DOI: *10.29252/rbs.19.2.358*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2021, Volume 19, Issue 2

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Therapy on Psychosocial Security, Happiness and Mental Health of Unattended Women

Mohammad Ali Ameri[1], Ayatollah Fathi[2], Saeid Sharifi Rahnmo[3], Ismail Nouri[4]

1. Research Assistant, NAJA Institute of Law Enforcement Sciences and Social Studies, Tehran, Iran
2. (Corresponding author)* Research Assistant, NAJA Institute of Law Enforcement Sciences and Social Studies, Tehran, Iran.
3. PhD student in Curriculum Studies, Bu Ali Sina University, Hamadan, Iran.
4. Master of Clinical Psychology, Ahar Branch of Azad University, Tabriz, Iran.

Abstract

Aim and Background: Women, as half of human resources in societies, are an effective factor in advancing the goals of society and the family. Studies show that women are more vulnerable to poverty and discrimination than men. Now, Unattended women are exposed to all kinds of social harms due to excessive responsibility, lack of familiarity with some social skills, lack of access to resources and consequently poor quality of life, as well as loss of network of relationships and responsibilities of dependents. Therefore, the present study was conducted to identify the effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychosocial security, happiness and mental health of unattended women.

Methods and Materials: The research design was a quasi-experimental pretest-posttest with a control group. The statistical population of unattended women is covered by the Imam Khomeini Relief Committee in Kalibar city in 1399. From this population, 40 people were selected by purposive sampling and studied. So that 40 women were randomly divided into 2 groups: experimental (20) and control (20). The Maslow (1992) Psychosocial Security Questionnaire, Arhil & Lou (1990) Happiness and Goldberg (2008) Mental Health Questionnaire were used to collect data. Data were analyzed by analysis of covariance.

Findings: The results showed; Acceptance and commitment therapy has an effect on psychosocial security, happiness and mental health of Unattended women and increases psychosocial security and happiness and decreases mental health in Unattended women (lower score indicates higher mental health).

Conclusions: Therefore, according to the research findings, it can be said; Institutions provide the conditions for free psychological interventions, including acceptance and commitment treatment, along with appropriate economic, educational, and cultural support for these families so that Unattended women can have a positive assessment of their social status and have favorable conditions.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, women, psychosocial security, happiness, mental health.

Citation: Ameri M, Fathi A, Sharifi Rahnmo S, Nouri I. **The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Therapy on Psychosocial Security, Happiness and Mental Health of Unattended Women**. Res Behav Sci 2021; 19(2): 358-368.

* **Ayatollah Fathi,**
Email: a.fathi64@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.9.8]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.358]

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امنیت روانی – اجتماعی، شادکامی و سلامت روانی زنان بی‌سرپرست

محمدعلی عامری[۱]، آیت‌اله فتحی[۲]*، سعید شریفی رهنمو[۳]، اسماعیل نوری[۴]

۱- استادیار پژوهشی پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تهران، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار پژوهشی پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تهران، ایران.

۳- دانشجوی دکتری مطالعات برنامه‌درسی، دانشگاه بوعلی‌سینا، همدان، ایران.

۴- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد اهر، تبریز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: زنان به‌عنوان نیمی از منابع انسانی در جوامع عامل مؤثری در پیشبرد اهداف جامعه و خانواده می‌باشند. مطالعات نشان می‌دهند زنان بیش از مردان در معرض فقر و تبعیض قرار دارند. حال زنان بی‌سرپرست خانوار به واسطه مسؤولیت بیش از حد، عدم آشنایی با برخی از مهارت‌های اجتماعی، عدم دسترسی به منابع و در نتیجه کیفیت زندگی پایین و نیز با از دست دادن شبکه روابط و مسئولیت افراد تحت تکفل در معرض انواع آسیب‌های اجتماعی و روانی قرار دارند لذا پژوهش حاضر با هدف شناسایی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر امنیت روانی اجتماعی، شادکامی و سلامت روانی زنان بی‌سرپرست انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری زنان بی‌سرپرست تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی ره شهرستان کلیبر در سال ۱۳۹۹ می‌باشند که از این جامعه، تعداد ۴۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. به طوری که تعداد ۴۰ نفر از زنان به صورت تصادفی در ۲ گروه، آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل(۲۰ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه امنیت روانی- اجتماعی مزلو (۱۹۹۲)، شادکامی آرحیل و لو (۱۹۹۰) و سلامت روانی گلدبرگ (۲۰۰۸) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد؛ درمان پذیرش و تعهد بر امنیت روانی- اجتماعی، شادکامی و سلامت روانی زنان بی‌سرپرست تأثیر دارد و باعث افزایش امنیت روانی- اجتماعی و شادکامی و کاهش سلامت روانی در زنان بی‌سرپرست می‌شود (نمره پایین‌تر نشان دهنده سلامت روانی بالاتر است).

نتیجه‌گیری: بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت؛ نهادهای مسئول شرایط مداخله‌های روان‌شناختی رایگان از جمله درمان پذیرش و تعهد همراه با حمایت‌های اقتصادی، آموزشی و فرهنگی مناسب را برای این خانواده‌ها فراهم آورند تا زنان بی‌سرپرست در ادراک وضعیت اجتماعی خود، ارزیابی مثبتی داشته و شرایط مطلوبی داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، زنان، امنیت روانی- اجتماعی، شادکامی، سلامت روانی.

ارجاع: عامری محمدعلی، فتحی آیت‌اله، شریفی رهنمو سعید، نوری اسماعیل. **اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امنیت روانی - اجتماعی، شادکامی و سلامت روانی زنان بی‌سرپرست**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۲): ۳۵۸-۳۶۸.

