

Research Paper

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) and Meta-Diagnostic Therapy in Reducing Emotional Problems and Increasing Life Satisfaction in Nurses

Fareba Kohneshintaromi¹, Karim Afshariniya^{2*}, Keyvan Kakabaraie³

1. PhD student of General Psychology, Kermanshah Branch, Kermanshah University, Kermanshah, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Kermanshah University, Kermanshah, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Kermanshah University, Kermanshah, Iran

Received: 2021/11/24

Revised: 2021/05/10

Accepted: 2021/07/18

Use your device to scan and read
the article online



DOI:
10.30495/jpmm.2021.4729

Keywords:

Acceptance and
Commitment Therapy,
Transdiagnostic Therapy,
Life Satisfaction.

Abstract

Introduction and aim: Nurses are people who are in close contact with people, take responsibility for human health and life and face untreatable illnesses and diseases. Therefore, they are constantly experiencing severe psychological stress. The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment based treatment (ACT) and meta-diagnostic treatment in increasing life satisfaction in nurses working in the Social Security Organization in Kermanshah.

Methods: The research method was quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population of this study includes all nurses working in social security hospitals in Kermanshah. The sampling method is purposeful sampling. Among the nurses working in Kermanshah Social Security Hospitals, 45 people were selected as a sample by considering the inclusion and exclusion criteria and by initial testing and were divided into 3 groups of 15 people, which includes 2 experimental groups and a control group. Were. 8 sessions of 1.5-hour meta-diagnostic treatments were presented to the experimental group 1 and 8 sessions of couple therapy training based on acceptance and commitment therapy 1.5 hours were presented to the experimental group 2. Diner Life Satisfaction Scale (1985) was used to collect data.

Findings: The findings of this study showed that, in general, acceptance and commitment based therapy (ACT) is effective in increasing life satisfaction among nurses at a significant level ($p < 0.05$). Also, meta-diagnosis treatment is effective in increasing life satisfaction among nurses at a significant level ($p < 0.05$). The results for another research hypothesis showed that meta-diagnostic treatment has a greater effect ($p < 0.05$) on increasing life satisfaction among nurses than acceptance and commitment based therapy.

Conclusion: The results of this study showed that paying attention to life satisfaction in nurses is very important for individual health and general health of the community.

Citation: KoohneshinTaromi F, AfshariNiya K, Kakabaraie K. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) and Meta-Diagnostic Therapy in Reducing Emotional Problems and Increasing Life Satisfaction in Nurses. *Psychological Methods and Models*. 2021; 12 (43): 55- 69.

*Corresponding author: Karim Afshari Niya

Address: Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Kermanshah University, Kermanshah, Iran

Tell: 09183333986

Email: k.afshariniya@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

One of the axes of health assessment of organizations is the general health of human resources of that organization (1). One of the positive psychological concepts in relation to nurses is life satisfaction. Life satisfaction is a reflection of the gap between a person's ideals and his current situation, and the greater the gap between personal ideals and the current situation, the lower his satisfaction will naturally decrease (2). Recent developments in the field Unified protocols and integrated therapies suggest that the meta-diagnostic approach may be more efficient and effective than treating comorbid disorders in a separate and chain-based manner (3). Theoretically, meta-diagnostic therapies should enable the therapist to conceptualize the processes of continuity between existing disorders, to present evidence-based treatment strategies in the form of a protocol, to increase the effectiveness and efficiency of treatment, the need for treatment guidelines Reduce multiplicity and facilitate its easy implementation (4). On the other hand, the treatment is based on the acceptance and commitment of a functional contextual intervention based on relational framework theory. In this approach, it is believed that human suffering results from his psychological inflexibility, which is reinforced by cognitive integration and experience avoidance (5). Every year, many nurses leave their profession due to dissatisfaction, which, in addition to wasting the cost of training them, also leads to loss of skills, expertise and resources. Since nursing is one of the sensitive occupations of society and nurses spend an important part of their lives in close and intimate relationships with people and patients, the feeling of life satisfaction and quality of public health in this group, causes optimal job performance and guarantees health. And it is the improvement of many patients and people in the community, so identifying the factors affecting their performance, the quality of nursing care and trying to promote and improve these factors is of particular

importance. The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment based treatment (ACT) and meta-diagnostic treatment in increasing life satisfaction in nurses working in the Social Security Organization in Kermanshah.

Methods

This research is quasi-experimental in terms of purpose, application and method of implementation. The statistical population of this study includes all nurses working in social security hospitals in Kermanshah. Sampling method was purposive sampling and 45 people were selected as a sample and divided into 3 groups of 15 people including 2 experimental groups and a control group. In the descriptive part, the information has been collected by the World Wide Web, relevant articles and books. In the field section, information was collected by the Life Satisfaction Scale of Diner et al. (1985). The information of the questionnaires is as follows. Also, two sessions of intervention sessions using meta-diagnostic therapies and acceptance and commitment-based therapies for clients were held in 12 and 8 sessions of 1.5 hours, respectively. At the end of the study, to observe the ethical principles, intervention sessions were held for the control group.

Findings

According to Table 5, it can be seen that for the source of group changes, F-test for life satisfaction with a value of 10.957 shows the difference between the post-test scores in the experimental (treatment with act) and control groups at the level of $P < 0.01$. Therefore, the null hypothesis and the research hypothesis that act treatment is effective in increasing life satisfaction are accepted. It is also observed that the effect of act treatment on increasing life satisfaction was 0.63. According to Table 7, it can be seen that for the source of group changes, F-test for life satisfaction with 25.756 shows the difference between the post-test scores in the experimental (meta-diagnostic treatment) and control groups at the level of $P < 0.01$. Therefore, the null

hypothesis and the research hypothesis that meta-diagnostic treatment is effective in increasing life satisfaction are accepted. It is also observed that the effect of meta-diagnostic treatment on increasing life satisfaction was 0.49. According to Table 9, it can be seen that for the source of group changes, F-test for life satisfaction with a value of 6.921 shows the difference between post-test scores in the two experimental groups (act and meta-diagnostic treatment) at the level of $P < 0.01$. Therefore, the null hypothesis and the research hypothesis based on the difference between the effect of act therapy and meta-diagnostic treatment on increasing life satisfaction are accepted. Life satisfaction has been. It is also observed that the effect of act therapy compared to meta-diagnostic therapy on increasing life satisfaction was 0.56.

