

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) بر امید به زندگی، آسایش روانشناختی و خودتوانمندی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی

محمد رضا بختیاری<sup>۱</sup>، سحر عبدالعظیمی<sup>۲</sup>، محمود جمالی ورزنده<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین

<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری تخصصی دانشگاه تهران

### چکیده

پژوهشگر پژوهشی در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) بر امید به زندگی، آسایش روانشناختی و خودتوانمندی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی انجام داد. طرح سنجش این تحقیق توصیفی از نوع نیمه آزمایشی است. افرادی که در این پژوهش حاضر به همکاری شدند کلیه زنان میانسال دارای اختلال افسردگی مراجعه کننده به یکی از مرکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. از کل جامعه به تعداد ۲۴ نفر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند بصورت مستقیم همکاری داشتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و امید به زندگی می باشد. نتایج نشان دهنده تاثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) بر خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و امید به زندگی در بین زنان میانسال دارای اختلال افسردگی بود. به عبارتی دیگر با کنترل پیش آزمون بین زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودتوانمندی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F= ۲۲/۷۴$  و  $p<۰/۰۰۰۱$ ). با کنترل پیش آزمون بین زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ آسایش روانشناختی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F= ۲۳/۵۷$  و  $p<۰/۰۰۰۱$ ). با کنترل پیش آزمون بین زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ امید به زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F= ۲۶/۸۶۵$  و  $p<۰/۰۰۰۱$ ).

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act)، خودتوانمندی، آسایش روانشناختی، امید به زندگی، زنان میانسال دارای اختلال افسردگی

## مقدمه

افسردگی به عنوان خلق یا عاطفه، احساس یا هیجان، از همراهان همیشگی تجارب طبیعی انسان و دگرگونی‌هایی است که در زندگی او پدید می‌آید. فقدان‌ها و محرومیت‌ها ایجاد افسردگی می‌کند. این نوع افسردگی‌ها بیماری نیستند. انسانی که افسردگی را نشانسد، از شادی نیز چیزی نخواهد دانست پس نه هر فرد افسرده‌ای بیمار است و نه هر افسردگی ناپسند است، اما مرزی نیز میان این دو وجود دارد. آن نوع افسردگی که نیاز به درمان داشته باشد، خلق و خو، طرز تفکر، اعمال طبیعی بدن و رفتار خود را به طرق مختلف تغییر می‌دهد (گنجی، ۱۳۹۸). به طور کلی واژه افسردگی برای افرادی بکار می‌رود که دارای حزن و اندوه شدید هستند و معمولاً احساس تنهایی و نومییدی شدید دارند و احترام و ارزش به خود را از دست داده و مرتب خود را سرزنش و تحقیر می‌کنند و هر روز صبح با حالت بی‌قراری و خستگی از خواب برخاسته و در کارهای روزانه با کمبود انرژی روبرو هستند. خلق و خوی فرد افسرده تقریباً همیشه ناراحت و غمگین یا نگران و مضطرب است. بی‌لذتی نیز یک مشخصه عمومی این افراد است. در عین حال که ممکن است فرد، افسرده به نظر نرسد؛ اما احتمالاً در مورد چیزها یا کارهایی که قبلاً بدان‌ها مشتاق و علاقمند بوده دیگر علاقه‌ای نشان نمی‌دهد. افراد افسرده معمولاً درباره خود، زمان حال و آینده، حالت و تفکر منفی دارند. آن‌ها غالباً در رابطه با تمرکز و حافظه دچار مشکل هستند و به سختی می‌توانند تصمیم بگیرند. با شدید شدن حالت افسردگی احساس بی‌ارزشی و ناامیدی در آنها به وجود می‌آید کسانی که فکر می‌کنند دنیا دیگر ارزش زندگی کردن را ندارد. اضطراب و احساس وحشت از پیش‌آمدی نامعلوم ولی وحشتناک، معمولاً با افسردگی همراه می‌شود. ترس‌های مرضی یا ترس‌های معمولی در موقعیت‌های خاص نیز ممکن است به وجود آید. اعمال بدن ممکن است از لحاظ مختلف مختل شود. در بیشتر افراد افسرده بی‌اشتهایی و کاهش وزن عارض می‌شود ولیکن در بعضی افزایش اشتها و بالارفتن وزن مشاهده می‌گردد (امامیان، ۱۴۰۰).

افسردگی می‌تواند خواب را دچار اختلال کند. معمولاً این اختلال به صورت بی‌خوابی می‌باشد؛ ممکن است فرد در به خواب رفتن یا ادامه خواب دچار مشکل شود یا صبح خیلی زود بیدار شود و دیگر نتواند بخوابد. از طرفی، بعضی از افراد حس می‌کنند واقعاً می‌خواهند بخوابند. افراد افسرده هرچقدر هم که بخوابند معمولاً خسته هستند و کمبود انرژی دارند. خشکی دهان، تهوع، یبوست و یا اسهال علائم دیگری هستند و بعضی افراد حتی دچار دردهای بی‌علت در اعضای مختلف خود می‌شوند. تغییرات رفتاری که مربوط به تغییر خلق و خو، طرز تفکر و اعمال بدن می‌شود می‌تواند فرد را از کارهای روزمره زندگی باز دارند. عده‌ای نمی‌توانند لباس بپوشند، غذا بخورند و یا کار کنند. عده‌ای دیگر ممکن است علی‌رغم احساس افسردگی شدید، ادامه دهند. بعضی می‌توانند برای پنهان کردن احساس اصلی خود، لبخند بزنند و برخی ممکن است دائماً گریه کنند. نهایت اختلال رفتاری یک فرد افسرده اقدام به خودکشی می‌باشد. می‌توان گفت که مکانیزم‌های دقیق ابتلا به افسردگی هنوز کشف نشده اند (جوانمرد، ۱۳۹۸).

