# Comparison between the effects of group-based acceptance and commitment therapy and group-based reality therapy on work-family conflict & psychological well-being of married female staffs

**Hajikaram A [1],Ghamari M[2],Amiri Majd M[3]**
1. Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran. ORCID ID: 0000-0001-6090-1036
2. Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran (Corresponding Author), Tel: +98-2632548061, Email: ghamari.m@abharian.ac.ir, ORCID ID: 0000-0003-0913-5561
3. Department of counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

## ABSTRACT
**Background and Aim:** Administration of the therapy protocols can increase psychological well-being with resultant decrease in the work-family conflict. The purpose of this study was to make a comparison between the effects of group-based acceptance and commitment therapy and group-based reality therapy on work-family conflict and psychological well-being with maintenance effect among married female tele-communication company staffs in Tehran, in 2018-2019.
**Materials and Methods:** This was a semi-experimental study with pre-test, post-test and follow-up design. 45 employees were selected purposefully and randomly were assigned to three groups. For data collection we used work-family questionnaire (Netemeyer, Boles & McMurrian, 1996) & psychological well-being scale (Ryff, 1989) and two therapeutic protocols (group-based acceptance and commitment therapy and group-based reality therapy). We used mix variance analysis and frequency measurement variance analysis.
**Results:** Comparison of the effects of group therapy with acceptance and commitment therapy with those of group-based reality therapy showed different results on reduction of work-family conflict. Also in regard to positive relationships with others (psychological well-being), acceptance and commitment therapy showed different efficacy compared to group therapy based on reality.
**Conclusion:** We concluded that group-based acceptance & commitment therapy can be used for improvement of the psychological well-being, and group-based reality therapy can be a suitable way for reduction of the work-family conflicts.
**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, Reality therapy, Work-family conflict, Psychological well-being, Married female employee
**Received:** May 5, 2019 **Accepted:** May 28, 2019

**How to cite the article:** Hajikaram A, Amiri Majd M, Ghamari M. Comparison between the effects of group-based acceptance and commitment therapy and group-based reality therapy on work-family conflict & psychological well-being of married female staffs. SJKU 2019; 24(3): 20-33.

[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]

# مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت‌درمانی بر تعارض کار- خانواده و بهزیستی روانی زنان متاهل شاغل با اثر ماندگاری

**آمنه حاجی کرم[1]، محمد قمری[2]، مجتبی امیری مجد[3]**

۱. گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران. شناسه ارکید: ۱۰۳۶-۶۰۹۰-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۲. گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران. (مولف مسئول)، تلفن ثابت: ۳۲۵۴۸۰۶۱-۰۲۶، پست الکترونیک: ghamari.m@abharian.ac.ir ، شناسه ارکید: ۵۵۶۱-۰۹۱۳-۰۰۰۳-۰۰۰۰.

۳. گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

## چکیده

**زمینه و هدف:** با اجرای پروتکل‌های درمانی می‌توان بهزیستی روانی را افزایش و تعارض کار- خانواده را کاهش داد. از این رو هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر تعارض کار- خانواده و بهزیستی روانی با اثر ماندگاری زنان متأهل شاغل در شرکت مخابرات شهر تهران در سال ۹۷-۱۳۹۶ می باشد.

**روش بررسی:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری بود. تعداد نمونه ۴۵ نفر بودند که به صورت هدفمند انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه تعارض کار- خانواده (نت مایر، برلژ و مک‌ماریان، ۱۹۹۶)، مقیاس بهزیستی روانی ریف (۱۹۸۹) و جهت مداخلات درمانی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۴) و پروتکل واقعیت‌درمانی گروهی استفاده شد. جهت آزمون فرضیه‌های تحقیق از تحلیل واریانس آمیخته و تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده‌شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد، اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر واقعیت‌درمانی با گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تعارض کار-خانواده متفاوت است و همچنین؛ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه‌درمانی مبتنی بر واقعیت‌درمانی؛ در زیر مقیاس روابط مثبت با دیگران بهزیستی روانی متفاوت است. نتیجه اثر ماندگاری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی درماندگاری کاهش تعارض کار- خانواده متفاوت است.

**نتیجه‌گیری:** جهت افزایش بهزیستی روانی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برای کاهش تعارضات کار- خانواده می‌توان از مداخلات مبتنی بر واقعیت‌درمانی استفاده کرد.

**کلید واژه ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، واقعیت‌درمانی، تعارض کار- خانواده، بهزیستی روانی، زنان متأهل شاغل

وصول مقاله: ۹۸/۲/۱۵ اصلاحیه نهایی: ۹۸/۲/۳۰ پذیرش: ۹۸/۳/۷

[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]

**مقدمه**

با رشد فناوری و صنعتی‌شدن جوامع، به نظر می‌رسد که تکیه خانواده‌ها، تنها به درآمد مردان، امکان‌پذیر نیست و در بیشتر جوامع، زن نیز مانند مرد، در بیرون از خانه کار می‌کند (۱). این مسئله گاهی منجر به تعارض کار- خانواده می‌گردد. تعارض خانواده- کار می‌تواند به عنوان منبع اصلی تنیدگی با پیامدهای منفی مانند: افزایش خطر سلامت زنان شاغل، انجام وظایف والدینی و همسری به شکل ناکارآمد، کاهش رضایت زناشویی و سلامت روانی باشد (۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد وقت بیشتری را صرف نقش‌هایی می‌کنند که بیش از همه برای آنها اهمیت دارند و در نتیجه وقت کمتری را برای سایر نقش‌ها در نظر می‌گیرند و این امر احتمال بروز تعارض نقش را افزایش می‌دهد (۳). در یک تحقیق نشان داده شده که تعارض کار- خانواده با کاهش رضایت شغلی و زناشویی همراه است (۴). همچنین با افزایش استرس نقش شغلی، رضایت از زندگی کاهش می‌یابد (۵). به طور کلی؛ تعارض کار-خانواده برای افراد و سازمان به یک اندازه اهمیت دارد. زیرا تعارض، برای افراد به‌عنوان منبع اصلی استرس یا پیامدهای منفی از جمله افزایش خطرهایی برای سلامتی والدین شاغل، انجام ضعیف وظایف والدینی و همسری، بدخلقی، کاهش رضایت از زندگی، سلامت روانی پایین همبسته بوده و برای سازمان‌ها با کاهش بهره‌وری، افزایش تأخیرو غیبت کارکنان از کار، افزایش کناره‌گیری از کار و کاهش تعهد شغلی سازمانی در پی خواهد داشت (۶).

