

مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان

سحر خانجانی و شکی^۱، عبدالله شفیع آبادی^۲، ولی اله فرزاد^۳، مریم فاتحی زاده^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت روابط زناشویی میان زوجین، مهم ترین جنبه خانواده های دارای عملکرد مطلوب می باشد. هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral couple therapy یا CBCT) و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) بر کیفیت زناشویی زوجین متعارض بود.

مواد و روش ها: در این پژوهش از یک طرح شبه آزمایشی، پیش آزمون، پس آزمون با گروه شاهد استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه زوجین متعارض بود که در سال ۱۳۹۵ به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. نمونه گیری به صورت داوطلبانه انجام گرفت. ۹۰ نفر (زن و شوهر) در سه گروه CBCT (۳۰ نفر)، ACT (۳۰ نفر) و گروه شاهد (۳۰ نفر) قرار گرفتند. هر دو گروه آزمایش، دوازده جلسه درمان را یک بار در هفته دریافت کردند. ابزار پژوهش شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسش نامه سازگاری زوجی اصلاح شده (Revised Dyadic Adjustment Scale یا RDAS) بود. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد که روش های CBCT و ACT، تغییرات معنی داری در کیفیت زناشویی در مرحله پس آزمون ایجاد کرد ($P < 0/05$). همچنین، نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni حاکی از آن بود که بین میزان اثربخشی روش های CBCT و ACT بر کیفیت زناشویی تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: روش های CBCT و ACT هر دو تغییرات معنی داری در کیفیت زناشویی ایجاد کرد و بین اثربخشی این دو روش درمانی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. از این رو، نتیجه پژوهش حمایتی تجربی برای هر دو درمان در جهت افزایش کیفیت زناشویی فراهم می کند.

واژه های کلیدی: زوج درمانی شناختی- رفتاری، زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زناشویی، زوجین متعارض

ارجاع: خانجانی و شکی سحر، شفیع آبادی عبدالله، فرزاد ولی اله، فاتحی زاده مریم. مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۴): ۴۶۴-۴۷۱

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۸/۲۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۶/۲۲

مقدمه

خانواده و جامعه سالم، وابسته به روابط زناشویی موفق است. مشکلات زناشویی نه تنها پایه های خانواده را متزلزل می کند، بلکه مهم تر از آن رشد عاطفی، اجتماعی و سازگاری بعدی زوجین را نیز دچار مشکل می سازد. بنابراین، رابطه زناشویی از عمیق ترین لذت های بشر و در عین حال یکی از بزرگ ترین سرچشمه های رنج است (۱). کیفیت زناشویی (Marital quality) مفهومی چند بعدی و شامل ابعاد گوناگون روابط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادی، انسجام و تعهد است. ابراز رضایت بالا از رابطه، داشتن نگرش های مثبت به همسر و سطوح پایین خصومت و رفتارهای منفی، نشان دهنده کیفیت زناشویی مطلوب می باشد (۲). کیفیت زناشویی یک پیش بینی کننده مهم تداوم زناشویی است (۳). سلامت ذهنی، احساس بهزیستی، سعادت مندی و شادمانی با

رضایتمندی زوجی مترادف می باشد (۴). با توجه به این موضوع، کیفیت زناشویی معادل رضایتمندی از زندگی زناشویی تعریف می شود (۵).

یکی از درمان های مؤثر در زمینه حل مشکلات زوجین، زوج درمانی شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral couple therapy یا CBCT) است. امروزه، استفاده انحصاری از نظریه یادگیری در درمان جای خود را به این موضوع داده است که عوامل شناختی (نگرش ها، افکار و انتظارات) نیز بر رفتار تأثیر می گذارد. تأکید روی شناخت و رفتار در درمان، اکنون به طور گسترده ای توسط درمانگران خانواده و ازدواج به دلیل ویژگی قابل انعطاف و ترکیبی آن رشد کرده است. رشد عمده دیگر در این حوزه، کاربرد اصول نظریه یادگیری برای آموزش و درمان زوجها بود. درمانگران با جهت گیری رفتاری، پدیده ارتباط و آموزش مهارت های حل مسأله را به مداخله های زوج درمانی اضافه نمودند (۶).

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۲- استاد، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه روان شناسی و مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران

۴- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: عبدالله شفیع آبادی

Email: ashafiabady@yahoo.com

به طور کلی درمانی زمینه‌گرا است، زمینه‌ای که فکر و هیجان در آن رخ می‌دهد. بنابراین، می‌کوشد به جای تغییر شکل یا محتوای رفتار بالینی، زمینه اجتماعی/کلامی را تغییر دهد (۲۱).

یکی از بهترین و مؤثرترین یافته‌ها، استراتژی تنظیم احساسات از طریق ارزیابی مجدد شناختی است که هسته اصلی روش CBCT محسوب می‌شود؛ در صورتی که استراتژی ACT، پذیرش و عدم اجتناب می‌باشد (۲۲). در راستای تفاوت‌ها و نحوه عملکرد این دو روش درمانی، در مطالعه حاضر، اثربخشی روش CBCT با ACT بر کیفیت زناشویی زوجین متعارض بررسی و مقایسه گردید.

مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش شبه آزمایشی بود و در آن از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه شاهد استفاده شد. جامعه آماری مطالعه شامل کلیه زوجین متعارض بود که در سال ۱۳۹۵ به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت داوطلبانه انجام شد. برای نمونه‌گیری، اطلاعیه‌ای جهت برگزاری جلسات زوج درمانی در تعدادی از مراکز مشاوره اصفهان (تحت نظر بهزیستی) اعلام شد. در ابتدا از افراد مراجعه کننده ثبت نام به عمل آمد. سپس، افراد در مورد معیارهای ورود و خروج توسط پژوهشگر مصاحبه شدند و پیش‌آزمون روی آنان اجرا شد. بنابراین، ۹۰ نفر (زن و شوهر) انتخاب و به صورت گمارش تصادفی، در سه گروه CBCT (۳۰ نفر)، ACT (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود عبارت بود از زوج‌هایی که به دادگاه خانواده به قصد طلاق مراجعه نکرده بودند، دچار اختلالات روانی-شخصیتی مزمن نبودند، در مداخلات روان‌شناسی و روان‌پزشکی هم‌زمان شرکت نداشتند، حداقل یک سال سابقه زندگی مشترک داشتند، حداقل تحصیلات دیپلم داشتند و هر دو قادر به شرکت دوازده جلسه پایایی در جلسات بودند. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از سه جلسه، عدم انجام تکالیف در طول دوره زوج درمانی، وقوع رویداد پیش‌بینی نشده (مانند بیماری، مرگ و...) و ابراز عدم تمایل به همکاری بود.

برای تعیین جلسات CBCT، پس از بررسی مطالعاتی مانند McKay و همکاران (۲۳)، Dattilio (۲۴) و عظیمی‌فر (۲۵)، یک طرح درمان تهیه شد و فرم اولیه آن به دست آمد. با نظر ۸ متخصص، اصلاحاتی در آن صورت گرفت و با استفاده از روش توافقی، پایایی طرح درمان مورد محاسبه قرار گرفت و ضریب ۰/۸۷ به دست آمد که بیانگر سطح توافق مطلوب در خصوص طرح درمان بود. همچنین، روایی محتوایی طرح درمانی توسط استادان بررسی کننده (۸ متخصص)، مطلوب گزارش گردید و دوازده جلسه درمان، یک بار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه به صورت گروهی اجرا شد (جدول ۱). برای تعیین جلسات ACT، نیز پس از مرور پژوهش‌های ایزدی و عابدی (۹)، Harris (۱۱) و Harris (۲۶)، یک طرح درمان تهیه شد و فرم اولیه آن به دست آمد. با نظر ۸ متخصص اصلاحاتی در آن صورت گرفت و با استفاده از روش توافقی، پایایی طرح درمان مورد محاسبه قرار گرفت و ضریب ۰/۸۳ حاصل شد که بیانگر سطح توافق مطلوب در خصوص طرح درمان بود. همچنین، روایی محتوایی طرح درمانی توسط استادان بررسی کننده (۸ متخصص)، مطلوب عنوان گردید و دوازده جلسه درمان، یک بار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه به صورت گروهی اجرا شد (جدول ۲). آزمودنی‌ها پس از اتمام جلسات دوباره به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در این شکل از زوج درمانی، به زوجها درباره خطاهای شناختی همچون ذهن‌خوانی و تعمیم افراطی هشدار داده می‌شود (۷). رویکرد CBCT علاوه بر بازسازی شناختی، از انواع مداخله‌های رفتاری برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای استفاده می‌کند (۸).

یکی دیگر از روش‌های درمانی اخیر نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) می‌باشد که نام خود را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد: «آنچه خارج از کنترل شخصی تو هست را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد، متعهد باش». تأکید این درمان (رفتار درمانی موج سوم) بر خلاف موج اول و دوم رفتار درمانی، بر تغییر درجه اول نیست، بلکه این نوع رفتار درمانی بر تغییر درجه دوم (Second order change) تأکید دارد؛ یعنی به جای تغییر در رفتار به دنبال تغییر در ساختار یا عملکرد از طریق فرضیه‌های بافتی (Content assumptions) از جمله ارتباط درمانی می‌باشد. تمرکز بر تغییر گسترده‌تر شده است و تأکید بر تغییر رفتارهای قابل مشاهده بیرونی و رفتارهای درونی مانند فکر نیست (۹). از دیدگاه روش ACT، شکل‌گیری رفتارهای مختلف در انسان متأثر از شرایط زندگی (دوره اولیه کودکی، اواسط و اواخر کودکی و اوایل سن بلوغ) است. به بیان دیگر، زمینه‌ها و تجارب هر فرد در زندگی است که پایه رفتارهای رمانتیک و عاشقانه را در زندگی طرح‌ریزی می‌کند و تعاملات کلامی افراد در دوران کودکی و اواخر دوران کودکی و بلوغ جنسی، روابط زوجی آن‌ها را در آینده تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، طبق نظریه چهارچوب ارتباطی (Relational frame theory)، زبان و تعاملات کلامی در عین حال که تجربه عشق و صمیمیت را پررسان می‌کند، مشکلاتی را نیز به وجود می‌آورد که می‌توان از طریق روش ACT در جهت حل این مشکلات گام برداشت (۷).