*- **آیت‌اله فتحی،**

رایان نامه: a.fathi64@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.9.8]

[DOI: 10.52547/rbs.19.2.358]

مقدمه

امروزه یکی از مهمترین شاخص‌های توسعه‌یافتگی در تمامی کشورها، سطح بهداشت و سلامت جامعه است. سازمان بهداشت جهانی، بهداشت روانی را در درون مفهوم کلی بهداشت جای داده و آن را حالت سلامتی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه‌تنها عدم وجود بیماری تعریف کرده است. در این میان وجود یک جامعه سالم از نظر بهداشت روان وابسته به سلامت اجزا کوچک‌تر مانند گروه‌ها و خانواده‌های موجود در آن جامعه است و وجود خانواده سالم و دارای سلامت روان می‌تواند تأثیر بسزایی در سلامت روانی آن جامعه داشته باشد که چنین امری منوط به سلامت روانی زنان آن جامعه می‌باشد (۱). در این میان، زنانی که دارای مسئولیت‌های اقتصادی و فرهنگی در خانواده بوده و به عبارتی بی‌سرپرست هستند مسائل بیشتری نیز دارند. درواقع زنان بی‌سرپرست یا زنان بی‌همسر به تمام زنانی اطلاق می‌شود که به دلایل مختلف از جمله فوت همسر، طلاق و رهاشدگی، مجرد زندگی می‌کنند. این زنان به دلایل مختلف همسرانشان را از دست داده یا از آن‌ها جدا شده‌اند. آن‌ها به‌یک‌باره با جهان دیگری که با مشکلات عدیده‌ای همراه است، مواجه می‌شوند؛ این دسته از زنان در این جهان علاوه بر مشکلات اقتصادی و تأمین معیشت، از نظر عاطفی هم دچار مشکل هستند که بر اساس گزارش سازمان بهزیستی حدود ۹۳۰۰۰ زن بی‌سرپرست نیازمند وجود دارد که بهزیستی ۱۱/۷٪ و کمیته امداد ۸۸/۳٪ از آن‌ها را تحت حمایت قرار داده است(۲).

در همین راستا، آمار زنان سرپرست خانوار خود تا حدودی بر آمار آسیب‌های اجتماعی، همچون درصد طلاق، میزان جرائم اجتماعی و افزایش تعداد زندانیان، اعتیاد و از هم‌گسیختگی خانواده، متکی است و فزونی گرفتن این آسیب‌ها در جامعه به افزایش تعداد این دسته از زنان منجر می‌شود(۳).

با توجه به آمار بالای این زنان، سلامت روانی آن‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است. تاب‌آوری پایین و مقابله غیرمنطقی با مسائل موجب روی آوردن این زنان به فساد و شیوع انحراف می‌شود و در ادامه مشکلات تربیتی فرزندان و اختلالات روانی را در سطح جامعه در پی دارد. سلامت روان عبارت است از یک حالت پویا و کاملی از فقدان نشانه‌های بیماری و حضور نشانه‌های سلامت روانی که دارای ابعاد ذهنی، روانی و اجتماعی است(۴). به عبارتی سلامت روان را می‌توان چگونگی نگرش افراد به خود، زندگی‌شان و افراد دیگرِ زندگی خود در نظر گرفت و اینکه افراد چگونه چالش‌ها و مشکلات زندگی خود را ارزیابی کرده، در ارتباط با آن‌ها تصمیم گرفته، دست به انتخاب می‌زنند(۵, ۶). حال به‌طوری‌که زنان بی‌سرپرست به دلیل مشکلات اقتصادی، روانی و اجتماعی نسبت به سایر زنان مشکلات روان‌شناختی، عاطفی و میزان استرس بیشتری را تجربه کرده و کیفیت زندگی پایین‌تری داشته و از سلامت روانی پایینی برخوردارند(۷).

فشارهای مالی و اجتماعی و تبعات روانی آن امکان هرگونه تغییر، خصوصاً در وضعیت شادکامی زنان بی‌سرپرست که سبب توانمندی و استفاده از فرصت‌های موجود برای آن‌ها می‌شود را غیرممکن و حذف ساخته است. شادکامی یکی از اصلی‌ترین و مهم‌ترین هیجانات مثبت است. شادکامی تجربه مکرر هیجانات خوشایند، نبود احساسات ناخوشایند و احساس کلی رضایت از زندگی است(۸). شادکامی شامل دو مؤلفه عاطفی و شناختی است که مؤلفه عاطفی به معنای لذت بردن از زندگی و مؤلفه شناختی هم رضایت از زندگی است(۹). شواهد موجود از جمله گزارش‌های جهانی شادکامی وضعیت نسبتاً نامطلوب شادکامی را در زنان بی‌سرپرست نشان می‌دهد(۱۰). تحقیق چسمن، فرگوسن و کوهن(۱۱) نشان داد که مشکلات عاطفی و روانی زنان بی‌سرپرست منجر به آسیب‌های روحی مانند اختلال استرس، اضطراب و افسردگی می‌شود که منجر به کاهش شادکامی در این زنان می‌شود. همچنین افلاکی‌فرد و ایزدپناه(۱۲) در مطالعه دیگری نشان دادند که کیفیت زندگی و شادکامی مادران سرپرست خانواده نسبت به مادران غیرسرپرست خانواده پایین‌تر است.

