JFH

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره پانزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۴، پیاپی (۲)۴۸ ص ۵۶-۴۳
Family and health Quarterly, vol15, Issue 2, Summer 2025, ISSN: 2322-3065
https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1149976

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقعیت‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی در زوجین متعارض در دوره پساکرونا

طاهره کاشانی خطیب[۱]، عبدالله شفیع آبادی*[۲]، عماد یوسفی[۳]

چکیده

مقدمه: با توجه به اینکه رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی گلاسر باعث افزایش میزان احتمال معنا در زندگی، شادکامی، برخورداری از باور مثبت درباره‌ی خود و دیگران و افزایش میزان کنترل درونی می شوند، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقعیت‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی در زوجین متعارض در دوره پساکرونا بود.

روش پژوهش: 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 باورهای غیرمنطقی جونز بود. مداخله درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت‌درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار به‌صورت گروهی برای گروه آزمایش اول و دوم اجرا شد. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس آمیخته تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و گواه باورهای غیرمنطقی تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۵$) و درمان پذیرش و تعهد نسبت به واقعیت‌درمانی به‌طور معناداری بر باورهای غیرمنطقی زوجین متعارض در دوره پساکرونا اثربخش‌تر بود و بین دو درمان تفاوت معنادار مشاهده شد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان گفت که رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) اثربخش تر از واقعیت‌درمانی در کاهش باورهای غیرمنطقی در زوجین متعارض بود.

کلیدواژه‌ها: باورهای غیرمنطقی، پذیرش و تعهد، پساکرونا، تعارض، واقعیت‌درمانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۶/۱۲ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۳/۷/۱۱

استناد: کاشانی خطیب طاهره، شفیع آبادی عبدالله، یوسفی عماد. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقعیت‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی در زوجین متعارض در دوره پساکرونا، خانواده و بهداشت؛ ۱۴۰۴؛ ۱۵(۲): ۵۶-۴۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران. Email: vahidekhatib@gmail.com

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران، (**نویسنده مسئول**)
Email: ashafiabady@yahoo.com, tell: 09383728186

۳. استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران، Email: emad.yousefi30@gmail.com

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

در آخرین روزهای منتهی به سال ۲۰۱۹ در ووهان[1]، مرکز استان هوبی[2] چین، وقوع همه‌گیری یک ویروس جدید از خانواده کرونا[3] اعلام شد که کووید-۱۹[4] نام گرفت، بیماری به‌سرعت در چین و سایر نقاط دنیا گسترش یافت و به یک بحران سلامت جهانی تبدیل شد (۱-۴). به دنبال گسترش این ویروس و اعمال سیاست‌های فاصله اجتماعی[5] محدودیت‌های زیادی در توانایی افراد در ارتباطات اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های روزانه ایجاد شده است؛ این اقدامات محدودکننده افراد را از شبکه‌های حمایتی[6] خود جدا کرده (۵) و آنها را با فرآیندهای منفی و عملکرد ضعیف‌تر در روابط مواجه ساخته است (۶). پژوهشگران معتقدند عوامل گوناگونی در سطوح فرد، خانواده و جامعه به تفکیک و نیز در تعامل با یکدیگر بر رابطه بین زوجین اثر گذاشته و ممکن است منجر به افزایش گرایش آن‌ها به سمت تعارض زوجینی می‌شود (۷-۹).

