

مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرایند خانواده در زنان سرپرست خانوار

مریم اسدی خلیلی^۱، سیده علیا عمادیان^{۲*}، محمدکاظم فخری^۲، فاطیما عبدی سرکامی^۱، شهربانو دهرویه^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۲

خلاصه

مقدمه: زنان سرپرست خانوار در معرض آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی متعدد قرار دارند. بنابراین انجام مداخلات به منظور کاهش این آسیب‌ها در آنها ضروری است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر فرایند خانواده در زنان سرپرست خانوار انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به کلینیک مددکاری اجتماعی باران و نوید شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ بود که از این بین، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای واقعیت‌درمانی یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. ابزار مورد استفاده، پرسش‌نامه فرایند خانواده (Samania) (۱۳۸۷) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: در هر دو گروه آزمایش، تفاوت نمرات فرایند خانواده در زنان سرپرست خانوار در پس‌آزمون با پیش‌آزمون از نظر آماری معنی‌دار ($p=0/00$) بود. تفاوت نمرات در زمان پیگیری با پس‌آزمون معنی‌دار نبود. تفاوت میانگین نمره گروه واقعیت‌درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در فرایند خانواده معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، متخصصان حوزه سلامت می‌توانند مداخلات واقعیت‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد را به منظور بهبود فرایند خانواده در زنان سرپرست خانوار مورد استفاده قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، فرایند خانواده، واقعیت‌درمانی، زنان سرپرست خانوار

۱- دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: emadian2012@yahoo.com، تلفن: ۰۹۱۱۷۹۰۳۱۸۹

۳- دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، گروه آموزش عالی ادیب، مازندران، ایران.

مقدمه

امروزه ۶۰ درصد زنان در جهان، نان‌آور خانه هستند و ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند [۱]. بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، نسبت خانوارهای زن سرپرست به کل خانوارهای کشور برابر با ۱۲/۷ درصد است [۲]. زنانی که به دلایلی همچون فوت همسر یا طلاق، عهده‌دار مسئولیت‌های زندگی خانوادگی هستند، در معرض آسیب‌پذیری زیادی قرار دارند [۳] و اخیراً ازدیاد زنان سرپرست خانوار به صورت معضل اجتماعی مطرح می‌شود [۴]. یکی از آسیب‌های مطرح در چنین خانواده‌هایی، ضعف در فرآیند و محتوای خانواده است [۵].

الگوی فرآیند و محتوای خانواده، یکی از الگوهای تبیینی برای خانواده است. گونه‌شناسی خانواده در این مدل بر اساس دو بعد فرآیند و محتوای خانواده طرح‌ریزی شده است. منظور از فرآیندهای خانواده، کنش‌هایی مانند مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسئله است که به خانواده در انطباق با شرایط و نیازهای جدید کمک می‌کند [۶]. محتوای خانواده به منابع خانواده در زمینه‌های سلامت، شغل، درآمد و سرمایه و امکانات زندگی اشاره دارد [۷]. خانواده‌های با سرپرستی مادر در مقایسه با سایر خانواده‌ها بیشتر در معرض فرآیند و محتوای ضعیف خانواده قرار دارند [۸]. تحقیقات نشان داده است که ارتقای فرآیندهای خانواده با استفاده از مداخلات روان‌شناختی ممکن است [۹]. خانواده‌های دارای مشکل فرایندی از نظر مهارت‌های زندگی وضعیت مناسبی ندارند [۱۰]. بر همین اساس باید به دنبال شناسایی مداخلات مؤثر در بهبود فرایند خانواده در خانواده‌های دارای زن سرپرست خانوار بود. در همین راستا، دو مداخله واقعیت‌درمانی [۱۱] و درمان پذیرش و تعهد [۹] مناسب به نظر می‌رسند.

واقعیت‌درمانی، به توان مراجع برای پرداختن به نیازهایش از طریق یک روند منطقی یا واقع‌بینانه اعتماد دارد و بر مواجه شدن با واقعیت، مسئولیت‌پذیری و ارزشیابی رفتارهای درست و نادرست تأکید دارد [۱۲، ۱۱]. بر اساس این رویکرد، فرد نه تنها در مقابل اعمال، بلکه در برابر تفکرات و احساسات خود نیز مسئول است و قربانی گذشته و حال خود نیست، مگر اینکه خود بخواهد [۱۳]. مسئولیت‌پذیری و برنامه‌ریزی جهت

