اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در افزایش پذیرش و رشد پس از آسیب در دانشجویان دختر دارای تجربه‌ی شکست عاطفی

عباس امان الهی[1]، مهرانگیز زارع[2]، غلامرضا رجبی[3]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۱۰ _ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در افزایش پذیرش و رشد پس از شکست در دانشجویان دختر دارای تجربه آسیب عاطفی دانشگاه‌های شهر اهواز انجام شد. **روش:** در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه‌ی چندگانه ناهم‌زمان استفاده شد جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل دانشجویان دختر دارای تجربه‌ی شکست عاطفی دانشگاه‌های شهر اهواز بود که دست کم ۳ ماه تا ۱ سال از شکست عاطفی‌شان گذشته بود. نمونه‌های پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه شامل سه دانشجوی دختر دارای تجربه شکست عاطفی بود که در پرسشنامه نشانگان ضربه عشق (LTI) نمره بالاتر از ۲۰ کسب کردند. درمان شامل ده جلسه بود که آزمودنی‌ها قبل از درمان، میانه‌ی درمان، پایان درمان و یک ماه پس از پایان درمان به پرسشنامه پذیرش و اقدام (باند و همکاران، ۲۰۱۱) و پرسشنامه‌ی رشد و تکامل پس آسیبی (تدسچی و کال هون، ۱۹۹۶) پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا (RCI) تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر افزایش پذیرش و رشد پس از شکست دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی مؤثر می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش پذیرش و رشد پس از آسیب تأثیر معناداری دارد.

---

۱. (نویسنده مسئول)، دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

a.amanelahi@scu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد رشته مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز.

۳. استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی برپذیرش و تعهد، شکست عاطفی، پذیرش و رشد پس از آسیب.

مقدمه

در هر دوره از چرخه‌ی زندگی، فرد درگیر روابط ویژه‌ای با دیگران است که این روابط می‌تواند سلامت فردی و اجتماعی او را ارتقاء بخشد یا باعث ایجاد آسیب در فرد شود. در چند دهه‌ی اخیر، روابط میان دختران و پسران نوجوان و جوان، همواره به صورت یک مسئله و معضل اجتماعی مطرح بوده است. افراد برای برقراری رابطه صمیمی با فردی دیگر، باید شریکی پیدا کنند، پیوند عاطفی برقرار نمایند، و آن را در طول زمان نگه دارند. یافتن همسری به عنوان شریک زندگی رویداد مهمی در رشد بزرگسالی است که تأثیر عمیقی بر خودپنداره و سلامت روانی دارد. این رویداد، در عین حال، فرایند پیچیده‌ای است که به مرور زمان شکوفا می‌شود و تحت تأثیر انواع رویدادها قرار دارد (برک[۱] ۲۰۰۹، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۷). نیاز به تعلق یک جنبه‌ی اساسی از طبیعت انسان است، که از طریق تنوع روابط صمیمی تجربه شده در سراسر طول عمر مشهود است (بومیستر و لیری[۲] ۱۹۹۵). در دوران کودکی، روابط با پدر و مادرها اغلب به عنوان مهم‌ترین رابطه شرح داده شده است، در حالی که در دوران نوجوانی و جوانی، روابط عاشقانه به تدریج اهمیت پیدا می‌کند (فورمن و ونیر[۳] ۱۹۹٤) و در نهایت به عنوان منبع اصلی حمایت اجتماعی خود را نشان می‌دهد (فورمن و بورمستر[٤] ۱۹۹۲).

بیشتر افراد در برهه‌ای از زندگی خود مجبور شده‌اند یک رابطه‌ی صمیمی را کنار بگذارند، پایان رابطه عاشقانه[٥] از ناراحت‌کننده‌ترین و مختل‌کننده‌ترین حوادث زندگی

۱ Berk, L.
۲ Baumeister, R. F. & Leary, M. R.
۳ Furman, W., & Wehner, E. A.
٤ Furman, W. & Buhrmester, D.
٥ romantic relationship

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

است (کیوکولت، گلاسر و نیوتون[۱] ۲۰۰۱). فروپاشی[۲] یک رابطه عاشقانه آن‌قدر قدرتمند است که اندوه و خشم قابل توجهی را به وجود می‌آورد و تمام شخصیت فرد را به کام خود می‌کشد (اسبارا[۳] ۲۰۰۶). پایان رابطه عاشقانه رویدادی است که فرد را از نظر سلامت روانی در وضعیت نامطلوبی قرار می‌دهد و می‌تواند بر همه زمینه‌های اجتماعی، روانی، جسمانی و معنوی فرد تأثیر بگذارد (تردست و امان الهی، ۱۳۹٤). فروپاشی رابطه ممکن است یک طرفه یا به صورت توافقی و دو طرفه باشد. زمانی که فروپاشی رابطه دو طرفه و توافقی است، تجربه فقدان بسیار ضعیف‌تر از زمانی است که از هم پاشیدن رابطه از سوی یک نفر است. زمانی که از هم پاشیدن رابطه تنها وابسته به تصمیم یکی از دو نفر است، هر یک از دو نفر، شخص ترک کننده[٤] و ترک شونده[٥] تجربه‌ی متفاوتی خواهند داشت، (آریاگا و آگنیو[٦] ۱۹۹۹، به نقل از هاروی و میلر[۷] ۲۰۰۰).

به طور کلی، تحقیقات انجام شده در این حوزه نشان می‌دهد افرادی که خود آغاز کننده شکست هستند بعد از شکست استرس کمتری را تجربه می‌کنند. این در حالی است که افراد طرف مقابل احساس درماندگی و استرس بیشتری دارند. همچنین احتمال کمتری وجود دارد که آن‌ها از این حادثه کاملاً بهبود یابند که این در نتیجه احساس کنترل کمتر بر شکست است (پریل لوکس و باس[۸] ۲۰۰۸؛ اسپرچر[۹] ۱۹۹٤؛ فاین و ساچر؛[۱۰] ۱۹۹۷؛ هورتاکسو و کارانسی؛[۱۱] ۱۹۸۷). همچنین دیویس، شیور و ورنون[۱۲] (۲۰۰۳) نشان دادند کسانی که خود خواهان پایان رابطه هستند پس از اتمام اضطراب و درگیری عاطفی

۱ Kiecolt- Glaser, J. K., & Newton, T. L.
۲ breakup
۳ Sbarra, D. A.
٤ leaver
٥ abandoned
٦ Arriaga, X. B., & Agnew, C. R.
۷ Harvey, J. H., & Miller, E. D.
۸ Perilloux, C., & Buss, D. S.
۹ Sprecher, S
۱۰ Fine. M. A., & Sacher, J. A
۱۱ Hortacsu, N., & Karanci, N. A
۱۲ Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

کمتری را تجربه می‌کنند. در مقابل، برخی مطالعات (هبرت و پادیوک[۱] ۲۰۰۸؛ اوزگل[۲] ۲۰۰۴؛ تاشیرو و فرازیر[۳] ۲۰۰۳؛ سیمپسون[۴] ۱۹۸۷) نیز نشان می‌دهند بین آغاز کننده شکست و یا طرد شونده از رابطه عاشقانه در میزان رشد و تکامل و استرس بعد از شکست رابطه تفاوتی وجود ندارد. به طور کلی افراد در شدت پاسخ‌های خود به پایان روابط عاشقانه به طور قابل ملاحظه‌ای متفاوت هستند (امان‌الهی، تردست و اصلانی، ۱۳۹۵ الف).

