

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دیدگاه فهمی همسر و جهت‌گیری هدف زناشویی در زنان متأهل

محمد رضا توکلی^۱، ناصر امینی^{۲*}، مولود کیخسروانی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۳

خلاصه

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

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح 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 که با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به‌صورت 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 مقیاس دیدگاه فهمی همسر (ODPT) و پرسشنامه جهت‌گیری هدف زناشویی (KMGOS) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: هر دو روش درمانی موجب افزایش دیدگاه فهمی همسر و جهت‌گیری هدف زناشویی در زنان متأهل شدند ($p < 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که در میزان اثربخشی دو روش زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته جهت‌گیری هدف زناشویی و دیدگاه فهمی همسر تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: استفاده از مداخلات مبتنی بر درمان خودنظم‌بخشی و پذیرش و تعهد می‌تواند موجب افزایش دیدگاه فهمی همسر و جهت‌گیری هدف زناشویی در زنان متأهل شود.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی، خودنظم‌بخشی، پذیرش و تعهد، دیدگاه فهمی، جهت‌گیری هدف زناشویی

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

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

پست الکترونیکی: amini_n2010@yahoo.com. تلفن: 09177722972

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاداسلامی، بوشهر، ایران.

مقدمه

یکی از نیازهای عاطفی انسان، ایجاد روابط انسانی است و در این میان ازدواج به عنوان مهم ترین و اصلی ترین عامل ارتباطی میان انسان ها معرفی شده است [۱]. در بین عوامل مؤثر بر روابط زوجین، یکی از عواملی که اخیراً در ادبیات مشاوره خانواده و ازدواج مورد توجه قرار گرفته است، دیدگاه فهمی (perspective-taking) می باشد [۲].

در سطح بین فردی، میزان وابستگی متقابل عاطفی با عواملی مانند نامنی بین فردی و دیدگاه فهمی مرتبط است [۳]. پژوهش ها در زمینه بحث و مذاکره نشان می دهند که استفاده از دیدگاه فهمی در شرایط تنگنا و مشکلات می تواند برای زوجین یاری رسان باشد و افراد بتوانند منافع شخصی خود را نیز حفظ کنند [۴، ۵]. دیدگاه فهمی به عنوان توانایی درک جایگاه و موقعیت فرد دیگر و تمایل فرد برای پذیرش نقطه نظر، افکار، احساسات و نگرانی های دیگری، جنبه شناختی (cognitive) همدلی (empathy) و یکی از ویژگی های مثبت افراد است که تعامل در روابط زوجین را تسهیل می کند. دیدگاه فهمی یک فرایند شناختی فعال است که در آن افراد باید بر دیدگاه خودمحورشان غلبه کرده و دنیا را به صورتی که برای دیگران پدیدار می شود، تصور و درک نمایند [۶].

رشد شناختی علت پنهانی دیدگاه فهمی بوده و این موضوع باعث می شود دیدگاه فهمی در تعاملات اجتماعی به ویژه مهارت ارتباطی بین زوجین و عادت های زناشویی مؤثر واقع گردد. در واقع، بدون فهم نقطه نظرات دیگران فرد ممکن است تعاملاتی داشته باشد که توسط شریکش به صورت نامناسبی ادراک شود. برعکس، افرادی که توانایی فهم دیدگاه دیگران را دارند ممکن است دیدگاه مثبت تری داشته باشند و می توانند نیازها، علایق و آرزوهای دیگری را بهتر برآورده سازند [۵].

علاوه بر دیدگاه فهمی همسر (other dyadic perspective taking)، همزمان با گسترش جنبش روان شناسی مثبت نگار در دهه اخیر، روی آوردن به

کنش وری های مثبت، تجربه های مثبت و نیرومندی های سازش یافته انسانی به طور فزاینده ای در حال گسترش است. هدف به عنوان موقعیت یا وضعیت بیرونی و یا خارج از وجود افراد مفهوم سازی شده است که افراد در جهت دستیابی به آن تلاش می کنند. برخلاف سلیقه ها و انگیزه ها که انسان را از درون هدایت می کنند، اهداف محرک های خارجی هستند که با تحریک انگیزش انسانی افراد را به سمت خود جهت می بخشند [۷]. بر اساس فرضیه Kasser، Schmuck و Ryan جنبه هایی از اهداف درونی مانند ارزش گذاری، انتظار موفقیت و ادراک خویشتن با بهزیستی روانی ارتباط مثبتی دارند. در مقابل، اهداف بیرونی در تضاد با بهزیستی روانی و سازگاری درونی است [۸].

تلقی های خوش بینانه و بدبینانه به طور مثبت و منفی دو طیف جهت گیری زندگی انسان هستند که از کیفیت های اساسی شخصیت به شمار می روند و بر چگونگی سازگاری افراد با زندگی مشترک زناشویی، انتظارات ذهنی افراد در هنگام مواجهه با مشکلات و رفتار آن ها هنگام غلبه بر مشکلات تأثیر می گذارد [۹]. نتایج مطالعه Shafiei و Fatehizadeh نشان می دهد که متغیر جهت گیری هدف، در زندگی زناشویی نقش مهمی داشته و این سازه روان شناختی توان پیش بینی ۵۵ درصد از تغییرات مربوط به عادت های مخرب در زندگی مشترک و سازگاری زناشویی را داشته است [۱۰].