Discussion

The results showed that acceptance and commitment therapy (ACT) is effective in increasing life satisfaction in nurses. It can be said that the six main processes in the form of an underlying process (psychological flexibility) have been introduced as the main components of the act change process (ACT), which are: acceptance, failure, self as a context, relationship with the present, value Committed action. Acceptance and commitment therapy seeks to reduce the unnecessary suffering of individuals resulting from the empirical avoidance of each. Acceptance and commitment-based treatment techniques place great emphasis on reducing cognitive integration. This change in performance and committed action can lead to a change in people's attitudes toward life satisfaction. Therefore, it can be said that acceptance and commitment therapy is effective in increasing life satisfaction in nurses. Also, the results showed that meta-diagnostic treatment is effective in increasing life satisfaction in nurses. Researchers believe that life satisfaction focuses on the range of positive cognitive-emotional assessments one makes of one's life. The main goal of integrated meta-diagnostic therapy is for

patients to acquire skills that can effectively manage negative emotions. The meta-diagnostic approach targets the underlying components of psychological trauma and can be very effective in the treatment of comorbidity. Therefore, it can be said that this treatment will reduce life satisfaction in people by reducing negative emotions. Transdiagnostic treatment is effective in increasing life satisfaction in nurses. Other results showed that there is a difference between the effectiveness of acceptance and commitment based treatment (ACT) and meta-diagnostic treatment on increasing life satisfaction in nurses. Considering that in the present study, the results showed that act therapy is more successful and effective in increasing life satisfaction than meta-diagnostic therapies, the results can be explained as all aspects of life can affect satisfaction with life. Life is effective, and not just these negative emotions, and act therapy is more radical than meta-diagnostic therapies, so it has been more effective among nurses.

Conclusion

The results of this study showed that paying attention to life satisfaction in nurses is very important for individual health and general health of the community.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All subjects full fill the informed consent.

Funding

No funding.

Authors' contributions

Design and ideation: Fariba Kuhneshin Taromi, Karim Afshari Nia, Keyvan Kakabrai; Methodology and data analysis: Fariba Kuhneshin Tarmi; Final supervision and writing: Karim Afshari Nia, Keyvan Kakabraei.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در بیمارستان های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه

فریبا کوه نشین طارمی^۱، کریم افشاری نیا^{۲*}، کیوان کاکابرای^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

۳. دانشیار گروه روان شناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: پرستاران از جمله افرادی هستند که ارتباطی تنگاتنگ با مردم دارند، مسئولیت سلامتی و زندگی انسان ها را به دوش می کشند و با بیماران و بیماری های درمان ناپذیر روبرو هستند. از این رو پیوسته فشارهای روانی شدیدی را تجربه می کنند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در سازمان تأمین اجتماعی در شهر کرمانشاه انجام شد.

روش: روش پژوهش، شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه می باشد. روش نمونه گیری به صورت نمونه گیری هدفمند می باشد. از بین پرستاران شاغل در بیمارستان های تأمین اجتماعی کرمانشاه، ۴۵ نفر به عنوان نمونه با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج و با تست اولیه توسط محقق شدند و در ۳ گروه ۱۵ نفری که شامل ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل می باشد، تقسیم شدند. ۸ جلسه درمان های فراتشخیصی ۱/۵ ساعته به گروه آزمایش ۱ و ۸ جلسه آموزش زوج درمانی مبنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱/۵ ساعته به گروه آزمایش ۲ ارائه گردید. برای جمع آوری داده ها از مقیاس رضایت از زندگی داینر (۱۹۸۵) استفاده شد.

یافته ها: یافته های این پژوهش نشان داد، در مجموع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در افزایش رضایت از زندگی در بین پرستاران در سطح معناداری ($p < 0.05$) موثر است. همچنین، درمان فراتشخیصی در افزایش رضایت از زندگی در بین پرستاران در سطح معناداری ($p < 0.05$) موثر است. نتایج برای فرضیه دیگر پژوهشی نشان داد که درمان فراتشخیصی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت از زندگی در بین پرستاران در سطح معناداری ($p < 0.05$) از تأثیر بیشتری برخوردار است.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که توجه به رضایت از زندگی در پرستاران از جهت سلامت فردی و سلامت عمومی جامعه بسیار حایز اهمیت می باشد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۰۴

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۷

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI: 10.30495/jpmm.2021.4729

واژه های کلیدی:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان فراتشخیصی، رضایت از زندگی.

* نویسنده مسئول: کریم افشاری نیا

نشانی: استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

تلفن: ۰۹۱۸۳۳۳۳۹۸۶

پست الکترونیکی: K.afsharineya@iauuksh.ac.ir

مقدمه

یکی از محورهای ارزیابی سلامتی سازمان ها، سلامت عمومی منابع انسانی آن سازمان می باشد. بی شک این محور ارزیابی، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر سازمان ایفا می کند و لازم است بطور مستمر تدابیری جهت سنجش و بهبود آن در سازمان ها اندیشیده شود که اهمیت این نکته در برخی سازمان ها از جمله بیمارستان ها بیشتر می شود. کارکنان بیمارستان به علت تأمین راحتی، آسایش و مداوای بیماران تحت تأثیر عوامل تنش زا قرار دارند. تمام حرفه هایی که با سلامتی و جان انسان ها سروکار دارد، همواره پر تنش بوده و سلامتی جسمی و روانی شاغلین این حرفه ها را تهدید می کند، از جمله این شغل های پرتنش، حرفه پرستاری می باشد (۱).

یکی از مفاهیم روانشناسی مثبت در رابطه با پرستاران رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی، بازتاب فاصله میان ایده آل های شخص و وضعیت فعلی او می باشد و هر چه شکاف میان ایده آل های شخصی و وضعیت فعلی فرد بیشتر گردد، بالطبع رضایت مندی وی کاهش خواهد یافت (۲). لی بلانس (۶) بیان می کند، پرستاران هم همانند حرفه های دیگر جنبه های فردی و حرفه ای برای زندگی شان دارند و رضایت کلی از این جنبه ها می تواند توسط هر دو عوامل فردی و مربوط به کار تحت تأثیر باشد. از آنجایی که رابطه میان عوامل کاری و رضایت کلی از زندگی دو سویه است، عواملی که می توانند توسط مدیران پرستاری تحت تأثیر قرار گیرد جنبه های مثبت و منفی محیط کار هستند و اهداف مناسبی برای مداخله می باشند (۶). احساس ناراضی از زندگی در پرستاران می تواند به گونه ای منفی بر سطح رضایت شغلی و نحوه مراقبت از بیمار تأثیر گذاشته و بالطبع، متعاقب کاهش کیفیت مراقبت، به اقامت طولانی مدت در بیمارستان ها و افزایش هزینه ها منجر گردد (۷). در واقع، رضایت از زندگی از عوامل مهم مطرح در رفاه فرد است. بررسی رضایت از زندگی در سیستم های مراقبت بهداشتی از این جنبه مهم است که بر اساس پژوهش های انجام شده، این مفهوم در تعامل کامل با سلامتی است و ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسم و روان و رضایت از زندگی وجود دارد (۸).

داینر معتقد است رضایت فرد از زندگی، از نگرش و ارزیابی عمومی وی نسبت به کلیت زندگی خود و یا برخی از جنبه های زندگی همچون زندگی خانوادگی، شغلی، اوقات فراغت و درآمد مشأ می گیرند (۹، ۱۰).

تحولات اخیر در زمینه پروتکل های واحد و درمان های یکپارچه پیشنهاد می کنند که رویکرد فراتشخیصی ممکن است کارا تر و اثربخش تر از درمان اختلال های همبود به شیوه جداگانه و زنجیره وار باشد (۳). با توجه به این پیشرفت ها، بارلو و همکاران (۳)، پروتکل یکپارچه ای را برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی وضع کرده اند (۳). از لحاظ نظری، درمان های فراتشخیصی باید درمانگر را قادر سازند تا فرایندهای تداوم بخش مشترک بین اختلالات موجود را مفهوم سازی نماید، راهبردهای درمانی مبتنی بر شواهد را در قالب یک پروتکل ارائه نماید، کارآمدی و کارایی درمان را

افزایش دهد، نیاز به راهنماهای درمانی چندگانه را کاهش دهد و اجرای راحت آن را تسهیل نماید (۴).

