



The Comparison of the Effectiveness of Schema-Based Couple Therapy, Emotional Focused Couple Therapy and Acceptance Commitment Couple Therapy on Intimacy Functions of couples on the Brink of Divorce in Military Families

Abstract

Article Info

Introduction: The aim of this study was to compare the effectiveness of schema-based couple therapy, Emotional Focused Couple Therapy and Acceptance Commitment Couple Therapy on Intimacy Functions of couples on the Brink of Divorce in Military Families..

Methods: The Research method was quasi -experimental with pretest -posttest follow -up. The statistical population of the study was all couples who referred to one of the counseling centers under the contract of the Armed Forces in 2020 and the sample included 60 couples. They were randomly selected by convenience sampling with replacement. To conduct the research, after selecting the subjects, a pre-test was performed on them. Experimental interventions were performed for the schema-based group for 10 sessions, the emotion-oriented group for 10 sessions and the acceptance and commitment therapy group for 10 sessions, and the control group did not receive any intervention. The research questionnaire included Marital Intimacy Questionnaire Bagarozzi. The participants filled the questionnaire in four stages including the pre-test, the post test, control and the follow up. Finally, Analysis of variance was done by covariance analysis and repeated measures

Results: The analysis showed that all three methods of couple therapy have significant effect on the Intimacy Functions increase. It also showed that, the highest effectiveness was for, Emotional Focused Couple Therapy with the effect size of 0.969, for the Schema-Based Couple Therapy 0.966 and for the Acceptance Commitment Couple Therapy 0.939.

Conclusion: The results of the current study can be used in clinical and therapeutic interventions to increase the Intimacy Functions, especially for the couples on the Brink of Divorce

KeyWords: Military families, Acceptance and Commitment Therapy, Schema-Based Couple Therapy, Intimacy Functions, Emotional Focused Couple therapy

Authors:

Sajad Panahifar¹

fazlolah mirderikvande³

Masoud Sadeghi⁴

Affiliations

1 . PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran. Email: s.panahi62@gmail.com

2. *PhD of Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran.(Corresponding Author)
Mirderikvand.f@lu.ac.ir

3. Ph.D of family Counseling, , Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran Email: Sadeghi.m@lu.ac.ir



مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور، هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکردهای صمیمیت زوجین در آستانه طلاق در خانواده‌های نظامی

اطلاعات مقاله

چکیده

سجاد پناهی فر^۱
 فضل اله میردریگوند*^۲
 محمد مسعود صادقی^۳

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور، هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکردهای صمیمیت زوجین در آستانه طلاق در خانواده‌های نظامی انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش نیمه‌تجربی بود و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری استفاده شد. جامعه آماری پژوهش، تمامی زوجین مراجعه‌کننده به یکی از مراکز مشاوره تحت قرارداد نیروهای مسلح در سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه شامل ۶۰ زوج (۱۵ زوج گروه طرح‌واره‌محور، ۱۵ زوج گروه هیجان‌مدار، ۱۵ زوج گروه مبتنی بر تعهد و پذیرش و ۱۵ زوج گروه کنترل) بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی انتخاب شدند. برای انجام پژوهش پس از انتخاب آزمودنی‌ها، پیش‌آزمون بر روی آن‌ها اجرا گردید. سپس مداخلات آزمایشی برای گروه طرح‌واره‌محور ۱۰ جلسه، گروه هیجان‌مدار ۱۰ جلسه و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۰ جلسه اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش، پرسشنامه صمیمیت زناشویی باگاروزی بود که زوج‌های هر سه گروه در چهار مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، کنترل و پیگیری، آن را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش حاضر با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر سه شیوه زوج‌درمانی بر ارتقای کارکردهای صمیمیت زوجین در آستانه طلاق به صورت معنی‌داری اثربخش می‌باشند و تفاوت معنی‌داری در مقایسه رویکردهای زوج‌درمانی مشاهده نشد. همچنین بالاترین میزان اثربخشی به ترتیب متعلق به زوج‌درمانی هیجان‌مدار با ضریب اتای ۰/۹۶۹، زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور با ضریب اتای ۰/۹۶۶ و نهایتاً زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با ضریب اتای ۰/۹۳۹ می‌باشد.

نتیجه‌گیری: از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان در راستای مداخلات بالینی و درمانی برای افزایش کارکردهای صمیمیت زناشویی استفاده کرد.

کلید واژگان: خانواده‌های نظامی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور، کارکردهای صمیمیت، زوج‌درمانی هیجان‌مدار

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
۲. *دکتری روانشناسی، دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
 (نویسنده مسئول) Email: s.panahi62@gmail.com
۳. دکتری مشاوره خانواده، دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

مقدمه

سال گذشته در هر ساعت ۶۳ زوج زندگی مشترک تازه‌ای را آغاز کرده‌اند که البته در همین سال و در هر ساعت ۲۰ خانواده هم از هم پاشیده‌اند، همچنین در شش ماهه اول سال ۱۳۹۹ به ازای هر ۳/۸ ازدواج نیز یک طلاق به ثبت رسیده است^(۱). متغیرهای زیادی در پدیده‌ای طلاق موثر هستند که کاهش کارکردهای صمیمیت زناشویی از جمله متغیرهای مهمی می‌باشند که پیش‌آگهی یک رابطه با کیفیت زندگی مشترک پایین و افزایش میل به طلاق در بین زوجین نشان می‌دهد^(۲، ۳).

صمیمیت یک نزدیکی، تشابه و روابط شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر است که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد و همین‌طور بیان افکار و احساساتی است که نشانه تشابه آن‌ها با یکدیگر است^(۴). براساس پژوهش‌های صورت گرفته، برخورداری از صمیمیت در میان زوجین از عوامل مهم ایجاد ازدواج‌های پایدار است^(۵) و اجتناب از برقراری روابط صمیمانه از عواملی است که به شکست در زندگی خانوادگی می‌انجامد^(۶). فقدان صمیمیت، استرس و سایر مولفه‌های مهم زناشویی باعث ایجاد تعارضات زناشویی می‌شود و تعارض‌های زناشویی امری اجتناب‌ناپذیر است^(۷) و میل طلاق نتیجه آشفتگی و اختلال در روابط زناشویی است^(۸). به این منظور جهت بهبود عملکرد، کیفیت زندگی، کارکردهای صمیمیت زناشویی و همچنین کاهش تعارضات و آشفتگی ارتباطی میان زوجین رویکردهای گوناگون زوج‌درمانی بوجود آمده است^(۹).

هدف از زوج‌درمانی کمک به زوجین برای سازگاری مناسب‌تر با مشکلات جاری و یادگیری روش‌های موثرتر ارتباط است^(۱۰). یکی از رویکردهای درمانی موثر در زوجین که می‌تواند منجر به کاهش تعارضات و آسیب‌های الگوهای ارتباطی ناکارآمد زوجین گردد زوج‌درمانی طرحواره‌محور^(۱۱) است. طرحواره‌درمانی درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری سنتی بنا شده است و اصول و مبانی مکتب شناختی-رفتاری، دلبستگی، روابط شیء، گشتالت، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل مفهومی تلفیق کرده است^(۱۲). به عبارتی طرحواره‌درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی تجربی (هیجانی، رفتاری) و بین‌فردی با زوجین را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد، هدف اولیه این مدل روان‌درمانی ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه به طرحواره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و

