

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری زنان مطلقه تحت پوشش نهادهای کمیته امداد امام‌خمينی و سازمان بهزیستی

حسین رئیسی^۱، محسن رسولی^۲، عبدالرحیم کسایی^۳

Comparison of the effect of group therapy based on of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on resilience of divorce woman under the auspices of the imam khomeini relief committee and behzisti organization

Hossein Raeisi¹, Mohsen Rasouli², Abdolrahim kasae³

چکیده

زمینه: زنان پس از طلاق تاب‌آوری لازم برای مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی را ندارند که بر مقابله آنها با مشکلات و استرس‌های زندگی تأثیر می‌گذارد. ادبیات پژوهشی افزایش تاب‌آوری را بعد از رویکردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی، که جزء روش‌های درمانی موج سوم هستند، نشان داده‌اند اما هنوز مشخص نیست کدام یک اثربخشی بیشتری دارد. **هدف:** پژوهش حاضر به دنبال مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری در زنان مطلقه بود. **روش:** این پژوهش به صورت شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان مطلقه شهر اقلید (۱۶۰ نفر) در سال ۱۳۹۸ بود که تحت پوشش ادارات کمیته امداد امام‌خمينی و بهزیستی شهرستان اقلید بودند که تعداد ۲۴ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه ۸ نفر)، جایگزین شدند. یکی از گروه‌های آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (بسته آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقتباس شده از هنرپروان و همکاران، ۱۳۹۶) و گروه دیگر مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی (بسته آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی اقتباس شده از هادیزاده و همکاران، ۱۳۹۶) را در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. شرکت‌کنندگان قبل، بعد و ۲ ماه پس از اجرای مداخله‌های درمانی، پرسشنامه تاب‌آوری کانز و دیویدسون (۲۰۰۳) را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و اثرات ساده گروه مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب افزایش تاب‌آوری زنان مطلقه می‌شوند ($P < 0/05$) و بین دو درمان، برتری وجود نداشت ($P > 0/05$) همچنین مقایسه زوجی بنفرونی حاکی از پایداری نتایج درمان در مرحله پیگیری می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش و اثربخشی یکسان هر دو رویکرد، استفاده از هر دو درمان به کلینیک‌های مشاوره، متخصصین حوزه‌های خانواده و درمان‌های فردی، به منظور کمک به این زنان برای مقابله با موقعیت‌های دشوار زندگی، پیشنهاد می‌شود. **واژه کلیدیها:** طلاق، زنان مطلقه، تاب‌آوری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیکی.

Background: Women, after divorce, do not have enough resilience to cope with life's problems and stresses, and literatures show the increase of resilience by acceptance and commitment and dialectical behavior therapy, two important treatments in the third wave, but it is not clear which one is more effective. **Aims:** The purpose of this study was to determine comparison of the group therapy based on acceptance and commitment therapy and dialectical behavior therapy on resilience in divorced women. **Method:** The research method was quasi-experimental. The statistical population included all divorced women under the auspices of the Imam Khomeini Relief Committee and Behzisti Organization (160 individuals) in Eghlid in 2019, 24 of whom selected with available sampling and randomly divided into acceptance and commitment therapy group, dialectical behavior therapy group, and the control group. One experimental group received acceptance and commitment therapy intervention (acceptance and commitment training package adapted from Honarparvaran, et al., 2018), (n = 8) and the other group received dialectical behavior therapy intervention (dialectical behavior training package adapted from Hadizadeh et al., 2018), (n = 8) in 12 sessions of 90 minutes. Individuals completed the Resilience Questionnaire of Connor and Davidson (2003) before, after and 2 months after the treatments. Research data were analyzed using repeated measures analysis of variance and simple effects of the group by spss-22 software. **Results:** The results showed that group therapy based on acceptance and commitment and dialectical behavior therapy increase the resilience of divorced women ($P < 0.05$) but there is no significant difference between the two therapies ($P > 0.05$). Also, Benferoni pair comparison indicates the stability of treatment results in the follow-up phase. **Conclusions:** According to the research findings, and the effectiveness of both approaches, the use of both treatments are suggested to the counseling clinics, specialists in the field of family and individual therapies in order to help these women to deal with difficult life situations. **Key Words:** Divorce, divorced women, resilience, acceptance and commitment therapy, dialectical behavior therapy.

Corresponding Author: dr.rasouli@hotmail.com

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۱ Ph.D Student in Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

^۲ استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Assistant Professor, Department of counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۳ Assistant Professor, Department of counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۱۲/۲۲

دریافت: ۹۹/۱۱/۲۶

مقدمه

طلاق^۱ به‌عنوان خاتمه و فسخ اجتماعی ازدواج، یا تنظیم مجدد وظایف و مسئولیت‌ها در ازدواج و از بین رفتن پیوندهای زناشویی بین همسران بر اساس روند قانونی تعریف می‌شود (کاپیلا و کومار، ۲۰۱۵) و به‌صورت یک پدیده عادی با سرعت هشدار دهنده‌ای در حال گسترش است. در ایران، آمار ازدواج در سال ۱۳۹۷، ۵۵۲۸۹۴ و میزان طلاق در همین سال ۱۷۶۹۲۲ مورد می‌باشد. این آمار برای سال ۱۳۹۸، تعداد ۵۳۰۲۲۶ مورد ازدواج و ۱۷۴۸۳۱ مورد طلاق می‌باشد (سازمان ثبت‌احوال کل کشور، ۱۳۹۹).

آماتو (۲۰۱۴) بر این باور است افرادی که طلاق را تجربه کرده‌اند با کشمکش‌های متعدد فردی و بین‌فردی مواجه هستند. طلاق ابزاری برای رهایی از مشکلات و درگیری‌های زناشویی است و از طرفی مشکلات مختلفی را برای زوجین نیز ایجاد می‌کند که حتی بدتر از تعارضات زناشویی هستند (هاوکینز و فاکرل، ۲۰۱۱). زنان در مقایسه با مردان پس از طلاق با تغییرات و چالش‌های دیگری هم‌روبرو هستند (دوال و بوشمن، ۲۰۱۱). طرد اجتماعی، سرزنش اطرافیان، مشکلات مربوط به دل‌بستگی عاطفی، مشکلات روانشناختی مانند افسردگی، مشکلات سلامت‌روان، خودکشی، تروما، احساس تنهایی و کاهش اعتماد به‌نفس (پاچوری، ۲۰۱۸)، مشکلات اقتصادی (لیپولد، ۲۰۱۸) و پاچوری، ۲۰۱۸)، برخی مشکلاتی می‌باشند که زنان مطلقه با آن روبرو هستند.