با ظهور روان‌شناسی مثبت‌نگر، این شگفت‌آور نیست که جنبه‌های مثبت بهداشت و سلامت در روان‌شناسی سلامت شغلی طرفداران بیشتری پیدا کند. یکی از این جنبه‌های مثبت، بهزیستی روانی است. مبحث سلامت روانی و بهزیستی روانی در دو دهه اخیر در ادبیات پژوهشی به وفور مورد بررسی قرار گرفته و دامنه مطالعات آن از حوزه زندگی فردی به تعاملات اجتماعی و شغلی کشیده شده‌است (۷). در راستای تعریف این سازه مفهومی (۸) باید گفت که بهزیستی روانی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین هدف‌های معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرآیند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آیند و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شوند (۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله رویکردهایی است که از طریق افزایش ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار)، ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دست‌یابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کنند. این رویکرد درمانی دارای شش فرایند مرکزی می‌باشد که در نهایت منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند (۱۰). این شش فرآیند عبارتند از: این شش فرآیند عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد (۱۱). واقعیت‌درمانی نیز از درمان‌های مؤثری می‌باشد که اثربخشی آن در گروه‌های جمعیتی گوناگون به اثبات رسیده است. گلاسر، بنیان‌گذار این رویکرد، معتقد است هر فردی هویتی دارد که به وسیله آن احساس موفقیت و یا عدم موفقیت نسبی می‌کند. وی هویت را آن تصویری می‌داند که فرد از خود دارد. هویت‌یابی ابتدایی تمام افراد با هویت توفیق آغاز می‌شود، اما مقارن با سن ۴ یا ۵ سالگی، که هم‌زمان با سن مدرسه رفتن است، هویت شکست هم ظاهر می‌گردد، زیرا در این سن است که فرد به ایجاد و توسعه‌مهارت‌های اجتماعی، گویایی، عقلانی و تفکر می‌پردازد و اگر نتواند ارزیابی درستی از خود داشته باشد و فقط به ارزیابی دیگران توجه کند، هویت شکست در او شکل می‌گیرد. رفتار نیز مؤلفه‌ای از رویکرد واقعیت‌درمانی است که در آن بر تغییر زندگی از طریق تغییر رفتار تأکید می‌شود و بیماران باید تشخیص دهند که چه رفتارهایی برای آنها مؤثر و چه رفتارهایی زیان‌بخش هستند؛ این امر به معنای کشف کلیت رفتا می‌باشد (۱۲).



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]

تحقیقات گوناگونی به‌صورت جداگانه تاثیر این دو پروتکل درمانی را بر روی تعارض کار- خانواده و بهزیستی روانی در جوامع مختلف نشان داده‌اند. برای مثال؛ پژوهشگران در پژوهشی نشان دادند که زوج درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی تاثیر داشته‌اند (۱۳). در پژوهش دیگری نشان داده شد که مداخلات مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی کارکنان به طور معناداری تأثیر دارد (۱۴). در مطالعه‌ای محققان به این نتیجه رسیدند که در گروه آزمایشی ترکیبی دارای اضطراب و افسردگی نسبت به دیگر گروه‌ها، پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر واقع شده است (۱۵). در مطالعه دیگری به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثر چشمگیری بر روی علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران سکته‌ای دارد (۱۶). محققان در طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش روان‌شناختی اعضاء خانواده، خود برچسب‌زنی و افسردگی زنان خانه‌دار دچار ایدز کاهش داده‌اند (۱۷). پژوهشگران در مطالعه‌ای یافتند که آموزش واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر روی روابط بین فردی و در کل سلامت روان آموزش‌دیدگان بهتر از قبل از دوره آموزش شده است (۱۸).

همانگونه که بیان شد؛ پژوهش‌های اندکی چه در خارج و چه در داخل با این جامعیت انجام نشده که بتواند این متغیرها را پوشش دهد و همین موضوع یکی از دلایل انجام این پژوهش بود. از سویی؛ وجود رابطه بین هرکدام از این متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک و تأثیرگذاری آنها و یا متغیرهای دیگر مورد توجه بودها ست. در این پژوهش، محقق به دنبال پاسخگویی به این سئوال می‌باشد که آیا بین تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر تعارض کار- خانواده و بهزیستی روانی زنان متأهل شاغل در شرکت مخابرات تفاوت وجود دارد؟.

## روش بررسی

### نوع مطالعه و نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود که به طور مقطعی در سال۹۷-۱۳۹۶ انجام شد. نمونه این مطالعه شامل ۴۵ نفر از کارکنان زن متأهل شرکت مخابرات منطقه تهران بود که به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند، با توجه به ماهیت جامعه مورد پژوهش، برای انتخاب نمونه این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند با واگذاری تصادفی استفاده شد. در این مطالعه با توجه به ماهیت مداخله‌ای بودن کار از ۱۵ نفر به صورت گروه‌های برابر همتاسازی استفاده شده است. البته می‌توان در چنین مطالعاتی بر اساس فرمول کوکران و در نظر گرفتن خطای نوع اول و دوم و تفاوت میانگین مورد انتظار در گروه‌های مطالعه، حجم نمونه برابر با ۱۲ نفر به عنوان نمونه استفاده کرد که محقق به دلیل توجه به فاکتور اندازه اثر، افت آزمودنی ها و ماهیت تحقیق به سه گروه ۱۵ نفر در هر گروه را انتخاب کرده است. از جمله رعایت ملاحظات اخلاقی در این مطالعه می توان به محرمانه بودن نام و اطلاعات کارکنان در حین گردآوری اطلاعات و کسب رضایت شخصی آنها جهت مشارکت در این پژوهش را نام برد. در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

