




مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و عواطف منفی در زنان طلاق گرفته

آریانا شعبان نژاد* 

کارشناسی ارشد گروه روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۸

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۲۴

ایمیل نویسنده مسئول: arianashabannezhad888@gmail.com

چکیده

هدف: زنان طلاق گرفته بیش از زنان متأهل در معرض آسیب‌های روانی، اجتماعی و جسمی مانند اضطراب، افسردگی، خودکشی، بیماری‌های قلبی و غیره هستند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و عواطف منفی در زنان طلاق گرفته شهر ساری بود. روش پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و شیوه انجام آن نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان طلاق گرفته مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر ساری در سال ۱۴۰۱ بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. همچنین به منظور گردآوری اطلاعات از بعد عاطفه منفی مقیاس عاطفه مثبت و منفی تلگن و واتسون (۱۹۸۵) و ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) بود. جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار SPSS-26 و روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر سه مرحله‌ای و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات افسردگی ($F = 4/50$ و $F = 4/81$) و عاطفه منفی ($F = 6/14$ و $F = 6/07$) در طول زمان تأثیر معناداری داشته است ($p < 0/01$). همچنین بین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معناداری مشاهده نشد ($p < 0/05$). از این رو می‌توان نتیجه گرفت که این اثرات از پایداری مناسبی برخوردار بودند. تجزیه و تحلیل با استفاده از آزمون بونفرونی نشان می‌دهد تفاوت میان اثربخشی دو آموزش بر متغیرهای پژوهش معنادار نیست ($p > 0/05$). نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های موجود می‌توان نتیجه‌گیری کرد که برای کاهش افسردگی و عواطف منفی در زنان طلاق گرفته می‌توان از هر دو شیوه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده کرد و میان اثربخشی این روش درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عاطفه منفی، افسردگی، زنان، طلاق

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۶۴۵-۶۳۱

زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(شعبان‌نژاد، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

شعبان‌نژاد، آریانا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و عواطف منفی در زنان. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۵) پیاپی ۱۴: ۶۴۵-۶۳۱.

مقدمه

طلاق^۱ و جدایی مهمترین عامل از هم گسیختگی ساختار بنیادی‌ترین بخش جامعه یعنی خانواده است و یک معضل سلامت عمومی در نهاد اجتماعی خانواده محسوب می‌شود؛ پدیده‌ای استرس‌زا است و آسیب‌پذیری افراد، به خصوص زنان را به مشکلات جسمانی و روان‌شناختی دوچندان می‌کند و ابتلا به اختلالات روانی آنان امری اجتناب‌ناپذیر است (نوابی نژاد و همکاران، ۲۰۲۳). طلاق را می‌توان ابزاری برای اتمام درگیریها و تعارضات زناشویی دانست اما مشکلات زیادی را برای افراد فراهم می‌کند بطوریکه گاهی اوقات مشکلات بعد از طلاق بیشتر و حتی بدتر از قبل آن، ارزیابی می‌شود (قهرمانی و همکاران، ۲۰۲۲). زندگی پس از طلاق برای بسیاری از افراد ناممکن به نظر می‌رسد. بعد از طلاق و جدایی از همسر تازه همه چیز شروع می‌شود. زنان از روز طلاق به بعد احساسات جدید منفی یا مثبتی را تجربه خواهند کرد. این احساسات آنقدر دارای نوسان هستند که گاهی اوقات از متضاد بودن این احساسات، سردرگم و مبہوت می‌شوند (دربانی و پارساکیا، ۲۰۲۲). به بیان دیگر، اگرچه پیامدهای منفی طلاق هر دو زوج را گرفتار می‌سازد اما طبق پژوهش‌ها، آسیب‌پذیری زنان بعد از طلاق بیشتر از مردان است. طلاق از جمله عواملی است که می‌توانند افسردگی و نشانه‌های آن را در بین زنان افزایش دهد (خان و حمید^۲، ۲۰۲۱). از این رو، زنان طلاق گرفته بیش از زنان متأهل در معرض آسیب‌های روانی، اجتماعی و جسمی مانند اضطراب، افسردگی، خودکشی، بیماری‌های قلبی و غیره هستند (هالد^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). طلاق برای زنان به دلیل آن که در ازدواج سرمایه‌گذاری بیشتری می‌کنند و خود را مسئول هر آنچه اتفاق افتاده است می‌دانند، شکست بزرگی محسوب می‌شود. از این رو بسیاری از زنانی که گسسته شدن خانواده‌شان را تجربه می‌کنند، افزایش پریشانی، افسردگی، تنهایی و درماندگی را گزارش کرده‌اند (هالد و همکاران، ۲۰۲۰). در ایران، شیوع این اختلال برای زنان دو برابر مردان همتای خود برآورد شده است (دربانی و پارساکیا، ۲۰۲۲).