تاب‌آوری^۲ یک فرآیند ذهنی پویا است که با توانایی انجام رفتارهای مثبت و سازگارانه با شرایط دشوار مشخص می‌شود و امکان رشد هیجانی و اجتماعی موفق را در مواجهه با مشکلات یا استرس‌های چشمگیر فراهم می‌کند (راتر، ۲۰۱۲). تاب‌آوری به‌عنوان یک فرآیند پویا تصور می‌شود زیرا افراد دائماً با محیط خود سازگار می‌شوند و در صورت لزوم بهبودی پیدا می‌کنند (تو، ۲۰۱۹) و دارای ابعادی شامل خودکارآمدی، تطابق‌پذیری، سرسختی، توانایی حل مسئله، جهت‌گیری هدف، تحمل آشفتگی، حمایت اجتماعی قوی، امید و خوش‌بینی می‌باشد (توماک، ۲۰۱۱). تاب‌آوری یعنی نشان دادن مقاومت در هنگام مواجهه با مشکلات و بداقبال‌ها و بازگشت مجدد با تلاش و انرژی بیشتری حتی فراتر از

قبل برای رسیدن به موفقیت (لوتانز و یوسف، ۲۰۱۷)؛ به نقل از مختاری، کجباف و عابدی، ۱۳۹۹). افراد تاب‌آور، افرادی هستند که عملکرد مناسبی در شرایط مختلف زندگی که خطر رشد آسیب‌شناسی‌ها وجود دارد، نشان می‌دهند (ماستن، ۲۰۱۸). طلاق به‌عنوان عوامل خطر مؤثر بر تاب‌آوری شناخته می‌شود (سلیک و ساگلایان، ۲۰۱۹). افراد مطلقه که تاب‌آوری بیشتری دارند، در برابر طلاق، موقعیتی که به‌عنوان یک تجربه منفی زندگی تلقی می‌شود، پیامدهای مثبتی مانند افزایش بیشتر رضایت از زندگی را نشان می‌دهند (فریس‌بای، بوث‌باترفیلد، دیلوو، مارتین و وبر، ۲۰۱۲). مطالعات نشان می‌دهند زنانی که کمتر از ۵ سال از طلاقشان می‌گذرد نسبت به زنانی که بیش از ۵ سال است طلاق گرفته‌اند، تاب‌آوری پایین‌تری دارند و به‌نظر می‌رسد حتی ۵ سال هم مدت زمان کافی برای بهبودی افراد مطلقه نمی‌باشد (کرونل، ۲۰۱۹)؛ کاپیلا و کومار، ۲۰۱۵) و گذر زمان به افزایش تاب‌آوری این زنان کمکی نمی‌کند و این افراد نیاز به درمان‌های روان‌شناختی دارند.

روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ و رفتاردرمانی دیالکتیکی^۴ دو رویکرد رفتاردرمانی موج سوم هستند (قهاری، ۱۳۹۳)، که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله زمینه‌گرا و کارکردی بر مبنای نظریه چارچوب رابطه است. در این رویکرد اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف‌ناپذیری روانشناختی او حاصل می‌شود (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۴). کمبود انعطاف‌پذیری روانشناختی به‌عنوان اجتناب از محرک‌ها و موقعیت‌های مرتبط با درد و پریشانی، نشان داده می‌شود. از دیدگاه یادگیری، اجتناب تحت تأثیر عوامل محیطی (درونی و بیرونی) پیش از رفتار قرار می‌گیرد و عمل به‌عنوان پیامد همان رفتار است (جنتیلی، ریکاردسون، زترکویست، سیمونز و لکندر، ۲۰۱۹). هدف این درمان، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد. انعطاف‌پذیری روانشناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹) و عبارت است از توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال، تا بر اساس آنچه در آن

³. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

⁴. Dialectical Behaviour Therapy (DBT)

¹. divorce

². resilience

تعهد بر افزایش تاب‌آوری زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران مؤثر بوده است. رفتار درمانی دیالکتیکی، یکی دیگر از روش‌های درمانی مبتنی بر شواهد مهم موج سوم است. اخیراً، DBT برای افزایش بهزیستی و تقویت آموزش مهارت‌ها به صحنه درمان آورده شده است (پانیپنتو، اوسکولد، اولاندیس و لین، ۲۰۱۵) و توانایی‌هایی از قبیل حل مسئله، تحلیل رفتار، تحلیل بینش و راه‌حل (آموزش مهارت‌ها، مواجهه، تغییر ساختار شناختی و مدیریت ریسک) را در بر می‌گیرد (لینهان، ۲۰۱۵ الف). رفتاردرمانی دیالکتیکی ریشه در رفتارگرایی دارد و در زمان ایجاد رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان‌های رفتاری به‌جای تحمل موقتی آنها، بیشتر بر تغییر تجربیات پریشانی متمرکز بودند. این امر باعث تغییر در رفتاردرمانی سنتی شد (لینهان و ویلکز، ۲۰۱۵). کرینگ شری، جانسون‌گرالد و دیویسون‌جان (۲۰۰۷)، بیان می‌کنند که این رویکرد، چهار مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح و مورد تأکید قرار می‌دهد: هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل پریشانی (مؤلفه‌های اصل پذیرش) و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی (مؤلفه‌های اصل تغییر). هدف اصلی درمان، آموزش به افراد است که چگونه برای غلبه بر محیط‌های نامعتبر و حساسیت به طرد شدگی بیش از حد غلبه کنند. درمان‌جو / بیمار مجموعه مهارت‌های مربوط به پذیرش و تغییر را مطابق با دیالکتیک می‌آموزد (لینهان، ۱۹۹۳). تحقیقات اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر عوامل روانشناختی مختلف از جمله افزایش تاب‌آوری نشان داده‌اند (آندرو، ویلیامز و واترز، ۲۰۱۴). این درمان می‌تواند بر کاهش سریع و پایدار ایده خودکشی و بهبود تاب‌آوری زنان با رفتارهای خودکشی مؤثر باشد (رامیا و همکاران، ۲۰۱۸). لی و ماسون (۲۰۱۹)، رفتاردرمانی دیالکتیکی کوتاه مدت را بر تاب‌آوری روانشناختی گروهی از مراجعان مراکز مشاوره مورد بررسی قرار دادند. آنها در این پژوهش، درمان چهار هفته‌ای DBT را به کار گرفتند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که اعضای گروه از نظر بالینی بهبود قابل توجهی در تاب‌آوری روانشناختی و سلامت عمومی داشتند. همچنین نتایج پژوهش بهرامی و زاهدی (۱۳۹۷)، نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی شده است.

افزایش طلاق و پیامدهای روانشناختی آن بر زنان مطلقه، موجب می‌شود تا بر افزایش تحمل و تاب‌آوری این زنان برای

لحظه برای آنها امکان‌پذیر است، انتخاب کنند و به شیوه‌ای عمل نمایند که با ارزش‌های انتخاب شده‌شان منطبق باشد. (هیز و استروسال، ۲۰۰۵). هسته اساسی تغییر در این درمان، تغییر در رفتارهای کلامی درونی و بیرونی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معتقد است که درگیر شدن با هیجانات، باعث بدتر شدن آنها می‌شود (وایدنک، مورین و توهیگ، ۲۰۱۴). این رویکرد شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند و عبارتند از: گسلش^۱، پذیرش^۲، تماس با لحظه حاضر^۳، مشاهده خود^۴، ارزش‌ها^۵ و عمل متعهدانه^۶ (رودیتی و رایینسون، ۲۰۱۱؛ به نقل از بختیاری‌سعد، زهراکار، کسایی و تاجیک اسماعیلی، ۱۳۹۹). در این روش درمانی هدایت درمان‌جو در مسیر عمل متعهدانه در رابطه با ارزش‌های اظهارشده توسط وی، بخش مهمی از کار درمانی است (دایموند و راج، ۲۰۱۳).

