



## Comparison of the Effectiveness of Transdiagnostic Therapy and Therapy based on Acceptance and Commitment on Mental Rumination and Emotional Exhaustion of Divorced Female Heads of Households

Somayeh Mohammadi<sup>1</sup>, Sajjad Amini Manesh<sup>2</sup>, Azam Davoodi<sup>3</sup>, Farzaneh Hooman<sup>4</sup>

1. Department of psychology, Shiraz branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

2. (Corresponding author) \* Department of psychology, Shiraz branch, Islamic Azad university, Shiraz, Iran.

3. Department of psychology, Shiraz branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

4. Assistant Professor, Department of psychology, Shiraz branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

### Abstract

**Aim and Background:** The purpose of the present study was to compare the effectiveness of meta-diagnostic therapy and therapy based on acceptance and commitment on mental rumination and emotional exhaustion of divorced female heads of households.

**Methods and Materials:** semi-experimental research method with a pre-test, post-test and follow-up design with two experimental groups and a control group and a statistical population including all divorced female heads of the household in Isfahan city in 1402, which was selected by available sampling method of 45 people. And they were randomly placed in two experimental groups (acceptance and commitment treatment group of 15 people and extra diagnostic treatment group of 15 people) and control group (15 people). Then, 8 sessions of 90 minutes were given to the experimental group of acceptance and commitment therapy, and 8 sessions of 90 minutes were given to the experimental group of extra diagnostic therapy. In addition, there was no intervention for the control group. Data collection tools included Nolen-Hoeksema and Moro (1991) mental rumination questionnaire, Maslach and Jackson (1981) emotional exhaustion questionnaire. The data was analyzed by the statistical method of analysis of variance with repeated measurements.

**Findings:** The results showed that there was a significant difference between the mean scores of the post-test and the follow-up test of the variable of mental rumination and the mean scores of the post-test of emotional exhaustion, and the treatment based on acceptance and commitment was more effective than the extra-diagnostic treatment on reducing Divorced women had mental rumination and worry.

**Conclusions:** Acceptance and commitment therapy and transdiagnostic therapy by teaching appropriate methods of dealing with emotional issues have increased the adaptive strategies of divorced female heads of households to regulate emotions and have improved the level of mental health and reduced mental rumination and emotional exhaustion, and this has led to the experience there are fewer physiological and emotional disorders.

**Keywords:** transdiagnostic therapy, therapy based on acceptance and commitment, mental rumination, emotional exhaustion, divorced women head of household.

**Citation:** Mohammadi S, Amini Manesh S, Davoodi A, Hooman F. Comparison of the Effectiveness of Transdiagnostic Therapy and Therapy based on Acceptance and Commitment on Mental Rumination and Emotional Exhaustion of Divorced Female Heads of Households. Res Behave Sci 2024; 22(3): 423-435.

\* Sajjad Amini Manesh,

Email: [Sajadaminimanesh@gmail.com](mailto:Sajadaminimanesh@gmail.com)

# مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار

سمیه محمدی<sup>۱</sup>، سجاد امینی منش<sup>۲</sup>، اعظم داودی<sup>۳</sup>، فرزانه هومن<sup>۴</sup>

۱- گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۲- (نویسنده مسئول) \* گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۳- گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۴- استادیار گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

## چکیده

**زمینه و هدف:** از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و گروه گواه و جامعه آماری شامل کلیه زنان مطلقه سرپرست خانوار در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ که به روش نمونه‌گیری دردسترس ۴۵ نفر انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (گروه درمان پذیرش و تعهد ۱۵ نفر و گروه درمان فراتشخیصی ۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس به گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به گروه آزمایش درمان فراتشخیصی هم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد. برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه نشخوار ذهنی نولن - هوکسما و مورو (۱۹۹۱) و پرسشنامه فرسودگی هیجانی مسلش و جکسون (۱۹۸۱) بود. داده‌ها به‌وسیله روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون و آزمون پیگیری متغیر نشخوار ذهنی و میانگین نمرات پس‌آزمون فرسودگی هیجانی وجود ندارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری را نسبت به درمان فراتشخیصی بر کاهش نشخوار ذهنی و نگرانی زنان مطلقه سرپرست خانوار داشت.

**نتیجه‌گیری:** درمان پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی با آموزش روش‌های مناسب برخورد با موضوعات هیجانی، راهبردهای سازگارانه زنان مطلقه سرپرست خانوار برای تنظیم هیجانات را افزایش داده و باعث ارتقاء سطح سلامت روانی و کاهش نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی شده‌اند و همین موجب تجربه کمتر اختلالات فیزیولوژیکی و هیجانی شده است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان فراتشخیصی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشخوار ذهنی، فرسودگی هیجانی، زنان مطلقه سرپرست خانوار.

**ارجاع:** محمدی سیمیه، امینی منش سجاد، داودی اعظم، هومن فرزانه. مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۳(۳): ۴۲۳-۴۳۵.

\*- سجاد امینی منش،

[Sajadaminimanesh@gmail.com](mailto:Sajadaminimanesh@gmail.com)؛ رایانامه:

## مقدمه

زنان از جمله اقشار آسیب پذیر در جامعه هستند. در این میان زنان سرپرست خانوار، بیش از سایر زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. زنان سرپرست خانوار زانی هستند که به دلایل متعدد از جمله فوت همسر، متارکه، طلاق، از کارافتادگی همسر، مفقود الاثر بودن همسر، سرپرستی خانواده خود را برعهده گرفته‌اند. آن‌ها علاوه بر نقش مادری و وظیفه سنگین پدیری را نیز عهده دار شده‌اند. در اکثر جوامع مسئولیت تأمین مخارج زندگی و وظیفه مرد است و مرد سرپرست و محور اصلی خانواده است که با رفتن مرد از زندگی به هر دلیل این بار سنگین به‌دوش زن خانواده می‌فتد (۱). بر مبنای تعریف سازمان بهزیستی، زنان سرپرست خانوار زانی هستند که عهده دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار می‌باشند. مطابق تعریف مرکز آمار ایران، زنان سرپرست خانوار به کسانی گفته می‌شود، که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانوار را بر عهده می‌گیرند و مسئولیت اداره اقتصادی خانواده، تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی با آن‌هاست (۲).

