

## مقایسه اثربخشی آموزش مهارت های زندگی و آموزش پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی زنان مهاجر

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۰۳

سکینه شفیعی<sup>۱</sup>، داوود تقوایی<sup>۲</sup>، محمد مهدی صفورایی پاریزی<sup>۳</sup>

### چکیده

ابعاد مختلف بهزیستی نه تنها در بهبود سلامت روانی مؤثر است، بلکه زمینه مساعدی برای شکوفایی استعداد های نهفته افراد را فراهم می آورد. از این رو، اجرای برنامه هایی منسجم و مناسب در راستای افزایش و ارتقای سلامت روان و بهزیستی روان شناختی گروه های جمعیتی جامعه، می تواند سبب افزایش بهره روی روانی، جسمی و مادی اجتماع شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مهارت های زندگی و آموزش مبتنی بر پذیرش - تعهد (ACT) بر بهزیستی روان شناختی زنان مهاجر افغانی انجام گرفت. روش تحقیق از نوع شبه آزمایشی و طرح تحقیق پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و جامعه آماری آن کلیه زنان مجرد (۱۸ الی ۳۰ سال) افغانی ساکن مجتمع خوابگاهی مهاجران تحت حمایت دفتر آیت الله آصفی در شهر قم به تعداد ۱۱۰ نفر بودند. از بین این افراد ۴۵ نفر به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند که در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل هر یک به تعداد ۱۵ نفر جایگزین شدند. ابزار اندازه گیری شامل پرسش نامه بهزیستی روان شناختی و پرسش نامه دموگرافیک محقق ساخته بود. نتایج این پژوهش با روش کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات کل آزمودنی ها در دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه وجود ندارد.

**واژگان کلیدی:** مهارت های زندگی، پذیرش و تعهد، ACT، بهزیستی روان شناختی،

مهاجرین زن.

۱. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

Email: s.shafiei2014@gmail.com

۲. استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

Email: davoodtaghvaei@yahoo.com

۳. دانشیار روان شناسی تربیتی، عضو هیئت علمی جامعه المصطفی العالمية قم، قم، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: m.safurayi@miu.ac.ir

## ۱. مقدمه

سلامت مفهومی چند بعدی است و بسیاری از پزشکان و روان‌پزشکان، سالم بودن را نداشتن علائم بیماری تلقی می‌کنند و سلامتی و بیماری را دو قطب مخالف یکدیگر قرار می‌دهند. این موضوع در مورد بیماری‌های جسمانی بیشتر صادق است، اما در مورد بیماری‌های روانی باید گفت که عدم وجود علائم بیماری روانی و یا از بین رفتن علائم بیماری در اثر درمان، به این معنی نیست که فرد سلامت روانی کاملی دارد. از نظر روان‌پزشکان فردی از نظر روانی سالم است که تعادلی بین رفتارها و شیوه کنترل او در مواجهه با مشکلات اجتماعی وجود داشته باشد. (میلانی فر، ۱۳۹۲)

اینکه آیا رفتار یک فرد، کارکردی و سازگارانه است، در تعیین اینکه آیا آن رفتار بهنجار یا نابهنجار است، عنصری اساسی است. روان‌شناسان در تعیین سلامت و عدم سلامت یک رفتار، به این موضوع توجه دارند که رفتار تا چه اندازه‌ای به بهزیستی فرد و به بهروزی جامعه کمک می‌کند؟ رفتارهایی که مانع بهزیستی فرد یا جامعه باشند، ناسازگارانه هستند (روزنهان، ۰۰ و سلیمان، ۱۳۹۰) و می‌تواند یکی از نشانه‌های عدم سلامت روانی باشد.

برای سلامت روان شناختی و عملکرد روانی مطلوب دو رویکرد عمده و اساسی مطرح است: رویکرد اول، رویکرد مبتنی بر لذت است، که معتقد است بهزیستی به معنای به حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد است. این رویکرد در طول تاریخ، حامیان خاص خود را داشته است که از آن می‌توان اسپیکور، هابز و استوارت میل را نام برد. این رویکرد بهزیستی را با خوشی لذت‌گرایانه یا شادکامی برابر می‌داند. دیدگاه غالب روان‌شناسان لذت‌گرا، آن است که بهزیستی برابر با شادکامی شخصی و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخوشی است. رویکرد دوم، رویکرد مبتنی بر فضیلت است که بر اساس این رویکرد، ارضای امیال به رغم ایجاد لذت در فرد همیشه منتهی به بهزیستی نمی‌شود، بلکه بهزیستی در برگیرنده تلاش برای کمال و تحقق پتانسیل‌های واقعی فرد است که ممکن است همواره توأم با لذت نباشد. نظریات فضیلت‌گرا بر این باورند که ارضای امیال به رغم ایجاد لذت همواره بهزیستی را در پی ندارد و در نتیجه بهزیستی نمی‌تواند فقط به معنای تجربه لذت باشد. (بهادری خسروشاهی، ۰۰ و هاشمی نصرت آباد، ۱۳۹۱)

بررسی تعاریف مختلف بهداشت روانی نشان دهنده عدم وجود اتفاق نظر در بین دانشمندان است. سازمان جهانی سلامت<sup>۱</sup> (۲۰۰۱-۲۰۰۴) سلامت روان را حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه فقط غیاب بیماری، تعریف کرده است. (تودر، ۱۳۸۲) اغلب روانپزشکان و محققان بهداشت روان جنبه‌های مثبت سلامت روان را نادیده گرفته اند و الگوهای سلامت به طور عمده برویژگی‌های منفی تأکید داشته و در آنها ابزارهای اندازه‌گیری سلامت اغلب با مشکلات بدنی، روانی و اجتماعی سرو کار دارد (بیانی، گودرزی، کوچکی، ۱۳۸۷). امروزه علم روان‌شناسی فقط بر مشکلات روانی تمرکز نمی‌کند، بلکه بیشتر بر ابعاد مثبت زندگی تأکید می‌نماید. بر همین اساس، روان‌شناسان مثبت‌گرا با یک رویکرد کل‌نگر در مقابل رویکرد تشخیصی آماری انجمن روانپزشکی آمریکا، یک نظام طبقه‌بندی جدید به نام نیرومندی‌های منش<sup>۲</sup> را در شش حیطه، برای شناسایی و طبقه‌بندی توانمندهایی که برخلاف بیماری عمل می‌کنند، مشخص کردند و بر اساس آن رویکردهای مداخله‌ای متعددی را بنا نهادند و معتقدند که به جای تأکید صرف بر آسیب‌شناسی باید به دنبال فهم کامل گستره تجارب انسان از کمبود، رنج، بیماری، تا شکوفایی، بهزیستی و شادکامی بود (مهرابی‌زاده هنرمند، جمهوری، و شیخ حسین، ۱۳۹۲).

هدف روان‌شناسی مثبت است که در نظام روان‌شناسی جهان تحول به وجود آورد و توجه صرف به ترمیم بدترین چیزها را به سوی بهترین کیفیت‌ها در زندگی تغییر دهد. به این منظور شکوفایی توانمندی‌ها باید در صف مقدم درمان و پیشگیری قرار گیرد. (فتحی مظفری، و علیزاده، ۱۳۹۵) موضوع روان‌شناسی مثبت، مربوط می‌شود به تجارب مثبت مانند سلامت ذهن<sup>۳</sup>، رضایت از زندگی<sup>۴</sup>، شور و شوق<sup>۵</sup>، شادی در زمان حال<sup>۶</sup>، درک کارآمد از آینده<sup>۷</sup> که خوش‌بینی، امید و ایمان را در بر می‌گیرد. در سطح فردی ویژگی‌های شخصی مانند مهرورزی، تعهد، شجاعت، مهارت‌های بین‌فردی، زیبایی، دوستی، پشتکار، بخشش،

1. World Health Organization
2. character strengths and virtues
3. Subjective well-being
4. Life satisfaction
5. flow
6. Joy in the present
7. Effective understanding of the future

اصالت، آینده‌نگری و خردورزی و در سطح گروهی فضایل شهروندی مانند احساس مسئولیت، مهرورزی، ایثار، ادب، اعتدال، مدارا و اخلاق کاری از موضوعات مورد تأکید روان‌شناسی مثبت است (کلانتری، و اسماعیلی، ۱۳۹۴).