بنابراین حضور در جامعه برای اشتغال و فعالیت، ارتباط مستقیمی با احساس امنیت روانی- اجتماعی دارد؛ مانند هر فرد دیگری در جامعه، زنان بی‌سرپرست نیز برای فعالیت اجتماعی و اقتصادی، اشتغال و امرارمعاش به امنیت روانی- اجتماعی نیاز دارند؛ بنابراین، به نظر می‌رسد بررسی چالش‌های این گروه به‌ویژه امنیت روانی- اجتماعی به‌عنوان مؤلفه‌ای تأثیرگذار بر زندگی این افراد که در بیشتر موارد از اقشار آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند، امری مشکل‌آفرین و از مسائل قابل‌تأمل و حائز اهمیت است(۱۳). امنیت روانی- اجتماعی ناظر بر تدارک سلامت افراد جامعه در مقابل اقدامات خشونت‌آمیز و رفع دغدغه‌های ذهنی زنان است. امنیت روانی یعنی آسایش خاطر ناشی از اطمینان شخص به ارضای نیازمندی‌ها و خواهش‌های خود و اطمینان از این‌که هیچ‌کس او را تهدید نمی‌کند(۱۴). در همین زمینه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.9.8]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.358]

پژوهش فتحی و باقرزاده و جنکین(۱۵, ۱۶) نشان دادند؛ بین میزان حضور اجتماعی زنان در جامعه و سلامت موجود در آن با میزان احساس امنیت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. لذا بر اساس روند رو به رشد آسیب‌های مختلف روان‌شناختی و اجتماعی در بین زنان بی‌سرپرست که کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد نقش مداخلات روان‌شناختی پیشگیرانه و درمانی اهمیت خاصی پیدا می‌کند. یکی از رویکردهایی که در سال‌های اخیر موردتوجه روان‌شناسان قرار گرفته است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است(۱۷). درمان پذیرش و تعهد ریشه در نظریه فلسفی عمیقی دارد که زمینه‌گرایی عملکردی خوانده می‌شود و به لحاظ نظری مبتنی بر چارچوب رابطه‌های ذهنی است. برخلاف بیشتر درمان‌ها به دنبال تغییر محتوای فکر نیست. درواقع درمان پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن - آگاهی، فاصله‌گیری شناختی و ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به فرد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کند. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان رفتاری است که از مهارت‌های توجه آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف-پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. در این درمان، انعطاف-پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعین برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و انتخاب اعمال و رفتارهایی که مطابق با اهداف ارزشمند فرد می‌باشد نه آنچه که رویدادهای درونی وی به او دیکته می‌کنند(۱۸). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند اصلی و زیربنایی که محور جلسات درمان را تشکیل می-دهند، ایجاد می‌شوند. این شش فرایند عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد. یکی از مزیت‌های این درمان این است که از زبان استعاره برای توضیح کارکرد ذهن استفاده می‌نماید که مراجعین با آن ارتباط بهتری برقرار می‌کنند و نیازی به بحث‌های منطقی مستقیم با مراجع نیست(۱۷).

پژوهش‌های انگشت‌شماری در کشورمان با توجه به اهمیت موضوع و در ارتباط با آن صورت پذیرفته است. به‌طوری‌که در پژوهشی دو، لی، چی، ژائو و ژائو (۱۹) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد در زنان باعث می‌شود که آنان با استفاده از هیجانات درست، آگاهی از هیجانات و پذیرش آن‌ها و ابزار هیجانات مخصوصاً هیجانات مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساس‌های منفی خود را کاهش دهند و به‌تبع آن میزان سازگاری و امنیت روانی- اجتماعی و هیجانی آن‌ها بهبود پیدا کند. محمودی و کربلایی‌باقری (۲۰) در مطالعه خود تصریح نمودند؛ نتایج پژوهش حاکی از روند افزایشی پایدار در نمرات مقیاس امیدواری و باور به جهان عادل بیماران مبتلا به سرطان سینه بود که بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش متغیرهای مذکور است. هاولز، ایوتزن و ایروئا اوروسا(۲۱) نیز در پژوهشی گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان تأثیر دارد و جنبه-های مثبت سلامت را در آن‌ها بهبود می‌بخشد. اصلانی و آزاده (22) در پژوهش دیگری به این نتیجه دست یافتند که درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی و امنیت اجتماعی تأثیر دارد و باعث بهبود امنیت و بهزیستی اجتماعی در زنان می‌شود. همچنین شجائیان(۲۳) در مطالعه دیگری گزارش کرد که درمان تعهد و پذیرش بر امید به زندگی و سلامت روانی زنان مؤثر است. درواقع با به‌کارگیری درمان تعهد و پذیرش سطح امید به زندگی و سلامت روانی زنان بهبود می‌یابد.

به‌هرتقدیر یکی از نهادهای مهم اجتماعی به لحاظ اهمیت و کارکردهای مختلف، نهاد خانواده است و همچنین به دلیل نقش کلیدی زنان در استحکام و پایداری این نهاد که همواره موردتوجه متخصصان امر سلامت قرار گرفته است، لذا اهمیت شناخت و بررسی عواملی که بر قوام این نهاد تأثیرگذار است، می‌تواند گامی مهم در جهت ارتقای سلامت خانواده داشته باشد که در این راستا زنان بی‌سرپرست دچار مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی بوده و محدودیت روابط اجتماعی، شبکه اجتماعی محدود و ناکارآمد و سایر مشکلات نیاز به مداخله‌های روان‌شناختی از جمله پذیرش و تعهد را برای کاهش مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی آن‌ها ضروری ساخته است. همچنین با توجه به افزایش آمار این قشر از جامعه و آسیب‌پذیر بودن آن‌ها از یک‌سو و لزوم انتخاب و به‌کارگیری روش‌های مؤثر آموزشی و درمانی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی آن‌ها از سوی دیگر، اهمیت صورت گرفتن پژوهش حاضر مشخص می‌شود. از سویی با توجه به اینکه پژوهش‌های کمتری در زمینه آموزش پذیرش و تعهد بر امنیت روانی- اجتماعی، شادکامی و سلامت روانی زنان بی‌سرپرست انجام شده است؛ لذا توجه به پذیرش و تعهد و آموزش آن بر روی این زنان از اهمیت خاصی برخوردار است. ازاین‌رو سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا درمان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.9.8]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.358]

مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امنیت روانی- اجتماعی، شادکامی و سلامت روانی زنان بی‌سرپرست تأثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان بی‌سرپرست تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهرستان کلیبر در سال ۱۳۹۹ بودند که از این جامعه، تعداد ۴۰ زن به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند با همکاری و تماس کارشناسان کمیته امداد خمینی کلیبر با جامعه تحت پوشش انتخاب شده و موردبررسی قرار گرفتند. به‌طوری‌که تعداد ۴۰ نفر از زنان به‌صورت تصادفی در ۲ گروه، آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفت. به این صورت که ابتدا پرسشنامه‌ها در اختیار زنان قرار گرفته و بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، آزمودنی‌های گروه آزمایش، تحت درمان پذیرش و تعهد، به مدت ۸ جلسه قرار گرفته و در مقابل گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. بعد از درمان پذیرش و تعهد، دوباره پرسشنامه‌ها توسط زنان تکمیل گردید. بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، شرکت‌کنندگان دو گروه در جلسه توجیهی شرکت کردند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش، سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعه‌کنندگان برای شرکت در پژوهش جلب شود.

ملاک‌های ورود به پژوهش، عبارت بود از رضایت آگاهانه به شرکت در جلسات گروهای پژوهش، کسب نمره پایین در آزمون سنجش شادکامی، سلامت روانی و امنیت روانی- اجتماعی، حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، امضاء تعهدنامه کتبی حضور مستمر در جلسات و انجام تمرینات و ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل انصراف از ادامه شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه بود. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم رضایت آگاهانه برای همکاری در پژوهش توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شده و پژوهشگر به مراجعین این اطمینان را داده شد که کلیه مطالب ارائه‌شده در جلسات آموزشی و داده‌های پرسشنامه تکمیلی از طرف آنان نزد پژوهشگران محفوظ خواهد بود.

خلاصه محتوای جلسات درمانی پذیرش و تعهد فورمن و هربرت (۲۰۰۸).

جلسه اول با هدف آشنایی و تعیین اهداف و توافق در مورد روز و ساعت برگزاری جلسات و تعهد به رازداری و پرهیز از انتقاد و نصیحت و ارائه بازخورد در قالب تجربیات شخصی و صحبت کردن در مورد مشکل، توضیح هدف کلی اکت و محتوای ناامیدی سازنده و استفاده از استعاره فرد افتاده در چاه برگزار شد. جلسه دوم با صحبت در مورد مفهوم پذیرش و استعاره خرس قطبی و تمثیل ریگ‌های روان و هم‌اتاقی و استعاره گلزار و همسایه مزاحم شروع و درنهایت به تفاوت درد و رنج پرداخته شد. جلسه سوم با هدف تمرین ذهن آگاهی، زندگی در زمان حال با استفاده از تمرین‌های ذهن آگاهی در کارهای روزمره، تمرین تنفس آگاهانه و تمثیل ذهن ماهیگیر و دادن تکلیف برای ذهن آگاهی و تماس با زمان حال پیگیری شد. جلسه چهارم نیز با هدف مطرح نمودن وجود ارزش‌های روشن با استفاده از تمثیل سنگ قبر و چوب جادویی پیگیری و با بیان قوانین و بایدهای که دوباره به ارزش‌ها تبدیل شوند ادامه پیدا کرد. جلسه پنجم و ششم با این اهداف برگزار شد؛ گسلش یا آمیختگی، دادن تکلیف به‌عنوان قضاوت ذهن، تمرین اینکه دستانتان افکارتان هستند، تمرین مشت محکم و رادیوی ذهن و ذهن قصه‌گو، تمرین ذهن عابر وراج، تمثیل مسافران اتوبوس، روشن کردن اینکه ذهن برای دلیل آوردن بی‌نظیر است، بیان افکار منفی در قالب صدای مضحک مثل پسر شجاع و... افکار منفی را در قالب آواز بیان کردن با لحنی کودکانه. جلسه هفتم با هدف توجه به بخش خویشتن پایدار و بخشی که متوجه گذار افکار و هیجانات و احساسات و حس‌های بدنی در آگاهی‌تان هست با کار کردن مفهوم خود را به‌عنوان زمینه دیدن و خود مفهوم‌سازی شده، تمرین مشاهده‌گر، تمرین عینیت بخشیدن، استفاده از استعاره آب‌وهوا و لوازم منزل و صفحه شطرنج انجام شد و نهایتاً جلسه هشتم با هدف اجرای رفتاری همسو با ارزش-های فرد و تشویق به اعمالی که به سمت ارزش‌ها هدایت‌شده با صحبت در مورد اقدام متعهدانه، دادن تمرین و پرسیدن سؤال که چقدر تمایل دارید کارهایی را انجام دهید تا زندگیتان بهبود یابد و دادن نمره از صفر تا ۱۰ و نوشتن اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت در راستای ارزش‌ها به اتمام رسید.

در ادامه نیز برای بررسی روایی محتوایی بسته آموزشی، از شاخص نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی استفاده شد. جهت محاسبه شاخص CVR از نظرات کارشناسان متخصص در زمینه محتوای موردنظر استفاده شد و با توضیح اهداف آزمون برای آن‌ها و ارائه تعریف عملیاتی مربوط به محتوا، از آن‌ها خواسته شد تا هر یک از اهداف را طبقه‌بندی کنند. سپس، بر اساس فرمول CVR نسبت روایی محتوایی محاسبه گردید. بر اساس تعداد متخصصینی که اهداف را مورد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.9.8]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.358]

ارزیابی قرار داده بودند، مقدار CVR قابل‌قبول برابر با ۰/۶۲ است که در این پژوهش میزان نسبت روایی محتوا (CVR) برای تمامی هدف‌ها در پروتکل آموزشی بین ۰/۹ تا ۱ به دست آمد. همچنین مقدار CVI قابل‌قبول با توجه به تعداد متخصصین، برابر با ۰/۷۹ است. در این پژوهش میزان شاخص روایی محتوا (CVR) برای تمامی هدف‌ها در بسته آموزشی بین ۰/۹ تا ۱ به دست آمد.

لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه، تکلیفی مرتبط به آزمودنی‌ها داده و ابتدای جلسه بعدی ضمن مرور آن‌ها به آنان بازخورد سازنده داده شد. در ادامه برای جمع‌آوری داده‌های موردنیاز از پرسشنامه زیر استفاده شد:

پرسشنامه شادکامی: آزمون شادکامی آکسفورد که توسط آرگیل و لو (۲۴) تهیه شد، ابزاری است که برای اندازه-گیری شادکامی مورداستفاده قرار گرفت. این آزمون در کشور ما توسط علی‌پور و نوربالا (۲۵) ترجمه شد. این مقیاس دارای ۲۹ ماده می‌باشد. هر یک از سؤال‌های این آزمون دارای ۴ گزینه می‌باشد که از صفر تا ۳ نمره به خود اختصاص می‌دهند. بنابراین حداکثر نمره کل آزمون ۸۷ است. این آزمون در دانشجویان تهران اعتباریابی شد. پایایی آزمون با روش دونیمه ۰/۹۲ و از طریق همسانی درونی و آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. با روش تحلیل عامل ۵ عامل از ۲۹ سؤال آزمون استخراج شد که ۵۷/۱ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. آرگیل و لو (۲۴) پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن پس از ۷ هفته ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان این پرسشنامه نیز با بهره‌گیری از ارزیابی دوستان افراد درباره شادی آنان ۰/۴۳ محاسبه شد. همچنین در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت روانی: این آزمون توسط گلدبرگ (۲۶) ساخته شده و دارای ۲۸ سؤال است و به بررسی سلامت عمومی فرد می‌پردازد که با مقیاس ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است. در این آزمون اگر فرد در هر زیر مقیاس‌ها از نمره ۶ و درمجموع از نمره ۲۲ به بالا را به دست می‌آورد بیانگر علائم مرضی بود. در پژوهش تقوی(۲۷) ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق اعتبار بازآزمایی ۰/۷۲ گزارش کرده است. همچنین در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه امنیت روانی- اجتماعی: این پرسشنامه توسط مازلو ساخته شده است و شامل ۶۲ گویه بوده و به‌صورت بلی و خیر تنظیم‌شده است و نمره بالا در این پرسشنامه به معنای امنیت روانی- اجتماعی بالا است. روایی این پرسشنامه توسط متخصصان و کارشناسان تأیید شده است. در تعیین پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح معناداری ۰/۹۱ تأیید گردید. اعتبار سازه آزمون نیز با روش همسانی درونی ۰/۷۴ به‌دست‌آمده است(۲۸). همچنین در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. لذا بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌ها در راستای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی مناسب استفاده شد که در بخش آمار توصیفی، از محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی برای تجزیه‌وتحلیل فرضیه‌های پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS-25 استفاده شد.

یافته‌ها

در این بخش نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها مطرح می‌شود. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۶ تا ۵۱ (M= 58/39) سال بودند. سابقه ازدواج ۱ تا ۱۹ سال (M= 41/82). میزان تحصیلات دیپلم تا کارشناسی (اکثریت دیپلم) تعداد فرزندان صفر تا ۴ (اکثریت ۲ فرزند) بوده است. همچنین در گروه آزمایش و کنترل آزمودنی‌های سابقه مشاوره خاصی را دریافت نکرده بودند.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات شادکامی، سلامت روانی و امنیت روانی- اجتماعی در گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون تقریباً برابر است و نتایج نشان می‌دهد در گروه آزمایش و کنترل تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند؛ اما میانگین نمرات هر یک از متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بالاتر است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش میانگین نمرات در متغیر شادکامی و امنیت اجتماعی در گروه آزمایش شده است درحالی‌که تفاوت چندانی در گروه کنترل وجود ندارد. همچنین میانگین نمرات متغیر سلامت روانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل پایین است (نمره بالاتر نشان‌دهنده اختلال روانی بیشتر است).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.9.8]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.358]

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
شادکامی	۵۲/۴۰ (۹/۰۱)	۵۴/۹۵ (۴/۱۴)	۵۸/۸۵ (۸/۷۹)	۵۳/۹۰ (۹/۱۸)
سلامت روانی	۵۶/۹۰ (۷/۹۴)	۵۷/۸۰ (۵/۶۶)	۵۴/۰۵ (۴/۵۴)	۵۷/۳۰ (۴/۶۵)
امنیت روانی- اجتماعی	۳۰/۴۰ (۲/۷۶)	۳۰/۳۰ (۲/۵۹)	۳۳/۰۵ (۴/۲۴)	۲۹/۵ (۳/۳۱)

جدول ۲. آزمون معناداری کولموگروف- اسمیرنوف برای بررسی طبیعی بودن نمرات متغیرها

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	K-SZ	سطح معناداری
پیش‌آزمون امینت روانی- اجتماعی	۴۰	۳۰/۳۵	۲/۶۴	۱/۲۸	۰/۰۷۱
پس‌آزمون امینت روانی- اجتماعی	۴۰	۳۱/۵۰	۴/۰۷	۱/۰۶	۰۰/۲۰۰
پیش‌آزمون شادکامی	۴۰	۵۳/۶۷	۷/۰۴	۰/۷۴	۰/۶۲۱
پس‌آزمون شادکامی	۴۰	۵۶/۳۷	۹/۲۲	۰/۸۲	۰/۵۱۱
پیش‌آزمون سلامت روانی	۴۰	۵۷/۳۵	۶/۸۲	۱/۰۸	۱ ۰/۱۸
پس‌آزمون سلامت روانی	۴۰	۵۵/۶۷	۴/۸۳	۰/۹۷	۰۰/۲۹

نتایج جدول ۲ نشان داد که مقدار سطح معناداری در آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای بررسی طبیعی بودن متغیرها از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است و لذا توزیع داده‌ها نرمال است. درواقع آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش معنادار نیست و از توزیع نرمالی برخوردار است و می‌توان از تحلیل‌های پارامتریک (تحلیل کوواریانس) برای آن استفاده کرد.