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 صمیمت اعضا، عمیق‌تر شدن روابط و حل گروهی مسائل (۱۰). از سوی دیگر یکی دیگر از مهم‌ترین عوامل شناختی که در زوجین می‌تواند باعث اختلال در وضعیت روان‌شناختی آن‌ها شود، باورهای غیرمنطقی است (۱۱). باورهای غیرمنطقی خواست‌ها و اهدافی است که به‌صورت ترجیحات ضروری و الزامی درمی‌آید و تبدیل به اهداف اجباری و الزامی و قطعی شده، به‌طوری‌که اگر برآورده نشوند به آشفتگی و اضطراب منجر می‌شود (۱۲). زوجین در دوره پاندمی کرونا از این قاعده مستثنی نیستند. افکار غیرمنطقی با واقعیت همگونی ندارند و بر اساس ظن و گمان هستند و این امر موجب تعارض شده و مانع برخورد موفقیت‌آمیز فرد با حوادث و الزام‌های زندگی می‌شود (۱۳). نتایج نشان داده است که بین ۸۵ تا ۹۱ درصد از افرادی که در آستانه طلاق قرار دارند از ابتدای روابط زناشویی عقاید مثبت و پیش‌بین‌های غیرواقع‌بینانه و غیرمنطقی از رابطه زناشویی داشته و بر این باور بوده‌اند که احتمال طلاق برای آنها صفر است (۱۴). نتایج پژوهش بهرامیان و همکاران (۳۰) به این نتیجه رسیدند که بین باورهای غیرمنطقی و تعارضات زناشویی رابطه معناداری وجود دارد. درماندگی نسبت به تغییر منتج از وابستگی است که می‌تواند یک رفتار آموخته‌شده باشد و از نسلی به نسل دیگر منقل شود. درواقع، وابستگی یک وضعیت هیجانی و رفتاری است که بر توانایی فرد برای داشتن یک رابطه زناشویی رضایت‌بخش و سالم تأثیر می‌گذارد. یکی از علل زیربنایی این وابستگی را باورهای غیرمنطقی فرد وابسته از قبیل سردرگمی و حس بی‌کفایتی و اعتقاد به اینکه دیگران مسئول هیجان‌ها و انتخاب‌های وی هستند تشکیل می‌دهد. نتایج تحقیق فاتحی و کچویی (۳۱) نشان داد که باورهای غیرمنطقی یک عامل شناخته‌شده در بروز اختلاف‌های زناشویی است. افرادی که دچار نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی هستند، آشفتگی‌های هیجانی نیز خواهند داشت.

با توجه به آنچه گفته شد، به نظریه‌هایی نیاز است که به چگونگی کنش خانواده و به اشتباه‌هایی که ممکن است در اثر ارتباطات ناسالم ایجاد شود، بپردازد و راه کمک و تغییر را به آنها نشان دهد (۱۵). 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 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

1. Wuhan
2. Hubei
3. Corona
4 COVID-19
5. Social distance
6. Support networks

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره پانزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۴، پیاپی (۲)۴۸ ص ۵۶-۴۳
Family and health Quarterly, vol15, Issue 2, Summer 2025, ISSN: 2322-3065
https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1149976

انتظارات نابجا، 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 (۱۶). 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. حاجت پور و هارون رشیدی (۱۷) در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب بهبود باورهای غیرمنطقی در سالمندان شود. شریف و همکاران (۱۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی مؤثر 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 می کنند؟ در فرآیند واقعیت‌درمانی، فردی که در به دست آوردن آنچه می‌خواهد ناکام شده است یا با رفتارهایش دیگران را به زحمت می اندازد، 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 (۱۹). 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 (۲۰). و به مراجعان کمک می‌کند تا مسئولیت انتخاب رفتارهای خود را بپذیرند به‌جای اینکه خود را قربانی انگیزه‌های خود بدانند (۱۳). 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 (۲۱). عبدی دهکردی و همکاران (۲۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اثربخشی آموزش گروهی واقعیت درمانی مبتنی بر باورهای غیرمنطقی موثر است.

در یک جمع‌بندی باید گفت اگرچه بحران کرونا به سلامتی و بهزیستی، افراد زوجین و خانواده‌ها آسیب رسانده؛ اما همچنین ممکن است نتایج مثبتی در انگیزه زوجین برای محافظت از روابط خود داشته باشد درحالی‌که ارزیابی نظام‌مند روابط خانوادگی و تعاملات زناشویی در این همه‌گیری مورد نیاز است، ظرفیت درگیر شدن در ارتباط مؤثر حل مسئله و مقابله‌های مؤثر در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای این‌چنینی برای حفاظت از بقاء و رشد سیستم خانواده حیاتی است. از آنجایی که اکثریت مطالعات انجام‌شده در طول دوره پاندمی کرونا به جنبه‌های آسیب‌شناختی و منفی این پدیده تمرکز کرده اند؛ انجام پژوهش‌های این‌چنینی نویدبخش توجه به فرصت‌ها در دل تهدیدهاست. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تعارضات زوجین یکی از هسته‌ای‌ترین مشکلات است که مشکلات دیگر را همچون کاهش انسجام خانواده و افزایش باورهای غیرمنطقی به دنبال خود دارد. در این بین مسائل روان‌شناختی مختلف و همچنین اتفاقات نابهنگام مثل شیوع کرونا می‌تواند بر تعارضات زوجین و به دنبال آن، بروز مشکلات دیگر را همراه خود داشته باشد. با توجه به این‌که زوجین ناراضی با مشکلات و آسیب‌های روانی، اجتماعی و عاطفی بسیاری روبه‌رو هستند که مجموع این فشارها موجبات تنش در ابعاد گوناگون را فراهم می‌آورد، انسجام خانواده و باورها و افکار و روابط بین شخصی آن‌ها با مشکل مواجه می‌گردد. شایان‌ذکر است به نظر می‌رسد مداخله پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی می‌تواند در جهت کاهش مشکلات این زوجین بسیار مؤثر واقع گردد زیرا رویکرد درمانی پذیرش و تعهد باعث آرام‌سازی و کاهش تنش‌های ناشی از مشکلات می‌گردد؛ بنابراین با فراهم نمودن شرایط مناسب می‌توان

