

مقایسه تاثیر درمان پذیرش و تعهد (ACT) و درمان هیجان مدار (EFT) بر  
تعارض زناشویی بیماران قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری

Comparison of the Effect of Acceptance and Commitment Therapy  
(ACT) and Emotionally Focused Therapy (EFT) on Marital Conflict in  
Cardiac Patients with a History of Coronary Artery Bypass

[10.29252/jfr.15.04.05](https://doi.org/10.29252/jfr.15.04.05)

**R. Jazayeri, Ph.D.**

Department of Consulting, University of Esfahan, Esfahan, Iran

**D. Khanehi, Ph.D.**

Department of Consulting, University of Esfahan, Esfahan, Iran

**F. Bahrami, Ph.D.**

Department of Consulting, University of Esfahan, Esfahan, Iran

**N. Montazeri, M.D.**

Department of Consulting, University of kermanshah , Iran

**O. Etemadi, Ph.D.**

Department of Consulting, University of Esfahan. Esfahan, Iran

دکتر رضوان السادات جزایری

گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

دکتر داریوش خانه‌ئی

گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

دکتر فاطمه بهرامی خوندابی

گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

دکتر نفیسه منتظری

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دکتر عذرا اعتمادی

گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

دریافت مقاله: ۹۴/۲/۳۰

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۵/۱۱/۱۶

پذیرش مقاله: ۹۶/۲/۱۱

**Abstract**

The aim of this study is to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Emotionally Focused Therapy (EFT) on marital conflicts of cardiac patients with a history of coronary artery

**چکیده**

این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان هیجان‌مدار (EFT) بر تعارض‌زناشویی بیماران قلبی با سابقه بای‌پس عروق کرونری مراجعه‌کننده به مرکز بازتوانی قلب امام علی (ع)

Corresponding author: Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Esfahan, Esfahan, Iran.  
Email: [r.jazayeri@edu.ui.ac.ir](mailto:r.jazayeri@edu.ui.ac.ir)

نویسنده مسئول: اصفهان دانشگاه اصفهان دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه مشاوره  
پست الکترونیکی: [r.jazayeri@edu.ui.ac.ir](mailto:r.jazayeri@edu.ui.ac.ir)

bypass referring to Imam Ali Cardiac Rehabilitation Center in Kermanshah in 2016-2017. The method of this research was semi-experimental with pretest-posttest and follow-up with control group design. Participants were 45 people who were selected by available sampling method. Participants completed the Barati and Sanaie Marital Conflict Questionnaire (1996). Finally, 45 people who had high grade in marital conflict were selected and randomly divided into three groups (the first experimental group, the second experimental group, and the control group, each group consisted of 15 people). For analyzing the data, covariance analysis, repeated measures analysis of variance and Bonferrine's post hoc test were used. The findings showed a significant effectiveness of ACT on components of marital conflict reducing collaboration, reducing the separation of finances from each other and marital conflict, also there is a significant effectiveness of EFT on the components of marital conflict, increasing the individual's relationship with relatives, reducing the relationship with the spouse's relatives and marital conflict, in Witch the effects of interventions in the follow-up phase (2 months) also were observed. Both treatments were effective, but the effectiveness level of ACT in compare with EFT was greater in reducing marital conflict. Based on the findings, ACT and EFT can be a good candidates for treating marital problems in patients with cardiac patients with a history of coronary artery bypass, such as marital conflict.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy (ACT), emotionally focused therapy (EFT), marital conflict.

شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ انجام شد. این پژوهش به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. شرکت‌کنندگان ۴۵ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه تعارض زناشویی براتی و ثنایی (۱۳۷۵) را تکمیل کردند که در نهایت ۴۵ نفر که نمره بالایی در تعارض زناشویی کسب کرده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه (گروه آزمایش اول، گروه آزمایش دوم و گروه کنترل، هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کواریانس، تحلیل واریانس و اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونه استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده اثربخشی ACT بر مؤلفه‌های کاهش همکاری، کاهش جداکردن امور مالی از یکدیگر و تعارض زناشویی و همچنین اثربخشی EFT بر مؤلفه‌های افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه با خویشاوندان همسر و تعارض زناشویی معنادار بود که تأثیر مداخله‌ها در مرحله پیگیری نیز ماندگار بود، اما میزان اثرگذاری ACT نسبت به EFT بر کاهش تعارض زناشویی بیشتر بوده است. بر اساس یافته‌های به دست آمده درمان ACT و درمان EFT می‌توانند کاندیداهای خوبی برای درمان مشکلات زناشویی بیماران قلبی با سابقه بای‌پس عروق کرونری مانند تعارض زناشویی باشند.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان هیجان‌مدار (EFT)، تعارض زناشویی.

## مقدمه

بیماری‌های قلبی<sup>۱</sup> یکی از علل عمده مرگ و میر در جهان است (سل، واندر - گراف، گوئنسنز و ویسر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸) و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ شایع‌ترین علت مرگ و میر باشد (اسکرودر و اسکاورد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). در ایران نیز شیوع این بیماری‌ها رو به افزایش است، به گونه‌ای که در ایران ۲۵ تا ۴۵ درصد کل مرگ و میرها ناشی از این بیماری‌هاست (هاشمی‌نصرت‌آباد، ماشینچی، عباسی، عدل نسب و بهادری، ۱۳۹۱). این

بیماری‌ها از جمله بیماری‌های روان‌تنی<sup>۴</sup> هستند (سادوک و سادوک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱) که علاوه بر عوامل زیستی، تحت تأثیر عوامل روانی - اجتماعی (کوپر، آدام، ثورل و ویدرپس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶) مانند مسائل و مشکلات بین‌فردی و زناشویی (برانوالد، زیپس و لیبی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱؛ برانون و فیست<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰؛ تیلور<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹) هستند که دارای پیامدهای مختلفی از جمله کاهش کیفیت زندگی، تندرستی و باروری که هم بر سلامت جسمی و روانی خود آن‌ها و هم بر روابط خانوادگی و زوجی‌شان تأثیرات منفی دارد. در همین زمینه استرس‌های ناشی از روابط زناشویی (هلمز و همکاران، ۲۰۰۶)، می‌توانند به صورت متقابل با پیامدهای ناشی از بیماری‌های قلبی هرچه بیشتر به وخامت اوضاع زندگی زناشویی این افراد بیفزایند.

متغیری که در این پژوهش سعی شده است تأثیر مداخله بر آن در بیماران قلبی با سابقه بای‌پس عروق کرونری<sup>۱۰</sup> مورد ارزیابی قرار گیرد، تعارض زناشویی<sup>۱۱</sup> است. تعارض‌های بین‌فردی، به اندازه روابط اجتماعی، فراگیر و گسترده‌اند و ازدواج از این قاعده مستثنی نیست، از این رو تجربه سطوح مختلفی از تعارض، اختلاف‌نظر و رنجش در تعاملات یک زوج، امری بدیهی و غیر قابل اجتناب است (کومینگز، فرکش، میچل<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۸؛ استیوبر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۵). بالطبع به دنبال مشکلاتی که بیماری قلبی بر فرد تحمیل می‌کند، روابط خانوادگی و به ویژه رابطه زناشویی دستخوش تغییراتی می‌شود که در پاره‌ای از موارد این روابط به تعارض کشیده می‌شود و شرایط را برای بیمار حادتر می‌کند (فینچام<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۳). تعارض زناشویی را می‌توان به عنوان ناراضیتی حداقل یکی از زوجین نسبت به رابطه تعریف کرد که به سرعت افزایش می‌یابد (هالفورد<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۱). تعارض زناشویی فرایندی است که ضمن آن اعمال یکی از همسران با دیگری تداخل پیدا می‌کند و غالباً با عیب‌جویی، طرد، درخواست‌های ناروا، آزدگی و رنجش همراه می‌شود (بارلو و هرسن<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۴). برخی مسائل مانند مسائل اقتصادی، روابط جنسی، روابط خویشاوندی، دوستان، فرزندان، خیانت جنسی، مشکلات عاطفی و مانند این‌ها ممکن است رابطه زناشویی را مستعد تعارض زناشویی کند (ثنایی‌ذاکر، ۱۳۷۸؛ به نقل از حسینیان و شفیع‌نیا، ۱۳۸۴). از لحاظ روانی، اکثر افراد وجود تعارض در روابط زناشویی را بی‌نهایت تنش‌زا تجربه می‌کنند (هالفورد، ۲۰۰۱). بسیاری از نظریه‌های ازدواج ادعان دارند که پریشانی زوجین در نتیجه پاسخ‌های آزرده و غیر اثربخش آن‌ها به تعارض‌های زناشویی شکل می‌گیرد (کورنر و جاکوبسن<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۴) و اگر این تعارض‌ها به طور کارآمد اداره شود، از سکون و رکود ارتباط جلوگیری کرده و در زوجین، مهارت‌های مثبت و کارآمد منطبق با رویدادهای فشارزا ایجاد می‌کند (دان‌هام<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۸)، ولی اگر تعارض به طور درست مدیریت نشود، موجب تخریب زندگی زناشویی شده و اثرات زیان‌آوری بر سلامت جسمی، روانی و هیجانی<sup>۱۹</sup> زوجین می‌گذارد (ماهونی<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۶). با توجه به نتایج پژوهش‌ها و هم‌چنین بررسی متون موجود در زمینه بیماری‌های قلبی و تأثیرات آن بر روابط زناشویی ضروری به نظر می‌رسد که در این زمینه مداخلاتی برای رفع مشکلات و پیشگیری از وخامت هرچه بیشتر اوضاع صورت گیرد، بنابراین با توجه با این مهم پژوهش حاضر در نظر دارد اثربخشی دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲۱</sup> (ACT) و درمان هیجان‌مدار<sup>۲۲</sup> (EFT) را بر تعارض زناشویی این دسته از بیماران مورد مقایسه قرار دهد. درمان ACT که در دهه ۸۰ میلادی توسط استیون هیز<sup>۲۳</sup> (۱۹۸۷؛ به نقل از ایزدی، ۱۳۹۱) در دانشگاه نوادا<sup>۲۴</sup> معرفی شد، یک شکل از درمان شناختی - رفتاری<sup>۲۵</sup> مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی<sup>۲۶</sup> است و ریشه در نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی<sup>۲۷</sup> دارد. در این درمان فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات<sup>۲۸</sup>، هیجانات<sup>۲۹</sup> یا افکار

درونی‌شان<sup>۳۰</sup> را آزرده می‌یابند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. هدف اساسی ACT ایجاد تغییر در گفت‌وگوی درونی و رفتار بیرونی فرد است. ACT به مراجعان می‌آموزد تا احساسات خود را مشاهده کنند و سپس این احساسات را بپذیرند، چراکه مقابله با احساسات یا اجتناب از آن‌ها باعث بدتر شدنشان می‌شود. ACT روی تغییر جهت از محتوای یک تجربه به سمت زمینه یا (بافتار) یک تجربه تمرکز می‌کند. ACT بین پذیرش چیزهایی که نمی‌توان تغییر داد، مثل تاریخچه ما و بیماری‌هایی که به آن مبتلا هستیم و چیزهایی که می‌توان تغییر داد، از قبیل ترک یکسری افکار ناراحت‌کننده تمایز قائل می‌شود (ایزدی، ۱۳۹۱).

