و زمانی آن را تجربه می‌کنند که در برآورده ساختن معیارهای اخلاقی و اجتماعی مهم زندگی خود شکست خورده باشند (هاشمی، درتاج، سعدی پور و اسدزاده، ۱۳۹۶). از سوی دیگر، احساس گناه قویا با هیجان‌های افسرده ساز در ارتباط است و معمولاً باعث افسردگی می‌شود (گازل و لیچ^{۱۵}، ۲۰۱۱).

^۷. Hald, Ciprić, Sander & Strizzi

^۸. Rajabizadeh, Rajabizadeh, Moghadam & Vafadoost

^۹. Wigfield, Turner, Alden, Green & Karania

^{۱۰}. Stack & Scourfield

^{۱۱}. guilt feelings

^{۱۲}. Tangney & Dearing

^{۱۳}. Carpenter, Tignor, Tsang & Willett

^{۱۴}. Kim, Thibodeau & Jorgensen

^{۱۵}. Gausel & Leach



زمانی که افراد احساس کنند که کنترل بر زندگی خود را از دست داده‌اند، احساس گناه بیشتری را تجربه می‌کنند. در این زمینه تفاوت‌های جنسیتی تأثیر دارد و مشخص شده است که زنان با شدت بیشتری این هیجان را تجربه می‌کنند (اورث، رابینز و سوتو^{۱۶}، ۲۰۱۰). این هیجان با بهزیستی روان‌شناختی افراد ارتباط منفی دارد و باعث می‌شود که افراد بعد از تجربه شکست بر خود متمرکز شوند و اعتبار شخصی و اجتماعی خود را زیر سؤال ببرند که بسته به میزان کنترل و خودمختاری که افراد در زندگی‌شان تجربه می‌کنند، احساس گناه پیامدهای متفاوتی برای آن‌ها دارد (یانگ، نیبورز، دیلو، ترایلور و تامکینز^{۱۷}، ۲۰۱۶). به عنوان مثال در پژوهش گازل، ویگنول ولچ^{۱۸} (۲۰۱۶) افرادی که نگران تصویر اجتماعی خود بودند و فکر می‌کردند که این تصویر آسیب دیده است، به شدت احساس طرد و انزوای اجتماعی می‌کردند؛ از سوی دیگر، افرادی که نگران بودند که شکست منجر به آسیب تصویر اجتماعی آن‌ها شده است؛ تمایلی در جهت بهبود این تصویر نداشتند که این امر نیز آنان را به سمت انزوای اجتماعی سوق می‌دهد.

احساس انزوای اجتماعی^{۱۹} یک نوع واقعیت فکری است و به معنای عدم وابستگی فرد با ارزش‌های شناخته شده در جامعه می‌باشد. در چنین حالتی فرد نسبت به زمینه‌های اجتماعی خویش بیگانه است و از ارزش‌ها و اهداف مرسوم جامعه جدا می‌باشد. همچنین خود را با آنچه که از نظر جامعه مقبول و با اهمیت است همسو نمی‌داند (ویگفیلد و همکاران، ۲۰۲۰). انزوای اجتماعی افراد درگیر را با احساس خلأ، غمگینی و بی‌تعلقی مواجه می‌کند و به شیوه‌های مختلف بر تعاملات اجتماعی با دیگران، نحوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی تأثیر می‌گذارد (کلینبرگ^{۲۰}، ۲۰۱۶). زنان درگیر طلاق در وضعیتی‌اند که از دید جامعه، خانواده و دوستان مطلوب نیست و انحراف از هنجارهای معمول جامعه محسوب می‌شود. این وضعیت، شرایط اجتماعی‌ای را برای این زنان فراهم می‌آورد که منجر به از دست دادن حمایت اجتماعی خانواده، کاهش نفوذ اجتماعی و حتی گاهی تضعیف موقعیت‌ها و فرصت‌های اجتماعی آنان می‌شود؛ بنابراین احتمال کاهش پیوندهای اجتماعی زنان درگیر طلاق با خانواده، خویشاوندان، دوستان و همکاران افزایش یافته و آن‌ها احساس انزوای اجتماعی می‌کنند. تحقیقات انجام شده توسط قطبی و همکاران (۱۳۸۲) و رستمی و همکاران (۱۳۸۸) نیز حاکی از انزوای اجتماعی زنان مطلقه از سوی جامعه، کوچک‌تر شدن شبکه روابط اجتماعی آن‌ها و آسیب دیدن روابط اجتماعی آنان به دلیل احساس عدم امنیت اجتماعی است (به نقل از میرساردو و هاشمی، ۱۳۹۴). حسنی، قدرتی و امیر پور (۱۳۹۳) در تحقیق خود پیامدهای طلاق را بر زنان در سه سطح خرد، میانه و کلان تقسیم‌بندی کردند. پیامدهای سطح خرد شامل احساس از دست دادن عمر، احساس ضرر مالی، احساس تنهایی است. در سطح میانی، نگرانی از آینده‌ی فرزندان و تعارض با خانواده، در سطح کلان مشکلات مالی و اقتصادی، برچسب خوردن از سوی جامعه، پیشنهاد ارتباط فرا ازدواجی، بی‌اعتمادی به جامعه است. کاواس^{۲۱} (۲۰۱۰) در پژوهشی کیفی بر زنان مطلقه‌ی کشور ترکیه دریافت که بیشتر پاسخ‌گویان تجربه‌ی داغ ننگ را به دلیل طلاق از سوی جامعه تجربه کردند.

^{۱۶}. Orth Robins & Soto

^{۱۷}. Young, Neighbors, DiBello, Traylor & Tomkins

^{۱۸}. Gausel, Vignoles & Leach

^{۱۹}. social isolation

^{۲۰}. Klinenberg

^{۲۱}. Kavas



با توجه به اینکه که آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از طلاق به علت تبعیض‌های جنسیتی در جامعه، در زنان بیشتر نمود پیدا می‌کند، لزوم مداخله‌های روان‌شناختی را برای این گروه ضروری می‌سازد. یکی از مداخلات نسبتاً جدید در زمینه مشکلات روان‌شناختی و همچنین آسیب‌های خانوادگی، رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^{۲۲} است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله زمینه‌گرای کارکردی بر مبنای نظریه چارچوب رابطه است. در این رویکرد اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی او حاصل می‌شود که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود. بدین ترتیب که افراد سعی می‌کنند از مواجهه با بسیاری از هیجانات، احساسات یا افکار آزاردهنده اجتناب کنند یا آن‌ها را تغییر دهند درحالی‌که این تلاش‌ها بی‌تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد سعی داشته از آن‌ها اجتناب کند (هیز، لوما، باند، مسودا و لیلیز^{۲۳}، ۲۰۰۶). در این رویکرد هدف، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق ۶ فرایند پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یعنی فرد این توانایی را داشته باشد که بتواند به جای غرق شدن در گذشته و آینده، در زمان حال زندگی کند و ارزش‌ها و اهداف خود را شناسایی کند و به جای اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها، یا امیال آزاردهنده، رفتاری را در پیش بگیرد که با ارزش‌ها و اهدافش هماهنگ باشد (هیز و استروسال^{۲۴}، ۲۰۱۰).

