

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی

معلولین تحت پوشش بهزیستی

مژده سعیدی^{۱*}، جواد خلعتبری^۲

(۱) کارشناس پیشگیری بهزیستی تنکابن

(۲) دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

*نویسنده مسوول: m.saeidi2551@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله ۹۴/۱۱/۲ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۹۴/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش مقاله ۹۵/۱/۲۸

چکیده

این پژوهش به منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی انجام پذیرفته است. روش: این پژوهش از نوع آزمایشی و با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بوده که با استفاده از پرسش نامه سازگاری بل و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ۳۰ نفر از معلولین که سازگاری و کیفیت زندگی پایینی داشتند، به طور تصادفی انتخاب و به طور داوطلبانه در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی ۸ جلسه هفته ای یک جلسه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد و گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. پس از درمان مجدداً سازگاری و کیفیت زندگی هر دو گروه مورد اندازه گیری قرار گرفت. یافته: از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) برای تحلیل داده ها استفاده شد. نتایج نشان داد F به دست آمده در سازگاری (۱۴/۰۱۰۴) و کیفیت زندگی (۲۲/۶۵۷) در سطح بین گروه آزمایش و کنترل $P < 0/0005$ معنی دار می باشد. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سازگاری و کیفیت زندگی معلولین شده است. نتیجه گیری: این مطالعه اهمیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افزایش سازگاری و کیفیت زندگی معلولین نشان می دهد. یافته های این پژوهش با یافته های سایر پژوهش همسوئی دارد. همه این تحقیقات نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین اثربخش است.

کلید واژگان: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سازگاری، کیفیت زندگی، معلولین تحت پوشش بهزیستی

مقدمه

(۲۰۰۶). معلولیت به صورت ناتوانی موقت یا دائم، کلی یا جزئی، ثابت یا متغیر در هر جامعه و با هر وضع فرهنگی و در هر طبقه اجتماعی، کم یا بیش وجود دارد و زندگی اطرافیان معلول رانیز متاثر می سازد. (شفیع آبادی، ۲۰۰۳). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، حدود ۱۰ درصد جمعیت جهان دچار نوعی معلولیت هستند. (عبادی و همکاران، ۲۰۱۲). که ۸۰ درصد از آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. در حالی که مخارجی که در این کشورها برای آنها صرف می شود ۲۰ درصد افراد معلول در کشورهای پیشرفته است. (شریفیان و همکاران، ۲۰۰۷). انواع معلولیت شامل نقیصه

معلولیت پدیده ای است که قدمتی به تاریخ بشر دارد. جنگ ها و تصادفات، امراض و بیماری های مادرزادی هر سال میلیون ها معلول و آسیب دیده ی جسمی به جای می گذارد. این گروه عظیم بخش مهمی از اعضای جامعه را تشکیل می دهند. (غضنفری، ۲۰۰۳). معلولیت عبارت است از: محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامد آن نقص و ناتوانی است، به طوری که مانع از انجام نقشی می شود که برای فرد با توجه به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی و فرهنگی طبیعی تلقی می گردد. (کریمی

روان شناختی و اجتماعی زندگی را دربردارد (پوچادی، ۲۰۱۳). سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۳) در تعریف کیفیت زندگی به درک هر فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام های فرهنگی و ارزشی پیرامون و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و علاقه مندی آنها تاکید دارد. در این نگاه، کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روان شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط بانهادهای برجسته محیط تاثیر می پذیرد و بر ادراک فرد نیز مبتنی است. بوند ابعاد موثر و سازنده کیفیت زندگی را چنین تعریف می کند: محیط های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متاثر از تجارب، باورها، انتظارات و ادراک فرد است. (بوند^۳، ۲۰۰۷) با توجه به اینکه معلولیت بر ابعاد مختلف اجتماعی و اقتصادی جامعه تاثیر می گذارد، توجه به جنبه های مختلف زندگی این افراد از جمله بعد سلامت و برنامه ریزی صحیح به منظور مراقبت و تامین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنان ضروری به نظر می رسد. انسان ها موجودی چند بعدی هستند که بی اعتنایی به هر یک از این وجوه، بخشی حیاتی از زندگی افراد را به مخاطره می اندازد و پیامدهای قابل توجهی نیز بر کل زندگی آنان خواهد داشت. (کارسون^۴، ۲۰۱۱). از جمله درمان هایی که می تواند بر بهزیستی روانی - اجتماعی، سازگاری معلولین تاثیر داشته باشد درمان مبتنی بر پذیرش / تعهد می باشد. پذیرش یک جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویداد های شخصی است که با تاریخچه ی فرد مرتبط می شوند و با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصا زمانی که باعث آسیب های روان شناختی می شوند، مرتبطند. (فرمن و هربرت^۵، ۲۰۰۸) هدف اصلی در این رویکرد آن است که فرد با کنترل موثر دردها، رنج ها و تنش هایی که زندگی را جرم برای او ایجاد کرده، یک زندگی پربار و معنادار برای خود ایجاد نماید. شناسایی و تشخیص