خانواده یکی از نهادهای اجتماعی بسیار مهمی است که بر پایه ازدواج بنا شده است. مسئله ازدواج از مسائل مهم و اساسی جامعه بشری است که اولین جوانه‌های ارتباط بین انسان‌ها در حریم خانواده پدیدار می‌شود^(۱)، که نتیجه این ارتباطات بین زوجین ایجاد تجربیات مشترکی است که گاهی ممکن است منجر به بروز اختلافات و تعارضاتی در کیفیت روابط زناشویی بین زوجین شود^(۲)، و این تعارضات زمانی بوجود می‌آید که اعمال یک فرد با فرد دیگری مداخله کند^(۳). شایع‌ترین اثر مخرب این تعارضات که آسیب‌های فراوانی هم برای خانواده و هم برای جامعه بدنبال دارد پدیده‌ای بنام طلاق است^(۴). متغیرهای زیادی در بوجود آمدن تعارضات و تنش‌های زناشویی و میل به طلاق نقش دارند. شغل و استرس‌های شغلی یکی از مهم‌ترین مولفه‌های موثر بر سلامت و کارکرد خانواده به‌شمار می‌رود^(۵). یکی از مشاغل دارای تنیدگی بالا و پیچیدگی خاص، مشاغل نظامی هستند که همه جای دنیا توأم با تنیدگی، دوری از خانواده و زندگی در شرایط سخت است و این تنیدگی پیامدهای عمده چشمگیری در محیط خانواده ایجاد می‌کند^(۶). وجود چنین الزامات شغلی کارکنان نظامی (ماموریت، رزمایش، نگهداری و مانند آن) بعضی اوقات با عدم تحمل و نارضایتی خانواده‌های آن‌ها که موجب استرس (ماموریت، رزمایش، نگهداری و...)، تعارضات، عدم سازگاری و پایین آمدن سطح صمیمیت زناشویی^۱ می‌شود^(۷) همراه است و به همین دلیل برخی از زوجین تحمل چنین شرایطی را ندارند و در نهایت راضی به ترک شغل و یا شرایط خانوادگی آن‌ها به سمت طلاق و جدایی می‌رود^(۸). سایر^۲ و همکاران در پژوهشی نشان دادند که وجود استرس در خانواده‌های نظامی باعث ایجاد تعارضات زناشویی و بالا رفتن آمار طلاق در این جامعه آماری می‌شود و همین امر نشان می‌دهد که خانواده نظامی نیازمند حمایت اجتماعی بیشتری برای مقابله با استرس و کاهش آمار طلاق و آسیب‌های ناشی از آن هستند^(۹).

طلاق یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های اجتماعی عصر کنونی است که قطعاً برای گروه بسیاری از انسان‌ها اجتناب‌ناپذیر است زیرا گاهی محیط خانواده آن‌چنان پرآشوب و تحمل‌ناپذیر می‌شود که طلاق تنها راه باقی مانده است^(۱) و تقاضای طلاق نتیجه فشار روان‌شناختی شدیدی می‌باشد که حداقل به یکی از زوجین یا هر دو آن‌ها وارد شده است^(۱۱). در سال ۱۳۹۸ در مقابل هر ۳/۱ ازدواج یک طلاق به ثبت رسیده است به‌عبارت دیگر در

1. Marital Intimacy

2. Sayer

همچنین براساس این الگو رفتار کردن باعث می‌شود که زوجین در روابط خود شادتر، امیدوارتر و انعطاف‌پذیر باشند (۸۲).

هدف نهایی این مدل درمانی افزایش فراوانی ارزشمند زیستن است. فرض اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روان‌شناختی جزء بهنجار تجربه انسان است (۹۲). این درمان به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد، بلکه افراد را برای پذیرش و آگاه بودن و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود می‌رساند (۴). هسته اصلی این درمان بیان می‌کند آنچه خارج از کنترل شخص است را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد متعهد باش. در واقع این درمان کمک به مراجع برای ایجاد زندگی غنی و کامل و معنادار در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد. در پژوهش‌های جداگانه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان متغیرهای زناشویی تایید شده است (۱۴، ۲۴، ۲۴، ۴۴).

افزایش روزافزون تعارض‌های زناشویی و روند رو به رشد پدیده طلاق در جامعه که پیامدهای جبران‌ناپذیری بر سیستم خانواده و جامعه وارد می‌کند، موجب شده است تا درمانگران نظریه‌ها و طرح‌هایی را برای کمک به زوجین متعارض ارائه دهند. از این‌رو برای اصلاح و بهبود الگوهای ارتباطی این زوجین در جهت کاهش صمیمیت زوجین، اثربخشی رویکردهای متعددی را مورد بررسی قرار گرفته و هر رویکرد براساس تبیین‌های خاص خود روش‌های درمانی و آموزشی متفاوتی را پیشنهاد داده است. همچنین با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی به مقایسه اثربخشی این سه رویکرد درمانی به لحاظ میزان اثربخشی در زوجین در آستانه طلاق بخصوص در جامعه آماری خانواده‌های نظامی نپرداخته است و تقریباً تمامی پژوهش‌های پیشین به‌صورت تک بعدی به بررسی اثرات درمانی رویکردهای مختلف پرداخته‌اند انجام چنین پژوهشی به‌ویژه در این جامعه آماری با توجه به شرایط شغلی آن‌ها ضروری به‌نظر می‌رسد.

بنابراین با توجه به این‌که برآورد اثر بخشی هر رویکرد مداخله‌ای نسبت به سایر رویکردهای درمانی به جهت آگاهی و کمک‌رسانی موثر به زوجین متعارض از جمله دغدغه‌های درمانگران می‌باشد، لذا هدف اصلی این پژوهش پاسخ‌گویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور، هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کارکردهای صمیمیت در زوجین در آستانه طلاق خانواده‌های نظامی تفاوت وجود دارد؟

سبک‌های مقابله‌ای است (۴۲). در پژوهش‌های جداگانه اثربخشی زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور بر بهبود عملکرد روابط زوجین تایید شده است (۵۲، ۶۲، ۷۲، ۸۲).

رویکرد درمانی دیگری که در این پژوهش به آن پرداخته شده است زوج‌درمانی هیجان‌مدار^۱ است. این درمان که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روان‌شناختی در زوجین متقاضی طلاق دارد. فرآیند درمان هیجان‌مدار با سه مرحله پیوستگی و آگاهی، فراخونی و کشف و بازسازی هیجانی در هشت گام تعیین می‌شود. این سه مرحله با هم همپوشی دارند و در سراسر درمان به مراجع به‌عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به عنوان راهنما و تسهیل‌گر برای اهداف مراجع نگریسته می‌شود (۹۲) در این درمان اعتقاد بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی را سازماندهی و پردازش می‌کنند و الگوی تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می‌کنند؛ منجر به درماندگی زناشویی آن‌ها شده است (۲). درمان هیجان‌مدار با ایجاد تعاملات سازنده بین افراد و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن باعث رضایت‌مندی و کاهش تحریف‌های شناختی در آنان می‌شود. این رویکرد بر تغییر رفتارهای دلبستگی به عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می‌کند (۱۳). از این‌رو هدف این درمان کمک به زوجین برای دسترسی به احساسات بیان نشده و پردازش تعامل مثبت است که باعث افزایش ارتباط و اعتماد زوجین می‌شود تایید شده است (۲۳، ۳۳، ۳۱، ۴۳). در نهایت هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار و احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۵۳). درمان پذیرش و تعهد شامل دو فرآیند است: یکی پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌ساز بدون اقدام به مهار آن‌ها و دیگری عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجربه‌های ناخواسته می‌باشد (۶۳).

فرایند مهم در این روش شامل پذیرش، در زمان حال بودن، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است (۷۳). در این شیوه درمانگران عشق را به منزله یک عمل ارزش‌گذاری شده تفسیر می‌کنند. چنان‌چه زوجین براساس ارزش‌هایی که با همسر خود ازدواج کرده‌اند عمل کنند، گفتگو در هنگام بحث و جدل نیز آسان‌تر می‌شود.

1. Emotional Focused Couple therapy
2. Acceptance and Commitment Therapy

جدول شماره ۱- پروتکل زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور در قالب ۱۰ جلسه درمانی (۴۴)

جلسه	محتوای جلسه
اول	اجرای پیش‌آزمون / سنجش و ارزیابی اولیه / توضیح مدل خام طرح‌واره
دوم	آموزش تکنیک A.B.C و دادن تکالیف خانگی متناسب با تکنیک
سوم	استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین برای شناسایی باورهای بنیادی زوجین با استفاده از اطلاعات جلسه سنجش و پرسشنامه
چهارم	آموزش تکنیک شواهد تاییدکننده و ردکننده
پنجم	آموزش تکنیک سود و زیان و دادن تکالیف مرتبط با تکنیک
ششم	گفتگو بین جنبه طرح‌واره و جنبه سالم و یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط زوجین، نوشتن نامه به بانی و مسبب طرح‌واره
هفتم	تصورسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار
هشتم	الگوشکنی رفتاری، تکنیک‌های رفتاری (برای افزایش انگیزه جهت تغییر رفتار)
نهم	آموزش تکنیک فلش کارت و تهیه کارت متناسب با طرح‌واره‌های زوجین برای مواقعی که زوجین در شرایط تحریک یا چرخه ارتباطی ناکارآمد قرار می‌گیرند که براساس طرح‌واره‌ها عمل نکنند و ایفای نقش زوجین در موقعیت‌های مختلف زندگی
دهم	غلبه بر موانع تغییر رفتار، اجرای پس‌آزمون

جدول شماره ۲- جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار (۴۵)

جلسه	محتوای جلسه
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات همسران از درمان
دوم	تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که همسران چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند.
سوم	ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی بین زوجین با نقش هیجان‌ات در تعاملات بین‌فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری همسران
چهارم	شکل‌دهی دوباره به مشکل بر حسب احساسات زیر بنایی و نیازهای دلبستگی، تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌ات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به همسر، آگاهی دادن به زوجها در مورد تاثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی
پنجم	ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است. جلب توجه زوجین به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آنها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش
ششم	آگاه کردن افراد از هیجان‌ات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر همسر در رابطه، تاکید بر پذیرش تجربیات همسر و راه‌های جدید تعامل، رد گیری هیجان‌ات شناخته شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آنها
هفتم	آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین همسران
هشتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین زوجین و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوهای تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی
نهم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است. برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه براساس پیوندی ایمن به گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌ها آسیمی به آنها وارد نسازد.

