

مقایسه اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه*
 فاطمه نیکپور^۱، جواد خلعتباری^۲، امید رزائی^۳، فرهاد جمهری^۴

Comparison of the effectiveness of schema therapy approach and acceptance and commitment based therapy Psychological well-being of divorced women

Fatemeh Nikpour¹, Javad Khalatbari², Omid Rezaei³, Farhad Jomehri⁴

چکیده

زمینه: تجربه طلاق، بهزیستی روانشناختی زنان را تحت تأثیر قرار دهد. از جمله رویکردهای درمانی که می‌تواند بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه را ارتقا دهد، طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. **هدف:** هدف از این پژوهش، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه بود. **روش:** روش پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروهی است. جامعه آماری شامل تمامی زنان مطلقه‌ای بود که به سبب پیامدهای روانشناختی پس از طلاق به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. به منظور انتخاب نمونه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ابتدا ۴۵ نفر انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش اول و دوم و گروه گواه جایابی شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزار پژوهش مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس و نرم‌افزار SPSS22 تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌های آماری نشان داد هر دو رویکرد درمانی مورد استفاده در افزایش بهزیستی روانشناختی شرکت‌کنندگان مؤثر بوده ($p < 0/05$)، اما تفاوت بین طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح $0/05$ برای بهزیستی روانشناختی معنادار نمی‌باشد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و خرده‌مقیاس‌های آن، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و کلینیک‌های خانواده در مورد زنان مطلقه که در معرض پیامدهای روانشناختی پس از طلاق هستند از این دو رویکرد با اولویت مشاوره و روان‌درمانی گروهی استفاده کنند. **واژه‌کلیدها:** طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روانشناختی، زنان مطلقه.

Background: he experience of divorce affects the psychological well-being of women. Among the treatment approaches that can improve the psychological well-being of divorced women is schema therapy and treatment based on acceptance and commitment. **Aims:** The purpose of this study was to explore the lived experiences of career couples from satisfaction and marital conflicts. **Method:** The method of the present study is quasi-experimental with pre-test and post-test in three groups. The statistical population included all divorced women who referred to counseling and psychological counseling centers in Tehran in the second half of 2019 due to psychological consequences after divorce. In order to select the statistical sample using purposive sampling method, first 45 people were selected and then 15 people were randomly placed in the first experimental group, 15 people in the second experimental group and 15 people in the control group. The research instrument was Reef Psychological Well-Being Scale (1989). Data were analyzed using analysis of covariance and SPSS22 software. **Results:** Statistical findings showed that both therapeutic approaches used were effective in increasing participants' psychological well-being ($p < 0/05$), but the difference between schema therapy and acceptance-commitment therapy at the level of 0.05 was not significant for psychological well-being. **Conclusions:** Considering the effectiveness of schema therapy and treatment based on acceptance and commitment on psychological well-being and its subscales, it is suggested that counseling centers and family clinics for divorced women who are exposed to psychological consequences after divorce prioritize these two approaches. Use group counseling and psychotherapy **Key Words:** Schema therapy, acceptance and commitment therapy, psychological well-being, divorced women.

Corresponding Author: Javadkhalatbaripsy2@gmail.com

* مقاله حاضر بر گرفته از رساله دکتری نویسنده اول می‌باشد.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)
۳. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran (Corresponding Author)
۴. دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۳. Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۴. Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۱۱/۱۰

دریافت: ۹۹/۱۰/۱۶

مقدمه

در سال های اخیر، با افزایش آمار طلاق، این پدیده به یک معضل مهم اجتماعی تبدیل شده و متأسفانه روز به روز در حال فزونی است. از هم پاشیدگی که به دنبال خود پیامدهای منفی بسیاری از جمله، مشکلات و اختلالات روانشناختی اعضای خانواده، زمینه سازی بزهکاری و جرائم مختلف، بی سرپرست شدن کودکان و... را بر پیکره جامعه بر جای می گذارد؛ زیرا طلاق از نظر قانونی فقط یک حادثه است، اما از منظر روانشناسی و جامعه شناسی زنجیره به هم پیوسته ای است که برای همیشه قربانیان خود را به طور منفی متأثر خواهد کرد. در مجموع، روند صعودی خیره کننده طلاق در جوامع معاصر سبب شده که اندیشمندان، دوران جدید را در قالب اصطلاحاتی همچون عصر طلاق^۱ توصیف کنند (فروتن و میرزایی، ۱۳۹۵). طلاق و به دنبال آن فروپاشی روابط زناشویی یک مشکل عمده روانشناختی - اجتماعی است که افراد، خانواده ها و جامعه را درگیر می کند. علاوه بر نتایج منفی متعدد، پیامدهای اقتصادی فروپاشی خانواده و طلاق، حداقل ۱۱۲ میلیون دلار در هر سال تخمین زده شده است (پاینز، نیل، هامر و ایسکسون، ۲۰۱۱). در بررسی علل طلاق بر عوامل اجتماعی، اقتصادی و حقوقی، توجه به علل فردی و روانشناختی و عاطفی که منجر به طلاق می شود از اهمیت ویژه ای برخوردار است (هامامسی، ۲۰۰۵). مسلماً، تا اندازه ای مشکلاتی که سبب می شود، زوجین تصمیم به جدایی بگیرند، مزمن است، مثل انگیزه جدایی، تعارض شدید و رویدادهای خشونت آمیز دائمی، گاهی هم عوامل غیر منتظره باعث فروپاشی زندگی زناشویی می شود، مثل افشای خیانت های زناشویی و یا موقعی که یکی از همسران قصد جدایی داشته باشد و نسبت به زندگی با همسر خود تردید داشته باشد. علاوه بر مشکلات درون فردی یا بین زوجی، ممکن است زوج ها عوامل فشارزای بیرونی مختلفی را بر رابطه خود تجربه کنند، برخی از این عوامل شامل شغل، اجتماع، و خانواده گسترده می باشد (کلارک استورارت و برنتانو، ۲۰۰۶، ترجمه صادقی، ناجی، محمدزاده و کریمیان، ۱۳۸۹). مروری بر وضعیت طلاق های قانونی ایران در سال های اخیر، نشان دهنده سیر صعودی رشد طلاق است. طبق آمار از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ نرخ نسبت ازدواج به طلاق در کشور از ۸/۲۸ به ۳/۹ و در