### مقیاس بهزیستی روانی ریف

ریف (۱۹۸۹) برای سنجش مدل نظری خود، در مورد بهزیستی روانی، یک ابزار خودگزارشی تهیه کرد که از مهم‌ترین سنجه‌های بهزیستی روانی به‌شمار می‌رود. نخستین نوشتار این ابزار دارای ۱۲۰ سوال بود. در سال‌های بعد براساس پژوهش‌هایی که روی ویژگی‌های روان‌سنجی آن انجام شد، نسخه‌های کوتاه‌تر ۴۰، ۸۴، ۴۲، ۲۴، ۱۸، ۱۴، ۹ و ۳ سئوالی تدوین شد. ریف خود معتقد است که نسخه‌ی ۸۴ سئوالی آزمون در مقایسه با سایر نوشتارها قابلیت بیشتری در تعیین وضعیت بهزیستی روانی دارد. او نسخه ۸۴ سوالی را در سال ۱۹۸۹ تدوین نمود. در نوشتار ۸۴ سوالی برای هر



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]

عامل ۱۴ سوال اختصاص یافته است. این عوامل شامل خویشتن‌پذیری، تسلّط بر محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، هدف در زندگی و خود پیروی هستند. ضمن این‌که مجموع نمرات این شش عامل نیز به صورت نمره کلی بهزیستی روانی محاسبه می‌شود (ریف و کیز ۱۹۹۵). در ایران، بیانی و همکاران (۱۳۸۷) روایی و پایایی نسخه ۸۴ سئوالی را روی نمونه‌ای از دانشجویان بررسی کردند. پایایی از طریق بازآزمایی، ضریب به دست آمده برای نمره کلی را ۰/۸۲، پذیرش خود ۰/۷۱، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۷، خودپیروی ۰/۷۸، تسلط بر محیط ۰/۷۷، هدف‌مندی در زندگی ۰/۷۰ و رشد شخصی را ۰/۷۸ نشان داد. جهت بررسی روایی نیز از آزمون‌های رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و عزّت نفس روزنبرگ استفاده شد و همبستگی نمرات این آزمون‌ها با بهزیستی روانی، به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کلی را ۰/۸۱، پذیرش خود ۰/۷۸، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۶، خودپیروی ۰/۷۹، تسلط بر محیط ۰/۷۵، هدف‌مندی در زندگی ۰/۷۶ و رشد شخصی را ۰/۷۷ بدست آمد.

**پرسشنامه تعارض کار- خانواده (نت مایر، برلژ و مک-ماریان، ۱۹۹۶)**

این پرسشنامه توسط نت میرز، برلژ و مک ماریان (۱۹۹۶) ساخته شد (نت مایر، برلژ و مک‌ماریان، ۱۹۹۶) و دارای ۱۰ سئوال است که پنج سئوال اول آن تعارض کار- خانواده و پنج سئوال دوم تعارض خانواده-کار را بررسی می‌کند. تعارض کار- خانواده" سئوالات ۱-۲-۳-۴-۵، تعارض خانواده – کار= سئوالات ۶-۷-۸-۹-۱۰، نمره‌گذاری در این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از "کاملا مخالف" تا "کاملا موافق" است. نمره بیشتر به معنای تعارض بیشتر است. پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ برای قسمت اول ۰/۹۱ و برای قسمت دوم ۰/۸۸ به دست آمده است. روایی پرسشنامه توسط سازندگان پرسشنامه به روش همبستگی هر دو قسمت آن با ۱۶ سازه روان‌شناختی مثل رضایت از زندگی، رضایت شغلی، تعارض نقش و ابهام نقش بررسی شد. نتایج این بررسی حاکی از آن است که رضایت شغلی، رضایت از زندگی، با این پرسشنامه ارتباط منفی و تعارض و ابهام نقش با پرسشنامه ارتباط مثبت دارد (هنسی، ۲۰۰۵). سبک‌رو، کلهریان و طالقانی(۱۳۹۰) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش دادند. پایایی مقیاس در پژوهش افتخار صعادی و باوی (۱۳۹۲) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. روایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد.

جهت اجرای پژوهش، کلیه آزمودنی‌ها قبل و بعد از اجرای درمان پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی، آزمودنی‌های گروه آزمایش به همه گویه‌های پرسش‌نامه‌های بهزیستی روانی (ریف، ۱۹۸۹) و تعارض کار- خانواده (لذنت و همکاران، ۱۹۹۶) و سئوال‌های مرتبط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخ دادند. پژوهشگر نیز متعهد شد که برای رعایت اصول اخلاقی، پس از پایان پژوهش این مداخله را برای گروه کنترل نیز انجام دهد.

[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]

