

## مقایسه اثربخشی دو رویکرد مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر معنای زندگی زنان سرپرست خانوار

## تحت پوشش کمیته امداد

یعقوب نیکوکار<sup>۱</sup>، علیرضا جعفری<sup>۲</sup>، قربان فتحی<sup>۳</sup>، جعفر پویامنش<sup>۴</sup>

## چکیده

**مقدمه:** مؤلفه معنا در زندگی با سلامت و رفاه روان‌شناختی افراد ارتباط تنگاتنگی دارد. پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو رویکرد مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر معنای زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد بود.

**روش پژوهش:** طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش زنان سرپرست خانوار کمیته امداد شهرستان شبستر به تعداد ۱۵۳ نفر بودند، از این تعداد ۳۰ نفر بر اساس نمره خط برش پرسشنامه معنای زندگی، با روش نمونه‌گیری در دسترس افراد مورد مطالعه انتخاب شد و در دو گروه آزمایشی (مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و گروه واقعیت‌درمانی) یک گروه کنترل به صورت تصادفی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه معنای زندگی استگر و همکاران بود. در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس آمیخته انجام شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که دو رویکرد مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی به‌طور معناداری باعث افزایش معنای زندگی زنان می‌شود ( $P \leq 0/01$ ). همچنین مقایسه اثربخشی دو گروه نشان داد که بین اثربخشی روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر معنای زندگی زنان سرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P = 0/29$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان از رویکردهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی، برای بهبود معنای مراجعان استفاده کرد.

**واژگان کلیدی:** درمان پذیرش و تعهد، زنان، سرپرست خانوار، معنای زندگی، واقعیت‌درمانی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۱۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۹

**استناد:** نیکوکار ی، جعفری ع، فتحی ق، پویامنش ج. مقایسه اثربخشی دو رویکرد مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر معنای زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۱(۲): ۶۶-۵۲

Yagoub\_nikookar@yahoo.com

ORCID:0000-0003-3763-7489

<sup>۱</sup> - دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران.

persianarvj@yahoo.com

ORCID:0000-0001-9968-8578

<sup>۲</sup> - (نویسنده مسئول)، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران.

Fathi4468@yahoo.com

ORCID:0000-0002-1884-2092

<sup>۳</sup> - استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران.

Jaffar\_pouamanesh@yahoo.com

ORCID:0000-0002-7616-3442

<sup>۴</sup> - استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران.

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتیو کامنز <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی

به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

**مقدمه:**

پدیده «زن سرپرست خانوار»، واقعیتی اجتماعی می‌باشد که امروزه در همه جای دنیا و در بین انسان‌ها و اجتماع انسانی دیده می‌شود و متأسفانه در جامعه امروزی ما تعداد این بانوان در حال افزایش است. بانوان سرپرست خانوار هنگامی که همسر خود را از دست می‌دهند، مجبور می‌شوند نقش‌های چندگانه‌ای را در زندگی ایفا کنند که اغلب این نقش‌ها در تعارض با یکدیگر هستند، بخش بزرگی از این زنان با بی‌قدرتی، ناتوانی و فقر به‌ویژه در مدیریت مسائل اقتصادی خانوار روبه‌رو هستند؛ به‌گونه‌ای که این مشکلات بستر لازم را برای کاهش عزت‌نفس و سلامت روانی آن‌ها و ابتلا به اختلالات روان‌شناختی<sup>۱</sup> را مهیا می‌سازد (۱). فشارهای ناشی از فقر و مشکلات اقتصادی و نیاز شدید و درماندگی در تأمین نیازهای اولیه و پذیرش سلطه سایرین، زمینه‌های ایجاد و شیوع اختلالات روانی را در آن‌ها فراهم می‌کند (۲). محققان اعتقاد دارند که مسائل عاطفی و روانی این زنان، باعث افزایش آسیب‌های روحی همچون اختلال اضطراب<sup>۲</sup>، استرس پس از حادثه<sup>۳</sup> و افسردگی<sup>۴</sup> می‌شود و در قیاس با زنان دارای همسر دارای استرس بیشتری جهت اداره زندگی خود می‌باشند. کار در منزل، اشتغال، نگرانی‌های مالی، مراقبت از فرزندان و نداشتن منابع حمایتی کافی سبب درماندگی، استرس، احساس ضعف و بی‌معنا بودن زنان سرپرست می‌شود. یکی از مسائل روان‌شناختی زنان سرپرست تحت پوشش کمیته امداد در زمینه رشد فردی، عدم برخورداری از معنا در زندگی است. معنا در زندگی یکی از ویژگی‌های مهم شخصیت سالم است. معنای زندگی به‌عنوان عامل ارزشمند و محافظت‌کننده است (۳). داشتن معنا در زندگی خواست‌ها و اهدافی است که به‌صورت رجحان‌های مهم و ضروری درمی‌آید و به اهداف اجباری و الزامی و قطعی شده تبدیل می‌شود، به‌طوری‌که اگر برآورده نشوند به آشفتگی و اضطراب منجر می‌شود. پژوهش‌های مختلف نشانگر آن است که مؤلفه معنا در زندگی با سلامت و رفاه روان‌شناختی افراد ارتباط تنگاتنگی دارد (۴) در واقع، معنادار بودن زندگی منجر به کاهش سطح عواطف منفی مانند اضطراب و افسردگی شده و در نهایت باعث کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی می‌گردد. با توجه به پژوهش‌های به عمل آمده معناداری زندگی در زنان با میزان شادی، امید و رضایت از زندگی آنان رابطه مثبت و معنادار و با میزان افسردگی آن‌ها رابطه منفی و معنادار وجود دارد (۵). همچنین، جالوم و دی‌کازمان<sup>۵</sup> (۶) اظهار داشته‌اند که پژوهشگران زیادی در پژوهش‌های خود چنین نتیجه گرفتند که وجود معنا در زندگی، عامل مهم و تأثیرگذار در سلامت روانی-عاطفی افراد می‌باشد و به‌طور سازمان‌یافته با ابعاد مختلف شخصیت، سازگاری با فشارها و استرس‌ها، سلامت جسمی و روانی، مذهب و فعالیت‌های مذهبی انطباق و سازگاری دارد. لورکا و همکاران<sup>۶</sup> (۷) نیز چنین نتیجه گرفتند که معنا در زندگی با اختلال شخصیت مرزی زنان، رابطه منفی دارد و از معنا در زندگی به‌عنوان یک متغیر مهم روانی در آسیب‌شناسی اختلالات یاد کرده‌اند. در این راستا و در جهت حل مشکلات روان‌شناختی مرتبط با زنان سرپرست خانوار می‌توان به درمان‌های برگرفته از موج سوم یا درمان‌های عمل‌گرا مانند درمان مبتنی بر پذیرش<sup>۷</sup> و تعهد اشاره کرد. در این درمان عقیده بر آن است که عدم انعطاف‌پذیری روانی باعث آسیب روانی می‌شود و فرد با تفکرات خودش هم‌جوشی یافته و برای کنترل تجارب درونی‌اش تلاش می‌کند که در اغلب موارد این تلاش‌ها ناکارآمد می‌باشند (۸). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف اصلی افزایش

