مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش–تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار شهر تهران

سمانه سلوک[1]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و ششم، مردادماه ۱۳۹۹، صفحات ۲۷-۱۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش–تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار شهر تهران بود. روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان سرپرست خانوار شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۳۰ از آنان در سه گروه نظریه انتخاب (۱۰ نفر)، گروه درمان پذیرش–تعهد (۱۵ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش تحت درمان مبتنی بر نظریه انتخاب (۱۲ جلسه ٦۰ دقیقه‌ای)، درمان پذیرش–تعهد (۱۲ جلسه ٦۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. از مقیاس امید به زندگی اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) به‌منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای مقیاس‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ٢٤ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بن‌فرونی) انجام پذیرفت. نتایج نشان داد که هر دو مداخله درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش–تعهد به‌کاررفته در این پژوهش می‌توانند امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار شهر تهران را بهبود بخشند، اما درمان مبتنی بر نظریه انتخاب دارای تأثیر بیشتری بر امید به زندگی و تاب‌آوری بود. بر اساس نتایج این پژوهش، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش–تعهد مداخلات مؤثری در بهبود امید به زندگی و تاب‌آوری دارند، اما تأثیر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر بیشتر بود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر، درمان پذیرش–تعهد، امید به زندگی، تاب‌آوری، سرپرست خانوار.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

مقدمه

یکی از عمده‌ترین قشرهای در معرض آسیب، زنان سرپرست خانوار هستند که بیش از دیگران در معرض تبعیض‌های اجتماعی و فشارهای روانی قرار دارند (شیخ‌الاسلامی و پارسا، ۱۳۹۷). توجه به‌سلامت جسمانی و روانی زنان سرپرست خانوار بسیار بااهمیت است و برخوردار از روحیه امیدوار، سرزنده و شاداب می‌تواند تأثیر بسزایی در نحوه کارکرد و فعالیت آنان دارد (رزمی سوها، ۱۳۹٤). امید به زندگی[1] توانایی باور به داشتن احساسی بهتر در آینده است. توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به‌سوی اهداف مطلوب به‌رغم موانع موجود و عام یا انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها اشاره دارد. به عبارتی امید به زندگی یک‌روند انگیزشی است که فرد انتظار دارد به هدف مطلوبی که تعیین کرده است برسد که شامل دو راهبرد تفکر عاملی و تفکر راهبردی است (هلمن، ورلی و مونوز[2]، ۲۰۱۸). کسانی که امید به زندگی بالایی برخوردار هستند، در رویارویی با مشکلات تاب‌آوری[3] بالایی نیز دارند. تاب‌آوری به‌عنوان یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف‌شده است. به عبارتی، بر اساس نظریه کانر و دیویدسون، تاب‌آوری به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی توصیف‌شده است که فرد را قادر می‌سازد در مواجهه با مشقّت‌ها[4] و سختی‌ها (به‌عنوان‌مثال مرگ‌ومیر خانواده) رشد کرده و مقاوم باشد (گراس-پرز[5] و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش‌ها زنان سرپرست خانوار از مشکلاتی در زمینه امید به زندگی و تاب‌آوری رنج می‌برند (رزمی سوها، ۱۳۹٤).

با توجه به این مشکلات ارائه مداخلات درمانی برای کاهش مشکلات این زنان دارای اهمیت است. یکی از درمان‌هایی که بر روی زنان سرپرست خانوار اجراشده و کارآیی آن مورد تائید قرارگرفته است درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر است (سقائیان، بهمنی، اسکندری و عسگری، ۱۳۹٤). هدف اصلی نظریه انتخاب آن است که به افراد آموزش دهد تا به نیازهای بنیادین روان‌شناختی خود مانند تعلق[6]، قدرت[7]، عشق[8]، بقاء[9] و آزادی[10]، آگاهی یابند و از به‌کارگیری کنترل بیرونی اجتناب ورزند؛ به‌عبارت‌دیگر واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر با تمرکز بر زمان حال و بررسی تفاوت‌های فرهنگی به فرد کمک می‌کند که مسئولیت و امور درست و نادرست زندگی خود را برای رفع مشکلات به عهده بگیرد (گلاسر[11]، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از درمان‌های کارآمد برای کاهش مشکلات زنان سرپرست خانوار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. به‌طوری‌که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده معنادار گزارش‌شده است (محمدی، برجعلی و

1. life expectancy
2. Hellman,Worley & Munoz
3. resilience
4. adversity
5. Gras Pérez
6. belonging
7. power
8. love
9. survival
10. freedom
11. Glasser

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

سهرابی، ۱۳۹۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمان شناختی موج سوم[1] که توسط هیز[2] توسعه داده‌شده است که اصول رفتاری، ذهن آگاهی و پذیرش را باهم ترکیب می‌کند. در این درمان، ذهن آگاهی به حالتی از آگاهی اشاره دارد که بر بودن در لحظه حال تمرکز دارد. پذیرش به انجام تمرینات مبتنی بر پذیرش (تمرینات تمایل[3]) همه رویدادهای ذهنی (مانند افکار و هیجانات) تغییر، اجتناب یا کنترل آن‌ها اشاره دارد. درنهایت اصول رفتاری برای شفاف‌سازی ارزش‌های شخصی‌مان و انجام اقدامات منتهی به دستیابی به هدف استفاده می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از پولاکاناهو[4] و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به آنچه گفته شد، سوال پژوهش این است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار شهر تهران تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. ۳۰ نفر از آن‌ها با نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس (انتخاب غیرتصادفی و جایگزینی تصادفی) در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (۱۰ نفر گروه درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر، ۱۰ نفر گروه درمان پذیرش-تعهد و ۱۰ نفر گروه کنترل). بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون اطلاعات گردآوری‌شده با آزمون‌های آماری مناسب مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و همچنین از آمار استنباطی شامل تجزیه‌وتحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. همچنین قبل اجرای تحلیل کواریانس چندمتغیره مفروضه‌های آن استفاده شد. نرم‌افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS نسخه ۲۴ بود. در ادامه ابزارهای گردآوری اطلاعات در زیر آمده است.