جدول ۱: محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسات | هدف | روند جلسات |
|---|---|---|
| جلسه اول | فهم کامل ماهیت اضطراب و شناخت راهبردهای مقابله با آن بر اساس نتایج پرسش‌نامه و یا هر روش دیگری | – معارفه تک تک اعضاء تشریح قوانین و قواعد مشاوره گروهی توسط گروه<br>– تعیین اهداف زیربنایی<br>– تعیین کوشش های قبلی مراجعین جهت مقابله با اضطراب<br>– توصیف افکار و نشانه‌ها<br>– استعاره ببر گرسنه<br>– معرفی سیستم کنترل ناکارآمد به مراجعین<br>– یادآوری این که کنترل خود مشکل ساز است.<br>– تکلیف خانگی: چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم؟ |
| جلسه دوم | کنترل به عنوان یک مشکل/کنترل رویدادهای شخصی | – ارائه استعاره (مرد در گودال)<br>– استعاره کیک شکلاتی<br>– توجه به اشتیاق مراجع<br>– تکلیف خانگی: برگه نگرانی ذهن آگاه |
| جلسه سوم | پرداختن به تجربه مراجع و تقویت و بازشناسی او از این موضوع که (کنترل خود معضل است) | – استعاره طناب کشی با غول<br>– استعاره دروغ سنج<br>– تأکید بر اهمیت ارتقاء و پرورش ذهن آگاهی<br>– تکلیف خانگی: برگه " عملکرد نگرانی چیست"؟ |
| جلسه چهارم | ایجاد یک جهت‌گیری برای توسعه مهارت های ذهن آگاهی به عنوان جایگزینی برای نگرانی و معرفی مفهوم گسلش | – استعاره پلی گراف<br>– تمرین استعاره شیر، شیر، شیر<br>– اشتیاق به عنوان جایگزینی برای کنترل استعاره دو مقیاس<br>– دستورالعمل مربوط به اشتیاق<br>– هیجانات شفاف در مقابل هیجانات مبهم<br>– معرفی ذهن آگاهی از طریق تمرین نفس کشیدن به طور ذهن آگاه.<br>– تکلیف خانگی: ادامه تمرین ذهن آگاهی |
| جلسه پنجم | معرفی اهمیت ارزش‌ها و چگونگی تمایز آنها از اهداف و تعیین اهداف رفتاری ساده، به منظور رسیدن به ارزش‌های مشخص. | – معرفی ارزش‌ها<br>– بحث در خصوص ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها<br>– انتخاب ارزشها: انتخاب‌ها در مقابل قضاوت‌ها /تصمیم‌ها<br>– شناسایی یک عمل باارزش (هدف رفتاری ) جهت انجام در طول هفته<br>– تکالیف خانگی<br>– ارائه برگه شناسایی ارزش ها، انجام یک عمل با ارزش |
| جلسه ششم | تداوم ایجاد یک جهت‌گیری نسبت به ذهن آگاهی و ارائه شیوه‌های عملی بیشتر برای پرورش گسلش | – شناسایی ارزش ها: استفاده از استعاره "سنگ قبر "<br>– دستورالعمل مهارت های ذهن آگاهی<br>– تمرین افزایش ذهن آگاهی<br>– تکالیف خانگی: شناسایی یک عمل با ارزش (هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته) |
| جلسه هفتم | توجه به عملکرد هیجانات، عادت به اجتناب رفتاری و تمایز بین هیجانات واضح و مبهم | – دستورالعمل و مباحثه در مورد عملکرد هیجانات<br>– دستورالعمل کنترل سیکل هیجانی<br>– اجتناب هیجانی (استعاره اجاق داغ)<br>– هیجانات واضح در مقابل هیجانات مبهم<br>– تکالیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی<br>– شناسایی یک عمل باارزش(تعیین هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته) |
| جلسه هشتم | معرفی تمایز بین خودهای مشاهده‌گر و خودهای مفهومی و شناسایی ارتباط بین مفهوم‌سازی‌های خود و اضطراب و نگرانی | – استعاره صفحه شطرنج<br>– بحث در مورد خود مشاهده‌گر در مقابل خو مفهومی.<br>– تمرین خودمشاهده‌گر<br>– شناسایی یک عمل باارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته.<br>– تکالیف خانگی: انجام عمل با ارزش مشخص |
| جلسه نهم | جلسه ارائه ایده تعهد به عنوان ابزاری برای حرکت به سوی اهداف مشخص و تقویت انتخاب‌ها جهت رسیدن به آن اهداف | – تعهد به عنوان یک فرآیند<br>– شناسایی گام‌های عملیاتی (اهداف کوچک تر در خدمت اهداف بزرگ تر)<br>– ارائه استعاره باغ داری<br>– موانع رسیدن به اهداف و اشتیاق‌ها جهت پذیرش آنها (استعاره حباب در جاده )<br>– استعاره مسافران در اتوبوس<br>– استعاره صعود به قله<br>– شناسایی یک عمل باارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته<br>– تکلیف خانگی: انجام یک عمل با ارزش مشخص |



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]

جدول ۲: پروتکل واقعیت‌درمانی گروهی

| جلسه | شرح |
|---|---|
| جلسه اول | تنظیم قوانین گروه با همکاری اعضای گروه، بررسی اهمیت و نقش مهارت‌های ارتباطی، آشنایی اعضاء گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی براعتماد میان اعضاء و مشاور و ابلاغ قوانین گروه. |
| جلسه دوم | شناختن ۵ نیاز اساسی انسان، فهرست بندی نیازهای اساسی اعضاء با تلاش خود آ نها و کمک مشاور و بررسی اهمیت برآوردن این نیازها. |
| جلسه سوم | دریافت بازخورد از جلسه قبل، و درخواست توضیح در مورد دید کلی اعضاء در مورد اشتغال و زندگی مشترک فعلی شان و بررسی علل نگرش اعضای گروه در مورد وضعیت فعلی زندگی. |
| جلسه چهارم | توضیح در مورد رفتارکلی و چهار مولفه آن (عمل، فکر، احساس، فیزیولوژی) و آموزش این موضوع که انسان قادر به کنترل مستقیم عمل و فکر است و دو مؤلفه دیگر رفتار را فقط به طور غیر مستقیم و با کنترل عمل و تفکر می‌توان کنترل کرد. |
| جلسه پنجم | تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضای گروه در استفاده از رفتار و اقدام کنونی برای اشتغال و بررسی اینکه رفتار فعلی شان برای رسیدن اعضاء به اهداف و نیازهای شان چه کمکی می‌تواند بکند. |
| جلسه ششم | دریافت بازخورد از جلسه قبل، کمک به اعضا برای شناختن رفتار و احساس کنونی شان، و کم اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تأکید برکنترل درونی نسبت به اشتغال. |
| جلسه هفتم | آشنایی اعضاء با مسئولیت‌های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت پذیری آ نها در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به گرایش نسبت به ناامیدی و کاهش شادکامی در قبال اشتغال می‌شوند. |
| جلسه هشتم | دریافت بازخورد از جلسه قبل، تعیین اهمیت برنامه‌ریزی جهت انجام سریع تر و بهتر کارها، و استفاده بهینه از وقت و آموزش طرح‌ریزی و برنامه‌ریزی مناسب برای رسیدن به سایر اهداف زندگی مشترک |
| جلسه نهم | جلسه نهم: آشنایی با مسائل تغییر و تعهد، و ارائه تکالیفی هر چند کوچک، بر مبنای افزایش عزت نفس، خودپنداره ارزشمند تا جلسه بعد و گرفتن تعهد کتبی از اعضاء برای اجرای حتمی آن و نپذیرفتن هیچ گونه عذر و بهانه. |
| جلسه دهم | جلسه دهم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، بررسی و تأکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضاء، کمک به اعضاء برای جایگزین کردن کنترول درونی، مواجه شدن 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. |

## یافته‌ها

از بین ۴۵ شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۱۵ نفر در گروه درمان پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر در گروه واقعیت‌درمانی و ۱۵ نفر در گروه کنترل قبل و بعد آموزش با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرارگرفتند. میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه درمان پذیرش و تعهد ۳۷/۱ با انحراف استاندارد ۴/۶۷؛ درگروه واقعیت‌درمانی ۳۸/۷ با انحراف استاندارد ۴/۴۰ و گروه کنترل ۳۷/۲ با انحراف استاندارد ۴/۶۳ بود که دامنه سنی از ۳۰ تا ۴۵ سال را شامل می‌شد. تمامی شرکت-کنندگان این پژوهش، کارکنان زن متأهل شرکت مخابرات منطقه تهران بودند (جدول ۳). میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی-گیری بعد از دو ماه مداخلات را نشان می‌دهد.