جدول ۳. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیرها	آزمون لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پیش‌آزمون امینت روانی- اجتماعی	۰/۰۹	۱	۳۸	۰/۷۶
پس‌آزمون امینت روانی- اجتماعی	۰/۸۰	۱	۳۸	۰/۳۷
پیش‌آزمون شادکامی	۱/۲۶	۱	۳۸	۰/۰۶
پس‌آزمون شادکامی	۰/۰۰۴	۱	۳۸	۰/۹۴
پیش‌آزمون سلامت روانی	۱/۰۶	۱	۳۸	۰/۳۱
پس‌آزمون سلامت روانی	۰/۳۲	۱	۳۸	۰/۵۷

جدول ٤. نتایج تحلیل کوواریانس روی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر امنیت روانی- اجتماعی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	*p*
پیش‌آزمون	۱/۱۷	۱	۱/۱۷	۰/۰۷	۰/۷۸
گروه و پیش‌آزمون	۹۱/۶۰	۲	۴۵/۸۰	۳/۰۴	۰/۰۶
گروه	۹۵/۶۵	۱	۹۵/۶۵	۶/۴۲	۰/۰۱
خطا	۵۵۰/۷۲	۳۷	۱۴/۸۸		
کل	۴۰۳۳۸/۰۱	۴۰			

در جدول ۳ بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری برای متغیرهای امینت روانی- اجتماعی، شادکامی و سلامت روانی شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است و گروه‌ها دارای تجانس می‌باشند و می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

در جدول ۴ آزمون کوواریانس تک متغیره برای مقایسه امنیت روانی- اجتماعی در بین گروه آزمایش و کنترل بکار برده شد. جهت بررسی همگنی رگرسیون و فقدان تعامل بین گروه‌ها با نمرات پیش‌آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج این فرض مورد تائید قرار گرفت. نتایج

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.9.8]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.358]

تحلیل حاکی از این است که با کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره پس‌آزمون متغیر امنیت روانی- اجتماعی معنادار است. ازاین‌رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد، بر امنیت روانی- اجتماعی زنان بی‌سرپرست تأثیر دارد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس روی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر شادکامی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	*p*
پیش‌آزمون	۲۳۸/۷۲	۱	۲۳۸/۷۲	۳/۱۱	۰/۰۸
گروه و پیش‌آزمون	۴۶۲/۹۹	۲	۲۳۱/۴۹	۲/۹۹	۰/۰۶
گروه	۳۳۱/۹۸	۱	۳۳۱/۹۸	۴/۳۳	۰/۰۴
خطا	۲۸۳۵/۶۲	۳۷	۷۶/۶۸		
کل	۱۳۰۴۴۵/۰۱	۴۰			

در جدول ۵ آزمون کوواریانس تک متغیره برای مقایسه شادکامی در بین گروه آزمایش و کنترل بکار برده شد. جهت بررسی همگنی رگرسیون و فقدان تعامل بین گروه‌ها با نمرات پیش‌آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج این فرض مورد تائید قرار گرفت. نتایج تحلیل حاکی از این است که با کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره پس‌آزمون متغیر شادکامی معنادار است ($P<0.05$). ازاین‌رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد، بر شادکامی زنان بی‌سرپرست تأثیر دارد.

جدول ٦. نتایج تحلیل کوواریانس روی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر سلامت روانی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	*p*
پیش‌آزمون	۱/۸۱	۱	۱/۸۱	۰/۰۸	۰/۷۷
گروه و پیش‌آزمون	۱۱۸/۴۸	۲	۵۹/۲۴	۲/۷۶	۰/۰۷
گروه	۱۰۳/۳۱	۱	۱۰۳/۳۱	۴/۷۵	۰/۰۳
خطا	۸۰۳/۳۳	۳۷	۲۱/۷۱		
کل	۱۲۴۸۹۹/۰۱	۴۰			

در جدول ۶ آزمون کوواریانس تک متغیره برای سلامت روانی در بین گروه آزمایش و کنترل بکار برده شد. جهت بررسی همگنی رگرسیون و فقدان تعامل بین گروه‌ها با نمرات پیش‌آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج این فرض مورد تائید قرار گرفت. نتایج تحلیل حاکی از این است که با کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره پس‌آزمون متغیر سلامت روانی معنادار است. ازاین‌رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد، بر سلامت روانی زنان بی‌سرپرست تأثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر شناسایی میزان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر امنیت روانی اجتماعی، شادکامی و سلامت روانی زنان بی‌سرپرست بود.

نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش نشان داد؛ درمان پذیرش و تعهد بر امنیت روانی- اجتماعی زنان بی‌سرپرست تأثیر دارد و باعث افزایش امنیت روانی- اجتماعی زنان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های(۱۵, ۱۶) همسویی دارد. به‌طوری‌که جانکین نشان داد که پذیرش و تعهد ممکن است به مردم در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار خودکار کمک نماید و این امر نیز منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود. درواقع درمان پذیرش و تعهد نقش اساسی در بهبود رفتارهای مثبت زنان دارد. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت 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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.9.8]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.358]

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 امنیت روانی 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 افراد دارای امنیت روانی- اجتماعی پایین نیازمند راهبردهایی هستند تا بتوانند سازگاری و توان مقابله خود را حفظ کنند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این افراد کمک می‌کند تا خود را آسیب‌دیده و یا بدون امید احساس نکنند و زندگی برایشان دارای معنا و ارزش شود. به‌طورکلی، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، منجر به افزایش امنیت روانی- اجتماعی می‌شود.