برخی مطالعات اثربخشی این درمان را بر تاب‌آوری تأیید کرده‌اند. ارتقای تاب‌آوری با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کودکان با بیماری مزمن نیز تأیید شده است (ارنست و ملون، ۲۰۱۶). آدل، رودی و پروستو (۲۰۱۸) در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افزایش تاب‌آوری و کاهش فرسایش افراد استخدام شده در نیروی دریایی ایالات متحده مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که استفاده از این برنامه برای کمک به بهبود یافتگان از آسیب‌ها و گذراندن موفقیت آمیز عملکرد فیزیکی در کنترل درد بسیار مؤثر است و گزارش کردند که این درمان می‌تواند تاب‌آوری را افزایش دهد. ریس، موتوکومار، بهاتا، بومبارد و گانگوزو، (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که درمان ACT می‌تواند بر پیشرفت مداوم در میزان تاب‌آوری، اختلال استرس پس از سانحه و نشخوار فکری سربازان مؤثر باشد.

نتایج پژوهش رزم‌پوش، رضانی، ماردپور و کولیوند (۱۳۹۷)، حاکی از تأثیر معنی‌دار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تاب‌آوری پرستاران بوده است. همچنین نتایج پژوهش نیکخواه، بهبودی و وکیلی (۱۳۹۸) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و

1. Defusion
2. Acceptance
3. Contact with the Present Moment
4. Observing Self
5. Values
6. Committed Action

تصمیم گرفتند تا در این مطالعه شرکت کنند. رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان گرفته شد و محرمانه بودن اطلاعات نیز رعایت شد. جلسات در محیطی امن و در مرکز مشاوره رشد در شهر اقلید اجرا شد.

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر از برنامه مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (هنرپروران، میرزایی کیا، نیری و لطفی، ۱۳۹۶) اقتباس شده است که محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل می‌باشد (جدول ۱).

برای تدوین جلسات درمانی رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز از برنامه درمانی هادیزاده، نوابی‌نژاد، فرزاد و نورانی‌پور (۱۳۹۶) اقتباس شده است و محتوای جلسات به شرح ذیل است (جدول ۲).

ابزار

پرسشنامه تاب‌آوری: جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۵ گویه می‌باشد و هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). این پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ نقطه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و از امتیاز ۰ تا ۴ (کاملاً غلط = صفر، تا حدودی غلط = ۱، نظری ندارم = ۲، تا حدودی درست = ۳ و کاملاً درست = ۴) نمره‌گذاری می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌شود. این امتیاز دامنه‌ای از صفر تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس. این پرسشنامه شامل ۵ خرده‌مقیاس تصور از شایستگی فردی، کنترل، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی و تأثیرات معنوی می‌باشد. پایایی آزمون - بازآزمون این پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. روایی همگرای آن با پرسشنامه‌ی سرسختی کوپاسا ۰/۸۳ است، ولی با استرس ادراک شده ۰/۷۶- رابطه دارد و نشان می‌دهد که سطح بالای تاب‌آوری با استرس تجربه شده‌ی پایین ارتباط دارد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در ایران، محمدی (۱۳۸۵)؛ به نقل از رضایی، دهقانی و حیدری، (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش کرد. همچنین در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۶)، نیز آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر، نمره پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

مقابله بهتر با شرایط زندگی تمرکز شود. با توجه به پژوهش‌های فوق، دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌توانند این تأثیر را داشته باشند. اما مطالعات بسیار اندکی اثربخشی این دو درمان را در زمینه طلاق بررسی کرده‌اند. از طرفی مشخص نیست کدام یک از این دو درمان اثربخشی بهتری بر بهبود تاب‌آوری دارد تا درمانگران بتوانند به‌عنوان درمان خط اول از آن برای زنان مطلقه استفاده کنند. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است: کدام یک از دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری زنان مطلقه مؤثرتر می‌باشد؟

روش

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مطلقه شهر اقلید (۱۶۰ نفر) در سال ۱۳۹۸ بود که تحت پوشش ادارات کمیته امداد امام خمینی و بهزیستی شهرستان اقلید بودند. از آنجا که برای اجرای درمان گروهی، وجود ۸ تا ۱۲ نفر الزامی است (دلاور، ۱۳۹۸)، تعداد ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ نفر)، رفتاردرمانی دیالکتیکی (۸ نفر) و گروه گواه (۸ نفر)، جایگزین شدند. سپس ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه‌درمانی دیالکتیکی به شیوه رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت هفتگی برگزار شد و گروه گواه، درمانی دریافت نکردند. در انتهای جلسات و پس از گذشت ۲ ماه از درمان مجدداً پرسشنامه تاب‌آوری اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل عدم ابتلا به سوء‌مصرف مواد یا الکل، نمره پایین‌تر در مقیاس تاب‌آوری (نمره برش پرسشنامه ۵۰)، عدم دریافت هر گونه درمان روانشناختی دیگر و گذشت حداقل ۳ ماه از تجربه طلاق، رضایت و مشارکت داوطلبانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از سه جلسه متوالی، عدم تمایل به ادامه جلسات و ازدواج مجدد بود. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و اثرات ساده گروه و نرم‌افزار SPSS-22 مورد تحلیل قرار گرفت. به منظور رعایت اخلاق از مرام‌نامه اخلاقی هلسینگی در پژوهش استفاده شد. پژوهش برای زنان مطلقه توضیح داده شد و آنان به صورت مختار و آزادانه

