



مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین

گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران
گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران
گروه مشاوره، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران

مهری ازندریانی ^{id}

غلامرضا خوبی نژاد* ^{id}

حسین اکبری امرغان ^{id}

saranjtl373@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۸

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۰۹

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۱ پیاپی ۱۰ | ۲۲۳-۲۴۲
بهار ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان هیجان محور در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین بود. **روش پژوهش:** این پژوهش از نوع نیمه تجربی و کاربردی است که با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه انجام شد؛ جامعه آماری در پژوهش حاضر، تمامی زوجین دارای ناسازگاری زناشویی ساکن شهر قم-منطقه ۴ بود که در بازه زمانی ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۹ به مراکز مشاوره روان‌درمانی در این منطقه از شهر قم مراجعه نموده‌اند. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس بود که پس از تعیین و جای‌گزینی تصادفی گروه‌های آزمایش و گواه درمان هیجان محور جانسون (۲۰۱۲) برای گروه آزمایش اول و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و استروسال (۲۰۱۰) برای گروه آزمایش دوم به‌صورت هشت جلسه یک‌ساعته اجرا شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر (۲۰۰۴)، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی- فرم کوتاه ریف (۲۰۰۲) بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از تأثیر مداخله هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی ($F= ۱۰/۹۰$, $P= ۰/۰۰۹$) و بهزیستی روان‌شناختی ($F= ۳۱/۱۰$, $P= ۰/۰۰۱$) و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که تفاوت بین دو روش زوج‌درمانی معنادار نیست ($P=۰/۳۱$). **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش شواهدی را پیشنهاد می‌کند که مداخله زوج‌درمانی هیجان مدار و درمان پذیرش و تعهد برای بهبود و افزایش خودتنظیمی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی روش مناسبی است.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودتنظیمی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(ازندریانی، خوبی نژاد و اکبری امرغان، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

ازندریانی، مهری، خوبی نژاد، غلامرض، و اکبری امرغان، حسین. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۱) پیاپی ۱۰: ۲۲۳-۲۴۲.

مقدمه

ازدواج منشأ ایجاد چرخه زندگی خانوادگی است (وارینگ، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش‌های فراوانی که درباره ازدواج انجام شده است، بر اهمیت آن در سلامت جسمانی و روان‌شناختی تأکید دارند (توکیماتو و توکیماتو، ۲۰۱۸). در بین عوامل مؤثر بر زندگی زوجین، یکی از عواملی که در ادبیات مشاوره خانواده و ازدواج مورد توجه اساسی قرار گرفته است، روابط زوجین و سازگاری است (اسپنسر، اسمیت و کافرکی، ۲۰۱۹). زوجین در ازدواج‌های ناسازگار وابستگی متقابل کمتری را نسبت به ازدواج‌های عاشقانه نشان می‌دهند. در سطح بین فردی، میزان وابستگی متقابل عاطفی با عواملی مانند خودتنظیمی هیجانی^۱ (هادگیس، دنینگ و لیبر، ۲۰۱۸) و تاب‌آوری^۲ پایین مرتبط است (رضازاده، صدی دمیرچی و قمری کیوی، ۱۳۹۸). دشواری تنظیم هیجانی می‌تواند به صورت تشدید بیش‌ازحد هیجان و یا غیرفعال شدن بیش‌ازحد هیجان ظاهر کند. تشدید بیش‌ازحد هیجان شامل هرگونه افزایش در شدت هیجان است که فرد مربوطه آن را ناخواسته، مزاحم، مستأصل‌کننده و یا دردسرساز می‌انگارد (لیهی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱ به نقل از صابری فرد و حاجی‌آربابی، ۱۳۹۸).

درحالی‌که رابطه هیجانی بنیادی‌ترین عامل پیوند زناشویی است (زهراکار، تاجیک اسمعیلی، محسن‌زاده و هزاروسی، ۱۳۹۸)، شواهد تحقیقاتی حاکی از آن است که دشواری در خودتنظیمی هیجان می‌تواند به افزایش ناسازگاری و تعارضات زناشویی و کاهش رضایت زناشویی بینجامد (وان-در استو، اسکر، هیو، دان-در لان و استامس، ۲۰۱۸). با توجه به اینکه هیجانات نقش برجسته‌ای در رشد و نگهداری روابط صمیمانه ایفا می‌کنند و در طول زمان بر پویایی‌های هیجانی فردی و بین فردی در زندگی زناشویی تأثیر می‌گذارند (اسکوبی و راندال، ۲۰۱۵)، بنابراین می‌توان انتظار داشت سطح سازگاری و رضایت بین زوجین به‌عنوان یک برآورد هیجانی از کیفیت رابطه باهمسر، به دلیل نقش ارزیابی شناختی و کنترل و ابراز هیجانات شخصی در تعاملات زناشویی متأثر از همین خودتنظیمی هیجانات باشد (بابایی گرمخانی، کسایی، زهراکار و اسدپور، ۱۳۹۸). در همین راستا، دینر، لوکاس و اویشی (۲۰۰۲) بیان کرده‌اند افرادی که در زمینه خودتنظیمی هیجانی با نارسایی مواجه هستند از نظر بهزیستی روان‌شناختی^۳ نیز سطح پایینی قرار داشته و میزان بیشتری از علائم اضطرابی و خلقی را تجربه می‌کنند در حالیکه افراد برخوردار از مهارت‌های هیجانی بالا، از نظر بهزیستی روان‌شناختی نیز در سطح بالایی عمل نموده و با آشفتگی روانی کمتری درگیر هستند (به نقل از رستمی، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۲). بهزیستی روان‌شناختی همچون درک مثبت زندگی در ابعاد مختلف فردی و در زمینه خانوادگی و اجتماعی است و شامل روحیه تلاش برای کمال در راستای تحقق توانایی‌های بالقوه خویش است (گومز-لوپز، وایجو و اورتگا-راوایز، ۲۰۱۹). افراد برخوردار از تراز بالاتر بهزیستی روان‌شناختی در مقایسه با دیگران احساس شادی، توانایی حل مسئله، ادراک حمایت خوب، رضایت از زندگی و سلامت بدنی بیشتری را گزارش می‌دهند (فایرکلوث، ۲۰۱۷). امروزه نظریه‌ها و شیوه‌های مؤثر و جدیدی در زمینه خانواده و روابط زناشویی مطرح شده است که از آن میان می‌توان به درمان هیجان‌محور^۴ اشاره

1. Emotional self-regulation
2. Resiliency
3. Psychological well-being
4. Emotionally focused therapy

کرد. درمان هیجان محور رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان گرایی و نظریه دلبستگی است. با توجه به نقش عمده هیجان‌ات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجان‌ات و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجان‌ات را عامل اساسی تغییر در نظر می‌گیرد و هدفش شناخت احساسات و تبدیل آن‌ها به پیام‌های قابل فهم و رفتارهای سازنده می‌باشد (دانهام، ۲۰۰۸، به نقل از عباسی، دوکانه‌ای فرد و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۷).