سال ۱۳۹۶ به ۳/۴۸ رسیده است. میزان طلاق در ایران از سال ۱۳۸۵ به صورت پیوسته در حال افزایش بوده و از ۹۴ هزار طلاق در سال ۱۳۸۵ به ۱۷۲ هزار فقره در سال ۱۳۹۵ و در سال ۱۳۹۶ به ۱۷۵ هزار فقره رسیده است که بدترین وضعیت موجود از سال ۱۳۴۳ تاکنون بوده است (سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۹۷).

از مهم ترین تبعات طلاق، می توان به اختلال در بهزیستی روانشناختی^۲ افراد اشاره کرد. بهزیستی روانشناختی شامل دریافت های فرد از میزان هماهنگی بین اهداف معین و ترسیم شده یا پیامدهای عملکردی است که در فرآیند ارزیابی های مستمر به دست می آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منجر می شود (کول، ۲۰۰۲). در گذشته، ریف (۱۹۸۹) الگوی بهزیستی روانشناختی را با تأکید بر این که سلامت مثبت چیزی فراتر از فقدان بیماری است، ارائه کرد. او معتقد بود در مطالعات پیشین، نسبت به جنبه های مثبت کارکرد روانی غفلت شده و لازم است در ادبیاتی دیگر این جنبه ها بیشتر مورد توجه قرار گیرد. بالاخره ریف مفهوم بهزیستی روانشناختی را در حیطه روانشناسی مثبت مطرح کرد. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی های فرد متجلی می شود. بهزیستی روانشناختی یعنی تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه واقعی فرد است (ریف و کیس، ۱۹۹۵). ریف با تأکید بر سلامت مثبت (ریف و سینگر، ۱۹۸۹) پیشنهاد کرد بهزیستی روانشناختی به آنچه فرد برای بهزیستی به آن نیاز دارد، اشاره می کند. ریف و همکاران بیش از هر چیز تلاش کردند بر اساس مبانی فلسفی، ملاک های زندگی مطلوب یا اصطلاحاً زندگی خوب را تعیین و دسته بندی کنند. بر این اساس شش عامل مهم را شناسایی کردند که از طریق آنها می توان خوب بودن یا نبودن را تعیین کرد. پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و استقلال مؤلفه های تشکیل دهنده بهزیستی روانشناختی در مدل ریف هستند (ریف، ۱۹۸۹).

واقعۀ طلاق به خصوص اختلال در بهزیستی جسمانی و روانشناختی زنان را دو برابر خواهد کرد (گاهلر، ۲۰۰۶، به نقل از حمید، دهقانی زاده و عیدی، ۱۳۹۰). پژوهش ها نشان می دهد

2. Psychological well-being

1. The age of divorce

افسردگی، اضطراب و تفکرات اسکیزوفرنیایی در زنان مطلقه بیشتر از زنان غیرمطلقه است و کودکان زنان مطلقه نسبت به کودکان زنان غیرمطلقه از عزت نفس پایین، پرخاشگری و خلق افسرده بالایی برخوردار هستند (نظیر، ۲۰۰۱).

مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر بهزیستی روانشناختی مؤثر باشد درمان‌های شناختی رفتاری است (حمید، دهقانی‌زاده و عیدی، ۱۳۹۰). از جمله مداخلاتی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیکی که ذهن آگاهی را به عنوان یک مؤلفه کلیدی به کار می‌برند (هیز، پیستورلو و لوین، ۲۰۱۲). درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد با این فرضیه روی کار آمدند که عدم انعطاف‌پذیری روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹). پذیرش / تعهد، یک جایگزین مهم برای انتخاب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه فرد مرتبط می‌شوند و با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصاً زمانی که باعث آسیب‌های روانشناختی می‌شوند، مرتبطند. این درمان‌ها بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید دارند (رومرو و اورسیلو، ۲۰۱۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جزو اولین روش‌های پذیرش متفکرانه در رشد اولیه است که استوار بر ایده های CBT ولی متفاوت از آن می‌باشد. ACT معتقد است درمان شناختی رفتاری، یک مسئله درست ولی یک راه حل اشتباه بود. این رویکرد قصد داشت به راه‌حلی برسد که با بهترین سنت رفتاری هماهنگ باشد و مجموعه‌ای رو به افزایش از اصول رفتاری را به وجود آورد که شرح رفتاری مفید و قوی از زبان انسانی و شناخت را شامل شود (هربرت و فورمن، ۲۰۱۱). این موج سوم از رفتارگرایی در مقدمات قیاس و پیش فرضیه‌ای خود خمیرمایه‌ای از وجودگرایی دارد (رنج اساس سرشت زندگی انسان است) و یک مداخله زمینه‌گرایی عملکردی روی زبان و شناخت که نظریه چهار چوب رابطه‌ای ذهنی نامیده می‌شود، می‌باشد. تعریف عملیاتی ACT بر اساس توصیف این است: ACT یک رویکرد درمانی است که از فرآیند های پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار (آنچه خارج از کنترل شخصی هست را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد متعهد باش) به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی

استفاده می‌کند. در واقع سازه و مفهوم اساسی در ACT آن است که رنج‌ها و تعاملات روانشناختی به وسیله اجتناب نمودن از تجارب، شناخت‌های در هم تنیده شده، شکست در بر آورده کردن نیازهای رفتاری و تطبیق نیافتن با ارزش‌های اساسی ایجاد گردد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه. مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیز، ۲۰۰۶).

نتایج پژوهش نریمانی و بخشایش (۱۳۹۳) نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی، هیجانی و رضایت زناشویی اثربخش است. لی، چون، ادگار، لایزنو و چاگنو (۲۰۰۶) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند زوج‌هایی که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرده بودند از هیجانات مثبت، شایستگی اجتماعی بالاتری نسبت به هم‌تایان خود در گروه گواه برخوردار بودند. همچنین کریستین، اتکینز، باکوم و جورج (۲۰۰۶) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که زوجین ناسازگاری که زوج درمانی رفتاری تلفیقی مبتنی بر آموزش پذیرش و تعهد دریافت کرده بودند در مقایسه با هم‌تایان گروه گواه رضایت زناشویی و سلامت روان بالاتری را در پیگیری سه ماهه نشان دادند. با توجه به تازگی این روش درمانی و اثربخشی این درمان در کاهش مشکلات روانشناختی و اجتماعی و با در نظر گرفتن این موضوع که افراد بعد از طلاق نیز دارای این مشکلات می‌باشند، انتظار می‌رود که این درمان بتواند در کاهش مشکلات این افراد مؤثر باشد.

از جمله پیامدهای روانشناختی که افراد متقاضی طلاق به احتمال زیاد با آن روبرو هستند و تاکنون کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته، طرحواره‌های ناسازگار است (نریمانی، عباسی، بگیان کوله مرز و بختی، ۱۳۹۳). از این رو روش دیگری که بر اساس طرحواره‌ها برای حل تعارضات، توسط یانگ (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۳) به وجود آمده است، طرحواره درمانی نام دارد. طرحواره درمانی روش نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب

اثرگذار هستند؟ و از طرف دیگر، اثربخشی این دو رویکرد درمانی با هم متفاوت است؟

روش

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروهی و گروه گواه است. جامعه آماری شامل تمامی زنان مطلقه‌ای بود که به سبب بحران‌ها و پیامدهای روانشناختی پس از طلاق، در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روانشناختی شهر تهران مراجعه کرده بودند. بر اساس آمار در سال ۱۳۹۶ در شهر تهران، ۲۶ هزار و ۳۸۱ مورد طلاق ثبت شده است (سازمان ثبت احوال، ۱۳۹۶) که از این تعداد، حدود ۲۰۰۰ نفر به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند. به منظور انتخاب نمونه آماری براساس نمونه‌گیری هدفمند ابتدا ۷۳ نفر انتخاب شده و سپس با استفاده از غربالگری اولیه و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج ۴۵ نفر جهت مرحله نهایی پژوهش گزینش شدند. حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه برای مطالعات آزمایشی و شبه آزمایشی مناسب است (دلاور، ۱۳۸۴). مراحل غربالگری در پژوهش حاضر عبارت بودند از: غربالگری اولیه روی نمونه ۷۳ نفر بر اساس دارا بودن نمرات بهزیستی روانشناختی پایین‌تر از حد متوسط. در این مرحله به صورت کلی هر فردی که در دو آزمون از سه آزمون مورد نظر بیش از یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بودند تفکیک شدند. در مرحله بعد بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۴۵ نفر انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر عبارتند بودند از: قرار داشتن در دامنه سنی ۳۰-۵۰ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، گذشت حداقل یک ماه و حداکثر یک سال از ثبت رسمی طلاق، مجرد بودن به هنگام اجرای پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل سابقه یا ابتلا به اختلال‌های حاد روان‌پزشکی (مانند اختلال‌های روان پریشی، دوقطبی و افسردگی اساسی، اختلال‌های عصبی - شناختی و سوء مصرف مواد) به تشخیص روان‌پزشک همکار طی یک سال اخیر. در مرحله بعد نمونه ۴۵ نفری حاصل از غربالگری به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایابی شدند. دو گروه آزمایش به ترتیب تحت ۸ جلسه یک ساعته درمان به شیوه‌های طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی قرار گرفتند، اما گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. در هر جلسه ابتدا خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبلی مطرح شده و به این ترتیب دو

