

بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی کارکنان
در یک واحد نظامی

*The effectiveness of group therapy based on
acceptance and commitment on quality of life in military
personnel in a military unit*

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۶/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۱۹

Kalantari, M, Yazarlou, M. T[✉], Mehrabi, H. A

مهرداد کلانتری^۱، محمدتقی یازرلو[✉]، حسین‌علی مهرابی^۲

Abstract

Introduction: The purpose of this research is to determine the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on quality of life in a military unit.

Method: Research design is quasi-experimental with control group and assessment into pre-test, post-test and a follow up that lasted for a month. For this purpose, 60 personnel of the military personnel with entry criteria (male, aged between 20 and 40 years, minimum education diploma) were selected into purposive sampling and were randomly assigned into two group of experimental and control. Subjects of group experimental received group therapy training based on commitment and acceptance in 8 sessions about 90 minutes. Research tools were Questionnaire quality of life.

Results: result showed that group therapy training based on acceptance and commitment cause of significant decrease On quality of life in the stage of posttest and follow up ($p < 0/005$).

Discussion: Finding of this research indicate effectiveness of group therapy training based on acceptance and commitment on quality of life.

Key words: group therapy training based on acceptance and commitment, quality of life, military of personnel.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در کارکنان در یک واحد نظامی است.

روش: طرح پژوهش نیمه‌تجربی همراه با گروه کنترل و ارزیابی به‌صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه است. بدین منظور ۶۰ نفر از کارکنان یک واحد نظامی دارای ملاک‌های ورود (جنسیت مرد، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، با حداقل تحصیلات دیپلم) به‌صورت نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش، آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت ۸ جلسه نود دقیقه‌ای دریافت کردند. ابزار پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش معنادار کیفیت زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است ($P < 0/005$).

بحث: یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی کارکنان واحد نظامی، مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش؛ تعهد و کیفیت

✉ **Corresponding Author:** M.A. in clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan university, Isfahan, Iran
E-mail: yazarloo.17@gmail.com

۱- استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
✉ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

سرمایه انسانی، مهم‌ترین دارائی یک سازمان و منبع خلاقیت و نوآوری آن است. سرمایه انسانی، نشانگر موجودی دانشی افراد یک سازمان است که در وجود کارکنان آن نهفته است (قربانزاده، حبیبی و ابراهیمزاده، ۱۳۹۱). کارکنان نیروی انتظامی به‌عنوان منابع انسانی سازمان ناجا، به‌لحاظ ویژگی‌های ذاتی حرفه نظامی، با مسائل شغلی متعددی مواجه بوده و در نتیجه از آسیب‌پذیری روان‌شناختی بیشتری نسبت به کارکنان سایر مشاغل برخوردارند. فشار روانی ناشی از نوع شغل و مأموریت‌های پیچیده، قوانین سخت، احتمال مجروحیت و معلولیت، ترس از شکست، اسارت و حتی مرگ، از جمله مسائلی است که احتمال آنها در مشاغل نظامی بسیار بیشتر از مشاغل غیرنظامی است (عابدی و مزروع، ۲۰۱۰). ارتباط مستقیم شغل با زندگی فردی و خانوادگی، موجب سرایت مشکلات به محیط خانوادگی و اجتماعی کارکنان می‌شود و در مجموع کاهش کیفیت زندگی آنان را دربر خواهد داشت. مطالعات بسیاری نشان داده است که استرس‌ها و فشارهای مرتبط با شغل، یکی از آسیب‌های جدی برای کیفیت زندگی آنها و در نهایت سبب کاهش بهره‌وری سازمان‌ها به‌شمار می‌آیند (ساعت‌چی، ۱۳۷۹).

این موضوع در شغل پلیس (نیروی انتظامی) که در مطالعه برد و دال^۱ (۱۹۸۱)، به نقل از یگانه و قلمبر، (۱۳۸۳: ۷) به‌عنوان خطرناک‌ترین شغل معرفی شده است و چون نیروهای مسلح، حافظ استقلال، امنیت و تمامیت ارضی کشور بوده و اقتدار کشور بدون اقتدار و توانمندی‌های نیروهای نظامی و انتظامی میسر نخواهد شد، این موضوع، اهمیت دوچندانی پیدا می‌یابد. بنابراین سازمان‌های نیروی انتظامی به‌واسطه ماهیت شغلی خود، باید بیشتر از سایر سازمان‌ها به آمادگی و

