

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان شناختی و رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مدل عشق هاتفیلد در زوجین ناهمسان و نابرابر

محمد پلوی^۱، حمید یعقوبی^۲، محمدرضا صفاریان طوسی^۳

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت سلامت زندگی زناشویی و نقش شاخصه‌های عشق ورزی بر روابط زناشویی و لزوم مداخله در این زمینه و انتخاب رویکرد مناسب در این زمینه پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی و رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مدل عشق هاتفیلد در زوجین ناهمسان و نابرابر بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، با گروه کنترل و پیگیری ۱ ماهه انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوجینی بود که به مراکز مشاوره و اورژانس اجتماعی بهزیستی شهر تربت جام در سال ۱۴۰۲ مراجعه کردند، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس، ۲۴ زوج (۲۴ مرد و ۲۴ زن) که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند، به عنوان نمونه انتخاب شده و به طور تصادفی در ۳ گروه ۸ زوجی (۸ مرد و ۸ زن) الف، ب و ج (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند که گروه الف درمان شناختی رفتاری، گروه ب، درمان پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه ج گروه کنترل بود که درمانی دریافت نکرد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نرم افزار SPSS-22 و آزمونهای از تحلیل کواریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو گروه درمان شناختی و رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مدل عشق هاتفیلد در زوجین ناهمسان و نابرابر مؤثر بود، اما این تفاوت در مورد مدل عشق هاتفیلد معنادار نبود. بنابراین می‌توان از این دو روش در جهت بهبود روابط زناشویی بهره‌مند شد.

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان از هر دو درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان در جهت افزایش عشق و رضایت زناشویی بین زوجین بهره‌مند شد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی و رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زوجین ناهمسان و نابرابر، مدل عشق هاتفیلد

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۸/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۲۰

استناد: پلوی محمد، یعقوبی حمید، صفاریان طوسی محمدرضا. مقایسه اثربخشی درمان شناختی و رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مدل عشق هاتفیلد در زوجین ناهمسان و نابرابر، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۱): ۴۲-۵۴

^۱ - دانشجوی دکتری گروه مشاوره و علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران Mohammadpoloe1975@gmail.com

^۲ - (نویسنده مسئول): دانشیار، گروه مشاوره و علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران - گروه روانشناسی بالینی، واحد تهران، دانشگاه شاهد، تهران، ایران yaghubi@shahed.ac.ir Tel: 09123105088

^۳ - استادیار، گروه مشاوره و علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران Rezasaffarian1965@gmail.com

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریئو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

ازدواج بنیادی‌ترین رابطه‌ی انسانی برای دستیابی به نیاز عاطفی و کسب امنیت است. ازدواج سمبل موفقیت اجتماعی است که نقش مهمی در سلامت فرد ایفا می‌کند (۱). در واقع ازدواج و تشکیل خانواده یکی از مهمترین پدیده‌های زندگی است که می‌تواند موجبات رشد و شکوفایی زوجین را فراهم آورد. برخی از صاحب‌نظران مختلف علوم اجتماعی بر این باورند که یکی از عوامل اصلی پیوند ازدواج میان زن و مرد وجود مشترکات میان آنها از جمله؛ خلق و خوی، فرهنگ، باورها و اعتقادات، طبقه اجتماعی، شرایط محیطی و جغرافیایی و به طور کلی همسانی و همگونی زوجین می‌باشد. همچنین نتایج و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زندگی مشترک همسران همسان با احتمال بیشتری تداوم خواهد داشت و به طور کلی می‌توان بیان نمود که صرف نظر از تمامی تغییر و تحولات واقع شده طی قرون اخیر انسان‌ها بنا به سنت دیرین و گاه به صورت ناآگاهانه اصل همسانی و همگونی را در انتخاب همسر مد نظر قرار می‌دهند. در یک تعریف مختصر و در عین حال گویا می‌توان همسان همسری را چنین تعریف کرد: «همسان همسری عبارت است از انتخاب همسر از بین همسانان و ازدواج بین افرادی که بیشترین شباهت را از جهات گوناگون با هم داشته باشند که در مقابل آن ناهمساز همسری قرار می‌گیرد» (۲).

