

# Comparison of the Effectiveness of Emotion-based Therapy and Therapy Based on Acceptance and Commitment on Emotional Self-Regulation, Psychological Well-Being and Couple Tolerance

## ARTICLE INFO

**Article Type**  
Research Article

### Authors

Mehri Azandariani<sup>1</sup>,  
Gholamreza Khoynejad <sup>\*2</sup>,  
Hossein Akbari Amarghan<sup>3</sup>

### How to cite this article

Mehri Azandariani, Gholamreza Khoynejad, Hossein Akbari Amarghan, Comparison of the Effectiveness of Emotion-based Therapy and Therapy Based on Acceptance and Commitment on Emotional Self-Regulation, Psychological Well-Being and Couple Tolerance. *Islamic Life Style*. 2022; 6(2):153-160

1. Department of Educational Sciences and Consulting, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran
2. Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran (Corresponding Author).
3. Department of Counseling and Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran

\* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: rkhoj@yahoo.com

### Article History

Received: 2022/01/17

Accepted: 2022/03/17

## ABSTRACT

**Purpose:** The aim of this study was to compare the effectiveness of emotion-based therapy and therapy based on acceptance and commitment on emotional self-regulation, psychological well-being and couple productivity.

**Materials and Methods:** The research method is quasi-experimental and applied with a pre-test-post-test design with a control group and 3-month follow-up. Statistical population In the present study, all couples had marital incompatibility living in Qom. The sampling method is available in two experimental groups and one control group. After randomly identifying the experimental and control groups (2 experimental groups and the control group), emotion-based therapy and acceptance-commitment therapy, each in 8 sessions and each session for 1 hour (60 minutes). E) It was applied to the experimental groups and one week after the end of the treatment sessions, the experimental and control groups underwent a post-test. Psychological well-being questionnaire - short form (Reef / 2002).

**Conclusion:** Finally, it was concluded that emotional self-regulation, psychological well-being and resilience of couples participating in emotion-based therapy and therapy based on acceptance and commitment are significantly different from the control group and couples participating in emotion-based therapy and therapy-based There is a significant difference in acceptance and commitment with the control group.

**Keywords:** Emotion-Based Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Emotional Self-Regulation, Psychological Well-Being, Resilience

## مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری زوجین

مهری ازندریانی<sup>۱</sup>

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

غلامرضا خوی نژاد<sup>۲\*</sup>

گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران (نویسنده مسئول).

حسین اکبری امرغان<sup>۳</sup>

گروه مشاوره و روان شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری زوجین بود.

**مواد و روش ها:** روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و کاربردی است که با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و پیگیری ۳ ماهه انجام شد. جامعه آماری در پژوهش حاضر، تمامی زوجین دارای ناسازگاری زناشویی ساکن شهر قم بود. روش نمونه گیری به صورت در دسترس، در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه می باشد. پس از تعیین و جای گزینی تصادفی گروه های آزمایش و گواه (۲ گروه آزمایش و گروه گواه)، درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هر کدام به صورت ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۱ ساعته (۶۰ دقیقه ای) بر روی گروه های آزمایش اعمال شد و یک هفته پس از اتمام جلسات درمان، از گروه های آزمایش و گواه، پس آزمون به عمل آمد. ابزار گردآوری اطلاعات نیز پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان (گرتز و رومر/۲۰۰۴)، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی- فرم کوتاه (ریف/۲۰۰۲) بوده اند.

**نتیجه گیری:** در نهایت این نتیجه حاصل شده است که خودتنظیمی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری زوجین شرکت کننده در درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه تفاوت معناداری دارد و زوجین شرکت کننده در درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه تفاوت معناداری دارد.

