

The Effect of counseling approach based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Quality of life of women referred to Isfahan Cultural Centers

Raheleh Sobouhi¹, Maryam Alsadat Fatehizade^{*2}, Seyed Ahmad Ahmadi³, Ozra Etemadi⁴

1-MA of Counseling Department, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2-Associate Professor of Counseling Department, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3-Professor of Counseling Department, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

4-Associate Professor of Counseling Department, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract

Introduction: Quality of life is the most important component of the concept of mental health. To determine health needs and improve health, quality of life should be examined.

Purpose: The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of the counseling approach based on acceptance and commitment Therapy (ACT) on the quality of life of women admitted to Isfahan cultural centers.

Method: This study was a quasi-experimental method and performed pre-test - post-test with the control group. The population selected of women who were the cultural centers of the city. Cluster sampling was the cultural center of the cultural centers of the city was chosen family. Sample of 30 women who volunteered to participate in the workshop were selected and randomly divided into two groups (n=15) and control (n=15) groups. The dependent variable in this study was women's marital attributions and quality of life.

The instrument was self-reported by the World Health Organization's quality of life. Data analysis was performed using analysis of covariance.

Results: The results of this study showed that counseling based on acceptance and commitment, increased quality of life and the dimensions of married women (including physical and psychological health) in the experimental group than in the control group after the test (001/0 = p, 547/17 = F).

Conclusion: Therefore, the study concluded that counseling approach based on acceptance and commitment Therapy can improve quality of life and marital attribution.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), quality of life

تأثیر مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان

راحله سبوحی^{۱*}، مریم السادات فاتحی زاده^۲، سید احمد احمدی^۳، عذرا اعتمادی^۴

۱- کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان (مؤلف مسئول)

Email:raheleh_sobouhi@yahoo.com

۲- دانشیار گروه مشاوره دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان

۳- استاد گروه مشاوره دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان

۴- دانشیار گروه مشاوره دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی از مهمترین مولفه‌های مفهوم کلی بهداشت روانی محسوب می‌شود. برای تعیین نیازهای حیطة سلامت و ارتقای سطح سلامتی افراد، باید کیفیت زندگی آنها مورد بررسی قرار گیرد.

هدف: هدف از اجرای این پژوهش بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان بود.

روش: این پژوهش به روش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۹۳ اجرا شده است. جامعه آماری، شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان بود. نمونه در این پژوهش ۳۰ نفر از بانوان متأهل بودند و به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ابزار پژوهش پرسشنامه‌ی خلاصه‌ی شده‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق روش آماری تحلیل کوواریانس انجام شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی زنان متأهل و ابعاد آن شامل (بهداشت و سلامت جسمانی و بعد روانشناختی) گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون افزایش داده است ($p=0/001$ ، $F=17/547$).

نتیجه‌گیری: بنابر نتایج برآمده از این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان موثر بود.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، کیفیت زندگی

[

مقدمه

طی دو دهه‌ی گذشته کیفیت زندگی^۱ یکی از مهمترین موضوعات پژوهش‌های بالینی بوده و به عنوان یکی از جنبه‌های موثر در مراقبت از بیماران مورد تأیید قرار گرفته و بررسی آن به منظور تشخیص تفاوت‌های موجود میان بیماران، پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزیابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است. کلمه‌ی کیفیت از لغت لاتین به معنی چیزی و چه (qual) استخراج شده و معنای تحت‌اللفظی آن چگونگی زندگی کردن است و در برگیرنده‌ی تفاوت‌های ویژه برای هر فرد است (رحیمیان، ۱۳۸۸).
نوردون فلت^۲ (۱۹۹۱) کیفیت زندگی را خشنودی از زندگی توصیف نموده است. به نظر او سنجش خشنودی افراد از طریق بررسی تجربه افراد از میزان حصول به آمال و آرزوهایشان انجام‌پذیر است. این تجربه ممکن است برای افراد دیگر همان معنی و مفهوم را نداشته باشد.

