مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی ، شماره ۶، زمستان ۱۳۹۵جلد۱، ص۴۱-۲۹

http://www.jisc.ir

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال دوم)
شماره ۶ / زمستان ۱۳۹۵ / ص۴۱-۲۹

تاثیر درمان مبتنی برپذیرش وتعهد بر کیفیت زندگی زنان مراجعه کننده به مشاوره مدرسه

گلناز انصاری[۱] ، مهدی خوروش [۲]

[۱] گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

[۲] گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

نام نویسنده مسئول:

گلناز انصاری

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد بر کیفیت زندگی مادران مراجعه کننده به مشاوره مدرسه بود. پژوهش حاضر نیمه تجربی و به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مورد مطالعه در این تحقیق شامل زنان مراجعه کننده به مشاور مدرسه در سال تحصیلی۹۵-۹۶ بود. در این پژوهش نمونه گیری هدفمند بود که تعداد۳۰ نفرانتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش(۱۵نفر) و کنترل(۱۵نفر) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش مقیاس سازگاری زن و شوهرگراهام بی اسپینر DAS 1976)و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۱) بود. پس از ارزیابی مداخله، آزمون های پژوهش مجددا در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید.کلیه ی داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزارSPSS21 دردو سطح آمار توصیفی(تعداد فراوانی میانگین و انحراف معیار کوچکتر و بزرگتر) و استنباطی (تحلیل کواریانس) تحلیل شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد بر کیفیت زندگی و ابعاد آن (سلامت جسمی،سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی وسلامت محیطی) در مادران گروه نمونه تاثیردارد (P۰/۰۵=). بنابراین میتوان نتیجه گرفت برای ارتقای سطح کیفیت زندگی و رضایت زناشویی میتوان از این رویکرد استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی برپذیرش وتعهد، کیفیت زندگی.

مقدمه

خانواده کوچکترین و مهمترین واحد اجتماعی است که نقش مهمی در تکوین شخصیت، رشد جسمانی، شناختی، عاطفی و اخلاقی افراد، رشد و شکوفایی استعدادهای اعضای آن و بهبود مشکلات خانواده دارد .این واحد اجتماعی مهم، نیازمند سرمای گذاری گسترده روانی و اجتماعی و مداخله به موقع می باشد (ورثینگتون[1]،۲۰۰۸). امروزه در مقایسه با گذشته مشکلات خانواده ها رشد چشمگیری داشته است که افزایش تعداد زوج های مشکل دار، به هم خوردن تعادل خانواده ها، مختل شدن روابط زوجین و نیز سیر سعودی آمار طلاق شاهد این ادعا می باشد(رزاقی، نیکی جو، موجمبازی و ظهرابی مسیحی،۱۳۹۰). در این واحد اجتماعی زنان بیش از سایر اعضا در معرض آسیب هستند که به نظر می رسد مهمترین مشکلات آنان در خانواده، مشکلاتی درزمینه رضایت زناشویی[2] باشد. بنابراین یکی از درمان هایی که درمانگران را متوجه خود نموده است درمان مبتنی برپذیرش و تعهد[3]میباشد. این درمان یکی از درمانهای موج سوم رفتاردرمانی است که مبتنی بر هشیاری فراگیر (ذهن آگاهی[4]) است (زتل و همکاران[5]،۲۰۰۴). در این درمان، هشیاری فراگیر عبارت است از آوردن هشیارانه آگاهی به تجربه اینجا و اکنون، همراه با گشودگی، علاقه و پذیرش. هشیاری فراگیر شامل زندگی کردن در اینجا و اکنون، مشغول بودن کامل با کار در حال انجام و پریشان نبودن افکار است .همچنین، در هشیاری فراگیر سعی میشود فرد بدون تلاش برای کنترل افکار و احساسهای خود، به آنها اجازه دهد تا آنگونه که هستند، بیایند و بروند .(هاریس[6]،۲۰۰۶).

درمان مبتنی برپذیرش و تعهد(ACT)نامش را از پیام اصلی اش می گیرد :آنچه خارج از کنترل شخصی‌ات است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می سازد، متعهد باش .هدفACTکمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد(ایزدی و عابدی، ۲۰۱۲). هنگامی که باگشودگی و پذیرش، ناظر تجربه های خصوصی[7](افکار و احساس ها) هستیم، حتی دردناکترین آنها کمتر تهدید کننده اندوقابل تحمل‌تر به نظر میرسند(هاریس[8]،۲۰۰۶). این درمان شامل ترکیبی از استعاره، مهارت های توجه آگاهی، طیف گسترده ای از تمرینهای تجربی و مداخلات رفتاری هدایت شده با توجه به ارزشهای مراجع توسط درمانگر به کاربرده میشود. هدف این شیوه درمانی کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر، از طریق افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است که عبارت است از بهبود توانایی برای برقراری ارتباط با تجربیات در زمان حال و انتخاب عملی از میان گزینه های مختلف که مناسب تر است، نه عملی صرفاً جهت انتخاب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته(ایراندوست[9]،۲۰۱۴). اثرگذاری این شیوه درمانی در درمان مشکلات روان شناختی از سایر درمانهای معمول کارآمدی بیشتری دارد (وایت[10]،۲۰۱۵)و در طیف گستردهای از وضعیت های بالینی نظیر افسردگی[11]، اختلال وسواس فکری عملی، استرس محیط شغلی، استرس سرطان در مراحل پایانی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، کم اشتهایی روانی، مصرف هروئین و حتی اسکیزوفرنی مشخص شده است (روس[12]،۲۰۱۴). با توجه به اهمیت و حساسیت بنابراین پژوهشگر قصد آن داشته که به بررسی تاثیر رویکرد مبتنی برپذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی(سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) بپردازد.

خانواده یکی از مهمترین نهادهای اجتماعی است.با پیمان ازدواج ارتباطی شکل میگیرد که در مقایسه با دیگر ارتباطات انسانی، امنیتی بی نظیر دارد که در دیگر ارتباطات انسانی ممکن است یک بعد از ابعاد حیات را پوشش دهد،اما در ازدواج، ابعاد جسمی، عاطفی ، اجتماعی و ذهنی نیز پوشش داده شده و رابطه ای زیستی،اقتصادی، عاطفی،روانی-اجتماعی و معنوی نیز بین زن و شوهر برقرار میشود(لوکاس[13] وهمکاران،۲۰۰۳). مسائل به وجود آمده در زندگی زناشویی با گذر زمان همچون لایه هایی بر روی هم قرار میگیرند تاجایی ادامه پیدامیکندکه زن یا شوهر اززندگی زناشویی اظهار نارضایتی(کلامی وغیرکلامی)میکند.