تأثیرات مداخلات هیجان محور در پژوهش‌هایی مانند انسجام خانوادگی و رضایت زناشویی (عباسی و همکاران، ۱۳۹۷)، رضایت و سازگاری زناشویی زوجین (اخوان بی‌تقصیر، ثنایی‌ذاکر، نوایی‌نژاد و فرزاد، ۱۳۹۶)، صمیمیت زناشویی زوجین (اسدپور، نظری، ثنایی‌ذاکر و شقاقی، ۱۳۹۸)، سبک دلبستگی (ارجایی، کرمی‌نیا و احمدی طهور سلطانی، ۱۳۹۶) و رضایت جنسی (خضرآبادی و نیکنام، ۱۳۹۸، رستمی، سعادت‌ی و یوسفی، ۱۳۹۷) مشخص شده است. با این حال مطالعات چندانی بررسی مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازه‌های زناشویی نپرداخته‌اند و در این زمینه همچنان کمبود پژوهش مشهود است. این در حالی است که اخیراً در زمینه رفع و کاهش مشکلات زناشویی به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ توجه زیادی شده است. این شیوه درمانی به مراجع کمک می‌کند تا به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دست یابد (زانگ، لیماینگ، اسمیت، چانگ، هاگر و هایس، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشکلات زناشویی را به گونه‌ای متفاوت مفهوم‌سازی می‌کند. بر این اساس، حفظ و گسترش پریشانی، تعارض و فاصله عاطفی بین زوجین از ترکیب راهبردهای کنترل و اجتناب تجربی در رابطه زناشویی ناشی می‌شود (فورمن و بیوترین، ۲۰۱۵). با توجه به اینکه مقوله پایداری ازدواج و کاهش مشکلات زناشویی از قبیل روابط زناشویی برای تأمین بهداشت روانی خانواده و در نتیجه بهداشت روانی جامعه حائز اهمیت می‌باشد، شناسایی مداخلات درمانی که بر کاهش مشکلات زناشویی مؤثر است، هم از لحاظ نظری و هم از نظر بالینی حائز اهمیت فراوانی است. از سوی دیگر، بررسی آمارهای ارائه شده نشان‌دهنده افزایش سالانه تعداد طلاق در کشور می‌باشد به طوری که از سال ۸۵ تا سال ۹۵ رقم نسبت ازدواج به طلاق کشور از ۸/۲۸ به ۵/۸۷ رسیده است (زهراکار و همکاران، ۱۳۹۸؛ اسدپور و همکاران، ۱۳۹۸). این در حالی است که یکی از عوامل زمینه‌ساز طلاق می‌تواند عدم سازگاری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بین زوجین و مهارت‌های هیجانی و رفتاری پایین باشد (زیکر، ۲۰۱۳). با اذعان به مطالب بالا و اهمیت جایگاه خانواده و روابط بین زوجین در جامعه، پژوهشگر به دنبال پاسخ به سؤالات پژوهشی است

۱. آیا بین اثربخشی درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی زوجین در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد؟
۲. آیا بین اثربخشی درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد؟
۳. آیا درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی زوجین در مرحله پیگیری پایدار بود؟

۴. آیا درمان هیجان‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی زوجین در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و کاربردی است که با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۳ ماهه انجام شد؛ در این تحقیق ابتدا بین زوجینی که جهت دریافت خدمات مشاوره برای کاهش ناسازگاری زناشویی به مراکز مشاوره و روان‌درمانی در سطح شهر قم-منطقه ۴ مراجعه نموده، پرسشنامه‌های موردپژوهش طی روزهای مختلف با حضور یافتن پژوهشگر و باهمکاری مسئول مرکز توزیع شد، سپس از بین زوجین دارای مشکلات سازگاری زناشویی که در پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان نمره بالا و در پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی-فرم کوتاه نمره پایین کسب نموده‌اند، با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش و تمایل زوجین جهت مشارکت در اجرای این پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شکل تصادفی در سه گروه (گروه آزمایش=۱ درمان هیجان‌محور، ۱۲ نفر؛ گروه آزمایش=۲ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۲ نفر؛ و گروه گواه، ۱۲ نفر) گمارش شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل و رضایت جهت مشارکت در پژوهش، متأهل بودن، کسب نمره برش در پرسشنامه‌های خود گزارشی مورد استفاده در پژوهش، داشتن سواد خواندن و نوشتن و تکمیل کامل پرسشنامه‌ها، دامنه سنی ۲۰ الی ۴۵ سال بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم رضایت و تمایل به شرکت در پژوهش، غیبت بیش از ۲ جلسه از حضور در جلسات درمانی، ابتلا به سوءمصرف هر یک از انواع مواد روان‌گردان یا هر یک از بیماری‌های مزمن طبی (مانند دیابت، قلبی-عروقی و ...) و دریافت درمان دارویی به دلیل هر یک از اختلالات روان‌پزشکی محور I و II و شرکت در برنامه‌های درمانی دیگر هم‌زمان با مشارکت در پژوهش حاضر بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان. مقیاس دشواری تنظیم هیجان (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را درانداز دی پنج‌درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه)، در شش زمینه به شرح زیر اندازه‌گیری می‌کند: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی، دشواری در به‌کارگیری رفتارهای هدفمند، دشواری کنترل تکانه، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی. از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هر یک از زیر مقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. در پژوهش‌های قبلی ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ گزارش شده است (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴؛ اندرسون، ریلی، جورل، اسپامبرگ و اندرسون، ۲۰۱۶). پرسشنامه مذکور ضمن حفظ مفهوم اصلی و استفاده از جملات ساده به فارسی و مجدداً به انگلیسی برگردانده شد.

۲. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی- فرم کوتاه. این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود (ریف، ۱۹۹۵). در این پژوهش فرم کوتاه ۱۸ سؤالی آن به‌کاربرده شد. مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی

دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. این آزمون در پیوستاری ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم» (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره بالاتر نشانه بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. از بین کل سؤالات، ۱۰ سؤال به صورت مستقیم و ۸ سؤال سؤالات ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ متغیر بوده است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، ارتباط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد. در مجموع نتایج نشان می‌دهد فرم ۱۸ سؤالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف برای سنجش بهزیستی روان‌شناختی در دختران و پسران در نمونه ایرانی، ابزاری مفید و کاربردی است؛ خانجانی، شهیدی، فتح آبادی، مظاهری و شکری، (۱۳۹۳). خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود با نام ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه روان‌درمانی مثبت نگر، میزان همسانی درونی فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ به دست آوردند. همچنین در پژوهش حاضر میزان پایایی این پرسش‌نامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

۳. مداخله هیجان مدار. این برنامه که از بسته آموزشی هیجان مدار جانسون (۲۰۱۲) مفهوم‌سازی شد به صورت یک فعالیت گروهی انجام می‌شود و توسط ۳ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و متخصصان این حوزه مورد تأیید محتوایی قرار گرفت؛ در این پژوهش این برنامه در ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای در هفته یک جلسه در مورد گروه آزمایش اول به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. در این جلسه پس از ایجاد رابطه حسنه، آشنایی اعضای با یکدیگر و بیان دلایل شرکت در جلسه‌های درمان، قواعد و قوانین درمان برای اعضای گروه تشریح شد و اعضا هدف و انتظارات خود را از شرکت در جلسه درمان بیان کردند. سپس به تشریح خواستگاه درمان هیجان مدار و تعریف و معرفی آن پرداخته شد. در ادامه جلسه مفهوم‌پردازی موردی از مشکلات اعضا انجام و سعی شد تعاملات مشکل‌دار اعضا، شیوه برخورد آن‌ها با مشکلات و موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی آن‌ها ارزیابی و کشف شود. پس از ارائه مباحث، بر نشاط، لذت، سرحالی، خوشحالی و همچنین حالات ناخوشایند مانند خشم، تنفر، غمگینی، حسادت و اضطراب توجه شد و از زوجین درخواست شد تا در طول هفته حالات خوشایند و ناخوشایند خود را در کاربرگ تمرین درج کنند.