خوارزمی (۱۳۸۶) عنوان می‌کند کیفیت زندگی بیش از هر چیز امری نسبی است. برداشت افراد درباره‌ی کیفیت زندگی‌شان با یکدیگر یکسان نیست. بر این اساس شاید بتوان نتیجه گرفت که میان ارزیابی جوانان از واقعیت‌های زندگی و مطلوبیت زندگی و از آن مهم تر معیارهایی که برای ارزیابی زندگی وجود دارند، با آن چه پدران و مادران و حاکمان و مسئولان جامعه دارند، متفاوت است و این شکاف، مدام رو به گسترش بوده و عمیق‌تر خواهد

شد (به نقل از پاداش، ۱۳۸۹).

فارکوهارد^۳ (۱۹۹۵) ابهام معنای کیفیت زندگی را به چند دلیل می‌داند: اول این که پژوهش‌های مراقبت‌های بهداشتی معاصر از عبارت کیفیت زندگی به جای عبارات قدیمی سلامت و توانایی عملکرد استفاده می‌کنند. دلیل دیگر که بر ابهام مفهوم کیفیت زندگی می‌افزاید، تلاش رشته‌های متعددی از جمله جامعه‌شناسی، پزشکی، پرستاری، روان‌شناسی، اقتصاد، جغرافی، تاریخ و فلسفه اجتماعی برای تعریف این عبارت است. به هر حال، استفاده از اصطلاحاتی مانند نشانه‌ها، خلق، وضعیت سلامت، عملکرد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و کیفیت زندگی به جای یکدیگر فقط بر ابهام مفهوم کیفیت زندگی می‌افزاید (به نقل از رحیمیان، ۱۳۸۸).

در نتیجه‌ی این تعاریف و طبقه‌بندی‌های متعدد و متفاوت، پژوهشگران به این توافق رسیدند که این اختلاف تعاریف را کنار بگذارند و تعریف سازمان بهداشت جهانی را به عنوان یک تعریف ملاک مورد پذیرش قرار دهند و چهار تا پنج حیطه‌ی اصلی را به منظور عملیاتی بودن آن در نظر بگیرند (کوت و والاندر^۴، ۲۰۰۰).

سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است:

ادراکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند و زمینه‌های فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند

3.Farkohard
4.Kot & Walender

1.Quality of life
2.Nordon felt

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 آموزشی‌تر بر راهبردهای زمینه‌ای و تجربه‌ای نیز تأکید دارد. (هیز و استروسال^۴، ۲۰۱۰)

هیز و همکاران او معتقدند که تلاشهای ناموفق ما برای غلبه یافتن یا جلوگیری از درد و رنج منجر به ناراحتی بسیار عمیق‌تری 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 پیچیده‌تر کنیم. درمان از طریق پذیرش و تعهد به مراجع می‌آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راههای تازه‌ای برای زندگی‌اش انتخاب کند و اقدام متعهدانه انجام دهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). شش فرآیند زیربنایی (انعطاف پذیری روان شناختی)^۵ به عنوان اجزای اصلی فرآیند تغییر (ACT) معرفی شده است که عبارتند از:

ارتباط با زمان حال^۶، ارزش‌ها^۷، عمل متعهدانه^۸، خود به عنوان زمینه^۹، پذیرش^{۱۰}، گسلش^{۱۱}

دارند که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق آنها می‌باشد (گروه تهیه مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸).

ریف^۱ (۱۹۹۸) کیفیت زندگی را شامل ۶ مؤلفه پذیرش خود، هدف داشتن در زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خود مختاری و روابط مثبت با دیگران می‌داند. این ملاک‌ها با کنش ورزی از قبیل رضایت از زندگی رابطه مثبت و با کنش ورزی‌هایی از قبیل افسردگی رابطه منفی نشان می‌دهد.

هر فردی قادر است جهت زندگی‌اش را انتخاب کند و واژه ارزشها برای توصیف این جهت‌های انتخاب شده استفاده می‌شود (هریس^۲، ۲۰۰۹). اگر انتخابها و رفتارهای فرد او را به ارزشهایش نزدیکتر کند، زندگی او موثرتر و با کیفیت‌تر خواهد بود.