جدول شماره ۳- پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴۶)

جلسه	محتوای جلسه
اول	خوش آمدگویی، آشنایی، برقراری رابطه، شرح اهداف درمان، اجرای پیش‌آزمون
دوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی بعنوان معیار سنجش ایجاد ناامیدی خلاقانه
سوم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر، درگیری با اعمال هدفمند
چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد، زنجیره‌های مشکل‌ساز، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر
ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی
هفتم	نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
هشتم	هم‌جوشی شناختی- تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای زوجها
نهم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل مناسب با ارزش‌ها، جمع‌بندی
دهم	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهدانه، آمادگی برای اقدام در آینده و اجرای پس‌آزمون

روش کار:

پژوهش حاضر از نوع کاربردی، روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری حاضر، کلیه زوج‌های نظامی در آستانه طلاق شهر تهران (۹۶ زوج) می‌باشد که به دلیل اختلافات زناشویی تا پایان اسفندماه سال ۱۳۹۹ به مرکز مشاوره خانواده نیروهای مسلح این شهر مراجعه کرده بودند که از بین آن‌ها تعداد ۶۰ زوج (زوجینی که نمره کم‌تر از نقطه برش پرسشنامه میل به طلاق «نمره بیشتر از ۴۴» را کسب نمودند) در آستانه طلاق که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۴ گروه (گروه اول آزمایش، گروه دوم آزمایش، گروه سوم آزمایش و گروه کنترل، هر گروه ۱۵ زوج) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱) داشتن حداقل یک سال زندگی مشترک؛ ۲) شرکت هم‌زمان زوجین در جلسات درمان؛ ۳) نداشتن اختلالات روان‌شناختی؛ ۴) رضایت آگاهانه زوجین برای شرکت در جلسات؛ ۵) کسب نمره کم‌تر از نقطه برش میل به طلاق (نمره بیشتر از ۴۴) بود و ملاک‌های خروج: ۱) عدم حضور هر دو زوج در جلسات درمان؛ ۲) داشتن بیماری‌های مزمن شناخته شده؛ ۳) ابتلاء به سوءمصرف مواد؛ ۴) تمایل نداشتن زوجین به ادامه جلسات درمان بودند. برای انجام پژوهش پس از انتخاب آزمودنی‌ها، پیش‌آزمون بر روی آن‌ها اجرا گردید. سپس مداخلات آزمایشی برای گروه طرح‌واره‌محور ۱۰ جلسه، گروه هیجان‌مدار ۱۰ جلسه و

گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۰ جلسه اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پرسشنامه صمیمیت زناشویی باگاروزی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (سه ماه بعد از پس‌آزمون)، در هر سه گروه اجرا شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-21 و با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت. در این پژوهش به‌منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر از ابزار زیر استفاده شد:

۱) پرسشنامه صمیمیت زناشویی^۱ باگاروزی (MINQ): این پرسشنامه توسط باگاروزی در سال ۲۰۰۱ جهت سنجش نیازهای صمیمیت زناشویی طراحی شد. این مقیاس دارای ۴۱ سوال، در مقیاس ۱۰ درجه ای و داری ۸ خرده مقیاس می باشد که ابعاد آن شامل صمیمت عاطفی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیبا شناختی، اجتماعی و فرهنگی و روان شناختی می باشد. طیف پاسخگویی آن در هر سوال از عدد ۱ تا ۱۰ مشخص گردیده است و شیوه نمره گذاری آن براساس این است که آزمودنی‌ها از ۱ = به هیچ وجه چنین نیازی وجود ندارد تا ۱۰ = نیاز بسیار زیادی وجود دارد، به هر نیاز پاسخ می دهند. در این پرسشنامه برای هر یک از ابعاد صمیمیت به جز بعد معنوی که ۶ سوال دارد، ۵ سوال جهت ارزیابی در نظر گرفته شده است. کمترین نمره ۴۱ و بیشترین نمره ۴۱۰ می باشد. برای تعیین روایی محتوایی، پرسشنامه را در اختیار ۱۵ استاد مشاوره و ۱۵ زن و شوهر قرار داد و روایی محتوایی آن تایید شد. افزون بر آن، جهت تعیین روایی هم‌زمان آزمون، این پرسشنامه همراه با پرسشنامه 1. Marital Intimacy Questionnaire

جدول شماره ۴- اطلاعات توصیفی متغیر صمیمیت زناشویی بر حسب گروه‌های پژوهش در سه زمان اندازه‌گیری

گروه	گروه درمان هیجان‌مدار		گروه طرح‌واره درمانی		گروه درمان پذیرش و تعهد		کنترل		مجموع	
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
پیش‌آزمون	عاطفی	۳۷/۰۶	۲/۹۷	۳۸/۰۶	۲/۹۸	۳۷/۴۳	۳/۷۰	۳۷/۰۶	۲/۹۴	۳۷/۴۰
	روان‌شناختی	۳۸/۰۰	۳/۹۳	۳۸/۱۳	۳/۲۳	۳۸/۳۳	۵/۰۸	۳۶/۹۶	۳/۶۴	۳۷/۸۵
	عقلانی	۳۸/۷۶	۳/۸۱	۳۶/۵۰	۳/۶۵	۳۷/۵۰	۳/۱۹	۳۷/۴۶	۳/۸۱	۳۷/۵۵
	جنسی	۳۷/۰۰	۳/۲۳	۳۶/۹۳	۳/۲۴	۳۷/۸۳	۳/۴۶	۳۶/۷۰	۴/۸۳	۳۷/۱۱
	بدنی	۳۷/۸۰	۳/۴۷	۳۶/۷۶	۲/۸۶	۳۷/۵۶	۳/۷۰	۳۷/۱۳	۳/۳۹	۳۷/۳۱
	معنوی	۴۳/۹۶	۳/۴۹	۴۵/۴۶	۵/۰۱	۴۴/۱۳	۴/۸۰	۴۵/۴۰	۵/۱۴	۴۴/۷۴
	زیباشناختی	۳۷/۰۶	۳/۲۸	۳۷/۱۶	۴/۶۰	۳۸/۰۰	۳/۹۹	۳۷/۹۳	۴/۴۳	۳۷/۵۴
	اجتماعی	۳۷/۰۰	۳/۶۵	۳۷/۵۶	۲/۸۹	۳۷/۹۳	۳/۳۱	۳۷/۲۰	۳/۸۰	۳۷/۴۲
	تفریحی	۳۰/۶۶	۳/۰۶	۳۰/۶۶	۱۱/۹۴	۳۰/۸۷۳	۱۱/۲۷	۳۰/۵/۸۶	۱۰/۲۴	۳۰/۶/۹۶
پس‌آزمون	عاطفی	۲۷/۲۶	۳/۶۱	۲۸/۲۳	۴/۵۶	۲۸/۲۰	۲/۷۹	۳۷/۳۶	۴/۰۸	۳۰/۲۶
	روان‌شناختی	۲۸/۷۰	۳/۸۴	۲۹/۲۶	۴/۲۹	۲۷/۸۰	۴/۲۱	۳۸/۲۰	۳/۲۳	۳۰/۹۹
	عقلانی	۲۶/۴۰	۳/۲۹	۲۸/۰۳	۳/۶۲	۲۶/۵۳	۴/۱۴	۳۷/۹۶	۲/۵۵	۲۹/۷۳
	جنسی	۲۶/۸۰	۴/۳۱	۲۷/۵۶	۴/۰۲	۲۷/۶۶	۴/۱۱	۳۶/۸۳	۳/۱۴	۲۹/۷۱
	بدنی	۲۶/۱۶	۴/۰۰	۲۶/۹۶	۳/۹۶	۲۸/۱۳	۴/۱۷	۳۸/۴۰	۳/۳۳	۲۹/۹۱
	معنوی	۲۷/۰۳	۲/۲۶	۲۷/۰۳	۱/۷۹	۲۶/۶۶	۲/۰۰	۲۶/۶۶	۵/۳۰	۳۱/۴۳
	زیباشناختی	۲۴/۶۳	۲/۴۵	۲۵/۲۳	۲/۰۹	۲۵/۰۶	۲/۵۵	۲۴/۷۰	۳/۳۴	۲۷/۴۰
	اجتماعی	۲۵/۰۰	۲/۲۱	۲۴/۳۶	۲/۴۷	۲۵/۵۶	۲/۸۸	۲۴/۹۳	۴/۶۲	۲۷/۴۶
	تفریحی	۲۱۲/۰۰	۹/۰۰	۲۱۶/۷۰	۱۱/۰۸	۲۱۵/۶۳	۹/۳۰	۲۰۳/۴۰	۱۱/۵۹	۲۳۶/۹۳
پیگیری	عاطفی	۳۰/۵۳	۳/۴۳	۲۹/۷۶	۴/۳۵	۲۹/۴۶	۳/۶۴	۳۷/۴۰	۳/۸۴	۳۱/۷۹
	روان‌شناختی	۳۰/۰۳	۴/۳۵	۲۹/۲۳	۳/۴۵	۲۹/۱۰	۴/۰۹	۳۷/۳۳	۳/۷۳	۳۱/۴۲
	عقلانی	۲۷/۷۶	۵/۸۱	۲۹/۴۶	۳/۴۲	۲۸/۴۶	۴/۰۴	۳۶/۴۶	۳/۴۳	۳۰/۵۴
	جنسی	۳۱/۱۰	۳/۸۰	۲۹/۰۳	۵/۱۶	۲۹/۷۳	۴/۳۳	۳۸/۳۰	۳/۳۱	۳۲/۰۴
	بدنی	۲۹/۹۰	۴/۳۱	۲۹/۶۰	۴/۳۷	۳۰/۳۳	۴/۱۴	۳۸/۹۰	۳/۹۴	۳۲/۱۸
	معنوی	۲۹/۵۳	۶/۲۶	۳۱/۳۳	۳/۴۶	۳۰/۳۳	۳/۷۶	۴۵/۶۳	۴/۱۲	۳۴/۲۰
	زیباشناختی	۲۷/۹۰	۳/۹۷	۲۶/۶۶	۳/۴۶	۲۸/۴۰	۳/۶۲	۳۸/۱۰	۴/۲۷	۳۰/۲۶
	اجتماعی	۲۶/۹۶	۴/۸۸	۲۶/۶۰	۴/۱۴	۲۸/۲۶	۴/۵۷	۳۷/۷۰	۲/۸۷	۲۹/۸۸
	تفریحی	۲۳۳/۷۳	۱۴/۴۰	۲۳۱/۷۰	۱۱/۳۸	۲۳۴/۱۰	۱۰/۵۸	۳۰۹/۸۳	۱۱/۲۹	۲۵۲/۳۴
نمره کل	۳۰۶/۶۶	۹/۱۲	۳۰۶/۶۰	۱۱/۹۴	۳۰۸/۷۳	۱۱/۲۷	۳۰۵/۸۶	۱۰/۲۴	۳۰۶/۹۶	