به دنبال این رویکرد، تحقیقات زیادی با عنوان بهزیستی روان‌شناختی<sup>۱</sup> مورد توجه قرار گرفت و ریف<sup>۲</sup> و همکارانش (۱۹۲۶) الگوی بهزیستی روان‌شناختی یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند. ریف بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه خود می‌داند. مدل ریف در بهزیستی روان‌شناختی از طریق ادغام نظریه‌های مختلف رشد فردی (مانند نظریه خودشکوفایی مزلو و شخصیت کامل راجرز) و عملکرد سازگارانه (مانند نظریه سلامت روانی مثبت جاهودا) شکل گرفت و گسترش یافت (شجاعی، و سلیمانی، ۱۳۹۴). در این الگو، سلامت روان‌شناختی دارای اهمیت مثبت عملکردی و متشکل از شش عامل است که عبارتند از:

- پذیرش خود:<sup>۳</sup> نگرش مثبت به خود، شناخت جنبه‌های مختلف خود که می‌تواند مثبت یا منفی باشد و احساس مثبت درباره گذشته خود؛
- رابطه مثبت با دیگران:<sup>۴</sup> داشتن رابطه گرم، رضایت بخش و توأم با ارتباط دیگران، توجه به سلامتی و خشنودی دیگران، احساس همدردی قوی با سایر افراد؛
- خودپیروی، مستقل و خودمختار بودن:<sup>۵</sup> توانایی مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی، توانایی تنظیم رفتار از درون و ارزیابی خود با معیارهای شخصی؛
- تسلط بر محیط:<sup>۶</sup> داشتن حس غلبه و برتری بر محیط، مهار کردن آرایه پیچیده‌ای از فعالیت‌های بیرونی، استفاده مؤثر از فرصت‌های در دسترس، توانایی انتخاب یا ایجاد زمینه‌های مناسب برای نیازها و ارزش‌های شخصی؛
- هدفمندی در زندگی:<sup>۷</sup> داشتن هدف و جهت در زندگی، معنی دادن به زندگی در حال

---

1. Subjective Wellbeing  
2. Ryff, C.D  
3. Self- acceptance  
4. Positive Relations with others  
5. Autonomy  
6. Enviromental mastery  
7. Purpose in Life

و گذشته، داشتن عقیده و باروری که به زندگی هدف می دهد؛

- رشد شخصی: احساس رشد ممتد داشتن، خود را در حال رشد و تحول دیدن، گشاده رو بودن برای تجارب جدید، داشتن حس تشخیص توانایی بالقوه خود. (بیانی، گودرزی، کوچکی، ۱۳۸۷)

بنابراین، بهزیستی روان شناختی از موضوعات مهم روان شناسی مثبت نگر و مفهومی سلسله مراتبی و چند بعدی است که از دو وجه شناختی و عاطفی تشکیل شده است. مؤلفه رضایت از زندگی وجه شناختی آن و مؤلفه های عاطفه مثبت و عدم حضور عاطفه های منفی وجه عاطفی آن است. (عطادخت، نوروزی، و غفاری، ۱۳۹۲) هدف از بهزیستی روانی، ایجاد سلامت روان با پیشگیری از ابتلا به بیماری های روانی، کنترل عوامل مؤثر در بروز بیماری های روانی و ایجاد محیط سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است. از این رو، ابعاد بهزیستی نه تنها در بهبود سلامت روانی مؤثر است بلکه زمینه مساعدی برای شکوفایی استعداد های نهفته فراهم می آورد (مهرابی زاده هنرمند، جمهری، و شیخ حسین، ۱۳۹۲).

تحقیقات مختلف نشان داده است که سلامت و بهزیستی روان شناختی، با سلامت عمومی (بیانی، گودرزی، کوچکی، ۱۳۸۷)، سبک زندگی و امید به زندگی (کشاورز، ۱۳۹۱)، گرایش به رفتارهای پرخطر (عطادخت، نوروزی، و غفاری، ۱۳۹۲) و کیفیت زندگی (نریمانی، یوسفی، و کاظمی، ۱۳۹۳) رابطه متقابلی دارد. تحقیقات بسیاری بر تأثیر متغیرهایی چون سن، جنس یا وضعیت اقتصادی- اجتماعی در بهزیستی روان شناختی تأیید کرده اند (شکری، همکاران، ۱۳۸۷) و همچنین نشان داده شده است که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می نمایند (مایرز، و دینر، ۱۹۹۵، به نقل از توسرکانی، ۱۳۹۳).

از این رو، اجرای برنامه هایی منسجم در راستای افزایش و ارتقای بهزیستی روان شناختی گروه های جمعیتی یک جامعه، می تواند سبب افزایش بهره روی روانی، جسمی و مادی اجتماع شود. بر این اساس، پژوهش حاضر دو شیوه پیشگیرانه را برای حفظ سلامت روان و ارتقای بهزیستی روان شناختی مورد مطالعه قرار داده است که عبارتند از: آموزش

مهارت‌های زندگی<sup>۱</sup> و مهارت‌های رفتاری با رویکرد مبتنی بر پذیرش - تعهد (ACT)<sup>۲</sup>.

رویکردهای رفتاری - درمانی در طول دوره تحول خود تا کنون سه دوره تحول را طی نموده‌اند. نسل اول این رویکردها در تقابل با رویکرد اولیه روان - تحلیلی بر پایه دیدگاه شرطی کلاسیک و عاملی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم آن که تا سال ۱۹۹۰ ادامه داشت با عنوان رویکردهای رفتاری - شناختی، با تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند که تأکید آن بیشتر بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در سلامت روانی افراد بود. نسل سوم رویکردهای رفتاری که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش است به جای تغییر شناخت، سعی بر این است که ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. (رجبی، یزدخواستی، ۱۳۹۳)

پذیرش - تعهد (ACT) از جمله مداخلات نسل سوم رویکردهای رفتاری است که بر مبنای یک برنامه تحقیقاتی بر روی زبان و شناخت که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی<sup>۳</sup> نامیده می‌شود، ایجاد شد. برحسب این نظریه، انسان فقط بر اساس تعاملاتی که قبلاً با محرک‌ها داشته، به آنها پاسخ نمی‌دهد، بلکه پاسخ او به محرک‌ها به روابط متقابل محرک‌ها با رویدادهای دیگر نیز بستگی دارد. به این دلیل است که انسان می‌تواند بگوید یا فرض کند که یک محرک جدید شبیه یا متفاوت از چیزی است که او قبلاً با آن تعامل داشته است. (ایزدی، ۱۳۹۳) این رویکرد شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان شناختی می‌شود. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش<sup>۴</sup>، گسلش<sup>۵</sup>، خود به عنوان زمینه<sup>۶</sup>، ارتباط با زمان حال<sup>۷</sup>، تصریح ارزش‌ها<sup>۸</sup> و عمل متعهدانه<sup>۹</sup> (هیز، و همکاران، ۲۰۰۶).

اخیراً پژوهش‌های روان‌شناسی به مطالعه پذیرش - تعهد و کاربرد مهم آن در سازگاری، درمان استرس، اضطراب و ارتقای بهزیستی روانی - اجتماعی پرداخته‌اند. برای مثال

- 
1. life skills
  2. Acceptance and Commitment Therapy
  3. Mentalrelationship
  4. Acceptance
  5. Cognitive
  6. Self as a context
  7. Contact with present moment
  8. Values
  9. Committed action
  10. Hayes, S. C. & et al

بروان و رایان<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) اذعان دارند که پذیرش و تعهد از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات و پذیرش آن می تواند تغییرات مثبتی را در سازگاری و بهزیستی روانی ایجاد نماید. (نریمانی، علمداری، ابوالقاسمی، ۱۳۹۲) همچنین مطالعه ایران دوست، نشاط دوست و نادى (۱۳۹۳) آموزش پذیرش و تعهد را در ارتقای کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال درد تأیید کرد. در پژوهش عباسی، محمودیان و رضوان فر (۱۳۹۳) نیز تأثیر مثبت آن بر ارتقای بهزیستی روان شناختی دانش آموزان مبتلا به اختلال ریاضی مورد تأیید قرار گرفت و در پژوهش نریمانی، عباسی و ابوالقاسمی (۱۳۹۲) بر روی همین جامعه، اثر بخشی پذیرش و هیجان بر سازگاری آنها تأیید شد.

اثر بخشی اکت (ACT) در طیف گسترده ای از وضعیت های بالینی نظیر افسردگی، اختلال وسواس فکری عملی، استرس محیط شغلی، استرس، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، کم اشتهايي روانی، مصرف هروئین و حتی اسکیزوفرنی (هیل، همکاران، ۲۰۱۵)، اختلال اضطرابی (دیویس، همکاران، ۲۰۱۵)، استرس، افسردگی و پریشانی ناشی از ناباروری (پترسون، وایفرت، ۲۰۱۱). کاهش انعطاف ناپذیری روان شناختی (زیدان، ۲۰۱۰) و تعدیل الگوهای رفتاری منفی (جانکین، ۲۰۰۷) تأیید شده است.

