

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر کیفیت
زندگی و امید به زندگی در زنان افسرده خانه‌دار

The Effectiveness of Compassion-Enriched Acceptance and
Commitment Therapy on Quality of Life and Life Expectancy in
Depressed Housewives

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۲۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۱۸

S. Azarbayejani., Z. Sadeghi Afjeh., N. Ghanbari

سحر آذربایجانی^۱، زهره صادقی افجه*^۲، نسرين قنبری^۳

Abstract

Aim: The present study aimed to evaluate the effectiveness of compassion-enriched acceptance and commitment therapy on quality of life and life expectancy in housewives. **Methods:** The research was a quasi-experimental study that was conducted by the pretest-posttest method with a control group. The statistical population consisted of housewives in District 22 of Tehran. To determine the sample size among housewives, who visited the Neighborhood House and health house, we implemented the quality of life questionnaires (World Health Organization) and Snyder's Hope Scale (1991) for screening. Among those with higher scores (according to the cut-off point) in the test, we selected a research sample of 36 individuals using the random sampling

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان خانه‌دار بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است که با روش پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان خانه‌دار منطقه ۲۲ شهر تهران بودند. جهت تعیین حجم نمونه پژوهش از بین زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده به سرای محله و خانه سلامت پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی) و امید به زندگی (اسنایدر، ۱۹۹۱) جهت غربالگری اجرا و از بین کسانی که نمره بالاتری (طبق معیار نقطه برش) در این آزمون کسب کردند، نمونه پژوهشی به حجم ۳۶ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۸ نفر) جایگزین

مقاله حاضر اقتباس از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد پیشوا-ورامین، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد پیشوا-ورامین، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد پیشوا-ورامین، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران

method and put them into experimental and control groups (18 individuals per group). The members of the experimental group participated in eight 90-minute sessions in the compassion-enriched acceptance and commitment therapy sessions. At the end of the education, the questionnaires were re-implemented for both groups. We analyzed the data resulting from pretest-posttest using analysis of covariance. **Results:** Data analysis indicated that compassion-enriched acceptance and commitment therapy significantly increased quality of life ($P=0.001$, $F=91.65$) and hope ($P=0.001$, $F=15.41$) in the participants of the experimental group compared with the control group. **Conclusion:** The results indicated that compassion-enriched acceptance and commitment therapy increased quality of life and hope in housewives, indicating new horizons in clinical interventions; hence, it can be used as an effective intervention method to increase the quality of life and hope.

Keywords: Life hope; Acceptance and commitment; Compassion; Quality of life

شدند. اعضای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت شرکت کردند. پس از اتمام دوره آموزش، پرسشنامه‌ها مجدداً در مورد هر دو گروه اجرا شد. داده‌های حاصل از پیش‌آزمون - پس‌آزمون از طریق تحلیل کوواریانس تحلیل شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر کیفیت زندگی ($F=91/65$, $P=0/001$) و امید به زندگی ($F=15/41$, $P=0/001$) را در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش داده است. **نتیجه گیری:** بنا بر یافته‌های این مطالعه، روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت، سبب افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان خانه‌دار می‌شود و نمایانگر افق‌های تازه‌ای در مداخلات بالینی است و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی سود جست.

کلیدواژه‌ها: امید به زندگی، پذیرش و تعهد، شفقت، کیفیت زندگی

مقدمه

افسردگی^۱ یک بیماری روانی رایج است که موجب نقص عملکرد روانی، شغلی و جسمی می‌شود (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۰۹). بیش‌تر مطالعات تجربی درباره علل افسردگی، یک مدل استعداد-افسردگی را قبول دارند که در آن وقتی فاکتورهای خارجی استرس‌زا از منابع شخصی فرد برای فائق آمدن بر بیماری بیش‌تر می‌شوند، افراد آسیب‌پذیر افسرده می‌شوند (زیتل، راینز و هیز، ۲۰۱۱). پژوهش روی افسردگی، علاوه بر بررسی استعدادهای ژنتیکی، توجه بسیار زیادی به بررسی آسیب‌پذیری‌های شخصیتی داشته است (فدراسیون جهانی بهداشت روان، ۲۰۱۵). مخصوصاً ویژگی انتقاد از خود، معمولاً در رشد و حفظ افسردگی دخالت دارد. افرادی که از خود انتقاد می‌کنند بیش‌تر

