MEJDS. 2020; 10:112.

Published online 2020 Aug. **Research Article**

The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on the Meaning of Life, Life Satisfaction, Cognitive Flexibility, and Suicidal Ideation in Individuals with Depression

Khorani J[1], *Ahmadi V[2], Mami SH[2], Valizadeh R[3]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychiatry, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
***Corresponding author's email:** Vahid_ahmadi20@yahoo.com

Received: 2020 Jan 14; **Accepted:** 2020 Mar 18

Abstract

Background & Objectives: Depression is among the most prevalent diseases; it undoubtedly has multiple etiologies. Individuals with depression often find matters irreversible and believe that neither they can help themselves nor others can assist and support them. In depression, in addition to the depressed mood, there is a decrease in the motivation to conduct activities. Accordingly, the energy level is significantly reduced and the affected person always feels tired and without doing anything. Individuals with depression are also disinterested in themselves and their lives and often attribute various shortcomings and failures to self. This group is skeptical and often generates problems with thinking, focusing, and remembering. The current study aimed to determine the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the meaning of life, cognitive flexibility, life satisfaction, and suicidal ideation in individuals with depression.

Methods: This was a Semi-quasi–experimental study with a pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population f this study included all patients with depression in Ilam City, Iran, who referred to counseling centers to seek treatment. The study sample consisted of 40 patients who were recruited by purposive sampling method among those who responded to the call of the researcher. Then, the study participants were randomly divided into two groups of ACT and control (n=20/group). The treatment program was administered to the experimental group for 8 sessions. The following questionnaires were used to collect the necessary data. Meaning in Life Questionnaire, i.e., presented by Stigger et al. (2005) to assess the meaning in life and effort of finding it. The Cognitive Flexibility Questionnaire: it was developed by Dennis and Wenderval (2010) to measure cognitive flexibility. It is used in challenging situations to replace dysfunctional thoughts with more efficient ones. The Beck Scale for Suicide Ideation (1991): it is a tool for measuring the intensity of attitudes, behaviors, and planning for suicide over the past week. Moreover, the Life Satisfaction Questionnaire was designed by Diner et al. (1985). This test was designed to measure one's overall judgment of life satisfaction, i.e., theoretically predicted by comparing living conditions with predetermined standards. Additionally, descriptive and inferential statistics and repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) were employed for data analysis in SPSS.

Results: The obtained results suggested that ACT significantly affected the meaning of life, cognitive flexibility, satisfaction with life, and suicidal ideation scores at posttest (p<0.001). The increase in the scores of the meaning of life, cognitive flexibility, and suicidal ideation sustained at the follow–up stage. However, concerning life satisfaction, a significant level of the experimental intervention effect was missed over time.

Conclusion: The present study data revealed that ACT impacted the meaning of life, cognitive flexibility, life satisfaction, and suicidal ideation in the studied samples. Accordingly, the same obtained effects remained stable over time.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Meaning of life, Cognitive flexibility, Life satisfaction, Suicidal ideation.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.166.5]

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 ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۱۲.

انتشار برخط مرداد ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، رضایت از زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی و افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی

جواد خورانی[۱]، *وحید احمدی[۲]، شهرام مامی[۲]، رضا ولی‌زاده[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Vahid_ahmadi20@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۴ دی ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۸ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی از بیماری‌های بسیار شایع در جوامع کنونی بوده و بدون شک جزو معدود بیماری‌هایی قلمداد می‌شود که علل پدیدآورندهٔ آن، اگر نگوییم بی‌شمار اما بسیار زیاد است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت از زندگی و افکار خودکشی در افراد مبتلا به افسردگی در شهر ایلام انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون_پس‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری بود. جامعهٔ آماری تمامی بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونهٔ آماری شامل چهل نفر از بیماران بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه، بیست نفر گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و بیست نفر گروه گواه قرار گرفتند. برنامهٔ درمانی طی هشت جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. در این پژوهش، مقیاس معنای زندگی (استیگر و همکاران، ۲۰۰۵)، انعطاف‌پذیری شناختی (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰)، سنجش افکار خودکشی (بک، ۱۹۹۱) و پرسشنامهٔ رضایت از زندگی (دینر و همکاران، ۱۹۸۵) به‌کار رفت. جهت تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت از زندگی و افکار خودکشی تأثیر دارد ($p<۰/۰۰۱$). همچنین این نتایج در متغیرهای معنای زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی و افکار خودکشی در مرحلهٔ پیگیری در طی زمان پایدار بوده است؛ اما در رابطه با متغیر رضایت از زندگی در طی زمان مقدار معناداری از اثر مداخلهٔ آزمایشی از دست رفته است.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت از زندگی و افکار خودکشی تأثیر دارد و این تأثیر در طی زمان نیز پایدار بوده است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت از زندگی، افکار خودکشی.

