مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۹، شماره ۹، آذر ۱۴۰۱ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

بررسی تغییرات سطح کیفیت زندگی و بهزیستی روانی با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

هاله صبوری: گروه روانشناسی عمومی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

اقبال زارعی: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران (* نویسنده مسئول) Eghbalzarei2010@yahoo.com

سید عبدالوهاب سماوی: دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

آزیتا امیرفخرایی: گروه روانشناسی عمومی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

چکیده

زمینه و هدف: افرادی که بهزیستی روانشناختی پایینی را گزارش می‌کنند به دلیل تجربه هیجانات ناخوشایند و ارزیابی منفی رویدادهای زندگی بر میزان کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد. این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی اجرا شد.

روش کار: طرح تحقیق از نوع نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری شامل دانشجویان متأهل مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ دانشگاه آزاد سیرجان نفر بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۵۰۰ نفر انتخاب و بعد از دو مرحله غربالگری، تعداد ۳۰ نفرکه نمره برش را کسب نمودند به شکل تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. دوره‌ی درمانی پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۲ ساعته به صورت هفتگی برای گروه آزمایش اجرا شد. برای جمع داده‌ها از فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده دو گروه در متغییر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی و ابعاد آن، در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون از لحاظ آماری معنادار بود. همچنین یافته‌ها نشان دادند نمرات بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه پذیرش و تعهد تغییرات معناداری داشته است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مذکور گویای سودمندی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی است. این یافته‌ها می‌تواند در طرح‌ریزی مداخلات پیشگیرانه و درمانی امید بخش باشد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

بهزیستی روانشناختی،

کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۱۹

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۰۹/۱۹

شیوه استناد به این مقاله:

Sabouri H, Zarei E, Samavi A, Amir Fakhraei A. The study of Changes in Quality of Life and Mental Well-being with an Acceptance and Commitment-based Treatment Approach. Razi J Med Sci. 2022;29(9):242-253.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

Razi Journal of Medical Sciences. 2022;29(9):242-253. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

The study of Changes in Quality of Life and Mental Well-being with an Acceptance and Commitment-based Treatment Approach

Haleh Sabouri: Department of General Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran
Eghbal Zarei: Associate Professor, Department of Psychology, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran (*Corresponding author) Eghbalzarei2010@yahoo.com
Abdolvahab Samavi: Associate Professor, Department of Educational Sciences, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran
Azita Amir Fakhraei: Department of General Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

Abstract

Background & Aims: People who report low psychological well-being due to the experience of unpleasant emotions and negative evaluation of life events affect their level of commitment in married life and lead to a tendency to betrayal. Given that the conditions underlying betrayal are provided among students and due to the consequences of the tendency to betrayal in the young generation, identify the factors associated with it and on the other hand study specific treatment approaches in this field that their effectiveness in different samples It has been shown to be an effective step in reducing the tendency to betray. People who report low psychological well-being due to the experience of unpleasant emotions and negative evaluation of life events affect their level of commitment in married life and their quality of life. This study was conducted with the aim of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on psychological well-being and quality of life in married students with a tendency to infidelity.

Methods: The present study is a quasi-experimental study with an expanded research design (pretest-posttest with two experimental groups and a control group). The statistical population in this study included all married students aged 20-47 years with an average age of 33.5 studying in the Sirjan University in the number of 700 people. Available sampling method was used to select married students with a tendency to betrayal. In the first stage, in order to determine the cut-off point, considering that the scores of the questionnaires are in the range, 30 married students aged 20-47, studying in technical and humanities colleges, were randomly selected as a pilot and then they were asked to Complete the questionnaires of attitudes toward betrayal, psychological well-being and quality of life. After calculating the scores of these thirty people and estimating the mean and standard deviation of the components, the cut-off score was defined. In other words, the cut-off score was found to be two standard deviations above the mean in the attitude to betrayal attitude scale and one standard deviation below the average of the pilot group in the welfare scale. Then, in the first phase of the study, 500 couples aged 47-20 years were selected by convenience sampling method and the attitude toward infidelity questionnaire was administered as the first screening. A total of 183 people who obtained a cut-off score in the Betrayal Attitude Questionnaire were selected and entered the second stage of screening and completed the Psychological Well-Being and Quality of Life Questionnaire. Then, 45 of them were randomly selected and randomly assigned to two groups (experimental group and control group). It should be noted that the members completed the profile form containing the contact number to coordinate the meeting, the location of the meetings, completing the questionnaires in the post-test and follow-up phase, as well as the informed consent form to participate in the research. The two experimental groups underwent 8 sessions of two two-hour sessions (once a week) at the Sirjan Branch of Azad University in the second semester of 1997-98. At the end of the sessions, members of all three groups completed the questionnaire as a post-test. In order to remind up to three months, one session was held for the experimental groups every month and after three months in the follow-up

Keywords
Acceptance and Commitment Therapy,
Psychological well-being,
Quality of life

Received: 10/09/2022
Published: 10/12/2022

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

phase, they completed the welfare questionnaire. ACT treatment courses were performed in 8 2-hour group sessions per week for experimental groups. For data collection, the short form of Reef Psychological Well-Being and Quality of Life Questionnaire of the World Health Organization was used. Data were analyzed by repeated measures analysis of variance and Beferroni post hoc test.

Results: Based on the results, the difference between the adjusted means of the two groups in the variables of psychological well-being and quality of life and its dimensions in the post-test and follow-up stages compared to the pre-test stage was statistically significant ($p \leq 0.05$). The findings also showed that there were significant changes in psychological well-being scores and quality of life in the post-test and follow-up stages in the ACT group.

