Journal of Police Medicine

Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 21-30

Original Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Military Student

Received: 22 September 2016 **Revised:** 22 October 2016 **Accepted:** 3 November 2016

Reza Mohammadi[1*]
Behnaz Dowran[2]
Mahdi Rabie[2]
Seyed Hossein Salimi[3]

[1]PhD student in Military Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[2]Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[3]Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[*]**Corresponding Author:**
Behnaz Dowran
Tel: +2188777876
Email: dowranb@hotmail.com

ABSTRACT

Background: The present study aimed to examine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life among students of a military educational center.

Materials and Methods: The method of this study was quasi experimental (pretest posttest with control group). 50 students were randomly assigned in experimental and control group. Quality of life questionnaire was used as tool in pre and post test. For experimental group a program based on acceptance and commitment therapy was conducted. Analysis of repeated measures was used to analyze the data.

Results: acceptance and commitment therapy could improve quality of life and acceptance and commitment index immediately after intervention which this affect continued after one month.

Conclusion: acceptance and commitment therapy can improve quality of life of armies.

Keywords: acceptance and commitment therapy, quality of life, army students

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-10-06]

[DOR: 20.1001.1.22286241.1396.6.1.8.0]

[DOI: 10.30505/6.1.21]

بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۳۰-۲۱

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی دانشجویان یک مرکز نظامی

تاریخ دریافت: ۱ مهر ۱۳۹۵ **تاریخ اصلاح:** ۳۱ مهر ۱۳۹۵ **تاریخ پذیرش:** ۱۳ آبان ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی دانشجویان یک مرکز نظامی انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. در این پژوهش، ۵۰ نفر از یک مرکز نظامی به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده گردید. برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعمال شد و برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای در نظر گرفته نشد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نه‌تنها باعث بهبود کیفیت زندگی و شاخص پذیرش و عمل، بلافاصله پس از اجرای مداخله شده است؛ بلکه با گذشت یک ماه از درمان نیز، همچنان روند بهبود افراد حفظ شده است.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث ارتقا کیفیت زندگی افراد نظامی شود.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، دانشجویان نظامی.

رضا محمدی[۱]

بهناز دوران[۲*]

مهدی ربیعی[۲]

سید حسین سلیمی[۳]

[۱] دانشجوی دکتری روانشناسی نظامی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران.

[۲] استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران.

[۳] استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران.

[*]نویسنده مسئول:

بهناز دوران

تلفن: ۲۱۸۸۷۷۷۸۷۶+

پست الکترونیک:

dowranb@hotmail.com

مقدمه

پلیس[1] به‌عنوان سازمانی با چالش‌ها و فشارهای متنوع؛ که به‌نوعی به ماهیت این سازمان و مأموریت‌های آن مربوط می‌گردد، نیازمند توجه ویژه به سرمایه اصلی خود یعنی نیروی انسانی می‌باشد، در غیر این صورت شاخص‌های بهزیستی[2] و سلامت[3] در کارکنان و خانواده‌های آن‌ها بشدت در معرض آسیب قرار دارند [۱].

فعالیت‌های پلیس رابطه‌ای تنگاتنگ با سلامت جامعه دارد. انجام صحیح فعالیت‌های پلیسی درگرو سلامت نیروی پلیس و ارتباطات صحیح آن با افراد جامعه است و هرچه این ارتباط و اعتماد حاکم

[1]. Police

[2]. Well Being

[3]. Health

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-10-06]

[DOR: 20.1001.1.22286241.1396.6.1.8.0]

[DOI: 10.30505/6.1.21]

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 21-30

افزایش‌یافته و در روند درست قرار گیرد کارکرد نیروهای پلیس مؤثرتر خواهد بود [۲]. تعاملات صحیح مابین کارکنان نیروی انتظامی و مردم و عملیات صورت گرفته توسط پلیس تا حد زیادی تعیین‌کننده کیفیت تأثیر روانی پلیس بر جامعه می‌باشد. پلیس در برخورد با مردم بیشتر از آنکه بر تجهیزات خود تکیه کند بر روابط شکل‌گرفته مابین نیروی خود و مردم تکیه دارد. به‌عبارتی‌دیگر نقش نیروی انسانی در اجرای وظیفه و تأثیرگذاری بر جامعه در سازمان نیروی انتظامی بسیار پررنگ است [۳].

سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی[۴] کارکنان این سازمان فراتر از دانش و مهارت عملیاتی، تعیین‌کننده کیفیت اجرای نقش نیروی انسانی می‌باشد [۴]. سلامت اجتماعی و روانی کارکنان متأثر از عوامل متعددی است که در میان آن‌ها تعارضات درونی، کیفیت ارتباطات شکل‌گرفته و به‌طورکلی کیفیت زندگی[۵] فرد از عوامل مهمی هستند که نمی‌بایست مغفول بمانند [۵].

