DOI: *10.29252/rbs.19.4.575*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 19, Issue 4

Comparison the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Education Approach and Emotion-Based Cognitive Therapy Approach on Their Cognitive Perspective, Spouse's Cognitive Perspective in Conflicting Couples

Zeinab Imanikia[1], **Firouzeh Zangeneh Motlagh**[2], **Mohamadreza Bayat**[3]

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Andimeshk Branch, Islamic Azad University, Andimeshk, Iran.

Abstract

Aim and Background: Research has shown that a significant proportion of couples seeking treatment for their marital disorders experience problems in regulating their emotions in the context of their own cognitive perspective or that of their spouse; Therefore, the main purpose of this study was to Comparison the effectiveness of the acceptance and commitment-based education approach and the emotion-based cognitive therapy approach on the level of self-understanding, spouse-understanding perspective in conflicting couples referring to public welfare counseling centers in Hamadan.

Methods and Materials: In this study, a one-case experimental design of clinical trial was used. The statistical population included all couples with marital conflict in the summer of 2019, referred to the State Welfare Counseling Center in Hamadan. Using the available non-random sampling method, 45 conflicting couples (n = 90) were selected and formed the statistical sample of this study, which were replaced in two experimental groups and a control group. To collect data, Graz and Roemer (2004) self-understanding perspective scale, Christensen and Salavi's wife's conceptual perspective questionnaire (1984) were used. Clinical significance method was used to analyze the data.

Findings: The analysis of the findings shows that the most effective approach based on acceptance and commitment to increase their cognitive perspective is the restoration of cognitive perspective in comparison with emotion-oriented cognitive therapy. Also, a significant difference was observed between the effectiveness of the approach based on acceptance and commitment and emotion-based cognitive therapy on the understanding of the spouse in conflicting couples in Hamadan.

Conclusions: According to the findings of this study, the effectiveness of the approach of education based on acceptance and commitment on the level of their cognitive perspective, the cognitive perspective of the spouse in conflicting couples is more than the emotion-based cognitive therapy approach.

Keywords: Acceptance and Commitment Education, Emotion-Based Cognitive Therapy, Couple Conflict

Citation: Imanikia Z, Zangeneh Motlagh F, Bayat M. **Comparison the Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Education Approach and Emotion-Based Cognitive Therapy Approach on Their Cognitive Perspective, Spouse's Cognitive Perspective in Conflicting Couples**. Res Behav Sci 2022; 19(4): 575-589.

* **Firouzeh Zangeneh Motlagh,**
Email: Firoozeh.zangeneh@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

مقایسه اثربخشی رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمـانی هیجـان مدار بر میزان دیدگاه فهمی خود، دیدگاه فهمی همسر در زوجین متعارض

زینب ایمانی کیا[۱]، فیروزه زنگنه مطلق[۲]، محمدرضا بیات[۳]

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه مشاوره و روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تحقیقات نشان داده است که بخش قابل‌توجهی از زوجینی که برای درمان آشفتگی‌های زناشویی خـود بـه دنبـال درمـان مـی‌گردنـد، مشکلاتی در تنظیم هیجاناتشان در بافت دیدگاه فهمی خود یا دیدگاه فهمی همسرشان را تجربه می‌کنند؛ بنابراین، هدف اصـلی ایـن پـژوهش مطالعـه مقایسه اثربخشی رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر میزان دیدگاه فهمی خود، دیـدگاه فهمـی همسـر در زوجین متعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دولتی بهزیستی شهر همدان بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی و از نوع آزمایش بالینی، استفاده شد. جامعه آماری شامل تمامی زوجـین دارای تعـارض زناشویی در تابستان ۱۳۹۷، مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دولتی بهزیستی شهرستان شهر همدان بودند. با استفاده از روش نمونـه‌گیـری غیرتصـادفی در دسترس، ۲ زوج در هر گروه انتخاب شدند که در دو گروه آزمایش ویک گروه گواه جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس دیدگاه فهمی خود گراتز و رومر (۲۰۰۴)، پرسشنامه دیدگاه فهمی همسر کریستنسن و سالاوی، (۱۹۸۴) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش معناداری بـالینی اسـتفاده شده است.

یافته‌ها: تحلیل یافته‌ها نشان‌دهنده اثربخشی بیشترِ رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش دیدگاه فهمی خود، ترمیم دیدگاه فهمی در مقایسـه بـا شناخت درمانی هیجان مدار است. همچنین بین اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان مدار بـر دیـدگاه فهمـی همسـر در زوجین متعارض شهر همدان تفاوت معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش اثربخشی رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان دیدگاه فهمی خود، دیدگاه فهمی همسر در زوجین متعارض نسبت به رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بیشتر است.

واژه‌های کلیدی: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی هیجان مدار، دیدگاه فهمی خود، دیدگاه فهمی همسر.

ارجاع: ایمانی کیا زینب، زنگنه مطلق فیروزه، بیات محمدرضـا. **مقایسه اثربخشی رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر میزان دیدگاه فهمی خود، دیدگاه فهمی همسر در زوجین متعارض.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۴): ۵۸۹-۵۷۵.

*- فیروزه زنگنه مطلق

رایان نامه: Firoozeh.zangeneh@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]

[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

مقدمه

خانواده مهم‌ترین منبع تأمین امنیت و سلامت برای افراد جامعه و درعین‌حال عمده‌ترین عرصه ایجاد انواع مشکلات اجتماعی است. در سال‌های اخیر شیوع تعارضات زناشویی هم در مطالعات شیوع‌شناسی اجتماعی و هم در پژوهش‌های بالینی نشان داده‌شده است. آمار طلاق به‌عنوان معتبرترین شاخص آشفتگی - زناشویی در سال‌های اخیر در سراسر جهان به دلایل متعددی روند صعودی را تجربه کرده است (۱). جدا از بحث طلاق، نوشته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که بسیاری ازدواج‌ها، دوره‌هایی از آشفتگی قابل‌ملاحظه را تجربه می‌کنند که یک یا دو طرف ازدواج را در مرحله‌ای از زندگی‌شان درخطر پدید آمدن اختلالات هیجانی قرار می‌دهد (۲) در این راستا، یکی از حوزه‌های موردعلاقه درمانگران که به رشد و گسترش مداخلات درمانی اختصاصی کمک کرده است، توصیف و تبیین شرایطی که در آن زوجین علاوه بر داشتن مشکلات زناشویی، یکی یا هردوی آن‌ها از علائم هیجانی یک اختلال، یا فراوانی هیجانات آشفته‌ساز و تنظیم‌نشده‌ای مانند ناراحتی، اضطراب و عصبانیت رنج می‌برند؛ زوجینی که روان‌شناسان اصطلاحاً به آن‌ها زوجین دشوار می‌گویند (۳, ۴). درواقع پژوهش‌ها حاکی از وجود همبستگی بالا بین مشکلات زناشویی و اختلالات هیجانی بوده و نشان داده‌شده است که در صورت وجود آشفتگی در رابطه‌ی زناشویی، احتمال ابتلا فرد به اختلالات هیجانی افزایش می‌یابد؛ و در ارزیابی‌های بالینی زوجین آشفته، پنج تا شش برابر بیشتر از زوجین غیر آشفته مشکلات هیجانی را گزارش می‌دهند (۵, ۶).

از طرفی پژوهش‌های روان‌شناختی اخیر نشان داده‌اند که مشکلات هیجانی مؤلفه‌ی بین فردی بسیار قوی دارد (۷) و اینکه دیدگاه فهمی پیش‌بین قدرتمندی برای رفتارهای بین فردی است (۸)؛ به‌نحوی‌که بخش قابل‌توجهی از زوجینی که برای درمان آشفتگی‌های زناشویی خود به دنبال درمان می‌گردند، مشکلاتی در تنظیم هیجاناتشان در بافت دیدگاه فهمی خود یا دیدگاه فهمی همسرشان را تجربه می‌کنند (۹).

علیرغم مطالب یادشده امروزه یکی از دغدغه‌های حوزه سلامت روانی، به‌ویژه خانواده و ازدواج یافتن راه‌های مناسب درمان و پیشگیری است. در مورد واکنش‌های هیجانی منفی زوج‌ها در برابر خطاهای یکدیگر و آسیب‌هایی که به زندگی‌شان وارد می‌نماید، شواهد زیادی وجود دارد، اما در مورد کنترل این‌گونه واکنش‌های مخرب و در عوض برخورد سازنده با خطاها شواهد بسیار کمی موجود است. ازآنجاکه بروز تعارض یکی از مقدمات جدایی و طلاق می‌باشد و اگر این مسئله به‌گونه‌ای کنترل و حل نشود، ازدواج به جدایی ختم می‌شود، روان‌شناسان و مشاوران باید درصدد ارائه راهکارهایی جهت پیشگیری و درمان آن باشند و یکی از راه‌های آن آموزش‌های پیشگیرانه و پُربارسازی زندگی زناشویی است (۱۰). دراین‌بین تأثیر آموزش مبتنی بر بخشش بر پُربارسازی زندگی زناشویی از همه روش‌ها جدیدتر است (۱۱)؛ یکی از دلایل آن، تأثیرات میان فردی مثبتی است که بخشش بر افراد دارد.

