



Compare effectiveness of marital infidelity prevention model based on the approach of enriching marital life and the approach based on acceptance and commitment on the tendency to infidelity and marital adjustment

Maryam Nottagh, PhD student

Counseling, Department of Counseling, Islamic Azad University, Abhar Branch, Abhar, Iran.

Qamar Kiani, Ph.D

Assistant Professor, Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

Masoud Asadi, Ph.D

Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Arak University, Arak, Iran.

Mohammad Ghamari, Ph.D

Associate Professor, Department of Counseling, Islamic Azad University, Abhar Branch, Abhar, Iran

Abstract

The aim of this study was to compare effectiveness of the model of preventing marital infidelity based on the approach of enriching marital life and the approach based on acceptance and commitment on the tendency to infidelity and marital adjustment. The research method was quasi-experimental with pre-test-post-test-follow-up and the control group. The statistical population of this study included all married women who referred to counseling centers in Miyaneh city in 1398. Using the available sampling method, 45 of them were selected and randomly divided into three groups of: approach of enriching marital life ($n = 15$), approach based on acceptance and commitment to tendency ($n = 15$) and control group ($n = 15$). Model infidelity prevention training was conducted in 15 sessions each 90 minutes and acceptance and commitment model training was performed in 12 sessions each 90 minutes, and the control group was placed on a waiting list. Data were collected using Whitely betrayal, 2008 and Spanier marital adjustment, 1982 questionnaires. Mixed analysis of variance and multivariate analysis of covariance in SPSS software were used to analyze the data. The results indicated that the model of preventing marital infidelity based on the approach of enriching marital life and the approach based on acceptance and commitment have a effective and significant role in reducing infidelity and increasing marital adjustment. The model of preventing marital infidelity based on the approach of enriching marital life was significantly more effective in reducing the tendency to infidelity than the treatment based on acceptance and commitment ($P < 0.05$), but there was no significant difference between the two methods in increasing compatibility ($P > 0.05$). These findings can be used by experts in the field of marriage and family in premarital centers to prevent couples tending to infidelity, as well as to increase their ability to adapt and in medical centers to solve marital problems.

Keywords: marital adjustment, marital infidelity, acceptance and commitment based approach, marital enrichment approach

مقایسه اثربخشی مدل پیشگیری از خیانت زناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به خیانت و سازگاری زناشویی

مریم نطق

دانشجوی دکتری مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

*قمر کیانی

استادیار گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

مسعود اسدی

استادیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

محمد قمری

دانشیار گروه روانشناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مدل پیشگیری از خیانت زناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به خیانت و سازگاری زناشویی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر میانه در سال ۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر از زنان انتخاب و به‌صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در سه گروه رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی (۱۵ نفر)، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. آموزش مدل پیشگیری از خیانت زناشویی طی ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و آموزش مدل مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های گرایش به خیانت (Whitely, 2008) و سازگاری زناشویی (Spanier, 1982) جمع‌آوری شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم افزار SPSS استفاده شد. نتایج نشان داد که مدل پیشگیری از خیانت زناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خیانت و افزایش سازگاری زناشویی نقش مؤثر و معناداری دارند ($P < 0.05$). مدل پیشگیری از خیانت زناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی در کاهش گرایش به خیانت به‌طور معناداری مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود ($P < 0.05$). اما در میزان افزایش سازگاری بین دو روش تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$). این یافته‌ها می‌تواند توسط متخصصین حوزه ازدواج و خانواده در مراکز پیش از ازدواج جهت پیشگیری از گرایش زوجین به خیانت و همچنین افزایش توانایی سازگاری آن‌ها و در مراکز درمانی جهت رفع مشکلات زناشویی مورد استفاده قرار بگیرد.

واژه‌های کلیدی: سازگاری زناشویی، خیانت زناشویی، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی

مقدمه

یکدیگر انباشت شوند و بدین‌شکل طیفی از ناراحتی‌ها و بدکارکردی‌های روانشناختی مانند نگرانی و افسردگی در طرفین ایجاد کنند (Abbas, Aqeel, Abbas, Shaher, Sundas, & Zhang, 2019).

در Brandao, Pedro, Nunes, Martins, Costa, & Matos پژوهشی که در سال (2017) نشان دادند که سازگاری زناشویی پایین، علاوه بر تسهیل بروز ناراحتی‌های هیجانی و روانشناختی در زوجین، سبب کاهش صمیمیت و تشدید نارضایتی زوجی شده و تمایل طرفین را به تداوم پیوند خویش تا حد زیادی کاهش می‌دهد. پیشینه‌های نظری و تجربی به-خوبی تأثیر مخرب فقدان سازگاری زناشویی را در ایجاد تزلزل در کیفیت زندگی زناشویی نشان می‌دهند که این امر نیز به خوبی ضرورت طراحی و اجرایی کردن مدل‌های درمانی جهت تقویت توانایی سازگاری زوجین را مشخص می‌کند.

علاوه بر فقدان سازگاری زناشویی، عامل دیگری که می‌تواند بر عملکرد ارتباطی زوجین تأثیر مخربی داشته باشد و کیفیت رابطه آن‌ها را در معرض فروپاشی قرار دهد، خیانت زناشویی و گرایش زوجین به برقراری روابط فرازناشویی (extramarital relationship) است (Azhar, Abbas, Stieglitz, Gurven, Wenhong, Akhtar, & Aqeel, 2018; Kaplan, & Winking, 2012). خیانت زناشویی داشتن رابطه‌ای عاطفی - جنسی با فردی غیر از همسر و بدون اطلاع و رضایت وی می‌باشد که ممکن است در قالبی مجازی یا واقعی شکل گرفته و تداوم بیاید (Jenkins, Amer, 2018; Mark, Janssen, & Milhausen, 2012). ۱۲ تا ۷۵ درصد از زنان و مردان متأهل حداقل یکبار چنین تعاملی را تجربه کرده‌اند (Allen & Baucom, 2004). Honarparvaran (2014); Gharagozlo, Nmoradhaseli & Atadokht (2018) شیوع این آسیب را در بین زوجین ایرانی به‌عنوان یک عامل نگرانی‌زا مورد تأکید قرار داده‌اند.

Glasser & Glasser (2008) تأکید دارند که زندگی زناشویی معمولاً با عشق و شور فراوان آغاز می‌شود و به‌مرور تحت تأثیر علل و عوامل مختلف، از شدت این عشق کاسته شده می‌شود. با کاهش عشق بین فردی بسیاری از زوجین تن به جدایی از یکدیگر می‌دهند و برخی دیگر نیز ترجیح می‌دهند

سازگاری زناشویی (adjustment Marrital) به‌عنوان یک کارکرد بین فردی تأثیرگذار بر روابط زناشویی، به قدرت پذیرش و کنارآمدن زوجین با دشواری‌ها و شرایط خواسته یا ناخواسته‌ی زندگی زناشویی اشاره دارد (Koruk, 2017). سازگاری زناشویی بدین‌معنی است که زوجین با آرامش و امنیت کامل، فرایند زندگی خویش را اداره کنند و هنگام مواجهه با مشکلات زندگی، بتوانند با کنترل هیجانات و همچنین تنش‌های ایجادشده، رفع آن‌ها را تسهیل کنند (Hershkovitz, Dekel, Fridkin, & Freedman, 2017). افرادی که از قدرت سازگاری زناشویی برخوردار هستند، به-خوبی با تغییر و تحولات زندگی کنار می‌آیند، مشکلات پیش-آمده را مورد پذیرش قرار می‌دهند و با واکاوی ابعاد مختلف آن در قالبی مشارکتی، زمینه را برای ریشه‌کن شدن مشکل و بازگرداندن آرامش به زندگی زناشویی فراهم می‌کنند (Molgora, Fenaroli, Acquati, De Donno, Baldini, & Saita, 2019).

علل و عوامل مختلفی در شکل‌گیری سازگاری زناشویی تأثیر دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به ساختار تربیتی، حمایت‌های والدینی، ساختار آموزشی، تعامل با افراد سازگار، اعتماد به خویشتن، عزت‌نفس و احساس ارزشمندی، خودکارآمدی بالا مشارکت زناشویی اشاره کرد (Honarparvaran, 2014). افراد زمانی که از چنین توانمندی‌هایی برخوردار باشند، قادر خواهند بود که به‌سهولت با مشکلات زندگی مواجه شده و با تکیه بر توانمندی‌های درونی‌شان آن‌ها را مدیریت کنند (Hershkovitz et al, 2017). پیشینه‌های نظری و تجربی بیانگر این واقعیت هستند که فقدان سازگاری زناشویی ضمن مختل کردن کارکرد بین فردی زوجین، سلامت روانشناختی و عملکردی آن‌ها را در سایر ابعاد زندگی نیز با اختلال مواجه می‌کند (Li, Robustelli, & Whisman, 2016). هرچه سطح سازگاری زناشویی زوجین پایین‌تر باشد، تعارض و تنش بین فردی بیش‌تری را ادراک می‌کنند و مدیریت مطلوب زندگی زناشویی برایشان دشوارتر است (Qadir, Khalid, & Medhin, 2015). پایین بودن قدرت سازگاری در زوجین، موجب می‌شود که مشکلات روی

Burckhardt, Manicavasagar, Batterham, Hadzi-) ناخوشایندی‌های آن به رفتارهای انحرافی مانند مصرف مواد و خیانت زناشویی روی می‌آورند.
روابط فرازناشویی علت ۶۷ درصد از قتل مردان توسط زنان‌شان بوده است و بیش از ۳۳ درصد از مردان نیز با خشونت کلامی و غیرکلامی همسر خویش مواجه شده‌اند (Choupani, Sohrabifard, Mohammadi, Esmaeli & Samadifard, 2019). بسیاری از افراد هنگام تجربه خیانت زناشویی از جانب همسر خویش، معمولاً به سمت جدایی و طلاق گرایش پیدا کرده و تمایلی به ادامه رابطه خویش نشان نمی‌دهند (Knox, Zusman, Kaluzny, & Sturdivant, 2000).

