

Research Paper

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

Ramana Shahbazfar¹, Eghbal Zarei^{2*}, Kobra Haji Alizadeh³, Fariborz Dortaj⁴

1. Ph.D. Student in General Psychology, Department of psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

2. *Associate Professor, Department of Counseling and Psychology, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran

3. Associated Professor, Department of psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

4. Professor, Department of Educational Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Received: 2020/12/22

Revised: 2021/03/12

Accepted: 2021/07/18

Use your device to scan and read
the article online



DOI:

10.30495/jpmm.2021.4726

Keywords:

marital quality, non-clinical couples, Cognitive-Behavioral Couple Therapy (CBCT), couple therapy based on Acceptance and Commitment (ACT)

Abstract

Introduction: Marital quality is not limited to troubled couples; instead, it is a vital issue that should be considered even in normal couples who do not report severe clinical problems. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy (CBCT) and acceptance and couple therapy based on acceptance and commitment therapy (ACT) in improving the marital quality of non-clinical couples in Bandar Abbas.

Method: This study was quasi-experimental with a pre-test, post-test, follow-up, and a control group. The statistical population of the study included all non-clinical (normal) couples in Bandar Abbas. The sample was selected by convenience sampling and included 48 individuals (24 couples). Each group included 16 individuals (eight couples). The data were collected by the Revised Dyadic Adjustment Scale (Busby et al., 1995) and analyzed by MANCOVA using SPSS19.

Results: The results revealed that the CBCT and ACT intervention groups had higher means in all aspects of marital quality compared to the control group ($p < 0.05$). The results further showed that only in the post-test the consensus subscale, the mean of the ACT group was significantly higher than the CBCT group ($p < 0.05$); however, no significant difference was found in the follow-up stage. Also, in other subscales of marital quality, i.e., satisfaction and cohesion subscales, no significant difference was found in the post-test and follow-up stages.

Conclusion: According to the findings of the present study, it can be concluded that both CBCT and ACT approaches can be used to improve the marital quality of non-clinical couples.

Citation: Shahbazfar R, Zarei E, Haji Alizadeh 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- 113.

*Corresponding author: Eghbal Zarie

Address: Associate Professor, Department of Counseling and Psychology, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran.

Tell: 09173585169

Email: eghbalzareei2010@yahoo.com

strategies and empirical avoidance in the marital relationship. In general, the present study seeks to answer these questions: Are cognitive-behavioral couple therapy and couple therapy based on acceptance and commitment therapy effective in improving the marital quality of couples? Which of the two approaches, i.e., cognitive-behavioral couple therapy and couple therapy based on acceptance and commitment therapy, is more effective in improving the marital quality of non-clinical couples?

Material and methods

This study was quasi-experimental with a pre-test, post-test, follow-up, and a control group. The statistical population of the study included all non-clinical (normal) couples in Bandar Abbas. The sample was selected by convenience sampling and included 48 individuals (24 couples) randomly assigned to ACT, CBCT, and control groups. Each group included 16 individuals (eight couples). The interventions were performed in 90-minute couple sessions, which were held twice a week. Cognitive-behavioral couple therapy and couple therapy based on acceptance and commitment therapy included 12 sessions. The data were collected by the Revised Dyadic Adjustment Scale (Busby et al., 1995) and analyzed by MANCOVA.

Findings

In the first stage, pre-test scores were initially taken as the covariate, and post-test was considered as the dependent variable. The MANCOVA results showed a significant difference among the groups in the subscales of marital quality ($p < 0.01$). The results of the Bonferroni post-hoc test showed that the mean of the ACT group was higher than the CBCT group ($p < 0.05$) in the post-test of consensus subscale. Also, there was a significant difference between the mean of the intervention groups, i.e., CBCT and ACT, and the control group ($p < 0.01$). Finally, there was a significant difference between the mean of the intervention groups, i.e., CBCT and ACT, and the control group ($p < 0.01$).

In the second stage of analysis of research findings, post-test scores were taken as a covariate, and follow-up was considered a dependent variable. Accordingly, a

Extended Abstract

Introduction

The marital quality construct is dynamic and multidimensional. The dynamicity of marital quality is due to the fact that the nature and quality of individuals' relationships change over time (1). Its multidimensionality is due to concepts such as marital happiness, marital satisfaction, marital stability, marital success, marital adjustment, friendship cohesion, and several other concepts that are used to describe marital quality. When one takes these concepts, it seems that marital quality is like an umbrella term that encompasses all these concepts (2, 3). Thus, marital quality can be considered as a process determined by the degree of marital conflict, anxiety about communication, satisfaction, closeness and agreement in decision making (4). It is worth noting that marital quality is not limited to troubled couples; rather, it is a vital issue that should be considered even in normal couples who do not report severe clinical problems. Therefore, several counseling approaches were employed to improve and enhance the marital quality of couples. One of the well-known approaches that has significant research support is the cognitive-behavioral couple therapy (CBCT). In recent cognitive-behavioral couple therapy trends, besides cognitive distortions, personality traits and individual differences of couples, and the unique preferences, needs and motivations of each couple take into account. Cognitive-behavioral therapy can be applied to a variety of marital issues such as sexual problems, couples relationships, and the exchange of healthy behaviors and emotions (5).

Acceptance and commitment therapy (ACT), which is among the third generation cognitive-behavioral therapies, is another approach used to improve marital quality. This approach is not just a model for treating abnormal behaviors; instead, it is a model for human progress (6). Acceptance and commitment therapy conceptualizes marital problems differently from the cognitive-behavioral approach. According to ACT, maintaining and spreading anxiety, conflict, and emotional distance between couples arise from the combination of control

Conclusion

In general, the present study results revealed that none of the approaches was superior to the other in improving marital quality in the long run (follow-up test). Therefore, cognitive-behavioral couple therapy and couple therapy based on acceptance and commitment can be used as models to promote marital quality and enrich the marital life of non-clinical couples. Both approaches create a safe and appropriate environment for the couples to share their wants, needs, expectations, and concerns, thereby repairing damaged parts of the marital relationship or those parts that need to be changed. It is noteworthy that cognitive-behavioral couple therapy seeks to enrich couples' marital quality through education, assignments, and skills development, while couple therapy based on acceptance and commitment seeks to enhance couples' marital quality by creating psychological flexibility. Psychological resilience is shaped by self-awareness, value clarification, living in the present time, acceptance, and committed action.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All subjects full fill the informed consent.

Funding

No funding.

Authors' contributions

Design and conceptualization: Ramana Shahbazfar and Eghbal Zarei

Methodology and data analysis: Ramana Shahbazfar and Eghbal Zarei

Supervision and final writing: Eghbal Zarei, Kobra Haji Alizadeh and Friborz Dortaj

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

significant difference was found among the scores of the three groups in the follow-up stage of the consensus subscale ($F = 5.76$, $p < 0.01$). After adjusting the means, Bonferroni post-hoc test showed no significant difference between the means of CBCT and ACT intervention groups in the follow-up stage of the consensus subscale. For the consensus subscale, there was a significant difference between the mean of the intervention groups, i.e., CBCT and ACT, and the control group ($p < 0.01$). Moreover, for the cohesion subscale, there was a significant difference between the mean of the intervention groups, i.e., CBCT and ACT, and the control group ($p < 0.02$). In general, the results revealed the effectiveness of two intervention approaches in improving the dimensions of marital quality in the follow-up stage.

