

«زن و مطالعات خانواده»

پنجاه و پنج - بهار ۱۴۰۱ سال پانزدهم - شماره

ص ص: ۱۳۵-۱۵۲

مقایسه اثربخشی رویکرد مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت درمانی بر افکار غیرمنطقی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد

یعقوب نیکوکار^۱

علیرضا جعفری^۲

قربان فتحی^۳

جعفر پویامنش^۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو رویکرد مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت درمانی بر افکار غیرمنطقی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد است. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش زنان سرپرست خانوار کمیته امداد شهرستان شبستر به تعداد ۱۵۳ نفر بودند که از این تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس و هدفمند که نمره آن‌ها در آزمون باورهای غیرمنطقی جونیور بالا بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و گروه واقعیت درمانی) و یک گروه کنترل قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس آمیخته انجام گرفت. نتایج نشان داد که رویکرد مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به‌طور معناداری باعث کاهش افکار غیرمنطقی زنان می‌شود ($P < 0/01$). همچنین مقایسه اثربخشی دو گروه نشان داد که تأثیر روش درمانی (ACT) بر باورهای غیرمنطقی زنان سرپرست خانوار به‌طور معناداری بیشتر از واقعیت‌درمانی بوده است ($P < 0/01$). می‌توان نتیجه گرفت که باورهای غیرمنطقی از جمله عوامل زمینه‌ساز بروز مشکلات هستند. بر پایه این الگو و

۱. دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران (نویسنده مسئول)
a.jafari@abhariau.ac.ir

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران

۴. استاد یارگروه روانشناسی، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران

با استناد به رویکردهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت‌درمانی، می‌توان جهت بهبود و اصلاح باورهای غیرمنطقی مراجعان استفاده کرد. همچنین بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان استنباط کرد که بین اثربخشی دو روش درمانی بر افکار غیرمنطقی زنان سرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/04$).

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، واقعیت‌درمانی، باورهای غیرمنطقی، زنان سرپرست خانوار

مقدمه

مساله زن سرپرست خانوار^۱، واقعیتی اجتماعی است که در حال حاضر در تمام جوامع به‌طور آشکار قابل‌رؤیت بوده و متأسفانه در جامعه ما نیز شمار این زنان هر روز در حال افزایش است. زنان سرپرست خانوار از زمانی که همسر خود را به هر دلیلی از دست می‌دهند به‌اجبار دست به ایفای نقش‌های متعددی می‌زنند که با یکدیگر در تعارض هستند. گروه عمده‌ای از این زنان با ناتوانی، تنگدستی، نداشتن قدرت، بویژه در اداره امور اقتصادی خانواده روبه‌رو هستند؛ به‌طوری‌که باعث اختلال در سلامت روانی آن‌ها شده و شرایط بروز اختلالات روان‌شناختی را در آن‌ها ایجاد می‌کند (لانگلوویس^۲ و فورتین^۳؛ به نقل از افشانی و فاتحی، ۱۳۹۵). تحمل سختی‌های ناشی از فقر و تنگدستی از یک سو و نداشتن قدرت تأمین مایحتاج ابتدایی زندگی و نیاز شدید به فراهم کردن آن‌ها و پذیرش سلطه دیگران از سوی دیگر زمینه ایجاد و شیوع اختلالات روانی را فراهم می‌کند. چیسمن^۴، فرگوسن^۵ و کوهن^۶ (به نقل از فرخ زاده، ۱۳۹۵) معتقدند که مشکلات عاطفی و روانی زنان سرپرست خانوار، منجر به آسیب‌هایی مانند اختلال استرس پس از حادثه، اضطراب، افسردگی و... می‌شود. این گروه از زنان سطوح بالاتری از آسیب‌پذیری و استرس را نشان می‌دهند. زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان دارای همسر با استرس بیشتری برای اداره زندگی روبه‌رو می‌شوند. شاغل بودن، کار در منزل، مراقبت از فرزندان، نگرانی‌های مالی و عدم برخورداری از منابع حمایتی کافی به‌طور روزانه سبب استرس و پریشانی زنان سرپرست خانوار می‌شود. یکی دیگر از مهمترین عوامل شناختی که در زنان سرپرست خانوار می‌تواند باعث اختلال در وضعیت روان‌شناختی آن‌ها شود، باورهای غیرمنطقی^۷ است (رحمانیان، دهستانی و علوی باروق، ۱۳۹۷).

1. head-of-household women

2. Langlovis

3. Fortin

4. CHisman

5. Fergosen

6. Kohen

7 Irrational beliefs

باورهای غیرمنطقی خواستها و اهدافی هستند که به صورت ترجیحات ضروری و الزامی در می‌آیند و تبدیل به اهداف اجباری و الزامی و قطعی می‌گردند، به طوری که اگر برآورده نشوند به آسفتگی و اضطراب منجر می‌شوند (برنارد؛ به نقل از پیمانفر، علی‌اکبری، محتشمی، ۱۳۹۱). باورهای غیرمنطقی در زنان تحت پوشش کمیته امداد باعث ایجاد احساس شرمساری، انتظارات بیش‌ازحد از خود و در موارد حادثه، عدم احساس مسئولیت می‌شود. در نتیجه، این زنان به دلیل این نوع افکار کمتر توانایی سازگاری و حل تعارضات خود را دارند و هنگام مواجهه با یک عامل تنش‌زای محیطی، به جای استفاده از راهکارهای مسئله محور و حل موقعیت‌های مشکل‌ساز، دوباره به افکار و عقاید غیرمنطقی روی می‌آورند. عقاید غیرمنطقی باورهایی هستند که بر اصرار، اجبار، جزم و بی‌عدالتی تأکید دارند و سلامت روان و سلامت فردی و محیط اجتماعی را تضعیف می‌کنند. عقاید غیرمنطقی به هرگونه فکر، عاطفه یا رفتاری گفته می‌شود که باعث از بین رفتن حرمت خود، و از نتایج مهم آن اختلال در شادی و سلامتی «خود» است.