های بینایی، شنیداری، جسمی حرکتی، عقب ماندگی ذهنی و آسیب های مغزی است که موجب ایجاد اختلال در گفتار و یادگیری و تعادل روانی می شود. (براتی زاده، ۲۰۰۹). عوارض ناشی از معلولیت در افراد مختلف، با توجه به نگرش آنها به آن و برداشتشان از آن، متفاوت است. دیدگاه فرد معلول درباره خود و معلولیتش، نگرش و برخورد های خانوادگی و اجتماعی به معلولیت و آن، موجب به وجود آمدن عوارض گوناگون در زندگی فرد معلول می شود. (شفیع آبادی، ۱۳۸۲). سازگاری اجتماعی شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی خود است که این سازگاری ممکن است با تغییر دادن خود و یا محیط به دست آید. سازگاری هیجانی سلامت روانی خوب، رضایت از زندگی شخصی و هماهنگی میان احساسات، فعالیت ها و افکار است. به عبارت دیگر سازگاری هیجانی یعنی مکانیزم هایی که توسط آن ها فرد ثبات عاطفی پیدا می کند (پورافکاری، ۲۰۰۶) سازگاری به تلاش ها برای مهار موقعیت های بالقوه استرس زا گفته می شود (لازاروس و فولکمن^۱، ۱۹۸۴ نقل از کلینک، ۱۹۹۸). وروشی است که به وسیله آن فرد خود را با محیط و محیط را با خود سازگار کرده و با این کار رشد می کند. همچنین عامل تقویت سلامت روانی و جسمانی تلقی شده و در انتخاب های مفید کمک می کند (رایس^۲، ۲۰۰۱) سازگاری برای هرانسانی یک ضرورت اجتناب ناپذیر است. انسان برای حیات و داشتن یک زندگی رضایت بخش و موفق ناگزیر است توان سازگاری خود را در ابعاد مختلف شخصی، خانوادگی و اجتماعی بالا ببرد به ویژه سازگار شدن با محیط که مهمترین فعالیت فرد می باشد. (منصور، ۱۳۶۹). ناتوانی جسمانی و معلولیت، بر سازگاری و سلامت روانی شخص تاثیر می گذارد و در مجموع همه این مسائل کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. (مرادی و همکاران، ۲۰۰۶) کیفیت زندگی بخش مهمی از احساس سلامت عمومی و مفهومی پویا و چند بعدی است که جنبه های فیزیکی،

4 carson
5 Forman & Herbert

1 Lazarus & Folkman
2 Rice
3 Bondan

عصبی (بلکلدج^{۱۰} و هایس ۲۰۰۱) موثر است. همچنین یافته های باتلر^{۱۶} و سیاروچی (۲۰۰۷) حاکی از اثر بخشی این شیوه درمانی بر سازگاری و کیفیت زندگی در سالخوردگان می باشد. بلاکلدج^{۱۷} و هایس (۲۰۰۶) در پژوهشی نشان داد که درمان پذیرش تعهد در حمایت از والدین دارای فرزند اوتیسم موثر است. همچنین باندوبونس^{۱۸} (۲۰۰۱) بر نقش پذیرش تعهد و کنترل شغلی بر سلامت روان، رضایت شغلی و عملکرد فرداشاره کرد. با توجه به پژوهش های فوق پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش /تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی موثر است؟ آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری معلولین تحت پوشش بهزیستی موثر است؟ آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی موثر است؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه معلولین تحت پوشش بهزیستی شهرستان تنکابن بودند. به منظور انتخاب نمونه آماری به ۱۰۰ نفر از معلولین پرسش نامه سازگاری بل و پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت داده شد و از بین آنها مشخص گردید که ۷۳ نفر از سازگاری و کیفیت زندگی پایینی برخوردارند. که ۳۰ نفر از بین آنها به صورت تصادفی ساده انتخاب و به طور داوطلبانه در دو گروه آزمایشی و کنترل که هر گروه ۱۵ نفر می باشند جایگزین شدند. مداخله درمانی طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایشی اجرا شد و گروه گواه هیچ گونه مداخله ای