Conclusion: These findings indicate the usefulness of ACT treatment on psychological well-being and quality of life in married people with a tendency to betrayal. These findings can be promising in planning preventive and therapeutic interventions. However, more controlled studies are needed in this area. This research, like any other research, had limitations in generalizing and interpreting the results as follows. In acceptance and commitment therapy, the emphasis is on increasing the individual's desire to experience internal events as they are. Here, the goal was to help people experience the thought of betrayal only as a thought and instead of responding to it by doing what it is. Life is important for him and in line with his values, that is, the existence of a thought with the content of betrayal was not an issue in itself, but the main issue was the person's attempt to respond to the betrayal thought (ie the act of betrayal). Horror events (such as thoughts of betrayal) are what is called psychological resilience. When a person constantly reminds himself that his life in the present moment requires a behavioral effort in line with goals and values and not focusing on disturbing and imposed thoughts, no doubt reducing the focus on the intensity and frequency of thoughts. Will also be reduced One of the main consequences of the end of this process is to improve the quality of life. Acceptance and commitment therapy enhances the level of psychological flexibility and it is believed that if people have the appropriate psychological flexibility, they can easily overcome their psychological and even social problems. When every human being is trapped in psychological inflexibility, the quality of life declines because the person feels trapped in a context in which valuable things are replaced by thoughts and efforts focused on avoiding worry and negative thoughts. Will not have a favorable living conditions. Continuing a negative assessment of living conditions that are accompanied by inflexible behaviors will simply weaken the quality of life in people. From this perspective, it is natural for married people with a tendency to betrayal to feel that their quality of psychological and social life is poor and undesirable, but when they entered the process of commitment and acceptance of treatment, they learned this type of treatment by relying on metaphorical techniques. To spend less energy on experiential avoidance and instead focus their energy on more flexible behaviors. This path to self-transformation and life in the end provided the basis for improving the quality of life of married students. In this study, compassion-focused therapy increased the quality of mental, social and physical life of the subjects. Creating a non-judgmental, compassionate, flexible and moment-by-moment relationship using mindfulness techniques in interpersonal relationships of couples with the potential for infidelity can Useful forms of mindfulness and creating a satisfied view in people caused them to enjoy their existing relationships and use all their efforts in the marital relationship environment based on value-based goals and thus the quality of their psychological and social life.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Sabouri H, Zarei E, Samavi A, Amir Fakhraei A. The study of Changes in Quality of Life and Mental Well-being with an Acceptance and Commitment-based Treatment Approach. Razi J Med Sci. 2022;29(9):242-253.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

مقدمه

بهزیستی روان شناختی یک جنبه مهم از زندگی است که سلامت و بهزیستی را شکل می‌دهد و با سلامت جسمانی و روان‌شناختی همبستگی بالایی دارد و یکی از پیش‌بینی کننده‌های با اهمیت موفقیت در زندگی است (۱). طبق پژوهش‌ها بهزیستی با سلامت جسمانی، کاهش مشکلات روان‌شناختی، مهارت‌های مسئولیت پذیری، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی ارتباط دارد (۲). بهزیستی منعکس‌کننده افکار و احساسات مثبت فرد است که با رضایت از سایر ابعاد زندگی به دست می‌آید. افرادی که بهزیستی بالایی را گزارش می‌کنند عمدتاً دارای هیجان مثبت بوده و رویدادهای زندگی را مثبت ارزیابی می‌کنند، درحالی‌که افرادی که بهزیستی پایینی را گزارش می‌دهند هیجانات منفی نظیر خشم، پرخاشگری، افسردگی را تجربه می‌کنند (۳). مؤلفه‌ی دیگر در ارتباط با نگرش به زندگی که مورد توجه پژوهش حاضر می‌باشد، کیفیت زندگی است (۴). پایین آمدن کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی)، پیش بینی کننده خیانت زناشویی می‌باشد کیفیت زندگی زوجین یک جنبه مهم از زندگی خانوادگی است که سلامت و بهزیستی روانشناختی را شکل می‌دهد (۵). کیفیت زندگی می‌تواند بر چندین بعد مهم در زندگی تأثیر بگذارد، این ابعاد شامل برخورداری همسران از همدلی، صمیمیت، پذیرش، تفاهم، آگاهی، مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله بیشتر در ازدواج و ایجاد آرامش بیشتر در خود و در تعاملات با یکدیگر می‌باشد. واضح است سطح پایین یا فقدان هرکدام از این ابعاد در زندگی زناشویی، سبب کاهش کیفیت زندگی است (۶). کیفیت زندگی را در سه حوزه عاطفی، روانی و اجتماعی می‌توان بررسی کرد، بعد عاطفی به احساس خوشبختی و رضایت از زندگی اشاره دارد. بعد روانی به معنای دارا بودن یک زندگی غنی است که از توانایی‌های فردی به دست آمده باشد و بعد اجتماعی به احساس ارزشمندی اشاره دارد که بر اساس جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، ارزشمند شناخته شده باشد (۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند (۸). این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد. از نظر این رویکرد اجتناب از مشکلات، تلاش برای کنترل، نداشتن هدف و ارزش در زندگی سبب شکل‌گیری رفتارها و نگرش‌های ناموثر می‌گردد، لذا درمان مذکور نیز بر این اساس شامل پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها و عمل مبتنی بر ارزش است (۹). به عبارت دیگر پذیرش و تعهد درمانی می‌تواند از طریق ترکیب پذیرش، واضح دیدن تجربیات، سرزندگی و تصریح ارزش‌ها ، تغییرات مثبتی در بهزیستی روانشناختی ایجاد نماید (۱۰). از پژوهش‌های صورت گرفته که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بررسی کردند می‌توان به تأثیر آن بر بهزیستی و تاب آوری نوجوانان (۱۱)، بهزیستی و بهبود بازده های حرکتی (۱۲)، بهزیستی روانشناختی کاراموزان بخش روان (۹)، کاهش گرایش به خیانت (۶) و تعهد، سازگاری، نگرش به خیانت اشاره کرد که در نمونه‌های مختلف اثربخشی این درمان بررسی شده است (۴). تاکنون پژوهشی که به‌صورت اثر بخشی درمان مذکور را بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی در زوجین ایرانی، بررسی نماید، انجام نشده است. افرادی که بهزیستی روانشناختی پایینی را گزارش می کنند به دلیل تجربه هیجانات ناخوشایند و ارزیابی منفی رویدادهای زندگی بر میزان تعهدشان در زندگی زناشویی تاثیر می‌گذارد. لذا هدف پژوهش حاضر اثر بخشی این رویکرد، در دانشجویان متأهل بود.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش بسط یافته (پیش‌آزمون – پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گروه کنترل) است که با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1401.128 در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسید. جامعه آماری در این پژوهش، شامل کلیه‌ی دانشجویان متأهل ۲۰ -۴۷ ساله با میانگین سنی ۳۳/۵ مشغول به تحصیل سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ دانشگاه سیرجان به تعداد ۷۰۰ نفر بودند. از روش نمونه‌گیری در دسترس جهت انتخاب دانشجویان متأهل دارای گرایش به خیانت استفاده گردید. در مرحله‌ی اول به‌منظور تعیین نقطه‌ی برش، با توجه به اینکه نمرات

