



Research Paper

[10.22034/IJFP.2023.536733.0](https://doi.org/10.22034/IJFP.2023.536733.0)

Comparison of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Resilience and Assertiveness in Women Victims of Domestic Violence

Zahra Taheriyani¹, Afsaneh Dehghan², Maliheh Mehdikhani^{3*}

1. M.A. of Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
2. M.A. of Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
3. Ph.D. of Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Article Info.	Abstract
<p>Received: 12.11.2020</p> <p>Accepted: 19.07.2021</p> <hr/> <p>Keywords: <i>acceptance and commitment therapy, dialectical behavior therapy, resilience, assertiveness, domestic violence</i></p>	<p>Abstract</p> <p>This study aimed to compare the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on the resilience and assertiveness of women victims of domestic violence. The study applied a quasi-experimental design, utilizing a pre-test and post-test model with multiple groups. The statistical population included women victims of domestic violence during autumn 2020 and spring 2021 in Sari. The sample was selected through purposive sampling, where 45 participants were selected. The population was then matched through a lottery technique and assigned to two experimental and one control group comprising 15 women. The first experimental group received seven ACT 90-minute sessions; the second received 12 DBT 90-minute sessions. The control group was placed on a waiting list for training. Data were collected using the standard resilience and assertiveness questionnaire and analyzed using the multivariate analysis of covariance (MANCOVA) test in SPSS 22 software. All three groups were required to complete the same questionnaires at the end of the study. The results indicated that both interventions increased resilience and assertiveness scores for the experimental groups. Moreover, there was a meaningful difference between the two interventions regarding their effectiveness on the variables above, where ACT's effectiveness on resilience and assertiveness was higher. Based on the findings, psychological interventions for domestic violence-exposed women can effectively prevent and reduce such incidents.</p>
<p>*Corresponding author Email: drsep98@chmail.ir</p>	
<p>How to Cite: Taheriyani, Z., Dehghan, A., Mehdikhani, M. (2022). Comparison of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Resilience and Assertiveness in Women Victims of Domestic Violence. <i>Journal of Family Psychology</i>. 9(1), 131-142.</p>	



مقایسه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و رفتاردرمانی دیالتیکی بر تاب آوری و ابراز وجود در زنان آزار دیده از خشونت های خانگی

زهرا طاهریان^۱، افسانه دهقان^۲، ملیحه مهدیخانی^{۳*}

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران
۲. کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران
۳. دکتری تخصصی، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۲۲	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۸	پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالتیکی بر تاب آوری و ابراز وجود در زنان آزار دیده از خشونت های خانگی انجام شد. روش پژوهش آزمایشی و طرح تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون چندگروهی بود. جامعه آماری کلیه زنان آزار دیده خشونت خانگی در شهرستان ساری مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی در پائیز ۱۳۹۹ الی بهار ۱۴۰۰ بود. نمونه شامل ۴۵ نفر به شیوه نمونه گیری هدفمند بود و پس از همتاسازی، به روش قرعه کشی، در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) گمارش شدند. گروه آزمایشی اول هفت جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایش دوم ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت روش رفتاردرمانی دیالتیکی قرار گرفتند. گروه کنترل آموزشی را دریافت نکرد اما در لیست انتظار جهت آموزش باقی ماند. جمع آوری داده ها بر اساس پرسشنامه استاندارد تاب آوری (Connor & Davidson, 2002) و ابراز وجود (Gambrell & Ritchie, 1975) صورت گرفت و سپس توسط تحلیل مانکوا در نرم افزار SPSS22 تحلیل شد. یافته ها نشان داد که هر دو روش مداخله، باعث افزایش نمرات گروه آزمایش در تاب آوری و ابراز وجود می شود و بین دو روش مداخله، در متغیرهای یاد شده تفاوت وجود دارد و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و ابراز وجود بیشتر بود. براساس یافته ها می توان نتیجه گرفت مداخلات روانشناختی می تواند در پیشگیری و کاهش خشونت خانگی بر زنان در معرض خشونت خانگی موثر باشد.
کلیدواژه ها:	
پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالتیکی، تاب آوری، ابراز وجود، خشونت خانگی.	
*نویسنده مسئول:	
پست الکترونیکی: drsep98@chmail.ir	
استناد به این مقاله:	
طاهریان، زهرا، دهقان، افسانه، مهدیخانی، ملیحه (۱۴۰۱). مقایسه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و رفتاردرمانی دیالتیکی بر تاب آوری و ابراز وجود در زنان آزار دیده از خشونت های خانگی. <i>روانشناسی خانواده</i> ، ۹(۱)، ۱۳۱-۱۴۲.	