پیشینه‌های نظری و تجربی بیانگر این واقعیت هستند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، صمیمیت و بخشش بین‌فردی، سرخوردگی و کیفیت تعاملات زوجی، کاهش استرس، تنش و افسردگی ناشی از خیانت زناشویی، سازگاری، رضایت جنسی، بخشندگی و سازگاری زناشویی، گسستگی زوجی، مشکلات دلبستگی و نارضایتی زناشویی (Wiebe, Johnson, Burgess-Moser, Dalgleish, Lafontaine, & Tasca, 2016; Honarparvaran, 2014) تأثیرات درمانی مطلوبی دارد.

از دیگر رویکردها و مدل‌هایی که می‌تواند در کاهش گرایش به خیانت زناشویی و قدرت سازگاری زوجین نقش داشته باشد، مدل‌های غنی‌سازی روابط زناشویی (marital enrichment model) است. این مدل‌های آموزشی _ درمانی به زوجین این امکان را می‌دهد تا تعارضات‌شان را مورد واکاوی قرار داده و با بهره‌گیری از مهارت‌های حل تعارضی که به آن‌ها آموزش داده می‌شود، زمینه را برای رفع و ریشه‌کن کردن تعارضات فراهم کرده و کیفیت روابط‌شان را افزایش دهند (Howard, Markman, & Halford, 2005). مراقبت زناشویی در ابعاد جسمانی، جنسی و روانشناختی، از دیگر ضرورت‌های ارتباطی است که وجود آن جهت داشتن رابطه زناشویی موفق ضرورتی تام دارد (Scuka, 2005).

پیشینه‌های تجربی در زمینه تأثیر مدل‌های غنی‌سازی زندگی زناشویی بر رضایت زناشویی، کیفیت رابطه زوجی (Accordino, & Guerny, 2003)، ثبات و انسجام زندگی زناشویی (Kalkan, & Ersanli, 2008)، صمیمیت و تعهد بین-فردی (Shollenberger, 2001)، مهارت‌های ارتباطی (Blanchard, Hawkins, Baldwin, & Fawcett, 2009) تأثیر معناداری دارد. تجربه خیانت و کاهش سازگاری زناشویی به طور بالقوه به انحلال زناشویی کمک می‌کند و از آسیب‌زا ترین

به زندگی ملال‌آور خویش ادامه دهند و برای رفع ناخوشایندی‌های آن به رفتارهای انحرافی مانند مصرف مواد و خیانت زناشویی روی می‌آورند.
روابط فرازناشویی علت ۶۷ درصد از قتل مردان توسط زنان‌شان بوده است و بیش از ۳۳ درصد از مردان نیز با خشونت کلامی و غیرکلامی همسر خویش مواجه شده‌اند (Choupani, Sohrabifard, Mohammadi, Esmaeli & Samadifard, 2019). بسیاری از افراد هنگام تجربه خیانت زناشویی از جانب همسر خویش، معمولاً به سمت جدایی و طلاق گرایش پیدا کرده و تمایلی به ادامه رابطه خویش نشان نمی‌دهند (Knox, Zusman, Kaluzny, & Sturdivant, 2000).

گستره‌ای از واکنش‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت نسبت به خیانت زناشویی وجود دارد که از این میان تعارضات بین-فردی، تنش‌های زناشویی و طلاق از جمله شایع‌ترین آن‌ها می‌باشد (Johnson, Stanley, Glenn, & Amato, 2001). Glass (2006) تأکید کردند که خیانت زناشویی همیشه و در تمامی مواقع به طلاق منتهی نمی‌شود، ولی نقش آن در ایجاد تعارض و نارضایتی زناشویی قطعی است. بنابر گزارش برخی از پژوهش‌ها حداقل ۴۵ تا ۷۷ درصد از زوجینی که خیانت زناشویی را از جانب یکدیگر ادراک کرده‌اند، به سمت طلاق و جدایی از یکدیگر گرایش پیدا می‌کنند (Allen, E. S., & Atkins, 2012).

یکی از رویکردهایی که می‌تواند در کاهش گرایش زوجین به خیانت و همچنین تقویت قدرت سازگاری در آن‌ها موثر باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment-based therapy) است. این رویکرد درمانی در دهه ۸۰ میلادی توسط Hayes (2002) تدوین شد. انعطاف-پذیری روانشناختی فرایندی است که فرد طی آن با لحظه کنونی تماسی لحظه‌ای برقرار می‌کند و مبتنی بر آن متعهد می‌شود تا در مسیر ارزش‌هایی که در زندگی خویش دارد، گام بردارد (Hayes, & Lillis, 2012). این مدل درمانی به افراد کمک می‌کند تا با پذیرش افکار و درونیات خویش و همچنین با آگاهی از ارزش‌های شخصی خویش، برنامه‌هایی کارکردی را طراحی و در مسیر اجرایی کردن آن گام بردارند

نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش در این مرحله عبارت بودند از: ۱- سکونت در شهر میانه، ۲- جنسیت زن و تأهل، ۳- تمایل به مشارکت در پژوهش، ۴- برخوردار بودن از سلامت روانی (تشخیص توسط پژوهشگر در خلال گفت‌وگوی مشاوره‌ای و مصاحبه‌های بالینی)، ۵- داشتن حداقل تحصیلات سیکل، ۶- قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، ۷- کسب نمره ۴۲ تا ۷۰ در پرسشنامه گرایش به خیانت زناشویی Whitely (2008) ATIS و کسب سازگاری پایین در پرسشنامه سازگاری زناشویی (1982_DAS)، ۸- و شرکت نداشتن همزمان در برنامه‌ی آموزشی یا درمانی دیگر. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- تمایل به ترک جلسات و خروج از پژوهش، ۲- غیبت بیش از یک جلسه در فرایند درمان، ۳- بروز استرس‌های غیر منتظره برای شرکت کنندگان در طول فرایند پژوهش، و ۴- اهمال‌کاری در انجام تکالیف درمانی.

ابزار سنجش

مقیاس گرایش به خیانت زناشویی (attitudes toward infidelity scale): این پرسشنامه توسط Whitely (2008) با هدف ارزیابی میزان گرایش افراد به خیانت زناشویی طراحی شد و دارای ۱۲ گویه در مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از به-شدت مخالفم (نمره ۱) تا به شدت موافقم (نمره ۷) است. از نمونه گویه‌ای این مقیاس عبارتند از: ۱- خیانت در روابط زن و شوهری، در هیچ شرایطی قابل قبول نیست، ۲- اگر بدانم همسرم از رابطه من مطلع نخواهد شد، با شخص دیگری رابطه خواهم داشت.

کمینه و بیشینه پرسشنامه نیز بین ۱۲ تا ۸۴ قرار دارد، بدین-شکل که هرچه سطح نمره افراد بالاتر باشد نشان‌دهنده تمایل بیشتر به خیانت است. Whitely (2006) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/80$ و روایی سازه را $0/70$ گزارش کرده است. در ایران نیز توسط Alitabar, Habibi & Poorari (2014) ترجمه و اعتباریابی شد و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/71$ و با استفاده از روش بازآزمایی $0/87$ و روایی آن را با پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت بین $0/16$ تا $0/29$ و روایی سازه آن را $0/70$

رویدادهایی هستند که در روابط زوجی روی می‌دهند و ثبات خانواده را به چالش می‌کشند. حمایت‌های همه جانبه و آموزش و یاری رسانی به افراد درگیر خیانت و سازگاری زناشویی به آنان کمک می‌کند تا اهداف عالی‌تری را در زندگی خود تعریف کنند و در نتیجه از وضعیت روانی اجتماعی بهتری برخوردار شوند. بنابر این انجام این پژوهش ضرورت دارد. با توجه به تمهیدات یاد شده این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر مدل پیشگیری از روابط فرازناشویی مبتنی بر رویکرد غنی-سازگی زندگی زناشویی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خیانت زناشویی و سازگاری زناشویی در زنان انجام شد. بنابر این فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از:

۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش گرایش به خیانت زناشویی تأثیر دارد.
۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری زناشویی تأثیر دارد.
۳. مدل درمانی پیشگیری از روابط فرازناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی، بر کاهش گرایش به خیانت زناشویی تأثیر دارد.
۴. مدل درمانی پیشگیری از روابط فرازناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی بر افزایش سازگاری زناشویی تأثیر دارد.
۵. میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مدل درمانی پیشگیری از روابط فرازناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی بر کاهش گرایش به خیانت زناشویی و سازگاری زناشویی تفاوت دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه و نمونه: این مطالعه به روش نیمه-آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با ۲ گروه آزمایش و یک گروه گواه و به‌همراه یک دوره پیگیری سه ماهه انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان متأهل مراجعه-کننده به مراکز مشاوره شهر میانه بود. روش نمونه‌گیری، در دسترس بود که طی آن ۴۵ زن متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر میانه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (آزمایشی اول ۱۵ نفر، آزمایشی دوم ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵

گزارش کردند. در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

پرسشنامه سازگاری زناشویی^۱: این پرسشنامه توسط Spanier, Spanier, G.B., & Thompson (1976) در ۳۲ سوال جهت ارزیابی سطح سازگاری زوجین طراحی شده است (Shojaei, Jazayeri, Ahmadi, & Fatehizadeh, 2019). در ایران این پرسشنامه توسط Amozegar & Hossiannejad (2000) به نقل از Shojaei et al (2019) ترجمه و هنجاریابی شد. این پرسشنامه در برگیرنده چهار خرده‌مقیاس شامل رضایت دونفره، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت است (Khakpour, Nazari & Zaharakar, 2014). از نمونه گویه‌ای این مقیاس عبارتند از: ۱- چند وقت یکبار شما و همسرتان دعوا می‌کنید؟، ۲- چند وقت یکبار شما و همسرتان اعصاب یکدیگر را خرد می‌کنید.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) براساس مبانی نظری این رویکرد و مبتنی بر کتابچه راهنمای ACT نوشته Efret, Efret & Forsite (2007) Translated by Faizi, et al., 2017) تدوین و اجرا شد.

پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۶ و برای خرده‌مقیاس‌های رضایت دونفره، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۱، ۰/۹۰ و ۰/۷۳ و روایی سازه آن را با پرسشنامه سازگاری زناشویی لاک‌والاس ۰/۹۶ گزارش کرد.

گزارش کرد. در ایران نیز Shojaei et al (2019) پایایی این پرسشنامه را برای مقیاس کلی سازگاری زناشویی ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌های آن رضایت زناشویی، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۱ و روایی سازه آن را ۰/۹۰ گزارش کردند. در این پژوهش نیز پایایی مقیاس کلی سازگاری زناشویی ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت، به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۷۱، ۰/۷۴ و ۰/۶۶ گزارش شد.

گروه آزمایشی اول به مدت ۱۵ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه تحت آموزش مدل پیشگیری از خیانت زناشویی قرار گرفتند (جدول ۱) و همچنین گروه آزمایشی دوم نیز به مدت ۱۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند (جدول ۲). گروه گواه در این مدت هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد. آموزش‌ها توسط پژوهشگر در مرکز درمانی فیاض بخش شهر میانه انجام شد. فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و پرسشنامه‌های مربوط به پیش‌آزمون ابتدا توسط سه گروه پاسخ داده شدند و پس از اتمام نشست‌های مداخله، پرسشنامه‌ها به‌طور مجدد در سه گروه اجرا گردید. در نهایت سه ماه بعد از اجرای پس‌آزمون نیز جهت اجرای مرحله پیگیری پس از هماهنگی با افراد هر سه گروه، پرسشنامه‌های پژوهش توسط آن‌ها پاسخ داده شد.

گزارش کردند. در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

پرسشنامه سازگاری زناشویی^۱: این پرسشنامه توسط Spanier, Spanier, G.B., & Thompson (1976) در ۳۲ سوال جهت ارزیابی سطح سازگاری زوجین طراحی شده است (Shojaei, Jazayeri, Ahmadi, & Fatehizadeh, 2019). در ایران این پرسشنامه توسط Amozegar & Hossiannejad (2000) به نقل از Shojaei et al (2019) ترجمه و هنجاریابی شد. این پرسشنامه در برگیرنده چهار خرده‌مقیاس شامل رضایت دونفره، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت است (Khakpour, Nazari & Zaharakar, 2014). از نمونه گویه‌ای این مقیاس عبارتند از: ۱- چند وقت یکبار شما و همسرتان دعوا می‌کنید؟، ۲- چند وقت یکبار شما و همسرتان اعصاب یکدیگر را خرد می‌کنید.

پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۶ و برای خرده‌مقیاس‌های رضایت دونفره، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۱، ۰/۹۰ و ۰/۷۳ و روایی سازه آن را با پرسشنامه سازگاری زناشویی لاک‌والاس ۰/۹۶ گزارش کرد.

گزارش کرد. در ایران نیز Shojaei et al (2019) پایایی این پرسشنامه را برای مقیاس کلی سازگاری زناشویی ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌های آن رضایت زناشویی، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۱ و روایی سازه آن را ۰/۹۰ گزارش کردند. در این پژوهش نیز پایایی مقیاس کلی سازگاری زناشویی ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت، به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۷۱، ۰/۷۴ و ۰/۶۶ گزارش شد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

پژوهشگر ابتدا به مراکز مشاوره شهر میانه مراجعه کرد و زنان متأهلی را که ملاک‌های ورود به نمونه را داشتند، شناسایی

^۱. marital adjustment questionnaire

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات مدل پیشگیری از خیانت زناشویی مبتنی بر رویکرد غنی‌سازی بر پذیرش و تعهد بر کاهش گرایش به خیانت و افزایش سازگاری زناشویی

جلسه	هدف	راهبردها و مداخلات
اول	پرورش مراقبت جسمی	اهمیت به سلامت جسمانی، نوازش جسمانی، ارضای نیاز بقا.
دوم	پرورش مراقبت عاطفی	ابراز علاقه، مهربانی، عشق‌ورزی، ایجاد امنیت و آرامش.
سوم	پرورش مراقبت روانشناختی	همدلی، توجه مداوم، تایید و تشویق کردن، القای ارزشمندی.
چهارم	پرورش مسئولیت‌پذیری زناشویی	حمایت مالی، تعهد وظایف عاطفی، جنسی و وفاداری.
پنجم	دوری از آزاردهنده‌های کلامی	اجتناب از تحقیر، تمسخر، قیاس منفی و تحریک حساسیت.
ششم	پرورش صمیمیت جنسی	نوازش جنسی، پوشش جسمانی جذاب، گفت‌وگو در مورد عمل جنسی.
هفتم	پرورش احترام به نیازهای همسر	تایید همسر و توجه به او، تشکر و قدردانی، مشورت با همسر، نظرخواهی از همسر، عشق‌ورزی به همسر.
هشتم	افزایش تفریح‌های مشترک	غذاخوردن در محیط بیرون، وقت‌گذرانی دونفره، سرگرمی‌های دونفره، خلوت‌های دونفره، مسافرت.
نهم	پرورش مشارکت در وظایف خانگی	پراهمیت جلوه‌دادن وظایف خانگی، تشکر بخاطر انجام وظایف خانگی، کمک در کارهای خانه.
دهم	تقویت مهارت رفتاری حل تعارض	گوش‌دادن، درک‌کردن، سکوت و گفت‌وگو در موقع آرامش، احترام هنگام گفت‌وگو، رعایت حقوق یکدیگر حین گفت‌وگو، گذشت و بخشش.
یازدهم	تقویت مهارت شناختی حل تعارض	تفکر پیرامون تعارض، بارش فکری، درمیان‌گذاشتن افکار پیرامون تعارض.
دوازدهم	تقویت روش حمایتی حل تعارض	مشورت با والدین، دوستان و متخصصین.
سیزدهم	تقویت مهارت‌های فردی	صداقت، اعتماد، وفاداری، بخشش، رفع حسادت، قضاوت‌نکردن و منصف‌بودن.
چهاردهم	تقویت مهارت بین‌فردی	محبت و دلجویی، انتقال احساس ارزشمندی، ارضای نیازهای عاطفی و جنسی.
پانزدهم	آموزش پیشگیری‌کننده‌های محیطی	دوری از محیط‌های آلوده و اجتناب از دوستان خائن.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش گرایش به خیانت و افزایش سازگاری زناشویی

جلسه	هدف	راهبردها	مداخلات
اول	ارزیابی اولیه	پذیرش مشروح اعضا و معرفی درمان.	معرفی درمان‌های محوری.
دوم	ارزیابی‌های فردی	مصاحبه، ارزیابی تضادها.	برنامه‌ریزی جلسه و تلفیق ارزیابی فردی.
سوم	بررسی هزینه‌ی روابط	بررسی هزینه‌های اجتناب و تناقض اعضا و ایجاد ناامیدی خلاقانه.	استعاره تله انگشت چینی و تمرین طناب‌کشی با همسر.
چهارم	ذهن‌آگاهی و پذیرش	معرفی ذهن‌آگاهی و پذیرش.	پذیرش افکار و احساسات.
پنجم	گسلش شناختی	واقعیت‌زدایی افکار منفی ارتباطی مربوط به زوجین.	تمرین راننده اتوبوس و تمرین افکار بر روی برگه‌ها.
ششم	مشاهده‌گری افکار	ایجاد دلسوزی و چشم‌انداز مشاهده‌گر نسبت به واکنش خود و همسر.	تمرین پذیرش و تمرین افکار بر روی برگه‌های درخت.

هفتم	انتخاب مسیرهای ارزشی	کمک به مراجع در تشخیص و مسیرهای ارزشمند زندگی.	تمرین خواسته‌ها و تمرین وفات‌نامه.
هشتم	تشخیص موانع زندگی	بررسی کاربرد ارزش‌ها و بحث در مورد موانع.	کاربرگ عمل متعهدانه و بررسی راننده اتوبوس.
نهم	خلق الگوهای انعطاف‌پذیری از رفتار و ارتباط	معرفی رضایت.	کاربرگ عمل متعهدانه.
دهم	خود به‌عنوان بافت	ایجاد گزینه و پاسخ و وادار کردن اعضا به تجربه خود به‌عنوان بافت.	کاربرگ عمل متعهدانه و استعاره تخته شطرنج.
یازدهم	پذیرش و عمل متعهدانه.	بررسی رضایت در بافت عمل متعهدانه.	کاربرگ عمل متعهدانه.
دوازدهم	پایان‌دهی به جلسات.	بازبینی ارزش‌های ارتباطی و آمادگی پایان درمان.	معرفی کتابچه‌هایی در مورد پذیرش.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون استنباطی (تحلیل واریانس مکرر) و تحلیل کوواریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها

در گروه غنی‌سازی زندگی زناشویی ۵ نفر در گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، ۷ نفر در گروه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال و ۳ نفر در گروه سنی ۴۶ تا ۵۵ سال و در گروه پذیرش و تعهد ۶ نفر در گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، ۷ نفر در گروه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال و ۲ نفر در گروه سنی ۴۶ تا ۵۵ سال و در گروه کنترل ۵ نفر در گروه

