

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

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 Shafabadi *

Professor, Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.
ashafabady@yahoo.com

Dr. Emad Yousefi

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

طاهره کاشانی خطیب

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

دکتر عبدالله شفیع 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 پس‌اکرولا بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوجین متعارض مراجعت کننده 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 (MCQ, ۱۳۸۱) بود.

مداخله درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت‌درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفتماهی 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 بهطور معناداری بر انسجام زناشویی زوجین متعارض در دوره پس‌اکرولا 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، متعارض، واقعیت‌درمانی، پس‌اکرولا.

مقدمه

وبیروس کرونا به عنوان 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، 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 محدود کننده 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 منحصر به فرد حفظ روابط صمیمی مناسب است که به طور 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 (لیبو^{۱۳}، ۲۰۲۰). روابط خانوادگی ممکن است به دلیل این نزدیکی اجباری درنتیجه اقدامات قرنطینه، پرتش 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 خردمناظمها به طور ویژه خردمنظام زن و شوهری و همچنین کلیت خانواده نفوذ خواهد کرد چالش‌های این همه‌گیری قدرت سازگاری و انسجام خانواده‌ها را به طور جدی و به رویی بینظیر، محک می‌زنند (لی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۱؛ لین^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰ و همکاران، ۲۰۱۸).

از سویی در حالی که این همه‌گیری ناگفته 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 فرستادهای زیادی هم برای زوجین و خانواده‌ها وجود دارد؛ فرستادهایی همچون افزایش نزدیکی و صمیمت اعضاء، 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^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۰). انسجام شامل تهد 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 صرف شده و کیفیت در خور توجهی از فعالیت‌ها، احساسات و عقاید مشترک و لذت بردن از مشارکت با یکدیگر را شامل می‌شود (هوگان^{۱۷} 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 به طور 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 روان‌شناسی 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 استینون 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. Calhoun & Tedesch

20 .Sarac & Sanberk

در سال ۱۹۸۳ مطرح شد. هسته و فرض اساسی این رویکرد این است که اجتناب و تلا برای فرار از درد باعث رنج حقیقی می‌شود. این رویکرد از توانایی خوبی در مهار انتظارات نایجا، 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 اذعان 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 انبساط و انسجام خانواده زنان ناسازگار زناشویی شود. کافشی و خضری مقدم (۱۴۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی 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 اقایت‌درمانی برای بهبود میزان تسلط خود بر زندگی خود استفاده کنند. در اقایت‌درمانی افراد ترغیب می‌شوند به طور صادقانه ببینند که واقعاً چه می‌خواهند؟ و برای به دست آوردن آن هم‌اکنون چه می‌کنند؟ در فرآیند اقایت‌درمانی، 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 به واسطه ارزیابی رفتار طبیعی و منطقی آن، می‌آموزد برای نتیجه بهتر، رفتارهای مؤثرتر (که ارضاکننده نیازهایش است) از خود نشان دهد. هدف اقایت‌درمانی، پرورش قبول مسئولیت در فرد و ایجاد هوبیتی 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 مراجعت کمک می‌کند تا مسئولیت انتخاب رفتارهای خود را بپذیرند به جای اینکه خود را قربانی انگیزه‌های خود بدانند (افشارپور و اقدسی، ۱۴۰۰). اقایت‌درمانی 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 (شمالي احمدآبادي و برخورداري احمدآبادي، ۱۳۹۹). قربانپور لفنجانی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اثربخشی آموزش گروهی واقایت‌درمانی 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 بطرفسازی و حذف عوامل آسیب‌زا، به فرد کمک می‌کند تا هیجانات و شناختهای کنترل شده 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 مناعزه با آنها دست بردارند؛ در صورتی که واقایت‌درمانی 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 واقایت‌درمانی و هم در درمان تعهد و پذیرش بیشتر تأکید بر تغییر در آگاهی فرد است. حال با توجه به اینکه پژوهش در حوزه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقایت‌درمانی 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 رويکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقایت‌درمانی گلاسر مبنی بر افزایش میزان احتمال معنا در زندگی، شادکامی، برخورداری از باور مثبت درباره خود و دیگران و افزایش میزان کنترل درونی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقایت‌درمانی بر انسجام زناشویی در زوجین متعارض در دوره پساکرونا انجام پذیرفت.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوجین متعارض مراجعت‌کننده به درمانگاه‌ها و مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. 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 هدفمندا 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. املاک‌های 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- غبیت بیش از دو جلسه و ۵- همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس آزمون 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 به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی اول، واقعیت‌درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی به صورت 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 دو ماه 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 مشاهده‌ی هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با موارین 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 سوالات سنجیده می‌شود. عوامل عبارت بودند از: عامل همبستگی با مادر (سوالات ۳، ۵، ۱۱، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۲)، عامل همبستگی با پدر (سوالات ۴، ۶، ۱۰، ۱۶، ۱۸، ۲۲)، عامل مدت‌زمان تعامل (سوالات ۸ و ۹، ۱۳، ۱۴)، عامل مکان تعامل (سوالات ۱۲، ۲۷، ۲۸)، عامل روابط عاطفی (سوالات ۱۹ و ۲۰)، عامل تصمیم‌گیری (سوالات ۷، ۲۳، ۲۵)، عامل روابط زناشویی (سوالات ۲۴ و ۲۶)، عامل روابط والدین با فرزندان (سوالات ۱ و ۲). نمره‌گذاری گویه‌ها به صورت طیف لیکرت از کاملاً مخالف = ۱، مخالف = ۲، موافق = ۳، موافق = ۴ و گزینه کاملاً موافق = ۵ است. حداکثر نمره قابل اکتساب در این پرسشنامه ۱۴۰ و حداقل ۲۸ می‌باشد. همچنین، در این پژوهش، ۵۰ درصد بالای نمرات (بالاتر 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. روابی این پرسشنامه در طی پژوهش‌های زیادی که در این زمینه صورت گرفته است، خوب ارزیابی و تأیید شده است. سامانی (۱۳۸۱) روابی پرسشنامه را به کمک تحلیل پیش‌بین ۰/۷۹ 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. Martial Cohesion Questionnaire