همچنین اثر بخشی آموزش پذیرش و تعهد بر زیر مقیاس های سلامت روان و سلامت جسم (ایران دوست، نشاط دوست، نادى، ۱۳۹۳)، هراس اجتماعی (پورفرج، ۱۳۹۱)، اضطراب، افسردگی، باورهای وسواسی (ایزدی، ۱۳۹۱؛ بقولی، ۱۳۹۳؛ مولوی، همکاران، ۲۰۱۴؛ گراتش، و گاندرسون، ۲۰۰۶؛ اسمن، و همکاران، ۲۰۰۶؛ زیدان، ۲۰۱۰)، استرس شغلی و فرسودگی شغلی (حسینایی، همکاران، ۱۳۹۱؛ دشتی، ۱۳۹۴) مورد تأیید قرار گرفته است.

مهارت های زندگی که توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شده است، شامل ده مهارت اصلی است که در پنج گروه مرتبط با هم دسته بندی می شود و عبارتند از: مهارت

1. Brown, K.W., & Ryan, R. M.
2. Hill, M. L. et al
3. Davies, C. D. et al
4. Peterson, B.D. & Eifert, G.H
5. Zeidan, F
6. Junkin, S.E
7. Molavi, P. et al
8. Ossman, W. A. et al



خودآگاهی<sup>۱</sup> - همدلی<sup>۲</sup> (با تأکید بر مهارت های تقویت عزت نفس و اعتماد به نفس)؛ ارتباط مؤثر<sup>۳</sup> - روابط میان فردی<sup>۴</sup> (با تأکید بر مهارت های بین فردی و ابراز وجود)؛ تصمیم‌گیری<sup>۵</sup> - حل مسئله<sup>۶</sup>؛ تفکرخلاق<sup>۷</sup> - تفکرانتقادی<sup>۸</sup>؛ و مهار هیجانانگیز<sup>۹</sup> - مقابله با استرس و خشم<sup>۱۰</sup> (اسپولودا، و همکاران، ۲۰۰۸). با این مهارت ها فرد قادر خواهد بود خود را بشناسد، دیگران را درک کرده و روابط مؤثری با آنها ایجاد نماید؛ هیجان های منفی و استرس های خود را شناسایی کرده، تحت کنترل درآورد و به شیوه ای مؤثر مشکلات خود را حل نماید و به تبع آن سطح بهزیستی روان شناختی خود را ارتقا دهد.

تحقیقات نشان داده است که آموزش مهارت های زندگی نیز بر ارتقای سازگاری اجتماعی و سلامت روان (امیری، و همکاران، ۱۳۹۴؛ هومن، گنجی، و امیدفر، ۱۳۹۲)، کیفیت زندگی (پیرمردایان، و همکاران، ۱۳۹۳)، سازگاری اجتماعی مادران (صفاشرقی، ۱۳۹۲)، سازگاری زناشویی (کمالی خورگو، ۱۳۹۲؛ رحیمی، ۱۳۹۲؛ حسنی، ۱۳۹۲) و ... مؤثر است.

همچنین اثربخشی آموزش مهارت های زندگی، بر سازگاری زناشوی در خانواده های آسیب دیده (برزگر، ۱۳۸۹)، ارتقای سلامت روان (پورشریفی، بهرامی، و طایفه تبریزی، ۱۳۸۵؛ نجفی، و همکاران، ۱۳۹۱؛ هومن، گنجی، و امیدفر، ۱۳۹۲؛ پیرمردایان، و همکاران، ۱۳۹۳)، کاهش رفتارهای پرخطر و پرخاشگری (لو، و همکاران، ۲۰۰۸؛ یانکی، و بسیواز، ۲۰۱۳؛ یوسفی، صفاری، و ادهمیان، ۱۳۹۳) مورد تأیید قرار گرفته است. از بین گروه های جمعیتی مختلف، گروه مهاجرین بین المللی در یک کشور به دلیل ویژگی های خاص (صادقی، ۱۳۸۸) اهمیت ویژه ای دارند. در دهه های گذشته، تغییرات و تحولات سیاسی و اجتماعی که در منطقه خاورمیانه صورت گرفت، سبب حرکت های شدید مهاجرتی برخی کشورهای همسایه ایران، به داخل ایران شد که از جمله می توان

1. self-awareness
2. empathy
3. effective communication
4. interpersonal relations
5. decision making
6. solve problems
7. think creatively
8. think critically
9. emotions control
10. tension confrontation
11. Sepulveda, A. R. et al
12. Lou, Ch. H. et al
13. Yankey, T. & Biswas, U. N.



به مهاجرت روزافزون مردم عراق و افغانستان به ایران اشاره کرد که اغلب برای کار یا ادامه تحصیل صورت می‌گیرد که البته تعداد مهاجرین افغانی به طور قابل توجهی بیشتر است (جمشیدی ها، و عنبری، ۱۳۸۳؛ صادقی، ۱۳۸۸).

با وجود اهمیت فراوان مهاجرین بین الملل در کشورهای میزبان و تأثیر اجتناب ناپذیر آنها بر جامعه مقصد، مطالعات صورت گرفته بر روی این جمعیت ها به ویژه در ایران، اندک است. این مطالعات به طور پراکنده و موردی وضعیت و ویژگی های مهاجران خارجی را مورد بررسی قرار داده است که می توان به مطالعات فرهنگی، مردم شناسی، آسیب های اجتماعی (رک: صادقی، ۱۳۸۸) و بررسی برخی ویژگی های روان شناختی و آسیب های روانی مهاجرین مثل سوگ (حسینی پور: ۱۳۹۱)، استرس پس از سانحه (رک: حسینی پور، ۱۳۹۱؛ احدی، و مرادی، و حسنی، ۱۳۹۴)، تعارضات زناشویی (رک: نقوی، ۱۳۹۴)، رضایت از زندگی، خودپندازه و عزت نفس (پورتس، و رامبات، ۲۰۰۱، به نقل از قندهاری، ۱۳۹۲) اشاره کرد.

مهاجرت به طور اجتناب ناپذیری بهداشت روانی و بهزیستی روان شناختی مهاجرین را تحت تأثیر قرار می دهد (رک: امامی، ۱۳۹۴؛ علاء الدینی، و امامی، ۱۳۸۴؛ جمشیدی ها، و عنبری، ۱۳۸۳؛ و احمدی، و ایمان، ۱۳۸۳) و لازم است در کشورهای مقصد برای جلوگیری از تبعات منفی مشکلات روان شناختی مهاجرین و ایجاد زمینه های بازگشت آنان به کشور مبدأ تمهیداتی اندیشیده شود. با توجه به اینکه درباره بهزیستی روان شناختی مهاجرین در ایران تحقیقی صورت نگرفته است و نیز با عنایت به این موضوع که ایران با عنوان کشوری رو به پیشرفت و یکی از قدرت های برتر منطقه شرق آسیا مورد توجه کشورهای همسایه بوده و یکی از گزینه های انتخابی کشورهای همسایه برای مهاجرت است، پژوهشی در این زمینه ضرورت می نماید. همچنین با توجه به این موضوع که شهر قم از جمله شهرهایی است که مورد توجه مهاجرین برای سکونت است، جامعه هدف این پژوهش شهر قم انتخاب شد. از این رو، پژوهشگر برای پاسخ گویی به این سؤال که آیا «آموزش مهارت های زندگی و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای بهزیستی روان شناختی مهاجران زن افغانی ساکن قم مؤثر است؟» پژوهشی سازمان یافته انجام داد. همچنین این سؤال که «آیا یادگیری این دو مهارت تأثیر متفاوتی بر بهزیستی روان شناختی زنان مهاجر افغانی دارد؟» مورد بررسی قرار گرفت.

## ۲. شیوه اجرای پژوهش

### ۲-۱. روش پژوهش

این پژوهش به روش نیمه آزمایشی انجام شد که از منظر هدف، کاربردی است و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آماری و استنباطی شد و آزمون فرضیه با روش تحلیل کوواریانس یک متغیره و چندمتغیره و نرم‌افزار آماری SPSS صورت گرفت.

### ۲-۲. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مجرد (۱۸ الی ۳۰ سال) افغانی ساکن مجتمع خوابگاهی مهاجران تحت حمایت دفتر آیت‌الله آصفی در سال ۱۳۹۴ در شهر قم به تعداد ۱۱۰ نفر بود که تعداد ۴۵ نفر از آنها با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. سپس به روش تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفره (۱۵ نفر در گروه آموزش پذیرش - تعهد، ۱۵ نفر در گروه آموزش مهارت‌های زندگی و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگزین شدند؛ گروه آزمایشی اول برنامه آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد را شش جلسه دریافت کردند، گروه آزمایشی دوم برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی (معرفی شده توسط سازمان جهانی بهداشت) را به مدت ده جلسه دریافت نمودند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. پس از اجرای پیش‌آزمون، آموزش‌ها همزمان با هم شروع شد و پس‌آزمون، همزمان با هم و پس از گذشت سه هفته از آخرین آموزش، از هر سه گروه جمع‌آوری شد.