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]

جدول ۳: میانگین، انحراف استاندارد برای نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیرها | آزمون | تعهد و پذیرش | | واقعیت درمانی | | کنترل | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| تعارض کار- خانواده | پیش‌آزمون | ۶۶/۴۷ | ۱/۸۸۵ | ۶۵/۴۰ | ۲/۸۹۸ | ۶۶/۰۷ | ۳/۰۸۱ |
| | پس‌آزمون | ۵۴/۹۳ | ۴/۹۳۵ | ۵۱/۹۳ | ۳/۹۹۰ | ۶۵/۳۳ | ۲/۴۶۹ |
| | پیگیری | ۶۱/۴۷ | ۵/۷۳۰ | ۵۶/۱۳ | ۳/۹۹۸ | ۶۵/۰۷ | ۱/۹۸۱ |
| بهزیستی روانی | پیش‌آزمون | ۲۵۴/۲۰ | ۲۰/۱۳۶ | ۲۴۹/۷۳ | ۲۱/۵۷۲ | ۲۹۲/۸۰ | ۳۲/۱۷۹ |
| | پس‌آزمون | ۳۷۸/۴۷ | ۲۵/۸۰۴ | ۳۶۹/۸۰ | ۱۹/۹۴۰ | ۲۹۲/۸۰ | ۲۹/۰۸۹ |
| | پیگیری | ۳۵۱/۶۷ | ۲۴/۳۴۸ | ۳۴۴/۱۳ | ۲۱/۳۸۷ | ۲۹۴/۳۳ | ۲۹/۱۶۱ |

جدول ۴: میانگین‌های بهزیستی روانی و تعارض کار- خانواده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مطالعه

| گروه‌های مطالعه | | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
|---|---|---|---|---|
| تعهد و پذیرش | میانگین | ۲۰/۲۵۴ | ۴۷/۳۷۸ | ۶۷/۳۵۱ |
| | انحراف معیار | ۱۳۶/۲۰ | ۸۰۴/۲۵ | ۳۴۸/۲۴ |
| واقعیت‌درمانی | میانگین | ۷۳/۲۴۹ | ۸۰/۳۶۹ | ۱۳/۳۴۴ |
| | انحراف معیار | ۵۷۲/۲۱ | ۹۴۰/۱۹ | ۳۸۷/۲۱ |
| کنترل | میانگین | ۸۰/۲۹۰ | ۸۰/۲۹۲ | ۳۳/۲۹۴ |
| | انحراف معیار | ۱۷۹/۳۲ | ۰۸۹/۲۹ | ۱۶۱/۲۹ |
| کل | میانگین | ۹۱/۲۶۴ | ۰۲/۳۴۷ | ۰۴/۳۳۰ |
| | انحراف معیار | ۸۶۵/۳۰ | ۰۸۵/۴۶ | ۵۸۹/۳۵ |
| تعهد و پذیرش | میانگین | ۴۷/۶۶ | ۹۳/۵۴ | ۴۷/۶۱ |
| | انحراف معیار | ۸۸۵/۱ | ۹۳/۴ | ۷۳/۵ |
| واقعیت‌درمانی | میانگین | ۴۰/۶۵ | ۹۳/۵۱ | ۱۳/۵۶ |
| | انحراف معیار | ۸۹۸/۲ | ۹۹/۳ | ۹۹/۳ |
| کنترل | میانگین | ۰۷/۶۶ | ۳۳/۶۵ | ۰۷/۶۵ |
| | انحراف معیار | ۰۸۱/۳ | ۴۶/۲ | ۹۸/۱ |
| کل | میانگین | ۹۸/۶۵ | ۴۰/۵۷ | ۸۹/۶۰ |
| | انحراف معیار | ۶۵۰/۲ | ۹۶/۶ | ۵۲/۵ |

[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]

جدول ۵: نتایج تحلیل اندازه‌گیری تکراری و آزمون بین گروهی نمره‌های بهزیستی روانی و تعارض کار- خانواده در گروه‌های مورد مطالعه

| منبع تغییرات | وضعیت | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | ارزش F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| درون گروهی بهزیستی روانی | مراحل(**) | ۹۰۰/۹۵ | ۱ | ۹۰۰/۹۵ | ۲۳/۳۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸ |
| بین گروهی بهزیستی روانی | مداخله(**) | ۳۱۸۳/۴۵ | ۲ | ۱۵۹۱/۲۳ | ۱/۷۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۴ |
| تعامل | مراحل*مداخله(**) | ۴۲۷۲۴/۰۶ | ۲ | ۰۳۳/۲۱ | ۲۰۵/۶۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴ |
| | خطا | ۱۲۹۶/۵۳ | ۴۲ | ۳۰۸/۶۷ | | | |
| درون گروهی تعارض کار- خانواده | مراحل(**) | ۵۸۲/۶۷ | ۱ | ۵۸۲/۶۷ | ۴۴/۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱ |
| بین گروهی تعارض کار- خانواده | مداخله(**) | ۱۳۳۷/۲۰ | ۲ | ۶۶۸/۶۰ | ۴۲/۴۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۷ |
| تعامل | مراحل*مداخله(**) | ۲۵۶/۳۵ | ۲ | ۱۲۸/۱۷ | ۹/۷۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۲ |
| | خطا | ۵۵۲/۴۶ | ۴۲ | ۱۳/۱۵ | | | |

(*) معناداری در سطح ۰/۰۵، (**) معناداری در سطح ۰۱/

نتایج به دست آمده از تحلیل اندازه‌گیری تکراری و آزمون بین گروهی نمره‌های بهزیستی روانی و تعارض کار- خانواده در گروه‌های مطالعه را نشان می‌دهد که در تفاوت میان نمره‌های بهزیستی روانی و تعارض کار- خانواده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری از نظر آماری معنادار است (P<۰/۰۱). همچنین؛ نتایج آزمون بین گروهی نشان می‌دهد که تفاوت میان گروه‌ها از نظر آماری معنادار است (P<۰/۰۱). بنابراین؛ می‌توان وجود اختلاف بین گروه‌های مورد مطالعه را در پس‌آزمون و پی‌گیری در نمره‌های بهزیستی روانی و تعارض کار- خانواده را پذیرفت.

