Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 20, Issue 4

# The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Mental Health and Cognitive Fusion of Girls with Emotional Breakdown

**Marzieh Norouzi**[1], **Mohammad Bagher Kajbaf**[2]

1. M.A. of Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Iran.
2. (Corresponding author) * Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Iran.

## Abstract

**Aim and Background:** Love is one of the most amazing emotions a person can experience and emotional failure is one of the most painful problems that can happen to anyone during a romantic relationship. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of therapy based on acceptance and commitment on the mental health and cognitive fusion of girls with emotional breakdown.

**Methods and Materials:** The research method is semi-empirical and the sample population covers all the girl students at Isfahan University. The representative samples are 30 of the girl students who have gone to the counseling center of Isfahan University seeking care. Sampling was done by a voluntary and purposive method. Then, the volunteers answered the questionnaire about symptoms of heartbreak, then they were randomly divided into two groups of experimental (15 individuals) control (15 individuals). The experimental group was put under the treatment of ACT therapy. The data in this research, were gathered in three phases (pre-test, post-test, and follow-up test) using mental health questionnaire (GHQ-28) and cognitive fusion questionnaire. The data were examined by proper statistical tests (covariance with a lot of follow-ups) and via the software of SPSS-21.

**Findings:** The results indicated that the ACT therapy, can significantly and sequentially decrease and increase the level of cognitive fusion and mental health of the control group.

**Conclusions:** The results indicated that ACT therapy can be applied in the interventional treatments of emotional setbacks, to decrease the symptoms of cognitive fusion and increase the level of mental health.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Fusion, Mental Health, emotional breakdown.

**Citation:** Norouzi M, Bagher Kajbaf M. **The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Mental Health and Cognitive Fusion of Girls with Emotional Breakdown**. Res Behav Sci 2023; 20(4): 634-647.

*** Mohammad Bagher Kajbaf,**
Email: m.b.kaj@edu.ui.ac.ir



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]

[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]

# اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و هم‌جوشی شناختی دختـــران دارای شکست عاطفی

**مرضیه نوروزی[۱]، محمدباقر کجباف[۲]**

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه اصفهان، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استاد گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، ایران.

**چکیده**

**زمینه و هدف:** عشق می‌تواند یکی از هیجان‌انگیزترین رخدادهای زندگی هر فردی باشد و شکست عاطفی می‌تواند یکی از رنج‌آورترین تجاربی باشد که ممکن است فرد به دنبال رابطه عاشقانه با آن روبرو شود. هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و همجوشی شناختی دختران دارای شکست عاطفی بود.

**مواد و روش‌ها:** روش تحقیق از نوع نیمه تجربی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش موردنظر شامل کلیه دانشجویان دختر مشغول به تحصیل سال ۹۹-۹۸ دانشگاه اصفهان بود. تعداد اعضای نمونه شامل سی نفر از دانشجویان دختر مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان بودند. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد. سپس از داوطلبان پرسشنامه نشانگان ضربه عشق گرفته شد و صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. داده‌ها در این پژوهش، توسط پرسشنامه سلامت روان و پرسشنامه همجوشی شناختی در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی گیری) گردآوری شد. اطلاعات با استفاده از آزمون‌های متناسب آماری (انحراف معیار، میانگین، آزمون موچلی، واریانس، آزمون تعقیبی بنفرونی) و نرم‌افزار SPSS-21 انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هم‌جوشی شناختی و سلامت روان گروه آزمایش را در سطح معناداری به ترتیب، کاهش و افزایش دهد.

**نتیجه‌گیری:** به‌طورکلی می‌توان گفت که در مداخلات درمانی شکست عاطفی، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان کاهش‌دهنده علائم همجوشی شناختی و افزایش‌دهنده سلامت روان استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همجوشی شناختی، سلامت روان، شکست عاطفی.

**ارجاع:** نوروزی مرضیه، کجباف محمدباقر. **اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و هم‌جوشی شناختی دختران دارای شکست عاطفی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۴): ۶۳۳-۶۴۷.

*- **محمد باقر کجباف،**

رایانامه: m.b.kaj@edu.ui.ac.ir



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]

[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]

## مقدمه

محیط دانشگاه مخصوصاً برای دختران همراه با تجربه‌های جدید و ارتباط با جنس مکمل می‌باشد و همچنین تغییر در شرایط افراد و دور بودن از خانواده منجر به نیازمندی‌های عاطفی بیشتر و درگیری با روابط عاطفی با جنس مخالف می‌شود(۱) روابط رمانتیک و عاشقانه در دوره جوانی بسیار رایج هستند و نزدیک به ۶۵ درصد از نوجوانان آن را تجربه می‌کنند(۲).

عشق به معنای برقراری ارتباط عمیق در یک رابطه می‌باشد که شامل احساسات شدید به فرد مقابل و معمولاً همراه با صمیمیت، جاذبه‌ی جنسی و عاطفی می‌باشد(۳) . عشق ممکن است بر جنبه‌های مختلفی مانند نگرش، رفتار یا هیجان تأثیر بگذارد. پایان رابطه‌ی عاشقانه رویدادی است که فرد را ازنظر سلامت روانی در وضعیت نامطلوبی قرار می‌دهد(۴).

راس (۵) برای اولین بار نشانگان ضربه‌ی عشق را معرفی نمود. ضربه عشقی منجر به رکود شخصی در عملکردهای اجتماعی، شغلی و تحصیلی می‌گردد و به ترس حل‌نشده از شکست عاطفی اشاره دارد که مجموعه علائمی همچون اختلالات خواب، نگرانی، خشم، تعارض، ناراحتی، مشکلات تمرکز و ناامیدی دربارهٔ آینده را به همراه دارد (۶).

روابط عاشقانه یک تلاش چالش‌برانگیز است که افراد آن را به‌عنوان یک هدف اصلی در زندگی جستجو می‌کنند و زمانی که این روابط پایان می‌یابد، خاتمه آن می‌تواند زیان بارو ازلحاظ عاطفی ناراحت‌کننده باشد(۷).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شکست عاطفی بر کاهش سلامت روان افراد، مؤثر است(۴) و افراد مشکلات روابط عاطفی را ناشی از کمبود سلامت روان می‌دانند (۸).

در افراد مبتلا به شکست عاطفی، مشکلات اضطراب و افسردگی در صدر این اختلالات؛ و بعدازآن افکار انتحار و دیگر کشی، وسواس، اختلال‌های روان- تنی، ترس، سوءظن، بی‌اشتهایی روانی، نفرت و به‌کارگیری مفرط برخی سازوکارهای روانی (مانند خیال‌بافی و انکار) دیده شده است (۷)؛ به‌طورکلی پیامدهای شکست عاطفی، ابعاد سلامت روان افراد را پیش‌بینی می‌کند و مشخص‌شده که شکست عاطفی در برخی ابعاد سلامت روان، کاهش قابل‌توجهی را نشان می‌دهد (۴). به‌طور خاص، جدا کردن یا از دست دادن یک شریک عاشقانه، سطح پریشانی روانی فرد را افزایش می‌دهد که می‌تواند نگرانی‌های سلامت روانی موجود، به‌ویژه افسردگی و مصرف مواد (به دلیل نداشتن علاقه به عشق مطلق) را افزایش دهد(۸).