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد			
عناوین جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی، ساخت‌دهی به گروه، شناسایی اهداف	آشنایی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه، برقراری اتحاد درمانی، ایجاد فضای امن، راحت و دوستانه، آشنایی با قوانین و هنجارهای گروه و توافق بر سر آنها و اجرای پیش‌آزمون	
دوم	شناسایی رفتارهای مشکل‌آمیز اعضا	شناسایی و مقابله با رفتارهای مشکل‌آمیز اعضا، پرداختن به مشکلات احتمالی اعضا	ثبت مشکلات و تأثیر آنها در زندگی
سوم	شناسایی رفتارهای مشکل‌آمیز اعضا و معرفی درمان ACT	بررسی تکالیف، شناسایی رفتارهای مشکل‌آمیز اعضا، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استعاره دو کوه	ثبت روش‌ها و راهکارهای مورد استفاده تاکنون
چهارم	ایجاد مفهوم درماندگی خلاق	بررسی تکالیف، بیان تفاوت دنیای درون و بیرون، استفاده از استعاره‌های تخته، گودال و مسابقه طناب‌کشی با هیولا، افزایش آگاهی نسبت به برنامه کنترل، تجربه ناکارآمدی آن، کاهش وابستگی به برنامه کنترل، ایجاد تمایل به‌رها کردن برنامه ناکارآمد کنترل، کمک به اعضا در جهت پی بردن به بهبودی راهبردهای کنترلی	ثبت راه‌حل‌های ناکارآمد استفاده شده تاکنون و اثرات آن
پنجم	زمان حال	بررسی تکالیف، بررسی گذشته و آینده، استفاده از استعاره ماشین زمان، افزایش آگاهی هشیارانه نسبت به تجربیات زمان حال، انتقال مفهوم ذهن آگاهی از طریق تمرین‌های مرتبط: تنفس، خوردن و راه رفتن آگاهانه و... بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، تسهیل فهم معنای تمایل و پذیرش از طریق استعاره‌های اسکیت کردن و میهمانی همسایه و... ایجاد تمایل و پذیرش، افزایش توانایی اعضا جهت فضا دادن به احساسات و تجربیات ناخوشایند	تمرین توجه آگاهانه و استعاره لنگر انداختن
ششم	پذیرش	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، تسهیل فهم معنای تمایل و پذیرش از طریق استعاره‌های اسکیت کردن و میهمانی همسایه و... ایجاد تمایل و پذیرش، افزایش توانایی اعضا جهت فضا دادن به احساسات و تجربیات ناخوشایند	تمرین ذهن آگاهی و تکمیل کاربردگ بسط آگاهی
هفتم	هم‌جوشی‌زدایی (گسلش)	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، مشاهده گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی، کاهش آمیختگی با افکار، نگاه کردن به ذات واقعی افکار که چیزی بیشتر از کلمه یا تصویر نیستند، استعاره برگ‌های روی رودخانه و تخته	تمرین ذهن آگاهی و استفاده از تکنیک‌ها در موقع هم‌جوشی با افکار
هشتم	هم‌جوشی‌زدایی (گسلش)	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، کاهش آمیختگی با افکار، نگاه کردن به ذات واقعی افکار، پاسخ به افکار بر مبنای کارآیی به جای تفسیر لفظی آنها، استفاده از استعاره مسافران اتوبوس و سربازان در حال رژه	تمرین ذهن آگاهی و هم‌جوشی‌زدایی در طول هفته و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و اجتماعی
نهم	خود به‌عنوان زمینه (خود مشاهده‌گر)	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، انتقال مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود‌پذیرا و مشاهده‌گر، با استفاده از استعاره صفحه شطرنج، آسمان و... کاهش وابستگی به خود مفهومی شده، ایجاد آگاهی از خود به‌عنوان زمینه	تمرین خود مشاهده‌گر و خود خوب و خود بد و بررسی تأثیر آن بر زندگی شخصی و اجتماعی
دهم	ارزش‌ها	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، سنجش اولیه ارزش‌ها با استفاده از استعاره چوب جادویی، تصریح ارزش‌ها، درک تفاوت ارزش‌ها و اهداف، درک اهمیت زندگی مبتنی بر ارزش. استفاده از استعاره‌های اسکی کردن و بچه‌ها در ماشین	مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آنها در ده حیطه؛ خانواده، ازدواج، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت، زندگی اجتماعی، محیط زیست، طبیعت و سلامتی
یازدهم	عمل متعهدانه	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، بحث در مورد ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش‌ها، ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش‌ها، شناسایی و گذار از موانع، پیاده کردن ارزش‌ها به الگوهای عملی مداوم و قابل تجدید، کمک به اعضا برای شکستن اهداف به گام‌های ملموس، استفاده از استعاره مسافران اتوبوس	تکمیل کاربردگ تمایل و عمل و به کارگیری آموخته‌ها
دوازدهم	بررسی فرآیند و تجارب گروه، جمع بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	بررسی فرآیند و تجارب گروه، بررسی مسایل ناتمام، آماده‌سازی برای خاتمه‌دادن به گروه، جمع‌بندی و خاتمه‌دادن به تجربه گروه، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت جلسه پیگیری	به کارگیری آموخته‌ها
پیگیری	ارزیابی تداوم اثر درمان بعد از دو ماه	اجرای آزمون‌ها	به کارگیری آموخته‌ها

جدول ۲. جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

عناوین جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی، ساخت‌دهی به گروه، شناسایی اهداف	آشنایی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه، برقراری اتحاد درمانی، ایجاد فضای امن، راحت و دوستانه، آشنایی با قوانین و هنجارهای گروه و توافق بر سر آنها و اجرای پیش‌آزمون	تکالیف
دوم	شناسایی رفتارهای مشکل اعضا	شناسایی و مقابله با رفتارهای مشکل اعضا، پرداختن به مشکلات احتمالی اعضا	ثبت مشکلات و تأثیر آنها در زندگی
سوم	شناسایی رفتارهای مشکل اعضا و معرفی درمان DBT	بررسی تکالیف، شناسایی رفتارهای مشکل اعضا، معرفی رفتاردرمانی دیالکتیکی و بیان استعاره دو کوه.	ثبت روش‌ها و راهکارهای مورد استفاده تاکنون
چهارم	مهارت تحمل پریشانی	بررسی تکالیف، مهارت‌های کنترل پریشانی، بحث درباره رویدادها و تجربیات ناخوشایند و چگونگی اثر آنها بر هیجان‌های مراجعان، آموزش مهارت‌های پذیرش	ثبت مزایا و معایب تحمل و عدم تحمل هیجان‌های منفی، ثبت اثر استفاده از پذیرش بنیادین در مدیریت آشفتگی‌های هیجانی
پنجم	مهارت تحمل پریشانی	بررسی تکالیف، مهارت‌های کنترل پریشانی، آموزش مهارت‌های تغییر یا مقابله‌ای، بررسی روش‌های کنترل آشفتگی، آموزش روش‌های توجه‌گردانی برای مدیریت آشفتگی	به‌کارگیری فنون یادگرفته شده در موقعیت‌های مختلف، ارائه تمرین ثبت موقعیت‌ها و افکار آشفتنه ساز و اثر استفاده از روش‌های توجه‌گردانی در مدیریت آشفتگی‌های هیجانی
ششم	مهارت تحمل پریشانی	بررسی تکالیف، مهارت‌های کنترل پریشانی، بررسی روش‌های پیشرفته‌تر تحمل آشفتگی هیجانی، آرمیدگی، بهبود بخشیدن به لحظه، تحلیل سود و زیان، مهارت قاطعیت و مدیریت استرس	استفاده از تکنیک‌های تحمل آشفتگی بسته به شرایط و نوع آشفتگی پیش آمده و نظارت بر مقدار اثر گذاری آنها
هفتم	مهارت ذهن آگاهی	بررسی تکالیف، مهارت‌های ذهن آگاهی، مهارت‌های اساسی و پیشرفته ذهن آگاهی	توجه آگاهانه روزانه، انجام مراقبه‌های آموزش داده شده و ثبت اثرات آن در کنترل آشفتگی و استفاده از ذهن خردمند
هشتم	مهارت تنظیم هیجان	بررسی تکالیف، مهارت‌های تنظیم هیجان، گفت‌وگو درباره هیجان‌ها و ماهیت آنها، ابعاد هیجان، هیجان‌های اولیه و ثانویه	تمرین ذهن آگاهی. ثبت تجربه‌های خودشان در مواقعی که هیجان اولیه به هیجان ثانویه تبدیل شده است
نهم	مهارت تنظیم هیجان	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، مهارت‌های تنظیم هیجان، راهبردهای تنظیم هیجان، دلایل یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجان	تمرین ذهن آگاهی جهت تنظیم هیجان‌ها، ارائه تکلیف مبنی بر ثبت هیجان‌ها و اثر آن بر ارتباطات بین فردی و چگونگی کاهش هیجان‌های منفی
دهم	مهارت‌های بین فردی مؤثر	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، مهارت‌های بین فردی مؤثر، بحث درباره ارتباط مؤثر و غیرمؤثر، تبعات ارتباطات غیرمؤثر، الگوهای ارتباطی	نظارت بر روش‌های برقراری ارتباط، ثبت نوع الگوی ارتباطی شان در روابط بین فردی
یازدهم	مهارت‌های بین فردی مؤثر	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، مهارت‌های بین فردی مؤثر، مهارت‌های بین فردی کلیدی، مهارت‌های بین فردی پیشرفته	تمرین ذهن آگاهی، استفاده از روش‌های آموزش داده شده در زمان و موقعیت مناسب، ثبت اثرات مخرب استفاده از عادات ناسالم در روابط بین فردی
دوازدهم	بررسی فرآیند و تجارب گروه، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	بررسی فرآیند و تجارب گروه، بررسی مسایل ناتمام، آماده‌سازی برای خاتمه‌دادن به گروه، جمع‌بندی و خاتمه دادن به تجربه گروه، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت جلسه پیگیری.	به‌کارگیری آموخته‌ها
پیگیری	ارزیابی تداوم اثر درمان بعد از دو ماه	اجرای آزمون‌ها	به‌کارگیری آموخته‌ها