تولید مشکلات ذهنی در کار با سطح بالایی از عدم صلاحیت کاری رابطه دارد، و عدم صلاحیت با سطح پایین از کیفیت زندگی رابطه دارد، و افراد باکیفیت زندگی پایین، کمتر دوست دارند به کار برگردند [۶]، همچنین تحقیقات نشان داده ارتباط آشکاری بین سطح بالا استرس عاطفی و کیفیت زندگی پایین در افسران پلیس وجود دارد [۷]. بااین‌حال انتظار می‌رود فعالیت پلیسی[۶] توسط افرادی که ازلحاظ روان‌شناختی باثبات هستند انجام گیرد. افرادی که بر اساس نگرش مثبت نسبت به آینده جامعه و کار خود رفتار می‌کنند، و می‌توانند از عهده موقعیت پراسترس، هیجانی و ریسک بالا با استفاده از بهترین تصمیم‌گیری ممکن برآیند [۸]. بنابراین، لازم است برای تربیت پلیسی مؤثر و کارآمد از برنامه‌هایی در جهت بهبود روابط سازمانی، روابط خانوادگی، و کیفیت زندگی استفاده شود [۹].

سازمان بهداشت جهانی[۷] کیفیت زندگی را به‌عنوان ادراک فرد از جایگاه خود در زندگی، در بافت فرهنگی و سامانه ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، آرزوها، ملاک‌ها و اولویت‌ها تعریف کرده است، این تعریف از کیفیت زندگی سه مؤلفه ۱-رفاه و رضایت عینی[۸]، ۲-وضعیت عملکردی[۹] و ۳-عوامل بافتی[۱۰] را در برمی‌گیرد، دو مؤلفه اول کیفیت زندگی با سلامت روان هم‌پوشانی دارند [۱۱ و ۱۰]. کیفیت زندگی سایر جنبه‌های روانی و جسمانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ضمن آنکه پژوهش‌ها تأثیر مداخلات آموزشی و یا درمانی را بر بهبود کیفیت زندگی را نشان داده‌اند [۱۲].

امروزه در مقایسه اثربخشی و ارزش نسبی درمان‌های متفاوت، تحقیقات، سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، ارزیابی خدمات بهداشتی، درمان بیماران و بهبود رابطه پزشک و بیمار می‌توان کیفیت زندگی را به‌عنوان یک پیامد پراهمیت اندازه‌گیری نمود [۷]. در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده برای متخصصان بهداشت است و به‌عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی شناخته شده و به کار می‌رود [۱۳].

با توجه به اهمیت بالای مفهوم کیفیت زندگی و تأثیر آن بر عملکرد افراد از لحاظ روانی و جسمانی می‌بایست به دنبال روشی جهت افزایش درک کاراتر و بهتر افراد از زندگی بود. به عبارتی دیگر می‌بایست روش‌های بهبود کیفیت زندگی کارکنان را شناسایی نمود و در تقویت آن‌ها کوشید [۱۴].

در دوره کنونی، علاقه‌مندی به ارزیابی و مداخله جهت بهبود کیفیت زندگی، افزایش چشمگیری پیدا کرده است و بهبود کیفیت زندگی و عملکرد روزانه به یک هدف تبدیل شده است [۱۵]. در تحقیقات گوناگون، از روش‌هایی متفاوت برای ارتقاء کیفیت زندگی استفاده شده است. برای مثال از بین درمان‌های روان‌شناختی، از امید درمانی اشنایدر (درمانی که امید را به‌عنوان هدف اصلی درمان مدنظر قرار داده است) باهدف اثربخشی روان‌درمانی گروهی امید محور بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی در بیماران سرطانی استفاده شده است [۱۶]. همچنین گروه درمانی شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی معتادان افیونی [۱۷]، آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود کیفیت زندگی معتادان تحت درمان متادون [۱۵] و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین ناسازگار [۱۸] مؤثر بوده‌اند.

یکی از روش‌هایی که با بهبود روابط اصلی فرد (ارتباط با خود، ارتباط با محیط و ارتباط با دیگران) می‌تواند کیفیت زندگی را ارتقا بخشد و در سال‌های اخیر بیشتر مورد توجه قرارگرفته است روش«درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[۱۱]» است [۱۹].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) برافزایش توانایی افراد جهت ایجاد ارتباط بازمان حال بر اساس آنچه در آن لحظه امکان‌پذیر است و چگونگی انتخاب و عمل افراد که منطبق بر ارزش‌های منتخب خود فرد باشد تأکید می‌کند [۲۰].

ACT با یک برنامه تحقیقاتی تحت عنوان نظریه نظام ارتباطی[۱۲] RFT در ارتباط است. این رویکرد تغییر کارکرد افکار و احساسات به‌جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها را می‌پذیرد [۱۹]. این درمان ابتدا سعی می‌کند تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) را افزایش دهد و متقابل آن اعمال

[4].BIO psycho Social Health
[5].Quality Of Life
[6]. Activity Policy
[7]. Word Health Organization
[8]. Welfare and Satisfaction subjective
[9]. Functional status
[10].Contextual factors

[11].Acceptance and commitment therapy (ACT)
[12].Relational frame theory (RFT)

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1396.6.1.8.0]
[DOI: 10.30505/6.1.21]

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۳۰-۲۱

کنترلی ناموثر کاهش یابد. اقدام بعدی در این رویکرد افزایش آگاهی روانی فرد در لحظه می‌باشد، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در گام سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به‌نحوی‌که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. در قدم چهارم برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خودش در ذهنش ساخته است تلاش می‌کند. پنجم در جهت شناخت ارزش‌های اصلی خود کمک می‌کند و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی[۲۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و پژوهش‌های مربوط به آن، مبتنی بر فلسفه‌ای هستند که زمینه گرایی عملکردی[۱۳] خوانده می‌شود [۲۱].

