Journal of Nurse and Physician within War/Spring 2022/ Ninth Year

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66

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

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 participnts filled the questionnaire in four stages inclduing 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, especailly 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

Article Info

Authors:

Sajad Panahifar[1]

fazlolah mirderikvande[3]

Masoud Sadeghi[4]

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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ بهار ۱۴۰۱ / سال دهم

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66 ISSN: 2645-3940

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

چکیده

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 طرحواره‌محور۱۰ 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 نهایتا زوجدرمانی مبتنی بر پذیرش وتعهد 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

اطلاعات مقاله

سجاد پناهی فر[۱]
فضل اله میردریکوند*[۲]
محمد مسعود صادقی [۳]

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

۲. *دکتری روانشناسی،دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

(نویسنده مسئول) Email: s.panahi62@gmail.com

۳. دکتری مشاوره خانواده، دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

مقدمه

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 توام 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، نگهبانی و مانند آن) بعضی اوقات با عدم تحمل و نارضایتی خانواده‌های آن‌ها که موجب استرس (ماموریت، رزمایش، نگهبانی و...)، تعارضات، عدم سازگاری و پایین آمدن سطح صمیمیت زناشویی[1] 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[2] 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 قطعا برای گروه بسیاری از انسان‌ها اجتناب‌ناپذیر است زیرا گاهی محیط خانواده آن‌چنان پرآشوب و تحمل‌ناپذیر می‌شود که طلاق تنها راه باقی مانده است (۱۰) 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 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 (۲۱). 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 (۳۱، ۴۱).

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 (۵۱). براساس پژوهش‌های صورت گرفته، برخورداری از صمیمیت در میان زوجین از عوامل مهم ایجاد ازدواج‌های پایدار است (۶۱) و اجتناب از برقراری روابط صمیمیانه از عواملی است که به شکست در زندگی خانوادگی می‌انجامد (۷۱). فقدان صمیمیت، استرس و سایر مولفه‌های مهم زناشویی باعث ایجاد تعارضات زناشویی می‌شود و تعارض‌های زناشویی امری اجتناب‌ناپذیر است (۸۱) و میل طلاق نتیجه آشفتگی و اختلال در روابط زناشویی است (۹۱). 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 (۲۰).

هدف از زوج‌درمانی کمک به زوجین برای سازگاری مناسب‌تر با مشکلات جاری و یادگیری روش‌های موثرتر ارتباط است (۱۲). یکی از رویکردهای درمانی موثر در زوجین که می‌تواند منجر به کاهش تعارضات و آسیب‌های الگوهای ارتباطی ناکارآمد زوجین گردد زوج‌درمانی طرحواره‌محور[3] است (۲۲). طرحواره‌درمانی درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتا 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 (۳۲)، به‌عبارتی 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

1.Marital Intimacy
2.Sayer
3. Schema-Based Couple Therapy

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

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[1] است. این درمان که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است ارتباط نزیکی 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 (۳۰). درمان هیجان‌مدار با ایجاد تعاملات سازنده بین افراد و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن باعث رضایت‌مندی و کاهش تحریف‌های شناختی در آنان می شود. این رویکرد بر تغییر رفتارهای دلبستگی به عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می‌کند (۱۳). از این رو 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[2]، 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 توام 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 ارزش‌گذاری‌شده تفسیر می‌کنند. چنان‌چه زوجین براساس ارزش‌هایی که با همسر خود ازدواج کرده‌اند عمل کنند، گفتگو در هنگام بحث و جدل نیز آسان‌تر می‌شود. همچنین براساس این الگو رفتار کردن باعث می‌شود که زوجین در روابط خود شادتر، امیدوارتر و انعطاف‌پذیر باشند (۸۳).