ازآنجاکه مشکلات و مسائل زوجین دارای تعارض ممکن است خصوصیات روان‌شناختی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد و با توجه به این مطلب که هر عامل یا مداخله‌ای که بتواند متغیرهای فوق را تحت تأثیر قرار داده و باعث بهبود آن‌ها شود، شرایط بهتری را برای وضعیت زوجین رقم‌زده و منجر به مقابله مناسب‌تر آن‌ها با مشکلات خواهد شد، پژوهش حاضر در نظر دارد از روش‌های درمانی استفاده کند که از جامعیت بیشتری برخوردار بوده و در صورت‌بندی مشکلات زوجین متغیرهای متنوع تأثیرگذار را در نظر می‌گیرد؛ که در این راستا تحقیقات انجام‌شده طی سال‌های اخیر نشان داده، گرایش به درمان‌های یکپارچه رو به رشد بوده است؛ به‌طوری‌که بیش از ۳۰ درصد روان‌شناسان، ۳۷ درصد مشاوران و ۳۴ درصد از مددکاران اجتماعی از رویکردهای مشابه استفاده می‌کنند (۱۲).

در این پژوهش دو رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد آزمون و مقایسه قرارگرفته‌اند. با توجه به جهان‌شمول بودن نیاز و تمایل انسان‌ها به برقراری ارتباط (۱۳) و تأثیر چشمگیر هیجانات در ایجاد یک ارتباط غنی، سؤال کلی و اساسی در این پژوهش آن است که آیا آموزش‌ها و کاربرد شناخت درمانی هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌تواند دیدگاه فهمی خود، دیدگاه فهمی همسر در زوج‌ها را افزایش دهد؟

«دیدگاه فهمی» در ابتدا توسط لانگ (۱۴) مطرح شد. دیدگاه فهمی یکی از جنبه‌های همدلی است. همدلی یعنی بتوانیم بدون آنکه در موقعیت طرف مقابل قرارگرفته باشیم، خودمان را جای او بگذاریم و از منظر او مسئله را نگاه و درک کنیم. همدلی به فرد کمک می‌کند تا بتواند انسان‌های دیگر را حتی وقتی با او تفاوت دارند بپذیرد و به آن‌ها احترام بگذارد (۱۵). مفاهیم دیدگاه فهمی بر این واقعیت تأکیددارند که دیدگاه فهمی یک فرآیند شناختی فعال است که در آن افراد باید بر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

دیدگاه خودمحورانه خود غلبه کنند و دنیا را به صورتی که برای دیگران پدیدار می‌شود، تصور نمایند (۱۶). الگوی دیدگاه فهمی شامل دو بخش است: الف) دیدگاه فهمی خود (SDPT) و ب) دیدگاه فهمی همسر (ODPT). منظور از دیدگاه فهمی خود این است که فرد یک گزارش فراهم می‌کند که آشکار می‌سازد تا چه اندازه ادراک‌هایش تا چه اندازه در چهارچوب جهت‌گیری شناختی با دیدگاه شریکش تناسب دارد و منظور از دیدگاه فهمی همسر این است فرد برای لحظه‌ای خودش را جای همسرش بگذارد و در مورد دیدگاه او، در مورد خودش قضاوت کند (۱۴).

هدف اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش کیفیت زندگی با کاهش تأثیر راهبردهای کنترل غیر مؤثر و حمایت از تغییر رفتاری مبتنی بر ارزش‌هاست (۱۷, ۱۸)، این هدف با استفاده از تمرین‌های تجربه‌ای که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را هدف قرار می‌دهد به دست می‌آید، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شامل شش فرآیند اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است: توجه به لحظه‌ی اکنون، ارزش‌ها، پذیرش تجربه‌ای، ناهم آمیزی شناختی، چشم‌انداز انعطاف‌پذیری، ارزش‌ها و اعمال متعهدند (۱۹). در نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سه نوع خویشتن شامل خویشتن به‌عنوان محتوا (محتوا انگاشتن خویشتن)، خود به‌عنوان زمینه (بافتار انگاشتن خویشتن) و خود به‌عنوان فرآیند (فرآیند انگاشتن خویشتن) معرفی شده است (۲۰).

ارزش اختصاصی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که مفهوم‌سازی و راهبردهای افراد را در مقابل مسائل دشوار، مستقیماً مورد هدف قرار می‌دهد و از این طریق، مداخله‌ی درمانی را اثربخش‌تر خواهد کرد. این درمان، مدل جامعی از مداخلات مبتنی بر تنظیم طرحواره‌ها ازجمله: اعتباربخشی طرحواره‌ای توسط خود و دیگران، مداخلات مبتنی بر اصلاح طرحواره‌ها، آزمایش و اصلاح باورهای منفی پیرامون شناخت‌ها، ذهن آگاهی، تعدیل پردازش فکری، کاهش استرس، بازسازی شناختی، پذیرش، اشتیاق و مهربانی با خود را ارائه داده است (۲۱).

شناخت درمانی هیجان مدار کارهای انجام‌شده در زمینه رفتار، شناخت و هیجان را یکپارچه کرده تا درک جدیدی از درمان در اختیار درمانگران قرار دهد. شناخت درمانی هیجانی مدار یک راهنمای ارزشمند و به‌موقع برای متخصصانی است که به دنبال بهبود اثربخشی بالینی خود هستند (جاویدی نصیرالدین مشاوره کاربردی ۳ (۲) ۶۵-۷۸) درمان هیجان مدار فرآیندی است که درمانگر پس از برقراری رابطه کارآمد با مراجع به او مهارت‌های تنظیم هیجان را آموزش می‌دهد. این رویکرد درمانی روی عواطف تمرکز دارد و به افراد در خودتنظیمی هیجانی کمک می‌کند. در این شیوه درمانی از تمرکز بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی و یافتن معانی جدید برای ارتباط بهتر با دیگران بهره می‌گیرند که درنهایت با بهزیستی روانی بیشتر همراه است، چون به تغییر و اصلاح عواطف منفی منجر می‌شود. بر اساس این الگو درمانگری، هیجانات به‌خودی‌خود ظرفیت ذاتی سازگارانه‌ای دارند که اگر فعال شود، می‌تواند به زوجین کمک کند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواسته خود را تغییر دهند (۲۲).

تحقیقاتی نیز در این زمینه انجام شده است و به‌طور مجزا اثربخشی رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار را نشان می‌دهند. پژوهش‌های گاتمن و درایور (۲۳) بر نقش اساسی هیجان و بیانگری‌هیجانی در آینده روابط زوجین نشان داده‌اند و تأکید دارند که جلوه‌های هیجانی مانند بیانگری صورت در حین بیان سرزنش در زنان و ترس در چهره مردان در حین بروز تعارض، از پیش‌بینی‌های قوی طلاق هستند. گاتمن (۲۴) دریافت که عاطفه مثبت بهترین پیش‌بینی کننده رضایت و ثابت ارتباطی طی یک دوره ۶ ماهه در زوج‌های تازه ازدواج‌کرده بود و برعکس عدم درگیری عاطفی، با نارضایتی ارتباطی رابطه داشت؛ بنابراین تحقیق حاضر درصدد است که هم سنجی اثربخشی رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر میزان دیدگاه فهمی خود، دیدگاه فهمی همسر در زوجین متعارض زوجینی که به دلیل تعارضات زناشویی و مشکلات ارتباطی، به مرکز مشاوره دولتی بهزیستی شهرستان همدان مراجعه می‌کنند را بررسی کرده و خلأ تحقیقاتی در این خصوص را جبران نماید.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی که آزمایش تک - آزمودنی هم گفته می‌شود و از نوع آزمایش بالینی است، استفاده شد. در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها به‌صورت هم‌زمان وارد مرحله خط پایه شدند و با قرار گرفتن به‌صورت تصادفی دریکی از دوره‌های انتظار دو، سه و چهار هفته‌ای در مرحله خط پایه، به ترتیب وارد مرحله درمان ۱۵ جلسه‌ای شناخت درمانی متمرکز بر هیجان و ۱۶ جلسه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دو نوبت پیگیری شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

زوجین دارای تعارض زناشویی شهر همدان بودند. جمعیت هدف عبارت بودند از زوجینی که به دلیل تعارضات زناشویی و مشکلات ارتباطی در تابستان ۱۳۹۷، به مرکز مشاوره دولتی بهزیستی شهرستان همدان مراجعه نمودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس، از جامعهٔ آماری مورد مطالعه، که با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس، ۲ زوج در هر گروه انتخاب شدند که در دو گروه آزمایش به صورت تصادفی جایگزین شدند. لازم به ذکر است جهت تعیین ملاک‌های ورود و خروج، از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I)، آزمون بالینی چند محوری میلون-۳، مصاحبه پذیرشی و مقیاس سازگاری زناشوی (DAS)، برای زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره حضوری دولتی بهزیستی شهرستان همدان (توسط پژوهشگر) استفاده شد.