با افزایش میـزان نارضـایتی در ازدواج هـا و اثـرات سوءآن بر سلامت جسم و روان همسران، ضرورت انجام بهسازی در تعاملات زناشویی وتدوین برنامه های گوناگون جهت ارتقاء کیفیت زندگی مطرح میگردد(کاظمی و همکاران،۲۰۱۰) چرا که خـانواده یـک نظـام اجتمـاعی و طبیعـی پیچیـده اسـت کـه محبـت،وفـاداری وتـداوم عضـویت از ویژگی های مهـم آن اسـت(احمدزاده، ۲۰۰۴) بسیاری از صاحب نظران علـم روان شناسی اعتقاد دارند که کیفیت زنـدگی و رضـایت از نظر مفهوم متفاوت هستند تفـاوت کیفیت زنـدگی و رضایت در این نکتـه اسـت کـه رضـایت یکـی از نتـایج کیفیت است(نورانی و همکاران،۲۰۰۹). سازمان جهانی بهداشت[14] کیفیت زندگی را به مفهوم درک و برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، تفسیر می نماید(البرزی و البرزی، ۱۳۸۵). بنابراین برای درمان مشکلات روانشناختی، علاوه بر درمانهای دارویی، درمانهای روان شناختی متعددی نیز در طول سالهای متوالی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان تحلیلی، بر پایه ی دیدگاه های شرطی کلاسیک و عاملی در دهه های ۱۹۵۰و۱۹۶۰مطرح شدند .نسل دوم این درمانها تحت عنوان درمان" رفتاری- شناختی"، تا دهه۱۹۹۰با تأکید بیش تر بر جنبه های شناختی به وجود آمدند که تأکید این نوع درمان ها بر نقش باورها، شناخت ها، طرحواره ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی بود .امروزه با نسل سوم این نوع درمان ها مواجه هستیم که در این درمانها به جای تغییرشناخت ها، سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد(هیز،۲۰۱۰) .درمان مبتنی برپذیرش وتعهد ریشه در یک نظریه ی فلسفی به

نام زمینه گرایی عملکردی دارد و شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی میشوند. این شش فرایندعبارتند از: پذیرش ، گسلش، خود به عنوان زمینه ، ارتباط با زمان حال ، ارزشها و عمل متعهد(هیز،۲۰۰۶). دراین درمان ابتدا سعی میشود تا پذیرش روانی فرد درمورد تجارب ذهنی(افکار،احساسات) افزایش یابد و متقابل آن اعمال کنترلی ناموثرکاهش یابد. به آموزش دهنده آموخته میشود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثرمعکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود . در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده میشود.در مرحله سوم به فرد آموخته میشود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد،به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند.چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط برخود تجسمی داستان شخصی که فرد برا خود در ذهنش ساخته است.پنجم، روشن سازی ارزش ها.درنهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه به همراه پذیرش تجارب ذهنی.این تجارب ذهنی میتواند افکار ناعدالتی در سازمان،افسردگی،هراس ها،و بیماریهای روانشناختی و جسمانی و ...باشند.(مسلک[۱۰] ،۲۰۰۸). در این میان، درمانهای موج سوم رفتاردرمانی این ویژگی را دارند.درسالهای گذشته ۱۰۰۰۰پژوهش در زمینه ی درمان مبتنی برپذیرش و تعهدبرخانواده و زوج درمانی و اختلالات روانی انجام گرفته است وبنابربررسی های محقق خلائهایی درآن پژوهش ها مشاهده گردیده که عبارتست از ۱- مولفه ی کیفیت زندگی و تاثیر درمان مبتنی برپذیرش و تعهد بر این مولفه سنجیده نشده است.برای مثال تحقیق رجبی وهمکاران(۱۳۹۲)، و پترسون[۱۱] و همکاران(۲۰۰۹) درمان مبتنی برپذیرش و تعهد رابررضایت زوجین تاثیرگذاردانسته و پژوهش های محمدی و همکاران(۱۳۹۵)و قمیان و شیری (۲۰۱۴)تاثیر مبتنی برپذیرش و تعهد رابر کیفیت زندگی نشان دادند ۲- تعداد انجام کمترین پژوهش در تاثیر درمان مبتنی برپذیرش و تعهد که یک درمان جدید و از گروه موج سوم روانشناسی است،بر کیفیت زندگی میباشد. بنابراین همانطور که پژوهشی در رابطه باتاثیر درمان مبتنی برپذیرش و تعهد برکیفیت زندگی در زنان مراجعه کننده به مرکزمشاوره مدرسه در شهراصفهان انجام نشده است.

از جمله رویکردهای روانشناختی دیگری که میتواند بر تعدیل کیفیت زندگی افراد موثرباشدوتاکنون مورد توجه پژوهشگران قرارنگرفته است درمان مبتنی برپذیرش و تعهد است و هدف اصلی این رویکرد، ایجاد انعطاف پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسب تر باشد، نه اینکه عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. به همین جهت انجام این پژوهش با تکنیک درمان مبتنی برپذیرش و تعهد میتواند در ارتباط با پاسخگویی به نیازهای درمانگران برای درمان افراد انجام گیرد. این تحقیق به درمانگران کمک میکند، تا بتوانند در رفع مشکلات مراجعه کنندگان بهترین روش درمانی را بکار گیرند و در کمترین زمان و بدون برگشت پذیری اختلالات روانی افراد را درمان کنند و اضطراب افراد را کاهش دهند.همچنین این درمان مبتنی برپذیرش و تعهدمیتواند با افزایش پذیرش روانی و ذهنی افراد،مقابله با مشکلات را آسان کند واهداف و ارزشهای فرد را مشخص کند وهمچنین میتوان گفت براین تحقیق میتواند برای سازمانهای اجتماعی از جمله مدرسه و مراکز مشاوره و دانشگاهیان مفید بوده و جامعه ای بدون تشنج را رقم بزنیم و در مدرسه دانش آموزانی عاری از اختلال داشته باشیم.بنابراین ضرورت این پژوهش برای سازمانهای اجتماعی، مدرسه، مراکز مشاره ،دانشگاهیان وافراد میباشدهمچنین این پژوهش به افراد کمک میکند که با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی با مشکلات خود مقابله کنند وبا افکار مزاحم برخورد کنند. همچنین این تحقیق به دانش آموزان کمک میکند تعارضاتشان کاهش یابد و اضطراب آنها کاهش یابد.

