



Print ISSN: 2251-6654
Online ISSN: 2588-3542



Journal of Family Counseling and Psychotherapy

Volume 15, Issue 1 - October 2025

 10.22034/FCP.2026.145307.2313

The effectiveness of the psychosocial empowerment training program on acceptance and action, family functioning, and psychological resilience of families with individuals with bipolar disorder

Received: 2025-07-05

Accepted: 2025-10-29

1. Saifullah Rahmani*

Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran. rahmaniseifola@gmail.com

2. Musleh Dadvar

Master's student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

Abstract

Background: Epidemiological evidence shows that bipolar disorder is one of the most important causes of psychiatric disability in the world. **Objective:** The aim of the present study was to investigate the effectiveness of psychosocial empowerment training based on choice theory on family functioning and psychological flexibility in families with a person with bipolar disorder. **Method:** This study was applied in terms of its purpose and implementation method, a quasi-experimental design with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the study consisted of all families with a person with bipolar disorder in Marivan who had referred to rehabilitation centers in this city between October and February 2024. Among them, 24 people were selected by random sampling method and randomly assigned to two experimental groups (12 people) and control groups (12 people). Data collection tools included the Family Functioning Scale (FAD) [Epstein et al. \(1983\)](#), the Psychological Flexibility Questionnaire Epstein et al. and [Ben Itzhak. \(2014\)](#) and the Psychosocial Empowerment Training Package based on Choice Theory. **Findings:** The results showed that after the intervention, there was a significant difference between the two groups in the variables of family functioning and psychological flexibility ($p < 0.05$). Also, the F statistic value in the variable of family functioning (67.81) was higher than that of psychological flexibility, indicating the greater effectiveness of psychosocial empowerment training based on choice theory on improving family functioning. **Conclusion:** Accordingly, it can be concluded that this training program can be used as an effective approach in promoting family functioning and increasing psychological flexibility in families with a person with bipolar disorder.

Key words: *Psychosocial empowerment, choice theory, family functioning, psychological flexibility, bipolar disorder.*



Introduction

Bipolar disorder is a chronic and disabling mood disorder characterized by recurrent episodes of mania, hypomania, and major depression. Beyond mood disturbances, the disorder can adversely affect cognitive, emotional, social, occupational, and interpersonal functioning and is associated with recurrent episodes, impaired functioning, and substantial treatment needs ([Başkaya & Demir, 2023](#)). Its chronic and recurrent nature also imposes considerable psychological, social, and economic burdens on patients and their families ([Volkman et al., 2020](#)).

The impact of bipolar disorder extends beyond the affected individual and can substantially disrupt family functioning. Family functioning encompasses dimensions such as cohesion, communication, emotional responsiveness, role performance, problem solving, and adaptation to stressful circumstances. Caring for a family member with bipolar disorder may alter family roles and responsibilities, increase caregiving demands, and contribute to family conflict, emotional exhaustion, social restrictions, and concerns about relapse. Consequently, impaired family functioning and psychological distress among family members may become important factors influencing the course and management of the disorder ([Bocharov et al., 2024](#); [Latifian et al., 2023](#)). The caregiving burden associated with chronic psychiatric disorders has also been linked to psychological distress, hopelessness, depression, and reduced quality of life among family members ([Pickett-Schenk et al., 2015](#)). Psychological flexibility is another important construct in understanding adaptation to bipolar disorder. It refers to the capacity to remain open to internal experiences, adapt to changing circumstances, maintain awareness of the present moment, and engage in behaviors consistent with personal values despite unpleasant thoughts and emotions. Reduced psychological flexibility has been associated with difficulties in emotion regulation, adaptation, and social and occupational functioning among individuals with bipolar disorder ([O'Donnell et al., 2017](#)). More broadly, psychological inflexibility is considered a transdiagnostic process involved in the development and maintenance of various psychological difficulties, whereas greater psychological flexibility is associated with better adaptation, emotion regulation, and psychological well-being ([Hsu et al., 2023](#); [Chalghaf et al., 2026](#)).



Given the considerable burden of bipolar disorder on family functioning, interventions that strengthen psychological and social resources within affected families may be particularly relevant. Psychosocial empowerment approaches aim to enhance individuals' sense of responsibility, self-efficacy, coping capacity, control over life, and ability to make adaptive choices. Previous research has reported beneficial effects of psychosocial empowerment interventions on psychological and social adjustment and family-related outcomes (Ghobadi-Isfarjani et al., 2022; Vali Zadeh et al., 2022; Zand & Askari, 2023). Moreover, psychological inflexibility among parents has been associated with poorer family functioning and greater psychological maladjustment (Chong et al., 2024). Accordingly, the present study aimed to examine whether a **psychosocial** empowerment training program based on Choice Theory could improve acceptance, family functioning, and psychological flexibility among families of individuals with bipolar disorder.

Methodology

In this design, participants were randomly assigned to two experimental and control groups after selection. The experimental group received psychosocial empowerment training based on choice theory, while the control group did not receive any intervention. The statistical population of the study consisted of all families with a person with bipolar disorder in Marivan who had referred to rehabilitation centers in the city between October and February 2024. Given the nature of experimental research and the possibility of implementing the intervention, 24 families were selected from among the eligible individuals using convenience sampling and then randomly assigned to two experimental (12 families) and control (12 families) groups. In order to collect data, the Epstein et al. (1983) Family Functioning Scale and Ben Itzhak et al. (2014) Psychological Flexibility Questionnaire were used.

Results and discussion

For the main hypothesis, a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was conducted. This analysis assumes that the vector of dependent variables follows a



multivariate normal distribution and that the variance–covariance matrices are equal across groups.

Table 1. Results of Box's M Test

Test	Value	F	df1	df2	Sig.
Box's M	4.60	1.38	3	120.00	0.246

The results presented in Table 5 show an F value of 1.38 and a significance level of 0.246, which is greater than 0.05 and therefore indicates that the result is not statistically significant. Accordingly, the assumption of equality of the variance–covariance matrices across the groups is satisfied.

Table 2. Multivariate Analysis of Covariance for Testing the Significance of the Effect of the Independent Variable

Variable	Test	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Group	Wilks' Lambda	0.17	20.46	2	19	0.000

According to the results presented in Table 6, the effect of the independent variable on the dependent variables was statistically significant. The Wilks' Lambda value was 0.17. Lower Wilks' Lambda values indicate greater differences between the group means, whereas values closer to 1 indicate smaller differences. Given that the significance level associated with the obtained F value was less than 0.05, the combined effect of the independent variable on the dependent variables was statistically significant ($p = 0.000$). Thus, family functioning and psychological flexibility jointly differed significantly between the experimental and control groups.

Table 3. Levene's Test for Equality of Error Variances

Variable	F	df1	df2	Sig.
Family functioning	3.02	1	22	0.096
Psychological flexibility	0.038	1	22	0.848

The results of Levene's test presented in Table 7 indicate that the significance levels for both dependent variables are greater than 0.05. Therefore, the assumption of homogeneity of error variances is satisfied.



Table 4. Results of Multivariate Analysis of Covariance for the Dependent Variables Across Groups

Source	Dependent Variable	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Group	Post-test family functioning	2508.24	1	2508.24	67.81	0.000
Group	Post-test psychological flexibility	1500.67	1	1500.67	42.86	0.000
Error	Post-test family functioning	739.77	20	36.98	—	—
Error	Post-test psychological flexibility	700.24	20	35.01	—	—
Total	Post-test family functioning	899969.00	24	—	—	—
Total	Post-test psychological flexibility	144841.00	24	—	—	—

The results presented in Table 8 indicate that the F value for post-test family functioning was 67.81, with a significance level of 0.000, which is lower than 0.05. Similarly, the F value for post-test psychological flexibility was 42.86, with a significance level of 0.000, which is also lower than 0.05. These findings indicate statistically significant differences between the experimental and control groups in both family functioning and psychological flexibility. Furthermore, because the F value for family functioning (67.81) was higher than that for psychological flexibility (42.86), the psychosocial empowerment training based on Choice Theory had a greater effect on family functioning than on psychological flexibility.

