

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقعیت‌درمانی بر انسجام
زناشویی در زوجین متعارض در دوره پسا کرونا

Comparison of the effectiveness of treatment based on the acceptance and commitment
approach (ACT) with reality therapy on marital cohesion in conflicted couples in the
post-corona era

Tahereh Kashani khatib

Ph.D. student, Department of Psychology, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran.

Dr. Abdollah Shafiabadi *

Professor, Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

ashafiabady@yahoo.com

Dr. Emad Yousefi

Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran.

طاہرہ کاشانی خطیب

دانشجوی دکتری، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران.

دکتر عبدالله شفیعی آبادی (نویسنده مسئول)

استاد، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

دکتر عماد یوسفی

استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران.

Abstract

The purpose of the present study was to compare the effectiveness of treatment based on the acceptance and commitment approach (ACT) with reality therapy on marital cohesion in conflicted couples in the post-corona era. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population of the present study was all conflicted couples who were referred to clinics and counseling centers in the 20th district of Tehran in 2022. 45 people were selected purposefully and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The research tool was Samani Marital Coherence (MCQ, 2002). Treatment intervention based on acceptance and commitment approach (ACT) and reality therapy was implemented in 8 sessions of 90 minutes, twice a week as a group for the first and second experimental groups. The data were analyzed using mixed analysis of variance. The results showed that there is a significant difference between the post-test and the follow-up groups of the test and evidence of marital cohesion ($P < 0.05$) and acceptance and commitment therapy was significantly more effective than reality therapy on the marital cohesion of conflicted couples in the post-corona period and between the two treatments, A significant difference was observed ($P < 0.05$). Therefore, it can be said that the acceptance and commitment approach (ACT) was more effective than reality therapy in increasing marital cohesion in conflicted couples.

Keywords: Acceptance and Commitment, Marital Cohesion, Conflict, Reality Therapy, Post-Corona.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقعیت‌درمانی بر انسجام زناشویی در زوجین متعارض در دوره پسا کرونا بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوجین متعارض مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و مراکز مشاوره منطقه ۲۰ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. تعداد ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش انسجام زناشویی سامانی (۱۳۸۱، MCQ) بود. مداخله درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت‌درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار به صورت گروهی برای گروه آزمایش اول و دوم اجرا شد. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و گواه انسجام زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) و درمان پذیرش و تعهد نسبت به واقعیت‌درمانی به طور معناداری بر انسجام زناشویی زوجین متعارض در دوره پسا کرونا اثربخش تر بود و بین دو درمان تفاوت معنادار مشاهده شد ($P < 0.05$). بنابراین می‌توان گفت که رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) اثربخش تر از واقعیت‌درمانی در افزایش انسجام زناشویی در زوجین متعارض بود.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، انسجام زناشویی، تعارض، واقعیت‌درمانی، پسا کرونا.

ویروس کرونا به‌عنوان یک بیماری عالم‌گیر^۱ در کنار تمامی تغییراتی که در عرصه‌های گوناگون ایجاد کرده، خانواده‌ها را نیز در تمامی مراحل چرخه رشد، تحت تأثیر قرار داده است (رولاند^۲، ۲۰۲۰؛ سیم^۳، ۲۰۲۰؛ گانت^۴ و همکاران، ۲۰۲۰؛ استنلی و مارکمن^۵، ۲۰۲۰). به دنبال گسترش این ویروس و اعمال سیاست‌های فاصله اجتماعی^۶ محدودیت‌های زیادی در توانایی افراد در ارتباطات اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های روزانه ایجاد شده است؛ این اقدامات محدودکننده افراد را از شبکه‌های حمایتی^۷ خود جدا کرده (بروک و لیفر^۸، ۲۰۲۰؛ وانباول^۹ و همکاران، ۲۰۲۰) و آنها را با فرآیندهای منفی و عملکرد ضعیف‌تر در روابط مواجه ساخته است (چائو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از چالش‌های مهم این عامل استرس‌زای منحصربه‌فرد حفظ روابط صمیمی مناسب است که به‌طور جدایی‌ناپذیری با سلامت عاطفی و جسمانی مرتبط هستند (پیترموناکو و اورال^{۱۱}، ۲۰۲۰). در طول دوره کرونا خانه‌ها ممکن است به گلخانه تعاملی^{۱۲} در طول زمانی تبدیل شوند که امکان محدودی برای فرار به دنیای خارج وجود دارد (لبو^{۱۳}، ۲۰۲۰). روابط خانوادگی ممکن است به دلیل این نزدیکی اجباری در نتیجه اقدامات قرنطینه، پرتنش شود پیامدها و عواقب این مشکلات به احتمال زیاد طولانی‌مدت خواهد بود و این مسئله تا حدی به این دلیل است که مخاطراتی در ساختارها و فرایندهای خرده‌نظام‌ها به‌طور ویژه خرده‌نظام زن‌وشوهری و همچنین کلیت خانواده نفوذ خواهد کرد چالش‌های این همه‌گیری قدرت‌سازگاری و انسجام خانواده‌ها را به‌طور جدی و به روشی بی‌نظیر، محک می‌زند (لی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۱؛ لین^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰؛ سدلار^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۸).