یافته‌ها

قرار داشت. طول مدت ازدواج افراد شرکت‌کننده بین ۱۱ تا ۳۳ سال و مدت طلاق زنان از ۱ تا ۱۵ سال بود. آزمون تحلیل واریانس به منظور بررسی همسانی میانگین سه گروه نشان داد که بین گروه

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان گروه نمونه در جدول ۳ ارائه شده است. رده سنی افراد شرکت‌کننده بین ۲۹ تا ۵۴

با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین تاب‌آوری برای گروه‌های آزمایشی (ACT) و (DBT) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه متفاوت است و حاکی از افزایش نمره تاب‌آوری در این دو گروه است.

آزمایش و گروه گواه در متغیر سن ($F=1/09$ ، $p>0/05$)، مدت ازدواج ($F=1/31$ ، $p>0/05$) و طلاق ($F=1/31$ ، $p>0/05$) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر تاب‌آوری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه						
متغیر	گروه آزمایش (ACT)		گروه آزمایش (DBT)		گروه گواه	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۴۰/۳۷	۷/۱۳	۳۸	۷/۲۱	۳۵/۶۲	۳/۹۶
مدت ازدواج	۱۷/۷۵	۶/۴۳	۱۵/۵	۷/۲۱	۱۶/۱۲	۵/۳۸
مدت طلاق	۷/۷۵	۳/۸۴	۵/۲۵	۳/۴۱	۶/۱۲	۴/۶۷

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری						
متغیر	گروه آزمایش (ACT)		گروه آزمایش (DBT)		گروه گواه	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	۵۵	۵	۶۲/۳۷	۵/۲۵	۵۷/۵۰	۷/۱۵
تاب‌آوری پس‌آزمون	۷۵/۱۲	۴/۵۴	۸۳/۷۵	۳/۴۵	۴۹	۵/۲۳
پیگیری	۷۴/۱۲	۶/۱۰	۸۵/۲۵	۴/۱۵	۴۶/۸۷	۵/۷۵

در برون‌داد فهرست کیس ویش^۳ برای بررسی داده‌های پرت همه موارد دارای مقادیری بین $-2/5$ و $+2/5$ بودند که حاکی از عدم وجود داده پرت است. مقدار F برای متغیر همپراش نشان داد که مفروضه خطی بودن برقرار است ($F=2/64$ ، $p<0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس نشان می‌دهد فرض همگنی ماتریس کواریانس - واریانس نیز برقرار است ($F=1/19$ ، $p>0/05$ ، $\text{Box's } M=18/16$). آزمون موجلی^۴ به منظور بررسی فرض کرویت^۵ برای تاب‌آوری برقرار نیست ($W=0/51$ ، $\chi^2=13/1$ ، $p=0/001$)؛ بنابراین نتیجه آزمون درون‌گروهی بر اساس تصحیح گرین‌هاوس-گیسر گزارش می‌شود ($G-G=0/67$).

یافته‌های مربوط به آزمون تحلیل چندمتغیری در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز در جدول ۶ نشان داده شده است.

قبل از بررسی فرضیه پژوهش، برای رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون پیش‌فرض‌های مربوط مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیر وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ استفاده شد. نتایج نشان داد تاب‌آوری برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیش‌آزمون $0/92$ ($p=0/49$)، پس‌آزمون $0/90$ ($p=0/31$) و پیگیری $0/90$ ($p=0/35$) بود. برای گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی این مقدار در پیش‌آزمون $0/96$ ($p=0/83$)، پس‌آزمون $0/91$ ($p=0/39$) و پیگیری $0/94$ ($p=0/64$) بود. برای گروه گواه این مقدار به ترتیب $0/96$ ($p=0/83$)، $0/96$ ($p=0/82$) و $0/95$ ($p=0/79$) به دست آمد. آزمون لوین^۲، برای بررسی شرط همسانی واریانس‌های متغیرهای پژوهش مورد استفاده قرار گرفت که در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب $0/85$ ($p=0/44$)، $0/60$ ($p=0/55$) و $0/94$ ($p=0/40$) محاسبه شد. نتایج این دو آزمون حاکی از این است که تاب‌آوری در تمامی گروه‌های پژوهش نرمال است و همسانی واریانس‌ها نیز رعایت شده است.