برای افسردگی نمی‌توان علتی یگانه، مشخص و روشنی ارائه کرد؛ با وجود این چند عامل زیست شیمیایی، روانی و اجتماعی شناخته شده اند که باعث افسردگی می‌شوند. بعضی از عوامل ریشه‌ی زیست شناختی مثل بیماریهای جسمی، اختلالات هورمونی یا دارو‌ها، دارند. ساختار زیست شیمیایی و ژنتیکی بعضی از مردان و زنان چنان است که در محیط‌های دارای عوامل محیطی و اجتماعی یکسان، آسیب پذیری بیشتر نسبت به افسردگی نشان می‌دهند. برخی دیگر می‌توانند مربوط به وراثت بوده و نیز عوامل اجتماعی مانند تعارضات ارزشی فرد با جامعه یا عوامل فردی مانند فقدان یکی از نزدیکان و غیره در ایجاد افسردگی مؤثر می‌باشند. علت‌های روان شناختی افسردگی گوناگون اند، که استرس، تفکرات منفی، باورهای غیر منطقی، درماندگی آموخته شده و عوامل بی‌شمار دیگری از آن جمله اند. اما در بسیاری از مردم، علت افسردگی ناشناخته باقی می‌ماند. در مجموع از علل مشخصه افسردگی، می‌توان به عوامل ژنتیکی، عوامل بیولوژیکی، عوامل محیطی (روانی- اجتماعی)، رویدادهای زندگی و استرس‌های محیطی، عوامل شخصیتی، عوامل یاد گرفته شده، تفکر منفی و مصرف دارو‌ها اشاره کرد. از آنجا که عوامل مختلفی منجر به افسردگی می‌شوند، روشهای درمانی مختلفی برای افسردگی وجود دارد. در مواقعی این درمانها عوامل مسبب افسردگی را هدف می‌گیرند (گنجی، ۱۳۹۸).

احساس ناامیدی و غم در برخی مواقع، جزوی از زندگی طبیعی انسان است اما وقتی عواطفی مانند ناامیدی و ترس با گذشت زمان در فرد از بین نروند و تشدید شوند ممکن است فرد دچار افسردگی شود. افسردگی نه تنها باعث داشتن احساس غم و اندوه در تمامی مراحل زندگی فرد می‌شود بلکه توانایی وی در پاسخ به مشکلات زندگی، انجام فعالیت‌های روزانه و عملکرد جسمی و عقلانی را تحت‌الشعاع قرار داده و در خوردن، خوابیدن و لذت زندگی فرد اختلال ایجاد می‌کند تا حدی که حتی گذراندن یک روز معمولی نیز برای وی سخت و طاقت‌فرسا می‌شود. درحالی‌که برخی افراد افسردگی را تحت عنوان «زندگی در سیاه‌چاله» یا داشتن عذاب همیشگی تفسیر می‌کنند برخی احساس بی‌جانی، خالی بودن و بی‌تفاوتی می‌کنند. افسردگی ممکن است منجر به عصبانیت و بی‌قراری شده و میزان طاقت افراد در برابر مشکلات را بسیار کم می‌کند. در صورت عدم درمان، افسردگی ممکن است منجر به بروز اختلالات شدید جسمی و روحی در فرد شود (بابایی، ۱۴۰۰).

برخورداری از آسایش روانشناختی پایین می‌تواند بر روی ارتباطات خانوادگی نیز اثر گذارد، آسایش روانشناختی ضعیف می‌تواند موجب بکارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. بسیاری از محققین رابطه بین آسایش روانشناختی و صفات فردی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده‌اند، این عوامل شامل میزان شناخت از خود؛ تنش‌های متحمل شده؛ دست‌یابی به اهداف زندگی؛ روش‌های مقابله و میزان سازگاری می‌باشند. به لحاظ اهمیت و دامنه‌ی فراگیر آسایش روانشناختی، عوامل مؤثر بر آن همواره بررسی شده است. در این میان، نقش سازمان‌ها و نحوه‌ی ارتباطات اعضای آن با یکدیگر در شکل‌گیری آسایش روانشناختی بسیار اساسی به نظر می‌رسد (سریع‌القدم، ۱۳۹۶).

خودتوانمندی به عنوان یک فرآیند شناختی نقش عمده‌ای در روانشناسی ایفا می‌کند که به عنوان قدرت پایین یا اختلال در عملکرد درک می‌شود. در طول سال‌ها، صدها مقاله در مجلات علمی مختلف در زمینه‌های روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، علم حرکت، سلامت عمومی، پزشکی و سایر رشته‌ها منتشر شده است که اهمیت و جایگاه خودتوانمندسازی در کیفیت زندگی را برجسته می‌کند. افرادی که به توانایی‌های خود اطمینان دارند تکالیف را به عنوان یک مشکل به جای تهدید می‌بینند و برای جلوگیری از این امر، کار سخت را ترجیح می‌دهند. اهداف و متعهد ماندن به آنها. آنها مطمئن هستند که می‌توانند موقعیت‌های خطرناک را کنترل کنند. چنین برداشتی از توانایی‌ها، استرس و افسردگی را کاهش داده و منجر به تکمیل تکالیف می‌شود (عاشوری، ۱۳۹۷). بندورا<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) خودتوانمندی را دریافت و داوری فرد درباره مهارت‌ها و توانمندی‌های خود برای انجام کارهایی که در موقعیت‌های ویژه‌ی بدن‌ها نیاز است، تعریف می‌کند. از سویی دیگر، احساس خودتوانمندی افراد را قادر می‌سازد تا با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع، کارهای فوق‌العاده‌ای انجام دهند، بنابراین خودتوانمندی عاملی مهم برای انجام موفقیت‌آمیز عملکرد و مهارت‌های اساسی لازم برای انجام آن است. خودتوانمندی بر میزان تلاش برای انجام یک وظیفه اثر می‌گذارد. افرادی که به کارآمدی خود باور دارند برای غلبه بر موانع و مشکلات تلاش‌های مضاعفی می‌کنند (غیبی، ۱۳۹۷).

امید به زندگی نیز وضعیتی است که در آن افراد در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از یکدیگر دارند. رضایت در زندگی از طریق علائق متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش، درک یکدیگر و ارضای نیازها ایجاد می‌شود. امید به زندگی به

<sup>۱</sup>Banduran

عنوان سطحی از آگاهی فردی و یا به عبارت بهتر، ارزیابی شناختی از کیفیت زندگی تعریف شده که ممکن است یک ارزیابی کلی و جامع را به همان خوبی یک ارزیابی در حوزه های اختصاصی زندگی (خانواده، خود، ...) منعکس نماید (فورنهام، ۲۰۱۹).