**کلیدواژگان:** درمان هیجان محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودتنظیمی هیجانی، بهزیستی روانشناختی، تاب آوری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۶

\*نویسنده مسئول rkhoy@yahoo.com

### مقدمه

ازدواج تعهدی با عشق و مسئولیت برای توسعه روابط خانوادگی است. ازدواج و رابطه زناشویی مزیت های فراوانی برای زوجین دارد؛ ولی همواره این رابطه صمیمانه نبوده و ممکن است دستخوش تغییر و ناسازگاری شود. (۱)

در بین عوامل موثر و زندگی زوجین یکی از عواملی که در ادبیات مشاوره خانواده و ازدواج مورد توجه قرار گرفته است روابط زوجین و سازگاری می باشد (۲) بنابراین کیفیت ازدواج به مفهوم سازش یافتگی زوجین وابسته است و رضایت زوجین را فراهم می آورد. (۳). و سازگاری زناشویی رفتاری انطباقی است که در آن زوجین نیازهای یکدیگر را پاسخ می گویند و طی این فرآیند همسران قرار می گیرند که چگونه با گذشت زمان با یکدیگر در امور گوناگون مشارکت و مصالحه داشته باشند (۴) در مواردی که تلاش های ناکافی و یا غیر سازنده باشد زوجین گرفتار پیامدهای آسیب زای ناسازگاری زناشویی می شوند. زوجین در ازدواج های ناسازگار با وابستگی متقابل کمتری را نسبت به ازدواج های عاشقانه نشان می دهند در سطح بین فردی میزان وابستگی متقابل و عاطفی با عواملی مانند خودتنظیمی هیجانی (۵) و تاب آوری پایین مرتبط است (۶) این در حالی است که برخی تحقیقات نشان داده اند که دشواری در تنظیم هیجان در کنترل احساسات منفی و میزان ناسازگاری زناشویی تاثیر دارد (۷) دشواری تنظیم هیجانی می تواند به صورت تشریح بیش از حد هیجان و یا غیر فعال شدن بیش از حد هیجان نوظاهر کند تشدید بیش از حد هیجان شامل هرگونه افزایش در شدت هیجان است که فرد فرض مربوطه آن را ناخواسته مزاحم مستاصل کننده و یا دردسر ساز می انگارد. (۸) همچنین بر اساس تحقیقات دیگر ضعف در تنظیم هیجان منفی و تاب آوری پایین در مواجهه با تفاوت های فردی در زندگی زناشویی می تواند به افزایش تعارض ها و ناسازگاری های زناشویی و کاهش رضایت از زندگی مشترک بیانجامد. (۹)

در کنار تنظیم هیجانی یکی دیگر از سازه هایی که تحقیقات نشان داده اند نقش بسیار مهمی در ازدواج داشته (۶) و نقش مثبت آن بر کیفیت زندگی در جمعیت های بالینی و عادی تعیین شده است مفهوم تاب آوری است (۱۰). شواهد فزاینده ای نقش تاب آوری را در سلامت و رشد افراد بسیار مهم قلمداد نموده اند؛ به گونه ای که برخی روانشناسان راهبردها و اقدامات پیشگیرانه تاب آوری را به منظور حفظ سلامت روانی مورد تاکید قرار داده اند (۱۱) ریوچ و شانتیز برای باورند که آموختن مهارت ها و سبک های تفکر تاب آور سلامت روانی را افزایش می دهد و باعث ارتقاء سطح بهزیستی روانی و جسمی افراد می شود در واقع یکی از عواملی که می تواند نقش مهمی در ازدواج و بهبود تنظیم هیجان و رفتار ناشی از افزایش توان مقابله با مشکلات را قبل و بعد از ازدواج داشته باشد تاب آوری است. (۱۲)

از دیگر سو، بهزیستی روانشناختی مفهوم وسیعی است که شامل تجربه عواطف لذت بخش، درک مثبت زندگی در ابعاد مختلف فردی و در زمینه های خانوادگی و اجتماعی و همچنین شامل روحیه تلاش برای کمال در راستای تحقق توانایی های بالقوه خویش است (۱۳). افراد دارای -بهزیستی روانشناختی رو به بالا به طور عمده و

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. شایان ذکر است که پیش از اجرای برنامه مداخله از هر دو گروه کنترل و آزمایش پیش‌آزمون به عمل آمد و پس از اجرای برنامه مداخله برای گروه آزمایش، دوباره پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

#### ابزار پژوهش

الف- پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان (۱۷):

این ابزار خودگزارشی در سال ۲۰۰۴ به وسیله گرتز و رومر تدوین و دارای ۳۶ سؤال با ۶ زیرمقیاس عدم پذیرش هیجان‌منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی می‌باشد. نمره گذاری سئوال‌ات این ابزار در طیف ۵ درجه‌ای (گزینه تقریباً هرگز با نمره ۱ تا گزینه تقریباً همیشه با نمره ۵) انجام می‌شود. سازندگان ابزار ضریب آلفای کرونباخ کل را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی سازه و پیش‌بین در مطالعات متعدد تأیید شده است. در ایران نیز بشارت (۱۳۹۷) ضرایب آلفای کرونباخ این ابزار را در دامنه‌ای بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ گزارش کرده است.