فرایندهای مهم در شیوه ACT نیز شامل پذیرش (Acceptance)، در زمان حال بودن (Now و Here)، گسلش (Defusion)، خود به عنوان زمینه (Self as a context)، ارزش‌ها (Values) و عمل متعهدانه (Committed action) می‌باشد (۱۰). فرایندهای مکمل پذیرش و گسلش، زوجین را در پاسخدهی به افکار و احساسات خود به نحو سالم‌تری از نظر روانی یاری می‌دهد. پذیرش به معنای پذیرفتن افکار و احساسات در لحظه، بدون تلاش به منظور کنترل آن‌ها و به صورتی که فقط تجربه شود. گسلش به این معنی است که فرد افکار را به صورت حقیقت باور می‌کند و به جای اجتناب، باید آن‌ها را تجربه کند. بنابراین، پذیرش و گسلش می‌تواند مانع از این شود که زوجین به نحوی پاسخ دهند که روابط زوجی را تضعیف کند (۱۱).

تحقیقات اخیر با استفاده از شیوه‌های ACT و CBCT، نتایج رضایت‌بخشی را برای استفاده از این رویکردها در درمان زوجین فراهم می‌کند. مطالعات انجام شده، روش CBCT را به عنوان درمان مناسبی بر کیفیت زندگی زناشویی (۱۲)، صمیمیت زناشویی (۱۳)، صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی (۱۴)، سازگاری زناشویی (۱۵)، کیفیت زناشویی (۱۶) و تعامل مثبت زوجین و بهبود رفتارهای جنسی (۱۷) مطرح کرده‌اند. همچنین، روش ACT را به عنوان درمان مؤثری برای صمیمیت و تعارضات زناشویی (۱۸) و افزایش سازگاری، رضایتمندی زوجین، کاهش آشفتگی‌های روانی و بین فردی (۱۹) مورد بحث قرار داده‌اند. شیوه‌های ACT و CBCT تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند که از آن جمله می‌توان گفت که CBCT جزء نگر می‌باشد (۲۰)؛ در حالی که درمانگران شیوه ACT را به تبع زمینه‌گرایی عملکردی، کل نگر می‌دانند. این نوع از درمان

جدول ۱. خلاصه جلسات CBCT (Cognitive-behavioral couple therapy)

جلسه	محتوای آموزش (هدف)	شیوه درمانی	تکلیف
اول	برقراری ارتباط	آشنایی با مدل و اهداف درمانی	-
دوم	مهارت‌های رفتاری	ایفای نقش، شناخت الگوهای تقویت و تنبیه، افزایش تبادل رفتاری مثبت و کاهش تبادل منفی	انجام دو رفتار مثبت و کاهش یک رفتار منفی، فهرست توجه روزانه
سوم	مهارت‌های رفتاری	قراردادهای وابستگی، وارونه‌سازی نقش	قرارداد تبادل رفتارهای مطلوب
چهارم	مهارت‌های رفتاری	جرات‌ورزی، آزمایش‌های رفتاری، تمرین رفتاری	به کار گرفتن آزمایشات رفتاری
پنجم	مهارت‌های ارتباطی	گوش دادن فعال، مهارت‌های فرستنده و گیرنده	اصلاح مهارت‌های ارتباطی
ششم	مهارت‌های ارتباطی	تعیین تعاملات منفی خاص، تمرین ارتباط کارآمد	تمرین مهارت‌های ارتباط کارآمد
هفتم	مهارت‌های شناختی	پیکان نزولی، تشخیص افکار خودآیند و هیجانات	تکمیل ثبت روزانه افکار ناکارآمد
هشتم	مهارت‌های شناختی	تشخیص طرح‌واره‌ها، فرایندهای شناختی	کشف طرح‌واره‌های مهم رابطه
نهم	مهارت‌های شناختی	تبیین رفتار همسر، تشخیص خطاهای شناختی	اصلاح خطاهای شناختی
دهم	مهارت‌های شناختی	الگوهای اسنادی، تبیین انتظارات غیر واقع‌بینانه	تمرین به من بگو چه دوست داری
یازدهم	مهارت‌های حل مسأله	ارزیابی و تمرین حل مسأله، برنامه‌ریزی فعالیت	تمرین برنامه‌ریزی فعالیت
دوازدهم	مهارت‌های حل تعارض	شناسایی و تمرین روش‌های حل تعارض	حل یک تعارض خاص

ابزار سنجش

پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی طراحی شد. در این پرسش‌نامه اطلاعاتی مانند سن، میزان تحصیلات، شغل، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان و... بررسی گردید.

