

Research Paper



Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Schema Therapy on Resilience of Divorced Women Referring to Welfare



Sajjad Almardani Some'eh<sup>1</sup>, Masoumeh Azmoodeh<sup>2\*</sup>, Reza Abdi<sup>3</sup>, Seyed Davoud Hoseini Nasab<sup>4</sup>

1. PhD student in Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.
4. Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.



DOI: [10.22034/jmpr.2023.58885.5894](https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.58885.5894)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_17647.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17647.html)



ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**  
Acceptance and Commitment Therapy, Schema Therapy, Resilience, Divorced Women, Welfare

Received: 2023/10/18  
Accepted: 2023/12/01  
Available: ???/??/??

Divorce is one of the stressful experiences of the family that can lead to low resilience among couples. The aim of this research was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on the resilience of divorced women referring to welfare. The method of this research was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population consists of all the women who referred to Tabriz welfare in the second half of 1402-1401, of which 60 people were randomly assigned to two experimental groups and one control group (20 people in each group) by random sampling became. The pre-test and post-test were conducted after the treatment interventions based on acceptance and commitment and schema therapy. Connor and Davidson's resilience questionnaire (2003) was used to collect data, and multivariate covariance analysis was used to analyze hypotheses. The results showed that both interventions were effective on resilience variable ( $p < 0.05$ ). According to the results of the present study, there was a difference between the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy in the dependent variable, and the effectiveness of acceptance and commitment therapy was more than schema therapy. The results of the present study show that treatment based on acceptance and commitment has an effect on increasing resilience and improving the condition of divorced women.



\* Corresponding Author: Masoumeh Azmoodeh  
E-mail: mas\_azemod@yahoo.com

## مقاله پژوهشی



## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری زنان مطلقه مراجعه‌کننده به بهزیستی



سجاد علمردانی صومعه<sup>۱</sup>، معصومه آزموده<sup>۲\*</sup>، رضا عبدی<sup>۳</sup>، سید داود حسینی نسب<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
۴. استاد، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.



DOI: [10.22034/jmpr.2023.58885.5894](https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.58885.5894)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_17647.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17647.html)



## چکیده

## مشخصات مقاله

## کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،  
طرحواره درمانی، تاب‌آوری،  
زنان مطلقه بهزیستی

طلاق یکی از تجارب تنش‌زای خانواده است که می‌تواند منجر به تاب‌آوری پایین در بین زوجین شود. هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری زنان مطلقه مراجعه‌کننده به بهزیستی بود. روش این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه زنان مراجعه‌کننده به بهزیستی شهر تبریز در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ تشکیل می‌دهد که از این بین تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (در هر گروه ۲۰ نفر) گمارش تصادفی شد. پیش‌آزمون و پس‌آزمون بعد از مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی اجرا گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و برای تحلیل فرضیه‌ها نیز از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که هر دو مداخله بر روی متغیر تاب‌آوری اثربخشی داشتند ( $p < 0/05$ ). با توجه به نتایج پژوهش حاضر بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در متغیر وابسته تفاوت وجود داشت که میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از طرحواره درمانی بود. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری و بهبود وضعیت زنان مطلقه تاثیر دارد.

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۷/۲۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۹/۱۰

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۹/۲۲



## مقدمه

زنان مطلقه<sup>۱</sup> از جمله گروه‌های آسیب پذیرتر جامعه به شمار می‌روند که با تنگناها و ناتوانی‌های روحی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی رو به رو هستند (ابو-راس و ایتزاکي-بران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۳ و لیز، آرنال، کوتسو، ون هکه و فوشن<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). طلاق شایع‌ترین جلوه تعارض شدید است و در نهایت بالغ بر نیمی از زوج‌هایی که درصدد مشاوره هستند، طلاق می‌گیرند (صباح‌کارکابی<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). براساس آمار رسمی در ایران از هر ۱۰۰۰ مورد ازدواج، حدود ۲۰۰ مورد به طلاق منجر می‌شود (عباسی و امیدوار، ۲۰۲۲). از این روی طلاق مهم‌ترین تهدید علیه بنیان خانواده به شمار می‌آید و توجه به مسایل مربوط به طلاق و زنان دچار آن اهمیت بالایی دارد (چن، نیو، یه، چن و کیو<sup>۵</sup>، ۲۰۲۲).

از جمله مسایلی که می‌تواند کم و کیف روانشناختی زنان مطلقه را تحت تاثیر قرار دهد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری به عنوان توانایی چیره شدن در برابر استرس و گرفتاری است و به عنوان یک فرایند پویا که به وسیله آن افراد عملکرد سازشی در مواجهه با آسیب و فلاکت نشان می‌دهند، تعریف می‌شود (نگری، کانگو، کولیچیا و سارکس<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱). شایان ذکر است که تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است (بلوک<sup>۷</sup>، به نقل از تاجیک زاده، صادقی و رئیس کریمیان، ۱۳۹۵). پژوهش سلیمانی و امانی (۱۴۰۲) نشان داد که در زنان مطلقه تاب‌آوری پایینی گزارش شده است. افراد تاب‌آور بر این باورند که زندگی با معناتر از این است که بخواهند در مقابل مشکلات تسلیم شوند (مهرآفرید، خاکپور، جاجرمی و موسوی، ۱۳۹۴، کانر و دیویسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳). از آنجا که تاب‌آوری فرایندی محافظت‌کننده است که احتمال پیامدهای منفی را کاهش می‌دهد (آرگینتون و ویلسون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰)، زنان مطلقه‌ای که از این ویژگی محافظت‌کننده برخوردار هستند، احتمالاً 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 (آریاپوران، امیری منش و اصلانی، ۱۳۹۲). مطالعات مختلف در مورد تاب‌آوری تأکید می‌کند که تاب‌آوری از برخورد و انطباق با تجربیات آسیب‌زا فراتر است؛ بدین معنا که فرد قدرت بازگشت و رشد به شیوه مثبت در برابر وضعیت نامناسب را دارد (کنات و دریویس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۴). افراد تاب‌آور به احتمال بیشتری در رویارویی با اوضاع ناگوار در جستجوی معنا هستند. توانمندی‌های معنوی، تحمل افراد (اعم از زنان مطلقه) را در برابر سختی‌ها افزایش می‌دهد و آنها را برای غلبه بر چالش‌ها و تغییرات زندگی باری می‌

