Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2025, Volume 23, Issue 1

Comparing The Effectiveness Of Transdiagnostic Therapy And Therapy Based On Acceptance And Commitment On The Mental Health Of Divorced Female Heads Of Households

Somayeh Mohammadi[1], **Sajjad Amini Manesh**[2], **Azam Davoodi**[3], **Farzaneh Hooman**[4]

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 extradiagnostic treatment and treatment based on acceptance and commitment on the mental health of divorced female heads of households.

Methods and Materials: The 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 households in the city of Isfahan in 2023, 45 people were selected by available sampling method, 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.

The data collection tool included the general health questionnaire (Goldberg, 1972). The data was analyzed by the statistical method of analysis of variance with repeated measurements.

Findings:

The results showed, F observed, there is no significant difference between the impact of two methods of extradiagnostic treatment and treatment based on acceptance and commitment to mental health.

Conclusions: Therefore, it can be said that there is no significant difference between the effect of two methods of extradiagnostic treatment and treatment based on acceptance and commitment on physical symptoms and complaints, anxiety, social functioning deficiency, and depression of divorced female heads of households.

Keywords: Transdiagnostic therapy, therapy based on acceptance and commitment, mental health, divorced women head of the household

Citation: Mohammadi S, Amini Manesh S, Davoodi A, Hooman F. **Comparing The Effectiveness Of Transdiagnostic Therapy And Therapy Based On Acceptance And Commitment On The Mental Health Of Divorced Female Heads Of Households.** Res Behav Sci 2025; 23(1): 46-59.

* **Sajjad Amini Manesh,**
Email: Sajadaminimanesh@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار

سمیه محمدی[۱]، سجاد امینی منش[۲]، اعظم داودی[۳]، فرزانه هومن[٤]

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

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

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

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

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه تجربی 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 نمونه گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب، و به‌صورت 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. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲)، بود. داده‌ها به‌وسیله روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، F مشاهده شده، بین میزان تأثیرگذاری دو روش درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: بنابراین، می‌توان گفت، بین میزان تأثیرگذاری دو روش درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب، نارسایی عملکرد اجتماعی، و افسردگی زنان مطلقه سرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود ندارد.

کلید واژه‌ها: درمان فراتشخیصی، درمان پذیرش و تعهد، سلامت روان، زنان مطلقه سرپرست خانوار

ارجاع: محمدی سمیه، امینی منش سجاد، داودی اعظم، هومن فرزانه. **مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۱(۳): ۴۶-۵۹.

*- **سجاد امینی منش،**

رایانامه: Sajadaminimanesh@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]

مقدمه

زنان، از جمله اقشار آسیب‌پذیر در جامعه هستند. در این میان زنان سرپرست خانوار،[1] بیش از سایر زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند، که به علل‌های مختلف (فوت همسر، طلاق، اعتیاد)، سرپرستی خانواده را بر عهده گرفته‌اند و بر اساس آن نقش متفاوتی از تعلیم و تربیت و مراقبت از فرزندان تا مسئولیت اقتصادی، اجتماعی و تأمین معاش انجام می‌دهند. در طول تاریخ همواره مردان عهده‌دار مسئولیت خانواده بوده‌اند، ولی با گذر زمان و بروز پدیده جهانی شدن ساختار خانواده تحت تأثیر قرار گرفت و اکنون مشاهده می‌شود، زنان به دلایل مختلف طلاق فوت همسر، مهاجرت وظیفه اداره خانواده را بر عهده می‌گیرند، امروزه زنان در توسعه اقتصادی، اجتماعی یک جامعه به خصوص در زمینه کمک‌های مالی، برای رفاه خانواده نقش مهمی ایفا می کنند، اما به دنبال مسائل مالی و نارضایتی از آن، این مشکلات روانی است، که دامن‌گیر ذهن زنان سرپرست خانوار شده و فرصت تحول و پیشرفت در زندگی را از آنان می‌رباید (۱). بر مبنای تعریف سازمان بهزیستی، زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که عهده‌دار 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 آن‌ها است (۱). رفتاردرمانی، یکی از اهداف اصلی یکپارچه‌نگری و تلفیق،[2] در روان‌درمانی بوده است، تلاش‌های متخصصان رفتاردرمانی در سال‌های اخیر نیز ارائه مدل‌های یک پارچه از رفتاردرمانی‌شناختی است، تا بتوانند ضمن دسترسی به مداخلات تأیید شده تجربی، امکان کاربرد و آموزش آن‌ها را در شرایط مختلف داشته باشد (۱). بسیاری از متخصصان درمانگر در این دوره بر این مسأله اتفاق نظر دارند، که نقطه اشتراک رویکردهای مختلف شناختی ـ رفتاری، بیش از تمایزها و تفاوت هاست. متخصصان و محققان این حوزه بر این عقیده‌اند، که علی‌رغم توسعه و گسترش و رشد درمان‌های نوین به‌خصوص درمان‌های موج سوم، میزان اثربخشی هنوز به شرایط مطلوب نرسیده است. اما در صورت یکپارچه کردن درمان‌شناختی رفتاری با ترکیبی از مؤلفه‌هایی از سایر درمان‌های نوین می‌توان انتظار داشت که نتایج بهتری حاصل شود (۲).

درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری هر کدام اصول فراتشخیصی خاصی را پیاده‌سازی کرده‌اند، بنابراین می‌توانند گزینه‌های درمانی موثری برای یکپارچگی روان‌درمانی باشند(۳). در همین راستا در این پژوهش از درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد ذهنی استفاده می‌شود، که از مفاهیم و تحولات صورت گرفته اخیر و شواهد تجربی در زمینه سلامت روان بهره می‌برند. هدف از درمان پذیرش و تعهد تغییر رابطه مراجعین با احساس و افکار آن‌ها است، به‌نحوی که دیگر آن‌ها را نشانه نبینند، تا زمانی که ما فکر یا احساسی را به‌عنوان نشانه برچسب بزنیم این تلویح را دارد، که نادرست، منفی و آسیب‌زاست و برای سالم بودن باید از آن‌ها آزاد شد. و این باعث منازعه انسان با افکار و احساس می‌شود. مناقشه و منازعه‌ای که معمولاً نتیجه خوبی ندارد. که هدف نهایی تغییر احساسات و افکار رنج آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه‌های آسیب زایی نابهنجاری که مانع زندگی غنی و معنادار است، به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسانی طبیعی که بخش‌هایی از یک زندگی معنادار هستند. هدف اصلی درمان، کمک و مقایسه اثربخشی و کمک به افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری و روانشناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار برای انتخاب واکنش‌های موثر می‌باشد. پژوهش‌های متعددی، اثربخشی این درمان را بررسی کرده‌اند و تأیید نموده‌اند، که این روش درمانی بر کاهش اضطراب و مشکلات روان‌شناختی تأثیر داشته است.

درمان فراتشخیصی، یکی از درمان‌های جدید است، که طی سال‌های اخیر توسط اسمیت (۴)، تدوین شده است. فاکتورهای مهم درمان فراتشخیصی مهارت‌های تنظیم هیجان معرفی شده است. بر اساس آن افراد با تجربیات هیجانی نامناسب خود مواجه و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجانات خود پاسخ می‌دهند. در این روش تلاش بر این است، که با تنظیم عادت‌های هیجانی، شدت، وقوع و میزان آسیب آن را کاهش داده و کارکرد آن را افزایش دهد. در این رویکرد، رفتارها و احساسات و افکار با هم تعامل پویایی دارند و هر یک در تجربه هیجانی تأثیر دارند (۴) پژوهشگران زیادی تأثیر این روش را بر روی اضطراب ، و افسردگی، کیفیت زندگی و اختلال عملکرد، مهارت تنظیم هیجان به اثبات رسانده‌اند. پژوهشگران ایرانی، اثربخشی این رویکرد درمانی جدید را بر نگرانی و نشانه‌های

[1] . Women heading household
[2] integration

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]

اختلال اضطراب فراگیر و شدت و آسیب عملکرد در زنان مبتلا به اضطراب عاطفه مثبت و تنظیم هیجان بررسی کرده‌اند (۵).

درمان فراتشخیصی مزایای متعددی دارد و مزایایی فراتر از اثربخشی را ارائه می‌دهند. محبوبیت روز افزون آن‌ها نیاز به سادگی و وضوح و تأکید بر اشتراک را نشان می‌دهد (۶)، اما این درمان نیز مانند سایر درمان‌ها و برای اختلال مزمن، هم‌چون سلامت روان زنان مطلقه ممکن است، با محدودیت‌هایی روبه‌رو باشد (۷).

هم‌چنین، علی‌رغم پیشرفت در غنی‌سازی و توسعه پروتکل‌های فراتشخیصی مبتنی بر نظریه و مناقشات علمی اخیر در این زمینه معطوف به انتخاب فرآیند یا فرآیندهای بنیادین است، اگر چه تأکید بر عوامل فراتشخیصی و هدف قرار دادن آن‌ها گامی مهمی در فرآیند درمان اختلالات، یا پایه‌های مشترک آسیب‌شناسی محسوب می‌شود (۸).