همچنین عواطف نیز بخشی اساسی از نظام پویای شخصیت و از جمله عواملی است که روی رفتار و روابط فرد اثر گذار است (چن^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). تلگن (۲۰۰۱) عواطف را به دو بعد عاطفی پایه تقسیم بندی می‌کنند یکی عاطفه منفی است، بدین معنی که شخص تا چه میزان احساس ناخرسندی و ناخوشایندی یأس درونی و عدم اشتغال به کار لذت‌بخش می‌کند که به دنبال آن حالت‌های خلقی اجتنابی از قبیل خشم، غم، تنفر، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت پدید می‌آید افراد با عاطفه منفی بالا نسبت به افراد با عاطفه منفی پایین‌تر، تمایل بیشتری برای تجربه کردن هیجانات منفی دارند، افراد با عاطفه منفی بالا با هیجانات بیش از حد و شرطی شدن بالا مشخص می‌شوند (اورال^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). به طور کلی عواطف مثبت و منفی یکی از پیش‌بینی کننده‌های رضایت‌مندی از زندگی به حساب می‌آید. اغلب افراد هنگام قضاوت در مورد میزان رضایت‌مندی از زندگی خود، به طراز عواطف منفی و مثبت خود توجه دارند

1 Divorce

2 Khan & Hamid

3 Hald

4 Chen

5 Overall

که نشان دهنده غلبه احساس‌های مثبت آنان بر احساس‌های منفی است (اسدی، قاسم زاده و نظری فر، ۲۰۲۰). بر اساس پژوهش‌های انجام شده، عاطفه مثبت می‌تواند ابطال‌کننده عواطف منفی و خنثی‌کننده اثرات مخرب آن باشد. با این حال، شواهد زیادی نشان می‌دهد عاطفه مثبت و منفی هیچ ارتباطی با هم ندارند و دو روی یک سکه نیستند. به این دلیل که عامل مولد عاطفه مثبت، رویدادها و تجارب خوشایند است، در حالیکه عاطفه منفی به واسطه رویدادهای ناخوشایند ایجاد می‌شود. هنگام تعریف عاطفه مباحث دیگری، همچون تمایز عاطفه، هیجان و خلق مطرح می‌شود (هورن، سامسون، دیبروت و پرز^۱، ۲۰۱۹).

تاکنون شیوه‌های مختلف روان‌درمانی برای زنان طلاق‌گرفته به کار رفته و اثربخشی آن به اثبات رسیده است. یکی از این رویکردها درمان شناختی رفتاری است. درمان شناختی-رفتاری بر اصلاح افکار ناسازگار و تحریف‌های شناختی و تغییر الگوهای رفتاری که موجب پریشانی می‌شود، تمرکز دارد. هدف درمان شناختی-رفتاری افزایش آگاهی فرد از افکار، احساسات و تجربیات خود است (سورمی و داف^۲، ۲۰۲۲). درمان شناختی-رفتاری از طریق راهبردهای شناسایی و به چالش کشیدن الگوهای تفکر تحریف شده منجر به تاب‌آوری شخصی می‌شود (آپولیناریو، دروگ، فریتسچ، ۲۰۲۰). رویکرد درمانی دیگر نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نام دارد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمام تلاش درمانگر، ایجاد و پرورش زندگی مبتنی بر ارزش است که طبق آن به مراجع، و تعهد کمک می‌کند تا شیوه مطلوب زندگی کردن را بیابد و به انجام آن شیوه بپردازد (قربانی امیر و همکاران، ۱۴۰۱). درمان پذیرش و تعهد به عنوان بخشی از مداخلات موج سوم رفتاردرمانی شناختی به جای محتوای تجربه، بر رابطه فرد با تجربه درونی اش تمرکز دارد (گلاستر^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). این رویکرد فرض می‌کند که پریشانی روانشناختی از تلاش‌ها برای تغییر تجارب درونی ناراحت‌کننده (یعنی افکار و احساسات) ناشی می‌شود، که منجر به رفتار ناسازگاری می‌شود (بای^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). این فرار از تجربه درونی فرد، است که به عنوان یک عامل خطر فرا تشخیصی مناسب برای هدف قرار دادن در برنامه‌های پیشگیری ظاهر شده است (سعادت، رستمی و دربانی، ۱۴۰۰). بنابراین و با توجه به موارد مطرح شده و لزوم ارائه خدمات روان‌درمانی اثربخش به زنان طلاق‌گرفته، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و عواطف منفی در زنان طلاق‌گرفته شهر ساری انجام شد؛ پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

۱. آیا درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و عواطف منفی در زنان طلاق‌گرفته در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟

۲. آیا درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و عواطف منفی در زنان طلاق‌گرفته در مرحله پیگیری پایدار بود؟