کند (کلانتر هرمزی، عسلی طالکوئی و مرادی لیاولی، ۱۳۹۴). پژوهش جمشیدی، احمدی، شکرکن و شریفی (۱۴۰۲) نشان داد زنان متقاضی طلاق تاب‌آوری کمتری گزارش کردند. همچنین نتایج پژوهش رحمانی، سهرابی اسمرو، اسدزاده و نصراللهی (۱۴۰۱) نشان داد تاب‌آوری در زنان مطلقه به دلیل فاکتورهای محیطی پایین است و به همین دلیل باید توجه ویژه‌ای به این متغیر داشت؛ چرا که نف و برادی<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۱) دریافتند زوجین به استفاده از منابعی مانند تاب‌آوری در برابر حوادث استرس‌زای منفی اما کنترل‌پذیر زندگی نیاز دارند تا به خوبی از پایداری زندگی زناشویی خود حفاظت کنند. در مجموع می‌توان گفت طلاق یکی از تجارب تنش‌زای خانواده است که می‌تواند منجر به بروز تعارضات و ناسازگاری در بین زوجین باشد. اگر افراد دارای تاب‌آوری بالا باشند، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ می‌کنند و سازگاری روانشناختی بالایی خواهند داشت. تاب‌آوری افراد را قادر می‌سازد که در برابر فشارها، چالش‌ها، و سایر مسایل عاطفی، هیجانی (مثل طلاق و مطلقه‌زدگی کردن) و اجتماعی، برخورد مناسب و کارآمد داشته باشند (نژاد و شاملی، ۲۰۱۷).

اشکال مختلفی از درمان‌های روان‌شناختی برای رفع مشکلات افراد دارای تعارض تدوین شده است که می‌توان به رفتاردرمانی، روان‌درمانی بین فردی و شناخت درمانی اشاره کنیم (ذوالفقاری، نیکویی، شهبازی و کهن روز امیری، ۱۴۰۰). در این پژوهش از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و طرحواره درمانی استفاده می‌شود. با توجه به اهمیت متغیر تاب‌آوری در زنان مطلقه و با توجه به این که آسیب‌های روانشناختی ناشی از طلاق در زنان، به صورت مزمن بروز می‌کند؛ این امر لزوم مداخله‌های روانشناختی را مطرح می‌کند (تامبورینی، کووچ و رزنیک<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۵). در این سو از میان راهکارهای درمانی مختلف مثل دارو درمانی، روان‌کاری، رفتاردرمانی و غیره، با در نظر گرفتن این موضوع که اغلب افراد مخالف استفاده از دارو درمانی هستند (براتون، ری، رحین و جونز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۵) و نبود راهکارهای نوین روان‌کاوی برای حل همه این مشکلات و وقت گیر بودن اجرای روش روان‌کاوی و البته لحاظ نمودن نتایج مطالعاتی که نشان دادند روش ACT یکی از بیشترین درمان‌های ارائه‌شده موج سوم از درمان رفتاری (ویسکوویچ و پاکنهام<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۰)، که براساس شواهد تجربی از کارآمدی قابل ملاحظه‌ای برخوردار است (اوست<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۴ و رویز<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۰)، و بر کنترل محتوای تفکرات و عواطف تأکید دارد و بر آن است تا افراد آگاهی بیشتری نسبت به تصمیمات خود داشته و بر آن متعهد باشند (مککلوره، بریکر، مول و هفتر<sup>۱۷</sup>، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از مداخلات اصلی برای درک الگوهای رفتاری ناکارآمد و فرایندهای مشکل‌ساز و ایجاد رفتارها و هیجانات سالم تر و مؤثرتر در نظر گرفته شده است (آرچ، فیشبین، فریس، میشل، لوین، سیویلجک،

10. Cénat &amp; Derivois

11. Neff &amp; Bradley

12. Tamborini, Couch &amp; Reznik

13. Bratton, Ray, Rhine &amp; Jones

14. Viskovich &amp; Pakenham

15. Ost

16. Ruiz

17. McClure, Bricker, Mull &amp; Heffner

1. Divorced women

2. Abu-Ras &amp; Itzhaki-Braun

3. Leys, Arnal, Kotsou, Van Hecke &amp; Fossion

4. Sabbah-Karkabi

5. Chen, Niu, Yeh &amp; Kuo

6. Negri, Cagno, Colicchia &amp; Sarkis

7. Block

8. Connor &amp; Davidson

9. Arrington &amp; Wilson

خویش را کاهش دهد (حکیم و کروچ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). محمدی نژاد و ربیعی (۲۰۱۵)، نشان دادند که به کارگیری رویکرد طرحواره درمانی در بین زنان مطلقه منجر به بهبود کیفیت زندگی آنان (به تبع آن تاب‌آوری بالا) گردید. پژوهشگران در تعدادی از یافته‌های خود اثربخشی طرحواره درمانی را تأیید کرده‌اند که نتایج تحقیقات حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش تاب‌آوری (حسینی، رضازاده، قنبری پناه و خوش‌خبر، ۲۰۲۲ و قوتی، آهوان و بلقان آبادی، ۱۴۰۰) در زنان مطلقه است.

