MEJDS. 2021; 11:208.

Published online 2022 March. **Original Article**

The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Psychological Flexibility and Quality of Life of Divorced Women

Zolfaghari M[1], *Nikooei F[2], Shahbazi Seyed Ahmadiyani A[3], Kohanroozamiri S[4]

Author Address
1. MA of Family Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University Tehran North Branch, Tehran, Iran;
2. MA of General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
3. MA of Counseling and Guidance, Azad Islamic University of Yazd, Yazd, Iran;
4. MA of Counseling and Guidance, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran.
Corresponding Author Email: Fatemenikoe@gmail.com

Received: 2022 January 2; **Accepted:** 2022 March 6

Abstract

Background & Objectives: Divorce is the most important cause of the collapse and disintegration of the structure of the most fundamental part of society, the family, which can be the source of many social ills. The negative effects of divorce will stay with the person for a long time. Due to the increase in divorce rates in recent years, it seems necessary to help each family member after divorce. Because the experience of divorce affects the compatibility of couples and their children in all psychological, physical, social, and emotional dimensions and reduces the performance and inefficiency of family members, all of these issues can affect women's quality of life. Another important indicator of mental health has psychological flexibility, which increases the feeling of intimacy and better interaction in couples. There are several interventions to increase divorced women's psychological flexibility and quality of life. Acceptance and commitment therapy is among the most symptom–modifying interventions. Therefore, the present study aimed to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on divorced women's psychological flexibility and quality of life.

Methods: The present study was semi-experimental in terms of methodology and one of the pre-tests and post-test designs with a control group. The statistical population consisted of all divorced women under the auspices of the Welfare Center of District 18 of Tehran in 2020. The statistical sample consisted of 40 women eligible to participate in the study and was randomly assigned to the experimental and control groups (20 people in each group). Inclusion criteria for divorced women in this study were 1—not using other psychological and psychotherapy services while participating in the study; 2—no psychiatric disorders and no use of psychiatric drugs; 3—Not being under the advice of another group during the research. Criteria for excluding divorced women from the present study included dissatisfaction with continuing to participate, absence from more than two training sessions, and inability to schedule training sessions. The Psychological Flexibility Inventory (Dennis and Vanderwall, 2010) and The World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL–BREF) (World Health Organization, 1996) were used to collect data. Experimental group participants received 12 sessions of acceptance and commitment therapy (Foreman and Herbert, 2008). No intervention was provided for the control group. The research data analysis did in two parts: descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate analysis of covariance) with the help of SPSS statistical analysis software version 22. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The results of the analysis of covariance showed that after eliminating the effect of pretest, acceptance and commitment therapy is effective in increasing psychological flexibility ($p<0.001$) and increasing the quality of life of divorced women ($p<0.001$). In other words, according to Eta squared, the increase in the mean of each of the variables of psychological flexibility and quality of life was 52% and 36%, respectively, affected by the intervention with acceptance and commitment therapy.

Conclusion: Based on the present study results, it is concluded that acceptance and commitment therapy effectively increases psychological flexibility and improves the quality of life of divorced women. So, this therapeutic intervention can be used to improve the Psychological flexibility and quality of life of divorced women.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Psychological flexibility, Quality of life, Divorced women.

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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۲۰۸.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه

مریم ذوالفقاری[۱]، *فاطمه نیکویی[۲]، عاطفه شهبازی سیداحمدیانی[۳]، سوسن کهن‌روز امیری[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد مشاورهٔ خانواده، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد تهران شمال، تهران، ایران؛

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۳. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد یزد، یزد، ایران؛

۴. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد تنکابن، تنکابن، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Fatemenikoe@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۲ دی ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۵ اسفند ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: در کشور ایران آمار طلاق رو به افزایش است؛ تاحدی‌که در حال تبدیل‌شدن به معضلی اجتماعی است؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه انجام گرفت.

روش‌بررسی: روش تحقیق حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی زنان مطلقهٔ تحت پوشش مرکز بهزیستی منطقهٔ هیجده شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونهٔ آماری چهل زن داوطلب و واجد شرایط ورود به پژوهش بودند که با گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه بیست نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰) و پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ـ فرم کوتاه (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) استفاده شد. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، دوازده جلسه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (فورمن و هربرت، ۲۰۰۸) را دریافت کردند. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی زنان مطلقه مؤثر بود ($p<۰/۰۰۱$). باتوجه به مجذور اتا، افزایش میانگین هریک از متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی به‌ترتیب ۵۲درصد و ۳۶درصد متأثر از مداخله با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی زنان مطلقه، می‌توان از این مداخلهٔ درمانی به‌منظور ارتقای سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کیفیت زندگی، زنان مطلقه.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ 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 2026-02-06]

