MEJDS. 2019; 9:115.
Published online 2019 Dec. **Research Article**

Education Acceptance- Commitment Therapy on Dyfunctional Attitudes, Alexithymia of Depressed Women

Noroozi Mehmandoost Z[1], *Gholami Heydarabadi Z[2]

Author Address
1. MA, Department of General Psychology, Islamic Azad University, Tehran West Branch, Tehran, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology and Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tehran West Branch, Tehran, Iran..
***Corresponding Author Email:** Zahra6100@gmail.com

Received: 2019 June 12; **Accepted:** 2019 July 12

Abstract

Background & Objective: Depression is an emotional disorder characterized by changes in mood and excitement. This disorder is a chronic, recurrent, and potentially life-threatening disorder, with symptoms of dissatisfaction, loss of strength and past interests, low self-confidence, feelings of sadness and sin, changes in appetite, and sleep patterns. The prevalence of it in women is almost twice that of men and has the highest prevalence of life expectancy (about 17%) among psychiatric disorders. This impairment leads to personal and family harm, occupational destruction, and interpersonal communication, and generally does not have a focus on natural life. One of the effective factors in the emergence of depression, anxiety, and stress in individuals is based on cognitive models, cognitive distortions, and ineffective attitudes toward conditions. Ineffective attitudes, as an underlying factor in the onset of depression periods, are considered directly or as a vulnerability factor under perceived stress conditions. On the other hand, studies show the role of nougat mood as a personality trait in diagnosing and describing emotions and depression. Mood clutter or emotional deficiency as a cognitive-emotional phenomenon refers to a specific disorder in mental function, which results from the process of automatic inhibition of information and emotional emotions. Many factors, including dysfunctional attitudes and mood disorders, affect the psychological state of depressed women. Therefore, this study aimed to determine the effectiveness of admission and commitment training on ineffective attitudes and mood disorder in depressed women.

Methods: In this descriptive, semi-experimental study with a pre-test-posttest-control design with the control group in 2019, 30 depressed women referred to the counseling center in Tehran's 4th district were selected through purposeful sampling and randomly assigned to the experimental and control groups (15 subjects for each group) were placed. The tools were the Beck Depression Inventory (1979), Ellis's inefficient attitudes (1978), and Goughby and colleagues (1994). Admission and commitment therapy conducted in eight sessions for the experimental group, but no intervention used for the control group, and from both groups, the pre-test and post-test performed. Data were analyzed by SPSS 22 using descriptive statistics and covariance analysis (α=0.01).

Results: The results showed that the mean scores of the experimental group compared with the control group in inefficient attitudes and its components (100.50±30.22, 87.58±28.93) and mood (65.16±6.42), the mean differences were statistically significant ($p<0.001$).

Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that admission and commitment therapy has been effective in decreasing dysfunctional attitudes and depression in depressed women. Therefore, the use of commitment and acceptance approach as an effective method in health centers can be implemented effectively. Thus, the use of admission and commitment therapy can help people to improve their psychological characteristics; therefore, counselors, therapists, and clinical psychologists can use the admission and commitment treatment method to reduce inefficient attitudes and mood disorders.

Keywords: Acceptance- Commitment Therapy, Dyfunctional Attitudes, Alexithymia, Depressed Women.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.118.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۱۱۵.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی زنان افسرده

زهرا نوروزی مهمان‌دوست[۱]، *زهرا غلامی حیدرآبادی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: Zahra6100@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۲ خرداد۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۱ تیر۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: عوامل زیادی ازجمله نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی، وضعیت روان‌شناختی زنان افسرده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی زنان افسرده بود.

روش‌بررسی: در این پژوهش کاربردی از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه در سال ۱۳۹۷، تعداد ۳۰ نفر از زنان افسردهٔ مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره راه بهتر، در ناحیهٔ ۴ تهران به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌هایی افسردگی بک (۱۹۷۹)، نگرش‌های ناکارآمد الیس (۱۹۷۸) و مقیاس ناگویی خلقی بگبی و همکاران (۱۹۹۴) استفاده شد. مداخلهٔ درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد، ولی برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای اعمال نگردید و از هر دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS-22 و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه‌وتحلیل آماری شدند؛ سطح معناداری ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در نگرش‌های ناکارآمد و مؤلفه‌های آن (۳۰/۲۲± ۱۰۰/۵۰ و ۲۸/۹۳± ۸۷/۵۸) و ناگویی خُلقی و مؤلفه‌های آن (۶/۴۲± ۶۵/۱۶ و ۷/۸۶± ۵۵/۰۸) کاهش یافت که این تفاوت‌ها ازلحاظ آماری معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خُلقی زنان افسرده مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، نگرش‌های ناکارآمد، ناگویی خلقی، زنان افسرده.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.118.0]