علی رغم پیشرفت در زمینه سبب شناسی، شیوع شناسی و عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زناشویی همچنان ارتباط ناکارآمد و به دنبال آن طلاق، مشکل قابل توجهی در بین زوجین در نظر گرفته می شود [۱۱]. بر این اساس، لازم است پژوهش های کاربردی زوج درمانی و راهکارهایی برای افزایش روابط مثبت میان زوجین صورت گیرد تا در آینده از پیامدهای نامطلوب روانی-اجتماعی طلاق و آشفتگی زناشویی بر روی خانواده و فرزندان آن ها پیشگیری گردد [۱۲]. از جمله این رویکردها زوج درمانی به روش خودنظم بخشی (Self-regulation couple therapy; SRCT) است که گزارشات

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه همراه با گروه کنترل بود (کد کمیته اخلاق IR.BPUMS.REC.1399.136). تمامی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر بوشهر در بازه زمانی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری، از نوع در دسترس بود. نمونه مورد نظر از بین ۱۸۳ زن متأهلی که پس از مشاهده فراخوان شرکت در جلسات درمانی در مراکز مشاوره و روان‌درمانی، داوطلبانه به مراکز مشاوره مراجعه و ثبت‌نام کردند، انتخاب شد. پس از غربالگری با پرسش‌نامه‌های خودگزارش دهی در بین داوطلبین، تعداد ۶۰ نفر که دارای نمره برش لازم بودند، با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش و انجام مصاحبه ساختاریافته توسط متخصص روان‌شناسی، به صورت در دسترس انتخاب و برحسب تصادفی‌سازی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. تصادفی‌سازی با روش پرتاب تاس و به این صورت بود که اعداد ۱ و ۲ برای گروه آزمایش اول (زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی) و اعداد ۳ و ۴ برای گروه آزمایش دوم (زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) و اعداد ۵ و ۶ برای گروه کنترل در نظر گرفته شدند.

با توجه به این که حجم نمونه برای پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر کفایت می‌کند [۲۰] با احتمال ریزش نمونه‌ها، برای هر گروه ۲۰ نفر تعیین شد. نرم افزار G*Power نیز نشان داد برای دستیابی به توان آماری ۰/۹۰ با اندازه اثر ۰/۸ در سطح معنی داری ۰/۰۵ به ۲۰ نفر آزمودنی در هر گروه نیاز است. بنابراین، تعداد نمونه پژوهش حاضر ۶۰ نفر در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش، رضایت و تمایل آگاهانه جهت شرکت در 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 (بنا به گزارشات موجود این گروه سنی از زوجین در معرض خطر بیشتری برای طلاق قرار

حاکمی از پشتوانه قوی علمی برای اثربخشی آن در زوجین دارای مشکلات زناشویی می‌باشد [۱۳].

زوج درمانی خودنظم بخشی، به کارگیری نظریه خودکنترلی رفتاری برای مشکلات ارتباطی زوجین است و هدف اصلی‌اش تغییر سبک ارزیابی زوجین از همسر و رابطه‌شان، 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 مشکل ساز شناختی، عاطفی و رفتاری فراگیرند [۱۴].

اثربخشی زوج درمانی خودنظم بخشی توسط محققان مختلفی در پژوهش‌های پیشین مانند کاهش پرخاشگری ارتباطی پنهان زناشویی و الگوهای ارتباطی [۱۳]، انسجام خانوادگی و آشفتگی زناشویی [۱۵]، و بهداشت روانی زوجین [۱۴] نشان داده شده است. با این حال، نگاهی به پژوهش انجام شده [۱۶] نشان می‌دهد که اخیراً در زمینه مشکلات خانوادگی به زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment couple therapy; ACCT) که مشکلات زناشویی را به گونه‌ای متفاوت مفهوم سازی 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 انعطاف پذیری روانی است [۱۷].

نظر به رشد نگران کننده شناسه‌های طلاق و سیر صعودی آمار طلاق در جامعه ایران، پژوهش و بررسی پیرامون دستیابی به مؤثرترین رویکردهای مداخلاتی در این حوزه یک ضرورت جدی است [۱۸]. این در حالی است که یکی از عوامل زمینه ساز طلاق عدم سازگاری و انعطاف پذیری روان-شناختی در بین زوجین بوده است [۱۹]. با اذعان به مطالب بالا و اهمیت جایگاه خانواده و روابط بین زوجین در جامعه، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دیدگاه فهمی همسر و جهت گیری هدف زناشویی در زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر انجام شد.

دارند) [۱۹]، داشتن سواد خواندن و نوشتن و پاسخ‌دهی به تمامی سؤالات ابزار خودگزارشی، کسب یک انحراف‌معیار بالاتر از نمره برش در ابزار مربوطه و توانایی و امکان شرکت در تمامی جلسات درمانی تعیین شد. ملاک‌های عدم ورود به پژوهش نیز هر نوع سابقه خیانت و یا روابط فرازناسویی، داشتن هر یک از اختلالات روان‌شناختی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و با توجه به راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders-V)، سابقه سوء‌مصرف و یا وابستگی به مواد مخدر سنتی و یا صنعتی 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 شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله، دریافت هر یک از روش‌های روان‌درمانی دیگر همزمان با شرکت در جلسات مداخله‌ای پژوهش حاضر، عدم انجام جدی تکالیف در طول برنامه، وقوع رویداد پیش‌بینی نشده (مانند بیماری و یا مرگ) بود.

هر یک از گروه‌های آزمایش به تفکیک به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر خودنظم‌بخشی و پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. مداخله آموزشی-درمانی در یکی از کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی شهر بوشهر توسط یک متخصص روان‌شناسی بالینی برای گروه درمان خودنظم بخشی در روزهای یکشنبه و سه شنبه و برای گروه پذیرش و تعهد در روزهای دوشنبه و چهارشنبه به صورت گروهی (از ساعت ۱۰:۳۰ الی ۱۲) انجام شد. یک هفته قبل از شروع مداخله (پیش‌آزمون) و یک روز پس از اتمام مداخله (پس‌آزمون)، گروه‌ها در یکی از کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی شهر بوشهر به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. پس از گذشت دو ماه از پایان مداخلات درمانی، دوره پیگیری صورت گرفت. زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی با توجه به پروتکل Halford [۲۱] و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل Gehart [۲۲] انجام شد.

در روند برگزاری نشست‌ها برای هیچ یک از آزمودنی‌ها مشکلی پیش نیامد و تمامی افراد در جلسات شرکت کردند. برای تشویق و ترغیب هر چه بیشتر آزمودنی‌ها، جلسات درمانی رایگان انجام گردید و به گروه کنترل این 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 یا تورش توزیع اطلاعات (diffusion bias) بین گروه‌های پژوهش، به هر گروه به طور مجزا در خصوص اهداف پژوهش اطلاع داده شد و از شیوه مداخلاتی گروه دیگر مطلع نگردیدند. در جداول ۱ و ۲ خلاصه محتوای جلسات مداخله ارائه شده است.