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

پر سشنامه‌ها در طیف قرار دارند، ۳۰ دانشجوی متأهل ۲۰-۴۷ ساله‌ی، مشغول به تحصیل در دانشکده‌های فنی و انسانی به‌صورت تصادفی و به‌عنوان پایلوت انتخاب شدند و سپس از آن‌ها خواسته شد که پرسشنامه‌های نگرش به خیانت، بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی را تکمیل نمایند، پس از محاسبه نمرات این سی نفر و برآورد میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌ها، نمره‌ی برش تعریف شد. به‌عبارت‌دیگر نمره‌ی برش در مقیاس نگرش به خیانت دو انحراف استاندارد بالاتر از میانگین و در مقیاس بهزیستی یک انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین گروه پایلوت مشخص گردید. سپس در مرحله‌ی اول پژوهش ۵۰۰ زوج ۲۰-۴۷ ساله به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌ی نگرش به خیانت، به‌عنوان غربال نخست انجام گردید. تعداد۱۸۳ نفر که نمره‌ی برش را در پرسشنامه نگرش به خیانت کسب نمودند انتخاب و وارد مرحله‌ی دوم غربال‌گری گردیدند و پرسشنامه بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی را تکمیل نمودند، از میان آن‌ها تعداد ۷۸ نفر که نمره‌ی برش را در پرسشنامه‌های مذکور به دست آورند، انتخاب شدند. سپس از بین آن‌ها ۴۵ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) جایگزین گردیدند. لازم به ذکر است اعضا فرم مشخصات که حاوی شماره تماس جهت هماهنگی برگزاری، مکان جلسات، تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری و نیز فرم رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در تحقیق را تکمیل نمودند. دو گروه آزمایش تحت ۸ جلسه دو ساعتی (هفته‌ای یک‌بار) در دانشگاه آزاد واحد سیرجان در نیمسال دوم ۹۸-۹۷ تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ودرمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند، درحالی‌که گروه کنترل درمانی را دریافت نکرد. در آخر جلسات اعضای هر سه گروه مجدد پرسشنامه مذکور را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند . به منظور یادآوری تا سه ماه ، هرماه یک جلسه برای گروههای آزمایشی برگزار شد و پس از سه ماه در مرحله‌ی پیگیری ،پرسشنامه بهزیستی را تکمیل نمودند.

مداخله های مذکور با توجه به معیار های اخلاقی پژوهش نظیر اطمینان دادن به شرکت کنندگان در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات آنها ، شرکت داوطلبانه در پژوهش، تعهد پژوهشگر به پاسخگو بودن سوالات مربوط به تجربیات آنها در تمرین هاو برگزاری کارگاهی بر اساس مداخلات درمانی برای گروه کنترل پس از پایان پژوهش بوده است. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف‌بود این پر سشنامه شامل ۱۸ ماده است که دارای ۶ عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می‌باشد، ضمن اینکه مجموع نمرات این ۶ عامل به‌عنوان نمره کلی بهزیستی روان شناختی محاسبه می شود. حداقل نمره قابل کسب در این مقیاس ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ می باشد . در پژوهش ضیائی نژاد (۱۳۹۵) جهت سنجش ضریب پایایی پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ومولفه های آن از دو روش آلفای کرونباخ وتنصیف استفاده گردیده است که به ترتیب برای مولفه های پذیرش خود ۰/۸۰و ۰/۷۶،روابط مثبت با دیگران ۰/۷۱و ۰/۷۴، خود مختاری ۰/۷۴و ۰/۷۷ ،تسلط بر محیط ۰/۷۵و ۰/۶۵ ،زندگی هدفمند ۰/۸۰و ۰/۷۹ و رشد فردی ۰/۷۶و ۰/۶۵ بدست آمده است . همچنین ضریب پایایی کل پرسشنامه ازطریق دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ضرایب ۰/۹۲و ۰/۸۸ بدست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۹ با ۲۶ سؤال جهت برر سی ۴ حیطه‌ی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی تدوین‌شده است. دو سوال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند، بنابراین پر سشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد که دارای حیطه های زیر است بعد جسمانی(۷ سؤال؛ سؤالات :۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸)؛ سلامت روانی(۶ سؤال، سؤالات :۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶)؛ سلامت روابط اجتماعی(۳ سؤال، سؤالات :۲۰-۲۱-۲۲)؛ سلامت محیطی(۸ سؤال، سؤالات: ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵)می‌باشد. هر سؤال دارای یک مقیاس پنج‌درجه‌ای بسیار بد ،بد،نه

