

June-July 2024, Volume 12, Issue 2

Comparing the Effectiveness of Group Therapy based on Reality-Therapy and Group Therapy based on Acceptance and Commitment on the Self-Efficacy of Parenting of Adoptive Couples of Orphaned Welfare Children

Elham Sadat Akhshijan¹, Kobra Hajializadeh^{2*}, Biuok Tajeri³

1-PhD Student, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

2-Associate Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

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

Corresponding Author: Kobra Hajializadeh, Associate Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

Email: Ph_alizadeh@yahoo.com

Received: 1 Dec 2023

Accepted: 14 May 2024

Abstract

Introduction: The present study was conducted to compare the effectiveness of group therapy based on reality therapy and group therapy based on acceptance and commitment to the self-efficacy of parenting of adoptive couples of orphaned welfare children.

Methods: This research was practical in terms of purpose and terms of the semi-experimental method with two experimental groups and one control group, in which a pre-test-post-test design with follow-up was used. Among all adoptive couples referring to the welfare organization of Tehran city in 2023, 45 people were selected using the available sampling method and randomly assigned to three groups (two experimental groups and one control group). The first experimental group received group therapy based on reality therapy for 10 sessions and the second experimental group received group therapy based on acceptance and commitment for 10 sessions. The participants of all three groups completed the parenting self-efficacy scale of Dumka et al. (1996) in the pre-test, post-test, and follow-up stages. The obtained findings were analyzed using ANOVA with repeated measures and Bonferroni's post hoc test in SPSS-26 software.

Results: The results of covariance analysis showed that there is a significant difference between the scores of the control and experimental groups ($P < 0.001$). Compared to the control group, the experimental groups improved the parenting self-efficacy of adoptive couples of welfare orphans. Although there was no significant difference between the two experimental approaches; the effect of therapy based on acceptance and commitment was slightly higher than reality therapy.

Conclusions: Group therapies based on reality therapy and based on acceptance and commitment have significant effectiveness in improving the self-efficacy of parenting of adoptive couples of orphaned welfare children. Therefore, experts, researchers, and therapists in this field can use these interventions, especially treatment based on acceptance and commitment, as effective options to improve the self-efficacy of these people.

Keywords: Reality Therapy, Therapy based on Acceptance and Commitment, Parenting Self-Efficacy.

مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی والدگری زوجین فرزندپذیر کودکان بی سرپرست بهزیستی

الهام سادات آخشیبجان^۱، کبری حاجی علیزاده^{۲*}، بیوک تاجری^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

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

نویسنده مسئول: کبری حاجی علیزاده، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.
ایمیل: Ph_alizadeh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۱۰

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی والدگری زوجین فرزندپذیر کودکان بی سرپرست بهزیستی انجام گرفت.

روش کار: این پژوهش از نظر هدف کاربردی بوده و از لحاظ روش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود که در آن از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با پیگیری استفاده شد. از بین کلیه زوج‌های فرزندپذیر مراجعه کننده به سازمان بهزیستی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارش شدند. گروه آزمایش اول به مدت ۱۰ جلسه درمان گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی و گروه آزمایش دوم به مدت ۱۰ جلسه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. شرکت کنندگان هر سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مقیاس خودکارآمدی والدگری دومکا و همکاران (۱۹۹۶) را تکمیل کردند. یافته‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی یونفرونی در فضای نرم افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین نمرات گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). در مقایسه با گروه کنترل، گروه‌های آزمایشی خودکارآمدی والدگری زوجین فرزندپذیر کودکان بی سرپرست بهزیستی را بهبود بخشیدند. با وجود این که بین دو رویکرد آزمایشی تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به واقعیت درمانی اندکی بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: درمان‌های گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی و مبتنی بر پذیرش و تعهد از اثربخشی قابل توجهی در جهت بهبود خودکارآمدی والدگری زوجین فرزندپذیر کودکان بی سرپرست بهزیستی برخوردار است. از این رو متخصصین، پژوهشگران و درمانگران این حوزه می‌توانند از این مداخلات به ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان گزینه‌های موثر جهت بهبود خودکارآمدی این افراد استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: واقعیت درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی والدگری.

زادآوری و باروری همواره یکی از مهم ترین کارکردهای خانواده به شمار رفته و داشتن فرزند، با رشد و ورود به دنیای بزرگسالی برابر دانسته شده است (۱). در تمام فرهنگ ها زن و شوهر در صورت ناتوانی برای بچه دار شدن خود را ناکامل می شمارند و دستیابی به نقش والدینی را شرط اساسی کمال فردی، پذیرش اجتماعی، تکمیل هویت جنسی و موفقیت کامل بزرگسالی می دانند (۲). در ایران نیز به علت ویژگی های فرهنگی، موضوع باروری بسیار اهمیت دارد و زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز به اهمیت این موضوع افزوده و آن را برای فرد، تبدیل به بحران روانی و اجتماعی می نماید (۳). بر این اساس منطقی است که فرض شود ناتوانی در داشتن فرزند، تنش زا بوده و باعث آشفتگی در کیفیت زندگی شود که در این موارد تمایل شدید به داشتن بچه می تواند تا پذیرفتن کودکی به فرزندی که طبیعت او را از داشتن والدین محروم کرده است پیش برود (۴). طبق گزارش آماری دفتر شبه خانواده سازمان بهزیستی، در کشور ما هرساله بیش از ۲۰۰۰ کودک بی سرپرست در سیستم های نگهداری و مراقبتی (مؤسسات شبانه روزی و شیرخوارگاه ها) پذیرش می شوند که نیازمند خانواده هستند (۳). با این حال فرزندپذیری گرچه به عنوان راه حلی جهت تأمین نیاز والدگری زوجین هست اما برخلاف آنچه از عنوان آن برداشت می شود و گمان می رود که موضوعی به سادگی در آغوش گرفتن یک کودک است، آمیزه ای از موضوعات و مسائل پیچیده را در برمی گیرد که به هنگام ورود به این فرایند و به تدریج در این حوزه آشکار می شوند (۵). پژوهش های مختلف نشان داده اند که زوجین فرزندپذیر اغلب اضطراب و تنیدگی بالایی را تجربه می کنند و نیاز به مهارت هایی در زمینه بهبود ارتباط خود با یکدیگر و همچنین با فرزندشان دارند (۶). زوجین برای مقابله با مشکلات فرزندپذیری به مفهومی با عنوان خودکارآمدی والدگری نیازمندند (۷). طبق پژوهش های انجام شده بیشتر زوجین در زمینه خودکارآمدی والدگری ضعیف بوده (۸) و در این میان، زوجینی که اقدام به فرزندپذیری می کنند با توجه به اینکه در این زمینه کم تجربه محسوب می شوند، به این مولفه نیاز بیشتری دارند (۹). خودکارآمدی به معنای انتظار فرد از قابلیت های خود بوده و خودکارآمدی والدگری

