Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 2/ No. 1/ Winter 2015
Page: 42-53

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

Raheleh Sobouhi[1], Maryam Alsadat Fatehizade[*2], Seyed Ahmad Ahmadi[3], Ozra Etemadi[4]
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 isthe most importantcomponent ofthe concept ofmental health. To determinehealthneedsand improvehealth, quality of lifeshouldbe examined.

Purpose: The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of the counseling approach based on acceptance and commitment Therapy (ACT) onthe 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 wasself-reported by the World Health Organization's quality of life. Data analysis was performed using analysis of covariance.

Results: The resultsof this studyshowed that counselingbased onacceptance and commitment, increased quality of lifeand the dimensions ofmarried women (including physical and psychological health) in the experimental groupthanin the control groupafter 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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال دوم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۴
صفحات: ۵۳-۴۲

تأثير مشاوره مبتني بر رويكرد پذيرش و تعهد (ACT) برکيفيت زندگي زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهاي شهر اصفهان

راحله سبوحي[1*]، مريم السادات فاتحي زاده[2]، سيد احمد احمدي[3]، عذرا اعتمادي[4]

۱- کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان (مولف مسئول)
Email:raheleh_sobouhi @yahoo.com
۲- دانشيار گروه مشاوره دانشکده علوم تربيتي و روان شناسي، دانشگاه اصفهان
۳- استاد گروه مشاوره دانشکده علوم تربيتي و روان شناسي، دانشگاه اصفهان
۴- دانشيار گروه مشاوره دانشکده علوم تربيتي و روان شناسي، دانشگاه اصفهان

چکيده

مقدمه: کيفيت زندگی از مهمترين مولفه‌های مفهوم کلی بهداشت روانی محسوب می‌شود. برای تعيين نيازهای حيطه سلامت و ارتقای سطح سلامتی افراد، بايد کيفيت زندگی آنها مورد بررسی قرار گيرد.

هدف: هدف از اجراي اين پژوهش بررسي تأثير مشاوره مبتني بر رويکرد پذيرش و تعهد (ACT) بر کيفيت زندگي زنان مراجعه کننده به فرهنگسراهاي شهر اصفهان بود.

روش: اين پژوهش به روش نيمه تجربي با طرح پيش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل در سال ۹۳ اجرا شده است. جامعه آماري، شامل کليه زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهاي شهر اصفهان بود. نمونه در اين پژوهش ۳۰ نفر از بانوان متأهل بودند و به روش نمونه‌گيري داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفي در دو گروه آزمايش و کنترل جايگزين شدند.

ابزار پژوهش پرسشنامه‌ي خلاصه‌ي شده‌ي کيفيت زندگي سازمان جهاني بهداشت بود. تجزيه و تحليل داده‌ها از طريق روش آماري تحليل کوواريانس انجام شد.

يافته‌ها: نتايج به دست آمده از اين پژوهش نشان داد که مشاوره مبتني پذيرش و تعهد، کيفيت زندگي زنان متأهل و ابعاد آن شامل (بهداشت و سلامت جسماني و بعد روانشناختي)گروه آزمايش را نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون افزايش داده است (p=۰/۰۰۱، F=۱۷/۵۴۷).

نتيجه‌گيری: بنابر نتايج بر آمده از اين پژوهش می‌توان نتيجه گرفت مشاوره مبتنی بر پذيرش و تعهد بر بهبود کيفيت زندگی زنان مراجعه-کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان موثر بود.

کليد واژه‌ها: درمان مبتني بر پذيرش و تعهد (ACT)، کيفيت زندگي

[

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

مقدمه

طي دو دهه‌ي گذشته کيفيت زندگي[1] يکي از مهمترين موضوعات پژوهش‌هاي بالیني بوده و به عنوان يکي از جنبه‌هاي موثر در مراقبت از بيماران مورد تأييد قرار گرفته و بررسي آن به منظور تشخيص تفاوت‌هاي موجود ميان بيماران، پيش‌بيني عواقب بيماري و ارزيابي مداخلات درماني مورد استفاده قرار گرفته است. کلمه‌ي کيفيت از لغت لاتين به معني چيزي و چه (qual) استخراج شده و معناي تحت‌الفظي آن چگونگي زندگي کردن است و در برگيرنده‌ي تفاوت‌هاي ويژه براي هر فرد است (رحيميان، ۱۳۸۸).

نوردون فلت[2] (۱۹۹۱) کيفيت زندگي را خشنودي از زندگي توصيف نموده است. به نظر او سنجش خشنودي افراد از طريق بررسي تجربه افراد از ميزان حصول به آمال و آرزوهايشان انجام‌پذير است. اين تجربه ممکن است براي افراد ديگر همان معني و مفهوم را نداشته باشد.