3. Casewise list

4. Mauchly's Test

5. assumption of sphericity

1. Shapiro-Wilk

2. Levene's test

جدول ۵. یافته‌های مربوط به آزمون چندمتغیری اثر پیلایی						
آزمون	منبع تغییرات	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	معنی داری
اثر پیلایی	درون گروهی	۰/۳۵۰	۵/۳۸۱	۲	۲۰	۰/۰۱
	بین گروهی	۰/۵۰۱	۳/۵۰۷	۴	۴۲	۰/۰۱

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر						
اثرات	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی داری
درون آزمودنی	زمان	۱۸۴۵/۳۶۱	۱/۵۴	۱۱۹۲/۱۸۶	۹/۲۴	۰/۰۰۲
	تعامل زمان و گروه (اثر تعامل)	۳۳۳۸/۲۲۲	۳/۰۹۶	۱۰۷۸/۳۲۰	۸/۳۶	۰/۰۰۰۱
	خطا	۴۱۹۲/۴۱۷	۳۲/۵۰۵	۱۲۸/۹۷۶	-	-
بین آزمودنی	گروه	۸۳۶۲/۶۹۴	۲	۴۱۸۱/۳۴۷	۸/۸۵۸	۰/۰۰۲
	خطا	۹۹۱۳/۰۸۳	۲۱	۴۷۲/۰۵۲	-	-

در جدول ۶، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در اثر زمان و با توجه به اینکه متغیر تاب‌آوری معنی‌دار شده است ($p < 0/01$)؛ بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در تاب‌آوری تفاوت وجود دارد. همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معنی‌داری، مشاهده می‌شود که بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/01$) که مقایسه دو به دوی این گروه‌ها به تفکیک ارایه می‌شود. ستون اندازه اثر نیز حاکی از تأثیر

۴۵ درصدی درمان بر تاب‌آوری است. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می‌دهد بین گروه و زمان تعامل وجود دارد ($p < 0/01$) مشخص می‌گردد که در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های آزمایش و گواه نیز تفاوت وجود دارد. به منظور بررسی اینکه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین دو گروه آزمایش کدامیک مؤثرتر بود، از آزمون مقایسه زوجی توکی و برای نشان دادن پایداری اثر در مرحله پیگیری از آزمون مقایسه زوجی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۷ مشاهده می‌شود.

جدول ۷. مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل سنجش در متغیر تاب‌آوری						
زمان	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای اختلاف میانگین
						حد پایین حد بالا
پیش‌آزمون	رویکرد ACT	رویکرد DBT	-۷/۳۷	۸/۳۳	۰/۶۵	-۲۸/۳۷ ۱۳/۶۲
	گواه	گواه	-۲/۵	۸/۳۳	۰/۹۵	-۲۳/۵۰ ۱۸/۵۰
	رویکرد ACT	رویکرد DBT	۷/۳۷	۸/۳۳	۰/۶۵	-۱۳/۶۲ ۲۸/۳۷
پس‌آزمون	گواه	گواه	۴/۸۷	۸/۳۳	۰/۸۳	-۱۶/۱۲ ۲۵/۸۷
	رویکرد DBT	رویکرد ACT	-۸/۶۲	۶/۳۲	۰/۳۷	-۲۴/۵۶ ۷/۳۱
	گواه	گواه	۲۶/۱۲	۶/۳۲	۰/۰۰۱	۱۰/۱۸ ۴۲/۰۶
پیگیری	رویکرد DBT	رویکرد ACT	۸/۶۲	۶/۳۲	۰/۳۷	-۷/۳۱ ۲۴/۵۶
	گواه	گواه	۳۴/۷۵	۶/۳۲	۰/۰۰۰۱	۱۸/۸۰ ۵۰/۶۹
	رویکرد DBT	رویکرد ACT	-۱۱/۱۲	۷/۶۴	۰/۴	-۳۱/۲ ۸/۷۷
	گواه	گواه	۲۷/۲۵	۷/۶۴	۰/۰۰۶	۷/۳۵ ۴۷/۱۴
	رویکرد ACT	رویکرد DBT	۱۱/۱۲	۷/۶۴	۰/۴	-۸/۷۷ ۳۱/۰۲
	گواه	گواه	۳۸/۳۷	۷/۶۴	۰/۰۰۰۱	۱۸/۴۸ ۵۸/۲۷

همان‌طور که انتظار می‌رفت در مرحله پیش‌آزمون، سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی و گواه دارای میزان تاب‌آوری یکسانی بوده‌اند؛ اما به دلیل معنی‌دار شدن اختلاف میانگین تاب‌آوری بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی و گواه

در تبیین دیگری می‌توان بیان کرد که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به‌طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹). ایجاد زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش و برقراری ارتباط با تجارب دردناک و منفی که در طول زندگی مشترک و پس از طلاق در زنان رخ داده و از آن اجتناب کرده‌اند باعث می‌شود تا تاب‌آوری کسب کنند، به‌گونه‌ای که راحت‌تر با حقایق و مشکلات زندگی مواجه شوند، آن را تحمل کنند و بپذیرند. همچنین توانایی برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی که در درمان پذیرش و تعهد رخ می‌دهد (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹) موجب می‌شود تا زنان مطلقه درگیر رخدادهای گذشته و استرس‌های آینده نشوند و بتوانند با تمرکز بر زمان حال، با مشکلات موجود مواجه شوند و هنگامی که افکار و احساساتشان درگیر گذشته و آینده نیست، بهتر بتوانند استرس‌ها و دشواری‌های حال را تحمل کنند و با آن مقابله کنند.

در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌توان گفت هسته اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی و تکنیک‌های آن بر اساس ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و رابطه بین فردی مؤثر است (لی و ماسون، ۲۰۱۹). ذهن آگاهی، به حالت آگاهی از تجربه مداوم جسمانی، شناختی و روانشناختی به‌روشی غیر قضاوتی، پذیرنده و با شفقت به خود گفته می‌شود. این ویژگی به‌عنوان یک ویژگی روانشناختی در نظر گرفته می‌شود که به گرایش ذهن آگاهی (بهوشیاری) در زندگی روزمره اشاره دارد (براون، ریان و کرسول، ۲۰۰۷). افراد ذهن آگاه کمتر درگیر احساسات و افکار منفی می‌شوند (باجاج، رابینز و پاندی، ۲۰۱۶). زنان مطلقه پس از رفتاردرمانی دیالکتیکی و کسب ذهن آگاهی، با استرس و شرایط دشوار به‌صورت قضاوتی برخورد نمی‌کنند و بهتر می‌توانند شرایط را کنترل کنند و با تحمل موقعیت، با آن برخورد کنند. از طرفی کمتر درگیر احساسات و افکار منفی می‌شوند که پس از طلاق آن را تجربه می‌کنند و با تاب‌آوری و توانایی انجام رفتارهای مثبت و سازگارانه با شرایط دشوار مقابله می‌کنند. افزایش تحمل پریشانی از دیگر تکنیک‌هایی است که در رفتاردرمانی دیالکتیکی از آن استفاده می‌شود. تحمل پریشانی، به تجربه و تحمل یک حالت

تعهد و گواه و همچنین معنی‌دار شدن این آزمون بین گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه گواه در پس آزمون و پیگیری، شاهد تأثیر مثبت دو روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری هستیم ($p < 0/05$)؛ بنابراین می‌توان گفت که دو روش درمانی بر میزان تاب‌آوری افراد اثرگذار است. از طرفی آزمون مقایسه میانگین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی معنی‌دار نیست ($p > 0/05$) و این دو روش درمان از نظر اثرگذاری بر میزان تاب‌آوری فرد، در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری، یکسان هستند.

