

# The Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Therapy in Reducing Depressive Symptoms, Irrational Beliefs and Psychological Well-Being of Women

## ARTICLE INFO

**Article Type**  
Research Article

### Authors

Hamideh Shojaee Fadafan<sup>1</sup>  
Mahmoud Jajarmi<sup>2\*</sup>  
Hossein Mahdian<sup>3</sup>

### How to cite this article

Shojaee Fadafan H, Jajarmi M, Mahdian H, The Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Therapy in Reducing Depressive Symptoms, Irrational Beliefs and Psychological Well-Being of Women, *Journal of Quran and Medicine*. 2023; 7(4): 181-189.

1. PhD student, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran. (Corresponding Author).
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

### \* Correspondence:

Address:  
Phone:  
Email: Mahmoud.Jajarmi@gmail.com

## ABSTRACT

Given the importance and position of women in the family, it seems that measures should be taken for their mental health. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on depressive symptoms, irrational beliefs and mental psychological well-being of women. This quasi-experimental study was a pre-test, post-test and follow-up after three months. The statistical population included women who referred to Mehregan Counseling Center in Mashhad who had referred in 2019. Among them, 30 women with depressive symptoms were randomly selected and randomly divided into an experimental group and a control group awaiting treatment. To collect the data, the Irrational Beliefs Questionnaire, Beck Depression Inventory and Ryff Psychological Well-Being Scale were used. The results of repeated measures analysis of variance showed that acceptance and commitment-based therapy is effective in reducing depressive symptoms and irrational beliefs as well as increasing women's psychological well-being. Therefore, acceptance and commitment therapy can be effective in reducing depression, irrational beliefs and increasing women's psychological well-being. It is suggested that by using these variables by medical centers, other relevant organs and organizations, an effective step can be taken to improve the mental health status of women.

**Keywords:** Women, Psychological well-being, Depression, Irrational beliefs, Acceptance and commitment therapy

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش

## علائم افسردگی، باورهای غیرمنطقی و بهزیستی

## روانشناختی مبتنی بر سلامت زنان

حمیده شجاعی فدافن<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

محمود جاجرمی<sup>۲\*</sup>

استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

حسین مهدیان<sup>۳</sup>

استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

## چکیده

با توجه به اهمیت و جایگاه نقش زن در خانواده، به نظر می‌رسد باید اقداماتی جهت سلامت روانی آنان صورت گیرد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی، باورهای غیرمنطقی و بهزیستی روانشناختی ذهنی زنان انجام شد. این پژوهش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پس‌از سه ماه بوده است. جامعه آماری شامل زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره مهرگان مشهد بودند که در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. از بین آنها ۳۰ زن دارای علائم افسردگی به صورت دردسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل در انتظار درمان تقسیم شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز، افسردگی بک و بهزیستی روانشناختی ریف استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی و باورهای غیرمنطقی و همچنین افزایش بهزیستی روانشناختی زنان مؤثر است. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر کاهش افسردگی، باورهای غیرمنطقی و افزایش بهزیستی روانشناختی زنان مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود با به کارگیری این متغیرها از سوی مراکز درمانی، سایر ارگان‌ها و سازمان‌های مرتبط بتوان در راستای بهبود وضعیت سلامت روان زنان گامی مؤثر برداشت.

واژگان کلیدی: زنان، بهزیستی روانشناختی، افسردگی، باورهای غیرمنطقی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۵

\*نویسنده مسئول: Mahmoud.Jajarmi@gmail.com

## مقدمه

خانواده اصلی‌ترین نهاد جامعه و مهم‌ترین واحد از رفتار اجتماعی است و بسیاری از تحقیقات علوم اجتماعی بر اساس این نهاد پایه ریزی شده است. امروزه تلاش جهت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری، به سمت خانواده سوق یافته است. در زندگی زنان در عرصه های خانواده و جامعه، تنگناهایی وجود دارد که به دلیل نابرابری های جنسیتی، گزینه های در دسترس زنان را محدود کرده و به آنان اجازه انتخاب نمی دهد. مهم ترین عرصه فعالیت زنان به طور سنتی خانواده بوده است. خانه داری، شاید در ابتدا مفهومی بدیهی و مانوس به نظر برسد، اما در واقع همین واژه آبخشور چالش های عمیق روانی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی فراوانی است. عدم فعالیت اجتماعی و کسب استقلال مالی می تواند بهزیستی روانشناختی زنان را با آسیب مواجه ساخته و منجر به باورهای غیرمنطقی یا علائم افسردگی شود. همچنین، اگرچه زنان عمر طولانی تری به نسبت مردان دارند؛ اما بیشتر دچار بیماری های جسمی و روانی از جمله افسردگی، کاهش بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی می شوند(۱).