دستیابی به اهداف، از اصلی‌ترین نیازهای انسان در فرآیند زندگی است که در این رویکرد درمانی به آن اهمیت داده شده است [۱۴]. هدف واقعیت‌درمانی، پرورش حس قبول مسئولیت در فرد است و درمانگر باید در اولین مرحله رفتاری را که درصدد اصلاح آن خواهد بود، شناسایی کند و تمام توجهات خود و مراجع را بدان معطوف دارد [۱۵]. مطالعات متعدد بر اثربخشی واقعیت‌درمانی بر بهبود اضطراب، نگرش به زندگی [۱۴]، هویت [۱۵]، مهارت‌های ارتباطی و رضایت از زندگی [۱۶] زنان سرپرست خانوار دلالت دارند. یافته مطالعه Bhargava [۱۷] گویای عدم اثربخشی این مداخله در بهبود وضعیت افسردگی افراد ناشنوا بود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از انواع درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم است که علاوه بر راهکارهای تغییر رفتار، از راهکارهای پذیرش و ذهن‌آگاهی نیز برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند [۱۸]. از این رو، بر افزایش پذیرش، آگاهی از لحظه اکنون و تعهد به انجام اعمال در راستای ارزش‌ها تأکید می‌شود [۱۹]. در این درمان، اعتقاد بر این است که بسیاری از اشکال آسیب روانی با تلاش‌های بیهوده و بی‌حاصل برای جلوگیری از تجربه درونی منفی به وجود می‌آیند [۲۰]. پذیرش و تعهد رویکردی است که به خلق و ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید می‌کند و به تضعیف اثرات اغراق‌آمیز شناخت و زبان می‌پردازد [۲۱]. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند، بررسی می‌شوند. نتیجه برخی از مطالعات گویای تأثیر این مداخله بر کیفیت زندگی [۲۰] و خودکارآمدی [۲۱] زنان سرپرست خانوار و ارتقای مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله [۲۲] بوده است. یافته مطالعه Lee و Son [۲۳] گویای عدم اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودکنترلی و بهزیستی روانی در افراد دچار سوءمصرف الکل بود. خانوارهای زن سرپرست به علت محدودیت‌های زیاد فردی، خانوادگی و اجتماعی که با آن مواجه هستند، در معرض انواع آسیب‌های روانی و اجتماعی قرار دارند [۳]. بهبود و ارتقای فرایندهای خانواده در این خانواده‌ها می‌تواند تا حد زیادی از آسیب‌های موجود بکاهد [۵] و در راستای شناسایی و به‌کارگیری مداخلات مؤثر در این

زمینه، می‌توان به واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. مطالعه حاضر به منظور مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرآیند خانواده در زنان سرپرست خانوار انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. این پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.035 مصوب شده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به کلینیک مددکاری اجتماعی باران و نوید شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۲۳۴ نفر بود که تعداد ۴۵ نفر به روش هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در سه گروه ۱۵ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. بر اساس فرمول زیر، حجم نمونه با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ ، $\beta=0/20$ ، و $\Delta=0/5$ برای هر گروه ۱۵ نفر برآورد شد [۲۴].

$$n = \frac{2 \left(1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta\right)^2}{\Delta^2} + 1$$

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، رضایت شرکت در مطالعه و داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از ۲ جلسه و شرکت هم‌زمان در مداخلات روان‌شناختی.

در ابتدا طی جلسه معارفه در مورد پژوهش، اهداف و نتایج آن صحبت شد. گمارش افراد در هر گروه به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) بود. پیش از شروع مداخله، شرکت‌کنندگان سه گروه پرسشنامه را تکمیل کردند (پیش‌آزمون). همچنین اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، مدت زمان از دست دادن همسر، میزان تحصیلات و تعداد فرزند جمع‌آوری شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه فرآیند خانواده قبل، بعد و یک ماه بعد از اتمام مداخلات استفاده شد.

پرسشنامه فرآیند خانواده: این پرسشنامه توسط Samania [۸] طراحی شده و دو بعد محتوا و فرآیند خانواده را ارزیابی می‌کند. هر کدام از این ابعاد از زیر مقیاس‌هایی تشکیل شده‌اند

که در این پژوهش فقط از بعد فرآیند خانواده استفاده شده است. مقیاس فرآیند خانواده شامل ۴۳ سؤال ۵ گزینه‌ای می‌باشد که به صورت طیف لیکرت از ۱ تا ۵ (=۱ کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) درجه‌بندی شده و ۵ عامل مهارت‌های ارتباطی (شامل ۶ گویه، کمترین و بیشترین نمره ۶ و ۳۰)، مهارت‌های مقابله‌ای (۱۲ گویه، کمترین و بیشترین نمره ۱۲ و ۶۰)، مهارت‌های تصمیم‌گیری (۱۰ گویه، کمترین و بیشترین نمره ۱۰ و ۵۰)، انسجام و انعطاف‌پذیری (۹ گویه، کمترین و بیشترین نمره ۹ و ۴۵) و عقاید مذهبی (۶ گویه، کمترین و بیشترین نمره ۶ و ۳۰) را ارزیابی می‌کند. کمترین و بیشترین نمره حاصل از کل پرسشنامه به ترتیب ۴۳ و ۲۱۵ است. برای یکپارچه کردن نحوه نمره‌گذاری در خرده‌آزمون‌های مختلف، نمره کل هر آزمون بر تعداد گویه‌های آن خرده‌آزمون تقسیم می‌شود. نمره‌ای که از هر بعد به دست می‌آید در طبقه‌بندی نمرات برش قرار می‌گیرد و نوع خانواده مشخص می‌گردد. در این جدول نمره پایین ۱، نمره بالا ۵ و نمره برش ۳ است (۸). پایایی و روایی پرسشنامه مدل محتوا و فرآیند خانواده، توسط Samania (۸) به روی نمونه ۱۱۰۰ نفری از زوجین شیراز (۵۳ مرد و ۵۷ زن) با میانگین سنی ۲۸/۵ و دامنه سنی ۱۷ تا ۵۸ سال بررسی شده است. پایایی مقیاس‌های مختلف پرسشنامه مدل محتوا و فرآیند خانواده، از طریق محاسبه ضریب آلفا و ضریب بازآزمایی به دست آمد (۸). در روش بازآزمایی تعداد ۲۰ زوج به فاصله دو هفته بررسی شدند. طبق گزارش Samania [۸] ضریب آلفا برای عوامل تصمیم‌گیری و حل مسئله، انسجام و احترام متقابل، مهارت‌های ارتباطی، مهارت مقابله به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۱ بود. میانگین همبستگی بین عوامل و نمره کل مقیاس ۰/۶۶ و میانگین همبستگی عوامل با یکدیگر برابر ۰/۳۳ محاسبه گردید. روایی سازه این دو مقیاس (فرآیند و محتوا) با استفاده از روش تحلیل عامل بررسی گردیده است [۸]. در این مطالعه نیز پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۸۱ درصد محاسبه گردید.