1 Horn, Samson, Debrot & Perrez

2 Surmi & Duff

3 Gloster

4 Bai

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و شیوه انجام آن نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان طلاق گرفته مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر ساری در سال ۱۴۰۱ بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل زن بودن، گذشتن حداقل یک ماه از طلاق، عدم تشخیص اختلالات حاد روانشناسی و عدم اعتیاد به مواد مخدر بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم همکاری بیش از دو جلسه از جلسات بود و شرکت در جلسات روان‌درمانی به جز جلسات این پژوهش بود. همچنین به منظور گردآوری اطلاعات از بعد عاطفه منفی مقیاس عاطفه مثبت و منفی تلگن و واتسون (۱۹۸۵) و ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) بود.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس عاطفه مثبت و منفی**^۱. این مقیاس، یک ابزار خودسنجی ۲۲ آیتمی است و برای مقیاس عاطفه مثبت و منفی اندازه‌گیری دو بعدخطی، یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت تهیه و ارائه شده است. هر خرده مقیاس ۱۱ آیتم دارد که در آن ۱۱ احساس مثبت و ۱۱ احساس منفی در قالب کلمات مطرح شده است. این ابزار در مطالعات متعدد به کار گرفته شده و معلوم گردید که از سازگاری درونی و روایی همگرایی تفکیکی خوبی برخوردار است. ضرایب سازگاری درونی (آلفا) برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ به دست آمده و اعتبار آزمون از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته ای برای خرده مقیاس عاطفه مثبت، ۰/۶۸ و برای خرده مقیاس عاطفی منفی، ۰/۷۱ گزارش شده است (تلگن و واتسون، ۱۹۸۵). از نظر همبستگی خرده مقیاس عاطفه منفی با سیاهه افسردگی بک ۱/۴۸ و همبستگی خرده مقیاس عاطفه مثبت با این پرسشنامه، ۱/۲۶ و نیز همبستگی خرده مقیاس عاطفه منفی با مقیاس اضطراب آشکار -نهان، ۱/۴۱ و همبستگی خرده مقیاس عاطفه مثبت با مقیاس اضطراب آشکار ۲۴. گزارش شده است (واتسون، کالرک و کری، ۱۹۷۷). ابوالقاسمی (۱۳۸۲) ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۴۶، ۰/۶۸، ۰/۵۲ و ۰/۴۲ را برای مقیاس عاطفه مثبت و منفی به ترتیب در زمان‌های گذشته، حال و آینده و به طور کلی به دست آورده است.

۲. **پرسشنامه افسردگی بک (نگارش دوم) BDI-II**: این پرسشنامه برای اولین بار توسط بک، مندلسون، موک و ارباف^۳ در سال ۱۹۶۱ تهیه شد و در سال ۱۹۹۶ نگارش دوم آن توسط بک و همکارانش ارائه شد. این نگارش برای تحت پوشش قرار گرفتن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-V) صورت گرفت (بک، استیر و براون^۴، ۱۹۹۶). این مقیاس شامل ۲۱ ماده است که برای سنجش بازخوردها و

1 Positive and Negative Affect Scale

2 . Watson, Clark & Carey

3 Beck, Mandelson, Mock, & Erbaugh

4 Beck, Steer, & Brown

نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و به هر ماده آن بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره داده می‌شود. این ماده‌ها در زمینه‌هایی چون غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌خاری و ... هستند و دربرگیرنده ۵ عامل عاطفه (۲ ماده)، شناخت (۱۱ ماده)، رفتارهای آشکار (۲ ماده)، نشانه‌های جسمانی (۵ ماده) و نشانه‌های میان‌شخصی (۱ ماده). بنابراین طیف نمره کلی این آزمون از صفر تا ۶۳ است به طوری که نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن میزان افسردگی به کار بست: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین میزان افسردگی، ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید. بک و همکاران (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را برای این آزمون به دست آوردند که نشان‌دهنده پایایی خوب این مقیاس است. در ایران نیز رجبی و کارجوکسمایی (۱۳۹۱) ضریب پایایی این پرسشنامه را در پژوهش خود ۰/۸۷ به دست آوردند.

۳. درمان شناختی رفتاری. محتوای جلسات درمان مطابق راهنمای فراهم شده توسط بک (۲۰۲۰) به صورت گروهی اجرا شد که خلاصه آن به شرح زیر است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

| جلسات | محتوای جلسه |
|------------|--|
| جلسه اول | آشنایی و معرفی اعضا، بررسی اهداف و انتظارات آزمودنی‌ها از درمان، توضیح درباره قواعد گروه و مؤلفه‌ها و ماهیت اضطراب؛ تکلیف: مطالعه کتاب خودیاری نترس (راهنمای غلبه بر اضطراب). |
| جلسه دوم | مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف، آموزش و بررسی مدل شناختی فکر و رفتار، معرفی و شناسایی خطاهای شناختی به همراه درجه اعتقاد به آن. تکلیف: برگه تکمیل برگه ثبت افکار و بازبینی تحریف‌های شناختی به عنوان تکلیف منزل. |
| جلسه سوم | مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف و موانع آن، مرور و بررسی راهبردهایی برای مبارزه با تحریف‌های شناختی و کار در جلسه؛ تکلیف: ارائه تمرین بررسی شواهد با استفاده از برگه ثبت افکار به عنوان تکلیف منزل. |
| جلسه چهارم | مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف، آموزش روانشناختی: مرور و بررسی راهبردهایی برای مبارزه با تحریف‌های شناختی (تکنیک سود و زیان) و تمرین آن در جلسه، خلاصه و جمع‌بندی جلسه؛ تکلیف: ارائه تمرین بررسی سود و زیان با استفاده از برگه ثبت افکار به عنوان تکلیف منزل. |
| جلسه پنجم | مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف، شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده، آموزش واحد ناراحتی ذهنی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و ایفای نقش، خلاصه جلسه؛ تکلیف: تهیه سلسله مراتبی از موقعیت‌هایی که اضطراب ایجاد می‌کند به همراه درصد ایجاد احساس به عنوان تکلیف منزل. |
| جلسه ششم | مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف؛ آموزش تصویرسازی ذهنی، مواجهه تصویری و واقعی، جرأت‌ورزی، ایفای نقش، خلاصه جلسه و تمرین مرور ذهنی مهارت‌های اجتماعی؛ تکلیف: تمرین مرور ذهنی مهارت‌های اجتماعی و تکمیل برگه‌های ثبت افکار. |
| جلسه هفتم | مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف؛ ایفای نقش و مواجهه واقعی در جلسه (حضور در جمع و سخنرانی)؛ خلاصه جلسه؛ تکلیف: تمرین مواجهه واقعی و تکمیل برگه‌های ثبت افکار. |
| جلسه هشتم | مروری بر تمام جلسات، بررسی تکالیف؛ مواجهه واقعی بحث و بررسی در مورد عوامل مؤثر و راه‌انداز بازگشت و عود بیماری؛ بررسی راهبردهایی برای پیشگیری از بازگشت و عود بیماری؛ تکلیف: تمرین و به کار بردن راهبردهای پیشگیری از بازگشت و عود بیماری. |