عشق و محبت عامل پیوند دهنده زن و شوهر و موجب حفظ ثبات آنها می‌شود. از آن گذشته، عشق و محبت از کیفیتی برخوردار است که می‌تواند بسیاری از تنش‌های میان زوج‌ها را محو کرده، بر خودمحوری‌ها سرپوش بگذارد (۳) هاتفیلد (۴) نیز عشق را به دو نوع اصلی تقسیم نمود، عشق شهوانی و عشق مصاحبتی (دلسوزانه). عشق شهوانی با هیجان‌های شدید، تمنای جنسی و اشتغال فکری شدید به معشوق مشخص می‌شود (۴). این عشق آغازی سریع و آتشین دارد و تقریباً به طور اجتناب ناپذیری با گذشت زمان رو به سردی می‌گذارد. گاهی نیز عشق شهوانی مقدمه‌ای برای پرورش عشق مصاحبتی می‌شود که تجربه خفیف تر و پایدارتری است و با احساس اعتماد متقابل، قابلیت اتکا و گرمی مشخص می‌شود. به اعتقاد آنها ترکیب عشق شهوانی و مصاحبتی بهترین شکل عشق است. پژوهش فریکر و مور^۱ (۵) و رافاگنیو و پودو^۲ (۶) نشان داد که یکی از سازه‌های مؤثر بر رضایت از روابط زناشویی، سبک‌های عشق ورزی آنان می‌باشد. همچنین پژوهش رفیع زاده و زارع (۷) نشان داد که سبک‌های عشق ورزی پیش‌بینی کننده طلاق عاطفی می‌باشد.

زوجین برای اینکه زندگی موفق و سرشار از عشق و محبت داشته باشند، نیاز به برقراری ارتباطی صحیح دارند و این رابطه توأم با عشق بین زوجین، مستلزم ارائه مداخلات روانشناختی و انتخاب رویکرد مناسب می‌باشد که یکی از رویکردهای مؤثر بر صمیمیت زوجین و اصلاح سبک عشق ورزی بین زوجین، درمان شناختی رفتاری می‌باشد (۸). درمانگران این دیدگاه در تغییر رفتارهای ناسازگارانه و برای رسیدن به خودیاری نه تنها به بازسازی شناختی مانند تغییر انتظارات نادرست، طرحواره‌های ناکارآمد، افکار خودآیند منفی، خودگویی‌های منفی و باورهای نادرست و غیرمنطقی تأکید می‌ورزند، بلکه بر آموزش مهارت‌های اجتماعی مانند ابراز وجود، مسئله‌گشایی، آرامش عضلانی، مهارت‌های بین فردی هم تأکید دارند (۹). همچنین این رویکرد به طور ذاتی، محترمانه و مشارکتی است و خودکنترلی درمان‌جو را افزایش و رفتارهای مخرب وی را کاهش می‌دهد (۱۰).

۱ Fricker & Moore

۲ Raffagnino & Puddu

در رویکرد زوج درمانی شناختی-رفتاری، منشأ مشکلات زناشویی ناکارآمدی مهارت‌های زوجین در برقراری ارتباط با یکدیگر، ناتوانی در حل مسائل و تعارض‌های بین فردی، شناخت‌ها و باورهای غیر منطقی و رفتارهای ناکارآمد در نظر گرفته می‌شود. تمرکز جلسات زوج درمانی شناختی رفتاری بر بهبود رابطه بین فردی زوجین است، به نحوی که آنها بتوانند به واسطه راهبردهای رفتاری و بازسازی شناختی، تعارضات بین فردی خود را حل نمایند و جهت حل مسائل آتی نیز مجهز به مهارت‌های اجتماعی و شناختی لازم شوند. در همین زمینه پژوهش‌های مختلف حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت و بهبود رابطه (۱۱)، رضایت زناشویی (۵) و تعارض زناشویی (۱۲) می‌باشد.

رویکرد دیگری که در زمینه کاهش تعارضات زناشویی و سبک‌های عشق ورزی زوجین، مؤثر است، درمان پذیرش و تعهد^۱ می‌باشد (۱۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که برگرفته از تأثیر موج سوم رفتارگرایی است، توانسته روش درمان سنتی شناختی- رفتاری را به ویژه با استفاده از ذهن‌آگاهی و تأکید بر ارزش‌ها گسترش دهد (۲). راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار در می‌آمیزد و به افراد در حل مشکلات روانشناختی، تغییرات رفتاری اثربخشی و اثربخشی تغییرات رفتاری کمک می‌کند (۱۴). این رویکرد برای حل تعارضات زناشویی و بخشودگی در روابط زناشویی مؤثر است، زیرا در فرایند بخشودگی، اجتناب از تجربه احساسات منفی از قبیل خشم مانع تحقق بخشودگی می‌شود اما درمان پذیرش و تعهد با فراهم کردن زمینه تجربه این احساسات و پذیرش آنها از طریق کارهای عملی و استعاره‌ها، فرایند بخشودگی را تسهیل می‌کند (۱۵).