درمان‌های فراتشخیصی، هم‌چنین تفاوت‌های بین افراد و اختلالات را نادیده می‌گیرند، و برای همه افراد و اختلالات هیجانی پروتکلی واحد ارائه می‌کنند (۶). این درمان‌ها بر مشاهده و پردازش، نحوه مدیریت تجربیات تأکید دارند و رویکردی آگاهانه و پذیرنده نسبت به این تجربیات را ترویج می کند. به گونه‌ای که بعضی از متخصصان موج چهارم رفتاردرمانی را در یکپارچه‌نگری درمان‌های‌شناختی رفتاری می‌بینند. و پیشنهاد می‌کنند، که فرض شکل‌گیری موج چهارم رفتاردرمانی که مبتنی بر یکپارچه‌سازی درمان است، در پژوهش‌ها و مداخلات درمانی به صورت علمی مورد بررسی قرار گیرد (۹).

پژوهش‌هایی مبتنی بر شواهد نشان داده‌اند، که مداخلات روان‌درمانی یکپارچه می‌توانند برای بیمارانی مبتلا به عدم سلامت روانی اثر بخش باشد. در نتیجه پالایش و انتخاب تکنیک‌های درمانی‌شناختی رفتاری که فرآیندهای اساسی نگرانی پاتولوژیک را برطرف می‌کند، می‌توانند یکی از راه-حل‌های موجود و ضروری برای افزایش اثربخشی درمان‌ها باشد(۱۰).

با توجه به این موارد و با توجه به ماهیت مزمن و چند بعدی سلامت روانی برخی اشتراکات سبب‌شناختی، نیاز به درمان و دستورالعمل‌های جامع برای پوشش همه ابعاد دخیل در آسیب‌شناسی و درمان می‌باشد.

درباره تأثیر درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد در نمونه‌های زنان مطلقه سرپرست خانوار تا به حال تحقیقی انجام نشده است و اثربخشی آن بر سلامت روانی زنان مطلقه سرپرست خانوار تا به حال تحقیقی انجام نشده است، اما تحقیقات مشابه تأثیر درمان فراتشخیصی بر اجتناب هیجانی و رفتاری را تأیید کرده‌اند (۱۱).

هم‌چنین، سازمان سلامت جهانی[1]، سلامت روان را حالتی از سلامتی می‌داند، که در آن فرد توانایی‌های خود را شناسایی می کند و می‌تواند، با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مفید می‌باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی می‌باشد. بر این اساس سلامت روانی، مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (۱۲). سلامت روانی احساس شادابی–جسمی، فکری و روحی همراه با ذخیره قدرت بر اساس عملکرد بدن و هماهنگی و تطبیق جسمی و روحی است، که موجب فراهم شدن وسایل زندگی سرشار از نشاط برای انجام کارهای عادی است. از آنجا که رویکرد شناختی رفتاری خود را در یک رویکرد انعطاف‌پذیر و طبق داده‌های علمی به عرصه روان‌درمانی معرفی کرده‌اند و هنگام مواجه یا نقص‌های وارد شده شروع به سازگاری و تغییرات کرده است، این بار هم با مواجه شدن با این چالش تأیید شده، چاره‌گشایی کرده و در صدد راه‌حل برآمده است. رویکرد فراتشخیصی در حوزه درمان‌های‌شناختی رفتاری جلودار این چاره‌یابی بوده است (۱۲). از میان رویکردهای فراتشخیصی، درمان فراتشخیصی،[2] که توسط بارلو(۲۰۲۱)(۷)، طراحی شده است، یکی از مداخلاتی است، که اخیراً در حوزه سلامت روانی زنان مطلقه و به‌منظور پوشش دادن به مشکلات ناشی از درمان‌های اختصاصی به کار گرفته است، بنابراین بیشترین توجه پژوهشی را به خود جلب کرده است. درمان فراتشخیصی بارلو، درمان شناختی–رفتاری متمرکز بر هیجان [3] محسوب می‌شود. بر طبق درمان فراتشخیصی بارلو اختلال‌های روانی بیش از آنکه متفاوت باشند به هم شباهت دارند وجه اشتراک اصلی آن‌ها واکنش یا پاسخ منفی افراد به تجارب عاطفی آزار دهنده و شدید است. این پروتکل بر هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تمرکز دارد و مکانیزم‌های سبب‌ساز مشترک اختلال‌های هیجانی را مورد سنجش قرار می‌دهد، علاوه بر این، درمان با پروتکل فراتشخیصی بارلو تأکید بارزی بر ماهیت کارکردی و سازگارانه هیجان‌ها، افزایش آگاهی بیماری از نقش شناخت‌ها،[4] رفتارها و

[1] World Health Organization
[2] Transdiagnostic Treatment
[3] Emotion focused cognitivexehavioral therapy
[4] Cognititions

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]

احساسات بدنی دارد. در این روش درمانگر با تأکید بر اصول بنیادین، درمان‌های شناختی‌رفتاری و ادغام پیشرفت‌های جدید در پژوهش‌های مرتبط به تنظیم هیجانی تلاش می‌کند. و از راهبردهای‌شناختی–رفتاری، مانند آگاهی افزایی هیجانی، فنون جلوگیری از اجتناب‌های رفتاری، هیجانی و نیز اصلاح و شناسایی شناخت‌واره‌های انطباقی ـ برای درمان افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی همزمان استفاده کند.

