

Effectiveness based on acceptance and commitment therapy on quality of life women heads of household conducted in Tehran welfare Organization

Zahra Mohammadi¹, Ahmad Borjali², Faramarz Sohrabi³

1- M. A. in General Psychology, Faculty of psychology and Education Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0001-9965-1070 E-mail:mohamadizahra66@gmail.com

2-Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0001-6823-7600

3-Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0003-0293-6120

Received: 08/08/2018

Accepted: 09/12/2018

Abstract

Introduction: Female householders have a low quality of life due to their hard life condition.

Aim: This study aimed to evaluate the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on life quality of households head women sponsored by Tehran welfare organization.

Method: The research method was semi-experimental, pretest-posttest with control group and one month follow-up. Among the centers covered by the Welfare Organization of Tehran, a center was selected by purposive sampling method, afterwards among the households head women sponsored by this center, 30 women were randomly assigned to two experimental and control groups and then The World Health Organization's Quality of Life Questionnaire was administered to them. The intervention group conducted eight 90 minutes treatment sessions. Quality of life questionnaire was performed as a post-test.

Results: The results of post-test covariance analysis showed that the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment was significant ($P < 0.01$) on the quality of life of households head women.

Conclusion: Based on the findings of this study, treatment based on acceptance and commitment can be used to increase the life quality of households head women.

Keywords: treatment based on acceptance and commitment, quality of life, households head women.

How to cite this article : Mohammadi Z, Borjali A, Sohrabi F. Effectiveness based on acceptance and commitment therapy on quality of life women heads of household conducted in Tehran welfare Organization. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5 (5): 81-91 . URL :<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-538-fa.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

تحت پوشش سازمان بهزیستی تهران

زهرا محمدی^۱، احمد برجلی^۲، فرامرز سهرابی^۳

۱. کارشناسی ارشد، روان شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

ایمیل: mohamadizahra66@gmail.com

۲. دانشیار روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳. استاد روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۱۷

چکیده

مقدمه: زنان سرپرست خانوار به علت شرایط سخت زندگی، کیفیت زندگی پایینی دارند.

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی تهران بود.

روش: پژوهش از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه بود. از بین مراکز تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران، یک مرکز به شیوه هدفمند انتخاب و سپس از میان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش آن مرکز ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در مورد آن‌ها اجرا شد. گروه آزمایشی مداخله درمانی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه کیفیت زندگی به‌عنوان پس‌آزمون اجرا شد.

یافته‌ها: تحلیل کوواریانس پس‌آزمون نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده معنادار ($P < 0/01$) بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، زنان سرپرست خانوار

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی است.

مقدمه

در طول تاریخ همواره مردان عهده‌دار مسئولیت خانواده بوده‌اند ولی با گذر زمان و پدیده جهانی شدن، ساختار خانواده نیز تحت تأثیر قرار گرفته و اکنون شاهدیم که زنان به دلایل مختلف (فوت همسر، طلاق، مهاجرت، ناتوانی همسر و موارد دیگر) وظیفه اداره خانواده را به دوش می‌کشند، زنان در توسعه اقتصادی و اجتماعی یک جامعه به خصوص در زمینه کمک‌های مالی، جهت رفاه خانواده نقش مهمی ایفا می‌کنند (رحمان^۱ ۲۰۱۳). با این وجود در سال‌های اخیر شاهد روند رو به رشد زنانی هستیم که به تنهایی مسئولیت زندگی خود را به دوش می‌کشند و به عنوان زنان سرپرست خانوار^۲ در جامعه معرفی می‌شوند (بلداجی، فروزان و رفیعی، ۱۳۹۰).

زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را به عهده دارند و مسئولیت اداره اقتصادی خانواده و تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی بر عهده آنهاست (فروزان و بیگلریان، ۱۳۸۲). زنان سرپرست خانوار شامل زنان بیوه، مطلقه، همسران مردان معتاد، همسران مردان زندانی، همسران مردان مهاجر، زنان خودسرپرست، همسران مردان از کار افتاده و معلول‌اند (حسینی، فروزان و امیرفریار، ۱۳۸۸). این گروه از زنان از جمله گروه‌های آسیب‌پذیری هستند که گاه عواملی چون طلاق، فوت، اعتیاد همسر و رها شدن توسط مردان مهاجر یا بی‌مبالات، موجب آسیب‌پذیری این طیف وسیع از جامعه می‌شود (نازک تبار و علی‌آبادی^۳، ۲۰۱۱). زنان سرپرست خانوار از جمله آسیب‌پذیرترین قشر اجتماعی به شمار می‌روند. این قشر نسبت به سایر زنان فشارهای روانی اجتماعی

