

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی و پذیرش و تعهد بر عادات مخرب زندگی زناشویی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر

محمد رضا توکلی^۱، عزت دیره^{۲*}، ناصر امینی^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۲/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۹

خلاصه

مقدمه: سیر صعودی آمار طلاق در جامعه ایران نشانه آشفتگی زندگی زناشویی در خانواده‌های ایرانی می‌باشد و انجام مداخلات تأثیرگذار برای کنترل این آشفتگی‌ها ضروری است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی و پذیرش و تعهد بر عادات مخرب زندگی زناشویی در زنان متأهل انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری دوماهه بود. تمامی زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر بوشهر در سال ۹۹-۱۳۹۸ جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند. با نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر انتخاب شد و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی گمارش شدند. مداخلات درمانی طی ۸ جلسه (۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته) برای هر گروه آزمایش اعمال شد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت روابط زناشویی (Mohammadi و Pirkhaefi (2015) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

یافته‌ها: تغییرات در عادات مخرب زندگی زناشویی و ابعاد آن (انتقاد، غرغر کردن، سرزنش‌گری، تهدید، حق حساب دادن، تنبیه، گله و شکایت) در هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری معنی‌دار بود. هر دو روش درمانی موجب کاهش عادات مخرب شد ($p < 0/05$). زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش عادات مخرب اثربخش‌تر از زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی بوده است ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی و پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان برنامه‌های مداخله‌ای مقرون به صرفه و آسان، با هدف افزایش کیفیت رابطه زناشویی در دسترس روان‌شناسان و مشاوران خانواده قرار بگیرند.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی، خودنظم‌بخشی، پذیرش و تعهد، عادات مخرب زناشویی، زنان

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی، واحد بوشهر، بوشهر، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی، واحد بوشهر، بوشهر، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: ezatdeyreh@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۷۷۷۳۶۱۵۶

مقدمه

به تحقق پیوستن اهداف ازدواج پس از برقراری رابطه زناشویی موجب احساس رضایت فرد می‌شود و خلاف این امر، اختلاف زناشویی را به همراه خواهد داشت. بنابراین، کیفیت روابط زناشویی نقش اساسی در ارزیابی کارکرد خانوادگی و عادات مخرب زناشویی (Destructive marriage habits) دارد [۳-۱]. عادات مخرب زناشویی با پیامدهایی از قبیل گرایش به روابط فرازناشویی [۴] و پرخاشگری و نزاع [۵] همبسته است و در سطوح وسیع‌تر موجب جدایی همسران شده و پیامدهای منفی شغلی و اقتصادی را به دنبال دارد [۶]. علی‌رغم پیشرفت در زمینه سبب‌شناسی، شیوع‌شناسی و عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زناشویی همچنان ارتباط ناکارآمد و به دنبال آن طلاق به عنوان مشکل قابل توجهی در بین زوجین در نظر گرفته می‌شود [۷]. هرچند شواهد پژوهشی تأیید می‌کنند که درمان‌های مختلف برای آشفتگی زوجین از نظر آماری و بالینی پیامدهای معنی‌داری ایجاد می‌کنند [۸]، اما یافته‌های پژوهشی دیگری وجود دارند که نشان می‌دهند درصد قابل توجهی از زوجین در بهره‌وری از آن‌ها شکست می‌خورند [۹]. براین اساس، لازم است پژوهش‌های کاربردی زوج‌درمانی و راهکارهایی برای افزایش روابط مثبت میان زوجین و کاهش عادات مخرب زناشویی صورت گیرد تا در آینده از پیامدهای نامطلوب روانی-اجتماعی طلاق و آشفتگی زناشویی بر روی خانواده و فرزندان آن‌ها پیشگیری گردد [۱۰]. از جمله این رویکردها، زوج‌درمانی به روش خودنظم‌بخشی (Self-regulation couple therapy; SRCT) است. گزارشات علمی حاکی از پشتوانه قوی علمی برای اثربخشی آن در زوجین دارای مشکلات زناشویی می‌باشد [۱۱-۱۳].

زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی، به کارگیری نظریه خودکنترلی رفتاری برای مشکلات ارتباطی زوجین، و هدف اصلی آن تغییر سبک ارزیابی زوجین از همسر و رابطه‌شان است، به نحوی که رفتارهای مثبت مورد توجه و ارزش قرار گیرند. تأکید این روش درمانی بر این است که به زوجین کمک شود در یک رابطه آشفته، توانمندی بیشتری را برای تغییر ساختارهای مشکل‌ساز شناختی، عاطفی و رفتاری فراگیرند [۱۴، ۱۵].

اثربخشی زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی توسط محققان مختلف در کاهش پرخاشگری ارتباطی پنهان زناشویی و الگوهای ارتباطی [۱۱]، کاهش تعارضات زناشویی [۱۲]، طلاق عاطفی زوجین متقاضی طلاق [۱۳] و بهداشت روانی زوجین [۱۵] نشان داده شده است. با این حال، نگاهی به پژوهش‌های پیشین [۱۶-۱۸] نشان‌دهنده این است که اخیراً در زمینه مشکلات متعدد خانوادگی به زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment couple therapy; ACCT) که مشکلات زناشویی را به گونه‌ای متفاوت مفهوم‌سازی می‌کند، توجه شده است. براین اساس، حفظ و گسترش پریشانی و فاصله عاطفی بین زوجین از ترکیب راهبردهای کنترل و اجتناب تجربی در رابطه ناشی می‌شود. در این روش هدف اصلی، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است [۱۹].

نظر به رشد نگران‌کننده شناسه‌های طلاق و سیر صعودی آمار طلاق در جامعه ایران، پژوهش و بررسی مؤثرترین رویکردهای مداخلاتی در این حوزه یک ضرورت جدی است [۲۰]. در واقع، آمار طلاق که معتبرترین شاخص آشفتگی زناشویی است، نشانگر آن است که رضایت از روابط زناشویی به آسانی قابل دستیابی نیست و اکثر زوجینی که از هم جدا شده و یا طلاق می‌گیرند، ابتدا درگیر عادات مخرب زناشویی بوده و سپس به جدا شدن فکر می‌کنند [۲۰، ۵، ۴]. با اذعان به مطالب بالا و اهمیت جایگاه روابط بین زوجین بر بهداشت روانی-اجتماعی افراد در جامعه، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی و پذیرش و تعهد بر عادات‌های مخرب زندگی زناشویی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری دو ماهه همراه با گروه کنترل (کد کمیته اخلاق IR.BPUMS.REC.1399.136) بود. تمامی زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر بوشهر در بازه‌ی زمانی سال ۹۹-۱۳۹۸ جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری از نوع

mental disorders-V)، سابقه سوء‌مصرف و یا وابستگی به مواد مخدر در حال حاضر، استفاده از داروهای خاص زیر نظر روان‌پزشک و یا پزشک متخصص بیماری‌های طبی و زنانه، سابقه متارکه و یا اقدام برای طلاق توسط هر یک از زوجین (آزمودنی و یا همسر وی)، و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله، دریافت هر یک از روش‌های روان‌درمانی دیگر همزمان با مداخله، عدم انجام جدی تکالیف در طول برنامه، وقوع رویداد پیش‌بینی نشده (مانند بیماری و یا مرگ) بود.