احتمال دارد که افسرده شوند (رایس، ۲۰۱۰) و کمتر احتمال دارد که به درمان واکنش نشان دهند و بیش تر احتمال دارد که وقتی به درمان واکنش نشان می‌دهند دوباره افسردگی‌شان عود کند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). از این رو، پژوهش‌های ثنوری و تجربی نشان می‌دهد که حداقل دو پروسه بین فردی رابطه بسیار نزدیکی با انتقاد کردن از خود و افسردگی دارند: (۱) ناتوانی در تسلی دادن به خود و (۲) ناتوانی در مقاومت در برابر حمله به خود (گیلبرت، ۲۰۰۹). از آن رو، دستیابی به جامعه سالم، آشکارا درگرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن رابطه‌های مطلوب با یکدیگر است. از این رو سالم‌سازی اعضای خانواده در روابطشان بی‌گمان اثرهای مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت. هنگامی که کانون خانواده دربرگیرنده محیط سالم و روابط گرم و تعامل صمیمانه میان فردی باشد، می‌تواند موجب رشد و پیشرفت اعضای خانواده شود (چراغیان، حیدری، قدمی و زارعی، ۱۳۹۴). وجود یک ازدواج رضایت‌مندانه، محل تلاقی و تبادل احساسات و عواطف مثبت بین زوجین است و تشکیل خانواده بهنجار نقش مهمی در سلامت، کیفیت زندگی و بهزیستی کل جامعه دارد (نصیری، راجی و احمدی، ۱۳۹۲).

از این رو؛ زنان در خانواده نقش کلیدی در ایجاد فضایی گرم دارند. زنان که حدود نیمی از جمعیت جهان هستند، با احتساب فعالیت‌های بی‌مزد در خانه، ۵۵٪ کل کار جهان را انجام می‌دهند (وولین، گلین، کولدیتز، لی و کاواچی، ۲۰۰۷). سرشماری اخیر ایران نشان می‌دهد که سهم زنان از نیروی کار رسمی، ۱۱٪ است و در حال حاضر بالغ بر ۲ میلیون نفر زن شاغل و ۱۴ میلیون زن خانه‌دار در کشور وجود دارد (کرمان ساروی، منتظری و بیات، ۱۳۹۰). نتایج برخی مطالعات نشان دهنده آن است که زنان شاغل در تمام ابعاد کیفیت زندگی، میانگین نمره بیشتری نسبت به زنان غیرشاغل کسب نموده و به طور معناداری از نشاط و سلامت روانی مثبت‌تری برخوردارند (فتح‌اله زاده، رستمی و دربانی، ۱۳۹۵). در این خصوص پژوهش‌ها نشان می‌دهد، زنان خانه‌دار از کیفیت زندگی^۱ پایین‌تری برخوردارند که می‌تواند در روابط زناشویی تأثیرگذار باشد. از طرفی کیفیت زندگی در زندگی متأهلی، می‌تواند تأثیر زیادی بر استحکام روابط زناشویی داشته باشد (باروچ، کانکر و باسچ، ۲۰۱۲). کیفیت زندگی بنا بر تعریف سازمان جهانی بهداشت، درک فرد از موقعیت خود در زندگی در بستر فرهنگ، شبکه ارزشی جامعه، اهداف، انتظارات و معیارهای هر فرد است (علیزاده، محسنی، خانجانی و مومن‌آبادی، ۱۳۹۳). کیفیت زندگی احساس خوب بودن ناشی از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای فرد مهم است، تعریف شده است. این مفهوم یک درک کاملاً ذهنی و شخصی مبتنی بر خوشحالی یا رضایت فرد از عوامل مؤثر بر رفاه، عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی در

1. Quality of Life

جهت ارتقا یا حفظ توانایی فرد برای بهترین عملکرد و وضعیت ممکن است (فولادی و همکاران، ۱۳۹۲). مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی برآیندی از فشارهای روانی، حوادث زندگی، عوامل محیطی و اجتماعی از یک سو و برنامه‌هایی همچون بهداشت عمومی و منابع فردی (مانند شناخت، توان مقابله، احساس شایستگی، احساس امنیت، مهارت‌های سازشی، نظام باورهای اعتقادی- ارزشی باثبات و نظام حمایتی) از سوی دیگر است (ربانی خوراسگانی و کیانیپور، ۱۳۸۴).

یک پژوهش نیمه تجربی که به مطالعه تأثیر درمان‌های گروهی بر رضایتمندی زناشویی در زنان پرداخته نشان داده است که درمان‌های شناختی- رفتاری باعث افزایش رضایتمندی زناشویی، کاهش افسردگی زنان دارای مشکلات زناشویی، ایجاد نگرش‌های واقع‌گرایانه در حل تعارضات و افزایش کیفیت رابطه روانی- عاطفی زناشویی زنان می‌شود (امانی، یونسی و طالقانی، ۱۳۸۳). پژوهش دیگر نیز این نکته را نشان داده است که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در برابر استرس‌های خانوادگی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی موفقیت‌آمیز بوده است (شلمن، ۱۹۹۸). پوفایبول و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش خودکارآمدی و جرأت‌ورزی در زوجین می‌شود و در افزایش کیفیت زندگی و نیز در کاهش میزان پرخاشگری و خصومت بین شخصی زوجین تأثیر مثبت دارد. به نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزشی برای افزایش کیفیت زندگی و امید باید در برگیرنده عوامل مؤثر بر آن باشد و به افزایش رضایت در هر کدام از این ابعاد به پردازد. به‌منظور افزایش کیفیت زندگی و امید رویکردهای درمانی گوناگونی وجود دارد که از جمله می‌توان به درمان‌های موج سوم اشاره کرد. از این رو در طی دو دهه اخیر تعدادی از روان‌درمانی‌ها به‌عنوان موج سوم توسعه‌یافته‌اند که رفتار درمانی دیالکتیک^۱، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ (ACT)، طرحواره درمانی^۳، روان‌درمانی سیستم تحلیل شناختی - رفتاری^۴، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ و درمان فراشناختی^۶ از جمله این درمان‌ها هستند؛ به عبارت دقیق‌تر می‌توان گفت که درمان شناختی - رفتاری اصطلاحی فراگیر برای یک مجموعه کلی از درمان‌هاست و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از اشکال متعدد شناختی - رفتاری است (توهی، ۲۰۱۲). تفاوت عمده بین مداخله شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این است که پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف، ضمن تأکید بر اشتیاق نسبت به تجربه