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

جدول ۱- ساختار جلسات براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، معرفی ساختار جلسات و تأکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی، گرفتن رضایت نامه شرکت در پژوهش، اجرای پرسش نامه پیش آزمون، آشنایی با رویکرد اکت و فرمول بندی مورد
جلسه دوم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانشجویان، معرفی و بررسی اجتناب تجربه‌ای و اگاهی از پیامدهای آن، ایجاد درماندگی خلاق و ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانشجویان، مرور تکلیف جلسه قبل، کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارامد کنترل و پی بردن به مفهوم «کنترل مسأله است»، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفهوم تسلیم شدن، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانشجویان، مرور تکلیف جلسه قبل، آشنایی با مفهوم آمیختگی شناختی و همجوشی با خود، گذشته، آینده، آشنایی با مفهوم گسلش شناختی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانشجویان، مرور تکلیف جلسه قبل، توضیح ذهن آگاهی و معرفی تکنیک‌های ذهن آگاهی، اسکن بدن و تنفس ذهن آگاهانه و ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانشجویان، مرور تکلیف جلسه قبل، توضیح مفاهیم خود به عنوان زمینه (خود مشاهده‌گر)، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوایی ذهنی هستند و ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانشجویان، مرور تکلیف جلسه قبل، توضیح مفهوم ارزش‌ها با استفاده از استعاره تولد هشتاد سالگی، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تعیین اهداف بر اساس ارزش‌ها و ارائه تکلیف خانگی
جلسه هشتم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد دانشجویان، مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش تعهد به عمل، بررسی موانع درونی و بیرونی، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع بندی جلسات در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده شده و نشده‌اند، تشکر از دانشجویان برای شرکت در گروه و آماده سازی آن‌ها برای اتمام جلسات، اجرای پس آزمون و پایان دادن به جلسه

بد نه خوب،خوب،بسیار خوب است که به هر گزینه نمره‌ای بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد، به گزینه‌ی بسیار خوب نمره ۵ و به گزینه‌ی بسیار بد نمره ۱ داده می‌شود. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۲۴ تا ۱۲۰ نمره است و نمره‌ی بالای طیف به معنای کیفیت بالای زندگی و نمره‌ی پایین نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی پایین است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. و در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴۰ بود. همچنین پایایی مقیاس کیفیت زندگی را رحیمی(۱۳۸۶) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷گزارش کرده است. نصیری (۱۳۸۵) به منظور تعیین روایی مقیاس از روش روایی همزمان استفاده کرد و رابطه نمره کل آزمون و خرده مقیاس های آن را با نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از طریق ضریب همبستگی سنجید. ساختار جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است.

پس از جمع آوری داده‌ها،جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استباطی استفاده شد. از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی برای بررسی راوبط بین متغیرها استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی توصیفی متغیر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی و ابعاد آنها حاکی از بهبود نمرات بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن و نیز کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون در گروه‌های آزمایش بود.

برای بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش با مد نظر قرار دادن پیش فرض‌های مربوط به آزمون‌های آماری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد و قبل از انجام این آزمون پیش فرض‌های آماری آن

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن بر حسب مراحل مختلف ارزیابی به تفکیک عضویت گروهی

متغیر	روه	کنترل (تعداد= ۱۵ نفر)		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (تعداد= ۱۵ نفر)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودمختاری	پیش آزمون	۱۱/۹۳	۴/۶۲	۱۱/۲۶	۳/۹۳
	پس آزمون	۹/۶۷	۳/۴۳	۱۷/۰۷	۱/۰۳
	پیگیری	۹/۸۷	۲/۶۴	۱۷/۲۰	۱/۵۶
تسلط بر محیط	پیش آزمون	۵/۲۰	۱/۵۶	۹/۰۰	۵/۸۴
	پس آزمون	۹/۶۷	۵/۳۰	۱۴/۵۳	۳/۶۰
	پیگیری	۸/۰۷	۴/۶۰	۱۶/۲۷	۳/۳۴
رشد شخصی	پیش آزمون	۸/۸۷	۳/۲۹	۱۱/۴۰	۳/۶۴
	پس آزمون	۸/۵۳	۲/۸۷	۱۴/۵۳	۲/۷۷
	پیگیری	۹/۲۷	۳/۳۲	۱۶/۷۳	۱/۷۹
ارتباط مثبت با دیگران	پیش آزمون	۷/۹۳	۳/۱۷	۷/۸۷	۱/۰۶
	پس آزمون	۸/۶۶	۳/۲۲	۱۰/۸۷	۱/۱۸
	پیگیری	۱۰/۲۰	۴/۸۱	۱۴/۲۰	۲/۰۴
هدفمندی در زندگی	پیش آزمون	۹/۲۶	۴/۰۶	۷/۹۳	۱/۴۳
	پس آزمون	۸/۲۰	۲/۰۰	۱۲/۲۶	۲/۰۵
	پیگیری	۸/۶۶	۲/۹۶	۱۷/۴۰	۰/۷۳
پذیرش خود	پیش آزمون	۷/۶۰	۱/۸۰	۸/۴۷	۰/۸۳
	پس آزمون	۹/۹۳	۲/۶۳	۱۱/۸۶	۱/۶۸
	پیگیری	۱۰/۶۰	۳/۶۶	۱۴/۵۳	۱/۵۹
نمره کل بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	۵۰/۸۰	۱۳/۲۶	۵۵/۹۳	۱۰/۷۶
	پس آزمون	۵۴/۶۷	۷/۸۶	۸۱/۱۳	۵/۴۳
	پیگیری	۵۶/۶۶	۱۰/۸۱	۹۶/۳۳	۵/۸۷
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۲۱/۴۰	۵/۸۲	۲۰/۸۷	۵/۸۶
	پس آزمون	۲۱/۹۳	۳/۰۸	۲۴/۸۰	۴/۶۴
	پیگیری	۱۹/۴۰	۴/۰۱	۲۹/۸۰	۳/۰۵
سلامت روانی	پیش آزمون	۱۶/۰۰	۳/۲۵	۱۵/۵۳	۳/۳۵
	پس آزمون	۱۶/۳۳	۳/۶۱	۲۴/۶۰	۲/۷۹
	پیگیری	۱۵/۸۰	۳/۰۲	۲۶/۱۳	۱/۸۴
سلامت روابط اجتماعی	پیش آزمون	۸/۲۰	۱/۳۲	۹/۶۰	۱/۰۵
	پس آزمون	۹/۴۶	۱/۵۵	۱۲/۲۶	۱/۵۳
	پیگیری	۹/۲۶	۱/۲۲	۱۳/۶۰	۰/۹۸
سلامت محیطی	پیش آزمون	۲۵/۸۰	۶/۲۴	۲۵/۸۷	۵/۰۵
	پس آزمون	۲۵/۰۷	۴/۲۶	۲۷/۵۳	۵/۰۹
	پیگیری	۲۴/۰۷	۳/۰۳	۲۸/۱۳	۶/۲۰
نمره کل کیفیت زندگی	پیش آزمون	۷۱/۴۰	۱۳/۸۳	۷۶/۲۷	۶/۹۶
	پس آزمون	۷۲/۸۰	۸/۱۳	۹۲/۰۷	۵/۷۲
	پیگیری	۶۸/۵۳	۸/۷۶	۱۰۱/۲۰	۵/۶۴

