



مقایسه اثربخشی آموزش مولفه‌های شناختی رفتاری با مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و خودکنترلی زنان مطلقه

دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره خانواده، واحد سندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سندج، ایران.
گروه مشاوره خانواده، واحد سندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سندج، ایران.
گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.
استادیار گروه روانشناسی، واحد سندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سندج، ایران.

حسینعلی قربانی امیر ^{id}
امیر مرادی* ^{id}
مختار عارفی ^{id}
حمزه احمدیان ^{id}

o.moradi@iausdj.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۲

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۰

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۴ پیاپی ۱۳ | ۴۹۳-۵۰۸
زمستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(قربانی امیر، مرادی، عارفی و احمدیان، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

قربانی امیر، ح.، مرادی، ا.، عارفی، م. و احمدیان، ح. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش مولفه‌های شناختی رفتاری با مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و خودکنترلی زنان مطلقه. *خانواده‌درمانی کاربردی*. ۳(۴)، ۵۰۸-۴۹۳.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مولفه‌های شناختی رفتاری با مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و خودکنترلی زنان مطلقه بوده است. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر از نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین کلیه زنان مطلقه مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دادگستری شهرستان بابل نیمه دوم سال ۱۳۹۶ و نیمه اول سال ۱۳۹۷، تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. ابزار اندازه‌گیری شامل مقیاس تاب‌آوری و پرسشنامه خودکنترلی بود. برای اجرا در ابتدا، از هر گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس آموزش شناختی رفتاری طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش صورت گرفت و بعد از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. سه ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، دوره پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار Spss.22 صورت گرفت. **یافته‌ها:** این مطالعه نشان داد که مولفه‌های شناختی رفتاری و مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری ($P < /0.01$) و خودکنترلی ($P > /0.01$) در زنان مطلقه مؤثر بودند. این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری تأثیر بیشتری بر افزایش تاب‌آوری و خودکنترلی دارد ($P > /0.01$). **نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد که آموزش مولفه‌های شناختی رفتاری و مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش تاب‌آوری و خودکنترلی در زنان مطلقه شده و می‌توانند به عنوان روش‌های درمانی در بهبود مشکلات زنان مورد استفاده قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، تاب‌آوری، خودکنترلی، زنان مطلقه.

مقدمه

طلاق به عنوان واقعیتی از زندگی مدرن، نتیجه عدم حل مسائل زناشویی یا عدم حل قانونی و رسمی این مشکلات است (ون-گاسی و مورتلمانس، ۲۰۲۰). مشکلات بعد از طلاق، بسته به شرایط اجتماعی، خانوادگی، فرهنگی و حتی جنسیت، متفاوت است که در این میان پیامدهای منفی طلاق در زنان مطلقه متنوع‌تر از مردان است (ون‌شپینگن و لئوپلد، ۲۰۲۰). بدون شک زنان مطلقه که با محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی گوناگونی مواجهند با مصایب بیشتری روبه‌رو هستند که باعث وارد شدن فشار روانی به این افراد می‌شود (هگنز، ۲۰۲۰). در میان، می‌توان به پیامدهای طلاق بر زنان مطلقه توجه کرد. طلاق و فروپاشی زندگی به برهم خوردن تعادل روانی-عاطفی افراد خانواده منجر می‌شود و از آنجا که خود تنش بسیار شدیدی به شمار می‌رود، ابتدا به اختلال‌های روانی به ویژه در زنان بسیار محتمل است که ظرافت عاطفی، صفت شاخص تشکیل دهنده شخصیت آنان است. با توجه به تحقیقات، آسیب‌پذیری زنان در پی طلاق از مردان بیشتر است (استریزی، سندرز، سیپریک و هالد، ۲۰۲۰).

از جمله تاثیراتی که طلاق به ویژه بر زنان دارد، تحت تاثیر قرار دادن تاب‌آوری آنان است (خان، ۲۰۲۰). تاب‌آوری به فرایند پویایی انطباق و سازگاری مثبت با تجربه تلخ و ناگوار در زندگی گفته می‌شود (خان، ۲۰۲۰). از آنجا که تاب‌آوری فرایندی محافظت‌کننده است که احتمال پیامدهای منفی را کاهش می‌دهد (لیوا، ۲۰۲۱)، زنان مطلقه، که از این ویژگی محافظت‌کننده برخوردار هستند، هنگام برخورد با مشکلات و رویدادهای فشارزای زندگی تلاش می‌کنند نگرش خود را نسبت به آن عوامل فشارزا مثبت، و از این طریق از وجود ویژگی‌های منفی مانند نشانه‌های افسردگی از خویش محافظت کنند (گنزالس-مندز و همبی، ۲۰۲۰). تاب‌آوری علاوه بر پایداری در برابر آسیب‌های وقایع تهدیدکننده، مشارکت فعال و مؤثر فرد در محیط می‌باشد تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در برابر وقایع تهدیدکننده را شامل می‌شود (لم و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان شناختی-رفتاری یکی دیگر از رویکردهایی است که در بهبود تاب‌آوری و خودکنترلی زنان مطلقه مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این درمان بر پیوستگی افکار، احساسات و رفتار تأکید می‌شود. در این رویکرد اعتقاد بر این است که افراد با بازسازی افکار می‌توانند با فشارهای روانی مقابله کنند (ویلابو و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع در این رویکرد افراد تشویق می‌شوند تا با توجه به افکار خودآیند منفی و شناسایی تحریف‌های شناختی و به چالش کشیدن آنها و در ادامه با بازسازی افکار، احساسات بهتری را تجربه کنند و رفتارهای مناسب‌تری از خود بروز دهند (اهد، دیلورث و ترنر، ۲۰۱۴). نتایج تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری پرداخته‌اند، نشان می‌دهد که این رویکرد بر مدیریت اضطراب، افسردگی و افزایش رضایت از سطح زندگی، بهبود علایم خلقی و اضطرابی، افزایش تحمل و بهبود کیفیت زندگی بیماران، بهبود ارتباط با اطرافیان، کاهش افسردگی، افزایش رضایت از زندگی و تقویت خودپنداره زنان پس از طلاق مؤثر است (کومار، ساتار، بیسو، خان و روتکووسکی، ۲۰۱۷).