۱ مقدمه

طلاق[1]، عامل مهم‌تر فروپاشی و ازهم‌پاشیدگی ساختار بنیادی‌ترین بخش جامعه یعنی خانواده است که می‌تواند منشأ بسیاری از آسیب‌های اجتماعی باشد؛ تاآنجاکه برخی از محققان آن را استرس بزرگی می‌دانند که فرد در طول زندگی با آن مواجه می‌شود؛ زیرا آثار منفی طلاق برای مدت طولانی در فرد باقی می‌ماند (۱). عواقب تصمیم به قطع رابطهٔ زناشویی قبل از تصمیم به طلاق شروع می‌شود و تا پس از فسخ قطعی و قانونی طلاق آثار خود را خواهد داشت. نرخ طلاق از کشوری به کشور دیگر بسته به فرهنگ آن‌ها تفاوت دارد. آمار طلاق در ایران نیز رو به افزایش است؛ تاآنجاکه در حال تبدیل‌شدن به معضلی اجتماعی است (۲).

بنابراین، باتوجه به افزایش آمار طلاق در سال‌های اخیر، کمک به هریک از اعضای خانواده پس از طلاق ضروری به‌نظر می‌رسد؛ زیرا تجربهٔ طلاق بر سازگاری[2] زوجین و فرزندانشان در تمامی ابعاد روانی، جسمی، اجتماعی و عاطفی تأثیر می‌گذارد و از عملکرد و ناکارآمدی اعضای خانواده می‌کاهد (۳). تمام این موضوعات می‌تواند کیفیت زندگی[3] زنان را تحت‌تأثیر قرار دهد. براساس تعریف گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی ادراک فرد از وضعیت زندگی خود در درون نظام فرهنگی و ارزشی است که در آن زندگی می‌کند و با اهداف، انتظارات، معیارها و علایق او ارتباط دارد (۴،۵). کیفیت زندگی به‌نوعی وضعیت افراد ساکن در یک کشور یا منطقه را نشان می‌دهد (۶). کیفیت زندگی بیانگر آسایش و آرامش ناشی‌از رضایت یا نارضایتی از جنبه‌های مختلف زندگی است (۷،۸). کیفیت زندگی و ارزیابی‌هایی که فرد از کیفیت زندگی خود دارد، در سال‌های اخیر ارزش زیادی پیدا کرده است (۹). نتایج پژوهش مون و همکاران نشان می‌دهد، بسیاری از زمینه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معناداری دارد (۱۰). کیفیت زندگی همیشه شامل پنج بُعد می‌شود که عبارت است از: ۱. فیزیکی؛ ۲. اجتماعی؛ ۳. روانی؛ ۴. معنوی؛ ۵. علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مرتبط با درمان (۱۱). یکی دیگر از شاخص‌های مهم در سلامت روان، داشتن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[4] است که باعث افزایش احساس صمیمیت و تعامل بهتر در زوجین می‌شود (۱۲). در مرحلهٔ اول، بسیاری از تعارضات زناشویی[5] ناشی‌از نبود انعطاف رفتاری و روانی زوجین با یکدیگر است (۱۳). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌معنای توانایی سازگاری با محرک‌های متغیر محیطی است و به‌دلیل تعادل بین عرصه‌های مختلف زندگی، نقش مؤثری در افزایش سلامت و کیفیت زندگی دارد. افرادی که در مواجهه با موقعیت‌ها و رویدادهای چالش‌برانگیز انعطاف‌پذیر هستند، ابتدا آن‌ها را می‌پذیرند. سپس به‌طور مثبت چارچوب ذهنی خود را بازسازی می‌کنند و درنهایت سعی دارند راهبردهای انطباقی برای مقابله با آن‌ها به‌کار برند (۱۴). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌منزلهٔ یکی از جنبه‌های مهم عملکرد اجرایی، توانایی انطباق مؤثر با تغییرات تعریف شده است (۱۵). افراد با سطوح بیشتر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی علائم تعارض کمتری را تجربه می‌کنند (۱۶).