با توجه به پژوهش‌های فوق، مطالعه حاضر می‌خواهد به این مساله پاسخ دهد که از بین روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و طرحواره درمانی، کدامیک بر تاب‌آوری زنان مطلقه مراجعه‌کننده به بهزیستی، اثربخش تر است؟

### روش

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی و از نظر ماهیت داده‌ها از نوع تحقیق کمی و از نظر نحوه اجرا، تحقیق نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه زنان مراجعه‌کننده به بهزیستی شهر تبریز در شش ماه دوم سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل می‌دهد که از این بین تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (در هر گروه ۲۰ نفر) به صورت تصادفی انتخاب شد. ملاک‌های ورود افراد مطلقه بودن و مراجعه‌کننده به بهزیستی، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، عدم ازدواج مجدد، محدوده سنی ۱۹ تا ۳۵ سال، تمایل برای شرکت در پژوهش و کسب نمره بالا در مقیاس ناگویی هیجانی که توسط کمسیون پزشکی بهزیستی تأیید شده و البته مشارکت فعال در جلسات آموزشی و ملاک‌های خروج آنها، مشکلات پزشکی خاص، اعتیاد و عدم احراز احتمالی هر کدام از ملاک‌های ورود در میانه پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی مطرح در پژوهش شامل جلب رضایت متقاضیان برای شرکت در پژوهش و رعایت رازداری و دادن اطمینان به آنها درباره محرمانه ماندن اطلاعات فردی اخذ شده، بود. لازم به ذکر است که پس از اتمام اجرای تمامی مراحل تحقیق، گروه کنترل بنا بر موافقت افراد به صورت اختیاری و داوطلبانه مورد مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا طرحواره درمانی قرار گرفتند. در این تحقیق، برای گردآوری داده‌ها، از ابزار زیر استفاده شد:

**پرسشنامه تاب‌آوری (CD-RISC):** این مقیاس شامل ۲۵ سوال است و توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) برای اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است. هدف این پرسشنامه، سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف است. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، میزان تاب‌آوری بیشتر و هر چه امتیاز

آدورسکی و کوتنر<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). در ضمن هدف آن شناخت و کم کردن خطای شناختی، کنترل مشکل و بررسی و تجزیه و تحلیل منطقی مشکلات است (اسلوشور، گاس، کراز، والاس، ویلیامز، رید و اسکینتا<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). به همین علت پژوهشگر خود را ملزم دانست که میزان این اثربخشی را در جامعه تحت کنترل خود ارزیابی نماید. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پایه نظریه چهارچوب ارتباطی<sup>۳</sup> یعنی مکتبی که تحقیقات آن بر مبنای زبان و شناخت است پایه ریزی شده است و بیان می‌کند که مهارت‌های منطقی ذهن انسان برای حل مسائل ممکن است در غلبه بر دردهای روانی بی‌تأثیر باشد، براین اساس، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گسترش پیدا کرد. هدف این توسعه آموزش به مردم بود که اگرچه تجربه درد روانی طبیعی است، اما می‌توانیم یاد بگیریم که با تغییر روش فکر کردن به دردها، سالم زندگی کنیم (دوستی، ۱۳۹۵). هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است، یعنی توانایی انتخاب عملی بین گزینه‌های مختلف که مناسب تر باشد (فورمن و هربرت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). هدف نهایی این مدل، بهبود تعاملات (در تاب‌آوری) بعد از آسیب (مثل طلاق) است. پژوهشگران در تعدادی از یافته‌های خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را تأیید کرده‌اند که نتایج تحقیقات حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری (حدادی، یزدی، مرادی و حاج‌آقایی، ۲۰۲۳، حاجت‌نیا، تاپری و علیزاده، ۲۰۲۳، تاج‌بخش، حدادی، ضیغمی، محمدی، ملیحی‌الذاکرینی، محمدی افراکتی و برومند، ۱۴۰۲ و اعلمی، تیموری و بیاضی، ۲۰۲۱) در زنان مطلقه است.

با توجه به اینکه یکی از مداخلات جدید در زمینه مشکلات روانشناختی و آسیب‌های خانودگی، رویکرد طرحواره درمانی است (تاپیا، پرز داندیو، لنیور، اوئیلی، گری و دلبله<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸)، محقق برای مقایسه و برآورد تفاوت روش ACT با روشی دیگر که پژوهش‌های جدید نشان از ظهور روشی مثرتر دارد، بر آن شد تا روش طرحواره‌درمانی را به‌عنوان درمان روان‌شناختی با تأکید فراوان بر جایگزینی طرحواره‌های سالم به جای طرحواره‌های ناسازگار و آسیب‌شناختی شخصیتی (رنر، آرنترز، پیترز، لبتیل، هوپرز و مارکوس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶)، انتخاب کند تا در جامعه ویژه خود در بهزیستی شهر تبریز بررسی نماید. با توجه به پژوهش‌های مختلف می‌توان گفت، طرح‌واره درمانی، به مثابه یک رویکرد یکپارچه و جدید، در تبیین و درمان مشکلات زناشویی کارایی دارد (یانگ، کولسو و ویشار<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵). همچنین، رویکرد طرحواره درمانی از طریق استفاده از راهبردهای دیالکتیکی، اعتباربخشی، حل مسئله، سبک شناختی و مدیریت مراجع و همچنین به واسطه کاهش رفتارهای مخل زندگی و مداخله‌کننده با درمان و آموزش مهارت‌های رفتاری (مهارت‌های بین فردی، تاب‌آوری، مهارت‌های تحمل‌پریشانی، مهارت‌های تنظیم هیجانی و مهارت‌های ذهن آگاهی یا هشیاری فراگیر)، به فرد کمک می‌کند تا آنها را به موقعیت‌های زندگی خویش تعمیم دهد تا بتواند تعارض‌های درونی

5. Tapia, Perez-Dandieu, Lenoir, Othily, Gray & Delile  
6. Renner, Arntz, Peeters, Lobbestael, Huibers & Marcus  
7. Young, Klosko & Weishaar  
8. Hakim & Crouch

1. Arch, Fishbein, Ferris, Mitchell, Levin, Slivjak, Andorsky & Kutner  
2. Sloschower, Guss, Krause, Wallace, Williams, Reed & Skinta  
3. Relational frame therapy  
4. Forman & Herbert

حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای پرسشنامه به دست آمد.

**مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد:** پژوهش با اخذ مجوزهای لازم از بهزیستی شهرستان تبریز برای استفاده از زنان مطلقه، شروع و گروه آزمایش هفته‌ای یک جلسه، تحت ۱۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکرد.