1. Psychological disorders

2. Anxiety

3. Accidental after stress

4. Depression

5. Jalom dikazman

6. lorka

7. Acceptance and Commitment Therapy

انعطاف‌پذیری روانی و توانایی انتخاب عملی گزینه مطلوب در بین گزینه‌های مختلف با شش گام اساسی که عبارت‌اند از: گسلس، تماس با لحظه حاضر، مشاهده خود، پذیرش، عمل متعهدانه و ارزش‌ها است (۹). این روش درمانی صرفاً به دنبال اجتناب از باورها، افکار، خاطرات یا تمایلات ناخوشایند نمی‌باشد، بلکه تلاش می‌کند در اولین مرحله قدرت پذیرش روانی شخص در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و نظایر آن) افزایش یافته و فرد درک کند که هر عملی در راستای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی نامطلوب بی‌تأثیر می‌باشد یا حتی موجب افزایش این تجارب می‌شود. همچنین تکنیک‌های موجود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را قادر می‌سازد که با شیوه‌های مؤثرتری شرایط بحرانی را مدیریت کنند (۱۰). جوانبخت و منشئی نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنای زندگی را در اعضاء گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش داده است.

یکی دیگر از روش‌های مؤثر در بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد، واقعیت‌درمانی گروهی است. واقعیت‌درمانی توسط «گلاسر»<sup>۱</sup> تدوین شده است و بر شناخت نیازها، مسئولیت‌پذیری و عدم کنترل‌گری مبتنی است (۱۱) و رویکرد نسبتاً آشکاری است که به توان مراجعه‌کننده جهت پرداختن به نیازهایش با استفاده از یک فرآیند منطقی یا واقع‌بینانه اشاره دارد. بر اساس این رویکرد، انسان علاوه بر اینکه نه‌تنها در برابر رفتارهای خود، بلکه در برابر افکار و احساسات خود نیز مسئول است. فرد، قربانی گذشته و حال خود نیست، مگر اینکه خود بخواهد. این روش درمانی، در مورد رفتارهای بهنجار و نابهنجار و همچنین در مورد ارائه روش‌های مناسب رفتار به کار می‌رود (۱۲). جستجو و یافتن معنا در زندگی به افراد کمک می‌کند تا دغدغه‌های اصلی خود در زندگی را شناسایی کنند و بتوانند راهبردهایی انعطاف‌پذیر و سازگارانه را در راستای دستیابی به اهدافشان در زندگی اتخاذ کنند. بدین ترتیب، وظایف و سرنوشت و مسئولیت اعمال هر فرد به خودش وابسته است. معنا درمانی حدود اختیارها و آزادی‌های بسیار را برایش ترسیم می‌کند (۱۳). به همین سبب، وجود معنا یک کیفیت روان‌شناختی مثبت و مطلوب در زندگی در نظر گرفته می‌شود. به‌طور کلی داشتن معنا در زندگی انسان‌ها به افراد و پدیده‌های اطراف نتیجه احساس و شناخت آن‌ها از آن پدیده یا شخص است که در نتیجه این دو، رفتارشان پایه‌گذاری می‌شود. بخشی از این اهمیت بر این فرض مبتنی است که معنای زندگی تعیین‌گر رفتارها هستند و این فرض به‌طور ضمنی دلالت بر این امر دارد که با معنا دادن به زندگی افراد می‌توان رفتارهای آنان را تغییر داد (۱۴). پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که تغییر معنا در زندگی افراد می‌تواند زندگی بهتر و سازگاری بهتری برای آن‌ها به همراه داشته باشد (۴ و ۵). در میان درمان‌های روان‌شناختی موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از توانایی خوبی در تغییر نگرش‌ها و ادراکات افراد در برابر وقایع استرس‌زای زندگی برخوردار می‌باشد (۱۵)؛ برای مثال یافته‌های صالحی و نجفی سولاری (۱۶) نشان داد که این درمان منجر به افزایش سازگاری پس از طلاق، امیدواری و کاهش افسردگی و احساس تنهایی زنان طلاق‌گرفته در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردیده است. قمیان و سیری (۱۷) در پژوهش خود چنین نتیجه گرفتند که درمان اکت منجر به افزایش معنا در زندگی نوجوانان شده است. در عین حال نتایج پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده این است که واقعیت‌درمانی گروهی نیز در بهبود کیفیت زندگی، معناداری در زندگی، افزایش رضایت از زندگی و شادکامی مؤثر می‌باشد (۱۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این درمان بر معنا در زندگی تأثیر معناداری دارد و منجر به بهبود معنا در زندگی در زنان می‌شود (۱۹). اگر نیاز انسان به معنا در زندگی و تفکر مثبت محقق نشود، انسان دچار بی‌پهلوگی، یأس و خلأ وجودی می‌شوند (۲۰). در واقعیت درمانی افزایش مسئولیت، قضاوت مناسب درباره توانایی‌های