یک ساختار بالقوه مهم شناختی، مربوط به کودکان و کارکرد خانواده است، که به طور گسترده به عنوان انتظارات مراقبت کنندگان در مورد توانایی ایشان که تا چه حد می توانند به عنوان والد، به گونه ای موفقیت آمیز عمل کنند، می باشد (۱۰). خودکارآمدی والدگری به ارزیابی مراقب نسبت به توانایی های خود، در نقش مراقب گفته می شود و اشاره به باورها یا قضاوت های یک والد از توانمندی هایش جهت نظم دهی و اجرای یک سری از تکالیف مربوط به والدگری با فرزند را دارد (۱۱). به نظر می رسد می توان با آموزش های مناسب تصور والدین از نقش خود را بهبود بخشید و در واقع خودکارآمدی والدگری را در ایشان ارتقا داد. با توجه به این نکته پژوهشگران در طی سالها به دنبال استفاده از مداخلات کارآمد روان شناختی به منظور بهبود وضعیت خانواده ها بوده اند (۱۲). امروزه رویکردهای گوناگون زوج درمانی و خانواده درمانی با هدف کاهش مشکلات میان زوجها و خانواده ها به وجود آمده است. هدف زوج درمانی و خانواده درمانی کمک به زوجین و خانواده برای سازگاری مناسبتر با مشکلات جاری و یادگیری روشهای موثرتر ارتباط است، با این حال، پژوهشگران معتقدند که زوج درمانی و خانواده درمانی، نیاز به حرکتی فراتر از درمانهای موجود دارد (۱۳). هرچند فراتحلیل ها تایید می کنند که درمانهای مختلف برای آشفتگی های خانوادگی از نظر آماری و بالینی پیامدهای معناداری ایجاد می کنند اما یافته های پژوهشی دیگری نشان می دهند که درصد زیادی از زوجین و خانواده ها در بهره وری از آنها شکست می خورند یا مدتی پس از درمانهای رایج بدتر می شوند به گونه ای که تنها در ۵۰ درصد زوجین و خانواده درمان شده همه اعضا بهبود معنادار در رضایت از نتیجه نشان می دهند و ۳۰ تا ۶۰ درصد افراد درمان شده آشفتگی معناداری در دو سال یا بیشتر بعد از پایان درمان نشان می دهد (۱۴). بر مبنای چنین یافته هایی استفاده از کارآمدترین رویکرد در مشکلات روانشناختی خانواده ها حمایت می شود. رویکردهای واقعیت درمانی و پذیرش و تعهد از جمله رویکردهایی می باشند که در جهت ایجاد ارتباط مناسب بین زوجین و کاهش مشکلات آنها مورد استفاده قرار گرفته است. پژوهش های مختلف از کارایی این رویکردها به ویژه در جامعه زوجین فرزندپذیر حمایت کرده است (۱۵، ۱۶). هدف اصلی رویکرد واقعیت درمانی،

کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای خود، پایش رفتار و انجام انتخاب های مناسب است (۱۷). براساس نظریه انتخاب هر موجود آدمی از پنج نیاز اساسی برخوردار است که عبارت‌اند از: تعلق خاطر و رغبت اجتماعی، پیشرفت و قدرت، آزادی، تفریح و نیاز به بقا. براساس این نظریه هر فرد زمانی می‌تواند احساس توانمندی و اعتماد و احترام به خویشتن و درنهایت احساس خودکارآمدی و شادکامی کند که بتواند نیازهای اساسی خود را به‌طور مؤثر برآورده سازد (۱۸). واقعیت درمانی بر اساس تئوری انتخاب یک روش مداخله درمانی به‌منظور کمک به افراد است تا کنترل مؤثر بر زندگی خود به دست آورند. در واقعیت درمانی احساس مسئولیت و مسئولیت‌پذیری یعنی یادگیری انتخاب رفتارهایی که نیازهای اساسی ما را برآورده می‌سازند اما مانع برآورده شدن نیازهای دیگران نمی‌شود (۱۹). درمانگر به مراجعان کمک می‌کند تا توان روانی لازم برای پذیرش مسئولیت شخصی زندگی خویش را به دست آورند. بنا بر نظریه انتخاب هنگامی که افراد نمی‌توانند راه مناسب و مسئولیت‌های برای ارضای نیازهای خود انتخاب کنند، دست به رفتارهای گوناگونی می‌زنند که به اعتقاد گلاسر بهترین رفتاری است که در آن زمان انتخاب کرده‌اند. افراد هنگام ناکامی در برآورده کردن نیازهایشان، رفتارهای خود را به‌گونه‌ای انتخاب کرده که نیاز آن‌ها را برطرف سازد (۲۰). نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که رویکرد واقعیت درمانی بر کارآمدی مؤثر بوده و در جوامع مختلف موجب بهبود وضعیت کارآمدی می‌گردد (۲۱، ۲۲، ۲۳). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای پایبندی و تغییر، به درمان جویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و بامعنا کمک می‌کند (۲۴). رویکرد پذیرش و تعهد تأکید زیادی بر ارزش‌های اخلاقی به‌عنوان هسته مرکزی معنویت دارد و می‌تواند به تاب‌آوری و خودکارآمدی افراد کمک کند. یکی از تأثیرات مهم درمان اکت این است که فرد را با ارزش‌های مهم زندگی‌اش بیشتر آشنا می‌کند و آشتی می‌دهد و یکی دیگر از تأثیراتش این است که اقدام مؤثر در راستای ارزش‌ها را افزایش می‌دهد سپس پذیرشی در مقابل احساسات و افکاری که در این راه به سراغ ما خواهند آمد، ایجاد می‌کند و نیز یک فاصله‌گذاری یا