ب- پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی-فرم کوتاه (۱۸):

این ابزار خودگزارشی در سال ۱۹۸۹ به وسیله ریف تدوین و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است و دارای فرم‌های ۸۴ سئوالی، ۵۴ سئوالی و ۱۸ سئوالی می‌باشد. در این مطالعه از فرم کوتاه ۱۸ سئوالی آن استفاده خواهد شد. این فرم دارای ۶ زیرمقیاس شامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی می‌باشد. نمره گذاری سئوال‌ات این ابزار در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (گزینه کاملاً موافقم با نمره ۱ تا گزینه کاملاً مخالفم با نمره ۶) انجام می‌شود. نتایج به دست آمده از بررسی نسخه ۱۸ سئوالی حاکی از همبستگی نسبتاً بالای (از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹) عامل‌های هر دو نسخه با هم بوده است. ریف و سینگر همبستگی بین فرم کوتاه با فرم بلند را در دامنه‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ برآورد کرده‌اند. ریف (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۸۹ گزارش کرده است.

پ- پرسشنامه تاب‌آوری (۱۹):

این ابزار خودگزارشی در سال ۲۰۰۳ به وسیله کانر و دیویدسون تدوین و دارای ۲۵ سؤال با ۵ زیرمقیاس شامل صلاحیت/کفایت فردی، تحمل اثرات منفی/قوی بودن در برابر تنش، پذیرش مثبت تغییر، خودکنترلی و تأثیرات معنوی می‌باشد. نمره گذاری سئوال‌ات این ابزار در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (گزینه کاملاً نادرست با نمره صفر تا گزینه کاملاً درست با نمره ۴) انجام می‌شود. سازندگان ابزار

هیجان‌ات مثبت را تجربه می‌کند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبت دارند. در حالی که افراد دارای بهزیستی روان‌شناختی رو به پایین حوادث و واقعیت‌های زندگی خود را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجان‌ات منفی نظیر خشم، اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند. بهزیستی روان‌شناختی را شناخت شخصی فرد از ارزش‌های تأثیر گذار و عاطفی مؤثر در زندگی‌اش می‌دانند (۱۴).

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 نشان دهنده 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 (۱۵) 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 (۱۰).

به منظور مداخله در ارتباطات زوجین رویکردهای درمانی متفاوتی وجود دارد. یکی از مداخلاتی که در این زمینه کاربرد خود را نشان داده است و روش درمانی هیجان‌مدار می‌باشد در این درمان تمرکز درمانگر و تنها بعد آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است، که ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز دارد در نظر دارد. مرور پیشینه تجربی حاکی از آن است که پژوهش‌های آزمایشی مکرر نشان داده‌اند که رویکرد درمانی هیجان‌مدار در درمان آشفتگی‌های زناشویی مؤثر بوده است (۱۶) از جمله درمان‌های دیگری که در سال‌های اخیر رشد چشمگیری در درمان آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی جمعیت‌های مختلف داشته است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که این درمان بر خلاف رویکردهای دیگر روان‌درمانی مستقیماً بر روی کاهش نشانگان عملی نمی‌کند بلکه در عوض سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی را هدف قرار می‌دهد.

