

# The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Hope and Psychological Well-Being of Veterans' Wives

Aliakbari A<sup>1</sup>, \*Jajarmi M<sup>1</sup>, Ghasemi Motlagh M<sup>1</sup>

## Author Address

1. Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

\*Corresponding Author's E-mail: [Mahmod\\_jajarmi@bojnourdiau.ac.ir](mailto:Mahmod_jajarmi@bojnourdiau.ac.ir)

Received: 2020 July 4; Accepted: 2020 August 4

## Abstract

**Background & Objectives:** Veterans' problems in daily life have a great impact on their families, while families are expected to provide all the support they need. However, these psychological problems disrupt daily life and, in other words, functional, social, occupational, and behavioral activities. Mental disorders not only affect the quality of life of people with the disease but also, as a stressor, threaten the quality of life of the affected family members, including their spouses. Wives of war veterans suffer from isolation, loneliness, alienation, low self-esteem, helplessness, guilt, and depression. Hope is one of the factors that can positively affect improving the lives of veterans' wives. Another variable that can positively affect and improve the lives of veterans' wives is psychological well-being. Addressing the methods of improving the quality of life of the wives of war veterans is one of the essential factors in promoting mental health and quality of life. So, this study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the hope and psychological well-being of devoted wives of veterans living in Sari City, Iran.

**Methods:** The present research is a quasi-experimental study with a pretest-posttest with a 45-day follow-up design and a control group. The study's statistical population consisted of all the spouses of veterans (120 in total) who were referred to the veteran counseling clinic. Thirty wives of veterans were selected based on the inclusion and exclusion criteria and assigned into two groups: experimental (15 people) and control (15 people). The inclusion criteria were being the veteran's wife with an ID card of the martyrs, having a history of at least 20 years of living together, having  $\geq 25\%$  casualties, being able to attend eight training sessions, lacking a history of attending a workshop or training class, being 40 to 50 years old, gaining a score of less than 96 on the Hope Scale (Miller & Powers, 1988) and less than 42 on the Ryff Psychological Well-Being Scale (Ryff, 1989). The exclusion criteria included dissatisfaction with the educational method and the inability to attend eight training sessions. The experimental group underwent acceptance and commitment therapy in eight 90-min sessions weekly. The control group received no intervention. The study participants completed Ryff Psychological Well-Being Scale (Ryff, 1989) and the Hope Scale (Miller & Powers, 1988) in the pretest, posttest, and follow-up sessions. For data analysis, descriptive statistics (central indicators and dispersion such as mean and standard deviation) and inferential statistics (repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test) were used. The statistical analyses were performed in SPSS software version 22. The significance level of the tests was considered 0.05.

**Results:** Findings showed the significant effects of time, group, and time\* group interaction on the variables of hope ( $p < 0.001$ ) and psychological well-being ( $p < 0.001$ ). Also, in the experimental group, the mean scores of hope and psychological well-being in the posttest and follow-up stages were significantly higher than those in the pretest ( $p < 0.001$ ). There was no significant difference between the two stages of posttest and follow-up in the variables of hope ( $p = 0.495$ ) and psychological well-being ( $p = 0.386$ ) in the experimental group.

**Conclusion:** Based on the study results, acceptance and commitment therapy is a suitable therapeutic approach to increase hope and improve the psychological well-being of veterans' wives.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, Hope, Psychological well-being, Veterans' wives.

## اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی همسران جانبازان

علی‌اکبری<sup>۱</sup>، \*محمود جاجرمی<sup>۲</sup>، مهدی قاسمی مطلق<sup>۲</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

\*رایانامه نویسنده مسئول: [Mahmoud\\_tajarmi@bojnourdiau.ac.ir](mailto:Mahmoud_tajarmi@bojnourdiau.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴ تیر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۴ مرداد ۱۳۹۹

## چکیده

**زمینه و هدف:** مشکلات جانبازان در زندگی روزمره تأثیر زیادی بر خانواده و به‌خصوص همسران‌ها دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی همسران جانبازان شهرستان ساری انجام شد.