The findings can be interpreted based on William Glasser's Choice Theory. Glasser posits that human behavior results from conscious choices made to satisfy five basic needs: love and belonging, power, freedom, fun, and survival. Accordingly, when family members learn to focus on their own controllable behaviors rather than relying on external control, blame, or emotional reactions, take responsibility for their choices, and employ effective communication strategies, the quality of family interactions may improve. Such changes can increase mutual trust, reduce family conflicts, and strengthen family cohesion, ultimately leading to improved family functioning. Families of individuals with bipolar disorder commonly face challenges such as recurrent episodes of illness, financial pressures, caregiver burden, concerns about the patient's future, and restrictions on social relationships. The persistence of these conditions may impair family functioning, increase interpersonal conflicts, and undermine the psychological well-being of other family members. Psychosocial empowerment training, by emphasizing skills such as problem solving, informed decision-making, responsibility,



self-assessment, effective communication, and conflict management, can enhance the family's capacity to cope adaptively with these stressors. Consequently, the family may move from a vulnerable system toward becoming an active source of support for the individual with bipolar disorder. Another finding of the present study was that psychosocial empowerment training based on Choice Theory increased the psychological flexibility of family members. Psychological flexibility refers to the ability to adapt to difficult circumstances, realistically accept life experiences, and choose effective behaviors when confronted with stressful situations. Families with greater psychological flexibility are better able to regulate their emotions in response to illness-related crises, employ more adaptive coping strategies, and maintain more stable interpersonal relationships. Therefore, increased psychological flexibility may play an important role in reducing caregivers' psychological distress and improving the quality of life of families of individuals with bipolar disorder.

Acknowledgments

We would like to thank all the couples participating in this study.

Authors' contributions

S. Rahman participated in all stages of the article process, from research design and execution to analysis of results and manuscript writing.

Funding

This research did not receive any specific grant.

Availability of data and materials

No available

Ethics approval and consent to participate

In this study, in addition to writing a guide at the beginning of the questionnaire, the purpose of the study was explained to them in a research manner. Participants then completed a research consent form. In case of dissatisfaction of one of the couples, the questionnaire was not given to both couples.

Consent for publication

Participants were assured that their findings were confidential and would be published in an article without mentioning their personal information.

Competing interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest to the research, authorship, and/or publication of this article.

References

- Başkaya, E., & Demir, S. (2023). The problems and information needs of patients with bipolar disorder during the treatment process: A qualitative study in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 42, 45-54. ,DOI: [10.1016/j.apnu.2022.12.007](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.12.007)
- Bocharov, V. V., Shishkova, A. M., Korman, T. A., Saraykin, D. M., Vinnikova, A. Y., & Bueva, I. A. (2024). Importance of psychological functioning of family members as a factor of remission stability in affective disorder patients: a systematic review. *Neurology Bulletin*, 56(4), 411-425. doi: [10.17816/nb634704](https://doi.org/10.17816/nb634704)
- Bradley, E. L. (2014). Choice theory and reality therapy: an overview. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 34(1), 6. <http://childmentalhealth.ir/article-1-1269-fa.html>
- Casstevens, W. J. (2010). Using reality therapy and choice theory in health and wellness program development within psychiatric psychosocial rehabilitation agencies. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 29(2), 55. <https://repository.lib.ncsu.edu>
- Chong, Y. Y., Yau, P. T., Kwan, J. Y. M., & Chien, W. T. (2024). Roles of psychological flexibility, parenting competence, and asthma management self-efficacy in the functioning outcomes of parents of children with asthma co-occurring with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(11), 2835-2849. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14110186>
- González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Mota-Alonso, M. J., García-Tejido, P., Pedrosa, I., & Pérez-Álvarez, M. (2017). Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *European journal of oncology nursing*, 30, 75-83. DOI: [10.1016/j.ejon.2017.08.006](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.006)
- Ghobadi-Isfarjani, H. K., Sharifi, T., Ghazanfari, A., & Charami, M. (2022). The efficacy of psychosocial group training empowerment on altruism and social adjustment of female high school students. *International Journal of Behavioral Sciences*, 16(2), 141-147. [10.30491/ijbs.2022.329794.1754](https://doi.org/10.30491/ijbs.2022.329794.1754)
- Herbert, G. Irene G, .(2017) Family Therapy: An Overview, 8 ed. United states of America: Cengage Learning; 2017;2-4 [Report an issue with this product or seller](#)
- Hsu, T., Adamowicz, J. L., & Thomas, E. B. (2023). The effect of acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility and inflexibility of undergraduate students: A systematic review and three-level meta-analysis. *Journal of contextual behavioral science*, 30, 169-180. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.10.006>





Print ISSN: 2251-6654
Online ISSN: 2588-3542



Journal of Family Counseling and Psychotherapy

Volume 15, Issue 1 - October 2025

 10.22034/FCP.2026.145307.2313

اثربخشی برنامه آموزش توانمندسازی روانی- اجتماعی بر پذیرش و عمل، عملکرد خانواده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خانواده‌های دارای افراد با اختلال دوقطبی

پذیرش: ۱۴۰۴-۰۸-۰۷

دریافت: ۱۴۰۴-۰۴-۱۴

استادیار گروه آموزشی روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.
rahmaniseifola@gmail.com
دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

سیف‌الله رحمانی*

مصلح دادوار

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش توانمندسازی روانی- اجتماعی مبتنی بر نظریه انتخاب بر عملکرد خانواده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در خانواده‌های دارای فرد مبتلا به اختلال دوقطبی بود. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش اجرا، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی خانواده‌های دارای فرد مبتلا به اختلال دوقطبی شهر مریوان تشکیل دادند که در فاصله زمانی مهر تا بهمن ۱۴۰۳ به مراکز توانبخشی این شهر مراجعه کرده بودند. از میان آنان، ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل مقیاس عملکرد خانواده (FAD)، پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بسته آموزشی توانمندسازی روانی- اجتماعی مبتنی بر نظریه انتخاب بود. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری مناسب تحلیل شدند. نتایج نشان داد که پس از اجرای مداخله، بین دو گروه در متغیرهای عملکرد خانواده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). همچنین، مقدار آماره F در متغیر عملکرد خانواده ($67/81$) بیشتر از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود که نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر آموزش توانمندسازی روانی- اجتماعی مبتنی بر نظریه انتخاب بر بهبود عملکرد خانواده است. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که این برنامه آموزشی می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر در ارتقای عملکرد خانواده و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خانواده‌های دارای فرد مبتلا به اختلال دوقطبی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: توانمندسازی روانی- اجتماعی، نظریه انتخاب، عملکرد خانواده، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اختلال دوقطبی.



مقدمه

اختلال دوقطبی^۱ یکی از مهم‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات طیف خلقی است که با دوره‌های عودکننده شیدایی، هیپومانیا و افسردگی اساسی مشخص می‌شود و علاوه بر نوسانات خلقی، جنبه‌های شناختی، هیجانی، اجتماعی و شغلی زندگی فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم، متن بازنگری‌شده (DSM-5-TR)، اختلال دوقطبی به دو نوع اصلی، یعنی اختلال دوقطبی نوع یک و نوع دو، تقسیم می‌شود که هر دو با کاهش چشمگیر عملکرد فردی و اجتماعی، افزایش خطر خودکشی، عودهای مکرر و نیاز به درمان‌های طولانی مدت همراه هستند (Başkaya & Demir, 2023).

شواهد اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که اختلال دوقطبی از مهم‌ترین علل ناتوانی روانپزشکی در جهان محسوب می‌شود و اگرچه شیوع طول عمر آن در اغلب کشورها حدود ۱ تا ۳ درصد گزارش شده است، اما به دلیل شروع زودهنگام، ماهیت مزمن، عودهای مکرر و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم درمان، بار اقتصادی و اجتماعی بسیار سنگینی را بر بیماران، خانواده‌ها و نظام سلامت تحمیل می‌کند. مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که پیامدهای این اختلال تنها محدود به فرد مبتلا نیست، بلکه تمامی اعضای خانواده را در ابعاد روان‌شناختی، اقتصادی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد (Volkman et al., 2020). اختلال دوقطبی پرهزینه‌ترین اختلال روانی جهت برنامه‌های بهداشتی کارفرمایی در ایالات متحده است. پایبند نبودن فرد به درمان این اختلال امکان دارد به شروع بستری شدن، بستری مجدد و مشکلات دیگری دچار شود چنانچه خانواده جایگاه ویژه‌ای در رشد و شخصیت انسان‌ها دارد بنابراین اغلب انسان‌ها دچار مشکلات متفاوت شخصیتی و روانی که فاقد بهداشت و سلامت روانی هستند از خانواده‌های ناسالم رشد کرده‌اند (Vos, T., & Mathers, 2000).