از میان درمانهای مختلف ACT^۳ درمانی است که ارزشها را به عنوان کیفیت‌های منتخب اعمال هدفمند تعریف می‌کند و مولفه هدف داشتن در زندگی را تحقق می‌بخشد. ارزشها جهت‌های 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 درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان

4.Hayes & strosahl
5.Psychological flexibility
6 .contact with present moment
7.Values
8.Committed action
9.self as a context
10.Acceptance
11.cognitive de fusion

1.Ryff
2 .Harris
3 Acceptance and Commitment Therapy

راتری^{۱۲}، مک کانویل^{۱۴}، کلیر همکاران^{۱۵}، (۲۰۱۰)، فوبی اجتماعی (دالریمبل^{۱۶}، ۲۰۰۵، موتبرگا^{۱۷}، کلارک و بجروتا^{۱۸}، (۲۰۱۱)، افسردگی (زتلی^{۱۹} و هیز، ۱۹۸۶، زتل، ۲۰۰۷؛ زتل و همکاران، ۲۰۰۹؛ بولمیجر^{۲۰}، فلورس^{۲۱}، راکس^{۲۲} و پیترس، ۲۰۱۱)، فولکه^{۲۳}، پارلینگ و میلن^{۲۴}، (۲۰۱۲).

و در آخر می‌توان گفت ACT به دنبال آن است که به مراجع بیاموزد چگونه از محتوای فکر بگسلد، چگونه برای رهایی از آن تلاش نکند، به داستان زندگی خود نچسبد، به جای گذشته و آینده مفهومی سازه شده در زمان حال زندگی کند و حاصل همی اینها این که روشها و اهداف را شناسایی کرده و به آنها معتقد باشد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). به عبارت ساده‌تر فرد بیاموزد که به جای این که در خدمت فکر و احساسات باشند در خدمت زندگی و ارزشها و اهدافشان باشند و به نظر می‌رسد که این منجر به افزایش کیفیت زندگی فرد خواهد شد.

بنابراین با توجه به هدف ACT، مسئله‌ی اساسی این پژوهش عبارت است از اثربخشی مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی زنان شهر اصفهان. بدین منظور فرضیه‌های زیر تدوین شده است:

هدف ACT افزایش انعطاف-پذیری روان‌شناختی است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط کامل با زمان حال به عنوان یک انسان، و تغییر یا حفظ رفتار، زمانی که چنین کاری در خدمت اهداف ارزشمند باشد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰).

در میان پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی اثر بخشی این درمان یک طرح تک‌موردی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان دو مورد وسواس (وسواس و ارسوی و افکار وسواسی) موفق بود (توہی^۱ و ویتال^۲، ۲۰۰۸). این پژوهش حاکی از آن بود که فرآیندهای پذیرش و تعهد، شناخت درمانی و مواجهه و جلوگیری از پاسخ می‌توانند از یکدیگر متمایز شوند، گرچه این یافته‌ها اولیه و مقدماتی بودند، زیرا فقط ۶ شرکت‌کننده در این پژوهش وجود داشت.

پژوهش‌ها به نقل از ایزدی (۱۳۹۱) حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دامنه‌ای از اختلالات موثر می‌باشد، مثل پسیکوز (باچ و هنر^۳، ۲۰۰۲، وگا^۴-مارتینز^۵، پرز^۶ و آوارز^۷، گارسیا^۸-مونتز^۹، ۲۰۰۸؛ وایت^{۱۰}، گاملی^{۱۱}، مک تاگارت^{۱۲}،

12. McTaggart
13. Rattie
14. McConvill
15. Clear & et al
16. Dalrymple
17. Mortberga
18. Clark & Bejerota
19. Zettle
20. Bohlm ejjer
21. Fledderus
22. Rokx & Pieterse
23. Folke
24. Parling & Melin

1. Twohiy
2. Whittal
3. Bach & Henr
4. Veiga
5. Martinez
6. Perez
7. Alvarez
8. Garcia
9. Montes
10. White
11. Gamely

تصادف انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی خلاصه شده‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت

این پرسشنامه دارای ۲۶ ماده و ۴ بعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی می‌باشد که به عنوان مقیاس جامع مورد استفاده قرار می‌گیرد و در مجموع شامل کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی می‌باشد.

نمره‌گذاری

سؤالات پرسشنامه ۵ گزینه‌ای هستند (اصلاً، خیلی کم، در حد متوسط، زیاد و خیلی زیاد) به این صورت که «اصلاً» برابر ۱ و «خیلی زیاد» برابر ۵ نمره-گذاری می‌شود.