جلسه دوم. در جلسه دوم شواهد عینی تأییدکننده یا رد کننده هیجان‌های زوجین بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته بررسی و پیرامون جنبه هیجان‌ها بحث و گفتگو شد. اهداف اختصاصی این جلسه کشف حوادث برجسته و همچنین کشف اطلاعاتی مانند ارزیابی میزان تعهد نسبت به ازدواج، روابط فرا زناشویی، ترومای دلبستگی شخصی قبلی که در روابط فعلی تأثیرگذار است، ارزیابی میزان ترس آن‌ها از افشای رازها پرداخته شد و در انتها به چرخه تعاملات روزمره هر یک از زوجین کار شد و خواسته تا در منزل تکالیف مربوط به توجه به چرخه تعاملات روزمره خود و همسرشان بپردازند.

جلسه سوم. در سومین جلسه ابتدا مشکل اصلی اعضا و سایر مشکلاتی که او در زندگی زناشویی دارد به کمک اعضا مورد بررسی و کاوش قرار گرفت. سپس الگوهای تعامل شامل پذیرش احساس تصدیق شده-

کشف ناایمنی دل‌بستگی و ترس‌های هرکدام از زوجین مشخص و مورد ارزیابی قرار گرفت. در انتها به صورت تئوری و عملی با هر یک از زوجین در مورد شناسایی دقیق هیجان، عواطف و احساسات خالص صحبت شد. جلسه چهارم، در این جلسه، ضمن پرداختن به تمرین جلسه قبل به بازسازی پیوند زوجین که شامل روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی و گسترش تجربه هیجانی هرکدام از زوجین در رابطه و پدیداری عناصر جدید در تجربه بود پرداخته شد. در ادامه به پذیرش چرخه منفی توسط زوجین پرداخته شد و اینکه چگونه بتوانند هیجانات منفی و مثبت را شناسایی کنند و چگونه به هیجانات خود برچسب منفی و مثبت میزند و تحت چه عوامل و شرایطی این هیجانات به وقوع می‌پیوندد کار شد و در ادامه به بررسی و تجدیدنظر در مورد روابط بر اساس هیجانات ابرازشده پرداخته شد. در انتهای جلسه به صورت عملی ابراز هیجانات و عواطف فردی را به زوجین یاد داده و از آن‌ها خواسته شد تا در منزل این تمرین را مکرراً تکرار کنند.

جلسه پنجم، در این جلسه پس از مرور جلسه قبل به ادامه فنون شناسایی عواطف و هیجانات و ابراز آن پرداخته شد. پس از آن نسبت به عمق بخشیدن به درگیری عاطفی زوجین بر مبنای دل‌بستگی که شامل افزایش شناسایی نیازهای دل‌بستگی، عمق بخشیدن ارتباط شخصی باتجربه هیجانی و بهبود وضعیت درون روانی و وضعیت تعاملی زوجین بود بحث و تبادل نظر شد و مجدداً به بررسی عواطف و هیجانات و ابراز آن توسط زوجین در کلاس پرداخته شد.

جلسه ششم، در این جلسه ضمن بررسی مطالب قبلی به بازسازی شناختی هیجان‌ها و عواطف ناکارآمد و منفی پرداخته شد. به طوری که در پی شناسایی هیجان‌ها و عواطف در جلسه‌های قبلی در این جلسه فرد آموخت که به هیجان‌ها و عواطفش برچسب نزند، فاجعه‌سازی نکند و به دسته‌بندی افکار منفی دست نزند بلکه با افتراق افکار از احساسات، دست به بررسی شواهدی مربوط به یک فکر زده و سپس به بررسی مزایا و معایب آن فکر همت گمارد. سپس به اهداف مدل هیجان مدار نسبت به انعطاف‌پذیری کنشی هر یک از زوجین پرداخته و به تأثیر باورهای منطقی زندگی زناشویی و مبادله عشق و محبت از این طریق به بهبود تحمل پریشانی اقدام شد.

جلسه هفتم، در این جلسه به بررسی پذیرش بیشتر زوجین از تجربه خود و ارتقاء روش‌های جدید تعامل و همچنین شناسایی ترس‌های زیر بنایی و ابراز خواسته و آرزوها پرداخته شد. پس از آن به بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها که به درگیری بیشتر زوج با یکدیگر می‌انجامد پرداخته شد و در ادامه به روشن‌سازی خواسته‌ها و آرزوهای هر یک از زوجین مرور شد. در انتها بر روی نقاط ضعف و قوت رابطه و شناسایی آن پرداخته شد و از زوجین خواسته شد تا تمرین بهبود نقاط قوت روابط و کاهش نقاط ضعف را در منزل انجام دهند.

جلسه هشتم، در این جلسه، تکلیف جلسه قبل مرور و بررسی شد. سپس اعضاء تجارب خود را در طول دوره جلسه‌های آموزشی جمع‌بندی و میزان دستیابی به اهداف خود را ارزیابی و در مورد آنچه از اعضای گروه آموخته بودند؛ صحبت کردند. پس از آن به تبیین مجدد هیجان و عواطف که منجر به انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی می‌شود متمرکز شدیم؛ در انتهای این جلسه پس‌آزمون اجرا شد.

۴. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. این درمان، درمانی رفتاری است که مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی را برای ایجاد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آموزش می‌دهد؛ در این درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط باتجربه در زمان حال

و آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است. شرکت‌کنندگان می‌آموزند به شیوه‌ای عمل کنند که منطبق با ارزش‌های انتخاب‌شده‌شان باشد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند اصلی و زیربنایی شامل پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه ایجاد می‌شود. در این پژوهش بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس آموزش‌های دوره آموزشی دکتر عصمت دانش در انجمن روانشناسی ایران در سال ۱۳۹۴، تدوین و برای گروه آزمایش در ۸ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه در هفته یک‌بار به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. ابتدا با شرکت‌کنندگان رابطه درمانی ایجاد و سپس قرارداد درمانی بسته شد. برای ایجاد رابطه درمانی از استعاره‌های^۱ دو کوه و پیله پروانه استفاده شد که نشان دهد رابطه بین درمانگر و درمان‌جو، معلم شاگردی یا دکتر و بیمار نیست؛ بلکه دو نفرند که باهم و در کنار هم از دو کوه بالا می‌روند؛ هر کدام نقاط ضعف مسیر دیگری را بهتر می‌بینند. شرکت‌کنندگان به سمت ناامیدی خلاق سوق داده شدند و با چارچوب‌های ذهنی نظیر «اگر پس» آشنا شدند؛ در این مرحله از استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا استفاده شد و برای ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر که آخرین مرحله این جلسه بود از استعاره ببر گرسنه کمک گرفته شد؛ یادداشت تجربه روزانه و تمرین تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه دوم. هدف این جلسه آموزش این نکته بود که کنترل مسئله است، نه راه‌حل. در این مرحله این آگاهی در شرکت‌کنندگان تقویت شد که راهبردهای کنترل هیجانی، مسئول بخش بزرگی از مشکلات زناشویی آن‌ها است؛ و هر چه قدر که به مدت طولانی‌تری در تلاش برای کنترل احساس خود در جا بزنند بیشتر در دور باطل رنج چرخ خواهند زد. برای این منظور از استعاره‌های باتلاق شنی و سوئیچ مبارزه استفاده شد؛ استعاره‌های فوق را به ترتیب زیر به کار گرفته شد؛ (۱) آن فیلم‌های قدیمی را به خاطر بیاورید که آدم بد داستان گرفتار یک باتلاق شنی می‌شد و هرچه بیشتر تقلا می‌کرد بیشتر در آن فرومی‌رفت و این بدترین کار ممکن بود که نتیجه بالعکسی داشت. تنها راه نجات این بود که دست از تقلا کردن بردارد، دستانش را باز کند و روی سطح شناور باقی بماند. آدمی بنا بر غریزه خود برای نجات خود دست‌وپا می‌زند و تقلا می‌کند؛ اما این کار فقط غرق شدن را به دنبال دارد؛ (۲) درباره احساسات دردناک هم اصل مشابهی برقرار است؛ هرچه قدر بیشتر با آن‌ها مبارزه کنیم، بیشتر بر ما مسلط می‌شوند؛ تصور کنید که در پشت ذهنمان یک کلید مبارزه وجود دارد؛ وقتی این کلید در حالت روشن است معنی‌اش این است که ما می‌خواهیم تا با هر درد جسمانی و هیجانی که به سراغمان می‌آید مبارزه کنیم، هرچه قدر هم که اذیت بشویم تمام تلاشمان را می‌کنیم تا از دست آن‌ها خلاص بشویم یا از آن‌ها اجتناب کنیم. یادداشت تجربه روزانه، یادداشت خاطرات دردناک گذشته و احساسات دردناک فعلی به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه سوم. هدف این جلسه آموزش پذیرش و تمایل، به‌عنوان جایگزینی برای کنترل تجربه‌ای بود؛ برای آموزش آن، استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا به این صورت برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که تصور کنید که شما با یک هیولا مسابقه طناب‌کشی دارید و در بین شما یک چاه جهنمی وجود دارد، در این طناب‌کشی کدام‌یک از شما برنده است؟ آیا می‌توانید او را ببرید؟ اگر او شمارا به سمت خودش بکشد