نتایج تحقیقات نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش اضطراب میان فردی و روان‌شناختی (پترسون، ایفرت، فینگولد و داویدسون^{۲۵}، ۲۰۰۹) کاهش پریشانی زوجین (امان‌اللهی، حیران فرد، خجسته مهر و ایمانی، ۱۳۹۳)، کاهش افسردگی و افکار خودکشی (والسر، گارورت، کارلین، تروکی و دانیلی^{۲۶}، ۲۰۱۵) پذیرش درد و اضطراب (انوری، ابراهیمی، نشاط دوست، افشار و عابدی، ۱۳۹۳) و کاهش علائم اضطراب فراگیر (مژدهی، اعتمادی و فلسفی نژاد، ۱۳۹۰) مؤثر است.

علی‌رغم اینکه دانش ما در حوزه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رو به افزایش است، مطالعات اندکی در زمینه تأثیر این درمان بر انزوای اجتماعی و احساس گناه صورت گرفته است؛ همچنین با توجه به رشد روزافزون آمار طلاق در کشور و بروز پیامدهای مخرب روانی ناشی از آن برای زوجین، شناسایی و بررسی عمیق‌تر این متغیرها می‌تواند به درک ما جهت کمک به این افراد مؤثر واقع گردد؛ لذا سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس گناه و انزوای اجتماعی در زنان مطلقه پذیرش‌شده در مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان بوکان تأثیر دارد؟

اهمیت و ضرورت تحقیق

طلاق مهم‌ترین عامل ازهم‌گسیختگی ساختار خانواده که بنیادی‌ترین بخش جامعه است، می‌باشد و به زن و مرد این امکان را می‌دهد تا تحت شرایطی پیوند زناشویی را گسیخته و از یکدیگر جدا شوند. جدایی و طلاق یکی از پدیده‌های تلخ و استرس‌زای زندگی است که برخی از زوجها آن را تجربه می‌کنند و بعد از جدایی همسر، نیازمند بیشترین تغییر برای سازگاری مجدد در افراد می‌باشد. این پدیده در طول تاریخ بشریت وجود داشته

^{۲۲}. Acceptance and commitment therapy

^{۲۳}. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis

^{۲۴}. Hayes & Strosahl

^{۲۵}. Peterson, Eifert, Feingold & Davidson

^{۲۶}. Walser, Garvert, Karlin, Trocke & Danielle



است و امروزه نیز، سیر آن رو به افزایش است؛ چنانچه تقریباً نیمی از ازدواج‌ها در جهان به طلاق می‌انجامد (ویگفیلد و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به آمارهای رو به افزایش این معضل اجتماعی، در هیچ زمانی مانند عصر حاضر خطر انحلال کانون خانواده و آثار سوء ناشی از آن مطرح نبوده است. اگر طلاق در جامعه‌ای افزایش یابد، حتماً آن جامعه در آستانه بحران قرار می‌گیرد و این امر زمانی جدیت بیشتری پیدا می‌کند که بدانیم ایران بعد از کشورهای پر طلاق چون آمریکا، دانمارک و مصر عنوان چهارمین کشور پر طلاق دنیا را بر حسب جمعیت، به خود اختصاص داده است (فروتن، ۲۰۰۸؛ به نقل از نجاری و همکاران، ۱۳۹۶).

طبق آمار گزارش‌شده در سایت سازمان ثبت‌احوال کشور، در سال ۱۳۹۵، تعداد ۱۶۶۳۲۱ طلاق در کشور به ثبت رسید، همچنین در این آمار، نسبت ازدواج به طلاق در کل کشور، ۴ گزارش‌شده؛ یعنی در مقابل هر ۴ ازدواج، یک طلاق به ثبت رسیده است (صالوری محمودآبادی، ۱۳۹۳؛ به نقل از عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶).

پر واضح است که امروزه خانواده‌های ایرانی به صورت گسترده‌ای پدیده طلاق را تجربه می‌کنند؛ تا جایی که به شدت از قبح آن کاسته شده و به یک پدیده رایج در مواجهه با مشکلات زندگی تبدیل شده است.

پدیده طلاق عواقب و پیامدهای مختلف اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی دارد که در این میان ابعاد روان‌شناختی از اهمیت بسزایی برخوردار است (هالد و همکاران، ۲۰۲۰). در بسیاری از بررسی‌ها رابطه بین طلاق با مسائل آموزشی و تربیتی، عدم تعادل شخصیتی، روان‌پریشی، افسردگی، اعتیاد، جرم و بزه‌کاری، جامعه‌ستیزی و خودکشی نشان داده شده است (به نقل از ویگفیلد و همکاران، ۲۰۲۰). اکثر مطالعات نشان می‌دهند که پیامدهای منفی و آثار سوء طلاق در مورد زنان بیش از مردان است و زنان به دلیل ویژگی‌های شخصیتی و اجتماعی خاص خود، آسیب‌پذیری بیشتری در برابر بیماری‌های جسمی و روانی ناشی از طلاق نشان می‌دهند (بوراسا، سبارا و ویسمن^{۲۷}، ۲۰۱۵)؛ این در حالی است که از یک‌سو، زنان نیمی از منابع انسانی جوامع هستند که توجه به سلامت روان آن‌ها بسیار حائز اهمیت است. داشتن روحیه امید، سرزندگی و شادابی زنان می‌تواند تأثیر چشمگیری در نحوه کارکرد و فعالیتشان داشته باشد و به نوبه خود، موجبات شادی فرزندان و نسل بعدی را فراهم کند و از سوی دیگر ظرافت عاطفی، شاخصه مهم شخصیت زنان می‌باشد و احتمال ابتلا به اختلالات و آسیب‌های متعدد ناشی از طلاق را در ایشان افزایش می‌دهد؛ بنابراین، توجه به تأثیرات زیان باری که طلاق بر سلامت روان این گروه از جامعه می‌گذارد، ضروری به نظر می‌رسد.