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 jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.166.5]

۱ مقدمه

اختلال افسردگی که بر هزاران میلیون نفر در سراسر جهان تأثیر می‌گذارد (۱)، از بیماری‌های بسیار ناتوان‌کننده بوده که با علائم احساس غم و گناه، نبود تمرکز، فقدان لذت و خستگی روانی و جسمی همراه است (۲). فرانکل معتقد است نداشتن معنا در زندگی وضعیتی را به نام خلأ وجودی موجب می‌شود که این وضعیت، بروز اختلالات خلقی و اضطرابی را به‌دنبال دارد (۳). استیگر و فرازیر معنای زندگی را توانایی فرد برای درک زندگی، درک خود، دنیای خارج و سازگاری با آن تعریف می‌کنند (۴). مییر و همکاران وجود معنا را در زندگی به‌عنوان هدف یا مأموریتی می‌دانند و زمانی‌که فرد به هدف خود در زندگی می‌رسد معنای زندگی را تجربه می‌کند (۵) و از بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی بیشتری برخوردار است (۶). رضایت از زندگی در حوزهٔ روان‌شناسی مثبت قرار دارد و به‌عنوان قضاوتی است که در آن فرد کیفیت کل زندگی خود را براساس معیارهای منحصربه‌فردش ارزیابی می‌کند (۷).

به‌اعتقاد داینر رضایت از زندگی ساختاری پویا است که می‌تواند مطابق با موقعیت فعلی زندگی و استانداردهای شخصی فرد تغییر کند (۸). فرایند سازگاری با مسائل زندگی و رویدادهای تازه انعطاف‌پذیری شناختی است که به‌عنوان توانایی انطباق با موقعیت‌ها و تغییر دیدگاه‌ها تعریف می‌شود (۹). انعطاف‌پذیری شناختی به فرد اجازه می‌دهد تا خلاقانه پاسخ دهد و با مشکلات سازگار شود (۱۰). نتایج پژوهش میران و همکاران نشان می‌دهد که بین انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی همبستگی معناداری وجود دارد (۱۱). نتایج مطالعهٔ پورحسین و همکاران مشخص کرد که افسردگی سهم بیشتری را در پیش‌بینی افکار خودکشی ایفا می‌کند (۱۲). افکار خودکشی به ایدهٔ آسیب‌زدن به خود یا کشتن خود اشاره دارد که می‌تواند از ایده‌های مبهم تا برنامهٔ خودکشی را شامل شود (۱۳). نتایج یافته‌های یانگ و همکاران نشان داد، اشخاص دارای افکار خودکشی، نرخ بیشتری از مشکلاتی مانند افسردگی دارند (۱۴). برون و همکاران در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اختلالات خلقی و اضطرابی تأثیرگذار است (۱۵).

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، شکلی از درمان شناختی بوده (۱۶) و هدف از این رویکرد شناسایی و به‌حداقل‌رساندن تحریف شناختی و کنترل مشکل و تحلیل منطقی است (۱۷). نتایج پژوهش باروز نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب افزایش عمل به ارزش‌ها و بهبود رضایت از زندگی می‌شود (۱۸). نتایج مطالعات داول و همکاران (۱۹) و سوت و همکاران (۲۰) مشخص کرد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اثر معناداری در بهبود انعطاف‌پذیری شناختی دارد. همچنین واسلر و همکاران در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب کاهش افسردگی و افکار خودکشی می‌شود (۲۱). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از درمان‌های نسل سوم به‌علت تأکید بر چرخه‌های کارکردی و درنظرگرفتن جنبه‌های انگیزشی به‌همراه جنبه‌های شناختی، موجب تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی این درمان درمقایسه با دیگر درمان‌ها می‌شود؛ همچنین این درمان می‌تواند جایگزین مناسبی برای درمان‌های پرهزینه باشد؛ بنابراین باتوجه به مطالب گفته‌شده هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و رضایت از زندگی در بیماران افسرده بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به افسردگی شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که جهت درمان افسردگی به مراکز مشاوره مراجعه کردند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر نمونه‌گیری هدف‌مند بود. جهت اجرای پژوهش در ابتدا پرسشنامهٔ افسردگی بک و همکاران (۲۲) اجرا شد و بیماران با تأیید تشخیص افسردگی (چهل بیمار) انتخاب شدند. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند. سپس افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه، بیست نفر گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و بیست نفر گروه گواه جایگزین شدند. در گروه‌ها اعم‌از گروه آزمایشی و گروه گواه پیش‌آزمون اجرا شد. گروه آزمایشی درمعرض هشت جلسه مداخلهٔ مبتنی‌بر پذیرش و تعهد قرار گرفت؛ اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخلهٔ آزمایشی دریافت نکرد. پس از مداخله، پس‌آزمون در هر دو گروه انجام پذیرفت و پس از گذشت سه ماه، آزمون پیگیری نیز در هر دو گروه اجرا شد. ملاک‌های ورود عبارت بود از: تأیید بیماران مبتلا به افسردگی؛ قرارداشتن بیماران در محدودهٔ سنی ۲۵تا۴۵ سال، رضایت‌مندی از شرکت در پژوهش؛ نداشتن بیماری‌های جسمی. ملاک‌های خروج شامل همکاری‌نکردن برای شرکت در جلسات آموزشی و غیبت بیش از دو جلسه بود. به‌منظور گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