برای کاهش اضطراب و افسردگی از روش‌های گوناگون استفاده می‌شود، از جمله معروف‌ترین آن درمان فرا تشخیصی[1] و درمان پذیرش و تعهد ذهنی[2] می‌باشد (۱۳).

مطالعات پیشین حاکی از آن است، که که پژوهش‌های داخل کشور با عنوان اثربخشی درمان 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 با همسران معتاد متمرکز بوده است، از سویی دیگر، پژوهش‌هایی که در زنان مطلقه سرپرست خانوار صورت گرفته، متغیرهایی غیر از سلامت روان مورد ارزیابی قرار گرفته است. در پیشینه پژوهشی خارج از کشور نیز بسیاری از مطالعات در گروه‌های بالینی انجام شده و اثربخشی درمان 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.

نخست اینکه مطالعات کمی بر روی زنان مطلقه به‌خصوص سرپرست خانوار انجام شده است، در نتیجه شواهد ناچیزی درکمورد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان فرا تشخیصی در مورد زنان مطلقه سرپرست خانوار وجود دارد و دوم اینکه سلامت روانی از متغیرهای مهم در زنان مطلقه سرپرست خانوار است. اما در جامعه این هدف در زنان مطلقه سرپرست خانوار این سازه‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است، در نتیجه پژوهش حاضر درصدد است، تا خلأهای اطلاعات موجود را برطرف کند و به دانش موجود بیفزاید. هدف اصلی این پژوهش درمان، کمک و مقایسه اثربخشی و درمان 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.

[1] Transdhagnostic Tveatment
[2] Acceptance and commitment

مواد و روش‌ها

با توجه به اینکه در این پژوهش، پژوهشگر درصدد مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار بوده، بنابراین روش پژوهش نیمه تجربی 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 دردسترس 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 را داشتند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب، و به‌صورت 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 و برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از پایان جلسات درمانی، دو گروه مجدداً از طریق پرسشنامه‌های پژوهش مورد ارزیابی (پس آزمون) و دو ماه بعد نیز آزمون پیگیری اجرا شد.

ملاک‌های ورود به تحقیق شامل، رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن اختلال روانی (با بررسی پرونده موجود در سازمان بهزیستی)، نداشتن همسر (ازدواج مجدد) هنگام برگزاری جلسات درمانی، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم شرکت در مداخله‌های روان‌شناختی دیگر به‌صورت همزمان و عدم اعتیاد به هر گونه مواد می‌باشد. ملاک‌های خروج به تحقیق شامل: انجام ندادن تکالیف، غیبت در بیش از دو جلسه، ابراز عدم تمایل به همکاری برای ادامه شرکت در جلسات درمانی می‌باشد.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه می‌باشد، که به شرح زیر می‌باشد.

- پرسشنامه سلامت عمومی (Goldberg) (GHQ): پرسشنامه GHQ در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ (۱۴). تهیه شد و یک آزمون مبتنی بر روش خودسنجی می‌باشد، که معمولاً در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه در سال ۱۳۷۷، توسط دادستان به زبان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.48305/23.1.6]

فارسی برگردانده شد. مزیت فرم ۲۸ ماده‌ای GHQ این است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده و قادر است به عنوان یک ابزار، احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین می‌کند. چهار زیر مقیاس آن، نشانه‌ها و شکایات جسمانی (۷ سوال اول پرسشنامه)، اضطراب (۷ سؤال دوم پرسشنامه)، نارسایی عملکرد اجتماعی (۷ سؤال سوم پرسشنامه) و افسردگی (۷ سؤال آخر پرسشنامه) می‌باشد که از مجموع چهار زیرمقیاس آن، یک نمره کلی به دست می‌آید. روش دیگر نمره‌گذاری لیکرت است که به صورت (۰-۱-۲-۳) است، کسانی که نمره ۲۳ و کمتر به دست آوردند؛ به‌عنوان فرد سالم و کسانی که نمره ۲۴ و بالاتر گرفتند؛ مشکوک به اختلال در نظر گرفته شد. زیر مقیاس‌های چهارگانه نیز نمره برش ۶ در نظر گرفته شد. به این معنی که افرادی که در هر یک از زیر مقیاس‌ها نمره ۶ و کمتر به دست می‌آوردند؛ به‌عنوان فرد سالم و کسانی که بالاتر از ۶ می‌گرفتند؛ مشکوک به اختلال در آن زیر مقیاس بودند.(۱۴)، روایی و پایایی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۸۵ و پایایی حیطه نشانه‌ها و شکایات جسمانی ۰/۸۲، اضطراب ۰/۸۰، نارسایی عملکرد اجتماعی ۰/۸۴ و افسردگی ۰/۸۷ گزارش نموده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد.