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 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 اقدام و اطمینان داده شد. همچنین، گفته شد که علاقه‌مندان می‌توانند با ارائه پست الکترونیکی و آدرس از نتایج پژوهش در صورت تمایل آگاه شوند و در این باره اقدام شد. حقوق گروه کنترل نیز در زمینه برخورداری از مداخله مطابق مقررات کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی رعایت شد. لازم به ذکر است که زنان متأهل شرکت‌کننده در پژوهش حاضر چون با هدف مشخصی در این مطالعه مشارکت داشتند، از دیگر درمان‌های روتین مراکز استفاده نکردند.

در این پژوهش علاوه بر انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته (Structured Clinical Interview For DSM-5; SCID-) (۵)، از چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک محقق ساخته (شامل وضعیت تحصیلی آزمودنی و همسر، طول مدت ازدواج، تعداد

فرزند، وضعیت معیشتی بر حسب درآمد ماهیانه خانوار، وضعیت شغلی و مسکن)، مقیاس دیدگاه فهمی همسر (Other Dyadic Perspective-Taking scal; ODPT) و پرسشنامه جهت گیری هدف زناشویی (Kansas Marital Goals Orientation Scale; KMGOS) استفاده شد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5): به منظور تشخیص اختلالات روان شناختی که یکی از ملاک های عدم ورود به پژوهش حاضر بود، مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط متخصص مربوطه صورت گرفت. این مصاحبه، برای تشخیص های اصلی DSM-5 می باشد که در سال ۱۹۹۷ توسط First و همکاران تدوین و در سال های بعد بازنگری شده است و در افراد بالای ۱۸ سال کاربرد دارد. این پرسشنامه ۱۱۹ سؤال دارد که در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می شود. مصاحبه گر با استفاده از پرسش هایی که مصاحبه شونده به آنها پاسخ مثبت می دهد مصاحبه را جهت می دهد. برای تسریع تشخیص گذاری ابتدا از مصاحبه شونده خواسته می شود با پاسخ های «بلی» و «خیر» به سؤالات پاسخ دهد. سؤالات طوری ساخته شده که کاملاً متناظر با سؤالات SCID-5 است. در صورتیکه فرد به هر سؤال پاسخ «بلی» بدهد، در SCID-5 نیز از همان سوال شروع کرده و به بررسی و تشخیص می پردازیم. غیر از موارد خاص (مانند احتمال شخصیت پارانوئید، خودشیفته و...) پاسخ های خیر نیاز به بررسی ندارند. ضریب پایایی بین ارزیاب ها برای این مصاحبه ۰/۶۰ گزارش شده است [۲۳]. توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای بیشتر تشخیص های خاص و کلی با پایایی بالاتر از ۰/۶۰ مطلوب بوده است. توافق کلی (ضریب کاپا برای کل تشخیص های فعلی و تشخیص های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵) بدست آمده نیز خوب بوده است. پایایی آزمون-بازآزمون این ابزار ۰/۸۵ گزارش شده است. نسخه فارسی SCID ابزاری معتبر برای تشخیص گذاری مقاصد بالینی و به ویژه پژوهشی و حتی آموزشی-درمانی است [۲۴]. مقیاس دیدگاه فهمی همسر (ODPT): این مقیاس خودگزارشی در سال ۱۹۹۰ توسط Long و همکارش تدوین

شده است و دارای ۲۰ سؤال می باشد. مقیاس دیدگاه فهمی همسر شامل ماده هایی است که ادراک افراد تکمیل کننده پرسشنامه را از میزان دیدگاه-فهمی همسرشان می سنجد (یعنی این که از دیدگاه تکمیل کننده پرسش نامه همسرش چقدر دیدگاه فهم است). نمره گذاری پرسش نامه به صورت لیکرت ۵ درجه ای (کاملاً موافقم=نمره ۴؛ موافقم=نمره ۳؛ نظری ندارم=نمره ۲؛ مخالفم=نمره ۱ و کاملاً مخالفم=نمره ۰) انجام می شود. محدوده نمرات صفر تا ۸۰ می باشد و نمره بیشتر در این مقیاس نشان دهنده دیدگاه فهمی بیشتر همسر است. در مطالعات متعدد روایی و پایایی این پرسش نامه به تأیید رسیده است. Long و Andrews پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کردند [۲۵]. Khojaste Mehr و همکاران پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و ضریب روایی همگرا این مقیاس را با مقیاس همدلی Batson (۰/۴۴) / $p < 0.01$ گزارش کردند [۶]. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد، آلفای مذکور ۰/۹۳ بدست آمد که بیانگر پایایی مطلوب پرسش نامه می باشد.

پرسش نامه جهت گیری هدف زناشویی (KMGOS): این مقیاس خودگزارشی به منظور سنجش هدفمندی در رابطه زناشویی زوجین توسط Eggeman و همکاران در سال ۱۹۸۵ طراحی شد [۲۶]. مقیاس جهت گیری هدف زناشویی به سنجش یکی از محورهای برنامه های غنی سازی می پردازد که اتخاذ نقش فعال تر از سوی زوجین را برای بهبود وضعیت فعلی و آینده ارتباطشان آسان می کند. این مقیاس دارای ۷ سؤال و طیف لیکرت پنج درجه ای از (۵ همیشه تا ۱ هرگز) است که با جمع بستن ماده های منفرد نمره گذاری می شود. نمرات در دامنه ای از ۷ تا ۳۵ قرار می گیرد، که هر چه نمره بالاتر باشد بیانگر جهت گیری هدف زناشویی بهتری است. آلفای کرونباخ این مقیاس برای شوهران ۰/۹۴ و ۰/۹۵ و برای زنان ۰/۸۶ و ۰/۹۰ از همسانی درونی عالی برخوردار است و ثبات آن نیز با همبستگی های بازآزمایی ۰/۹۱ برای شوهران و ۰/۸۹ برای زنان بدست آمده است [۱۰]. در تحقیق حاضر، آلفای کرونباخ

