

اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان  
زنان مطلقه

**The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Metacognitive Beliefs and  
Cognitive Emotion Regulation Strategies of Divorced Women.**

**چکیده**

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان زنان مطلقه بود. پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. بدین منظور تعداد 30 نفر (15 نفر گروه کنترل و 15 نفر آزمایش) از زنان مطلقه مراجعه‌کننده به کلینیک دکتر متقیان شهر تهران به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس نظم‌جویی شناختی هیجانی و باورهای فراشناخت استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) طی 8 جلسه 1/5 ساعته به گروه آزمایش ارائه گردید. پس از پایان برنامه مداخله‌ای، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. روش تحلیل داده‌ها در سطح استنباطی با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره انجام شد که نتایج یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود باورهای فراشناختی و همچنین راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان زنان مطلقه گردیده است بنابراین می‌توان از درمان پذیرش و تعهد به عنوان یک درمان تاثیرگذار بر متغیرهای فوق نام برد. ( $P < 0/05$ ).

**کلید واژگان:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نظم‌جویی شناختی هیجان، باورهای فراشناخت، زنان مطلقه.

**Abstract**

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Metacognitive Beliefs And Cognitive Emotion Regulation, strategies women were divorced which is a trial research project Pre-test - Post-test An unequal control group was used, statistical community of this study Includes all divorced women referring to the clinic Dr. Motaghian was in Tehran. The research sampl consists of 30 people (15 controls and 15 examination group) Of these women which were selected by random sampling To scale up information Cognitive Emotional Regulation and Metacognitive Beliefs were used After performing pre-test, intervention ( Acceptance and Commitment Therapy ) dduring 8 sessions 1 hour and a half The experimental group was presented, After the end of the intervention program both groups were subjected to post-test. data analyzing method in two descriptive and inferential levels the results showed the effectiveness of Acceptance and Commitment therapy on Metacognitive Beliefs and Cognitive Emotion Regulation strategies divorced women have been effective. ( $P < 0/05$ )

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Emotion Regulation, Metacognitive Beliefs, Divorced women.

## مقدمه

امروزه مشکلات اجتماعی در ابعاد گوناگون باعث گردیده تا تعداد موارد طلاق، افزایش یافته و میانگین سن طلاق کاهش پیدا کند. زنان مطلقه در عصر حاضر معمولاً عهده‌دار مسئولیت‌های هستند که باعث وارد شدن تنیدگی<sup>۱</sup> به این افراد شده و سازگاری آنان را با مشکل مواجه می‌سازد (تورینگتون، 2012). پیامدهای منفی طلاق در زنان مطلقه متنوع‌تر از مردان است زیرا زنان مطلقه به دلیل داشتن محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی، بعد از جدایی با مصائب بیشتری روبرو هستند که باعث فشار روانی بیشتری به این افراد می‌شود (خجسته مهر، فلاحی، حجارى و سودانى، 1396). و بنابراین با اطمینان می‌توان گفت زنان مطلقه یکی از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه هستند (جمشیدیان، 1393).

بی‌تردید ساختار خانواده عاملی است برای رشد مهارت‌های تنظیم هیجان پس زمانی که بنیان خانواده سست شود پاسخ‌های هیجانی نامناسب در مواجهه با فشارهای روانی از جمله احساس غمگینی، پریشانی و راهبردهای ناصحیح تنظیم هیجان موجب پریشانی‌های عاطفی در بین افراد می‌شود (یراحی، مرادی و یحیی‌زاده، 2016). جعفری ندوشن، زارع، حسینی هنزایی و پورصالحی (1394) نشان دادند که زنان مطلقه در سلامت روان و نظم‌جویی هیجانی تفاوت معنی‌داری با زنان متاهل دارند و نتایج مطالعه از پایین بودن سطوح سلامت روان و نظم‌جویی هیجانی در بین زنان مطلقه حکایت داشت. بنابراین به نظر می‌رسد یکی از مشکلاتی که پس از طلاق، دامن‌گیر زنان مطلقه می‌شود مشکلات هیجانی است. هیجان را می‌توان واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که آن را یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می‌کنیم و این واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهیم، همراه می‌شوند (گرانفسکی و کراچی، 2015). این توانایی که نظم‌جویی هیجان<sup>۲</sup> نامیده می‌شود، فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف بر عهده دارد (مشهدی، میردورقی و حسینی، 1390). و نظم‌جویی هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و هم‌چنین جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (بار-آن و پارکر، 2012).