بهزیستی از دو اصطلاح Well یعنی "خوبی و برخورداری از مولفه های خوشایند" و واژه being به معنای "وجود، بودن و هستی" تشکیل شده است. بهزیستی روانشناختی به عنوان یک سازه چندبعدی، اجزا شناختی و هیجانی را شامل می گردد. زنانی که بهزیستی بهتری دارند، غالباً هیجان مثبت دارند و در برخورد با حوادث و اتفاقات نگاهی مطلوب دارند، درحالی که زنان با بهزیستی پایین تر اغلب درگیر هیجان های منفی مانند افسردگی و اضطراب هستند (۲). به عنوان مثال، نتایج چند پژوهش نشان داده است که زنان خانه دار، نسبت به سایر زنان، بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی کمتر و باورهای غیرمنطقی و علائم افسردگی بیشتری را تجربه می کنند. نقطه مقابل سلامت روانی و بهزیستی، درماندگی روانشناختی و به طور اخص اختلال افسردگی است. افسردگی شایع ترین اختلال در طول زندگی با شیوع ۱۶/۶ درصدی است. برخی از مطالعات نشان داده اند افسردگی با ناتوانی در کسب مولفه های بهزیستی روان شناختی مرتبط است(۳).

بی گمان افسردگی، مشکل واقعی زنان به شمار می آید. زنان به این دلیل افسرده می شوند که در کار خانه یا شغل پایین خود پاداش کافی دریافت نمی کنند، یا به دلیل داشتن فرزندان خردسال از معاشرت با دیگران محرومند. برعکس زنانی که در پایگاه های اجتماعی بالاتری اشتغال دارند و از تحقیقات بالاتری برخوردارند، کمتر از افسردگی رنج می برند. مطالعات در زمینه عوامل مرتبط با افسردگی، نتایج متعددی را مطرح کرده اند، اما تقریباً همیشه در زنان شیوع افسردگی بیشتر از مردان بوده است. به عنوان مثال، طبق مطالعات انجام شده، شیوع بیماری های روانی به خصوص افسردگی و اضطراب در زنان ایرانی ۲/۵ برابر مردان ایرانی است. از عواملی

را تنظیم کند و برای رسیدن به آن‌ها متعهدانه و موثر عمل کند (۱۱).

تاکنون پژوهش‌های مختلفی در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت گرفته است که به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیشگیری از عود در بیماران وابسته به مت آمفتامین؛ به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی حین بارداری زنان؛ به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی ناکارآمد و سازگاری زناشویی زنان ناسازگار؛ به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به فرزند اتیسم؛ و به بررسی تاثیر این درمان بر اختلالات روان پریشی پرداختند و نتایج حاکی از اثربخشی آن بود (۱۲، ۱۳). از این رو، با توجه به اهمیت نقش زنان در تحکیم ساختار خانواده، به نظر می‌رسد سلامت روانی زنان حائز اهمیت می‌باشد که در مطالعات کمتر به آن پرداخته شده است. لذا، با توجه به پیشرفت درمان‌های موج سوم درمان شناختی - رفتاری، مطالعه‌ای که به بررسی این روش درمانی بر بهزیستی ذهنی، افسردگی و باورهای غیرمنطقی بپردازد، یافت نشد. از این رو، پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی، باورهای غیرمنطقی و افسردگی زنان انجام دهند.

#### مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل در انتظار درمان بود. جامعه آماری این پژوهش را کل زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد که در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند را تشکیل دادند. به منظور انتخاب نمونه پژوهشی مطالعه، از بین ۳۵ زن افسرده‌ای که به کلینیک مراجعه کرده بودند، ۳۲ نفر از آنها طبق فرمول کوکران تخمین زده شد که تنها تعداد ۳۰ نفر از آنها موافق شرکت در مطالعه بودند. ۳۰ نفر از زنان با تشخیص علائم افسردگی، براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط روانپزشک و روان‌شناس بالینی و اجرای پرسشنامه افسردگی بک از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (۱ گروه آزمایش و یک گروه کنترل در انتظار درمان) قرار گرفتند.

گروه اول تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دوم، گروه کنترل (در انتظار درمان) بودند. ملاک‌های ورود در پژوهش شامل: (۱) رضایت از شرکت در پژوهش، (۲) داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، (۳) تحصیلات حداقل دیپلم، (۴) عدم مصرف دارو مرتبط با اختلال به‌طور همزمان بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: (۱) عدم شرکت حداکثر در ۳ جلسه، (۲) در صورت وجود نشانه‌های افسردگی و اضطراب، تشخیص اولیه وجود اختلال افسردگی بر اساس مصاحبه بالینی و پرسشنامه افسردگی بک بوده است. برای ملاحظات اخلاقی نیز از افراد رضایت‌نامه‌ای در روند اجرای پژوهش کسب شد و به

که می‌تواند موجب افسردگی در زنان شود، باورهای غیر منطقی است (۴).