از سویی درحالی‌که این همه‌گیری ناامنی و عدم اطمینان را به ارمغان آورده است؛ راه‌های جدیدی نیز برای بودن و رفتار کردن وجود دارد؛ درواقع در دل چالش بزرگ ویروس کرونا فرصت‌های زیادی هم برای زوجین و خانواده‌ها وجود دارد؛ فرصت‌هایی همچون افزایش نزدیکی و صمیمیت اعضا، عمیق‌تر شدن روابط و حل گروهی مسائل (زارعی محمودآبادی و همکاران، ۱۴۰۲).

بسیاری از زوجین و خانواده‌ها دارای ساختارها و الگوهای ارتباطی منعطفی هستند که در مدیریت بحران‌ها و انسجام با رویدادهای چرخه زندگی به آنها کمک می‌کند (افشارپور و اقدسی، ۱۴۰۰). نزدیکی عاطفی که شخص با دیگر اعضای خانواده احساس می‌کند انسجام خانواده نام دارد (گالیا^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۰). انسجام شامل تعهد و زمان لذت‌بخش باهم بودن در مدل قوت‌های خانواده است. تعهد به خانواده شامل صداقت، وابستگی و وفاداری است. گذران وقت باهم به معنای تعهد زوجین به یکدیگر است که میزان زمان صرف‌شده و کیفیت درخور توجهی از فعالیت‌ها، احساسات و عقاید مشترک و لذت بردن از مشارکت با یکدیگر را شامل می‌شود (هوگان^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۱).

شواهد فراوان گویای آن است که زوج‌ها در جامعه امروزی اغلب برای برقراری مجدد سطوح اعتماد و رضایت در رابطه خود، به ویژه موضوعات مربوط به انسجام خانوادگی و ثبات زناشویی، برای درمان مراجعه می‌کنند (فری^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۰). به همین خاطر نیاز ما به رویکردهای مؤثر و به‌طور تجربی حمایت شده برای زوج‌درمانی مورد تأکید قرار گرفته است (ساراک و سانبرک^{۲۰}، ۲۰۲۰). یکی از این مداخلات رویکرد پذیرش و تعهد است. رویکردهای روان‌شناختی موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیشامدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توسط دکتر استیون هیز

1. pandemic
2. Rolland
3. Sim
4. Gunthe
5. Stanley & Markman
6. Social distance
7. Support networks
8. Brock & Laifer
9. Van Bavel
10. Chu
11. Pietromonaco & Overall
12. Hothouse of interaction
13. Lebow
14. Lee
15. Lin
16. Sedlar
17. Galea
18. Cathoun & Tedesch
20. Sarac & Sanberk

در سال ۱۹۸۳ مطرح شد. هسته و فرض اساسی این رویکرد این است که اجتناب و تقلا برای فرار از درد باعث رنج حقیقی می‌شود. این رویکرد از توانایی خوبی در مهار انتظارات ناپجا، ادراکات و نگرش‌های نادرست فرد در برابر پیش‌آیندهای استرس‌زای زندگی برخوردار است. این رویکرد درمانی به مراجع کمک می‌کند تا تشخیص دهد چه چیزی برای او مهم است و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند (ما^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). دلیل انتخاب این رویکرد این است که بر اساس این نوع درمان، انسان‌ها دارای انگیزه‌های درونی هستند تا قادر به محقق کردن نیاز عشق و تعلق خاطر، احساس قدرت، آزادی، بقا، سلامت و تفریح باشند. این نظریه ادعان می‌دارد که مردم می‌توانند با انتخاب آگاهانه احساسات و رفتارشان، زندگی خود را بهتر کنند. فراهانی فر و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب بهبود انطباق و انسجام خانواده زنان ناسازگار زناشویی شود. کاشفی و خضری مقدم (۱۴۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که زوج‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود شاخص‌های عملکرد زوجین متعارض مانند بهبود انسجام موثر است.

همچنین برای زوجین متعارض می‌توان از فنون و روش‌های واقعیت‌درمانی برای بهبود میزان تسلط خود بر زندگی خود استفاده کنند. در واقعیت‌درمانی افراد ترغیب می‌شوند به‌طور صادقانه ببینند که واقعاً چه می‌خواهند؟ و برای به دست آوردن آن هم‌اکنون چه می‌کنند؟ در فرآیند واقعیت‌درمانی، فردی که در به دست آوردن آنچه می‌خواهد ناکام شده است یا با رفتارهایش دیگران را به زحمت می‌اندازد، یاد می‌گیرد خود را ارزیابی کند. اینکه اکنون چه می‌کند، او به‌واسطه ارزیابی رفتار طبیعی و منطقی آن، می‌آموزد برای نتیجه بهتر، رفتارهای مؤثرتر (که ارضاکننده نیازهایش است) از خود نشان دهد. هدف واقعیت‌درمانی، پرورش قبول مسئولیت در فرد و ایجاد هویتی موفق است. در این رویکرد تلاش می‌شود تا فرد اهداف کوتاه‌مدت و درازمدت زندگی خود را بشناسد (کمساری و همکاران، ۱۴۰۰). طبق این رویکرد، فرد علاوه بر اینکه در مقابل اعمال و رفتارهای خود مسئول است باید مسئولیت افکار و احساسات خودش را نیز بپذیرد و فرد نمی‌تواند خود را قربانی گذشته و حال بداند مگر اینکه خود انتخاب کند (شارف^۲، ۲۰۱۵). و به مراجعان کمک می‌کند تا مسئولیت انتخاب رفتارهای خود را بپذیرند به‌جای اینکه خود را قربانی انگیزه‌های خود بدانند (افشارپور و اقدسی، ۱۴۰۰). واقعیت‌درمانی روش درمانی است که در آن به سوگدیدگان دوره کرونا کمک می‌شود تا خواسته‌ها، نیازها، ارزش‌ها و راه‌های رسیدن به نیازهایشان را بررسی کنند و درواقع هدف اصلی آن ایجاد حس مسئولیت‌پذیری است، که در سوگدیدگان کرونا، که بار اصلی مراقبت بر دوش خودشان است می‌تواند، بسیار مورد توجه باشد (شمالی احمدآبادی و برخوردار احمدآبادی، ۱۳۹۹). قربانپور لفتنجانی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اثربخشی آموزش گروهی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر بر بی‌ثباتی ازدواج و صمیمیت زناشویی موثر است.

