

## مقایسه اثربخشی درمان راه حل مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار

### *Comparison of the effectiveness of solution-focused therapy and acceptance and commitment therapy in terms of increasing the quality of life and self-efficacy of housewives*

Seyedeh Farkhondeh Taghavi

Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Maryam Gholamzadeh Jofre (Corresponding author)

Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Email: Gholamzadeh.m723@Gmail.Com

Masoud Shahbazi

Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.

#### Abstract

**Aim:** The aim of this study was to compare the effectiveness of solution-focused therapy and acceptance and commitment therapy in terms of increasing the quality of life and self-efficacy of housewives. **Method:** The research method was quasi-experimental pre-test-post-test design with a control group. The statistical population was housewives in Behbahan in the second half of 1398. By purposeful sampling method, 45 eligible individuals were selected and randomly assigned to experimental and control groups and used the Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) Questionnaire Scherr Self-Efficacy Questionnaire (SES) was answered. The control group waited and the solution-oriented treatment group received the 120-minute intervention in 8 sessions and the acceptance and commitment-based treatment group received the 90-minute intervention in 12 sessions; Finally, the subjects in the three groups were re-evaluated by questionnaires. Data were analyzed by analysis of covariance and taking into account the significance level of  $p \leq 0.05$  in SPSS24 software. **Results:** In general, the findings of this study, while confirming the effectiveness of solution-oriented therapy and treatment based on acceptance and commitment on improving the quality of life and self-efficacy of housewives, showed that solution-oriented treatment according to the average quality of life and self-efficacy of housewives in this experimental group (Solution-oriented therapy) has significantly increased the quality of life and self-efficacy of housewives compared to the average of the intervention group based on acceptance and commitment. Therefore, solution-oriented therapy has been more effective in increasing quality of life and self-efficacy than acceptance-based therapy.

**Conclusion:** In addition, these treatments can be used as effective therapies to improve the quality of life and self-efficacy of housewives; The priority of use in the treatment of marital problems is with the solution-oriented treatment.

**Keywords:** Solution-focused therapy, acceptance and commitment therapy, Marital satisfaction, quality of life, housewives

سیده فرخنده تقوی

گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

مریم غلامزاده جفره (نویسنده مسئول)

گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

Email: Gholamzadeh.m723@Gmail.Com

مسعود شهبازی

گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.

#### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان راه حل مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از لحاظ افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار بود. **روش:** روش پژوهش نیمه تجربی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری، زنان خانه‌دار شهر بهبهان در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۴۵ نفر واجد شرایط انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند و به پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) و پرسشنامه خودکارآمدی شرر (SES) پاسخ دادند. گروه گواه در انتظار ماند و گروه درمان راه حل مدار طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله‌ها را دریافت نمودند؛ در پایان، مجدداً آزمودنی‌های سه گروه، توسط پرسشنامه‌ها ارزیابی شدند. داده‌ها توسط تحلیل کوواریانس و در نظر گرفتن سطح معناداری  $p \leq 0.05$  در نرم‌افزار SPSS24 تحلیل شدند. یافته‌ها: به طور کلی یافته‌های این پژوهش ضمن تأیید اثربخشی درمان راه حل مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار، نشان داد که درمان راه حل مدار با توجه به میانگین کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار این گروه آزمایشی (گروه درمان راه حل مدار) نسبت به میانگین گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش بیشتر کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار شده است. بنابراین، درمان راه حل مدار در افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی موثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. نتیجه‌گیری: علاوه بر اینکه از این شیوه‌های درمانی می‌توان به‌عنوان درمان‌های مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار استفاده کرد؛ تقدم استفاده در درمان مشکلات زناشویی با درمان راه حل مدار است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان راه حل مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رضایت

زناشویی، کیفیت زندگی، زنان خانه‌دار

## مقدمه

در زندگی زنان در عرصه‌های خانواده و جامعه تنگناهایی وجود دارد که به دلیل نابرابری‌های جنسیتی گزینه‌های در دسترس زنان را محدود کرده و به آنان اجازه انتخاب نمی‌دهد. خانواده یکی از عرصه‌هایی است که به نوعی بازنمای نابرابری‌های جنسیتی است؛ مهم‌ترین عرصه فعالیت زنان به طور سنتی خانواده بوده است، انتظارات نقش زنان و تصویری که از زن بودن وجود دارد شامل برآورده کردن انتظاراتی است که حول خانواده و اعضای آن می‌چرخد. در طی سالیان گذشته برنامه‌های زندگی زنان در خانواده و اجتماع بزرگ‌تر مستلزم انطباق همیشگی با برنامه‌های زندگی مردان و نیازمندی‌های فرزندان بوده است (سروش و عنایت، ۱۳۹۲). این در حالی است که شاغلان و به طور خاص زنان شاغل، سالم‌تر از زنان خانه‌دار و غیرشاغل هستند و کار با حقوق از سلامتی حمایت می‌کند (ابراهیمی، زارعی و سلطانی‌نیا، ۱۳۹۷). خانه‌داری شاید در ابتدا مفهومی بدیهی و مانوس به نظر برسد، اما در واقع همین واژه آبخشور چالش‌های عمیق روانی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی فراوانی است. خانه‌داری از نمودهای تقسیم کار جنسیتی است. در این تقسیم‌بندی، زنان مسئول کارهای خانه و خانه‌داری و بزرگ کردن بچه‌ها هستند و مردان نان‌آوری اهل خانه را بر عهده دارند، که در اکثر موارد وابستگی مالی زنان به مردان دیده می‌شود (جهانگر، ۱۳۹۱).

عدم فعالیت اجتماعی و کسب استقلال مالی می‌تواند کیفیت زندگی<sup>۱</sup> زنان خانه‌دار را با آسیب مواجه سازد. چنانکه نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده است که زنان خانه‌دار نسبت به زنان شاغل از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (بنایی و عسگری، ۱۳۹۲). کیفیت زندگی مهم‌ترین عامل مؤثر بر فضای خانواده است. مطالعه کیفیت زندگی تمامی اقشار جامعه مهم است اما در این بین توجه به نحوه زندگی زنان و کیفیت زیست آنان می‌تواند در ارتقاء سلامت خانواده‌ها، نسل‌های امروزی و فردا و در نهایت کل جامعه بسیار اثرگذار باشد (کرمان ساروی، منتظری و بیات، ۱۳۹۰). سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> کیفیت زندگی را به عنوان درک افراد از موقعیت آنها در زندگی در چارچوب نظام‌های فرهنگی و ارزشی و همچنین در ارتباط با اهداف، انتظارات و استانداردهای آنها تعریف می‌کند (فیشر، مارگوری و براتو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). کیفیت زندگی مفهومی جامع و کلی است که همه ابعاد فیزیکی، روانی، شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زندگی فرد را در برمی‌گیرد. در بعد فیزیکی مهم‌ترین جنبه وضعیت عملکرد فرد است. درک از کیفیت زندگی متأثر از توانایی شخص در سنین مختلف در جهت ادامه عملکرد و از انجام فعالیت‌های روزمره نظیر مراقبت از خود، رفتن به محل کار است. در بعد روانی نیز باید گفت که سلامت روانی جزء مهمی از کیفیت زندگی بوده و داشتن نگرش مثبت در ارتقای کیفیت زندگی مؤثر است. در بعد اجتماعی - فرهنگی، نقش‌های هر فرد در خانواده و جامعه و ارتباطات اجتماعی وی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی هستند (کارلو، ریمر، اسچافر، کراز، هاسن و ورتین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰).