یکی از مخاطراتی که طلاق با خود به همراه دارد، ایجاد احساس گناه و انزوای اجتماعی در زوجین مطلقه به ویژه زنان است. احساس گناه مؤلفه‌ای است که می‌تواند سلامت روانی زنان مطلقه را تحت تأثیر قرار دهد. احساس گناه تنها محصول نادیده گرفتن معیارهای اخلاقی، مذهبی یا اجتماعی نبوده، بلکه احساس کوتاهی نمودن در برخورد با یک وظیفه یا احساس انجام یک کار نادرست، در انتظار مجازات بودن یا مورد بازخواست قرار گرفتن هم از آن استنباط می‌شود (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۶). احساس گناه نه یک وضعیت فکری بلکه یک حالت هیجانی است (کارپنتر و همکاران، ۲۰۱۶). احساس گناه احساساتی را در بر می‌گیرد (کیم و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین انزوای اجتماعی افراد را از مشارکت رسمی و غیررسمی در جامعه شدن و هر بدنامی خوردن را در بر می‌گیرد (کیم و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین انزوای اجتماعی افراد را از مشارکت رسمی و غیررسمی در جامعه

^{۲۷}. Bourassa, Sbarra & Whisman



محروم می‌سازد، مبادله اجتماعی و دلبستگی اجتماعی را کاهش می‌دهد، از تبادل پایدار و دائمی افکار و احساسات از کل به فرد و از فرد به کل جلوگیری می‌کند، موجب تضعیف یا قطع روابط و مبادلات نامتقارن گرم و همچنین روابط گفتگومانی می‌شود و در نهایت، روابط طولانی، پایدار و عمیق را غیر ممکن می‌سازد. کاهش یا تضعیف روابط و انزوای اجتماعی زمینه‌ی مساعدی برای تقویت باس اجتماعی، احساس عجز و احساس گناه فراهم می‌سازد و خزانه رفتاری فرد را کاهش می‌دهد (کلینبرگ، ۲۰۱۶).

محدودیت شدید خزانه رفتاری، اصل آسیب‌شناسی روانی از دیدگاه ACT محسوب می‌شود. هدف درمان کاهش نشانه نیست، بلکه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌های است که رفتار محدود شده است. پرورش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای افزایش گزینه‌های رفتاری به‌وسیله یادگیری تماس آگاهانه و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند و یادگیری رهایی از ذهن ارزیاب کننده و شرکت در رفتارهای که منطبق با ارزش‌ها باشد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). از سوی دیگر در زنان مطلقه، احساس گناه و انزوای اجتماعی به عنوان یک گزینه‌ی محدود برای پاسخ به موقعیت‌ها و مشکلات دشواری که با آن روبرو می‌شوند انتخاب می‌شود. از دیدگاه ACT محدود شدن گزینه‌های رفتاری قلب روان‌درمانی است. به زنان مطلقه کمک می‌شود تا گزینه‌های منعطف‌تر و بادوام‌تر را برای رفتار خود که مبتنی بر ارزش‌هایشان می‌باشد انتخاب کنند.

درمان ACT به عنوان یک مداخله رفتاری به این افراد کمک می‌کند تا بیشتر در لحظات کنونی زندگی کنند و به جای افکار، احساسات و تجربیات ناراحت‌کننده که در زندگی تجربه می‌کنند، بر ارزش‌ها و اهداف مهم متمرکز نمایند. با کمک ACT این گروه از افراد با پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب و آگاهی و شناخت ارزش‌های شخصی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب می‌کنند که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

به‌طور کلی طلاق پیامدهای اقتصادی، اجتماعی و روانی مخربی را به افراد به ویژه زنان تحمیل می‌کند. در بین سازه‌های روان‌شناختی، احساس گناه و انزوای اجتماعی پیامدهای نامطلوبی را پس از طلاق ایجاد می‌کنند و افراد را به سمت اختلالات روانی شدیدتری همچون افسردگی و خودکشی سوق می‌دهند. در این میان درمان ACT علی‌رغم خلأ پژوهشی برای سازه‌های احساس گناه و انزوای اجتماعی، بر اساس نظریه می‌تواند مشکلات ناشی از این سازه‌های روان‌شناختی را تخفیف دهد؛ لذا پژوهش حاضر ضرورت می‌یابد.

هدف کلی

میزان اثربخشی برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس گناه و انزوای اجتماعی در زنان مطلقه پذیرش‌شده در مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان بوکان.

پیشینه پژوهش

ابوسعیدی مقدم و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق که بر روی یک نمونه ۳۰ نفری صورت گرفت نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است که احساس تنهایی، شرم و گناه را در متقاضیان طلاق کاهش دهد و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بماند.



اعلمی، تیموری، آهی و بیاضی (۱۳۹۹) در پژوهش خود به عنوان مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد تلفیقی طرحواره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق نشان دادند که هر دو درمان بر کاهش تعارضات زناشویی اثربخش هستند؛ اما درمان طرحواره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرتر است.

سنگانی و دشت بزرگی (۱۳۹۷) در مطالعه خود با عنوان اثربخشی طرحواره درمانی بر سلامت روانی، نشخوار ذهنی و احساس تنهایی زنان مطلقه که بر روی یک نمونه ۴۰ نفری (دو گروه آزمایش و کنترل) صورت گرفت نشان دادند که طرحواره درمانی به طور معنی داری باعث سلامت روانی، کاهش نشخوار ذهنی و احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی زنان مطلقه می گردد.

نجاری و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود تحت عنوان اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری روان شناختی زنان مطلقه که بر روی یک نمونه ۳۰ نفره در شهر تهران صورت گرفت نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود سازگاری کلی زنان مطلقه گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل گردید.

عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶) در پژوهش خود با عنوان مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه که بر روی یک نمونه ۴۸ نفری صورت گرفت نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری نسبت به درمان راه حل محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی مؤثرتر می باشد.

سعادت، رستمی و دربانی (۱۳۹۵) در مطالعه خود با عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) در تقویت عزت نفس و سازگاری پس از طلاق زنان که بر روی یک نمونه ۴۶ نفری از زنان مطلقه صورت گرفت نشان دادند که هر دو درمان به بهبود سازگاری پس از طلاق و عزت نفس کمک می کنند.

فتح اله زاده، سعیدی، ایچی حق، سعادت و رستمی (۱۳۹۵) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی گروهی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی که بر روی یک نمونه ۳۰ نفری صورت گرفت نشان دادند که ACT اثر معنی داری بر احساس تنهایی سالمندان دارد.