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گرایش به خیانت زناشویی	غنی‌سازی	۵۵/۴۰	۵/۵۷	۴۱/۸۰	۶/۰۹	۶/۰۹
رضایت دونفره	پذیرش و تعهد	۵۵/۱۳	۴/۳۷	۴۷/۴۷	۳/۹۱	۳/۸۴
همبستگی دونفره	کنترل	۵۴/۷۳	۴/۰۶	۵۴/۶۰	۶/۰۹	۶/۴۹
رضایت	غنی‌سازی	۲۴/۳۳	۲/۶۹	۳۳/۶۰	۵/۱۰	۵/۲۵
دو نفره	پذیرش و تعهد	۲۵/۸۰	۵/۷۰	۳۰/۸۷	۳/۹۶	۴/۶۸
کنترل	کنترل	۲۴/۷۳	۵/۰۱	۲۵/۰۰	۷/۴۴	۷/۴۲
همبستگی	غنی‌سازی	۱۳/۸۷	۲/۳۹	۱۵/۸۰	۲/۱۱	۲/۵۷
دو نفره	پذیرش و تعهد	۱۲	۲/۲۰	۱۴/۸۰	۱/۹۰	۲/۳۹
کنترل	کنترل	۱۳	۲/۲۴	۱۲/۲۷	۳/۵۱	۲/۸۳

۳/۴۴	۳۷/۶۰	۳/۹۱	۳۷/۶۰	۴/۸۸	۳۰/۶۷	غنی سازی	توافق
۳/۶۹	۳۸/۰۷	۳/۳۰	۳۶/۸۰	۳/۰۷	۲۹/۱۳	پذیرش و تعهد	دونفره
۵/۴۲	۲۹/۴۰	۵/۶۱	۲۷/۸۰	۳/۱۴	۲۹/۴۰	کنترل	
۲/۲۱	۱۲/۸۰	۲/۰۱	۱۲/۸۰	۲/۵۳	۹/۳۳	غنی سازی	ابراز
۲/۰۲	۱۲/۷۳	۱/۹۲	۱۲/۶۰	۱/۹۱	۱۰/۰۷	پذیرش و تعهد	محبت
۳	۹	۲/۹۵	۸/۵۳	۲/۱۷	۹/۱۳	کنترل	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین‌های گروه‌های مورد مطالعه در مراحل سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) اختلاف وجود دارد. نتایج بررسی نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، کرویت موخلی و ام باکس متغیرهای گرایش به خیانت و سازگاری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، کرویت موخلی و ام باکس

متغیر	پیش آزمون کولموگوروف- اسمیرنوف	همگنی واریانس‌ها		W موخلی	معناداری هاوس گیسر	ام باکس معناداری	گرین
		معناداری	F لوین				
گرایش به خیانت زناشویی	۰/۹۱	۰/۱۶	۷۱/۰	۰/۵۵	۰/۶۹	۸۰/۰	۴۲/۰
رضایت دونفره	۰/۹۶	۰/۸۰	۱۳/۱	۰/۵۴	۰/۶۸	۰/۱/۱	۳۹/۰
همبستگی دونفره	۰/۹۲	۰/۲۶	۶۶/۲	۰/۳۵	۰/۶۱	۵۴/۲	۱۱/۰
توافق دونفره	۰/۹۳	۰/۳۲	۸۰/۲	۰/۶۱	۰/۷۲	۷۳/۲	۰/۸/۰
ابراز محبت	۰/۹۳	۰/۳۶	۸۱/۲	۰/۵۷	۰/۷۰	۷۹/۲	۰/۷/۰

در جدول ۴ نتایج آزمون کولموگوروف- اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) معنادار نیست، بنابراین شرط توزیع طبیعی نمره‌ها برقرار است. نتایج آزمون لوین (Levene's Test for Equality of Variances) حاکی از همگنی واریانس‌های خطا است و نتایج آزمون موخلی (Mauchly's Test of Sphericity) نشان می‌دهد که در متغیرهای وابسته تساوی ماتریس‌های واریانس/کواریانس و مفروضه کرویت برقرار نیست، بنابراین از تصحیح گرین

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نمرات گرایش به خیانت زناشویی

شاخص آماری عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات مجدورات	توان آماری
درون گروهی (مراحل)	۲۸۴/۸۲	۱/۹۱	۱۴۸/۸۸	۲۵/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
تعامل گروه‌ها و مراحل مداخله	۲۷۸/۸۲	۱/۹۱	۱۴۵/۷۴	۲۴/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
بین گروهی (مداخله)	۴۷۱/۵۱	۱	۴۷۱/۵۱	۷/۷۱	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۶۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ معنا دار است ($P < ۰/۰۵$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات گرایش به خیانت زناشویی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ معنا دار است ($P < ۰/۰۵$)، در نتیجه بین میانگین نمرات گرایش به خیانت زناشویی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل تفاوت معنا دار وجود دارد. در جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نمرات مؤلفه‌های سازگاری زناشویی ارائه شده است.

جدول ۶. آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نمرات مؤلفه‌های سازگاری زناشویی

متغیر	شاخص آماری عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذوراتا (η^2)	توان آماری
رضایت دونفره	درون گروهی (مراحل)	۱۶۶/۷۶	۱/۵۱	۱۱۰/۶۳	۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۶۹
	تعامل گروه ها و مراحل مداخله	۸۷/۲۰	۱/۵۱	۵۷/۸۵	۴/۵۱	۰/۰۳	۰/۱۴	۰/۲۸
	بین گروهی (مداخله)	۲۹۱/۶۰	۰/۰۰۱	۲۹۱/۶۰	۳/۵۰	۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۱۹
همبستگی دونفره	درون گروهی (مراحل)	۲۰/۶۹	۱/۴۲	۱۴/۶۰	۴/۶۲	۰/۰۳	۰/۱۴	۰/۲۸
	تعامل گروه ها و مراحل مداخله	۵۵/۲۷	۱/۴۲	۳۸/۹۹	۱۲/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۰
	بین گروهی (مداخله)	۳۲/۴۰	۰/۰۰۱	۳۲/۴۰	۴/۱۲	۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۲۱
توافق دونفره	درون گروهی (مراحل)	۳۱۲/۰۷	۱/۱۶	۲۸۶/۴۰	۲۴/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۶۹
	تعامل گروه ها و مراحل مداخله	۴۱۴/۴۷	۱/۱۶	۳۵۶/۴۷	۳۲/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
	بین گروهی (مداخله)	۷۵۶/۹۰	۱	۷۵۶/۹۰	۱۹/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
ابراز محبت	درون گروهی (مراحل)	۲۶/۲۹	۱/۷۱	۱۵/۴۱	۹/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۷۳
	تعامل گروه ها و مراحل مداخله	۴۲/۴۲	۱/۷۱	۲۶/۰۴	۱۵/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۷
	بین گروهی (مداخله)	۱۹۰/۶۸	۱	۱۹۰/۶۸	۱۳/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۳

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه های رضایت دونفره، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت معنا دار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات مؤلفه های رضایت دونفره، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل تفاوت معنا دار وجود دارد. در جدول ۷ آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نمرات گرایش به خیانت زناشویی ارائه شده است.

جدول ۷. آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نمرات گرایش به خیانت زناشویی

شاخص آماری عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذوراتا (η^2)	توان آماری
درون گروهی (مراحل)	۹۴۳/۰۲	۱/۲۲	۷۷۴/۵۷	۳۳/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
تعامل گروه ها و مراحل مداخله	۹۳۴/۴۹	۱/۲۲	۷۶۷/۵۶	۳۳/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
بین گروهی (مداخله)	۱۶۰۴/۴۴	۱	۱۶۰۴/۴۴	۲۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ معنا دار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات کلی گرایش به خیانت زناشویی در دو گروه مدل درمانی پیشگیری از روابط فرازناشویی با تکیه بر رویکرد غنی سازی زندگی زناشویی و کنترل تفاوت معنا دار وجود دارد. در جدول ۸ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نمرات مؤلفه های سازگاری زناشویی ارائه شده است.

جدول ۸. آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نمرات مؤلفه های سازگاری زناشویی

متغیر	شاخص آماری عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذوراتا (η^2)	توان آماری
رضایت دونفره	درون گروهی (مراحل)	۴۸۴/۸۲	۱/۱۱	۴۳۵/۳۵	۳۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
تعامل گروه ها و مراحل مداخله	۳۳۰/۲۰	۱/۱۱	۲۹۶/۵۱	۲۴/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹	
بین گروهی (مداخله)	۵۳۲/۹۰	۱	۵۳۲/۹۰	۶/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۴۴	

۰/۱۶	۰/۱۰	۰/۰۰۱	۴/۰۷	۵/۳۶	۱/۶۰	۸/۶۰	درون گروهی (مراحل)	همبستگی دونفره
۰/۶۱	۰/۲۲	۰/۰۰۱	۷/۹۷	۲۲/۳۰	۱/۴۸	۳۳/۰۹	تعامل گروه‌ها و مراحل مداخله	
۰/۶۹	۰/۲۴	۰/۰۰۱	۸/۸۵	۱۴۹/۵۱	۱	۱۴۹/۵۱	بین گروهی (مداخله)	
۰/۵۷	۰/۲۶	۰/۰۰۱	۹/۶۵	۱۵۵/۱۶	۱/۲۷	۱۹۷/۶۹	درون گروهی (مراحل)	توافق دونفره
۰/۸۳	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۱۵/۰۶	۲۴۲/۲۳	۱/۲۷	۳۰۸/۶۲	تعامل گروه‌ها و مراحل مداخله	
۰/۹۷	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۲۳/۰۳	۹۲۸/۰۱	۱	۹۲۸/۰۱	بین گروهی (مداخله)	
۰/۷۰	۰/۳۰	۰/۰۰۱	۱۱/۹۱	۳۹/۸۳	۱/۲۳	۴۸/۸۷	درون گروهی (مراحل)	ابراز محبت
۰/۹۱	۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۸/۱۱	۶۰/۵۶	۱/۲۳	۷۴/۲۹	تعامل گروه‌ها و مراحل مداخله	
۰/۶۷	۰/۲۹	۰/۰۰۱	۱۱/۵۹	۱۷۰/۸۴	۱	۱۷۰/۸۴	بین گروهی (مداخله)	

شده در سطح ۰/۰۵ برای رضایت دونفره، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت معنا دار است. ($P < ۰/۰۵$). در نتیجه بین میانگین کلی نمرات رضایت دونفره، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت در دو گروه مدل درمانی پیشگیری از روابط فرازناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی و کنترل تفاوت معنا دار وجود دارد. در جدول ۹ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (اثر پیلایی) برای بررسی تأثیر مداخله‌های درمانی بر روی متغیرهای گرایش به خیانت و سازگاری ارائه شده است.