۴. **درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.** محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده شده در پژوهش حاضر بر اساس پروتکل هیز (۲۰۰۵) و همکاران در جدول زیر ارائه شده است. لازم به ذکر است این جلسات به صورت گروهی و در هر ۸ جلسه، هر جلسه در یک هفته برگزار گردید.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسات | محتوای جلسات |
|------------|--|
| جلسه اول | معرفی اعضا، برقراری رابطه درمانی، مفهوم‌سازی مشکل، آشنایی با مفاهیم درمانی (ACT) و بستن قرارداد همکاری و درمان. |
| جلسه دوم | کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آنها و بحث درباره موقتی بودن و کم‌اثر بودن آنها، پذیرش روانی و روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل. |
| جلسه سوم | کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد و کنترل و پی‌بردن به بهبودی آنها و پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| جلسه چهارم | آموزش تنظیم هیجان، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از استعاره و تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| جلسه پنجم | بیان ارتباط مشترک رفتار، احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| جلسه ششم | توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| جلسه هفتم | توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| جلسه هشتم | آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون، آموزش تن آرامی با استفاده از تکنیک‌های تنش‌زدایی برای مرحله پیگیری. |

شیوه اجرا. پس از نمونه‌گیری و گماردن اعضای نمونه آماری پژوهش در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) و پیش از شروع مداخلات ابتدا پیش‌آزمون اجرا شد. سپس برای دو گروه آزمایش مداخلات مربوطه انجام شد و برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از پایان جلسات مداخله از هر گروه پس‌آزمون گرفته شد و سرانجام بعد از پایان دوره پیگیری (۲ ماه) آزمون پیگیری اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار SPSS-26 و روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر سه مرحله‌ای و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

یافته‌ها

از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی، میانگین (انحراف استاندارد) سنی گروه درمان شناختی رفتاری ۳۲/۷۷ (۵/۵۲)، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۴/۹۴ (۴/۶۰) و گروه گواه ۳۲/۴۱ (۵/۴۰) بود. داده‌های توصیفی هر سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول زیر آمده است.

جدول ۳. داده‌های توصیفی نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری

| شاخص‌های آماری | گروه | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری | |
|----------------|-----------------------------|--------------|----------|--------------|------|
| متغیر | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| عاطفه | درمان شناختی رفتاری | ۲۶/۱۴ | ۲/۳۱ | ۲۲/۱۰ | ۲/۵۹ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۲۶/۱۷ | ۲/۶۰ | ۲۲/۱۵ | ۲/۵۳ |
| | کنترل | ۲۵/۳۳ | ۲/۵۵ | ۲۵/۴۰ | ۲/۴۷ |
| افسردگی | درمان شناختی رفتاری | ۴۱/۳۷ | ۵/۷۳ | ۳۳/۷۳ | ۵/۶۶ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۴۲/۹۹ | ۵/۸۰ | ۳۴/۸۲ | ۶/۱۱ |
| | کنترل | ۴۰/۵۱ | ۴/۹۲ | ۴۰/۴۰ | ۵/۵۷ |

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، نمرات هر دو گروه آزمایش در عاطفه منفی و افسردگی در مرحله پس‌آزمون به‌طور مشهودی کاهش یافته است در صورتی که نمرات گروه کنترل تغییر نکرده است. برای آزمایش معنادار بودن اثربخشی آموزش‌های دو گروه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله استفاده شده است. برای این منظور ابتدا باید پیش‌فرض‌های مورد نیاز بررسی شود.