کمتر باشد، میزان تاب‌آوری نیز کمتر است. در ایران روایی و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است (حق رنجبر، کاکوند، برجلی و برمس، ۲۰۱۱). در پژوهش حق رنجبر و همکاران (۲۰۱۱) پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که آلفای ۰/۸۴ برای پرسشنامه به دست آمد. روایی آزمون نخست همبستگی با هر عبارت با نمره کل و سپس با روش تحلیل عاملی ضریب‌هایی بین ۰/۴۱ و ۰/۶۴ نشان داد (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). ۷ عامل با قدرت تبیین ۷۷ درصد با روش چرخش واریماکس در نرم افزار SPSS بدست آمده است. در پژوهش

### جدول ۱: جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (هیز و استروسال، ۲۰۱۰)

| جلسه                                     | شرح جلسه  |
|--|---|
| جلسه اول: مقدمه و دستور جلسه درمان       | ۱. فراهم کردن فرصتی برای مراجعان تا با یکدیگر و اهداف درمان آشنا شوند.<br>۲. برقراری رابطه درمانی و ارزیابی شدت مشکلات و تمرین مبتنی بر آگاهی، با عنوان «تمرین تمرکز» |
| جلسه دوم: تغییر رفتار                    | ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های گذشته از طریق استعاره و پرسش از مراجعان  |
| جلسه سوم: تمرین ذهن آگاهی و بیان ارزش‌ها | ۱. پذیرش<br>۲. ارزش‌ها<br>۳. تکلیف  |
| جلسه چهارم                               | شفاف‌سازی ارزش‌ها و بررسی موانع   |
| جلسه پنجم                                | تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه  |
| جلسه ششم                                 | تمرین ذهن آگاهی «اسکن بدن»  |
| جلسه هفتم                                | تکمیل فرم مسیرهای ارزشمند   |
| جلسه هشتم: گسستگی                        | مرور تکالیف، گسستگی از تهدیدهای زبان  |
| جلسه نهم                                 | ذهن آگاهی، تکلیف  |
| جلسه دهم: عمل متعهدانه                   | مرور درمان، عمل متعهدانه  |
| جلسه یازدهم                              | ذهن آگاهی   |
| جلسه دوازدهم                             | تمرین خود مشاهده گری و تکالیف   |
| جلسه سیزدهم                              | رنج اولیه و ثانویه، تعهد و موانع شکل‌گیری رضایت   |
| جلسه چهاردهم                             | ذهن آگاهی در پیاده‌روی، تکالیف  |
| جلسه پانزدهم: ختم جلسات و نتیجه‌گیری     | ۱. شفاف‌سازی ارزش‌ها<br>۲. عود و پیشامدها- آمادگی نه پیشگیری<br>۳. خداحافظی<br>۴. تکلیف مادام‌العمر   |

**مداخله گروهی طرحواره‌درمانی:** گروه آزمایش هفته‌ای یک جلسه، تحت ۱۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مداخله گروهی طرحواره‌درمانی قرار گرفت و گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکرد.



## جدول ۲: جلسات درمان گروهی طرحواره‌درمانی برگرفته از کتاب فارل و شاو (۲۰۱۶)

| جلسه         | شرح جلسه  |
|--------------|---|
| جلسه اول     | جلسات آموزش طرحواره درمانی (خوش آمدگویی گروهی و پذیرش، طرحواره چیست و ذهنیت مقابله‌ای ناسازگار)                           |
| جلسه دوم     | جلسات آموزش طرحواره درمانی (ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و ذهنیت کودک عصبانی)   |
| جلسه سوم     | جلسات آموزش طرحواره درمانی (والد تنبیه‌گر/سرزنشگر، ذهنیت بزرگسال سالم و ذهنیت کودک شاد)                                   |
| جلسه چهارم   | جلسات دوازده‌گانه کار تجربی بر روی ذهنیت‌ها (ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار: تمرینات تجربی)                                 |
| جلسه پنجم    | جلسات دوازده‌گانه کار تجربی بر روی ذهنیت‌ها (ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار: ایفای نقش ذهنیت‌ها)                            |
| جلسه ششم     | جلسات دوازده‌گانه کار تجربی بر روی ذهنیت‌ها (ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار: تصویر مکان امن)                                |
| جلسه هفتم    | جلسات دوازده‌گانه کار تجربی بر روی ذهنیت‌ها (ذهنیت والد ناکارآمد: تنبیه و تقویت)  |
| جلسه هشتم    | جلسات دوازده‌گانه کار تجربی بر روی ذهنیت‌ها (ذهنیت والد ناکارآمد: مبارزه با ذهنیت‌های والد تنبیه‌گر)                      |
| جلسه نهم     | جلسات دوازده‌گانه کار تجربی بر روی ذهنیت‌ها (ذهنیت والد ناکارآمد: ایفای نقش‌های گروهی برای گفت‌وگوی ذهنیت‌ها)             |
| جلسه دهم     | جلسات دوازده‌گانه کار تجربی بر روی ذهنیت‌ها (ذهنیت والد ناکارآمد: مبارزه با ذهنیت‌های والد تنبیه‌گر)                      |
| جلسه یازدهم  | جلسات دوازده‌گانه کار تجربی بر روی ذهنیت‌ها (ذهنیت کودک آسیب‌پذیر: بازسازی تجربه کودکی و تصویرسازی)                       |
| جلسه دوازدهم | جلسات دوازده‌گانه کار تجربی بر روی ذهنیت‌ها (ذهنیت کودک عصبانی: تمرینات خشم، تصویرسازی ذهنی، ایفای نقش ذهنیتی)            |
| جلسه سیزدهم  | جلسات دوازده‌گانه کار تجربی روی ذهنیت‌ها (ذهنیت کودک شاد: تمرین‌های تجربی، تفریح برای ذهنیت کودک شاد، تصویرسازی ذهنی)     |
| جلسه چهاردهم | جلسات دوازده‌گانه کار تجربی روی ذهنیت‌ها (ذهنیت بزرگسال سالم: پرورش ذهنیت بزرگسال سالم، تمرینات بدنی همراه با آگاهی ذهنی) |
| جلسه پانزدهم | جلسات دوازده‌گانه کار تجربی بر روی ذهنیت‌ها (ذهنیت بزرگسال سالم: ایفای نقش ذهنیت، تبادل مهره)                             |

تحلیل کوواریانس چندمتغیره MANCOVA و به کمک نرم‌افزار SPSS<sup>22</sup> تحلیل شد.