1. Quality of Life

2. World Health Organization (WHO)

3. Fischer, Marguerie, Brotto

4. Karow, Reimer, Schafer, Krausz, Haasen & Verthein

کاهش کیفیت زندگی در زنان خانه‌دار، به مرور سبب می‌شود تا آنها احساس خودکارآمدی<sup>۱</sup> پایین‌تری را نیز تجربه نمایند. (هدایتی زفرقندی، اصفهانی خالقی و نظری، ۱۳۹۵). خودکارآمدی یکی از مفاهیم کاربردی در یادگیری اجتماعی و نظریه‌های شناختی اجتماعی است و نشان‌دهنده‌ی روش‌های سازماندهی موقعیت‌های پیش‌بینی شده و نحوه‌ی اجرای آنها است. علاوه بر این، خودکارآمدی اعتقاد فردی نسبت به این توانایی است که فرد می‌تواند وظایف خود را به انجام برساند (هوانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). خودکارآمدی به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی خود در کنترل افکار، احساس‌ها، فعالیت‌ها و نیز عملکرد موثر در موقعیت‌های استرس‌زاست (ووک، اونیگو و اودو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). بنابراین ادراک خودکارآمدی بر عملکرد واقعی افراد، انتخاب‌ها و سازمان‌دهی فرایندها در جهت دستیابی و به ثمر رساندن سطوح عملکرد، پیشرفت و میزان تلاشی که فرد صرف یک فعالیت می‌کند، تاثیر دارد (راترفورد، لانگ و فارکاس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). هاولز<sup>۵</sup> (۲۰۱۲) معتقد است افرادی که دارای خودکارآمدی بالاتری هستند موفقیت بیشتری کسب و ترس کمتری را تجربه می‌کنند. خودکارآمدی نقش مهمی در مدیریت خود، تعهد به رفتارهای خودمراقبتی و تلاش برای بهبود کیفیت زندگی دارد. از سوی دیگر خودکارآمدی تنها زمانی بر کارکرد تاثیر می‌گذارد که شخص مهارت‌های لازم برای انجام کاری ویژه را دارا باشد و برای انجام آن کار به اندازه کافی برانگیخته شود و ایجاد این برانگیختگی و انگیزش جهت رسیدن به اهداف، جز از طریق توجه به توانمندی‌های افراد و فراهم کردن اسباب رسیدن به این اهداف در سایه توجه به تفاوت‌های فردی منظور نمی‌شود (گورول و آکتی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰).

روش‌های آموزشی و درمانی مختلفی برای زنان به‌کار گرفته شده است. یکی از روش‌های درمانی پرکاربرد درمان راه‌حل‌محور<sup>۷</sup> است که نتایج پژوهش‌های آراین‌فر و رسولی (۱۳۹۸)؛ محمدیاری و حسینیان (۱۳۹۷)؛ آقایی، حاتمی، درتاج و اسدزاده (۱۳۹۷)؛ اولیازاده و ریسی (۱۳۹۶)؛ عباسی، محمدی، زهراکار، داورنیا و بابایی گرمخانی (۱۳۹۶)؛ شیراشیانی و نامانی<sup>۸</sup> (۲۰۱۷)؛ ویچووویز، پاچالسکا، رایباک-کورنلاک، گاسکی و ویزینسکا<sup>۹</sup> (۲۰۱۷) و اسمیت، اسمیت و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۶) نشان از کارایی این درمان برای زوجین دارد. هدف درمان راه‌حل‌محور به سمت شکستن مجموعه‌های رفتاری تکراری و بی‌حاصل از طریق ایجاد عمده‌ی موقعیت‌هایی است که اعضای خانواده در آن دید مثبت‌تری به موقعیت‌های دشوار داشته باشند و برای انجام کارهای متفاوت، فعالانه مشارکت نمایند. اینکه «مشکل چه چیزی است؟» و «چه چیزی نیست؟» در دیدگاه راه‌حل‌محور نسبی است (دی‌جانگ و برگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲). درمان راه‌حل‌محور بر این فرض استوار است که افراد، سالم و باکفایت هستند و از توانایی لازم برای ایجاد راه‌حل‌هایی که می‌تواند زندگی آنان را بهبود بخشد، برخوردار هستند، فقط باید به آنان کمک کرد تا از اشتغال ذهنی به شکست‌هایشان خلاص

<sup>1</sup>. self efficacy

<sup>2</sup>. Huang

<sup>3</sup>. Nwoke, Onuigbo, Odo

<sup>4</sup>. Rutherford, Long, Farkas

<sup>5</sup>. Howells

<sup>6</sup>. Gürol, Akti

<sup>7</sup>. Solution-based treatment

<sup>8</sup>. Shirashiani, Namani

<sup>9</sup>. Wichowicz, Puchalska, Rybak-Korneluk, Gąsecki, Wiśniewska

<sup>10</sup>. Smith, Shelton, & Richards

<sup>11</sup>. Dejong, Berg

شوند و به توانایی‌های خود جانی دوباره ببخشند. درمان راه‌حل‌محور یک دیدگاه غیربیماری شناختی نسبت به مراجع دارد و به مراجعین کمک می‌کند برای مشکلات کنونی خود راه حل بیابند، در این رویکرد برخلاف دیدگاه مشکل‌محور به جای تمرکز بر مشکلات بر یافتن راه‌حل‌ها تأکید می‌شود (برزونسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). بنابراین درمان راه‌حل‌محور بر پایه راه‌حل‌سازی نه حل مسئله و به واسطه کشف نیروهای جاری مراجع و امیدواری به آینده هدایت می‌شود نه بحث در مورد مسائل موجود و علت‌های آن‌ها در گذشته. اساساً درمان کوتاه مدت راه‌حل‌محور بر این فرض استوار است که درک مراجعان از مشکلاتشان و راه‌حل‌های ممکن را تغییر دهد (واند<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰).