هر یک از گروه‌های آزمایش به صورت گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ جلسه در هفته) توسط روان‌درمانگران متخصص دارای تجربه بین ساعت ۱۰ تا ۱۲ صبح روزهای یکشنبه و چهارشنبه و در اتاق‌هایی مجزا از دو مرکز مشاوره، برنامه آزمایشی را دریافت نمودند، اما گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. با پرسش‌نامه کیفیت روابط زناشویی از افراد پیش‌آزمون و پس‌آزمون گرفته شد و پس از گذشت دو ماه از پایان مداخلات درمانی، پی‌گیری صورت گرفت. زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی با توجه به پروتکل Halford [۲۳] و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل Gehart [۲۴] انجام شد. در روند برگزاری نشست‌ها برای هیچ یک از آزمودنی‌ها مشکلی پیش نیامد و تمامی افراد در جلسات شرکت کردند. برای ترغیب هر چه بیشتر آزمودنی‌ها، جلسات درمانی رایگان انجام گردید و به گروه کنترل تضمین داده شد که پس از پایان پژوهش و اتمام مرحله پی‌گیری فرایند درمان رایگان آن‌ها نیز انجام خواهد شد. به منظور پیشگیری از تبادل اطلاعات بین گروه‌های پژوهش، توضیح اهداف پژوهش و مراحل مختلف سنجش برای هر گروه به طور مجزا انجام شد. در جداول ۱ و ۲ خلاصه محتوای جلسات مداخله ارائه شده است.

پیشنهاد پژوهشی این نوشتار در جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بوشهر مصوبه ۱۳۹۹/۸/۶ بررسی شد و کد اخلاق را از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی کسب نمود. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، قبل از اجرای مرحله پیش‌آزمون و شروع جلسات مداخلاتی نسبت به دریافت رضایت کتبی از افراد شرکت‌کننده در

در دسترس بود. نمونه مورد نظر از بین ۱۸۳ نفر که پس از مشاهده فراخوان شرکت در جلسات درمانی در مراکز مشاوره و روان‌درمانی، داوطلبانه به مراکز مشاوره مراجعه و ثبت نام کردند، انتخاب شد. پس از انجام غربال‌گری با پرسش‌نامه کیفیت روابط زناشویی در بین داوطلبین، تعداد ۶۰ نفر که دارای بالاترین نمره در عادات مخرب زناشویی بودند، با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش و انجام مصاحبه ساختاریافته توسط متخصص روان‌شناسی، انتخاب و برحسب تصادفی‌سازی در سه گروه جایگزین شدند. تصادفی‌سازی با روش پرتاب تاس و به این صورت بود که اعداد ۱ و ۲ برای گروه آزمایش زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی، اعداد ۳ و ۴ برای گروه آزمایش زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و اعداد ۵ و ۶ برای گروه کنترل در نظر گرفته شدند.

جهت تعیین حجم نمونه علاوه بر نرم‌افزار G*Power از فرمول زیر نیز استفاده شد. نرم‌افزار G*Power نشان داد برای دستیابی به توان آماری ۰/۹۰ با اندازه اثر ۰/۸ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ به ۲۰ نفر آزمودنی در هر گروه نیاز است [۲۱]. همچنین، حداقل حجم نمونه طبق فرمول مقایسه میانگین $(n=2(1-\alpha/2+1-\beta)/\Delta^2+1)$ و نتایج پژوهش‌های گذشته [۱۶-۱۴]، با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، $\alpha=0/05$ ، $\beta=0/10$ و $\Delta^2=5/5$ برای متغیر عادت مخرب زناشویی، برای هر گروه ۲۰ نفر محاسبه شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش رضایت و تمایل آگاهانه آزمودنی‌ها جهت مشارکت در اجرای پژوهش، زندگی مشترک با همسر در زمان مراجعه و تا پایان مدت اجرای پژوهش، گذشت حداقل ۲ سال از ازدواج، دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال (این گروه سنی از زوجین در معرض خطر بیشتری برای طلاق قرار دارند) [۲۲]، داشتن سواد خواندن و نوشتن و پاسخ‌دهی به تمامی سؤالات ابزار خودگزارشی، کسب یک انحراف‌معیار بالاتر از نمره برش در ابزار مربوطه و شرکت در تمامی جلسات درمانی تعیین شد. ملاک‌های عدم ورود به پژوهش نیز هر نوع سابقه خیانت و یا روابط فرازناشویی، داشتن هر یک از اختلالات روان‌شناختی براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و با توجه به راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5 Diagnostic and statistical manual of

پژوهش و همچنین، دادن آگاهی به آزمودنی‌ها مبنی بر این که اطلاعات آن‌ها به منظور اهداف پژوهشی گردآوری می‌شود و درباره پنهان ماندن هویت پاسخ‌دهندگان، علاقه‌مندی و رضایت کامل به مشارکت در پژوهش، عدم اجبار برای واداشتن آزمودنی‌ها به مشارکت تا انتهای جلسات درمانی، رعایت حریم خصوصی و حفاظت از نیازهای روانی-اجتماعی افراد، انتشار نتایج پژوهش به صورت گروهی اطمینان داده شد. همچنین، گفته شد که علاقه‌مندان در صورت تمایل می‌توانند با ارائه پست الکترونیکی و آدرس از نتایج پژوهش آگاه شوند و در این باره اقدام شد. لازم به ذکر است که زنان متأهل شرکت‌کننده در پژوهش چون با هدف مشخصی در این مطالعه مشارکت داشتند، از درمان‌های روتین مراکز استفاده نکردند و تنها دو شیوه مداخلاتی فوق‌الذکر برای آن‌ها اجرایی شد.

در این پژوهش علاوه بر انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته (Structured Clinical Interview For Dsm-5; SCID-5)، از چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک (وضعیت تحصیلی آزمودنی و همسر، طول مدت ازدواج، تعداد فرزند، وضعیت اقتصادی، وضعیت شغلی و مسکن) و پرسش‌نامه کیفیت روابط زناشویی (Quality of Marital Relationships Scale; QMR) استفاده شد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5): این مصاحبه، مصاحبه‌ای ساختاریافته برای تشخیص‌های اصلی DSM-5 است که در سال ۱۹۹۷ توسط First و همکاران تدوین و در سال‌های بعد بازنگری شده است و در افراد بالای ۱۸ سال کاربرد دارد. ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای این مصاحبه ۰/۶۰ گزارش شده است. توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی با پایایی بالاتر از ۰/۶۰ مطلوب بوده است. ضریب کاپا برای کل تشخیص‌های فعلی و تشخیص‌های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ بدست آمده و خوب بوده است. پایایی آزمون-بازآزمون این ابزار ۰/۸۵ گزارش شده است. نسخه فارسی SCID ابزار معتبر برای تشخیص‌گذاری برای مقاصد بالینی به ویژه پژوهشی و حتی آموزشی-درمانی است [۲۵].

پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی (QMR): ابزاری خودگزارشی است که در سال ۱۳۹۳ توسط Mohammadi و Pirkhaefi جهت سنجش عادات مخرب و کیفیت روابط در زندگی زناشویی تدوین شده است. این ابزار دارای ۴۶ سؤال با ۷ عادت مخرب رفتاری در زندگی زناشویی شامل انتقاد، غرغر کردن، سرزنش‌گری، تهدید، حق حساب دادن، تنبیه و گله و شکایت است. نمره‌گذاری سؤال‌ها به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (اصلاً مناسب نیست= نمره ۰ تا کاملاً مناسب است= نمره ۴) انجام می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی بین صفر تا ۱۸۴ قرار دارد و جمع امتیازات میزان کلی استفاده از عادات مخرب در رابطه زناشویی را نشان می‌دهد. کسب نمره بالاتر در این ابزار به معنای کیفیت پایین‌تر روابط زناشویی است. Mohammadi و Pirkhaefi [۲۶] ضریب پایایی کل پرسشنامه را با روش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و ابعاد آن را در دامنه‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. روایی این ابزار با سه روش روایی سازه (تحلیل عاملی)، روایی ملاکی (روایی همزمان) و روایی محتوا بررسی شده است. تحلیل عاملی با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش ابلیمین مستقیم نشان داد که ۷ عامل مشخص شده ۵۸/۹۸ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. روایی ملاکی (همزمان) این پرسش‌نامه از طریق همبسته کردن آن با زیرمقیاس "چهار اسب سوارکار ارتباطات مهلک" از مجموعه مقیاس‌های Gottman (Sound relationship house; SRH) ۰/۵۶ به دست آمد که این مقدار در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده و حاکی از روایی همزمان نسبتاً بالای ابزار می‌باشد. سازندگان ابزار برای بررسی روایی محتوایی پرسشنامه از نظرات زوج‌درمانگران آموزش‌دیده بر اساس تئوری انتخاب در ایران و همچنین، اعضای مؤسسه بین‌المللی Gasser استفاده کرده‌اند، که نتایج حاکی از جامعیت سؤال‌های پرسشنامه در پوشش دادن به تعاریف ۷ عامل تخریب‌گر بوده است [۲۶]. در پژوهش حاضر ضریب پایایی کل پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶، انتقاد ۰/۷۴، غرغر کردن ۰/۷۳، سرزنش‌گری ۰/۷۲، تهدید ۰/۷۹، حق حساب دادن ۰/۶۹، تنبیه ۰/۷۲ و گله و شکایت ۰/۶۸ محاسبه شد.

بن‌فرونی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. توزیع نرمال داده‌ها توسط آزمون‌های کولموگوروف-اسمیرنف، ام‌باکس، کروییت موجلی، لوین بررسی و در سطح ۰/۰۵ تعیین شد.

داده‌ها با آزمون مجذور کای به منظور سنجش تفاوت بین آزمودنی‌ها از نظر ویژگی‌های دموگرافیک، آزمون‌های توصیفی و آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند. برای مقایسه اثربخشی دو شیوه مداخلاتی از آزمون تعقیبی

جدول ۱- خلاصه محتوای زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی با توجه به پروتکل Halford [۲۳] در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر سال ۱۳۹۹

جلسه/محتوای جلسه
اول (تعهد): برقراری ارتباط اولیه با زوجین، شناسایی عوامل تهدیدکننده رابطه زناشویی، ایجاد انتظارات درمانی واقع‌بینانه، متعهد کردن آزمودنی برای درگیر شدن با مسئله دوم (ارزیابی): تهیه فهرستی از نقاط ضعف رابطه زناشویی و عوامل مؤثر بر آن، ارزیابی امکان عملی بودن درمان، ایجاد درک مشترک از مشکلات موجود در رابطه برای تسهیل تغییر، پیدا کردن زمینه‌های مشترک و مثبت بین زوجین سوم (ادامه ارزیابی): بررسی نگرانی‌های عمده و ایجاد زمینه‌های مشترک از طریق بیان مجدد اظهارات و تأکید بر قالب‌بندی جدید نگرانی‌ها، تأکید بر توجه بر جنبه‌های مثبت رابطه، تغییر اسناد آزمودنی چهارم (بازخورد/هدف‌گذاری معطوف به خود): بحث پیرامون مدل‌های کارآمد رابطه و شناسایی اهداف مشترک زوجین، آغاز فرایند خودتغییری به محض مشخص شدن اهداف پنجم (بازنگری): ارزیابی صلاحیت‌های مورد نیاز برای خودتغییری و تأثیر آن بر رابطه، همچنین، شناسایی نقش موقعیت‌های پرخطر در روابط و نحوه برخورد با این شرایط ششم (جنبه روانی-تربیتی رابطه): جنبه روانی-تربیتی به معنای رشد مهارت‌های خودنظم‌بخشی است. در حالیکه همسران درک خود را از مراحل سازگاری و عوامل مؤثر بر آن فرایند افزایش می‌دهند، آنها توانایی بهتری برای ارزیابی ارتباط فعلی و تنظیم اهداف خودتغییری پیدا می‌کنند هفتم (تغییر رهنمودی): آموزش تمرینات ساختاریافته و مهارت‌های ارتباطی و گفتگوی مؤثر به آزمودنی‌هایی که اهداف ارتباطی مشترک را مشخص و خودتغییری را شروع کرده‌اند هشتم (ادامه تغییر رهنمودی): نتایج خودتغییری ارزشیابی می‌شوند و تلاش‌هایی به منظور تعمیم و حفظ این نتایج انجام می‌شود. انجام پس‌آزمون و دو ماه بعد دوره پیگیری

جدول ۲- خلاصه محتوای زوج‌درمانی پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل Gehart [۲۴] در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر سال ۱۳۹۹

جلسه/محتوای جلسه
اول (برقراری ارتباط): مشخص کردن انتظارات و اهداف، قراردادهای اولیه دوم (مفهوم‌سازی مشکل): مفهوم‌سازی مشکل از دیدگاه اعضا و مشاور (استعاره چاله و بیلچه) سوم (ماندن یا رفتن): انتخاب، ارتباط سالم (گشودگی، تمرکز و اشتیاق) چهارم (مشکل زوجین): حصار ذهن و رهایی از آن، تضعیف انتظارات، ارزش‌های واضح و تسلط بر مهارت‌ها برای حرکت در جهت ارزش، یکی شدن با همسر (گشودگی، پذیرش و کنجکاوی) و تمایل به رنج، معرفی روش‌های کنترل پنجم (ارزش‌ها): ارزش‌های زوجی، شناسایی موانع در برابر ارزش‌ها، انتخاب یک ارزش زوجی و عینی کردن آن ششم (موانع درونی): شناسایی موانع عمل، پذیرش و گسلش هفتم (موانع بیرونی): پادزهر موانع بیرونی و تغییر براساس حل مسئله هشتم (مه روانشناختی): معرفی مه روانشناختی و لایه‌های آن (بایدها، ای کاش، فقط اگر ... گذشته دردناک، آینده ترسناک)

یافته‌ها

۵/۰۶ ± ۳۸/۱۱ و ۴/۶۲ ± ۳۷/۹۲ سال بود. آزمون مجذور کای نشان داد تفاوت معنی‌داری بین آزمودنی‌ها از نظر ویژگی‌های دموگرافیک وجود ندارد.

