MEJDS. 2021; 11:135.

Published online 2021 Nov. **Original Article**

Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Alexithymia, Resilience, and Mental Wellbeing in Divorced Women

Rahmani F[1], *Sohrabi Smrud F[2], Asadzadeh H[3], Nasrollahi B[4]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran;
2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
3. Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
4. Assistant Professor, Department of General Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.
***Correspondent author's email:** sohrabi@atu.ac.ir

Received: 20 Jun 2020; **Accepted:** 21 Jul 2020

Abstract

Background & Objectives: Divorced women are among the most vulnerable groups in society who encounter psychosocial, economic, and cultural problems. The present study aimed to investigate the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on alexithymia, resilience, and mental wellbeing in divorced women.

Methods: This was a quasi–experimental study with pretest–posttest and a control group design. The statistical population of the study included all divorced women referring to the Welfare Organization of Tehran Province, Iran, in 2019 (N=263); of whom, 30 volunteers were selected by targeted sampling method and randomly divided into 2 groups of experimental and control (n=15/group). Both groups completed Toronto Alexithymia Scale, Connor–Davidson Resilience Scale, and Mental Wellbeing Questionnaire in the pretest and posttest stages. The experimental group underwent group ACT for 8 sessions; however, the controls received no intervention during this period. In this study, the following ethical considerations were observed: conscious and voluntary consent of the subjects, the possibility of leaving the study, respect for the rights and personality of the subjects, confidentiality, and trustworthiness, researching by the researcher, and compensation for possible risks during the study by the researcher.

Results: The present study findings suggested that the posttest mean scores of alexithymia, decreased in the experimental group, compared to the pre–test stage. Furthermore, the mean posttest scores of resilience, compared to the pretest, also the mean posttest scores of mental wellbeing, compared to the pretest, increased in the experimental group. However, the changes in the posttest mean scores of alexithymia, compared to the pre–test, the mean posttest values of resilience, compared to the pretest, also the mean posttest scores of mental wellbeing, compared to the pretest, were not significant in the control group. Additionally, the obtained results reflected the magnitude of the effects of alexithymia (Eta=0.674), resilience (Eta=0.538), and mental wellbeing (Eta=0.739). Therefore, ACT was effective in reducing alexithymia and increasing resilience and mental wellbeing in divorced women (p<0.001).

Conclusion: Overall, the current study results suggested that group ACT reduced mood swings in divorced women. Group–based ACT also promoted resilience and mental wellbeing among divorced women. Therefore, to reduce mood swings and increase resilience and mental wellbeing in divorced women, group ACT can be used. The study had the following limitations: Due to time constraints, the long–term follow–up did not affect ACT concerning resilience, mood swings, and mental wellbeing in divorced women. This research was performed on divorced women; thus, caution should be exercised in generalizing research data to other groups. According to the present study findings, based on the effectiveness of group ACT and considering the increasing growth of social harms, especially among women and children of divorce, it is recommended to teach ACT from preschool to university. The continuous form should be included in the textbook so that all society members can get acquainted with it from childhood and enjoy its benefits in individual and social lives. It is also suggested that group ACT training be provided to school educators and counselors to empower them for in–service courses. Given that group ACT was effective for the examined divorced women, it is recommended that the children of divorced women also concurrently receive the same education to adapt to their conditions.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Alexithymia, Resilience, Mental wellbeing, Divorced women.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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 ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۳۵.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خُلقی، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه

فاطمه رحمانی[۱]، *فرامرز سهرابی اسمرود[۲]، حسن اسدزاده[۳]، بیتا نصراللهی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران؛

۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی تهران، تهران، ایران؛

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی تهران، تهران، ایران؛

۴. استادیار گروه روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** sohrabi@atu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۳۱خرداد۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۱ تیر۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: زنان مطلقه از اقشار بسیار آسیب‌پذیر جامعه به‌شمار می‌روند که با مسائل و مشکلات روحی‌روانی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مواجه هستند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خُلقی، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه بود.

روش‌بررسی: روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون همراه با گروه گواه انجام شد. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مطلقهٔ مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی استان تهران در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۸ به تعداد ۲۶۳ تشکیل دادند. از بین آن‌ها سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. آزمودنی‌های دو گروه، مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴)، مقیاس تاب‌آوری کانر_دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و مقیاس بهزیستی ذهنی (کییز و ماگیار_مو، ۲۰۰۳) را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. مداخلهٔ گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌مدت هشت جلسه براساس پژوهش پیترسون و همکاران (۲۰۰۹) برای گروه آزمایش ارائه شد؛ درحالی‌که در طول این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری برای همهٔ آزمون‌ها ۰/۰۵ لحاظ شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون، در میانگین نمره‌های متغیرهای ناگویی خُلقی ($p<۰/۰۰۱$)، تاب‌آوری ($p<۰/۰۰۱$) و بهزیستی ذهنی ($p<۰/۰۰۱$) مشاهده شد. همچنین اندازهٔ اثرهای ناگویی خُلقی، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی به‌ترتیب برابر با ۰/۶۷۴، ۰/۵۳۸ و ۰/۷۳۹ بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود که برای کاهش ناگویی خُلقی و افزایش تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی در زنان مطلقه می‌توان از گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ناگویی خُلقی، تاب‌آوری، بهزیستی ذهنی، زنان مطلقه.