مرزهایی که افراد را از زندگی مطلوب باز داشته است مولفه های کلیدی مداخلات پذیرش و تعهد را تشکیل می دهد. (ایفرت و فورسیس^۱، ۲۰۰۶) و از فرآیندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار (آنچه خارج از کنترل شخص است را بپذیر و به عملی که زندگی ات را غنی می سازد متعهد باش، به منظور ایجاد انعطاف پذیری روانی استفاده می کند. (هایس و لیلیس^۲، ۲۰۱۲) در این درمان به جای تغییر شناخت ها سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. شش مفهوم مهم عبارتند از پذیرش، مرتبط بودن به زمان حال، ارزش ها، گسلس شناختی، فعالیت متعهدانه و توجه به خود هستند. (هایس و همکاران^۳، ۲۰۰۶). پژوهش های روان شناسی به مطالعه پذیرش و تعهد و کاربردهای مهم آن در سازگاری، استرس و اضطراب و بهزیستی روانی - اجتماعی پرداخته اند (براون و رایان، ۲۰۰۳). شواهد تجربی در مورد تاثیر این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند سایکوز (باچ^۴ و همکاران، ۲۰۱۲) نشانگان افسردگی (بولمیجر^۵ و همکاران، ۲۰۱۱) اختلال اضطراب تعمیم یافته و توهمات شنیداری (ویگا^۶، ۲۰۰۸) و سواس فکری عملی (توهیگ^۷، ۲۰۰۸) اختلال پانیک همراه با ترس از مکان های بازهراس اجتماعی و استرس پس از سانحه (کد همکاران^۸، ۲۰۱۱) کاستی توجه و رفتارهای تکانشی در نوجوانان (لوشان^۹ و همکاران، ۲۰۱۱) مشکلات جسمانی ناشی از صدمه به مغز (کانگاس و مک^{۱۱} دونالد، ۲۰۱۱) بیماری های روانی و جسمی (مونتگومری^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۱) کمک به بیماران دارای درد مزمن (جانستون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۰) اضطراب مددکاران اجتماعی (برینکبرگ^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۱) و بی اشتهائی

10 Luciano
11 Kangas&Mcdonald
12 Montgomery
13 Johnston
14 Brinkborg
15 Blackledge&Hayes
16 Butler&phciarrochi
17 Blackledge&Hayes
18 Bond&Bunce

1 Eifert&Forsyth
2 Hayes&Liliss
3 Hayes
4 Brown&Ryan
5 Bach
6 Bohlmeijer
7 Veiga
8 Twohig
9 Codd

دریافت نمود. پس از پایان جلسات از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد. و داده های مورد لزوم استخراج و از طریق برنامه آماری **SPSS** مورد پردازش قرار گرفت.

خلاصه اجرای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جلسه اول: اجرای پیش آزمون، آشنائی گروه باهم و درمانگر و ارائه برنامه کلی جلسات

جلسه دوم: آشنائی با مفاهیم اولیه پذیرش / تعهد و ایجاد بینش نسبت به مشکل

جلسه سوم: توضیح مفاهیم انعطاف پذیری، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، روشن سازی ارزش ها و عمل متعهدانه

جلسه چهارم: ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی به واسطه رها کردن تلاش برای کنترل و مرور مفاهیم جلسه قبل و تکالیف

جلسه پنجم: تمرکز بر افزایش آگاهی روانی و آموزش پاسخگوئی در مواجهه با تجارب ذهنی

جلسه ششم: عمل به اهداف ذهنی، تصریح ارزش ها، و موانع پیش رو

جلسه هفتم: بررسی مجدد ارزش ها و اهداف و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد و تمرین عملی آموخته ها و ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر

جلسه هشتم: جمع بندی و اجرای پس آزمون

ابزار های پژوهش

برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه سازگاری بل و پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. پرسش نامه بل (۱۹۶۱) شامل ۱۶۰ سوال و ۵ خرده مقیاس ۳۲ سوالی است که آزمودنی به صورت بلی و خیر به سوال ها پاسخ می دهد. و برای هر سوال اگر صحیح پاسخ داده شود نمره یک و اگر پاسخ غلط داده شود نمره صفر در نظر گرفته می شود دامنه نمرات خرده مقیاس بین ۰-۳۲ بود. هرچه آزمودنی نمره کمتری در آزمون سازگاری بل کسب کند سازگاری بیشتری دارد و بالعکس. خرده مقیاس این پرسشنامه عبارتند از: سازگاری درخانه

