

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر تاب‌آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران*

سمانه نیکخواه^۱، معصومه بهبودی^۲، پریوش وکیلی^۳

The comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and imagotherapy on the resilience of married women referring to consulting centers in the city of Tehran

Samaneh Nikkhah¹, Masomeh Behbodi², Parivash Vakili³

چکیده

زمینه: تعارضات زناشویی سبب کاهش تاب‌آوری زوجین می‌شود. اما آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی می‌تواند به بهبود تاب‌آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره کمک کند؟ **هدف:** این پژوهش با هدف بررسی مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر تاب‌آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران انجام گرفت. **روش:** روش این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی داوطلبانه و گمارش تصادفی استفاده شد. پس از انتخاب حجم نمونه و گمارش آنها در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، گروه‌های آزمایش مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروساهل، ۲۰۱۰) و ایماگوتراپی (مورو و همکاران، ۲۰۱۶) را طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه تعارض زناشویی براتی و ثنایی (۱۳۷۵) و مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر تاب‌آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره مؤثر بود ($p < 0/01$). همچنین تفاوت معناداری بین اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر تاب‌آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره وجود نداشت ($p > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی اثربخشی مشابهی بر تاب‌آوری زنان دارای تعارضات زناشویی داشتند و می‌توان از این دو روش جهت بهبود تاب‌آوری این زنان استفاده کرد. **واژه کلیدیها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایماگوتراپی، تاب‌آوری، زنان متأهل

Background: Marital conflicts reduce couples' resilience. But can acceptance and commitment therapy and imagotherapy help improve the resilience of married women referring to consulting centers? **Aims:** The present study was conducted aiming to compare acceptance and commitment therapy (ACT) and imagotherapy on the resilience of married women referring to consulting centers in the city of Tehran. **Method:** The research method of this study was quasi-experimental with pretest-posttest design with control group. The statistical population of the current study included all married women referring to consulting centers in the city of Tehran in 2017. In this study, voluntary non-probability sampling and random assignment were used. After selecting the sample size and assigning them to two experimental groups and one control group, the experimental groups received acceptance and commitment therapy (ACT) (Hayes & Ostrosahl, 2010) and imagotherapy (Moreau et al., 2016) interventions during three months as 90-minute sessions weekly. The applied questionnaires in the present study included Barati and Sana'ie (2006) Marital Conflict Scale and the Resilience Scale (Conner and Davidson, 2003). The collected data were analyzed through analysis of covariance. **Results:** The results showed that acceptance and commitment therapy (ACT) and imagotherapy were effective on the resilience of married women referring to consulting centers ($p < 0.001$). Also, there was no significant difference between the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and imagotherapy on the resilience of married women referring to consulting centers. ($p > 0/05$). **Conclusions:** Acceptance and commitment therapy (ACT) and imagotherapy had similar effectiveness on the resilience of the women with marital conflicts and these two methods can be used to improve the resilience of these women. **Key words:** Acceptance and commitment therapy, Imagotherapy, Resilience, Married women

Corresponding Author: Behbodi@riau.ac.ir

* این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است.

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۲. Ph D Student of Counseling, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول)

۲. Assistant Professor of Counseling, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran (Corresponding Author)

۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳. Assistant Professor of Counseling, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۴/۲۳

دریافت: ۹۸/۰۲/۰۹

مقدمه

ازدواج در جامعه در حال گذر از سنتی به مدرنیته امروزی یک پدیده پیچیده است. انسان‌ها به دلایل مختلفی ازدواج می‌کنند. عشق، امنیت اقتصادی، محافظت، امنیت عاطفی، احساس آرامش، فرار از تنهایی و تمایلات جنسی تعدادی از عواملی هستند که باعث گرایش به ازدواج می‌شوند (مایا، سانفورد، بوتچر، ناردی و بارلو، ۲۰۱۷). در واقع ازدواج موفق و شروع رابطه زناشویی قادر است بسیاری از نیازهای روانی و جسمانی را در یک محیط امن برآورده ساخته و تأثیر بسزایی بر سلامت و بهداشت روانی افراد داشته باشد (نورانی‌پور، بشارت و یوسفی، ۱۳۸۷). رابطه بین دو نفر که با هم ازدواج می‌کنند در مرکز گروه خانواده قرار می‌گیرد. رابطه زوجین متشکل از درهم آمیزی دو شخصیت در یک شخصیت پیوسته زناشویی است که با رابطه مادر و فرزند قابل مقایسه است (شارف و شارف، ۲۰۰۳).

اگر چه در نخستین روزهای ازدواج، زوجین به یکدیگر احساس تعهد دائمی می‌کنند، لیکن برخی از زوجین به تدریج دچار تعارض می‌شوند، هر چند که بعضاً تفکرات پس از تعارضات زناشویی نشان از پشیمانی زوجین از بروز این فرآیند دارد (نوبی‌نژاد، ۱۳۸۰؛ ویلسون و همکاران، ۲۰۱۷). تعارض ممکن است اشکال گوناگون داشته باشد و به صورت افسردگی یکی یا هر دو زوج، سوء رفتار با همسر و درگیری لفظی و فیزیکی بین هر دو زوج بروز نموده و نهایتاً منجر به طلاق گردد (بشارت، تاج‌دین و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۶؛ سائرز، کوهن و فرسکو، ۲۰۰۱). همچنین اوقاتی پیش می‌آید که یا فقدان توافق مشاهده می‌شود یا نیازها برآورده نمی‌شوند، در نتیجه همسران نسبت به یکدیگر احساس خشم، ناامیدی و نارضایتی می‌کنند (ماخانوا، مک‌نالتی، اکل، نیکنوا و مانر، ۲۰۱۸). تعارض زناشویی نوعی فقدان توافق مداوم و معنادار بین دو همسر است که یکی از آنها آن را گزارش می‌کند. منظور از معنادار بودن، تأثیر این مسئله بر عملکرد همسران و منظور از مداوم، اشاره به اختلافاتی است که به مرور زمان از بین نمی‌روند و آثار روانشناختی و هیجانی منفی را در فرآیندهای روانی زوجین بر جای می‌نهد. اما باید اشاره کرد که تجربه سطوح مختلفی از تعارض،

اختلاف نظر و رنجش در تعاملات یک زوج، امری بدیهی و غیر قابل اجتناب است (هالفورد ۲۰۰۱؛ انسی و امر، ۲۰۱۴).