یکی از مهم‌ترین سازه‌هایی که در سال‌های اخیر در مطالعات مرتبط با اختلال دوقطبی مورد توجه قرار گرفته، عملکرد خانواده است. عملکرد خانواده به میزان هماهنگی، انسجام، ارتباط مؤثر، ایفای نقش، حل مسئله، پاسخگویی هیجانی و توانایی خانواده در سازگاری با شرایط تنش‌زا اشاره دارد. هنگامی که یکی از اعضای خانواده به اختلال دوقطبی مبتلا می‌شود، نقش‌ها و مسئولیت‌های خانوادگی

1 Bipolar Disorder



دچار تغییر شده و سایر اعضای خانواده ناگزیر بخش قابل توجهی از زمان، انرژی و منابع خود را صرف مراقبت از بیمار می‌کنند. این وضعیت معمولاً با افزایش تعارضات خانوادگی، کاهش انسجام، فرسودگی مراقبان، محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی و افزایش نگرانی نسبت به عود بیماری همراه است که در نهایت کیفیت عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مرورهای نظام‌مند جدید نیز تأکید کرده‌اند که کیفیت عملکرد خانواده و سلامت روان اعضای خانواده از عوامل کلیدی در پیش‌آگهی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی هستند و مداخلات خانواده‌محور می‌توانند پیامدهای درمانی را بهبود بخشند (Bocharov et al., 2024).

از سوی دیگر، مطالعات نشان داده‌اند که خانواده‌های دارای عضو مبتلا به اختلال دوقطبی بیش از سایر خانواده‌ها در معرض انگ اجتماعی، فشار روانی، احساس درماندگی و کاهش کیفیت زندگی قرار دارند. این شرایط نه تنها سلامت روان اعضای خانواده را تهدید می‌کند، بلکه ممکن است موجب کاهش مشارکت آنان در فرآیند درمان و مراقبت از بیمار شود. بر همین اساس، پژوهشگران بر ضرورت طراحی و اجرای مداخلاتی تأکید دارند که علاوه بر بهبود وضعیت بیمار، توانمندی‌های روان‌شناختی و کارکرد خانواده را نیز ارتقا دهند (Latifian et al, 2023). در خانواده فرد مبتلا به اختلال تغییراتی به وجود می‌آید که دیگر افراد خانواده نیز نمی‌توانند به نهایت توانایی خود در زمینه‌ی شغلی، اجتماعی یا دیگر فعالیت‌های تفریحی بپردازند. این خانواده‌ها بیشتر مجبورند بیشتر مدت زمان زندگی خود را صرف مراقبت از فرد مبتلا به اختلال کنند اضافه بر آن هم بیشتر اوقات خانواده این ترس را دارند که بیماری فرد مبتلا عود کند و تغییرات ناگهانی و غیرقابل‌انتظار را در زندگی افراد خانواده به وجود بیاورد.

ابتلای یکی از اعضای خانواده به اختلال دوقطبی، بار مراقبتی قابل توجهی را بر سایر اعضای خانواده تحمیل می‌کند. مراقبت مستمر از فرد مبتلا، همراه با نگرانی از عود بیماری، نوسانات خلقی و مشکلات عملکردی وی، می‌تواند به بروز احساس ناامیدی، درماندگی، فرسودگی روانی، افسردگی و حتی تشدید مشکلات روان‌تنی در مراقبان و سایر اعضای خانواده منجر شود این شرایط، علاوه بر کاهش کیفیت زندگی خانواده، توانایی آنان را در سازگاری با فشارهای ناشی از بیماری نیز تضعیف می‌کند. (Pickett-Schenk SA, Cook, Laris, 2015)



یکی از سازه‌های روان‌شناختی مهم که در سال‌های اخیر در ارتباط با اختلال دوقطبی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد در پذیرش تجربه‌های درونی، سازگاری با شرایط متغیر زندگی و انتخاب رفتارهای همسو با ارزش‌های شخصی، حتی در مواجهه با هیجان‌ها و افکار ناخوشایند، اشاره دارد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با دشواری در تنظیم هیجان، کاهش سازگاری با موقعیت‌های جدید و افت عملکرد اجتماعی و شغلی همراه است (O'Donnell et al., 2017).

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد در مواجهه با تجربه‌های درونی و بیرونی اشاره دارد و مستلزم برقراری ارتباط آگاهانه با لحظه حال، پذیرش تجربه‌های درونی و توانایی متمایزسازی خود از افکار و هیجان‌ها است (Vali Zadeh et al., 2022)؛ که بر این مبنا این متغیر به عنوان فرایند و توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدزا است، چنانچه فرد بتواند با تجربه‌های منفی و ناخوشایند مواجهه شود و تعادل خود را حفظ کند (González-Fernández et al., 2017).

شواهد پژوهشی جدید نشان می‌دهد که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به عنوان یکی از فرایندهای فراتشخیصی، نقش مهمی در شکل‌گیری، تداوم و تشدید طیف گسترده‌ای از مشکلات و اختلالات روان‌شناختی، از جمله افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، اضطراب اجتماعی و نگرانی مزمن، ایفا می‌کند. در مقابل، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با سازگاری بهتر، تنظیم هیجان مؤثرتر و ارتقای سلامت روان همراه است و به همین دلیل، به عنوان یکی از سازه‌های کلیدی در مداخلات نوین روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است (Chalghaf et al., 2026; Hsu et al., 2023).

انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، هسته‌ی اصلی نظریه فراتشخیصی از سلامت روان است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. با توجه به این نظریه، رفتاری که به لحاظ روان‌شناختی انعطاف‌پذیر نشان داده شده، بهزیستی آدمی را حفظ می‌کند در صورتی که رفتار انعطاف‌ناپذیر روان‌شناختی سبب به وجود آمدن و حفظ مشکلات سلامت روان می‌شود (Zettle et al., 2016). فرض اساسی تئوری انتخاب این را نشان می‌دهد که راه حل بیشتر مشکلات انسان در اصلاح انتخاب‌ها و شیوه‌های رفتاری آن‌ها پنهان شده است. درواقع، با توجه به دیدگاه انتخاب، نتیجه زندگی فعلی و شرایط فعلی افراد از



انتخاب‌هایی است که آن‌ها در گذشته صورت داده‌اند و برای پیشرفت و مطلوبیت وضعیت موجود نیز باید هدف‌های مطلوب انتخاب نمایند به این دلیل که شرایط آن‌ها در آینده نیز با توجه به انتخابی است که در حال حاضر می‌کنند و اساس هر انتخاب منفعت فردی و بهبود وضعیت فردی است؛ بنابراین به‌منظور بالا بردن سطح سلامت و پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی در بسیاری از کشورها برنامه متنوع آزمون تجربه‌شده است (Bradley, 2014). چنانچه توانمندسازی مبتنی بر دیدگاه انتخاب، شیوه‌ای است مبتنی بر عقل سالم و درگیری عاطفی که در آن بر واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت کارهای درست و نادرست و ارتباط آن‌ها با زندگی روزمره شخص تأکید می‌شود (Casstevens, 2010).

