

Research Paper



The Comparison of Effectiveness of Emotion-Focused Couple Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Covert Relational Aggression among Women with Marital Conflicts



Mahnaz Esmacili¹, Alireza Maredpour^{2*}, Ghader Zadeh Bagheri²

1. PhD Student, Department of Psychology and Educational Sciences, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.17496

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17496.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
emotion-focused couple therapy, acceptance and commitment therapy, covert relational aggression, marital conflicts

Received: 2023/05/04
Accepted: 2023/07/13
Available: 2024/02/20

The purpose of this study was to comparison of effectiveness of emotion-focused couple therapy and acceptance and commitment therapy on covert relational aggression among women with marital conflicts. This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. In this research, the statistical population was all women who referred to counseling centers in Tehran city in winter year 2023. In the first stage, using convenience sampling method, 45 women with a score of 111 and above in the marital conflict questionnaire of Barati and Sanai (2008) were selected and then randomly divided into 2 experimental groups (each group 15 people) and one control group (15 people) were replaced and experimental groups underwent emotion-focused couple therapy (10 sessions 90 minutes) and acceptance and commitment therapy (8 sessions 90 minutes). To collect data covert communication aggression scale of Nelson and Carroll (2006). Analysis of variance with repeated measures with SPSS software version 24 was used for data analysis. The results showed that both interventions had a significant effect on covert relational aggression among women with marital conflicts ($P < 0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that emotion-focused couple therapy is more effective in covert relational aggression ($P < 0.05$). Based on the results of the present study, it can be said that emotion-focused couple therapy and acceptance and commitment therapy can be used as a treatment method to on covert relational aggression among women with marital conflicts in marital counseling centers. Based on the results of the present study, both emotion-focused couple therapy and acceptance-commitment therapy can reduce covert relational aggression. But it can be concluded that in terms of effectiveness, emotion-focused couple therapy was the most effective in improving the covert relational aggression of women with marital conflicts, so this more effective therapy can be used more in marriage counseling centers.



* Corresponding Author: Alireza Maredpour

E-mail: ali.mared@yahoo.com

مقاله پژوهشی



تعیین تفاوت زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی



مهناز اسمعیلی^۱، علیرضا ماردپور^{۲*}، قادر زاده باقری^۲

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.17496

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17496.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

زوج درمانی هیجان‌مدار،
درمان پذیرش-تعهد،
پرخاشگری ارتباطی پنهان،
تعارضات زناشویی

هدف از پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی بود. روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در زمستان سال ۱۴۰۱ بودند. در مرحله اول با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر با نمره ۱۱۱ و بالاتر در پرسشنامه تعارضات زناشویی براتی و ثنایی (۱۳۸۷) انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش اول تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای زوج درمانی هیجان‌مدار و گروه آزمایش دوم تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان پذیرش-تعهد قرار گرفتند. از مقیاس پرخاشگری ارتباطی پنهان نلسون و کارول (۲۰۰۶) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از به‌دست‌آمده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر پرخاشگری ارتباطی پنهان داشته است ($P < 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که زوج درمانی هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری بر کاهش پرخاشگری ارتباطی دارد ($P < 0/05$). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، هم زوج درمانی هیجان‌مدار و هم درمان پذیرش-تعهد می‌توانند پرخاشگری ارتباطی پنهان را کاهش دهند. اما می‌توان نتیجه گرفت از نظر تاثیرگذاری، زوج درمانی هیجان‌مدار بیشترین اثربخشی را بر بهبود پرخاشگری ارتباطی زنان دارای تعارضات زناشویی داشتند، لذا می‌توان از این درمان اثربخش‌تر در مراکز مشاوره زناشویی استفاده بیشتری کرد.

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۲/۱۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۴/۲۲

منتشر شده: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

* نویسنده مسئول: علیرضا ماردپور
ali.mared@yahoo.com
رایانامه:

مقدمه

زمانی که زن و مرد تصمیم به تشکیل خانواده و زندگی مشترک می‌کنند، زندگی خود را با عشق آغاز می‌کنند (جنکینز^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). اما برخی از این زوجین به دلایلی مشکلاتی را تجربه می‌کنند که تهدید کننده کانون خانواده است (دولاهایت^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ هاراسیمچوک^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از مشکلاتی که زوجین از همان ابتدای شروع زندگی ممکن است درگیر آن شوند تعارضات زناشویی است (عدل‌پور و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین می‌توان گفت که تعارضات زناشویی در زوجین پدیده‌ای شایع است که باعث سست شدن روابط و افزایش مشکلات زناشویی می‌شود (مقیم و همکاران، ۱۴۰۱). تعارض زناشویی به طور گسترده‌ای به عنوان شاخص اصلی برای عدم همبستگی در خانواده و عنصر اصلی در تعیین پایین بودن کیفیت زندگی زناشویی در زوجین در نظر گرفته شده است (کرشید^۴ و همکاران، ۲۰۱۹) و این تعارض در روابط عاشقانه اجتناب‌ناپذیر است، اما زمانی که به طور مکرر و شدید اتفاق می‌افتد و به طور رضایت‌بخش حل نمی‌شوند، می‌تواند بر کیفیت رابطه زناشویی زوجین تأثیر منفی بگذارد (نثومن^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). از سوی دیگر می‌توان گفت که زنان دچار تعارضات زناشویی سطح بالا، معمولاً از تعاملات خوشایند و شوق‌انگیزی برخوردار نیستند و در عین حال، دارای تعاملات مملو از هیجان‌های خشم، سرزنش یا تنبیه و پرخاشگری ارتباطی پنهان^۶ می‌باشند (میکائیلی و عبادی، ۱۴۰۱). پرخاشگری ارتباطی پنهان در روابط زناشویی، در زمینه‌ای برای رشد و گسترش رفتارهای اجتماعی سازش‌نا یافته و درک پایین از موقعیت‌های بین فردی (مرتضی‌بی و گاطع‌زاده، ۱۴۰۰) و در نتیجه کمتر پذیرفته شدن نزد همسر می‌باشد (پاراد و لیرکز^۷، ۲۰۱۱). همچنین می‌توان گفت که در پرخاشگری ارتباطی پنهان فرد از طریق اعمال نفوذ هدفمند تلاش می‌کند به مخاطب و به رابطه آسیب رساند (آیزپیتارت^۸ و همکاران، ۲۰۱۹) و می‌تواند باعث آسیب دیدن روابط زناشویی زوجین در زندگی دوفره آنان می‌شود (کوین^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). به طور ویژه پرخاشگری ارتباطی شامل دو مولفه کناره‌گیری عاطفی^{۱۰} و خراب کردن وجهه اجتماعی^{۱۱} است (نلسون و کارول^{۱۲}، ۲۰۰۶). کناره‌گیری عاطفی به شکل عدم برقراری رابطه جنسی، تهدید به ترک رابطه و دریغ کردن توجه و مهربانی از همسر است (کارول^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۰). خراب کردن وجهه اجتماعی به شکل آزار غیرمستقیم همسر از طریق بدگویی، شایعه پراکنی، درمیان‌گذاشتن اطلاعات خصوصی و محرمانه همسر با دیگران نمود پیدا می‌کند (کریمی و همکاران، ۱۳۹۸).