نتایج مطالعه تولورانلک (۲۰۱۴) نشان داد که زوج‌های دارای تعارض زناشویی بالا، از نظر بهداشت روانی و سلامتی در سطحضعیفی می‌باشند. با افزایش تعارض در روابط زوجی، ناسازگاری افزایش می‌یابد، نارضایتی بیشتری حاصل می‌شود به علاوه این مشکلات، از مقدمات طلاق محسوب می‌شوند (فرانکل، آممارا، جاکوبویتز و هازن، ۲۰۱۵). پیامدهای بروز چنین مشکلاتی عبارتند از افسردگی (چن و آستین، ۲۰۱۹)، ناسازگاری و پر خاشگرگی کودک‌کان و نوجوانان (گوینلد بالدی، کلیمنشا، پری و مک لوگین، ۲۰۱۰؛ خالد، قدیر، چان و اسپانار، ۲۰۱۸)، اختلالات اضطرابی (داس، سیمپسون و کریستنسن، ۲۰۰۴)، اختلالات خوردن و الکلیسم (فیچام، ۲۰۰۳).

همچنین باید اشاره کرد که تعارضات زناشویی تاب‌آوری^۱ زوجین را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (صمدی کاشانی، جعفری و آسایش، ۱۳۹۵). در وادی زندگی و روابط زناشویی، تاب‌آوری به عنوان یکی از متغیرهای اثرگذار بر روابط زوجین و تعارضات میان آنها، خاستگاه ارزشمندی در روانشناسی خانواده و خانواده درمانی جهت زدودن تنیدگی و تعارضات و آثار نامطلوب آن یافته است، به طوری که روز به روز به شمار پژوهش‌ها در این رابطه افزوده می‌شود (باکمن، ویس، اسپیرز و هوگل، ۲۰۱۰). تاب‌آوری توانایی کنار آمدن با مشکلات است. تاب‌آوری فرار از مشکلات نیست بلکه این توانایی را به افراد می‌دهد که از مشکلات عبور کنند، از زندگی لذت برند و فشارها و تنیدگی‌ها را بهتر حل کنند. تاب‌آوری توانایی حرکت با مشکلات است یعنی هر چند افراد با مشکل، تنیدگی و نگرانی روبرو بوده، بتوانند به فعالیت کاری خود ادامه داده و وظایف شخصی، اجتماعی، رقابتی و محیطی خود را انجام دهند. همچنین این سازه به افراد یاری می‌رساند تا در برابر مشکلات روانی مثل افسردگی، اضطراب و عصبانیت از خودشان محافظت کنند (اسپرینگیت و همکاران، ۲۰۱۱).

کوسکان، گاریپاگوگلا و توسان (۲۰۱۴) در یافتند که تاب‌آوری صرفاً فقدان اختلال روانی نیست، بلکه اکتساب ویژگی‌هایی است که به حفظ بهداشت روانی فرد در هنگام مواجهه

^۱. resiliency

۲۰۱۷). ایماگوتراپی یکی از شیوه‌های مهیج و جالب آموزشی است که می‌تواند خانواده‌ها را جذب کرده و بر استحکام بنیاد خانواده مؤثر باشد. ایماگو درمانی در روابط زناشویی ابزاری است برای نیل به رابطه آگاهانه که درمان متقابل آگاهانه صدمات دوران کودکی بین همسران را سهولت می‌بخشد. بر اساس یک اصل نظری این اعتقاد وجود دارد که ما همسرانمان را بر مبنای تصویری ناخودآگاه از فردی که می‌تواند ما را کامل کند که ایماگو یا آرمان خردسالی نامیده می‌شود، انتخاب می‌کنیم (فیشبان، ۲۰۱۱). فرآیند ایماگو شامل متعهد و مقید کردن افراد به درک صدمات روحی خود و همسران برای یادگیری توانش‌های جدید و تعبیر رفتارهای رنج‌آور و زیان بخش است، آن‌هم در مسیری که در آن افراد نیازهای همسران را برآورده می‌کنند و تکه‌های گم و انکارشده از وجودشان را دوباره به وجود خود بازگردانده تا به این ترتیب به تکامل روحی و معنوی برسند (ویسی، ۱۳۸۸).

حال با توجه به نقش ایماگوتراپی در بهبود مؤلفه‌های روانشناختی و ارتباطی زوجین متعارض (متین و حیاتی، ۱۳۹۶؛ فاطمی و همکاران، ۱۳۹۵؛ اصلانی و همکاران، ۱۳۹۴؛ زینهاری، ۱۳۹۳؛ مورو و همکاران، ۲۰۱۶؛ گهلرت و همکاران، ۲۰۱۷) و هم چنین نقش سازنده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مؤلفه‌های روانشناختی افراد مختلف (آرین‌فر و رسولی، ۱۳۹۸؛ امانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ عمیدی سیمکانی و همکاران، ۱۳۹۶؛ کاوسیانی و همکاران، ۱۳۹۶؛ زنگنه مطلق و همکاران، ۱۳۹۶؛ بارتو و همکاران، ۲۰۱۹؛ الینبرگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ یو و همکاران، ۲۰۱۷؛ و کروسبی و توهیگ، ۲۰۱۶) و از طرفی عدم مقایسه دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی در حوزه مؤلفه‌های روانشناختی زوجین این پژوهش صورت پذیرفت. چنانکه نتایج این پژوهش مشخص خواهد کرد که جهت بهبود تاب‌آوری زنان دارای تعارضات زناشویی، کدامیک از این دو درمان می‌تواند کارآیی بهتری را از خود نشان دهد. لازم به ذکر است تاکنون پژوهشی در زمینه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر تاب‌آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره صورت نگرفته که بر این اساس، پژوهشگر بر آن شد تا تأثیر این دو روش درمانی را بر تاب‌آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به