خوارزمي (۱۳۸۶) عنوان مي‌کند کيفيت زندگي بيش از هر چيز امري نسبي است. برداشت افراد درباره‌ي کيفيت زندگي‌شان با يکديگر يکسان نيست. بر اين اساس شايد بتوان نتيجه گرفت که ميان ارزيابي جوانان از واقعيت‌هاي زندگي و مطلوبيت زندگي و از آن مهم تر معيارهايي که براي ارزيابي زندگي وجود دارند، با آن چه پدران و مادران و حاکمان و مسئولان جامعه دارند، متفاوت است و اين شکاف، مدام رو به گسترش بوده و عميق‌تر خواهد شد (به نقل از پاداش، ۱۳۸۹).

فارکوهارد[3] (۱۹۹۵) ابهام معناي کيفيت زندگي را به چند دليل مي‌داند: اول اين که پژوهش‌هاي مراقبت‌هاي بهداشتي معاصر از عبارت کيفيت زندگي به جاي عبارات قديمي سلامت و توانايي عملکرد استفاده مي‌کنند. دليل ديگر که بر ابهام مفهوم کيفيت زندگي مي‌افزايد، تلاش رشته‌هاي متعددي از جمله جامعه شناسي، پزشکي، پرستاري، روان‌شناسي، اقتصاد، جغرافي، تاريخ و فلسفه اجتماعي براي تعريف اين عبارت است. به هر حال، استفاده از اصطلاحاتي مانند نشانه‌ها، خلق، وضعيت سلامت، عملکرد، کيفيت زندگي مرتبط با سلامتي و کيفيت زندگي به جاي يکديگر فقط بر ابهام مفهوم کيفيت زندگي مي‌افزايد (به نقل از رحيميان، ۱۳۸۸).

در نتيجه‌ي اين تعاريف و طبقه‌بندي‌هاي متعدد و متفاوت، پژوهشگران به اين توافق رسيدند که اين اختلاف تعاريف را کنار بگذارند و تعريف سازمان بهداشت جهاني را به عنوان يك تعريف ملاك مورد پذيرش قرار دهند و چهار تا پنج حيطه‌ي اصلي را به منظور عملياتي بودن آن در نظر بگيرند (کوت و والاندر[4]، ۲۰۰۰).

سازمان بهداشت جهاني، کيفيت زندگي را به اين صورت تعريف کرده است:

ادراکي است که افراد از وضعيتي که در آن زندگي مي‌کنند و زمينه‌هاي فرهنگي و سيستم ارزشي که در آن هستند

1.Quality of life
2.Nordon felt
3.Farkohard
4.Kot & Walender

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

دارند که این ادراك بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق آن‌ها می‌باشد (گروه تهیه مقیاس کیفیت زندگي سازمان بهداشت جهاني، ۱۹۹۸).

ریف[1] (۱۹۹۸) کیفیت زندگي را شامل ۶ مؤلفه پذیرش خود، هدف داشتن در زندگي، رشد شخصي، تسلط بر محیط، خود مختاري و روابط مثبت با دیگران می‌داند. این ملاك‌ها با کنش ورزي از قبیل رضایت از زندگي رابطه مثبت و با کنش ورزي‌هایي از قبیل افسردگي رابطة منفي نشان می‌دهد.

هر فردی قادر است جهت زندگی اش را انتخاب کند و واژه ارزشها برای توصیف این جهت‌های انتخاب شده استفاده می‌شود (هریس[2]، 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[3] درماني است که ارزشها را به عنوان کیفیت‌هاي منتخب اعمال هدفمند تعریف می‌کند و مولفه هدف داشتن در زندگی را تحقق می‌بخشد. ارزشها جهت‌هاي منتخب زندگي هستند. ارزش‌ها افعال و قیدها هستند نه اسم یا صفت، آن‌ها آن چیزي هستند که شما انجام می‌دهید (یا کیفیتي از آن چه انجام می‌دهید) و هیچگاه به پایان نمی‌رسند.

در واقع درمان مبتني بر پذیرش و تعهد (ACT) قسمتي از موج سوم درمان‌هاي رفتاري است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختي –رفتاري پدید آمد. موج سوم رفتار درماني به طور خاص به زمینه و کارکردهاي روان شناختي حساس است، نه فقط به شکل و محتواي آن‌ها و بنابراین علاوه بر راهبردهاي مستقیم و آموزشي‌تر بر راهبردهاي زمینه‌اي و تجربه‌اي نیز تأکید دارد. (هیز و استروسال[4]، ۲۰۱۰)

