

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور بر نظم جویی هیجان زوجین
 زهرا سادات آقایی^۱، حمیدرضا حاتمی^۲، فریبرز درتاج^۳، حسن اسدزاده^۴

Comparison the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and solution-oriented therapy on on couples' emotional regulation

Zahra Sadat Aghaei¹, Hamidreza Aatami², Fariborz Dortaj³, Hasan Asadzade⁴

چکیده

زمینه: تحقیقات نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود و درمان راه حل محور نگرش و نحوه بیان مراجع را از صحبت کردن درباره مشکل به صحبت کردن درباره راه حل تغییر می‌دهند (باکوم ۲۰۰۸). **هدف:** هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و راه حل محور بر نظم جویی هیجان زوجین شهر تهران بود. **روش:** روش تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. نمونه پژوهش ۴۵ نفر زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره پرهام بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. برای گروه اول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برای گروه دوم درمان راه حل محور و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند. پژوهش با کمک پرسشنامه نظم جویی هیجان ERQ گراس و جان (۲۰۰۳) انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج بیانگر تأثیر آموزش بر نظم جویی هیجان ($p < 0.001$) زوجین گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه بود. یافته‌ها نشان می‌دهند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و راه حل محور بر نظم جویی هیجان زوجین تأثیر گذار بوده است و از مشکلات آنها می‌کاهد. **واژه کلیدیها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان راه حل محور، نظم جویی هیجان، زوجین

Background: Research has shown that acceptance and commitment-based therapy increases psychological flexibility and the treatment of Solution-oriented therapy changes the attitude and way of expressing references from talking about a problem to talking about a solution (Bakum 2008). **Aims:** The purpose of this research is effectiveness, Acceptance and commitment based therapy was based on the emotional regulation of couples in Tehran. **Method:** The research method was semi-experimental with pretest-posttest and follow-up with the control group the sample consisted of 45 couples who were referred to Parham Medical Advice Center who were selected by available sampling method and were randomly assigned into two groups of experimental and control. For the first group, treatment was based on acceptance and commitment, and for the second group, the solution-based treatment and the control group did not receive any training. The research was carried out with the help of the ERQ Grass and Jon (2003) emotional regulation Questionnaire. For analysis of data, repeated variance analysis was used. The results indicated the effect of education on emotional regulation ($p < 0.001$) in experimental group couples compared to control group. The findings suggest that adherence-based treatment and decision-based solutions have affected the emotional order of couples and reduce their problems. **Key words:** Acceptance and Commitment-Based treatment, treatment of problem-based solutions, Emotional regulation, Couples

Corresponding Author: HHatami83@yahoo.com

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۱. M A in General Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۲. Professor, Department of Psychology, Imam Hossein University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

۳. استاد، گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳. Professor, Department of Educational Psychology & Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

۴. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۴. Associate Professor, Department of Educational Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