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های رضایت دونفره، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت معنا دار است ($P < ۰/۰۵$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات مؤلفه‌های رضایت دونفره، همبستگی دونفره، توافق دونفره و ابراز محبت در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنا دار وجود دارد. برای عامل بین گروهی (مداخله) مقدار F محاسبه

جدول ۹. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (اثر پیلایی) برای بررسی تأثیر مداخله‌های درمانی بر روی متغیرهای وابسته

متغیرها	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	P
گرایش به خیانت زناشویی و سازگاری زناشویی	۰/۸۴	۱۴/۷۵	۴	۸۰	۰/۰۰۱
مؤلفه‌های سازگاری زناشویی	۰/۷۶	۵/۶۲	۸	۷۲	۰/۰۰۱

trace=) است. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تأثیر مداخله‌های درمانی بر روی هریک از متغیرهای وابسته ارائه شده است. در جدول ۱۰ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای گرایش به خیانت و سازگاری ارائه شده است.

براساس نتایج جدول ۹ تأثیر مداخله‌های درمانی پیشگیری از روابط فرازناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی و پذیرش و تعهد بر کیب خطی متغیرهای گرایش به خیانت زناشویی و سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های سازگاری زناشویی مؤثر بوده است ($F(۱,۸۰) = ۱۴/۷۵, P < ۰/۰۱$)، $F(۱,۸۰) = ۰/۸۴$ ، $F(۱,۷۲) = ۵/۶۲, P < ۰/۰۱$ ، pillai's trace=

جدول ۱۰. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	مجذوراتا (η^2)	توان آماری
گرایش به خیانت	پیش‌آزمون	۲۱۲/۶۴	۱	۲۱۲/۶۴	۸/۲۷	۰/۰۰۶	۰/۱۷	۰/۸۰
زناشویی	عضویت گروهی	۱۲۹۲/۹۳	۲	۱۲۹۲/۹۳	۲۵/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۸۴
	خطا	۱۰۲۷/۶۶	۴۰	۱۰۲۷/۶۶				
سازگاری	پیش‌آزمون	۷۴۶/۶۴	۱	۷۴۶/۶۴	۹/۱۹	۰/۰۰۴	۰/۱۸	۱
زناشویی	عضویت گروهی	۵۳۸۲/۱۳	۲	۵۳۸۲/۱۳	۳۳/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
	خطا	۳۲۴۹/۰۱	۴۰	۳۲۴۹/۰۱				
رضایت	پیش‌آزمون	۳۰۷/۹۹	۱	۳۰۷/۹۹	۱۲/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۲
دونفره	عضویت گروهی	۵۸۲/۲۷	۲	۵۸۲/۲۷	۱۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۹
	خطا	۹۷۴/۹۱	۳۸					
همبستگی	پیش‌آزمون	۴۰/۷۴	۱	۴۰/۷۴	۷/۶۱	۰/۰۰۹	۰/۱۷	۰/۷۶
دونفره	عضویت گروهی	۹۳/۴۹	۲	۹۳/۴۹	۸/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۶
	خطا	۲۰۳/۲۷	۳۸					
توافق	پیش‌آزمون	۲۲/۰۸	۱	۲۲/۰۸	۱/۱۱	۰/۲۹	۰/۰۲	۰/۱۷
دونفره	عضویت گروهی	۸۵۱/۳۷	۲	۸۵۱/۳۷	۲۱/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
	خطا	۷۵۲/۱۵	۳۸					
ابراز	پیش‌آزمون	۴۸/۸۸	۱	۴۸/۸۸	۱۱/۲۴	۰/۰۰۲	۰/۲۳	۰/۹۰
محبت	عضویت گروهی	۱۵۷/۹۹	۲	۱۵۷/۹۹	۱۸/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
	خطا	۱۶۵/۲۳	۳۸					

دونفره با ($F(۲,۳۸) = ۱۱/۳۴, p < ۰/۰۱, \eta^2 = ۰/۳۷$) در مؤلفه همبستگی دونفره با ($F(۲,۳۸) = ۸/۷۳, p < ۰/۰۱, \eta^2 = ۰/۳۱$)، در مؤلفه توافق دونفره با ($F(۲,۳۸) = ۲۱/۵۰, p < ۰/۰۱, \eta^2 = ۰/۵۳$)، در مؤلفه ابراز محبت با ($F(۲,۳۸) = ۱۸/۱۶, p < ۰/۰۱, \eta^2 = ۰/۴۹$) تفاوت بین دو گروه تحت درمان و کنترل معنی‌دار بوده

براساس نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری (جدول ۱۰) بعد از حذف اثر پیش‌آزمون در متغیر گرایش به خیانت زناشویی با $\eta^2 = ۰/۵۵$ ، $F(۲,۳۸) = ۲۵/۱۶, p < ۰/۰۱$ ، $F(۲,۳۸) = ۳۳/۱۳, p < ۰/۰۱, \eta^2 = ۰/۶۲$ در مؤلفه رضایت

است. جدول ۱۱ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه ارائه شده است. میانگین‌های نمرات متغیرهای گرایش به خیانت و سازگاری

جدول ۱۱. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های نمرات متغیرهای مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
گرایش به خیانت	غنی‌سازی - پذیرش و تعهد	-۵/۸۲	۱/۸۵	۰/۰۰۹
	غنی‌سازی - کنترل	۱۳/۱۷	۱/۸۵	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد - کنترل	-۷/۳۴	۱/۸۵	۰/۰۰۱
سازگاری	غنی‌سازی - پذیرش و تعهد	۴/۰۷	۳/۲۹	۰/۶۷
	غنی‌سازی - کنترل	۲۵/۰۷	۳/۲۹	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد - کنترل	۲۱/۰۰	۳/۲۹	۰/۰۰۱
رضایت دونفره	غنی‌سازی - پذیرش و تعهد	۳/۳۰	۲/۱۱	۰/۳۸
	غنی‌سازی - کنترل	۸/۸۴	۱/۹۰	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد - کنترل	۵/۵۴	۱/۹۵	۰/۰۲۲
همبستگی دونفره	غنی‌سازی - پذیرش و تعهد	-۰/۰۲	۰/۹۶	۱
	غنی‌سازی - کنترل	۳/۰۷	۰/۸۷	۰/۰۰۳
	پذیرش و تعهد - کنترل	۳/۰۹	۰/۸۹	۰/۰۰۴
توافق دونفره	غنی‌سازی - پذیرش و تعهد	-۰/۰۹	۱/۸۵	۱
	غنی‌سازی - کنترل	۹/۲۶	۱/۶۷	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد - کنترل	۹/۳۵	۱/۷۱	۰/۰۰۱
ابراز محبت	غنی‌سازی - پذیرش و تعهد	۱/۲۹	۰/۸۶	۰/۴۳
	غنی‌سازی - کنترل	۴/۵۰	۰/۷۸	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد - کنترل	۳/۲۱	۰/۸۰	۰/۰۰۱

داشت ($P < ۰/۰۱$). براساس یافته‌های توصیفی که میانگین تعدیل شده گروه غنی‌سازی (۹۹/۲۰) و گروه پذیرش و تعهد (۹۵/۱۳) بیشتر از میانگین تعدیل شده گروه کنترل (۷۴/۱۲) بود می‌توان گفت که مداخله‌های درمانی غنی‌سازی و پذیرش و تعهد افزایش سازگاری زناشویی مؤثر بوده‌اند. اختلاف بین دو گروه درمانی در این متغیر معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۱$). در هر چهار مؤلفه سازگاری زناشویی (رضایت، همبستگی، توافق دونفره و ابراز محبت) اختلاف بین دو گروه تحت درمان معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۵$) که می‌توان گفت تأثیر مداخله‌های درمانی غنی‌سازی و پذیرش و تعهد در افزایش هر چهار مؤلفه

براساس نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی (جدول ۱۱) در متغیر گرایش به خیانت بین دو گروه تحت درمان (غنی‌سازی و پذیرش و تعهد) با گروه کنترل اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۱$). همچنین اختلاف بین دو گروه درمانی نیز معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۱$). باتوجه به اینکه میانگین تعدیل شده گروه غنی‌سازی کمتر از گروه پذیرش و تعهد بوده است می‌توان گفت تأثیر مداخله درمانی غنی‌سازی در کاهش گرایش به خیانت بیشتر از درمان پذیرش و تعهد بود. در متغیر سازگاری زناشویی بین دو گروه تحت درمان (غنی‌سازی و پذیرش و تعهد) با گروه کنترل اختلاف معنی‌داری وجود

سازگاری زناشویی تقریباً به یک اندازه بوده است. همچنین در هر چهار مؤلفه اختلاف بین دو گروه تحت درمان با گروه کنترل معنی‌دار بوده است ($P < 0/01$) و در هر چهار مؤلفه میانگین تعدیل شده دو گروه تحت درمان بیشتر از گروه کنترل بوده است که می‌توان گفت مداخله‌های درمانی غنی‌سازی و پذیرش و تعهد در افزایش مؤلفه سازگاری زناشویی (رضایت، همبستگی، توافق دونفره و ابراز محبت) مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه مدل پیشگیری از خیانت زناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرایش به خیانت و سازگاری زناشویی انجام شد. نتایج فرضیه اول نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نقش معناداری در کاهش گرایش زنان مشارکت‌کننده به خیانت زناشویی دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق پای‌بندکردن زوجین به ارزش‌های زناشویی و خانوادگی و همچنین تقویت سطح پذیرش در آن‌ها، زمینه را برای کاهش گرایش آن‌ها به روابط فرازناشویی فراهم می‌کند (Hayes & Lillis, 2012). (Abbasi, & Pourkamali, 2018). نیز در پژوهش خویش در سال (2018) تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش گرایش زوجین به خیانت زناشویی را مورد تأیید قرار دادند و نشان دادند که این درمان با تقویت ذهن‌آگاهی و آزادی عملکردی در زوجین، نه تنها میزان کنترل این افراد را بر خویشتن و عملکرد خود افزایش می‌دهد، بلکه از طریق ایجاد تعاملی امن بین زوجین، تمایل آن‌ها را به تجربه خیانت زناشویی پایین می‌آورد.