باورهای غیرمنطقی، عقاید و باورهایی هستند که با واقعیت منطبق نبوده، باعث کاهش سلامت روانی و عاطفی و ایجاد اختلال‌های عاطفی می‌شود. رفتارهای ناسازگار افراد ریشه در باورهای غیرمنطقی دارد و این باورها بر روان فرد سلطه دارند و عاملی تعیین کننده در نحوه تعبیر، تفسیر و معنا دادن به رویدادها هستند (۵). باورهای غیرمنطقی، اهداف یا خواسته‌هایی هستند که به صورت ترجیحات ضروری در می‌آیند و به اهداف اجباری تبدیل می‌شوند؛ به طوری که اگر برآورده نشوند، باعث ایجاد آشفتگی و افسردگی می‌گردند (۶). افراد دارای باورهای غیرمنطقی، معمولاً افسردگی بیشتر و عملکرد اجتماعی ضعیف تری دارند، باورهای آنان با واقعیت منطبق نیست، تعامل میان فردی پایینی دارند و در مواجهه با رویدادهای تنش‌زا ناموفق هستند. در نتیجه با توجه به اینکه زنان نقش عمده‌ای در اساس خانواده دارند، باید جهت کاهش مشکلات روانشناختی آنان، مداخلاتی صورت بگیرد (۷).

یکی از روش‌های کاهش مشکلات روان شناختی زنان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه‌ی فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (۸). هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روان شناختی منجر می‌شوند و عبارتند از: گسلس شناختی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد (۹). گسلس برای جلوگیری از در آمیختگی شناختی است. در آمیختگی شناختی بدین معنا است که فرد، خود و افکارش را در آمیخته (یکی) می‌داند. گسلس شناختی بدین معنا است که بپذیریم افکار ما از ما جدا هستند و چیزی بیش از وقایع خصوصی موقت نیستند. پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای احساس‌ها، حواس‌ها، امیال و دیگر تجربه‌های خصوصی ناخوشایند، بدون تلاش برای تغییر آن‌ها، فرار از آن‌ها یا توجه مجدد به آن‌ها است. تماس با لحظه حاضر عبارت است از آوردن کامل آگاهی به تجربه اینجا و اکنون با گشودگی، علاقه، پذیرش، تمرکز روی آن و درگیری کامل با آنچه که در حال انجام است (۱۰). مشاهده خود عبارت است از آگاهی مداوم خود، که تغییر نمی‌کند و همیشه حاضر و در مقابل صدمه مقاوم است. از این دیدگاه، تجربه افکار و احساس‌ها، خاطره‌ها، امیال، حواس، تصویرها، نقش‌ها یا حتی بدن فیزیکی چیزی متفاوت از خود فرد است. این پدیده‌ها تغییر می‌کنند، اما خود فرد پیوسته ثابت است. ارزش‌ها و عمل متعهدانه بدین معنا هستند که فرد آنچه را که برای او مهم‌ترین و عمیق‌ترین است، تشخیص دهد، بر مبنای آن هدف‌هایی

پایه روش محاسبه روایی همگرا به محاسبه ضریب همبستگی نمرات حاصل از ویرایش دوم نسخه افسردگی بک و مقیاس افسردگی پرسشنامه نشانگان مختصر پرداخته شده است که نشان دهنده همبستگی معادل ۰/۸۷۳/۰ بوده است (۱۶).

در پژوهش دابسون روایی همزمان ضریب همبستگی بین میانگین ۲۰ سوال اول و با سوال ۲۱ مقدار ۰/۸۳/۰ به دست آمد و در بررسی روایی محتوایی ضریب روایی کل سوال‌های پرسشنامه افسردگی ۰/۸۵/۰ محاسبه شد. برای بررسی همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفای ۰/۹۰/۰ برای کل پرسشنامه به دست آمد (۱۶).

**مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف** برای سنجش مدل نظری خود، در مورد بهزیستی روان‌شناختی، یک ابزار خودگزارشی تهیه کرد که از مهمترین سنج‌های بهزیستی روان‌شناختی به شمار می‌رود. نخستین نوشتار این ابزار دارای ۱۲۰ سؤال بود. در سال‌های بعد براساس پژوهش‌هایی که روی ویژگی‌های روان‌سنجی آن انجام شد، نسخه‌های کوتاه‌تر ۸۴، ۴۰، ۴۲، ۲۴، ۱۸، ۱۴، ۹ و ۳ سؤالی تدوین شد. ریف خود معتقد است که نسخه ۸۴ سؤالی آزمون در مقایسه با سایر نوشتارها قابلیت بیشتری در تعیین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دارد. او نسخه ۸۴ سؤالی را در سال ۱۹۸۹ تدوین نمود. در نوشتار ۸۴ سؤالی برای هر عامل ۱۴ سؤال اختصاص یافته است. این عوامل شامل خویشتن‌پذیری، تسلط بر محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، هدف در زندگی و خودپیروی هستند، ضمن این‌که مجموع نمرات این شش عامل نیز به صورت نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود.