<sup>1</sup>. Glasser

خود و پذیرش واقعیت و تأکید بر زندگی کنونی مهم است. در این شرایط فرد، زندگی خود را پوچ و بی‌پهلو تلقی می‌کند و به احساس ناامیدی و افسردگی دچار شده و احتمال ابتلای فرد به بسیاری از مشکلات روانی و اختلالات هیجانی می‌شود و حتی ممکن است دست به خودکشی بزند (۲۱). لذا بررسی عوامل اثرگذار در شکل‌گیری معنا در زندگی و نحوه تفکر انسان‌ها اهمیت بسیاری دارد و از آنجاکه ریشه اکثر اختلالات روانی، نداشتن معنا در زندگی می‌باشد (۳ و ۵)؛ بنابراین استفاده از روش‌های درمانی گوناگون و مؤثر ضرورت می‌یابد. پژوهش‌های مختلفی به مقایسه این دو رویکرد پرداختند. برای مثال حاجی کرم و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود چنین نتیجه گرفتند که اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر واقعیت‌درمانی با گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد متفاوت است (۳۱). زمانی فروشانی و دوگانه‌ای فرد (۱۳۹۶) نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی را بر سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی زنان مورد مطالعه قرار داد و نتیجه نشان داد که هر دو روش درمانی باعث افزایش سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی زنان شده است اما تفاوتی بین اثربخشی دو روش دیده نشد (۳۲).

دلیل مقایسه این دو روش درمانی این است که در نظریه پذیرش و تعهد درمانی به این نکته در سلامت روان تأکید دارد که به‌جای تمرکز بر رفع و حذف عوامل آسیب‌زا، به فرد کمک می‌کند تا احساسات و ادراک‌های کنترل‌شده خود را در محیط بپذیرد و خود را از کنترل قوانین کلامی که منجر به بروز مشکلاتشان شده، رهایی دهد و به آن‌ها این توانایی را می‌دهد که از کشمکش و نزاع با آن‌ها دست بردارند (۲۱)؛ در صورتی که واقعیت‌درمانی با تغییر منبع کنترل بیرونی و تبدیل کردن آن به منبع کنترل درونی به فرد می‌آموزد که خوشبختی و موفقیت آتی‌شان نه در اتفاقات قبلی زندگی، بلکه در دست‌ان خود آن‌ها می‌باشد و آن‌ها می‌توانند آینده خود را همان‌طور که می‌پسندند رقم بزنند (۲۲). از سوی دیگر، باید گفت که هم در واقعیت‌درمانی و هم در درمان تعهد و پذیرش بیشتر تأکید بر تغییر در آگاهی فرد است. حال با توجه به اینکه پژوهش در حوزه مقایسه تأثیر واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی در بین زنان سرپرست تحت پوشش کمیته امداد به انجام نرسیده است و همچنین احتمال افزایش اختلالات رفتاری از یک طرف و مشکلات همراه با آن برای این زنان و بالا رفتن میزان ناراضی‌تبی از زندگی و شیوع اختلالات ناسامانی‌های رفتاری جدید و نیز ادعای رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی گلاس‌ر مبنی بر افزایش میزان احتمال معنا در زندگی، شادکامی، برخورداری از باور مثبت درباره خود و دیگران و افزایش میزان کنترل درونی (۲۱ و ۲۲)، پژوهش حاضر درصدد آن است که به بررسی تأثیر این دو روش درمانی در متغیرهای مورد مطالعه در زنان تحت پوشش کمیته امداد در شهرستان شبستر (یکی از شهرهای آذربایجان شرقی) بپردازد و دو روش را با هم مقایسه کند. در نتیجه پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا بین اثربخشی دو رویکرد مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت‌درمانی بر معنای زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد تفاوت وجود دارد؟

### روش پژوهش:

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل زنان سرپرست خانوار کمیته امداد شهرستان شبستر در سال ۱۳۹۹ بودند. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد و تعداد ۳۰ نفر زنان سرپرست خانواری که تحت حمایت کمیته امداد بودند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، تحت حمایت کمیته امداد بودن در پنج سال اخیر، داشتن ملاک‌های تشخیصی معنای زندگی، دریافت نکردن هیچ‌گونه درمان اعم از روان‌شناختی و دارویی (حداقل یک ماه قبل از انجام پژوهش)، نداشتن سایر اختلالات روانی، نداشتن سوء‌مصرف مواد و سن (داشتن حداقل ۲۵ و حداکثر ۴۵ سال) بود.

تعداد افرادی که در محدوده سنی مدنظر قرار داشتند ۱۵۳ نفر بود. سپس ۳۰ نفر از میان ۱۵۳ نفر که نمره آن‌ها در آزمون معنای زندگی پایین بود، انتخاب شده و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. ملاک خروج از تحقیق وجود مشکلی در افراد مورد مطالعه مبنی بر ادامه ندادن فرایند است. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل حق انصراف از پژوهش، رضایت آگاهانه و داوطلبانه، رازداری، افشای اطلاعات و حریم خصوصی است.

### ابزارهای پژوهش:

**پرسشنامه معنا در زندگی:** این پرسشنامه را استگر و همکاران<sup>۱</sup> (۲۵) در سال ۲۰۰۶ برای سنجش وجود معنا و تلاش برای یافتن آن ارائه کردند و برای ساخت این ابزار ابتدا ۴۴ مؤلفه تهیه کردند و سپس با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی، وجود معنا در زندگی و جست‌وجوی معنا در زندگی به عنوان دو عامل اصلی با ۱۷ مؤلفه تشکیل شد. سپس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی با حذف هفت گویه به ساختار مناسب دو عاملی با ۱۰ گویه دست یافتند. این مقیاس در طیف ۷ درجه‌ای لیکرت طراحی شده است. نمره بیشتر از ۲۴ در بعد حضور و بیشتر از ۲۴ در بعد جستجوی مبین فردی است که احساس می‌کند زندگی‌اش معنا دارد و بالعکس. طبق پژوهش‌های استگر و همکاران (۲۰۰۶) اعتبار زیر مقیاس وجود معنا با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و زیر مقیاس جست‌وجوی معنا ۰/۸۷ برآورد شده است. طبق پژوهش استگر و همکاران (۲۰۰۶) پایایی زیر مقیاس‌های وجود معنا به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۳ است. به منظور تعیین روایی از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و نتایج نشان داد که همه گویه‌ها بار عاملی بالاتر از ۰/۴۶ را دارند. همچنین جمالی (۲۶) ضریب پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آورده است. و نیز پایایی پرسشنامه فوق در پژوهش پیمان‌فر و همکاران (۲۷) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است.

