

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد ایماگوتراپی زوجین بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان با مشکلات زناشویی

منصوره نیکوگفتار^۱، علیرضا سنگانی^۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۱۲

تاریخ وصول: ۹۷/۰۶/۲۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد ایماگوتراپی زوجین بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان متاهل انجام گرفت. روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان متاهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر گرگان در سال ۱۳۹۷ 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 کنترل، گروه‌های آزمایش مداخلات آموزشی 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 انعطاف‌پذیری کنشی (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) بود. داده‌های جمع‌آوری شده توسط تحلیل کواریانس با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS²³ تجزیه و تحلیل شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان متاهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره موثر بوده است ($P < 0/001$). همچنین بین اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان متاهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تفاوت معنادار مشاهده نشد ($P > 0/05$). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده

مسئول) sangany.pdycho@gmail.com

ایماگوتراپی دارای اثربخشی مشابهی بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان دارای تعارضات زناشویی بوده و می‌توان از این دو روش جهت بهبود انعطاف‌پذیری کنشی این زنان استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایماگوتراپی، انعطاف‌پذیری کنشی، زنان با مشکلات زناشویی

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 (جانتیوز^۱، ۲۰۰۰). 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 (نورانی پور، بشارت و یوسفی، ۱۳۸۷). رابطه بین دو نفر که با هم ازدواج می‌کنند در مرکز 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^۲، ۲۰۰۳).

اگر چه در نخستین روزهای ازدواج، زوجین به یکدیگر احساس تعهد دائمی می‌کنند، لیکن برخی از زوجین به تدریج دچار تعارض می‌شوند (حیدرنیا، نظری و سلیمانیان، ۱۳۹۳)، هر چند که بعضاً تفکرات پس از تعارضات زناشویی نشان از پشیمانی زوجین از بروز این فرایند دارد (نوابی نژاد، ۱۳۸۰؛ ویلسون^۳ 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 (سایرز، کوهن و فرسکو^۴، 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 (برنشتاین^۵، ۲۰۰۱، ترجمه سهرابی، ۱۳۸۲). تعارض زناشویی

1. Janetius
2. Sharff & Sharff
3. Wilson
4. Sayers, Kohn, & Fresco
5. Bornstein

نوعی فقدان توافق مداوم و معنادار بین دو همسر است که یکی از آنها آن را گزارش می‌کند. منظور از معنادار بودن، تأثیر این مسأله 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 فرایندهای 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^۱، ۲۰۰۱؛ انسی و امر^۲، ۲۰۱۴).

نتایج مطالعه اولسون، لو، میلر و هولیست^۳ (۲۰۱۳) نشان داد زوج‌های دارای تعارض زناشویی بالا، از نظر بهداشت روانی و سلامتی در سطح ضعیفی هستند. با افزایش تعارض در روابط زوجی، ناسازگاری افزایش می‌یابد، نارضایتی بیشتری حاصل می‌شود به علاوه این مشکلات، از مقدمات طلاق محسوب می‌شوند (لانگ و یانگ^۴، ۲۰۰۶). پیامدهای بروز چنین مشکلاتی عبارتند از افسردگی (کوین، تامپسون و پالمر^۵ و همکاران، ۲۰۰۲)، ناسازگاری و پرخاشگری کودکان و نوجوانان (جرارد و بوهرلر^۶، ۲۰۰۲، کیومینگ و دیویس^۷، ۲۰۰۲، دوایل و مارکوویچ^۸، ۲۰۰۳)، اختلالات اضطرابی (داس، سیمپسون و کریستنسن^۹، ۲۰۰۴)، اختلالات خوردن و الکلیسم (فیچام^{۱۰}، ۲۰۰۳).

