اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا

حسام عثمانی[1]، دکتر مسعود نجاری[2]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. گروه روان‌شناسی، مرکز بوکان، دانشگاه علمی کاربردی، بوکان، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هفتم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۱، صفحات ۱۲۱-۱۱۲

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۱۱/۲۵ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا شهر سقز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد واجد شرایط تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) و رضایت زناشویی انریچ (۱۹۸۳) بود. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه‌وتحلیل داده‌های آماری با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. یافته‌ها نشان داد که بعد از مداخله، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا معنادار بود. بر اساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که برنامه‌ی مذکور در دستور کار روانشناسان، مشاوران و مراکز بهزیستی و توان‌بخشی برای افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا قرار گیرد.

کلیدواژه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، رضایت زناشویی.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

مقدمه

کیفیت زندگی افراد یکی از گام‌های ضروری و مثبت در برخورد با موقعیت‌های متفاوت زندگی نظیر چالش‌ها و مشکلات متعدد به شمار می‌رود و می‌تواند از تشدید آن‌ها جلوگیری کند. کیفیت زندگی، ادراک فرد از میزان رضایت و خشنودی در زندگی، سلامت خانوادگی، جسمانی و اجتماعی، امید به زندگی و سلامت روانی افراد مبتلابه اختلال یا بیمار است (مک داول و پراوت، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی برای سنجش نیازهای جامعه، سنجش اثربخشی اجتماعی مبتلایان، شناسایی افراد آسیب‌پذیر و با ریسک بالا، اجرای سیاست‌های بهداشتی بهینه متناسب با این مسائل و اختصاص منابع در بخش سلامت استفاده می‌شود (بومپوری و همکاران، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی یک تعریف چند وجهی است که وضعیت افراد را از لحاظ سلامت جسمانی، عاطفی، روانی و اجتماعی مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دهد (فرانس، ۲۰۰۵). مطالعات طولی و مقطعی در حوزه‌ی کیفیت زندگی نشان می‌دهد که با افزایش کیفیت زندگی، می‌توان آرامش روانی و مناسبات اجتماعی و خانوادگی بهتری را برای افراد فراهم کرد. در مورد کیفیت زندگی، روابط با خانواده و بستگان به‌عنوان مهم‌ترین جنبه بررسی‌شده که پیش از هر چیز دیگری اهمیت دارد و فعالیت‌های خانواده به‌طور ویژه با رضایت از زندگی و بهزیستی در ارتباط می‌باشد (وار و همکاران، ۲۰۰۴). در این راستا کیفیت زندگی مطلوب باعث بالا رفتن میزان سلامت روان و سازگاری بهینه با محیط می‌گردد. از متغیرهایی که باکیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا در ارتباط است، رضایت زناشویی می‌باشد. رضایت زناشویی را ارزیابی کلی و ذهنی فرد، از ماهیت ازدواج تعریف کرده‌اند و شامل میزانی از برآورده شدن نیازها، توقعات و امیال فرد است. رضایت زناشویی، میزان علاقه‌مندی زوج‌ها به یکدیگر و نگرش مثبت به متأهل بودن است که با عواملی ازجمله مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و دوستان و جهت‌گیری مذهبی وابسته است (آمری، ۲۰۰۱). رضایت زناشویی انطباق بین وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظار اوست. همچنین رضایت زناشویی را احساسات عینی خشنودی، رضایت و لذت تجربه‌شده توسط زن و شوهر می‌داند که آن‌ها در موقع توجه به تمام جنبه‌های ازدواج خود به دست می‌آورند (ویلیامسون و لاونر، ۲۰۲۰). آذرخش و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای تحت عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی با نقش تعدیل‌کنندگی ویژگی‌های شخصیت دریافتند که نتایج پس‌آزمون نشان از افزایش رضایت زناشویی گروه آزمایش داشت و تحلیل روش بلوکی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی با نقش تعدیل‌کننده ویژگی‌های شخصیت تأثیر معنی‌داری داشته است. تامپسون و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود با عنوان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر اینترنت: یک مرور سیستماتیک فراتشخیصی و فرا تحلیل برای نتایج سلامت روان دریافتند که مداخلات با راهنمایی درمانگر در بهبود افسردگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مقایسه با ACT غیرمستقیم، اثربخشی بیشتری را نشان داد و جمعیت‌هایی که بر اساس شرایط یا علائم روانی تعریف‌شده‌اند (به‌عنوان‌مثال، نمونه‌های افسرده) در مقایسه با جمعیت‌های غیربالینی یا جسمانی (به‌عنوان‌مثال، درد مزمن) اضطراب را بهبود بخشیده‌اند. بای و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی تحت عنوان درمان پذیرش و تعهد برای کاهش افسردگی: یک مرور سیستماتیک و متا آنالیز که ۱۸ مطالعه با ۱۰۸۸ شرکت‌کننده در این بررسی گنجانده شد و چهار مطالعه به‌عنوان مطالعات باکیفیت بالا و ۱۴ مطالعه باقی‌مانده به‌عنوان مطالعات باکیفیت متوسط رتبه‌بندی شدند؛ نشان دادند ACT در مقایسه با گروه کنترل افسردگی

