



بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانی و اجتماعی و نشخوار فکری در مبتلایان به سوگ ناتمام

شهرزاد رضازاده بهادران^۱، زهرا خوشنویسان^۲

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی خراسان، مشهد، ایران rezazadeshahzad@gmail.com

^۲استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی خراسان، مشهد، ایران Khoshnevisan@khorasan.ac.ir

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانی و اجتماعی و نشخوار فکری در مبتلایان به سوگ ناتمام می باشد. تحقیق حاضر از لحاظ هدف، کاربردی محسوب می شود. روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. در انجام این تحقیق از دو روش بررسی کتابخانه‌ای و بررسی میدانی استفاده خواهد شد. جامعه این پژوهش کلیه زنانی هستند که سن ۲۰ تا ۴۰ سال داشته که از بهمن ماه ۱۳۹۸ الی بهمن ماه ۱۳۹۹ در مشهد دچار سوگ ناتمام شده اند. با توجه به تعداد بالای این افراد (مخصوصاً با وجود بیماری کرونا) تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش). در این پژوهش از ۳ پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کیزا (۱۹۹۳)، پرسشنامه بهزیستی روانی ریف (۲۰۰۲)، پرسشنامه نشخوار فکری نولن (۱۹۹۱) استفاده می شود. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بسته به نیاز از نرم افزارهای Excel و SPSS استفاده گردیده و اینگونه نتیجه می شود که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانی و اجتماعی و نشخوار فکری در مبتلایان به سوگ ناتمام تاثیر مثبت و معناداری دارد.

واژه‌های کلیدی

آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش، بهزیستی روانی، بهزیستی اجتماعی، نشخوار فکری

^۱ Social well-being Keyes

^۲ Psychological Well-Being Revisited

^۳ Nolan intellectual rumination



۱. متن مقاله

می دانیم که اپیدمی کرونا ویروس و گسترش ناگهانی بیماری کوید ۱۹ موجب غافلگیری کشور های جهان و از جمله کشور ما شده است. این اپیدمی در ایران از زمستان ۱۳۹۸ شروع شد. تجربه این اپیدمی در کشور چین نشان داد که طیف گسترده ای از افراد بخصوص خانواده های افراد درگیر با بیماری، نیازمند مداخلات روانشناختی ویژه می باشند. بحران فعلی و افزایش روبه رشد مبتلایانی که متأسفانه در جریان اپیدمی جان خود را از دست می دهند، زنگ خطر ایجاد بحران سوگواری نیازمند مداخله در خانواده های افراد متوفی را به صدا در آورده است. می توان گفت در روند سیر اپیدمی ها با افزایش موارد مثبت بیماری و مرگ و میر آنها، خانواده های سوگوار درگیر فرایند سوگی متفاوت با سوگ های تجربه شده ی پیش از این خواهند شد. اعضای خانواده و نزدیکان فرد مبتلای فوت شده در اثر بیماری، از جمله گروه های آسیب پذیر و حساس در برابر مشکلات روانشناختی طولانی بعدی خواهند بود. اما متأسفانه گاهی پرداختن ویژه به مسایلی همچون تشخیص زود هنگام موارد مشکوک و افراد مبتلا و پیشگیری از زنجیره انتقال، باعث می شود موضوع مهمی چون بار روانی بالای وارد شده به اعضای خانواده متوفی بر اثر بیماری، کمتر مورد توجه ارزیابی و مداخله لازم روانشناختی قرار بگیرد. لذا با توجه به اهمیت موضوع و لزوم پیشگیری و مداخلات به موقع روانشناختی برای کمک به حل و فصل سوگ این خانواده های داغدار، بر آن شدیم، به بررسی راهکاری در این زمینه بپردازیم.

بر کسی پوشیده نیست در افرادی که دچار سوگ ناتمام شده اند اختلالات اضطرابی و سلامت روان تحت تاثیر قرار می گیرد. اختلالات اضطرابی از اختلال های روان پزشکی بسیار شایع هستند و هر ساله میلیونها نفر را در دنیا دچار مشکل می سازند. این اختلال، نوعی اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی بیش از اندازه و نامعقول درباره اتفاقات و فعالیت های روزمره تعریف می شود (بارلو ۱، ۲۰۰۲). به طور کلی نشخوار فکری مجموعه ای از افکار منفعلانه است که جنبه تکراری دارد و مانع حل مسئله سازگارانه شده و به افزایش عاطفه منفی می انجامد. از ویژگی های مرتبط با نشخوار فکری می توان به: عاطفه منفی و علائم افسردگی، تفکر جهت دار منفی، حل مسئله ضعیف، انگیزش آسیب دیده و بازداری رفتارهای مثبت، تمرکز آسیب دیده افزایش استرس، اشاره کرد (نولن ۲، ۲۰۰۸). امروزه با نسل سوم این درمان ها مواجه هستیم که آنها را می توان تحت عنوان کلی مدل های مبتنی بر پذیرش نامید. مانند درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد. در این درمان ها به جای تغییر ش ناخت ها سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان پذیرش و تعهد از جمله درمان هایی است که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است (پریودیوینی ۳، ۲۰۱۱). اساس این درمان نظریه نظام ارتباطی است، براساس این نظریه بسیاری از روش هایی که برای حل مشکلاتمان استفاده میکنیم ما را به دام هایی می اندازند که موجب رنجش خاطر ما می شوند، این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می انجامد. طبق این نظریه اجتناب زمانی اتفاق می افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار می گذارند. هدف این درمان و انعطاف پذیری روان شناختی است یعنی توانایی تماس کامل تر با لحظه حال به عنوان انسان هشیار یا تغییر و حفظ آن مشروط بر اینکه در خدمت اهداف ارزشمند باشد (هایس ۴، ۲۰۰۴). هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. در پژوهشی با عنوان تغییر تعامل والدین و فرزندان مشکل س از در اختلالات اضطرابی کودک، و عده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معتقدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش اختلالات اضطراب فراگیر می گردد (رفتری ۵، ۲۰۱۶).

۱ Barloo

۲ Nolen

۳ priviodini

۴ Hays

۵ Roftri



درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان های موج سوم رفتار درمانی است که توسط استیون هیز و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT^۱ شناخته شده است و ریشه در فلسفه عمیقی دارد که زمینه گرایی عملکردی خوانده می شود و به لحاظ نظری بر نظریه چهار چوب رابطه های ذهنی است که چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن انسان و روش های بی فایده مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینهای جایگزین برای این حوزه ها را تبیین می کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اصل یک رفتاردرمانی است و موضوع آن عمل است اما نه هر عملی بلکه عملی که اول ارزش محور باشد (ایزدی، عابدی، ۱۳۹۴). پذیرش و تعهد نامش را از پیام اصلی خود می گیرد: آنچه خارج از کنترل شخصیات است را بپذیر و به عملی که زندگی ات را غنی می سازد متعهد باش. هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد (بستامی گودرزی، ۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شش فرآیند اصلی یعنی پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و اقدام متعهدانه برای انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند (هیز، لوما و بونده، ۲۰۰۶)

با این حال، تمرکز در مراقبت از سلامت روان بیشتر بر ارتقاء بهزیستی در معالجه اختلالات روحی و روانی بوده است (سالیمان و سیکزنتمیهایلی^۲، ۲۰۰۰). سلامت روانی بیش از عدم وجود بیماری روانی است. به عنوان مثال، در الگوی دو قاره سلامت روان مورد بحث قرار گرفته است که می گوید سلامت روان یا بهزیستی با آن مرتبط است، اما با بیماری روانی متفاوت است (کیز^۳، ۲۰۰۵). بهزیستی را می توان به بهزیستی عاطفی، اجتماعی و روانشناختی تقسیم کرد (داینر، نپ اسکولون، و لوکاس، ۲۰۰۹؛ داینر، سوه، لوکاس، و اسمیت، ۱۹۹۹؛ ریف، ۱۹۸۹). بهزیستی احساسی به احساس خوشبختی و رضایت (زندگی) اشاره دارد. بهزیستی روانشناختی به زندگی یک زندگی غنی اشاره دارد که در آن تواناییهای فرد در نظر گرفته می شود. بهزیستی اجتماعی به این احساس اشاره می کند که شخص از جامعه ای که در آن زندگی می کند ارزش و ارزش دارد.