مداخلات مختلفی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه وجود دارد. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[6] ازجمله مداخلات تعدیل‌کنندهٔ بیشتر علائم است. درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش رویکردی فرایندمدار به‌شمار می‌رود که به‌عنوان یکی از روان‌درمانی‌های موج سوم شناخته شده است. استیون هیز و همکارانش از اوایل دههٔ ۱۹۸۰ این درمان را معرفی کردند که با نام اختصاری ACT شناخته شد و دارای ریشه‌های عمیق فلسفی به‌نام زمینه‌گرایی عملکردی[7] است. این نظریه مبتنی‌بر تئوری روابط ذهنی است که تعیین می‌کند چگونه رنج ناشی‌از ذهن انسان و روش‌های بی‌فایدهٔ مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای، جایگزینی برای این حوزه‌ها است (۱۷). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد نامش را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد؛ آنچه خارج از کنترل شخصیت شما است، بپذیرید و به چیزی که زندگی شما را غنی می‌کند، متعهد شوید. در این رویکرد، برخلاف درمان شناختی سنتی، محتوای فکرها و عقاید مُراجعان بررسی نمی‌شود. درعوض آن، فرایندهای ایجاد آسیب‌شناسی روانی در بافت مشکل مدنظر قرار می‌گیرد (۱۸). دو مفهوم کلیدی در این نوع درمان عبارت است از: انعطاف‌پذیری روانی و اجتناب تجربی[8]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌معنای توانایی برگزیدن عمل و رفتاری است که بین گزینه‌های مختلف مناسب‌تر است؛ نه فقط اقدامی برای فرار از احساسات، هیجانات و افکار و درخواست مزاحم و تحمیل‌شده (۱۹). همچنین اجتناب تجربی موقعی رخ می‌دهد که افراد گرایشی به ماندن در بعضی تجربه‌های خصوصی خود ندارند و به‌دنبال راهی برای تغییر تجربیات هستند (۲۰).

نداف و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار خودآیند منفی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأثیر معناداری دارد (۲۱). در پژوهش منصوری و رسولی مشخص شد، گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش صمیمیت زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی و امید مؤثر است (۲۲). محمدی و همکاران در تحقیق خود دریافتند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، تأثیر معنادار دارد (۲۳). در پژوهش حسینی‌نژاد و همکاران مشخص شد، مشاورهٔ شناختی‌رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مؤثر است (۲۴). محدث شکوری گنجوی و همکاران در تحقیقی دریافتند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت نوع دو، اثربخشی دارد (۲۵). جانسن و موریس با بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان افسردگی سالمندان مبتلا به افسردگی نشان دادند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث کاهش سطح تضاد شناختی سالمندان افسرده می‌شود (۲۶). چیونز و همکاران در مطالعهٔ خود دریافتند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش امید، معنای زندگی، اعتمادبه‌نفس و کاهش علائم افسردگی و اضطراب مؤثر است.

---

1. Divorce
2. Compatibility
3. Quality of Life
4. Psychological flexibility
5. Marital conflicts
6. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
7. Functional context
8. Experimental avoid

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

همچنین آن‌ها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مداخله براساس پذیرش و تعهد می‌تواند نیروی روان‌شناسی مثبت‌نگر را افزایش دهد و برخی از علائم ناراحتی‌های روانی را کم کند (۲۷).