با توجه به این نتیجه، فرضیه پژوهش که بیان می‌کند «بین گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر میزان تاب‌آوری زنان مطلقه تفاوت معنی‌داری وجود دارد» تأیید نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری زنان مطلقه بود. همان‌طور که نتایج پژوهش نشان می‌دهد هر دو روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌توانند بر افزایش تاب‌آوری زنان مطلقه مؤثر باشند. این یافته با پژوهش‌های پیشین همسو می‌باشد (ارنست و ملون، ۲۰۱۶؛ آندرو و همکاران، ۲۰۱۴؛ ریس و همکاران، ۲۰۲۰؛ لی و ماسن، ۲۰۱۹؛ آدل و همکاران، ۲۰۱۸؛ رامیا و همکاران، ۲۰۱۸؛ رزم پوش و همکاران، ۱۳۹۷؛ بهرامی و زاهدی، ۱۳۹۷ و نیکخواه و همکاران، ۱۳۹۸).

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان این‌گونه بیان کرد که هدف اصلی درمان ACT کمک به بیمار است تا بدون نیاز به تغییر یا اجتناب از خاطرات، افکار و احساسات، آگاهی کسب کنند (جنینگز و همکاران، ۲۰۱۳). در این درمان از تکنیک‌های ناهم‌جوشی شناختی استفاده می‌شود تا عملکردهای نامطلوب افکار و سایر رویدادهای خصوصی را به‌جای انکار، تغییر دهند (باس، ون نول و سوارت، ۲۰۱۴). زنان مطلقه که هیجانات و افکار منفی درونی مختلفی را تجربه می‌کنند با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند با این افکار و هیجانات و خاطراتی که پس از طلاق برایشان رخ می‌دهد، مواجه شوند و آنها را بپذیرند و با کسب این آگاهی و پذیرش، بهتر بتوانند با شرایط دشوار مواجه شوند، با منابع استرس کنار بیایند و تاب‌آور شوند.

از محدودیت‌های این پژوهش این است که می‌بایست در تعمیم یافته‌ها به تمامی افراد مطلقه به‌خصوص مردان مطلقه احتیاط کرد. زیرا این پژوهش صرفاً زنان مطلقه را مورد بررسی قرار داده است. همچنین خود گزارشی بودن ابزار سنجش نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد و به منظور سنجش تاب‌آوری شرکت‌کنندگان قبل و بعد از درمان می‌توان از مصاحبه نیز استفاده کرد. همچنین، برای بررسی تأثیر درازمدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است ولی در این پژوهش فقط یک مرحله آزمون پیگیری اجرا شده است. محدوده سن و تحصیلات افراد نمونه این پژوهش، امکان تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر گروه‌ها مشکل می‌کند.

از آنجایی که در پژوهش حاضر، هر دو روش درمان را یک درمانگر انجام داده است، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از چندین درمانگر برای ارائه درمان‌ها استفاده گردد، زیرا این مسئله موجب اعتماد بیشتر به نتایج و کاهش سوگیری‌ها در زمینه یافته‌ها خواهد شد. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی دو درمان ACT و DBT بر روی گروه‌های بزرگتری از زنان مطلقه و با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مختلف نیز اجرا شود تا با قطعیت بیشتری بتوان بیان کرد که بین این دو درمان در تاب‌آوری زنان مطلقه تفاوتی وجود ندارد. همچنین تاب‌آوری و اثربخشی درمان‌های بررسی شده بر روی مردان مطلقه و فرزندان طلاق نیز اجرا شود تا تفاوت‌های جنسیتی نیز مشخص شود. با توجه به یافته‌های پژوهش و اثربخشی یکسان هر دو رویکرد، استفاده از هر دو درمان به کلینیک‌های مشاوره، متخصصین حوزه‌های خانواده و درمان‌های فردی، به‌منظور کمک به این زنان برای مقابله با موقعیت‌های دشواری که در زندگی دارند، پیشنهاد می‌گردد.

منابع

بختیاری‌سعد، بهرام؛ زهراکار، کیانوش؛ کسای، عبدالرحیم و تاجیک اسماعیلی، عزیزالله (۱۳۹۹). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعهد سازمانی کارکنان دانشگاه. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹ (۹۱)، ۸۴۳-۸۳۳.

بهرامی، فاطمه و زاهدی، یونس (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۹ (۳۵)، ۱۸۹-۱۷۱.

درونی منفی اشاره دارد (سیمون و گاهر، ۲۰۰۵). توانایی تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی فرد در کنترل همه حالات عاطفی منفی درونی شناخته می‌شود (آریسی-اوزکان، سکیزی و آرسلان، ۲۰۱۹). تحمل پریشانی و هیجانات منفی درونی که پس از طلاق در زنان دیده می‌شود، می‌تواند منجر به افزایش آرامش درونی و تاب‌آوری شود به‌گونه‌ای که به‌موجب این تاب‌آوری، آنها از وقایع استرس‌زا در زندگی به عقب بر می‌گردند و در جهت مثبتی رشد می‌کنند (افشانی، محمدی، خانی و خسروی، ۲۰۲۰) و با مشکلات خود برخورد می‌کنند. آگاهی و درک هیجانات، پذیرش هیجانات، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب در زمان تجربه هیجانات منفی و توانایی استفاده از راهبردهای موقعیتی مناسب تنظیم هیجانی برای تعدیل پاسخ‌های هیجانی مطلوب و به‌منظور برآوردن اهداف فردی و الزامات موقعیتی انعطاف‌پذیر (گراتر و رومر، ۲۰۰۴) می‌توانند بر کنترل و فهم هیجانات درونی زنان مطلقه تأثیر بگذارند تا بتوانند توانایی مواجهه با تهدیدها و مشکلات و در عین حال توسعه سازگاری مثبت علیرغم این تهدیدها را داشته باشند که همان تاب‌آور شدن است.

یافته‌ها تفاوت معنی‌داری را در مقایسه دو گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی با یکدیگر بر افزایش تاب‌آوری نشان ندادند. پژوهش‌های پیشین اثربخشی این دو رویکرد درمانی را بر تاب‌آوری زنان مطلقه مورد آزمون قرار نداده بودند.

در تبیین این موضوع می‌توان بیان کرد که هر دو رویکرد درمانی جزو درمان‌های موج سوم هستند و ریشه فلسفی تقریباً یکسانی دارند. هر دو درمان بر تأثیر افکار منفی بر تحریف واقعیت تأکید دارند و به‌دنبال جایگزینی هیجانات ناخوشایند با افکار سازگارتر و منطقی هستند و به‌طور یکسان در هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی از تکنیک‌های ذهن آگاهی برای کسب پذیرش، تعهد و تغییر رفتار مثبت استفاده می‌شود (باس و همکاران، ۲۰۱۴). کاهش افکار و احساسات منفی، تمرکز بر زمان حال بدون نگرش‌های قضاوتی باعث می‌شود تا زنان مطلقه تاب‌آور شوند و بر توانایی و منابع موجود خود برای کنار آمدن با استرس و مشکلات زندگی‌شان متمرکز شوند که به‌نظر می‌رسد هر دو درمان به‌طور یکسانی این دستاورد را ایجاد می‌کنند.