روش تحقیق، جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر نیمه تجربی و به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. دراین پژوهش نمونه آماری در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت و پس از انجام پیش آزمون،بر گروه آزمایش مداخله درمانی صورت گرفت و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پی گیری گرفته شد. این پژوهش از نوع تجربی و طرح تحقیقی به صورت دوگروهی از نوع گروه آزمایشی و گروه گواه، همراه با پیش آزمون و پس آزمون بوده است. سیمای کلی پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: سیمای کلی پژوهش

گروه	گروه	انتخاب	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون
مادران مراجعه کننده به مشاوره مدرسه	آزمایشی	R	T1	X	T2
	کنترل	R	T1	-	T2

پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل انجام گردید که در طرح مطرح شده ۳ متغیر وابسته که شامل اضطراب بود در ابتدای پژوهش اندازه گیری شد. سپس مداخله ی درمانی بر روی گروه آزمایش انجام گرفت به طوریکه هیچ نوع مداخله ای بر روی گروه کنترل انجام نشد و پس از مداخله ی درمانی آزمون مجدد جهت سنجش اثر مداخله درمانی انجام شد.

جامعه آماری مورد مطالعه در این تحقیق شامل مادران مراجعه کننده به مشاوره مدرسه در سال تحصیلی۹۵-۹۶ بود. در این پژوهش نمونه گیری دردسترس بود که با تشخیص ابتدایی اضطراب و فرسودگی زناشویی به وسیله ی پرسشنامه های مورد استفاده در پژوهش تعداد۳۰نفرانتخاب شدند و وبه صورت تصادفی در دو گروه آزمایش(شامل۱۵نفر)و کنترل(۱۵نفر) قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده ها

مقیاس سازگاری دو نفری(DAS)

این مقیاس توسط اسپاینر(۱۹۷۶) ساخته شده است وشامل ۳۲ سؤال است که برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از زن و شوهر، به کار می رود و قابلیت استفاده با چند هدف را دارا می باشد. این مقیاس ۴ بعد رابطه را می سنجد: رضایت ، تفاهم، جاذبه و ابراز احساسات در این مقیاس نمره کل بین ۰ تا ۱۵۱میباشد و نقطه برش برای تعیین آشفتگی زناشویی ۱۰۱ است. نمرات بالا سازگاری زناشویی بیشتر را منعکس میکند(نظری وهمکاران،۱۳۹۰). اعتبار کل مقیاس با آلفای کرونباخ،۹۶/.برآورد شده است .روایی این مقیاس با روش روایی محتوا چک شده است و با قدرت تمییز دادن زوجهای متأهل و مطلقه در هر سؤال روایی خود را برای گرو ههای شناخته شده نشان داده است. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با مقیاس رضایت زناشویی لاک ولاس همبستگی دارد(ثنایی،۱۳۷۹). این مقیاس در سال ۱۳۷۳ توسط آموزگار و حسین نژاد ترجمه، اجرا و در ایران هنجاریابی شده است (نظری و همکاران، ۱۳۹۰). زوجین مد نظر در این پژوهش، زوجین آشفته بودند یعنی زوجینی که در این مقیاس نمره زیر ۱۰۱ بدست آوردند. زیرا در این مقیاس نمرات زیر ۱۰۱ نشان دهنده آشفتگی زناشویی می باشد و هر چه نمرات حاصل به ۱۰۱ نزدیکتر شود بدین معنی است که از درجه آشفتگی زناشویی کاسته میشود.در این پژوهش آلفای کرونباخ س۸۶/.به دست آمد.

جدول ۲: آلفای کرانباخ خرده مقیاس پرسشنامه(اسپاینر،۱۹۷۶)

متغیر	آلفای کرونباخ
سازگاری زناشویی	/۹۶.
رضایت زناشویی	/۹۴.
جاذبه	/۸۱.
تفاهم	/۹۰.
ابراز احساسات	/۷۳.

پرسشنامه کیفیت زندگی ۲۶ آیتمی(WHOQOL – 26)

کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی طرحی بود که برای اولین بار در سال ۱۹۹۱ اجرا شد .هدف این طرح ایجاد ابزاری بین المللی و ناوابسته به فرهنگ جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد بود .این ابزا(پرسشنامه) ادراک افراد را نسبت به سیستم های ارزشی و فرهنگی و همچنین اهداف شخصی ، استانداردها و نگرانی ها خود ارزیابی می کند.WHOQOL ابزارهای هستند که در تعدادی از مراکز در سرتاسر دنیا استفاده شده و بنابراین به طور گسترده مورد آزمایش و بررسی قرار گرفته اند(سازمان بهداشت جهانی،۱۹۹۳) .WHOQOL کوتاه شامل ۲۶ آیتم است که از نسخه ۱۰۰ آیتمی این پرسشنامه برگرفته شده است .این پرسشنامه ۴ حیطه وسیع را اندازه گیری می کند، که عبارتند از :سلامت جسمی،سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط.علاوه بر این موارد این پرسشنامه سلامت عمومی را نیز می تواند ارزیابی کند .آیتم های پرسشنامه نیز بر روی یک مقیاس ۵گزینه ای ارزیابی می شود .نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتراست.(اسکوینگتون و همکاران،۲۰۰۴). طریقه نمره گذاری به این صورت است که تک تک ۲۶ آیتم این پرسشنامه بطور جداگانه نمره گذاری میشود و دامنه هر آیتم از ۱ تا ۵میباشد.نجاتی و همکاران(۱۳۹۰)روایی و پایایی رابا آلفای کرونباخ۶۱/.-۷۴/. گزارش کرده اند. .در این پژوهش آلفای کرونباخ ۸۹/.به دست آمد.

جدول ۳: آلفای کرونباخ خرده مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی(اسکوینگتون و همکاران۲۰۰۴).

خرده مقیاس	کرونباخ
سلامت جسمی	/۸۰
سلامت روانشناختی	/۷۶
روابط اجتماعی	/۷۹
سلامت محیط	/۸۴

شیوه ی اجرای پژوهش

ابتدا مطالعات نظری پیرامون متغیرهای تحقیق انجام شد.این پژوهش به صورت پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. دراین پژوهش۳۰ نفر بعنوان نمونه آماری با تشخیص ابتدائی به وسیله ی پرسشنامه کیفیت زندگی که پایین بودند، انتخاب شد و افراد انتخاب شده دارای کیفیت زندگی پایین بودند و آنها در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و پس از انجام پیش آزمون،بر گروه آزمایش آموزش درمان مبتنی برپذیرش و تعهد در ۸جلسه ی ۲ساعته صورت گرفت و سپس از هر دو گروه پس آزمون و سپس پس از۲ماه پی گیری گرفته شد.