پروتکل یکپارچه، یک درمان فراتشخیصی و شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان محسوب می شود که با استفاده از مهارت های تنظیم هیجان، برای دامنه گسترده ای از اختلال های هیجانی قابلیت کاربرد دارد (۱۱). درمان با پروتکل یکپارچه تأکید بارزی بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان ها، افزایش آگاهی بیمار از نقش شناخت ها و هیجان ها، احساسات بدنی و رفتارها دارد (۱۲).

از طرفی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله زمینه گرای کارکردی بر مبنای نظریه چارچوب رابطه است. در این رویکرد اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف ناپذیری روان شناختی او حاصل می شود که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه ای تقویت می شود. بدین ترتیب که افراد سعی می کنند از مواجهه با بسیاری از هیجانان، احساسات یا افکار آزاردهنده اجتناب کنند یا آنها را تغییر دهند در حالی که این تلاش ها بی تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانان و افکاری می شود که فرد سعی داشته از آنها اجتناب کند (۵). در درمان اکت (پذیرش و تعهد) تغییر به صورت غیرمستقیم انجام می شود. برخلاف درمان های شناختی-رفتاری که مستقیماً بر تغییر افکار و احساسات می پردازند، این درمان به تغییر افکار و احساسات نمی پردازد، بلکه افراد را به پذیرش آگاه بودن و مشاهده گری بدون نسبت به خود می رساند (۱۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اختصار act خوانده می شود، یکی از الگو های بسط یافته ی اخیر است که فرآیند های درمانی کلیدی آن با درمان شناختی رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیر بنایی آن شامل: پذیرش یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها می باشد. (۲) عمل مبتنی بر ارزش: یا تعهد توام با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است که در تمایل با دیگر وابستگی های غیر کلامی به شیوه ای که منجر به کارکرد سالم می شود. این روش شامل تجربیات تجربی و تمرینات مبتنی بر مواجهه استعاره های زبانی روش هایی چون آموزش مراقبت ذهنی است (۱۴).

Act در سال ۱۹۸۶ توسط هیز ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان ها از قبیل درمان شناختی-رفتاری پدید آمد. act با یک برنامه تحقیقی تحت عنوان نظریه نظام ارتباطی RFT در ارتباط است. آشکارا این رویکرد تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل-محتوا، محتوا یا فراوانی آنها را می پذیرد. هدف اصلی، ایجاد انعطاف پذیری روانی است یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسبتر باشد نه اینکه عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز، انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۱۵).

هر ساله بسیاری از پرستاران به دلیل عدم رضایتمندی، حرفه ی خود را ترک می نمایند که این امر، علاوه بر اتلاف هزینه های صرف شده جهت آموزش آنان، موجب از دست دادن مهارت ها، تخصص و منابع

است. این مقیاس در ابتدا شامل ۴۸ گویه بود که بعد از تحلیل عاملی به ۱۰ گویه کاهش یافت. به شباهت معنایی بین گویه‌ها، نسخه نهایی آن به ۵ گویه کاهش یافت. مقیاس پاسخگویی به گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تشکیل شده است. سازندگان اصلی این مقیاس ضرایب پایایی همبستگی درونی و بازآزمایی این مقیاس را در بین دانشجویان به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (۱۶). عسگری (۱۷) پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ و تصنیف برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۲ به دست آورده‌اند. شیخی و همکاران (۱۶) ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی مقیاس رضایت از زندگی را برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۷ به دست آورده‌اند. در این پژوهش، نیز میزان ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برای این مقیاس برابر با ۰/۸۹ و ۰/۸۱ بود.

نیز می‌شود. از آنجایی که پرستاری یکی از مشاغل حساس جامعه است و پرستاران قسمت مهمی از زندگی خود را در ارتباط تنگاتنگ و نزدیک با افراد و بیماران می‌گذرانند، احساس رضایت از زندگی و کیفیت سلامت عمومی در این قشر، باعث عملکرد شغلی بهینه شده و ضامن سلامتی و بهبود بسیاری از بیماران و افراد جامعه است، بنابراین شناسایی عوامل موثر بر عملکرد آنان، کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری و سعی در ارتقاء و بهبود این عوامل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در سازمان تأمین اجتماعی در شهر کرمانشاه می‌باشد.

روش تحقیق

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و شیوه‌ی اجرای آن شبه‌آزمایشی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری هدفمند و از بین پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی کرمانشاه، ۴۵ نفر به عنوان نمونه با در نظر گرفتن معیارهای ورود که عبارتند از: داشتن زمان کافی برای شرکت در جلسات، داشتن فهم مفاهیم روانشناختی مطرح شده در جلسات درمان، داشتن سن ۲۰ الی ۵۰ سال، دارا بودن مشکلات هیجانی بر اساس آزمون‌های DASS و مصاحبه نیمه ساختاریافته و معیارهای خروج شامل: داشتن اختلالات مزمن، شرکت همزمان در سایر جلسات درمانی برای سایر اختلالات و با تست اولیه توسط محقق انتخاب شدند و در ۳ گروه ۱۵ نفری که شامل ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد، تقسیم شدند. این پژوهش در دو بخش توصیفی و پیمایشی ارائه شده است. در قسمت توصیفی، اطلاعات به وسیله شبکه جهانی اینترنت، مقالات و کتب معتبر مربوطه جمع‌آوری گردیده است. در بخش میدانی نیز اطلاعات به وسیله مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران (۹) جمع‌آوری شد که اطلاعات پرسشنامه‌ها به شرح زیر می‌باشد. هم‌چنین دو دوره جلسات مداخله به روش‌های درمان‌های فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمانجویان، به ترتیب در ۱۲ و ۸ جلسه ۱/۵ ساعته برگزار شده است. در پایان پژوهش، برای رعایت اصول اخلاقی، جلسات مداخله برای گروه کنترل نیز برگزار گردید.