در ایران روایی و پایایی نسخه ۸۴ سؤالی را روی نمونه‌ای از دانشجویان بررسی کردند. پایایی از طریق بازآزمایی، ضریب به دست آمده برای نمره کلی را ۰/۸۲/۰، پذیرش خود ۰/۷۱/۰، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۷/۰، خودپیروی ۰/۷۸/۰، تسلط بر محیط ۰/۷۷/۰، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰/۰ و رشد شخصی را ۰/۷۸/۰ نشان داد. جهت بررسی روایی نیز از آزمون‌های رضایت از زندگی، پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد و عزت‌نفس روزنبرگ استفاده شد و همبستگی نمرات این آزمون‌ها با بهزیستی روان‌شناختی، به ترتیب ۰/۴۷/۰، ۰/۵۸/۰ و ۰/۴۶/۰ به دست آمد.

در این پژوهش از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استفاده شد. برنامه درمانی شامل ۸ جلسه مداخله بود که طی جلسات ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی در مرکز مشاوره، مهرگان مشهد اجرا گردید. شرح چهارچوب جلسات در جدول (۱) آمده است (۱۷).

آن‌ها اطمینان داده‌شد که کلیه اطلاعات محرمانه و در هر مرحله از پژوهش می‌توانند در صورت تمایل از پژوهش خارج شوند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا در پایان جمع‌آوری داده‌ها تحت درمان‌های مذکور قرار بگیرند. جمع‌آوری داده‌ها در سه مرحله قبل از مداخله، پس از مداخله و پیگیری پس از سه ماه انجام گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر انجام گردید. همچنین افراد از لحاظ جمعیت شناختی از طریق شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) تجزیه و تحلیل شدند.

#### ابزار

**پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی**<sup>۱</sup> - این پرسشنامه در بردارنده اطلاعاتی همچون سن و سطح تحصیلات بوده که توسط مصاحبه‌گر تکمیل شد.

**باورهای غیرمنطقی** - این آزمون برای سنجش باورهای غیرمنطقی در سال ۱۹۸۶ توسط Jonz تهیه شد که در برگیرنده‌ی ۱۰۰ گویه است. هر عبارت به روش لیکرت و به صورت ۵ درجه ای از به شدت مخالف تا به شدت موافق نمره گذاری می‌شود. نمره بالاتر در آزمون بیانگر غیرمنطقی بودن باور فرد است. (۱۴) همسانی درونی ۱۰ عامل آزمون باورهای غیرمنطقی را بین ۴۵٪ تا ۷۲٪، ضریب آزمون-بازآزمون را معادل ۹۲٪ و روایی همزمان آن را با مشکلات روان‌پزشکی ۰/۶۱/۰ گزارش کرده است. در تحقیقات متعددی همبستگی بین آزمون باورهای غیرمنطقی و آزمون باورهای منطقی را یک‌بار ۰/۶۶/۰ و بار دیگر ۰/۷۱/۰ گزارش کردند. همبستگی این دو آزمون با آزمون‌هایی همچون آزمون وضعیت اضطراب، آزمون افسردگی بک، آزمون وضعیت خشم به ترتیب ۰/۷۰/۰، ۰/۵۹/۰، ۰/۷۷/۰، ۰/۷۰/۰ و ۰/۵۰/۰ به دست آمده است که همگی در سطح ۰/۹۹/۰ معنی‌دار است. روایی هم زمان این آزمون را ۰/۷۰/۰، ۰/۵۵/۰، گزارش کرده است. نیلسون و هور پایایی آزمون باورهای غیرمنطقی را با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۱/۰، ۰/۷۱/۰، ۰/۷۰/۰ و ۰/۶۸/۰ و از طریق تنصیف ۰/۸۵/۰ و ۰/۷۳/۰ گزارش کرده‌اند. که نشان از پایایی مطلوب این آزمون دارد. میانگین پایایی مولفه‌های آن نیز ۰/۷۴/۰ بدست آمد (۱۵).