از طرفی دیگر توانمندسازی تنها از دیدگاه اقتصادی و بیشتر کردن سطح درآمد و آزاد شدن از فقر نیست، بلکه بُعد مهم دیگر توانمندسازی، توانمندسازی از دیدگاه روان‌شناختی است که بر اثر آن بالا بردن سلامت روان، بهبود سازگاری، اعتمادبه‌نفس، خودکارآمدی، کنترل بر زندگی و غیره را به دنبال دارد. در بیان پیامدهای توانمندسازی روانی-اجتماعی بیماران اختلال دوقطبی می‌توان اظهار داشت که توانمندسازی روان‌شناختی در این بیماران می‌تواند به ارتقاء کیفیت زندگی آنان بیانجامد آن‌ها را از کم کردن پریشانی‌های روان‌شناختی خانواده کمک کند و درنهایت سرانجام سبب شود این دسته از این بیماران در مشارکت فعال در محیط طبیعی زندگی اجتماعی به افزایش اقتدار شخصی، بین فردی آنان منتهی شود. در این زمینه Shokre et al. (2024) (نشان دادند گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، بهبود قابل توجهی در رضایت از تصویر بدن، توانایی‌های مقابله‌ای و علائم اختلال استرس پس از سانحه داشتند. Chong et al. (2024) نشان دادند که عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر والدین به‌طور قابل توجهی با عملکرد ضعیف‌تر خانواده و افزایش ناسازگاری روانی مرتبط است. Ghobadi-Isfarjani et al (2022) تأثیر معنادار آموزش گروهی توانمندسازی روانی اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری بر نوع دوستی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی را نشان دادند. Zand & Askari (2023) تفاوت معنی‌داری کنترل اثر پیش‌آزمون و میانگین پس‌آزمون عملکرد خانواده و صمیمیت زناشویی در دو گروه آزمایش و گواه را نشان دادند. Vali Zadeh et al. (2022) نشان دادند که بسته آموزشی توانمندسازی روانی-اجتماعی مبتنی بر نظریه انتخاب می‌تواند بر خشونت، رفتارهای پرخطر، تأثیر منفی و بر امیدواری تأثیر مثبت داشته باشد. بر اساس مطالب ارائه‌شده این تحقیق در پی بررسی این سؤال است که آیا برنامه آموزش توانمندسازی روانی-اجتماعی مبنی بر نظریه انتخاب بر



پذیرش و عملکرد خانواده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خانواده‌های دارای افراد با اختلال دوقطبی تأثیرگذار است یا خیر؟

روش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. در این طرح، شرکت‌کنندگان پس از انتخاب، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش، آموزش توانمندسازی روانی-اجتماعی مبتنی بر نظریه انتخاب را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. متغیرهای وابسته پژوهش شامل عملکرد خانواده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بودند که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. همچنین، به منظور کاهش اثر متغیرهای مداخله‌گر و افزایش اعتبار درونی پژوهش، گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی خانواده‌های دارای فرد مبتلا به اختلال دوقطبی شهر مریوان تشکیل دادند که در فاصله زمانی مهر تا بهمن ۱۴۰۳ به مراکز توان‌بخشی این شهر مراجعه کرده بودند. با توجه به ماهیت پژوهش‌های آزمایشی و امکان اجرای مداخله، از میان افراد واجد شرایط، ۲۴ خانواده به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ خانواده) و کنترل (۱۲ خانواده) گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن یکی از اعضای خانواده مبتلا به اختلال دوقطبی، مراجعه به یکی از مراکز توان‌بخشی شهر مریوان در بازه زمانی اجرای پژوهش، تمایل و انگیزه کافی برای شرکت در جلسات آموزشی و تکمیل ابزارهای پژوهش، و رضایت آگاهانه برای مشارکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت در بیش از دو جلسه از هشت جلسه آموزشی، انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، کاهش انگیزه برای مشارکت در جلسات آموزشی و تکمیل نکردن ابزارهای پژوهش بود.

ابزارها

مقیاس عملکرد خانواده (FAD)^۱:

1 Family Assessment Device (FAD)



این مقیاس توسط Epstein et al. (1983) تهیه و طراحی شده است. این مقیاس ۶۰ گویه و ۶ مؤلفه دارد که حل مسئله؛ ارتباطات؛ نقش‌ها؛ پاسخ‌دهی عاطفی؛ آمیزش عاطفی؛ کنترل رفتار را دربرمی‌گیرد و عملکرد کلی را می‌سنجد (فرشاد و همکاران، ۱۳۹۷). شیوه نمره‌گذاری مقیاس به صورت ۴ درجه‌ای لیکرت که به کاملاً موافقم ۱ نمره، موافقم ۲ نمره، مخالفم ۳ نمره و کاملاً مخالفم ۴ نمره درجه‌بندی شده است. ابعاد پرسشنامه شامل حل مسئله (۶ سؤال)، ارتباط یا تعامل (۹ سؤال)، نقش‌ها (۱۱ سؤال)، پاسخگویی عاطفی (۶ سؤال)، درگیری عاطفی (۷ سؤال)، کنترل رفتاری (۹ سؤال) و عملکرد کلی خانواده است. در مطالعه Adeniyi et al, (202) 0 ضریب پایایی پرسشنامه برای ابعاد کارکرد خانواده بالای ۰/۷۰ به‌دست آمده است. در ایران Aghajory et al. (2020) ضریب پایایی ۰/۸۲ و ضریب تصنیف ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۱:

این مقیاس توسط Ben Itzhak et al. (2014) طراحی شده است دارای ۲۰ سؤال و ۵ زیر مقیاس است. خرده مقیاس‌ها شامل تفسیر مثبت از تغییر (۵ گویه)، مشخص کردن خود به عنوان یک فرد منعطف (۵ گویه)، مشخص کردن خود به عنوان یک فرد گشوده و خلاق (۳ گویه)، تفسیر واقعیت به عنوان پویا و قابل تغییر بودن (۴ گویه) و تفسیر واقعیت به عنوان چندوجهی بودن (۳ گویه) است. نمره‌گذاری بر اساس یک مقیاس لیکرت ۶ ارزشی بوده که ۱ در این مقیاس به معنای هرگز و ۶ به معنای خیلی زیاد است. دسته‌بندی پاسخ‌ها به صورت ۱ تا ۶ است و نمره کل از ۲۰ تا ۱۲۰ است. در ایران، Saffarzadeh et al. (2020) ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه را در نمونه‌ای شامل ۴۰۰ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه فردوسی مشهد بررسی کردند. برای بررسی روایی سازه، از تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی، ساختار پنج‌عاملی پرسشنامه را تأیید کرد و این پنج عامل در مجموع ۸۳/۵۹ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین کردند. همچنین، برای بررسی پایایی، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد و نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب ابزار بود. بر اساس نتایج تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تأییدی، نسخه فارسی پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از روایی و پایایی قابل قبولی در



دانشجویان ایرانی برخوردار است. نمره‌ی بالاتر در این پرسشنامه، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر را نشان می‌دهد. پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرون باخ برابر ۰/۹۱ نشان داده شده است.

برنامه مداخله: بسته آموزشی توانمندسازی روانی-اجتماعی مبتنی بر نظریه انتخاب

پروتکل مداخله پژوهش حاضر با الهام از نظریه انتخاب گلاسر طراحی شد. در سال (Glasser, 1999) با گسترش کار اولیه خود که کنترل درمانی است "تئوری انتخاب" را پایه‌ریزی کرد. تئوری انتخاب از تحول درمان مبتنی بر واقعیت ناشی شده است. تئوری انتخاب معتقد است هنگامی که افراد در ارضای نیازهای خود ناکام می‌شوند، دست به رفتار می‌زنند. یعنی رفتار یا عمل خاصی را انتخاب می‌کنند تا شاید به این وسیله نیازشان را برآورده کنند. این رفتار هدفمند است و هدفش ارضای نیاز موردنظر است. چنانچه فرد برای ارضای نیازهایش روش‌های مؤثر را پیدا نکند دست به رفتارهای ناکارآمد نامؤثر مانند اضطراب، افسردگی و خشم می‌زند (Glasser, 1999).