پژوهش‌هایی کارآمدی درمان ACT را در درمان اختلال‌های روانی و عملکردی از جمله اضطراب (هیز، لوما، باند، ماسودا، و لیلیس<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۶؛ لانگ‌مور و ورل<sup>۳۲</sup>، ۲۰۰۷) مورد تأیید قرار داده است. با وجود امیدبخشی نتایج به دست آمده، هنوز هم برخی مشکلات اساسی در رابطه با درمان و اثرات آن حل نشده است (ریس<sup>۳۳</sup>، ۲۰۰۲). بر اساس یافته‌های به دست آمده درمان ACT در بهبود مراجعان و افزایش عملکرد آن‌ها مؤثر است، ولی درباره کارایی این درمان بر تعارض زناشویی در جمعیت بیماران قلبی برای نخستین است که مورد پژوهش قرار می‌گیرد. درمان EFT رویکرد دیگری است که این پژوهش قصد دارد اثربخشی آن را بر میزان تعارض زناشویی بیماران قلبی مورد بررسی قرار دهد. درمان EFT رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه نظام‌مند، انسان‌گرایی (تجربی) و نظریه دلبستگی بزرگسالان است که در اوایل دهه ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ<sup>۳۴</sup> ابداع شد. این درمان به نقش مهم هیجانات در سازمان‌دهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانات را عامل تغییر درمانی در نظر می‌گیرد (جانسون<sup>۳۵</sup>، ۲۰۰۴). در این درمان فرض می‌شود تعارض در زندگی زناشویی زمانی اتفاق می‌افتد که همسران قادر به ارضای نیازهای دلبستگی یکدیگر برای امنیت و رضایت نیستند، به عبارت دیگر روابط آشفته زناشویی، نشان‌دهنده شکست زوجین در برقراری رابطه‌های همراه با الگوی دلبستگی ایمن است، بر این اساس درمان EFT با تمرکز بر رابطه عاطفی زوجین به رفع مشکلات آن‌ها می‌پردازد (جاویدی، سلیمانی، احمدی و صمدزاده، ۱۳۹۲). طبق این نظریه مشکلات زوجین فقط ناشی از مهارت‌های ارتباطی<sup>۳۶</sup> آن‌ها نیست، بلکه ناشی از عدم حل و فصل تجارب اولیه دلبستگی<sup>۳۷</sup> آن‌هاست. از این رو هدف عمده این است که به زوجین کمک کند تا نیازها و تمایلات اصلی و نگرانی‌های دلبستگی یکدیگر را شناسایی کرده و ابراز کنند. تمرکز بر موضوعات دلبستگی، درمان EFT را قادر ساخته است تا نتایج مثبت مهمی را در زوج‌درمانی به دست آورد (هالچاک، ماکینین و جانسون<sup>۳۸</sup>، ۲۰۱۰؛ جانسون، ۲۰۰۴؛ پریست<sup>۳۹</sup>، ۲۰۱۳).

تغییر در درمان هیجان‌مدار به این صورت است که پاسخ‌های هیجانی زیربنایی تعامل کشف شده و تجربه می‌شوند و مجدداً مورد پردازش قرار می‌گیرند و در نتیجه تعاملات جدیدی شکل می‌گیرند. دستیابی و کشف این تجربه هیجانی به منظور تخلیه هیجانی و کسب بینش نیست، بلکه به خاطر تجربه کردن جنبه‌های جدیدی از خود است که پاسخ‌های جدیدی را از همسر برمی‌انگیزاند (مک‌کینان<sup>۴۰</sup>، ۲۰۰۸). از این رو، آشکارسازی هیجانات و نیازهای دلبستگی و نیز پاسخ‌گویی صمیمانه همسر به این نیازها، برای ایجاد پیوندهای هیجانی ضرورت دارد و اساس فرایند تغییر در درمان هیجان‌مدار است (گلدمن و گرینبرگ<sup>۴۱</sup>، ۲۰۰۷).

این دو درمان به این دلیل انتخاب شدند که اهداف اصلی آن‌ها بهبود فضای ارتباطی افراد است و هم‌چنین به دنبال این هستند که با توجه به راهبردها و اصول درمانی خود افراد را در جهت رسیدن به درکی درست‌تر از زندگی خود یاری دهند (پریست، ۲۰۱۳). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که عبارت است از ارتباط با زمان حال به طور کامل به عنوان یک انسان هوشیار آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند. این درمان به دنبال تضعیف فرایندها و در نتیجه کاهش رنج‌های غیرضروری افراد است که به وسیله اجتناب‌های تجربی آن‌ها ناشی می‌شود. هم‌چنین این درمان در پی آن است که به افراد کمک کند تا از فرایندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی خود آگاه شوند، ارزش‌های خود را روشن کنند و به عمل در روش‌هایی که به طور مداوم متناسب با این اهداف حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته متعهد شوند (پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون<sup>۴۲</sup>، ۲۰۰۹).

هدف درمان هیجان‌مدار این است که از طریق کمک به افراد برای دسترسی پیدا کردن به هیجانات اصلی و نیازهای زیربنایی واکنش‌های خودحمایتی در روابط، تعاملات را بازسازی کرده و در نتیجه چرخه‌های جدیدی از درگیری رابطه‌ای را خلق کند (بالوگ، جانسنکی، لینوهر، بلوم، واملالا و اورث - گومر<sup>۴۳</sup>، ۲۰۰۳). این رویکرد افراد را تشویق می‌کند تا در مورد هیجانات خود حرف زده، در مورد موضوع مرتبط در جلسات درمانی بحث کرده و بر بازسازی هیجانات به صورت پیوندهای دل‌بستگی ایمن تأکید می‌کند. پاسخ‌های هیجانی می‌توانند به برآورده شدن نیازهای فرد منجر شده و در نتیجه اساسی‌ترین هدف چنین درمانی بهبود آگاهی فرد از هیجانات است. بنابراین در پژوهش حاضر سعی بر آن بود که به اثربخشی دو روش جدید روان‌درمانی بر تعارض زناشویی این افراد پرداخته شود و امید آن می‌رود که نتایج به دست آمده با توجه به بدیع‌بودن در برنامه‌ریزی‌های درمانی ویژه برای بیماران قلبی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به این‌که آمارها حاکی از سهم عمده بیماری‌های قلبی در مرگ و میر جامعه امروزی ماست (سل و همکاران، ۲۰۰۸؛ ریدکر و همکاران، ۲۰۰۱؛ اسکورد و اسکاور، ۲۰۰۵؛ هاشمی‌نصرت‌آباد و همکاران، ۱۳۹۱) متأسفانه تاکنون پژوهشی در زمینه مداخلات روانی به طور مستقیم برای این قشر یافت نشد، بر این اساس پژوهش حاضر درصدد است که کارایی دو روش درمان ACT و درمان AFT را بر تعارض زناشویی بیماران قلبی با سابقه بای‌پس عروق کرونری مورد بررسی، ارزیابی و مقایسه قرار دهد.

## روش

طرح تحقیقاتی پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی<sup>۴۴</sup> از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری<sup>۴۵</sup> بود که در آن آزمودنی‌ها به روش در دسترس انتخاب و به سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) به طور تصادفی دسته‌بندی شدند. جامعه آماری عبارت بود از کلیه بیماران قلبی مرد با سابقه بای‌پس عروق کرونری مراجعه‌کننده به مرکز بازتوانی قلب امام علی (ع) کرمانشاه در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵. جهت اجرای پژوهش و انتخاب نمونه، چون گروه هدف افراد خاص بودند (بیماران قلبی با سابقه بای‌پس عروق کرونری) به بیمارستان تخصصی قلب امام علی (ع) مراجعه شد، بنابراین نمونه به روش در دسترس (به دلیل داشتن ملاک‌های ورود و خروج به نمونه و هم‌چنین شرایط خاص آن‌ها) و به صورت چندمرحله‌ای انتخاب شد. پس از اخذ مجوزهای لازم از بیماران خواسته شد که در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند. ملاک‌های ورود به پژوهش در مورد