استفاده شد. میانگین گروه‌های مورد مطالعه توسط آزمون مقایسات چندگانه Bonferroni مقایسه شد. توزیع نرمال داده‌ها توسط آزمون ناپارامتریک Kolmogorov-Smirnov، آزمون ام باکس، آزمون کرویت موچلی، آزمون Levene، بررسی شد. اختلاف در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

برای زنان ۰/۸۸ بدست آمد که بیانگر ضریب پایایی مطلوب پرسش‌نامه می‌باشد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند. برای تحلیل توصیفی داده‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد، و برای تحلیل استنباطی داده‌ها از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر

جدول ۱- خلاصه محتوای زوج‌درمانی خودنظم‌بخشی با توجه به پروتکل Halford [۲۱] در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر در 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 قوت و 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، 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 می‌گیرد. انجام پس‌آزمون و دو ماه بعد دوره پیگیری

جدول ۲- خلاصه محتوای زوج‌درمانی پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل Gehart [۲۲] در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر در 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 کنجکاو) 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): یادزهر 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

تفاوت معنی‌داری بین افراد سه گروه از نظر تحصیلات آزمودنی، تحصیلات همسر، شغل آزمودنی، شغل همسر، طول مدت ازدواج و زندگی مشترک، تعداد فرزند و درآمد ماهانه خانوار نشان نداد (جدول ۳).

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در برنامه زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌بخشی ۳۷/۸۱±۴/۸۹، برنامه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۸/۱۱±۵/۰۶ و در گروه کنترل ۳۷/۹۲±۴/۶۲ سال بود (p<۰/۰۵). آزمون مجذور کای

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

| P | گروه کنترل | گروه زوج درمانی پذیرش و تعهد | گروه زوج درمانی خودنظم بخشی | | متغیر |
|-------|--------------|------------------------------|-----------------------------|--------------|---------------------|
| | | | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | |
| ۰/۲۷۱ | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | سطح تحصیلات آزمودنی |
| | ۳۵ (۷) | ۳۰ (۶) | ۳۰ (۶) | ۵۵ (۱۱) | |
| | ۵۰ (۱۰) | ۶۰ (۱۲) | ۵۵ (۱۱) | ۶۰ (۱۲) | |
| ۰/۱۹۸ | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | سطح تحصیلات همسر |
| | ۴۰ (۸) | ۳۰ (۶) | ۳۵ (۷) | ۳۵ (۷) | |
| | ۳۰ (۶) | ۴۰ (۸) | ۳۵ (۷) | ۴۰ (۸) | |
| ۰/۵۰۳ | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | شغل آزمودنی |
| | ۸۰ (۱۶) | ۸۵ (۱۷) | ۸۰ (۱۶) | ۸۰ (۱۶) | |
| | ۱۰ (۲) | ۱۰ (۲) | ۵ (۱) | ۱۵ (۳) | |
| ۰/۳۱۹ | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | شغل همسر |
| | ۳۰ (۶) | ۴۰ (۸) | ۲۵ (۵) | ۲۵ (۵) | |
| | ۷۰ (۱۴) | ۶۰ (۱۲) | ۷۵ (۱۵) | ۶۰ (۱۲) | |
| ۰/۱۴۰ | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | طول مدت ازدواج |
| | ۳۰ (۶) | ۲۵ (۵) | ۲۵ (۵) | ۲۵ (۵) | |
| | ۳۵ (۷) | ۴۰ (۸) | ۴۵ (۹) | ۳۵ (۷) | |
| ۰/۲۲۳ | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | تعداد فرزند |
| | ۲۰ (۴) | ۱۰ (۲) | ۱۵ (۳) | ۱۵ (۳) | |
| | ۳۰ (۶) | ۴۰ (۸) | ۲۰ (۴) | ۲۰ (۴) | |
| ۰/۴۱۱ | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درآمد ماهانه خانوار |
| | ۱۵ (۳) | ۲۵ (۵) | ۲۰ (۴) | ۲۰ (۴) | |
| | ۵۵ (۱۱) | ۴۵ (۹) | ۵۰ (۱۰) | ۴۵ (۹) | |
| ۰/۱۷۳ | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | درصد (تعداد) | وضعیت مسکن |
| | ۳۰ (۶) | ۳۰ (۶) | ۳۰ (۶) | ۳۰ (۶) | |
| | ۵۵ (۱۱) | ۵۵ (۱۱) | ۶۵ (۱۳) | ۶۵ (۱۳) | |

آزمون مجدور کای، * $P < 0.05$ اختلاف معنی دار

هدف در زندگی زناشویی در مراحل پس آزمون و پیگیری در آزمودنی‌های دو گروه آزمایش نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل بهبود یافته است.

در جدول ۴، آماره‌های توصیفی در مراحل پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد میانگین نمرات دیدگاه فهمی همسر و جهت گیری

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمره دیدگاه فهمی همسر و جهت گیری هدف زناشویی در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر در سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه=۲۰)

| متغیر وابسته | گروه مداخله | پیش آزمون | پس آزمون | پی گیری |
|---------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| نمره دیدگاه فهمی همسر | زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی | ۴۱/۳۳ ± ۶/۱۴ | ۴۶/۶۱ ± ۹/۷۷ | ۴۶/۸۴ ± ۵/۱۹ |
| | زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۳۹/۰۹ ± ۵/۸۵ | ۴۴/۳۱ ± ۸/۱۲ | ۴۵/۵۳ ± ۷/۱۷ |
| | کنترل | ۴۲/۲۱ ± ۸/۶۵ | ۳۹/۱۵ ± ۶/۱۰ | ۳۹/۲۱ ± ۶/۱۶ |
| نمره جهت گیری هدف زناشویی | زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی | ۳۹/۰۹ ± ۵/۸۵ | ۴۴/۳۱ ± ۸/۱۲ | ۴۵/۵۳ ± ۷/۱۷ |
| | زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۴۰/۳۳ ± ۶/۱۴ | ۴۶/۶۱ ± ۹/۷۷ | ۴۶/۸۴ ± ۵/۱۹ |
| | کنترل | ۳۹/۲۸ ± ۶/۶۵ | ۳۹/۱۵ ± ۶/۱۰ | ۳۹/۲۱ ± ۶/۱۶ |

اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد) تصحیح می کنند [۲۷]. بر این اساس، در پژوهش حاضر از آزمون گرین هاوس-گایسر استفاده شد. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد. با توجه به نتایج در متغیر دیدگاه فهمی همسر ($F=۰/۹۸۷$, Box's $M=۱/۶۴۴$) و جهت گیری هدف در زندگی زناشویی ($P=۰/۴۱۳$) و جهت گیری هدف در زندگی زناشویی نیز ($F=۱/۵۶۴$, Box's $M=۲/۳۴۲$) این مفروضه نیز رعایت شده است.