اعتبار

این مقیاس توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) در ایران استانداردسازی شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای حیطه سلامت جسمانی، ۰/۷۶، سلامت روانی، ۰/۷۷، روابط اجتماعی، ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ و برای مقیاس کل ۰/۷۳ به دست آمده است. در پژوهش رجیبی و همکاران (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمونه ۰/۹۰ به دست آمده است. (به نقل از حیدری، ۱۳۹۲).

روش اجرا و تحلیل:

گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) دریافت کرد، اما گروه گواه در مدت این پژوهش هیچ‌گونه برنامه‌ی مشاوره گروهی دریافت نکردند. در ابتدای دوره هر دو گروه به پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند. پس از پایان ۸ جلسه، پژوهشگر اقدام به اجرای پس

۱- مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) باعث افزایش کیفیت زندگی زنان می‌شود.

۲- مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش تعهد (ACT) باعث افزایش بهداشت و سلامت جسمانی می‌شود.

۳- مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش تعهد (ACT) باعث افزایش نمرات روان شناختی می‌شود.

۴- مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش تعهد (ACT) باعث افزایش نمرات روابط اجتماعی می‌شود.

۵- مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش تعهد (ACT) باعث افزایش نمرات محیط و وضعیت زندگی می‌شود.

۶- مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) نمرات کلی کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه گواه بود که متغیر مستقل آن مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) و متغیر وابسته‌ی آن کیفیت زندگی و مولفه‌های آن می‌باشند. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان ۱۳۹۳ تشکیل داده است.

به منظور اجرای این پژوهش از بین فرهنگسراهای اصفهان، یک فرهنگسرا به صورت تصادفی انتخاب و سپس با فراخوان از زنان مراجعه‌کننده به آن فرهنگسرا دعوت به همکاری شد. از بین آن‌ها ۳۰ نفر به

درونی خود بیابند، بمانند و خود بروند.

جلسه‌ی چهارم: بعد از بررسی تکلیف انتخاب نقشه‌ی زندگی هر یک از اعضا کشیده شد در این نقشه مسیرهای مختلفی از جمله (مسیر ارتباط با همسر، مسیر ارتباط با دیگران، مسیر سلامتی، مسیر کار و شغل، مسیر تفریح، مسیر تحصیل، مسیر مذهب و...) وجود داشت که در واقع این‌ها همان ارزش‌های هرفرد بودند اعضا به این بینش رسیدند که واقعاً در هر یک از این مسیرها دوست دارند چگونه رفتار کنند. تکلیف تا جلسه‌ی آینده این بود که اعضا مسیرهای خود را ترسیم نمایند.

جلسه‌ی پنجم: بعد از بررسی تکلیف، برای حرکت در مسیر این ارزش‌ها، اعضا هدف، عمل، موانع را مشخص نمودند. تا جلسه‌ی آینده اعضا برای هر یک از مسیر ارزش‌های خود هدف، عمل و موانع را مشخص می‌کردند.

جلسه‌ی ششم: بعد از بررسی تکلیف برای اعضا مطرح شد که موانع دو دسته هستند یکی موانع بیرونی و دیگری موانع درونی و قانون دنیای بیرون و درون دوباره برای اعضا بیان می‌گوید.

برای اعضا آمیختگی مطرح گردید. و راه حل آمیختگی یعنی گسلش با استعاره قطار مطرح شد راه حلی برای رویارویی با موانع درونی (فکر، احساس، خاطره، میل، علائم بدنی) تکلیف این بود که اعضا گسلش را تجربه نمایند.

جلسه هفتم: بعد از بررسی تکلیف، از اعضا خواسته شد با تمرین گسلش بتوانند به

آزمون (کیفیت زندگی) نمود. لازم به ذکر است پس از اجرای پس آزمون، برای گروه گواه نیز ۸ جلسه مشاوره گروهی برگزار گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS19 و در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

خلاصه‌ی جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد:

جلسه اول: خوش آمدگویی، بیان اهداف، قوانین و ضوابط اصلی گروه به خصوص رازداری، اقدام به شناخت یکدیگر (درمانگر و اعضا)، سپس از اعضا خواسته شد تا مشکل خود را بیان نمایند و آموزش ذهن آگاهی نسبت به مشکل از اعضا خواسته شد این تمرین را هم در طول هفته انجام دهند.