1. Jenkins
2. Dollahite
3. Harasymchuk
4. Khurshid
5. Neumann
6. covert relational aggression
7. Parade & Leerkes
8. Aizpitarte
9. Coyne
10. love withdrawal
11. social sabotage

بخش دیگری از خراب کردن وجهه اجتماعی می‌تواند به این صورت باشد که یکی از زوجین شرایطی را فراهم می‌کنند که امکان دخالت دیگران را در جریان بحث‌ها و مشاجرات خود را فراهم می‌کنند (خزاعی و همکاران، ۱۳۹۶). چنین وضعیتی یعنی کناره‌گیری عاطفی و خراب کردن وجهه اجتماعی همسران توسط همدیگر می‌تواند شرایطی فراهم آورد که زوجین نسبت به همدیگر کمتر پاسخگو^{۱۴} باشند، دسترسی‌پذیری^{۱۵} و همدمدطلبی نسبت به یکدیگر در آنان پایین باشد (سندبرگ و همکاران^{۱۶}، ۲۰۱۲). در راستای اهمیت این نکته که پایین بودن میزان پرخاشگری ارتباطی پنهان در زوجین از اهمیت فراوانی برخوردار است و در بسیاری از موارد ممکن است باعث جدایی و فروپاشی کانون خانواده‌ها شود، لذا ارائه مداخلات زوج درمانی برای بهبود این مشکل (پرخاشگری ارتباطی پنهان) کارآمد است. یکی از مداخلاتی که در تحقیقات قبلی به اثربخشی آن بر بهبود مشکلات زناشویی به ویژه پرخاشگری ارتباطی پنهان تأکید شده است، زوج درمانی هیجان‌مدار است (هدایتی و همکاران، ۱۳۹۹).

زوج درمان هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد و احتمال عود در آن به شدت کمتر است (جانسون^{۱۷}، ۲۰۱۲). علاوه بر این می‌توان گفت که تأکید و محور اصلی درمان زوج درمانی هیجان‌مدار بر دلبستگی ایمن، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل زوجین برای نیازهای خود و همسرانشان است، که این محور می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات زوجین داشته باشد (عماری و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین تحقیقات نشان داده است که زوج درمانی هیجان‌مدار باعث کاهش مشکلات زناشویی در زوجین می‌شود (مارن^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۲). به طوری که گریم و جانسون^{۱۹} (۲۰۲۲) درمان هیجان‌مدار را برای زوجین پیشنهاد کرده‌اند تا کیفیت پیوندهای عاطفی آنان با همدیگر و با افراد مهم و همچنین احساس ذهنی آنها از ارتباط اجتماعی افزایش پیدا کند، چرا که تقویت پیوندهای عاطفی و بین‌فردی تمرکز اصلی درمان هیجان‌مدار است که می‌تواند به بازگرداندن تعادل عاطفی آنان کمک کند و در نتیجه افراد را از انزوا و مجموعه مشکلات سلامتی که می‌تواند برای افراد آسیب‌زا باشند محافظت کند (گریم و جانسون، ۲۰۲۲). افزون بر زوج درمانی هیجان‌مدار، یکی دیگر از مداخلات موثر بر مشکلات زناشویی به ویژه در کاهش پرخاشگری ارتباطی پنهان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (فرمانیان، ۱۴۰۱).

شیوه درمانی پذیرش و تعهد یکی از روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی با هدف ایجاد و ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی^{۲۰} می‌باشد (کوتو-لسمس^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۰). این شیوه از طریق آموزش پذیرش

12. Nelson & Carroll
13. Carroll
14. responsiveness
15. accessibility
16. Sandberg
17. Johnson
18. Marren
19. Greenman & Johnson
20. psychological flexibility
21. Coto-Lesmes

روانی، آگاهی روانی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه (ورنر^۱ و همکاران ۲۰۲۰) باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در افراد می‌شود (رایت^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). کاشدان^۳ و همکاران (۲۰۲۰) انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به عنوان «توانایی دنبال کردن اهداف ارزشمند زندگی علی‌رغم وجود درد» تعریف می‌کنند و کلید این تعریف، تمرکز بر فردی است که با وجود رویدادهای خصوصی منفور، مطابق با تعقیب تقویت‌کننده‌های بزرگ‌تر و طولانی‌مدت رفتار می‌کند (کاشدان و همکاران، ۲۰۲۰). درمان پذیرش/تعهد به زنان در زندگی کمک می‌کند که تا به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق انعطاف‌پذیری روانشناختی دست یابند (پائولوس-گائورنیری^۴ و همکاران، ۲۰۲۲) و مشکلات زناشویی را به گونه‌ای متفاوت مفهوم‌سازی می‌کند و بر این اساس، حفظ و گسترش پریشانی و آشفتگی، تعارض و فاصله عاطفی بین زوجین از ترکیب راهبردهای کنترل و اجتناب تجربی در رابطه زناشویی ناشی می‌شود (فورمن و بیوترین^۵، ۲۰۱۵).

همانطور که گفته شد با توجه پژوهش‌های مختلفی که نشان داده‌اند که هم زوج درمانی هیجان‌مدار و هم درمان پذیرش/تعهد بر کاهش پرخاشگری ارتباطی و بهبود مشکلات زناشویی زنان اثربخشی معنادار دارند (هدایتی و همکاران، ۱۳۹۹؛ فرمانیان، ۱۴۰۱؛ عماری و همکاران، ۱۴۰۱؛ گریم و جاسون، ۲۰۲۲) و همچنین اثربخشی رویکردهای زوج‌درمانی مختلف در رفع مشکلات زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی، در این پژوهش به مقایسه دو رویکرد شواهد محور با دیدگاه‌های مختلف به آسیب شناسی مشکلات پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی و درمان آنان پرداخته شده است. به طور کلی از راه پژوهش است که می‌توان جهت مقابله با مشکلات زنان دارای تعارضات زناشویی، توصیف‌های عملی در زمینه کاربرد نظریه‌های زوج‌درمانی به دست آورد و به راهکارهایی کاربردی و عملی در زمینه درمان، بالا بردن بهداشت روانی و ایجاد الگوهای سالم روابط بین فردی دست یافت. همچنین در سطح کاربردی یافته‌های به دست آمده از پژوهش را برای تبیین و ارزیابی، پیشگیری، کنترل و درمان تعارضات زناشویی استفاده نمود. بنابراین از یک سو به جهت دستیابی به رویکردهای زوج‌درمانی مؤثرتر و غنی‌تر و از سوی دیگر به دلیل این که تاکنون پژوهشی مستقل پیرامون مقایسه اثربخشی این دو نوع بر کاهش پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی انجام نشده است، نگارندگان در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش بودند که چه تفاوتی بین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی وجود دارد؟

روش

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه تجربی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه

کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از بین مراکز موجود ۳ مرکز انتخاب شد و سپس پرسشنامه تعارضات زناشویی بر روی آنان اجرا شد و از بین آنها که نمره بالاتر از ۱۱۱ در این پرسشنامه کسب کنند تعداد ۴۵ زن انتخاب و در سه گروه قرار داده خواهد شد. به این صورت که در گروه زوج درمانی هیجان‌مدار ۱۵ زن، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۵ زن و گروه کنترل ۱۵ زن جایگزین شد. لازم به ذکر است که در این پژوهش در این پژوهش از جدول کوهن برای تعیین حجم نمونه استفاده شد. به این صورت که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم اثر ۰/۷۰ و توان آماری ۰/۹۱ برای هرگروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود دارد و در جهت تعمیم-پذیری بیشتر نتایج حجم هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۱۱۱ در پرسشنامه تعارضات زناشویی، گذشتن حداقل شش ماه الی یک سال از زمان ازدواج، نداشتن بیماری‌های جسمی و روانشناختی، سن فرد بالای ۱۸ سال باشد و داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل مصرف داروهای روانپزشکی و روان‌گردان، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش، ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر و سیگار و مبتلا بودن به اختلالات روانپزشکی بود. توضیح اهداف پژوهش برای افراد شرکت‌کننده، کسب رضایت آگاهانه از آنها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله درمانی و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به گروه کنترل و همچنین کسب کد اخلاق به شماره IR.IAU.YASOOJ.REC.1401.007 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر استفاده شد. همچنین برای بررسی مقایسه مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی بن فرونی و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تعارضات زناشویی^۶ (MCQ): این مقیاس توسط ثنائی ذاکر و همکاران (۱۳۸۷) تهیه شده است و این پرسشنامه ۵۴ سوال دارد و پاسخ سؤالات براساس طیف لیکرت بود که به صورت هرگز ۱، نمره، بندرت ۲، نمره، گاهی اوقات ۳، نمره، اکثر اوقات ۴، نمره و همیشه ۵، نمره تعلق می-گیرد (محمودپور و همکاران، ۱۴۰۰). سوالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷ و ۵۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه تعارض زوج‌ها را در چهار سطح فاقد تعارض با نمره ۱۲ تا ۹۰، تعارض در حد طبیعی با نمره ۹۰ تا ۱۱۱، تعارض بیش از حد طبیعی با نمره ۱۱۱ تا ۱۹۱ و تعارض بسیار شدید با نمره بالاتر از ۱۹۰ طبقه بندی می‌کند (یوسفی و عزیزی، ۱۳۹۷). سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۶۶ و ضریب پایایی خرده

4. Paulos-Guarnieri
5. Forman & Butryn
6. Marital Conflict Questionnaire (MCQ)

1. Werner
2. Wright
3. Kashdan

برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب در مرحله پیش آزمون ۰/۷۰، پس آزمون ۰/۸۲ و پیگیری ۰/۸۶ به دست آمد.