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 (۹۳). این درمان به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد، بلکه افراد را برای پذیرش و آگاه بودن و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود می‌رساند (۴۰). هسته اصلی این درمان بیان می‌کند آن‌چه خارج از کنترل شخص است را بپذیر و به عملی که زندگیت 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، ۳۴، 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 دراین 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؟

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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

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	تصویرسازی 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 به‌شیوه 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 آسیبی به آن‌ها وارد نسازد.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

جدول شماره۳-پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴۶)

جلسه	محتوای جلسه
اول	خوش‌آمدگویی، 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[1] باگاروزی (MINQ): این پرسشنامه توسط باگاروزی در سال ۲۰۰۱ جهت سنجش نیازهای صمیمت 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 آزمودنی ها 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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

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	
زمان	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	عاطفی	۳۷/۰۶	۲/۹۷	۳۸/۰۶	۲/۹۸	۳۷/۴۳	۳/۷۰	۳۷/۰۶	۲/۹۴	۳۷/۴۰	۳/۱۵
	روان‌شناختی	۳۸/۰۰	۳/۹۳	۳۸/۱۳	۳/۲۳	۳۸/۳۳	۵/۰۸	۳۶/۹۶	۳/۶۴	۳۷/۸۵	۴/۰۱
	عقلانی	۳۸/۷۶	۳/۸۱	۳۶/۵۰	۳/۶۵	۳۷/۵۰	۳/۱۹	۳۷/۴۶	۳/۸۱	۳۷/۵۵	۳/۶۷
	جنسی	۳۷/۰۰	۳/۲۳	۳۶/۹۳	۳/۲۴	۳۷/۸۳	۳/۴۶	۳۶/۷۰	۴/۸۳	۳۷/۱۱	۳/۷۳
	بدنی	۳۷/۸۰	۳/۴۷	۳۶/۷۶	۲/۸۶	۳۷/۵۶	۳/۷۰	۳۷/۱۳	۳/۳۹	۳۷/۳۱	۳/۳۵
	معنوی	۴۳/۹۶	۳/۴۹	۴۵/۴۶	۵/۰۱	۴۴/۱۳	۴/۸۰	۴۵/۴۰	۵/۱۴	۴۴/۷۴	۴/۶۵
