



The efficacy of acceptance and commitment therapy on psychological distress and dysfunctional attitudes

Zahra Zamani Froshani¹, Farideh Dokaneifard², Mozghan Niknam³

1. Ph.D Candidate in Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: doctorzahrazamani@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: f.dokaneifard@riau.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: niknam_mojgaan@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 24 September 2022

Received in revised form 28 October 2022

Accepted 01 December 2023

Published Online 23 July 2023

Keywords:

Psychological Distress, Treatment based on Acceptance and Commitment, Women, Khavaran Cultural Center, Dysfunctional Attitudes

ABSTRACT

Background: The research indicates that dysfunctional attitudes and psychological distress are among the most important structures that can cause problems to people's health. In addition, the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on these structures in women has conflicting results, requiring more research in this field.

Aims: This research aimed to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on women's psychological distress and dysfunctional attitudes.

Method: The current study was practical and semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The research's statistical population included all women referred to Khavaran Cultural Center in 2020. The research sample consisted of 30 women selected by the available sampling and randomly assigned to experimental and control groups. They completed the Beck et al. dysfunctional attitudes questionnaire (1991) and Kessler et al. psychological distress questionnaire (2002) in two phases, pre-test and post-test, and received an acceptance and commitment-based therapy trial group (Wells and Sorrell, 2007). After collecting the data, the data were analyzed using multivariate covariance analysis using SPSS_{v19} software.

Results: The results showed a significant difference between the two experimental and control groups in the post-test stage ($p < 0.01$), which indicates the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy in the variables of ineffective attitudes and psychological distress.

Conclusion: The women who participated in acceptance and commitment-based training obtained lower scores in ineffective attitudes and psychological distress in the post-test than before participating in the said program compared to the group that did not participate. This issue indicated the effectiveness of acceptance and commitment-based education in research variables.

Citation: Zamani Froshani, Z., Dokaneifard, F., & Niknam, M. (2023). The efficacy of acceptance and commitment therapy on psychological distress and dysfunctional attitudes. *Journal of Psychological Science*, 22(125), 1017-1032. [10.52547/JPS.22.125.1017](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.1017)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 125, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.125.1017](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.1017)



✉ **Corresponding Author:** Farideh Dokaneifard, Associate Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

E-mail: f.dokaneifard@riau.ac.ir, Tel: (+98) 9121866618

Extended Abstract

Introduction

Dysfunctional attitudes are inflexible and perfectionistic criteria that a person uses to judge himself and others. These attitudes are ineffective because they are inflexible, extreme, and resistant to change, which can predict depression symptoms (Ebrahimi et al., 2019). The interaction of dysfunctional attitudes with adverse events has been reported to predict the beginning of significant depression or increasing psychological symptoms (Knk and Odak, 2020.) Dysfunctional attitudes are part of cognitive processes, including general and negative assumptions and beliefs. These general and negative beliefs are not for a specific situation and are known as ineffective attitudes or irrational opinions. Dysfunctional attitudes lead to psychological damage and play a role in causing symptoms of depression, anxiety, and stress in women. Women prone to depression, anxiety, and stress have negative and ineffective attitudes toward themselves, the world, and the future (Fonseca and Canavarró, 2018). The research indicates that women with dysfunctional attitudes have low physical and mental health and quality of life (Park et al, 2013).

On the other hand, psychological distress describes an individual's general psychopathology with symptoms of depression, anxiety, and perceived stress. In addition, it refers to the general concept of non-adaptive psychological behavior during stressful life events (Yousefian et al, 2018). Therefore, it can be said that psychological distress is a unique and uncomfortable emotional state for a person in response to a stressor or a particular need that leads to temporary or permanent damage for him (McGinty et al, 2020). The results showed that women with high psychological distress have lower health and higher rumination (Barry et al., 2020).

Acceptance and commitment-based therapy is a widely used therapeutic approach whose effect must be further investigated on women's psychological distress and ineffective attitudes. Creating psychological flexibility is the primary goal of acceptance and commitment-based therapy. Psychological flexibility means creating the ability to

choose actions that are more suitable among different options and not doing actions that are only to avoid disturbing thoughts, feelings, memories, or desires (Twohig and Levin, 2017). Psychological flexibility is created in acceptance and commitment-based therapy through six main underlying processes; acceptance, fault, self as context, connection with the present, values, and committed action. These processes are related and influence each other to strengthen psychological flexibility (Hayes, 2019). Acceptance and commitment-based therapy effectively reduce dysfunctional attitudes (Nameni and Mazhab yusefi, 2019) and psychological distress (Wain et al., 2019) because it refers to the reduction of experiential avoidance.

As mentioned, dysfunctional attitudes and psychological distress are among the essential characteristics that cause social damage to women's health today. On the other hand, the acceptance and commitment approach is one of the approaches that numerous studies have shown its effectiveness in different variables, examples, and societies. Therefore, this research's central question is whether the acceptance and commitment-based therapy is effective on psychological distress and dysfunctional attitudes.

Method

This research was practical in terms of purpose. The current research design was semi-experimental and pre-test-post-test with a control group. The current research population included all women referred to Khavaran Cultural Center in 2019. The research sample included 30 women selected by non-random sampling and randomly assigned to experimental and control groups. Kessler et al. (2002) used psychological distress questionnaires in this research. The questionnaire has ten items on a 5-point Likert scale from never = 0 to always = 4. Beck et al.'s Ineffective Attitudes Questionnaire (1991) was designed. This test has 26 items on a 7-option Likert scale from 1=completely disagree to 7=completely agree. This research also used the acceptance and commitment-based intervention of Wells and Sorel (2007) in 8 sessions of 45 minutes. Finally, demographic characteristics, descriptive statistics indicators (mean, standard deviation), and inferential

statistics, including covariance analysis test with SPSS_{V19} software, were used to describe the research data.

Results

There were 30 women in this research. The mean and standard deviation of the age for the acceptance and commitment-based therapy group was 43.40 ± 8.02 , 46.47 ± 6.67 for the control group, and 44.93 ± 7.42 for the whole sample. In addition, three people (10%) have a diploma and sub-diploma degrees, four people

(13.3%) have postgraduate degrees, 15 people (50%) have bachelor's degrees, and eight people (26.7%) have Master's and higher degrees. In this research, 17 people (56.7%) were married, 13 people (43.3%) were single, 20 people (66.7%) were employed, and ten people (33.3%) were unemployed. In the following, the descriptive findings of the research variables are presented. The mean was used as the index of central tendency, and the standard deviation as the dispersion index to describe the data.

Table 1. Descriptive indices of research variables

variables	Group	Pre-test (M ±SD)	post-test (M ±SD)
Dysfunctional attitudes	acceptance and commitment-based therapy	86.29±93.68	77.20±00.42
	Control	76.19±13.55	79.20±80.23
Psychological distress	acceptance and commitment-based therapy	13.7±53.07	8.4±93.79
	Control	16.9±67.57	15.10±80.28

The average of the experimental group has improved from the pre-test to the post-test based on the above table in research variables. This improvement in research variables was negative. Therefore, the difference between the two groups in the post-test phase favors the experimental groups. In addition, this research used multivariate covariance analysis to analyze the data. Therefore, the assumptions of the test were examined before performing the analysis. The assumption of normality of the data was investigated with the Shapiro-Wilks test, and the

results indicated the validity of this assumption ($P < 0.05$). On the other hand, the Mbox test was used to check the equality of the variance-covariance matrix. The results showed that this assumption is valid. In addition, Lune's test was used to check the error variances, and this assumption was valid. The results of the multivariate covariance analysis showed a significant difference in the scores of the two groups ($P = 0.015$, $F = 4.998$, $0.714 =$ Wilk's lambda effect). Therefore, Table 2 shows the results of single variable analysis.