**پرسشنامه افسردگی** - پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده و با ملاک‌های افسردگی DSM-IV انطباق دارد. این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال که هر سوال شامل چارگزینه با دامنه نمره‌گذاری بین ۰-۱-۲-۳ می‌باشد که مجموع نمرات بین صفر تا ۶۳ متغیر بوده که امتیاز بالا نشانه شدت بیشتر افسردگی است. نقطه برش در پرسشنامه افسردگی بک ۱۳ است. پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳/۰ و همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱/۰ است. همچنین بررسی روایی سازه بر

1: Demographic Characteristics Questionnaire

جدول ۱. محتوای جلسات براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	ساختار
اول	مقدمه و دستور جلسه درمان: برقراری رابطه درمانی، بیان قوانین گروه، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، توضیح مختصر در مورد افسردگی و علائم آن
دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی: ارزش های بالقوه و مساله انتخاب، معرفی مفهوم تغییر رفتار، بیان متفاوت افکار، احساسات و عمل، تمرین ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
سوم	ارزش ها: تعریف پذیرش، شناسایی ارزش ها و بحث در مورد آنها، پذیرش وقایع شخصی بدون درگیری با آن ها، ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
چهارم	شفاف سازی ارزش ها و اهداف: شفاف سازی ارزش ها، تبیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه، توضیح درباره اجتناب و آگاهی از وقایع ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
پنجم	گسستگی: یکنواخت کردن حرکت، گسستگی از تهدیدهای زبان، آگاهی از دریافت های حسی مختلف، ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
ششم	عمل متعهدانه: مرور زمان، عمل متعهدانه، ذهن آگاهی و تمرین خود مشاهده گری، توجه به محتوای افکار ولی نچسبیدن به آن، ارائه تکلیف
هفتم	رضایت: تعهد و موانع شکل گیری رضایت، ذهن آگاهی در پیاده روی و ارائه تکلیف
هشتم	ختم جلسات و نتیجه گیری: شفاف سازی ارزش ها- نتیجه گیری و خداحافظی

### یافته ها

اما در گروه کنترل، میانگین نمره های پس آزمون و پیگیری بعد از ۱ ماه کمتر از پیش آزمون بوده یا تغییری نکرده است. برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، باورهای غیرمنطقی و بهزیستی ذهنی از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون لوین جهت سنجش تساوی واریانس گروه ها در متغیر بهزیستی ذهنی، باورهای غیرمنطقی و افسردگی بیشتر از ۰/۰۵ بوده، بنابراین می توان گفت با اطمینان ۰/۹۵ امکان قضاوت وجود دارد که گروه های آزمایش و کنترل از جهت پراکندگی نمرات افسردگی، بهزیستی ذهنی و باورهای غیرمنطقی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یکسان هستند. همچنین آماره و  $F$  مرتبط با آزمون های کرویت موخلی و  $M$  باکس متغیر بهزیستی ذهنی، افسردگی و باورهای غیرمنطقی به ترتیب برای سنجش کروی شکل بودن ماتریس واریانس بیشتر از سطح آلفای ۰/۰۵ به دست آمد. بنابراین، تمام پیش فرض های بیان شده برای انجام تحلیل آماری اندازه گیری مکرر برقرار بودند.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی، افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان صورت گرفته است. این پژوهش بر روی ۳۰ نفر از زنان در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل اجرا گردید. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۳/۳٪ زیر ۳۰ سال، ۸۶/۷٪ بین ۳۰-۳۹ سال، و ۹۳/۳٪ بین ۴۰-۴۹ سال؛ ۹۳/۳٪ دیپلم، ۰٪ فوق دیپلم، ۶/۷٪ کارشناسی و ۰٪ در گروه کنترل ۶۶/۷٪ بین ۳۰-۳۹ سال، ۳۳/۳٪ بین ۴۰-۴۹ سال، ۹۳/۳٪ دیپلم و ۶/۷٪ کارشناسی بوده اند. همان طور که در جدول (۲) مشاهده می شود، در متغیر افسردگی و باورهای غیرمنطقی، میانگین نمره های پس آزمون و پیگیری بعد از ۱ ماه گروه آزمایش کمتر از میانگین نمره های پیش آزمون آن است. اما در گروه کنترل، میانگین نمره های پس آزمون و پیگیری بعد از ۱ ماه بیشتر از پیش آزمون است یا تغییری نکرده است. و در متغیر بهزیستی ذهنی، میانگین نمره های پس آزمون و پیگیری بعد از ۱ ماه گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمره های پیش آزمون آن است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی مربوط به بهزیستی ذهنی، افسردگی و باورهای غیرمنطقی