جلسه دوم: در آغاز جلسه پس از بررسی تکلیف ذهن آگاهی، مشکل از نگاه درمانگر یا رهبر گروه بیان شد. بعد از آن استعاره‌ی چاله و بیلچه و دنیای درون و بیرون برای اعضا مطرح گردید، همچنین ۵ سم ارتباطی برای اعضا مطرح گردید. قرار شد تا جلسه‌ی بعدی چاله‌ها و بیلچه‌هایشان را اعضا در زندگی خود بیابند.

جلسه سوم: بعد از بررسی تکالیف اعضا، این جلسه جلسه انتخاب بود، انتخاب این که آن چه را که می‌توانند را با حل مسئله (موانع بیرونی مثل و مسکن، شغل، ...) تغییر دهند و موانع درونی (فکر، احساس، میل، علائم بدنی، خاطرات) را از ذهن بیرون نکنند بلکه خانه‌ی ذهن خود را بزرگتر نمایند. تا موانع

سیر ارزش‌ها رسیدگی کنند بررسی گردید. در این جلسه جمع بندی جلسات گذشته صورت گرفت.

در پایان جلسات روی هر دو گروه پس آزمون اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌های خام حاصل از این پژوهش به وسیله نرم افزار SPSS19 استفاده از روش تحلیل کوواریانس صورت گرفت. در تحلیل کوواریانس تأثیر نمرات پیش آزمون از روی نمرات پس آزمون برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به میانگین‌های تعدیل شده مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون نمرات مولفه‌های کیفیت زندگی در دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

این توانایی برسند که موانع درونی بیایند و بروند اما آن‌ها از مسیر ارزش‌های خود غافل شوند.

همچنین در این جلسه اجتناب و مقابل اجتناب، پذیرش بیان گردید. در این جلسه این کار با بیان استعاره‌ی مهمان صورت گرفت قرار شد تا جلسه‌ی آینده که جلسه آخر بود اعضا بیان کنند که در طول هفته چه مهمان‌هایی را (مثلاً چه فکرها، احساس‌ها و امیال و خاطراتی و علائم بدنی را راه داده‌اند به آن‌ها خوش آمد گفتند و سعی در بیرون کردن آن‌ها یعنی کنترل و اجتناب از موانع درونی نکرده‌اند.

جلسه هشتم: بعد از بررسی تکلیف اعضا و این که اعضا چقدر موفق شده‌اند به جای کنترل، تمایل داشته باشند و این که چقدر توانسته‌اند به

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون کیفیت زندگی در دو گروه

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		گروه	تعداد
		میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد		
بهداشت و سلامت جسمانی	۱۵	۲۵/۹۳	۱۸/۸	۹/۲	۲/۵۷	۱۵	۱/۶۲
		۲/۱	۱/۸۲	۹/۵۳	۲/۳۷		
روابط اجتماعی	۱۵	۲۱/۹۳	۱۸/۸۷	۲۶/۰۷	۳/۲۷	۱۵	۴/۱۸
		۱/۳۹	۱/۴	۲۶/۲۷	۲/۲۷		
زندگی محیط و محیط	۱۵	۱۸/۸۶	۱۸/۴	۲۶/۲	۲۵/۸	۱۵	۲/۹
		۲/۷۵	۱/۹	۶/۲۷	۳/۳۶		
کیفیت زندگی	۱۵	۷/۵۳	۶/۲۷	۶/۲۷	۶/۰۶	۱۵	۱/۱
		۰/۸۳	۱/۶۲	۶/۲۷	۱/۳۹		

است. در حالیکه در پس آزمون، میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایشی ۷/۵۳ و در گروه کنترل، این میانگین معادل ۶/۲۷ است. فرضیه اصلی پژوهش: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایشی در مرحله پیش آزمون برابر با ۶/۲۷ و این میانگین در گروه کنترل برابر با ۶/۰۶