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

را به میزان قابل‌توجهی کاهش داد. تجزیه‌وتحلیل تفاوت معنی‌داری بین گروه ACT و گروه کنترل پس از مداخله، نشان داد. کوتو-لسمس و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیقی تحت عنوان درمان پذیرش و تعهد در قالب گروهی برای اضطراب و افسردگی. یک مرور سیستماتیک دریافتند که آن دسته از بیمارانی که مداخلات مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد را دریافت کرده بودند، نسبت به بیماران گروه کنترل بدون درمان، حالت عاطفی بهتری و انعطاف‌پذیری روانی بیشتری نشان دادند؛ و همچنین هیچ تفاوتی با درمان شناختی و درمان شناختی-رفتاری یافت نشد. سلیمی و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استراتژی‌های تنظیم شناختی هیجان در مادران کودکان با طیف اوتیسم پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معنی‌داری در مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان دارد. کریمی و آقایی (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی کاربرد گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و استرس در دانش آموزان دختر دبیرستانی پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی، اضطراب و درک استرس مؤثر بوده و دوره پیگیری پس از گذشت تأثیر داشته است.

بنابراین، با توجه به نقش اساسی مادران در تربیت فرزندان و آماده کردن آن‌ها برای چالش‌های روبه‌رو در زندگی، وجود کیفیت زندگی مطلوب و میزان رضایت زناشویی بالا تضمین‌کننده نحوه‌ی تربیت مطلوب و آموزش صحیح کودکان از طرف مادران می‌باشد. لذا انجام پژوهش‌هایی در این زمینه برای ارتقای کیفیت زندگی و رضایت زناشویی ضروری به نظر می‌رسد. تاکنون مطالعه‌ای در داخل کشور به تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا نپرداخته است. لذا انجام این پژوهش می‌تواند دست آوردهای تلویحی مهمی برای اداره بهزیستی و سازمان‌های مرتبط با مادران کودکان دارای نیازهای ویژه به دنبال داشته باشد. در نهایت پژوهش حاضر با توجه به مطالب ارائه‌شده در بالا درصدد بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا می‌باشد و همچنین بر اساس ملاحظات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود در زمینه موضوع مورد بررسی، فرضیه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا مؤثر است؛ مورد بررسی قرار گرفت.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا شهر سقز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد واجد شرایط تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت بودند از: گذشتن حداقل ۳ سال از ازدواج، داشتن فرزند، داوطلب شرکت در پژوهش و همچنین دارای سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلالات روا نشناختی و بیماری‌های مزمن جسمانی، عدم شرکت همزمان در سایر گروه‌های مشاوره‌ای و درمانی و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در پروتکل درمانی و مایل نبودن به ادامه همکاری در جلسات آموزشی بود. در آخر این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و رضایت زناشویی انریچ (۱۹۸۳) استفاده شد.