1. Dialectical Behavior Therapy
2. Acceptance and Commitment Therapy
3. Schema Therapy
4. Analysis system of psychotherapy, cognitive - behavioral
5. Mindfulness-based cognitive therapy
6. Metacognitive therapy

نمودن همه هیجان‌ها و موقعیت‌ها (راهبردهای اولیه مبتنی بر پذیرش) تمرکز دارد (رایس، ۲۰۱۱) در حالی که پروتکل شناختی - رفتاری بر تکنیک‌ها و آموزش‌های روانی به منظور تغییر افکار و رفتارها (راهبردهای اولیه مبتنی بر تغییر) متمرکز است (وترل و همکاران، ۲۰۱۱).

درمان‌های مبتنی بر پذیرش به‌عنوان درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌شود بجای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش نامش را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد: آنچه خارج از کنترل شخصی‌ات است را بپذیر و عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد، متعهد باش. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند و عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلاف رویکرد درمان شناختی رفتاری سنتی، مستقیماً بر روی کاهش نشانگان عمل نمی‌کند، بلکه در عوض سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روان‌شناختی را هدف قرار می‌دهد و فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). اصول زیر بنایی آن شامل: ۱) پذیرش^۱ یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها ۲) عمل مبتنی بر ارزش^۲ یا تعهد توأم با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنی‌دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است. همین‌طور روش‌های زبانی و فرایندهای شناختی است در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی به شیوهایی که منجر به کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه^۳، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است (هیز و استروسهل، ۲۰۱۰). در این درمان به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد^۴ در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نا مؤثر کاهش یابد. به مراجع آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها)، به‌طور کامل بپذیرفت (هیز، پیسترلو و لوین، ۲۰۱۲). فرایند مرکزی درمان

1. Accept
2. Values-based action
3. Exposure -based
4. Psychological acceptance

مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شوند فرد هیجان‌ناامطوبع را بیشتر تحمل کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). به‌طور کلی درمانگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزه سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (بلوی، اولیور و موریس، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش در بررسی کاربردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داده است مداخلاتی که اجتناب تجربه‌ای (EA) را کاهش می‌دهند و به افراد برای شناخت و تعهد نسبت به پیگیری اهداف ارزشمند کمک می‌کنند، در بهبود مشکلات گوناگون در زندگی سودمند هستند (بیگلان، هیز و پیسترلو، ۲۰۰۸)؛ به‌عنوان مثال در کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی مراجع می‌آموزد تا به مبارزه با ناراحتی مرتبط با اضطراب خویش پایان دهد و با درگیر شدن در فعالیت‌هایی که او را به اهداف انتخاب زندگی (ارزش‌ها) نزدیک‌تر می‌کند، کنترل خود را اعمال کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای آموزش راهبردهای بیشتر و بهتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به مراجعان می‌آموزد تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند همان‌گونه که هستند، مهارت کسب کنند (ایفرت و همکاران، ۲۰۰۹).

به دنبال بررسی تحقیقات مختلف، رویز (۲۰۱۲) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد نتایج بهتری را در کاهش افسردگی، بهبود فوری کیفیت زندگی نسبت به درمان شناختی، رفتاری و در کاهش علائم اضطراب با درجه یکسان، مانند درمان شناختی، رفتاری به دنبال دارد، اما انجام تحقیقات بیشتر را در این زمینه لازم می‌داند. باروچ، کن‌کار و بوش (۲۰۰۹) دو شیوه زوج‌درمانی سیستمی و پذیرش و تعهد را بر روی آشفتگی زناشویی زوج‌های ۲۰ تا ۳۰ ساله مورد مقایسه قرار دادند. نتایج آزمون‌ها نشان داد که رویکرد پذیرش و تعهد تمام متغیرهای ارتباطی را پیش از زوج‌درمانی بهبود بخشیده بود. چوب‌فروش زاده، در پژوهش خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش نوروفیدبک و ترکیب این دو درمان بر افسردگی و اضطراب، در دو کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر داشته است (چوب‌فروش، ۱۳۹۳). ایزدی (۱۳۹۱) تحقیقی تحت عنوان بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی و رفتاری بر علائم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی مقاوم به درمان انجام داد. نتایج تحقیق نشان داد روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی تأثیرگذار بوده