امید به زندگی یک فرایند دآوری است که در آن افراد کیفیت زندگی خود را بر اساس ملاکهای منحصر به فرد خود ارزیابی می کنند. امید به زندگی یک صفت پایدار و عینی نیست بلکه به تغییرات موقعیتی حساس است و بر اساس برداشت و دیدگاه خود افراد در نظر گرفته می شود (عظیم زاده، حسینی مهر و رحمانی، ۱۳۹۷). از جمله یک تقسیم بندی کلی که برای برای درمان افسردگی وجود دارد، آن ها را به دو دسته درمان های طبی و درمان های روانشناختی تقسیم می کند. یک تقسیم بندی دیگر، درمان های افسردگی را به دسته های رواندرمانی، درمان دارویی، درمان با تشنج الکتریکی و یک سری روش های جدیدتر، مانند نور درمانی، محرومیت از خواب و یا جراحی روانی تقسیم می کند. روان درمانی همیشه برای افسردگی هایی که به اقدام درمانی نیاز دارند مناسب است. رواندرمانی انواع گوناگونی دارد؛ از روان درمانی حمایتی گرفته تا روشهایی با هدفهای جاه طلبانه تر برای برطرف ساختن مؤثر نشانه های افسردگی، پی بردن به دلایل روان شناختی افسردگی و کمک به بیمار برای رسیدن به فراست و تغییر ویژگیهای شخصیتی و رفتارهای که از بازگشت دوباره افسردگی جلوگیری می کند. روان درمانی انواع گوناگون دارند اما می توان گفت که اغلب آنها به گونه ای از پنج روش روان درمانی نشأت گرفته اند: روان درمانی حمایتی، روان درمانی پویا، روان درمانی میان فردی، روان درمانی شناختی - رفتاری و رفتار درمانی. دارو درمانی اساس درمان افسردگی های عمده است. مؤثر واقع شدن داروهای ضد افسردگی به اثبات رسیده است. اما انتخاب بهترین داروها و به حداقل رسانیدن عوارض جانبی ناشی از مصرف آنها هنوز مسائل مهمی هستند که باید مد نظر قرار گیرند (جوانمرد، ۱۳۹۸).

در این میان یکی از روشهای جدید که می تواند در این زمینه مفید باشد روش مداخله ای روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است که از جمله شیوه های رویکرد شناختی تلقی می شود. روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط استون هیس به وجود آمد. در این درمان، هدف کاهش نشانه نیست و هیچ تلاشی برای آن صورت نمی گیرد، اما کاهش نشانه، نتیجه آن است. از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد تلاش مداوم برای رها شدن از نشانه ها در درجه اول اختلال بالینی ایجاد می کند. به محض اینکه تجربه های خصوصی برچسب ((نشانه)) گرفت، تلاشهایی برای از بین بردن یا کاهش آن صورت می گیرد. زیرا، نشانه طبق تعریف چیزی مرضی است که باید از شر آن خلاص شویم. هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر نوع ارتباط با تجربه های خصوصی (احساسات و افکار) مشکل آفرین است، به گونه ای که دیگر آنها را به صورت نشانه ادراک نکنیم. در عوض، یاد بگیریم که آنها را - حتی اگر ناراحت کننده باشند - به عنوان وقایع روان شناختی موقت در نظر بگیریم (رجبی ایمانی، ۱۳۹۸).

درمان پذیرش و تعهد بر سنت علم تجربی بنا شده و بر ارزش، بخشایش، پذیرش، ترحم، زندگی در لحظه کنونی و دستیابی به حس متعالی لز خود تاکید می کند. در این درمان از مخلوط منتخبی از استعاره، تناقض و مهارتهای هشیاری فراگیر همراه با طیف وسیعی از تمرینات تجربی و مداخلات رفتاری ارزش - مدار استفاده می شود. در واقع این درمان، نوعی تحلیل رفتار است که خود بر مبنای نوعی عملگرایی آمریکایی به نام بافتارگرایی کنشی بنا می شود (حسینائی، ۱۳۹۷). هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد یک زندگی غنی و معنادار و پذیرش دردهای اجتناب ناپذیر زندگی است. زندگی معنادار فقط از طریق عمل هوشیارانه به دست می آید. اما در راه تلاش برای ایجاد چنین زندگی معناداری، موانعی نظیر تجربه های خصوصی (مثل افکار، تصورات، احساسات، حواس، امیال و خاطرات) ناخواسته و ناخوشایند سر راه قرار می گیرد. درمان پذیرش و تعهد مهارتهای هشیاری فراگیر را به عنوان یک روش موثر برای مدیریت این تجربیات خصوصی، آموزشی می دهد (صادق، ۱۳۹۷). بنابراین مسئله اصلی در این تحقیق بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) بر خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و امید

به زندگی در بین زنان میانسال دارای اختلال افسردگی می باشد. در واقع سوال اصلی پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) بر خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و امید به زندگی در بین زنان میانسال دارای اختلال افسردگی تاثیر دارد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به هدف کاربردی و شیوه اجرا نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. از بین جامعه آماری، ۲۴ نفر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند در دو گروه آزمایشی و کنترل (در هر گروه ۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) انتخاب شدند. معیار ورود و خروجی آزمودنی ها به این شرح بود که از زنان میانسال دارای اختلال افسردگی مراجعه کننده به یکی از مرکز مشاوره شهر تهران جهت مراقبت مراجعه کردند و به بصورت هدفمند انتخاب و جهت آموزش در کلاس آموزش از آنها فراخوان بعمل آمد. بعد از مشخص کردن نمونه به روشی که ذکر شد به تعداد آزمودنی های گروه آزمایشی و گروه کنترل برگه سؤال و پاسخ نامه آماده گردید و با هماهنگی به عمل آمده در موعد مقرر در یکی از مراکز مشاوره، با تشریح کلی کار و توجیه افراد جهت شرکت در این آزمون و تحقیق، از آنها خواسته شد که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشته و تا پایان دوره انصراف ندهند سپس به تعداد آنها که ۲۴ نفر برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری داوطلبانه تعداد ۲۴ نفر از جامعه مذکور بصورت تصادفی در دو گروه (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) انتخاب شدند بودند برگه سؤالات پیش آزمون خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و امید به زندگی توزیع گردید. پس از اتمام پیش آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه آزمایشی که شامل ۱۲ نفر هستند داده شد.