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 2026-11-03]

۱ مقدمه

زنان مطلقه[1] ازجمله گروه‌های آسیب‌پذیرتر جامعه به‌شمار می‌روند که با تنگناها و ناتوانی‌های روحی‌روانی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی روبه‌رو هستند. در همین رابطه می‌توان به محدودیت‌های مالی، عاطفی، یادآوری فرصت ازدست‌رفته، وسواس‌های فکری، برخوردهای ناخواسته از سوی اطرافیان و ناتوانی در برآورده‌کردن هزینه‌های زندگی اشاره کرد. این وضعیت به‌طور مسلم بر کارکرد اجتماعی و اقتصادی آنان اثرگذار خواهد بود؛ بنابراین با کاهش کیفیت زندگی و نداشتن رضایت‌مندی از آن روبه‌رو می‌شوند. بدیهی است اکثر افراد با این هدف که بیشتر عمرشان را با هم زندگی کنند، اقدام به ازدواج می‌کنند؛ درعین‌حال پدیدهٔ طلاق به‌صورت امری عادی با سرعت زیاد در حال شیوع است. این شتاب فراوان، نه‌تنها در جوامع پیشرفته، بلکه در بین کشورهای در حال توسعه نیز در حال رشد است (۱). اکثر زنان مطلقه بعد از طلاق، با ناتوانی در اعتمادبه‌نفس مواجه می‌شوند و درمقابل مشکلات، احساس ضعف دارند. احساس سرزنش‌گرایانه در بین زنان مطلقه، نتیجه‌ای به‌جز احساس ناامیدی، سرخوردگی و ازدست‌رفتن اعتمادبه‌نفس برای آن‌ها به‌دنبال نخواهد داشت؛ درنتیجه، این میزان از سرخوردگی و ناتوانی در عزت‌نفس، به انزوا و دورشدن از فعالیت‌های اجتماعی آنان منجر می‌شود (۲).

ناگویی خُلقی[2] از موضوعات مدنظر روان‌شناسان در رابطه با زنان مطلقه است. ناگویی خُلقی، ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نیز محدودیت در تنظیم هیجانات است. مطالعات انجام‌شده نشان داد، بین ناگویی خُلقی با رضایت کلی کم از زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. ازطرفی، ناگویی خُلقی با ضعیف‌بودن کیفیت زندگی در بین افراد مرتبط است (۳). در افرادی که ناگویی خُلقی بیشتری دارند به‌میزان درخورتوجهی کاهش لغات هیجانی مشاهده می‌شود (۴). همچنین نارضایتی‌های بدنی در بین افراد دارای ناگویی خُلقی بسیار شایع است (۵). ناگویی خُلقی دارای سه خصوصیت مهم است که شامل محدودیت در شناسایی احساسات[3]، محدودیت در بیان احساسات[4] و محدودیت در جهت‌گیری تفکر بیرون[5] می‌شود (۶).

ویژگی‌های دیگری نیز وجود دارد که بررسی آن در زنان مطلقه از اهمیت خاصی برخوردار است؛ ازجملهٔ این ویژگی‌ها می‌توان به تاب‌آوری[6] اشاره کرد. بدون تردید تاب‌آوری توانایی و مهارتی است که به‌واسطهٔ آن افراد قادر هستند فرایند زندگی خود را باوجود موقعیت ناملایم و سختی‌های پیش رو، به‌راحتی هدایت کنند (۷). بین تاب‌آوری و محدودیت‌های روان‌شناختی ارتباط معنادار و منفی وجود دارد؛ همچنین این مفهوم می‌تواند در قالب عامل میانجی میان سلامت روان و تعدادی دیگر از متغیرها واقع شود و با افزایش تاب‌آوری، افراد توانایی می‌یابند تا درمقابل شرایط تنش‌زا و نیز عوامل پدیدآورندهٔ بسیاری از محدودیت‌های روان‌شناختی در آنان، مقاوم باشند (۸). تاب‌آوری پیش‌بین مناسبی برای سلامت روانی و نتایج کفایت اجتماعی است (۹). تاب‌آوری در انواع رفتارها، افکار و اعمال آموخته می‌شود و آن را می‌توان در سراسر زندگی توسعه داد (۱۰).

از دیگر عواملی که بررسی آن در زنان مطلقه اهمیت خاصی دارد، بهزیستی روانی[7] است. افراد دارای احساس بهزیستی ذهنی مطلوب، احساس لذت و خوشی می‌کنند و از زندگی خود رضایت‌مندی لازم را دارند (۱۱). در صورت وجودنداشتن بهزیستی روان‌شناختی، افراد انواع ناسازگاری‌های شناختی، هیجانی و رفتاری را تجربه می‌کنند (۱۲). این مسئله موجب تضعیف عملکرد آنان در موقعیت‌های مختلف می‌شود (۱۳). نظر به اینکه بعد از وقوع طلاق، زنان بیش از مردان به تربیت و نگهداری فرزندان مشغول هستند، توجه به کیفیت بهزیستی روانی در آن‌ها از اولویت ویژه‌ای برخوردار است (۱۴)؛ بنابراین می‌توان گفت، بهزیستی روانی مفهوم وسیعی است که تجربه‌کردن هیجان‌های مثبت، کم‌بودن خُلق منفی و رضایت از زندگی از پیامدهای آن به‌شمار می‌رود (۱۵).