مطالعات قبلی با نمونه های مبتنی بر جمعیت که به بررسی وابستگی متقابل بهزیستی و روان پاتولوژی پرداخته اند (کیز^۳، ۲۰۰۷؛ لامرس، وستروف، گلاس، و بولمایزر^۴، ۲۰۱۵؛ ترامپتر و کلین و بلمجیر^۵، ۲۰۱۶) نشان داد که بهزیستی در برابر روانی محافظت می کند بیماری از طریق مؤلفه هایی مانند روابط مثبت با دیگران، استقلال و تسلط بر محیط زیست. دو مطالعه از این دست نشان داد که بهزیستی به مرور زمان در برابر بیماریهای روانی و بیماری بعداً در زندگی مؤثر است (گرانگ، گیل، و سن، ۲۰۱۳؛ لامرس و همکاران، ۲۰۱۵). دومی نشان داد که کاهش روانشناسی به بهبود بهزیستی مرتبط است و کاهش بهزیستی با سطوح بالاتر علائم روانی مرتبط است. یک مطالعه دیگر نشان داد که بهزیستی پایین ۱۰ سال بعد به شدت با افسردگی همراه بود (وود و جوزف^۵، ۲۰۱۰)، و دیگری نشان داد که تغییرات سطح بهزیستی با شیوع و شیوع بیماری روانی در ۱۰ سال مرتبط است. مدت زمان (کیز، دینگرا، و سیموئر^۳، ۲۰۱۰). در مجموع، یافته ها به طور مداوم از مدل دو بعدی پشتیبانی می کنند و نشان از اهمیت بهزیستی برای مراقبت از سلامت روان دارند. بر این اساس در این پژوهش سعی بر آن است که به این سؤال پاسخ داده شود که آیا آموزش مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانی و نشخوار فکری در افرادی که مبتلا به سوگ ناتمام شده اند تاثیر دارد؟

خلیلی^۱ (۱۳۹۹). در پژوهشی با عنوان اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شدت درد، فاجعه سازی درد و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان بیان داشت که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فاجعه سازی درد و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان تأثیر معنی داری دارد؛ اما بر شدت درد تأثیر معنی داری ندارد. بنابراین با بهره گیری از آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می توان باعث کاهش فاجعه سازی درد و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان شد و موجبات بهبود کیفیت زندگی آنان را فراهم نمود.

کاویانی^۱ (۱۳۹۹). در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم، کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بیان داشت که کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

۱ Acceptance and commitment therapy

۲ Seligman & Csikszentmihalyi

۳ keys

۴ Lamers and al.

۵ Wood and al.



افزایش معناداری را در مرحله پس از آزمون نشان داد که اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مرحله پس از آزمون تأیید می‌نماید ($p=0/001$)

مقدم فرو همکاران (۱۳۹۷). در پژوهشی با عنوان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی بیان داشت که به دنبال ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات متغیرهای امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی افراد گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون افزایش داشته و این نوع از درمان اثرات مثبت معناداری را بر امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی برجای گذاشته است. درمان گروهی پذیرش و تعهد روشی مؤثر به منظور افزایش امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی مبتلایان به سرطان پستان میباشد.

معین زاده (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان بر پایه پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و بهزیستی روان شناختی در میان مددکاران اجتماعی سازمان بهزیستی شهر کرج بیان داشت که در مرحله پس از آزمون بین استرس شغلی (وضعیت جسمانی و مقیاس علائق شغلی) و بهزیستی روانشناختی (روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است ($p>0/01$). (پ> با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان عنوان داشت که درمان بر پایه پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و بهزیستی روان شناختی در میان مددکاران اجتماعی سازمان بهزیستی شهر کرج تأثیر دارد.

محمدی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، احساس تنهایی و نشخوارفکری بر نوجوانان دارای علائم افسردگی بیان داشت که تاثیر درمان پذیرش و تعهد در کاهش شدت آماج های درمان (افسردگی، احساس تنهایی و نشخوار تنهایی) بیماران هم از نظر آماری و هم از نظر بالینی معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روش درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی، احساس تنهایی و نشخوارفکری نوجوانان افسرده از کارایی لازم برخوردار است.

طاهرخانی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودک با معلولیت ذهنی بیان داشت که آموزش مهارت های ارتباطی با ۹۵٪ اطمینان موجب افزایش سلامت اجتماعی می‌شود و همچنین آموزش مهارت‌های ارتباطی موجب افزایش بهزیستی روان شناختی مادران کودکان با ناتوانی ذهنی می‌شود.

تنهان (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان پذیرش و تعهد درمانی با نظریه سیستم های اکولوژیک بیان داشت که پزشکان برای ارتقاء بهزیستی و پرداختن به روانشناسی برای گروه های متنوع از درمان پذیرش و تعهد درمانی (ACT) و نظریه سیستم های زیست محیطی (EST) استفاده کردند. با این حال، ادبیات دقیق و جامع از سال ۱۹۸۶ تا ۲۰۱۹ تحقیقاتی در مورد نحوه مصرف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای خدمت به مسلمانان ارائه نداد. محققان بهداشت روان مسلمانان پیشنهاد کردند که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره می‌برند، اما تعداد معدودی از آنها با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یاد کرده اند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از مؤثرترین روشهای درمانی مبتنی بر کارآزمایی کنترل تصادفی برای تقویت بهزیستی و پرداختن به روانشناسی است. اهداف اصلی این مقاله این است که (الف) توضیح دهد که چگونه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از مناسب ترین رویکردهای مشاوره ای است که باید با مسلمانان مورد استفاده قرار گیرد زیرا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اسلام مشترکات زیادی دارند و (ب) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با دیدگاه EST پیشنهاد می‌کنند تا یک دیدگاه متضاد تر را فعال کنند. از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طوری که متخصصان بهداشت روان می‌توانند بهزیستی بپردازند و روانپزشکی را در همه سطوح اکولوژیکی برای همه، از مسلمانان شروع کنند. با روی کار آمدن موج سوم و چهارم رویکردهای مشاوره، استفاده از روانشناسی مثبت در پژوهش و عمل به طرز چشمگیری افزایش یافته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اسلام و EST همچنین از دیدگاه رویکرد مثبت بسیار تأکید می‌کنند، بنابراین در نظر گرفتن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و EST در کنار هم ممکن است نوید تحقیق و عملکرد مؤثرتری در روانشناسی مثبت و غیر طبیعی باشد. جهرمی و عبدی (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر خود دلسوزی و بهزیستی روانشناختی زنان با اعتماد به نفس با تجربه مراجعه کننده به مراکز مشاوره شیراز بیان داشتند که مداخله مورد استفاده باعث افزایش خودپسندی و بهزیستی روانشناختی زنان با کیفیت با تجربه می‌شود. به طور کلی می‌توان ادعا کرد که مداخله درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر روی زنان با خیانت مؤثر و مؤثر است و بسیار توصیه می‌شود.