2. Olson

جامعه مذکور 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 ساعتی 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 پیش آزمون	دانش معنایی-	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 سنجش مشکلات درمان جویان از نگاه درمان	دانش معنایی-	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی اجتناب
۳	تصویح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش و اجرای فنون درمانی جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	دانش معنایی-	آگاهی از اینجا و اکنون و علاقهمندی به جای فرار از آنچه که هم اکنون در جریان است.
۴	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	دانش معنایی-	تمرکز بر تمام حالت روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ گونه قضاوی به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی منجر شود.
۵	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی.	دانش معنایی-	تلاش در جهت کسب حس تعالی و پذیرش هیجان‌های منفی با استفاده از فنون آموزش دیده.
۶	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روش‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها	دانش معنایی-	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌بزی اهداف بر اساس ارزش‌ها.
۷	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	دانش معنایی-	به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌بزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی.
۸	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و اجرای پیش آزمون	دانش معنایی-	درخواست از درمان جویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی

جلسات پروتکل واقعیت‌درمانی: ساختار جلسات پروتکل واقعیت درمان که برگرفته از کتاب گلاسر و گلاسر^۲ (۲۰۱۰) در ۸ جلسه دو ساعتی 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 پیش آزمون	دانش معنایی-	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان واقعیت‌درمانی
۲	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی کنترل درونی در برابر کنترل بیرونی	دانش معنایی-	آموزش تفاوت نظریه، راهبرد و رفتار تفاوت کنترل درونی و بیرونی تعارض چهارگانه کنترل
۳	چرا انسان‌ها رفتار می‌کنند؟ هدف رفتار انسان‌ها چیست؟ توضیح نیازها و شناسایی نیازهای اعضای گروه	دانش معنایی-	چرایی و چگونگی صدور رفتار

1. Hayes

2. Glasser & Glasser

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

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

یافته ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که ۴۵ زوج گروه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۵ 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 بود، برای معیار فرزند داشتن در گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، 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، ۱۵ درصد از وجین 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 ۵ 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

پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	انجام	زناسویی		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گواه
۴/۲۸	۲۸/۸۷	۴/۷۲	۲۸/۴۷	۴/۹۳	۲۹/۱۳	واقعیت درمانی
۵/۷۰	۳۴/۱۳	۵/۸۰	۳۴/۳۳	۶/۲۱	۳۰/۴۰	آموزش درمان مبتنی
۹/۷۸	۴۷/۸۷	۹/۳۴	۴۶/۹۳	۳/۴۵	۲۹/۲۷	بر پذیرش و تعهد

همان طور 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 قابل توجه 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 - اسپرینوف 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 ($F = 0/186$), ($P = 0/20$), پس‌آزمون ($F = 1/105$, $P = 0/123$) و پیگیری ($F = 1/33$, $P = 0/263$) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر انسجام زناشویی ($F = 1/04$, $MBOX = 2/973$) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین بهمنظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موجلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای متغیر انسجام زناشویی رعایت نشده است. بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاؤس - 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	زمان		۲۹۲/۹۸	۱/۳۳	۲۲۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۰۱
	درون‌گروهی	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 واپسیه 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 دوبعدی 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						پیگیری	
		P	خطای استاندارد	اختلاف میانکین	P	خطای استاندارد	اختلاف میانکین	P	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	P	خطای استاندارد	اختلاف میانگین		
انسجام	گواه	۰/۰۰۱	۴/۲۹۱	-۳۸/۷۳۳*	۰/۰۰۱	۴/۳۲۳	-۳۸/۰۶۷*	۰/۰۰۱	۵/۴۴۳	۵/۲۰۰	۰/۰۰۱	۴/۲۹۱	-۳۸/۷۳۳*	پیگیری	
	واقعیت‌درمانی	۰/۰۰۱	۴/۲۹۱	۲۱/۲۶۷*	۰/۰۰۱	۴/۳۲۲	۲۱/۱۳۳*	۰/۰۰۱	۵/۴۴۳	۳/۴۰۰	۰/۰۰۱	۴/۲۹۱	۲۱/۲۶۷*	آCT	
زناسویی	گواه	۰/۰۰۱	۴/۲۹۱	-۶۰/۰۰۰*	۰/۰۰۱	۴/۳۲۲	-۵۹/۲۰۰*	۰/۰۰۱	۵/۴۴۳	۱/۸۰۰	۰/۰۰۱	۴/۲۹۱	-۶۰/۰۰۰*	ACT	
	واقعیت‌درمانی	۰/۰۰۱	۴/۲۹۱	-۲۱/۲۶۷*	۰/۰۰۱	۴/۳۲۲	-۲۱/۱۳۳*	۰/۰۰۱	۵/۴۴۳	-۳/۴۰۰	۰/۰۰۱	۴/۲۹۱	-۲۱/۲۶۷*	پیگیری	