سازگاری سلامتی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی، سازگاری اجتماعی. رضا خانی ۱۳۷۷ روایی آزمون را ۰/۹۴ گزارش کرده است. و پایایی این پرسش نامه برای این ۵ سطح سازگاری درخانه ۰/۹۱، سازگاری تندرستی ۰/۸۱، سازگاری اجتماعی ۰/۸۸، سازگاری عاطفی ۰/۹۱، سازگاری شغلی ۰/۸۵ و مجموع نمرات ۰/۹۴ گزارش شده است. علاوه بر این میزان پایایی پرسش نامه را اعرابی (۱۳۸۰) ۰/۹۸ گزارش کرده است. همچنین در این پژوهش ضریب پایایی برابر با ۰/۸۵ محاسبه شد که نشان دهنده ضریب پایایی خوب این پرسش نامه است.

پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این ابزار در سال ۱۹۹۶ و همزمان با ارائه تعریف کلاسیک سازمان بهداشت جهانی از سلامت، طراحی شد. این پرسشنامه فرم کوتاه پرسش نامه (**whoqol-100**) است که بعد از ادغام برخی از حیطه ها و حذف تعدادی از سوالات آن، تدوین شده و شامل ۲۶ سوال است اسکوینگتون

(Skevington) و همکاران ویژگی های روان سنجی این ابزار را در ۲۴ شهر از کشورهای مختلف بررسی کردند. آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی ۰/۸۲، سلامت روانی ۰/۸۱، سلامت محیط ۰/۸۰ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۸ به دست آمد. روایی این ابزار با استفاده از دو روش افتراقی و روایی ساختاری بررسی و قابل قبول گزارش شد. نجات و همکاران به ترجمه و استانداردسازی این ابزار پرداختند. این محققان پایایی مقیاس را با استفاده از روش بازآزمایی و نیز ثبات درونی مورد بررسی قرار دادند. در روش باز آزمایی، شاخص همبستگی درون خوشه ای هر چهار حیطه این مقیاس بالای ۰/۷ گزارش شد. آلفای کرونباخ همه حیطه ها نیز، جز حیطه روابط اجتماعی با آلفای ۰/۵۵، بالای ۰/۷ بود که روی هم رفته این پرسشنامه از روایی و پایایی خوب و قابل قبول برای ایرانیان برخوردار است. این پرسشنامه وضعیت آزمودنی ها را با مقیاس لیکرت ۵ درجه ای می سنجد. در سوال ۱، کیفیت زندگی آزمودنی از بسیار بد = ۱ تا بسیار خوب = ۵ و در سوال ۲ سلامتی آزمودنی از بسیار ناراضی = ۱ تا بسیار راضی

از بسیار ناراضی = ۱ تا بسیار راضی = ۵ و سوال ۲۶ از همیشه = ۱ تا هرگز = ۵ پراکنده است. در نهایت، کمترین نمره ای که فرد می تواند به دست آورد ۲۶ و بالاترین نمره ۱۳۰ است. نمره بیشتر نشان از کیفیت زندگی بهتر و بالاتر دارد.

= ۵ درجه بندی می شوند. در سوالات ۳-۹ دامنه پاسخ ها از بسیار زیاد = ۱ تا اصلا = ۵ گسترده است. سوالات ۹، ۶، ۷، ۸، ۵ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. دامنه پاسخ های سوالات ۱۰-۱۴ از اصلا = ۱ تا کاملاً = ۵، سوال ۱۵ از بسیار بد = ۱ تا بسیار خوب = ۵، سوالات ۱۶-۲۵

یافته ها

جدول ۱. میانگین اولیه برای سازگاری و کیفیت زندگی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
سازگاری	آزمایشی	۶۸٫۸۰	۲۱٫۳۳	۱۵
پس آزمون	کنترل	۱۰۷٫۲	۹٫۹۷	۱۵
کیفیت زندگی	آزمایشی	۸۱٫۹۷	۱۲٫۹۷	۱۵
پس آزمون	کنترل	۴۱٫۸۹	۱۷٫۹۷	۱۵

جدول ۲. میانگین تعدیل شده سازگاری و کیفیت زندگی

گروه	میانگین	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا
سازگاری	۲/۸۰	۱۰/۹۹۹	۲۷۱/۳۰	۳۱۰/۴۰
کنترل	۲/۳۰	۱۰/۹۹۹	۲۰۰/۸۹	۲۳۵/۳۹
کیفیت زندگی	۸۱/۱۰	۴/۲۸	۷۰/۲۸	۸۵/۸۹
کنترل	۴۶/۹۶	۴/۲۳	۳۷/۲۰	۵۴/۶۰