امروزه علی‌رغم پیشرفت‌های علمی، هنوز معضل خشونت، وجدان‌ها را می‌آزارد و به عنوان یک مسئله حاد اجتماعی توصیف می‌شود. حدود نیمی از جمعیت کره زمین را زنان تشکیل می‌دهند که در طول تاریخ مورد بی‌مهری قرار گرفته‌اند. خشونت علیه زنان از قدیم تا کنون، نه تنها کمتر نشده است؛ بلکه با بررسی‌های به عمل آمده، آمارهایی به دست رسیده که حاکی از نقض حقوق بشر در مورد زنان است (Jahani, 2021). خشونت خانگی، اکنون به عنوان یک مسئله بهداشت جهانی در نظر گرفته می‌شود (Cau, 2020) که به عنوان یک تهدید یا یک عمل خشونت آمیز جنسی، روانی و یا احساسی تعریف می‌شود؛ یعنی هر نوع خشونت علیه دیگران به قصد آسیب رساندن یا نشان دادن قدرت و اعمال کنترل بر آنها (Flury et al., 2010). خشونت خانگی شامل آزار جسمی، روحی و یا اقتصادی، کنترل، تهدید یا حملات غیرقانونی دیگر است و این اعمال خشونت‌آمیز به اعضای خانواده، یعنی همسر صمیمی، کودکان، جوانان و افراد مسن تحمیل می‌شود (Chang et al, 2017). سازمان ملل در قطعنامه‌ای مربوط به حذف خشونت علیه زنان در اجلاس عمومی سال ۱۹۹۱، خشونت علیه زنان را این گونه تعریف کرده است: هر رفتار خشن وابسته به جنسیت که موجب آسیب جسمی، جنسی، روانی و رنج زنان شود. چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، اجبار و سلب مطلق اختیار و آزادی به صورت آشکار و یا پنهان انجام شود (World Health Organization, 2001). پژوهشی نشان داد؛ خشونت می‌تواند خطر مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر را افزایش داده و موجب شیوع بیماری‌های روانی تا مرز خودکشی یا حتی خودکشی و مشکلات اجتماعی مانند جرم و خشونت بیشتر شود (Ahmadi et al, 2022). پژوهشگران در پژوهش خود دریافتند؛ با بالارفتن خشونت علیه زنان در خانه، میزان احساس امنیت آنان در خانه کاهش می‌یابد (Sharbatian et al., 2017). یافته‌ی پژوهشی دیگری نشان داد که در بندرعباس، ۹۲ درصد از زنان مورد خشونت خانگی قرار گرفته‌اند (Derakhshanpour et al., 2014).

در این بین؛ از تاب‌آوری می‌توان به عنوان مفهومی نام برد که نشان می‌دهد افراد چگونه قادرند با شرایط غیرمنتظره و سخت روبرو شده و با آن کنار بیایند (Mahmoudi Tabar & Dargahi, 2022) مشخص شده است تاب‌آوری، از جمله ابعاد مهم روان‌شناختی زندگی بشری است که می‌تواند تاثیرات زیادی در بهداشت روانی انسان به ویژه زنان داشته باشد (Azadegan, 2020). توانایی برگشتن و بهبود پیدا کردن، مهارت‌های فکری انعطاف‌پذیر، جستجو کردن مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد، توانایی حل مشکلات و مهارت‌های حل تعارض از جمله ویژگی‌های افراد تاب‌آور است (Oshio et al., 2018). روان‌شناسان بالینی، اخیراً مدل‌هایی از تاب‌آوری را تحت شرایط فقدان، خشونت و درد بررسی کردند. نتایج هماهنگ این یافته‌ها موید تاثیرات مثبت، سازنده و انطباق رشد یافته با شرایط خطیر و استرس‌زای فوق‌الذکر است. بر این اساس، تاب‌آوری و ضریب سختی زنان مطلقاً به طور معناداری نسبت به زنان متأهل پایین‌تر است (Bishop et al., 2007).

همچنین؛ ابراز وجود نیز، از عواملی محسوب می‌شود که برای سلامت روانی فرد نیاز است و به طور کلی بسیاری از مشکلات رفتاری با این متغیر مرتبط است. نقص در این مهارت، مشکلات فراوانی را برای انسان به همراه دارد (Triplett & Payhe, 2004). قدرت ابراز وجود، به توانایی افراد برای بیان احساسات، عقاید و نیازها به صورت صادقانه، مستقیم، صریح و قاطع و بدون تعرض به حقوق دیگران همراه با جرئت‌مندی اشاره دارد و به عنوان توانایی یک فرد برای دفاع از خود و نیز توانایی ((نه گفتن)) به تقاضایی که نمی‌خواهد انجام دهد، در نظر گرفته می‌شود (Pirsaghi et al., 2014).

از جمله درمان‌های روان‌شناختی در رابطه با این معضل اجتماعی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان، یکی از درمان‌های موج سوم رفتاری است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها و یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (Triplett & Payhe, 2004)، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسانها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی

¹ Acceptance and Commitment

را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تاثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکار می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب کند (Hayes et al., 2004). از سوی دیگر؛ (Harris (2006 as cited in Hojatkhah & golmohammadian, 2018) هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا می‌داند در حالی که فرد، رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد، برای رسیدن به این هدف، درمان پذیرش و تعهد از شش اصل شامل: گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خویشتن مشاهده‌گر، ارزش‌ها، و اقدام متعهدانه کمک می‌گیرد تا مراجعین بتوانند به انعطاف‌پذیری روانشناختی برسند. پژوهش‌های اخیر روی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نتایجی امیدبخش را در زمینه اثربخشی این درمان ارائه داده‌اند. از آن جمله می‌توان به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش احساس شرم (Hojatkhah & golmohammadian, 2018) بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری (Sharouei et al., 2018; Farahani & heydari, 2018; Mogbel Isfahani, S, & Haghayegh, 2018) و بر ابراز وجود (Hadyian & Dehghani, 2019) اشاره نمود.