**روش بررسی:** روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه به‌همراه پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی همسران جانبازان مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره شاهد به تعداد ۱۲۰ نفر، تشکیل دادند. سی نفر از همسران جانبازان براساس معیارهای ورود به مطالعه و خروج از آن انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). گروه آزمایش طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. شرکت‌کنندگان، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (ریف، ۱۹۸۹) و مقیاس امیدواری (میلر و پاورز، ۱۹۸۸) را در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، اثرهای زمان، گروه و تعامل بین زمان و گروه بر متغیرهای امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی معنادار بود ( $p < 0/001$ ). همچنین در گروه آزمایش، میانگین نمرات متغیرهای امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از پیش‌آزمون بود و تفاوت معناداری داشت ( $p < 0/001$ ). تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای امیدواری ( $p = 0/495$ ) و بهزیستی روان‌شناختی ( $p = 0/386$ ) مشاهده نشد که نتایج، ماندگاری اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مرحله پیگیری برای هر دو متغیر در گروه آزمایش نشان می‌دهد.

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکرد درمانی مناسبی برای افزایش امید و بهبود بهزیستی روان‌شناختی همسران افراد جانباز است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، امیدواری، بهزیستی روان‌شناختی، همسران جانبازان.

مشکلات جانبازان<sup>۱</sup> در زندگی روزمره تأثیر زیادی بر خانواده‌ها دارد؛ درحالی‌که از خانواده انتظار می‌رود تمام پشتیبانی لازم را ارائه دهد (۱)؛ اما این مشکلات روانی باعث مختل شدن زندگی روزمره و فعالیت‌های کارکردی، اجتماعی، شغلی و رفتاری خانواده‌ها می‌شود (۲). اختلالات روانی نه‌تنها بر کیفیت زندگی افراد مبتلا تأثیر می‌گذارد، بلکه همانند عاملی تنیدگی‌زا، کیفیت زندگی اعضای خانواده فرد مبتلا، از جمله همسر وی را تهدید می‌کند (۳). مطالعه کالهن و همکاران نشان داد، شدت علائم بیماری و خشونت بین فردی در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، با افزایش فشار روانی در مراقبان ارتباط دارد (۴). همسران بازگشتگان از جنگ دچار مشکلاتی مانند انزوا، تنهایی، از خود بیگانگی، عزت‌نفس پایین، درماندگی، احساس گناه، افسردگی و سایر مشکلات روانی می‌شوند و به‌طور خاصی درگیر عوارض ناشی از معلولیت‌های جسمی و عوارض روحی به‌جامانده در جانبازان هستند (۵)؛ بنابراین پرداختن به روش‌های ارتقای کیفیت زندگی، در همسران بازگشتگان از جنگ امری مهم و درخور توجه است و یکی از عوامل مهم در ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی به‌شمار می‌رود (۶).

امید<sup>۲</sup> از عواملی است که می‌تواند در بهبود زندگی همسران جانبازان تأثیر مثبتی داشته باشد (۶). امید، نوعی روند فکری محسوب می‌شود که دارای دو جزء تفکر عامل و مسیرها است؛ هر دو بُعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تأیید میزان امید ضروری است و موجب سازگاری و سلامت جسمی و روانی می‌شود (۷). امید، یکی از عامل‌های تعیین‌کننده سلامت روان و کیفیت زندگی به‌شمار می‌رود؛ به‌طوری‌که هاسون-اوهایون و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، امید در بیماران، به ایجاد مشارکت مثبت در درمان و افزایش کیفیت زندگی می‌انجامد (۸). در مطالعه جانسون، همسران مجروحان جنگی دچار استرس پس از سانحه که دارای سطوح ضعیفی از امید بودند، پس از افزایش میزان امید، کیفیت زندگی بهتری داشتند (۹). در تحقیقات دیگری مشخص شد، افراد دارای سطوح بیشتری از امید، پریشانی کمتری نشان می‌دهند (۱۰). همچنین براساس نتایج پژوهش باقری زنجانی اصل منفرد و انتصار فومنی، امیددرمانی می‌تواند تاب‌آوری و امید به زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان افزایش دهد (۱۱).