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸): مقیاس فرم کوتاه کیفیت زندگی **(WHOQOL)** در سال ۱۹۹۸ تدوین‌شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۶ سؤال است کـه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی، سلامت محیطی را می‌سنجد. پاسخ بـه سؤالات به‌صورت لیکرتی و ۵ گزینه‌ای می‌باشد. در پایـان، مجمـوع کـل نمره‌های این پرسشنامه به‌صورت ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته می‌شود که برحسب امتیازهای کسب‌شده، کیفیـت زنـدگی آن‌ها در یکی از سه گروه نامطلوب، متوسط، مطلوب قرار می‌گیرد (حسین دخت و همکاران، ۱۳۹۲). در ایران نجات و همکاران (۲۰۰۶) این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند. ضریب آلفای پرسشنامه را برای جمعیت سـالم در حیطه سـلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند. ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (۱۹۸۳): این پرسشنامه توسط اولسون و همکاران ساخته شد. ۴۷ گویه دارد و داری ۱۲ زیر مقیاس است. پاسخ به سوالات به‌صورت طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) می‌باشد. اولسون و همکاران[1] (۱۹۸۳) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در ایران ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش‌شده است. همبستگی این پرسشنامه با رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت از زندگی ۰/۳۳ تا ۰/۴۱ به‌دست‌آمده و نشانه‌ی روایی سازه آن است (سلیمانیان، ۱۳۷۳). در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

در پژوهش حاضر پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد که آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۵ هفته متوالی در هر هفته دو جلسه درمانی ۱/۵ ساعته داشتند. همزمان هر دو گروه آزمایش و گواه به پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) و رضایت زناشویی انریچ (۱۹۸۳) جواب دادند و گروه آزمایش تحت برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه تحت هیچ روش درمانی قرار نگرفت. شیوه ارائه مطالب در این برنامه به‌صورت مشارکتی بود. رئوس و محتوای اصلی هر جلسه توسط درمانگر ارائه می‌شد و آنگاه افراد گروه آزمایش فعالانه وارد بحث می‌شدند. فرایند هر جلسه شامل مرور مباحث قبلی، آموزش مستقیم به‌صورت سخنرانی، بحث گروهی، بارش فکری، انجام تکالیف و ایفای نقش بود. خلاصه محتوای پروتکل درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و فعالیت‌های انجام‌شده در گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه‌شده است.

[1]. Olson

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	موضوع، هدف و محتوا
اول	جلسه آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد. اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی، مصاحبه تشخیصی و ضابطه‌بندی درمان
دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش در مراجع نسبت به مشکل و به چالش کشیدن مهارگری.
سوم	آموزش نوامیدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلاتی که مراجع برای رهایی از آن‌ها تلاش کرده است
چهارم	ایجاد پذیرش و ذهن‌آگاهی به‌واسطه رها کردن تلاش برای مهارگری و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف.
پنجم	آموزش زندگی ارزش‌مدار، انتخاب و مرور جلسات پیشین و ارائه تکالیف.
ششم	ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آن‌ها
هفتم	بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال و آشنایی و مشارکت با اشتیاق و تعهد
هشتم	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، ایجاد تعهد
نهم	تکرار و یادآوری موارد غیرقابل‌کنترل و ایجاد حس درماندگی و تنظیم و دستیابی به اهداف واقعی و ایجاد تعهد و برداشتن گام و انعطاف‌پذیری
دهم	بازنگری به تکلیف داده‌شده. بحث مجدد و انجام تکنیک‌های آموزش داده‌شده و رسیدگی به موانع عدم موفقیت در اجرا، تأکید به پایبندی به احترام، بحث در مورد انتخاب تکنیک‌های متناسب برای هر فرد در موارد خشم و پاسخگویی به سوالات و انجام پس‌آزمون.