پرسش‌نامه سازگاری زوجی اصلاح شده (Revised Dyadic Adjustment Scale یا RDAS): منظور از کیفیت روابط زناشویی در این پژوهش، نمره‌ای است که آزمودنی‌ها در فرم تجدید نظر شده پرسش‌نامه سازگاری زناشویی کسب

کردند (۲۷). این پرسش‌نامه کیفیت زناشویی را نشان می‌دهد و نمرات بالا نشان دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. در پژوهش حاضر، پرسش‌نامه RDAS جهت ارزیابی کیفیت زناشویی به کار گرفته شد که توسط Busby و همکاران ساخته شده است (۲۷). فرم اصلی این مقیاس بر اساس نظریه Lewis و Spanier (۳) در مورد کیفیت روابط زناشویی ساخته شده است (۲۸، ۲۹). Bradbury و همکاران نیز پس از مطرح کردن نظریه خود در مورد کیفیت زناشویی، این پرسش‌نامه را به عنوان ابزار مناسبی برای ارزیابی کیفیت زناشویی معرفی نمودند (۳۰).

جدول ۲. خلاصه جلسات ACT (Acceptance and commitment therapy)

جلسه	محتوای آموزش (هدف)	شیوه درمانی	تکلیف
اول	برقراری ارتباط	مشخص کردن انتظارات و اهداف، قراردادهای اولیه	-
دوم	مفهوم‌سازی مشکل	مفهوم‌سازی مشکل از دیدگاه اعضا و مشاور (استعاره چاله و بیلچه)	فهرستی از اعمال ناکارآمد حل مشکل
سوم	ماندن یا رفتن	انتخاب، ارتباط سالم (گشودگی، تمرکز و اشتیاق)	مشخص کردن انتخاب رابطه با همسر
چهارم	مشکل زوجین ۱	سم: حصار ذهن، پادزهر: رهایی از ذهن	شناسایی باور نادرست درباره ازدواج
پنجم	مشکل زوجین ۲	سم: انتظارات، پادزهر: تضعیف انتظارات (نه حذف آن‌ها)	تلاش جهت تضعیف انتظارات
ششم	مشکل زوجین ۳	سم: ارزش‌های مبهم، پادزهر: ارزش‌های واضح و تسلط بر مهارت‌ها برای حرکت در جهت ارزش‌ها (حل تعارض و ارتباط مؤثر)	تشخیص تفاوت ارزش‌ها و انتظارات
هفتم	مشکل زوجین ۴	سم: قطع ارتباط، پادزهر: یکی شدن با همسر (گشودگی، پذیرش و کنجکاوی)	تلاش در جهت یکی شدن با همسر
هشتم	مشکل زوجین ۵	سم: تلاش برای اجتناب، پادزهر: تمایل به رنج، معرفی روش‌های کنترل ارزش‌های زوجی، شناسایی موانع در برابر ارزش‌ها، انتخاب یک ارزش زوجی و عینی کردن آن	تمرین من چگونه می‌خواهم همسرم را کنترل کنم؟ تمرین دهمین سالگرد ازدواج من می‌خواهم در ارتباط با همسر چگونه باشم.
دهم	موانع و پادزهر موانع درونی	شناسایی موانع عمل، پادزهر: پذیرش و گسلش	تمرین تشکر از ذهن و استعاره قطار
یازدهم	پادزهر موانع بیرونی	پادزهر موانع بیرونی تغییر: حل مسأله	تبدیل صحنه جنگ به صلح: تمرین مکث، به معنای توقف آگاهانه، چند ثانیه قبل از واکنش نشان دادن
دوازدهم	مه روان‌شناختی	معرفی مه روان‌شناختی، معرفی لایه‌های مه: لایه باید‌ها، هیچ جایی برای تلاش نیست، ای کاش، فقط اگر...، گذشته دردناک، آینده ترسناک و...	روش‌های مفید: ۱- رهایی از ذهن، ۲- گشودگی، ۳- ارزش‌گذاری، ۴- عجب شدن با همسر و ۵- صمیمیت تمرین مه روان‌شناختی (وقتی با افکار تان آمیخته می‌شوید، چه اتفاقی روی می‌دهد؟).

جدول ۳. میانگین نمرات کیفیت زناشویی در گروه‌های آزمایش و شاهد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	مرحله	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
کیفیت	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
کیفیت	۴۲/۳۰ $\pm$ ۴/۸۹	۵۲/۰۳ $\pm$ ۴/۵۲
زناشویی	۴۱/۳۳ $\pm$ ۵/۵۸	۵۱/۱۰ $\pm$ ۳/۹۵
شاهد	۴۰/۹۶ $\pm$ ۴/۹۰	۴۰/۱۳ $\pm$ ۴/۰۹

CBCT: Cognitive-behavioral couple therapy; ACT: Acceptance and commitment therapy

با توجه به نتایج جدول ۴، آموزش متغیرهای مستقل (CBCT و ACT) توانست منجر به ایجاد تفاوت معنی‌دار میانگین نمرات متغیر وابسته (کیفیت زناشویی) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. مقدار تأثیر آموزش روش‌های ACT و CBCT بر میزان کیفیت زناشویی در مرحله پس‌آزمون ۰/۶۳ بود؛ بدین معنی که ۶۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته توسط عضویت گروهی تبیین می‌شود. این در حالی بود که جنسیت و تعامل جنسیت با متغیر گروه‌بندی نتوانست بر متغیر وابسته تأثیر معنی‌داری بگذارد.