جدول ۳. تحلیل واریانس چند متغیره برای سازگاری و کیفیت زندگی

partialeta	sig	Dfe	DFh	F	value	
۰٫۵۵۵	۰٫۰۰۰	۲۵	۲	۱۵٫۵۴۰	۰٫۵۵۴	آزمون پیلایی
۰٫۵۵۵	۰٫۰۰۰	۲۵	۲	۱۵٫۵۴۰	۰٫۴۴۳	لامبادای ویلکز
۰٫۵۵۵	۰٫۰۰۰	۲۵	۲	۱۵٫۵۴۰	۱٫۲۴۳	هولتنینگ
۰٫۵۵۵	۰٫۰۰۰	۲۵	۲	۱۵٫۵۴۰	۱٫۲۳۴	ریشه روی

جدول ۴. تحلیل واریانس یک متغیره برای سازگاری

Eta	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	پس تست سازگاری
۰٫۳۰۰	۰٫۰۰۱	۱۴٫۱۰۴	۱۶۸۹۹٫۸۵۴	۱	۱۶۸۹۹٫۸۵۴	خطا
			۱۲۱۴٫۶۲۵	۲۶	۳۱۲۵۸٫۳۶۸	

جدول ۵. تحلیل واریانس یک متغیره برای کیفیت زندگی

ETa	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	پس تست کیفیت
۰٫۴۵۶	۰٫۰۰۰	۲۲٫۶۵۷	۴۱۳۷/۸۵۴	۱	۴۱۳۷/۸۵۴	خطا
			۱۷۵/۶۸۰	۲۶	۴۶۱۰/۲۳۱	

سهمی اتا شدت این اثر را ۰/۳۰۰ نشان می دهد که بیانگر اثر بسیار بالایی می باشد .
تحلیل متغیر وابسته کیفیت زندگی ، به تنهایی و با استفاده از آلفای میزانشده بونفرنی (۰,۰۲۵) نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش /تعهد با $F=22/657$ $P<0.0005$ بر افزایش کیفیت زندگی موثر بوده است و مجذور سهمی اتا شدت این اثر را ۰,۴۵۶۱ نشان می دهد که بیانگر اثر بسیار بالا می باشد . همانطور که از یافته ها مشاهده می شود درمان مبتنی بر پذیرش /تعهد بر کیفیت زندگی معلولان نسبت به سازگاری تاثیر بیشتری داشته است و فرضیه های پژوهشی تائید شدند .

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی بود . نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی موثر است . این نتیجه با یافته های (باج^۱ و هایس ، ۲۰۰۲؛ براون^۲ و رایان ، ۲۰۰۳؛ کانتور، ب^۳ آروچ، گاینور، ۲۰۰۹ و فرمن و^۴ هربرت ، ۲۰۰۸؛ داهل^۵ ، ۲۰۰۴؛ برگف^۶، ۲۰۱۴) هم خوانی دارد . در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مساله اصلی پذیرش فعالانه و آگاهانه تجارب ناخوشایند زندگی است . بدون اینکه فرد بی جهت برای تغییر شرایط زندگی خود تلاش کند و یا سعی در تحمل شرایط ناخوشایند داشته باشد. فرد معلول یاد میگیرد که چگونه فعالانه و مشتاقانه باعواطف و خاطرات واحساسات جسمانی و افکار خود روبرو شود. فرد ازمشکلات جسمانی و روانی نمی گریزد بلکه در هر شرایطی انعطاف پذیری را می آموزد. به عبارت دیگر از آنجائیکه هدف این نوع درمان افزایش آزادی روان

داده های به دست آمده از اجرای پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره مانکوا **MANCOVA** مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت . پس از ارائه داده ها و استخراج نتایج به ترتیب جداول و نمودارهای زیر به دست آمد .

همانطور که در جدول مشاهده می شود پس از تعدیل نمرات گروه آزمایشی در پس آزمون از میزان سازگاری اجتماعی ۲/۸۰ نسبت به گروه کنترل بر خوردارند. همچنین گروه آزمایشی در پس آزمون از کیفیت زندگی بالاتری ۸۱/۱۰ نسبت به گروه کنترل برخوردارند برای تحلیل این تفاوت ها آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری با روش بونفرنی انجام شد.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت رعایت فرض های آن از آزمون باکس و لوین استفاده شد . بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیر ها معنی دار نبوده است ، شرط همگنی ماتریس های واریانس / کوواریانس به درستی رعایت شده است **(Box=4/170, f=1/20, P=0.0001)** بر اساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای همه متغیرها شرط برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده است .