۰/۶۵، ۰/۷۶، ۵/۱ و پایای کل ۰/۸۲ بدست آمد و حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس می باشد.

۱- پروتکل زوج درمانی طرحواره محور (SCT): جلسات زوج درمانی براساس پروتکل سیمون و همکاران (۲۰۱۵) انجام شد. این برنامه طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا گردید. ابتدای هر جلسه تکلیف جلسه قبل بررسی شد.

۲- پروتکل زوج درمانی هیجان مدار (EFCT): جلسات زوج درمانی براساس پروتکل جانسون (۲۰۱۵) انجام شد. این برنامه طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا گردید. ابتدای هر

صمیمت زناشویی، همزمان به وسیله ۳۰ زوج پاسخ داده شد که ضریب همبستگی بین نتایج دو آزمون صمیمت، بیانگر همبستگی معنادار (۰/۶۵) بوده است. اعتمادی (۵۴) پایایی این پرسشنامه را با آزمون آلفای کرونباخ به میزان ۰/۹۳ محاسبه کرده است. علاوه بر این خمسه و حسینیان (۴) در مطالعه ای پایایی هر بعد صمیمیت را با روش آزمون-باز آزمون محاسبه کردند که برای صمیمت عاطفی، روان شناختی، عقلانی، جنسی، فیزیکی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی-فرهنگی به ترتیب: ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۹۱، ۰/۸۰،

جدول شماره ۸- نتایج تحلیل واریانس با تکرار سنجش در گروه‌های آزمایش و کنترل (طرح آمیخته)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
صمیمیت عاطفی	اثر زمان	۳۲۹۵/۰۳	۲	۱۶۹۷/۵۱	۱۲۲/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱
	تعامل زمان * گروه	۱۲۸۳/۵۶	۶	۲۱۳/۹۲	۱۵/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸
صمیمیت روان‌شناختی	اثر زمان	۳۵۴۹/۰۶	۲	۱۷۷۴/۵۳	۱۰۶/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷
	تعامل زمان * گروه	۱۵۴۹/۶۰	۶	۲۵۸/۲۶	۱۵/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸
صمیمیت عقلانی	اثر زمان	۴۴۴۴/۷۰	۲	۲۲۲۲/۳۵	۱۵۲/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
	تعامل زمان * گروه	۱۶۳۶/۴۵	۶	۲۷۲/۷۴	۱۸/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲
صمیمیت جنسی	اثر زمان	۳۴۳۶/۸۵	۲	۱۷۱۸/۴۲	۱۰۶/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷
	تعامل زمان * گروه	۱۴۳۹/۲۱	۶	۲۳۹/۸۶	۱۴/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷
صمیمیت بدنی	اثر زمان	۳۴۴۹/۹۵	۲	۱۷۲۴/۹۷	۱۱۲/۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹
	تعامل زمان * گروه	۱۷۲۱/۴۶	۶	۲۸۶/۹۱	۱۸/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲
صمیمیت معنوی	اثر زمان	۱۱۸۳/۵۳	۲	۵۹۱۵/۲۶	۳۱۸/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
	تعامل زمان * گروه	۳۸۵۸/۶۸	۶	۶۴۳/۱۱	۳۴/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷
صمیمیت زیباشناختی	اثر زمان	۵۹۸۷/۹۳	۲	۲۹۹۳/۹۶	۲۲۸/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
	تعامل زمان * گروه	۱۷۷۹/۹۰	۶	۲۹۶/۶۵	۲۲/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶
صمیمیت اجتماعی	اثر زمان	۵۸۸۰/۵۰	۲	۲۹۶۰/۲۵	۲۲۸/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
	تعامل زمان * گروه	۲۱۴۰/۲۵	۶	۳۵۶/۷۰	۲۷/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱
نمره کل صمیمیت	اثر زمان	۳۱۶۹۵/۱۸۰	۲	۱۵۸۴۷۵/۹۰	۱۲۲۲/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱
	تعامل زمان * گروه	۱۱۵۷۷۸/۳۵	۶	۱۹۲۹۶/۳۹	۱۴۸/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹

گروه بر متغیر وابسته می‌پیردازیم. جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات کارکرد صمیمیت در سه گروه آزمایش در پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است و این کاهش در مرحله پیگیری نیز نسبت به پیش‌آزمون وجود دارد.

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، در راستای بررسی پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد توزیع داده‌ها در مولفه‌های صمیمیت زناشویی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال است ($P > 0/05$). آزمون لوین نشان داد برابری واریانس خطا بین چهار گروه پژوهش رعایت شده است ($P > 0/05$). به منظور بررسی مفروضه کرویت، نتایج آزمون موچلی بررسی شدند و معنادار نبودن آن در سطح $0/05$ تایید گردید. بنابراین با توجه به برقراری مفروضه‌های انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نتایج مربوط به این آزمون در ادامه آورده می‌شود.

نتایج تحلیل واریانس با تکرار سنجش در طرح آمیخته مورد نظر در بخش درون‌آزمودنی برای عامل زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، بدون توجه به سطوح گروه در صمیمیت عاطفی با ($P < 0/001$) $F(2, 232) = 122/48$ و صمیمیت روان‌شناختی با ($P < 0/001$) $F(2, 232) = 106/36$ ؛ صمیمیت عقلانی با ($P < 0/001$) $F(2, 232) = 152/11$ و

جلسه تکلیف جلسه قبل بررسی شد.

۳- پروتکل زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACCT): جلسات زوج درمانی براساس پروتکل لیو و مکی (۲۰۱۷) انجام شد. این برنامه طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. ابتدای هر جلسه تکلیف جلسه قبل بررسی شد.