هیز و همکاران او معتقدند که تلاشهاي ناموفق ما براي غلبه یافتن یا جلوگیري از درد و رنج منجر به ناراحتي بسیار عمیق‌تري می‌شود و تنها از طریق پذیرفتن صحیح احساساتمان است که می‌توانیم زندگي‌مان را نجات دهیم و نباید با تلاش مداوم براي تبدیل کردن روابطمان به چیزهایي که نیستند، اوضاع را پیچیده‌تر کنیم. درمان از طریق پذیرش و تعهد به مراجع می‌آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راههاي تازه‌اي براي زندگي‌اش انتخاب کند و اقدام متعهدانه انجام دهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). شش فرآیند اصلي در قالب یك فرآیند زیربنایي (انعطاف پذیري روان شناختي)[5] به عنوان اجزاي اصلي فرآیند تغییر (ACT) معرفي شده است که عبارتند از:

ارتباط با زمان حال[6]، ارزش‌ها[7]، عمل متعهدانه[8]، خود به عنوان زمینه[9]، پذیرش[10]، گسلش[11]

1.Ryff
2 .Harris
3 Acceptance and Commitment Therapy

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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

هدف ACT افزايش انعطاف-پذيري روان‌شناختي است. در درمان مبتني بر پذيرش وتعهد انعطاف پذيري روان شناختي عبارت است از افزايش توانايي مراجعان براي ايجاد ارتباط کامل با زمان حال به عنوان يك انسان، و تغيير يا حفظ رفتار، زماني که چنين کاري در خدمت اهداف ارزشمند باشد (هيز و استروسال، ۲۰۱۰).

در ميان پژوهش‌هاى انجام شده در زمينه‌ی اثر بخشی اين درمان يك طرح تك موردي نشان داد که درمان مبتني بر پذيرش و تعهد در درمان دو مورد وسواس (وسواس وارسي و افکار وسواسي) موفق بود (توهي[1] و ويتال[2]، ۲۰۰۸). اين پژوهش حاکي از آن بود که فرآيندهاي پذيرش و تعهد، شناخت درماني و مواجهه و جلوگيري از پاسخ مي‌توانند از يکديگر متمايز شوند، گرچه اين يافته‌ها اوليه و مقدماتي بودند، زيرا فقط ۶ شرکت‌کننده در اين پژوهش وجود داشت.

پژوهش‌ها به نقل از ايزدي(۱۳۹۱) حاکي از آن بود که درمان مبتني بر پذيرش و تعهد براي دامنه‌اي از اختلالات موثر مي‌باشد، مثل پسيکوز (باچ و هنر[3]، ۲۰۰۲، وگا[4]-مارتينز[5]، پرز[6] و آلوارز[7]، گارسيا[8]-مونتز[9]، ۲۰۰۸؛ وايت[10]، گاملي[11]، مك تاگارت[12]، راتري[13]، مك کانويل[14]، کلير همکاران[15]، ۲۰۱۰)، فوبي اجتماعي (دالريمبل[16]، ۲۰۰۵، موتبرگا[17]، کلارك و بجروتا[18]، ۲۰۱۱)، افسردگي (زتل[19] و هيز، ۱۹۸۶، زتل، ۲۰۰۷؛ زتل و همکاران، ۲۰۰۹؛ بولميجر[20]، فلورس[21]، راکس[22] و پيترس، ۲۰۱۱، فولکه[23]، پارلينگ و ميلن[24]، ۲۰۱۲).

و در آخر می‌توان گفت ACT به دنبال آن است که به مراجع بياموزد چگونه از محتواي فکر بگسلد، چگونه براي رهايي از آن تلاش نکند، به داستان زندگي خود نچسبد، به جاي گذشته و آينده مفهومي سازه شده در زمان حال زندگي کند و حاصل همه‌ي اينها اين که روشها و اهدافش را شناسايي کرده و به آن‌ها معتقد باشد (هيز و استروسال، ۲۰۱۰). به عبارت ساده‌تر فرد بياموزد که به جاي اين که در خدمت فکر و احساسات باشند در خدمت زندگي و ارزش‌ها و اهدافشان باشند و به نظر مي رسد که اين منجر به افزايش کيفيت زندگي فرد خواهد شد.

بنابراين با توجه به هدف ACT، مسئله‌ي اساسي اين پژوهش عبارت است از اثربخشي مشاروه مبتني بر رويکرد پذيرش و تعهد (ACT) بر کيفيت زندگي زنان شهر اصفهان.