شیوه‌ی اجرا پژوهش

پژوهشگران ابتدا با مراجعه به همسران جوان دارای سن زیر ۴۰ سال، پرسشنامه‌های پژوهش را در بین آنان توزیع نمودند. آنان به مدت تقریباً ۴۵ دقیقه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در صورتی که یکی از همسران (زن یا مرد) در زمان مراجعه در منزل حضور نداشت، به آنان گفته شد که تا سه روز آینده و با مراجعه‌ی بعدی پژوهشگر پرسشنامه‌های تکمیل‌شده را تحول دهند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها (تقریباً به مدت سه ماه)، تعداد ۳۷۸ پرسشنامه تکمیل شده جمع‌آوری شد. چون همسران به‌عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند، بنابراین در هر یک از متغیرهای پژوهش، نمره‌ی زن و شوهر با هم جمع و بر دو تقسیم شد تا نمره‌ی نهایی همسران در متغیرها مشخص شود. در نهایت نمرات مربوط به پرسشنامه‌ها با استفاده از آزمون تحلیل تشخیص (تمیز) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. خلاصه جلسه‌های آموزشی

جلسه	شرح جلسه
اول	آشنایی با محیط و اهداف برگزاری مداخله، ارائه تعریفی از مفاهیم توانمندسازی روانی-اجتماعی و نظریه انتخاب
دوم	بهبود مهارت خودآگاهی، آموزش هدف‌گذاری، آشنایی با انعطاف‌پذیری و عملکرد خانواده‌ها
سوم	برقراری ارتباط مناسب و مؤثر و بهبود تصمیم‌گیری: ایجاد توانایی ارتباط مؤثر برای برقراری ارتباط خوب با دیگران، بهبود تصمیم‌گیری فرد برای تصمیم‌گیری مناسب در موقعیت‌های حساس، ایجاد مهارت حل مسئله برای تبیین روش‌های ایجاد رفتار مناسب در ارتباط با افراد دارای اختلال
چهارم	تقویت قدرتمندی و مقابله با هیجان‌های منفی: مقابله با تنیدگی و هیجان‌های منفی، تقویت قدرت درونی فرد، پذیرش مسئولیت رفتار
پنجم	آرام‌سازی در ارتباط با افراد دارای اختلال و نشان دادن انعطاف در مقابله با احساسات ناخوشایند: آشنایی با سبک‌های نشان دادن رفتار مناسب در برابر افراد



دارای اختلال،

افزایش امیدواری: افزایش امیدواری در خانواده‌ها، موانع ذهنی و راه از میان برداشتن آن‌ها
 بررسی سبک زندگی سالم، کاهش احتمال انجام رفتارهای نامطلوب در برخورد با افراد دارای اختلال، کسب حمایت‌های اجتماعی
 جمع‌بندی و بازخورد: جمع‌بندی نهایی کل جلسات

ششم

هفتم

هشتم

بعد از اینکه پیشینه تحقیق مطالعه شد و محقق از دانشگاه مربوطه مجوز خواهد گرفت و تعداد ۲۴ نفر از خانواده‌های دارای افراد با اختلال دوقطبی می‌توان انتخاب خواهند شد و به صورت تصادفی در ۲ گروه کنترل و آزمایش قرار خواهند گرفت. چنانچه قبل از اینکه برای خانواده‌های دارای افراد با اختلال دوقطبی جلسات آموزش توانمندسازی روانی- اجتماعی مبنی بر نظریه انتخاب اجرا شود از دو گروه مشخص شده یعنی آزمایش و کنترل آزمون‌های پذیرش و عملکرد خانواده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به صورت پیش آزمون گرفته خواهند شد سپس گروه آزمایش، تحت آموزش توانمندسازی روانی- اجتماعی مبنی بر نظریه انتخاب در هشت جلسه یک‌ساعته قرار خواهند گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه جلسات آزمایشی دریافت نمی‌کنند پس از اینکه جلسات اجرا شد از هر ۲ گروه کنترل و آزمایش، دوباره آزمون‌های پذیرش و عملکرد خانواده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تکمیل شدند. تجزیه و تحلیل داده‌های آماری در دو روش توصیفی و استنباطی انجام شد در امار استنباطی از تحلیل کوواریانس یک متغیره و چند متغیره استفاده شده است.

یافته‌ها

نتایج توصیفی متغیر عملکرد خانواده و خرده مقیاس‌های آن

در این قسمت نحوه توزیع متغیر عملکرد خانواده با توجه به مهم‌ترین شاخص‌های مرکزی (میانگین)، شاخص‌های پراکندگی (انحراف معیار) در دو گروه تجربی و گواه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار متغیر عملکرد خانواده و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه تجربی و گواه

متغیر	شاخصه‌ها	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
				میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عملکرد خانواده	حل مسئله	آزمایش	۱۲	۲۱/۳۳	۲/۳۰	۲۴/۹۱	۱/۵۰
		کنترل	۱۲	۲۳/۰۸	۲/۵۰	۲۳/۵۰	۲/۳۱
	ارتباطات	آزمایش	۱۲	۲۲/۹۱	۱/۵۶	۲۴/۹۲	۱/۹۲
		کنترل	۱۲	۲۲/۴۱	۲/۸۷	۲۲/۵۰	۲/۵۴
	نقش‌ها	آزمایش	۱۲	۲۷/۵۰	۱/۷۳	۲۹/۵۸	۱/۸۳
		کنترل	۱۲	۲۳/۰۸	۱/۳۷	۲۷/۵۸	۱/۸۸
	پاسخ‌دهی عاطفی	آزمایش	۱۲	۲۱/۷۵	۱/۶۰	۲۴/۸۳	۱/۶۹
		کنترل	۱۲	۲۲/۶۶	۱/۹۲	۲۲/۳۳	۲/۱۰



۲/۲۷	۲۵/۵۸	۱/۷۲	۲۴/۰۸	۱۲	آزمایش	آمیزش عاطفی
۰/۹۹	۲۳/۴۱	۱/۳۰	۲۳/۶۶	۱۲	کنترل	
۱/۸۶	۳۰/۲۵	۳/۵۰	۲۶/۵۸	۱۲	آزمایش	کنترل رفتار
۲/۵۰	۲۷/۴۱	۲/۵۳	۲۷/۵۸	۱۲	کنترل	

بر اساس جدول مشخص شده متغیر عملکرد خانواده و زیرمقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان دادن شده‌اند که با توجه به نتایج به دست آمده زیر مقیاس حل مسئله در پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۲۱/۳۳ و ۲۳/۰۸ به دست آمده است. که این میانگین در پس آزمون به ترتیب، ۲۴/۹۱ و ۲۳/۵۰ به دست آمده است. میانگین به دست آمده در زیر مقیاس ارتباطات در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۲۲/۹۱ و ۲۲/۴۱ می‌باشد که این نتایج در پس آزمون ۲۴/۹۲ و ۲۲/۵۰ به دست آمده است.

میانگین به دست آمده در زیر مقیاس نقش‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۲۷/۵۰ و ۲۳/۰۸ می‌باشد که این نتایج در پس آزمون ۲۹/۵۸ و ۲۷/۵۸ به دست آمده است. میانگین به دست آمده در زیر مقیاس پاسخ‌دهی عاطفی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۲۱/۵۷ و ۲۲/۶۶ می‌باشد که این نتایج در پس آزمون ۲۴/۸۳ و ۲۲/۳۳ به دست آمده است. میانگین به دست آمده در زیر مقیاس آمیزش عاطفی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۲۴/۶۸ و ۲۳/۶۶ می‌باشد که این نتایج در پس آزمون ۲۵/۵۸ و ۲۳/۴۱ به دست آمده است. میانگین به دست آمده در زیر مقیاس کنترل رفتار در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۲۶/۵۸ و ۲۷/۵۷ می‌باشد که این نتایج در پس آزمون ۳۰/۲۵ و ۲۷/۴۱ به دست آمده است.