مؤلفه‌های کیفیت زندگی گروه آزمایشی را
نسبت به گروه گواه در مرحله پس از آزمون افزایش می‌دهد.
برای بررسی این فرضیه از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید. همچنین نتایج آزمون کولموگروف-اسپیرنف^۱ و آزمون لوین^۲ به ترتیب پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات و تساوی واریانس را تأیید کرد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره بر روی میانگین مؤلفه‌های پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی داری (P)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون لانداي ويلكز	۰/۱۷۸	۱۷/۵۴۷	۵/۰۰۰	۱۹/۰۰۰	**۰/۰۰۱	۰/۸۲۲	۱

همان طوری که در جدول ۲: ملاحظه می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های کیفیت زندگی) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه گواه در مرحله پس از آزمون افزایش داده است. ($P=۰/۰۰۱$ ، $F=۱۷/۵۴۷$)، برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داده شده است که میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۸۲۲ می‌باشد. یعنی ۸۲/۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی مربوط به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری نزدیک به یک نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

1- Kolmogorov-Smirnov
1- Levene's Test

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات مؤلفه‌های رضایت زناشویی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	میزان تأثیر	توان آماری
بهداشت و سلامت جسمانی	۱۱۷/۲۳۲	۱	۱۱۷/۲۳۲	۴۲/۶۳۲	**۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
عضویت گروهی	۶۳/۲۴۶	۲۳	۲/۷۵۰	-	-	-	-
روان شناختی	۹۳/۲۷۱	۱	۹۳/۲۷۱	۲۲/۳۸۸	**۰/۰۰۱	۰/۴۹۳	۰/۹۹۵
عضویت گروهی	۹۵/۸۱۸	۲۳	۴/۱۶۶	-	-	-	-
روابط اجتماعی	۹/۵۷۶	۱	۹/۵۷۶	۳/۴۴۰	۰/۰۷۶	۰/۱۳۰	۰/۴۲۸
عضویت گروهی	۶۴/۰۱۶	۲۳	۲/۷۸۳	-	-	-	-
محیط و	۴/۹۵۶	۱	۱/۹۵۶	۱/۰۹۱	۰/۳۰۷	۰/۰۴۵	۰/۱۷۰

وضعیت زندگی	گروهی	۱۰۴/۴۸۳	۲۳	۴/۵۴۳	-	-	-
کیفیت زندگی	عضویت گروهی	۹/۷۳۶	۱	۹/۷۳۶	۱	۰/۵۷۰	**۰/۰۰۱
وضعیت زندگی	گروهی	۷/۳۳۶	۲۳	۰/۳۱۹	-	-	-

تائید گردید. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمرات روان شناختی شرکت‌کنندگان در پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر معنی‌دار داشته است. میزان این تاثیر در مرحله پس آزمون ۴۹/۳ درصد بوده است.

فرضیه ۳: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات روابط اجتماعی را افزایش می‌دهد.

همانطوریکه در جدول ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات روابط اجتماعی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). لذا فرضیه ۳ رد گردید. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمرات روابط اجتماعی شرکت‌کنندگان در پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر معنی‌دار نداشته است.

فرضیه ۴: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات محیط و وضعیت زندگی را افزایش می‌دهد.

همانطوریکه در جدول ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات محیط و وضعیت زندگی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی

فرضیه ۱: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات بهداشت و سلامت جسمانی را افزایش می‌دهد.

همانطوریکه در جدول ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات بهداشت و سلامت جسمانی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). لذا فرضیه ۱ تائید گردید. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمرات بهداشت و سلامت جسمانی شرکت‌کنندگان در پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر معنی‌دار داشته است. میزان این تاثیر در مرحله پس آزمون ۶۵ درصد بوده است.

فرضیه ۲: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات روان شناختی را افزایش می‌دهد.