علاوه بر مسائل ذکرشده همجوشی با برخی افکار، برای افراد دچار شکست عاطفی، مشکل‌ساز خواهد بود؛ منظور از همجوشی شناختی این است که فرد به‌گونه‌ای تحت تأثیر افکارش قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می‌شود رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند (۹).

همجوشی شناختی یک فرآیند کلامی است که به‌موجب آن افراد در تفکر و ارزیابی، قضاوت و خاطرات خود گرفتار می‌شوند و بر اساس کارکردهای مشتق از این تجربیات خصوصی رفتار می‌کنند. به‌عبارت‌دیگر تجارب خصوصی بر رفتار حاکم می‌شوند و از تأثیرگذاری سایر منابع کنترل محرک بر رفتار پیشگیری می‌کنند(۱۰).

بر اساس نتایج تحقیقات همجوشی بالا از عوامل مؤثر در کاهش سلامت روانی در افراد است(۱۱). بنابراین تشدید همجوشی با افکاری مانند: احساس شرم در این افراد، خجالت و تحقیر ناشی از ضربه عشق، منجر به تشدید انزوای اجتماعی می‌شود و آن‌ها با اجتناب از دوستان و اعضای خانواده از تجربه مجدد احساس شرم و تحقیر می‌گریزند (۱۲). این نوع خود سنجی نه‌تنها به گذشته دلالت دارد، بلکه آینده را نیز درگیر و مسموم می‌کند(۱۳).افرادی که همجوشی شناختی در آن‌ها بالا باشد، بیشتر مستعد اختلالات روانی خواهند بود. همجوشی شناختی یک فرآیند کلیدی است که انعطاف‌پذیری روانی را تهدید می‌کند.به‌عبارت‌دیگر منظور از همجوشی شناختی این است که فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار گیرد که گویی کاملاً داخلی هستند و موجب می‌شوند رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند(۱۴).

یکی از دلایل عمده‌ی مراجعه‌ی دانشجویان به مراکز مشاوره‌ی دانشگاه‌ها، پایان رابطه‌ی عاشقانه است. دانشجویان با درجات متفاوتی از انعطاف‌پذیری، با پیامدهای حاصل از شکست عشقی مقابله می‌کنند. برخی از طریق یادگیری از تجربه‌ی خود، با این مسئله کنار می‌آیند، در حالی‌که افراد دیگر دچار به‌هم‌ریختگی روانی جدی در زمینه‌های متعدد می‌شوند. ناامیدی برخی دانشجویان به دنبال این مسئله آن‌قدر شدید است که اقدام به خودکشی می‌کنند (۱۵).



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]

لذا با توجه به پیامدهای حاصل از شکست عاطفی، لازم است که توجه ویژه‌ای به افراد در این زمینه بشود. هم‌چنین شکست عاطفی در میان دختران دانشجو یک منبع بسیار استرس‌زا به شمار می‌رود(۱۶, ۱۷)

این بحران در هر دو جنس، به‌ویژه در دختران منجر به کاهش سلامت روان، افسردگی و تنهایی می‌شود (۱۷).

یکی از جدیدترین درمان‌های روان‌شناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این شیوه بخشی از یک مکتب روانشناسی بالینی و متعهد به ارائه روش‌های درمانی علمی است. همچنین این مدل روان‌درمانی جدید، بخشی از موضوعی محسوب می‌شود که امروز موج سوم درمان شناختی-رفتاری نامیده می‌شود(۱۸).

هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام شود یا بر فرد تحمیل گردد .افزایش توانایی فرد برای دادن پاسخ مؤثر به افکار و احساسات گوناگونی که هنگام بروز مشکلات ظاهر می‌شوند(۱۹).

در این رویکرد، اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی او حاصل می‌شود که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌گردد. در این درمان از مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در کنار راهبردهای پایبندی و تغییر رفتار استفاده می‌شود تا بدین طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان‌جویان ارتقاء یابد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی و تغییر یا مداومت در رفتار اشاره دارد، رفتاری که همسو با ارزش‌های برگزیده فرد است(۲۰).

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی عوامل مؤثر بر سلامت روان (چه ابعاد جسمانی و چه ابعاد روانی) و کاهش هم‌جوشی شناختی، اثربخش می‌باشد(۹, ۲۱-۲۳) .جلالی فراهانی،جدیدی و میرزاییان(۲۴)نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است همجوشی شناختی را کاهش دهد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در سطح بسیار کلی و اساسی، اختلال‌های عاطفی را نتیجه تلاش ناموفق برای گریز از رویدادهای شخصی منفی می‌داند و بیان می‌کند که افراد تمایلی به تجربه کردن آن رویدادها ندارند و به دنبال کاهش این تمایل، همجوشی با افکار منفی افزایش می‌یابد(۲۵) .با توجه به پیامدهای شکست عاطفی ، می‌توان بیان کرد به علت افزایش محتوای افکار منفی، درگیری زیاد با گذشته و غفلت از زمان حال، داشتن حالتی منفعلانه و بی‌هدف، عملکرد روانی و رفتاری این مراجعین دچار مشکل می‌شود(۲۱). لذا رویکرد ACT که به آسیب‌شناسی و درمان ابعاد شش‌گانه، به‌خصوص کاهش هم‌جوشی و اجتناب تجربه‌ای می‌پردازد، به نظر می‌رسد بتواند نقش مفیدی در حل بحران شکست عاطفی و به دنبال آن، افزایش سلامت روان این افراد داشته باشد.

بنابراین، با توجه به مطالب گفته‌شده و ازآنجایی‌که افراد دچار شکست عاطفی، افت فراوانی همجوشی شناختی و سلامت روان ذکر شده از خود نشان داده‌اند، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و هم‌جوشی شناختی دختران دارای شکست عاطفی بود. در این پژوهش دو فرضیه مطرح شد؛ فرضیه اول: «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هم‌جوشی شناختی دانشجویان دختر دارای شکست عاطفی را در مرحله‌ی پس‌آزمون و پی گیری نسبت به گروه کنترل کاهش می‌دهد» و فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت روان دانشجویان دختر دارای شکست عاطفی را در مرحله‌ی پس‌آزمون و پی گیری نسبت به گروه کنترل افزایش می‌دهد.