	زیباشناختی	۳۷/۰۶	۳/۲۸	۳۷/۱۶	۴/۶۰	۳۸/۰۰	۳/۹۹	۳۷/۹۳	۴/۴۳	۳۷/۵۴	۴/۰۸
	اجتماعی تفریحی	۳۷/۰۰	۳/۶۵	۳۷/۵۶	۲/۸۹	۳۷/۹۳	۳/۳۱	۳۷/۲۰	۳/۸۰	۳۷/۴۲	۳/۴۱
	نمره کل	۳۰۶/۶۶	۹/۱۲	۳۰۶/۶۰	۱۱/۹۴	۳۰۸/۷۳	۱۱/۲۷	۳۰۵/۸۶	۱۰/۲۴	۳۰۶/۹۶	۱۰/۶۲
پس‌آزمون	عاطفی	۲۷/۲۶	۳/۶۱	۲۸/۲۳	۴/۵۶	۲۸/۲۰	۲/۷۹	۳۷/۳۶	۴/۰۸	۳۰/۲۶	۵/۵۹
	روان‌شناختی	۲۸/۷۰	۳/۸۴	۲۹/۲۶	۴/۲۹	۲۷/۸۰	۴/۲۱	۳۸/۲۰	۳/۲۳	۳۰/۹۹	۵/۷۱
	عقلانی	۲۶/۴۰	۳/۲۹	۲۸/۰۳	۳/۶۲	۲۶/۵۳	۴/۱۴	۳۷/۹۶	۲/۵۵	۲۹/۷۳	۵/۹۰
	جنسی	۲۶/۸۰	۴/۳۱	۲۷/۵۶	۴/۰۲	۲۷/۶۶	۴/۱۱	۳۶/۸۳	۳/۱۴	۲۹/۷۱	۵/۶۷
	بدنی	۲۶/۱۶	۴/۰۰	۲۶/۹۶	۳/۹۶	۲۸/۱۳	۴/۱۷	۳۸/۴۰	۳/۳۳	۲۹/۹۱	۶/۲۷
	معنوی	۲۷/۰۳	۲/۲۶	۲۷/۰۳	۱/۷۹	۲۶/۶۶	۲/۰۰	۴۵/۰۰	۵/۳۰	۳۱/۴۳	۸/۴۷
	زیباشناختی	۲۴/۶۳	۲/۴۵	۲۵/۲۳	۲/۰۹	۲۵/۰۶	۲/۵۵	۳۴/۷۰	۳/۳۴	۲۷/۴۰	۴/۹۷
	اجتماعی تفریحی	۲۵/۰۰	۲/۲۱	۲۴/۳۶	۲/۴۷	۲۵/۵۶	۲/۸۸	۳۴/۹۳	۴/۶۲	۲۷/۴۶	۵/۳۷
	نمره کل	۲۱۲/۰۰	۹/۰۰	۲۱۶/۷۰	۱۱/۰۸	۲۱۵/۶۳	۹/۳۰	۳۰۳/۴۰	۱۱/۵۹	۲۳۶/۹۳	۳۹/۸۹
پیگیری	عاطفی	۳۰/۵۳	۳/۴۳	۲۹/۷۶	۴/۳۵	۲۹/۴۶	۳/۶۴	۳۷/۴۰	۳/۸۴	۳۱/۷۹	۵/۰۰
	روان‌شناختی	۳۰/۰۳	۴/۳۵	۲۹/۲۳	۳/۴۵	۲۹/۱۰	۴/۰۹	۳۷/۳۳	۳/۷۳	۳۱/۴۲	۵/۱۸
	عقلانی	۲۷/۷۶	۵/۸۱	۲۹/۴۶	۳/۴۲	۲۸/۴۶	۴/۰۴	۳۶/۴۶	۳/۴۳	۳۰/۵۴	۵/۴۸
	جنسی	۳۱/۱۰	۳/۸۰	۲۹/۰۳	۵/۱۶	۲۹/۷۳	۴/۳۳	۳۸/۳۰	۳/۳۱	۳۲/۰۴	۵/۵۷
	بدنی	۲۹/۹۰	۴/۳۱	۲۹/۶۰	۴/۳۷	۳۰/۳۳	۴/۱۴	۳۸/۹۰	۳/۹۴	۳۲/۱۸	۵/۶۹
	معنوی	۲۹/۵۳	۶/۲۶	۳۱/۳۳	۳/۴۶	۳۰/۳۳	۳/۷۶	۴۵/۶۳	۴/۱۲	۳۴/۲۰	۸/۰۲
	زیباشناختی	۲۷/۹۰	۳/۹۷	۲۶/۶۶	۳/۴۶	۲۸/۴۰	۳/۶۲	۳۸/۱۰	۴/۲۷	۳۰/۲۶	۵/۹۵
	اجتماعی تفریحی	۲۶/۹۶	۴/۸۸	۲۶/۶۰	۴/۱۴	۲۸/۲۶	۴/۵۷	۳۷/۷۰	۲/۸۷	۲۹/۸۸	۶/۱۶
	نمره کل	۲۳۳/۷۳	۱۴/۴۰	۲۳۱/۷۰	۱۱/۳۸	۲۳۴/۱۰	۱۰/۵۸	۳۰۹/۸۳	۱۱/۲۹	۲۵۲/۳۴	۳۵/۳۸

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 وحسینیان (۶۴) در مطالعه ای پایایی هر بعد صمیمیت را با روش آزمون-باز آزمون محاسبه کردند که برای صمیمت عاطفی، روان شناختی، عقلانی، جنسی، فیزیکی، معنویی، زیباشناختی و اجتماعی-فرهنگی به ترتیب: ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۹۱، ۰/۸۰، ۰/۶۵، ۰/۷۶، ۰/۵۱ 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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