است. انوری (۱۳۹۱) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی را بر شاخص‌های درد، استرس، اضطراب، افسردگی، فاجعه‌پنداری، امیدواری و رضایتمندی از زندگی در بیماران مرد مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که این رویکرد تأثیر معناداری بر گزین‌های فوق داشته است. با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر درصدد بود تا دریابد آیا روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و امید در زنان افسرده خانه‌دار مؤثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه با گمارش تصادفی بود. جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، کلیه زنان متأهل خانه‌دار شهر تهران در سال ۹۵-۱۳۹۴ بود. حجم نمونه، با توجه به اینکه روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است، برای هر یک از گروه‌های مورد مطالعه حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است؛ اما نمونه آماری پژوهش حاضر برای اطمینان بیشتر از نتیجه و ریزش احتمالی، حجم نمونه ۳۶ نفر (۱۸ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه کنترل) در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس از منطقه ۲۲ تهران با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش که عبارت بودند از کسب نمره بالا در پرسشنامه افسردگی، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، حداقل تحصیلات دیپلم، نداشتن ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی، سن آزمودنی‌ها بین ۳۰ تا ۴۰ سال، مدت زمان ازدواج بین ۵-۱۵ سال، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی روان‌شناختی به طور هم‌زمان انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه‌های پژوهشی با همکاری خانه سلامت منطقه ۲۲ و از زنان مراجعه‌کننده به این خانه‌های سلامت پس از بررسی و مصاحبه اولیه و پر کردن پرسشنامه افسردگی یک و همچنین داشتن شرایط زیر نفرت انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی): سازمان بهداشت جهانی به‌منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سؤالی بود. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سؤالی یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در

ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت‌کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیر مزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون باز آزمون برای زیر مقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵).

مقیاس امید اسنایدر: مقیاس ۱۲ سؤالی امید توسط اسنایدر (۱۹۹۱)، به نقل از اسنایدر و پترسون، (۲۰۰۰) برای سنین بالای ۱۵ سال طراحی شده است. برای پاسخ دادن به هر سؤال، پیوستار از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. بنابراین مجموع نمرات می‌تواند بین ۸ تا ۶۴ قرار گیرد (اسنایدر، ۲۰۰۲). در پژوهشی که توسط گلزاری (۱۳۸۶) انجام شد پایایی مقیاس امید اسنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرنباخ ۰/۸۹ به دست آمد. مقیاس امید با مقیاس‌هایی که فرایندهای روان‌شناختی مشابهی را می‌سنجد، همبستگی بالایی دارد. به عنوان مثال، نمره‌های مقیاس امید به میزان ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ با مقیاس خوش‌بینی شیرو و کارور همبستگی دارد. همچنین، نمرات این مقیاس با نمرات سیاهه افسردگی بک همبستگی منفی دارد (۰/۵۱- و ۰/۴۲-). به علاوه طبق نظر متخصصان بالینی، روایی این مقیاس به روش محتوایی نیز مورد تأیید قرار گرفته است (بیجاری، ۱۳۸۷).

شیوه اجرا: پس از انتخاب نمونه‌های پژوهشی و کسب رضایت و اعلام محرمانه ماندن نتایج پژوهش پیش از شروع مداخلات هر دو گروه (آزمایش و گواه) به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و امید به زندگی پاسخ دادند؛ سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به صورت هفتگی تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت قرار گرفت ولی گروه گواه هیچ مداخله‌ای را در این مدت دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمان هر دو گروه (آزمایش و گواه) به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و امید پاسخ دادند. پروتکل جلسات از کتاب‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی (۱۳۹۲) و کتاب دال، استوارت، مارتل و کاپلان^۲ (۲۰۱۴)؛ ترجمه نوابی‌نژاد، سعادت و رستمی) و کتاب درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۱۳۹۵) تنظیم و طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۸ هفته پایایی برگزار شد. خلاصه محتوای هر جلسه در جدول (۳-۲) ارائه شده است.

1. Snyder Hope Scale

2 Dahl, Stewart, Martell & Kaplan

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت (ACT)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
جلسه دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بهبودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه پنجم	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار / احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
جلسه هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان گروه آزمایش ۳۲/۸۷ (۲/۶۸) و زنان گروه گواه ۳۱/۹۱ (۲/۷۷) بود؛ میانگین سن ازدواج گروه آزمایش برابر با ۶ سال و ۵ ماه و گروه گواه برابر با ۵ سال و ۱۰ ماه بود. زنان گروه آزمایش ۴ نفر دارا تحصیلات دیپلم، ۶ نفر فوق دیپلم و ۸ نفر تحصیلات لیسانس داشتند و زنان گروه گواه نیز ۶ نفر دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم و ۷ نفر دارا تحصیلات لیسانس بودند.