با عوامل خطر کمک می‌کند. اوگلمان و ارول (۲۰۱۵) معتقدند که تاب‌آوری سازه‌ای بسیار مهم در درک عوامل خطر و پیشگیری از آسیب‌های احتمالی آن و همچنین ارتقای بهداشت روانی افراد می‌باشد. آياش - ابدو، سانچز - روئیز و بارباری (۲۰۱۶) دریافتند که افراد تاب‌آور بهتر از سایرین از منابع هیجانی برای مواجهه با ناملایمات و حوادث منفی استفاده می‌کنند. هجدال، ووجل، سولم، هاگن و استیلز (۲۰۱۱) نیز دریافتند افرادی که بالاترین نمرات را در تاب‌آوری به دست می‌آورند، پایین‌ترین سطح از علائم آسیب‌های روانشناختی همچون وسواس، افسردگی و اضطراب را دارا می‌باشند. روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی جهت بهبود مؤلفه‌های مرتبط با زندگی زناشویی زوجین دارای تعارضات زناشویی به کار گرفته شده است. از انواع روش‌های آموزشی و درمانی می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ اشاره کرد که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است (آرین‌فر و رسولی، ۱۳۹۸؛ آقایی، حاتمی، درتاج و اسدزاده، ۱۳۹۷؛ امانی، عیسی‌نژاد و علیپور، ۱۳۹۷؛ عمیدی سیمکانی، نجارپوریان و سماوی، ۱۳۹۶؛ کاوسیانی، حریفی و کریمی، ۱۳۹۶؛ زنگنه مطلق، بنی‌جمالی، احدی و حاتمی، ۱۳۹۶؛ بارتو، تران و گاینور، ۲۰۱۹؛ الینبرگ، هافمن، جنسن و فورستولم، ۲۰۱۷؛ یو، نورتون و مک‌کراکن، ۲۰۱۷؛ و کروسبی و توهیگ، ۲۰۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روانشناختی تجربی محور است که ثابت شده است که در درمان بسیاری از مشکلات افراد مؤثر است (ویدنک، ۲۰۱۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در یک نظریه فلسفی به نام عملگرایی ریشه دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است، که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (لانس، مک‌کارکن، ساتو و تیلور، ۲۰۱۳).

دیگر روش آموزشی مورد استفاده برای بهبود مؤلفه‌های روانشناختی زوجین دارای تعارضات زناشویی ایماگوتراپی^۲ است که نتایج پژوهش‌های مختلف نشانگر کارآیی آن در بهبود مؤلفه‌های روانشناختی زوجین دارای تعارضات و ناراضیاتی زناشویی است (متین و حیاتی، ۱۳۹۶؛ فاطمی، کربلایی محمدمیگونی و کاکاوند، ۱۳۹۵؛ اصلانی، جامعی و رجبی، ۱۳۹۴؛ زینهاری، ۱۳۹۳؛ مورو، هالیم و لوکات، ۲۰۱۶؛ گهلرت، اسمجدت، گیگیلیچ و لوکارت،

2. Imago Therapy

1. Acceptance and Commitment Therapy

بی بهره بودند. ملاک های ورود به پژوهش شامل داشتن تعارضات زناشویی با توجه به پرسشنامه تعارضات زناشویی (کسب نمره بالاتر از ۱۲۶)، داشتن تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، داشتن حداقل سابقه ۳ سال زندگی زناشویی، داشتن سلامت جسمی (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره ای آنها) بود. همچنین ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در جلسات آموزشی و عدم تمایل به ادامه حضور در فرآیند انجام پژوهش بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر سه گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه های آزمایش مداخلات آموزشی در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی توسط پژوهشگر به شکل جداگانه مطابق با جداول یک و دو انجام شد.

ابزار

پرسشنامه تعارض زناشویی: پرسشنامه تعارض زناشویی توسط براتی و ثنایی در سال ۱۳۷۵ ساخته شده است. این پرسشنامه نمره کل تعارض زناشویی و ابعاد آن را به دست می دهد. این ابعاد عبارتند از: (کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر). این پرسشنامه ۴۲ سؤال دارد که حیطه های تعارضی زوج ها را می سنجد و شدت تعارض زناشویی را برآورد می کند. هر سؤال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می گیرد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و پایین بودن دال بر خوب بودن اوضاع است. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می باشد (ثنایی، ۱۳۷۹). این آزمون توسط سازندگان آن بر روی مراجعه کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارض زناشویی هنجاریابی شده و مشخصات روان سنجی آن به این شرح گزارش شده است: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۳، و برای خرده

مراکز مشاوره مورد مقایسه قرار دهد. بنابراین مسئله اصلی این پژوهش این است که آیا بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر تاب آوری زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره تفاوت وجود دارد؟

روش

روش این پژوهش از نوع شبه آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. متغیرهای مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی و متغیر وابسته تاب آوری زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان متأهل دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. در این پژوهش از روش نمونه گیری غیرتصادفی داوطلبانه استفاده شد. دلیل استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه، عدم دستیابی به جامعه آماری و در نظر گرفتن عدم تمایل بعضی از افراد جامعه آماری جهت شرکت در پژوهش بود. بر این اساس، با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه، فرم هایی جهت اعلام شرکت داوطلبانه در مراکز مشاوره مهستا، اوستا، ایرانیان و ارمغان پخش و پس از جمع آوری این فرم ها، تعداد ۶۹ زن متأهلی که به دلیل تعارضات زناشویی به این مراکز مراجعه کرده بودند، برای شرکت در پژوهش اعلام داوطلبی نمودند. دلیل انتخاب این مراکز، همکاری مسئولین آنان با پژوهشگر جهت انجام این پژوهش بود. سپس با توزیع پرسشنامه تعارضات زناشویی در بین زنان داوطلب، تعداد ۵۸ نفر از آنها دارای شرایط ورود به پژوهش بودند (کسب نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی). در گام بعد پرسشنامه تاب آوری بین این افراد توزیع شد و ۴۵ نفر که در پرسشنامه تاب آوری نمرات کمتری نسبت به بقیه دریافت کرده بودند، انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۵ زن در گروه آزمایش ایماگوتراپی و ۱۵ زن در گروه گواه). دلیل انتخاب ۱۵ نفر برای هر گروه، رجوع به منابع علمی مربوط بود. چنانکه دلاور (۱۳۸۹) بیان می دارد در پژوهش هایی با روش پژوهش آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کفایت کرده و می توان به دست به تعمیم یافته ها زد. سپس گروه های آزمایش به شکل جداگانه مداخلات مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی را دریافت نمودند، این در حالی بود که زنان حاضر در گروه گواه در طول انجام فرآیند پژوهش از دریافت این مداخلات