Discussion

The present study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy (CBCT) and acceptance and couple therapy based on acceptance and commitment therapy (ACT) in improving the marital quality of non-clinical couples in Bandar Abbas. Findings only showed a significant difference between the intervention groups of cognitive-behavioral couple therapy and couple therapy based on acceptance and commitment in the post-test stage of the consensus subscale of marital quality, and the mean of the couple therapy based on acceptance and commitment was significantly higher than that of cognitive-behavioral couple therapy. However, no significant difference was found between the cognitive-behavioral couple therapy and couple therapy based on acceptance and commitment groups in other dimensions of marital quality. The results of the analysis also showed that both cognitive-behavioral couple therapy and couple therapy based on acceptance and commitment groups had a significantly higher mean in all dimensions of marital quality in both post-test and follow-up stages, compared to the control group.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زناشویی زوجین غیربالینی

رامانا شهبازفر^۱، دکتر اقبال زارعی^{۲*}، دکتر کبری حاجی علیزاده^۳، دکتر فریبرز درتاج^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

۲. دکتری روان‌شناسی، دانشیار و هیأت علمی گروه روانشناسی دانشگاه هرمزگان، ایران

۳. دانشیار گروه روانشناسی، گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

۴. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: کیفیت زناشویی منحصر به زوجین مشکل‌دار نیست؛ بلکه کیفیت زناشویی مسأله‌ای مهم و حیاتی است که حتی در زوجین عادی که مشکلات بالینی شدیدی را گزارش نمی‌کنند، نیز باید مورد توجه قرار گیرد. لذا هدف پژوهش حاضر عبارت بود از مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری (CBCT) و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ارتقای کیفیت زناشویی زوجین غیربالینی شهر بندرعباس.

روش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه زوجین غیربالینی (عادی) شهر بندرعباس بودند. نمونه آماری پژوهش به روش درد سترس برای هر گروه ۱۶ نفر (۸ زوج) و در مجموع ۴۸ نفر (۲۴ زوج) انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه کیفیت زناشویی باسبی و همکاران (۱۹۹۵) بود. اطلاعات پژوهش با استفاده از آزمون مانکوا و به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS 19 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که گروه‌های مداخله CBCT و ACT در همه ابعاد کیفیت زناشویی در مقایسه با گروه کنترل از میانگین بالاتری ($p < 0.05$) برخوردار بودند. در ادامه نتایج نشان دادند که تنها در پس‌آزمون بعد توافق رویکرد ACT به‌طور معناداری از میانگین بالاتری ($p < 0.05$) نسبت به گروه CBCT برخوردار بود. اما در مرحله‌ی پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین در سایر ابعاد کیفیت زناشویی، بعد رضایت و انسجام در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که هر از دو نوع رویکرد CBCT و ACT می‌توان برای ارتقای کیفیت زناشویی زوجین غیربالینی استفاده نمود.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۰۹

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۳/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۷

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/jpmm.2021.4726

واژه‌های کلیدی:

کیفیت زناشویی، زوجین غیربالینی، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری (CBCT) و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT).

* نویسنده مسئول: دکتر اقبال زارعی

نشانی: دکتری روان‌شناسی، دانشیار و هیأت علمی گروه روانشناسی دانشگاه هرمزگان، ایران

تلفن: ۰۹۱۷۳۵۸۵۱۶۹

پست الکترونیکی: eghbalzareei2010@yahoo.com

مقدمه

سازمان کیفیت زناشویی فاهومی پویا و چند بعدی است. پویایی کیفیت زناشویی از این جهت است که ماهیت و کیفیت روابط میان افراد در خلال زمان تغییر می‌یابد (۱). چند بعدی بودن آن از این مسأله ناشی می‌شود که مفاهیمی از قبیل شادکامی زناشویی، رضایت زناشویی، ثبات زناشویی، موفقیت زناشویی، سازگاری زناشویی، انسجام دوستی و از چندین مفهوم دیگر برای توصیف کیفیت زناشویی استفاده می‌شود. هنگامی که به این مفاهیم نگاه می‌شود، به نظر می‌رسد که کیفیت زناشویی مانند چیزی است که همه این مفاهیم را در بر می‌گیرد (۲). علاوه بر این کیفیت زناشویی سازه‌ای دوجانبه است. به عبارت دیگر زن و مرد باید درک مشابهی از آنچه در محیط خانواده اتفاق می‌افتد داشته باشند (۳، ۷). از همین رو کیفیت زناشویی عبارت است از ارزیابی ذهنی زوجین از ازدواج‌شان، که این ارزیابی جنبه‌های متفاوتی از رابطه‌ی زناشویی را در بر می‌گیرد. همچنین کیفیت زناشویی را می‌توان فرایندی که به وسیله‌ی درجه تعارض زناشویی، اضطراب دربارهی ارتباط، رضایت، نزدیکی و توافق در تصمیم‌گیری تعیین می‌شود در نظر گرفت (۴). نکته‌ی مهمی که در تعریف کیفیت زناشویی باید به آن توجه نمود این است که این مفهوم تا اندازه‌ای وابسته به فرهنگ است (۸). این بدان معناست که افراد از کیفیت زناشویی زندگی‌شان وابسته به فرهنگ است. مسائل دیگری چون صنعتی شدن و مدرن شدن جوامع که منجر به تغییر شاخص‌های افراد از روابط بین فردی و ازدواج می‌شود؛ به همین ترتیب درک افراد از کیفیت زندگی نیز متحول خواهد شد (۹).

کیفیت زناشویی از این نظر مهم است که نمایانگر برخی از جنبه‌های زندگی فردی و زناشویی افراد است. چرا که کیفیت زناشویی بیانگر سلامت جسمانی، روانی و بهزیستی هر کدام از زوجین است (۱۰). مطالعات انجام شده در حوزه کیفیت زندگی زناشویی نشان داده‌اند که عوامل متعددی بر کیفیت زناشویی اثرگذار هستند. عواملی چون گذارهای زندگی زناشویی و حضور فرزندان، شخصیت زوجین، مذهب و معنویت، نگرش نسبت به نقش‌های جنسیتی، شیوه‌های مقابله‌ای، اعمال حفظ کننده رابطه، الگوهای تعاملی بین زوجین، میزان تحصیلات زوجین و مسائل اقتصادی و مالی را می‌توان به عنوان عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زناشویی در نظر گرفت (۱۱، ۱۲). همچنین نتایج برخی از مطالعات نشان داده‌اند که هنگامی که کیفیت زناشویی بالا است؛ این مسأله با افسردگی پائین‌تر، سلامت جسمانی و روانی بالاتر شادکامی بیشتر در زندگی زناشویی در ارتباط است (۸). روی هم رفته می‌توان گفت که کیفیت زناشویی پدیده‌ای نیست که در یک زمان خاصی ایجاد شود. بلکه در عرض فرایندی است که در طول زمان ایجاد خواهد شد، که چگونگی و وضعیت آن در طول زمان ایجاد می‌شود (۱۳).