والسر و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود با عنوان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان افسردگی و افکار خودکشی که بر روی یک نمونه ۹۸۱ نفری صورت گرفت نشان دادند که درمان ACT بعد از ۱۰ جلسه در کاهش علائم این اختلالات مؤثر عمل کرده است. هالد و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه مقطعی^{۲۸} خود با عنوان اضطراب، افسردگی و عوامل مرتبط با آن در میان افرادی که اخیراً طلاق گرفته اند که بر روی یک نمونه ۱۸۵۶ نفری از کشور دانمارک صورت گرفت نشان دادند که افرادی که طلاق گرفته اند به طور معنی داری نشانه های افسردگی و اضطراب را نسبت به جمعیت عمومی گزارش داده بودند. در این میان انزوای اجتماعی نیز در افرادی که اخیراً طلاق گرفته بودند بیشتر گزارش شده بود.

^{۲۸}. cross-sectional design



قربانی امیر، مورادی، عارفی و احمدیان^{۲۹} (۲۰۱۹) در پژوهش خود با عنوان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، تاب-آوری و راهبرهای خودکنترلی در زنان مطلقه نشان دادند که ACT بر تنظیم شناختی هیجان، تاب-آوری و خودکنترلی تأثیر دارد.

لئوپولد^{۳۰} (۲۰۱۸) در پژوهش خود با عنوان پیامدهای طلاق و تفاوت‌های جنسیتی بدین یافته رسید که مردان در برابر پیامدهای کوتاه‌مدت طلاق آسیب‌پذیرترند و زنان در برابر پیامدهای بلندمدت طلاق آسیب‌پذیری بیشتری دارند؛ و هر دو گروه در برابر پیامدهای میان‌مدت طلاق به یک میزان آسیب‌پذیر بودند.

داویسون، اپینگستال، رونچی و اوکانر^{۳۱} (۲۰۱۷) در پژوهش خود با عنوان بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای نشانه‌های افسردگی و اضطراب در بزرگسالان که بر روی یک نمونه ۴۱ نفری صورت گرفت. بدین نتیجه رسیدند که نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب در پس‌آزمون به طور معنی‌داری بعد از درمان ACT کاهش می‌یابد.

مقانلو، مقانلو و معززی^{۳۲} (۲۰۱۵) در پژوهش خود با عنوان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی و احساس گناه در کودکان دیابتی نشان دادند که درمان ACT بر روی افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی و احساس گناه این گروه مؤثر بوده است.

ون تیلبرگ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود با عنوان احساس تنهایی بعد از طلاق: یک مطالعه کوهورت بین زوجین جوان و مسن آلمانی بدین نتیجه رسیدند که افرادی که دو بار طلاق گرفته بودند از افرادی که یک بار طلاق گرفته‌اند احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی بیشتری دارند. همچنین این پژوهشگران با مقایسه داده‌های ۲۰ سال اخیر از ۱۹۹۲ تا ۲۰۱۲ بدین نتیجه رسیدند که موقعیت اجتماعی افراد مطلقه در جامعه بهبود یافته و افراد مطلقه در کشور آلمان نسبت به گذشته کمتر احساس تنهایی می‌کنند.

پترسون و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه موردی خود با عنوان استفاده از درمان پذیرش و تعهد برای درمان زوجین مضطرب بدین یافته رسیدند که ACT با افزایش آگاهی زوجین نسبت به چرخه معیوب واکنش‌های منفی زوجین به یکدیگر می‌تواند درمان مؤثری در زوج‌درمانی باشد.

۲- روش شناسی: (نوع تحلیل، روش گردآوری مطالب، جامعه آماری، مدل نمونه گیری، روش تحلیل یافته ها ...)

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه می باشد. در پژوهش حاضر درمان پذیرش و تعهد به‌عنوان متغیر مستقل و احساس گناه و انزوای اجتماعی به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده اند؛ که بر این اساس دیگرام طرح حاضر به‌صورت زیر می باشد:

R	T	X	T
R	T	-	T

^{۲۹}. Ghorbani Amir, Moradi, Arefi, & Ahmadian,

^{۳۰}. Leopold

^{۳۱}. Davison, Eppingstall, Runci, & O'Connor

^{۳۲}. Moghanloo, Moghanloo, & Moazezi



R_1 : گزینش تصادفی (گروه آزمایش)؛ R_2 : گزینش تصادفی (گروه کنترل)؛ T_1 : پیش آزمون؛ X : متغیر مستقل؛ T_2 : پس آزمون؛

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان بوکان در سال ۱۳۹۹ می باشد در پژوهش حاضر حجم نمونه ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) در نظر گرفته شده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه انزوای اجتماعی

این پرسشنامه توسط مدرسی یزدی در سال ۱۳۹۳ ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۸ گویه دارد که ۴ خرده مقیاس آن را اندازه می گیرند:

سؤال	ابعاد (مؤلفه)	مقوله (متغیر)
۶	تنهایی	انزوای اجتماعی
۳	عجز	
۵	یأس اجتماعی	
۴	کاهش تحمل اجتماعی	

این مقیاس بر اساس طیف لیکرت اندازه گیری می شود. به طوری که نمره ۱، کمترین مقدار و نمره ۵ بیشترین مقدار را دارا می باشد.

پرسشنامه احساس گناه

پرسشنامه احساس گناه یکی از ابزارهای خودسنجی تهیه شده در زمینه احساس گناه است. این پرسشنامه توسط کوگلر و جونز بین سالهای ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۲ ساخته شده، تکمیل و اصلاح گردیده است. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه و سه خرده مقیاس است.

• مؤلفه های پرسشنامه:

۱. خصیصه گناه سؤالات ۲، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۲۰، ۲۱، ۲۳ و ۲۶
۲. حالت گناه سؤالات ۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۳۰، ۳۳، ۳۶، ۳۷، ۴۳ و ۴۵
۳. معیارهای اخلاقی سؤالات ۱، ۳، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۳۲، ۳۸، ۳۹، ۴۲، ۴۷، ۲۹، ۳۱، ۳۴، ۳۵، ۴۰، ۴۱، ۴۴

بسته درمان پذیرش و تعهد

در پژوهش حاضر روش مداخله بر اساس پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز^{۳۳} و همکاران (۱۹۹۹)، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در ۴ هفته - ی پیاپی، هر هفته ۲ جلسه، برگزار گردید.