بعد از انتخاب گروه‌ها، از آزمودنی‌های سه گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت نمایند. در این جلسه ابتدا اهداف پژوهش بیان شد و در ادامه به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و آنان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند، مختارند از ادامه پژوهش انصراف دهند. همچنین از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ شد که در قبال ارائه خدمات روان‌شناختی به آن‌ها، نتیجه پژوهش بدون ذکر نام گزارش شود. گفتنی است که شرکت‌کنندگان برای امضای این رضایت‌نامه، کاملاً مختار بودند. همچنین با آگاهی دادن به افراد گروه کنترل در زمینه اهمیت دریافت درمان در پایان اجرای طرح پژوهشی، از آن‌ها خواسته شد برای دریافت کمک به مرکز مشاوره کمیته امداد مراجعه کنند. سپس از هر سه گروه پیش‌آزمون گرفته شد. همه افراد، پرسش‌نامه معنای زندگی را تکمیل کردند. سپس یکی از گروه‌های آزمایش تحت واقعیت درمانی و گروه آزمایشی دوم تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت، گروه کنترل نیز هیچ نوع درمانی دریافت نکرد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مورد استفاده در این پژوهش بر اساس مدل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظریه چهارچوب رابطه‌ای<sup>۲</sup> دال<sup>۳</sup> و همکاران (۲۸) در ۸ جلسه دو ساعته در نظر گرفته شد.

1. The meaning in life questionnaire

2. Steger, Frazier, Oishi

3. Relational Frame Theory

4. Dal

## جدول ۱. محتوای جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

Table 1. Content of treatment sessions based on acceptance and commitment

محتوای جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
جلسه اول: برقراری رابطه درمانی و آشنا نمودن افراد و بستن قرارداد درمانی
جلسه دوم: شناسایی و بررسی روش‌های درمانی و بحث کردن در مورد آن‌ها
جلسه سوم: کمک کردن به افراد برای تشخیص دادن راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها پذیرش وقایع دردناک بدون درگیر شدن با آن‌ها
جلسه چهارم: شرح اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن و آموزش گام‌های پذیرش تغییر مفاهیم زبان با استعاره از تمثیل آموزش تن‌آرامی و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه پنجم: معرفی مدل رفتار سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار احساسات کارکردی روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه ششم: توضیح مفاهیم نقش و زمینه مشاهده خویشتن به عنوان یک مسیر و برقراری تماس خود با استعاره از تمثیل و آگاهی از دریافت حس‌های مختلف
جلسه هفتم: توضیح مفهوم ارزش‌ها و ایجاد انگیزه و برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر و تمرین تمرکز و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

## جدول ۲. محتوای جلسات درمانی واقعیت‌درمانی

Table 2. Content of reality therapy sessions

محتوای جلسات درمانی واقعیت‌درمانی
جلسه اول: برقراری رابطه اعتمادسازی، دوستانه و منصفانه و قاطعانه
جلسه دوم: بررسی دنیای مطلوب یا جهان کیفی فرد
جلسه سوم: شناسایی دنیای ادراک بررسی خواسته بررسی نیازها معرفی پنج نیاز اصلی و شناخت نیمرخ نیازها جلسه چهارم: بررسی رفتارها و جایگزینی رفتارها
جلسه پنجم: طرح و برنامه‌ریزی هوشمندانه تا مراجع به آنچه می‌خواهد برسد
جلسه ششم: جمع‌بندی و پیگیری و رفع مشکلات جلسات قبلی (۲۹).

لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه، علاوه بر مرور جلسه و تمرینات جلسه قبل، تکالیف خانگی نیز داده می‌شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است.

## یافته‌ها:

بررسی آمار توصیفی نمونه مورد مطالعه نشان داد (۳۶/۱۶۶) زنان گروه آزمون دارای سن ۲۶ تا ۳۲ سال بوده (۵۳/۴۴) ( از زنان گروه کنترل دارای سن بالاتر از ۳۲ بودند. حداقل سن ۲۴ و حداکثر سن ۴۶ سال بود. سطح تحصیلات از زیر دیپلم تا

لیسانس متغیر بوده است، به طوری که به ترتیب فراوانی مربوط به سطح تحصیلات زیر دیپلم با ۹ نفر (۳۰٪)؛ دیپلم با ۱۱ نفر (۳۶٪/۱۷)؛ فوق دیپلم با ۶ نفر (۲۰٪) و لیسانس ۴ نفر (۱۳٪) می باشد.

جدول شماره ۳. شاخص های آمار توصیفی متغیرهای مورد بررسی در گروه های آزمایش و کنترل را نشان می دهد.

جدول شماره ۳. شاخص های آمار توصیفی متغیرهای مورد بررسی در گروه های آزمایش و کنترل

**Table 3. Descriptive statistics indices of the studied variables in experimental and control groups**

متغیر	گروه	واقعیت درمانی		تعهد و پذیرش		کنترل	
		مرحله	SD	M	SD	M	SD
معنای	پیش آزمون	۲۴/۲۰	۳/۰۸	۲۶/۳۰	۳/۸۰	۲۵/۵۰	۴/۰۰
زندگی	پس آزمون	۳۳/۸۰	۳/۹۹	۳۷/۱۰	۴/۰۶	۲۶/۸۰	۴/۹۸
پیگیری	پیگیری	۳۶/۷۰	۴/۵۷	۳۹/۴۰	۴/۰۶	۲۷/۲۰	۴/۹۶

بر اساس اطلاعات جدول ۱، میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش اول (واقعیت درمانی) در متغیر معنای زندگی به ترتیب برابر با ۲۴/۲۰، ۳۳/۸۰ و ۳۶/۷۰ است و میانگین گروه آزمایش دوم (تعهد و پذیرش) در این متغیر به ترتیب برابر با ۲۶/۳۰، ۳۷/۱۰ و ۳۹/۴۰ است. همچنین میانگین نمرات شرکت کنندگان گروه کنترل در متغیر معنای زندگی به ترتیب برابر با ۲۵/۵۰، ۲۶/۸۰ و ۲۷/۲۰ است.