### ۲-۳. ابزار پژوهش

#### ۲-۳-۱. پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی

این مقیاس راریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود، ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد شد که ریف نسخه ۸۴ سؤالی را به پژوهشگران پیشنهاد می‌کند. (بیانی، کوچکی، و بیانی، ۱۳۸۷، ریف (۱۹۹۸) معتقد است که نسخه ۸۴ سؤالی این آزمون در مقایسه با سایر نسخه‌ها قابلیت بیشتری در تعیین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دارد (میکائلی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر نسخه ۸۴

سؤال‌ی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس داری شش خرده مقیاس است که عبارتند از: پذیرش خود؛ رابطه مثبت با دیگران؛ خودپیروی، استقلال و خودمختار بودن؛ غلبه بر محیط؛ هدفمندی در زندگی و رشد شخصی. ضریب پایایی این پرسش‌نامه در ایران با روش بازآزمایی ۸۲٪ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۷۱٪، ۷۷٪، ۷۸٪، ۷۷٪، ۷۰٪، ۷۸٪ می‌باشد که از نظر آماری معنی‌دار است (بیانی، ۱۳۸۷).

#### ۲-۴. ملاک ورود آزمودنی‌ها به پژوهش

انتخاب مهاجرین زن افغانی در فاصله سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، مجرد بودن همه آزمودنی‌ها، محروم بودن همه آزمودنی‌ها از نعمت پدر، اسکان همه آزمودنی‌ها همراه با خانواده‌شان در مجتمع مسکونی ویژه مهاجرین، توانایی خوب خواندن و خوب نوشتن زبان فارسی (حداقل سطح تحصیلی آخرین دوره ابتدایی)، نداشتن اختلال روانپزشکی و نداشتن اختلال جسمی بارز از ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش بود.

#### ۳. یافته‌های پژوهش

##### جدول شماره ۱: شاخص‌های آمار توصیفی زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی

متغیرها	زمان اندازه‌گیری	گروه کنترل		گروه تعهد و پذیرش		گروه مهارت‌های زندگی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش خود	پیش آزمون	۵۵،۱	۵،۴	۴۹،۹	۵،۶	۴۸،۴	۸،۱
	پس آزمون	۵۴،۶	۶،۲	۴۹،۳	۶،۴	۵۳،۳	۸،۰
ارتباط مثبت با دیگران	پیش آزمون	۵۶،۷	۶،۱	۵۳،۷	۶،۱	۵۱،۷	۷،۶
	پس آزمون	۵۳،۹	۶،۸	۵۵،۱	۷،۴	۵۴،۲	۵،۴
خودمختاری	پیش آزمون	۵۶،۲	۵،۷	۴۹،۷	۶،۴	۵۵،۱	۹،۲
	پس آزمون	۵۲،۳	۵،۹	۴۹،۷	۵،۵	۵۷،۰	۷،۰
تسلط بر محیط	پیش آزمون	۵۴،۳	۸،۱	۵۱،۰	۵،۲	۵۲،۵	۹،۱
	پس آزمون	۵۴،۵	۵،۸	۵۳،۱	۷،۴	۵۵،۳	۵،۹
زندگی هدفمند	پیش آزمون	۵۱،۴	۷،۶	۵۰،۳	۶،۲	۴۸،۸	۱۰،۳
	پس آزمون	۵۱،۴	۶،۳	۵۰،۱	۷،۷	۵۲،۱	۵،۸

۹,۷	۵۳,۳	۷,۱	۵۳,۳	۸,۰	۵۶,۲	پیش آزمون	رشد شخصی
۵,۵	۵۸,۳	۷,۹	۵۵,۱	۵,۶	۵۴,۵	پس آزمون	
۴۰,۰	۳۰۹,۹	۲۱,۴	۳۰۷,۸	۲۶,۲	۳۲۹,۹	پیش آزمون	نمره کل بهبودی روان شناختی
۱۹,۹	۳۳۰,۱	۲۳,۵	۳۱۲,۳	۲۴,۸	۳۲۱,۳	پس آزمون	

با توجه به جدول «شماره ۱» نمرات میانگین پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایشی تفاوت فاحش با یکدیگر دارد در حالی که در گروه کنترل تفاوت فاحشی در این مورد مشاهده نشد.

### جدول شماره ۳: بررسی مفروضه همگن بودن شیب‌های رگرسیون متغیر وابسته

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین خطا	F	سطح معنی داری
گروه	۱۶۴۱,۷۱۲	۲	۸۲۰,۸۵۶	۱,۸۱۰	۰,۱۷۷
پیش آزمون	۳۸۵۴,۴۱۹	۱	۳۸۵۴,۴۱۹	۸,۵۰۱	۰,۰۰۶
تعامل گروه×پیش آزمون	۱۴۹۷,۵۷۶	۲	۶۴۸,۷۸۸	۱,۴۳۱	۰,۲۵۱
خطا	۱۷۶۸۳,۵۱۷	۳۹	۴۵۳,۴۲۴		

نتیجه آزمون لوین:  $F=0/701$ ؛ سطح معنی داری،  $F=42$ ؛ درجه آزادی مخرج،  $F=2$ ؛ درجه آزادی صورت،  $F=0/358$

مفروضاتی که برای استفاده از تحلیل کوواریانس باید مورد بررسی قرار گیرد عبارتند از: نرمال بودن توزیع، ثابت بودن واریانس و همگن بودن ماتریس کوواریانس و همگن بودن شیب خطوط رگرسیون. مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر با استفاده از آزمون شاپیرو و ویلک<sup>۱</sup> و آزمون کلموگروف اسمیرونوف<sup>۲</sup> بررسی شد که نشان داد در برخی از گروه‌ها توزیع متغیرهای تحقیق نرمال نیست، اما چون تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌ها با هم برابر بود، این تخطی از فرض نرمال بودن نادیده گرفته شد و تحلیل‌های پارامتریک انجام پذیرفت.

مطابق جدول «شماره ۳» سطح معنی داری آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، معنی دار نیست، ( $F=0/701$ ؛ سطح معنی داری و  $F=0/358$ ) بنابراین، فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. سطح معنی داری مربوط به تعامل گروه و پیش آزمون معنی دار نشد ( $F=0/251$ ؛ سطح معنی داری و  $F=1/431$ )؛ بنابراین، می‌توان گفت شیب خط‌های رگرسیون همگن و مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برای تحلیل کوواریانس

1. Shapiro-Wilk  
2. Kolmogorov-Smirnov

برقرار است.

جدول شماره ۴: آزمون اثرات بین آزمودنی (متغیر وابسته: نمره کل بهزیستی روان شناختی آزمودنی ها)

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مجذوراتا
پیش‌آزمون	۲۸۲۸,۹۰۸	۱	۲۸۲۸,۹۰۸	۶,۱۱۱	۰,۰۱۸	۰,۱۳۰
گروه	۲۵۳۲,۶۷۹	۲	۱۲۶۶,۳۴۰	۲,۷۳۵	۰,۰۷۷	۰,۱۱۸
خطا	۱۸۹۸۱,۰۹۲	۴۱	۴۶۲,۹۵۳			

هرچند که آموزش پذیرش - تعهد (به میزان کمتر) و آموزش مهارت‌های زندگی (به میزان بیشتر) بر گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل، سبب ارتقای نمره بهزیستی روان شناختی شد، با توجه به جدول «شماره ۴» نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، مقدار F مربوط به گروه معنی دار نشد ( $F = 0.077$ ) = سطح معنی داری و  $F = 2.735$ ) و تنها ۱۱/۸ درصد واریانس متغیر وابسته توسط گروه‌های آزمودنی تبیین شد ( $21 = 0.118$ ).