فصلنامه روان‌شناسی نظامی دوره ۸، شماره ۳۰، تابستان ۱۳۹۶

کیفیت زندگی کارکنان خود توجه داشته باشند. کیفیت زندگی، مفهومی چندبعدی است که بیانگر درک فرد از وضعیت سلامت و رفاه جسمانی و روانی است (بیشاپ^۲، ۲۰۰۷). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف کرده است: کیفیت زندگی، ادراکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و نظام ارزشی که در آن هستند، دارند که این ادراک براساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق آنهاست (کاتسچینگ^۳، ۱۹۹۷). ونت‌گود و همکاران^۴ (۲۰۰۵)، کیفیت زندگی را با یک حس رضایت و یا تحقق‌یافتن اهداف زندگی و امیدها و آرزوها معادل دانسته‌اند. لیو^۵ (۲۰۰۶) معتقد است که کیفیت زندگی، شامل سلامت جسمانی، شرایط شخصی (ثروت و شرایط زندگی)، ارتباطات اجتماعی مناسب و رضایت بالای شغلی فرد است. کیفیت زندگی، ترکیبی از شرایط عینی و ذهنی را دربر می‌گیرد که جنبه ذهنی آن به احساس رضایت به‌طورعام اشاره دارد و جنبه عینی آن به پاسخگویی به تقاضاهای فرهنگی و اجتماعی برای ثروت مادی، پایگاه اجتماعی و بهزیستی جسمانی برمی‌گردد (گویات و همکاران^۶، ۲۰۰۷). باتوجه‌به اینکه سرمایه انسانی، تأثیر مستقیمی بر عملکرد سازمانی نیروی انتظامی دارد و موضوعی جالب توجه برای بسیاری از مدیران این سازمان است، به‌همین‌منظور، داشتن رویکردی مناسب با هدف بررسی و شناسایی عوامل محرک و توانمندسازی نیروی انسانی در سازمان ناجا از اهمیت بسزایی برخوردار است. لذا نیروی انتظامی می‌تواند با اطلاع‌یافتن از وضعیت کیفیت زندگی کارکنان خود و آموزش جهت ارتقای کیفیت زندگی، حداکثر رضایت‌مندی از انجام فعالیت را برای افراد به‌وجود آورد و علاوه‌بر تأمین بهداشت روانی، مانع از به‌هدررفتن کارایی نیروی انسانی شود. به‌منظور

کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خودش را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص، تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به‌همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (روما)، هراس‌ها و یا ترس‌های اجتماعی و غیره باشند (هریس، ۲۰۰۶).

هایس (۲۰۰۵)، معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به‌جای آنکه روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز کند به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده است، خلاص نماید و به آنها اجازه دهند که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. تحقیقات بررسی‌کننده اثربخشی درمان پذیرش و تعهد، نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند در مورد مشکلات متنوع، اثربخشی متوسط تا بزرگ داشته باشد. لانزا و مندز^{۱۱} (۲۰۱۳) در پژوهشی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را روی زنان معتاد زندانی بررسی کردند. نتایج نشان داد پس از ۱۶ جلسه مداخله پذیرش و تعهد، میزان پرهیز از مواد از ۲۷/۸ درصد به ۴۳/۸ در مدت شش ماه افزایش یافت. شارپ^{۱۱} (۲۰۱۲) در پژوهش مروری خود به این نتیجه دست یافت که درمان پذیرش و تعهد ممکن است برای مفهوم‌سازی و درمان اختلالات اضطرابی مناسب باشد. فولک، پارلینگ و ملین^{۱۲} (۲۰۱۲) در پژوهشی به بررسی اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افرادی که به‌علت افسردگی در

بهبودی و ارتقای کیفیت زندگی کارکنان نیروی انتظامی مداخله‌های مختلفی می‌تواند به‌کار گرفته شود. یکی از این نوع مداخله‌ها، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. این درمان شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شود. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد (هایس، لوما و بوند^۷، ۲۰۰۶).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه‌اینکه صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود (فرمن و هربرت^۸، ۲۰۰۸). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات و غیره) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به فرد آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجربه ذهن ناخواسته بی‌اثر است و اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به‌طورکامل پذیرفت (هریس^۹، ۲۰۰۶). در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی)، به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای

می‌شد که از بین آنها ۶۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب به دو گروه ۳۰ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند.

ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از:
 ۱. امضای تعهدنامه شرکت مستمر در جلسات درمانی؛
 ۲. نداشتن تشخیص اختلال روان شناختی یا شخصیت شدید برحسب دستگاه تشخیصی چندمحوری؛
 ۳. دامنه سنی بین ۲۰ - ۴۰ سال؛
 ۴. جنسیت مرد؛
 ۵. حداقل تحصیلات دیپلم. همچنین ملاک خروج، عبارت بود از: عدم شرکت در جلسات درمانی و نداشتن ملاک‌های ورودی.

روال انجام این پژوهش بدین‌صورت بود که پس از نهایی‌سازی اهداف و انجام هماهنگی‌های اداری، در ابتدا به مراکز واحد نظامی مراجعه شد و سپس روی کلیه افراد کادر که مایل به شرکت در طرح بوده و نام‌نویسی کردند، مصاحبه اولیه به‌عمل آمد و پرسشنامه کیفیت زندگی برای شناسایی آزمودنی‌های واجد ملاک‌های پژوهش، بین افراد توزیع شد. در مرحله بعد براساس اهداف پژوهشی، افرادی که پایین‌ترین نمره را در کیفیت زندگی به‌دست آوردند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، در دو گروه قرار گرفتند و سپس پیش‌آزمون روی همه شرکت‌کنندگان در طرح، اجرا شد. به شرکت‌کنندگان یادآوری شد که اطلاعات مربوط به پرسشنامه‌ها محرمانه می‌ماند و در اختیار کسی قرار نخواهد گرفت. در مرحله بعد مداخله برای گروه آزمایش به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد (جدول ۱). در همه جلسات آموزشی در انتهای جلسه از شرکت‌کنندگان، بازخورد گرفته شد و تکلیف خانگی ارائه شد. سپس در ابتدای همه جلسات، انجام تکالیف خانگی مورد بررسی قرار گرفت. جلسات درمانی، مبتنی بر پذیرش طراحی، تدوین و