جلسات درمانی

جدول ۱. جلسات زوج درمانی هیجان مدار و درمان پذیرش-تعهد

جلسات زوج درمانی هیجان مدار اقتباس از جانسون (۲۰۱۲)		
گام	جلسه	محتوای جلسه
گام اول: شناسایی	اول	- معرفی و آشنایی اعضای گروه - بررسی انگیزه و انتظار افراد نمونه از شرکت در جلسات درمانی - ارائه تعریف مفاهیم زوج درمانی هیجان مدار، رضایت جنسی، ابرازگری جنسی نسبت به همسر و بررسی نظرات زوجین در مورد این مفاهیم - کشف تعاملات مشکل دار - ارزیابی شیوه برخورد زوجین با مشکلات - کشف موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی
	دوم	- سنجش وضعیت ارتباط زناشویی، رضایت جنسی و کیفیت رابطه جنسی - تکلیف: توجه به حالات هیجانی خوشایند(نشاط، لذت، سرحالی، خوشحالی و غیره) و حالات ناخوشایند(خشم، تنفر، غمگینی، حسادت و اضطراب) - ارزیابی میزان تعهد نسبت به همسر، روابط فرازناشویی، ترومای دلبستگی شخصی قبلی که در روابط فعلی تاثیرگذار است - ارزیابی میزان ترس زوجین از افشای رازها - تکلیف: توجه به چرخه تعاملات روزمره یکدیگر
	سوم	- مشخص کردن الگوهای تعامل شامل پذیرش احساس تصدیق شده - کشف نایمنی دلبستگی و ترس های هر کدام از زوجین - کمک به بازتر بودن و خودافشایی زوجین - ادامه پیوستگی درمان
گام دوم: تغییر	چهارم	- تکلیف: شناسایی دقیق هیجان، عواطف و احساسات خالص - بازسازی پیوند زوجین شامل روشن کردن پاسخ های هیجانی کلیدی - گسترش تجربه هیجانی هر کدام از زوجین در رابطه و پدیداری عناصر جدید در تجربه پذیرش چرخه منفی توسط زوجین - بررسی و تجدید نظر کردن روابط - تکلیف: ابراز هجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه)
	پنجم	- عمق بخشیدن به درگیری عاطفی زوجین بر مبنای دلبستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی - عمق بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی - بهبود وضعیت درون روانی و بهبود وضعیت تعاملی - تکلیف: ابراز هیجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه)
	ششم	- گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران شامل تعیین تناسب چارچوب بندی درمانگر با تجربه زوجین - عمق بخشیدن به درگیری زوجین - پذیرش بیشتر زوجین از تجربه خود - ارتقای روش های جدید تعامل - تمرکز روی خود نه دیگری
	هفتم	- تکلیف: شناسایی ترس های زیربنایی و ابراز خواسته و آرزوها - فعال سازی شامل بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها - درگیری بیشتر زوج با یکدیگر

مقیاس ها از ۰/۵۶ تا ۰/۸۱ به دست آمده است(ثناپی ذاکر و همکاران، ۱۳۸۷). در سایر پژوهش ها پایایی پرسشنامه بررسی و ضرایب ۰/۷۲ (محمودپور و همکاران، ۱۴۰۰) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمده است (رسولی و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین برای بررسی روایی همگرایی پرسشنامه از همبستگی پیرسون استفاده شده است که ضریب همبستگی تعارضات زناشویی با پرسشنامه تمایز یافتگی اسکورن و اشمیت^۱ (۲۰۰۳) ۰/۴۱۳- و رضایت زناشویی انریچ^۲ السون^۳ و همکاران (۱۹۸۷) ۰/۵۶۱- و معنی دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (کاظمیان و همکاران، ۱۳۹۷). در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۷۵ و خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۷۳ به دست آمده است (معاذی نژاد و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب در مرحله پیش آزمون ۰/۷۱، پس آزمون ۰/۸۰ و پیگیری ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس پرخاشگری ارتباطی پنهان^۴ (CRAS): این مقیاس توسط نلسون و کارول^۵ (۲۰۰۶) تهیه شده است و این مقیاس شامل ۱۲ سوال است که دو خرده مقیاس کناره گیری عاطفی^۶ با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶؛ خراب کردن وجهه اجتماعی^۷ با سوالات ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ را اندازه گیری می کند. سوالات مقیاس در طیف لیکرت ۷ درجه ای نمره گذاری می شود به این صورت که خیلی کم ۱ نمره، نسبتا کم ۲ نمره، کم ۳ نمره، نمی دانم ۴ نمره، زیاد ۵ نمره، نسبتا زیاد ۶ نمره و خیلی زیاد ۷ نمره تعلق می گیرد. دامنه نمرات پرسشنامه برای کل سوالات ۱۲ تا ۸۴ خواهد بود (حمیدی کیان و همکاران، ۱۴۰۰). سازندگان مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای مردان در کناره گیری عاطفی ۰/۹۰ و خراب کردن وجهه اجتماعی ۰/۸۸ و برای زنان در کناره گیری عاطفی ۰/۸۶ و خراب کردن وجهه اجتماعی ۰/۹۰ به دست آورده اند (نلسون و کارول، ۲۰۰۶). این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و برای پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب پاسخ های شوهران در مورد همسران خود برای کل مقیاس ۰/۸۵، کناره گیری عاطفی ۰/۸۵ و خراب کردن وجهه اجتماعی ۰/۸۳ و همچنین ضرایب پاسخ های همسران در مورد شوهران خود برای کل مقیاس ۰/۸۵، کناره گیری عاطفی ۰/۸۴ و خراب کردن وجهه اجتماعی ۰/۸۲ به دست آمده است (خزاعی و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین در پژوهش خزاعی و همکاران (۱۴۰۰) روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی بررسی و مقادیر شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازش مقایسه ای (CFI) و خطای ریشه ای مجذور میانگین تقریب^۸ (RMSEA) به ترتیب ۱۴۶/۱۵۷، ۰/۹۶۰، ۰/۹۵۰ و ۰/۰۶۵ به دست آمده است (خزاعی و همکاران، ۱۴۰۰). در یک پژوهش دیگر در خارج از کشور اعتبار پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی شده است که ضریب ۰/۹۰ برای زنان و ضریب ۰/۸۹ برای مردان محاسبه شده است (اوکا^۹ و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش حاضر

5. Nelson & Carroll
6. love withdrawal
7. social sabotage
8. root mean square error of approximation (RMSEA)
9. Oka

1. Skowron & Schmitt
2. enrich
3. Olson
4. Couples Relational Aggression and Victimization Scale (CRAViS)

گام سوم: تثبیت	هشتم	- روشن سازی خواسته‌ها و آرزوهای زوجین تکلیف: مشخص کردن نقاط ضعف و قوت تمرین رابطه - یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و نیز رابطه، تغییر تعاملات غلبه بر موانع واکنش مثبت تکلیف: کشف راه‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه شامل درگیری صمیمانه زوج، ماندن بر خط درمان و خارج نشدن از آن، هماهنگی وضعیت‌های جدید که زوج ایجاد کرده‌اند، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی و ایجاد دلبستگی ایمن تکلیف: اجرای تکنیک‌ها در محیط روزمره
		- اختتام شامل تسهیل اختتام جلسات - حفظ تغییر تعاملات در آینده - تعیین تفاوت بین الگوی تعامل منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون - حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آنها.