مقیاس کاهش همکاری ۳۰/۰، افزایش جلب حمایت فرزند ۶۰/۰، افزایش واکنش هیجانی ۷۳/۰، کاهش رابطه جنسی ۵۰/۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۶۴/۰، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۶۴/۰ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۵۱/۰ گزارش شده است. برای تعیین درستی آزمایی این آزمون از تعدادی متخصص خانواده‌درمانی نظرخواهی شد، بنابر اعتقاد آنها این آزمون دارای درستی آزمایی محتوایی مناسبی است (ثنایی، ۱۳۷۹).

مقیاس تاب‌آوری: مقیاس تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ جهت سنجش میزان تاب‌آوری افراد طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه می‌باشد که آزمودنی‌ها پاسخ دخوا خود را بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) مشخص می‌کردند. امتیاز کل در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است، در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر در شخص می‌باشد. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ثبات درونی مقیاس تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۹/۰ و قابلیت

اعتماد بازآزمایی آن را ۸۷/۰ گزارش نمودند. توفیقی (۱۳۹۷) قابلیت اعتماد مقیاس کانر و دیویدسون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۹۰/۰ محاسبه و هم چنین درستی آزمایی محتوایی آن را نیز مناسب گزارش کردند. همچنین قابلیت اعتماد این پرسشنامه در این پژوهش نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۶/۰ محاسبه گردید.

روند اجرای پژوهش: پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه و انجام فرآیند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، زنان انتخاب شده (۴۵ زن متأهل دارای تعارضات زناشویی) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش ایماگوتراپی و ۱۵ زن در گروه گواه). گروه‌های آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی را در طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی ایماگوتراپی (مورو و همکاران، ۲۰۱۶)

شماره جلسه	موضوع جلسه	هدف و شرح جلسه
جلسه اول	بررسی تصویر ذهنی رابطه	دو برگ کاغذ برداشته و یک سری جملات کوتاه که بیان کننده رابطه تصویر شما از یک رابطه عشقی ارضا کننده است را بنویسید. همچنین از همسران نیز بخواهید اینکار را انجام دهند. جملات را با همسران در میان بگذارید. چنانچه همسران جملاتی نوشته و شما به فکرتان نرسیده بود آن جملات را به لیست خود اضافه کنید. دو جمله‌ای که بیش از بقیه برایتان اهمیت دارند را با کشیدن دایره‌ای به دور آنها مشخص کرده و همچنین مواردی را که فکر می‌کنید برای هر دوی شما رسیدن به آن مشکل خواهد بود با ستاره مشخص کنید.
جلسه دوم	بررسی زخم‌ها و جراحات دوران کودکی	حال که تصویری از آینده در ذهن خود ساخته‌اید می‌توانید به کمک این تصویر به گذشته سفر کنید. این تمرین بدین منظور طراحی شده است که خاطرات شما از والدینتان و دیگر کسانی که در کودکی بر شخصیت شما تأثیر گذار بوده‌اند را زنده کند، به طوری که بتوانید ایماگوی خود را بازسازی کنید.
جلسه سوم	آموزش تعکس	این تمرین به شما آموزش خواهد داد پیام‌های واضح‌تر و ساده‌تری را به همسران مخابره کنید. شنونده بهتری برای او باشید و بتوانید که گفته‌های او را به طور دقیق و با بیان دیگری به او انتقال دهید.
جلسه چهارم	تصمیم بی بازگشت	این تمرین دو هدف مهم دارد: اول این که تضمین می‌کند تا قبل از آن که کار بر روی تمرینات را به اتمام نرسانده‌اید از یکدیگر جدا نخواهید شد و دوم آن که صمیمیت شما با همسران را به تدریج افزایش خواهد داد.
جلسه پنجم	رومانتیک سازی مجدد	این تمرین به شما کمک خواهد کرد تا با صحبت با همسران در مورد چیزهایی که شما را خوشحال می‌کند و نیز تعهد به اینکه شما نیز همسران را به طور منظم خوشحال کنید، بتوانید رابطه‌تان را به محیطی امن بدل کنید.
جلسه ششم	بررسی لیست تعجب	هدف از اجرای این تمرین افزایش و بهبود رفتارهای محبت‌آمیز به عنوان لذت غیرمنتظره می‌باشد تا حس امنیت و ارتباط در شما افزایش یابد.
جلسه هفتم	تمرین کشسانی	هدف از این تمرین این است که آگاهی شما را نسبت به عمیق‌ترین نیازهای روحی همسران افزایش دهد و به شما امکان دهد تا بتوانید به منظور بر آورده ساختن آن نیازها رفتار خود را تغییر دهید. این سبب می‌شود موجب التیام همسران شوید و در این میان خود نیز فردی کامل‌تر، مهربان‌تر و رشد یافته‌تر می‌شوید.
جلسه هشتم	مراوده (تبادل) مهارت	این تمرین به شما امکان می‌دهد تا خشم و انزجار خود را نسبت به همسران در محیطی امن و به نحوی غیر مخرب ابراز کنید. هدف این است که این تمرین به صورت متد همیشگی شما در برخورد با خشم در آید.
جلسه نهم	یکپارچگی خویشتن	این تمرین به این منظور طراحی شده است تا به شما کمک کند خویشتن گمشده خویش را باز یابید و خویشتن دروغین و انکار شده خود را بعد از پذیرش و اعمال تغییرات مثبت و بالغانه دوباره در قالب نظم‌ی یکپارچه و متعادل با یکدیگر تلفیق کنید و به کمال و یکپارچگی نخستین خویش که در بدو تولد داشتید وقوف بیشتری بیابید.
جلسه دهم	تجسم عشق	این تمرین تغییرات مثبتی را که در رابطه‌تان اعمال کرده‌اید با بکارگیری نیروی تجسم شما تقویت و تثبیت می‌کند.