هرکدام از آن‌ها کنترل شد که عبارت بودند از جنسیت شرکت‌کننده‌ها مرد باشد، سن شرکت‌کننده‌ها ۳۵ تا ۵۵ سال باشد، دارای تحصیلات حداقل سیکل باشند، بیماری همراه نداشته باشند (هیپاتیت، ل و عقب‌ماندگی ذهنی و...)، در حال بازتوانی باشند و دارای تعارض زناشویی باشند. پس از این مراحل و تشکیل سه گروه (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) ابتدا پیش‌آزمون روی هر سه گروه اجرا شد. در مرحله بعد دو گروه آزمایش مداخلات درمانی را به مدت ۱۰ هفته دریافت کردند و در مرحله بعد پس‌آزمون روی هر سه گروه اجرا شد. در نهایت برای پیگیری ماندگاری اثر درمان دو ماه بعد از اجرای پس‌آزمون دوباره آزمودنی‌ها به ابزار تعیین‌شده پاسخ دادند. نمونه مورد نیاز برای پژوهش اثربخشی و مقایسه اثربخشی و تعداد متغیرهای مورد پژوهش حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه است (دلاور، ۱۳۸۵؛ ۹۹). بنابراین جمعاً حداقل ۴۵ نفر به عنوان نمونه به روش در دسترس انتخاب شدند. البته به خاطر شرایط خاص بیماران قلبی، احتمال ریزش نمونه<sup>۴۶</sup> و جلوگیری از عدم اعتبار و تعمیم‌ناپذیری نتایج ۲۰ نفر برای هر گروه (۶۰ نفر برای سه گروه) در نظر گرفته شد که در نهایت برای هر گروه ۱۵ نفر نمونه تا مرحله نهایی پژوهش همکاری خود را ادامه دادند.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه تعارض زناشویی<sup>۴۷</sup>:** این ابزار دارای ۴۲ گویه است که با هدف سنجش تعارض‌های زناشویی توسط براتی و ثنایی (۱۳۷۵) ساخته شد. گویه‌های این ابزار با پنج گزینه همیشه، بیشتر، گاهی وقت‌ها، به ندرت و هرگز همراه است که به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. بیشترین نمره‌ای که می‌توان با این ابزار به دست آورد، ۲۱۰ و کمترین نمره ۴۲ است. نمره بالا به معنای تعارض شدید و نمره پایین به معنای عدم تعارض تفسیر می‌شود. پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۵۳ درصد برآورد شده است. هم‌چنین، از روایی محتوایی خوبی برخوردار است که به صورت کیفی توسط متخصصان مورد ارزیابی قرار گرفت (ثنایی، ۲۰۰۰؛ به نقل از خسروی، بلیاد؛ ناهیدپور و آزادی، ۱۳۹۰). آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۳۲ نفری برابر با ۵۲ درصد و برای هفت خرده‌مقیاس آن به ترتیب: کاهش همکاری ۰/۳۰، کاهش رابطه جنسی ۰/۵۰، افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۷۳، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۶۴، افزایش جلب حمایت فرزندان ۰/۶۰، کاهش رابطه با خویشاوندان همسر ۰/۶۴، جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۱ است (ثنایی، ۲۰۰۰؛ به نقل از خسروی و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی پرسشنامه تعارضات زناشویی از روش آلفای کرونباخ با یک نمونه ۳۰ نفری از زوج‌ها محاسبه شد. ضریب پایایی کل این ابزار ۰/۷۳ و پایایی خرده‌مقیاس‌های آن شامل کاهش همکاری ۰/۶۷، کاهش رابطه جنسی ۰/۷۰، افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۸۵، افزایش جلب حمایت فرزندان ۰/۷۶، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۷۷، کاهش رابطه با خویشاوندان همسر ۰/۶۲، جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۶۹ به دست آمد. هم‌چنین، پایایی این ابزار با استفاده از روش دونیمه‌سازی ۰/۸۹ محاسبه شد.

### روش اجرای پژوهش

اجرای این پژوهش به طور تقریبی از نیمه دوم سال ۱۳۹۵ تا اواسط سال ۱۳۹۶ انجام شد. پس از اخذ مجوزها و ایجاد هماهنگی‌های لازم این مراحل طی شد: ارزیابی اولیه بیماران قلبی جهت شناسایی نمونه

مورد نظر (سنجش برقرار بودن ملاک‌های ورود به نمونه)، انتخاب نمونه مورد پژوهش از بین افراد دارای تعارض زناشویی بر اساس نمره‌های دریافتی از پرسشنامه تعارض زناشویی، جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در سه گروه، اجرای پیش‌آزمون در تمامی گروه‌های آزمایشی و کنترل، تشکیل جلسات درمانی بر اساس پروتکل‌های درمانی مورد نظر در دو گروه آزمایش، انجام پیش‌آزمون، پس‌آزمون و اجرای پیگیری بعد از فاصله زمانی مشخص (۲ ماه).

گروه آزمایش اول به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان ACT و گروه آزمایش دوم به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان EFT را دریافت کردند (هر دو درمان به وسیله پژوهشگر پس از گذراندن دوره‌های تخصصی لازم زیر نظر متخصصان رویکرد مربوطه اجرا شد که گواهی‌های مربوطه به پیوست این فایل به خدمت ارسال می‌گردد). لازم به ذکر است که توالی جلسات به شکل هفتگی بود. بعد از اجرای پژوهش به منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش یک کارگاه برای گروه کنترل پس از اتمام پژوهش برگزار شد. در زیر محتوای جلسات مداخله‌ای به صورت مختصر توضیح داده شده است:

دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۲ جلسه) برگرفته از الگوی مک‌کی، لیوف و اسکین<sup>۴۸</sup> (۲۰۱۲)؛ ترجمه روغنجی، جزایری، اعتمادی، فاتحی‌زاده، مؤمنی و حجت‌خواه، ۱۳۹۵؛ هریس<sup>۴۹</sup>، ۲۰۱۰).

۱. ارزیابی اولیه و جهت‌گیری درمانی (پذیرش مشروح بیماران و معرفی درمان ACT).
۲. ارزیابی‌های فردی: (مصاحبه فردی، ارزیابی تضادها؛ ارتباط خانوادگی، آسیب‌های روان‌شناختی درمان‌نشده. برنامه‌ریزی جلسه‌ها، تلفیق ارزیابی فردی و گروهی).
۳. بررسی هزینه‌های تلاش‌های ارتباطی غیرمؤثر: (بررسی هزینه‌های اجتناب و تناقض ارتباطی بیماران با اطرافیان، ایجاد ناامیدی خلاقانه. استعاره تله انگشت چینی، تمرین مسابقه طناب‌کشی).
۴. ذهن‌آگاهی و پذیرش: (معرفی ذهن‌آگاهی و پذیرش. تمرین پذیرش افکار و احساسات).
۵. گسل‌شناختی: (واقعیت‌زدایی از افکار منفی ارتباطی، تمرین راننده اتوبوس، تمرین افکار روی برگه‌ها).
۶. مشاهده‌گری افکار: (ایجاد کردن دلسوزی و چشم‌انداز مشاهده‌گر نسبت به واکنش‌های خود فرد. تمرین پذیرش واکنش‌های ارتباطی، تمرین افکار روی برگ‌های درخت).
۷. انتخاب مسیرهای ارزش‌گذاری‌شده: (کمک به مراجع در تشخیص و واضح کردن مسیرهای ارزشمند زندگی و ارتباط).

۸. تشخیص موانع زندگی ارزش‌گذاری‌شده از طریق پذیرش و خودمشاهده‌گری: (بررسی کاربرد ارزش‌ها).
۹. خلق الگوهای انعطاف‌پذیری از رفتار و ارتباط: (معرفی رضایت، کاربرد عمل متعهدانه).
۱۰. خود به عنوان بافت در رابطه مذکور: (توانایی ایجاد گزینه و پاسخ، واداشتن افراد به تجربه خود به عنوان بافت).

۱۱. پذیرش و عمل متعهدانه: (بررسی رضایت احساسی در یک بافت عمل متعهدانه).
۱۲. کار کردن در جهت پایان‌دهی: (بازبینی ارزش‌های ارتباطی و عمل متعهدانه، آمادگی برای عمل متعهدانه آتی و پایان درمان (پر کردن پرسشنامه)).

دوره درمان هیجان‌مدار (۹ جلسه) برگرفته از جانسون (۲۰۰۴)؛ ترجمه حسینی، ۱۳۹۲؛ به نقل از نقدی، (۱۳۹۵).

۱. آشنایی و برقراری رابطه‌درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان EFT، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات بیماران از درمان و اجرای پیش‌آزمون.
۲. تشخیص چرخه تعاملی منفی، ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی زوجی بیماران.
۳. دستیابی به احساسات شناسایی نشده که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند، تمرکز بر هیجانات، نیازها و ترس‌های دلبستگی.
۴. از نو قاب‌گیری مشکل بر حسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی.
۵. ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده‌اند.
۷. تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی.
۸. ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید و شفاف‌سازی الگوهای تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی.
۹. تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است، برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است.

روش‌های تجزیه و تحلیل اطلاعات: تحلیل آماری داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 انجام شد. روش‌های آماری مورد استفاده در سطح توصیفی شامل شاخص‌های آماری مربوط به مرکز (میانگین) و پراکندگی (انحراف استاندارد) و اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری و هم‌چنین در سطح استنباطی برای بررسی تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکووا) و روش اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد.

## بیان یافته‌ها

یافته‌های توصیفی به شرح زیر که به توصیف نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری تعارض زناشویی گروه‌های کنترل، گروه آزمایش روش درمان ACT و گروه آزمایش درمان EFT در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: توزیع نمونه‌ها از نظر نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری تعارض زناشویی گروه‌های کنترل و آزمایش درمان ACT و درمان EFT

گروه	مؤلفه‌ها	پیش‌آزمون (SD) Mean	پس‌آزمون (SD) Mean	پیگیری (SD) Mean
گروه کنترل	کاهش همکاری	۱۳/۴۷ (۳/۳۹)	۱۱/۵۳ (۱/۸)	۱۲/۱۳ (۱/۶)
	کاهش رابطه جنسی	۱۱/۶ (۴/۰۳)	۱۳/۴ (۳/۷)	۱۳/۴۷ (۱/۹)
	افزایش واکنش‌های هیجانی	۱۱/۴۷ (۲/۹۹)	۱۱/۴ (۴/۲)	۱۱/۷۳ (۳/۱)
	افزایش جلب حمایت فرزندان	۱۱/۹۳ (۲/۹۳)	۱۰/۸ (۳/۶)	۱۱/۲۷ (۲/۵)
	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	۱۲/۳۳ (۴/۶۵)	۱۰/۸ (۴/۳)	۱۰/۸۷ (۲/۸)
	کاهش رابطه با خویشاوندان همسر	۱۱/۴۷ (۳/۷۵)	۱۲/۶ (۳/۲)	۱۲/۷۳ (۲/۴)
	جدا کردن امور مالی از یکدیگر	۱۱ (۲/۲۷)	۱۱/۶ (۳/۰۳)	۱۰/۸ (۱/۶)
	تعارض زناشویی	۸۳/۲۷ (۱۵/۶)	۸۲/۳۳ (۱۱)	۸۲/۴۸ (۸/۲)
گروه آزمایش	کاهش همکاری	۱۲/۵ (۴/۷)	۸/۲ (۳/۴)	۹/۱ (۲/۸)
	کاهش رابطه جنسی	۱۱/۸ (۵/۴)	۹ (۳/۲)	۱۰ (۲/۸)