در طی این فرایند درمانی بر اساس مبانی نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Hayes, & Lillis, 2012)، درمانگر به اعضای حاضر کمک کرد تا بر خویشتن و ابعاد رفتاری، شناختی و هیجانی خود متمرکز شده و از محتویات و چگونگی کارکرد آن آگاهی پیدا کنند. اعضا در طی این بررسی به این نتیجه رسیدند که کارکردهای ناموثر زیادی نظیر استفاده از آزاردهنده‌های کلامی - غیرکلامی، بی‌توجهی، ناتوانی در مدیریت هیجانات و ابراز سازنده عواطف دارند که نه تنها امنیت روانشناختی خودشان را با خلل مواجه کرده است، بلکه

موجبات نارضایتی طرف مقابل را نیز از فرایند زندگی زناشویی فراهم کرده است و احتمال گرایش وی به روابط فرازناشویی تسهیل بخشیده است. با چنین آگاهی و بینشی، اعضا با همراهی فرد درمانگر بر تک‌تک این رفتارهای غیرسازنده متمرکز شده و برنامه‌هایی پذیرش‌محور و متعهدانه را برای اصلاح این موارد طراحی و اجرایی کردند. با کاهش فراوانی و شدت این رفتارها، صمیمیت بین زوجین افزایش پیدا کرد و رضایتشان از فرایند زندگی تا حد زیادی بالا رفت. یکی دیگر از ابعادی که تمرکز بر آن توانست زمینه را برای کاهش گرایش به خیانت زناشویی فراهم کند این بود که هنگام تمرکز اعضا بر درونیات خویش، مجموعه‌ای از افکار غیرمنطقی شناسایی شدند که نه تنها گرایش به روابط فرازناشویی را نهی نمی‌کردند، بلکه آن را تشویق کرده و به عنوان یک قالب ارتباطی جایگزین معرفی می‌کردند. درمانگر با همراهی خود اعضا بر واقع‌بینانه‌بودن این افکار متمرکز شد و پس از تجزیه و تحلیل و زیرسوال بردن آن‌ها، این امکان را در اختیار اعضا قرار داد تا افکاری مثبت‌تر و سازنده‌تر را جایگزین آن‌ها کرده و از تکیه متداوم بر آن خودداری کنند. چنین روندی به‌مرور از تأثیرگذاری این افکار کاست و نقش مخرب آن را در سوق‌دادن زوجین به روابط فرازناشویی کاهش داد (Gillard, Flaxman, & Hooper, 2018).

نتایج فرضیه دوم نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نقش معناداری در افزایش ابعاد سازگاری زناشویی زنان دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تقویت توانایی زوجین در مدیریت هیجانات درونی خود و همچنین متعهد کردن آن‌ها به رسیدگی به نیازها و خواسته‌های زوجی، نه تنها کیفیت روابط زناشویی را بهبود می‌بخشد، بلکه سطح سازگاری آن‌ها نیز با دشواری‌ها و مشقات زندگی بالا می‌برد. Kallal Quchan Atiq, & Sarai (2016) در پژوهش خویش نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش سطح آگاهی افراد نسبت به عملکرد خویشتن و همچنین ایجاد اهداف زوجی مبتنی بر ارزش‌های درون‌فردی و خانوادگی، توانایی ایستادگی آن‌ها را در مقابل دشواری‌های زندگی افزایش می‌دهد و این امکان را به وجود می‌آورد که با توانمندی و سرسختی بیش‌تری به برنامه‌های خود در زندگی

یکی از عوامل که در طی این فرایند درمان در اعضا تقویت گشته و در آن‌ها درونی شد، آموزش مهارت‌های مراقبت از همسر در ابعاد مختلف جسمی، جنسی، عاطفی و روانشناختی بود. در طی این فرایند آموزشی _ درمانی، روش‌های مراقبت جسمی _ جنسی (نوازش جسمانی، اهمیت دادن به سلامت جسمی، آگاهی از نیازهای جسمی و جنسی و برنامه‌ریزی جهت ارضای سازنده آن)، روش‌های مراقبت عاطفی (نحوه عشق‌ورزی، نوازش عاطفی _ روانشناختی، ابراز علاقه، توجه، تاییدکردن و ارزش‌گذاری) و مسئولیت‌پذیری زناشویی (آگاهی از مسئولیت‌های مالی، عاطفی، جنسی و برنامه‌ریزی جهت رسیدگی به آن‌ها) به اعضا آموزش داده شد و در آن‌ها درونی گشت. اعضا در طی جلسات درمانی و در دنیای بیرونی به انجام این آموزش‌ها پرداختند و بدین‌شکل زمینه را برای تقویت مراقبت خویش از همسر و کسب رضایت وی در این زمینه ایجاد کردند. ایجاد چنین سطحی از مراقبت، تمایل طرفین را برای متعهدماندن به زندگی زناشویی افزایش داد و انگیزه‌شان را برای ورود به روابط فرازناشویی و توأم با اضطراب از بین برد. در طی این فرایند درمانی، درمانگر طیفی از مهارت‌های رفتاری، شناختی و حمایتی حل تعارض را به اعضا یاد داد تا اعضا بتوانند با تکیه بر آن‌ها، رفع تعارضات زناشویی خود را ممکن سازند. در طی جلسات درمانی، درمانگر از اعضا خواست تا اصلی‌ترین تعارض خود را مطرح کنند. وقتی این تعارض مطرح می‌شد با همراهی خود فرد و سایر اعضا، مورد واکاوی و گفت‌وگو قرار می‌گرفت، ابعاد آن روشن می‌شد و سپس راهبردهای مقابله با آن نیز شناسایی شده، تمرین می‌شد و تسلط فرد موردنظر در به‌کارگیری آن تقویت می‌گشت (Jakubowski, Milne, Brunner, & Miller, 2004).

نتایج فرضیه چهارم نشان داد که مدل پیشگیری از روابط فرازناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی نقش معناداری در افزایش ابعاد سازگاری زناشویی دارد. در طی این فرایند درمانی، درمانگر طیفی از مهارت‌های تقویت مراقبت زناشویی، تقویت صمیمیت در ابعاد مختلف جسمی، جنسی، عاطفی و روانشناختی، تقویت مهارت ایجاد روابط چندسویه (عاشقانه، عاقلانه و ماهرانه) و همچنین مهارت‌های

رسیدگی کنند و با شرایط زندگی زناشویی سازگار شوند Carson, Carson, Gil, & Baucom (2004) نیز در پژوهش خویش تصریح کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش سطح سازگاری زوجین و همچنین تقویت کیفیت روابط آن‌ها در سطح خانواده، نقش معناداری دارد.

درمانگر به اعضا کمک تا بر خویشتن متمرکز شده و نقش خود را در هدایت زندگی مورد واکاوی و ارزیابی قرار دهند. اعضا پس از این واکاوی پی به این واقعیت بردند که تمامی رفتارهایشان انتخاب خودشان می‌باشد و به‌طورکامل تحت انقیاد و کنترل خودشان قرار دارد. چنین بینشی این انگیزه را در اعضا ایجاد کرد که آگاهی بیش‌تری بر انتخاب‌های خود داشته باشند و با آزادی بیش‌تری با واقعیت‌های مختلف زندگی مواجه شوند (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2009). زمانی که اعضا به توانمندی آزادی و قدرت کنترل و اختیار خویش پی بردند، این اعتقاد در آن‌ها ایجاد شد که توانایی رفع هر مشکلی را دارند و می‌توانند با هر شرایطی در طی زندگی کنار آمده و سازگار شوند. شکل‌گیری چنین تحولی در افراد، علاوه بر تقویت خودکارآمدی آن‌ها، قدرتشان را در سازگاری با شرایط مختلف بهبود بخشید و عملکردشان را در رسیدگی به تکالیف خود در ابعاد مختلف زندگی تقویت کرد. عامل دیگری که توانایی زوجین را برای سازگاری زناشویی تا حد زیادی تقویت کرد، این واقعیت بود که درمانگر به آن‌ها یادآوری کرد که همسرشان و زندگی که تشکیل داده‌اند انتخاب خودشان است و بسیاری از مشکلاتی که با آن مواجه می‌شوند غیرقابل تغییر هستند. تلاش برای تغییر این موارد غیرقابل تغییر، نه‌تنها نقشی در بهبود وضعیت و کیفیت تعاملات زناشویی ندارد، بلکه سبب ایجاد طیفی از ناراحتی‌های روانشناختی در اعضا شده و امید آن‌ها را به بهبود اوضاع تا حد زیادی پایین می‌آورد. بنابراین اعضا می‌بایست پی به این نکته ببرند که بهترین راه برای مواجهه با این شرایط سازگاری و کنارآمدن با آن‌ها می‌باشد (Hayes, & Lillis, 2012).

نتایج فرضیه سوم نشان داد که مدل پیشگیری از روابط فرازناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی نقش معناداری در کاهش گرایش زنان به خیانت زناشویی دارد.