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	۳۳۹۵/۰۳	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	۱۱۸۳۰/۵۳	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 تفریحی	اثر زمان	۵۸۸۰/۵۰	۲	۲۹۴۰/۲۵	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	۳۱۶۹۵۱/۸۰	۲	۱۵۸۴۷۵/۹۰	۱۲۲۲/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱
	تعامل زمان * گروه	۱۱۵۷۷۸/۳۵	۶	۱۹۲۹۶/۳۹	۱۴۸/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹

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 دقیقه ای اجرا گردید.ابتدای هر جلسه تکلیف جلسه قبل بررسی شد.

یافته ها:

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 از زندگی مشترکشان میگذشت، ۳۵/۹۱ درصد بین سالهای دوم تا چهارم زندگی مشترک بودند و به‌ترتیب 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 گروه بر متغیر وابسته میپردازیم. 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 اندازه گیری 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 ($p> ۰/۰۵$). آزمون لوین نشان داد برابری واریانس خطا بین چهار گروه پژوهش رعایت شده است ($p> ۰/۰۵$). به منظور بررسی مفروضه کرویت، نتایج آزمون موچلی بررسی شدند و معنادار نبودن آن در سطح ۰/۰۵ تایید گردید. بنابراین با توجه به برقراری مفروضه‌های انجام تحلیل واریانس با اندازه کیری 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 ($P,<۰/۰۰۱$ ۱۲۲/۴۸= (۲۳۲ و ۲) F)؛ صمیمیت روان‌شناختی با ($P,<۰/۰۰۱$ ۱۰۶/۳۶= (۲۳۲ و ۲) F)؛ صمیمیت عقلانی با ($P,<۰/۰۰۱$ ۱۵۲/۱۱= (۲۳۲ و ۲) F)؛

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

جدول شماره۹- نتایج آزمون بونفرونی: مقایسه گروه‌ها در پس‌آزمون 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	-۰/۴۰	۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۱/۷۶	۰/۹۶	۰/۶۷
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۰۷	۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۱/۴۴	۱/۲۸	
		گروه کنترل	-۵/۶۵*	۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۷/۰۲	-۴/۲۹	
	طرح‌واره درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۳۲	۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۱/۰۴	۱/۶۸	۰/۶۳۲
		گروه کنترل	-۵/۲۵*	۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۶/۶۲	-۳/۸۹	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	-۵/۵۷*	۰/۵۰	۰/۰۰۱	-۶/۹۴	-۴/۲۱	۰/۶۹
صمیمیت روانشناختی	روان‌درمانی هیجان‌محور	طرحواره درمانی	۰/۰۳	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۱/۴۴	۱/۵۱	۰/۶۰۵
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۵۰	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۰/۹۷	۱/۹۷	
		گروه کنترل	-۵/۲۵*	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۶/۷۳	-۳/۷۷	
	طرح‌واره درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۴۶	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۱/۰۱	۱/۹۴	۰/۶۳۹
		گروه کنترل	-۵/۲۸*	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۶/۷۶	-۳/۸۱	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	-۵/۷۵*	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۷/۲۳	-۴/۲۷	۰/۶۰۸
صمیمیت عقلانی	رواندرمانی هیجان محور	طرحواره درمانی	-۳۵	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۱/۸۶	۱/۱۵	۰/۸۸
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۱۴	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۱/۳۶	۱/۶۵	
		گروه کنترل	-۶/۳۲*	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۷/۸۳	-۴/۸۱۰۹	
	طرحواره درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۵۰	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۱/۰۱	۲/۰۱۱۳	۰/۶۱۱
		گروه کنترل	-۵/۹۶*	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۷/۴۷	-۴/۴۵۵۴	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	-۶/۴۶*	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۷/۹۷	-۴/۹۵۵۴	۰/۷۶۵