Table 2. The results of the univariate test on the effect of time and the interactive effect of time and group for dysfunctional attitudes and psychological distress

variables	sum of squares	Df	mean square	F	Sig	Eta square	Power test
Dysfunctional attitudes	365.503	1	365.503	6.965	0.014	0.211	0.719
Psychological distress	97.721	1	97.721	4.460	0.041	0.151	0.546

The univariate test results show a significant difference between the groups in both dysfunctional attitudes and psychological distress variables. The descriptive findings show that the sample obtained lower scores in dysfunctional attitudes and psychological distress after providing acceptance and commitment-based therapy.

Conclusion

This research investigated the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on psychological distress and dysfunctional attitudes of

women referring to the Khavaran Cultural Center in 2020. This study showed that acceptance and commitment-based therapy influenced the psychological distress of women referring to the Khavaran Cultural Center compared to the control group. The experimental group obtained a lower psychological distress score after receiving the intervention of 8 sessions of acceptance and commitment-based therapy. This finding is consistent with the studies of (Wayne et al., 2019; McGinty et al., 2020; Barry et al., 2020; Zhao et al., 2021). In explaining this study's results, it is said that the

acceptance and commitment-based therapy protocol has also been able to create significant cognitive changes in the women of the sample group by providing implicit training based on increasing cognitive flexibility and accepting the views of others. These changes have been reported to reduce women's psychological distress in the post-test and follow-up stages. Experiential avoidance is another issue that seems effective as one of the possible explanations for the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy protocol. Women with psychological distress usually cannot face various life challenges with impatience and reduced desire and try to avoid the experience as much as possible. Experiential avoidance in the upcoming challenges leads to the aggravation of the consequences of depression and, as a result taking unhealthy coping methods. Experiential avoidance is one of the therapeutic goals of the discussed protocol, and women reported milder depression symptoms after participating in the sessions of this intervention. It seems that the mild symptoms reported by the women after participating in the therapy sessions were a result of their increased coping ability and decreased experiential avoidance.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of counseling at Roudehen Branch, Islamic Azad University. Participants consciously and voluntarily participated in the research. The principle of confidentiality was observed in the research.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: The authors hereby express their gratitude to the supervisors and advisors of this research as well as to all the people who participated in the research, the personnel and all the people who cooperated in the research.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و نگرش‌های ناکارآمد

زهرا زمانی‌فروشان^۱، فریده دوکانه‌ای‌فرد^۲، مژگان نیکنام^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲. دانشیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: شواهد پژوهشی حاکی از آن است که نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی از مهمترین سازه‌هایی هستند که می‌تواند سلامت افراد را با مشکلاتی مواجه کند و بررسی و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی این سازه‌ها در زنان نتایج ضد و نقیضی را نشان داده است که نیاز به انجام پژوهش بیشتر در این زمینه است.

هدف: هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و نگرش‌های ناکارآمد در زنان بود. **روش:** پژوهش حاضر کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به فرهنگ‌سرای خاوران در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ خانم بوده که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل گمارده شدند. همه آن‌ها پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد بک و همکاران (۱۹۹۱) و پریشانی روانشناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲) را در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند و گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ولز و سورل، ۲۰۰۷) را دریافت کرد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/01$) که نشان از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی است.

نتیجه‌گیری: بنابراین زنانی که در برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند نسبت به پیش از شرکت در برنامه مذکور و نسبت به گروهی که در برنامه شرکت نداشتند در نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی در مرحله پس‌آزمون نمرات پایین‌تری کسب کردند که این امر حاکی از اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیرهای پژوهش بود.

استناد: زمانی‌فروشان، زهرا؛ دوکانه‌ای‌فرد، فریده؛ و نیکنام، مژگان (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و نگرش‌های ناکارآمد. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۵، ۱۰۱۷-۱۰۳۲.

DOI: [10.52547/JPS.22.125.1017](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.1017) شماره ۱۲۴، ۱۴۰۲. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۵، ۱۰۱۷-۱۰۳۲.



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: فریده دوکانه‌ای‌فرد، دانشیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. رایانامه: f.dokaneifard@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۲۱۸۶۶۶۱۸

مقدمه

زنان از جمله افراد جامعه هستند که توجه به سلامت آن‌ها حائز اهمیت است. داشتن روحیه امید، سرزندگی و شادابی می‌تواند تأثیر بسزایی در نحوه کارکرد و فعالیت آن‌ها داشته و به نوبه خود موجبات شادی نسل بعد را فراهم کند. از سویی پریشانی روانشناختی و نگرش‌های ناکارآمد از متغیرهایی هستند که سلامت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند (شجاعی و همکاران، ۱۴۰۰). از نظر بک نگرش‌های ناکارآمد معیارهایی انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. از آنجایی که این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در مقابل تغییر هستند، ناکارآمد قلمداد می‌شوند و می‌تواند پیش‌بینی‌کننده علائم افسردگی باشد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۸). تعامل نگرش‌های ناکارآمد با وقوع حوادث منفی، در پیش‌بینی آغاز دوره افسردگی اساسی و یا افزایش علائم روانشناختی گزارش شده است (کنک و اوداک، ۲۰۲۰). نگرش‌های ناکارآمد، بخشی از فرآیندهای شناختی بوده‌اند و شامل فرضیات و باورهای کلی و منفی‌اند. این باورهای کلی و منفی به موقعیت خاصی اختصاص ندارند و نگرش‌های ناکارآمد یا عقاید غیرمنطقی شناخته می‌شوند. نگرش‌های ناکارآمد به آسیب‌های روانی منجر می‌شوند و در به وجود آوردن علائم افسردگی، اضطراب، استرس در زنان نقش دارند. زنانی که مستعد افسردگی، اضطراب و استرس هستند، نگرش‌های منفی و ناکارآمدی نسبت به خود، دنیا و آینده دارند (فونسکا و کاناوارو، ۲۰۱۸). نگرش‌های ناکارآمد به افسردگی و اضطراب و به نبود اشتیاق و ناتوانی بیمار منجر می‌شوند و در نتیجه بیمار نمی‌تواند اقدامات لازم را برای رسیدن به سلامتی و تندرستی انجام دهد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۸). به اعتقاد پژوهشگران نگرش‌های ناکارآمد ویژگی‌های شخصیتی پایداری هستند که افراد را نسبت به افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازند و از طرحواره‌های منفی در خصوص خود، دنیا و آینده تشکیل می‌شوند که به مثلث شناختی منفی معروف هستند (کنک و اوداک، ۲۰۲۰). افرادی که نسبت به افسردگی، اضطراب، استرس آسیب‌پذیر هستند، طرحواره‌های ناسازگاری دارند که پنهان باقی می‌مانند تا اینکه به وسیله حوادث پراسترس زندگی راه‌اندازی شوند. نگرش‌های ناکارآمد در محتوای این