## مواد و روش‌ها

طرح پژوهشی حاضر، نیمه آزمایشی شامل یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه است که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پی گیری اجرا شد. جامعه آماری پژوهش موردنظر شامل کلیه دانشجویان دختر مشغول به تحصیل سال ۹۹-۹۸ دانشگاه اصفهان بود که از این میان ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بر اساس ملاک‌های ورود (وجود پایان یک رابطه عاشقانه در سه ماه تا حداکثر یک سال گذشته و هم‌چنین شامل عدم وجود این موارد بود: ۱- یک اختلال روانی مشخص.۲- سابقه سوءمصرف مواد. ۳- استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی و روان‌گردان. ۴- استفاده از هر نوع خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای) و ملاک خروج (شامل غیبت بیش از سه جلسه) انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند.



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که نمونه‌ی پژوهش به‌وسیله‌ی فراخوانی که در مرکز مشاوره‌ی دانشگاه اصفهان پخش گردید و در آن از دختران دانشجوی دچار شکست عاطفی برای شرکت در دوره دعوت‌شده بود، انتخاب‌شده و افراد دارای سایر مشکلات و اختلالات روحی روانی کنار گذاشته شدند. پس از انجام مصاحبه‌ی غربال‌گری و مشخص شدن ملاک‌های ورود و خروج (که در بخش آزمودنی‌ها ارائه شد)، ثبت‌نام انجام‌شده و پیش‌آزمون روی آزمودنی‌ها اجرا شد؛ ۳۰ بیماری که نمره آن‌ها در خرده مقیاس پرسشنامه ضربه عشق (LTI) از ۲۰ به بالا بود، به‌صورت تصادفی انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند و بر روی هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون دو پرسشنامه‌ی سلامت روان و همجوشی شناختی اجرا شد. سپس مداخله‌ی آزمایشی روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. مداخله به‌صورت گروهی در مدت ۸ جلسه و هر جلسه، ۳۰ الی ۴۵ دقیقه به مدت دو بار در هفته برگزار شد. پس از اتمام ۸ جلسه، مجدداً آزمون‌های سلامت روان و همجوشی شناختی از هر دو گروه گرفته شد و بعد از یک ماه به‌منظور ارزیابی میزان ماندگاری نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور برای هر دو گروه آزمودنی اجرا و نتایج سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی گیری) با یکدیگر به‌وسیله‌ی آزمون‌های آماری، مقایسه شد.

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۱ استفاده شد. داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی (میانگین- میانه- مد- انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی) انجام شد؛ بدین‌صورت که رابطه‌ی بین متغیرهای موردنظر از حاصل نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفت تا میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و همجوشی شناختی دانشجویان دختر، مشخص شود؛ همچنین سطح معنی‌داری برای آزمون فرضیه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**پرسشنامه‌ی هم‌جوشی شناختی:** این پرسش‌نامه را گیلاندرزو همکاران (۱۴) ارائه دادند که حاوی ۱۲ سؤال است و دارای دو زیر مقیاس هم‌جوشی و گسلش می‌باشد و بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت تنظیم گردیده است. مقیاس اندازه‌گیری این پرسشنامه لیکرت و از «هرگز» تا «همیشه» می‌باشد. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی باز آزمایی را در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش کردند. ضریب همبستگی ابزار با مقیاس تعهد و پذیرش و مقیاس ذهن آگاهی ساوتمتون به ترتیب برابر ۰/۷۲ و ۰/۷۰ به دست آمد. در ایران نتایج پژوهش زارع نشان داد مقیاس از روایی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب پایایی مقیاس۷۶/. به دست آمد(۲۶) .در پژوهش حاضر، اعتبار مقیاس‌ها با استفاده از محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار آن برای مقیاس گسلش و هم‌جوشی شناختی به ترتیب، ۰/۷۸ و ۰/۸۸ با همسانی درونی بالا و معنی‌دار (P>۰/۰۱) برای هر دو مقیاس به دست آمد.

**پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28):** این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر (۲۷) ساخته‌شده است. این پرسشنامه‌ی ۲۸ سؤالی، چهار مؤلفه‌ی علائم جسمانی (سؤال ۱ تا ۷)، اضطراب و اختلال خواب (سؤال ۸ تا ۱۴)، اختلال در کنش جسمانی (سؤال ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی (سؤال ۲۲ تا ۲۸) را می‌سنجد(۲۷). روایی هم‌زمان *پرسشنامه سلامت عمومی* از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (M.H.Q)انجام گردید که ضریب همبستگی ۰،۵۵ حاصل آن بود(تقوی،۱۳۸۰). تقوی(۲۸) در پژوهشی به هنجاریابی پرسشنامه سلامت روان در بین دانشجویان ایران پرداخت و به این نتیجه رسید که پرسشنامه موردنظر از روایی و پایایی مناسب در میان دانشجویان ایران، برخوردار است. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و درمجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است(۲۹). در پژوهش حاضر، اعتبار مقیاس‌ها با استفاده از محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار آن برای مقیاس علائم جسمانی ، اضطراب و اختلال خواب ، اختلال در کنش جسمانی و افسردگی به ترتیب،۰/۸۱، ۰/۸۵، ۰/۸۸ و ۰/۸۹ به دست آمد.

**پرسشنامه نشانگان ضربه عشق ((LTI:** این پرسشنامه مقیاسی است که راس (۵) برای سنجش شدت ضربه عشق تهیه کرده است. این پرسشنامه از ده ماده تشکیل‌شده است که هر ماده، ۴ گزینه (هرگز چنین احساساتی ندارم=۰، حداقل ماهی یکبار=۱، حداقل هفته‌ای یکبار=۲ و حداقل روزی یکبار=۳) دارد. فقط سؤال‌های ۱ و ۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. روایی و پایایی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۳ است. در پژوهش دهقانی(۳۰) که به هنجاریابی پرسشنامه نشانگان ضربه عشق در ایران پرداخت، همسانی درونی ۰/۸۱ و پایایی با روش با روش باز آزمایی برابر با ۰/۸۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر،



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]

اعتبار این مقیاس با استفاده از محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار آن برای نشانگان ضربه عشق شامل، ۰/۸۸ به دست آمد.