بدين منظور فرضيه‌هاي زير تدوين شده است:

1.Twohiy
2.Whittal
3.Bach& Henr
4.Veiga
5.Martinez
6.Perez
7.Alvarez
8.Garcia
9.Montes
10.White
11.Gamely
12.McTaggart
13.Rattrie
14.McConvill
15.Clear & et al
16.Dalrymple
17.Mortberga
18.Clark & Bejerota
19.Zettle
20.Bohlm eijer
21.Fledderus
22.Rokx & Pieterse
23.Folke
24.Parling & Melin

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

۱- مشاوره مبتني بر رويكرد پذيرش و تعهد (ACT) باعث افزايش كيفيت زندگي زنان مي‌شود.
۲- مشاوره مبتني بر رويكرد پذيرش تعهد (ACT) باعث افزايش بهداشت و سلامت جسماني مي‌شود.
۳- مشاوره مبتني بر رويكرد پذيرش تعهد (ACT) باعث افزايش نمرات روان شناختي مي‌شود.
۴- مشاوره مبتني بر رويكرد پذيرش تعهد (ACT) باعث افزايش نمرات روابط اجتماعي مي‌شود.
۵- مشاوره مبتني بر رويكرد پذيرش تعهد (ACT) باعث افزايش نمرات محيط و وضعيت زندگي مي‌شود.
۶- مشاوره مبتني بر رويكرد پذيرش و تعهد (ACT) نمرات كلي كيفيت زندگي را افزايش مي‌دهد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماري و نمونه اين پژوهش از نوع آزمايشي با طرح پيش آزمون- پس آزمون همراه با گروه گواه بود كه متغير مستقل آن مشاوره مبتني بر رويكرد پذيرش و تعهد (ACT) و متغير وابسته‌ي آن كيفيت زندگي و مولفه‌هاي آن مي‌باشند. جامعه‌ي آماري پژوهش را كليه زنان مراجعه‌كننده به فرهنگسراهاي شهر اصفهان ۱۳۹۳ تشكيل داده است.

به منظور اجراي اين پژوهش از بين فرهنگسراهاي اصفهان، يك فرهنگسرا به صورت تصادفي انتخاب و سپس با فراخوان از زنان مراجعه‌كننده به آن فرهنگسرا دعوت به همكاري شد. از بين آن‌ها ۳۰ نفر به تصادف انتخاب و در دو گروه آزمايش و گواه قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ي خلاصه شده‌ي كيفيت زندگي سازمان جهاني بهداشت

اين پرسشنامه داراي ۲۶ ماده و ۴ بعد سلامت جسماني، رواني، اجتماعي و محيط فيزيكي مي‌باشد كه به عنوان مقياس جامع مورد استفاده قرار مي‌گيرد و در مجموع شامل كيفيت زندگي كلي و سطوح سلامت عمومي مي‌باشد.

نمره‌گذاري

سؤالات پرسشنامه ۵ گزينه‌اي هستند (اصلاً، خيلي كم، در حد متوسط، زياد و خيي زياد) به اين صورت كه «اصلاً» برابر او «خيلي زياد» برابر ۵ نمره-گذاري مي‌شود.

اعتبار

اين مقياس توسط نجات و همكاران (۱۳۸۵) در ايران استانداردسازي شده است. ضريب آلفاي كرونباخ براي حيطه سلامت جسماني، ۰/۷۶، سلامت رواني، ۰/۷۷، روابط اجتماعي، ۰/۷۵، سلامت محيط ۰/۸۴ و براي مقياس كل ۰/۷۳ به دست آمده است. در پژوهش رجبي و همكاران (۱۳۹۰) ضريب آلفاي كرونباخ براي كل نمونه ۰/۹۰ به دست آمده است. (به نقل از حيدري، ۱۳۹۲).

روش اجرا و تحليل:

گروه آزمايش ۸ جلسة ۹۰ دقيقه‌اي مشاورة گروهي مبتني بر رويكرد پذيرش و تعهد (ACT) دريافت كرد، اما گروه گواه در مدت اين پژوهش هيچ-گونه برنامه‌ي مشاورة گروهي دريافت نكردند. در ابتداي دوره هر دو گروه به پرسشنامة كيفيت زندگي پاسخ دادند. پس از پايان ۸ جلسه، پژوهشگر اقدام به اجراي پس

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

آزمون (کيفيت زندگي) نمود. لازم به ذکر است پس از اجراي پس آزمون، براي گروه گواه نيز ۸ جلسه مشاوره گروهي برگزار گرديد.

تجزيه و تحليل داده‌هاي پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS19 و در سطح آمار توصيفي از ميانگين و انحراف معيار ودر سطح استنباطي از تحليل کوواريانس استفاده شد.

خلاصه‌ي جلسات مشاورة گروهي مبتني بر پذيرش و تعهد:

جلسه اول: خوش آمدگويي، بيان اهداف، قوانين و ضوابط اصلي گروه به خصوص رازداري، اقدام به شناخت يکديگر (درمانگر و اعضا)، سپس از اعضا خواسته شد تا مشکل خود را بيان نمايند و آموزش ذهن آگاهي نسبت به مشکل از اعضا خواسته شد اين تمرين را هم در طول هفته انجام دهند.