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقتباس از هیز^۱ و همکاران (۲۰۱۶)

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد، تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات جلوگیری شود.	شناسایی موقعیتهای اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آنها مبارزه یا عمد از آنها جلوگیری شود.
سوم	اجرای فنون درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خود تجسمی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	گاهی از اینجا و اکنون و علاقمندی به جای فرار از آنچه که هم اکنون در جریان است.
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف-پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود.	تمرکز بر تمام حالت روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچگونه قضاوتی.
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی به منظور پذیرش هیجان-های منفی	تلاش در جهت کسب حس تعالی یافته با استفاده از فنون آموزش دیده.
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی	شناسایی ارزش-های شخصی اصلی

هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش-های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت.	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده بر اساس فنون آموزش دیده
		مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی.	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان-های مثبت، اجرای پس-آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در دو ماه آینده.

نحوه اجرا و جمع‌آوری داده‌ها

روش جمع‌آوری و گردآوری اطلاعات در بعد کتابخانه‌ای از مقالات علمی و پژوهشی استفاده شد. همچنین با توجه به اینکه روش تحقیق نیمه تجربی بود به روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ زن که نمره بالاتر از ۱۱۱ بر اساس پرسشنامه تعارضات زناشویی بدست آوردند، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در ۳ گروه (۱۵ زن را در گروه آزمایش با زوج درمانی مبتنی بر هیجان مدار، ۱۵ زن گروه آزمایش مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۵ زن در گروه کنترل) گمارش شد. سپس بر روی آزمودنی‌های هر سه گروه در شرایط یکسان پرسشنامه پرخاشگری ارتباطی پنهان به عنوان پیش آزمون اجرا شد. بعد از این مرحله گروه آزمایش اول پس از اخذ موافقت اخلاقی تحت زوج درمانی هیجان مدار، گروه آزمایش دوم تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و در نهایت گروه کنترل هیچ گونه آموزشی از این رویکردها ندید و به فعالیت‌های معمول و روزمره خود ادامه داد و در لیست انتظار باقی ماند. بعد از اتمام جلسات آموزشی از هر سه گروه در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد. در این مرحله هر سه گروه در شرایطی مشابه به سوالات پس آزمون پاسخ می‌دهند. در این پژوهش همچنین بعد از مدت ۶۰ روز مرحله پیگیری انجام شد و آزمودنی‌ها به سوالات پرسشنامه پرخاشگری ارتباطی پنهان به عنوان مرحله پیگیری پاسخ دادند. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات گردآوری شده با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سن در افراد نمونه در سه گروه

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار پرخاشگری ارتباطی پنهان در گروه آزمایش و

گروه کنترل						
متغیرهای وابسته		میانگین		انحراف معیار		
مرحله	هیجان پذیرش/تعه	هیجان ن	کنترل	هیجان پذیرش/تعه	کنترل	
پیش-آزمون	۲/۴۰	۲/۹۳	۲/۹۳	۱/۱۶۳	۱/۸۸۴	
کناره-گیری عاطفی	۱/۴۰	۲/۸۷	۲/۸۷	۱/۳۵۶	۱/۰۱۴	
پیگیر	۱/۴۷	۲/۸۷	۲/۸۷	۱/۳۳۵	۱/۹۱۵	
ی	۹	۴	۴	۱	۰	
پیش-آزمون	۲/۴۰	۲/۴۰	۲/۴۰	۰/۹۱۰	۱/۹۱۰	
خراب کردن وجهه اجتماعی	۱/۴۷	۲/۳۳	۲/۳۳	۱/۲۹۱	۱/۸۶۲	
پیگیر	۱/۵۳	۲/۴۰	۲/۴۰	۱/۲۴۲	۱/۰۱۴	
ی	۹	۵	۵	۱	۱	
پیش-آزمون	۵/۸۰	۵/۱۳	۵/۱۳	۱/۵۰۶	۱/۱۷۵	
پرخاشگری	۳/۸۷	۴۲/۲۰	۴۲/۲۰	۲/۰۷۷	۱/۴۱۴	
ری ارتباطی پنهان	۳/۰۰	۴۲/۳۳	۴۲/۳۳	۱/۸۷۷	۱/۴۳۸	
ی	۹	۰	۰	۲	۱	

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار پرخاشگری ارتباطی پنهان گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از 0.05 بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. بر اساس نتایج مقدار سطح معناداری آزمون کروییت موچلی متغیر پرخاشگری ارتباطی پنهان برابر 0.01 به دست آمده است. لذا فرض کروییت موچلی تایید نشده است و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته

گروه	شاخص		آماره
	میانگین	انحراف معیار	
درمان هیجان مدار	۳۰/۷۳	۴/۱۱۴	
درمان پذیرش و تعهد	۳۰/۶۰	۳/۳۹۷	۱/۱۵۷
گروه کنترل	۳۲/۷۳	۵/۲۰۳	۰/۳۲۴

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سن گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان هیجان مدار $30/73$ و $4/114$ ؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان پذیرش/تعهد $30/60$ و $3/397$ ؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل $32/73$ و $5/203$ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=1/157$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($\text{sig}=0/324$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می‌باشد.

جدول ۳- فراوانی و درصد تحصیلات افراد نمونه

گروه	شاخص		آماره
	فراوانی	درصد	
درمان هیجان مدار	دیپلم	۴	۲۶/۶۷
	فوق دیپلم	۴	۲۶/۶۷
	کارشناسی	۴	۲۶/۶۷
	کارشناسی ارشد	۲	۱۳/۳۳
	دکتر	۱	۶/۶۷
گروه کنترل	کل	۱۵	۱۰۰
	دیپلم	۴	۲۶/۶۷
	فوق دیپلم	۴	۲۶/۶۷
	کارشناسی	۳	۲۰
	کارشناسی ارشد	۲	۱۳/۳۳
گروه کنترل	کل	۱۵	۱۰۰
	دیپلم	۲	۱۳/۳۳
	فوق دیپلم	۲	۱۳/۳۳
	کارشناسی	۴	۲۶/۶۷
	کارشناسی ارشد	۴	۲۶/۶۷
گروه کنترل	کل	۱۵	۱۰۰
	دکتر	۳	۲۰
	کل	۱۵	۱۰۰

جدول ۳- فراوانی و درصد تحصیلات گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. میزان آماره تحلیل خی دو (Chi-Square) آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $\text{Chi-Square}=3/782$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($\text{sig}=0/1876$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می‌باشد.

است. بنابراین از آزمون محافظه کارانه گریز-هاوس-گریز استفاده شده است که نتایج در شماره جدول ۵- آمده است.

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی نیازهای اساسی، پرخاشگری ارتباطی پنهان و رفتار دلبستگی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
گروه		۵۲/۴۵۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱۴	۰/۹۹۹
کناره گیری عاطفی	زمان (عامل)	۱۹/۴۵۹ ۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲۵	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۵۳/۲۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۷	۰/۹۹۹
خراب کردن وجهه اجتماعی	زمان (عامل)	۵۹/۴۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹	۰/۹۹۹
	زمان (عامل)	۲۹/۸۹۳ ۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۷۲/۷۵۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۶	۰/۹۹۱
گروه		۱۰/۶۶۹ ۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳۳	۰/۹۹۹
نمره کل پرخاشگری ارتباطی پنهان	زمان (عامل)	۴۴/۱۸۹ ۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۴	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۱۱/۵۴۴ ۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۷	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۵- نشان می‌دهد که زوج درمانی هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کاهش پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی اثربخشی معناداری دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی در جدول ۶- آمده است.

