

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی

### *Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Imagotherapy on the Quality of Marital Life of Married Women with Marital Conflicts*

**Samaneh Nikkhah**

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

**Masoumeh Behboodi (responsible author)**

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

Email: Behboodi@riau.ac.ir

**Parivash Vakili**

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

سمانه نیکخواه

دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن،

ایران

معصومه بهبودی (نویسنده مسئول)

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

Email: Behboodi@riau.ac.ir

پریوش وکیلی

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

#### Abstract

**Aim:** Marital conflicts affect couples' mental health. Accordingly the present study was conducted aiming to compare acceptance and commitment therapy and Imagotherapy on the quality of marital life of married Women with marital conflicts. **Method:** The research method of the present study was quasi-experimental with pretest, posttest control group design And a two month follow-up period. The statistical population of the current study included all married Women with marital conflicts referring Mahesta, Avesta, Iranian & Armaghan Consulting Centers in the city of Tehran in 2017. Non-probable Purposive sampling method and random replacement were applied. After selecting the sample size (30 women) and replacing them into experimental and control groups, the experimental group received ninety-minute Acceptance and Commitment Therapy (8 sessions) and Imagotherapy (10 sessions) during three months once a week. However, the control group did not receive these interventions. The applied questionnaires in the present study included marital conflict by Barati and Sana'ie (2006) and Marital adjustment questionnaire (Busby et al, 1995). The collected data were analyzed through Analysis Variance with repeated measure via SPSS<sub>23</sub>. **Result:** The results of data analysis showed that ACT and imagotherapy were effective on the quality of marital life of married Women with marital conflicts ( $P < 0.001$ ). Moreover there was not observed any significant difference between the effectiveness of teaching ACT and imagotherapy on the quality of marital life of married Women with marital conflicts ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** According to the findings of the present study it can be concluded that ACT and imagotherapy have similar effectiveness on the quality of marital life of the women with marital conflicts and these two methods can be used to improve the quality of marital life of these women.

**Keywords:** ACT, imagotherapy, quality of marital life

#### چکیده

**هدف:** تعارضات زناشویی سلامت روان زوجین را با آسیب مواجه می‌کند. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی انجام گرفت. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه پژوهش حاضر زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره مهستا، اوستا، ایرانیان و ارماغان شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند و گمارش تصادفی استفاده شد. پس از انتخاب حجم نمونه (۳۰ زن) و گمارش آنها در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، گروه‌های آزمایش مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه) و ایماگوتراپی (۱۰ جلسه) را طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که گروه کنترل این مداخلات را دریافت نکرد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه تعارضات زناشویی براتی و ثنایی (۱۳۷۵) و پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی (باسبی و همکاران، ۱۹۹۵) بود. داده‌های جمع‌آوری شده توسط تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS<sub>23</sub> تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی موثر بوده است ( $p < 0.001$ ). همچنین بین اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی تفاوت معنادار مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ). **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی دارای اثربخشی مشابهی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی بوده و می‌توان از این دو روش جهت بهبود کیفیت زندگی زناشویی این زنان استفاده کرد.

**واژه‌گان کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایماگوتراپی، کیفیت زندگی

زناشویی، تعارضات 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 (بایرمن و کلورسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). 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 و همکاران، 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<sup>۲</sup>، 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 فرایند دارد (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۰؛ ویلسون، اندریج، پنگ، پایلی، مالارکی<sup>۳</sup> 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<sup>۴</sup> و همکاران، 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 (یانگ و ویلموت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). 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 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<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱؛ انسی و امر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴).

علاوه بر این باید اشاره کرد که آشفتگی و تعارض زناشویی موجب کاهش شادمانی، کاهش رضایتمندی از زندگی و عزت‌نفس، دلبستگی‌های مسأله‌ساز برای همسران، افزایش علائم آشفتگی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زناشویی<sup>۸</sup> پایین می‌شود (هاوکینز و بوث<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵؛ احمدی، زارع و عرب‌نیا، ۱۳۸۵). کیفیت زندگی زناشویی نیز نقش اساسی در ارزیابی کیفیت کلی ارتباطات خانوادگی دارد (برادباری، فیچنم و بیچ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰). کیفیت زندگی زناشویی مفهومی چندبعدی است و شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد می‌شود (بالاندا، بروان و یاماشیتا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶). بر اساس مبانی نظری و بر حسب نظریه کیفیت زندگی؛ سلامت ذهنی، احساس

1. Bayerman, Kleverson

2. Sharff & Sharff

3. Wilson, Andridge, Peng, Bailey, Malarkey

4. Sayers

5. Young, Wilmott

6. Halford

7. Onsy, Amer

8. marital quality of life

9. Hawkins, Booth

10. Bradbury, Fincham, Beach

11. Bulanda, Brown, Yamashita

بهزیستی، سعادتمندی و شادمانی با رضایتمندی مترادف هستند و کیفیت زندگی معادل با رضایتمندی از زندگی است (فریچ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). بنابراین با توجه به این موضوع و بر مبنای ماهیت تعریف کیفیت زندگی، کیفیت زندگی زناشویی معادل رضایتمندی از زندگی زناشویی است. وینچ<sup>۲</sup> کیفیت زندگی زناشویی را انطباق بین وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار تعریف می‌کند. از دید وی کیفیت زندگی زناشویی از طریق مفهوم‌سازی درون‌فردی (واکنش‌هایی که فرد به طور ذهنی تجربه می‌کند) و مفهوم‌سازی بین‌فردی (همخوانی بین انتظارات فرد از همسر و زندگی زناشویی با واقعیت موجود) تعریف می‌شود (به نقل از سلیمی، آزاد مرزآبادی، امیری و تقوی، ۱۳۸۷؛ کارتا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