مقیاس دیدگاه – فهمی خود (SDPT): مقیاس دیدگاه – فهمی خود (۱۴) یک ابزار ۳۶ ماده‌ای است. لانگ (۱۹۹۰) ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس را خجسته مهر، روشن‌روان و عباس پور (۲۵) ۰/۸۹ و ضریب روایی همگرا این مقیاس‌ها با مقیاس همدلی باتسون (BEAS) ۰/۴۹ (۰/۰۱ > P) گزارش دادند.

پرسشنامه دیدگاه فهمی همسر: این پرسشنامه یک ابزار ۳۵ آیتمی است که کریستنسن و سالاوی (۱۹۸۴) در دانشگاه کالیفرنیا به‌منظور بررسی دیدگاه فهمی همسر طراحی نمودند و زوجین بر اساس تصور سبک روابط و دیدگاه خود، در سه مرحله خاص و مفروض از تعارض به سؤالات پاسخ می‌دهند. خجسته مهر، روشن روان و عباس پور (۲۵) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۴ اعلام نمودند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

شناخت درمانی متمرکز بر هیجان (EFT): برای شناخت درمانی متمرکز بر هیجان (EFT) از بسته‌درمانی که توسط جانسون (۲۶) تهیه‌شده، استفاده شده است. در این پژوهش با توجه به نیاز زوجین و هماهنگی با مقتضیات دیگر روش‌های درمانی، تعداد جلسات ۱۵ جلسه در نظر گرفته شد که خلاصه جلسات این رویکرد به ترتیب زیر است.

خلاصه جلسات زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان (EFT) جانسون (۲۶)

جلسه اول. برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه با زوج‌ها و انعقاد قرارداد درمانی، ایجاد اتحاد درمانی بین زوج و درمانگر در مورد اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان به‌نحوی‌که هر یک از آن‌ها احساس امنیت و پذیرش از سوی درمانگر کرده؛ اطمینان از اینکه درمانگر اهداف و نیازهای آن‌ها را درک کرده و قادر به کمک دادن به آن‌ها خواهد بود؛ درک چگونگی شکل-گیری رابطه فعلی و آنچه زوج‌ها را برای درمان برانگیخته است؛ ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه و یافتن درکی روشن از مشکل آن‌ها.

جلسه دوم و سوم. تلاش برای ایجاد و حفظ فضایی امن و تسلی‌بخش باهدف تسریع فرایند تغییر، فراهم کردن فضایی که زوجین بتوانند مشکلات زوجی را چیزی معمولی در روابط زناشویی در نظر بگیرند؛ ارزیابی تاریخچه دلبستگی و صمیمیت مراجعان و فرضیه‌سازی درباره آسیب‌پذیری و موضوعات دلبستگی نهفته هر یک از زوج‌ها در رابطه؛ ردگیری و توصیف زنجیره‌های تکرارشونده که آشفتگی زوج‌ها را تداوم بخشیده و موقعیت هر یک از آن‌ها را در رابطه متبلور می‌سازد، یافتن موانع درونی و بیرونی صمیمیت و ردگیری هیجانی در هر یک از زوج-ها، تحلیل حالت‌های هیجانی همراه با چرخه‌های دشوار و آشنایی زوج‌ها با چرخه‌های منفی تعامل.

جلسه چهارم. فراخوانی و کشف کردن، سعی در ارتقاء بازخوانی مجدد تجارب زوجین، به شکل آگاهانه، تشویق زوجین به بیان هیجانات و آگاهی از حس جسمانی حوادث که قبلاً سرکوب و انکار شده‌اند، گوش دادن لحظه‌به‌لحظه درمانگر به ابراز کلامی و هیجانی زوجین.

جلسه پنجم. ترسیم موضوعات تعارض برانگیز و ناراضی-کننده بین همسران و تمرکز بر رفع آن‌ها، گوش دادن و کشف روایت‌های زوجین از مشکلات موجودشان، گردآوری اطلاعات در مورد تاریخچه‌ی الگوی دلبستگی اولیه و ارتباط فعلی میان آن‌ها.

جلسه ششم و هفتم. افزایش دانش در مورد احساسات زیربنایی موقعیت‌های تعاملی و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی، شناسایی جنبه‌های درناک تجارب زوجین، مشاهده‌ی سبک پردازش موضوعات هیجانی آن‌ها، شناسایی موضوعات درون فردی و بین فردی که در ایجاد رنج آن‌ها نقش دارند، تصدیق ادراک فرد، چارچوب‌دهی مجدد مسائل برحسب موضوعات زیربنایی.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

جلسه هشتم و نهم. افزایش تشخیص و شناسایی نیازها و جنبه‌های خود ابراز نشده، پذیرش مسئولیت موقعیت و نقش خود در رابطه توسط زوج‌ها، بیان انتظارات خود از طرف مقابل و تسهیل پذیرش فرد توسط همسرش. در اینجا هر یک از زوجین به کمک درمانگر، خود و دیگری را آن‌گونه که هستند، تجربه می‌کنند.

جلسه دهم. افزایش پذیرش هریک از همسران نسبت به ادراک تجربه‌ی همسرش

جلسه یازدهم، دوازدهم و سیزدهم. ربط دادن هیجانات اولیه به هیجانات ثانویه، برون‌ریزی هیجانات ثانویه، پرداختن به هیجانات اولیه و قاب‌گیری مجدد به مشکل، تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی، بازتعریف رابطه توسط هر یک از زوج‌ها، پرورش محیط امن و خلق اعتماد، کاوش مشکلات و موضوعات قدیمی که اکنون در پرتو پایه امن ایجادشده در جلسه میسر شده است. بازسازی تعاملات به سمت اینکه هر یک از زوجین پاسخگوتر باشند. افزایش پذیرش نسبت به تجربه همسر و راه‌های نوین تعامل‌پذیری، کمک به زوجین که به‌طرف مقابلشان اعتماد کنند، تسهیل در ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی.

جلسه چهاردهم. شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، دستیابی زوج‌ها به الگویی ایمن در روابطشان و افزایش در دسترس بودن و پاسخگو بودن، تثبیت و یکپارچه‌سازی موقعیت-های تعاملی جدید و تشویق زوجین به تازه نگه‌داشتن پیوند ایمن‌شان از طریق توجه به خواسته‌ها و تمایلات یکدیگر.

جلسه پانزدهم. تسهیل پدیدآیی راه‌حل‌های تازه برای مشکلات قدیم، تقویت و تثبیت مواضع تازه‌ای که همسران نسبت به هم نشان می‌دهند. استفاده‌ی زوجین از مهارت‌هایشان در زمینه حل‌مسئله به شیوه سودمند، شناسایی و سپس حمایت از الگوهای سالم و سازنده‌ی تعاملی، کمک به زوجین تا فرایندها را مرور نمایند و تغییرات را ارج نهند (حفظ درگیری هیجانی به‌منظور ادامه پیوند بین آن‌ها). درمانگر همسران را تشویق می-کند که یک داستان تازه پیرامون رابطه بسازند. این داستان شاد دربرگیرنده‌ی تجربه زوج از فرایند درمان و نیز ادراک جدیدشان از رابطه هست و ابراز احساسات در مورد پایان بخشیدن به جلسات و خاتمه درمان.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT): برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از بسته درمانی که ریچارد بنت، جوزف ای، الیور (۲۷) تهیه‌شده، استفاده شد. در این درمان فنون زوج‌درمانی رفتاری سنتی با فنون پذیرش ادغام‌شده است که خلاصه جلسات این رویکرد به ترتیب زیر است.

خلاصه جلسات درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) ریچارد بنت، جوزف ای، الیور (۲۷)

جلسه اول. هدف: معارفه، خلاصه اطلاعات دموگرافیک، چشم‌انداز زوج‌درمانی، بیان اصول جلسات درمان، اجرای پس-آزمون. تکالیف: ارائه شکایت، بیان اهداف و مسائل مرتبط، بحث در مورد جذابیت‌های اولیه، تکمیل پس‌آزمون.

جلسه دوم و سوم. هدف: برگزاری جلسات فردی با زوجین، بیان اصول رازداری، فرا رفتن از مشکلات فعلی بر اساس مقیاس‌ها و مصاحبه اول، بررسی مسائل مربوط به خشونت و تعهد، بررسی تاریخچه خانواده اصلی، بررسی تاریخچه ارتباط. تکالیف: تکمیل پرسشنامه‌ها و بحث در مورد حساسیت‌های عاطفی و استورس‌های خارجی، بیان دیدگاه راجع تعهد و ادامه رابطه.