ابزار پژوهش

مقیاس امید به زندگی[5](ADHS) اشنایدر[6] و همکاران (۱۹۹۱): این مقیاس ۱۲ سؤالی برای بزرگسالان بیش از ۱۵ سال ساخته‌شده است و شامل دو خرده مقیاس تفکر عاملی[7] با سوالات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲؛ تفکر راهبردی[8] با سوالات ۱، ۴، ۶ و ۸ را اندازه‌گیری می‌کند (چانگ، چانگ، لی، لوکاس، لی، کاسترو و وئو[9]، ۲۰۱۸). همچنین سوالات ۳، ۵، ۷، ۱۱ به‌عنوان سوالات انحرافی در نظر گرفته‌شده‌اند. به هر یک از سوالات در مقیاس ۷ گزینه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد به این صورت که به کاملاً مخالفم ۱ نمره، بسیار مخالفم ۲ نمره، مخالفم ۳ نمره، کمی مخالفم ۴ نمره، کمی موافقم ۵ نمره، موافقم ۶ نمره و بسیار موافقم ۷ نمره پاسخ داده می‌شود (صمدی فرد و

1. third-wave cognitive therapy
2. Hayes
3. willingness exercises
4. Puolakanaho
5. Adult Dispositional Hope Scale (ADHS)
6. Snyder
7. agency
8. pathways
9. Chang, Chang, Lee, Lucas, Li, Castro & Wu

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

نریمانی، ۱۳۹۷)؛ بنابراین دامنه نمرات بین ۱۲ تا ٤٨ خواهد بود؛ و نمره ۲۲ در این مقیاس به‌عنوان نقطه برش پیشنهادشده است. برای بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضریب ۰/۷٤ تا ۰/۸٤ به‌دست‌آمده است و جهت اعتبار همبستگی نمرات آن با نمرات مقیاس‌های خوش‌بینی، انتظار دستیابی به هدف و عزت‌نفس محاسبه و ضرایب بین ۰/۵۰ تا ۰/٦۰ به‌دست‌آمده است که نشان‌دهنده اعتبار همگرایی مقیاس است (اورکی، بیات، نجفی و نورمحمدی، ۱۳۹۷). در یک پژوهش دیگر همسانی درونی مقیاس با آلفای کرونباخ، ضریب اعتماد مقیاس ۰/۷۳ به‌دست‌آمده است (نصرتی، مؤمنی، مزده و کرمی، ۱۳۹۷). در یک پژوهش دیگر در ایران اعتماد مقیاس با آلفای کرونباخ ضریب ۰/۸۰ به‌دست‌آمده است (صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۷). در پژوهش‌های خارج از کشور برای بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که آلفای کرونباخ آن ۰/۸٦ گزارش‌شده است (ویتولیت، ریچی، لونا و ون تونگرین[1]، ۲۰۱۸). همچنین برای بررسی اعتبار مقیاس از اعتبار همگرایی استفاده‌شده است که همبستگی امید به زندگی با مقیاس جهت‌گیری زندگی[2] شی یرو و کارور[3] (۱۹۸۵)۰/۵۰، با خودکارآمدی جروسلم و شوارزر[4] (۱۹۹۲) ۰/٦۸ و رضایت از زندگی داینر، امونز، لارسون و گریفین[5] (۱۹۸۵) ۰/۵٦ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به‌دست‌آمده است که نشان‌دهنده اعتبار همگرایی مقیاس است (گالیان، هروتی، باراک و گوتکین[6]، ۲۰۱۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸٦ به‌دست‌آمده است.

مقیاس تاب‌آوری (RISC) کانر و دیویدسون[7](۲۰۰۳): این مقیاس ۲۵ سوال دارد و ۵ خرده مقیاس تصور از شایستگی فردی[8] با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱٦، ۱۷، ۲۳، ۲٤ و ۲۵؛ تحمل عاطفه منفی[9] با سوالات ٦، ۷، ۱٤، ۱۵، ۱۹، ۱۸ و ۲۰؛ پذیرش مثبت تغییر[10] با سوالات ۱، ۲، ٤، ۵ و ۸؛ کنترل[11] با سوالات ۱۳، ۲۱ و ۲۲؛ تأثیرات معنوی[12] با سوالات ۳ و ۸ را اندازه‌گیری می‌کند (خدابخشی کولایی، متین، فلسفی‌نژاد و ثناگو، ۱۳۹۸). نمره‌گذاری مقیاس به‌صورت پنج‌درجه‌ای لیکرت است به این صورت که برای کاملاً مخالفم نمره ۰، مخالفم نمره ۱، نظری ندارم نمره ۲، موافقم نمره ۳، کاملاً موافقم نمره ٤ در نظر گرفته‌شده است (خواستاری و عسگری، ۱۳۹۸). حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است (گارسیا-لئون[13] و همکاران، ۲۰۱۹). نقطه برش این مقیاس نمره ۵۰ است. به‌طوری‌که نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود (روحانی و اشراقی، ۱۳۹۸). در داخل ایران بر روی کارکنان دانشگاه‌های شهید بهشتی، علامه طباطبایی و دانشگاه یزد مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به‌دست‌آمده است (پورحسین،

1. Witvliet, Richie, Root Luna & Van Tongeren
2. life orientation test–revised (LOT-R)
3. Scheier & Corver
4. Jerusalem & Schwarzer
5. Diener, Emmons, Larsen & Griffin
6. Galin, Heruti, Barak & Gotkine
7. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
8. personal competence
9. tolerance of negative affects
10. positive acceptanceof change
11. control
12. spirituality
13. García-León