یکی دیگر از متغیرهایی که بر بهبود زندگی همسران جانبازان تأثیر مثبتی دارد، بهزیستی روان‌شناختی<sup>۳</sup> است. بهزیستی روان‌شناختی به حالتی اشاره دارد که فرد توانایی‌های خود را محقق می‌کند و قادر است با استرس‌های معمول زندگی مقابله کند (۱۲). مؤلفه‌های مختلف مفهوم بهزیستی روانی‌شناختی، امروزه از علائم تشخیص سلامت روان محسوب می‌شود (۱۳). تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای کمک و درمان همسران جانبازان صورت گرفته است؛ برای مثال روش درمان مثبت‌نگر بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران جانبازان اعصاب

و روان مؤثر بود (۱۴). همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ بر تاب‌آوری و کنترل هیجانی همسران جانبازان اعصاب و روان اثربخشی داشت (۱۵). علاوه‌براین، روایت‌درمانی و درمان هیجان‌محور بر انسجام خانوادگی همسران جانبازان مؤثر بود (۱۶). درمان پذیرش و تعهد در طول بیست سال گذشته در چارچوب موج سوم درمان‌های شناختی پدید آمده و عملکرد موفقی در طیف وسیعی از زمینه‌های درمانی و روانی داشته است (۱۷). این رویکرد درمانی توسط هیز پایهریزی شد و افراد را به پذیرش و ادغام در تجربیات زندگی خود تشویق می‌کند تا پاسخ‌های عاطفی را به چالش بکشند و ابعاد کنترل‌کننده را تشخیص دهند و از بین ببرند (۱۸). از طریق این فرایند، فرد به انجام انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ترغیب می‌شود و روی ارزش‌های شخصی منجر به عملی معنادار، تمرکز می‌کند (۱۹). پژوهش‌های متعددی مبنی بر وجود رابطه بین پذیرش و تعهد و بهزیستی روان‌شناختی و اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان‌شناختی موجود است؛ از آن جمله می‌توان به اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت علائم افسردگی (۲۰)، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (۲۱)، کاهش کلی علائم اضطراب فراگیر (۲۲) و افزایش تاب‌آوری (۲۳) و سطح امید (۲۴) اشاره کرد.

بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری یکی از مؤلفه‌های مهم زندگی بشری است؛ به‌طوری‌که امروزه توجه به آن جزو بحث‌های اساسی متون روان‌شناسی و سبک زندگی افراد است. به همین دلیل در اشخاص دچار اختلال استرس پس از سانحه<sup>۴</sup>، به‌خصوص استرس‌های مربوط به جنگ، در خانواده‌های آن‌ها بیشتر صدمات جبران‌ناپذیری مشاهده می‌شود؛ زیرا اختلال استرس پس از سانحه نوعی اختلال روانی جدی است که وجوه تمایز آن شامل افکار و خاطرات سرزده از حادثه آسیب‌زا، اجتناب مجدانه از محرک مرتبط با آسیب، تغییرات منفی در شناخت و طبع روانی و نشانه‌های فراانگیزگی می‌شود و به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم پس از فرارگیری در معرض حادثه آسیب‌زا (که خود با مرگ واقعی یا تهدیدی، آسیب جدی یا خشونت مرتبط است) می‌آید. با توجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی همسران جانبازان بود.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی همسران جانبازان مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره شاهد به تعداد ۱۲۰ نفر، تشکیل دادند. از این تعداد، سی نفر از افرادی که نمره آن‌ها در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف<sup>۵</sup> (۲۵) و مقیاس امیدواری<sup>۶</sup> (۲۶) کمتر از میانگین بود، براساس مصاحبه اولیه و ملاک‌های ورود و خروج به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در یک گروه

۵. Post Traumatic Stress Disorder

۶. Ryff Psychological Well-being Scale

۷. Hope Scale

۱. Veterans

۲. Hope

۳. Psychological well-being

۴. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

هدف سنجش میزان امیدواری در افراد ساخته شد (۲۶). مقیاس اولیه دارای چهار سؤال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سؤال افزایش یافت. نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) است. بدین‌شکل که ابتدا باید در هر ماده به پاسخ بسیار مخالف نمره ۱، مخالف نمره ۲، بی‌تفاوت نمره ۳، موافق نمره ۴ و بسیار موافق نمره ۵ داده شود. نمره هر فرد بین ۲۴ تا ۴۸ است. این مقیاس نمره برش ندارد و هرچه نمره فرد بیشتر باشد، امیدواری بیشتری نیز دارد (۲۶). آلفای کرونباخ نسخه اصلی این مقیاس، ۰/۸۰ گزارش شد (۲۶).

پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، به‌منظور انتخاب نمونه آماری، فراخوان شرکت در کارگاه آگهی شد. از میان متقاضیان شرکت در پژوهش بعد از مصاحبه‌ای عمومی و براساس ملاک‌های ورود و خروج، همسران جانبازان واجد شرایط جزو نمونه قرار گرفتند و به‌طور تصادفی پانزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر در گروه گواه جایگزین شدند. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را دریافت کردند و برای گروه گواه آموزشی ارائه نشد. پس از پایان مداخله، به‌طور مجدد برای تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش (گروه آزمایش و گروه گواه) پس‌آزمون انجام گرفت. در ادامه در هر دو گروه آزمایش و گواه پس از ۴۵ روز پیگیری اجرا شد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: این درمان در هشت جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بسته آموزشی هیز اجرا شد (۲۸). روایی این پروتکل توسط سازنده آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار است (۲۸). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناس بالینی تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارائه شده است.

آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. تعداد نمونه لازم با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه پانزده نفر محاسبه شد. ملاک‌های ورود نمونه‌ها به این پژوهش عبارت بود از: همسر جانباز با داشتن کارت شناسایی ایثارگران؛ سابقه حداقل بیست سال زندگی مشترک؛ درصد جانبازی بیشتر از ۲۵ درصد؛ توانایی حضور در هشت جلسه آموزشی؛ نداشتن سابقه شرکت در کارگاه یا کلاس آموزشی؛ دامنه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال؛ کسب نمره کمتر از ۹۶ در مقیاس امیدواری و کمتر از ۴۲ در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. ملاک‌های خروج نمونه‌ها از پژوهش شامل نارضایتی از روش آموزشی و توانایی نداشتن برای حضور در هشت جلسه آموزشی بود. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه‌ها به‌صورت فردی در محل مرکز مشاوره بنیاد امور شهدا و ایثارگران شهر ساری انجام گرفت و به افراد یادآوری شد که برای شرکت در کارگاه و ادامه آن آزادی عمل دارند و اطلاعات مربوط به آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.  
- مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ با هدف ارزیابی و بررسی بهزیستی روان‌شناختی ارائه شد (۲۵). این مقیاس دارای هیجده سؤال است که شش بُعد مختلف (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) دارد. مقیاس به‌صورت لیکرتی از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۶ متغیر است. حد کمتر این ابزار ۱۸، نقطه برش ۶۳ و حد بیشتر آن ۱۰۸ گزارش شده است (۲۵). ضریب پایایی مقیاس توسط ریف، ۰/۸۶ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۹۳ به‌دست آمد (۲۵). این ابزار در ایران توسط بیانی و همکاران با ضریب پایایی کلی ۰/۸۲ و برای هر خرده‌مقیاس به‌ترتیب مذکور، ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ نرم و هنجاریابی شد (۲۷).  
- مقیاس امیدواری<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط میلر و پاورز در سال ۱۹۸۸ با

جدول ۱. جلسات مداخله مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه اعضای گروه، برقراری رابطه‌ای حسنه، احترام و رازداری، توضیح قوانین گروه، همدلی، آشنایی با رنج مراجعان، تشریح استعاره دو کوه
دوم	توضیح استعاره دنیاها به فرد برای آشنایی و شناخت آن‌ها در جهت رسیدن فرد به آگاهی، انجام تکنیک ذهن‌آگاهی از طریق تنفس
سوم	آشنایی مراجعان با کنترل، مشکل اصلی است: آشنایی با رنج پاک و ناپاک و دنیای درون و بیرون از طریق استعاره‌های با طلاق غم، دستگاه سیم‌پیچی، حشره و استعاره بیر گرسنه
چهارم	استفاده از استعاره گدا برای توضیح پذیرش، استعاره فضای روان‌شناختی برای بزرگ کردن خانه ذهن
پنجم	توضیح اثرات پذیرش و استفاده از استعاره دختر کوچولو برای این مهم، در ادامه توضیح زندگی کردن در جهت ارزش‌ها
ششم	آشنایی با ارزش‌ها و تصریح آن‌ها با استفاده از استعاره پیتزا، استعاره اتوبوس، استعاره تشییع جنازه
هفتم	شناخت خود به‌عنوان زمینه و خود مفهومی‌سازی شده با استفاده از استعاره صفحه شطرنج و استعاره پیاده‌روی با ذهن
هشتم	آموزش حل مسئله برای مشکلات بیرونی و برطرف کردن مشکلات درونی برای رسیدن به ارزش‌ها و تعهد با استفاده از استعاره نهال