جلسه چهارم. هدف: ارائه بازخورد به زوجین، ارائه چشم‌انداز و فرمول‌بندی مشکلات، مشخص کردن موضوعات و زمینه‌های مشکل‌ساز عمده (اعتماد، افسردگی، استرس پس از سانحه و ...)، مشخص کردن نقاط قوت رابطه، اجرای پس‌آزمون. تکالیف: مطالعه بروشورهای تهیه‌شده در خصوص افسردگی، بحث بر سر دیدگاه و فرمول‌بندی یکی از مشکلات توسط درمانگر و همخوانی آن با نظر زوجین، اجرای تکنیک حالت من، تکمیل پس‌آزمون.

جلسه پنجم. هدف: فرمول‌بندی موردی، بحث روی الگوهای تعاملی، مداخلاتی برای جلوگیری، قطع کردن، جهت‌دهی دوباره و یا محدود کردن تعاملات مشکل‌ساز، ابراز هیجانات نرم. تکالیف: خلاصه کردن پیام‌های زوج دیگر، تمرکز بر تجارب اینجا و اکنونی، ارتباط زوجین با یکدیگر از طریق درمانگر، تمرین بیان هیجانات نرم در مکالمات روزمره.

جلسه ششم و هفتم. هدف: مداخلات مبتنی بر هیجان (الحاق همدلانه): گوش دادن به جزئیات موجود در تعاملات زوجین، فرمول‌بندی موردی مجدد مشکلات زوجین بر اساس تم‌های اصلی شناسایی‌شده در جلسه بازخورد. تکالیف: شناسایی هیجان‌های اولیه، افشای هیجان‌ها، ایفای نقش جهت ابراز هیجانات، تمرکز بر روی احساسات بجای افکار، همدلی با احساسات همدیگر.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

جلسه هشتم و نهم. هدف: مداخلات مبتنی بر هیجان (کناره‌گیری متحدانه) تشویق زوجین با استفاده از تکنیک های پذیرش تا زوجین بتوانند از مشکلاتشان به درجاتی فاصله هیجانی پیدا کنند، اجرای پس‌آزمون (جلسه هشتم). تکالیف: به زوجین کمک می‌کند تا در مورد مشکلاتشان حرف بزنند تا اینکه بخواهند خود را مستقیماً درگیر این مشکلات کنند، استفاده از صندلی خالی برای مشکل توسط زوجین، تکمیل پس‌آزمون (جلسه دوازدهم).

جلسه دهم و یازدهم. هدف: مداخلات مبتنی بر رفتار (باهدف تغییر رفتار): تمرین رفتارهای منفی و شکست‌های احتمالی در جلسات درمان. تکالیف: اجرای دوباره تعاملات در جلسه، مبادله رفتار، تمرین مهارت‌های ارتباطی، تکنیک مواجه‌سازی زوجین با سناریوهای احتمالی شکست

جلسه دوازدهم و سیزدهم. هدف: مداخلات مبتنی بر رفتار (باهدف تغییر رفتار): وانمودسازی رفتار منفی در جلسه درمان، استراتژی‌های خود- مراقبتی، آموزش مهارت ارتباطی، اجرای پس‌آزمون (جلسه دوازدهم). تکالیف: تمرین وانمود رفتار منفی در خانه، اجرای دوباره تعاملات در جلسه، تمرین مهارت‌های حل مسئله، آموزش گوش دادن فعال و آموزش ارتباط قاطعانه، تکمیل پس‌آزمون (جلسه دوازدهم).

جلسه چهاردهم. هدف: مداخلات مربوط به ایجاد تحمل. تکالیف: تمرین رفتارهای منفی، لیست کردن اقداماتی برای خود مراقبتی.

جلسه پانزدهم. هدف: مداخلات مربوط به ایجاد تحمل تکالیف: تظاهر به رفتارهای منفی در محیط خانه، افزایش تحمل از طریق خویشتن‌نگری.

جلسه شانزدهم. هدف: جمع‌بندی، کمک به زوج برای کنار آمدن با عوامل فشارزا، اجرای پس‌آزمون. تکالیف: بحث در مورد دستاوردهای درمان و تصمیم راجع به آینده، تکمیل پس‌آزمون.

روش آماری

به‌منظور تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های استنباطی از تحلیل داده‌ها از روش معناداری بالینی با استفاده از نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش معناداری بالینی استفاده شده است. زوج‌ها پس از احراز شرایط لازم برای ورود به فرآیند پژوهش، در چند مرحله خط پایه (۲ تا ۴ مرحله)، ۱۰ جلسه مداخله درمانی برای رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۸ جلسه مداخله درمانی برای رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار و ۳ مرحله پیگیری شرکت نمودند. در این قسمت فرضیه‌های پژوهش مطرح و یافته‌ی متناظر با آن‌ها با استفاده از روش‌های آماری ارائه می‌شوند.

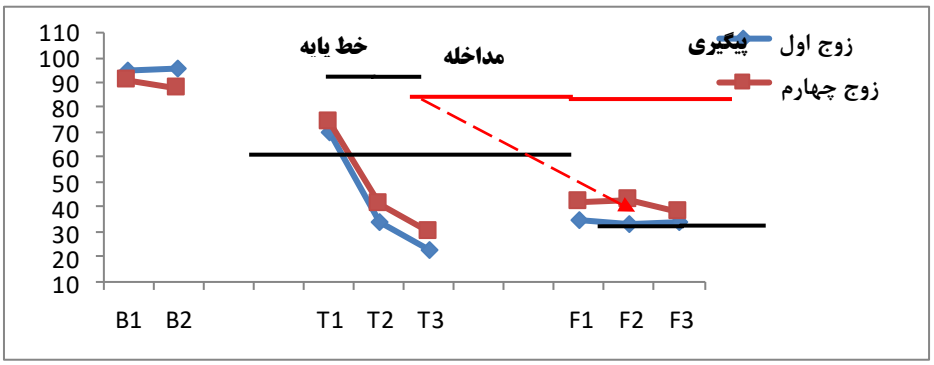
جدول ۳. مراحل درمان گروه رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (سه گروه اول) و گروه رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار (سه گروه دوم) در دیدگاه فهمی خود

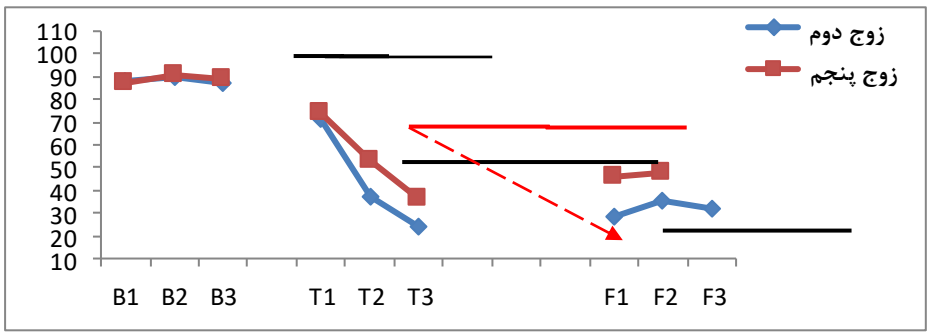
گروه‌های درمانی	رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد			شناخت درمانی هیجان مدار			تفاوت معنادار
مراحل درمان زوج‌ها	گروه اول	گروه دوم	گروه سوم	گروه چهارم	گروه پنجم	گروه ششم	
خط پایه							
خط پایه اول	۹۵	۸۸	۹۶	۹۱	۸۷	۸۹	
خط پایه دوم	۹۶	۹۰	۹۱	۸۸	۹۱	۸۶	
خط پایه سوم	–	۸۷	۹۳	–	۸۹	۹۰	
خط پایه چهارم	–	–	۹۴	–	–	۸۸	
میانگین خط پایه	۹۵/۵	۸۸/۳۳	۹۳/۵	۸۹/۵	۸۹	۸۸/۲۵	
درمان							
جلسه	۷۰	۷۱	۷۵	۷۴	۷۴	۷۲	
جلسه	۳۴	۳۷	۳۴	۴۱	۵۳	۴۷	
جلسه	۲۳	۲۴	۲۲	۳۰	۳۶	۲۹	
میانگین مرحله درمان	۴۲/۳۳	۴۴	۴۳/۶۶	۴۸/۳۳	۵۴/۳۳	۴۹/۳۳	
شاخص تغییر پایا	۴/۱	۳/۴۶	۳/۸۹	۳/۲	۲/۷	۳/۰۳۸	
درصد بهبودی (درمان)	۵۵/۶۷	۵۰/۱۸	۵۳/۲۹	۴۵/۹۹	۳۸/۹۵	۴۴	
درصد بهبودی کلی درمان ۵۳/۰۴				۴۲/۹۸			۱۰/۰۶
پیگیری							