نتایج توصیفی متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خرده مقیاس‌های آن

در این قسمت نحوه توزیع متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با توجه به مهم‌ترین شاخص‌های مرکزی (میانگین)، شاخص‌های پراکندگی (انحراف معیار) در دو گروه تجربی و گواه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول (۳) میانگین و انحراف معیار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه تجربی و گواه

متغیر	شاخصه‌ها	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
				میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	تفسیر مثبت از تغییر	آزمایش	۱۲	۱۴/۵۰	۲/۵۷	۱۹/۵۰	۳/۳۹
		کنترل	۱۲	۱۵/۰۸	۲/۹۹	۱۵/۵۸	۴/۴۲
	فرد منعطف	آزمایش	۱۲	۱۵/۵۰	۴/۶۲	۱۸/۵۸	۲/۴۶
		کنترل	۱۲	۱۵/۸۳	۲/۸۵	۱۵/۳۳	۲/۹۹



۴/۳۲	۱۵/۱۶	۲/۶۷	۱۳/۰۸	۱۲	آزمایش	فرد گشوده و خلاق
۱/۴۴	۱۱/۵۰	۱/۴۶	۱۱/۸۳	۱۲	کنترل	
۴/۲۹	۱۸/۳۳	۳/۰۲	۱۳/۹۱	۱۲	آزمایش	پویا و قابل تغییر بودن
۳/۱۷	۱۴/۹۱	۳/۱۷	۱۴/۹۱	۱۲	کنترل	
۲/۴۱	۱۴/۰۰	۱/۳۱	۱۰/۹۱	۱۲	آزمایش	چندوجهی بودن
۲/۲۲	۱۱/۳۳	۱/۹۹	۱۱/۱۶	۱۲	کنترل	

بر اساس جدول مشخص شده متغیر انعطاف پذیری روان شناختی و زیرمقیاس های آن در گروه های آزمایش و کنترل نشان دادن شده اند که با توجه به نتایج به دست آمده زیرمقیاس تفسیر مثبت از تغییر در پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۴/۵۰ و ۱۵/۰۸ به دست آمده است. که این میانگین در پس آزمون به ترتیب ۱۹/۵۰ و ۱۵/۵۸ به دست آمده است. میانگین به دست آمده در زیر مقیاس فرد منعطف در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۵/۵۰ و ۱۵/۸۳ می باشد که این نتایج در پس آزمون ۱۸/۵۸ و ۱۵/۳۳ به دست آمده است.

میانگین به دست آمده در زیر مقیاس فرد گشوده و خلاق در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۳/۰۸ و ۱۱/۸۳ می باشد که این نتایج در پس آزمون ۱۵/۱۶ و ۱۱/۵۰ به دست آمده است. میانگین به دست آمده در زیر مقیاس پویا و قابل تغییر بودن در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۳/۹۱ و ۱۴/۹۱ می باشد که این نتایج در پس آزمون ۱۸/۳۳ و ۱۴/۸۹ به دست آمده است. میانگین به دست آمده در زیر مقیاس چندوجهی بودن در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون به ترتیب ۱۰/۹۱ و ۱۱/۱۶ می باشد که این نتایج در پس آزمون ۱۴/۰۰ و ۱۱/۳۳ به دست آمده است.

بررسی فرض نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک (Sh- W)

برای استفاده از تحلیل های آماری به بررسی نتایج حاصل آزمون شاپیرو ویلک (Sh- W) در مورد هریک از متغیرهای تحقیق پرداخته شد. و بر اساس نتایج حاصل، آزمون های مناسب برای بررسی صحت و سقم فرضیات تحقیق انتخاب شد.

جدول (۴) بررسی نرمال بودن متغیرهای تحقیق با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک (Sh- W)

متغیرها		کلموگراف - اسمینرف (K- S)		شاپیرو ویلک (Sh- W)	
آماره	معنی داری	آماره	معنی داری	آماره	معنی داری
۰/۱۱۷	۰/۲۰۰	۰/۹۷۰	۰/۶۶۰	نتیجه	نرمال
۰/۱۲۸	۰/۲۰۰	۰/۹۶۵	۰/۵۴۶	پس آزمون عملکرد خانواده	نرمال
				پس آزمون انعطاف پذیری روان شناختی	نرمال



در جدول بالا با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک (Sh-W) توزیع طبیعی بودن داده‌ها نشان داده شده است این آزمون، مقدار آماره برای پس متغیر عملکرد خانواده (۰/۹۷۰) و سطح معنی داری آن هم (۰/۶۶۰)، پس آزمون انعطاف پذیری روان‌شناختی (۰/۹۶۵) با سطح معنی داری (۰/۵۴۶) می‌باشد. این نتایج نشان داد که سطح معنی داری برای متغیرهای مورد بررسی بالای ۰/۰۵ است و این یعنی توزیع نمره‌ها نرمال است و می‌توان از آماره پارامتریک استفاده کرد.

برنامه آموزش توانمندسازی روانی- اجتماعی مبنی بر نظریه انتخاب بر پذیرش و عملکرد خانواده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خانواده‌های دارای افراد با اختلال دوقطبی تأثیر دارد. در فرضیه اصلی بر اساس رویکرد تحلیل کوواریانس چند متغیره که بردار متغیرهای وابسته یک توزیع نرمال چندمتغیره را دنبال می‌کند و ماتریس‌های واریانس- کوواریانس در بین سلول‌ها با توجه به تأثیر بین آزمودنی‌ها تشکیل شده‌اند مساوی‌اند.

جدول ۵. نتیجه آزمون باکس

Box's M	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۴/۶۰	۱/۳۸	۳	۸۷۱۲۰/۰۰	۰/۲۴۶

نتایج ارائه شده در این جدول مقدار $F = ۱/۳۸$ را نشان می‌دهد و همچنین سطح معنی داری در سطح خطای ۰/۰۵ ۰/۲۴۶ را نشان می‌دهد که این مقدار عدم معنی داری را نشان می‌دهد و با توجه به این نتیجه ماتریس‌های کوواریانس به دست آمده متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها متفاوت است.

جدول ۶. تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت معنی داری اثر هر متغیر مستقل

متغیر	نام آزمون	مقدار	آماره F	فرضیه DF	خطا DF	سطح معنی داری
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۱۷	۴۶/۲۰	۲/۰۰	۱۹/۰۰	۰/۰۰۰

با توجه به نتیجه جدول اثر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفته است، بر این اساس آزمون لامبدای ویلکز برابر با (۰/۱۷) صدم نشان داده شده است، بر اساس این به هر میزان مقدار به دست آمده به (۰) نزدیک باشد میانگین به دست آمده در گروه‌ها دارای تفاوت بیشتری است، نقطه مقابل این فرض مقدارهای نزدیک به (۱) را نشان می‌دهد که نشان‌دهنده نداشتن تفاوت میانگین‌ها است و در نهایت سطح معنی داری



کمتر از ۰/۰۵ با توجه به F به دست آمده بدین معنی است متغیرهای عملکرد خانواده و انعطاف پذیری روان شناختی به صورت یکجا در مدل نقش دارند ($p=0/000$).

جدول ۷. آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس های خطای متغیرها

متغیر	مقدار آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
عملکرد خانواده	۳/۰۲	۱	۲۲	۰/۰۹۶
انعطاف پذیری روان شناختی	۰/۰۳۸	۱	۲۲	۰/۸۴۸

نتایج جدول بالا آزمون لون جهت واریانس متغیرها را ارائه داده است بر اساس سطح معنی داری که از سطح خطای ۰/۰۵ بیشتر است نشان می دهد فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است.

جدول ۸. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی میانگین و روی متغیرها در گروه ها

متغیرها	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	(sig)
پس آزمون عملکرد خانواده	۲۵۰۸/۲۴	۱	۲۵۰۸/۲۴	۶۷/۸۱	۰/۰۰۰
پس آزمون انعطاف پذیری روان شناختی	۱۵۰۰/۶۷	۱	۱۵۰۰/۶۷	۴۲/۸۶	۰/۰۰۰
خطا	۷۳۹/۷۷	۲۰	۳۶/۹۸		
پس آزمون عملکرد خانواده	۷۰۰/۲۴	۲۰	۳۵/۰۱		
پس آزمون انعطاف پذیری روان شناختی	۸۹۹۹۶۹/۰۰	۲۴			
کل	۱۴۴۸۴۱/۰۰	۲۴			

نتایجی که جدول فوق ارائه داد پس آزمون متغیرهای وابسته می باشند چنانچه سطح معنی داری F جهت پس آزمون متغیر عملکرد خانواده ۰/۰۰۰ به دست آمده و کمتر از ۰/۰۵ است و در پس آزمون متغیر انعطاف پذیری روان شناختی ۰/۰۰۰ به دست آمده و کمتر از سطح خطای ۰/۰۵ است، بدین معنی تقابل گروه ها معنی دار است و می توان گفت بین نمره عملکرد خانواده و انعطاف پذیری روان شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به اینکه مقدار F به دست آمده در متغیر عملکرد خانواده (۶۷/۸۱) بیشتر از مقدار F به دست آمده در انعطاف پذیری روان شناختی است، پس آموزش توانمندسازی روانی- اجتماعی مبنی بر نظریه انتخاب بر پذیرش بیش ترین تأثیر را بر عملکرد خانواده داشته است.

