رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۱، شماره پیاپی۹۴، فروردین ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(1), 2024

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل محور کوتاه مدت بر صمیمیت جنسی همسران مردان معتاد در شهرستان آزادشهر

Comparing the efficacy of treatment based on acceptance and commitment and short-term solution-oriented treatment on marital intimacy of addicted men's wives in Azadshahr city

محمودرضا میرعرب رضی
دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
کاظم شریعت نیا (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران.
علی حسینیایی
استادیار، گروه روانشناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران.

Mahmoudreza MirarabRazi
PhD student, Consulting Department, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran.
Kazem Shariatnia*
Assistant Professor, Department of Psychology, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran.
kazemshariatnia@yahoo.com
Ali Hoseiniai
Assistant Professor, Department of Psychology, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran.

چکیده
هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر صمیمت جنسی همسران مردان معتاد در شهرستان آزادشهر بود. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری همسران مردان معتاد در شهرستان آزادشهر در سه ماهه اول سال ۱۴۰۱ بود. به این منظور همسران مردان معتاد به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی بین سه گروه مداخله‌ی ۱ (۱۵ نفر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، مداخله‌ی ۲ (۱۵ نفر درمان راه حل محور کوتاه مدت) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. به‌منظور گردآوری داده‌ها از خرده‌مقیاس صمیمیت جنسی BII-2001 (باگاروزی، ۲۰۰۱) استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور کوتاه مدت در مقایسه با گروه گواه موجب افزایش صمیمیت جنسی در همسران مردان معتاد شده است (P<۰/۰۵) و این تاثیر در مرحله پیگیری تداوم داشته است. علاوه براین، بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر صمیمیت جنسی همسران مردان معتاد از نظر آماری تفاوت معنادار وجود نداشت (P>۰/۰۵). بنابراین این دو شیوه درمان به عنوان یک مداخله پایدار در جهت افزایش صمیمیت جنسی همسران مردان معتاد می‌تواند در مراکز بهداشتی و درمانی به کار برده شود.

واژه‌های کلیدی: *درمان راه حل محور کوتاه مدت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، صمیمت جنسی، اعتیاد.*

Abstract
The aim of this research was to compare the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and short-term Solution-Focused Therapy (SFT) on sexual intimacy in the wives of addicted men in Azadshahr City. The present study employed a semi-experimental design with a pre-test-post-test control group and a two-month follow-up. The statistical population included the wives of addicted men in Azadshahr City during the first three months of 2022. The wives were purposefully selected and randomly assigned to three intervention groups: Group 1 (15 participants receiving Acceptance and Commitment Therapy), Group 2 (15 participants receiving short-term Solution-Focused Therapy), and a control group (15 participants). Data were collected using the Sexual Intimacy Inventory (Bagarozzi, 2001). The results demonstrated that both Acceptance and Commitment Therapy and short-term Solution-Focused Therapy significantly increased sexual intimacy in the wives of addicted men compared to the control group ($p < 0.05$). This effect was sustained during the follow-up period. Furthermore, there was no statistically significant difference in the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and short-term Solution-Focused Therapy on sexual intimacy in the wives of addicted men ($p > 0.05$). Therefore, these two therapeutic approaches can be employed as sustainable interventions to enhance sexual intimacy in the wives of addicted men in healthcare and treatment centers.
Keywords: *Marital intimacy, Short-term solution-oriented treatment, Treatment based on acceptance and commitment, Addiction.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : آذر ۱۴۰۲** **پذیرش: اسفند ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

مقدمه

امروزه بیشتر جوامع در معرض آثار سوء مصرف قرار دارند که این آثار بر جنبه‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی تأثیر گذار بوده و دامنه تخریب آن چنان گسترده است که نه تنها خود مصرف کننده، بلکه سیستم خانواده، دوستان، محیط‌های تحصیلی و شغلی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (وقان[1] و همکاران، ۲۰۱۹). محققان اعتیاد را عبارت از وضعیتی می‌دانند که در اثر تکرار استفاده از مواد طبیعی یا مصنوعی ایجاد می‌شود که در این حالت فرد وابستگی جسمانی و روانی به مواد پیدا کرده و پس از گذشت زمان قطع این وابستگی دشوار می‌شود (جی[2] و همکاران، ۲۰۲۲). با اعتیاد یکی از اعضای خانواده، استرس قابل توجهی بر فرزندان و همسر فرد وارد می‌شود. با وجود یک فرد معتاد در خانواده زندگی هر یک از افراد خانواده به نحوی صدمه می‌بینند، به این دلیل که آن‌ها برای ادامه حیات مجبور می‌شوند که تغییراتی در زندگی خود ایجاد کنند تا بتوانند با اثرات بیماری اعتیاد کنار بیایند. آسیب‌های ناشی از زندگی با فرد معتاد گاه آنقدر عمیق می‌شود که علاوه بر تحمل عوارض اعتیاد، همسر نیز در معرض استرس و مشکلات روان‌شناختی قرار می‌گیرد (ژائو[3] و همکاران، ۲۰۲۲؛ قربانخانی و همکاران، ۱۴۰۱). یکی از این آشفتگی‌ها و نابهنجاری‌های روان‌شناختی که به مرور زمان عشق و علاقه بین زوجین را کم‌رنگ‌تر کرده و گاهی به طور کامل محو می‌کند و موجبات مشکلات روحی و روانی، ادامه‌ی روابطی سرد و بی‌تفاوتی (طلاق عاطفی) و طلاق رسمی آن‌ها را فراهم می‌کند، صمیمیت جنسی است (آگیاپونگ[4] و همکاران، ۲۰۲۲).