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 انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی او حاصل می‌شود که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود. بدین ترتیب که افراد سعی می‌کنند از مواجهه با

بسیاری از هیجان‌ها، احساسات یا افکار آزاردهنده اجتناب کنند یا آنها را تغییر دهند در حالیکه این تلاش‌ها بی تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجان‌ها و افکاری می‌شود که فرد سعی داشته از آنها اجتناب کند (کماری و همکاران، ۲۰۱۸). ضرورت اصلی این پژوهش اینست که امروزه مداخلات تخصصی جدی برای زنان مطلقه وجود ندارد. بنابراین آگاهی از این مشکلات، ممکن است در جهت درمان و اداره مناسب زنان مطلقه در جهت بهبود تاب آوری و خودکنترلی باشد. با این وجود آسیب‌های روانی زنان مطلقه که یکی از مهم‌ترین جنبه‌های آن بوده، اغلب مورد بی‌توجهی قرار گرفته و تحقیقات اندکی در مورد آن صورت گرفته است. به علاوه در حیطه پژوهش‌های داخلی، فقر پژوهشی بارزی در زمینه مداخلات روان‌شناختی بر زنان مطلقه به چشم می‌خورد. و از آنجایی که تاکنون کارآزمایی بالینی در حیطه بهبود تاب آوری و خودکنترلی زنان مطلقه در ایران انجام نشده و پژوهش‌های انجام شده نیز به خوبی مشکلات و مسائل زنان مطلقه را مورد کنکاش قرار نداده‌اند. بنابراین با توجه به مطالب بیان شده هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مولفه‌های شناختی رفتاری و مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تاب آوری و خودکنترلی زنان مطلقه بود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا آموزش مولفه‌های شناختی رفتاری و مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تاب آوری و خودکنترلی زنان مطلقه در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا آموزش مولفه‌های شناختی رفتاری و مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تاب آوری و خودکنترلی زنان مطلقه در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

این پژوهش در دسته پژوهش‌های نیمه آزمایشی قرار می‌گیرد و طرح پژوهش آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) و شامل دو مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به مرکز مشاوره دادگستری شهرستان بابل نیمه دوم سال ۱۳۹۶ و نیمه اول سال ۱۳۹۷ بود. نمونه این پژوهش شامل ۴۵ نفر از جامعه مذکور بوده که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه تقسیم شدند. بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مورد نظر، ۱۵ نفر در هر گروه و مجموعاً ۴۵ نفر تعیین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل طلاق در یک سال اخیر، جنسیت مونث، عدم ابتلا به اختلال‌های روانی جدی دیگر مانند اسکیزوفرنی، دو قطبی و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه، ابتلا به بیماری جسمی ناتوان کننده و ارایه اطلاعات ناقص بود. قبل از انجام مداخله از هر دو گروه آزمون راهبردهای تنظیم هیجان، تاب‌آوری و خودکنترلی گرفته شد. بعد از آن گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی تحت تأثیر متغیر مستقل قرار گرفت و گروه گواه هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. سپس مجدداً برای ارزیابی اثر آموزش‌ها، آزمون‌ها برای هر دو گروه توسط پژوهش‌گر اجرا شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت آزمودنی‌ها در این پژوهش کاملاً اختیاری و هیچ اجباری در کار نبوده است. قبل از شروع و شرکت هر آزمودنی در طرح، آنان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از طرح پژوهشی در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای

گروه گواه مختار بودند در صورت علاقه‌مندی به ورود به گروه مداخله فقط در پایان طرح برای آنان جلسات درمانی گروه مداخله عیناً تکرار گردد. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود و خواهد ماند. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (CD - RISC):** این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) تهیه شد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس ۵ لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی و همکاران (۲۰۱۱) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳ ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مولفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. بیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی گویه‌ها، ۲ شاخص KMO برابر ۲۸/۵۵۵۶ بود که هر ۲ شاخص، کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه تاب آوری با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۲ به دست آمد.