ورسب و همکاری (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان پیوند بین استرس، بهزیستی و انعطاف پذیری روانشناختی در حین مداخله خودیاری کمک و تعهد درمانی بیان داشت که برای کاهش استرس و ارتقاء بهزیستی از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده می شود و بر پتانسیل PF در ارتقاء بهزیستی تأکید می کند.

۳- روش تحقیق:

روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون است. شبه آزمایشها در شرایطی به کار می روند که مطالعه امکان وجود روابط علت - معلول مد نظر باشد درحالی که امکان کنترل در متغیرهای مورد مطالعه میسر نیست تقریباً تمام آزمایشهای میدانی در ردیف شبه آزمایشها قرار می گیرند از جهات دیگر این نوع تحقیق همان شرایط و مشخصات آزمایش را داراست. در این روش محقق با آگاهی از محدودیتها سعی دارد تحقیق خود را به تحقیق آزمایشی واقعی نزدیک کند.

ابزارهای متفاوتی برای به دست آوردن اطلاعات مانند مشاهده، مصاحبه، پرسش نامه و مدارک و اسناد وجود دارد. هر یک از این ابزارها معایب و مزایایی دارند که هنگام انتخاب و استفاده از آنها باید مورد توجه قرار گیرند تا اعتبار تحقیق دچار خدشه نشود.

با توجه به نوع اطلاعات لازم در انجام این تحقیق از دو روش بررسی کتابخانه ای و بررسی میدانی استفاده خواهد شد.

جامعه آماری، نمونه آماری:

جامعه این پژوهش کلیه زنانی هستند که سن ۲۰ تا ۴۰ سال داشته که از بهمن ماه ۱۳۹۸ الی بهمن ماه ۱۳۹۹ در مشهد دچار سوگ ناتمام شده اند. با توجه به تعداد بالای این افراد (مخصوصاً با وجود بیماری کرونا) تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش). معیارهای ورود: معیارهای ورود عبارتند از: تحصیلات حداقل دیپلم جهت درک و پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه، تمایل به شرکت در پژوهش و امکان شرکت در کلاس بلحاظ زمان کاری

معیارهای خروج: معیارهای خروج دارا نبودن شرایط فوق و همچنین عدم همکاری و غیبت در ۳ جلسه آموزش می باشد.

نمونه مورد مطالعه به صورت داوطلبانه و در دسترس از بین دارندگان معیارهای فوق انتخاب شده و در پیش آزمون شرکت داده می شوند سپس در دو گروه آزمایش و کنترل قرار می گیرند. در مرحله بعد گروه آزمایش زیر نظر استاد راهنما و همکاری یک نفر دیگر از دانشجویان تحت ۸ جلسه آموزش گروهی و کارگاهی با مباحث مهارت های ارتباطی قرار خواهند گرفت (این آموزش به صورت مجازی برگزار گردید) و از آنان آزمون نهایی جهت بررسی تأثیرات به عمل می آید.

روش اجرای پژوهش

در ابتدا و قبل از آغاز جلسات، قوانین به آنها گفته شد و از آنها خواسته شد که در جلسات غیبت نداشته باشند و به موقع آنجا حضور داشته باشند. جلسات آموزشی، به صورت هفته ای یکبار و ۱/۵ ساعت در روز برگزار شد. پس از اتمام جلسات آموزشی، از هر دو گروه، مجدداً پرسشنامه ی مورد نظر به عنوان پس آزمون اجرا شد. سپس داده های خام وارد SPSS شد و تجزیه و تحلیل نهایی بر روی داده ها انجام شد.

شرح جلسات

جلسه اول	آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه پذیرش و تعهد (استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزشهای فرد)
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی شاهد رویدادهای منفی با استفاده از استعارهها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی.
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابیها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود بهعنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی.
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزشهای زندگی بیماران و سنجش ارزشها بر مبنای میزان اهمیت آنها.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بهکارگیری استعارهها و برنامه ریزی



برای تعهد نسبت به پیگیری ارزشها.

جلسه هشتم جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آنها برای ادامه زندگی

(مقدم فر و همکاران، ۱۳۹۷)

در این پژوهش از ۳ پرسشنامه استفاده می شود

پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کیز^۱ (۱۹۹۳)

بررسی ماهیت بهزیستی باید مشتمل بر تقسیم زندگی به تکالیف عمومی و خصوصی باشد، تمایزی که در نظریه روانشناسی اجتماعی نفوذ دارد. بهزیستی عبارت است از: حالت مثبت جسمانی، اجتماعی و روانی نه صرفاً عدم وجود درد، ناراحتی و ناتوانی. بهزیستی مستلزم آن است که نیازها ارضاء شوند و افراد حس هدفمندی داشته باشند و احساس کنند که قادر به تحقق اهداف فردی مهم هستند و در جامعه مشارکت کنند. بهزیستی از طریق شرایط دربردارنده روابط فردی حمایت کننده، سلامت مطلوب، امنیت مالی و فردی، مشاغل پاداش دهنده و در محیط جذاب و سالم ارتقاء پیدا میکند (اداره سلامت انگلستان، ۲۰۰۴). به طور کلی بهزیستی ذهنی ارزیابی یک فرد از کیفیت تجربیات، آگاهیها، ارتباطها و سایر مسائل فرهنگی و مرتبط با ارزشمندیهای فرد در حیات اوست (دینر، ساح، لوکاس، و اسمیت، ۱۹۹۹؛ کیز، اشموتکین و ریف، ۲۰۰۲). بر اساس نظریه کیز (۱۹۹۸) بهزیستی اجتماعی به شرایط و عملکرد فرد در جامعه اشاره دارد. افراد برخوردار از درجات بالای بهزیستی اجتماعی معمولاً قادر به برقراری روابط با سایرین و حفظ آن روابط هستند (هوپی شان و همکاران، ۲۰۰۸). کیز و همکاران (۲۰۰۲) مک گرگور و لیتل (۱۹۹۸)، ریان و دسی (۲۰۰۱) ریف (۱۹۸۹) و دیگر پژوهشگران ابعاد گوناگونی از احساس ذهنی بهزیستی را مورد نظر قرار دادهاند. کیز (۱۹۹۸) بهزیستی اجتماعی را به عنوان گزارش شخصی افراد از کیفیت ارتباطات آنها با دیگران تعریف میکند. از ابتدا نیز بهزیستی اجتماعی به عنوان ادراک افراد از یکپارچگی آنها با جامع، پذیرش دیگران، پیوستگی با اجتماع و احساس فرد از مشارکت با جامعه تعریف میشد (لارسون، ۱۹۹۶). مدل چندوجهی کیز (۱۹۹۸) از بهزیستی اجتماعی شامل پنج جنبه میباشد که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد آنها معلوم میکند. از نظر کیز (۱۹۹۸) شناخت و پذیرش دیگران، عنصر پذیرش و ارزش فرد به عنوان یک شریک اجتماع، عنصر مشارکت و سرانجام باور به تحول مثبت اجتماعی، عنصر شکوفایی بهزیستی اجتماعی است. این عناصر میتوانند وحدت اجتماعی، تشریک مساعی، پیوند اجتماعی و حس ظرفیت برای رشد مداوم جامعه و میزان راحتی افراد را در پذیرش دیگران ارزیابی کنند (کیز، ۲۰۰۲) پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کیز در سال ۱۹۹۸ توسط کیز طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۳۳ گویه است و دارای خرده مقیاسهای همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، و پذیرش اجتماعی میباشد.

کیز (۱۹۹۸) جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد که میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول برای ابعاد انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، و پذیرش اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۷، و ۰/۷۷ بدست آورد. صفاری و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ را برای ابعاد این پرسشنامه به ترتیب فوق ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۷۴، ۰/۷۴ بدست آوردند. همچنین روایی سازه این پرسشنامه را نیز مطلوب ارزیابی نمودند.