های شناختی - رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شی، ساختارگرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. با این وجود، طرحواره درمانی یک درمان التقاطی نیست که از طریق آزمایش و خطا پیش برود، بلکه مبتنی بر یک نظریه منسجم و یکپارچه است هر چند مفاهیمی از مکاتب دیگر گرفته ولی از بسیاری از جهات با آنها متفاوت است. این شیوه درمان، سیستم جدیدی از روان‌درمانی را فراهم می‌کند که مخصوصاً برای بیماران مبتلا به اختلافات روانشناختی مزمن و مقاوم مناسب است. شناخت‌گرایان، ساختاری ذهنی را مد نظر قرار داده‌اند که با نام طرحواره مطرح گردیده است. طرحواره نقشه انتزاعی شناختی در نظر گرفته می‌شود که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسأله است (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳). طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن و ناکامی در برآوردن نیازهای بنیادین (نیاز به امنیت و پذیرش، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خود انگیختگی و تفریح و خویشن داری) در دوران کودکی به وجود آمده‌اند (اسکات و یانگ، ۲۰۰۶). طرحواره درمانی، بر الگوهای خود ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند (پناه‌علی، شفیع‌آبادی، نوابی‌نژاد و نورانی پور، ۱۳۹۲). با افزایش طرحواره‌های شناختی ناسازگار شیوع برخی از اختلالات افزایش می‌یابد. طرحواره‌ها بر شیوه‌های پردازش شناختی اثر می‌گذارند و فرد را نسبت به آسیب‌های روانی آسیب پذیر می‌سازند. زمانی که این طرحواره‌های فعال می‌شوند، بر ادراک، واقعیت و پردازش شناختی فرد تأثیر می‌گذارد (یوسف نژادشیروانی و پیوسته گر، ۱۳۹۰). لویس، وود، لاک وود، هو و فرگوسن (۲۰۱۸) نیز پژوهشی در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی افراد انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد طرحواره درمانی سبب بهبود بهزیستی روانشناختی در افراد می‌شود. با توجه به افزایش روز افزون طلاق در جامعه و بروز پیامدهای منفی روانشناختی برای زوج‌های طلاق گرفته به خصوص زنان و با توجه به این که مطالعات پیشین نشان داده‌اند طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیشگیری و ارتقا سلامت روان و رضایت از زندگی زنان اثرگذار بوده‌اند، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا دو رویکرد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه

کننده شماره ۱، ۲، و ... در تمام طول پژوهش) و حق انصراف برای شرکت‌کنندگان بود. پروتکل جلسات طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب در جداول ۱ و ۲ آمده است.

جلسه به هم ربط داده می‌شود. جلسات هر هفته یک بار و به مدت یک ساعت برگزار می‌شد. ملاحظات اخلاقی الزامی در این پژوهش شامل کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و اخذ رضایت‌نامه کتبی، رازداری (استفاده از نام مستعار مانند شرکت

جدول ۱. پروتکل جلسات طرحواره درمانی (یانگ، کلوُسکو و ویشار، ۲۰۰۳).		
جلسه	اهداف	محتوا و تکالیف
اول	آشنایی و معارفه	پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت‌بندی می‌شود. سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی
دوم	آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی (۱)	شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد.
سوم	آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی (۲)	تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده می‌شد.
چهارم	سنجش و آموزش طرحواره‌ها	مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد.
پنجم	شروع فرآیند تغییر طرحواره‌ها	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد
ششم	فرآیند تغییر طرحواره‌ها (۱)	تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها آموزش داده شد.
هفتم	فرآیند تغییر طرحواره‌ها (۲)	رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد
هشتم	جمع‌بندی و مرور	مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد. اجرای پس‌آزمون‌ها و ختم جلسات.

جدول ۲. پروتکل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون، ۲۰۱۲).		
جلسه	اهداف	محتوا و تکالیف
اول	ارزیابی و جهت‌گیری درمان	گرفتن جزئیات از افراد آزمودنی، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معرفی تمرینات و اجرای پیش‌آزمون. مصاحبه فردی، معرفی مفهوم تغییر رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل تمرین ذهن‌آگاهی و ارائه تکلیف.
دوم	ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابطه‌ای بی‌اثر	شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد.
سوم	تمرکز حواس و پذیرش و همجوشی شناختی	معرفی پذیرش و تمرکز حواس، تمرین پذیرش افکار و احساسات. تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای افراد آزمودنی، تمرین راننده اتوبوس، افکار بر روی برگه‌های تمرین.
چهارم	مشاهده افکار و انتخاب جهت ارزش‌ها	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با فرد، افکار بر روی برگه‌های تمرین، تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه. کمک به افراد برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی، تمرین چه چیزی در زندگی / رابطه در حال حاضر می‌خواهم.
پنجم	شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود	بازبینی کاربرد ارزش‌ها، بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک به افراد تا به جای غلبه بر آنها با آنها حرکت کنند. تمرین نوشتن بر روی سنگ قبر، کاربرد عمل متعهد، بازبینی تمرین راننده اتوبوس.
ششم	ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه خود به عنوان زمینه در این رابطه و پذیرش و اقدام متعهد	معرفی تمایل، بازبینی تمرین راننده اتوبوس و کاربرد عمل متعهد.
هفتم		طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، تجربه داشتن زوج‌ها در خود به عنوان زمینه رابطه، کاربرد اقدام متعهد، استعاره صفحه شطرنج، بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد، کاربرد اقدام متعهد
هشتم	کار در جهت پایان	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان، گرفتن کاربرد اقدام متعهد در خانه و اجرای پس‌آزمون

ابزار

۱۹۸۰ تدوین نمود (ریف و کیز، ۱۹۹۵). فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۱۲۰ سؤال است ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی و ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز ارائه گردید. در این پژوهش از فرم ۵۴ سؤالی استفاده شد. مقیاس بهزیستی روانشناختی دارای

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف: در پژوهش حاضر به منظور بررسی سنجش بهزیستی روانشناختی از مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده شد. این مقیاس را ریف در سال

همان طور که از جدول ۳ برمی آید میانگین دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است. براساس نتایج این جدول، می توان به این نتیجه دست یافت که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه را افزایش داده اند.