جدول ۲ شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش در گروه‌های کنترل و آزمایش

متغیرها	آزمون	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۵۳/۶۶	۳/۶۶	۵۱/۹۴	۲/۶۲
	پس‌آزمون	۶۲/۵۰	۴/۰۶	۵۲/۲۲	۲/۴۱
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۱۸/۸۳	۱/۸۵	۱۸/۳۹	۱/۸۵
	پس‌آزمون	۲۰/۱۱	۱/۹۶	۱۷/۶۱	۱/۷۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون (بعد از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت) میانگین نمره کیفیت زندگی از پیش‌آزمون بیشتر است؛ یعنی بعد از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت، میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایش به طور شهودی افزایش یافته است؛ همچنین میانگین نمره امید به زندگی از پیش‌آزمون بیشتر است؛ یعنی بعد از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت، میانگین امید به زندگی در گروه آزمایش به طور شهودی افزایش یافته است.

جدول ۳ آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن داده‌ها

منبع تغییرات	گروه	کولموگروف اسمیرنوف	سطح معناداری	آزمون لوین	سطح معناداری
کیفیت زندگی	آزمایش	۰/۲۰	۰/۷۳	۳/۶۳	۰/۰۷
	کنترل	۰/۱۸	۰/۴۳		
امید به زندگی	آزمایش	۰/۰۹	۰/۱۷	۳/۶۳	۰/۰۷
	کنترل	۰/۰۶	۰/۰۷		

نتایج مربوط به نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای مورد بررسی در مرحله پیش‌آزمون در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به نتایج جدول فوق چون سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیرهای کیفیت زندگی و امید به زندگی از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است پس فرض صفر (نرمال بودن توزیع داده‌ها) تأیید می‌شود؛ همچنین با توجه به سطح معنی‌داری آزمون لوین در متغیرهای کیفیت زندگی و امید به زندگی که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است پس فرض صفر (شرط برابری واریانس‌ها) در این متغیرها تأیید می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون	سطح معناداری	مجذورات
کیفیت زندگی	اثر پیش‌آزمون	۱۲۲/۰۹	۱	۱۲۲/۰۹	۱۵/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۳۲
امید به زندگی	اثر متغیر مستقل	۷۱۵/۲۳	۱	۷۱۵/۲۳	۹۱/۶۵	۰/۰۰۰	۰/۷۳
امید به زندگی	اثر پیش‌آزمون	۱۶/۹۲	۱	۱۶/۹۲	۵/۵۲	۰/۰۲	۰/۱۴
کیفیت زندگی	اثر متغیر مستقل	۴۷/۲۲	۱	۴۷/۲۲	۱۵/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱

نتایج جدول ۴ نشان داد که مقدار آماره آزمون اثر متغیر مستقل بر کیفیت زندگی برابر با $(F=91/65)$ و امید به زندگی $(F=15/41)$ شده است؛ بنابراین بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و مداخله مشاوره مبتنی بر تعهد و پذیرش غنی شده با شفقت در مرحله پس‌آزمون تأثیر معناداری بر زنان گروه آزمایش داشته است. میزان این تأثیر بنا به ستون مجذور ضریب اتا در کیفیت زندگی برابر با ۷۳ درصد و در امید به زندگی برابر با ۳۱ درصد است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان افسرده خانه‌دار انجام شد. نتایج یافته‌ها نشان داد بین کیفیت زندگی در دو گروه گواه و آزمایش در مرحله پس‌آزمون پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت در مرحله پس‌آزمون تأثیر معناداری داشته است. میزان این تأثیر بنا به ستون مجذور ضریب اتا برابر با ۷۳ درصد و توان آزمون برابر با ۰/۹۹ است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های ساری‌زاده و همکاران (۱۳۹۷)، مفید و همکاران (۱۳۹۶)، ناجی (۱۳۹۶)، ظهیری (۱۳۹۶)، پورفرج عمران و توکلی (۱۳۹۶)، دهقانی (۱۳۹۵)، فتح‌اله زاده و همکاران (۱۳۹۵)، ایزدی (۱۳۹۱)، ویلهار و همکاران (۲۰۱۴)، فولک و همکاران (۲۰۱۲)، رویز (۲۰۱۲)، تیزچ (۲۰۱۰) همخوانی دارد. در ارتباط با تبیین یافته‌های فرضیه فرعی اول در خصوص چگونگی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی می‌توان به دیدگاه هایس اشاره نمود. هایس (۲۰۰۴) معتقد است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای

آنکه بر روی بر طرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به مراجعه‌کنندگان کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات آن‌ها گردیده است، خلاص نمایند و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند؛ این درمان اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقاء پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنا بخش انعطاف‌پذیر و سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربه‌های روان‌شناختی تأکید می‌کند (هایس و همکاران، ۲۰۱۲). هدف فنون درمانی به کار رفته در این شیوه درمانی، افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست، بلکه اهداف این فنون درمانی بر کاهش اجتناب از تجربه‌های روان‌شناختی و افزایش آگاهی از آن‌ها به‌خصوص تمرکز بر لحظه حال، بدون پیش گرفتن روشی بی کشمکش و غیر ارزیابانه استوار است (فولک و همکاران، ۲۰۱۲). در این فرآیند بیمار می‌آموزد تا خودش را از درد و حالت‌های آشفتگی به‌منظور کاهش این تجربه‌ها بر رفتار دور نگه دارد (فتح‌اله زاده و همکاران، ۱۳۹۵). اهداف درمان، بهبود کارکرد از طریق افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ در واقع به باور هایس (۲۰۰۴) پذیرش افکار به عنوان افکار، احساسات به عنوان احساسات و هیجانات به عنوان هیجانات، همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر، منجر به تضعیف آمیختگی‌های شناختی می‌شود و در کنار آن، پذیرش روی داده‌های درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری آن‌ها را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد، برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی با کیفیت، ارزشمند و هدفمند متعهد سازد (ایزدی، ۱۳۹۱).