تنش ناشی از مشکلات را کنترل نمود و در ابعاد مختلف بر توانمندی‌های درونی مثبت آن‌ها اثر گذاشت و میزان قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکلات را تقویت نمود. درنهایت می‌تواند عملکرد مفید و روابط بین فردی را در آن‌ها تقویت و هیجانات عاطفی این زوجین را تنظیم کرد. دلیل مقایسه این دو روش درمانی این است که در نظریه‌ی پذیرش و تعهد درمانی به این نکته در سلامت روان تأکید دارد که به‌جای 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 واقعیت درمانی 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 پژوهشی در حوزه‌ی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقعیت‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی در زوجین متعارض انجام نشده 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 در آنها وجود دارد، 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 باورهای غیرمنطقی در زوجین متعارض در دوره پساکرونا انجام پذیرفت.

روش پژوهش:

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوجین متعارض مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و مراکز مشاوره شهر تهران به تعداد حدودی ۴۸۰ نفر 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 هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (گروه آزمایش رویکرد پذیرش و تعهد، ۱۵ زوج)، (گروه آزمایش واقعیت درمانی، ۱۵ زوج) و (گروه گواه، ۱۵ زوج) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود پژوهش شامل: ۱- سن ۲۰ تا ۴۰ سال؛ ۲- رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ ۴- داشتن توانایی جسمانی لازم برای شرکت در پژوهش؛ ۵- تحصیلات حداقل دیپلم؛ ۶- رضایت آگاهانه، ۷- عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر، ۸- 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 مرحله‌ی 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

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره پانزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۴، پیاپی (۲)۴۸ ص ۵۶-۴۳
Family and health Quarterly, vol15, Issue 2, Summer 2025, ISSN: 2322-3065
https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1149976

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 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 موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کننده و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه باورهای غیرمنطقی[1]: این پرسشنامه ۴۰ ماده‌ای در سال ۱۹۶۸ توسط جونز و بر اساس نظریه الیس (۱۹۶۲) طراحی شد (۲۳). این پرسشنامه یکی از پراستفاده‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری باورهای غیرمنطقی در جهان است. در اصل، این پرسشنامه انواع تفکرات غیرمنطقی را مورد سنجش قرار می‌دهد. نسخه اصلی آن ۱۰۰ سؤال بسته را شامل می‌شود که از ۱۰ عامل تشکیل شده و هر عامل یک نوع تفکر غیرمنطقی را بررسی می‌کند. این ده عامل عبارت‌اند از: توقع تأیید از دیگران، انتظارات بیش‌ازحد از خود، سرزنش کردن خود و دیگران، واکنش به درماندگی همراه با ناکامی، بی‌مسئولیتی هیجانی، توجه مضطربانه، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی در برابر تغییر، کمال‌گرایی. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و از به‌شدت مخالف تا به‌شدت موافق امتیازبندی شده است. حداقل امتیاز ممکن ۴۰ و حداکثر ۲۰۰ خواهد بود. نمره بین ۴۰ تا ۸۰: میزان باورهای غیرمنطقی در فرد ضعیف است. نمره بین ۸۰ تا ۱۲۰: میزان باورهای غیرمنطقی در فرد متوسط است. نمره بالاتر از ۱۲۰: میزان باورهای غیرمنطقی در فرد قوی است. جونز (۲۳) همسانی درونی ۱۰ عامل آزمون باورهای غیرمنطقی را بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۲، ضریب آزمون بازآزمون را معادل ۰/۹۲، روایی همزمان آن را با مشکلات روانپزشکی ۰/۶۱ و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است. پروانه و همکاران (۲۴) نیز روایی صوری این پرسشنامه را با استفاده از نظرهای چند نفر متخصص، مناسب گزارش کرده و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۸۱ صدم گزارش کرده‌اند.

جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان پذیرش و تعهد اقتباس از هیز[2] و همکاران (۲۵) 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 (۲۵)

ردیف	محتوای جلسات	نوع محتوا	اهداف
۱	اجرای پیش‌آزمون آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی	دانش معنایی- روندی	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۲	سنجش مشکلات درمان‌جویان از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استخراج	دانش معنایی- روندی	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ازجمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی

1. Irrational Beliefs Questionnaire
2. Hayes

	تجربه اجتناب		.
۳	تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش و اجرای فنون درمانی جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	دانش معنایی-روندی	آگاهی از اینجا و اکنون و علاقه‌مندی به‌جای فرار از آنچه که هم‌اکنون در جریان است.
۴	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	دانش معنایی-روندی	تمرکز بر تمام حالت روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی به‌طوری‌که به انعطاف‌پذیری روانی منجر شود.
۵	آموزش فنون درمانی خود به‌عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی	دانش معنایی-روندی	تلاش در جهت کسب حس تعالی و پذیرش هیجان‌های منفی با استفاده از فنون آموزش‌دیده
۶	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها	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 واقعیت درمان که برگرفته از کتاب گلاسر و گلاسر[1] (۲۶) در ۸ جلسه دوساعتی 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 (۲۶)

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

1. Glasser & Glasser

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره پانزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۴، پیاپی (۲)۴۸ ص ۵۶-۴۳
Family and health Quarterly, vol15, Issue 2, Summer 2025, ISSN: 2322-3065
https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1149976

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

درنهایت برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته و نرم‌افزار spss نسخه ۲۱ استفاده شد.

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 واقعیت درمانی 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.

در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. برای توصیف داده‌ها از میانگین به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به‌عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

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

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
باورهای غیرمنطقی	گواه	۱۲۹/۱۳	۳۴/۹۳	۱۱۸/۴۷	۳۴/۷۲	۱۱۷/۸۷	۳۴/۲۸
	واقعیت‌درمانی	۱۳۰/۴۰	۳۵/۲۱	۱۳۱/۳۳	۳۵/۸۰	۳۴/۱۳	۳۵/۷۰
	آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۲۹/۲۷	۳۴/۴۵	۱۰۶/۹۳	۳۵/۳۴	۱۰۴/۸۷	۳۵/۷۸

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، باورهای غیرمنطقی 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 باورهای غیرمنطقی 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 باورهای غیرمنطقی 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 باورهای غیرمنطقی در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری (p>۰/۰۵) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های باورهای غیرمنطقی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۰/۱۸۶)، (P=۰/۲۰)، پس‌آزمون (F= ۱/۱۰۵، P=۰/۱۲۳) و پیگیری (F=۱/۳۳، P=۰/۲۶۳) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر باورهای غیرمنطقی (MBOX =۲۹/۷۳، F =۱/۰۴، P=۰/۳۲) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای متغیر باورهای غیرمنطقی 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
باورهای غیرمنطقی	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 باورهای غیرمنطقی تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره پانزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۴، پیاپی (۲)۴۸ ص ۵۶-۴۳
Family and health Quarterly, vol15, Issue 2, Summer 2025, ISSN: 2322-3065
https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1149976

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 باورهای غیرمنطقی بین دو گروه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد مقایسه دوبه‌دوی 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 باورهای غیرمنطقی

			پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری		
	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P
باورهای غیرمنطقی	واقعیت درمانی	گواه	۵/۲۰۰	۵/۴۴۳	۰/۰۰۱	-۳۸/۰۶۷*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۱	-۳۸/۷۳۳*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۱
		ACT	۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۰/۰۰۱	۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۱	۲۱/۲۶۷*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۱
	ACT	گواه	۱/۸۰۰	۵/۴۴۳	۰/۰۰۱	-۵۹/۲۰۰*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۱	-۶۰/۰۰۰*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۱
		واقعیت درمانی	-۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۰/۰۰۱	-۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۱	-۲۱/۲۶۷*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های واقعیت‌درمانی و گواه در متغیر باورهای غیرمنطقی (P<۰/۰۵) و آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه در متغیر باورهای غیرمنطقی (P<۰/۰۵) 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 باورهای غیرمنطقی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت مثبت معنادار شده است. درنتیجه روش آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش باورهای غیرمنطقی اثربخشی بیشتری نسبت به واقعیت‌درمانی داشته است (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با واقعیت‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی در زوجین متعارض در دوره پساکرونا انجام پذیرفت. در مرحله اول پژوهش نتایج نشان داد درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی مؤثر است. این یافته‌ها صورت ضمنی با بخشی از یافته‌های این یافته‌ها با یافته‌های حاجت پور و هارون رشیدی (۱۷) و شریف و همکاران (۱۸) همسو و همخوان بود. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی می‌توان گفت که فن‌های مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تأکید زیادی دارند. وقتی آمیختگی شناختی کاهش یابد یعنی محتوای افکار فرد گسلیده شده است. تمرینات گسلش شناختی به زوجین متعارض در پاندمی کرونا می آموزد که افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطره را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند. هیچ یک از رویدادهای درونی وقتی تجربه می‌شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب‌زا نیستند. آسیب‌زا بودن آنها ازآنجا ناشی می شود که تجارب آنها باید حذف و کنترل شوند. به اعتقاد هیز و همکاران (۲۵) درمانگر از طریق فرایند گسلش شناختی به مراجع می‌آموزد که رویدادهای درون را همان‌گونه که هستند، ببیند، نه آن‌طور که خود آن رویدادها می‌گویند و این باعث می‌شود پذیرش بهتر صورت گیرد. بنابراین پذیرش و تعهد درمانی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش باورهای غیرمنطقی می‌شود. لذا

منطقی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی در زوجین متعارض در پاندمی کرونا اثربخش باشد (۲۶). همچنین یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد واقعیت‌درمانی بر کاهش باورهای غیرمنطقی مؤثر است. این یافته با یافته‌های عبدی دهکردی و همکاران (۲۲) همسو و همخوان است.

در تبیین اثربخشی واقعیت‌درمانی در کاهش باورهای غیرمنطقی در زوجین متعارض در پساکرونا می‌توان این‌گونه بیان کرد در تبیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی زوجین می‌توان این‌گونه بیان کرد که نکته مهم دیگری که پیرامون باورهای غیرمنطقی می‌توان گفت این است که در نظریه واقعیت درمانی به زوجین آموزش داده شد که به‌جای انکار یا فرار از موقعیت پیش‌آمده، واقعیت تعارضات و مشکلات زناشویی را بپذیرند و آگاه شوند که اگرچه شاید در برخی مواقع نقشی در ایجاد شدن برخی مشکلات نداشته‌اند اما هر دو طرف در تغییر اوضاع نقشی فعال می‌توانند ایفاء کنند. درنتیجه پذیرش این دیدگاه، می‌تواند باورهای غیرمنطقی مربوط به بوجود آمدن تعارضات را کاهش دهد. در این رویکرد افراد یاد می‌گیرند که رفتارها و افکار خود را ارزیابی کنند و رفتارها یا افکاری را انتخاب کنند که به آنها در نیل به اهدافشان کمک می‌کند. طبعاً چنین انتخاب‌گری‌ای که ناشی از کنترل درونی افراد است، به افراد این قدرت را می‌دهد که با مشکلات به صورت منطقی روبه‌رو شوند، مسائل را به صورت منطقی و مسئله محور حل کنند. نظریه گلاسر با توضیح مفهوم رفتار کلی، به زوجین متعارض آموزش داد که هر چیزی که از انسان سر میزند یک رفتار است و افراد خودشان رفتارهای خود را انتخاب می‌کنند. درواقع بهترین راه درمان تعارض‌های زناشویی، تغییر رفتار از طریق تغییر باورها و افکار، مفید و سازنده است که می‌تواند وضعیت ارتباطی و صمیمیت زوجین را تغییر دهد. وقتی فرد متوجه شود که هر رفتاری را خودش انتخاب می کند، لذا به حق انتخاب و قدرت انتخاب خود پی خواهد برد و می‌تواند باورها و افکار جدیدتری را برگزیند و در نهایت رفتارهای جدیدتر و مطلوب‌تری را انتخاب کند و به‌گونه‌ای سازنده‌تر در جهت کاهش باورهای غیرمنطقی خود در قالب انجام رفتارها و تعاملات مثبت‌تر و مطلوب‌تر گام برمی‌دارد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به واقعیت‌درمانی در کاهش باورهای غیرمنطقی، 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 کاهش باورهای غیرمنطقی 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 کاهش باورهای غیرمنطقی 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 به‌خوبی 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 محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند (۲۸)، خصیصه‌ای که در واقعیت‌درمانی حضور ندارد.