۱ مقدمه

افسردگی اختلالی عاطفی است که با دگرگونی‌های خلق و هیجان مشخص می‌شود. این اختلال، بیماری مزمن، عودکننده و به‌طور بالقوه تهدیدکننده در زندگی است و با علائم نارضایتی، ازدست‌دادن توان و علایق گذشته، اعتمادبه‌نفس پایین، احساس غم و گناه، تغییر در اشتها و الگوی خواب همراه است (۱). شیوع آن در زنان تقریباً دو برابر مردان است و در بین اختلالات روان‌پزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را داشته است (۲). از سوی سازمان بهداشت جهانی، افسردگی رتبهٔ پنجم صرف هزینه‌ها را به خود اختصاص داده که تخمین زده‌شده تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی‌عروقی خواهد بود که سلامتی و حیات انسان را در سراسر جهان تهدید خواهد کرد (۳). این اختلال به آسیب‌های فردی و خانوادگی، تخریب شغلی و ارتباطات بین فردی و به‌طورکلی نداشتن تمرکز بر زندگی طبیعی منجر می‌شود. درمجموع در زمینهٔ پیامدهای افسردگی، بنا به تأکید سازمان بهداشت جهانی، افسردگی دومین عامل اصلی ناتوانی و اختلال در عملکرد فرد در میان تمام مشکلات مربوط به‌سلامت فردی است (۴).

یکی از عوامل مؤثر در پیدایش افسردگی، اضطراب و استرس در افراد بر اساس مدل‌های شناختی، تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد به شرایط است. نگرش‌های ناکارآمد به‌عنوان عاملی زمینه‌ساز در شروع دوره‌های افسردگی به‌صورت مستقیم یا به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیری، تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی شده است (۵،۶). نگرش‌های ناکارآمد، فرض‌ها و باورهای سوگیرانه‌ای هستند که فرد به خود، جهان، اطراف و آینده دارد. این نگرش‌ها موجب سوگیری ادراک فرد از رویدادها شده و احساسات و رفتارهای او را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌کنند (۷). تعامل نگرش‌های ناکارآمد با وقوع حوادث منفی، در پیش‌بینی آغاز دورهٔ افسردگی اساسی و با افزایش علائم روان‌شناختی، وقتی‌که نگرش‌های ناکارآمد از آستانهٔ خاصی تجاوز کند، گزارش شده است (۸). در پژوهشی که توسط دولتی و همکاران انجام شد به این نتیجه رسیدند که نگرش‌های ناکارآمد، آسیب‌پذیری را به خُلق افسردهٔ پس از زایمان، شدت می‌بخشد (۹). در مطالعه‌ای که توسط والش و همکاران دربارهٔ نگرش‌های ناکارآمد انجام شد، نشان داد که نگرش‌های ناکارآمد در استرس درک‌شده و خلق‌وخوی منفی نوجوانان باردار تأثیرگذار است (۱۰).

از طرفی مطالعات از نقش ناگویی خلقی عنوان یک صفت شخصیتی در بروز مشکلاتی در تشخیص و توصیف احساسات و افسردگی حکایت دارند، (۱۱،۱۲). ناگویی خلقی یا نارسایی هیجانی به‌عنوان پدیده‌ای هیجانی شناختی به اختلال خاص در کارکرد روانی اطلاق می‌شود که درنتیجهٔ فرآیند بازداری خودکار اطلاعات و احساسات هیجانی به وجود می‌آید. برخی محققان اختلال در سیستم لیمبیک، جانبی‌شدن نابهنجار مغز یا اشکال در کارآمدی ارتباط بین نیم‌کره‌ای را در ایجاد آن مؤثر دانسته‌اند (۱۳). ناگویی خلقی مفهومی چندبعدی است و برخی ابعاد آن وابسته به حالت هستند، این ابعاد شامل دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در بیان و توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی است (۱۴). میزان شیوع ناگویی خلقی در اختلال استرس پس از سانحه ۴۰درصد، در بی‌اشتهایی عصبی ۶۳درصد، در پراشتهایی عصبی ۵۶درصد، در افسردگی اساسی ۴۵درصد، در اختلال هراس ۳۴درصد و در سوءمصرف مواد ۵۰درصد گزارش گردیده است (۱۵).