در کشور تعداد خانواده‌هایی که سرپرست آن زن هستند حدود سه میلیون و ۵۰۰ هزار خانوار است. رشد خانواده‌های مرد سرپرست طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۹، حدود ۴۱ درصد بوده است، که این رشد در مورد خانواده‌های زن سرپرست، به ۶۳ درصد رسیده است، و بر اساس سرشماری سال ۱۴۰۰، میزان سهم زنان در سرپرستی خانواده‌ها، ۱۰/۱۲ درصد بوده است، که این میزان در سال ۱۳۸۵، ۸/۴ درصد بوده و طی یک دهه از رشد دو درصدی برخوردار است. این آمار نشان می‌دهد که سالانه حدود ۷۷ هزار زن سرپرستی خانواری را به عهده گرفته‌اند. سن حدود ۲۶ درصد از این گروه زنان ۲۵ تا ۴۴ سال، ۳۸ درصد بین ۴۵ تا ۶۴ سال و ۳۲ درصد نیز بین سنین ۶۵ ساله و بالاتر قرار دارند. دلایل عمده سرپرستی زنان در خانوار فوت همسر (حدود ۷۰ درصد این گروه را به خود اختصاص می‌دهد) و در وهله دوم، طلاق (۵ درصد زنان در شهرها و ۲ درصد در روستاها) است (۳).

متأسفانه در جامعه کنونی زندگی زنان پس از ترک شوهر (به دلیل فوت، طلاق و...) غالباً با ابهامات و مخاطراتی روبروست، از جمله سرپرستی فرزندان به تنهایی و گاه به سختی، مشکلات اقتصادی، زندگی در تنهایی و همراه با

افسردگی و ناامیدی، همچنین نگرش غلط جامعه نسبت به زنان مطلقه و بیوه در نبود همسرانشان، آنان را در روابط اجتماعی و حضور در اجتماع با مشکلات عدیده‌ای روبرو می‌کند و موجبات افزایش نشخوار ذهنی و نگرانی و برهم خوردن سلامت روانی آن‌ها می‌شود (۴).

نشخوار فکری به عنوان وقوع افکار مزاحم، آگاهانه و نفرت‌انگیز، تعریف شده که این افکار ناخواسته در عملکرد طبیعی فرد مداخله کرده و محتویات این افکار مزاحم هر چیز منفی می‌تواند باشد. نشخوار فکری، زنجیره‌ای طولانی از افکار تکراری، چرخان و خود متمرکز و پاسخی به افکار منفی اولیه است (۵). در تعریفی دیگر نشخوار فکری؛ دسته‌ای از افکار آگاهانه می‌باشد، که بنابر موضوعات مختلف تغییر می‌کند، تعاریف مختلفی از نشخوار فکری ارائه شده است، اما به طور کلی همگی در تجربه مکرر و افکار مزاحم اشتراک نظر دارند. افکار، تجسمات و تصورات مزاحم زمانی فرد را به آشفتگی می‌رساند، که برای فرد مهم باشند و این عوامل با افکار خودآیند منفی مرتبط شوند (۶). در مطالعه فیچمن و می، (۷)، این‌گونه گزارش داده شد که وقتی نشخوار فکری بر ذهنیت فرد غلبه پیدا کند، فرسودگی هیجانی نیز بروز خواهد یافت. فرسودگی هیجانی که نوعی حالت تحلیل و خستگی است، جزء اولیه فرسودگی کلی در زندگی است. فرسودگی هیجانی مشتمل بر احساسات متنوع و وسیعی نظیر احساس تهی شدن هیجانی نسبت به کار و شغل، احساس خستگی در زمان‌های شروع کار، احساس ناکامی و سرخوردگی از کار و احساس فشار زیاد کاری از لحاظ هیجانی در مواقع انجام کار می‌باشد (۸).

با توجه به اینکه زنان سرپرست خانوار با دشواری‌ها و چالش‌های روانی و اجتماعی برای دست‌یابی به سلامت روانی مواجه هستند و برای رفع آسیب‌های روانی نیاز است تا با مداخلات روانشناختی، بتوان آرامش روانی آن‌ها بهبود بخشید. از جمله مداخلات روانشناختی می‌توان به دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی اشاره نمود. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست بلکه هدف آن تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی است؛ مراد از انعطاف‌پذیری روانشناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزشهای فرد می‌باشد. رویکرد درمانی مذکور از شش فرآیند درمانی گسلس شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خویش‌شن مشاهده‌گر،

اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار تفاوت وجود دارد؟ هدف اصلی این پژوهش، درمان، کمک و مقایسه اثربخشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری و روانشناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار برای انتخاب واکنش‌های مؤثر در لحظات فعال شدن طرحواره‌ها است.

### مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مطلقه سرپرست خانوار در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ می‌باشد. جهت انتخاب زنان مطلقه سرپرست خانوار از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد بر این اساس، از بین زنان مطلقه سرپرست خانوار مراجعه کننده به مرکز مداخله در بحران سازمان بهزیستی اصفهان که ملاک‌های ورود به پژوهش (رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن همسر (ازدواج مجدد)، هنگام برگزاری جلسات درمانی، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم شرکت در مداخله‌های روان‌شناختی دیگر به صورت همزمان) و ملاک‌های خروج شامل انجام ندادن تکالیف، غیبت در بیش از دو جلسه و ابراز عدم تمایل به همکاری برای ادامه شرکت در جلسات درمانی بود را داشتند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (گروه درمان پذیرش و تعهد ۱۵ نفر و گروه درمان فراتشخیصی ۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس به صورت گروهی به گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به گروه آزمایش درمان فراتشخیصی هم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد و برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از پایان جلسات درمانی، دو گروه مجدداً از طریق پرسشنامه‌های پژوهش مورد ارزیابی (پس‌آزمون) و دو ماه بعد نیز آزمون پیگیری اجراء شد. در این پژوهش افت آزمودنی وجود نداشت.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه نشخوار ذهنی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه توسط نولن - هوکسما و مورو (۱۹۹۱)، ساخته شده است و دارای ۲۲ سؤال

ارزش‌ها و اقدام متعهدانه تشکیل شده است (۹). درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است. به این معنا که، درمان طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده و آن‌ها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند (۱۰)، ضمن اصلاح عادت‌های تنظیم هیجانی بیماران، هدف درمان کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه و بهبود کارکرد بیماران است. پروتکل یکپارچه یک درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر رویارویی می‌باشد که در درجه نخست روی تغییر دادن پاسخ‌های غیرانطباقی به تجارب هیجانی تأکید می‌کند (۱۱). این روش درمانی با ادغام مؤلفه‌های مشترک درمان شناختی- رفتاری برای اختلال‌های هیجانی و با استفاده از آخرین پیشرفت‌ها در حوزه علم هیجان، تلاش می‌کند تا فرآیندهای اصلی سبب ساز اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار دهد (۱۲).