مرخصی طولانی‌مدت به‌سر می‌بردند، پرداختند. در این پژوهش ۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. افراد گروه آزمایش پنج جلسه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه کنترل هم درمانی دریافت نکرد. ۱۸ ماه پس از انجام آزمایش، هر دو گروه مورد پیگیری قرار گرفتند. نتایج نشان داد که افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، بهبودی معناداری را در افسردگی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی داشتند. ولز و مک کراکن^{۱۳} (۲۰۰۸)، در رابطه اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی روی درمان بیماران مبتلا به دردهای مزمن با بررسی روی ۱۷۱ بیمار نشان دادند که پس از اجرای طرح درمانی، بیماران در شاخص‌هایی از قبیل: میزان تجربه درد، افسردگی، اضطراب، ناتوانی و معلولیت، وضعیت شغلی و عملکرد فیزیکی، بهبود معناداری را نسبت به قبل از اجرای درمان، نشان دادند.

از آنجاکه کیفیت زندگی کارکنان واحدهای نظامی به‌دلایلی که ذکر شد در معرض خطر قرار دارد، هدف در این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی کارکنان در یک واحد نظامی است.

روش

طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل بود. به‌منظور بررسی تداوم تأثیر مداخله، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، به مدت یک ماه پس از مرحله پس‌آزمون، در مرحله پیگیری نیز مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری کلیه کارکنان یک واحد نظامی را که بین ۲۰ تا ۴۰ سال سن داشتند و در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ مشغول به‌کار بودند، شامل

می‌کند. پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و اعتبار بالایی دارد (مک هورنی، وار و راجک^{۱۴}، ۱۹۹۳؛ گارات^{۱۵}، ۱۹۹۷). روایی و اعتبار این پرسشنامه را برای اولین بار در ایران منتظری، گشتاسبی و واحدی‌نیا (۱۳۸۴) در ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند که بیشتر آنها متأهل بودند. ضریب پایایی در هشت بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به‌غیراز بعد سرزندگی ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد که نسخه ایرانی این پرسشنامه، با روایی و اعتبار بالا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی بین جمعیت عمومی، ابزاری مناسب است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای هر متغیر بدین‌صورت بود که برای کارکرد جسمی ۰/۸۹، اختلال نقش به علت سلامت جسمی ۰/۷۷، اختلال نقش به‌علت سلامت هیجانی ۰/۹۱، انرژی ۰/۹۲، بهزیستی هیجانی ۰/۸۶، کارکرد اجتماعی ۰/۹۵، درد ۰/۸۷ و سلامت عمومی ۰/۸۵ است.

اجرا شد. در ضمن پژوهشگر دوره مقدماتی و پیشرفته درمان پذیرش و تعهد را زیر نظر متخصصان درمان پذیرش و تعهد گذرانده است. در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Spss-22 استفاده شد و برای تحلیل فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه ۳۶ سؤال را شامل می‌شود که هشت خرده‌مقیاس مرتبط با سلامت را می‌سنجد و هر زیرمقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است: کارکرد جسمی، اختلال نقش به‌علت سلامت جسمی، اختلال نقش به‌علت سلامت هیجانی، انرژی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی. هر زیرمقیاس نمره‌ای بین ۰ (پایین‌ترین نمره) تا ۱۰۰ (بالا‌ترین نمره) دارد که براساس پاسخ افراد به گزینه‌های سؤالات، نمره‌ای به فرد اختصاص می‌یابد. این پرسشنامه چهار زیرمقیاس سلامت فیزیکی و چهار زیرمقیاس سلامت روانی را اندازه‌گیری

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسات | محتوا |
|------------|--|
| جلسه اول | آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آنها، تعیین خط‌مشی گروه، ایجاد ارتباط با اعضا، توزیع پرسشنامه‌های پژوهش، توضیحاتی درمورد کیفیت زندگی، توضیح مختصر روش درمانی |
| جلسه دوم | کمک به مراجع برای ارزیابی تجربیاتشان، ایجاد و توسعه کارآمدی به‌عنوان یک معیار، فراخوانی ناامیدی خلاقانه، اجتناب از راهبردهای قدیمی و درخواست راهبردهای جدید |
| جلسه سوم | نشان‌دادن اینکه چطور کنترل، مشکل ایجاد می‌کند، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها و عدم کنترل آنها با استفاده از تمثیل |
| جلسه چهارم | تضعیف آمیختگی بین خود و زبان آموزش آگاهی بدون قضاوت، توضیح به مراجع که چطور زبان در پشت تجربیات قرار دارد، ایجاد تمایز بین تصاویر و بازنمایی‌ها از عملکرد |
| جلسه پنجم | تضعیف وابستگی به مفهوم خود، ایجاد و آگاهی از خود نظاره‌گر، تمایز بین خودمفهومی و خودنظاره‌گر |
| جلسه ششم | رسیدن به حد بالای آگاهی و پذیرش (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه) با استفاده از فن‌های ذهن آگاهی |
| جلسه هفتم | درک اهمیت زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و بیان تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و نیازها، درک عملکرد ارزش‌ها در تولید یک زندگی سالم، روشن‌نمودن ارزش‌های مراجع |
| جلسه هشتم | درک کیفیت‌های پذیرش و تمایل به کار گرفته‌شده و انتخاب، درک ماهیت پذیرش و تعهد و پیوند این دو، بررسی موانع سر راه پذیرش و حل آنها |

یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی سن آزمودنی‌های پژوهش بر حسب عضویت گروهی ارائه شده است. کارکنان در گروه آزمایش ۲۷/۹۳ و انحراف استاندارد آن ۴/۱۶ است. میانگین سن کارکنان در گروه کنترل ۲۶/۶۶ و انحراف استاندارد آن ۳/۲۸ است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود میانگین سن

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی سن آزمودنی‌های پژوهش بر حسب عضویت گروهی

| متغیر | گروه | میانگین | انحراف استاندارد | تعداد کل |
|-------|-------------|---------|------------------|----------|
| سن | گروه آزمایش | ۲۷/۹۳ | ۴/۱۶ | ۳۰ |
| | گروه کنترل | ۲۶/۶۶ | ۳/۲۸ | ۳۰ |

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) مقیاس کیفیت زندگی گروه آزمایش بر حسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مقیاس کیفیت زندگی گروه آزمایش بر حسب مرحله ارزیابی

| متغیر | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری |
|---------------------------------|-----------|------------------|----------|------------------|--------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| کارکرد جسمی | ۴۱/۶۶ | ۱۳/۹۱ | ۴۶/۱۶ | ۱۲/۶۴ | ۴۵/۳۳ |
| اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی | ۵۵ | ۲۶/۵۸ | ۶۵ | ۲۵/۹۳ | ۵۷/۵۰ |
| اختلال نقش به‌خاطر سلامت هیجانی | ۴۹/۹۹ | ۳۶/۸۷ | ۶۱/۱۰ | ۳۲/۸۵ | ۵۷/۷۷ |
| انرژی | ۴۴/۵۰ | ۱۴/۹۳ | ۴۹/۸۳ | ۱۴/۶۵ | ۴۹/۶۶ |
| بهبودی هیجانی | ۴۸/۲۶ | ۱۴/۰۱ | ۵۱/۰۶ | ۱۴/۵۴ | ۵۱/۷۳ |
| کارکرد اجتماعی | ۴۱/۲۵ | ۲۴/۳۷ | ۵۰/۸۳ | ۲۶/۴۵ | ۴۸/۳۳ |
| درد | ۴۵/۶۶ | ۱۳/۷۸ | ۵۰/۹۱ | ۱۴/۳۹ | ۵۱/۶۶ |
| سلامت عمومی | ۴۸/۱۶ | ۱۳/۰۳ | ۵۱/۵۰ | ۱۲/۷۴ | ۵۰/۳۳ |
| نمره کل | ۳۷۴/۵۱ | ۴۷/۷۰ | ۴۲۶/۴۲ | ۵۶/۰۸ | ۴۱۲/۳۴ |

در جدول ۴ شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) مقیاس کیفیت زندگی در گروه کنترل بر حسب مرحله ارزیابی، ارائه می‌شود.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی مقیاس کیفیت زندگی گروه کنترل بر حسب مرحله ارزیابی

| متغیر | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری |
|---------------------------------|-----------|------------------|----------|------------------|--------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| کارکرد جسمی | ۴۳/۶۶ | ۱۴/۵۵ | ۴۳/۵۰ | ۱۳/۲۷ | ۴۲/۸۳ |
| اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی | ۵۴/۱۶ | ۳۲/۲۱ | ۵۴/۱۶ | ۳۲/۲۱ | ۵۰ |
| اختلال نقش به‌خاطر سلامت هیجانی | ۵۳/۳۳ | ۳۸/۷۵ | ۵۵/۵۵ | ۳۹/۴۷ | ۵۳/۳۳ |
| انرژی | ۴۱/۳۳ | ۱۴/۹۶ | ۴۱/۸۳ | ۱۴/۲۳ | ۴۰/۶۶ |
| بهبودی هیجانی | ۴۷/۶۰ | ۱۴/۷۹ | ۴۸/۱۳ | ۱۴/۱۵ | ۴۷/۸۶ |
| کارکرد اجتماعی | ۴۵ | ۲۸/۷۳ | ۴۳/۳۳ | ۲۴/۹۴ | ۴۲/۰۸ |
| درد | ۴۷/۸۳ | ۱۶/۲۳ | ۴۷/۰۸ | ۱۶/۶۷ | ۴۶ |
| سلامت عمومی | ۴۴/۳۳ | ۱۴/۹۵ | ۴۴/۸۳ | ۱۵/۲۸ | ۴۴/۱۶ |
| نمره کل | ۳۷۷/۲۶ | ۵۳/۷۰ | ۳۷۸/۴۴ | ۴۸/۷۶ | ۳۶۶/۹۵ |

معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). اندازه اثر هم نشان می‌دهد که عضویت گروهی یعنی دریافت یا عدم دریافت مداخله درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به میزان ۱۴/۳ درصد بر نمرات پس‌آزمون کارکرد جسمی تأثیر داشته است. توان آماری ۸۱ درصدی حاکی از دقت آماری خوب و کفایت حجم نمونه می‌باشد. همچنین بین میانگین تعدیل‌شده نمرات پس‌آزمون انرژی، بهبود هیجانی، کارکرد اجتماعی و درد آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). اندازه اثر هم نشان می‌دهد که عضویت گروهی به‌میزان ۸/۲ درصد بر نمرات پس‌آزمون انرژی، ۹/۱ درصد بر نمرات بهبود هیجانی، ۹/۵ بر نمرات کارکرد اجتماعی و ۸ درصد هم بر نمرات درد، تأثیر داشته است. با وجود کنترل رابطه پیش‌آزمون با پس‌آزمون در خرده‌مقیاس‌های نقش به‌خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به‌خاطر سلامت هیجانی و سلامت عمومی تفاوت میانگین‌ها معنادار به‌دست نیامده است. به‌عبارتی، می‌توان گفت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

در بخش استنباطی به‌منظور تحلیل فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کواریانس چندمتغیری، پیش‌فرض بهنجاری بودن (نرمال) توزیع و همگنی واریانس‌ها محاسبه شد. پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در همه متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌جز روان‌پریشی در مرحله پیگیری، رد نشده و باقی مانده است. لذا این پیش‌فرض تأیید شد. درنهایت آزمون کولوموگروف اسمیرنوف ($P > 0.05$). نشان‌دهنده توزیع بهنجار داده‌ها بود.

جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد کیفیت زندگی را بر حسب مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد. براساس نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۵ با کنترل رابطه معنادار ۸۰/۳ درصدی نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون کارکرد جسمی بین میانگین تعدیل‌شده - که این میانگین تعدیل‌شده از کسر اثر نمرات پیش‌آزمون از روی پس‌آزمون به‌دست می‌آید - نمرات پس‌آزمون کارکرد جسمی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، تفاوت

در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون سبب بهبود بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی و درد شده است. کیفیت زندگی در ابعاد کارکرد جسمی، انرژی،

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد کیفیت زندگی برحسب

مرحله پس‌آزمون

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معنا داری | اندازه اثر | توان آماری |
|---------------------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|-----------|------------|------------|
| کارکرد جسمی | پیش‌آزمون | ۷۰۸۵/۷۱ | ۱ | ۷۰۸۵/۷۱ | ۲۰۳/۹۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۰۳ | ۱/۰۰۰ |
| | عضویت گروهی | ۲۹۰/۵۶۷ | ۱ | ۲۹۰/۵۶۷ | ۸/۳۶ | ۰/۰۰۶ | ۰/۱۴۳ | ۰/۸۱۰ |
| اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی | پیش‌آزمون | ۲۵۸/۹۱ | ۱ | ۲۵۸/۹۱ | ۰/۳۲۱ | ۰/۵۷۴ | ۰/۰۰۶ | ۰/۸۶ |
| | عضویت گروهی | ۲۳۳۱/۶۹ | ۱ | ۲۳۳۱/۶۹ | ۲/۸۸ | ۰/۰۹۵ | ۰/۰۵۵ | ۰/۳۸۵ |
| اختلال نقش به‌خاطر سلامت هیجانی | پیش‌آزمون | ۲۰۴۵/۹۸ | ۱ | ۲۰۴۵/۹۸ | ۱/۵۷ | ۰/۲۱۶ | ۰/۰۳۰ | ۰/۲۳۳ |
| | عضویت گروهی | ۶۹۸/۵۲۴ | ۱ | ۶۹۸/۵۲۴ | ۰/۵۳۷ | ۰/۴۶۷ | ۰/۰۱۱ | ۰/۱۱۱ |
| انرژی | پیش‌آزمون | ۶۷۴۰/۳۲ | ۱ | ۶۷۴۰/۳۲ | ۱۱۸/۶۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۰۳ | ۱/۰۰۰ |
| | عضویت گروهی | ۴۵۱/۱۱۰ | ۱ | ۴۵۱/۱۱۰ | ۷/۹۴ | ۰/۰۰۷ | ۰/۱۳۷ | ۰/۷۸۹ |
| بهزیستی هیجانی | پیش‌آزمون | ۹۳۱۳/۷۴ | ۱ | ۹۳۱۳/۷۴ | ۵۲۲/۷۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۱۳ | ۱/۰۰۰ |
| | عضویت گروهی | ۷۹/۹۸۲ | ۱ | ۷۹/۹۸۲ | ۴/۴۹ | ۰/۰۳۹ | ۰/۰۸۲ | ۰/۵۴۷ |
| کارکرد اجتماعی | پیش‌آزمون | ۱۱۴۲۳/۹۰ | ۱ | ۱۱۴۲۳/۹۰ | ۴۰/۵۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۴۸ | ۱/۰۰۰ |
| | عضویت گروهی | ۱۴۷۴/۲۷ | ۱ | ۱۴۷۴/۲۷ | ۵/۲۳ | ۰/۰۲۶ | ۰/۰۹۵ | ۰/۶۱۲ |
| درد | پیش‌آزمون | ۶۶۸۲/۶۳ | ۱ | ۶۶۸۲/۶۳ | ۶۳/۹۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۶۱ | ۱/۰۰۰ |
| | عضویت گروهی | ۴۵۴/۲۱۹ | ۱ | ۴۵۴/۲۱۹ | ۴/۳۴ | ۰/۰۴۲ | ۰/۰۸۰ | ۰/۵۳۴ |
| سلامت عمومی | پیش‌آزمون | ۶۷۳۳/۶۵ | ۱ | ۶۷۳۳/۶۵ | ۱۱۷/۴۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۰۱ | ۱/۰۰۰ |
| | عضویت گروهی | ۱۱۵/۶۲۷ | ۱ | ۱۱۵/۶۲۷ | ۲/۰۱ | ۰/۱۶۲ | ۰/۰۳۹ | ۰/۲۸۶ |

جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد کیفیت زندگی را برحسب مرحله پیگیری نشان می‌دهد. براساس نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۶ با کنترل رابطه معنادار ۷۵/۳ درصدی نمرات پیش‌آزمون با پیگیری کارکرد جسمی بین میانگین تعدیل‌شده نمرات پیگیری انرژی، بهزیستی هیجانی و درد آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). اندازه اثر هم نشان می‌دهد که عضویت گروهی به میزان ۱۱/۸ درصد بر نمرات پیگیری انرژی، ۱۳/۵ درصد بر نمرات بهزیستی هیجانی و ۱۲/۹ درصد بر نمرات درد، تأثیر داشته است. در خرده‌مقیاس‌های نقش به‌خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به‌خاطر سلامت هیجانی، کارکرد اجتماعی و سلامت عمومی تفاوت میانگین‌ها معنادار به‌دست نیامده است. به‌عبارتی، می‌توان گفت آموزش

جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد کیفیت زندگی را برحسب مرحله پیگیری نشان می‌دهد. براساس نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۶ با کنترل رابطه معنادار ۷۵/۳ درصدی نمرات پیش‌آزمون با پیگیری کارکرد جسمی بین میانگین تعدیل‌شده نمرات پیگیری کارکرد جسمی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). اندازه اثر هم نشان می‌دهد که عضویت گروهی به‌میزان ۹/۶ درصد بر نمرات پیگیری کارکرد جسمی تأثیر داشته است. توان آماری ۸۱ درصدی حاکی از دقت آماری خوب و

— بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی کارکنان در یک واحد نظامی ۱۳

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش در کارکرد جسمی، انرژی، بهزیستی هیجانی و درد است. مرحله پیگیری سبب بهبود کیفیت زندگی در ابعاد

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد کیفیت زندگی بر حسب

مرحله پیگیری

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معنا داری | اندازه اثر | توان آماری |
|---------------------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|-----------|------------|------------|
| کارکرد جسمی | پیش‌آزمون | ۷۱۱۸/۴۲ | ۱ | ۷۱۱۸/۴۲ | ۱۵۲/۵۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۵۳ | ۱/۰۰۰ |
| | عضویت گروهی | ۲۴۸/۸۲۹ | ۱ | ۲۴۸/۸۲۹ | ۵/۳۳ | ۰/۰۲۵ | ۰/۰۹۶ | ۰/۶۲۰ |
| اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی | پیش‌آزمون | ۳۰۳/۴۶ | ۱ | ۳۰۳/۴۶ | ۰/۳۰۳ | ۰/۵۸۵ | ۰/۰۰۶ | ۰/۸۴ |
| | عضویت گروهی | ۱۳۷۵/۳۸ | ۱ | ۱۳۷۵/۳۸ | ۱/۳۷ | ۰/۲۴۷ | ۰/۰۲۷ | ۰/۲۱۰ |
| اختلال نقش به‌خاطر سلامت هیجانی | پیش‌آزمون | ۱۲۶۰/۷۲ | ۱ | ۱۲۶۰/۷۲ | ۰/۹۰۰ | ۰/۳۴۷ | ۰/۰۱۸ | ۰/۱۵۴ |
| | عضویت گروهی | ۴۵۲/۷۰۸ | ۱ | ۴۵۲/۷۰۸ | ۰/۳۲۳ | ۰/۵۷۲ | ۰/۰۰۶ | ۰/۰۸۶ |
| انرژی | پیش‌آزمون | ۴۴۵۰/۸۸ | ۱ | ۴۴۵۰/۸۸ | ۴۸/۳۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۹۲ | ۱/۰۰۰ |
| | عضویت گروهی | ۶۱۴/۸۷۶ | ۱ | ۶۱۴/۸۷۶ | ۶/۶۷ | ۰/۰۱۳ | ۰/۱۱۸ | ۰/۷۱۷ |
| بهزیستی هیجانی | پیش‌آزمون | ۸۹۶۵/۹۷ | ۱ | ۸۹۶۵/۹۷ | ۴۲۴/۱۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۹۵ | ۱/۰۰۰ |
| | عضویت گروهی | ۱۶۵/۱۴۵ | ۱ | ۱۶۵/۱۴۵ | ۷/۸۱ | ۰/۰۰۷ | ۰/۱۳۵ | ۰/۷۸۳ |
| کارکرد اجتماعی | پیش‌آزمون | ۱۰۸۱۳/۸۷ | ۱ | ۱۰۸۱۳/۸۷ | ۲۹/۳۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۷۰ | ۱/۰۰۰ |
| | عضویت گروهی | ۱۱۲۱/۸۴ | ۱ | ۱۱۲۱/۸۴ | ۳/۰۴ | ۰/۰۸۷ | ۰/۰۵۷ | ۰/۴۰۲ |
| درد | پیش‌آزمون | ۵۰۷۲/۳۷ | ۱ | ۵۰۷۲/۳۷ | ۴۶/۵۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۸۲ | ۱/۰۰۰ |
| | عضویت گروهی | ۸۰۵ | ۱ | ۸۰۵ | ۷/۳۹ | ۰/۰۰۹ | ۰/۱۲۹ | ۰/۷۶۰ |
| سلامت عمومی | پیش‌آزمون | ۶۵۹۵/۸۷ | ۱ | ۶۵۹۵/۸۷ | ۹۳/۷۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۵۲ | ۱/۰۰۰ |
| | عضویت گروهی | ۸۹/۰۳۶ | ۱ | ۸۹/۰۳۶ | ۱/۲۶ | ۰/۲۶۶ | ۰/۰۲۵ | ۰/۱۹۷ |