بونفرونی به‌کار رفت. به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از آزمون لون (به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (برای بررسی نرمال بودن

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، در بخش آمار توصیفی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی

<sup>۱</sup>. Hope Scale

توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موجلی استفاده شد. ۳ یافته‌ها در گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار سن  $11/14 \pm 45/12$  سال صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها  $0/05$  در نظر گرفته شد. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در گروه آزمون، میانگین و انحراف معیار معیار سن  $11/14 \pm 45/12$  سال بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه در سه مرحله

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
امیدواری	آزمایش	۸۳/۶۲	۵/۳۱	۱۵۴/۸۷	۱۷/۰۳	۱۷/۱۲
	گواه	۸۶/۵۰	۴/۸۱	۸۷/۱۲	۵/۰۲	۵/۱۰
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	۳۸/۰۰	۲/۳۹	۵۶/۶۲	۸/۰۸	۷/۹۰
	گواه	۳۸/۲۵	۳/۱۹	۳۸/۵۰	۳/۰۷	۳/۱۰

برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ( $p < 0/001$ )؛ از این رو آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به‌کار رفت. همچنین از آنجا که آزمون لاندای ویلکز با مقداری برابر  $0/16$  تفاوت معناداری را میان نمرات اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر بهبود امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و گروه گواه نشان داد ( $p < 0/001$ )، بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش تأثیر معناداری داشته است.

قبل از انجام روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، به منظور رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موجلی و لون بررسی شد. از آنجا که آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌کواریانس رد نشد ( $p > 0/05$ ). همچنین معنادار نبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لون نشان داد، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بود ( $p > 0/05$ ). در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موجلی مشخص کرد، این آزمون برای متغیرهای پژوهش معنادار بود؛ بنابراین فرض

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی

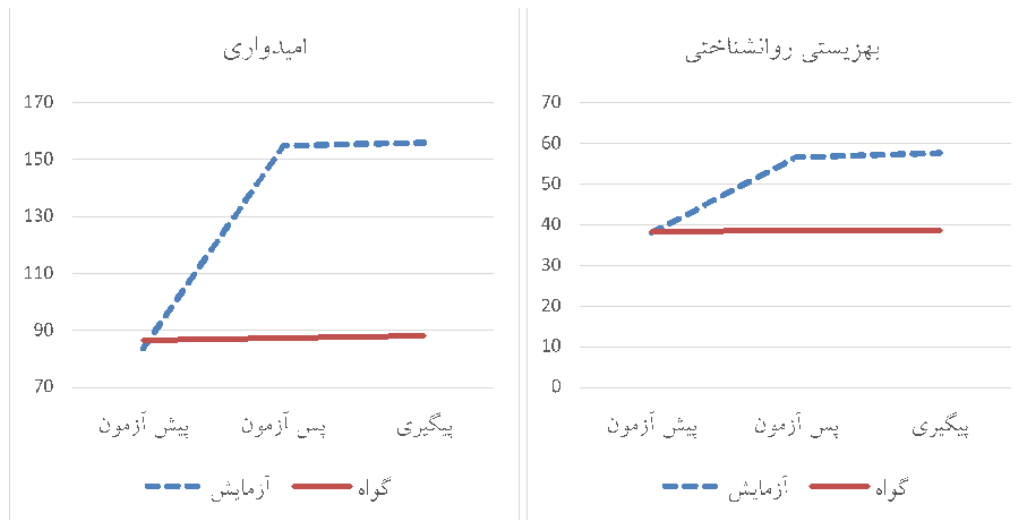
مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
امیدواری	درون‌گروهی	زمان	۱۵۲/۱۶	$< 0/001$	۰/۸۴
	بین‌گروهی	زمان*گروه	۹۳/۰۸	$< 0/001$	۰/۸۸
		گروه	۹۵/۶۶	$< 0/001$	۰/۸۸
بهزیستی روان‌شناختی	درون‌گروهی	زمان	۷۲/۶۹	$< 0/001$	۰/۷۲
	بین‌گروهی	زمان*گروه	۲۷/۷۸	$< 0/001$	۰/۶۹
		گروه	۳۲/۰۳	$< 0/001$	۰/۷۲