باتوجه به مطالب بیان‌شده می‌توان گفت، زنان مطلقه با ناتوانی‌ها و مشکلات گوناگونی در زندگی شخصی و اجتماعی روبه‌رو می‌شوند که توان‌مندسازی بالقوهٔ آنان باید جزو برنامه‌های سازمان‌ها و متخصصان مربوط باشد. ازجمله مداخلات مهم‌تر و مؤثرتر در زمینهٔ روان‌شناسی، گروه‌درمانی[8] است. مداخلات گروه‌درمانی یا روان‌درمانی گروهی، روشی درمانی است که تعداد کوچکی از اعضا و یک یا چند درمانگر متخصص را در بر می‌گیرد (۱۶). گروه‌درمانی با هدف رشد روانی و برطرف‌کردن مشکلات روانی انجام می‌شود. این ویژگی، گروه‌درمانی را از گروه خودیاری[9] و گروه حمایتی[10] متفاوت می‌کند (۱۷). برنامهٔ مشاورهٔ گروهی براساس جهت‌گیری و چارچوب مبانی نظری مشاور، به‌شیوه‌های مختلفی صورت می‌گیرد و مؤثربودن تعداد بسیاری از مراحل آن در پژوهش‌ها تأیید شده است (۱۸). در زمینهٔ گروه‌درمانی، رویکردهای نظری زیادی وجود دارد. از این رویکردها می‌توان درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[11] را نام برد. در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، هدف درمانگر به‌وجودآوردن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌واسطهٔ شش فرایند شامل پذیرش[12]، گسلش[13]، خود به‌عنوان زمینه[14]، ارتباط با زمان حال[15]، ارزش‌ها[16] و عمل متعهدانه‌پذیری به ارزش‌ها[17] است (۱۹). یافته‌های مطالعهٔ جولازاده اسمعیلی و همکاران حاکی‌از آن است که به‌کارگیری درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش موجب بهبود افسردگی و سازگاری زناشویی می‌شود (۲۰). نتایج پژوهش اعلمی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش منجربه افزایش رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین متقاضی طلاق می‌شود (۲۱). از سوی دیگر نتایج پژوهش عراقی و همکاران نشان داد که درمان

1. Divorced women
2. Alexithymia
3. Difficulties identifying feelings (DIF)
4. Difficulties describing feelings (DDF)
5. Externally-oriented thinking (EOT)
6. Resilience
7. Mental well-being
8. Group therapy
9. Self-help group
10. Supportive group
11. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
12. Acceptance
13. Defusion
14. Self as a context
15. Contact with present momment
16. Values
17. Commited action

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی زنان متقاضی طلاق اثربخش است (۲۲). سیاه‌پوش و گلستانی‌بخت طی پژوهشی به بررسی تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم هیجانی زنان مطلقه پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم هیجانی زنان مطلقه اثربخش است (۲۳). نتایج پژوهش خالدی‌نیا و همکاران نیز نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به افسردگی اثربخش است (۲۴). ورسب و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه کاهش استرس و افزایش بهزیستی ذهنی می‌شود (۲۵).

باتوجه به مطالب گفته‌شده و نظر به افزایش پدیدهٔ طلاق و به‌دنبال آن بروز مشکلات برای زنان مطلقه و نیز شکل‌گیری ناتوانی‌های عدیده در خانواده‌ها، لزوم توجه به ارتقای تاب‌آوری و بهزیستی روانی و کاهش سطح ناگویی خُلقی در زندگی فردی و اجتماعی زنان مطلقه به‌عنوان قشری از جامعه که درمعرض آسیب هستند، اهمیت خاصی پیدا می‌کند. این پژوهش با هدف افزایش توان‌مندسازی روان‌شناختی زنان مطلقه انجام شد که از این لحاظ دارای نوآوری بود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خُلقی، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقهٔ مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی استان تهران صورت گرفت.

۲ روش‌بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مطلقهٔ مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی استان تهران در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۸ به تعداد ۲۶۳ تشکیل دادند. از بین آن‌ها براساس توصیهٔ دلاور درکتاب *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی* (۲۶) و به‌منظور افزایش اعتبار بیرونی، تعداد سی نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند. سپس به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود نمونه‌ها به پژوهش عبارت بود از: ۱. دامنهٔ سنی ۲۰تا۴۰سال؛ ۲. گذشتن حداقل یک سال از زمان طلاق؛ ۳. حداقل تحصیلات دیپلم؛ ۴. اخذ رضایت آگاهانه به‌منظور شرکت در پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از :۱. داشتن بیش از دو جلسه غیبت در جلسات مداخله؛ ۲. مصرف داروهای روان‌پزشکی؛ ۳. دریافت هرگونه مداخلهٔ روان‌درمانی در فاصلهٔ سه ماه منتهی به مطالعه.

در این مطالعه ملاحظات اخلاقی به‌شرح زیر رعایت شد: ۱. رضایت آگاهانه و داوطلبانهٔ آزمودنی‌ها؛ ۲. امکان خروج از مطالعه؛ ۳. احترام به حقوق و شخصیت آزمودنی‌ها؛ ۴. رازداری و امانت‌داری از سوی پژوهشگر؛ ۵. جبران خطرات احتمالی در حین مطالعه از سوی پژوهشگر. آزمودنی‌های دو گروه، پرسشنامه‌های پژوهش را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. مداخلهٔ گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌مدت هشت جلسه برای گروه آزمایش ارائه شد؛ درحالی‌که در طول این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارها و برنامهٔ آموزشی زیر استفاده شد.

ـ مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو[1]: برای گردآوری داده‌های لازم در زمینهٔ ناگویی خُلقی از مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو ساخته‌شده توسط بگبی و همکاران در سال ۱۹۹۴ استفاده شد (۲۷). این ابزار بیست‌سؤالی دارای سه زیرمقیاس شامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی است و به‌صورت طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمرهٔ پرسشنامه به‌ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ و خط برش آن نیز ۶۰ است. نمرهٔ بیشتر، میزان بیشتر مشکل ناگویی خُلقی را نشان می‌دهد (۲۷). بگبی و همکاران پایایی مقیاس را ازطریق ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خُلقی کل (۰/۸۵) و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۰/۸۲)، دشواری در توصیف احساسات (۰/۷۵) و تفکر عینی (۰/۷۲) گزارش کردند (۲۷). همچنین خدابخش و کیانی پایایی ابزار مذکور را ازطریق بازآزمایی در دو نوبت با فاصلهٔ چهار هفته برای ناگویی خُلقی کل (۰/۸۳) و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۰/۶۷)، دشواری در توصیف احساسات (۰/۷۱) و تفکر عینی (۰/۷۷) به‌دست آوردند (۲۸).