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استرواسهل، ۲۰۱۰)

جلسه	اهداف	شرح کوتاه	تکالیف
جلسه اول	آشنایی، ارزیابی و جهت گیری درمان	آشنایی گروه با هم، گرفتن جزئیات از اعضا معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معرفی تمرکز تمرینات
جلسه دوم	ارزیابی های فردی	مصاحبه فردی ارزیابی به منظور استخراج منابع تحدید کننده صمیمیت و ایجاد کننده مشکلات در چارچوب خانواده	جلسه طرح ریزی زوجی، یکپارچه سازی ارزیابی فردی و گروهی
جلسه سوم	ارزیابی هزینه های تلاش های رابطه ای بی اثر	بررسی هزینه های تعارض و اجتناب زوجی توسعه ناامیدی خلاق	استفاده از استعاره چاله و بیلچه
جلسه چهارم	تمرکز حواس و پذیرش	معرفی پذیرش و تمرکز حواس	تمرین پذیرش افکار و احساسات
جلسه پنجم	آمیختگی شناختی	تشریح و توضیح رابطه ای منفی افکار برای اعضا	تمرین راننده اتوبوس افکار روی برگه های تمرین
جلسه ششم	مشاهده افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش های خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسر	افکار روی برگه های تمرین تمرین پذیرش واکنش های رابطه
جلسه هفتم	انتخاب جهت ارزش ها پذیرش و اقدام متعهد	کمک به مراجع برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش های رابطه و زندگی/بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد	تمرین چه چیزی در زندگی/رابطه در حال حاضر می خواهیم، تمرین تشییع جنازه، کار برگ اقدام متعهد
جلسه هشتم	شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده ی خودکار در جهت پایان	بازبینی کار برگ ارزش ها و اقدام متعهد بحث در مورد موانع ارزش های زندگی و کمک به مراجع تا بجای غلبه بر آنها با آنها حرکت کنند./بازبینی ارزش های رابطه و اقدام متعهد بازبینی ارزش های رابطه و اقدام متعهد، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان	کار برگ عمل متعهد، بازبینی تمرین راننده اتوبوس گرفتن کار برگ اقدام متعهد در خانه، تمرینات تمرکز حواس برای تمرین در خانه

از آزمون تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی بونفونی استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته های حاصل از داده های جمعیت شناختی در جدول ۳ ارائه شده است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس ها استفاده شد. در نهایت جهت بررسی مقایسه اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگو تراپی بر تاب آوری زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره

جدول ۳. یافته های حاصل از داده های جمعیت شناختی در گروه های آزمایش و گروه گواه

گروه ها	میانگین	انحراف معیار	سن				تحصیلات	
			سطح معناداری	دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	لیسانس	فوق لیسانس
گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد	۳۶/۲۵	۵/۰۲	۶	۶	۶	۳	۶	۳
گروه آزمایش ایماگو تراپی	۳۳/۸۴	۴/۰۱	۵	۵	۷	۳	۷	۰/۱۳
گروه گواه	۳۷/۲۵	۴/۵۵	۴	۴	۷	۴	۷	۴

تفاوت معناداری به چشم نمی خورد. همچنین باید اشاره کرد که میانگین سنی افراد حاضر در پژوهش ۳۵/۷۸ سال و بیشترین فراوانی

نتایج حاصل از جدول ۳ بیانگر آن است که بین گروه های آزمایش و گروه گواه در مؤلفه سن و فراوانی سطوح تحصیلی

سطح تحصیلی مربوط به سطح تحصیلی لیسانس (۴۴/۴۴ در صد) بود. حال به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهش و نرمالیتی متغیرها با استفاده از آزمون کلموگراف - اسمینروف پرداخته می‌شود.

جدول ۴. نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه					
گروه‌ها	پیش‌آزمون		نرمالیتی داده‌ها		نرمالیتی داده‌ها
	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد	۵۰/۳۳	۷/۳۹	۰/۲۲	۶۱/۴۶	۷/۴۴
گروه آزمایش ایماگوتراپی	۵۲/۸۰	۸/۵۱	۰/۰۲	۵۹/۷۳	۶/۸۰
گروه گواه	۵۱/۰۶	۶/۶۴	۰/۳۹	۴۹/۸۶	۵/۵۳

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها بجز مرحله پیش‌آزمون مؤلفه تاب آوری در گروه آزمایش ایماگوتراپی برقرار بوده است ($p > ۰/۰۵$). لازم به ذکر است که با توجه به تعداد برابر گروه‌ها، تحلیل کواریانس در برابر نقض بعضی از پیش‌فرض‌ها مقاوم است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت

که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > ۰/۰۵$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیر وابسته (تاب آوری) معنادار نبود ($p > ۰/۰۵$). همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون در متغیر تاب آوری معنادار نبود. این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در این متغیر برقرار شد.

جدول ۵. تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر تاب آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره							
شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۱۴۲/۵۲	۱	۱۴۲/۵۲	۷/۶۵	۰/۰۰۸	۰/۱۵	۰/۷۷
عضویت گروهی	۱۱۶۵/۷۴	۲	۵۸۲/۸۷	۳۱/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۱
خطا	۷۶۳/۸۸	۴۱	۱۸/۶۳	-	-	-	-
کل	۱۴۸۴۰۰	۴۵	-	-	-	-	-

با توجه به نتایج جدول فوق، آموزش متغیرهای مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیر وابسته (تاب آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می‌شود که با مهار متغیرهای مداخله‌گر، میانگین نمرات متغیر تاب آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی تغییر یافته است. مقدار تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر میزان تاب آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره ۰/۶۰ بوده است. این بدان معناست که ۶۰ درصد تغییرات متغیر تاب آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره توسط عضویت گروهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و

ایماگوتراپی) تبیین می‌شود. حال جهت بررسی این نکته که این تأثیر در کدامیک از گروه‌های آزمایش بوده است به بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی پرداخته می‌شود.