بر اساس نتایج جدول ۵، نمرات هر دو گروه آزمایش CBCT و ACT تفاوت معنی‌داری با گروه شاهد داشت ($P < ۰/۰۵$)؛ در حالی که تفاوت بین دو گروه CBCT و ACT معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۵$) و فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی روش CBCT بر کیفیت زناشویی مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، فرض پژوهش مبنی بر اثربخشی شیوه ACT بر کیفیت زناشویی پذیرش شد، اما فرض سوم پژوهش مبنی بر این که بین اثربخشی این دو روش بر کیفیت زناشویی تفاوت وجود دارد، تأیید نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی روش‌های ACT و CBCT بر کیفیت زناشویی بود. این نتایج با یافته‌های تحقیقات خواجه و همکاران (۱۲)، Sanford (۱۶)، عظیمی‌فر (۲۵)، جمیلیان و همکاران (۳۲)، شاکر دولاق و همکاران (۳۳)، هدایتی آذر (۳۴)، علمداری (۳۵) و کاشفی و هنرپروران (۳۶) در حوزه ACT و CBCT همخوانی داشت. همچنین، دو گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری را در پس‌آزمون نشان نداد. بنابراین، بین تأثیر این دو روش درمانی بر کیفیت زناشویی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

پرسش‌نامه ۱۴ سؤالی مذکور، از روی فرم اصلی ۳۲ سؤالی که توسط Lewis و Spanier ارایه شده بود (۳)، ساخته شده است. پرسش‌نامه به صورت طیف شش‌تایی از صفر تا پنج نمره‌گذاری می‌شود؛ به طوری که پاسخ کاملاً موافق نمره پنج و پاسخ کاملاً مخالف نمره صفر می‌گیرد. پایایی پرسش‌نامه به شیوه ضریب Cronbach's alpha از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۷). ویژگی‌های روان‌سنجی فرم فارسی این ابزار در ایران توسط عیسی‌نژاد و همکاران بررسی گردید (۳۱). میزان ضریب Cronbach's alpha برای پرسش‌نامه ۰/۸۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر، برای بررسی ضریب پایایی پرسش‌نامه از ضریب Cronbach's alpha استفاده گردید و این ضریب برای کیفیت زناشویی در پژوهش فوق ۰/۸۶ به دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که در گروه آزمایش CBCT، بیشترین دامنه سنی مربوط به ۳۱ تا ۳۵ سال (۱۲/۲۲ درصد)، در گروه آزمایش ACT، بیشترین دامنه سنی مربوط به ۲۵ تا ۳۰ سال (۱۵/۵۶ درصد) و در گروه شاهد نیز بیشترین دامنه سنی مربوط به ۳۱ تا ۳۵ سال (۱۲/۲۲ درصد) بود. از بین زوج‌های شرکت‌کننده در گروه آزمایش CBCT، بیشترین گروه تحصیلی مربوط به سطح تحصیلات کارشناسی (۱۴/۴۴ درصد)، در گروه آزمایش ACT، بیشترین گروه تحصیلی مربوط به سطح تحصیلات کارشناسی (۱۰ درصد) و در گروه شاهد نیز بیشترین گروه تحصیلی مربوط به سطح تحصیلات دیپلم (۱۱/۱۱ درصد) بود. با توجه به جدول ۳، میانگین نمرات کیفیت زناشویی در گروه‌های آزمایش ACT و CBCT در مقایسه با گروه شاهد در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت.

قبل از ارایه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس، نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($P > ۰/۰۵$). همچنین، پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون Levene ارزیابی شد که بیانگر عدم معنی‌داری آن بود و نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > ۰/۰۵$). در انتها، به دلیل استفاده از تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از عدم معنی‌داری شیب خط رگرسیون بود ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه تأثیر روش‌های CBCT (Cognitive-behavioral couple therapy) و ACT (Acceptance and commitment therapy) بر کیفیت زناشویی

شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۸/۳۳	۱	۸/۳۳	۰/۴۶	۰/۵۰۰	۰/۰۰۶	۰/۱۰
عضویت گروهی	۲۶۱۱/۲۸	۲	۱۳۰۵/۶۴	۷۲/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۰	۱/۰۰
جنسیت	۲/۷۱	۱	۲/۷۱	۰/۱۵	۰/۷۰۰	۰/۰۰۲	۰/۰۶
تعامل جنسیت و گروه‌بندی	۲۰/۱۳	۲	۱۰/۰۷	۰/۵۵	۰/۵۷۰	۰/۰۱۰	۰/۱۴
خطا	۱۵۰۲/۸۰	۸۳	۱۸/۱۰	—	—	—	—
کل	۲۰۹۴۱۴/۰۰	۹۰	—	—	—	—	—

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni در متغیر کیفیت زناشویی

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار معنی‌داری
گروه آزمایش CBCT	گروه آزمایش ACT	۰/۸۲	۱/۱۰
گروه شاهد	گروه شاهد	۱۱/۷۷	۰/۰۰۱*
گروه آزمایش ACT	گروه آزمایش CBCT	-۰/۸۲	۱/۱۰
گروه شاهد	گروه شاهد	۱۰/۹۴	۰/۰۰۱*
گروه شاهد	گروه آزمایش CBCT	-۱۱/۷۷	۱/۱۰
گروه آزمایش ACT	گروه آزمایش ACT	-۱۰/۹۴	۱/۰۸