همچنین باید اشاره کرد که تعارضات زناشویی انعطاف‌پذیری کنشی^{۱۱} زوجین را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (صمدی کاشانی، جعفری و آسایش، ۱۳۹۵). در وادی زندگی و روابط زناشویی، انعطاف‌پذیری کنشی به عنوان یکی از متغیرهای اثرگذار بر روابط زوجین و تعارضات میان آن‌ها، در روانشناسی خانواده و خانواده درمانی جهت زدودن تنیدگی و تعارضات و آثار نامطلوب آن، جایگاه ارزشمندی یافته است، به طوری که روز به روز بر شمار پژوهش‌ها در این رابطه افزوده می‌شود (والش، ۱۳۹۰). انعطاف‌پذیری کنشی توانایی

1. Halford
2. Onsy, Amer
3. Miller, Hollist & Olsen
4. Long, Young
5. Coyne, Thompson, & Palmer
6. Gerard, Buehler
7. Comming, Davies
8. Doyle, Markiewitz
9. Doss, Simpson, & Christensen
10. Ficham
11. resiliency

کنار آمدن با مشکلات است. انعطاف‌پذیری کنشی فرار از مشکلات نیست بلکه این توانایی را به افراد می‌دهد که از مشکلات عبور کنند، از زندگی لذت برند و فشارها و استرس‌ها را بهتر حل کنند. انعطاف‌پذیری کنشی توانایی حرکت با مشکلات است یعنی هر چند افراد با مشکل، استرس 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^۱ و همکاران، ۲۰۱۱).

هوگی، آستین و پولاک^۲ (۲۰۰۷) دریافتند انعطاف‌پذیری کنشی صرفاً فقدان اختلال روانی نیست، بلکه اکتساب ویژگی‌هایی است که به حفظ بهداشت روانی فرد در هنگام مواجهه با عوامل خطر کمک می‌کند. فوته^۳ و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند که انعطاف‌پذیری کنشی سازه‌ای بسیار مهم در درک عوامل خطر و پیشگیری از آسیب‌های احتمالی آن و هم‌چنین ارتقای بهداشت روانی افراد می‌باشد. ووگ، فردریکسون و تیلور^۴ (۲۰۰۸) دریافتند که افراد با انعطاف‌پذیری کنشی، بهتر از سایرین از منابع هیجانی برای مواجهه با ناملایمات و حوادث منفی استفاده می‌کنند. هجدال^۵ و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند افرادی که بالاترین نمرات را در انعطاف‌پذیری کنشی به دست می‌آورند، پایین‌ترین سطح از علائم آسیب‌های روان‌شناختی همچون وسواس، افسردگی و اضطراب را دارا هستند.

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی جهت بهبود مولفه‌های 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^۶ اشاره کرد که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است (کرمی، عمرانی و دانایی، ۱۳۹۷؛ الینبرگ، هافمن، جنسن و فورستولم^۷، ۲۰۱۷؛ یو، نورتون و مک کراکن^۸، ۲۰۱۷؛ و کروسبی و

1. Springgate
2. Hoge, Austin & Pollack
3. Foote, et al
4. Waugh, Fredrickson & Taylor
5. Hjemdal
6. Acceptance and Commitment Therapy
7. Eilenberg, Hoffmann, Jensen, & Frostholm
8. Yu, Norton, & McCracken

توهیگ^۱، ۲۰۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی تجربی محور است که ثابت شده است که در درمان بسیاری از مشکلات افراد موثر است (ویدنک^۲، 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، مک کارکن، ساتو و تیلور^۳، ۲۰۱۳؛ ورنهویین و مالینوسکی^۴، ۲۰۱۱).

دیگر روش آموزشی مورد استفاده برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی زوجین دارای تعارضات زناشویی ایماگوتراپی^۵ است که نتایج پژوهش‌های مختلف نشانگر کارایی آن در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی زوجین دارای تعارضات و نارضایتی زناشویی است (جامعی، اصلانی، رجبی، ۱۳۹۴؛ زینهاری، ۱۳۹۳؛ ویگل^۶، ۲۰۰۶؛ مورو، هالیمین و لوکات^۷، ۲۰۱۶؛ گهلرت، اسمجدت، گیگلیچ و لوکارت^۸، ۲۰۱۷). ایماگوتراپی یکی از شیوه‌های مهیج و جالب آموزشی است که می‌تواند خانواده‌ها را جذب کرده و بر استحکام بنیاد خانواده موثر 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 (کلون^۹، ۲۰۱۳). فرآیند ایماگو شامل متعهد و مقید کردن افراد به درک صدمات روحی خود و همسرشان برای یادگیری مهارت‌های جدید و تعبیر رفتارهای رنج‌آور و زیان‌بخش است، آن‌هم در مسیری که در آن افراد نیازهای همسرشان را برآورده می‌کنند و تکه‌های گم و انکارشده از وجودشان را دوباره به وجود خود باز گردانده تا به این ترتیب به تکامل روحی و معنوی برسند (هندریکس^{۱۰}، ۲۰۰۶).