درمان سودمند دیگری که می‌تواند در کاهش خشونت‌های خانگی مورد توجه قرار گیرد، رفتاردرمانی دیالکتیکی است؛ که رویکردی از نسل سوم شناختی رفتاری بوده و توسط Marsha Linehan و در ابتدا جهت اختلالات مرزی به کار گرفته شد (Lynch & Bronner, 2006). رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور خاص برای آموزش مهارت‌های تنظیم عواطف سازگارانه طراحی شده و جهت هدف قرار دادن رفتارهایی که نتیجه بی‌نظمی هیجانی است (Soleimani, 2014). این رویکرد، چهار مولفه مداخله‌ای در شیوه درمان گروهی مطرح می‌کند: ذهن آگاهی، تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه‌های مبتنی بر تغییر (Bohus et al., 2013). این رویکرد بر افزایش توانمندی‌های مراجع از طریق آموزش مهارت‌های جدید یا مهارت‌هایی که به طور موثر استفاده نمی‌شود، افزایش انگیزش مراجع از طریق کمک به کاهش عواملی که در پیشرفت درمان تداخل کرده و یا همانند هیجانات، شناخت‌ها، رفتار آشکار و محیط، از آن جلوگیری می‌کنند، اطمینان یافتن از تعمیم درمان به محیط‌های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت‌ها در محیط‌های گوناگون، دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی که رشد و استفاده از مهارت‌های جدید را تأیید و تقویت می‌کند (Kashani, & Vaziri, 2013). پژوهش‌های متعددی در رابطه با درمان‌های پذیرش و تعهد و نیز رفتاردرمانی دیالکتیکی صورت گرفته است که از جمله آن‌ها می‌توان به مطالعاتی در زمینه تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی هیجانی و ابراز وجود (Sehati, et al, 2020)، بر تاب‌آوری زنان (Arabzadeh et al., 2020)، بر افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری (Bahrami, & Zahedi, 2018) اشاره نمود.

فرضیه رویکردهای دو نسل اول رفتار درمانی این است که حالت‌های روانی، احساسات و حالات فیزیولوژیکی خاصی به رفتار ناکارآمد منجر می‌شوند. از این‌رو، مداخله درمانی یعنی حذف یا حداقل کاهش این رویدادهای داخلی مشکل‌ساز می‌باشد. ولی در روش‌های درمانی موج سوم، اهداف درمانی تنها کاهش صرف علائم نیست؛ بلکه رشد مهارت‌ها با هدف بهبود فراوان کیفی و کمی فعالیت‌هایی که از نگاه بیمار بارز می‌باشند نیز مدنظر است (Gholamrezaei, et al, 2018). حتی در مورد مراجعینی هم که شدت بیماری‌شان زیاد است، درمان‌های موج سوم بر توانمندسازی و افزایش مهارت‌ها و الگوهای رفتاری تأکید می‌کنند و در بسیاری از زمینه‌ها استفاده می‌شود. با توجه به نتایج پژوهش‌ها پیرامون اثربخشی هر یک از این دو درمان، که هر دو از درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری محسوب می‌شوند، به دلیل تفاوت در تعداد جلسات و همکاری بیشتر شرکت‌کنندگان در مداخلات کوتاه مدت و نیز، به جهت اهمیتی که در رابطه با کاهش خشونت‌های خانگی علیه زنان به چشم می‌خورد، همچنین به دلیل کمبود پژوهش پیرامون تاب‌آوری و ابراز وجود در زنان تحت آزار و خشونت خانگی؛ پژوهشگران در پژوهش حاضر درصدد مقایسه دو روش درمانی پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری و ابراز وجود در زنان آزرده از خشونت‌های خانگی هستند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون چند گروهی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی زنان آزاردیده‌ی خشونت خانگی در شهرستان ساری بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان ساری از مهر ۱۳۹۹ الی خرداد ۱۴۰۰ تشکیل دادند. با توجه به روش پژوهش (نیمه آزمایشی) و ضرورت مداخله، نمونه آماری شامل ۴۵ نفر از زنان آزاردیده خشونت خانگی بود که نمونه‌گیری این پژوهش از بین مراجعه‌کنندگان اورژانس اجتماعی شهرستان ساری، تعداد ۵۳ نفر که با ملاک‌های ورودی پژوهش همخوانی و تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشند به‌طور غیر تصادفی (نمونه‌گیری هدفمند) انتخاب و پس از پاسخگویی به پرسشنامه‌های تاب‌آوری و ابراز وجود در صورتی که نمره پایین در پرسشنامه‌های مذکور کسب کردند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و یک گروه ۱۵ نفری کنترل گمارش شدند. برخی از ملاک‌های ورود در پژوهش حاضر شامل: قرار گرفتن تحت خشونت خانگی، سن بین ۲۰ الی ۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان در طول سه‌ماهه گذشته، عدم بیماری صعب‌العلاج از جمله سرطان، ام‌اس و ... دریافت رضایت آگاهانه و عدم قرار گرفتن هم‌زمان تحت درمان روان‌شناختی دیگر و از جمله ملاک‌های خروج از پژوهش می‌توان به مواردی از قبیل غیبت دو جلسه متوالی، ابتلا به بیماری‌های اعصاب و روان از جمله روان‌پریشی بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه به صورت کتبی اخذ شد، طرح پژوهش توضیح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شده و در صورت تمایل پس از اتمام پژوهش، شرکت‌کنندگان از نتایج پژوهش آگاه شدند.