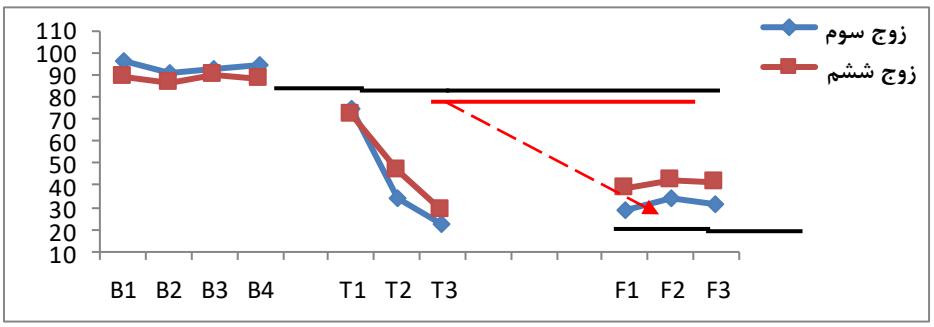
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

پیگیری نوبت اول	۳۵	۲۸	۲۹	۴۲	۴۶	۳۹	
پیگیری نوبت دوم	۳۳	۳۵	۳۴	۴۳	۴۸	۴۲	
پیگیری نوبت سوم	۳۴	۳۲	۳۱	۳۸	–	۴۱	
میانگین پیگیری	۳۳	۳۱/۶۶	۳۱/۳۳	۴۱	۴۷	۴۰/۶۶	
شاخص تغییر پایا	۴/۸۸	۴/۴۲	۴/۸۵	۳/۷۸	۳/۲۷	۳/۷	
درصد بهبودی پیگیری	۶۴/۴۴	۶۴/۱۵	۶۶/۴۸	۵۴/۱۸	۴۷/۱۹	۵۳/۹۲	
درصد بهبودی کلی	۶۵			۵۱/۷۶			۰/۷

$$\text{شاخص تغییر پایا (درمان)} = \frac{88/25 - 49/33}{12/81} = 3/038$$







نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های گروه‌های اول و چهارم، دوم و پنجم، سوم و ششم در متغیر دیدگاه فهمی خود در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

یافته‌های جدول ۳ و نمودار ۱ نشان می‌دهد که میزان دیدگاه فهمی خود در پایان درمان برای همه گروه‌ها مؤثر بوده و نشانگر این است که هر دو رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر میزان دیدگاه فهمی خود در گروه‌ها را نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) افزایش داده‌اند. بااین‌وجود، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۰/۰۶ درصد بیشتر از رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار توانسته اهداف درمانی را تحقق بخشد که نشان‌دهنده اثربخشی بیشترِ رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش دیدگاه فهمی خود در مقایسه با شناخت درمانی هیجان مدار است؛ بنابراین، فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید می‌گردد.

نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های پرسشنامه دیدگاه فهمی خود و تحلیل دیداری داده‌های به‌دست‌آمده از تأثیر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر افزایش دیدگاه فهمی خود در گروه‌های اول و چهارم، دوم و پنجم، سوم و ششم در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری را نشان می‌دهد. دیدگاه فهمی خود در گروه‌های اول، دوم و سوم در خطوط پایه خیلی بالا (مرز ۹۶)، در جلسات مشاوره شیب سعودی داشته (مرز ۲۲) که این روند در جلسات پیگیری ادامه داشته (مرز ۲۷) است. بعلاوه، تعارض در گروه‌های چهارم، پنجم و ششم در خطوط پایه خیلی بالا (مرز ۹۱)، در جلسات درمان شیب سعودی داشته (مرز ۲۹) که این روند در جلسات پیگیری ادامه داشته (مرز ۳۸) و بیانگر تأثیرات معنادار و موفقیت‌آمیز هر دو رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر افزایش دیدگاه فهمی خود است.

طبق یافته‌های نمودار ۱ براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه، تعداد نقطه داده‌های ترسیم همه شش گروه در زیر خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار دارد. طبق این دیدگاه وقتی ۸ نقطه از ۹ نقطه داده‌های ترسیم در زیر یا بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار گیرد، نشانگر تأثیرات معنادار متغیر مستقل بر متغیر وابسته است که در این نمودار در هرکدام از سه گروه، ۸ نقطه از ۹ نقطه جلسات مداخله در زیر خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار دارند که بیانگر اثربخشی معنادار مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر افزایش دیدگاه فهمی خود است. با این اوصاف؛ همان‌طور که در نمودار ۱ ملاحظه می‌کنید روند تغییرات نمره‌های دیدگاه فهمی خود در مراحل خط پایه در گروه‌های اول و چهارم ثابت است. این نمودار نشان می‌دهد که در مرحله مداخله، نوار تغییرات گروه اول (تحت درمان رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد) پایین‌تر از نوار تغییرات گروه چهارم (تحت درمان رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار) است که روشنگر کاهش بیشترِ دیدگاه فهمی خود در گروه اول نسبت به گروه چهارم و اثربخشی بیشتر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر افزایش دیدگاه فهمی خود است. علاوه بر این، در مرحله پیگیری نیز نوار تغییرات گروه اول پایین‌تر از نوار تغییرات گروه چهارم قرار دارد که این امر بیانگر اثربخشی بیشترِ رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با شناخت درمانی هیجان مدار بر افزایش دیدگاه فهمی خود است. همچنین، روند تغییرات نمره‌های دیدگاه فهمی خود در مراحل خط پایه در گروه‌های دوم و پنجم ثابت است. با استفاده از تحلیل دیداری نمودار ۱ می‌توان دریافت که در مرحله مداخله، نوار تغییرات گروه دوم (تحت درمان رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد) پایین‌تر از نوار تغییرات گروه پنجم (تحت درمان رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار) است که بیانگر افزایش بیشترِ دیدگاه فهمی خود در گروه دوم نسبت به گروه پنجم و اثربخشی بیشتر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر افزایش دیدگاه فهمی خود است. علاوه بر این، در مرحله پیگیری نیز نوار تغییرات گروه دوم پایین‌تر از نوار تغییرات گروه پنجم قرار دارد که این امر بیانگر اثربخشی بیشترِ رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با شناخت درمانی هیجان مدار بر افزایش دیدگاه فهمی خوداست. افزون بر این، تحلیل دیداری این نمودار حاکی از وضعیت بدتر گروه سوم (تحت درمان رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مرحله خط پایه است یعنی شدت تعارض در این گروه در مرحله خط پایه بیشتر از گروه ششم (تحت درمان رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار) است. این دو گروه (سوم و ششم) در مراحل خط پایه دارای شیب نوسان دار هستند. بااین‌وجود، نوار تغییرات دیدگاه فهمی خود در جلسات درمانی در گروه سوم پایین‌تر از نوار تغییرات در گروه ششم قرار دارد یعنی میل به تعارض در این گروه (گروه سوم) بیشتر افزایش‌یافته که روشنگر اثربخشی بیشتر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در هم سنجی با رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر افزایش دیدگاه فهمی خود است. علاوه بر این، در مرحله پیگیری نیز نوار تغییرات گروه سوم پایین‌تر از نوار تغییرات گروه ششم قرار دارد که این امر بیانگر اثربخشی بیشترِ رویکرد مبتنی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

بر پذیرش و تعهد در مقایسه با شناخت درمانی هیجان مدار بر دیدگاه فهمی خود است.