جدول ۱: خلاصه‌ی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا
اول	آشنایی گروه با یکدیگر، برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی
دوم	درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که کنترل، مسئله است نه راه حل
سوم	شناسایی ارزش‌های فرد، تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش‌های افراد و به کارگیری استعاره‌های مربوطه
پنجم	بررسی هم‌جوشی و گسلش و انجام تمرین‌هایی 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 طرح‌های رفتاری مطابق ارزش‌ها و جمع‌بندی

به منظور اجرای پژوهش، بعد از اخذ مجوز از دانشگاه به اداره بهزیستی شهرستان بوکان مراجعه و بعد از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان آن، لیستی از زنان مطلقه پذیرش شده در مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان بوکان تهیه شد. سپس، بعد از تماس با تعدادی زنان مطلقه پذیرش شده در مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان بوکان، اهداف پژوهش برای آن‌ها شرح داده می‌شود و از این میان ۵۰ نفر از زنانی که تمایل خود را برای شرکت در پژوهش ابراز داشتند، ۳۰ نفر نزدیک به معیارهای پژوهش به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و از این میان به روش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. و پس از اجرای مرحله پیش‌آزمون، جلسات روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اعضای گروه آزمایش برگزار گردید؛ لازم به ذکر است که در مدت برگزاری جلسات، اعضای گروه گواه هیچ نوع آموزش و درمانی را دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات پس‌آزمون‌های مربوط به متغیرهای پژوهش بر روی شرکت کنندگان اجرا شد. در نهایت، داده‌های لازم برای بررسی فرضیه‌های پژوهش گردآوری شد. داده‌های پژوهش حاضر در دو بخش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در بخش نخست از روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. کلیه تحلیل‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۱ انجام شد.



۳- بحث درباره یافته ها

در این قسمت با توجه به موضوع تحقیق حاضر که به « تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس گناه و انزوای اجتماعی در زنان مطلقه پذیرش شده در مرکز اورژانس اجتماعی بوکان» می پردازد، در ابتدا به منظور توصیف آماری، از جداول مربوط به یافته های دموگرافیک و شاخص های آمار توصیفی استفاده می شود که در آن از میانگین نمرات متغیرها به عنوان شاخص گرانش مرکزی و از انحراف معیار نمرات به عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد. در راستای تحلیل های استنباطی بعد از آزمون بررسی نرمال بودن توزیع داده ها (کالموگروف اسمیرنوف)، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و استفاده شد.

یافته های جمعیت شناختی

جدول شماره ۴-۱ نتایج دموگرافیک نمونه پژوهش را نشان می دهد:

جدول شماره ۴-۱: یافته های دموگرافیک

متغیر دموگرافیک	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
گروه	آزمایش	۱۵	۵۰
	کنترل	۱۵	۱۰۰
	کل	۳۰	-
دامنه سنی	۱۸-۲۵ سال	۷	۲۳/۳
	۲۵-۳۵ سال	۱۱	۳۶/۷
	۳۵-۴۵ سال	۱۱	۳۶/۷
	۴۵-۵۰ سال	۱	۳/۳
	کل	۳۰	۱۰۰
	دیپلم	۱۴	۴۶/۷
مدرک تحصیلی	کاردانی	۹	۳۰
	کارشناسی	۷	۲۳/۳
	کل	۳۰	۱۰۰
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۴	۱۳/۳
	یک فرزند	۱۴	۴۶/۷
	دو فرزند	۱۲	۴۰
	کل	۳۰	۱۰۰

بررسی نرمال بودن توزیع داده ها

در این قسمت به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده های مربوط به ابعاد متغیر احساس گناه و انزوای اجتماعی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در زیر ارائه شده است.



جدول ۴-۳: نتایج مربوط به نرمال بودن توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش و ابعاد آن

متغیر	مرحله	آماره کولموگروف اسمیرنوف	سطح معناداری
خصیصه گناه	پیش‌آزمون	۰/۵۲۷	۰/۹۴۴
	پس‌آزمون	۰/۷۱۴	۰/۶۸۸
حالت گناه	پیش‌آزمون	۰/۵۵۴	۰/۹۱۹
	پس‌آزمون	۰/۷۴۸	۰/۶۳۱
معیارهای اخلاقی	پیش‌آزمون	۰/۴۱۱	۰/۹۹۶
	پس‌آزمون	۰/۴۳۸	۰/۹۹۱
احساس گناه (کلی)	پیش‌آزمون	۰/۵۱۴	۰/۹۵۴
	پس‌آزمون	۰/۴۶۱	۰/۹۸۴
تنهایی	پیش‌آزمون	۰/۷۴۲	۰/۶۴۰
	پس‌آزمون	۰/۶۸۲	۰/۷۴۰
عجز	پیش‌آزمون	۰/۵۷۲	۰/۸۹۹
	پس‌آزمون	۰/۹۳۷	۰/۳۴۴
یأس اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۸۵۴	۰/۴۶۰
	پس‌آزمون	۰/۵۵۰	۰/۹۲۳
کاهش تحمل اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۴۶۶	۰/۹۸۲
	پس‌آزمون	۰/۶۹۶	۰/۷۱۷
انزوای اجتماعی (کل)	پیش‌آزمون	۰/۴۸۰	۰/۹۷۵
	پس‌آزمون	۰/۶۴۷	۰/۷۹۷

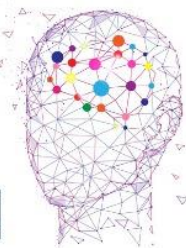
جدول ۴-۳، نتایج اجرای آزمون کولموگروف اسمیرنوف بر داده‌های مربوط به متغیرهای احساس گناه و انزوای اجتماعی و ابعاد آنها را نشان می‌دهد. این آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد؛ بدین صورت که اگر سطح معناداری کمتر از $p > 0.05$ نشانگر عدم نرمال بودن توزیع داده‌ها و سطح معناداری بیشتر از بالاتر از $p < 0.05$ نشانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها است. همان‌گونه که در جدول ۴-۳ می‌توان ملاحظه نمود، نتایج آزمون اسمیرنوف-کولموگروف برای هیچ‌کدام از داده‌های مربوط به متغیرهای احساس گناه و انزوای اجتماعی و ابعاد آنها معنادار نیست ($p > 0.05$) و این امر نرمال بودن توزیع داده‌ها را تأیید می‌کند.

فرضیه اصلی: برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس گناه و انزوای اجتماعی در زنان مطلقه پذیرش‌شده در مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان بوکان تأثیر دارد.