یافته‌ها:

نمونه‌های پژوهش حاضر متشکل از ۱۲۰ نفر بودند که ۶۴/۱۶ درصد آنان بین ۲۸ تا ۳۳ سال سن داشتند، تعداد ۳۳/۳۳ درصد آنان دارای مدرک دیپلم، ۳۵/۸۳ درصد دارای مدرک کاردانی، ۲۶/۶۶ درصد کارشناسی و ۴/۱۶ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد و دکتری بودند. از طرف دیگر ۳۵/۸۳ درصد از نمونه‌های آماری بین یک تا دو سال از ازدگی مشترکشان می‌گذشت، ۳۵/۹۱ درصد بین سالهای دوم تا چهارم زندگی مشترک بودند و به ترتیب ۱۹/۱۶، ۵/۸ و ۳/۳ درصد بین سالهای چهارم تا ششم، ششم تا هشتم و بیشتر از هشت سال از زندگی مشترک قرار داشتند که در ادامه به بررسی نمرات به‌دست آمده از نمونه‌های تحقیق در خرده‌مقیاس‌های کارکرد صمیمیت زناشویی به تفکیک چهار گروه روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره‌درمانی، روان‌درمانی هیجان‌محور و گروه کنترل و اثربخشی هر یک از این سه

جدول شماره ۹- نتایج آزمون بونفرونی: مقایسه گروه‌ها در پس آزمون و پیگیری متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

متغیر	گروه	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معنی داری	حد پایین	حد بالا	ضریب اتا
صمیمیت عاطفی	روان‌درمانی هیجان‌محور	طرح‌واره درمانی	۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۱/۷۶	۰/۹۶	۰/۶۷
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۱/۴۴	۱/۲۸	
		گروه کنترل	۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۷/۰۲	-۴/۲۹	
	طرح‌واره درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۱/۰۴	۱/۶۸	۰/۶۳۲
		گروه کنترل	۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۶/۶۲	-۳/۸۹	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۶/۹۴	-۴/۲۱	۰/۶۹
صمیمیت روانشناختی	روان‌درمانی هیجان‌محور	طرح‌واره درمانی	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۱/۴۴	۱/۵۱	۰/۶۰۵
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۰/۹۷	۱/۹۷	
		گروه کنترل	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۶/۷۳	-۳/۷۷	
	طرح‌واره درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۱/۰۱	۱/۹۴	۰/۶۳۹
		گروه کنترل	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۶/۷۶	-۳/۸۱	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۷/۲۳	-۴/۲۷	۰/۶۰۸
صمیمیت عقلانی	روان‌درمانی هیجان‌محور	طرح‌واره درمانی	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۱/۸۶	۱/۱۵	۰/۸۸
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۱/۳۶	۱/۶۵	
		گروه کنترل	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۷/۸۳	-۴/۸۱۰۹	
	طرح‌واره درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۱/۰۱	۲/۰۱۱۳	۰/۶۱۱
		گروه کنترل	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۷/۴۷	-۴/۴۵۵۴	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۷/۹۷	-۴/۹۵۵۴	۰/۷۶۵

	۱/۴۴۲۲	-۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷	-۰۰/۱۱	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		
	-۴/۰۹۱۲	-۷/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷	-۵/۶۴*	گروه کنترل		
۰/۶۱۸	۰/۹۸۶۶	-۲/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷	-۰۰/۵۶	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	
	-۴/۵۴۶۷	-۷/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷	-۶/۱۰*	گروه کنترل		
۰/۶۴۶	-۳/۹۸۰۱	-۷/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷	-۵/۵۳*	گروه کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۰/۷۱۷	۱/۶۴۰۲	-۱/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴۸۳	۰/۱۷۷۸	طرحواره درمانی	رواندرمانی هیجان محور	صمیمیت بدنی
	۰/۷۴۰۲	-۲/۱۸۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴۸۳	-۰/۷۲۲۲	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		
	-۵/۳۹۳۱	-۸/۳۱۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴۸۳	-۶/۸۵۵۶*	گروه کنترل		
۰/۶۴۳	۰/۵۶۲۵	-۲/۳۶۲۵	۰/۶۰۸	۰/۵۴۴۸۳	-۰/۹۰۰۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	
	-۵/۵۷۰۹	-۸/۴۹۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴۸۳	-۷/۰۳۳۳*	گروه کنترل		
۰/۵۷۹	-۴/۶۷۰۹	-۷/۵۹۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴۸۳	-۶/۱۳۳۳*	گروه کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۰/۶۶۵	۰/۴۶۴۰	-۲/۶۶۴۰	۰/۳۶۹	۰/۵۸۲۶۴	-۱/۱۰۰۰	طرحواره درمانی	رواندرمانی هیجان محور	صمیمیت معنوی
	۱/۳۶۴۰	-۱/۷۶۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸۲۶۴	-۰/۲۰۰۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		
	-۱۰/۲۶۹۴	-۱۳/۳۹۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۲۶۴	-۱۱/۸۳۳۳*	گروه کنترل		
۰/۷۳۱	۲/۴۶۴۰	-۰/۶۶۴۰	۰/۷۵۱	۰/۵۸۲۶۴	۰/۹۰۰۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	
	-۹/۱۶۹۴	-۱۲/۲۹۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۲۶۴	-۱۰/۷۳۳۳*	گروه کنترل		
۰/۷۷۲	-۱۰/۰۶۹۴	-۱۳/۱۹۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۲۶۴	-۱۱/۶۳۳۳*	گروه کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۰/۶۹۵	۱/۶۰۶۸	-۱/۲۵۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲۳۷	۰/۱۷۷۸	طرحواره درمانی	رواندرمانی هیجان محور	صمیمیت زیبا شناختی
	۰/۸۰۶۸	-۲/۰۵۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲۳۷	-۰/۶۲۲۲	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		
	-۵/۶۱۵۴	-۸/۴۷۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲۳۷	-۷/۰۴۴۴*	گروه کنترل		
۰/۶۹۹	۰/۶۲۹۰	-۲/۲۲۹۰	۰/۸۱۴	۰/۵۳۲۳۷	-۰/۸۰۰۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	

				۰/۵۳۲۳۷	۰/۰۰۱	-۸/۶۵۱۳	-۵/۷۹۳۲	گروه کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۰/۷۳۸				۰/۵۳۲۳۷	۰/۰۰۱	-۷/۸۵۱۳	-۴/۹۹۳۲	گروه کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۰/۶۶۵				۰/۵۵۷۳۱	۰/۰۰۱	-۱/۳۵۱۵	۱/۶۴۰۴	طرحواره درمانی	رواندرمانی هیجان محور	صمیمیت اجتماعی تفریحی
				۰/۵۵۷۳۱	۰/۵۸۰	-۲/۴۲۹۳	۰/۵۶۲۶	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		
				۰/۵۵۷۳۱	۰/۰۰۱	-۸/۴۵۱۵	-۵/۴۵۹۶	گروه کنترل		
۰/۷۷۸				۰/۵۵۷۳۱	۰/۳۳۳	-۲/۵۷۳۷	۰/۴۱۸۲	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	
				۰/۵۵۷۳۱	۰/۰۰۱	-۸/۵۹۶۰	-۵/۶۰۴۰	گروه کنترل		
۰/۶۷۸				۰/۵۵۷۳۱	۰/۰۰۱	-۷/۵۱۸۲	-۴/۵۲۶۳	گروه کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۰/۹۶۹				۱/۵۳۰۳۹	۰/۰۰۱	-۴/۹۷۴۶	۳/۲۴۱۳	طرحواره درمانی	رواندرمانی هیجان محور	نمره کل صمیمیت
				۱/۵۳۰۳۹	۰/۰۰۱	-۶/۱۳۰۲	۲/۰۸۵۷	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		
				۱/۵۳۰۳۹	۰/۰۰۱	-۵۹/۶۷۴۶	-۵۱/۴۵۸۷	گروه کنترل		
۰/۹۶۶				۱/۵۳۰۳۹	۰/۰۰۱	-۵/۲۶۳۵	۲/۹۵۲۴	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	
				۱/۵۳۰۳۹	۰/۰۰۱	-۵۸/۸۰۸۰	-۵۰/۵۹۲۰	گروه کنترل		
۰/۹۳۹				۱/۵۳۰۳۹	۰/۰۰۱	-۵۷/۶۵۲۴	-۴۹/۴۳۶۵	گروه کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	