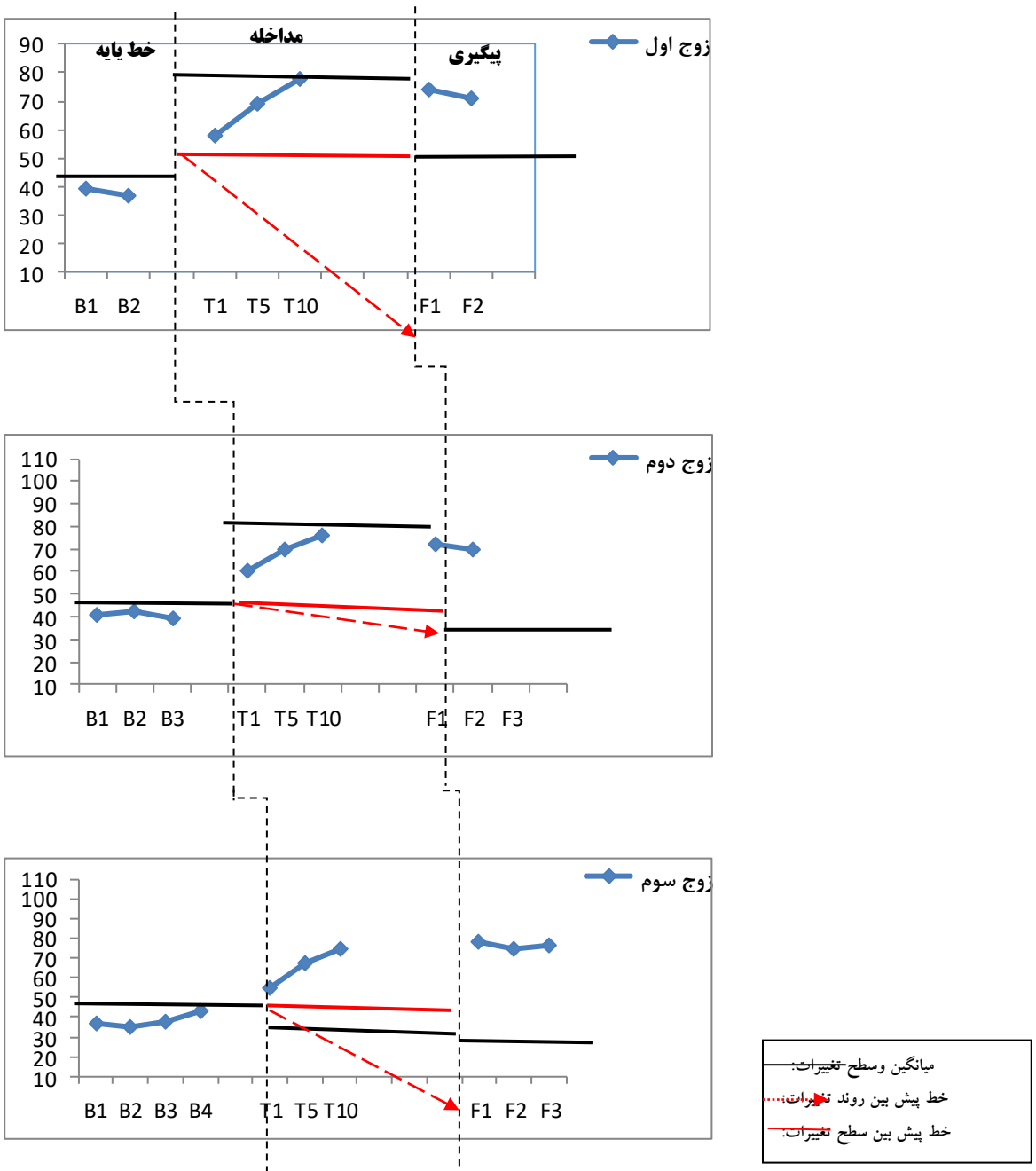
همچنین با توجه به یافته‌های جدول ۳ مقدار شاخص تغییر پایا برای گروه‌های اول، دوم و سوم به ترتیب در مرحله پس از درمان ۴/۱ و ۳/۴۶ و ۳/۸۹ و در مرحله پیگیری ۴/۸۸ و ۴/۴۲ و ۴/۸۵ و مقدار شاخص تغییر پایا برای گروه‌های چهارم، پنجم و ششم به ترتیب در مرحله پس از درمان ۳/۲ و ۲/۷ و ۳/۰۳۸ و در مرحله پیگیری ۳/۷۸ و ۳/۲۷ و ۳/۷ به‌دست‌آمده است که مقدار شاخص تغییر پایا در گروه‌های اول، دوم و سوم تحت رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه و مقایسه با مقدار شاخص تغییر پایا در گروه‌های چهارم، پنجم و ششم تحت شناخت درمانی هیجان مدار، بیشتر بوده است که نشانگر اثربخشی بیشتر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه و مقایسه با شناخت درمانی هیجان مدار بر میزان تعارض می‌باشد.

علاوه بر این، بر اساس یافته‌های جدول ۳ میانگین درصد بهبودی گروه‌های اول، دوم و سوم تحت درمان رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد پس از جلسات درمانی (۵۳/۰۴) و میانگین درصد بهبودی گروه‌های چهارم، پنجم و ششم تحت درمانی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴۲/۹۸) است. به عبارتی، درمان رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۰/۶ درصد بیشتر از شناخت درمانی هیجان مدار در کاهش تعارض اثربخشی داشته است؛ بنابراین، بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد میزان اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارض در زوجین متقاضی طلاق در طبقه درمان موفقیت‌آمیز (۵۳/۰۴) ولی میزان اثربخشی شناخت درمانی هیجان مدار بر کاهش تعارض در زوجین متقاضی طلاق در طبقه بهبودی‌اند (۴۲/۹۸) قرار دارد که حاکی از اثربخشی معنادارتر رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارض در زوجین متقاضی طلاق در مقایسه با شناخت درمانی هیجان مدار است. با این تحلیل، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه و مقایسه با رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر کاهش تعارض در زوجین متقاضی طلاق، اثربخش‌تر بوده است. درنتیجه می‌توان گفت که تغییرات ازنظر بالینی معنادار است.

جدول ۲. مراحل درمان سه گروه اول و سه گروه دوم در متغیر دیدگاه فهمی همسر

گروه‌های درمانی	رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد			شناخت درمانی هیجان مدار			تفاوت معنادار
مراحل درمان گروه‌ها	گروه اول	گروه دوم	گروه سوم	گروه چهارم	گروه پنجم	گروه ششم	
خط پایه							
خط پایه اول	۳۹	۴۱	۳۷	۳۸	۳۸	۳۷	
خط پایه دوم	۳۷	۴۲	۳۵	۳۶	۴۱	۳۹	
خط پایه سوم	–	۳۹	۳۸	–	۴۲	۳۸	
خط پایه چهارم	–	–	۴۳	–	–	۴۰	
میانگین مرحله خط پایه	۳۸	۴۰/۶۶	۳۸/۲۵	۳۷	۴۰/۳۳	۳۸/۵	
درمان							
جلسه	۵۸	۶۰	۵۵	۵۱	۵۵	۵۲	
جلسه	۶۹	۷۰	۶۷	۶۲	۶۸	۶۳	
جلسه	۷۸	۷۶	۷۵	۶۸	۷۹	۷۱	
میانگین مرحله درمان	۶۸/۳۳	۶۸/۶۶	۶۵/۶۶	۶۰/۳۳	۶۷/۳۳	۶۲	
شاخص تغییر پایا	۳/۶۴	۳/۳۶	۳/۲۹	۲/۸	۳/۲	۲/۸	
درصد بهبودی (درمان)	۷۹/۸۲	۶۸/۸۶	۷۱/۶۶	۶۳	۶۶/۹۵	۶۱	
درصد بهبودی کلی درمان ۷۳/۴۴				۶۳/۶۵			۹/۷۹
پیگیری							
پیگیری نوبت اول	۷۴	۷۲	۷۸	۶۷	۷۶	۷۰	
پیگیری نوبت دوم	۷۱	۷۰	۷۵	۶۶	۷۴	۶۸	
پیگیری نوبت سوم	–	–	۷۵	–	–	۶۹	
میانگین مرحله پیگیری	۷۲/۵	۷۱	۷۶	۶۶/۵	۷۵	۶۹	
شاخص تغییر پایا پیگیری	۴/۱	۳/۶۴	۴/۵	۳/۵	۴/۱۶	۳/۶۶	
درصد بهبودی پس از پیگیری	۹۰/۷	۷۴/۶	۹۸/۶۹	۷۹/۷	۸۵/۹	۷۹/۲	
درصد بهبودی کلی		۸۷/۹۹		۸۱/۶			۶/۳۹

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های گروه‌های اول، دوم و سوم در متغیر دیدگاه فهمی همسر در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد

بر اساس یافته‌های جدول ۲، میزان بهبودی پس از جلسات درمانیِ رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه اول، ۷۹/۸؛ در گروه دوم، ۶۸/۸۶ و در گروه سوم، ۷۱/۶۷ درصد و به‌طور متوسط ۷۳/۴۴ درصد بود؛ یعنی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته میزان دیدگاه فهمی همسر در گروه‌های اول، دوم و سوم را به‌طور معناداری کاهش دهد؛ بنابراین، فرضیه‌ی چهارم پژوهش تأیید می‌شود. میزان بهبودی گروه‌های اول، دوم و سوم در پایان مراحل پیگیری، افزایش‌یافته که نشان‌دهنده تداوم درمان است. نمودار ۲ تحلیل دیداری داده‌های به‌دست‌آمده از اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود دیدگاه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

فهمی همسر در گروه‌های اول، دوم و سوم در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری را نشان می‌دهد. این نمودار روند تغییر میانگین و سطح تغییر نمره‌های گروه‌های اول، دوم و سوم در مقیاس دیدگاه فهمی همسر در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد را نشان می‌دهد.