برای افرادی که به خاطر سندرم شکست عشقی‌شان به متخصص مراجعه می‌کنند درمان‌های زیادی وجود دارد. این درمان‌ها در دو دسته قرار می‌گیرند، روان درمانی و دارو درمانی (راس[۵] ۱۹۹۹). انواع مختلفی از روان‌درمانی وجود دارد. نمونه‌هایی از مداخلات درمان شناختی رفتاری[۶](CBT) عبارتند از: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[۷] (ACT)، رفتار درمانی دیالکتیک[۸](DBT؛ لینهان[۹] ۱۹۹۳)، شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهانه[۱۰](MBCT؛ سگال، ویلیامز و تیزدل[۱۱] ۲۰۰۱)، و رویکردهای فراشناختی[۱۲] (ولز[۱۳] ۲۰۰۰). به طور مستقیم این مداخلات به جای تمرکز روی تغییر رویدادهای روانی، به دنبال تغییر عملکرد این رویدادها و رابطه فرد با آن‌ها، از طریق راهبردهایی مثل تمرکز حواس، پذیرش و گسلش است (تیسدیل[۱۴] ۲۰۰۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یک نوع رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش است که هدف آن به عمل درآوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه‌های آزارنده

۱ Hebert, S., & Popadiuk, N.
۲ Uzgle, B.
۳ Tashiro, T., & Frazier, P.
۴ Simpson, J. A.
۵ Rosse, R. B.
۶ Cognitive Behavior Therapy
۷ Acceptance and Commitment Therapy
۸ Dialectical Behavior Therapy
۹ Linehan, M. M.
۱۰ Mindfulness-Based Cognitive Therapy
۱۱ Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. T.
۱۲ meta cognitive approaches
۱۳ Wells, A.
۱۴ Teasdale, J. T.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

است (هیز و استراسال و ویلسون[۱] ۱۹۹۹). این درمان به مراجعان کمک می‌کند که به افکار و احساساتشان کم‌تر معنی واقعی دهند و مشاهده‌ی واکنش‌های شخصی در پریشانی روانی و تعهد و پیشرفت به سمت ارزش‌های زندگی را یاد بگیرند (هیز و ویلسون[۲] ۱۹۹٤). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) براساس تئوری قاب رابطه‌ای[۳](RFT) یک تحلیل رفتاری جامع از این‌که چگونه افراد در زبان و فرایندهای رفتار کلامی- سمبولیک که آن‌ها را در دام مبارزه با افکار و احساسات ناخواسته می‌اندازد ارائه می‌دهد (هیز، بارنز- هولمز و روشه[٤] ۲۰۰۱).

هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش (ACT) افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هوشیار و آگاه، و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند (آرک و کراسک[۵] ۲۰۰۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال تضعیف این فرایندها و در نتیجه کاهش رنج‌های غیرضروری افراد که به وسیله‌ی اجتناب‌های تجربی آن‌ها ناشی می‌شود است. هدف اصلی کمک به افراد برای این که از فرایندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی خود آگاه شوند، ارزش‌های خود را روشن کنند و به عمل در روش‌هایی که به طور مداوم متناسب با این اهداف حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته متعهد شوند. معمولاً افراد از موقعیت‌های مرتبط با آسیب، طرد و یا تعارض اجتناب می‌کنند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را آموزش می‌دهد (پترسون، ایفرت، فینگولد، دیویدسون[٦] ۲۰۰۹). ACT نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با شکست عاطفی را می‌آموزد. ذهن‌آگاهی که از

۱ Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G.
۲ Hayes, S. C., & Wilson, K. G.
۳ Relational Frame Theory.
٤ Hayes-Barnes-Holmes, D., & Roche, B.
۵ Arch, J. J., & Crask, J. M.
٦ Peterson, B. D., Eifert G. H., Feingold , T., & Davidson, S.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

مولفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت عمومی (امان‌الهی، تردست و اصلانی، ۱۳۹۳الف) و افسردگی (امان‌الهی، تردست و اصلانی، ۱۳۹۵ب) و شدت نشانه‌های شکست عاطفی (امان‌الهی، تردست و اصلانی، ۱۳۹۳ب) افراد دارای تجربه شکست عاطفی را پیش‌بینی می‌کند.

نتیجه مطالعه فولکه، پارلینگ و ملین[۱](۲۰۱۲) نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یک درمان امید بخش برای افسردگی است. در مطالعه‌ی زتل و هیز[۲](۱۹۸۷) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) کاهش باورپذیری تحت‌الفظی به افکار منفی را نشان داده است. به نظر می‌رسد این کاهش نسبت به CBT سریع‌تر اتفاق می‌افتد و نتایج ACT را پیش‌بینی می‌کند (باچ[۳]و هیز، ۲۰۰۲؛ هیز، بیست؛[۴] ۱۹۹۸). همچنین پذیرش بهبود سریع‌تر در ACT را نسبت به درمان‌های سنتی دیگر (باند و بانس؛[۵] ۲۰۰۰) و نتایج متوسط در ACT را نشان می‌دهد (باند و بانس، ۲۰۰۰؛ زتل، ۲۰۰۳). شایان ذکر است که سهم این نتایج نسبت به درمان‌های دیگر، مانند تیزدل[۶] (۲۰۰۳) تحلیل تأثیر درمان شناختی (CT) و شناخت درمانی متمرکز بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بیشتر است.

محققان دیگر راهبردهای تمرکزگرا و پذیرش را در درمان عود افسردگی (سگال و همکاران، ۲۰۰۱)، اضطراب (فورسایت[۷]و ایفرت، ۱۹۹۸؛ رومر و اورسیلو؛[۸] ۲۰۰۲)، سوء مصرف مواد (مارلت؛[۹] ۲۰۰۲) و اختلال خوردن (ویلسون؛[۱۰]۱۹۹۶) را گسترش دادند. از مشکلات اساسی افراد دارای تجربه شکست عاطفی مسایل مربوط به عواطف

۱ Folke, F., Parling, T., & Melin, L.
۲ Zettle, R. D., & Hayes, S. C.
۳ Bach, P. & Hayes, S .C .
۴ Hayes,S.C., & Bisstt, R.
۵ Bond, F.W., & Bunce, D.
۶ Teasdale, J. T. & Eifert
۷ Forsyth, J. P.
۸ Roemer, L., & Orsillo, S. M.
۹ Marlatt, G. A.
۱۰ Wilson, G. T.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

بعد از تجربه شکست و حرکت در مسیر ارزش‌های فرد است که به نظر می‌رسد این درمان توانایی کمک به افراد در این زمینه‌ها را دارد. با توجه به فقدان پژوهش مستقیم در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر روی شکست عاطفی پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) افزایش پذیرش و رشد پس از شکست در دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عاطفی، انجام شد.