در پژوهش حاضر پس از تأیید مفروضه‌های آماری نرمالیتی داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ـ ویلک، همچنین پس از برگزاری جلسه‌های آموزشی و اجرای پس‌آزمون‌ها به‌منظور آزمودن فرضیه‌ها، داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار تحلیل شد و در سطح استنباطی به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش بعد از برقراری پیش‌فرض‌های اساسی شامل همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) و همگنی شیب‌خط رگرسیون از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد و همچنین برای تحلیل یافته‌ها و داده‌های این پژوهش تحلیلگر آماری SPSS23 مورداستفاده قرار گرفت و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن برای مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا به ترتیب ۳۱/۱۷ و ۶/۳۲ بود. نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد که از لحاظ سن بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (p=۰/۱۳۴). پیش از تحلیل داده‌ها بررسی پیش‌فرض نرمال بودن بر اساس آزمون شاپیرو- ویلک بررسی شد و فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار بود. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در جدول ۲ ارائه‌شده است.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

جدول۲. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها

متغیر		آماره	سطح معناداری
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۰/۹۸۹	۰/۵۴۰
	پس‌آزمون	۰/۹۵۰	۰/۴۲۷
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	۰/۹۱۸	۰/۱۷۶
	پس‌آزمون	۰/۹۳۲	۰/۲۱۰

با توجه به نتایج جدول ۲ در متغیرهای کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مقدار z به‌دست‌آمده معنادار نیست ($p>0/05$)؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	گواه	۱۵	۳۶/۹۰	۱۰/۲۹	۳۵/۱۳	۸/۷۳
	آزمایش	۱۵	۳۶/۰۶	۱۱/۴۰	۴۸/۹۱	۱۰/۴۲
رضایت زناشویی	گواه	۱۵	۱۳۸/۱۳	۱۷/۴۹	۱۳۷/۵۸	۱۵/۴۷
	آزمایش	۱۵	۱۳۷/۲۰	۱۶/۹۷	۱۵۴/۱۹	۲۰/۱۲

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک ارائه‌شده است. بر اساس نتایج جدول میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایش از (۳۶/۰۶) در مرحله پیش‌آزمون به (۴۸/۹۱) در مرحله پس‌آزمون و میانگین رضایت زناشویی در گروه آزمایش از (۱۳۷/۲۰) در مرحله پیش‌آزمون به (۱۵۴/۱۹) در مرحله پس‌آزمون بعد از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش‌یافته است.

جدول۴. آزمون لوین برای همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۱/۹۸	۱	۲۸	۰/۱۷۵
رضایت زناشویی	۱/۷۰	۱	۲۸	۰/۲۳۰

همچنین، نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۴ نشان می‌دهد با توجه به اینکه سطح معناداری بیش از ۰/۰۵ است، می‌توان نتیجه گرفت که همگنی واریانس‌های متغیرهای کیفیت زندگی و رضایت زناشویی برقرار است. آزمون لوین همگنی واریانس‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون را تأیید کرده است.

جدول۵. پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۱	۸۱۰/۲۴۷	۳/۲۱	۰/۰۸۳
رضایت زناشویی	۱	۶۵۰/۴۳۱	۲/۸۹	۰/۰۹۷

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

در جدول ۵ مفروضهٔ همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای کیفیت زندگی و رضایت زناشویی با سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ را نشان می‌دهد. پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون مبنی بر معنادار نبودن تعامل گروه ـ پیش‌آزمون تأیید می‌شود و بنابراین، پس از تحقق پیش‌فرض‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	۱۳۶۸۹/۴۰	۱	۱۳۶۸۹/۴۰	۲۹/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸
رضایت زناشویی	۱۶۸۰۵/۱۷	۱	۱۶۸۰۵/۱۷	۳۹/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲

بر اساس نتایج جدول ۶ مداخله برنامه مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا تأثیر مثبت و معنادار داشته است و همچنین با توجه به‌اندازه اثر محاسبه‌شده اتا و معنادار بودن آن می‌توان گفت که ۴۹ درصد از واریانس کیفیت زندگی و همچنین ۵۷ درصد از واریانس رضایت زناشویی به‌وسیله مداخله برنامه مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا اثربخش است. به عبارتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) توانایی افزایش میانگین متغیر وابسته یعنی کیفیت زندگی و رضایت زناشویی را داشت. یافته‌های این پژوهش با نتایج احمدی و ولی زاده (۱۴۰۰) مبنی بر اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ سالمندان؛ سلطانی زاده، حسینی و کاظمی زهرانی (۱۴۰۰) مبنی بر اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان؛ موسوی تیله بنی، احدی و ثابت (۱۴۰۰) مبنی بر اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی دانش‌آموزان کم‌بینا؛ کوه نشین طارمی، افشاری نیا و کاکا برایی (۱۴۰۰) مبنی بر اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و در افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه همسو می‌باشد. در تبیین یافته اول مبنی بر اثر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی می‌توان اظهار کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کیفیت زندگی مادران را از طریق عواملی چون پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر هیجانات منفی را بهبود بخشیده است (احمدی و ولی زاده، ۱۴۰۰). این درمان با تأثیراتی که در تغییرات تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد داشته‌اند، منجر به تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی افراد شده‌اند. در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف روش‌های درمانی دیگر، هیچ‌گونه ارزش یا سبک خاص زندگی به افراد تحمیل نمی‌شود. در عوض، مراجع طبق نظام ارزشی خود به تصمیم‌گیری درباره تغییر می‌پردازد (تقوایی، ۱۳۹۸).

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

همچنین در تبیین یافته‌ی دوم پژوهش مبنی بر اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی می‌توان گفت که رضـایت از روابـط زناشـویی در درمان مبتنی بر پـذیرش و تعهـد نیـز از طریـق فرایندهایی نظیر گسستن از اضطراب و نگرانی‌هایی کـه باعـث در بند ماندن افـراد در نگرش‌های منفی بـه خـود و همسر می‌شود، رهایی از گذشته و تجارب تلخ و در زمان حال زندگی کردن و تأکید بر ارزش‌ها و عمل متعهدانه بـرای بهبـود کیفیـت روابـط زناشویی به‌خوبی قابل تقویت اسـت. با تمرکز بـر پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، در زمان حـال بـودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کارکرد تنظـیم زبـانی شناخت و کارکرد فعال‌سازی رفتاری معطوف به ارتقای کیفیت روابط زناشویی را می‌توان به‌خوبی به‌عنوان هدف اصلی محور توجه قرارداد (محمدی، کشاورزی ارشدی، فرزاد، صالحی، ۱۳۹۵). از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به مکان اجرا و گستره اجرای پژوهش به شهر سقز نام برد که احتیاط در تعمیم‌یافته‌ها را سبب می‌شود. همچنین ماهیت خود گزارشی پرسشنامه‌ها که شرکت‌کنندگان در مطالعه می‌توانند معمولاً تصویر مطلوبی با تحریف اطلاعات و افشای اطلاعات غلط از خودشان نشان دهند، سعی شد با ایجاد حس اعتماد و رابطه مثبت در این زمینه و اطمینان کامل جهت محرمانه بودن اطلاعات تا حدودی این مسئله را کنترل کرد. عدم وجود مرحله پیگیری به علت همکاری نکردن و خارج شدن تعداد زیادی از افراد نمونه موردمطالعه در پایان پژوهش و همچنین وجود بیماری کرونا در زمان اجرای پژوهش از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی حتماً مرحله پیگیری نیز لحاظ شود تا روند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بتوان در طول زمان مشاهده نمود. در نهایت طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های غربالگری جهت شناسایی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا با رضایت زناشویی پایین توسط مراکز توان‌بخشی و ارجاع آنان به کلینیک‌های روان‌شناختی، مشاوره و متخصصین مربوطه صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی کارکنان کلینیک توان‌بخشی کودکان کم‌شنوا و ناشنوا پژواک و مادران شرکت‌کننده در پژوهش شهر سقز که صمیمانه ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد. این پژوهش بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است و به نبود تضاد منافع نویسندگان اشاره می‌شود. همه نویسندگان مقاله در تدوین و تحلیل و تفسیر داده‌های نسخه پیش‌نویس و دست‌نویس مقاله همکاری داشته و آن را خوانده و تأیید کرده‌اند.