بیشتری را تجربه کرده و در مقابل کیفیت زندگی پایینی دارند (کاظمی پور، ۱۳۸۸). کیفیت زندگی از نظر واژه ای به معنی چگونگی زندگی کردن است. برخی از پژوهشگران این واژه را پیچیده تر از آن می‌دانند که بتوان آن را در یک جمله توصیف کرد برخی از کارشناسان در مورد ذهنی بودن و پویا بودن این مفهوم توافق دارند. بیشتر آنها باور دارند که کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است و دربرگیرنده حقایق مثبت و منفی زندگی است. از سوی دیگر، برخی آن را یک مفهوم فردی قلمداد می‌کنند به این که حتما باید به وسیله خود شخص و بر اساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین شود (گل پور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی، ۲۰۱۳). در واقع کیفیت زندگی نگرش ذهنی فرد نسبت به جنبه‌های فرهنگی، اجتماعی، محیطی و اقتصادی است که در آن زندگی می‌کند و به سادگی قابل توصیف نیست. کیفیت زندگی دارای شش بعد جسمانی، روان شناختی، سطوح استقلال، روابط اجتماعی، محیطی و معنوی است (لی، ۲۰۰۸). به استناد تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۴، کیفیت زندگی^۵ را به صورت تصورات و درک افراد از وضعیت خود در قالب نظام‌های ارزشی و فرهنگی که با اهداف و آرمان‌ها، انتظارات، معیارها و علایق فرد در ارتباط است تعریف کرده است (بارکچیا^۶ و همکاران، ۲۰۱۳). مسائل و مشکلاتی که زنان سرپرست خانوار در زندگی با آن مواجه هستند عاملی مؤثر بر کاهش کیفیت زندگی آنهاست چنانچه پژوهش‌های متعددی در این زمینه به عمل آمده است مانند در یک مطالعه که به بررسی کیفیت زندگی این زنان پرداخت نتایج نشان داد که کیفیت زندگی این زنان در حد

⁴. World Health Organization (WHO)

⁵. quality of life

⁶. Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & De Marinis, M, G.

¹. Rahman, M. M

². female heads of household.

³. Nazoktabar, H. N. Aliabadi, A.

پذیرش و تعهد از توانایی خوبی در مهار نگرش ها و ادراکات فرد در برابر پیش آمدهای استرسزای زندگی برخوردار است. درمان اکت یک رویکرد بافت گرا است که با افراد به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد شود (هیز و همکاران^۵، ۲۰۰۶).

هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمند و رضایت بخش تر از طریق انعطاف پذیری روان‌شناختی است و شش فرآیند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند و عبارتند از: پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و عمل متعهد است (رودیت و رایبسون^۶، ۲۰۱۱).

عمده‌ترین هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر جهت توجه و تلاش مراجع‌کنندگان از اهداف بیهوده (مثل کاهش احساسات و افکار ناخوشایند) به سوی اعمال مبتنی بر خواست‌های آنها از یک زندگی مطلوب است و تمام تلاش مشاور در رشد و پرورش "زندگی مبتنی بر ارزش" آن است که به مراجع‌کنندگان کمک کند تا شیوه‌ی زندگی کردن مطلوب خویش را پیدا کنند و صرفاً به انجام آن شیوه پردازند، بنابراین تلاش‌های درمانی می‌بایست معطوف به رفتارهایی باشد که در راستای ارزش‌های انتخاب‌شده توسط مراجع باشد (ایفرت و فورسیث^۷، ۲۰۰۵). شناسایی و تشخیص مرزهایی که افراد را از زندگی مطلوب بازداشته است. مؤلفه‌های کلیدی مداخلات پذیرش و تعهد را تشکیل می‌دهد و از فرآیندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف پذیری روانی استفاده می‌کند (ایفرت و فورسیث^۸، ۲۰۰۶). در