سؤالات پژوهش

۱_ آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در افزایش پذیرش شکست عاطفی مؤثر است؟

۲_ آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در افزایش رشد پس از شکست مؤثر است؟

روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک‌موردی از نوع خط پایه‌ی چندگانه ناهمزمان استفاده شد. در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها به صورت همزمان وارد مرحله‌ی خط پایه[۱] و با قرار گرفتن به صورت تصادفی در یکی از دوره‌های انتظار دو یا سه هفته‌ای در مرحله‌ی خط پایه وارد مرحله‌ی درمان ۱۰ جلسه‌ای و سپس پیگیری (در طی یک دوره‌ی ۱ ماهه) شدند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل دانشجویان دختر دارای تجربه‌ی شکست عاطفی دانشگاه‌های شهر اهواز بود. ملاک مورد نظر برای انتخاب افراد نمونه، تجربه‌ی شکست عاطفی که دست کم ۳ ماه تا ۱ سال از شکست

۱. baseline phases

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

عاطفی‌شان گذشته بود. به روش نمونه‌گیری هدفمند دانشجویان دختر دارای شکست عاطفی انتخاب شدند. نمونه‌گیری با پخش اطلاعیه‌ای در دانشگاه‌ها، مراجعه به کلینیک دانشگاه جهت معرفی افراد درگیر در این مسئله و جستجوی این افراد در خوابگاه و دانشگاه‌ها آغاز شد. برای دست‌یابی به این منظور ابتدا با آن‌ها مصاحبه و پس از تشخیص اولیه با مد نظر قرار دادن ملاک‌های ورود و حذف، سه نفر نمونه واجد شرایط انتخاب شد.

ملاک ورود شامل: وجود پایان یک رابطه عاشقانه در سه ماه تا یک سال گذشته و ملاک‌های حذف شامل:۱- نداشتن یک اختلال روانی مشخص. ۲- سابقه‌ی سوء مصرف مواد یا وابستگی مواد. ۳- استفاده از هر نوع داروی روان پزشکی و روان گردان. ٤- استفاده از هر نوع خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای. ۵- خطر آشکار خودکشی در حال حاضر، بودند.

ابزار پژوهش

الف-پرسش‌نامه‌ی پذیرش و اقدام (AAQ): پرسش‌نامه‌ی پذیرش و اقدام (AAQ-H[1]) (باند، هیز، بیر، کارپنتر، گونول، اورکات[2] و همکاران، ۲۰۱۱، به نقل از امان الهی، حیدریان‌فر، خجسته‌مهر و ایمانی، ۱۳۹۳) یک پرسش‌نامه‌ی ۱۰ گویه‌ای که برای ارزیابی انعطاف‌پذیری روانی طراحی شده است. این مقیاس به ویژه با اجتناب تجربی و تمایل به شرکت در عمل با وجود افکار و احساسات ناخواسته مرتبط است شرکت کنندگان میزان توافقی را که با هر بیانیه دارند روی یک مقیاس ۷ گزینه‌ای لیکرت نشان می‌دهند. آیتم‌های ۱، ٦ و ۱۰ دارای نمره گذاری معکوس هستند. بعد از محاسبه کردن نمرات معکوس از جمع نمرات نمره‌ی کلی به دست می‌آید در تفسیر نمرات، نمرات بالاتر (۲۰ تا ۷۰) انعطاف‌پذیری روانی بیشتر را نشان می‌دهد. میانگین نمرات برای

۱. Acceptance and Action Questionnaire
۲. Bond, F. W., Hzyes, S. C., Beaer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. k.,

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

دانشجویان و افراد عادی ۵۰/۷۲ است. میانگین نمرات برای افرادی که به خاطر سوءمصرف مواد در جستجوی درمان‌اند ۳۹/۸۰ است. باند و همکاران (۲۰۱۱) با استفاده از ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طی ٦ نمونه روایی و پایایی AAQ-H را بررسی کردند. نتایج نشان داد، ساختار، روایی و پایایی این مقیاس رضایت بخش است. به عنوان مثال میانگین آلفای کرانباخ ۰/۸٤ (۷۸/۸۸-۰/۰) و پایایی بازآمایی در طی دو دوره ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که نمرات AAQ-II به طور همزمان طولی و افزایشی طیف وسیعی از نتایج مطابق با نظریه‌ی زیربنایی این پرسش‌نامه را پیش‌بینی می‌کنند. در ضمن AAQ-H اعتبار واگرای مناسبی را نشان داد. AAQ-II با مقیاس‌های هم مفهوم در AAQ-I همبستگی (r=۰/۹۷) اما با همسانی بهتر را نشان داد. در مطالعه امان الهی، حیدریان‌فر، خجسته مهر و ایمانی (۱۳۹۳) ضریب بازآزمایی این ابزار را در یک گروه ۳۰ نفری ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند.

پرسش‌نامه رشد و تکامل پس آسیبی: پرسش‌نامه رشد پس آسیبی[1]توسط تدسچی و کال هون[2](۱۹۹٦، به نقل از رجبی، ۱۳۹۳) با هدف اندازه‌گیری میزان دستاوردهای شخصی بعد از رویداد آسیب زا تدوین شد و دارای ۲۱ پرسش و ۵ خرده مقیاس مربوط به دیگران (۷ ماده)، فرصت‌های جدید (۵ ماده)، قدرت شخصی (٤ ماده)، درک ارزش زندگی (۳ ماده) و تغییر معنوی (۲ ماده) است. هر پرسش دارای ۵ گزینه از ۰ (من این تغییر را در پی بحران تجربه نکرده‌ام) تا ٤ (من تغییر را به میزان زیادی در پی بحران تجربه کرده‌ام) است. حداقل و حداکثر نمره در این پرسش‌نامه به ترتیب صفر و ۸٤ است. این پرسش‌نامه سه تغییر مثبت پس آسیبی را اندازه می‌گیرد که عبارتند از: (۱) تغییرات در ادراک خود (مجموع ۹ ماده‌ی خرده مقیاس‌های قدرت شخصی و فرصت‌های جدید). (۲) تغییرات روابط با دیگران (۷ ماده از خرده مقیاس ارتباط با دیگران) و (۳) تغییرات در فلسفه زندگی (مجموع ۵ ماده‌ی خرده مقیاس‌های تغییر

1 Posttraumatic Growth Inventory
2 Tedeschi, R. G., & Calhiun, L. G.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

معنوی و درک ارزش زندگی). تدسچی و کال هون (۱۹۹٦) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه را ۰/۹۰، برای خرده مقیاس‌های ارتباط با دیگران ۰/۸۵، فرصت‌های جدید ۰/۸٤، قدرت شخصی ۰/۷۲، تغییر معنوی ۰/۸۵ و درک ارزش زندگی ۰/٦۷ و ضرایب پایایی بازآزمایی (به فاصله ۲ ماه) برای کل پرسش‌نامه بر روی دانشجویان را ۰/۷۱، برای سه خرده مقیاس ارتباط با دیگران، فرصت‌های جدید و تغییر معنوی از ۰/٦۵ تا ۱۰/۷۱، قدرت شخصی ۰/۳۷، درک ارزش زندگی ۰/٤۷ گزارش نمودند. رجبی، نادری و خجسته مهر (۱۳۹۲) ضرایب پایایی (آلفای کرونباخ) این پرسش‌نامه در کل نمونه از۰/۸۷، در دختران ۰/۷۵ و در پسران ۰/۸۹ و در خرده مقیاس‌ها در کل نمونه از ۰/٤۰ (درک ارزش زندگی) تا ۰/۷۳ (فرصت‌های جدید و قدرت شخصی)، برای دختران از ۰/۵۵ (درک ارزش زندگی) تا ۰/۷۸ (فرصت‌های جدید و قدرت شخصی) و برای پسران از ۰/۵۱ (درک ارزش زندگی) تا ۰/٦۹ (ارتباط با دیگران) و ضریب پایایی باز آزمایی (با فاصله‌ی زمانی دادند ۲ ماه) بر روی ۵۰ نفر ۰/٦۳ گزارش دادند.