بنابراین در جهت کاهش باورهای غیرمنطقی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار می‌توان به درمان‌های موج سوم یا درمان‌های عملگرمانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT^۱) اشاره نمود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی و توانایی انتخاب عملی مناسب‌تر در بین گزینه‌های مختلف با شش گام که عبارتند از: گسلس^۲، پذیرش^۳، تماس با لحظه حاضر^۴، مشاهده خود^۵، ارزش‌ها^۶ و عمل متعهدانه^۷ (رادیتی و رایبسون^۸، ۲۰۱۱). در این روش، هدف صرفاً اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات ناخوشایند نیست، بلکه سعی می‌شود در مرحله نخست قدرت پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و نظایر آن) افزایش یابد، و فرد دریابد که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌تأثیر بوده یا حتی موجب تشدید آن‌ها می‌شود. یکی دیگر از روش‌های مؤثر در بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد، واقعیت‌درمانی^۹ است. واقعیت‌درمانی توسط گلاسر تدوین شده است و یک رویکرد نسبتاً صریح است که به توان مراجع برای پرداختن به نیازهایش از طریق یک روند منطقی یا واقع‌بینانه اعتماد دارد. رویکرد گلاسر، مواجه شدن با واقعیت، مسؤلیت‌پذیری و ارزشیابی در مورد رفتارهای درست و نادرست را مورد تأکید قرار می‌دهد. بر اساس این رویکرد، فرد نه تنها در مقابل اعمال خود، بلکه در برابر تفکرات و احساسات خود نیز مسؤل است. فرد، قربانی گذشته

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

2. Defusion
3. Acceptance
4. Contact
5. Observing Self
6. Values
7. Committed Action
8. Roditi, Robinson
- 9 Reality therapy

و حال خود نیست، مگر این که خود بخواهد. این رویکرد درمانی، هم در مورد رفتارهای بهنجار و هم در مورد رفتارهای نابهنجار و هم در مورد تدوین شیوه‌های مناسب رفتار به کار می‌رود (پرزنمن و مورفی، ۲۰۱۶). این رویکرد یکی از رایج‌ترین اقدامات درمانی برای توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی دستیابی به رضایت، خوشبختی و موفقیت است. در این درمان مداخلات رایج درمانی بیشتر در زمینه روانشناسی شناختی برای توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی دستیابی به رضایت، خوشبختی و موفقیت است (عرب پور، هاشمیان، ۱۳۹۱). اساس واقعیت درمانی نیز فرایند ارزیابی خود است، زیرا فضای گروه می‌تواند به اعضای گروه کمک کند تا رفتار خود را به‌درستی ارزیابی کنند (کوری، ۱۳۹۵).

پژوهش‌ها نیز نشان داده اند که تغییر در باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه افراد می‌تواند زندگی بهتر و سازگاری بیشتری به همراه داشته باشد. در میان رویکردهای روان‌شناختی موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی خوب در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیشامدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است، بررسی عوامل مؤثر در شکل‌گیری تفکر انسان‌ها اهمیت بسیاری دارد و از آنجا که ریشه اکثر اختلالات روانی، بالا بودن باورهای غیرمنطقی در زندگی است، بنابراین استفاده از روش‌های درمانی گوناگون و مؤثر ضرورت می‌یابد. دلیل مقایسه این دو روش درمانی این است که در نظریه پذیرش و تعهد درمانی به این نکته در سلامت روان تأکید دارد که به جای آنکه روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به فرد کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل‌شده خود را در محیط پذیرفته و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده، رها نماید و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند؛ در صورتی که واقعیت درمانی با تغییر منبع کنترل بیرونی و تبدیل کردن آن به منبع کنترل درونی به فرد می‌آموزد که خوشبختی و موفقیت آینده آن‌ها نه در اتفاقات گذشته زندگی، بلکه در دستان خود آن‌هاست و می‌توانند آینده خود را همان‌گونه که دوست دارند رقم بزنند. از سوی دیگر، لازم به ذکر است که هم در واقعیت درمانی و هم در درمان تعهد و پذیرش بیشترین تأکید بر تغییر در آگاهی فرد است (هایس، ۲۰۱۰). برای مثال یافته‌های صالحی و نجفی سولاری (به نقل از ترخان، ۱۳۹۶) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش سازگاری پس از طلاق، امیدواری و کاهش افسردگی و احساس تنهایی زنان مطلقه گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردیده است. در عین حال نتایج پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده این است که واقعیت درمانی گروهی نیز در اصلاح تفکرات غیرمنطقی، بهبود کیفیت زندگی، افزایش شادکامی و رضایت از زندگی مؤثر است (اسلامی، هاشمیان، جراحی و مدرس غروی، ۱۳۹۲). حال با توجه