به منظور بررسی فرضیه اصلی پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد؛ جدول شماره ۴-۴ نتایج آزمون ام‌باکس جهت بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس آمده است.

جدول شماره ۴-۴: نتایج آزمون ام‌باکس

ام‌باکس	F	Df _۱	Df _۲	Sig
۲/۰۶۱	۰/۶۳۴	۳	۱۴۱۱۲۰/۰۰	۰/۵۹۳



نتایج جدول فوق نشان می دهند که فرض همگنی واریانس ها محقق شده است. زیرا F مشاهده شده در سطح $p < 0.05$ معنادار نیست. بر این اساس پیش فرض همگنی ماتریس های واریانس و کوواریانس برای داده های مربوط به متغیرهای احساس گناه و انزوای اجتماعی رعایت شده است.

به منظور بررسی پیش فرض تساوی خطاهای واریانس در نمرات درون گروهی متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۴-۵: نتایج آزمون لوین در داده های مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
احساس گناه	۰/۷۶۵	۱	۲۸	۰/۳۸۹
انزوا اجتماعی	۰/۰۰۶	۱	۲۸	۰/۹۳۸

همان طور که در جدول ۴-۵ ملاحظه می گردد، F محاسبه شده برای نمرات کلی متغیرهای احساس گناه و انزوا اجتماعی معنادار نبوده ($p > 0.05$)، و بر این اساس می توان گفت که پیش فرض تساوی خطاهای واریانس برای داده های مربوط به متغیرهای پژوهش رعایت شده است و و اجرای آزمون تحلیل کوواریانس بلامانع است.

در ادامه به منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس گناه و انزوای اجتماعی آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره اجرا شد که نتایج آن در زیر ارائه شده است:

جدول ۴-۶: خلاصه تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد متغیرهای احساس گناه و انزوای اجتماعی

اثر	آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	معناداری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلای	۰/۹۲۱	۱۴۵/۴۱۷	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۷۹	۱۴۵/۴۱۷	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۱
	اثر هتلینگ	۱۱/۶۳۳	۱۴۵/۴۱۷	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۱
	ریشه دو روی	۱۱/۶۳۳	۱۴۵/۴۱۷	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۱

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۴-۶ می توان دریافت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای احساس گناه و انزوا اجتماعی اثر معنادار دارد ($P < 0.01$). به بیان دیگر، نتایج نشانگر این است که گروه های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای احساس گناه و انزوا اجتماعی تفاوت معناداری دارند ($P < 0.01$). با توجه به مجذور اتای لامبدای ویلکز (۰/۹۲۱) می توان معین کرد که متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) ۰/۹۲۱ درصد از واریانس کل را تعیین می کند.



در ادامه برای بررسی دقیق تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس گناه و انزوا اجتماعی، آزمون تحلیل کوواریانس در متن مانکوا اجرا شد که نتایج آن در زیر ارائه شده است.

جدول ۴-۷: نتایج تحلیل کوواریانس در متن مانکوا

متغیر وابسته	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجزور اتا
احساس گناه	پیش آزمون	۶۶۷۵/۶۷۴	۱	۶۶۷۵/۶۷۴	۱۱۵/۶۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۶
	گروه	۱۱۹۱۶/۵۸۵	۱	۱۱۹۱۶/۵۸۵	۲۰۶/۴۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۸
	خطا	۱۵۰۰/۸۹۶	۲۶	۵۷/۷۲۷			
انزوای اجتماعی	پیش آزمون	۶۷۱/۵۷۱	۱	۶۷۱/۵۷۱	۴۱/۰۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۲
	گروه	۳۵۷۹/۴۰۶	۱	۳۵۷۹/۴۰۶	۲۱۸/۹۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹۴
	خطا	۴۲۴/۹۹۵	۲۶	۱۶/۳۴۶			

جدول ۴-۷ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر های احساس گناه و انزوا اجتماعی زنان مطلقه را نشان می دهد. همان طور که در جدول ۴-۱۱ ملاحظه می شود:

❖ تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون متغیر احساس گناه پس از کنترل تفاوت های اولیه پیش آزمون، در دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد ($F=115/643, p<0/01$). به بیان دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر کاهش سطح احساس گناه زنان مطلقه داشته است. همچنین، نتایج جدول شماره ۴-۷ اثر معنادار متغیر گروه بندی را نیز برای احساس گناه نشان می دهد ($F=206/431, p<0/01$). به بیان دیگر، این نتایج بیانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش نمرات احساس گناه در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. همچنان که ملاحظه می گردد، اندازه مجزور اتا نیز برابر با ۸۱ درصد بوده و در سطح $p<0/01$ معنادار است. بر این اساس می توان ۸۱ درصد از تغییرات احساس گناه را به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت داد. در کل، این نتایج نشانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی معناداری بر احساس گناه داشته است.

❖ تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون انزوا اجتماعی پس از کنترل تفاوت های اولیه پیش آزمون، در دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد ($F=41/085, p<0/01$). به بیان دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر کاهش سطح انزوا اجتماعی در زنان مطلقه داشته است. همچنین، نتایج جدول شماره ۴-۷ اثر معنادار متغیر گروه بندی را نیز برای انزوا اجتماعی نشان می دهد ($F=218/978, p<0/01$). به بیان دیگر، این نتایج بیانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش نمرات مربوط به انزوا اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. همچنان که ملاحظه می گردد، اندازه مجزور اتا نیز برابر با ۶۱ درصد بوده و در سطح $p<0/01$ معنادار است. بر این اساس می توان ۶۱ درصد از تغییرات انزوا اجتماعی را به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت داد. در کل، این نتایج نشانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی معناداری بر انزوا اجتماعی داشته است.

در ادامه به منظور بررسی تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات احساس گناه و انزوا اجتماعی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در زیر ارائه شده است.