جلسه دوم: در آغاز جلسه پس از بررسي تکليف ذهن آگاهي، مشکل از نگاه درمانگر يا رهبر گروه بيان شد. بعد از آن استعاره‌ي چاله و بيلچه و دنياي درون و بيرون براي اعضا مطرح گرديد، همچنين ۵ سم ارتباطي براي اعضا مطرح گرديد. قرار شد تا جلسه‌ي بعدي چاله‌ها و بيلچه‌هايشان رااعضا در زندگي خود بيابند.

جلسه سوم: بعد از بررسي تکاليف اعضا، اين جلسه جلسة انتخاب بود، انتخاب اين که آن چه را که مي‌توانند را با حل مسئله (موانع بيروني مثل و مسکن، شغل، ...) تغيير دهند و موانع دروني (فکر، احساس، ميل، علائم بدني، خاطرات) را از ذهن بيرون نکنند بلکه خانه‌ي ذهن خود را بزرگ‌تر نمايند. تا موانع دروني خود بيابند، بمانند و خود بروند.

جلسه‌ي چهارم: بعد از بررسي تکليف انتخاب نقشه‌ي زندگي هر يک از اعضا کشيده شد در اين نقشه مسيرهاي مختلفي از جمله (مسير ارتباط با همسر، مسير ارتباط با ديگران، مسير سلامتي، مسير کار و شغل، مسير تفريح، مسير تحصيل، مسير مذهب و...) وجود داشت که در واقع اين‌ها همان ارزش‌هاي هرفردبودند اعضا به اين بينش رسيدند که واقعاً در هر يک از اين مسيرها دوست دارند چگونه رفتار کنند. تکليف تا جلسه‌ي آينده اين بود که اعضا مسيرهاي خود را ترسيم نمايند.

جلسه‌ي پنجم: بعد از بررسي تکليف، براي حرکت در مسير اين ارزش‌ها، اعضا هدف، عمل، موانع را مشخص نمودند. تا جلسه‌ي آينده اعضا براي هر يک از مسير ارزش‌هاي خود هدف، عمل و موانع را مشخص مي‌کردند.

جلسه‌ي ششم: بعد از بررسي تکليف براي اعضا مطرح شد که موانع دو دسته هستند يکي موانع بيروني و ديگري موانع دروني و قانون دنياي بيرون و درون دوباره براي اعضا بيان مي‌گويد.

براي اعضا آميختگي مطرح گرديد. و راه حل آميختگي يعني گسلش با استعارة قطار مطرح شد راه حلي براي رويارويي با موانع دروني (فکر، احساس، خاطره، ميل، علائم بدني) تکليف اين بود که اعضا گسلش را تجربه نمايند.

جلسة هفتم: بعد از بررسي تکليف، از اعضا خواسته شد با تمرين گسلش بتوانند به

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

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 جلسهٔ 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.

جلسهٔ 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 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 وسیله‌ی نرم افزار SPSS19 با 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.

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

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		تعداد	میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد				میانگین و انحراف استاندارد		میانگین و انحراف استاندارد	
بهداشت و سلامت جسمانی	آزمایش	۱۵	۱۸/۸ ۱/۸۲	۲۵/۹۳ ۲/۱		روابط اجتماعی	آزمایش	۹/۲ ۲/۵۷		۱۰/۷۳ ۱/۶۲	
	کنترل	۱۵	۱۸/۸۷ ۱/۴	۲۱/۹۳ ۱/۳۹			کنترل	۹/۰۷ ۲/۳۷		۹/۵۳ ۱/۸	
روان شناختی	آزمایش	۱۵	۱۸/۲۷ ۲/۹۶	۲۲/۳۳ ۲/۶۹		محیط و وضعیت زندگی	آزمایش	۲۶/۰۷ ۳/۷۷		۲۷/۲۷ ۴/۱۸	
	کنترل	۱۵	۱۸/۴ ۱/۹	۱۸/۸۶ ۲/۷۵			کنترل	۲۵/۸ ۳/۳۶		۲۶/۲ ۲/۹	
کیفیت	آزمایش	۱۵	۶/۲۷ ۱/۶۲	۷/۵۳ ۰/۸۳		کیفیت	کنترل	۶/۰۶ ۱/۳۹		۶/۲۷ ۱/۱	

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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

مولفه‌هاي کيفيت زندگی گروه آزمايشي را

نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون افزايش مي‌دهد. برای بررسی این فرضیه از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید. همچنین نتایج آزمون کولموگروف- اسپیرنف[1] و آزمون لوین[2] به ترتیب پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات و تساوي واريانس را تائید کرد.