1. Prezman & Murphy
2. Cory
3. Hayes

به اینکه پژوهشی در حوزه مقایسه تأثیر واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار غیرمنطقی در بین زنان سرپرست خانوار 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 نارضایتی از زندگی و شیوع اختلالات و نابسامانی‌های رفتاری جدید و نیز ادعای رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی گلاسر مبنی بر افزایش میزان برخورداری از باور مثبت درباره خود و دیگران و افزایش میزان کنترل درونی، پژوهش حاضر در صدد آن است که به بررسی تأثیر و این دو روش درمانی در متغیر مورد مطالعه در زنان تحت پوشش کمیته امداد بپردازد و دو روش را با هم مقایسه کند. امید است که نتایج پژوهش حاضر در راستای کاهش باورهای غیرمنطقی در زنان سرپرست خانوار مفید واقع شود و مورد استفاده مشاورین، محققان و مسئولین کمیته امداد قرار گیرد و در راستای کاهش آلام و مشکلات روان‌شناختی مراجعان خود گام مهمی را بردارند.

ابزار و روش

این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه گواه انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان سرپرست خانوار کمیته امداد شهرستان شبستر در سال ۱۳۹۹ بودند. تعداد افرادی که در رنج سنی مد نظر قرار داشتند ۱۵۳ نفر بود که ۳۰ نفر از میان ۱۵۳ نفر که نمره آن‌ها در آزمون باورهای غیرمنطقی بیشتر از ۱۶۰ بودند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) جایدهی شدند و به صورت حضوری مداخلات درمانی بر روی آن‌ها در کمیته امداد انجام یافت. روش نمونه‌گیری، دردسترس و هدفمند استفاده شد؛ به نحوی که زنان سرپرست خانواری که تحت حمایت کمیته امداد بودند و در دسترس بودند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بودند از: تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، تحت حمایت کمیته امداد بودن در پنج سال اخیر، داشتن ملاک‌های تشخیصی باورهای غیرمنطقی و عدم دریافت هیچ‌گونه درمان اعم از روان‌شناختی و دارویی (حداقل یک ماه قبل از انجام پژوهش)، عدم وجود سایر اختلالات روانی، نداشتن سوءمصرف مواد و سن (داشتن حداقل ۲۵ و حداکثر ۴۵ سال) بود. ملاک خروج از تحقیق وجود غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزش است.

ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل: رضایت آگاهانه و داوطلبانه، حق انصراف از پژوهش، عدم افشای اطلاعات، حریم خصوصی/ارزاداری است. به جهت اینکه تعیین شود که زنان شرکت‌کننده در جامعه آماری دارای اختلالات شدید شخصیتی نیستند، پرسش‌نامه میلون و گروسمن (۲۰۰۵) استفاده و اجرا گردید. این آزمون یک مقیاس خود سنجی با ۱۷۵ گزینه بله و خیر است که برای

بزرگسالان ۱۸ سال به بالاتر که جهت درمان یا ارزیابی خود به مراکز مشاوره و روان‌شناسی مراجعه می‌کنند استفاده می‌شود. کسانی که نمره نرخ پایه آن‌ها بالاتر از ۸۴ بود از تحقیق کنار گذاشته شدند. همچنین جهت رعایت ملاحظه‌های اخلاقی، در ابتدای تحقیق با توضیح صادقانه اهداف طرح، رضایت آگاهانه افراد برای شرکت در تحقیق جلب شد و با برقرار کردن ارتباط مؤثر با آزمون‌شوندگان، آن‌ها از لحاظ مشکلات احتمالی مثل نگرانی ناشی از پاسخ به آزمون و غیره مورد حمایت قرار گرفتند. محرمانه بودن اطلاعات و اصل رازداری هم از طرف آزمون‌گر و هم از طرف همکاران محقق کاملاً حفظ شده است.

برای جمع‌آوری داده‌ها، از ابزارهای زیر استفاده شد:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک^۱ در **SCID DSM-5**: هفت گروه تشخیصی اختلالات محور اول شامل؛ اختلالات خلقی، روان‌پزشکی، وابستگی به مواد، اضطراب، خوردن و سازگاری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سادوک و سادوک^۲ (۲۰۱۵) پایایی و اعتبار آن را بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. در ایران ضریب کاپای بالای ۰/۷۰ را برای ابزار فوق گزارش کرده‌اند (زیممن؛ ترجمه: جباری امیری، ۱۳۹۶)

پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز: این آزمون ۴۰ آیتم دارد که در سال ۱۹۶۹ به‌وسیله جونز و بر اساس نظریه آلبرت آلیس (۱۹۶۲) طراحی شد. جونز (۱۹۶۹) اعتبار کل آزمون را به روش بازآزمایی ۹۲ درصد و برای مقیاس‌های آن از ۶۶ درصد تا ۸۸ درصد گزارش کرد. در تحقیق بزرگ‌تر و بفرویی و گنجی (۱۳۹۵) آلفای کرونباخ برای این آزمون به‌طور کل ۹۴ درصد و به ترتیب برای هر یک از خرده آیتم‌های ضرورت تأیید و حمایت کردن از طرف دیگران ۷۰ درصد انتظار داشتن بیش‌ازحد خود ۷۴ درصد تمایل داشتن به سرزنش خود ۷۸ درصد، عکس‌العمل به ناکام شدن ۷۲ درصد و بی‌مسئولیتی ۶۶ درصد و نگرایی بیش‌ازحد همراه با مضطرب شدن ۶۳ درصد و دوری از مشکلات ۶۵ درصد و وابسته بودن به دیگران ۷۷ درصد و درمانده شدن نسبت به تغییر ۵۹ درصد و کمال‌گرا بودن ۸۰ درصد گزارش شده است.