متوسط است اما آن دسته از آنان که تحت پوشش بهزیستی یا کمیته امداد هستند کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (بلداجی، فروزان و رفیعی، ۱۳۹۰). همچنین بررسی‌های انجام گرفته نشان می‌دهد که نگرانی، اضطراب و استرس بیشترین دغدغه زنان سرپرست خانواده نسبت به آینده خود و فرزندانشان بوده است که این عوامل می‌تواند تأثیر قابل توجهی در کاهش کیفیت زندگی این زنان داشته باشد (حیدری و فرهادیان^۱، ۲۰۱۵). زنان سرپرست خانوار به دلیل فراوانی بالای نقش‌هایی که بر عهده می‌گیرند، نسبت به سایر زنان تنش بیشتری تجربه می‌نمایند و در نتیجه از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (طهماسبی^۲، ۲۰۰۶). در پژوهش دیگری که بر روی کیفیت زندگی زنان تک والد نسبت به خانواده‌های تک هسته‌ای دریافتند زنان سرپرست خانوار بدون همسر نسبت به زنانی که همسر دارند کیفیت زندگی پایین، درآمد کمتر و افسردگی بیشتری دارند (ل.هرناندا، آراندا و رامیرز^۳، ۲۰۰۹).

بر اساس روند رو به رشد آسیب‌های مختلف روان‌شناختی و اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار که کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد نقش مداخلات روان‌شناختی پیشگیرانه و درمانی اهمیت خاصی پیدا می‌کند یکی از رویکردهایی که در سال‌های اخیر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ (ACT) به عنوان درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آنها تلاش می‌شود به جای شناخت‌ها، ارتباط شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان مبتنی بر

^۵. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J.

^۶. Roditi, D. Robinson, ME.

^۷. Eifert, H. Forsyth, J.

^۸ - Eifert, G., & Forsyth, J.

^۱. Haydari, L., Farhadian, M.

^۲. Tahmasebi, A.

^۳. L - Hernandez, R. E., Aranda, B. G., Racine, M. T.

^۴. Acceptance & Commitment Therapy (ACT)

حقیقت این درمان تمرکز کمتری بر کاهش نشانه دارد و بیشتر متمرکز بر افزایش کیفیت زندگی است (هایز، لوین، پلامب، بولانگر و پیستولو^۱، ۲۰۱۱).

زنان سرپرست خانوار به عنوان قشری از جامعه که رو به افزایش است دارای مسائل و مشکلاتی هستند که بیشتر از افراد عادی بوده و برخورد با این مشکلات می تواند کیفیت این افراد را تحت تأثیر قرار دهد. در این راستا، هدف از پژوهش حاضر کمک به زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی، جهت ارتقاء کیفیت زندگی این افراد است تا بتوانند با این مسائل و مشکلات کنار آمده و به آنها کمک کنیم که در کنار رنج و درد و مشکلاتی که برای آنها وجود دارد زندگی غنی و پرمحتوایی داشته باشند و تمرکز آنها را از مسائل و مشکلات به یک زندگی ارزشمند تغییر دهیم که این هدف از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قابل دسترسی است. مشکلات اقتصادی و فقر مالی زنان سرپرست خانوار باعث می شود آنها در خارج از خانه مشغول به کار شده و زمان کمتری را در خانه باشند که این کار باعث کاهش کیفیت زندگی این افراد می شود؛ بنابراین ضروری است که برای حل مشکلات این قشر از جامعه به آنها کمک کرد تا به طور واقع بینانه ای به توانایی ها و محدودیت های خود بنگرند و وجود کمبودها و کاستی ها را به عنوان بخشی از زندگی بپذیرند. این امر مهم از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که نگاه واقع بینانه ای به وضعیت افراد دارد و هدفش کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی ناچار با خود دارد قابل دسترسی است؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به زنان سرپرست خانوار کمک کند که آنچه خارج از کنترل شان است را بپذیرند و به عملی که زندگی یشان را غنی و معنادار

می سازد متعهد شوند و به شیوه ای عمل کنند که مطابق با ارزش های انتخاب شده شان باشند. با توجه به اینکه پژوهشی در زمینه تأثیر احتمالی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در کشور انجام نشده است، پژوهشگر در این مطالعه به دنبال پرسش اساسی خواهد بود:

آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سطح کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی را بالا می برد؟

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه پس از ادغام برخی از حیطه ها و حذف تعدادی از سؤالات پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۰۰) سؤالی ایجاد شد و در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت هم زمان طراحی و به زبان های متفاوت ترجمه شد؛ بنابراین، مفاهیم سؤالات در فرهنگ های متفاوت یکسان است. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می سنجد و هر کدام از حیطه ها به ترتیب دارای ۶، ۷، ۸، ۳ سؤال است. (مؤمنی، مشتاق و پورشهباز، ۱۳۹۲).

تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روان سنجی فرم کوتاه پرسشنامه WHOQOL نشان دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان شناختی، ۰/۷۶. روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰) و پایایی -test retest مناسبی است (گروه WHOQOL، ۱۹۹۸؛ اسکوینگتون و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه کیفیت زندگی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

^۱. Hayes, S. C., Levin, M., Plumb, J., Boulanger, J., Pistorello, J.

نداشتن حداقل سواد دیپلم برای درک و انجام تکالیف خانگی بود.

کسانی که ملاک های شمول را دارا بودند، توضیحاتی در مورد پژوهش، تصادفی سازی، محرمانه بودن و حق خروج از پژوهش در هر زمان که می خواهند داده شده بود. سپس آنان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شده بودند و از افراد شرکت کننده در پژوهش خواسته شده بود که پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت را پر کنند. پس از گمارش تصادفی، افراد گروه آزمایشی برای شرکت در جلسات درمانی (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش)، به مدت ۴ هفته، هر هفته ۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای، درمان را اجرا کرده بودند و پس از گذشت یک ماه از اتمام جلسات درمانی، دوره ی پیگیری از طریق اجرای پرسشنامه کیفیت زندگی انجام شده بود.

شیوه درمانی مورد استفاده در این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. در پژوهش حاضر، این مداخله درمانی بر اساس پروتکل درمانی ولز و سورل (۲۰۰۷) طرح ریزی شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماه بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی بودند که از جامعه آماری زنان سرپرست خانوار شهر تهران به شیوه هدفمند انتخاب شده بودند. مهم ترین ملاک ورود این زنان، داشتن حداقل سطح سواد دیپلم، قرار گرفتن در دامنه سنی ۴۰-۲۰ خانم هایی که سرپرست خانوار باشند و مهم ترین ملاک خروج آنان عدم حضور در تمام جلسات (تنها دو جلسه غیبت مجاز است) و

خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسات	
جلسه اول	مقدمه و دستور جلسه درمان: آشنا شدن با درمان - برقراری رابطه درمانی و ارزیابی مشکلات
جلسه دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی ^۱ : ایجاد درماندگی خلاق
جلسه سوم	ارزش ها: پذیرش - ارزش ها
جلسه چهارم	شفاف سازی ارزش ها ^۲ و اهداف و موانع
جلسه پنجم	گستگی ^۳
جلسه ششم	عمل متعهدانه
جلسه هفتم	رضایت: رنج اولیه و ثانویه - تعهد و موانع شکل گیری رضایت
جلسه هشتم	ختم جلسات

^۱. mindfulness
^۲. values clarification
^۳. defusion

یافته ها

تمامی آزمودنی های شرکت کننده از نظر جنسیت زن بودند و آزمودنی ها از سطح تحصیلات دیپلم برخوردار بودند و در گروه سنی ۴۰ - ۲۰ سال بودند. گروه نمونه شامل ۳۰ نفر از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی بودند که از این میان ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی

متغیرها	مراحل	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۴۸/۸۷	۱۰/۳۵	۵۰/۶۰	۶/۱۰
	پس آزمون	۶۴/۵۳	۱۱/۰۲	۵۱/۰۶	۶/۷۷
	پیگیری	۶۴/۶۰	۱۱/۱۹	-	-

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین نمرات اعضای گروه آزمایش، در مرحله پیش آزمون ۴۸/۸۷ و در مرحله پس آزمون ۶۴/۵۳ است. این تغییر در گروه کنترل مشاهده نمی شود.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون متغیر کیفیت زندگی

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۹۲۲/۷۸	۱	۱۹۲۲/۷۸	۱۲۳/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
	گروه آزمایش	۱۷۰۴/۲۳	۱	۱۷۰۴/۲۳	۱۰۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱

نتایج جدول تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون کیفیت زندگی نشان می دهد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار معنادار ($F= 109/07, P<0/01$) و میزان تأثیر درمان انجام شده بر روی کیفیت زندگی ۸۰ درصد است. به عبارت دیگر مداخلات صورت گرفته بر روی گروه آزمایش ۸۰ درصد مؤثر بوده و توانسته کیفیت زندگی گروه هدف را افزایش دهد؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می شود.