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

خرسندی یامچی و فیروز کوهی برنج آبادی، ۱۳۹۷). ضریب همبستگی بین مقیاس با پرسشنامه پنج عاملی شخصیت کاستا و مک‌کری (۱۹۹۲) ضرایب در دامنه بین ۰/۱۸ تا ۰/۲۸ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به‌دست‌آمده است که نشان‌دهنده روایی همگرایی مقیاس است (جنادله، بساک نژاد، یونسی و سعادتمند، ۱۳۹۷). در یک پژوهش برای بررسی اعتبار پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضریب ۰/۷۱ به‌دست‌آمده است (حسینی نیا و حاتمی، ۱۳۹۸). همچنین در یک پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش‌شده است (صابری فرد و حاجی اربابی، ۱۳۹۸). در خارج کشور شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس نیز بررسی‌شده است. در یک پژوهش برای بررسی اعتبار مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که همسانی درونی کل سوالات با آلفای کرونباخ ضریب ۰/۷۷ گزارش‌شده است (دای، ژوانگ و هوآن[1]، ۲۰۱۹). همچنین در یک پژوهش دیگر اعتبار با آلفای کرونباخ ضریب ۰/۷۰ به‌دست‌آمده است (هرورو[2] و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست‌آمده است.

جلسات درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر

واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر اساس فنون مبتنی بر واقعیت درمانی و کتاب نظریه انتخاب گلاسر ترجمه صاحبی (۱۳۹۲) طراحی‌شده است و توسط چند تن از اساتید متخصص مورد ارزیابی قرارگرفته است. طراحی این بسته بر اساس یک برنامه ۱۲ جلسه‌ای به گروه آزمایش آموزش داده می‌شود. روایی این جلسات در این توسط پژوهش میرزانیا، نیکنام شربیانی و حیاتی (۱۳۹۷) و شیشه‌فر و شفیع‌آبادی (۱۳۹۶) تائید شده است.

جدول ۱. جلسات واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر (۲۰۱۰)

جلسات	اهداف	محتوا
۱	اعضا و ایجاد ارتباط	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، برقرار رابطه عاطفی میان اعضا و درمانگر، بحث در مورد اهداف و قوانین گروه
۲	آشنایی با مفاهیم نظریه انتخاب	آشنایی افراد نمونه با مفاهیم روانشناسی کنترل درونی و بیرونی، آشنایی اولیه با نظریه انتخاب گلاسر مانند مفاهیم انتخاب، مسئولیت‌پذیری و نیازهای بنیادین روان‌شناختی مانند تعلق، قدرت، عشق، بقاء و آزادی.
۳	آموزش نیازهای بنیادین	آموزش نیازهای بنیادین روان‌شناختی نظریه انتخاب گلاسر شامل تعلق، قدرت، عشق، بقاء و آزادی. شامل آموزش پنج نیاز بنیادین روان‌شناختی به افراد نمونه و کمک به درک این پنج نیاز بود.
٤	آموزش رفتار کامل	در این جلسه آموزش رفتار کامل از دیدگاه گلاسر پرداخته شد. گلاسر رفتار را شامل چهار بخش فکر (تحلیل کردن، استدلال کردن و غیره)، عمل (راه رفتن و حرف زدن و غیره)، فیزیولوژی (عرق ریختن، لرزش بدن و غیره) و احساس (غم، شادی و غیره) می‌داند که هر یک از آن‌ها یکی از چهارچرخ ماشین رفتار را تشکیل می‌دهند. به اعتقاد گلاسر ما افسرده نمی‌شویم، ما افسردگی می‌کنیم. ما شاد نمی-شویم، ما شادی می‌کنیم.

[1]. Dai, Zhuang & Huan
[2]. Herrero

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

۵	توضیح مسائل روان‌شناختی	معرفی اضطراب، خشم و افسردگی از منظر نظریه انتخاب: یک رفتار کلی است که معطوف به هدفی است: پر کردن شکاف بین آنچه می‌خواهم (دنیای مطلوب) و آنچه دارم (دنیای دریافتی). معرفی هفت رفتار تخریب‌گر انسان (مثل غر زدن و گوش ندادن و غیره) و هفت رفتار سازگار (مثل گوش دادن، درک متقابل) و غیره.
٦	کنترل درونی	معرفی و بحث پیرامون کنترل درونی با آموزش اصول ده‌گانه نظریه انتخاب[1]. توضیح مبسوط، مثال فراوان و درخواست از آن‌ها برای ارائه نمونه و مثال‌های شخصی.
۷	معرفی مفهوم مسئولیت‌پذیری	در این پژوهش به بررسی مفهوم مسئولیت‌پذیری و اهمیت آن در زندگی روزمره افراد پرداخته شد.
۸	آموزش مفهوم مسئولیت‌پذیری	پس از بررسی تکلیف جلسه قبل مفهوم مسئولیت‌پذیری، برنامه‌ریزی برای رفتار مسئولانه، تعریف احساس کفایت و ارزشمندی، ایجاد احساس تعهد باهدف دستیابی افراد نمونه به حس ارزشمندی و محبت واقعی، کسب هویت موفق با داشتن تصویر روشنی از اهداف برای افراد نمونه تعریف شد. سپس افراد نمونه اهداف و امکانات موردنظر خود را برای رسیدن به هدف مشخص کردند.
۹	آموزش فنون تسهیل‌کننده تغییر رفتار	معرفی WDEP که در آن W معادل خواسته‌ها، D بیانگر عمل، E معادل ارزیابی و P بیانگر برنامه است؛ و کمک به گروه در جهت تدوین یک طرح عینی برای اجتناب از به‌کارگیری و تن دادن به کنترل بیرونی، پذیرش مسئولیت و انتخاب کردن.
۱۰	آموزش مفهوم کلی رفتار	تکلیف جلسه قبل بررسی و مفهوم رفتار کلی آموزش داده شد و افراد نمونه آموختند که کنترل و تغییر رفتار، با تأکید بر چهار مؤلفه اصلی که شامل عمل، فکر، احساس و نشانه‌های جسمانی امکان‌پذیر است. سپس بیان شد که تمامی آنچه از انسان سر می‌زند رفتاری کلی است.
۱۱	نیمرخ نیازهای اعضاء	تکلیف جلسه قبل بررسی و نیمرخ نیازهای اعضاء مشخص شد. افراد نمونه از توانمندی‌های خودآگاه شدند و در مورد جهان اطراف واقع‌بینی و خودآگاهی پیدا کردند و متوجه شدت نیازهای خود شدند.
۱۲	اختتامیه جلسات درمانی	ارزیابی محتوای آموزشی جلسات قبلی و اجرای پس‌آزمون و پاسخگویی افراد نمونه به پرسشنامه‌های پژوهش.