ـ مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون[2]: برای گردآوری داده‌های لازم در زمینهٔ تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری ساخته‌شده توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ استفاده شد (۲۹). این مقیاس ۲۵ گویه دارد که هر گویه به‌صورت طیف لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمرهٔ پرسشنامه به‌ترتیب صفر و ۱۰۰ و خط برش آن نیز ۵۰ است. نمرهٔ بیشتر، میزان بیشتر تاب‌آوری را نشان می‌دهد (۲۹). کانر و دیویدسون پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آوردند (۲۹). کردمیرزا نیکوزاده نیز پایایی ابزار مذکور را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرد (۳۰).

ـ مقیاس بهزیستی ذهنی[3]: برای گردآوری داده‌های لازم در زمینهٔ بهزیستی ذهنی از مقیاس بهزیستی ذهنی ساخته‌شده توسط کییز و ماگیار ـ مو در سال ۲۰۰۳ استفاده شد (۳۱). این مقیاس ۴۵سؤالی دارای سه بُعد شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی است و به‌صورت طیف پنج‌درجه‌ای از هیچ‌وقت (۱) تا تمام‌وقت (۵) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمرهٔ پرسشنامه به‌ترتیب ۴۵ و ۲۲۵ و خط برش آن نیز ۱۳۵ است. نمرهٔ بیشتر، میزان بیشتر بهزیستی ذهنی را نشان می‌دهد (۳۱). کییز و ماگیار ـ مو ضریب همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه (۰/۸۰) و ابعاد بهزیستی هیجانی (۰/۸۶)، بهزیستی روان‌شناختی (۰/۸۰) و بهزیستی اجتماعی (۰/۶۱) به‌دست آوردند (۳۱). همچنین نریمانی و بخشایش پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ با نمرهٔ کل (۰/۷۲) و خرده‌مؤلفه‌های بهزیستی هیجانی (۰/۷۶)، بهزیستی روان‌شناختی

[1]. Toronto Alexithymia Scale
[2]. Connor-Davidson Resilience Scale
[3]. Mental Well-Being Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

(۰/۶۴) و بهزیستی اجتماعی (۰/۷۶) محاسبه کردند (۳۲).
ـ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: این برنامهٔ درمانی در پژوهش پیترسون و همکاران (۳۳) ارائه شد و دارای هشت جلسه است که هریک از جلسات در مدت زمان نود دقیقه آموزش داده شد. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف هر جلسه
اول	رابطهٔ درمانی و درماندگی خلاق	معارفه، مشخص‌کردن قوانین گروه، استعاره‌های چاه و دو کوه، معرفی سیستم ناکارآمدی گذشته	مرور مطالب ارائه‌شدهٔ جلسه در منزل صورت گیرد.
دوم	ایجاد درماندگی خلاق و اینکه کنترل مسئله است، نه راه‌حل	استعارهٔ دروغ‌سنجی، استعارهٔ ژلهٔ شیرینی، استعارهٔ تقلا در جنگ با هیولا	بررسی استعاره‌های گفته‌شده و استخراج راه‌حل‌های کنترل انجام شود.
سوم	ارزیابی مشکلات و تمایل به تجربه	استعاره‌های دو مقیاس، دو کفهٔ ترازو و جعبهٔ پر از مسائل	مشکلات موجود در استعاره‌های بیان‌شده ارزیابی شود
چهارم	معرفی مفهوم گسلش افکار و احساسات	به‌کارگیری استعاره‌های مسافران در اتوبوس، برگ‌ها در جویبار روان و آموزش تنفس عمیق	ضمن مرور مطالب کلاسی، نمونه‌هایی از گسلش افکار و احساسات برای جلسهٔ بعدی آماده شود.
پنجم	ذهن‌آگاهی	قیاس تختهٔ شطرنج و تمرینات مراقبه	براساس مطالب گفته‌شده در کلاس تلاش شود قیاس‌های گوناگونی از تختهٔ شطرنج و تمرینات مراقبه استخراج شود.
ششم	مفهوم‌سازی ارزش‌ها	ارزش به‌عنوان رفتار، انتخاب و شناسایی ارزش‌ها: تمرین مراسم دفن/تمرین سنگ قبر	علاوه‌بر مطالب گفته‌شده در کلاس، ارزش‌های دیگری شناسایی و برای ارائه در جلسهٔ بعدی آماده شود.
هفتم	هدف‌گذاری	بررسی انتخاب درمقابل قضاوت‌ها/تصمیم‌ها: استعارهٔ باغبان، بررسی موانع موجود اهداف و تمایل در پذیرش آن‌ها: استعارهٔ حباب در جاده	براساس نمونه‌های ارائه‌شده در کلاس، هدف‌گذاری روی سایر استعاره‌ها تمرین شود.
هشتم	تعهد به عمل	آموزش به درمانجو که خود، درمانگر باشد. ماهیت همه یا هیچ: تمرین جهش، استعارهٔ معروف آدم بیکار و تنبل	نمونه‌های دیگری از تعهد به عمل در مراحل زندگی تمرین و اجرا شود.

در این پژوهش به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از انجام‌دادن این آزمون لازم بود پیش‌فرض‌های آن بررسی شود. برای این منظور از آزمون‌های شاپیرو ـ ویلک، لون و همگنی شیب خط رگرسیون استفاده شد. تمامی محاسبات آماری ازطریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت. همچنین سطح معناداری برای همهٔ آزمون‌ها ۰/۰۵ لحاظ شد.