جدول ۶. نتایج مقایسه مراحل اندازه‌گیری پرخاشگری ارتباطی در سه گروه بر اساس آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای بررسی پایداری نتایج درمان‌ها

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
کناره‌گیری عاطفی	پیش‌آزمون	۲۵/۰۲۲	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۳۳۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۱/۶۸۹	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۲۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۱/۷۵۶	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۲۷۲
خراب کردن وجهه اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۵/۴۰۰	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۴۰۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۲/۰۰۰	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۳۵۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۲/۰۴۴	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۴۴	۰/۹۹۴
نمره کل پرخاشگری ارتباطی پنهان	پیش‌آزمون	۵۰/۴۲۲	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۶/۷۳۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۴۳/۶۸۹	پیش‌آزمون-پیگیری	۶/۶۲۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۴۳/۸۰۰	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۱۱	۰/۳۰۹

همان‌طور که جدول ۶- نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس-آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر

و معنادارتر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) است که این نشان دهنده آن است که زوج درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر پرخاشگری ارتباطی پنهان در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که تاثیر ایجاد شده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش‌تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر پرخاشگری ارتباطی پنهان از آزمون تعقیبی بن‌فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول ۷- آمده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی پرخاشگری ارتباطی برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	میانگین تعدیل شده	گروه‌های مداخله	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
گروه	۲/۴۲۲	هیجان مدار	پذیرش/تعهد	۰/۷۵۶	۰/۱۱۵
کناره‌گیری عاطفی	۱	هیجان مدار	د	-	
	۲/۱۷۸	هیجان مدار	کنترل	۳/۴۴۴	۰/۰۰۱
	۲	پذیرش/تعهد	د	-	
گروه کنترل	۲/۸۶۷ ۴	پذیرش/تعهد	کنترل	۲/۶۸۹	۰/۰۰۱
خراب کردن وجهه اجتماعی	۲/۴۰۰	هیجان مدار	پذیرش/تعهد	۱/۲۴۴	۰/۰۰۳
	۵	هیجان مدار	د	-	
	۲/۰۰۰	هیجان مدار	کنترل	۳/۸۰۰	۰/۰۰۱
	۲	پذیرش/تعهد	د	-	
گروه کنترل	۲/۰۴۴ ۲	پذیرش/تعهد	کنترل	۲/۵۵۶	۰/۰۰۱
نمره کل پرخاشگری ارتباطی پنهان	۵/۴۲۲	هیجان مدار	پذیرش/تعهد	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱
	۰	هیجان مدار	د	-	
	۴/۶۸۹	هیجان مدار	کنترل	۷/۲۴۴	۰/۰۰۱
	۳	پذیرش/تعهد	د	-	
گروه کنترل	۴/۸۰۰ ۳	پذیرش/تعهد	کنترل	۵/۲۴۴	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۷- نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه زوج درمانی هیجان‌مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان پذیرش/تعهد با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که زوج درمانی هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نسبت به درمان پذیرش/تعهد بر کاهش پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی بود. زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر پرخاشگری ارتباطی پنهان در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج گریمن و

جانسون (۲۰۲۲) و هدایتی و همکاران (۱۳۹۹) همسویی و همخوانی دارد. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده از این فرضیه یافت نشد. در تبیین اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش کناره‌گیری عاطفی زنان دارای تعارضات زناشویی می‌توان گفت که زوج درمان هیجان‌مدار شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجانات در الگوهای دائمی ناسازگاری در زنان دارای تعارضات زناشویی است. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجانات آسیب‌پذیر در هرکدام از زنان دارای تعارضات زناشویی و تسهیل توانایی آنان در ایجاد این هیجانات به شیوه‌ای ایمن و محبت‌آمیز است. 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 و در پایان ارتباطی رضایت‌بخش‌تر است. نظریه‌پردازان هیجان‌مدار درمان ادعا می‌کنند که این شیوه درمانی یکی از معتبرترین شکل تجربی در درمان زوجین دارای مشکلات زناشویی است بررسی دستاوردهای مطالعاتی شواهد تجربی قدرتمندی را در سودمندی درمان هیجان‌مدار بر رهایی از آشفتگی از زوجین فراهم می‌نماید. بنابراین زنان دارای تعارضات زناشویی با شرکت در جلسات زوج درمانی هیجان‌مدار میزان دلبستگی نایمن خود را تغییر داده و سعی می‌کنند این نایمن بودن دلبستگی را در زندگی زناشویی خود تجربه کنند و همین فرآیند به آنان کمک می‌کند در زندگی زناشویی پرخاشگری ارتباطی کمتری بیشتری داشته باشند و از میزان کناره‌گیری عاطفی نسبت به همسر خود بکاهند و با کسب دلبستگی ایمن، و به کارگیری این توانمندی در زندگی زناشویی، اثرات زوج درمانی هیجان‌مدار نیز می‌تواند در طول زمان نیز ماندگار باشد. لذا منطقی است که زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش کناره‌گیری عاطفی زنان دارای تعارضات زناشویی موثر باشد.

در تبیین اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش خراب کردن وجهه اجتماعی زنان دارای تعارضات زناشویی می‌توان گفت که در نظر هیجان درمانگران، درک فرایند تجربه و پردازش تعاملات همسران همان قدر اهمیت دارد که جهت‌دهی زوج‌های آشفته و دارای تعارض از پاسخ‌های منفی به سوی انعطاف‌پذیری و پاسخگو بودن هم دارای اهمیت است. مواردی چون (انعطاف‌پذیری در پاسخ‌ها و پاسخگو بودن از نظر احساسی) پایه‌های نگهدارنده دلبستگی ایمن میان همسران هستند. بنابراین می‌توان گفت که خلق و آفرینش رشته‌های ایمن دلبستگی از اهداف درمانی زوج درمانی هیجان‌مدار است و این درمان می‌تواند به زنان دارای تعارضات زناشویی کمک کند، تا یک فرآیند دلبستگی ایمن در آنان شکل گیرد و نسبت به همسر خود دیدگاه مثبت‌تری باشد و زمانی که زنان چنین درک کنند که احترام وی از سوی همسرش با در اجتماع و در نزد دیگران با پاسخ مناسب همراه است، وی نیز نسبت به همسرش در اجتماع محترمانه برخورد خواهد بود. از آنجایی که هدف اصلی زوج درمانی هیجان تغییر سبک دلبستگی نایمن است و سعی می‌کند با ایجاد دلبستگی ایمن، در افراد تحت درمان، آنان را در زندگی زناشویی توانمند کند. بنابراین همین فرآیند به آنان کمک می‌کند در زندگی زناشویی همسران احترام همدیگر را چه در خلوت خود و چه در نزد دیگران بیشتر حفظ کنند. با کسب دلبستگی ایمن، و به کارگیری این