جلسات درمان پذیرش-تعهد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۲ جلسه اقتباس پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون[2](۲۰۰۹) است که گروه آزمایش آموزش می‌بینند. از مبانی نظری این درمان نظریه زمینه گرایی کارکردی[3] و نظریه چارچوب رابطه‌ی ذهنی[4] می‌باشند. روایی این جلسات در

[1]. ten axioms of choice theory
[2]. Peterson, Eifert, Feingold & Davidson
[3]. functional contextualism
[4]. relational frame theory

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

پژوهش‌های امان اللهی، حیدریان فر، خجسته مهر و ایمانی (۱۳۹۳) و مرشدی، داورنیا، زهراکار، محمودی و شاکرمی (۱۳۹٤) تائید شده است.

جدول ۲. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقتباس از پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون (۲۰۰۹)

ردیف	موضوع جلسه	محتوای جلسات
۱	ارزیابی و جهت‌گیری درمان	گرفتن جزئیات از افرا آزمودنی، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معرفی تمرینات و اجرای پیش‌آزمون.
۲	ارزیابی‌های فردی	مصاحبه فردی، ارزش‌های بالقوه و مسئله انتخاب، معرفی مفهوم تغییر رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل تمرین ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
۳	ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابطه‌ای بی اثر	تعریف پذیرش، شناسایی ارزش‌ها و بحث در مورد آن، پذیرش وقایع شخصی بدون درگیری با آن‌ها ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
٤	تمرکز حواس و پذیرش	معرفی پذیرش و تمرکز حواس، تمرین پذیرش افکار و احساسات
٥	همجوشی شناختی	تشریح توضیح رابطه منفی افکار برای افراد آزمودنی، تمرین راننده اتوبوس، افکار بر روی برگه‌های تمرین.
٦	مشاهده‌ی افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با فرد، افکار بر روی برگه‌های تمرین، تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه
۷	انتخاب جهت ارزش-ها	کمک به افراد برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی، تمرین چه چیزی در زندگی/رابطه در حال حاضر می‌خواهم.
۸	شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده‌ی خود	بازبینی کاربرگ ارزش‌ها، بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک به افراد تا به‌جای غلبه بر آن‌ها با آن‌ها حرکت کنند. تمرین نوشتن بر روی سنگ قبر، کاربرگ عمل متعهد، بازبینی تمرین راننده‌ی اتوبوس.
۹	ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه	معرفی تمایل، بازبینی تمرین راننده اتوبوس و کاربرگ عمل متعهد.
۱۰	خود به‌عنوان زمینه در این رابطه	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، تجربه داشتن زوج ها در خود به‌عنوان زمینه رابطه، کاربرگ اقدام متعهد، استعاره صفحه‌ای شطرنج
۱۱	پذیرش و اقدام متعهد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه‌ی عمل متعهد، کاربرگ اقدام متعهد
۱۲	کار در جهت پایان	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان، گرفتن کاربرگ اقدام متعهد در خانه و اجرای پس‌آزمون

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

یافته‌ها

جدول ۳. میانگین، انحراف معیار و آزمون نرمال بودن متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	سنجش	میانگین ± انحراف معیار		
		آزمایش (نظریه انتخاب)	آزمایش (اکت)	کنترل
تفکر عاملی	پیش‌آزمون	۰/۸۲±۱۲/۷۰	۰/۷۰±۱۲/۶۰	۰/۷۱±۱۲/۵۰
	پس‌آزمون	۰/۸۸±۱۳/۹۰	۰/۹۵±۱۳/۷۰	۰/۶۹±۱۲/۷۰
تفکر راهبردی	پیش‌آزمون	۰/۷۰±۱۲/۴۰	۰/۷۱±۱۲/۵۰	۰/۷۰±۱۲/۴۰
	پس‌آزمون	۱/۲۷±۱۵/۵۰	۰/۹۷±۱۵/۶۰	۰/۸۲±۱۲/۷۰
شایستگی فردی	پیش‌آزمون	۰/۸۲±۱۵/۷۰	۰/۸۴±۱۵/۴۰	۰/۶۳±۱۵/۲۰
	پس‌آزمون	۱/۰۳±۱۷/۲۰	۱/۵۷±۱۷/۳۰	۰/۸۵±۱۵/۵۰
تحمل عاطفه منفی	پیش‌آزمون	۰/۸۲±۱۵/۰۰	۰/۷۴±۱۵/۱۰	۰/۶۷±۱۴/۷۰
	پس‌آزمون	۱/۱۳±۱۷/۲۰	۱/۲۰±۱۷/۱۰	۰/۹۲±۱۴/۸۰
پذیرش مثبت تغییر	پیش‌آزمون	۰/۷۴±۸/۱۰	۰/۸۲±۸/۰۰	۰/۶۳±۸/۲۰
	پس‌آزمون	۰/۷۴±۹/۱۰	۰/۷۰±۹/۶۰	۰/۶۲±۸/۲۰
کنترل	پیش‌آزمون	۰/۶۷±۵/۷۰	۰/۵۳±۵/۵۰	۰/۵۳±۵/۵۰
	پس‌آزمون	۰/۷۰±۷/۴۰	۰/۵۲±۷/۵۰	۱/۰۳±۵/۸۰
تأثیرات معنوی	پیش‌آزمون	۰/۸۵±۴/۵۰	۰/۷۴±۴/۱۰	۰/۸۸±۴/۱۰
	پس‌آزمون	۱/۰۳±۶/۲۰	۰/۷۹±۵/۲۰	۱/۰۳±۴/۲۰