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود اثر آموزش پذیرش /تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی در یک متغیر ترکیبی (زندگی با کیفیت) اثر معناداری داشته است **F=15/561 P<0.555 wilks lambda 0.555 p a. tial=0.555** یعنی اینکه آموزش پذیرش تعهد بر افزایش سازگاری و کیفیت زندگی موثر بوده است . و شدت این اثر ۰/۵۵۵ است که نشان دهنده اثر بسیار بالائی است .

تحلیل هر یک از متغیرها ی وایسته به تنهایی و با استفاده از آلفای میزان شده بونفرنی (۰/۰۲۵) نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش /تعهد با **F=14.104 p<0.0005** **patial 0.30** بر افزایش سازگاری موثر است و مجذور

4 Forman&Herbert
5 Dahil
6 Berghoff

1 Bach&hays
2 Brown&Ryan
3 Kanter&Baruchde&Gaynor

بر کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی موثر است که همسو با نتایج تحقیقات ویکسل^۶، ۲۰۰۹؛ جاراشیو^۷ (۲۰۱۴)؛ برگف^۸، ۲۰۱۴؛ است. در توجیه این یافته می توان گفت که مهارت ذهن آگاهی که یکی از مولفه های پذیرش و تعهد است پیش بینی کننده رفتار خود تنظیمی و حالات هیجانی مثبت می باشد. (هایس^۹، ۲۰۰۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیقی از تن آرامی و مراقبه ذهن آگاهی است که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل انسان خارج است از طریق تنفس و تفکر آموزش داده می شود. و بدین ترتیب باعث بهبود بهزیستی روانی، اجتماعی و سازگاری فرد می شود. و در بهبود بهزیستی جسمانی، روانی، اجتماعی، هیجانی و معنوی، بهبود کیفیت خواب و لذت بردن از زندگی و نشانه های فیزیکی پایین و به طور کلی کیفیت زندگی موثر است. (زتل، ۲۰۰۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد معلول کمک می کند تا از افکار و هیجانات خود آگاهی یابند. راه حل های ناسازگارانه قبلی را به منظور دست یافتن به اهداف بهتر و سازگارانه تر کنار بگذارند. و از کشمکش خود تخریبی رها شده و باعث بهبود سازگاری و ارتقای کیفیت زندگی شان شود. (هایس^{۱۱}، ۲۰۱۰). به طور کلی نتایج این پژوهش در تقارن با تحقیقات مشابه ترجمان این واقعیت است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد موجب می گردد که افراد معلول شرایط جسمانی خود را انطور که هست بپذیرند. بیان احساسات و افکار منفی خود به روشنی موجب می گردد که از انعطاف پذیری بالاتری در موقعیت های مختلف زندگی برخوردار شده و با نگرستن به شرایط از زوایای مختلف سازگاری و کیفیت زندگی خود را ارتقاء بخشند.

شناختی افراد است و فرد خود را از تجارب ناخوشایند گذشته رها می کند. چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه های مثبت پذیرش و تعهد است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت های روان شناختی مثبت می شود باعث بهبود سازگاری فرد و در نتیجه کیفیت زندگی اش می گردد. (هایس^۱، ۲۰۱۲). همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که بین معلولینی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل در متغیر سازگاری تفاوت معناداری وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری معلولین تحت پوشش بهزیستی موثر است. که همسو با نتایج باج^۲، ۲۰۱۲؛ ویکسل^۳، ۲۰۱۵؛ نریمانی، ۱۳۹۳ در توجیه این یافته می توان گفت چون پذیرش و تعهد احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی همان طور که اتفاق می افتند کمک می کند. (براون و رایان^۴، ۲۰۰۳) بنابراین به معلولینی که از مشکلات روانی و جسمانی ناشی از آن در رنجند کمک می شود که احساسات و نشانه های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند و پذیرش احساسات توسط فرد موجب کاهش توجه و حساسیت نسبت به بروز این نشانه ها شده و در نتیجه سازگاری افزایش می یابد. پذیرش یک حالت طراحی شده و جرات مند از فرد است و به فرد کمک می کند تا به طور کامل و بدون دفاع جنبه هایی از تجربه روان شناختی خود را همان گونه که هست تجربه کند و نشان دهد. پذیرش به معنی تجربه حس ها و احساسات و افکار بدون سعی در ایجاد تغییر در آن و آگاهی از تمامی حالات روحی، افکار و رفتار در لحظه حال و جدائی از تجربیات ذهنی ناخوشایند می باشد. (هایس^۵، ۲۰۱۰). علاوه بر آن نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

7 Juarascio
8 Berghoff
9 Hayes
10 Zettle
11 Hayes

1 Hayes
2 Batch
3 Wicksell
4 Brown, Ryan
5 Hayes
6 Wicksell

Training and its role in psychological wellbeing. *Journal of personality and social psychology*. 84:822-848.