روش اجرای پژوهش

جهت اجرای پژوهش و با توجه به اینکه زنان مطلقه سرپرست خانوار، تحت پوشش سازمان بهزیستی بوده و دارای پرونده بوده‌اند، محقق پس از کسب مجوز از سازمان بهزیستی شهر اصفهان، از بین زنان مطلقه سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر اصفهان، زنانی که دارای ملاک‌های پژوهش بودند، ۴۵ نفر انتخاب شدند و سپس به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر در گروه درمان پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر در گروه درمان فراتشخیصی) و یک گروه گواه (۱۵ نفر)، تقسیم شدند. 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. شرح جلسات درمانی پذیرش و تعهد در ادامه ارائه شده است.

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 اعضاء گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، تأکید 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 اعضاء 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 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 سوالاتی می-پرسد، 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 خاظی کردن ذهن خود دارند. برای آن‌ها توضیح می‌دهیم، که بین ذهن آگاهی انفصالی با تلاش برای فکر نکردن تفاوت وجود دارد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]

تلاش برای فکر نکردن بی فایده است. از آن‌ها می‌خواهیم سعی کنند، سه دقیقه به خرگوش آبی فکر نکنند و ببینند آیا می‌تواند یا نه؟)، جمع‌بندی 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 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 متمایل‌تر 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 گسلش: 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 گسلش (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 انفصالی 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 اسمان 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 قطار در نظر می‌گیرند که همراه با قطار از جلوی آن‌ها عبور کرده و دور می‌شوند)، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان، 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 ۱۵دقیقه 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.)، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان.

همچنین، شرح جلسات درمان فراتشخیصی در ادامه ارائه شده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]

جلسه اول: برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد، آشنا کردن افراد با درمان، 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 اعضاء گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه‌ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، تأکید 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، مفهوم سازی مشکل طلاق و زندگی بعد از آن، علائم و نشانه‌های روان شناختی طلاق و زندگی بعد از آن، تمرین آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت از زندگی بعد از طلاق، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت-کنندگان 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 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 هیجان های 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 هیجانات 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 انعطاف پذیری 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 فاجعه سازی از زندگی بعد از طلاق، ارائه تکلیف در مورد نوشتن هیجانات 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 مثبت اندیشی 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 روان شناختی و رفتار قابل مشاهده، جایگزینی هیجانات مثبت به جای هیجانات منفی در مورد زندگی بعد از طلاق، تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، تشکر و سپاس‌گزاری از تمامی اعضای گروه.

یافته‌ها

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 ۱. توزیع فراوانی زنان مطلقه 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	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دیپلم	۱۰	۶۶/۷	۹	۶۰	۱۰	۶۶/۷

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]

جدول ۱. توزیع فراوانی زنان مطلقه 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
دانشگاهی	۵	۳۳/۳	۶	۴۰	۵	۳۳/۳
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
تعداد فرزندان	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

بنابر اطلاعات جدول بالا بیشترین فراوانی زنان مطلقه 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 مطلقه 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 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.

در این قسمت یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار به تفکیک دو گروه آزمایش (درمان پذیرش و تعهد، درمان فراتشخیصی) و گروه گواه ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات کل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه

		پیش آزمون		پس آزمون		آزمون پیگیری	
متغیر وابسته	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت روان	آزمایش (درمان پذیرش و تعهد)	۲۳/۶۶	۳/۰۳	۱۷/۱۳	۲/۸۹	۱۵/۸۰	۳/۳۲
	آزمایش (درمان فراتشخیصی)	۲۳/۴۰	۲/۸۷	۱۷/۷۳	۳/۳۲	۱۶/۹۳	۳/۸۹
	گواه	۲۵/۴۶	۴/۵۶	۲۶/۱۳	۳/۴۶	۲۶/۲۶	۳/۸۰

چنان‌که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین نمرات کلی پیش‌آزمون سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار دو گروه آزمایش (درمان پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی) و گروه گواه تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس‌آزمون و پیگیری سلامت روان زنان میانگین نمرات دو گروه آزمایش کوچکتر از میانگین نمرات گروه گواه، بود.

در این قسمت یافته‌ها با توجه به فرضیه‌های پژوهش در ادامه ارائه شده است. در ابتدا فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری بوسیله آزمون شاپیرویلک (فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری)، در جدول ۳ مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرویلک فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری بر اساس مؤلفه‌های متغیر سلامت روان

متغیر	مولفه	مقادیر شاپیرویلک	سطح معناداری
سلامت روان	نشانه‌ها و شکایات جسمانی	۰/۳۳	۰/۸۱
	اضطراب	۱/۲۵	۰/۰۹
	نارسایی عملکرد اجتماعی	۰/۵۲	۰/۷۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرویلک فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری بر اساس مؤلفه‌های متغیر سلامت روان

متغیر	مولفه	مقادیر شاپیرویلک	سطح معناداری
	افسردگی	۱/۰۲	۰/۱۵

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، باتوجه به اینکه آماره آزمون شاپیرویلک در نمرات متغیر سلامت روان، معنادار نبوده بنابراین، با ضریب ۰/۹۵ اطمینان می‌توان، فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری را پذیرفت.