از آنجایی که استفاده از تحلیل کوواریانس نیازمند رعایت مفروضه ها است، لذا پیش فرض های آن مورد بررسی قرار گرفت. عدم معناداری آزمون لوین در متغیر بهزیستی روانشناختی ($F=0/126$)، نشان می دهد که مفروضه یکسانی واریانس ها برقرار است ($P>0/882$) از سوی دیگر عدم معناداری مقدار باکس برای متغیر بهزیستی روانشناختی ($\text{Box's}=34/934$) هم نشان دهنده همسانی ماتریس کوواریانس ها به عنوان یکی از مفروضه های آزمون تحلیل کوواریانس برقرار است ($P>0/05$). همچنین نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نشان می دهد که فرض صفر، برای نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر بهزیستی روانشناختی و تمام خرده مقیاس های آن در موقعیت های پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و گواه دارای توزیع نرمال است. بنابراین با توجه به رعایت مفروضه های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، برای تحلیل یافته ها از این آزمون استفاده شد. در جدول زیر آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری گزارش شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، یک اثر معنی دار برای عامل گروه «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از خرده مقیاس های بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه که تحت روش های درمانی بوده اند، با زنان مطلقه گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس $=0/12$ ، $P>0/05$).

شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، استقلال، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. هر یک از شش خرده مقیاس شامل ۹ سؤال است. در این مقیاس ها پاسخ به هر سؤالی بر روی یک طیف شش درجه ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می شود. ریف (۱۹۸۹) شواهدی از روایی آزمون را از طریق محاسبه ضریب همبستگی نمرات مقیاس بهزیستی روانشناختی با نمرات آزمون هایی که عملکرد مثبت روانشناختی و عملکرد منفی روانشناختی را می سنجیدند، مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان دادند که بین شش عامل این پرسشنامه با آزمون هایی که عملکردهای مثبت روانشناختی را می سنجیدند همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت و دامنه همبستگی $0/25$ تا $0/73$ بود که روایی مقیاس را تأیید می کرد. از طرف دیگر بین شش عامل این پرسشنامه با آزمون هایی که عملکردهای منفی روانشناختی را می سنجیدند همبستگی منفی و معنادار وجود داشت که دامنه همبستگی بین $-0/30$ تا $-0/60$ بود. در ارتباط با پایایی، پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/86$ محاسبه شده است. ویژگی های روانسنجی نسخه اصلی مقیاس های بهزیستی روانشناختی قابل قبول گزارش شدند. ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از مقیاس های بهزیستی روانشناختی: پذیرش خود، تسلط محیطی، روابط مثبت با دیگران، هدف از زندگی، رشد فردی و استقلال به ترتیب $0/78$ ، $0/77$ ، $0/74$ ، $0/75$ ، $0/73$ ، $0/60$ بدست آمد (ریف، ۲۰۱۴). این مقیاس در ایران در آغاز بر روی یک نمونه ۳۲۱ نفری اجرا و ضریب همابستگی درونی مقیاس ها بین $0/86$ تا $0/93$ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین $0/81$ تا $0/86$ بدست آمد. همچنین، همبستگی بین خرده مقیاس ها بین $0/32$ تا $0/76$ گزارش شد که بالاترین همبستگی بین پذیرش خود و تسلط بر محیط ($0/76$) و پایین ترین همبستگی بین خودمختاری و روابط مثبت با دیگران ($0/32$) بدست آمد (بیانی، محمد کوچکی و بیانی، ۱۳۸۷).