همانطوریکه در جدول ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات روان شناختی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی

و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). لذا فرضیه ۲

شامل (بهداشت و سلامت جسمانی، روان شناختی) بود. این پژوهش با پژوهش ایزدی (۱۳۹۱)، مهردوست (۱۳۹۰)، همسو است. ایزدی (۱۳۹۱)، در پژوهش خود تحت عنوان (بررسی و مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر علایم و باورهای وسواس، کیفیت زندگی، انعطاف پذیری روان شناختی، افسردگی، اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان، اثر بخشی هر دو رویکرد را در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان تأیید کرد. از سوی دیگر مهردوست (۱۳۹۰)، در پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش توجه متمرکز بر خود، بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی و کاهش علایم اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان مداخله کننده به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان، بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) باورهای خودکارآمد اجتماعی دانشجویان دختر قبلاً به هراس اجتماعی را در مرحله پس از آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل بهبود می‌دهد و در آخر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشانه‌های اختلال هراس اجتماعی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال هراس اجتماعی را در مرحله پس از آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش می‌دهد. در تبیین نظری، جالوویس (۱۹۹۰)، کیفیت زندگی را شامل سلامتی، توانایی عملکرد در رضایت از زندگی می‌داند و

(گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس از آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). لذا فرضیه ۴ رد گردید. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمرات محیط و وضعیت زندگی شرکت‌کنندگان در پس از آزمون گروه آزمایشی تأثیر معنی‌دار نداشته است. **فرضیه ۵:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. همانطوریکه در جدول ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). لذا فرضیه ۵ تأیید گردید. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمرات کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان در پس از آزمون گروه آزمایشی تأثیر معنی‌دار داشته است. میزان این تأثیر در مرحله پس از آزمون ۵۷ درصد بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان انجام شد و نتایج آن به طور کلی، نشان دهنده تأثیر مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کیفیت زندگی زنان متأهل و ۳ بعد از ابعاد آن

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 روان‌تنی 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 نارضایتی 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.

بنابراین با توجه به اثر بخش بودن این مشاوره می‌توان

آن را در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی خلاصه می‌کند. 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 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

1. Herbert
2. Forman
3. Arch
4. Craske

۳- استفاده از این مشاوره نه فقط برای درمان اختلالات و بیماری‌هایی چون افسردگی و وسواس بلکه استفاده از آن برای افراد عادی جامعه.

پیشنهاد‌های زیر را ارائه کرد:
۱- آموزش مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به مشاوران

۲- استفاده از مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در حیطه‌های مختلف زندگی افراد
Koot, h.m, & wallander, G.L. (2006). Quality of life child and adolescent illness. New York: Brunner-Routledge.

Mehrdust, Z. (1390). Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on focused attention reduction, improved social self-efficacy and social anxiety disorders symptoms in students of Isfahan University counseling center. Thesis Master of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan.

Nordon felt, S.G. (2003). childhood socio-emotional characteristics as antecedents of marital stability and quality. Journal of family Therapy, 8(4): 223-237.

Padash, Z. (1389). Efficacy of treatment on quality of life on marital satisfaction of spouses esfahancity. Family Counseling MA thesis, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan.

Rahimian, D. (1388). Clinical psychology Preventive health guidelines, formulation and treatment, Tehran: Danzhh.

Ryff, C.D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. Psychology Inquiry, 19: 91-28.

Twohig, M.P., & Whittal, M.L. (2008). Anevaluation of mechanisms of action in ACT, CT, and RFT for OCD. Paper presented at the annual conference of the Association for Behavior Analysis, May 24-27, Chicago, IL.

World Health Organisation. (1379). Life Skills Training Program. Translated by Qasim Abadlight. F. And Mohammad Khani, c. Department of Cultural Affairs and preventing the State Welfare Organization. 38-11.

References

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.

Harris, R. (2009). ACT made simple. Oakland, CA: New Harbinger Publication.

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.

Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). A practical Guide to Acceptance and commitment therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc.

Heidari, F. (1392). Skills development training marital and marriage counseling theories based on the teachings of Islam and to compare the effects of the two, depending on the couple's marital satisfaction and quality of life in the city. MA thesis advice, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan.

Herbert, J.D. & Forman, E.M. (Eds.). (2011). Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy Hoboken, NJ: Wiley.

Izadi, R. (1391). Comparison based on acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive-behavioral therapy (CBT) on symptoms and obsessive beliefs, quality of life, mental flexibility and anxiety and depression in patients with treatment-resistant obsessive-compulsive. Thesis Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan.



شروء شكاره علوم انسانی و مطالعات فریبندی
رتال جامع علوم انسانی