

February-March 2022, Volume 11, Issue 1

## Comparison of the Effectiveness of “Reality Therapy” and “Narrative Therapy” on the Feeling of Loneliness of Female-Headed Households

Zahra Bahadori<sup>1</sup>, Ali Jahangiri<sup>2\*</sup>, Abolfazl Bakhshipour<sup>3</sup>

1- PhD Student in Counseling, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Payame-Noor University, Tehran. Iran.

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

**Corresponding author:** Ali Jahangiri, Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Payame-Noor University, Tehran. Iran.

**Email:** A15um@hotmail.com

Received: 16 Sep 2021

Accepted: 9 Feb 2022

### Abstract

**Introduction:** Women heads of households sometimes feel lonely and helpless due to the many responsibilities of life. The aim of this study was to compare the effectiveness of “Reality Therapy” and “Narrative Therapy” on the loneliness of women heads of households.

**Methods:** The method of the present study was quasi-experimental with pretest, posttest and follow-up with control group. The statistical population of this study consists of women heads of households under the auspices of the Bojnourd province Veterans and Martyrs Affair Foundation (VMAF) was included in 2020. 45 of them were selected by convenience sampling method. Then, they were randomly divided into two intervention groups and one control group by lottery method. Data were collected using a demographic questionnaire and the “UCLA Loneliness Scale” (Version 3). Content validity was calculated by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. The first intervention group received “Reality Therapy” and the second intervention group received “Narrative Therapy” in 8 sessions and the control group was on the waiting list to receive the intervention. Data analysis was analyzed in SPSS. 21.

**Results:** “Reality Therapy” and “Narrative Therapy” were effective on the loneliness of women heads of households ( $P < 0.05$ ). Comparison of 2 interventions showed that there is a significant difference between the effectiveness of “Reality Therapy” and “Narrative Therapy” on reducing loneliness in women-headed households and “Narrative Therapy” has been more effective on reducing loneliness over time ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** “Narrative Therapy” over time has played an effective role in reducing the loneliness of women-headed households. It is recommended that this treatment be performed to reduce feelings of loneliness in other women heads of households and similar groups.

**Keywords:** Reality Therapy, Narrative Therapy, Loneliness, Women-Headed Households.

## مقایسه اثربخشی «واقعیت درمانی» و «روایت درمانی» بر احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده

زهرا بهادری<sup>۱</sup>، علی جهانگیری<sup>۲\*</sup>، ابوالفضل بخشی پور<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

نویسنده مسئول: علی جهانگیری، استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.  
ایمیل: A15um@hotmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۰

### چکیده

**مقدمه:** زنان سرپرست خانواده به سبب تحمل مسئولیت های زیاد زندگی، گاهی احساس تنهایی و درماندگی می کنند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و "روایت درمانی" بر احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده انجام شد.

**روش کار:** روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را زنان سرپرست خانواده تحت پوشش بنیاد شهید و امورایثارگران شهرستان بجنورد، در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. ۴۵ نفر از آن ها به شیوه در دسترس انتخاب شدند. سپس به روش تصادفی با اجرای قرعه کشی در ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی و "نسخه سوم مقیاس تنهایی UCLA Loneliness Scale: Version 3 (UCLA) انجام شد. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد. گروه مداخله اول "واقعیت درمانی" و گروه مداخله دوم "روایت درمانی" را در ۸ جلسه دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار برای دریافت مداخله قرار داشت. تحلیل داده ها در نرم افزار اسپس اس نسخه ۲۱ تحلیل شد.

**یافته ها:** "واقعیت درمانی" و "روایت درمانی" بر احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده موثر بود ( $P < 0.05$ ). مقایسه ۲ مداخله نشان داد بین اثربخشی "واقعیت درمانی" و "روایت درمانی" بر کاهش احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده تفاوت معناداری وجود دارد و "روایت درمانی" اثربخشی بیشتری بر کاهش احساس تنهایی در طول زمان داشته است ( $P < 0.05$ ). **نتیجه گیری:** "روایت درمانی" در طول زمان نقش موثری در کاهش احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده داشته است. پیشنهاد می شود که از این درمان جهت کاهش احساس تنهایی در سایر زنان سرپرست خانواده و گروه های مشابه اجرا شود.

**کلیدواژه ها:** واقعیت درمانی، روایت درمانی، احساس تنهایی، زنان سرپرست خانواده.

### مقدمه

معمولاً مرد (پدر) سرپرست خانوار محسوب می شود، اما در شرایطی، چنین مسئولیتی بر عهده زنان (مادر) قرار می گیرد (۱). امروزه علی رغم ایجاد تغییرات فرهنگی و تغییر در سبک زندگی، بسیاری از زنان بی سرپرست فاقد توانایی های اساسی و مهارت های لازم برای مواجهه با مشکلات خاص زندگی خود هستند و همین امر این گروه

خانواده رکن بنیادی اجتماع و شالوده حیات اجتماعی است. هیچ یک از آسیب های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده بوجود نمی آید و به همین ترتیب نیز هیچ جامعه ای نمی تواند ادعای سلامت اجتماعی داشته باشد، مگر آنکه از خانواده های سالم برخوردار باشند. در خانواده های ایرانی