با توجه به جدول ۵، بین نمرات دیدگاه فهمی همسر و جهت گیری هدف در زندگی زناشویی در پیش آزمون، پس-آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۵$). همچنین، نمرات متغیرهای وابسته گروه های آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت معنی داری داشتند ($p<۰/۰۵$). تأثیر مداخلات درمانی به کار گرفته شده، بر بهبود نمرات دیدگاه فهمی همسر و جهت گیری هدف در زندگی زناشویی بعد از دو ماه پیگیری نیز پایدار بوده است ($p<۰/۰۵$) به عبارتی، درمان های مبتنی بر خود نظم بخشی و پذیرش و تعهد بر دیدگاه فهمی همسر و جهت گیری هدف زناشویی اثر افزایشی داشتند و اثر متقابل گروه*زمان موجب افزایش دیدگاه فهمی همسر و جهت گیری هدف زناشویی در مقایسه با گروه گواه شد.

جهت بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها از آزمون ناپارامتریک Kolmogorov-Smirnov استفاده شد که شرط نرمال بودن داده ها برقرار بود (دیدگاه فهمی همسر، $F=۰/۲۷۸$ و $p=۰/۷۰۳$ ؛ جهت گیری هدف، $F=۰/۲۹۴$ و $p=۰/۵۶۹$). بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد تعامل بین پیش-آزمون و گروه برای متغیرهای وابسته دیدگاه فهمی همسر ($F=۱/۴۳۲$ و $p=۰/۱۳۱$) و جهت گیری هدف زناشویی ($F=۰/۶۵۷$ و $p=۰/۳۳۳$) معنی دار نبود، بنابراین شیب های رگرسیون در سه گروه همسان تلقی شد. نتایج آزمون Levene نیز در متغیر دیدگاه فهمی همسر ($F=۰/۶۸۶$) و جهت گیری هدف در زندگی زناشویی ($F=۱/۱۶۹$) و $p=۰/۴۸۸$ و حاکی از رعایت پیش فرض همگنی خطای واریانس بود.

مفروضه همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته با آزمون کرویت موجلی بررسی شد. سطح معنی داری برای متغیرهای دیدگاه فهمی همسر و جهت گیری هدف در زندگی زناشویی برابر با ۰/۰۱ بود، لذا فرض کرویت رد می شود. تخطی از پیش فرض کرویت باعث می شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش Greenhouse-Geisser (اگر مقدار اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد) و Huynh-Feldt (اگر مقدار

جدول ۵- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر در سال ۱۳۹۹ در سه مرحله اجرا

| متغیرهای پژوهش | منابع تغییر | آماره F | P | ضریب تأثیر | توان آماری |
|---------------------------|---------------|---------|-------|------------|------------|
| نمره دیدگاه فهمی همسر | اثر زمان | ۱/۳۴۲ | ۰/۰۲۴ | ۰/۱۲۳ | ۰/۱۰۱ |
| | اثر گروه*زمان | ۶/۸۷۶۹ | ۰/۰۱۹ | ۰/۵۱۲ | ۰/۶۳۴ |
| | اثر گروه | ۱۰/۵۴۴۲ | ۰/۰۲۱ | ۰/۴۹۸ | ۰/۶۱۲ |
| نمره جهت گیری هدف زناشویی | اثر زمان | ۳۱/۱۰۸ | ۰/۰۱۵ | ۰/۵۲۶ | ۰/۵۹۹ |
| | اثر گروه*زمان | ۹۱/۶۵۴ | ۰/۰۳۴ | ۰/۷۶۶ | ۰/۸۷۹ |
| | اثر گروه | ۴۳/۴۵۸ | ۰/۰۲۴ | ۰/۶۰۸ | ۰/۷۳۴ |

نتایج بر اساس اصلاح گرین هاوس-گیسر گزارش شده است، $P<۰/۰۵$ اثر معنی دار

زنان متأهل معنی دار است ($p<۰/۰۵$). بین دو روش مداخلاتی بر متغیرهای وابسته از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود نداشت.

طبق جدول ۶، تفاوت میانگین بین مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در مراحل سه گانه اندازه گیری برای نمرات دیدگاه فهمی همسر و جهت گیری هدف زناشویی در

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni در مراحل مختلف سنجش برای متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پژوهش | تفاوت زمانی | تفاوت میانگین | P |
|----------------------|--------------------|---------------|--------|
| دیدگاه فهمی همسر | پیش آزمون-پس آزمون | ۱/۳۳۳ | *۰/۰۰۱ |
| | پیش آزمون-پیگیری | ۱/۳۳۲ | *۰/۰۰۵ |
| | پس آزمون-پیگیری | -۰/۲۰۰ | ۰/۰۷۶ |
| جهت گیری هدف زناشویی | پیش آزمون-پس آزمون | ۱/۸۷۲ | *۰/۰۰۲ |
| | پیش آزمون-پیگیری | ۱/۶۹۸ | *۰/۰۰۵ |
| | پس آزمون-پیگیری | -۰/۱۸۹ | ۰/۰۸۴ |
| دیدگاه فهمی همسر | تفاوت گروهی | | |
| | SRCT و ACCT | -۱/۱۳۴ | ۰/۷۶۸ |
| | ACCT و کنترل | -۴/۶۰۵ | ۰/۰۱۵ |
| جهت گیری هدف زناشویی | SRCT و کنترل | -۵/۵۸۸ | ۰/۰۱۷ |
| | SRCT و ACCT | -۱/۰۱۴ | ۱/۰۰۰ |
| | ACCT و کنترل | -۰/۰۶۹ | ۰/۰۲۶ |
| | SRCT و کنترل | -۵/۶۹۴ | ۰/۰۳۲ |