بر اساس یافته‌های جدول ۴، میزان بهبودی پس از جلسات درمانیِ رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه اول، ۷۹/۸؛ در گروه دوم، ۶۸/۸۶ و در گروه سوم، ۷۱/۶۷ درصد و میزان بهبودی به‌طور متوسط ۷۳/۴۴ درصد؛ درصد بهبودی پس از مراحل پیگیری نیز در گروه اول، ۹۰/۷؛ در گروه دوم، ۷۴/۶ و در گروه سوم، ۹۸/۶۹ درصد و به‌طور متوسط ۸۷/۹۹ درصد بود که نشان‌دهنده اثربخشی معنادار رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دیدگاه فهمی همسر می‌باشد.

همان‌طوری که نمودار ۲ نشان می‌دهد دیدگاه فهمی همسر در گروه‌های اول، دوم و سوم در خطوط پایه خیلی بالا و در مرز ۳۵ است (شایان‌ذکر است که نمرات پایین‌تر در مقیاس دیدگاه فهمی همسر نشان‌دهنده تعارض بالاتر است) که در جلسات مشاوره شیب صعودی داشته (مرز ۷۸) که این روند در جلسات پیگیری ادامه داشته (مرز ۷۸) و بیانگر تأثیرات و معنادار بودن اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه، تعداد ۹ نقطه از ۹ نقطه داده‌های ترسیم گروه‌های اول، دوم و سوم در بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار دارد. طبق این دیدگاه وقتی ۸ نقطه از ۹ نقطه داده‌های ترسیم در زیر یا بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار گیرد، نشانگر تأثیرات معنادار متغیر مستقل بر متغیر وابسته است که در این نمودار هر ۹ نقطه مداخله در بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار دارند که روشنگر اثربخشی معنادار رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش دیدگاه فهمی همسر است.

همچنین با توجه به این‌که مقدار شاخص تغییر پایا در گروه‌های اول، دوم و سوم به ترتیب در مرحله پس از درمان ۳/۶۴ و ۳/۳۶ و ۳/۲۹ و در مرحله پیگیری ۴/۱ و ۳/۶۴ و ۴/۵ به‌دست‌آمده است، این دو مقادیر در سطح آماری $P<۰/۰۵$ معنادار هستند؛ یعنی قدر مطلق این دو عدد بیشتر از ۱/۹۶ است. اگر شاخص تغییر پایا به‌دست‌آمده مساوی یا بزرگ‌تر از ۱/۹۶ باشد، با ۹۵ درصد اطمینان ($p< ۰/۰۵$) می‌توان نتیجه گرفت که تغییر یا بهبودی به‌دست‌آمده ناشی از اثر مداخله است که در این سه گروه شاخص‌های تغییر پایا به‌دست‌آمده بیشتر از ۱/۹۶ است که بیانگر اثربخشی معنادار رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترمیم دیدگاه فهمی همسر است.

مطابق با جدول ۴ درصد بهبودی این سه گروه نیز به ترتیب، پس از جلسات درمانی ۷۹/۸۲ و ۶۸/۸۶ و ۷۱/۶۷ (میانگین ۷۳/۴۴) و در مرحله پیگیری ۹۰/۷ و ۷۴/۶ و ۹۸/۶۹ (میانگین ۸۷/۹۹) است. درنتیجه می‌توان گفت که تغییرات ازنظر بالینی معنادار است؛ بنابراین بر اساس درصد بهبودی کلی این سه گروه در مرحله پس از درمان (۷۳/۴۴) و مرحله پیگیری (۸۷/۹۹)، می‌توان گفت که میزان اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترمیم دیدگاه فهمی همسر در زوجین متعارض بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، نقل از عباسپور، ۱۳۹۳(۵۰٪ کاهش در علائم به‌عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵٪ تا ۴۹٪ به‌عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵٪ به‌عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود) در مرحله پس از درمان و در مرحله پیگیری در طبقه درمان موفقیت‌آمیز قرار می‌گیرند و به‌طورکلی حاکی از اثربخشی معنادار رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود دیدگاه فهمی همسر در زوجین متعارض است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف تحقیق حاضر مقایسه اثربخشی رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار بر میزان دیدگاه فهمی خود، دیدگاه فهمی همسر در زوجین متعارض بوده است. نتایج تجزیه‌وتحلیل نشان داد اثربخشی بیشترِ رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش دیدگاه فهمی خود در مقایسه با شناخت درمانی هیجان مدار است؛ بنابراین، فرضیه اول پژوهش نیز تأیید می‌گردد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های آرین‌فر و همکاران (۲۸)، قاسمی و همکاران (۲۹)، علوی و همکاران (۳۰)، مدنی و همکاران (۳۱)؛ (۳۲, ۳۳) همسو است.

در تبیین این یافته که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار هم در مراحل مداخله و هم در مراحل پیگیری اثربخشی بیشتری بر کاهش تعارض در زوجین داشته است؛ می‌توان گفت، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک رویکرد است که از ترکیب اصول، روش‌ها، نگرش‌ها و تکنیک‌های دو رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به وجود آمده است. رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار با تأکید بر "جنبه‌های مثبتی" که در روابط

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

هرچند ناکارساز فعلی نهفته است می‌تواند توجه و تمرکز زوج‌ها را به‌سوی قابلیت‌های هنوز باقی‌مانده در رابطه هدایت کند. این رویکرد همسران را تشویق می‌کند تا با مشارکت یکدیگر، راه-حل‌هایی مفید جهت دیرپایی رابطه بیابند؛ ساختن این راه‌حل-های مشارکتی مفروضه‌هایی دارد که از آن جمله " شناسایی خواسته‌های دقیق طرفین " از رابطه است. به نظر می‌رسد مشارکت‌گری در یافتن راه‌حل‌ها و درک نیازهای نفر مکمل در کاهش میل به طلاق عناصری مهم باشند.

نتایج نشان داد بین اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان مدار بر دیدگاه فهمی همسر در زوجین متعارض شهر همدان تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های جلالی و همکاران (۳۴)؛ محمدی و همکاران (۳۵)، سیدمحرمی و همکاران (۳۶)؛ گارانزینی و همکاران (۲۱) و جانسون و همکاران (۳۷) همسو است. در تبیین این یافته که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار هم در مراحل مداخله و هم در مراحل پیگیری اثربخشی بیشتری بر ترمیم تعارضات داشته است، می‌توان گفت علت اثربخشیِ بیشترِ رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که در این درمان، درمانگر به هرکدام از زوجین کمک نمود تا به‌طور آگاهانه چرخه منفی خود را مشاهده کرده و ترک و طردی که این چرخه منفی ایجاد می‌کند را به‌عنوان دشمن مشترک خود ببینند تا ترس‌ها و خواسته‌های دلبستگی خود را کشف و در میان بگذارند و به‌تدریج راه‌هایی را بیابند تا به‌طور روشن این ترس‌ها و خواسته‌ها را به شیوه‌ای برای هم ابراز کنند که نزدیکی، دسترسی هیجانی و پاسخگوبودن یک پیوند ایمن‌تر را تسهیل کند. تغییر در درمان هیجان‌مدار زمانی رخ داد که درمانگر به همسران کمک کرد تا عناصر موجود در این رقص رابطه‌ای مخرب را تغییر دهند. وقتی چرخه منفی مختل شد، پاسخ‌ها شروع به تغییر کردن نمودند تا به سمت پیوند ایمن‌تر پیش بروند.

می‌توان گفت علت اثربخشیِ بیشترِ رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر این است که هم رویکرد هیجان‌مدار و هم رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در اصل "کاربردی" هستند و از آنجا که طی دهه اخیر خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی به سمت درمان‌های تلفیقی و یکپارچه‌نگر در الگوی مداخلات پیش رفته است و این رویکردها دارای مزایای منحصربه‌فردی ازجمله ایجاد پایه وسیع‌تری از مداخله و انعطاف‌پذیری در درمان مراجعان هستند و همچنین این رویکردها می‌کوشند تا خطر مداخله اتفاقی، بی‌ربط و متناقض که از التقاط اصول یا تکنیک-های مختلف، بدون ملاحظه ناسازگاری بالقوه یا تعاملات ناسازگار آن‌ها حاصل می‌شود را کاهش دهند.

در مورد محدودیت‌های این تحقیق باید گفت جامعه موردمطالعه این پژوهش، افراد متعارض بودند در تعمیم نتایج به سایر زوج‌ها باید به این موضوع توجه شود.به دلیل محدودیت زمان اجرای این پژوهش، پیگیری‌ها سه ماه پس از پایان جلسات مداخله زوج‌درمانی‌ها انجام شد که بهتر بود پیگیری‌ها ادامه داشته باشد.افرادی که در این پژوهش آورده نشدند و یا ملاک ورود به پژوهش را نداشتند از شروط محقق برای پژوهش حاضر بود. ممکن است از افرادی که کنار گذاشته شدند اطلاعات خوبی حاصل می‌شد. زوج‌درمانگر برای اجرای هر دو رویکرد یک نفر بود و ممکن است اثر تداخل پیش آمده باشد.