مهارت‌ها، شایستگی‌ها، باورها، ارزش‌ها، تعهدات و توانایی‌های بسیاری دارند که می‌توانند با بهره‌گیری از آن‌ها زندگی ارزشمندی برای خود خلق کنند (۱۰). در پژوهش‌های پیشین نشان داده شده است که «روایت درمانی» نقش موثری بر کاهش احساس تنهایی (۱۱)، بهبود روابط زناشویی (۱۲) و کیفیت زندگی (۱۳) افراد داشته است. «واقعیت درمانی» (Reality Therapy) از دیگر مداخلاتی است که برای طیف وسیعی از مسائل فردی و بین فردی کاربرد دارد و نقش موثری در کاهش احساس تنهایی ایفا می‌کند (۱۴، ۱۵). واقعیت درمانی به افراد کمک می‌کند تا خواسته‌ها، نیازها، ارزش‌های رفتاری و راه حل‌هایی را بررسی کنند که به رسیدن نیازهایشان کمک می‌کنند (۱۶). «واقعیت درمانی» شیوه‌ای است مبتنی بر عقل سلیم و درگیری‌های عاطفی، که در آن بر واقعیت، قبول مسئولیت و شناخت امور درست و نادرست و ارتباط آن‌ها با زندگی روزمره فرد تأکید می‌شود. «واقعیت درمانی»، آمیزه‌ای از فلسفه وجودی و شیوه‌های رفتاری است که به روش‌های خودگردانی «رفتاردرمانی» شباهت دارد (۱۷). «واقعیت درمانی» براساس نظریه انتخاب (Choice Theory) بنا شده است و طبق آن تمام اعمالی که انجام می‌شود رفتارهایی است که ما آن‌ها را انتخاب می‌کنیم. رفتار دارای ۴ عامل عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی است که افراد بر ۲ عامل عملکرد و تفکر به طور مستقیم و بر ۲ عامل احساس و فیزیولوژی به طور غیرمستقیم کنترل دارند و تأکید «واقعیت درمانی» بر بهبود ۲ عامل تفکر و عملکرد است. این شیوه درمانی با بهبود این ۲ عامل و ارتقای انگیزه‌های درونی تلاش می‌کند تا مسئولیت‌پذیری افراد را افزایش دهد و زمینه را برای ارضای نیازهای اساسی افراد شامل نیاز به بقا، قدرت، عشق و تعلق خاطر، آزادی و تفریح مسئولانه فراهم آورد. پس، افراد با انتخاب آگاهانه و مسئولانه می‌توانند عملکرد و تفکر خود را بهتر مدیریت و رفتارهای مناسبتری در هنگام رویارویی با چالش‌ها از خود نشان دهند (۱۸). بررسی مطالعات دلالت بر این دارد که زنان سرپرست خانواده در معرض فشارهای روانی (۳) و احساس تنهایی (۴) می‌باشند؛ که می‌تواند منجر به کاهش بهداشت روانی آن‌ها شود. طبق آخرین سرشماری رسمی در سال ۱۳۹۵؛ ۱۲/۷ درصد از خانواده‌ها در ایران توسط زنان اداره می‌شود (۳). زنان سرپرست خانوار از همان زمان که همسر خود را به هر دلیلی از دست می‌دهند، فشارهای مضاعفی را متحمل می‌شوند که ممکن

از زنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی آسیب پذیر نموده است (۲). زنان سرپرست خانواده، بیش از سایرین در معرض آسیب، تبعیض‌های اجتماعی و فشارهای روانی قرار دارند (۳). زنان سرپرست خانواده احساس تنهایی، انزوا، طرد و عدم درک از سوی دیگران را بیشتر تجربه می‌کنند (۴). احساس تنهایی، تجربه‌ای ناخوشایند مانند تفکر فرد مبنی بر متمایز بودن از دیگران است که با مشکلات رفتاری قابل مشاهده مانند اندوه، عصبانیت و افسردگی همراه است (۵). احساس تنهایی را عدم هماهنگی میان سطحی از تماس اجتماعی که فرد خواهان آن است با سطحی از تماس اجتماعی که در واقعیت برقرار کرده است، تعریف کرده‌اند (۶). احساس تنهایی برداشت ذهنی فرد از کمبود یا فقدان روابط رضایت بخش اجتماعی است و حاصل محروم ماندن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت است. تجربه‌ای ناخوشایند که در پاسخ به نارسائی‌های کمی یا کیفی در روابط اجتماعی ظاهر می‌شود (۷). علم روانشناسی در دهه‌های اخیر شاهد ظهور الگوها و شیوه‌های درمانی روبه رشدی بوده است که در درمان فردی و خانواده تحول ایجاد کرده و آن را به مسیرهای جدیدی سوق داده است. یکی از برجسته‌ترین رویکردها، «روایت درمانی» (Narrative Therapy) بوده است. Polkinghorne با پیروی از نظریه گفتگو (Conversation Theory) براساس داستان‌ها، الگوی «روایت درمانی» را به وجود آوردند. این رویکرد به ویژه برای کمک به مراجعان متمرکز شد تا به جای زندگی کردن با فراروایت‌های عمومی‌تر جامعه، داستان‌های شخصی خودشان را خلق و زندگی کنند. هدف از این مداخلات آن است که به مراجعان کمک شود تا یک مشکل توان فرسا و دشوار را برونی کنند (۸). فرد در این درمان یاد می‌گیرد مسئولیتش را در تسکین و بهبود مسائل روانی خود بر عهده بگیرد. در هنگام نوشتن داستان زندگی، فرد همزمان به آن فکر می‌کند، بخش‌هایی از آن را انتخاب می‌کند و قسمت‌های نه‌چندان مهم را کنار می‌گذارد، در واقع ویراستار داستان خود می‌شود و این چیزی است که در این روش مورد تأکید است. طبق این درمان، مراجعان دارای مهارت‌ها، باورها، ارزش‌ها و توانایی‌هایی هستند که با کمک آن‌ها می‌توانند مشکلات زندگی خود را کاهش دهند. در واقع در این درمان مراجعان نقش فعالی ایفا می‌کنند (۹)، «روایت درمانی» مشکلات را جدا از مراجعان می‌بیند و این واقعیت را در نظر می‌گیرد که افراد

«نسخه سوم مقیاس تنهایی (UCLA Loneliness Scale Version 3) توسط Russell (۲۱) در سال ۱۹۹۶ با ۲۰ عبارت در یک عامل طراحی شده است. این مقیاس در قالب طیف لیکرت ۴ گزینه (هرگز=۱ تا همیشه=۴) نمره گذاری می شود؛ حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس ۲۰ و ۸۰ که نمره بالا نشان دهنده احساس تنهایی بیشتر است. «نسخه سوم مقیاس تنهایی UCLA» در ۱۳۸۷ بزرگسال در آمریکا اجرا شد. روایی همگرا با «مقیاس تنهایی افتراقی» (Differential Loneliness Scale)  $0/72$  و ضریب روایی واگرا با نمونه فوق با «مقیاس تدارکات اجتماعی» (Social Provisions Scale)  $0/68$  - گزارش شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در همین نمونه  $0/89$  محاسبه شد (۲۱).