دلیل مقایسه این دو روش درمانی این است که در نظریه‌ی پذیرش و تعهد درمانی به این نکته در سلامت روان تأکید دارد که به جای تمرکز بر برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا، به فرد کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل‌شده خود را در محیط پذیرفته و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده، خلاص کند و به آنها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند؛ در صورتی که واقعیت‌درمانی با تغییر منبع کنترل بیرونی و تبدیل کردن آن به منبع کنترل درونی به فرد می‌آموزد که خوشبختی و موفقیت آینده آنها نه در اتفاقات گذشته زندگی است، بلکه در دستان خود آنهاست و آنها می‌توانند آینده خود را همان‌گونه که دوست دارند رقم بزنند. از سوی دیگر، باید گفت که هم در واقعیت‌درمانی و هم در درمان تعهد و پذیرش بیشتر تأکید بر تغییر در آگاهی فرد است. حال با توجه به اینکه پژوهش در حوزه‌ی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقعیت‌درمانی بر انسجام زناشویی در زوجین متعارض نرسیده است و همچنین احتمال افزایش اختلالات رفتاری از یک طرف و مشکلات همراه با آن برای این زوجین و بالا رفتن میزان نارضایتی از زندگی و شیوع اختلالات و نابسامانی‌های رفتاری جدید و نیز ادعای رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی گلاسر مبنی بر افزایش میزان احتمال معنا در زندگی، شادکامی، برخورداری از باور مثبت درباره‌ی خود و دیگران و افزایش میزان کنترل درونی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقعیت‌درمانی بر انسجام زناشویی در زوجین متعارض در دوره پساکرونا انجام پذیرفت.

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوجین متعارض مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. ۱ حجم نمونه در این پژوهش با توجه به تعداد گروه‌ها و تعداد متغیرهای مورد بررسی تعیین شد. بر این اساس، از جامعه مذکور ۴۵ زوج (۹۰ نفر) پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (گروه آزمایش رویکرد پذیرش و تعهد، ۱۵ زوج)، (گروه آزمایش واقعیت‌درمانی، ۱۵ زوج) و (گروه گواه، ۱۵ زوج) قرار گرفتند. ۱ ملاک‌های ورود پژوهش شامل: ۱- سن ۲۰ تا ۴۰ سال؛ ۲- رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ ۳- داشتن توانایی جسمانی لازم برای شرکت در پژوهش؛ ۴- تحصیلات حداقل دیپلم؛ ۵- رضایت آگاهانه، ۶- عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر، ۷- عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی از حداقل یک ماه قبل از ارزیابی و همچنین ملاک‌های خروج شامل: ۱- شرکت در هرگونه مداخلات روان‌شناختی هم‌زمان با اجرای پژوهش، ۲- ابتلای هم‌زمان به اختلالات روانی بنا بر گزارش خود آزمودنی (حداقل از یک ماه از ورود به پژوهش)، ۳- عدم تمایل به ادامه همکاری و ۴- غیبت بیش از دو جلسه و ۵- همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی لازم با مدیریت یکی از مراکز مشاوره غرب تهران، پرونده شرکت‌کنندگان در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و با تماس تلفنی، مصاحبه اولیه‌ای با زوجین به عمل آمده و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۴۵ زوج متعارض انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. پس از جایگزینی در گروه‌ها، شرکت‌کنندگان پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی اول، واقعیت‌درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی به‌صورت حضوری با توالی هر هفته یک جلسه در هفته توسط پژوهشگر دریافت کردند. اما شرکت‌کنندگان گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و دوماه بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل آزمودنی‌ها برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کننده و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. درنهایت برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه انسجام زناشویی^۱ (MCQ): سامانی (۱۳۸۱) این پرسشنامه را بر پایه بررسی متون موجود در زمینه‌ی همبستگی و با الهام از الگوی مدور ترکیبی اولسون^۲ (۲۰۰۰) ساخته است. این پرسشنامه دارای ۲۸ گویه است که برای ارزیابی ۸ عامل به کار می‌رود و هر عامل با تعدادی از سؤالات سنجیده می‌شود. عوامل عبارت بودند از: عامل همبستگی با مادر (سؤالات ۳، ۵، ۱۱، ۱۵، ۱۷، ۲۱)، عامل همبستگی با پدر (سؤالات ۴، ۶، ۱۰، ۱۶، ۱۸، ۲۲)، عامل مدت‌زمان تعامل (۸ و ۹، ۱۳، ۱۴)، عامل مکان تعامل (سؤالات ۱۲، ۱۲، ۲۷، ۲۸)، عامل روابط عاطفی (سؤالات ۱۹ و ۲۰)، عامل تصمیم‌گیری (سؤالات ۷، ۲۳، ۲۵)، عامل روابط زناشویی (سؤالات ۲۴ و ۲۶)، عامل روابط والدین با فرزندان (سؤالات ۱ و ۲). نمره‌گذاری گویه‌ها به صورت طیف لیکرت از کاملاً مخالفم= ۱، مخالفم= ۲، نظری ندارم= ۳، موافقم= ۴ و گزینه کاملاً موافقم ۵ است. حداکثر نمره قابل اکتساب در این پرسشنامه ۱۴۰ و حداقل ۲۸ می‌باشد، همچنین، در این پژوهش، ۵۰ درصد بالای نمرات (بالتر از نمره ۹۶) تحت عنوان سطح انسجام بالا و ۵۰ درصد پایین نمرات (پایین تر از نمره ۹۶) تحت عنوان سطح انسجام پایین تعریف شده‌اند. روایی این پرسشنامه در طی پژوهش‌های زیادی که در این زمینه صورت گرفته است، خوب ارزیابی و تأیید شده است. سامانی (۱۳۸۱) روایی پرسشنامه را به کمک تحلیل پیش‌بین ۰۰/۷۹، و ضریب پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و به روش بازآزمایی در بازه زمانی ۳۰ روزه ۰/۹۰ گزارش کرد. همچنین ضریب پایایی این پرسشنامه توسط سلطانی بناوندی و همکاران (۱۳۹۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ در