۲. **پرسشنامه خودکنترلی:** این پرسشنامه به وسیله ناجن و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده است و شامل ۱۳ آیتم می‌باشد. نمره گذاری پرسشنامه به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند، نمره ۱، تا حدودی در مورد من صدق می‌کند، نمره ۲، برخی اوقات در مورد من صدق می‌کند، نمره ۳، بیشتر اوقات در مورد من صدق می‌کند، نمره ۴ و همیشه در مورد من صدق می‌کند، نمره ۵ می‌گیرد که سوالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳ نمره گذاری معکوس دارند. در پژوهش تانجی و همکاران (۲۰۰۴) پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش کردند. در پژوهش سرافراز و همکاران (۲۰۱۲) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آورد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۹ به دست آمد.

جدول ۱. جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (هیز، ۲۰۰۸)

جلسه	عنوان	برنامه هدف	برنامه فعالیت	تکالیف
۱	آشنایی و مقدمه اولیه	آشنایی و معرفی اولیه اعضا با همدیگر و آشنایی با هیجانات	آشنایی و مقدمه	-----
۲	تحریک ذهنی اعضا برای طرح ایده‌های اصلی جلسه با یک سؤال	بحث در خصوص طلاق	بررسی واکنش فراگیران نسبت به طلاق و منفی در واکنش نسبت به طلاق طبقه بندی ارزشمندی‌ها	بررسی راههای مثبت و منفی در واکنش نسبت به طلاق طبقه بندی ارزشمندی‌ها
۳	بررسی پدیده طلاق، آثار و پیامدهای آن	توجه به عینی تر کردن ارزش گذاری	بررسی کارهایی که افراد را به ارزشمندی‌ها دور یا نزدیک می‌کند	تفکر در خصوص اقدامات خود و یادداشت برداری آنها
۴	فهم مشکل	فهم اینکه مشکل مربوط به	بررسی مشکلات مربوط به تنظیم	تمرین جعبه ابزار

	شناختی هیجان، تاب آوری و خودکنترلی است	کنترل کردن است	
۵	مرور مباحث قبلی و گسستگی شناختی و پذیرش پیامدهای هیجانی آن	فهم شکاف در شناخت و پذیرش در خصوص طلاق و پیامدهای هیجانی آن	فکر کردن چیست، گاهی الزام است روی چیزی فکر کرد و گاهی نباید فکر کرد، بررسی اینکه گاهی ذهن ما از احساسات رنج اور نجات یابد
۶	مرور جلسات قبلی و بررسی راهکارها	مواجهه (بعد نظری)	مواجهه با موقعیت تنظیم شناختی هیجان، تاب آوری و خودکنترلی طبقه بندی موقعیت ها
۷	مرور جلسات قبلی و تمرین عملی فنون	مواجهه (بعد عملی)	به اجرا گذاشتن موقعیت های موجود مربوط راهبردهای تنظیم شناختی هیجان
۸	مرور جلسات قبلی و تمرین عملی فنون	مواجهه (بعد عملی)	به اجرا گذاشتن موقعیت های موجود مربوط به تاب آوری
۹	مرور جلسات قبلی و تمرین عملی فنون	مواجهه (بعد عملی)	به اجرا گذاشتن موقعیت های موجود مربوط خودکنترلی
۱۰	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت کنندگان	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار خود	مشاهده خود به عنوان زمینه و تضعیف خود مفهومی و بیان خود
۱۱	پذیرش و اقدام متعهد	مرور مفاهیم تئوری و عملی آموخته شده و ایجاد پذیرش و اقدام متعهد در فرد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد
۱۲	جمع بندی جلسات قبل و ختم جلسات	جمع بندی و ختم جلسات	انجام کارهای مرتبط با ارزشمندی و مرور تکالیف فراگرفته شده

جدول ۲. شرح جلسات درمانی شناختی - رفتاری (بک و استیر، ۱۹۹۱)

جلسه	عنوان	محتوا	تکالیف
۱	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی

پژوهش، اجرای پیش آزمون	گروه آموزشی، اجرای پیش آزمون	توسط درمانجویان
۲ خودآگاهی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمانجویان از شرکت در طرح پژوهشی، توانمندسازی اعضا در زمینه خودآگاهی و شناخت خصوصیات، نیازها، خواسته‌ها، اهداف، ارزش‌ها و هویت خود	شناسایی و یادداشت ویژگی‌های مثبت و منفی، نیازها، خواسته‌ها و ارزش‌ها
۳ شناسایی و تغییر تحریف‌های شناختی	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره مشکلات درمانجویان در مسیر خودآگاهی و بررسی نیازها و خواسته‌ها، آشنایی اعضا با رابطه بین فکر، احساس و رفتار و آشنایی با افکار خودآیند، تحریفات شناختی و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی	یادداشت روزانه رویدادها، افکار و احساسات متعاقب آنها و شناسایی تحریف‌های شناختی
۴ فهم مشکل	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تحریف‌های شناختی شناسایی شده و تأثیر آنها در افکار، احساسات و رفتار درمانجویان،	شناسایی اسنادها در مورد وقایع تلخ زندگی (طلاق) و سعی در تغییر اسنادهای نادرست
۵ آشنایی با مهارت حل مسأله	بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تأثیر تغییر اسنادها در احساسات، افکار و رفتار درمانجویان، آموزش مهارت حل مسأله شامل تعریف مشکل، ارائه راه حل‌های جایگزین، ارزیابی راه حل‌ها، انتخاب و اجرای راه حل انتخابی و ارزیابی راه حل انتخابی اجرا شده	بررسی یکی از مشکلاتی که درمانجو با آن مواجه است و اجرای مهارت حل مسأله در مورد آن
۶ مرور جلسات قبلی و بررسی راهکارها	مواجهه با موقعیت تنظیم شناختی هیجان، تاب‌آوری و خودکنترلی طبقه بندی موقعیت‌ها	تمرین شناختی
۷ مرور جلسات قبلی و بررسی آسیب‌شناسی طلاق	آسیب‌شناسی تنش‌های اجتماع و فردی و آشنایی انواع باورهای فراشناختی و ارایه مهارت آرام‌سازی جلسه درمان	ارائه تکلیف خانگی جهت تمرین تکالیف عملی در جلسه درمان
۸ مرور جلسات قبلی و بررسی باورها و افکار منفی	تغییر افکار و باورهای منفی و نگرش به وضعیت فردی-اجتماعی، ترسیم نقشه‌های شناختی	ارائه تکلیف خانگی جهت تمرین تکالیف عملی در جلسه درمان
۹ بررسی تغییرات سازنده و تثبیت و تحکیم مربوط تنظیم هیجان	بحث درباره حوادث و ارایه تکنیک‌های تنظیم هیجان در مشکلات فردی و اجتماعی	ارائه تکلیف خانگی جهت تمرین تکالیف عملی در جلسه درمان
۱۰ بررسی تغییرات سازنده و	بحث درباره حوادث و ارایه تکنیک‌های تاب	ارائه تکلیف خانگی جهت

