

تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد 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 و تعهد 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 تحصیلی ۹۵-۹۶ بود. در این پژوهش نمونه گیری هدفمند بود که تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) 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 افزار SPSS21 در دو 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 و تعهد بر کیفیت زندگی و ابعاد آن (سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی) در مادران گروه نمونه تاثیر دارد ($P=0/05$). بنابراین میتوان نتیجه گرفت برای ارتقای سطح کیفیت زندگی و رضایت زناشویی میتوان از این رویکرد استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی.

نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی میشوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و عمل متعهد (هیز، ۲۰۰۶). در این درمان ابتدا سعی میشود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابل آن اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به آموزش دهنده آموخته میشود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس 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 بر خود تجسمی داستان شخصی که فرد برا خود در ذهنش ساخته است. پنجم، روشن سازی ارزش ها. در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی میتواند افکار ناعدالتی در سازمان، افسردگی، هراس ها، بیماریهای روانشناختی و جسمانی و... باشند. (مسلک^{□□}، ۲۰۰۸). در این میان، درمانهای موج سوم رفتاردرمانی این ویژگی را دارند. در سالهای گذشته ۱۰۰۰۰ پژوهش در زمینه ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برپاخوانده و زوج درمانی و اختلالات روانی انجام گرفته است و بنا بر بررسی های محقق خلائهایی در آن پژوهش ها مشاهده گردیده که عبارتست از ۱- مولفه ی کیفیت زندگی و تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این مولفه سنجدیده نشده است. برای مثال تحقیق رجیبی وهمکاران (۱۳۹۲)، و پترسون^{□□□} و همکاران (۲۰۰۹) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر رضایت زوجین تاثیرگذار دانسته و پژوهش های محمدی و همکاران (۱۳۹۵) و قعیان و شیرینی (۲۰۱۴) تاثیر مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کیفیت زندگی نشان دادند ۲- تعداد انجام کمترین پژوهش در تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که یک درمان جدید و از گروه موج سوم روانشناسی است، بر کیفیت زندگی میباشد. بنابراین همانطور که پژوهشی در رابطه با تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره مدرسه در شهر اصفهان انجام نشده است. از جمله رویکردهای روانشناختی دیگری که میتواند بر تعدیل کیفیت زندگی افراد مؤثر باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است درمان مبتنی بر پذیرش 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 بر پذیرش 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 بر پذیرش و تعهد میتواند با افزایش پذیرش روانی و ذهنی افراد، مقابله با مشکلات را آسان کند و اهداف و ارزشهای فرد را مشخص کند و همچنین میتواند گفت بر این تحقیق میتواند برای سازمانهای اجتماعی از جمله مدرسه و مراکز مشاوره و دانشگاهیان مفید بوده و جامعه ای بدون تشنج را رقم بزینم و در مدرسه دانش آموزانی عاری از اختلال داشته باشیم. بنابراین ضرورت این پژوهش برای سازمانهای اجتماعی، مدرسه، مراکز مشاوره، دانشگاهیان و افراد میباشد. همچنین این پژوهش به افراد کمک میکند که با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی با مشکلات خود مقابله کنند و با 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. در این پژوهش نمونه آماری در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت و پس از انجام پیش آزمون، هر 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 دو گروهی 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 طوری که 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 تحصیلی ۹۵-۹۶ 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 تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و وبه صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (شامل ۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده ها

مقیاس سازگاری دو نفری (DAS) □□□□

این مقیاس توسط اسپاینر (۱۹۷۶) ساخته شده است و شامل 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 ۱۵۱ میباشد و نقطه برش برای تعیین آشفتگی زناشویی ۱۰۱ است. نمرات بالا سازگاری زناشویی بیشتر را منعکس میکند (نظری و همکاران، ۱۳۹۰). اعتبار کل مقیاس با آلفای کرونباخ، ۰/۹۶ 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 گروههای شناخته شده نشان داده است. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با مقیاس رضایت زناشویی لاک و لاس 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 س ۰/۸۶ به دست آمد.