مطالعات پیشین حاکی از آن است که پژوهش‌های داخل کشور با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر زنان مطلقه سرپرست خانوار کمتر مورد بررسی قرار گرفته است و مطالعات صورت گرفته بر جمعیتی هم‌چون زنان مبتلا به بیماری، یا زنان به همسران معتاد متمرکز بوده است، از سویی دیگر پژوهش‌هایی که بر زنان سرپرست خانوار صورت گرفته، متغیرهایی غیر از نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی مورد ارزیابی قرار گرفته است در پیشینه پژوهشی خارج از کشور نیز بسیاری از مطالعات در گروه‌های بالینی انجام شده و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد مبتلا به بیماری مزمن یا افراد آسیب دیده بررسی شده است. ارزیابی موجود نشان می‌دهد وجود خلأ پژوهشی در دو حوزه مهم است. بنابر آنچه مطرح شد، وجود طلاق، نگهداری فرزند، احساس سرخوردگی و تنهایی در زنان سرپرست خانوار موجب بروز مشکلات روانی زیادی در زندگی فردی و اجتماعی می‌شود و شناسایی این متغیرها و ارائه مداخلات روانشناختی برای این افراد می‌تواند آن‌ها را در مسیر زندگی سالم هدایت کند و گامی مهم و اثربخش برداشت. همچنین، بنابر مطالعات ارائه شده، دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی توانایی تاثیرگذاری بر متغیرهای شخصیتی و روانی را دارند، اما در خصوص اثربخشی درمان فراتشخیصی کمبود پژوهش‌های بالینی در کشور مشهود است. با توجه به مطالب بیان شده، حال این سوال پیش می‌آید که آیا بین میزان

<sup>1</sup> Ruminative response scale

نفر در گروه درمان پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر در گروه درمان فراتشخیصی) و یک گروه گواه (۱۵ نفر)، تقسیم شدند. دلیل انتخاب ۱۵ نفر برای هر گروه با استناد به منابع علمی صورت گرفت که در پژوهش‌هایی با روش پژوهش نیمه آزمایشی تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه پیشنهاد شده است. سپس به هر یک از دو گروه آزمایش ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای درمان پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی داده شد و برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از آن سه گروه مجدداً از طریق پرسشنامه پژوهش مذکور مورد پس آزمون قرار گرفتند و به فاصله سه ماه مجدداً آزمون پیگیری انجام شد. سپس داده‌های جمع‌آوری شده از طریق روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جهت بررسی ملاحظات اخلاقی برای اجرای متغیرهای مستقل و رعایت اخلاق پژوهش ضمن آگاهی دادن به تمامی زنان شرکت‌کننده در زمینه اهداف پژوهش، برای آن‌ها توضیح داده شد، که نتایج پژوهش کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و از نتایج بدون ذکر نام فردی در پایان نامه استفاده می‌شود.

### شرح جلسات درمانی پذیرش و تعهد

**جلسه اول:** برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد، آشنا کردن بیمار با درمان تعهد و پذیرش، مروری بر ساختار جلسه، بحث راجع به مکان برگزاری، تعداد جلسات، طول دوره و مدت زمان هر جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشنا سازی اعضای گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه‌ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، تاکید بر جنبه‌های آموزشی، خودیاری و تعامل بین اعضا، جمع بندی، دریافت و بازخورد از شرکت کنندگان

**جلسه دوم:** ارائه و بازخورد شرکت کنندگان از شرکت در جلسه قبل، مرور تکلیف: اگر مراجع تکلیف را انجام نمی‌داد، درمانگر متغیرهای عامل را بررسی می‌کرد. احتمالاً همان متغیرهایی که باعث می‌شوند مراجع افکار منفی را تجربه کند و باعث می‌شوند مراجع روی افکار منفی کار نکند، همان متغیرهایی هستند، که باعث می‌شوند مراجع تکلیفش را انجام ندهد. پذیرش زندگی بعد از طلاق، نگاه واقع بینانه اعضا به زندگی بعد از طلاق، آموزش فنون تداعی آزاد (تعدادی از کلمات را برای افراد ادا کرده و از آنها می‌خواهیم به ذهن خود اجازه دهند آزادانه در مقابل کلمات پاسخ دهد و کنترلی بر افکار یا پاسخ ذهن نداشته باشد. این امر درصدد تسهیل مشاهده منفعل

است (۱۳). در این پرسشنامه آزمودنی به یکی از ۴ گزینه ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه)، پاسخ داده و برای هر یک از ۴ گزینه مذکور به ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ در نظر گرفته می‌شود. ابعاد این پرسشنامه شامل پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف کننده حواس می‌باشد. هرچه نمره فرد در این آزمون بیشتر باشد، میزان نشخوار ذهنی او بیشتر است. نولن - هوکسما و مورو (۱۹۹۱)، پایایی آزمون نشخوار ذهنی را با روش بازآزمایی ۰/۸۲ گزارش نمود (۱۳). همچنین روایی همزمان از طریق رابطه نمرات نشخوار ذهنی با پرسشنامه افسردگی بک انجام شد حاکی از همبستگی ۰/۵۵ و معنی‌دار بوده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