در ادامه نیز نتایج نشان داد؛ درمان پذیرش و تعهد بر شادکامی زنان بی‌سرپرست تأثیر دارد و باعث افزایش شادکامی زنان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های(۱۶, ۲۱)، مطابقت دارد. هاولز، ایوتزن و ایروئا اوروسا در پژوهشی با عنوان درمان پذیرش و تعهد بر شادکامی در زنان گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان تأثیر دارد و جنبه‌های مثبت سلامت را در آن‌ها بهبود می‌بخشد. به‌طوری‌که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند میزان شادکامی زنان را افزایش دهد. بنابراین توجه به درمان پذیرش و تعهد نقش اساسی در کیفیت زندگی زنان دارد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که در درمان پذیرش و تعهد تأکید اصلی بر روی قبول واقعیت، پذیرش مسئولیت و زمان حال است. لذا مشاور به مراجع کمک می‌کند تا رفتارش را مورد ارزیابی قرار دهند و ببینند که آیا این رفتار برای آن‌ها کاربردی و مفید می‌باشد یا خیر و برای انجام رفتارهای بهتر برنامه‌ای واقع‌بینانه تنظیم کند. لذا برای آن‌که به اهداف خود برسند، باید به انجام آن طرح متعهد باشند .پس مادران با توجه به مشکلاتی که دارند، باید بتوانند پرتلاش و سخت‌رو باشند تا به اهداف و نیازهای خود ازجمله شادی و نشاط برسند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل‌اجتناب و پریشان کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است. درواقع رویکردهای مبتنی بر پذیرش، بجای تأکید بر کاهش اضطراب، تمایل به تجربه آن را پرورش می‌دهند و قرار گرفتن در معرض این احساسات ناخوشایند را از راه مشخص کردن ارزش‌ها و ارتباط دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی تسهیل می‌کنند.

در رابطه با متغیر سلامت روانی نیز نتایج احصائی تصریح نمود؛ درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روانی زنان بی‌سرپرست تأثیر دارد و باعث بهبود سلامت روانی زنان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های (۶, ۲۳) همسویی دارد. به‌طوری‌که هارتلی در پژوهشی نشان داد که افرادی که درمان پذیرش و تعهد را دریافت کرده بودند، از افسردگی کمتری برخوردار بودند. درواقع درمان پذیرش و تعهد میزان سلامت روانی زنان را بهبود می‌بخشد و توجه به این درمان نقش مهمی در زندگی دارد. بنابراین پذیرش و تعهد به‌عنوان توجه به زمان حال می‌تواند بسیاری از مشکلات زنان را کاهش دهد. همچنین شجائیان(۲۳)در مطالعه دیگری گزارش کرد که درمان تعهد و پذیرش بر امید به زندگی و سلامت روانی زنان مؤثر است. درواقع با به‌کارگیری درمان تعهد و پذیرش سطح امید به زندگی و سلامت روانی زنان بهبود می‌یابد. در تبیین کارایی درمان مبتنی بر پذیرش در متغیر سلامت روانی، می‌توان گفت که مطابق نظریه‌های مربوطه، تغییرات در زمینه مشکلات برای زنان بی‌سرپرست هنگامی رخ می‌دهد که زنان به رویدادهای خصوصی درونی‌شان همراه با ناهمجوشی فرایندهایی واکنش نشان دهند. درنهایت، این ناهمجوشی، افکار منفی در مورد زندگی‌شان را کاهش داده و پذیرش را افزایش می‌دهد، به‌طوری‌که ماهیت منفی و فراگیر الگوی روابط و رفتارها کاهش می‌یابد. افزایش در ناهمجوشی شناختی و پذیرش، علاوه بر اینکه می‌تواند از طریق کاهش نشانه‌های اضطرابی و نگرانی، به سازگاری با شرایط زندگی کمک نماید، احتمالاً به آن‌ها کمک می‌کند تا مشاهده‌گر واکنش‌های رابطه‌ای منفی باشند و بنابراین از الگوی اجتناب و رفتارهای متعارض خلاص شوند.

از محدودیت‌های این پژوهش، ویژگی اجتماعی و فرهنگی جامعه و ملاحظاتی است که ایجاب می‌کند افراد در بسیاری از موارد به‌ویژه در زمینه‌هایی مانند سلامت روانی یا امنیت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.9.8]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.358]

اجتماعی محافظه‌کار باشند و بخواهند خود را خوب جلوه دهند. این امر به‌ویژه دربارهٔ پژوهش حاضر که از یک‌سو در آن از مقیاس‌های خود گزارش‌دهی استفاده شده و از سوی دیگر در محیطی کوچکی مثل کمیته امداد به اجرا درآمده بیشتر صادق است. همچنین این پژوهش فقط بر روی زنان بی‌سرپرست تحت پوشش کمیته امداد شهرستان کلیبر انجام گرفته لذا در تعمیم نتایج به سایر زنان و ارگان‌های دیگر دارای محدودیت می‌باشد.

بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش در بخش وضعیت سلامت و شادکامی زنان پیشنهاد می‌شود؛ نهادهای مسئول شرایط مداخله‌های روان‌شناختی رایگان از جمله درمان پذیرش و تعهد همراه با حمایت‌های اقتصادی، آموزشی، فرهنگی مناسب را برای این خانواده‌ها فراهم آورند تا زنان بی‌سرپرست در ادراک وضعیت اجتماعی خود، ارزیابی مثبتی داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و مددکاری برنامه‌های آموزشی مناسبی در جهت توانمندسازی، افزایش مهارت‌های زندگی و افزایش امنیت روانی– اجتماعی تدارک بینند تا ضمن افزایش سطح سلامتی و کاهش نگرانی، قدرت مقابله‌ی مؤثر آنان در برابر تنش‌ها و فشارهای روانی بهبود یابد. لذا چنین آموزش‌های می‌تواند موجبات رشد ابعاد امنیت و امنیت اجتماعی را فراهم کند به همین جهت پیشنهاد می‌شود این نوع آموزش‌ها به‌صورت مستمر انجام پذیرد. لذا در یک نگاه عملیاتی نیز به متصدیان پیشنهاد می‌شود در جلسات درمان واقعی صرف‌نظر از دیدگاه نظری یا سبک مشاوره‌ای و درمانی اتخاذشده به‌منظور بهینه‌سازی درمان این اختلال، طرحی برای افزایش پذیرش و زندگی مبتنی بر ارزش مراجعین مدنظر قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌دانیم بدین‌وسیله از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش به‌خصوص کمیته امداد امام خمینی ره شهرستان کلیبر که ما را در این پژوهش یاری کردند، نهایت تشکر را داشته باشیم.