ازجمله درمان‌هایی که می‌تواند بر کاهش ناگویی خلقی و افکار ناکارآمد مؤثر باشد و تاکنون چندان موردتوجه پژوهشگران قرار نگرفته، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (ACT) است. پذیرش و تعهد مداخله‌ای روان‌شناختی است که راهبردهای مبتنی‌بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌کار می‌گیرد (۱۶). هدف ACT ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر شود به‌طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی‌بر ارزش درگیر شود. هدف ACT افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی بازمی‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی درگزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد نه انتخاب عملی را که صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات یا خاطره‌های آشفته‌ساز انجام می‌شود، بر فرد تحمیل نماید (۱۷). در این رویکرد، درمان از طریق پذیرش، ناهمجوشی شناختی، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال، ارزش‌ها و تعهد به عمل که درنتیجهٔ این شش مفهوم اصلی، به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خواهیم رسید، شکل می‌گیرد. درواقع ACT یک رویکرد بافت‌گرا است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و به تغییرات لازم متعهد شود. هستهٔ اساسی تغییر در ACT، تغییر در رفتارهای کلامی درونی و بیرونی است؛ ACT معتقد است که درگیرشدن با هیجانات، باعث بدتر شدن آن‌ها می‌شود (۱۸).

یافته‌های پژوهش عباسی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر دارد (۱۹). در همین راستا نتایج پژوهش شیدایی اقدم و همکاران نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس مؤثر است (۲۰). همچنین پژوهش تیلکی و همکاران نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ناگویی خلقی زنان مبتلابه درد مزمن تأثیر مطلوبی دارد (۲۱). همچنین یافته‌های پژوهش یونسی و همکاران بیانگر این بود که آموزش پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش نارسایی هیجانی زنان در معرض طلاق مؤثر است (۲۲).

ازآنجایی‌که بسیاری از پژوهش‌ها نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی را به‌عنوان عامل زمینه‌ساز و متغیر میانجی‌گر در اختلال‌های مختلفی همچون، افسردگی نشان دادند، لذا می‌توان با استفاده از برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله، به ارتقای بهداشت و سلامت زنان افسرده کمک کرد؛ از سویی همان‌طور که مرور پیشینهٔ پژوهش نشان داد ،در زمینهٔ تأثیر مداخله پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته در جامعهٔ هدف

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.118.0]

مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام نشده و خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود، ازاین‌رو مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی زنان افسرده انجام گردید.

۲ روش بررسی

روش تحقیق حاضر ازنظر هدف، کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری شامل تمامی زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاورهٔ راه بهتر واقع در ناحیهٔ ۴ تهران، در پاییز سال ۱۳۹۷ به تعداد ۱۴۵ نفر بودند. سی‌نفر نمونه (حداقل نمونه برای طرح‌های آزمایشی در هر گروه ۱۵ نفر کفایت می‌کند) (۲۳) بر اساس مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته توسط مشاوران مرکز و کسب نمره‌های بیشتر از یازده در آزمون افسردگی بِک، به‌شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیدند و تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها داشتن سن بین ۲۵ تا ۵۰ سال، عدم ابتلا به اختلال‌های حاد روانی، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی، داشتن حداقل سواد، رضایت آگاهانه بودند و معیارهای خروج شامل عدم همکاری برای شرکت در جلسات آموزشی و غیبت بیش از دو جلسه بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های زیر بود:

۱. پرسشنامهٔ افسردگی بِک: برای سنجش افسردگی جهت تشخیص داشتن ملاک ورود به آزمون، از دومین نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ پرسشنامهٔ افسردگی بِک در سال (۱۹۹۶) با بیست‌ویک سؤال و با مقیاس پاسخ‌گویی صفر تا ۳ استفاده شد. دامنهٔ نمرات بین صفر تا ۶۳ قرار دارد که سطح افسردگی را طبقه‌بندی می‌کند (نمرهٔ صفر تا ۹: نشانهٔ بهنجار بودن، نمرهٔ ۱۰ تا ۱۹: نشانهٔ افسردگی خفیف، نمرهٔ ۲۰ تا ۲۹: نشانهٔ افسردگی متوسط و نمرهٔ ۳۰ به بالا: نشانهٔ افسردگی شدید) (۲۴). بِک در سال ۱۹۹۶ اعتبار آزمون را ۰/۹۶ گزارش نمود (۲۴). در ایران دابسون و محمدخانی در سال ۱۳۸۶ ضریب آلفای ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به‌فاصلهٔ یک هفته را ۰/۹۳ گزارش نمودند؛ همچنین نتایج حاصل از تحلیل عاملی، سنجش اعتبار و روایی پرسشنامهٔ افسردگی بک ـ ۲ حکایت از کارایی آن داشت (۲۵). در پژوهش حاضر میزان پایایی به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۸۴ به دست آمد.