یافته ها

در این بخش ابتدا میانگین و انحراف معیار شرکت کنندگان در مقیاس بهزیستی روانشناختی و خرده مقیاس های آن به تفکیک گروه طرحواره درمانی، گواه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارائه می شود.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها				
گروه	متغیر	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
طرحواره درمانی	بهزیستی روانشناختی	میانگین	۰۷.۱۷۵	۸۰.۱۸۴
		انحراف معیار	۳۳.۱۰	۳۵.۵
گواه	بهزیستی روانشناختی	میانگین	۷۳.۱۷۲	۹۳.۱۷۰
		انحراف معیار	۴۶.۱۰	۸۷.۸
پذیرش و تعهد	بهزیستی روانشناختی	میانگین	۲۰.۱۷۶	۴۰.۱۸۷
		انحراف معیار	۵۹.۱۱	۶۸.۹
طرحواره درمانی	روابط مثبت با دیگران	میانگین	۶۷.۳۰	۴۷.۳۳
		انحراف معیار	۲۷.۳	۷۳.۱
گواه	روابط مثبت با دیگران	میانگین	۴۷.۳۰	۲۰.۲۹
		انحراف معیار	۸۰.۳	۱۹.۳
پذیرش و تعهد	روابط مثبت با دیگران	میانگین	۶۰.۳۱	۶۰.۳۴
		انحراف معیار	۶۶.۴	۸۲.۲
طرحواره درمانی	پذیرش خود	میانگین	۴۷.۳۲	۰۷.۳۶
		انحراف معیار	۱۶.۳	۶۲.۱
گواه	پذیرش خود	میانگین	۰۷.۳۱	۴۰.۳۱
		انحراف معیار	۷۶.۲	۶۹.۲
پذیرش و تعهد	پذیرش خود	میانگین	۰۰.۳۳	۸۰.۳۶
		انحراف معیار	۷۳.۱	۲۱.۱
طرحواره درمانی	تسلط محیطی	میانگین	۷۳.۲۶	۶۰.۳۰
		انحراف معیار	۶۶.۲	۱۸.۱
گواه	تسلط محیطی	میانگین	۰۷.۲۶	۲۷.۲۵
		انحراف معیار	۵۳.۳	۹۶.۲
پذیرش و تعهد	تسلط محیطی	میانگین	۸۰.۲۶	۸۰.۳۰
		انحراف معیار	۴۳.۳	۷۸.۱
طرحواره درمانی	رشد فردی	میانگین	۶۷.۲۹	۳۳.۲۸
		انحراف معیار	۱۳.۲	۶۸.۱
گواه	رشد فردی	میانگین	۰۰.۲۸	۲۰.۲۹
		انحراف معیار	۱۷.۲	۱۴.۲
پذیرش و تعهد	رشد فردی	میانگین	۲۰.۲۹	۲۰.۲۹
		انحراف معیار	۶۶.۱	۴۰.۲
طرحواره درمانی	هدف در زندگی	میانگین	۷۳.۲۷	۶۷.۲۸
		انحراف معیار	۴۳.۲	۵۰.۱
گواه	هدف در زندگی	میانگین	۵۳.۲۹	۰۰.۲۹
		انحراف معیار	۵۳.۲	۴۸.۲
پذیرش و تعهد	هدف در زندگی	میانگین	۰۰.۲۷	۰۰.۲۸
		انحراف معیار	۹۶.۱	۱۷.۲
طرحواره درمانی	استقلال	میانگین	۸۰.۲۷	۶۷.۲۷
		انحراف معیار	۹۷.۱	۶۳.۱
گواه	استقلال	میانگین	۶۰.۲۷	۸۷.۲۶
		انحراف معیار	۵۳.۲	۸۱.۱
پذیرش و تعهد	استقلال	میانگین	۶۰.۲۸	۰۰.۲۸
		انحراف معیار	۰۶.۱	۶۵.۰

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد بهزیستی روانشناختی در دو گروه						
شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	Df خطا	sig
اثر پیلای	۱/۰۰	۵/۳۷	۱۲/۰۰	۶۴/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰
تفاوت سه گروه با	لامبدای ویلکس	۰/۱۲	۹/۶۲	۱۲/۰۰	۶۲/۰۰	۰/۰۰۱
کنترل اثر پیش آزمون	اثر هتلینگ	۶/۱۶	۱۵/۴۲	۱۲/۰۰	۶۰/۰۰	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی		۵/۹۹	۳۱/۹۸	۶/۰۰	۳۲/۰۰	۰/۰۰۱

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری						
شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	Df	MS	F	سطح معناداری
روابط مثبت با دیگران	گروه	۹۶/۵۴	۲/۰۰	۴۸/۲۷	۲۵/۲۳	۰/۰۰۱
	خطا	۶۸/۸۹	۳۶/۰۰	۱/۹۱		
پذیرش خود	گروه	۱۱۳/۸۹	۲/۰۰	۵۶/۹۵	۳۱/۴۰	۰/۰۰۱
	خطا	۶۵/۲۹	۳۶/۰۰	۱/۸۱		
تسلط محیطی	گروه	۱۶۰/۳۹	۲/۰۰	۸۰/۱۹	۴۸/۰۵	۰/۰۰۱
	خطا	۶۰/۰۸	۳۶/۰۰	۱/۶۷		
هدف در زندگی	گروه	۲۹/۴۳	۲/۰۰	۱۴/۷۲	۱۱/۰۱	۰/۰۰۱
	خطا	۴۸/۱۰	۳۶/۰۰	۱/۳۴		
رشد فردی	گروه	۳/۶۶	۲/۰۰	۱/۸۳	۰/۹۴	۰/۴۰
	خطا	۷۰/۱۷	۳۶/۰۰	۱/۹۵		
استقلال	گروه	۱/۰۷	۲/۰۰	۰/۵۳	۰/۳۵	۰/۷۱
	خطا	۵۴/۹۵	۳۶/۰۰	۱/۵۳		

های طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پرداخته شد تا مشخص شود که کدام گروه در بهبود میزان بهزیستی روانشناختی مؤثرتر است. نتایج حاصل از آزمون تعقیبی در جدول ۶ گزارش شده است.

همان گونه که در نتایج جدول ۶ مشخص است، تفاوت بین طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح ۰/۰۵ معنی دار نمی باشد، بنابراین می توان گفت هر دو روش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تأثیر معناداری بر افزایش بهزیستی روانشناختی دارند ولی تفاوت بین آنها معنادار نیست.