در الگوی ACT ذهن در قالب فکر، احساس، خاطرات، میل و علائم بدنی به‌خوبی برای افراد تبیین می‌شود و افراد با ارزش‌های زندگی خود آشنا شده و با کسب مهارت در این زمینه به‌خوبی می‌توانند بین ذهن و زندگی تفکیک قائل شوند و یاد می‌گیرند از آن‌ها در جهت زندگی استفاده کنند. ضمناً با پرداختن به تعهد در جهت ارزش‌ها با شناسایی موانع درونی و بیرونی، منجر به اقدامات عملی می‌گردد که امکان تحقق ارزش‌ها را فراهم می‌کند [۲۰]. ACT تمرکز کمتری بر کاهش نشانه دارد و بیشتر متمرکز برافزایش کیفیت زندگی است [۲۲]. هدف ACT کمک به افراد برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است [۲۳].

مطالعات نشان داده که ACT در بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور [۲۴]، زنان مبتلا به کمردرد مزمن [۲۵]، زنان مبتلا به سرطان پستان [۲۶]، بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش [۲۷]، مبتلایان دیابت نوع دو [۲۸]، دانشجویان افسرده مقیم خارج از کشور [۲۹] و بزرگ‌سالان و کودکان دچار دردهای مزمن [۳۰ و ۳۱] اثربخش بوده است.

درحالی‌که شواهد بیانگر تأثیر مثبت روش درمانی پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های گوناگون سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی می‌باشد، مطالعات انجام شده در خصوص به‌کارگیری این روش در میان جمعیت نظامی انگشت‌شمار است که از آن میان می‌توان به به‌کارگیری درمان ACT در بهبود پریشانی هیجانی کهنه سربازان[۱۴] جنگ عراق و افغانستان با اختلال اضطراب یا افسردگی [۳۲] و درمان کهنه سربازان دارای PTSD همراه با اختلال مصرف مواد [۳۳] اشاره کرد. البته در مطالعات ذکر شده ضمن آنکه جمعیت آن‌ها کهنه سربازان دارای اختلال بوده، کیفیت زندگی را به طور مستقیم ارزیابی نکرده‌اند.

بنابراین با توجه به تأیید ارتباط بین سطح بالا استرس عاطفی و کیفیت زندگی پایین در افسران پلیس [۵] و نیاز به مداخلاتی برای افسران پلیس با تأکید بر کیفیت زندگی [۳۴]، و تمرکز رویکرد ACT بر کیفیت زندگی [۲۰] و اثبات اثربخشی آن در میان جمعیت‌های غیرنظامی، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی دانشجویان یک مرکز نظامی است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود که جامعه آماری آن دانشجویان یکی از مراکز نظامی بودند. تمامی دانشجویان پسر در دامنه سنی ۱٫۸± ۲۱ سال بودند و در سال دوم دانشگاه مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری از نوع در دسترس و داوطلبانه بود که افراد داوطلب در دو گروه آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. بر اساس جدول کوهن (۱۹۸۶) حجم نمونه برای هر گروه ۱۸ نفر در نظر گرفته شد [۳۵] که با توجه به احتمال وجود ریزش در هر گروه ۲۵ نفر قرار گرفتند. جهت انجام مطالعه مجوزهای لازم اخذ گردید و شرکت‌کنندگان با رضایت کامل در مطالعه قرار گرفتند. در ابتدا با استفاده از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و پذیرش و عمل تمامی افراد مورد بررسی قرار گرفتند و پس از اجرای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش تمامی افراد دوباره از لحاظ کیفیت زندگی و پذیرش و عمل، بررسی شدند (جدول ۱). و بعد از یک ماه مجدداً پرسشنامه‌ها بر روی گروه آزمایش و کنترل اجرا و مورد پیگیری قرار گرفتند.

جهت ارزیابی کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان از پرسشنامه کیفیت زندگی[۱۵](WHOQOL-۲۶) و جهت ارزیابی درمان پذیرش و عمل از پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم[۱۶](AAQ-II) استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: کیفیت زندگی عبارت است از برداشت هر شخص از وضعیت سلامتی خود و میزان رضایت از این وضع. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک فرد از جایگاهش در زندگی در بافت سیستم فرهنگی و ارزش‌هایی که او در آن‌ها زندگی می‌کند، می‌داند که در ارتباط باهدف‌ها، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های اوست. پرسشنامه‌های بسیاری برای سنجش کیفیت زندگی ابداع شده‌اند که معروف‌ترین آن‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی ۶ سؤالی (WHOQOL-۲۶) است. این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است و از ۴ زیرمقیاس شامل سلامت جسمانی، سلامت ۲ روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط تشکیل شده است. ضریب پایایی در چهار بعد به

[13].Functional Conceptualism
[14] Veterans
[15]. Word Health Organization Quality Of Life
[16]. Acceptance and Action Questionnair-II