رجبی و همکاران (۱۳۹۲) ضرایب روایی هم زمان پرسش‌نامه رشد و تکامل پس آسیبی و فرم کوتاه مقیاس تکامل مرتبط به تنش در کل نمونه ۰/۷۱، در دختران ۰/۷۳ و در پسران ۰/۵٤ و در خرده مقیاس‌های پرسش نامه رشد و تکامل پس آسیبی نیز میان ۰/٤۰ (درک ارزش زندگی) تا ۰/٦۰ (فرصت‌های جدید و قدرت شخصی) معنادار بیان کردند. این ضرایب در دختران بین ۰/٤۷ (درک ارزش زندگی) تا ۰/٦۲ (فرصت‌های جدید) و در پسران بین ۰/۰۷ (درک ارزش زندگی) تا ۰/٦۲ (فرصت‌های جدید) به دست آمده است که غیر از خرده مقیاس‌های درک ارزش زندگی و تغییر معنوی همگی این ضرایب در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار هستند.

روش اجرای پژوهش

آزمودنی‌ها در این پژوهش دانشجویان دختر دانشگاه‌های شهرستان اهواز بودند. ابتدا

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

دانشجویان واجد شرایط انتخاب شدند. برای دست‌یابی به این منظور ابتدا با آن‌ها مصاحبه و پس از تشخیص اولیه با مد نظر قرار دادن ملاک‌های ورود و حذف، نمونه واجد شرایط انتخاب گردید.

پس از مصاحبه اولیه و متعهد شدن برای شرکت در تمام جلسات افراد واجد شرایط با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و حذف انتخاب شدند. همه‌ی آزمودنی‌ها همزمان به مرحله‌ی خط پایه وارد شدند. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه‌ی چندگانه آزمودنی‌ها به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله‌ی یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان شدند. به این نحو که آزمودنی اول پس از دو جلسه سنجش در مرحله‌ی خط پایه یعنی از هفته‌ی سوم وارد جلسه‌ی اول درمان، و بعد از آن آزمودنی دوم در جلسه‌ی دوم آزمودنی اول وارد جلسه‌ی اول درمان و آزمودنی سوم نیز در جلسه‌ی دوم آزمودنی دوم و جلسه‌ی سوم نفر اول، وارد جلسه‌ی اول طرح درمان شدند. همچنین ضمن اجرای درمان، کلیه‌ی پرسش‌نامه‌ها در جلسات ٤، ۷ و ۱۰ و پس از درمان در فاصله‌ی زمانی یک ماه مرحله‌ی پیگیری انجام شد.

لازم به ذکر می‌باشد طرح درمان ۱۰ جلسه‌ای برای درمان مشکلات بین فردی براساس پروتکل مک کین و اسکین[۱](۲۰۱۲) تهیه شده است. طرح درمان شامل ارزیابی هزینه تلاش‌های بی‌اثر (جلسات ۱ و ۲)، ساخت فضایی برای الگوهای ارتباطی جدید از طریق پذیرش و تمرکز حواس (جلسه ۳)، انتخاب ارزش‌ها (جلسه ٤)، خنثی کردن رابطه‌ی افکار و واکنش‌ها (جلسات ۵ و ٦)، خود ارزیابی و مشاهده خود به عنوان زمینه (جلسات ۷ و ۸)، بهبود روابط و کیفیت زندگی از طریق تمرکز بر ارزش‌ها و تعهد به عمل براساس ارزش‌ها (جلسات۹ و ۱۰)، است.

هر سه آزمودنی در مجموع ۱۰ جلسه‌ی درمانی دریافت کردند. آزمودنی ابزارهای مطالعه را قبل از درمان، میانه‌ی درمان، پایان درمان و ۱ ماه پس از پایان درمان کامل

۱ Mckay,M.Lev,A & Skeen,M.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

کردند.

جدول ۱. خلاصه‌ی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول	استراتژی	مداخلات
ارزیابی تمرین متفکرانه	آگاهی	۱- معرفی و جستجوی ۱۰ طرحواره فعال در روابط بین فردی و رفتارهای مقابله‌ای در صورت فعال شدن این طرحواره ها ۲-تمرین تمرکز و ذهن آگاهی
جلسه دوم		
ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های بی اثر	معرفی نا امیدی خلاق	۱- معرفی شش حوزه روابط بین فردی (کار، دوستان، خانواده، روابط دوستانه، والدین و جامعه) ۲- ارائه کاربرگ محرک‌ها، افکار، احساسات و رفتارهای مقابله ای. ۳- مشخص کردن الگوی متفاوت در حوزه‌های مختلف توسط مراجع ٤- کشف نا امیدی خلاق
جلسه سوم		
پذیرش	ترویج نا امیدی خلاق و پذیرش	۱- بررسی رفتارهای مقابله‌ای و جستجوی ارزش این رفتارها از طریق کاربرگ نتایج رفتارهای مقابله ای ۲- توصیف نا امیدی خلاق از طریق تشبیه حفر چاه ۳- کمک به پایان کشمکش‌ها بر اساس تشبیه آسمان و ابر
جلسه چهارم		
انتخاب ارزشها	کمک به مراجع برای روشن سازی و شناسایی ارزش‌های زندگی	۱- تمرین ذهن آگاهی ۲- آموزش روانی پیرامون ارزش‌ها با استفاده از مثال بازیگر فیلم زندگی خود. ۳- ارائه کاربرگ اهداف ارزشمند ٤- استفاده از استعاره مراسم دفن و نوشته روی سنگ قبر برای شناخت بهتر ارزشها ۵- معرفی شش حوزه روابط و ارزش
جلسه پنجم		
گسلش	استراتژی جداسازی افکار و تجربیات از خود	مداخلات: ۱- آموزش روانی پیراموش گسلش با استفاده از تشبیهات هیولای روی اتوبوس و نماینده فروش و کاربرگ موانع ارزیابی

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

		۲- آموزش روش‌های گسلش کاربرگ مهارت‌های گسلش ۳- تمرین روش‌های گسلش (تصویرسازی- قرار دادن افکار بر روی ابر)
جلسه ششم		
خودارزیابی	خودارزیابی	۱- ارزیابی درمن از طریق ارائه پرسشنامه ۲- تمرین خود ارزیابی ۳- کشتن ارزیابی‌های قدیمی در خود با استفاده از تمرین تجسم کردن
جلسه هفتم		
خود به عنوان زمینه	مقابله با خشم با توجه به ارزشها	۱- نقد و بررسی مراجع از جلسات قبل و میزان پیشرفت خود ۲- بررسی خشم‌ها و هزینه‌های ناشی از خشم ۳- ارائه راهکارهایی برای پذیرش و مدیریت خشم با توجه به ارزشهای مراجع
جلسه هشتم		
توسعه خود به عنوان زمینه	توسعه دیدگاه ناظر	۱- آموزش روانی پیرامون عواطف و عملی نبودن کنترل بر همه چیز ۲- بررسی هزینه‌ی خودداری از عواطف دردناک ۳- ترک راه کارهای کنترل قدیمی با استفاده از رها سازی طناب ٤- تجسم فکری برای توسعه خودبینی مشاهده گر و گسلش
جلسه نهم		
ایجاد الگوی انعطاف‌پذیر در رفتار	گسلش	۱- آموزش ارتباط مؤثر ۲- مهارت در گسلش از طریق تمرین ایفای نقش ۳- ایجاد تجسم فکری به منظور آگاهی و دلسوزی نسبت به درد مرتبط با طرحواره
جلسه دهم		
کار در پایان	بازبینی ارزشها و اقدام متعهد و آمادگی برای اقدام متعهد در آینده	۱- ایجاد تفکر آگاهانه برای ترویج خودشفقتی و دلسوزی نسبت به دیگران ۲- راه کارهایی برای انجام اهداف ارزشها علی رغم وجود موانع ۳- تعهد به هدفی جدید ٤- ارزیابی پس از درمان