مسأله‌ای دیگری که باید در اینجا به آن پرداخت این است که کیفیت زناشویی مسأله‌ای نیست که مربوط به زوجین آشفته باشد؛ بلکه کیفیت زناشویی مسأله‌ی مهم و حیاتی است که حتی در زوجین عادی که مشکلات بالینی شدیدی را گزارش نمی‌کنند، نیز باید مورد توجه قرار گیرد. از همین رو رویکردهای مشاوره‌ای متعددی برای بهبود و

ارتقای کیفیت زناشویی زوجین به‌کار گرفته شده است. یکی از رویکردهای معروف که از پستوانه‌ی پژوهشی قابل توجهی برخوردار است، رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری است. زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر فرایندهای شناختی و تعاملات زوجین تأکید فراوانی دارد و تحریف‌ها و نقص‌های شناختی را عامل عمده آشفته‌گی‌های زناشویی معرفی می‌کند. در روندهای جدید زوج‌درمانی شناختی-رفتاری علاوه بر تحریف‌های شناختی، ویژگی‌های شخصیتی و تفاوت‌های فردی بین زوجین، ترجیحات، نیازها و انگیزه‌های منحصر به فرد هر کدام از زوجین را مدنظر قرار می‌دهد. دیدگاه شناختی-رفتاری در زمینه مسائل متعدد زناشویی از قبیل مشکلات جنسی، روابط بین زوجین، و تبادل رفتارها و هیجان‌های سالم، قابل به‌کارگیری است (۵). در این رویکرد فرض بنیادین این است که رابطه‌ی زناشویی سالم رابطه‌ای است که به رشد، پیشرفت، سلامتی و ارضای نیازهای هر یک از زوجین کمک می‌کند. در این رویکرد اعتقاد بر این است که رابطه زناشویی باید در اوقات سختی و نگرانی با ارائه‌ی حمایت‌های (همکاری و همراهی) یا عاطفی (چون گوش دادن همدلانه به نگرانی‌های همسر) هم‌چون منبعی حمایتی برای هر یک از زوجین عمل کند (۱۶-۱۴). نتایج مطالعات متعدد نشان داده‌اند که رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری در ارتقای کیفیت زناشویی زوجین مؤثر بوده است (۱۹-۱۷). رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمره‌ی نسل سوم درمان‌های شناختی-رفتاری محسوب می‌شود. این رویکرد صرفاً مدلی برای درمان رفتارهای ناهنجار نیست؛ بلکه مدلی برای پیشرفت انسان است (۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشکلات زناشویی را به گونه‌ای متفاوت از رویکرد شناختی-رفتاری مفهوم‌سازی می‌کند. بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، حفظ و گسترش پریشانی، تعارض و فاصله‌ی عاطفی میان زوجین از ترکیب راهبردهای کنترل و اجتناب تجربی در رابطه‌ی زناشویی ناشی می‌شود. در نظر گرفتن افکار به منزله واقعیت، ارزیابی‌های منفی گریلانه و عمل کردن بر طبق آن‌ها موجب حفظ چرخه‌ی ارتباطی منفی زوجین می‌شود (۲۰، ۲۱). در این رویکرد برخلاف رویکرد شناختی-رفتاری به جای این که تلاش کند تا مهارت‌ها و شیوه‌های جدیدی را به زوجین آموزش دهد، در عوض سعی دارد بر روی مسائلی چون کشمکش و منازعه، پرهیز و از دست دادن لحظه کنونی تمرکز کند (۲۲). نتایج برخی از مطالعات نشان دادند که بهره‌گیری از رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود جنبه‌های متعدد کیفیت زناشویی اثربخش است (۱۷، ۲۳-۲۵). بررسی‌های سینه تجربی پیرامون به‌کارگیری رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری در زمینه کیفیت زناشویی و سازه‌های روان شناختی مربوط آن نظیر تعارض زناشویی (۲۶)، صمیمیت زناشویی (۲۷)، رضایت زناشویی، ثبات زناشویی، سازگاری زناشویی (۲۸)، و کژکاری‌های جنسی (۲۹) در میان زوجین ایرانی نشان داد که عمده‌ی پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه برای زوجین دارای مشکل یا ناراضی صورت گرفته‌اند (۱۷، ۲۴). در خصوص زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز عمده‌ی تمرکز پژوهش‌های داخلی کشور بر مشکلات زناشویی متمرکز بوده است (۱۷، ۱۹، ۲۳، ۲۵، ۳۰، ۳۱). از همین رو با توجه به آنچه در خصوص اهمیت کیفیت زناشویی بیان

با شرکت کنندگان در دوره‌های آموزشی صحبت شد. پس از اعلام آمادگی زوجین، معیارهایی برای ورود به مطالعه مشخص گردید. معیارهای لازم برای ورود به مطالعه شامل عدم وجود اختلالات شدید زناشویی، نبودن در شرف جدایی یا طلاق، داشتن حداقل ۶ سال سابقه ازدواج، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، عدم وجود اختلالات روانی در زوجین و عدم ابتلا به مواد مخدر سنتی، صنعتی یا الکلی. بنابراین ۴۸ نفر (۲۴ زوج) در گروه‌های زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل به‌طور تصادفی گمارش شدند. در هر گروه ۱۶ نفر (۸ زوج) شرکت داشتند. روش اجرای طرح‌های مداخله به صورت جلسات زوجی ۹۰ دقیقه‌ای بود که هر هفته دو جلسه و در طی ۱۲ جلسه پروتکل‌های زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد. در طول این زمان گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکردند. لازم به ذکر است که پس از اتمام جلسات گروه‌های مداخله، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، ۱۲ جلسه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه کنترل انجام شد. پس از انجام‌های مداخله‌های گروه‌های آزمایش، پس‌آزمون به عمل آمد و پس از ۳ ماه نیز یک آزمون پیگیری نیز برای گروه‌های آزمایش و کنترل انجام شد. اطلاعات پژوهش با استفاده از آزمون مانکوا و به وسیله نرم‌افزار SPSS 19 مورد تحلیل قرار گرفتند.

شد؛ اغلب پژوهش‌های انجام شده در زمینه کیفیت زناشویی در مورد زوجین پریشان و مشکل‌دار به کار گرفته شده است. از سوی دیگر کیفیت زناشویی متغیری است که نباید تنها بر سی آن به زوجین مشکل‌دار محدود شود. بلکه درمیان زوجین غیربالینی (عادی) نیز می‌باید ست مورد توجه قرار گیرد چراکه برای استحکام و ادامه زندگی زناشویی حیاتی است. از همین دلیل پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال‌هاست: آیا رویکردهای زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای کیفیت زناشویی زوجین مؤثر هستند؟ کدامیک از رویکردهای زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ارتقای کیفیت زناشویی زوجین غیر بالینی مؤثرتر هستند؟

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زوجین غیربالینی شهر بندرعباس بودند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود. محقق برای انتخاب حجم نمونه پژوهش در مدارس ابتدایی و متوسطه اول شهر بندرعباس اقدام به برگزاری دوره‌های آموزشی برای والدین دانش‌آموزان کرد (سال ۹۹-۹۸). در این جلسات در مورد طرح پژوهش