۱- مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران (SWLS)

مقیاس رضایت از زندگی قضاوت کلی فرد از زندگی را که به طور نظری، بر اساس مقایسه شرایط زندگی با استانداردهای از پیش تعیین شده پیش‌بینی می‌شود، اندازه می‌گیرد. این مقیاس توسط داینر و همکاران در سال ۱۹۸۵ برای همه گروه‌های سنی طراحی شده

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی

شماره جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	افزایش انگیزه: مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان. ارایه منطبق درمان و تعیین اهداف درمان
جلسه دوم	ارایه آموزش روانی، بازشناسی هیجان ها، ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه ای تجارب هیجان و مدل ARC
جلسه سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان ها و واکنش به هیجان ها) به خصوص با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی
جلسه پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان ها، شناسایی ارزیابی های ناسازگارانه اتوماتیک و دام های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش اعتداف پذیری در تفکر
جلسه ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان، تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
جلسه هفتم	بررسی EDBs، آشنایی و شناسایی آن ها و درک تأثیر آن ها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش های عمل جایگزین به واسطه رویاروی شدن با رفتارها.
جلسه هشتم	آگاهی و تحمل احساس های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علایم
جلسه نهم تا یازدهم	رویایی احشایی و رویارویی با هیجان مثبتی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطبق رویارویی های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس، اجتناب و طراحی تمرین های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت جسمی، عینی و صامتت از اجتناب
جلسه دوازدهم	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت های درمانی بیمار

جدول ۲. خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

شماره جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی
جلسه دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، ایجاد درماندگی خلاق
جلسه سوم	معرفی دنیای درون و دنیای بیرون و فواینین حاکم بر آنها، بیان کنترل به عنوان مسأله
جلسه چهارم	معرفی احساسات پاک و ناپاک، معرفی تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل
جلسه پنجم	معرفی ارزش ها، معرفی تفاوت ارزش و هدف، تمرین سنجش ارزش ها و تعیین ارزش ها
جلسه ششم	درک ماهیت تعهد و تمایل، تعیین الگوهای مناسب با ارزش ها
جلسه هفتم	معرفی گسلش، آموزش و تمرین روش ذهن آگاهی
جلسه هشتم	معرفی خود به عنوان زمینه، جمع بندی درمان و پیشگیری از بروز مجدد

یافته های پژوهش

بررسی ویژگی های فردی شرکت کنندگان نشان داد که میانگین سن پاسخگویان در گروه کنترل، گروه آزمایش اکت و گروه آزمایش درمان های فراتشخیصی به ترتیب برابر ۳۰/۰، ۳۴/۰۶ و ۳۵/۳۱ بوده و در سطح ۰/۰۵ معنی دار نبوده و تقریباً سه گروه از نظر میانگین سنی با هم برابر هستند ($F=2/418$ و $P=0/098$). همچنین، میانگین سابقه کار پاسخگویان در گروه کنترل، گروه آزمایش اکت و گروه آزمایش درمان های فراتشخیصی به ترتیب برابر ۷/۲۵، ۹/۲۵ و ۱۱/۷۵ بوده و در سطح ۰/۰۵ معنی دار نبوده و تقریباً سه گروه از نظر میانگین سابقه کار با هم برابر هستند ($F=2/501$ و $P=0/067$).

روایی روش مداخله مورد بررسی به استناد به منابع علمی و پژوهش های مشابه و مشاورین در این حیطه بررسی شده است. داده های این پژوهش در دو بخش یافته های توصیفی (شاخص های پراکندگی، فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد) و یافته های استنباطی (آزمون فرضیات پژوهش) تحلیل شد. روش تجزیه و تحلیل داده ها آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره خواهد بود. ابزار تجزیه و تحلیل داده ها نرم افزار SPSS 24 بود.

همچنین شاخص های پراکندگی برای متغیرهای پژوهش به شرح جدول ۳ می باشد:

جدول ۳. شاخص های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون رضایت از زندگی در سه گروه

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت از زندگی	کنترل	۱۵	۲۳/۰۴	۲/۳۵۶	۲۲/۱۹	۲/۱۱۴
	اکت	۱۵	۲۲/۸۵	۲/۱۰۲	۲۳/۰۳	۲/۵۴۶
	فراتشخیصی	۱۵	۲۳/۰۸	۱/۳۴۵	۲۲/۱۳	۲/۲۸۵

اطمینان ۹۵ درصد معنادار نیست که تجانس واریانس های هر دو متغیر را در دو گروه نشان می دهد. پس این مفروضه نیز برقرار است. برای آزمون این فرضیه که درمان ACT بر رضایت از زندگی تأثیر دارد؛ نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون با توجه به عدم معناداری مقدار آماره F بدست آمده ۲/۰۹۶ برای رضایت از زندگی، نشان داد که مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون در مورد متغیر برقرار است:

قبل از آزمون فرضیه های پژوهش ابتدا پیش فرض های تحلیل کوواریانس بررسی شده و سپس نتایج مربوط به فرضیات ارائه گردیده است. سطح معناداری آماره محاسبه شده برای نرمال بودن توزیع نمرات رضایت از زندگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بوده، بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات هر دو متغیر پذیرفته می شود. همچنین نتیجه آزمون لوین برای همسانی واریانس ها نشان داد که مقدار آماره بدست آمده برای هر دو متغیر در سطح

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات رضایت از زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش (درمان با اکت)

اثر	شاخص	مقدار	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	معنی داری
گروه	اثر پیلائی	۰/۶۳۵	۱۳/۴۵۴	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	لامبدای ویکلز	۰/۴۱۲	۱۳/۴۵۴	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۲/۲۲۶	۱۳/۴۵۴	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۲/۲۲۶	۱۳/۴۵۴	۳	۲۵	۰/۰۰۱

جدول ۴ معنی داری اثر متغیرهای مستقل گروه (کنترل و آزمایش- اکت) و پیش آزمون های رضایت از زندگی را نشان می دهد. همانگونه که مشاهده می شود هر چهار آزمون اثر پیلائی^۱، لاندای ویکلز^۲، اثر هتلینگ^۳ و بزرگترین ریشه روی^۴ برای نمرات پس آزمون در سطح

جدول ۴ معنی داری اثر متغیرهای مستقل گروه (کنترل و آزمایش- اکت) و پیش آزمون های رضایت از زندگی را نشان می دهد. همانگونه که مشاهده می شود هر چهار آزمون اثر پیلائی^۱، لاندای ویکلز^۲، اثر هتلینگ^۳ و بزرگترین ریشه روی^۴ برای نمرات پس آزمون در سطح

¹ Pillai's Trace

² Wilks' Lambda

³ Hotelling's Trace

⁴ Roy's Largest Root

جدول ۵. آزمون های اثرات بین آزمودنی ها برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون رضایت از زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش (درمان با اکت)

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	پس آزمون رضایت از زندگی	۲۵/۶۴۴	۱	۲۵/۶۴۴	۱۰/۹۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵	۰/۹۶۲

رضایت از زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش (درمان فراتشخیصی) نشان می دهد سطح معناداری بدست آمده برای همه مقادیر F بزرگتر از ۰/۰۵ است، پس پیش فرض همگنی واریانس متغیرها تأیید می گردد.

جدول ۵ نتایج آزمون های اثرات بین آزمودنی ها برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون رضایت از زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش (درمان با اکت) را نشان می دهد. با توجه به جدول ۵ مشاهده می شود برای منبع تغییرات گروه، آماره آزمون F برای رضایت از زندگی با مقدار ۱۰/۹۵۷ نشان دهنده تفاوت بین نمرات پس آزمون در دو گروه آزمایش (درمان با اکت) و کنترل در سطح $P < 0/01$ معنی دار می باشد. بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مبنی بر مؤثر درمان اکت بر افزایش رضایت از زندگی پذیرفته می شود. همچنین مشاهده می شود که اندازه اثر درمان اکت بر افزایش رضایت از زندگی برابر ۰/۶۳ بوده است.