با اذعان به مطالب بالا و اهمیت جایگاه خانواده و روابط بین زوجین در جامعه، لذا سؤال پژوهش این است که «آیا بین اثربخشی درمان هیجان‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری زوجین تفاوت وجود دارد؟»

#### مواد و روش‌ها

جامعه شرکت‌کنندگان و روش نمونه‌گیری از نوع نیمه‌تجربی و کاربردی است که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری در این پژوهش، شامل زوجینی که جهت دریافت خدمات مشاوره برای کاهش ناسازگاری زناشویی به یکی از مراکز مشاوره و روان‌درمانی در سطح شهر قم مراجعه نموده، پرسشنامه‌های مورد پژوهش طی روزهای مختلف با حضور یافتن پژوهشگر توزیع شد، سپس از بین زوجین دارای مشکلات سازگاری زناشویی که در پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان نمره بالا

جلسه ۶۰ دقیقه و یک جلسه پیگیری بر گروه آزمایش اجرا شد و یک هفته پس از پایان جلسات درمان، از گروه آزمایش و گواه، پس از آزمون به عمل آمد.

**یافته‌ها**

فرضیه کلی پژوهش بین اثربخشی درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری زوجین تفاوت معناداری وجود دارد.

ضریب آلفای آن را ۰/۸۹ برآورد کرده‌اند. در ایران نیز در پژوهش کیهانی، تقوایی، رجبی و امیرپور (۱۳۹۳) ضریب آلفای کروناخ این ابزار را برای کل مقیاس ۰/۸۵ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۶۵ الی ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند.

**روش اجرا**

پس از انتخاب نمونه پژوهشی که در بخش روش نمونه گیری به طور کامل توضیح داده شد نخست، پرسشنامه تاب آوری بهزیستی روانشناختی و پرسشنامه دشواری تنظیم هیجانی به عنوان پیش از آن برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد، سپس برنامه درمانی در هر یک از دو روش درمانی، از یک پیش جلسه، ۸ جلسه و هر

جدول ۱. نتیجه آزمون کرویت موچلی نمره کل متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	کرویت موچلی	آماره‌ی کای دو	درجه آزادی	سطح معناداری
خودتنظیمی هیجانی	۰/۲۱۱	۴۱/۹۶۹	۲	۰/۰۰۱
بهزیستی روانشناختی	۰/۳۱۲	۳۱/۳۸۴	۲	۰/۰۰۱
تاب آوری	۰/۶۱۲	۳۶/۹۵۶	۲	۰/۰۰۱

نتیجه از آزمون‌های جایگزین یعنی آزمون محافظه کارانه گرین هاوس-گیرز (Greenhouse-Geisser) برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج در جدول ذیل آمده است.

بر اساس نتایج جدول آزمون کرویت موچلی (مقدار سطح معناداری برای متغیرهای وابسته تحقیق (خودتنظیمی هیجانی- بهزیستی روانشناختی- تاب آوری) برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. لذا فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به گونه‌ای دقیق‌تر شرط همگنی ماتریس کواریانس اطمینان حاصل نشد و لذا تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در

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 هیجانی	گروه	۰/۹۰۷	۰/۰۰۹	۰/۰۳۱	۰/۵۵۱
	زمان	۱۴/۶۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۴	۰/۸۷۲
	تعامل زمان و گروه	۴/۶۷۴	۰/۰۳۵	۰/۱۴۳	۰/۵۸۲
بهزیستی روانشناختی	گروه	۳۱/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۰/۴۹۹
	زمان	۹۱/۶۳۳	۰/۰۲۱	۰/۷۶۶	۰/۸۶۴
	تعامل زمان و گروه	۴۳/۴۵۶	۰/۰۰۳	۰/۶۰۸	۰/۶۶۳
تاب آوری	گروه	۱/۳۴۲	۰/۰۲۴	۰/۲۲۳	۰/۴۰۱
	زمان	۶/۹۶۷۵	۰/۰۲۲	۰/۵۱۲	۰/۶۳۰
	تعامل زمان و گروه	۱۰/۵۴۶۳	۰/۰۱۹	۰/۴۸۹	۰/۶۱۳

ایجاد کرده است. به این صورت که متغیرهای وابسته یعنی خودتنظیمی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری بر اثر دو روش مداخله (درمان هیجان محور-درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بهبود پیدا کرده است.