Arimoto & Tadaka (۲۲)، «نسخه سوم مقیاس تنهایی UCLA» را در ۲۴۸ نفر از زنان در کشور ژاپن اجرا کردند. روایی واگرا با «مقیاس شبکه اجتماعی لوبن» (Lubben Social Network Scale)  $0/43$  - و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق  $0/92$  گزارش شد (۲۲).

در مطالعه حسن زاده و همکاران (۲۳)، روایی محتوا به روش کیفی «نسخه سوم مقیاس تنهایی UCLA» را بر اساس نظر ۱۰ متخصص علوم رفتار در دانشگاه علوم پزشکی گلستان مورد ارزیابی قرار گرفت و تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۲۷۸ دانش آموز مقطع متوسطه استان گلستان  $0/79$  گزارش شد (۲۳). زارعی و همکاران (۲۴)، «نسخه سوم مقیاس تنهایی UCLA» در ۳۰۰ بزرگسال تهرانی اجرا کردند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که این مقیاس دارای یک ساختار تک عاملی است و از برازش مطلوب برخوردار است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق  $0/90$  محاسبه شد (۲۴). در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «نسخه سوم مقیاس تنهایی UCLA» را بر اساس نظر ۵ نفر از متخصصان روانشناسی و مشاوره دانشگاه آزاد بجنورد بررسی و تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۴۵ زن سرپرست خانواده در مرحله پیش آزمون  $0/77$  محاسبه شد.

«روایت درمانی» (Narrative Therapy) براساس برنامه درمانی Payne (۲۵)، در ایران توسط قوامی و همکاران (۲۶)

است عزت نفس و سلامت روانی آن ها را مختل و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم سازد (۱۹). با توجه به اثربخش بودن مداخلات «واقعیت درمانی» و «روایت درمانی» و به دلیل عدم وجود پژوهشی در این رابطه، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «واقعیت درمانی» و «روایت درمانی» بر احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده انجام شد.

## روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه مداخله بود. جامعه آماری این پژوهش را زنان سرپرست خانواده (همسران شهید و جانباز متوفی) که تحت پوشش سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان بجنورد بودند، در نیمه دوم سال ۱۳۹۹، تشکیل دادند. با همکاری بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان بجنورد فراخوان برگزاری دوره های درمانی برای زنان سرپرست خانواده تحت پوشش این سازمان از طریق تماس تلفنی انجام شد، سپس از بین افراد داوطلب، ۴۵ نفر که معیارهای ورود را داشتند به روش دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی ساده با اجرای قرعه کشی در ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). نمونه مورد نیاز براساس فرمول محاسبه تعداد نمونه در نرم افزار G\*Power و انحراف معیار احساس تنهایی در «نسخه سوم مقیاس تنهایی (UCLA Loneliness Scale: Version 3)» در مطالعه کاظمی و همکاران (۲۰)  $\sigma=3/48$ ،  $\beta=0/80$  و  $\alpha=0/05$  برای هر یک از گروه ها ۱۵ نفر محاسبه شد.

معیارهای ورود شامل، کسب نمره متوسط (۴۰ از ۸۰) در «نسخه سوم مقیاس تنهایی UCLA»، «علاقه برای شرکت در پژوهش و بهرمندی از سلامت روانشناختی بود، که با استفاده از ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و روانی اختلالات روانی (DSM-5) توسط روانشناس بالینی مورد ارزیابی قرار گرفتند. عدم همکاری و ترک جلسات درمان (بیش از ۲ جلسه) نیز به عنوان معیار خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سوالاتی در زمینه سن، سال های سپری شده از فوت همسر، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال بود.

بجنورد، مورد بررسی و تایید قرار گرفت. پایایی بررسی نشده، جلسات به این شرح بود:

جلسه اول: موضوع جلسه آشنایی و بیان اهداف؛ محتوای جلسه شامل معارفه، توضیح اهداف و مشخص کردن روش ها، بررسی انتظارات افراد، توضیح قوانین، پاسخ به سوالات افراد بود.

جلسه دوم: موضوع جلسه شناسایی نیازها؛ محتوای جلسه شامل مروری بر جلسه قبل، توضیح مبحث نیازهای انسان در تئوری انتخاب، کشف نیازهای اساسی و درجه بندی آن ها بود.

جلسه سوم: موضوع جلسه آشنایی با مفهوم دنیای مطلوب؛ محتوای جلسه شامل آشنا کردن گروه با دنیای مطلوب خودشان، توضیح این موضوع که چگونه تعارض بین خواسته ها و داشته ها باعث انتخاب رفتار نامناسب می شود و کمک به اعضا برای تغییر تصاویر ذهنی موجود در دنیای مطلوب خود بود.

جلسه چهارم: موضوع جلسه آشنایی با فرایند رفتاری؛ محتوای جلسه شامل آشنا کردن گروه با ۴ عامل تشکیل دهنده رفتار: (فکر، احساس، فیزیولوژی، عمل) بود.

جلسه پنجم: موضوع جلسه ارزشیابی رفتارهای فعلی؛ محتوای جلسه شامل ارزشیابی رفتارهایی که اعضا تاکنون برای رسیدن به دنیای مطلوب انجام داده اند، پاسخ به این سوالات بود: (آیا آن راهبرد موثر بوده؟ آیا مشکل را حل کرده؟ آیا وضع بهتر شده است؟ آیا از نتیجه خوشحال بودید؟ آیا رفتارهایتان موفقیت آمیز بوده؟)

جلسه ششم: موضوع جلسه رفتارهای پیشنهادی دیگر؛ محتوای جلسه شامل پیشنهاد کردن گزینه هایی برای جایگزینی رفتار فعلی و پاسخ به سوالاتی همچون: گام بعدی چیست؟ چه گزینه های دیگری اکنون دارید؟ چه راه های دیگری می توانید انتخاب کنید؟ آیا راه دیگری وجود دارد؟ آیا میل دارید گزینه های دیگر را به شما پیشنهاد کنم؟، بود.

جلسه هفتم: موضوع جلسه ارائه راه حل های جدید؛ محتوای جلسه شامل ارائه راهکارهای جدید توسط درمانگر یا سایر اعضا بود.