بحث و نتیجه گیری



پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش توانمندسازی روانی-اجتماعی مبتنی بر نظریه انتخاب بر عملکرد خانواده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خانواده‌های دارای فرد مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که این برنامه آموزشی موجب بهبود معنادار عملکرد خانواده و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل، شد. این یافته بیانگر آن است که آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب می‌تواند با ارتقای مسئولیت‌پذیری، بهبود تعاملات بین فردی و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، توان سازگاری خانواده‌ها را در مواجهه با چالش‌های ناشی از اختلال دوقطبی افزایش دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات و (Zand& Askari (2023)، (Shokre, et al, Vali Zadeh, et al(2022)، (al(2024)، همسو است. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات توانمندسازی روانی-اجتماعی می‌توانند موجب ارتقای عملکرد خانواده، افزایش سازگاری اجتماعی، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش پیامدهای روان‌شناختی ناشی از شرایط تنش‌زا شوند. همچنین، پژوهش‌های جدید در حوزه اختلال دوقطبی نشان می‌دهند که مداخلات خانواده‌محور و برنامه‌های روانی-اجتماعی، با افزایش مشارکت خانواده در فرایند درمان، کاهش فشار مراقبتی و بهبود کیفیت روابط خانوادگی، پیامدهای درمانی بیماران را بهبود می‌بخشند (Miklowitz et al., 2023؛ Bauer et al., 2024).

تبیین این یافته‌ها بر اساس نظریه انتخاب ویلیام گلاسر امکان‌پذیر است. گلاسر معتقد است که رفتار انسان حاصل انتخاب‌های آگاهانه‌ای است که با هدف ارضای نیازهای اساسی، شامل عشق و تعلق، قدرت، آزادی، تفریح و بقا، انجام می‌شوند. بر این اساس، زمانی که اعضای خانواده می‌آموزند به جای کنترل بیرونی، سرزنش یا واکنش‌های هیجانی، بر رفتارهای قابل کنترل خود تمرکز کنند، مسئولیت انتخاب‌های خود را بپذیرند و شیوه‌های ارتباطی مؤثر را به کار گیرند، کیفیت تعاملات خانوادگی بهبود می‌یابد. چنین تغییری موجب افزایش اعتماد متقابل، کاهش تعارض‌های خانوادگی و تقویت انسجام خانواده می‌شود؛ عواملی که در نهایت عملکرد خانواده را ارتقا می‌دهند. خانواده‌های دارای فرد مبتلا به اختلال دوقطبی معمولاً با چالش‌هایی مانند عودهای مکرر بیماری، فشارهای اقتصادی، فرسودگی ناشی از مراقبت، نگرانی درباره آینده بیمار و محدود شدن روابط اجتماعی مواجه هستند. تداوم این شرایط می‌تواند موجب کاهش کیفیت عملکرد خانواده، افزایش تعارض‌های بین فردی و تضعیف سلامت روان سایر اعضای خانواده شود. آموزش توانمندسازی روانی-اجتماعی با تأکید بر مهارت‌هایی مانند حل مسئله، تصمیم‌گیری آگاهانه،



مسئولیت‌پذیری، خودارزیابی، ارتباط مؤثر و مدیریت تعارض، ظرفیت خانواده را برای مقابله سازگارانه با این فشارها افزایش می‌دهد. در نتیجه، خانواده از یک نظام آسیب‌پذیر به یک منبع حمایتی فعال برای بیمار تبدیل می‌شود. یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که آموزش توانمندسازی روانی-اجتماعی مبتنی بر نظریه انتخاب موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خانواده‌ها شده است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد در سازگاری با شرایط دشوار، پذیرش واقع‌بینانه تجربه‌های زندگی و انتخاب رفتارهای مؤثر در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا اشاره دارد. خانواده‌هایی که از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردارند، در برابر بحران‌های ناشی از بیماری، هیجان‌های خود را بهتر تنظیم می‌کنند، راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه‌تری به کار می‌گیرند و روابط بین‌فردی باثبات‌تری را حفظ می‌کنند. از این رو، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند نقش مهمی در کاهش فشار روانی مراقبان و ارتقای کیفیت زندگی خانواده‌های دارای فرد مبتلا به اختلال دوقطبی ایفا کند.

از منظر نظریه انتخاب، آموزش افراد برای تمرکز بر رفتارهای قابل کنترل، پذیرش مسئولیت انتخاب‌ها، تعیین هدف‌های واقع‌بینانه و ایجاد روابط مؤثر، زمینه تغییر الگوهای شناختی و رفتاری ناکارآمد را فراهم می‌کند. این فرایند موجب می‌شود اعضای خانواده در مواجهه با فشارهای ناشی از بیماری، به جای واکنش‌های هیجانی، سرزنش یا اجتناب، از راهبردهای منطقی، مشارکتی و مسئله‌محور استفاده کنند. چنین تغییری نه تنها انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد، بلکه کیفیت عملکرد خانواده را نیز بهبود می‌بخشد و توان خانواده را برای حمایت از فرد مبتلا ارتقا می‌دهد. به نظر می‌رسد یکی از دلایل اثربخشی این برنامه آموزشی، تأکید آن بر تغییر رفتارهای قابل کنترل به جای تمرکز بر عوامل خارج از کنترل باشد. در نظریه انتخاب، افراد می‌آموزند که اگرچه قادر به تغییر بیماری یا رفتار دیگران نیستند، اما می‌توانند شیوه پاسخ‌دادن، تصمیم‌گیری و تعامل خود را تغییر دهند. این تغییر نگرش موجب افزایش احساس کنترل، کاهش درماندگی، بهبود روابط خانوادگی و تقویت امید نسبت به آینده می‌شود؛ عواملی که نقش مهمی در ارتقای سلامت روان خانواده‌های دارای فرد مبتلا به اختلال دوقطبی دارند. در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش توانمندسازی روانی-اجتماعی مبتنی بر نظریه انتخاب، علاوه بر ارتقای عملکرد خانواده، موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خانواده‌های دارای فرد مبتلا به اختلال دوقطبی می‌شود. از این رو، استفاده از این برنامه در کنار درمان‌های دارویی و سایر خدمات روان‌شناختی می‌تواند به عنوان یک مداخله مکمل، در مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌پزشکی و مراکز توان‌بخشی مورد استفاده



قرار گیرد و از طریق توانمندسازی خانواده، زمینه بهبود پیامدهای درمانی، افزایش کیفیت زندگی و کاهش فشار روانی ناشی از مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را فراهم سازد.

محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود و اجرای مطالعه در یک شهر (مریوان) اشاره کرد که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر جوامع را با محدودیت مواجه سازد. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای گردآوری داده‌ها می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهندگان قرار گیرد.

پیشنهاد‌های پژوهشی و کاربردی

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی آموزش توانمندسازی روانی-اجتماعی مبتنی بر نظریه انتخاب با حجم نمونه بیشتر، در مناطق جغرافیایی مختلف و همراه با دوره‌های پیگیری بلندمدت بررسی شود. همچنین، با توجه به اثربخشی این مداخله، استفاده از آن در مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناختی و مراکز توان‌بخشی به منظور ارتقای عملکرد خانواده و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خانواده‌های دارای فرد مبتلا به اختلال دوقطبی توصیه می‌شود.

اخلاق پژوهش

به در این پژوهش علاوه بر نوشتن راهنما در ابتدای پرسشنامه، در اجرای پژوهش هدف از اجرا به‌روشنی برای آنان توضیح داده شد؛ همچنین به آنان اطمینان داده شد که یافته‌های آنان محرمانه است و در مقاله‌ای بدون ذکر اطلاعات شخصی آن‌ها به چاپ خواهد رسید. سپس شرکت‌کنندگان فرم رضایت از شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. در صورت عدم رضایت یکی از همسران، پرسشنامه در اختیار هر دو زن و شوهر قرار داده نشد. علاوه بر این در تمام متن مقاله امانت‌داری در استفاده از منابع داخلی و خارجی و دقت در استناددهی رعایت شده است.

منابع مالی

این مطالعه با هزینه شخصی پژوهشگران انجام گرفته و در هیچ‌یک از مراحل انجام این پژوهش هیچ‌گونه منابع مالی دریافت نشده است.