در راستای بررسی سؤال اصلی پژوهش، این‌که بین اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار تفاوت وجود دارد. به بررسی فرض برابری واریانس نمرات متغیرهای پژوهش پرداخته شد.

جدول ٤. نتایج آزمون باکس سنجش فرض برابری واریانس نمرات مؤلفه‌های سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار

متغیر وابسته	مقدارF	درجه آزادی۱	مقدار باکس	سطح معناداری
نشانه‌ها و شکایات جسمانی	۰/۰۲	۳	۰/۰۸	۰/۹۹
اضطراب	۰/۴۹	۶	۱/۶۲	۰/۶۸
نارسایی عملکرد اجتماعی	۰/۰۱	۶	۰/۰۶	۰/۹۷
افسردگی	۱/۰۷	۶	۳/۵۰	۰/۳۵

F مشاهده شده برای آزمون باکس تفاوت معناداری را بین نمرات نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب، نارسایی عملکرد اجتماعی، و افسردگی زنان مطلقه سرپرست خانوار نشان نمی‌دهد و می‌توان از آماره‌های پارامتریک در جهت تحلیل استنباطی داده‌ها استفاده نمود.

جدول ۵. نتایج آزمون لوین فرض همگنی واریانس نمرات مؤلفه‌های سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار

متغیر	آزمون	مقدارF	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	سطح معناداری
نشانه‌ها و شکایات جسمانی	پس آزمون	۰/۳۲	۱	۲۸	۰/۵۷
	پیگیری	۰/۳۱	۱	۲۸	۰/۵۸
اضطراب	پس آزمون	۰/۰۰۱	۱	۲۸	۰/۹۸
	پیگیری	۰/۳۵	۱	۲۸	۰/۵۵
نارسایی عملکرد اجتماعی	پس آزمون	۰/۰۰۸	۱	۲۸	۰/۹۲
	پیگیری	۰/۰۵	۱	۲۸	۰/۵۴
افسردگی	پس آزمون	۰/۶۴	۱	۲۸	۰/۴۲
	پیگیری	۰/۳۰	۱	۲۸	۰/۵۸

F مشاهده شده برای آزمون لوین تفاوت معناداری را بین واریانس نمرات نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب، نارسایی عملکرد اجتماعی، و افسردگی زنان مطلقه سرپرست خانوار نشان نمی‌دهد. بنابراین فرض صفر یعنی فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می شود.

جدول ٦. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات تعامل درون گروهی (لامبدای ویلکز)

آزمون	عامل	ارزش	F	خطاdf	سطح معناداری	مجذور اتا
نشانه‌ها و شکایات جسمانی	پس آزمون	۰/۹۴	۰/۷۶	۲۶	۰/۴۷	۰/۰۵
	پیگیری	۰/۹۹	۰/۰۶	۲۶	۰/۹۳	۰/۰۰۵
اضطراب	پس آزمون	۰/۹۲	۳/۰۳	۲۶	۰/۰۶	۰/۱۸

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]

جدول ٦. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات تعامل درون گروهی (لامبدای ویلکز)

آزمون	عامل	ارزش	F	خطاdf	سطح معناداری	مجذور اتا
	پیگیری	۰/۸۱	۱	۲۶	۰/۳۸	۰/۰۷
نارسایی عملکرد اجتماعی	پس آزمون	۰/۶۸	۵/۹۸	۲۶	۰/۰۷	۰/۳۱
	پیگیری	۰/۹۹	۰/۰۳	۲۶	۰/۹۶	۰/۰۰۳
افسردگی	پس آزمون	۰/۹۷	۰/۳۹	۲۶	۰/۶۷	۰/۰۳
	پیگیری	۰/۹۸	۰/۲۵	۲۶	۰/۷۷	۰/۰۱