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

		گروه کنترل	-۷/۲۲۲۲*	۰/۵۳۲۳۷	۰/۰۰۱	-۸/۶۵۱۳	-۵/۷۹۳۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	-۶/۴۲۲۲*	۰/۵۳۲۳۷	۰/۰۰۱	-۷/۸۵۱۳	-۴/۹۹۳۲	۰/۷۳۸
صمیمیت اجتماعی تفریحی	رواندرمانی هیجان محور	طرحواره درمانی	۰/۱۴۴۴	۰/۵۵۷۳۱	۰/۰۰۱	-۱/۳۵۱۵	۱/۶۴۰۴	۰/۶۶۵
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۹۳۳۳	۰/۵۵۷۳۱	۰/۵۸۰	-۲/۴۲۹۳	۰/۵۶۲۶	
		گروه کنترل	-۶/۹۵۵۶*	۰/۵۵۷۳۱	۰/۰۰۱	-۸/۴۵۱۵	-۵/۴۵۹۶	
	طرحواره درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۰۷۷۸	۰/۵۵۷۳۱	۰/۳۳۳	-۲/۵۷۳۷	۰/۴۱۸۲	۰/۷۷۸
		گروه کنترل	-۷/۱۰۰۰*	۰/۵۵۷۳۱	۰/۰۰۱	-۸/۵۹۶۰	-۵/۶۰۴۰	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	-۶/۰۲۲۲*	۰/۵۵۷۳۱	۰/۰۰۱	-۷/۵۱۸۲	-۴/۵۲۶۳	۰/۶۷۸
نمره کل صمیمیت	رواندرمانی هیجان محور	طرحواره درمانی	-۰/۸۶۶۷	۱/۵۳۰۳۹	۰/۰۰۱	-۴/۹۷۴۶	۳/۲۴۱۳	۰/۹۶۹
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲/۰۲۲۲	۱/۵۳۰۳۹	۰/۰۰۱	-۶/۱۳۰۲	۲/۰۸۵۷	
		گروه کنترل	-۵۵/۵۶۶۷*	۱/۵۳۰۳۹	۰/۰۰۱	-۵۹/۶۷۴۶	-۵۱/۴۵۸۷	
	طرحواره درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۱۵۵۶	۱/۵۳۰۳۹	۰/۰۰۱	-۵/۲۶۳۵	۲/۹۵۲۴	۰/۹۶۶
		گروه کنترل	-۵۴/۷۰۰۰*	۱/۵۳۰۳۹	۰/۰۰۱	-۵۸/۸۰۸۰	-۵۰/۵۹۲۰	
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل	-۵۳/۵۴۴۴*	۱/۵۳۰۳۹	۰/۰۰۱	-۵۷/۶۵۲۴	-۴۹/۴۳۶۵	۰/۹۳۹

F (۲)؛ صمیمیت جنسی با (P,<۰/۰۰۱ ۱۰۶/۷= (۲۳۲ و ۲) F)؛ صمیمیت بدنی با (P,<۰/۰۰۱ ۱۱۲/۲۷= (۲۳۲ و ۲) F)؛ صمیمیت معنوی با (P,<۰/۰۰۱ ۳۱۸/۰۰= (۲۳۲ و ۲) F)؛ صمیمیت زیباشناختی با (P,<۰/۰۰۱ ۲۲۸/۲۲= (۲۳۲ و ۲) F)؛ صمیمیت اجتماعی تفریحی با (P,<۰/۰۰۱ ۲۲۸/۷۵= (۲۳۲ و ۲) F) و نهایتا در نمره کل کارکرد صمیمیت با (P,<۰/۰۰۱ ۱۲۲۲/۸۰= (۲۳۲ و ۲) 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 (P,<۰/۰۰۰۱ ۱۵/۴۳= (۲۳۲ و ۶) F)؛ صمیمیت روان‌شناختی با (P,<۰/۰۰۱ ۱۵/۴۸= (۲۳۲ و ۲) F)؛ صمیمیت عقلانی با (P,<۰/۰۰۱ ۱۸/۶۶= (۲۳۲ و ۲) F)؛ صمیمیت جنسی با (P,<۰/۰۰۱ ۱۴/۸۹= (۲۳۲ و ۲) F)؛ صمیمیت بدنی با (P,<۰/۰۰۱ ۱۸/۶۷= (۲۳۲ و ۲) F)؛ صمیمیت معنوی با (P,<۰/۰۰۱ ۳۴/۵۷= (۲۳۲ و ۲) F)؛ صمیمیت زیباشناختی با (P,<۰/۰۰۱ ۲۲/۶۱= (۲۳۲ و ۲) F)؛ صمیمیت اجتماعی تفریحی با (P,<۰/۰۰۱ ۲۷/۷۵= (۲۳۲ و ۲) F) و نهایتا در نمره کل کارکرد صمیمیت با (P,<۰/۰۰۱ ۱۴۸/۸۹= (۲۳۲ و ۲) 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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