تمرین تکالیف عملی در جلسه درمان	آوری در مشکلات فردی و اجتماعی	تثبیت و تحکیم مربوط به تاب آوری
ارائه تکالیف خانگی جهت تمرین تکالیف عملی در جلسه درمان	بحث درباره حوادث و ارایه تکنیک های مهارت خودکنترلی در مشکلات فردی و اجتماعی	۱۱ بررسی تغییرات سازنده و تثبیت و تحکیم مربوط به خودکنترلی
-----	مرور جلسات به طور خلاصه، ارایه و جمع بندی تکنیک ها و نظرخواهی و بازخورد اعضا درباره برنامه ی گروه درمانی و انجام پس آزمون	۱۲ جمع بندی جلسات قبل و ختم جلسات

روش اجرا

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از ویرایش ۲۲ نرم‌افزار آماری SPSS و آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها، شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در تحلیل استنباطی پس از بررسی روایی مفروضه‌های زیر بنایی، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به کار رفت.

یافته‌ها

میانگین سن گروه پذیرش و تعهد ۳۴/۷ (۵/۴)، گروه درمان شناختی-رفتاری ۳۵/۸ (۶/۱) و گروه گواه ۳۵/۱ (۶/۷) سال بوده است و دو گروه آزمایش و یک گواه از نظر سن همگون بوده‌اند ($P > 0.05$).

جدول ۳. توصیف متغیرهای پژوهش

گروه	متغیرهای پژوهش	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		میانگین	انحراف	میانگین
		معیار	معیار	انحراف
شناختی- رفتاری	تاب آوری	۴۸/۵۰	۶/۸۸	۵۹/۶۲
	خودکنترلی	۳۵/۴۳	۵/۱۱	۴۴/۱۲
پذیرش و تعهد	تاب آوری	۴۸/۸۷	۷/۹۹	۵۷/۸۷
	خودکنترلی	۳۵/۸۱	۴/۲۹	۴۶/۸۱
گواه	تاب آوری	۴۷/۸۱	۷/۸۳	۴۸/۰۶
	خودکنترلی	۳۴/۲۲	۶/۱۴	۳۳/۸۷

نتایج نشان داد مقیاس‌های تاب‌آوری و خودکنترلی، هیچ یک از این مقیاس‌ها در آزمون لون^۱ معنادار نیستند؛ بنابراین می‌توان گفت که هر سه گروه از نظر متغیرهای پژوهش، قبل از شروع مداخله از لحاظ واریانس‌ها همگن بوده‌اند ($P > 0.05$). یکی دیگر از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال بودن توزیع داده‌ها است. برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها حاکی از آن است که مقیاس‌های تاب‌آوری و خودکنترلی از مفروضه نرمال بودن پیروی می‌کنند ($P > 0.05$).

جدول ۴. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

¹ Levene's Test

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف	آزمون لوین	موخلی
	درجه آزادی	آماره معناداری	درجه آزادی	آماره موخلی معناداری
تاب‌آوری	پذیرش و تعهد	۱۶	۰/۵۹۲	۰/۸۷
	شناختی- رفتاری	۱۶	۰/۶۱۸	۰/۸۴
	گواه	۱۶	۰/۶۹۹	۰/۷۱
خودکنترلی	پذیرش و تعهد	۱۶	۰/۸۲۱	۰/۵۱
	شناختی- رفتاری	۱۶	۱/۱۲	۰/۱۶
	گواه	۱۶	۰/۶۳۸	۰/۸۱