یا به درون چاه جهنمی می‌افتید یا شمارا می‌خورد و اگر شما او را به سمت خود ببرید، باز او شمارا می‌خورد. پس چگونه می‌توانید بر او غلبه کنید و پیروز شوید؟ شرکت‌کنندگان آموختند که کارشان رها کردن طناب است. سپس یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی/احساسات پاک و ناپاک به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه چهارم. ابتدا تکالیف خانگی جلسه قبل بررسی و سپس برای آموزش گسلش شناختی گفته شد؛ وقتی احساسات کسی با محتوای کلامی آمیخته می‌شود، آن محتوا می‌تواند غلبه کاملی استفاده شد؛ از شرکت‌کنندگان خواسته « اتوبوس » بر رفتار او داشته باشد. در این جلسه از استعاره شد که خود را راننده اتوبوسی فرض کنند که بین اصفهان و تهران مسافر جابه‌جا می‌کنند؛ در یک سفر، یک جایزه بزرگ در تهران برنده شده‌اند که باید تا آخر وقت اداری فردا، خود را به آنجا برسانند؛ ولی در بین راه تعدادی اراذل سر راه اتوبوس را می‌گیرند و از راننده می‌خواهند که آن‌ها را جایی غیر از تهران ببرد. جایزه، همان ارزش‌ها و اراذل، افکار و احساسات مزاحم و مسیر همان اعمال درستی است که فرد را در مسیر ارزش‌ها پیش می‌برد؛ از شرکت‌کنندگان خواسته شد سعی کنند طی هفته آینده مسیر ارزش‌های خود را دنبال و آن‌ها را یادداشت کنند.

جلسه پنجم. ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس خود به‌عنوان زمینه آموزش داده شد؛ در این جلسه از استعاره خانه با مبلمان و استعاره صفحه شطرنج برای آموزش الف) خود مفهوم‌سازی شده، ب) خود به‌عنوان فرایند خودآگاهی پویا^۲ و ج) خود مشاهده‌گر^۳ استفاده شد. برای درک مفاهیم «خود» آموزش‌های لازم همراه با مثال‌هایی ارائه شد؛ به‌عنوان مثال برای تفهیم خود مشاهده‌گر به شرکت‌کنندگان گفته شد، هنگامی که آن‌ها قادر به ارتباط با حس پایداری از خود هستند که ورای افکار و احساسات و برچسب‌ها است به آن خود مشاهده‌گر گویند؛ تمرین استعاره صفحه شطرنج به‌عنوان روشی که فرد بتواند تسلط بیشتری بر افکار و احساسات خود داشته باشد، تکلیف خانگی این جلسه بود.

جلسه ششم. هدف این جلسه تصریح ارزش‌ها بود؛ به شرکت‌کنندگان گفته شد، ارزش‌ها عبارت از توصیف‌های هر فرد از آنچه برای وی مهم است و نیز جهتی است که فرد در زندگی می‌خواهد به سمت آن حرکت کند؛ همچنین بیان شد ارزش‌ها با احساسات تعیین نمی‌شوند، وقتی فردی طبق ارزش‌های رفتار می‌کند، ممکن است انواع احساسات را تجربه کند؛ اما آن احساسات تعیین‌کننده این نیست که آیا ارزش‌های منتخب، هنوز ارزشمندند یا نه. در این جلسه برای درک بهتر ارزش‌ها و تمایز بین ارزش و هدف از استعاره « مراسم تدفین » استفاده شد و تعیین ارزش‌ها به‌عنوان تکلیف خانگی داده شد.

جلسه هفتم. ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس خلق بزرگ‌تر و پایدارتر عمل متعهدانه آموزش داده شد. در این جلسه از مواجهه برای دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها، استفاده شد. هدف مواجهه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود؛ در این مرحله موانع عمل متعهدانه با مثال‌هایی در زمینه موانع تجربه‌ای مثل هیجان‌های دشوار، خاطره‌ها، تفکرها و موانع محیطی مثل عدم مهارت‌های اجتماعی، فقدان پشتیبان و منابع حمایتی و شریک غیر حمایت‌کننده تشریح و سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد، مثال‌هایی

1. self-conceptualized
2. self as a process of dynamic self-consciousness
3. self-observer

درزمینه‌های مذکور را که در زندگی خود تجربه کرده‌اند در گروه مطرح کنند. تعیین موانع عمل متعهدانه و خلق الگوهای بزرگ‌تر و پایدارتر عمل متعهدانه به‌عنوان تکلیف خانگی داده شد. جلسه هشتم، در این جلسه ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و آموخته‌های جلسات پیشین جمع‌بندی شد و سؤال‌های شرکت‌کنندگان مورد بحث قرار گرفت؛ سپس الگوریتم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعان آموزش داده شد تا برای جایگزینی آمیختگی با افکار، ارزشیابی تجربه‌ها، اجتناب از تجربه‌ها و دلیل‌آوری برای رفتارها با پذیرش، انتخاب ارزش‌ها و عمل متعهدانه، این سرفصل‌ها را روی برگ‌های بنویسند و در جلوی چشمان خود قرار دهد و به تمرین آن‌ها بپردازند. در انتها بر تمرین آموخته‌ها تأکید و از آن‌ها قدردانی شد.

شیوه اجرا. پس از تعیین و جای‌گزینی تصادفی گروه‌های آزمایش و گواه (۲ گروه آزمایش و گروه گواه)، درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هر کدام به‌صورت هشت جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعته (۶۰ دقیقه‌ای) بر روی گروه‌های آزمایش اعمال شد و یک هفته پس از اتمام جلسات درمان، از گروه‌های آزمایش و گواه، پس‌آزمون به عمل آمد. محتوای جلسات درمان گروهی به‌طور سازمان‌یافته اجرا و درنهایت کل برنامه درمانی در هر یک از دو روش درمانی، از یک پیش‌جلسه، هشت جلسه درمانی و یک جلسه پیگیری تشکیل شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی زوجین دارای ناسازگاری زناشویی ساکن شهر قم-منطقه چهار بود که در بازه زمانی شش ماهه دوم سال ۱۳۹۹ به مراکز مشاوره و روان‌درمانی در این منطقه از شهر قم مراجعه نموده‌اند. داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش هیجان مدار ۳۶/۵۵ (۲/۹۰) سال، گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد ۳۷/۱۰ (۲/۴۱) و گروه گواه ۳۷/۸۰ (۲/۶۶) سال است؛ میانگین و انحراف استاندارد سن ازدواج گروه آزمایشی هیجان مدار ۵/۸۰ (۱/۹۹) سال، گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵/۳۸ (۱/۶۸) سال و گروه گواه ۷/۱۰ (۲/۰۶) سال بود.