صمیمیت جنسی موضوعی پیچیده است که نیاز به توجه ویژه‌ای دارد، زیرا رضایت‌مندی در این زمینه بر جنبه‌های دیگر روابط زوجین اثر می‌گذارد. صمیمیت جنسی شامل، درمیان گذاشتن تجارب عاشقانه با یکدیگر، نیاز به تماس بدنی، آمیزش جنسی و روابطی می‌شود که برای برانگیختن، تحریک و رضایت جنسی طرح‌ریزی می‌شود (نایت و همکاران[5]، ۲۰۱۴). پیشینه پژوهشی موجود در زمینه پیامدهای مخرب اعتیاد نشان می‌دهد که اعتیاد سبب بروز اختلافات و تعارضات زناشویی زیادی در زندگی افراد معتاد می‌شود (اولسن[6]، ۲۰۲۲)، به‌طوری‌که در این زمینه ویتنبرگ[7] و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که افراد معتاد نسبت به افراد عادی از مشکلات جسمانی و زناشویی بیشتری برخوردارند. همچنین، هامیش[8] و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند زوجینی که تمایل به استفاده از مواد مخدر داشتند، از رضایت زناشویی کمتری برخوردار بودند. یکی از درمان‌هایی که اثربخشی آن در زوج درمانی و کاهش استرس به تایید رسیده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط هیز[9] ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی- رفتاری پدید آمد. آشکارا این رویکرد تغییر افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها را می‌پذیرد. از نظر درمان پذیرش و تعهد مشکلات زناشویی در زوج‌ها ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده هر یک از زوجین و راهبردهای اجتناب تجربی در روابط آن‌ها است و واقعی در نظر گرفتن افکار منفی و عمل طبق آن‌ها چرخه روابط منفی زوجین را حفظ می‌کند و تشدید می‌بخشد (بوهلمیجر[10] و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی جنسی (صادقی و همکاران، ۱۴۰۰) بر نارضایتی جنسی در زوجین متقاضی طلاق (بخشی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹) تاثیر دارد. از سویی دیگر، روش‌های گوناگونی برای آموزش و تغییر الگوهای ارتباطی زوجین وجود دارد که یکی از آن‌ها زوج درمانی راه حل محور است (تادروس[11]، ۲۰۱۹).

زوج درمانی راه حل محور دیدگاهی قابلیت محور است که به جای تمرکز بر رفتارهای مشکل‌آفرین بر رشد و پرورش راه حل‌ها تمرکز دارد(فرانکلین و همکاران، ۲۰۱۹). قابلیت‌های مراجع در جلسه درمان براساس تمرکز بر تعاملات و یافته‌های مثبت و غیرمشکل‌زا تشخیص داده می‌شود و مقاومت مراجعین در جلسه درمان به دلیل تمرکز بر موارد مثبت آنچه باید افزایش پیدا کند به عوض تمرکز بر نقایص از

1 Vaughn
2 Jia
3 Zhao
4 Agyapong
5 Knight
6 Olsen
7 Wittenberg
8 Homish
9 Hayes
10 Bohlmeijer
11 Tadros

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

بین می‌رود (بیباچ[1]، ۲۰۱۴؛ قربانخانی و همکاران، ۱۴۰۰). درمانگر راه حل محور در جلسه مشاوره بر معانی کلمات تأکید دارد و به جای تحلیل بیرونی و جستجوی خارجی حقیقت به واقعیت از چشم انداز متفاوتی نگاه می‌کند و فرایند محاوره در این روش برای معنی‌سازی به کار برده می شود؛ هم چنین محاوره درمانی به درمان‌گر و مراجع اجازه می‌دهد که واقعیت‌ها را به گونه‌ای ببینند که فضا برای چشم اندازهای جدید باز شود و اگر مراجعان بتوانند با موفقیت به یک تغییر شناختی و احساسی برسند توانایی آن‌ها برای حل و کنترل مشکل نشان داده می‌شود (دامرون[2]، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش‌ها نشان داد که زوج درمانی راه حل محور توانسته بر رضایت جنسی و عملکرد خانواده (استیورات[3]، ۲۰۱۱). صمیمیت جنسی، عاطفی و روان‌شناختی (حسینی و همکاران، ۱۳۹۲) و رضایت زناشویی و نارضایتی جنسی (آرین فر و رسولی، ۱۳۹۸؛ مجرد و همکاران، ۱۳۹۸؛ قربانخانی و صالحی، ۱۳۹۹) تأثیر مثبت زیادی بر روابط زوجین داشته است. بررسی پیشینه پژوهش نشانگر تأثیر هر یک از روش‌های کوتاه مدت راه حل محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایت زناشویی و کاهش مشکلات ارتباطی است. ولی میزان اثربخشی آن‌ها در مقایسه با یکدیگر نامشخص است.

مقایسه اثربخشی این دو شیوه درمانی بر صمیمیت جنسی از آنجایی اهمیت می‌یابد که هر یک از این شیوه‌ها دارای نقاط قوت و ضعف خاص خود هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک رویکرد رفتاری و شناختی، بر پایه افزایش پذیرش احساسات و ارتقاء تعهد به ارزش‌های زندگی تأکید دارد که می‌تواند باعث تغییر الگوهای شناختی و رفتاری در فرد شده و تأثیر مثبتی بر روابط زناشویی داشته باشد. در مقابل، درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت، که بیشتر بر تغییر رفتارهای خاص و ارتقاء مهارت‌های مسائل متمرکز است، ممکن است به سرعت بهبود را فراهم کند. اما این مدل ممکن است در حفظ تغییرات بلندمدت و تأثیرگذاری در ابعاد عمیق‌تر روابط کمتر مؤثر باشد. بنابراین، مقایسه این دو شیوه درمانی کمک می‌کند تا درک بهتری از نقاط قوت و ضعف هرکدام فراهم شود و به سفارشی‌تر کردن درمان‌ها به منظور بهبود صمیمیت جنسی همسران مردان معتاد پرداخت. براین اساس، هدف اصلی این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر صمیمت جنسی همسران مردان معتاد بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون_ پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی همسران مردان معتاد در شهرستان آزادشهر در سه ماهه بهار ۱۴۰۱ تشکیل دادند. باهماهنگی بهزیستی و با معرفی‌نامه از دانشگاه و مجوز ورود به مراکز کمپ اعتیاد جمعاً دو مرکز شناسایی شد و فرم رضایت‌نامه توسط آن‌هایی که علاقه‌مند به مشارکت بودند تکمیل شد. برای تعیین حجم نمونه، طبق جدول Stevens (بهرامی و همکاران، ۲۰۱۸) جهت بررسی و مقایسه سه گروه و با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰ درصد و اندازه اثر متوسط و احتمال خطای ۰/۰۵ و با در نظر گرفتن احتمال ریزش برای هر گروه ۱۵ نفر (۱۵ نفر به ازای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه به این صورت که هر گروه از تعداد مساوی همسران مردان معتاد تشکیل دادند) به روش نمونه‌گیری هدفمند پس از احراز شرایط ورود به پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: همسران مردان معتاد (مواد مصرفی افیونی شیره و تریاک)؛ نداشتن اختلال بارز روان‌شناختی و عدم مراجعه بدلیل اختلالات روانی در ۶ ماه گذشته به مراکز مشاوره و درمانی و عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی در ۶ ماه گذشته؛ نداشتن بیماری جسمانی خاص؛ رنج سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و تحصیلات حداقل دیپلم بود. ملاک‌های ورود از طریق خوداظهاری شرکت‌کنندگان کنترل شد. اعم از ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: عدم تکمیل فرم رضایت‌نامه و غیبت بیش از دو جلسه، مشارکت به عنوان آزمودنی در مطالعه‌ای دیگر و دریافت آموزش یا درمان به عنوان گروه آزمایش بود. گروه مداخله اول، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه مداخله دوم، درمان راه حل محور کوتاه مدت را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند (هفته‌ای دو جلسه) و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری در نرم افزار spss نسخه ۲۶ استفاده شد.