1. Crosby, Twohig
2. Woidneck
3. Lance, McCracken, Sato, & Taylor
4. Verhoeven & Malinowski
5. Imago Therapy
6. Weigle
7. Muro, Holliman, Luquet
8. Gehlert, Schmidt, Giegerich, Luquet
9. Kleven
10. Hendrix

حال با توجه به نقش ایماگوتراپی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی و ارتباطی زوجین متعارض و از طرفی عدم مقایسه دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی در حوزه مولفه‌های روان‌شناختی زوجین، پژوهش حاضر صورت پذیرفت. چنانکه نتایج پژوهش حاضر مشخص خواهد کرد که جهت بهبود انعطاف‌پذیری کنشی زنان دارای تعارضات زناشویی، کدامیک از این دو درمان می‌تواند کارآیی بهتری را از خود نشان دهد. بر این اساس، مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد ایماگوتراپی زوجین بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان متأهل تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. متغیرهای مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی و متغیر وابسته انعطاف‌پذیری کنشی زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در خصوص مشکلات خانوادگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان متأهل دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر گرگان در سال ۱۳۹۷ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه استفاده شد. دلیل استفاده از روش نمونه‌گیری 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 نمونه‌گیری داوطلبانه، فرم‌هایی جهت اعلام شرکت داوطلبانه در مراکز مشاوره مهستا، اوستا، ایرانیان و ارمغان پخش و پس از جمع‌آوری این فرم‌ها، 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 پژوهش حاضر بود. سپس با توزیع پرسشنامه تعارضات زناشویی در بین زنان داوطلب، ۵۸ نفر از آنها دارای شرایط ورود به پژوهش بودند (کسب نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی). در گام بعد پرسشنامه انعطاف‌پذیری کنشی بین این افراد توزیع شد و ۴۵ نفر که در پرسشنامه انعطاف‌پذیری کنشی نمرات کمتری نسبت به بقیه دریافت کرده بودند، انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ زن در گروه

آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۵ زن در گروه آزمایش ایماگوتراپی و ۱۵ زن در گروه کنترل). دلیل انتخاب ۱۵ نفر برای هر گروه، رجوع به منابع علمی مربوط بود. چنانکه دلاور (۱۳۸۹) بیان می‌دارد در پژوهش‌هایی با روش پژوهش آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کفایت کرده و می‌توان به دست به تعمیم یافته‌ها زد. سپس گروه‌های 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 کنترل در طول انجام فرایند پژوهش از دریافت این مداخلات بی‌بهره بودند. ملاک‌های 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 مشاوره‌ای آنها) بود. همچنین ملاک‌های 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 فرایند 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 کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر سه گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخلات آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی توسط پژوهشگر به شکل جداگانه مطابق با جداول یک و دو انجام شد.

پرسشنامه تعارضات زناشویی: پرسشنامه تعارضات زناشویی توسط براتی و ثنایی (۱۳۷۵) ساخته شده است. این پرسشنامه نمره کل تعارضات زناشویی و ابعاد آن را به دست می‌دهد. این ابعاد عبارتند از: (کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های 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 سوال دارد که حیطه‌های تعارضی زوج‌ها را می‌سنجد و شدت تعارضات زناشویی را برآورد می‌کند. هر سوال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت‌ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. 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.