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1396.6.1.8.0]
[DOI: 10.30505/6.1.21]

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 21-30

جدول ۱: پروتکل «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» مبتنی بر الگوی باند و هیز. [۲۱]

پروتکل درمان پذیرش و تعهد		
جلسه	موضوع	اهداف
۱	مبنای فلسفی و نظری درمان پذیرش و تعهد فرایندهای زیربنایی درمان پذیرش و تعهد	زمینه گرایی عملکردی، چهارچوب رابطه‌های ذهنی پذیرش، گسلش، «خود» به‌عنوان زمینه، ارتباط بازمان حال، ارزش‌ها، عمل متعهد
۲	سنجش و مفهوم‌سازی و شروع درمان کنترل مسئله است، نه راه‌حل	رابطه درمانی، اهداف، درماندگی خلاق جایگزین کردن تمایل بجای کنترل با استفاده از استعاره پلی گراف و غیره
۳	گسلش شناختی خود به‌عنوان زمینه	دلیل‌آوری، تمرین تمایل به افکار و احساس خود مفهوم‌سازی شده، خود پویا، خود مشاهده‌گر
۴	ارزش‌ها عمل متعهد	شناسایی ارزش‌ها، سنجش ارزش‌ها اعمال، اهداف و موانع

ترتیب ۸۰ درصد، ۷۶ درصد، ۶۶ درصد و ۸۰ درصد گزارش شده است [۱۳]. این پرسشنامه دارای جدول تبدیل نمرات خام است که با پرسشنامه صد سؤالی اصلی مقایسه شده و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. حداقل نمره ۱۶ و حداکثر ۱۲۵ می‌باشد.

پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم (AAQ-II): این پرسشنامه توسط باند و همکاران (۲۰۰۷)، ساخته شده است. یک نسخه ده ماده‌ای از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) که به‌وسیله هیز (۲۰۰۰)، ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. ضریب آلفای کرونباخ (۰٫۸۷) و ضریب بازآزمایی (r=۰٫۸۰) محاسبه شده است [۱۷]. این پرسشنامه دارای مقیاس هفت رتبه‌ای است که هر سؤال از صفر تا هفت بوده و حداقل نمره صفر و حداکثر ۷۰ می‌باشد.

جهت مقایسه کیفیت زندگی در هر دو گروه آزمایش و کنترل، قبل و بعد از آموزش همچنین مقایسه مقادیر کیفیت زندگی بین دو گروه کنترل و آزمایش از آزمون تحلیل واریانس مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد ۵۰ نفر از دانشجویان یک مرکز نظامی که همگی در یک پایه تحصیل می‌کردند به طور تصادفی در دو گروه بیست و پنج نفری تقسیم شده و وارد مطالعه شدند. افراد گروه نخست تحت مداخله اصلی مطالعه، یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه دوم افراد کنترل بودند که هیچ آموزشی به آن‌ها ارائه نشد. میانگین سن (± انحراف استاندارد) دانشجویان وارد شده به مطالعه (۱٫۸±) ۲۱ سال بود و همه آن‌ها مذکر و مجرد بودند. دانشجویان، همگی پس از گذراندن دوره متوسطه، از طریق شرکت در آزمون کنکور سراسری و به‌صورت داوطلبانه وارد یک دانشگاه نظامی شده بودند. جدول ۲، نمره کسب شده شرکت‌کنندگان از آزمون کیفیت زندگی و پذیرش و تعهد را به تفکیک گروه‌های آزمایشی نشان می‌دهد.

جدول ۲: داده‌های توصیفی نمرات کسب شده از آزمون کیفیت زندگی و پذیرش و عمل

	گروه ACT		گروه کنترل	
نام متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی پیش آزمون	۷۹٫۸۴	۱۱٫۹۵	۷۵٫۹۶	۸٫۸۱
کیفیت زندگی پس آزمون	۸۴٫۲۰	۱۰٫۰۲	۷۸٫۳۲	۸٫۵۹
کیفیت زندگی پیگیری	۹۰٫۹۲	۷٫۸۴	۷۸٫۳۲	۸٫۵۹
پرسشنامه ACT پیش آزمون	۴۶٫۲۰	۷٫۲۰	۴۷٫۰۰	۶٫۱۰
پرسشنامه ACT پس آزمون	۴۱٫۵۶	۴٫۳۹	۴۶٫۷۶	۵٫۸۳
پرسشنامه ACT پیگیری	۳۹٫۰۰	۳٫۴۰	۴۶٫۶۸	۵٫۹۹

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1396.6.1.8.0]
[DOI: 10.30505/6.1.21]

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۳۰-۲۱

مقایسه تأثیر مداخلات بر پیامدهای سنجش شده در مطالعه، از طریق آزمون اندازه‌گیری واریانس مکرر[17] و مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها به‌وسیله آزمون توکی[18] اجرا گردید. کلیه پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت و با توجه به اینکه داده‌ها دارای کرویت[19] نبودند، از اصلاح گرین‌هاوس-گیزر[20] استفاده شد.