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای

پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایش	درجه آزادی	MS خطا	آماره F	P	مجذور تا
تاب‌آوری	گروه‌ها	۶۱۳/۳۹۶	۳	۲۰۴/۴۶۵	۵/۰۶۰	۰/۰۰۳	۰/۲۰۲
	مراحل	۱۰۹۱/۱۳۵	۱/۷۳۰	۶۳۰/۵۹۶	۱۶۹/۱۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۸
	تعامل مراحل با گروه	۵۴۳/۰۷۳	۵/۱۹۱	۱۰۴/۶۱۹	۲۸/۰۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
خودکنترلی	گروه‌ها	۱۱۶/۵۵۷	۳	۳۸/۸۵۲	۲/۴۸۷	۰/۰۶۹	۰/۱۱۱
	مراحل	۱۶۳/۰۱۰	۱/۹۰۹	۸۵/۳۷۹	۸۰/۳۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
	تعامل مراحل با گروه	۸۷/۸۶۵	۵/۷۲۸	۱۵/۳۴۰	۱۴/۴۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۹

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای تاب‌آوری (۲۸/۰۵) و خودکنترلی (۱۴/۴۲) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

جدول ۶. آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای پژوهش در پایان آموزش

متغیر وابسته	گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
تاب‌آوری	پذیرش و تعهد	شناختی رفتاری	۴/۸۴	۰/۰۰۰۱
	پذیرش و تعهد	گواه	۹/۳۸	۰/۰۰۰۱
	شناختی رفتاری	گواه	۴/۵۴	۰/۰۰۰۱
	پذیرش و تعهد	شناختی رفتاری	۴/۸۴	۰/۰۰۰۱

خودکنترلی	پذیرش و تعهد	گواه	۹/۳۸	۰/۰۰۰۱
شناختی رفتاری	گواه	۴/۵۴	۰/۰۰۰۱	

برای مشخص شدن این که بین کدام دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. بر اساس نتایج مقایسه‌های دوتایی حاصل از آزمون تعقیبی (جدول ۶)، میانگین نمرات گروه گواه در مقایسه با پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری در پایان آموزش بیشتر می‌باشد ($P < 0/01$). همچنین تفاوت معناداری میان دو گروه پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری در مقیاس‌های تاب‌آوری و خودکنترلی مشاهده شد ($P < 0/01$). به این معنا که درمان پذیرش و تعهد تاثیر بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری بر روی تاب‌آوری و خودکنترلی داشته است. همچنین بین گروه شناختی رفتاری و گروه گواه در مقیاس‌های تاب‌آوری و خودکنترلی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که درمان پذیرش و تعهد تاثیر بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری بر روی تاب‌آوری و خودکنترلی داشته است. در راستای نتایج بالا بررسی‌های طاهری و همکاران (۲۰۱۱)، لوینسون (۲۰۱۴)، نورتی و همکاران (۲۰۱۱)، رضایی (۲۰۱۳) و دن (۲۰۱۳) همسو است.

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری می‌توان گفت که آموزش مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد یک شیوه درمانی است که همزمان متغیرهای پذیرشی و تغییری را در بر دارد به این صورت که موضع این شیوه درمانی در برابر مشکلات غیرقابل تغییر پذیرش (چیزی را که نمی‌توانی تغییر دهی بپذیر) و در برابر مشکلات و رفتارهای قابل تغییر متعهد شدن برای حرکت در راستای تغییر است (آن چه را که می‌توانی تغییر دهی، تغییر بده) (گریفیث و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین این نوع درمان به زنان مطلقه پیشنهاد می‌کند شرایط موجود را بپذیرند و از کشمکش‌های غیر ضروری و همجوشی با افکار ناخواسته مرتبط با آن اجتناب کنند و در عین حال در راستای تحقق دیگر ارزش‌های زندگی و بکارگیری جنبه‌های دست‌نخورده زندگی تلاش کنند. افراد تاب‌آور نسبت به شرایط تنش‌زا نگرش متفاوتی دارند و تسلیم آن شده و حالت انفعالی نمی‌گیرند، بلکه به طور موثری با شرایط مقابله نموده و با آن مواجهه می‌شوند، نه اینکه از آن اجتناب کنند (مسلم‌خانی، ابراهیمی و صاحبی، ۲۰۱۹). این امر نیازمند آن است که برای شناخت شرایط محیطی تلاش کنند و آموزش مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق آموزش مولفه‌ها به زنان مطلقه کمک می‌کند تا توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند، بدون اینکه قضاوتی داشته باشند زیرا یکی از دلایلی که بر سلامت روان زنان مطلقه تاثیر منفی می‌گذارند، احساساتی مثل گناه و تقصیر و ناکامی است. بکارگیری رویکرد آموزش مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به علت سازوکاری نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی می‌تواند ضمن کاهش علائم روانی اثربخشی را افزایش می‌دهد و موجب افزایش تاب‌آوری می‌گردد. آنها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با رویدادهای استرس‌زا با خوش بینی و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به طور کلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه‌ای موثرتری به کار می‌اندازند (فینز و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع درمانگران به جای تمرکز بر تغییر شکل محتوی، به مراجع در پذیرش و داشتن تمایل به تجربه نمودن افکار و احساسات کمک نموده و با استفاده از فنون آموزشی بر اصلاح توجه و آگاهی مراجعین تاکید می‌ورزند. درمان پذیرش و تعهد افزایش

توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای امکان پذیر است، ناشی می‌شود.