جدول ۳-۴: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پیگیری متغیر کیفیت زندگی

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
---------	----------	---------------	------------	-----------------	---	---------------	------------	------------

۱/۰۰	۰/۴	۰/۰۰۱	۱۴۷/۲۴	۲۰۱۷/۰۷	۱	۲۰۱۷/۰۷	پیش آزمون	کیفیت
۱/۰۰	۰/۸	۰/۰۰۱	۱۳۲/۸۸	۱۸۲۰/۲۹	۱	۱۸۲۰/۲۹	گروه	زندگی

بعد از یک ماه همچنان معنادار بوده ($P < 0/01$)، $F = 132/88$ و میزان این تأثیر ۸۳ درصد است. نکته جالب توجه مرحله پیگیری، افزایش ۳ درصدی تأثیر- گذاری نسبت به مرحله پس آزمون است به عبارت دیگر نمرات بیماران در مرحله پیگیری اندکی افزایش نسبت به مرحله پس آزمون داشته است که این نتایج بیانگر تداوم تأثیر مداخله انجام گرفته است.

در خصوص چندین مطالعه‌ای که در این زمینه انجام گرفته می‌توان گفت که نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج پارسا و همکاران (۱۳۹۷) که اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، مفید و همکاران (۱۳۹۶) که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی، دهقانی (۱۳۹۵) اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی، فیرس و همکاران (۲۰۱۳) که به مطالعه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان و نریمانی و همکاران (۱۳۹۳) که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور بررسی کرده بودند همسو است.

و در رابطه با پژوهش‌هایی که از سایر درمان‌ها برای بررسی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار استفاده کرده بودند نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های احمدی (۱۳۹۷) که اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی، بشرپور و همکاران (۱۳۹۶) که اثربخشی

نتایج جدول تحلیل کوواریانس نمرات پیگیری کیفیت زندگی نشان می‌دهد که تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده بعد از یک ماه همچنان معنادار بوده ($P < 0/01$)، $F = 132/88$ و میزان این تأثیر ۸۳ درصد است. این نتایج بیانگر تداوم تأثیر مداخله انجام گرفته است. نکته جالب توجه مرحله پیگیری، افزایش ۳ درصدی تأثیر گذاری نسبت به مرحله پس آزمون است؛ بنابراین فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران بود. نتایج جدول تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون کیفیت زندگی نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار معنادار بوده ($P < 0/01$)، $F = 109/07$ و میزان تأثیر درمان انجام شده بر روی کیفیت زندگی ۸۰ درصد برآورد شده است؛ به عبارت دیگر مداخلات صورت گرفته بر روی گروه آزمایش ۸۰ درصد مؤثر بوده و توانسته کیفیت زندگی گروه هدف را افزایش دهد. در رابطه با دوره‌ی پیگیری مبتنی بر ماندگاری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی، نتایج جدول آزمون تحلیل کوواریانس نمرات پیگیری کیفیت زندگی نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار و حیدری و فرهادیان (۲۰۱۵) اثر بخشی آموزش تاب آوری در کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده و کویین (۲۰۰۳) که به بررسی رابطه‌ی بین مهارت‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار پرداخته است همسو است. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت زنان سرپرست خانوار در زندگی با مسائل و مشکلاتی روبه‌رو هستند که این مشکلات ابعاد کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار مانند بعد جسمانی، روانی - عاطفی، اجتماعی، رفتاری - فعالیتی و قلمرو مادی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این مسائل و مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی باعث می‌شود زنان سرپرست خانوار کیفیت زندگی پایینی داشته باشند. با توجه به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نگاه بسیار واقع‌بینانه‌ای به وضعیت بشر دارد و با این نکته شروع می‌شود که زندگی پر از درد است. اهمیتی ندارد که زندگی ما چه قدر خوب بگذرد، به هر حال همراه با درد زیادی خواهد بود. همه‌ی انسان‌ها احساسات دردناک و افکار منفی دارند پس باید یاد بگیرند با وجود این مشکلات، یک زندگی غنی و کامل و با معنا داشته باشند (هنرپروران، میرزایی‌کیا، نیری و لطفی، ۱۳۹۳). در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد یاد داد تجارب ناخوشایند زندگی را فعالانه و آگاهانه بپذیرند بدون این که فرد بی‌جهت برای تغییر شرایط زندگی خود تلاش کند و یا سعی در تحمل شرایط ناخوشایند داشته باشد؛ یعنی افراد یاد گرفتند که چگونه فعالانه و مشتاقانه با عواطف و خاطرات و احساسات جسمانی و افکار خود روبرو شوند؛ به عبارت دیگر فرد از مشکلات نمی‌گریزد بلکه در هر شرایطی انعطاف‌پذیری را می‌آموزد. منظور از پذیرش در این درمان