ملاک ورود و خروج

- افرادی که دارای نمره ی پایینتراز میانگین در پرسشنامه کیفیت زندگی (نمره برش؛۶۵)بودند.
- افراد موظف به حضور درجلسات آموزشی می‌شدند.
- غیبت بیش از ۲جلسه در دوره ی آموزش ملاک خروج افراد بود.
- عدم همکاری در انجام تکالی

روش تحلیل داده ها

پس از ارزیابی مداخله،آزمون های پژوهش مجددا در دوگروه آزمایش و کنترل اجرا خواهد گردید.کلیه ی داده های جمع آوری شده بااستفاده از نرم افزارSPSS21دردو سطح آمار توصیفی(تعداد فراوانی میانگین و انحراف معیار کوچکتر و بزرگتر) واستنباطی (روش آماری آلفا کرونباخ□□□،آزمون کلوموگراوف اسمیرنوف□□ و آنکوا□□□) تحلیل شده است.

یافته ها

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه کیفیت زندگی

گروه	پیش آزمون			پس آزمون		
	M	N	STD	M	N	STD
آزمایش	۸۱/۲	۱۵	۹/۳۸	۸۵/۲۶	۱۵	۷/۵۷
کنترل	۸۰/۷۳	۱۵	۹/۱۹	۸۰/۴۷	۱۵	۶/۷۹

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می گردد ، میانگین مؤلفه کیفیت زندگی درگروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۸۱/۲ و در گروه کنترل برابر با ۸۰/۷۳ می باشد. در مرحله پس آزمون میانگین نمرات این مؤلفه در گروه کنترل برابر با ۸۰/۷۳ و در گروه کنترل برابر با ۸۰/۴۷ می باشد.

جدول ۵: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه های کیفیت زندگی

گروه		پیش آزمون			پس آزمون		
		M	N	STD	M	N	STD
سلامت جسمی	آزمایش	۲۳	۱۵	۳/۳۸	۲۴/۱۳	۱۵	۲/۴۴
	کنترل	۲۳/۸	۱۵	۳/۱۲	۲۳/۷۳	۱۵	۲/۵۴
سلامت روانشناختی	آزمایش	۲۱/۰۶	۱۵	۳/۱۲	۲۲/۶	۱۵	۲/۲۹
	کنترل	۲۱/۲	۱۵	۳/۶۲	۲۱/۸	۱۵	۲/۷
روابط اجتماعی	آزمایش	۱۰/۷۳	۱۵	۱/۵۷	۱۱/۸	۱۵	۱/۲
	کنترل	۱۰/۲۶	۱۵	۲/۲۸	۹/۹۳	۱۵	۲/۴۳
سلامت محیط	آزمایش	۲۶/۴	۱۵	۵/۴۴	۲۶/۷۳	۱۵	۵/۴۷
	کنترل	۲۶/۴۶	۱۵	۳/۸۵	۲۶	۱۵	۳/۱

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می گردد ، میانگین مؤلفه سلامت جسمی درگروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۲۳ و در گروه کنترل برابر با ۲۳/۸ می باشد. در مرحله پس آزمون میانگین نمرات این مؤلفه در گروه آزمایش برابر با ۲۴/۱۳ و در گروه کنترل برابر با ۲۳/۷۳ می باشد.

پیش فرض های آماری جهت کاربرد آزمون های پارامتریک

در این پژوهش برای تحلیل استنباطی داده های بدست آمده، از تحلیل مانکوا استفاده گردیده است. بنابراین لازم است تا پیش فرض های مورد نیاز جهت کار برد آزمون های پارامتریک بررسی گردند.

پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه های نمونه در جامعه

یکی از پیش فرض های استفاده از آزمون های پارامتریک ، فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه یا گروه های نمونه در جامعه است. اساس این پیش فرض بر آن است که فرض می شود توزیع نمرات در جامعه نرمال بوده و اگر در گروه های نمونه کجی و کشیدگی حاصل شده، به خاطر انتخاب تصادفی افراد بوده است. پیش فرض نرمال بودن در صورتی رد می شود که احتمال تصادفی بودن تفاوت میان توزیع گروههای نمونه و توزیع نرمال بودن نمرات در جامعه کمتر از ۰/۰۵ گردد.(مولوی، ۱۳۷۹). در این پژوهش برای آزمودن این فرضیه از آزمون شاپیرو- ویلک[۴۴۴۴] استفاده گردید. نتایج این آزمون برای فرضیه های پژوهش در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه ها	شاپیرو- ویلک		
		آماره	درجه آزادی	معنی داری
کیفیت زندگی	آزمایش	۰/۹۵۴	۱۵	۰/۵۸۵
	کنترل	۰/۹۲۴	۱۵	۰/۲۲۵

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در تمام متغیرها تائید می گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات درپیش آزمون و در هر دوگروه آزمایش و کنترل تائید گردید.

پیش فرض تساوی واریانس های دو گروه در جامعه

اساس این پیش فرض بر آن است که فرض می شود واریانس های نمرات دو گروه نمونه در جامعه با هم برابرند واز لحاظ آماری تفاوت معناداری ندارند. برای آزمودن این فرضیه از آزمون لوین[۵۵۵۵۵] استفاده می شود (مولوی، ۱۳۷۹). نتایج این آزمون برای فرضیه های پژوهش در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های دو گروه در جامعه

مقیاس	F	درجه آزادی اول (صورت)	درجه آزادی دوم (مخرج)	معناداری (P)
کیفیت زندگی	۱/۴۷۲	۱	۲۸	۰/۲۳۵

همانگونه که در جدول ۷ مشاهده می گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس های نمرات دو گروه در متغیرهای اصلی پژوهش درمرحله پس آزمون تایید می شود. یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون برای مقیاس های پژوهش تایید شد. با توجه به رعایت پیش فرض نرمال بودن و انتخاب تصادفی نمونه ها و یکسانی واریانس ها، تحلیل مانکوا برای به دست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت. قابل ذکر است بعلت تصادفی بودن گمارش و مقیاس فاصله متغیر وابسته، می توان از آمار پارامتریک استفاده نمود.