دیگر روش درمانی پرکاربرد در حوزه زنان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۳</sup> است که کارآیی بالینی آن جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی افراد مختلف در پژوهش‌های گوناگون نشان داده شده است (تقوایی، جهانگیری و زارع بیدکی، ۱۳۹۸؛ نامنی و مذهب یوسفی، ۱۳۹۸؛ قدم‌پور، مرزپور، رنجبردار، آج، پیرعین‌الدین، یوسف‌وند، ۱۳۹۸؛ زارع برادران، ۱۳۹۷؛ زارع بیدکی و جهانگیری، ۱۳۹۷؛ حیدری، سجادیان و حیدریان، ۱۳۹۵؛ عرفانیان مقدم و علیزاده موسوی، ۱۳۹۵؛ اونگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹؛ واین<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۹؛ امیدی و تلیقی، ۲۰۱۷؛ توهیگ، ویلاردگا، لوین و هایز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵؛ اسوین، هانکوک، دیکسون و بومان<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵؛ بلات، هومان، موریسون، لوین و توهیگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است پذیرش افکار، احساسات و هیجانات همان‌گونه که هستند نه بیشتر و نه کمتر، به تضعیف آمیختگی‌های شناختی افراد منجر می‌شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی هنگامی که آن‌ها در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیستند، به آنها اجازه توسعه خزانة رفتاری‌شان را می‌دهد تا بر تغییر جنبه‌های ارزشمند زندگی متعهد شوند و کیفیت زندگی آنان بالا رود (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل مداخلاتی است که با استفاده از راهبردهای پذیرش و تمرکز ذهنی و راهبردهای تعهد و تغییر رفتار منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. فرایندهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد عبارتند از پذیرش، خودمختاری، اکنون، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه است (هیز و استروسال<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴).

در حوزه ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره نمود که خانه‌داری باعث ایجاد اختلال در فرایند سلامت روان زنان و همچنین منحرف شدن فرزندپروری صحیح می‌شود (بنایی و عسگری، ۱۳۹۲؛ هدایتی زفرقندی، اصفهانی خالقی و نظری، ۱۳۹۵). بر این اساس عدم بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب و پایداری این آسیب‌ها در طول زمان می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های بیشتر در زنان و همچنین پدیدآیی دیگر آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی دیگر همچون افسردگی در نزد فرزندان گردد. بر این اساس بکارگیری روش‌های درمانی کارآ می‌تواند به عنوان راهگشایی در جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، ارتباطی و فردی این افراد به شمار رود. بنابراین مساله اصلی پژوهش

<sup>1</sup>. Brzezowski

<sup>2</sup>. Wand

<sup>3</sup>. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

<sup>4</sup>. Ong

<sup>5</sup>. Wynne

<sup>6</sup>. Twohig, Vilaradaga, Levin, Hayes

<sup>7</sup>. Swain, Hancock, Dixon, Bowman

<sup>8</sup>. Bluett, Homan, Morrison, Levin, Twohig

<sup>9</sup>. Hayes, Strosahl

حاضر مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار بود.

### روش

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهرستان بهبهان طی ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۸ تشکیل داد. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که از بین زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهرستان بهبهان، زنان خانه‌داری که به دلیل عدم رضایت از زندگی زناشویی به این مراکز مراجعه کرده بودند، ۴۵ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش درمان راه‌حل‌محور (۱۵ نفر)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل خانه‌دار بودن، عدم رضایت زناشویی، تمایل به حضور در پژوهش، عدم وجود آسیب‌های روان‌شناختی مزمن همانند افسردگی (با استفاده از مصاحبه) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل حضور در جلسه‌های مشاوره و روان‌درمانی به‌غیر از مداخله، عدم شرکت منظم در جلسات و عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بودند. در نهایت درمان راه‌حل‌محور (۸ جلسه) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۲ جلسه) برای گروه‌های آزمایش به شکل جداگانه در طی ۳ ماه برگزار شد، ولی گروه گواه این مداخلات را دریافت نکرده و به روند درمانی معمول خود در مراکز مشاوره ادامه داد.

### ابزار

**پرسشنامه خودکارآمدی<sup>۱</sup>:** پرسشنامه خودکارآمدی توسط شرر و آدامز در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم (نمره یک) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی بالاتر فرد است (مقتدری، صفاری‌نیا، زارع و علی‌پور، ۱۳۹۸). این مقیاس توسط براتی‌بختیاری (۱۳۷۶) ترجمه و اعتباریابی شده است. براتی‌بختیاری (۱۳۷۶) برای سنجش روایی سازه‌ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات به دست آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده‌مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش‌بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه‌های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱) و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تایید سازه موردنظر بود. هم‌چنین ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دونیمه‌کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است (اصغرنژاد، احمدی ده‌قطب‌الدینی، فرزاد و خداپناهی، ۱۳۸۵). هم‌چنین در پژوهش رحیمی پردنجانی

<sup>۱</sup>. Self-efficacy Questionnaire

و غباری‌بناب (۱۳۹۰) برای بررسی پایایی خودکارآمدی، آلفای کرونباخ  $0/84$  به دست آمده است. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ  $0/83$  به دست آمد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۱</sup>:** فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی با ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سوالات ایجاد شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دو فرم این پرسشنامه با همدیگر همخوانی رضایت‌بخشی دارند. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد و ۲۶ سوال دارد که دو سوال اول کلی است و به هیچ یک از حیطه‌ها مربوط نمی‌شود (بونمی، پاتریک، باشنل و مارتین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. افراد در این پرسشنامه نمرات بین ۲۴ تا ۱۲۰ به دست می‌آورند. این پرسشنامه در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) استانداردسازی شده است. نجات و همکاران (۱۳۸۵) روایی محتوا و تشخیصی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی به ترتیب  $0/77$ ،  $0/77$ ،  $0/75$  و  $0/84$  به دست آورده‌اند و همسانی درونی حیطه‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین  $0/52$  تا  $0/84$  محاسبه کرده‌اند. در پژوهش مرادی، ملک‌پور، امیری، مولوی و نوری (۱۳۸۹) همسانی درونی پرسشنامه  $0/60$  و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ  $0/92$  محاسبه گردیده شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ  $0/83$  به دست آمد.