این آزمون توسط سازندگان آن بر روی مراجعه کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارض زناشویی هنجاریابی شده و مشخصات روان‌سنجی آن به این شرح گزارش شده است: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۳، و برای خرده مقیاس کاهش همکاری ۰/۳۰، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۵۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۱ گزارش شده است. برای تعیین روایی این آزمون از تعدادی متخصص خانواده درمانی نظر خواهی شد، بنابر اعتقاد آن‌ها این آزمون دارای روایی محتوایی مناسبی است (ثنائی، ۱۳۷۹).

مقیاس انعطاف‌پذیری کنشی: مقیاس انعطاف‌پذیری کنشی توسط کانر و دیویدسون^۱ در سال ۲۰۰۳ جهت سنجش میزان انعطاف‌پذیری کنشی افراد طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه می‌باشد که آزمودنی‌ها پاسخ د خود را بر روی یک مقیاس ۴ درجه ای 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 انعطاف‌پذیری کنشی بیشتر در شخص می‌باشد. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ثبات درونی مقیاس انعطاف‌پذیری کنشی را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش نمودند. محمدی (۱۳۸۴) پایایی مقیاس کانر و دیویدسون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه و هم‌چنین روایی آن را نیز مناسب گزارش کرد. هم‌چنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه گردید.

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، زنان انتخاب شده (۴۵ زن متأهل دارای تعارضات زناشویی) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۵ زن در گروه آزمایش ایماگوتراپی و ۱۵ زن در گروه کنترل). گروه‌های آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی را در طی سه ماه به صورت هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای را دریافت

1. Conner & Davidson

نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه کنترل مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی ایماگوتراپی (مورو، هالیمن و لوکات، 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 جمله ای که بیش از بقیه برایتان اهمیت دارند را با کشیدن دایره ای به دور آنها مشخص کرده و هم چنین مواردی را که فکر می کنید 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 ساخته اید 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 تاثیر گذار بوده اند را زنده کند، به طوری که بتوانید ایماگوی خود را بازسازی کنید.
جلسه سوم	آموزش و تعکس	این تمرین به شما آموزش خواهد داد پیام‌های واضح تر 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	تصمیم‌بی بازگشت	این تمرین دو هدف مهم دارد: اول این که تضمین می‌کند تا قبل از آن که کار بر روی تمرینات را به اتمام نرسانده اید 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	مراوده (تبادل)	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

هشتم	کنترلی	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 کرده اید با بکارگیری نیروی تجسم شما تقویت و تثبیت می‌کند.
جدول . خلاصه جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروساهل ^۱ ، ۲۰۱۰)		
جلسه اول	اهداف	شرح کوتاه تکالیف
جلسه اول	آشنایی، ارزیابی و جهت‌گیری درمان	آشنایی گروه با هم، گرفتن جزئیات از اعضا معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
جلسه دوم	ارزیابی‌های فردی	مصاحبه فردی ارزیابی به منظور استخراج منابع تحدیدکننده صمیمیت و ایجادکننده مشکلات در چارچوب خانواده
جلسه سوم	ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابطه‌ای بی‌اثر	بررسی هزینه‌های تعارض و اجتناب زوجی توسعه ناامیدی خلاق
جلسه چهارم	تمرکز حواس و پذیرش	تمرین پذیرش افکار و احساسات
جلسه پنجم	آمیختگی شناختی	تمرین راننده اتوبوس افکار روی برگه‌های تمرین
جلسه ششم	مشاهده افکار	افکار روی برگه‌های تمرین تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه
جلسه هفتم	انتخاب جهت ارزش‌ها پذیرش و اقدام متعهد	تمرین چه چیزی در زندگی / رابطه در حال حاضر می‌خواهم، تمرین تشییع جنازه، کار برگ اقدام متعهد
	شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق	کار برگ عمل متعهد، بازمینی تمرین راننده
		بازبینی کار برگ ارزش‌ها و اقدام متعهد بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک

1. Hayes & Strosahl

جلسه پذیرش و مشاهده	به مراجع تا بجای غلبه بر آن‌ها با آن‌ها حرکت	اتوبوس
خود/ کار در جهت پایان	کنند./ بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد	گرفتن کار برگ اقدام
	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد، آمادگی	متعهد در خانه، تمرینات
	برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان	تمرکز حواس برای تمرین در خانه

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها 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 واریانس‌ها استفاده شد. در نهایت جهت بررسی مقایسه اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگو تراپی بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره از آزمون تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی بونفونی استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

گروه‌ها	سن		تحصیلات			P Value	انحراف معیار	میانگین
	میانگین	انحراف معیار	کارشناسی	کارشناسی ارشد	دیپلم			
	P Value	فراوانی	P Value	فراوانی	P Value	فراوانی		
گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد	۰/۱۱	۵	۰/۱۵	۷	۰/۲۴	۵	۵/۰۲	۳۶/۲۵
گروه آزمایش ایماگو تراپی	۰/۱۳	۳	۰/۱۵	۷	۰/۲۴	۵	۴/۰۱	۳۳/۸۴
گروه کنترل		۴		۷		۴	۴/۵۵	۳۷/۲۵

نتایج حاصل از جدول ۳ بیانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مولفه سن و فراوانی سطوح تحصیلی تفاوت معناداری به چشم نمی‌خورد. همچنین باید اشاره کرد که میانگین سنی افراد حاضر در پژوهش ۳۵/۷۸ سال و بیشترین فراوانی سطح تحصیلی مربوط به سطح تحصیلی لیسانس (۴۴/۴۴ درصد) بود. حال به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهش و نرمالیتی متغیرها

با استفاده از آزمون کلموگراف- اسمیرنوف پرداخته می‌شود.

جدول ۴: نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	پیش آزمون		نرمالیتی داده‌ها		پس آزمون		نرمالیتی داده‌ها
	میانگین	انحراف معیار	P Value	نرمالیتی داده‌ها	میانگین	انحراف معیار	
گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد	۵۰/۳۳	۷/۳۹	۰/۲۲	۶۱/۴۶	۷/۴۴	۰/۱۱	P Value
گروه آزمایش ایماگوتراپی	۵۲/۸۰	۸/۵۱	۰/۰۲	۵۹/۷۳	۶/۸۰	۰/۲۶	P Value
گروه کنترل	۵۱/۰۶	۶/۶۴	۰/۳۹	۴۹/۸۶	۵/۵۳	۰/۴۰	P Value

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها بجز مرحله پیش آزمون مولفه انعطاف‌پذیری کنشی در گروه آزمایش ایماگوتراپی برقرار بوده است ($p > 0/05$). لازم به ذکر است که با توجه به تعداد برابر گروه‌ها، تحلیل کواریانس در برابر نقض بعضی از پیش فرض‌ها مقاوم است. همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان داد پیش فرض همگنی واریانس رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که پیش آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیر وابسته (انعطاف‌پذیری کنشی) معنادار نبود ($p > 0/05$). همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس آزمون در متغیر انعطاف‌پذیری کنشی معنادار نبود. این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در این متغیر برقرار شد.

جدول ۵: تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان متاهل
مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره

شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	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	۱۴۸۴/۰۰	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 (انعطاف پذیری کنشی زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره) در مرحله پس آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می شود که با کنترل متغیرهای مداخله گر، میانگین نمرات متغیر انعطاف پذیری کنشی زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی تغییر یافته است. مقدار تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر میزان انعطاف پذیری کنشی زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره ۰/۶۰ بوده است. این بدان معناست که ۶۰ درصد تغییرات متغیر انعطاف پذیری کنشی زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره توسط عضویت گروهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی) تبیین می شود. حال جهت بررسی این نکته که این تاثیر در کدامیک از گروه های آزمایش بوده است به بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی پرداخته می شود.