مقدمه

تحقیقات نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود و درمان راه‌حل محور^۲ نگرش و نحوه بیان مراجع را از صحبت کردن درباره مشکل به صحبت کردن درباره راه‌حل تغییر می‌دهند (بیچ، ساندین، لاری ۱۹۹۰). آمار بدست آمده در دهه اخیر ۱۹۸۰ به بعد احتمال یافتن شادی و دیرپایی در ازدواج را به شکلی مایوسانه پایین گزارش کرده‌اند. هرچند هیجانات دارای پایه‌های زیستی هستند ولی افراد قادر به تأثیرگذاری بر شدت، مدت و نوع و هیجان خود می‌باشد این فرآیند در متون روانشناسی نظم‌جویی هیجان نامیده می‌شود (حسنی، ۱۳۹۰). راهبردهای کنار آمدن با هیجانات نقش تعیین‌کننده‌ای برای سلامت فیزیکی و روانی فرد دارد (باکوم، اپشتاین ۲۰۰۸) تحقیقات نشان می‌دهد مهارت‌های هیجانی رشد نیافته و استفاده از راهبردهایی که عاطفه منفی را طولانی کرده و افزایش می‌دهد، خطر معنی‌داری برای رشد و دوام بیماری روانی به حساب می‌آید (نریمانی، ابولقاسمی، احدی، ۱۳۹۰). نظم‌جویی هیجان^۳ شامل ایجاد افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می‌دهد چه نوع هیجانی دارند، چه هنگام این هیجان در آنها پدید می‌آید و چگونه باید آن را ابراز و تجربه نمایند (وان استاردن، گریس ۲۰۱۰). در مقابل دشوار بودن یا ناهمگن بودن مقابله با تجربه هیجان و یا پردازش آن به‌عنوان بد تنظیمی هیجان تعریف می‌شود. بد تنظیمی هیجان می‌تواند به صورت تشدید بیش از حد آن تظاهر کند (دال و ویلسون ۲۰۰۴). افراط و تفریط نظم‌جویی هیجان منجر به ناسازگاری، پرخاشگری، خشم، نفرت و اضطراب می‌شود که به صورت کنترل نشده بهداشت روانی افراد را به گونه جدی تهدید می‌کند (بگیان و همکاران ۱۳۹۱). اخیراً بحث زیادی راجع به مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شده است. این درمان‌ها که موج سه رفتاردرمانی است عبارت است از: رفتاردرمانی دیالکتیکی، زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه، ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. در ACT هدف این است افراد بیاموزند وقایع درونیشان مخصوصاً آنهایی که ناخواسته اند را قضاوت نکنند و ACT فرد را یاری می‌کند تا با حسی متعالی از خود که "خود به عنوان بافتار" شناخته می‌شود کسب کند،

شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف رو به افزایش است. رویکرد راه‌حل محور از جمله درمان‌هایی است که در زوج‌درمانی بکار برده می‌شود این درمان دارای مؤلفه‌هایی چون (مثبت دیدن، برچسب زدن، ایمان داشتن به توانایی مراجع و کوتاه مدت بودن است (زاتل ۲۰۰۳)، معتقد است که خانواده‌های ناکارآمد در برخورد با مشکلات زندگی گیر کرده‌اند. طبق تحقیقات (سودانی ۱۳۸۹) در رابطه با درمان راه‌حل محور می‌گوید: با به کارگیری صحیح اصول این رویکرد می‌توان بر بسیاری از مشکلات زناشویی غلبه کرد و طلاق‌های زودرس را کم کرد.

همچنین پیش‌بینی میزان تأثیرگذاری این شیوه‌های درمانی و آگاهی بخشی به خانواده درمانگران و برنامه‌ریزان خانواده بر بدیع بودن پژوهش حاضر می‌افزاید. بنابراین هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل محور بر نظم‌جویی هیجان زوجین می‌باشد.

فرضیه‌ها

- ۱- بین روش‌های آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل محور بر افزایش ارزیابی مجدد مثبت زوجین تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین روش‌های آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل محور بر کاهش سرکوبی هیجانی زوجین تفاوت وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر تجربی و از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه است. جامعه آماری، نمونه، و حجم نمونه‌گیری: جامعه شامل کلیه زوجین شهر تهران بود. حجم نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ زوج بود که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس از میان زوج‌های دارای مشکلات زناشویی که از طریق پرسشنامه سازگاری زناشویی تشخیص داده شدند و به مرکز مشاوره پرهام در سال ۱۳۹۶ مراجعه کردند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند.

ابزار

پرسشنامه نظم‌جویی هیجان گراس و جان ERQ (۲۰۰۳):^۴ به‌منظور اندازه‌گیری راهبردهای نظم‌جویی هیجان تهیه شده است.

4. Gross and John (2003)

1. Acceptance and commitment therapy

2. Solution-oriented therapy

3. Emotional regulation

انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ضمن توجه افراد نمونه تحقیق و بیان اهداف پژوهش از آنها درخواست شد تا پرسشنامه نظم‌جویی هیجان را تکمیل کنند. سپس گروه‌های آزمایش تحت آموزش گروهی زوج درمانی راه حل محور ۶ جلسه ۱.۵ ساعته و برای زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ جلسه دو ساعته به صورت گروهی و هفته‌ای یک جلسه اجرا گردید. در پایان داده‌ها جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

داده‌ها و یافته‌ها

در جدول شماره ۱ نمرات شاخصه‌های توصیفی گروه‌های آزمایشی و گواه به ترتیب نشان داده شده است.