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات مولفه کیفیت زندگی

متغیر ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	میزان تاثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱۲۳۳/۳۰۵	۱	۱۲۳۳/۳۰۵	۱۵۶/۱۷۶	۰/۰۶۲	۰/۱۲۸	۰/۹۹
عضویت گروهی	۱۲۰/۰۰۷	۱	۱۲۰/۰۰۷	۱۵/۱۹۷	**۰/۰۰۱	۰/۳۷۸	۰/۹۶
خطا	۱۹۷/۴۲۳	۲۵	۷/۸۹۷	–	–	–	–

همانطوریکه در جدول ۸ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معنا داری وجود دارد($P<۰/۰۱$). بنابراین درمان مبتنی برپذیرش وتعهد بر افزایش نمرات کیفیت زندگی در پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است. میزان این تاثیر در مرحله پس آزمون ۳۷/۸درصد بوده است. وفرضیه ی مورد نظر تایید شده است.

جدول شماره ۹: نتایج تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمرات مولفه های پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی داری(P)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون لاندای ویلکز	۰/۴۹۷	۵/۳۱۴	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	**۰/۰۰۴	۰/۵۰۳	۰/۹۳

همان طوری که در جدول ۹ ملاحظه می شود سطوح معنی داری آزمون، بیانگر آن است که در مرحله پس آزمون حداقل در یکی از مولفه های کیفیت زندگی(سلامت جسمی،سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) زنان در ارتباط با دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی داری ملاحظه شد ($F=۵/۳۱۴، P= ۰/۰۰۴$)، لذا فرضیه چهارم تایید گردید. بنابراین می توان بیان کرد که درمان مبتنی برپذیرش وتعهد برکیفیت(سلامت جسمی،سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) زندگی زنان تاثیردارد. و فرضیه ی مورد نظر تایید شده است.این نتایج به تفکیک متغیرها نیز در جدول ۱۰ اشاره شده است.

جدول ۱۰ نتایج تحلیل مانکوا تاثیر عضویت گروهی بر میزان مولفه های پژوهش

متغیر ها		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	میزان تاثیر	توان آماری
سلامت جسمی	عضویت گروهی	۱۱/۰۱۱	۱	۱۱/۰۱۱	۱۲/۸۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴۹	۰/۹۳
	خطا	۲۲/۲۲۰	۲۶	۰/۸۵۵	–	–	–	–
سلامت روانشناختی	عضویت گروهی	۵/۹۷۹	۱	۵/۹۷۹	۴/۱۳۵	۰/۰۵۰	۰/۱۴۷	۰/۹۷
	خطا	۳۵/۰۹۳	۲۶	۱/۳۵۱	–	–	–	–
روابط اجتماعی	عضویت گروهی	۱۵/۵۹۴	۱	۱۵/۵۹۴	۹/۵۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸۶	۰/۸۴
	خطا	۴۶/۳۷۹	۲۶	۱/۷۸۴	–	–	–	–
سلامت محیطی	عضویت گروهی	۴/۷۹۳	۱	۴/۷۹۳	۱/۵۹۹	۰/۲۱۸	۰/۰۶۲	۰/۲۲۹
	خطا	۷۴/۸۵۴	۲۶	۲/۸۷۹				

همانطور که در جدول ۱۰ مشاهده می گردد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سه مولفه سلامت جسمی، روانشناختی و اجتماعی تاثیر گذار بوده است. میزان تاثیر در سلامت جسمی ۳۴/۹ درصد؛ در مولفه سلامت روان شناختی ۱۴/۷ درصد و در روابط اجتماعی، ۲۸/۶ درصد بوده است. ولی در مولفه سلامت محیطی تاثیر معنی داری ملاحظه نشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش تاثیر درمان مبتنی برپذیرش و تعهد بر آشفتگی زناشویی و کیفیت زندگی و اضطراب زنان مراجعه کننده به مشاوره مدرسه بود که ۳۰نفر از افراد در دوگروه ۱۵نفره کنترل و آزمایش قرار گرفتند و بر گروه آزمایش درمان انجام گرفت و پس از اتمام جلسات درمانی دو گروه آزمایش و کنترل مورد مقایسه قرار گرفتند بنابراین نتایج نشان دادند که درمان مبتنی برپذیرش وتعهد توانسته بر کاهش اضطراب و آشفتگی زناشویی و افزایش کیفیت زندگی زنان تاثیر گذار باشد.

این پژوهش همسو با پژوهش های قمیان و شیری (۲۰۱۴)، استانفورد[۴۴۴۴] و همکارن (۲۰۱۲)، ایفرت[۴۴۴] و همکاران (۲۰۰۹) کارلسون[۴۴۴۴] (۲۰۰۳)، عزیزی و قاسمی(۱۳۹۶)، اسمعلی و همکاران (۱۳۹۵)، بهروز و همکاران (۱۳۹۵)، محمدی و همکاران (۱۳۹۵)، فتحی احمدسرائی(۱۳۹۵)، محمدی (۱۳۹۴)، بخشایش و آبیاری (۱۳۹۴)، نصیری و همکاران (۱۳۹۴)، نریمانی و همکاران(۱۳۹۲) و ایزدی(۱۳۹۱) می باشد. درتبیین یافته ها میتوان گفت هدف روش درمانی پذیرش وتعهد ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی است،یعنی ایجاد شدن توانایی انتخاب بهترین گزینه ازبین گزینه های مختلف است. بنابراین میتوان اظهار داشت که این درمان کیفیت زندگی افراد را افزایش داده است.

طی دو دهه ی گذشته کیفیت زندگی یکی از مهمترین موضوعات پژوهشهای بالینی بوده و به عنوان یکی از جنبه های موثر در مراقبت از بیماران مورد تأیید قرار گرفته و بررسی آن به منظور تشخیص تفاوت های موجود میان بیماران، پیشبینی عواقب بیماری و ارزیابی مداخالت درمانی مورد استفاده قرار گرفته است. کلمه کیفیت از لغت لاتین به معنی چیزی و چه (qual) استخراج شده و معنای تحت الفظی آن چگونگی زندگی کردن است و در برگیرنده تفاوت های ویژه برای هر فرد است (رحیمیان، ۱۳۸۸).

از میان درمان های مختلف، ACT درمانی است که ارزش ها را به عنوان کیفیت های منتخب اعمال هدفمند تعریف میکند و مولفه هدف داشتن در زندگی را تحقق میبخشد. ارزشها جهت های منتخب زندگی هستند. ارزشها افعال و قیدها هستند نه اسم یا صفت، آنها آن چیزی هستند که شما انجام میدهید (یا کیفیتی از آن چه انجام میدهید) و هیچگاه به پایان نمیرسند.