جلسات آموزشی به صورت گروهی (هرکدام ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه)، توسط پژوهشگر اول این مقاله در یکی از اتاق‌های مخصوص مشاوره گروهی که دارای فضایی

کتابی از افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین اطمینان دادن به آن‌ها در مورد محرمانه ماندن مشخصات شخصی اقدام شد. شرکت‌کنندگان در پایان پژوهش، می‌توانستند در صورت تمایل از نتایج مطالعه و پرسشنامه‌های خود آگاه شوند. پروتکل واقعیت‌درمانی در مطالعه حاضر برگرفته از اصول واقعیت‌درمانی Glasser [۲۵] است. شرح جلسات واقعیت-درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

مناسب بود در کلینیک مددکاری باران برگزار شد. برای اجرای پس‌آزمون نیز بلافاصله بعد از انجام مداخلات، شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. یک ماه بعد از پایان جلسات آموزشی (دوره پیگیری)، مجدداً از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا پرسشنامه مربوطه را به صورت حضوری و خودگزارشی تکمیل کنند. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، قبل از اجرای پرسشنامه و شروع مداخله، نسبت به دریافت رضایت

جدول ۱- شرح جلسات واقعیت‌درمانی در زنان سرپرست خانوار شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸

جلسه	محتوای جلسات واقعیت‌درمانی
اول	معرفه، تنظیم قوانین گروه با همکاری اعضای گروه، بررسی اهمیت و نقش مهارت‌های ارتباطی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضا و مشاور و ابلاغ قوانین گروه.
دوم	آموزش مفاهیم نظریه واقعیت‌درمانی، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی افراد، تمرکز بر شناخت و آگاهی اعضا از خود و نحوه تأثیر این شناخت بر خود و دیگران، شناسایی نقاط قوت و منفی خود و تلاش برای کسب هویت موفق- کمک به اعضا در جهت آشنایی بیشتر با خود و نیازهای اساسی (شناختن ۵ نیاز اساسی انسان، فهرست‌بندی نیازهای اساسی اعضا با تلاش خود آن‌ها و کمک مشاور و بررسی اهمیت برآوردن این نیازها).
سوم	دریافت بازخورد از جلسه قبل و درخواست توضیح در مورد دید کلی اعضا در مورد اشتغال و زندگی مشترک فعلی‌شان، بررسی علل نگرش اعضای گروه در مورد وضعیت فعلی زندگی. بررسی اهداف افراد در زندگی و تعیین میزان هدفمند بودن آن‌ها، معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با چهار مؤلفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی)، آموزش مهارت تصمیم‌گیری و بررسی تغییر در افکار، احساس، اعمال، فیزیولوژیک در زمان حال.
چهارم	معرفی و توضیح تعارض‌های چهارگانه و رفتارهای اجباری- تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضای گروه در استفاده از رفتار و اقدام کنونی برای اشتغال و بررسی اینکه رفتار فعلی‌شان برای رسیدن اعضا به اهداف و نیازهایشان چه کمکی می‌تواند بکند.
پنجم	کمک به اعضا برای شناختن رفتار و احساس کنونی‌شان، کم‌اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تأکید بر کنترل درونی نسبت به اشتغال. آشنایی با هیجانات از جمله اضطراب و افسردگی از دیدگاه واقعیت‌درمانی، آموزش مهارت تن‌آرامی برای کنترل و تنظیم هیجانات- تعیین اهمیت برنامه‌ریزی جهت انجام سریع‌تر و بهتر کارها، استفاده بهینه از وقت و آموزش طرح‌ریزی و برنامه‌ریزی مناسب برای رسیدن به سایر اهداف زندگی مشترک.
ششم	آشنایی اعضا با مسئولیت‌های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت‌پذیری آن‌ها در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به گرایش نسبت به ناامیدی و کاهش شادکامی در قبال اشتغال می‌شوند. معرفی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده در روابط و آموزش زندگی کردن در زمان حال.
هفتم	آموزش اصول ده‌گانه نظریه انتخاب، پذیرش مسئولیت در قبال رفتار- آشنایی با مسائل تغییر و تعهد، ارائه تکالیفی هرچند کوچک بر مبنای افزایش عزت‌نفس، خودپنداره ارزشمند و گرفتن تعهد کتبی از اعضا برای اجرای حتمی آن و نپذیرفتن هیچ‌گونه عذر و بهانه.
هشتم	دریافت بازخورد از جلسات قبل (مرور جلسات قبلی و جمع‌بندی)، بررسی و تأکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا، کمک به اعضا برای جایگزین کردن کنترل درونی، مواجهه‌شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار، بودن در اینجا و اکنون و در نهایت، فرآیند تغییر که منجر به کاهش اضطراب و افزایش عاطفه مثبت می‌شود.