مقیاس فوق از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و سرکوبی (۴ گویه) هست. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (هفت درجه‌ای) از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) هست. ضریب الفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ و قابلیت اعتماد و باز آزمایی بعد از سه ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. (گراس و جان ۲۰۰۳).

روش اجرای تحقیق

از زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره پرهام دعوت به عمل آمد. سپس با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش با آگاه‌سازی زوجین و کسب اجازه از آنان رضایت افراد نمونه تحقیق برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس ۴۵ نفر به صورت در دسترس

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سرکوبی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش گواه

گروه گواه	درمان راه‌حل محور		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		جنسیت	سرکوبی	
	SD	M	SD	M			
پیش‌آزمون	۱/۱۳	۱۷/۸۰	۱/۱۳	۱۸/۵۵	۱/۳۹	۱۸/۲۲	زن
	۱/۴۱	۱۸	۱/۳۶	۱۸/۳۳	۰/۸۹۴	۱۸	مرد
	۱/۱۸	۱۷/۸۶	۱/۱۸	۱۸/۴۶	۱/۱۸	۱۸/۱۳	کل
پس‌آزمون	۰/۹۴۸	۱۷/۳۰	۱/۹۰	۱۳/۸۸	۱/۱۳	۱۴/۵۵	زن
	۱/۱۴	۱۶/۶۰	۱/۶۳	۱۴/۳۳	۱/۳	۱۳/۳۳	مرد
	۱/۳	۱۷/۶	۱/۷۵	۱۴/۶	۱/۲۲	۱۴/۶	کل
پیگیری	۱/۲۵	۱۶/۷۰	۱/۵۸	۱۳/۶۶	۱/۳۲	۱۴/۳۳	زن
	۱/۵۸	۱۶	۱/۶۳	۱۴/۳۳	۱/۱۶	۱۲/۸۳	مرد
	۱/۳۵	۱۶/۴۶	۱/۵۷	۱۳/۹۳	۱/۴۳	۱۳/۷۳	کل

جدول ۲. نتایج آزمون گرین‌هاوس گیزر تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پس‌آزمون و پیگیری ارزیابی مجدد مثبت در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل محور و گروه گواه

توان آماری	مجذور اتا	Sig	F	MS	DF	SS	منبع	متغیر	
۱	۰/۸۶۹	$P \leq ۰/۱$	۲۵۸/۶۳۸	۴۵۹/۴۴۲	۱/۱۵۱	۵۲۸/۸۱۹	زمان	درون‌گروهی	
۱	۰/۷۰۷	$P \leq ۰/۱$	۴۶/۹۸۹	۸۳/۴۷۱	۲/۳۰۲	۱۹۲/۱۵۰	زمان × گروه		
۰/۵۴	۰/۱	۰/۸۸۳	۰/۳۵	۰/۶۲	۱/۱۵۱	۰/۷۱	زمان × جنسیت		
۰/۱۶۵	۰/۳۴	۰/۵۳۲	۰/۶۷۸	۱/۲۰۵	۲/۳۰۲	۲/۷۷۴	گروه × جنسیت	بین‌گروهی	
-	-	-	-	۱/۷۷۶	۴۴/۸۸۹	۷۹/۷۴۱	خطا		
۱	۰/۹۹۷	$P \leq ۰/۱$	۱۱۲۳۴/۶۶۱	۵۶۷۳۴/۵۰۴	۱	۵۶۷۳۴/۵۰۴	مدل		
۱	۰/۶۱۶	$P \leq ۰/۱$	۳۱/۲۹۷	۱۵۸/۵۰	۲	۳۱۶/۱۰۱	گروه	بین‌گروهی	
۰/۵۴	۰/۱	۰/۸۵۴	۰/۳۴	۰/۱۷۳	۱	۰/۱۷۳	جنسیت		
۰/۵۸	۰/۳	۰/۹۴۶	۰/۵۵	۰/۲۷۹	۲	۰/۵۵۸	گروه × جنسیت		
-	-	-	-	۵/۵۰	۳۹	۱۹۶/۹۴۸	خطا		
اندازه اثر پس‌آزمون درمان راه‌حل محور ۰/۶۸					اندازه اثر پس‌آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۰/۷۱				
اندازه اثر پیگیری درمان راه‌حل محور ۰/۶۱					اندازه اثر پیگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۰/۶۴				