دسترسی به مواد و داده‌ها

داده‌ها محرمانه بوده و نتایج آن در اختیار هیچ‌کسی قرار نخواهد گرفت.

تأیید اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان



در این مطالعه، علاوه بر نوشتن راهنما در ابتدای پرسشنامه، هدف از پژوهش برای شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیح داده شده است. سپس آن‌ها فرم رضایت از شرکت در پژوهش را تکمیل کردند.

رضایت برای انتشار

نویسنده برای انتشار این مقاله رضایت کامل دارد.

تصریح درباره تعارض منافع

این پژوهش با منافع شخص یا سازمانی منافات ندارد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از همه خانواده‌های شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر می‌کنیم.



References

- Adeniyi, B. A., & Akindele, O. (2020). Creative thinking ability and academic performance in core subjects of lower primary school pupils in Ondo State, Nigeria. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*, 4(1), 292–300. <https://doi.org/10.1001/archusyc.63.9.1043>
- American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5): Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Boom.
- Başkaya, E., & Demir, S. (2023). The problems and information needs of patients with bipolar disorder during the treatment process: A qualitative study in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 42, 45–54. DOI: [10.1016/j.apnu.2022.12.007](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.12.007)
- Bauer, A., Cartagena-Farias, J., Christiansen, H., Goodyear, M., Schamschula, M., Zechmeister-Koss, I., & Paul, J. (2024). Acceptability, engagement and exploratory outcomes and costs of a co-designed intervention to support children of parents with a mental illness: Mixed-methods evaluation and descriptive analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(5), 1289–1302. <https://doi.org/10.1111/inm.13324>
- Ben-Itzhak, S., Bluvstein, I., & Maor, M. (2014). The Psychological Flexibility Questionnaire (PFQ): Development, reliability and validity. *WebMedCentral Psychology*, 5(4), WMC004606. <https://doi.org/10.9754/journal.wmc.2014.004606>
- Bocharov, V. V., Shishkova, A. M., Korman, T. A., Saraykin, D. M., Vinnikova, A. Y., & Bueva, I. A. (2024). Importance of psychological functioning of family members as a factor of remission stability in affective disorder patients: a systematic review. *Neurology Bulletin*, 56(4), 411–425. doi: [10.17816/nb634704](https://doi.org/10.17816/nb634704)
- Bradley, E. L. (2014). Choice theory and reality therapy: an overview. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 34(1), 6. <http://childmentalhealth.ir/article-1-1269-fa.html>
- Casstevens, W. J. (2010). Using reality therapy and choice theory in health and wellness program development within psychiatric psychosocial rehabilitation agencies. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 29(2), 55. <https://repository.lib.ncsu.edu>
- Chalghaf, N., Chokri, I., Boukari, S., Dergaa, M. A., Dhahbi, W., Ceylan, H. I., ... & Dergaa, I. (2026). Psychological Flexibility and Mental Health: Theoretical Foundations, Empirical Support, and Applications Across Clinical Contexts. *Psychology Research and Behavior Management*, 596070. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S596070>
- Chong, Y. Y., Yau, P. T., Kwan, J. Y. M., & Chien, W. T. (2024). Roles of psychological flexibility, parenting competence, and asthma management self-efficacy in the functioning outcomes of parents of children with asthma co-occurring with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(11), 2835–2849. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14110186>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Ghobadi-Isfarjani, H. K., Sharifi, T., Ghazanfari, A., & Charami, M. (2022). The efficacy of psychosocial group training empowerment on altruism and social adjustment of female high school students. *International Journal of Behavioral Sciences*, 16(2), 141–147. [10.30491/ijbs.2022.329794.1754](https://doi.org/10.30491/ijbs.2022.329794.1754)
- Glasser, W. (1999). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. HarperPerennial. Google Books
- González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Mota-Alonso, M. J., García-Teijido, P., Pedrosa, I., & Pérez-Álvarez, M. (2017). *Emotional state and psychological flexibility in breast*



- cancer survivors. *European journal of oncology nursing*, 30, 75-83. DOI: [10.1016/j.ejon.2017.08.006](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.006)
- Hsu, T., Adamowicz, J. L., & Thomas, E. B. (2023). The effect of acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility and inflexibility of undergraduate students: A systematic review and three-level meta-analysis. *Journal of contextual behavioral science*, 30, 169-180. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.10.006>
- Latifian, M., Raheb, G., Abdi, K., & Alikhani, R. (2023). The bipolar patients' family experiences of the outcomes of encountering stigma in Tehran: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(2), 503-511. <https://doi.org/10.1177/00207640221113748>
- Miklowitz, D. J., Weintraub, M. J., Walshaw, P. D., Schneck, C. D., Chang, K. D., Merranko, J., Garrett, A. S., & Singh, M. K. (2023). Early family intervention for youth at risk for bipolar disorder: *Psychosocial and neural mediators of outcome*. *Current Neuropsychology*, 21(6), 1379-1392. <https://doi.org/10.2174/1570159X2166623011120817>
- Mullins, N. Forstner, A. J. O'Connell, K. S. (2021) Genome-wide association study of more than 40,000 bipolar disorder cases provides new insights into the underlying biology *Nat Genet*, 53 (6) (2021), pp. 817-829 DOI: [10.1038/s41588-021-00857-4](https://doi.org/10.1038/s41588-021-00857-4)
- O'Donnell, L. A., Deldin, P. J., Pester, B., McInnis, M. G., Langenecker, S. A., & Ryan, K. A. (2017). Cognitive flexibility: A trait of bipolar disorder that worsens with length of illness. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 39(10), 979-987. DOI: [10.1080/13803395.2017.1296935](https://doi.org/10.1080/13803395.2017.1296935)
- Pickett-Schenk, S. A., Cook, J. A., Steigman, P., Lippincott, R., Bennett, C., & Grey, D. D. (2006). Psychological well-being and relationship outcomes in a randomized study of family-led education. *Archives of General Psychiatry*, 63(9), 1043-1050. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.9.1043>
- Saffarzadeh, M., Ameri, F., Mehrinejad, S. A., Khodabakhsh Pirkelani, R., & Peivastegar, M. (2020). Psychometric properties of the Psychological Flexibility Questionnaire in students. *Research in Psychological Health*, 14(2), 50-65. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.9.1043>
- Shokre, E. S., Mohammed, S. E. M., Elhapashy, H. M. M., Elsharkawy, N. B., Ramadan, O. M. E., & Abdelaziz, E. M. (2024). The effectiveness of the psychosocial empowerment program in early adjustment among adult burn survivors. *BMC nursing*, 23(1), 45. doi: [10.1186/s12912-024-01700-x](https://doi.org/10.1186/s12912-024-01700-x). PMID: 38225570; PMCID: PMC10790373.
- Valizadeh, S., Sadi, P. E., Dortaj, F., Delavar, A., & Sheivandi, C. K. (2022). Developing a Psychosocial Empowerment Educational Package Based on the Choice Theory and Investigating its Effectiveness in Reducing Agression in Adolescents. *J Child Ment Health*. 9 (1) : 4. <http://childmentalhealth.ir/article-1-1269-fa.html>
- Volkman, C., Bschor, T., & Köhler, S. (2020). Lithium treatment over the lifespan in bipolar disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 377. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00377>.
- Vos, T., & Mathers, C. D. (2000). The burden of mental disorders: a comparison of methods between the Australian burden of disease studies and the Global Burden of Disease study. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 427. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00477>.
- Weinstock LM, Wenzel S, Munroe MK, Miller IW, (2013). Concordance between patient and family reports of family functioning in bipolar I disorder and major depressive disorder, *J Nerv Ment Dis*. 2013 May;201(5):377-83 DOI: [10.1097/NMD.0b013e31828e1041](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31828e1041)
- Zand, M. E., & Askari, F. (2023). The effectiveness of group consultation base on acceptance and commitment therapy on family performance and marital intimacy women clients in family counselling center of Qom. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(6), 163-172. <http://frooyesh.ir/article-1-4739-fa.html>
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (2016). The Wiley handbook of contextual behavioral science. *John Wiley & Sons*. <https://www.wiley.com/en-us/>