**پروتکل درمانی مبتنی بر ACT:** این برنامه درمانی توسط هیز در سال ۱۹۸۶ طراحی شد(۲۵). برنامه در این پژوهش به‌صورت گروی ارائه شد و خلاصه جلسات به شرح زیراست:جلسه اول: توزیع پرسشنامه و آشنایی و ایجاد ارتباط با مراجع و آموزش روانی(ایجاد ارتباط و اتحاد درمانی)،جلسه دوم: بحث درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها،کارآمدی به‌عنوان معیار سنجش و ایجاد ناامیدی خلاقانه (مفهوم‌سازی مشکل بیمار و ایجاد ناامیدی خلاقانه با کمک استعاره چاه)،جلسه سوم: بیان کنترل به‌عنوان مشکل، معرفی تمایل به‌عنوان پاسخی دیگر،درگیر شدن با اعمال هدفمند مثلاً شرکت در یک دور همی دوستانه و یا جلسات داستان خوانی(استعاره‌های شیر در خانه، پاندول ساعت به‌منظور معرفی تمایل و عدم اجتناب مراجع،آغاز اهداف مناسب در مسیر ارزش‌ها)،جلسه چهارم: کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و تضعیف هم‌جوشی خود با افکار و عواطف(استعاره لیمو، لیمو، لیمو به‌منظور معنی زدایی از زبان. استعاره برگ‌های شناور در آب به‌منظور گسلش)،جلسه پنجم: مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر و نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار(استعاره ابرها و آسمان– استعاره قطارهای احساس و فکر و خود به‌عنوان مشاهده‌گر روی پل)،جلسه ششم: کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی،الگوسازی خروج از ذهن و آموزش دیدن تجربیات درونی به‌عنوان یک فرایند(آموزش نقش تنفس عمیق در ذهن آگاهی و تمرین تنفس عمیق و آرام‌سازی در جلسه، تمرین خوردن یک خوراکی در جلسه درمان و توجه به تمام ابعاد آن)،جلسه هفتم: معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی(معرفی ارزش‌های ده‌گانه در اکت. استعاره"دوست دارید در مجلس ختم خود، دیگران چگونه درباره شما سخنرانی کنند؟" آموزش ارزش‌ها، اولویت‌بندی آن‌ها و تفاوت آن‌ها با اهداف.) و جلسه هشتم: درک ماهیت تمایل و تعهد و تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها(صحبت درباره ضرورت اعمال متعهدانه و موانع احتمالی که هنگام انجام عمل متعهدانه ایجاد می‌شود).

## یافته‌ها

در ادامه به بررسی یافته‌های توصیفی و استنباطی داده‌های پژوهش پرداخته شده است. در ابتدا یافته‌های جمعیت شناختی با آماره درصد و فراوانی، سپس آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و در ادامه به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر روی متغیرهای وابسته از تحلیل واریانس آمیخته پرداخته استفاده شده است.

**جدول ۱. شاخص‌های جمعیت شناختی شامل سن و تحصیلات آزمودنی‌ها**

| گروه | | شاخص | | آماره | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | t | معناداری |
| درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد | | ۲۰/۶۷ | ۱/۷۵۹ | ۰/۷۶۸ | ۰/۴۴۹ |
| گروه کنترل | | ۲۰/۰۷ | ۲/۴۶۳ | | |
| گروه | | شاخص | | آماره | |
| | | فراوانی | درصد | Chi-Square | معناداری |
| درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد | انسانی | ۴ | ۲۶/۶۷ | ۰/۲۸۶ | ۰/۸۶۷ |
| | فنی مهندسی | ۸ | ۵۳/۳۳ | | |
| | روانشناسی و علوم تربیتی | ۳ | ۲۰ | | |
| | کل | ۱۵ | ۱۰۰ | | |
| گروه کنترل | انسانی | ۳ | ۲۰ | | |
| | فنی مهندسی | ۸ | ۵۳/۳۳ | | |
| | روانشناسی و علوم تربیتی | ۴ | ۲۶/۶۷ | | |
| | کل | ۱۵ | ۱۰۰ | | |

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. میزان آماره t به‌دست‌آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های دو گروه در متغیر سن برابر با F=۰/۷۶۸ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($p$=۰/۴۴۹)



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]

که نشان‌دهنده همتا بودن ۲ گروه ازنظر سن می‌باشد. میزان آماره تحلیل خی دو آمده حاصل از مقایسه میانگین سنی ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با Chi-Square=۰/۲۸۶ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($p$=۰/۸۶۷) که نشان‌دهنده همتا بودن دو گروه ازنظر تحصیلات می‌باشد.

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری**

| متغیرهای وابسته | مرحله | گروه درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد | | گروه کنترل | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| علائم جسمانی | پیش‌آزمون | ۱۰/۲۰ | ۳/۱۲۱ | ۸/۴۰ | ۲/۶۴۰ |
| | پس‌آزمون | ۸/۸۷ | ۲/۲۳۲ | ۵۳۹ | ۲/۷۴۸ |
| | پیگیری | ۷/۸۰ | ۱/۲۶۵ | ۱۰/۲۷ | ۲/۸۴۰ |
| اضطراب | پیش‌آزمون | ۱۳/۰۰ | ۳/۴۲۳ | ۹/۶۰ | ۳/۶۲۱ |
| | پس‌آزمون | ۸/۱۳ | ۱/۷۶۷ | ۱۱/۸۷ | ۳/۶۰۳ |
| | پیگیری | ۵/۴۰ | ۱/۵۹۵ | ۱۲/۴۰ | ۳/۳۵۵ |
| کارکرد اجتماعی | پیش‌آزمون | ۷/۴۰ | ۲/۸۴۹ | ۱۰/۳۳ | ۳/۰۳۹ |
| | پس‌آزمون | ۱۳/۰۷ | ۲/۵۲۰ | ۸/۷۳ | ۲/۱۵۴ |
| | پیگیری | ۱۴/۹۳ | ۲/۶۵۸ | ۸/۲۰ | ۲/۴۸۴ |
| افسردگی | پیش‌آزمون | ۱۲/۰۷ | ۴/۲۶۷ | ۸/۷۳ | ۴/۱۴۸ |
| | پس‌آزمون | ۵/۶۰ | ۳/۲۲۵ | ۹/۸۷ | ۴/۱۲۱ |
| | پیگیری | ۴/۸۷ | ۲/۶۹۶ | ۱۱/۴۰ | ۳/۹۰۶ |
| نمره کل سلامت روان | پیش‌آزمون | ۴۲/۶۷ | ۷/۴۷۱ | ۳۷/۰۷ | ۷/۷۰۴ |
| | پس‌آزمون | ۳۵/۶۷ | ۵/۳۱۴ | ۴۰/۰۰ | ۷/۳۸۷ |
| | پیگیری | ۳۳/۰۰ | ۴/۱۲۳ | ۴۲/۲۷ | ۶/۹۷۴ |
| گسلش | پیش‌آزمون | ۱۱/۸۷ | ۲/۶۱۵ | ۱۱/۴۰ | ۲/۹۴۷ |
| | پس‌آزمون | ۹/۲۰ | ۱/۷۸۱ | ۱۱/۲۰ | ۲/۷۸۳ |
| | پیگیری | ۸/۲۰ | ۲/۲۱۰ | ۱۱/۰۰ | ۲/۳۹۰ |
| همجوشی | پیش‌آزمون | ۳۶/۵۳ | ۶/۴۱۳ | ۳۵/۲۰ | ۶/۷۰۰ |
| | پس‌آزمون | ۲۴/۲۰ | ۴/۲۱۲ | ۳۷/۲۰ | ۷/۲۸۲ |
| | پیگیری | ۲۰/۸۰ | ۳/۵۵۰ | ۳۷/۳۳ | ۶/۱۷۲ |
| نمره کل همجوشی شناختی | پیش‌آزمون | ۴۸/۴۰ | ۶/۷۲۷ | ۴۶/۶۰ | ۷/۱۷۹ |
| | پس‌آزمون | ۳۳/۴۰ | ۵/۳۲۹ | ۴۸/۴۰ | ۷/۲۳۹ |
| | پیگیری | ۲۹/۰۰ | ۵/۳۵۹ | ۴۸/۳۳ | ۶/۰۰۸ |