## یافته‌ها

براساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، تعداد ۲۰ نفر در گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۲۰ نفر در گروه مداخله طرحواره درمانی و ۲۰ نفر گواه در محدوده سنی ۱۹ تا ۳۵ سال، به ترتیب با میانگین (انحراف معیار) سنی ۲۸/۹۱ (۲/۸۶)، ۲۹/۲۴ (۲/۹۳) و ۳۱/۶۳ (۳/۳۲) در این پژوهش شرکت داشتند. همه زنان مطلقه بین ۱ تا ۶ ماه از مدت زمان طلاق‌شان سپری می‌شد. در جدول ۳ به توصیف میانگین و انحراف معیار متغیر تاب‌آوری پرداخته شد.

در این پژوهش بعد از اخذ مجوزهای لازم از بهزیستی شهرستان تبریز برای استفاده از زنان مطلقه در گروه درمانی، به بهزیستی مراجعه شد و از همه افراد نمونه در ابتدا پیش‌آزمون تاب‌آوری به عمل آمد. سپس هر دو گروه آزمایش هر کدام تحت ۱۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مداخله قرار گرفتند. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آزمودنی‌ها به‌صورت گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و در گروه طرحواره درمانی آزمودنی‌ها به‌صورت گروهی طرحواره درمانی را دریافت کردند و در نهایت گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد و پس از اتمام جلسات پس‌آزمون تاب‌آوری برای آزمودنی‌های هر سه گروه اجرا شد. لازم به ذکر است که پس از اتمام اجرای تمامی مراحل تحقیق، گروه کنترل بنابر بر موافقت افراد به صورت اختیاری و داوطلبانه و انتخابی مورد مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا طرحواره‌درمانی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون

## جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیر تاب‌آوری به تفکیک گروه و زمان

| متغیر    | زمان      | گروه پذیرش و تعهد |                  | گروه طرحواره درمانی |                  | گروه کنترل |
|----------|-----------|-------------------|------------------|---------------------|------------------|------------|
|          |           | میانگین           | انحراف استاندارد | میانگین             | انحراف استاندارد |            |
| تاب‌آوری | پیش آزمون | ۲۸/۵۵             | ۱/۵۲             | ۲۶/۳۰               | ۲/۰۲             | ۱/۷۴       |
|          | پس آزمون  | ۷۲/۹۰             | ۲/۲۸             | ۶۳/۸۵               | ۲/۴۳             | ۱/۶۳       |

جدول ۳ نشان می‌دهد در هر دو گروه مداخله (پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی) میانگین پس‌آزمون تاب‌آوری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشت اما در گروه پذیرش و تعهد نسبت به گروه طرحواره درمانی افزایش بیشتری داشته است.



جدول ۴: بررسی همگنی شیب رگرسیون

| منبع تغییرات   | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F مقدار | سطح معناداری |
|----------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|
| پیش آزمون      | ۳۱/۹۸۷        | ۱          | ۳۱/۹۸۷          | ۰/۳۶۴   | ۰/۵۴۹        |
| گروه*پیش آزمون | ۴۶۵/۴۰۹       | ۲          | ۲۳۲/۷۰۴         | ۲/۶۴۵   | ۰/۰۸۰        |
| خطا            | ۴۷۵۰/۱۵۵      | ۵۴         | ۸۷/۹۶۶          |         |              |

تاب‌آوری نشان داد تفاوت معنی داری در میزان اثربخشی دو روش مداخله پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری وجود داشت ( $p=0/006$ ). می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که ۰/۱۸۹ کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس درمان بر تاب‌آوری تاثیر داشت. در ادامه به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه‌گیری بر نمرات تاب‌آوری با ثابت نگه داشتن عامل زمان، میانگین تاب‌آوری گروه‌ها در هر یک از مراحل اندازه‌گیری با استفاده از آزمون تعقیبی ال اس دی مورد مقایسه قرار گرفت.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ سطح اثر متقابل گروه\*پیش آزمون نشانگر این نکته می‌باشد که مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار می‌باشد. بنابراین بین متغیر وابسته (پس آزمون) و متغیر کووریت (پیش آزمون) در درون گروه‌ها رابطه خطی وجود دارد. همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از برقراری پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برای متغیر تاب‌آوری بود. مقدار آزمون لون برابر با ۲/۳۸ بود که سطح معنی داری متناظر با آن برابر با ۰/۱۰ و مفروضه همگنی ماتریس‌ها واریانس-کوواریانس برقرار بود ( $p>0/001$ ).

همچنین نتایج تحلیل آنکوا در متن مانکوا به منظور آزمون مقایسه میزان اثربخشی دو مداخله پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر مقیاس

جدول ۵: مقایسه میانگین‌های تعدیل شده مقیاس تاب‌آوری در گروه‌ها با آزمون ال اس دی

| متغیر    | گروه           | میانگین تعدیل شده | خطای استاندارد | حد پایین | حد بالا | اختلاف میانگین | مقدار p |
|----------|----------------|-------------------|----------------|----------|---------|----------------|---------|
| تاب‌آوری | پذیرش و تعهد   | ۷۳/۲۴             | ۲/۳۳           | ۶۵/۵۱    | ۷۷/۹۷   | ۹/۷۴           | ۰/۰۰۶   |
|          | طرحواره درمانی | ۶۳/۵۰             | ۲/۳۳           | ۵۸/۷۷    | ۶۸/۲۳   |                |         |

بررسی میانگین‌های تعدیل شده نشان داد میانگین تعدیل شده تاب‌آوری در گروه پذیرش و تعهد برابر با ۷۳/۲۴ و در گروه طرحواره درمانی برابر با ۶۳/۵۰ بود که میانگین گروه پذیرش و تعهد به میزان ۹/۷۴ نمره بیشتر از گروه طرحواره درمانی بود و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود و نشان داد اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری بیشتر از مداخله طرحواره درمانی بود ( $p<0/05$ ).