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

| متغیر | گروه | آزمون شاپیرو وویلک | | آزمون لوین | | مخولی |
|---------|-----------------------------|--------------------|----------|------------|----------|-------|
| | | آماره | معناداری | F | معناداری | |
| عاطفه | درمان شناختی رفتاری | ۰/۹۸۳ | ۰/۱۱ | ۱/۳۲۴ | ۰/۲۵ | ۰/۷۸۸ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۰/۷۳۲ | ۰/۳۸ | ۲/۷۸۲ | ۰/۱۳ | ۲/۱۲۰ |
| | گواه | ۰/۴۸۴ | ۰/۸۵ | ۱/۲۳۴ | ۰/۲۳ | ۱/۹۰۱ |
| افسردگی | درمان شناختی رفتاری | ۰/۹۲۳ | ۰/۱۲ | ۲/۳۲۴ | ۰/۱۴ | ۲/۵۵۲ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۰/۸۴۴ | ۰/۲۲ | ۱/۸۸۳ | ۰/۱۹ | ۱/۹۹۸ |
| | گواه | ۰/۶۹۰ | ۰/۴۵ | ۳/۴۹۲ | ۰/۱۰ | ۱/۳۸۸ |

مطابق جدول فوق، نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند ($p > 0/05$). همچنین بر اساس نتایج آزمون لوین شرط همسانی واریانس برقرار است و آزمون موخلی نیز شرط کرویت داده‌ها را تأیید می‌کند ($p > 0/05$). از این رو اجازه استفاده از شیوه تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر سه مرحله‌ای وجود دارد.

جدول ۵. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله

| منابع تغییرات | گروه | اجزاء مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجموع | نسبت F | سطح معناداری اثر | اندازه |
|---------------|--------|---------------------|------------|---------------|----------|------------------|--------|
| عاطفه منفی | شناختی | ثابت | ۱ | ۸۵۴۴۲,۶۶۸ | ۳۸۸۲,۷۰۷ | ۰,۰۰۰ | ۰,۹۹۳ |
| | رفتاری | گروه | ۱ | ۴۰۵,۸۳۳ | ۶,۱۴۷ | ۰,۰۰۲ | ۰,۳۹۷ |
| | | خطا | ۱۹ | ۶۱۶,۱۶۸ | | | |
| پذیرش و تعهد | شناختی | ثابت | ۱ | ۸۹۰۶۲,۸۶۰ | ۲۷۷۱,۶۷۲ | ۰,۰۰۰ | ۰,۹۹۰ |
| | رفتاری | گروه | ۱ | ۸۸۶,۸۶۵ | ۶,۰۷۸ | ۰,۰۰۰ | ۰,۴۹۳ |
| | | خطا | ۱۹ | ۸۹۸,۸۰۸ | | | |
| افسردگی | شناختی | ثابت | ۱ | ۱۱۹۲۱۵,۵۱۰ | ۲۵۷۷,۷۱۶ | ۰,۰۰۰ | ۰,۹۸۹ |
| | رفتاری | گروه | ۱ | ۶۲۵,۱۹۸ | ۴,۵۰۶ | ۰,۰۰۹ | ۰,۳۲۶ |
| | | خطا | ۱۹ | ۱۲۹۴,۹۵۸ | | | |
| پذیرش و تعهد | شناختی | ثابت | ۱ | ۱۲۸۴۰۸,۵۱۰ | ۲۷۵۷,۸۳۳ | ۰,۰۰۰ | ۰,۹۹۰ |
| | رفتاری | گروه | ۱ | ۶۸۳,۱۱۵ | ۴,۸۱۹ | ۰,۰۰۸ | ۰,۳۴۱ |
| | | خطا | ۱۹ | ۱۳۰۳,۸۰۸ | | | |

همان طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات افسردگی ($F = 4/50$ و $F = 4/81$) و عاطفه منفی ($F = 6/14$ و $F = 6/07$) در طول زمان تأثیر معناداری داشته است ($p < 0/01$) و می‌توان نتیجه گرفت هر دو آموزش بر کاهش عاطفه منفی و افسردگی زنان طلاق گرفته تأثیر معناداری داشت.

جدول ۶. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده گروه‌های آزمایش

| شاخص‌های آماری | مرحله | درمان شناختی رفتاری | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد |
|----------------|-----------|---------------------|-----------------------------|
| عاطفه منفی | پس‌آزمون | ۴/۳۱ | ۴/۴۹ |
| | پیش‌آزمون | ۴/۴۲ | ۴/۵۶ |
| افسردگی | پس‌آزمون | ۷/۵۲ | ۷/۶۷ |
| | پیش‌آزمون | ۱/۰۹ | ۰/۱۱ |

| | | | | | |
|--------|-----------|------|------|------|------|
| پیگیری | پیش‌آزمون | ۷/۸۳ | ۰/۰۰ | ۷/۹۱ | ۰/۰۰ |
| پیگیری | پس‌آزمون | ۰/۴۳ | ۱/۰۰ | ۰/۳۹ | ۱/۰۰ |

بر اساس مندرجات جدول فوق بین نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون هر دو رویکرد تفاوت برای عاطفه منفی و افسردگی معناداری وجود داشت ($p < 0/01$) که نشان دهنده اثربخشی معنادار این دو شیوه درمانی است. همچنین بین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معناداری مشاهده نشد ($p < 0/05$). از این رو می‌توان نتیجه گرفت که این اثرات از پایداری مناسبی برخوردار بودند.