مورد بررسی قرار گرفت نتیجه آزمون شاپیرو ویکلز نشان دادکه سطح معناداری بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن و کیفیت زندگی و ابعاد آنها در تمام مراحل آزمون از مقدار ۰/۰۵ بیشتر بود لذا می توان نتیجه گرفت که فرض نرمال بودن متغیرها در نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بر حسب عضویت گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون لوین برای متغیر بهزیستی روانشناختی در سه مرحله پیش آزمون (F =۰/۸۹۵، P= ۰/۴۱۶)، پس آزمون (F =۳/۲۱۹، P= ۰/۰۵۰)، پیگیری (F =۲/۷۹۲، P= ۰/۰۷۳) نشان داد که پیش فرض تساوی واریانسها در گروههای آزمایش و کنترل رعایت شده است. همچنین سطح معنا داری آزمون ام باکس در تمام سطوح تحلیل بجز در ارتباط با نمره کل بهزیستی روانشناختی بزرگتر از ۰/۰۵ بوده

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس بین گروهی برای بررسی تاثیر متغیر مستقل (مداخله‌ها) بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی و ابعاد آن‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
خودمختاری	عامل بین‌گروهی	۴۹۵/۵۱۱	۲	۲۴۷/۷۵۶	۱۶/۸۴۳	۰/۰۰۰	۰/۴۴۵	۰/۹۹۹
تسلط بر محیط	عامل بین‌گروهی	۷۱۱/۸۳۷	۲	۳۵۵/۹۱۹	۱۹/۸۲۸	۰/۰۰۰	۰/۴۸۶	۱/۰۰
رشد شخصی	عامل بین‌گروهی	۶۴۰/۵۳۳	۲	۳۲۰/۲۶۷	۱۷/۲۱۹	۰/۰۰۰	۰/۴۵۱	۱/۰۰
ارتباط مثبت با دیگران	عامل بین‌گروهی	۲۷۶/۵۷۸	۲	۱۳۸/۲۸۹	۱۸/۴۹۲	۰/۰۰۰	۰/۴۶۸	۱/۰۰
هدفمندی در زندگی	عامل بین‌گروهی	۳۳۱/۲۱۵	۲	۱۶۵/۶۰۷	۲۲/۵۲۸	۰/۰۰۰	۰/۵۱۸	۱/۰۰
پذیرش خود	عامل بین‌گروهی	۳۱۴/۴۱۵	۲	۱۵۷/۲۰۷	۲۳/۴۰۳	۰/۰۰۰	۰/۵۲۷	۱/۰۰
نمره کل بهزیستی روانشناختی	عامل بین‌گروهی	۱۳۷۰۲/۶۸۱	۲	۶۸۷۱/۳۴۱	۶۷/۷۳۴	۰/۰۰۰	۰/۷۶۳	۱/۰۰
سلامت جسمانی	عامل بین‌گروهی	۱۱۹۹/۳۰۴	۲	۵۹۹/۶۵۲	۲۵/۹۹۶	۰/۰۰۰	۰/۵۵۳	۱/۰۰
سلامت روانی	عامل بین‌گروهی	۸۲۹/۸۸۱	۲	۴۱۴/۹۴۱	۴۲/۵۲۰	۰/۰۰۰	۰/۶۶۹	۱/۰۰
سلامت روابط اجتماعی	عامل بین‌گروهی	۱۸۴/۵۴۸	۲	۹۲/۲۷۴	۴۰/۱۴۷	۰/۰۰۰	۰/۶۵۷	۱/۰۰
سلامت محیطی	عامل بین‌گروهی	۱۲۴/۵۴۸	۲	۶۲/۲۷۴	۱/۱۹۹	۰/۳۱۲	۰/۰۵۴	۰/۲۴۸
نمره کل کیفیت زندگی	عامل بین‌گروهی	۸۴۵۹/۲۱۵	۲	۴۲۲۹/۶۰۷	۳۶/۰۳۶	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲	۱/۰۰