۲. پرسشنامهٔ نگرش‌های ناکارآمد: پرسشنامهٔ ۵۰ سؤالی نگرش‌های ناکارآمد توسط الیس در سال (۱۹۷۸) تهیه و تدوین شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت (۱ = کاملاً موافق، ۶= کاملاً مخالف) است، اما سؤال‌های ۱، ۴، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۴، ۳۸، ۴۲، ۴۶ و ۴۹ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۲۶) و پنج بُعد فاجعه‌نمایی، خویشتن‌مدار، بایدهای دیگر مدار، تحمل پایین ناکامی و خودارزش‌گذاری را می‌سنجند (۲۶). الیس اعتبار کل پرسشنامه را به روش بازآزمایی ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۸۰ گزارش نمود (۲۶). در پژوهش هاشمی برزآبادی روایی محتوایی پرسشنامه مطلوب گزارش شده است. همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بیان گردیده است (۲۷). در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

۳. پرسشنامهٔ ناگویی خلقی: پرسشنامهٔ بیست‌سؤالی ناگویی خلقی تورنتو توسط بگبی و همکاران در سال (۱۹۹۴) طراحی شد (۲۸). این آزمون ۲۰ عبارت دارد و سه مقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت (از نمرهٔ کاملاً مخالف=۱ تا نمره کاملاً موافق=۵) اندازه‌گیری می‌کند. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (۲۹). در نسخهٔ فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تشخیص احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانهٔ همسانی درونی خوب مقیاس است. روایی هم‌زمان مقیاس ناگویی هیجانی هم برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شد (۳۰). در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره راهِ بهتر، رضایت آن‌ها جهت شرکت در این پژوهش اخذ شد. سپس آزمون افسردگی توسط افراد نمونهٔ تحقیق تکمیل گردید و آزمودنی‌های با نمرهٔ بالا در پرسشنامهٔ افسردگی شناسایی شده و با آن‌ها مصاحبهٔ بالینی انجام گردید. سپس بیماران افسرده به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ضمن توجیه آزمودنی‌ها و بیان اهداف پژوهش، از آزمودنی‌ها درخواست شد تا در دورهٔ درمان این اختلال شرکت نمایند. قبل از شروع روش آموزشی، هر دو گروه مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه‌های موردنظر را تکمیل نمایند. گروه آزمایش تحت مداخلهٔ پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۳۱) قرار گرفت. مدت جلسات درمانی شامل هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای بود و در هفته دو بار اجرا می‌گردید؛ اما گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. خلاصهٔ جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده و متناسب با سطح سنجش داده‌ها و مفروضات آماری، از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و پس از برقراری پیش‌فرض‌های آماری از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد (بررسی پیش‌فرض‌ها: نرمال‌بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف ـ اسمیرنوف، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ام‌باکس، یکسان‌بودن شیب‌خط رگرسیونی و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.118.0]

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان تعهد و پذیرش هیز و همکاران (۳۱)

جلسه	محتوای جلسه	هدف	تکلیف
۱	معرفی اعضای گروه، قوانین و بحث دربارهٔ مدل ACT، به‌کارگیری از استعارهٔ دو کوه توسط درمانگر برای ایجاد رابطهٔ گرم و همنوا و قابل‌اعتماد.	کسب توافق آگاهانه و برقراری اتحاد درمانی.	ارائهٔ کاربرگ DOTS. راه‌حل‌های به‌کارگرفته‌شده و تأثیرات آن‌ها در بلندمدت.
۲	آموزش روان‌شناختی دربارهٔ هیجانات و ریشه‌های تحولی آن (هیجانات اصلی و نام‌گذاری)، تبیین تجارب درونی و تجارب بیرونی؛ تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی، به‌کارگیری از استعاره (استعارهٔ مردی در گودال، طناب‌کشی با هیولا)؛ توهم کنترل استعاره برای مثال به این موضوع فکر نکن؛ آموزش تمثیل طوفان هیجانی و لنگر انداختن.	جهت کاهش و تضعیف کنترل هیجانی و تسهیل تمایل به هیجانات و تجارب منفی.	ثبت مواردی که در مراجعان موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل‌شده‌اند.
۳	آموزش جدا کردن ارزیابی از تجارب شخصی (استعارهٔ صندلی بد)؛ نام‌گذاری افکار و احساسات جسمانی با استفاده از استعاره (من این فکر را دارم).	ارزش‌ها به‌عنوان راهنمای مداوم اعمال؛ اتخاذ موضع مشاهدهٔ افکار بدون قضاوت.	ثبت مواردی که مراجعان موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده‌اند.
۴	روشن ساختن تفاوت بین ارزش‌ها و اهداف و به‌کارگیری از استعاره‌های (استعارهٔ معروف قطب‌نمای زندگی)؛ به‌کارگیری استعاره‌ها (استعارهٔ شطرنج، آسمان و آب‌وهوا)؛ آموزش روان‌شناختی دربارهٔ مفهوم توجه آگاهی (تمرکز محدود و تمرکز گسترده، به‌کارگیری از استعاره‌ها و یک تمرین تجربی)؛ تمرین تنفس توجه آگاهانه، مراقبهٔ دست‌ها.	تأکید بر نقش انتخاب در زمینه‌های ارزش موردنظر مراجعان (استعارهٔ اسکی‌بازی).	ارائهٔ فایل صوتی (mp3) — مراقبهٔ کشمش.
۵	مراقبهٔ برگ‌های رودخانه، روشن‌سازی ارزش‌ها و ارتباط با آن‌ها و با به‌کارگیری استعارهٔ جشن تولد هشتادسالگی و برگهٔ ارزش‌های رایج.	پایه‌ای برای هم‌جوشی‌زدایی و پذیرش حضور در لحظه.	مراجعان چه زمانی بر اساس ارزش‌هایشان عمل می‌کنند و تفاوت‌ها را حس می‌کنند.
۶	تمرین تنفس توجه آگاهانه؛ بازکردن فرایند پذیرش هیجانات (جسمانی‌سازی)؛ تعیین اهداف مبتنی‌بر ارزش‌ها و استفاده از استعاره (استعارهٔ باغبانی و غیره).	کشف و جستجوی رویدادهای شخصی درونی که در رابطه با علائم برانگیخته می‌شود.	در فاصله بین جلسات در صورت تمایل به‌محض تشخیص کشمکش با احساساتشان تمرین را آغاز و مراحل را یادداشت کنند.
۷	تمرین تنفس توجه آگاهانه؛ موانع را با استفاده از الگوی FEAR (همجوشی، اهداف افراطی، اجتناب از ناراحتی و دوری از ارزش‌ها) تشخیص دهند و سپس آن‌ها را با الگوی DARE (هم‌جوشی‌زدایی، پذیرش ناراحتی، اهداف واقع‌گرایانه و در آغوش‌گرفتن ارزش‌ها) هدف قرار دهند.	ایجاد الگویی برای بازگشت مجدد به ارزش‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد به پیگیری ارزش‌ها.	گزارش از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات.
۸	جمع‌بندی مفاهیم بررسی‌شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامهٔ آن‌ها برای ادامهٔ زندگی و اجرای پس‌آزمون		