۳ یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را زنان مطلقه تشکیل دادند که میانگین سن آن‌ها در گروه آزمایش ۶/۱±۴۲/۷ سال و در گروه گواه ۹/۲±۴۳/۱ سال بود. میانگین مدت زمان گذشته از طلاق در گروه آزمایش ۵/۳±۱۳/۴ سال و در گروه گواه ۶/۴±۱۴/۸ سال به‌دست آمد. میانگین مدت زمان ازدواج در گروه آزمایش ۸/۸±۲۶/۶ سال و در گروه گواه ۷/۳±۲۵/۴ سال بود. از بین آزمودنی‌ها ۸۸/۹درصد در گروه آزمایش و ۸۳/۱درصد در گروه گواه صاحب فرزند بودند.

به‌منظور بررسی استنباطی داده‌ها، روش تحلیل کوواریانس به‌کار رفت. قبل از انجام آن، برای رعایت پیش‌فرض‌های این روش آماری از آزمون‌های شاپیرو ـ ویلک، لون و همگنی شیب خط رگرسیون استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو ـ ویلک نشان داد، توزیع داده‌های به‌دست‌آمده مربوط به متغیرهای ناگویی خُلقی، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی در هر دو گروه آزمایش و گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون نرمال بود ($p>۰/۰۵$). معنادارنبودن متغیرهای ناگویی خُلقی، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی در آزمون لون مشخص کرد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است ($p>۰/۰۵$)؛ همچنین میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در هر دو گروه در مرحلهٔ پس‌آزمون مساوی بود. نتایج آزمون همگنی شیب خط رگرسیون نیز از لحاظ آماری معنادار نبود ($p>۰/۰۵$).

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

زیرمقیاس‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		نتایج آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
ناگویی خُلقی	آزمایش	۶۸/۳۷	۵/۲۱	۴۱/۳۰	۵/۳۴	۳۵/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۴
	گواه	۶۳/۹۷	۶/۴۸	۶۱/۸۸	۵/۹۳			
تاب‌آوری	آزمایش	۳۶/۲۲	۳/۳۱	۶۷/۸۰	۳/۶۹	۳۱/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۸
	گواه	۳۸/۱۹	۴/۰۶	۴۱/۶۷	۴/۷۷			
بهزیستی ذهنی	آزمایش	۱۳۱/۳۱	۱۲/۵۵	۱۹۲/۷۶	۱۱/۶۴	۴۳/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۹
	گواه	۱۳۲/۴۳	۱۱/۸۴	۱۴۹/۲۹	۱۱/۸۷			

باتوجه به جدول ۲، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون، در میانگین نمره‌های متغیرهای ناگویی خُلقی (p<۰/۰۰۱)، تاب‌آوری (p<۰/۰۰۱) و بهزیستی ذهنی (p<۰/۰۰۱) مشاهده شد که نشان می‌دهد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی خُلقی و افزایش تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه مؤثر بوده است. ازطرفی نتایج جدول مذکور اندازهٔ اثرهای ناگویی خُلقی را برابر با ۰/۶۷۴، تاب‌آوری را برابر با ۰/۵۳۸ و بهزیستی ذهنی را برابر با ۰/۷۳۹ نشان داد.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خُلقی، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی در زنان مطلقه اجرا شد. نتایج نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی خُلقی زنان مطلقه مؤثر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های سیاه‌پوش و گلستانی بخت (۲۳)، خالدی‌نیا و همکاران (۲۴)، محمودی چالبطان و همکاران (۳۴) همخوان است.

در تبیین این یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد سعی بر آن است تا هیجان‌ها آن‌گونه که واقعاً هستند تجربه شوند. این امر باعث می‌شود فرد به عمق هیجانات خود پی ببرد، به‌درستی آن‌ها را شناسایی کند و درپی درک درست و سالم آن‌ها برآید. تجارب درونی به خودی خود باعث اختلال در تنظیم هیجان نمی‌شوند؛ بلکه این تلاش‌های ناکارآمد مراجعان است که زمینهٔ تشدید هیجان‌های منفی را فراهم می‌کند. در این رابطه، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با تکنیک ناامیدی خلاقانه تلاش‌های مراجع را در برابر حذف و کنترل تجارب درونی ناکام می‌گذارد و به‌جای آن بر پذیرش و آگاهی بدون قضاوت بر این تجارب تأکید می‌کند. تجارب درونی نظیر هیجان‌ها اغلب در قالب جسمانی تظاهر پیدا می‌کنند (۳۵). محمودی چالبطان و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با ارائهٔ تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربهٔ مقابله با سختی یا رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها باعث درک بیشتر ایستادگی در برابر چالش‌های زندگی می‌شود و افراد باور می‌کنند که توانایی مقابله با چالش‌های زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی دارند؛ درنتیجه ابتدا اجتناب، پریشانی و ترس از چالش‌ها و درنهایت ناگویی خلقی کاهش می‌یابد (۳۴). با توجه به اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر مدیریت و تنظیم هیجانات، کاهش ناگویی خُلقی در زنان مطلقه منطقی به‌نظر می‌رسد.

در بخش دیگری از این پژوهش نتایج نشان داد، آموزش پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری زنان مطلقه اثربخش بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های عراقی و همکاران (۲۲)، رزم‌پوش و همکاران (۳۶) و زارعی و ویسانی (۳۷) همسوست.