شده است.
نتایج آزمون بونفرونی درجدول 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 به‌صورت 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 نهایتا زوجدرمانی مبتنی بر پذیرش وتعهد 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 (۷۴) 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 هیجانات در الگوهای دایمی ناسازگاری در زوجین آشفته می‌باشد. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجانات آسیب‌پذیر در هر کدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجانات به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز می‌باشد. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجانات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت‌بخش‌تر می‌باشد. زوجین به جهت این‌که در روابط‌شان از هیجاناتشان آگاه نیستند و یا اگر هم آگاه باشند، هیجاناتشان 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 این‌که هدف اصلی زوج‌درمانی هیجان‌مدار کمک به زوجین برای شناسایی و ابراز نیازها و احساسات خود و تغییر دلبستگی ناایمن به دلبستگی ایمن و تمرکز آن بر بعد هیجانی است و هیجانات را عامل تغییر می‌داند (۸۴) در این فرآیند به زوجین کمک شد تا احساسات، هیجانات (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 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 هیجانات 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 (۹۴)؛ تقی‌یار، پهلوان‌زاده و سماوی (۵۰) 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 درمقابل، رفتارها و هیجان‌های منفی را به سرعت جبران می‌کنند. اغلب تعامل‌های آن‌ها با جملات خصومت‌آمیز شروع می‌شود و ادامه پیدا می‌کند. معمولا 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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

متوجه می‌شوند که علت رفتارهای کنونی آن‌ها در چرخه زناشویی افکار و نگرش‌هایی است که قبلا 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 همکارن (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 صمیمت در روابط زناشویی در پذیرش و تعهد درمانی از طریق فرایندهایی نظیر گسستن از اضطراب و نگرانی‌هایی که باعث دربند 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 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، ازمحدویت‌های 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.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

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

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

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. availale at: http://jhr.ssu.ac.ir/article-1-525-en.html

4. Savabi M, Saffarian Tosi MR, Khouei 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

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. availale at: https://jmp.ihu.ac.ir/article_203726.html?lang=en

6. Bray RM, Camlin CS, Fairbank JA, Dunteman GH, Wheeless 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.

7. Teymouri Z, Mojtabaei M, Rezazadeh 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 availale 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. availale at: http://hdl.handle.net/10019.1/4183

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

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

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

12. Civil Registration Organization of the Islamic Republic of Iran. Available at: http://www.sabteahval.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

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

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

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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

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

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
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
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

McCrady 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
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
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
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
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
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/ViewPaper.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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]

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). Comparetive 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
49. Mohannaee S, Poladei Rayshahri A, Golestaneh S, Keykhosrovani 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

52 . Afshariniya,K ;Hooshyar,F(1399). Comparison of the Effectiveness of Behavioral Couple Therapy and Acceptence 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.pscychresns.2016.03.001
39. Hayes SC, Stroshal KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change. NewYork: Gilford; 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
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
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.iauahvaz.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):

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.66]