توانمندی در زندگی زناشویی، اثرات زوج درمانی هیجان‌مدار نیز می‌تواند در طول زمان نیز ماندگار باشد. لذا منطقی است که زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش خراب کردن وجهه اجتماعی زنان دارای تعارضات زناشویی موثر باشد. در تبیین اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار، به طور کلی بر پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی می‌توان گفت که این رویکرد زوج درمانی ابتدا سعی دارد زوجین را به این بینش برساند که هیجانات اولیه که در رفتار خودشان بروز می‌کنند ریشه در هیجانات و عواطف سرکوب شده در دوران کودکی آنان دارند و در اصل هیجانات اولیه‌ای هستند که با تداعی شرایط کودکی در بزرگسالی به شکل دیگری و به صورت هیجانات ثانویه برون‌ریزی می‌شوند. برای مثال از دید نظریه هیجان‌مدار، خشم یک هیجان ثانویه است که در واکنش به هیجان اولیه احساس ناامنی و طرد از طرف مقابل در فرد برانگیخته می‌شود. زمانی که همسری در دسترس و پاسخگو نباشد، طرف مقابل خشمگین می‌شود. به این دلیل که احساسات دلبستگی نایمن دوران کودکی در او برانگیخته می‌شود و حس طرد شدن و مورد علاقه نبودن و بی‌اهمیت بودن به فرد دست می‌دهد (رئسی و همکاران، ۱۳۹۷). در نتیجه، تعادل روانی به هم می‌ریزد، مضطرب می‌شود و برای برگرداندن این تعادل و آرامش خشمگین می‌شود و رفتارهای پرخاشگرانه بروز می‌دهد که این سبک رفتاری ناکارآمد یعنی، عدم شناخت هیجانات اولیه و عدم بروز آنها به شکل صحیح، باعث ایجاد چرخه تعاملی منفی می‌شود و همسرش را بیشتر از خود دور می‌کند و او بیشتر خشمگین می‌شود. این چرخه تعاملی به همین شکل تکرار و تشدید می‌شود تا در نهایت باعث ایجاد مشکلات خانوادگی، عدم رضایت از زندگی و پایین آمدن تاب‌آوری در برابر تعارضات زناشویی می‌گردد. همچنین می‌توان گفت که زوج درمانی هیجان‌مدار به دلیل برخورداری بودن از تکنیک‌هایی نظیر آگاهی از هیجانات، پذیرش هیجانات و باز ارزیابی و ابراز مناسب هیجانات می‌تواند موجب تعدیل هیجانات مثبت و منفی و به دنبال آن تعدیل قضاوت و ادراک مثبت از خویش در زنان دارای تعارضات زناشویی شود و این امر می‌تواند در فراوانی پرخاشگری ارتباطی آنان مؤثر باشد. لذا منطقی است که زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی موثر باشد و تداوم اثر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار باشد.

از سوی دیگر، نتایج نشان داد که، درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر پرخاشگری ارتباطی پنهان در مرحله پس از آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج فرمانیان (۱۴۰۱) و فورمن و بیوترین (۲۰۱۵) همسویی و همخوانی دارد. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده از این فرضیه یافت نشد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کاهش کناره‌گیری عاطفی زنان دارای تعارضات زناشویی می‌توان گفت که در درمان پذیرش/تعهد با به کارگیری مهارت گسلش زنان دارای تعارضات زناشویی می‌تواند مستقیماً و به ویژه در جلسات درمان با احساسات ناخوشایند سروکار داشته باشند و به جای کنترل کردن و به چالش کشیدن افکار و احساسات نامطلوب، آنها را تجربه کنند. در واقع این درمان پاسخ‌های صمیمانه و تبادل احساسات مثبت را در آنها افزایش می‌دهد. این فرایند به آنها کمک می‌کند

درمان اشاره می‌شود روابط زوجین شکل جدیدتری به خود می‌گیرد، از این رو، درمان در این بخش بر بهبود ارتباطات زناشویی و کاهش مشکلات زناشویی موثر می‌باشد. به عبارت دیگر، مکانیزم تغییر در درمان پذیرش/تعهد بدین شکل است که وقتی برای زنان تصریح ارزش‌ها رخ می‌دهد، ارزش‌ها برای آنها مهم و شخصی شده و با شیوه سازگارانه‌تری به حل تعارضات و در نتیجه به دوری از پرخاشگری ارتباطی پنهان می‌پردازند، بنابراین از این طریق اهمیت رابطه با همسر در زندگی را با دید بهتری بررسی می‌کنند. مزیت دیگر گسلش و پذیرش در درمان پذیرش/تعهد، آگاهی یافتن از آن چیزی است که از نظر شریک زندگی و روابط آنها مهم است. این امر باعث می‌شود که از رفتارهایی که منجر به واکنش ناخوشایند دیگری می‌شود آگاه شوند و در نتیجه از مسیر ارزش‌ها دور نشده و رفتارهای مشکل‌زا را انتخاب نکنند و دچار پرخاشگری ارتباطی پنهان نشوند (فرمانیان، ۱۴۰۱). لذا منطقی است که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی موثر باشد و تداوم اثر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار باشد.

در نهایت نتایج نشان داد که، تفاوت میانگین گروه زوج درمانی هیجان مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان پذیرش/تعهد با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به درمان پذیرش/تعهد بر کاهش پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی دارد. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج گریمن و جانسون (۲۰۲۲) و هدایتی و همکاران (۱۳۹۹) همسویی و همخوانی دارد. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده از این فرضیه یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که از دیدگاه نظریه هیجان مدار، هیجان برای شکل‌گیری خویشتن، امری اساسی و عامل اصلی خود سازماندهی است. برای آن که افراد دارای تجارب خشونت‌آمیز تغییر کنند، باید یاد بگیرند که چگونه خود را کنترل کنند، هیجانات خود را مدیریت نمایند و به تنظیم عمیق‌ترین هسته‌های خشم و پرخاشگری در خود بپردازند. درمان هیجان مدار فضای امن درمانی برای مواجهه زنان با هیجانات پرخاشگرانه آنان ایجاد می‌کند که می‌تواند منجر به افزایش تاب‌آوری در برابر تعارضات زناشویی آنان شود. در درمان و گام‌های تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی و تحکیم موقعیت‌های جدید و چرخه رفتار دلبستگی، درمانگر دستاوردهای مراجع را با استفاده از پر رنگ کردن چرخه تعاملات منفی اولیه و جایگزین تعاملات مثبت جدید مرور می‌کند، این مراحل می‌تواند امید و خوش‌بینی را در فرد افزایش دهد و فرد تجارب خشونت‌آمیز و پرخاشگری ارتباطی پنهان کمتری را از خود بروز دهد. از سوی دیگر می‌توان گفت که زوج درمانی هیجان‌مدا با آگاه‌سازی فرد به هیجانات خود و شریک زندگی خود و تقویت احساس احترام به خویشتن و دیگری در محیطی امن و اعتماد محو، بستر بروز نیازها و کمبودها را فراهم آورده و با ایجاد یک محیط ارتباطی مناسب، زمینه حل مشکلات، نزدیکی هیجانی، احساس صمیمیت زناشویی زوجین و کاهش تظاهرات خشم و پرخاشگری نسبت به یکدیگر را مسیر می‌سازد (هدایتی و همکاران، ۱۳۹۹). لذا منطقی است که زوج درمانی هیجان‌مدار اثربخشی