### روند اجرای پژوهش

روند اجرای پژوهش بدین صورت بود که پژوهشگر قبل از شروع درمان، به کلینیک‌های تخصصی مشاوره و خدمات روانشناختی شهرستان بهبهان مراجعه و مسئولین را در جریان روند پژوهش قرار داد و ضمن توجیه آنان، از مسئولین مراکز خواسته شد که زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده را به پژوهشگر ارجاع دهند. پس از بررسی‌های لازم، حدود ۴۵ زن واجد شرایط شرکت در پژوهش انتخاب و پس از هماهنگی‌های لازم با آنان، تعداد ۱۵ زن خانه‌دار در هر کدام از گروه‌های آزمایش و گواه به صورت تصادفی گمارده شدند. از زنان خانه‌دار انتخاب شده ثبت‌نام به عمل آمد و اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها ثبت شد و اطلاعاتی در مورد پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول هر جلسه، شیوه اداره جلسه، تصادفی‌سازی، محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از پژوهش به زنان خانه‌دار ارائه و موافقت آن‌ها برای شرکت در پژوهش به صورت کتبی اخذ شد و آزمون‌های پژوهش در مرحله پیش‌آزمون اجرا و در قالب یک پرونده، نتایج اولیه هر ۴۵ آزمودنی ثبت شد. در مرحله بعدی گروه گواه در انتظار ماند و افراد گروه آزمایش درمان راه‌حل‌مدار طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و افراد گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت جداگانه مداخله‌های مورد نظر را دریافت نمودند. در پایان مداخله‌های درمانی، مجدداً آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه، توسط پرسشنامه‌های پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه پرسشنامه خودکارآمدی شرر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

1. Quality of Life Questionnaire

2. Bonomi, Patrickm, Bushnell, Martin

برای درمان راه‌حل‌مدار، از پروتکل درمان کوتاه مدت راه‌حل‌مدار که توسط دی‌شازر و دولان<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) تدوین شده است، استفاده شد. همچنین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طرح درمان ۱۲ جلسه‌ای توهیگ و همکاران (۲۰۱۵) استفاده شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان راه‌حل‌مدار

جلسه	مداخلات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، ایجاد آشنایی، بیان اهداف، روند کار جلسات و قوانین، شنیدن اهداف مراجع
جلسه دوم	بیان اصول مشاوره راه حل مدار، صحبت مراجع در خصوص مشکلات زوجی، تمرکززدایی از موارد منفی و تأکید بر موارد مثبت
جلسه سوم	به کارگیری مقیاس‌بندی برای ارزیابی میزان تعهد و امیدواری مراجع برای حل مشکل و بحث در خصوص درجه‌بندی‌ها، شناسایی مقاومت مراجع با استفاده از سؤالات چگونگی، چه موقع، چه چیزی و حل آن
جلسه چهارم	ترغیب مراجع برای بیان مشکلات و راه حل‌ها در زمینه مسائل مالی، مراقبت از فرزند و ارتباط با خویشاوندان و مورد بحث قرار دادن آن، ترغیب فرد برای صحبت در مورد راه حل‌ها به جای صحبت در مورد شکل و شناسایی راه‌حل‌های مفید، ضعیف و مناسب
جلسه پنجم	پرسیدن سؤالات معجزه‌آسا و بحث در خصوص پاسخ‌ها، ترغیب فرد در خصوص حل مشکل و تقویت آن
جلسه ششم	پرسیدن سؤالات معجزه‌آسا و بحث در خصوص پاسخ‌ها
جلسه هفتم	استفاده از واژه‌ی «به جای» و جایگزین کردن افکار، احساسات و رفتار به جای افکار، احساسات و رفتار مشکل‌ساز و انجام تکنیک چرخش ۱۸۰ درجه‌ای، درخواست از مراجع برای بیان حداقل دو ویژگی مثبت همسرشان و تحسین و قدردانی کردن از آن
جلسه هشتم	خلاصه کردن جلسات و درخواست از مراجع برای اظهارنظر در خصوص جلسات درمان، اجرای پس‌آزمون

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	استراتژی	مداخلات
جلسه اول: ارزیابی و جهت‌گیری درمان	گرفتن جزئیات از مراجع، معرفی اهداف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	معرفی تمرکز تمرینات
جلسه دوم: ارزیابی‌های فردی	مصاحبه فردی	جلسه طرح‌ریزی، یکپارچه‌سازی ارزیابی فردی و زوجی
جلسه سوم: ارزیابی هزینه‌های ناامیدی خلاق	بررسی هزینه‌های تعارض و اجتناب مراجع توسعه ناامیدی خلاق	استفاده از استعاره تله انگشت چینی و تمرین تلاش-های رابطه‌ای بی‌اثر
جلسه چهارم: تمرکز حواس و پذیرش	معرفی پذیرش و تمرکز حواس	تمرین پذیرش افکار و احساسات
جلسه پنجم: همجوشی شناختی	تشریح و توضیح رابطه منفی افکار	تمرین راننده اتوبوس افکار
جلسه ششم: مشاهده افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسر	افکار روی برگه تمرین، تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه
جلسه هفتم: انتخاب جهت ارزش‌ها	کمک به مراجع برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی	تمرین چه چیزی در زندگی / رابطه در حال حاضر می‌خواهم، تمرین نوشتن روی سنگ قبر
جلسه هشتم: شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود	بازبینی کاربرد ارزش‌ها و بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک به مراجع تا به جای غلبه بر آنها با آنها حرکت کنند.	کاربرگ عمل متعهد، بازبینی تمرین راننده اتوبوس
جلسه نهم: ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار رابطه	معرفی تمایل	کاربرگ عمل متعهد
جلسه دهم: خود به عنوان زمینه در این رابطه	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ تجربه داشتن به عنوان زمینه رابطه	کاربرگ اقدام متعهد، استعاره صفحه شطرنج
جلسه یازدهم: پذیرش و اقدام متعهد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد	کاربرگ اقدام متعهد
جلسه دوازدهم: کار در جهت پایان	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان	گرفتن کاربرد اقدام متعهد، تمرینات تمرکز حواس برای تمرین در خانه

## یافته‌ها

در هر سه گروه درمان راه‌حل‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه درصد بیشتری از زنان خانه‌دار در دامنه سنی ۳۶-۴۵ سال قرار داشتند، حداقل بین ۷-۵ سال از زمان ازدواج آنان گذشته بود و حداقل ۱ فرزند داشتند. از نظر

<sup>۱</sup>. De Shazer, Dolan

تحصیلات در گروه درمان راه‌حل‌مدار درصد بیشتری از زنان خانه‌دار دارای تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم بودند، در حالی که در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه درصد بیشتری از زنان خانه‌دار دارای تحصیلات لیسانس بودند. در نهایت، از نظر وضعیت اقتصادی در هر سه گروه درمان راه‌حل‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه وضعیت اقتصادی درصد بیشتری از زنان خانه‌دار در حد متوسط بود. در ادامه به توصیف وضعیت متغیرهای اصلی فرضیه‌های پژوهش (کیفیت زندگی و خودکارآمدی) به تفکیک گروه درمان راه‌حل‌مدار، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرداخته می‌شود.