برای آزمون این فرضیه که درمان فراتشخیصی بر رضایت از زندگی تأثیر دارد؛ نتایج آزمون لوین همگنی واریانس های خطای نمرات

جدول ۶. تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات رضایت از زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش (درمان فراتشخیصی)

اثر	شاخص	مقدار	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	معنی داری
گروه	اثر پیلائی	۰/۶۵۴	۱۹/۶۳۳	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	لامبدای ویکلز	۰/۳۷۳	۱۹/۶۳۳	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۳/۵۶۹	۱۹/۶۳۳	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۳/۵۶۹	۱۹/۶۳۳	۳	۲۵	۰/۰۰۱

سطح $P < 0/01$ معنی دار بوده و نتیجه می شود که متغیر مستقل گروه در نمرات پس آزمون رضایت از زندگی اثر معنی داری دارد.

جدول ۶ معنی داری اثر متغیرهای مستقل گروه (کنترل و درمان فراتشخیصی) و پیش آزمون های رضایت از زندگی را نشان می دهد. همانگونه که مشاهده می شود هر چهار آزمون اثر پیلائی، لاندای ویکلز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی برای نمرات پس آزمون در

جدول ۷. آزمون های اثرات بین آزمودنی ها برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون رضایت از زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش (درمان فراتشخیصی)

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	پس آزمون رضایت از زندگی	۱۶/۲۵۶	۱	۱۶/۲۵۶	۲۵/۷۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶	۰/۹۸۶

همچنین برای آزمون این فرضیه که بین درمان ACT و درمان فراتشخیصی در رضایت از زندگی پرستاران تفاوت وجود دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی برابری ماتریس های کوواریانس مشاهده شده نمرات پس آزمون رضایت از زندگی در بین دو گروه آزمایش (اکت و درمان فراتشخیصی) نشان می دهد سطح معناداری بدست آمده برای $F = 0/095$ بزرگتر از ۰/۰۵ است، پس پیش فرض برابری ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته تأیید می گردد.

جدول ۷ نتایج آزمون های اثرات بین آزمودنی ها برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون رضایت از زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش (درمان فراتشخیصی) را نشان می دهد. با توجه به جدول ۷ مشاهده می شود برای منبع تغییرات گروه، آماره آزمون F برای رضایت از زندگی با مقدار ۲۵/۷۵۶ نشان دهنده تفاوت بین نمرات پس آزمون در دو گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی) و کنترل در سطح $P < 0/01$ معنی دار می باشد. بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مبنی بر مؤثر بودن درمان فراتشخیصی بر افزایش رضایت از زندگی پذیرفته می شود. همچنین مشاهده می شود که اندازه اثر درمان فراتشخیصی بر افزایش رضایت از زندگی برابر ۰/۴۹ بوده است.

جدول ۸. تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات رضایت از زندگی در دو گروه آزمایش (اکت و درمان فراتشخیصی)

اثر	شاخص	مقدار	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	معنی داری
گروه	اثر پیلائی	۰/۲۱۲	۳/۲۲۹	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	لامبدای ویکلز	۰/۵۰۸	۳/۲۲۹	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	اثر هنتلینگ	۰/۳۶۹	۳/۲۲۹	۳	۲۵	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۳۶۹	۳/۲۲۹	۳	۲۵	۰/۰۰۱

جدول ۸ معنی داری اثر متغیرهای مستقل گروه (اکت و درمان فراتشخیصی) و پیش‌آزمون‌های رضایت از زندگی را نشان می‌دهد. همانگونه که مشاهده می‌شود هر چهار آزمون اثر پیلائی، لانداوی ویکلز، اثر هنتلینگ و بزرگترین ریشه روی برای نمرات پس‌آزمون در

سطح $P < 0.01$ معنی دار بوده و نتیجه می‌شود که متغیر مستقل گروه (اکت و درمان فراتشخیصی) در نمرات پس‌آزمون رضایت از زندگی اثر معنی داری دارد.

جدول ۹. آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون رضایت از زندگی در دو گروه آزمایش (اکت و درمان فراتشخیصی)

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	پس‌آزمون رضایت از زندگی	۲۱/۳۸۴	۱	۲۱/۳۸۴	۶/۹۲۱	۰/۰۲۶	۰/۵۶۷	۰/۸۵۲

جدول ۹ نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون رضایت از زندگی در دو گروه آزمایش (اکت و درمان فراتشخیصی) را نشان می‌دهد. با توجه به جدول ۹ مشاهده می‌شود برای منبع تغییرات گروه، آماره آزمون F برای رضایت از زندگی با مقدار ۶/۹۲۱ نشان دهنده تفاوت بین نمرات پس‌آزمون در دو گروه آزمایش (اکت و درمان فراتشخیصی) در سطح $P < 0.01$ معنی دار می‌باشند. بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مبنی بر تفاوت اثر درمان اکت و درمان فراتشخیصی بر افزایش رضایت از زندگی پذیرفته می‌شود که با توجه به مقادیر میانگین نمرات رضایت از زندگی در جدول ۹ نتیجه می‌شود که که درمان اکت موثرتر از درمان فراتشخیصی بر افزایش رضایت از زندگی بوده است. همچنین مشاهده می‌شود که اندازه اثر درمان اکت نسبت به درمان با فراتشخیصی بر افزایش رضایت از زندگی برابر ۰/۵۶ بوده است.

عنوان اجزای اصلی فرایند تغییر اکت (ACT) معرفی شده است که عبارت اند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، عمل متعهدانه. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال کاهش رنج‌های غیرضروری افراد که ناشی از اجتناب تجربی هر یک از آنهاست، می‌باشد. هدف اصلی درمان اکت کمک به هر یک از افراد است، برای اینکه از فرایندهای شناختی و واکنش عاطفی خود چه به تنهایی چه در رابطه‌ی گروهی آگاه شوند، ارزش‌هایی که آنها را در رابطه نگه‌داشته است را روشن کنند و به عمل در روش‌هایی که به طور مداوم متناسب با این اهداف هستند حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته متعهد شوند. از طرفی، رضایتمندی از زندگی مهمترین مؤلفه بهزیستی ذهنی است که مربوط به ارزیابی کیفیت زندگی بر اساس ملاک‌های فردی می‌باشد یعنی رضایتمندی بالا از زندگی، حالتی است که شرایط ادراک شده توسط فرد با هنجارهای تعیین شده از طرف خود مطابقت دارد. رضایت از زندگی به یک فرایند قضاوتی و شناختی اشاره دارد که در آن افراد کیفیت زندگی خود را براساس مجموعه‌ای از ملاک‌ها ارزشیابی می‌کنند. اگر چه اشخاص مختلف در زمینه مؤلفه‌های مهم یک زندگی خوب از قبیل سلامت و روابط موفق با یکدیگر توافق دارند، اما به این مؤلفه‌ها وزن‌های متفاوتی می‌دهند. یکی از شاخص‌های بهداشت روانی میزان رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخصی و وضعیت فعلی او می‌باشد، به بیان دیگر هر چه شکاف میان سطح آرزوهای فرد و وضعیت عینی وی بیشتر گردد رضایت مندی او کاهش می‌یابد. بنابراین رضایت از زندگی می‌تواند به صورت معناداری اندازه‌گیری شود و به صورت قابل توجهی نیز افزایش یا کاهش یابد. به عبارتی میتوان با شناسایی عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی در صدد افزایش آن برآمد. در درمان مبتنی بر