هدف اصلی در این رویکرد آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی لاجرم برای او ایجاد کرده، یک زندگی پربار و معنادار برای خود ایجاد نماید، در نتیجه شناسایی مرزهایی که افراد را از زندگی مطلوب باز داشته است مؤلفه‌های کلیدی درمان پذیرش و تعهد را تشکیل می‌دهند (۱۶) در همین زمینه پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد بر همدلی (۱۷)، بخشودگی (۱۸) و مشکلات زناشویی (۱۹) می‌باشد

لذا با توجه به اهمیت سلامت زندگی زناشویی و نقش شاخصه‌های عشق ورزی بر روابط زناشویی و لزوم مداخله در این زمینه و انتخاب رویکرد مناسب در این زمینه، محقق در این پژوهش درصدد بررسی تفاوت بین اثربخشی درمان شناختی و رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مدل عشق هاتفیلد در زوجین ناهمسان و نابرابر، برآمده است.

روش پژوهش:

این پژوهش، از نظر هدف، کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوجینی بود که به مراکز مشاوره و اورژانس اجتماعی بهزیستی شهر تربت‌جام، در سال ۱۴۰۱، مراجعه کردند. از میان جامعه آماری، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس و براساس نمره پرسشنامه عشق هاتفیلد و ریسون (۱۹۹۳) در پیش‌آزمون، ۲۴ زوج (۲۴ مرد و ۲۴ زن) که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند، به عنوان نمونه انتخاب شده و به طور تصادفی در ۳ گروه (۸ زوجی (۸ مرد و ۸ زن) الف، ب و ج (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند که گروه الف درمان شناختی رفتاری، گروه ب، درمان پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه ج گروه کنترل بود که درمانی دریافت نکرد. ابزارهای اندازه‌گیری عبارتند از:

۱- acceptance and commitment couple therapy

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: این پرسشنامه جهت کسب داده‌های فردی و بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها، هم‌چنین، بررسی همساز سنی، همساز تحصیلی، همساز اجتماعی (همساز شغلی) همساز جغرافیایی (محل تولد) همساز (شامل: جنس، سن، سن همسر، سن ازدواج، تفاوت سنی با همسر، منطقه محل سکونت محل تولد خود و همسر) می‌باشد.

مقیاس عشق پرشور (PL): مقیاس عشق پرشور توسط هاتفیلد و ریپسون^۲ (۴) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۱۵ ماده است و شیوه پاسخ‌گویی به این مقیاس براساس مقیاس لیبرت و در یک پیوستار از نمره ۱ تا ۹ است. آزمودنی‌ها می‌بایست میزان موافقت خود را با هر یک عبارت‌ها از نمره ۱ تا ۹ مشخص می‌کردند. آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۷ گزارش شده و برای محاسبه روایی آن از روش تحلیل همبستگی متقابل استفاده شد و برابر ۰/۷۹ گزارش گردید. در نمونه ایرانی این پرسشنامه ضریب پایایی در پژوهش رفیعی نیا و اصغری (۱۳۸۶) برای مقیاس عشق پرشو توسط هاتفیلد و ریپسون برای ۰/۸۲ می‌باشد (۴)

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT): جلسات درمانی در قالب هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار براساس کتاب ACT به زبان ساده الفبای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هریس (۶) برگزار شد که خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

Table 1: Summary of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

جلسه اول	شفاف سازی قوانین گروه، اهداف و انتظارات (آشنایی و ارتباط اعضا)
جلسه دوم	تعریف مشکل از دیدگاه زوجین و مشاور (فرمول سازی مشکل)
جلسه سوم	انتخاب رابطه سالم (انگیزه، تمایل و اشتیاق)، استعاره گلزار، ادامه یا قطع رابطه
جلسه چهارم	آشنایی با کارکرد ذهن و نحوه رهایی از افکار مخرب ذهن، تضعیف انتظارات (نه حذف آن‌ها)، آموزش روش حل تعارض
جلسه پنجم	شناسایی ارزش‌های مشترک و اقدام متعهدانه، شناسایی نقاط قوت زوجین
جلسه ششم	معرفی و تشخیص موانع رابطه: قطع ارتباط، واکنش، اجتناب، درون ذهن شما، ارزش‌های نادیده گرفته شده (آشنایی و تشخیص موانع رابطه)
جلسه هفتم	معرفی لایه‌های مه‌ای کاش، بایدها و نبایدها، فقط اگر... (آشنایی با مه روان شناختی)
جلسه هشتم	انتخاب اقدام مؤثر بر طبق ارزش‌ها علی‌رغم وجود افکار و احساسات ناخوشایند، برپایی مراسم بخشش و سوگندنامه (عملی کردن آموخته‌ها)