در پژوهش حاضر، روش کار به این صورت بود که پس از مراجعه به اورژانس اجتماعی شهرستان ساری بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، تعداد ۴۵ آزمودنی انتخاب و پس از همتاسازی از جهت اطلاعات دموگرافیک، در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. ابتدا ۱۵ نمونه به صورت تصادفی ساده انتخاب شده و در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و در معرض هفت جلسه یک ساعت و نیم در هر هفته یک جلسه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. سپس ۱۵ نفر دیگر از ۳۰ نفر باقیمانده نیز به صورت تصادفی ساده انتخاب شده و در معرض ۱۲ جلسه یک ساعت و نیم در هر هفته دو جلسه، رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. ۱۵ نفر باقیمانده نیز به‌عنوان گروه گواه در نظر گرفته شده و هیچ آموزشی را دریافت نکردند و تنها به سؤالات پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون و بعد از اتمام دو دوره درمانی گروه آزمایش اول و دوم، گروه گواه نیز مانند دو گروه آزمایش به پرسشنامه‌ها مجدداً به‌عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (Hayes, 2002)

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفه، انتظارات از یکدیگر در طول دوره، بیان تجربیات مشابه قبلی در صورت وجود، بیان قوانین که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است. از جمله: به‌موقع آمدن، عدم غیبت، وقت‌شناسی. اجرای پیش‌آزمون
دوم	ایجاد امید و انتظار در کاهش از فشارهای خشونت خانگی، شناخت احساسات و بیان اصل پذیرش، ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از خشونت خانگی.
سوم	بررسی و بازخورد تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار، پذیرش بدون قضاوت، آموزش و شناخت هیجانات، ارائه تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم.
چهارم	بررسی و بازخورد تکالیف، ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر، تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار، تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر، تکالیف رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به‌نوعی دیگر نگاه کنیم و خشونت خانگی را پایان زندگی نبینیم و آن را فقط به‌عنوان یک شرایط و موقعیت تصور کنیم نه بیشتر.
پنجم	بررسی و بازخورد تکالیف، بیان تفاوت بین پذیرش و تسلیم، پذیرش آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم، شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند. ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آن‌ها باشند ولی قضاوت نکنند. ارائه تکالیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت
ششم	بررسی و بازخورد تکالیف، دریافت نظرسنجی از دوره تاکنون، بیان اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان، ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خود آیند منفی، تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.
هفتم	جمع‌بندی، تمرین و بازخورد جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.

جدول: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی (Linehan et al., 1993)

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفه، انتظارات از یکدیگر در طول دوره، بیان تجربیات مشابه قبلی در صورت وجود، بیان قوانین که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است. از جمله: به‌موقع آمدن، عدم غیبت، وقت‌شناسی. آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس، بستن قرارداد برای کاهش‌های رفتارهای خود تخریب‌گری و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی. اجرای پیش‌آزمون
دوم و سوم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجعین در مورد این‌که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و چطور کار می‌کنند.
چهارم	بررسی افکار و احساساتی که منجر به رفتار تکانشی می‌شود، ارائه تکلیف یادداشت افکار و احساساتی که منجر به سازگاری می‌شود.
پنجم	آموزش تحمل پریشانی مهارت‌های پایبندی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین ذهن آگاهی و افزایش تاب‌آوری.
ششم	کمک به مراجع جهت کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود، آموزش مهارت بخشودگی بین فردی و تهیه بازخوردهای کمک‌کننده تا به یک سطح منطقی از تسلط و تعادل بر خود برسند.
هفتم	شناسایی رفتارهای خود تخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب‌پذیری شناختی و افزایش هیجانات مثبت.
هشتم و نهم	آموزش تنظیم هیجان، معرفی اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن این‌که چرا هیجانات مهم هستند. تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجانات مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد باعاطفه اخیر.
دهم و یازدهم	افزایش کارآمدی بین فردی، آموزش مهارت‌های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود، اعتماد آشکار، عزت‌نفس و مذاکره)
دوازدهم	جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.

ابزار سنجش

ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه دموگرافیک که شامل سؤالات جمعیت شناختی نظیر سن، تحصیلات، سابقه تأهل، تعداد فرزند و ... بود که توسط پژوهشگران تدوین شد. سایر ابزارهای مربوط به پژوهش حاضر، پرسشنامه‌های استاندارد بودند که شامل:

پرسشنامه تاب‌آوری: مقیاس تاب‌آوری (Connor-Davidson (2002) که دارای ۲۵ سوال بوده و میزان تاب‌آوری فرد را در برابر حوادث و مشکلات پیش‌رو می‌سنجد. نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از صفر (کاملاً غلط) تا چهار (کاملاً درست) است. نمره برش کسب امتیاز ۵۰ است به این صورت که نمره بالاتر از ۵۰ نشان دهنده تاب‌آوری بالای فرد است. در پژوهش (Ranjbar, et al (2006) Besharat, et al روایی و پایایی این پرسش‌نامه مورد تایید قرار گرفته است (Ranjbar et al, 2011). در پژوهش (Ranjbar, et al (2011) نیز پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که آلفای ۰/۸۴ برای این پرسش‌نامه به دست آمد.