افزایش واکنش‌های هیجانی	(۵/۲)۱۰/۰۷	(۲/۹)۹/۲۷	(۲/۲)۱۰/۱
افزایش جلب حمایت فرزندان	(۵/۶)۱۰/۰۸	(۲/۳)۸/۵۳	(۱/۹)۹/۶
افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	(۴/۹)۱۱/۷۳	(۳/۳)۹/۳۳	(۲/۷)۱۰/۱
کاهش رابطه با خویشاوندان همسر	(۴/۶)۹/۶	(۲/۷)۱۱/۰۷	(۱/۸)۱۱/۶
جدا کردن امور مالی از یکدیگر	(۵/۱)۱۰/۳۳	(۲/۳)۱۳/۰۷	(۱/۵)۱۱/۳
تعارض زناشویی	(۲۳/۷)۷۶/۹۳	(۸/۷)۶۴/۴۷	(۹/۱)۶۹/۴
کاهش همکاری	(۳/۳)۱۱/۵	(۴/۳)۱۲/۳	(۲/۷)۱۱/۸
کاهش رابطه جنسی	(۳/۷)۱۱/۸	(۴/۳)۱۳/۸	(۲/۸)۱۳/۹
افزایش واکنش‌های هیجانی	(۴/۸)۱۲/۵	(۳/۳)۱۱/۹	(۱/۵)۱۱/۶
افزایش جلب حمایت فرزندان	(۴/۰۸)۱۱/۳۳	(۳/۳)۹/۳	(۲/۶)۱۰/۳
افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	(۴/۳)۱۰/۰۸	(۲/۰۱)۱۰/۰۷	(۱/۳)۱۱/۰۷
کاهش رابطه با خویشاوندان همسر	(۴/۹)۱۱/۸	(۳/۹)۱۱/۰۷	(۲/۹)۱۱/۴
جدا کردن امور مالی از یکدیگر	(۴/۲)۱۱/۴	(۴/۱)۱۲/۳	(۳/۸)۱۲
تعارض زناشویی	(۱۱/۷)۸۱/۴	(۱۴/۸)۸۱/۴۷	(۱۰/۷)۷۹/۸۷
N	۱۵	۱۵	۱۵

و اما در قسمت یافته‌های استنباطی برای بررسی فرضیه تأثیر درمان ACT بر کاهش تعارض زناشویی مردان بیمار قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری، یافته‌های جدول ۲ گزارش شده است. بر اساس یافته‌های جدول فوق میانگین تعارض زناشویی در گروه ACT در پیش‌آزمون بالاتر از دو گروه دیگر، به خصوص گروه کنترل است که این تفاوت معنادار نیست.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر اثر درمان ACT بر کاهش تعارض زناشویی در مردان بیمار قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	سطح معناداری	مجذور اتای تفکیکی
اثر پیلایی	۰/۲۸۱	۱۸/۰۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷
لامبدای ویلکز	۰/۴۱۳	۱۸/۰۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷
اثر هتلینگ	۰/۵۲۹	۱۸/۰۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷
اثر بزرگ‌ترین ریشه	۰/۵۲۹	۱۸/۰۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷
اثر پیلایی	۰/۴۴۸	۲۸/۵۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲
لامبدای ویلکز	۰/۴۴۸	۲۸/۵۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲
اثر هتلینگ	۰/۹۹۳	۲۸/۵۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲
اثر بزرگ‌ترین ریشه	۰/۹۹۳	۲۸/۵۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲

یافته‌های جدول فوق بیانگر این است که درمان ACT بر مؤلفه تعارض زناشویی هم در اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) و هم اندازه‌گیری\*گروه (تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) بر اساس گروه کنترل و آزمایش) معنی‌دار است، در نتیجه می‌توان گفت درمان ACT بر تعارض زناشویی تأثیر معناداری داشته‌اند. در ادامه برای مقایسه میزان تأثیر درمان ACT از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

**جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کواریانس مقایسه اثر درمان مبتنی ACT بر کاهش تعارض زناشویی**

در مردان بیمار قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری

منبع تغییرات	آزمون	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجدورات تفکیکی
اندازه‌گیری* گروه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۰۴۷۶۲/۴۲	۱	۷۸/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸۲
	پس‌آزمون - پیگیری	۱۰۰۸/۹۴	۱	۷/۳۳	۰/۱۱۸	۰/۱۰۵

بر اساس جدول فوق نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که بین تعارض زناشویی افراد در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر اساس گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0/01$ ). به عبارتی دیگر بین تعارض زناشویی افراد گروه کنترل و گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون پس از اعمال درمان ACT با تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین تعارض زناشویی افراد در مرحله پس‌آزمون و آزمون پیگیری بر اساس گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ( $P = 0/105$ ) و تأثیر درمان ACT بر اساس گروه کنترل و آزمایش در آزمون پیگیری هم مشهود بوده است. در ادامه جهت بررسی تفاوت میانگین گروه کنترل و آزمایش از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در جدول زیر ارائه شده است.

**جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه اثربخشی درمان ACT بر کاهش تعارض**

زناشویی در مردان بیمار قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری

مرحله	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	فاصله اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	کنترل	-۷/۵۳	۷/۸	-۲۸/۸۸	۱۳/۱۸
	آزمایش	-۰/۴۷	۱/۰۲	-۲/۱۵	-۲/۰۱
پس‌آزمون - آزمون پیگیری	کنترل	۱/۰۶	۱/۱۴۹	-۲/۰۷	۴/۲۱
	آزمایش	-۰/۸۹	۰/۹۴	-۱/۰۱	-۲/۹۸

با توجه به نتایج آزمون بن‌فرونی در جدول فوق، می‌توان گفت که در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه آزمایش بین میانگین تعارض زناشویی افراد با روش درمانی ACT تفاوت معناداری وجود دارد، در حالی که در گروه کنترل معنادار نبوده است. همچنین نتایج آزمون بن‌فرونی در مرحله پس‌آزمون - پیگیری نشان داده است که تفاوت معناداری در میانگین تعارض زناشویی پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه آزمایش بر اساس روش درمانی ACT وجود ندارد و اثربخشی در آزمون پیگیری نیز ماندگار بوده است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی فرضیه تأثیر درمان EFT بر کاهش تعارض زناشویی مردان بیمار قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری در جدول ۵ گزارش شده است.

**جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر اثر درمان EFT بر کاهش تعارض**

زناشویی در مردان بیمار قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری

اندازه‌گیری	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	سطح معناداری	مجدورات تفکیکی
اندازه‌گیری	اثر پیلاپی	۰/۵۱۶	۳۴/۶۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۱
	لامبدای ویلکز	۰/۴۹۸	۳۴/۶۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۱
	اثر هتلینگ	۰/۶۱۱	۳۴/۶۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۱

ادامه جدول ۵

۰/۴۷۱	۰/۰۰۱	۲	۳۴/۶۵	۰/۶۱۱	اثر بزرگ‌ترین ریشه	اندازه‌گیری* گروه
۰/۷۳۸	۰/۰۰۱	۲	۴۲/۰۹	۰/۴۴۸	اثر پیلایی	
۰/۷۳۸	۰/۰۰۱	۲	۴۲/۰۹	۰/۴۴۸	لامبدای ویلکز	
۰/۷۳۸	۰/۰۰۱	۲	۴۲/۰۹	۰/۸۹۵	اثر هتلینگ	
۰/۷۳۸	۰/۰۰۱	۲	۴۲/۰۹	۱/۸۹۵	اثر بزرگ‌ترین ریشه	

یافته‌های جدول ۵ بیانگر این است که درمان EFT برای متغیر تعارض زناشویی هم در اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) و هم اندازه‌گیری\*گروه (تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری بر اساس گروه کنترل و آزمایش) معنی‌دار است، در نتیجه می‌توان گفت درمان EFT بر تعارض زناشویی تأثیر معناداری داشته‌اند. در ادامه برای مقایسه میزان تأثیر درمان EFT از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کواریانس مقایسه اثر درمان EFT بر کاهش تعارض زناشویی در

## مردان بیمار قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری

منبع تغییرات	آزمون	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتای تفکیکی
اندازه‌گیری* گروه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۱۳۸۹۲/۰۴	۱	۵۲/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹
	پس‌آزمون - پیگیری	۱۰۸۲/۱۸	۱	۵/۱۱	۰/۲۹۳	۰/۱۶۰

بر اساس جدول فوق نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که بین تعارض زناشویی افراد در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر اساس گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ )، به عبارتی دیگر بین تعارض زناشویی افراد گروه کنترل و گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون پس از اعمال درمان EFT با تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین تعارض زناشویی افراد در مرحله پس‌آزمون و آزمون پیگیری بر اساس گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ( $P = ۰/۲۹۳$ ) و تأثیر درمان EFT بر اساس گروه کنترل و آزمایش در آزمون پیگیری هم مشهود بوده است. از طرف دیگر جهت بررسی تفاوت میانگین گروه کنترل و آزمایش از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه اثربخشی درمان EFT بر کاهش تعارض

## زناشویی در مردان بیمار قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری

مراحل	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	فاصله اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	کنترل	۱۱	۱/۸	-۲۰/۳۵	۲۲/۳۵
	آزمایش	۰/۵	۰/۲۲	-۳/۱۲	۲/۲۳
پس‌آزمون - آزمون پیگیری	کنترل	-۱/۴۶	۱/۱۴۹	-۴/۶۱	۱/۶۷
	آزمایش	۱/۵	۰/۸۷	-۲/۵۹	۴/۷۲

با توجه به نتایج آزمون بن‌فرونی در جدول فوق، می‌توان گفت که در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه آزمایش بین میانگین تعارض زناشویی افراد با روش درمانی EFT تفاوت معناداری وجود دارد، در حالی که در گروه کنترل معنادار نبوده است. همچنین نتایج آزمون بن‌فرونی در مرحله پس‌آزمون - پیگیری نشان

داده است که تفاوت معناداری در میانگین تعارض زناشویی پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه آزمایش بر اساس روش درمانی EFT وجود ندارد و اثربخشی روش درمانی در آزمون پیگیری نیز ماندگار بوده است. در ادامه به مقایسه تأثیر دو روش درمانی ACT و EFT بر تعارض زناشویی مردان بیمار قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری پرداخته می‌شود.