جدول ۳: آمار توصیفی کیفیت زندگی و خودکارآمدی گروه‌های سه‌گانه در مراحل دوگانه اندازه‌گیری

متغیر	مرحله اندازه‌گیری	گروه مطالعه		گروه درمان راه‌حل‌مدار		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۵۱/۲۰	۳/۳۸	۵۱/۶۰	۴/۶۳	۵۱/۱۳	۵/۰۸	۵۱/۱۳	۵/۰۸
	پس‌آزمون	۶۰/۰۷	۴/۴۲	۵۶/۸۰	۴/۲۶	۵۱/۹۳	۵/۰۸	۵۱/۹۳	۵/۰۸
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۴۷/۴۷	۳/۷۹	۵۱/۳۳	۴/۶۴	۵۸	۳/۰۹	۵۸	۳/۰۹
	پس‌آزمون	۵۷/۷۳	۳/۴۹	۵۸/۴۰	۲/۸۲	۵۷/۴۷	۲/۸۵	۵۷/۴۷	۲/۸۵

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی زنان خانه‌دار گروه درمان راه‌حل‌مدار  $51/20 \pm 3/38$ ، در زنان خانه‌دار گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد  $51/60 \pm 4/63$ ، در زنان خانه‌دار گروه گواه  $51/13 \pm 5/08$  می‌باشد؛ ولی در مرحله پس‌آزمون، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی زنان خانه‌دار گروه درمان راه‌حل‌مدار  $60/07 \pm 4/42$ ، در زنان خانه‌دار گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد  $56/80 \pm 4/26$ ، در زنان خانه‌دار گروه گواه  $51/93 \pm 5/08$  به دست آمد. این روند تغییر میانگین در گروه‌های سه‌گانه در مورد متغیر خودکارآمدی نیز صدق می‌کند. بدین صورت که در مرحله پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی زنان خانه‌دار گروه درمان راه‌حل‌مدار  $47/47 \pm 3/79$ ، در زنان خانه‌دار گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد  $51/33 \pm 4/64$ ، در زنان خانه‌دار گروه گواه  $58 \pm 3/09$  می‌باشد؛ ولی در مرحله پس‌آزمون، میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی زنان خانه‌دار گروه درمان راه‌حل‌مدار  $57/73 \pm 3/49$ ، در زنان خانه‌دار گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد  $58/40 \pm 2/82$ ، در زنان خانه‌دار گروه گواه  $57/47 \pm 2/85$  به دست آمد.

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای کیفیت زندگی و خودکارآمدی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس‌های واریانس - کواریانس نیز برقرار بوده است ( $p > 0/05$ ). علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی و خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ( $p > 0/05$ ). در نهایت نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای کیفیت زندگی و خودکارآمدی معنادار نبوده است ( $p > 0/05$ ). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط



رگرسیون در این متغیرها برقرار بوده است. پس از اطمینان از رعایت پیش‌فرض‌های مورد نیاز تحلیل آزمون کوواریانس، نتایج این آزمون ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون‌های چندمتغیری روی میانگین پس‌آزمون متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	p	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر بیلابی	۱/۲۷	۸	۷۲	۱۵/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۶۳	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۸	۸	۷۰	۲۲/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۷۲	۱
آزمون اثر هتلینگ	۷/۱۵	۸	۶۸	۳۰/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۷۸	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۶/۴۷	۴	۳۶	۵۸/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۸۷	۱

برای پی‌بردن به این نکته که از لحاظ کیفیت زندگی و خودکارآمدی بین سه گروه تفاوت وجود دارد، ابتدا با استفاده از تحلیل کواریانس تفاوت بین گروه‌ها در کیفیت زندگی و خودکارآمدی مشخص گردید و سپس با استفاده از آزمون تعقیبی بانفرونی جزئیات تفاوت‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها صورت گرفت که نتایج حاصل در جداول زیر ارائه شده است. جدول (۵) نتایج تحلیل کواریانس را برای مقایسه پس‌آزمون کیفیت زندگی و خودکارآمدی، در گروه‌های آزمایش (گروه درمان راه‌حل‌مدار و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۵: تحلیل کواریانس روی پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	Eta (اندازه اثر)	توان آماری
کیفیت زندگی	۴۳۲/۵۵	۲	۲۱۶/۲۷	۲۷/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۵۹	۱
خودکارآمدی	۹۵۵/۶۱	۲	۴۷۷/۸۰	۴۶/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۱

همان طوری که در جدول ۵ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون بین گروه‌های درمان راه‌حل‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه از لحاظ تمامی متغیرهای پژوهش (کیفیت زندگی و خودکارآمدی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ). برای مشخص شدن جزئیات تفاوت‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بانفرونی استفاده شده است. جدول ۶ نتایج آزمون بانفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش (گروه درمان راه‌حل‌مدار و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه را در متغیرهای پژوهش (کیفیت زندگی و خودکارآمدی) نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج آزمون بانفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	انحراف معیار	p
کیفیت زندگی	گروه درمان راه‌حل‌مدار	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳/۵۴ <sup>**</sup>	۱/۱۱	۰/۰۰۹
	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه گواه	۷/۹۹ <sup>**</sup>	۱/۰۹	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	گروه درمان راه‌حل‌مدار	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴/۵۳ <sup>**</sup>	۱/۲۷	۰/۰۰۳
	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه گواه	۱۱/۷۴ <sup>**</sup>	۱/۲۴	۰/۰۰۱
	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه گواه	۷/۲۱ <sup>**</sup>	۱/۱۸	۰/۰۰۱

همانطور نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی و خودکارآمدی بین گروه‌های آزمایش (گروه درمان راه‌حل‌مدار و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه معنی‌دار است ( $p < ۰/۰۱$ ). این نتایج علاوه بر اینکه نشان می‌دهد درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار موثر بوده است، بیانگر آن است که بین دو روش درمان راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان راه‌حل‌مدار با