شرح جلسات درمان استفاده شده در این مطالعه، در جدول ۲ گزارش شده است.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد Hayes و همکاران [۲۶] بود.

جدول ۲- شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۲۵] در زنان سرپرست خانوار شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸

جلسه	محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، طرح اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد، معرفی درماندگی خلاق که در این شرایط می‌توان بر نادیده گرفتن ارزش‌ها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب تأکید کرد. معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته (آشنایی با تلاش‌های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف)

دوم	نقد و بررسی تکلیف قبل: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود، کنترل به‌عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه‌حل)، آموزش این نکته که هر عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است، تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، ناراحتی پاک و ناپاک، رساندن به ناامیدی خلاق
سوم	ارزیابی عملکرد؛ بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون؛ بررسی تکالیف خانگی، تکالیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست، تأثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها
چهارم	ارزیابی عملکرد- هدف جلسه: تمایز خود مفهوم‌سازی در برابر خود مشاهده‌گری، سنجش توانایی درمان‌جو برای گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها
پنجم	هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش‌ها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می‌دهد. ارزش به‌عنوان رفتار در مقابل ارزش به‌عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن تمرینات مربوط به سازگاری و صمیمیت از رنج‌های زندگی
ششم	کمک به افراد گروه که حوزه‌های زندگی را که مطابق با ارزش‌های آنها نیست، را بشناسند. فرد باید پیوسته ارزش‌هایش را به‌عنوان منشأ تعهد درک کند و آن‌ها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال‌سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد. انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها/ تصمیم‌ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزش‌ها (اهداف کوچک‌تر در خدمت اهداف بزرگ‌تر)
هفتم	کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری، ادامه تکلیف با توجه به ویژگی فعال‌سازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیت‌های خاص که توسط اهداف و ارزش‌های بزرگ‌تر درمان‌جو مشخص شده است. ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن، بحث پیرامون صمیمیت و سازگاری از داشتن رنج
هشتم	ارزیابی عمل متعهدانه آموزش درمان‌جو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمان‌جو مهارت‌های آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به کار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم ACT، پیام اصلی ACT، دو علامت اختصاری مهم در زندگی زناشویی بر اساس مد ACT، ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون

کنترل در جدول ۳ گزارش شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که بین گروه‌ها از نظر سن و مدت‌زمان از دست دادن همسر تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها از نظر این دو متغیر یکسان هستند. نتایج تحلیل کروسکال والیس نشان داد که تفاوت معنی‌داری میان سه گروه از نظر میزان تحصیلات و تعداد فرزند وجود ندارد و همگنی میان گروه‌ها محقق شده است.

برای تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار، Kolmogorov-Smirnov، ام باکس، آزمون کروسکال والیس و تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر در سطح ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به گروه‌های آزمایش و

جدول ۳- مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی زنان سرپرست خانوار شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ در گروه‌های واقعیت‌درمانی، تعهد و پذیرش و کنترل (تعداد در هر گروه= ۱۵)

متغیر	واقعیت‌درمانی	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	P
■ سن (سال) (انحراف معیار ± میانگین)	۳۴/۵۶±۷/۳۹	۳۳/۳۱±۸/۴۲	۳۵/۱۸±۷/۰۹	۰/۹۵۹
■ مدت از دست دادن همسر (سال) (انحراف معیار ± میانگین)	۵/۹۸±۱/۲۸	۴/۸۶±۱/۱۲	۵/۱۵±۱/۰۲	۰/۹۰۲
○ تحصیلات تعداد (درصد) زیر دیپلم	(۲۳)۵	(۲۶)۴	(۲۳)۵	
دیپلم	(۵۳)۸	(۶۰)۹	(۶۰)۹	
فوق‌دیپلم	(۱۴)۲	(۱۴)۲	(۷)۱	۰/۹۴۴
○ تعداد فرزند تعداد (درصد) ۱	(۶۰)۹	(۶۶)۱۰	(۶۶)۱۰	
۲	(۴۰)۶	(۳۴)۵	(۳۴)۵	۰/۸۳۴