1 Beyebach
2 Da Stewart & meron
3 stewart

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

ابزار سنجش

پرسشنامه صمیمیت باگاروزی[1] (BII-2001): پرسشنامه صمیمیت باگاروزی (۲۰۰۱)، دارای ۴۱ سوال در مقیاس ۱۰ درجه‌ای تکمیل عبارت می‌باشد و نیازهای صمیمیت و ابعاد آن (عاطفی، روان شناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی-تفریحی) را مورد بررسی قرار می دهد. سوال ۱ تا ۵ مربوط به بعد عاطفی، ۶ تا ۱۰ صمیمیت روان‌شناختی، ۱۱ تا ۱۵ صمیمیت عقلانی، ۱۶ تا ۲۰ صمیمیت جنسی، ۲۱ تا ۲۵ صمیمیت بدنی، ۲۶ تا ۳۱ صمیمیت معنوی، ۳۲ تا ۳۶ صمیمیت زیباشناختی و ۳۷ تا ۴۱ صمیمیت اجتماعی-تفریحی. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت از شماره ۱ تا ۱۰ است. تمام خرده مقیاس‌ها، به جز خرده مقیاس صمیمیت معنوی، دارای ۵ سوال که حداقل نمره هر سوال ۱ و حداکثر ۱۰ است و حداقل نمره کل هر خرده مقیاس ۵ و حداکثر نمره ۵۰ است و در خرده مقیاس صمیمیت معنوی، که دارای ۶ سوال است، حداقل نمره هر سوال ۱ و حداکثر ۱۰ و حداقل نمره کل این خرده مقیاس ۶ و حداکثر ۶۰ می‌باشد و در نهایت خرده مقیاس صمیمیت در گذراندن وقت به صورت کیفی نمره‌گذاری می‌شود به این صورت که هر سه سوال این خرده مقیاس را بر اساس میانگین جواب‌های افراد به خرده مقیاس‌های دیگر محاسبه می‌شود (حسینی و همکاران، ۱۳۹۲). نتایج تحلیل باگاروزی (۲۰۰۱) روی شرکت‌کنندگان نشان داد که همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ است. همچنین روایی پرسشنامه با روش همبستگی سوال نمره کل بررسی شد که ضرایب همبستگی بین ۰/۷۵ الی ۰/۷۸ مثبت و معنادار برآورد شد. در مطالعه‌ای که به تعیین پایایی پرسشنامه پرداخته شده بود، ضریب آلفای کرونباخ برای صمیمیت عاطفی ۰/۸۹، صمیمیت روان شناختی۰/۸۲، صمیمیت عقلانی ۰/۸۱، صمیمیت جنسی ۰/۹۱، صمیمیت فیزیکی ۰/۸۰، صمیمیت زیبا شناختی ۰/۷۶، صمیمیت اجتماعی-تفریحی ۰/۵۱، صمیمیت معنوی ۰/۶۵ و برای صمیمیت کل ۰/۸۲ گزارش شد (خمسه و حسنیان، ۱۳۸۶). افزون بر آن برای تعیین روایی آزمون، این پرسشنامه همراه با پرسشنامه صمیمیت زناشویی، هم زمان به وسیله ۳۰ زوج پاسخ داده شد، که ضریب همبستگی بین نتایج دو آزمون صمیمیت، بیانگر همبستگی معنی دار ۰/۶۵ است (خمسه و حسینیان، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر مقدار آلفای بین ۰/۹۱ برای خرده مقیاس صمیمیت جنسی برآورد شد.

جلسات درمان پذیرش و تعهد براساس روش (ایفرت و آیفرت، ۱۳۹۹) و جلسات درمان راه حل محور کوتاه مدت براساس پکیج نعمیان و همکاران (۱۳۹۵) صورت پذیرفت. هر دو گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) آموزش دریافت کردند.

جدول ۱. موضوعات جلسات درمان پذیرش و تعهد (ایفرت و آیفرت، ۱۳۹۹)

جلسه	محتوا و هدف
جلسه اول	آموزش‌های روانی و اهداف درمان (اهداف و محتوا)
جلسه دوم	بررسی کارآمدی تلاش های قبلی برای کنترل و هزینه های آن تلاش ها
جلسه سوم	نومیدی سازنده – ایجاد فضا برای راهکارهای جدید
جلسه چهارم	توجه آگاهی، پذیرش و انتخاب مسیرهای ارزشمند
جلسه پنجم	حرکت به سوی زندگی ارزشمند به کمک خویشتن پذیرا و مشاهده گر
جلسه ششم	ایجاد الگوهای رفتاری انعطاف پذیر از طریق مواجهه هدایت شده با ارزش ها
جلسه هفتم	تعهد به حرکت در مسیرهای ارزشمند زندگی
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش ها

جدول ۲. شرح مختصری از جلسات مداخله کوتاه مدت راه حل محور (نعمیان و همکاران ۱۳۹۵)