باتوجه به مطالب گفته‌شده و نظر به افزایش پدیدهٔ طلاق و به‌دنبال آن بروز مشکلات برای زنان مطلقه و نیز شکل‌گیری ناتوانی‌های عدیده در خانواده، لزوم توجه به ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه به‌عنوان قشری از جامعه که درمعرض آسیب هستند، اهمیت خاصی پیدا می‌کند. حال باتوجه به نقش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی خوب و ازطرفی نبود پژوهش کافی در زمینهٔ اثر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه، پژوهشگران بر آن شدند تا تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی این افراد بررسی کنند. ضرورت انجام این پژوهش زمانی نمایان‌تر است که توجه شود، وجودنداشتن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی ضعیف برای زنان در فرایند طلاق امری کتمان‌ناپذیر است و همین امر می‌تواند بسیاری از عملکردهای شخصی و اجتماعی زنان مطلقه را تحت‌تأثیر خود قرار دهد؛ بر این اساس این زنان باید تحت حمایت‌هایی قرار گیرند. یکی از این درمان‌ها و حمایت‌ها، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای زنان مطلقه است که در این زمینه تحقیقات کمتری انجام شده است؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه صورت گرفت.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی زنان مطلقهٔ تحت پوشش مرکز بهزیستی منطقهٔ هیجده شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونهٔ آماری چهل زن داوطلب و واجد شرایط ورود به پژوهش بودند که با گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه بیست نفر) قرار گرفتند؛ زیرا برای پژوهش‌هایی از نوع آزمایشی و علّی‌مقایسه‌ای، حجم نمونه حداقل پانزده نفر در هر گروه توصیه می‌شود (۲۸). معیارهای ورود زنان مطلقه در این مطالعه عبارت بود از: استفاده‌نکردن از خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانگری دیگر هم‌زمان با شرکت در پژوهش؛ نداشتن اختلالات روان‌پزشکی و مصرف‌نکردن داروهای روان‌پزشکی؛ قرارنداشتن تحت مشاورهٔ گروهی دیگر در مدت انجام پژوهش. معیارهای خروج زنان مطلقه از پژوهش حاضر شامل رضایت‌نداشتن از ادامهٔ شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات آموزشی و ناتوانی در انجام برنامه‌های جلسات آموزشی بود. در این پژوهش باتوجه به شیوع کرونا، جلسات ازطریق پلت‌فرم اسکای‌روم انجام گرفت و تمامی زنان مطلقه شرکت‌کننده در گروه آزمایش و گروه گواه به‌دلایل اخلاقی و قرارداد با پژوهشگر در جلسات شرکت کردند و به همین علت افت آزمودنی وجود نداشت.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از تمامی آزمودنی‌های پژوهش فرم رضایت آگاهانهٔ شرکت در پژوهش دریافت شد. به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آزمودنی به‌صورت محرمانه نزد پژوهشگر باقی می‌ماند و نتایج حاصل از این پژوهش به‌شکل کلی و بدون اشاره به اطلاعات شخص منتشر خواهد شد. همچنین به آزمودنی‌های گروه آزمایش اطلاع داده شد هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامهٔ مداخله انصراف دهند. به گروه گواه نیز گفته شد در صورت تمایل، مداخلهٔ ارائه‌شده برای گروه آزمایش پس از اتمام فرایند پژوهش برای آن‌ها نیز ارائه می‌شود.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[1] : این پرسش‌نامه توسط دنیس و وندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شد (۲۹). این پرسش‌نامه مشتمل بر بیست سؤال است و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر به‌کار می‌رود. پرسش‌نامه براساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از امتیاز خیلی مخالفم (۱) تا خیلی موافقم (۷) درجه‌بندی شده است. نمره‌های بیشتر، انعطاف‌پذیری روانی بیشتر را نشان می‌دهد. حداقل نمره در پرسش‌نامه ۲۰ و حداکثر نمره ۱۴۰ است (۲۹). دنیس و وندروال در پژوهشی نشان دادند، پرسش‌نامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی هم‌زمان مناسبی برخوردار است. این پژوهشگران پایایی را به‌روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه، ادراک کنترل و ادراک گزینه‌های مختلف، به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ گزارش کردند (۲۹). در پژوهش کهندانی و ابوالمعالی و الحسینی، همسانی درونی نمرهٔ کل پرسش‌نامه و دو عامل پردازش حل مسئله و ادراک کنترل‌پذیری به‌ترتیب معادل ۰/۸۹۳ و ۰/۷۷۹ و ۰/۸۱ به‌دست آمد. نمرهٔ کل پرسش‌نامهٔ انعطاف‌پذیری شناختی و دو عامل آن یعنی پردازش حل مسئله و ادراک کنترل‌پذیری، رابطهٔ معناداری با نمرهٔ کلی پرسش‌نامهٔ افسردگی بک[2] داشت که به‌ترتیب معادل ۰/۶۶۵ـ، ۰/۵۷۷ و ۰/۵۹۷ـ بود (۳۰).

ـ پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ـ فرم کوتاه[3]: این پرسش‌نامهٔ ۲۶سؤالی در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان بهداشت جهانی ساخته و در کشورهای مختلف بررسی شد (۳۱). این ابزار با ۲۶ سؤال، جنبه‌های مثبت و منفی کیفیت زندگی را در چهار حیطهٔ اصلی سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط زندگی می‌سنجد. این ابعاد، به‌ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است. دو سؤال اول به هیچ‌یک از ابعاد تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به‌شکل کلی ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری سؤالات براساس درجه‌بندی پنج‌تایی لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است که نمرهٔ ۱ درک منفی و کم و نمرهٔ ۵ درک مثبت و زیاد را نشان می‌دهد (۳۰). سازمان بهداشت جهانی پایایی این ابزار را در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۷۰ گزارش کرد (۳۰). نتایج پژوهش اسکوینگتون و همکاران دربارهٔ مشخصات روان‌سنجی فرم

[1]. Cognitive Flexibility Inventory

[2]. Beck Depression Inventory

[3]. The World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

کوتاه پرسش‌نامه در خارج از کشور، بیانگر اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا و پایایی درونی مطلوب آن بود و آلفای کرونباخ برای سلامت روانی ۰/۷۶، سلامت جسمی ۰/۸۰، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و سلامت محیط ۰/۸۰ گزارش شد (۳۲). در مطالعهٔ نجات و همکاران، برای بررسی اعتبار و روایی این پرسش‌نامه، پژوهشی روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت‌کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. نتایج اعتبار با روش بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ به‌دست آمد (۳۳).