همچنین در تبیین اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی می‌توان گفت که اثربخشی آموزش مولفه‌های مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود مهارت‌ها را می‌توان به واسطه فرایندهای درمانی حاکم بر آن تبیین کرد. یکی از فرایندهای آموزش مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش در مقابل اجتناب است. مولفه تمایل و پذیرش این امکان را برای مراجع پدید می‌آورد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها، بپذیرد. این کار باعث می‌شود که آن تجربیات ناخوشایند کمتر تهدید کننده به نظر برسند و تاثیر کمتری بر زندگی او داشته باشند. فرایندهای ذهن آگاهی مورد استفاده در این درمان باعث تغییرات چشمگیری در توجه خود می‌شود. به عبارتی باعث جهت‌گیری توجه شده تا دیدگاهی را نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد کند که به فرد اجازه می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کند، به جای اینکه این رویدادها را قسمتی از وجود خود بداند (خضایی، امیدی، کاخی، زنجانی و صحت، ۲۰۱۸). به این لحاظ که این روش می‌تواند به زنان مطلقه کمک کند تا هیجانات منفی خود را بپذیرد و در جهت تنظیم آنها تلاش کند مهارت گسلش شناختی نیز به عنوان یکی از مکانیسم‌های عمل قابل بحث است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم آمیختگی یا گسلش شناختی، میزان تاثیری است که یک فکر روی رفتار دارد. رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با افکارش در هم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد. با این هدف مراجع می‌آموزد که با این رویدادهای ذهنی بدون آغشته شدن با آنها برخورد کند و نظاره‌گر آنها نباشد. در این صورت فرد از این تجربیات در جهت تنظیم رفتارها، احساسات و هیجانات خود در جهت ارزش‌های مثبت استفاده می‌کند. اثربخشی این مداخله بر بهبود خودکنترلی زنان مطلقه، می‌توان گفت که دو تکنیک، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه در این زمینه اثرگذار می‌باشد. ترغیب زنان مطلقه به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف و تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، رفتارهای مخاطره آمیز در آنها نیز کنترل شود. بدین لحاظ خودکنترلی در زنان مطلقه افزایش می‌یابد (اودل، رودی و پروسنتو، ۲۰۱۸). بنابراین هدف آموزش مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه به آن. در این فرایند ارزش‌های فرد را به او نشان می‌دهد، یعنی به زنان مطلقه کمک می‌کند تا ارزش‌های زندگی خود را بشناسد و جهت دستیابی به این اهداف به او یاری می‌رساند. بدین لحاظ موثر واقع می‌شود. از سوی دیگر هر چند پژوهشگران عرصه خودکنترلی، به صراحت در زمینه نقش انگیزش‌ها در عملکرد خودکنترلی سخن به میان نیاورده‌اند، اما به نظر می‌رسد اساساً صرف درک فاصله وضعیت موجود و وضعیت مطلوب توسط فرد، منجر به ترک عمل نمی‌گردد بلکه در این میان باید انگیزشی برای فرد باشد تا برای تنظیم فاصله مذکور تلاش نماید.

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج به تصویب رسیده است و دارای کد اخلاق IR.IAU.SDJ.REC.1397.44 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج می‌باشد. همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تشکر و قدردانی

از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Relationship between the Beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(3), 213-223.
- 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.
- Den, S. (2013). The effect of cognitive behavioral group therapy on the resilience and social adjustment of divorced woman. *J Pers Assess*, 63(2), 262-74.
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69(2), 153.
- Finnes, A., Enebrink, P., Sampaio, F., Sorjonen, K., Dahl, J., Ghaderi, A., ... & Feldman, I. (2017). Cost-effectiveness of acceptance and commitment therapy and a workplace intervention for employees on sickness absence due to mental disorders. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(12), 1211-1220.
- Gonzalez-Mendez, R., & Hamby, S. (2020). Identifying women's strengths for promoting resilience after experiencing intimate partner violence. *Violence and victims*.
- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of contemporary psychotherapy*, 48(4), 189-204.
- Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 286.
- Heggeness, M. L. (2020). Improving child welfare in middle income countries: The unintended consequence of a pro-homemaker divorce law and wait time to divorce. *Journal of Development Economics*, 143, 102405.
- Kemani, M. K., Kanstrup, M., Jordan, A., Caes, L., & Gauntlett-Gilbert, J. (2018). Evaluation of an intensive interdisciplinary pain treatment based on acceptance and