جلسه هشتم: موضوع جلسه جمع بندی؛ محتوای جلسه شامل مروری بر جلسه های قبل، بررسی مسائل پیش آمده، بررسی کارهای تمام نشده، بررسی راهکارها و توصیه هایی برای پایان گروه درمانی بود.

ترجمه شده است. روایی جلسات درمانی به روش محتوایی توسط ۳ نفر از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، مورد بررسی و تایید قرار گرفت. پایایی بررسی نشده، جلسات به این شرح بود:

جلسه اول: موضوع جلسه: آشنایی و بیان اهداف. محتوای جلسه شامل آشنایی اعضا با یکدیگر، مشخص نمودن اهداف و قوانین جلسات، تبیین روش درمانی مورد نظر و تشویق اعضا جهت شرح روایت های خود بود.

جلسه دوم: موضوع جلسه: طرح داستان زندگی؛ محتوای جلسه شامل برونی سازی، بررسی روایت های غالب، مشخص سازی داستان اشباع از مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس و چگونگی ساخت داستان ها بود.

جلسه سوم: موضوع جلسه طرح رویدادهای زندگی؛ محتوای جلسه شامل دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی افراد، یافتن تجارب اوج و افت و دیدن داستان از منظری دیگر بود. جلسه چهارم: موضوع جلسه ساخت شکنی؛ محتوای جلسه شامل نامگذاری مشکل، ساخت شکنی (از قدرت انداختن مشکل) و راهبرد بازمعنایی بود.

جلسه پنجم: موضوع جلسه ایجاد ابتکارات؛ محتوای جلسه شامل به چالش کشاندن اعضا، تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان ها، بررسی چالش های بزرگ زندگی و دستیابی به داستان های سایه ای افراد بود.

جلسه ششم: موضوع جلسه بررسی پیامدهای بی همتا؛ محتوای جلسه شامل بررسی پیامدهای منحصر به فرد، به کارگیری عناصر جدید در روایت، بررسی اولویت ها، آرزوها، اهداف و افراد مهم زندگی و در نهایت تغییر چهارچوب زندگی فرد بود.

جلسه هفتم: موضوع جلسه بازسازی و بازگویی روایت زندگی؛ محتوای جلسه شامل تکیه بر نقاط قوت افراد، تحلیل ارتباط روایت جدید با زندگی فرد، جریان بخشیدن به روایت جدید و نقطه بحرانی بود.

جلسه هشتم: موضوع جلسه بازنویسی داستان زندگی؛ محتوای جلسه شامل بررسی داستان تازه افراد، پیش بینی مشکلات احتمالی، ویرایش نهایی روایت جدید و ایفای نقش در داستان جدید زندگی خود بود.

«واقعیت درمانی» (Reality Therapy) براساس برنامه درمانی Carr (۲۷) درایران توسط خدابخش و همکاران (۲۸) ترجمه شده است. روایی جلسات درمانی به روش محتوایی توسط ۳ نفر از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد

## زهرای بهادری و همکاران

زمان مناسب جهت سنجش پیگیری کوتاه مدت مورد تایید متخصصان است (۲۹). پس از اجرای آزمون پیگیری، گروه کنترل تحت مداخله «روایت درمانی» قرار گرفت. از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش رضایت آگاهانه دریافت شد و افراد از اهداف پژوهش کاملاً مطلع بودند و هیچ یک از افراد گروه برای ادامه جلسات مجبور نبود. تحلیل داده ها در نرم افزار اسپاس پی اس نسخه ۲۱ با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر انجام شد.

### یافته ها

در این پژوهش ۴۵ زن سرپرست خانواده در ۲ گروه مداخله («واقعیت درمانی» و «روایت درمانی») و یک گروه کنترل مشارکت داشتند، در هر یک از گروه ها ۱۵ نفر از آغاز پژوهش تا پیگیری حضور داشتند. اطلاعات جمعیت شناختی ۳ گروه در (جدول ۱) ارائه شده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی ۳ گروه

متغیرها	واقعیت درمانی (۱۵ تن)	روایت درمانی (۱۵ تن)	گروه کنترل (۱۵ تن)	F/□2 (p)
سن میانگین ± انحراف معیار	۴۶/۶۰ ± ۲/۶۶	۴۸/۱۳ ± ۲/۰۶	۴۸/۷۳ ± ۲/۸۹	F=۲/۷۶ (۰/۰۷)
سال های فوت همسر میانگین ± انحراف معیار	۱۳/۹۳ ± ۶/۴۴	۱۵/۰۰ ± ۵/۸۱	۱۸/۵۳ ± ۴/۷۸	F=۲/۶۶ (۰/۰۸)
تعداد فرزندان فراوانی (درصد) یک فرزند بیش از یک فرزند	۵ (۳۳/۳) ۱۰ (۶۶/۷)	۶ (۴۰/۰) ۹ (۶۰/۰)	۴ (۲۶/۷) ۱۱ (۷۳/۳)	□2 = ۰/۶۰ (۰/۷۴)
سطح تحصیلات فراوانی (درصد) دیپلم کاردانی و کارشناسی	۹ (۶۰/۰) ۶ (۴۰/۰)	۱۲ (۸۰/۰) ۳ (۲۰/۰)	۱۰ (۶۶/۷) ۵ (۳۳/۳)	□2 = ۱/۴۵ (۰/۴۸)
وضعیت اشتغال فراوانی (درصد) شغل آزاد شغل دولتی	۶ (۴۰/۰) ۹ (۶۰/۰)	۳ (۲۰/۰) ۱۲ (۸۰/۰)	۵ (۳۳/۳) ۱۰ (۶۶/۷)	□2 = ۱/۴۵ (۰/۴۸)

تعداد فرزندان، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال تفاوت معناداری وجود ندارد.

برای جمع آوری داده ها، ابتدا موافقت نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد و سپس مجوز از سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان بجنورد دریافت شد. همچنین پژوهش حاضر در کمیته ملی اخلاق، شعبه بنیاد شهید و امور ایثارگران ثبت شده است. این پژوهش در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ در طول مدت سه ماه انجام شد.