ـ پرسشنامهٔ معنا در زندگی[1]: این مقیاس توسط استیگر و همکاران (۲۰۰۵) جهت ارزیابی وجود معنا و تلاش برای یافتن آن ارائه شد (۴). مقیاس شامل ده سؤال و دو زیرمقیاس است که وجود معنا در زندگی و نیز جست‌وجو برای یافتن معنا را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری آزمون به‌صورت طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (یک‌نمره) تا کاملاً درست (هفت نمره) انجام می‌شود. اعتبار این مقیاس برای وجود معنا در زندگی ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس جست‌وجو برای یافتن معنا ۰/۸۷ برآورد شد. پایایی آزمون و بازآزمون این مقیاس در ایران در پژوهش اشتاد (۱۳۸۹) با دو هفته فاصله برای زیرمقیاس وجود معنا ۰۸۴ و برای زیرمقیاس جست‌وجوی معنا ۰/۷۴ به‌دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس جست‌وجوی معنا ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس داشتن معنا ۰/۷۸ محاسبه شد (۲۳). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۹۵ به‌دست آمد.

ـ سیاههٔ انعطاف‌پذیری شناختی[2]: پرسشنامهٔ انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) ساخته شد (۲۴). این پرسشنامهٔ خودگزارشی مشتمل بر بیست سؤال است و برای سنجش نوعی انعطاف‌پذیری شناختی که در موقعیت فرد برای چالش و جایگزینی

[1]. The Meaning In Life Questionnaire (MLQ)

[2]. Cognitive Flexibility Inventory (CFI)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.166.5]

افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم بوده، به‌کار می‌رود. نمره‌گذاری آزمون به‌شکل طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (یک) تا کاملاً موافقم (هفت) صورت می‌گیرد. سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. بیشترین نمرهٔ اخذشده توسط فرد در این پرسشنامه ۱۴۰ و کمترین نمره ۲۰ است. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمرهٔ کمتر و نزدیک به ۲۰ بیانگر انعطاف‌پذیری شناختی کمتر است. در پژوهش دنیس و وندروال اعتبار هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامهٔ افسردگی بک برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ به‌دست آمد. سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کردند (۲۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۹۹ به‌دست آمد.

ـ مقیاس افکار خودکشی[1] : مقیاس سنجش افکار خودکشی بک (۱۹۹۱) ابزاری خودسنجی ۱۹ سؤالی برای آشکارشدن و اندازه‌گرفتن شدت نگرش‌ها و رفتارها و نیز برنامه‌ریزی برای انجام خودکشی در طی هفتهٔ گذشته است. هر سؤال خود سه گزینه دارد. درجهٔ نقطه‌ای مقیاس از صفر تا دو است (نمرهٔ صفر یعنی هیچ، نمرهٔ یک یعنی تا حدودی، نمرهٔ دو یعنی زیاد). اگر پاسخ‌دهنده گزینهٔ اول را علامت بزند نمرهٔ صفر و گزینهٔ دوم نمرهٔ یک و گزینهٔ سوم نمرهٔ دو به او تعلق می‌گیرد. دامنهٔ نمرات میل به مردن با پنج سؤال از صفر تا ده و خودکشی منفعل با چهار سؤال از صفر تا هشت و خودکشی فعال با ده سؤال از صفر تا بیست است. نمرهٔ کلی فرد براساس جمع نمرات از ۰ تا ۳۸ قرار دارد. در این آزمون هرچه امتیاز فرد بیشتر باشد، میزان افکار خودکشی او بیشتر است. بک (۱۹۹۱) ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان را به‌ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرد (۲۶). انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی در پژوهشی بر روی صد نفر آزمودنی مرد با دامنهٔ سنی ۱۹ تا ۲۸ سال، اعتبار و روایی افکار خودکشی بک را ارزیابی کردند. نتایج نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی دارد و اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و با روش دونیمه ۰/۷۵ است (۲۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۹۶ به‌دست آمد.