نتایج جدول 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 ( $F=0/907$ ؛  $Sig=0/009$ )، بهزیستی روانشناختی ( $F=31/108$ ؛  $Sig=0/001$ ) و نمره کل تاب آوری ( $F=1/342$ ؛  $Sig=0/024$ )

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در مراحل مختلف سنجش برای متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین تعدیل شده	آزمون‌ها	تفاوت میانگین	سطح معناداری
خودتنظیمی هیجانی	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	۵/۲۶۷*	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	۵/۱۱*	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	۰/۱۵۶	۰/۹۹۹
بهبودی روانشناختی	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	۹/۱۷۸*	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	۸/۴۶۷*	۰/۰۰۴
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	-۰/۷۱۱	۰/۰۵۶
تاب آوری	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	۶/۷۱۱*	۰/۰۰۲
	پس آزمون	پیش آزمون-پیگیری	۶/۳۳۳*	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس آزمون-پیگیری	۰/۳۷۸	۰/۲۳۲

نمرات کل متغیرهای وابسته مورد پژوهش (خودتنظیمی هیجانی-بهبودی روانشناختی-تاب آوری) در مرحله پس آزمون تأثیر داشته داشته‌اند و تداوم این تأثیر در مرحله پیگیری را در برداشته است. همچنین از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که تأثیر ایجاد شده در مرحله پس آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش‌تر بوده است، لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی دو روش مداخله ای (درمان هیجان محور- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر نمرات کل متغیرها از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول شماره ذیل آمده است.

\*در سطح ۰/۰۵ معنادار است. به منظور مشخص نمودن اینکه نمره کل متغیرهای وابسته پژوهش در کدام مرحله با هم تفاوت معناداری دارند، آزمون تعقیبی بن فرونی Bonferroni استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شده است. جدول نشان می‌دهد که دو روش مداخله (درمان هیجان محور- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر نمره کل متغیرهای وابسته پژوهش در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته‌اند. همان گونه که نتایج جدول نشان می‌دهد «تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون» و «تفاوت میانگین پیش آزمون با پیگیری» بیشتر از «تفاوت میانگین پس آزمون و پیگیری» است که این نشان دهنده آن است که دو روش مداخله (درمان هیجان محور- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر

جدول ۴. مقایسه‌ی زوجی با آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه مینا 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
تاب آوری	تفاوت (پذیرش و تعهد-هیجان مداری)	۲/۱۷۸	۰/۰۵۱
	تفاوت (پذیرش و تعهد-گواه)	۸/۱۱۱*	۰/۰۰۱
	تفاوت (هیجان مداری-گواه)	۳/۹۳۳*	۰/۰۰۴

و تعهد بر خودتنظیمی هیجانی، بهبودی روانشناختی و تاب آوری زوجین» تأیید می‌شود.

#### نتیجه گیری

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

نتایج نشان می‌دهد که تفاوت میانگین درمان مبتنی بر پذیرش با گروه گواه بیشتر از تفاوت میانگین درمان هیجان محور با گروه گواه است، که این نشان دهنده 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

همچنین همسویی با یافته های حاضر در زمینه تاب آوری، نتایج مطالعات قبلی همسو می باشد. در همین راستا و همسو با یافته حاضر، ایوانس، موری، موراتور، لانتز و جیوارسیکو<sup>۲</sup> در پژوهشی به درمان هیجان محور بر تاب آوری و تنظیم هیجان زوجین پرداختند. در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و تاب آوری زوجین می توان گفت با توجه به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طول مداخله از مهارت های ذهن آگاهی پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می کند زمینه برای تقویت توانایی افراد برای مواجهه با تجاربشان در زمان حال را فراهم می سازد که افراد به شیوه ای عمل کنند که منطبق با ارزش هایشان باشد، همچنین کمک می کند که تغییرات و تجربیات را همانگونه که در لحظه حال در جریان هستند تجربه کند. همچنین در تبیین نتایج به دست آمده مبنی بر اثر گذاری درمان هیجان مدار و تاب آوری زبانه می توان چنین بیان نمود درمان هیجان مدار با تاکید و نشانه گذاری بر رفتارها و افکار و هیجانات منفی به صورت مرحله به مرحله هیجانهای ناسازگار افراد را شناسایی می کند و در نهایت با روشها و تکنیک های سر در عوض کردن آنها دارد.