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

متغیر	آلفای کرونباخ
سازگاری زناشویی	۰/۹۶
رضایت زناشویی	۰/۹۴
جاذبه	۰/۸۱
تفاهم	۰/۹۰
ابراز احساسات	۰/۷۳

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 ابزار (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 بهتر است. (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 ۵ میباشد. نجاتی و همکاران (۱۳۹۰) روایی و پایایی رابا آلفای کرونباخ ۰/۶۱-۰/۷۴ گزارش کرده اند. در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

جدول ۳: آلفای کرونباخ خرده مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی (اسکوینگتون و همکاران ۲۰۰۴).

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. در این پژوهش ۳۰ 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 بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ی ۲ ساعته صورت گرفت و سپس از هر دو گروه پس آزمون و سپس پس از ۲ ماه پی گیری گرفته شد.

ملاک ورود و خروج

- افرادی که دارای نمره ی پایینتر از میانگین در پرسشنامه کیفیت زندگی (نمره برش: ۶۵) بودند.
- افراد موظف به حضور در جلسات آموزشی می شدند.
- غیبت بیش از ۲ جلسه در دوره ی آموزش ملاک خروج افراد بود.
- عدم همکاری در انجام تکالیف

روش تحلیل داده ها

پس از ارزیابی مداخله، آزمون های پژوهش مجددا در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا خواهد گردید. کلیه ی داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS 21 در دو سطح آمار توصیفی (تعداد فراوانی میانگین و انحراف معیار کوچکتر و بزرگتر) و استنباطی (روش آماری آلفا کرونباخ^{□□}، آزمون کلوموگراف اسمیرنوف^{□□} و آنکوا^{□□□}) تحلیل شده است.

یافته ها

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه کیفیت زندگی

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

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می گردد، میانگین مؤلفه کیفیت زندگی در گروه 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		
	STD	N	M	STD	N	M
سلامت جسمی	آزمایش	۲۳	۱۵	۳/۳۸	۲۴/۱۳	۲/۴۴
	کنترل	۲۳/۸	۱۵	۳/۱۲	۲۳/۷۳	۲/۵۴
سلامت روانشناختی	آزمایش	۲۱/۰۶	۱۵	۳/۱۲	۲۲/۶	۲/۲۹
	کنترل	۲۱/۲	۱۵	۳/۶۲	۲۱/۸	۲/۷
روابط اجتماعی	آزمایش	۱۰/۷۳	۱۵	۱/۵۷	۱۱/۸	۱/۲
	کنترل	۱۰/۲۶	۱۵	۲/۲۸	۹/۹۳	۲/۴۳
سلامت محیط	آزمایش	۲۶/۴	۱۵	۵/۴۴	۲۶/۷۳	۵/۴۷
	کنترل	۲۶/۴۶	۱۵	۳/۸۵	۲۶	۳/۱

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می گردد، میانگین مؤلفه سلامت جسمی در گروه 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 گروه های 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^{۰۰۰۰} 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

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

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 در پیش آزمون و در هر دو گروه 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 و از لحاظ آماری تفاوت معناداری ندارند. برای آزمودن این فرضیه از آزمون لوین^{۰۰۰۰۰} 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 در مرحله 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 بعلاوه 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

متغیرها	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 ($P < 0/01$). بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمرات کیفیت زندگی در پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است. میزان این تاثیر در مرحله پس آزمون ۳۷/۸ درصد بوده است. فرضیه 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)	مجدور 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 ($F = 5/314, P = 0/004$). لذا فرضیه چهارم تایید گردید. بنابراین می توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت (سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) زندگی زنان تاثیر دارد. 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