جدول شماره ۴. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت سنجش نرمال بودن توزیع نمرات شرکت کنندگان را نشان می دهد.

جدول شماره ۴. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت سنجش نرمال بودن توزیع نمرات شرکت کنندگان

**Table 4. Kolmogorov-Smirnov test results to measure the normal distribution of participants' scores**

متغیرها	مرحله آزمون	آماره	مقدار به دست آمده
معنای زندگی	پس آزمون	آماره کولموگروف - اسمیرنوف	۰/۱۴
		سطح معناداری	۰/۰۹
پیگیری	پیگیری	آماره کولموگروف - اسمیرنوف	۰/۱۵
		سطح معناداری	۰/۰۶

الف) نرمال بودن توزیع نمرات: در جدول ۲ نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پس آزمون متغیرها آورده شده است. بر اساس نتایج جدول سطح معناداری آماره محاسبه شده برای متغیر مورد بررسی بزرگ تر از ۰/۰۵ است، یعنی منحنی داده های مشاهده شده با منحنی نرمال تفاوت زیاد ندارد؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می شود.

ب) مفروضه همسانی واریانس: بررسی همسانی واریانس ها پیش فرض دیگر آزمون تحلیل واریانس می باشد، بدین منظور از آزمون لون استفاده شده است. با توجه به مقدار  $F$  و سطح معناداری به دست آمده باید گفت که فرض همگنی واریانس ها برای متغیرها برقرار

است؛ به عبارت دیگر چون سطح معناداری به دست آمده برای متغیرها بزرگ‌تر از  $0/05$  می‌باشد، لذا می‌توان گفت که فرضیه همسانی واریانس‌ها تأیید می‌گردد.

(ج) مفروضه همگنی ماتریس-کوواریانس: همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس یکی از مفروضه‌های اصلی تحلیل واریانس است. بدین منظور از آزمون باکس استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که سطح معناداری به دست آمده این آزمون برای معنای زندگی ( $0/05$ ) ( $p >$ ) گویای آن است که شرط ماتریس واریانس - کوواریانس به خوبی رعایت شده است.

(د) مفروضه کرویت: این مفروضه با استفاده از آزمون کرویت موجلی مورد بررسی قرار می‌گیرد. نتایج این آزمون در مطالعه حاضر، همسانی کوواریانس‌ها را تأیید کرد ( $P=0/18$ ; Mauchly's  $W=0/88$ ). با توجه معنادار بودن اندازه آزمون موجلی<sup>۱</sup> برای متغیر معنای زندگی ( $P=0/01$ )، از این رو در تفسیر یافته‌ها از تصحیح آماری گرین‌هاوس<sup>۲</sup> استفاده کرد.

(ه) معناداری اثر اصلی زمان و تعامل: برای تعیین معناداری اثر زمان اندازه‌گیری و همچنین تعامل اثر زمان و گروه از آزمون «لامبدای ویلکز»<sup>۳</sup> استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معناداری آثار مورد آزمون کوچک‌تر از  $0/05$  می‌باشد می‌توانیم نتیجه بگیریم که اثر زمان اندازه‌گیری متغیرها به لحاظ آماری معنادار است و نمرات معنای زندگی آزمودنی‌ها بین سه دوره زمانی مختلف تغییری معنادار داشته است. جهت ارزیابی اثر متغیر مستقل بین آزمودنی‌ها (رویکرد درمانی ACT و واقعیت‌درمانی) از آزمون اثرات بین گروهی استفاده شد که در ادامه برای هر یک از فرضیه‌های پژوهش ارائه می‌شود.

#### جدول شماره ۵. نتایج آزمون در تحلیل واریانس متغیرهای معنای زندگی

Table 5. Test results in analysis of variance of life meaning variables

متغیرها	لامبدای ویلکز	F	Df خطا	Df اثر	سطح معناداری
معنای زندگی	۰/۹۴	۱۴۵/۸۹	۱۷	۲	۰/۰۰۱

فرضیه پژوهش: بین اثربخشی دو روش درمانی و واقعیت‌درمانی بر معنای زندگی زنان سرپرست خانواده کمیته امداد تفاوت وجود دارد.

بر اساس جدول شماره ۱ میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش اول (واقعیت‌درمانی) در متغیر معنای زندگی به ترتیب برابر با  $24/20$ ،  $33/80$  و  $36/70$  است و میانگین گروه آزمایش دوم (تعهد و پذیرش) در این متغیر به ترتیب برابر با  $26/30$ ،  $37/10$  و  $39/40$  است. همچنین میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه کنترل در متغیر معنای زندگی به ترتیب برابر با  $25/50$ ،  $26/80$  و  $27/20$  است.