محدودیت هایی که در پژوهش حاضر مطرح بودند عبارتند از: یکی از محدودیت های پژوهش حاضر از آنجایی که این پژوهش بر روش نمونه گیری استفاده شده در این پژوهش، نمونه گیری هدفمند بود. استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی نمی تواند معرفی از جامعه کلی زوجین دارای ناسازگاری زناشویی باشد، بنابراین تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می سازد. پیشنهاداتی که در راستای پژوهش حاضر می توان مطرح نمود عبارتند از:

اولا پژوهش های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ های دیگر بر روی زوجین دارای مشکلات زناشویی سایر شهرها و نیز زوجین عادی اجرا شود تا نتایج پژوهش های انجام شده با هم قابل مقایسه باشد. ثانيا اقدام به پژوهش های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه تأثیر این شیوه های مداخلاتی بر سایر مشکلات زناشویی بین زوجین مانند صمیمیت جنسی، تحمل ابهام، ناگویی خلقی و کیفیت زندگی زناشویی صورت گیرد.

## References

1. Mutlu, B., Erku, Z., Yıldırım, Z., & Gündoğdu, N. (2018). A review on the relationship between marital adjustment and maternal attachment. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64 (3), 243-252.
2. Spencer, M., Stith, S., Cafferky, B. (2019). Risk markers for physical intimate partner violence victimization: A meta-

دو گروه ایجاد کرده است، به این معنی که دو روش مداخله تأثیر معناداری بر بهبود خودتنظیمی هیجانی و بخزستی روانشناختی و تاب آوری داشته اند. همچنین، مقایسه ی 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 نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر بهبود نمرات خودتنظیمی هیجانیو بهزستی روانشناختی و تاب آوری داشته است. در نتیجه فرضیه های پژوهش مبنی بر «تفاوت معنادار بین خودتنظیمی هیجانی و بهزستی روانشناختی و تاب آوری زوجین شرکت کننده در درمان هیجان محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه» تأیید می شود.

یافته حاضر در زمینه تنظیم هیجان با نتایج مطالعات متعددی (۲۰، ۲۱ و ۲۲) همسو می باشد. در تبیین یافته های این مطالعه می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اسب های شناختی مانند ارزیابی و آشنایی با مفاهیم همانند نگرانی و ناامیدی برای بهبود تنظیم هیجانی استفاده می کند بنابراین زوجین ناسازگار که درمان پذیرش و تعهد به آنها ارائه شده است نسبت به نگرانی ها ناامید ها و آگاهی کامل پیدا کرده و پس از کسب آگاهی نسبت به رفع آن اقدام می کنند و همین عاملی می شود که کم کم ارزیابی های شناختی هیجانی آنها کاهش و تنظیم هیجانی افزایش پیدا می کند. از دیگر سو نظر تاکید می کرد هیجان مدار بر اهمیت پیوند های هیجانی این رویکرد در مورد بنیزی نیازهای بیان نشده بیر ویژه ای دارد تا زمانی که زوجین علاوه بر سازگاری زناشویی همچون تعارض زناشویی و مشکلات مدیریت و خودتنظیمی هیجانی دچار باشد مداخلات هیجان محور درهرسه زمینه مفید واقع می شود.

همسو با یافته های مطالعه حاضر در بهزستی روانشناختی، کاردیل، راس، بوتریان، استامن و دایلارد<sup>۱</sup> (۲۳) در پژوهشی نشان دادند که در مرحله پس آزمون میانگین نمره تاب آوری و بهزستی روان شناختی افراد گروه مداخله در مقایسه با افراد گروه کنترل بهبود یافته است. در تبیین این مطالعه می توان گفت رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اساسا فرایند محور است در این رویکرد درمانی با تاکید بر ارتقای با پذیرش تجربیات روانشناختی تلاش برای کنترل بهبود سلامت روان سازی مستلزم فکر کردن مسائلی که بهزستی روانشناختی را تحریک می کند و در نتیجه آن ناامیدی و ناراحتی احضار می شود و این امر در مرحله گسلش از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به وجود آمده از بهبود بهزستی روانی زوجین بهبود می یابد. و در تبیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر بهزستی روانشناختی می توان گفت از آنجایی که رویکرد هیجان مدار بر روی هیجان ها و عواطف و مجوز دارد اساسی درمان خود را بر خود سازی و تعامل برقرار داده است و از راه خویشتن پنداری مثبت سردرد خود نزد بخشی فرد و سیستم احساسی دارد و در جلسات درمانی به صورت گسترده از روش های درمانی برای بیان احساسات تازه استفاده می کند.