این یافتهٔ پژوهش حاضر را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که هدف اصلی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد؛ نه اینکه عملی تنها به‌منظور اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود. یکی از تکنیک‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی است. مهارت‌های شناختی و به‌ویژه فراشناختی مانند ذهن‌آگاهی می‌توانند با افزایش توانایی فرد برای تنظیم هیجانی و مهارت‌های کنارآمدن، تاب‌آوری او را بهبود بخشند (۳۸). عراقی و همکاران نیز همسو با پژوهش حاضر نشان دادند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناامیدی زنان متقاضی طلاق اثربخش است (۲۲). ازآنجاکه افزایش و ارتقای سطح امید موجب بهبودبخشیدن به کیفیت زندگی و تاب‌آوری می‌شود، زنان مطلقه‌ای که سطح امید و تاب‌آوری بیشتری دارند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی کنار بیایند و زیر بار مشکلات خم نشوند و انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند (۲۲). در برنامهٔ آموزش پذیرش و تعهد به افراد آموزش داده می‌شود که تقلایشان برای کنترل حالات احساسی ناخوشایند بی‌فایده است و اغلب رنج بیشتری را به‌دنبال دارد. درواقع استفاده از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با تمرینات ذهن‌آگاهی و تعهد درقبال ارزش‌ها، منجربه کاهش استرس و افسردگی افراد می‌شود (۲۰) و ازاین‌رو در ارتقای سطح تاب‌آوری اثربخش است. از سوی دیگر تاب‌آوری ظرفیتی برای مقاومت دربرابر استرس و ناملایمت‌ها است. روان‌شناسان همیشه سعی کرده‌اند که این قابلیت انسان را برای سازگاری و غلبه بر خطر و سختی‌ها افزایش دهند. افراد و جوامع می‌توانند حتی پس از مصیبت‌های ویرانگر به بازسازی زندگی خود بپردازند. مسیر دستیابی به انعطاف‌پذیری ازطریق کار و توجه به اثرات استرس و وقایع دردناک به‌وجود می‌آید. ارتقای تاب‌آوری سبب رشد افراد در به‌دست‌آوردن تفکر و مهارت‌های خودمدیریتی بهتر و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

دانش بیشتر می‌شود. تاب‌آوری با روابط حمایتی والدین، همسالان و دیگران و همچنین با باورهای فرهنگی و سنتی به افراد برای مقابله با ضربه‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی کمک می‌کند. تاب‌آوری در انواع رفتارها، افکار و اعمال آموخته می‌شود و آن را می‌توان در سراسر دورهٔ زندگی توسعه داد (۱۰)؛ بنابراین درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش به زنان مطلقه باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات و افکار، توجه و حساسیت بیش‌ازحد به مسائل زندگی را کاهش می‌دهد؛ درنتیجه تاب‌آوری آن‌ها بهبود می‌یابد.

بخش دیگر یافته‌های این پژوهش نشان‌دهندهٔ اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی زنان مطلقه بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های اعلمی و همکاران (۲۱)، ورسب و همکاران (۲۵) و یاسائی‌سکه و همکاران (۳۹) همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، افرادی که احساس بهزیستی ذهنی بیشتری دارند، دارای احساس لذت زیاد و ناراحتی کمتری هستند و از زندگی‌شان احساس رضایت می‌کنند. بهزیستی ذهنی شامل دو مؤلفهٔ جداگانه است: مؤلفهٔ نخست، مؤلفهٔ عاطفی است که خود به عواطف مثبت و منفی تقسیم می‌شود؛ مؤلفهٔ دوم، مؤلفهٔ شناختی است که معمولاً به رضایت از زندگی اشاره دارد (۱۲). پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح‌دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طورکه اتفاق می‌افتند کمک می‌کند (۱۵). در درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و اجتناب از پذیرش احساسات و افکار آزاردهنده منجربه تقویت این احساسات و افکار و آزاردهندگی بیشتر می‌شود. این درمان به فرد کمک می‌کند تا به‌جای زندگی در گذشته و آینده، تمرکز خود را متوجه زمان حال کند و بتواند ارزش‌های خود را شناسایی کند؛ حتی باوجود افکار و احساسات آزاردهنده، مطابق ارزش‌ها و اهداف خود عمل کند؛ درواقع فرد یاد می‌گیرد به‌جای تلاش برای کنترل رویدادهای درونی، آن‌ها را بپذیرد و درجهت رسیدن به اهداف و ارزش‌های خود گام بردارد؛ بدین‌ترتیب عملکرد کلی فرد در سطح فردی و خانوادگی بهبود می‌یابد (۳۸)؛ بنابراین سطح بهزیستی ذهنی افراد نیز ارتقاء می‌یابد. همسو با نتایج پژوهش حاضر، یاسائی‌سکه و همکاران نیز طی پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با تکنیک‌های کاربردی ازجمله ذهن‌آگاهی منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در افراد می‌شود (۳۹). ورسب و همکاران نیز همسو با نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه کاهش استرس و افزایش بهزیستی ذهنی می‌شود (۲۵). درواقع از تکنیک‌های مهم‌تر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، آموزش ذهن‌آگاهی است؛ درنتیجهٔ آموزش این درمان، انعطاف‌پذیری در پاسخ به احساسات و افکار ازطریق فرایند ذهن‌آگاهی، پذیرش و تغییر رفتار افزایش می‌یابد (۱۶). افراد تحت درمان با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌آموزند، به‌جای غرق‌شدن در موقعیت‌های ازدست‌رفتهٔ زندگی خود و سختی‌ها و دشواری‌هایی که ممکن است در آینده با آن مواجه شوند، اهداف منطبق بر ارزش‌های خود را شناسایی کنند؛ حتی باوجود افکار و احساسات فرساینده‌ای که موجب افسردگی و کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود، متعهدانه به اهداف خود پایبند باشند تا بتوانند بهتر و کارآمدتر زندگی و شرایط خود را مدیریت کنند و درکنار آرامش روانی و جسمانی و روابط اجتماعی بهتر از زندگی سالم‌تر و شاداب‌تری برخوردار شوند (۱۹).