جلسات درمانی شناختی رفتاری در قالب هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار براساس کتاب گروه درمانگری شناختی- رفتاری فری (۷) برگزار شد که خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

1- passionate love scale

2 - Hatfield & Rapson

جدول ۲: خلاصه جلسات درمانی شناختی رفتاری (CBT)

Table 2: Summary of cognitive behavioral therapy (CBT) sessions

جلسه اول	معارفه و بررسی عوامل موثر و تاریخچه درمان برقراری ارتباط و بیان اهداف،
جلسه دوم	مهارت ریلکسیشن وانجام تمرینات متعدد در باب ریلکسیشن
جلسه سوم	افکار منفی، میزان موفقیت در شناسایی و گیر انداختن افکار افکار
جلسه چهارم	شناختن و دسته بندی باورها
جلسه پنجم	تحلیل سودمند بودن و همسانی باورها
جلسه ششم	تحلیل منطقی تعریف واژه خود
جلسه هفتم	آموزش ویژگی های باور های مخالف
جلسه هشتم	شبیه سازی موقعیت های واقعی

داده‌های پژوهش حاضر به کمک نرم‌افزار آماری SPSS-22 و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کواریانس چند متغیره و آزمون‌های تعقیبی بن فرونی استفاده شد.
یافته‌ها:

در جداول زیر، ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان بر حسب سن و تحصیلات ارائه می‌گردد.

جدول ۳: توزیع فراوانی نمونه بر حسب سن و به تفکیک گروه‌ها

Table 3: Sample frequency distribution according to age and by groups

سن	درمان شناختی و رفتاری		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گواه
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۳۰-۲۰	۳	۱۸,۸	۲	۱۲,۵	۲
۴۰-۳۱	۱۰	۶۲,۵	۸	۵۰,۰	۹
۴۱ به بالا	۳	۱۸,۸	۶	۳۷,۵	۵
کل	۱۶	۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۱۶

جدول فوق توزیع فراوانی نمونه بر حسب سن را نشان می‌دهد. همانطور مشاهده می‌گردد، اکثر افراد سه گروه درمان شناختی و رفتاری (۶۲/۵ درصد) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۵۰ درصد) گواه (۵۶/۲ درصد) در گروه سنی ۳۱-۴۰ می‌باشند.

جدول ۴: توزیع فراوانی نمونه بر حسب تحصیلات به تفکیک گروه‌ها

Table 4: Frequency distribution of the sample according to education by groups

گواه		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		درمان شناختی و رفتاری		تحصیلات
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۲,۵	۲	۱۲,۵	۲	۱۸,۸	۳	زیردیپلم
۴۳,۸	۷	۵۰,۰	۸	۳۷,۵	۶	دیپلم و فوق دیپلم
۲۵,۰	۴	۲۵,۰	۴	۳۱,۲	۵	کارشناسی
۱۸,۸	۳	۱۲,۵	۲	۱۲,۵	۲	کارشناسی ارشد و بالاتر
۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۱۶	کل

جدول فوق، توزیع فراوانی نمونه بر حسب تحصیلات را نشان می‌دهد. همانطور مشاهده می‌گردد، اکثر افراد سه گروه درمان شناختی و رفتاری (۳۷/۵ درصد) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۵۰ درصد) گواه (۴۳/۸ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم می‌باشند.

جدول ۵: شاخص‌های توصیفی مدل عشق هاتفیلد بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

Table 5: Descriptive indices of Hatfield's love model according to test stages and by groups

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱/۹۷	۵۷/۶۲	۱/۸۹	۵۷/۸۸	۱/۷۴	۳۰/۶۲	درمان CBT	عشق پرشور هاتفیلد
۳/۳۳	۶۸/۳۱	۳/۳۴	۶۸/۴۴	۲/۸۲	۳۴/۲۵	درمان ACT	
۳/۲۰	۳۱/۷۵	۳/۱۹	۳۱/۸۸	۲/۳۳	۳۲/۱۲	کنترل	

نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد که در پس آزمون و پیگیری مدل عشق هاتفیلد (عشق پرشور)، آزمودنی‌های گروه‌های ACT و CBT نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل میانگین بیشتری دارند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در هر دو گروه آموزش ACT و CBT میانگین نمرات از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری افزایش داشته است. اما از پس آزمون به پیگیری نمرات آزمودنی‌های این گروه‌ها تغییر چشمگیری نداشته است.