جدول ۷. مقایسه چندگانه میانگین‌های تعدیل شده نمرات گروه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تعامل گروه و زمان (مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون)

| متغیر | گروه I | گروه J | تفاوت میانگین‌ها (I-J) | انحراف استاندارد | سطح معناداری |
|------------|---------------------|-----------------------------|------------------------|------------------|--------------|
| عاطفه منفی | درمان شناختی رفتاری | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۰/۱۷ | ۱/۷۷ | ۱/۰۰ |
| افسردگی | درمان شناختی رفتاری | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۰/۹۳ | ۲/۲۹ | ۰/۸۹ |

بر اساس جدول بالا، تجزیه و تحلیل با استفاده از آزمون بونفرونی نشان می‌دهد تفاوت میان اثربخشی دو آموزش بر متغیرهای پژوهش معنادار نیست ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و عواطف منفی در زنان طلاق گرفته شهر ساری بود. نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که علی‌رغم اثربخشی معنادار هر دو رویکرد درمانی، تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود ندارد. همچنین نتایج آزمونی تعقیبی بونفرونی نشان داد که تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از پایداری مناسبی برخوردار است. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های مطالعات مختلفی همچون قربانی امیر و همکاران (۱۴۰۱)، قهرمانی، خلعتبری و تقوایی (۱۴۰۱)، تبریزی و همکاران (۱۳۹۸)، محمدپور و همکاران (۲۰۲۱)، دابکین و همکاران (۲۰۲۰)، گاتام و همکاران (۲۰۲۰)، گونزالز-والرو (۲۰۱۹)، گلاستر و همکاران (۲۰۲۰)، بای و همکاران (۲۰۲۰)، کوتو-لسمس و همکاران (۲۰۲۰)، استاکتون و همکاران (۲۰۱۹) و واین و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود.

در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت برنامه درمانی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی شامل پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتبای طی با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می‌گردد (کوتو-لسمس و همکاران، ۲۰۲۰). هر یک از این

فرایند های مهارت های روانشناختی است که می تواند در هر حوزه زندگی با توجه به تجارب درونی یا علائم ناخواسته ارتقا یابد. بنابراین، تصور نمی شود که مداخلات پذیرش و تعهد یک درمان روانشناختی فرا تشخیصی است که به طور بالقوه بر علائم مختلف روانشناختی و مسائل زندگی تأثیر می گذارد (استاکتون و همکاران، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر اصولی است که در آن به مراجع آموزش داده می شود تلاش برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی آزار دهنده اش بی تأثیر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید سعی کند آنها را به طور کامل بپذیرد (گلاستر و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین در این رویکرد بر آگاهی روانی فرد در زمان حال تأکید می شود و فرد به حالت روانی، جسمانی، افکار و احساسات و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. سپس به فرد آموخته می شود خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند (استاکتون و همکاران، ۲۰۱۹). در مرحله بعد بر تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان زندگی اش که فرد برای خود در ذهنش ساخته است تأکید می شود. سپس به فرد کمک می شود تا ارزش های شخصی اش را بشناسد و به شکل عملیاتی بتواند آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند و در نهایت برای انجام عمل متعهدانه و معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی به فرد انگیزه داده شود (بای و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین از اهداف اصلی درمان شناختی رفتاری از بین بردن خطاها و تحریف ها و سوگیری ها در تفکر است تا افراد بتوانند کارآمدتر عمل کنند (بوسچلو و همکاران، ۲۰۱۹). رویکرد شناختی رفتاری بر تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر عواطف و رفتارها است و روی رفتار تمرکز دارد. درمانگر به مراجع کمک می کند تا تحریفات شناختی خود را شناسایی کرده و شیوه های تفکری مثبت تر و واقع بینانه تری را جایگزین آنها کند. درمان شناختی رفتاری این گونه فرض می کند که علت بیشتر آشفتگی های روان شناختی اشکال منفی شناخت هستند که در آن افکار منفی بی آنکه نقد شوند و حتی بدون آگاهی هشیار، پذیرفته می شوند (گاتام و همکاران، ۲۰۲۰). برای درمان این افکار نخست باید مراجع را از حضور و نفوذ آنها آگاه کرد و بعد به آنها آموزش داد تا به کمک بازسازی شناختی، خودگویی های مثبت تر و سازگارانه تری بسازند (دابکین و همکاران، ۲۰۲۰). درمان شناختی رفتاری یک بسته راهبردی است که مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی افراد، آموزش تن آرامی و مراقبه، آموزش خودزاد، بازسازی شناختی، آموزش مهارت های ابرازگری، افزایش شبکه حمایت اجتماعی و مدیریت خشم می باشد (بوسچلو و همکاران، ۲۰۱۹). این روش درمانی بوسیله تکالیف رفتاری به بیمار کمک میکند تا باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، افکار و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و این بینش را کسب کنند که تفسیر شخصی از اتفاقات زندگی، باعث بروز رفتارها و احساسات می شود و به طور کلی آنچه را که فکر می کنند احساس خواهند کرد. استفاده از روش شناختی رفتاری باعث توانمند شدن افراد در زمینه افزایش کنترل و تسلط، مواجه شدن با مشکلات یا اتفاقات مختلف زندگی بطور مناسب می گردد، آنان یاد می گیرند خود را بدون انتقاد، همانگونه که هستند، دوست بدارند (گاتام و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین منطقی به نظر می رسد که این دو رویکرد اثربخشی معنادار و یکسانی بر افسردگی و عاطفه منفی داشته باشد.