جدول ۱. پروتکل جلسات مداخلات انجام شده

| جلسه | محتوای جلسات رویکرد CBCT | محتوای جلسات رویکرد ACT |
|--------------|---|--|
| جلسه اول | معرفی رویکرد، برقراری ارتباط با زوجین، توافق بر سر اهداف درمانی. | ارزیابی و گرفتن جزئیات از زوج‌ها، معرفی اهداف و جهت‌گیری رویکرد به همراه استعاره‌ها و تمرینات. |
| جلسه دوم | اخذ تاریخچه فردی و زوجی و بررسی همه جانبه کیفیت زناشویی زوجین. | مصاحبه فردی و جلسه طرح‌ریزی زوجی یکپارچه‌سازی ارزیابی فردی و زوجی. |
| جلسه سوم | بررسی نقاط قوت و ضعف رابطه زناشویی و مبادله نمون برگ‌های انتظارات و نیازهای زوجین. | بررسی نیازهای زوجین و استفاده از استعاره تله انگشت چینی و تمرین تلاش-های رابطه‌ای بی اثر. |
| جلسه چهارم | دریافت و ارائه بازخود در مورد نیازهای زوجین خود، همچنین آموزش مهارت‌های ارتباطی محتوا، افزایش مبادلات رفتاری مثبت و تقویت کننده. | معرفی پذیرش و تمرکز حواس تمرین پذیرش افکار و احساسات مربوط به نیازها. |
| جلسه پنجم | آموزش مهارت‌های گوش دادن، همدلی، گفتگوی مؤثر و مهارت انتقال و دریافت روشن و مؤثر افکار، احساسات و نیازها. | تشریح رابطه‌ی هم‌جوشی شناختی و درک نیازها و تمرین راننده اتوبوس افکار روی برگه تمرین. |
| جلسه ششم | آموزش حل مسئله و تصمیم‌گیری، و آموزش و تمرین مهارت‌های حل تعارض. | مشاهده افکار و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با نیازهای همسر و تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه. |
| جلسه هفتم | کار بروی شناسایی افکار خوانند، شناسایی انتظارات زوجین در مورد مبادله عواطف در رابطه‌ی زناشویی و بازسازی شناختی. | تصریح ارزش‌های زندگی و زندگی زناشویی و انجام تمرین چه چیزی در زندگی/رابطه در حال حاضر می‌خواهم. |
| جلسه هشتم | به چالش کشیدن افکار ناکارآمد، سود و زیان فکر، افکار جایگزین، آموزش خطاهای شناختی و بازسازی شناختی. | بازبینی کاربرد ارزش‌ها بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک به زوجین برای حرکت و تعهد در میسر ارزش‌ها. |
| جلسه نهم | شناخت ویژگی‌های شخصیتی خود و همسر، بررسی تفاوت‌های جنسیتی و شخصیتی با نیازهای خود و همسر. | ایجاد الگوهای انعطاف پذیر رفتار در رابطه و تمرین کاربرد عمل متعهدانه. |
| جلسه دهم | آشنایی با مراجعین با هیجان‌های مثبت و منفی، کمک به همسران برای کاوش راه‌های جایگزین برای تبادل احساسات و تحمل احساسات آشفته ساز. | کار با زوج‌ها در در زمینه خود به عنوان زمینه رابطه و استفاده از کاربرد اقدام متعهدانه و استفاده از استعاره صفحه شطرنج. |
| جلسه یازدهم | کشف مسائل حل نشده و آسیب‌های قبلی فردی، توضیح نیاز به تغییر هر دو طرف برای برآورده شدن نیازهای فردی زوجین. | بازبینی نیازهای فردی و زوجی در یک زمینه عمل متعهدانه و استفاده از کاربرد عمل متعهدانه. |
| جلسه دوازدهم | افزایش آگاهی و ارزیابی زوجین از آثار فعلی حوادث گذشته، آموزش راهبردهای کنار آمدن مؤثر و استفاده از مهارت‌های حل مسئله برای برآوردن نیازهای عادلانه هر دو زوج. | بررسی مجدد شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان شناختی و انعطاف‌پذیری در ارضای نیازهای هر کدام از زوجین. |

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

درونی خرده مقیاس توافق ۰/۸۲، خرده مقیاس رضایت ۰/۸۳، انسجام ۰/۸۶ و کل پرسشنامه ۰/۹۲ محاسبه کرد (۳۲).

یافته‌های پژوهش

ابتدا به معرفی مشخصات جمعیت شناختی نمونه پژوهش پرداخته می‌شود. دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر بین ۲۵ تا ۵۰ سال قرار داشت. همه شرکت‌کنندگان در پژوهش تحصیلاتشان بالاتر از فوق‌دیپلم بود. همچنین سابقه ازدواج آنان بین ۸ تا ۲۰ سال قرار داشت. ۱۱ زوج از شرکت‌کنندگان در پژوهش دارای یک فرزند، ۱۲ زوج دارای دو فرزند و ۱ زوج دارای ۳ فرزند بودند.

برای جمع‌آوری اطلاعات پژوهش از پرسشنامه کیفیت زناشویی با سبی، کران، لارسون و کریستندسن (۱۹۹۵)، استفاده شد. این پرسشنامه در ایران توسط یوسفی (۲۰۱۱) در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۱۴ سوال است. این پرسشنامه شامل سه خرده‌مقیاس است که عبارتند از: خرده‌مقیاس‌های توافق (عبارات ۱-۶)، رضایت (عبارات ۷ تا ۱۰) و انسجام (عبارات ۱۱ تا ۱۴). سوال‌ها در یک طیف ۶ تایی از (۰) همیشه اختلاف داریم تا (۵) توافق دائم داریم نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی بالاتر است. یوسفی (۲۰۱۱) ضریب همسانی

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کیفیت زناشویی زوجین

| Control n=16 | | ACT n=16 | | CBCT n=16 | | مرحله آزمون | ابعاد کیفیت زناشویی |
|-----------------|-------|-------------|-------|--------------|-------|-------------|---------------------|
| SD | M | SD | M | SD | M | | |
| ۳/۶۲ | ۱۳/۹۴ | ۳/۳۱ | ۱۴/۹۴ | ۳/۲۰ | ۱۳/۴۴ | پیش آزمون | توافق |
| ۳/۶۸ | ۱۶/۶۹ | ۳/۲۰ | ۲۵/۶۳ | ۳/۳۹ | ۲۲/۸۱ | پس آزمون | |
| ۳/۵۸ | ۱۳/۸۸ | ۲/۶۹ | ۲۳/۰۶ | ۳/۰۷ | ۲۰/۶۳ | پیگیری | |
| ۲/۶۸ | ۱۳/۳۸ | ۲/۹۹ | ۱۳/۸۱ | ۳/۱۸ | ۱۳/۱۲ | پیش آزمون | رضایت |
| ۲/۳۱ | ۱۵/۱۹ | ۲/۴۷ | ۱۸/۶۳ | ۲/۳۵ | ۱۸/۰۶ | پس آزمون | |
| ۱/۸۲ | ۱۲/۵۶ | ۲/۳۶ | ۱۷/۲۵ | ۲/۵۰ | ۱۶/۵۶ | پیگیری | |
| ۲/۰۴ | ۶/۷۵ | ۱/۹۶ | ۶/۴۴ | ۱/۹۶ | ۶/۴۴ | پیش آزمون | انسجام |
| ۲/۲۱ | ۸/۸۷ | ۱/۹۸ | ۱۱/۷۵ | ۲/۹۶ | ۱۱/۶۳ | پس آزمون | |
| ۱/۶۶ | ۷/۱۲ | ۱/۶۳ | ۱۰/۷۵ | ۲/۰۲ | ۱۰/۴۴ | پیگیری | |

است. در ادامه بررسی هم‌سانی واریانس بین گروه‌ها با استفاده از آزمون لوین نشان داد که میزان آلفای مشاهده شده بزرگ‌تر از ۰/۰۵، $p > 0.05$ است. لذا می‌توان گفت پیش‌فرض هم‌سانی واریانس بین گروه‌ها برقرار است و واریانس بین گروه‌ها اختلاف معناداری ندارد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش دو آزمون مانکوا به صورت جداگانه اجرا شد. ابتدا با کواریت شدن نمرات مرحله‌ی پیش‌آزمون، نمرات مرحله‌ی پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند و سپس در ادامه با کواریت شدن نمرات مرحله‌ی پس‌آزمون، نمرات مرحله‌ی پیگیری به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند و تفاوت بین گروه‌ها مورد بررسی قرار گرفتند.

مشاهدات جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های زوج‌درمانی شناختی-رفتاری (CBCT)، زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و گروه کنترل را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک نشان داده است.