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار سلامت روان و همجوشی شناختی به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل‌شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس آمیخته استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو–ویلکز استفاده شد. ازآنجایی‌که مقادیر آزمون شاپیرو–ویلکز در هیچ‌یک از مراحل معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵) و



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]

بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام-باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود و این نشان‌دهنده همگنی شیب‌خط رگرسیون بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود.

**جدول ۳. آزمون موچلی به‌منظور بررسی فرض کرویت**

| متغیرهای وابسته | کرویت موچلی | آماره‌ی کای دو | درجه آزادی | معنی‌داری |
|---|---|---|---|---|
| علائم جسمانی | ۰/۰۵۲ | ۶۱/۹۳۰ | ۲ | ۰/۰۰۱ |
| اضطراب | ۰/۰۲۹ | ۷۴/۶۷۳ | ۲ | ۰/۰۰۱ |
| کارکرد اجتماعی | ۰/۰۶۶ | ۵۷/۰۵۱ | ۲ | ۰/۰۰۱ |
| افسردگی | ۰/۰۵۰ | ۶۲/۸۹۷ | ۲ | ۰/۰۰۱ |
| نمره کل سلامت روان | ۰/۰۵۸ | ۵۹/۷۰۷ | ۲ | ۰/۰۰۱ |
| گسلش | ۰/۰۲۵ | ۱۱۸/۰۶۳ | ۲ | ۰/۰۰۱ |
| همجوشی | ۰/۰۵۱ | ۱۷/۰۵۲ | ۲ | ۰/۰۰۱ |
| نمره کل همجوشی شناختی | ۰/۰۶۵ | ۱۲/۰۴۱ | ۲ | ۰/۰۰۱ |

**جدول ٤. نتایج درون آزمودنی و بین آزمودنی تحلیل واریانس آمیخته سلامت روان و همجوشی شناختی**

| متغیرهای وابسته | منابع تغییر | آماره F | معنی‌داری | ضریب تأثیر | توان آماری |
|---|---|---|---|---|---|
| علائم جسمانی | گروه | ۰/۳۲۳ | ۰/۵۷۴ | ۰/۰۱۱ | ۰/۰۸۵ |
| | زمان | ۰/۱۹۰ | ۰/۸۲۷ | ۰/۰۰۷ | ۰/۰۷۸ |
| | زمان×گروه | ۱۲/۰۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۰۱ | ۰/۹۹۳ |
| اضطراب | گروه | ۸/۲۱۱ | ۰/۰۰۸ | ۰/۲۲۷ | ۰/۷۹۰ |
| | زمان | ۷/۸۷۸ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۲۰ | ۰/۸۶۴ |
| | زمان×گروه | ۳۸/۶۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۸۰ | ۰/۹۹۹ |
| کارکرد اجتماعی | گروه | ۱۴/۵۵۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۴۲ | ۰/۹۵۷ |
| | زمان | ۱۲/۵۹۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱۰ | ۰/۹۸۴ |
| | زمان×گروه | ۴۰/۳۱۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۰ | ۰/۹۹۹ |
| افسردگی | گروه | ۳/۵۹۸ | ۰/۰۶۸ | ۰/۱۱۴ | ۰/۴۴۹ |
| | زمان | ۳۱/۵۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳۰ | ۰/۹۹۹ |
| | زمان×گروه | ۱۰۲/۰۱۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸۵ | ۰/۹۹۹ |
| نمره کل سلامت روان | گروه | ۱/۴۳۴ | ۰/۲۴۱ | ۰/۰۴۹ | ۰/۲۱۲ |
| | زمان | ۴/۵۳۵ | ۰/۰۱۵ | ۰/۱۳۹ | ۰/۶۸۳ |
| | زمان×گروه | ۴۲/۵۷۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۰۳ | ۰/۹۹۹ |
| گسلش | گروه | ۳/۲۱۰ | ۰/۰۸۴ | ۰/۱۰۳ | ۰/۴۰۹ |
| | زمان | ۱۶/۸۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۷۵ | ۰/۹۹۸ |
| | زمان×گروه | ۱۱/۱۶۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸۵ | ۰/۹۷۴ |
| همجوشی | گروه | ۲۵/۲۴۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۷۴ | ۰/۹۹۸ |
| | زمان | ۳۰/۲۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱۹ | ۰/۹۹۹ |
| | زمان×گروه | ۵۳/۷۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۵۷ | ۰/۹۹۹ |
| نمره کل همجوشی شناختی | گروه | ۲۸/۹۱۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰۸ | ۰/۹۹۹ |
| | زمان | ۴۲/۶۴۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۰۴ | ۰/۹۹۹ |
| | زمان×گروه | ۶۲/۹۶۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۹۲ | ۰/۹۹۹ |



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]

بر اساس جدول ۳ آزمون کرویت موچلی مقدار سطح معناداری سلامت روان و همجوشی شناختی برابر ۰/۰۰۱ به‌دست‌آمده است. لذا فرض کرویت رد می‌شود. درنتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به‌گونه‌ای دقیق‌تر شرط همگنی ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل نشد و لذا تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. درنتیجه از آزمون‌های جایگزین بنابراین از آزمون محافظه‌کارانه گرین هاوس-گیزر برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است.

نتایج جدول ۴ نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد در کاهش اضطراب، کارکرد اجتماعی، همجوشی و نمره کل همجوشی شناختی اثربخشی معناداری دارد. در ادامه مقایسه‌ی دوبه‌دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در جدول ۵ آمده است.