متغیر	گروه کنترل میانگین (انحراف معیار)		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار)	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
بهزیستی روانشناختی	۳۰/۶۰	۳۱/۲۶	۳۱/۴۶	۳۵/۹۳
	(۴/۱۳)	(۴)	(۳/۹۶)	(۳/۶۹)
باورهای غیرمنطقی	۶۰/۵۳	۶۰	۶۰/۹۳	۵۷/۴۰
	(۴/۷۰)	(۴/۵۹)	(۴/۳۶)	(۶/۵۶)
افسردگی	۱۲/۷۳	۱۲/۲۰	۱۲/۸۰	۹/۲۰
	(۱/۲۷)	(۱/۲۶)	(۱/۲۰)	(۱/۰۱)

و تعهد بر افسردگی، بهزیستی ذهنی و باورهای غیرمنطقی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

نتایج جدول (۳) حاکی از آن است که F متغیرهای افسردگی، باورهای غیرمنطقی و بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش معنادار است ( $P < 0/05$ ) و این امر حاکی از تاثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش

جدول ۳. نتایج آزمون‌های اثر درون گروهی (اندازه گیری مکرر)

متغیر	نوع سوم مجدورات	درجه آزادی	F	P
بهزیستی روانشناختی	۸۹/۲۱	۱	۴/۳۸	۰/۰۰۱
باورهای غیرمنطقی	۲۱۱۳/۱۲	۱	۳/۲۳	۰/۰۰۱
افسردگی	۱۱۱/۲۳	۱	۳/۲۶	۰/۰۰۲

معناداری مشاهده شد ( $p < 0.05$ ). در مولفه بهزیستی ذهنی نتایج نشان می‌دهد که نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، افزایش معناداری داشته‌اند ( $p < 0.05$ ). همچنین، در مولفه بهزیستی ذهنی، تفاوت معناداری در بین پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد ( $p < 0.05$ ).

جدول آزمون تعقیبی توکی (جدول ۴)، به مقایسه مولفه بهزیستی ذهنی، افسردگی و باورهای غیرمنطقی در سه مرحله پژوهش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌پردازد. نتایج نشان می‌دهد در افسردگی و باورهای غیرمنطقی نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری داشته‌اند ( $p < 0.05$ ) ولی در پیگیری در مولفه افسردگی، تفاوت معناداری با پس‌آزمون مشاهده شد ولی در مولفه باورهای غیرمنطقی یعنی مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت

جدول ۴: آزمون تعقیبی توکی، مقایسه بهزیستی ذهنی، افسردگی و باورهای غیرمنطقی در سه مرحله پژوهش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیر وابسته	مرحله	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۵/۶۶	۴/۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۴/۹۳	۴/۳	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۷۳	۳/۲	۰/۰۰۱
باورهای غیرمنطقی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۹/۴	۴/۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۰	۵/۵	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۶	۶/۳	۰/۰۷
افسردگی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۴/۱۳	۲/۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۴/۱۳	۳/۲	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۰	۰/۴	۰/۰۰۱

غیرمنطقی و افسردگی در زنان پرداخته است. یافته‌های حاصل از این پژوهش مشابه با پژوهش (۱۰-۱۷) می‌باشد.

هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روانی در افراد از جمله زنان می‌باشد. انعطاف‌پذیری روانی، توانایی برای ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هوشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در جهت تحقق اهداف متناسب با ارزش‌های فرد است که این از طریق فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شرح زیر اتفاق می‌افتد. این شیوه از طریق افزایش پذیرش روانی فردی در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساس‌ها) و کاهش اعمال کنترلی ناموثر به مراجع می‌آموزد که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بی‌اثر است و یا اثر

#### نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی، باورهای غیرمنطقی و افسردگی زنان بود. یافته‌های این پژوهش در رابطه با بهزیستی ذهنی، افسردگی و باورهای غیرمنطقی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر کاهش باورهای غیرمنطقی، افسردگی و همچنین افزایش بهزیستی روانشناختی در شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون موثر باشد. ولی تفاوت معناداری بین پیگیری و پس‌آزمون در مولفه افسردگی مشاهده نشد. این مطالعه برای اولین بار به بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی، باورهای

شوند. گسلس کمک می کند بین کسی که در حال فکر کردن است و مقوله های کلامی که افراد به واسطه فکر کردن به خودشان نسبت می دهند، تمایز قائل شوند. بنابراین، زنان با این رویکرد دریافته اند که دیگر به افکار خود، چسبندگی نداشته باشند چرا که چسبندگی به افکار آنان را از برخورد با واقعیت ها و مسائل زندگی باز می دارد و فرد امکان پاسخگویی و واکنش مناسب در موقعیت های مختلف زندگی را نخواهد داشت. بنابراین، راهکارهایی که در طی جلسات درمانی به مراجع ارائه می گردد، به زنان دارای فرزند اوتیسم کمک می کند تا الگوهای فکر ناکارآمدی که به احساس بی کفایتی در زنان منجر می گردد را تشخیص داده و آن را با الگوهای فکری منطقی و کارآمد جایگزین سازد.