به عبارت دیگر پس از خارج کردن اثرات پیش‌آزمون، اختلاف معنی داری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در هر سه گروه، در پس‌آزمون وجود نداشت. بنابراین، فرضیه پژوهش حاضر رد شد. بر این اساس، بین این دو نوع آموزش، از نظر اثربخشی بر ارتقای بهزیستی روان شناختی تفاوت معنی داری وجود نداشت. همچنین بر خلاف افزایش میانگین نمره بهزیستی روان شناختی در پس‌آزمون گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، هیچ یک از دو نوع آموزش یعنی، آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش پذیرش - تعهد، تأثیر معناداری بر ارتقای نمره بهزیستی روان شناختی زنان مهاجر نداشتند.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

مهم‌ترین سؤالاتی که از تحلیل نتایج پژوهش حاضر در ذهن ایجاد می‌شود این است که چرا بین این دو شیوه آموزشی، تفاوت معناداری وجود ندارد، یا به عبارت دیگر چرا هر دو شیوه آموزشی مثل هم عمل کرده است؟ و سؤال دوم اینکه چرا هر دو شیوه آموزشی اثربخشی معناداری بر بهزیستی روان شناختی نداشت؟

تاکنون صدها نوع شیوه پیشگیرانه در روان‌شناسی ابداع شده است که برخی از آنها

مؤثرند و برخی بی‌تأثیر؛ متأسفانه در مورد تمامی مداخلات روانی موشکافی تجربی نشده است. در پژوهش حاضر نیز، هم در مورد نوع مداخله مورد پژوهش، هم ویژگی مورد مداخله و هم جامعه مورد تحقیق، شواهد پژوهشی یافت نشد که نشان دهنده تأثیر بیشتر یکی از این روش‌ها بر دیگری باشد و در مورد اثربخشی یا عدم اثربخشی یکی از این روش‌ها شواهد پژوهشی اندکی یافت شد.

شاید یک پاسخ منطقی به سؤال دوم این باشد که تنوع روش‌های پیشگیرانه، زیرساخت‌ها و بنیان‌های نظری و علمی این نوع روش‌ها، گاهی پژوهشگران را از نوع تأثیری که این روش‌ها بر افراد می‌تواند داشته باشد، غافل می‌کند. ممکن است عدم هم‌سویی مبانی نظری و علمی یک روش پیشگیرانه با نوع ویژگی روان‌شناختی که با این روش، مورد مداخله قرار می‌گیرد، سبب به دست آوردن نتایج منفی یا بی‌اثر در این مداخلات شود. اما روشن است که در بیشتر مواقع، نوع تأثیری که این روش‌ها می‌تواند داشته باشد، تا زمانی که به بوتله آزمون گذاشته نشود، مشخص نخواهد شد.

همچنین در پاسخ به سؤال اول می‌توان به گفته لمبرت و برگین (۱۹۹۴) توجه کرد. از نظر آنها یکی از تلویحات هم‌ارزی روش‌های مختلف پیشگیرانه و درمانی، آن است که شاید تغییرات مثبت حاصل از درمان و مداخله روان‌شناختی، نتیجه و محصول عامل مشترکی باشد که فراسوی مرزهای نظری و درمانی است. لمبرت و برگین، فهرستی از عوامل مشترک مطرح در فرایند زنجیره‌ای مثبت از یک روش درمانی یا پیشگیرانه را ارائه داده‌اند. از نظر آنها به طور کلی، عوامل حمایتی (مثل رابطه مثبت و اعتماد)، زمینه‌ساز بروز تغییر در عقاید و نگرش‌های افراد مورد مداخله و در نتیجه باعث تغییر رفتار (عوامل کنشی مثل مهارت پیدا کردن یا خطر کردن) می‌شود. (دستی، ۱۳۹۴)

می‌توان یکی دیگر از دلایل اثر یکسان روش‌های پیشگیرانه پژوهش حاضر را حاصل شباهت‌ها و هم‌پوشانی این روش‌ها دانست. هر دو روش سعی در تغییر شناخت دارند؛ تغییر شناختی که در پی ایجاد مثبت‌اندیشی نیست، بلکه به تفکر واقع‌بینانه گرایش دارد. هر دو روش پیشگیرانه، به صورت تجربی و غیرمستقیم سبب تغییر شناخت و به دنبال آن تغییر در ساختار فکری و عملکرد می‌شود.

تغییر شناختی در پذیرش - تعهد، با ذهن آگاهی ایجاد می‌شود به این صورت که فرد ترغیب می‌شود به تنش به عنوان یک چالش بنگرد نه یک تهدید، و افکارش را بدون قضاوت و داوری در مورد آن چالش بپذیرد. همچنین فرد می‌آموزد هرگاه افکار یا احساس منفی در وی ایجاد شد، اجازه دهد که افکار به همان صورت در ذهنش باقی بمانند. سپس الگوهایی برای مهارت‌های تمرکززدایی به فرد داده می‌شود و فرد از روش‌هایی برای پردازش اطلاعاتی که چرخه‌های فکر-خلق را تداوم می‌بخشد، استفاده می‌کند. (یوسفیان، و اصغری پور، ۱۳۹۲) در مهارت‌های زندگی، تغییر شناختی به این صورت ایجاد می‌شود که به افراد مهارت تفکر منطقی‌تر (تفکر خلاق، تفکر نقادانه، مقابله با هیجان‌های منفی) آموزش داده می‌شود و افراد می‌آموزند به طور آگاهانه با افکار منفی خود مقابله کنند (مهارت مهار هیجان‌های منفی، مقابله با استرس) و افکار کارآمد را جایگزین آن نمایند.

هدف از آموزش مبتنی بر پذیرش - تعهد، این است که به افراد کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را به صورت یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد افکارشان آگاه شوند و به جای پاسخ به آنها، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم است، بپردازند. در این روش، آموزش‌هایی مثل رهاسازی افکار منفی و جایگزینی «خود مشاهده‌گر» به جای «خود مفهوم‌سازی شده»، تقویت می‌شود. به فرد آموزش داده می‌شود که رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در پذیرش و تعهد، افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا بتوانند از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان با ذهن آگاهی، بیشتر پرداخته و آنها را به فعالیت‌های هدف-محور پیوند دهند. (رک، برنستetter، و همکاران، ۲۰۰۴)

دراکت طی مراحل آموزش پذیرش، به فرد آموزش داده می‌شود که ذهن آگاه باشد و لحظه به لحظه از حس‌های بدنی، افکار و هیجان‌های آگاه‌تر باشد؛ یعنی آنها را نه به شکل واقعیتی که قابل تغییر نیست، بلکه به صورت جنبه‌هایی از تجربه که در لحظه اکنون از آن آگاه می‌شود، بپذیرد و از آن عبور کند. (جعفری، صالحی، و محمدخوانی، ۱۳۹۳) در آموزش مهارت‌های زندگی نیز با آموزش خودآگاهی، فرد به ویژگی‌های جسمی، روانی، عاطفی



و افکار و به ویژه بر هیجانان خود در لحظه اکنون آگاهی می‌یابد (خنیفر، ۱۳۹۱، ناصری، ۱۳۸۸) و این آگاهی، اساس یادگیری دیگر مهارت‌های زندگی است؛ چراکه برای مثال تا شخص در لحظه اکنون نتواند هیجان ناشی از موقعیت اضطراب‌آور را شناسایی کند، نمی‌تواند رفتاری متناسب با اجتناب از اضطراب، داشته باشد.

روش پذیرش - تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید دارد؛ یعنی مهارت‌هایی را به فرد می‌آموزد که به فرد کمک کند هنگام مواجه شدن با چالش‌ها و مشکلات زندگی، از شیوه‌های ناکارآمد قبلی که همواره بر آن پافشاری کرده و سبک رفتاری فرد را تشکیل داده است، دست بکشد و به با انعطاف بیشتر شیوه‌های جدید حل مشکلات را مورد آزمون قرار دهد. (رک: فلکسمن، بلک‌لج، و باند، ۱۳۹۴؛ ایزدی، و عابدی، ۱۳۹۳) مهارت‌های زندگی نیز با آموزش روش تصمیم‌گیری، حل مسئله، تفکر خلاق، تفکر نقادانه و مهار هیجانان، مقابله با استرس و مهارت‌های ارتباطی، انعطاف‌پذیری را به فرد آموزش می‌دهد تا بتواند در مواجهه با چالش‌ها، راه‌حل‌های مختلف را شناسایی کرده، مورد نقد قرار دهد، بهترین راه‌حل را انتخاب نماید و برای اجرای آن تصمیم‌گیری کند و تا رسیدن به نتیجه مطلوب و کارآمد، این چرخه را تکرار نماید (انعطاف داشتن).

با مقایسه دو شیوه پیشگیرانه مهارت‌های زندگی و مهارت پذیرش - تعهد، مشاهده شد که این دو روش با تفکر و باورهای غیرمنطقی افراد سروکار دارد. هر دو روش با تغییر شناخت، سعی در کاهش آسیب حاصل از باورهای غیرمنطقی دارند. روش پذیرش و تعهد با نادیده گرفتن باورهای غیرمنطقی و پذیرش آن باورها به عنوان یک تجربه، نه یک واقعیت، این کار را انجام می‌دهد؛ و مهارت‌های زندگی با تکنیک‌های جایگزینی باورهای منطقی به جای باور غیرمنطقی این فرایند را تحقق می‌بخشد. بنابراین، همپوشانی این دو شیوه سبب تأثیر یکسان و مشابه آنها در گروه‌های آزمایش شد.