تا حد زیادی کاهش می‌دهند.

مدل طراحی شده در این پژوهش بر تمامی ابعاد ارتباطی (صمیمیت، حل تعارض، مراقبت بین‌فردی، کیفیت ارتباطی و راه‌های پیشگیری از خیانت زناشویی) تمرکز داشت و با شناسایی مهارت‌های مربوط به این ابعاد، به آموزش گسترده آن به زوجین پرداخت. این رویکرد ابتدا صمیمیت جسمانی، جنسی و عاطفی زنان با همسرانشان را مورد بررسی قرار داد و پس از واکاوی عمیق و دقیق آن، مهارت‌هایی را که جهت تقویت این ابعاد صمیمیت ضروری است را به این گروه از افراد آموزش داد. مراقبت از همسر، یکی دیگر از آیتم‌های آموزشی در مدل پیشگیری از خیانت زناشویی براساس رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی بود. درمانگر تمامی روش‌های مراقبتی را که از دیدگاه اعضای گروه دارای اهمیت و تأثیرگذاری است را شناسایی و به آموزش نحوه انجام آن در گروه پرداخت. اعضا پس از یادگیری این روش‌ها، توانستند سطح مراقبت جسمانی، جنسی و روانشناختی خویش را از همسر خویش و همچنین از خویشان تا حد زیادی تقویت کنند. این عامل نیز به نوبه خود در متعهدکردن اعضا به زندگی زناشویی خود موثر بود و همچنین پای‌بندی همسرانشان را نیز به آن‌ها تا حد زیادی افزایش داد. در این مدل درمانی درمانگر نحوه مقابله با تعارض و حل آن را به اعضا یاد داد و تمامی مهارت‌های کلامی، رفتاری و حمایتی لازم برای رفع تعارض و مقابله با آن را به اعضا آموزش داد. زمانی که زنان این توانایی‌شان تقویت گردید، تعارضات خود را در زندگی زناشویی شناسایی کردند و با مشارکت و همراهی همسرشان به مقابله با آن پرداختند. هرچه از فراوانی و شدت این تعارضات کاسته می‌شد، تمایلشان به برقراری روابط فرازناشویی کاهش پیدا می‌کرد. عامل دیگری که در این مدل درمانی زمینه را برای تأثیرگذاری بیش‌تر آن در قیاس با مدل مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خیانت فراهم کرد این بود که در این مدل درمانی، درمانگر به شناسایی راه‌های پیشگیری از خیانت زناشویی از دیدگاه خود زنان پرداخت. چنین بررسی سبب شد که هریک از اعضا به بیان دلیل گرایش خود به خیانت زناشویی بپردازند و راه‌های جلوگیری از آن را نیز عنوان کنند. این امر سبب شناسایی طیفی از راهکارهای

حل تعارض را به اعضا یاد داده و در آن‌ها درونی کرد. تمرین و تکرار این مهارت‌ها توسط اعضا، توانست تا حد زیادی کیفیت روابط آن‌ها را بهبود ببخشد، صمیمیت زناشویی‌شان را تقویت کند و رضایتشان را از پیوند خویش افزایش دهد. دستیابی به چنین تحولات مثبتی، سطح امید و خودکارآمدی اعضا را تقویت نمود و این اعتقاد را در آن‌ها درونی کرد که قابلیت و توانایی کافی برای مواجهه با دشواری‌های مختلف زندگی را دارند. از سوی دیگر این اعضا، چنان از فرایند زندگی خویش رضایت کسب کردند، که کنارآمدن و سازگاری با بسیاری از دشواری‌های زندگی زناشویی برایشان تسهیل گشت. پس از این تغییرات ارتباطی و بهبود کیفیت روابط زناشویی بود، که اعضا جسورانه به مواجهه با مشکلات زندگی پرداختند و با پذیرش و سازگاری با دشواری‌های موجود، نه تنها امنیت روانشناختی و ارتباطی خود را حفظ کرده و تداوم بخشیدند، بلکه زمینه را برای رفع این مشکلات فراهم کرده و حل آن را تسهیل بخشیدند (Kalkan, & Ersanli, 2008).

نتایج فرضیه پنجم نشان داد که اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مدل درمانی پیشگیری از روابط فرازناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی هر دو تأثیر معناداری در کاهش دادن گرایش زنان به خیانت زناشویی دارند، ولی میزان تأثیر مدل درمانی پیشگیری از روابط فرازناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی بر کاهش گرایش زنان به خیانت زناشویی بیش‌تر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. Hayes & Lillis (2012) در پژوهش خویش گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت آگاهی زوجین نسبت به ارزش‌های زناشویی و هدایت آن‌ها در مسیر این ارزش‌ها، نه تنها کیفیت روابط زناشویی آن‌ها را بهبود می‌بخشد، بلکه پای‌بندی آن‌ها را به این رابطه افزایش داده و از گرایششان به روابط فرازناشویی پیشگیری می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش بینش زوجین نسبت خواسته‌ها و نیازهای خود و طرف مقابل، انگیزه و شرایط کافی را برای طراحی برنامه‌هایی متداوم و پیوسته با هدف ارضای این نیازها و برآورده کردن خواسته‌های موجود فراهم می‌کند و بدین شکل نه تنها صمیمیت موجود در تعامل خویش را افزایش می‌دهند، بلکه احتمال گرایش یکدیگر را به روابط فرازناشویی

مختلف برخورد کنند، اطمینان‌شان نسبت به قدرت مدیریت و کنار آمدن خودشان افزایش پیدا کند و بدین شکل توانمندی‌شان برای سازگاری با شرایط مختلف تا حد زیادی افزایش پیدا کند. مدل پیشگیری از خیانت زناشویی نیز از دوسوی زمینه را برای تقویت قدرت سازگاری زناشویی در اعضا فراهم کرد. اولین عامل این بود که درمانگر طیفی از مهارت‌های ارتباطی را به اعضا آموزش داد، نزدیکی و صمیمیت زناشویی آن‌ها را بهبود بخشید، مهارت‌ها و توانایی حل تعارضات زوجی را در آن‌ها توسعه بخشید و زمینه را برای رفع تمامی عوامل مخل کیفیت روابط زناشویی در اعضا فراهم کرد (Burckhardt, Manicavasagar, Batterham, Hadzi-Pavlovic, & Shand, 2017). از سوی دیگر در طی این فرایند آموزشی، درمانگر برای تقویت سازگاری زناشویی اعضا، مهارت‌های پذیرش و خودکارآمدی را در زنان مشارکت‌کننده بهبود بخشید و به آن‌ها کمک کرد تا با پیش‌بینی دشواری‌های زندگی و کنار آمدن با آن، نه تنها امنیت روانشناختی خود را حفظ کنند، بلکه با آرامشی که ایجاد می‌کنند زمینه را برای همکاری و مشارکت جهت رفع دشواری‌های پیش‌آمده فراهم کنند. تمرکز صرف بر زنان متأهل و جای ندادن مردان متأهل در پژوهش از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود اثرگذاری مدل پیشگیری از خیانت زناشویی و همچنین رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی مردان متأهل نیز اجرا شود و نتایج حاصل از آن با میزان اثرگذاری این مدل‌ها بر روی زنان متأهل مقایسه گردد.

براساس نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که مشاوران خانواده و ازدواج از مدل پیشگیری از خیانت زناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش گرایش به خیانت و افزایش سازگاری زناشویی استفاده کنند و با توجه به اینکه مدل پیشگیری از خیانت زناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی در کاهش گرایش به خیانت به طور معناداری مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود، در کاهش گرایش به خیانت از این مدل بیشتر استفاده شود.

پیشگیری از خیانت زناشویی شد. راهکارهایی که درمانگر نحوه به‌کارگیری آن‌ها را به اعضا آموزش داد و اعضا با تکیه بر آن توانستند تا حدی بر میل خویش جهت گرایش به خیانت زناشویی بکاهند.

نتایج فرضیه پنجم نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مدل درمانی پیشگیری از روابط فرازناشویی با تکیه بر رویکرد غنی‌سازی زندگی زناشویی هر دو تأثیر معناداری در افزایش ابعاد سازگاری زناشویی دارند و از لحاظ میزان تأثیر تفاوتی بین این دو رویکرد وجود ندارد و میزان تأثیر این دو مدل درمانی مشابه و تقریباً به یک اندازه است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توانایی فرد را در پذیرش خویشتن و شرایط مختلف زندگی تا حد زیادی تقویت کرده و خودکارآمدی مواجهه‌ای وی را در برخورد با مشقات و دشواری‌های زندگی تا حد زیادی افزایش می‌دهد. افزایش قدرت پذیرش و توانایی مواجهه فرد، نقش بسیار مهمی در افزایش قدرت سازگاری فرد دارد و وی را در کنار آمدن با شرایط مختلف زندگی بهبود می‌بخشد. Kalangoochan Atiq & Sarai (2016) در پژوهش خویش نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش سطح آگاهی افراد نسبت به عملکرد خویشتن و همچنین ایجاد اهداف زوجی مبتنی بر ارزش‌های درون‌فردی و خانوادگی، توانایی ایستادگی آن‌ها را در مقابل دشواری‌های زندگی افزایش می‌دهد و این امکان را به وجود می‌آورد که با توانمندی و سرسختی بیش‌تری به برنامه‌های خود در زندگی رسیدگی کنند و با شرایط زندگی زناشویی سازگار شوند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق آگاه‌ساختن اعضا از غیرقابل‌تغییر بودن برخی از امور و ضرورت پذیرش آن‌ها و همچنین از طریق افزایش بینش اعضا نسبت به آزادی و قدرت کنترل خویش، توانست تا حد زیادی قدرت سازگاری را در اعضای حاضر در جلسات درمانی تقویت کند. از سوی دیگر در طی این فرایند درمانی، درمانگر به اعضا یادآوری کرد که از آزادی انتخاب برخوردار هستند و نقش اصلی را در انتخاب رفتارها و برنامه‌های خویش دارند و تنها کسانی هستند که قادر به کنترل و مدیریت این امور می‌باشند. آگاه‌شدن اعضا از آزادی انتخاب و قدرت کنترل‌شان، این امکان را در اختیارشان قرار داد که با تسلط و کنترل بیش‌تری با مسائل

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر است. این مطالعه دارای کد اخلاق IR.ABHAR.REC.1399.005 از کمیته اخلاق آن دانشگاه است. هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد. همچنین پژوهش حاضر بدون دریافت حمایت مالی از نهاد یا سازمانی انجام شده است. بدین وسیله از تمامی زنانی که در این مطالعه حاضر شدند و با مشارکت آن‌ها انجام این پژوهش امکان‌پذیر شد، نهایت سپاس را داریم.