* P<۰/۰۵ اختلاف معنی دار

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دیدگاه فهمی همسر و جهت گیری هدف زناشویی در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی بر بهبود نمره متغیرهای وابسته دیدگاه فهمی همسر و جهت گیری هدف زناشویی اثربخش بوده و این تأثیر در دوره پیگیری حفظ شده است. این یافته با نتایج مطالعات Kazemi و همکاران [۱۳]، Adabi و همکاران [۲۸]، Ghezelsefloo و همکاران [۲۹]، Ferguson و Karantzas [۳۰] و Linder و همکاران [۳۱] همسو است. در تبیین یافته فوق می توان گفت که اثربخشی زوج درمانی خودنظم بخشی مربوط به اثرات مثبت آن بر یادگیری مهارت حل مسئله مراجع بوده است. در واقع، زوج درمانی به روش خودنظم بخشی به زوجین کمک می کند تا بر قابلیت ها و نکات مثبت خود تمرکز کنند، نگرش خود را در مورد مسائل زندگی تغییر دهند و در نهایت، مهارت های حل مسئله خود را افزایش ببخشند. درمان خودنظم بخشی از طریق بهبود کیفیت ارتباط، مواجهه با عواطف مثبت زوجین و همچنین کمک به زوجین در شناخت نقش خود در تعارضات موجب ارتقای کیفیت

روابط میان زوجین و افزایش میزان رضایت زناشویی آنان می شود. به علاوه، به افراد فرصت می دهد تا مهارت های ارتباطی متعدد خود را ارزیابی کرده و روش های تعامل جدیدی را انتخاب کنند. از این رو، خودنظم بخشی استحکام روابط و رضایت و مشارکت زوجین را به دنبال دارد. همچنین، باعث می شود که زوجین با نیازهای یکدیگر بیشتر آشنا شوند و درک بیشتری از هم داشته باشند، با عواطف مثبت یکدیگر مواجه شوند، خواست درونی خود را از همسران شان بخواهند، به زندگی زناشویی خود پایبند بمانند، اختلاف سلیقه ها و تفاوت های بین یکدیگر را بیشتر درک کنند، مسئولیت پذیری و نحوه تصمیم گیری در مورد مسائل مهم زندگی شان را یاد بگیرند، نحوه تعامل، صحبت و گوش دادن به یکدیگر را تمرین کنند، از نقش خود در تعارضات آگاهی بیابند و به دنبال راه حل باشند. در نتیجه، زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی باعث بهبود کیفیت رابطه و به دنبال آن اصلاح جهت گیری در زندگی زناشویی و درک مناسب از شریک زندگی می شود.

همچنین، یافته های پژوهش حاضر نشان داد زوج درمانی به شیوه پذیرش و تعهد بر بهبود نمره متغیرهای وابسته دیدگاه فهمی همسر و جهت گیری هدف زناشویی اثربخش بوده است و این تأثیر در دوره پیگیری حفظ شده است. این یافته با نتایج مطالعات Imanikia و همکاران [۴]، Maleki و

همکاران [۳۲]، Ferreira و Russell [۳۳] و همکاران [۳۴] همسو می‌باشد. Kelly و همکاران [۳۵] نیز نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر بهبود وضعیت روانی-هیجانی زوجین مؤثر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، هدف اصلی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان اجتناب‌های هیجانی، گسترش محتوای شناختی و ایجاد و حفظ تعهدات در تغییرات رفتاری است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد است که از ترکیب اصول، روش‌ها، نگرش‌ها و تکنیک‌های دو رویکرد شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد به وجود آمده است. علت اثربخشی این شیوه درمانی بر متغیرهای وابسته این است که در این درمان، درمانگر به هر یک از افراد شرکت‌کننده در پژوهش کمک نمود تا به طور آگاهانه چرخه منفی خود را مشاهده کرده و ترک و طردی که این چرخه ایجاد می‌کند را به عنوان دشمن مشترک خود ببینند تا ترس‌ها و خواسته‌های دلبستگی خود را کشف و در میان بگذارند و به تدریج راه‌هایی را بیابند تا به طور روشن این ترس‌ها و خواسته‌ها را به شیوه‌ای برای هم ابراز کنند که نزدیکی، دسترسی هیجانی و پاسخگو بودن یک پیوند ایمن‌تر را تسهیل کند. همچنین، می‌توان گفت از نظر این رویکرد مداخلاتی، ایجاد و حفظ پریشانی، تعارض و فاصله عاطفی زوجین ناشی از کنترل‌های محکم و بی‌فایده و همچنین راهبردهای اجتنابی در رابطه آن‌ها است و زوج‌ها به دلیل یأس از تلاش‌های ناکام گذشته و اجتناب تجربی متعاقب آن و در تلاش برای کنترل واکنش‌های درونی ناخواسته مرتبط با این شرایط، به طور فزاینده‌ای انعطاف‌ناپذیر و به اجتناب کامل از این شرایط متوسل می‌شوند. بنابراین، زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال تضعیف این فرایندها و در نتیجه بهبود دیدگاه فهمی زوجین و ارتقای عملکرد زوجین در تعیین اهداف زناشویی است. در واقع، درمان پذیرش و تعهد با درمان اجتناب هیجانی، بهبود جهت‌گیری هدف زناشویی، دیدگاه فهمی همسر و شناسایی ارزش‌ها و ایجاد تعهد نسبت به تغییرات رفتاری، توانسته است به مراجعان کمک کند (به ویژه در جلسات درمانی) تا با احساسات ناخوشایند سر و کار داشته

باشند و به جای کنترل کردن، اجتناب و به چالش کشیدن افکار و احساسات نامطلوب، آن‌ها را به طور مستقیم تجربه کنند.