برای انجام آزمون مانکوا (تحلیل کواریانس چند متغیری) ابتدا مفروضه‌های آن یعنی همسانی ماتریس کواریانس با استفاده از آزمون باکس و هم‌سانی واریانس بین گروه‌ها با استفاده از آزمون محاسبه شد. نتایج بررسی همسانی ماتریس کواریانس با استفاده از آزمون باکس نشان داد که در همه‌ی زیرمقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زناشویی زوجین با سطح آلفای بزرگ‌تر از ۰/۰۵، $p > 0.05$ معنادار نیست. این بدان معناست که شرط همسانی ماتریس کواریانس برقرار

جدول ۳. آزمون‌های چند متغیری خطی، با کنترل پیش‌آزمون

| اندازه اثر | p | df | F | مقدار | نوع آزمون |
|------------|------|----|--------|-------|-------------------|
| ۰/۸۲ | ۰/۰۱ | ۶ | ۱۴/۵۵ | ۱/۰۳ | اثر پیلایی |
| ۰/۸۰ | ۰/۰۱ | ۶ | ۳۶/۹۴ | ۰/۰۷ | لامبدای ویکلز |
| ۰/۷۸ | ۰/۰۱ | ۶ | ۷۶/۵۱ | ۱۱/۷۷ | اثر هولتینگ |
| ۰/۴۱ | ۰/۰۱ | ۶ | ۱۵۹/۱۷ | ۱۱/۶۴ | بزرگترین ریشه روی |

کوچک‌تر از ۰/۰۱، $p < 0.01$ تفاوت معناداری وجود دارد. براین اساس می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، در مرحله

مشاهدات جدول فوق نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از لحاظ متغیرهای وابسته (نمرات پس‌آزمون ابعاد کیفیت زندگی) در سطح آلفای

پس‌آزمون بین دو گروه از سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این تفاوت در جدول زیر که نتایج آزمون مانکوا (تحلیل کواریانس چند متغیری) در آن ذکر شده آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل مانکوا در ابعاد کیفیت زناشویی زوجین، با کنترل پیش‌آزمون

| اندازه اثر | p | F | MS | df | SS | مرحله | کواریت شدن پیش آزمون |
|------------|------|--------|-------|----|-------|-----------------|----------------------|
| ۰/۸۷ | ۰/۰۱ | ۱۴۴/۶۱ | ۲۷۸ | ۲ | ۵۵۶ | پس‌آزمون توافقی | گروه |
| ۰/۸۷ | ۰/۰۱ | ۷۷/۴۶ | ۴۷/۹۱ | ۲ | ۹۵/۸۲ | پس‌آزمون رضایت | |
| ۰/۶۸ | ۰/۰۱ | ۴۶/۱۹ | ۴۹/۳۱ | ۲ | ۹۸/۶۳ | پس‌آزمون انسجام | |
| | | | | ۴۲ | ۸۰/۷۴ | پس‌آزمون توافقی | خطا |
| | | | | ۴۲ | ۲۵/۹۷ | پس‌آزمون رضایت | |
| | | | | ۴۲ | ۴۴/۸۴ | پس‌آزمون انسجام | |

بعد انسجام با مقدار $F=۴۶/۱۹$ ، در سطح آلفای کوچک‌تر از $p<۰/۰۱$ ، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مورد مشاهده شد و اندازه اثر آن برابر با $۰/۶۸$ محاسبه شد. روی هم رفته نتایج آزمون مانکوا نشان داد که در مرحله پس‌آزمون ابعاد کیفیت زنا شویی بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای مشخص شدن دقیق‌تر تفاوت بین گروهی از آزمون بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

مشاهدات جدول ۴ نتایج آزمون مانکوا را نشان می‌دهد. در این مرحله پیش‌آزمون به عنوان متغیر کواریت شده و پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. بر این اساس در بعد توافقی با مقدار $F=۱۴۴/۶۱$ ، در سطح آلفای کوچک‌تر از $p<۰/۰۱$ ، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مورد مطالعه مشاهده شد. هم‌چنین اندازه اثر برابر با $۰/۸۷$ محاسبه شد. در بعد رضایت با مقدار $F=۴۷/۹۱$ ، در سطح آلفای کوچک‌تر از $p<۰/۰۱$ ، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مورد مطالعه مشاهده شد و اندازه اثر آن برابر با $۰/۸۷$ به دست آمد. در نهایت در

جدول ۵. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه مرحله پس‌آزمون زوجی در ابعاد کیفیت زناشویی به تفکیک گروه

| متغیرهای وابسته | گروه‌ها | تفاوت میانگین‌های تعدیل شده | خطای استاندارد | p |
|-----------------|------------|-----------------------------|----------------|------|
| پس‌آزمون توافقی | ACT-CBCT | -۱/۳۰ | ۰/۵۰ | ۰/۰۵ |
| | CBCT-کنترل | ۶/۵۱ | ۰/۵۰ | ۰/۰۱ |
| | ACT-کنترل | ۷/۸۱ | ۰/۵۰ | ۰/۰۱ |
| پس‌آزمون رضایت | ACT-CBCT | ۰/۱۹ | ۰/۲۸ | ۰/۹۷ |
| | CBCT-کنترل | ۳/۰۹ | ۰/۲۸ | ۰/۰۱ |
| | ACT-کنترل | ۲/۹۰ | ۰/۲۸ | ۰/۰۱ |
| پس‌آزمون انسجام | ACT-CBCT | -۰/۱۰ | ۰/۳۷ | ۱ |
| | CBCT-کنترل | ۲/۹۹ | ۰/۳۶ | ۰/۰۱ |
| | ACT-کنترل | ۳/۱۰ | ۰/۳۶ | ۰/۰۱ |

مشاهدات جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی پس از تعدیل میانگین‌ها را نشان می‌دهد. در مرحله‌ی پس‌آزمون در بعد توافقی گروه ACT از میانگین بالاتری در مقایسه با گروه CBCT، در سطح آلفای کوچک‌تر از $p<۰/۰۵$ برخوردار بود. هم‌چنین اختلاف میانگین گروه‌های مداخله CBCT و ACT با گروه کنترل در سطح آلفای کوچک‌تر از $p<۰/۰۱$ معنی‌دار به دست آمد. به‌طور کلی نتایج بیانگر اثربخشی دو رویکرد مداخله‌ای بر ابعاد کیفیت زنا شویی در مرحله‌ی پس‌آزمون بود.

مشاهدات جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی پس از تعدیل میانگین‌ها را نشان می‌دهد. در مرحله‌ی پس‌آزمون در بعد توافقی گروه ACT از میانگین بالاتری در مقایسه با گروه CBCT، در سطح آلفای کوچک‌تر از $p<۰/۰۵$ برخوردار بود. هم‌چنین اختلاف میانگین گروه‌های مداخله CBCT و ACT با گروه کنترل در سطح آلفای کوچک‌تر از $p<۰/۰۱$ معنی‌دار بود. در بعد رضایت اختلاف میانگین‌های گروه‌های مداخله CBCT و ACT معنی‌دار نبود؛ اما اختلاف میانگین‌های گروه‌های مداخله گروه‌های مداخله CBCT و

که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، در مرحله پیگیری بین دو گروه از سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این تفاوت در جدول زیر که نتایج آزمون مانکوا (تحلیل کواریانس چند متغیری) در آن ذکر شده آمده است.