جلسه	محتوا و هدف
جلسه اول	معرفی مشاور و اعضا به یکدیگر. بیان قوانین گروه و اصول اساسی گروه مشاوره از جمله رازداری، مشارکت اعضا و توافق بر سر حضور ۸ جلسه ای، تاکید بر عدم شرکت در دوره های مشابه و عدم مطالعه کتب مربوط به روانشناسی تا پایان دوره
جلسه دوم	تعریف مشکل: بیان مشکل به صورت یک جمله، تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترسی، بحث و مناظره درباره مشکل هر کدام از افراد گروه
جلسه سوم	بررسی راه حل های موجود و ممکن، فرمول بندی و یادداشت حلقه های راه حل مشکلات، استفاده از روش بارش مغزی

1 Bagarozzi Intimacy Inventory

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

جلسه چهارم	مرور مشکلات مطرح شده در جلسه قبل، نگاه و توجه دادن افراد گروه به آینده، استفاده از فنون استثنا و سوالات معجزه-ای، پیدا کردن یک داستان مثبت در زندگی مشترک و بررسی آن
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، توصیف فن شاه کلید و استفاده از آن، استفاده از فن سوالات درجه بندی
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، ادامه فن شاه کلید، استفاده از فن تکالیف وانمودی، استفاده از فن سوالات راه حل محور
جلسه هفتم	مروز جلسه قبل، استفاده از سوالات مقیاسی، استفاده از آن برهان خلف و شرط بندی متناقض
جلسه هشتم	بررسی احساسات افراد گروه، سنجش میزان دست یابی به اهداف تعیین شده، گرفتن پس آزمون

یافته ها

در بررسی اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان نتایج نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۵/۹۳ و ۴/۸۰ برای گروه درمان راه حل محور کوتاه مدت ۳۳/۰۶ و ۴/۴۳ و گروه کنترل ۳۶/۶۰ و ۵/۲۱ بوده است و نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین گروه‌ها از لحاظ متغیر سن تفاوت معنادار وجود ندارد (**P**>۰/۰۵). در بررسی تحصیلات نیز نتایج حاکی از آن بود که در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۰ دیپلم (۲۲٪) و ۵ نفر لیسانس (۱۱٪) داشتند. گروه درمان راه حل محور کوتاه مدت ۱۱ نفر دیپلم (۲۴٪) و ۳ نفر لیسانس (۶/۷٪) و ۱ نفر فوق لیسانس (۲/۲٪) و نهایتا گروه کنترل ۸ نفر دیپلم (۱۷/۸٪) و ۵ نفر لیسانس (۱۱/۱٪) و ۲ نفر فوق لیسانس (۴/۴٪) داشتند. نتایج مجذور کا نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از لحاظ سطح تحصیلات تفاوت معنادار وجود ندارد (**P**>۰/۰۵). در جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک مراحل و گروه ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی صمیمت جنسی به تفکیک گروه و مرحله آزمون

متغیر		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
صمیمیت جنسی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۳/۷۳	۴/۳۵	۲۳/۴۰	۵/۹۶	۲۴/۶۰	۶/۳۵
	درمان راه حل محور کوتاه مدت	۱۲	۲/۶۱	۲۰/۵۳	۴/۴۸	۲۱/۴۶	۴/۹۱
	گواه	۱۳/۲۰	۳/۱۲	۱۲/۸۰	۲/۸۳	۱۲/۷۳	۲/۹۱

در جدول ۳، نمرات دو گروه آزمایشی در صمیمیت جنسی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش پیدا کرده است.

نتایج آزمون شاپیرو ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها به‌عنوان یکی از مفروضات تحلیل واریانس آمیخته نشان داد داده‌ها در تمامی متغیرها نرمال است (p>۰/۰۵). برای بررسی تقارت مرکب ماتریس کواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد (p=۰/۸۱۳ و ۰/۵۱۳ = f). برای بررسی یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع از آزمون لوین استفاده شد که نتایج بیانگر آن بود که واریانس‌های خطا برای صمیمیت جنسی یکسان است. نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد متغیر ترکیبی وارد شده به مدل تحلیل کوواریانس چندمتغیره، بین دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. بر همین اساس از آزمون محافظه کارانه‌ی گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس محتلف با عوامل درون گروهی و بین گروهی در متغیر صمیمیت جنسی

عوامل	من ابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
	مراحل زمان	۶۹۰/۲۹۶	٤	۱۷۲/۵۷٤	۵۰/۷۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۸

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

عامل درون گروهی	تعامل مراحل* گروه	۶۹۰/۲۹۶	۲/۱۹۱	۳۱۵/۰۵۰	۵۰/۷۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۸
	خطا	۱۰۰۳/۵۴۰	۴۲/۳۱	۲۳/۷۴			
عامل بین-گروهی	گروه	۱۳۶۹/۷۹۳	۲	۶۸۴/۸۹۶	۱۳/۵۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹۲
	خطا	۲۱۲۵/۹۵۶	۴۲	۵۰/۶۱۸			

باتوجه به یافته‌های جدول ۴، در رابطه با عامل دورن گروهی مقدار f محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در صمیمت جنسی معنادار است (۵۰/۷۹ = f؛ ۰/۰۰۱ = P). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عملکرد خواندن در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد و برای عامل بین‌گروهی مقدار f محاسبه شده در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار است (۵۰/۷۹ = f؛ ۰/۰۰۱ = P). در نتیجه بین میانگین کلی صمیمت جنسی در سه گروه مداخله و گواه تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی تفاوت بین میانگین‌های مراحل آزمون تعقیبی بونفرونی اجرا شد که نتایج در جدول ۵ قابل مشاهده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در متغیر صمیمیت جنسی

	مراحل/گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
مراحل	پیش آزمون –پس آزمون	-۹/۶۶*	۰/۴۹۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون –پیگیری	-۱۰/۸۶*	۰/۶۶۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون –پیگیری	-۱/۲۰*	۰/۴۶۷	۰/۰۰۸
گروه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان راه حل محور کوتاه مدت	۲/۵۷	۰/۰۶۷	۱/۰۰۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه	۷/۶۶*	۰/۴۰۰	۰/۰۰۱
	درمان راه حل محور کوتاه مدت با گروه گواه	۵/۰۸*	۰/۵۶۰	۰/۰۰۱

باتوجه به یافته‌های جدول ۵، در پس‌آزمون صمیمت جنسی بین گروه‌های مداخله و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵). در بین دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و در مان راه‌حل محور کوتاه مدت در پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود (P>۰/۰۵). به عبارت دیگر هر دو روش بر بهبود صمیمت جنسی اثر داشته‌اند و این دو مداخله تفاوت معناداری از نظر اثربخشی بر صمیمت جنسی نداشتند. این نتایج در مرحله پیگیری دو مداخله نیز مشاهده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر صمیمت جنسی همسران مردان معتاد شهرستان آزادشهر بود. نتایج نشان داد بین میزان اثربخشی دو روش مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد و اثربخشی هر دو روش در طی زمان ماندگار بود.