پرسشنامه‌ی ابراز وجود: این پرسشنامه توسط (Gambrill & Ritchie (1975 ساخته شده است و دارای ۴۰ سؤال است. هر سؤال بیان‌کننده یک موقعیت است که آزمودنی بایستی درجه نگرانی و احتمال پاسخ خود را در قبال هر سؤال مشخص سازد. درجه ناراحتی ذهنی که به میزان و شدت اضطراب و ناراحتی آزمودنی در مواجهه با این موقعیت‌ها اشاره دارد و نرخ بروز رفتار که به امکان بروز چنین رفتارهایی اشاره می‌کند. هر سؤال دارای ۵ گزینه می‌باشد که به ترتیب به‌صورت خیلی زیاد=۵، زیاد=۴، متوسط=۳، کم=۲، خیلی کم=۱ نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه ابراز وجود (Gambrill & Ritchie) برخلاف سایر پرسشنامه‌های ابراز وجود برای افراد خاصی ساخته نشده است و سؤالات آن محدود و وسیعی از موقعیت‌های مختلف را دربرمی‌گیرد. پایایی آزمون با روش باز آزمون در مطالعه و (Gambrill & Ritchie (1975) ۰/۸۱ به‌دست آمده است.

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی متغیرهای گروه‌های آزمایش و گواه در طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون در جدول ۳ نمایش داده شده است. همان‌گونه که از نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات در متغیر تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش به ترتیب ۳۸/۳۱، ۴۰/۷۳ و میانگین برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی به ترتیب ۳۶/۷۸، ۳۷/۳۴ و میانگین تاب‌آوری برای گروه کنترل ۴۰/۳۸، ۳۱/۲۸ است. همچنین؛ میانگین نمرات در متغیر ابراز وجود در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب ۵۱/۲۸ و ۵۴/۹ و برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی به ترتیب ۵۱/۶۷ و ۵۲/۲۷ و برای گروه کنترل ۴۱/۱۴ و ۳۵/۲۳ است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در بین گروه‌ها.

متغیر	گروه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی		کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۳۸/۳۱	۳/۱۲	۳۶/۷۸	۳/۵	۴۰/۳۸
	پس‌آزمون	۴۰/۷۳	۳/۹	۳۷/۳۴	۳/۷	۳۱/۲۸
ابراز وجود	پیش‌آزمون	۵۱/۲۸	۴/۵۱	۵۱/۶۷	۴/۱	۴۱/۱۴
	پس‌آزمون	۵۴/۹	۴/۶	۵۲/۲۷	۴/۸	۳۵/۲۳

جهت بررسی فرضیه‌ها در ابتدا فرض نرمال بودن توزیع نمونه بر اساس جامعه آماری به وسیله آزمون چولگی و کشیدگی و شاپیرو ویلک مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه میزان چولگی و کشیدگی در بازه‌ی کمتر از (۲ تا -۲) بود، توزیع داده‌ها نرمال بود. همچنین جهت بررسی توزیع نرمال متغیرهای پژوهش نیز از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد و نتایج نشان داد توزیع متغیرها نرمال است ($p > 0.05$). با تایید دو پیش‌فرض فوق، می‌توان از آزمون پارامتریک استفاده کرد. جهت بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل مانکوا، ابتدا آزمون باکس به منظور همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس انجام شد. این مقدار برای متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۸/۸۷ و سطح معناداری ۰/۵۶ و برای گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی ۱۵/۲۹ و سطح معناداری ۰/۶۵ حاصل شد که نشان‌دهنده عدم معنادار بودن سطح معناداری بوده و با احتمال زیاد می‌توان همگنی واریانس‌ها را پذیرفت. همچنین، از آزمون لون نیز جهت همسانی واریانس‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. این مقدار برای متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایش درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی به ترتیب برابر با ۱/۵۷۸ و ۲/۲۹۴ بود. همچنین مقدار سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ حاصل شد که نشان‌دهنده وجود تجانس در پیش‌فرض همگونی واریانس‌ها در گروه‌ها بود. از سوی دیگر؛ همگنی شیب‌های رگرسیون انجام شد. صحت تحلیل کواریانس بر این فرضیه استوار است که میان شیب رگرسیون متغیر کنترل وابسته در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته باشد. در تحلیل کواریانس نمره‌های باقیمانده متغیر وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند، وجود اختلاف شیب در دو دسته نمره‌های باقیمانده، متغیر وابسته را در وضعیت نامعقول و بی‌معنی قرار می‌دهد. مقدار تحلیل واریانس تعامل مستقل و همپراش در متغیرهای تاب‌آوری و ابراز وجود می‌باشد و متعاقباً معنادار نمی‌باشد ($p > 0.05$)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است. اکنون با توجه به تائید پیش‌فرض‌های موردنظر، می‌توان از آزمون مانکوا استفاده نمود. پیش از بررسی مؤثرترین روش درمانی، ابتدا به بررسی اثربخش بودن هر یک از دو روش درمانی بر متغیرهای تاب‌آوری و ابراز وجود پرداخته شد که نتایج در جدول ۴ حاکی از اثربخش بودن هر دو درمان بر متغیرهای پژوهش بود.