در تبیین این مساله می‌توان گفت با عنایت به اینکه طلاق به طور پیوسته به عنوان یکی از پر استرس‌ترین رویدادهای زندگی توصیف می‌شود که به افزایش مشکلات هیجانی می‌انجامد. درک تاثیرات طلاق یک موضوع مرکزی در پژوهش اجتماعی و نگرانی سیاست عمومی هر جامعه می‌باشد. به طور کلی، طلاق با کاهش بهزیستی روانشناختی در بزرگسالان و کودکان همراه است، اگر چه طلاق به طور کلی با نتایج نامطلوب همراه نیست، اما همچنان از مشکلات مهم اجتماعی به شمار می‌رود. در کار با زنان مطلقه توجه به مدیریت هیجانات و افکار منفی و به تبع آن مهارت آموزی (بالا بردن تاب‌آوری) اهمیت زیادی دارد (اسمیت گرین وی و کلارک، ۲۰۱۷). در همین راستا در تبیین این مساله باید گفت، هدف اصلی مداخلات، بالاختص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به این امر متکی است که به افراد این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی شان، کاهش نشخوار فکری و افزایش انعطاف پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. اصلاح و تقویت خود دلسوزی، یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود؛ به گونه‌ای که واکنش پذیری، ترس و قضاوت‌های بیجا

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری زنان مطلقه مراجعه‌کننده به بهزیستی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری زنان مطلقه مراجعه‌کننده به بهزیستی تفاوت وجود دارد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از طرحواره درمانی بوده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های حدادی و همکاران (۲۰۲۳)، حاجت نیا و همکاران (۲۰۲۳)، تاج بخش و همکاران (۱۴۰۲)، اوست (۲۰۱۴)، رویز (۲۰۱۰)، دوستی (۱۳۹۵)، فورمن و همکارش (۲۰۰۸) و اعلمی و همکاران (۲۰۲۱) همسو است.

## بحث و نتیجه‌گیری

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، دوره ۱، شماره ۱، فصل سال

افزایش تاب‌آوری زنان مطلقه مراجعه‌کننده به بهزیستی شده است. لذا، این روش درمانی می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای کارآمد، موثر و کاربردی در مراکز و کلینیک‌های درمانی به منظور بهبود عملکرد زنان مطلقه بکار گرفته شود. در نهایت عدم اجرای پیگیری به دلیل محدودیت‌های زمانی، تعداد نمونه کم و روش نمونه‌گیری هدفمند از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها، پژوهش‌های مشابهی با در نظر گرفتن دوره‌های پیگیری بلندمدت، با تعداد نمونه بیشتر و استفاده از نمونه‌گیری‌های احتمالی انجام گیرد. با توجه به یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان مداخله سودمند جهت بهبود و افزایش تاب‌آوری زنان مطلقه در بهزیستی و مراکز درمانی بکار گرفته شود.

### تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

### اخلاق پژوهش

همکاری شرکت کنندگان داوطلبانه بود و رضایت آنها اعلام شد. مقاله دارای کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.307 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تبریز می‌باشد. لازم به ذکر است که پس از اتمام اجرای تمامی مراحل تحقیق، گروه کنترل بنابر بر موافقت افراد به صورت اختیاری و داوطلبانه مورد مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا طرحواره درمانی قرار گرفتند.

### منابع مالی

این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز می‌باشد و بدون حمایت مالی بوده است.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ریاست محترم پذیرش بهزیستی شهرستان تبریز و کلیه کسانی که در این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

- آریاپوران، سعید، امیری منش، مرضیه، اصلانی، جلیل (۱۳۹۲). شیوع علایم افسردگی در زنان مطلقه: نقش بینی پیش‌کننده گذشت، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳، ۳، ۳۵۳-۳۲۱.
- ایری، حمیده، مکوندی، بهنام، بختیاری، سعید، حافظی، فریبا (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و رفتار درمانی دیالکتیکی بر اضطراب سلامت، سازگاری روانی اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان زنان مطلقه، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۱، ۱، ۸۸-۷۹.
- تاجیک زاده، فخری، صادقی، راضیه، رئیس کریمیان، فرحناز (۱۳۹۵). مقایسه تاب‌آوری، مقابله با استرس و فاجعه سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی. فصلنامه علمی - پژوهشی بیهوشی و درد، ۷، ۱، ۴۸-۳۸.

کاهش یابد؛ چرا که نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش را در افراد افزایش داده و انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همانگونه که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می‌باشد. بنابراین به کارگیری روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روانی در روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند توانایی مقابله بیمار را در کنار آمدن با موقعیت‌ها (به تبع آن مساله تاب‌آوری آنها را) بهبود دهد (نظر انداز کورنده، ابوالقاسمی و وطن خواه، ۱۴۰۰).

پژوهش رستمی و دشت بزرگی (۲۰۱۹) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود تاب‌آوری اثربخشی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب می‌شود که زوجین (یا مطلقه‌ها) با انجام تعهدات و رفتارهای ارزشمند به جای افکار مربوط به طلاق و پایان رابطه (در صورت درگیری در رابطه ای در زمان‌های آتی)، بیشتر به بازسازی و بهبود آن فکر کنند (علمی، تیموری و بیاضی، ۲۰۲۱) و طبیعی است که سعه صدر و تاب‌آوری بالاتری را تجربه خواهند کرد. همچنین نتایج پژوهش ایری، مکوندی، بختیاری و حافظی (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات اجتماعی، تعاملی و سازگاری و اضطراب زنان مطلقه مفید به نظر می‌رسد.