**پرسشنامه فرسودگی هیجانی:** پرسشنامه فرسودگی هیجانی توسط مسلش و جکسون (۱۹۸۱)، طراحی و اعتباریابی شده است (۱۴). این پرسشنامه از ۹ سوالی که بر مقیاس ۶ درجه‌ای (هرگز = ۱ تا همیشه = ۶) پاسخ داده می‌شود. سطح احساس فرسودگی هیجانی و روانی در حین کار را مورد بررسی قرار می‌دهد. برای نمره‌گذاری مقیاس در هر سوال دو نمره برای فرد در نظر گرفته می‌شود، نمره فراوانی و نمره شدت، اگر آزمودنی در گزینه هرگز علامت زده باشد هم در فراوانی و هم در شدت نمره صفر می‌گیرد. در غیر این صورت با توجه به علامتی که در قسمت فراوانی و شدت گذاشته است. در واقع با جمع نمرات ۹ سؤال خستگی عاطفی در دو مقیاس فراوانی و شدت می‌توان دو نمره برای این خرده آزمون بدست آورد. حداقل نمره ۹ و حداکثر نمره ۵۴ است. روایی همزمان و پایایی پرسشنامه به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۸۵ گزارش داده شده است (۱۵). همچنین، در ایران، پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۵ گزارش شده است (۱۶). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

### روش اجرای پژوهش

جهت اجرای پژوهش و با توجه به اینکه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی بوده و دارای پرونده بوده، محقق پس از کسب مجوز از سازمان بهزیستی شهر اصفهان، از بین زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر اصفهان، زنانی که دارای ملاک‌های پژوهش بودند ۴۵ نفر انتخاب شدند و سپس به‌طور تصادفی به سه گروه آزمایش (۱۵

شده، استفاده شد. تعهد رفتاری: در این مرحله همچنین تمرین های تمایل که تمرین‌هایی برای افزایش تمایل مراجع به داشتن فکر هستند و شامل تعهدات مبهمی از قبیل متمایل تر بودن در این هفته هستند، استفاده و بکار گرفته شدند. جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان، ارائه تکلیف.

**جلسه پنجم:** مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، معرفی خود به عنوان زمینه و گسلس: در این مرحله با استفاده از استعاره صفحه شطرنج و استعاره مسافران در اتوبوس تلاش گردید تا بر روی خود به عنوان زمینه در درمان (عبارت است از قادر بودن به این‌که با تجارب درونی به عنوان چیزی بیشتر از دیگر تجارب روزمره برخورد نکنیم) و گسلس (عبارت است از افزایش خزانه رفتاری مراجع در خصوص افکارمنفی) کار شود. ارائه تکلیف: تکالیف تمرین مشاهده افکار، در این مرحله استفاده شدند. تمرین تعهد رفتاری: درمانگر به هر یک از شرکت‌کنندگان فرصت داد تا به تمرینات تمایل ادامه دهند. این تمرینات تمایل که لازم است در طول دوره درمان ادامه داشته باشد باعث می‌شوند تا مراجع تعهداتش را در جریان درمان افزایش بدهد.

**جلسه ششم:** مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، تمرین تجویز ذهن سرگردان: (این تکنیک در نظر دارد ذهن آگاهی انحصالی را مخصوصاً در مواردی که تلاش مفرطی برای کنترل ذهن صورت می‌گیرد تسهیل کند. تلاش‌های مفرط برای کنترل ذهن در اجتناب‌های هیجانی-شناختی و اختلالاتی که در آنها ترس از افکار مزاحم وجود دارد دیده شود. از اعضاء می‌خواهیم ۳ تا ۴ دقیقه با چشمان بسته ذهن خود را باز بگذارند و سپس از آن‌ها می‌پرسیم در ذهنشان آنچه اتفاقی افتاده است را بیان کنند). جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای تمرین تجویز ذهن سرگردان و ارزیابی از اثرات آن بر افکار و روند زندگی.

**جلسه هفتم:** مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش تمرین تصویرسازی ابرها: (در این تکلیف از اعضا می‌خواهیم افکار را مانند ابرهای در آسمان تصور کنند. نیازی به حرکت ابرها و... نیست. باید اجازه دهند افکار مانند ابر حرکات کرده و عبور کنند و بروند)، آموزش تمرین تمثیل ایستگاه قطار: (مانند تصویرسازی ابرهاست. اعضا افکار را مانند مسافرانی سوار بر

و جاری شدن اتفاقات درونی که در مقابل تحریکات درونی اتفاق می‌افتد است)، بحث راجع به باورهای مثبت و باورهای منفی و نقش آنها در کاهش و افزایش اضطراب و برهم خوردن انعطاف پذیری، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای باورهای مثبت و منفی و ارزیابی اثرات آن بر افکار و روند زندگی

**جلسه سوم:** مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین چالش با باورهای مثبت و منفی، پذیرش افکار مثبت و تعهد به انجام آن‌ها، آموزش فن به تعویق انداختن نگرانی (ایست در تفکر منفی) نسبت به زندگی بعد از طلاق، آموزش و تمرین فن هدایت فکر (این تکنیک شامل طرح یکسری سؤالات است که فرد در هنگام قرار گرفتن در معرض موقعیت‌ها از خود می‌پرسد. فرد از خود سؤالاتی می‌پرسد که آیا افکارش فقط در مورد آن چیزی است که در اطرافش اتفاق می‌افتد و یا در معرض هجوم طوفانی از افکار درونی است)، آموزش آزمایش ضد منع بازداری (خیلی از زنان تمایل زیادی به خلاص کردن خود از شر افکار و خاطی کردن ذهن خود دارند. برای آن‌ها توضیح می‌دهیم، که بین ذهن آگاهی انحصالی با تلاش برای فکر نکردن تفاوت وجود دارد. تلاش برای فکر نکردن بی فایده است. از آن‌ها می‌خواهیم سعی کنند سه دقیقه به خرگوش آبی فکر نکنند و ببینند آیا می‌توانند یا نه؟)، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای آزمایش ضد منع بازداری و ارزیابی از اثرات آن بر افکار و روند زندگی.