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. به‌علت محدودیت زمانی، پیگیری و بررسی بلندمدت تأثیر درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر تاب‌آوری، ناگویی خُلقی و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه صورت نگرفت. ازآنجاکه پژوهش حاضر بر زنان مطلقه انجام شد، در تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر گروه‌ها باید جانب احتیاط رعایت شود. باتوجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی‌بر اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و باتوجه به رشد روزافزون آسیب‌های اجتماعی به‌خصوص در بین زنان و فرزندان طلاق پیشنهاد می‌شود، آموزش پذیرش و تعهد از دورهٔ پیش‌دبستانی تا دورهٔ تحصیلات دانشگاهی به‌صورت مستمر در کتاب درسی گنجانده شود تا همهٔ افراد جامعه از سنین کودکی با آن آشنا شوند و در زندگی فردی و اجتماعی از مزایای آن بهره‌مند گردند. همچنین توصیه می‌شود، آموزش مبانی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای مربیان و مشاوران بهزیستی و مدارس به‌منظور توان‌مندسازی آن‌ها گنجانده شود. باتوجه به اینکه گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، بر زنان مطلقهٔ پژوهش حاضر تأثیر داشت، پیشنهاد می‌شود به‌منظور همسوکردن، فرزندان زنان مطلقه نیز هم‌زمان آموزش یادشده را ببینند.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج پژوهش نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب کاهش ناگویی خُلقی زنان مطلقه می‌شود و تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه را ارتقا می‌بخشد؛ بنابراین برای کاهش ناگویی خُلقی و نیز افزایش تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه می‌توان از گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از داوران محترم، مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، مسئولان مربوط در سازمان بهزیستی استان تهران، زنان و نیز تمامی آزمودنی‌های ارجمند که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، سپاسگزاریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، به شمارهٔ تصویب پروپوزال ۹۳۰۵۴۰۲۴۸ در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از سازمان بهزیستی به شمارهٔ ۲۹/۵۸۹۵۳/دد‌ر تاریخ ۳۰ آبان‌ماه ۱۳۹۷ صادر شده است. در این مطالعه ملاحظات اخلاقی به‌شرح زیر رعایت شد: ۱. رضایت آگاهانه و داوطلبانهٔ آزمودنی‌ها؛ ۲. امکان خروج از مطالعه؛ ۳. احترام به حقوق و شخصیت آزمودنی‌ها؛ ۴. رازداری و امانت‌داری از سوی پژوهشگر؛ ۵. جبران خطرات احتمالی در حین مطالعه از سوی پژوهشگر.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

رضایت برای انتشار

غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش در دسترس است؛ ولی با توجه به رعایت حریم شخصی نمی‌توان داده‌های تحقیق را به‌صورت عمومی به اشتراک گذاشت.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

هیچ نهاد و سازمانی در تأمین بودجهٔ پژوهش حاضر سهمی نداشته است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است که نویسندهٔ دوم به‌عنوان استاد راهنما و نویسندهٔ مسئول و نویسندگان دوم و سوم به‌عنوان استادان مشاور در این پژوهش همکاری داشتند.

References

1. Leys C, Arnal C, Kotsou I, Van Hecke E, Fossion P. Pre-eminence of parental conflicts over parental divorce regarding the evolution of depressive and anxiety symptoms among children during adulthood. J Trauma Dissociation. 2020;4(1):100102. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.005
2. Aslanifar E, Bahrami H, Asadzadeh H. Asarbakhshiye gorooh darmani mosbat gera dar erteghaye tabavari va ezzat nafse zanan motallaghe [The effectiveness of positive group therapy in promoting resilience and self-esteem of divorced women]. Cultural Education of Women and Families. 2018;12(42):97–111. [Persian]
3. Yao Z, Xuan Y, Zhu X. Effect of experience information on emotional word processing in alexithymia. J Affect Disord. 2019;259:251–8. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.068
4. Edwards ER, Shivaji S, Micek A, Wupperman P. Distinguishing alexithymia and emotion differentiation conceptualizations through linguistic analysis. Pers Individ Dif. 2020;157:109801. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109801
5. Hahn AM, Simons RM, Simons JS, Welker LE. Prediction of verbal and physical aggression among young adults: a path analysis of alexithymia, impulsivity, and aggression. Psychiatry Res. 2019;273:653–6. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.099
6. Goerlich KS. The multifaceted nature of alexithymia- a neuroscientific perspective. Front Psychol. 2018;9:1614. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01614
7. Alvord MK, Grados JJ. Enhancing resilience in children: a proactive approach. Professional Psychology: Research and Practice. 2005;36(3):238–45. https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.238
8. Valizadeh S. Moghayeseye tabavari, negarani va salamat ravan dar zanan motallaghe va zanan mota'ahel [Comparison of resilience, worry and mental health in divorced women and married women] [Thesis for MSc]. [Gilan, Iran]: Faculty of literature and humanities, University of Gilan; 2015. [Persian]
9. Schann V, Vogele C. Resilience and rejection sensivity mediate long-term outcomes of parental divorce. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2016;25(11):1267-9. doi: 10.1007/s00787-016-0893-7
10. Bunga EB, Ayu Eka NG, Hutasoit EO. Relationship between burnout and resilience of nurses at a private hospital in Indonesia. Clin Nurs. 2020;30(3):49–52. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.025
11. Cilar L, Barr O, Stiglic G, Pajnkihar M. Mental well-being among nursing students in Slovenia and Northern Ireland: a survey. Nurse Educ Pract. 2019;39:130–5. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.07.012
12. Fan X, Lu M. Testing the effect of perceived social support on left-behind children's mental well-being in mainland China: The mediation role of resilience. Child Youth Serv Rev. 2020;109:104695. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104695
13. George LS, Maciejewski PK, Epstein AS, Shen M, Prigerson HG. Advanced cancer patients' changes in accurate prognostic understanding and their psychological well-being. J Pain Symptom Manage. 2020;59(5):983–9. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.12.366
14. Amato PR, Afifi TD. Feeling caught between parents: adult children's relations with parents and subjective well-being. Journal of Marriage and the Family. 2006;68(1):222–35.
15. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. Psychiatr Clin Nor Am. 2017;40(4):751-70. https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009
16. Hajikaram A, Ghamari M, Amirimajd M. Comparison between the effects of group-based acceptance and commitment therapy and group-based reality therapy on work-family conflict & psychological well-being of married female staffs. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2019;24(3):20–33. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/sjku.24.3.20
17. Bennink F. Positive cognitive behavioral therapy: reducing pain to increase success. Khamse A. (Persian translator). Tehran: Arjmand Publications; 2012.
18. Corey G, Corey MS. Groups: process and practice. Bahari S, Randjgar B, Mirhashemi M, Hosseinshahi Baravati H, Naghshbandi S. (Persian translator). Tehran: Ravan Publications; 2018.
19. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Boston, MA: Springer; 2004. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7
20. Julazadeh Ismaili AA, Karimi J, Goodarzi K, Asgari M. Comparison of the effectiveness of couple therapy based on acceptance, commitment and excitement on maladaptive couple depression. Journal of Clinical Psychology. 2021;13(1):47-64. [Persian]. doi: 10.22075/jcp.2021.21084.1934