جدول ۴: بررسی اثربخشی هر یک از روشهای درمانی بر متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
درمان پذیرش و تعهد بر متغیر تاب‌آوری	۱۶۲/۸۷۲	۲	۸۱/۴۳۶	۲۳/۴۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶۵	۱
درمان پذیرش و تعهد بر متغیر ابراز وجود	۱۰۴/۳۵۴	۲	۵۲/۱۷۷	۱۰/۷۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵	۰/۹۸۴
رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیر تاب‌آوری	۱۴۳/۹۳۸	۲	۷۱/۹۶۹	۹/۵۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶	۰/۹۷۱
رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیر ابراز وجود	۱۳۶/۷۹۶	۲	۶۸/۳۹۸	۱۲/۷۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱۵	۰/۹۹۴

با توجه به جدول ۴، نتایج این آزمون حاکی از آن است که در مجموع بین تاب‌آوری و ابراز وجود در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. که به طور کلی حکایت از اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی زنان تحت‌آزار و خشونت‌خانی دارد.

جدول ۵: خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی برای سه گروه

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig.
تاب‌آوری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۱/۲۴۵	۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۴/۵۱۶	۰/۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	گروه کنترل	۳/۲۷۱	۰/۰۰۱
ابراز وجود	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۱/۲۳۷	۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۳/۶۷۰	۰/۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	گروه کنترل	۲/۴۳۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد بین میانگین متغیرهای پژوهش در گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی تفاوت معنی‌دار وجود دارد و همچنین بین گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل نیز تفاوت معنی‌دار وجود دارد و بین گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۶: خلاصه نتایج تحلیل کواریانس بین گروهی

متغیر	مقایسه	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
تاب‌آوری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه	۴۶۷۱/۹۰۰	۱	۴۶۷۱/۹۰۰	۱۰۵/۷۹۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹۸
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	گروه	۲۵۰۳/۲۹۳	۱	۲۵۰۳/۲۹۳	۹۶/۴۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱۴
ابراز وجود	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه	۲۷۴۱/۵۶۷	۱	۲۷۴۱/۵۶۷	۷۷/۸۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴۷
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	گروه	۱۲۰۶/۵۹۹	۱	۱۲۰۶/۵۹۹	۵۸/۲۳۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵۱

نتایج جدول ۶، نشان داد که نمرات در متغیر تاب آوری؛ در هر دو روش درمانی، نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری برتری دارند و اندازه اثر محاسبه شده برای اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل ($Eta2 = 0/898$) کمی بیشتر از رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به گروه کنترل ($Eta2 = 0/814$) است. بنابر این هر دو روش درمانی بر نمرات تاب آوری موثر بودند لیکن، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی بیشتر بود. همچنین؛ نتایج حاصل از جدول ۹ نشان داد که نمرات در متغیر ابراز وجود؛ در هر دو روش درمانی، نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری برتری دارند و اندازه اثر محاسبه شده برای اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل ($Eta2 = 0/947$) بیشتر از رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به گروه کنترل ($Eta2 = 0/851$) است. بنابر این هر دو روش درمانی بر نمرات ابراز وجود موثر بودند لیکن، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی بیشتر بود.

بحث

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که هر دو روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و نیز رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت مجزا بر متغیرهای تاب آوری و ابراز وجود مؤثر بودند و در برر سی اثربخش‌ترین روش درمانی، روش مبتنی بر پذیرش و تعهد سودمندتر از روش رفتاردرمانی دیالکتیکی بود. در این راستا، یافته‌ی پژوهشی Arabzadeh et al. (2020) نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر تاب آوری و بهزیستی روانشناختی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر اثربخش است و یافته آنها با نتیجه حاضر، همسو بود. نتایج حاصل از پژوهش Farahani, & heydari (2018) نیز حاکی از اثربخشی درمن مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری در بیماران مبتلا به ام‌اس بود که با یافته پژوهشی حاضر همسو بود. Hadyan, & Dehghani (2019) نیز در پژوهش خود دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابراز وجود دختران اثربخش است که یافته آنها با یافته پژوهش حاضر همخوان بود.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان چنین اظهار کرد که وجود خشونت در خانه، همواره برای فرد و خانواده او موجب ایجاد استرس و اضطراب می‌شود و بسیاری از موقعیت‌ها را برای او و خانواده‌اش سخت و دشوار می‌کند و باعث کاهش تاب آوری می‌گردد. همچنین؛ با توجه به اینکه زنان تحت آزار و خشونت خانگی با افکار و احساسات ناخوشایند مربوط به گذشته و آینده داستان زندگی خود که نشان از قربانی بودن دارد، آمیخته می‌با شد، بودن در زمان حال را از دست می‌دهند و همین موجب کاهش تاب آوری و ابراز وجود در آنان می‌شود. از آن جایی که بودن در زمان حال و ذهن‌آگاهی از فرآیندهای مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، در این درمان با توجه به این فرآیندها، فرد به جای آمیختگی با افکار و احساسات مربوط به گذشته و آینده و رفتارهای اجتنابی، به رفتارهایی که متناسب با اهداف و در راستای ارزشهای اوست، می‌پردازد. البته ارزش‌ها، اهداف و اعمال در یک زمینه بدون آمیختگی تصریح و تعیین می‌شود. در طول مداخلات مشاهده شد برخی از زنان، ارزش‌هایشان را با آمیختگی با داستان زندگی، خود مفهومی سازی شده، ارزشیابی‌ها، افکار و احساسات، تعیین و اولویت‌بندی کردند، همچنین اشتباه گرفتن ارزش‌ها با اهداف و انتظارات از مواردی بود که افراد را در حرکت به سمت ارزش‌ها دچار مشکل می‌کرد، سعی بر آن شد تا زنان نمونه پژوهش حاضر به تعیین چند عملی که در جهت ارزش‌هایشان است بپردازند و تا جلسه بعد اقدام به عمل کرده و به شناسایی موانعی که در راه عمل کردن طبق ارزش‌هایشان بوده است، بپردازند (Hayes, & strosahl, 2010).