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	میزان تاثیر	توان آماری
عضویت گروهی	۱۱/۰۱۱	۱	۱۱/۰۱۱	۱۲/۸۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴۹	۰/۹۳
خطا	۲۲/۲۲۰	۲۶	۰/۸۵۵	-	-	-	-
عضویت گروهی	۵/۹۷۹	۱	۵/۹۷۹	۴/۱۳۵	۰/۰۵۰	۰/۱۴۷	۰/۹۷
خطا	۳۵/۰۹۳	۲۶	۱/۳۵۱	-	-	-	-
عضویت گروهی	۱۵/۵۹۴	۱	۱۵/۵۹۴	۹/۵۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸۶	۰/۸۴
خطا	۴۶/۳۷۹	۲۶	۱/۷۸۴	-	-	-	-
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 بر پذیرش و تعهد بر آشفتگی زناشویی و کیفیت زندگی و اضطراب زنان مراجعه کننده به مشاوره مدرسه بود که ۳۰ نفر از افراد در دو گروه ۱۵ نفره 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 بر پذیرش و تعهد توانسته بر کاهش اضطراب و آشفتگی زناشویی و افزایش کیفیت زندگی زنان تاثیر گذار باشد.

این پژوهش همسو با پژوهش های قمیان و شیرینی (۲۰۱۴)، استانفورد^{□□□□} و همکاران (۲۰۱۲)، ایفرت^{□□□} و همکاران (۲۰۰۹) کارلسون^{□□□□} (۲۰۰۳)، عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶)، اسمعیلی 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. در تبیین یافته ها میتوان گفت هدف روش درمانی پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی است، یعنی ایجاد شدن توانایی انتخاب بهترین گزینه از بین 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 مداخلات 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 شده اند. سلامت محیطی با حفظ سلامت دارایی های شخصی شروع می شود. بطور معمول افراد مایلند که دارایی هایی 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 دارایی هایشان را حفظ نموده و از آنها مراقبت می کنند، احساس عمیق تری از شادی در آنها بوجود می آید. این موضوع ذهن را آزاد کرده و خشم را کاهش می دهد. همچنین محیط زندگی را شاداب تر و ارتباط با پیرامون را تقویت می کند. بنابراین جای شگفتی ندارد که سلامت محیطی بعنوان جنبه ای از سلامت فردی منظور می شود. عبارتی دیگر، سلامت محیطی گستره ای از سلامت فردی به درون پیرامون و طبیعت است. فردی که از دارایی های خود مراقبت می کند، بطور خودکار از طبیعت و محیط زیست نیز مراقبت می کند و محیط پیرامون را آشفته نکرده و نظم خاصی بین اشیاء پیرامونی خود بوجود می آورد. این فرآیند حفظ منابع طبیعت و محیط زیست نیز شادی را به همراه داشته و کمک می کند که فرد با طبیعت متصل بماند. در این راستا بهبود کیفیت زندگی و سلامت جامع قابل دستیابی 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 شیوه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تجربه‌ی درونی افراد تأکید دارد تا از افکار آزار دهنده و ماهیت آنها آگاه شوند و به جای پاسخ به افکار آزار دهنده به انجام فعالیتهایی بپردازند که در زندگی‌شان بالارزش است و بابه‌ی کارگیری مولفه‌ی خود بعنوان زمینه‌ی رویدادهای زمان حال را به سادگی تجربه کنند حالات و افکار و احساسات خوشایند و ناخوشایند را از یکدیگر جدا کنند و کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند و در نهایت به انعطاف‌پذیری برسند. در تبیین نظری، جالووویس (۱۹۹۰)، کیفیت زندگی را شامل سلامتی، توانایی عملکرد در رضایت از زندگی می‌داند و آن را در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی خلاصه می‌کند. بعد جسمی شامل توانایی کار کردن 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 پژوهش‌های ذکر شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در بهبود بیماری‌هایی از جمله افسردگی، وسواس، اضطراب و افزایش انعطاف‌پذیری بیماران در ارتقای بعد سلامت جسمانی و بهداشت که یکی از ابعاد کیفیت زندگی است تأثیر معناداری دارد. در تبیین یافته‌های حاصل از پژوهش باید گفت مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با استفاده از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی، انعطاف‌پذیری روان شناختی را افزایش می‌دهد. (هربرت^۱ و فورمان^۲، ۲۰۱۱). در این درمان، انعطاف‌پذیری 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^۳ و کراسک^۴، ۲۰۰۸).