پس از گمارش به شیوه تصادفی ساده با اجرای قرعه کشی، زنان سرپرست خانواده در گروه های مداخله و کنترل، از هر ۳ گروه پیش آزمون با استفاده از «نسخه سوم مقیاس تنهایی UCLA» دریافت شد، سپس گروه های مداخله توسط ۲ روانشناس آموزش دیده در مرکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان بجنورد و مرکز مشاوره پژواک آرامش شهر بجنورد طی ۸ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند و پس از اتمام جلسات از ۲ گروه مداخله و گروه کنترل پس آزمون با استفاده از «نسخه سوم مقیاس تنهایی UCLA» دریافت شد؛ پس از ۴۵ روز آزمون پیگیری، مجدداً از هر ۳ گروه دریافت شد؛ که به عنوان یک

در (جدول ۱) اطلاعات جمعیت شناختی گروه ها ارائه شده است، نتایج نشان داد که بین ۳ گروه در متغیرهای سن (سال)، میانگین سال سپری شده از فوت همسر،

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار احساس تنهایی در گروه های مداخله و کنترل

گروهها	پیش آزمون M±SD	پس آزمون M±SD	پیگیری M±SD
واقعیت درمانی	۵۹/۳۳ ± ۶/۱۵	۴۷/۴۰ ± ۴/۹۹	۴۷/۱۳ ± ۵/۳۷
روایت درمانی	۵۷/۶۷ ± ۸/۷۳	۳۹/۹۳ ± ۳/۸۷	۳۶/۵۳ ± ۴/۸۲
گروه کنترل	۵۷/۵۳ ± ۸/۲۳	۵۳/۴۷ ± ۲/۳۹	۵۴/۳۳ ± ۴/۸۵



ها در گروه‌ها برقرار است، همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که پیش فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس برقرار است ( $F=20/69$ ،  $P=0/101$ ). پیش فرض کرویت با استفاده از آزمون کرویت ماچلی بررسی شد و نشان داد این پیش فرض برقرار نیست و گزارش  $F$  براساس تصحیح گرین-هاوس-گیسر انجام می‌شود ( $P<0/05$ )، بنابراین، این پیش فرض برقرار است و نیاز به اصلاح درجه آزادی است. در (جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ارائه شده است.

جدول ۳: بررسی تفاوت‌های بین گروهی در احساس تنهایی در گروه‌های مداخله

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر
زمان	۴۱۳۴/۱۰۴	۱/۳۸۱	۲۹۹۲/۷۶۵	۵۹/۰۴۸	<0/001	0/۵۸۴
زمان*گروه	۱۳۲۳/۳۶۳	۲/۷۶۳	۴۷۹/۰۰۵	۹/۴۵۱	<0/001	0/۳۱۰
خطا	۲۹۴۰/۵۳۳	۵۸/۰۱۷	۵۰/۶۸۴			
بین گروهی	۲۴۹۰/۵۴۸	۲	۱۲۴۵/۲۷۴	۵۳/۹۷۸	<0/001	0/۷۲۰

در (جدول ۳) نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین ۳ گروه در نمره احساس تنهایی ( $F=53/978$ ،  $P=0/001$ ) وجود دارد ( $P<0/05$ ). همانطور که مشاهده می‌شود ۷۲ درصد از تفاوت‌های مشاهده شده در نمره احساس تنهایی ناشی از عضویت گروهی است. به منظور مشخص شدن تفاوت‌های گروهی زوجی از آزمون تبعی بونفرونی استفاده شده است، نتایج در (جدول ۴) ارائه شده است.

جدول ۴: آزمون تبعی بونفرونی جهت مقایسه میانگین احساس تنهایی بر حسب نمره تعدیل شده پیگیری در گروه‌ها

گروهها	مرحله پیگیری M±SD	واقعیت درمانی با روایت درمانی (P) اختلاف میانگین	واقعیت درمانی با گروه مداخله (P) اختلاف میانگین	روایت درمانی با گروه مداخله (P) اختلاف میانگین
واقعیت درمانی	۴۷/۱۳ ± ۵/۳۷	۷/۵۷۷ (0/0001)	۳/۸۲۲ (0/0001)	۱۰/۴۰۰ (0/0001)
روایت درمانی	۳۶/۵۳ ± ۴/۸۲			
گروه مداخله	۵۴/۳۳ ± ۴/۸۵			

داشته‌اند و اثر «روایت درمانی» نسبت به واقعیت درمانی» به طور معنادار بیشتر بوده است.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «واقعیت درمانی» و «روایت درمانی» بر احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده انجام شد. نتایج نشان داد که «واقعیت درمانی»

در (جدول ۲) میانگین و انحراف معیار متغیر احساس تنهایی به تفکیک مراحل اندازه‌گیری و گروه‌ها ارائه شده است. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد، نتایج نشان داد توزیع داده‌ها در مراحل سنجش به تفکیک گروه‌ها نرمال است ( $P>0/05$ )؛ بنابراین، می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده نمود. با توجه به اینکه مراحل سنجش بیش از ۲ بار است، تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مناسب‌ترین آزمون است؛ که قبل از اجرای آن به بررسی پیش فرض‌های آن پرداخته شده است. نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی واریانس

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در (جدول ۳) ارائه شده است. نتایج نشان داد که بین نمره پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در نمره احساس تنهایی ( $F=59/048$ ،  $P=0/001$ ) بدون توجه به عامل گروه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین روند تغییرات نمره در این متغیرها از مرحله پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری (اثر متقابل زمان و گروه) پایدار بود و تفاوت معنادار مشاهده شد ( $F=9/451$ ،  $P=0/001$ ). نتایج در قسمت تغییرات بین گروهی

میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمره احساس تنهایی گروه «روایت درمانی» در مرحله پیگیری از ۲ گروه دیگر کمتر است و نمره گروه مداخله از ۲ گروه دیگر بیشتر است. نتایج آزمون تبعی بونفرونی نشان داد که بین گروه‌های درمانی و گروه‌های درمانی با گروه مداخله تفاوت معنادار وجود دارد ( $P<0/05$ )، به عبارت دیگر، «روایت درمانی» و سپس «واقعیت درمانی» نقش موثری بر کاهش احساس تنهایی

انتخاب کنند، سررشته امور زندگی خود را به دست می گیرند. آموزش «واقعیت درمانی» مکان کنترل را از بیرونی به درونی تغییر می دهد و موجب می شود افراد دستیابی به موفقیت و زندگی با معنا و رضایت بخش را پیامد فعالیت های هدفمندانه و سازنده خود تلقی کرده و کمتر بر نقش منابع غیرقابل کنترل (نظیر دیگران، گذشته، شرایط و موقعیت) تأکید کنند. از دیگر دلایل اثربخشی «واقعیت درمانی»، افزایش توان حل مسئله در افراد است. این رویکرد به افراد می آموزد در مواجهه با سختی ها و مشکلات از شیوه های سازنده و تمرکز بر راه حل ها استفاده کنند (۱۵-۱۸).

نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که «روایت درمانی» در طول زمان نقش موثری بر کاهش احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده داشته است. در این زمینه ذبیح قاسم و همکاران (۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که «روایت درمانی» یک مداخله موثر بر کاهش احساس تنهایی است که همسو با نتیجه پژوهش حاضر است، اما در بررسی پیشینه مطالعه دیگری یافت نشد که همسویی و ناهمسویی نتایج را مشخص کند.

در تبیین اثربخشی «روایت درمانی» نیز می توان بیان نمود که درمانگران به مراجعان کمک می کنند تا معنای تجربه خود و زبانی را که برای شکل دادن به آن ها استفاده می کنند، تغییر دهند (۳۰). «روایت درمانی» داستان های مراجع را به گونه ای شکل می دهد که اهداف، هویت ها و ارزش های مثبت و ترجیحی را منعکس کند (۳۱) و در نتیجه از طریق همین هدفمندی، مقاومت خود را در برابر چالش های زندگی افزایش دهد و سرسختانه با مشکلات مواجه شوند. از طرفی، درمانگران می توانند به مراجعان کمک کنند تا مسائل و مشکلات را برون ریزی کنند، به طوری که هویت فرد از مسائل جدا شود و این برونی سازی شامل تغییر زبان استفاده شده در داستان پردازی است (۳۲). زنان سرپرست خانواده داستان هایی را بیان می کنند که سرشار از مشکلات ناشی از سرپرست خانواده بودن است که احتمالاً نشان دهنده تنهایی و ناامیدی است. اعضای گروه مداخله «روایت درمانی» به دلیل اینکه همگی زنان سرپرست خانواده هستند، احساس نوعی همدردی، همدلی و صمیمیت بین اعضا گروه ایجاد می شود و درمانگر نیز با افراد گروه احساس همدلی و صمیمیت می کند که باعث می شود اعضای گروه راحت تر مشکل خود را بیان کنند. با ایجاد همدلی و صمیمیت روابط خود را با دیگران بهبود

در طول زمان نقش موثری بر کاهش احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده داشته است. در پژوهش روشن روان (۱۴) و صفوی و علی زاده (۱۵) نشان داده شد که «واقعیت درمانی» یک مداخله موثر در کاهش احساس تنهایی است که با نتیجه پژوهش حاضر همسو است. در تبیین می توان گفت که زنان سرپرست خانوار به دلیل اینکه با چالش های بسیار در طول زندگی مواجه هستند، اکثراً به نیازهای اساسی خود نمی رسند. در «واقعیت درمانی» فرد با شناسایی هدف رفتار خود، بر روی انتخاب ها کنترل به دست می آورد و مسئولیت خود در زمینه انتخاب ها را برعهده می گیرد. واقعیت درمانی به فرد کمک می کند که عمیقاً با واقعیت رفتارها و انتخاب هایش مواجه گردد و درک می کند که خود (نه دیگران و نه دنیا) در مشکلاتش نقش دارند. مشکلات را می پذیرد و درک می کند که باید ارزیابی دوباره خواسته ها و رفتارهایش را فرا بگیرد و تلاش بیشتری در جهت جست و جوی معنی و هدف را در مشکلات در پیش می گیرد در نتیجه بر احساس تنهایی فائق می آید.

در تبیین اثربخشی «واقعیت درمانی» می توان مطرح کرد که این روش بر حل مسئله و تصمیم گیری بهتر برای رسیدن به اهداف تمرکز دارد و به زمان حال، بیشتر از گذشته اهمیت می دهد. تا بتواند به انتخاب های بهتری برای دست یافتن به رضایت از زندگی دست بزند و در نهایت به یک زندگی منعطف تر، معنادارتر و لذت بخش تر دست یابد (۱۶). علاوه بر این، به دلیل همین هدفمند و معنادار زندگی کردن کمتر احساس تنهایی ناشی از سرپرست خانواده بودن را می کنند. همچنین، در رابطه با روش هایی که از طریق آن «واقعیت درمانی» موجب کاهش احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده می شود، می توان به مواردی چند اشاره کرد: تغییر فاحش سبک زندگی که زنان سرپرست خانوار با آن مواجه هستند، ارضای نیازهای روانشناختی را مختل نموده و موجب ناکامی آن ها می شود. «واقعیت درمانی» موجب شناساندن این نیازها شده و زمینه ای برای ارضای این نیازها فراهم می کند. از طرف دیگر، افراد پس از این درمان قادرند روابط اثربخش تری در محیط زندگی و اجتماع برقرار کرده و فعالانه به ارضای نیازهای روانشناختی خود بپردازند. پس از آشنایی با آموزه های «واقعیت درمانی» افراد به مسئولیت خود در تأمین و ارضای نیازهای اساسی خود پی برده و به جای آنکه روش های ناکارآمد (نظیر افسردگی) را جهت گریز از مسئولیت



مسائل گذشته مراجعه‌کننده نمی‌شود و بیشتر به پذیرش واقعیت‌ها و ارزیابی مسائل جهت حل کردن تمرکز دارند.