همچنین در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز می‌توان گفت در در جلسات آموزشی به زنان آزاردیده از خشونت خانگی در رابطه با تاب آوری جهت توانایی حل مسئله، داشتن حمایت اجتماعی، خوش بینی، تحمل آشفتگی، هدفمند بودن و امید و در نهایت داشتن زندگی لذت‌بخش، انواع مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی که شامل هشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فرد آموزش داده شد (Arabzadeh et al., 2020) و تمرینات عملی آن را در جلسه به صورت گروهی بحث نمودند و افراد به این سمت سوق داده شدند تا به شیوه‌ای فکر، احساس و عمل کنند که باعث ارتقای منابع لازم جهت رسیدن آنها به اهدافشان در زندگی شود و زندگی تاب‌آورانه را از سر بگیرند و به

طاهریان و همکاران: مقایسه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری...

نظر می‌رسد که تغییر مشاهده شده ناشی از آموزش و مداخلات مبتنی بر مولفه‌های چندگانه رفتاردرمانی دیالکتیکی بود. همچنین؛ که عدم ابراز وجود در زندگی، مستقیماً موجب تهدید زندگی نمی‌شوند اما کیفیت سالم زندگی را تهدید کرده و مانع از رشد و فرصت فرد برای رسیدن به یک زندگی سطح بالاتر می‌شوند. مهارت آموزی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی یک روش غیردارویی و مجموعه‌ای از فنون است که برای ایجاد تغییرات در چگونگی تفکر و رفتار فرد، کاهش تفکرات منفی، تغییر نحوه زندگی و همچنین دستیابی به ثبات رفتاری و هیجانی، کاربرد زیادی دارد (Yousefvand, et al., 2019). رفتاردرمانی دیالکتیکی، می‌تواند از طریق آموزش مهارت‌های مؤثر، سبب افزایش توانمندی افراد گردد و از طریق تعمیم درمان به محیط خارج از اتاق درمان، با استفاده از گسترش شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی که باعث تقویت رشد و استفاده از مهارت‌های کسب‌شده می‌گردد، تلاش فرد را جهت شکل‌گیری و تعدیل رفتار به نتیجه ممکن برساند.

نتیجه فرضیه پژوهش نیز نشان داده که بین هر دو روش مداخله باوجود اثربخش بودن هر کدام به‌تنهایی، تفاوت معناداری وجود داشته است لیکن هر دو روش در جایگاه خود توانسته‌اند بر تاب‌آوری و ابراز وجود در زنان آزاردیده خشونت خانگی تأثیر مثبت داشته باشند. هر چند باید پذیرفت که اجزای اصلی هر دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی به تمرکز بر روی افکار منفی تاکید دارند، به عبارتی دیگر هر دو رویکرد معتقد هستند که افکار منفی اغلب سبب تحریف واقعیت می‌شوند، لذا، درمان به منظور کاهش تاثیر هیجانی ناخوشایند و شناخت جایگزینی آن‌ها با افکار منطقی و سازگارتر می‌باشد، لیکن در پژوهش حاضر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اندکی تفاوت نسبت به روش رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخش‌تر گزارش شد که این می‌تواند نشان دهنده برتری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به ایجاد آگاهی جهان شمول، آگاهی آگاهانه نسبت به اینجا و اکنون، گشودگی، علاقه و پذیرش نسبت به جریان زندگی بیشتر، بر رفتاردرمانی دیالکتیکی باشد که باعث شد زنان درگیر با خشونت‌های خانگی در پژوهش حاضر بعد از مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد از تحمل پریشانی و بخشودگی بین فردی بیشتری، نسبت به گروه مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی، برخوردار شوند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر توصیف آزمودنیها از خود و بیان تجارب خود به دلیل نفع ثانویه بود و نیز جهت تعمیم پذیری نتایج پژوهش حاضر باید با احتیاط اقدام نمود. همچنین ارائه گروه درمانی برای زنان درگیر با خشونت‌های خانگی جهت توانمندسازی و ارتقای سلامت آنها و تامین منابع جامعه بر پیشگیری اولیه و یا کاهش موارد خشونت خانگی از جمله پیشنهادات پژوهش حاضر است.

تشکر و سپاسگزاری

در پایان از تمامی پرسنل اورژانس اجتماعی شهرستان ساری و شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع در این پژوهش وجود ندارد.