طرحواره‌های نسبتاً پایدار منعکس می‌شوند. به عبارت بهتر نگرش‌های ناکارآمد، عوامل آسیب‌پذیری شناختی هستند که پس از بهبود افسردگی پنهان می‌شوند تا اینکه دوباره به وسیله خلق منفی فعال شوند (بری و گرین‌وود، ۲۰۱۸). نگرش ناکارآمد در واقع جزئی از باورهای واسطه‌ای ناکارآمد است که در کنار افکار خود کار در نظام شناختی فرد بر رفتار او تأثیر می‌گذارد. این اعتقادات واسطه‌ای ناکارآمد، با نظرات منفی پیش‌بین همراه است. نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می‌کند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می‌شوند، فرد را آماده می‌سازند تا موقعیت‌های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند (مایزر و اسر، ۲۰۱۷). در واقع نگرش‌های ناکارآمد که بنیادهای آشفته‌کننده افراد را تشکیل می‌دهند، دو ویژگی اساسی دارند، اولاً آن‌ها در درون خود توقعات خشک، جزئی و قدرتمندی دارند که معمولاً در قالب کلماتی چون باید، حتماً، الزاماً و ضرورتاً بیان می‌شوند، ثانیاً موجب انتساب‌های بسیار نامعقول و تعمیم مفرط و فاجعه‌آمیز می‌شوند (بری و گرین‌وود، ۲۰۱۸). شواهد پژوهشی حاکی از آن است که زنان دارای نگرش‌های ناکارآمد، از سلامت جسمی، روانی و کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند (پارک و همکاران، ۲۰۱۳).

از سویی پریشانی روانشناختی^۱ به عنوان یکی از متغیرها مهم در زنان بوده که نیازمند بررسی و پژوهش در این زمینه است (محمودپور، دریا، کمندلو و مدنی، ۱۳۹۹). پریشانی روانشناختی اصطلاحی است که به توصیف روان آسیب‌شناسی عمومی فردی با مجموعه‌ای از نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده می‌پردازد و به مفهوم عمومی کنشوری روانشناختی غیرانطباقی در سطح رخدادهای تنش‌زای زندگی اشاره دارد (یوسفیان و همکاران، ۱۳۹۸). از این رو، می‌توان گفت پریشانی روانشناختی یک وضعیت هیجانی منحصر به فرد و ناراحت‌کننده برای یک فرد در پاسخ به یک عامل تنش‌زا یا نیاز خاص است که به آسیب‌گذرا یا همیشگی برای وی منتهی می‌شود (مک‌گینتی و همکاران، ۲۰۲۰). پریشانی روانشناختی نسبت به اختلال روانشناختی که به طبقات تشخیصی بالینی باز می‌گردد، دلالت بر سطحی غیر اختصاصی از روان آسیب‌شناسی دارد و به عنوان پاسخ هیجانی نابهنجار به عوامل تنش‌زا تعریف می‌شود. پریشانی

^۱ psychological distress

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 را تنظیم کند و برای رسیدن به آن‌ها متعهدانه و مؤثر عمل کند (وین و همکاران، ۲۰۱۹). از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مستقیماً بر کاهش اجتناب تجربه‌ای اشاره دارد، می‌توان عنوان کرد که این درمان در کاهش نگرش‌های ناکارآمد (نامنی و مذهب‌یوسفی، ۱۳۹۸) و پریشانی روانشناختی (وین و همکاران، ۲۰۱۹) مؤثر است. در این درمان، هشیاری فراگیر عبارت است از آوردن هشیارانه آگاهی به تجربه اینجا و اکنون، همراه با گشودگی، علاقه و پذیرش. هشیاری فراگیر شامل زندگی کردن در اینجا و اکنون، مشغول بودن کال با کار در حال انجام و پریشان نبودن افکار است. همچنین، در هشیاری فراگیر سعی می‌شود فرد بدون تلاش برای کنترل افکار و احساس‌های خود، به آن‌ها اجازه دهد تا آن‌گونه که هستند، بیابند و بروند. بنابراین هنگامی که فرد با پذیرش و تعهد ناظر تجربه‌های خصوصی باشد، حتی دردناک‌ترین آن‌ها کمتر تهدیدکننده است و قابل تحمل به نظر می‌رسد (تویگ و لوین، ۲۰۱۷).

با توجه به آنچه گفته شد، نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی در زنان از مهمترین خصوصیات است که امروزه باعث آسیب‌های اجتماعی مرتبط با سلامت در زنان ایجاد می‌کند. از سویی رویکرد پذیرش و تعهد از رویکردهایی است که تاکنون مطالعات متعددی اثربخشی آن را در متغیرها، نمونه‌ها و جوامع مختلف نشان داده است. لذا سؤال اصلی این پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و نگرش‌های ناکارآمد مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی بود. طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به فرهنگ‌سرای خاوران در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ خانم بوده (دلیل انتخاب ۳۰ نفر بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه 3 G Powe و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر = ۰/۳۶؛ ضریب

روانشناختی به عنوان یکی از نشانه‌های تشخیصی، در صورت همراه شدن با سایر نشانه‌ها، معیارهای تشخیصی یک اختلال روانی را پوشش می‌دهند (بیگلهور و همکاران، ۲۰۱۸). از این جهت، با شدتی کمتر از یک اختلال روانشناختی، در حوزه‌های مختلف عملکرد فرد تداخل ایجاد می‌کند و باعث بروز خشونت خانگی در زنان می‌شود و میزان اضطراب و افسردگی را در آن‌ها ارتقاء می‌دهد (کلز و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین نتایج نشان داد زنانی که پریشانی روانشناختی بالایی دارند، از سلامت پایین‌تری برخوردار هستند و نشخوار فکری بالاتری دارند (باری و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد که اثر آن در پریشانی روانشناختی و نگرش‌های ناکارآمد زنان نیاز به بررسی بیشتر دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است. هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است. انعطاف‌پذیری روانشناختی به معنای ایجاد توانایی در انتخاب عملی است که در بین گزینه‌های مختلف، مناسب‌تر باشد و نه انجام عملی که فقط برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده باشد (تویگ و لوین، ۲۰۱۷). انعطاف‌پذیری روانشناختی، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرآیند اصلی و زیربنایی؛ پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد ایجاد می‌شود. این فرآیندها با یکدیگر مرتبط هستند و برای تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی بر یکدیگر تأثیر گذارند (هیز، ۲۰۱۹). در آمیختگی شناختی بدین معناست که فرد، خود و افکارش را در آمیخته (یکی) می‌داند. گسلش شناختی بدین معناست که بپذیریم افکار ما از ما جدا هستند و چیزی بیش از وقایع خصوصی موقت نیستند. پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای احساس‌ها، حواس، 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. مشاهده خود عبارت است از آگاهی مداوم از خود، که تغییر نمی‌کند و همیشه حاضر و در مقابل صدمه مقاوم است. از این دیدگاه، تجربه افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها، امیال، حواس، تصویرها، نقش‌ها یا حتی بدن فیزیکی چیزی متفاوت از خود فرد

1. Acceptance and Commitment Therapy

ضریب پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ $0/75$ گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط یعقوبی (۱۳۹۴) مورد رواسازی قرار گرفت. وی پس از اجرای پرسشنامه بر روی دانشجویان دانشگاه‌های تهران ساختار تک عاملی پرسشنامه را با بارهای عاملی مناسب تأیید کرد. همچنین برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که این میزان در نمونه ایرانی $0/93$ گزارش شده است. در پژوهش حاضر میزان پایایی به روش آلفای کرونباخ $0/77$ بدست آمد.