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در گروه آزمایش، میانگین نمرات متغیر امیدواری در مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود ( $p < 0/001$ ). نتایج مشخص کرد، متغیر امیدواری در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ( $p < 0/001$ )؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در متغیر امیدواری مشاهده نشد ( $p = 0/495$ ). همچنین نتایج نشان داد، در گروه آزمایش، میانگین نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود ( $p < 0/001$ ). همچنین بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ( $p < 0/001$ )؛ با این حال، تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ( $p = 0/386$ ). نتایج حاکی از این بود که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری برای هر دو متغیر امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی ماندگار بود.

بر اساس جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد، اندازه‌گیری نمره‌های امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی در سه زمان تفاوت معناداری باهم داشت ( $p < 0/001$ ). به عبارتی، بین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری به دست آمد. همچنین بین میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه برای متغیرهای امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی تعامل معناداری مشاهده شد ( $p < 0/001$ ). همچنین میانگین نمره‌های امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه تفاوت معناداری باهم داشت ( $p < 0/001$ ). این نتایج بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش بود. به منظور بررسی تفاوت‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	مقدار p
امیدواری	پیش‌آزمون	-۷۱/۲۵	۰/۶۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-۷۲/۳۸	۰/۶۱	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱/۱۳	۰/۵۴	۰/۴۹۵
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	-۱۸/۶۲	۰/۷۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-۱۹/۶۲	۰/۷۳	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۰/۱۹	۰/۷۱	۰/۳۸۶



نمودار ۱. مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و گروه گواه

آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسد و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند (۱۷). همچنین فرایندهای ذهن‌آگاهی استفاده‌شده در این درمان موجب می‌شود، دیدگاهی متفاوت درباره رویدادهای ذهنی به وجود آید و به فرد این اجازه را می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کند و آن‌ها را به عنوان یک رویداد و نه به عنوان بخشی از خود در نظر گیرد (۳۰).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش سبب بهبود بهزیستی روان‌شناختی در گروه آموزش‌دیده شد. این یافته با بخشی دیگر از یافته‌های پژوهش مقدماتی فر و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی (۲۹) همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، باید به فرایندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. از جمله تکنیک‌های مهم‌تر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه است. ترغیب همسران جانبازان به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیرکردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شود، رهایی یابند (۱۹). فرایند مؤثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش است. در مؤلفه‌های مذکور این امکان برای مراجعان یا داوطلبان فراهم می‌آید تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرند و انجام این کار باعث می‌شود که

#### ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی همسران جانبازان انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث افزایش امیدواری در گروه آموزش‌دیده شد. این یافته با نتایج پژوهش مقدماتی فر و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی (۲۹) همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، باید به فرایندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. از جمله تکنیک‌های مهم‌تر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه است. ترغیب همسران جانبازان به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیرکردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شود، رهایی یابند (۱۹). فرایند مؤثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش است. در مؤلفه‌های مذکور این امکان برای مراجعان یا داوطلبان فراهم می‌آید تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرند و انجام این کار باعث می‌شود که

تعهد رویکرد درمانی مناسبی برای افزایش امید و بهبود بهزیستی روان‌شناختی همسران افراد جانباز است و می‌توان از این درمان برای افزایش امید و بهبود بهزیستی روان‌شناختی این افراد استفاده کرد.

#### ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

#### ۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه‌ها به‌صورت فردی در محل مرکز مشاوره بنیاد امور شهدا و ایثارگران شهر ساری انجام گرفت و به افراد یادآوری شد که برای شرکت در کارگاه و ادامه آن آزادی عمل دارند و اطلاعات مربوط به آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند. این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده در کلینیک مشاوره شاهد با شماره نامه ۵۳ صادر شده است.