تسلیم یا تحمل کردن شرایط آزاردهنده و آسیب‌زای زندگی که واقعاً افراد قدرت تغییر آن را ندارند نیست. هایز ۱۹۹۴ پذیرش را برقراری تماس با عملکرد محرک‌های مستقیم یا خودکار رویدادها، بدون اقدام بر اساس عملکردهای کلامی و استنتاجی آن‌ها را تعریف کرد. در این پژوهش افراد یاد گرفتند ارتباط بیشتری با زمان حال داشته باشند و بیشتر در زمان حال زندگی کنند تا در گذشته و آینده. ارزش و اهداف زندگی خود را مشخص کردند تا آنچه را که نمی‌توانند تغییر دهند بپذیرند و بیشتر بر فرآیند زندگی تمرکز کنند تا نتایج عملکردشان. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد، لزوم تصریح ارزش‌ها و استفاده از استعاره‌هایی مانند آدم‌ولگرد، جنگ با هیولا، کیک شکلاتی و غیره همگی منجر به کاهش شدت مشکلات زنان سرپرست خانوار که کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده بود شد. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این است که به افراد کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند. در واقع به افراد آموزش داده شد که در این نوع درمان رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را روشن و مشخص کنند و به آن‌ها پردازند. در این درمان افراد یاد گرفتند که احساساتشان را بپذیرند تا این که از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایندهای تفکرشان به وسیله‌ی ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف‌محور پیوند دهند. از آنجایی که این درمان تمرکز کمتری بر کاهش نشانه‌ها دارد و بیشتر متمرکز بر افزایش کیفیت زندگی است توانست کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده بهبود بخشد. بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که برای افزایش

Quality of Life of Female-Headed Households. *Journal of Social Sciences*, Vol. 8, No. 2.

Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & De Marinis, M. G. (2013). Defining quality of life: a wild-goose chase?. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185-203.

Boldaji, L T., Foruzan, A., Rafiey, H. (2011). Quality of Life of Head-of-Household Women: a Comparison between those Supported by Welfare Organization and those with Service Jobs *Social Welfare*. 11 (40):9-28.

Coyn, G. (2003). An Investigation of coping skills and Quality of life among single sole supporting mothers, *International, Jomal of Anthropology*, 18 (3), 127 – 138.

Dehghan. D. (2016). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Quality of Life in Women with Dialysis Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 8 (3), 1-10.

Eifort, H, G., & Forsyth, P, J. (2006). Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders: A practioner treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values – behavior change strategies. *Journal of Contempt Psychotherapy*. 36, 191 – 192.

Eifort, H, G., & Forsyth, P, J. (2005). Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders. *oakland: harbinger*.

Feros, D. L., Lane, L., Ciarochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464.

Foruzan, S., Biglariyan, A. (2003). "Female Head of Households: Opportunities and Challenges", *Jomal Women's Research*, First Period, Vol. 5: p. 3558

Golpoor, R., Ablghasemi, A., Ahadi, B., & Narimani, M. (2013). The effectiveness of cognitive self – compassion training and emotion – focused therapy on improving the quality of life of children suffering from depression. *Journal of Clinical Psychology*, 6 (1), 53 – 64.

Hadari, L., & Farhadian, M. (2015). Effectiveness Resiliency training to reduc stress and improve the quality of life of female – headed household, *Research Journal of Fisheries and Hydrobiology*, Issn: 1816–9112.

