Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 5/ No. 5/ 2018
Page: 81-91

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

Zahra Mohammadi[1], Ahmad Borjali[2], Faramarz Sohrabi[3]

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.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.7.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.81]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال پنجم، شماره ۵، ۱۳۹۷
صفحات: ۹۱-۸۱

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی تهران

زهرا محمدی[۱]، احمد برجعلی[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 دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۱۷ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۷/۰۹/۱۸

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 ـ 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 دقیقه ای 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 ($P<۰/۰۱$) 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.

تمامی حقوق نشر براي دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.7.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.81]

مقدمه

در طول تاریخ همواره مردان عهده‌دار مسئولیت خانواده بوده‌اند ولی با گذر زمان و پدیده جهانی‌شدن، ساختار خانواده نیز تحت تأثیر قرارگرفته 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 کمک های مالی، جهت رفاه خانواده نقش مهمی ایفا می‌کنند (رحمان[1] ۲۰۱۳). با این وجود در سال‌های اخیر شاهد روند رو به رشد زنانی هستیم که به‌تنهایی مسئولیت زندگی خود را به دوش می‌کشند و به عنوان زنان سرپرست خانوار[2] در جامعه معرفی می شوند (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 تصمیم گیری های 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 معلول اند (حسینی، فروزان و امیرفریار، ۱۳۸۸). این گروه از زنان از جمله گروه های آسیب پذیری هستند که گاه عواملی چون طلاق، فوت، اعتیاد همسر و رها شدن توسط مردان مهاجر یا بی مبالات، موجب آسیب پذیری این طیف وسیع از جامعه می شود (نازک تبار و علی آبادی[3]، ۲۰۱۱). زنان سرپرست خانوار از جمله آسیب پذیرترین قشر اجتماعی به شمار می روند. 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 می دانند 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 جنبه های فرهنگی، اجتماعی، محیطی و اقتصادی است که در آن زندگی می کند 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)[4]، کیفیت زندگی[5] را به صورت تصورات و درک افراد از وضعیت خود در قالب نظام های ارزشی و فرهنگی که با اهداف و آرمان ها، انتظارات، معیارها و علایق فرد در ارتباط است تعریف کرده است (بارکچیا[6] و همکاران، ۲۰۱۳). مسائل و مشکلاتی که زنان سرپرست خانوار در زندگی با آن مواجه هستند عاملی مؤثر بر کاهش کیفیت زندگی آن‌ها است 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

[1]. Rahman, M. M
[2]. female heads of household.
[3]. Nazoktabar, H. N. Aliabadi, A.
[4]. World Healt Organization (WHO)
[5]. quality of life
[6]. Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & De Marinis, M, G.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.7.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.81]

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 بررسی های انجام گرفته نشان می دهد 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 نقش هایی که بر عهده می گیرند، نسبت به سایر زنان تنش بیشتری تجربه می نمایند و در نتیجه از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند (طهماسبی[۲]، ۲۰۰۶). در پژوهش دیگری که بر روی کیفیت زندگی زنان تک والد نسبت به خانواده‌های تک هسته ای دریافتند زنان سرپرست خانوار بدون همسر نسبت به زنانی که همسر دارند کیفیت زندگی پایین، درآمد کمتر و افسردگی بیشتری دارند (ل.هرناندز، آراندا و رامیرز[۳]، ۲۰۰۹).

بر اساس روند رو به رشد آسیب های مختلف روان شناختی و اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار که کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می دهد نقش مداخلات روان‌شناختی پیشگیرانه و درمانی اهمیت خاصی پیدا می کند یکی از رویکردهایی که در سال های اخیر مورد توجه روان شناسان قرار گرفته است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[۴] (ACT) به عنوان درمان های شناختی – رفتاری موج سوم شناخته می شوند و در آن ها تلاش می شود به جای شناخت ها، ارتباط شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان مبتنی بر 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 روان شناختی منجر می شوند و عبارتنداز: پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و عمل متعهد است (رودیت و رابینسون[۶]، ۲۰۱۱).

عمده‌ترین هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعه‌کنندگان 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 مراجعه‌کنندگان کمک کند تا شیوه ی زندگی کردن مطلوب خویش را پیدا کنند و صرفاً به انجام آن شیوه بپردازند، 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 می دهد و از فرآیندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف پذیری روانی استفاده می‌کند (ایفرت وفورسیس[۸]، ۲۰۰۶). در

[1]. Haydari, L., Farhadian, M.
[2]. Tahmasebi, A.
[3]. L - Hernandez, R. E., Aranda, B. G., Racine, M. T.
[4]. Acceptance & Commitment Thrapy (ACT)

[5].Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J
[6]. Roditi, D. Robinson, ME.
[7]. Eifert, H. Forsyth, J.
[8] - Eifert,G.,&Forsyth, J.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.7.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.81]

حقیقت این درمان تمرکز کمتری بر کاهش نشانه دارد و بیشتر متمرکز بر افزایش کیفیت زندگی است (هایز، لوین، پلامب، بولانگر و پیستورلو[1]، 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 کمبود ها وکاستی 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 ارزش‌های 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 هم‌زمان طراحی و به زبان‌های متفاوت ترجمه شد؛ بنابراین، مفاهیم سؤالات در فرهنگ‌های متفاوت یکسان است. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد و هر کدام ازحیطه ها به ترتیب دارای ۳،۶،۷،۸ سؤال است. (مؤمنی، مشتاق و پورشهباز، ۱۳۹۲).

تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روان سنجی فرم کوتاه پرسشنامه WHOQOL نشان دهنده اعتبار افتراقی، اعتبارمحتوا، 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.

[1]. Hayes, S. C., Levin, M., Plumb, J., Boulanger, J., Pistorello, J.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.7.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.81]

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 مهم‌ترین ملاک خروج آنان عدم حضور در تمام جلسات (تنها دو جلسه غیبت مجاز است) و 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، دوره‌ی پیگیری از طریق اجرای پرسشنامه کیفیت زندگی انجام شده بود.

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[1]: ایجاد درماندگی خلاق
جلسه سوم	ارزش‌ها: پذیرش – ارزش‌ها
جلسه چهارم	شفاف سازی ارزش ها[2] و اهداف و موانع
جلسه پنجم	گسستگی[3]
جلسه ششم	عمل متعهدانه
جلسه هفتم	رضایت: رنج اولیه و ثانویه – تعهد و موانع شکل گیری رضایت
جلسه هشتم	ختم جلسات

[1]. mindfulness
[2].values clarification
[3]. defusion

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.7.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.81]

یافته ها

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. 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.

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 پس‌آزمون ۵۳/ ۶۴ 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 (P<۰/۰۱، F= ۱۰۹/۰۷) 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؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۸-۴: 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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.7.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.81]

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

نتایج جدول تحلیل کوواریانس نمرات پیگیری کیفیت زندگی نشان می دهد که تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده بعد از یک ماه همچنان معنادار بوده (P<۰/۰۱، F= ۱۳۲/۸۸) و میزان این تأثیر ۸۳ درصد است. این نتایج بیانگر تداوم تأثیر مداخله انجام گرفته است. نکته جالب توجه مرحله پیگیری، افزایش ۳ درصدی تأثیرگذاری 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 پس‌آزمون کیفیت زندگی نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار معنادار بوده (P<۰/۰۱، F= ۱۰۹/۰۷) و میزان تأثیر درمان انجام‌شده بر روی کیفیت زندگی ۸۰ درصد برآورد شده است؛ به‌عبارت‌دیگر 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 بعد از یک ماه همچنان معنادار بوده (P<۰/۰۱، F= ۱۳۲/۸۸) و میزان این تأثیر ۸۳ درصد است. نکته جالب‌توجه مرحله پیگیری، افزایش ۳ درصدی تأثیر-گذاری نسبت به مرحله پس‌آزمون است به عبارت دیگر نمرات بیماران در مرحله پیگیری اندکی افزایش نسبت به مرحله پس‌آزمون 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 بزهکارزندانی، 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 پژوهش هایی که از سایر درمان‌ها برای بررسی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار استفاده کرده بودند نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های احمدی (۱۳۹۷) که اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی، بشرپور و همکاران (۱۳۹۶) که اثربخشی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.7.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.81]

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 وکوین (۲۰۰۳) که به بررسی رابطه ی بین مهارت های مقابله ای و کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار پرداخته است همسو است. در تبیین نتایج فوق می توان گفت زنان سرپرست خانوار در زندگی با مسائل و مشکلاتی روبه رو 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 می دهد و این مسائل و مشکلات روان شناختی و اجتماعی باعث می شود زنان سرپرست خانوار کیفیت زندگی پایینی داشته باشند. با توجه به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نگاه بسیار واقع بینانه ای به وضعیت بشر دارد و با این نکته شروع می شود 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 انسان ها 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 بی جهت 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 انعطاف پذیری را می آموزد. منظور از پذیرش در این درمان تسلیم یا تحمل کردن شرایط‌آزاردهنده و آسیب زای زندگی که واقعاً افراد قدرت تغییر آن را دارند نیست. هایز ۱۹۹۴ پذیرش را برقراری تماس با عملکرد محرک های 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 نمی توانند تغییر دهند بپذیرند و بیشتر بر فرآیند زندگی تمرکز کنند تا نتایج عملکردشان. در این درمان تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد، لزوم تصریح ارزش ها و استفاده از استعاره هایی مانند آدم ولگرد، جنگ با هیولا، کیک شکلاتی و غیره همگی منجر به کاهش شدت مشکلات زنان سرپرست خانوار که کیفیت زندگی آن ها 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 آزاردهنده شان 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، ارزش هایشان را روشن و مشخص کنند و به آن‌ها بپردازند. در این درمان افراد یادگرفتند که احساساتشان را بپذیرند تا این که از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ی ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت های هدف محور پیوند دهند. از آنجایی که این درمان تمرکز کمتری بر کاهش نشانه ها دارد و بیشتر متمرکز بر افزایش کیفیت زندگی است توانست کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده بهبود بخشد. بر اساس یافته های این تحقیق می توان نتیجه گرفت که برای افزایش

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.7.8]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.81]

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 درمان‌های 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 محدودیت‌ها هم توجه کرد. اول اینکه به علت محدودیت زمانی امکان اجرای مطالعات پیگیری طولانی‌مدت 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 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, Jornal 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., Ciarrochi, 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", Journal 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.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.7.8]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.81]

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, processe and outcoms. 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, SH. (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, MT. (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 Thrapist 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, ME. (2011). The role of psychological intervention in the management of patients with chronic pain. Psychol Res Behaver 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.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.5.7.8]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.5.81]