جدول ۲: نتايج تحليل تحليل کواريانس چند متغيره بر روي ميانگين مؤلفه‌هاي پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضيه	DF خطا	معني داري(P)	مجذور اتا	توان آماري
آزمون لانداي ويلکز	۰/۱۷۸	۱۷/۵۴۷	۵/۰۰۰	۱۹/۰۰۰	**۰/۰۰۱	۰/۸۲۲	۱

همان طوري که در جدول ۲: ملاحظه مي‌شود سطوح معني‌داري همه آزمونها، بيانگر آن هستند که درمان مبتني بر پذيرش و تعهد، حداقل از لحاظ يکي از متغيرهاي وابسته (مؤلفه‌هاي کيفيت زندگی) ميانگين گروه آزمايشي را نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون افزايش داده است. (P=۰/۰۰۱، F=۱۷/۵۴۷)، براي پي بردن به تفاوت، نتايج حاصل از تحليل تحليل کواريانس چند متغيره نشان داده شده است که ميزان تأثير يا تفاوت برابر با ۰/۸۲۲ مي‌باشد. يعني ۸۲/۲ درصد تفاوتهاي فردي در نمرات مؤلفه‌هاي کيفيت زندگی مربوط به تأثير عضويت گروهي مي‌باشد. توان آماري نزديک به يك نماينگر کفايت حجم نمونه است.

1- Kolmogorov-Smirnov
1- Levene's Test

جدول ۳: نتايج تحليل تحليل کواريانس چند متغيره تاثير عضويت گروهي بر ميزان نمرات مولفه‌هاي رضايت زناشويي

متغير ها		مجموع مجذورات	درجه آزادي	ميانگين مجذورات	F	معنا داري	ميزان تاثير	توان آماري
بهداشت و سلامت جسمانی	عضويت گروهي	۱۱۷/۲۳۲	۱	۱۱۷/۲۳۲	۴۲/۶۳۲	**۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
	خطا	۶۳/۲۴۶	۲۳	۲/۷۵۰	-	-	-	-
روان شناختی	عضويت گروهي	۹۳/۲۷۱	۱	۹۳/۲۷۱	۲۲/۳۸۸	**۰/۰۰۱	۰/۴۹۳	۰/۹۹۵
	خطا	۹۵/۸۱۸	۲۳	۴/۱۶۶	-	-	-	-
روابط اجتماعی	عضويت گروهي	۹/۵۷۶	۱	۹/۵۷۶	۳/۴۴۰	۰/۰۷۶	۰/۱۳۰	۰/۴۲۸
	خطا	۶۴/۰۱۶	۲۳	۲/۷۸۳	-	-	-	-
محیط و	عضويت	۴/۹۵۶	۱	۱/۹۵۶	۱/۰۹۱	۰/۳۰۷	۰/۰۴۵	۰/۱۷۰

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

وضعیت زندگی	گروهی						
	خطا	۱۰۴/۴۸۳	۲۳	۴/۵۴۳	-	-	-
کیفیت زندگی	عضویت گروهی	۹/۷۳۶	۱	۹/۷۳۶	۳۰/۵۲۵	**۰/۰۰۱	۰/۵۷۰
	خطا	۷/۳۳۶	۲۳	۰/۳۱۹	-	-	-

فرضیه ۱: درمان مبتني بر پذیرش و تعهد، نمرات بهداشت و سلامت جسمانی را افزایش می‌دهد.
همانطوریکه در جدول ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهاي همگام بر روي متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌هاي تعدیل شده نمرات بهداشت و سلامت جسمانی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهي (گروه آزمایشي و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداري وجود دارد (P<۰/۰۱). لذا فرضیه ۱ تائید گردید. بنابراین درمان مبتني بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمرات بهداشت و سلامت جسمانی شرکت‌کنندگان در پس آزمون گروه آزمایشي تاثیر معنی‌دار داشته است. میزان این تاثیر در مرحله پس آزمون ۶۵ درصد بوده است.
فرضیه ۲: درمان مبتني بر پذیرش وتعهد، نمرات روان شناختی را افزایش می‌دهد.
همانطوریکه در جدول ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهاي همگام بر روي متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌هاي تعدیل شده نمرات روان شناختی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهي (گروه آزمایشي و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداري وجود دارد (P<۰/۰۱). لذا فرضیه ۲ تائید گردید. بنابراین درمان مبتني بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمرات روان شناختی شرکت‌کنندگان در پس آزمون گروه آزمایشي تاثیر معنی‌دار داشته است. میزان این تاثیر در مرحله پس آزمون ۴۹/۳ درصد بوده است.
فرضیه ۳: درمان مبتني بر پذیرش و تعهد، نمرات روابط اجتماعی را افزایش می‌دهد.
همانطوریکه در جدول ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهاي همگام بر روي متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌هاي تعدیل شده نمرات روابط اجتماعی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهي (گروه آزمایشي و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداري وجود ندارد (P>۰/۰۵). لذا فرضیه ۳ رد گردید. بنابراین درمان مبتني بر پذیرش وتعهد بر افزایش نمرات روابط اجتماعی شرکت‌کنندگان در پس آزمون گروه آزمایشي تاثیر معنی‌دار نداشته است.
فرضیه ۴: درمان مبتني بر پذیرش و تعهد، نمرات محیط و وضعیت زندگی را افزایش می‌دهد.
همانطوریکه در جدول ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهاي همگام بر روي متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌هاي تعدیل شده نمرات محیط و وضعیت زندگی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهي

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

(گروه آزمايشي و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداري وجود ندارد (P>۰/۰۵). لذا فرضيه ۴ ردگرديد. بنابراين درمان مبتني بر پذيرش و تعهد بر افزايش نمرات محيط و وضعيت زندگي شرکت‌کنندگان در پس آزمون گروه آزمايشي تاثير معني‌دار نداشته است.

فرضيه ۵: درمان مبتني بر پذيرش و تعهد، نمرات کيفيت زندگي را افزايش مي‌دهد.

همانطوريکه در جدول ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تاثير متغيرهاي همگام بر روي متغير وابسته و با توجه به ضريب F محاسبه شده، مشاهده مي‌شود که بين ميانگين‌هاي تعديل شده نمرات کيفيت زندگي شرکت‌کنندگان بر حسب عضويت گروهي (گروه آزمايشي و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداري وجود دارد (P<۰/۰۱). لذا فرضيه ۵ تائيد گرديد. بنابراين درمان مبتني بر پذيرش و تعهد بر افزايش نمرات کيفيت زندگي شرکت‌کنندگان در پس آزمون گروه آزمايشي تاثير معني‌دار داشته است. ميزان اين تاثير در مرحله پس آزمون ۵۷ درصد بوده است.

بحث و نتيجه‌گيري

اين پژوهش با هدف بررسي اثر بخشي مشاوره مبتني بر رويکرد پذيرش و تعهد (ACT) بر کيفيت زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراهاي شهر اصفهان انجام شد و نتايج آن به طور کلي، نشان دهنده‌ي تأثير مشاوره مبتني بر پذيرش و تعهد، بر کيفيت زندگي زنان متأهل و ۳ بعد از ابعاد آن شامل (بهداشت و سلامت جسماني، روان شناختي) بود. اين پژوهش با پژوهش ايزدي (۱۳۹۱)، مهردوست (۱۳۹۰)، همسو است.

ايزدي (۱۳۹۱)، در پژوهش خود تحت عنوان (بررسي و مقايسة اثر بخشي درمان مبتني بر پذيرش و تعهد (ACT) و درمان شناختي- رفتاري (CBT) بر علايم و باورهاي وسواس، کيفيت زندگي، انعطاف پذيري روان شناختي، افسردگي، اضطراب بيماران مبتلا به وسواس فکري و عملي مقاوم به درمان، اثر بخشي هر دو رويکرد را در درمان بيماران مبتلا به وسواس فکري و عملي مقاوم به درمان تأييد کرد.

از سوي ديگر مهردوست (۱۳۹۰)، در پژوهشي تحت عنوان اثر بخشي درمان مبتني بر پذيرش و تعهد بر کاهش توجه متمرکز برخود، بهبود باورهاي خودکارآمدي اجتماعي و کاهش علايم اختلال اضطراب اجتماعي در دانشجويان مداخله کننده به مرکز مشاورة دانشگاه اصفهان، بيان کرد که درمان مبتني بر پذيرش و تعهد (ACT) باورهاي خودکارآمد اجتماعي دانشجويان دختر قبلاً به هراس اجتماعي را در مرحله‌ي پس آزمون و پيگيري نسبت به گروه کنترل بهبود مي‌دهد و درآخر درمان مبتني بر پذيرش و تعهد، نشانه‌هاي اختلال هراس اجتماعي دانشجويان دختر مبتلا به اختلال هراس اجتماعي را در مرحلة پس آزمون و پيگيري نسبت به گروه کنترل کاهش مي‌دهد.