این پرسشنامه بر روی یک طیف لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف قرار دارد که در زیر نشان داده شده است. در این پرسشنامه بالاترین نمره ای که فرد میتواند اخذ نماید ۱۶۵ و پایینترین نمره ۳۳ میباشد. نمره بالا در این پرسشنامه نشانگر بهزیستی اجتماعی بالا و نمره پایین نشان دهنده بهزیستی اجتماعی پایین فرد می باشد. وضعیت بهزیستی فرد در هر یک از خرده مقیاس های این آزمون نیز با محاسبه نمرات سوالات هر یک از خرده مقیاسها بدست میآید. نمره بالا در هر خرده مقیاس نشانگر بهزیستی وی در آن خرده مقیاس است و برعکس.

پرسشنامه بهزیستی روانی ریف^۲ (۲۰۰۲)

^۱ Social well-being Keyes

^۲ Psychological Well-Being Revisited



در دهه اخیر گرایش به بررسی جنبه‌های مثبت سلامت افزایش یافته است ریف و کینز در دهه گذشته الگوی بهزیستی روان‌شناختی را پیشنهاد نمودند که به‌طور گسترده‌ای توسط پژوهشگران بررسی گردید. بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چند مؤلفه‌ای و دربرگیرنده: ۱. پذیرش خود؛ یعنی نگرش مثبت نسبت به خود و پذیرش جنبه‌های مختلف خود مانند ویژگی‌های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته؛ ۲. روابط مثبت با دیگران؛ احساس رضایت و صمیمیت از رابطه با دیگران و درک اهمیت این وابستگی‌ها؛ ۳. خودمختاری؛ احساس استقلال و اثرگذاری در رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارها؛ ۴. تسلط بر محیط؛ حس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر از فرصت‌های پیرامون؛ ۵. زندگی هدفمند؛ داشتن هدف در زندگی و باور به اینکه زندگی حال و گذشته او معنادار است؛ ۶. رشد فردی؛ احساس رشد مداوم و دستیابی به تجربه‌های نو به‌عنوان یک موجود دارای استعدادهای بالقوه است.

ریف در سال ۱۹۸۹ برای اندازه‌گیری این سازه‌ها، مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی همچون پرسشنامه ۲۰ عبارتی، ۱۴ عبارتی، ۹ عبارتی و ۳ عبارتی را طراحی کرد. پس از بررسی‌های اولیه نسخه اصلی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی که دارای ۸۴ عبارت است، تهیه شد. سپس نسخه‌های ۵۴ عبارتی و فرم کوتاه ۱۸ عبارتی طراحی شد. نسخه کوتاه این پرسشنامه ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و بنابراین دارای ۶ زیر مقیاس (هر زیر مقیاس شامل ۳ عبارت) است که در این مطالعه از فرم کوتاه ۱۸ سؤالی مقیاس بهره گرفته شده است.

در این پرسشنامه آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۶= کاملاً موافقم) مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارات موافق یا مخالف است.

شیوه نمره‌گذاری گزینه‌های مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف بدین شرح است: کاملاً مخالفم=۱؛ تا حدی مخالفم=۲؛ کمی مخالف=۳؛ کمی موافق=۴؛ تا حدی موافق=۵؛ کاملاً موافق=۶. با به دست آوردن نمره مربوط به هر زیر مقیاس، کافی است نمره همه عبارات مربوط به زیر مقیاس موردنظر را باهم جمع کنید، از جمع امتیاز ۱۸ عبارت نیز نمره بهزیستی روان‌شناختی کلی به دست می‌آید. عبارات مربوط به هر زیر مقیاس:

خرده مقیاس پذیرش خود: ۲، ۸، ۱۰

خرده مقیاس روابط مثبت با دیگران: ۳، ۱۱، ۱۳

خرده مقیاس خودمختاری: ۹، ۱۲، ۱۸

زیر مقیاس تسلط بر محیط: ۱، ۴، ۶

خرده مقیاس زندگی هدفمند: ۵، ۱۴، ۱۶

خرده مقیاس رشد فردی: ۷، ۱۵، ۱۷

در ضمن عبارات: ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

در پژوهش واحدی و غنی زاده (۱۳۸۸) مقدار پایایی و آلفای کرونباخ این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. بیانی و همکاران (۱۳۸۸)؛ به نقل از ظریف گلبار یزدی، (۱۳۹۰) به‌منظور هنجاریابی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در ایران آن را بر روی نمونه‌ای از ۱۴۵ نفر اجرا کردند و ضریب پایایی به روش باز آزمایی این مقیاس ۰/۸۲. به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود. همچنین همبستگی این مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به‌دست‌آمده است بیانی و همکاران (۱۳۸۸)؛ به نقل از ظریف گلبار یزدی، (۱۳۹۰). در تحقیق حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ برآورد شد.

پرسشنامه نشخوار فکری نولن (۱۹۹۱)

نولن در سال ۱۹۹۱ پرسشنامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار سبک متفاوت واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسشنامه سبک‌هایی پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف کننده حواس تشکیل شده است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی درجه بندی کنند (نولن، ۱۹۹۱).



ضریب آلفای کرونباخ این پژوهش در پژوهش علیلو، بخشی پروردسری، منصور، فرنام و فخاری (۱۳۹۰) ۰/۹۰ به دست آمده است. طریقه نمره گذاری ۲۲ سوال طیف لیکرت چهار گزینه‌ای می باشد و بازه نمرات بین ۰ تا ۶۶ و نمره برش ۳۳ است.

همچنین در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بسته به نیاز از نرم افزارهای Excel و SPSS استفاده گردید.

تکنیک‌های مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از:

الف) آمار توصیفی: جهت داده‌ها از روش‌های توزیع فراوانی، فراوانی درصدی همراه با رسم جداول و نمودار استفاده شده است.

ب) آمار استنباطی: به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها روش‌های آماری به کار گرفته شده برای آزمون هر یک از پیش فرض های لازم فرضیه‌ها از آزمون کوواریانس استفاده می شود.

یافته های پژوهش

اطلاعات حاصل از اجرای پرسشنامه های بهزیستی روانی و اجتماعی و نشخوار فکری در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون بر روی اعضای نمونه مورد تجزیه و تحلیل استنباطی قرار می گیرد. در تحلیل کوواریانس چند متغیره، تفاوت گروه ها در چند متغیر با کنترل یک یا چند متغیر دیگر که ممکن است بر نتایج اثر بگذارد، اندازه گیری می شود. برای مقایسه میانگین نمرات بهزیستی روانی و اجتماعی و نشخوار فکری آزمودنی های دو گروه در پس آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می شود، به این صورت که اثرات پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل می گردد.

میانگین های نمرات پیش آزمون و پس آزمون و میانگین های نمرات تعدیل شده دو گروه در سه تحلیل کوواریانس

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		نمرات تعدیل شده پس آزمون			
					کنترل		آزمایش	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روانی	۵۴/۵	۱۳/۹۵	۶۶/۶۶	۱۷/۳۲	۱۷/۰۰	۴/۹۹	۷۶/۳۳	۳/۲۱
بهزیستی اجتماعی	۱۰۵/۰۸	۱۱/۵۳	۱۲۴/۳۷	۲۷/۳۷	۱۱۲/۹۱	۷/۲۱	۱۳۵/۸۳	۷/۳۸
نشخوار فکری	۵۰/۴۵	۱۰/۳۷	۴۲/۵۸	۱۵/۹۰	۴۹/۰۸	۵/۲۵	۳۶/۰۸	۲/۹۶

همانطوری که جدول نشان می دهد در نشخوار فکری میانگین های تعدیل شده گروههای آزمایشی بطور معنی داری کمتر از گروه کنترل بوده و در بهزیستی اجتماعی و روانی بیشتر از گروه کنترل است.