مشکلات و بیماری خود حرف بزنند. این امر به فرد کمک می‌کند تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (۲۲). در جلسات ششم و هفتم که بر افزایش آگاهی روانی تمرکز شد، همسران جانبازان نقاط مثبت و منفی خود را دوباره سنجیدند و سعی کردند قضاوت درستی درباره خود و مشکلات مربوط به جانباز داشته باشند (۳۲). رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تمرکز روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا، به مراجعان کمک می‌کند تا شناخت‌های کنترل‌شده خویش را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده است، خلاص کنند؛ همچنین به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند (۳۳). در راستای نتایج پژوهش حاضر و باتوجه به کوتاه‌مدت بودن و در نتیجه مقرون‌به‌صرفه بودن و نیز تمرینات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با سایر رویکردهای درمانی که ساده‌تر و مفهوم‌تر است، پیشنهاد می‌شود متخصصان، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران در کار با جانبازان و خانواده‌های آن‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌عنوان شیوه‌ای نوین و مؤثر و متفاوت به‌منظور توانمند کردن این افراد در بهبود بهزیستی روان‌شناختی و افزایش امید و افزایش مؤلفه‌های مثبت هیجانی، رفتاری و شناختی آنان مدنظر داشته باشند. همچنین رویکرد درمان پذیرش و تعهد را به‌عنوان مداخله‌ای مناسب به‌منظور ارتقای توانمندی مراجعان در سازگاری با شرایط ویژه جانبازان و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن به‌کار برند.

#### ۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و

#### References

1. Elbogen EB, Johnson SC, Newton VM, Straits-Troster K, Vasterling JJ, Wagner HR, et al. Criminal justice involvement, trauma, and negative affect in Iraq and Afghanistan war-era veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2012;80(6):1097–102. <https://doi.org/10.1037/a0029967>
2. Otared N, Borjali A, Sohrabi F, Basharpour S. Efficacy of holographic reprocessing therapy on arousal and intrusion symptoms in veterans with post traumatic stress disorder. *Stud Med Sci*. 2016;27(5):427–37. [Persian] <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3556-en.html>
3. Sammarco A. Perceived social support: uncertainty and quality of life younger breast cancer. *Cancer nurs*. 2001;24(3):212–19.
4. Calhoun PS, Beckham JC, Bosworth HB. Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2002;15(3):205–12. <https://doi.org/10.1023/A:1015251210928>
5. Yousefi A, Rafinia P, Sabahi P. The effectiveness of hope therapy on quality of life in wives of veterans with post traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;8(1):1–10. [Persian] [https://jcp.semnan.ac.ir/article\\_2222.html?lang=en](https://jcp.semnan.ac.ir/article_2222.html?lang=en)
6. Sadeghi Z, Hamzepoor T. Rabeteve omid be zendegi va ezterab marg ba salamat ravan hamsaran janbazan shahrestan Lahijan [The relationship between life expectancy and death anxiety with the mental health of the wives of veterans in Lahijan]. In: International Conference on Psychology and Behavioral Sciences. 2016. [Persian] <https://www.sid.ir/en/seminar/ViewPaper.aspx?id=8170>
7. Snyder CR. editor. Handbook of hope: theory, measures, and applications. San Diego, CA: Academic Press; 2000.
8. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozencwaig S. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Res*. 2009;167(3):231–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.04.019>
9. Johnson KL. The relationship of hope and quality of life in combat veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder. [PhD Dissertation]. [USA]: University Of Kansas; 2009, pp. 29–58.
10. Kao YC, Liu YP, Chou MK, Cheng TH. Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*. 2011;52(2):171–80. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.05.008>