جدول شماره ۳ میانگین، انحراف معیار و آزمون نرمال بودن متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد که در این جدول آماره‌های نرمال بودن بررسی‌شده است که متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال می‌باشند. در ادامه خلاصه آزمون‌های چندمتغیری پس‌آزمون متغیرهای پژوهش نشان داد که آماره چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکز برای متغیرهای موردنظر [(sig=۰/۰۰۱ و F=۶/۳۱۰] در سطح ۰/۹۹ درصد معنی‌دار است. بعدازاین به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هرکدام از متغیرهای وابسته به‌طور جداگانه از متغیر مستقل اثر پذیرفته است یا خیر؟ به‌منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون امید به زندگی و تاب‌آوری، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ٤ ارائه‌شده است.

جدول ٤. نتایج بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته	آماره آزمون F	معنی‌داری	ضریب تأثیر	توان آماری
تفکر عاملی	۷/۰۵۹	۰/۰۰۵	۰/٤۱٤	۰/۸۸٦
تفکر راهبردی	۱۹/۲۹٤	۰/۰۰۱	۰/٦٥۹	۰/۹۹۹
شایستگی فردی	٥/۲۹۲	۰/۰۱٤	۰/۳٤٦	۰/۷۷٤
تحمل عاطفه منفی	۱۲/٤٦۷	۰/۰۰۱	۰/٥٥٥	۰/۹۹۰
پذیرش مثبت تغییر	۲۲/۷۸۲	۰/۰۰۱	۰/٦۹٥	۰/۹۹۹

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

کنترل	۱۶/۱۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۷	۰/۹۹۸
تأثیرات معنوی	۷/۹۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴۱	۰/۹۱۹

چنانچه در جدول ٤-١٣- مشاهده می‌شود استفاده از درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره مشخص نکرده است که تأثیر ایجادشده در مرحله پس‌آزمون مربوط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش‌تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار از آزمون تعقیبی به «روش بن‌فرونی» استفاده‌شده است که نتایج در جدول ۵- آمده است.

جدول ۵. مقایسه‌ی زوجی با استفاده از آزمون بن فرونی به‌منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر امید به زندگی و تاب‌آوری

متغیرها	گروه مبنا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
تفکر عاملی	تفاوت نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد	۰/۰۹۱	۰/۹۹۹
	تفاوت نظریه انتخاب با گروه کنترل	۰/۹۱۸*	۰/۰۱۰
	تفاوت درمان پذیرش-تعهد با گروه کنترل	۰/۸۲۷*	۰/۰۱۲
تفکر راهبردی	تفاوت نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد	۰/۱٦٤	۰/۹۹۹
	تفاوت نظریه انتخاب با گروه کنترل	۳/۰۲۳*	۰/۰۰۱
	تفاوت درمان پذیرش-تعهد با گروه کنترل	۲/۸۵۹*	۰/۰۰۱
شایستگی فردی	تفاوت نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد	۰/۲۸۷	۰/۹۹۹
	تفاوت نظریه انتخاب با گروه کنترل	۱/۷۷۱*	۰/۰۱٦
	تفاوت درمان پذیرش-تعهد با گروه کنترل	۱/٤۸٤*	۰/۰٤٦
تحمل عاطفه منفی	تفاوت نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد	۰/٤۰٤	۰/۹۹۹
	تفاوت نظریه انتخاب با گروه کنترل	۲/٦٤۳*	۰/۰۰۱
	تفاوت درمان پذیرش-تعهد با گروه کنترل	۲/۲۳۹*	۰/۰۰۱
پذیرش مثبت تغییر	تفاوت نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد	۰/٦۰۵	۰/۰۵٦
	تفاوت نظریه انتخاب با گروه کنترل	۱/۵٦۹*	۰/۰۰۱
	تفاوت درمان پذیرش-تعهد با گروه کنترل	-۱/۹٦٤*	۰/۰۰۳
کنترل	تفاوت نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد	۰/۱۹٦	۰/۹۹۹
	تفاوت نظریه انتخاب با گروه کنترل	۱/۵۱۰*	۰/۰۰۱
	تفاوت درمان پذیرش-تعهد با گروه کنترل	۱/۳۱٤*	۰/۰۰۱

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

تأثیرات معنوی	تفاوت نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد	۰/۸۹۲	۰/۱۷٤
	تفاوت نظریه انتخاب با گروه کنترل	۱/۸۸٤*	۰/۰۰۲
	تفاوت درمان پذیرش-تعهد با گروه کنترل	۱/۹۹۳*	۰/۱۰۳