References

1. Hakim RA, Ismail R, Razak NAA. Social capital and educational attainment among rural community in Malaysia. International Journal of Management Studies. 2012;19(1):53-71.
2. Wallerstein N, Duran B, Oetzel JG, Minkler M. Community-based participatory research for health: Advancing social and health equity: John Wiley & Sons; 2017.
3. Rowshani S, Tafte M, Khosravi Z, Khademi F. Effective Conditions on Female-headed Households' Life in Iran and Solutions to Reduce Injuries. Quarterly of Social Studies and Research in Iran. 2020;9(3):693-717.
4. Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of health and social behavior. 2002:207-22.
5. Sohrabi F, Khanjani M, Aazami Y, Khanjani E, Sharifi PM, Froghi Neghad E. The effectiveness of the Stress immunization program on Coping with stress Strategies, emotion regulation strategies and mental health in female-headed households covered by the Welfare Organization. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2019;26(4): 431-444.
6. Hartley MT. Examining the relationships between resilience, mental health, and academic persistence in undergraduate college students. Journal of American College Health. 2011;59(7):596-604.
7. Khanjani M, Sohrabi F, Aazami Y. The effectiveness of resilience and stress management training program on psychological well-being, meaning of life, optimism, and satisfaction of life in female-headed households. Iran J Psychiat Nurs. 2018;6(2):1-11.
8. Biswas-Diener R, Dean B. Positive psychology coaching: Putting the science of happiness to work for your clients: John Wiley & Sons; 2007.
9. Kamiya Y, Akpalu B, Mahama E, Ayipah EK, Owusu-Agyei S, Hodgson A, et al. The gender gap in relation to happiness and preferences in married couples after childbirth: evidence from a field experiment in rural Ghana. Journal of Health, Population and Nutrition. 2017;36(1):1-8.
10. Flaskerud JH. Our Increasing Discontent: Why Aren't We Happier? Issues in mental health nursing. 2018;39(12):1039-42.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.9.8]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.358]

11. Cheeseman S ,Ferguson C, Cohen L. The experience of single mothers: Community and other external influences relating to resilience. Aust Community Psychol. 2011;23:32-49.
12. Aflakifard H, Izadpanah M. Quality of life and happiness of mother-headed families and mothers in present study Ghyrsrprst. Quarterly Journal of Women and Society. 2019;10(38):303-18.
13. Khosravi Z. A Study on Psycho-Social Pathology of Head House Hold Women. 2001.
14. Kameli Z, Ghanbari Hashemabadi B, Agha Mohammadian Sherbaf H. Evaluation of the effectiveness of schema-focused cognitive group therapy on modulating early maladaptive schemas in homeless and poorly supervised adolescent girls. Clinical Psychology Research and Counseling. 2011;1(1):98-83.
15. fathi a, bagerzade m. Predicting Societal Security Based on Social Health, Communication Skills and Life Skills among Women Living in Areas around Tabriz. Societal Security Studies. 2020;11(62):109-37.
16. Junkin SE. Yoga and self-esteem: exploring change in middle-aged women 2007.
17. Mohammadi Z, Borjali A, Sohrabi F. Effectiveness based on acceptance and commitment therapy on quality of life women heads of household conducted in Tehran welfare Organization. Shenakht journal of psychology & psychiatry. 2018;5(5):81-91.
18. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy. 2004;35(4):639-65.
19. Du H, Li X, Chi P, Zhao J, Zhao G. Meaning in life, resilience, and psychological well-being among children affected by parental HIV. AIDS care. 2017;29(11):1410-6.
20. Mahmoodi H, Karbalaee Bagheri Z. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on a Sense of Hope and Belief to the Just World in Patients with Breast Cancer. Quarterly Journal of Health Psychology. 2020;9(34):155-70.
21. Howells A, Ivtzan I, Eiroa-Orosa FJ. Putting the 'app'in happiness: a randomised controlled trial of a smartphone-based mindfulness intervention to enhance wellbeing. Journal of happiness studies. 2016;17(1):163-85.
22. Aslani T, Azadeh SM. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on social well being improvement and mother-child relationship of girls in mother-headed single-parent families. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2016;18(Special Issue):557-61.
23. Shojaiean M. The effect on life expectancy and mental health teaching commitment and acceptance of divorced women. Journal of Educational Psychology. 2016;6(4):13-22.
24. Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. Personality and individual differences. 1990;11(10):1011-7.
25. Alipoor A, Noorbala A. Preliminary study of the reliability and validity of the Oxford Happiness Questionnaire at Tehran University. J Thought & Behavior. 2008;2(1):29-34.
26. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire: a teqnique for the identification and assessment of non-psychiatric illness. Maudsley Monograph. 1972;21.
27. Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of shiraz university. Journal of psychology. 2002;5(4):381-98.
28. SHARIFI RAHNMO S, fathi a, emrani e, sharif irahnmo M, zare kohan b, ebrahimi m. Forecasting Components of Youth Cultural Security based on the Degree of Attachment to Cyberspace. Societal Security Studies. 2021;12(65):69-88.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.9.8]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.358]