و ۲۳۲) = ۱۴/۸۹ $P, < 0.001$)؛ صمیمیت جنسی با (۲ و ۲۳۲) = ۱۸/۶۷ $P, < 0.001$)؛ صمیمیت بدنی با (۲ و ۲۳۲) = ۳۴/۵۷ $P, < 0.001$)؛ صمیمیت معنوی با (۲ و ۲۳۲) = ۲۲/۶۱ $P, < 0.001$)؛ صمیمیت زیباشناختی با (۲ و ۲۳۲) = ۲۷/۷۵ $P, < 0.001$)؛ صمیمیت اجتماعی تفریحی با (۲ و ۲۳۲) = ۲۳۲) و (۲ و ۲۳۲) = ۱۴۸/۸۹ $P, < 0.001$) (F) معنادار بدست آمد که نشان‌دهنده رد فرض صفر پژوهش است. همانطور که در جدول اطلاعات توصیفی متغیر کارکرد صمیمیت نیز بیان شده است میانگین کارکرد صمیمیت در گروه‌های آزمایش تغییر قابل ملاحظه‌ای داشته است. که نشان‌دهنده تاثیر عمل آزمایشی است. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی جهت مقایسه تفاوت در میانگین گروه‌های تحقیق ارائه

(۲ و ۲۳۲) = ۱۰۶/۷ $P, < 0.001$)؛ صمیمیت جنسی با (۲ و ۲۳۲) = ۱۱۲/۲۷ $P, < 0.001$)؛ صمیمیت بدنی با (۲ و ۲۳۲) = ۳۱۸/۰۰ $P, < 0.001$)؛ صمیمیت معنوی با (۲ و ۲۳۲) = ۲۲۸/۲۲ $P, < 0.001$)؛ صمیمیت زیباشناختی با (۲ و ۲۳۲) = ۲۲۸/۷۵ $P, < 0.001$)؛ صمیمیت اجتماعی تفریحی با (۲ و ۲۳۲) = ۲۳۲) و (۲ و ۲۳۲) = ۱۲۲۲/۸۰ $P, < 0.001$) (F) معنادار بدست آمد. همچنین اثر تعامل زمان در عمل آزمایشی (گروه) است که اثر متقابل ما را در تفسیر اثر مستقیم هدایت می‌کند در صمیمیت عاطفی با (۲ و ۲۳۲) = ۱۵/۴۳ $P, < 0.001$)؛ صمیمیت روان‌شناختی با (۲ و ۲۳۲) = ۱۵/۴۸ $P, < 0.001$)؛ صمیمیت عقلانی با (۲ و ۲۳۲) = ۱۸/۶۶ $P, < 0.001$)؛

شده است.

نتایج آزمون بونفرونی در جدول شماره ۹ نشان داد که تفاوت در میانگین گروه روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره‌درمانی و گروه درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بدست آمد و تفاوت معنی‌داری در میانگین سه روش درمانی مشاهده نگردید. همچنین در سنجش میزان اثربخشی روش‌های زوج‌درمانی بر نمره کلی کارکردهای صمیمیت به صورت مجزا مشخص گردید، بالاترین میزان اثربخشی به ترتیب متعلق به زوج‌درمانی هیجان‌مدار با ضریب اتای ۰/۹۶۹، زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور با ضریب اتای ۰/۹۶۶ و نهایتاً زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با ضریب اتای ۰/۹۳۹ می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور، هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کارکردهای صمیمیت انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای بررسی تاثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار نشان داد که این درمان نسبت به زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثربخشی بیشتری بر کارکردهای صمیمیت بین زوجین نظامی دارد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات لاو و همکاران (۳۳) همسو می‌باشد. اخوان بی‌تقصیر و همکاران (۴) در پژوهشی نشان دادند زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت و سازگاری زناشویی موثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که زوج‌درمانی هیجان‌مدار از موثرترین رویکردهای درمانی برای مداخله در زوجین مشکل‌دار می‌باشد. به‌طور کلی زوج‌درمانی هیجان‌مدار رویکردی است که تاکید اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ها در الگوهای دایمی ناسازگاری در زوجین آشفته می‌باشد. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجان‌ها آسیب‌پذیر در هر کدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجان‌ها به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز می‌باشد. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجان‌ها در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفستگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت‌بخش‌تر می‌باشد. زوجین به جهت این که در روابطشان از هیجان‌ناشان آگاه نیستند و یا اگر هم آگاه باشند، هیجان‌ناشان را سرکوب کرده و آن‌ها را ابراز نمی‌کنند. نتیجه این امر روابط سرد حاکم در بین آن‌ها می‌باشد. در چنین فضای زوجین از هم فاصله می‌گیرند و این‌گونه رفتارها عاطفه، صمیمیت و انسجام روانی بین زوجین را از بین می‌برد. با توجه به این که هدف اصلی

زوج‌درمانی هیجان‌مدار کمک به زوجین برای شناسایی و ابراز نیازها و احساسات خود و تغییر دلبستگی نایمن به دلبستگی ایمن و تمرکز آن بر بعد هیجانی است و هیجان‌ها را عامل تغییر می‌داند (۸۴) در این فرآیند به زوجین کمک شد تا احساسات، هیجان‌ها (مثبت و منفی)، تمایلات اصلی، نیازها و نگرانی‌های دلبستگی ارضاء نشده خود و شریک زندگی‌شان را شناسایی نمودند و آن‌ها را به‌طرز صحیحی ابراز کردند و از طریق در دسترس بودن و پاسخ‌گویی هیجانی، تماس هیجانی و پیوند و دلبستگی ایمن بین آن‌ها برقرار شد و این پیوند و دلبستگی ایمن پاسخگوی نیازهای درونی زوجین به امنیت، حمایت و صمیمیت زناشویی گردید؛ بنابراین زوج‌درمانی هیجان‌مدار از طریق تغییر هیجان‌ها مبتنی بر سبک دلبستگی زوجین و بهبود الگوهای ارتباطی و تغییر چرخه‌های تعاملی معیوب ارتباطی زوجین بر میزان صمیمیت زناشویی آن‌ها و کنترل رفتارشان تاثیر می‌گذارد.

از نتایج دیگر پژوهش حاضر این است که مشخص شد زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور بر کارکردهای صمیمیت بین زوجین در آستانه طلاق در خانواده‌های نظامی اثربخش می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش سیمونز و همکاران (۲۵)؛ ماسلی و همکاران (۲۶)؛ محنایی و همکاران (۸۴)؛ تقی‌یار، پهلوان‌زاده و سماوی (۵) همسو می‌باشد. همچنین علیزاده‌اصلی و همکاران (۲۸) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرح‌واره‌درمانی باعث افزایش تاب‌آوری، صمیمیت و سازگاری زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی در زنان با تعارضات زناشویی شد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت زوجینی که در آستانه طلاق هستند، هیجان‌های مثبت را حتی با وجود رفتارهای مثبت طرف مقابل بروز نمی‌دهند و در مقابل، رفتارها و هیجان‌های منفی را به سرعت جبران می‌کنند. اغلب تعامل‌های آن‌ها با جملات خصومت‌آمیز شروع می‌شود و ادامه پیدا می‌کند. معمولاً با پاسخ‌های منفی یکدیگر به شکل تقابلی جواب می‌دهند و هرگز احساس‌های منفی خود را مدیریت نمی‌کنند و در طول زمان الگوی رفتاری خود را مبتنی بر فاصله گرفتن از هم قرار می‌دهند و به جای تلاش برای نزدیک شدن به هم، به‌طور عمدی از هم دور می‌شوند. زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور با فراهم‌سازی و تسهیل بینش نسبت به ریشه‌های عمیق رفتارهای جاری در روابط زوجین، آگاهی و بینش زوجین را نسبت به اهمیت طرح‌واره و نقش آن‌ها در حفظ موقعیت‌های مساله‌آفرین بین‌فردی افزایش می‌دهند. با مشخص شدن ریشه‌های تحولی هر طرح‌واره زوجین

در زوجین با تعارضات زناشویی زمینه برای افزایش سطح صمیمیت زناشویی که بر اثر الگوهای رفتاری خشک و انعطاف‌پذیر پدیدآمده، فراهم شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور، هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کارکردهای صمیمیت بین زوجین در خانواده‌های نظامی اثربخش می‌باشد. به نظر می‌رسد که این شیوه‌های درمانی علاوه بر نقش درمانی، نقش پیشگیرانه‌ای نیز داشته باشند. بنابراین با آموزش تکنیک‌های رویکردهای بالا به خانواده‌ها می‌توان از ایجاد تنش‌های زناشویی و الگوهای ناکارآمد بین زوجین جلوگیری کرد. در این پژوهش محدودیت‌هایی نیز وجود داشته است. با توجه به این که گروه نمونه زوجین خانواده‌های نظامی می‌باشند، تعمیم نتایج این پژوهش به سایر گروه‌ها باید با احتیاط انجام شود. اجرای رویکردهای درمانی صورت گرفته در این پژوهش از سوی یک درمانگر، از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌باشد. همچنین پژوهش حاضر فقط به بررسی تاثیر زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور، هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کارکردهای صمیمیت بین زوجین در آستانه طلاق در خانواده‌های نظامی پرداخته است. بنابراین نتایج فقط برای شناسایی اثربخشی مداخلات مبتنی بر این رویکردها بر کارکردهای صمیمیت زناشویی حائز اهمیت است. براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌گردد:

۱- از درمان‌های استفاده شده در این پژوهش در سایر مراکز مشاوره خانواده در سطح نیروهای مسلح در اولویت قرار گیرد.