با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور و گروه گواه بر افزایش ارزیابی مجدد مثبت زوجین مؤثر است. با توجه به مجذور اتا مقدار این تأثیر برای آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۷۱ درصد و برای درمان راه حل محور ۶۸ درصد است که این نشان‌دهنده تغییرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور در مقایسه با گروه گواه بوده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر اصلی زمان (پس‌آزمون و پیگیری)، تعامل زمان با گروه و اثر اصلی گروه معنی‌دار هستند. بدین ترتیب میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور با گروه گواه متفاوت است ($F(2, 39) = 31/297$ و $P=0/1$). ولی تعامل زمان و جنسیت معنی‌دار نیست که نشان‌دهنده اثربخش بودن درمان به یک اندازه بر روی زوجین است به عبارت دیگر با توجه به توان آماری ۱ که هر چه بالاتر باشد نشان‌دهنده این است که نمونه مورد نظر معرف جامعه است.

جدول ۳. نتایج آزمون گرین هاوس گیزر تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پس‌آزمون و پیگیری سرکوبی در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور و گروه گواه								
متغیر	منبع	SS	DF	MS	F	Sig	مجذور اتا	توان آماری
	زمان	۳۱۳/۵۱۱	۱/۱۷۶	۲۶۶/۵۸۱	۱۴۰/۶۷۱	$P \leq 0/1$	۰/۷۸۳	۱
	زمان × گروه	۵۹/۹۰۹	۲/۳۵۲	۲۵/۴۷۰	۱۳/۴۴۰	$P \leq 0/1$	۰/۴۰۸	۱
درون‌گروهی	زمان × جنسیت	۱/۲۴۱	۱/۱۷۶	۱/۵۵	۰/۵۵۷	۰/۴۸۷	۰/۱۴	۰/۱۱۸
	زمان × گروه × جنسیت	۵/۴۲۰	۲/۳۵۲	۲/۳۰۵	۱/۲۱۶	۰/۳۱۰	۰/۵۹	۰/۲۷۱
	خطا	۸۶/۹۱۹	۴۵/۸۶۶	۱/۸۹۵	-	-	-	-
	مدل	۳۲۰/۴۴/۶۲۳	۱	۳۲۰/۴۴/۶۲۳	۱۰۳۱۶/۷۴۸	$P \leq 0/1$	۰/۹۹۶	۱
	گروه	۸۱/۱۲۰	۲	۴۰/۵۶۰	۱۳/۵۸	$P \leq 0/1$	۰/۴۰۱	۰/۹۹۵
	جنسیت	۴/۱۲۹	۱	۴/۱۲۹	۱/۳۲۹	۰/۲۵۶	۰/۳۳	۰/۲۰۳
بین‌گروهی	گروه × جنسیت	۸/۸۳۹	۲	۴/۴۲۰	۱/۴۲۳	۰/۲۵۳	۰/۶۸	۰/۲۸۷
	خطا	۱۲۱/۱۳۷	۳۹	۳/۱۰۶	-	-	-	-
اندازه اثر پس‌آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۰/۴۶				اندازه اثر پس‌آزمون درمان راه حل محور ۰/۴۶				
اندازه اثر پیگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۰/۳۸				اندازه اثر پیگیری درمان راه حل محور ۰/۳۴				

نشان‌دهنده تغییرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور در مقایسه با گروه گواه بوده است.

برای مشخص کردن اینکه تفاوت به دست آمده بین گروه‌ها دقیقاً مربوط به تفاوت کدام گروه‌ها از هم است از آزمون‌های تعقیبی توکی به دلیل حجم نمونه برابر در هر گروه استفاده شد. در پیش‌آزمون بین نمرات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های دو درمان تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و بین پس‌آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور با گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P \leq 0/1$)؛ اما در مرحله پیگیری بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت؛ که این اثربخشی روش