#### جدول شماره ۶. مقایسه میانگین نمرات در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با آزمون توکی در گروه‌های مداخله

Table 6. Comparison of mean scores in pre-test, post-test and follow-up with Tukey test in intervention groups

مقایسه گروه‌ها	متغیرها	اختلاف میانگین	خطای انحراف از معیار	سطح معناداری
----------------	---------	----------------	----------------------	--------------

1. Mauchly

2. Greenhouse

3. Lambda Wilks



درمان	واقعیت درمانی	معنای زندگی	۲/۷۰	۱/۷۷	۰/۲۹
ACT	کنترل	معنای زندگی	۷/۷۶	۱/۷۷	۰/۰۰۱
کنترل	واقعیت درمانی	معنای زندگی	-۵/۰۶	۱/۷۷	۰/۰۲

برای مقایسه اثربخشی دو روش درمانی بر معنای زندگی و زنان سرپرست خانواده، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش اول (واقعیت درمانی) به ترتیب برابر با ۲۴/۲۰، ۳۳/۸۰ و ۳۶/۷۰ است و میانگین گروه آزمایش دوم (تعهد و پذیرش) در این متغیر به ترتیب برابر با ۲۶/۳۰، ۳۷/۱۰ و ۳۹/۴۰ است. همچنین میانگین نمرات شرکت کنندگان گروه کنترل در متغیر معنای زندگی به ترتیب برابر با ۲۵/۵۰، ۲۶/۸۰ و ۲۷/۲۰ است. مقایسه میانگین‌ها نشانگر آن است که بین اثربخشی روش درمانی تعهد و پذیرش و واقعیت درمانی بر معنای زندگی زنان سرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P=0/29$ ). به عبارت دیگر، داده‌های جدول فوق نشان می‌دهد که روش درمانی تعهد و پذیرش و واقعیت درمانی بر معنای زندگی تأثیر دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری:

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی دو رویکرد مبتنی بر درمان تعهد و پذیرش و واقعیت درمانی بر معنای زندگی زنان سرپرست تحت پوشش کمیته امداد بود. نتایج پژوهش نشان داد بین اثربخشی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر معنای زندگی زنان سرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتیجه تا حدی با نتایج پژوهش‌های حاجی کرم و همکاران (۳۱) و زمانی فروشانی و دوکانه‌ای فرد (۳۲) در راستای تفاوت این دو روش درمانی در بهبود مسائل روان‌شناختی همسویی دارد. در تبیین نتیجه حاضر می‌توان گفت: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد زمینه‌ای را که در افکار آن‌ها اتفاق می‌افتد، تغییر داده و تأثیر و اهمیت مشکلات را کاهش می‌دهد. چراکه اعتقاد این نوع از درمان بر آن است که احساساتی مثل غم، اضطراب، اندوه و ... جزء جدایی‌ناپذیر زندگی افراد هستند که به‌سختی کنترل‌پذیر هستند و تنها راه پذیرش این‌گونه احساسات می‌باشد. کارکرد کنترل در این درمان، کمک به افراد می‌باشد تا آثار متناقض تلاش‌های خود جهت کنترل تفکرات و احساسات را تجربه کنند. هرچند در بیشتر مواقع، کوشش جهت کنترل تفکرات و احساسات نه تنها اثر ندارند بلکه اهمیت تفکر و احساس را نیز افزایش می‌دهند که این موضوع فکر و احساس را به‌جای کم‌اهمیت جلوه دادن، بزرگ‌تر می‌سازد. در این راستا، اگر افراد بتوانند با تفکرات و احساسات خود تماس برقرار نمایند، به‌احتمال بیشتری می‌توانند کنترل را رها کرده و روش‌های متفاوت دیگری را امتحان کنند. جوانبخت و منشئی (۳۲) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنای زندگی را در اعضای گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش داده است. مشکلات روان‌شناختی زنان در مؤسسه کمیته امداد نیاز فزاینده‌ای به بهبودی در جهت ایفای نقش‌های حساس خود در تربیت کارآمد فرزندان و افکار ناکارآمد و منفی ریشه گرفته از بحران‌های زندگی، به‌کارگیری روش‌های درمانی روان‌شناختی را تبیین می‌کند. در این راستا و در جهت حل مشکلات روان‌شناختی چنین زنانی می‌توان به رویکردهای درمانی موج سوم یا عمل‌گرا مانند درمان اکت اشاره نمود. هدف اصلی این درمان، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی و توانایی انتخاب گزینه مناسب از بین گزینه‌های متفاوت با شش گام اساسی «خود به‌عنوان زمینه، گسلس،

پذیرش، ارزش‌ها، ارتباط با زمان حال و عمل متعهد» است. (۳۳) بنابراین راهکارهایی که در طی جلسات درمانی به مراجع ارائه می‌شود، به زنان تحت پوشش کمک می‌کند تا الگوهای ناکارآمد منجر به احساس بی‌کفایتی را تشخیص داده و آن را با الگوهای کارآمد جایگزین کند. همچنین می‌توان گفت استفاده هم‌زمان از روش‌های کلامی و فرایندهای شناختی و تعامل آن با عناصر غیر کلامی مورد استفاده در این درمان، منجر به کارکرد مطلوب می‌شود. این روش شامل استعاره‌های زبانی، تمرینات مواجهه محور و متدهایی همچون مراقبت ذهنی است (۳۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتباط بین تفکرات و احساسات آسیب‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به‌عنوان علائم مرضی درک نمایند و حتی یاد بگیرند آن‌ها را بی‌ضرر درک کنند (۳۵). تلاش در این روش درمانی بر افزایش پذیرش حقایق زندگی و در نتیجه استفاده از راهکارهای مقابله‌ای مسئله‌مدار در مواجهه با رویدادهای زندگی است که این امر از طریق روش‌هایی چون علائم بدنی و میل‌های آزاردهنده و منفی و تمایل به قبول تفکرات، باورها و خاطرات صورت می‌گیرد و به این نکته می‌رسند که این علائم مضر مانع زندگی بامعنا و غنی نیستند بلکه قسمتی از یک زندگی معنادار و غنی هستند (۳۶). درواقع مقابله فعال و مؤثر با افکار و باورها، تغییر نگرش به خود و پرهیز از اجتناب، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و درنهایت تعهد به هدفی اجتماعی‌تر را می‌توان جزو عوامل تأثیرگذار در این روش درمانی دانست. همچنین می‌توان علت اثربخشی درمان اکت را در ایجاد توافق و آموزش روش‌های سازگاری با جنبه‌های غیرقابل تحمل زندگی به‌جای کوشش برای مدیریت آن‌ها و عوامل تعارض برانگیز دانست. از طرف دیگر، این روش بر کشف ارزش‌ها و چگونگی ایجاد یک زندگی پرمعنا برای خود و افراد خانواده از طریق ایجاد ارزش‌های شخصی تأکید می‌کند و این‌گونه زنان تمام تجربه‌های زندگی خود را مورد توجه قرار می‌دهند تا روش‌هایی را برای زندگی کردن به شیوه کارآمدتر بیابند (۳۷). یکی از مزیت‌های درمان اکت، آموزش مراجعین جهت تجربه کامل هیجان‌ها و احساسات جسمانی‌شان بدون اجتناب و گام برداشتن در مسیر زندگی مبنی بر ارزش‌ها برای تغییر رفتار است. هدف اصلی درمان اکت، ایجاد و توسعه پذیرش و افزایش عملکرد مبتنی بر ارزش در افراد می‌باشد (۳۸)؛ بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تشویق بانوان مراجعه‌کننده به تمرین و تکرار، هیچ ارزش یا شیوه خاصی را به بیماران تحمیل نمی‌کند و افراد بر اساس سیستم ارزشی خود تغییر پیدا می‌کنند که این امر خود نوعی معنابخشی به زندگی است. در صورتی که در الگوی درمانی واقعیت‌درمانی به مراجعین آموزش داده می‌شود که نیازهای خود را بشناسند و برای رسیدن به نیازها و دستیابی به اهداف، برنامه‌های مسئولانه تهیه و اجرا کنند. این رویکرد درمانی به فرد کمک می‌کند تا دیدگاه خود را از کنترل بیرونی به کنترل درونی تغییر دهد (۳۹) که این امر باعث افزایش امیدواری و در نتیجه معنای زندگی می‌شود. از طرفی، رویکرد واقعیت‌درمانی موجب قبول واقعیت‌های زندگی، پذیرش مسئولیت‌ها و کنترل رفتارهای درونی می‌شود (۴۰). لزوم بهره‌گیری مؤثر از روش واقعیت‌درمانی در بین زنان، تهیه و اجرای برنامه‌های مسئولانه از طرف زنان است که این امر خود به خود باعث کاستی این روش در مقایسه با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خواهد بود؛ زیرا تدوین برنامه برای شناسایی نیازها و دستیابی به اهداف برای اغلب زنان سرپرست خانوار امری پیچیده است و نیازمند آسایش روانی فرد می‌باشد.