جدول ۴-۸: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نمرات احساس گناه و انزوا اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مقایسه گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری	فاصله اطمینان ۹۵ درصدی
					حد پایین حد بالا
احساس گناه	آزمایش-کنترل	-۴۱/۳۶۰	۲/۸۷۹	۰/۰۰۰۱	-۴۷/۲۷۸ -۳۵/۴۴۳
انزوا اجتماعی	آزمایش-کنترل	-۲۲/۶۶۸	۱/۵۳۲	۰/۰۰۰۱	۱۹/۵۱۹ ۲۵/۸۱۷

نتایج جدول ۴-۸ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای احساس گناه و انزوا اجتماعی به ترتیب -۴۱/۳۶۰، -۲۲/۶۶۸ بوده که این مقدار از نظر آماری نیز تأیید شده است ($P < 0/01$). به عبارت دیگر میانگین نمرات احساس گناه و انزوا اجتماعی بعد از اعمال درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش، به طور معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

۴- نتیجه گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی میزان اثربخشی برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ابعاد احساس گناه و انزوای اجتماعی در زنان مطلقه پذیرش شده در مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان بوکان صورت گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان بوکان در سال ۱۳۹۹ بمی باشد و حجم نمونه ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) در نظر گرفته شد که بر اساس روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه ی پرسشنامه انزوای اجتماعی و پرسشنامه احساس گناه بودند. داده ها با استفاده از SPSS-۲۱ و با روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر احساس تنهایی و انزوای اجتماعی و ابعاد هر یک از این متغیرها اثرگذار است. در ادامه به بحث در مورد یافته های بدست آمده پرداخته می شود.

احساس گناه، رفتار آموخته شده ای است که ضرورتاً متوجه تحقیر یا سرزنش «خود» است که همراه با احساس شرم که در نتیجه این رفتار به وقوع پیوسته، احساس کلی و مزمن گناه را به وجود می آورد (تانجی و دیرینگ، ۲۰۰۳). بر اساس نظر روث بندیکت، احساس گناه در نتیجه تخلف از ارزش های درونی ایجاد می شود و احساسی منفی است که آکنده از پشیمانی و احساس مسئولیت نسبت به اشتباه است نه نسبت به خود شخص (هارپر، ۲۰۱۳). گناه به عنوان هیجانی بر اساس ناکامی توصیف شده است، جایی که فرد به اضطراب، ترس و عصبانیت مبتلا می شود و این نیاز را احساس می کند که برای جبران باید به نحوی رفتار کند که معیارهای اخلاقی درونی را نقض نکند؛ لذا می تواند فرد را مستعد اختلالات اضطرابی و افسردگی نماید. در تبیین این فرضیه می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته با به کارگیری شش فرآیند اصلی که به عنوان شش وجهی ACT شناخته می شود بر کاهش احساس گناه زنان مطلقه در کل و بر تمام ابعاد آن اثر گذار باشد. پنج فرآیند این شش وجهی از طریق انجام تمرینات، فرآیند کلی پذیرش را در مراجعین به وجود می آورد که شامل مولفه پذیرش، گسلش شناختی، ارزش ها، خود به عنوان زمینه و بودن در زمان حال می باشد. اما قبل از بکارگیری این مهارت ها از طریق ناامیدی سازنده راه کارهای که برای مقابله با رویدادهای درونی ناخوشایند



وهیجان های منفی (احساس گناه) بکار بردند بررسی شد و ناکارآمد بودن راه کارها و این که کنترل واجتناب از افکار و هیجانات آشفته کننده خود مسئله و مشکل می باشد بیان گردید. این دو مورد یعنی کنترل واجتناب در افرادی که احساس گناه بالایی دارند بیشترین آسیب را به فرد می زند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش برای کنترل رویدادهای بیرونی را مؤثر می داند اما تلاش برای کنترل و سرکوب کردن تجارب درونی نظیر افکار و هیجانات و تصاویر ذهنی و خاطرات را باعث تشدید شدن این تجارب میداند این درمان مراجع را به پذیرش تجارب درونی سوق می دهد. برای مراجعین روشن می شود، پذیرش به معنای فسادادن به احساسات، افکار و هیجانات منفی است که افراد سعی می کنند آنها را کنترل یا اجتناب کنند و یک نگاه بدون قضاوت به رویدادهای درونی داشته باشند و در کنار این تجربیات درونی در جهت ارزش ها حرکت کنند. همچنین ACT از طریق گسلش شناختی می تواند احساس گناه را کاهش دهد. گسلش شناختی وقتی به وجود می آید که افراد با رویدادهای درونی منفی ایجاد شده جوش نخوردند یعنی این رویدادهای درونی منفی رفتار آنها را تعیین نکند. چه بسا ممکن است این افکار، احساسات و هیجانات منفی تولید ذهن ما باشد و در دنیای واقعی واقعیت نداشته باشند؛ همچنین از طریق مولفه خود به عنوان زمینه می توان فرآیند جدایی خود از افکار و هیجانات واحساسات منفی را بوجود آورد اینکه هر فردی یک خود ثابت دارد و احساسات و هیجانات منفی جدا از این خود می باشد و این خود یک وجود مستقلی است که در رویدادهای درونی منفی غرق نمی شود و واکنش و رفتار فرد کمتر تحت تاثیر این رویدادهای منفی درونی قرار بگیرد؛ همچنین از طریق مولفه تصریح ارزش های مهم در زندگی مراجعین مشخص گردید تا از این طریق مراجعین در مواقع هجوم رویدادهای درونی منفی به جای انجام رفتارهای که ناموثر بوده یا کارآمدی آن ها کوتاه مدت بوده و بیشتر جنبه اجتنابی دارند(مصرف سیگار، پرخوری و غیره) از طریق اقدام متعهدانه در جهت ارزش های خود حرکت کرده تا زندگی شان غنی و ارزشمند گردد.

اگر بخواهیم تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر سه بعد احساس گناه جداگانه بیان کنیم به این شکل خواهند بود که در بعد خصیصه گناه از طریق مؤلفه ذهن آگاهی یا بودن در زمان حال (مشاهده تجربیات درونی و عدم قضاوت) و پذیرش (فضا دادن به تجربیات درونی) و گسلش شناختی (افکار همیشه مساوی با واقعیت نمی باشد) می توان خصیصه گناه را در افراد کاهش داد. بدین ترتیب وقتی که خصیصه گناه در فرد بوجود می آید اگر نسبت به آنها نگرش بدون قضاوت و گذار داشته باشیم و به آنچه در زمان حال اتفاق می افتد توجه کنیم و در کنار این رویدادهای درونی به آن چه برایمان مهم و مفید هست و زندگی مان را غنی می کند بپردازیم بر کاهش خصیصه گناه تاثیر گذار می باشد. ACT همچنین از طریق فرآیندهای گسلش شناختی و خود به عنوان زمینه می تواند بر بعد حالت گناه در افراد تاثیر گذار باشد. ACT همچنین بر بعد معیارهای اخلاقی با درماندگی خلاق و روشن کردن ناکارآمدی راهکارهای بکار برده شده که بیشتر جنبه کنترل واجتناب دارند تاثیر گذار است.