جدول ۸: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر اثر ACT و EFT بر تعارض زناشویی

در مردان بیمار قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری

مجدور اتای تفکیکی	سطح معناداری	درجه آزادی فرضیه	F	مقدار	آزمون	
۰/۱۳۵	۰/۰۱	۲	۱۴/۲۳۹	۰/۴۰۲	اثر پیلایی	اندازه‌گیری
۰/۱۳۵	۰/۰۱	۲	۱۴/۲۳۹	۰/۴۱۶	لامبدای ویلکز	
۰/۱۳۵	۰/۰۱	۲	۱۴/۲۳۹	۰/۳۰۴	اثر هتلینگ	
۰/۱۳۵	۰/۰۱	۲	۱۴/۲۳۹	۰/۳۱۳	اثر بزرگ‌ترین ریشه	
۰/۱۳۸	۰/۰۰۷	۲	۱۲/۴۰۵	۰/۲۷۴	اثر پیلایی	اندازه‌گیری - روش درمان
۰/۱۳۸	۰/۰۰۷	۲	۱۲/۴۰۵	۰/۶۱۵	لامبدای ویلکز	
۰/۱۳۸	۰/۰۰۷	۲	۱۲/۴۰۵	۰/۳۱۲	اثر هتلینگ	
۰/۱۳۸	۰/۰۰۷	۲	۱۲/۴۰۵	۰/۸۱۵	اثر بزرگ‌ترین ریشه	
۰/۱۵۹	۰/۰۰۳	۲	۶/۹۱	۰/۳۱۲	اثر پیلایی	اندازه‌گیری - گروه
۰/۱۹۴	۰/۰۰۳	۲	۷/۲۵	۰/۴۲۶	لامبدای ویلکز	
۰/۱۹۹	۰/۰۰۳	۲	۷/۵۸	۰/۴۷۷	اثر هتلینگ	
۰/۱۷۶	۰/۰۰۳	۲	۱۳/۶۸	۰/۳۹۱	اثر بزرگ‌ترین ریشه	

یافته‌های جدول فوق بیانگر این است که تمام آزمون‌ها برای متغیر تعارض زناشویی هم در اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری)، هم در اندازه‌گیری - روش درمان (تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری بر اساس روش درمان) و هم اندازه‌گیری - گروه (تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری بر اساس گروه کنترل و آزمایش) معنی‌دار است، در نتیجه می‌توان گفت روش‌های درمانی بر تعارض زناشویی تأثیر معناداری داشته‌اند. در ادامه برای مقایسه میزان تأثیر روش‌های مختلف درمانی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد که در جدول ۹ ارائه شده است.

جدول ۹: نتایج آزمون تحلیل کواریانس مقایسه اثر ACT و EFT بر تعارض زناشویی

مردان بیمار قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری

مجدور اتای تفکیکی	سطح معناداری	F	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آزمون	منبع تغییرات
۰/۱۹۶	۰/۰۰۴	۸/۳۱	۱	۸۵۲/۲۶۴	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	اندازه‌گیری - روش درمانی
۰/۰۲۲	۰/۱۶	۲/۰۱	۱	۸۱۰/۲۴۱	پس‌آزمون - پیگیری	
۰/۲۵۴	۰/۰۰۲	۱۱/۳۱	۱	۶۱۲۴/۶۰	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	اندازه‌گیری - گروه
۰/۰۳۸	۰/۱۱	۲/۸	۱	۳۴/۶۲	پس‌آزمون - پیگیری	

جدول ۹ نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که تعارض زناشویی افراد در گروه ACT و EFT در مرحله پس‌آزمون پس از اعمال شیوه‌های آزمایشی با تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد

( $P < 0/004$ ). اما نتایج حاکی از آن بود که بین نمره تعارض زناشویی افراد در گروه ACT و EFT در مرحله پس‌آزمون و نمره آن‌ها در آزمون پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد و تأثیر روش‌های درمانی در آزمون پیگیری هم مشهود بوده است ( $P = 0/16$ ). از طرف دیگر نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که بین تعارض زناشویی افراد گروه کنترل و گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون پس از اعمال شیوه‌های آزمایشی با تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/002$ ) و نتایج حاکی از آن بود که پس‌آزمون و آزمون پیگیری تعارض زناشویی افراد گروه کنترل و بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری تعارض زناشویی گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود ندارد و تأثیر تفاوت پس‌آزمون تعارض زناشویی افراد بر اساس گروه کنترل و آزمایش در آزمون پیگیری هم مشهود بوده است ( $P = 0/11$ ). از طرف دیگر جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه اثربخشی ACT و EFT بر تعارض

زناشویی مردان بیمار قلبی با سابقه بای‌پس عروق کرونری

مراحل	گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان	
						حد بالا	حد پایین
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	کنترل	پذیرش و تعهد	-۷/۵۳	۷/۸	۰/۰۰۱	-۲۸/۸۸	۱۳/۱۸
		هیجان‌مدار	۱	۷/۸	۰/۰۰۱	-۳۰/۳۵	۲۲/۳۵
	پذیرش و تعهد	کنترل	۷/۵۳	۷/۸	۰/۰۰۲	-۱۳/۸۱	۲۸/۸۸
		هیجان‌مدار	۸/۵۳	۷/۸	۰/۰۰۲	-۱۲/۸۱	۲۹/۸۸
	هیجان‌مدار	کنترل	-۱	۷/۸	۰/۰۰۵	-۲۲/۳۵	۲۰/۳۵
		پذیرش و تعهد	-۸/۵۳	۷/۸	۰/۰۰۵	-۲۹/۸۸	۱۲/۸۱
پس‌آزمون - آزمون پیگیری	کنترل	پذیرش و تعهد	۱/۰۶	۱/۱۴۹	۱	-۲/۰۷	۴/۲۱
		هیجان‌مدار	-۱/۴۶	۱/۱۴۹	۱	-۴/۶۱	۱/۶۷
	پذیرش و تعهد	کنترل	-۱/۰۶	۱/۱۴۹	۱	-۴/۲۱	۲/۰۷
		هیجان‌مدار	-۲/۵۳	۱/۱۴۹	۰/۱۹	-۵/۶۷	۰/۶۱
	هیجان‌مدار	کنترل	۱/۴۶	۱/۱۴۹	۱	-۱/۶۷	۴/۶۱
		پذیرش و تعهد	۲/۵۳	۱/۱۴۹	۰/۱۹	-۰/۶۱	۵/۶۷

با توجه به نتایج آزمون بن‌فرونی که در جدول فوق آمده است، می‌توان گفت که بین اثربخشی روش‌های ACT و EFT بر تعارض زناشویی افراد تفاوت معناداری وجود دارد. هم‌چنین بر اساس تفاوت میانگین‌ها می‌توان مشخص کرد روش ACT نسبت به روش EFT اثرگذاری بیشتری داشته است. هم‌چنین نتایج آزمون بن‌فرونی در مرحله پس‌آزمون - پیگیری نشان داده که تفاوت معناداری در میانگین تعارض زناشویی پس‌آزمون و آزمون پیگیری روش‌های ACT و EFT وجود ندارد و تفاوت اثرگذاری این دو روش در آزمون پیگیری نیز ماندگار بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تأثیر درمان‌های ACT و EFT بر تعارض زناشویی بیماران قلبی مرد با سابقه بای‌پس عروق کرونری مراجعه‌کننده به مرکز بازتوانی قلب امام علی (ع) شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶-

۱۳۹۵ بود. نتایج حاکی از آن بود که درمان ACT بر متغیر تعارض زناشویی تأثیر معناداری داشته است و ماندگاری اثر آن نیز مشهود بود که با یافته‌های کاوسیان، حریفی و کریمی (۱۳۹۵)، ایمانی، رجبی، خجسته‌مهر، بیرامی و بشلیده (۱۳۹۲)، کریستنسن، اتکینز، برنز، ویرلر، باوکوم و سیمپسون<sup>۵۰</sup> (۲۰۱۱)، پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون<sup>۵۱</sup> (۲۰۰۹) و باراچ، کانکر و بوش<sup>۵۲</sup> (۲۰۱۲) همسو بود.