- commitment therapy for adolescents with chronic pain and their parents: A nonrandomized clinical trial. *Journal of pediatric psychology*, 43(9), 981-994.
- Khan, S. H. (2020). Dialectics of Women's Resilience in Shashi Tharoor's *Riot*. *Contemporary Literary Review India*, 7(4), 141-148.
- Khazraee, H., Omidi, A., Kakhki, R. D., Zanjani, Z., & Sehat, M. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in cognitive emotion regulation strategies, headache-related disability, and headache intensity in patients with chronic daily headache. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 20(1):23-30.
- Kumar, V., Sattar, Y., Bseiso, A., Khan, S., & Rutkofsky, I. H. (2017). The effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy in treatment of psychiatric disorders. *Cureus*, 9(8).
- Lam, W. W. T., Yoon, S. W., Sze, W. K., Ng, A. W. Y., Soong, I., Kwong, A., ... & Fielding, R. (2017). Comparing the meanings of living with advanced breast cancer between women resilient to distress and women with persistent distress: a qualitative study. *Psycho Oncology*, 26(2), 255-261.
- Levinsohn, J. V. (2014). The effect of cognitive behavioral group therapy on the regulation and self-efficacy of the divorcee. *J Educ Gift*. 21: 228-309.
- Leyva, L. A. (2021). Black women's counter-stories of resilience and within-group tensions in the white, patriarchal space of mathematics education. *Journal for Research in Mathematics Education*, 52(2), 117-151.
- Mohammadi, A., Aghajani, M., & Zehtabvar, G. (2011). Addiction and its relation with resilience and emotional components. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*.
- Moslem Khani, M., Ebrahimi, M. E., & Sahebi, A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on happiness and hope of hamedanian multiple sclerosis patients. *Pajouhan Scientific Journal*, 17(2), 15-23.
- Norte, C. E., Souza, G. G. L., Pedrozo, A. L., Mendonça-de-Souza, A. C. F., Figueira, I., Volchan, E., & Ventura, P. R. (2011). Impact of cognitive-behavior therapy on resilience-related neurobiological factors. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38, 43-45.
- Rezaei, M. (2013). The effect of cognitive behavioral group therapy on the severity of insomnia, resiliency and quality of life of MS patients. [MSc dissertation]. Islamic Azad University of Tehran. [Full text in Persian]
- Sarafraz, MR., Gorbani, N., Javaheri, A. (2012). Self-Control: Unidimensional or Multidimensional Capacity? Distinction between the Inhibitory and Initiatory Facets among students of Tehran University. *Journal of Research in Psychological Health* 6(4): 69-7.
- Strizzi, J. M., Sander, S., Ciprić, A., & Hald, G. M. (2020). "I Had Not Seen Star Wars" and Other Motives for Divorce in Denmark. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(1), 57-66.
- Taheri Kh, T., Mohebzadegan, F., & Zamapoor, L. (2011). Compare the efficacy beliefs and emotion regulation Rodhen divorced women with normal women. *New findings in the psychology*, 7, 48-37.
- Tangney, J. P., Boone, A. L., & Baumeister, R. F. (2018). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. In *Self-regulation and self-control* (pp. 173-212). Routledge.
- 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), e603-e611.

- Van Gasse, D., & Mortelmans, D. (2020). Reorganizing the single parent family system: Exploring the process perspective on divorce. *Family Relations*, 69(5), 1100-1112.
- Van Scheppingen, M. A., & Leopold, T. (2020). Trajectories of life satisfaction before, upon, and after divorce: Evidence from a new matching approach. *Journal of personality and social psychology*, 119(6), 1444.
- Villabø, M. A., Narayanan, M., Compton, S. N., Kendall, P. C., & Neumer, S. P. (2018). Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(9), 751.

مقیاس تاب آوری (CD-RIS)

کاملاً نادرست	بندرت درست	گاهی درست	اغلب درست	همیشه درست	گویه‌های مقیاس تاب آوری
					۱- وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم.
					۲- حداقل یک نفر است که رابطه‌ی نزدیک و صمیمی‌ام با او در زمان استرس به من کمک می‌کند.
					۳- وقتی که راه حل روشنی برای مشکلاتم وجود ندارد، گاهی خدا با تقدیر می‌تواند کمک کند.
					۴- می‌توانم برای هر چیزی که سرراهم قرار می‌گیرد، چاره‌ای بیاندیشم.
					۵- موقعیت‌هایی که در گذشته داشته‌ام چنان اطمینانی در من ایجاد کرده‌اند که می‌توانم با چالش‌ها و مشکلات پیش‌رو برخورد کنم.
					۶- وقتی با مشکلات مواجه می‌شوم سعی می‌کنم جنبه خنده‌دار آنها را هم ببینم.
					۷- لزوم کنار آمدن با استرس موجب قوی‌تر شدنم می‌گردد.
					۸- معمولاً پس از بیماری، صدمه و سایر سختی‌ها به حال اولم برمی‌گردم.
					۹- معتقدم که در هر اتفاق خوب یا بدی مصلحتی هست.
					۱۰- در هر کاری بیشترین تلاشم را می‌کنم و به نتیجه هم کاری ندارم.
					۱۱- معتقدم که علیرغم وجود موانع، می‌توانم به اهدافم دست یابم.
					۱۲- حتی وقتی که امور ناامیدکننده می‌شوند، مایوس نمی‌شوم.
					۱۳- در لحظات استرس و بحران، می‌دانم که برای کمک گرفتن به کجا مراجعه کنم.
					۱۴- وقتی که تحت فشار هستم، تمرکز را از دست نمی‌دهم و درست فکر می‌کنم.
					۱۵- ترجیح می‌دهم که خودم مشکلاتم را حل کنم تا اینکه دیگران تمامی تصمیم‌ها را بگیرند.
					۱۶- اگر شکست بخورم به راحتی دلسرد نمی‌شوم.
					۱۷- وقتی با چالش‌ها و مشکلات زندگی دست و پنجه نرم می‌کنم، خود را فردی توانا می‌دانم.
					۱۸- در صورت لزوم، می‌توانم تصمیم‌های دشوار و غیرمنتظره‌ای بگیریم که دیگران را تحت تاثیر قرار می‌دهد.
					۱۹- می‌توانم احساسات ناخوشایندی چون غم، ترس و خشم را کنترل کنم.
					۲۰- در برخورد با مشکلات زندگی، گاهی لازم می‌شود که صرفاً بر اساس حدس و گمان عمل کنی.
					۲۱- در زندگی یک حس نیرومند هدفمندی دارم.
					۲۲- حس می‌کنم بر زندگی‌ام کنترل دارم.
					۲۳- چالش‌های زندگی را دوست دارم.
					۲۴- بدون در نظر گرفتن موانع پیش‌رو، برای رسیدن به اهدافم تلاش می‌کنم.
					۲۵- بخاطر پیشرفت‌هاییم به خودم می‌بالم.