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

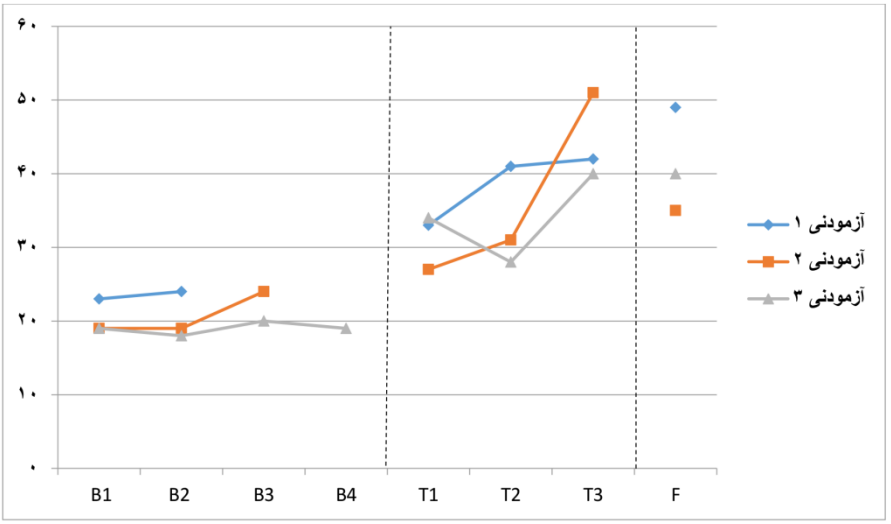
یافته‌ها

جدول ۲ نمره‌های سه آزمودنی در پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل را بر حسب مراحل مختلف درمان را نشان می‌دهد.

جدول ۲. روند تغییر مراحل درمان سه آزمودنی در پرسش‌نامه‌ی پذیرش

	آزمودنی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		
مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
خط پایه‌ی اول	۲۳	۱۹	۱۹
خط پایه‌ی دوم	۲٤	۱۹	۱۸
خط پایه‌ی سوم	–	۲٤	۲۰
خط پایه‌ی چهارم	–	–	۱۹
میانگین مراحل خط پایه	۲۳/۵	۲۰/٦	۱۹
جلسه‌ی چهارم	۳۳	۲۷	۳٤
جلسه‌ی هفتم	٤۱	۳۱	۲۸
جلسه‌ی دهم	٤۲	۵۱	٤۰
میانگین مراحل درمان	۳۸/٦	۳٦/۳	۳٤
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲۹/۰۳	۳۰/۱۹	۲۸/۸٤
درصد بهبودی پس از درمان	٦٤/۲۵	٦٦/۲۱	۷۸/۹٤
درصد بهبودی کلی پس از درمان	٦۷/۱۸		
پیگیری			
پیگیری یک ماهه	٤۹	۳۵	٤۰
شاخص تغییر پایا (درمان)	٤۹/۰۳	۲۷/٦۹	٤۰/۳۸
درصد بهبودی پس از درمان	۱۰۸/۵۱	٦۹/۹۰	۱۱۰/۵۲
درصد بهبودی کلی پس از درمان	۹٦/۳۱		

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های پرسش‌نامه‌ی پذیرش آزمودنی‌ها در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری یک ماهه

جدول ۲ نشان می‌دهد که نمره‌های پذیرش در آزمودنی‌ها با داشتن نوساناتی، در پایان درمان افزایش یافته است و این افزایش تا مرحله‌ی پیگیری نیز ادامه داشته است. به این صورت که میانگین نمره‌های آزمودنی اول از مرحله‌ی خط پایه ۲۳/۵ به ۳۸/٦ در پایان درمان و در مرحله پیگیری این افزایش به ٤۹ افزایش داشته است. در آزمودنی دوم نیز از مرحله‌ی خط پایه در نمره‌های آزمودنی افزایش دیده می‌شود و با پیش رفتن در جلسات درمانی نیز این افزایش ادامه دارد. اگر چه در جلسات پایانی درمان نوساناتی در نمره‌ی آزمودنی دیده می‌شود اما در مجموع میانگین نمره‌های آزمودنی در مرحله‌ی خط پایه از ۲۰/٦ به ۳٦/۳ افزایش یافته است. ولی در مرحله‌ی پیگیری این افزایش کاهش یافت و به ۳۵ رسید که البته با وجود این کاهش این مقدار تغییر از نظر درمانی مطلوب می‌باشد. در آزمودنی سوم نیز با شروع درمان در نمره‌ی پذیرش افزایش دیده می‌شود اگر چه این افزایش با نوساناتی همراه است اما با این وجود، میانگین نمره‌های آزمودنی در مرحله‌ی خط پایه از ۱۹ به ۳٤ در مرحله‌ی پس از درمان رسیده

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

است. و در مرحله‌ی پیگیریاین عدد به ٤٠ افزایش یافته است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا در آزمودنی اول، دوم و سوم در پایان درمان به ترتیب۲۹/۰۳، ۳۰/۱۹، ۲۸/۸٤ به دست آمد که با توجه به سطح معناداری (p> ۰/۰۵) نمره‌ی آزمودنی‌ها به بالاتر از z=۱,۹٦ رسیده است و بنابراین می‌توان گفت تغییرات در هر سه آزمودنی از نظر بالینی قابل قبول و نتیجه‌ی تأثیرات درمانی است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا در آزمودنی اول، دوم و سوم در جلسه‌ی پیگیری به ترتیب٤۹/۰۳، ۲۷/٦۹، ٤۰/۳۸ به دست آمد که با توجه به سطح معناداری (p> ۰/۰۵) نمره‌ی هر سه آزمودنی بالاتر از z=۱,۹٦ است. بنابراین می‌توان گفت که تغییرات هر سه آزمودنی از نظر بالینی قابل قبول و بیانگر موفقیت درمان است. علاوه بر این همان‌طوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آزمودنی اول و دوم و سوم در پایان درمان به ترتیب دارای درصد بهبودی ٦٤/۲۵، ٦٤/۲۱ و ۷۸/۹٤ (با درصد بهبودی کلی ٦۷/۱۸) می‌باشند. همچنین آزمودنی‌ها به ترتیب در مرحله‌ی پیگیری دارای درصد بهبودی ۱۰۸/۵۱، ٦۹/۹۰ و ۱۱۰/۵۲ (با درصد بهبودی کلی۹٦/۳۱) می‌باشند. این میزان برای هر سه آزمودنی مطلوب و بیانگر تأثیرات درمانی و بهبودی کامل است.