نتایج جدول ۵ نشان می دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون، سؤال اول مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای روابط مثبت با دیگران، پذیرش خود، و تسلط محیطی، و هدف در زندگی زنان مطلقه گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، تأیید می شود. از طرف دیگر نتایج جدول ۵ نشان می دهد سطح معناداری حاصل شده برای روابط مثبت با دیگران، پذیرش خود، و تسلط محیطی، و هدف در زندگی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۸ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۶ متغیر وابسته) کوچک تر می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین های حاصل شده می توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان روابط مثبت با دیگران، پذیرش خود، و تسلط محیطی، و هدف در زندگی گروه های آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش داشته است. برای مقایسه تفاوت بین گروهی در بهزیستی روانشناختی با استفاده از آزمون تعقیبی لامتریکس^۱ به مقایسه تفاوت میانگین میزان ابعاد بهزیستی روانشناختی در گروه

¹. Imatrix Post Hoc

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی لامتریکس برای مقایسه میانگین‌های نمرات بهزیستی روانشناختی در دو گروه آزمایش							
شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	Df	MS	F	سطح معناداری	ضریب اینتا
روابط مثبت	بین گروهی	۱/۱۷۴	۱	۱/۱۷۴	۱/۲۳۱	۰/۲۷۹	۰/۰۵۳
	درون گروهی	۲۰/۹۷۱	۲۲	۰/۹۵۳			
پذیرش خود	بین گروهی	۰/۳۷۱	۱	۰/۳۷۱	۰/۶۸۷	۰/۴۱۶	۰/۰۳۰
	درون گروهی	۱۱/۸۷۶	۲۲	۰/۵۴۰			
تسلط محیطی	بین گروهی	۰/۱۰۸	۱	۰/۱۰۸	۰/۱۱۴	۰/۷۳۹	۰/۰۰۵
	درون گروهی	۲۱/۰۰۲	۲۲	۰/۹۵۵			
هدف در زندگی	بین گروهی	۳/۳۲۳	۱	۳/۳۲۳	۲/۶۷۸	۰/۱۱۶	۰/۱۰۹
	درون گروهی	۲۷/۲۹۹	۲۲	۱/۲۴۱			
رشد فردی	بین گروهی	۰/۰۷۱	۱	۰/۰۷۱	۰/۰۷۳	۰/۷۹۰	۰/۰۰۳
	درون گروهی	۲۱/۶۱۵	۲۲	۰/۹۸۳			
استقلال	بین گروهی	۰/۴۱۴	۱	۰/۴۱۴	۰/۲۵۹	۰/۶۱۶	۰/۰۱۲
	درون گروهی	۳۵/۲۵۲	۲۲	۱/۶۰۲			

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که تفاوت بین طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح ۰/۰۵ بر بهزیستی روانشناختی معنادار نمی‌باشد.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به ماهیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که از چارچوب فلسفی و نظری منسجمی برخوردار است، یک مداخله روانشناختی مبتنی بر تجربه است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به کار می‌گیرد. انعطاف‌پذیری روانشناختی به این معنی است که فرد به طور کامل با لحظات اینجا و اکنون تماس داشته و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد، رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است، تغییر یا ادامه دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله شناختی و رفتاری به فرد کمک می‌کند تا بیشتر در لحظات کنونی زندگی کند، و به جای افکار، احساسات و تجارب دردناک، بر ارزش‌ها و اهداف مهم تمرکز نماید (هیز و استروسال، ۲۰۰۵). تبیین احتمالی برای تأثیر طرحواره درمانی نیز آن است که با توجه به تأکید فنون طرحواره درمانی بر روی هیجانات، به نظر می‌رسد این فنون کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آنها را بپذیرد. همچنین این فنون تجربی کمک می‌کنند تا بیمار با

سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین‌فردی و نیز خود آرامش بخشی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازند (گیلبرت و لیهی، ۲۰۰۷). بنابراین شناسایی طرحواره‌ها و تغییر آنها تلویحات بالینی مهمی را به همراه دارد. در واقع با شناسایی طرحواره‌های افسرده‌ساز می‌توان آنها را هدف درمان قرار داد و با مداخلات درمانی متمرکز بر طرحواره موجب تغییر و اصلاح آنها شد. از سویی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی می‌شود که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند کمک می‌کند. بنابراین آموزش آن به افراد، باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات و افکار، باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد به مسائل بعد از طلاق می‌شود و در نتیجه سازگاری آنها بهبود یافته که خود عاملی جهت ارتقای بهزیستی روانشناختی آنان می‌شود. همچنین آموزش‌ها در جلسات درمانی (شامل آموزش انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی) نیز در این زمینه مؤثر است. آموزش جداسازی شناختی باعث می‌شود که زنان بتوانند مشکلات خود را از بیرون ببینند و راحت‌تر در مورد مشکلات خود حرف بزنند و این به فرد کمک می‌کند تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در سایر جلسات درمانی که بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود، افراد تحت درمان نقاط مثبت و منفی خود را دوباره مورد سنجش