## بحث

هدف این مطالعه بررسی مقایسه‌ای اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت‌درمانی بر تعارض کار- خانواده و بهزیستی روانی زنان با اثر ماندگاری بود. جهت آزمون فرضیه‌های این پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. طبق نتایج به دست‌آمده، در بهزیستی روانی بین گروه‌های (گروه تعهد و پذیرش با گروه واقعیت‌درمانی) از نظر آماری تفاوت معناداری وجود ندارد، اما بین هر دو گروه (گروه تعهد و پذیرش با گروه واقعیت‌درمانی) با گروه کنترل از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر؛ نتایج نشان دادند که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی در ماندگاری افزایش بهزیستی روانی مؤثر هستند.

بنابراین، شواهد برای پذیرش این فرضیه کافی است. بر اساس نتایج به دست آمده از این فرضیه تحقیق می‌توان گفت که نتایج این پژوهش با مطالعه Yahyaee و همکاران در سال ۲۰۱۵ (۱۹)، Sianturi در سال ۲۰۱۸ (۱۶)، Jennings و همکاران در سال ۲۰۱۷ (۲۰)، Jazani Rasoli و Arefi در سال ۲۰۱۶ (۲۱)، Mohamadi و همکاران در سال ۲۰۱۵ (۲۲)، Rehm و همکاران در سال ۲۰۱۵ (۲۳) و Davis و همکاران در سال ۲۰۱۴ (۲۴) تقریباً همخوانی دارد.

در نظریه پذیرش و تعهد درمانی که اینجا لحاظ شد، به این نکته در سلامت روان تأکید دارد که به جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به کارمند کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]

شده خود را در محیط کاری پذیرفته و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات‌شان گردیده، خلاص نماید و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند. می‌توان بیان کرد که بهزیستی روان‌شناختی زمانی به‌وجود می‌آید که کارمند خود را دلیل پیامدهای فعالیت خود تشخیص داده و به رشد شخصی برسد. یعنی برای رسیدن به سطوح بالای عملکرد روانی باید به صورت پیوسته در جنبه‌های متفاوتی از زندگی رشد کند. در واقع؛ کارمند به طور مداوم در کارها درگیر می شوند تا مشکلات را حل کنند تا به موجب آن توانایی هایشان را گسترش دهند. تسلط بر محیط به معنای توانایی کارمند برای مدیریت زندگی شغلی وی است. با این توصیف فردی که حس تسلط بر محیط دارد، می‌تواند در جنبه‌های مختلف محیط مداخله کرده، تغییر دهد و ارتقا بخشد. ویژگی پذیرش و تعهد آن است که کارمند را نسبت به ریشه‌های مشکل شخصی‌اش و مکانیزم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می‌کند و بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می‌شود و به وی امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آن‌ها را برای کاهش تعارض کار- خانواده انتخاب نکند و به ریشه‌های زیستی مشکل فکر کند و فردیت خود را بیابد. اما واقعیت‌درمانی با تغییر منبع کنترل بیرونی و تبدیل کردن آن به منبع کنترل درونی به کارکنان می‌آموزد که خوشبختی و موفقیت آینده آن‌ها نه در اتفاقات گذشته شغلی است، بلکه در دستان خود آن‌هاست و آنها می‌توانند آینده شغلی خود را همان گونه که دوست دارند رقم بزنند.

دلیل این که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی در بهزیستی روانی زنان متأهل شاغل اثر ماندگار داشته‌اند این است که مولفه‌های هر دو پروتکل در جلسات تعیین شده دارای ساختارها و مفاهیم بهداشت روانی بوده که می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را بالا برده و حتی تداوم در طول زمان داشته باشند. نتایج این فرضیه بیانگر اثر معنادار ماندگاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر روی افزایش بهزیستی روانی است و نشان می‌دهد؛ درمان‌های ترکیبی می‌توانند تأثیر فوق‌العاده‌ای بر روی افزایش بهزیستی و سلامت روان‌شناختی داشته باشند.

طبق نتایج به‌دست‌آمده از فرضیه دیگر این مطالعه، در تعارض کار- خانواده بین گروه‌های (گروه تعهد و پذیرش با گروه واقعیت‌درمانی و کنترل) از نظر آماری تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر؛ نتایج نشان دادند که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی در ماندگاری کاهش تعارض کار- خانواده زنان متأهل شاغل مؤثر هستند. اما اثر گروه واقعیت‌درمانی بیشتر از گروه تعهد و پذیرش است. بنابراین، شواهد برای پذیرش این فرضیه کافی است. بر اساس نتایج مشابه به دست آمده از این فرضیه تحقیق می‌توان گفت که نتایج این پژوهش با مطالعه Ramzi و همکاران در سال ۲۰۱۵ (۲۵)، Lojk و همکاران در سال ۲۰۱۸ (۱۸)، Khaleghi (۲۶) و Brickell و Wubbolding در سال ۲۰۱۰ (۲۷) و Hale و Sindlinger در سال ۲۰۱۷ (۲۸) تقریباً همخوانی دارد. درمان مبتنی پذیرش و تعهد؛ ارزش‌ها را به عنوان کیفیت‌های انتخاب شده اعمال هدفمندانه جهت حل مسائل‌شان تعریف می‌کند و به کارکنان در اینجا آموخت تا بین انتخاب و قضاوت‌های مستدل تمایز قائل شوند و ارزش‌ها را انتخاب نمایند.