گسلسی را با این کار به ما یاد می‌دهد بنابراین این روش احتمالاً می‌تواند معنویت و شفقت‌ورزی را افزایش دهد (۲۵). نتایج پژوهش‌ها نشان داده که درمان پذیرش و تعهد بر استرس والدگری و رابطه والد-کودک اثربخش است (۲۶). همچنین طبق پژوهش‌ها این درمان، روش مؤثری برای بهبود خودکارآمدی در جوامع مختلف می‌باشد (۲۷، ۲۸، ۲۹). با این حال آن چه حائزاهمیت است توجه به این نکته است که گرچه اثربخشی این رویکردها بر خودکارآمدی تأیید شده است اما تاکنون هیچ پژوهشی به‌طور مستقیم این رویکردها را از نظر میزان تاثیرگذاری مورد قیاس قرار نداده است، حال آنکه مقایسه رویکردهای گوناگون به پژوهشگران و درمانگران این امکان را می‌دهد تا رویکرد مناسب را شناسایی کرده و به کار گیرند. همچنین با توجه به پژوهش‌های اندکی که در حوزه زوجین فرزندپذیر به ویژه در ایران، انجام شده است؛ از بعد تاکتیکی پژوهش حاضر می‌تواند سهم عمده‌ای در جبران کاستی‌های این حوزه داشته باشد و به بررسی وضعیت این زوجین کمک شایانی نماید همچنین از لحاظ محتوایی با اهمیت و پیامدهای پژوهش حاضر نیز چنین می‌توان سخن به میان آورد که نتایج پژوهش می‌تواند کاربردهای آموزشی، روش شناختی داشته و به تصمیم‌گیری بهتر در حوزه کار با زوجین فرزندپذیر منجر شود. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی والدگری زوجین فرزندپذیر کودکان بی‌سرپرست بهزیستی انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر، کمی از نوع نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دوره پیگیری سه ماهه استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زوج‌های فرزندپذیر مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که از بین آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس گروه نمونه انتخاب شدند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم افزار جی پاور (G*Power)، بر اساس مولفه‌های آلفای (0/05)، توان آزمون آماری (0/80)، β ، اندازه اثر به دست آمده بالاتر از 0/60، تعداد گروه‌ها برابر

الهام سادات آخشیجان و همکاران

مطالعه حاضر همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha = 0/87$) به دست آمد. تمامی شرکت کنندگان یک هفته پیش از شروع مداخلات گروهی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (T0) در هفته نخست (T1، پیش آزمون)، در هفته دهم (T2، پس آزمون) و پس از آن یک دوره پیگیری ۳ ماهه (T3)، ابزار و فرآیند مداخله را تکمیل کردند. اطلاعات جمعیت شناختی در T0 و پرسش های ارزیابی برنامه مداخله در مراحل T1، T2 و T3 انجام شد. پژوهش حاضر با کد IR.IAU.SRB.REC.1401.242 به تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی رسیده است. تمامی شرکت کنندگان در سه گروه پیش از اجرای مداخلات برگه رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را تکمیل و امضا کردند. مداخلات مورد استفاده در پژوهش حاضر توسط دو متخصص روان شناسی عمومی و بالینی با اشراف کامل به مداخلات واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از مباحث نظری و تمرینات عملی به صورت هفتگی، گروهی و جلسات یک ساعته در یکی از کلینیک های روان درمانی شهر تهران (مرکز مشاوره نیکا، واقع در خیابان کریمخان) انجام شد. داده های پژوهش حاضر با استفاده از آزمون های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و سطح معناداری آزمون های آماری $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته شد. گروه آزمایش اول به مدت ۱۰ هفته تحت مداخله گروهی واقعیت درمانی بر اساس گلاسر (۲۰۰۶) و گروه آزمایش دوم به مدت ۱۰ هفته تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پترسون و همکاران (۲۰۱۲) قرار گرفتند و گروه کنترل نیز هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. در ادامه خلاصه ای از محتوای جلسات در جدول های ۱ و ۲ گزارش شده است.

با ۳ و تعداد اندازه گیری ها برابر با ۳ (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) استفاده شد؛ از این رو تعداد نمونه ۴۵ نفر در سه گروه تعیین و به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) و هر گروه ۱۵ نفر گمارش یافتند.

ملاک های ورود شامل: رضایت کامل زوجین برای شرکت در پژوهش، عدم توانایی در فرزندآوری، توانایی حضور منظم در جلسات درمانی، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی و مواد مخدر یا الکل در طول درمان بود. بدین سان ملاک های خروج شامل مشکلات ارتباطی و زبانی که مانع شرکت در جلسات مداخله باشد، عدم تعهد به مداخله و شرکت در مرحله پیگیری، شرکت در یک برنامه روان درمانی موازی با طرح حاضر، غیبت بیش از دو جلسه در درمان و بروز استرس های بزرگ و حوادث حاد و غیرمنتظره در هر مرحله از انجام پژوهش بود.