این پژوهش نیز مانند تمامی پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود. یکی از این محدودیت‌ها استفاده از ابزار خودگزارشی جهت گردآوری داده‌ها بود. در صورتی که پاسخگویان با بی‌دقتی و یا عدم رعایت اصل صداقت به این ابزار پاسخ دهند یافته‌ها می‌تواند با خطا مواجه شود. همچنین ممکن است برخی عمداً خود را بهتر و یا بدتر از واقعیت نشان دهند که این نیز باعث بروز خطا می‌گردد. محدودیت دیگر پژوهش استفاده از طرح نیمه آزمایشی بود. در این پژوهش تنها یک مرحله پیگیری وجود داشت که برای اطمینان از پایداری نتایج کافی نیست. همچنین در طول پژوهش عوامل مداخله‌گری وجود داشتند که کنترل آن توسط پژوهش‌گر ممکن نبود. در نهایت استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس نیز می‌تواند تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه کند. از این رو باید در تعمیم نتایج به دست آمده در این پژوهش جوانب احتیاط رعایت گردد. با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش و همچنین محدودیت‌های پژوهش پیشنهادات ذیل ارائه می‌گردد: (۱) پیشنهاد می‌گردد اثربخشی هر یک از درمان‌های این پژوهش با سایر رویکردهای روان‌درمانی مقایسه گردد. (۲) پیشنهاد می‌گردد اثربخشی دو رویکرد مقایسه شده در این پژوهش روی متغیرهای دیگر و جوامع آماری دیگر نیز مقایسه شود. (۳) پیشنهاد می‌گردد کارگاه‌هایی جهت آموزش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشاوران و روانشناسان برگزار گردد. (۴) پیشنهاد می‌شود متخصصین از درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراجعین زن طلاق گرفته استفاده نمایند.

موازن اخلاقی

در تمام مراحل پژوهش سعی شد اصول اخلاقی مورد توجه قرار گیرد. ضمن دادن آزادی انتخاب به شرکت‌کنندگان و دادن اطمینان جهت رعایت اصول رازداری، سعی بر آن بود تا به حریم شخصی زندگی افراد احترام گذاشته شود.

سپاس‌گزاری

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.

منابع

تبریزی، فاطمه، قمری، محمد، فرحبخش، کیومرث، و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر نگرانی و نشخوار فکری زنان طلاق گرفته. مطالعات روان‌شناختی، ۱۵(۲)، ۴۱-۶۰.

رجبی، غلامرضا. و کارجوکسمایی، سونا. (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II). مجله اندازه‌گیری تربیتی، ۳(۱۰): ۱۳۹-۱۵۷.

سعادت، نادره، رستمی، مهدی، و دربانی، سید علی. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) در تقویت عزت‌نفس و سازگاری پس از طلاق زنان. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۳(۲)، ۴۵-۵۸.

قربانی امیر، حسینعلی مرادی، امید، عارفی، مختار، و احمدیان، حمزه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش مولفه‌های شناختی رفتاری با مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و خودکنترلی زنان طلاق‌گرفته. *خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۴)، ۴۹۳-۵۰۸.

قهرمانی، مریم، خلعتبری، جواد، و تقوایی، داود. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر تاب‌آوری زنان در شرف طلاق. *خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۳)، ۴۷۴-۴۸۸.

References

- Apolinário-Hagen, J., Drüge, M., & Fritsche, L. (2020). Cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy and acceptance commitment therapy for anxiety disorders: integrating traditional with digital treatment approaches. *Anxiety disorders*, 291-329.
- Asadi, M., Ghasemzadeh, N., Nazarifar, M., & Sarvandani, M. N. (2020). The effectiveness of emotion-focused couple therapy on marital satisfaction and positive feelings towards the spouse. *International Journal of Health Studies*, 6(4), 36-40.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 260, 728-737.
- Beck, A. T., Rush A. J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck Depression Inventory: Manual*. 2. Boston: Harcourt Brace.
- Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Publications.
- Boschloo, L., Bekhuis, E., Weitz, E. S., Reijnders, M., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., ... & Cuijpers, P. (2019). The symptom specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: Results from an individual patient data meta analysis. *World Psychiatry*, 18(2), 183-191.
- Chen, K. H., Brown, C. L., Wells, J. L., Rothwell, E. S., Otero, M. C., Levenson, R. W., & Fredrickson, B. L. (2021). Physiological linkage during shared positive and shared negative emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 121(5), 1029.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 263, 107-120.
- Darbani, S. A., & Parsakia, K. (2022). The effectiveness of strength-based counseling on the reduction of divorced women's depression. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 4(2), 28-32.
- Dobkin, R. D., Mann, S. L., Gara, M. A., Interian, A., Rodriguez, K. M., & Menza, M. (2020). Telephone-based cognitive behavioral therapy for