1. Marital Cohesion Questionnaire

2. Olson

جامعه مذکور ۰/۷۷ به دست آمد.

جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان پذیرش و تعهد اقتباس از هیز^۱ و همکاران (۲۰۱۶) در ۸ جلسه دو ساعته و به صورت هفتگی به گروه آزمایش آموزش داده شد و خلاصه این بسته آموزشی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. مراحل اجرای آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقتباس از هیز و همکاران (۲۰۱۶)

ردیف	رئوس محتوا	نوع محتوا	اهداف
۱	اجرای پیش‌آزمون	دانش معنایی- روندی	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۲	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی	دانش معنایی- روندی	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی اجتناب
۳	سنجش مشکلات درمان‌جویان از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استخراج تجربه	دانش معنایی- روندی	آگاهی از اینجا و اکنون و علاقه‌مندی به جای فرار از آنچه که هم‌اکنون در جریان است.
۴	تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش و اجرای فنون درمانی جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	دانش معنایی- روندی	تمرکز بر تمام حالت روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی منجر شود.
۵	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	دانش معنایی- روندی	تلاش در جهت کسب حس تعالی و پذیرش هیجان‌های منفی با استفاده از فنون آموزش‌دیده.
۶	آموزش فنون درمانی خود به‌عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی.	دانش معنایی- روندی	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها.
۷	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	دانش معنایی- روندی	به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی.
۸	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده‌شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و اجرای پس‌آزمون	دانش معنایی- روندی	درخواست از درمان‌جویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی

جلسات پروتکل واقعیت‌درمانی: ساختار جلسات پروتکل واقعیت‌درمانی که برگرفته از کتاب گلاسر و گلاسر^۲ (۲۰۱۰) در ۸ جلسه دوساعته و به صورت هفتگی به گروه آزمایش آموزش داده شد و خلاصه این بسته آموزشی در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. مراحل آموزش درمان واقعیت‌درمانی (گلاسر و گلاسر، ۲۰۱۰)

ردیف	رئوس محتوا	نوع محتوا	اهداف
۱	اجرای پیش‌آزمون	دانش معنایی- روندی	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان واقعیت‌درمانی
۲	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی	دانش معنایی- روندی	کنترل درونی در برابر کنترل بیرونی
۳	آموزش تفاوت نظریه، راهبرد و رفتار تفاوت کنترل درونی و بیرونی تعارض چهارگانه کنترل	دانش معنایی- روندی	چرا انسان‌ها رفتار می‌کنند؟ هدف رفتار انسان‌ها چیست؟ توضیح نیازها و شناسایی نیازهای اعضای گروه

1. Hayes
 2. Glasser & Glasser

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقعیت‌درمانی بر انسجام زناشویی در زوجین متعارض در دوره پساکرونا
Comparison of the effectiveness of treatment based on the acceptance and commitment approach (ACT) with reality ...

۴	دنیای مطلوب چیست و ارتباط آن با نیازها چگونه است؟ انگیزه یا صدور رفتار بر چه اساسی شکل می‌گیرد؟	دانش معنایی- روندی	دنیای مطلوب و شکل‌گیری خواسته‌ها
۵	دنیای ادراکی چیست و چگونه ترازوی افراد تعادل خود را از دست می‌دهد؟ افراد چگونه و بر چه اساس به دنیای واقعی نگاه می‌کنند.	دانش معنایی- روندی	دنیای ادراکی و چگونگی مشاهده دنیا
۶	توضیح مؤلفه‌های رفتار (فکر و عمل و احساس و فیزیولوژی) میزان و شیوه کنترل افراد بر روی چرخ‌های ماشین رفتار	دانش معنایی- روندی	بررسی ماشین رفتار
۷	چگونه افراد به راه‌های بدیع برای رسیدن به خواسته‌های خود دست می‌زنند. چطور سیستم رفتاری روی به رفتارهایی چون خشم، افسردگی و... می‌آورد.	دانش معنایی- روندی	سیستم خلاق و راه‌کارهای بدیع آن (عصبانی شدن، افسردگی کردن و...).
۸	هنر پرسشگری از خویشتن هدف‌گزینی بر پایه‌ی یک زندگی مسئولانه و مؤثر اجرای پس‌آزمون	دانش معنایی- روندی	آموزش فرآیند پرسشگری بر اساس اصول واقعیت‌درمانی و نوشتن اهداف هوشمند بر پایه کنترل درونی بر پایه مسئولیت‌پذیری