کیفیت زندگی زنان سرپرست می توان از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش استفاده کرد و پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان سرپرست خانوار بالای ۴۰ به کار گرفته شود. همچنین این پژوهش با دیگر درمان های روان شناختی انجام شود تا اثربخشی این نوع درمان با سایر درمان ها مقایسه گردد و در پژوهش های آینده از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شود و همچنین طولانی تر کردن دوره درمان بدین منظور که افراد زمان کافی برای تمرین و تغییر داشته باشند. ولی با این وجود، این تحقیق دارای محدودیت هایی نیز بود که بایستی در تعمیم یافته های پژوهش به این محدودیت ها هم توجه کرد. اول اینکه به علت محدودیت زمانی امکان اجرای مطالعات پیگیری طولانی مدت وجود نداشت و بنابراین اطلاعاتی در دسترس نیست که نشان دهد تغییرات ایجاد شده در دراز مدت پایدار بوده اند یا خیر. یکی از شرایط شمول در پژوهش حاضر، داشتن بازه سنی ۴۰-۲۰ سال برای آزمودنی ها بوده بنابراین اعتبار نتایج تابع تعداد نمونه، مکان و نحوه دسترسی به آن ها است. اجرای تحقیق بر روی نمونه ی در دسترس امکان تعمیم نتایج را با اشکال مواجه می سازد. بدون تردید عدم امکان استفاده از انتخاب تصادفی در این پژوهش قابلیت تعمیم و روایی بیرونی نتایج را تحت تأثیر قرار می دهد.

References

Ahmadi, E. (2018). The Effectiveness of Mindfulness Education on the Quality of life women heads of household conducted welfare Organization. *Journal of Research in New Psychological Research*, No. 50.

Basharpour, S., Mohammadi, N., Asadi Shishehgaran, S. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Program on

- Hayes, S. C., Levin, M., Plumb, J., & Pistorello, J. (2011). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy, *Behavior therapy*.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, J. P., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and therapy*, 44, 1-28.
- Hosseini, S. A., Forouzan, S., Amirfarayar, M. (2009). "Surveying the mental health of women headed by households covered by the Welfare Organization of Tehran", *Journal Social Research*, vol. 2, p. 3, p. 117137).
- Honarparvaran, N., Mirzaieqiya, H., Nayeri, A., Lotfi. (2014). *Practical guide for therapists in treatment based on commitment and acceptance*. Mashhad, Omid Mehr Publication.
- Kazemi poor, S.H. (2009). An Analysis on opportunities of engagement of Head-of-Household Women. 2th congress of Head-of-Household Women Empowerment, 2009 august 30-1.
- Lee, Y.J. (2008). Subjective Quality of Life Measurement in Taipei. *Building and Environment*, 43, 1205 – 1215.
- L.Hernandez, R., E.Aranda, B., G.Ramirez, M.T. (2009). Depression and Quality of life for Women in Single – parent and Nuclear Families, *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (1): 171 – 183.
- Mofid, V., Fatehizadeh, M., Dorosti. F. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and quality of life of women criminal prisoners in Isfahan city. *Strategic research on security and social order*, 6 (3), 17-30.
- Narimani, M., Alamdari, E., Abolghasemi, A. (2013). The Study of The Efficiency of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Infertile Women's Life. *Journal Family counseling and psychotherapy*, 4 (3), 387-405.
- Nazoktabar, H. N., Aliabadi, A. (2011). International conference on social science and Humanity, IPEDR VOL. 5, IACSIT Press, Singapore.
- Parsa, M., Sabahi, P., Mohammadifar, M.A. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy to improving the quality of life in patients with multiple sclerosis. *Journal Clinical Psychology*, 10 (1), 21-28.
- Quinn, W., Sorel, J. (2007). *Life with Chronic pain: Acceptance – based Approach Therapist Guide and Patient Workbook*. translated by Fatemeh Mesgharian (2012), Tehran, Arjmand.
- Rahman, M. M. (2013). Gendering migrant remittances: Evidence from the UAE and Bangladesh. *International Migration*, 51, 156-178.
- Roditi, D., Robinson, M.E. (2011). The role of psychological intervention in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behavior manage*.
- Tahmasebi, A. (2006). Quality of life female heads of households covered by the Welfare South of Tehran and its relationship with personal and family characteristics. MS Dissertation, Tehran, University of Welfare Sciences, 22-35.