در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) قسمتی از موج سوم درمان های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان ها از قبیل درمان شناختی –رفتاری پدید آمد. موج سوم رفتار درمانی به طور خاص به زمینه و کارکردهای روان شناختی حساس است، نه فقط به شکل و محتوای آنها و بنابراین علاوه بر راهبردهای مستقیم و آموزشی تر بر راهبردهای زمینه ای و تجربه ای نیز تأکید دارد. (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). هیز و همکاران او معتقدند که تلاش های ناموفق ما برای غلبه یافتن یا جلوگیری از درد و رنج منجر به ناراحتی بسیار عمیق تری میشود و تنها از طریق پذیرفتن صحیح احساساتمان است که میتوانیم زندگیمان را نجات دهیم و نباید با تلاش مداوم برای تبدیل کردن روابطمان به چیزهایی که نیستند، اوضاع را پیچیده تر کنیم. درمان از طریق پذیرش و تعهد به مراجع می آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راه های تازه ای برای زندگی اش انتخاب کند و اقدام متعهدانه انجام دهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). سلامت محیطی به ارتباط مستمر با طبیعت و محیط زیست اشاره دارد. در این موضوع، احترام به طبیعت و شناخت عوامل آسیب‌زا برای آن نیز گنجانده شده‌اند. سلامت محیطی با حفظ سلامت دارایی‌های شخصی شروع می‌شود. بطور معمول افراد مایلند که دارایی‌هایی مثل خانه، دفتر کار، پول، ماشین و غیره را تمیز نگهداری و حفظ کنند. این امر، تأثیر زیادی روی خود افراد و محیط پیرامون دارد. وقتی افراد دارایی‌هایشان را حفظ نموده و از آنها مراقبت می‌کنند، احساس عمیق‌تری از شادی در آنها بوجود می‌آید. این موضوع ذهن را آزاد کرده و خشم را کاهش می‌دهد. هم‌چنین محیط زندگی را شاداب‌تر و ارتباط با پیرامون را تقویت می‌کند. بنابراین جای شگفتی ندارد که سلامت محیطی بعنوان جنبه‌ای از سلامت فردی منظور می‌شود. بعبارتی دیگر، سلامت محیطی گستره‌ای از سلامت فردی به درون پیرامون و طبیعت است. فردی که از دارایی‌های خود مراقبت می‌کند، بطور خودکار از طبیعت و محیط زیست نیز مراقبت می‌کند وی محیط پیرامون را آشفته نکرده و نظم خاصی بین اشیاء پیرامونی خود بوجود می‌آورد. این فرآیند حفظ منابع طبیعت و محیط زیست نیز شادی را به همراه داشته و کمک می‌کند که فرد با طبیعت متصل بماند. در این راستا بهبود کیفیت زندگی و سلامت جامع قابل دستیبانی خواهد بود. بنابراین می توان گفت که چون نمی توان عوامل مربوط به سلامت محیطی را تحت کنترل داشت درمان های روانشناختی جواب گوی حل تعارضات و آشفتگی های زناشویی نیست. به همین علت فرضیه فرعی هم پذیرفته نشده است. در کل با توجه به گفته های بالا و همچنین نتایج به دست آمده در این فرضیه، می توان گفت که ACT باعث افزایش کیفیت زندگی می شود و می توان از این طریق کیفیت زندگی را بهبود بخشید.

این شیوه ی درمان مبتنی برپذیرش و تعهد بر تجربه ی درونی افراد تاکید دارد تا از افکار آزار دهنده و ماهیت آنها آگاه شوند و به جای پاسخ به افکار آزاردهنده به انجام فعالیتهایی بپردازند که در زندگیشان باارزش است و بابه کارگیری مولفه ی خود بعنوان زمینه رویدادهای زمان حال را به سادگی تجربه کنند حالات و افکار و احساسات خوشایند و ناخوشایند را ازیکدیگر جداکنند و کیفیت زندگی بالاتری راتجربه کنند و در نهایت به انعطاف پذیری برسند. در تبیین نظری، جالوویس (۱۹۹۰)، کیفیت زندگی را شامل سلامتی، توانایی عملکرد در رضایت از زندگی می داند و آن را در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی خلاصه می کند. بعد جسمی شامل توانایی کارکردن و عملکرد سالم، بعد اجتماعی شامل فشارهای اجتماعی و منابع حمایتی اجتماعی و بعد روانی شامل توانایی مقابله، خودباوری، وضعیت بهداشتی و سازگاری با بیماری است (به نقل از رحیمیان، ۱۳۸۰). از این رو با توجه به این پژوهش و پژوهش های ذکر شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در بهبود بیماری هایی از جمله افسردگی، وسواس، اضطراب و افزایش انعطاف پذیری بیماران در ارتقای بعد سلامت جسمانی و بهداشت که یکی از ابعاد کیفیت زندگی است تأثیر معناداری دارد. در تبیین یافته های حاصل از پژوهش باید گفت مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)با استفاده از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی، انعطاف پذیری روان شناختی را افزایش می دهد. (هربرت[۵] و فورمان[۶]، ۲۰۱۱). در این درمان، انعطاف پذیری روان شناختی عبارت است از توانایی برای ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد (آرچ[۴] و کراسک[۳]، ۲۰۰۸).

ارزشهایی چون ارزش سلامتی و بهداشت، روابط خانوادگی، روابط با اطرافیان، تحصیلات، تفریح، کار و شغل و... با هر حرکت در مسیر ارزش ها از طریق هدف گذاری ها و بعد از آن تعیین تکالیف، ادراک فرد از وضعیتی که در آن زندگی می کند ارتقاء می یابد. که این همان تعریف بهبود کیفیت زندگی است. در واقع حرکت در جهت ارزشهایی چون سلامتی و ارتباط با دیگران در این مشاوره از طریق فرآیندهای گسلش و پذیرش باعث می شود دو بعد از ابعاد کیفیت زندگی که بهداشت و بعد روان شناختی بود ارتقا یابد. مراجعان در این درمان می آموزند که با وجود مشکلات می توانند از زندگی لذت ببرند، زندگی آنها معنادار گردد و از خود رضایت داشته باشند، که همین پیشرفت روان شناختی باعث کاهش علائم بیماری هایی چون افسردگی، اضطراب و همچنین کم شدن اختلالات خواب و بیماری های روان تنی خواهد شد. از طرف دیگر با پذیرش و گسلش شناختی در این مشاوره مراجعان دریافتند که در صورت عدم رضایت از وضعیت سلامت خویش، و یا محیط اطراف خود می توانند با وجود ناراضی بودن و وجود مشکل، با جواب ندادن به فکر و احساس و خاطره و میل و علائم بدنی به گونه ای رفتار نمایند که متناسب با مسیر ارزش های خود حرکت کنند یعنی با وجود این ۵ عامل در درون خود باز در مسیر ارزشها حرکت نمایند و عمل در جهت ارزش های خود را رها نکنند که این کار به طور کلی باعث بهبود کیفیت زندگی آنها خواهد شد.