■ آزمون تحلیل واریانس، ○ آزمون کای اسکوتر، * $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

و پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار نمرات فرآیند خانواده در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمرات فرآیند خانواده در زنان سرپرست خانوار شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ در گروه‌های واقعیت‌درمانی، تعهد و پذیرش و کنترل (تعداد در هر گروه= ۱۵)

گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین
واقعیت‌درمانی	۷۷/۲۷ ± ۱۴/۳۳	۸۹/۰۰ ± ۱۴/۱۱	۸۴/۸۰ ± ۹/۸۳
پذیرش و تعهد	۷۶/۲۰ ± ۱۱/۴۱	۸۹/۶۰ ± ۱۱/۱۵	۹۰/۹۲ ± ۱۲/۱۴
کنترل	۷۱/۱۳ ± ۸/۵۳	۷۱/۳۵ ± ۸/۸۶	۷۱/۲۰ ± ۸/۸۴

همگنی ماتریس‌های واریانس (p=۰/۴۷) بود. بر اساس نتایج آزمون ام. باکس فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس برای هر دو متغیر رعایت شده است (f=۰/۲۳، p=۰/۶۱). نتایج آزمون چند متغیره در جدول ۵ آورده شده است.

در ادامه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به مقایسه تفاوت نمرات فرآیند خانواده بر حسب موقعیت بین‌گروهی و درون‌گروهی پرداخته شده است. نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov حاکی از نرمال بودن توزیع فراوانی داده‌ها (p>۰/۰۵) و نتایج آزمون لوین بیانگر برقراری

جدول ۵- نتایج آزمون چند متغیره نمره فرآیند خانواده در زنان سرپرست خانوار شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ در گروه‌های واقعیت‌درمانی، تعهد و پذیرش و کنترل (تعداد در هر گروه= ۱۵)

متغیر	منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی گروه	درجه آزادی خطا	P	اندازه اثر
فرآیند خانواده	زمان	۰/۴۱	۲۹/۶۵	۲	۴۱	* ۰/۰۰۱	۰/۵۹
	گروه × زمان	۰/۵۵	۶/۹۹	۴	۸۲	* ۰/۰۰۱	۰/۲۵
	گروه	۰/۴۷	۷/۳۷	۲	۲۴	* ۰/۰۰۱	۰/۲۹

* p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

اثرات درون‌گروهی، نیاز است تا مفروضه آزمون کرویت موخلی بررسی شود. نتایج نشان داد این فرض رعایت نشده است (p<۰/۰۵). بر این اساس از آزمون گرین هاوس گیزر استفاده شد.

بر طبق نتایج جدول ۶، بین نمرات فرآیند خانواده در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. تفاوت نمرات فرآیند خانواده در سه بار اجرای - آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل نیز معنی‌دار بود. به عبارتی، بین زمان و گروه تعامل وجود دارد. قبل از بررسی

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر برای بررسی الگوهای تفاوت در نمره فرآیند خانواده در گروه‌های واقعیت‌درمانی، تعهد و پذیرش و کنترل (تعداد در هر گروه= ۱۵)

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	P	اندازه اثر
فرآیند خانواده	زمان	۱۹۲۵/۶۲	۱/۳۳	۱۴۴۴/۹۵	۹/۶۸	* ۰/۰۰۱	۰/۱۸
	گروه × زمان	۱۲۴۲/۷۵	۲/۶۶	۴۶۶/۳۳	۳/۱۲	* ۰/۰۳۸	۰/۱۳

گروه‌ها	۵۶۵۱/۲۰	۲	۲۸۲۵/۶۰	۱۳/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹
---------	---------	---	---------	-------	-------	------

* $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

در جدول ۶ آزمون اثرهای درون‌گروهی نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول بالا مشخص شده است، اثر زمان معنی‌دار بود و بین سطح فرآیند خانواده در زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت. اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنی‌دار بود. بنابراین، میزان فرآیند خانواده با سطوح گروه‌ها تعامل دارد. یعنی میزان فرآیند خانواده در سطوح مختلف گروه‌ها متفاوت است. جدول ۶ نشان می‌دهد که بین نمرات فرآیند خانواده در بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با در نظر گرفتن نتایج آزمون بین‌گروهی و در ادامه تحلیل آماری، آزمون تعقیبی بونفرونی نیز محاسبه گردید. نتایج نشان داد تفاوت بین گروه‌های واقعیت‌درمانی و پذیرش و تعهد با گروه کنترل در فرآیند خانواده به ترتیب ۱۲/۵۳ و ۱۴/۶۶ بوده که این مقدار از نظر آماری نیز تأیید شده است ($p = 0/05$). بدین معنی که میزان اثربخشی گروه واقعیت‌درمانی و گروه پذیرش و تعهد بر بهبود فرآیند خانواده نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی تفاوت بین مراحل سه‌گانه نیز محاسبه گردید. نتایج نشان داد که تفاوت نمرات متغیر وابسته در پس‌آزمون با پیش‌آزمون ۸/۲۴ و در پیگیری با پیش‌آزمون ۷/۷۵ است که این مقدار از نظر آماری نیز تأیید شده است ($p = 0/05$). تفاوت نمرات متغیر فرآیند خانواده در زمان پیگیری با پس‌آزمون ۰/۴۹ بود که این مقدار از نظر آماری تأیید نشد ($p > 0/05$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرآیند خانواده در زنان سرپرست خانوار انجام شد. طبق نتایج، واقعیت‌درمانی موجب بهبود فرآیند خانواده در زنان سرپرست خانوار شد. این یافته با نتایج مطالعات قبلی مبنی بر اثربخشی واقعیت‌درمانی بر بهبود اضطراب و نگرش به زندگی [۱۴] و هویت [۱۵] زنان سرپرست خانوار و همچنین بهبود مهارت‌های ارتباطی و