اینکه چرا این دو روش با توجه به پشتوانه نظری و عملی از نظر ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سبب ارتقای معنی‌دار بهزیستی روان‌شناختی در زنان مهاجر افغانی نشده است، می‌تواند دلایل متفاوتی محتمل بود که از جمله می‌توان به تعریف روان‌شناسی مثبت‌نگر از بهزیستی روانی و تفاوت آن با بهداشت روانی اشاره کرد.

روان‌شناسی قرن بیستم بیشتر بر هیجانات منفی مثل اضطراب و افسردگی تمرکز یافته بود و هدف مطالعات روان‌شناختی آنها نیز آن بود که بیماری‌های روانی و درمان آنها و نیز پیشگیری از بروز این بیماری‌ها را مورد بحث قرار دهد و اغلب، جنبه‌های مثبت سلامت روان نادیده گرفته می‌شد. همچنین الگوهای سلامت نیز به طور عمده برویژگی‌های منفی تأکید دارد و در آنها ابزارهای اندازه‌گیری سلامت اغلب با مشکلات بدنی (تحریک، درد، خستگی، و اختلالات خواب)، مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، نگرانی) و مشکلات اجتماعی (ناتوانی در ایفای نقش اجتماعی، مشکلات زناشویی) سروکار دارد (ریف، ۱۹۹۸، به نقل از: بیانی، گودرزی، و کوچکی، ۱۳۸۷) که به تبع آن، برنامه‌های پیشگیرانه سلامت روان نیز برای جلوگیری از بروز بیماری‌های روانی تدوین شده‌اند. در حالی که بهزیستی روان‌شناختی یا بهداشت روانی مثبت، دارای اهمیت مثبت عملکردی و مفهومی چند بعدی است که علاوه بر بیماری و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در بر می‌گیرد (لارسون، ۱۹۹۱، به نقل از حاتملویی سعداآبادی، و هاشمی نصرت‌آبادی، ۱۳۹۱).

از این رو، با پیدایش و گسترش روان‌شناسی مثبت‌نگر، نگرش در مورد اختلالات و رفتارها از چارچوب پزشکی و تک‌عاملی خارج شد. به این دلیل در اصلاح و درمان و همچنین تغییر رفتارها باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی، گسترش توانمندی‌ها، ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود (سلیگمن، و میهالی، ۲۰۰۰، به نقل از قاسمی، کجیاف، و ربیعی، ۱۳۹۰) از این رو، مهارت‌های آموزش داده شده به افراد نیز باید قادر باشد توانمندی‌هایی را در فرد ایجاد نماید که برخلاف بیماری عمل کند، بهداشت روانی فرد را ارتقا دهد و در مرحله بعد احساس مثبت و رضامندی عمومی از زندگی در حوزه‌های مختلف ایجاد کند و در نهایت بهزیستی روان‌شناختی فرد را افزایش دهد. بر این اساس، می‌توان گفت چون زیرساخت‌های روانی رسیدن و دستیابی به بهزیستی روان‌شناختی چند بعدی است، ارتقای بهزیستی روان‌شناختی نیز آموزش مجموعه‌ای از مهارت‌ها در ابعاد متفاوت را بر روی «یک گروه» از افراد می‌طلبد.

با دقت در عناوین و موضوعات پژوهش‌هایی که اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی یا آموزش پذیرش - تعهد در آن مورد تأیید قرار گرفته است، این نتیجه حاصل می‌شود که این

دو شیوه آموزشی در بهبود رفتارهایی مؤثر بوده‌اند که یا بر بیماری تمرکز دارد یا بر رفتارهایی که منجر به ایجاد اختلال در فرد می‌شود.

مدل تغییر رفتار مبتنی بر پذیرش و تعهد، در دامنه گسترده‌ای از مشکلات کاربردی و حیطه‌های تحولی، نتایج مثبتی به دست آورده است. شواهد مبتنی بر پیامدها و فرآیندهای درمانی پیشنهاد می‌کند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان مدل زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد، مدل یکپارچه‌ای از تغییر رفتار و تحول فردی فراهم می‌کند که تناسب خوبی با مفروضه‌های بنیادی روان‌شناسی مشاوره دارد. (هیز، پیسترولو، و لوین، ۲۰۱۲)

نکته قابل توجه در پژوهش عباسی، محمودیان و رضوان‌فر (۱۳۹۲) که اثربخشی آموزش پذیرش-تعهد را بر بهزیستی روان‌شناختی مورد تأیید قرار داده است، این می‌باشد که جامعه آماری این پژوهش، دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی می‌باشند. اختلال ریاضی سبب ایجاد طیفی از مشکلات اجتماعی، عاطفی و تحصیلی می‌شود (فریلیچ، و شتمن، ۲۰۱۰ به نقل از زربانی، و همکاران، ۱۳۹۲) که این موضوع، سبب کاهش نمره بهداشت روانی این دانش‌آموزان می‌گردد. نکته مهم دستارود پژوهشی ایشان، این است که آموزش پذیرش-تعهد علاوه بر بهزیستی روان‌شناختی بر «سازگاری» این دانش‌آموزان نیز مؤثر بوده و سبب ارتقای قابل توجه سازگاری آنان شده است. شاید افزایش بهزیستی روان‌شناختی در این جامعه آماری، ناشی از افزایش سازگاری این افراد باشد. چنانچه در همین پژوهش، نشان داده شده است که آموزش پذیرش-تعهد، در مقایسه با آموزش تنظیم هیجان، در افزایش سازگاری دانش‌آموزان موفق‌تر از افزایش بهزیستی روان‌شناختی بوده است. به عبارت دیگر، ارتقای بهزیستی روان‌شناختی این دانش‌آموزان با آموزش پذیرش-تعهد، می‌تواند به واسطه افزایش سازگاری آنها باشد.

بروان و رایان (۲۰۰۳) نیز اثربخشی پذیرش-تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، سازگاری، استرس و اضطراب را مورد پژوهش قرار داده‌اند؛ یعنی جامعه آماری ایشان نیز افراد دارای اختلال یا متمرکز بر رفتارهای ایجادکننده اختلال بوده است. بنابراین، در تحقیق ایشان

1. Hayes, S.C., Pistorello, J., & Levin, M.E.

نیز نمی توان نقش واسطه‌ای سازگاری را بر ارتقای بهزیستی روان شناختی نادیده گرفت. پژوهش نکویی (۱۳۹۱) و حسنی (۱۳۹۲) که هر دو بر جامعه دانشجویان انجام شده است، اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهزیستی روان شناختی و سازگاری اجتماعی دانشجویان را تأیید کرده است که در آنها نیز تأثیر بیشتر بر سازگاری نشان داده شده است. به نظر می‌رسد در این پژوهش‌ها نیز ارتقای سازگاری می‌تواند سبب ارتقای بهزیستی روان شناختی شده باشد.

در تحقیق رحیمی (۱۳۹۲) نقش واسطه‌ای آموزش مهارت‌های زندگی به مادران کودکان عقب مانده، بر بهزیستی روان شناختی فرزندان آنها مورد تأیید قرار گرفته است؛ یعنی اثربخشی واسطه‌ای و غیرمستقیم آموزش مهارت‌های زندگی بر بهزیستی روان شناختی مورد تأیید قرار گرفته است. در حالی که پژوهش صفارشوق (۱۳۹۲) که اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهزیستی روان شناختی مادران کودکان عقب مانده را مورد بررسی قرار داده است، حاکی از عدم اثربخشی مهارت‌های زندگی بر ارتقای معنی‌دار بهزیستی روان شناختی این مادران است.

از جمله محدودیت‌هایی که در پژوهش حاضر مشاهده شد می‌توان به عدم وجود پیشینه تحقیقاتی قابل توجه چه در داخل و چه در خارج از کشور در موضوع و جامعه مورد پژوهش اشاره کرد. هیچ پژوهشی که اثربخشی هر یک از این دو مهارت را بر بهزیستی روان شناختی مهاجرین مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد. این محدودیت، از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش بود که امکان مقایسه دقیق نتایج را فراهم نیاورد.