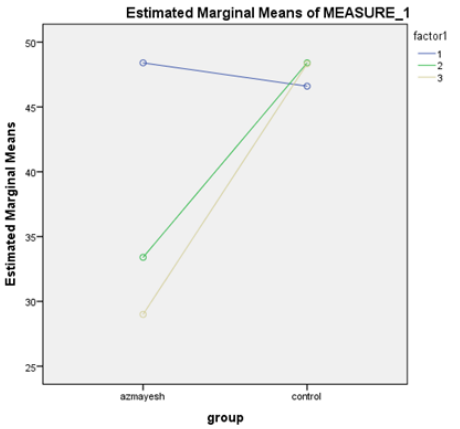
**جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی سلامت روان و همجوشی شناختی برای پایداری اثرات**

| متغیرهای وابسته | مراحل | میانگین تعدیل‌شده | تفاوت مراحل | تفاوت میانگین | معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| علائم جسمانی | پیش‌آزمون | ۹/۳۰۰ | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۰/۱۰۰ | ۰/۹۹۹ |
| | پس‌آزمون | ۹/۲۰۰ | پیش‌آزمون-پیگیری | ۰/۲۶۷ | ۰/۹۹۹ |
| | پیگیری | ۹/۰۳۳ | پس‌آزمون-پیگیری | ۰/۱۶۷ | ۰/۹۹۹ |
| اضطراب | پیش‌آزمون | ۱۱/۳۰۰ | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۱/۳۰۰ | ۰/۱۳۹ |
| | پس‌آزمون | ۱۰/۰۰۰ | پیش‌آزمون-پیگیری | ۲/۴۰۰ | ۰/۰۱۱ |
| | پیگیری | ۸/۹۰۰ | پس‌آزمون-پیگیری | ۱/۱۰۰ | ۰/۰۲۱ |
| کارکرد اجتماعی | پیش‌آزمون | ۸/۸۶۷ | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۲/۰۳۳ | ۰/۰۰۷ |
| | پس‌آزمون | ۱۰/۹۰۰ | پیش‌آزمون-پیگیری | ۲/۷۰۰ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۱۱/۵۶۷ | پس‌آزمون-پیگیری | -۰/۶۶۷ | ۰/۲۹۴ |
| افسردگی | پیش‌آزمون | ۱۰/۴۰۰ | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۲/۶۶۷ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | ۷/۷۷۳ | پیش‌آزمون-پیگیری | ۲/۲۶۷ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۸/۱۳۳ | پس‌آزمون-پیگیری | -۰/۴۰۰ | ۰/۴۸۱ |
| نمره کل سلامت روان | پیش‌آزمون | ۳۹/۸۶۷ | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۲/۰۳۳ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | ۳۷/۸۳۳ | پیش‌آزمون-پیگیری | ۲/۲۳۳ | ۰/۰۱ |
| | پیگیری | ۳۷/۶۳۳ | پس‌آزمون-پیگیری | ۰/۲۰۰ | ۰/۹۹۹ |
| گسلش | پیش‌آزمون | ۱۱/۶۳۳ | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۱/۴۳۳ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | ۱۰/۲۰۰ | پیش‌آزمون-پیگیری | ۲/۰۳۳ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۹/۶۰۰ | پس‌آزمون-پیگیری | ۰/۶۰۰ | ۰/۲۳۴ |
| همجوشی | پیش‌آزمون | ۳۵/۸۶۷ | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۵/۱۶۷ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | ۳۰/۷۰۰ | پیش‌آزمون-پیگیری | ۶/۸۰۰ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۲۹/۰۶۷ | پس‌آزمون-پیگیری | ۱/۶۳۳ | ۰/۰۳۱ |
| نمره کل همجوشی شناختی | پیش‌آزمون | ۴۷/۵۰۰ | پیش‌آزمون-پس‌آزمون | ۶/۶۰۰ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | ۴۰/۹۰۰ | پیش‌آزمون-پیگیری | ۸/۸۳۳ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۳۸/۶۶۷ | پس‌آزمون-پیگیری | ۲/۲۳۳ | ۰/۰۱۹ |

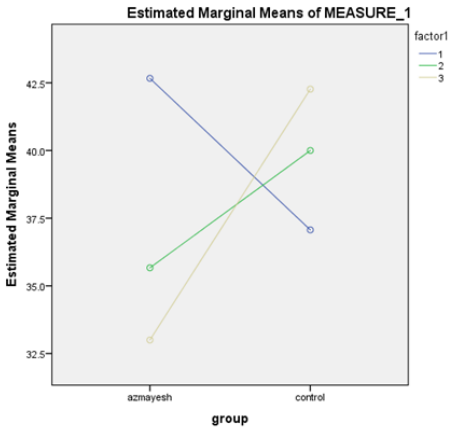
همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش-آزمون با پس‌آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس-آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) است که این نشان‌دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کاهش علائم جسمانی، کارکرد اجتماعی، نمره کل سلامت روان و گسلش در مرحله پیگیری تداوم داشته است.



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]




**نمودار ۱. روند تغییرات میانگین سلامت روان در تحلیل واریانس آمیخته**




**نمودار ۲. روند تغییرات میانگین همجوشی شناختی در تحلیل واریانس آمیخته**

## بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه پژوهش تأیید کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش همجوشی شناختی و افزایش سلامت روان دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان به‌صورت معنی‌داری مؤثر است. تاکنون درباره اثربخشی درمان اکت بر شکست عاطفی تحقیقاتی محدود و با در نظر گرفتن متغیرهای متفاوتی نسبت به متغیرهای پژوهش حاضر صورت گرفته است؛ اما می‌توان گفت که نتایج پژوهش حاضر به‌طور ضمنی با پژوهش امان اللهی و همکاران(۳۱) ، تردست و امان‌اللهی(۴) و کیهانی،رسولی آزاد،مقدسی و امیدی(۳۲) همسو است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمانی که حمایت تجربی برای درمان اختلالات روان‌پزشکی کسب کرده است، جهت تعیین اثربخشی بر متغیرهای هم‌جوشی شناختی، علائم جسمانی اضطراب و شناختی، اضطراب و کیفیت زندگی مورداستفاده قرار گرفته است (۳۲).

وقتی افراد تلاش می‌کنند تا تجربیات درونی خودشان را (مثل افکار، خاطرات و هیجان‌ها) کنترل کنند، برایشان مشکل ایجاد می‌شود. اشتراهان و ویلسون (۳۳) بیان کردند که سطوح بالای کنترل هیجانی، عملکرد ضعیف‌تر اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند. به دنبال کاهش میزان کنترل ذکر شده، در درمان مبتنی بر اکت، افراد دچار بحران عاطفی آموختند که واقعیت مشکل خود را ببینند و آن را بپذیرند. مقصود از پذیرش، تسلیم شدن در برابر مشکلات نیست بلکه این فرایند با کمک تکنیک‌های مربوط به درماندگی آموخته‌شده، به مراجع کمک می‌کند تا فرد به‌جای اجتناب از مشکلات یا همجوشی با آن‌ها، تمایل خود را نسبت به‌مواجهه با دردها و رنج‌هایی که دارد بالا ببرد. با کمک تکنیک‌های مربوط به درماندگی آموخته‌شده، فرد یاد می‌گیرد که کنترل کردن افکار درون ذهنش نه‌تنها مفید نیست، بلکه به افزایش افکار ناکارآمد، دامن می‌زند و به فرد امکان می‌دهد تا پذیرش و تمایل را بالا ببرد؛ و درنتیجه به‌جای نزاع‌های درون روانی باعث افزایش فعالیت‌های برون روانی بشود و مؤلفه کارکرد اجتماعی را افزایش دهد.