توجه به میانگین کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار این گروه آزمایشی نسبت به میانگین گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش بیشتر کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار شده است. بنابراین، درمان راه‌حل مدار در افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار موثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار بود. یافته اول پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی درمان راه‌حل مدار بر افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار بود. یافته حاضر با نتایج پژوهش اولیازاده و ریسی (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی آموزش راه‌حل محور بر تعارضات زناشویی و کیفیت زندگی زوجین؛ با یافته عباسی و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر کارایی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل، با گزارشات محمدیاری و حسینیان (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی درمان کوتاه مدت راه‌حل محور در حل مشکلات ارتباطی زوجین، با یافته آقایی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی درمان راه‌حل محور بر نظم‌جویی هیجانی زوجین و با یافته آرین‌فر و رسولی (۱۳۹۸) مبنی بر تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت راه‌حل محور بر فرسودگی زناشویی زوجین همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان راه‌حل مدار بر افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار باید گفت که در درمان راه‌حل محور، اعتقاد بر این است که زیاد بودن مشکلات زناشویی به دلیل فقدان مهارت‌های تفکر حل مسئله زوجین است و آنها مهارت و توانایی لازم جهت استفاده از راه حل های منطقی و مؤثر را برای زندگی ندارند و نمی‌توانند یک تعامل صحیح و منطقی همراه با عشق و علاقه از خود بروز دهند (آرین‌فر و رسولی، ۱۳۹۸). حال با استفاده از آموزش راه‌حل محور بر تفکر و نگرش افراد تأثیرگذار بوده و چگونگی حل مشکلات زندگی و مدیریت آنها بدون برخوردهای هیجانی را به زنان خانه‌دار آموزش می‌دهد و آنان نیز با بهره‌گیری از مهارت‌های حل مسئله مشکلات و تعارضات موجود در زمینه عدم همکاری در انجام امور منزل، واکنش‌های هیجانی نابجا و ایجاد تنش در روابط خود، عدم لذت از روابط جنسی و کاهش آن در زندگی زناشویی داشته‌اند را حل کنند و تعارضات زندگی زناشویی را با روش حل مسئله و مدیریت نمودن هیجان‌ات کاهش داده و کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند. علاوه بر این می‌توان بیان نمود که در درمان راه‌حل محور به جای تمرکز بر علل ایجاد مشکل، بر شناسایی راه حل‌ها تأکید می‌شود. در درمان با رویکرد راه‌حل محور به مراجع کمک می‌شود تا استثناها و لحظاتی که فرد دارای مشکلات روان‌شناختی و هیجانی نیست یا شدت آن کم است را شناسایی و تقویت کند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۶)؛ بدین ترتیب زنان خانه‌دار با دریافت درمان راه‌حل محور متوجه می‌شود که مشکلات ارتباطی، زناشویی و روان‌شناختی یک اتفاق دائمی و همیشگی نیست و فرد از توانایی و منابع لازم جهت برخورد مناسب با مشکلات و تبعات آن برخوردار است و همین امر باعث تغییرات شناختی بزرگی در فرد می‌شود که می‌تواند محرکی باشد برای ایجاد تغییرات بیشتر و موثرتر و به دنبال آن خودکارآمدی آنان نیز ارتقا پیدا می‌کند.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مستقیماً بر روی کاهش نشانگان آسیب‌زای شناختی و هیجانی عمل نمی‌کند، بلکه در عوض سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات، احساسات روان‌شناختی و هیجانات را هدف قرار می‌دهد و فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند (واین و همکاران، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تکنیک‌های رفتاری و تجربی گوناگونی برای هدف قرار دادن ۶ فرایند اساسی استفاده می‌کند تا به هدف ایجاد تغییر دست یابد که در آن به افراد اجازه خواهد داد تا در ارتباط با خاطرات آسیب‌زای خود به روشی که از لحاظ شخصی برای فرد معنادار بوده و از ارزش‌های سرچشمه گرفته باشد، عمل کند. این فرایند سبب می‌شود تا زنان خانه‌دار از تمرکز بر افکار آشفته‌ساز و ناکارآمد به سمت پی‌جویی ارزش‌های جدید زندگی خود گام برداشته و به مرور از میزان کیفیت زندگی آنان نیز افزایش یابد. علاوه بر این می‌توان گفت که فرایندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش به دنبال این بود که به زنان خانه‌دار یاد دهد، فنونی را که برای کنترل فکر به کار می‌گرفتند را رها نمایند، چگونه با افکار مزاحم و اضطراب‌زا در هم نیامیزند و چگونه هیجانانگیزان را مدیریت و کنترل نمایند (اوانگ و همکاران، ۲۰۱۹). استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که افراد از موقعیت‌ها و افکار آشفته‌ساز کمتر احساس رنج نمایند. باید توجه نمود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار به شکلی مستقیم تمرکز نمی‌شود، ولی با استفاده از فنون پذیرش و گسلش، هیجان‌های ناخوشایند سیری نزولی در پیش گرفته و به نسبت آن افکار و رفتار افسرده‌ساز نیز کاهش می‌یابد. انعطاف‌پذیری شناختی حاصل از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به این زنان خانه‌دار می‌آموزد که وجود افکار ناامیدکننده خود به عنوان مشکل و مساله اصلی به شمار نمی‌رود، بلکه مساله اصلی اقدام در جهت پاسخ دادن به این افکار می‌باشد. بنابراین زنان خانه‌دار با یادگیری انعطاف‌پذیری شناختی، آموزش می‌بینند که خزانه رفتاری گسترده‌تری داشته باشند. حال می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با عدم تلاش در جهت سرکوب پردازش‌های شناختی ناکارآمد می‌تواند به بهبود خودکارآمدی زنان خانه‌دار یاری رساند.

یافته‌هایی این پژوهش نشان داد که درمان راه‌حل‌محور نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای اثربخشی بیشتری بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار است. در تبیین این یافته باید بیان نمود، در درمان راه‌حل‌محور با به کارگیری تکنیک استثنا از سوی درمانگر در جلسه‌های درمان، زنان خانه‌دار توانستند استثنائات زندگی خود را تشخیص دهند، یعنی توانستند لحظات زیبایی که در گذشته تجربه کرده بودند را بیاد بیاورند و این استثنائات را تقویت کنند و در نتیجه استخراج این استثنائات متوجه شدند که لحظات خوبی در زندگی خانوادگی و زناشویی‌شان بوده که با خانواده و همسر خود روابط زیبایی داشته‌اند و فعالیت‌های خوشایندی را به آنان هم انجام داده‌اند و اکنون نیز می‌توانند دوباره این فعالیت‌ها را برقرار و لحظات خوبی را برای خود، خانواده و همسرشان خلق کنند، که این شرایط می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی آنان مؤثر بوده باشد. از آنجا که در این مدل تمرکز بر راه‌حل‌هاست و کمتر به کاستی‌ها و کمبودها پرداخته می‌شود، برای کار با زنان خانه‌دار که معمولاً بی‌انگیزه و نیز خودارجاج هستند، بسیار سودمند است. چون آموزش رویکرد راه‌حل‌محور، مبتنی بر به‌کارگیری نقاط قوت و