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در برنامه زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی، زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل به ترتیب ۴/۸۹ ± ۳۷/۸۱،

جدول ۳- ویژگی‌های دموگرافیک در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه=۲۰)

متغیر دموگرافیک	گروه زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی	گروه زوج‌درمانی پذیرش و تعهد	گروه کنترل	P
	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	
تحصیلات آزمودنی	۳۰ (۶)	۲۰ (۶)	۳۵ (۷)	۰/۲۷۱
	۵۵ (۱۱)	۶۰ (۱۲)	۵۰ (۱۰)	
	۱۵ (۳)	۱۰ (۲)	۱۵ (۳)	
تحصیلات همسر	۳۵ (۷)	۳۰ (۶)	۴۰ (۸)	۰/۱۹۸
	۳۵ (۷)	۴۰ (۸)	۳۰ (۶)	
	۳۰ (۶)	۳۰ (۶)	۳۰ (۶)	
شغل آزمودنی	۸۰ (۱۶)	۸۵ (۱۷)	۸۰ (۱۶)	۰/۵۰۳

		(۲) ۱۰	(۲) ۱۰	(۱) ۵	شاغل-دولتی	
		(۲) ۱۰	(۱) ۵	(۳) ۱۵	شاغل-آزاد	
۰/۳۱۹		(۶) ۳۰	(۸) ۴۰	(۵) ۲۵	شاغل-دولتی	شغل همسر
		(۱۴) ۷۰	(۱۲) ۶۰	(۱۵) ۷۵	شاغل-آزاد	
۰/۱۴۰		(۶) ۳۰	(۵) ۲۵	(۵) ۲۵	۵ سال و یا کمتر	طول مدت ازدواج
		(۷) ۳۵	(۸) ۴۰	(۹) ۴۵	۶ الی ۱۰ سال	
		(۷) ۳۵	(۷) ۳۵	(۶) ۳۰	۱۱ سال و بیشتر	
۰/۲۲۳		(۴) ۲۰	(۲) ۱۰	(۳) ۱۵	ندارد	تعداد فرزند
		(۶) ۳۰	(۸) ۴۰	(۴) ۲۰	۱ فرزند	
		(۱۰) ۵۰	(۱۰) ۵۰	(۱۳) ۶۵	۲ و یا بیشتر	
۰/۴۱۱		(۳) ۱۵	(۵) ۲۵	(۴) ۲۰	ضعیف	وضعیت اقتصادی
		(۱۱) ۵۵	(۹) ۴۵	(۱۰) ۵۰	متوسط	
		(۶) ۳۰	(۶) ۳۰	(۶) ۳۰	خوب	
۰/۱۷۳		(۱۱) ۵۵	(۱۱) ۵۵	(۱۳) ۶۵	مستأجر	وضعیت مسکن
		(۹) ۴۵	(۹) ۴۵	(۷) ۳۵	شخصی	

نوع آزمون: مجذور کای، * $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

هر یک از عوامل هفت‌گانه آن در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری دو ماهه در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است (جدول ۴).

در جدول ۴ آماره‌های توصیفی پژوهش در مراحل پیش-پس‌آزمون و دوره پی‌گیری ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد میانگین نمره کل عادات مخرب در زندگی زناشویی و

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمره عادات مخرب زندگی زناشویی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه=۲۰)

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پی‌گیری
		انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
انتقاد	SRCT	۱۷/۱۸ \pm ۱/۶۶	۱۳/۱۰ \pm ۱/۵۱	۱۲/۹۵ \pm ۲/۹۷
	ACCT	۱۶/۴۳ \pm ۲/۲۱	۱۱/۲۲ \pm ۱/۷۷	۱۱/۱۶ \pm ۱/۶۸
	کنترل	۱۶/۱۹ \pm ۲/۲۵	۱۶/۵۶ \pm ۴/۱۹	۱۶/۶۳ \pm ۴/۱۵
غرغر کردن	SRCT	۱۷/۰۵ \pm ۴/۸۹	۱۲/۸۵ \pm ۲/۶۶	۱۲/۱۴ \pm ۱/۹۱
	ACCT	۱۶/۴۳ \pm ۷/۰۵	۱۳/۳۹ \pm ۴/۲۸	۱۳/۲۵ \pm ۳/۱۰
	کنترل	۱۶/۹۷ \pm ۵/۲۶	۱۷/۰۶ \pm ۴/۶۶	۱۷/۱۰ \pm ۴/۷۲
سرزنش‌گری	SRCT	۱۷/۴۹ \pm ۲/۱۰	۱۴/۱۳ \pm ۱/۸۰	۱۴/۰۹ \pm ۱/۹۸
	ACCT	۱۸/۵۷ \pm ۳/۶۶	۱۵/۴۲ \pm ۱/۲۲	۱۵/۳۱ \pm ۱/۱۹
	کنترل	۱۸/۳۷ \pm ۳/۸۳	۱۸/۵۱ \pm ۴/۰۰	۱۸/۴۹ \pm ۳/۹۵
تهدید	SRCT	۱۶/۶۳ \pm ۲/۵۹	۱۲/۵۱ \pm ۳/۰۶	۱۲/۴۳ \pm ۱/۷۷
	ACCT	۱۷/۴۸ \pm ۱/۳۲	۱۲/۱۷ \pm ۲/۵۶	۱۱/۹۴ \pm ۱/۶۶
	کنترل	۱۶/۲۸ \pm ۱/۴۴	۱۶/۴۳ \pm ۲/۱۶	۱۶/۴۴ \pm ۲/۲۴
حق حساب دادن	SRCT	۱۶/۰۰ \pm ۳/۹۰	۱۳/۵۴ \pm ۱/۱۸	۱۳/۳۱ \pm ۱/۱۰
	ACCT	۱۵/۱۴ \pm ۵/۲۶	۱۲/۰۰ \pm ۳/۳۹	۱۲/۰۲ \pm ۳/۴۵
	کنترل	۱۵/۴۳ \pm ۴/۸۷	۱۵/۹۳ \pm ۶/۱۳	۱۵/۸۷ \pm ۵/۱۷
تنبیه	SRCT	۱۷/۶۶ \pm ۲/۴۷	۱۵/۱۲ \pm ۱/۷۳	۱۵/۰۴ \pm ۱/۲۷
	ACCT	۱۶/۰۰ \pm ۳/۱۱	۱۴/۶۶ \pm ۱/۵۴	۱۴/۵۸ \pm ۱/۳۶
	کنترل	۱۷/۷۶ \pm ۳/۸۴	۱۸/۰۵ \pm ۱/۸۵	۱۸/۱۱ \pm ۲/۱۰
گله و شکایت	SRCT	۱۵/۸۶ \pm ۶/۲۲	۱۳/۱۲ \pm ۳/۳۲	۱۳/۰۹ \pm ۳/۱۸
	ACCT	۱۵/۱۹ \pm ۵/۱۸	۱۲/۳۱ \pm ۳/۴۶	۱۲/۳۰ \pm ۳/۴۲
	کنترل	۱۶/۰۴ \pm ۵/۱۳	۱۶/۱۵ \pm ۴/۸۸	۱۶/۱۶ \pm ۴/۸۳
عادات مخرب زندگی زناشویی	SRCT	۱۱۷/۸۷ \pm ۲۳/۸۳	۹۴/۳۷ \pm ۱۵/۲۶	۹۳/۰۵ \pm ۱۴/۱۸
	ACCT	۱۱۵/۲۴ \pm ۲۷/۷۹	۹۱/۱۷ \pm ۱۸/۲۲	۹۰/۵۶ \pm ۱۵/۸۶
	کنترل	۱۱۷/۰۴ \pm ۲۶/۶۲	۱۱۸/۶۹ \pm ۲۷/۸۷	۱۱۸/۸۰ \pm ۲۷/۱۶

ACCT (زوج‌درمانی پذیرش و تعهد) و SRCT (زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی)

برقرار بود ($F=0/301$ و $p=0/411$). بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد تعامل بین پیش‌آزمون و گروه برای

جهت بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها از آزمون کالموگراف-اسمیرنوف استفاده شد که شرط نرمال بودن داده‌ها

پیش‌فرض‌ها، تمامی مفروضات برای انجام تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر برقرار بود.

جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمرات عادات مخرب در زندگی زناشویی و ابعاد آن در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین، نمرات متغیرهای وابسته گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پی‌گیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارند ($p < 0/05$). تأثیر مداخلات زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و خودنظم‌بخشی بر کاهش عادات مخرب در زندگی زناشویی و ابعاد آن بعد از دو ماه پی‌گیری نیز پابرجا بوده است ($p < 0/05$). برای بررسی اندازه اثر از مجذور اتای جزئی استفاده شد. مجذور اتا برای متغیر عادات مخرب در زندگی زناشویی و ابعاد آن بیشتر از $0/10$ بود که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها قابل‌توجه است. نتایج گویای آن است که مداخلات درمانی بر کاهش عادات مخرب زندگی زناشویی آزمودنی‌ها اثربخش بوده است.

متغیرهای وابسته (پس‌آزمون‌ها) معنی‌دار نبود، بنابراین شیب‌های رگرسیون در سه گروه همسان تلقی شد.

مفروضه همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته با آزمون کرویت موچلی بررسی شد. سطح معنی‌داری برای هر یک از ابعاد عادات مخرب در زندگی زناشویی، $0/001$ بود، لذا فرض کرویت رد می‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت باعث می‌شود آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای افزایش دقت آماره F ، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر و هاین-فلت تصحیح می‌کنند. Pituch و Stevens [۲۷] پیشنهاد می‌کنند اگر مقدار اپسیلون بزرگ‌تر از $0/75$ باشد، از تصحیح هاین-فلت، و اگر کوچک‌تر از $0/75$ باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده شود. براین اساس در پژوهش حاضر از آزمون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شد. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد، که این مفروضه نیز رعایت شده بود ($p = 0/198$ و $F = 1/334$, Box's $M = 10/876$). با توجه به

جدول ۵- آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر عادات مخرب زندگی زناشویی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر در سال ۱۳۹۹ در سه مرحله اجرا

متغیر وابسته	منابع تغییر	آماره F	p	مجذور اتا	توان آماری
انتقاد	مرحله	۱۶/۱۹	* $0/31$	$0/498$	$0/595$
	گروه	۲۱/۴۶	* $0/26$	$0/366$	$0/622$
	مرحله * گروه	۱۵/۷۹	* $0/15$	$0/562$	$0/714$
عُزْرُ کردن	مرحله	۱۴/۳۸	* $0/12$	$0/391$	$0/434$
	گروه	۱۷/۴۴	* $0/08$	$0/567$	$0/397$
	مرحله * گروه	۱۵/۷۹	* $0/10$	$0/491$	$0/608$
سرزنش‌گری	مرحله	۳۱/۰۶	* $0/14$	$0/591$	$0/533$
	گروه	۲۳/۸۲	* $0/27$	$0/421$	$0/486$
	مرحله * گروه	۱۹/۶۲	* $0/11$	$0/585$	$0/690$
تهدید	مرحله	۵/۱۱	* $0/16$	$0/243$	$0/561$
	گروه	۳/۴۵	* $0/14$	$0/287$	$0/615$
	مرحله * گروه	۸/۶۶	* $0/18$	$0/449$	$0/589$
حق حساب دادن	مرحله	۱۵/۴۰	* $0/17$	$0/392$	$0/490$
	گروه	۱۹/۰۳	* $0/19$	$0/610$	$0/476$
	مرحله * گروه	۱۷/۵۶	* $0/12$	$0/590$	$0/618$
تنبیه	مرحله	۲۲/۰۹	* $0/04$	$0/565$	$0/588$
	گروه	۲۵/۸۶	* $0/17$	$0/622$	$0/675$
	مرحله * گروه	۲۱/۴۳	* $0/09$	$0/610$	$0/622$
گله و شکایت	مرحله	۱۳/۲۲	* $0/11$	$0/487$	$0/682$
	گروه	۱۸/۹۶	* $0/16$	$0/512$	$0/712$
	مرحله * گروه	۱۷/۷۲	* $0/08$	$0/609$	$0/741$
عادات مخرب زندگی زناشویی	مرحله	۳۹/۱۳	* $0/19$	$0/561$	$0/665$
	گروه	۴۴/۵۹	* $0/22$	$0/622$	$0/721$
	مرحله * گروه	۳۶/۷۳	* $0/14$	$0/619$	$0/706$

نتایج بر اساس اصلاح گرین‌هاوس-گیسر ارائه شده است؛ * $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

بین دو روش مداخله در عادات مخرب در زندگی زناشویی معنی‌دار است ($P < 0/05$) و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش عادات مخرب در زندگی زناشویی اثربخش‌تر از زوج‌درمانی خودنظم‌بخش عمل کرده است (جدول ۶).

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برحسب مقایسه دو گروهی نشان داد تفاوت میانگین دو روش مداخله با گروه کنترل برای عادات مخرب در زندگی زناشویی و هر یک از ابعاد هفت‌گانه آن در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پی‌گیری معنی‌دار است ($P < 0/05$). همچنین، نتایج نشان می‌دهد که تفاوت میانگین

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه زوجی میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری در متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	گروه مینا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	P
انتقاد	ACCT و SRCT	-۱/۲۴۴	۰/۰۹۰
	ACCT و کنترل	-۱/۶۸۹	۰/۰۱۳*
	SRCT و کنترل	-۱/۴۴۴	۰/۰۲۹*
غرغر کردن	ACCT و SRCT	-۰/۶۰۷	۰/۳۷۱
	ACCT و کنترل	-۱/۲۶۱	۰/۰۰۷*
	SRCT و کنترل	-۱/۸۴۴	۰/۰۲۶*
سرزنش‌گری	ACCT و SRCT	-۱/۱۵۶	۰/۱۳۸
	ACCT و کنترل	-۱/۶۸۹	۰/۰۱۳*
	SRCT و کنترل	-۱/۵۳۳	۰/۰۲۱*
تهدید	ACCT و SRCT	۰/۱۷۸	۰/۹۹۹
	ACCT و کنترل	۱/۱۸۸	۰/۰۴۵*
	SRCT و کنترل	۱/۱۰۱	۰/۰۳۶*
حق حساب دادن	ACCT و SRCT	-۰/۴۴۴	۰/۸۵۹
	ACCT و کنترل	-۲/۰۴۴	۰/۰۱۵*
	SRCT و کنترل	-۱/۶۰۰	۰/۰۴۰*
تنبیه	ACCT و SRCT	۱/۴۲۲	۰/۰۵۹
	ACCT و کنترل	-۲/۲۰۰	۰/۰۰۱*
	SRCT و کنترل	-۱/۲۰۵	۰/۰۱۴*
گله و شکایت	ACCT و SRCT	-۰/۷۷۸	۰/۳۳۱
	ACCT و کنترل	-۱/۹۳۳	۰/۰۰۱*
	SRCT و کنترل	-۱/۱۵۶	۰/۰۳۹*
عادات مخرب زندگی زناشویی	ACCT و SRCT	۰/۹۲۴	۰/۷۶۳
	ACCT و کنترل	-۲/۵۹۴	۰/۰۱۳*
	SRCT و کنترل	-۱/۸۸۶	۰/۰۲۸*