نمودارهای ۱ میانگین و سطح نمره‌های پذیرش هر سه آزمودنی را نشان می‌دهد. همان‌طور که در نمودار ملاحظه می‌شود، نمودار آزمودنی اول و سوم شیب نمودار حالت صعودی پیدا می‌کند و این شیب به طور منظم تا مرحله پیگیری ادامه پیدا می‌کند. نمودار آزمودنی دوم سیر صعودی در مرحله درمان را نشان می‌دهد اما در مرحله‌ی پیگیری نمودار اندکی کاهش در نمره‌ها را نشان می‌دهد و شیب نزولی پیدا می‌کند. اگر چه نمره آزمودنی دوم در مرحله پیگیری اندکی کاهش یافت، اما این کاهش بسیار اندک و محسوس نمی‌باشد. بنابراین براساس یافته‌های به دست آمده می‌توان به سئوال یک چنین پاسخ داد که نمره‌های پذیرش هر سه آزمودنی تا پایان مرحله‌ی درمان افزایش یافت. علاوه بر این چنان‌چه جدول ۲ نشان می‌دهد میزان شاخص تغییر پایا در مرحله‌ی پیگیری هر سه آزمودنی بیانگر موفقیت درمانی و

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

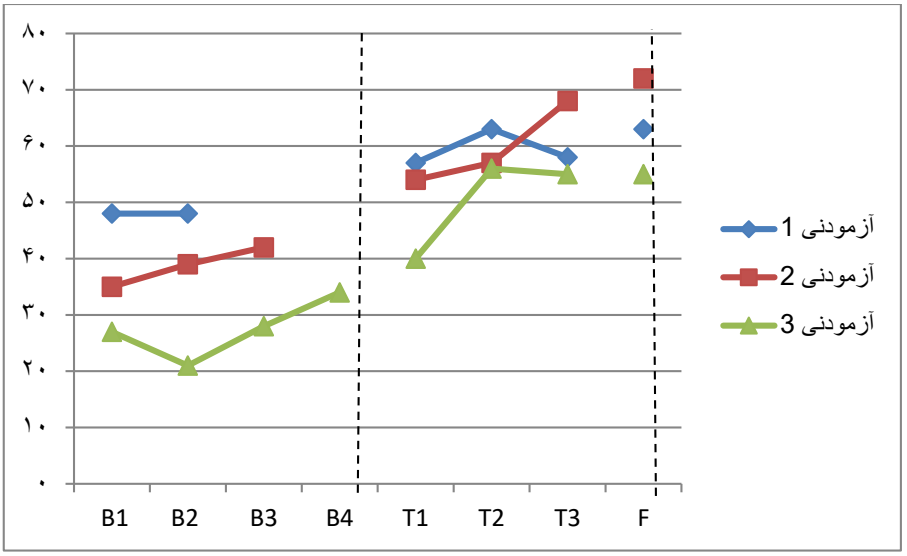
معناداری بالینی است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پـذیرش و تعهـد در افزایش پذیرش آزمودنی‌ها اثربخش بوده است.

جدول ۳ نمره‌های سه آزمودنی در پرسش‌نامه‌ی رشد پس از شکست را بـر حسـب مراحل مختلف درمان را نشان می‌دهد.

جدول ۳. روند تغییر مراحل درمان سه آزمودنی در پرسش‌نامه‌ی رشد پس از شکست

	آزمودنی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		
مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
خط پایه‌ی اول	٤٨	٣٥	٢٧
خط پایه‌ی دوم	٤٨	٣٩	٢١
خط پایه‌ی سوم	–	٤٢	٢٨
خط پایه‌ی چهارم	–	–	٣٤
میانگین مراحل خط پایه	٤٨	٣٨/٦	٢٧/٥
جلسه‌ی چهارم	٥٧	٥٤	٤٠
جلسه‌ی هفتم	٦٣	٥٧	٥٦
جلسه‌ی دهم	٥٨	٦٨	٥٥
میانگین مراحل درمان	٥٩/٣	٥٩/٦	٥٠/٣
شاخص تغییر پایا (درمان)	٢٣/٥٤	٤٣/٧٥	٤٧/٥
درصد بهبودی پس از درمان	٢٣/٥٤	٥٤/٤٠	٨٢/٩٠
درصد بهبودی کلی پس از درمان	٥٣/٦١		
پیگیری			
پیگیری یک ماهه	٦٣	٧٢	٥٥
شاخص تغییر پایا (درمان)	٣١/٢٥	٦٩/٥٨	٥٧/٢٩
درصد بهبودی پس از درمان	٣١/٢٥	٨٦/٥٢	٩٦/٣٦
درصد بهبودی کلی پس از درمان	٧١/٣٥		

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های پرسش‌نامه‌ی رشد پس از شکست آزمودنی‌ها در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره‌های رشد پس از شکست در هر سه آزمودنی با داشتن نوساناتی، در پایان درمان افزایش یافته است و در مرحله‌ی پیگیری نیز این افزایش ادامه می‌یابد. به این صورت که میانگین نمره‌های آزمودنی در مرحله‌ی خط پایه از ٤٨ به ٥٩/٣ رسیده است و در مرحله‌ی پیگیری این میزان به ٦٣ افزایش می‌یابد. نمره‌های آزمودنی دوم افزایش چشمگیری را نشان می‌دهند به این صورت که میانگین نمره‌های آزمودنی در مرحله‌ی خط پایه از ٣٨/٦ به ٥٩/٦ رسیده است. همچنین در مرحله‌ی پیگیری نمره‌ی آزمودنی به افزایش خود ادامه می‌دهد و به ٧٢ می‌رسد. نمره‌های آزمودنی سوم با پیش رفتن در جلسات درمان افزایش نشان می‌دهند به این صورت که میانگین نمره‌های آزمودنی در مرحله‌ی خط پایه از ٢٧/٧ به ٥٠/٣ رسیده است و در مرحله‌ی پیگیری این میزان به ٥٥ می‌رسد. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا در آزمودنی اول، دوم و سوم در پایان درمان به ترتیب ٢٣/٥٤، ٤٣/٧٥ و ٤٧/٥ به دست آمد که با توجه به سطح معناداری (p> ٠/٠٥) نمره‌ی هر سه آزمودنی به بالاتر از

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

z=۱,۹٦ رسیده و معنادار است و این میزان بهبودی که در نمره‌ی آزمودنی‌ها مشاهده می‌شود از نظر بالینی قابل قبول است. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا در آزمودنی اول، دوم و سوم در جلسه‌ی پیگیری به ترتیب ۳۱/۲۵، ٦۹/۵۸ و ۵۷/۲۹ به دست آمد که با توجه به سطح معناداری (p> ۰/۰۵) نمره هر سه آزمودنی به بالاتر از z=۱,۹٦ رسیده است. بنابراین می‌توان گفت که تغییرات مشاهده شده در هر سه آزمودنی از نظر بالینی قابل قبول و بیانگر تأثیرات درمانی است.

علاوه بر این همان‌طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود آزمودنی اول و دوم و سوم در پایان درمان به ترتیب دارای درصد بهبودی ۲۳/۵٤، ۵٤/٤۰ و ۸۲/۹۰ (با درصد بهبودی کلی ۵۳/٦۱) می‌باشند. که در هر سه آزمودنی این درصد بیانگر بهبودی و اثربخش بودن فرایند درمان است. همچنین آزمودنی‌ها به ترتیب در مرحله‌ی پیگیری دارای درصد بهبودی ۳۱/۲۵، ۸٦/۵۲ و ۹٦/۳٦ (با درصد بهبودی کلی ۷۱/۳۵) می‌باشند. که در هر سه آزمودنی این میزان بیانگر بهبودی و داشتن تأثیرات درمانی می‌باشد.