جدول ۱. داده‌های توصیفی خودتنظیمی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پگیری	انحراف
بهزیستی روان‌شناختی	EFT	۷۹/۷۸	۱۱/۵۴	۹۶/۵۱	۱۸/۸۸
	ACT	۷۰/۰۳	۷/۰۱	۹۳/۰۳	۱۵/۱۴
	گواه	۷۵/۷۵	۸/۵۶	۶۰/۶۲	۴/۴۹
خودتنظیمی هیجانی	EFT	۱۲۲/۸۳	۱۷/۵۶	۱۰۴/۳۴	۱۰/۸۷
	ACT	۱۲۳/۹۳	۱۸/۸۷	۱۰۳/۵۱	۱۰/۵۸
	گواه	۱۲۴/۷۶	۱۹/۳۵	۱۲۵/۳۶	۱۸/۶۵

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که نمره میانگین (و انحراف معیار) افراد شرکت‌کننده در درمان پذیرش و تعهد در متغیر خودتنظیمی هیجانی در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۱۲۳/۹۳ (و ۱۸/۸۷) و در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۱۰۳/۵۱ (و ۱۰/۵۸) و ۱۰۰/۷۹ (و ۷/۳۴) می‌باشد. نمره میانگین (و انحراف معیار) افراد شرکت‌کننده در درمان هیجان محور در متغیر خودتنظیمی هیجانی نیز در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۱۲۲/۸۳ (و ۱۷/۵۶) و در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برابر با ۱۰۴/۳۴ (و ۱۰/۸۷) و ۱۰۳/۷۹ (و ۱۰/۳۶) بوده است؛ اما میانگین (و انحراف معیار) نمره این متغیر در افراد گروه گواه از مرحله پیش‌آزمون به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر محسوسی را نشان نمی‌دهد (به ترتیب ۱۲۴/۷۶ در برابر ۱۲۵/۳۶ و ۱۲۵/۵۶). همچنین نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که نمره میانگین (و انحراف معیار) افراد شرکت‌کننده در درمان پذیرش و تعهد در متغیر خودتنظیمی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۷۰/۰۳ (و ۷/۰۱) و در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۹۳/۰۳ (و ۱۵/۱۴) و ۹۳/۶۲ (و ۱۵/۶۷) می‌باشد. نمره میانگین (و انحراف معیار) افراد شرکت‌کننده در درمان هیجان محور در متغیر بهزیستی روان‌شناختی نیز در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۷۹/۷۸ (و ۱۱/۵۴) و در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برابر با ۹۶/۵۱ (و ۱۸/۸۸) و ۹۸/۰۴ (و ۱۹/۲۴) بوده است؛ اما میانگین (و انحراف معیار) نمره این متغیر در افراد گروه گواه از مرحله پیش‌آزمون به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر محسوسی را نشان نمی‌دهد (به ترتیب ۷۵/۷۵ در برابر ۶۰/۶۲ و ۵۹/۸۵).

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیرهای پژوهش در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	آماره F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
خودتنظیمی	گروه	۱۰/۹۰	۰/۰۰۹	۰/۰۳۱	۰/۵۵۱
هیجانی	زمان	۱۴/۶۹۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۴۴	۰/۸۷۲
	تعامل زمان * گروه	۴/۶۷۴	۰/۰۳۵	۰/۱۴۳	۰/۵۸۲
بهزیستی	گروه	۳۱/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۰/۴۹۹
روان‌شناختی	زمان	۹۱/۶۳	۰/۰۲۱	۰/۷۶۶	۰/۸۶۴
	تعامل زمان * گروه	۴۳/۴۵	۰/۰۰۳	۰/۶۰۸	۰/۶۶۳

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که دو روش مداخله (درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تفاوت معناداری را در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره کل خودتنظیمی هیجانی ($F=10/90$; $P=0/009$)، نمره کل بهزیستی روان‌شناختی ($F=31/10$; $P=0/001$) ایجاد کرده است. به این صورت که متغیرهای وابسته یعنی خودتنظیمی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی بر اثر دو روش مداخله (درمان هیجان محور-درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بهبود پیدا کرده است. در ادامه مقایسه دویه‌دوی میانگین تعدیل‌شده مراحل مختلف آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در نمره کل متغیرهای تحقیق در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳ مقایسه‌ی زوجی با آزمون تعقیبی توکی به منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه مبنا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
خودتنظیمی هیجانی	تفاوت (پذیرش و تعهد-هیجان مداری)	۱/۰۰۰	۰/۷۲۶
	تفاوت (پذیرش و تعهد-گواه)	۶/۲۲۲*	۰/۰۰۱
	تفاوت (هیجان مداری-گواه)	۵/۲۲۲*	۰/۰۰۷
بهبودی روان‌شناختی	تفاوت (پذیرش و تعهد-هیجان مداری)	-۱/۲۲۲	۰/۴۰۹
	تفاوت (پذیرش و تعهد-گواه)	۹/۷۳۳*	۰/۰۰۱
	تفاوت (هیجان مداری-گواه)	۴/۵۱۱*	۰/۰۲۸

با توجه به نتایج جدول ۳ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین درمان مبتنی بر پذیرش با گروه گواه بیشتر از تفاوت میانگین درمان هیجان محور با گروه گواه است که این نشان‌دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر بهبود نمرات کل متغیرهای وابسته و مورد پژوهش داشته است. در نتیجه فرضیه کلی پژوهش مبنی بر «تفاوت بین اثربخشی درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی، بهبودی روان‌شناختی زوجین» تأیید می‌شود.

جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی در مراحل مختلف سنجش برای متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین تعدیل‌شده	آزمون‌ها	تفاوت میانگین	سطح معناداری
خودتنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۵/۲۶۷*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون-پیگیری	۵/۱۱*	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۵۶	۰/۹۹۹
بهبودی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۹/۱۷۸*	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون-پیگیری	۸/۴۶۷*	۰/۰۰۴
	پیگیری	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۷۱۱	۰/۰۵۶

*در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

جدول ۴ مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش و گروه گواه نشان داد که تفاوت در خودتنظیمی و بهبودی روان‌شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است؛ در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

خودتنظیمی هیجان زوجین شرکت‌کننده در درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه تفاوت معناداری دارد (مراحل پس‌آزمون و پیگیری) نتایج پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با