مقیاس خودکارآمدی والدگری دومکا: پرسشنامه خودکارآمدی والدگری توسط دومکا و همکاران در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی سطوح کلی خوداثربندی و خودکارآمدی والدینی معرفی شده است. این آزمون کارایی و نامیدی والدین را هنگام مواجهه با موقعیت های کودک، توانایی حل تعارضات والد-کودک و تلاش و مقاومت شان را در والدگری ارزیابی می کند. پرسشنامه شامل ۱۰ سوال است و پاسخ به این پرسشنامه طبق طیف لیکرت هفت درجه ای از ۱ تا ۷ امتیازبندی می شود که پنج گویه یعنی گویه های ۱، ۳، ۵، ۶ و ۸ به صورت معکوس و بقیه به صورت مستقیم نمره داده می شود. حد پایین پرسشنامه ۱۰ و حد بالای آن ۷۰ است. نمره بالا در این آزمون خودکارآمدی بالا و نمره پایین خودکارآمدی پایین را نشان می دهد و سوالات این پرسشنامه هم برای پدر و هم برای مادر قابل استفاده است. روایی این پرسشنامه مطلوب و پایایی از طریق آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ گزارش شده است (۳۰). در

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات واقعیت درمانی زوجین فرزندپذیر به تفکیک جلسه بر اساس گالاسر (۲۰۰۶)

جلسه اول	تنظیم قوانین گروه با همکاری اعضای گروه، بررسی اهمیت و نقش مهارت‌های ارتباطی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضا و مشاور و ابلاغ قوانین گروه
جلسه دوم	شناختن ۵ نیاز اساسی انسان، فهرست بندی نیازهای اساسی اعضا با تلاش خود آنها و کمک مشاور و بررسی اهمیت برآوردن این نیازها
جلسه سوم	دریافت بازخورد از جلسه قبل و درخواست توضیح در مورد دید کلی اعضا در خصوص فرزندپذیری و زندگی مشترک فعلی شان و بررسی علل نگرش اعضای گروه در مورد وضعیت فعلی زندگی
جلسه چهارم	توضیح در مورد رفتار کلی و چهار مولفه آن (عمل، فکر، احساس، فیزیولوژی) و آموزش این موضوع که انسان قادر به کنترل مستقیم عمل و فکر است و دو مولفه دیگر رفتار را فقط به طور غیرمستقیم و با کنترل عمل و تفکر می توان کنترل کرد.
جلسه پنجم	تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضای گروه در استفاده از رفتار و اقدام کنونی برای فرزندپذیری و بررسی اینکه رفتار فعلی شان برای رسیدن اعضا به اهداف و نیازهایشان چه کمکی می تواند بکند.
جلسه ششم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، کمک به اعضا برای شناختن رفتار و احساس کنونی شان، کم اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تاکید بر کنترل درونی نسبت به فرزندپذیری
جلسه هفتم	آشنایی اعضا با مسئولیت های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت پذیری آنها در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به گرایش نسبت به کاهش اعتماد به نفس و افت کیفیت زندگی در قبال فرزندپذیری می شوند.
جلسه هشتم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، تعیین اهمیت برنامه ریزی جهت انجام سریعتر و بهتر کارها و استفاده بهینه از وقت و آموزش طرح ریزی و برنامه ریزی مناسب برای رسیدن به سایر اهداف زندگی مشترک
جلسه نهم	آشنایی با مسائل تغییر و تعهد و ارائه تکالیفی هر چند کوچک بر مبنای افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی ارزشمند تا جلسه بعد و گرفتن تعهد کتبی از اعضا برای اجرای حتمی آن و نپذیرفتن هیچگونه عذر و بهانه
جلسه دهم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، بررسی و تاکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا، کمک به اعضا برای جایگزین کردن کنترل درونی، مواجه شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار، بودن در اینجا و اکنون و در نهایت فرآیند تغییر که منجر به افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی می شود.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زوجین فرزندپذیر به تفکیک جلسه بر اساس پترسون و همکاران (۲۰۱۲)

جلسه اول	معارفه تک تک اعضا، تشریح قوانین و قواعد مشاوره گروهی توسط گروه، تعیین اهداف زیربنایی، تعیین کوشش های قبلی مراجعین جهت افزایش خودکارآمدی، توصیف افکار و نشانه ها، استعاره ببر گرسنه، معرفی سیستم کنترل ناکارآمد به مراجعین، یادآوری اینکه کنترل خود مشکل ساز است. تکلیف خانگی: چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم.
جلسه دوم	ارائه استعاره (مرد در گودال)، استعاره کیک شکلاتی، توجه به اشتیاق مراجع. تکلیف خانگی: برگه نگرانی ذهن آگاه
جلسه سوم	ارائه استعاره طناب کشی با غول، استعاره دروغ سنج، تاکید بر اهمیت ارتقاء و پرورش ذهن آگاهی. تکلیف خانگی: برگه «عملکرد نگرانی چیست»
جلسه چهارم	ارائه استعاره پلی گراف، تمرین استعاره شیر، شیر، اشتیاق به عنوان جایگزینی برای کنترل استعاره دو مقیاس، دستورالعمل مربوط به اشتیاق، هیجانانگ شفاف در مقابل هیجانانگ مبهم، معرفی ذهن آگاهی از طریق تمرین نفس کشیدن به طور ذهن آگاه. تکلیف خانگی: ادامه تمرین ذهن آگاهی
جلسه پنجم	معرفی ارزش ها، بحث در خصوص ارتباط بین اهداف و ارزش ها، انتخاب ارزش ها: انتخاب ها در مقابل قضاوت ها/تصمیم ها، شناسایی یک عمل بالارزش (هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)
جلسه ششم	شناسایی ارزش ها: استفاده از استعاره «سنگ قبر»، دستورالعمل مهارت‌های ذهن آگاهی، تمرین افزایش ذهن آگاهی. تکالیف خانگی: شناسایی یک عمل بالارزش (هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)
جلسه هفتم	دستورالعمل و مباحثه در مورد عملکرد هیجانانگ، دستورالعمل کنترل سبک هیجانی، اجتناب هیجانی (استعاره اجاق داغ)، هیجانانگ واضح در مقابل هیجانانگ مبهم. تکالیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی، شناسایی یک عمل بالارزش (تعیین هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته)
جلسه هشتم	ارائه استعاره صفحه شطرنج، بحث در مورد خود مشاهده گر در مقابل خود مفهومی، تمرین خود مشاهده گر، شناسایی ی، عمل بالارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته. تکالیف خانگی: انجام عمل بالارزش مشخص
جلسه نهم	تعهد به عنوان یک فرآیند، شناسایی گامهای عملیاتی (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر)، ارائه استعاره باغداری، موانع رسیدن به اهداف و اشتیاق ها جهت پذیرش آنها (استعاره حباب در جاده)، استعاره مسافران در اتوبوس، استعاره صعود به قله، شناسایی یک عمل بالارزش (هدف رفتاری) برای انجام در طول هفته. تکلیف خانگی: انجام یک عمل بالارزش مشخص
جلسه دهم	پایان جلسات و جمع بندی