علاوه بر نتایج فوق، یافته‌ها نشان داد بین دو روش زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی در بهبود نمرات دیدگاه فهمی همسر و جهت‌گیری هدف زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. نتایج مطالعه حاضر در راستا و همخوان با نتایج مطالعه Maleki و همکاران [۳۲] و Farahani و همکاران [۱۴] بود. Maleki و همکاران [۳۲] گزارش کردند که بین زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود ابعاد روانی-اجتماعی کیفیت زندگی در زوجین آشفته تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. Farahani و همکاران [۱۴] در مطالعه خود نشان دادند که در میزان اثربخشی این دو رویکرد بر خودنظم بخشی بهداشت روانی زوجین از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت است.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که هر دو روش زوج درمانی به دلیل اصول زیربنایی محکم دارای مزایای بسیاری هستند. اثربخشی هر دو روش به دلیل برگرفته شدن از نظریه‌های روانشناختی معتبر و به دلیل ارزیابی شدن در مطالعات مختلف و بر ویژگی‌های روانشناختی مختلف ثابت شده است. همچنین، هر دو روش زوج درمانی به صورت گروهی اجرا شد و مراجعان هنگامی که دیدند افراد دیگر نیز دارای مشکلاتی در زمینه زناشویی هستند، از احساس منحصر به فرد بودن مشکل آن‌ها کاسته شد و احساس آرامش کردند. بنابراین، هر دو روش در بهبود سازه‌های شناختی-هیجانی و رفتاری در زنان متأهل مؤثر واقع شدند.

هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌رو است و این پژوهش نیز از این امر مستثنی نیست. با توجه به این‌که آزمودنی‌های پژوهش حاضر 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، جوانب احتیاط را رعایت کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، نمونه‌گیری

خانواده و بهبود 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 روان شناسی، نویسنده اول است. ناصر امینی استاد راهنما و مولود کیخسروانی مشاور بودند. گردآوری داده‌ها، جمع‌آوری پیشینه نظری و پژوهشی، اجرای پژوهش و نگارش به عهده محمد رضا توکلی، مداخله و تحلیل آماری بر عهده ناصر امینی و ویراستاری به عهده مولود کیخسروانی بود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مسئولین محترم مراکز مشاوره شهر بوشهر که امکان اجرای این پژوهش را فراهم ساختند و همچنین از شرکت کنندگان به واسطه همکاری‌های صادقانه تشکر می‌شود. این پژوهش با بودجه شخصی نویسنده اول مقاله و بدون دریافت حمایت مالی از هر نهاد یا مؤسسه‌ای انجام شده است.

در دسترس، استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی و تک بعدی بودن ارزیابی متغیرهای پژوهش (ارزیابی متغیرهای وابسته صرفاً با یک ابزار کمی) بود. پیشنهاد می‌شود که محققان علاقمند به این حوزه، موضوع مورد بحث در این پژوهش را در بین دیگر افراد جامعه (متقاضیان طلاق، درگیر با روابط فرزندناشویی، خشونت خانگی و غیره) مورد مطالعه قرار دهند 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. لذا پیشنهاد می‌شود تأثیر این رویکردهای مداخلاتی در دوره‌های نسبتاً بلندمدت پیگیری گردد تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص شود.

نتیجه گیری: یافته‌ها نشان داد که زوج درمانی مبتنی بر

خودنظم بخشی و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب افزایش روابط بین زوجین، افزایش دیدگاه فهمی در زندگی زناشویی و ارتقای عملکرد زوجین در تعیین اهداف زناشویی می‌شوند. در واقع، هر دو رویکرد در درمان آسیب‌های حاصل از روابط بین زوجین مؤثر بودند. از این رو، به مشاوران و درمانگران خانواده توصیه می‌گردد تا با توجه به اهمیت کمی و کیفی روابط بین زوجین در پیشگیری از اضمحلال بنیادهای

References

1. Moradi E, Shahbazi M, Ferasat H, Goodarzi K. Development of a Model for Predicting Marital Heartbrea through Attachment Styles: The Mediating Role of Anger. FCPJ 2023; 13(1): 1-36. [Persian]
2. Stavroulia KE, Lanitis A. The role of perspective-taking on empowering the empathetic behavior of educators in VR-based training sessions: An experimental evaluation. Computers & Education 2023; 197, 104739.
3. Dede Yildirim E, Frosch CA, Santos AJ, Veríssimo M, Bub K, Vaughn, BE. Antecedents to and outcomes associated with teacher-child relationship perceptions in early childhood: Further evidence for childdriven effects. Child Development 2023; 21(2):179-206.
4. Imanikia Z, Zangeneh Motlagh F, Bayat M. Comparison the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Education Approach and Emotion-Based Cognitive Therapy Approach on Their Cognitive Perspective, Spouse's Cognitive Perspective in Conflicting Couples. RBS 2022; 19 (4): 575-589. [Persian]
5. Khatami FS, Zanganeh Motlagh F. The effectiveness of positivism training with an islamic approach on self-control, self-compassion, and the other dyadic perspective taking in married women. AFTJ 2019; 1(4): 72-88. [Persian]
6. Khojastehmehr R, Roshanravan N, Abbaspour Z. Self Dyadic Perspective Taking(SDPT) and Other Dyadic PerspectiveTaking (ODPT) as predictors of marital satisfaction. JAC 2018; 7(2): 33-44. [Persian]