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان اضافه کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت، ارزش‌ها را به عنوان کیفیت‌های انتخاب شده اعمال هدفمندانه افراد جهت حل مشکلات آن‌ها، تعریف می‌کند و به مراجعین یاد می‌دهد تا بین انتخاب و قضاوت‌های مستدل تمایز قائل شوند و ارزش‌ها را انتخاب نمایند؛ همچنین فرایندهای گسلش، پذیرش، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به مراجعان کمک می‌کند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرند (فتح‌اله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵). افزون بر آن، اصول پایه در درمان پذیرش مبتنی بر تعهد غنی شده با شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی حاصل از بی‌کفایتی در زنان خانه‌دار باید درونی شوند و در این صورت، ذهن آن‌ها همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). از این رو، در این درمان افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد، ۲۰۱۷). در

این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر «خودآرزیابی» افراد، رابطه افراد با «خودآرزیابی» آنان تغییر می‌یابد (گیلبرت، ۲۰۰۹). در تمرین‌های خود-شفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی و در نهایت بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی خواهد داشت (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ نف و گریمر، ۲۰۱۳). در این درمان مراجعان مورد چالش واقع می‌شوند تا به آنچه در حوزه‌های مختلف زندگی برایشان مهم است، توجه کنند؛ از این رو، کار بر روی ارزش‌ها، انگیزه مراجعه‌کنندگان را برای مشارکت در درمان افزایش می‌دهد.

بخش دوم یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین امید به زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت در مرحله پس‌آزمون تأثیر معناداری داشته است. میزان این تأثیر بنا به ستون مجذور ضریب اتا برابر با ۳۱ درصد و توان آزمون برابر با ۰/۹۶ است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های چراغیان و همکاران (۱۳۹۴)، ویلپار و همکاران (۲۰۱۴)، رایس (۲۰۱۰)، تیرچ (۲۰۱۰)، کلی و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای پایبندی، تعهد و تغییر، به افراد برای دستیابی به زندگی پر نشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند؛ هدف این درمان، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. توانایی تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی و تغییر و تثبیت رفتار است (ایزدی، ۱۳۹۱). رفتاری که به مقتضا موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است؛ این درمان یک مداخله عملی موقعیتی است که مبتنی بر نظریه نظام ارتباطی است و رنج فرد را ناشی از انعطاف‌ناپذیر روان‌شناختی می‌داند که به وسیله آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می‌یابد.

یکی از مهم‌ترین عوارض افسردگی در زنانه خانه‌دار، منزوی شدن و گوشه‌گیری فرد است که در نتیجه ارتباطات خانوادگی و اجتماعی و کفایت اجتماعی فرد با نقص جدی مواجه خواهد شد (فتح‌اله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵). لذا بهبود کفایت اجتماعی فرد می‌تواند به بهبود شرایط ارتباطی و احساس کفایت فرد کمک کند؛ ارزش‌هایی چون؛ ارزش سلامتی و بهداشت، روابط خانوادگی، روابط با اطرافیان، تحصیلات، تفریح، کار و شغل هر حرکت در مسیر ارزش‌ها، از طریق هدف‌گزاری و بعد از آن تعیین تکلیف، ادراک فرد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کند ارتقاء می‌یابد (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳)؛ که این همان تعریف کفایت اجتماعی است. در واقع حرکت در جهت ارزش‌هایی چون سلامتی و ارتباط با دیگران در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرآیندهای گسلس و پذیرش باعث می‌شود که کفایت اجتماعی ارتقاء یابد؛ در واقع مراجعان می‌آموزند که متناسب با مسیر

ارزش‌های خود حرکت کنند و در عمل نیز ارزش‌های خود را رها نکنند که این کار به‌طور کلی موجب بهبود کفایت اجتماعی آن‌ها خواهد شد (ایزدی و عادی، ۱۳۹۲).