#### محدودیت پژوهشی:

پژوهش حاضر عاری از محدودیت نبود و مهم‌ترین محدودیت آن، محدود بودن جامعه تحقیق به جامعه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد شهرستان شبستر بود که در نتیجه تعمیم‌پذیری داده‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. استفاده از پرسش‌نامه استاندارد و دو پروتکل درمانی و نبود امکان بررسی متغیرهای دیگر روان‌شناختی در این زمینه، توجه نکردن به متغیرهای تعدیل‌کننده

و مداخله کننده‌های دیگر در حین انجام مطالعه و محدود بودن روش نمونه مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس از دیگر محدودیت‌های پژوهش بودند.

#### پیشنهادها:

برای انجام مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود تا نمونه‌های بزرگ‌تر و یا از شهرستان‌های دیگری غیر از شبستر، به‌منظور دستیابی به نتایج گسترده‌تر جهت تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها انتخاب شود. برای بررسی تأثیرات بلندمدت از نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش، تحقیقات با مدت طولانی‌تری صورت گیرد و میزان معنا در زندگی طی چند سال آینده نیز بررسی شود.

#### کاربرد پژوهش:

با توجه به اثربخشی درمان تعهد و پذیرش و واقعیت‌درمانی بر افزایش معنای زندگی مشاوران برای درمان معنا در زندگی از دو روش واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراکز مشاوره و مراکز خدمات بهداشت روانی استفاده نمایند.

#### ملاحظات اخلاقی:

به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش ابتدا شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد که در یک کار پژوهشی شرکت دارند و شرکت در آن اختیاری می‌باشد. همچنین اهداف پژوهش، رعایت صداقت و امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ناشناس ماندن آزمودنی‌ها و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات، برای آن‌ها تشریح شد.

#### تضاد منافع:

گواهی می‌شود مقاله ارسالی به فصلنامه خانواده و بهداشت برگرفته از رساله دانشجویی است و تحت هیچ‌گونه حمایتی از سازمان، نهاد و شخص ثالثی قرار ندارد و فاقد هرگونه حامی مالی است.

#### تشکر و قدردانی:

در پایان از بانوان سرپرست خانوار کمیته امداد شهرستان شبستر که به‌عنوان شرکت‌کننده در این پژوهش حضور داشتند و همچنین از زحمات ریاست محترم کمیته امداد شهرستان شبستر و تمام همکارانشان که ما را در انجام هر چه بهتر این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

#### References:

1. Afshani S., Fatehi E.. An Investigation of Socio-cultural Factors influencing Women Householder Abilities in the City of Tabriz. Quarterly Journal of Women and Society, 2017; 7(27): 19-38.
2. Cheeseman S., Ferguson C., Cohen L.. The experience of single mothers: Community and other external influences relating to resilience. Aust. Community Psychol. 2011 Aug; 23:32-49.
3. Lew B., Chistopolskaya K., Osman A., Huen JM., Talib MA., Leung AN.. Meaning in life as a protective factor against suicidal tendencies in Chinese University students. BMC psychiatry. 2020 Dec; 20(1):1-9.