روش اجرا بدین‌صورت بود که بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های سه گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه ضمن تشریح اهداف پژوهش، به‌منظور 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 شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد که در قبال ارائه خدمات روان‌شناختی، نتیجه پژوهش بدون ذکر نام

1. Structured Clinical Interview for DSM- IV axis I disorders.
2. Sadock & Sadock.

گزارش شود. لازم به ذکر است که مراجعان برای امضای این رضایت‌نامه، اختیار کامل داشتند. همچنین با آگاهی دادن به آزمودنی‌های گروه کنترل در زمینه ضرورت دریافت درمان در پایان اجرای طرح پژوهشی، از آن‌ها درخواست شد برای دریافت کمک به مرکز مشاوره کمیته امداد مراجعه نمایند. سپس از هر سه گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌های باورهای غیرمنطقی را تکمیل نمودند. سپس یکی از گروه‌های آزمایش تحت واقعیت درمانی و گروه آزمایشی دوم تحت درمان اکت قرار گرفت و گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکرد و بعد از اتمام جلسات درمانی، پس‌آزمون و پیگیری انجام پذیرفت.

در جدول (۱) محتوای جلسات درمانی آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی

محتوای جلسات درمانی واقعیت درمانی بر اساس پژوهش نجات (۱۳۹۳)	محتوای جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اساس مدل درمانی (ACT) برگرفته از کتاب (ACT) و RFT در روابط نوشته دال، استوارت، مارتل و کاپلان (۱۳۹۵)
جلسه اول: برقراری رابطه اعتمادسازی، دوستانه و منصفانه و قاطعانه	جلسه اول: برقراری رابطه درمانی و آشنا نمودن افراد و بستن قرار داد درمانی
جلسه دوم: بررسی دنیای مطلوب یا جهان کیفی فرد	جلسه دوم: شناسایی و بررسی روش‌های درمانی و بحث کردن در مورد آن‌ها
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 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 پنجم: طرح و برنامه‌ریزی هوشمندانه تا مراجع به آنچه می‌خواهد برسد	جلسه چهارم: شرح اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن و آموزش گام‌های پذیرش تغییر مفاهیم زبان با استعاره از تمثیل آموزش تن آرامی و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
جلسه ششم: جمع‌بندی و پیگیری و رفع مشکلات جلسات قبلی (نجات، ۱۳۹۳).	جلسه پنجم: معرفی مدل رفتار سه‌بعدی به منظور 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 به‌عنوان 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

جلسه هشتم: آموزش تعهد به عمل و شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزشها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها و جمع‌بندی جلسات درمان (دال، استوارت، مارتل و کاپلان، ۱۳۹۵).

یافته‌ها

بررسی توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه نشان داد که دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۴ تا ۴۶ سال است. میانگین سنی برابر با ۳۶/۱۷ و انحراف معیار آن برابر با ۶/۳۴؛ حداقل سن ۲۴ و حداکثر سن ۴۶ سال است. سطح تحصیلات از زیردیپلم تا لیسانس متغیر بوده است، به صورتی که بیشترین و کمترین فراوانی به ترتیب مربوط به سطح تحصیلات زیردیپلم با ۹ نفر (۳۰٪)؛ دیپلم با ۱۱ نفر (۳۶/۷٪)؛ فوق‌دیپلم با ۶ نفر (۲۰٪) و لیسانس ۴ نفر (۱۳٪) است.

جدول ۲. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای موردبررسی دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	واقعیت درمانی		تعهد و پذیرش		کنترل	
		SD	M	SD	M	SD	M
باورهای غیرمنطقی	پیش‌آزمون	۳۰۹/۵۰	۲۴/۳۶	۴۱/۱۶	۳۰۰/۱۰	۳۱۰/۳۰	۳۴/۳۱
	پس‌آزمون	۲۶۱/۸۰	۲۱/۸۰	۱۸/۴۹	۲۲۳/۲۰	۲۹۷/۱۰	۵۲/۳۳
	پیگیری	۲۳۳/۱۰	۳۴/۸۰	۲۳/۳۱	۱۸۳/۴۰	۲۹۹/۹۰	۴۴/۶۳

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش اول (واقعیت درمانی) در باورهای غیرمنطقی به ترتیب برابر با ۳۰۹/۵۰، ۲۶۱/۸۰ و ۲۳۳/۱۰ است و میانگین گروه آزمایش دوم (تعهد و پذیرش) در این متغیر به ترتیب برابر با ۳۰۰/۱۰، ۲۲۳/۲۰ و ۱۸۳/۴۰ است. همچنین میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه کنترل در متغیر باورهای غیرمنطقی در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و کنترل به ترتیب برابر با ۳۱۰/۳۰، ۲۹۷/۱۰ و ۲۹۹/۹۰ است.