۳ یافته‌ها

بر اساس نتایج توصیفی در پژوهش حاضر در گروه آزمایش شش‌نفر زیردیپلم (۴۰ درصد)، پنج‌نفر دیپلم (۳۳/۳۳ درصد)، سه‌نفر لیسانس (۲۰ درصد) و یک‌نفر فوق‌لیسانس (۷/۶۷ درصد) بودند، اما در گروه گواه پنج‌نفر زیر دیپلم (۳۳/۳۳ درصد)، چهارنفر دیپلم (۲۶/۶۶ درصد)، چهارنفر لیسانس (۲۶/۶۶ درصد) و دونفر فوق‌لیسانس (۱۳/۳۳ درصد) بودند. پس از تأیید مفروضات آماری (نرمال‌بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف‌ـ اسمیرنوف، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ام‌باکس، یکسان بودن شیب‌خط رگرسیونی و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین) از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.118.0]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش گواه به همراه نتایج آنالیز کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار P	مجذور اتا
فاجعه‌نمایی	آزمایش	۱۰۰/۵۵	۳۰/۲۲	۸۷/۵۸	۲۸/۹۳	۱۴/۹۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۸۷
	گواه	۹۶/۵۴	۲۸/۲۲	۹۸/۴۱	۲۸/۴۹			
خویشتن‌مدار	آزمایش	۴۳/۲۴	۲۱/۲۸	۳۷/۶۶	۱۷/۶۸	۹۸/۵۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۱۳
	گواه	۴۲/۷۵	۱۵/۹۶	۴۲/۳۴	۱۵/۱۹			
بایدهای دیگرمدار	آزمایش	۱۹/۷۵	۸/۷۹	۱۵/۴۱	۸/۶۴	۳۱/۷۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۵
	گواه	۲۱/۰۸	۶/۳۴	۱۹/۶۶	۶/۶۱			
تحمل پایین ناکامی	آزمایش	۱۷/۵۸	۵/۲۴	۱۶/۰۸	۵/۱۳	۲۸/۴۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۸۶
	گواه	۱۹/۳۳	۶/۰۲	۱۹/۹۱	۵/۰۵			
نگرش‌های ناکارآمد	آزمایش	۱۰۰/۵۰	۳۰/۲۲	۸۷/۵۸	۲۸/۹۳	۳۷/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۱۸۳
	گواه	۹۶/۵	۲۸/۲۲	۹۸/۴۱	۲۸/۴۹			
خودارزش‌گذاری	آزمایش	۲۰/۱۶	۷/۰۴	۱۶/۴۱	۶/۶۲	۱۴/۳۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۱۵۹
	گواه	۱۷/۳۳	۴/۵۵	۱۶/۸۳	۴/۰۸			
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۱۶/۷۵	۲/۵۹	۱۴/۲۸	۲/۷۳	۴/۶۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۵۷
	گواه	۱۷/۰۸	۲/۰۲	۱۶/۵۸	۲/۶۴			
دشواری در تشخیص احساسات	آزمایش	۲۵/۱۶	۶/۸۶	۱۹/۴۱	۵/۹۱	۸/۵۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۱۶۳
	گواه	۲۳/۲۵	۳/۶۴	۲۲/۳۳	۳/۵۲			
تفکر عینی	آزمایش	۲۳/۲۵	۴/۴۵	۲۱/۶۶	۳/۲۸	۱۴/۳۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۱۴۲
	گواه	۲۴/۸۳	۲۴/۰۴	۲۴/۳۳	۳/۸۴			
ناگویی خلقی	آزمایش	۶۵/۱۶	۶/۴۲	۵۵/۰۸	۷/۸۶	۱۱/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۸۵
	گواه	۶۰/۱۶	۷/۰۵	۶۰/۲۵	۷/۱۸			