جدول ۶: بررسی تفاوت های دو به دو در گروه های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی) در متغیر انعطاف پذیری کنشی

مقدار معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین ها	گروه آزمایش	گروه آزمایش
۰/۳۷	۱/۶	۲/۵۰	گروه آزمایش ایماگوتراپی	گروه آزمایش پذیرش و تعهد
۰/۰۰۰۱	۱/۵۷	۱۱/۸۳	گروه کنترل	گروه آزمایش پذیرش و تعهد
۰/۰۰۰۱	۱/۵۷	-۱۱/۸۳	گروه آزمایش پذیرش و تعهد	گروه کنترل
۰/۰۰۰۱	۱/۵۸	-۹/۳۲	گروه آزمایش ایماگوتراپی	گروه آزمایش پذیرش و تعهد

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می دهد، تفاوت بین میانگین نمرات انعطاف پذیری کنشی در دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی معنادار نیست، هر چند که تفاوت میانگین نمرات انعطاف پذیری کنشی بین دو گروه آزمایش با گروه کنترل معنادار است. این بدان معناست که با وجود تاثیر معنادار دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر انعطاف پذیری کنشی زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره، بین میزان تاثیر این دو روش تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۷: میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته

خطای استاندارد	میانگین	متغیر
۱/۱۲	۶۱/۸۰	گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۱/۱۲	۵۹/۲۹	گروه آزمایش ایماگوتراپی
۱/۱۱	۴۹/۹۷	گروه کنترل

چنانکه از نتایج جدول ۵ مشخص است نمرات میانگین تعدیل شده متغیر انعطاف‌پذیری کنشی در گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی از میانگین نمرات گروه گروه بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد ایماگوتراپی زوجین بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان متاهل انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان متاهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره موثر بوده است ($p < 0/001$). همچنین بین اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان متاهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تفاوت معنادار مشاهده نشد ($P > 0/05$).

در باب اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، یافته‌های این پژوهش با نتایج کروسبی و توهیگ (۲۰۱۶)؛ ورسب و همکاران (۲۰۱۷)؛ الینبرگ، هافمن، جنسن و فورستولم (۲۰۱۷)؛ یو، نورتون و مک کراکن (۲۰۱۷) همسو بود. چنانکه پژوهشگران حاضر در نتایج پژوهش خود گزارش کرده اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری کنشی روان‌شناختی و برجسته کردن ارزش‌های فرد و متعهد ساختن آنها به عمل متعهدانه سبب می‌شود که فرایندهای روان‌شناختی آنها دچار بهبود گردد.

در تبیین یافته حاضر باید اشاره کرد که یکی از مفاهیم اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش است (بریکر و تولیسون^۱، ۲۰۱۱). پذیرش، فرایندهای 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 به‌طور هدفمند و معنا در زندگی‌شان برمی‌گزینند را به‌طور

1. Bricker, J., Tollison

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 به‌کارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آموزش زنان برای رهایی از بند مبارزه بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد (فیش^۱ و همکاران، ۲۰۱۴) 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 انعطاف‌پذیری کنشی زنان می‌گردد.

علاوه بر این نتایج پژوهش بیانگر تاثیر معنادار ایماگوتراپی بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بود. یافته حاضر با نتایج پژوهش جامعی، اصلانی، رجبی (۱۳۹۴)؛ زینهاری (۱۳۹۳)؛ ویگل^۲ (۲۰۰۶)؛ مورو، هالیمن و لوکات (۲۰۱۶) و گهلرت، اسمچدت، گیگلیچ و لوکارت (۲۰۱۷) همخوانی داشت. چنانکه زینهاری (۱۳۹۳) نشان داده است که ایماگوتراپی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان موثر است. علاوه بر این اصلانی، جامعی و رجبی (۱۳۹۴) نشان دادند که آموزش گروهی ایماگوتراپی بر کیفیت روابط زناشویی و همدمی در بین زوج‌های دارای مشکلات خانوادگی تاثیر دارد. همچنین مورو، هالیمن و لوکات (۲۰۱۶) اثربخشی آموزش ایماگوتراپی را بر میزان همدمی زوجین را مورد بررسی و تایید قرار دادند. از طرفی گهلرت، اسمچدت، گیگلیچ و لوکارت (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، مهارت گوش دادن فعال و احساس همدمی در میان زوجین را بهبود بخشد (فاطمی، کربلایی و کاکاوند، 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 انعطاف‌پذیری کنشی در آن مشاهده شود.