بحث و نتیجه‌گیری

(۱۳۹۲)، آداجی^{۱۶} و همکاران (۲۰۱۰)، دونالد^{۱۷} و همکاران (۲۰۱۳)، ردمون^{۱۸} و همکاران (۲۰۱۰) و مت زیو^{۱۹} و همکاران (۲۰۱۱)، همخوان است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای چند مؤلفه اساسی است که تأکید بر آنها در گام‌های مختلف باعث می‌شود، فرد مشکل خود را پذیرفته و غم، اندوه و در نتیجه افسردگی کمتری را ادراک نماید و باعث افزایش کیفیت زندگی وی شود. این روش، حدفاصله ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه صرفاً عملی برای اجتناب از افکار،

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی کارکنان یک واحد نظامی انجام شد. نتایج نشان داد که تغییرات ایجاد شده در میزان کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروه کنترل در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، معنادار بود. به عبارت دیگر، آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب افزایش نمرات کیفیت زندگی در کارکنان واحد نظامی گروه آزمایش شد. این نتایج با یافته‌های بقولی (۱۳۹۳)، یزدی

(تروما)، نگرانی‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی باشند. بنابراین، در مرحله پایانی ملاحظه می‌شود که شرکت‌کنندگان، تجارب ذهنی خود را پذیرفته و می‌توانند به صورت مسئولانه عمل نمایند. اولین نتیجه مستقیم پذیرش احساسات و هیجانات، کاهش افکار منفی است و رفتار مسئولانه باعث می‌شود تا به جای بروز یک واکنش افسرده‌وار به گونه‌ای مثبت و اثربخش عمل نمایند و باعث افزایش کیفیت زندگی شود (هایس و همکاران، ۲۰۰۶).

ازسوی دیگر در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که کیفیت زندگی، یک سازه چندبعدی است و براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، علاوه بر جنبه‌های جسمانی و اجتماعی، حالات روان شناختی فرد را نیز دربر می‌گیرد و مشخص شده است که شیوه‌های سازگاری و عوامل روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و همچنین درد و ناراحتی‌های جسمانی و تداخل آنها در فعالیت‌های روزمره، در کیفیت زندگی افراد نقش دارند. به باور نظریه‌پردازان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک عامل مهم در ایجاد و حفظ آسیب‌های روانی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی، اجتناب تجربی است که به معنای ارزیابی منفی اغراق‌آمیز از تجارب درونی (مانند افکار، احساسات و هیجانات) و عدم تمایل به تجربه آنهاست که به تلاش برای کنترل یا فرار از آنها منجر می‌شود و می‌تواند در عملکرد شخص مداخله کند. افرادی که اجتناب تجربی بیشتری دارند، تجربه‌های عاطفی مثبت و کیفیت زندگی کمتری را تجربه می‌کنند و احساس می‌کنند زندگی‌شان بی‌معناست. اما هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی به منظور

احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز، انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی برای حذف آنها، به‌طور کامل پذیرفت. در افراد بیمار این تجارب ذهنی شامل مواردی چون: دوگانگی عاطفی، ناکامی، اندوه مزمن، تنهایی، ازدست‌دادن امید به زندگی و احساس عدم تداوم نسل، احساس خجالت، شرمساری، احساس گناه و احساس خشم است. بنابراین در گام نخست شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که باید این احساسات را بدون واکنشی در بدو امر بپذیرند (هایس و همکاران، ۲۰۰۶). در گام دوم، برآگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. گام چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی‌بودن) است که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد برای اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده، همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث

درمان‌های دیگر از جمله درمان شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی و کارکنان نظامی می‌تواند نتایج مطلوب‌تری را همراه داشته باشد.

۳. پیشنهاد می‌شود تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های شغلی بررسی شود.

۴. براساس نتایج این پژوهش می‌توان به نهادهای نظامی و سایر سازمان‌ها پیشنهاد داد که با برگزاری کارگاه‌های دوره‌ای در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به افزایش هرچه بیشتر کیفیت زندگی کارکنان خود اقدام کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه کارکنان واحد نظامی که پژوهشگر را در انجام هرچه بهتر این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری می‌نماییم.

پی‌نوشت

1. Bord & Dull
2. Bishop
3. Katschnig
4. Ventegodt et al
5. Liu
6. Guyatt et al
7. Hayes, Luoma & Bond
8. Forman & Herbert
9. Harris
10. Lanza, Menéndez
11. Sharp
12. Folke, Parling, Melin
13. Wovles & McCracken
14. Mac Horney, Ware & Raczek
15. Garratt
16. Adachi
17. Donald
18. Redmon
19. Matziou

منابع

۱. یزدی، راضیه (۱۳۹۲)، 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،

خنثی‌کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص‌کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و شرکت‌کنندگان تشویق می‌شوند تا درحالی‌که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت هستند، با تجربیاتشان به‌طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کنند و آنها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان، هنگام ظهور، بپذیرند. این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیرقابل اجتناب می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود، تلاش کند و این امر به بهبود کیفیت زندگی به‌ویژه در حوزه روان‌شناختی آن منتهی خواهد شد. داشتن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش، می‌تواند وضعیت سلامت افراد را در حیطه‌های مختلف بهبود بخشد و به آنها در ارتقای جنبه‌های معنادار زندگی و افزایش فعالیت‌های ارزشمند در بهبود کیفیت زندگی کمک کند. پذیرش افکار به‌عنوان افکار، احساسات به‌عنوان احساسات و هیجانات به‌عنوان هیجانات (همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر) به تضعیف آمیختگی‌های شناختی منجر می‌شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری‌اش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به‌دست می‌آورد، برای انجام فعالیت‌های ارزشمند و هدفمند، متعهد سازد و بدین ترتیب کیفیت زندگی بهبود می‌یابد.