بر اساس جدول ۲. می‌توان نتیجه گرفت که آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد (فاجعه‌نمایی، خویشتن‌مدار، بایدهای دیگرمدار، تحمل پایین ناکامی و خودارزش‌گذاری) و کاهش ناگویی خلقی (دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تشخیص احساسات و تفکر عینی) زنان افسرده مؤثر بود (p<۰/۰۰۱).

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی زنان افسرده انجام شد. اولین یافتهٔ پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات نگرش‌های ناکارآمد در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است. لذا می‌توان گفت که آموزش پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد (فاجعه‌نمایی، خویشتن‌مدار، بایدهای دیگرمدار، تحمل پایین ناکامی و خودارزش‌گذاری) زنان افسرده مؤثر بوده و موجب کاهش نگرش‌های ناکارآمد شده است. نتیجهٔ به‌دست‌آمده با پژوهش‌های پیشین عباسی و همکاران (۱۹)، شیدایی اقدم و همکاران (۲۰) که دریافتند درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد اثربخش است، همسوست؛ اما با یافته‌های رحمانیان و همکاران که دریافتند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دختران نوجوان اثربخش نیست، همسو نیست (۳۲). در کسب چنین نتیجه‌ای می‌توان گفت که در درمان پذیرش و تعهد، با تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی، به آن‌ها کمک می‌شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامهٔ فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، درمانی رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش‌شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. در درمان پذیرش و تعهد افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، ایجاد می شود (۳۳). در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به‌همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش باورهای ناکارآمد می‌شوند. درواقع به افراد آموزش داده شد که در درمان ACT چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به‌جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به‌جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.118.0]

آن‌ها بپردازند. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به‌وسیلهٔ ذهن‌آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند (۳۴). به‌طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به‌جای اینکه تلاش کنند آن‌ها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را به‌صورت خوشایند تجربه کنند.

دیگر یافتهٔ پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات ناگویی خلقی در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است. لذا می‌توان گفت که آموزش پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی (دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تشخیص احساسات و تفکر عینی) زنان افسرده مؤثر بوده و موجب کاهش ناگویی خلقی شده است. یافتهٔ مزبور با نتایج مطالعات تیلکی و همکاران (۲۱)، یونسی و همکاران (۲۲) که نشان دادند آموزش پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش ناگویی خلقی مؤثر است، همخوانی دارد. در همین راستا پیرانی و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش عزت‌نفس جنسی و سازگاری زناشویی و همچنین کاهش ناگویی خُلقی همسران جانبازان مؤثر است (۳۵). در پژوهشی در همین راستا وایت و همکاران ضمن مطالعه‌ای دربارهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بدکارکردی هیجانی افراد مبتلا به سایکوز گزارش کردند که این شیوهٔ درمانی باعث کاهش بدکارکردی هیجانی می‌شود (۳۶). در تبیین تأثیر نتیجهٔ به‌دست‌آمده می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد با ارائهٔ تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربهٔ مقابله با سختی یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها باعث درک بیشتر دربارهٔ ایستادگی در برابر چالش‌های زندگی می‌شود و افراد به این باور می‌رسند که توانایی مقابله با چالش‌های زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی را دارند. درنتیجه ابتدا اجتناب، پریشانی و ترس از چالش‌ها و درنهایت ناگویی هیجانی کاهش می‌یابد؛ به‌عبارتی‌دیگر می‌توان گفت که یک فرد با پذیرش بالا به سادگی می‌تواند متوجه برانگیختگی‌های افکار و احساسات خود شود، بدون اینکه تلاشی برای کنترل آن‌ها انجام دهد یا از آن‌ها فرار یا اجتناب کند که این امر پیامدهای مثبتی در بر دارد. در مقابل یک فرد با پذیرش پایین، به سادگی دچار برانگیختگی‌های روانی و راهبردهایی برای تغییر شکل و فراوانی افکار و احساسات می‌شود، مثلاً تلاش می‌کند تا افکارش را توجیه یا سرکوب کند؛ بنابراین درمان پذیرش و تعهد با آموزش پذیرش و تعهد به اجرای آن، باعث کاهش ناگویی هیجانی می‌شود (۳۷). همچنین در تبیینی دیگر می‌توان گفت هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد و افزایش انعطاف‌پذیری است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب گزینه‌ای از بین گزینه های مختلف که متناسب‌تر باشد؛ این امر باعث افزایش تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و احساس آرامش می‌شود و به افراد در شناسایی تنش‌های زندگی کمک می‌کند، درنتیجه باعث مقابلهٔ سازگار با منابع استرس‌زا می‌شود؛ بنابراین درمان پذیرش و تعهد با کمک به افراد در شناسایی هیجان‌ها و حالت‌های هیجانی و نحوهٔ ابراز هیجان باعث کاهش ناگویی هیجانی می‌شود (۳۸).