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که ۴۵ زوج (۱۵ زوج گروه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زوج درمان واقعیت‌درمانی و ۱۵ زوج گروه گواه) حضور داشتند که میانگین و انحراف استاندارد معیار سن برای گروه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب ۳۱/۵۱ و ۲/۲۹ سال، برای گروه واقعیت‌درمانی ۳۰/۷۵ و ۲/۶۱ سال و برای گروه گواه ۳۱/۳۸ و ۲/۴۸ بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد معیار مدت زمان ازدواج برای گروه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۱/۷۶ و ۳/۳۵، گروه واقعیت‌درمانی ۱۲/۲۶ و ۳/۵۹ و برای گروه گواه ۱۲/۰۴ و ۳/۷۶ بود. برای معیار فرزند داشتن در گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۵۵ درصد از زوجین دارای فرزند و ۴۵ درصد بدون فرزند، در گروه واقعیت‌درمانی ۴۰ درصد بدون فرزند و ۶۰ درصد دارای فرزند و در گروه گواه ۳۵ درصد بدون فرزند و ۶۵ درصد دارای فرزند بودند و در آخر برای معیار تحصیلات در گروه آموزش مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد ۵۰ درصد دارای دیپلم و ۵۰ درصد بالاتر از دیپلم، در گروه واقعیت‌درمانی ۵۵ درصد دیپلم و ۴۵ درصد بالاتر از دیپلم و در گروه گواه نیز ۵۵ درصد دیپلم و ۴۵ درصد بالاتر از دیپلم بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر انسجام زناشویی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گواه	۲۹/۱۳	۴/۹۳	۲۸/۴۷	۴/۷۲	۲۸/۸۷	۴/۲۸
انسجام واقعیت‌درمانی	۳۰/۴۰	۶/۲۱	۳۴/۳۳	۵/۸۰	۳۴/۱۳	۵/۷۰
آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۹/۲۷	۳/۴۵	۴۶/۹۳	۹/۳۴	۴۷/۸۷	۹/۷۸

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، انسجام زناشویی برای سه گروه گواه، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، واقعیت‌درمانی در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه گواه میانگین نمره کل انسجام زناشویی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی، افزایش قابل‌توجه انسجام زناشویی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون مشاهده شد.

بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات انسجام زناشویی در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری

($p > 0.05$) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های انسجام زناشویی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ($F = 0.1186$)، پس‌آزمون ($P = 0.123$, $F = 1/105$) و پیگیری ($P = 0.263$, $F = 1/33$) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر انسجام زناشویی ($MBOX = 29/73$, $F = 1/04$, $P = 0.32$) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای متغیر انسجام زناشویی رعایت نشده است. بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاوس - گیسر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
انسجام زناشویی	درون‌گروهی	زمان	۲۹۲/۹۸	۱/۳۳	۲۲۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۰۱
		زمان × گروه	۵۸۱۲/۲	۲/۶۶	۲۱۸۷/۵	۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
		خطا	۲۴۲۸۳/۱۹	۵۰/۴۸	۴۸۱/۰۲	-	-	-

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیر انسجام زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه گواه در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیر انسجام زناشویی بین دو گروه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد مقایسه دوجه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بنفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیر انسجام زناشویی

گروه مرجع	گروه مقایسه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		اختلاف میانگین	اختلاف خطای استاندارد	P	گروه مرجع
		اختلاف میانگین	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	خطای استاندارد				
واقعیت‌درمانی	گواه	۵/۲۰۰	۵/۴۴۳	۰/۰۰۱	۴/۳۲۳	-۳۸/۰۶۷*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۱	انسجام
	ACT	۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۰/۰۰۱	۴/۳۲۳	۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۱	انسجام
ACT	گواه	۱/۸۰۰	۵/۴۴۳	۰/۰۰۱	۴/۳۲۳	-۵۹/۲۰۰*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۱	زناشویی
	واقعیت‌درمانی	-۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۰/۰۰۱	۴/۳۲۳	-۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۱	زناشویی

با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های واقعیت‌درمانی و گواه در متغیر انسجام زناشویی ($P < 0.05$) و آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه در متغیر انسجام زناشویی ($P < 0.05$) وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین روش واقعیت‌درمانی و آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ اختلاف معنادار وجود دارد. مطابق با جدول ۵ اختلاف میانگین روش آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی برای متغیر انسجام زناشویی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به صورت مثبت معنادار شده است. در نتیجه روش آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انسجام زناشویی اثربخشی بیشتری نسبت به واقعیت‌درمانی داشته است ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقعیت‌درمانی بر انسجام زناشویی در زوجین متعارض در دوره پساکرونا انجام پذیرفت. در مرحله اول پژوهش نتایج نشان داد درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر انسجام زناشویی مؤثر است. این یافته‌ها صورت ضمنی با بخشی از یافته‌های کاشفی و خضری مقدم (۱۴۰۰) و فراهانی فر و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر افزایش انسجام زناشویی می‌توان گفت که اجتناب از تجارب با

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقعیت‌درمانی بر انسجام زناشویی در زوجین متعارض در دوره پساکرونا
Comparison of the effectiveness of treatment based on the acceptance and commitment approach (ACT) with reality ...