منابع

- Intrapersonal, interpersonal, and contextual factors in engaging in and responding to extramarital involvement. *Clinical Psychology*, 12(2), 101_130.
- Amer, Z. (2018). *Examining the role of relationship satisfaction in the association between rejection sensitivity and infidelity*. PhD Thesis, University of Tennessee, Knoxville.
- Azhar, A., Abbas, J., Wenhong, Z., Akhtar, T. & Aqeel, M. (2018). Linking infidelity stress, anxiety and depression: evidence from Pakistan married couples and divorced individuals. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 11(3), 214_228.
- Blanchard, V. L., Hawkins, A. J., Baldwin, S. A., & Fawcett, E. B. (2009). Investigating the effects of marriage and relationship education on couples' communication skills: a meta-analytic study. *American Psychological Association*, 23(2), 203_214.
- Brandao, T., Pedro, J., Nunes, N., Martins, M. V., Costa, M. E., & Matos, P. M. (2017). Marital adjustment in the context of female breast cancer: A systematic review. *Psych oncology*, 26(12), 2019_2029.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., Hadzi-Pavlovic, D., & Shand, F. (2017). Acceptance & commitment therapy universal prevention program for adolescents: a feasibility study. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 11(1), 27_34.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35(3), 471_494.
- Choupani, M., Sohrabifard, M. M., Mohammadi, F., Esmaeli, N., & Samdifard A. (2019). The perception of unfaithful men (infidelity) of the causes and factors in preventing Extramarital relations: a qualitative study. *Journal of Counseling Research*, 18(69), 79-105 [Persian].
- Efert, G., Efert, G., & Forsythe, J. (2007). *Acceptance and Commitment Based Therapy for Anxiety Disorders: A Guide for Professionals to Use Acceptance, Attention Awareness, and Strategies Based on the Value of Behavior Change*. Translated by Ali Feizi, Milad Khajehpour and Sajjad
- Abbas, J., Aqeel, M., Abbas, J., Shaheer, B., A, J., Sundas, J., & Zhang, W. (2019). The moderating role of social support for marital adjustment, depression, anxiety, and stress: Evidence from Pakistani working and nonworking women. *Journal of Affect Disorder*, 244(1), 231_238.
- Abbasi, A., & Pourkamali, T. (2018). *The effectiveness of acceptance and commitment treatment on the motivation of infidelity in depressed women Shahreza*. 2nd International Conference on Innovation and Research in Educational Sciences, Management and Psychology, Tehran, Soroush Hekmat Mortazavi Center for Islamic Studies and Research [Persian].
- Accordino, M. P., & Guernsey, Jr. B. G. (2003). Relationship enhancement couples and family outcome research of the last 20 years. *The Family Journal*, 11(2), 162_166.
- Alitbar, S.H., Habibi, M., & Poorari, M. (2014). Evaluation of validity and reliability of the attitude scale to extramarital affairs. *Journal of Research and Health*, 1(1), 1_10 [Persian].
- Allen, E. S., & Atkins, D. C. (2012). The association of divorce and extramarital sex in a representative U.S. sample. *Journal Family Issue*, 33(11), 1477_1493.
- Allen, E. S., & Baucom, D. H. (2004). Adult attachment and pattern of extra dyadic involvement. *Family Process*, 43(1), 467_488.
- Allen, E. S., Atkins, D. C., Baucom, D. H., Snyder, D. K., Gordon, K. C., & Glass, S. P. (2006).

- P. R. (2001). *Marriage in Oklahoma: 2001 Baseline Statewide survey on marriage and divorce*. Oklahoma City, OK: Bureau for Social Research, Oklahoma Department of Human Services.
- Kalkan, M., & Ersanli, E. (2008). The Effects of the Marriage Enrichment Program Based on the Cognitive-Behavioral Approach on the Marital Adjustment of Couples. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 8(3), 977_986.
- Kalkan, M., & Ersanli, E. (2008). The Effects of the Marriage Enrichment Program Based on the Cognitive-Behavioral Approach on the Marital Adjustment of Couples. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 8(3), 977_986.
- Kallal Quchan Atiq, Y., & Saraei, F. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment based therapy (ACT) on marital adjustment, sexual satisfaction and life satisfaction in women. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(Special Issue), 527-533.
- Khakpour, I., Nazari, A.M., & Zaharakar, K. (2014). Predicting marital adjustment based on triangulation and power structure in the family. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 9(33), 37_46[Persian].
- Knox, D., Zusman, M. E., Kaluzny, M., & Sturdivant, L. (2000). Attitudes and behavior of college students toward infidelity. *Coll Stud Journal*, 34(2), 162_165.
- Köhle, N., Drossaert, C. H., Schreurs, K. M., Hagedoorn, M., Verdonck-deLeeuw, I. M., & Bohlmeijer, E. T. (2015). A web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on Acceptance and Commitment Therapy: a protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 15(1), 303_313.
- Koruk, S. (2017). The Effect of Gender and Attachment Styles on the Relationship between Marital Adjustment and Psychological Symptoms. *European Journal of Educational Research*, 6(1), 69_77.
- Li, A., Robustelli, B. L., & Whisman, M. A. (2016). Marital Adjustment and Psychological Distress in Japan. *Journal of Social and Personal*
- Bahrami, 2017, Tehran: Ibn Sina Publications [Persian].
- Gharagozloo, N., moradhaseli, M., & atadokht, A. (2018). Comparing the effectiveness of face to face and virtual Cognitive-behavioral Couples Therapy on the Post-traumatic stress disorder in Extra-Marital Relations. *Journal of Counseling Research*, 17(65), 187_210 [Persian].
- Gillard, D., Flaxman, P., & Hooper, N. (2018). Acceptance & commitment therapy: Applications for educational psychologists within schools. *Educational Psychology in Practice*, 34(3), 272_281.
- Glasser, W., & Glasser, C. (2008). *Eight lessons for a happier marriage*. New York.
- Hayes, S. C. (2002). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 101-106.
- Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hershkowitz, M., Dekel, R., Fridkin, S., & Freedman, S. (2017). Posttraumatic Stress Disorder, Parenting, and Marital Adjustment among a Civilian Population. *Frontiers in Psychology*, 8(1), 1_10.
- Honarparvaran, N. (2014). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Forgiveness and Marital Adjustment among Women Damaged by Marital Infidelity. *Quarterly Journal of Women and Society*, 5(19), 135_150[Persian].
- Howard, J., Markman, H. J., & Halford, W. K. (2005). International perspectives on couple relationship education. *Family process*, 44(2), 139_146.
- Jakubowski, S. F., Milne, E. P., Brunner, H., & Miller, R. B. (2004). A review of empirically supported marital enrichment programs. *Family Relations*, 53(5), 528_536.
- Jenkins, Q. T. (2015). *Husband's response infidelity*. PHD thesis. University of Kentucky, Kentucky.
- Johnson, C. A., Stanley, S. C., Glenn, N. D., & Amato,

- Counseling Culture and Psychotherapy, 10 (38), 111_134 [Persian].
- Shollenberger, M. A. (2001). *Increasing marital adjustment in graduate students and their spouses through Relationship Enhancement*. Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Spanier, G.B., & Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. *Journal of Marriage and the family*, 44, 731-738.
- Stieglitz, J., Gurven, M., Kaplan, H., & Winking, J. (2012). Infidelity, jealousy, and wife abuse among Tsimane forager-farmers: testing evolutionary hypotheses of marital conflict. *Journal of Personality & Individual Differences*, 33(1), 438_448.
- Whitley, M. (2008). Attitudes toward infidelity scale. *Journal Social Psychology*, 133(1), 547-51.
- Wiebe, S; Johnson, S. M; Burgess-Moser, M; Dalglish, T; Lafontaine, M & Tasca, G (2016). Twoyear follow-up outcomes in Emotionally Focused Couple Therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(1), 227_244.
- Relationships*, 33(7), 855_866.
- Mark, K. P., Janssen, E., & Milhausen, R. R. (2012). Infidelity in heterosexual couples: demographic, interpersonal, & personality-related predictors of extra dyadic sex. *Arch Sex Behavior*; 40(5), 971_982.
- Molgora, S., Fenaroli, V., Acquati, C., De Donno, A., Baldini, M. P., & Saita, E. (2019). Examining the role of dyadic coping on the marital adjustment of couples undergoing assisted reproductive technology (ART). *Frontiers in Psychology*, 10(1), 415_422.
- Qadir, F., Khalid, A., & Medhin, G. (2015). Social support, marital adjustment, and psychological distress among women with primary infertility in Pakistan. *Women Health*, 55(4), 432_446.
- Scuka, R. F. (2005). *Relationship enhancement therapy: Healing through deep empathy and intimate dialogue*. Routledge. New York: Taylor & Francis Group.
- Shojaei, F., Jazayeri, R., Ahmadi, S.A., & Fatehizadeh, M. (2019). Evaluation of marital adjustment and marriage performance based on the difference in educational level in couples. *Quarterly Journal of*