CBCT: Cognitive-behavioral couple therapy; ACT: Acceptance and commitment therapy

P < ۰/۰۵*

ارتباطی را در جلسات زوج درمانی به کار می‌گیرند. در جلسات ACT زوجین به وسیله مهارت‌های فوق، برای حرکت در جهت ارزش‌ها و تعهد به تغییرات رفتاری تشویق می‌شوند. ACT یکی از رویکردهای درمانی موج سوم رفتار درمانی است که از فرایند پذیرش، گسلش، تعهد و تغییر رفتار برای ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (۳۸). بنابراین، CBCT و ACT هر دو با گزینه‌های متفاوت، شناخت و احساس و رفتار زوجین را هدف درمان قرار می‌دهد. علاوه بر این، هر دو مداخله به صورت زوجی می‌باشد و تأکید بر برقراری رابطه حسنه، سنجش اولیه، تعیین اهداف درمانی، تکنیک‌های درمانی، اختتام و پیگیری است.

تحقیقات ACT در متغیرهای مربوط به زندگی زوجی هنوز در آغاز راه است و شواهد بیشتری در خصوص مکانیزم عمل این درمان و مقایسه آن با روش CBCT لازم است. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که دو روش مذکور با توجه به شباهت به کارگیری مهارت‌های حل مسئله، مهارت حل تعارض و مهارت‌های ارتباطی در جلسات زوج درمانی و تمرکز هر دو درمان بر شناخت، احساس و رفتار زوجین به وسیله راهبردهای متفاوت، می‌تواند گزینه‌های درمانی مناسبی برای افزایش کیفیت زناشویی زوجین در ایران باشد.

داوطلبانه بودن زوج‌های مورد مطالعه ممکن است که نتایج حاصل از تحلیل آماری را تحت تأثیر قرار دهد و در نتیجه، تأثیرات نامطلوبی روی روایی درونی پژوهش داشته باشد. بنابراین، در تعمیم و تکیه بر نتایج پژوهش باید این محدودیت را به نحوی مد نظر قرار داد. بدیهی است که با انجام پژوهش‌های مکرر و تأیید یافته‌ها، این محدودیت در عمل از بین خواهد رفت. از محدودیت‌های دیگر این بود که جامعه آماری پژوهش حاضر را زوجین شهر اصفهان تشکیل دادند. بنابراین، تعمیم نتایج این پژوهش به جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد و عدم انجام آزمون پیگیری نیز از محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌گردد. پیشنهاد می‌شود که مقایسه اثربخشی دو روش CBCT و ACT در شهرهای مختلف ایران انجام شود و تأثیر این دو رویکرد درمانی در مورد سایر متغیرها نیز بررسی گردد. اطلاعات حاصل از مطالعه حاضر می‌تواند به افزایش سطوح سازگاری، درگیری بیشتر در فعالیتهای روزمره زندگی و نیز افزایش کیفیت زناشویی کمک کند و از طریق افزایش کیفیت روابط زناشویی، می‌توان به ارتقای سطح کلی کیفیت زندگی امیدوار بود. از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در مراکز مشاوره و دادگاه‌های خانواده استفاده نمود.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری خانم سحر خاتجانی وشکی با

در تبیین چرایی نتایج حاصل از پژوهش در مورد اثربخشی روش CBCT بر کیفیت زناشویی، می‌توان گفت که این شیوه از طریق ایفای نقش، قرارداد وابستگی، وارونه‌سازی نقش، گوش دادن فعال (مقدمه‌ای بر همدلی) و بررسی انتظارات غیر واقع‌بینانه توانسته است بر کیفیت زناشویی زوجین مؤثر واقع شود و کمک کند که زوجین موضوعات را تا حدودی از دنیای همسرشان ببینند. همچنین، پیکان نزولی، تشخیص و اصلاح خطاهای شناختی، تعادل در هزینه‌ها- پاداش‌های زندگی مشترک و برنامه‌ریزی فعالیت بر کیفیت رابطه زوجین تأثیر می‌گذارد.

در مورد اثربخشی روش ACT بر کیفیت زناشویی نیز می‌توان گفت که این شیوه زمینه‌ای را فراهم می‌آورد که می‌تواند بر رضایت زوجین تأثیرگذار باشد. در واقع، فرایندهای گسلش (استعاره قطار)، پذیرش (استعاره تشکر از ذهن)، تعیین ارزش‌ها (تمرین دهمین سالگرد ازدواج، آهنربای ذهن، زندگی و هشتاد سالگی) و عمل متعهدانه به زوجین کمک می‌کند که مسئولیت برای تغییرات رفتاری را بپذیرند و هر زمان لازم بود، تغییر کنند. بنابراین، ACT شیوه‌ها را متعادل می‌کند و در حوزه‌های قابل تغییر (مثل رفتار آشکار)، بر تغییرات متمرکز است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست، بر پذیرش متمرکز می‌شود (۳۷).