به کارکنان گفته شد تا آنچه را از زندگی شغلی خود می‌خواهند، بررسی کرده و آنها را در حوزه‌های مختلف زندگی از قبیل؛ زندگی شغلی، روابط صمیمانه، دوستی، رشد شخصی، سلامتی و معنویت مدنظر قرار دهند. اما در واقعیت‌درمانی به کارمند آموزش داده شد که تمامی راه حل‌های حل مسئله و مشکلات شغلی را بنویسد و سپس به تجزیه و تحلیل راه حل‌های پیشنهادی بپردازد. تا بتوانند از بین راه حل‌های مطرح شده، مناسب ترین راه را برگزینند و تصمیم‌گیری صحیح داشته باشد. دلایل اثربخشی واقعیت‌درمانی در تعارض کار- خانواده، مربوط به تغییرات شناختی ناشی از این راهبرد درمانی است. واقعیت‌درمانی به کارکنان می‌آموزد با به‌دست‌آوردن شناخت از خود و



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]

درون‌نگری به سمت تغییر حرکت کنند. زیرا وقتی شیوه زندگی یک‌نواخت (شغلی) به قدر کافی عمیق باشد، می‌تواند به یک دور نامطلوب تبدیل شود. از طرفی؛ گروه‌درمانی مبتنی بر واقعیت‌درمانی در ماندگاری کاهش تعارض کار- خانواده زنان متأهل شاغل مؤثرتر از گروه‌درمانی پذیرش و تعهد می‌باشد به این دلیل است که درمان پذیرش و تعهد افراد را مجبور می‌کند که فرد خود را مشاهده کند و با خود واقعی‌اش مواجه شود و این امر باعث وحشت و استفاده از مکانیسم فرار می‌شود. به‌همین‌دلیل مشارکت‌کنندگان به طور ناهوشیار ترجیح می‌دهند در مقابل آن مقاومت کنند و خود را نپذیرند و از آنجایی که واقعیت‌درمانی بر روی عمل افراد متمرکز است و فرد را به برنامه‌ریزی سریع وا می‌دارد، پذیرش و اجرای آن آسان تر به‌نظر می‌رسد. نتایج این فرضیه بیانگر اثر ماندگاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر روی کاهش تعارض کار- خانواده است و نشان می‌دهد درمان‌های ترکیبی می‌توانند تأثیر فوق‌العاده‌ای بر روی کاهش تعارض کار- خانواده و یا هر نوع تعارضی از این قبیل داشته باشند.

## نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت و ارزش سطح بهزیستی روان‌شناختی با اهداف پیش‌گیرانه و ارتقا سطح سلامت روان، فقدان این مهارت باعث کاهش ارزش-مندی در فرد خواهد شد. در نتیجه آموزش چنین مهارت‌هایی در کارکنان سازمان‌ها احساس کفایت، توانایی مؤثربودن، غلبه کردن بر مشکل یا سازگاری با ناکامی و افزایش عزت نفس، توانایی برنامه‌ریزی و رفتار هدف‌مند و یا تغییر اهداف مواجه شده با ناکامی و متناسب با مشکل را به‌وجود می‌آورد. داشتن درک روشنی از هدف در زندگی، احساس جهت یابی و هدف‌مندی پایه سلامت روانی به‌شمار می‌رود، این مقیاس نیز به کمک ویژگی‌هایی مانند احساس هدف-مندی و جهت‌یابی در زندگی و تجربه احساس معنا در زندگی گذشته و حال مشخص می‌شود.

در این راستا؛ به‌نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدف‌مندانه روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدی و نگرانی در مورد عملکرد رها کنند. یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه به سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می‌گردد. در الگوی درمانی واقعیت‌درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که نیازهای خود را شناسایی کنند و برای رسیدن به نیازها و دستیابی به هدف‌های‌شان برنامه‌های مسئولانه تهیه و اجرا کنند. وقتی که نیازهای فرد شناخته و تأمین شود، باعث احساس کفایت شخصی در محل کار و به تبع آن کاهش احساس مسخ شخصیت و خستگی هیجانی و تعارض کار- خانواده می‌شود. به عبارتی؛ موجب افزایش بهزیستی روانی می‌گردد.

با توجه به اینکه یادگیری، تغییرات نسبتاً پایدار در رفتار است و پایداری نیز یکی از ویژگی‌های یادگیری است، پس رفتارهای آموخته‌شده براثر یادگیری به سرعت از بین نمی‌روند و وقتی فرد مهارت تصمیم‌گیری صحیح را آموخت و تجاربش را بالا می‌برد، نمی‌تواند به رفتار قبل از آن بازگشت کند. بلکه در هر شرایطی سعی می‌کند از مهارت‌های آموخته شده بهره بگیرد. لذا طبیعی است که نتایج به-دست آمده پایدار باشند و نتیجه اینکه بین پایداری اثربخشی الگوی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی برافزایش بهزیستی روانی و کاهش تعارض کار- خانواده در طول زمان وجود دارد. پژوهش حاضر عاری از محدودیت نبوده و مهم‌ترین آن‌ها محدودبودن جامعه تحقیق به جامعه کارکنان زن شرکت مخابرات شهر تهران بود که در نتیجه امکان تعمیم‌پذیری داده‌ها باید با احتیاط صورت گرفت. استفاده از دو پرسشنامه استاندارد و دو پروتکل



[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]

درمـــانی و عـــدم‌امکـــان بررســـی متغیرهـــای دیگـــر روان‌شـناختی در ایـن زمینـه، عـدم توجـه بـه متغیرهـای تعـدیل‌کننـده و مداخلـه‌کننـده‌های دیگـر در حـین انجـام مطالعـــه و محـــدودبودن روش نمونـــه مطالعـــه بـــه روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه.

لذا جهـت مطالعـات آتـی پیشـنهاد مـی‌شـود تـا نمونـه‌هـای بـزرگ‌تـر، نمونـه‌هـایی از سـازمان‌هـای دیگـر، و یـا از شـهرهای دیگـری غیـر از تهـران در انجـام پـژوهش‌هـای بعـدی بـه‌منظـور دسـتیابی بـه نتـایج گسـترده‌تـر جهـت تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها صورت گیرد.