**جلسه چهارم:** مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، معرفی کنترل به عنوان یک مسأله: در این مرحله با استفاده از استعاره پلی‌گراف همراه با استعاره احساسات پاک و ناپاک تلاش گردید تا با کار بر روی کارکرد کنترل به عنوان مسأله، به هر یک از شرکت‌کنندگان کمک شود تا اثرات متناقض تلاش‌هایش برای کنترل افکار را تجربه کند. معرفی تمایل / پذیرش: در این مرحله از درمان تلاش گردید تا جایگزینی برای کنترل ارائه شود. درمانگر از واژه «تمایل» در این قسمت از درمان استفاده نمود، زیرا «پذیرش» غالباً توسط مراجع اغلب در معنای «تحمل» یا «تسلیم» که چیزهای متفاوتی از پذیرش هستند استفاده می‌شود. در این مرحله از استعاره دو مقیاس که یک مداخله اصلی در ACT است و برای معرفی مفهوم تمایل و رابطه‌اش با پریشانی روان‌شناختی طراحی

در مورد آسیب‌های قضاوت کردن در مورد دیگران، ارائه تکلیف تکنیک اینجا و اکنون.

**جلسه چهارم:** مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین برانگیختن هیجان‌های مثبت و خنثی نمودن هیجان‌های منفی، تمرین اجتناب از سرکوبی هیجانی، تمرین انعطاف‌پذیری ذهنی و پذیرش روانی زندگی بعد از طلاق، ارائه تکلیف در مورد برانگیختن هیجان‌های مثبت و روبرو شدن با هیجان‌ها به جهت خنثی نمودن هیجان‌های منفی.

**جلسه پنجم:** مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین آرمیدگی عضلانی، تمرین ارزیابی شناختی در مورد بیماری و حفظ پاسخ‌های هیجانی، تمرین شناسایی و بازنگری در الگوهای تفکر با هدف ایجاد انعطاف‌پذیری در تفکر، ارائه تکلیف در مورد ارزیابی شناختی در مورد زندگی بعد از طلاق.

**جلسه ششم:** مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین تمرکز بر دو شیوه بازنگری غلط اساسی در تفکر اضطرابی و افسردگی ناشی از زندگی بعد از طلاق، بیش برآورد احتمال و فاجعه‌سازی از زندگی بعد از طلاق، ارائه تکلیف در مورد نوشتن هیجان‌ها منفی اضطرابی و افسردگی ناشی از زندگی بعد از طلاق.

**جلسه هفتم:** مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، تمرین مثبت‌اندیشی در مورد مقابله موثر با زندگی بعد از طلاق.

**جلسه هشتم:** مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده، جایگزینی هیجان‌ها مثبت به جای هیجان‌ها منفی در مورد زندگی بعد از طلاق، تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، تشکر و سپاسگزاری از تمامی اعضای گروه.

قطار در نظر می‌گیرند که همراه با قطار از جلوی آن‌ها عبور کرده و دور می‌شوند)، جمع‌بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای تمرین تصویرسازی ابرها و تمرین تمثیل ایستگاه قطار، و ارزیابی از اثرات آن بر افکار و روند زندگی.

**جلسه هشتم:** مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، تکنیک آموزش توجه: (شامل ۱۵ دقیقه است. ۸ دقیقه برای توجه انتخابی، ۵ دقیقه برای انتقال توجه و ۲ دقیقه برای تقسیم توجه به اعضا می‌گوییم وقتی توجه ما روی افکار منفی و حوادث قفل می‌شود، کنترل آن خیلی سخت می‌شود. در این تکنیک می‌خواهیم روی بعضی صداها متمرکز شویم. اگر در میان تمرین افکار مزاحم وارد ذهن شوند طبیعی است و فقط آن‌ها را صداهای اضافی در نظر گرفته و دوباره تمرکز کنید)، جمع‌بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان.

### شرح جلسات درمان فراتشخیصی

**جلسه اول:** برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد، آشنا کردن افراد با درمان فراتشخیصی، مروری بر ساختار جلسه، بحث راجع به مکان برگزاری، تعداد جلسات، طول دوره و مدت زمان هر جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشنا سازی اعضای گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه‌ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، تأکید بر جنبه‌های آموزشی، خودیاری و تعامل بین اعضا، جمع‌بندی، دریافت و بازخورد از شرکت‌کنندگان

**جلسه دوم:** ارائه و بازخورد شرکت‌کنندگان از شرکت در جلسه قبل، مفهوم سازی مشکل طلاق و زندگی بعد از آن، علائم و نشانه‌های روان‌شناختی طلاق و زندگی بعد از آن، تمرین آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت از زندگی بعد از طلاق، جمع‌بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان در مورد تصویر سازی ذهنی مثبت از زندگی بعد از طلاق، ارائه تکلیف تصویر سازی ذهنی مثبت از زندگی بعد از طلاق.

**جلسه سوم:** مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین افکار غیرقضاوتی و لحظه‌ای از تجربیات هیجانی و جهت‌دهی به سمت تکنیک "اینجا و اکنون"، جمع‌بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان

در این قسمت به بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار گروه نمونه در براساس متغیرهای سن، تحصیلات و تعداد فرزندان پرداخته شده است.

جدول ۳. توزیع فراوانی زنان سرپرست خانوار دو گروه آزمایش و گروه گواه براساس سن، تحصیلات و تعداد فرزندان

سن	آزمایش (درمان پذیرش و تعهد)		آزمایش (درمان فراتشخیصی)		گواه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۲۹-۳۴ سال	۴	۲۶/۷	۳	۲۰	۲	۱۳/۳
۳۵-۴۰ سال	۹	۶۰	۱۰	۶۶/۷	۱۰	۶۶/۷
بیشتر از ۴۰ سال	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۳	۲۰
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

  

تحصیلات	آزمایش (درمان پذیرش و تعهد)		آزمایش (درمان فراتشخیصی)		گواه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دیپلم	۱۰	۶۶/۷	۹	۶۰	۱۰	۶۶/۷
دانشگاهی	۵	۳۳/۳	۶	۴۰	۵	۳۳/۳
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

  

تعداد فرزندان	آزمایش (درمان پذیرش و تعهد)		آزمایش (درمان فراتشخیصی)		گواه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
یک فرزند	۱۰	۶۶/۷	۸	۵۳/۳	۱۰	۶۶/۷
دو فرزند	۳	۲۰	۴	۲۶/۷	۲	۱۳/۳
سه فرزند	۲	۱۳/۳	۳	۲۰	۳	۲۰
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

دیپلم بود. همچنین، بیشترین فراوانی زنان سرپرست خانوار در گروه آزمایش (درمان پذیرش و تعهد) (۶۶/۷ درصد) و آزمایش (درمان فراتشخیصی) (۵۳/۳ درصد)، و گروه گواه (۶۶/۷ درصد) مربوط به زنان دارای یک فرزند بود. فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری بوسیله آزمون شاپیروویک (برای فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری) در جدول ۴ مورد بررسی قرار گرفته است.