پرسشنامه خودکنترلی

عبارات	۱	۲	۳	۴	۵
من در برابر وسوسه انجام کارها به خوبی مقاومت می‌کنم.					
برای من ترک عادت‌های بد و نامناسب دشوار است.					
من آدم تنبلی هستم.					
حرف‌های ناپیچا می‌زنم.					
من هرگز به خودم اجازه نخواهم داد که کنترلم را از دست بدهم.					
من کارهایی را که زبان آور و مضر هستند، در صورتی که سرگرم‌کننده و لذت‌بخش باشند، انجام می‌دهم.					
مردم می‌توانند در کارهایشان روی من حساب کنند.					
بیدار شدن از خواب صبحگاهی برای من دشوار است.					
من در گفتن نه به دیگران مشکل دارم.					
اغلب منصفانه نظرم را عوض می‌کنم.					
من هر آنچه را در ذهن دارم در قالب کلمات بیان می‌کنم.					
مردم من را به عنوان آدمی تکانشی و عجول توصیف می‌کنند.					
چیزهایی را که برای من بد و زیان‌آور هستند، رد می‌کنم.					
من بیش از حد معمول پول خرج می‌کنم.					
من هر چیزی را پاکیزه و مرتب نگه میدارم.					
من گهگاهی در انجام کارها زیاده‌روی می‌کنم.					
کاش نظم و ترتیب بیشتری داشتم.					
من آدم قابل اطمینانی هستم.					
من به دلیل احساس‌هایی که دارم، کنترلم را از دست می‌دهم.					
من بیشتر کارها را عجولانه و بدون فکر کردن انجام میدهم.					
من نمیتوانم رازهایم را به خوبی حفظ نمایم.					
مردم می‌گویند که من اصول سفت و سختی دارم.					
من هر شب تا آخرین لحظه کار کرده و یا مطالعه می‌کنم.					
من به آسانی دلسرد نمی‌شوم.					
من اگر قبل از انجام اقدامی فکرم را متوقف کنم، شرایط و موقعیت بهتری برای من فراهم خواهد شد.					
من خود را مشغول فعالیت‌های سالم می‌کنم.					
من غذاهای سالمی مصرف می‌کنم.					
چیزهای لذتبخش و سرگرم‌کننده من را از انجام کارها باز می‌دارد.					
من در تمرکز کردن مشکل دارم.					
من می‌توانم به طور موثری در جهت دستیابی به اهداف طولانی مدت کار کنم.					
برخی اوقات من نمی‌توانم خودم را از انجام کارهایی منع کنم حتی اگر بدانم آن اشتباه است.					
من اغلب بدون فکر کردن در مورد سایر انتخاب‌های دیگر، عمل می‌کنم.					
من به آسانی کنترلم را از دست می‌دهم.					
من اغلب حرف دیگران را قطع می‌کنم.					

من برخی اوقات در مصرف مشروبات الکلی یا مواد مخدر و دارو زیاده‌روی می‌کنم.
من همیشه در انجام کارهایم به موقع عمل می‌کنم.



The Effectiveness of Cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment therapy (ACT) on Self-Control and Resiliency in Divorced Women

Hosseinali Ghorbani Amir¹, Omid Moradi^{2*}, Mokhtar Arefi³ & Hamzeh Ahmadian⁴

Abstract

Aim: The present study aimed to compare the effectiveness of cognitive behavior therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on resiliency and self-control strategies in divorced women. **Methods:** The quasi-experimental study was carried out on two experimental and control groups with a pre-test, post-test and follow-up design. The statistical population consisted of all divorced women referring to the Judicial Counseling Center of the Babol city in 2017-18. The sample of this study consisted of 45 women who were selected using the convenience sampling method and randomly divided into two experimental and control groups. Data collection tools included the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and Self-Control Questionnaire. Data were analyzed using the analysis of covariance test and SPSS.22 software. **Results:** The study showed that CBT and ACT were effective on resiliency ($P<0.001$), and self-controlling ($P<0.001$) in divorced women. The study showed that acceptance and commitment therapy had a greater impact on increasing resiliency and self-control than cognitive behavioral therapy ($P<0.001$). **Conclusion:** The study showed that CBT and ACT led to an increase in resiliency and self-controlling in divorced women and can be used as treatment methods in improving women's problems.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, cognitive behavior therapy, resilience, self-control.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1. PhD Student in Counseling, Department of Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

Email: o.moradi@iausdj.ac.ir

2. *Corresponding author: Department of Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad university, Sanandaj Iran.

3. Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.