الهام سادات آخشیبجان و همکاران

کنترل $39/86 \pm 2/97$ بود که تقریباً همگن بوده و تفاوت معناداری بین آن یافت نمی شود. همچنین آماره های توصیفی شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۳ گزارش شده است.

یافته ها

بر پایه یافته های جمعیت شناختی شرکت کنندگان سه گروه در متغیر سن، میانگین و انحراف استاندارد سن برای گروه آزمایش یک (واقعیت درمانی) $38/86 \pm 2/99$ ، گروه آزمایش دو (پذیرش و تعهد) $40/20 \pm 2/85$ و برای گروه

جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیر پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایش ۱	۱	۳۲	۳/۰۷	۳۸/۶۰	۴/۳۳	۳/۹۶
خودکارآمدی والدگری	آزمایش ۲	۳۴/۵۳	۴/۱۳	۴۰/۵۳	۳/۰۴	۳/۲۴
کنترل	کنترل	۳۱/۸۶	۲/۸۵	۳۰/۵۳	۲/۶۹	۳/۵۴

والدگری در هر سه گروه و در هر دو مرحله پیش و پس آزمون در سطح $0/05$ غیرمعنادار است. برای آزمون برقراری/عدم برقراری مفروضه همگنی واریانس خطای پس آزمون خودکارآمدی والدگری در بین گروه ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج حاکی از برقراری مفروضه برابری واریانس های خطا بود.

جدول ۳، نتایج میانگین و انحراف استاندارد گروه های پژوهش را به تفکیک مراحل مختلف آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در متغیر خودکارآمدی والدگری نشان می دهد. به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها، مقادیر شاپیرو-ویلک برای هر سه گروه بررسی شد و نتایج نشان داد که ارزش شاپیرو-ویلک مربوط به متغیر خودکارآمدی

جدول ۴. نتایج آزمون های چندمتغیره خودکارآمدی والدگری

اثر	آزمون	مقدار	F	Df1	Df2	.Sig
زمان	اثر پیلایی	۰/۷۲۰	۵۲/۶۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۸۰	۵۲/۶۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۲/۵۶	۵۲/۶۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۲/۵۶	۵۲/۶۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱
زمان * گروه	اثر پیلایی	۰/۶۳۶	۹/۷۸	۴	۸۴	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۳۶۵	۱۳/۴۱	۴	۸۲	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۱/۷۳	۱۷/۳۳	۴	۸۰	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱/۷۳	۳۶/۳۵	۲	۴۲	۰/۰۰۱

پس آزمون و پیگیری) و نیز در تعامل مراحل مختلف آزمون و گروه های پژوهش تفاوت معناداری در خودکارآمدی والدگری وجود دارد. بررسی دقیق تر این تفاوت ها در زیر ارایه شده است.

بر اساس جدول ۴، مشاهده می شود که در اثر زمان و نیز زمان در گروه مقدار سطح معناداری آزمون های چندمتغیره برای خودکارآمدی والدگری کمتر از $0/05$ است. این نشان می دهد که در مراحل مختلف آزمون (پیش آزمون،

جدول ۵. آزمون کرویت موشلی خودکارآمدی والدگری

اثر درون آزمودنی	موشلی	خی دو	Df	.Sig	اپسیلون
زمان	۰/۸۸۷	۴/۹۳	۲	۰/۰۸۵	گربینهاوس-گیسر هیون-فلت حد پایین
					۰/۸۹۸ ۰/۹۸۰ ۰/۵۰۰

بر اساس نتایج جدول ۵، و از آنجایی که سطح معناداری کروییت موشلی بزرگتر از ۰/۰۵ است فرض کروییت تأیید می‌شود و برای تفسیر نتایج می‌توان از ردیف موشلی استفاده کرد.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر خودکارآمدی والدگری

منبع	آزمون	SS	Df	MS	F	.Sig	Eta
زمان	پذیرش کروییت	۵۸۱/۳۷	۲	۲۹۰/۶۸	۴۲/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳
	گرینهاوس-گیسر	۵۸۱/۳۷	۱/۷۹	۳۲۳/۶۳	۴۲/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳
	هیون-فلت	۵۸۱/۳۷	۱/۹۶	۲۹۶/۴۷	۴۲/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳
زمان * گروه	حد پایین	۵۸۱/۳۷	۱	۵۸۱/۳۷	۴۲/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳
	پذیرش کروییت	۴۲۷/۶۴	۴	۱۰۶/۹۱	۱۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۷
	گرینهاوس-گیسر	۴۲۷/۶۴	۳/۵۹	۱۱۹/۰۳	۱۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۷
	هیون-فلت	۴۲۷/۶۴	۳/۹۲	۱۰۹/۰۴	۱۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۷
	حد پایین	۴۲۷/۶۴	۲	۲۱۳/۸۲	۱۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۷

پس‌آزمون و پیگیری) و نیز در تعامل مراحل مختلف آزمون و گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری در خودکارآمدی والدگری وجود دارد. بنابراین به منظور بررسی تفاوت بین مراحل مختلف آزمون از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن به صورت زیر است:

جدول ۶، نتایج معناداری اثر زمان و نیز زمان در گروه را در متغیر خودکارآمدی والدگری نشان می‌دهد. سطح معناداری به‌دست‌آمده در ردیف کروییت موشلی، برای هر دو حالت اثر زمان و نیز زمان در گروه معنادار است ($P < 0.05$)؛ این نشان می‌دهد که در مراحل مختلف آزمون (پیش‌آزمون،

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه مراحل مختلف خودکارآمدی والدگری در گروه‌های آزمایش

گروه	مرحله آزمون	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	.Sig
آزمایش یک	پیش‌آزمون	۶/۶۰-	۱/۳۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸/۱۳-	۰/۹۲۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۵۳-	۱/۳۲	۰/۷۹۸
آزمایش دو	پیش‌آزمون	۶-	۱/۱۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷/۰۶-	۰/۷۹۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۰۶-	۰/۸۰۸	۰/۶۲۳

پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از ۰/۰۵ است و این نشان می‌دهد که هر دو گروه آزمایش موجب بهبود خودکارآمدی والدگری شده است و این امر تا مرحله پیگیری پایدار بوده است.

بر اساس نتایج جدول ۷، در هر دو گروه آزمایش یک (واقعیت درمانی) و گروه آزمایش دو (درمان تعهد و پذیرش) میزان سطح معناداری بین مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری کمتر از ۰/۰۵ است ($P < 0.05$) است اما بین

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه گروه‌های پژوهش در خودکارآمدی والدگری

مرحله آزمون	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	.Sig	Eta
پس‌آزمون	آزمایش ۲	۱/۳۲-	۱/۲۹	۰/۹۳۵	-
	آزمایش ۱	۸/۰۳	۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
	آزمایش ۲	۹/۳۵	۱/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵
پیگیری	آزمایش ۱	۰/۱۴۴	۱/۱۱	۱	-
	آزمایش ۱	۸/۸۴	۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹
	آزمایش ۲	۸/۷۰	۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۹

یک روش درمانی است که بر اساس آن، فرد به جای تمرکز بر مشکلات و نواقص خود، به سمت نقاط قوت و توانایی‌های خود هدایت می‌شود. واقعیت درمانی به دلیل تمرکز بر روی قدرت‌ها و توانایی‌های فرد، می‌تواند به افزایش خودکارآمدی والدگری زوجین فرزندپذیر کودکان بی سرپرست کمک کند. با اعمال روش‌های واقعیت درمانی، زوجین می‌توانند بهتر با خودشان آشنا شوند و به نقاط قوت خود توجه کنند. این کار می‌تواند به آنها کمک کند تا با اطمینان بیشتری به والدگری بپردازند و در پرورش کودکان بی سرپرست خود موفق‌تر باشند. همچنین، درمان واقعیت درمانی می‌تواند به زوجین کمک کند تا بهتر با احساسات و نیازهای کودکان خود آشنا شوند و در برقراری ارتباط موثر با آنها موفق‌تر باشند. به طور کلی، واقعیت درمانی می‌تواند به زوجین فرزندپذیر کودکان بی سرپرست کمک کند تا با اطمینان بیشتری به والدگری بپردازند و در پرورش کودکان خود موفق‌تر باشند. همچنین نتیجه حاصل در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مطالعاتی همچون کوثری و همکاران (۲۶) و Lee و همکاران (۲۹) که این درمان را یک روش موثر برای بهبود خودکارآمدی معرفی کردند، همسو است. می‌توان گفت ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌های خود و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف موجب میشود تا ضمن تحقق اهداف، رضایت از خود و زندگی حاصل شود و فرد از گیر افتادن در حلقه معیوب افکار و احساسات منفی که به نوبه خود موجب افزایش شدت مشکلات و اضطراب می‌شود، رهایی یابد بدین شکل اعتماد به نفس فرد افزایش یافته و در نهایت احساس خودکارآمدی در وی فزونی می‌یابد (۲۹). در فرایند پذیرش و تعهد، افراد یاد می‌گیرند در عین رویارویی با امور عادی زندگی، موقعیت‌های ناراحت‌کننده را با تغییر نحوه پاسخ به آنها سازمان داده و به جای واکنش تکانشی، بتوانند به دور از هرگونه تعصب و قضاوت، با داشتن انعطاف‌پذیری و عدم سرسختی کاستی‌های خود را ببینند و بپذیرند که منجر به افزایش خودکارآمدی در آنان شود (۳۳). این درمان در تاثیرگذاری بر خودکارآمدی والدینی موثرتر از درمان واقعیت‌گرایی بود. در تبیین این تاثیر می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شرکت‌کنندگان به پایبندی و گام برداشتن در مسیر زندگی سالم ترغیب می‌شوند که این امر دربرگیرنده اقدامات رفتاری،

بر اساس نتایج جدول ۸، میزان سطح معناداری بین گروه آزمایش یک (واقعیت درمانی) با گروه آزمایش دو (درمان تعهد و پذیرش) در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی والدگری بیشتر از ۰/۰۵ است ($P > 0.05$) و تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایشی وجود ندارد. با این وجود ضریب اتا گروه آزمایش دو در مقایسه با گروه آزمایش یک در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بیشتر است و این نشان از اثربخشی بیشتر گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودکارآمدی والدگری دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی والدگری زوجین فرزندپذیر کودکان بی‌سرپرست بهزیستی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله درمانی موجب بهبود خودکارآمدی والدگری شده است که این امر در مرحله پیگیری نیز بهبود معناداری داشته است. همچنین ضریب اتا در گروه آزمایش دو در مقایسه با گروه آزمایش یک در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بیشتر بود که نشان از اثربخشی بیشتر گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودکارآمدی والدگری داشت. نتیجه حاصل در خصوص اثربخشی واقعیت‌درمانی بر خودکارآمدی والدگری با مطالعات مختلف همچون اسدی خلیلی و همکاران (۲۱)، سلطانی (۲۲) و Cahyaningsih & Setiawati (۲۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که خودکارآمدی به عنوان یک منبع فردی محسوب می‌شود که به عقاید بهبود یافته‌ای در مورد خود برای کنترل مجموعه‌ای از فعالیت‌های سخت و مقاله با رویدادهای نامناسب اشاره دارد. بر این اساس افزایش خودکارآمدی والدگری منوط به ادراک والدین از میزان کنترلی است که بر زندگی خود دارند. در همین راستا واقعیت‌درمانی با کمک خود فرد سعی در کنترل رفتار و افکار توسط خودش دارد (۳۱). از منظر این رویکرد، رفتار کلی تحت کنترل مستقیم فرد، او را به سوی حس مسئولیت‌پذیری در قبال اعمال و افکاری که انتخاب نموده سوق می‌دهد و از سوی دیگر، احساس خودکارآمدی فردی از طریق افزایش احساس کنترل درونی و انتخاب اعمال و رفتار به شیوه آگاهانه و مسئولیت‌پذیری در مقابل این انتخاب، ارتقا می‌یابد (۳۲). در واقع واقعیت‌درمانی