منابع

- احمدی، وحید و ولی زاده، حدیث. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ سالمندان. روان‌شناسی پیری، ۷(۲)، ۱۵۳-۱۶۶.
- آذرخش، الهام؛ منیر پور، نادر و ضرغام حاجبی، مجید. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی با نقش تعدیل‌کنندگی ویژگی‌های شخصیت. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۳(۳)، ۸۲-۸۷.
- حسین دخت، آرزو؛ فتحی آشتیانی، علی و تقی زاده، محمد احسان. (۱۳۹۲). رابطهٔ هوش معنوی و بهزیستی معنوی باکیفیت زندگی و رضایت زناشویی. فصلنامه روانشناسی و دین، ۶(۲)، ۵۷-۷۴.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

- سلطانی زاده، محمد؛ حسینی، فاطمه و کاظمی زهرانی، حمید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان. مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۸(۴۱)، ۱۷-۲۹.
- سلیمانیان، علی اکبر. (۱۳۷۳). بررسی تأثیر تفکّرات غیرمنطقی (براساس رویکرد شناختی) بر نارضایتی زناشویی. پایان نامه ی کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه تربیت معلم.
- کوه نشین طارمی، فریبا؛ افشاری نیا، کریم و کاکابرایی، کیوان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در بیمارستان های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه. روش ها و مدل های روان‌شناختی، ۱۲(۴۳)، ۵۵-۶۹.
- محمدی، الهام؛ کشاورزی ارشدی، فرناز؛ فرزاد، ولی الله و صاحبی، مهدیه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۷(۲)، ۲۶-۳۵.
- موسوی تیله بنی، میرعون؛ احدی، حسن و ثابت، مهرداد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی دانش‌آموزان کم‌بینا. طب پیشگیری، ۸(۱)، ۲۳-۳۲.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ کاظم، محمد؛ هلاکوئی، کوروش و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۴). کیفیت زندگی مردم شهر تهران بر اساس پرسش‌نامه WHOQOL-BREF. فصلنامه حکیم، ۱۰(۳)، ۱-۸.
- Ameri, F. (2001). Investigating the effect of strategic family therapy interventions on marital disputes. PhD Thesis in Psychology, Tarbiat Modares University.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 260, 728-737.
- Bompori, E., Niakas, D., Nakou, I., Siamopoulou-Mavridou, A., Tzoufi, M.S. (2014). Comparative study of the health-related quality of life of children with epilepsy and their parents. Epilepsy and Behavior, 41, 11-7.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. Journal of affective disorders, 263, 107-120.
- Ferrans, CE. (2005). Definitions and conceptual models of quality of life. Outcomes assessment in cancer: Measures, Methods, and Applications, 5(9), 14-30.
- McDowell, I., Praught, E. (2002). Survey measurements of emotional well-being: The health opinion survey and the Bradburn scale compared. Canadian Journal of Public Health, 76(4), 250-4.
- Olson, D.H., Fournier, D. G., & Druckman, J. M. (1983). PREPARE/ENRICH Counselor's Manual. PREPARE/ENRICH, Inc., P.O. Box 190, Minneapolis, MN 55458.
- Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. Behavior Therapy, 52(2), 492-507.
- Warr, P. B., Butcher, V., Robertson, I. T. & Callinan, M. (2004). Older people's well-being as a function of employment, retirement, environmental characteristics and role preference. British Journal of Psychology, 21(14), 56-63.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]

- Williamson, H.C., Lavner, J.A. (2020). Trajectories of marital satisfaction in diverse newlywed couples. Social Psychological and Personality Science, 11(5), 597-604.

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-09-17]