در پژوهش حاضر به‌دلیل محدودیت زمانی در انجام پژوهش، انجام مرحلهٔ پیگیری نتایج میسر نبود؛ همچنین با توجه به این‌که پژوهش حاضر بر روی زنان افسرده انجام گرفته است، پیشنهاد می‌شود به انجام پژوهش بر روی مردان و دیگر گروه‌های سنی پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت و از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد تا میزان تداوم تأثیر نتایج دقیق‌تر بررسی شود. درنهایت پیشنهاد می‌شود، به بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سایر ویژگی‌های روان شناختی مثبت و منفی و مقایسهٔ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با سایر روش‌ها مانند طرح‌واره‌درمانی، معنویت‌درمانی، واقعیت‌درمانی، درمان دارویی و ... نیز پرداخته شود.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی زنان افسرده مؤثر بود، لذا استفاده از رویکرد تعهد و پذیرش به‌عنوان روشی کاربردی در مراکز بهداشتی و درمانی قابلیت اجرای اثربخش را دارد. همچنین این شیوهٔ درمانی می‌تواند به افراد در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی کمک شایانی کند؛ بنابراین مشاوران، درمانگران و روان‌شناسان بالینی می‌توانند از روش درمان پذیرش و تعهد برای کاهش نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران لازم می‌دانند از همکاری صمیمانهٔ کسانی که در گروه‌های آزمایش و گواه شرکت کردند، تشکر و سپاسگزاری نمایند؛ هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان وجود ندارد. همچنین این مقاله این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب با شماره ۴۳۲۴/ص/۹۸ است و مجوز اجرای این پژوهش بر روی گروه مطالعه از سازمان بهزیستی (مرکز خدمات مشاوره و روان‌شناسی راه بهتر) با شماره نامهٔ ۳۳۰۰۹ صادر شده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.118.0]

References

1. Mohammadi E, Keshavarzi Arshadi F, Farzad V, Salehi M. Effectivness of Acceptane and Commitment Therapy (ACT) on marital satisfaction on depressive women With marital confilicts. JSRP. 2016; 17(2):26-35. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_534011.html
2. Sadock B, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Philadelphia: Walters Kluwer; 2015.
3. Friedrich M. Depression is the leading cause of disability around the world. JAMA. 2017; 317(15):1517-24. Doi: 10.1001/jama.2017.3826
4. World Health Organization. World report on ageing and health: World Health Organization; 2015.
5. Musarezaie A, Khaledi F, Momeni-GhaleGhasemi T, Keshavarz M, Khodaee M. Investigation the dysfunctional attitudes and its relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients. Health Syst Res. 2015; 11(1): 68-76. [Persian] http://eprints.skums.ac.ir/6109/
6. Mousazadeh O, Haji Alizadeh K. Prediction of Depression Based on Dysfunctional Attitudes, Personality Traits, and Family Communication Patterns among Patients with Epilepsy. Shefaye Khatam. 2017; 5(4):47-56. [Persian] DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.4.47
7. Hasanabadi F, Habibi Asgarabad M, Khoshkonesh A. Comparing Dysfunctional Attitudes, Procrastination and Decision- making Styles in Addicted, with and without Relapse. Community Health. 2017; 4(2):147-55. [Persian]
8. Lewinsohn PM, Joiner Jr TE, Rohde P. Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. Journal of abnormal psychology. 2001; 110(2):203-15.
9. Dowlati Y, Segal ZV, Ravindran AV, Steiner M, Stewart DE, Meyer JH. Effect of dysfunctional attitudes and postpartum state on vulnerability to depressed mood. Journal of affective disorders. 2014; 161:16-20. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.047
10. Walsh K, Basu A, Monk C. The role of sexual abuse and dysfunctional attitudes in perceived stress and negative mood in pregnant adolescents: an ecological momentary assessment study. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 2015; 28(5):327-32. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2014.09.012
11. Rezaei F, Karimi F, Afshari A, Hosseini-Ramaghani N. The correlation between alexithymia and anxiety, depression in asthma. Feyz. 2017; 21(2):178-87. [Persian] http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3357-en.html
12. Mazaheri M. On the relationship between alexithymia and depression and anxiety in psychiatric patients. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010; 2:470-9. [Persian] Doi: 10.22038/JFMH.2010.885
13. Krystal H. Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia. Toronto: Routledge; 2015.
14. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. Journal of personality assessment. 2007; 89(3):230-46. https://doi.org/10.1080/00223890701629698
15. Zimmermann G. Alexithymia. The Corsini Encyclopedia of Psychology. 2010; 12(3):1-2. https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0035
16. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior therapy. 2013; 44(2):180-98. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.01.001
17. Stewart C, White RG, Ebert B, Mays I, Nardozzi J, Bockarie H. A preliminary evaluation of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training in Sierra Leone. JCBS, 2016; 5(1):16-22. https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002
18. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. 2006; 44(1):1-25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006
19. Abbasi H, Karimi B, Jafari D. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Frustration Tolerance and Dysfunctional Attitudes of Mothers of Students with Intellectual Disabilities. Psychology of Exceptional Individuals. 2017; 6(24):81-108. [Persian]. Doi: 10.22054/JPE.2017.20384.1522
20. Sheydayi Aghdam S, Shamseddini Lory S, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradijoo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.118.0]