توانایی‌های مراجعان است، با شیوه کار با این گروه که مبتنی بر بی‌انگیزگی و فرسودگی است کاملاً هماهنگی دارد. زنان خانه‌دار در نهایت با آموختن این رویکرد توانایی‌های‌شان را باور می‌کنند و این خود مفهوم خودکارآمدی است. در تبیینی دیگر در راستای اثربخش‌تر بودن درمان راه‌حل محور نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت درمان راه‌حل محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجع در فرایند تغییر استفاده می‌کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد می‌کند. درمانگران راه‌حل محور حس خودکفایی و خودمختاری را در مراجعان تقویت می‌کنند. آن‌ها این کار را از طریق توانمندسازی مراجعان در خلق راه‌حل‌ها و ساختار دادن به این راه‌حل‌ها انجام می‌دهند (ویچووویز و همکاران، ۲۰۱۷). هر چند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به مراجعان کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی خود و نقش آن را در روابط نامناسب با تجارب درونی بفهمند که می‌تواند در تداوم ناراحتی مؤثر باشد. پایش خود می‌تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی اش کمک کند، به خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم و زیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم و درک این مطالب برای تغییر کافی نیست. بنابراین، زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند. بنابراین، در مورد این که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش احساسات و افکار آزردهنده می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی، خودکارآمدی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رضایت زناشویی نقش داشته باشد، شکی نیست. ولی به نظر می‌رسد تفاوت بین درمان راه‌حل مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انگیزه‌ای است که درمان راه‌حل مدار با ایجاد حس خودکفایی و خودمختاری در ارائه راه‌حل‌ها و ساختار دادن به آن‌ها در مراجعان ایجاد می‌کند. در واقع، درمان کوتاه مدت راه‌حل محور به جای تمرکز بر مشکلات و بیماری‌ها بر جنبه‌های مثبت و سالم زندگی تأکید می‌کند. بدین صورت که درمان راه‌حل محور هر مراجع را به عنوان یک فرد خود رهبر و آماده محسوب می‌کند، فردی که امتیازات درونی و ویژگی‌های منحصر به فردی را دارا است. این تفاوت‌ها باعث می‌شود انگیزه مراجع برای یافتن راه‌حل‌های ویژه افزایش یابد. در نتیجه، درمان راه‌حل محور به زنان خانه‌دار گروه نمونه کمک کرد تا انعطاف‌پذیر باشند و خودکارآمدی آنان را از طریق توانا ساختن آنان برای ساختن منابع روانی و همچنین مقابله مؤثر با تعارض‌های زندگی افزایش داد، این امر باعث شد کیفیت زندگی‌شان افزایش یابد.

محدود بودن دامنه تحقیق به زنان خانه‌دار مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان بهبهان؛ عدم کنترل متغیرهای تاثیرگذار بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار، عدم تمایل بعضی از زنان جهت شرکت در پژوهش حاضر و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر جامعه‌های آماری (همانند زنان دارای تعارضات زناشویی، زنان مطلقه و ...)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان راه‌حل مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان راه‌حل مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به درمانگران و مشاوران مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی معرفی شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای زنان خانه‌دار، جهت افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان خانه‌دار

گامی عملی برداشته باشند؛ این در حالی است که با توجه به اثربخشی بیشتر درمان راه‌حل‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، الویت با این درمان است.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته مشاوره بود که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز انجام شد. در پایان، از تمامی زنان شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولان سازمان بهزیستی و مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر بهبهان که نویسندگان را در اجرای این پژوهش یاری و همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

- ابراهیمی، مرضیه السادات، زارعی، سلمان، سلطانی‌نیا، شیوا. (۱۳۹۷). مقایسه حس انسجام و سبک‌های حل تعارض زناشویی زنان شاغل و خانه‌دار، مشاوره شغلی و سازمانی، ۱۰(۳۵)، ۲۷-۴۲.
- اصغرزاد، طاهره، احمدی ده‌قطب‌الدینی، محمد؛ فرزاد، ولی‌الله و خدایانه‌ی، محمدکریم. (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی شرر، مجله روان‌شناسی، ۱۰(۳): ۲۷۴-۲۶۲.
- اولیازاده، مریم، ریسی، زهره. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش راه‌حل‌محور بر تعارضات زناشویی و کیفیت زندگی در زوجین شهر اصفهان، سلامت جامعه، ۱۱(۳-۴)، ۱-۱۰.
- آرین‌فر، نیره، رسولی، رویا. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور با زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۰(۱)، ۶۰-۴۷.
- آقایی، زهراسادات، حاتمی، حمیدرضا، درتاج، فریبرز، اسدزاده، حسن. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور بر نظم جویی هیجان زوجین، مجله علوم روانشناختی، ۱۷(۶۸)، ۵۱۴-۵۰۹.
- براتی‌بختیاری، سعید. (۱۳۷۶). بررسی رابطه خوداثربخشی، عزت‌نفس و خودپایی در میان دانش‌آموزان سوم دبیرستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران.
- بنایی، نازی، عسگری، محمد. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر کیفیت زندگی زنان خانه‌دار، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۴(۱)، ۴۳-۵۲.
- تقوایی، داود، جهانگیری، محمدمهدی، زارع بیدکی، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقای سلامت مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۷(۲)، ۱۴۳-۱۵۳.
- جهانگیر، پانته‌آ. (۱۳۹۱). مقایسه عملکرد خانواده و رضایت‌مندی زناشویی در زنان متأهل شاغل و غیر شاغل (خانه دار) شهر تهران، تحقیقات مدیریت آموزشی، ۳(۴)، ۱۷۷-۱۹۲.
- حیدری، سمیه، سجادیان، ایلناز، حیدریان، اندیشه. (۱۳۹۵). اثر بخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکارخودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، مجله اصول بهداشت روانی، ۱۸(۱)، ۴۹۱-۴۹۹.
- رحیمی پردنجانی، سعید و غباری‌بناب، باقر. (۱۳۹۱). تأثیر مداخله مبتنی بر نظریه گاردنر بر خودکارآمدی عمومی دانش‌آموزان ناشنوای هنرستانی شهر اصفهان، فصلنامه پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۱(۱): ۸۶-۷۳.
- زارع بیدکی، زهرا، جهانگیری، محمدمهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۱(۷)، ۳۹-۴۷.
- زارع، حسین، برادران، مجید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مهارت‌شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی دانشجویان مضطرب، روان‌شناسی کاربردی، ۱۲(۴)، ۴۹۱-۵۱۱.
- سروش، مریم، عنایت، حلیمه. (۱۳۹۲). زنان، ساختار و عاملیت آیا زنان می‌توانند سبک‌زندگی خود را انتخاب کنند؟ فصلنامه مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۱۱(۴)، ۵۹-۹۰.