ـ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش، در دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی فورمن و هربرت اجرا شد (۱۹). روایی این پروتکل توسط فورمن و هربرت به تأیید رسید (۱۹). قبل از استفاده از برنامهٔ درمانی مذکور در پژوهش حاضر، روایی محتوای این پروتکل به‌طور مجدد توسط دو نفر از روان‌شناسان بالینی دارای مدرک دکتری و حداقل بیش از ده سال سابقهٔ کار بالینی بررسی شد و به تأیید رسید. برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا و فنون و شرح جلسه
اول	آشناکردن بیشتر مُراجع با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و اهداف درمانی و ارتباط دادن آن با ارزش‌های مُراجع
دوم	افزایش آگاهی مُراجع از مهارکردن فراگیر احساسات شخصی
سوم	مربوط‌کردن موقعیت‌های اختصاصی به‌عنوان هدف گسلش و فعالیت پذیرش شروع متمرکزکردن توجه مُراجع روی فرایند کلامی‌سازی به‌جای محتواسازی
چهارم	تمایز خودارزیابی و توصیف خود تمرین ذهن‌آگاهی، بررسی تکلیف تمایز بین خودارزیابی و توصیف خود
پنجم	پرداختن به گسلش (جداسازی تجارب ذهنی از خود) تمرین ذهن‌آگاهی، ارائهٔ تکلیف توسعهٔ تمرین ذهن‌آگاهی برای اجرا در فعالیت‌های روزانه
ششم	کامل‌کردن گسلش از داستان زندگی، توسعهٔ ذهن‌آگاهی به نقش توسعهٔ بیشتر برتری احساس خود
هفتم	کامل‌کردن توالی تمرین ذهن‌آگاهی با تعمیم آن به افکار و احساسات، اندازه‌گیری و توضیح ارزش‌های مُراجع، سنجش اهداف متناسب با ارزش‌ها
هشتم	مصمم‌شدن برای وضع تمرین ذهن‌آگاهی بیشتر روشن و واضح‌کردن ماهیت عمل متعهد (تعهد)، نشان‌دادن راه‌های بیشتر مدیریت موانع ارتقای بیشتر عمل متعهد ازطریق تکالیف
نهم	ادامه‌دادن به فعالیت‌های مرتبط با ارزش‌ها، افزایش تمایل برای تجربهٔ افکار و احساسات ناخواسته‌ای که عمل متعهد را به‌طور مداوم احاطه کرده است.
دهم	آشکارکردن تمایز بین فرایند و نتیجهٔ عمل
یازدهم	ارتقای بیشتر ذهن‌آگاهی فرایند واکنش درمانگر و مُراجع به پایان درمان
دوازدهم	تکرار و یادآوری استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی که ارتقای نگهداری منافع درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر آن استوار است.

تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش در دو بخش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیری) به‌کمک نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش چهل نفر از زنان مطلقه بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه، به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۲ ارائه شده است.

قبل از اجرای روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، به بررسی رعایت پیش‌فرض‌های آن ازقبیل نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، همسانی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس و همگنی واریانس‌های خطا، اقدام شد. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها (p>۰/۰۵)، نتایج آزمون باکس به‌منظور بررسی مفروضهٔ همسانی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس (p>۰/۰۵، F=۱/۱۱)، نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضهٔ همگنی واریانس‌های خطا برای متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (p>۰/۰۵، F=۰/۲۰) و برای متغیر کیفیت زندگی (p>۰/۰۵، F=۱/۹۳)، همگی بیانگر برقراری این مفروضه‌ها بود؛ بنابراین از تحلیل کوواریانس چندمتغیری به‌منظور مقایسهٔ میانگین نمره‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی در پس‌آزمون، استفاده شد.

براساس یافته‌های جدول ۲، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی زنان مطلقه مؤثر بود (p<۰/۰۰۱). به بیان دیگر باتوجه به مجذور اتا، افزایش میانگین هریک از متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی به‌ترتیب ۵۲درصد و ۳۶درصد متأثر از مداخله با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	آزمایش	۷۶/۸۶	۱۰/۸	۹۹/۶۰	۱۲/۳۴	۳۰/۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۲
	گواه	۷۹/۴۰	۱۳/۵۹	۷۸/۳۳	۱۰/۸۰			
کیفیت زندگی	آزمایش	۷۱/۹۱	۸/۰۲	۸۶/۹۱	۷/۴۶	۱۴/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۶
	گواه	۷۶/۵۰	۷/۱۲	۸۳/۰۰	۷/۶۶			

۴ بحث

هدف از انجام این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه بود. نتایج نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های نداف و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار خودایند منفی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (۲۱)، حسینی‌نژاد و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (۲۴) و جانسن و موریس مبنی‌بر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان افسردگی (۲۶)، همسوست.