اندازه‌گیری مکرر نشان داد که دو روش مداخله (درمان هیجان محور- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تفاوت معناداری را در سه مرحله اندازه‌گیری در نمرات خودتنظیمی هیجانی و ابعاد آن شامل عدم پذیرش هیجانات منفی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در مهار رفتار تکانشی، دستیابی محدود تنظیم هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی دو گروه ایجاد کرده است، به این معنی که دو روش مداخله (درمان هیجان محور- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تأثیر معناداری بر بهبود خودتنظیمی هیجانی داشته‌اند. همچنین، مقایسه‌ی زوجی با آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که تفاوت میانگین درمان مبتنی بر پذیرش با گروه گواه بیشتر از تفاوت میانگین درمان هیجان محور با گروه گواه است که این نشان‌دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر بهبود نمرات خودتنظیمی هیجانی داشته است. در نتیجه فرضیه اول پژوهش مبنی بر «تفاوت معنادار بین خودتنظیمی هیجانی زوجین شرکت‌کننده در درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه» تأیید می‌شود. یافته حاضر با نتایج مطالعات متعددی (مانند فینلون، ایزارد، اسیدنفیلد و مورگان، ۲۰۱۵؛ جهانگیری، شیردل و قره چورلو، ۱۳۹۷؛ قاصدی، باقری و کیامنش، ۱۳۹۷ و عظیمی فر، فاتحی زاده، بهرامی و احمدی، ۱۳۹۵) همسو می‌باشد. هاسپرت، وایسر، پاولی و ریچارتس (۲۰۲۰) نیز در پژوهشی همسو با یافته حاضر نشان دادند که در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمره انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم هیجان افراد دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این اثربخشی درمان در پیگیری ۳ ماهه نیز تداوم داشت. کلارک، اوسبورن و بارانوف (۲۰۲۰) نیز همسو با یافته حاضر نشان دادند که ۸ جلسه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نمرات تاب‌آوری و تنظیم هیجان اثربخشی داشته است. همچنین، نتایج نشان داد که برخلاف افراد گروه گواه نمرات اضطراب افراد گروه آزمایش کاهش چشمگیری داشته است. در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شیوه‌های شناختی مانند ارزیابی و آشنایی با مفاهیمی همانند نگرانی و ناامیدی برای بهبود تنظیم هیجانی استفاده می‌کند؛ بنابراین، زوجین ناسازگاری که درمان پذیرش و تعهد به آن‌ها ارائه شده است، نسبت به نگرانی‌ها، ناامیدی‌ها و افکارشان آگاهی کامل پیدا کرده و پس از کسب آگاهی نسبت به رفع آن اقدام می‌کنند و همین عاملی می‌شود که کم‌کم ارزیابی‌های شناختی-هیجانی آن‌ها کاهش و تنظیم هیجانی افزایش پیدا می‌کند. از دلایل دیگر برای تبیین این است که می‌توان گفت که در درمان پذیرش و تعهد از شیوه‌های شناختی نظیر آگاهی از تجربیات ذهنی برای بهبود تحریفات شناختی، نشخوارهای فکری و باورهای مربوط به تصویر بدن و نحوه مقابله با این شناخت‌ها استفاده می‌شود. همچنین، در درمان فوق از فنون نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار و آشنایی با مفهوم نا همجوشی شناختی برای تعدیل بی‌تفاوتی نسبت به خود و نیازهای روانی و فکری استفاده می‌شود. در به‌کارگیری مواجهه با تجربیات ذهنی و آشنایی با گسل‌های شناختی به مراجع آموزش داده می‌شود که با قسمت‌هایی از زندگی خود و حتی بدن خود که نسبت آن‌ها بی‌تفاوت بوده است، مواجه شوند و به‌مرور ارزش و اهمیت بیشتری را برای خود قائل شده و از این طریق تنش، ناراحتی، سرکوب و ناتوانی در مدیریت هیجان زوجین کم می‌گردد.

بهزیستی روان‌شناختی زوجین شرکت‌کننده در درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه تفاوت معناداری دارد (مراحل پس‌آزمون و پیگیری) نتایج پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با

اندازه‌گیری مکرر نشان داد که دو روش مداخله (درمان هیجان محور- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تفاوت معناداری را در سه مرحله اندازه‌گیری در نمرات بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن شامل استقلال، تسلط محیطی، رشد شخصی، تعامل مثبت، هدفمندی زندگی و خودپذیری دو گروه ایجاد کرده است، به این معنی که دو روش مداخله (درمان هیجان محور- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تأثیر معناداری بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی داشته‌اند. همچنین، مقایسه‌ی زوجی با آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که تفاوت میانگین درمان مبتنی بر پذیرش با گروه گواه بیشتر از تفاوت میانگین درمان هیجان محور با گروه گواه است که این نشان‌دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر بهبود نمرات بهزیستی روان‌شناختی داشته است. در نتیجه فرضیه دوم پژوهش مبنی بر «تفاوت معنادار بین بهزیستی روان‌شناختی زوجین شرکت‌کننده در درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه» تأیید می‌شود. همسو با این یافته از مطالعه حاضر کاردیل، راس، بوتریان، استامن و دایلارد (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند که در مرحله پس‌آزمون میانگین نمره تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی افراد گروه مداخله در مقایسه با افراد گروه کنترل بهبود یافته است. نتایج تحلیل کواریانس نیز نشان داد که میانگین نمره شفقت به خود افراد گروه مداخله از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون بهبود یافته است. همچنین، نتایج مطالعات پیشین (مانند گورگا، یونگ، کلیومپ، کندی، فرانسیس و لانگنکر، ۲۰۱۹؛ حسن زاده، اکبری و ابوالقاسمی، ۱۳۹۸؛ اسدیپور، ۱۳۹۶ و نصیری، کاکابرایی و شریفی، ۱۳۹۶) همسو با یافته حاضر حاکی از اثربخشی مثبت درمان‌های مذکور بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین بوده است. رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای آن که روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید، به مراجعین کمک می‌کند تا شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است خلاص نموده و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست‌بردارند. پذیرش و تعهد درمانی اساساً فرایند محور است و آشکارا بر ارتقای با پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعلیت‌های معنا بخش انعطاف‌پذیر، ناسازگارانه و بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند. در این رویکرد درمانی تلاش برای کنترل بهبود سلامت روان مستلزم فکر کردن به مسائلی است که بهزیستی روان‌شناختی را تحریک می‌کند و در نتیجه آن ناامیدی و ناراحتی احضار می‌شود و این امر در مرحله گسلش از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به وجود آمده و بهزیستی روانی زوجین بهبود می‌یابد. از آنجایی که این پژوهش بر روی زوجین دارای ناسازگاری زناشویی ساکن شهر قم صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به زوجین دارای سایر مشکلات زناشویی و نیز زوجین بدون مشکلات خانوادگی سایر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی باید با احتیاط لازم توسط پژوهشگران و استفاده‌کنندگان از نتایج این پژوهش صورت گیرد. این پژوهش می‌توانست هم به صورت کمی و کیفی (روش پژوهش آمیخته یا ترکیبی) انجام شود، اما به دلیل نبود شرایط مصاحبه این امکان در پژوهش حاضر مهیا نبود و یکی از موانع و محدودیت‌های پژوهش این مورد بود. همچنین روش نمونه‌گیری استفاده‌شده در این پژوهش، نمونه‌گیری هدفمند بود. استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی نمی‌تواند معرفی از جامعه کلی زوجین دارای ناسازگاری زناشویی باشد، بنابراین تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد. پیشنهادهایی که در راستای پژوهش حاضر می‌توان مطرح نمود عبارت‌اند از: پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زوجین دارای مشکلات زناشویی سایر شهرها و نیز زوجین عادی

اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام‌شده باهم قابل‌مقایسه باشد. اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه تأثیر این شیوه‌های مداخلاتی بر سایر مشکلات زناشویی بین زوجین مانند صمیمیت جنسی، تحمل ابهام، ناگویی خلقی و کیفیت زندگی زناشویی صورت گیرد. همچنین انجام پژوهش‌هایی در مورد مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و درمان پذیرش و تعهد با سایر روش‌های درمانی مانند روان‌درمانی مثبت‌نگر، درمان یکپارچه‌نگر، درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری می‌تواند نتایج اثربخشی را بر بهبود مشکلات زوجین دارای ناسازگاری زناشویی در پی داشته باشد؛ علاوه بر استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی که امکان سوگیری در آن‌ها محتمل است، پیشنهاد می‌شود که از روش‌های پژوهشی دیگر مانند مصاحبه و مشاهده برای سنجش این متغیرها استفاده شود تا سوگیری‌ها به حداقل کاهش یابد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد به تصویب رسید؛ همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نوشته داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