- Bond J. Quality of life and older people. *Berkshire* 2007; 12(21):45-57.

- Carmen luciano, francisco j. Ruiz, osam. vizcaino Torrez, vanessa sanchez martin , olga Gutierrez Martinez and Juanc. lopez. 2011. A relational frame analysis of defusion interactions in acceptance and commitment therapy . A preliminary and a quasi-experimental study with at risk adolescents.

- Carlos veiga-Martinez, Marino Perez-Alvarez, jose M. Garcia Montes. 2008. Act applied to treatment of auditory hallucination.

- Carson J. components social support and quality of life in severely ill , low income individuals and general population group . *community Mental health Journal* . 2011; 34(5) :459-750

- Comparing paths to quality of life contribu Berghoff Johnp forsyth. imothy R Ritzert T istopher R chr, h

- Tions of act and cognitive therapy interrention targets in two highly anxious samples. *journal of science contextual behavior*. 3:89-97.

- Ernst T. Bohlmeijer, Martine Fledderus, T. ajj .Roks, marcel E. pieterse. 2011. Efficacy of an early interrention based on act for adults with pepressive symptomatology. *journal of clinical psychology*, 50-70.

- Eifert, G, & Forsyth, J. 2005. Acceptance and commitment Therapy for anxiety disorders, oukland, CA, New Harbin ger.

- Forman EM, Herbert JD 2008. New directions in cognitive behavior therapy. acceptance based therapies, chapter to appear in wodonohue, jefisher (eds) cognitive behaviour therapy: applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, NJ: wiley 263-265.

- Forman, E. M, Herbert, J. D. Moltra, E, Yeomans, p. D, & Geller, PA 2007. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment Therapy and cognitive Therapy for anxiety and depression Behavior.

- Frank w. Bond and David Bunce. 2001. The role of acceptance and job control in mental

از محدودیت های این پژوهش می توان به هماهنگی

آزمودنی های مورد مطالعه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره نمود .

منابع

- اعرابی، ش (۱۳۸۰) بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان دختر شرکت کننده در برنامه های اوقات فراغت سازمان بهزیستی استان اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، اصفهان : دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان .

- رضاخانی، سیمین دخت (۱۳۷۷) هنجاریابی پرسش نامه سازگاری بل، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن، پایان نامه کارشناسی ارشد .

- ۱. منصور، محمود (۱۳۶۹). احساس کهنتری . تهران : دانشگاه تهران (چاپ اول)

- نجات، س ؛ منتظری ع؛ هلاکوئی نائینی، ک ؛ مجدزاده ر، (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت . مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، سال دوازدهم، شماره ۳، ص ۵۱-۶۲.

- ۲. نریمانی، محمد ؛ پورعبدل سعید ؛ بشرپور، سجاد . (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش پذیرش / تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص . پژوهش های روان شناسی اجتماعی، دوره ۸ شماره ۱۶. ص ۱۰۷-۱۲۲.

- Adriennes. Juarascio, Leahmschumacher, jen ashaw. Eranm. forman, james D. Herbert. 2014. Ac ceptance – based treatment and quality of life among patients with an eating disorder 4(10)42-97.

- Ali Abadis. Hatamizade N. rameghi R. kazem Nezhad A. The following rate of disabled children

- parents of rehabilitation programs of outpatient rehabilitation centers in Birjand in 1388. *Journal of Nursing and midwifery college of Birjand university of Medical sciences*. 2012; 8(1). p26. text in persion.

- Baratizade F. The influence of psychological interfere for increase exhilaration , life satisfaction , life significance and decrease depression with a plan for action . [Thesis for phd]. Allame Tabatabayee university, 2009. [persion] .

- Brown, k. w. Ryan, R. M 2003. The benefits of being present: Acceptance and commitment

therapy for psychological problems following acquired brain injury.