یافته اول پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود صمیمیت جنسی همسران مردان معتاد موثر است. این یافته با نتایج پژوهش ایران‌نژاد و همکاران (۱۴۰۰)؛ طاهری و علی اکبری دهکردی (۱۳۹۹)؛ کوهی کمالی و همکاران (۱۳۹۹)؛ اعلمی و همکاران (۱۳۹۹)؛ بهبهانی و قربان شیرودی (۱۳۹۹) و سعادتمند و همکاران (۱۳۹۶) همسو می‌باشد. در تبیین یافته مذکور می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد به جای این که شیوه‌ی جدیدی را برای دستیابی به تعهد صمیمیت بیاموزد، روش‌هایی برای کاهش مواردی همچون کشمکش و منازعه، پرهیز و از دست دادن لحظه‌ی کنونی را به فرد می‌آموزد (هریس، ۲۰۰۸). پذیرش، ذهن آگاهی و ارزش‌ها، فرآیندهای قدرتمندی هستند که تأثیر قوی بر عملکرد بشر دارند و هنگامی که در درمان به کار گرفته می شوند، موجب نتایج مثبتی می‌شوند (هیز[1] و همکاران، ۲۰۱۲). این درمان نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و

1 Hayes SC

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

الگوهای ارتباط را به زوجین آموزش می‌دهد، بدین صورت یادگیری پذیرش آگاهانه‌ی این افکار و عمل به روش‌هایی که پیوسته ارتباط و صمیمیت عاطفی و جنسی، تعهد زوج‌ها را هدف قـرار می‌دهد، با زوجین تمرین می‌شود. همان‌طورکه زوجین شروع به کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند، بیشتر تمایل می‌یابند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آنها فرصت رفتار به شیوه‌هایی داده می‌شود که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد. نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگاری با ارزش‌های رابطه‌ی دو طرفه، این فرصت را برای زوج‌ها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری با یکدیگر برقرار کنند که باعث افزایش صمیمیت جنسی همسران می‌شود. ایجاد انعطاف‌پذیری روانی یکی از هدف‌های این رویکرد است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار و احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فریمن و هربرت[1]، ۲۰۰۸). بنابراین فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی لاجرم بر او ایجاد کرده، یک زندگی پر بار و معنی‌دار برای خود ایجاد نماید (ایفرت[2] و همکاران، ۲۰۰۶). اکت به جای این که بر برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز کند، به زوجین کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل شده 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. پذیرش و تعهد اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقای پذیرش و تجربیات شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف پذیر، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روانشناختی تأکید می‌کند (هیز و لیلیز[3]، ۲۰۱۲). در درمان پذیرش و تعهد به منظور افزایش صمیمیت جنسی، به افراد آموزش داده می‌شود که به طبقه‌بندی ارزش‌هـای خـود بپردازند و با طبقه‌بندی ارزش‌ها توسط افراد، آنان متوجـه میزان اهمیت رابطه و زندگی زناشویی‌شـان مـی‌شـوند. در مرحله بعد سعی می‌کنند تا مطابق با این ارزش‌ها عمل کنند و رابطه خود را با همسرشان تقویت کنند و این موارد موجب افزایش صمیمیت جنسی آنان می‌شـود. در واقع میزان اثرمندی درمان و کسب نتایج مطلوب به تعهد افراد برای عمل کردن بر اساس ارزش‌های خود بستگی دارد (پترسون[4] و همکاران، ۲۰۰۹). به طور کلی در زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد رفتاری همراه شیوه‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل درباره‌ی ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی به افزایش صمیمیت جنسی منجر می‌شود. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌ی خود را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی خود آگاه شوند و به جای پاسخ به آن به اجرای آن چه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساسات‌شان را تجربه کنند به جای این که تلاش کنند آن‌ها را متوقف سازند. از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار، و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. بنابراین پذیرش و گسلش، می‌تواند زمینه‌ساز تغییر هیجانات و شناخت‌های زوجین نسبت به یکدیگر شود که این امر باعث افزایش صمیمیت جنسی به یکدیگر می‌شود (هنرپروران و همکاران، ۲۰۱۰).

دومین یافته پژوهش نشان داد که درمان راه حل محور کوتاه مدت بر صمیمیت جنسی همسران مردان معتاد موثر است. این یافته با نتایج پژهش مخلص و همکاران (۱۴۰۰)؛ علوی نژاد و صاحبدل (۱۳۹۹)؛ ساجدی و جهانگیر (۱۳۹۶) همسو بود. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت درمان راه حل محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرایند تغییر استفاده می‌کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد کند درمان‌گران راه حل محور حس خودکفایی و خود مختاری را در مراجعان تقویت می‌کنند. آنها این کار را از طریق تواناسازی مراجعان در خلق راه‌حل‌ها و ساختار دادن به این راه‌حل‌ها انجام می‌دهند (کورکوران و پیلای[5]، ۲۰۰۹) درمان‌گران راه حل محور معتقدند که مشکلات زوجی به وسیله روشی که زوج برای حل آن‌ها به‌کار می‌برند باقی می‌مانند و بدتر می‌شوند درمان راه حل محور مهارت‌های حل مشکلات را در هنگام لزوم استفاده به یاد زوجین می‌آورد آن‌ها را قادر می‌سازد تا چرخه نامعیوب مشکل را نابود کنند و راه حل‌های طولانی مدت را توسعه دهند تغییر یکی از زوجین موجب تغییر افراد دیگر در سیستم می‌شود (جنی استیل[6]، ۱۹۹۷). شناسایی تعیین استخراج و تقویت استثنائات توسط مراجعان در مورد مشکلات یکی از عوامل مهم تغییر در زوج درمانی راه حل محور است. در رویکرد راه حل محور شناسایی استثنائات همراهی مراجع را در جهت مثبت تا انتهای فرایند درمان می‌کند. همان‌طورکه دیشیزر