### ابزارهای پژوهش:

در این پژوهش از سه پرسشنامه استاندارد شده استفاده شده است

۱) پرسشنامه امید به زندگی **اشنایدر (SHS)**: این پرسشنامه که توسط اشنايدر و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امید به زندگی ساخته شد. این پرسشنامه دو زیر مقیاس را در بر می گیرد: تفکر عاملی و تفکر راهبردی. و دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خود سنجی اجرا می شود. از این عبارت، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. تحقیقات زیادی از پایایی و اعتبار این پرسشنامه به عنوان مقیاس اندازه گیری امید به زندگی حمایت می کنند (برایانت و ونگروس، ۲۰۰۴). همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۷). همسانی درونی زیر مقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیر مقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (روبلسکی و اشنايدر، ۲۰۰۵، نقل از کمری، سنقر آبادی و فتح آبادی، ۱۳۹۸).

۲) **مقیاس آسایش روانشناختی**: این مقیاس را ریف در سال (۱۹۹۴) طراحی نمود و دارای ۸۴ سوال بود. مقیاس های آسایش روانشناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، رشد شخصی و تسلط بر محیط می باشد. هر کدام از مقیاس ها دارای سه سوال بودند. این پرسشنامه از شش طیف به شدت مخالف تا کاملاً موافقم تدوین شده و ارزش نمره گذاری آن به ترتیب از ۱ تا ۶ است. دایرندوک (۲۰۰۵) همسانی درونی خرده آزمونها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۷۷ تا ۹۰ بدست آورد. چمت و ریف (۱۹۹۷) همسانی درونی مقیاس های آسایش روانشناختی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش دادند. در ایران این مقیاس توسط بیانی و همکاران (۱۳۹۵) بر روی ۱۴۵ دانشجو انجام شد و ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۲ و خرده مقیاس های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد. در مطالعه که جایروند و همکاران (۱۳۹۸) بر روی نمونه ۱۰۰ نفری از افراد با خودکشی ناموفق انجام شد پایایی کل آزمون با روش آلفای کرونباخ

۰/۷۸ و برای خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۳، ۰/۷۰، ۰/۷۷ و ۰/۷۲ به دست آمد.

۳) پرسشنامه خودتوانمندی: این پرسشنامه توسط شرر و دیگران در سال ۱۹۸۲ تهیه شد و شامل ۱۷ گویه است. پرسشنامه خودتقویت باورهای افراد در مورد توانایی آنها برای مقابله با موقعیت‌های مختلف را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت تهیه شده است. بنابراین پاسخی که کاملاً مخالف توله سگ است ۱ و پاسخی که کاملاً با توله سگ مطابقت دارد ۵ است. نمرات بالا نشان دهنده احساس ارزشمندی بالا در یک فرد است. شرر و همکاران (۱۹۸۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه / ۰.۸۶ فهمیده شد. همچنین تحقیقات آنها نشان داد که بین نمرات این نظرسنجی و موفقیت شغلی و تحصیلی همبستگی مثبت وجود دارد. کرامتی (۱۳۸۳) آلفای کرونباخ / ۰.۸۶ را در نمونه‌های ایرانی دریافت کرد.

### روش اجرای پژوهش:

مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) روی گروه آزمایش در زنان دارای همسر ناسازگار فرایند هفته‌ای دو بار در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای طی هشت جلسه برگزار شد. برنامه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طبق کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد "تالیف ایزدی و عابدی (۱۳۹۸) تنظیم می‌شود و از راهنمای عملی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش پاتریسا و موران (۲۰۱۸) ترجمه کمالی و کیان راد (۱۳۹۹) استفاده شد.

### پروتکل اجرایی جلسات ACT (هیز، ۲۰۰۲)

جلسه اول: خوشامدگویی و آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن - عدم غیبت (وقت شناسی) انجام تکالیف و...؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم: توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود؟ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه‌ی تکلیف در زمینه‌ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری.

جلسه سوم: بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارائه‌ی تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟

جلسه چهارم: بررسی تکالیف؛ ارائه‌ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمیتوانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه‌ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.

جلسه ششم: ارائه‌ی بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به

عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم؛ ارابه ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.

جلسه هفتم: ارابه ی بازخورد و جستجوی مسایل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه های مختلف، به گونه ای که مناسب تر باشد نه عملی تر.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارابه ی بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس آزمون.

### یافته های توصیفی

#### جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و امید به زندگی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
خودتوانمندی	پیش آزمون	آزمایش	۶۰/۳۵	۱۰/۸۸	۱۲
		گواه	۵۷/۹۶	۱۰/۶۶	۱۲
	پس آزمون	آزمایش	۶۵/۸۵	۱۲/۸۹	۱۲
		گواه	۵۹/۲۴	۱۰/۵۶	۱۲
آسایش روانشناختی	پیش آزمون	آزمایش	۱۴۸/۶۹	۲۵/۱۴	۱۲
		گواه	۱۳۸/۵۴	۲۲/۵۴	۱۲
	پس آزمون	آزمایش	۱۵۶/۶۳	۲۷/۵۶	۱۲
		گواه	۱۴۰/۶۸	۲۲/۸۹	۱۲
امید به زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۲۵/۰۸	۵/۶۸	۱۲
		گواه	۲۴/۱۶	۵/۲۷	۱۲
	پس آزمون	آزمایش	۲۸/۵۸	۶/۵۵	۱۲
		گواه	۲۵/۸۸	۵/۱۴	۱۲

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و امید به زندگی زنان میانسال دارای

اختلال افسردگی گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان میدهد.

این پژوهش شامل فرضیه های زیر است که هر فرضیه همراه با نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آن در این بخش ارائه می گردد. قبل از بررسی فرضیه ها برای رعایت پیش فرض تساوی واریانس ها متغیرهای تحقیق از آزمون لوین استفاده شده

است که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنف جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه و نیز نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، برای خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و امید به زندگی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی در جداول زیر نشان داده شده است.