در تبيين نظري، جالوويس (۱۹۹۰)، کيفيت زندگي را شامل سلامتي، توانايي عملکرد در رضايت از زندگي مي‌داند و

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

آن را در سه بعد جسمي، رواني و اجتماعي خلاصه مي‌كند. بعد جسمي شامل توانايي كاركردن و عملكرد سالم، بعد اجتماعي شامل فشارهاي اجتماعي و منابع حمايتي اجتماعي و بعد رواني شامل توانايي مقابله، خودباوري، وضعيت بهداشتي و سازگاري با بيماري است (به نقل از رحيميان، ۱۳۸۰) از اين رو با توجه به اين پژوهش و پژوهش‌هاي ذكر شده درمان مبتني بر پذيرش و تعهد(ACT) در بهبود بيماريهايي از جمله افسردگي، وسواس، اضطراب و افزايش انعطاف‌پذيري بيماران در ارتقاي بعد سلامت جسماني و بهداشت كه يكي از ابعاد كيفيت زندگي است تأثير معناداري دارد. در تبيين يافته‌هاي حاصل از پژوهش بايد گفت مشاوره مبتني بر پذيرش و تعهد (ACT) با استفاده از مهارتهاي ذهن آگاهي، پذيرش و گسلش شناختي، انعطاف پذيري روان شناختي را افزايش مي‌دهد. (هربرت[1]، وفورمان[2]، ۲۰۱۱).

در اين درمان، انعطاف پذيري روان شناختي عبارت است از توانايي براي ارتباط با زمان حال به طور كامل و به عنوان يك انسان هشيار و آگاه و تغيير يا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد (آرچ[3] و كراسك[4]، ۲۰۰۸).

ارزش‌هايي چون ارزش سلامتي و بهداشت، روابط خانوادگي، روابط با اطرافيان، تحصيلات، تفريح، كار و شغل و... با هر حركت در مسير ارزش‌ها از طريق هدفگذاري‌ها و بعد از آن تعيين تكاليف، ادراك فرد از وضعيتي كه در آن زندگي مي‌كند ارتقاء مي‌يابد. كه اين همان تعريف بهبود كيفيت زندگي است. در واقع حركت در جهت ارزش‌هايي چون سلامتي و ارتباط با ديگران در اين مشاوره از طريق فرآيندهاي گسلش و پذيرش باعث مي‌شود دو بعد از ابعاد كيفيت زندگي كه بهداشت و بعد روان شناختي، بود ارتقا يابد. مراجعان در اين درمان مي‌آموزند كه با وجود مشكلات مي‌توانند از زندگي لذت ببرند، زندگي آن‌ها معنادار گردد و از خود رضايت داشته باشند، كه همين پيشرفت روان شناختي باعث كاهش علائم بيماريهايي چون افسردگي اضطراب و همچنين كم شدن اختلالات خواب و بيماري‌هاي روان‌تني خواهد شد.

از طرف ديگر با پذيرش و گسلش شناختي در اين مشاوره مراجعان دريافتند كه در صورت عدم رضايت از وضعيت سلامت خويش، و يا محيط اطراف خود مي‌توانند با وجود ناراضي بودن و وجود مشكل، با جواب ندادن به فكر و احساس و خاطره و ميل و علائم بدني به گونه‌اي رفتار نمايند كه متناسب با مسير ارزش‌هاي خود حركت كنند يعني با وجود اين ۵ عامل در درون خود باز در مسير ارزش‌ها حركت نمايند و عمل در جهت ارزش‌هاي خود را رها نكنند كه اين كار به طور كلي باعث بهبود كيفيت زندگي آن‌ها خواهد شد.

بنابراين با توجه به اثر بخش بودن اين مشاوره مي‌توان

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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

پيشنهادهاي زير را ارائه کرد:

۱- آموزش مشاورة مبتني بر پذيرش و تعهد (ACT) به مشاوران

۲- استفاده از مشاوره مبتني بر پذيرش و تعهد (ACT) در حيطه هاي مختلف زندگي افراد

۳- استفاده از اين مشاوره نه فقط براي درمان اختلالات و بيماري‌هايي چون افسردگي و وسواس بلکه استفاده از آن براي افراد عادي جامعه.

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 Quide 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). Comparisonbased onacceptance and commitmenttherapy(ACT)and cognitive-behavioraltherapy(CBT)on symptoms andobsessive beliefs, quality of life,mentalflexibilityand anxiety and depressionin patients withtreatment-resistantobsessive-compulsive. ThesisClinical Psychology,Faculty of Educationand Psychology, University of Isfahan.

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 commitmenttherapy(ACT) onfocused attentionreduction, improved socialself-efficacyandsocial anxiety disordersymptomsin studentsof Isfahan Universitycounselingcenter. Thesis Masterof Clinical Psychology,Facultyof 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 oftreatmentonquality of life on maritalsatisfactionofspouses esfahancity. Family CounselingMA thesis, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan.

Rahimian, D. (1388). Clinical psychologyPreventivehealthguidelines, formulationand treatment,Tehran: Danzhh.

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

Twohig, M.P., & whittal, M.L.(2008). Anevaluation of mechanisms of action in ACT,CT, and RFT forocd. 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 byQasim Abadlight. F. AndMohammad Khani, c. Department ofCultural Affairsand preventingthe State Welfare Organization. 38-11.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1394.2.1.2.4]