۲- برگزاری کارگاه‌های آموزشی توسط اساتید مجرب این حوزه برای درمانگران شاغل در مراکز مشاوره خانواده در سطح نیروهای مسلح جهت بهره‌گیری و استفاده در درمان برای مراجعین.

سپاسگزاری:

این مقاله برگرفته از رساله دوره دکتری روان‌شناسی دانشگاه لرستان با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1400.080 توسط دانشگاه علوم پزشکی لرستان تایید و به ثبت رسیده است. بدین وسیله نویسندگان تشکر خود را از تمامی کسانی که در پیش‌برد اهداف رساله یاری نموده‌اند، اعلام می‌دارند.

تعارض در منافع:

بین نویسندگان تعارضی در منافع گزارش نشده است.

متوجه می‌شوند که علت رفتارهای کنونی آن‌ها در چرخه زناشویی افکار و نگرش‌هایی است که قبلاً در آن‌ها ایجاد شده است و می‌توان با آموزش و راه‌کارهای خاص آن‌ها را تغییر داد. همچنین یادگیری تکنیک‌های مورد استفاده در این درمان به زوجین کمک می‌کند تا از فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه در موقعیت‌های تنش‌زا زندگی کاسته و شیوه مقابله کارآمد را از این موقعیت‌ها یاد بگیرند. بنابراین زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور از این طریق با کاهش مشکلات زناشویی و بهبود روابط زناشویی باعث افزایش کارکردهای صمیمیت زناشویی می‌شود..

همچنین نتیجه دیگر این پژوهش این است که مشخص گردید زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی افزایش کارکردهای صمیمیت زناشویی بین زوجین در آستانه طلاق در خانواده‌های نظامی اثربخش می‌باشد. این یافته نیز با نتایج مطالعات سیورات و همکاران (۴۱)؛ ورسیب و همکاران (۴۲)؛ گریگوری و همکاران (۱۵)؛ بخشی‌پور و همکاران (۴۳)؛ خانعی و همکاران (۴۴)؛ افشارنیا و هوشیار (۲۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که از دیدگاه زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد زوجین دارای تعارضات زناشویی، به‌طور بالقوه توانایی برقراری ارتباط کامل با زمان حال و تغییر با حفظ رفتار برای یک زندگی همراه با صمیمیت زناشویی را ندارند. به‌معنی ساده‌تر، رضایت و صمیمیت در روابط زناشویی در پذیرش و تعهد درمانی از طریق فرایندهایی نظیر گسستن از اضطراب و نگرانی‌هایی که باعث در بند ماندن زوجین در نگرش‌های منفی به خود و همسر می‌شود، به دست می‌آید. رهایی از خود به عنوان زمینه‌ای که در حالت ناشادی باعث کاهش صمیمیت در روابط زناشویی می‌شود. رهایی از گذشته و تجارب تلخ و در زمان حال زندگی کردن و تاکید بر ارزش‌ها و عمل متعهدانه برای بهبود کیفیت روابط زناشویی به خوبی قابل تقویت است. با تمرکز بر پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها، و عمل متعهدانه در تعهد و پذیرش درمانی، کارکرد تنظیم زبانی شناخت و کارکرد فعال‌سازی رفتاری معطوف به ارتقای کیفیت روابط زناشویی را می‌توان به خوبی به عنوان هدف اصلی محور مورد توجه قرار داد. همچنین ایده زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که آن‌چه را از تسلط و اراده ما خارج است بپذیریم و نیروی خود را به جای مصرف کردن در مسیری که به تغییری مثبت و سازنده منتهی نمی‌شود، به‌سوی آن‌چه که برای زندگی ارزش و اهمیت دارد، هدایت کنیم. به نظر می‌رسد که همین پذیرش و تعهد بیشتر باعث می‌شود تا احساس ارزشمندی زندگی

and treatment preferences among recent veterans: New directions for trauma research. *Psychiatric Services*. 2010; 61: 589-97. DOI: [10.1176/appi.ps.61.6.589](https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.6.589)

10. Carr CM, Wolchik S. Marital Status, divorce, and child development. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*. 2015: 518-24. DOI: [10.1016/B978-0-08-097086-8.23222-4](https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.23222-4)

11. Zheng S, Duan Y, Ward MR. The effect of broadband internet on divorce in China. *Technological Forecasting and Social Change*. 2019; 139: 99-114. DOI: [10.1016/j.techfore.2018.07.038](https://doi.org/10.1016/j.techfore.2018.07.038)

12. Civil Registration Organization of the Islamic Republic of Iran. Available at: <http://www.sabteah-val.ir/default-65.aspx>.

13. Prager KJ. *Encyclopedia of human relationships*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc Retrieved from <http://sk.sagepub.com/reference/humanrelationships>. DOI: [http://dx.doi.org/10.4135/9781412958479](https://doi.org/10.4135/9781412958479)

14. Young ME, Long LL. *Counseling and therapy for couples*: Thomson Brooks/Cole Publishing Co; 1998. Available at: <https://psycnet.apa.org/record/1998-06100-000>

15. Labrecque LT, Whisman MA. Extramarital Sex and Marital Dissolution: Does Identity of the Extramarital Partner Matter? *Family process*. 2020;59(3):1308-18. DOI: <https://doi.org/10.1111/famp.12472>

16. Crawford M, Unger R. *Women and gender: A feminist psychology*: McGraw-Hill; 2004. DOI: <https://doi.org/10.1111/famp.12472>

17. Blume TW. *Becoming a family counselor: A bridge to family therapy theory and practice*: John Wiley & Sons; 2006. Available at: <https://psycnet.apa.org/record/2006-09800-000>

18. Özgüç S, Tanrıverdi D. Relations Between Depression Level and Conflict Resolution Styles, Marital Adjustments of Patients With Major Depression and Their Spouses. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Jun; 32(3): 337-342. Epub 2017 Nov 21. PMID: 29784211. DOI: [10.1016/j.apnu.2017.11.022](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.022)

19. Zheng S, Duan Y, Ward MR. The effect of broadband internet on divorce in China. *Technological Forecasting and Social Change*. 2019; 139: 99-114. DOI: [10.1016/j.techfore.2018.07.038](https://doi.org/10.1016/j.techfore.2018.07.038)

20. Flanagan JC, Joseph JE, Nietert PJ, Back SE,

منابع

1. Cheng SY, Lin PC, Chang YK, Lin YK, Lee PH, Chen SR. Sleep quality mediates the relationship between work–family conflicts and the self-perceived health status among hospital nurses. *Journal of nursing management*. 2019; 27(2): 381-7. DOI: [10.1111/jonm.12694](https://doi.org/10.1111/jonm.12694)

2. Beam CR, Marcus K, Turkheimer E, Emery RE. Gender differences in the structure of marital quality. *Behavior genetics*. 2018; 48(3): 209-23. DOI: [10.1007/s10519-018-9892-4](https://doi.org/10.1007/s10519-018-9892-4)

3. Shakeri SS, Shabani J, Sharbaf HA, Aghili SM. Mediating role of attitude towards betrayal and marital conflict in relation between using virtual social networks and emotional divorce. *Journal of Community Health Research*. 2019. available at: <http://jhr.ssu.ac.ir/article-1-525-en.html>

4. Savabi M, Saffarian Tosi MR, Khoei Nejad G. The Effectiveness of Spiritual Therapy Based on Forgiveness and hope for Increasing Marital Satisfaction and Reducing Couple's Conflicts of couples on the Verge of Divorce. *journal of policing & social studies of women & family (pssw)*. 2020; 8(1): 5-23. DOI: [20.1001.1.23224274.1399.8.1.1.6](https://doi.org/20.1001.1.23224274.1399.8.1.1.6)

5. Ahmadi SM, Najafi M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on the Emotions and Life Satisfaction of the Personnel of Military Organization. *Journal of military Psychology*. 2018; 8(32): 21-30. available at: https://jmp.ihu.ac.ir/article_203726.html?lang=en

6. Bray RM, Camlin CS, Fairbank JA, Dunteman GH, Wheelless SC. The Effects of Stress on Job Functioning of Military Men and Women. *Armed Forces Soc*. 2001 Apr 1;27(3):397-417. DOI: [10.1177/0095327X0102700304](https://doi.org/10.1177/0095327X0102700304).