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات تاب آوری در دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی معنادار نیست، هر چند که تفاوت میانگین نمرات تاب آوری بین دو گروه آزمایش با گروه گواه معنادار است. این بدان معناست که با وجود تأثیر معنادار دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر تاب آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، بین میزان تأثیر این دو روش تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۶. بررسی تفاوت‌های دو به دو در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی) در متغیر تاب‌آوری			
تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری	
۲/۵۰	۱/۶	۰/۳۷	گروه آزمایش پذیرش و تعهد
۱۱/۸۳	۱/۵۷	۰/۰۰۰۱	گروه آزمایش ایماگوتراپی
-۱۱/۸۳	۱/۵۷	۰/۰۰۰۱	گروه گواه
-۹/۳۲	۱/۵۸	۰/۰۰۰۱	گروه آزمایش پذیرش و تعهد
			گروه گواه

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر تاب‌آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی منجر به افزایش تاب‌آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شده است. همچنین بین اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر تاب‌آوری زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تفاوت معنادار مشاهده نشد.

در باب اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش آراین‌فر و رسولی (۱۳۹۸)؛ امانی و همکاران (۱۳۹۷)؛ عمیدی سیمکانی و همکاران (۱۳۹۶)؛ کاوسی‌ان و همکاران (۱۳۹۶)؛ زنگنه‌مطلق و همکاران (۱۳۹۶)؛ بارتو و همکاران (۲۰۱۹)؛ الینبرگ و همکاران (۲۰۱۷)؛ یو و همکاران (۲۰۱۷)؛ و کروسبی و توهیگ (۲۰۱۶) همسو بود. چنانکه پژوهشگران حاضر در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و برجسته کردن ارزش‌های فرد و متعهد ساختن آنها به عمل متعهدانه سبب می‌شود که فرآیندهای روانشناختی آنها دچار بهبود گردد. علاوه بر این نتایج این پژوهش‌ها حاکی از تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مؤلفه‌های ارتباطی و زناشویی زوجین داشت.

در تبیین یافته حاضر باید اشاره کرد که یکی از مفاهیم اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش است (یو و همکاران، ۲۰۱۹). پذیرش، فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای تعهد را تسهیل می‌کند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به طور هدفمند و معنا در زندگی‌شان برمی‌گزینند را به طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر

اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه). پذیرش افکار شخصی، هیجانات و احساسات به منظور تسهیل روند عمل متعهدانه هدایت‌شده بر اساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند. بر این اساس اجرای مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به‌منظور پذیرش هیجانات، با به کارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آموزش زنان برای رهایی از بند مبارزه‌بی‌حاصل و تلاش برای مهار و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد (الینبرگ و همکاران، ۲۰۱۷) و زنان را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند، در نتیجه می‌توان گفت که پیگیری ارزش‌ها و معنابخشی به زندگی منجر به به افزایش تاب‌آوری زنان می‌گردد. علاوه بر این تعهد حاصل از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند زنان را متعهد به یافتن راه‌حلی برای مشکلات پیش‌رو نماید و از این طریق سبب شود تا قدرت مقابله‌ای و حل مسأله آنها بهبود یابد. این فرآیند نیز باعث می‌شود تا آنها تاب‌آوری روانشناختی بیشتری را ادراک نمایند.

علاوه بر این نتایج پژوهش بیانگر تأثیر معنادار ایماگوتراپی بر تاب‌آوری زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بود. یافته حاضر با نتایج پژوهش متین و حیاتی (۱۳۹۶)؛ فاطمی و همکاران (۱۳۹۵)؛ اصلانی و همکاران (۱۳۹۴)؛ زینه‌اری (۱۳۹۳)؛ مورو و همکاران (۲۰۱۶)؛ و گهلرت و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی داشت. چنان‌که زینه‌اری (۱۳۹۳) نشان داده است که ایماگوتراپی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان مؤثر است. علاوه بر این اصلانی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که آموزش گروهی ایماگوتراپی بر کیفیت روابط زناشویی و همدلی در بین زوج‌های دارای مشکلات خانوادگی تأثیر دارد. همچنین مورو و همکاران (۲۰۱۶) اثربخشی آموزش ایماگوتراپی را بر میزان همدلی زوجین را مورد بررسی و

تأیید قرار دادند. از طرفی گه‌لرت و همکاران (۲۰۱۷) نیز در پژوهشی نشان دادند بین جنسیت و تصویر ایماگویی از عشق و خانواده رابطه معناداری وجود دارد.

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت ایماگوتراپی باعث افزایش احساسات مثبت نسبت به همسر می‌شود. این روش تلاش می‌کند تا با آموزش تمرین مکالمه آگاهانه، تعاملات درست و سازنده، توانش گوش دادن فعال و احساس همدلی در میان زوجین را بهبود بخشد (فاطمی و همکاران، ۱۳۹۵). تمرین‌های ارائه شده در ایماگوتراپی مانند بیان احساسات مثبت و منفی فرد در حضور دیگران، به زنان کمک می‌کند تا راحت‌تر بتوانند احساسات مثبت و منفی خود را با همسر خود در میان بگذارند. بر این اساس ایماگوتراپی سبب می‌شود که هیجانات مثبت آنها افزایش یافته و در نتیجه بهبود در تاب‌آوری در آن مشاهده شود.