اخوان بی‌تقصیر، زهرا، ثنایی‌ذاکر، باقر، نوابی‌نژاد، شکوه، و فرزاد، ولی‌الله. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت و سازگاری زناشویی زوجین. *مجله آموزش بهداشت* و ارتقای سلامت، ۵(۲): ۱۲۸-۱۲۱

ارجایی، زینب، کرمی نیا، رضا، و احمدی طهور سلطانی، محسن. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان گروهی بین فردی روان پویشی و هیجان محور بر سبک دلبستگی نوجوانان دختر. *مجله روان‌شناسی کاربردی*. ۴۹۵-۵۱۴:(۴)۱۱

اسدپور، اسماعیل، نظری، علی محمد، ثنایی ذاکر، باقر، و شقاقی، شهرزاد. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان محور برافزایش صمیمیت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران. *مجله پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*. ۵۴-۷۶:(۱)۲

آقاگدی، پریسا، گل پرور، محسن، آقایی، اصغر، و خیاطان، فلور. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان بخش محور و درمان هیجان محور بر افسردگی و تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده ز پیمان‌شکنی همسر. *مجله سلامت جامعه*. ۱-۱۲:(۱)۱۲

بابایی گرمخانی، محسن، کسایی، عبدالرحیم، زهراکار، کیانوش، و اسدپور، اسماعیل. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زنان پیمان‌شکن دارای خیانت سایبری. *مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ۷۳-۹۲:(۲)۹

جهانگیری، علی، شیردل، ملیحه، و قره چورلو، سونیا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی در افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد. *مجله پزشکی خراسان شمالی*. ۴۱-۵۴:(۲)۱۰

حسن زاده، منیره، اکبری، بهمن، و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری. *مجله مراقبت و مامایی/ابن‌سینا*. ۲۷(۴):۲۵۹-۲۴۸

خانجانی، مهدی، شهیدی، شهریار، فتح آبادی، جلیل، مظاهری، محمد علی، و شگری، امید. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۹(۳۲): ۳۶-۲۷.

خضراآبادی، فاطمه، و نیکنام، ماندانا. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر سبک دلبستگی و رضایت جنسی زوجین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*. ۲۱۳-۲۲۵:(۳)۲۶

رستمی، مهدی، سعادت، نادره، یوسفی، زهرا. (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش زوج‌درمانی هیجان مدار و راه‌حل مدار بر ترس از صمیمیت و رضایت جنسی زوجین. *مشاوره کاربردی*، ۸(۲): ۱-۲۲.

رستمی، مریم، ابوالقاسمی، عباس، و نریمانی، محمد. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین ناسازگار. *مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ۱۰۵-۱۲۳:(۱)۳

رضازاده، مسعود، صدری دمیرچی، اسماعیل، و قمری کیوی، حسین. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه آموزش پیش از ازدواج بر نگرش درباره ازدواج، تاب‌آوری و انتظار از ازدواج. *مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ۱-۱۲۴:(۱)۹

زهراکار، کیانوش، تاجیک اسمعیلی، عزیزالله، محسن زاده، فرشاد، و هزاروسی، بهرام. (۱۳۹۸). شناسایی عوامل زمینه‌ساز طلاق هیجانی در بافت فرهنگی اجتماعی شهر کرج. *مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ۱۲۵-۱۴۲:(۱)۹

صابری فرد، فرشته، و حاجی اربابی، فاطمه. (۱۳۹۸). رابطه جو عاطفی خانواده با خودتنظیمی هیجانی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه آزاد مشهد. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*. ۴۹-۶۳:(۱)۶

صمدی کاشانی، سحر، جعفری، فاطمه، و آسایش، محمدحسن. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تاب‌آوری زوجین دارای تعارض زناشویی. نهمین کنفرانس بین‌المللی روان‌درمانی. تهران

عباسی، سمیه، دوکانه ای فرد، فریده، و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و درمان شناختی-رفتاری بر انسجام خانوادگی و رضایت زناشویی همسران جانباز شهرستان خرم آباد. مجله علوم روان‌شناختی. ۱۷(۷۱):۸۲۹-۸۲۳

عباسی، منظر، سیاه کمری، راحله، نصرتی، رقیه، حیدری شرف، پریسا، و طریقتی مرام، فاطمه. (۱۳۹۸). رابطه کیفیت زندگی و تاب‌آوری با دلزدگی زناشویی معلمان زن شهر کرمانشاه. مجله رویش روان‌شناسی. ۸(۶):۸۶-۷۹

عظیمی فر، شیرین، فاتحی زاده، مریم، بهرامی، فاطمه، و احمدی، سیداحمد. (۱۳۹۵). مقایسه درمان پذیرش و تعهد با درمان شناختی-رفتاری برافزایش شادی و رضایت زوجین. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت. ۳(۲):۸۱-۵۶

قاصدی، مسعود، باقری، فریبرز، و کیامنش، علیرضا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی دو روش درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان پذیرش و تعهد بر بخشش، تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی. مجله اخلاق زیستی. ۸(۲۹):۹۸-۸۱

کاکابرابی، کیوان، و شریفی، محمد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان هیجان مدار بر بهزیستی ذهنی و سازگاری فردی-اجتماعی زنان مطلقه. مجله زن و فرهنگ. ۹(۳۴):۱۴۲-۱۲۹

نصیری، سارا، عسکری‌زاده، قاسم، و فضیلت‌پور، مسعود. (۱۳۹۵). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی روان‌شناختی و خوش‌بینی در پیش‌بینی اضطراب مرگ زنان در سه‌ماهه سوم بارداری. نشریه روان‌پرستاری. ۴(۶):۵۸-۵۰

References

- Cardel MI, Ross KM, Butryn WT, Eastman A, Dillard JR. (2020). Acceptance-based therapy: the potential to augment behavioral interventions in the treatment of type 2 diabetes. *Nutr Diabetes*. 10(3):67-75
- Clarke LK, Osborne MS, Baranoff JA. (2020). Examining a Group Acceptance and Commitment Therapy Intervention for Music Performance Anxiety in Student Vocalists. *Front Psychol*. 11(31):1127-37
- Diener, E. Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425
- Faircloth, A. L. (2017). Resilience as a mediator of the relationship between negative life events and psychological well-being. *Electronic Theses & Dissertations*. Georgia southern university
- Finlon K, Izard C, Seidnfeld A, Morgan J. (2015). Emotion-based preventive intervention: Effectively promoting emotion knowledge and adaptive behavior among at-risk preschoolers. *Dev Psychopathol*. 27(41):1353-1365.
- Forman, E. M & Butryn, M. L. (2015). A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite* 84, 171-180
- Gomez-Lopez M, Viejo C, Ortega-Ruiz R. (2019). Well-Being and Romantic Relationships: A Systematic Review in Adolescence and Emerging Adulthood. *Int J Environ Res Public Health*. 16(13):2415-2426