در هم‌جوشی شناختی مراجعین، «یک فکر» هستند(۱۳) ؛ و همجوشی شناختی می‌تواند به‌صورت معنی‌داری در سلامت روان افراد دچار شکست عاطفی مؤثر باشد(۴)؛ به دنبال حل این مشکل، فرد با تکنیک‌های گسلش شناختی و خود به‌عنوان زمینه می‌آموزد که با سست کردن پیوند خود با افکارش، واقعیت را معادل با افکارش نبیند و به محتوای ذهنی خود بار معنایی اغراق‌آمیز ندهد و بتواند از جایگاه خود مفهوم‌سازی شده به خود مشاهده‌گر برسد. درواقع گسلش شناختی یکی از هسته‌های اصلی ACT هست که با کمک آن می‌توانیم مرزی بین "دنیایی که توسط افکارمان ساخته‌ایم و "فکر کردن به‌عنوان پدیده‌ای جاری و دائمی" ایجاد کنیم. اکت با کمک به آزمودنی به در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه، به بیرون آمد مراجع از میدان جنگ با افکار مزاحم خود کمک می‌کند (۳۴). و در فرایندهای مربوط به تعهد نیز با استفاده از تکنیک‌هایی چون شناسایی ارزش‌ها، نوشته روی سنگ مزار و تکنیک ستایش افراد به بیماران کمک می‌شود تا جهات ارزشمند زندگی خود را شناسایی کنند و در انجام رفتار ارزشمند و شناسایی موانع موجود در مسیر ارزشمند خود تلاش کرده و به‌تبع آن احساس رضایت



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]

از خود و زندگی را بالا ببرند که این فرایندها می‌توانند سبب کاهش افسردگی شود(۳۵).

همچنین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش همجوشی شناختی به‌واسطه‌ی پذیرش احساسات پریشان کننده و غیرقابل‌اجتناب مانند اضطراب و پرورش ذهن آگاهی به‌منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و بیمار تشویق می‌شود درحالی‌که به‌سوی اهداف ارزشمند خود در حال حرکت است، با تجربیاتش به‌طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان بپذیرد(۳۶).

این امر موجب ایجاد افزایش انگیزه برای تغییر در افراد و ترغیب شخص جهت تحقق اهداف ارزشمندش می‌گردد و درنهایت به کیفیت زندگی منتهی شده است.

نتایج پژوهش یازرلو، کلانتری و مهرابی(۳۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون، بر سلامت روان و ابعاد آن تأثیر داشت.و دینو،واند لیو و آرچ(۳۸) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک مطالعه‌ی مداخله رفتاری بر سلامت رفتار افراد تاثیرگذار بوده است و عبداللهی،رفیعی پور و ثابت(۳۹) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان تاثیرگذار بوده است.

در بحث اختلالات حاصل از شکست عاطفی، همان‌گونه که در مقدمه ذکر شد، اضطراب و افسردگی در صدر این اختلالات می‌باشد؛ پذیرش و تعهد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار خودکار کمک‌کننده است که این امر منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت روان می‌شود(۴۰). پذیرش و تعهد با ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات و همچنین پذیرش آن‌ها می‌تواند تغییرات مثبتی در راستای سازگاری و سلامت روان ایجاد نماید(۴۱).

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان می‌توان گفت که بر اساس این رویکرد درمانی، علت ایجاد مشکلات روانی، عدم تحمل افراد در تجربه‌ی هیجان‌ها، احساسات، افکار ناخوشایند و دردهای بدنی است. به همین دلیل با ایجاد کوچک‌ترین اثری از این تجارب درونی ناخوشایند، به هر طریقی سعی در برطرف کردن آن می‌کنند یا از قبل از ایجاد چنین شرایطی اجتناب می‌ورزند. اجتناب از موقعیت‌های ایجادکننده احساسات و افکار ناخوشایند باعث محدودیت زندگی فرد می‌شود.

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد امکان می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیرش و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به‌علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشتاقانه با تجارب تأکید می‌شود، عدم قضاوت و انعطاف‌پذیری می‌تواند در افزایش سلامت روان مفید واقع گردد. درواقع فردی که در پاسخ‌های رفتاری، شناختی و هیجانی خود انعطاف داشته باشد با بهبود سلامت روانی روبه‌رو می‌شود. درمان پذیرش و تعهد از طریق عواملی مانند پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر آن‌ها، بهبود تنظیم هیجان با مکانیسم‌هایی مانند آسیب‌پذیری برای هیجانات منفی بهبود می‌بخشد و درنتیجه سلامت روان را افزایش می‌دهد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به‌دشواری جمع‌آوری جامعه نمونه اشاره کرد؛ زیرا با توجه به شرایط موجود در جامعه، افراد دچار شکست عاطفی به‌ویژه دختران، احتیاط یا شرم خاصی برای بازگو کردن این مطلب دارند. وقت زیادی صرف هماهنگی برای ملاقات و سروقت حاضر شدن مراجعین در جلسات درمانی صرف می‌شد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع و شهرهای دیگر نیز انجام شود و این پژوهش در جامعه پسران نیز انجام گردد و نتایج آن با جامعه دختران مقایسه گردد.

## تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه اصفهان است که با کد اخلاق به شماره IR.UI.REC.1399.062 در کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان به ثبت رسیده است. در پایان از کلیه دانشجویانی که در این پژوهش شرکت کردند و همچنین جناب آقای دکتر محمدباقر کجباف که همواره راهنمای اینجانب در روند پژوهش بوده‌اند قدردانی و سپاسگزاری می‌شود.