ACCT (زوج‌درمانی پذیرش و تعهد) و SRCT (زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی) * $p < 0/05$ اختلاف معنی‌داری

بحث

می‌یابد. Kazemi و همکاران [۱۱] نیز نشان دادند میانگین نمره پرخاشگری ارتباطی پنهان زناشویی و نارسایی هیجانی بعد از شرکت زوجین متعارض در ۸ جلسه زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی کوتاه‌مدت، کاهش یافته است. HabibalaZadeh و همکاران [۱۳] نیز همسو با یافته حاضر نشان دادند دو شیوه رفتاردرمانی دیالکتیک و زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بر کاهش طلاق عاطفی اثربخش بوده‌اند. در زمینه عوامل مؤثر بر کارایی زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی، Halford [۲۳] موثرترین عامل را تأکید زیاد این رویکرد بر فرایند ارزیابی و تشویق آزمودنی برای ارزیابی دقیق رابطه خود می‌داند. ارزیابی

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی و پذیرش و تعهد بر عادات مخرب زندگی زناشویی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر انجام شد. نتایج نشان داد زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی بر کاهش عادات در زندگی زناشویی و ابعاد آن اثربخش بوده است. این نتیجه با یافته Roshan و همکاران [۱۲] همسو می‌باشد، که نشان دادند نمره تعارض و عادات منفی زناشویی زوجین متعارض وقتی در برنامه زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی شرکت می‌کنند، به‌طور قابل‌توجهی کاهش

دقیق رابطه زوجین اجازه می‌دهد که نقاط قوت و ضعف عادت‌های خود در رابطه را به خوبی بشناسند. نگرش التقاطی زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی به زوجین و درمانگر امکان استفاده از تکنیک‌های مختلف را با توجه به عامل مؤثر بر تعارض می‌دهد.

همچنین، می‌توان تبیین کرد زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی به واسطه مواجهه مستقیم زوجین با تفاسیر نادرست آن‌ها از یکدیگر و روابطشان مؤثر می‌افتد. این درمان از طریق افزایش مبادله مثبت میان زوجین و همچنین، بهبود کیفیت ارتباط باعث افزایش سازگاری و رضایت‌مندی زوجین می‌شود. این نتیجه همخوان با نتایج حاصل از زوج‌درمانی‌های شناختی-رفتاری است که در میان تعارضات زناشویی، به ضرورت اصلاح تفاسیر و باورهای منفی به عنوان مقدمه‌ای بر حل مشکلات زناشویی باور دارد. این رویکرد از طریق افزایش مبادله مثبت رفتار، افزایش ابراز مستقیم محبت و مواجهه با عواطف مثبت و نیز کمک به زوجین در شناخت نقش خود در تعارضات بین‌فردی و تعمیق صمیمیت مؤثر می‌گردد، که چنین مبادله مثبتی میان زوجین موجب افزایش رفتار سازگارانه و کاهش عادات مخرب در روابط زناشویی می‌شود. بنابراین، می‌توان استدلال نمود که وقتی فرد در جلسات خودنظم‌بخشی شرکت می‌کند به وی این فرصت داده می‌شود تا به ارزیابی و جستجوی زمینه‌های مشترک در زندگی زناشویی بپردازد. همین ایجاد درک مشترک از مشکلات و روابط زناشویی و ارزیابی آسیب‌پذیری و مشکلات شخصی به یافتن زمینه‌های مشترک و مثبت بین زوجین کمک می‌کند و منجر به درک بیشتر از سازگاری می‌شود. در واقع، وقتی زوجین به جای تفاوت‌ها و خواسته‌های فردی به مسائل مشترک توجه می‌کنند که این امر منجر به مشارکت بیشتر فرد در زندگی شده و به این ترتیب فرد عادات منفی و مخرب خود را راحت‌تر شناسایی کرده و کنار می‌گذارد.

دیگر یافته پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های Bakhshipour و همکاران [۲۸] و Jamshidzahi و همکاران [۲۹] حاکی از آن بود که زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر بهبود عادات در زندگی زناشویی و ابعاد آن بعد از شرکت در جلسات درمانی اثربخش بوده است. Bakhshipour و همکاران [۲۸]

نشان دادند شرکت در ۱۲ جلسه زوج‌درمانی به شیوه پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون منجر به کاهش آشفتگی زناشویی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوجین متقاضی طلاق شده است. Jamshidzahi و همکاران [۲۹] نیز نشان دادند زوج‌درمانی به شیوه پذیرش و تعهد بعد از ۸ جلسه در آزمودنی‌های گروه آزمایش منجر به کاهش میل به طلاق شده است. در همین راستا و همخوان با یافته پژوهش حاضر Joulazadeh-Esmaeli و همکاران [۳۰] نیز دریافتند که ۸ جلسه درمان به شیوه پذیرش و تعهد بر بهبود هیجانات زوجین ناسازگار اثربخش بوده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در زوج‌درمانی به شیوه پذیرش و تعهد، تمرینات تعهد رفتاری به همراه شیوه‌های گسلش و پذیرش و بحث‌های مفصل درباره ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، به افزایش مهارت ارتباطی و تصمیم‌گیری و سازگاری زناشویی منجر می‌شود. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجارب درونی این بود که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده خود را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی خود آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به اجرای آنچه در زندگی برای‌شان مهم است، بپردازند. در واقع، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند و به جای تلاش برای متوقف ساختن آن‌ها، از افراد خواسته می‌شود در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار، احساس و رفتار کنند. بنابراین، پذیرش و گسلش می‌تواند زمینه‌ساز تغییر هیجانات و شناخت‌های زوجین نسبت به یکدیگر، عادات زناشویی و مهارت‌های ارتباطی شود که این امر مهارت ارتباطی را افزایش و عادات ناکارآمد در زندگی مشترک را کاهش می‌دهد.