1 Ferman EM, Herbert J.D
2 Eifert AS
3 Hayes SC, Lillis J
4 Peterson BD
5 Corcoran J, Pillai V
6 Jenny Steele J

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

توضیح داده برای مراجعان اولین چیزی که به نظرشان می آید خود مشکل است در حالی که برای درمانگران اولین چیز استثنائات است (دیجونگ و برگ[1]، ۲۰۱۲) به عنوان مثال درمانگر از زوج می‌پرسد آخرین بار چه زمانی به همسر خود گوش داده اید؟ چه زمانه‌ایی برای‌تان آسان‌تر است که با همسر خود بحث نکنید؟ چه زمان‌هایی بوده که شما و همسرتان از یکدیگر لذت برده‌اید؟ فرم سؤالات استثنا می‌رساند که همیشه استثنائی وجود دارد (راسل[2]، ۲۰۰۶). در درمان راه حل محور زوج‌ها تشویق می‌شوند تا بیشتر کارهایی را که در زمان‌های مثبت نسبت به زمان‌های منفی انجام می‌دادند، انجام دهند استثنائات می‌توانند حتی از بحث‌های زوج‌ها تشخیص داده شوند و استخراج گردند. از زوج‌هایی که در تشخیص استثنائات جاری مشکلاتی دارند خواسته می‌شود به یاد بیاورند که در گذشته چه کاری انجام می‌دادند که باعث رضایت زناشویی آن‌ها می‌شده و سپس همان رفتارها و فعالیت‌هایی که یک بار انجام داده‌اند را دوباره برقرار کنند (وینر - داویس[3]، ۲۰۱۲). سؤالات معجزه‌آسا نیز یکی از سؤالات مداخله‌ای درمانگران راه حل محور است. سؤال معجزه‌آسا به منظور هدایت مراجع به سمت توصیف موضوعات برجسته در حال و برای ترسیم آینده‌ای بدون مشکل به کار گرفته می‌شود سؤالات معجزه‌آسا به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند مواد لازم برای متفاوت بودن را استخراج کنند پرسش معجزه آسا به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند موضوعات جدیدی را کشف کنند و نیز بتوانند تفاوت‌های رفتاری را به صورت شناختی در خود و دیگران شرح دهند (دیجونگ و برگ، ۲۰۱۲). درمانگر راه حل محور از مراجع سؤال می‌پرسد اگر امروز یک معجزه اتفاق بیافتد و مشکل تو حل شود چه کار متفاوتی انجام خواهی داد؟ چطور تشخیص می‌دهی که مشکلت حل شده است؟ استفاده از این گونه سؤالات به مراجعان برای یافتن راهی متفاوت برای نگاه کردن به مسائل‌شان کمک می‌کند و می‌تواند گام مهمی در فرایند تغییر باشد (دیگاسترو و گاترمن[4]، ۲۰۰۸).

به طور کلی می‌توان گفت نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و راه حل محور کوتاه مدت بر صمیمت جنسی بود. این روش‌های مداخله هر یک توانستند به تنهایی موجب بهبود صمیمیت جنسی در همسران مردان معتاد شوند؛ بنابراین هر یک از این درمان‌ها در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری را نشان داد. این درحالی بود که مقایسه این دو روش با یکدیگر، تفاوت معناداری مشاهده نشد و می‌توان گفت هر دو روش تقریبا به یک میزان بر بهبود صمیمیت جنسی همسران مردان معتاد موثر بودند. با بررسی پیشینه پژوهشی، مطالعه‌ای که به بررسی اثربخشی مقایسه‌ای این دو رویکرد درمانی بپردازد یافت نشد، بااین‌حال، این یافته با مطالعات حسینی و همکاران (۱۳۹۲)؛ مجرد و همکاران (۱۳۹۸)؛ صادقی و همکاران (۱۴۰۰) و بهبهانی و شیرودی (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت معنادار نبودن میزان اثربخشی روش‌های درمانی نسبت به یکدیگر ممکن است به وجود مکانیزم‌های مشترک در این دو روش بازگردد. اولاً، ممکن است هر دو درمان به بهبود فرآیند ارتباطی و افزایش آگاهی همسران معتاد در مورد نیازها و تجارب جنسی منجر شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معمولاً به تقویت ارتباطات بین زناشویی می‌پردازد و به کاهش تنش‌ها و افزایش هماهنگی کمک می‌کند (فریمن و هربرت، ۲۰۰۸). به همین ترتیب، راه حل محور کوتاه مدت نیز ممکن است از طریق توجه به نیازها و تجارب جنسی همسران، به بهبود صمیمیت جنسی کمک کند. ثانیا، هر دو روش به تغییر در الگوهای فکری و رفتاری می‌پردازند که در نهایت بهبود در ارتباطات جنسی را نتیجه می‌دهد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از فرد خواسته می‌شود با نقد کردن خودکارآمدی و تصاویر منفی خود مواجه شود، در حالی که راه حل محور کوتاه مدت اغلب بر تغییر الگوهای رفتاری متمرکز است (دیجونگ و برگ، ۲۰۱۲). این تغییرات می‌توانند بهبود در نگرش و عملکرد جنسی ایجاد کنند. ثالثا، هر دو روش به شفافیت و افزایش درک متقابل بین همسران کمک می‌کنند (دیگاسترو و گاترمن، ۲۰۰۸؛ هیز و لیلیز، ۲۰۱۲). از طریق مشارکت در جلسات درمانی یا فعالیت‌های مشابه، همسران می‌توانند احساس کنند که دیگران نیز با مشکلات و نگرانی‌های آن‌ها آشنا هستند، که این موضوع به ارتقاء احساس ارتباط و افزایش صمیمیت جنسی منجر می‌شود. همچنین نقش فرایندهای شناختی و هیجانی مشابهی در هر دو روش ممکن است باعث بهبود صمیمیت جنسی شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افزایش آگاهی از تجارب حال حاضر و قدرت مقابله با آن‌ها می‌پردازد (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). از سوی دیگر، راه حل محور کوتاه مدت نیز ممکن است از راهبردهایی که به بهبود تعاملات هیجانی میان همسران کمک می‌کند، بهره‌مند شود (کورکوران و پیلای، ۲۰۰۹). در نهایت، مهم است به تنوع فردی و شرایط خاص هر زنجیره درمانی توجه کرد. افراد ممکن است به روش‌های مختلف با حساسیت‌ها واکنش نشان دهند و محیط خانوادگی، ویژگی‌های جنسی، و سابقه روابط ممکن است تأثیر گذار باشند. این امور نشان‌دهنده اهمیت انعطاف‌پذیری در ارائه درمان‌های متنوع برای مخاطبان مختلف است. در