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد (DAS-26): این پرسشنامه توسط بک، براون، استیر و وایزمن (۱۹۹۱) طراحی شد. پرسشنامه دارای ۲۶ گویه و ۴ خرده‌مقیاس موفقیت-کامل‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد می‌باشد. پرسشنامه بر روی یک طیف لیکرت ۷ گزینه‌ای کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۷ قرار دارد. بک و همکاران (۱۹۹۱) روایی محتوایی این پرسشنامه را $0/88$ و میزان پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و همه مؤلفه‌های آن بالاتر از $0/7$ گزارش کردند. این پرسشنامه در ایران توسط ابراهیمی و موسوی (۱۳۹۲) مورد رواسازی قرار گرفت. میزان روایی محتوایی این پرسشنامه $0/75$ و میزان پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی $0/73$ گزارش شده است.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: این پروتکل اقتباس از ولز و سورل (۲۰۰۷)؛ اقتباس از مسگریان، (۱۳۹۱) بوده که در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هر هفته ۱ جلسه در طی دو ماه به آزمودنی‌های عرضه شد. محتوای جلسات به شرح زیر می‌باشد.

آلفا = $0/05$ ؛ توان آزمون = $0/95$ بود) که به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس (دلیل روش نمونه‌گیری در دسترس به خاطر عدم دسترسی کافی به زنان به این مرکز و همچنین شیوع بیماری کرونا بود) انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. بدین صورت که از بین زنانی که ملاک‌های ورود (جنسیت مؤنث، داشتن رضایت آگاهانه از مشارکت در پژوهش، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، توانایی پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها) و خروج (غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات درمانی، انجام ندادن تکالیف محوله، وقوع حوادث غیرمترقبه در زندگی افراد، داشتن بیماری روانی مانند افسردگی، اسکیزوفرنی و...، داشتن بیماری جسمی و یا تحت مراقبت دارویی، شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر و نداشتن ملاک‌های ورود) به پژوهش را داشتند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. قابل ذکر است که هر دو گروه از لحاظ ویژگی‌های سن و تحصیلات همتاسازی شدند.

ب) ابزار

پرسشنامه پریشانی روانشناختی: این پرسشنامه توسط کسلر و همکاران (۲۰۰۲) برای شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی تدوین شده است. پرسشنامه دارای ۱۰ آیتم بوده که پریشانی روانشناختی را به صورت سازه‌ای تک بعدی مورد بررسی قرار می‌دهد. پرسشنامه بر روی یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از هیچ‌وقت = ۰ تا همیشه = ۴ قرار دارد. حداکثر نمره برای این آزمون ۴۰ و حداقل نمره ۰ می‌باشد. کسلر و همکاران (۲۰۰۲)

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ولز و سورل، ۲۰۰۷؛ اقتباس از مسگریان، ۱۳۹۱)

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش‌آزمون	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمانجویان
دوم	آشنایی اعضا با مفهوم خودپنداره	بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه توضیحاتی درباره خودپنداره ضعیف و بحث درباره اهداف درمانجویان و پیامدهای آن	مشخص کردن تاثیرات خودپنداره ضعیف در زندگی شخصی و اجتماعی خود توسط درمانجویان
سوم	آشنایی اعضا با مفهوم پریشانی روانشناختی	بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه توضیحاتی درباره نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روان شناختی نشانه‌ها و پیامدهای آن و بررسی راهبردهای کنترلی ناکارآمد	مشخص کردن تاثیرات نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی در زندگی شخصی و اجتماعی خود توسط درمانجویان و مشخص کردن راهبردهای کنترلی و تاثیر آن‌ها در زندگی شخصی و اجتماعی
چهارم	آموزش ذهن آگاهی و پذیرش	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره بهبودی راهبردهای کنترلی، توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن،	اجرای تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته و بررسی تاثیر آن‌ها در زندگی شخصی و اجتماعی

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
پنجم	آموزش گسلش شناختی	معرفی ذهن آگاهی و پذیرش، آموزش گام های پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات	تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تاثیر آن در زندگی شخصی و اجتماعی
ششم	آشنایی با خود به عنوان چشم انداز	توضیح آمیختگی شناختی و بیان مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتارهای قابل مشاهده، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار	تمرین آگاهی و دریافت های حسی مختلف و جثایی از حس هایی که جزو محتوی ذهنی هستند و بررسی تاثیر آنها در زندگی شخصی و اجتماعی
هفتم	تصریح ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزش ها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تاثیر مشاهده گری افکار در زندگی درمانجویان، توضیح مفهوم ارزش ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و شناسایی رفتارهای منطبق بر ارزش ها و ایجاد تعهد به عمل در راستای ارزش ها و گذر از موانع با استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس	اولویت بندی ارزشها در ده حیطه خانواده، ازدواج، روابط دوستانه، شغل، رشد فردی، تفریح، معنویت، زندگی اجتماعی، محیط زیست و طبیعت و سلامتی و شناسایی و اجرای رفتارهای منطبق بر ارزشها
هشتم	جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پیامدهای عمل بر اساس ارزش ها و بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت آنها، ارائه باز خورد و خلاصه از جلسات از درمانجویان، اجرای پس آزمون و خاتمه جلسات	

از ویژگی های جمعیت شناختی و شاخص های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل کوواریانس با کمک نرم افزار SPSS^{v19} استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش ۳۰ خانم حضور داشتند که میانگین و انحراف معیار سن برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $43/40 \pm 8/02$ ، برای گروه کنترل $46/47 \pm 6/67$ و برای کل نمونه $44/93 \pm 7/42$ بود. همچنین در این پژوهش تعداد ۳ نفر (۱۰٪) دارای مدرک دیپلم و زیر دیپلم، ۴ نفر (۱۳٪) دارای مدرک فوق دیپلم، ۱۵ نفر (۵۰٪) دارای مدرک لیسانس و ۸ نفر (۲۶٪) دارای مدرک ارشد و بالاتر بودند. افزون بر آن در این پژوهش ۱۷ نفر (۵۶٪) متأهل و ۱۳ نفر (۴۳٪) مجرد بودند. تعداد ۲۰ نفر (۶۶٪) شاغل و ۱۰ نفر (۳۳٪) غیرشاغل بودند. در ادامه یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می شود. برای توصیف داده ها از میانگین به عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