در این مرحله به مقایسه میانگین نمرات بهزیستی روانی و اجتماعی و نشخوار فکری در آزمودنی های دو گروه در پس آزمون با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره می پردازیم.

طبیعی بودن توزیع نمرات:

چون خارج قسمت کجی و بلندی بر انحراف استاندارد در دامنه ۲ و ۲- باشد نتیجه می گیریم توزیع نمره دو آزمون طبیعی است

نتایج بررسی آزمون طبیعی بودن توزیع نمرات

تعداد	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی		کشیدگی	پیش آزمون	پس آزمون
					۰/۴۷	۱/۳۳			
۲۴	۸۸/۰۰	۱۳۴/۰۰	۱۰۵/۰۸	۱۱/۵۳	۰/۴۷	۱/۳۳	۴/۰۸	۰/۹۱	۰/۹۱
۲۴	۸۹/۰۰	۱۷۴/۰۰	۱۰۵/۰۸	۲۷/۳۷	۰/۴۷	۰/۴۷	-۱/۱۹	۰/۹۱	۰/۹۱



روایی	پیش آزمون	پس آزمون	تفاوت	فرضیه صفر	توزیع	نتایج	نتایج	نتایج	نتایج
پیش آزمون	۲۴	۳۴/۰۰	۸۵/۰۰	۵۴/۵	۱۳/۹۵	۰/۲۶	۰/۴۷	-۰/۶۵	۰/۹۱
پس آزمون	۲۴	۳۲/۰۰	۹۴/۰۰	۶۶/۶۶	۱۷/۳۲	-۰/۱۴	۰/۴۷	-۰/۷۴	۰/۹۱
پیش آزمون	۲۴	۳۰/۰۰	۷۶/۰۰	۵۰/۴۵	۱۰/۳۷	۰/۶۳	۰/۴۷	۰/۸۲	۰/۹۱
پس آزمون	۲۴	۲۰/۰۰	۷۶/۰۰	۴۲/۵۷	۱۵/۹۰	۰/۶۳	۰/۴۷	-۰/۶۵	۰/۹۱

بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (K-S)

نتایج بررسی آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

تعداد	اجتماعی		روایی		نشخوار فکری	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
۲۴	۱۰۵/۰۸	۱۲۴/۳۷	۴۵/۵۰	۶۶/۶۶	۵۰/۴۵	۴۲/۵۸
پارامترهای عادی	۱۱/۵۳	۲۷/۳۷	۱۳/۹۵	۱۷/۳۲	۱۰/۳۷	۱۵/۹۰
میانگین	۰/۱۵۰	۰/۱۹۹	۰/۱۳۸	۰/۰۹۹	۰/۱۰۸	۰/۱۴۸
انحراف استاندارد	۰/۱۵۰	۰/۱۹۹	۰/۱۳۸	۰/۰۶۶	۰/۱۰۸	۰/۱۴۸
تفاوت های فراطبی	-۰/۱۰۳	-۰/۱۰۲	-۰/۰۷۹	-۰/۰۹۹	-۰/۰۸۲	-۰/۰۹۷
آزمون آماری	۰/۱۵۰	۰/۱۹۹	۰/۱۳۸	۰/۰۹۹	۰/۱۰۸	۰/۱۴۸
سطح معناداری	۰/۱۷۲	۰/۱۵	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰	۰/۱۸۸

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می دهد که توزیع نمرات بهزیستی روانی و اجتماعی و نشخوار فکری در پیش آزمون در پس آزمون نرمال می باشد .

نتایج تحلیل خروجی فوق نشان می دهد که مقدارهای P در آزمون فوق الذکر از ۰.۰۵ بزرگتر است . فرضیه صفر در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف پیروی داده ها از توزیع مورد نظر (که در اینجا توزیع نرمال است) می باشد. فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده ها از توزیع مورد نظر (که در اینجا توزیع نرمال است) با توجه به مقدار P و عدم رد فرضیه صفر ، توزیع داده ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می گردد.

همگنی شیب های رگرسیونی و همگنی واریانس ها

با استفاده از آزمون لوین می توان از همگونی واریانس ها در گروه های آزمایشی بررسی نمود

نتایج بررسی پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس

متغیرها	گروه ها	لوین	df ^۱	df ^۲	سطح معناداری
بهزیستی اجتماعی	پیش آزمون	۰/۰۵۲	۱	۲۲	۰/۸۲۲
	پس آزمون	۴/۴۸۳	۱	۲۲	۰/۰۶۴



۰/۱۴۹	۲۲	۱	۲/۲۴۰	پیش آزمون	بهزیستی روانی
۰/۲۳۸	۲۲	۱	۱/۴۷۳	پس آزمون	
۰/۴۲۸	۲۲	۱	۰/۶۵۲	پیش آزمون	نشخوار فکری
۰/۰۶۴	۲۲	۱	۵/۸۶۳	پس آزمون	

چنانچه سطح معناداری در آزمون Leven که در جدول نمایش داده می شود بیشتر از ۰.۰۵ باشد می توان گفت واریانس گروه ها از تجانس برخوردار است. فرض صفر (پوچ) در این آزمون این است که واریانس سه گروه دارای تجانس است، با توجه به Sig جدول که در ۰.۰۵ بیشتر است ، فرض مقابل رد و فرض صفر قبول می شود.

فرضیه اصلی:

آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانی و نشخوار فکری در مبتلایان به سوگ ناتمام تاثیر دارد.

نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره

نوع آزمون	مقدار	Df فرضی	Df خطا	F	P
اثر پیلایی	۰/۱۴۵	۱/۰۰	۲۳/۰۰	۳/۹۰	۰/۰۶
لامبدای ویلکز	۰/۸۵۵	۱/۰۰	۲۳/۰۰	۳/۹۰	۰/۰۶
اثر هاتلینگ	۰/۱۷۰	۱/۰۰	۲۳/۰۰	۳/۹۰	۰/۰۶
بزرگترین ریشه روی	۰/۱۷۰	۱/۰۰	۲۳/۰۰	۳/۹۰	۰/۰۶

معنادار شدن شاخص های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز ، اثر هاتلینگ ، بزرگترین ریشه اختصاصی روی و اثر پیلایی ($P=0.06$) و ($F=3.90$) موبد این موضوع است که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای مربوطه ایجاد شده است . از این رو هر یک از این متغیرها مورد بررسی قرار گرفت .

۴-۶- یافته های مربوط به پژوهش

فرضیه اول فرعی: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی اجتماعی در مبتلایان به سوگ ناتمام تاثیر دارد.

نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی اجتماعی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۵۰۸/۸۸	۱	۵۰۸/۸۸	۰/۷۸	۰/۳۸
گروه	۳۲۷۴/۶۵۴	۱	۳۲۷۴/۶۵۴	۵/۰۶۶	۰/۰۳۵
خطا	۱۳۵۷۵/۷۰۴	۲۱	۶۴۶/۴۶۲		

چنانچه در جدول بالا مشاهده می شود، نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون بهزیستی اجتماعی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش ، نمرات بهزیستی اجتماعی آزمودنی ها که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آزمودنی هایی که در گروه گواه جایگزین شده بودند ، افزایش معناداری داشته است ($p=0.01$) . بنابراین آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی اجتماعی موثر است.

فرضیه دوم فرعی: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانی در مبتلایان به سوگ ناتمام تاثیر دارد.

نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهزیستی روانی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۵۰۸/۸۸	۱	۵۰۸/۸۸	۰/۷۸	۰/۳۸
گروه	۳۲۷۴/۶۵۴	۱	۳۲۷۴/۶۵۴	۵/۰۶۶	۰/۰۳۵
خطا	۱۳۵۷۵/۷۰۴	۲۱	۶۴۶/۴۶۲		



پیش آزمون	۲۰۴/۹۸	۱	۲۰۴/۹۸	۰/۹۶	۰/۳۳
گروه	۱۵۲۳/۶۸	۱	۱۵۲۳/۶۸	۷/۱۸۴	۰/۰۱۴
خطا	۴۴۵۳/۶۷	۲۱	۲۱۲/۰۸		

چنانچه در جدول بالا مشاهده می شود، نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون بهزیستی روانی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش نمرات بهزیستی روانی آزمودنی ها که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به کارمندانی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است ($p=0/1$) بنابراین آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانی در مبتلایان به سوگ ناتمام تاثیر دارد.

فرضیه سوم فرعی: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری در مبتلایان به سوگ ناتمام تاثیر دارد.

نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نشخوار فکری

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۶۱/۳۷	۱	۶۱/۳۷	۰/۲۷	۰/۶۰
گروه	۱۰۵۲/۳۹	۱	۱۰۵۲/۳۹	۴/۶۶۲	۰/۰۴۳
خطا	۴۷۴۰/۴۶	۲۱	۲۲۵/۷۳		

چنانچه در جدول بالا مشاهده می شود، نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون نشخوار فکری در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش نمرات نشخوار فکری آزمودنی ها که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به کارمندانی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است ($p=0/1$). بنابراین آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نشخوار فکری موثر است.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی:

آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانی و نشخوار فکری در مبتلایان به سوگ ناتمام تاثیر دارد. معنادار شدن شاخص های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ، بزرگترین ریشه اختصاصی روی و اثر پیلای موید این موضوع است که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرها ایجاد شده است. از این رو هر یک از این متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. این فرضیه موید تحقیقات تنهان (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان پذیرش و تعهد درمانی با نظریه سیستم های اکولوژیک می باشد که پزشکان برای ارتقاء بهزیستی و پرداختن به روانشناسی برای گروه های متنوع از درمان پذیرش و تعهد درمانی (ACT) و نظریه سیستم های زیست محیطی (EST) استفاده کردند. با این حال، ادبیات دقیق و جامع از سال ۱۹۸۶ تا ۲۰۱۹ تحقیقاتی در مورد نحوه مصرف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای خدمت به مسلمانان ارائه نداد. محققان بهداشت روان مسلمانان پیشنهاد کردند که از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره می برند، اما تعداد معدودی از آنها با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یاد کرده اند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از مؤثرترین روشهای درمانی مبتنی بر کارآزمایی کنترل تصادفی برای تقویت بهزیستی و پرداختن به روانشناسی است.

فرضیه اول فرعی: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی اجتماعی در مبتلایان به سوگ ناتمام تاثیر دارد.

نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون بهزیستی اجتماعی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش، نمرات بهزیستی اجتماعی آزمودنی ها که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آزمودنی هایی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است. بنابراین آموزش بر افزایش بهزیستی اجتماعی موثر



است. که نتایج این فرضیه تحقیقات مقدم فرو همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان را تایید می نماید که به دنبال ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات متغیرهای امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی افراد گروه آزمایش در مرحله پس آزمون افزایش داشته و این نوع از درمان اثرات مثبت معنیداری را بر امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتال به سرطان تحت شیمی درمانی بر جای گذاشته است. درمان گروهی پذیرش و تعهد روشی مؤثر به منظور افزایش امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی مبتلایان به سرطان پستان میباشد. همچنین درمان های دیگری همچون درمان های مهارتی نیز بر بهزیستی اجتماعی موثر است. تحقیقات طاهرخانی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان تاثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودک با معلولیت ذهنی موید این نکته است. آموزش مهارت های ارتباطی با ۹۵٪ اطمینان موجب افزایش سلامت اجتماعی می شود و همچنین آموزش مهارت های ارتباطی موجب افزایش بهزیستی روان شناختی مادران کودکان با ناتوانی ذهنی می شود.

فرضیه دوم فرعی: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانی در مبتلایان به سوگ ناتمام تاثیر دارد. نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون بهزیستی روانی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش نمرات بهزیستی روانی افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است بنابراین آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روانی موثر است. این فرضیه تحقیقات طاهرخانی (۱۳۹۵) را در پژوهشی با عنوان تاثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودک با معلولیت ذهنی تایید می نماید که آموزش مهارت های ارتباطی با ۹۵٪ اطمینان موجب افزایش سلامت اجتماعی می شود و همچنین آموزش مهارت های ارتباطی موجب افزایش بهزیستی روان شناختی مادران کودکان با ناتوانی ذهنی می شود. همچنین تحقیقات کاویانی (۱۳۹۹). موید این فرضیه است آنها بیان می نمایند که کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل افزایش معناداری را در مرحله پس آزمون نشان داد که اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مرحله پس آزمون تأیید می نماید ($p=0/001$) تحقیقات معین زاده (۱۳۹۶) نیز این فرضیه را تایید می نماید در این تحقیق بیان می کنند که در مرحله پس آزمون بین استرس شغلی (وضعیت جسمانی و مقیاس علائق شغلی) و بهزیستی روانشناختی (روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است. با توجه به یافته های پژوهش می توان عنوان داشت که درمان بر پایه پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و بهزیستی روان شناختی در میان مددکاران اجتماعی سازمان بهزیستی شهر کرج تاثیر دارد. همچنین این فرضیه تحقیقات ورسب و همکاران (۲۰۱۸) را در پژوهشی با عنوان پیوند بین استرس، بهزیستی و انعطاف پذیری روانشناختی در حین مداخله خودیاری کمک و تعهد درمانی تایید می نماید که برای کاهش استرس و ارتقاء بهزیستی از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده می شود و بر پتانسیل PF در ارتقاء بهزیستی تأکید می کند. تحقیقات جهرمی و عبدی (۲۰۱۸) نیز موید این فرضیه است. در پژوهش آنان که با عنوان بررسی اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر خود دلسوزی و بهزیستی روانشناختی زنان با اعتماد به نفس با تجربه مراجعه کننده به مراکز مشاوره شیراز صورت گرفت بیان داشتند که مداخله مورد استفاده باعث افزایش خودپسندی و بهزیستی روانشناختی زنان با کیفیت با تجربه می شود. به طور کلی می توان ادعا کرد که مداخله درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر روی زنان با خیانت مؤثر و مؤثر است و بسیار توصیه می شود.

فرضیه سوم فرعی: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری در مبتلایان به سوگ ناتمام تاثیر دارد. نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون نشخوار فکری در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات آموزش نمرات نشخوار فکری آزمودنی ها که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه کنترل جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است. بنابراین آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار فکری موثر است. همچنین نتایج این فرضیه تحقیقات محمدی (۱۳۹۶) را در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، احساس تنهایی و نشخوار فکری بر نوجوانان دارای علائم افسردگی تایید می نماید که تاثیر درمان پذیرش و تعهد در کاهش شدت آماج های درمان (افسردگی، احساس تنهایی و نشخوار تنهایی) بیماران هم از نظر آماری و هم از نظر بالینی معنادار است. بنابراین می توان



نتیجه گرفت که روش درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی، احساس تنهایی و نشخوار فکری نوجوانان افسرده از کارایی لازم برخوردار است.