آزمون آماری اندازه‌گیری واریانس مکرر با اصلاح گرین هاوس-گیزر نشان داد که عامل زمان در متغیر وابسته کیفیت زندگی معنادار است (جدول ۳). به عبارت دیگر افزایش نمره کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان در طی زمان با اندازه اثر ۰,۳۹۷ و همچنین تعامل زمان و گروه برای این متغیر با اندازه اثر ۰,۲۳۳ معنادار است (۰,۰۰۱ > p، ۳۱,۶۱۵ = F(۱,۵۸۰ ،۷۱۴,۵۹۲) و (۰,۰۰۱ > p، ۱۴,۶۰۸ = F(۱,۵۸۰ ،۳۳۰,۱۸۸) (نمودار ۱).

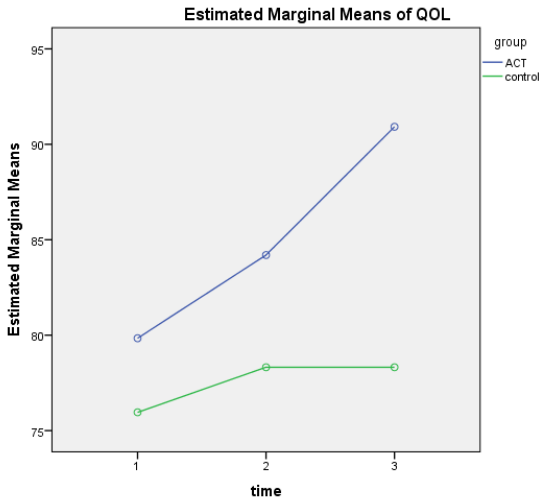
جدول ۳: آزمون‌های اثرات درون گروهی برای متغیر کیفیت زندگی

منبع		درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
زمان	گرین‌هاوس-گیزر	۱,۵۸۰	۷۱۴,۵۹۲	۳۱,۶۱۵	<۰,۰۰۱*	۰,۳۹۷
زمان×گروه	گرین‌هاوس-گیزر	۱,۵۸۰	۳۳۰,۱۸۸	۱۴,۶۰۸	<۰,۰۰۱*	۰,۲۳۳
خطا	گرین‌هاوس-گیزر	۷۵,۸۳۴	۲۲,۶۰۳			

در مقایسه دوبه‌دو، همان‌طور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، تفاوت گروه‌ها در مقایسه پیش آزمون – پس آزمون، مقایسه پیش آزمون – پیگیری و مقایسه پس آزمون – پیگیری معنادار بوده است.

جدول ۴: مقایسه دوبه‌دو تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی

زمان		میانگین تفاوت	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	-۳,۳۶۰	۰,۷۸۹	<۰,۰۰۱*
	پیگیری	-۶,۷۲۰	۱,۰۳۴	<۰,۰۰۱*
پس آزمون	پیگیری	-۳,۳۶۰	۰,۶۷۲	<۰,۰۰۱*



نمودار ۱: تغییرات کیفیت زندگی در طی مراحل مختلف آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل

جدول ۴ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نه تنها باعث بهبود کیفیت زندگی بلافاصله پس از اجرا مداخله شده است؛ بلکه با گذشت یک ماه از درمان نیز، همچنان روند بهبود کیفیت زندگی افراد حفظ شده است.

همچنین تحلیل استنباطی تأثیر مداخلات بر زیرمقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زندگی در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: آزمون‌های اثرات درون گروهی برای زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی

زیرمقیاس	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
حیطه جسمی	۱,۰۰۰	۲۷,۲۷۸	۱۸,۱۴۲	<۰,۰۰۱*	۰,۲۷۴
حیطه روان‌شناختی	۱,۰۰۰	۲۰,۰۴۱	۱۸,۱۴۲	<۰,۰۰۱*	۰,۲۷۴
حیطه روابط اجتماعی	۱,۰۰۰	۵,۰۱۰	۱۸,۱۴۲	<۰,۰۰۱*	۰,۲۷۴
حیطه محیطی	۱,۰۰۰	۳۵,۶۲۸	۱۸,۱۴۲	<۰,۰۰۱*	۰,۲۷۴

داده‌ها نشان می‌دهند که ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توانسته است کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان را در هر چهار زیرمقیاس نیز به طور معناداری بهبود بخشد.

به‌علاوه، شرکت‌کنندگان در مطالعه، پرسشنامه سنجش پذیرش و عمل را نیز تکمیل نمودند که نتایج مقایسه دو گروه از نظر این شاخص نیز در جدول ۶ ارائه می‌شود. آزمون آماری اندازه‌گیری واریانس مکرر با اصلاح گرین هاوس-گیزر نشان داد که عامل زمان

[17] .Mixed Repeated Measures ANOVA
[18]. Tukey
[19]. Sphericity
[20]. Greenhouse-Geisser

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1396.6.1.8.0]
[DOI: 10.30505/6.1.21]

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 21-30

در متغیر وابسته پذیرش و تعهد معنادار است. به عبارت دیگر افزایش نمره پذیرش و تعهد شرکت‌کنندگان در طی زمان با اندازه اثر ۰,۴۳۹ و همچنین تعامل زمان و گروه برای این متغیر با اندازه اثر ۰,۴۰۴ معنادار است (F(۱,۱۰۸ ،۳۲۹,۴۶۰) = ۱۲,۱۵۹ ،p = ۰,۰۰۱) و (F(۱,۱۰۸ ،۲۷۳,۹۶۵) = ۱۰,۱۴۱ ،p = ۰,۰۰۲).