پژوهش از نظر اجرا به روش پیمایشی اجرا شد. به این صورت که پرسشنامه های مورد استفاده پس از کسب رضایت آگاهانه از افراد نمونه توسط پژوهشگر توزیع شد. تمام افراد مشارکت کننده در پژوهش که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه را به صورت گروهی تکمیل کرده اند و برای تکمیل آنها محدودیت زمانی لحاظ نشد. نحوه اجرا نیز به این صورت بود که پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای برگزار شد. اجرای پروتکل درمانی از یک مربی و دستیار تشکیل می شد. مربی مسائل لازم را به شرکت کنندگان درباره چگونگی راهبردهای حل مشکل آموزش می داد. در طول جلسات فرد دستیار با مرور تکنیک آموزش داده شده در جلسات آموزشی، به مربی کمک می کرد. شرکت در پژوهش برای تمامی آزمودنی ها به صورت داوطلبانه بود و شرکت کنندگان در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، می توانستند مجموعه آزمون ها را ارجاع نمایند. محرمانه بودن اطلاعات کسب شده، جلب رضایت آگاهانه آزمودنی های پژوهش، عدم انتشار اطلاعات آزمودنی ها به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان بخش از جمله ملاحظات اخلاقی بود که پژوهشگر مد نظر قرار داد. در نهایت برای توصیف اطلاعات پژوهش

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار ± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار ± میانگین)
نگرش‌های ناکارآمد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸۶/۹۳±۲۹/۶۸	۷۷/۰۰±۲۰/۴۲
	کنترل	۷۶/۱۳±۱۹/۵۵	۷۷/۸۰±۲۰/۲۳
پریشانی روانشناختی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۳/۵۳±۷/۰۷	۸/۹۳±۴/۷۹
	کنترل	۱۶/۶۷±۹/۵۷	۱۵/۸۰±۱۰/۲۸

بر اساس جدول فوق در متغیرهای پژوهش، میانگین گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش یافته است. این بهبود در متغیرهای پژوهش به صورت منفی بود. بنابراین تفاوت بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون به نفع گروه‌های آزمایش است. افزون بر آن در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. لذا قبل از انجام تحلیل، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلکز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود ($P > 0/05$). همچنین نتایج مربوط به ارتباط خطی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش مبنی بر موازی بودن خطوط رگرسیون صادق نبود و این مفروضه رد شد. از سویی برای بررسی برابری ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ($F = 2/594, P = 0/051$ ، $M = 8/436$ باکس). علاوه بر آن به منظور بررسی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد که این میزان برای متغیر نگرش‌های ناکارآمد ($F_{(28, 1)} = 1/532, p = 0/277$) و برای پریشانی روانشناختی ($p = 0/198$) و جدول زیر قرار دارد.

بر اساس جدول فوق در متغیرهای پژوهش، میانگین گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش یافته است. این بهبود در متغیرهای پژوهش به صورت منفی بود. بنابراین تفاوت بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون به نفع گروه‌های آزمایش است. افزون بر آن در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. لذا قبل از انجام تحلیل، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلکز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود ($P > 0/05$). همچنین نتایج مربوط به ارتباط خطی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش مبنی بر موازی بودن خطوط رگرسیون صادق نبود و این مفروضه رد شد. از سویی برای بررسی برابری ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ($F = 2/594, P = 0/051$ ، $M = 8/436$ باکس). علاوه بر آن به منظور بررسی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد که این میزان برای متغیر نگرش‌های ناکارآمد ($F_{(28, 1)} = 1/532, p = 0/277$) و برای پریشانی روانشناختی ($p = 0/198$) و جدول زیر قرار دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی

اثر	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
پیلایی	۰/۲۸۶	۴/۹۹۸	۲	۲۵	۰/۰۱۵	۰/۲۸۶	۰/۷۶۳
لانداى ویلکز	۰/۷۱۴	۴/۹۹۸	۲	۲۵	۰/۰۱۵	۰/۲۸۶	۰/۷۶۳
هتلینگ	۰/۴۰۰	۴/۹۹۸	۲	۲۵	۰/۰۱۵	۰/۲۸۶	۰/۷۶۳
رویس لارگت	۰/۴۰۰	۴/۹۹۸	۲	۲۵	۰/۰۱۵	۰/۲۸۶	۰/۷۶۳

نتایج حاکی از آن است که بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به منظور مشخص شدن این تفاوت نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در ادامه ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معناداری در نمرات دو گروه داشت ($F = 4/998, P = 0/015$ ، $\text{اثر لانداى ویلکز} = 0/714$). همچنین در دو ستون آخر جدول نتایج نشان داده است که چند درصد از واریانس متغیرهای پژوهش به وسیله متغیر گروه‌بندی تبیین شده است و توان کلی آزمون به چه میزان است. از این رو

جدول ۴. نتایج آزمون تک‌متغیری در مورد اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه برای نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی

متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتا	توان آزمون
نگرش‌های ناکارآمد	۳۶۵/۵۰۳	۱	۳۶۵/۵۰۳	۶/۹۶۵	۰/۰۱۴	۰/۲۱۱	۰/۷۱۹
پریشانی روانشناختی	۹۷/۷۲۱	۱	۹۷/۷۲۱	۴/۶۴۰	۰/۰۴۱	۰/۱۵۱	۰/۵۴۶

می‌رسد به عنوان یکی از تبیین‌های احتمالی جهت تبیین تأثیرگذاری پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند کارآمد باشد موضوع اجتناب تجربه‌ای است. زنان دچار پریشانی روانشناختی عمدتاً توانایی رویارویی با چالش‌های گوناگون زندگی را ندارند و با بی‌حوصلگی و کاهش رغبت با چالش‌ها مواجه می‌شوند و تا حد امکان تلاش می‌کنند از تجربه اجتناب کنند. این اجتناب در تجربه کردن چالش‌های پیش رو به تشدید پیامدهای افسردگی و در نتیجه اقدام به روش‌های ناسالم مقابله منجر می‌گردد. اجتناب تجربه‌ای به عنوان یکی از هدف‌های درمانی پروتکل مورد بحث لحاظ شده است که زنان بعد از شرکت در جلسات این مداخله علائم افسردگی خفیف‌تری گزارش کردند. به نظر می‌رسد علائم خفیف گزارش شده توسط زنان بعد از شرکت در جلسات درمانی در نتیجه افزایش توانایی مقابله آن‌ها و در نتیجه کاهش اجتناب تجربه‌ای حاصل شده باشد. یکی دیگر از مبانی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد بحث تأکید بر اینجا و اکنون است. این مفهوم به افراد دارای مشکلات پریشانی روانشناختی کمک شایانی در به تعویق انداختن نگرانی‌های رایج ایفا می‌کند. در واقع افراد دارای مشکلات روانشناختی میل شدیدی به جذب نگرانی‌های آینده و غرق شدن در گذشته به شکل نشخوار فکری دارند. این پروتکل با دادن تکنیک‌های عملی و کاربردی به آن‌ها کم می‌کند به لحظه حال معنا بدهد و حال را در یابند (باری و همکاران، ۲۰۲۰). از این رو یکی از تبیینات احتمالی مهم در اثربخشی پروتکل مورد بحث تأکید ویژه این رویکرد بر لمس اکنون و اینجاست. لزوم لمس لحظه حال حس سیالی و آرامش خاطر را به افراد دچار پریشانی روانشناختی اعطا می‌کند. حس سیالی و بودن در لحظه حال آن‌ها را از نگرانی‌های متعدد آینده و رخدادهای گذشته می‌رهاند. لازم به ذکر است در سایر رویکردهای درمانی که جهت کاهش پریشانی روانشناختی پروتکل‌هایی تدوین کرده‌اند (برای مثال درمان شناختی - رفتاری) به دنبال متمرکز کردن افراد بر لحظه حال هستند تا فرد را از تمرکز برگزشته و آینده برهاند. این تلاش‌ها در نهایت منجر به کاهش علائم شناختی پاتولوژیک مشکلات روانشناختی و بهبود وضعیت روانی افراد افسرده خواهد شد (مک‌گیتی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین لازم به ذکر است از نظر زیست‌شناختی، سیستم لیمبیک به عنوان ساختار مهم در تفسیر و بروز تظاهرات هیجانی عمل می‌کند. افراد افسرده و دچار مشکلات روانشناختی عمدتاً ناهنجاری‌هایی