نتایج F مشاهده شده رابطه ترکیب خطی متغیرهای وابسته (نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب، نارسایی عملکرد اجتماعی، و افسردگی) با متغیرهای مستقل (درمان فراتشخیصی، درمان پذیرش و تعهد) معنادار نیست. یعنی بین میزان اثربخشی دو روش درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته (نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب، نارسایی عملکرد اجتماعی، و افسردگی) تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره، مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدارF	سطح معناداری	اندازه اثر
نشانه‌ها و شکایات جسمانی	پس آزمون	۰/۱۷	۱	۰/۱۷	۰/۱۳	۰/۷۲	۰/۰۲
	پیگیری	۰/۱۶	۱	۰/۱۶	۰/۱۰	۰/۷۵	۰/۰۰۵
اضطراب	پس آزمون	۰/۰۶	۱	۰/۰۶	۰/۱۰	۰/۹۷	۰/۰۰۲
	پیگیری	۱/۷۳	۱	۱/۷۳	۰/۴۵	۰/۵۰	۰/۰۱
نارسایی عملکرد اجتماعی	پس آزمون	۰/۱۱	۱	۰/۱۱	۰/۰۶	۰/۷۹	۰/۰۰۳
	پیگیری	۰/۱۲	۱	۰/۱۲	۰/۰۵	۰/۸۱	۰/۰۰۲
افسردگی	پس آزمون	۰/۴۵	۱	۰/۴۵	۰/۱۷	۰/۶۸	۰/۰۰۶
	پیگیری	۱/۰۸	۱	۱/۰۸	۰/۳۲	۰/۵۷	۰/۰۱

نتایج مشاهده شده تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس آزمون و آزمون پیگیری متغیر نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب، نارسایی عملکرد اجتماعی، و افسردگی نشان نمی‌دهد. بنابراین می‌توان گفت، بین میزان تاثیرگذاری دو روش درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب، نارسایی عملکرد اجتماعی، و افسردگی زنان مطلقه سرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی مقایسه بین اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار می‌باشد. بحث در خصوص سؤال اصلی مبنی بر مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار نشان داد، که بین میزان تأثیرگذاری دو روش درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان تفاوت معناداری وجود ندارد.

طبق بررسی محقق، تاکنون تحقیقی به مقایسه درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای روانی و شخصیتی انجام نشده ولی، در پژوهش‌های متعدد تاثیر دو روش درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای روانی و شخصیتی مختلف مورد تأیید قرار گرفته است از جمله پژوهش (۱۵)، (۱۶)، (۱۷)، (۱۸)، (۱۹)، (۲۰)، ۲۱)، (۶)، (۲۲)، (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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]

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 نگرانی و تنش بین زنان شده و سلامت روانی آن‌ها کاهش یابد) را کنترل و مدیریت کنند. در واقع، این روش‌های درمانی همانند یک 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 بهبودی سلامت روانی زنان مطلقه سرپرست خانوار و بدنبال آن انتخاب یک زندگی سالم همراه با آرامش شده است.

اسمیت (۲۰۲۱)(۲۱)، 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، جهان‌بینی‌های متفاوت، پاسخ به این نگرانی‌های است. در این پژوهش، درمانگر به‌واسطه 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، را آشکار سازند. بدین‌ترتیب 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.

در راستای بررسی محدودیت‌های پژوهش، با توجه به محدود بودن نتایج پژوهش به زنان مطلقه سرپرست خانوار شهر اصفهان 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، زیاد بودن تعداد سؤالات پرسشنامه‌های مشکلاتی را برای تکمیل آن‌ها برای برخی از زنان بوجود آورده بود.

هم‌چنین، در راستای پیشنهادهای کاربردی: با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر «اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار» پیشنهاد می‌شود، در مرکز مشاوره مداخله در بحران سازمان بهزیستی جهت 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 سلامت روان زنان مطلقه سرپرست خانوار» به مشاوران و درمانگران پیشنهاد می‌شود، برای کاهش نگرانی در زنان مطلقه سرپرست خانوار از تکنیک «گسلش شناختی» استفاده کنند. هم‌چنین، به مدیران سازمان بهزیستی پیشنهاد می‌شود، برای افزایش سلامت روانی زنان مطلقه سرپرست خانوار از تکنیک-های «معرفی آگاهی هیجانی غیرقضاوتی، معرفی آگاهی معطوف به حال، انجام تمرین آگاهی هیجانها در جلسه، تکنیک-های تمرین دهی با استفاده از القای خلق» استفاده کنند.

بر اساس نتایج حاصله، به مدیران سازمان بهزیستی پیشنهاد می‌شود، برای افزایش سلامت روانی زنان مطلقه سرپرست خانوار از تکنیک های «یادگیری مفهوم اجتناب از هیجان‌ها، یادگیری نحوه اثرگذاری اجتناب از هیجانات روی تجارب هیجانی، یادگیری و شناسایی تله‌های فکری مرسوم، شناسایی راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان» 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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]

نویسندگان در این مطالعه هیچ‌گونه دریافت‌وجه 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 رابرعهده داشته و در مجموع نتیجه‌گیری از یافته‌ها و بسط و تفسیر به صورت مشترک و با بحث و تبادل نظر کلیه همکاران و با همراهی نویسنده سوم، به عنوان استاد مشاور پایان‌نامه، انجام شد.