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بعد از معنی‌دار شدن آزمون موخلی جهت ایجاد اصلاحاتی در درجات آزادی درون‌گروهی و مهار کردن خطای نوع یک از آزمون گرین هاوس گیزر استفاده شد. همان‌طور که مشاهده می‌شود اثر اصلی زمان (پس‌آزمون و پیگیری)، تعامل زمان با گروه و اثر اصلی گروه معنی‌دار هستند، میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه گواه متفاوت است ($F(2, 39) = 13/58$ و $P=0/1$). ولی تعامل زمان و جنسیت معنی‌دار نیست که نشان‌دهنده اثربخش بودن درمان به یک اندازه بر روی زوجین است و اندازه اثر هر یک از آموزش‌ها با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور در مقایسه با گروه گواه بر کاهش سرکوبی مؤثر است. با توجه به مجذور اتا مقدار این تأثیر برای آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۶ درصد و برای درمان راه حل محور ۴۶ درصد است که این

توانایی مقابله پایین با فشار و استرس و اضطراب همراه است (اسپندلر، دنولت، کروس و پدرسون، ۲۰۰۹).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت الگوی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بازخورد مثبتی است که اصولاً به جای نتیجه بر تلاش یا بهبود و پیشرفت متمرکز است. نگرش بدون پیش‌داوری، پذیرش مشکلات و انتقال ایمان به فرد برای این حقیقت محض است که وجود دارد. شخص برای اینکه انسانی کامل باشد، مجبور نیست بهترین باشد. با آموزش اصول دلگرمی، فرد فارغ از نتایجی که به دست می‌آورد، احساس ارزشمندی می‌کند (نریمانی، عباسی، بگیان کوله‌مرز و بختی، ۱۳۹۳). آموزش مجموعه‌ای از مهارت‌های خاص مانند ایمان و اعتقاد به مراجعان، پذیرش آنها به همان صورت که هستند، معتبرسازی هدف و مقصود رفتار آنها و باز شکل‌دهی رفتار آنها در یک چارچوب مثبت باعث کاهش سرکوب‌گری هیجانی می‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش تعداد کم آزمودنی‌ها بود که در اغلب پژوهش‌های آزمایشی مشاهده شده و تعمیم نتایج را تا حدی دچار مشکل می‌سازد. علاوه بر این، تعداد کم آزمودنی‌ها توان آماری را پایین آورده و تجزیه و تحلیل نتایج را با دشواری مواجه می‌کند عدم اجرای مرحله پیگیری دو در پژوهش به دلیل محدودیت زمانی از دیگر محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود.

منابع

بخشایش، رباب و نریمانی، محمد (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی، هیجانی و رضایت زناشویی زوجین در معرض طلاق. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۱۳ (۵۲)، ۱۰۸-۱۲۲.

برنشتاین فلیپ اچ، برنشتاین مارسی تی. (۱۳۸۵). *زناشویی درمانی از دیدگاه رفتار-ارتباطی*. پورعابدی نائینی سید حسن، منشئی غلامرضا، مترجمان. تهران: انتشارات رشد؛ ۹۹-۹۷.

بگیان کوله مرز، درتاج، محمد امینی، م. (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی خلقی و کنترل عواطف در مادران دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۶ (۱)، ۳۱-۵۵.

حسنی، جواد (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۴ (۲۲۹)، ۲۴۰-۲۴۰.