پیشنهاد میشود که درمانگران، این دو روش را در وجین فرزندپذیر کودکان بی سرپرست بهزیستی مدنظر قرار دهند. محدود شدن مطالعه به شهر تهران و استفاده از ابزارهای خودگزارشی از محدودیت های این تحقیق بود. به مدیریت مراکز بهزیستی توصیه می گردد با به کارگیری متخصصان بهداشت روان، با آموزش درمان روانشناسان دوره دیده، مبتنی بر پذیرش و تعهد و یا واقعیت درمانی به زوجین فرزندپذیر کودکان بی سرپرست بهزیستی قدمی مثبت در راه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی این زوجین بردارند. همچنین توصیه می شود نتایج این پژوهش با سایر درمان ها نیز مقایسه شود.

سیاسگزار

این مقاله برگرفته از رساله دکترای روانشناسی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات و دارای کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1401.242 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات است. بدین وسیله نویسندگان از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش و تمام کسانی که به نحوی موثر در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می کنند.

تضاد منافع

در زمینه اجرا و چاپ مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نشد.

References

1. Bashirgonbadi S, Sheykhosslami A, Rezaeisharif A, Kiani A. The Effectiveness of Parenting Program based on Mindfulness on Resilience and Quality of the Parent-Child Relationship in Mothers with Children with Gender Dysphoria. *Rooyesh* 2023; 12 (9) :11-20. <http://frooyesh.ir/article-1-4724-fa.html>
2. Paine, A. L., Fahey, K., Thompson, R., & Shelton, K. H. Adoptive parents' finances and employment status: a 5-year longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2022. 1-12. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01946-3>
3. fayaz, E., Aghamohammadian Sharbaf, H. R., Alipor, A., & Aliakbari Dehkordi, M. The efficacy of adoption skills training on stress reduction and change of coping styles among couples who are applicants for having an adopted child.

حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی است (۳۰)، این پذیرش روانی و اقدامات رفتاری در جهت بهبود اهداف زندگی، موجب افزایش حس مثبت به خود و در نتیجه افزایش خودکارآمدی در زوجین فرزندپذیر کودکان بی سرپرست بهزیستی می شود. همچنین گسلش شناختی به عنوان یکی از مؤلفه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند نقش مؤثری در زمینه ی بهبود خودکارآمدی زوجین شرکت کننده ایفا کند. در این زمینه، گسلش شناختی به شرکت کنندگان نشان داد افکار منفی صرفاً فکر هستند و نمیتوانند عامل تعیین کننده ی رفتار و شخصیت باشند. از این طریق، زوجین قادر به شناسایی افکار منفی مؤثر بر عملکرد بودند و در جهت مقابله با آن و ارتقای خودکارآمدی خود گام برداشتند.

نتیجه گیری

از یافته های این پژوهش میتوان نتیجه گرفت که هر دو روش درمانی؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی مداخلات سودمندی برای افزایش خودکارآمدی والدگری زوجین فرزندپذیر کودکان بی سرپرست بهزیستی هستند. در مقام مقایسه بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد هر چند اندازه اثر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اندکی بیشتر بود؛ بنابراین با توجه به تأیید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر خودکارآمدی والدگری

Journal of Fundamentals of Mental Health, 2012. 14(55), 19-210.

4. Dalgaard, N. T., Filges, T., Viinholt, B. C., & Pontoppidan, M. Parenting interventions to support parent/child attachment and psychosocial adjustment in foster and adoptive parents and children: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 2022. 18(1), e1209. <https://doi.org/10.1002/cl2.1209>
5. Anthony, R. E., Paine, A. L., & Shelton, K. H. Adverse childhood experiences of children adopted from care: The importance of adoptive parental warmth for future child adjustment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019. 16(12), 2212. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122212>
6. Guida, A. M. The Effect of an Acceptance and Commitment Therapy Co-Parenting Education