از سوی دیگر لورنز، ویکرامان، کانگر، الدر (2006) با مطالعه اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت طلاق بر زنان به این نتیجه رسیدند که زنان مطلقه به طور معناداری در سال‌های اول بعد از طلاق، سطوح بالاتری از فشار و پریشانی روانی و در یک دهه بعد سطوح بالاتری از بیماری را نشان داده و نیز این زنان سطوح بالاتری از حوادث پراسترس زندگی که در نهایت به افسردگی منجر می‌شد را تجربه می‌کنند. باورهای فراشناختی در سبب‌شناسی و پایداری اختلال اضطراب و افسردگی نقش موثری دارد (کوکران و سگال، 2008). در نتیجه طلاق برای تعداد زیادی از افراد واقعه‌ایست که منجر به ایجاد آسیب می‌شود.

بر اساس نظریه پردازى‌های اخیر، فراشناخت<sup>۳</sup> یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی بعد از یک حادثه آسیب‌زا است. فراشناخت‌ها بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، از طریق تاثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر علائم خاص نظیر افکار مزاحم اثر می‌گذارد (ولز، کوکران و سگال، 2008). فراشناخت، به ساختارها، دانش و فرایندهای روان‌شناختی اشاره می‌کند که با کنترل، تغییر و تفسیر افکار و شناخت‌ها سروکار

- 
1. Stress
  2. Emotion Regulation
  3. Metacognitive Beliefs

دارد(ولز، 2000). فراشناخت مفهومی چندوجهی است که دربرگیرنده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی‌های هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت آنان به الگوی خاصی از تجربه‌های درونی پاسخ می‌دهد و موجب تداوم هیجان‌های منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود(احمدی، 1390 به نقل از شاره و علی مرادی، 1392).

طلاق و نارضایتی زناشویی را بعد از مرگ ناگهانی در خانواده، از مهم‌ترین عوامل تنش‌زا و فشارزا می‌دانند که با مداخلات به موقع، تا حد زیادی می‌توان آنها را کاهش داد(گلدنبرگ و گلدنبرگ، 2004). یکی از روش‌هایی که به نظر می‌رسد می‌توان از آن برای مهار باورها، بهبود توجه، سازگاری در جنبه‌های مختلف هیجانی و ارزیابی شناخت استفاده کرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>1</sup> است. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی مبتنی بر تجربه بر اساس الگوی جدیدی از تبیین رنج انسان است که توضیح می‌دهد فرد چگونه می‌تواند پاسخ‌های موثرتری به رنج خود بدهد. این پذیرش تجربی به تنهایی یک هدف نیست، بلکه با ارتقای عمل در جهت اهداف مناسب شخصی مرتبط است. مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دو فرایند اصلی تمرکز دارد: پذیرش تجربیات درونی ناخواسته که قابل کنترل نیستند؛ و تعهد به زیستن یک زندگی ارزشمند و اقدام در جهت آن (هریس، 2006). از آنجایی که هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است و یا به عبارت دیگر انعطاف‌پذیری روانشناختی به معنی افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است، و عمل به شیوه‌ای است که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده آنها باشد(هیز، 2010). بنابراین با توجه به آنچه که ذکر گردید در این پژوهش در پی آن هستیم به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی زنان مطلقه بپردازیم.

## روش

پژوهش پیش رو، به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود که که جامعه آماری آن عبارت بودند از زنان مطلقه مراجعه کننده به کلینیک دکتر لیدا متقیان واقع در شهر تهران. نمونه آماری این پژوهش شامل 30 نفر از جامعه مذکور بود که روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (15 نفر) و آزمایش (15 نفر) به صورت جایگزینی تصادفی قرار گرفتند. عدم مصرف دارو، نداشتن برنامه درمانی دیگر و داشتن حداقل تحصیلات دیپلم از ملاک‌های ورود به گروه نمونه بود. مشارکت کنندگان در این پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس از آزمون به دو پرسشنامه پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (گرانفسکی و کرایجی، 2006) و باورهای فراشناخت (ولز، 2006) پاسخ دادند.

**پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان<sup>2</sup>** (گرانفسکی و کرایجی، 2006) پرسشنامه خود گزارشی است که دارای 36 ماده است که توسط گرانفسکیو کرایجی در سال 2006 ساخته و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس

- 
1. acceptance and commitment therapy (ACT)
  2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

نظم‌جویی شناختی هیجان 9 بعد راهبرد شناختی ملامت خویش<sup>۱</sup>، پذیرش<sup>۲</sup>، نشخوار گری، تمرکز مجدد مثبت/ برنامه ریزی، ارزیابی مثبت/ دیدگاه وسیع‌تر، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه شامل 36 پرسش مدرج پنج نمره‌ای (از همیشه یا هرگز) می‌باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در مجموع نه عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک پیوستار 5 درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) به ترتیب از چپ به راست از 1 تا 5 نمره گذاری می‌شوند و نمرات بدست آمده با هم جمع می‌شوند. نمرات هر یک از مؤلفه‌ها ممکن است از 4 تا 20 نمره در نوسان باشد. نمرات 4 تا 20 هر مؤلفه میزان کاربرد آن راهبرد را مشخص می‌کند. ممکن است در هر کدام از مؤلفه‌ها یکی از مواد بدون پاسخ باشد که در این صورت آن مواد با متوسط دیگر مواد نمره گذاری می‌شود (امین آبادی، دهقانی و خداپناهی، 1391).

فرم فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان مورد اعتباریابی قرار گرفته است و ضریب اعتبار<sup>۳</sup> آن 0/80 به دست آمده است (بشارت، بزازیان، 1392). در زمینه اعتبار این پرسشنامه، نجفی، فرهودیان، علیوندی و فاه، اختیاری و مساح (1392)، اعتبار این پرسشنامه را با ضرایب آلفای کرونباخ از 0/76 تا 0/89 بدست آورده اند، در همین راستا امین‌آبادی و همکاران (1391)، اعتبار این پرسشنامه را 0/70 و همچنین محمودی کهریز (1388) اعتبار این پرسشنامه را 0/73 بدست آوردند.

**پرسشنامه باورهای فراشناخت<sup>۴</sup>** در این پژوهش برای بررسی باورهای فراشناختی از پرسشنامه فراشناخت استفاده شده است (ولز، 2006). پرسشنامه‌ی فراشناخت یک مقیاس 30 گزینه‌ای خود گزارش است که باورهای افراد در باره‌ی تفکرشان را می‌سنجد. پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس چهار درجه‌ای لیکرت (1=موافق نیستم تا 4=خیلی زیاد موافقم) محاسبه شده است. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس است: 1- کنترل‌ناپذیری و خطر افکار 2- باورهای مثبت در باره‌ی نگرانی 3- وقوف شناختی 4- اطمینان شناختی 5- نیاز به کنترل افکار.

این پرسشنامه توسط شیرین‌زاده برای جمعیت ایران ترجمه و مورد اعتباریابی قرار گرفته است و ضریب اعتبار آن 0/91 بدست آمده است (شیرین‌زاده، دستگیری، گودرزی، رحیمی و نظیری، 1387). در زمینه اعتبار، این پرسشنامه زمان-زاده (1392)، اعتبار آن را 0/81 گزارش کرده است و همچنین شوشتری و همکاران (1395)، اعتبار آن را 0/73 بدست آورده‌اند.

در این پژوهش جهت تحلیل اطلاعات منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل و تعیین معنی‌داری فرضیه تحقیق از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده گردید، یعنی میانگین‌های پس‌آزمون بعد از تعدیل نمودن نمره‌های پیش‌آزمون، مورد مقایسه قرار گرفتند و سطح معناداری ( $p < 0/05$ ) معنی دار در نظر گرفته شد.

- 
1. Self-blaming
  2. Acceptance
  3. Reliability
  4. Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30)

## نتایج

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته به تفکیک هر گروه محاسبه و سپس پیش شرط انجام آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره بررسی شد. در این تحلیل، نوع مداخله با دو سطح (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نبود درمان) به عنوان عامل بین گروهی و زمان اندازه‌گیری با دو سطح (پیش‌آزمون، پس‌آزمون) به عنوان عامل درون گروهی در نظر گرفته شده است. در جدول 1 میانگین و انحراف استاندارد نمره های باورهای فراشناختی و نظم جویی شناختی هیجان در هر دو مرحله سنجش مشارکت کنندگان در پژوهش به تفکیک هر دو گروه آمده است.

جدول 1.