سودانی، منصور؛ نظری فر، محسن و مهربانی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۹). اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-ارتباطی برنشتاین بر تعارضات زناشویی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲ (۴ پیاپی ۸)، ۸-۱.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل محور را به یک اندازه نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که مثبت بودن نمرات نشان‌دهنده کوچک‌تر بودن میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل محور بر نظم‌جویی هیجان زوجین بود. نتایج نشان می‌دهد میانگین‌های نمرات پس‌آزمون و پیگیری نظم‌جویی هیجان بین دو گروه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی راه‌حل محور و گروه گواه دارای تأثیر معناداری بوده است و این مداخله توانسته به طور معناداری ($p < 0.001$) نظم‌جویی هیجان را افزایش دهد. این یافته با نتایج تحقیقات گرینبرگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ فلاح‌زاده و ثنایی ذاکر، ۱۳۹۰؛ خجسته مهر و همکاران، ۱۳۹۲؛ بخشایش و نریمانی، ۱۳۹۳؛ هنر پروران، ۱۳۹۳؛ ویلسون، ۲۰۰۷؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳، همسو بوده است. این درمان به مراجعین آموزش داده می‌شود در ابتدا مشکل خود را بپذیرند، بدون قضاوت و پیش‌داوری به آن نگاه کنند و بعد از انجام این دو امر به مراجعین آموزش داده می‌شود در یک محیط گرم، حمایت‌کننده، مملو از افراد با مشکلات مشابه و عاری از تهدید به همدلی و همانندسازی پرداخته شود؛ و فرد با انجام این مراحل خود را برای تغییر تنها نمی‌بیند بلکه با مقایسه وضعیت خود با دیگر افراد گروه و بازخورد گرفتن از گروه و درمانگر احساس می‌کند ابزاری دارد که می‌تواند او را در درمان نگه دارد و در برخورد با نگرش‌های ناکارآمد و تعارض‌های خانوادگی تنها نیست. از سوی دیگر درمان راه‌حل محور به افراد کمک می‌کند تا انعطاف‌پذیر باشند و در زمینه توانا ساختن آنها برای ساختن منابع روانی و همچنین مقابله مؤثر با تعارض‌های زندگی ضروری هستند. هیجان‌ات مثبت احساس شده به وسیله افراد به‌عنوان یک عامل محافظتی و باورهای سلامتی در آینده نقش مهمی بازی می‌کند. افرادی که عاطفه مثبت بالایی دارند پرانرژی و با روحیه هستند و از زندگی لذت می‌برند. در مقابل افرادی که عاطفه منفی بالایی دارند، مضطرب، نگران و کم‌انرژی هستند. شواهد پژوهشی موجود حاکی از ارتباط بین عاطفه مثبت با برقراری روابط اجتماعی گسترده، رفتار یاری‌رسانی، دقت، تمرکز و تصمیم‌گیری بالا است. در مقابل عاطفه منفی با شکایات ذهنی،

and marital distress. M.Sc. Dissertation. Brigham Young University, College of psychology 32-40.
 Zettle, R.D. (2003). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) vs. Systematic Desensitization in Treatment of Mathematics Anxiety. *The Psychological Record*, 53, 197-215.

فلاح زاده، هاجر، ثنایی، باقر. (۱۳۹۱). تعیین میزان اثر بخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی سیستمی تلفیقی در افزایش سازش یافتگی زناشویی همسرهای دارای صدمه دل بستگی. *پژوهش های اجتماعی - روان شناختی زنان*، ۴(۱۰)، ۸۷-۱۱۰

نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگیان کوله مرز، محمد جواد و بختی، مجتبی (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی دو رویکر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۴(۱)، ۲۸-۱.

نریمانی، محمد، ابولقاسمی، عباس، احدی، بتول، (۱۳۹۰) مقایسه اثربخشی آموزش‌های ذهن آگاهی و نظم جویی هیجان بر سلامت روان جانبازان شیمیایی. *مجله روان شناسی بالینی*، ۲، ۶۸-۷۲
 هنر پروران، نازنین، (۱۳۹۳) بررسی اثر بخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت همسر، *فصلنامه علمی و پژوهشی زن و جامعه*، ۵(۲)، ۱۳۵-۱۵۰.

Baucom, D. H., Epstein, N. B., & LaTaillade, J. J. (2008). *Cognitive-Behavioral couple therapy*. In A. S Gurman, clinical handbook of couple therapy (pp. 31-73). New York: Guilford Press.

Beach, S. R. H., Sandeen, E. E., & O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. New York:

Dahi J. Wilson K.G. Nilsson, A. (2004). A acceptance and commitment therapy and treatment of persons at risk for Long Term Disability Resulting from streeand Pain Symptom: A Preliminary Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 35:785-801

Epstein, N., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological

Gross J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

Greenberg, T. (2010). organizational Justice: Yesterday. Today. *And tomorrow Journal of management*. 16(2). 399-432

Spindler, H., Denollet, J., Kruse, C., & Pederson, S. S. (2009). Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health-related quality of life in patients with cardiac conditions: Validation of the Danish global mood scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 1, 57-65.

Van Starten, A, Geraedts A. Verdonck-de leeuw, I. Anderson, G. Cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patient with medical disorder: A meta analysis. *Journal of psychosomatic Research*, 69, 32-23.

Wilson LE. (2007). Acceptance and commitment therapy in older marriage: Effects of family of origin distress