اما در تبیین مداخله دیگر باید گفت، طرحواره درمانی نوعی از آموزش شناختی رفتاری است که باعث می‌شود افراد در طی جلسات آموزش، با تغییر باورهای منفی نسبت به خود به باوری از تاب‌آوری بالاتر دست پیدا کنند و با توجه به این، توانایی شان در مقابله با مشکلات افزایش یافته و پشتکار و توان فکری و عملی آنها جهت مرتفع نمودن مسائل و مشکلات پیشروی در زندگی بهبود یافته است. لذا افراد با افزایش این ویژگی در خود، تأثیرات نامطلوب محیطی که از نظر اجتماعی و اقتصادی، حمایت‌کننده نیستند تا حدودی خنثی می‌شود. همچنین این افراد در مواجهه با خطرات بالقوه، نوسان هیجان و اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند و می‌توانند با رویدادهای اضطراب‌آور مقابله کنند، پریشانی کمتری را تجربه می‌کنند و با تمرکز بر آنچه که در انطباق با آن موقعیت می‌توانند انجام دهند، دیگر توجه خود را درگیر هیجانان نمی‌کنند. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی گروهی به بحث همدلی و تخلیه هیجانان زنان مطلقه کمک کرد و آنها با ابراز درست هیجانان خودشان به درکی درست از هیجان رسیدند و اعضای گروه در جریان جلسات درمان، به یکدیگر کمک کردند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت کردند، به هم اطمینان دادند و بینش خود را از مسایل بالا بردند و این تعاملات باعث تسهیل در روند درمانی جلسات و تغییر در افکار منفی آنها شد (آرتنز، جاکوب و لی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۳).

به‌طور کلی نتایج حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری بود. به‌عبارتی، این شیوه درمانی به طور معنی‌داری باعث



- Alami M, Teymouri S, Bayazi MH. (2021). The effectiveness of an integrated schema therapy approach based on acceptance and commitment and reducing marital conflicts and divorce Desire of divorced couples. *behavioural science research*, 18(1), 141-132. (Persian)
- Arrington, E.G., & Wilson, M.N. (2000). Re-Examination of Risk and Resilience during Adolescence: Incorporating Cultural and Diversity. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 221-230.
- Abbasi, M. & Omidvar, S. (2022). *Statistical Yearbook of June 1401. Tehran: Publications of the Civil Registration Organization of the country.* <https://www.sabteahval.ir/home>
- Arch, J., Fishbein, J., Ferris, M., Mitchell, J., Levin, M., Slivjak, E., Andorsky, D., & Kutner, S. (2020). Acceptability, feasibility, and efficacy potential of a Multimodal acceptance and commitment therapy intervention to address psychosocial and advance care planning needs among anxious and depressed adults with metastatic cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 11(5), 540-555. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0398>
- Bratton, S., Ray, de., Rhine, Ta., & Jones, Le. (2015). The Efficacy of Play Therapy with Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*. 36(4): 376-390. <https://doi:10.1037/0735-7028.36.4.376>
- Chen, I., Niu, Sh., Yeh, Y., Chen, I., & Kuo, Sh. (2022). Psychological distress among immigrant women who divorced: Resilience as a mediator. *Archives of Psychiatric Nursing*, 39(2), 1-6. DOI:[10.1016/j.apnu.2021.11.006](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.11.006)
- Cénat, J.M., & Derivois, D. (2014). Psychometric properties of the Creole Haitian version of the ResilienceScale amongst child and adolescent survivors of the 2010 earthquake. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 388-395.
- Connor KM, Davidson JR. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 18(2):76-82.
- Dasht Bozorgi, Z., & Rostami, R. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency and Alexithymia of Somatic Symptoms. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 7(2), 87-94. <http://dx.doi.org/10.32598/jpcp.7.2.87> <http://dx.doi.org/10.32598/jpcp.7.2.87>
- Farrell, Y., Shaw, I. (2016). *Group schema therapy. Translated by Leila Porthamer.* Tehran: Arjmand Publications.
- Forman, E. M., Herbert, J. D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice. *Hoboken, new jersey: wiley*, 3(1): 263-265. <https://www.academia.edu/13771758>
- Hayes, S C, Strosahl, K D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*, New York: Springer Press.
- Hakim, E. & Crouch, T. (2017). Adaptation of behavioral activation in the treatment of chronic pain. *American Psychological Association*; 54, 3: 237-244. <https://doi.org/10.1037/pst0000112>
- تاج بخش، رامین، حدادی، سمیرا، ضیغمی، محمدی، شراره، ملیحی الذاکرینی، سعید، محمدی افراکتی، مانا، برومند، محبوبه (۱۴۰۲). مقایسه تاثیر "درمان پذیرش و تعهد" و "فراشناخت درمانی" بر تاب‌آوری زنان تحت همودیالیز. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*. ۱۲ (۳): ۸۲-۹۴. <http://jhpm.ir/article-1-1590-fa.html>
- جمشیدی، عفت، احمدی، صدیقه، شکرکن، حسین، شریفی، طیبه (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر رضایت زناشویی و تاب‌آوری زنان متقاضی طلاق. *روان پرستاری*. ۱۱ (۱): ۱۰۶-۱۱۹. <http://ijpn.ir/article-1-2151-fa.html>
- دوستی، پیمان (۱۳۹۵). چرا درمان تعهد و پذیرش. *مجله روان بنه*. ۵، ۳-۲.
- ذوالفقاری، م، نیکویی، م، شهبازی، ع. و کهن روزامیری، س. (۱۴۰۰). بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روانشناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۱۱، ۱، ۲۰۸. <http://jdisabilstud.org/article-1-2737-fa.html>
- رحمانی، فاطمه، سهرابی اسمرود، فرامرز، اسدزاده، حسن، نصراللهی، بیبا (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی گروه درمانی مثبت‌نگر بر ناگویی خلقی، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه. *ماهنامه جامعه شناسی سیاسی ایران*. ۱۱ (۱): ۹۶-۸۲. doi: 10.30510/psi.2022.314057.2603
- سلیمانی، فریده، امانی، احمد (۱۴۰۲). اثربخشی درمان آدلری بر تاب‌آوری خانواده، فشار و اجتناب اجتماعی زنان مطلقه. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*. ۱۸ (۶۹): ۱۴۵-۱۵۲. doi: 10.22034/jmpr.2023.16245
- قوتی، عاطفه، آهوان، مسعود، بلقان آبادی، مصطفی (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در افراد سوء‌مصرف کننده مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*. ۱۵ (۶۲): ۱۴۰-۱۱۳. URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-2573-fa.html>
- سامانی، س، جوکار، ب، صحرگرد، ن (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روان و رضایت از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران*. ۱۳ (۳): ۲۹۵-۲۹۰.
- کلانتری هرمزی، آتوسا، عسلی طالکوئی، سکینه، مرادی لیاولی، قاسم (۱۳۹۴). پیش بینی تاب‌آوری روانشناختی براساس میزان پایبندی مذهبی در زنان متأهل. *مطالعات روانشناسی بالینی*. ۱۹، ۱۳۸-۱۱۹.
- مهرآفرید، معصومه، خاکپور، مسعود، جاجرمی، محمود، علیزاده موسوی، ابراهیم (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مثبت رویی، تاب اندیشی بر سخت‌آوری و فرسودگی شغلی زنان پرستار. *آموزش پرستاری*. ۴، ۱، ۸۳-۷۳.
- نظر انداز کورنده، سارا، ابوالقاسمی، شهنام، وطن‌خواه، حمیدرضا (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و حافظه سرگذشتی بیماران مبتلا به افسرده‌خویی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۶۴، ۳، ۲۸-۲۴.
- Abu-Ras, R., & Itzhaki-Braun, Y. (2023). The complex role of the community in the determination of well-being and hope among divorced Muslim women. *Journal of Community Psychology*, 32(5), 21-32. <https://doi.org/10.1002/jcop.23037>
- Arntz A, Jacob GA, Lee CW. (2022). Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*; 79(4):287-299. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.0010