افزون بر آن، افراد با امید بالا در یافتن راه‌های جایگزین برای دستیابی به اهداف خلاق‌ترند، انگیزه بیشتری برای دنبال کردن آن‌ها دارند و مهم اینکه قادر به درس گرفتن از موفقیت‌ها و شکست‌های قبلی برای دستیابی به اهداف آینده هستند؛ آن‌ها اهدافی را انتخاب می‌کنند که نیاز به تلاش بیشتر دارد و به مهارت‌ها و اهداف خود اطمینان دارند و بر آنان تمرکز می‌کنند (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳). امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد امید به زندگی، در زنان خانه‌دار آن‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گراانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتر، رهنمون می‌سازد، بر این اساس دادن آگاهی، پذیرش، امید به خانواده و این زنان مبنی بر اهمیت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان خانه‌دار می‌تواند تأثیر بسزایی در بهبود کیفیت زندگی و امید به زندگی داشته باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت در حجم نمونه با توجه به شرایط اضطراری زنان خانه‌دار افسرده و همچنین عدم دسترسی دقیق به پرونده‌های برخی از بیماران افسرده به دلیل مسائل اخلاقی و محرمانه بودن اشاره کرد. همچنین عدم همکاری و اعتماد بعضی از زنان خانه‌دار افسرده گروه مورد مطالعه به دلیل استرس ناشی از تغییر و نداشتن انگیزه کافی برای شرکت در جلسات مشاوره و در نهایت در دسترس بودن شیوه نمونه‌گیری و اختصاص به خانه سلامت منطقه ۲۲ به عنوان محدودیت‌های این پژوهش اشاره کرد. با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود انتخاب نمونه‌های همگن از نظر میزان تحصیلات، محدوده سنی و مدت‌زمان بیماری در پژوهش‌های بعدی صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود به‌صورت کلاس‌های دوره‌ای در محله‌های تهران اقدام به برگزاری کلاس‌ها و استفاده از تکنیک‌های پذیرش و تعهد و شفقت در راستای بهبود کیفیت زندگی زنان خانه‌دار برگزار شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود تا با شناسایی زنان خانه‌دار مستعد افسردگی از این رویکرد در راستای پیشگیری از افسردگی و بهبود کیفیت زندگی استفاده شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

پژوهشگران بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیر و کارکنان خانه سلامت منطقه ۲۲ تهران و همچنین کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش و تمامی همراهان ابراز می‌دارد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

امانی، حسین؛ یونسی، علی؛ طالقانی، محمد. (۱۳۸۳). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر رضایتمندی زناشویی. *اولین کنگره آسیب‌شناختی خانواده در ایران*. ۲۱-۱۲۸.

ایزدی، راضیه و عابدی، محمد. رضا. (۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انتشارات جنگل، تهران. ایزدی، راضیه. (۱۳۹۱). تجزیه و تحلیل و مقایسه اثربخشی درمان بر اساس پذیرش و تعهد درمانی (ACT) و رفتار درمانی شناختی (CBT) و اعتقادات علائم و سواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روانی، افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به تفکر وسواسی مقاوم به درمان و شیوه. پایان‌نامه، روانشناسی، دانشگاه اصفهان

انوری، محمد (۱۳۹۱). اثربخشی پذیرش و تعهد بر اقدامات درد، استرس، اضطراب، افسردگی، فاجعه انسان مفهوم و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.

پور فرج عمران، مجید؛ توکلی، حمید. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقاء شادمانی، کیفیت زندگی و کاهش فرسودگی شغلی معلمان زن شهر نور. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری*. کد COI مقاله: PSYCHO04_247

چوب‌فروش، آزاده. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان بر اساس پذیرش و تعهد درمانی، ترکیبی از آموزش نوروفیدبک این دو درمان افسردگی، اضطراب، درد، خستگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پایان‌نامه، روانشناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.

چراغیان، حدیث؛ حیدری، ناصر؛ قدمی، سید امیر؛ زارعی، بنت‌الهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی حین بارداری زنان. *مجله سلامت جامعه؛ ۹ (۲)؛ ۵۶-۶۴*. ربانی خوراسگانی، علی؛ کیانپور، مسعود. (۱۳۸۴). درآمدی بر رویکردهای نظری و تعاریف عملی مفهوم کیفیت زندگی. *مجله مددکاری اجتماعی، ۴ (۵)؛ ۴۳-۵۶*.

- دال، جوان؛ استوارت. یان؛ مارتل، کریستوفر؛ کاپلان، جانانان. (۱۳۹۴). *ACT و RFT در روابط: کمک به مراجعین مشتاق صمیمیت و حفظ تعهدات سالم*. ترجمه: نوابی نژاد، شکوه؛ سعادت، نادره و رستمی، مهدی. چاپ اول، تهران: انتشارات جنگل (انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۵).
- دهقانی، یوسف (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۸(۳): ۱-۱۱.
- ساریزاده محمدصادق، رفیعی نیا پروین، صباحی پرویز، تمدن محمدرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۱۷ (۳): ۲۴۱-۲۵۲
- شیری، زهرا؛ کاظمی، سلطانعلی؛ سهرابی، نادره. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش تفکر مثبت بر کیفیت زندگی زنان در شهرستان قشم. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(۶): ۵۷-۶۷.
- علیزاده، سمیه؛ محسنی، محبت؛ خانجانی، نرگس؛ مومن‌آبادی، ویکتوریا. (۱۳۹۳). همبستگی بین مشارکت اجتماعی زنان با کیفیت زندگی آنان در شهر کرمان. *مجله مدیریت ارتقا سلامت*، ۳(۲): ۳۴-۴۳.
- کاوایانی، حسین؛ حاتمی، ندا و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیر بالینی). *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۰(۴): ۳۹-۴۸.
- کرمان ساروی، فتیحه؛ منتظری، علی و بیات، معصومه. (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی وابسته به سلامت زنان شاغل و خانه‌دار. *فصلنامه پایش*، ۱۱(۱): ۱۱۱-۱۱۶.
- گیلبرت، پائول. (۱۳۹۵). *درمان مبتنی بر شفقت*. ترجمه: اثباتی، مهرنوش و فیضی، علی. تهران: انتشارات ابن‌سینا (انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۵)
- ظهیری، سعید. (۱۳۹۶). *بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر علائم وسواس و کیفیت زندگی دانش‌آموزان مقطع دبیرستان مبتلا به وسواس فکری عملی شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد.
- فتح اله زاده، نوشین؛ رستمی، مهدی؛ دربانی، علی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و رضایتمندی زناشویی مادران خانه‌دار. *فصلنامه رویش روانشناسی*. ۵(۳): ۲۰-۳۴.
- فولادی، فائزه؛ اژه‌ای، جواد؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ برزگر، ساناز؛ جلوانی، راضیه. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر بهبود کیفیت زندگی زنان متأهل. *فصلنامه آموزش و ارزشیابی*، ۶(۲۱): ۱۲۷-۱۴۱.