جدول ۳. نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات شرکت کنندگان

متغیرها	مرحله آزمون	آماره	مقدار به دست آمده
باورهای غیر منطقی	پس آزمون	آماره کالموگروف - اسمیرنوف	۰/۱۵
	پیشگیری	سطح معناداری	۰/۰۶
باورهای غیر منطقی	پس آزمون	آماره کالموگروف - اسمیرنوف	۰/۰۹
	پیشگیری	سطح معناداری	۰/۲۰

در جدول ۲ نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پس آزمون متغیرها آورده شده است. چون در این آزمون به برآزش داده‌های مشاهده شده با منحنی نرمال پرداخته می‌شود، پس باید منحنی نرمال با منحنی داده‌های مشاهده شده برآزش داشته باشد، یعنی انحراف نمرات داده‌های مشاهده شده با منحنی نرمال زیاد نباشد. بر اساس نتایج مندرج در جدول سطح معناداری آماره محاسبه شده برای تمامی ابعاد متغیرها و همچنین نمره کل بزرگتر از ۰/۰۵ است، یعنی منحنی داده‌های مشاهده شده با منحنی نرمال تفاوت زیاد ندارد، بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود. نتایج آزمون باکس نیز ($p > 0/05$) گویای آن است که شرط ماتریس وارینانس - کوواریانس به خوبی رعایت شده است.

آزمون کرویت موچلی^۱ این فرض را به آزمون می‌گذارد که ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته تبدیل شده نرمال، یک ماتریس همانی^۲ است. نتایج این آزمون در مطالعه حاضر، همسانی کوواریانس‌ها را تأیید نمود ($P = ۰/۱۸$; Mauchly's $W = ۰/۸۸$). در جدول ۴ مفروضه کرویت داده‌های عاملی و هله یا مکرر اندازه‌گیری، گزارش شد. با توجه معنادار بودن اندازه آزمون موچلی^۳ برای هر متغیر باورهای غیرمنطقی ($P = ۰/۰۳$)، بنابراین مفروضه کرویت برقرار نیست. از این رو در تفسیر یافته‌ها از تصحیح آماری گرین‌هاوس^۴ استفاده کرد.

برای تعیین معناداری اثر زمان اندازه‌گیری و همچنین تعامل اثر زمان و گروه از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۵ گزارش شده است. با توجه به اینکه سطح معناداری اثرات مورد آزمون کوچک‌تر از ۰/۰۵ است می‌توانیم نتیجه بگیریم که اثر زمان اندازه‌گیری به لحاظ آماری معنادار است و نمرات باورهای غیرمنطقی آزمودنی‌ها بین سه دوره زمانی مختلف

1. Mauchly's Test of Sphericity
2. Identity matrix
3. Mauchly
4. Greenhouse

تغییری معنادار داشته است. جهت ارزیابی اثر متغیر مستقل بین آزمودنی‌ها (رویکرد درمانی ACT و واقعیت درمانی) از آزمون اثرات بین گروهی استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون در تحلیل واریانس متغیرهای معنای زندگی و باورهای غیرمنطقی

متغیرها	لامبدای ویلکز	F	Df خطا	Df اثر	سطح معناداری
باورهای غیرمنطقی	۰/۶۷	۶/۷۹	۱۷	۲	۰/۰۳

بین اثربخشی دو روش درمانی تعهد و پذیرش (اکت) و واقعیت درمانی بر افکار غیرمنطقی زنان سرپرست خانوار کمیته امداد تفاوت وجود دارد.

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

مقایسه گروه‌ها	متغیرها	اختلاف میانگین	خطای انحراف از معیار	سطح معناداری
درمان اکت واقعیت درمانی	افکار غیرمنطقی	-۳۲/۶۰	۱۲/۸۴	۰/۰۴۴
کنترل	افکار غیرمنطقی	-۶۶/۹۰	۱۲/۸۴	۰/۰۰۱
کنترل	واقعیت درمانی	۳۴/۲۰	۱۲/۸۴	۰/۰۳۳

برای مقایسه اثربخشی دو روش درمانی بر افکار غیرمنطقی زنان سرپرست خانواده، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. همان‌طور که مشاهده می‌شود مقایسه‌ها میانگین‌ها نشان می‌دهد که بین اثربخشی دو روش درمانی بر افکار غیرمنطقی زنان سرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/044$). منفی بودن اختلاف میانگین‌ها ($-32/60$) به معنای آن است که روش درمانی اکت نمرات افکار غیرمنطقی زنان سرپرست خانوار را به‌طور معناداری بیشتر کاهش داده است. به‌عبارت‌دیگر، داده‌های جدول فوق نشان می‌دهد که تأثیر روش درمانی ACT بر باورهای غیرمنطقی زنان سرپرست خانوار به‌طور معناداری بیشتر از واقعیت درمانی بوده است ($P=0/044$).