با توجه به اثربخشی این دو رویکرد (رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان مدار)، هم در فرایند کلی درمان و هم حفظ ماندگاری درمان پس از سه ماه در این مطالعه، به مشاوران خانواده و زوج درمانگران و روانشناسان بالینی پیشنهاد می‌گردد برای کاهش مشکلات زناشویی زوجین و درمان آن‌ها از این دو رویکرد استفاده نمایند. ازاین‌رو نتایج این تحقیق می‌تواند به زوج‌درمانگران و مشاوران خانواده کمک کند تا روش مناسب و اثربخش‌تری را در کار با زوجین دارای مشکلات و مسائل زناشویی و متقاضی طلاق به‌کارگیرند. اجرای این دو رویکرد درمانی با دو درمانگر مجزا بر روی زوجین دیگر با مشکلات زناشویی دیگر مدنظر قرار گیرد و با توجه به این‌که پژوهش حاضر می‌تواند اطلاعات گسترده‌ای در زمینهٔ رویکردهای هیجان‌مدار و مبتنی بر پذیرش و تصویر واضح و روشنی از وضع موجود طلاق را ارائه دهد، پیشنهاد می‌شود نتایج این پژوهش پیش روی محققان، دست‌اندرکاران مسائل بهداشت روانی، روان شناسان، زوج‌درمانگران و مشاوران مراکز مشاوره قرار داده شود.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر بخشی از تحقیقات انجام‌شده برای انجام رساله دکتری تخصصی بوده است و پژوهشگران بدین‌وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی کسانی که محقق را یاری کرده‌اند اعلام می‌دارد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

References

1. Rehman US, Gollan J, Mortimer AR. The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. Clinical psychology review. 2008;28(2):179-98.
2. Lebensohn-Chialvo F, Rohrbaugh MJ, Hasler BP. Fidelity failures in brief strategic family therapy for adolescent drug abuse: a clinical analysis. Family process. 2019;58(2):305-17.
3. Whisman MA. Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. Journal of abnormal psychology. 2007;116(3):638.
4. Sanders MR, Halford WK, Behrens BC. Parental divorce and premarital couple communication. Journal of Family Psychology. 1999;13(1):60.
5. Snyder DK, Castellani AM, Whisman MA. Current status and future directions in couple therapy. Annu Rev Psychol. 2006;57:317-44.
6. Whisman MA, Uebelacker LA, Weinstock LM. Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners. Journal of consulting and clinical psychology. 2004;72(5):830.
7. Babcock JC, Costa DM, Green CE, Eckhardt CI. What situations induce intimate partner violence? A reliability and validity study of the Proximal Antecedents to Violent Episodes (PAVE) scale. Journal of family psychology. 2004;18(3):433.
8. McKay M, Rogers PD, Blades J. The divorce book: A practical and compassionate guide: New Harbinger Publications Incorporated; 1999.
9. Roos LG, Levens SM, Bennett JM. Stressful life events, relationship stressors, and cortisol reactivity: The moderating role of suppression. Psychoneuroendocrinology. 2018;89:69-77.
10. Zuccarini D, Johnson SM, Dalgleish TL, Makinen JA. Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: The client change process and therapist interventions. Journal of Marital and Family Therapy. 2013;39(2):148-62.
11. Sastre MTM, Vinsonneau G, Neto F, Girard M, Mullet E. Forgivingness and satisfaction with life. Journal of Happiness Studies. 2003;4(3):323-35.
12. Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis: Oxford University Press; 2018.
13. Horigian VE, Feaster DJ, Robbins MS, Brincks AM, Ucha J, Rohrbaugh MJ, et al. A cross-sectional assessment of the long term effects of brief strategic family therapy for adolescent substance use. The American journal on addictions. 2015;24(7):637-45.
14. Long EC. Measuring dyadic perspective-taking: Two scales for assessing perspective-taking in marriage and similar dyads. Educational and psychological measurement. 1990;50(1):91-103.
15. McGoldrick M, Carter EA. The family life cycle: A framework for family therapy: Gardner Press; 1980.
16. Sanderson CA, Evans SM. Seeing one's partner through intimacy-colored glasses: An examination of the processes underlying the intimacy goals-relationship satisfaction link. Personality and Social Psychology Bulletin. 2001;27(4):463-73.
17. Jabbarifard F, Sharifi T, Solati K, Ghazanfari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on perceived stress, resilience, and the quality of life in thalassemia major patients. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2019;21(2):91-7.
18. Bani Hashemi S, Hatami M, Hasani J, Sahebi A. Comparing effectiveness of the cognitive-behavioral therapy, reality therapy, and acceptance and commitment therapy on quality of life, general health, and coping strategies of chronic patient's caregivers. Journal of Clinical Psychology. 2020;12(1):63-76. [Persian].
19. Hsu W-S, Lin H-J, Sun S-TM, Chen H-J. The training effects of solution-focused brief counseling on telephone-counseling volunteers in Taiwan. Journal of Family Psychotherapy. 2017;28(4):285-302.
20. Hayes SC. Buddhism and acceptance and commitment therapy. Cognitive and Behavioral Practice. 2002;9(1):58-66.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]

21. Garanzini S, Yee A, Gottman J, Gottman J, Cole C, Preciado M, et al. Results of Gottman method couples therapy with gay and lesbian couples. Journal of marital and family therapy. 2017;43(4):674-84.
22. Palmer-Olsen L, Gold LL, Woolley SR. Supervising emotionally focused therapists: A systematic research-based model. Journal of marital and family therapy. 2011;37(4):411-26.
23. Gottman J, Silver N. Why marriages succeed or fail New York. Simon & Schuster; 1994.
24. Gottman JM. The marriage clinic: A scientifically-based marital therapy: WW Norton & Company; 1999.
25. Khojasteh Mehr R, Roshan Ravan N, Abbaspour Z. Evaluation of psychometric properties of the Self Dyadic Perspective Taking (SDPT) and Other Dyadic Perspective Taking (ODPT) scales. Family Psychology. 2016;3(1):81-92.
26. Johnson S. The practice of emotionally focused couples therapy. New York: Brunner Roudedge. 2004.
27. Bennett R, Oliver JE. Acceptance and commitment therapy: 100 key points and techniques: Routledge; 2019.
28. Arianfar N, Rasouli R. The comparison of emotionally focused couple therapy with marital enrichment program on the marital satisfaction. Family Counseling & Psychotherapy. 2018;7(2):3-26.
29. Ghasemi Z, Mirzania Z, Hayati M. The effectiveness of participation in psycho- educational program based on Guttmann's' systemic- behavioral approach on couple burnout and irrational relationship beliefs in married women with attitudes towards marital infidelity. The Journal Of New Advances In Behavioral Sciences. 2018;3(21):1-18.
30. Alavi Sz, Amanelahi A, Attari Y, Koraei a. The effectiveness of emotionally focused couple therapy on emotional and sexual intimacy of incompatible couples. Family Counseling and Psychotherapy. 2019;8(2):25-46. [Persian].
31. Madani Y, Hashemi Golpayegani F, Gholamali Lavasani M. Proposing an integrated model of emotional focused approach and Gottman model and its effectiveness on quality of marital relationship in married women. Journal of Applied Psychological Research. 2017;7(4):73-88.
32. James-Kangal N, Whitton SW. Conflict management in emerging adults'"nonrelationships". Couple and Family Psychology: Research and Practice. 2019;8(2):63.
33. Weissman N, Batten SV, Rheem KD, Wiebe SA, Pasillas RM, Potts W, et al. The effectiveness of emotionally focused couples therapy with veterans with PTSD: A pilot study. Journal of Couple & Relationship Therapy. 2018;17(1):25-41.
34. Jalali Shahkouh S, Mazaheri MA, Kiamanesh A, Ahadi H. The compilation of an educational package for enrichment of marital life based on emotional focused therapy and investigation of its efficacy on newly-married couples's marital adjustment. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2017;19(special issue):153-9. [Persian].
35. Mohammadi M, Zahrakar K, Jahangiri J, Davarniya R, Shakarami M, Morshedi M. Assessing the Efficiency of Educational Intervention Based on Gottman's Model on Marital Intimacy of Women. Journal of Health. 2017;8(1):74-84. [Persian].
36. Seyyed Moharrami i, Ghanbari B. The Effect of Solution-Focused Group Counseling on Family Function and Marital Satisfaction. Biannual Journal of Applied Counseling. 2016;5(1):23-40. [Persian].
37. Johnson MD, Cohan CL, Davila J, Lawrence E, Rogge RD, Karney BR, et al. Problem-solving skills and affective expressions as predictors of change in marital satisfaction. Journal of consulting and clinical psychology. 2005;73(1):15.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.2.5]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.575]