بنابراطلاعات جدول بالا بیشترین فراوانی زنان سرپرست خانوار در گروه آزمایش (درمان پذیرش و تعهد) (۶۰ درصد) و آزمایش (درمان فراتشخیصی) (۶۶/۷ درصد)، و گروه گواه (۶۶/۷ درصد) مربوط به گروه ۳۵ تا ۴۰ سال بود. و بیشترین فراوانی زنان سرپرست خانوار در گروه آزمایش (درمان پذیرش و تعهد) (۶۶/۷ درصد) و آزمایش (درمان فراتشخیصی) (۶۰ درصد)، و گروه گواه (۶۶/۷ درصد) مربوط به زنان با سطح تحصیلات

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیروویک فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری بر اساس متغیرهای نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی

متغیر	مؤلفه	مقادیر شاپیروویک	سطح معناداری
فرسودگی هیجانی	شدت	۰/۴۹	۰/۷۴
	فراوانی	۱/۱۷	۰/۱۲
نشخوار ذهنی	-	۰/۴۵	۰/۷۶

پذیرفت. همچنین، F مشاهده شده برای آزمون باکس تفاوت معناداری را بین نمرات نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار نشان نمی‌دهد و می‌توان از آماره‌های پارامتریک در جهت تحلیل استنباطی داده‌ها استفاده نمود. هم-

همان‌طور که در جدول ۴، مشاهده می‌شود، باتوجه به اینکه آماره آزمون شاپیروویک در نمرات متغیرهای نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی معنادار نبوده بنابراین، با ضریب ۰/۹۵ اطمینان می‌توان فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری را



چنین،  $F$  مشاهده شده برای آزمون لوین تفاوت معناداری را بین واریانس نمرات نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه همگنی واریانس ها پذیرفته می شود.

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار نمرات کل بیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر وابسته	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		آزمون پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشخوار ذهنی	آزمایش (درمان پذیرش و تعهد)	۴۴/۵۳	۵/۶۶	۳۱/۸۰	۸	۳۱/۸۶	۹/۳۱
	آزمایش (درمان فراتشخیصی)	۴۳/۲۶	۶/۰۶	۳۸/۷۳	۸/۸۷	۳۸/۹۳	۹/۳۶
	گواه	۴۳/۲۰	۶/۳۰	۴۲/۸۰	۸/۴۶	۴۳/۱۳	۱۰/۸۲
فرسودگی هیجانی	آزمایش (درمان پذیرش و تعهد)	۳۱/۶۶	۶/۷۲	۲۷/۵۶	۷/۰۶	۲۵/۴۰	۵/۶۳
	آزمایش (درمان فراتشخیصی)	۳۲/۰۳	۵/۲۱	۲۷/۷۹	۴/۹۰	۲۶/۵۳	۵/۵۲
	گواه	۳۱/۹۰	۶/۴۱	۳۱/۸۳	۷/۱۵	۳۱/۷۶	۷/۵۰

گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌های داده‌ها در متغیرهای نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار است ( $P > 0.05$ ). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی رعایت شده است ( $P > 0.05$ ).

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات کلی پیش آزمون نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار دو گروه آزمایش (درمان پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی) و گروه گواه تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس-آزمون و پیگیری نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان میانگین نمرات دو گروه آزمایش کوچکتر از میانگین نمرات گروه گواه، بود. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره، مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
نشخوار ذهنی	پس آزمون	۳۶۰/۵۳	۱	۳۶۰/۵۳	۵/۰۴	۰/۰۳	۰/۱۵
	پیگیری	۳۷۴/۵۳	۱	۳۷۴/۵۳	۴/۲۹	۰/۰۴	۰/۱۳
فرسودگی هیجانی	پس آزمون	۰/۸۳	۱	۰/۸۳	۰/۰۲	۰/۸۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۹/۶۳	۱	۹/۶۳	۰/۳۰	۰/۵۸	۰/۰۱

تاثیرگذاری دو روش درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد. براساس نتایج جدول ۷، آزمون تعقیبی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری را نسبت به درمان فراتشخیصی بر کاهش نشخوار ذهنی زنان مطلقه سرپرست خانوار داشته است.

نتایج جدول ۶، میزان  $F$  مشاهده شده تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس آزمون و آزمون پیگیری متغیر نشخوار ذهنی نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت، بین میزان تاثیرگذاری دو روش درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی زنان مطلقه سرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود دارد. این در حالی است که بین میزان

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی LSD مقایسه میانگین اثربخشی روش درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

نشخوار ذهنی زنان مطلقه سرپرست خانوار

متغیر	گروه ها	اختلاف میانگین	سطح معناداری
نشخوار ذهنی	پذیرش و تعهد - فراتشخیصی	-۴/۲۴	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد - فراتشخیصی	-۳/۶۵	۰/۰۰۱

ضربه‌گیر مثبت و خنثی کننده در مقابل آثار وقایع منفی ناشی از طلاق و برهم خوردن شرایط زندگی قبلی، برای آنها عمل کند و با افزایش سلامت روانی، با سخت‌گیری کمتری با باورها و احساسات خود مواجه شوند و موجبات پذیرش وقایع منفی زندگی (که این‌گونه زنان در قبل و هنگام طلاق تجربه کرده‌اند) شده و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیقتر بر پایه عملکرد واقعی زندگی داشته باشند. بدین ترتیب تکنیک‌های بکار گرفته (در دو روش درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد) در پژوهش حاضر به یک میزان توانسته‌اند موجب کاهش فرسودگی هیجانی و بهبودی سلامت روانی زنان مطلقه سرپرست خانوار و بدنبال آن انتخاب یک زندگی سالم همراه با آرامش شده است.