ـ مقیاس رضایت از زندگی[2]: پرسشنامهٔ رضایت از زندگی توسط دینر و همکاران (۱۹۸۵) طراحی شد (۲۸). این آزمون برای اندازه‌گیری قضاوت کلی فرد از رضایت از زندگی طراحی شده است که به‌طور نظری براساس مقایسهٔ شرایط زندگی با استانداردهای ازپیش‌تعیین‌شده پیش‌بینی می‌شود. مقیاس پنج سؤال را در بر می‌گیرد. مقیاس پاسخ‌گویی به این سؤالات براساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تشکیل شده است. ضرایب پایایی هماهنگی درونی و بازآزمایی مقیاس در بین دانشجویان به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ به‌دست آمد. در پژوهش تقربی و همکاران ضریب ثبات داخلی ابزار ۰/۸۵ تا ۰/۹ محاسبه شد و توسط روش همبستگی با کل مقیاس و آزمون مجدد، پایایی آن تأیید گردید (۲۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۹۵ به‌دست آمد.

جدول ۱. شرح محتوای جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش والز و سورل

جلسه	شرح
اول	برقراری رابطهٔ درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث دربارهٔ موقتی و کم‌اثربودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل و دریافت بازخورد و ارائهٔ تکلیف.
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی‌بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائهٔ تکلیف.
چهارم	توضیح دربارهٔ اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائهٔ تکلیف.
پنجم	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار مشاهده‌شدنی و بحث دربارهٔ تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و ارائهٔ تکلیف.
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهدهٔ خویشتن به‌عنوان بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌های مربوط به محتوای ذهنی. دریافت بازخورد و ارائهٔ تکلیف.
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توان‌مندکردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائهٔ تکلیف.
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

ـ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[3]: آموزش گروهی پذیرش و تعهد در هشت جلسهٔ یک‌ونیم‌ساعته (جدول ۱) آموزش داده شد. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد یکی از روش‌های رفتاردرمانی موج سوم است که شش فرایند محوری دارد و باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرایند عبارت است از: پذیرش؛ جداسازی یا گسلش شناختی؛ خود به‌عنوان زمینه؛ آگاهی از زمان حال؛ روشن‌سازی ارزش‌ها؛ تعهد به عمل (۳۰). فورمن متوسط اندازهٔ اثر این روش مداخله‌ای را ۵۳درصد گزارش کرد (۳۱). در این راستا در مطالعهٔ دیگری که توسط کلارک و همکاران انجام پذیرفت متوسط میزان اندازهٔ اثر ۶۸/۲درصد و روایی درونی پذیرفتنی (ضریب کاپا ۶۲درصد)

[1]. Suicide Scale Ideation (SSI)

[2]. Satisfaction with life scale (SWLS)

[3]. Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.166.5]

گزارش شد (۳۲).
جهت تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

نمونهٔ آماری پژوهش شامل چهل نفر از زنان و مردانی بود که جهت درمان افسردگی به مراکز مشاوره مراجعه داشتند. در گروه آزمایش ده مرد و ده زن و در گروه گواه ده مرد و ده زن شرکت کردند. میانگین سن مردان گروه آزمایش ۳۱/۲ سال و انحراف معیار آن ۶/۹۴ و میانگین سن زنان ۳۰ سال و انحراف معیار آن ۶/۸۷ به‌دست آمد. همچنین میانگین سن مردان گروه گواه ۳۰/۸ سال و انحراف معیار آن ۶/۳۸ و میانگین سن زنان ۳۱ و انحراف معیار آن ۶/۵۴ سال بود. قبل از انجام تحلیل واریانس ابتدا پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو_ ویلک بررسی و تأیید شد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون لوین به‌کار رفت و نتایج نشان داد این آزمون معنادار نیست.