نتیجه‌گیری نهایی

در این پژوهش به بررسی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانی و اجتماعی و نشخوار فکری در مبتلایان به سوگ ناتمام پرداخته شد، نتایج حاکی از این بود که آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش به طور معناداری باعث کاهش نشخوار فکری و افزایش بهزیستی روانی و اجتماعی می‌شوند. به عبارت دیگر آزمودنی‌ها با شرکت در جلسات آموزشی، با بهره‌گیری از تکنیک‌های مهارتی، آشنایی با افکار و باورها، مراقبت از خود، توانایی خود را برای کنترل و تنظیم بهزیستی روانی و اجتماعی و نشخوار فکری می‌گردند که بهزیستی روانی و اجتماعی افزایش و نشخوار فکری کاهش می‌دهیم. تنها از طریق اقدامات مبتنی بر ارزش است که می‌توانیم یک زندگی پربار داشته باشیم. البته مادامی که برای ساختن این زندگی تلاش می‌کنیم، با موانع مختلفی در قالب «تجربه‌های شخصی» ناخواسته و ناخوشایند مواجه خواهیم شد (مثل افکار، تصورات، احساسات، ادراک، تکانه‌ها و خاطرات منفی). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مدیریت این تجربه‌های شخصی از مهارت‌های مایندفولنس (توجه آگاهی/ذهن‌آگاهی) استفاده می‌کند. «مایندفولنس یعنی توجه خود را به طور آگاهانه، با گشودگی، علاقه و پذیرش، به تجربه‌ای که در اینجا و اکنون دارید معطوف نمایید». مایندفولنس جنبه‌های زیادی دارد، از جمله: مثلاً زندگی در لحظه، به جای «غرق شدن» در افکار و درگیر شدن با آنچه که در حال انجامش هستید. فضا دادن به هیجانات ناخوشایند همانطور که هستند بدون درگیر شدن و میل به کنترل آنها.

وقتی تجربه‌های شخصی خود را با گشودگی و پذیرش مشاهده می‌کنیم، حتی خاطرات، احساسات، افکار و ادراکات دردآور نیز کمتر مهیب و تحمل‌ناپذیر به نظر می‌رسند. با توجه به اینکه فرض رویکرد پذیرش و تعهد بر آن است که زبان بشر به طور طبیعی منجر به رنج روان‌شناختی برای همه انسان‌ها می‌شود. و از طرفی، ما را از طریق فرآیندی که «اجتناب تجربه‌ای» نام دارد برای مواجهه با افکار و احساسات خود آماده می‌شویم. و از اجتناب کردن به عنوان راهبردی استفاده می‌کنیم تا اضطراب و رنج هیجانی را تجربه نکنیم. تجربه درمان با ACT به طور کامل متفاوت است ACT. با خلاص شدن از شر بدحالی یا غلبه بر یک ترومای قدیمی سر و کار ندارد. در عوض به ساختن یک زندگی پرمعنا، کامل و پربار مربوط است.

با توجه به تحقیق انجام‌شده و محدودیت‌های به‌وجودآمده به محققین آینده موارد زیر توصیه می‌شود:

پیش‌بینی و سواس فکری عملی براساس نشخوار ذهنی به واسطه تحمل پریشانی مردان رده سنی ۲۵ تا پنجاه‌ساله شهر مشهد مورد بررسی قرار گیرد

اثربخشی آموزش تحمل پریشانی بر سواس فکری عملی مورد بررسی قرار گیرد در راستای یافته پژوهش توصیه می‌شود:

آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی کنترل تفکر و مثبت اندیشی به افراد مبتلا به نشخوار فکری والدین از اوان کودکی در تربیت فرزندان با توان تحمل پریشانی بالا کوشا باشند طرق تربیتی صحیح را از منابع معتبر آگاهی نموده و در مورد فرزندان خود به کار گیرند افراد وسواسی در مراحل اولیه مبتلا شناسایی و به مرکز مشاوره معتبر ارجاع داده شوند تا بدین‌وسیله از پیشرفت اختلال جلوگیری شود.

منابع و ماخذ:

خلیلی(۱۳۹۹). آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شدت درد، فاجعه‌سازی درد و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور تهران
صفاری نیا، مجید؛ تدریس تریزی، معصومه؛ علی اکبری دهکردی، مهناز (۱۳۹۳). روانسازی و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی زمستان، پنجم سال، ۱۸ شماره، تربیتی اندازه‌گیری فصلنامه. تهران شهر ساکن مردان و زنان در اجتماعی



- طاهرخانی(۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودک با معلولیت ذهنی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، مجتمع دانشگاهی ولیعصر (عج) کاویانی، عاطفه(۱۳۹۹). اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم، کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت
- محمدمدی، معصومه(۱۳۹۶) اثربخشی آموزش روش درمانی ACT بر افسردگی، احساس تنهایی و نشخوارفکری بر نوجوانان دارای علائم افسردگی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز
- محمود علیلو، مجید؛ بخشی پور رودسری، عباس؛ منصوری، احمد؛ فرنام، علیرضا؛ فخاری، علی (۱۳۹۰). مقایسه نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس- اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار. مقاله ۱، ۷، ۴، ۵۵-۷۴. شناسه دیجیتال (DOI): ۱۰.۲۲۰۵۱/psy.۱۹۷۰.۱۵۳۵
- معین زاده، فرشته(۱۳۹۶) اثر بخشی درمان بر پایه پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و بهزیستی روان شناختی در میان مددکاران اجتماعی سازمان بهزیستی شهر کرج، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه خاتم
- مقدم فر، نصیره؛ امرایی، راضیه؛ اسدی، فاطمه؛ امانی، امید(۱۳۹۷). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی، روان پرستاری، دوره ۶، شماره ۵
- آرچ؛ کراسک(۱۳۹۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. ترجمه راضیه ایزدی و محمد رضا عابدی. تهران: انتشارات جنگل، کاوشیار.
- آزاد حسین(۱۳۷۸) سلامت روان از دیدگاه ایس، فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره چهارم.
- استروکاسایا، ل، ف (۱۳۶۹) تاثیر تعلیم و تربیت بر رشد شخصیت کودک . ترجمه نازلی اصغر زاده چاپ اول تهران :دنیای نو اسلامی نسب ، علی.(۱۳۷۳). روان شناسی اعتماد به نفس . تهران : انتشارات مهرداد.
- ایزدی، راضیه؛ عابدی، محمد رضا(۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. دو ماه نامه علمی و پژوهشی فیض، دوره ۱۷، شماره ۳، صفحات ۲۸۶-۲۷۵.
- بارلو(۱۳۹۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. ترجمه راضیه ایزدی و محمد رضا عابدی. تهران: انتشارات جنگل، کاوشیار.
- بیجاری، هانیبه(۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. یافته های نو در روان شناسی ، دوره.
- بیگی، علی؛ فراهانی، محمد نقی؛ محمد خانی، شهرام؛ محمدی فر، محمد علی(۱۳۹۰). نقش تشخیصی کیفیت زندگی و امیدواری در معنادان گمنام و معنادان تحت درمان نگهدارنده متادون. مجله علوم رفتاری، دوره سوم، شماره ۴، زمستان، ص ۱۴۳.
- توهی و همکاران(۱۳۹۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. ترجمه راضیه ایزدی و محمد رضا عابدی. تهران: انتشارات جنگل، کاوشیار. پنجم، شماره ۱۹، زمستان، ص ۶۲.
- توکلی، سامان(۱۳۸۹). نقش عوامل فردی و اجتماعی در امیدواری. روزنامه شرق، شماره ۱۱۳۹. آذر ۱۳۸۹
- دباغی، پرویز؛ اصغر نژاد فرید، علی؛ عاطف وحید، کاظم و بوالهروی، جعفر(۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه ی تفکر نظاره ای (ذهن آگاهی) و فعال سازی طرحواره های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳(۴) ۳۶۶-۳۷۵.
- دلاور، ع (۱۳۸۱) روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی ، نشر ویرایش
- شاملوس، بهداشت انتشارات فروزش سال (۱۳۸۶)
- شفیع آبادی ،ع،ناصری،ع، نظریه های مشاوره و روان در مانی ، تهران: مرکز دانشگاهی، چاپ اول (۱۳۸۹)
- ولی زاده شیرین، روشهای افزایش عزت نفس در کودکان دارای نیازهای ویژه، تعلیم و تربیت استثنایی ۱۳۸۷ شماره ۸۵ و ۸۴ ص ۷۰.
- کریمی ی؛(۱۳۸۵)؛ روانشناسی تربیتی .نشر :ارسباران؛ چاپ هفتم
- کلمز هریسف،(۱۳۷۵)، روشهای تقویت عزت نفس در نوجوانان، ترجمه علیپور پروین، مشهد، آستان قدس رضوی
- عابدی، محمدرضا (۱۳۸۳). شادی در خانواده. تهران: انتشارات مطالعه خانواده