### نتیجه‌گیری

نتایج حاکی از اثربخشی هر ۲ روش «واقعیت‌درمانی» و «روایت‌درمانی» بر کاهش احساس تنهایی در زنان سرپرست خانواده بود و «روایت‌درمانی» اثربخشی بیشتری را نشان داد. هر ۲ روش با استفاده از راهکارهای کارآمد و کاربردی توانستند موجب کاهش احساس تنهایی شوند. پیشنهاد می‌شود روانشناسان و درمانگران از هر ۲ روش در کنار سایر روش‌های درمانی برای کاهش آسیب‌های روانشناختی به ویژه کاهش احساس تنهایی استفاده نمایند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که در بین زنان سرپرست خانواده تحت حمایت سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر بجنورد انجام شده است، بنابراین، تعمیم نتایج آن به سایر افراد در شهرهای مختلف و سایر سازمان‌ها باید با احتیاط انجام شود.

### سیاسگزار

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد است که با کد ۷۲۱ در تاریخ ۱۳۹۹/۳/۱۱ به تصویب معاونت پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد رسیده است. این پژوهش با شناسه IR.ISAAR.REC.1399.003 در کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی بنیاد شهید و امور ایثارگران در تاریخ ۱۳۹۹/۵/۲۲ به تصویب رسیده و نمایه شده است. از تمام کسانی که در این مطالعه یاری نموده‌اند، خصوصاً از پژوهشکده بنیاد شهید و امور ایثارگران که در همه مراحل یاریگر بودند و از کلیه بانوانی که در این پژوهش همکاری کردند، کمال قدردانی به عمل می‌آید.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

بیخشنند. درمانگر کمک می‌کند تا زنان سرپرست خانواده روایت خود را به گونه‌ای بازسازی کنند که از ارتباط با دیگران اوقات خوش را بازگو و تجربه نمایند، در نتیجه دیگر احساس تنهایی نمی‌کنند. از دیگر دلایل اثربخشی «روایت‌درمانی» این است که به افراد می‌آموزد مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند. روایت‌درمانی انگیزه افراد را برای عمل و تلاش افزایش می‌دهد. به افراد می‌آموزد که کنترل و مسئولیت زندگی آن‌ها در دست خودشان است. «روایت‌درمانی» به افراد آموزش می‌دهد که گذشته آن‌ها علی‌رغم شکست‌ها و تلخ‌کامی‌ها تعیین‌کننده آینده آن‌ها نیست، بلکه آنچه در حال حاضر انجام می‌دهند تعیین‌کننده آینده آن‌هاست. روایت‌درمانی به افراد می‌آموزد که با بدست آوردن شناخت از خود و درون‌نگری به سمت تغییر حرکت کنند، زیرا وقتی شیوه زندگی یکنواخت باشد می‌تواند تبدیل به یک گور شود و افراد را زیر سستی ناشی از بی‌حرکی مدفون کند. تلاش برای شناخت خود و حرکت بسوی تغییر می‌تواند باعث کاهش احساس تنهایی شود.

همچنین، نتایج نشان داد که بین اثربخشی هر ۲ روش درمانی بر کاهش احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده تفاوت معناداری وجود دارد و «روایت‌درمانی» اثربخشی بیشتری بر کاهش احساس تنهایی دارد. در بررسی پیشینه پژوهش مطالعه‌ای بافت‌نشده که به مقایسه این ۲ رویکرد درمانی بپردازد، بنابراین تحلیل نتایج با محدودیت همراه است. در تبیین می‌توان گفت بدلیل اینکه در «روایت‌درمانی» افراد گروه که همگی زنان سرپرست خانواده هستند و مسائل و مشکلات مشابهی دارند، بنابراین، در شرح داستان و نتایج حاصل از بازگو کردن داستان با همدلی یکدیگر، احتمالاً اثرات بیشتری در بین این زنان با تجربه زندگی مشابه داشته است. در «روایت‌درمانی» بدلیل اینکه، اعضای گروه زنان سرپرست خانوار چالش‌های مشابهی در زندگی تجربه می‌کنند، بنابراین، همدلی و صمیمیت ناشی از تجربه مشابه در چالش‌های زندگی احتمالاً می‌تواند به دلیل ایجاد حس اتحاد از ویژگی مشترک، اثرات درمان را قوی‌تر کند. در صورتی که در «واقعیت‌درمانی» درمانگر درگیر