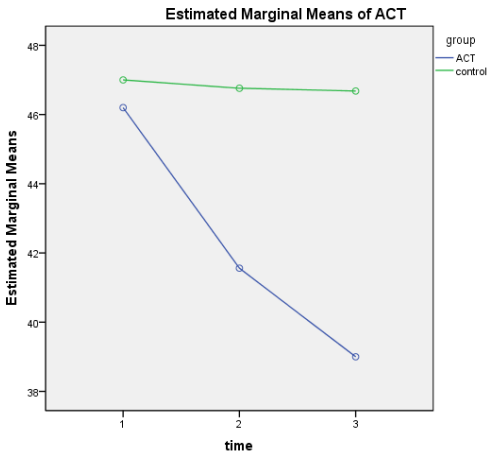
جدول ۶: آزمون‌های اثرات درون گروهی برای پرسشنامه پذیرش و عمل

منبع		درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
زمان	گرین‌هاوس–گیزر	۱,۱۰۸	۳۲۹,۴۶۰	۱۲,۱۵۹	۰,۰۰۱*	۰,۴۳۹
زمان×گروه	گرین‌هاوس–گیزر	۱,۱۰۸	۲۷۳,۹۶۵	۱۰,۱۴۱	۰,۰۰۲*	۰,۴۰۴
خطا	گرین‌هاوس–گیزر	۷۵,۸۳۴	۲۲,۶۰۳			

در مقایسه دوبه‌دو، همان‌طور که در جدول ۷ قابل مشاهده است، تفاوت گروه‌ها در مقایسه پیش آزمون – پس آزمون، مقایسه پیش آزمون – پیگیری و مقایسه پس آزمون – پیگیری معنادار بوده است (نمودار۲).

جدول ۷: مقایسه دوبه‌دو تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرسشنامه ACT

زمان		میانگین تفاوت	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	۲,۴۴۰	۰,۹۲۴	۰,۰۳۳*
	پیگیری	۳,۷۶۰	۰,۹۳۸	۰,۰۰۱*
پس آزمون	پیگیری	۱,۳۲۰	۰,۲۴۸	<۰,۰۰۱*



نمودار ۲: تغییرات نمره پذیرش و عمل در طی مراحل مختلف آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل

این اطلاعات بیان کننده تأثیر مثبت و معنادار درمان بر شاخص پذیرش و عمل در شرکت‌کنندگان در مقایسه با گروه کنترل می‌باشد. همچنین جدول بالا نشان می‌دهد که با گذشت یک ماه از زمان مداخله، این تأثیر مثبت همچنان پا برجا بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان‌دهنده تأثیر مثبت روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی دانشجویان این مرکز نظامی بود. افزایش مقادیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش پس از اجرای آموزش«درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» از لحاظ آمار معنادار بوده است. همچنین این مقادیر از گروه کنترل نیز بیشتر بوده است. به بیانی دیگر می‌توان بیان داشت آموزش «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» توانسته است تأثیر مثبتی روی کیفیت زندگی افراد داشته باشد. همچنین یافته‌های حاصل از پیگیری یک ماهه بیانگر ماندگاری و ادامه روند بهبودی در کیفیت زندگی افراد شرکت کننده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های هرمان و همکاران [۲۰]، کراکواسکی و همکاران [۲۳]، موسون و همکاران [۳۰] نریمانی و همکاران [۱۸]، ایراندوست و همکاران [۲۵]، محبت بهار و همکاران [۲۶]، زمردی و همکاران [۲۷]، حر و همکاران [۲۸]، حسینیایی و همکاران [۳۶]، رجبی و همکاران [۳۷]، ایزدی و همکاران [۳۸] و خامسی و همکاران [۴] که به ترتیب اثربخشی ACT را در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به PTSD، نتایج سلامتی مرتبط باکیفیت زندگی، طرح‌واره‌های ناسازگار طلاق، زنان مبتلا به کمردرد مزمن، زنان مبتلا به سرطان پستان، بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش، مبتلایان دیابت نوع دو، استرس شغلی و فرسودگی، استرس و اضطراب بیماران مبتلا به MS، اختلال وسواس اجباری، جسمانی سازی و استرس شغلی در نظامیان نشان داده‌اند.