References

- Ahmadi, S., Hamidpoor, Kh., sedaghat, H. karami, F. (2022). Violence against Women: The Rule of Patriarchal Ideology and the Hegemony of Male Domination (Case study: Women in Bushehr. *Woman in Development & Politics*, 19(4), 545-572. [In Persian]
- Arabzadeh, A., Soudani, M., Shoakazemi, M., & Shahbazi, M. (2020). The effectiveness of dialectical behavior therapy on resilience and psychological well-being of couples referring to counseling centers, *Counseling Research*, 19(73), 99-121. [In Persian]

- Bishop, M., Stenhoff, D.M., & Shepard, L. (2007). Psychosocial adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model, *January of Rehabilitation*, 73(1), 3-12.
- Bohus, M. Dyer, A. S. Priebe, K. Krüger, A. Kleindienst, N. Schmahl, C... & Steil, R. (2017). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(4), 880-855.
- Cau, B. M. (2020). Area-level normative social context and intimate partner physical violence in Mozambique. *Journal of interpersonal violence*, 35(15-16), 2754-2779.
- Connor, K.M, Davidson, J.R. (2002). Development of a New Resilience Scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, 18, 76- 82.
- Chang, H. Y., Lin, C. Y., & Liu, S. Y. (2017). Three-tier five-level preventive strategy for domestic violence and sexual violence prevention in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 117(3):176-177.
- Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6(4), 550-561.
- Gholamrezaei, H., Bageri, S., Alikhani, S. (2018). *The third wave of psychological treatments*. Samir. [In Persian]
- Derakhshanpour, F., Mahboobi, HR., & Keshavarzi, S. (2014). Prevalence of domestic violence against women, *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 16(1), 126-131. [In Persian]
- Farahani, M., & heydari, H. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resiliency of MS patients. *Rooyesh*. 7 (6) ,149-162. [In Persian]
- Flury, M., Nyberg, E., & Riecher-Rössler, A. (2010). Domestic violence against women: Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Medical Weekly*, 140, 23–27.
- Hadyian, S., & Dehghani, A. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Assertiveness of Imposed War Veterans' daughters. *Iranian Journal of War & Public Health*, 11(3), 147-151. [In Persian]
- Hayes, S.C, & strosahl KD. (2010). *A practional Guide to Acceptance and commiment therapy*. NewYork: springer science and Busincas Media Inc.
- Hayes, S.C, Strosahl, K.D, Wilson, K.G, Bissett, R.T, Pistorello, J, et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553–578.
- Hayes, S. C. (2002). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 101-106.
- Hojatkah, M., & golmohammadian, M. (2018). Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on Resilience mothers of children with mental retardation, *Psychology of Exceptional Individuals*. 8(29), 85-109. [In Persian]
- Jahani, M. (2021). Domestic violence against women in Iran. *International Law Quarterly*, 4(15), 897-909. [In Persian]
- Kashani, F., & Vaziri, Sh. (2013). The Effect of Dialectical Behavioral Therapy in Decreasing the Symptoms of Borderline Personality Disorder, *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 8(28), 27-36. [In Persian]
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Kanter, J. W., Craft, J. C., Comtois, K. A., & Recknor, K. L. (1993). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *American Journal on Addiction*, 8, 279-292.

- Lynch, T.R., Bronner, L.L. (2006). Mindfulness and Dialectical Behavior Therapy (DBT). Application with Depressed Older Adults with Personality Disorders. Practical Resources for the Mental Health Professional. 2006, Pages 217-236.
- Mahmoudi Tabar, M., & Dargahi, Z. (2022). Choice Theory Implementation on Hope, Resilience and Psychological Well-being of Divorced Women. *Journal of Woman and Culture*, 13(50), 95-110. [In Persian]
- Mogbel Isfahani, S., & Haghayegh, A. (2018). Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on resilience, meaning in life and family functioning of family caregivers of patients with schizophrenia. *Knowledge horizon*, 4(25), 298-311. [In Persian]
- Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., Saeed, G. (2018). Resilience and big five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 127(1), 54-60.
- Sharbatian, M., Danesh, P., & Tavafi, P. (2017). Sociological analysis of domestic violence against women and its impact on the sense of security (Case study 18 women 54 years in miyaneh), *Strategic Research on Social Problems in Iran*. 6(1), 47-72. [In Persian]
- Sharouei, A., Shahrouei, F., Ghafari, N., & Dourgi, N. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on couple resilience. Fifth National Conference on Recent Innovations in Psychology, Applications and Empowerment Focusing on Psychotherapy. Tehran. [In Persian]
- Triplett, R., & Payne, B. (2004). Problem solving as reinforcement in adolescent drug use: Implications for theory and policy. *Journal of Criminal Justice*, 32(6), 617-630.
- World Health Organization (2001). Violence against women, translated by Shahram Rafiei and Saeed Parsinia, first edition, Tehran: Tandis. [In Persian]
- Yousefvand, M., Ghadampour, E., Mirdaricvand, F., Hoseini, H., & Farokhzadian, A. (2020). the effectiveness of DBT (Dialectical Behavior Therapy) Self-determination needs to change (SDN) and meaning of education (MOE) depressed female students. *Clinical Psychology and Personality*, 16(2), 87-98. doi: 10.22070/cpap.2020.2860. [In Persian]

COPYRIGHTS

©2022 by the authors. Licensee Family Psychology Association of Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