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مطلقه می‌توان گفت، فرایندهای محوری درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در این پژوهش به‌دنبال آن بود که به زنان یاد دهد، فنونی را که برای کنترل فکر به‌کار گرفتند رها سازند، چگونه با افکار مزاحم و اضطراب‌زا در هم نیامیزند و چگونه هیجاناتشان را مدیریت و کنترل کنند. استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود افراد از موقعیت‌ها و افکار افسرده‌ساز کمتر احساس رنج کنند (۲۶). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افکار و رفتار به‌شکلی مستقیم متمرکز نمی‌شود؛ ولی با استفاده از فنون و گسلش، هیجان‌های ناخوشایند سیری نزولی در پیش می‌گیرد و به نسبت آن افکار و رفتار افسرده‌ساز نیز کاهش می‌یابد (۲۱) و به بهبود انعطاف‌پذیری روانی زنان مطلقه یاری می‌رساند. یکی از فنون مهم در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها برای مُراجع است؛ چنان‌که به‌جای ارزش‌های تعریف‌شده در فرایند شناختی مُراجع، ارزش‌های جدید تعریف و جایگزین می‌شود (۱۸). این ارزش‌گذاری مجدد در فرایند شناختی زنان مطلقه، از میزان پردازش‌های شناختی ناکارآمد آنان می‌کاهد و نتیجهٔ این کاهش، نزول فراوانی رفتار و اعمال اجبارآمیز را در پی دارد. انعطاف‌پذیری شناختی نیز به افراد می‌آموزد که وجود افکار ناامیدکننده خود به‌عنوان مشکل و مسئلهٔ اصلی به‌شمار نمی‌رود؛ بلکه مسئلهٔ اصلی اقدام درجهت پاسخ‌دادن به این افکار است (۱۲). درحقیقت درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تمرکز کمتری بر نشانه دارد و بیشتر متمرکز بر افزایش کیفیت زندگی و شادکامی است. این درمان با بیان ارزش‌ها موجب وضوح و پررنگ‌شدن مفاهیم مهم در زندگی هر فرد می‌شود و به او تعهد را درقبال هریک از این ارزش‌ها یادآوری می‌کند؛ همچنین به فرد کمک می‌کند، با تغییر رفتار و سبک زندگی فعلی و حرکت به‌سمت ارزش‌ها به بهبود سلامت بپردازد (۱۹).

یافتهٔ دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمایش شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های منصوری و رسولی مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی و صمیمیت زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی (۲۲)، محمدی و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی تهران (۲۳) و محدث شکوری گنجوی و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت نوع دو (۲۵)، همسوست.

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مطلقه می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا تجربه‌های درونی خود را به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و به‌جای پاسخ به آن‌ها به ارزش‌های زندگی و اموری که برایشان بااهمیت است، بپردازند. این درمان از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش کیفیت زندگی استفاده می‌کند که می‌تواند با کاهش نشخوار فکری، در افزایش تاب‌آوری در نحوهٔ پاسخدهی به مشکلات و کاهش اجتناب شناختی در افزایش کیفیت زندگی مؤثر باشد (۱۹). در این پژوهش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، به افراد یاد داد تجارب ناخوشایند زندگی را فعالانه و آگاهانه بپذیرند؛ بدون اینکه فرد بی‌جهت برای تغییر شرایط زندگی خود تلاش کند یا سعی در تحمل شرایط ناخوشایند داشته باشد؛ یعنی افراد یاد گرفتند که چگونه فعالانه و مشتاقانه با عواطف و خاطرات و احساسات جسمانی و افکار خود روبه‌رو شوند (۲۳). در این درمان کمک می‌شود تا افراد مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرند و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری کنند. درواقع این درمان به‌دنبال متعادل‌کردن شیوه‌های مناسب با موقعیت است. در حوزه‌های تغییرپذیر مثل رفتار آشکار، بر تغییر متمرکز است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست نظیر فشارخون، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن‌آگاهی تمرکز دارد. هرچه افراد کنترل و تسلط‌شان بر محیط زندگی و به‌خصوص شرایط استرس‌آفرین بیشتر باشد، احساس رضایت درونی، خودکارآمدی و خودباوری آن‌ها بیشتر است و از بهزیستی روانی مطلوب‌تری برخوردار می‌شوند (۲۵). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد نامش را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد؛ آنچه خارج از کنترل شخصیت شما است، بپذیرید و به چیزی که زندگی شما