بهبودی روانشناختی فرایندی است که در آن تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه واقعی فرد می داند. در این دیدگاه بهبودی روان شناختی در تلاش برای ارتقا استعداد و توانایی های فرد تجلی می شود. ابعاد بهبودی روان شناختی شامل پذیرش، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط محیطی است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش برای کنترل بهبود سلامت روان، مستلزم فکر کردن به مسائلی است که بهبودی و سلامت روان را تحریک می کند و در نتیجه آن ناامیدی و ناراحتی احضار می شود و این امر در مرحله گسلس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به وجود می آید. در تبیین دیگر بیان شده است که در بهبودی روانشناختی خودمختاری زمانی به وجود می آید که فرد خود به دلیل پیامدهای فعالیت خود تشخیص دهد. رشد شخصی یعنی این افراد برای رسیدن به سطوح بالای عملکرد روانی باید به صورت پیوسته در جنبه های متفاوتی از زندگی رشد کند. این موضوع، بیانگر آن است که فرد به طور مداوم در کارها درگیر شود و مشکلات را حل کند تا به موجب آن توانایی هایش را گسترش دهد. تسلط بر محیط به معنای توانایی فرد برای مدیریت زندگی است، با این توصیف فردی که حس تسلط بر محیط دارد می تواند در جنبه های مختلف محیط مداخله کند، تغییر دهد و ارتقا بخشد. داشتن درک روشنی از هدف در زندگی، احساس جهت یابی و هدفمندی پایه سلامت روانی به شمار می رود، این مقیاس نیز به کمک ویژگی هایی مانند احساس هدفمندی و جهت یابی در زندگی و تجربه احساس معنا در زندگی گذشته و حال مشخص می شود. وجود هدف در زندگی به طور مثبت با رضایت از زندگی و شادکامی رابطه دارد. روابط مثبت با دیگران برای بهبودی فرد مهم بوده و موجب می شود شادکامی و عملکرد بهتر در فرد افزایش یابد. همچنین روابط مثبت با دیگران پیشینی کننده و رضایت از زندگی است. پذیرش خود اشاره به رضایت از زندگی فرد دارد که برای سلامت روان بسیار مهم است، پذیرش خود نوعی بینش است که باعث می شود فرد در مورد نقاط ضعف و قوتی خویش به آگاهی واقعی برسد. در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر فرد قادر می شود جهت زندگی اش را انتخاب کند و هرگاه انتخاب ها و رفتارها

معکوس دارد و موجب تشدید آن ها می شود و افراد باید این تجارب ذهنی را بدون هیچ گونه واکنش درونی (ذهنی) یا بیرونی جهت حذف و یا اجتناب از آن ها بپذیرند. در نتیجه، این شیوه از طریق فرایندهای فوق می تواند نقش موثری در کاهش افسردگی زنان داشته باشد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است و افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آن ها امکان پذیر است، بخواهند به شیوه ای عمل کنند که منطبق بر ارزش های انتخاب شده شان باشد. در این درمان، تمرینات تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلس و پذیرش و نیز بحث پیرامون ارزش ها همگی منجر به کاهش شدت افسردگی زنان شده است. در این درمان، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آن ها کمک کنیم، تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند.

این درمان معتقد است احساساتی از قبیل اضطراب، غم، اندوه و ... جزء لاینفک زندگی هستند و نمی توان آن ها را کنترل کرد و تنها باید پذیرفت. کارکرد کنترل به عنوان مساله، در این درمان، کمک به مراجعان بود، تا اثرات متناقض تلاش هایشان برای کنترل افکار و احساسات را تجربه کنند، در بیشتر موارد، تلاش ها برای کنترل افکار و احساسات نه تنها موثر نیستند بلکه اهمیت فکر و احساس را نیز افزایش می دهد. این کار فکر و احساس را به جای کوچکتر کردن، بزرگتر می کند. اگر مراجعان بتوانند با افکار و احساسات تماس برقرار کنند، بنابراین احتمال بیشتری هست که کنترل را رها کنند و راه های متفاوتی را امتحان کنند. این باورهای غیرمنطقی در زنان باعث ایجاد احساس شرمساز، احساس گناه، انتظارات بیش از حد از خود و در موارد حادتر، عدم احساس مسئولیت می شود. بنابراین، این گونه زنان به دلیل داشتن این نوع افکار، کمتر قادر به سازگاری و حل تعارض هستند و هنگام برخورد با یک استرس زای محیطی، به جای استفاده از راهبردها مساله مدار و حل موقعیت مشکل زا، مجدداً به سمت افکار و باورهای غیرمنطقی رو می آورند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زمینه ای را که افکار در آن اتفاق می افتند را تغییر می دهد و تاثیر و اهمیت رویدادهای شخصی مشکل را کاهش می دهد. از لحاظ بالینی، مراجعان می آموزند افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را به عنوان خاطرات و علائم بدنی را فقط علائم بدنی ببینند، هیچ یک از رویدادهای درونی وقتی تجربه می شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب زا نیستند. آسیب زا بدون آنها از این ناشی می شود که آنها تجارب آسیب زا، ناسالم و بدی دیده شوند که آنچه ادعا می کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند. این درمان از طریق تکیه بر گسلس به زنان باعث می شود که بین جهان ساخته شده در افکارشان و فکر کردن، به عنوان یک فرآیند مستمر، تمیز قائل