پژوهش حاضر نشان داد زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عادات مخرب در زندگی مشترک سودمندی بیشتری داشته است. علت آن را می‌توان هم به فواید زوج‌درمانی و هم به فواید رویکرد پذیرش و تعهد نسبت داد. زوج‌درمانی باعث می‌شود زوجین در نتیجه تلاش طرف مقابل برای تعدیل ناراحتی‌های زناشویی، تلاش خود را افزایش دهند. همچنین، روش پذیرش و تعهد با ایجاد توافق و آموزش

شیوه‌های سازگار شدن با جنبه‌های غیرقابل تحمل زندگی مشترک به جای تلاش برای مدیریت آن‌ها نقش مؤثری در کنترل آشفتگی فکری، عاطفی و عادات رفتاری بین فردی دارد. در این روش، کشف ارزش‌ها و چگونگی ایجاد یک زندگی پرمعنا برای خود و همسر از طریق ایجاد ارزش‌های شخصی آموزش داده می‌شود، لذا زوجین به تمام تجارب زندگی خود توجه می‌کنند تا روش‌هایی برای زندگی کردن به شیوه کارآمدتر بیابند.

این روش افراد را ترغیب می‌کند فرایندهای فکری را به عنوان یک عملکرد لازم و واقعی برای سازگاری بپذیرند و طرح‌واره‌های منفی از زندگی زناشویی کاهش یابد. سودمندی زوج‌درمانی پذیرش و تعهد در این پژوهش با یافته‌های Reardon و همکاران [۳۱] در مورد بهبود روابط و کاهش خشونت جنسی در زندگی مشترک، Howard و همکاران [۳۲] در مورد اثربخشی این رویکرد بر مدیریت هیجانات و ادراک حمایت زنان، Enjezab و همکاران [۳۳] در مورد اثربخشی این رویکرد بر افزایش خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی زناشویی زنان، Witlox و همکاران [۳۴] مبنی بر اثربخشی بالاتر این رویکرد بر تعدیل مشکلات عاطفی و رفتاری در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری متداول و Paulos-Guarnieri و همکاران [۳۵] که نشان دادند رویکرد پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت خواب و کاهش مشکلات رفتاری اثربخش‌تر از رویکردهای متداول بوده است، همخوان می‌باشد. علت تأثیر زوج‌درمانی پذیرش و تعهد را می‌توان به راهبردها و استراتژی‌های این رویکرد نسبت داد. این درمان رنج انسان را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و بی‌معنایی می‌داند که شامل آمیختگی، ارزشیابی، اجتناب و دلیل‌آوری است و درمان را حرکت از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به سوی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌داند، زیرا انعطاف‌پذیری شامل اجتناب و درهم‌آمیختگی شناختی است و درمان پذیرش و تعهد با تغییر میزان اجتناب باعث کاهش انعطاف‌ناپذیری روانی و عادات مخرب زندگی زناشویی می‌شود. هر پژوهشی با محدودیت‌هایی همراه است و این پژوهش

نیز از این امر مستثنی نیست. با توجه به این‌که آزمودنی‌ها زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر بودند،

باید در تعمیم یافته‌ها به جوامع دیگر ایران با فرهنگ‌ها و آداب و رسوم محلی متفاوت، جانب احتیاط را رعایت کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس، استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی و تک‌بعدی بودن ارزیابی متغیرها (ارزیابی متغیر وابسته صرفاً با یک ابزار کمی) اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود محققان علاقمند به این حوزه، این پژوهش را در بین دیگر افراد جامعه (متقاضیان طلاق، درگیر با روابط فرازناشویی، خشونت خانگی و ...) مطالعه نمایند و از سایر طرح‌های آزمایشی و با نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند. عدم امکان انجام دوره پی‌گیری طولانی (۶ ماهه) نیز از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود تأثیر این مداخلات در دوره‌های بلندمدت پی‌گیری شود تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص شود. با توجه به اثربخشی بیشتر زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر تعدیل عادات مخرب زناشویی، پیشنهاد می‌شود مشاوران خانواده و زوج‌درمانگران، فنون و روش‌های کاربردی این رویکرد را فرا گرفته و در مراکز مشاوره و محیط‌های بالینی جهت کاهش مشکلات زناشویی به کارگیرند.

نتیجه‌گیری: زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی و

زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب افزایش روابط بین زوجین و کاهش عادات مخرب زندگی زناشویی می‌شوند. در واقع، هر دو رویکرد در درمان آسیب‌های حاصل از روابط بین زوجین مؤثر بودند. به مشاوران و درمانگران خانواده پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت روابط بین زوجین در پیشگیری از اضمحلال بنیادهای خانواده و ارتقای روابط زناشویی آسیب دیده به آموزش این مهارت‌ها اقدام نمایند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی، محمد رضا توکلی است. عزت دیره استاد راهنما و ناصر امینی مشاور بودند.

همکاری صادقانه شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر می‌شود.
این پژوهش با بودجه شخصی نویسنده اول مقاله و بدون دریافت حمایت مالی از هر نهاد یا مؤسسه‌ای انجام شده است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مسئولین محترم مراکز مشاوره شهر بوشهر که امکان اجرای این پژوهش فراهم ساختند و همچنین، از

References

- Skult N, Smed J. The marriage of quantum computing and interactive storytelling. In *Games and Narrative: Theory and Practice*. Springer, Cham, 2022;191-206.
- Meyer D, Sledge R. The relationship between conflict topics and romantic relationship dynamics. *JFI* 2022; 43(2):306-23.
- Adler-Baeder F, Futris TG, McGill J, Richardson EW, Dede Yildirim E. Validating the couple relationship skills inventory. *Family Relations* 2022; 71(1):279-306.
- Nafisa H, Ratnasari Y. Prediction of attitudes towards infidelity among married individuals based on marital satisfaction and grateful disposition. In *3rd Tarumanagara International Conference on the Applications of Social Sciences and Humanities*, Atlantis Press 2022; 1593-99.
- Boiman-Meshita M, Littman-Ovadia H. Is it me or you? An actor-partner examination of the relationship between partners' character strengths and marital quality. *Journal of Happiness Studies* 2022; 23(1):195-210.
- Fan W, Qian Y. Constellations of gender ideology, earnings arrangements, and marital satisfaction: a comparison across four East Asian societies. *Asian Population Studies* 2022; 18(1):24-40.
- Kanter JB, Lavner JA, Lannin DG, Hilgard J, Monk JK. Does couple communication predict later relationship quality and dissolution? a meta-analysis. *JMF* 2022; 84(2):533-51.
- Sackett CR, Cook RM. An exploration of client experiences in a combination of individual and family counseling. *The Family Journal* 2022; 30(1):102-10.
- Schmit MK, Schmit EL, Lenz AS, Hawkins J, Silveus SA, Chuyou-Campbell C. Meta-analysis of behavioral couples therapy for increasing abstinence from substance use and relationship adjustment. *CORE* 2022; 13(1):57-71.
- Endeweld M, Herbst-Debby A, Kaplan A. Do the privileged always win? economic consequences of divorce by income and gender groups. *Social Indicators Research* 2022; 159(1):77-100.
- Kazemi N, Narimani M, SadeghiHashjin G, Basharpour S. The effectiveness of brief self-regulation couple therapy (SRCT) on reducing marital covert relational aggression, changing of communication patterns and reduction of alexithymia among conflicting couples. *JPS* 2022; 20(108):2225-38. [Persian]
- Roshan R, Alinaghi A, Tavoli A. Effectiveness of self-Regulation couple therapy on marital conflicts. *Clinical Psychology Studies* 2011; 1(1):1-14. [Persian]
- HabibalahZadeh H, ShafiAbady A, Ghamari M. A Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and self-regulated couple therapy on reducing emotional divorce in couples. *Women Studies* 2020; 11(31):43-63. [Persian]
- Jones C M, Schüz B. Stable and momentary psychosocial correlates of everyday smoking: an application of temporal self-regulation theory. *Journal of Behavioral Medicine* 2022; 45(1):50-61.
- Farahani F, Dokaneifard F, Delavar A. Comparison the effectiveness of couple therapy by method of self-regulated and acceptance and commitment on mental health of couples. *Journal of Social Psychology* 2018; 6(48):45-55. [Persian]
- Potts S, Krafft J, Levin ME. A pilot randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy guided self-help for overweight and obese adults high in weight self-stigma. *Behavior Modification* 2022; 46(1):178-201.
- Carvalho SA, Skvarc D, Barbosa R, Tavares T, Santos D, Trindade IA. A pilot randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy versus compassion-focused therapy for chronic illness. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2022; 29(2):524-41.
- Vasiliou VS, Karademas EC, Christou Y, Papacostas S, Karekla M. Mechanisms of change in acceptance and commitment therapy for primary headaches. *EJP* 2022; 26(1):167-80.
- Reyes AT. The process of learning mindfulness and acceptance through the use of a mobile app based on acceptance and commitment therapy: a grounded theory analysis. *Issues in Mental Health Nursing* 2022; 43(1):3-12.
- Namvaran Germi K, Moradi A, Farzad V, Zaharakar K. Phenomenology of marital attraction among Iranian spouses: a qualitative study. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2022; 11(32):1-24. [Persian]
- Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *BRM* 2009; 41(4):1149-60.
- Moltafet H, Shahpari D, MohebiMeymandi M, Hashemi F. A Study of the Dynamics of Divorce in Iran in the Period 2005-2015. *Journal of Family Research* 2020; 16(4):547-68. [Persian]