- Michael pTwohig,2008. The application of act to obsessive – compulsive disorder. Journal of consulting and clinical psychology ,78,75-116.
- MoradiA,kalantaryM.[impactof life skills education on mental profile of women withphysical disabilities-Mobility(persion)].Journalof Exceptionalchildren.2006;56(12): 34-44.
- Patricia batch,stevenchayes,and Robert gallop2012.long term effects of brief acceptness and commitment therapy for psychosis.
- Poorafkari,2006. Psychological-psychiatric comprehensive dictionaryTehran: farhange moaser publication.Modification,31(6),772-799.
- Poorhadis,Hoseinzadehs,HajiAhmadiM,T aghipourM[qualityof lifein patients with chronic non – specific low back pain.(Persion) Journal of rehabilitation.2013;14(4): 74-80
- Rice,p. 2001.Human development.Englewood cliffs,NJ:Prentic-Hall.
- Rikardk,wicksell,lennartMelin,Matslekan der.2009.Evaluating the effectiveness of exposure and quality of life in long standing pediatric pain.Arandomized controlled trial.194:248-267.
- R.Trentcodd,Michaelp.Twohig,Jessem.2011.Treatment of three anxiety cases with acceptances and commitment therapy in a private practice.
- ShafiabadiA.vocational rehabilitation.Isfahan: Jungle publication.2003.p: 45-71(persion).
- Sharifian sanim.sajadiH.TolueiF.kazem NezhadA.Girls and women with physicalMobility disability : Needsandproblems.Journal of rehabilitation.2007;7(2).p.42persion.
- Lazarus , R.s& Folkman,s(1984).stress,appraisal and coping. New York: springer.
- Zettle,R.D.(2008).Act with affective disorders. In Hayes,s.c,and strosahl,k.D.(Eds).APractical guide to acceptance and commitment therapy.Newyork,NY;Springer.

health , job satisfaction and work performance.Journal of health 40(1): 25-50.

- Ghazanfariz. [knowledgeand attitudesof nursesin rehabilitationcenters of kohgiluyehandBoyer- Ahmad province of physicalrehabilitation].Journalof Nursing and Midwifery.2003;1(3):24-88
- Hayes,s.c. 2010.Acceptance and commitment therapy , relational frame theory , and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy , 35(4)639-665.
- Hayes,s.c.;Luoma,J.Bond,F.W;Masuda,A &Lillis ,J. 2006.Acceptace and commitment therapy: Model,processesand outcomes. Behavior Research Therapy,44(1):1-25
- Hayess.lillis.2012. Acceptance and commitment therapy. American psychological association publication .
- HilleriBrinkborg,josefinMichanek,Hugolt esser,GunillaBerglund,2011.Act for the treatment of stress among social workers- ARandomized controlled trial.
- Joanne Dahi,kellyG.wilson,AnnikaNilsson. 2004.Acceptness and commitment and the treatment of persons at risk for long term disability resulting from stress and pain symptoms: Apreliminary randomized trial. Journal of behavior therapy 35:785-801.
- Jodie butlerand jose phciarrochi.2007.psychological acceptance and quality of life in the elderly. Quality of life research(16): 607-615.
- Johnt.blackledge and stevenchayes.2006.using acceptance and commitment therapy in the supportof parents of children diagnosed with autism.
- Kanterjw.Baruchde.Gaynorst2009.Acceptance and commitment therapy and behavioural Activation for the treatment of depression: Description and comparison the behavior Analyst ,29,161-185
- Katherine I Montgomery,johnnys,kim,and Cynthia.2011.Acceptance and commitment therapy for psychological and physiological illnesses.journal of consulting and clinical psychology.70-110.
- KarimiDermaniH.(Rehabilitation of certain groups withan emphasis on social service[persion]. Tehran: Gostaresh;2006,pp:54-59.
- Maria kangas and skye mcdonald. 2011. The potential of acceptance and commitment

Quarterly Journal of Educational Psychology

Islamic Azad University Tonekabon Branch

Vol. 7, No. 1, spring 2016, No 25



Journal of Educational
Psychology

The effectiveness of acceptance/commitment therapy on adjustment and quality of life of disabled persons in welfare organization.

Mozhdeh Saeidi^{1*}, Javad Khalatbari²

- 1) Expert Welfare Prevention of Tonekabon
- 2) Department of Psychology, Islamic Azad University Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran

*Corresponding author: m.saeidi2551@gmail.com

Abstract

The aim of this study is to determine the effectiveness of act on adjustment and quality of life of disabled persons in welfare organization . The statistic population of this research consist of all disabled persons in Tonakaboon welfare organization and the sample consist of 30 disabled persons who selected in random sample.and randomly assigned to experimental and control group . The experimental group have acceptance and commitment therapy and the control group had no therapy. For collecting data we usedbell adjustment questioner(1969)and world health organization quality of life which was translated and validated by the Nejat and colleagues (1385). For data analysis the method of Maltiraviareo analysis of covariance(Mancova).The result showed the effectiveness of acceptance and commitment therapy in improving adjustment and quality of life of disabled persons in welfare organization.

Key words: acceptance and commitment theraoy , adjustment , quality of life ,disabled persons.