تا به عمیق‌ترین تمایلات قلبی خود پی ببرند و اهمیت رابطه زناشویی و پاسخگو بودن به نیازهای همسرش را در زندگی خود دریابند. همچنین از مزیت‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش به زنان دارای تعارضات زناشویی برای تجربه کامل هیجانات و احساسات جسمانی‌شان بدون هیچگونه اجتناب و گام برداشتن در مسیر زندگی مبنی بر ارزش‌ها برای تغییر رفتار است. هدف صریح در درمان پذیرش و تعهد کاهش تلاش برای کنترل درونی، اجتناب تجربه‌ای، افزایش کنترل رفتار و تمایل به تجربه کردن گسترده‌ای از عواطف است. چنین شرایطی به این زنان کمک می‌کند تا اجتناب‌های هیجانی را بهبود بخشند، محتوای شناختی را گسترش و با ایجاد و حفظ تعهد در تغییرات رفتاری در آنان باعث کاهش کناره‌گیری عاطفی آنان نسبت به همسرشان باشند و طبیعی است اگر چنین تغییراتی در زنان ایجاد شود اثرات درمانی نیز در طول زمان ماندگار و پایدار خواهد بود. لذا منطقی است که درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کاهش کناره‌گیری عاطفی زنان دارای تعارضات زناشویی موثر باشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کاهش خراب کردن وجهه اجتماعی زنان دارای تعارضات زناشویی می‌توان گفت که هدف از درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد این است که افکار و احساسات به طور طبیعی بروز کنند، تعارضات با همسر حل شود، ارتباطات جدید و مثبت شروع شود تا صمیمیت گسترش یابد و در نهایت فرسودگی زناشویی به تدریج کاهش یابد. زوج‌ها در طی سال‌های مختلف ممکن است دچار تعارضات و ناسازگاری بوده و مدام سعی بر تغییر یکدیگر کنند. آنها تلاش می‌کنند تا از رهاسازی ذهن خویش درباره اختلاف‌های بین فردی اجتناب کرده و شیوه‌های کنترل بین فردی و خصومت نسبت به یکدیگر را در پیش بگیرند. نبود احترام در روابط بین همسران و در روابط آنان با دیگران با توجه به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند ناشی از مشکلات افراد در آگاهی از تجارب درونی‌شان، اجتناب از تجارب ناخوشایند درونی و اجتناب از رفتارها و اعمالی باشد که برای فرد مهم و ارزشمند هستند. کاهش یا آگاهی نادرست افراد از تجارب درونی‌شان، توانایی آنها را در استفاده عملکردی از پاسخ‌های هیجانی‌شان کاهش می‌دهد و باعث می‌شود تا زنان دارای تعارضات زناشویی نتوانند رفتار مناسبی با همسر خود اعمال کنند و احترام وی را نزد دیگران حفظ نکنند. لذا در این درمان، تکنیک‌های تعهد رفتاری همراه با فنون گسلش و پذیرش و همچنین مباحث مفصل درباره ارزش‌ها و اهداف فرد و نیاز برای تعیین اهداف شخص همگی منجر به کاهش خراب کردن وجهه اجتماعی در زنان دارای تعارضات زناشویی می‌شود و این نیز می‌تواند اثرات درمانی را نیز در طول زمان ماندگار و پایدار کند. لذا منطقی است که درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کاهش خراب کردن وجهه اجتماعی زنان دارای تعارضات زناشویی موثر باشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد، به طور کلی بر پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی می‌توان گفت که زنان دارای تعارضات زناشویی از طریق پذیرش و تمرین‌های گسلش یاد می‌گیرند بدون قضاوت، تحقیر و اهانت و مقایسه کردن، همسر خود را آنگونه که هست بپذیرند. همچنین با آموزش معنای جدیدی از کنجکاوی که در

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج است و نویسنده اول مسئول گردآوری داده‌ها و نوشتار مقاله، نویسنده دوم به عنوان راهنما وظیفه نظارت بر نسخه اولیه مقاله و نظارت بر صحت پژوهش و نویسنده سوم مسئول تأیید ابزارها، ویرایش مقاله و اعتبار سنجی انجام پژوهش را به عهده داشتند.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگانی (زنان دارای تعارضات زناشویی) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

ثنایی‌ذاکر، باقر؛ براتی، طاهره؛ و بوستانی‌پور، علیرضا. (۱۳۸۷). *کتاب مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. انتشارات بعثت. تهران

حمیدی کیان، پروانه؛ نیکنام، مژگان؛ و جهانگیر، پانته آ. (۱۴۰۰). پیش‌بینی پرخاشگری پنهان زناشویی و ترس از صمیمیت بر اساس خودشفقت-ورزی با نقش میانجیگری احساس گناه در افراد متأهل. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۱۲(۱)، ۹۰-۶۵.

خزاعی، سمانه؛ نوایی‌نژاد، شکوه؛ فرزاد، ولی‌الله؛ و زهراکار، کیانوش. (۱۴۰۰). نقش میانجی احساس شرم و گناه در رابطه سبک‌های دلبستگی با پرخاشگری ارتباطی پنهان زناشویی. *فصلنامه علمی و پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۵(۱)، ۵۱-۳۴.

خزاعی، سمانه؛ نوایی‌نژاد، شکوه؛ فرزاد، ولی‌الله؛ و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس پرخاشگری پنهان ارتباطی در زوجین ایرانی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۰(۲)، ۸۸-۷۵.

رسولی، سمیرا السادات؛ گل‌پرور، محسن؛ رضانی، محمد آرش؛ و حسنی، جعفر. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش رضایت‌مندی جنسی و رویکرد مستتر و جانشون بر سازگاری و تعارض زناشویی زوج‌های دارای نارضایتی جنسی. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۲)، ۱۲۳-۱۰۳.

رئیس‌سی، سیدجمال؛ محمدی، کوروش؛ زارعی، اقبال؛ و نجارپوریان، سمانه. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار و رویکرد تصمیم‌گیری مجدد بر افزایش ابعاد تاب‌آوری زنان متأهل. *نشریه پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۶(۳)، ۴۸-۳۳.

عدل‌پرور، عفت؛ صفائی راد، ایرج؛ عرفانی، نصرالله؛ و جدیدی، هوشنگ. (۱۴۰۱). مدل یابی تعارضات زناشویی براساس سبک‌های دلبستگی: نقش میانجی حیطه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان در آستانه

بیشتری نسبت به درمان پذیرش/تعهد بر کاهش پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی داشته باشد.

هر تحقیقی، دارای محدودیت‌هایی است. توجه به این محدودیت‌ها محقق را در دفاع از یافته‌هایش مجهزتر می‌سازد. از آنجا که این پژوهش در یک شهر خاص انجام شده است، تعمیم نتایج آن به شهرهای دیگر باید با احتیاط صورت پذیرد. پرسشنامه‌های استفاده شده در این پژوهش مانند تمام پرسشنامه‌های دیگر جنبه سنجشی و خودگزارشی دارد، بنابراین امکان محافظه‌کاری و سوگیری در پاسخگویی وجود دارد. بر اساس محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای مشابه این پژوهش، از جمله زنان دارای تعارضات زناشویی در دیگر شهرها تکرار شود. مرحله پیگیری در این پژوهش دو ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر به بررسی تداوم درمان هیجان‌مدار و درمان پذیرش-تعهد بر روی زنان دارای تعارضات زناشویی در راستای کاهش مشکلات آنان از جمله سطوح بالاتر پرخاشگری ارتباطی پنهان پرداخته شود. از آنجایی که انجام بر روی زنان بوده است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی عامل جنسیت نیز بررسی شود و از نمونه مردان در کنار زنان (زن و شوهر) استفاده شود. نتایج نشان داد که، زوج‌درمانی هیجان-مدار بر پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی اثربخش است، که بر این اساس به عنوان یک نتیجه کاربردی پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره و درمانی با هدف کاهش خشونت خانگی و کاهش پرخاشگری زناشویی و همچنین افزایش روابط صمیمانه، دوره‌های زوج درمانی هیجان‌مدار را در قالب گروهی یا فردی در نمونه‌های بالینی یا عمومی اجرا نمایند که بتواند زوجین در برابر مشکلات زناشویی استقامت بیشتری داشته باشند و کمتر درگیر رفتارهای پرخاشگرانه زناشویی شوند و از این طریق کارکردهای خانوادگی تقویت شود. نتایج نشان داد که، درمان پذیرش-تعهد بر پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان دارای تعارضات زناشویی اثربخش است. می‌توان گفت زوج درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً توانسته است با افزایش عمل (متعهدانه) در بین زوجین از طریق رهاسازی ذهن از تعارضات و اختلافات بی‌فردی، پذیرش موارد غیرقابل تغییر و عدم استفاده از شیوه‌های کنترل باعث بهبود روابط بین زوجین گردد که این امر خود به خود باعث تقویت روابط صمیمانه بین زوجین شود. لذا بر اساس نتایج، برگزاری دوره‌های زوج درمانی مبتنی بر پذیرش-تعهد برای زوج‌های درگیر تعارضات زناشویی در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی پیشنهاد می‌شود.

موازین اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت‌کنندگان نداشته است. همچنین کسب کد اخلاق به شماره IR.IAU.YASOOJ.REC.1401.007 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

طلاق. مجله علمی و پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۵(۱)، ۲۱۷-۲۰۳.