با توجه به جدول ۵- نتایج نشان داد که تفاوت میانگین تفاوت نظریه انتخاب با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین تفاوت درمان پذیرش-تعهد با گروه کنترل است که نشان‌دهنده آن است که درمان مبتنی بر نظریه انتخاب اثربخشی بیشتری بر افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری دارد. درنتیجه می‌توان گفت درمان مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان پذیرش-تعهد در مقایسه با گروه کنترل با اطمینان ۹۹ درصد در افزایش بر ابعاد امید به زندگی و تاب‌آوری نقش داشته‌اند، اما درمان مبتنی بر نظریه انتخاب اثربخشی بیشتری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار شهر تهران بود. نتایج نشان داد که هر دو مداخله درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد به‌کاررفته در این پژوهش می‌توانند امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار شهر تهران را بهبود بخشند، اما درمان مبتنی بر نظریه انتخاب دارای تأثیر بیشتری بر امید به زندگی و تاب‌آوری بود. بر اساس نتایج این پژوهش، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش-تعهد مداخلات مؤثری در بهبود امید به زندگی و تاب‌آوری دارند، اما تأثیر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر بیشتر بود. این نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج تحقیقات گلاسر (۲۰۱۹)، محمدی، برجعلی و سهرابی (۱۳۹۷) و پولاکاناهو و همکاران (۲۰۱۹) همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار می‌توان گفت که از نظر گلاسر، تمام اعمالی که انجام می‌دهیم رفتار است و تقریباً تمام رفتارهای ما انتخاب می‌شود و انتخاب‌ها با غرایز درونی و نیازهای اساسی هدایت می‌شود. بر اساس این نظریه، انسان‌ها دارای انگیزه‌های درونی هستند تا نیاز عشق و تعلق‌خاطر، احساس قدرت کردن، آزادی، بقا، سلامت و تفریح را محقق کنند. مردم می‌توانند با انتخاب آگاهانه احساسات و رفتارشان، زندگی خود را بهتر کنند. او در خلاصه بندی واقعیت درمانی یا آنچه بعدها نظریه کنترل نام گرفت، بر این نکته پافشاری می‌کند که انسان‌ها همیشه به نحوی رفتار می‌کنند که دنیا و خودشان را به‌عنوان بخشی از دنیا کنترل کنند تا نیازهای اصلی‌شان را حفظ نمایند (گلاسر، ۲۰۰۳). آموزش به شیوه نظریه انتخاب گلاسر می‌تواند باعث طرز تفکر منطقی شود و همچنین ازآنجایی‌که درمان مبتنی بر نظریه انتخاب با ایجاد نگاهی منطقی به زندگی می‌تواند به افراد کمک کند تا بتوانند با مشکلات کنار بیایند و به حل مشکلات بپردازند و با اطلاعات و آگاهی منطقی برای کسب موقعیت فردی تلاش بیشتری کنند که تلاش بیشتر منجر به کسب موفقیت بیشتری نسبت به دیگران می‌شود. این افزایش موفقیت باعث افزایش اعتماد به غریزه فردی می‌شود. درمان مبتنی بر نظریه انتخاب، بر نظریه کنترل مبتنی است و فرض را بر این می‌گذارد که مردم، مسئول زندگی خویش و اعمال، احساسات و رفتارشان هستند. این امر مسلماً می‌تواند تا حدودی برای بیماران تسکین‌بخش باشد. این درمان می‌تواند منجر به کاهش عواطف منفی در بین

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

افراد گردد (جاماسیان مبارکه و دوکانه‌ای فرد، ۱۳۹۶). لذا وقتی عواطف منفی در زنان سرپرست خانوار پایین باشد، هیجانات منفی کمتری را تجربه می‌کنند و این امر می‌تواند امید به زندگی را در آنان بالا ببرد و تاب‌آوری بیشتری در رویارویی با مشکلات و فشارهای زندگی روزمره داشته باشند.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار می‌توان گفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر این فرض استوار است که انسان‌ها بسیاری از احساسات هیجانات یا افکار درونی شان را آزارنده می‌یابند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی در اجتناب از آن‌ها داشته است (صمدی و دوستکام، ۱۳۹۶). هدف این درمان کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی ناچاراً با خود دارد (بستامی، گودرزی، دوران و تقوا، ۱۳۹۵). در این دیدگاه، رنج انسان‌ها ریشه در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد که به‌وسیله همجوشی شناختی و اجتناب از تجارب ایجادشده و آنچه آسیب‌زا تلقی می‌شود، تمایل به جذب تجارب و جنگ با آن‌ها از طریق اجتناب کردن از تجارب است. هدف اصلی این رویکرد آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که در زندگی به‌اجبار برای او ایجادشده، یک زندگی پربار و معنادار برای خود ایجاد کند. در این رویکرد به‌محض اینکه افکار، احساسات و خاطرات برچسب علائم و نشانه‌ها می‌خورند، بدون درنگ نزاع و کشمکشی با آنان شروع می‌شود؛ زیرا این علائم به‌عنوان یک موضوع آسیب‌زا معنی می‌شوند. پذیرش و تعهد، ارتباط بین احساسات و افکار مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به‌عنوان علائم مرضی درک نکرده و حتی یاد بگیرند آن‌ها را بی‌ضرر درک کنند (تقوایی، جهانگیری و زارع بیدکی، ۱۳۹۸). لذا وقتی زنان سرپرست خانوار به‌واسطه درمان پذیرش-تعهد کنترل مؤثرتری بر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که در زندگی به‌اجبار برای او ایجادشده پیدا می‌کند، یک زندگی پربار و معنادار برای خود به وجود می‌آورد و این امر می‌تواند امید به زندگی را در آنان بالا ببرد و تاب‌آوری بیشتری در رویارویی با مشکلات و فشارهای زندگی روزمره داشته باشند.

ازآنجایی‌که این پژوهش بر روی زنان سرپرست خانوار شهر تهران صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به زنان سرپرست خانوار سایر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی اشاره باید احتیاط لازم توسط پژوهشگران و استفاده‌کنندگان از نتایج این پژوهش صورت گیرد. این پژوهش می‌توانست هم به‌صورت کمی و کیفی (ترکیبی) انجام شود، اما به دلیل نبود شرایط مصاحبه این امکان در پژوهش حاضر مهیا نبود و یکی از موانع و محدودیت‌های پژوهش این مورد بود. به دلیل نبود امکانات از نظر زمانی برگزاری دوره پیگیری در این پژوهش برای بررسی ماندگاری نتایج درمان مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی امید به زندگی و تاب‌آوری امکان‌پذیر نبود. لذا یکی از محدودیت‌های موجود در این پژوهش، نداشتن زمان کافی برای پیگیری تغییرات ایجادشده در طی زمان است که سؤالاتی را در زمینه پایداری نتایج باقی می‌گذارد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر زنان سرپرست خانوار نیز اجرا شود تا نتایج پژوهش‌ها باهم قابل‌مقایسه باشد. در پژوهش‌های آینده از طرح‌های ترکیبی (کیفی و کمی)، حجم نمونه بالاتر و روش‌های پیچیده‌تر آماری که امکان تحلیل عمیق‌تر و نتیجه‌گیری بهتر را فراهم می‌کنند، استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری بلندمدت استفاده شود تا

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

میزان اثرگذاری نظریه انتخاب و درمان پذیرش و تعهد مشخص شود. به مراکز مددکاری وابسته به بهزیستی پیشنهاد می‌شود که در کادر درمانی خود افراد روانشناس و مشاور نیز استخدام کنند تا با آموزش نظریه انتخاب و درمان پذیرش و تعهد درصدد کاهش مشکلات زنان سرپرست خانوار فعالیت کنند.