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 و واقعیت‌درمانی برای متغیر انسجام زناشویی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری 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. درنتیجه 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 پساکرون انجام پذیرفت. در مرحله اول پژوهش نتایج نشان داد درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر انسجام زناشویی مؤثر است. این یافته‌ها صورت ضمیم با بخشی از یافته‌های کاشفی و خضری مقدم (۱۴۰۰) و فراهانی فر و همکران (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 درواقع اجتناب از تجارب انسان‌ها را در مقابل عوامل تنیدگی را آسیب‌پذیرتر می‌نماید. افرادی که تمایل و آمادگی بیشتری برای محبوس کردن و سرکوب نمودن چیزی تجاری را دارند. هنگامی که استرس و نگرانی در مدرسه محیط کار، تعارض‌ها با همسر و برای آن پیش می‌آید، تلاش برای کنترل آشتفتگی‌ها آنها را تشید 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 این است با تغییب شرکت‌کننده‌ها به شناسایی ارزش‌هایشان که با استفاده از استعاره‌ی تشییع 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 در گیر 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 پذیرد 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 قربانیور لفنجانی 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 عقيدة خویش و کوتاه نیامden در مورد مسائل و مشکلات و فرافکنی و فرافکنی و نسبت دادن علت مشکلات به یکدیگر است. اگر زوجین بتوانند نقش و مسئولیت خود را در مسائل و مشکلات پذیرند 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. نظریه 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 نامدارپور (۲۰۲۰) نیز در تحقیق خود نشان داد که نظریه انتخاب باعث کنترل 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 درنتیجه 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، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتواهی تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند (شاملی و داویدی، ۲۰۲۱)، خصیصه‌ای که در واقعیت‌درمانی حضور ندارد.

بهطورکلی، 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 خانواده 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 بدست 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 غیرتصادی و هدفمند و عدم استفاده از تحلیل‌های زوجی اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از نمونه‌گیری تصادی 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 تعیین‌پذیری 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.
- اکبری، م.، آریانپور، ح.، و رضایپور میرصالح، ای. (۱۴۰۱). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر مسئولیت پذیری، منبع کنترل، و کاهش دوز داروهای آگونیست در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده. *اعتیاد‌پژوهی*، ۱۶، (۶۵)، ۲۲۷-۲۵۴.
- زارعی محمود آبادی، ح.، سدرپوشان، ن.، و کلاتری، م. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش گروهی مقابله با سوگ در بهبود تجربه سوگ ناشی از کووید-۱۹ در زنان سوگوار شهر یزد. *طلاع بهداشت*، ۲۲، (۱)، ۱۶-۳۳.
- سامانی، س. (۱۳۸۱). مدل علی برای همبستگی خانوادگی و استقلال عاطفی و سازگاری. *رساله دکتری*. دانشگاه شیراز.
- سلطانی بناؤندی، 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.
- شمالي احمدآبادی، م.، برخورداری احمدآبادی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت‌درمانی موردي به شیوه مجازی بر اضطراب کرونا. *رویش روان‌شناسی*، ۹، (۷)، ۱۷-۱۶۳.
- فراهانی فر، م.، حیدری، ح.، داوودی، 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)، ۳۸-۲۸.
- قریان پور لفجانی، ا.، رضائی، س.، و پورمحمدی، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش گروهی واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب گلاس بر بی‌ثباتی ازدواج و صمیمیت زناشویی پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۶، (۵۴)، ۵۴۵-۵۶۵.
- 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.
- کمساری، ف.، کشاورز‌افشار، ح.، قدمی، م.، و احرق، ق. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد آدلری و واقعیت‌درمانی بر خودکارآمدی دانش‌آموزان دوره اول متوسطه. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰، (۵)، ۱۱۸-۱۰۷.
- موسوی، م. (۱۴۰۰). مقیسه 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.
- 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>

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 ...

- 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