کریستنسن و همکاران (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیدند که زوجین ناسازگاری که زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی مبتنی بر آموزش، پذیرش و تعهد دریافت کرده بودند، رضایت زناشویی و سلامت روان بالاتری را در پیگیری سه‌ماهه نشان دادند. هم‌چنین کارآزمایی پترسون و همکاران (۲۰۰۹) که درمان ACT را در درمان زوج‌های پریشان به کار بردند، حاکی از آن بود که هر دو زوج پس از پایان درمان، سازگاری خوب و مداومت در بهبود را نشان دادند. هم‌چنین در مطالعه آن‌ها پریشانی بین‌فردی کاهش یافت و زوجین تا پایان درمان به بهبودی ادامه دادند. باراچ و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که اثربخشی دو شیوه زوج‌درمانی سیستمی و درمان ACT را روی آشفتگی زناشویی، نشان دادند که درمان ACT تمام متغیرهای ارتباطی را بیش از زوج‌درمانی سیستمی بهبود بخشیده بود. کاوسیان و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان ACT بر رضایت زناشویی زوج‌ها نشان دادند که بین نمرات میانگین پس‌آزمون دو گروه در زیرمؤلفه‌های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی تفاوت معنادار وجود دارد. ایمانی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با هدف بررسی و مقایسه کارایی درمان‌های ACT انطباق‌یافته زوجی و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر کاهش علائم نگرانی و ناسازگاری زناشویی زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر به این نتایج دست یافتند که هر دو درمان بر آماج‌های درمان تأثیر مثبتی گذاشته بودند، اما درمان ACT انطباق‌یافته زوجی کارایی بیشتری نسبت به زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر نشان داد.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت از نظر درمان ACT حفظ و گسترش تعارض و فاصله عاطفی، ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده و راهبردهای اجتناب تجربی در روابط است، زیرا واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابانه منفی و عمل طبق آن‌ها، چرخه رابطه منفی در رابطه را حفظ می‌کند. درمان ACT به دنبال تضعیف این فرایندها و در نتیجه کاهش رنج‌های غیرضروری است. هدف اصلی این نوع از درمان کمک به هریک از همسران است؛ برای این که از فرایندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی خود؛ چه به تنهایی و چه در رابطه دونفره آگاه شوند. درمان ACT به زوجها نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط و هم‌چنین چگونگی ایجاد فاصله عاطفی را آموزش می‌دهد. هرچند فاصله عاطفی از افراد محافظت می‌کند و امکان پریشانی عاطفی در آینده را کاهش می‌دهد، اما با یادگیری؛ مهار این افکار، پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به روش‌هایی که ارتباط و صمیمیت عاطفی زوجها را هدف قرار می‌دهد، تمرین می‌شود. همان‌طور که زوجها شروع به به‌کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند، بیشتر تمایل پیدا می‌کنند و قادر می‌شوند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آن‌ها فرصت رفتار به شیوه‌ای که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین‌فردی را افزایش می‌دهد (پترسون و همکاران، ۲۰۰۹). ACT زوجین را تشویق می‌کند که با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب آن‌ها شوند. از دیدگاه ACT اجتناب از تجارب، فرایند آسیب‌زایی را به وجود می‌آورد که در ایجاد

و گسترش تعارضات زناشویی و خانوادگی مؤثر است و کاهش آن می‌تواند نقش مهمی در بهبود ارتباطات و رفع تعارضات بین‌فردی زوجین داشته باشد (پترسون و ایفرت<sup>۵۳</sup>، ۲۰۱۱).

و اما بررسی‌های مربوط به تأثیر درمان EFT بر کاهش تعارض زناشویی نشان داد که درمان EFT بر کاهش تعارض زناشویی تأثیر معناداری داشته است و ماندگاری اثر درمان EFT بر کاهش تعارض زناشویی نیز تأثیر معناداری را داشته که این یافته همسو با نتایج جاویدی و همکاران (۱۳۹۲)، فلاح‌زاده، ثنایی ذاکر و فرزاد (۱۳۹۱)، ضیاءالحق، حسین‌آبادی، قنبری هاشم‌آبادی و مدرس غروی (۱۳۹۱)، حسن‌آبادی، مجرد و سلطانی‌فر (۱۳۹۰)، رضایی، یونسی، احمدی، عسگری و میرزایی (۱۳۸۹)، پریست (۲۰۱۳) و هالچاک و همکاران (۲۰۱۰) بود. جاویدی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFCT)<sup>۵۴</sup> بر بهبود عملکرد خانواده مؤثر است. فلاح‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) نیز نشان دادند زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب صمیمیت تأثیر داشت. ضیاءالحق و همکاران (۱۳۹۱) و حسن‌آبادی و همکاران (۱۳۹۰) زوج‌درمانی هیجان‌مدار را بر ارتقای سازگاری زناشویی مؤثر یافتند، اما تداوم اثر آن در طول درمان تأیید نشد. رضایی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند زوج‌درمانی هیجان‌مدار موجب بالا رفتن میزان استفاده زوج‌ها از الگوی ارتباطی سازنده متقابل و کاهش میزان استفاده آن‌ها از الگوهای ارتباطی اجتنابی متقابل و توقع‌کناره‌گیری شده است. پریست (۲۰۱۳) نیز نشان داد که درمان هیجان‌مدار پریشانی ارتباطی زوج‌ها را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد و هالچاک و همکاران (۲۰۱۰) در یک پیگیری سه‌ساله نشان دادند که درمان هیجان‌مدار باعث بهبودی در سازگاری، اعتماد و بخشش و کاهش شدت آسیب‌دلبستگی شده است.

در تبیین تأثیر درمان هیجان‌مدار در کاهش تعارض زناشویی می‌توان گفت این درمان به جای تمرکز بر موضوع‌ها و عوامل بیرون‌فردی بروز تعارض، بیشتر بر عوامل درون‌فردی و فرایندهای بروز تعارض متمرکز است. EFT یک مدل مداخله در عمق است که بر زیرساخت‌های درون‌روانی (هیجان‌ات عمیق با خاستگاه امنیت‌جویانه) در روابط بین‌فردی زوجین تمرکز دارد. از نظر درمانگران EFT زوجین دارای عضوی که از مشکل جدی سلامتی مانند بیماری قلبی، به دلیل احساس نایمینی ناشی از تزلزل پیکره دلبستگی، معمولاً بر سر هر چیزی با هم تعارض دارند، از این رو آنچه این تعارض را شعله‌ور می‌سازد، احساس نایمینی و نیاز به امنیت است.

هم‌چنین می‌توان گفت بر مبنای تئوری دلبستگی که اساس مدل EFT محسوب می‌شود، زمانی که فرد با پیکره دلبستگی (در روابط زوجین همسر پیکره دلبستگی محسوب می‌شود) دچار تعارض می‌شود، به دو شکل عمده فزون‌کنشی یا اجتناب و کم‌کنشی واکنش نشان می‌دهد (نقدی، حاتمی، کیامنش و نوایی‌نژاد، ۱۳۹۶). در زوجین با عضو دارای مشکل جدی در سلامتی، تعارض بر بستر هر دو شکل واکنش استوار است. گاهی عضو سالم در پاسخ به رفتارهای اجتنابی عضو بیمار فزون‌کنشی نشان می‌دهد و گاهی عضو بیمار و اکنون در فرایند درمان در پاسخ به رفتارهای اجتنابی عضو سالم، فزون‌کنشی نشان می‌دهد. این فزون‌کنشی‌ها که مبتنی بر تأمین امنیت از پیکره دلبستگی است، اساس و ریشه تعارض زناشویی در زوجین است. از آنجا که در زوجین با عضو دارای مشکل جدی در سلامتی تجارب متعددی از نزدیکی و اجتناب بدون حصول نتیجه تجربه شده است، آن‌ها ناامید از هر بهبودی بگومگوهای بی‌هدف و خارج از هر چارچوبی را دنبال می‌کنند. EFT با کمک به آشکارسازی این نیاز به ایمنی زوجین و مرتبط ساختن رفتار کنونی آن‌ها با

نیاز به ایمنی و اعتبار بخشیدن به راه‌حل‌های ناکارآمد به عنوان تلاشی برای بازیابی امنیت، به زوجین کمک می‌کند فهم جدیدی از روابط خود را تجربه کنند. همچنین EFT توانسته است از طریق تحلیل چرخه‌های منفی تعارض، ناکارآمدی رابطه متعارض را بر ملا سازد، سپس با قطع این چرخه تعاملی منفی تعامل چرخه‌های مثبت و کارآمدی را جایگزین کرده است. پیامد این فهم جدید از تعارض و تغییر چرخه‌های منفی تعارض به چرخه‌های مثبت تعامل کاهش تعارض در روابط زوجین بوده است.

و در نهایت نتایج آزمون پیگیری نشان داد که تأثیر درمان‌های ACT و EFT بر تعارض زناشویی بیماران قلبی - عروقی ماندگار بوده است، اما نتایج آزمون بن‌فرونی نشان داد که میزان اثرگذاری روش درمان ACT نسبت به روش درمان EFT بر کاهش تعارض زناشویی بیماران قلبی - عروقی بیشتر بوده است. تاکنون پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌مدار بر تعارض زناشویی صورت گرفته باشد، یافت نشد؛ اما پژوهش‌هایی در مورد مقایسه اثربخشی این دو رویکرد روی متغیرهای دیگر صورت گرفته است. به عنوان نمونه زنگنه مطلق و همکاران (۱۳۹۶) دریافتند که درمان ACT و درمان EFT در افزایش سازگاری و تعهد زوجین تأثیر داشته است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت درمان ACT و درمان EFT به زوجین این فرصت را می‌دهند که دوباره به مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی بدون دید ارزیابی‌کننده بپردازند و بیشتر تمرکز درمانگر هدایت مراجعین به قبول مسئولیت توسط خودشان به سمت هوشیاری کامل است. درمانگر مراجعان را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات مربوط به فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کند، بدون این‌که آن‌ها را سرکوب و در مورد آن قضاوت ارزشی کند و هیجانات ثانویه مثل شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه کند. از سوی دیگر هیز و لیلیس<sup>۵۵</sup> (۲۰۱۲)؛ به نقل از زنگنه مطلق و همکاران، (۱۳۹۶) نیز معتقد است که درمان ACT به جای این‌که بر برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز کند، به مراجعین کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات‌شان می‌شود، خلاص کنند و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند. ACT اساساً فرایندمحور است و آشکارا بر ارتقای پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگاران، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند. در تبیین این نکته که این درمان ACT از اثربخشی بیشتری نسبت به درمان EFT برخوردار بوده است، می‌توان گفت که تعارض زناشویی یک مشکل طولانی‌مدت و زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات دیگر است و از طرفی خود منبع کشمکش و درگیری است. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی که افراد تعارض بیشتری داشته‌اند را به کمک استعاره به آن‌ها نشان دهند و بتوانند در طول فرایند درمان، راه‌های مقابله با آن را آموزش ببینند. در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تمام چالش درمانگر، ایجاد و پرورش زندگی مبتنی بر ارزش است که طبق آن به مراجع کمک می‌کند تا شیوه مطلوب زندگی کردن را بیابد و به انجام آن شیوه بپردازد (ایفرت و فوریت<sup>۵۶</sup>، ۲۰۰۵).