منابع

- احمدیان، ناهید؛ تبریزی، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری والدین کودکان اتیسم در شهر اصفهان. *تعلیم و تربیت استثنایی، ۱*(۱۵۰)، ٤٥-۳۵.
- امان‌اللهی، عباس؛ حیدریان فر، نرگس؛ خجسته مهر، رضا؛ و ایمانی، مهدی. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوج‌ها. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ٤*(۱)، ۱۱۹-۱۰۳.
- اورکی، محمد؛ بیات، شهره؛ نجفی، محمدتقی؛ و نورمحمدی، احمد. (۱۳۹۷). رابطه باورهای فراشناخت، امید به زندگی و کیفیت زندگی با افسردگی بیمارستانی در بیماران کلیوی تحت همودیالیز شهر کرج. *مجله علوم پزشکی صدرا*، ٦ (۲)، ۸۷-۱۰۰.
- بستامی، مرتضی؛ گودرزی، ناصر؛ دوران، بهناز؛ و تقوا، ارسیا. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع دوم. *مجله علمی و پژوهشی ابن سینا، ۱۸* (۱)، ۱۸-۱۱.
- پورحسین، مهشید؛ خرسندی یامچی، اکبر؛ و فیروز کوهی برنج آبادی، مجید. (۱۳۹۷). تحلیل رابطه تاب‌آوری با ابعاد استرس شغلی در کارکنان نظام دانشگاهی (مورد مطالعه: دانشگاه‌های شهید بهشتی، علامه طباطبائی، یزد). *فصلنامه نامه آموزش عالی، ۱۱*(٤۳)، ۹۲-٦۹.
- تقوایی، داوود؛ جهانگیری، محمد مهدی؛ و زارع بیدکی، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقای سلامت مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۷*(۲)، ۱۵۳-۱٤۳.
- جاماسیان مبارکه، آزیتا؛ و دوکانه‌ای فرد، فریده. (۱۳۹٦). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی برافزایش تاب‌آوری، امیدبه زندگی وبهبودکیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری صارم. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸*(۲۹)، ۲٦۲-۲۳۷.
- جنادله، جالد؛ بساک نژاد، سودابه؛ یونسی، عیدان؛ و سعادتمند، خدیجه. (۱۳۹۷). رابطه‌ی حساسیت اضطرابی، اجتناب تجربی و تاب‌آوری با اضطراب امتحان در دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی بالینی، ۱۰*(۱)، ۷۸-۷۱.
- حسینی‌نیا، نرگس؛ و حاتمی، حمیدرضا. (۱۳۹۸). پیش‌بینی کیفیت زندگی بر مبنای بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در بازنشستگان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۰*(۱)، ۹۷-۸۱.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ متین، لیلا؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا؛ و ثناگو، اکرم. (۱۳۹۸). بررسی بسته آموزشی آگاهی افزایی تغییرات بلوغ بر تاب‌آوری و تحمل پریشانی نوجوانان دختر. *نشریه روان پرستاری، ۷*(۱)، ۸-۱.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

- خواستاری، سهیلا؛ و عسگری، پرویز. (۱۳۹۸). رابطه بین تنظیم هیجانی، انعطاف‌پذیری کنشی و خودکارآمدی با خلاقیت هیجانی هنرمندان نقاش شهر اهواز. *مجله سلامت اجتماعی*، ٦(۲)، ۱٥٦-۱٤۹.
- رزمی سوها، مهران. (۱۳۹٤). مقایسه امید به زندگی و تاب‌آوری در زنان سرپرست خانوار و زنان عادی. *فصلنامه علمی و پژوهشی خانواده و بهداشت*، ٤(٤)، ۱۰-۱.
- روحانی، عباس؛ و اشراقی، حمید. (۱۳۹۸). اثربخشی استعاره درمانی گروهی بر رضایت از مدرسه و تاب‌آوری دانش آموزای دارای اُفت تحصیلی. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱٦(۳۳)، ۷٤-٤۹.
- سقائیان، اعظم السادات؛ بهمنی، بهمن؛ اسکندری، مهدی؛ و عسگری، علی. (۱۳۹٤). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ٥(۲)، ۱٥-٥.
- شیخ‌الاسلامی، علی؛ و پارسا، معصومه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش دعا و نیایش بر استرس ادراک‌شده‌ی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته‌ی امداد امام خمینی. *مجله در دین و سلامت*، ٤(٥)، ۲٦-۱۷.
- شیشه‌فر، هدیه؛ و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹٦). اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر افزایش شادکامی و مسئولیت پذیری و کاهش احساس تنهایی. *مجله پژوهشنامه تربیتی*، ۱۲(٥۲)، ۱٦٦-۱٤٥.
- صابری فرد، فرشته؛ و حاجی اربابی، فاطمه. (۱۳۹۸). رابطه جو عاطفی خانواده با خود تنظیمی هیجانی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه آزاد مشهد. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ٦(۱)، ٦۳-٤۹.
- صمدی، حمید؛ و دوستکام، محسن. (۱۳۹٦). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی زنان نابارور. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۱ (٤۳)، ٦-٦۷.
- صمدی فرد، حمیدرضا؛ و نریمانی، محمد. (۱۳۹۷). امید به زندگی در همسران جانبازان. *طب جانباز*، ۱۰ (۳)، ۱٥٦-۱٥۱.
- محمدی، زهرا؛ برجعلی، احمد؛ و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی تهران. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ٥(٥)، ۹۱-۸۱.
- مرشدی، مهدی؛ داورنیا، رضا؛ زهراکار، کیانوش؛ محمودی، محمد جلال؛ و شاکرمی، محمد. (۱۳۹٤). کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج ها. *پژوهش پرستاری*، ۱۰(٤)، ۸۷-۷٦.
- میرزانیا، زهرا؛ نیکنام شربیانی، الهه؛ و حیاتی، مژگان. (۱۳۹۷). اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب برافزایش رضایت زناشویی و عزت‌نفس جنسی و کاهش تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۳(۲۱)، ۸۱-٦۱.
- نصرتی، رقیه؛ مومنی، خدامراد؛ مزده، مهردخت؛ و کرمی، جهانگیر. (۱۳۹۷). رابطه سرمایه روان شناختی و پذیرش بیماری با رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله سلامت و مراقبت*، ۲۰(۲)، ۱۲۲-۱۱٤.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