به‌طورکلی، انسجام و پیوستگی مناسب در نظام خانوادگی، یکی از معیارهای سلامت عملکرد خانواده محسوب شده و ازجمله عوامل مهم ثبات ازدواج هستند. بنابراین، استفاده از این ابزارها و الگوها برای بررسی بیشتر عملکرد و ساختار خانواده و به تبع آن برنامه‌ریزی 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 کاهش باورهای غیرمنطقی داشته است. با در نظر گرفتن نتایج به‌دست‌آمده 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 تفاوت‌های اولیه میان اعضاء را مطرح کرد. از آنجا که همگن‌سازی درونی اعضاء هر یک از دو گروه و همچنین همتاسازی کامل اعضاء دو گروه بسیار مشکل بود، لذا در زمینه متغیرهای جمعیت شناختی پراکندگی وجود داشت. پیشنهاد می‌گردد هرچند که قرار دادن تصادفی اعضاء در هر دو گروه و استفاده از تحلیل کوواریانس تا حدودی تأثیر تفاوت‌های اولیه را تعدیل می‌کند، لیکن استفاده از گروه‌های همتا و کاهش تفاوت‌های فردی اولیه در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود.؛ 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.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش و مدیران درمانگاه‌ها و مراکز مشاوره منطقه ۲۰ شهر تهران تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

References

1. Rolland JS. COVID-19 Pandemic: Applying a Multisystemic Lens. Family process. 2020; 59(3): 922-936. https://doi.org/10.1111/famp.12584
2. Sim MR. The COVID-19 pandemic: major risks to healthcare and other workers on the front line. Occupational and environmental medicine. 2020; 77(5): 281-282. https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106567
3. Gunthe SS, Swain B, Patra SS, Amte A. 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 fur Gesundheitswissenschaften = Journal of public health. 2022; 30(1): 219-228. https://doi.org/10.1007/s10389-020-01279-y
4. Stanley SM, Markman HJ. Helping Couples in the Shadow of COVID-19. Family process. 2020; 59(3): 937–955. https://doi.org/10.1111/famp.12575
5. Brock RL, Laifer LM. Family science in the context of the COVID-19 pandemic: Solutions and new directions. Family process. 2020; 59(3): 1007-1017. https://doi.org/10.1111/famp.12582
6. Chu IYH, Alam P, Larson HJ, Lin L. Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response. Journal of travel medicine. 2020; 27(7): taaa192. https://doi.org/10.1093/jtm/taaa192
7. Lee S, Jobe M, Mathis A. Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. Psychological Medicine. 2021; 51(8): 1403-1404. https://doi.org/10.1017/S003329172000121X
8. Lin CY, Broström A, Griffiths MD, Pakpour AH. 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. 2020; 21: 100345. https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100345