**جدول ۲: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه**

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
خودتوانمندی	۰/۸۵۶	۱	۲۲	۰/۳۶۲
آسایش روانشناختی	۱/۰۱	۱	۲۲	۰/۲۳۱
امید به زندگی	۱/۴۵۱	۱	۲۲	۰/۳۶۲

همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌ها دو گروه در کلیه متغیرهای اصلی تحقیق از نظر آماری معنادار نمی‌باشد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. از این رو، مفروضه‌ی همگن بودن واریانس‌ها در همه متغیرهای اصلی تحقیق رعایت شده و امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد.

**جدول ۳: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و امید به زندگی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی**

نرمال بودن توزیع نمرات	کلموگروف - اسمیرنف		کلموگروف - اسمیرنف		
	گروه‌ها	آماره	معدنی	گروه‌ها	درجه آزادی
خودتوانمندی	۰/۹۹۹	۲۰	گواه	۰/۶۰۶	۰/۲۷۱
آسایش روانشناختی	۰/۵۳۶	۲۰	گواه	۰/۷۴۱	۰/۲۴۱
امید به زندگی	۰/۷۸۵	۲۰	گواه	۰/۳۸۵	۰/۱۹۸

همانگونه که در جدول ۳ ارائه شده است، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و امید به زندگی تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.



جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و امید به زندگی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۰۶	۳	۲۱	۲۳/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۹۴	۳	۲۱	۲۳/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۴/۱۴۸	۳	۲۱	۲۳/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۱۴۸	۳	۲۱	۲۳/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و احساسات مثبت) تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ( $F=۲۳/۸۵$  و  $p<۰/۰۰۰۱$ ). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول زیر ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۶ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۵۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون خودتوانمندی، آسایش روانشناختی و امید به زندگی مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون امید به زندگی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
امید به زندگی	پیش آزمون	۱	۱۸۷۰/۳۸۵	۲۲/۸۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹۹
	گروه	۱	۹۸۵/۷۴۱	۲۶/۸۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
	خطا	۲۱	۳۶/۵۷				
آسایش روانشناختی	پیش آزمون	۱	۳۸۵۶/۳۴	۲۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹۲
	گروه	۱	۱۲۸۹/۳۱	۲۳/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹۷
	خطا	۲۱	۷۷/۴۷				
خودتوانمندی	پیش آزمون	۱	۱۶۷۴/۳۴	۲۴/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹۲
	گروه	۱	۱۲۴۱/۶۳	۲۲/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹۹
	خطا	۲۱	۱۱۲/۱۹				

همان طوری که در جدول ۵ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ امید به زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/0001$  و  $F = 26/865$ ). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) با توجه به میانگین امید به زندگی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش امید به زندگی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۷ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون امید به زندگی مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است. با کنترل پیش آزمون بین زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ آسایش روانشناختی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/0001$  و  $F = 23/57$ ). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) با توجه به میانگین آسایش روانشناختی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش آسایش روانشناختی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۶ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون آسایش روانشناختی مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۹ است، به عبارت دیگر، اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۱ مرتبه ممکن است فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود. با کنترل پیش آزمون بین زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودتوانمندی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/0001$  و  $F = 22/74$ ). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) با توجه به میانگین خودتوانمندی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش خودتوانمندی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۱ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۵۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون خودتوانمندی مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) موجب افزایش امید به زندگی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش شده است. در تبیین این نتیجه این فرضیه می‌توان گفت که امید داشتن به زندگی یکی از شاخص‌های بسیار مهم سلامتی و رفاه در انسان محسوب می‌شود. امید یک حالت انگیزشی مثبت است که مبتنی بر حس پابوری و راهیابی است که ناشی از تعامل فرد با محیط است. امید به زندگی یکی از عوامل اساسی، ارتقادهنده قدرت انطباق و سازگاری و نشانه سلامت جسمی و روانی می‌باشد و همچنین عامل اصلی، تلاش برای کشف متغیرهای موثر و نهفته در ورای بهبود محسوب می‌شود. عوامل متعددی از جمله ساختار روانی و وضعیت روانشناختی، هیجانات مثبت و منفی، توانمندی انطباق با شرایط محیطی و پیرامون، ژنتیک، سطح و کیفیت زندگی و... بر میزان امیدواری انسان تأثیرگذار هستند. بطوریکه هدف رویکرد روانشناسی مثبت، سلامت فهم و آسان سازی سلامت ذهنی و روانی است و بعنوان یک اقدام متهورانه علمی، بر درک و فهم و تبیین شادمانی و سلامت ذهنی و بطور دقیق به پیش بینی عواملی تمرکز دارد که بر امیدواری تأثیر می‌گذارد و هدف غائی این رویکرد، شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی است که آسایش و شادکامی انسان را به ارمغان می‌آورند و سعی می‌کند عوامل سبب ساز و تهدیدکننده‌ی آرامش و شادکامی را شناسایی و رفع نماید. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به زنان میانسال دارای اختلال افسردگی کمک می‌نماید تا افکار و احساساتشان را تجربه کنند به جای اینکه از آن اجتناب کنند به خاطر به کار بردن این تکنیک می‌باشد که نمرات رضایت زناشویی نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشته است. بنابراین هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر است. منظور از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تغییر یا مداومت در طبقات رفتاری کنشی است که انجام آن به اهداف ارزشمند کمک می‌کند. چون ممکن نیست که فرآیند‌های زبانی که

مشکلات انسان را ایجاد می کنند یا حذف یا جابجا کنیم، هدف این است که این فرآیندها را تحت کنترل بافتاری دریاوریم. این فرآیندها به تغییر فرآیندهای مرکزی زبانی که در انعطاف پذیری روان شناختی مداخله می کند، مربوطند. مداخلات درمان پذیرش و تعهد از طریق هر کدام از این فرآیندها می توان انجام شود. در درمان پذیرش و تعهد برای کاهش، تغییر، اجتناب، سرکوبی و یا کنترل تجربه های خصوصی (افکار و احساسات) اقدامی صورت نمی گیرد. بلکه مراجعان یاد می گیرند که اثر و تأثیر افکار و احساسات نا خواسته را از طریق استفاده مؤثر از هوشیاری فراگیر کاهش دهند. مراجعان یاد می گیرند که جنگیدن با این تجربه های خصوصی را متوقف کنند، نسبت به آن ها گشاده باشند، جایی را به آن ها اختصاص دهند و بدون هیچ تلاشی به آن ها اجازه دهند که بیایند و بروند. بنابراین در این پژوهش نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی تأثیر والایی داشته است.

نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) موجب افزایش آسایش روانشناختی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی شده است. در تبیین این نتیجه می توان گفت که در سالهای اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روان شناسی مثبت نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح آسایش روانشناختی مفهوم سازی کرده اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه های فرد سالم است. اگر چه این ابعاد آسایش می توانند نشانگر سلامت روانی فرد باشند، اما در مقایسه با ابعاد آسایش هیجانی و روانشناختی از وضوح کمتری برخوردارند. با این وجود باید توجه داشت که مقیاس های آسایش هیجانی غالباً رضایتمندی و عواطف مثبت فرد نسبت به زندگی کلی را می سنجد و به ندرت به رضایتمندی و عواطف مثبت نسبت به جنبه های زندگی اجتماعی می پردازد. همچنین ابعاد آسایش روانشناختی نیز برداشت های درون شخصی در مورد سازگاری فرد با دیدگاهش نسبت به زندگی را منعکس می کنند. صرفاً یکی از شش مقیاس آسایش روانشناختی - روابط با دیگران - نشانگر توانایی فرد در ایجاد و نگهداری روابط بین شخصی صمیمانه و توأم با اطمینان است امروزه دیدگاه جدیدی در علوم وابسته به سلامت بطور اعم و در روانشناسی بطور اخص در حال شکل گیری و گسترش است. در این دیدگاه و رویکرد علمی تمرکز بر روی سلامتی و آسایش از جنبه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روانشناختی کیفیت زندگی است. آسایش روانشناختی را فرایندی برای رسیدن به سلامتی و تندرستی معرفی کرده و از نظر او کیفیت زندگی رویکردی آگاهانه به منظور دستیابی به سلامت روحی، روانی و بدنی است. به عبارتی، ارزیابی مثبت یا منفی فرد از مشخصه ها و خصوصیات زندگی وی با محیط، کیفیت زندگی او را نشان می دهد. به طور کلی، می توان گفت آسایش روانشناختی فقط از نظر فرد مشخص می شود. اگرچه آسایش روانشناختی را می توان به طور کلی با عبارت شادی یا رضایت تعریف کرد، اما این دریافت کلی به وسیله جنبه های مختلف زندگی فرد تحت تأثیر قرار می گیرد. رضایت از زندگی، به وسیله درک هر فرد از شرایط کنونی اش، در مقایسه با انتظارات، آرزوها و شرایط دلخواه و ایده آل او تعیین می گردد. احساس کیفیت زندگی هم دارای مولفه های عاطفی و هم دارای مولفه های شناختی است. افراد با احساس و دارای آسایش بالا، هیجانات مثبت را به صورت عمده تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس آسایش پایین، حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند (امین آبادی، بهرامی، احمدی و صالحی، ۱۳۹۷).

مداخله پذیرش و تعهد می تواند در افزایش آسایش روانشناختی موثر باشد. هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر است. منظور از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تغییر یا مداومت در طبقات رفتاری کنشی است که انجام آن به اهداف ارزشمند کمک می کند. چون ممکن نیست که فرآیند های زبانی که مشکلات انسان را ایجاد می کنند را حذف یا جابجا کنیم، هدف این است که این فرآیندها را تحت کنترل بافتاری دریاوریم. این فرآیندها به تغییر فرآیندهای

مرکزی زبانی که در انعطاف پذیری روان شناختی مداخله می کند، مربوطند. مداخلات درمان پذیرش و تعهد از طریق هر کدام از این فرآیندها می توان انجام شود. در این درمان، هدف کاهش نشانه نیست و هیچ تلاشی برای آن صورت نمی گیرد، اما کاهش نشانه، نتیجه آن است. از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد تلاش مداوم برای رها شدن از نشانه ها در درجه اول اختلال بالینی ایجاد می کند (شیهی و هوران، ۲۰۱۹). به محض اینکه تجربه های خصوصی برچسب «نشانه» گرفت، تلاشهایی برای از بین بردن یا کاهش آن صورت می گیرد. هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر نوع ارتباط با تجربه های خصوصی (احساسات و افکار) مشکل آفرین است، به گونه ای که دیگر آنها را به صورت نشانه ادراک نشود. در عوض، یاد گرفته شود که آنها را- حتی اگر ناراحت کننده باشند- به عنوان وقایع روان شناختی موقت در نظر بگیرد.

نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) با توجه به میانگین خودتوانمندی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش خودتوانمندی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی گروه آزمایش شده است. در تمییز این نتیجه می توان گفت که زنان میانسال دارای اختلال افسردگی در مورد توانمندی های خود (خودتوانمندی) تابع حالات جسمانی، که آنها نیز به نوبه خود متاثر از حالات عاطفی و رفتاری شخص و به طور کلی، سازگاری در تمام ابعاد آن می باشد، هستند. هیجانات منفی مانند ترس، اضطراب، تنش و افسردگی سبب می شود که افراد در انجام وظایف، توانایی های خود را دست کم بگیرند، که این در واقع مفهوم خودتوانمندی پایین است. زنان میانسال دارای اختلال افسردگی با خودتوانمندی پایین، احساس می کنند در اعمال کنترل بر رویدادهای زندگی درمانده و ناتوانند. آنها معتقدند هر تلاشی که می کنند بیهوده است. در مواجهه با موانع، اگر تلاشهای اولیه در برخورد با مشکلات بی نتیجه بوده باشد، سریعاً قطع امید می کنند. حالات روحی و روانی مانند خستگی، عصبانیت و درد و رنج در فرد که از نشانه های خودتوانمندی پایین است، منجر به نقصان در سازگاری در محیط اجتماعی فرد می شود. همچنین، زنان میانسال دارای اختلال افسردگی با خودتوانمندی بالا، نیز معتقدند که می توانند بطور موثر با رویدادها و شرایط، مواجه شوند. از آنجایی که این افراد در غلبه بر مشکلات انتظار موفقیت دارند، در تکالیف، استقامت نموده و اغلب در سطح بالایی عمل می کنند. این افراد نسبت به اشخاصی با خودتوانمندی پایین، به توانایی های خود اطمینان بیشتری داشته و تردید کمتری نسبت به خود دارند. آنها مشکلات را چالش می بینند نه تهدید، و فعالانه موقعیتهای جدید را جستجو می کنند. خودتوانمندی بالا، ترس از شکست را کاهش می دهد، سطح آرزوها را بالا می برد و توانایی مساله گشایی و تفکر تحلیلی را بهبود می بخشد و سبک حل مسئله فرد را بالا می برد. مداخله پذیرش و تعهد می تواند در افزایش خودتوانمندی موثر باشد. هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد یک زندگی غنی و معنادار و پذیرش دردهای اجتناب ناپذیر زندگی است. زندگی معنادار فقط از طریق عمل هوشیارانه به دست می آید. اما در راه تلاش برای ایجاد چنین زندگی معناداری، موانعی نظیر تجربه های خصوصی (مثل افکار، تصورات، احساسات، حواس، امیال و خاطرات) ناخواسته و ناخوشایند سر راه قرار می گیرد. درمان پذیرش و تعهد مهارتهای هشیاری فراگیر را به عنوان یک روش موثر برای مدیریت این تجربیات خصوصی، آموزشی می دهد.