- Ann, M., Kering Sherry, L., Janson Gerald, C., Davison John, M. (2007). *Abnormal Psychology*. England: JohnWiley and Sons.
- Arici-Ozcan, N., Cekici, F., & Arslan, R. (2019). The Relationship between Resilience and Distress Tolerance in College Students: The Mediator Role of Cognitive Flexibility and Difficulties in Emotion Regulation. *International Journal of Educational Methodology*, 5(4), 525-533.
- Bajaj, B., Robins, R. W., & Pande, N. (2016). Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 96, 127-131.
- Bass, C., van Nevel, J., & Swart, J. (2014). A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(2), 4-8.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Celik, M., & Caglayan, N. İ. (2019). Resilience as the Predictor of Divorcees' Life Satisfaction. *Social Science Quarterly*, 100(6), 2078-2093.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cornell, M. K. B. B. (2019). *A Quantitative Study of Perceived Life Satisfaction and Resilience in Divorced Women* (Doctoral dissertation, Grand Canyon University).
- DeWall, C. N., & Bushman, B. J. (2011). Social acceptance and rejection: The sweet and the bitter. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 256-260.
- Dymond, S., & Roche, B. (2013). *Advances in relational frame theory: Research and application*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Ernst, M. M., & Mellon, M. W. (2016). Acceptance and commitment therapy (ACT) to foster resilience in pediatric chronic illness. In *Child and Adolescent Resilience Within Medical Contexts* (pp. 193-207). Springer, Cham.
- 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.
- Frisby, B. N., Booth-Butterfield, M., Dillow, M. R., Martin, M. M., & Weber, K. D. (2012). Face and resilience in divorce: The impact on emotions, stress, and post-divorce relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(6), 715-735.
- Gentili, C., Rickardsson, J., Zetterqvist, V., Simons, L., Lekander, M., & Wicksell, R. K. (2019). Psychological flexibility as a resilience factor in دلاور، علی (۱۳۹۸). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی (چاپ ۵۱). تهران: ویرایش.
- رزم‌پوش، مینو؛ رمضانی، خسرو؛ ماردپور، علیرضا و کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۷). تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تاب آوری پرستاران. *مجله شفای خاتم*، ۷(۱)، ۶۲-۵۱.
- رضایی، زهرا سادات؛ دهقانی، محسن و حیدری، محمود (۱۳۹۶). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده: نقش تاب‌آوری و کارکرد خانواده مبتنی بر مدل مک‌مستر. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۳ (۵۱)، ۴۲۱-۴۰۷.
- سازمان ثبت‌احوال کشور (۱۳۹۹). *آمار ازدواج و طلاق*. <https://www.sabteahval.ir>
- قهراری، شهربانو (۱۳۹۳). *فنون رفتار درمانی دیالکتیکی*. تهران، چاپ اول، نشر قطره.
- مختاری، عباس؛ کجیاف، محمدباقر و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۹). تأثیر مداخله مبتنی بر سرمایه روانشناختی بر امید، خوشبینی، تاب آوری و خودکارآمدی بیماران افسرده. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹ (۹۵)، ۱۴۲۱-۱۴۱۱.
- نیکخواه، سمانه؛ بهبودی، معصومه و وکیلی، پریش (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگو تراپی بر تاب آوری زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸ (۷۷)، ۶۰۷-۵۹۷.
- هادیزاده، محمدهادی؛ نوایی نژاد، شکوه؛ فرزاد، ولی‌اله و نورانی‌پور، رحمت‌الله (۱۳۹۶). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودکارآمدی زنان دارای اختلال شخصیت وابسته شهر تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه*، ۸ (۲)، ۱۱۴-۹۷.
- هنرپروران، نازنین؛ میرزایی کیا، حسین؛ نیری، احمد و لطفی، مریم (۱۳۹۶). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: انتشارات همشین.
- Afshani, S. A., Mohammadi, S. M. R. G., Khani, P., & Khosravi, A. (2020). Role of resilience training on compromising of infertile couples' applicant for divorce: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 18(3), 193-208.
- Amato, P. R. (2014). The consequences of divorce for adults and children: An update. *Društvena istraživanja-Časopis za opća društvena pitanja*, 23 (1), 5-24.
- Andrew, E., Williams, J., & Waters, C. (2014). Dialectical Behaviour Therapy and attachment: Vehicles for the development of resilience in young people leaving the care system. *Clinical child psychology and psychiatry*, 19(4), 503-515.

- behavior therapy skills intervention for women with suicidal behaviors in rural Nepal: A single-case experimental design series. *Journal of clinical psychology*, 74(7), 1071-1091.
- Reyes, A. T., Muthukumar, V., Bhatta, T. R., Bombard, J. N., & Gangozo, W. J. (2020). Promoting resilience among college student veterans through an acceptance-and-commitment-therapy app: An intervention refinement study. *Community mental health journal*, 56(7), 1206-1214.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*, 24(2), 335-344.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Tomac, M. M. (2011). The influence of mindfulness on resilience in context of attachment style, affect regulation, and self-esteem. *Ph.D dissertation in Psychology, Minneapolis, US: Walden University*.
- Tu, J. (2019). *Mindfulness and Resilience as Predictors of Burnout*. Master of Science (MS), San Jose State University, California.
- Udell, C. J., Ruddy, J. L., & Procento, P. M. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in increasing resilience and reducing attrition of injured US Navy recruits. *Military medicine*, 183(9-10), 603-611.
- Woidneck, M. R., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents. *Behavior Modification*, 38(4), 451-476.
- individuals with chronic pain. *Frontiers in psychology*, 10, 1-11.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure and Initial Validation of The Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 26, (1), 41- 54.
- Hawkins, A. J., & Fackrell, T. A. (2011). Should I keep trying to work it out? Sacred and secular perspectives on the crossroads of divorce. *Brigham Young University Studies*, 50(2), 143-157.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K.D. (2005). *A practical Guide to Acceptance and Commitment therapy*. New York, Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. (2014). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54 (4), 553-578.
- Jennings, J. L., Apsche, J. A., Blossom, P., & Bayles, C. (2013). Using mindfulness in the treatment of adolescent sexual abusers: Contributing common factor or a primary modality? *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3-4), 17-22.
- Kapila, G., & Kumar, A. (2015). Life Satisfaction and Resilience among Divorced Women in India. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(8), 102-110.
- Lee, S., & Mason, M. (2019). Effectiveness of brief DBT-informed group therapy on psychological resilience: A preliminary naturalistic study. *Journal of College Student Psychotherapy*, 33(1), 25-37.
- Leopold, T. (2018). Gender differences in the consequences of divorce: A study of multiple outcomes. *Demography*, 55(3), 769-797.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015a). *DBT skills training manual*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 97-110.
- Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12-31.
- Pachauri, P. R. J. (2018). Problems faced by divorced women in their pre and post-divorce period: A sociological study with reference to District Meerut. *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry*, 7(1), 207-212.
- Panepinto, A. R., Uschold, C. C., Olandese, M., & Linn, B. K. (2015). Beyond borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy in a college counseling center. *Journal of College Student Psychotherapy*, 29(3), 211-226.
- Ramaiya, M. K., McLean, C., Regmi, U., Fiorillo, D., Robins, C. J., & Kohrt, B. A. (2018). A dialectical