نتایج آزمون تک‌متغیری در جدول فوق نشان می‌دهد که بین گروه‌ها در هر دو متغیر نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد که با مشاهده یافته‌های توصیفی می‌توان گفت پس از ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد نمونه نمرات پایین‌تری در نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی کسب کردند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و نگرش‌های ناکارآمد بود. نتایج این مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی زنان مراجعه‌کننده به فرهنگ‌سرای خاوران در مقایسه با گروه کنترل اثربخش بود، به این معنی که گروه آزمایش پس از دریافت مداخله ۸ جلسه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمره پریشانی روانشناختی نمره پایین‌تری کسب کرده‌اند. این یافته با مطالعات وین و همکاران، ۲۰۱۹؛ مک‌گیتی و همکاران، ۲۰۲۰؛ باری و همکاران، ۲۰۲۰؛ ژائو و همکاران، ۲۰۲۱) همسو بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از زمان شکل‌گیری و مفهوم‌سازی، به دنبال افزایش توانمندی انسان در قبول مسئولیت‌های فردی و اجتماعی بوده است. این رویکرد به دنبال آن است که با تغییرات شناختی در افراد آن‌ها را مسئولیت‌پذیرتر کرده و به آن‌ها توانمندی‌هایی ارائه کند و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی را گسترش می‌دهد. یکی از فاکتورهای تأثیرگذار در پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این اساس است که زنان افسرده و دچار پریشانی روانشناختی اکثراً انعطاف‌ناپذیری شناختی گسترده‌ای را تجربه می‌کنند این افراد عمدتاً از تغییر هراس دارند و تغییر را به مثابه نابودی قلمداد می‌کنند. در حالی که بر اساس مبانی، این رویکرد لازمه رشد و تغییر است، تغییری که با درد همراه است و چنانچه راکد بماند و تلاش و مسئولیتی در قبال آن صورت نگیرد به هیچ عنوان به حالت شکوفای نمی‌رسد (وین و همکاران، ۲۰۱۹). در تبیین نتایج به دست آمده از این مطالعه می‌توان گفت پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز با ارائه آموزش‌های نهفته و مبتنی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و پذیرش دیدگاه‌های دیگران توانسته است تغییرات شناختی عمده‌ای در زنان گروه نمونه ایجاد کند. این تغییرات به شکل کاهش پریشانی روانشناختی زنان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. موضوع دیگر که به نظر

کنند که نظام ارزشی اصولی را درک کرده‌اند (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۸). پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد نظر با استفاده از تعیین اهداف زندگی و تعیین اصول و ارزش‌های شخصی نگاه مثبت نسبت به روان را به فرد افسرده آموزش می‌دهد. به عنوان یکی از ویژگی‌های متمایزکننده افراد افسرده نسبت به جمعیت عادی باید اشاره کنیم افراد افسرده در تعاملات و روابط خود به مرزها و حریم شخصی خود بها نمی‌دهند و ارزش‌های شخصی خود را برای دیگران مهم تعیین نمی‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معتقد است گام نخست آن است که ارزش‌های شخصی و اهداف اصلی افراد تعیین شود و در روابطی که چنین ارزش‌هایی جایگاهی ندارند از چالش مداوم با آن اجتناب شود و مسیر متفاوتی برای تعاملات گزینش شود (کنک و اورداک، ۲۰۲۰). تکنیک‌های مورد نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آموزش اصولی مبتنی است که افراد افسرده ترس از بیان ارزش‌های شخصی را کنار بگذارند. نگرانی‌های متعددی در ارتباط با بیان ارزش‌های شخصی در ذهن فرد با نگرش‌های ناکارآمد در جریان است و جریان مداوم فکری مانع از رهاسازی تعاملات و روابطی می‌شود که آسیب‌رسان هستند و در نهایت منجر به شکنندگی فرد می‌شوند. غلبه بر این ترس از طریق بیان کردن بلند ترس‌ها و تفکر با صدای بلند امکان‌پذیر است. درمانگران اکت به فرد با نگرش‌های ناکارآمد کمک می‌کنند تفکرات منفی خود را با صدای بلند بیان کنند و هیجانات همزمان با آن را برون‌ریزی کنند (نامنی و مذهب یوسفی، ۱۳۹۸). در مطالعه حاضر نیز با ارائه تکنیک‌ها و آموزش‌های مبتنی بر تعیین اهداف و ارزش‌های شخصی، نگرش‌های ناکارآمد و تفسیرها و ارزیابی شخصی و نامتناسب در زنان کاهش یافته است. از این رو می‌توان گفت پروتکل مورد نظر به هدف نهایی خود در این حوزه یعنی کاهش نگرش‌های منفی دست یافته است. تبیین دیگر در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های منفی به اقدام متعهدانه بر می‌گردد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مانند رفتار درمانی سنتی، بر رفتار مداوم و هدفمند تأکید می‌کند. روش‌ها و تمرینات روانشناسی اکت به تغییر الگوهای رفتاری ناهنجار که موانع روانشناختی را ایجاد می‌کنند، کمک می‌کند. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت مداوم با ارائه تکنیک‌های رفتاری و آموزش‌های مبتنی بر رفتار قابل مشاهده به دنبال تغییرات شناختی - رفتاری در افراد دارای نگرش ناکارآمد است. ارزیابی و سنجش این

در این بخش از سیستم عصبی بروز می‌دهند. این امر نشان می‌دهد از نظر نورولوژیک افراد افسرده تغییرات زیستی عمیقی را تجربه می‌کنند (ژائو و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج مطالعات همسو با این یافته نیز در تأیید این مطالب است که بعد از پروتکل‌هایی همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بخش لیمبیک مغز به شکل قابل توجهی تنظیم شده است. این کار به دلیل تغییرات شناختی و رفتاری است که افراد دچار پریشانی روانشناختی بعد از دریافت پروتکل‌های مورد نظر تجربه می‌کنند (مولاندر و همکاران، ۲۰۱۸). ذکر این نکته نیز خالی از لطف نیست که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از تکنیک‌های پرکاربرد در کاهش نشخوارهای فکری افراد افسرده است. نشخوار فکری که به شکل بی‌هدف تداوم می‌یابد و به عنوان عادت در فرد تبدیل می‌شود. این رفتار عادت‌سپس با دادن احساس بی‌لذتی فرد افسرده را تقویت می‌کند و این تقویت به ضرورت مداوم تکرار می‌شود و سیکل معیوب چرخه افسردگی را تداوم می‌بخشد. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با قطع این سیکل معیوب از طریق تکنیک‌های فراشناختی به بازسازی شناختی و اصلاح هیجانات همبند کمک شایانی می‌کند (حسین‌لو و همکاران، ۱۴۰۰). در مجموع می‌توان گفت تبیین این یافته از این جهت حائز اهمیت است که تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت تمرکز بر موقعیت کنونی و رهایی از نگرانی‌ها و پریشانی روانشناختی حرکت می‌کنند و بر زمان حال، استفاده از بودن و مسئولیت در قبال روابط اجتماعی تأکید دارد. اهدافی که در پروتکل مطالعه حاضر به خوبی عملیاتی شده است.