تقدیر و تشکر

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

References

1. Choi D.-H, Noh G.-Y. 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.
2. Olga, A. Psychosocial adaptation of household women in the conditions of fitness activity. MOJ Sports Med, 2019; 3(1):13-15.
3. Capone V, Petrillo G. Mental health in teachers: relationships with job satisfaction, efficacy beliefs, burnout and depression. Curr. Psychol. 2018; 39, 1757–1766.
4. Smith P, ACT Golf: A Preliminary Investigation into Effects on Sport Performance with Acceptance and Commitment Training Consistent Instructions. University of Nevada, Reno, ProQuest Dissertations Publishing.2021; 28548803.
5. Wu P, Cao K, Feng W, Lv S. Cross-lagged analysis of rumination and social anxiety among Chinese college students. BMC Psychol. 2024;16;12(1):28.
6. Mai D. The Lived Experience of Canadian Adolescents Utilizing Acceptance and Commitment-Based Practices (ACBPs): An Interpretative Phenomenological Analysis. Adler University, ProQuest Dissertations Publishing, 2021; 28650613.
7. Barlow D, Farchione H, Fairholme C.P, Ellard, Boisseau C.L, Allen, L.B, Hrenrerich E. May J, The Unified Protocol for Transdiagnostic. Treatment Of Emotional Deserders Therapist Guide. 2021;588. New york oxford university press.
8. Ehring T, Tuschen-Caffier B, Schnulle J, Fischer S, & Gross J.J. Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. Emotion, 2015;10(4): 563-72.
9. Abbasi F, Kimiyaei S.A. Safariyan tosi, M, and Abedi, M. The fourth wave of behavioral therapy: the development process of behavioral therapies and its challenges. 2017; [Persian]
10. Haworth JJ, Treadway S, Hobson AR. The prevalence of rumination syndrome and rumination disorder: A systematic review and meta-analysis. Neurogastroenterol Motil. 2024; Apr 2: e14793.
11. Ellard K.K, Fairholme C. P, Boisseao C. L, Farchione E. T, barlo D.H. Unified Protocol for The Transdiagnostic-Treatment of Emotional –L Disorders- Protocol Devalopment & Initial Outcome Jata.Cognitive& Behaveral Practice. 2020;17. 88-202.
12. Dinkler L, Bryant-Waugh R. Assessment of avoidant restrictive food intake disorder, pica and rumination disorder: interview and questionnaire measures. Curr Opin Psychiatry. 2021;34(6):532-542.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]

13. Majlis Research Center. Examining the situation of women heads of the household. Tehran: Islamic Shura Majlis. 2021; [Persian]
14. Goldberg, D. P. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Oxford University Press: London. 1972.
15. Mohagheghiyan gorakani, M. Compilation 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 of Yasouj branch of Azad University. 2021; [Persian]
16. Edrisi, H. The effectiveness of treatment is based on acceptance and commitment on individual-social adjustment and mental health of unhappy couples referring to counseling centers in Tehran. New Ideas of Psychology Quarterly, 2020; Volume 4, Number 8, 1-7. [Persian]
17. Hassanzadeh M, Akbari B, Abolqasmi A. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the psychological well-being and sexual performance of women with a history of infertility. Ibn Sina Journal of Nursing and Midwifery Care, Volume 27, Number 4, 2018;250-263. [Persian]
18. Firoozi M, Biranvandi M. The effectiveness of integrated transdiagnostic treatment on the cognitive regulation of emotion in cardiovascular patients. Scientific Research Journal. 2017; 20 (2): 102-93. [Persian]
19. Azimi A, Omidi A, Shafiei E, Nademi A. The effectiveness of transdiagnostic treatment based on emotional regulation on the dimensions of emotional regulation and personal and social adjustment in female students. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2016;20 (10): 73-62[Persian]
20. Talebi N, Nabini M, Nowrozi R, and Yacoubi L. The effectiveness of integrated transdiagnostic treatment on improving the cognitive regulation strategies of emotion and social adaptation of infertile women. Journal of Principles of Mental Health, Proceedings of the 3rd International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences, Volume 19, Number 3, 2016;166-160. [Persian]
21. Smith P. ACT Golf: A Preliminary Investigation into Effects on Sport Performance with Acceptance and Commitment Training Consistent Instructions. University of Nevada, Reno, ProQuest Dissertations Publishing, 2021;28548803.
22. Burian H, Böge K, Burian R, Burns A, HuongNguyen M, & Ohse L. Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care – Development, implementation and outcomes. Journal of Psychosomatic Research,143,623-634. 2021.
23. Spencer S.D, Masuda A. Acceptance and Commitment Therapy as a Transdiagnostic Approach to Treatment of Behavioral Health Concerns: A Concurrent Multiple Baseline Design Across Participants. Clinical Case Studies. 2020;19(3): 163-179.

© 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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.48305/23.1.6]