رضایت از زندگی [۱۶] و تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی [۲۰] و خودکارآمدی [۲۱] در زنان سرپرست خانوار و ارتقای مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله [۲۲] همسو است. از سوی دیگر، یافته مطالعه Bhargava [۱۷] گویای عدم اثربخشی واقعیت‌درمانی در بهبود وضعیت افسردگی افراد ناشنوا بود. یافته مطالعه Lee و Son [۲۳] ناهمسو با یافته مطالعه حاضر بود. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد دچار سوء‌مصرف الکل در بهبود خودکنترلی و بهزیستی روانی دارای تأثیر معنی‌داری نیست.

طبق نتایج مطالعه حاضر، هر دو روش واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود فرآیند خانواده در زنان سرپرست خانوار اثربخش بودند و تفاوتی بین آن‌ها وجود نداشت.

در تبیین این یافته می‌توان اظهار کرد که در واقعیت‌درمانی مراجعان یاد می‌گیرند بر زندگی خود مسلط باشند و با برنامه‌ریزی مجدد زندگی خود را کنترل کرده و دچار آشفتگی نشوند. آموزش واقعیت‌درمانی با تأکید خاص بر این نیاز و کمک به افراد جهت برنامه‌ریزی برای ارضای این نیازها، به زنان سرپرست خانوار که دچار اضطراب و استرس‌های فراوانی هستند، کمک می‌کند که خود و دیگران را دوست داشته باشند و جهت تغییر و نیل به هویت موفق گام بردارند و از روابط ایمنی نیز برخوردار باشند [۱۴] که همین امر باعث بهبود فرآیند خانواده در آنان می‌گردد. در فرآیند واقعیت‌درمانی چنین آموزش داده می‌شود که با برنامه‌ریزی می‌توان زندگی را بهتر کنترل نمود و رفتار درست را انتخاب کرد [۱۵]. در فرآیند درمان به افراد پذیرش واقعیت، بودن در زمان حال، انتخاب و کنترل رفتار، قبول مسئولیت آموزش داده می‌شود که همه این موارد باعث می‌شود فرد از افکار منفی دور شده و آشفتگی و تعارضات درونی شخص کاهش یابد و از فشار روانی او کاسته شود [۱۵]. در نتیجه این درمان به تقویت روابط بین فردی، کنترل روابط عاطفی، تقویت مهارت-

های ارتباطی و تقویت خودکنترلی می‌پردازند که همه این موارد باعث بهبود فرایند خانواده زنان سرپرست خانوار می‌گردد. واقعیت‌درمانی الگوی مناسبی جهت مواجهه با نارضایتی‌ها در تمام حیطه‌ها است و اصول و مهارت‌هایی را برای کاربرد در هر یک از حیطه‌ها ارائه می‌کند [۲۴]. در جلسه‌های آموزشی این پژوهش اعضای گروه آموختند که برای افزایش رضایت خویش در حیطه‌های مختلف زندگی، از اصول و فنون شناختی و رفتاری استفاده کنند، شناخت‌ها و معیارهای قدیمی خود را تغییر دهند و تفکر مثبت را جایگزین افکار قدیمی خود کنند.

در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر فرایند خانواده می‌توان بیان کرد که تکالیف یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک و آموزش تمرین دلیل‌آوری و تمرین تمایل به افکار و احساسات از طریق ذهن‌آگاهی که از جمله تمرین‌های درمان پذیرش و تعهد است به فرد کمک می‌کند تا سلامتی روان خود را حفظ کند. از این رو می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است وضعیت روحی و روانی زنان سرپرست خانواده را بهبود بخشد و زمینه ارتقای فرایندهای خانواده را فراهم سازد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش افراد را قادر می‌کند تا به شیوه مؤثرتری شرایط سخت و بحرانی را مدیریت کنند. همچنین افراد طی جلسات پذیرش و تعهد درمانی به طبقه‌بندی ارزش‌های خود می‌پردازند. در طبقه‌بندی ارزش‌ها، مراجع، آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای وی دارد. در این درمان، ارزش‌ها بیش از آنکه قضاوت اخلاقی باشند، اهمیت شخصی یک عمل خاص را برای فرد نشان می‌دهند. این ارزش‌ها می‌توانند شامل بهبود روابط بین‌فردی، مراقبت از خود و بهبود روابط شخص گردند. به منظور افزایش سازگاری به افراد آموزش داده می‌شود که به طبقه‌بندی ارزش‌های خود بپردازند. بدین ترتیب، متوجه اهمیت روابطشان با دیگران می‌شوند. در مرحله بعد سعی می‌کنند تا مطابق با این ارزش‌ها عمل کنند و رابطه خود را با دیگران تقویت کنند. همان‌طور که افراد شروع به به‌کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند بیشتر تمایل پیدا می‌کنند و قادر خواهند بود، به موقعیت‌های

اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آن‌ها فرصت رفتار به شیوه‌ای که رضایت رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد داده می‌شود. نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش‌های رابطه دوطرفه، این فرصت را برای افراد فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری برقرار کنند که همین امر باعث بهبود فرایند خانواده در زنان سرپرست خانوار می‌گردد [۲۰]. در هر دو درمان به افراد آموزش داده می‌شود نیازهای خود را شناسایی کنند و برای رسیدن به نیازها و دستیابی به هدف‌هایشان برنامه‌های مسئولانه تهیه و اجرا کنند [۲۲]. وقتی که نیازهای فرد شناخته و تأمین شود باعث احساس کفایت شخصی در زندگی و به تبع آن کاهش خستگی‌های هیجانی، افزایش مهارت‌های ارتباطی، بهبود کنترل عاطفی و کاهش تعارض جامعه - خانواده می‌شود که همین امر موجب بهبود فرایند خانواده در زنان سرپرست خانوار می‌گردد. [۲۱]. از محدودیت‌های این پژوهش، محدود شدن مطالعه به زنان سرپرست خانوار در شهرستان ساری است که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌کند. جمع‌آوری داده‌ها به شیوه خودگزارشی نیز با توجه به سوگیری احتمالی شرکت‌کنندگان در پاسخ‌دهی به سؤالات از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع‌تر صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش، واقعیت‌درمانی و

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای فرایند خانواده زنان سرپرست خانوار اثربخش بودند و تفاوتی بین آن‌ها وجود نداشت. بر این اساس توصیه می‌شود تا نهادهای ذی‌ربط در طراحی مداخلات و برنامه‌های آموزشی خود، از این دو رویکرد روانشناسی نیز به منظور افزایش سطح عملکرد خانواده در زنان سرپرست خانوار و گروه‌های با مشکلات مشابه بهره بگیرند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

سه‌م نویسندگان

امور مربوط به پیشینه نظری و آموزش گروه‌ها با مریم اسدی خلیلی، کمک در اجرای پژوهش و آزمون‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله به عهده محمدکاظم فخری، فاطیما عبدی سرکامی و شهربانو دهرویه، و نظارت بر کل کار با سیده علیا عمادیان بود.

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در انجام پژوهش یاری نمودند و همچنین مسئولین کلینیک‌های مددکاری اجتماعی باران و نوید شهرستان ساری که در تأمین آزمودنی و فضای لازم برای اجرای جلسات مداخله همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تشکر و قدردانی

References

1. Lebni JY, Ghareghani MA, Soofizad G, Irandoost SF. Challenges and opportunities confronting female-headed households in Iran: a qualitative study. *BMC womens health* 2020; 20(183):1-11.
2. Yoosefi Lebni J, Mohammadi Ghareghani MA, Soofizad G, Irandoost SF. Challenges and opportunities confronting female-headed households in Iran: a qualitative study. *BMC women's health* 2020; 20(1):1-10.
3. Ngarava S, Zhou L, Monde N. Gendered water insecurity: A structural equation approach for female headed households in south africa. *Water* 2019; 11(12):2491.
4. Khodabakhshi-Koolae A. Comparison of Psychological Hardiness and Resiliency of Employed and Unemployed Female-headed Household. *JFP* 2020; 6(1):7-12. [Persian]
5. Samani S, Torabi A. The adolescence's happiness in different family types based on the contextual family process and content model. *JAC* 2011; 1(1):3-20. [Persian]
6. Samadi M, Sohrabi N. Mediating Role of the Social Problem Solving for Family Process, Family Content, and Adjustment. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2016; 217:1185-8.
7. Mohanna SM, Samani S. Parents' self-efficacy in different types of family regarding: family process and contentmodel. *JAC* 2018; 7(2):1-6. [Persian]
8. Samania S. Family process and content model: A contextual model for family studies. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2011; 30(4):2285-92. [Persian]
9. Marotz-Baden R, Adams GR, Bueche N, Munro B, Munro G. Family form or family process? Reconsidering the deficit family model approach. *Family Coordinator* 1979; 28(1):5-14.
10. Franck KL, Buehler C. A family process model of marital hostility, parental depressive affect, and early adolescent problem behavior: The roles of triangulation and parental warmth. *JFP* 2007; 21(4):614.
11. du Sert OP, Potvin S, Lipp O, Dellazizzo L, Laurelli M, Breton R, et al. Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a pilot clinical trial. *Schizophrenia Research's* 2018; 197(3):176-81.
12. Haskins NH, Appling B. Relational-cultural theory and reality therapy: A culturally responsive integrative framework. *JCD* 2017; 95(1):87-99.
13. Fernández-Álvarez J, Rozental A, Carlbring P, Colombo D, Riva G, Anderson PL, et al. Deterioration rates in Virtual Reality Therapy: An individual patient data level meta-analysis. *Anxiety Disorders* 2019; 61(5):3-17.
14. Khalili MA, Emadian SO, Fakhri MK. Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Social Anxiety and Attitude to the Life in Head of Household Women With. *IJPN* 2020; 8(4):59-66. [Persian]
15. Shafiabadi A, GholamhossinGhashghayi F. Comparative Effectiveness of Group Consultation of Reality Therapy and Feminism on Identity of Women Headed Families Women in Development and Politics 2011;9(4):93-113. [Persian]
16. Moridi H, Kajbaf MB, Mahmoodi A. Study the Effectiveness of Glaser's Reality Therapy on Couples' Marital Satisfaction, Life Satisfaction, and Communication Skills. *Armaghane danesh* 2019; 24(5):1013-27. [Persian]
17. Bhargava R. The use of reality therapy with a depressed deaf adult. *Clinical Case Study* 2013; 12(5):388-96.
18. Griffiths C, Williamson H, Zucchelli F, Paraskeva N, Moss T. A systematic review of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2018; 48(4):189-204.
19. Najjari F, Khodabakhshi Koolae A, Falsafinejad MR. The effectiveness of group therapy based on