جهت پاسخگویی به این فرضیه پژوهشی، از تحلیل واریانس تک متغیره با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس مدل عشق هاتفیلد در گروه‌های ACT و CBT

Table 6: The results of Levin's test to check the equality of variance of Hatfield's love model in ACT and CBT groups

پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		متغیرها
F	سطح معناداری	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری	
۱/۵۳۵	۰/۱۰	۱/۲۵۰	۰/۱۲	۲/۶۶	۰/۵۳	عشق هاتفیلد

جدول ۶ نشان می‌دهد که همگنی واریانس‌ها در مدل عشق هاتفیلد محقق شده است. آزمون ام‌باکس نیز نشان داد که همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس محقق شده است ($P > 0.05$, $F = 4/52$, $Box-M = 60/16$). نتایج آزمون کرویت بارلت نیز نشان دهنده آن بود که میان ابعاد مدل عشق هاتفیلد همبستگی متوسط و معناداری وجود دارد ($P < 0.01$, $\chi^2 = 353/744$). نتایج آزمون کرویت موچلی در جدول ۷ آورده شده است.

جدول ۷: نتایج بررسی فرض کرویت موچلی در مدل مقایسه مدل عشق هاتفیلد در گروه‌های ACT و CBT

Table 7: Results of Croit Moghley Support in Model Hatfield Love Model in Groups of ACT and CBT

متغیر	W موچلی	χ^2	df	سطح معناداری	اصلاح اسپیلین گرینهاوس گیزر
عشق هاتفیلد	۰/۰۴	۱۳۷/۹۱	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱

جدول ۷ نشان می‌دهد که مفروضه کرویت در خصوص متغیرها محقق نشده است ($P < 0.05$) و باید از اصلاح اسپیلین گرینهاوس گیزر برای برآورد تفاوت‌ها در این متغیرها استفاده شود.

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای مدل عشق هاتفیلد در در گروه‌های ACT و CBT

Table 8: Results of repeated measurement variance analysis for Hatfield's love model in ACT and CBT groups

متغیرها	منبع	مجموع	درجات	میانگین	F	سطح معناداری	مجذور
	تغییرات	مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	اتای
عشق هاتفیلد	زمان	۹۸۲۱/۲۶۰	۱	۹۸۲۱/۲۶۰	۱۲۸۳/۴۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶
	رمان*گروه	۵۲۹۳/۸۹۶	۲	۲۶۴۶/۹۴۸	۳۴۵/۹۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳
گروهی	خطا	۳۴۴/۳۴۴	۴۵	۷/۶۵۲			
	گروه	۱۵۶۷۸/۱۶۷	۲	۷۸۳۹/۰۸۳	۲۰/۸۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸
گروهی	خطا	۱۶۹۳۶/۹۱۷	۴۵	۳۷۶/۳۷۶			

جدول ۸، نشان می‌دهد که میان دو گروه ACT و CBT در ابعاد مدل عشق هاتفیلد بر حسب آزمون و اثر تعامل آزمون، عضویت گروهی و بر حسب عضویت بین گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده نشان

داد که برای متغیر عشق هاتفیلد در عامل زمان و عامل گروه معنادار هستند ($P < 0.1$)، این نتایج حاکی از آن است که بین گروه های آزمایش (دو گروه درمان) و گروه کنترل در عشق هاتفیلد تفاوت وجود دارد ($P < 0.1$)، مجذور اتا برای متغیرهای مورد بررسی بیشتر از 0/10 می باشد که نشان می دهد تفاوت بین گروه ها قابل توجه است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین ها بر حسب مراحل آزمون و گروه ها در جدول 9 آورده شده است.

جدول 9: آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین مدل عشق هاتفیلد بر حسب مراحل آزمون در گروه های ACT و CBT

Table 9: Ben Feroni's post hoc test to compare the mean of Hatfield's love model according to test stages in ACT and CBT groups

P	تفاوت میانگین	گروه مبنا با گروه مقایسه	متغیرها
0/126	-8/292	ACT و CBT	عشق هاتفیلد
0/0001	16/792	CBT و کنترل	
0/0001	25/083	ACT و کنترل	

نتایج جدول 9 نشان می دهد بر حسب مقایسه دو گروهی، تفاوت میانگین دو روش مداخله و گروه کنترل برای عشق هاتفیلد معنادار است، هرچند بین دو گروه درمان تفاوت معناداری مشاهده نشده است اما در مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه، درمان ACT بر عشق هاتفیلد اثربخش تر از درمان CBT عمل کرده است.