23. Halford W K. Brief couple therapy for couples. New York: Guilford publication. 2001.
24. Gehart DR. Mindfulness and acceptance in couple and family therapy. First edition. New York: Springer Science-Business Media. 2012.
25. Fatahi M, Dehghani M. Analysis of the perceptions of the students of the faculty of psychology and educational sciences, university of Tehran college based on the concept of thought management. JAPR 2022; 12(4):139-74. [Persian]
26. Mohammadi S, Pirkhaefi A. Construction and standardization of quality of marital relationships (QMR) scale based on Glasser's choice theory. Quarterly of Educational Measurement 2015; 5(18):45-76. [Persian]
27. Pituch KA, Stevens, JP. (2016). Applied multivariate statistics for the social sciences: Analyses with SAS and IBMs SPSS .6nd Ed. NewYork: Publisher Routledge.
28. Bakhshipour A, Shojaei KalateBali N, Behjat A, Fooladi A. Effect acceptance and commitment couple therapy on marital distress, psychological flexibility and social concern in divorce applicant couples. Journal of Social Psychology 2020; 7(54):27-38. [Persian]
29. Jamshidzahi B, Kahrazai F, Shirazi M. The efficacy of positive couple therapy and treatment based on acceptance and commitment on the desire for divorce. JPS 2021; 20(106):1881-95. [Persian]
30. Joulazadeh Esmaeli AA, Karimi J, Goodarzy K, Asgari M. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and emotionally focused couple therapy on depression and marital adjustment. Journal of Clinical Psychology 2021; 13(1):47-64. [Persian]
31. Reardon KW, Lawrence E, Mazurek C. Adapting acceptance and commitment therapy to target intimate partner violence. Partner Abuse 2020; 11(4):447-65.
32. Howard S, Houghton CMG, White R, Fallon V, Slade P. The feasibility and acceptability of a single-session acceptance and commitment therapy intervention to support women self-reporting fear of childbirth in a first pregnancy. Psychology & Health 2022; 1-22.
33. Enjezab B, Rejaezadeh M, Bokaie M, Salimi H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual self-efficacy and sexual quality of life in reproductive-age women: a randomized controlled trial. JSMT 2022; 47(8):764-72.
34. Witlox M, Kraaij V, Garnefski N, Bohlmeijer E, Smit F, Spinhoven P. Cost-effectiveness and cost-utility of an acceptance and commitment therapy intervention vs. a cognitive behavioral therapy intervention for older adults with anxiety symptoms: a randomized controlled trial. PloS one 2022; 17(1), e0262220.
35. Paulos-Guarnieri L, Linares IMP, El Rafihi-Ferreira R. Evidence and characteristics of acceptance and commitment therapy based interventions for insomnia: a systematic review of randomized and non-randomized trials. Journal of Contextual Behavioral Science 2022; 23, 1-14.

Comparison of the Effectiveness of Couple Therapy based on Self-Regulated and Acceptance and Commitment on Destructive Marriage Habits of Married Women Referring to Consulting Centers in the City of Bushehr

Tavakoli MR¹, Deyreh E², Amini N²

1-PhD Student, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Bushehr Branch, Bushehr, Iran.

2-Assistant Prof, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Bushehr Branch, Bushehr, Iran.

Email: ezatdeyreh@gmail.com, Tel: 09177736156

Received: 11 May 2022

Accepted: 29 April 2023

Introduction: The rising divorce rate in Iranian society is a clear sign of the turmoil in marital life in Iranian families; thus, effective interventions to control this turmoil are essential. Therefore, this study compares the effectiveness of self-regulated- and acceptance and commitment-based couple therapies on destructive marriage habits of married women.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental of pre-test, post-test, and two-month follow-up. All married women referring to counseling and psychotherapy centers in Bushehr in 2019-220 formed the statistical population of the study, of whom, by available sampling, 60 were selected and randomly assigned to three equal groups. Therapeutic interventions were applied to the experimental groups in 8 sessions (2 sessions of 90 minutes per week), while the control group did not receive any intervention. The Quality of Marital Relationships Scale (Mohammadi & Pirkhaefi, 2015) was used to collect data. Data were analyzed by using analysis of variance with repeated measures.

Results: The results showed that the changes in the destructive marriage habits and their dimensions (criticizing, nagging, blaming, threatening, rewarding to control/bribing, punishing, complaining) in both experimental groups were significant compared to the control group in the post-test and follow-up phases, and both treatment methods reduced the destructive marriage habits in the women ($p < 0.05$). Also, the comparison of the two treatment methods showed that couple therapy based on acceptance and commitment worked more beneficially than that based on self-regulated ($p < 0.05$).

Conclusion: Self-regulated- and acceptance and commitment-based couple therapy may be used by family and couple counselors as an effective, inexpensive, and easy method to administer interventions to increase the quality of the marital relationship.

Keywords: Couple therapy, Self-regulated, Acceptance and commitment, Destructive marriage habits, Women

Please cite this article as follows:

Tavakoli MR, Deyreh E, Amini N. Comparison of the Effectiveness of Couple Therapy based on Self-Regulated and Acceptance and Commitment on Destructive Marriage Habits of Married Women Referring to Consulting Centers in the City of Bushehr. *Community Health journal* 2023; 17 (1): 63-75.

Funding: This research was funded by the Islamic Azad University Bushehr Branch.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Ethical Approval: The ethics committee of the Islamic Azad University, Bushehr Branch, approved the study. (IR.BPUMS.REC.1399.136)