کیفیت زندگی زناشویی که یک جنبه مهم از زندگی خانوادگی است، سلامت و بهزیستی افراد را شکل میدهد (آلندورف و هامیر[۱]، ۲۰۱۳)، با سلامت جسمانی و روانشناختی زوجین همبستگی بالینی دارد (امبرسون، ویلیامز، پاور، لیو و نیدهام[۲] ۲۰۰۶؛ گلاسر و گلاسر[۷]، ۲۰۰۱) و بیانگر سلامت، بهزیستی و ثبات در ازدواج می باشد (کنوبلوچ[۸]، ۲۰۰۸). پژوهشگران مختلف کیفیت زناشویی را عاملی اصلی میدانند که نقش بهسزایی در موفقیت و یا شکست ازدواج دارد (برادبری، فینچام و بیچ[۹]، ۲۰۰۰؛ بودمان و سینا[۱۰]، ۲۰۰۵؛ موسکا[۱۱]، ۲۰۰۹). بر این اساس کیفیت زناشویی در دهه اخیر توجه بیشتری را از سوی پژوهشگران به خود جلب نموده است (آموتا، جانسون، بوث و روگرز[۱۲]، ۲۰۰۳؛ هاوکینز[۱۳] و بوث، ۲۰۰۵؛ تونج، کامپل و فوستر[۱۴]، ۲۰۰۳؛ براکس[۱۵]، ۲۰۱۴).

منابع و مراجع

[۱] اسمعلی ا.علیزاده م. غمی زاده بالدرلو ک.۱۳۹۵.تحقیقی تحت عنوان ثربخشی رواندرمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله پزشکی ارومیه، .۲۷(۴): ۳۷۴-۳۶۵.

[۲] ایزدی ر.۱۳۹۱. بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی- رفتاری (CBT)بر علایم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روانشناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان. پایان‌نامه . دولتی - وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری - دانشگاه اصفهان - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی ۱۳۹۱. . دکترای تخصصی.

[۳] بخشایش ع. آبیاری ف .۱۳۹۴. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و میزان استرس ادراک شده زنان در شرف طلاق استان یزد، سومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم رفتاری، تهران، موسسه اطلاع رسانی نارکیش

[۴] البرزی، ش. و البرزی، م. ۱۳۸۵. بررسی رابطهٔ خودمختاری و کیفیت زندگی در دانشجویان استعدادهای درخشان دانشگاه‌های شیراز.فصلنامهٔ روان‌شناسی. ۱۰(۳): ۳۲۱-۳۳۴.

[۵] بهروز ب. بوالی ف.حیدری زاده ن.فرهادی م. ۱۳۹۵. تحقیقی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی، سبک های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع II.مجله سلامت و بهداشت. ۷(۲): ۲۳۶-۲۵۳.

[۶] ثنایی ب.۱۳۷۹ . مقیا س های سنجش خانواده و ازدواج .تهران: انتشارات بعثت.

[۷] رجبی س . یزدخواستی ف.۱۳۹۳.اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. مجله روانشناسی بالینی. ۱:۶(۲۱): ۲۹-۳۹.

[۸] رحیمیان. د. (۱۳۸۸). روانشناسی بالینی، دستورالعمل های پیشگیری از سلامت، فرمولاسیون و درمان. تهران: دانژه.

[۹] رزاقی ن. نیکی جو م. موجمبازی آ. کراسکیان ظ. مسیحی آ.۱۳۹۰.رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با رضایت زناشویی. فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۷(۲۷):۱۷۷-۲۶۹.

[۱۰]عزیزی آ .قاسمی س.۱۳۹۶. مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه.فصلنامه مشاوره رواندرمانی. ۸(۲۹):۲۰۷-۲۳۶.

[۱۱]فتحی‌احمدسرائی، ن. نشاط دوست، ح، منشئی غ، نادری م. ۱۳۹۵. تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دوم. فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۴(۱): ۳۱-۳۹.

[۱۲]محمدی ر ، دوران ب، ربیعی م ، سلیمی س ح. ۱۳۹۵. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی دانشجویان یک مرکز نظامی.کجله طب انتظامی. ۶(۱): ۳۰-۲۱.

[۱۳]محمدی ز .۱۳۹۴. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان شناختی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران. پایان‌نامه . دولتی - وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری - دانشگاه علامه طباطبایی - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. کارشناسی ارشد.

[۱۴]نریمانی م. علمداری ا.ابوالقاسمی ع.۱۳۹۲. بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد برکیفیت زندگی زنان نابارور.فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. ۴(۳):۳۸۷-۴۰۵.

[۱۵]نصیری ص. قربانی م. ادیبی پ.۱۳۹۴. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش.مجله روانشناسی بالینی ۷(۴):۹۳-۱۰۲.

[۱۶]نظری و.محمدخانی پ.دولت شاهی ب.۱۳۹۰.مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری غنی شده وزوج درمانی تلفیقی رفتری درافزایش رضایت زناشویی.فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی.۶(۲۲):۱۷۵-۱۴۹.

[17] Ahmadzadeh E.]The relationship between marital satisfaction and mental health among high school female and male teachers working in Tehran[. Tehran: Teacher Training University; 2004.

[18] Allendorf K, Ghimire DJ. Determinants of marital quality in an arranged marriage society. Social Science Research. 2013; 42(1):59-70.