یافته دیگر این مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسرای خاوران در مقایسه با گروه کنترل تأثیر داشت، به این معنی که گروه آزمایش پس از دریافت مداخله ۸ جلسه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نمره نگرش‌های ناکارآمد نمره پایین‌تری کسب کرده‌اند. این یافته با نتایج مطالعات پیشین (نامنی و مذهب یوسفی، ۱۳۹۸؛ بری و گرین‌وود، ۲۰۱۸؛ ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۸؛ کنک و اورداک، ۲۰۲۰) همخوان بود. با مراجعه به مبانی نظری رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت یکی از مهمترین اجزای روانشناسی این رویکرد، ارزش‌ها و عقیده‌های شخصی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اعمال مختلف و ابزارهای خودیاری را ترکیب می‌کند تا به افراد اجازه دهد که اهداف زندگی خود را در حالی انتخاب

سال ۱۳۹۹ اجرا شد. لذا نمی‌توان یافته‌های آن را به سایر اقشار و شهرهای دیگر تعمیم داد. در صورت تعمیم‌دهی باید جوانب احتیاط صورت گیرد. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت در دسترس اتخاذ شد و این می‌تواند نتایج پژوهش را با محدودیت‌هایی مواجه سازد. در این مطالعه یافته‌ها از طریق پرسشنامه و به صورت خودگزارش‌دهی توسط شخص بدست آمده و مشخص نیست نتایج حاصل از مداخلات پژوهشی تا چه اندازه با رفتارهای واقعی در زندگی روزمره مرتبط است. محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به روش پژوهشی است. این پژوهش یک پژوهش مداخله‌ای بوده که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پرداخته و روابط و همبستگی بین متغیرها بررسی نشد. محدودیت دیگر این مطالعه مربوط به همه‌گیری ویروس کرونا می‌باشد، به این معنی که همراستایی این پژوهش با همه‌گیری ویروس کرونا در نتایج پژوهش بی‌تأثیر نبود. نداشتن دوره پیگیری یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه بود. بر اساس این محدودیت‌ها می‌توان گفت این تحقیق بر روی زنان مراجعه‌کننده به فرهنگ‌سرای خاوران در سال ۱۳۹۹ اجرا شد، پیشنهاد می‌شود که بر روی زنان و سایر افراد که قابلیت اجرا دارد، اجرا شود و با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. با توجه به این که این پژوهش بصورت مداخله‌ای اجرا شده است، لذا جهت کسب نتایج دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود ارتباط این متغیرها با بهره‌گیری از سایر روش‌ها (همبستگی، رگرسیون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و...) نیز اجرا شوند. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی در کنار متغیرهای مختلف دیگر مانند احساس تنهایی، سازگاری، سلامت و... در سایر افراد مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص متغیرهای ذکر شده و روابط این سازه‌ها با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. همچنین با توجه به برجسته بودن نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی روانشناختی زنان فرهنگ‌سرای خاوران، پیشنهاد می‌شود، برنامه‌هایی از قبیل سخنرانی، برگزاری کارگاه و جلسات آموزش ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند اثرگذار باشد.

رفتارها در هر جلسه درمانی در قالب گفتگوی گروهی در جلسات درمانی امکان‌پذیر است. گفتگوی گروهی در جلسات درمانی به زنان گروه نمونه کمک می‌کند به افشای هیجانی پیردازند و نگرش‌ها ناکارآمد و هیجانات پنهان آن‌ها را ابراز کنند. این فرآیند شناختی - هیجانی در قالب جلسات درمانی اکت به شکل هنرمندانه‌ای زمینه را برای تغییر باورهای ناکارآمد فراهم می‌کند (بری و گرین‌وود، ۲۰۱۸). در مطالعه حاضر نیز زنان، ضمن شرکت در جلسه گروهی و افشای هیجانی خود نسبت به تغییر نگرش‌ها ناکارآمد به باورهای عمیقی دست یافتند و طی جلسات درمانی با آگاهی یافتن از دیدگاه سایر زنان به این درک فراشناختی رسیدند که ناکارآمدی نگرش‌ها در سایر بافت‌های زندگی تأثیر معناداری بر جای می‌گذارد. علاوه بر تأثیر آموزش‌ها و تکنیک‌های مرتبط با ارزش‌های فردی، تبیین دیگر درباره اثربخشی پروتکل مورد نظر به استعاره‌ها و تمثیل‌های اکت اشاره دارد. استعاره‌های مطرح شده در پروتکل اکت ویژه زنان افسرده بر ماهیت ناکارآمدی نگرش‌های ناکارآمد آن‌ها صحنه می‌گذارد و با ارائه مصداق‌های مناسب ویژه شرایط روانی افراد نگاه فراشناختی عمیقی در فرد ایجاد می‌کند. با تقویت‌های رفتاری و تقویت‌های گروهی استفاده از استعاره جای بیشتری در بستر شناختی فرد باز می‌کند و زمینه برای تغییر نگرش‌های ناکارآمد نسبت به توانمندی‌ها، موقعیت‌ها، دیدگاه‌ها، ارزیابی‌ها و تفاوت‌های موجود بین فرد و جانبه فراهم می‌شود (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۸). ماهیت افسردگی بر بی‌عملی و در نهایت بدعملی مبتنی است فرد افسرده با انتقال باورهای ناکارآمد خود به سایر ابعاد زندگی و ارزش‌زدایی کردن تلاش‌های انجام گرفته در طول زندگی شخصی به این باورها دامن می‌زند و در نهایت تغییر شناختی را سخت‌تر می‌کند. هرچقدر این حالت وضعیت مزمن‌تری داشته باشد و مدت زمان بیشتری فرد را در خود درگیر کند انعطاف‌پذیری فرد افسرده دشوارتر می‌شود. با استناد به مطالعات گوناگون حوزه افسردگی به نظر می‌رسد لزوم تغییر باورهای ناکارآمد زنان با ارائه تکنیک‌های درمانی اکت جایگاه ویژه‌ای بین درمانگران دارد چرا که تمثیل‌های خاص و ویژه مختص افراد افسرده آن‌ها را از بی‌عملی و بدعملی و استفاده از راهبردهای مقابله ناکارآمد منحرف می‌کند و به سمت باورهای مثبت و نگرش بدون سوگیری سوق می‌دهد.

نخستین محدودیت این پژوهش مربوط به قلمرو مکانی و زمانی مطالعه است. این مطالعه بر روی زنان مراجعه‌کننده به فرهنگ‌سرای خاوران در

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن می باشد. مشارکت کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش مشارکت نمودند. اصل رازداری در پژوهش رعایت شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور رساله می باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی نمایند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و نیز از کلیه افراد شرکت کننده در پژوهش، پرسنل و همه افرادی که در پژوهش همکاری داشتند، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

ابراهیمی، سیماء؛ فخری، محمدکاظم و حسن‌زاده، رمضان (۱۳۹۸). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امیدواری، نگرش‌های ناکارآمد و فرانگرانی در زنان نابارور. *روان پرستاری*، ۷(۴)، ۳۲-۴۰.