9. Zhu J, Liu M, Shu X, Xiang S, Jiang Y, Li Y. The moderating effect of marital conflict on the relationship between social avoidance and socio-emotional functioning among young children in suburban China. Frontiers in psychology. 2022; 13: 1009528. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1009528
10. Zareei Mahmoodabadi H, Sedrpoushan N, Kalantari M. The effectiveness of grief coping training in a group way in improving the experience of grief caused by covid-19 in women of Yazd city. TB. 2023; 22(1): 16-31. https://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3479-fa.html (In Persian)
11. Afsharpour S, Aghdasi A. A comparative study of the effectiveness of reality therapy and existential therapy on the resilience of women with breast cancer Subject Areas: Woman & study of family. 2020; 14(52), 19-40. https://jwsf.tabriz.iau.ir/article_678500.html (In Persian)
12. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. JAMA internal medicine. 2020; 180(6): 817-818. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562
13. Hogan JN, Crenshaw AO, Baucom KJW, Baucom BRW. Time Spent Together in Intimate Relationships: Implications for Relationship Functioning. Contemporary family therapy. 2021; 43(3). 226–233. https://doi.org/10.1007/s10591-020-09562-6
14. Frye N, Ganong L, Jensen T, Coleman M. 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. 2020; 41(12): 2328-2355. https://doi.org/10.1177/0192513X20935504
15. Sarac A, Sanberk I. Marital Problem Solving Interaction and Satisfaction: A Microanalytic Study. The American Journal of Family Therapy. 2020; 50(1): 33-56. https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1862004
16. Ma J, Ji L, Lu G. Adolescents' experiences of acceptance and commitment therapy for depression: An interpretative phenomenological analysis of good-outcome cases. Frontiers in psychology. 2023; 14: 1050227. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1050227
17. Hajatpour R, Haroon Rashidi H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Irrational Beliefs and Death Attitude in the Elderly. Aging Psychology. 2020; 7(1): 43-54. https://jap.razi.ac.ir/article_1729.html?lang=en (In Persian)
18. Sharif Ara B, Khosropour F, Molayi Zarandi H. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Emotional Processing, Irrational Beliefs and Rumination in Patients with Generalized Anxiety Disorder. JAYPS [Internet]. 2023; 4(4): 34-4. https://journals.kmanpub.com/index.php/jayps/article/view/1142 (In Persian)
19. Kamsari F, Keshavarz Afshar H, Ghadami M, Ahghar G. Comprehensive the effects of Adlerian group counseling and reality therapy on self-efficacy in students of middle school. Rooyesh. 2021; 10(5): 107-118. http://frooyesh.ir/article-1-2639-fa.html (In Persian)
20. Sharf S. Theories of psychotherapy & counseling: Concepts and cases. UK: Cengage Learning, 2015.

21. Shomaliahmadabadi M, Barkhordari Ahmadabadi A. The effectiveness of case virtual reality therapy on corona anxiety. Rooyesh. 2020; 9(7): 163-170. http://frooyesh.ir/article-1-2003-fa.html (In Persian)
22. Abdi Dehkordi S, Sharifi T, Qazanfari A, Solati K. The Effectiveness of Group Reality Therapy on Irrational Beliefs, Psychological Hardiness, and Academic Achievement of Students with Exceptional Talents. JOEC. 2019; 19(1): 95-108. http://joec.ir/article-1-869-fa.html (In Persian)
23. Jones RG. A factored measure of Ellis's irrational beliefs with personality and maladjustment correlates. Texas: Technological College, 1986.
24. Parvaneh P, Khalatbari J, Saeedpoor F. Comparison of the Effectiveness of Dialectical-Behavioral and Cognitive-Behavioral Therapy on Irrational Beliefs, Emotion Regulation, and Impulsive Behaviors of High School Female Students. Journal of community health. 2021; 15(2), 69-81. https://chj.rums.ac.ir/article_137410.html?lang=fa (In Persian)
25. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson K G. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press, 2016.
26. Glasser W, Glasser C. The effect of reality therapy -based group counseling on self-esteem. The University of Virginia, 2010.
27. Paliliunas D, Belisle J, Dixon MR. 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. 2018; 11(3): 241–253. https://doi.org/10.1007/s40617-018-0252-x
28. Shameli L, Davodi M. 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). 2021; 15(1): 14-19. https://www.behavsci.ir/article_131145.html
29. Bahramian A, Kazemi S, Javidi H, Barzegar M. The Relationship between Conflict Resolution Styles, Irrational Beliefs and Communication Patterns with Marital Conflicts. Psychological Models and Methods. 2024. 15(55): 1-20. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_6254.html?lang=fa (In Persian)
30. Fatehi N, Kachooei M. Relationship Between Irrational Relationship Beliefs and Couple Burnout: The Mediator Role of Non_Adaptive Strategies of Cognitive Emotion Regulation. The Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2021. 63(5), 2903-2913. https://mjms.mums.ac.ir/article_17721.html?lang=fa (In Persian)