- شفیع آبادی عبدالله، (۱۳۷۲)، نظریه مشاوره و روان درمانی، تهران، انتشارات مرکز نشر دانشگاهی.
- شاملو، سعید، (۱۳۸۲)، بهداشت روانی تهران، رشد.
- شاطرلو عالی، افزایش عزت نفس دانش آموزان کم توان ذهنی از راه توجه به مولفه های خود پنداره، تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۳۸۶، شماره ۷۴، ص ۲۷.
- قاسمی، افشان، عابدی، احمد؛ باغبان، ایران، (۱۳۸۸)، بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریه اسنایدر بر میزان شادکامی سالمندان، مجله روان شناسی و دین، دوره هشتم، شماره ۳۰، تابستان، ص ۶۹.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول (۱۳۹۲). مقایسه ی اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش آموزان دارای اختلال ریاضی. مجله ی ناتوانی های یادگیری، دوره ی ۲، شماره ی ۱۷۶/۴-۱۵۴.
- مهرداد، علی. (۱۳۸۷). روان شناسی صنعتی - سازمانی. تهران: جنگل.
- مهردوست، زینب؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ عابدی، احمد (۱۳۹۲). اثر بخشی پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خود کار آمدی اجتماعی (مقاله پژوهشی) روش ها و مدل های روان شناختی سال سوم شماره ۱۱، صص ۸۲-۶۷.
- منصور، م، روانشناسی ژنتیک. (۱۳۸۷).
- مشکی و همکاران (۱۳۸۷)، بررسی تاثیر برنامه آموزشی با به کارگیری عزت نفس و باورهای کنترل سلامت بر ارتقای سلامت روان دانشجویان، فصلنامه علمی پژوهشی فیض، دوره دوازدهم، شماره ۴.
- هربرت؛ فورمان. (۱۳۹۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. ترجمه راضیه ایزدی و محمد رضا عابدی. تهران: انتشارات جنگل، کاوشیار.
- هیز، پانکی، گرگ. (۱۳۹۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. ترجمه راضیه ایزدی و محمد رضا عابدی. تهران: انتشارات جنگل، کاوشیار.

Snyder, C.R., McCullough, M.E. (۲۰۰۰). A positive psychology field of dreams
Journal of social and clinical psychology, ۱۹, ۱۵۱-۱۶۰.

Modden G. Behavior and adaptation in later life. Journal of Chronic Disease. ۲۰۰۱; ۳۶ (۳): ۲۷۰-۵.

Young HM, Cochrane BB. Health aging for older women. Nurs clin North Am
۲۰۰۵; ۳۹(۱): ۱۳۱-۳.

Havm- Nies A, de Groot LC. Dietary quality lifestyle factors and healthy aging
۲۰۰۳; ۳۲ (۴): ۴۲۷-۳۴.

Diener, E. (۱۹۸۴). "Subjective well-being". Psychological Bulletin, ۹۵, ۵۴۲-۵۷۵.

Cohen, S, Herbert TB. (۱۹۹۶). Health psychology: psychological factors and Physical disease from the perspective of human psychoneuro immunology.

Annu. Rev. psychology. ۴۷: ۱۱۳-۱۴۲.

Eddington N, Shuman R. Subjective well-being presented by continuity Psychology education; ۲۰۰۴.

Williams, J.I. (۲۰۰۰). Reflection on assessing quality of life WHOQOL and Happiness-۱۰۰ (۸, ۶, ۹ HUvLRQ). Journal of clinical epidemiology, ۵۳, ۱۳-۱۷.

Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, et al. Stages of Change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. Diabetes care ۲۰۰۳; ۲۶ (۵): ۱۴۶۸-۷۴.

Hayes, S.C. & Smith, S (۲۰۰۵) Get out of your mind and into your life :

The new Acceptance and Commitment Therapy. Oakland, CA: New Harbinger.

witkiewitz k, Marlatt GA, walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. Journal of Cognitive psychotherapy

۲۰۰۵; ۱۹(۳): ۲۲۱-۸.

Ben-Zar, H., Dudevany, H., & Lury, L (۲۰۰۵). Association of quality of life and Hardiness with Mental Healthy the older mothers and fathers. Journal of intelcetual Disability Research, ۴۹(۱), ۴۵-۶۲.

Bonomi, A.E., Partrick, D.L., Bushnell, D.M. (۲۰۰۰). Validation of the united States, version of the word health organization quality of life (WHOQOL) instrument. Journal of clinical Epidemiology, ۲۰, ۴۸۵-۴۹۳.



- Albert, U., Mania, G., Bogetto, F., Chiarle, A., Mataix-Cols, D. (۲۰۱۰). Clinical Predictors of health-related quality of life in obsessive – compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, ۵۱, ۱۹۳-۲۰۰.
- Delaware, Ali. (۱۳۸۸). *Theoretical and practical research in the humaniti and social sciences*. Tehran: growth.
- Wilson, K.G., & DuFrene, T. (۲۰۰۹). *Mindfulness for two: An acceptance and Commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: Adler. A. (۱۹۲۶). *The Neurotic Constitution*. New York: Dood me- Burden. R.L. (۱۹۸۰) measuring the effects of stress on the mother of handicapped infants: must depression always follow?
- Beckman, P.J. (۱۹۹۱). Comparison of mothers and fathers perceptions of the effect of young children with and without
- Cmic, k., friedrich, w., Greenberg, m. (۱۹۸۳). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology. *American journal of mental deficiency*, ۸۸, ۱۲۵-۲۳۱
- Corsini. R. (۱۹۷۳). *Current Psychotheraphes*. Peacock Pubilshers. Inc Itasaca. Llonnis
- Corson. V. (۱۹۹۹) Bermer. A. Elizabeth. N. *Mental Health Nursing*. Sau Nders Compaany
- Edwards, A.J. (۱۹۷۷), *Education psychology*, landon. ۱۵-۶۶
- Ellis. A. doubson. (۱۹۸۸) *How to live with and without anger* New York: Reasers Digestpress
- Leinonen. J. a, solataus, t. S, Punamaki. R.I, (۲۰۰۳) *journal of child psychiatry*, ۴۴(۲), ۲۲۷-۴۱
- Ryff. C. D. Keyes. C. I. m Shomtkin .D. (۲۰۰۲). Optimal well-being :Empirical Encounter of two traditional. *Journal of Personality and social psychology*. ۶۲ (۶). ۱۰۰۷-۱۰۲۲
- Skinner. B. F. (۱۹۷۳). *Beyond Freedom and Dignity* palific Grov. California u.s.a