میانگین و انحراف استاندارد باورهای فراشناختی و نظم جویی شناختی هیجان در دو گروه

گروه	آزمون	شاخص آماری	متغیرها
کنترل	پیش‌آزمون	میانگین	نظم جویی شناختی هیجان
		انحراف استاندارد	باورهای فراشناختی
	پس‌آزمون	میانگین	131/20
		انحراف استاندارد	66/93
آزمایش	پیش‌آزمون	میانگین	11/11
		انحراف استاندارد	9/61
	پس‌آزمون	میانگین	132/86
		انحراف استاندارد	66/53
آزمایش	پیش‌آزمون	میانگین	11/35
		انحراف استاندارد	11/48
	پس‌آزمون	میانگین	129/80
		انحراف استاندارد	72/00
آزمایش	پیش‌آزمون	میانگین	14/35
		انحراف استاندارد	10/66
	پس‌آزمون	میانگین	123/46
		انحراف استاندارد	61/46
آزمایش	پس‌آزمون	انحراف استاندارد	9/89

همانطور که جدول 1. نشان می‌دهد میانگین و انحراف استاندارد باورهای فراشناختی به ترتیب در پس‌آزمون گروه آزمایش 61/46 8/81 و گروه کنترل 53/66 ، 11/48 است. همچنین میانگین و انحراف استاندارد نظم‌جویی شناختی هیجان به ترتیب در پس‌آزمون گروه آزمایش 123/43 و 9/89 و گروه کنترل 132/86 و 11/35 است.

جدول 2.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره بر روی نمرات تعدیل شده متغیر باورهای فراشناختی و مولفه‌های بین دو گروه

شاخص	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	توان آزمون
اثر پیلائی	0/805	15/732	5	19	0/000	0/805
لامبدای ویلکز	0/195	15/732	5	19	0/000	0/805
اثر هوتلینگ	4/140	15/732	5	19	0/000	0/805
اثر بزرگترین ریشه روی	4/140	15/732	5	19	0/000	0/805

با توجه به نتایج جدول 2 و لامبدای ویلکز (  $F=15/732$  و سطح معناداری =  $0/000$ ) نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب بهبود باورهای فراشناختی زنان مطلقه می‌شود برای تعیین مکان معنادار شدن آماری اثر چند متغیری روی هر یک از متغیرهای وابسته و به منظور دست یافتن به جزئیات بیشتر تحلیل واریانس تک متغیری هر متغیر بطور جداگانه انجام شد که نتایج مربوطه در جدول 3 ذکر گردیده است.

### جدول 3.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره در بین مولفه‌های باورهای فراشناختی

منبع	مولفه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	مهاری ناپذیری و خطر	280/553	1	280/553	28/048	0/000	0/549
	باورهای مثبت درباره نگرانی	37/136	1	37/136	14/530	0/001	0/387
	خودآگاهی شناختی	72/526	1	72/526	17/011	0/000	0/425
	اطمینان به حافظه	15/283	1	15/283	13/011	0/001	0/361
	نیاز به مهار افکار	5/430	1	5/430	2/374	0/137	0/094

با توجه به نتایج جدول 3، نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بین دو گروه بر روی نمرات تعدیل شده تمامی مولفه‌ها به جز مولفه نیاز به مهار افکار تفاوت معناداری را بین دو گروه با ۹۵ درصد اطمینان نشان داد ( $P<0/05$ ). یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب بهبود تمام مولفه‌های باورهای فراشناختی زنان مطلقه به جز مولفه نیاز به مهار افکار می‌شود.

### جدول 4.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره بر روی نمرات تعدیل شده مولفه‌های نظم جویی شناختی هیجان بین دو گروه

شاخص	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اثر
اثر پیلائی	0/945	20/860	9	11	0/000	0/945
لامبدای ویلکز	0/055	20/860	9	11	0/000	0/945

0/945	0/000	11	9	20/860	17/067	اثر هوتلینگ
0/945	0/000	11	9	20/860	17/067	اثر بزرگترین ریشه روی

با توجه به نتایج جدول 4 و لامبدای ویلکز ( $F=20/860$  و سطح معناداری =  $0/000$ ) نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب بهبود نظم جویی شناختی هیجان زنان مطلقه می‌شود برای تعیین مکان معنادار شدن آماری اثر چند متغیری روی هر یک از متغیرهای وابسته و به منظور دست یافتن به جزئیات بیشتر تحلیل واریانس تک متغیری هر متغیر بطور جداگانه انجام شد که نتایج مربوطه در جدول 5 ذکر گردیده است.