نمودارهای ۲ میانگین و سطح نمره‌های رشد پس از شکست هر سه آزمودنی را نشان می‌دهد. همان‌طور که در نمودار ملاحظه می‌شود آزمودنی اول در مرحله‌ی خط پایه ثبات در نمره‌ها را نشان می‌دهد و با شروع درمان شیب نمودار حالت صعودی پیدا می‌کند و به صعودی بودن تا مرحله‌ی پیگیری ادامه می‌دهد. نمودار آزمودنی دوم یک سیر صعودی منظم را نشان می‌دهد به این صورت که این سیر صعودی از مرحله‌ی خط پایه آغاز و تا مرحله پیگیری ادامه می‌یابد. نمودار آزمودنی سوم در مرحله خط پایه میزانی از نوسان را نشان می‌دهد ولی با شروع درمان نمودار حالت صعودی و افزایش چشمگیر در نمره‌ها را نشان می‌دهد و آزمودنی این نمره را تا جلسه پیگیری حفظ می‌کند.

بنابراین براساس یافته‌های به دست آمده می‌توان به سئوال دوم چنین پاسخ داد که هر سه آزمودنی افزایش قابل ملاحظه‌ای را در نمره‌ی تمرکز حواس خود نسبت به میانگین مراحل خط پایه نشان دادند و در مرحله‌ی پیگیری نیز به میزان زیادی این

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

افزایش را ادامه دادند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش پس از شکست آزمودنی‌ها مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پذیرش و رشد پس از شکست آزمودنی‌ها بود. همان‌طور که در بخش یافته‌ها مشاهده شد میزان پذیرش هر سه آزمودنی در پایان جلسه‌ی پیگیری افزایش یافت. هر سه آزمودنی در جلسه‌ی پیگیری نسبت به خط پایه‌ی خود بالاتر رفتند. و در مجموع درصد بهبودی کلی آزمودنی‌ها در این متغیر ٦٧/١٨ بود و در پایان جلسه‌ی پیگیری این میزان به ٩٦/٣١ افزایش یافت. با توجه به این میزان بهبودی می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش پذیرش آزمودنی‌ها مؤثر بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیق هیز[۱] استروسال[۲] و ویلسون[۳] (۱۹۹۹) همخوانی دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر تکنیک‌های پذیرش و تمرکز حواس میزان پذیرش را در آزمودنی‌هایی که در رابطه عاطفی خود دچار شکست شده‌اند افزایش می‌دهد و باعث می‌شود آزمودنی‌ها شکست عاطفی را به عنوان اتفاق ناخوشایند بپذیرند. و بنابراین کم‌تر درگیر افکار شکست شوند. گسلش زمانی شروع می‌شود که آزمودنی‌ها یک فکر را فقط به عنوان یک فکر و نه به عنوان چیزی که باید بدان اعتقاد داشته باشند و یا براساس آن عمل کنند، به رسمیت بشناسند. وقتی که افکار غیرواقعی در نظر گرفته می‌شوند هر یک از آزمودنی‌ها برای اقدام برطبق ارزش‌ها به جای واکنش به بسیاری از

۱ Hayes, S. C.
۲ Strosahl, K. D.
۳ Wilson, K. G.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

افکار منفی که ذهنی‌اند ترغیب می‌شوند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا خود را به صورت زمینه در مقابل مشکلات بین فردی مشاهده کنند. این چشم‌انداز به آزمودنی‌ها در پایان دادن به درگیری‌ها کمک می‌کند. چرا که دیگر آزمودنی‌ها خود را در درون یک جنگ گریزناپذیر که در آن چاره‌ای جز مبارزه ندارند، تصور نمی‌کنند. ACT با تشویق آزمودنی به در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه، بیرون آمدن از این میدان را به آن‌ها یاد می‌دهد. از نظر این شیوه‌ی درمانی فرد باید قادر به درک تجارب ناراحت‌کننده یا ناخوشایند و تماس با برخی جنبه‌های موقعیت باشد، و به طور مؤثری با وجود تجارب ناراحت‌کننده اقدام کند. ACT به آزمودنی‌ها تکنیک‌های حرکت با وجود موانع، را یاد می‌دهد. با یاد گرفتن این تکنیک‌ها، پذیرش آزمودنی‌ها افزایش می‌یابد و به واکنش‌های خود در تداوم پریشانی واقف می‌شوند. و یاد می‌گیرند مشاهده‌گر واکنش‌های منفی خود باشند و بنابراین این واکنش‌ها را ترک کنند. با افزایش میزان پذیرش سازگاری آزمودنی افزایش می‌یابد. و این افزایش در آزمودنی‌های پژوهش حاضر نیز به چشم می‌خورد. بنابراین بدیهی به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با در برداشتن تکنیک‌های تمرکز حواس، پذیرش و گسلش می‌تواند به آزمودنی‌ها در افزایش پذیرش کمک کند.

همچنین همان‌طور که در بخش یافته‌ها مشاهده شد میزان رشد پس از شکست هر سه آزمودنی در پایان جلسه‌ی پیگیری افزایش یافت. در مجموع میزان درصد بهبودی کلی آزمودنی‌ها در این متغیر ۵۳/۶۱ بود و در پایان جلسه‌ی پیگیری این میزان به ۷۱/۳۵ افزایش یافت. با توجه به این میزان بهبودی می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رشد پس از شکست آزمودنی‌ها مؤثر بوده است. اغلب آزمودنی‌ها به خاطر شکست در روابط عاطفی گذشته و اجتناب تجربی متعاقب آن، در تلاش برای مدیریت و کنترل واکنش‌های درونی ناخواسته به افکار مرتبط با این

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

شرایط، به طور فزاینده‌ای انعطاف‌ناپذیر می‌شوند و اغلب یکسره به اجتناب از این شرایط متوسل می‌شوند. یکی از اهداف اصلی ACT کمک به آزمودنی‌ها در عمل به شیوه‌هایی مطابق با ارزش‌های شخصی آن‌ها است. این مؤلفه از درمان به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا ارزش‌های شخصی و رابطه‌ای خود را روشن کنند. وقتی که ارزش‌ها روشن و مورد بحث قرار گرفتند مفهوم عمل متعهد معرفی می‌شود. عمل متعهد شامل برداشتن گام در جهت درک اهداف زندگی ارزش‌مدار است. آزمودنی‌ها در این مطالعه به اهداف رفتاری بر پایه‌ی ارزش‌های شناخته شده‌ی خود با استفاده از کاربرگ‌های عمل متعهد هفتگی که با ارزش‌ها و شناسایی موانع ممکن در عمل مرتبط است متعهد شدند. در ACT از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود در جهت سازگار با ارزش‌های خود عمل کنند حتی اگر این کار را در حضور افکار و احساسات ناخوشایند انجام دهند. با عمل کردن بر طبق این اصول آزمودنی‌ها طبق اهداف تعیین شده در جهت رشد حرکت می‌کنند و شیوه‌های انعطاف‌پذیری بیشتر در واکنش به چالش‌های پیش روی خود را یاد بگیرند. مجموعه این اقدامات در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افزایش رشد پس از شکست عاطفی آزمودنی‌ها و متعهد شدن به عمل در جهت ارزش‌ها کمک می‌کند.

تعداد کم نمونه در این نوع پژوهش از محدودیت‌های این پژوهش است که باید در تعمیم یافته‌ها در نظر گرفته شود. همچنین انجام چندباره پرسشنامه‌ها در این نوع پژوهش ممکن است باعث یکنواختی پاسخگویی گردد. بر اساس یافته‌های پژوهش به درمانگران پیشنهاد می‌شود که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مشاوره با افراد دارای تجربه شکست عاطفی استفاده نمایند همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی پسران دارای تجربه شکسست عاطفی انجام شود.