- Acceptance and Commitment (ACT) on loneliness and psychological adjustment in women after divorce. JRMS 2017; 5(3):68-75. [Persian]
20. Mohammadi Z, Borjali A, Sohrabi F. Effectiveness based on acceptance and commitment therapy on quality of life women heads of household conducted in Tehran welfare Organization. SJPP 2018; 5(5):81-91.
 21. Motamedi H, Samavi A, Fallahchai R. Investigating and Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Self-efficacy of Family Headed Women. IEEPJ 2019; 1(2):123-34. [Persian]
 22. Shameli L, Davodi M, Dastanaei SM. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Logical Memory and Problem Solving Skill in People with Multiple Sclerosis. JCP 2019; 7(2):38-51.
 23. Lee JH, Son CN. The effects of the acceptance-commitment group therapy (ACT) on the self-control, psychological well-being, experiential avoidance and cognitive fusion in alcoholics. Korean journal of Stress Research 2013; 21(1):41-50.
 24. Schoemann AM, Boulton AJ, Short SD. Determining power and sample size for simple and complex mediation models. SPPS 2017; 8(4):379-86.
 25. Glasser W. Reality therapy in action. 3rd ed. New York: HarperCollins; 2000:193-7.
 26. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy 2006; 44(1):1-25.

Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Family Process in Female Household Heads

Asadi Khalili M¹, Emadian SO², Fakhri MK², Abdi Sarkami F¹, Dehrouyeh SH³

1- PhD in General Psychology, Dept of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Assistant Prof, Dept of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. (Corresponding Author)

Email: emadian2012@yahoo.com, Tel:09117903189

3-PhD in Educational Psychology, Dept of Adib Higher Education, Mazandaran, Iran.

Received: 7 December 2020 Accepted: 13 March 2022

Introduction: Female household heads are exposed to various psychological and social harms. Therefore, it is necessary to take psychological measures to reduce these injuries. This study aimed to compare the effectiveness of reality therapy and acceptance and commitment therapy on the family process in female household heads.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study with pretest, posttest, follow-up and control group. The statistical population of this study included all female household heads admitted to Baran and Navid Social Welfare Clinic in Sari in 2019, of which 45 people were selected by purposive sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group. Training sessions on both reality therapy and acceptance and commitment therapy were held in 8 90-minute sessions each, and no action was taken for the control group. The instruments used was the Samani Family Process Questionnaire (2008). Data analysis was performed by mixed analysis of variance with repeated measures.

Results: In both groups of reality therapy and acceptance and commitment therapy, the difference between family process scores in female household heads in post-test and pre-test was statistically significant ($p=0.00$) and the difference in scores at follow-up with post-test was non-significant ($p<0.05$). The results showed that the difference between the mean of reality therapy and acceptance and commitment therapy in the family process was not significant ($p<0.05$).

Conclusion: Based on the results of this study, in the case of female household heads, health professionals can use both reality therapy and acceptance and commitment therapy to improve the family process.

Keywords: Acceptance and Commitment, Family Process, Reality Therapy, Female Household Heads

Please cite this article as follows:

Asadi Khalili M, Emadian O, Fakhri MK, Abdi Sarkami F, Dehrouyeh SH. Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Family Process in Female Household Heads. *Community Health journal* 2022; 16 (2): 13-23.

Funding: Personal funds.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: The present study was approved by the Ethics Committee of the Islamic Azad University, Sari Branch. (IR.IAU.SARI.REC.1398.035)