7. Hosseini SA, Maleki B. Explanation of academic emotions based on academic support and the goal orientation of progress with the mediating role of academic self-regulation. *Cognitive and Behavioral Sciences Research Journal* 2022; 12(2): 143-168. [Persian]
8. Schmuck P, Kasser T, Ryan RM. Intrinsic and extrinsic goals: Their structure and relationship to well-being in German and U. S. college students. *Social Indicators Research* 2000;50(2): 225-241.
9. Tessier J, Joussemet M, Kurdi V, Mageau GA. How Perceived Detrimental Parenting Relates to Adolescents' Intrinsic and Extrinsic Values. *JCFS* 2023; 32(4):1218-1231.
10. Shafiei Z, Fatehizadeh M. Prediction of success based on couple variables of marital compatibility, orientation of marital goals and source of marital control in married women. *Cultural-Educational Quarterly of Women and Family* 2017; 13(45): 117-133. [Persian]
11. 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):533-551.
12. 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.
13. 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): 2225-2238. [Persian]
14. 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]
15. Kargar M, Kimiaee SA, Mashhadi A. The Effectiveness of Group Couple Therapy based on Self-Regulated on Emotional Abuse and Martial Distress. *FCPJ* 2014; 4(2):269-297. [Persian]
16. 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* 2020; 46(1):178-201.
17. Reardon KW, Lawrence E, Mazurek C. Adapting acceptance and commitment therapy to target intimate partner violence. *Partner Abuse* 2020; 11(4):447-465.
18. Namvaran Germi K, Moradi A, Farzad V, Zaharakar K. Phenomenology of marital attraction among Iranian spouses: a qualitative study. *FCPJ* 2022; 11(2):1-24. [Persian]
19. Manjezi F, Asadpour E, Rasouli M, Zaharakar K. Comparison of the effect schema and cognitive behavioral therapy on the cognitive regulation of emotions in girls adolescent of divorced. *Journal of Applied Psychology* 2023; 17(2): 91-113. [Persian]
20. Delavar A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Roshd Publications; 2013: 180-182. [Persian]
21. Halford W K. *Brief couple therapy for couples*. New York: Guilford publication. 2001.
22. Gehart DR. *Mindfulness and acceptance in couple and family therapy*. First edition. New York: Springer Science-Business Media. 2012.
23. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (clinician version) SCID-I administration booklet*. Washington DC, American Psychiatric Association.1997
24. 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): 139-174. [Persian]
25. Long EC, Andrews DW. Perspective taking as a predictor of marital adjustment. *Journal of personality and social psychology* 1990; 59(1): 126-131.
26. Eggeman K, Maxley V, Schumm WR. Assessing Spouses Perceptions of Gottmans Temporal Form in marital conflict. *Psychological Reports* 1985; 57: 171-181
27. Pituch KA, Stevens JP. *Applied multivariate statistics for the social sciences: Analyses with SAS and IBMs SPSS* .6nd ed. NewYork: Publisher Routledge.2016.

28. Adabi H, Azmoudeh M, Mesrabadi J, Hosseini Nasab S D. Determining the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy on Marital Conflict, Marital Boredom, and Emotional Self-regulation of Couples at Risk of Divorce in Baneh City, Iran. MEJDS 2022; 207(12): 1-12. [Persian]
29. Ghezselflo, M., Rostami, M., Saadati, N. Effectiveness of emotional self- regulation on marital self- regulation of the newly married couples. AFTJ 2022; 3(2): 658-672. [Persian]
30. Ferguson EK, Karan GC. The roles of self-regulation and partner regulation on romantic relationship quality. Family process 2023; 62 (1): 406-422.
31. Linder JN, Niño A, Negash S, Espinoza S. Thematic Analysis of Therapists' Experiences Integrating EMDR and EFT in Couple Therapy: Conditions and Risks of Integration. IJST 2022; 33(3): 196-222.
32. Maleki N, Madahi MI, Khalatbari J, Mohammadkhani Sh. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and couple therapy based on acceptance and commitment on the social and psychological aspects of the quality of life of troubled couples. Iranian Journal of Educational Sociology 2016; 1(4): 23-33. [Persian]
33. Zarling A, Russell D. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy and the Duluth Model classes for men court-mandated to a domestic violence program. JCCP 2022; 90(4): 326.
34. Ferreira MG, Mariano LI, de Rezende JV, Caramelli P, Kishita N. Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. JAD 2022; 309: 297-308.
35. Kelly MM, Reilly ED, Ameral V, Richter S, Fukuda S. A. randomized pilot study of acceptance and commitment therapy to improve social support for veterans with PTSD. JCM 2022; 11(12): 3482.

Comparison of the Effectiveness of Couple Therapy Based on Self-Regulation and Acceptance and Commitment on Perspective-Taking and Marital Target Orientation of Married Women

Tavakoli MR¹, Amini N^{2*}, Keikhosravani M³

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

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

*(Corresponding Author) E-mail: amini_n2010@yahoo.com, Tel: 09177722972

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

Received: 24 December 2023

Accepted: 20 April 2024

Introduction: The rising divorce rate in Iranian society is a clear sign of the turmoil in marital life in Iranian families, and it is essential to use effective interventions to control this turmoil. Therefore, this study was conducted to compare the effectiveness of couple therapy based on self-regulation and acceptance and commitment on perspective-taking and marital target orientation of married women.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design and two-month follow-up. All married women referred to counseling and psychotherapy centers in Bushehr in 2019-2020 formed the statistical population of the study, out of which 60 people were selected by convenience sampling, 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), but the control group did not receive any intervention. The Other Dyadic Perspective-Taking Scale (ODPT) and Kansas Marital Goals Orientation Scale (KMGOS) were used to collect data. Data were analyzed using two-way analysis of variance with repeated measurements.

Results: The results showed that both treatment methods have increased the perspective-taking and marital target orientation in married women ($p < 0.05$). Also, Bonferroni post hoc test results showed that there is no significant difference in the effectiveness of two methods of couple therapy based on self-regulation and couple therapy based on acceptance and commitment on the dependent variables of perspective-taking and marital target orientation ($p > 0.05$).

Conclusion: The use of interventions based on self-regulation and acceptance and commitment can increase the perspective-taking and marital target orientation in married women.

Keywords: Couple therapy, Self-regulation, Acceptance and commitment, Perspective-taking, Marital target orientation

Please cite this article as follows:

Tavakoli MR, Amini N, Keikhosravani M. Comparison of the Effectiveness of Couple Therapy Based on Self-Regulation and Acceptance and Commitment on Perspective-Taking and Marital Target Orientation of Married Women. *Community Health journal* 2024; 17 (4): 1-14.

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

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Bushehr Branch, approved the study (IR.BPUMS.REC.1399.136).