هریس (۲۰۰۳) در مورد پایداری درمان ACT معتقد است که شفاف‌سازی ارزش‌ها طی این درمان، به اعضای گروه انگیزه کافی برای ادامه درمان می‌دهد و عمل متعهدانه زمانی صورت می‌گیرد که ارزش‌ها روشن



شوند. علاوه بر این، دو فرایند مهم درمان ACT تحت عنوان تماس با زمان حال و خود به عنوان زمینه سبب می‌شوند تا آگاهی مراجع از خودش و نیازهای فعلی افزایش یابد و این آگاهی به تداوم رفتارهای خودمراقبتی در بیماران کمک می‌کند (وایت<sup>۵۷</sup> و میلر<sup>۵۸</sup>، ۲۰۰۷). هیچ پژوهشی نمی‌تواند خالی از محدودیت باشد، بنابراین این پژوهش هم دارای محدودیت‌هایی است. عدم امکان کنترل متغیرهایی مانند حمایت یا عدم حمایت‌های خانواده‌ها از بیماران قلبی شرکت‌کننده در این پژوهش. خلف وعده‌های به وجود آمده برای حضور در جلسات به دلیل شرایط زندگی بیماران در نتیجه عدم رعایت فواصل جلسات و همچنین داوطلبانه بودن شرکت‌کنندگان مورد مطالعه ممکن است نتایج حاصل از تحلیل آماری را تحت تأثیر قرار دهد و در نتیجه تأثیرات نامطلوبی روی روایی درونی پژوهش داشته باشد، بنابراین در تعمیم و تکیه بر نتایج پژوهش باید این محدودیت را مدنظر قرار داد و در نهایت پیشنهادهای این پژوهش عبارتند از این که در پژوهش‌های آتی اجرای این دو مدل با دو درمانگر مجزا روی زوجین دیگر با مشکلات دیگر اجرا شود و همچنین با توجه به اهمیت عوامل روان‌شناختی در روند و شدت بیماری‌های قلبی متعدد و لزوم توجه به وضعیت روان‌شناختی این بیماران پیشنهاد می‌شود که خانواده‌ها، مراکز بهداشت و بیمارستان‌ها درگیر با این قشر در قالب برنامه‌های آموزشی و درمانی اقدام به استفاده از درمان ACT و همچنین درمان EFT در بیماران قلبی کنند. لازم به ذکر است که ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایتنامه کتبی از شرکت‌کنندگان برای مشارکت در پژوهش، رعایت اصل ورود و خروج آزادانه شرکت‌کنندگان به پژوهش، رعایت حریم خصوصی مراجعان، آموزش شرکت‌کنندگان گروه گواه بعد از تأیید اجرای آزمون پیگیری و انتشار صادقانه نتایج به دست آمده، رعایت شد.

اکثر مداخلات انجام‌شده در مورد تعارض زناشویی زوجین نشان داده‌اند در مقایسه با عدم مداخله درمانی و پلاسیبو اثربخش هستند. این امر نشان می‌دهد مداخلات مشاوره‌ای و درمانی برای کاهش تعارض زوجین سودمند هستند که در این پژوهش یافته‌ها نیز حاکی از اثربخشی نسبی درمان‌های ACT و EFT بر تعارض زناشویی مردان بوده که این اثربخشی در مورد درمان ACT بیشتر بوده است.

#### پی‌نوشت‌ها

- |  |   |
|--|---|
| 1. Heart Disease                         | 31. Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis |
| 2. Sol, Vander-Graf, Goessens & Visseren | 32. Longmore, Worrell.                  |
| 3. Schroder & Schwarzer                  | 33. Rees                                |
| 4. Psychosomatic Disease                 | 34. Johnson & Greenberg                 |
| 5. Sadock & Sadock                       | 35. Johnson                             |
| 6. Kuper, Adam, Theorell & Weiderpass    | 36. Communication Skills                |
| 7. Braunwald, Zipes & Libby              | 37. Early Attachment Experiences        |
| 8. Branon & Feist                        | 38. Halchuk & Makinen                   |
| 9. Taylor                                | 39. Priest                              |
| 10. Coronary Artery Bypass               | 40. Mckinan                             |
| 11. Marital Conflict                     | 41. Goldman & Greenberg                 |
| 12. Cummings, Faircth & Mitchell         | 42. Peterson, B. D., Eifert, G. H.,     |
| 13. Steuber                              | Feingold, T., & Davidson, S.            |

14. Fincham
15. Halford
16. Barlow & Hersen
17. Koerner & Jacobson
18. Dunham
19. Physical, Psychological & Emotional health
20. Mahoney
21. Acceptance & Commitment Therapy (ACT)
22. Emotional Focus Therapy (EFT)
23. Steven C. Hayes
24. University of Nevada
25. Cognitive-Behavioral Therapy
26. Functional Contextualism
27. Relationships of Mental Framework Theory
28. Feelings
29. Excitement
30. Innermost Thoughts
43. Balog, P., Janszky, I., Leineweber, C., Blom, M., Wamala, S. P. & Orth-Gomér, K.
44. Semi-Experimental
45. Pre-test, Post-test with Follow-up
46. Sample Loss
47. Marital Conflict Questionnaire (MCQ)
48. Mckay, Lev & Skeen
49. Harris
50. Steiger, Liquornik, Chapman & Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom & Simpson
51. Peterson, Eifert, Feingold & Davidson
52. Baruch, Kanker & Busch
53. Peterson & Eifert
54. Emotionally-Focused Couples Therapy
55. Hayes & Lillis
56. Eifert, G. H., Forsyth, J. P.
57. Harris, R.
58. White, W. L. & Miller, W. R.

## منابع

- ایزدی، ر. (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان‌شناختی رفتاری (CBT) بر علائم باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان. رساله دکتری رشته روان‌شناسی. دانشگاه اصفهان.
- ایمانی، م.؛ رجبی، غ.؛ ر.؛ خجسته‌مهر، ر.؛ بیرامی، م. و بشلیده، ک. (۱۳۹۲). بررسی کارایی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق‌یافته زوجی، زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر کاهش علائم نگرانی و ناسازگاری زناشویی، زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر. *دوفصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ۹(۳)، ۸۹-۵۶.
- جاویدی، ن.؛ سلیمانی، ع.؛ احمدی، خ. و صمدزاده، م. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFCT) بر بهبود عملکرد خانواده. *علوم رفتاری*. ۷(۲)، ۱۸۸-۱۸۱.
- حسن‌آبادی، ح.؛ مجرد، س. و سلطانی‌فر، ع. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوج‌های دارای روابط خارج از ازدواج. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان‌شناسی)*. ۱(۲)، ۳۸-۲۵.
- حسینیان، س. و شفیع‌نیا، آ. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های حل تعارض بر کاهش تعارض‌های زناشویی زنان. *فصلنامه اندیشه‌های نوین تربیتی*. ۱(۴)، ۲۲-۷.
- خسروی، ز.؛ بلیاده، م.؛ ر.؛ ناهیدپور، ف. و آزادی، ش. (۱۳۹۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی، بخشش و تعارضات زناشویی در زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرج. *فصلنامه جامعه‌شناسی زنان*. ۳(۳)، ۸۰-۶۱.
- دلاور، ع. (۱۳۸۵). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. چاپ چهارم. تهران: انتشارات ویرایش.
- رضایی، م.؛ یونسی، ج.؛ عسگری، ع. و میرزایی، ج. (۱۳۸۹). تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ و همسران‌شان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۶(۱). ۴۳-۵۱.

- زنگنه مطلق، ف؛ بنی جمالی، ش؛ احدی، ح. و حاتمی، ح. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌محور بر بهبود سازگاری و تعهد زناشویی زوجین. *زنان و خانواده*، ۱۱(۳۸)، ۷۰-۴۹.
- ضیاءالحق، م؛ حسین‌آبادی، ح؛ قنبری هاشم‌آبادی، ب. و مدرس غروی، م. (۱۳۹۱). تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۸(۲۹)، ۶۶-۴۹.
- فلاح‌زاده، ه؛ ثنایی ذاکر، ب. و فرزاد، و. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی بر کاهش اضطراب صمیمیت زوج‌ها. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۸(۳۲)، ۴۸۶-۴۶۵.
- کوسیان، ج؛ حریفی، ح. و کریمی، ک. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوج‌ها. *سلامت و مراقبت*، ۱۸(۴)، ۸۶-۷۶.
- مک‌کی، م؛ لیوف، آ. و اسکین، م. (۲۰۱۲). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات بین‌فردی*. ترجمه م. روغنجی، ر. جزایری، ع. اعتمادی، م. فاتحی‌زاده، خ. مؤمنی و م. حجت‌خواه. (۱۳۹۵). چاپ اول. کرمانشاه: انتشارات دانشگاه رازی.
- نقدی، ه. (۱۳۹۵). *مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه هیجان‌مدار و زوج‌درمانی مساله‌مدار مک مستر در کاهش تعارض، دزدگی زناشویی و افزایش کیفیت زندگی زوجین*. رساله دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران.
- نقدی، ه؛ حاتمی، م؛ کیامنش، ع. و نوابی‌نژاد، ش. (۱۳۹۶). هم‌سنجی تأثیر زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان با درمانگری سیستمی مساله‌مدار در تعارض زناشویی همسران مردان تحت درمان وابستگی به مواد. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱۷(۱)، ۴۴-۲۳.
- هاشمی‌نصرت‌آباد، ت؛ ماشینچی، ع؛ عدل‌نسب، ل. و بهادری خسروشاهی، ج. (۱۳۹۱). مقایسه تیپ شخصیتی D و فرسودگی حیاتی در افراد با و بدون بیماران قلبی. *روان‌شناسی سلامت*، ۱(۳)، ۹-۱.