## منابع

اباذری، یوسفعلی. (۱۳۹۹). امید به زندگی و ارزیابی اجتماعی، (کارگاه تحلیل یافته های پیمایش ارزشها و نگرش های ایرانیان)، انتشارات طرح های ملی.

احمدوند، محمد علی، (۱۳۹۵)، بهداشت روانی، انتشارات پیام نور

سلیمی ابراهیم، دشت بزرگی بهمن، مظفری مصیب، تابش حامد. (۱۳۹۹). بررسی سلامت روان و امید به زندگی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی بازنشسته مراجعه کننده به کانون بازنشستگی دانشگاه های علوم پزشکی جندی شاپور و شهید

- چمران اهواز. فصلنامه پرستاری زنان میانسال دارای اختلال افسردگی، دوره اول، شماره ۱: ۲۰-۳۱
- سیف زاده علی، (۱۳۹۷) مشخصه های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی، و سلامت روان در کهنسالی شاملو، سعید. (۱۳۹۶). روانشناسی سلامت، تهران، انتشارات رشد.
- سجادی، حمیرا. (۱۳۹۵). مجله سالمندی ایران. شماره هفتم.
- شریفی، فریده. (۱۳۹۵). بررسی راههای برون رفت مشکلات و سیاستگذاری برای بهبود وضعیت بازنشستگان، مجموعه مقالات برتر موضوع بازنشستگی چهارمین جشنواره شهید رجایی، نشر سازمان بازنشستگی.
- شیخ الاسلامی، راضیه و همکاران. (۱۳۹۷) پیش بینی مولفه های خودتوانمندی زنان متأهل از طریق عزت نفس و روابط زناشویی، زن در فرهنگ و هنر (پژوهش زنان)، ۳(۱): ۳۷-۵۲.
- شهیدی، شهریار. (۱۳۹۵). *روانشناسی شادی*، تهران: نشر قطره.
- علی پور احمد، آگاه هریس، مژگان. (۱۳۹۶). اعتبار و روایی فهرست خودتوانمندی آکسفورد در ایرانیها، روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۳(۱۲): ۲۸۷-۲۹۸.
- علی زاده مهتاب، مارک میتوس، حسینی سیده زکیه، (۱۳۹۹)، بررسی مقایسه ای شاخص امید به زندگی و امید به زندگی در میان زنان میانسال دارای اختلال افسردگی شهری و روستایی استان تهران. دوره ۱۳، شماره ۱، ۴۹-۳۸
- علی پور فردین، سجادی حمیرا، فروزان آمنه، بیگلریان اکبر، (۱۳۹۵)، نقش حمایت های اجتماعی در کیفیت زندگی زنان میانسال دارای اختلال افسردگی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال نهم، شماره ۱۶۰، ۳۳-۱۴۷
- علی پور، احمد. (۱۳۹۸). مقدمات روانشناسی سلامت، تهران، انتشارات پیام نور.
- صفری شالی، رضا، (۱۳۹۸)، میزان اعتماد اجتماعی و عوامل موثر بر آن، اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی طب و پزشکی جامعه زنان میانسال دارای اختلال افسردگی، سال اول، شماره ۱۶۸، ۲-۱۷۴
- صادق، ناصر. (۱۳۹۷). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و نرم یابی پرسشنامه امیدواری و رابطه امیدواری با امید به زندگی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز.
- اسدی مجره، سارا؛ عابدینی، ماهان؛ پورشریفی، حسین؛ نیکوکار، مهسا. (۱۳۹۷). رابطه ی بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نشخوار فکری با نگرانی در جمعیت دانشجویی، مجله روان شناسی بالینی، ۴: ۹۱ - ۸۴.
- اشجع، مهسا؛ فرح بخش، کاویان؛ سدر پوشان، ندا و ستوده، زهرا. (۱۳۹۷). بررسی اثر بخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه دار شهر تهران. فصل نامه ی فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده. سال هفتم، شماره ی ۱۹، صص ۱۸۵-۱۶۷.
- امامیان، لطیفی. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان مبتنی بر معنویت بر میزان آسایش روان شناختی زنان مبتلا به اختلال وسواسی جبری. مجله ی روانشناسی بالینی، سال چهارم، شماره ی ۲ (پیاپی ۱۴)، صص ۵۱-۳۹.
- ایزدی، رضا؛ عسگری، کاوه، عابدی، مارال. (۱۳۹۸). مقایسه اثر بخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی دوازدهم، شماره ی ۱، صص ۳۳-۱۹.
- حر، مهدی، آقایی، ارسلان، عابدی، الهه. (۱۳۹۸). تأثیر روش مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی یازدهم، شماره ی ۲، صص ۱۲۸-۱۲۱.