ارزشهایی چون ارزش سلامتی و بهداشت، روابط خانوادگی، روابط با اطرافیان، تحصیلات، تفریح، کار و شغل و... با هر حرکت در مسیر ارزش‌ها از طریق هدف‌گذاری‌ها و بعد از آن تعیین تکالیف، ادراک فرد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کند ارتقاء می‌یابد. 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 می‌شود دو بعد از ابعاد کیفیت زندگی که بهداشت و بعد روان شناختی بود ارتقا یابد. مراجعان در این درمان می‌آموزند که با وجود مشکلات می‌توانند از زندگی لذت ببرند، زندگی آنها معنادار گردد و از خود رضایت داشته باشند، که همین پیشرفت روان شناختی باعث کاهش علائم بیماری‌هایی چون افسردگی، اضطراب و همچنین کم شدن اختلالات خواب و بیماری‌های روان تنی خواهد شد. از طرف دیگر با پذیرش و گسلش شناختی در این مشاوره مراجعان دریافته‌اند که در صورت عدم رضایت از وضعیت سلامت خویش، و یا محیط اطراف خود می‌توانند با وجود ناراضی بودن و وجود مشکل، با جواب ندادن به فکر و احساس و خاطره و میل و علائم بدنی به گونه‌ای رفتار نمایند که متناسب با مسیر ارزش‌های خود حرکت کنند یعنی با وجود این ۵ عامل در درون خود باز در مسیر ارزشها حرکت نمایند و عمل در جهت ارزش‌های 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^۵، ۲۰۱۳)، با سلامت جسمانی و روانشناختی زوجین همبستگی بالینی دارد (امبرسون، ویلیامز، پاور، لیو و نیدهام^۶، ۲۰۰۶؛ گلاسر و گلاسر^۷، ۲۰۰۱) و بیانگر سلامت، بهزیستی و ثبات در ازدواج می‌باشد (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 روگزر^{۱۲}، ۲۰۰۳؛ هاوکینز^{۱۳} و بوث^{۱۴}، ۲۰۰۵؛ تونج، کامپل و فوستر^{۱۵}، ۲۰۰۳؛ براکس^{۱۶}، ۲۰۱۴).

منابع و مراجع

- [۱] اسمعیلی اعلی‌زاده م. غمی زاده بالدرلو ک. ۱۳۹۵. تحقیقی تحت عنوان اثربخشی 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 علائم 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. دکترا 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 رابطه خودمختاری و کیفیت زندگی در دانشجویان استعدادهای درخشان دانشگاه‌های شیراز. فصلنامه روان‌شناسی. ۱۰(۳): ۳۲۱-۳۳۴.
- [۵] بهروز ب. بوالی ف. حدیدی زاده ن. فرهادی م. ۱۳۹۵. تحقیقی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع II. مجله سلامت و بهداشت. ۷(۲): ۲۵۳-۲۳۶.
- [۶] ثنائی ب. ۱۳۷۹. مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- [۷] رجبی س. یزدخواستی ف. ۱۳۹۳. اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس. مجله روانشناسی بالینی. ۱(۲۱): ۲۹-۳۹.
- [۸] رحیمیان. د. (۱۳۸۸). روانشناسی بالینی، دستورالعمل‌های 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] فتحی احمدسرائی، 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. ۱(۱۶): ۳۰-۲۱.
- [۱۳] محمدی ز. ۱۳۹۴. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی 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 و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی 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 زوج درمانی تلفیقی رفتاری در افزایش رضایت زناشویی. فصلنامه پژوهش‌های 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., Specia, 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 acceptance 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, Modares 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. Prevalence, 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 therapy
- 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