[19] Amato PR, Johnson DR, Booth A, Rogers SJ. Continuity and change in marital quality between 1980 and 2000. Journal of Marriage and Family. 2003; 65(1):1-22.
[20] Arch, J. J., Craske, M. G. 2008 . Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? Clinical Psychology: Science and Practice, 15(4), 263-279. http://dx.doi.org/10.1037/a0028310
[21] Bodenmann G, Cina A. Stress and coping among stable satisfied, stable-dissatisfied and separated/divorced Swiss couples: a 5-year prospective longitudinal study. Journal of Divorce and Remarriage. 2005; 44(1-2):71-89.
[22] Bradbury TN, Fincham FD, Beach SR. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: a decade in review. Journal of Marriage and Family. 2000; 62(4):964-80.
[23] Brooks DG. Religiousness and marital quality: a test of the relational spirituality framework. Columbia: University of Missouri-Columbia; 2014.
[24] Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K, D., & Goodey, E. 2003. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and
[25] Eifert,G. H.,Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., Langer,D.2009. Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. Cognitive and Behavioral Practice. Volume 16, Issue 4, November 2009, Pages 368-385.
[26] Ghomian S. Shiri M. 2014. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Children with Chronic Pain on the Quality of Life on 7 to 12 Year-Old Children. International Journal of Pediatrics (Supplement 4), Vol.2, N.3-2, Serial No.8, August 2014.
[27] Harris R.2006. Embracing your demons: An overview of aceeptance and commitment therapy. Psychotherap Aust. 2006; 21(4):2-8.
[28] Hawkins DN, Booth A. Unhappily ever after: effects of long-term, low-quality marriages on well-being. Social Forces. 2005; 84(1):451-71.
[29] Hayes SC, Strosahl KD.2010 . A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc.
[30] Hayes, S C, Luoma, J B, Bond, F W, Masuda A, Lillis J. 2006. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy, 44, 1-28.
[31] Irandoost F, Taher Neshatdoost H, Nadi M. 2014.[The Effectiveness of Group Therapy based on Acceptance and Commitment on Anxiety associated with Pain and depression among Women whom suffers from Chronic Backache]. J Behav Sci. 2014;8(1):89-96.
[32] Izadi R , Abedi M R. 2012 . Acceptance & Commitment Therapy. Tehran: Jungle Publication. [Persian].
[33] Kazemi P, Aghamohamadian Sherbaf HR, Modaress Gharvy M, Mahram B.2010. Effectiveness of life quality improvement program of couples on mental health and marital satisfaction. Clinical Psychology Researches and Consulting of Ferdosi University of Mashhad 2010; 1(2): 71-86.
[34] Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Stress and immunity: age enhances the risks. Current Directions in Psychological Science. 2001; 10(1):18-21.
[35] Knobloch LK. The content of relational uncertainty within marriage. Journal of Social and Personal Relationships. 2008; 25(3):467-95.
[36] Lucas, R. E. 2003.Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reaction to changes in marital status. Journal of Personality and Social Psychology, 2003, 84(3), 527-539.
[37] Maslak, J.2008. Preva- lence, severity, and unmet need for treatment of mental disorder in the World Health Organization Work Mental Health Surveys.JAMA 291(21):2581–2590.
[38] Mosko J. Commitment and attachment dimensions. [Doctor Thesis]. In partial fulfillment of the requirements of Philosophy. Indiana: Purdue University; 2009.

[39] Norani Sh, Joneydi E, Shakeri MT, Mokhber N. 2009.Comparison of sexual satisfaction in infertile women referring to health centers of Mashhad. Journal of Reproduction and Infertility 2009; 10(4): 277-269.
[40] Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. 2009.Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. Cogn Behav Pract 2009; 16(4) : 430–442.
[41] Russ H.2014. An Interview with Dr. Russ Harris Concerning Acceptance and Commitment Therapy . Tehran: Psychology Services and Life Consultation Website; 2014.
[42] Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA.2004.The World Health Organization's WHOQOL-BREF.2004. quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group, Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 2004; Mar;13(2):299-310. PubMed PMID: 15085902. Epub 2004/04/17. eng.
[43] Spanier, G.B. 1976 . Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads.Journal of Marriage and the Family, 38, 15–28.
[44] Stafford-Brown J, Pakenham KI.2012. The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. J Clin Psychol. 2012 Jun;68(6):592-13. doi: 10.1002/jclp.21844. Epub 2012 May 4.
[45] Twenge JM, Campbell WK, Foster CA. Parenthood and marital satisfaction: a meta-analytic review. Journal of Marriage and Family. 2003; 65(3):574-83.
[46] Umberson D, Williams K, Powers DA, Liu H, Needham B. You make me sick: marital quality and health over the life course. Journal of Health and Social Behavior. 2006; 47(1):1-16.
[47] White RG, Gumley AI, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, 2015.. Acceptance and Commitment Therapy for depression following psychosis: An examination of clinically significant change. Journal of Contextual Behavioral Science. 2015;4(3):203-9. DOI: 10.1016/j.jcbs.2015.06.004
[48] WHO QoL Group .1993. Measuring Quality of Life: The Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument, Geneva: World Health Organization.
[49] Worthington, E.2008. An empathy humility. Commitment model of forgiveness applied within family dyads. Journal of Family Therapy, 20, 59-76.
[50] Zettle RD, Hayes SC.2004. Brief ACT treatment of depression. In: Bond F, Dryden W. Editors. Handbook of brief cognitive behavior therapy. West Sussex : John Wiley & sons ltd; 2004.

پی نوشت ها:

[i] .Worthington
[ii] .Marital Satisfaction
[iii] .Acceptance and commitment therpy
[iv].mindfulness
[v].Zettle and etal
[vi].Harris
[vii] .functional contextualism
[viii] . Harris
[ix] . Irandoost
[x] . White
[xi] .Depresion
[xii] .Russ
[xiii] .Lucas
[xiv] . WHO
[xv] . Maslak
[xvi] .Peterspn
[xvii]. Dyadic Adjustment Scale (DAS)
[xviii] . Skevington
[xix]. Cronbach's alpha
[xx]. kolmogorov smirnov test
[xxi]. ancova
[xxii] Shapiro-Wilk
[xxiii] Levenes Test
[xxiv] . Stafford
[xxv] . Eifert
30- Carlson
[xxvii]- Herbert
[xxviii]- Forman
[xxix]- Arch
[xxx]- Craske
[xxxi]- Allendorf & Ghimire
[xxxii]- Umberson, Williams, Powers, Liu & Needham
[xxxiii]- Glaser & Glaser
[xxxiv]- Knobloch
[xxxv]- Bradbury, Fincham & Beach
[xxxvi]- Bodenmann & Cina
[xxxvii]- Mosko
[xxxviii]- Amato, Johnson, Booth & Rogers
[xxxix]- Hawkins
[xl]- Twenge, Campbell & Foster
[xli]- Brooks