است؛ بنابراین می‌توان گفت که پیش فرض همسانی ماتریس کواریانس در متغیرهای مورد بررسی بجز نمره کل بهزیستی روانشناختی رعایت شده است (۰/۰۵ = P). همچنین با توجه به اینکه سطح معناداری کیفیت زندگی و ابعاد آن در تمام مراحل آزمون (که با توجه به بررسی نرمال بودن داده ها به تفکیک مراحل ارزیابی و عضویت گروهی قابل قبول می‌باشد)، از مقدار ۰/۰۵ بیشتر می‌باشد، می توان گفت که فرض نرمال بودن متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن در نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بر حسب عضویت گروهی رعایت شده است. پیش فرض برقرار بودن کرویت با انجام آزمون موچلی بررسی شد نتایج نشان داد آزمون کرویت موچلی برای مولفه های خودمختاری، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و نمره کل بهزیستی روانشناختی دارای سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است و برای مولفه رشد شخصی دارای سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ است که حاکی از آن است که در خصوص مولفه های خودمختاری، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و نمره کل بهزیستی روانشناختی کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس تائید شده و می‌توان در انجام آزمون درون‌گروهی از آزمون F یا فرض کرویت استفاده کرد، اما در خصوص مولفه رشد شخصی کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس تائید نشده و به منظور تفسیر یافته ها باید از آزمون‌های اپسیلون بهره گرفت که با توجه به اینکه در خصوص مولفه رشد شخصی سطح اپسیلون آزمون گرین هوس-گیسر بزرگتر از ۰/۷۵ بود، بنابراین به منظور تفسیر یافته‌های مربوط به مولفه رشد شخصی از آزمون هیونه فیلدت استفاده شد. با توجه به نتایج حاصل از می‌توان دریافت که آزمون کرویت موچلی برای مولفه های سلامت جسمانی، روانی و روابط اجتماعی دارای سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است و برای مولفه سلامت محیطی و نمره کل کیفیت زندگی دارای سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ است که این نتیجه را بیان می‌کند که در خصوص مولفه‌های سلامت جسمانی، روانی و روابط اجتماعی کرویت ماتریس وار یانس-کوواریانس پذیرفته شده و می‌توان در انجام آزمون درون‌گروهی از آزمون F یا فرض کرویت استفاده کرد، اما در خصوص مولفه سلامت محیطی و نمره کل کیفیت زندگی کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس تائید نشد و به منظور تفسیر یافته ها باید از آزمون‌های اپسیلون بهره گرفت. که با توجه به اینکه در خصوص مولفه سلامت محیطی سطح اپسیلون آزمون گرین هوس-گیسر کمتر از ۰/۷۵ و برای نمره کل کیفیت زندگی بیشتر از ۰/۷۵ می‌باشد. بنابراین به منظور تفسیر یافته های مربوط به مولفه سلامت محیطی از آزمون گرین هوس- گیسر و برای تفسیر یافته‌های نمره کل کیفیت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

زندگی از آزمون هیونه فیلدت استفاده شد. نتایج جدول شماره ۳ حاکی از آن است که تفاوت معناداری بین سه گروه در متغیر بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن وجود دارد (P≤۰/۰۵). همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود به ترتیب حدود ۴۵٪، ۴۹٪، ۴۵٪، ۴۷٪، ۵۲٪، ۵۳٪ و ۷۶ درصد از تفاوت‌های مشاهده در متغیرهای خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و نمره کل بهزیستی روانشناختی بین نمونه آماری پژوهش ناشی از عضویت گروهی می‌باشد. با توجه به اینکه مقدار F محاسبه شده در ارتباط با متغیر بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن معنی‌دار است، بنابراین می‌توان گفت متغیرهای مستقل (مداخله های پژوهش) بر متغیرهای وابسته (بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن) تاثیر داشته است. در نتیجه برای مقایسه اینکه کدام روش درمانی از تاثیر معناداری برخوردار است، از مقایسه زوجی استفاده شد که نتایج آن در جداول ۳ ارائه شده است. نتایج جدول حاکی از آن است که تفاوت معناداری بین سه گروه در متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن به جزء بعد کیفیت محیطی وجود داشت (P≤۰/۰۵). همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود به ترتیب حدود ۵۵٪، ۶۷٪، ۶۶٪ و ۶۳ درصد از تفاوت های مشاهده در متغیرهای سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و نمره کل کیفیت زندگی بین نمونه آماری پژوهش ناشی از عضویت گروهی می‌باشد. با توجه به اینکه مقدار F محاسبه شده در ارتباط با متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن به جزء بعد کیفیت محیطی معنی‌دار است، بنابراین می‌توان گفت متغیرهای مستقل (مداخله های پژوهش) بر متغیر وابسته (کیفیت زندگی و ابعاد آن به جزء سلامت محیطی) تاثیر داشته است.