#### جدول 5.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره در بین مولفه های نظم جویی شناختی هیجان

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
	ملاطت خویش	51/801	1	51/801	22/123	0/000	0/538
	پذیرش	41/617	1	41/617	9/848	0/005	0/341
	نشخوارگری	47/912	1	47/912	12/176	0/002	0/391
	تمرکز مجدد مثبت	26/944	1	26/944	10/557	0/004	0/357
گروه	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	66/284	1	66/284	25/109	0/000	0/569
	ارزیابی مجدد مثبت	33/825	1	33/825	8/402	0/009	0/307
	دیدگاه پذیری	16/449	1	16/449	5/336	0/032	0/219
	فاجعه انگاری	35/874	1	35/874	19/766	0/000	0/510
	ملاطت دیگران	96/418	1	96/418	46/089	0/000	0/708

با توجه به نتایج جدول 5، نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بین دو گروه بر روی نمرات تعدیل شده مولفه های نظم جویی شناختی هیجان تفاوت معناداری را بین دو گروه با ۹۵ درصد اطمینان نشان داد ( $P<0/05$ ). یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب بهبودی تمام مولفه های نظم جویی شناختی هیجان زنان مطلقه می‌شود.

#### بحث

هدف در این پژوهش بررسی اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان زنان مطلقه بود و یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش نشان داد بین گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای پژوهش بعد از اجرای درمان تفاوت آماری معنادار ایجاد شده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین

مؤلفه‌های باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های نظم‌جویی شناختی هیجان زنان مطلقه، موجب بهبود باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های نظم‌جویی شناختی هیجان زنان مطلقه گروه آزمایش شده است.

تحلیل نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین باورهای فراشناختی زنان مطلقه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب بهبود باورهای فراشناختی گروه آزمایش گردیده است که این یافته با یافته‌های پژوهش‌های سوین، هانکوک، دیکسون، کو و بومان (2013)، بابایی، رزاقی، نازک تبار و جلالی (1395)، شوشتری و همکاران (1395)، پورنامداریان، بیرشک و اصغرنژاد (1391)، رضوی زاده تبادکان (1394)، راسیز، ولز (2006)، ساداتی (1391) و کرمی، زکی و رستمی (1391) هم سو و هم جهت است. یکی از عواملی که باعث می‌شود در باورهای فراشناخت اختلال ایجاد شود افکار منفی است (بیرامی و پورفرج عمران، 1392). لذا نیاز است که این افکار منفی کنترل شوند؛ در یکی از مراحل آموزش درمان پذیرش و تعهد مشارکت کنندگان فن پذیرش را می‌آموزند، در فن پذیرش به زنان مطلقه آموزش داده شد که رویدادها به طور کامل و عاری از دفاع یعنی همانگونه که هستند پذیرفته شوند. به عبارت دیگر به آنها آموزش داده شد که باوجود اینکه موقعیتی که در آن قرار دارند حساس و همراه با نگرانی است بنابراین ممکن است افکار منفی در مورد شرایط و عملکرد آنها در آن برهه زمانی به ذهن آنها خطور نماید لذا در این لحظه نباید از ورود افکار منفی به ذهن جلوگیری کرد، بلکه باید با پذیرش این افکار بتوان بهترین عملکرد را به نمایش گذاشت. یکی دیگر از عوامل اختلال در باورهای فراشناخت، کنترل ناپذیری و خطر افکار منفی و تضاد شناختی است (ولز، 1385). در مرحله دیگر تعهد و پذیرش یعنی گسلس شناختی، زنان مطلقه یادگرفتند که فکر، فکر است نه واقعیت بنابراین با بیان فکر به دنبال شواهدی برای اثبات آن فکر می‌گردیم و گاهی شواهدی وجود ندارد و شخص به این نتیجه می‌رسد که فقط یک فکر است نه واقعیتی در دنیای بیرون بنابراین افراد متوجه می‌شوند که افکار منفی با واقعیت آمیخته شده است و در این راستا افراد بعد از مدتی فکر را به عنوان واقعیت می‌پذیرند و با مداومت در آن تبدیل به بخشی از باور آنها می‌گردد، در این مرحله سعی می‌شود افکار منفی از واقعیت جدا گردد تا افراد بپذیرند که فقط یک فکر است که گاهی دچار انحراف و خطای شناختی نیز شده است. در واقع از لحاظ بالینی قصد بر این است تا به مراجعین آموزش داده شود که افکار را همان افکار، هیجان‌ات را به عنوان هیجان‌ات، خاطرات به عنوان خاطرات و احساسات جسمی را به عنوان احساسات جسمی در نظر بگیرند. لذا پذیرش این مساله موجب کاهش وابستگی به افکار می‌شود (توهینگ، 2011). یکی دیگر از تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تماس با لحظه‌ی حال است، در مفهوم تسلط به گذشته و آینده در می‌یابیم که افراد در خاطرات و اتفاقات گذشته هستند یا در نگرانی نسبت به وقایع احتمالی در آینده، هدف تمرین این است که اشخاص تجربیات لحظه حال را از دست ندهند و تاثیر مخرب اتفاقات در گذشته لحظه حال را ارزیابی نکنند زیرا افراد با تسلط بر گذشته و آینده دچار خطاهای شناختی می‌شوند، بنابراین سعی در کاهش اضطراب و افسردگی با فرایندهای شناختی می‌شود. درمان تعهد و پذیرش بر ارزش تماس با لحظه‌ی حال به صورت مشتاقانه تاکید می‌کند با این هدف که احساس رسیدن به سر زندگی و انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر را در فرد ایجاد کند (توهینگ، 2011). و افراد احساس کنند با وجود تجربه‌های ناخوشایند و اتفاقات ناگوار می‌توانند دارای یک زندگی غنی و پرمعنا باشند.

دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین نظم‌جویی شناختی هیجان زنان مطلقه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش نظم‌جویی شناختی هیجان گروه آزمایش گردیده است که این یافته با یافته‌های روزیز (2013)، هیز و همکاران (2012)، ایفورت و فورسیث (2005)، لویت (2004)،



مشهدی، نقابی و تیموری (1395)، صبحی قراملکی، آقاجانی، نریمانی (1394)، بهرامی و رضوان (1388) و مومنی (1395) هم‌سو و هم‌جهت است. از آنجایی که طلاق باعث افزایش تنیدگی میشود، میتواند بهزیستی هیجانی زنان را با تهدید مواجه سازد در نتیجه این زنان مشکلات هیجانی مانند افسردگی و اضطراب را گزارش می‌کنند در حالی که برخورداری زنان از مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند به آنها کمک کند که با مدیریت، تعدیل و تنظیم هیجانات، بتوانند از شدت هیجانات ناخوشایند و دردآور کم کنند و هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کنند (جاکوبس و همکاران، 2008). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کرده و بهتر با چالش‌های روزمره مقابله کنند (اسموت، لانگو، هریسون، مینتی، ویکز و وایت، 2010). و همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کار نهفته‌ای که دارا است مثل پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه بر اساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمانجویان را به باورها، ارزش‌ها و رفتارهایی مجهز کند (استون، هیز، جاسون، لوما، فرانک و بوند، 2006) که در هنگام بروز هیجانات ناخوشایند و تهدیدکننده سلامت روانی (مثل پیامدهای طلاق) بر هیجانات خود آگاهی و مدیریت بیشتری داشته باشند، با کار بر روی اجتناب تجربی شخص آگاه می‌شود از چه چیزی اجتناب می‌کند با شناخت این مسئله می‌تواند آن را ببیند و بپذیرد در این فرایند شخص با آگاهی به دست آمده می‌تواند زمانی که احساس ناخوشایندی را مجدداً تجربه می‌کند به روش متفاوتی به آن پاسخ دهد و از آسیب بیشتر به خود جلوگیری نماید. تنظیم هیجانات موجب مقابله موثر با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی می‌باشد لذا افزایش فعالیت در پاسخ با موقعیت‌های پرتنش را به دنبال دارد (گارفنلسکی و کرایچ، 2006). در طول درمان مشخص می‌شود که اشخاص هنگامی که کنترل هیجانی خود را از دست می‌دهند دچار تصمیم‌گیری‌های اشتباه می‌شوند این تصمیمات اشتباه موجب اقدام‌های غیر موثر در جهت بهبود دادن احساسات و هیجانات می‌شود و نتیجه آن اقداماتی است که نه تنها به اشخاص در بهبود حالشان کمکی کرده باشد آنها را به سمت دور شدن از ارزش‌هایشان سوق داده است. در طول درمان افراد نسبت به این چرخه آگاه می‌شوند و با نظم بخشیدن به هیجانات خود می‌توانند آنها را کنترل کنند تا اقدام غیر موثری انجام ندهند و در راستای ارزش‌های خود حرکت کنند. در واقع دوره درمانی پذیرش و تعهد باعث می‌شود که در فرد ارزش‌ها و وجود معنا در زندگی آنها ایجاد شود و کمتر تحت تاثیر شرایط منفی قرار گیرند و در تنظیم و مدیریت هیجان‌های خود توانمند شوند. در نتیجه آنها می‌توانند در جهت ارزش‌هایشان حرکت کنند و به زندگی خود معنا ببخشند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجانات زنان مطلقه موثر است و عاملی است که در زنان مطلقه موجب تنظیم و مدیریت هیجان آنها می‌شود.