- Ruiz FJ. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2010; 10(1): 125-62. <https://www.ijpsy.com/volumen10/num1/256.html>
- Sloshower, J., Guss, J., Krause, R., Wallace, R. M., Williams, M. T., Reed, S., & Skinta, M. D. (2020). Psilocybin-assisted therapy of major depressive disorder using Acceptance and Commitment Therapy as a therapeutic frame. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.002>
- Smith-Greenaway, E., & Clark, S. (2017). Variation in the link between parental divorce and children's health disadvantage in low and high divorce settings. *SSM - Population Health*, 3, 473-486. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.04.004>
- Sabbah-Karkabi, M. (2022). Marriage was not an option: Ethnoreligious mixed marriage in Israel. *Ethnic and Racial Studies*, 45(1), 47-68. <https://doi.org/10.1080/01419870.2021.1905864>
- Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M. & Delile, J. M. (2018). Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study. *Journal of Substance Use*; 23 (2), 199-205. <https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1378743>
- Tamborini, C. R., Couch, K. A. and Reznik, G. L. (2015). Long-term impact of divorce on women's earnings across multiple divorce windows: A life course perspective. *Advances in Life Course Research*, 26: 44-59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.alcr.2015.06.001>
- Viskovich, S., & Pakenham, K. I. (2020). Randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to promote mental health in university students. *Journal of Clinical Psychology*, 76 (6), 929-951. <https://doi.org/10.1002/jclp.22848>
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2015). Translated by Hamidpoor, H & Andoz, Z. *Schema Therapy: A Practical Guide*, Tehran: Arjmand. [Persian] <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1320-en.html>
- Hagh Ranjbar F, Kakavand A, Borjali A, Bermas H. (2011). Resilience and quality of mothers with mentally retarded children. *Health Psychol.* 1(1):177-87. [Persian]
- Hajatnia, B., Taieri, B., Alizadeh, K. (2023). Comparing the Effectiveness of Spirituality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Sleep Quality, Resilience, and Death Anxiety in the Elderly. *International Journal of Body, Mind & Culture*, 10(2), 207-215.
- Hasani, F., Rezazadeh, M., Ganbari Panah, A., & Khoshkabar, A. (2022). Effectiveness of Schema Therapy on Sexual Satisfaction, Emotional Regulation, and Resilience in Nurses with Marital Boredom Symptoms. *Community Health Journal*, 16(2), 71-81. doi: 10.22123/chj.2022.237680.1530
- Haddadi A, Yazdi-Ravandi S, Moradi A, Hajaghaie E. (2023). Comparing the Resilience of the Medical Staff During the COVID-19 Pandemic After Yalom Group Psychotherapy and Acceptance and Commitment Group Therapy. *J Research Health*; 13 (3) :227-236 . URL: <http://jrjh.gmu.ac.ir/article-1-2197-en.html>
- Leys, C., Arnal, C., Kotsou, I., Van Hecke, E., & Fossion, P. (2020). Pre-eminence of parental conflicts over parental divorce regarding the evolution of depressive and anxiety symptoms among children during adulthood. *J Trauma Dissociation*. 2020;4(1):100102. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.005>
- Mohammadi Nezhady, B., Rabiei, M. (2015). The effect of schema therapy on quality of life and psychological well-being in divorced women. *Journal of Police Medicine*; 4(3): 179-190. [Persian] <http://jpmmed.ir/article-1-389-en.html>
- McClure, J. B., Bricker, J., Mull, K., & Heffner, J. L. (2020). Comparative Effectiveness of Group-Delivered Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 22 (3), 354-362. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty268>
- Nezhad MS, Shamel L. (2017). The effect of acceptance and commitment therapy on sexual satisfaction of couples in Shiraz. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 6(1):58-65.
- Negri, M., Cagno, E., Colicchia, C., Sarkis, J. (2021). Integrating sustainability and resilience in the supply chain: A systematic literature review and a research agenda. *Business Strategy and the environment*. 30(7): 2858-2886. <https://doi.org/10.1002/bse.2776>
- Neff L A, Bradly EF. (2011). Stress resilience in early marriage: can practice make perfect? *Journal of Personality & Social Psychology*. 98: 1-18.
- Ost LG. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*; 61: 105-21. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Renner, F., Arntz, Ar., Peeters, P. M. L., Lobbestael, Ji. Huibers, J. & Marcus. H. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 51: 66-73. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001>