خانی پور، حامد. (۱۳۹۸). تأثیر درمان شناختی بر حضور ذهن بر روی نشانه های افسردگی، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی و نشانه های روانپزشکی باقیمانده در بیماران با سابقه یک دوره افسردگی: یک طرح مطالعه تک موردی. پایان نامه دکتری، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

خسروی، مهناز؛ مهرابی، حمید؛ عزیزی مقدم، محسن. (۱۳۹۷). بررسی مقایسه ای مولفه های نشخوار فکری در بیماران افسرده، وسواس اجباری و افراد عادی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ۱۰: ۶۵-۷۲.

حسینائی، علی. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر استرس شغلی، فرسودگی شغلی و رضایت شغلی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

جوانمرد، غلامحسین. (۱۳۹۷). آسیب شناسی روانی، جلد دوم، چاپ دوم، انتشارات پیام نور.

رجبی، غلامرضا، ایمانی، محمد. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر نگرانی و سازگاری زناشویی زن های دارای آشفتگی و اختلال اضطراب فراگیر. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی یازدهم، شماره ی ۶، صص ۶۰۰-۶۱۹.

میکائیلی منیع، فرزانه، فتحی، گونا، شهودی، مریم، زندی، خلیل. (۱۳۹۷). تحلیل روابط بین امید، خودکارآمدی، انگیزش و تنشگرها با سازگاری تحصیلی در میان دانشجویان کارشناسی دانشگاه ارومیه، فصلنامه اندیشه های نوین تربیتی، سال یازدهم، شماره ۱ (پیاپی ۴۱)

مرعشی، سیدعلی، محرابیان، طاهره، طیبی، هاجر. (۱۳۹۹). بررسی رابطه ی ویژگی های شخصیتی (۵ عامل بزرگ)، امید به زندگی و هوش معنوی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در شهرستان مهران، مجله دستاوردهای روانشناختی، دوره ۴، شماره ۱.

میرزایی فروغ، حاتمی حمیدرضا، (۱۳۹۸) رابطه ویژگی های شخصیتی و خودتوانمندی در دانشجویان، اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)، ۵(۱۷): ۴۷-۵۶.

میلانی فر، بهروز. (۱۳۹۶). بهداشت روانی، تهران، نشر قومس.

نیکجو، بهاره. (۱۳۹۵). رابطه بین ویژگیهای شخصیتی با هوش هیجانی و امید به زندگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، منتشر شده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

نصیری، حبیب الله، جوکار، بهرام. (۱۳۹۵). معنا داری زندگی، امید، امید به زندگی و سلامت روان در زنان. مجله پژوهش زنان، دوره ۶، شماره ۲، صص ۱۷۶-۱۵۷.

واحدی شهرام، اسکندری فاطمه. (۱۳۹۸). اعتبارسنجی و تحلیل عاملی تأییدی چند گروهی مقیاس امید به زندگی در بین دانشجویان پرستاری و مامایی. پژوهش پرستاری (۱۷) ۵: ۷۵-۶۸.

ندیمی، محسن و معصومه پیشگر. (۱۴۰۰). اثربخشی خنده درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان سالمند، اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه، بصورت الکترونیکی، شرکت طلای سبز، انجمن پایش،

نبوی سیدحمید، علیپور فردین، حجازی علی، ربانی زهرا، راشدی وحید، (۱۳۹۹)، بررسی رابطه خودتوانمندی و سلامت روان در زنان میانسال دارای اختلال افسردگی مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال ۵۷، شماره ۸۴۱، ۷-۸۴۶

Hayes, S. S. C., Levin. M. E., Plumb-Villardaga. J., VIIlatte, J. L., & Pistorello, j. (2020). Acceptance and commitment therapy and Contextual behavioral science: Examining the

progress of a distinctrve model of behavioral and cognitive the rapy. Behavior therapy. 44(2). ۱۸۸-۱۹۸.

Bricker, J. J., & Tollison, s. (2020). Comparison of motional interviewieing with acceptance and commitment therapy: A Conceptual and clinical review. Behavioural and cognitive psychotherapy. 39(05), 541-559.

Deyo, M. (2015). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? Dissertation abstracts in ternational; Section B: Sciences and Engineering vol, 68(8-B):5564.

Folk, F. (2019) Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed om long-term sick leave. Journal Cognitive and Behavioral practice, 19, 583-594,

Cohn, M. A., Fredrickson, B. L. (2017). In search of durable positive psychology interventions: Predictors and consequences of long-term positive behavior change. *Journal Positive Psychology*, 5 (5), 355–366. Doi: 10.1080/17439760.2018.508883

Dawood, R. (2016).Positive psychology and child mental health; a premature application in school-based psychological intervention?. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 113, ۴۴ – ۵۳.

Banos, R. M., Etchemendy, E., Farfallini, L., Palaciosbd, A. G., Querobd, S., & Botella, C. (2017). EARTH of Well-Being System: A pilot study of an Information and Communication Technology-based positive psychology intervention. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 9(6):482-488.

Reiter, Ch., Wilz, G. (2015). Resource diary: A positive writing intervention for promoting well-being and preventing depression in adolescence. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 11(1), 99-108.

Jenifer, L.T., Lynn, E.A. (2018). Predicting anger in social anxiety: The mediating role of rumination. *Behavior Reserch and Therapy*, 47: 1079-1084.

Cooper, E. (2020). Acceptance and Commitment Therapy and Depression – the development of a depression specific process measure. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the award of the degree Doctorate of Psychology (Clinical Psychology).

Keng. K. s., naete, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. (2019). Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes (partly) different environments? *Archives of General Psychological Medicine*, 23, 397-406.

Martin, L., Tesser, A. (2020). Sime Ruminative thoughts. In: R. S. Wyer, jr (ed, *Ruminative Thoughts* (pp. 1-47). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.



Mischa, S., Borkovec, T. D., Peasley, C., Person, D. (2020). Coping and personality as predictors of post-traumatic intrusions, numbing, avoidance and general distress: A study of victims of the perth flood. *Behavioural and cognitive Psychotherapy*, 23: 251-264.

Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., Mayer, B. (2014). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences* 39: 1105.1111.

Raes, F. (2019). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and individual Differences*, 48:757-761.

Sheehy, L. Sheehy, S. (2019). An acceptance- based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: SM, I, Orville, roemer Editors, *Acceptance- and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New york, Ny: Springer. 8(2), 40-۲۱۳.