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در سازمان تأمین اجتماعی در شهر کرمانشاه انجام شد. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش رضایت از زندگی در پرستاران موثر است. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج حاصل از پژوهش‌های محمدعلی و صداقت (۱۸)، عزیززی و قاسمی (۱۹)، سیدان و همکاران (۲۰)، لطیفیان و اسمعیل زاده آخوندی (۲۱)، وتزل و همکاران (۲۲)، دارلیمپل و هربرت (۲۳)، بلک لیج و هیز (۲۴) هم سو و هم راستا می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که شش فرایند اصلی در قالب یک فرایند زیربنایی (انعطاف‌پذیری روانشناختی) به

پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی اند. آن چه که افکار را تبدیل به باور می کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا به طور انعطاف ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی شان نباشند و در عوض، شیوه هایی برای تعامل موثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می شود، بیابند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجعان بیاموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند. هیچ یک از این رویدادهای درونی هنگامی که تجربه می شوند، ذاتاً برای سلامتی مضر نیستند. آسیب زا بودن آنها از این ناشی می شود که آنها، تجارب آسیب زاء، ناسالم و بدی دیده می شوند که آنچه را که ادعا می کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند. تکنیک های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تاکید زیادی دارند. وقتی که آمیختگی شناختی کاهش یابد یعنی گسلش شناختی رخ داده و فرد از محتوای افکار گسلیده شده است و به این معنی است که فرد توانسته یک فکر را فقط یک فکر ببیند (پذیرش) و نه یک حقیقت و در نتیجه طبق آن فکر عمل نمی کند (گسلش). تمرینات گسلش به مراجع کمک می کند که با خودپنداره بدنی به شیوه متفاوت تعامل داشته باشد که باعث افزایش خزانه رفتاری مراجع می شود. هنگامی که مراجع با وجود افکار، مطابق آنها رفتار نمی کند و رفتاری را در راستای ارزش های فردی اش (نه افکار) انجام می دهد، تجربه جدیدی خواهد داشت. اگر تا کنون به دلیل افکار و یا احساسات ناخوشایند کاری را انجام نمی داد این بار با وجود آن افکار و احساسات عمل می کند و متوجه خواهد شد که توان انجام آن را دارد و خودپنداره بدنی او افزایش می یابد و همچنین این تغییر در عملکرد و انجام عمل متعهدانه می تواند منجر به تغییر در نگرش افراد در رضایت از زندگی افراد شود. بنابراین می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت از زندگی در پرستاران موثر است.

همچنین، نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان فراتشخیصی بر افزایش رضایت از زندگی در پرستاران موثر است. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج حاصل از پژوهش های خسروی و همکاران (۲۵)، عبدی و همکاران (۲۶)، صالحی و همکاران (۲۷) هم سو و هم راستا می باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت که محققان معتقدند رضایت از زندگی بر ارزیابی مثبت شناختی-عاطفی دامنه داری که فرد از زندگی خود به عمل می آورد متمرکز است. رضایت از زندگی می تواند تحت تأثیر متغیرهایی نظیر حمایت اجتماعی، وضعیت سلامت جسمانی، منابع کنترل (درونی و بیرونی)، وضعیت مالی و اتفاقات زندگی باشد. از سوی دیگر نتایج مطالعات متنوع حاکی از ارتباط گسترده ی رضایت از زندگی با تعدادی از رفتارها و حالات روانشناختی مهم (از جمله افسردگی، اضطراب و عزت نفس) می باشد. به علاوه، رضایت از زندگی به

عنوان نشانه ای بارز از سازگاری موفقیت آمیز فرد با تغییر در موقعیت های گوناگون زندگی مورد توجه قرار می گیرد. تحقیق ها نشان می دهد که سطح شادی هر فرد را کیفیت رضایت او از جریان کلی زندگی تعیین می کند، یعنی هرچه انسان از زندگی و اتفاق های آن راضی باشد، شادتر خواهد بود و اگر اتفاق های گوناگون موجب از بین رفتن رضایت فرد شود، همین قدر نیز موجب پایین رفتن سطح کلی شادی وی خواهد شد و نکته قابل توجه این است که واقعیت های موجود موجب رضایت یا ناراضیاتی مان نمی شود بلکه داوری در مورد این واقعیت ها تعیین کننده رضایت یا ناراضیاتی است. افزایش نشاط و سرزندگی و امید آفرینی فردی و اجتماعی مفهومی بیش از یک احساس شادی و رضایت و خرسندی سطحی و معمولی دارد. به تجربه ثابت شده شادی و نشاط ماده اولیه تغییر جامعه و تحول و تکامل درونی انسانهاست. در جامعه خوشحال و خرسند تولید بهتر، اشتغال بیشتر و اقتصاد سالم تر خواهد بود و بدون شک چنین محیطی امنیت اجتماعی و فردی راحتتر بدست می آید، در محیط شاد ذهن انسان پویا، زبانش گویا و استعدادش شکوفا می شود. شاد بودن جامعه یکی از عوامل مؤثر به توسعه اقتصادی- فرهنگی و اجتماعی و سیاسی است و باعث کاهش نابسامانی های خانوادگی، افزایش میل و رغبت تحصیلی، دل به کار دادن و افزایش تولید می شود. از دیدگاه وینهون رضایت از زندگی به وسیله مصاحبت عمیق، قابلیت اندازه گیری دارد، زیرا که یک حالت ذهنی است او رضایت از زندگی را تصور رایج یک فرد از ارزیابی کل زندگی اش می داند که سرجمع لذت و درد است. تا کنون درمان های زیادی برای افزایش رضایت از زندگی و سایر سازه های روانشناختی مورد آزمون و استفاده انجام گرفته است. در بین این درمان ها، درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر در پاسخ به محدودیت درمان های شناختی- رفتاری از قبیل ناکامی این درمان ها در بهبودی بخش قابل ملاحظه ای از بیماران، وجود راهنماها و پروتکل های درمانی متعدد برای هریک از اختلال ها و گذراندن دوره های کارورزی طولانی مدت و متعدد برای هریک از اختلال ها و ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بیمار معرفی شده است و در آن اصول و پروتکل های درمانی یکسانی برای انواع سازه های مربوط به رضایت از زندگی به کار می رود. هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر این است که بیماران مهارت هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه ی موثر هیجانانگیزی منفی را مدیریت نمایند. نتایج یک مطالعه درمان فراتشخیصی یکپارچه در درمان بیماران اختلالات هیجانی بهبودی قابل توجهی در علائم اضطراب و افسردگی در این بیماران نشان داد. درمان فراتشخیصی یکپارچه در مقابل درمان های اختصاصی برای اختلال های هیجانی تدوین شده است. رویکرد فراتشخیصی مولفه های زیربنایی آسیب روانی را مورد هدف قرار می دهد و می تواند در درمان همبودی بسیار موثر باشد. بنابراین می توان گفت که این درمان با کاهش هیجانانگیزی منفی، سبب افزایش رضایت از زندگی در افراد خواهد شد. درمان فراتشخیصی بر افزایش رضایت از زندگی در پرستاران موثر است. سایر نتایج نشان داد که نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و