مشاهدات جدول فوق نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از لحاظ متغیرهای وابسته (نمرات پیگیری ابعاد کیفیت زندگی) در سطح آلفای کوچک‌تر از $p > 0/01$ ، تفاوت معناداری وجود دارد. براین اساس می‌توان گفت

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل مانکوا در ابعاد کیفیت زناشویی زوجین، با کنترل پیش‌آزمون

| اندازه اثر | p | F | MS | df | SS | مرحله | کواریت شدن پس-آزمون |
|------------|------|------|-------|----|-------|-----------------|---------------------|
| ۰/۲۱ | ۰/۰۱ | ۵/۷۶ | ۱۰/۲۷ | ۲ | ۲۰/۵۴ | پس‌آزمون توافقی | گروه |
| ۰/۲۱ | ۰/۰۱ | ۵/۶۳ | ۶/۷۰ | ۲ | ۱۳/۴۱ | پس‌آزمون رضایت | |
| ۰/۱۶ | ۰/۰۲ | ۴/۲۶ | ۲/۳۱ | ۲ | ۴/۶۳ | پس‌آزمون انسجام | |
| | | | | ۴۲ | ۷۴/۸۹ | پس‌آزمون توافقی | خطا |
| | | | | ۴۲ | ۴۹/۹۷ | پس‌آزمون رضایت | |
| | | | | ۴۲ | ۲۲/۸۱ | پس‌آزمون انسجام | |

مشاهده شد و اندازه اثر آن برابر با $0/21$ به دست آمد. در نهایت در بعد انسجام با مقدار $F=4/26$ ، در سطح آلفای کوچک‌تر از $p < 0/02$ ، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مورد مشاهده شد و اندازه اثر آن برابر با $0/16$ محاسبه شد. روی هم رفته نتایج آزمون مانکوا نشان داد که در مرحله پیگیری ابعاد کیفیت زناشویی بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای مشخص شدن دقیق‌تر تفاوت بین گروهی از آزمون بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

مشاهدات جدول ۷ نتایج آزمون مانکوا را نشان می‌دهد. در این مرحله پس‌آزمون به عنوان متغیر کواریت شده و پیگیری به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. بر این اساس در بعد توافقی با مقدار $F=5/76$ ، در سطح آلفای کوچک‌تر از $p < 0/01$ ، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مورد مطالعه مشاهده شد. همچنین اندازه اثر برابر با $0/21$ محاسبه شد. در بعد رضایت با مقدار $F=6/70$ ، در سطح آلفای کوچک‌تر از $p < 0/01$ ، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مورد مطالعه

جدول ۸. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه مرحله پیگیری زوجی در ابعاد کیفیت زناشویی به تفکیک گروه

| p | خطای استاندارد | تفاوت میانگین‌های تعدیل شده | گروه‌ها | متغیرهای وابسته |
|------|----------------|-----------------------------|------------|-----------------|
| ۱ | ۰/۵۰ | -۰/۲۶ | ACT-CBCT | پیگیری توافقی |
| ۰/۰۱ | ۰/۵۰ | ۲/۲۱ | کنترل-CBCT | |
| ۰/۰۱ | ۰/۷۸ | ۲/۴۵ | ACT-کنترل | |
| ۰/۳۹ | ۰/۴۰ | -۰/۶۲ | ACT-CBCT | پیگیری رضایت |
| ۰/۰۲ | ۰/۵۵ | ۱/۵۶ | کنترل-CBCT | |
| ۰/۰۲ | ۰/۶۴ | ۲/۱۵ | ACT-کنترل | |
| ۱ | ۰/۲۷ | -۰/۱۷ | ACT-CBCT | پیگیری انسجام |
| ۰/۰۲ | ۰/۲۷ | ۱/۰۲ | کنترل-CBCT | |
| ۰/۰۲ | ۰/۴۳ | ۱/۲۰ | ACT-کنترل | |

مداخله ACT و CBCT معنی‌دار نبود؛ اما اختلاف میانگین‌های گروه‌های مداخله گروه‌های مداخله ACT و CBCT با گروه کنترل در سطح آلفای کوچک‌تر از $p < 0/02$ ، معنی‌دار مشاهده شد. به‌طور کلی نتایج بیانگر اثربخشی دو رویکرد مداخله‌ای بر ابعاد کیفیت زناشویی در مرحله پیگیری بود.

بحث و نتیجه‌گیری

مشاهدات جدول ۸ نتایج آزمون بنفرونی پس از تعدیل میانگین‌ها را نشان داد. در مرحله پیگیری، در بعد توافقی اختلاف معنی‌داری بین میانگین‌های گروه‌های مداخله ACT و CBCT مشاهده نشد. از سوی دیگر اختلاف میانگین گروه‌های مداخله ACT و CBCT در سطح آلفای کوچک‌تر از $p < 0/01$ ، معنی‌دار بود. در بعد رضایت اختلاف میانگین‌های گروه‌های مداخله ACT و CBCT معنی‌دار نبود؛ اما اختلاف میانگین‌های گروه‌های مداخله گروه‌های مداخله ACT و CBCT با گروه کنترل در سطح آلفای کوچک‌تر از $p < 0/02$ ، معنی‌دار بود. در بعد انسجام اختلاف میانگین‌های گروه‌های

شناختی، تسلط آیند یا گذشته، عدم تصریح ارزش‌ها، فقدان عمل متعهدانه و وابستگی به خود مفهوم سازی صورت می‌پذیرد. این آسیب‌ها در مجموع موجب عدم انعطاف‌پذیری روان شناختی می‌شوند. نکته‌ی مهم این است که در این رویکرد پذیرش به معنای پذیرفتن شرایط زجرآوری که از محیط بیرونی به انسان وارد می‌شود نیست؛ بلکه تأکید بر مفهوم پذیرش در این رویکرد، تمایل فرد به پذیرش تجربیات دردناک درونی است و به‌جای این‌که فرد با از این تجربیات اجتناب کند، لاجرم باید با آنان مواجه شود؛ هرچند مواجه شدن با این تجربیات دردناک است، اما پذیرش تجربیات و مواجه شدن با پدیده به فرد کمک می‌کند تا به نحو سازنده‌تری با چالش‌های زندگی مواجه شود. پذیرش را می‌توان از طریق تماس با زمان حال ایجاد کرد. به‌طور کلی تمام فرایندهای کارکردی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، متکی بر زمان حال است و بر وضعیت کنونی متمرکز است (۳۱، ۳۷).

تیبینی که در زمینه اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، در ارتقای کیفیت زناشویی زوجین در پژوهش حاضر می‌توان ارائه کرد این است که مفاهیم و مداخله‌های این رویکرد را می‌توان هم به صورت آموزش به صورت فردی و گروهی و هم در محیط‌های مراکز مشاوره و روان‌درمانی به کار برد (۲۰، ۳۸). علاوه بر این یکی از مزیت‌های برجسته‌ای که رویکرد شناختی-رفتاری، در مواجهه با مشکلات مراجعان از آن بهره‌مند است، قابلیت تطابق و به‌کارگیری آن با شرایط فرهنگی (۳۹) و اجتماعی جوامع متعدداست (۱۹، ۴۰). علاوه بر این رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، تلاش می‌کند تا در خواسته‌های زوجین تعادل ایجاد کند و به دنبال آن، ارزیابی زوجین از خواسته‌هایشان به هم نزدیک باشد یا مشابه باشند. چنانچه زوجین ارزیابی مشابهی از منابع و خواسته‌های زندگی‌شان داشته باشند، این موضوع به عنوان یک نقطه قوت در زندگی زناشویی محسوب می‌شود که زمینه ارتقای کیفیت زناشویی را فراهم می‌کند (۳۴). همچنین تلاش برای افزایش مهارت‌های درون فردی (آگاهی از هیجان‌ها و افکار خود) و مهارت‌های بین فردی (مهارت‌های ارتباطی و ارتباط مؤثر) در رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، به ارتقای کیفیت زناشویی زوجین کمک خواهد کرد (۳۵). در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داده که در کوتاه مدت (پس از آزمون بعد توافق) رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنها در بعد توافق کیفیت زناشویی نسبت به رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، برتری داشت. اما در بلندمدت (آزمون پیگیری) در هیچ‌کدام از ابعاد برتری نداشت. به‌طور کلی نتایج مقایسه هر دو رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد که از این دو رویکرد نه‌تنها می‌توان برای حل و فصل مشکلات زوجین بهره برد؛ بلکه می‌توان از این رویکردها به‌عنوان مدل‌هایی برای ارتقای کیفیت زناشویی و غنی‌سازی زندگی زناشویی در میان زوجین غیربالینی نیز بهره برد. هر دو رویکرد فضای ایمن و مناسبی را ایجاد می‌کنند تا زن و شوهر بتوانند خواسته‌ها، نیازها، انتظارات و نگرانی‌های خود را در میان بگذارند و از این طریق به ترمیم بخش‌هایی از رابطه زناشویی بپردازند که دچار آسیب و مشکل شده است و یا نیازمند تغییر است.