بحث و نتیجه گیری:

این پژوهش با هدف مقایسه درمان شناختی و رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مدل عشق هاتفیلد در زوجین ناهمسان و نابرابر انجام شد، نتایج نشان داد که هر دو گروه درمان شناختی و رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مدل عشق هاتفیلد در زوجین ناهمسان و نابرابر مؤثر بود. هرچند بین دو گروه درمان تفاوت معناداری مشاهده نشده است اما در مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عشق هاتفیلد اثربخش تر از درمان شناختی رفتاری عمل کرده است. این نتیجه با یافته حلاجیان، باباخانی، پویامنش و جعفری (13)، شهبازفر، زارعی، حاجی علیزاده و درتاج (20)، انجذاب، رجایی زاده، بکایی و سلیمی (21) و وایب و همکاران (19) همسو بوده است.

درمان پذیرش مبتنی بر تعهد به افراد کمک می کند تا با افزایش شناخت و پذیرش ذهن آگاهانه، افکار و واکنش های منفی مربوط به روابطشان را به شیوه های جدیدی تجربه کنند و در نتیجه تعارض کمتری با آنها داشته باشند. افکار و موقعیت های اجتنابی به عنوان مانعی برای رشد و توسعه روابط در نظر گرفته میشوند، باید آنها را از یکدیگر جدا کرد و پذیرفت. شفاف سازی ارزش ها و تعهد به آن فرصتی را برای رفتار ایجاد می کند که رضایت و در نتیجه کیفیت ارتباط را افزایش داده و رنج های روانی و بین فردی را کاهش می دهد (22). تصحیح و تقویت خود دلسوزی، مفهومی که با قضاوت و انتقادی که فرد اغلب از افکار و احساسات خود دارد، جنبه مهمی از این درمان است. به گونه ای که واکنش پذیری، ترس و قضاوت های نادرست را کاهش دهد. از آنجا که نشان داده شده است که این حالت ها ناراحتی و تنش بین فردی را افزایش می دهند، انگیزه ای برای اجتناب تجربی ایجاد می کنند. در نهایت، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تجربه افکار، احساسات و عواطف به صورت طبیعی است. عمل رهایی و گسلش از افکار منفی باعث شد زنان گروه نمونه افکار و قضاوت های منفی خود را جدی گیرند و تفاوت های فردی را به عنوان یک ضرورت در تعاملات بین فردی بپذیرند. سرانجام، با تأکید بر ارزش ها، تعهد آنها به رفتارهای صمیمی بین آنها افزایش می یابد و به این ترتیب شیوه های

عشق‌ورزی افراد بهبود می‌یابد.

در جهت تاثیر درمان شناختی رفتاری، می‌توان گفت طبق این رویکرد ناکارآمدی ارتباط از باورهای غیرمنطقی همسران از رابطه ناشی می‌شود و شناخت‌های مشکل‌ساز، الگوهای رفتاری نامطلوب و ناکارآمد ایجاد می‌کند. درمان گروهی شناختی رفتاری با حذف الگوهای تعاملی مداوم‌دهنده مشکل و تقویت رفتارهای مثبت به جای رفتارهای منفی به زوجین در رفع مشکلاتشان کمک می‌کند. در این روش تأکید بر نقش توجه انتخابی، انتظارات، فرضیات و اسناد در ایجاد تعارض بین همسران است. درمانگر شناختی رفتاری، با تمرکز بر باورهای غیرمنطقی و بازسازی شناختی که از شیوه‌های بارز این رویکرد است، کمک می‌کند درمانجو باورهایش را با این هدف که ارزیابی منطقی‌تری باتوجه به شواهد داشته، تغییر دهد درمان شناختی رفتاری به پیوستگی افکار و احساسات و رفتار توجه دارد و معتقد است افراد با بازسازی افکارشان توانایی مقابله با فشارهای روانی را کسب می‌کنند. اپستین و ژنگ تحقیقی در زمینه اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری در حل تعارضات زوجین انجام دادند و دریافتند اختلافات آنان می‌تواند براساس شناخت‌شان درباره ارتباط متقابل و همچنین رفتارهای تغییر یافته هر کدام ایجاد شود (۲۳). و در تبیین اثرگذاری بیشتر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری، می‌توان گفت، افراد برای عشق ورزیدن نسبت به همسر خود از یک سبک و روش خاصی استفاده می‌کنند و این سبک متأثر از ارتباط متقابل و مداوم بین زن و شوهر و تعبیری است که از محیط زندگی خود دارند. ثبات رابطه عشقی از عوامل درون فردی و بین فردی متعددی نشأت می‌گیرد هدف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بروز افکار و احساسات به طور طبیعی، حل تعارضات با همسر، شروع روابط جدید و مثبت برای گسترش صمیمیت است. زوجین ممکن است در طول سالها دچار درگیری و ناسازگاری بوده و دائماً سعی کنند یکدیگر را تغییر دهند. آنها سعی می‌کنند، در مورد تفاوت‌های بین فردی ذهن خود را رها نکنند و از روش‌های کنترل بین فردی و خصومت نسبت به یکدیگر استفاده کنند و در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اعتقاد بر این است که افکار محصول یک ذهن طبیعی است و آنچه افکار را به باور تبدیل می‌کند ادغام فرد با محتوای افکار است. تکنیک‌های ذهن‌آگاهی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به دیدن واقعی و پذیرش احساسات می‌شود. افرادی که موقعیت‌ها و محرک‌های اطراف خود را به دلیل حمایت بین فردی استرس‌زا می‌دانند؛ آنها درمان و هزینه صرف می‌کنند تا از اضطراب و دیگر تجربیات منفی فرار کنند. در نتیجه، آنها پاسخ‌های ناسازگار به احساسات نشان می‌دهند و منجر به کاهش تعارضات زناشویی شده، لذا این روش می‌تواند منجر به بهبود سبک‌های عشق‌ورزی در بین زوجین شود.