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و رضایت از زندگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		مقدارF	مقدارp	مجذور اتا
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
معنای زندگی	درمان پذیرش و تعهد	۲۰/۷۰	۴/۶۱	۳۹/۸۵	۸/۳۲	۳۹/۷۰	۸/۲۷	۵۲/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۸
	گواه	۱۹/۹۰	۴/۸۳	۲۰	۴/۸۱	۱۹/۷۵	۴/۹۰			
انعطاف‌پذیری شناختی	درمان پذیرش و تعهد	۳۷	۴/۸۱	۷۳	۱۰/۴۲	۷۴	۹/۸۶	۱۳۴/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۸
	گواه	۳۶/۳۰	۴/۶۹	۳۶/۳۵	۴/۳۳	۳۶/۳۵	۴/۶۱			
افکار خودکشی	درمان پذیرش و تعهد	۲۷/۲۵	۴/۵۹	۱۳/۳۵	۵/۹۷	۱۱/۶۸	۳/۰۱	۶۳/۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۳
	گواه	۲۷/۳۰	۴/۳۰	۲۷	۴/۳۰	۲۷/۳۰	۴/۳۰			
رضایت از زندگی	درمان پذیرش و تعهد	۸/۴۵	۲/۰۸	۱۴/۳۰	۱/۷۱	۱۳/۴۰	۲/۸۷	۳۷/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۰
	گواه	۸/۲۰	۲/۳۰	۸/۵۵	۲/۳۷	۸/۲۰	۲/۳۰			

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	موقعیت	مقایسهٔ گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
معنای زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۶۲	۰/۶۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۹/۴۲	۰/۶۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۰	۰/۱۱	۰/۲۳۷
انعطاف‌پذیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۸/۰۲	۰/۷۷	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۸/۰۲	۰/۷۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۱۱	۱
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۰۷۱	۰/۸۰۴	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۷/۷۱	۰/۲۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۳	۰/۷۷	۱
رضایت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۱۰	۰/۱۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۲/۹۲	۰/۰۹۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۷	۰/۰۵۵	۰/۰۰۸

باتوجه به نتایج جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات مقیاس معنای زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت از زندگی در گروه درمان پذیرش و تعهد افزایش یافته و نمرات مقیاس افکار خودکشی در گروه درمان پذیرش و تعهد کاهش یافته است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای این چهار متغیر در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بیانگر آن است که تفاوت معناداری در اثر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی (p<۰/۰۰۱، F=۵۲/۵۳)، انعطاف‌پذیری شناختی (p<۰/۰۰۱، F=۱۳۴/۶۸)، افکار خودکشی (p<۰/۰۰۱، F=۶۳/۳۳) و رضایت از زندگی (p<۰/۰۰۱، F=۳۷/۶۹) در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه وجود دارد. جدول زیر نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.
نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین متغیر وابستهٔ معنای زندگی در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار است (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین اعمال مداخلهٔ آزمایشی نمرهٔ معنای زندگی را افزایش داده است؛ اما تفاوت میانگین معنای زندگی در موقعیت پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود که این نتیجه نشان می‌دهد اثر مداخله در طی زمان پایدار بوده است. اختلاف میانگین متغیر وابستهٔ انعطاف‌پذیری در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌صورت معنادار به‌دست آمد (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین اعمال مداخلهٔ آزمایشی نمرهٔ انعطاف‌پذیری را افزایش داده است؛ اما تفاوت میانگین انعطاف‌پذیری در موقعیت پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. این نتیجه مشخص می‌کند مداخله در طی زمان پایدار بوده است. اختلاف میانگین متغیر وابستهٔ افکار خودکشی در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین اعمال مداخلهٔ آزمایشی نمرهٔ افکار خودکشی را کاهش داده است؛ اما تفاوت میانگین افکار خودکشی در موقعیت

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.166.5]

پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود که این نتیجه نشان می‌دهد مداخله در طی زمان پایدار بوده است. اختلاف میانگین متغیر وابستهٔ رضایت از زندگی در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌صورت معنادار به‌دست آمد ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین اعمال مداخلهٔ آزمایشی نمرهٔ رضایت از زندگی را افزایش داده است. همچنین تفاوت میانگین رضایت از زندگی در موقعیت پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود که این نتیجه نشان می‌دهد در طی زمان مقدار معناداری از اثر مداخلهٔ آزمایشی از دست رفته است.

۴ بحث

نتایج نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و رضایت از زندگی در مرحلهٔ پس‌آزمون تأثیر دارد. همچنین نتایج مشخص کرد که این تأثیر در مرحلهٔ پیگیری در متغیرهای معنای زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی و افکار خودکشی معنادار نیست؛ یعنی مداخله در طی زمان پایدار مانده است؛ اما در متغیر رضایت از زندگی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در طی زمان تغییر کرده و پایدار نبوده است.