در تبیین یافته‌های مرتبط با برتری درمان پذیرش و تعهد نسبت به درمان فراتشخیصی بر کاهش نشخوار ذهنی و نگرانی می‌توان گفت، درمان پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی با آموزش روش‌های مناسب برخورد با موضوعات هیجانی، راهبردهای سازگارانۀ زنان مطلقه سرپرست خانوار برای تنظیم هیجانات را افزایش داده و باعث ارتقاء سطح سلامت روانی و کاهش نشخوار ذهنی، نگرانی، فرسودگی هیجانی شده‌اند و همین موجب تجربه کمتر اختلالات فیزیولوژیکی و هیجانی شده، اما طبق نتایج حاصله آنچه موجب برتری درمان پذیرش و تعهد بر درمان فراتشخیصی در کاهش نشخوار ذهنی و نگرانی شده، تکنیک‌های متعدد در درمان تعهد و پذیرش است و می‌توان بدین گونه تبیین نمود که در درمان پذیرش و تعهد از «تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه» استفاده می‌شود که تعهد به انجام عمل در جهت دست‌یابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها موجب می‌شود تا زنان مطلقه سرپرست خانوار بهتر بتوانند از درگیری در افکار و هیجانات منفی رهایی پیدا کنند. همچنین «پذیرش» از دیگر تکنیک‌های این درمان موجب شده که افکار زنان بدون تلاش برای کنترل آنها پذیرفته شود و با پذیرش بحران طلاق به عنوان واقعیت زندگی، دیگر تجربیات درونی بصورت دردناک بروز نیافته است، همچنین کاربرد

## بحث و نتیجه‌گیری

بحث در خصوص مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار نشان داد، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس آزمون و آزمون پیگیری متغیر نشخوار ذهنی وجود داشت. بنابراین می‌توان گفت، بین میزان تاثیرگذاری دو روش درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی زنان مطلقه سرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود دارد. این در حالی است که بین میزان تاثیرگذاری دو روش درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد. براساس نتایج آزمون تعقیبی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بطور معناداری اثربخشی بیشتری را نسبت به درمان فراتشخیصی بر کاهش نشخوار ذهنی زنان مطلقه سرپرست خانوار داشته است.

طبق بررسی محقق تاکنون تحقیقی به مقایسه درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای روانی و شخصیتی انجام نشده ولی، در پژوهش‌های متعدد تاثیر دو روش درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای روانی و شخصیتی مختلف مورد تایید قرار گرفته است از جمله پژوهش محققان گورتانی (۱۷)، ادیسی (۱۸)، حسن زاده، اکبری و ابوالقاسمی (۱۹)، اسمیت (۲۰)، میا (۲۱)، بورانو همکاران (۲۲)، اسپنسر و مسودا (۲۳)، را می‌توان اشاره کرد.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، پژوهشگر با استفاده از تکنیک‌های درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد توانسته قضاوت و انتقادی که زنان مطلقه سرپرست خانوار هر دو گروه آزمایش نسبت به افکار و احساساتش منفی که باعث قضاوت بدبینانه نسبت به خود شده را کاهش دهد، به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا و غیرمنطقی (که موجب افزایش نشخوار ذهنی، نگرانی و تنش بین زنان شده و سلامت روانی آن‌ها را کاهش یابد) را کنترل و مدیریت کنند. در واقع، این روش‌های درمانی همانند یک

بهبود وضعیت روانی زنان مطلقه سرپرست خانوار از دو روش درمانی مذکور استفاده کنند. با توجه به یافته‌های بدست آمده مبنی بر «اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار» به مشاوران و درمانگران پیشنهاد می‌شود، برای کاهش نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار از تکنیک «گسلش شناختی» استفاده کنند. با توجه به یافته‌های حاصله مبنی بر «اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار» به مدیران سازمان بهزیستی پیشنهاد می‌شود، برای کاهش نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار از تکنیک‌های «معرفی آگاهی هیجانی غیرقضاوتی، معرفی آگاهی معطوف به حال، انجام تمرین آگاهی هیجانها در جلسه، تکنیک‌های تمرین‌دهی با استفاده از القای خلق» استفاده کنند.

### تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافعی در پژوهش حاضر ندارند. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله می‌باشد.

### حمایت مالی

نویسندگان در این مطالعه هیچ‌گونه دریافت‌وجهه در قبال مقاله، یا به‌دست آوردن سهم در یک سازمان، از طریق انتشار مقاله را نداشته‌اند.

### ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش کلیه موازین اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت‌کنندگان رعایت شده است.

### مشارکت نویسندگان

در پژوهش حاضر نویسنده دوم، به عنوان استاد راهنما، نظارت و راهبردی روند کلی پژوهش و تدوین و نهایی‌سازی اصلاحات مقاله را بر عهده داشته‌اند. نویسنده اول در تدوین طرح تحقیق، فرآیند گردآوری، تحلیل و تفسیر یافته‌ها و نگارش متن مقاله را برعهده داشته و در مجموع نتیجه‌گیری از یافته‌ها و بسط و تفسیر به صورت مشترک و با بحث و تبادل نظر کلیه همکاران

تکنیک «گسلش شناختی» موجب شد تا زنان مطلقه سرپرست خانوار روی دادهای ذهنی را جداسازی کنند و به جای اینکه آنها را قسمتی از وجود خود بدانند، با افکار و هیجانان خود فاصله گذاری کنند و «خودمشاهده‌گری» را جایگزین «خودمفهوم-سازی» کنند و فعالیت‌های مفید منطبق با ارزشها را انتخاب کنند و بدین ترتیب با افزایش سلامت روانی، موجبات کاهش نشخوار ذهنی، نگرانی و فرسودگی هیجانی را در خود بوجود آورند.