محدودیت‌های پژوهش: از جمله محدودیت‌های این پژوهش، در دسترس بودن روش نمونه‌گیری و کوچک بودن نمونه و در نظر نگرفتن دیگر مشکلات و بحران‌های زندگی این خانواده‌ها مورد بررسی می‌باشد لذا باید در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها احتیاط کرد.

کاربرد پژوهش: پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زوجین همسان و ناهمسان نیز اجرا شود تا نتایج پژوهش‌ها با هم قابل مقایسه باشند. در نهایت با توجه به تاثیر هر دو درمان بر سبک‌های عشق و بهبود رابطه زناشویی در زوجین، پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاوران در حوزه ازدواج، از نتایج پژوهش در مشاوره پیش از ازدواج و تعارضات زناشویی نیز استفاده نمایند تا زوجین با آگاهی بیشتر، زندگی زناشویی خود را آغاز نمایند تا از میزان طلاق و دلزدگی زناشویی در زوجین جوان، کاسته شود.

سپاسگذاری: نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند که از تمامی همکاران و شرکتکنندگان که ما را در انجام پژوهش یاری کردند سپاس و قدردانی کنند.

ملاحظات اخلاقی: در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل این موارد بود: اطلاعات کتبی در مورد پژوهش به شرکت کنندگان، دادن اطمینان خاطر به آزمودنی‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از آن فقط در امور تحقیقی، داوطلبانه بودن مشارکت افراد در مطالعه و اخذ رضایت کتبی از افراد شرکت کننده. لازم به ذکر است جهت اجرای پژوهش کد اخلاق با شناسه IR.IAU.MSHD.REC.1400.077 اخذ شد.

تضاد منافع: هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Raymo JM, Park H. Marriage decline in Korea: Changing composition of the domestic marriage market and growth in international marriage. *Demography*. 2020; 57(1):171-94. doi.org/10.1007/s13524-019-00844-9
2. Pleger M, Treppner K, Diefenbacher A, Schade C, Dambacher C, Fydrich T. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy compared to CBT: Preliminary results. *The European Journal of Psychiatry*. 2018;32(4):166-73. doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.03.003
3. Nicolotti L, El-Sheikh M, Whitson SM. Children's coping with marital conflict and their adjustment and physical health: vulnerability and protective functions. *Journal of Family Psychology*. 2003;17(3):315. doi.org/10.1037
4. Lenferink L, de Keijser J, Eisma M, Smid G, Boelen P. Online cognitive-behavioural therapy for traumatically bereaved people: study protocol for a randomised waitlist-controlled trial. *BMJ open*. 2020;10(9):e035050. doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035050
5. Fricker J, Moore S. Relationship satisfaction: The role of love styles and attachment styles. *Current Research in Social Psychology*. 2002;7(11):182-204.
6. Raffagnino R, Puddu L. Love styles in couple relationships: a literature review. *Open Journal of Social Sciences*. 2018;6:307-30.
7. Rafiezadeh F, Zarehneyestanak M. The Role of Lovemaking Styles in Predicting Emotional Divorce of women with marital conflict. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2021; 11 (1): 39- 58. [in Persian]. doi: 10.22055/jac.2021.36329.1783
8. Esfandiari Bayat D. Comparison of the effectiveness of group counselling based on rational, emotional and behavioral therapy (REBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on forgiveness of women affected by marital infidelity. *Journal of psychologicalscience*. 2021;20(97):139-48. doi: [20.1001.1.17357462.1400.20.97.13.0](https://doi.org/20.1001.1.17357462.1400.20.97.13.0). [in Persian].
9. Dijkstra JM, Nagatsu T. Cognitive behavioral therapy (CBT), acceptance and commitment therapy (ACT), and Morita therapy (MT); comparison of three established psychotherapies and