پیشنهادات

۱. پیشنهاد می‌شود درمانی به‌صورت مشابه برای سایر رسته‌های نظامی نیز انجام گیرد و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه و تبیین شود.
۲. مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر

- Cognitive and Behavioral Practice. 2012;19(4): 583-94.
6. Forman, EM., Herbert, JD (2008), New directions in cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatment in your practice, 2nd ed.
 7. Garratt, A.M &etal (1997), SF36 health survey questionnaire: an outcome measuring suitable for routine use within the NHS, British Medical Journal.4(1), 25-35.
 8. Guyatt, G. H., Estwing Ferrans, C., Halyard, M., Revicki, D. A., Symonds, T. (2007), Varriccho, C. G., and etal. Exploration of the value of Health-Related quality of life information from clinic Research and into clinical practice, Mayo Clinic proceeding. 28(10),1229-1239.
 9. Harris, R.(2006), Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. Psychotherap Australian; 21(4):2-8.
 10. Hayes, SC.(2005), Stability and change in cognitive behavior therapy: considering the implication of ACT and RFT. Journal rational emotive cognitive-behavior therapy. June23(2):131-51
 11. Hayes, SC., Luoma, JB., Bond, FW.(2006), Acceptance and commitment therapy: Model, processed and outcomes. Behavioral Research Therapy. 44(1):1-25.
 12. Katschnig, H. (1997), How useful is the concept of quality of life in psychiatry?, Current Opinion in Psychiatry;10 (5), 337-345.
 13. Lanza, PV., Menéndez, G.(2013), Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women, Psicothema. 25(3):307-12.
 14. Liu, L. (2006), Quality of life as a social representation in China: A qualitative study, Social Indicators Research. 75, 217-240.
 15. Mac Horney, C.A., Ware, J.E. & Raczek, A. E. (1993), The MOS 36-Item short form health survey (SF- 36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs, Medical Care. 31(3), 247-261.
 16. Matziou, V., Tsoumakas, K., Vlahioti, E., Chrysicopoulou, E., Galanis, P., Petsios, K, et al.(2011), Factors influencing the quality of life of young patients with diabetes, Journal Diabetes. 3(1): 82-90
 17. Redmon, J.B., Bertoni, A.G., Connelly, S., Feeney, P.A. (2010), Glasser, S.P., Glick , H. Effect of the look AHEAD study intervention on medication use and related cost to treat
- افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان، رساله دکتری رشته روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.
۲. بقولی، حسین (۱۳۹۳)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار، رساله دکتری، رشته روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
 ۳. ساعت‌چی، محمود (۱۳۸۲)، روان‌شناسی بهره‌وری، تهران: انتشارات مؤسسه نشر و ویرایش.
 ۴. قربان‌زاده، وجه‌الله؛ حبیبی بدرآبادی، حسین و ابراهیم‌زاده، حسین (۱۳۹۱)، نقش تعدیل‌کننده فرایند یادگیری در رابطه بین سرمایه فکری و عملکرد سازمانی، پژوهش‌های مدیریت عمومی، ۵ (۱۶): ۱۳۵-۱۶۱.
 ۵. منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا و وحدانی‌نیا، مریم (۱۳۸۴)، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی SF-36، پایش، ۵ (۱): ۵۶-۴۹.
 ۶. یگانه، محمود و قلمبر، رضوان (۱۳۸۳)، معرفی اولین مقیاس فشار شغلی (استرس) نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، انسانی پلیس، ۱ (۲): ۱۷-۵.
1. Abedi, L., Mazruee, H.(2010) Individual factors affecting military forces job satisfaction. Iranian Journal of Military Medicine 12(1):45-9.
 2. Adachi, M., Yamaoka, K., Watanabe, M., Nishikaea, M., Hida, E., Kobayashi, I., Tango, T.(2012) Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: study design of a cluster randomized trial, BMC Public Health. 10, 742-749
 3. Bishop, M.(2007) Psychological adaptation and quality of life in multiplesclerosis: assessment of the disability centrality model, Journal of Rehabilitation; 1(73), 25-36
 4. Donald, M., Dower, J., Coll, JR., Baker, P., Mukandi, B., Doi, SA.(2013), Mental health issues decrease diabetes- specific quality of life independent of glycaemic control and complications: finding from Australia living with diabetes cohort study, Health and Quality of life Outcomes.; 11.
 5. Folke, F., Parling, T., &Melin, L. (2012), Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave.

cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes, *Diabetes Care*. 33, 1153-1158.

18. Sharp, K.(2012), A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*.; 12(3): 359-72.

19. Ventegodt, S., Flensburg-Madsen, T., Andersen, N., Nielsen, M., Mohammed, M. & Merrick, J.(2005), Global quality of life (QOL), health and ability are primarily determined by our consciousness, *Social Indicators Research*. 71, 87- 122.

20. Vowles, KE., McCracken, L.M.(2008), Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain, Study of Treatment Effectiveness and Process, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (76),397-407.