قرار می‌دهند و سعی می‌کنند قضاوت درستی در مورد مشکلات خود بکنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به جای آن که روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قواعد کلامی که سبب ایجاد مشکل در زندگی مشترک‌شان گردیده است رها نموده و به آنها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند، از سویی اگر چه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به طور مستقیم به نشانه‌های و اضطراب فرد پرداخته نمی‌شود، اما وقتی فرد برای کاهش افکار و احساسات تلاش نکند و جنگ با افکار و احساساتش را رها کند و به جای آن به اهداف تعیین شده در جهت‌های ارزشمند زندگی حرکت کند، کاهش نشانه‌ها خود به خود رخ می‌دهند. لذا به نظر می‌رسد مجموعه این آموزش‌ها و عوامل سبب ارتقای بهزیستی روانشناختی در زنان تحت درمان با رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که جامعه آماری پژوهش حاضر زنان مطلقه در شهر تهران بودند، بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر برای فاصله‌گیری از قیود فرهنگی در سایر مناطق جغرافیایی نیز اجرا شود. همچنین در این مطالعه نقش متغیرهای مداخله‌گر و مزاحم نظیر عوامل حمایتی خانواده و دوستان نیز مورد بررسی قرار نگرفته و بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی رویکردهای درمانی در زنان مطلقه با در نظر گرفتن نقش تعدیل‌گر حمایت خانواده و دوستان بررسی شود. همچنین با توجه به اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و خرده مقیاس‌های آن، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و کلینیک‌های خانواده در مورد زنان مطلقه که در معرض پیامدهای روانشناختی پس از طلاق هستند از این دو رویکرد با اولویت مشاوره و روان درمانی گروهی استفاده کنند.

منابع

بیانی، علی‌اصغر؛ محمدکوچکی، عاشور و بیانی، علی (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس به‌زیستی روانشناختی ریف. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۴ (۲)، ۱۴۶-۱۵۱.

پناه‌علی، امیرعلی؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ نوابی‌نژاد شکوه و نورانی پور، رحمت‌اله (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد

طرحواره درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز. *زن و مطالعات خانواده*، ۵ (۱۹)، ۹۳-۷۷.

حمید، نجمه؛ دهقانی‌زاده، زهرا و عیدی، مجید (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه. *مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۱۱ (۱)، ۶۴-۵۴.

دلاور، علی (۱۳۸۴). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.

سازمان ثبت احوال کشور (۱۳۹۶). *آمار رویدادهای حیاتی (طلاق)*. <http://www.sabteahval.ir>

سازمان ثبت احوال کشور (۱۳۹۷). *آمار رویدادهای حیاتی (طلاق)*. <http://www.sabteahval.ir>

فروتن، یعقوب و میرزایی، سمیه (۱۳۹۵). نگرش به طلاق و تعیین کننده‌های آن در ایران. *دو فصلنامه مطالعات جمعیتی*، ۲ (۲)، ۱۹۳-۲۲۵.

کاپلان، هارولد و سادوک، بنجامین (۲۰۰۷). *خلاصه روان‌پزشکی*. ترجمه نصرت‌الله پور افکاری (۱۳۹۰). تهران: انتشارات شهر آب - آینده‌سازان.

کلارک استوارت، آلیسون و برنتانو، کرنلیا (۲۰۰۶). *طلاق، علل و پیامد ها*. ترجمه سعید صادقی، مجتبی ناجی، محمد محمدزاده و نفیسه کریمیان (۱۳۸۹). اصفهان: انتشارات پیغام دانش.

نریمانی، محمد و بخشایش، رباب (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش پذیرش - تعهد بر بهزیستی روانشناختی، هیجانی و رضایت زناشویی زوجین در معرض طلاق. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۳ (۵۲)، ۱۲۳-۱۰۸.

نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگیان کوله مرز، محمد جواد و بختی، مجتبی (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱۴ (۱)، ۲۹-۱.

یوسف نژادشیروانی، مائده و پیوسته گر، مهرانگیز (۱۳۹۰). رابطه رضایت از زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۲ (۲) (پیاپی ۴۴)، ۶۵-۵۵.

Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., & George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1180.

Cole, G. A. (2002). *Personnel and human resource management* (5th ed.). London: book power/ELST.

Gilbert, P., & Leahy, R. L. (Eds.). (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Routledge.

- Scott, H.K & Young, E.J. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.
- Nazir, S. (2001). Psychological reaction to divorce of divorced women and their children. *Unpublished doctoral dissertation, University of Karachi, Pakistan*.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Hammamci, Z. (2005). Dysfunctional relationship beliefs in marital conflict, *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 23(3) / September.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science+ Business Media.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy*. Willey & Sons, Inc.
- Lee, V., Cohen, S.R., Edgar, L., Laizner, A.M., & Gagnon A.J. (2006). Meaning- making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 62 (4), 3133-3145.
- Louis, J. P., Wood, A. M., Lockwood, G., Ho, M. H. R., & Ferguson, E. (2018). Positive clinical psychology and Schema Therapy (ST): The development of the Young Positive Schema
- Pines, A. M., Neal, M. B., Hammer, L. B., & Icekson, T. (2011). Job burnout and couple burnout in
- Peterson, B.D., Eifert, G.H., Feingold, T., Davidson, S. (2012). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavior Practice*, 16, 430-442. dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology*, 74(4), 361-386.
- Roemer L, Orsillo SM, (2011). Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 76(6), 1083-1089.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality. and Social Psychology*, 69, 716-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of happiness studies*, 9(1), 13-39.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28.