بحث

نتایج نشان داد که بین نمرات بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن (خود مختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) در گروه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. نتایج حاکی از آن است که ACT بر بهزیستی روانشناختی دانشجویان متاهل اثر بخش بود. مقایسه میانگین‌های مولفه های بهزیستی روانشناختی نشان داد نمرات زیر مقیاس‌های خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی و هدفمندی در زندگی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان متمرکز بر شفقت از مرحله پیش آزمون تا پیگیری افزایش بیشتری داشت. این نتیجه همسو با نتایج تحقیقات بوراسا (Bourassa) و همکاران (۲۰۱۹) (۱۳)، اوسلر (Osler) و همکاران (۲۰۰۸) (۱۴) و جیمز (James) (۲۰۱۵) (۱۵) نتایج یکسانی داشته است. در تبیین این نتیجه بر اساس مدل آسیب شناختی ACT می‌توان گفت که در اولین بعداین مدل اجتناب تجربه‌ایی مطرح می‌گردد که در مقابل آن در مدل درمانی مولفه پذیرش قرار گرفته است (۱۴). زمانی که افراد در فرآیند درمان ACT قرار می‌گیرند با استفاده از درماندگی خلاق به این نتیجه می‌رسند که دست از اجتناب‌های تجربه‌ایی که مؤثر نبوده بردارند و رویدادهای درونی و جنبه‌های مختلف خود مثل ویژگی‌های خوب و بد خویش را بپذیرند، پذیرش خود یکی از مولفه های بهزیستی روانشناختی است با آشنایی با مفهوم پذیرش و دست برداشتن از اجتناب تجربه‌ایی که نتیجه‌ایی جز فرسودگی فرد در طولانی مدت ندارد، فرد به احساس بهتری از بهزیستی روانشناختی می‌رسد (۱۳). در درمان متمرکز بر شفقت دریافت حمایت مشفقانه و مهربانانه تاثیر مستقیمی بر استرس و پردازش آمیگدالی آن و عملکرد قشر پیش پیشانی دارد. بنابراین توانایی به اشتراک گذاری هیجانات مثبت در روابط از جمله مهربانی و مراقبت برای بهزیستی و کیفیت روابط، مهم است از طرف دیگر نشان داده شده است که دوست نداشتن خود و خود انتقادگری عوامل آسیب‌پذیری برای سلامت روانی فرد محسوب می‌شوند (۹). در حالیکه پرورش احساسات و نگرش‌های مشفقانه و پذیرا نسبت به خود با بهزیستی و مقابله‌های بهتر در ارتباط است. در درمان ACT، آمیختگی شناختی هدف قرار می‌گیرد آمیختگی شناختی یعنی غلبه رویداد های کلامی/شناختی (که اغلب ماهیت منفی دارند) بر دیگر منابع

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

تنظیم رفتاری. در فرآیند ACT با استفاده از تکنیک‌های گسلش افراد می‌آموزند به افکار و رویدادهای درونی خود اعتقاد یا دلبستگی نداشته باشند، مهارت لازم را برای هدایت اعمال خود مبتنی بر ارزش‌ها و اهداف شخصی خود و نه دیگران (والدین، دوستان و...) را کسب نمایند و ارزش‌های مسئولیت‌پذیری و استقلال و خودشکوفایی را مورد تکریم قرار دهند (۱۴). این تنظیم رفتاری می‌تواند به خود مختاری و هدفمندی در زندگی که از مولفه‌های بهزیستی روانشناختی است، منجر گردد و موجبات افزایش بهزیستی روانشناختی فرد فراهم گردد (۱۵).

نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه، در متغییر کیفیت زندگی و ابعاد آن بجز بعد سلامت محیطی وجود داشت. مقایسه میانگین‌های مولفه‌های کیفیت زندگی نشان داد نمرات زیر مقیاس‌های سلامت روانی و روابط اجتماعی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از مرحله پیش آزمون تا پیگیری افزایش بیشتری داشت. نتایج این یافته با نتایج مطالعه او سلر (Osler) و همکاران (۲۰۰۸) (۱۴) همسو بود. با توجه به نتایج اتخاذ شده ضمن تحقیق انجام گرفته، می‌توان گفت که افراد با گرایش به خیانت به دلیل نشخوار فکری و مشغولیت ذهنی با فردی غیر از همسر خود، نداشتن اهداف مشترک با شریک زندگی خود همچنین تعارضات زناشویی و ناسازگاری جنسی و فقدان رضایت جنسی احساس فشار روانی می‌نمایند و همچنین درگیر روابط اجتماعی نامناسب می شوند که می‌تواند کیفیت زندگی روانی و اجتماعی آنان را تحت تاثیر قرار دهد (۶). همچنین نشخوارهای فکری به مرور برای افراد دارای گرایش به خیانت ماهیت تهدیدآمیز به خود گرفته و به این ترتیب باعث تضعیف کیفیت زندگی در این افراد می‌شود از طرف دیگر این که چه زیان یا تبعات منفی برای افکار تحمیلی وجود دارد خود نیز مسئله است. افکار تحمیلی در ساختار شناختی ذهن انسان می‌توانند تبعات گوناگونی بوجود آورند وقتی افکار منفی و ناخوشایند دائم به صفحه ذهن هشیار انسان هجوم می‌آورند حتی اگر مبتنی بر واقعیت نباشند و از باورهای معیوب و بیمارگون نشأت گرفته باشند می‌توانند به باورهای معیوب درباره خود و زندگی منتهی شوند (۷). از طرف دیگر وقتی فکر خیانت دائم در صفحه ذهن هشیار افراد حضور می‌یابد علی‌رغم این که ممکن است از حقیقت عینی و بیرونی نشأت نگرفته باشد ولی در ساختار ذهنی- کلامی افراد با احتمال زیاد می‌تواند تبدیل به یک واقعیت شود اکنون می‌توان تصور نمود که وقتی افراد متاهل نسبت به شرایط زندگی خود افکار تحمیلی مرتبط با خیانت را تجربه می‌کنند بدون تردید از سطح امیدواری، انگیزی، تلاش و تعهدشان نسبت به زندگی کاسته خواهد شد (۱۱). کاهش این موارد به افت کیفیت زندگی منجر می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی به دنبال آن است که به افراد کمک کند تا به طور انعطاف ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی شان نباشند و به جای آن شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می‌شود، بیابند (۶). در حقیقت هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آن است که به منظور کاهش تأثیر و اهمیت رویدادهای درونی دشوار، زمینه‌ای که این رویدادها در آن رخ می‌دهد را تغییر دهد مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکنند. هدف این تمرینات آن است که به افراد بیاموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند، هیچ یک از رویدادهای درونی وقتی تجربه می شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیبزا نیستند و آسیبزا بودن آن‌ها از این نا شی می شود که آن‌ها تجارب آسیبزایی هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند (۱۰). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی همانطور که هستند مورد تأکید می‌باشد در اینجا هدف کمک به افراد بود تا فکر گرایش به خیانت را فقط به عنوان یک فکر تجربه کند و به جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش هایش است بپردازد یعنی وجود یک فکر با محتوای خیانت به خودی خود مساله نبود و در حقیقت هدف این درمان افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای تر سناک است