یکی از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی تأثیر دارد. این تأثیر در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار بوده است. این یافته با نتایج پژوهش مقبل اصفهانی و حقایق همخوان است (۳۳). در ارتباط با اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی هیز و همکاران معتقدند، افراد افسرده‌ای که احساس معنا در زندگی نمی‌کنند، به‌علت نوع نگاهشان به خود و دنیا و آینده، حس کامل‌بودن و مفیدبودن ندارند. این افراد ازآنجاکه خود را غرق افکار و احساسات بی‌معنا و منفی می‌کنند، دارای تعاملات اجتماعی مناسبی نیستند؛ اما با شرکت در جلسات درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، به نگرش یا رابطهٔ متفاوت با افکار و احساسات و عواطف دست یافته و حس معناداری زندگی در آن‌ها افزایش می‌یابد (۱۷).

بنابراین براساس درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد دربارهٔ تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل ناموثر کاهش پیدا کند. به افراد آموخته می‌شود هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد. همچنین در این میان بر آگاهی روانی فرد در لحظه افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی و افکار و رفتار خود در لحظهٔ حال آگاهی می‌یابد و به فرد آموخته می‌شود خود را از این تجارب ذهنی جدا کند. درنهایت آموزش‌های اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخصشان کند و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل نماید. این آموزش‌ها باعث کاهش احساس پوچی و افزایش وجود معنا در زندگی فرد می‌شود (۳۴).

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر دارد و این تأثیر در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار بوده است. این یافته با نتایج پژوهش هربرت ویلسون و استوری و ویلسون (۳۵) و نیز توهیگ، ویلاردگا، لوین و هیز (۳۶) همخوان است. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد افراد را تشویق می‌کند با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب آن‌ها شوند. از دیدگاه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، اجتناب از تجارب، فرایند آسیب‌زایی را به‌وجود می‌آورد که در ایجاد و گسترش تعارضات نقش دارد (۳۷). بوهلیمی جر و همکاران نیز معتقدند که پذیرش، بحث‌های غیرمؤثر را به‌سمت تغییرات اساسی هدایت می‌نماید و فضایی را برای افراد باز می‌کند تا افکار و احساساتشان را بدون تلاش برای تغییر دریابند. این تمرینات کمک می‌کند فرد مستقیماً با وقایع استرس‌زا و تنش‌زای خود خصوصاً در جلسات درمانی تماس پیدا کند و افکار و هیجانات نامطلوب را به‌جای کنترل یا کشمکش با آن‌ها تجربه نماید. فرد نه‌تنها تجربهٔ کامل افکار و هیجانات را دارد، بلکه به‌طرف مقابل نیز اجازه می‌دهد تا چنین تجربه‌ای داشته باشد (۳۸)؛ بنابراین هدف درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی ازطریق پذیرش احساسات ناخوشایند و اجتناب‌ناپذیر و پریشان‌کننده است.

دیگر نتیجهٔ پژوهش نیز نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی تأثیر دارد. این یافته با نتیجهٔ پژوهش محمدعلی و صداقت همخوان است (۳۹). رویکرد درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌جای تمرکزکردن روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا، به مراجعان کمک می‌کند شناخت‌های کنترل‌شدهٔ خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده، خلاص نمایند؛ همچنین به آنان اجازه می‌دهد از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند (۴۰). به باور هیز و استروسال با واردشدن فرد به فرایند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تمرکز و گرفتارآمدن در فرایندهای ذهنی‌ـ کلامی منفی که معطوف به خود و دیگران بوده و در متن افسردگی به‌شدت تقویت گردیده است، به‌تدریج اصلاح شده و تغییر می‌کند. در فرایندهای ذهنی‌ـ کلامی منفی، رضایت از زندگی به‌عنوان سازه‌ای نگرشی به‌شدت از این فرایندهای ذهنی‌ـ کلامی متأثر است (۴۱). ایدهٔ زیربنایی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد این است که آنچه از تسلط و ارادهٔ ما خارج بوده، بپذیریم؛ همچنین نیروی خود را به‌جای مصرف در مسیری که به تغییری مثبت و سازنده منتهی نمی‌شود، به سوی آنچه برای زندگی ارزش و اهمیت داشته، هدایت کنیم (۴۲)؛ بنابراین در این درمان بر پذیرش آنچه نمی‌توان به‌طور مستقیم تغییر داد به‌عنوان ابزاری جهت تشخیص و تغییر آنچه تغییرپذیر بوده، تأکید می‌شود. حضور در اینجا و اکنون، باعث می‌گردد افراد درگیر قضاوت‌ها دربارهٔ تجارب ناخوشایند گذشته و آیندهٔ خودشان نشوند. فرایند تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی به فرد کمک می‌کند تا وضعیت را تحمل‌پذیر نماید و تجربهٔ لحظه‌های واقعی زندگی‌اش را بپذیرد. این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد (۴۳).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی تأثیر دارد. این یافته با نتیجهٔ پژوهش والسر و همکاران همخوان است (۲۱). در تبیین تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی می‌توان گفت، براساس رویکردهای شناختی برای درمان افکار خودکشی و کاهش آن، از فنون شناختی، بررسی دلایل خودکشی، بررسی شواهد موافق و مخالف آن، آزمایش‌های رفتاری و جدول زمانی فعالیت استفاده می‌شود. فنون شناختی به بازپردازش خطاهای شناختی ایجادشده می‌پردازد. در این روش بیمار با بررسی کیفیت و راستی‌آزمایی شواهد و با فنون آزمایش رفتاری، خطاها و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.166.5]