طی مصاحبه‌های بالینی که با افراد نمونه صورت گرفت، این نتیجه به دست آمد که همه این افراد در دورانی از گذشته خود به طور مستقیم با مسئله مرگ یکی از عزیزان روبه‌رو بوده، فقر شدید را چشیده و بی‌خانمانی ناشی از بحران‌های سیاسی کشور افغانستان و جنگ‌های داخلی این کشور را تجربه نموده‌اند. همچنین با نامنی ناشی از نداشتن شغل ثابت و عدم امکان اقامت دایم در ایران دست و پنجه نرم می‌کنند. این ویژگی‌ها و ویژگی‌های خرده فرهنگ فقر که گریبانگیر مهاجرین می‌شود و در کنترل پژوهش‌گرنیست، می‌تواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین عدم حضور مهاجرین مرد در

پژوهش حاضر از دیگر محدودیت‌ها بود که امکان مقایسه این دو شیوه آموزشی بین زنان و مردان مهاجر را فراهم نیاورد. با توجه به برخی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مهاجرین مثل عدم اسکان دائم یا طولانی آنها در یک نقطه از شهر یا حتی در یک نقطه از کشور به دلیل نداشتن شغل ثابت، امکان پیگیری بعدی را سلب نمود و به دلیل محدود بودن جامعه آماری این پژوهش، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

با توجه به اینکه بیشتر نتایج به دست آمده در مورد اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش پذیرش - تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی بر روی جمعیت‌های بهنجار صورت نگرفته است، پیشنهاد می‌شود، برای به دست آوردن نتایج قابل تعمیم در مورد اثربخشی این مهارت‌ها بر بهزیستی روان‌شناختی، تحقیقاتی بر روی جمعیت‌های بهنجار در سنین مختلف و بر روی هر دو جنس و نیز در جوامع آماری گوناگون انجام شود.

برای به دست آوردن نتایج بهتر در مورد عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی جمعیت‌های بهنجار، پیشنهاد می‌شود، اثربخشی انواع مهارت‌ها مثل مهارت تاب‌آوری، مهارت‌های مبتنی بر افزایش کیفیت زندگی، تنظیم هیجان‌ها، مهارت‌های مبتنی بر دیدگاه واقعیت‌درمانی، مهارت‌های افزایش هوش معنوی و هوش هیجانی و... نیز مورد بررسی قرار گیرد؛ چرا که در طی انجام این پژوهش، تحقیقاتی با این موضوعات نیز کمتر یافت شد.

#### فهرست منابع

۱. احدی، مصطفی، مرادی، علیرضا، و حسینی، جعفر (۱۳۹۴). بررسی حافظه شرح حال در نوجوانان مهاجر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. نشریه اندیشه و رفتار، ۲۴ (۹)، ۷۷-۸۶.
۲. احمدی، حبیب، و ایمان، محمدتقی (۱۳۸۳). فرهنگ فقر، حاشیه‌نشینی و گرایش به رفتار بزهکارانه در میان جوانان حاشیه‌نشین ده پیاله شیراز. نشریه جامعه‌شناسی کاربردی، ۱۹ (۱۵)، ۹۹-۱۱۸.
۳. امامی، پویا (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های خرده فرهنگ فقر با تأکید بر مداخله به روش تثبیت هدف در زندگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی. پردیس دانشگاه علامه طباطبائی. تهران.
۴. امیری، عبدالحسین، فلاح، سمیرا، اسفندیاری، حجت، و غلامی، مهنا (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی و سازگاری اجتماعی همسران جانباز. نشریه زبان و خانواده، ۳۰ (۹)، ۱۳۹-۱۴۷.
۵. ایران دوست، فروزان، نشاط دوست، حمیدطاهر، و نادری، محمدعلی (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی زنان مبتلا به درد. نشریه علوم رفتاری، ۱۰ (۸)، ۸۹-۹۶.
۶. ایزدی، راضیه (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علائم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان. رساله دکتری روان‌شناسی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

- دانشگاه اصفهان.
۷. ابزیدی، راضیه، و عابدی، محمد رضا (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. اصفهان: انتشارات جنگل.
  ۸. برزگر، هانیه (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر سازگاری زناشویی همسران معتاد شهرستان بجنورد. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی. دانشگاه علم و فرهنگ. تهران.
  ۹. بقولی، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش شدت علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار. رساله دکتری روان شناسی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.
  ۱۰. بهادری خسروشاهی، جعفر، و هاشمی نصرت آباد، تورج (۱۳۹۱). رابطه اضطراب اجتماعی، خوش بینی و خودکارآمدی با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان. نشریه پزشکی ارومیه، ۱۰ (۲)، ۹۱-۱۱۵.
  ۱۱. بیانی، علی اصغر،، گودرزی، حسنییه، و کوچکی، عاشورمحمد (۱۳۸۷). رابطه ابعاد بهزیستی روان شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر. نشریه دانش و پژوهش در روان شناسی، ۳۵ و ۳۶ (۹)، ۱۵۳-۱۶۴.
  ۱۲. پورشریفی، حمید،، بهرامی، احسان، و طایفه تبریزی، رقیه (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی آموزش کوتاه مدت مهارت های زندگی. نشریه روان شناسی معاصر، ۱ (۱)، ۴۰-۴۷.
  ۱۳. پورفرج، عمران مجید (۱۳۹۱). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. نشریه دانش و تندرستی، ۲ (۶)، ۱-۵.
  ۱۴. پیرمردیان، رضیه،، رضایی، مریم،، پیرمردیان، حجت،، پیرمردیان، معصومه،، و پیرمردیان، هاجر (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر کیفیت زندگی و سلامت روان دانشجویان در آستانه ازدواج دانشگاه پیام نور شهرستان سمیرم. اولین کنگره فرهنگ و اندیشه دینی. بوشهر: مرکز راهبردهای مهندسی فرهنگی.
  ۱۵. تودر، کیت (۱۳۸۲). ارتقای سلامت روان، یارادایم ها و برنامه ها، مترجم: خواجوی، مرتضی. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی.
  ۱۶. توسرکانی، علی (۱۳۹۳). مقایسه بهزیستی روان شناختی، نظام باورها و خودبازداری در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید بهشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی. دانشگاه شهید بهشتی.
  ۱۷. جعفری، داوود،، صالحی، مهدیه، و محمدخانی، پروانه (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با درمان فعال سازی رفتاری در کاهش علائم، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی. نشریه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۴ (۲۰)، ۲۷۹-۳۰۸.
  ۱۸. جمشیدی ها، غلامرضا، و عنبری، موسی (۱۳۸۳). تعلقات اجتماعی و اثرات آن بر بازگشت مهاجرین افغانی. نشریه نامه علوم اجتماعی، ۳ (۱۱)، ۴۳-۶۸.
  ۱۹. حاتم لویی سعدآبادی، منیره، و هاشمی نصرت آبادی، تورج (۱۳۹۱). مقایسه بهزیستی روان شناختی و رضامندی زناشویی در گروهی از زنان بارور و نابارور شهر تبریز. نشریه روان شناسی سلامت، ۱ (۱)، ۱۷-۲۸.
  ۲۰. حسنی، محمد (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی در خوابگاه بر سازگاری اجتماعی و بهزیستی روانی دانشجویان پسر دانشگاه آمل. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد آمل.
  ۲۱. حسینیایی، علی،، احدی، حسن،، فتی، لادن،، حیدری، علیرضا، و مظاهری، محمد مهدی (۱۳۹۱). تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی. نشریه روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۲ (۱۹)، ۱۰۹-۱۲۰.
  ۲۲. حسینی پور، فهیمه سادات (۱۳۹۱). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر علائم سوگ و اختلال استرس پس از سانحه دختران نوجوان داغ دیده مهاجر افغانی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی. دانشگاه اصفهان.
  ۲۳. خنیفر، حسین، و پورحسینی، مزده (۱۳۹۱). مهارت های زندگی. قم: نشر هاجر.
  ۲۴. دشتی، سهیلا (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و اثربخشی معنادارانی بر فرسودگی شغلی، استرس شغلی، اضطراب و میزان تحمل مراقبین افراد کم توان ذهنی و جسمی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات مرکزی. اراک.
  ۲۵. رجبی، ساجده، و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. نشریه روان شناسی بالینی، ۱ (۶)، ۲۹-۳۸.
  ۲۶. رحیمی، مهتاب (۱۳۹۲). آموزش اثربخشی آموزش مهارت های زندگی مادران با سازگاری اجتماعی و بهزیستی روان شناختی دانش آموزان کم توان ذهنی. پایان نامه کارشناسی روان شناسی. دانشگاه پیام نور. شهر ری.
  ۲۷. رضازاده، مرضیه (۱۳۹۰). تأثیر آموزش مهارت های زندگی با تأکید بر حل مسئله بر شادکامی و کیفیت زندگی