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زناشویی زوجین غیربالینی شهر بندرعباس انجام گرفت. تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که تنها در مرحله‌ی پس‌آزمون توافق کیفیت زناشویی اختلاف معناداری بین گروه‌های مداخله‌ی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، وجود دارد. به نحوی که میانگین گروه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری از گروه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بالاتر بود. این درحالی است که در سایر ابعاد کیفیت زناشویی بین دو گروه مداخله زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلاف معناداری مشاهده نشد. همچنین نتایج تحلیل‌ها نشان دادند که هر دو گروه مداخله‌ی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، در مقایسه با گروه کنترل در همه‌ی ابعاد کیفیت زناشویی هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله‌ی پیگیری، به‌طور معناداری از میانگین بالاتری در مقایسه با گروه کنترل برخوردار بودند. این یافته‌ها نشان دادند که مداخله‌های زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، در ارتقای کیفیت زناشویی زوجین مؤثر هستند. این یافته‌ی پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های خانجانی و شکی، شفیع‌آبادی، فرزاد و فاتحی‌زاده (۱۷)، فتح‌الله زاده، رستمی، دربانی و کارازه (۲۴)، احمدی، کرمی، نوحی، غلامپور و رحیمی (۲۸)، افشارنیا و هوشیار (۳۰)، علیزاده، اکبری ترکستانی، اوحدی و مهرابی‌زاده (۲۹)، امانی، عیسی‌نژاد و علی‌پور (۲۳)، عظیم‌فر، فاتحی‌زاده، بهرامی، احمدی و عابدی (۳۳)، بیگدلی مجرد، انتصارفومنی و حجازی (۳۴)، شکوهی یکتا، اکبری زردخانه، علوی‌زاده، سجادی اناری (۳۵) مطابقت دارد.

در تبیین این یافته‌ی پژوهش حاضر، ذکر این نکته ارزشمند است که یافته‌های این پژوهش به هیچ‌وجه برتری رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (به عنوان نسل سوم درمان‌های رفتاری) را نسبت به رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، نشان نمی‌دهد. مسائلی نظیر شخصیت مشاور در اجرای رویکرد و هماهنگ بودن با پیش‌فرض‌های رویکرد و توانایی درمانگر در اجرای مهارت‌ها و تکنیک‌های می‌تواند به عنوان از جمله عواملی برشمرده که موجب می‌شوند تا اثربخشی یک رویکرد بیشتر شود (۲۲). در خصوص اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، در ارتقای کیفیت زناشویی می‌توان گفت که هدف بنیادین این رویکرد ایجاد انعطاف‌پذیری روان شناختی است. انعطاف‌پذیری روان شناختی شامل پذیرش، گسلس شناختی، خود به‌عنوان محتوا، تماس با لحظه‌ی اکنون، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌شود. لذا با مؤلفه‌هایی که ذکر شد این رویکرد به‌جای این‌که به زوجین کمک کند تا احساس بهتری داشته باشند یا فراتر می‌نهد و به آنان کمک می‌کند تا بتوانند بهتر زندگی کنند. بهتر زندگی کردن لزوماً با احساس بهتر بودن مساوی نیست. به همین سبب آموزش و مداخله در این رویکرد به جای تغییر در افکار، رفتار یا هیجان‌ها، به تغییر در سبک‌زندگی فرد منجر می‌شود (۳۶).

درکار با زوجین در رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر به‌واسطه کار بر روی آسیب‌هایی مانند اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی

در مطالعه حاضر فرم‌های رضایت نامه آگاهانه توسط تمامی آزمودنی‌ها تکمیل شد.

حامی مالی

هزینه‌های مطالعه حاضر توسط نویسندگان مقاله تامین شد.

مشارکت نویسندگان

طراحی و ایده پردازی: رامانا شهبازفر و اقبال زارعی؛ روش شناسی و تحلیل داده‌ها: رامانا شهبازفر و اقبال زارعی
نظارت و نگارش نهایی: اقبال زارعی، کبری حاجی علیزاده فریبرز درتاج.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

توجه به این نکته ضروریست که رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، از طریق آموزش، ارائه تکالیف و مهارت افزایشی تلاش می‌کند تا زوجین به کیفیت زناشویی خود غنای بیش‌تری ببخشند و رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، از طریق ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تلاش می‌کند تا کیفیت زناشویی زوجین را ارتقاء ببخشد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق خودآگاهی، تصریح ارزش‌ها، زندگی در زمان حال، پذیرش و عمل متعهدانه شکل می‌گیرد. محدود بودن جامعه‌ی پژوهش به زوجین شهر بندرعباس، در دسترس بودن روش نمونه‌گیری، دربرگرفتن دامنه‌ی سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، داشتن تحصیلات بالاتر دیپلم اغلب شرکت‌کنندگان در پژوهش از جمله محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌آیند که تعمیم نتایج را به سایر زوجین غیربالیینی با دشواری مواجه می‌کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

References

1. Umberson D, Williams K, Powers DA, Chen MD, Campbell AM. As good as it gets? A life course perspective on marital quality. *Social Forces*. 2005;84(1):493-511. doi: 10.1353/sof.2005.0131.
2. KavehFarsani Z, rjabi G, amanelahi a, Khojasteh Mehr R. Developing a native marital quality model: A Qualitative Research Based on Grounded Theory. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2020;21(1):60-71. doi: 10.30486/jsrp.2019.576024.1507.
3. Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, McGinn MM. Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*. 2014;140(1):140-87. doi: 10.1037/a0031859.
4. Khojasteh Mehr R, Aghaei Z, Omidian M. Meta-analysis of the relationship among approach and avoidance motives for sacrifice and marital quality. *JOURNAL OF FAMILY COUNSELING & PSYCHOTHERAPY*. 2019;9(1 (27)):89-108.
<https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=743176>.
5. Gurman AS, Lebow JL, Snyder DK. *Clinical handbook of couple therapy*: Guilford Publications; 2015.
6. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*. 2004;54(4):553-78. doi: 10.1007/BF03395492.
7. Knapp SJ, Lott B. Forming the central framework for a science of marital quality: An interpretive alternative to marital satisfaction as a proxy for marital quality. *Journal of Family Theory & Review*. 2010;2(4):316-33. doi: 10.1111/j.1756-2589.2010.00064.x.
8. Umberson D, Williams K, Powers DA, Liu H, Needham B. You make me sick: Marital quality and health over the life course. *Journal of health and social behavior*. 2006;47(1):1-16. doi: 10.1177/002214650604700101.
9. Zhang H. Wives' Relative Income and Marital Quality in Urban China: Gender Role Attitudes as a Moderator. *Journal of Comparative Family Studies*. 2015;46(2):203-20. doi: 10.3138/jcfs.46.2.203.
10. Isanejad O, Bagheri A. Marital quality, loneliness, and internet infidelity. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2018;21(9):542-8. doi: 10.1089/cyber.2017.0602.
11. Allendorf K, Ghimire DJ. Determinants of marital quality in an arranged marriage society. *Social science research*. 2013;42(1):59-70. doi: 10.1016/j.ssresearch.2012.09.002.
12. Nurhayati SR, Faturochman F, Helmi AF. Marital Quality: A Conceptual Review.