در تبیین اثربخشی این درمان بر کیفیت زندگی و همچنین شاخص پذیرش و عمل می‌تواند تأثیر مبتنی بر پذیرش و عمل بر ابعاد ذهنی و عملکردی کیفیت زندگی باشد، چراکه این رویکرد سعی دارد با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از یکسو و ترغیب فرد به اقدام و عمل در زمینه ارزش‌های فردی موجب افزایش کیفیت زندگی افراد گردد [۱۷]؛ و از آنجا که آموزش پذیرش ماهیت شغل پلیس و سختی انتظامی بجای تحمل و اجتناب تجربه‌ای تا حد زیادی می‌تواند موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گردیده تا افراد شاغل در پلیس بتوانند بدون تغییر شرایط شغلی نگرش خود را نسبت به شغل و سختی انتظامی تغییر داده و درنتیجه موجب ارتقای سایر شاخص‌های کیفیت زندگی در جهت مثبت گردد. همچنین سایر ابعاد

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1396.6.1.8.0]
[DOI: 10.30505/6.1.21]

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۳۰-۲۱

این نوع درمان شامل گسلش، خود به‌عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال با تقویت خود مشاهده‌گر به فرد توانایی دیدن زندگی جدای از ذهن می‌دهد و ابعاد ارزش، و تعهد نیز منجر به اقدامات عملی و عینی برای ارتقای کیفیت زندگی فرد برابر آنچه دوست دارد خواهد شد [۲۰].

علاوه بر این در تبیین نتایج پرسشنامه پذیرش و عمل می‌توان بر هدف‌گذاری در زمینه شغلی افراد شرکت کننده و اقدامات عملی و برنامه‌ریزی برای تحقق آن اشاره کرد. چراکه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و عمل پس از وضوح دادن بر ارزش‌ها و افزایش آگاهی افراد در خصوص آن‌ها، پیشنهاد هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی جهت تحقق آن را در دستور کار خود دارد. بدین نحو که افراد در جدولی بر اساس اولویت و اهمیت به ارزش‌های متفاوت و بعضاً متنوع خود پرداخته و در یک طیف بر اساس همین اهمیت و اولویت در هر لحظه اقدامات عینی و تعریف‌شده برای آن دارند [۲۰]. که این موضوع می‌تواند توجیه‌کننده نمرات افراد در اجرای این پرسشنامه باشد. لازم به توضیح است که نمره‌گذاری در این پرسشنامه معکوس بوده و کاهش نمرات نشان‌دهنده افزایش پذیرش و عمل در افراد است [۱۷].

از محدودیت‌های این پژوهش، انجام مطالعه در بین کارکنان مرد، دانشجویان و یک طبقه خاص از نظامیان بود که برای تعمیم‌پذیری آن به جنس مخالف، کارکنان در محیط اجرایی کار و همه سطوح و گروه‌های نظامی اعم از سربازان، درجه‌داران، افسران جزء و ارشد و فرماندهان و مدیران پیشنهاد می‌گردد این مطالعه در این گروه‌ها و از هر دو جنس در محیط اجرایی انجام گیرد. همچنین این مطالعه صرفاً در بین کارکنان یک واحد نظامی صورت گرفته و پیشنهاد می‌شود در کل نیروهای مسلح و مشاغل نزدیک به ماهیت نیروهای نظامی و انتظامی مثل آتش‌نشانان نیز صورت پذیرد. همچنین با توجه به اثربخشی و ضرورت پرداختن به کیفیت زندگی طبق این مطالعه و سایر مطالعات همسو، پیشنهاد می‌گردد این روش به‌عنوان چند واحد درسی در سرفصل‌های آموزشی قرارگرفته و همه دانشجویان را پوشش دهد. بعلاوه پیشنهاد می‌گردد سایر روش‌ها و رویکردهای آموزشی–درمانی نیز اجرا و با روش استفاده شده در این مطالعه مورد مقایسه قرار گیرد تا روش ارجح نیز معرفی گردد.

منابع

1. Jafari A. The impact of Psychological Empowerment, Job Satisfaction and Job Stress, Organizational Commitment (Case Study: West Azerbaijan Province Police Chief Staff). QUARTERLY DANESH-E-ENTEZAMI. 2014; 18(6): 1-31.

2. Safi M-H, Arshi S. The Relationship between Perceived Organizational Justice and Organizational Commitment with Job Satisfaction in Employees of Northern Tehran Health Care Center. Community Health. 2016;2(3):172-81. [Persian]

3. Abd al-Rahmani R, Social Skills and Communication of Traffic Police. Tehran. Naji publication 2012. [Persian]

4. khamesipour M, The effectiveness of acceptance and commitment therapy based on symptoms, somatization, depression and job stress of military staff in Isfahan [dissertation]. [Isfahan]: Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan) Branch; 2015. [Persian]

5. Walters S, Fayers PM, Machin D. Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation. 2 ed. New York: John Wiley; 2007.

6. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. Quality of life in mental disorders. Chichester: John Wiley and Sons; 1997.

7. Fukui S, Ogawa K, Yamagishi A. Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. Psycho-Oncology. 2011; 20(12):1285-91.

8. Ramezani A, Nazarian Madvani A. Relationship between Student's Emotional Intelligence, Fitness and Life Quality. Applied Research of Sport Management. 2013; 2(2):85-98. [Persian]

9. Ülengin B, Ülengin F, Güvenç Ü. A multidimensional approach to urban quality of life: The case of Istanbul. European Journal of Operational Research. 2001; 130(2):361-74.

10. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. Journal of clinical epidemiology. 2000;53(1):1-2.

11. Andrade ER, Souza ER. Self-esteem as an expression of mental health and device changes in organizational culture of the police. Psicologia Clínica. 2010; 22(2):179-95.

12. Lipp ME. Stress and quality of life of senior Brazilian police officers. The Spanish journal of psychology. 2009;12(02):593-603.