1 De Jong P, Berg IK
2 Russell M
3 Weiner-Davis M
4 De Castro S, Guterman JT

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

مجموع، نتایج مطالعه نشان می‌دهد که هر دو روش انتخابی، برای بهبود صمیمیت جنسی همسران مردان معتاد مؤثر هستند، اما تفاوت معناداری در اثربخشی آن‌ها مشاهده نشده است. این تطابق ممکن است به دلیل همپوشانی و تداخل مکانیزم‌های مشترک در این دو روش باشد که بهبود مشترکی در صمیمیت جنسی ایجاد می‌کنند. همچنین، در نظر گرفتن متغیرهای فردی و شرایط خاص هر فرد در انتخاب بهترین رویکرد درمانی بسیار حائز اهمیت است. چراکه اثربخشی هر یک از این روش‌ها به عوامل فردی، محیطی، و شرایط خاص هر فرد بستگی دارد. برای بررسی بهتر و ارزیابی تأثیر این روش‌ها، نیاز به مطالعات بیشتر و دقیق‌تر با توجه به شرایط خاص و نیازهای هر فرد و همسران معتاد است.

محدودیت‌های این پژوهش شامل پایین بودن روایی بیرونی و تعمیم پذیری نتایج به دلیل شرایط کنترل شده‌ی پژوهش و در نظر گرفتن همسران مردان معتاد به عنوان جامعه‌ی آماری، محدود بودن زمان اجرای دوره‌ی آموزشی بود. بنابراین پیشنهاد می شود که جهت بهبود صمیمت جنسی و کاهش بی‌ثباتی ازدواج از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل محور کوتاه مدت استفاده شود. در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد که علاوه بر درمان‌های گروهی با هر یک از همسران به صورت انفرادی کار شود تا متناسب با نوع مشکل آن‌ها از تکنیک‌های مناسب بهره گرفته شود. همچنین پیشنهاد می شود در مطالعات آتی، این پژوهش در دو گروه همسران مردان معتاد و غیرمعتاد نیز بررسی شود. پژوهش حاضر فقط همسران مردان معتاد در شهرستان آزادشهر را شامل می شود در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که پژوهش را در بافت‌های فرهنگی مختلف تکرار نمایند. این کار قابلیت تعمیم‌پذیری را افزایش می‌دهد و هم امکان مقایسه را فراهم می‌کند.

منابع

ایفرت، ج.، و آیفرت، گ. (۱۳۹۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) برای اختلالات اضطرابی: راهنمای متخصصین برای استفاده از پذیرش، توجه آگاهی و راهبردهای مبتنی بر ارزش تغییر رفتار. ترجمه علی فیضی، میلاد خواجه‌پور، سجاد بهرامی. تهران: ابن سینا.

آرین فر، ن. و رسولی، ر. (۱۳۹۸). مقایسهٔ تأثیر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور با زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۰(۱)، ۶۰-۴۷. https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.663541

بخشی‌پور، ا. شجاعی کلاته‌بالی، ن.، بهجت، آ.، و فولادی، ا. (۱۳۹۹). تاثیر زوج درمانی پذیرش و تعهد بر آشفتگی زناشویی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و نگرانی اجتماعی در زوجین متقاضی طلاق. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۷(۵۴)، ۳۸-۲۷. https://dorl.net/dor/20.1001.1.23455098.1399.7.54.3.1

اعلمی، م؛ تیموری، س؛ و آهی، ق. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر کاهش تعارضات زناشویی و بهبود صمیمیت زوجین متقاضی طلاق. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۹ (۳)، ۱۲-۱۹. http://socialworkmag.ir/article-1-615-fa.html

ایران نژاد، ز؛ حمیدی‌پور، ر؛ حیدری، ح؛ و داوودی، ح. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر دلبستگی، صمیمیت و رضایت جنسی در زنان مبتلا به بی میلی جنسی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۲)، ۳۴-۲۴. https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18899

بهبهانی، م؛ قربان شیرودی، ش. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان پیش یائسه. *روانشناسی کاربردی*، ۱۴(۴)، ۳۴-۲۴. https://doi:10.52547/apsy.2021.215680.0

پاینز، آ. م. (۱۹۹۶). *چه کنیم تا عشق رویایی به فرسودگی نیانجامد*. ترجمه شاداب، (۱۳۸۱). تهران انتشارات ققنوس.

حسینی، ط.، امیری مجد، م.، و قمری، م. (۱۳۹۲). اثربخشی مشاوره گروهی راه حل مدار در افزایش سرزندگی و کنترل عواطف در زنان متقاضی طلاق، *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۲۷ (۱۷)، ۱۶۹-۱۴۹. https://www.sid.ir/paper/128376/fa

خمسه، ا.، و حسینیان، س. (۱۳۸۷). بررسی تفاوت‌های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متاهل. *مطالعات زنان*، ۶(۵۳)، ۱-۵۲. https://doi:10.22051/jwsps.2008.1287

سعادتمند، خ؛ بساک‌نژاد، س؛ و امان‌الهی، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت و بخشش زوج ها. *روانشناسی خانواده*، ۴۱-۵۲. https://sid.ir/paper/249998/fa

صادقی، م؛ محب، ن.، و علیوند وفا، م. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی، ناگویی خلقی و کیفیت زندگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. *خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۷)،۳۴-۲۴. http://ensani.ir/fa/article/473912