حیطه وسیعی از مشکلات رفتاری و روان‌شناختی ارتباط دارد در واقع اجتناب از تجارب انسان‌ها را در مقابل عوامل تنیدگی را آسیب‌پذیرتر می‌نماید. افرادی که تمایل و آمادگی بیشتری برای محبوس کردن و سرکوب نمودن چنین تجاربی را دارند. هنگامی که استرس و نگرانی در مدرسه محیط کار، تعارض‌ها با همسر و برای آن پیش می‌آید، تلاش برای کنترل آشفتگی‌ها آنها را تشدید می‌نماید. همچنین یکی از مهم‌ترین فن‌های این درمان، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد. در این مرحله از درمان افراد یاد می‌گیرند که زندگی و فعالیت‌ها به صورت هدف یا نتیجه‌ای نگاه نکنند، بلکه به صورت فرایند یا مسیری نگاه کنند. نظاره می‌شود که افراد در جهت ارزش‌های شخصی خود گام برمی‌دارند یا غیر از آن است با ترغیب شرکت‌کننده‌ها به شناسایی ارزش‌هایشان که با استفاده از استعاره‌ی تشبیح جنازه به آن دست پیدا می‌کنند، گام بردارند، بعد با تعیین اهداف و انجام اعمالی که در جهت اهداف و ارزش‌ها باشند آشنا می‌شوند. زوجین متعارض در صورت برخورد با موانع که به دو گروه تقسیم می‌شوند، موانع درونی که با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مرتفع می‌شود و موانع بیرونی که با استفاده از مهارت حل مسئله برداشته می‌شوند. در درمان پذیرش و تعهد حضور در اینجا و اکنون باعث می‌شود که فرد درگیر قضاوت‌ها در مورد تجارب ناخوشایند گذشته و آینده‌ی خودشان نشوند. فرایند تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی به فرد کمک می‌کند تا شرایط را تحمل‌پذیر نماید و تجربه لحظه‌های واقعی زندگی‌شان را بپذیرد که باعث حرکت او در جهت انسجام زناشویی می‌شود (پالیلیوناس^۱ و همکاران، ۲۰۱۸).

همچنین یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد واقعیت‌درمانی بر افزایش انسجام زناشویی مؤثر است. این یافته‌ها با یافته‌های قربانپور لفقجانی و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود. در تبیین اثربخشی واقعیت‌درمانی در افزایش انسجام زناشویی در زوجین متعارض در پساکرونا می‌توان این‌گونه بیان کرد که یکی دیگر از علل حل نشدن تعارضات پافشاری هر کدام از زوجین بر فکر و عقیده‌ی خویش و کوتاه نیامدن در مورد مسائل و مشکلات و فراقکنی و نسبت دادن علت مشکلات به یکدیگر است. اگر زوجین بتوانند نقش و مسئولیت خود را در مسائل و مشکلات بپذیرند و تغییر را از خود شروع کنند قطعاً با تعارضات کمتری مواجه خواهند شد و انسجام زناشویی افزایش می‌یابد؛ زیرا هر یک از زوجین بیشتر از آنکه بر دیگری کنترل داشته باشد بر رفتارها و عواطف و احساسات خویش کنترل دارد. نظریه‌ی واقعیت‌درمانی با تمرکز بر انتخاب آگاهانه رفتار توسط فرد، باعث افزایش کنترل درونی و مسئولیت‌پذیری می‌شود. پژوهش اکبری و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد که رویکرد واقعیت‌درمانی باعث افزایش کنترل درونی افراد بر رفتار خود شده است و کنترل درونی با انسجام رابطه دارد. زارع و نامداریپور (۲۰۲۰) نیز در تحقیق خود نشان داد که نظریه انتخاب باعث کنترل بیشتر افراد بر زندگی خویش شده است. اعتقاد به منبع درونی کنترل باعث افزایش کیفیت زندگی افراد می‌شود، زیرا فرد می‌تواند آگاهانه رفتارهای مناسب جهت بهبود وضعیت انسجام زناشویی خود را انتخاب کند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به واقعیت‌درمانی در افزایش انسجام زناشویی، اثربخش‌تر است، و این تغییر در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شد. برای این یافته، مطالعه‌ای مبنی بر همسویی یا ناهمسویی یافت نگردید. در تبیین اثربخش‌تر بودن درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر واقعیت‌درمانی بر افزایش انسجام زناشویی در زوجین پساکرونا می‌توان این‌گونه بیان کرد که تغییر در عملکرد و انجام عمل متعهد به همراه درست زیستن یا زندگی ارزشمندانه در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند تا مسئولیت رفتار خود را بر عهده گیرد که این مورد منجر به عملکرد بهتر در زندگی زناشویی و خانواده و درنهایت افزایش انسجام زناشویی می‌شود. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن فرد را نسبت به تنش‌های خود تغییر می‌دهد، احساسات و ارزش‌های وی تغییر می‌کند، انسجام روانی وی افزایش یافته و در نتیجه نسبت به تغییر خود تعهد بیشتری داشته و انسجام خانوادگی و زناشویی نیز افزایش می‌یابد. همچنین می‌توان به تأثیر رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه‌ای، این‌گونه مطرح نمود که در پی تضعیف اجتناب تجربه‌ای، افراد می‌توانند به سمت دیدن و پذیرش مشکلات خود بروند و با افزایش پذیرش نسبت به مشکلات و تعارضات زناشویی خود، درک و شناخت واقعی پیدا کنند و آنها را به خوبی حل کنند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اساساً فرایند محور است و آشکارا بر ارتقای پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگاران، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند (شاملی و داودی، ۲۰۲۱)، خصیصه‌ای که در واقعیت‌درمانی حضور ندارد.