- مراجعی به خانه‌های سلامت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه پیام نور، واحد قم.
۲۸. روزنهان، دیوید. ال. و سلیگمن، مارتین. ای. پی (۱۳۹۰). *آسیب‌شناسی روانی*. مترجم: سیدمحمدی، یحیی. تهران: نشر ارجمند.
۲۹. شجاعی، احمد. و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش مهارت هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امام خمینی (ره) شهرستان اردبیل. *نشریه روان‌شناسی مدرسه*، ۱۰(۴)، ۱۰۴-۱۲۱.
۳۰. شکری، امید. دستجردی، رضا. دانشورپور، زهره. غنایی، زیبا. زین‌آبادی، حسن رضا. و گراوند، فریبرز (۱۳۸۷). تفاوت‌های جنسیتی در مقایسه بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دانشگاه‌های دولتی شهر بیرجند در سال تحصیلی ۱۳۸۴-۱۳۸۵. *نشریه علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۳(۱۵)، ۵۴-۶۲.
۳۱. صادقی، رسول (۱۳۸۸). ویژگی‌های جمعیتی مهاجران خارجی در ایران در سرشماری ۱۳۸۵. *نشریه گزیده مطالب آماری*، ۱۰(۲۰)، ۳۷-۴۱.
۳۲. صفارشورق، شهرزاد (۱۳۹۲). *تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهزیستی روان، راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه پیام‌نور. واحد تهران جنوب.
۳۳. عباسی، مسلم. محمودیان، حسن. و رضوان‌فر، شیرین (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی دو روش آموزشی پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. *نشریه پژوهش در آموزش*، ۱(۱)، ۲۳-۳۳.
۳۴. عطادخت، اکبر. نوروزی، حمید. و غفاری، عذرا (۱۳۹۲). تأثیر آموزش حل مسئله اجتماعی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری کودکان دارای اختلال یادگیری. *نشریه ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۳)، ۹۲-۱۰۸.
۳۵. علاء‌الدینی، پویا. و امامی، یحیی (۱۳۸۴). جهانی شدن، مهاجرت و فقر در ایران. *نشریه رفاه اجتماعی*، ۱۸(۲)، ۱۶۹-۲۰۰.
۳۶. فتحی مظفری، رسول. و علیزاده، گلاویز (۱۳۹۵). بررسی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف در نهج البلاغه. *نشریه پژوهش‌های نهج البلاغه*، ۱۴(۴)، ۵۵-۷۲.
۳۷. فلکسمن، پل. ا. ا. بلک‌لج، ج. ت. و باند، فرانک (۱۳۹۴). *تندآموز درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی*. مترجم: میرزایی، مصلح. و نونهال، سامان. تهران: انتشارات کتاب ارجمند.
۳۸. قاسمی، نظام‌الدین. کجباف، محمدباقر. و ربیعی، مهدی (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. *نشریه روان‌شناسی بالینی*، ۲(۳)، ۲۳-۳۴.
۳۹. قندهاری، لیلیا (۱۳۹۲). *اثربخشی گروه‌درمانی معنوی- مذهبی بر افزایش عزت نفس و معنویت دانشجویان مهاجر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.
۴۰. کشاورز، صدیقه (۱۳۹۱). *بررسی رابطه سبک زندگی و امید به زندگی با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان آموزش و پرورش شهرستان داراب*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد مرودشت.
۴۱. کلانتری، مهرداد. اسماعیلی، مریم (۱۳۹۴). الگوی تحول در روان‌شناسی. *نشریه تحول در علوم انسانی*، ۴(۳)، ۱۱۸-۸۷.
۴۲. کمالی خورگو، حمیدرضا (۱۳۹۲). *بررسی رابطه بین مهارت‌های زندگی، بهزیستی روان‌شناختی با سازگاری زوجین شهر بندرعباس*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه هرمزگان.
۴۳. مهرابی‌زاده هنرمند، جمهری، فرهاد. و شیخ‌حسین، آیین (۱۳۹۲). تأثیر آموزش یوگا بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی کارکنان مرد در شرف بازنشستگی یک شرکت صنعتی بزرگ در شهر اهواز. *نشریه یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۲۶(۸)، ۲۳-۳۸.
۴۴. میکائیلی، زهرا (۱۳۸۹). *بررسی ساختار عاملی بهزیستی روان‌شناختی ریف در بین دانشجویان دانشگاه ارومیه*. *نشریه روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ۱۸(۵)، ۱۴۵-۱۶۷.
۴۵. میلانی‌فر، بهروز (۱۳۹۲). *بهداشت روانی*. تهران: نشر قومس.
۴۶. ناصری، حسین (۱۳۸۸). *مهارت‌های زندگی*. تهران: معاونت امور فرهنگی سازمان بهزیستی کشور.
۴۷. نجفی، محمود. بیگدلی، ایمان‌الله. دهشیری، غلامرضا. رحیمیان بوگر، اسحاق. و طباطبایی، موسی (۱۳۹۱). نقش مهارت‌های زندگی در پیش‌بینی سلامت روان دانش‌آموزان. *نشریه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱(۳)، ۱۰۱-۱۱۶.
۴۸. نریمانی، محمد. عباسی، مسلم. و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۲). *مقایسه آموزش پذیرش و تعهد با آموزش*



تنظیم هیجان بر سازگاری دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. نشریه ناتوانی‌های یادگیری، ۳ (۲)، ۱۵۴-۱۷۶.

۴۹. نریمانی، محمد.، علمداری، الهه.، و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان ناباور. نشریه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳ (۴)، ۳۸۷-۴۰۴.

۵۰. نریمانی، محمد.، یوسفی، فاطمه.، و کاظمی، رضا (۱۳۹۳). نقش سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری. نشریه ناتوانی‌های یادگیری، ۴ (۲)، ۱۲۴-۱۴۲.

۵۱. نقوی، اعظم (۱۳۹۴). تعارضات زناشویی بعد از مهاجرت و موانع اجتماعی رفتار کمک‌خواهی از دیدگاه زنان مهاجر ایرانی ساکن استرالیا. نشریه زن و جامعه اسلامی، ۲ (۶)، ۴۱-۶۶.
۵۲. نکویی، حسین (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی دانشجویان متأهل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی گالکش. واحد رودهن.
۵۳. هومن، حیدرعلی.، گنجی، کامران.، و امیدفر، احمد (۱۳۹۲). فراتحلیلی مطالعات اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی. نشریه روان‌شناسان تحولی- روان‌شناسان ایرانی، ۳۷ (۱۰)، ۱-۳۶.
۵۴. یوسفی، رحیم.، صفاری، ملیحه.، و ادهمیان، الهام (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر پریشادگری و انسجام خانواده دانش‌آموزان. نشریه پژوهش‌های کاربردی در روان‌شناسی تربیتی، ۱ (۱)، ۴۰-۵۱.
۵۵. یوسفیان، فهیمه.، و اصغری پور، نگار (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان گروهی شناختی- رفتاری بر عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر. نشریه اصول بهداشت روانی، ۳ (۱۵)، ۲۰۵-۲۱۵.
56. Branstetter, A. D., Wislon, K. G., Hildebrandt, M., & Mutch, D. (2004). Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. *Paper presented at the association for advancement of behavior therapy*, 2 (1), 24-38.
57. Brown, K.W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (22), 822-848.
58. Davies, C. D., Niles, A. N., Pittig, A., Arch, J.J., & Craske, M. G. (2015). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 35-43.
59. Gratz, K.L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37 (1), 25-35.
60. Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., & Kohlenberg, B. S. (2006). The impact of acceptance and commitment training on stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behav Ther*, 35 (8), 21-36.
61. Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *Counseling Psychologist*, 40 (7), 976-1002.
62. Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, R. J., & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for Women Diagnosed With Binge Eating Disorder: A Case-Series Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22 (3), 367-378.
63. Junkin, S. E. (2007). Yoga and self-esteem: exploring change in middle-age women. A Thesis Submitted to the College of Graduate Studies and Research in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in the College of Kinesiology. *University of Saskatchewan Saskatoon August*, 2 (1), 72-76.
64. Lou, Ch. H., Wang, X. J., Tu, X., & Gao, E. (2008). Impact of Life Skills Training to Improve Cognition on Risk of Sexual Behavior and Contraceptive Use among Vocational School Students in Shanghai, China. *Journal of Reproduction &*

- Contraception*, 98, 239- 251.
65. Molavi, P., Mikaeili, N., Rahimi, N., & Mehri, S. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Reducing Anxiety and Depression in Students with Social Phobia. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 14 (4), 412- 423.
  66. Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (3), 397-416 .
  67. Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18 (4), 577-587.
  68. Yankey, T., & Biswas, U. N. (2011). Life Skills Training as an Effective Intervention Strategy to Reduce Stress among Tibetan Refugee Adolescents. *Journal of refugee studies*, 25 (4), 514-523.
  69. Zeidan, F. (2010). Acceptance and Commitment Training meditation improves cognition. *Evidence of brief The Guilford Press*, 12 (1), 31- 40.
  70. Sepulveda, A. R., Lopez, C., Macdonald, P., & Treasure, J. (2008). Feasibility and acceptability of DVD and telephone coaching- based life skills training for carer of people with on eating disorder. *International journal of eating disorders*, 41 (4), 318-325.