به طور کلی و با توجه به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می توان گفت بالا بودن احساس گناه در زنان مطلقه، خودش را در فرآیندهای اجتناب تجربه ای، قطع تماس با لحظه حال، همجوشی شناختی، مشخص نبودن ارزش ها وعدم وجود رفتار متعهدانه نشان می دهد. درمان ACT با کار کردن روی این مولفه های گفته شده، به تقویت پذیرش و تماس با لحظه حال کمک می کند و فرد ارزش های خود را شناخته و در مسیر ارزش ها گام برداشته و نسبت به آنها متعهد بماند. به این ترتیب در مجموع احساس گناه فرد کاهش می یابد.



پیشنهادهات

- ۱- به دلیل عدم پیگیری در این مداخله برای اثربخشی این درمان و ماندگاری تاثیر این درمان پیشنهاد می شود این رویکرد درمانی در تعداد جلسات بیشتری اجرا شود تا مطالب بیشتری بیان شده و اثرگذاری ماندگارتری داشته باشد.
- ۲- به دلیل تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش انزوا اجتماعی و احساس گناه و متعهد شدن به اجرایی فعالیت های مبتنی بر ارزش ها، پیشنهاد می شود سمینارها و کلاس های آموزشی با این رویکرد برای زنان برگزار شود.
- ۳- از آن جا که وضعیت اقتصادی و اجتماعی و سلامت روان و سابقه مشکلات روانپزشکی و روانشناختی آزمودنی ها می تواند در میزان احساس گناه و انزوا اجتماعی مؤثر باشد پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی مورد بررسی و توجه خاص قرار گیرد.

منابع

- ابوسعیدی مقدم، نجمه؛ ثناگوی محرر، غلامرضا؛ شیرازی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق. روانشناسی کاربردی، ۱۴(۱): ۳۵-۵۴.
- اعلمی، مهدی؛ تیموری، سعید؛ آهی، قاسم؛ بیاضی، محمدحسین. (۱۳۹۹). مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد تلفیقی طرحواره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق. فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی. ۹(۳۳)، ۵۸-۷۱.
- امان اللهی، عباس؛ حیریان فرد، نرگس؛ خجسته مهر، رضا و ایمانی، مهدی. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان پریشانی زوج ها. دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۴(۱): ۱۰۵-۱۲۰.
- دمهری، فرنگیس. مهرابی زاده هنرمند، مهناز. یآوری، امیرحسین. (۱۳۹۰). بررسی افسردگی و وسواس به عنوان پیشایندها احساس گناه و اضطراب به عنوان پیامد آن در دانشجویان دختر. فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ. ۲(۶): ۲۵-۳۷.
- سعادت، نادره؛ رستمی، مهدی؛ دربانی، سید علی. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) در تقویت عزت نفس و سازگاری پس از طلاق زنان. دو فصلنامه روانشناسی خانواده. ۳(۲): ۴۵-۵۸.
- سنگانی، علیرضا؛ دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر سلامت روانی، نشخوار ذهنی و احساس تنهایی زنان مطلقه. مجله دست آوردهای روان شناختی، ۲۵(۲)، ۲۰۱-۲۱۶.
- عزیزی، آرمان و قاسمی، سیمین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. فرهنگ مشاوره و روان درمانی. ۸(۲۹): ۲۰۷-۲۳۶.
- فتح اله زاده، نوشین؛ سعیدی، فاطمه؛ ایچی، سیمین؛ سعادت، نادره؛ رستمی، مهدی. (۱۳۹۵). اثربخشی گروهی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشپانه خالی. فصلنامه پرستاری سالمندان. ۳(۲): ۸۹-۱۰۲.



مژدهی، محمدرضا؛ اعتمادی، احمد و فلسفی نژاد، محمدرضا (۱۳۹۰). بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲(۷)، ۳۰-۲.

نجاری، فیروزه؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ فلسفی نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری روان‌شناختی زنان مطلقه. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه. ۵ (۳): ۶۸-۷۵

هاشمی، سعد الله؛ درتاج، فریبرز؛ سعدی پور، اسماعیل؛ اسدزاده، حسن. (۱۳۹۶). الگوی ساختاری احساسات شرم و گناه بر اساس شیوه‌های فرزند پروری والدین: نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی. روانشناسی کاربردی، ۱۱(۴): ۴۷۵-۴۹۳.

Clair, R., Gordon, M., Kroon, M., & Reilly, C. (۲۰۲۱). The effects of social isolation on well-being and life satisfaction during pandemic. *Humanities and Social Sciences Communications*, ۸(۱), ۱-۶.

Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (۲۰۱۷). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & mental health*, ۲۱(۷), ۷۶۶-۷۷۳.

Ghorbani Amir, H. A., Moradi, O., Arefi, M., & Ahmadian, H. (۲۰۱۹). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Training (ACT) on Cognitive-Emotional Regulation, Resiliency, and Self-Control Strategies in Divorced Women. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, ۶(۴),

Hald, G. M., Ciprić, A., Sander, S., & Strizzi, J. M. (۲۰۲۰). Anxiety, depression and associated factors among recently divorced individuals. *Journal of Mental Health*, ۱-۹.

Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (۲۰۱۱). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, ۱۳۷(۱), ۶۸.

Klinenberg, E. (۲۰۱۶). Social isolation, loneliness, and living alone: identifying the risks for public health. *American journal of public health*, ۱۰۶(۵), ۷۸۶.

Moghanloo, V. A., Moghanloo, R. A., & Moazezi, M. (۲۰۱۵). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression, psychological well-being and feeling of guilt in ۷-۱۵ years old diabetic children. *Iranian journal of pediatrics*, ۲۵(۴).

Orth, U., Robins, R. W., & Soto, C. J. (۲۰۱۰). Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span. *Journal of personality and social psychology*, ۹۹(۶), ۱۰۶۱.



Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (۲۰۰۹). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, ۱۶(۴), ۴۳۰-۴۴۲.

van Tilburg, T. G., Aartsen, M. J., & van der Pas, S. (۲۰۱۵). Loneliness after divorce: A cohort comparison among Dutch young-old adults. *European Sociological Review*, ۳۱(۳), ۲۴۳-۲۵۲.

Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (۲۰۱۵). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour research and therapy*, ۷۴, ۲۵-۳۱.

Whaite, E. O., Shensa, A., Sidani, J. E., Colditz, J. B., & Primack, B. A. (۲۰۱۸). Social media use, personality characteristics, and social isolation among young adults in the United States. *Personality and Individual Differences*, ۱۲۴, ۴۵-۵۰.