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

21. Aalami M, Taimory S, Ahi G. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital conflicts and improvement of intimacy in divorce applicant couples. Quarterely Journal of Social Work. 2020;9(3):12-9. [Persian]. http://socialworkmag.ir/article-1-615-fa.html
22. Araqi Y, Bazazian S, Amir Majd M, Qamari M. Comparison of the effectiveness of group training by metacognition and approach based on acceptance and commitment to reduce the frustration of divorced couples. Culture of Counseling Quarterly and Psychotherapy. 2020;11(43):237-66. [Persian]. https://dx.doi.org/10.22054/qccpc.2020.50396.2329
23. Siahpoosh S, Golestanibakht T. The effect of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and emotion regulation in divorced women. Feyz. 2020;24(4):413-23. [Persian] http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3969-fa.html
24. Khaledinia A, Makvandi B, Asgari P, Pasha R. Comparison of group psychotherapy effectiveness based on acceptance and commitment therapy matrix with group behavioral activation therapy on quality of life and alexithymia in depress mood femalesp. Women's Health Bulletin. 2021;8(1):26-36. [Persian] https://dx.doi.org/10.30476/whb.2021.87951.1082
25. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychologicalflexibility during an acceptance and commitment therapy self-help intervention. Int J Clin Health Psychol. 2018;18(1):60-8. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002
26. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Publishing; 2019. [Persian]
27. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty item Toronto Alexithymia Scale–I item selection and cross validation of the factor structure. J Psychosom Res. 1994;38(1):23–32. https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1
28. Khodabakhsh MR, Kiani F. The mediator role of emotion regulation difficulties in relationship between alexithymia and disordered eating behaviors among students Allameh Tabataba'i University, Iran. Qom University of Medical Sciences Journal. 2016;10(2):44–51. [Persian]
29. Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety. 2003;18(2):76–82. http://dx.doi.org/10.1002/da.10113
30. Kord Mirza Nikuzadeh, EZ. Comparison the effectiveness of positive psychotherapy and Adlerian group therapy intervention program for promotion of resiliency in drug dependents. Counseling Culture and Psycotherapy. 2011;2(5):6-32. doi: 10.22054/qccpc.2011.5899
31. Keyes CLM, Magyar-Moe JL. The measurement and utility of adult subjective well-being. In: Lopez SJ, Snyder CR; editors. Positive psychological assessment: a handbook of models and measures. Washington: American Psychological Association; 2003. https://doi.org/10.1037/10612-026
32. Narimani M, Bakhshayesh R. Asar bakhshiye amoozesh paziresh va ta'ahod bar behzistiye ravan shenasi, hayajani va rezayat zanashooe'i zojeyn dar maraz talagh [The effectiveness of acceptance training - commitment to psychological well-being, emotional and marital satisfaction of couples exposed to divorce]. Journal of Counseling Research. 2015;13(52):108–23. [Persian]
33. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. Cogn Behav Pract. 2009;16(4):430–42. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009
34. Mahmoodi Chalbatan H, Motaghi M, Torkashvand R. ACT on recipients having alexithymia under maintenance with methadone. Zanko J Med Sci. 2020;20(67):76-86. [Persian]. http://zanko.muk.ac.ir/article-1-442-fa.html
35. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: three case studies exemplifying a unified treatment protocol. Cognitive and Behavioral Practice. 2009;16(4):368-85. http:doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001
36. Razmpoosh M, Ramezani Kh, Mardpour A, Kolivand PH. The effect of acceptance and commitment training on quality of life and resilience of nurses. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2019;7(1):51-62. [Persian]. doi: 10.29252/shefa.7.1.62
37. Zareie SS, Visani M. Asarbakhshi darman mobtani bar paziresh va ta´ahad bar tabavari dar bimaran mobtala be ofunat HIV m0sbat [Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resilience of patients with positive HIV]. National Conference on New Researches in Management, Economic and Humanistic Sciences, Islamic Azad University, Kazeroun Branch; 2017. [Persian].
38. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc; 2010.
39. Yasaee Seke M, Shafi'abadi A, Valiollah F. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment based therapy (ACT) with mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on anxiety and depression in hemodialysis patients. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2017:19(Special Issue):220-30. https://dx.doi.org/10.22038/jfmh.2017.9127

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]