- Intervention: An Analysis of Co-Parenting Self-Efficacy, Self-Regulation, and Psychological Flexibility Amongst High Conflict Co-Parents. 2023. (Doctoral dissertation, The University of Arizona).
7. Hornfeck F, Bovenschen I, Heene S, Zimmermann J, Zwönitzer A, Kindler H. Emotional and behavior problems in adopted children-The role of early adversities and adoptive parents' regulation and behavior. *Child Abuse & Neglect*. 2019. 1;98:104221. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104221>
 8. Donithen R, Schoppe-Sullivan S. Correlates and predictors of parenting self-efficacy in new fathers. *Journal of Family Psychology*. 2022 ;36(3):396. <https://doi.org/10.1037/fam0000910>
 9. Lee J, Crolley-Simic J, Elizabeth Vonk M. Initial validation of the socialization self-efficacy scale with international transracially adoptive parents. *Adoption Quarterly*. 2018. 3;21(3):201-24. <https://doi.org/10.1080/10926755.2018.1508531>
 10. Heerman, W. J., Taylor, J. L., Wallston, K. A., & Barkin, S. L. Parenting self-efficacy, parent depression, and healthy childhood behaviors in a low-income minority population: A cross-sectional analysis. *Maternal and child health journal*, 2017. 21(5), 1156-1165. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2214-7>
 11. Bates, R. A., Salsberry, P. J., Justice, L. M., Dynia, J. M., Logan, J. A., Gugiu, M. R., & Purtell, K. M. Relations of maternal depression and parenting self-efficacy to the self-regulation of infants in low-income homes. *Journal of Child and Family Studies*, 2020. 29(8), 2330-2341. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01763-9>
 12. Begum J, Copello S, Jones L. Increasing parenting self-efficacy in foster carers: An evaluation of the attachment-centred parenting programme. *Educational psychology in practice*. 2020;36(4):349-66. <https://doi.org/10.1080/02667363.2020.1795628>
 13. Drozd F, Bergsund HB, Hammerstrøm KT, Hansen MB, Jacobsen H. A systematic review of courses, training, and interventions for adoptive parents. *Journal of Child and Family Studies*. 2018; 27:339-54. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0901-7>
 14. Nickman SL, Rosenfeld AA, Fine P, MacIntyre JC, Pilowsky DJ, Howe RA, Derdeyn A, Gonzales MB, Forsythe L, Sveda SA. Children in adoptive families: Overview and update. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2005 ;44(10):987-95. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000174463.60987.69>
 15. Harris-Waller J, Granger C, Hussain M. Psychological interventions for adoptive parents: A systematic review. *Adoption & Fostering*. 2018;42(1):6-21. <https://doi.org/10.1177/0308575918754481>
 16. Whittingham K, Sanders MR, McKinlay L, Boyd RN. Parenting intervention combined with acceptance and commitment therapy: A trial with families of children with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Psychology*. 2016;41(5):531-42. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv118>
 17. Wubbolding, R. E. The relationship between professional diversity/multicultural guidelines and choice theory/reality therapy. *International Journal of Choice Theory® and Reality Therapy*. 2018., 37(2), 67. <https://doi.org/10.1002/jcad.12120>
 18. Ghoreishi, M., & Behboodi, M. Effectiveness of Group Reality Therapy on Emotion Regulation and Academic Self-efficacy of Female Students. *SALĀMAT-I IJTIMĀĪ (Community Health)*, 2017. 4(3), 233-243.
 19. Yadalahi S., Ebrahimi, M., Zamani, N. and Sahibi, A. Determining the effectiveness of choice theory training on the responsibility and hope of female students. *Social Cognition*, 2018. 8(1), 165-174.
 20. Glasser, W. *The language of choice theory*. Translated by Ali Sahibi. 2016. Tehran: Sayeh Sokhan Publications.
 21. Asadi Khalili, M., Emadian, S. O., & Fakhri, M. K. Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance & Commitment Therapy on Social Anxiety and Parenting Self-Agency in Female Household Heads in Sari City. *Community Health Journal*, 2020. 14(2), 52-65.
 22. Soltanloo.F. Effectiveness of Reality Therapy on Group Self-Efficacy, Happiness and Marital Conflicts in Married Women. *JNIP* 2019; 3 (7) :1-21 URL: <http://jnip.ir/article-1-239-fa.html>
 23. Cahyaningsih, N., & Setiawati, F.A. Effectiveness of Reality Group Counseling to Enhance Students' Self-efficacy in High School. In *International Seminar on Innovative and Creative Guidance and Counseling Service*. 2022. 159-163. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.220405.027>

24. Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 2019. 21(1), e12530. <https://doi.org/10.2196/12530>
25. Moslem Khani M, Ebrahimi M E, Sahebi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Happiness and Hope of Hamedanian Multiple Sclerosis Patients. *Pajouhan Sci J* 2019; 17 (2) :15-23 <https://doi.org/10.21859/psj.17.2.15>
26. Kosari, F., sabahi, P., & makvand hosseini, S. The Effectiveness of Combined Program of Parent Management Training and Mindful Parenting on Parental stress, Parent-Child relationship, Child's Externalizing Problems. *Quarterly of Applied Psychology*, 2023. 17(2), 139-115.
27. Masoudi Marghmaleki, L., Shaygan Nejad, V., & Rahimi, R. Investigating the Effect of Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Self-efficacy of Women with Multiple Sclerosis. *Clinical Psychology and Personality*, 2023. 21(1), 73-84.
28. Lee, J. W., & Ha, J. H. The effects of an acceptance-commitment therapy based stress management program on hospitalization stress, self-efficacy and psychological well-being of inpatients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2018. 48(4), 443-453. <https://doi.org/10.4040/jkan.2018.48.4.443>
29. Goldberg, A. E., McCormick, N., & Virginia, H. Parenting in a pandemic: Work-family arrangements, well-being, and intimate relationships among adoptive parents. *Family Relations*, 2021. 70(1), 7-25. <https://doi.org/10.1111/fare.12528>
30. Saadati, N., Roštami, M., & Darbani, S. A. Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. *Journal of Family Psychology*, 2021. 3(2), 45-58. https://www.ijfpjournal.ir/article_245517.html?lang=en
31. Emmelkamp, PM., Meyerbröker, K., & Morinam N. Virtual Reality Therapy in Social Anxiety Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2020. 22(7), 188-97. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01156-1>
32. Sewart, AR., Niles, AN., Burklund, LJ., Saxbe, DE., Lieberman, MD., & Craske, MG. Examining Positive and Negative Affect as Outcomes and Moderators of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behav. The Journal of Pathology*, 2019. 50(6), 1112-24. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.001>
33. Dumka, LE., Steorzinger, H., Jackson, K., & Roosa, MW. Examination of the cross cultural and cross language equivalence of parenting self-agency measure. *The Journal of Family Psychology*, 1996. 45(9), 216-222. <https://doi.org/10.2307/585293>