همچنین در ایماگوتراپی افراد می‌آموزند که خاطرات دوران کودکی به چه میزان بر روابط آنها تأثیر دارد. تصویر ذهنی دوران کودکی آمیزه‌ای است از بازنمایی ذهنی والدین یا سرپرستان، به ویژه خصلت‌های منفی که بیشترین صدمات روحی را به افراد وارد کرده‌اند و جنبه‌های اصلی و اولیه وجود خودشان که در فرآیند تطابق و سازگاری با انتظارات اجتماعی گم شده است و حلقه‌ای مفقود در این ارتباط به شمار می‌رود. لذا زوجین دارای تعارضات زناشویی این تصاویر ذهنی را در افرادی همچون شریک زندگی جستجو می‌کنند که با آنها تعامل و ارتباط نزدیک دارند تا به این طریق دوباره شرایطی را ایجاد کنند که در آن شرایطی که به آنها صدمه روحی وارد شده را تجربه نکنند و بتوانند برای همیشه به مشکل باقی مانده در ذهنشان از دوران کودکی پایان دهند (مورو و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین وقتی زنان با استفاده از ایماگوتراپی به این فرآیند آگاه شده و می‌توانند از نقش مخرب این موارد در روابط زناشویی خود جلوگیری نمایند، روابط بهتری را نیز با همسر خود برقرار می‌نمایند. بهبود ارتباط با همسر سبب می‌شود تا آنان روان‌درستی و حمایت زوجی بالاتری را تجربه کنند که این فرآیند نیز منجر به بهبود تاب‌آوری آنان می‌شود.

در تبیین عدم معناداری میزان تأثیر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر میزان تاب‌آوری زنان دارای تعارضات زناشویی، می‌توان این‌گونه بیان نمود که این دو درمان دارای مبانی نظری و تکنیک‌های درمانی مجزا و متفاوت از هم

هستند، اما نکته‌ای که باید بدان اشاره نمود آن است که هر یک از این دو درمان سعی می‌کنند با روش خاص خود تاب‌آوری زنان دارای تعارضات زناشویی را بهبود بخشند. چنان‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تأکید بر ارزش‌ها و عمل متعهدانه سعی در نیل به این هدف دارد و ایماگوتراپی با تأکید بر بهبود تصاویر ذهنی زوجین در نزد یکدیگر با آشنا شدن با خاطرات مخرب دوران کودکی. بر همین اساس به نظر می‌رسد که این دو درمان با وجود داشتن مبانی نظری و تکنیک‌های درمانی مختلف، به میزان مشابهی می‌توانند منجر به بهبود تاب‌آوری زنان دارای تعارضات زناشویی گردند.

این پژوهش، مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران)، عدم بهره‌گیری از ابزارهای پژوهشی دیگر به جز پرسشنامه، عدم برگزاری مرحله پیگیری و تعداد کم نمونه پژوهش مواجه بود. علاوه بر این عدم همکاری مسئولان مراکز مشاوره و عدم داوطلب شدن زنان جامعه آماری جهت شرکت در پژوهش از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر، سایر مناطق جغرافیایی، با حجم نمونه بیشتر و با برگزاری مرحله پیگیری انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود.

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش که نشان از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر تاب‌آوری زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره داشت، می‌توان پیشنهاد کرد که از این دو روش در جهت بهبود تاب‌آوری زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره استفاده شود.

منابع

- آرین‌فر، نیره و رسولی، رؤیا (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت راه‌حل‌محور با زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۰(۱)، ۴۷-۶۰.
- اصلاتی، خالد؛ جامعی، معصومه و رجبی، غلامرضا (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تصویرسازی ارتباطی بر کیفیت روابط زناشویی زوج‌ها، فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۹(۴)، ۳۷-۵۳.
- آقایی، زهراسادات؛ حاتمی، حمیدرضا؛ درتاج، فریبرز و اسدزاده، حسن (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان

فاطمی، مرجان سادات؛ کربلایی محمدمیگونی، احمد و کاکاوند، علیرضا (۱۳۹۵). بررسی تأثیر آموزش تصویرسازی ارتباطی (ایماگو تراپی) بر صمیمیت زناشویی زوج‌ها، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۷(۱)، ۵۹-۵۱.

کاوسیان، جواد؛ حریفی، حسینی و کریمی، کامیاب (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوج‌ها، مجله سلامت و مراقبت، ۱۹(۱)، ۸۷-۷۵.

متین، حسین و حیاتی مژگان (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی ایماگو تراپی بر مکانیزم‌های دفاعی و حل مشکل زنان، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸(۳۲)، ۸۷-۶۳.

نوابی نژاد، شکوه (۱۳۸۰). مشاوره ازدواج و خانواده درمانی. تهران انجمن اولیا و مربیان.

نورانی پور، رحمت‌الله؛ بشارت، محمدعلی و یوسفی، اسکندر (۱۳۸۶). بررسی رابطه دانش و نگرش جنسی با رضایت زناشویی، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۶(۲۴)، ۳۹-۲۷.

ویسی، اسدالله (۱۳۸۸). اثربخشی رویکرد تصویرسازی ارتباطی بر رضایتمندی زناشویی، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۱(۴۲)، ۱۰۲-۸۹.

Ayyash-Abdo H, Sanchez-Ruiz M J, Barbari ML. (2016). Resiliency predicts academic performance of Lebanese adolescents over demographic variables and hope, *Learning and Individual Differences*, 48, 9-16.

Backmann, J., Weiss, M., Schippers, M.C., Hoegl, M. (2019). Personality factors, student resiliency, and the moderating role of achievement values in study progress. *Learning and Individual Differences*, 72: 39-48.

Barreto, M., Tran, T.A., Gaynor, S.T. (2019). A Single-Session of Acceptance and Commitment Therapy for Health-Related behavior change: An Open Trial with a nonconcurrent matched comparison group. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 172-26.

Chen, R., Austin, J.P. (2019). Depression as a moderator and a mediator of marital quality's effect on older adults' self-rated physical health, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 50-54.

Conner, K.M., Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The conner -Davidson Resilience scale (CD- RISC). *Depression & Anxiety*, 18, 36-82.

Coskun YD, Garipagaoglu C, Tosun U. (2014). Analysis of the Relationship between the Resiliency Level and Problem Solving Skills of University Students, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 114, 673 - 680.

Crosby, J.M., Twohig, M.P. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet

راه‌حل‌محور بر نظم‌جویی هیجان زوجین. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۷(۶۸)، ۵۱۴-۵۰۹.

امانی، احمد؛ عیسی‌نژاد، امید و علیپور، الهه (۱۳۹۷). بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر آشفتگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش‌بینی در زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد شهر کرمانشاه، روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۵(۱)، ۶۴-۴۲.