منابع

– – امان‌الهی، ع، تردست، ک، اصلانی، خ (۱۳۹۳ب). پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس مولفه‌های خود شفقتی در دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عاطفی دانشگاه‌های اهواز. مجله پژوهش‌های مشاوره، ۱۳

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

(۵۰): ۲۹-۵۳.

- امان‌الهی، ع، تردست، ک، اصلانی، خ (۱۳۹۳ب). پیش‌بینی نشانگان ضربه عشق بر اساس خود شفقتی در دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عاطفی. مجله روان‌شناسی کاربردی، ٤ (۳۲): ٤۳-٦۱.
- امان‌الهی، ع، تردست، ک، اصلانی، خ (۱۳۹۵الف). پیش‌بینی نشانگان ضربهٔ عشق براساس سبک‌های دلبستگی و تمایزیافتگی در دانشجویان دختر دارای تجربهٔ شکست عاطفی. مجله روان‌شناسی، ۳ (۷۹): ۳۲۷- ۳۱۰.
- امان‌الهی، ع، تردست، ک، اصلانی، خ (۱۳۹۵ب). پیش‌بینی افسردگی براساس مؤلفه‌های خودشفقتی در دانشجویان دختر دارای تجربه‌ی شکست عاطفی دانشگاههای اهواز. مجله روان‌شناسی بالینی، ۲ (۳۰): ۸۸- ۷۷.
- امان‌الهی، ع؛ حیدریان‌فر، ن؛ خجسته‌مهر، ر؛ ایمانی، م (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان پریشانی زوج‌ها. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*. دوره ٤. ۱. ۱۱٦-۱۰۳.
- برک، ل (۲۰۰۹). *روان‌شناسی رشد* (از نوجوانی تا بزرگسالی) (جلد ۲). ترجمه یحیی، سید محمدی (۱۳۸۷). تهران: نشر ارسباران.
- تردست، ک و امان‌الهی، ع، (۱۳۹٤). پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس سبک‌های دلبستگی و تمایزیافتگی در دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عاطفی دانشگاه‌های اهواز. مجله خانواده پژوهی، ۱۱ (۳): ۳۸۵-٤۰۷.
- رجبی، غ (۱۳۹۳). *مقیاس‌های روان‌شناختی و خانواده فرم ایرانی*، تهران: انتشارات آوای نور.
- رجبی، غ؛ نادری‌نوبندگانی، زهرا و مومنی‌جاوید، مهرآور (۱۳۹۲). *درآمدی بر شکست‌های عاطفی*. تهران: آوای نور.

- - Arch, J. J., & Crask, J. M. (1996). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Different Treatments, Similar Mechanisms? *Clinical psychology: science and practice,15*, 263-279.
- - Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *70* (5), 1129-1۱۳۸.
- - Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- - Bond, F. W., Hzyes, S. C., Beaer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. k., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire- A revised measure of psychological inflexibility avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- - Bond, F.W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156–163.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

- - Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2003). Physical, emotional, and behavioral reactions to breaking up: The roles of gender, age, emotional involvement, and attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, ۲۹ (۷), ۸۷۱–۸۸٤.
- - Fine. M. A., & Sacher, J. A. (1997). Predictors of distress following relationship termination among dating couples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 381-388.
- - Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. *Cognitive and Behavioral Practice* 19, ۵۸۳–۵۹٤.
- - Forsyth, J. P., & Eifert, G. H. (1998). Phobic anxiety and panic: An integrative behavioral account of their origin and treatment. In Joseph J. Plaud&G. H. Eifert (Eds.), *From behavior theory to behavior therapy* (pp. 38–6۷). □□□□□□: □□□□□ □ Bacon.
- - Furman W., & Wehner, E. A. (1994). *Romantic views: Toward a theory of adolescent romantic relationships*. In R. Montremayor, G. R. Adams, & G. P. Gullota (Eds.), Advance in Adolescent Development, Volume 6, Relationships during Adolescence, (pp. 168-175). Thousand oaks, CA: Sage .
- - Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, 63, 103-115.
- - Harvey, J. H., & Miller, E. D. (2000). *Loss and trauma: general and close relationship perspectives*. by Brunner– Routledge, a member of Taylor & Francis Group.
- - Hayes, S. C., & Bissett, R. (1998). Derived stimulus relations produce mediated and episodic priming. *The Psychological Record*, 48, 617–630.
- - Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *Behavior Analyst*, 17, ۲۸۹–۳۰۳.
- - Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer.
- - Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (199۹). □□□□□□□□□□ □□□ commitment therapy: *An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- - Hebert, S., & Popadiuk, N. (2008). University students′ experiences of nonmarital breakups: A grounded theory. J*ournal of College Student Development*, 49, 1-14.
- - Hortacsu, N., & Karanci, N. A (1987). Premarital breakups in a Turkish sample: Attributional dimensions and affective reactions. *International Journal*

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

of Psychology, 22,1-17.

- - Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. Psychological Bulletin, 127, 472-50۳.
- - Leitenberg, H., Greenwald, E., & Cado, S. (1992). A retrospective study of longterm methods of coping with having been sexually abused during childhood. Child Abuse and Neglect, 16, 399–407.
- - Linehan, M. M. (۱۹۹۳). □□□□□□□□□-□ehavioral treatment of borderline *personality disorder*. New York: Guilford Press.
- - Marlatt, G. A. (2002*). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44–49.
- McKay, M. Lev, A &, Skeen, M.(2012). Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems. New Harbinger Publications, Inc.
- - Perilloux, C., & Buss, D. S. (2008). Breaking up romantic relationships: Costs experienced and coping strategies deployed. *Journal of Evolutionary Psychology*, 6, 164-181.
- - Peterson, B. D., Eifert G. H., Feingold , T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study with Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practice,16* , 430-442.
- - Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54–68.
- - Rosse, R. B. (1999). The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken. Published by Perseus Publishing, a Member of the Perseus Books Group.
- - Sbarra, D. A. (2006). Predicting the onset of emotional recovery following nonmarital relationship dissolution: Survival analyses of sadness and anger. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *32* (3), 298-312.
- - Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. T. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York: Guilford Press.
- - Simpson, J. A. (1987). The Dissolution of Romantic Relationships: Factors Involved in Relationship Stability and Emotional Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 683-692.
- - Sprecher, S (۱۹۹٤). □□□ □□□□□ □□ □□□ □□□□□□□ □□ □□□□□□ □□□□□□□□□□□□□. *Personal Relationships*, 1, 199-222.
- - Tashiro, T., & Frazier, P. (2003). "I'll never be in a relationship like that again": Personal growh following romantic relationship breakups. *Personal Relationships*, 10, 113-128.
- - Teasdale, J. T. (2003). Mindfulness and the third wave of cognitive-behavioral therapies. Paper presented at the European Association for behavioral and

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]

cognitive therapies annual congresses, Prague, Czech Republic. Therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 85–93.

- - Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- - Uzgle, B. (2004). The Prediction of psychological distress following a romantic relationship dissolution: Relationship characteristics, problem solving skills, and self- esteem. Master of science. *Middle East Technical University*.
- - Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chi Chester, UK: Wiley.
- - Wilson, G. T. (1996). Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy*, 27, 417–439.
- - Zettle, R. D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systematic desensitization in the treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, 53, 197–215.
- - Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1987). Component and process analysis of cognitive therapy. *Psychological Reports*, *64*, 939–953.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-01]