- Balog, P., Janszky, I., Leineweber, C., Blom, M., Wamala, S. P. & Orth-Gomér, K. (2003). Depressive Symptoms in Relation to Marital and Work Stress in Women with and without Coronary Heart Disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(2), 113-119.
- Barlow, D. H. & Hersen, M. (1994). *Single- case experimental designs*. New York: Pergamon.
- Baruch, D., Kanker, J. & Busch, A. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: Enhancing the Relationships. *Journal of Clinical Case Studies*, 8 (3), 241-257.
- Branon, L. & Feist, J. (2000). *Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health*. Chicago: Brooks /Cole Company Carhson.
- Braunwald, E., Zipes, D. & Libby, P. (2001). *Heart Disease: A Text Book of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The Association of Anger and Hostility with Future Coronary Heart Disease. *Journal of the Americ Coll Cardio*, (53), 936-946.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H. & Simpson, L. E. (2011). Traditional Versus Integrative Behavioral Couple Therapy for Significantly and Chronically Distressed Married Couples. *Journal of Consult Clin Psychol*, 72(2), 176-191.
- Cummings, E. M. Fairth, W. B., Mitchell, P., Cummings, J. S., & Charmerhorn, A. C. (2008). Evaluating a Brief Prevention Program for Improving Marital Conflict in Community Family. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 193 - 202.
- Delavar, A. (2001). [*Educational and Psychological Research methods*]. Tehran: Virayesh [in Persian].
- DiGiacomo, M., Davidson, P. M., Vanderpluym, A., Snell, R., Dip, G. & Worrall-Carter, L. (2007). Depression, Anxiety and Stress in Women Following Acute Coronary Syndrome: Implications for Secondary Prevention, *Austral Criti Care*, (20), 69-76.

- Dunham, SH. (2008). Emotional Skillfulness in African American Marriage. Intimate Safety as a Mediator of the Relationship between Emotional Skillfulness and Marital Satisfaction. *Unpublished Doctoral Dissertation*. University of Akron.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Falahzadeh, H., Sanaii Zaker, B. & Farzad, V. (2012). Investigating the Effectiveness of Emotion-Couple Therapy and Compulsory System Couples Therapy on Reducing Couples Intimacy. *Journal of Family Research*, 32(4), 465-486 [in Persian].
- Fincham, F. D. (2003). Marital Conflict: Correlates, Structure, and Context. *Current Directions in Psychological Sciences*, 12, 23- 27.
- Goldman, R. & Greenberg, L. (2007). Integrating Love and Power in Emotion-Focused Couple Therapy. *European Psychotherapy*, 7 (1), 117-135.
- Halchuk, R. E., Makinen, J. A. & Johnson, M. S. (2010). Resolving Attachment Injuries in Couples Using Emotionally Focused Therapy: A Three-Year Follow-Up. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 9, 31-47.
- Halford, W.K. (2001). *Brief Couple Therapy for Couples*. New York: Guilford publications.
- Harris R. (2010). *ACT with Love: Stop Struggling, Reconcile Differences, and Strengthen your Relationship with Acceptance and Commitment Therapy*. New York, NY: Read How You Want.
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- HasanAbadi, H., Mojarad, S. & Soltanifar, A. (2011). The Effect of Emotion-Oriented Therapy (EFT) on Marital Adjustment and Positive Affections of Couples with Out-of-Marriage Relationships. *Clinical Psychology and Consultation Research (Pedagogical and Psychological Studies)*, 2(2&3), 25-38 [in Persian].
- Hashemi Nosrat Abad, T., Mashynch Abbasi, N., Bahadori Khosroshahi, J. (2012). Comparison of Personality Type D and Vital Burnout in Patients with and without Cardiac Patients. *Psychology of Health*, 3(1), 1-9 [in Persian].
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Holmes, S. D., Krantz, D. S., Rogers, H., Gottdiener, J. & Contrada, R. J. (2006). Mental Stress and Coronary Artery Disease: A Multidisciplinary Guide. *Prog Cardiovas Dis*, 49(2), 106-122.
- Hosseini, S. & Shafieinia, A. (2005). The Effect of Conflict Resolution Skills Training on Reducing Marital Conflicts in Women. *Journal of Research in New Thoughts of Education*, 4 (4), 7-22 [in Persian].
- Imani, M., Rajabi, G. H., KhojasteMehr, Gh. R., Beirami, M. & Bashlideh, K. (2013). Evaluation of Efficacy of Adolescent-based Treatments and Coupled Adaptive Commitment, Unilateral Behavioral Therapy Couple on Reducing Symptoms of Marital Anxiety and Marital Conflicts, Marital Distress and General Anxiety Disorder. *Family counseling and psychotherapy*, 9(1, 2), 56-89 [in Persian].
- Izadi, R. (2012). *Evaluation and Comparison of Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on the Symptoms of Obsessive Beliefs, Quality of Life, Psychological Flexibility, Depression and Anxiety in Patients with Obsessive-Compulsive and Refractory Treatment*. Doctoral Dissertation in Psychology. Faculty of Psychology and Educational Sciences. University of Esfahan.

- Javidi, N., Soleimani, A. A., Ahmadi, K. H., Samadzadeh, M. (2013). The Effect of Emotional Circuit Therapy (EFT) on Improving Coupled Communication Patterns. *Medical Science*, 2(2), 181-188 [in Persian].
- Johnson, S. M. & Whiffen, V. E. (1999). Made to Measure: Adapting Emotionally Focused Therapy to Partners' Attachment Styles. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 366-381.
- Johnson, S. M. (2004). *Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connection*. New York: Brunner-Rutledge.
- Johnson, S. M. (2004). *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connections*, (2nd Ed.). New York: Brunner/Mazel.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L. S. & Schindler, D. (1999). Emotionally Focused Couples Therapy: Status and Challenges. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 67-79.
- Kavosyan, J., Harifi, H. & Karimi, K. (2016) Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Satisfaction of Couples. *Quarterly Journal of Health and Care*, 4(4), 76-86 [in Persian].
- Khosravi, Z., Blyad, M. R., Nahidpour, F. & Azadi, S. H. (2011). Investigating the Relationship between Attachment Styles, Forgiveness and Marital Conflicts in Couples Referring to Counseling Centers in Karaj. *Women and Society (Women's Sociology)*; 3(3), 61-80 [in Persian].
- Koerner, K. & Jacobson, N. J. (1994). *Emotion and Behavior in Couple Therapy*. In: Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. *The Heart of the Matter: Perspectives on Emotion in Marital Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kuper, H., Adam, H. O., Theorell, T. & Weiderpass, E. (2006). Psychosocial Determinants of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Women: A Prospective Study in Sweden. *American Journal of Epidemiology*, 164(4), 349-357.
- Longmore, R. J. & Worrell, M. (2007). Do We Need to Challenge thoughts in Cognitive Behavior Therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.
- Mahoney, K. R. (2006). The Relationship of Partner Support & Coping Strategies to Marital Adjustment among Women with Diabetes & their Male Partner. *Unpublished Doctoral dissertation*. New York University.
- Mckay, M., Lev, A. & Skeen, M. (2012). [ACT for Interpersonal Problems (Using Mindfulness, Acceptance and Schema Awareness to Change Interpersonal Behaviors)]. (M. Roghanchi, R. Jazayeri, O. Etemadi, M. Fatehizade, K. Momeni, M. Hojatkhah. Trans.). 2017. Kermanshah: Razi University Press.
- Mc-kinan, J. M. (2008). Revealing Vulnerable Emotion in Couple Therapy: Impact on Session Outcome. *Dissertation Abstracts International* [On-line]. Available: <http://books.google.com/books/about/Revealing/Underlying/Vulnerable/Emotion>.
- Naghdi, H. & Hatami, M. (2017). The Effect of Congenital Therapy-Focused Emotion on Systemic Problem-Oriented Problem-Solving in the Marital Conflict of Spouses of Men Treated with Drug Dependence. *Family counseling and psychotherapy*, 7(23), 23-44 [in Persian].
- Naghdi, H. (2017). *Comparison of the Effectiveness of Integrated approach Emotionally Focused Couple Therapy (EFCT) and Problem Center Systemic Therapy of Family (PCSTF) to Reduce Conflict and Marital Burnout and Increase the Quality of Life in Couples*. Doctoral Dissertation of Consulting, Islamic Azad University. Tehran Science and Research Branch.
- Peterson, B. D. & Eifert, G. H. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cogn Behav Pract*, 18(4), 577-587.

- Peterson, B., Eifert, G., Feingold, T. & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study with Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4),430-42.
- Priest, J.B. (2013). Emotionally Focused Therapy as Treatment for Couples with Generalized Anxiety Disorder and Relationship Distress. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 12(1), 22-37.
- Rees, J. (2002). Complex Disease and the New Clinical Sciences. *Science*, 296, 698-701.
- Rezaii, M., Younesi, J., Asgari, A. & Mirzaii, J. (2010). The Effect of Emotionally-Couple Therapy on Improving Communication Patterns of War and Their Wives with PTSD Veterans. *Journal of Family Research*; 6(21), 43-51 [in Persian].
- Ridker, P. M., Genest J. & Libby P. (2001). Risk Factors Atheroscleotic Diseas. In: Braunwald, E. Zipes, D.P., Libby, P, editors, Braunwald heart disease - A text book of cardiovascular medicin, *the edition, Vol: 1, W.B. Saunders Co, Philadelphia: 1010-1039.*
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2011). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schroder, K. E. & Scharzer, R. (2005). Habitual Self-Control and the Management of Health Behavior among Heart Patients. *Social Science & Medicine*, 60(4), 859-875.
- Sol, G. M., Vander-Graaf, Y., Goessens, M. B. & Visseren, L. J. (2008). Social Support and Change in Vascular Risk Factors in Patients with Clinical Manifestations of Vascular Diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 137-143.
- Steuber, K. R. (2005). *Adult Attachment, Conflict Style, and Relationship Satisfaction: A Comprehensive Model*. Unpublished Doctoral dissertation. New York University.
- Taylor, S. E. (2009). *Health Psychology (7th)*. Los Angeles: Mc Grow-Hill.
- White, W. L. & Miller, W. R. (2007). The Use of Confrontation in Addiction Treatment: History, Science, and Time for Change. *Counselor*, 8(4),12-30.
- ZanganehMotlag, F., Banijamali, Sh., Ahadi, H. & Hatami, H. R. (2017). The Effectiveness of Couple's Therapy based on Acceptance and Commitment and Emotionally Focused Couples Therapy on Improvement of Intimacy and Reduction of Alexithymia among Couples. *Quarterly Cultural-Educational Women and Family*, 38(1), 49-70 [in Persian].
- Ziaolahac, M, HasanAbadi, H, GhanbariHashemAbadi, B. & ModareessGhoravi, M. (2012). The Effect of Emotion-Oriented Couple Therapy on Marital Adjustment. *Journal of Family Research*; 29(1), 49-66 [in Persian].