عماری، سلماز؛ دیره، عزت؛ کیخسروانی، مولود؛ و گنجی، کامران. (۱۴۰۱). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر علائم افسردگی و عملکرد جنسی در زنان آسیب دیده از خیانت همسر. نشریه علمی زن و مطالعات خانواده، ۱۵(۵۵)، ۱۰۰-۱۱۸.

فرمانیان، الناز. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش / تعهد و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر پرخاشگری ارتباطی پنهان و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی. نشریه پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۷(۵۵)، ۹۵-۱۱۱.

کاظمیان، کبری؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ کیامنش، علیرضا؛ و حسینیان، سیمین. (۱۳۹۷). رابطه علی تمایز یافتگی، معناداری زندگی و بخشودگی با دلزدگی زناشویی از طریق میانجی‌گری تعارض زناشویی و رضایت زناشویی. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۹(۳۱)، ۱۴۶-۱۳۱.

کریمی، اصغر؛ احمدی، صدیقه؛ و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های زناشویی مبتنی بر مدل گاتمن بر پرخاشگری ارتباطی پنهان زنان. مجله روانشناسی بالینی، ۱۱(۴)، ۲۲-۱۳.

محمودپور، عبدالباسط؛ امینیان، ابوالفضل؛ نوذری، محمد؛ و نعیمی، ابراهیم. (۱۴۰۰). نقش اجتناب شناختی و ابرازگری هیجانی در پیش بینی تعارض زناشویی زنان شهر تهران. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۲۰(۹۸)، ۲۱۸-۲۰۹.

مرتضی‌بی، ساغر؛ و گاطع‌زاده، عبدالامیر. (۱۴۰۰). مدل ساختاری پرخاشگری پنهان براساس ویژگی‌های شخصیتی و ادراک انصاف با میانجی‌گری مهارت‌های ارتباطی در زنان متقاضی طلاق. فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۶(۵۷)، ۱۷۶-۱۵۷.

معاذی‌نژاد، مهوش؛ عارفی، مختار؛ و امیری، حسن. (۱۴۰۰). هم‌سنجی اثربخشی آموزش زوجها بر اساس رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تصویرسازی ارتباطی بر مدیریت تعارض زناشویی زوجین. نشریه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۲(۴۵)، ۲۱۲-۱۸۵.

مقیم، فریده؛ اسدی، جوانشیر؛ و خواجه‌وند خوشلی، افسانه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر دلزدگی و تعارضات زناشویی مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره گرگان. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۹(۲)، ۳۴-۱۶.

میرزایی، میترا؛ زارعی، اقبال؛ و صادقی فرد، مریم. (۱۳۹۸). نقش تمایز یافتگی خود و عوامل اقتصادی با میانجیگری تعارضات خانوادگی در پیشگیری از آسیب‌های روانی و اجتماعی. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۰(۳۷)، ۱۴۲-۱۲۱.

میکائیلی، نیلوفر؛ و عبادی، متینه. (۱۴۰۱). تدوین معادلات ساختاری آشفتگی رابطه زناشویی براساس بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان: نقش

میانجی پرخاشگری ارتباطی در زنان نابارور. مجله علمی و پژوهشی علوم اعصاب شفای خاتم، ۱۰(۲)، ۳۲-۲۲.

هدایتی، معصومه؛ حاجی علیزاده، کبری؛ هدایتی، مهدی؛ و فتحی، الهام. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی پژوهشی بیماری‌های پستان ایران، ۱۳(۳)، ۴۲-۳۰.

یوسفی، ناصر؛ و عزیزی، آرمان. (۱۳۹۷). تبیین مدلی برای پیش‌بینی تعارض زناشویی بر اساس تمایز یافتگی و تیپ‌های شخص. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۹(۳۵)، ۷۸-۵۷.

- Aizpitarte, A., Atherton, O. E., Zheng, L. R., Alonso-Arbiol, I., & Robins, R. W. (2019). Developmental precursors of relational aggression from late childhood through adolescence. *Child development*, 90(1), 117-126.
- Carroll, J. S., Nelson, D. A., Yorgason, J. B., Harper, J. M., Ashton, R. H., & Jensen, A. C. (2010). Relational aggression in marriage. *Aggressive Behavior*, 36(5), 315-329.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 263(1), 107-120.
- Coyne, S. M., Ehrenreich, S. E., Holmgren, H. G., & Underwood, M. K. (2019). "We're not gonna be friends anymore": Associations between viewing relational aggression on television and relational aggression in text messaging during adolescence. *Aggressive behavior*, 45(3), 319-326.
- Dollahite, D. C., Marks, L. D., & Wurm, G. J. (2019). Generative devotion: A theory of sacred relational care in families of faith. *Journal of Family Theory & Review*, 11(3), 429-448.
- Forman, E. M., & Butryn, M. L. (2015). A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite*, 84, 171-180.
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2022). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current Opinion in Psychology*, 43, 146-150.
- Harasymchuk, C., Lonn, A., Impett, E. A., & Muise, A. (2022). Relational boredom as an obstacle for engaging in exciting shared activities. *Personal Relationships*, 1(1), 1-10.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K.G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Second Edition. New York: Guilford Press
- Jenkins, A. I., Fredman, S. J., Le, Y., Mogle, J. A., & McHale, S. M. (2022). Religious Coping and Gender Moderate Trajectories of Marital Love among Black Couples. *Family process*, 61(1), 312-325.
- Johnson, S. M. (2012). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Routledge.
- Kashdan, T. B., Disabato, D. J., Goodman, F. R., Doorley, J. D., & McKnight, P. E. (2020). Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological Assessment*, 32(9), 829-850.
- Khurshid, S., Peng, Y., & Wang, Z. (2019). Respiratory sinus arrhythmia acts as a moderator of the relationship between parental marital conflict and adolescents' internalizing problems. *Frontiers in Neuroscience*, 13(1), 1-10.
- Marren, C., Mikoška, P., O'Brien, S., & Timulak, L. (2022). A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1611-1625.
- Nelson, D. A., & Carroll, J. S. (2006). Couples relational aggression and victimization scale (CRAViS). Provo, UT: RELATE Institute.
- Neumann, A. P., Wagner, A., & Remor, E. (2018). Couple relationship education program "Living as Partners": Evaluation of effects on marital quality and conflict. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(2), 1-10.
- Oka, M., Brown, C. C., & Miller, R. B. (2016). Attachment and relational aggression: Power as a mediating variable. *The American Journal of Family Therapy*, 44(1), 24-35.
- Olson, D. H., Fournier, D. G., & Druckman, J. M. (1987). Counselor's manual for Prepare/Enrich (Rev. ed). Minneapolis.
- Parade, S. H., & Leerkes, E. M. (2011). Marital aggression predicts infant orienting toward mother at six months. *Infant Behavior and Development*, 34(2), 235-238.
- Paulos-Guarnieri, L., Linares, I. M. P., & El Rafihi-Ferreira, R. (2022). Evidence and characteristics of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based interventions for insomnia: A systematic review of randomized and non-randomized trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23(2), 1-14.
- Sandberg, J. G., Busby, D. M., Johnson, S. M., & Yoshida, K. (2012). The brief accessibility, responsiveness, and engagement (BARE) scale: A tool for measuring attachment behavior in couple relationships. *Family Process*, 51(4), 512-526.
- Skowron, E. A., & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of marital and family therapy*, 29(2), 209-222.
- Werner, H., Young, C., Hakeberg, M., & Wide, U. (2020). A behavioural intervention for young adults with dental caries, using acceptance and commitment therapy (ACT): treatment manual and case illustration. *BMC Oral Health*, 20(1), 1-8.
- Wright, S. R., Graham, C. D., Houghton, R., Ghiglieri, C., & Berry, E. (2023). Acceptance and commitment therapy (ACT) for caregivers of children with chronic conditions: A mixed methods systematic review (MMSR) of efficacy, process, and acceptance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(2), 1-10.