- عباسی، امیر، محمدی، محمد، زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا، بابایی گرمخانی، محسن. (۱۳۹۶). کارآیی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل، نشریه پرستاری ایران، ۳۰(۱۰۵)، ۳۴-۴۶.
- عرفانیان مقدم، مینا، علیزاده موسوی، سیدابراهیم. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل افکار منفی دانش آموزان، چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.
- قدم پور، عزت‌الله، مرزپور، زهرا، رنجبردار، مهرا، آج، آرمان، پیرعین‌الدین، سعید، یوسف‌وند، مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی، پژوهش پرستاری، ۱۴(۲)، ۶۷-۷۶.
- کرمان ساروی، فتیحه، منتظری، علی، بیات، معصومه. (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی وابسته به سلامت زنان شاغل و خانه دار، مجله پایش، ۱۱(۱)، ۱۱۱-۱۱۶.
- محمدیاری، انسیه، حسینیان، سمین. (۱۳۹۷). فراتحلیل اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر زوج درمانی (ایران، ۱۳۹۶-۱۳۸۵)، مجله فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۱۳(۴۳)، ۳۳-۵۲.
- مرادی، اعظم، ملک‌پور، مختار، امیری، شعله، مولوی، حسین، نوری، ابوالقاسم. (۱۳۸۹). مقایسه اثرات آموزش‌های عزت‌نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی- حرکتی، فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۰(۱): ۶۴-۴۹.
- مقتدری، مینا، صفاری‌نیا، مجید، زارع، حسین، علی‌پور، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی بسته امیدرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت نگر بر خودکارآمدی و احساس تنهایی بیماران پارکینسون، روانشناسی سلامت، ۸(۴)، ۷۳-۹۲.
- نامی، ابراهیم، مذهب یوسفی، آزاده. (۱۳۹۸). اثربخشی تلفیق روش‌های درمان پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و نگرش‌های ناکارآمد دختران نوجوان بی‌سرپرست. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹(۲)، ۲۷-۵.
- نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نایینی، کورش، محمد، کاظم، مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایران، فصلنامه دانشکده بهداشت و بهداشت تحقیقات بهداشتی، ۴(۴): ۱۲-۱.
- هدایتی زعفرندی، سعید، اصفهانی خالقی، آتنا، نظری، علی. (۱۳۹۵). تعیین رابطه خودکارآمدی و افسردگی مادران شاغل معلم و خانه‌دار، چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران.
- Bluett, E.J., Homan, K.J., Morrison, K.L., Levin, M.E., Twohig, M.P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6): 612-624.
- Bonomi, A.E., Patrickm, D.L., Bushnell, D.M., Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the world Health Organization Quality of Life (WOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 1, 19-23.
- Brzezowski, K.M. (2012). A solution- focused group ed treatment approach for individuals maladaptively. Expressing enger. Ohio: wright state university.
- De Shazer, S., & Dolan, Y. (2012). More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy. New York: Routledge.
- Dejong, P., Berg, I.K. (2012). Interviewing for solutions, 4 nd ed. Pacific Grove, CA: Brooks Cole. P. 152.
- Fischer, O.J., Marguerie, M., Brotto, L.A. (2019). Sexual Function, Quality of Life, and Experiences of Women with Ovarian Cancer: A Mixed-Methods Study. *Sexual Medicine*, 7(4), 530-539.
- Gürol, A., Aktı, S. (2010). The relationship between pre-service teachers' self efficacy and their internet self-efficacy. *Social and Behavioral Sciences*, 2(2): 3252-3257.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. (2004). A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer Science & Business Media.
- Howells, L. A. (2012). Self-Efficacy and Diabetes: Why Is Emotional 'Education' Important and How Can It Be Achieved?. *Hormone Research in Pediatrics*, 57(1), 69-71.
- Huang, C. (2016). Achievement goals and self-efficacy: A meta-analysis. *Educational Research Review*, 19: 119-137.
- Karow, A., Reimer, J., Schafer, I., Krausz, M., Haasen, C., & Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 209-215.
- Nwoke, M.B., Onuigbo, E.N., Odo, V.O. (2017). Social support, self-efficacy and gender as predictors of reported stress among inpatient caregivers, *The Social Science Journal*, 54(2): 115-119.
- Omidi, A., Talighi, E. (2017). The Effectiveness of Marital Therapy based on Acceptance and Commitment on Couples' Marital Satisfaction and Quality of Life. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 4(1), 46-51

- Ong, C.W., Lee, E.B., Krafft, J., Terry, C.L., Barrett, T.S., Levin, M.E., Twohig, M.P.(2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22: 1004-1009.
- Rutherford, T., Long, J.J., Farkas, G.(2017). Teacher value for professional development, self-efficacy, and student outcomes within a digital mathematics intervention. *Contemporary Educational Psychology*, 51: 22-36.
- Shirashiani, A., Namani, E. (2017). Effectiveness of the Combination of Solution-Focused Therapy and Narrative Therapy in Marital Adjustment among Incompatible Iranian Women. *Open Journal of Psychiatry*, 7(02), 79-85.
- Smith, T.E., Shelton, V.M., Richards, K.V. (2016). Solution-focused financial therapy with couples. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(5), 452-460.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies, *Journal of Contextual Behavioral Science*, Author's Accepted Manuscript.
- Twohig, M.P., Vilaradaga, J.C.P., Levin, M.E., Hayes, S.C.(2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3): 196-202.
- Wand, T. (2010). Mental health nursing from a solution focused perspective. *Int International Journal of mental Health Nursing*, 19, 210-219.
- Wichowicz, H.M., Puchalska, L., Rybak-Korneluk, A.M., Gąsecki, D., Wiśniewska, A. (2017). Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) in individuals after stroke. *Brain injury*, 31(11), 1507-1512.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., Hartery, K., Kirschbaum, C., Doherty, G., Cullen, G., Dooley, B., Mulcahy, H.E.(2019). Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*, 156(4): 935-945.