اسمیت (۲۰)، معتقد است، افراد پاسخ‌های متفاوتی به شرایط ناگوار می‌دهند و هنگامی که با وضعیت‌هایی مواجه می‌شوند که بودن آنها را تهدید می‌کند، مسائل وجودشان برانگیخته می‌شود و متمایل به گفتگو و پرداختن به آن هستند و در واقع، جهان-بینی‌های متفاوت، پاسخ به این نگرانی‌های است. در این پژوهش، درمانگر بواسطه درمان پذیرش و تعهد توانسته در زنان گروه آزمایش، این جرأت را به وجود بیاورد تا درون خود را فاش سازند، مواردی را که در درونشان نهفته بود را با دیگران در میان بگذارند و احساساتشان درباره ترس از زندگی و آینده و تجارب دردناکی را که در تنهایی (مجردی) به ندرت می‌توانند بر آنها فائق آیند، در گروه آشکار سازند. بدین ترتیب این شیوه به آنها که دچار ناکارآمدی در روابط و کارکرد اجتماعی بودند، کمک کرد تا از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی، تغییر نگرش و جهان‌بینی و خلق ارزش‌های تازه، ارزشهای فعلی خود را تغییر داده و ارزشهای متناسب با موقعیت خود در عملکرد اجتماعی را ایجاد کنند و از نشخوار ذهنی و نگرانی‌های خود بکاهند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش نیز، محدود بودن نتایج پژوهش به زنان مطلقه سرپرست خانوار شهر اصفهان می‌باشد، و در تعمیم نتایج به سایر مطلقه زنان سرپرست خانوار شهرهای دیگر احتیاط لازم بایستی صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش ایجاد هماهنگی بین زنان مطلقه سرپرست خانوار گروه نمونه برای شرکت در جلسات درمان بود. از آنجا که در این پژوهش امکان کنترل تمامی متغیرهای مداخله‌گر (منجمله ارتباط عاطفی با شخص جدید، حمایت خانواده اصلی، وضعیت اقتصادی،...) وجود نداشته، لذا تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت پذیرد.

با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر «اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر نشخوار ذهنی و فرسودگی هیجانی زنان مطلقه سرپرست خانوار» پیشنهاد می‌شود در مرکز مشاوره مداخله در بحران سازمان بهزیستی جهت

## تقدیر و تشکر

و با همراهی نویسنده سوم، به عنوان استاد مشاور پایان‌نامه، انجام شد.

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول است. بدین-وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

## References

1. Olga A. Psychosocial adaptation of household women in the conditions of fitness activity. *MOJ Sports Med.* 2019;3(1):13-5. doi: 10.15406/mojism.2019.03.00071.
2. Falahi Gilan R, Roshanfekr P, Kalantari A. Studying the socio-economic status of female heads of the household. *Danesh Shahr Mag.* 2014;29:61-50. [in Persian].
3. Majlis Research Center. Investigating the situation of women heads of households. Tehran: Islamic Shura Majlis; 2022. [in Persian].
4. Malavard S. The performance of the 11th government regarding women heads of households. *Health Mag.* 2018;(14):41. [in Persian].
5. Choi DH, Noh GY. The influence of social media use on attitude toward suicide through psychological well-being, social isolation, and social support. *Inf Commun Soc.* 2019;23:1-17. doi: 10.1080/1369118X.2019.1574860.
6. Ganji H. Mental health. Tehran: Arasbaran; 2018. [in Persian].
7. Fincham FD, May RW. Infidelity in romantic relationships. *Curr Opin Psychol.* 2017;13:70-4. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.03.008.
8. Capone V, Petrillo G. Mental health in teachers: relationships with job satisfaction, efficacy beliefs, burnout, and depression. *Curr Psychol.* 2018;39:1757-66. doi: 10.1007/s12144-018-9878-7.
9. Ryan AK, Pakenham KI, Burton NW. A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy-informed resilience training program for people with diabetes. *Aust Psychol.* 2020;55(3):196-207.
10. Barlow DH. Psychological treatments. *Am Psychol.* 2004;59(9):869-78.
11. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther.* 2011;48(3):186-93.
12. Ehling T, Tuschen-Caffier B, Schnulle J, Fischer S, Gross JJ. Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion.* 2015;10(4):563-72.
13. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol.* 1991;100(4):569-82.
14. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99-113.
15. Mulki JP, Jaramillo WB, Locander W. Emotional exhaustion and organizational deviance: Can the right job and a leader's style make a difference? *J Bus Res.* 2006;59:1222-30.
16. Zakeri F, Safarian Tousi MR, Nejat H. The moderating role of self-compassion in the effect of emotional dyslexia and interpersonal problems on marital heartbreak in maladjusted women. *J Posit Psychol.* 2018;5(4):35-50. [in Persian].
17. Mohaqeqian Gortani M. Formulation of a treatment package based on acceptance and special commitment for women's sexual desire/arousal disorder and comparing its effectiveness with cognitive behavioral therapy on women's sexual desire/arousal disorder, sexual intimacy and sexual self-concept of married women referring to Isfahan counseling centers [Doctoral dissertation]. Yasouj, Iran: Azad University; 2022. [in Persian].
18. Edrisi H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on individual-social adjustment and mental health of unhappy couples referring to counseling centers in Tehran. *New Ideas Psychol Q.* 2019;4(8):1-7. [in Persian].

19. Hassanzadeh M, Akbari B, Abolqasmi A. The effectiveness of therapy based on acceptance and commitment on the psychological well-being and sexual performance of women with a history of infertility. *Ibn Sina J Nurs Midwifery Care*. 2018;27(4):250-63. [in Persian].
20. Smith P. ACT Golf: A preliminary investigation into effects on sport performance with acceptance and commitment training consistent instructions [dissertation]. Reno, NV: University of Nevada, Reno; 2021. ProQuest Dissertations Publishing; 28548803.
21. Mai D. The lived experience of Canadian adolescents utilizing acceptance and commitment-based practices (ACBPs): An interpretative phenomenological analysis [dissertation]. Vancouver, Canada: Adler University; 2021. ProQuest Dissertations Publishing; 28650613.
22. Burian H, Böge K, Burian R, Burns A, Nguyen MH, Ohse L. Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care – Development, implementation, and outcomes. *J Psychosom Res*. 2021;143:623-34. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110374.
23. Spencer SD, Masuda A. Acceptance and commitment therapy as a transdiagnostic approach to treatment of behavioral health concerns: A concurrent multiple baseline design across participants. *Clin Case Stud*. 2020;19(3):163-79. doi: 10.1177/1534650119897412.



© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