تحریف‌های شناختی را به محک تجربه گذاشته و درنهایت رویکرد محدود با سوگیری منفی در وی به چالش کشیده می‌شود و به شناخت‌های منطقی و معقول دست می‌یابد (۴۴). تحقیق حاضر صرفاً در بین افراد ۲۵تا۴۵ سال انجام شد؛ بنابراین قدرت تعمیم یافته‌ها را به همهٔ افراد جامعه محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در سایر گروه‌های سنی نیز اجرا شود.

۵ نتیجه‌گیری

برطبق نتایج می‌توان استنباط کرد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجربه بهبود معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت از زندگی و کاهش افکار خودکشی در مبتلایان به افسردگی می‌شود؛ به‌طوری‌که تأثیر درمان در طی زمان نیز پایدار بوده است.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام عزیزانی که به‌نحوی در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام با کد ۲۲/۱۱/۲۰۵۹۴ است.

References

1. Hyman S. Mental health: depression needs large human-genetics studies. Nature. 2014;515(7526):189–91. doi: 10.1038/515189a
2. Jat MI, Afridi MI, Amar W, Lal C. Prevalence of Migraine among patients of Depressive Disorder. Pak J Med Sci. 2018;34(4):964–7. doi: 10.12669/pjms.344.14693
3. Frankl VE. The Unheard Cry for Meaning: psychotherapy and humanism. New York: Simon and Schuster; 1985.
4. Steger MF, Frazier P. Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. Journal of Counseling Psychology. 2005;52(4):574–82. doi: 10.1037/0022-0167.52.4.574
5. Meier A, Edwards H. Purpose-in-Life Test: Age and sex differences. Journal of Clinical Psychology. 1974;30(3):384–6. doi: 10.1002/1097-4679(197407)30:3<384::AID-JCLP2270300351>3.0.CO;2-V
6. Chan DW. Orientations to happiness and subjective well-being among Chinese prospective and in-service teachers in Hong Kong. Educational Psychology. 2009;29(2):139–51. doi: 10.1080/01443410802570907
7. Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. Social Indicators Research. 1978;5(1):475–92. doi: 10.1007/BF00352944
8. Diener E. New findings and future directions for subjective well-being research. Am Psychol. 2012;67(8):590–7. doi: 10.1037/a0029541
9. Karwowski W. International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors. Boca Raton, FL: CRC/Taylor & Francis; 2006.
10. Kreutzer CP, Bowers CA. Making Games for Health Engaging: The Influence of Cognitive Skills. Games Health J. 2016;5(1):21–6. doi: 10.1089/g4h.2015.0048
11. Meiran N, Diamond GM, Toder D, Nemets B. Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: examination of task switching, Stroop, working memory updating and post-conflict adaptation. Psychiatry Res. 2011;185(1–2):149–56. doi: 10.1016/j.psychres.2010.04.044
12. Pourhossein R, Farhoudi F, Amiri M, Janbozorgi M, Reza'i Bidakhvidi A, Nourollahi F. The relationship of suicidal thoughts, depression, anxiety, resilience, daily stress and mental health in university of Tehran students. Clinical Psychology Studies. 2014;4(14):21–40. [Persian] http://jcps.atu.ac.ir/article_505_fe2ee67b26437656dc17b3fbe4f53246.pdf
13. Gliatto MF, Rai AK. Evaluation and Treatment of Patients with Suicidal Ideation. AFP. 1999;59(6):1500–6.
14. Yang S-J, Kim J-M, Kim S-W, Shin I-S, Yoon J-S. Bullying and victimization behaviors in boys and girls at South Korean primary schools. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(1):69–77. doi: 10.1097/01.chi.0000186401.05465.2c
15. Brown LA, Forman EM, Herbert JD, Hoffman KL, Yuen EK, Goetter EM. A randomized controlled trial of acceptance-based behavior therapy and cognitive therapy for test anxiety: a pilot study. Behav Modif. 2011;35(1):31–53. doi: 10.1177/0145445510390930
16. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. Psychol Rec. 2004;54(4):553–78. doi: 10.1007/BF03395492
17. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012;40(7):976–1002. doi: 10.1177/0011000012460836
18. Burrows CJ. Acceptance and commitment therapy with survivors of adult sexual assault: A case study. Clinical Case Studies. 2013;12(3):246–59. doi: 10.1177/1534650113479652
19. Deval C, Bernard-Curie S, Monestès J-L. Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. 2017;27(1):34–42. doi: 10.1016/j.jtcc.2016.10.002
20. Scott W, Hann KEJ, McCracken LM. A comprehensive examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. J Contemp Psychother. 2016;46:139–48. doi: 10.1007/s10879-016-9328-5
21. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. Behav Res Ther. 2015;74:25–31. doi: 10.1016/j.brat.2015.08.012
22. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. J Pers Assess. 1996;67(3):588–97. doi: 10.1207/s15327752jpa6703_13