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

را غنی می‌کند، متعهد شوید. در این رویکرد برخلاف درمان شناختی سنتی، محتوای فکرها و عقاید مُراجعان بررسی نمی‌شود. درعوض آن، فرایندهای ایجاد آسیب‌شناسی روانی در بافت مشکل مدنظر قرار می‌گیرد (۱۸). در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر مفاهیمی چون کنترل، مسئولیت‌پذیری و انتخاب تأکید می‌شود که می‌تواند بر افزایش کیفیت زندگی افراد تأثیر بگذارد (۲۲). به افراد در این رویکرد آموخته می‌شود که هرگونه عملی به‌منظور اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و باید تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش برای حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. پذیرش مشکلات کمک می‌کند تا افراد دید درستی به خود و زندگی داشته باشند و بدین‌ترتیب، با افزایش پذیرش و تعهد کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد (۲۵).

در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت؛ جامعه فقط شامل زنان مطلقهٔ مراجعه‌کننده به مرکز بهزیستی منطقهٔ هیجده تهران بود؛ ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بعدی، بر زنان مطلقهٔ جوامع دیگر صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش متغیرهای پژوهش بود که می‌تواند تحت‌تأثیر بحث مطلوبیت اجتماعی قرار گیرد؛ بنابراین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی علاوه‌بر پرسش‌نامه، سایر ابزارهای اندازه‌گیری همچون مصاحبه‌های بالینی به‌کار رود. همچنین پیشنهاد می‌شود روش درمانی به‌کاررفته در این مطالعه به‌صورت گسترده‌تر و در قالب کارگاه‌های آموزشی برای طیف گستردهٔ زنان مطلقه استفاده شود و با افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی زنان مطلقه، سلامت روان آن‌ها نیز افزایش یابد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی می‌شود؛ بنابراین روش درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد روشی کارآمد، کاربردی و مؤثر در بهبود سلامت روان زنان مطلقه است و می‌تواند توسط مشاوران و درمانگران برای بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزانی که به‌نوعی در اجرای این پژوهش نقش داشتند و روند اجرای آن را تسهیل کردند، قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی ازجمله رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه‌بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه، رعایت صداقت در هنگام تحلیل داده‌ها و تحریف‌نکردن آن‌ها، درنظرگرفتن زمانی برای استراحت شرکت‌کنندگان و توجه به رفاه اعضای گروه و اجتناب از ایجاد ناراحتی برای آن‌ها رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم ازطریق مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقالهٔ حاضر به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با هزینهٔ شخصی محققان انجام شده است و تحت حمایت مالی هیچ سازمان و مؤسسه‌ای قرار ندارد.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول عهده‌دار گردآوری پیشینهٔ پژوهش بود و نظارت مستقیم بر اجرای پژوهش را انجام داد. نویسندهٔ دوم مقاله جمع‌آوری داده‌ها و آموزش اثربخشی را بر عهده داشت. نویسندگان سوم و چهارم داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کردند و نگارش مقاله را بر عهده داشتند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Lin I, Brown SL. Consequences of later-life divorce and widowhood for adult well-being: a call for the convalescence model. J Fam Theory Rev. 2020;12(2):264–77. https://doi.org/10.1111/jftr.12366
2. Qamar AH, Faizan HF. Reasons, impact, and post-divorce adjustment: lived experience of divorced women in Pakistan. Journal of Divorce & Remarriage. 2021;62(5):349–73. https://doi.org/10.1080/10502556.2021.1871840
3. Amato PR, James S. Divorce in Europe and the United States: commonalities and differences across nations. Family Science. 2010;1(1):2–13. http://dx.doi.org/10.1080/19424620903381583
4. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993;2(2):153–9. http://dx.doi.org/10.1007/BF00435734
5. Spivey CA, Stallworth S, Olivier E, Chisholm-Burns MA. Examination of the relationship between health-related quality of life and academic performance among student pharmacists. Curr Pharm Teach Learn. 2020;12(11):1304–10. https://doi.org/10.1016/j.cptl.2020.04.032
6. Rahnama A, Hossein Sabet F. Effectiveness of cognitive behavioral group therapy on reducing primary sleep disorders and improvement of quality of life in rotating shift Nurses. J Police Med. 2019;8(2):59–63. [Persian] https://doi.org/10.30505/8.2.59