به‌طور کلی، انسجام و پیوستگی مناسب در نظام خانوادگی، یکی از معیارهای سلامت عملکرد خانواده محسوب شده و از جمله عوامل مهم ثبات ازدواج هستند. بنابراین، استفاده از این ابزارها و الگوها برای بررسی بیشتر عملکرد و ساختار خانواده و به تبع آن برنامه ریزی درمانی و بررسی نتایج مداخلات خانوادگی درمانی برای خانواده‌ها به صورت موردی توصیه می‌شود. درنهایت، نتایج

حاصل از پژوهش که نشان داده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به واقعیت درمانی، تأثیر بیشتری در افزایش انسجام زناشویی داشته است. با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده می‌توان عنوان داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به واقعیت درمانی، در بهبود تعارضات زناشویی زوجین تأثیر بیشتری داشته و کارایی بالاتری دارد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری غیر تصادفی و هدفمند و عدم استفاده از تحلیل‌های زوجی اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود؛ همچنین از آنجا که واحد نمونه پژوهش حاضر زوج بود؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از تحلیل‌های زوجی استفاده شود. هر پژوهشی با توجه به امکانات و موقعیتی که در آن به اجرا درآمده است دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم‌پذیری آن را به جامعه با مشکلاتی همراه می‌سازد.

منابع

- افشارپور، س.، و اقدسی، ع. (۱۴۰۰). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان وجودی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۴(۵۲)، ۴۰-۱۹. https://jwsf.tabriz.iau.ir/article_678500.html
- اکبری، م.، آریانپور، ح.، و رضایپور میر صالح، ی. (۱۴۰۱). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل، و کاهش دوز داروهای آگونست در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده. *اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۵)، ۲۲۷-۲۵۴. <https://etiadjahi.ir/article-1-2713-fa.html>
- زارعی محمود آبادی، ح.، سدرپوشان، ن.، و کلانتری، م. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش گروهی مقابله با سوگ در بهبود تجربه سوگ ناشی از کووید-۱۹ در زنان سوگوار شهر یزد. *طلوع بهداشت*، ۲۲(۱)، ۱۶-۳۳. <https://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3479-fa.html>
- سامانی، س. (۱۳۸۱). *مدل علی برای همبستگی خانوادگی و استقلال عاطفی و سازگاری*. رساله دکتری، دانشگاه شیراز.
- سلطانی بناوندی، ا.، خضری مقدم، ن.، و بنی اسدی، ح. (۱۳۹۸). نقش انسجام خانواده و انعطاف‌پذیری خانواده در پیش‌بینی شادابی تحصیلی دانشجویان با میانجی‌گری معنای زندگی. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۵(۳)، ۷۰-۵۳. https://ppls.ui.ac.ir/article_24826.html
- شمالی احمدآبادی، م.، برخوردار احمدآبادی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت‌درمانی موردی به شیوه مجازی بر اضطراب کرونا. *رویش روانشناسی*، ۹(۷)، ۱۶۳-۱۷۰. <http://frooyesh.ir/article-1-2003-fa.html>
- فراهانی فر، م.، حیدری، ح.، داودی، ح.، و آل یاسین، س. ع. (۱۳۹۷). مقایسه تأثیر مشاوره انگیزشی نظام‌مند با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انطباق و انسجام خانواده زنان ناسازگار زناشویی. *سلامت جامعه*، ۱۲(۳)، ۲۸-۲۸. <https://www.magiran.com/paper/1948486>
- قربان‌پور لغمجانی، ا.، رضائی، س.، و پورمحمدی، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش گروهی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر بر بی‌ثباتی ازدواج و صمیمیت زناشویی پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۶(۵۴)، ۵۴۵-۵۶۵. <http://ijndibs.com/article1-634-fa.html>
- کاشفی، ن.، و خضری مقدم، ن. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT-G) با استفاده از مفهوم بندی طرح‌واره‌ای بر بهبود شاخص‌های عملکرد زوجین متعارض. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۱)، ۹۵-۱۰۶. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-946-fa.html>
- کمساری، ف.، کشاورزافشار، ح.، قدمی، م.، و احقر، ق. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد آدلری و واقعیت‌درمانی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان دوره اول متوسطه. *رویش روانشناسی*، ۱۰(۵)، ۱۱۸-۱۰۷. <http://frooyesh.ir/article-1-2639-fa.html>
- موسوی، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب ناشی از کرونا و آثار سوگ در دوران کووید ۱۹. *روانشناسی تحلیل شناختی*، ۱۲(۴۷)، ۱۲۵-۱۱۳. https://psy.garmsar.iau.ir/article_688876.html
- Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M. J., Crum, A. J., Douglas, K. M., Druckman, J. N., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E. J., Fowler, J. H., Gelfand, M., Han, S., Haslam, S. A., Jetten, J., Kitayama, S., ... Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature human behaviour*, 4(5), 460-471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- Brock, R. L., & Laifer, L. M. (2020). Family science in the context of the COVID-19 pandemic: Solutions and new directions. *Family process*, 59(3), 1007-1017. <https://doi.org/10.1111/famp.12582>
- Chu, I. Y. H., Alam, P., Larson, H. J., & Lin, L. (2020). Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response. *Journal of travel medicine*, 27(7), taaa192. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa192>
- Frye, N., Ganong, L., Jensen, T., & Coleman, M. (2020). A dyadic analysis of emotion regulation as a moderator of associations between marital conflict and marital satisfaction among first-married and remarried couples. *Journal of Family Issues*, 41(12), 2328-2355. <https://doi.org/10.1177/0192513X20935504>
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA internal medicine*, 180(6), 817-818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>