1. Fish
3. Weigle

همچنین در ایماگوتراپی افراد می‌آموزند که خاطرات دوران کودکی به چه میزان بر روابط آنها تاثیر 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 کرده اند 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 (بیتون^۱، ۲۰۰۵). لذا وقتی زنان با استفاده از ایماگوتراپی به این فرایند 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 بهزیستی روان شناختی و حمایت زوجی بالاتری را تجربه کنند که این فرایند نیز منجر به بهبود انعطاف‌پذیری کنشی آنان می‌شود.

در تبیین عدم معناداری میزان تاثیر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر میزان انعطاف‌پذیری کنشی زنان دارای تعارضات زناشویی، می‌توان گفت این دو درمان دارای مبانی نظری و تکنیک‌های درمانی مجزا و متفاوت از هم هستند، اما نکته‌ای که باید به آن توجه کرد این است که درمانگر در هر یک از این دو درمان می‌کوشد با روش خاص خود انعطاف‌پذیری کنشی زنان دارای تعارضات زناشویی را بهبود بخشد. چنانکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاکید بر ارزش‌ها و عمل متعهدانه سعی در نیل به این هدف دارد و ایماگوتراپی با تاکید 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 نظریو تکنیک‌های درمانی مختلف، به میزان مشابهی می‌توانند منجر به بهبود انعطاف‌پذیری کنشی زنان دارای تعارضات زناشویی گردند.

پژوهش حاضر، مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر گرگان)، 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 پژوهش حاضر بود. بنابراین

1. Beeton

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 پژوهش حاضر که نشان از تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره داشت، می‌توان پیشنهاد کرد که از این دو روش در جهت بهبود انعطاف‌پذیری کنشی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره استفاده شود.

منابع

- اصلائی، خالد؛ جامعی، معصومه؛ رجیبی، غلامرضا. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تصویرسازی ارتباطی بر کیفیت روابط زناشویی زوج‌ها، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۹(۴): ۵۳-۳۷.
- براتی، طاهره؛ ثنایی، باقر. (۱۳۷۵). تاثیر تعارض‌های زناشویی بر روابط متقابل زن و شوهر. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- برنشتاین، فلیپ اچ؛ برنشتاین ماری تی. (۱۳۸۲). شناخت و درمان اختلالات زناشویی. مترجم: سهرابی، ح. تهران.
- ثنایی، باقر. (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- دلاور، علی. (۱۳۸۶). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.
- زینهاری، محسن. (۱۳۹۳). اثربخشی ایماگوتراپی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه رازی، کرمانشاه.
- حیدرنیا، احمد؛ نظری، محمدعلی؛ سلمانیان، علی اکبر. (۱۳۹۳). اثر بخشی برنامه پیشگیری و بهبود رابطه بر افزایش صمیمیت زناشویی زوج‌ها. مطالعات روانشناسی بالینی، ۴، ۱۵، ۶۱-۷۸.
- صمدی کاشانی، سحر؛ جعفری، فاطمه؛ آسایش، محمد حسن. (۱۳۹۵). اثربخشی زوج درمانی گروهی هیجان مدار بر تاب آوری زوجین دارای تعارضات زناشویی، نهمین کنگره بین‌المللی روان‌درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش‌های فرهنگی)، تهران، دبیرخانه کنگره بین‌المللی روان‌درمانی.
- کریمی، ابولفضل؛ عمرانی، رقیه؛ دانایی نوید. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب و افسردگی مادران نوزاد نارس. مطالعات روانشناسی بالینی، ۸، ۳۱، ۱۵۶-۱۳۹.