- depression in Parkinson disease: A randomized controlled trial. *Neurology*, 94(16), e1764-e1773.
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian journal of psychiatry*, 62(Suppl 2), S223.
- Ghahramani, M., Khalatbari, J., & Taghvaei, D. (2022). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment focused on compassion therapy on the resilience of women on the verge of divorce. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(3), 474-488.
- Ghorbani Amir, H. A., Moradi, O., Arefi, M., & Hamzeh, A. (2022). The Effectiveness of Cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment therapy (ACT) on Self-Control and Resiliency in Divorced Women. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(4), 493-508.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.
- González-Valero, G., Zurita-Ortega, F., Ubago-Jiménez, J. L., & Puertas-Molero, P. (2019). Use of meditation and cognitive behavioral therapies for the treatment of stress, depression and anxiety in students. A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4394.
- Hald, G. M., Ciprić, A., Øverup, C. S., Štulhofer, A., Lange, T., Sander, S., ... & Strizzi, J. M. (2020). Randomized controlled trial study of the effects of an online divorce platform on anxiety, depression, and somatization. *Journal of family Psychology*, 34(6), 740.
- Hald, G. M., Ciprić, A., Sander, S., & Strizzi, J. M. (2022). Anxiety, depression and associated factors among recently divorced individuals. *Journal of Mental Health*, 31(4), 462-470.
- Horn, A. B., Samson, A. C., Debrot, A., & Perrez, M. (2019). Positive humor in couples as interpersonal emotion regulation: A dyadic study in everyday life on the mediating role of psychological intimacy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(8), 2376-2396.
- Khan, T. A., & Hamid, W. (2021). Lived experiences of divorced women in Kashmir: A phenomenological study. *Journal of Gender Studies*, 30(4), 379-394.
- Mahmoudpour, A., Rayesh, N., Ghanbarian, E., & Rezaee, M. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotional regulation and loneliness of divorced women in Iran. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(4), 831-842.
- Navabinejad, Sh., Rostami, M., & Parsakia, K. (2023). The mediating role of emotional intelligence in the relationship between marital conflicts and tendency to marital infidelity in couples. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 5(1): 1-8.

- Overall, N. C., Clark, M. S., Fletcher, G. J., Peters, B. J., & Chang, V. T. (2020). Does expressing emotions enhance perceptual accuracy of negative emotions during relationship interactions?. *Emotion, 20*(3), 353.
- Saadati, N., Rostami, M., & Darbani, S. A. (2021). Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. *Journal of family psychology, 3*(2), 45-58.
- Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the underlying mechanisms of change during acceptance and commitment therapy (ACT): A systematic review of contemporary mediation studies. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 47*(3), 332-362.
- Surmai, M., & Duff, E. (2022). Cognitive behavioural therapy: a strategy to address pandemic-induced anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners, 18*(1), 36-39.
- Tabrizi, F., Ghamari, M., Farahbakhsh, K., & Bazzazian, S. (2019). The effectiveness of integrating acceptance and commitment therapy (ACT) with compassion on worry and rumination of divorced women. *Journal of Psychological Studies, 15*(2), 41-60.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological bulletin, 98*(2), 219.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of abnormal psychology, 97*(3), 346.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., ... & Mulcahy, H. E. (2019). Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology, 156*(4), 935-945.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment on depression and negative emotions in divorced women

*Ariana. Shabannezhad*¹

Abstract

Aim: Divorced women are more exposed to mental, social and physical injuries such as anxiety, depression, suicide, heart diseases, etc. than married women. The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment on depression and negative emotions in divorced women in Sari city. **Method:** The purpose of the present research was applied and its method was quasi-experimental with a pre-test and post-test design with two experimental groups and a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the research included all divorced women who referred to a private counseling center in Sari city in 2023, 30 people were selected by available sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. Also, in order to collect information from the dimension of negative affect, the scale of positive and negative affect by Tellgen and Watson (1985) and the second edition of Beck's depression questionnaire (1996) were used. SPSS-26 software and three-stage repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test were used for statistical analysis of data. **Results:** Cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment had a significant effect on depression scores ($F=4.50$ and $F=4.81$) and negative emotion ($F=6.14$ and $F=6.07$) over time. ($p>0.01$). Also, no significant difference was observed between the post-test and follow-up scores ($p<0.05$). Therefore, it can be concluded that these effects had good stability. Analysis using the Bonferroni test shows that the difference between the effectiveness of the two trainings on variables is not significant ($p<0.05$). **Conclusion:** Based on the available findings, it can be concluded that to reduce depression and negative emotions in divorced women, both methods of cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment can be used, and there is no significant difference between the effectiveness of these treatment methods.

Keywords: *cognitive behavioral therapy, therapy based on acceptance and commitment, negative affect, depression, women, divorce*

1. *Corresponding Author: M.A, Department of Clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
Email: arianashabannezhad888@gmail.com