هیجانی، شناختی و رفتاری دارد. در این فرایند مداخلات به صورت ترکیبی انجام می‌گیرد که منجر به پردازش مجدد تجارب هیجانی، شناختی و رفتاری می‌شود. پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه درمانی موثر برای بهبود مشکلات هیجانی می‌باشد. با توجه به اینکه تمایز یافتگی خود و دشواری تنظیم هیجانی، به طور مشترک زیر بنای هیجانی دارند، درمان فراتشخیصی یکپارچه رویکردی مناسب برای بهبود سطح هر کدام از این متغیرها می‌باشد. افراد کمتر تمایز یافته، اضطراب مزمن و سطح بالینی را دریافت می‌کنند و در پی آن در روابط صمیمانه و کنترل عواطفشان دچار مشکل می‌شوند و سلامت روانی آنها به خطر می‌افتد و همچنین کمبود توانایی کافی برای تنظیم هیجانات، منجر به مشکلات گوناگون جسمی و روانی در افراد جامعه می‌گردد. همچنین، رضایت از زندگی، عبارت است از برداشت فرد از سطح رفاه و شادی. در اصل رضایت از زندگی، یک ارزیابی ذهنی از کیفیت زندگی است و معمولاً به شادی حاصل از تحقق نیازها و خواسته‌ها که باعث لذت می‌شوند، اشاره دارد. یکی از جدیدترین رویکردهای درمانی در این مورد، درمان مبتنی بر (ACT) رفتاری است. این رویکرد درمانی با درمان پذیرش و تعهد شناختی- رفتاری سنتی متفاوت است. تقریباً یک دهه قبل، هیز نسل سومی از درمان های رفتاری را بعنوان نماینده درمان هایی که در بیست سال گذشته شکل گرفتند، مطرح نمود و بر نقش پذیرش و توجه آگاهانه برای ایجاد تغییر تأکید کرد. پذیرش به تمایل فعال برای تجربه کردن هیجانات، حس های بدنی و افکار بدون تلاش برای کنترل یا دستکاری آنها اشاره دارد. در ACT انگیزه اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز به فرد تحمیل شود. انعطاف پذیری ایجاد شده از طریق پذیرش و حضور ذهن به بیمار کمک می‌کند که نسبت به احساسات بدنی خود واکنش کمتری نشان دهد. هدف نهایی درمان ACT، کمک به فرد برای به دست آوردن حس جهت مندی زندگی به نحوی که ارزش های زندگی او را شامل شود و سپس عمل کردن در راستای آن ارزش هاست. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر نتایج نشان داد که درمان اکت از درمان های فراتشخیصی در افزایش رضایت از زندگی موفق تر عمل کرده و موثر تر می‌باشد، می‌توان نتایج را اینگونه تبیین نمود که چون تمام جنبه های زندگی می‌تواند بر رضایت از زندگی تأثیر گذار باشد و فقط این هیجانات منفی نیستند، و درمان اکت نسبت به درمان های فراتشخیصی ریشه ای تر عمل می‌نماید، پس در بین پرستاران تأثیر بیشتری داشته است. بنابراین می‌توان گفت که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی بر افزایش رضایت از زندگی در پرستاران تفاوت وجود دارد. این پژوهش، نیز همانند سایر پژوهش ها محدودیت هایی داشت؛ که از جمله آن می‌توان به محدود بودن قدرت تعمیم نتایج (به سایر مشاغل و سایر شهرها، به دلیل تفاوت های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی) و عدم وجود دوره پیگیری نام برد. در انتها، پیشنهاد می‌شود با برگزاری دوره های مدیریت هیجان و دوره هایی بر مبنای پروتکل فراتشخیصی

درمان فراتشخیصی بر افزایش رضایت از زندگی در پرستاران تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج حاصل از پژوهش های غفارزاده و ابوالقاسمی (۲۸)، زمستانی و همکاران (۲۹)، محمد علی و صداقت (۱۸)، شیرازی چالستری و همکاران (۳۰)، عزیزی و قاسمی (۱۹)، سیدان و همکاران (۲۰)، بیرامی و همکاران (۳۱)، بخشی پور و همکاران (۳۲)، عطارد و همکاران (۳۳)، لطیفیان و اسمعیل زاده آخوندی (۲۱)، خسروی و همکاران (۲۵)، زمستانی و همکاران (۳۴)، عیدی و همکاران (۲۶)، صالحی و همکاران (۲۷)، در پژوهشی وتزل و همکاران (۲۲)، دارلیمپل و هربرت (۲۳)، بلک لچ و هیز (۲۴)، گانمن و همکاران (۱۲) هم سو و هم راستا می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که احساس شادی و نشاط یکی از ضروریترین خواسته های فطری و نیازهای روانی انسان به شمار می‌رود و به دلیل تأثیرات عمده بر سالم سازی و بهسازی جامعه، مدت مدیدی است ذهن آدمیان را به خود مشغول کرده است به طوری که امروزه بسیاری از ملل به نوعی درصد ایجاد یک جامعه سالم و بانشاط هستند، زیرا به نظر می‌رسد احساس شادی از یک سو انسانها را برای زندگی بهتر و بازدهی بیشتر آماده می‌کند و از سوی دیگر به دلیل ویژگی مسری بودن آن، بستگی های فرد را با محیط گسترده می‌کند. از این رو مادامی که شهروندان احساس شادی کنند. همواره در خدمت به شهر و افراد جامعه اهتمام بیشتری می‌ورزند، از این منظر نقش شادی و نشاط در زندگی افراد به حدی بسزاست که متفکر اجتماعی راسکین را بر این نکته تأکید می‌ورزد که «ثروتمند ترین کشور، کشوری است که بیشترین افراد شاداب را زیر بال خود داشته باشد. از دیدگاه آرگایل، مقیاس های متفاوت خوشبختی و رضایت، شادی و احساس مثبت همگی با هم همبستگی دارند و عامل کلی روشنی را ایجاد می‌کنند، بنابراین شادی یا خوشبختی شبیه یک ویژگی شخصیتی است که شامل تعدادی عناصر مربوط به هم می‌باشد که در سراسر موقعیت ها و در طول زمان ثابت است. او با پیوند زدن عامل رضایت از زندگی به شادکامی، استمرار و پایداری را به عنوان خصلت شادکامی و نشاط معرفی کرده است. رضایت از زندگی مفهوم فراگیر و در عین حال پایداری است که منعکس کننده احساس و نظر کلی مردم یک جامعه، نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کنند. اهمیت آن نیز از حیث دلالت هایی است که بر ویژگی های پایدار نظام اجتماعی دارد. متغیر رضایت از زندگی از دیدگاه نظریه پردازان مختلفی چون دورکیم، لوین، کریزبرگ و... یکی از فاکتورهای تأثیرگذار بر میزان خرسندی و نشاط افراد می‌باشد. رضایتمندی از زندگی، بزرگترین آرزو و مهمترین هدف زندگی بشر است که بیش از هر عامل دیگری بهداشت روانی افراد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و تحولات عظیمی در حوزه شادمانی و نشاط رخ داده بر ارتباط نزدیک و در هم تنیده این امر را تأکید می‌نماید پژوهش متعدد نشان داده که شادمانی و نشاط می‌تواند سبب افزایش میزان سلامتی، رضایت و ثروت و رفاه گردد. از طرفی، پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه یک درمان فراتشخیصی متمرکز بر هیجان می‌باشد، این درمان بر ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان ها تأکید می‌کند و عمدتاً سعی در شناسایی و اصلاح کوشش های غیرانطباقی تجارب