- Buletin Psikologi. 2019;27(2):109-24. doi: 10.22146/buletinpsikologi.37691.
13. Moorman SM. Dyadic perspectives on marital quality and loneliness in later life. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2016;33(5):600-18. doi: 10.1177/0265407515584504.
 14. Luo S, Klohnen EC. Assortative Mating and Marital Quality in Newlyweds: A Couple-Centered Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2005;88(2):304-26. doi: 10.1037/0022-3514.88.2.304.
 15. Tracy EL, Utz RL. For Better or for Worse: Health and Marital Quality during Midlife. *Journal of Aging and Health*. 2020;0898264320948305. doi: 10.1177/0898264320948305.
 16. Yeh H-C, Lorenz FO, Wickrama K, Conger RD, Elder Jr GH. Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *Journal of family psychology*. 2006;20(2):339. doi: 10.1037/0893-3200.20.2.339.
 17. Khanjani Veshki S, Shafiabady A, Farzad V, Fatehizade M. A Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Acceptance and Commitment Couple Therapy in the Couple's Conflict in the City of Isfahan. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2016;9(3):464-71. doi: 10.5812/jjhs.43085.
 18. Soheili N, Zaharakar K, Asadpour S, Mohsenzadeh F. Effectiveness of Group Counseling Based on Integrative Behavioral Therapy on Quality of Marital Relationship of Female Nurses. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;7(5):72-8. <http://ijpn.ir/article-1-1383-en.html>.
 19. Zadhoosh S, Doust H, Kalantari M, Tabatabaee S. Comparison of the efficacy of cognitive-behavior group therapy with religious advice and classic cognitive-behavior group therapy on the quality of marital relationship of women. *Journal of Family Research*. 2011;7(1):55-68. <https://jfr.sbu.ac.ir/index.php/humanri ghts/article/958817eb4e78ef371f748ded1a727a3d3e663.pdf>.
 20. Mahintorabi s. The effect of cognitive-behavioral training on modification of irrational expectation, emotional maturity and marital dissatisfaction in women. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2011;5(2):127-33. http://www.behavsci.ir/article_67721_a99d7c69e8d38c75b5cbcd5d3425c992.pdf.
 21. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(4):430-42. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.12.009.
 22. Lappalainen R, Lehtonen T, Skarp E, Taubert E, Ojanen M, Hayes SC. The Impact of CBT and ACT Models Using Psychology Trainee Therapists: A Preliminary Controlled Effectiveness Trial. *Behavior Modification*. 2007;31(4):488-511. doi: 10.1177/0145445506298436.
 23. Amani A, Isanejad O, Alipour E. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on marital distress, marital conflict and optimism in married women visited the counseling center of Imam Khomeini Relief Foundation in Kermanshah. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2018;5(1):42-64. doi: 10.29252/shenakht.5.1.42. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-425-en.html>.
 24. Fatolahzadeh N, Rostami M, Darbani A, Karazeh S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on quality of life and marital satisfaction housewife mothers. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2018;7(7):17-32. <http://frooyesh.ir/article-518-1-fa.html>.
 25. Narimani A, Hobbi MB. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on dyadic adjustment in women. *JOURNAL OF FAMILY COUNSELING & PSYCHOTHERAPY*. 2018;8(1 (25)):-. doi: 20.1001.1.22516654.1397.8.1.9.6.
 26. Sharif F, Soleimani S, Mani A, Keshavarzi S. The effect of conflict resolution training on marital satisfaction in couples referring to counseling centers in Shiraz, southern Iran. *International Journal of Community Based Nursing &*

- Midwifery. 2013;1(1):26-34. https://ijcbnm.sums.ac.ir/article_40637.html.
27. Kardan-Souraki M, Hamzehgardeshi Z, Asadpour I, Mohammadpour RA, Khani S. A review of marital intimacy-enhancing interventions among married individuals. *Global journal of health science*. 2016;8(8):74. doi: 10.5539/gjhs.v8n8p74.
 28. Ahmady K, Karami G, Noohi S, Mokhtari A, Gholampour H, Rahimi A-A. The efficacy of cognitive behavioral couple's therapy (CBCT) on marital adjustment of PTSD-diagnosed combat veterans. *Europe's Journal of Psychology*. 2009;5(2):31-40. <https://doi.org/10.5964/ejop.v5i2.265>.
 29. Alizadeh M, AkbariTorkestani N, Oohadi B, Mehrabiravzveh F. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Counseling Based on Film Therapy on the Marital Satisfaction of Women with Low Sex Drive. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*. 2018;8(1):19-27. <http://zums.ac.ir/nmcjournal/article-1-554-en.html>.
 30. Afshariniya K, Hooshyar F. Comparison of the Effectiveness of Behavioral Couple Therapy and Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Marital Relationships in Adolescent Couples in Shiraz City. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2020;11(42):1-18. http://jzvj.miau.ac.ir/article_4183_en.html?lang=en.
 31. Norouzi M, Zargar F, Akbari H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reduction of Interpersonal Problems and Experiential Avoidance in University Students. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2017;15(2):168-74. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-529-fa.html>.
 32. Yousefi N. Investigation of Psychometric Properties of the Revised Dyadic Adjustment Scales (RDAS). *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2012;1(2):183-200. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=245095>.
 33. Azimifar S, Fathizadeh M, Bahrami F, Ahmadi A, Abedi A. Comparing the effects of cognitive-Behavioral couple therapy & acceptance and commitment therapy on marital happiness of dissatisfied couples. 2016. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-134-en.html>.
 34. Bigdelimojarad F, Entesar F, Gholamhossein, Hejazi M. The effectiveness of sex therapy based on Cognitive-Behavioral (Sexual Relationship) training on reducing marital burnout and increasing marital quality of married nurses. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2020;15(3):1-9. <http://ijnr.ir/article-1-2347-fa.html>.
 35. Shokoohi-Yekta M, Akbari Zardkhaneh S, Alavinezhad S, Sajjadi Anari S. Teaching emotion regulation skills based on cognitive-behavioral approach and its efficacy on marital satisfaction and couple's happiness. *Journal of psychologicalscience*. 2019;18(80):887-96. <http://psychologicalscience.ir/article-1-483-en.html>.
 36. Sheppard SC, Forsyth JP, Hickling EJ, Bianchi J. A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention. *International Journal of MS Care*. 2010;12(4):200-6. doi: 10.7224/1537-2073-12.4.200.
 37. Muto T, Hayes SC, Jeffcoat T. The effectiveness of acceptance and commitment therapy bibliotherapy for enhancing the psychological health of Japanese college students living abroad. *Behavior therapy*. 2011;42(2):323-35. doi: 10.1016/j.beth.2010.08.009.
 38. Williams C, Martinez R. Increasing Access to CBT: Stepped Care and CBT Self-Help Models in Practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2008;36(6):675-83. doi: 10.1017/S1352465808004864.
 39. Hinton DE, Patel A. Cultural Adaptations of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatr Clin North Am*.

2017;40(4):701-14. doi:
10.1016/j.psc.2017.08.006.

40. Naeem F. Cultural adaptations of CBT: a summary and discussion of the Special Issue on Cultural Adaptation of CBT. The Cognitive Behaviour Therapist. 2019;12:e40. doi:
10.1017/S1754470X19000278.