روش‌های CBCT و ACT شباهت‌هایی دارد، اما این شباهت‌ها به وسیله گزینه‌های متفاوت در هر درمان تبیین می‌شود. هر دو بر یک رابطه درمانی خوب و نقش شناخت از طریق مسیرهای متفاوت تأکید می‌کند. زوج درمانگران روش CBCT بر تغییر محتوای شناخت تأکید دارد (۲۲)؛ در حالی که درمانگران ACT با تأکید بر نقش شناخت، قصد دارند تا زمینه‌ای را که افکار در آن اتفاق می‌افتد، تغییر دهند (۳۸). به بیان دیگر، در دیدگاه CBCT، بر روی بازسازی شناختی (تغییر افکار) تأکید وجود دارد، اما در زوج درمانی ACT به مفهوم گسلش شناختی پرداخته می‌شود (۷). هر دو روش بر کاهش ناراحتی عاطفی با راهبردهای متفاوت تأکید می‌کند. CBCT بر رویداد و برداشتی از رویداد که پیامد عاطفی ناگوار را تولید می‌کند، تمرکز دارد؛ در صورتی که ACT اجتناب تجربه‌ای را هدف قرار می‌دهد و تلاش می‌کند که احساسات ناخوشایند را از طریق پذیرش مدیریت نماید (۲۲). به عبارت دیگر، CBCT حامی حفظ برخی عواطف خاص برای مثال عواطف مثبت است و سعی می‌شود که از عواطف منفی به وسیله باورهای منطقی اجتناب شود، اما در روش ACT عواطف چه مثبت و چه منفی باید به صورت رفتاری طبیعی در نظر گرفته شود و نباید از آن‌ها اجتناب گردد (۷). تبیین دیگر در جهت شباهت دو روش این است که هر دو برای تغییر رفتار، مهارت‌های حل مسئله، مهارت حل تعارض و مهارت‌های

این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

شماره ۹۴۱۰۲۷ می‌باشد. بدین وسیله از مدیریت محترم مرکز مشاوره پارسه به دلیل فراهم نمودن شرایط اجرا و جذب مراجعان و همچنین، کلیه زوجینی که در

References

1. Gary J. Together forever: Relationship skills for lasting love. Trans. Gharache Daghi J. Tehran, Iran: Alborz Publications; 1999. [In Persian].
2. Khojasteh Mehr R, Kerachian M, Shirali Nia K. Mediating role of spouse's perception of sacrificing behaviors in the relationship between attachment styles and marital quality. *Journal of Family Psychology* 2014; 1(2): 31-40. [In Persian].
3. Lewis R, Spanier G. Theorizing about the quality and stability of marriage. In: Burr WR, Editor. *Contemporary theories about the family: Research-based theories*. New York, NY: Free Press; 1979.
4. Frisch MB. *Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. New York, NY: John Wiley & Sons; 2005.
5. Shahi A, Ghaffari I, Ghasemi K. Relationship between mental health and marital satisfaction. *Behbood J* 2011; 15(2): 119-26.
6. Etemadi O, Rezai'e J, Ahmadi A. *Intimacy and its role in marital life*. Isfahan, Iran: Iranian Student Book Agency; 2014. [In Persian].
7. Dahl J, Stewart I, Martell C, Kaplan JS. *ACT and RFT in relationships: helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment therapy and relational frame theory*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2014.
8. Halford WK. *Brief therapy for couples: Helping partners help themselves*. New York, NY: Guilford Press; 2003.
9. Izadi R, Abedi MR. *Acceptance and commitment therapy*. Tehran, Iran: Jangal Publications; 2014. [In Persian].
10. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75(2): 336-43.
11. Harris R. *ACT with love: stop struggling, reconcile differences, and strengthen your relationship with acceptance and commitment*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2009.
12. Khajeh A, Bahrani F, Fatehi Zade M, Abedi MR, Sajadian P. The effect of happiness training based on cognitive behavioral approach on quality of marital life in married males and females. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2014; 14(53): 11-21. [In Persian].
13. Etemadi O, Navabi Nejad Sh, Ahmadi A, Farzad V. Investigating the effect of couple therapy through imagotherapy on increasing the intimacy of couples referring to consultation centers in the town of Isfahan. *Counseling Research & Developments* 2006; 5(19): 9-22.
14. Mami S, Roohandeh M, Naseri A. Effectiveness of couples therapy on marital intimacy and life satisfaction in couples Ilam. *Proceedings of the 1st International Conference on Economics, Management, Accounting and Social Sciences*; 2014 Jun 23; Tehran, Iran. [In Persian].
15. Moazinezhad M, Afsharinia K, Arefi M. Effectiveness of cognitive and behavioral couple therapy on marital adjustment of couples referring to welfare consultation centers in Kermanshah city. *Int J Rev Life Sci* 2015; 5(9): 933-9.
16. Sanford K. Communication during marital conflict: when couples alter their appraisal, they change their behavior. *J Fam Psychol* 2006; 20(2): 256-65.
17. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull* 1997; 122(2): 170-91.
18. Arabnejad S, Birashk B, Abolmaali Alhosseini K. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on increasing marital intimacy and decreasing marital conflicts between the couples of Tehran. *Journalsih* 2014; 2(8): 89-93.
19. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cogn Behav Pract* 2009; 16(4): 430-42.
20. Mohammadi A, Zargar F, Omid A, Mehrabi A, Akbari M, Begholi H, et al. *An introduction to the third generation (cognitive-behavioral therapies)*. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2015. [In Persian].
21. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: The Guilford Press; 2003.
22. Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clin Psychol Rev* 2008; 28(1): 1-16.
23. McKay M, Fanning P, Paleg K. *Couple skills: Making your relationship work*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2006.
24. Dattilio FM. *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. New York, NY: Guilford Press; 2010.
25. Azimifar S. A comparison of the effect of cognitive-behavioral couple therapy and ACT based approach on happiness and marital satisfaction, a study on a single case [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: School of Psychology and Educational Sciences;