- possible common neural mechanisms of psychotherapies. *Journal of Neural Transmission*. 2022;129(5-6):805-28. doi: [20.1001.1.17357462.1400.20.97.13.0](https://doi.org/10.1007/s00408-022-02130-0)
10. Moradi M, Banisi P, Zomorodi S. Investigating the effectiveness of cognitive-behavioral education on the spiritual health and resilience of housewives of Buin va Miandasht. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. 2021;19013-22. doi: [20.1001.1.17357462.1400.20.97.13.0](https://doi.org/10.1007/s117357462.1400.20.97.13.0) [in Persian]
11. Pentel KZ, Baucom DH, Weber DM, Wojda AK, Carrino EA. Cognitive-behavioral couple therapy for same-sex female couples: A pilot study. *Family process*. 2021;60(4):1083-97. doi: doi.org/10.1111/famp.12696
12. Rafiei Saviri M, Chehri A, Hosseini S, Amiri H. Comparison of the effectiveness of couple therapy based on acceptance and commitment with cognitive-behavioral couple therapy on marital conflict and cognitive flexibility in married women with marital boredom. *Journal of Applied Family Therapy*. 2022;3(2):317-39 doi: [10.22034/aftj.2022.323087.1335](https://doi.org/10.22034/aftj.2022.323087.1335). [in Persian]
13. Halajian Z, Babakhani V, Pooyamanesh J, Jafari A. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Couple Therapy Based on Guttman Model on the Lovemaking Styles of Women Affected by Husband Infidelity. *Journal of Applied Family Therapy*. 2022;3(2):246-63 [10.22034/aftj.2022.340436.1556](https://doi.org/10.22034/aftj.2022.340436.1556). [in Persian]
14. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry*. 2019;18(2):226. doi: [10.1002/wps.20626](https://doi.org/10.1002/wps.20626)
15. Grégoire S, Lachance L, Bouffard T, Dionne F. The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior therapy*. 2018;49(3):360-72. doi: doi.org/10.1016/j.beth.2017.10.003
16. Ziaee A, Nejat H, Amarghan HA, Fariborzi E. Existential therapy versus acceptance and commitment therapy for feelings of loneliness and irrational beliefs in male prisoners. *European journal of translational myology*. 2022;32.(1): 44- 59. doi: [10.4081/ejtm.2022.102171](https://doi.org/10.4081/ejtm.2022.102171)
17. Mohammadian S, Asgari P, Makvandi B, Naderi F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety, cognitive avoidance, and empathy of couples visiting counseling centers in Ahvaz City, Iran. *Journal of Research and Health*. 2021;11(6):393-402. doi: [10.4081/ejtm.2022.102171](https://doi.org/10.4081/ejtm.2022.102171)
18. Lev A, McKay M. *Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships*: New Harbinger Publications; 2017.
19. Wiebe SA, Johnson SM, Burgess Moser M, Dalglish TL, Tasca GA. Predicting follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: The role of change in trust, relationship-

- specific attachment, and emotional engagement. *Journal of marital and family therapy*. 2017;43(2):213-26. doi.org/10.1111/jmft.12199
20. Shahbazfar R, Zarei E, Hajjalizade K, Dortaj F. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Couple Therapy Based on Acceptance and Commitment Therapy in Improving Marital Quality of Non-clinical Couples. *Psychological Methods and Models*. 2021;12(43):100-13. [10.30495/jpmm.2021.4726](https://doi.org/10.30495/jpmm.2021.4726) [in Persian]
21. Enjezab B, Rejaezadeh M, Bokaie M, Salimi H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on sexual self-efficacy and sexual quality of life in reproductive-age women: A randomized controlled trial. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2021;47(8):764-72. doi.org/10.1080/0092623X.2021.1944938 [in Persian]
22. Jamshidzahi B, Kahrazai F, Shirazi M. The efficacy of positive couple therapy and treatment based on acceptance and commitment on the desire for divorce. *Journal of psychologicalscience*. 2021;20(106):1881-95. doi: [10.52547/JPS.20.106.1881](https://doi.org/10.52547/JPS.20.106.1881) [in Persian]
23. Hollon SD. *Cognitive Therapy in the Treatment and Prevention of Depression*¹. The interpersonal, cognitive, and social nature of depression: Routledge; 2014. p. 133-51.