قربانخانی، م؛ صالحی، ک.، و مقدم‌زاده، ع. (۱۴۰۰). تبعات شکل‌گیری فرهنگ ارزشیابی کاذب در مدارس ابتدایی: مطالعه‌ای پدیدارشناسانه. *مطالعات آموزشی و آموزشگاهی ۱۰(۲)، ۲۶۱-۲۹۷*. https://dorl.net/dor/20.1001.1.2423494.1400.10.2.11.8

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

قربانخانی، م؛ صالحی، ک؛ خدایی، ا؛ مقدم زاده، ع.، و دهقانی، م. (۱۴۰۱). نظام نشانگرها برای سنجش آمادگی معلمی در دوره ابتدایی: یک مطالعه مرور نظام‌مند. *فصلنامه علمی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی، ۱۰(۱)، ۱۰۹-۱۲۵*. https://doi:10.30473/etl.2022.61342.3646

قربانخانی، م.، و صالحی، ک. (۱۳۹۹). رهیافتی پدیدارشناسانه در واکاوی موانع خلق دانش در علوم انسانی بر پایه ادراک و تجربه زیسته نخبگان و فرهیختگان دانشگاهی. *راهبرد فرهنگ*، ۱۳(۵۲)، ۴۳-۷۷. https://sid.ir/paper/411371/fa .

کوهی کمالی، ش؛ سوداگر، ش؛ پورشریفی، ح؛ و عشایری، ح. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی زنان نابارور. *طب پیشگیری*، ۷ (۴)، ۶۷-۵۶. http://jpm.hums.ac.ir/article-1-481-fa.html

مخلص، ح؛ فتاحی اندبیل، ا.، و شفیع آبادی، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی «درمان کوتاه راه حل -محور» بر صمیمیت زناشویی و خود ارزشمندی احتمالی زوجین متقاضی طلاق. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۰ (۲)، ۱۱۰-۱۲۲. http://jhpm.ir/article-1-1289-fa.html

مجرد، آ؛ قمری گیوی، ح. و کیانی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره راه حل محور بر بخشش و فرسودگی زناشویی در زنان ناسازگار. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۷(۳)، ۲۶-۹. https://ensani.ir/fa/article/424114

نعمیان، گ؛ خوش‌کنش، ا.، و پورابراهیم، ت. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور (SFBT) بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت روابط زناشویی در زنان متاهل. *دوماه نامه علمی ـ پژوهشی فیض*،۲۰(۲)، ۱۶۵-۱۷۲. https://www.sid.ir/paper/40931/fa

Agyapong, B., Obuobi-Donkor, G., Burback, L., & Wei, Y. (2022). Stress, Burnout, Anxiety and Depression among Teachers: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, *19*(17), 10706. https://doi.org/10.3390/ijerph191710706

Bahrami, M., Bakhtiari, N., Haji, Z., & Fathi, Z. (2018). The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on GAD Incidence and Substance Abuse. *journal of motor and behavioral sciences*, *1*(3), 203-210. https://www.jmbs.ir/article_87591.html?lang=en

Beyebach, M., (2009). Integrative brief Solution- Focused Family Therapy. A provisional Roadmap. Universidad pontificia de Salamanca. *Journal of Systemic Therapies, 28 (3) 18-35*. http://dx.doi.org/10.1521/jsyt.2009.28.3.18

Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M., & Fledderus, M. (2015). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with Acceptance and Commitment Therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, *65*, 101–106. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.014

Dameron, M. L. (2016). Person-centered counseling and solution-focused brief therapy: An integrative model for school counselors. *Journal of School Counseling***,** 14(10), 1– 28. https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1119270.pdf

Franklin, T. R., Acton, P. D., Maldjian, J. A., Gray, J. D., Croft, J. R., Dackis, C. A., O'Brien, C. P., & Childress, A. R. (2002). Decreased gray matter concentration in the insular, orbitofrontal, cingulate, and temporal cortices of cocaine patients. *Biological psychiatry*, *51*(2), 134–142. https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01269-0

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000

Homish, G. G., Leonard, K. E., Kozlowski, L. T., & Cornelius, J. R. (2009). The longitudinal association between multiple substance use discrepancies and marital satisfaction. *Addiction (Abingdon, England)*, *104*(7), 1201–1209. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02614.x

Jia, S., Guo, X., Chen, Z., Li, S., & Liu, X. A. (2022). The roles of the circadian hormone melatonin in drug addiction. *Pharmacological research*, *183*, 106371. https://doi.org/10.1016/j.phrs.2022.106371

Olsen Y. (2022). What Is Addiction? History, Terminology, and Core Concepts. *The Medical clinics of North America*, *106*(1), 1–12. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.08.001

Pines, A. M., Neal, M. B., Hammer, L. B., & Icekson, T. (2011). Job Burnout and Couple Burnout in Dual-earner Couples in the Sandwiched Generation. Social Psychology Quarterly, 74(4), 361–386. https://doi.org/10.1177/0190272511422452

Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review*, *33*(8), 965–978. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.002

Tadros, E. (2019). The tadros theory of change: An integrated structural, narrative, and solution-focused approach. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, *41*(4), 347–356. https://doi.org/10.1007/s10591-019-09502-z

Vaughn, M. G., Salas-Wright, C. P., & Reingle-Gonzalez, J. M. (2016). Addiction and crime: The importance of asymmetry in offending and the life-course. *Journal of addictive diseases*, *35*(4), 213–217. https://doi.org/10.1080/10550887.2016.1189658

Wallerstedt, C., & Higgins, P. G. (2000). Solution-focused therapy. Is it useful for nurses in the workplace?. *AWHONN lifelines*, *4*(1), 46–47. https://doi.org/10.1111/j.1552-6356.2000.tb01163.x

Wittenberg, E., Joshi, M., Thomas, K. A., & McCloskey, L. A. (2007). Measuring the effect of intimate partner violence on health-related quality of life: a qualitative focus group study. *Health and quality of life outcomes*, *5*, 67. https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-67

Zhao, Y., Qin, F., Han, S., Li, S., Zhao, Y., Wang, H., Tian, J., & Cen, X. (2022). MicroRNAs in drug addiction: Current status and future perspectives. *Pharmacology & therapeutics*, *236*, 108215. https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2022.108215

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]