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

(۴)؛ چیزی که انعطاف پذیری روانشناختی نامیده می‌شود. وقتی هر انسانی در دام انعطاف ناپذیری روان‌شناختی گرفتار شود کیفیت زندگی فرد دستخوش تنزل می‌گردد. زیرا فرد احساس می‌کند که در چهارچوب زندگی گرفتار آمده که در آن امور ارزشمند با افکار و تلاش‌های متمرکز بر اجتناب از نگرانی و افکار منفی جایگزین شده، ارزشیابی مطلوبی از شرایط زندگی خود نخواهد داشت. تداوم ارزیابی منفی از شرایط زندگی که با رفتارهای غیر قابل انعطاف همراه می‌شود به سادگی باعث تضعیف کیفیت زندگی در افراد خواهد شد (۸).

این تحقیق نیز مانند هر تحقیق دیگر دارای محدودیت هایی در تعمیم و تفسیر نتایج به شرح ذیل بود؛ روش نمونه گیری پژوهش حاضر به دلیل گروه هدف که دانشجویان متاهل با گرایش به خیانت بودند و ملاک های ورود و خروج خاص خود را می‌طلبید، نمونه‌گیری در دسترس بود و نیز گروه نمونه پژوهش را دانشجویان متاهل با گرایش به خیانت تشکیل می‌دادند لذا تعمیم نتایج به کلیه دانشجویان متاهل و همچنین جامعه غیر دانشجو باید جانب احتیاط رعایت شود. گرایش به خیانت، کیفیت زندگی، احساس تنهایی و بهزیستی روانشناختی در این تحقیق یک سنجش مبتنی بر خود گزارش‌دهی بود وو در نتیجه در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش کیفیت زندگی روانی، اجتماعی و جسمانی آزمودنی‌ها شد. ایجاد یک رابطه غیر قضاوتی، مشفقانه، منعطف و لحظه به لحظه با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی در روابط بین فردی زوجین دارای پتانسیل به خیانت می‌تواند به اشکال مختلفی مفید واقع شود. استفاده از ذهن آگاهی و ایجاد نگاه بسندگی در افراد موجب شد که آنان از روابط موجود خود لذت ببرند و تمام تلاش خود را در محیط روابط زناشویی بر اساس اهداف ارزش محور به کار ببندند و بدین وسیله کیفیت زندگی روانی و اجتماعی خود را افزایش دهند.

References

1. Allendorf K, Ghimire DJ. Determinants of marital quality in an arranged marriage society. Soc Sci Res. 2013;42(1):59-70.
2. Zhang Y, Axinn WG. Marital Experiences and Depression in an Arranged Marriage Setting. AJS. 2021;126(6):1439-1486.
3. Choi H. Giving or receiving spouse care and marital satisfaction among older Korean individuals. Soc Sci Med. 2021;272:112071.
4. O'Rourke N, Claxton A, Chou PH, Smith JZ, Hadjistavropoulos T. Personality trait levels within older couples and between-spouse trait differences as predictors of marital satisfaction. Aging Ment Health. 2011;15(3):344-53.
5. Min J, Yorgason JB, Fast J, Chudyk A. The Impact of Spouse's Illness on Depressive Symptoms: The Roles of Spousal Caregiving and Marital Satisfaction. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2020;75(7):1548-1557.
6. Pollock Star A, Cohn-Schwartz E, O'Rourke N. Reciprocal Effects of Marital Idealization and Marital Satisfaction Between Long-Wed Spouses Over Time. Int J Aging Hum Dev. 2022;95(4):440-454.
7. Seol KO, Baek S, Kim J. Materialism, wives' relative earnings, and marital satisfaction among South Korean couples: Actor and partner effects. J Fam Psychol. 2021;35(6):780-788.
8. Jennings EA. Predictors of Marital Dissolution During a Period of Rapid Social Change: Evidence From South Asia. Demography. 2016;53(5):1351-1375.
9. Schmitt M, Kliegel M, Shapiro A. Marital interaction in middle and old age: a predictor of marital satisfaction? Int J Aging Hum Dev. 2007;65(4):283-300.
10. Margelisch K, Schneewind KA, Violette J, Perrig-Chiello P. Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. Aging Ment Health. 2017;21(4):389-398.
11. Boerner K, Jopp DS, Carr D, Sosinsky L, Kim SK. "His" and "her" marriage? The role of positive and negative marital characteristics in global marital satisfaction among older adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2014;69(4):579-89.
12. Bourassa KJ, Sbarra DA, Whisman MA. Women in very low quality marriages gain life satisfaction following divorce. J Fam Psychol. 2015;29(3):490-9.
13. Bourassa KJ, Ruiz JM, Sbarra DA. Smoking and Physical Activity Explain the Increased Mortality Risk Following Marital Separation and Divorce: Evidence From the English Longitudinal Study of Ageing. Ann Behav Med. 2019;53(3):255-266.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

14. Osler M, McGue M, Lund R, Christensen K. Marital status and twins' health and behavior: an analysis of middle-aged Danish twins. Psychosom Med. 2008;70(4):482-7.
15. James SL. Variation in marital quality in a national sample of divorced women. J Fam Psychol. 2015;29(3):479-89.
16. Lavner JA, Lamkin J, Miller JD. Borderline personality disorder symptoms and newlyweds' observed communication, partner characteristics, and longitudinal marital outcomes. J Abnorm Psychol. 2015;124(4):975-81.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]