- University of Isfahan; 2014. [In Persian].
26. Harris R. The Happiness Trap. Trans: Fatehi Zade M, Azimi Far S. Tehran, Iran: Danje Publications; 2014. [In Persian].
 27. Busby DM, Christensen C, Crane DR, Larson JH. A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *J Marital Fam Ther* 1995; 21(3): 289-308.
 28. Hollist CS, Miller RB. Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Fam Relat* 2005; 54(1): 46-57.
 29. Ben-Ari A, Lavee Y. Dyadic characteristics of individual attributes: Attachment, neuroticism, and their relation to marital quality and closeness. *Am J Orthopsychiatry* 2005; 75(4): 621-31.
 30. Bradbury TN, Fincham FD, Beach SR. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *J Marriage Fam* 2000; 62(4): 964-80.
 31. Isanezhad O, Ahmadi SA, Bahrami F, Baghban-Cichani I, Farajzadegan Z, Etemadi O. Factor structure and reliability of the revised dyadic adjustment scale (RDAS) in Iranian population. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2012; 6(2): 55-61.
 32. Jamilian HR, Khansari M, Safari V. The comparison of efficacy of " stress management training through cognitive behavioral method" and " relationship skills training with end-of-life patient" on increase of family life quality. *Urmia Med J* 2014; 24(12): 987-95. [In Persian].
 33. Shaker Dolagh A, Narimani M, Afrouz G, Hasani F, Baghdasarias A. The effectiveness cognitive-behavioral couple therapy on improvement function family in divorce applicant clients. *Nasim-e-Tandorosti* 2013; 2(1): 56-63. [In Persian].
 34. Hedayati Azar M. Investigating the effect of cognitive-behavioral couple therapy on the decrease of marital conflicts in midwife women in zone 5 of Tehran. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Department of human sciences, Payame Noor University; 2012. [In Persian].
 35. Alamdari E. Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy on infertile couples' marital satisfaction and life quality [MSc Thesis]. Ardebil, Iran: Department of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili; 2013. [In Persian].
 36. Kashefi Z, Honarparvaran N. Evaluate the effectiveness of couples therapy based on Commitment and Acceptance (ACT) on reducing marital conflict working couples in Isfahan education. *Int J Biol Pharm Allied Sci* 2015; 4(10): 213-20.
 37. Hayes AM, Beevers CG, Feldman GC, Laurenceau JP, Perlman C. Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *Int J Behav Med* 2005; 12(2): 111-22.
 38. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2004.

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Acceptance and Commitment Couple Therapy on the Marital Quality of Conflicting Couples in Isfahan, Iran

Sahar Khanjani-Veshki¹, Abdollah Shafiabady², Valiyolah Farzad³, Maryam Fatehizade⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: Marital quality of couples is the most important aspect of families with optimal performance. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy (CBCT) and couple therapy based on acceptance and commitment therapy (ACT) on the marital quality of conflicting couples.

Methods and Materials: This quasi-experiment was conducted with a pretest-posttest design and control group. The statistical population of the study included all conflicting couples referring to consultation centers in the city of Isfahan, Iran, in 2016. The subjects (90 couples) were selected through voluntary sampling and were divided into CBCT (30 individuals), ACT (30 individuals), and control groups (30 individuals). The two experimental groups received 12 sessions of therapy (once a week). The data collection tools were a demographic characteristics form and the Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS). Data were analyzed using ANCOVA in SPSS software.

Findings: CBCT and ACT made significant changes in marital quality at the posttest stage ($P < 0.05$). Furthermore, the results of the Bonferroni post hoc test implied that there was no significant difference between the effectiveness of CBCT and ACT on the couples' marital quality ($P > 0.05$).

Conclusions: According to the results of the study, both CBCT and ACT caused significant changes in marital quality and there was no significant difference between the effectiveness of these two therapeutic methods. Thus, the results of this study provide empirical support for increase in marital quality through both therapies.

Keywords: Cognitive-behavioral couple therapy, Acceptance and commitment couple therapy, Marital quality, Conflicting couples

Citation: Khanjani-Veshki S, Shafiabady A, Farzad V, Fatehizade M. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Acceptance and Commitment Couple Therapy on the Marital Quality of Conflicting Couples in Isfahan, Iran. J Res Behav Sci 2016; 14(4): 464-71.

Received: 12.09.2016

Accepted: 18.11.2016

1- PhD Student, Department of Counseling, School of Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Counseling, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, School of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4- Associate Professor, Department of Counseling, School of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Abdollah Shafiabady, Email: ashafiabady@yahoo.com