- Gorka SM, Young SB, Klumpp H, Kennedy AE, Francis J, Langenecker SA. (2019). Emotion-based brain mechanisms and predictors for SSRI and CBT treatment of anxiety and depression: a randomized trial. *Neuropsychopharmacology*. 44(9):1639–1648
- Haspert V, Wieser MJ, Pauli P, Reicherts P. (2020). Acceptance-Based Emotion Regulation Reduces Subjective and Physiological Pain Responses. *Front Psychol*. 11(6):1514-24
- Hayes, S. C. & Strosahl, K.D. (2010). *Apractical Guide to Acceptance and Commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hodges SD, Denning KR, Lieber S. (2018). Perspective taking: motivation and impediment to shared reality. *Curr Opin Psychol*. 23:104-108
- Johnson, S.M. (2012). *The practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner – Rutledge.
- Kuhlthau KA, Luberto CM, Traeger L, Millstein RA, Perez GK, Lindly OJ, et al. (2020). A Virtual Resiliency Intervention for Parents of Children with Autism: A Randomized Pilot Trial. *J Autism Dev Disord*. 50(7):2513-2526.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 716-727.
- Schoebi, D & Randall, A.K. (2015). Emotional Dynamics in Intimate Relationships. *Emotion Review*. 7(4):342-348
- Spencer.M, Stith, S. Cafferky, B. (2019). Risk markers for physical intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Journal Aggression and Violent Behavior*. 44(8):1-17.
- Tokimoto S, Tokimoto N. (2018). Perspective-Taking in Sentence Comprehension: Time and Empathy. *Front Psychol*. 29(9):1574-88
- van der Stouwe T, Asscher JJ, Hoeve M, van der Laan PH, Stams GJJM. (2018). The Influence of Treatment Motivation on Outcomes of Social Skills Training for Juvenile Delinquents. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 62(1):108-128.
- Zhang, C.Q. Leeming, E. Smith, P. Chung, P.K. Hagger, M.S. & Hayes, S.C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 8, 2350
- Ziarko M, Mojs E, Sikorska D, Samborski W. (2020). Coping and Life Satisfaction: Mediating Role of Ego-Resiliency in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Med Princ Pract*. 29(2):160-165.
- Zwicker, A.E. (2013). *Understanding divorce in the context of stepfamilies*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in the faculty of graduate studies (psychology) the university of British Columbia (Vancouver)

پرسشنامه تنظیم هیجان

ردیف	عبارات	کاملاً « مخالف »	مخالف	کمی مخالف	خنثی	کمی موافق	موافق	کاملاً « موافق »
۱.	وقتی می‌خواهم هیجان مثبت بیشتری (مانند لذت یا سرگرمی) را احساس کنم فکرم را تغییر می‌دهم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۲.	هیجان‌های خود را پنهان می‌کنم (بروز نمی‌دهم)	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۳.	وقتی می‌خواهم هیجان منفی کمتری (مانند غمگینی یا خشم) را احساس کنم فکرم را تغییر می‌دهم	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴. وقتی هیجان‌های مثبت احساس می‌کنم سعی می‌کنم آن‌ها را بروزندهم
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵. وقتی با یک موقعیت استرس‌زا مواجه می‌شوم فکرم را به‌گونه‌ای تغییر می‌دهم که منجر به آرام شدنم گردد
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶. من هیجان‌های خود را با ابراز نکردن آن‌ها کنترل می‌کنم
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷. وقتی می‌خواهم هیجان مثبت بیشتری را احساس کنم فکرم را درباره آن موقعیت تغییر می‌دهم
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸. من هیجان‌های خود را با تغییر دادن فکرم درباره موقعیتی که در آن هستم کنترل می‌کنم
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۹. وقتی هیجان‌های منفی احساس می‌کنم سعی می‌کنم آن‌ها را بروز ندهم
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. وقتی می‌خواهم هیجان منفی بیشتری را احساس کنم فکرم درباره آن موقعیت را تغییر می‌دهم

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی

عبارات							
کاملاً موافق	تأجدی موافق	کمی موافق	نه موافق نه مخالف	کمی مخالف	تأجدی مخالف	کاملاً مخالف	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱. اکثر جنبه‌های شخصیتم را دوست دارم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲. وقتی داستان زندگی‌ام را مرور می‌کنم، از اتفاقات روی داده در زندگی‌ام احساس خرسندی و رضایت می‌کنم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳. بعضی افراد در زندگی بی‌هدف و سرگردان هستند، اما من جزء آنها نیستم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴. مشغله‌های روزمره زندگی، اغلب مرا کسل و بی‌حوصله می‌کنند.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵. از جهات بسیاری، از دستاوردهای زندگی‌ام مایوس و ناراضی هستم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶. حفظ روابط نزدیک با دیگران برایم مشکل و دست‌نیافتنی بوده است.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷. در حال زندگی می‌کنم و به آینده فکر نمی‌کنم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸. در کل احساس می‌کنم که خودم مسئول وضع زندگی‌ام هستم نه کسی دیگر.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۹. به خوبی مسئولیت‌های زندگی‌ام را اداره می‌کنم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. بعضی از مواقع فکر می‌کنم که هیچ کار جالب و لذت‌بخشی باقی نمانده است که انجام دهم.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۱. زندگی، برای من فرایند مداوم یادگیری، تغییر و رشد بوده است.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. معتقدم، کسب تجارب جدیدی که می‌تواند دید ما را نسبت به خود و جهان تغییر دهد، مهم است.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۳. مردم مرا فردی اهل کمک کردن می‌دانند که مایل است برای دیگران وقت بگذارد.
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۴. مدت‌هاست که تلاش برای ایجاد تغییرات و پیشرفت‌های بزرگ در زندگی‌ام را رها کرده‌ام.

۲۴۱ مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...							ازندریانی و همکاران			خانواده درمانی کاربردی
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱۵. معمولاً تحت تاثیر افرادی که نظرات قوی و محکمی دارند قرار می‌گیرم.			
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱۶. روابط گرم و توأم با اطمینان با دیگران را زیاد تجربه نکرده‌ام.			
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱۷. به عقاید خودم اطمینان دارم، حتی اگر مخالف نظر و عقیده عموم مردم باشد.			
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۱۸. در مورد خودم، بر اساس ارزش‌ها و معیارهای شخصی خودم قضاوت می‌کنم نه بر اساس معیارهای دیگران.			

A Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in Improving Emotional Self-Regulation and Psychological Well-Being in Couples

*Mehri. Azandaryani*¹, *Gholamreza Khajoei-Nejad**², *Hossein. Akbari Amarghan*³

Abstract

Aim: The present study aimed to determine the effectiveness of emotionally focused therapy (EFT) in comparison with acceptance and commitment therapy (ACT) in improving emotional self-regulation, psychological well-being, and resilience of couples. **Methods:** The research was quasi-experimental and applied with a pretest-posttest design, a control group, and quarterly follow-up. The statistical population consisted of all couples with marital non-adjustment living in District 4 of Qom who visited counseling and psychotherapy centers in the second half of 2020. The convenience sampling method was performed. After the random assignment of experimental and control groups, the first experimental group received the emotionally focused therapy by Johnson (2012), and the second experimental group received the Acceptance and Commitment Therapy by Hayes and Strosahl (2010) in eight one-hour sessions. The data collection tool included difficulties in emotion regulation scale (DERS) by Gratz and Roemer (2004), and Ryff's scale of the psychological well-being-short form (RSPWB) at three stages, pre-test, post-test, and follow-up. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance. **Results:** The results indicated the effects of emotionally focused therapy and acceptance and commitment therapy on emotional self-regulation ($F=10.90$, $P=0.009$) and psychological well-being ($F=31.10$, $P=0.001$), and stability of the effect at the follow-up stage. The results of Tukey's post hoc test indicated that the difference between the two methods of couple therapy was not significant ($P=0.31$). **Conclusion:** The results suggest evidence that emotionally focused couple therapy and acceptance and commitment therapy were appropriate for improving and increasing emotional self-regulation and psychological well-being.

Keywords: *Emotionally focused therapy (EFT); Acceptance and commitment therapy (ACT); Emotional self-regulation; Psychological well-being*

1 Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

2. *Corresponding Author: Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

Email: khuigholamreza@yahoo.com

3. Department of Counseling, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.