بر پذیرش و تعهد را مورد توجه قرار دهند. همچنین این پژوهش صرفاً یک مطالعه مقطعی بوده و تأثیرات مثبت این برنامه را تنها طی یک دوره چندماهه بررسی کرده است. پیشنهاد می‌شود برای بررسی تأثیرات بلندمدت این برنامه مداخله‌ای، تحقیقات طولی مناسب انجام شده و میزان مولفه‌ها در طی چندسال آینده نیز بررسی شود.

فرد را به اهداف زندگی اش و ارزشهایش نزدیک تر کند. پس زندگی او موثر است و باعث می‌شود تسلط بر محیط در فرد افزایش یابد و در نهایت بهزیستی روانشناختی افزایش می‌یابد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، حجم نمونه محدود بوده است که باتوجه به معیارهای ورود به پژوهش امکان افزایش آن نبود. در پایان با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش، پیشنهاد می‌شود متخصصان و درمانگران در کار با افراد با زوجین و زنان خانه دار و نیز تدوین برنامه‌های درمانی برای این افراد، رویکرد درمان مبتنی

## References

1. Hersey J C, Khavjou O, Strange L B, Atkinson R L, Blair S N, Campbell S, Britt M. The efficacy and cost-effectiveness of a community weight management intervention: a randomized controlled trial of the health weight management demonstration. *Preventive medicine*, 2012, 54(1), 42-49.
2. Twenge J M, Martin G N, Campbell W K. Decreases in psychological well-being among American adolescents after 2012 and links to screen time during the rise of smartphone technology. *Emotion*, 2018, 18(6), 765.
3. Tajvar Rostami S, Rahimi Khorasgani F, Sadat Kazemi M. The Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy (ACT) on Depression and Adjustment of Blind Girls. *Clinical Psychology Achievements*, 2016; 2(2): 49-66. (In Persian)
4. Baradaran M, Zare H, Alipour A, Farzad V. Comparison of Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Motivational Interviewing on Decreasing Anxiety, Depression, Stress and Increasing Hope in Essential Hypertensive Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 2016; 8(4): 95-105. (In Persian)
5. Crumpei I. Secondary traumatic stress and irrational beliefs in medical students seen as premises of sensitivity to therapy training. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014, 142, 296-299.
6. Tarkhan M. The effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on body image and irrational beliefs women with breast cancer.. *Journal of Woman and Family Studies*, 2018; 6(1): 197-216. (In Persian)
7. Twohig M P, Levin M E. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatric clinics*, 2017, 40(4), 751-770.
8. Asmand P, Mami S, Valizadeh R. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Irrational Beliefs Treatment, Anxiety, Depression among Young Male Prisoners Who Have Antisocial Personality Disorder. *J. Ilam Uni. Med. Sci.* 2015; 23 (1) :35-44. (In Persian)
9. Hayes S C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies—re-published article. *Behavior therapy*, 2016, 47(6), 869-885.
10. Trompetter H R, Bohlmeijer E T, Fox J P, Schreurs K M. Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Behaviour research and therapy*, 2015, 74, 50-59.
11. Hulbert-Williams N J, Storey L, Wilson K. G. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*, 2015, 24(1), 15-27.
12. Yasaie Sokeh M, Shafiabadi A, Farzad V. Comparison of the efficacy of acceptance and commitment group therapy (ACT) with mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on hemodialysis patients in terms of anxiety and depression. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2017; 19(special issue): 317-324. (In Persian)
13. Yıldız E. The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in psychiatric care*, 2020, 56(1), 149-167.

14. Jones R G. A factored measure of Ellis' irrational belief system with personality and maladjustment correlates (Doctoral dissertation, Texas Tech University), 1968.
15. Cheraghian H, Heidari N, Ghedami S, Zarei B. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Depressed Pregnant Women. *Community Health Journal*, 2017; 9(2): 56-64. (In Persian)
16. Dabson K S, Mohammad K P. Psychometric characteristics of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder, 2007.
17. Hayes S C, Strosahl K D. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer Science+ Business Media, 2005.