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.166.5]

23. Ashtad E. Barrasi asarbakhshi gorooh darmani-e shenakhti bar behzisti-e zehni-e daneshjooyan [The effectiveness of cognitive group therapy on students' subjective well-being] [Thesis for M.Sc in Clinical Psychology]. [Tehran, Iran]: Iran University of Medical Sciences; 2009. [Persian]
24. 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. doi: 10.1007/s10608-009-9276-4
25. Soltani E, Shareh H, Bahrainian, SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. Pajoohandeh Journal. 2013;18(2):88–96. [Persian] http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1518-en.pdf
26. Beck AT. Manual for the beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1991.
27. Anisi J, Fathi-Ashtiani A, Soltani Nejad A, Amiri M. Prevalence of suicidal ideation in soldiers and its associated factors. Journal Mil Med. 2006;8(2):113–8. [Persian] http://militarymedj.ir/article-1-207-en.pdf
28. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. J Pers Assess. 1985;49(1):71–5. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
29. Tagharrobi Z, Sharifi K, Sooky Z, Tagharrobi L. Psychometric evaluation of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) in the students of Kashan nursing & midwifery faculty, Kashan, Iran. Qom Uni Med Sci J. 2012;6(1):89–98. [Persian] http://journal.muq.ac.ir/article-1-99-en.pdf
30. Vowles KE, Sorrell JT. Life with chronic pain: An acceptance-based approach (therapist guide and patient workbook). Unpublished manuscript; 2007.
31. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behav Modif. 2007;31(6):772–99. doi: 10.1177/0145445507302202
32. Clarke S, Kingston J, James K, Bolderston H, Remington B. Acceptance and Commitment Therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. J Contextual Behav Sci. 2014;3(3):179–88. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.04.005
33. Moghbel Esfahani S, Haghayegh SA. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience, meaning in life, and family function in family caregivers of patients with schizophrenia. The Horizon of Medical Sciences. 2019;25(4):298–311. [Persian] http://hms.gmu.ac.ir/article-1-3054-en.pdf
34. Forman EM, Herbert JD. New Directions in Cognitive Behavior Therapy: Acceptance-based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher JE. General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy. New Jersey: John Wiley and Sons; 2009.
35. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. Eur J Cancer Care. 2015;24(1):15–27. doi: 10.1111/ecc.12223
36. Twohig MP, Vilardaga JCP, Levin ME, Hayes SC. Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. Journal of Contextual Behavioral Science. 2015;4(3):196–202. doi: 10.1016/j.jcbs.2015.07.001
37. Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Lamers SMA, Schreurs KMG. Positive psychological wellbeing is required for online self-help acceptance and commitment therapy for chronic pain to be effective. Front Psychol. 2016;7:353. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00353
38. Bohlmeijer ET, Lamers SMA, Fledderus M. Flourishing in people with depressive symptomatology increases with Acceptance and Commitment Therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2015;65:101–6. doi: 10.1016/j.brat.2014.12.014
39. Mohamadali, Sedaghat. The effectiveness of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on life satisfaction among mothers of children with cancer. Journal of Clinical Psychology. 2017;9(2):29–36. [Persian] doi: 10.22075/jcp.2017.10162.
40. 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. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
41. Hayes SC, Strosahl KD. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer; 2004.
42. Hayes SC. Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. Clinical Psychology: Science and Practice. 2008;15(4):286–95. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x
43. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013;44(2):180–98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
44. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2003.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.166.5]