11. Bagheri Zanjani Asl Monfared L, Entesar Foumany G. The effectiveness of group-based hope- therapy on increasing resilience and hope in life expectancy in patients with breast cancer. *J Health Promotion Management*. 2016;5(4):58–64. [Persian] <http://jhpm.ir/article-1-682-en.html>
12. Mahmudi A, Amini F. The Effectiveness of intervention of spiritual therapy with cognitive behavioral approach on improving quality of life and improving the psychological well-being of spouses of veterans and veterans. *Social Science Quarterly*. 2017;11(38):237-58. [Persian] [http://jss.iau-shoushtar.ac.ir/article\\_535579.html?lang=en](http://jss.iau-shoushtar.ac.ir/article_535579.html?lang=en)
13. Hoge CW, Terhakopain A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry*. 2007;164(1):150-63. doi: [10.1176/ajp.2007.164.1.150](https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.150)
14. Jalali N, Khaloei Gh, Mirmehdi SR. Taeen asarbakhshi ravandarmani mosbatnegar bar behzisti ravani va keyfiyat zendegi hamsaran janbazan asab va ravan [Determining the effectiveness of positive psychotherapy on psychological well-being and quality of life of spouses of psychiatric veterans]. In: *The Second National Conference and First International Conference on Modern Research in Humanities* [Internet]; 2015. [Persian] <https://civilica.com/doc/390585>
15. Mozaffari V. Effectiveness of cognitive mindfulness-based-therapy on resilience and emotional control of psychiatric veteran's wives. *Iran J War Public Health*. 2019;11(2):61–6. [Persian] <http://ijwph.ir/article-1-772-en.html>
16. Abbasi S, Dokaneheefard F, Shafiabady A. Comparison of the effectiveness of narrative therapy and emotionally focused therapy on family cohesion of veterans' wives; a case study of Khorramabad city. *Iran J War Public Health*. 2018;10(4):173–9. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/ijwph.10.4.173>
17. Larmar S, Wiatrowski S, Lewis-Driver S. Acceptance & commitment therapy: an overview of techniques and applications. *JSSM*. 2014;07(03):216–21. <http://dx.doi.org/10.4236/jssm.2014.73019>
18. Heyes SC. Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9(1):101-6. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.101>
19. Zettle RD. The evolution of a contextual approach to therapy: from comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2005;1:77-89.
20. Sabour S, Kakabraee K. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, stress and indicators of pain in women with chronic pain. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2016;8(2):1–10. [Persian] <http://dx.doi.org/10.21859/ijrn-02041>
21. Heidari F, Asgari P, Heidari A, Pasha R, Makvandi B. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and rumination in patients with non-cardiac chest pain. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2018;8:46-46. [Persian] <https://jdisabilstud.org/article-1-891-en.pdf>
22. Hossein Keshavarz Afshar, Zahra Rafei, Abbas Mirzae. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on general anxiety. *Payesh*. 2018;17(3):289-96. [Persian] <http://payeshjournal.ir/article-1-47-fa.html>
23. Seyyedjafari J, Motamedi A, Mehraadsadr M, Olamaie Kopaei M, Hashemian S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resilience in elderlies. *Aging Psychology*. 2017;3(1):21-9. [Persian] [https://jap.razi.ac.ir/article\\_735\\_en.html](https://jap.razi.ac.ir/article_735_en.html)
24. Zarezadeh R, Alivandi Vafa M, Tabatabaei S, Aghdasi A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and life expectancy in patients with liver transplantation. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2021;16(62):109-22. [Persian] [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_12554.html?lang=en](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_12554.html?lang=en)
25. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989;57(6):1069–81.
26. Miller J, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res*. 1988;37(1):6–10.
27. Bayani AA, Koochekya AM, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(2):146–51. [Persian] <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-464-en.html>
28. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(1):1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
29. Moghadamfar N, Amraei R, Asadi F, Amani O. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on hope and psychological well-being in women with breast cancer under chemotherapy. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018;6(5):1–8. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-1155-en.html>
30. Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):198. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-198>
31. Amani A, Isanejad O, Alipour E. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on marital distress, marital conflict and optimism in married women visited the counseling center of Imam Khomeini relief foundation in Kermanshah. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2018;5(1):42–64. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.5.1.42>
32. Arjmand Ghujur K, Mahmoud Aliloo M, Khanjani Z, Bakhshpour A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in relapse prevention in methamphetamine addict patients. *Yafteh*. 2019;21(1):38–51. [Persian] <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-2797-en.html>
33. Hasannezhad Reskati M, Mirzaian B, Hosseini SH. A systematic review and meta-analysis of acceptance and commitment therapy on mental health and quality of life of women with breast cancer. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2018;28(167):192–207. [Persian] <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-11771-en.html>