<sup>2</sup> Evans, Murray, Muratore, Lantz & Juarascio

<sup>1</sup> Cardel, Ross, Butryn, Eastman & Dillard

- Resiliency in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Med Princ Pract.* 29(2):160-165.
11. Williamson, H. C., Hammett, J. F., Ross, J. M., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2018). Premarital education and later relationship help-seeking. *Journal of Family Psychology*, 32(2), 276.
  12. Armenia, A., & Troia, B. (2017). Evolving opinions: Evidence on marriage equality attitudes from panel data. *Social Science Quarterly*, 98(1), 185-195.
  13. 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.
  14. Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
  15. Zaharakar, Kianoosh; Tajik Ismaili, Azizullah; Mohsenzadeh, Farshad; Hazarusi, Bahram. (1398). Identifying the underlying factors of emotional divorce in the socio-cultural context of Karaj. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy.* 9 (1): 142-125.
  16. Nasri, Shima; Kakabrai, Saturn; Sharifi, Mohammad (1396). The effectiveness of emotion therapy on mental well-being and individual-social adjustment of divorced women. *Journal of Women and Culture.* 9 (34): 142-129.
  17. Gratz, K.L & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
  18. Ryff. C.D., & Singer, B.H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social science Research*, 35, 4, 1103-1119.
  - analysis. *Journal Aggression and Violent Behavior.* 44(8):1-17.
  3. Filipovic, S., Vukosavljevic-Gvozden, T., & Opacic, G. (2015). Irrational Beliefs, Dysfunctional Emotions, and Marital Adjustment: A Structural Model. *Journal of Family Issues*, 28(7), 1– 18.
  4. Rao, L.S. (2017). Marital adjustment and depression among couples. *The International Journal of Indian Psychology*, 4 (2), 34-42
  5. Hodges SD, Denning KR, Lieber S. (2018). Perspective taking: motivation and impediment to shared reality. *Curr Opin Psychol.* 23:104-108.
  6. Rezazadeh, Massoud; Sadri Demirchi, Ismail; Qamari Kiwi, Hussein (1398). The effectiveness of premarital education program on attitudes about marriage, resilience and expectation of marriage. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy.* 9 (1): 124-109.
  7. Goldenberg, A., Halperin, A., van Zomeren, M., & Gross, J. J. (2016). The Process Model of Group-Based Emotion: Integrating Intergroup Emotion and Emotion Regulation Perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 36(9), 118-141.
  8. Saberi Fard, Fereshteh; Haji Arbabi, Fatemeh. (1398). The relationship between family emotional atmosphere and emotional self-regulation and resilience in students of Mashhad Azad University. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry.* 6 (1): 63-49.
  9. Fiorillo, D. McLean, C. Pistorello, J. Hayes, S. C. & Follette, W. M. (2017). Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 104-113.
  10. Ziarko M, Mojs E, Sikorska D, Samborski W. (2020). Coping and Life Satisfaction: Mediating Role of Ego-

19. Conner, K.M., & Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2):76-82.
20. Jahangiri, Ali; Shirdel, Maliha; Qara Chorlu, Sonia. (1397). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on cognitive regulation of emotion and self-efficacy in substance abusers. *North Khorasan Medical Journal*. 10 (2): 54-41.
21. Ghasedi, Massoud; Bagheri, Fariborz; Kiamanesh, Alireza (1397). Comparison of the effectiveness of two methods of group therapy based on mindfulness and acceptance and commitment therapy on forgiveness, emotion regulation and marital intimacy. *Journal of Bioethics*. 8 (29): 98-81.
22. Azimi Far, Shirin; Fatehizadeh, Maryam; Bahrami, Fatemeh; Ahmadi, Seyed Ahmad (1395). Comparison of acceptance and commitment therapy with cognitive-behavioral therapy on increasing happiness and satisfaction of couples. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*. 3 (2): 81-56.
23. 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.