حامی مالی

هزینه‌های مطالعه حاضر توسط نویسندگان مقاله تامین شد.

مشارکت نویسندگان

طراحی و ایده پردازی: فریبا کوه نشین طارمی، کریم افشاری نیا، کیوان کاکابرای؛ روش شناسی و تحلیل داده‌ها: فریبا کوه نشین طارمی؛ نظارت و نگارش نهایی: کریم افشاری نیا، کیوان کاکابرای.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

References

1. Scholes J. Coping with the professional identity crisis: Is building resilience the answer? *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(7):975-8.
2. Bayani A, Koochaki A, Goodarzi H. Reliability and validity of life satisfaction scale. *Journal of Iranian Psychologists*. 2018;3(11):259-65.
3. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy*. 2004;35(2):205-30.
4. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*. 2015;40:91-110.
5. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy: Springer Science+ Business Media; 2005.
6. Lee H, Hwang S, Kim J, Daly B. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48(6):632-41.
7. Landa JMA, López-Zafra E, Martos MPB, del Carmen Aguilar-Luzon M. The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2008;45(6):888-901.
8. Niknami M, Namjo A, Baghaee M, Saterkarroshan Z. Relationship between life satisfaction and health behaviors in the elderly referred to active retirement centers. *Iranian Psychology*. 2017;73(19):46-54.
9. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffen S. The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*. 1985;49(1):71-5.
10. Mosavi S, Mirfarhadi N, Tabari R, Kazemnezhad Lieli A. The role of individual factors on life satisfaction in nurses working in hospitals affiliated to Rasht University of Medical Sciences. *Two Quarterly Journal of Nursing and Midwifery Schools of Guilan Province*. 2017;21(8):139-20.
11. Park SS, Rosén LA. The marital scales: Measurement of intent, attitudes, and aspects regarding marital relationships. *Journal of Divorce & Remarriage*. 2013;54(4):295-312.
12. Gottman J, Swanson C, Swanson K. A general systems theory of marriage: Nonlinear difference equation modeling of marital interaction. *Personality and social psychology review*. 2002;6(4):326-40.
13. Dosti C, Gholami S, S. T. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on aggression reduction in students with internet addiction. *Journal of Health Care*. 2017;2(6).
14. Wagner T, Fydrich T, Stiglmayr C, Marschall P, Salize H-J, Renneberg B, et al. Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder

- one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behaviour Research and Therapy*. 2014;61:12-22.
15. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*. 2007;31(6):772-99.
 16. Sheykhi M, Hooman H, Ahadisepah H, Mansour M. Psychometric Characteristics of Life Satisfaction Scale. *Quarterly Journal of Thought and Behavior in Psychology*. 2011;5(19):17-29.
 17. Asgari P. The relationship between social acceptance and gender role with psychological well-being in female students. *Quarterly Journal of Women and Culture*. 2010;5:110-99.
 18. Mohammadali M, Sedaghat M. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on the life satisfaction of mothers of children with cancer. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;9(2):34.
 19. Azizi A, Ghasemi S. Comparison of the effectiveness of three solution-oriented, cognitive-behavioral and therapeutic approaches - through the variables of emotion seeking and sexual satisfaction among women and men with marital relationship. Master Thesis in Family Counseling Mashhad Ferdowsi University. 2017.
 20. Seydan A, Mirmobini B, Naderi H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy based on life satisfaction, marital adjustment and positive feelings towards the spouse. Fourth International Conference on Psychology and Social Sciences University of Esfahan. 2017.
 21. Latifian R, EsmaeilZadeh Akhondi M. The effectiveness of treatment based on the acceptance and commitment of depression and the quality of life of divorced women. The first international conference on modern research in the field of educational sciences and psychology and social studies in Iran. 2016.
 22. Wetherell JL, Afari N, Rutledge T, Sorrell JT, Stoddard JA, Petkus AJ, et al. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*. 2011;152(9):2098-107.
 23. Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior modification*. 2007;31(5):543-68.
 24. Blackledge JT, Hayes SC. Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*. 2006;28(1):1-18.
 25. Khosravi M, Bigdedi A, Khodadadi L. Relationship between the severity of symptoms of emotional problems and behavioral problems and how to draw a manikin in preschool children. *Journal of Psychology, University of Tabriz*. 2016;4(15).
 26. Abdi R, Bakhshipour A, Mahmoud Alilo M, Farnam A. Evaluation of the effectiveness of integrated transdiagnostic therapy in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Behavioral Science Research*. 2013;11(5).
 27. Salehi A, Baghban A, Bahrami F, Ahmadi A. Relationship between emotion regulation strategies and emotional problems according to individual and family factors. *Family Counseling and Psychotherapy Quarterly*. 2011;1(1):1-19.
 28. Ghafarzadeh S, Abolghasemi A. Comparison of emotional problems, identity styles and safety behaviors in bullying and normal students. *Journal of School Psychology*. 2019;7(4):106-20.
 29. Zamestani M, Gholizadeh Z, Aalaei M. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on depression and anxiety of mothers with children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Exceptional People Psychology Allameh Tabatabaie University*. 2018;8(29):61-84.
 30. Shirazi Chaleshtari G, Ghasemi Pirbalouti M, Sharifi T, Beigi Harachgani

- M. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on regulating negative emotional states (anxiety, stress and depression) of high school male students. 2nd International Conference on Psychology, Educational and Behavioral Sciences. 2017.
31. Birami M, Hashemi T, Shadbafi M. Comparison of emotional-behavioral problems in students with and without learning learning and math disorders. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017;4(3).
 32. Bakhshipour A, Vojodi B, Mahmoud Alilo M, Abdi R. The effectiveness of integrated transdiagnostic therapy in reducing the symptoms of major depressive disorder. Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology. 2016;11(41).
 33. Atarod N, Mokaieili N, Mohajeri Aval N, Vojodi B. The effect of integrated meta-diagnostic treatment on anxiety disorders and depression: A single case study. Journal of Health Resonance. 2016;4(4):54-62.
 34. Zamestani M, Imani M. The effectiveness of meta-diagnostic treatment on symptoms of depression, anxiety and emotion regulation. Journal of Contemporary Psychology. 2016;11(1):21-32.