- Chang, E. C., Chang, O. D., Lee, J., Lucas, A. G., Li, M., Castro, K. M., & Wu, K. (2018). Going beyond ethnoracial discrimination and social support in accounting for psychological adjustment: Evidence for the importance of hope as a positive psychological construct in multiethnoracial adults. *The Journal of Positive Psychology*, 1-13.
- Conner, K.M., & Davidson, J, R. (2003). Development of a new resilience scale. *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Dai, Y. D., Zhuang, W. L., & Huan, T. C. (2019). Engage or quit? The moderating role of abusive supervision between resilience, intention to leave and work engagement. *Tourism Management*, *70*, 69-77.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, *49* (1), 71-75.
- Galin, S., Heruti, I., Barak, N., & Gotkine, M. (2018). Hope and self-efficacy are associated with better satisfaction with life in people with ALS. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 1-8.
- García-León, M. Á., González-Gómez, A., Robles-Ortega, H., Padilla, J. L., & Peralta-Ramírez, M. I. (2019). Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in the Spanish population. *Anales De Psicologia*, *35*(1), 33-40.
- Glasser, W. (2003). *Warning: Psychiatry can be hazardous to your mental health*. HarperCollins Publishers.
- Glasser, W. (2010). *Reality Therapy: A New Approach to Psychiatry*. New York: Harper Collins Publication
- Glasser, W. (2019). Reality/Choice Theory. *Contemporary Case Studies in School Counseling*, 79.
- Gras Pérez, M. E., Font-Mayolas, S., Baltasar Bagué, A., Patiño Masó, J., Sullman, M. J., & Planes Pedra, M. (2019). The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) amongst young spanish adults= La escala de resiliencia de Connor-Davidson en adultos españoles jóvenes. *Clínica y Salud: Investigación Empírica en Psicologia 30*(2), 1-7.
- Hellman, C. M., Worley, J. A., & Munoz, R. T. (2018). Hope as a Coping Resource for Caregiver Resilience and Well-Being. In *Family Caregiving* (pp. 81-98). Springer, Cham.
- Herrero, R., Mira, A., Cormo, G., Etchemendy, E., Baños, R., García-Palacios, A., & Görlich, D. (2019). An Internet based intervention for improving resilience and coping strategies in university students: Study protocol for a randomized controlled trial. *Internet interventions*, *16*, 43-51.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. *Self-efficacy: Thought control of action*, *195213*.
- Peterson, B.D., Eifert, G.H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cogn Behav Pract*. *16*(4), 430–442.
- Puolakanaho, A., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Muotka, J. S., Hirvonen, R., Eklund, K. M., & Kiuru, N. (2019). Reducing stress and enhancing academic buoyancy among

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

adolescents using a brief web-based program based on acceptance and commitment therapy: A randomized controlled trial. *Journal of youth and adolescence*, *48*(2), 287-305.

- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., & Sigmon, S. T. (1991). The will and the ways: Development and validation of an Individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 570–585.
- Witvliet, C. V., Richie, F. J., Root Luna, L. M., & Van Tongeren, D. R. (2018). Gratitude predicts hope and happiness: A two-study assessment of traits and states. *The Journal of Positive Psychology*, 1-12.

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]

The comparison of effectiveness of therapy based on Glaser choice theory and acceptance and commitment therapy on life expectancy and resilience of women heading households in Tehran city

Abstract

The purpose of this study was to comparison of effectiveness of therapy based on Glaser choice theory and acceptance and commitment therapy on life expectancy and resilience of women heading households in Tehran city. This experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group. The statistical population of this study included all the women heading households in Tehran city in year 2019, 45 women heading households were considered as the sample size in two experimental groups (each group of 10 women heading households) and control (10 women heading households). The experimental groups underwent therapy based on Glaser choice theory (12 sessions 60 minutes) and acceptance and commitment therapy (12 sessions 60 minutes), but the control group received no training. To collect data Adult Dispositional Hope Scale (ADHS) of Snyder and et al (1991) and Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in year 2003. Data analysis was performed using SPSS-24 software in two sections: descriptive and inferential (multivariable analyze of covariance and Bonferroni). The results showed that both of the therapy based on Glaser choice theory and acceptance and commitment therapy used in this study can significantly improve the life expectancy and resilience of women heading households. But the erapy based on Glaser choice theory has a greater impact on life expectancy and resilience of women heading households. Based on the results of this study, therapy based on Glaser choice theory and acceptance and commitment therapy are effective interventions on m life expectancy and resilience, but the effect of the therapy based on Glaser choice theory was greater.

Keywords: *therapy based on Glaser choice theory, acceptance and commitment therapy, life expectancy, resilience, heading households.*

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-10-09]