7. Teymouri Z, Mojtabaei M, Reza zadeh S M R. The Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Emotion Regulation, Anger Rumination, and Marital Intimacy in Women Affected by Spouse Infidelity. *CJHR*. 2020; 5 (4) :78-82 available at: <http://cjhr.gums.ac.ir/article-1-177-en.html>

8. Kgosana MC. An explanatory study of family stability under conditions of deployment: Stellenbosch: University of Stellenbosch; 2010. available at: <http://hdl.handle.net/10019.1/4183>

9. Sayer N, Noorbaloochi S, Frazier P, Carlson K, Gravely A, Murdoch M. Reintegration problems

- University Medical Journal. 2018; 7(3): 248-56. Available at: <http://www.iahs.kaums.ac.ir/text.asp?2019/6/4/136/270602>
29. Timulak L, Keogh D. Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2020; 50(1): 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09426-7>
30. Qiu S, Hannigan B, Keogh D, Timulak L. Learning emotion-focused therapy: certified emotion-focused therapists' perspectives. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2020; 19(4): 310-30. DOI: <https://doi.org/10.1080/14779757.2020.1717989>
31. Greenberg L, Warwar S, Malcolm W. Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of marital and Family Therapy*. 2010; 36(1): 28-42. DOI: [10.1111/j.1752-0606.2009.00185.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00185.x)
32. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change: Guilford Press; 2007. Available at: <https://psycnet.apa.org/record/2007-12400-000>
33. Love HA, Moore RM, Stanish NA. Emotionally focused therapy for couples recovering from sexual addiction. *Sexual and Relationship Therapy*. 2016; 31(2): 176-89. DOI: <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1142522>
34. Arsalandeh F, Habibi M, salimi A, Shakarami M, davarniya R. Effectiveness of Inducing Positive Affect on Improvement Autobiographical Memory in Depressive Patients. *Zanko J Med Sci*. 2018; 18 (59) :68-79 Available at: <http://zanko.muk.ac.ir/article-1-197-fa.html>
35. Sianturi R, Keliat BA, Wardani IY. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria Clinica*. 2018; 28:94-7. DOI: [10.1016/S1130-8621\(18\)30045-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30045-7)
36. Fang S, Ding D. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020; 15:225-34. DOI: [10.1016/j.jcbs.2020.01.007](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.007)
37. Harley J. Bridging the gap between cognitive therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;193:131-40. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- McCrary BS. Design of a randomized controlled trial examining the efficacy of oxytocin to enhance alcohol behavioral couple therapy. *Contemporary clinical trials*. 2019; 82: 1-8. DOI: [10.1016/j.cct.2019.05.002](https://doi.org/10.1016/j.cct.2019.05.002)
21. Rostami M, Taheri A, Abdi M, Kermani N. The effectiveness of instructing emotion-focused approach in improving the marital satisfaction in couples. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014;114:693-8. DOI: [10.1016/j.sbspro.2013.12.769](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.769)
22. Ismaeilzadeh N, Akbari B. The effectiveness of schema therapy on sexual self-efficacy, marital satisfaction and early maladaptive schemas in couples with marital conflicts. *medical journal of Mashhad university of medical sciences*. 2021; 64(1). DOI: [10.22038/MJMS.2021.18525](https://doi.org/10.22038/MJMS.2021.18525)
23. Fathiaqdam G, Ghamari M, Bazzazian S. Comparing the effectiveness of reality therapy and schema therapy on stress symptoms in women with marital conflict. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2020; 8(2):1-13. Available at: <http://ijpn.ir/article-1-1500-en.html>
24. Mandler JM. Stories, scripts, and scenes: Aspects of schema theory: Psychology Press; 2014. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315802459>
25. Simons RM, Sistad RE, Simons JS, Hansen J. The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive behaviors*. 2018; 78: 1-8. DOI: [10.1016/j.addbeh.2017.10.020](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.10.020)
26. Masley SA, Gillanders DT, Simpson SG, Taylor MA. A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive behaviour therapy*. 2012;41(3):185-202. DOI: [10.1080/16506073.2011.614274](https://doi.org/10.1080/16506073.2011.614274)
27. Ahmadzadehaghdam E, Karimisani P, Goudarzi M, Moradi O. The Effectiveness of Couple Therapy with Schema Therapy Approach on Disaffection and Marital Commitment in Couples. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2020; 8(5): 1-13. Available at: <https://www.sid.ir/en/Journal/View-Paper.aspx?ID=864093>
28. Alizadeh Asli A, Jafar Nezhad Langroudi Z. The Effectiveness of Schema Therapy Based on Acceptance and Mindfulness in Intimacy, Adaptation and Resiliency in Persons with Marital Conflicts in Couples of City Karaj. Alborz

69-87. Available at: <https://www.sid.ir/Fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=52085>

46. Khamseh A., Hosseinian S. Gender differences between intimacy dimensions of married college students. *Women studies*. 2008 [cited 2022May28];6(1):35-52. Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=142763>

47. Akhavan Bitaghsir, Z; Sanaee Zaker, B; Navabinejad, Sh; Farzad, V(2017). Comparative of Emotional Focused Couple Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Marital Adjustment and Marital Satisfaction. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 5(2), 121-128. Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=548028>

48. Johnson S, Zuccarini D. Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *J Marital Fam Ther*. 2010;36(4):431-445. doi:[10.1111/j.1752-0606.2009.00155.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00155.x)

49. Mohannaee S, Poladei Rayshahri A, Golestaneh S, Keykhosrovan M. (2019). Effectiveness of Couple Therapy by Hendrix Imago Therapy Method on Improving communication patterns and Reducing Emotional Divorce. *IJPN*; 7(1): 58-65. Available at: <http://ijpn.ir/article-1-1248-en.html>

50. taghiyar Zahra, pahlavanzade Farshad, Samavi Sayed Abdolvahab. The Impact of the Schema Therapy on the Marital Frustrations of Married Women. *WOMAN & STUDY OF FAMILY*. 2017; 49-63 : (34)9. Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id652638>

51. Grégoire S, Lachance L, Bouffard T, Dionne F. The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Promote Mental Health and School Engagement in University Students: A Multisite Randomized Controlled Trial. *Behav Ther*. 2018;49(3):360-372. doi:[10.1016/j.beth.2017.10.003](https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.10.003)

52 . Afshariniya, K; Hooshyar, F(1399). Comparison of the Effectiveness of Behavioral Couple Therapy and Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Marital Relationships in Adolescent Couples in Shiraz City. *Quarterly Journal of Women and Society*, 11 (42), 1-18. Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=745143>

38. Smallwood RF, Potter JS, Robin DA. Neurophysiological mechanisms in acceptance and commitment therapy in opioid-addicted patients with chronic pain. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2016; 250:12-4. DOI: [10.1016/j.psychres.2016.03.001](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.001)

39. Hayes SC, Stroschal KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change. New York: Guilford; 2010. Available at: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-23369-7>

40. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. 2004; 35(4): 639-65. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

41. Sewart AR, Niles AN, Burklund LJ, Saxbe DE, Lieberman MD, Craske MG. Examining positive and negative affect as outcomes and moderators of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. *Behavior therapy*. 2019; 50(6): 1112-24. DOI: [10.1016/j.beth.2019.07.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.001)

42. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018; 18(1): 60-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>

43. Bakhshipour A, Shojaei KalateBali N, Behjat A, Fooladi A. Effect acceptance and commitment couple therapy on marital distress, psychological flexibility and social concern in divorce applicant couples. *Journal of Social Psychology*. 2020; 7(54): 27-38. Available at: http://psychology.iau-ahvaz.ac.ir/article_673386.html

44. Khaneiee D, Jazayeri R, Bahrami F, Montazeri N, Etemadi O. Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital conflicts of coronary artery bypass patients. *Clinical Psychology Studies*. 2019; 9(33): 91-103. Available at: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=742929>

45. Etemadi O, Navab Nejad Sh, Ahmadi SA, valiollah f. The effectiveness of couples in cognitive-behavioral therapy on marital intimacy of couples. *Psychological Observations*. 1384; 2(1):