پژوهش پیش رو با چند محدودیت روبه رو بود که از مهمترین آنها می‌توان به نبودن دوره پیگیری اشاره کرد و همچنین اطلاعات و داده‌ها از طریق خود گزارشده‌ی آزمودنی‌ها و به وسیله پرسشنامه جمع‌آوری شد که این شیوه همیشه تحت تاثیر عوامل متعدد تاثیرگذار مثل گرایش پاسخ دهندگان به ارائه پاسخ‌های جامعه‌پسند می‌باشد. با توجه به محدودیت عدم وجود دوره پیگیری در راستای ارزیابی تاثیر گذر زمان بر میزان حفظ دستاوردهای درمانی، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی دوره‌های پیگیری طولانی (ترجیحاً 6 ماه) در نظر بگیرند، همچنین از آنجایی که اگر تعداد جامعه و نمونه بیشتر باشد بهتر می‌توان نتایج را تعمیم داد پس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی جامعه آماری وسیع‌تری مورد بررسی قرار بگیرد. در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی موثر واقع شد لذا پیشنهاد می‌گردد مشاوران و روان‌درمانگران از رویکرد درمانی پذیرش و تعهد برای نظم‌جویی شناختی هیجان و باورهای فراشناختی در زنان مطلقه استفاده کنند.

## منابع

- امین آبادی، ز.، دهقانی، م. و خداپناهی، م.ک. (1391). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی. *نشریه علوم رفتاری*، 18 (4).
- بابایی، ا.، رزاقی، ن.، نازک تبار، ح. و جلالی، ر. (1396). بررسی اثربخشی برنامه های درمانی مرکز اقامتی اجباری بر رضایت از زندگی، تنظیم هیجانی و سلامت روان در افراد با اختلال سوء مصرف مواد. *نشریه مطالعات ناتوانی*، 7 (13).
- بشارت، م؛ زاهدی تجریشی، ک؛ نوربالا، ا. (1392). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی، *روانشناسی معاصر*، 8 (2)، 3-16.
- بهرامی، ف. و رضوان، ش. (1388). رابطه افکار اضطرابی با باورهای فراشناختی در دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، 13 (3)، 249-255.
- بیرامی، م؛ پورفرج عمران، م. (1392). رابطه بین باورهای فراشناختی، خودکارآمدی، خوشبینی با اضطراب امتحان دانشجویان علوم پزشکی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، 21 (7).
- پورنامداریان، س.، بیرشک، ب. و نژاد فرید، ع. ا. (1391). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیشبینی علایم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، 13 (13).
- جعفری ندوشن، ع.، زارع، ح.، حسینی هنزایی، ا.، پورصالحی، ن. و زینی، م. (1394). بررسی و مقایسه سلامت روان و سازگاری و تنظیم هیجان شناختی زنان مطلقه با زنان متأهل شهرستان یزد. *نشریه زن و جامعه (جامعه شناسی زنان)*، 6 (2)، 1-16.
- جمشیدیان، پروین. (1393). مقایسه تاب آوری، رضایت از زندگی و سلامت روانی و رابطه آن ها با ویژگی های جمعیت شناختی زنان مطلقه و متأهل شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی (ره).
- خجسته مهر، ر.، فلاحی خشکناز، م.، حجاری، س. و سودانی، م. (1396). فرزندپروری پس از طلاق. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، 15 (2)، 239-245.
- رضوی زاده تبادکان، ب. ب. ز. و شاره، ح. (1394). مقایسه اثربخشی گروه درمانی فراشناختی و آموزش گروهی مهارت های زندگی بر افسردگی، کیفیت زندگی، سبک پاسخدهی نشخواری و فراشناخت های زنان مطلقه. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، 21 (2)، 108-120.
- زمانزاده، م. (1392). *باورهای فراشناختی درباره رابطه بین هوش معنوی و بهزیستی روانشناختی پرستاران در اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه خوزستان.
- ساداتی، س. ز. (1391). مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی، اختلال افسرده و گروه بهنجار. *مجله روانشناسی بالینی*، 4 (2)، 54-87.
- شاره، ح. و علیمردی، ع. (1392). سیستم های مغزی-رفتاری، باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری. *مجله روانشناسی بالینی*، 5 (3)، 11-21.
- شوشتری، آ.، رضایی، ع. م. و طاهری، ا. (1395). مقاله چاپ شده در *مجله اصول بهداشت روانی*، 18 (6)، 8-321.