مفید، وحیده؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ درستی، فاطمه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزه‌کار زندانی در شهر اصفهان. *فصلنامه پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی*. ۳۰-۱۷؛ (۳)۶

ناجی، سیده فاطمه. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به ام‌اس. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری*. کد COI مقاله: ۳۱۸_PSYCHO04

نایب حسین زاده، سپیده؛ فتح اله زاده، نوشین؛ سعادت، نادره؛ رستمی، مهدی. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خود-شفقتی مادران کودکان ناتوان آموزش پذیر. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*. ۱۲(۳): ۶-۲۲.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی، کوروش؛ نائینی، کاظم محمد؛ مجدزاده، رضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی ترجمه و روا سنجی (WHOQOL BREF) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ایرانی. *مجله دانشکده‌ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴): ۱-۱۲.

نریمانی، محمد؛ علمداری، الهه؛ ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*؛ ۴(۳): ۳۸۸-۴۰۳

نصیری، زهره؛ راجی، حجت اله و احمدی، غلامرضا. (۱۳۹۲). رابطه بین هوش هیجانی، رضایتمندی ناشویی در بین مناطق سه‌گانه اصفهان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۹(۳۵): ۳۲۵-۳۴۱.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baruch D. Kanker J & Busch A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies* . 8 (3): 241-257
- Bailey, T. C, & Snyder, C. R. (2007). Satisfaction with life and hope: A look at age and marital status. *The Psychological Record*;57: 233-240.
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*, 9(3), 139-152.
- Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies*. 9(3), 347-359.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385.
- Finkelstein FO, Wuerth D, Finkelstein SH. Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. *Kidney Int*. 2009; 76(3): 946-52.

- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012, in press). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Gilbert, P. (2009). An introduction to compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1-25.
- Hayes, S. C., Levin, M., Plumb, J., Boulanger, J., & Pistorello, J. (2011). Acceptance commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and Cognitive therapy. *Behavior Therapy*
- Hayes, S. C., & Strosahl, K.D. (2010). *Apractical Guide to Acceptance and Commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Kelly A.C, Zuroff D.C, Shapira L.B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 301-313.
- Tirch D.D. (2010). Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 113-123.
- Twohig, M. P. (2012). Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 499-507.
- Raes F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.
- Raes F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a nonclinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36.
- Ruiz, F.J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus traditional Cognitive behavior therapy: A systematic review and meta-analysis of Current empirical evidence. *International Journal of psychology and Psychological therapy*. 12(2), 333-357.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th Edition. Copyright, Lippincott Williams & Wilkins
- Shulman S. (1998). Working through the heart: A transpersonal approach to family support and education. *Psychiatr Rehabil J* 1998; 22: 54-60.
- Snyder, C.R., Lopez, S.J. (2002). *Hand book of positive psychology* London. Oxford university press.
- Phuphaibul R, (2005). Thanooruk R, Leucha Y, Sirapo-ngam Y, Kanobdee C. The impacts of the "Immune of Life" for teen's module application on the coping behaviors and mental health of early adolescents. *J Pediatr Nurs* 2005; 20:461-68.

- Zettle RD, Rains JC, Hayes SC. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification*, 35(3):265-83.
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., & Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*, 42(1), 127-134.
- Vilhauer, Jennice S., Cortes, Julissa., Moali, Nazanin., Chung, Sally., Mirocha, James & Ishak, Waguih William. (2013). Improving Quality of Life for Patients with Major Depressive Disorder by Increasing Hope and Positive Expectations with Future Directed Therapy (FDT). *Innov Clin Neurosci*; 10(3): 12–22.
- Wolin KY, Glynn RJ, Colditz GA, Lee IM, Kawachi I. (2007). Long - term physical activity patterns and health - related quality of life in U.S women. *American Journal Preventive Medicine*; 32: 490-499.
- World Health Organization. (2015). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization.