بحث و نتیجه‌گیری

در تحقیق حاضر هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد مبتنی بر درمان تعهد و پذیرش و واقعیت درمانی بر افکار غیرمنطقی زنان سرپرست تحت پوشش کمیته امداد بود. نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق نشان داد که روش درمان تعهد و پذیرش بر افکار ناکارآمد زنان سرپرست خانواده به‌طور معناداری از واقعیت درمانی بیشتر بوده و این نتیجه به‌دست‌آمده تا حدودی با نتایج تحقیقات حاج کرم و قمری و امیری مجد (۱۳۹۸) و زمانی و دکانه ای فرد (۱۳۹۶) به جهت متفاوت بودن دو سبک درمانی در درمان مشکلات روان‌شناختی با هم همسو است. در تبیین نتیجه حاضر می‌توان گفت: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد زمینه‌ای را که افکار آن‌ها اتفاق می‌افتند را تغییر می‌دهد و تأثیر و اهمیت رویدادهای شخصی مشکل را کاهش می‌دهد. از لحاظ بالینی، این زنان می‌آموزند افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را به‌عنوان خاطرات و علائم بدنی را فقط علائم بدنی ببینند، هیچ‌یک از رویدادهای درونی وقتی تجربه می‌شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب‌زا نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که آن‌ها تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده شوند که آنچه ادعا می‌کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند (هایس و استروسال^۱، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با تأکید بر ناهم‌جوشی روان‌شناختی باعث می‌شود که زنان سرپرست خانوار بین آنچه به آن فکر و تمرکز کرده‌اند به عنوان یک فرایند دارای استمرار، تفاوت قائل شوند و به افراد کمک می‌کند تا بین کسی که در حال تفکر بوده و مقوله‌های کلامی که افراد به‌واسطه فکر کردن به خودشان نسبت می‌دهند فرق قائل شوند. پس زنان سرپرست تحت پوشش کمیته امداد با این روش به این نتیجه رسیده‌اند که دیگر به افکار خود نچسبیده، چراکه وابستگی به فکر آن‌ها را از برخورد با واقعیت‌ها و مشکلات زندگی دور نگه می‌دارد و این امکان را از شخص می‌گیرد که پاسخ و عکس‌العمل مناسبی را در موقعیت‌های متفاوت زندگی نداشته باشد (هایس، ۲۰۱۵)؛ بنابراین راهکارهایی که در طی جلسات درمانی ارائه می‌گردد به زنان تحت پوشش کمیته امداد کمک می‌کند تا ایده‌های فکری نامعقول که باعث حس بی‌کفایتی در آن‌ها می‌شود را تشخیص داده و آن را با سبک‌های فکری کارآمد و معقول جایگزین بسازد. همچنین می‌توان اذعان داشت استفاده توأم با شیوه‌های کلامی و فرایندهای شناختی و تعامل کردن آن با عوامل غیرکلامی مورد استفاده در این سبک درمانی باعث کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه^۲، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است (فورمان و هربرت^۳، ۲۰۰۸). اکت روابط مربوط به فکر و احساس‌هایی که باعث ایجاد مشکل شده را تغییر می‌دهد تا افراد آن‌ها را به عنوان

1. Hayes & Strosahl
2 - exposure based
3 - Forman, Herbert

یک علامت بیماری و مرضی درک نکرده و یاد بگیرند این افکار و احساس‌ها را بدون اینکه آسیبی به آن‌ها بزند حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند هم باشند درک کنند (هارریس، ۲۰۰۹). در درمان تعهد و پذیرش بیشتر تلاش می‌شود تا فرد حقایق زندگی خود را پذیرفته و در نتیجه از راهکارای مقابله‌ای مسأله‌مدار در مواجهه با مشکلات زندگی خود استفاده کند که این اصل از راه قبول احساس‌ها و فکرها و خاطرات گذشته و نشانه‌های فیزیولوژیکی و تمایلات آزاردهنده و منفی خود صورت می‌گیرد (هایس، ۲۰۱۱). تلاش در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پذیرش نسبت به حقایق زندگی و در نتیجه استفاده از راهکارهای مقابله‌ای مسأله‌مدار در مواجهه با پیشامدهای زندگی است، که این امر از طریق مکانیسم تمایل به قبول افکار، احساسات، خاطرات، علائم بدنی و میل‌های آزاردهنده و منفی خود صورت می‌گیرد (هایس، استروسال و ویلسون^۱، ۲۰۱۱). در واقع روبرو شدن مؤثر و فعال با احساسات و فکرها و دوری از اجتناب و روبرو شدن با حقایق تغییر دادن نگرش نسبت به خود و داستانی که در آن شخص به خود نقش یک قربانی را داده است، بازنگری کردن ارزش‌ها و هدف‌های زندگی و در آخر تعهد به هدف اجتماعی والاتر را می‌توان بخشی از عوامل اثرگذار در این رویکرد درمانی دانست و نیز می‌توان علت اثربخش بودن درمان تعهد و پذیرش را در به توافق رسیدن و آموزش روش‌های سازگار شدن با جنبه‌های غیرقابل تحمل زندگی به جای تلاش برای مدیریت کردن آن‌ها و عواملی که باعث تعارض است دانست. این بخش از زنان تمام تجربه‌هایی که در زندگی داشته‌اند را مورد توجه قرار داده و به دنبال این هستند تا راه‌های کارآمدتری برای زندگی بهتر را پیدا کنند. درمان تعهد و پذیرش اشخاص را تشویق می‌کند که فرایندهای فکری را به عنوان یک کارکرد ضروری و واقعی برای سازگار شدن روان‌شناختی بیشتر قبول کرده و در نتیجه الگوهای فکری منفی شکل گرفته در این اشخاص کاهش یابد. درمان تعهد و پذیرش افراد را قادر می‌کند تا به روش‌های مفیدتر و موثقتری با درمان اجتناب هیجانی، باعث بهبود واکنش‌ها، شناسایی کردن ارزش‌ها و متعهد کردن نسبت به تغییرات در رفتار و احساسات توانست به زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد کمک کند تا ارتباط خود را با سایر افراد بهتر کرده و نیز با به‌کارگیری گسلش زنان توانستند به‌طور مستقیم و بویژه در جلسه‌های درمانی با احساس‌های ناخوشایند خود سروکار داشته و به جای کنترل کردن و به چالش کشیدن احساسات و فکرهای ناکارآمد آن را تجربه نمایند. یکی از مزایای درمان تعهد و پذیرش، یاد دادن به مراجعان برای تجربه کردن کامل هیجان‌ها و حس‌های جسمی‌شان بدون هیچ‌گونه فرار از آن‌ها و حرکت در زندگی مبنی بر ارزش‌ها برای تغییر دادن رفتار است. هدف روشن در درمان کاهش تلاش برای کنترل درونی، اجتناب تجربه‌ای و افزایش کنترل رفتار و تمایل به تجربه کردن عواطف گسترده است (هایس^۲، ۲۰۱۶)؛ پس زنان گروه آزمایش‌شونده توانستند با