4. Melton AM., Schulenberg SE.. On the measurement of meaning. *Logotherapy's empirical contributions to humanistic psychology*. The Humanistic Psychologist, 2008 Feb 20; 36(1):31-44.
5. Feldman DB., Snyder CR.. Hope and the meaningful life. Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *J social and clinical psychology*. 2005 May 1; 24(3):401-21.
6. The Relationship between Life's Meaningfulness, Hope, Happiness, Life Satisfaction and Depression. *Women in Development & Politics*, 2008; 6(2): 157-176.
7. Julom AM., de Guzmán R.. The effectiveness of logotherapy program in alleviating the sense of meaninglessness of paralyzed in-patients. *International J Psychology and Psychological Therapy*, 2013;13(3):357-71.
8. Lorca F., Pérez S., Giner F., Marco JH.. What dimension of meaning in life is the stronger predictor of borderline personality disorder symptom? *J Constructivist Psychology*, 2019 Dec 5: 1-3.
9. Araqi Y., Bazazian S., Amiri Majd M., Qamari M.. The Effectiveness of an Acceptance and Commitment Based Approach on Reducing Emotional Dysfunction and Disappointment of Divorced Couples. *J Analytical-Cognitive Psychology*, 2020; 83-97.
10. Aalami M., Teymouri A., Ahi G.. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and the combined approach of commitment and acceptance therapy schema on reducing the desire for divorce of couples seeking divorce. *Family Paradise Quarterly*. 2020; 10 (4): 11-25.
11. Omid Mehr A., Hekmat HR., Kurdistani D., Gholami MT.. The effectiveness of mindfulness therapy, meaning therapy and behavioral activator therapy on their negative thoughts and attention of depressed female students; 2020; (3): 19-35.
12. Roditi D., Robinson ME.. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology research and behavior management*; 2011; 4:41.
13. Davae markazi M., Karimi J., Goodarzi K.. Evaluation of the effectiveness of couple therapy interventions based on reality and emotion therapy on happiness and resilience of couples. *J Consulting Research*, 2021; 20 (77): 89-121.
14. Prezman S., Murphy RM.. Effects of teaching control theory and reality therapy as an approach to reducing disruptive behaviors in middle school physical education. *International J Reality Therapy*. 2016; 57(1): 149-150.
15. Mohamadpor F, Aflak Garlic A. Mohammadi, N. Hadian, H.. Analysis of meaning components of life in the elderly, *Journal of Positive Psychology*. 2020; 7 (1): 1-18.
16. Hayes SC.. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. 2004 Sep 1;35(4):639-65.
17. Torkhan M.. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on regulating emotion and meaning in the lives of depressed women. *Psychological studies*, 2017;13 (3): 147-164.

18. Rahmanian M, Dehestani M, Alavi Barooq SF. The effectiveness of commitment-based therapy and acceptance on irrational beliefs and bias of attention to stimuli with negative emotional load, in adolescent girls, J social cognition, 2018; 7 (1 /13): 103-89.
19. Aslami R, Hashemian P, Surgery L, Modarres Gharavi M. The effectiveness of group reality therapy approach on happiness and quality of life of abused adolescents in Mashhad, J Mashhad University of Medical Sciences, 2013; 56 (5): 306-300.
20. Share H, Dealer Moghaddam F, Haghi A. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on meaning of life, emotional distress tolerance and pain self-efficacy in patients with multiple sclerosis. Clinical Psychology. 2020; 11 (3): 39- 42.
21. Jvanbakht Z, Manshae G. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the meaning of life and loneliness of adolescents in quasi-family centers. Social Work Quarterly. 2017; 5 (4): 39-32.
22. Fallah Berejestanaki V, saberi H, Shomali Oskooei A. A Comparative Study of the Effect of Group Reality Therapy Training and Group Cognitive-Behavioral Training on Empathy and Self-Control and Marital Satisfaction of Women with Marital Conflict. QJCR. 2021; 20 (79) :167-194.
23. Julom AM, de Guzmán R. The effectiveness of logotherapy program in alleviating the sense of meaninglessness of paralyzed in-patients. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2013;13(3):357-71.
24. Sadok BJ, Sadok V. Summary of Psychiatry, Behavioral Sciences - Psychiatry. translated by Rezaei, Farzin. Tehran: Arjmand Publications. 2015.
25. Zimmerman M. Interview Guide for DSM-5 Evaluation, translated by Jabbari Amiri, Maryam. First Edition, Tehran: Danjeh Publishing. 2015.
26. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. Journal of counseling psychology. 2006 Jan;53(1):80.
27. Jamali F. A study of the relationship between religious attitudes, sense of meaning in life and mental health in students of Tehran universities. Master Thesis in Psychology, Tehran, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University; 2017.
28. Peymanfar AA, Mohtashami I. Comparing the feeling of loneliness and sense of meaning in the lives of the elderly with different levels of religious attitudes. Journal of Psychology and Religion. 2013; 5 (4): 52-41.
29. Dal J, Stuart I, Martel CH, Kaplan J. ACT and RFT in relationships. Translator: Shokooh Navabi Nejad; nadere saadati; Mehdi Rostami. Tehran: Jangal; 2016.
30. Nejat R. Evaluation of the effectiveness of reality therapy in a group method on self-efficacy and resilience in female high school students in Mashhad. Payame Noor University - Payame Noor University of Tehran - Faculty of Humanities; 2014.

31. Haji Karam A, Gamari M, Amiri Majd M. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy (ACT) and reality therapy on work-family conflict and psychological well-being of married women with a lasting effect. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2019; 24 (3 /101): 20-33.
32. Zamani Foroushani Z, Dokaneifard F. Comparing the Effectiveness of Acceptance, Commitment and Reality Therapy on Mental Health and Welfare-Psychology of Women Referred to Ashtiani Neighborhood House, 3rd National Conference on Science and Technology of Educational Sciences, Social Studies and Psychology, Tehran, Institute for Development-Based Conferences Sam Iranian Science and Technology; 2017.
33. Javanbakht Z, Manshae G. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the meaning of life and loneliness of adolescents in quasi-family centers. *Social Work Quarterly*. 2017; 5 (4): 39-32.
34. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press; 2011.
35. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance-based therapies, chapter to appear. In: O'Donohue WT, Fisher, JE, editors. *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. 2009; 263-8.
36. Harris R. *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications; 2019 May 1.
37. Hayes SC, Strosahl KD. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science+ Business Media; 2010.
38. Sianturi R, Keliat BA, Wardani IY. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria Clinica*. 2018; Feb 1(28): 94-7.
39. Levitt JT, Karekla M. Integrating acceptance and mindfulness with cognitive behavioral treatment for panic disorder. In *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety 2005* (pp. 165-188). Springer, Boston, MA.
40. Shariatipour S, Barabadi H, Heydarnia A. The effectiveness of group reality therapy based on choice theory on the psychological capital of homeless adolescent girls. *Journal of Consulting Research*. 2020;18 (71): 36-59.