Comparison of the effectiveness of treatment based on the acceptance and commitment approach (ACT) with reality ...

- Glasser, W., & Glasser, C. (2010). *The effect of reality therapy based group counseling on the self-esteem*. University of Virginia.
- Gunthe, S. S., Swain, B., Patra, S. S., & Amte, A. (2022). On the global trends and spread of the COVID-19 outbreak: preliminary assessment of the potential relation between location-specific temperature and UV index. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of public health*, 30(1), 219–228. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01279-y>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (ed.) (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hogan, J. N., Crenshaw, A. O., Baucom, K. J. W., & Baucom, B. R. W. (2021). Time Spent Together in Intimate Relationships: Implications for Relationship Functioning. *Contemporary family therapy*, 43(3), 226–233. <https://doi.org/10.1007/s10591-020-09562-6>
- Lebow, J. L. (2020). Family in the age of COVID-19. *Family process*, 59(2), 309-312. <https://doi.org/10.1111/famp.12543>
- Lee, S., Jobe, M., & Mathis, A. (2021). Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological Medicine*, 51(8), 1403-1404. <https://doi.org/10.1017/S003329172000121X>
- Lin, C. Y., Broström, A., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). Investigating mediated effects of fear of COVID-19 and COVID-19 misunderstanding in the association between problematic social media use, psychological distress, and insomnia. *Internet interventions*, 21, 100345. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100345>
- Ma, J., Ji, L., & Lu, G. (2023). Adolescents' experiences of acceptance and commitment therapy for depression: An interpretative phenomenological analysis of good-outcome cases. *Frontiers in psychology*, 14, 1050227. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1050227>
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital & family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Paliliunas, D., Belisle, J., & Dixon, M. R. (2018). A Randomized Control Trial to Evaluate the Use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to Increase Academic Performance and Psychological Flexibility in Graduate Students. *Behavior analysis in practice*, 11(3), 241–253. <https://doi.org/10.1007/s40617-018-0252-x>
- Pietromonaco, P. R., & Overall, N. C. (2020). Applying relationship science to evaluate how the COVID-19 pandemic may impact couples' relationships. *American Psychologist*.
- Pietromonaco, P. R., & Overall, N. C. (2021). Applying relationship science to evaluate how the COVID-19 pandemic may impact couples' relationships. *The American psychologist*, 76(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037/amp0000714>
- Rolland J. S. (2020). COVID-19 Pandemic: Applying a Multisystemic Lens. *Family process*, 59(3), 922-936. <https://doi.org/10.1111/famp.12584>
- Sarac, A., & Sanberk, I. (2020). Marital Problem Solving Interaction and Satisfaction: A Microanalytic Study. *The American Journal of Family Therapy*, 50(1), 33-56. <https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1862004>
- Sedlar, A. E., Stauner, N., Pargament, K. I., Exline, J. J., Grubbs, J. B., & Bradley, D. F. (2018). Spiritual struggles among atheists: Links to psychological distress and well-being. *Religions*, 9(8), 242. <https://doi.org/10.3390/rel9080242>
- Shameli, L., & Davodi, M. (2021). Acceptance and Commitment Therapy for Reducing Interference and Improving Verbal and Visual Working Memory in Patients with Multiple Sclerosis. *International Journal of Behavioral Sciences (IJBS)*, 15(1), 14-19. https://www.behavsci.ir/article_131145.html
- Sharf, S. (2015). *Theories of psychotherapy & counseling: Concepts and cases*. UK: Cengage Learning.
- Sim M. R. (2020). The COVID-19 pandemic: major risks to healthcare and other workers on the front line. *Occupational and environmental medicine*, 77(5), 281–282. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106567>
- Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2020). Helping Couples in the Shadow of COVID-19. *Family process*, 59(3), 937–955. <https://doi.org/10.1111/famp.12575>
- Zare, F., & Namdarpour, F. (2020). The Effectiveness of Choice Theory Training on the Mental Health of Adolescent Girls. *International Archives of Health Sciences*, 7(3), 131-136. https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_4_20