attitudes in patients with MS. Andishe va Raftar. 2015; 9(34):57-66. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_108.html
21. Tilaki M, Taher M, Mojarrad A, Jafari Sani B. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Alexithymia of Women with Chronic Pain. Quarterly Journal of Psychological Studies. 2018; 14(3):163-78. [Persian] Doi: 10.22051/PSY.2018.15798.1433
22. Younesi S, Abbasi Asl M, Khazan K, Kazemi J. The Effectiveness of Education Acceptance-Commitment Theory (ACT) to Reducing Alexithymia of Divorcing Women. Quarterly Journal of Social Work. 2016; 5(3):5-13. [Persian] http://socialworkmag.ir/article-1-123-en.html
23. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: An introduction, Boston: Longman Publishing; 1996.
24. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio. 1996; 78(2):490-8.
25. Dabson K, Mohammadkhani P. Psychometric Co-ordinates of Beck Depression Inventory in patients with major depressive disorder during Relapse. Journal of Rehabilitation. 2005; 8(1):80-6. [Persian]
26. Ellis A. Family therapy: A phenomenological and active directive approach. JMFT. 1978; 4(2):43-50. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00511.x
27. Hashemi Brazabadi H. The Relationship between Emotional Intelligence and Irrational Thinking in Ferdowsi University Students in Mashhad [Master's thesis]. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad; 2008. [Persian] https://libepl2.um.ac.ir/index.php?module=Dis&func=display&disid=758
28. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of psychosomatic research. 1994; 38(1):23-32. https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1
29. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. Personality and Individual differences. 2001; 30(1):107-15. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00014-3
30. Besharat MA, Ganji P. The moderating role of attachment styles on the relationship of alexithymia with marital satisfaction. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2013; 14(4): 324-35. [Persian] Doi: 10.22038/JFMH.2012.891
31. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York, USA: Guilford Press; 2011.
32. Rahmanian M, Dehestani M, Alavi Barogh S-F. Effectiveness Acceptance and Commitment Therapy on Irrational beliefs and bias toward incentives with negative emotions in adolescent girls. Journal of Social Cognition. 2018; 7(1):89-102. [Persian]. http://sc.journals.pnu.ac.ir/article_4847.html
33. Bastami M, Goodarzi N, Dowran B, Taghva A. Effectiveness of treatment acceptance and commitment therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus. EBNESINA- Journal of Medical. 2016; 18(1):11-8. [Persian] http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-401-en.html
34. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. 2009:2(1); 77-101.
35. Pirani Z, Abbasi M, Kalvani M, Nourbakhsh M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Self-Esteem, Emotional Skillfulness and Marital Adjustment in Veterans' Wives. IJWPH. 2017; 9(1):25-32. [Persian] DOI: 10.18869/acadpub.ijwph.9.1.25
36. White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. Behaviour research and therapy. 2011;49(12):901-7. https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.003
37. Ghorbani M, Amin Pur R. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress Coping Strategies in Women with Ulcerative Colitis. Govaresh. 2015; 20(1):32-41. [Persian] http://govaresh.org/index.php/dd/article/view/1351
38. Darvish Baseri L, Dasht Bozorgi Z. Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Cognitive Emotion Regulation and Alexithymia of Patients with Type 2 Diabetes. Journal of Nursing Education. 2017; 5(1):7-14. [Persian] DOI: 10.21859/ijpn-05012

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.118.0]