1. Hayes, Strosahl & Wilson
2. Hayes

تمرین‌های پذیرش و تمرکز حواس حساسیت و کنترل‌های خودشان را به مقدار زیادی کاهش داده و در نتیجه افکار آشفته‌شان به‌طور معناداری کاهش یافته است. به نظر می‌رسد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این امکان را به زنان می‌دهد که به جای اجتناب از رنج‌ها، هیجان‌ات و افکار آزاردهنده یا کنترل، آن‌ها را بپذیرند. سپس از طریق گسلش شناختی به افراد می‌آموزد که افکار را فقط به عنوان افکار (نه مبنای عمل در دنیای بیرون و یا واقعیت بیرونی) در نظر بگیرند. در نتیجه زمانی که فرد باور کرد که این فکر که «من باید بدون اینکه بیمار باشم بتوانم زندگی کنم»، صرفاً یک توقع و انتظار است و در جهت کاهش آن اقدام خواهد کرد. از دیگر سو، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند به‌وسیله روشن‌سازی مفهوم خود، به عنوان زمینه اولاً خود را مانند بافت و زمینه‌ای بداند که این افکار در آن‌ها جریان دارد و سپس، از طریق تمرینات به جداسازی فرد از افکار پرداخته، در نتیجه میزان کمال‌گرایی کاهش می‌یابد. درمان تعهد و پذیرش با تشویق اشخاص به تمرین مکرر، توجه و متمرکز شدن بر روی محرک‌های خنثی، آگاهی داشتن با هدف بر روی جسم و ذهن، افراد را تشویق می‌کند تا افکار ناکارآمد و آشفته‌گی‌های ذهنی که در اثر آن به وجود آمده را رها کنند یعنی این تکنیک‌ها با بالا بردن آگاهی فرد از تجربه‌های لحظه حال و بازگرداندن توجهش به شناخت و پردازش کردن کارآمدتر اطلاعات، باعث کاستن نگرانی و تنش‌های فیزیولوژیک در فرد می‌شود. به‌طوری‌که در شیوه درمانی واقعیت‌درمانی به اشخاص یاد داده می‌شود که نیازهای خود را شناسایی کرده و برای رسیدن به نیازها و دسترسی به هدف‌ها برنامه‌های مسئولانه‌تری را اجرا نمایند. پژوهش حاضر عاری از محدودیت نبوده و مهم‌ترین آن‌ها محدودبودن جامعه تحقیق به جامعه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد شهرستان شبستر بود که در نتیجه امکان تعمیم‌پذیری داده‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. استفاده از پرسش‌نامه استاندارد و دو پروتکل درمانی و عدم امکان بررسی متغیرهای دیگر روان‌شناختی در این زمینه، عدم توجه به متغیرهای تعدیل‌کننده و مداخله‌کننده‌های دیگر در حین انجام مطالعه و محدود بودن روش نمونه مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس از دیگر محدودیت‌های پژوهش بودند. لذا جهت مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود تا نمونه‌های بزرگ‌تر و یا از شهرستان‌های دیگری غیر از شبستر در انجام پژوهش‌های بعدی به‌منظور دستیابی به نتایج گسترده‌تر جهت تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها صورت گیرد. جهت بررسی تأثیرات بلندمدت از نتایج به‌دست آمده در این پژوهش، تحقیقات با مدت طولانی‌تری صورت گیرد و میزان باورهای غیرمنطقی طی چند سال آینده نیز مورد بررسی قرار گیرد. ضمناً با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاوران در مراکز مشاوره در درمان باورهای غیرمنطقی در بین زنان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره گیرند. ضمناً با توانمندسازی روانشناسان مراکز مشاوره و درمان در استفاده از خدمات روان‌شناختی بویژه درمان پذیرش و تعهد در کنار تجویز دارویی به کاهش تبعات باورهای غیرمنطقی در زنان سرپرست خانوار اقدام کرد.

نویسندگان این مقاله از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش، ریاست محترم کمیته امداد مددجویان شهرستان شبستر تقدیر تشکر می‌کند.

تضاد منافع

گواهی می‌شود مقاله ارسالی به فصل‌نامه از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش، ریاست کمیته امداد و مددجویان شهرستان شبستر تقدیر و تشکر می‌کند.

منابع

Afshani, S A; fatehi, A. (2016). Empowerment of women heads of households and related socio-cultural factors: A study of women under the auspices of Imam Khomeini Relief Committee in Tabriz. *Quarterly Journal of Women and Society*, 7 (3), 19-38. [In Persian]

Arabpour, E; Hashemian, K. (2012). The effectiveness of couple therapy with reality therapy in improving the intimate relationship of couples. *Journal of Educational Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch*, 3 (1 (9), 1-13. [In Persian]

Barzegar Befrooi, K; Ganji, Z. (2016). Predicting Mental Health Based on Irrational Beliefs of Exceptional and Normal Primary School Teachers in Yazd. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 17 (2 /64), 1-7. [In Persian]

DalJ; Stuart, I; Martel, CH; Kaplan, J. (2016). *ACT and RFT in relationships*. Translator: Shokoo Navabi Nejad; nadere saadati; Mehdi Rostami. Tehran: Jangal.