## References



[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]

1. Rahmat Jirdeh S, Sa S, Jomeheri F. Prediction of love affair failure based on styles of attachment and emotional blackmail. Indian Journal of Fundemental and Applied Life Sciences. 2015;5(2):2597-602.
2. Forket A, Akbari B, Hosseinkhanzadeh AA. Structural Patterns of Relationships of Depression, Emotional Breakdown, and Experience of Violence with Self-Harm Behaviors in Women: The Mediating Role of Social Skills, Emotion Control, and Body dissatisfaction. Quarterly Social Psychology Research. 2021;11(42):129-55. [In Persian]
3. Acevedo BP, Aron A. Does a long-term relationship kill romantic love? Review of General Psychology. 2009;13(1):59-65.
4. Tardast K, Amanollahi A. Prediction of General Health based on the Attachment Styles and Differentiation of Self among Ahwaz Universities Female Students with Love Breakup Experience. Journal of Family Research. 2016;11(3):385-407. [In Persian]
5. Rosse RB. The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken heart: Da Capo Lifelong Books; 2007.
6. del Palacio-González A, Clark DA, O'Sullivan LF. Distress severity following a romantic breakup is associated with positive relationship memories among emerging adults. Emerging Adulthood. 2017;5(4):259-67.
7. Keshavarz Z BNM, Aghaee Khajelangi H. Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Negative Affect and Self-Blame in Female Students with Failing in Love. RBS. 2021;19(2):293-303.
8. Ritter LJ, Hilliard T, Knox D. "Lovesick": Mental Health and Romantic Relationships among College Students. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;20(1):641.
9. Zare H. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the flexibility and cognitive fusion. Social Cognition. 2017;6(1):125-34. [In Persian]
10. farhadi m, shadkam s, Zoghipaidar MR, mohagheghi h. The mediating role of experiential avoidance and cognitive fusion in the relationship between childhood trauma and social anxiety. Journal of Modern Psychological Researches. 2022;17(67):197-207.
11. Krafft J, Haeger JA, Levin ME. Comparing cognitive fusion and cognitive reappraisal as predictors of college student mental health. Cognitive Behaviour Therapy. 2019;48(3):241-52.
12. Perilloux C, Buss DM. Breaking up romantic relationships: Costs experienced and coping strategies deployed. Evolutionary Psychology. 2008;6(1):147470490800600119.
13. McKay M, Fanning P, Lev A, Skeen M. The interpersonal problems workbook: Act to end painful relationship patterns: New Harbinger Publications; 2013.
14. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. Behavior therapy. 2014;45(1):83-101.
15. Gilbert SP, Sifers SK. Bouncing back from a breakup: Attachment, time perspective, mental health, and romantic loss. Journal of College Student Psychotherapy. 2011;25(4):295-310.
16. Frazier P, Schauben L. Causal attributions and recovery from rape and other stressful life events. Journal of Social and Clinical Psychology. 1994;13(1):1.
17. Akbari A, Khanjani Z, Azimi Z, Porsharifi H, Mahmoud M. The effectiveness of Transactional Analysis Therapy on Personality States, Self-Esteem and Clinical Symptoms of People with Emotional Breakdown. Psychological Methods and Models. 2012;2(8):1-21.
18. Mofid V, Fatehizadeh M, Dorosti F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and quality of life of women criminal prisoners in Isfahan city. Strategic Research on Social Problems in Iran. 2017;6(3):17-30. [In Persian]
19. Paulos-Guarnieri L, Linares IMP, El Rafihi-Ferreira R. Evidence and characteristics of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based interventions for insomnia: A systematic review of randomized and non-randomized trials. Journal of Contextual Behavioral Science. 2022;23:1-14.




[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]

**20.** Flaxman PE, Bond FW. Acceptance and commitment training: Promoting psychological flexibility in the workplace. Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change. 2010:282-306.
**21.** Manteghi m. Mental Health anl Love. Besat2011. 264-74 p.
**22.** Mohammadi M. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on mental health and job satisfaction in nurses working in intensive care units of Farshchian Hospital in Hamadan. journal of Psychology new Ideas. 2022;12(16):1-14. [In Persian]
**23.** Kazemipour A, MIRDERIKVAND F, AMRAEI K. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the rate of acceptance and post-traumatic growth in colorectal cancer patients comorbid with stress. 2020.
**24.** Jalali Farahani M, Jadidi M, Mirzaian B. Comparison of the effectiveness of emotional regulation training and acceptance and commitment therapy on cognitive fusion, mindfulness, emotional regulation in obese women. Advances in Cognitive Sciences. 2021;23(1):62-72. [In Persian]
**25.** Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy: Springer Science+ Business Media; 2005.
**26.** Zare H, Ghorbani s. Investigating the effect of risk perception, self-efficacy and social problem solving on helpful behaviors according to the mediating role of social intelligence. Quarterly Social Psychology Research. 2021;11(43):19-34.
**27.** Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire: a teqnique for the identification and assessment of non-psychiatric illness. Maudsley Monograph. 1972;21.
**28.** taghavi MR. Normalization of General Health Questionnaire (GHQ) on students of Shiraz University. Clinical Psychology and Personality. 2008;6(1):1-12. [In Persian]
**29.** Dehghani M, Atef-Vahid M-K, Gharaee B. Efficacy of short–term anxiety-regulating psychotherapy on love trauma syndrome. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2011;5(2):18.
**30.** Dehghani M. The effectiveness of short-term psychotherapy modulating anxiety on love trauma syndromes. tehran: Tehran University of Welfare and Rehabilitation Sciences.; 2010.
**31.** Amanelahi AZ, M. Rajabi, Gh. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on acceptance and growth after break up in female students with break-up experience. Journal of counseling research. 2017;16(64):4-29. [In Persian]
**32.** Keyhani A R-AM, Naser-Moghadasi A, Omidi A. The effect of acceptance and commitment therapy on cognitive fusion, symptoms of anxiety and quality of life in female patients with Multiple Sclerosis. Feyz. 2019;23(4).
**33.** Strahan EJ, Wilson AE. TEMPORAL COMPARISONS, IDENTITY, AND MOTIVATION: THE RELATION BETWEEN PAST. Possible selves: Theory, research and applications. 2006:1.
**34.** Hayes SC. Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy: New Harbinger Publications; 2005.
**35.** Zahedi Z, Amani A, Azizi A, Nasiri Hanis Gh ZF, Special Rovari N. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and solutionoriented treatment on quality of life and depression in young girls. Psychstudies; 2020. [In Persian]
**36.** Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change: Guilford press; 2011.
**37.** Yazarloo M, Kalantari M, Mehrabi H. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Military Personnel Mental Health. Journal of Police Medicine. 2018;7(1):13-8.
**38.** Dindo L, Van Liew JR, Arch JJ. Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. Neurotherapeutics. 2017;14(3):546-53.
**39.** Abdullahi SM, Rafiipour A, sabet M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on mental health, hope, and meaning-seeking in cardiovascular patients. Iranian Journal of Health Psychology. 2020;3(1):61-70. [In Persian]
**40.** Junkin SE. Yoga and self-esteem: exploring change in middle-aged women 2007.

[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]
[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]

**41.**Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of personality and social psychology. 2003;84(4):822.

[ Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.6.6 ]

[ DOI: 10.52547/rbs.20.4.6 ]