- فاطمی، مرجان سادات؛ کربلایی محمدمیگونی، احمد؛ کاکاوند، علیرضا. (۱۳۹۵). بررسی تاثیر آموزش تصویرسازی ارتباطی (ایماگوتراپی) بر صمیمیت زناشویی زوج‌ها، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۷(۱): ۵۹-۵۱.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان‌نامه دکترای. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.
- نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۸۰). مشاوره ازدواج و خانواده‌درمانی. تهران انجمن اولیا و مربیان.
- نورانی پور، رحمت‌الله؛ بشارت، محمد علی؛ یوسفی، اسکندر. (۱۳۸۶). بررسی رابطه دانش و نگرش جنسی با رضایت زناشویی، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۶(۲۴): ۳۹-۲۷.
- والش، فروما. (۱۳۹۰). تقویت تاب‌آوری خانواده (گذر از سختی‌های زندگی). مترجمان: محسن دهقانی، محبوبه خواجه رسولی، سمیه محمدی و مریم عباسی. تهران: دانژه.
- Beeton, T.(2005). Dyadic Adjustment and Use of Imago Skills Past Participants of the "Getting the Love You Want" Workshop for Couples. Unpublished Doctoral Dissertation, Walden University.
- Bricker, J., Tollison, S.(2011). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: a conceptual and clinical review. Behavioural and cognitive psychotherapy, 39(5), 541-559.
- 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.
- Commings, E., Davies, P. (2002). Effects of marital conflict on children, Journal of child Psychology and Psychiatry and Allied Discipline, 43 (1), 31-48.
- 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.
- Coyne, J. C., Thompson, R., & Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of family psychology*, 16(1), 26.
- Crosby, J.M., Twohig, M.P. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet 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.
- Doyle, A., Markiewitz, D. (2003). Parenting, marital conflict and adjustment from early to mid-adolescence: Mediated by attachment style? *Journal of youth and adolescence*, 34 (2), 97-110.
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J.S., Frosthalm, L.(2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety, Behaviour Research and Therapy, 92, 24-31.

- Fincham, F. (2003). Marital conflict: correlates, Structure, and context. *Current directions in psychological sciences*, 12(1): 8-14.
- Fish, J. A., Ettridge, K., Sharplin, G. R., Hancock, B., & Knott, V. E. (2014). Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness based program on psychological distress and quality of life. *European Journal of Cancer Care*, 23(3), 413-421.
- Foot, H. W., Hamer, J. D., Roland, M. M., Landy, S. R., & Smitherman, T. A. (2016). Psychological flexibility in migraine: A study of pain acceptance and values-based action. *Cephalalgia*, 36(4), 317-324.
- 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.
- 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.
- Hendrix. (2006). *How to keep your relationship in shape; an introduction to imago*. www.getting the love you want. Com.
- 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. *Clin Psychol Psychother*, 18, 314-21.
- Hoge, E. A., Austin, E. D., & Pollack, M. H. (2007). Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, 24(2), 139-152.
- Janetius,T.(2000). *Marriage and marital adjustment*. Available only atwww.homestead.com /Psycho – religion / files/ adjustment.
- Kleven, D.R.(2013). *Relationship alchemy: Marriage as a container for individuation*. Pacifica Graduate Institute.
- 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.
- Long, L., Young, G. (2006). *Counseling and therapy for couples*, CA: Thomson Brooks/Cole Pub.
- Miller, R. B., Hollist, C. S., Olsen, J., & Law, D. (2013). Marital quality and health over 20 years: A growth curve analysis. *Journal of Marriage and Family*, 75(3), 667-680.

- Muro, L., Holliman, R., Luquet, W.(2016). Imago Relationship Therapy and Accurate Empathy Development. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 15(3), 232-246.
- 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. Newyork: 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*.
- Verhoeven, J., Malinowski, O. (2011). Ttrichotillomania: A comparison of CBT and ACT in causal reasoning and treatment outcome stability. Behavioral Science Institute. Washington, DC: American psychiatric press.
- Waugh, C. E., Fredrickson, B. L., & Taylor, S. F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of research in personality*, 42(4), 1031-1046.
- Weigle, J. B. (2006). The impact of participating in an Imago therapy workshop on marital satisfaction. *Unpublished doctoral dissertation, Walden University*, 1, 2-41.
- 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- 672.