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

7. Lu L, Xu DD, Liu HZ, Zhang L, Ng CH, Ungvari GS, et al. Internet addiction in Tibetan and Han Chinese middle school students: prevalence, demographics and quality of life. Psychiatry Res. 2018;268:131–6. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.005
8. Narimani M, Yosefi F, Kazemi R. The role of attachment styles and quality of life in predicting psychological well-being in adolescents with learning disabilities. Journal of Learning Disability. 2014;3(4):143–50. [Persian] http://jld.uma.ac.ir/article_193.html?lang=en
9. Narimani M, Ghaffari M. The role of moral and social intelligence in predicting resiliency and quality of life in parents of children with learning disabilities. Journal of Learning Disability. 2016;5(2):127–33. [Persian] http://jld.uma.ac.ir/article_395.html?lang=en
10. Moon HJ, Yoo S, Cho YW. The effect of chronotype and social jetlag on sleep, mental health, quality of life, and academic performance of medical students. J Neurol Sci. 2017;381:296. https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.08.841
11. Nejat S. Quality of life and its measurement. Iranian Journal of Epidemiology. 2008;4(2):57–62. [Persian] http://irje.tums.ac.ir/article-1-146-en.html
12. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. Behav Res Ther. 2010;48(10):974–83. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002
13. Asarnow JR, Jaycox LH, Tompson MC. Depression in youth: psychosocial interventions. J Clin Child Adolesc Psychol. 2001;30(1):33–47. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3001_5
14. Richardson CME, Jost SA. Psychological flexibility as a mediator of the association between early life trauma and psychological symptoms. Pers Individ Dif. 2019;141:101–6. http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.029
15. Darby KP, Castro L, Wasserman EA, Sloutsky VM. Cognitive flexibility and memory in pigeons, human children, and adults. Cognition. 2018;177:30–40. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2018.03.015
16. Davis AK, Barrett FS, Griffiths RR. Psychological flexibility mediates the relations between acute psychedelic effects and subjective decreases in depression and anxiety. J Contextual Behav Sci. 2020;15:39–45. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.004
17. Petkus AJ, Wetherell JL. Acceptance and commitment therapy with older adults: rationale and considerations. Cogn Behav Pract. 2013;20(1):47–56. https://dx.doi.org/10.1016j.cbpra.2011.07.004
18. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006
19. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher JE; editors. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. New York: John Wiley & Sons, Inc; 2009.
20. Rostami M, Rasouli M, Kasaee A. Comparison of the effect of group counseling based on spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the quality of life the elderly. Biannual of Journal of Applied Counseling (JAC). 2018;9(1):87–110. [Persian] https://jac.scu.ac.ir/article_14605.html?lang=en
21. Naddaf S, Sharifi T, Ghazanfari A, Charami M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the negative automatic thoughts and psychological flexibility of depressed clients at consultation centers. Journal of Analytical-Cognitive Psychology. 2021;12(47):39–52. [Persian]
22. Mansouri N, Rasouli A. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment to increase the life expectancy, marital intimacy and reducing the marital conflicts of women. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2019;7(1):82–8. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-1218-en.html
23. Mohammadi Z, Borjali A, Sohrabi F. Effectiveness based on acceptance and commitment therapy on quality of life women heads of household conducted in Tehran welfare organization. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018;5(5):81–91. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.5.5.81
24. Hoseininezhad N, Alborzi M, Mam Sharifi P. Effectiveness of cognitive behavioral counseling based on acceptance and commitment therapy (ACT) for psychological flexibility in drug-abusing mothers. Journal of Psychological Science. 2022;20(107):2011–25. [Persian] http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.107.2011
25. Mohaddes Shakouri Ganjavi L, Ahadi H, Jomehri F, Khalatbari J. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life in women with type 2 diabetes. Journal of Analytical - Cognitive Psychology. 2021;12(47):1–11. [Persian]
26. Jansen JE, Morris EMJ. Acceptance and commitment therapy for posttraumatic stress disorder in early psychosis: a case series. Cogn Behav Pract 2017;24(2):187–99. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.04.003
27. Cheavens JS, Feldman DB, Gum A, Michael ST, Snyder CR. Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. Soc Indic Res. 2006;77(1):61–78. https://doi.org/10.1007/s11205-005-5553-0
28. Delavar A. Research method in psychology and educational sciences. Tehran: Virayesh; 2019
29. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: instrument development and estimates of reliability and validity. Cogn Ther Res. 2010;34(3):241–53. https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

30. Kohandani M, Abolmaali Alhosseini Kh. Factor structure and psychometric properties of Persian version of cognitive flexibility of Dennis, Vander Wal and Jillon. Psychological Methods and Models. 2018;8(29):53–70. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_2556.html?lang=en
31. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: Programme on Mental Health, World Health Organization; 1996.
32. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual Life Res. 2004;13(2):299–310. https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
33. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006;4(4):1–12. [Persian] http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.html

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]