13. Lucas-Carrasco R. The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. Quality of Life Research. 2012;21(1):161-5.

14. Moradi O, Esmaeli M, Shafieabadi A, Kiamanesh AR. The efficacy of couple therapy based on representing parental pattern upon lapse of divorce among couples on the brink of divorce. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci). 2013;17(5):287-93. [Persian]

15. Beigi A, Shirazi M, Pasandideh M. The Effectiveness of Life Skills Training on the

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1396.6.1.8.0]
[DOI: 10.30505/6.1.21]

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 21-30

27. Zomorrodi S, Rasoulzadeh Tabataba'i SK. Comparison of Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapy in Improving quality of life in patients with irritable bowel syndrome. Clinical Psychology Studies. 2013;4(13):63-88. [Persian]
28. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. J Res Behav Sci. 2013; 11(2): 121-8. [Persian]
29. Muto T, Hayes SC, Jeffcoat T. The effectiveness of acceptance and commitment therapy bibliotherapy for enhancing the psychological health of Japanese college students living abroad. Behavior Therapy. 2011;42(2):323-35.
30. Palermo TM. Enhancing daily functioning with exposure and acceptance strategies: an important stride in the development of psychological therapies for pediatric chronic pain. Pain. 2009;141(3):189-90.
31. Mason VL, Mathias B, Skevington SM. Accepting low back pain: is it related to a good quality of life?. The Clinical journal of pain. 2008;24(1):22-9.
32. Lang AJ, Schnurr PP, Jain S, He F, Walser RD, Bolton E, Benedek DM, Norman SB, Sylvers P, Flashman L, Strauss J. Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy for Distress and Impairment in OEF/OIF/OND Veterans. American Psychological Association, 2016.
33. Lang AJ, Schnurr PP, Jain S, Raman R, Walser R, Bolton E, Chabot A, Benedek D. Evaluating transdiagnostic treatment for distress and impairment in veterans: A multi-site randomized controlled trial of Acceptance and Commitment Therapy. Contemporary clinical trials. 2012;33(1):116-23.
34. Chen HC, Chou FH, Chen MC, Su SF, Wang SY, Feng WW, Chen PC, Lai JY, Chao SS, Yang SL, Tsai TC. A survey of quality of life and depression for police officers in Kaohsiung, Taiwan. Quality of life research. 2006;15(5):925-32.
35. Delavar A. Educational and psychological Research.4th ed. Tehran.Virayesh; 2015. [Persian]
36. Hosseinaei A, Ahadi H, Fata L, Heidarei, A, Mazaheri M M. Effects of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Training on Job Stress and Burnout. IJPCP. 2013; 19 (2):109-120. [Persian]
37. Rajabi S, Yazdkhasti F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. Journal of Clinical Psychology. 2014;6(1):29-38. [Persian]
38. Izadi R, Asgari K, Neshatdust H, Abedi M. Case Study of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Frequency and Severity of Obsessive Symptoms in Obsessive- Compulsive Disorder. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2012;10(15):20-6. [Persian]
Improvement of Life Quality and Resistance Styles of Addictive Person. Quarterly Journal of Research on Addiction.2013; 7(26):95-109. [Persian]
16. Farhadi A, Movahedi Y, Movahedi M. The effectiveness of hope- based group psychotherapy on the promotion of health related quality of life in patients with cancer. Yafteh Research Quarterly Journal. 2014; 16 (1):32-42. [Persian]
17. Momeni F, Moshtagh Bidokhti N, Porshahbaz A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Reduction of Craving, Depression and Anxiety Symptoms among the Opiate Abusers Under MMT. Research on Addiction. 2009;3(11):83-98. [Persian]
18. Narimani M, Abasi M, Bakhti M. Comparison of Two Approaches based on Acceptance and Commitment Training (ACT) and a Modified Version of Group Therapy on Early Maladaptive Schemas in Clients in Divorce. Journal of Family Counseling & Psychotherapy. 2014;4(1):1-29. [Persian]
19. Forman EM, Herbert JD, O'Donohue W, Fisher JE. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. New Jersey: John Wiley & Sons; 2009:77-101.
20. Izadi R, Abedi M. Acceptance and commitment therapy (ACT). 1st ed. Tehran. Jungle publication; 2013. [persian]
21. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior therapy. 2011;42(4):676-88.
22. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior therapy. 2004;35(4):639-65.
23. Crakowski MS. Health-related quality of life outcomes in clinical research. Am J of Epidemiology. 1999;283:215.
24. Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi A. The Study of The Efficiency of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Infertile Women's Life. Family Counseling and Psychotherapy. 2014;4(3):387-405. [Persian]
25. Irandoost F, Neshat doost HT, Nadi MA, Safary S. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the rate of chronic pain and pain catastrophizing in women with chronic low back pain. Research in Psychological Health. 2014;8(3):31-40. [Persian]
26. Mohabat Bahar S, Akbari ME, Maleki F, Moradi-joo M. The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2015;9(34):17-26. [Persian]

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1396.6.1.8.0]
[DOI: 10.30505/6.1.21]

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۳۰-۲۱

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-10-06]

[DOR: 20.1001.1.22286241.1396.6.1.8.0]
[DOI: 10.30505/6.1.21]