Farrokhzadeh, M. (2016). *The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety, stress and depression in women heads of households*, thesis for a master's degree in family orientation counseling, Mohaghegh Ardabili University. [In Persian]

Haji Karam, A; Gamari, M; Amiri Majd, M (2019). 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*, 24 (3 /101), 20-33. [In Persian]

Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies—Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885.

Hayes, S. C., & Lillis, J. A. S. O. N. (2012). Acceptance and commitment therapy: Theories of psychotherapy. *The American Psychological Association, Washington DC*.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.

Hayes. (2015). Hayes S. Introduction to caress evil mind based on acceptance and commitment therapy. *Medical Sciences*, 4, 491-499.

Hedberg, P., Brulin, C., Alex, L., & Gustafson, Y. (2011). Purpose in life over a five-year period: A longitudinal study in a very old population. *International Psychogeriatrics*, 23(5), 806-813.

Islami, R; Hashemian, P; Jarahi, L; Modarres Ghoravi, M. (2013). The effectiveness of group reality therapy approach on happiness and quality of life of abused adolescents in Mashhad, *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 56, 5, 306-300. [In Persian]

Levitt, J. T., & Karekla, M. (2005). Integrating acceptance and mindfulness with cognitive behavioral treatment for panic disorder. *In Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety (pp. 165-188)*. Springer US.

Nejat, R (2014). *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. [In Persian]

Prezman, S., & Murphy, R.M. (2016). Effects of teaching control theory and reality therapy as an approach to reducing disruptive behaviors in middle school physical education. *International Journal of Reality Therapy*, 57(1), 149-150.

Rahmanian, M; Dehestani, M; Alavi Barooq, SF. (2018). The effectiveness of commitment-based therapy and acceptance on irrational beliefs and bias of attention to stimuli with negative emotional load, in adolescent girls, *journals of social cognition*, 7 (1 /13), 103-89. [In Persian]

Reader, S. D. (2011). Choice theory: an investigation of the treatment effects of a choice therapy protocols students identified as having a behavioral, emotional disability on measures of anxiety, depression, and locus of control and self-esteem. *PhD unpublished Dissertation. North Carolina University*.

Reeder SD, Culbreth JR, Wierzalis EA, Harris HL, Flowers CP, Cooke NL. (2012). Choice theory: An investigation of the treatment

effects of a choice theory protocol on students identified as having a behavioral or emotional disability on measures of anxiety, depression, locus of control and self-esteem. *Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Charlotte.*

Roditi D, Robinson ME. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manage*, 4, 41-49.

Torkhan, M (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on regulating emotion and meaning in the lives of depressed women. *Psychological studies*, 13 (3), 147-164. [In Persian]

Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3-13.

Zamani Foroushani, Z; Dokaneifard, F. (2017). *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 [In Persian]

Zimmerman, M. (2015). *Interview Guide for DSM-5 Evaluation*, translated by Jabbari Amiri, Maryam. First Edition, Tehran: Danjeh Publishing [In Persian]

Zadok, b; Zadok. (2015). *Summary of Psychiatry, Behavioral Sciences - Psychiatry*. translated by Rezaei, Farzin. Tehran: Arjmand Publications.

White, R. G., Gumley, A. I., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., ... & Mitchell, G. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for depression following psychosis: An examination of clinically significant change. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 203-209.

Comparison of the effectiveness of approaches based on acceptance and commitment therapy (ACT) and reality therapy on irrational thoughts of female supervisors under the auspices of the Relief Committee

Yagoub Nikookar¹

Alireza Jafari²

Ghorban Fathi Aghdam³

jafar poyamanesh⁴

Abstract

The purpose of the present study was to compare the effectiveness of two approaches based on the acceptance and commitment therapy (ACT) and reality therapy on the irrational thoughts of female-headed households covered by the Relief Committee. The method of the present study quasi-experimental with pretest-posttest-follow-up and control group. The statistical population of the study included 153 female-headed households of Shabestar County Relief Committee, of which 30 people were selected by available and targeted sampling method whose score was selected in Jones Balabood irrational beliefs test and randomly divided into two experimental groups (based on Acceptance and commitment treatment (reality therapy group) and a control group. Data analysis was performed by mixed analysis of variance Results of the analysis showed that the two approaches based on the acceptance and commitment therapy and reality therapy significantly reduce women's irrational thoughts ($P < 0.01$). Also, comparing the effectiveness of the two groups showed that the effect of treatment method (ACT) on the irrational beliefs of female-headed households was significantly greater than reality therapy ($P < 0.01$), so it can be concluded that irrational beliefs are among the factors that can

1. PhD Student in Counseling Department, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran Abhar (Corresponding Author)

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran Abhar

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran Abhar

Cause problems. Based on this model, the acceptance and commitment therapy (ACT) and reality therapy approaches can be used to improve and correct clients' irrational beliefs. From this study, it can be inferred that there is a significant difference between the effectiveness of the two treatments on irrational thoughts of female-headed households ($P = 0.04$).

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Reality Therapy, Irrational Beliefs, Women head-of-household