شیرین زاده دستگیری، ص، گودرزی غنی زاده، ا؛ و تقوی، س. م. ر. (1387). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، 14 (1)، 46-55.

صبیحی قراملکی، ن.، پرزور، پ.، آقاجانی، س. و نریمانی، م. (1394). اثربخشی آموزش متمرکز بر تنظیم هیجان بر کاهش نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، 13 (1)، 5-130.

کرمی، ج.، زکی بی، ع. و رستمی، س. (1391). نقش باورهای فراشناخت و خودکارآمدی د پیش‌بینی هراس اجتماعی دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی مدرسه*، گروه روانشناسی دانشگاه رازی کرمانشاه، 1 (1)، 62-75.

محمودی کهریز، ب. (1388). بررسی نقش متغیر میانجی تنظیم شناختی هیجان در ارتباط میان کمالگرایی و درماندگی روانی در جامعه دانشجویی. پایان‌نامه. دانشگاه شهید بهشتی.

مشهدی، ع.، میردورقی، ف. و حسنی، ج. (1390). نقش راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در اختلال‌های درونی سازی کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، مقاله 4، 3 (3)، 29-39.

مشهدی، ع.، نقابی، م. و تیموری، س. (1395). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در نارسایی هیجانی و کاهش علائم اختلال نارسایی توجه/افزون کنشی. سومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی.

مومنی، ف. (1394). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر افسردگی، اضطراب و مشکلات تنظیم هیجانی دختران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در خوابگاه‌های دانشجویی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، 14 (1)، 64-71.

نجفی، م.، فرهودیان، ع.، علیوندی وفا، م.، اختیاری، ح. و مساح، ا. (1392). میزان تنظیم هیجان در مصرف کنندگان مت‌آفتمین با سابقه رفتارهای مخاطره‌آمیز و مصرف کنندگان بدون سابقه رفتارهای مخاطره‌آمیز. *پایگاه مجلات تخصصی نور*، 55، 9-14.

ولز، آ. (2006). *اختلالات هیجانی و فراشناختی بدعت در درمان‌های شناختی*. ترجمه بهرامی، فاطمه و رضوان، شیوا. (1385). اصفهان: انتشارات مانی.

## Reference

- Bar-on, R., & Parker, J. D. A. (2012). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-i: YV)*. Technical Manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Corcoran K M, Segal Z V (2008). Metacognition in depressive and anxiety disorder: Current directions. *J of Coge There*; 1(1): 33-44.
- Eifert, H. G., & Forsyth, P. J. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety Disorders*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18 item .version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-53.
- Garnefski N, Kraaij V. (2015). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *Journal Youth Adolescent*; 10(32), 401-8.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2004). *Family Therapy (5th Ed)* Peacock Publishers.
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy Australia*, 12(4), 70.
- Hayes, S. C. (2010). *Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: spring science and Business Media Inc.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G., Krik, D. (2012). Acceptance and Commitment Therapy.
- Jacobs M. Snow J. Geraci M. Meena Vythilingam M. Blair R.J. Charney D.S. Pine D.S. & Blair K.S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorder*.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35 (4), 747-766.
- Lorenz, O. F., Wickrama, K. A. S., Conger, R. D., & Elder, G. H. (2006). The short-term and decade-long effects of divorce on women's midlife health. *Journal of Health and Social Behavior*, 47(2):111-125.
- Rousis, P., & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Difference*, 40(1), 111-122.
- Ruziz, F. J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of current Empirical Evidence *International Journal of psychology and psychological therapy*, 12(3).
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J.M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*, 312, 98-107.
- Steven, C., Hayes, A., Jason, B., Luoma, A., Frank, W., & Bond, B. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., Koo, S., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for anxious children and adolescents: study protocol for randomized controlled trial. *Trials*, 14(1), 140.
- Torrington, K. (2010). Stress management. Tehran: Mission. treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross JJ, Editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; p. 542-59.
- Twohig, M.P. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. *Cognitive Behav Practice*, 16, 243-52.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Yaryari, F., Moradi, A. & Yahya zadeh, S. (2016). Relation between emotional intelligence and locus of control and psychological health in the Mazandaran University students. *Psychological Studies*, 3(1), Pp. 21-40. Persian.