بشارت، محمدعلی؛ تاج‌دین، ساره و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۶). نقش میانجی‌گر دشواری نظم‌جویی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و تعارضات زناشویی، فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۶(۶۱)، ۴۴-۲۰.

توفیقی، زهرا (۱۳۹۷). تدوین بسته آموزش تاب‌آوری و مقایسه اثربخشی آن با آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، داغ اجتماعی ادراک شده، تحمل روانی (بار روانی)، امید به زندگی، تاب‌آوری و خودکارآمدی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی شهر شیراز. رساله دوره دکتری تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان).

ثنایی، باقر (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.

دلاور، علی (۱۳۸۹). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، تهران: نشر ویرایش.

زنگنه مطلق، فیروزه؛ بنی‌جمالی، شکوه السادات، احدی، حسن و حاتمی، حمیدرضا (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌محور بر بهبود سازگاری و تعهد زناشویی زوجین، مجله فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۱(۳۸)، ۷۰-۴۹.

زینهار، محسن (۱۳۹۳). اثربخشی ایماگو تراپی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه رازی، کرمانشاه.

صمدی کاشانی، سحر؛ جعفری، فاطمه؛ و آسایش، محمدحسن (۱۳۹۵). اثربخشی زوج درمانی گروهی هیجان‌مدار بر تاب‌آوری زوجین دارای تعارضات زناشویی، نهمین کنگره بین‌المللی روان درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش‌های فرهنگی)، تهران، دبیرخانه کنگره بین‌المللی روان درمانی.

عمیدی سیمکانی، رقیه؛ نجارپوریان، سمانه و سماوی، سیدعبدالوهاب (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر دلدزدگی و تعهد زناشویی زنان متأهل. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۷(۲)، ۶۸-۵۵.

- treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 93, 30-36.
- Makhanova, A., McNulty, J.K., Eckel, L.A., Nikonova, J., Maner, J.K. (2018). Sex differences in testosterone reactivity during marital conflict. *Hormones and Behavior*, 105, 22-27.
- Muro, L., Holliman, R., Luquet, W. (2016). Imago Relationship Therapy and Accurate Empathy Development. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 15 (3), 232-246.
- Ogelman HG, Erol A. (2015). Examination of the Predicting Effect of the Resiliency Levels of Parents on the Resiliency Levels of Preschool Children, *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 186, 461 – 466.
- Onsy, E., Amer, M.M. (2014). Attitudes Toward Seeking Couples Counseling among Egyptian Couples: Towards a Deeper Understanding of Common Marital Conflicts and Marital Satisfaction. *Social and Behavioral Sciences*, 140, 470-475.
- Sayers, S. L., Kohn, C.S., Fresco, D.M. (2001). Marital conflict and depression in the context of marital discord. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (6), 713-732.
- Sharff, J.S., Sharff, D. (2003). *Object relations and psychodynamic approaches to couple and family therapy*. New York: Brunner.
- Springgate, B.F., Wennerstrom, A., Meyers, D., Allen III, C.E., Vannoy, S.D., Bentham, W., et al. (2011). *Building community resilience through mental health infrastructure and training in post-Katrina New Orleans*. Ethnicity & disease.
- Tolorunleke, C.A. (2014). Causes of Marital Conflicts Amongst Couples in Nigeria: Implication for Counseling Psychologists. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 140, 21-26.
- Wilson, S.J., Andridge, R., Peng, J., Bailey, B.E., Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K. (2017). Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psychoneuroendocrinology*, 85, 6-13.
- Woidneck, M.R. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Among Adolescents*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor Of Philosophy in Psychology. Utah state university. Logan, Utah.
- Yu, L., Norton, S., McCracken, L.M. (2017). Change in "Self-as-Context" ("Perspective-taking") Occurs in Acceptance and Commitment Therapy for People with Chronic Pain and is Associated with Improved Functioning, *The Journal of Pain*, 18 (6), 664- 72.
- Pornography Use: A Randomized Trial, *Behavior Therapy*, 47 (3), 355–66.
- Doss, B., Simpson, L., Christensen, A. (2004). Why do couples seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (6), 608-614.
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J.S., Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety, *Behavior Research and Therapy*, 92, 24–31.
- Fincham, F. (2003). Marital conflict: correlates, Structure, and context. Current directions in psychological sciences. *American psychological society*, 12 (1), 8-14.
- Fishbane, M.D. (2011). Facilitating relational empowerment in couple therapy. *Family process*, 50(3), 337-352.
- Frankel, L.A., Umemura, T., Jacobvitz, D., Hazen, N. (2015). Marital conflict and parental responses to infant negative emotions: Relations with toddler emotional regulation. *Infant Behavior and Development*, 40, 73-83.
- Gehlert, N.C., Schmidt, C.D., Giegerich, V., Luquet, W. (2017). Randomized Controlled Trial of Imago Relationship Therapy: Exploring Statistical and Clinical Significance. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 16 (3), 188-209.
- Gerard, J.A., Buehler, C. (2003). Marital conflict, parent-child relations, and youth maladjustment. *Family process*, 38 (1), 105-116.
- Guidubaldi, J., Cleminshaw, H. K., Perry, J. D., & Mcloughin, C. S. (2010). The impact of parental divorce on children: Report of the nationwide NASP study. *School Psychology Review*, 12, 300-323.
- Halford, W.K. (2001). *Brief Therapy for Couples: Helping partners help themselves*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., strosahl, K.D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: springer sci business media inc.
- Hjemdal, O., Vogel, P.A., Solem, S., Hagen, K., Stiles, T.C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 18, 314-21.
- Khalid A, Qadir F, Chan SWY, Schwannauer M. (2018). Parental bonding and adolescents' depressive and anxious symptoms in Pakistan, *Journal of Affective Disorders*, 228, 60-67.
- Lance, M., McCracken, L., Sato, A., Taylor, G. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results, *The Journal of Pain*, 14 (11), 1398-406.
- Maia, A.C.C.O., Sanford, J., Boettcher, H., Nardi, A.E., Barlow, D. (2017). Improvement in quality of life and sexual functioning in a comorbid sample after the unified protocol transdiagnostic group