<http://ijpn.ir/article-1-1412-fa.html>

ابراهیمی، امرالله و موسوی، سیدغفور (۱۳۹۲). تهیه و اعتبار یابی نسخه ۲۶ گویه‌ای مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS-26) ساختار عاملی، پایایی و روایی (در بیماران سرپایی روان‌پزشکی). *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۵)، ۲۰-۲۸.

<http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-210-fa.html>

حسین‌لو، عقیل؛ پورنقاش‌تهرانی، سیدسعید؛ جعفری روشن، فریبا؛ چهره‌سا، علیرضا و دارابی، مجید (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر علائم افسردگی و نشخوار فکری زنان پس از خیانت همسر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰)، ۹۹۹-۱۰۱۴.

<https://doi.org/10.52547/JPS.20.103.999>

شجاعی، ستاره؛ نعمتی، شهروز و تیموری آسفجی، محمدمهدی (۱۴۰۰). مقایسه مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در مادران دارای نوجوان با و بدون آسیب حسی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۱۰(۲)، ۵۲-۶۳.

<http://socialworkmag.ir/article-1-287-fa.html>

محمودپور، عبدالباسط؛ دریا، محمد؛ کمندلو، زهرا و مدنی یاسر (۱۳۹۹). رابطه طراح‌های ناسازگار اولیه با رضایت زناشویی و پریشانی روانشناختی در زنان نابارور شهر تهران. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۴)، ۱۲۳۱-۱۲۴۲.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-771-fa.html>

نامنی، ابراهیم و مذهب‌یوسفی، آزاده. (۱۳۹۸). اثربخشی تلفیق روش‌های درمان پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و نگرش‌های ناکارآمد دختران نوجوان بی‌سرپرست. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۹(۲)، ۵-۲۷.

<https://doi.org/10.22067/ijap.v9i2.71717>

ولز، موین و سورل، جان (۲۰۰۷). *زندگی با درد مزمن (رویکرد مبتنی بر پذیرش) راهنمای درمانگر و کتاب کار بیمار*. ترجمه فاطمه مسگریان (۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارجمند.

یعقوبی، حمید (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سؤالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۴(۴)، ۴۵-۵۷.

<https://doi.org/10.22059/japr.2016.57963>

یوسفیان، زهرا؛ احدی، حسن و کراسکیان موجمناری، آدیس (۱۳۹۸). اثربخشی معنویت‌درمانی بر پریشانی روانشناختی و تاب‌آوری بیماران تالاسمی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۴)، ۲۲۸۵-۲۲۹۳.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-368-fa.html>

References

Barry, V., Stout, M. E., Lynch, M. E., Mattis, S., Tran, D. Q., Antun, A., ... & Kempton, C. L. (2020). The effect of psychological distress on health outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Health Psychology*, 25(2), 227-239.

<https://doi.org/10.1177/1359105319842931>

Beaglehole, B., Mulder, R. T., Frampton, C. M., Boden, J. M., Newton-Howes, G., & Bell, C. J. (2018). Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 716-722. DOI:

<https://doi.org/10.1192/bjp.2018.210>

Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., & Weissman, A. N. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 478.

<https://psycnet.apa.org/buy/1992-03876-001>

Berry, C., & Greenwood, K. (2018). Direct and indirect associations between dysfunctional attitudes, self-stigma, hopefulness and social inclusion in young people experiencing psychosis. *Schizophrenia research*, 193, 197-203.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.037>

Ebrahimi A, Moosavi SG. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale -26 items: factor structure, reliability and validity in Psychiatric outpatients. *SJIMU*. 2013; 21(5):20-28.

<http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-210-fa.html>

Ebrahimi S, Fakhri M, & Hasanzadeh R. Effect of mindfulness-based cognitive therapy on hope, dysfunctional attitudes and meta-worry in infertile women. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2019; 7(4): 32-40. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>

Fonseca A, & Canavarro MC. Exploring the paths between dysfunctional attitudes towards motherhood and postpartum depressive symptoms: The moderating role of self-compassion. *Clinical psychology & psychotherapy* 2018; 25(1): 96-106. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>

- Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry* 2019; 18(2): 226-227. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Hosseini A, Pournaghash Tehrani S S, Jafari Roshan F, Chehrehsa A, Darabi M. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on depressive symptoms and rumination in women after infidelity. *Journal of Psychological Science* 2021; 20(103): 999-1014. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Keles B, McCrae N, & Grealish A. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth* 2020; 25(1): 79-93. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand S-LT, Walters EE & Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine* 2002; 32(6): 959-976. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Knk Ö, & Odac H. Effects of dysfunctional attitudes and depression on academic procrastination: does self-esteem have a mediating role? *British Journal of Guidance & Counselling* 2020; 48(5): 638-649. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Mahmoudpour A, Darba M, & Madani Y. The relationship between early maladaptive schemas with marital satisfaction and psychological distress in infertile women in Tehran. *Journal of Psychological Science* 2021; 19(94): 1231-1242. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- McGinty EE, Presskreischer R, Han H, & Barry CL. Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *Jama*; 324(1): 93-94. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Meiser S, & Esser G. How dysfunctional are dysfunctional attitudes? A threshold model of dysfunctional attitudes and depressive symptoms in children and adolescents. *Cognitive Therapy and Research* 2017; 41(5): 730-744. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Molander P, Hesser H, Weineland S, Bergwall K, Buck S, Jäder Malmlöf J, ... & Andersson G. Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: A pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy* 2018; 47(2): 169-184. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Namani E, & Mozahab Yousefi A. The effectiveness of the combination of acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness methods on cognitive flexibility and dysfunctional attitudes among Orphan adolescent girls. *Research in Clinical Psychology and Counseling* 2020; 9(2): 5-27. <https://doi.org/10.22067/ijap.v9i2.71717>
- Park SG, Bennett ME, Couture SM, & Blanchard JJ. Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry research* 2013; 205(1-2): 43-47. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Shojaei M, Zangeneh Motlagh F, Zolfaghari AR. Evaluation of structural equation modeling explaining happiness based on health status, financial distress and social support with mediated role of self-esteem and positive thinking in middle-aged women. *Journal of Psychological Science* 2021; 20(104): 1437-1454. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Twohig MP, & Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric clinics* 2017; 40(4): 751-770. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- Vowles K, & Sworel J. Living with chronic pain (acceptance and commitment approach). Translation by Mesgarian F. Arjmand publications 2013. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, ... & Mulcahy HE. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology* 2019; 156(4): 935-945 <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Yaghubi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Applied Psychological Research Quarterly* 2016; 6(4): 45-57. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Yoosefian Z, Ahadi H, Keraskian Mojmanari A. The effectiveness of spirituality therapy on psychological distress and resilience of thalassemia patients. *Journal of Psychological Science* 2020; 18(84): 2285-2293. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9842-0>
- Zhao C, Lai L, Zhang L, Cai Z, Ren Z, Shi C, ... & Yan Y. The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: a meta-analysis with trial sequential analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2021; 140(4): 110304. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110304>