جهـت بررسـی تـأثیرات بلندمـدت از نتـایج بـه دسـت آمـده در ایـن پـژوهش، تحقیقـات بـا مـدت طـولانی تـری صـورت گیـرد و میـزان تعارضـات شـغلی و بهزیسـتی روانی طی چند سال آینده نیز مورد بررسی قرار گیرد.

**تشکر و قدردانی**

باتشـکر از مسـئولین و کارکنـان محتـرم شـرکت مخـابرات استان تهران که ما را در انجام ایـن پـژوهش در آن سـازمان یاری رساندند.

**Reference**

1. Derks D, Bakker AB, Peters P, Van Wingerden P. Work-related smartphone use, work–family conflict and family role performance: The role of segmentation preference. Human Relations 2016;69:1045-68.
2. Kelly EL, Moen P, Oakes JM, Fan W, Okechukwu C, Davis KD, et al. Changing work and work-family conflict: Evidence from the work, family, and health network. Am Sociol Rev 2014;79:485-516.
3. Bennett M, Beehr TA, Ivanitskaya LV, Cooper A. Work Family Conflict: Differences across Generations and Life Cycle Stages. J Manag Psychol 2016; 32:314-32.
4. Mansour S, Mansour S, Tremblay DG, Tremblay DG. Workload, generic and work–family specific social supports and job stress: Mediating role of work–family and family–work conflict. Int J Contemp Hosp M 2016;28:1778-804.
5. Burke RJ, Koyuncu M, Fiksenb L. Antecedents and consequences of work-family conflict and family-work conflict among frontline employees in Turkish hotels. IUP Journal of Management Research 2013;12:39-48.
6. Stewart LM. Family care responsibilities and employment: Exploring the impact of type of family care on work–family and family–work conflict. JFI 2013;34:113-38.
7. Nie Y, Chua BL, Yeung AS, Ryan RM, Chan WY. The importance of autonomy support and the mediating role of work motivation for well being: Testing self determination theory in a Chinese work organization. Int J Psychol 2015;1;50:245-55.
8. Blackie, LER, Roepke, AM, Forgeard MJC, Jayawickreme E, Fleeson W. Act well to be well: The promise of changing personality states to promote well-being. In: Parks AC, Schueller SM, Editors. The Wiley Blackwell handbook of positive psychological interventions. Wiley-Blackwell, 2014: 462-74).
9. Ryan LH. Subjective Well Being. The Encyclopedia of Adulthood and Aging. Wiley-Blackwell. 2015:1003-21.
10. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press, 2009: 231-48.
11. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behav Ther 2004;35:639-65.

[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]

12. Farmani F, Taghavi H, Fatemi A, Safavi S. The efficacy of group reality therapy on reducing stress, anxiety and depression in patients with Multiple Sclerosis (MS). IJABS journals 2015;2:33-8.
13. Azimifar S, Fatehizade M, Bahrami F, Ahmadi A, Abedi A. Comparing the effects of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment therapy on marital happiness of dissatisfied couples in isfahan: a single subject research. Shenakht J Psycholo Psychiatry 2016;3:56-81. [In Persian]
14. Alla Tvakoli Rozbahani H, Heydari H, Davoodi H. The effectiveness of Reality Therapy Group on Psychological quality of life of the Didan conference participants in Kalame Zendeh research center. Forth international conference recent innovation in psychology, counselling & behavioral sciences. 2017 Jul, 13, Tehran: Iran. [In Persian]
15. Heydari M, Masafi S, Jafari M, Hassan Saadat S, Shahyad S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of razi psychiatric center staff. Open Access Maced J Med Sci 2018;6:410–15.
16. Sianturi R, Keliat BA, Wardani IY. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. Enfermería Clínica 2018;28:94-7.
17. Suyanti Titi S, Keliat Budi A, Daulima Novy HC. Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. Enferm Clin 2018;28:98-101.
18. Lojk L, Butorac D, Posavec M, Maras T, Kranželić V, Baković A. Reality therapy training efficiency in helping participants to better their relationships & improve their psychological wellbeing. International Journal of Choice Theory and Reality Therapy 2018; 31:111-21.
19. Yahyaee GA, Nooranipoor R, Shafiabadi A, Farzad V. The Effectiveness of Reality Therapy on the Improvement of Couples' Family Functioning. Arch Hyg Sci 2015;4:120-7.
20. Jennings T, Flaxman PE, Egdell K, Pestell S, Whipday E, Herbert A. A resilience training programme to improve nurses' mental health. Nursing Times Online 2017;113:22-6.
21. Rasoli Jazani F, Arefi M. Effectiveness of reality therapy group on happiness of mothers with children with learning disabilities. Third global conference on psychology and educational sciences, law and social sciences at the beginning of third millennium, 2016 Nov, 10, Shiraz, Iran. [In Persian]
22. Mohamadi H, Keshavarzi F, Farzad V, Salehi M. Effectivness of acceptane and commitment therapy (act) on marital satisfaction on depressive women with marital conflicts. Knowledge & Research in Applied Psychology 2015;17:26-35. [In Persian]
23. Rehm I, Moulding R, Nedeljkovic M. Psychological treatments for trichotillomania: Update and future directions. Australasian Psychiatry 2015;22:365-8.
24. Davis M, Morina N, Powers M, Smits J, Emmelkamp P. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. Psychother Psychosom 2014;84:30-6.
25. Ramzi L, Sepehri Shamloo Z, Ali Pour A, Zare H. The effectiveness of group reality therapy in coping strategies. IIFP 2015;1:19-30. [In Persian]
26. Khaleghi S. The effectiveness of group reality therapy in increasing of happiness & mental health [dissertation]. Tehran: Shahid Beheshti University; 2010. [In Persian]
27. Wubbolding RE, Brickell J. Counselling with reality therapy. 2nd ed. London: Routledge, 2017: 97-105.
28. Hale V, Sindlinger J. Reenvisioning reflective supervision: a choice theory/ reality therapy application using reflecting teams. International Journal of Choice Theory and Reality Therapy 2017; 31:40-5.

[ Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-19 ]

[ DOI: 10.29252/sjku.24.3.20 ]