## References

- Jafari Shirazi F. [Studying the impact of life skills training on raising the general efficacy of women heads of household in Tehran municipality in 2010-2011]. *Women Studies*. 2012;3(6):47-70. [https://womenstudy.ihs.ac.ir/?\\_action=articleInfo&article=836&lang=en](https://womenstudy.ihs.ac.ir/?_action=articleInfo&article=836&lang=en)
- Harrington Meyer M, Abdul-Malak Y. Single-headed family economic vulnerability and reliance on social programs. *Public Policy & Aging Report*. 2015;25(3):102-6. <https://doi.org/10.1093/ppar/prv013>
- Abedi Diznab M, Abbasi M, Ali Mandegari M. [A Comparative Study of the Characteristics of Female and Male Heads of Households in Urban and Rural Areas (1395 Census of Iran)]. *Iranian Journal of Official Statistics Studies*. 2018; 29 (1): 95-113. <http://ijoss.srtc.ac.ir/article-1-262-fa.html>
- Ebrahimi N, Fallah MH, Samani S, Vaziri S. [The factors and grounds of loneliness of women (A study of Phenomenology)]. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2020;11(41):1-28. [http://jzvj.miau.ac.ir/article\\_4046\\_en.html?lang=en](http://jzvj.miau.ac.ir/article_4046_en.html?lang=en)
- Labarrere CA, Woods JR, Hardin JW, Campana GL, Ortiz MA, Jaeger BR, Reichart B, Bonnin JM, Currin A, Cosgrove S, Pitts DE. Early prediction of cardiac allograft vasculopathy and heart transplant failure. *American Journal of Transplantation*. 2011;11(3):528-35. <https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2010.03401.x>
- Schinka KC, van Dulmen MH, Mata AD, Bossarte R, Swahn M. Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. *Journal of Adolescence*. 2013;36(6):1251-60. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.002>
- Drennan J, Treacy M, Butler M, Byrne A, Fealy G, Frazer K, Irving K. The experience of social and emotional loneliness among older people in Ireland. *Ageing & Society*. 2008;28(8):1113-32. <https://doi.org/10.1017/S0144686X08007526>
- Polkinghorne DE. Narrative Therapy and post modernism. *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory and Research*. 2004. <https://doi.org/10.4135/9781412973496.d5>
- Combs G, Freedman J. Narrative, post structuralism, and social justice: Current practices in narrative therapy. *The Counseling Psychologist*. 2012;40(7):1033-60. <https://doi.org/10.1177/0011000012460662>
- Carlson TD. Using art in Narrative Therapy: Enhancing therapeutic possibilities. *American Journal of Family Therapy*. 1997;25(3):271-83. <https://doi.org/10.1080/01926189708251072>
- Zabihghasemi M, Tehranizadeh M, Mardookhi M. [The effectiveness of Narrative Therapy on social adjustment and loneliness in children with Physical-motor disabilities]. *Journal of Exceptional Children*. 2019; 19 (2): 5-16. <http://joec.ir/article-1-957-en.html>
- Hamidi P, Bahari S, Mostafavi SA, Shamohammadi M. The efficacy of the narrative therapy approach in reducing couples' conflicts through couples' therapy. *Thrita*. 2016;5(3): e59672. <https://sites.kowsarpub.com/thrita/articles/59672.html> <https://doi.org/10.5812/thritaj.36606>
- Shakeri J, Ahmadi SM, Maleki F, Hesami MR, Moghadam AP, Ahmadzade A, Shirzadi M, Elahi A. Effectiveness of group narrative therapy on depression, quality of life, and anxiety in people with amphetamine addiction: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2020;45(2):91. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7071554/>
- Roshanravan N. [The effectiveness of Reality Therapy in improving students' loneliness and academic achievement]. *Assessment and Research in Counseling and Psychology*. 2021; 3 (1):49-65. <http://jarcp.ir/article-1-64-fa.html> <https://doi.org/10.52547/jarcp.3.1.49>
- Safavi R, Alizadeh A. [The effectiveness of Group Reality Therapy Counseling on procrastination and loneliness in Na addicts in Tehran]. *Journal of Psychology New Ideas*. 2020; 4 (8):1-12. <http://jnip.ir/article-1-290-fa.html>
- Glasser W. *Reality Therapy in Action*. HarperCollins Publishers; 2000. <https://psycnet.apa.org/record/1999-04467-000>
- Eslami R, Hashemian P, Jarahi L, Modarres Gharavi M. [Effectiveness of group reality therapy on happiness and quality of life in unsupervised adolescents in Mashhad]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2013;56(5):300-6. [http://mjms.mums.ac.ir/article\\_1958.html](http://mjms.mums.ac.ir/article_1958.html)
- Wang WH, Ting YY. Reality Therapy Groups: Its effect on the stress reactions and coping strategies of female nurses in the critical

- care units. *Chinese Journal of Guidance and Counseling*. 2012; 32 (3): 57-84. <https://psycnet.apa.org/record/2012-11407-003>
19. Yoosefi Lebni J, Mohammadi Gharehghani MA, Soofizad G, Irandoost SF. Challenges and opportunities confronting female-headed households in Iran: A qualitative study. *BMC Women's Health*. 2020;20(1):1-1. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01046-x>
  20. Kazemi A, Ahadi H, Nejat H. [Comparison the effectiveness of acceptance and Commitment Focused Therapy and Compassion Focused Therapy on loneliness]. *Scientific Journal of Social Psychology*. 2020;8(55): 101-111. [http://psychology.iauhvaz.ac.ir/article\\_670722.html](http://psychology.iauhvaz.ac.ir/article_670722.html)
  21. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*. 1996;66(1):20-40. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2)
  22. Arimoto A, Tadaka E. Reliability and validity of Japanese versions of the UCLA Loneliness Scale version 3 for use among mothers with infants and toddlers: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*. 2019;19(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0792-4>
  23. Hassanzadeh F, Sabzi Z, Ahsanian E, Hojjati H. [The correlation between Internet Addiction and Loneliness in adolescents in Golestan Province]. *Journal of Health Promotion Management*. 2018; 6 (6): 8-14. <http://jhpm.ir/article-1-716-fa.html> <https://doi.org/10.21859/jhpm-07042>
  24. Zarei S, Memari AH, Moshayedi P, Shayestehfar M. Validity and reliability of the UCLA Loneliness Scale version 3 in Farsi. *Educational Gerontology*. 2016;42(1):49-57. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1065688>
  25. Payne M. *Narrative Therapy: An Introduction for Counsellors*. 2nd edition. Sage Publications Ltd. 2006. <https://psycnet.apa.org/record/2006-03599-000>
  26. Ghavami M, Fatehizadeh M, Faramarzi S, Nouri Emamzadehei A. [The effectiveness of the Narrative Therapy on the social anxiety and the self-esteem among the girl students]. *Journal of School Psychology*. 2014;3(3):61-73. [http://jps.uma.ac.ir/article\\_231.html](http://jps.uma.ac.ir/article_231.html)
  27. Carr A. Michael White's Narrative Therapy. *Contemporary Family Therapy*. 1998; 20 (4): 485-503. <https://doi.org/10.1023/A:1021680116584>
  28. Khodabakhsh MR, Kiani F, Noori Tirtashi E, Khastwo Hashjin H. [The effectiveness of narrative therapy on increasing couples' intimacy and its dimensions: Implication for treatment]. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2015;4(4):607-32. [https://fcp.uok.ac.ir/article\\_9218.html](https://fcp.uok.ac.ir/article_9218.html)
  29. Herbert RD, Kasza J, Bø K. Analysis of randomized trials with long-term follow-up. *BMC Medical Research Methodology*. 2018;18(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0499-5>
  30. Butera-Prinzi F, Charles N, Story K. Narrative Family Therapy and group work for families living with acquired brain injury. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2014;35(1):81-99. <https://doi.org/10.1002/anzf.1046>
  31. Epston D. Re-imagining Narrative Therapy: A history for the future. *Journal of Systemic Therapies*. 2016;35(1):79-87. <https://doi.org/10.1002/anzf.1046>
  32. Tadros E, Cappelto M, Kaur L. Treating symptoms of borderline personality disorder through Narrative Therapy and naltrexone. *The American Journal of Family Therapy*. 2019;47(2):87-101. <https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1590787>