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<sup>۴</sup> اشاره کرد. 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 (بریچر و تولیسون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱؛ ویدنیک<sup>۶</sup>، 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 کراکن، ساتو و تیلور<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳؛ فیش<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعین می‌شود. پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، شش فرایندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد (وورهایف و مالینوسکی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱). کارآیی بالینی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش‌های اصلی آزاد، منشئی و قمرانی، ۱۳۹۸؛ سرابی، پرویزی و کاکابرابی، ۱۳۹۷؛ طحان، عسکری و آهنگری، ۱۳۹۶؛ کروسبی و توهیگ<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۶)؛ ورسب، لیب، مایر، هویر، ویچن و آندرو<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۶)؛ الینبرگ، هافمن، جنسن و فروستولم<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۷)؛ یو، نورتون مک کراکن<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۷)؛ توهیگ<sup>۱۴</sup> و همکاران (۲۰۱۸)؛ اونگ<sup>۱۵</sup> و همکاران (۲۰۱۹)؛ واین<sup>۱۶</sup> و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده شده است. چنانکه این پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به بهبود مولفه‌های روان‌شناختی و ارتباطی زوجین شود.

دیگر روش آموزشی مورد استفاده برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی زوجین دارای تعارضات زناشویی ایماگو تراپی<sup>۱۷</sup> است. ایماگو تراپی یکی از شیوه‌های مهیج و جالب آموزشی است که می‌تواند خانواده‌ها را جذب کرده و بر استحکام

1. Frisch

2. Winch

3. Kaleta

4. Acceptance and Commitment Therapy

5. Bricker, Tollison

6. Woidneck

7. Lance, McCracken, Sato, Taylor

8. Fish

9. Verhoeven, Malinowski

10. Crosby, [Twohig](#)

11. Wersebe, Lieb, Meyer, Hoyer, Wittchen, Andrew

12. Eilenberg, Hoffmann, Jensen, Frosthalm

13. Yu, Norton, McCracken

14. Twohig

15. Ong

16. Wynne

17. Imago Therapy

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 (کلوین<sup>۱</sup>، 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 زیان بخش است، آن هم 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 معنوی برسند (هندریکس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌های گوناگون همچون پژوهش‌های محنائی، پولادی ریشه‌ری، گلستانه و کیخسروانی (۱۳۹۸)؛ نیکوگفتار و سنگانی (۱۳۹۸)؛ حسین‌پور و رضاخانی (۱۳۹۷)؛ امینی و ابراهیمی (۱۳۹۶)؛ اصلانی، جامعی و رجبی (۱۳۹۴)؛ زینهاری (۱۳۹۳)؛ جانفسون<sup>۳</sup> (۲۰۱۵)؛ مورو، هالیمن و لوکات<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) و گهلرت، اسمچدت، گیگلیچ و لوکارت<sup>۵</sup> (۲۰۱۷) نشانگر کارایی آن در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی زوجین دارای تعارضات و ناراضیاتی زناشویی است. 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 همدلی در بین زوج‌های دارای مشکلات خانوادگی تاثیر دارد. همچنین مورو، هالیمن و لوکات (۲۰۱۶) اثربخشی آموزش ایماگوتراپی را بر میزان همدلی 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 چرایی استفاده از این دو درمان می‌بایست به این نکته اشاره کرد که مبانی نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حل مشکلات زناشویی از طریق ایجاد تعهد و ارزش‌گذاری افراد استوار است. اما در ایماگوتراپی مبانی بر اساس تصاویر و ایماگوهای شکل گرفته افراد از والدینشان استوار است. چرا که ایماگرایی بر این عقیده است که افراد در انتخاب همسر دست به انتخاب همسرانی می‌زنند که خلاهای رابطه‌ای دوران کودکی را مرتفع ساخته و منجر به تکمیل شخصیت آنها شود. با دقت در این فرایند مشخص می‌شود که این دو درمان به لحاظ نوع نگرش به مشکل و همچنین نوع تلقی آنها از تعارضات با هم متفاوت هستند که می‌تواند مقایسه اثربخشی آنها برای زنان با تعارضات زناشویی نمایانگر آن باشد که کدام‌یک از این دو درمان کارایی بیشتری دارد.

حال با توجه به نقش ایماگوتراپی در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی و ارتباطی زوجین متعارض و هم چنین نقش سازنده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی افراد مختلف 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 کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای

1. Kleven

2. Hendrix

3. Josephson

4. Muro, Holliman, Luquet

5. Gehlert, Schmidt, Giegerich, Luquet

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 کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی صورت نگرفته که بر این اساس، پژوهشگر بر آن شد تا تاثیر این دو روش درمانی را بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی مورد مقایسه قرار دهد. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی است.

### روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره مهستا، اوستا، ایرانیان و ارمغان شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. بر این اساس، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، فرم‌هایی جهت اعلام شرکت داوطلبانه در مراکز مشاوره مهستا، اوستا، ایرانیان و ارمغان پخش و پس از جمع‌آوری این فرم‌ها، تعداد ۶۹ زانی 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، تعداد ۵۸ نفر از آنها دارای شرایط ورود به پژوهش بودند (کسب نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی). در گام بعد پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی بین این افراد توزیع شد و ۴۵ نفر که در پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی نمرات کمتر از ۴۵ 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 بیان می‌دارد در پژوهش‌هایی با روش پژوهش آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کفایت کرده و می‌توان به دست به تعمیم یافته‌ها زد (دلاور، ۱۳۹۱). 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. 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. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا شد. همچنین جهت بررسی تاثیر متغیرهای مستقل در طول زمان، مرحله پیگیری نیز پس از ۶۰ روز اجرا گردید. 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.

### 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 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 تعارض 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 می‌باشد.

این آزمون توسط سازندگان آن بر روی مراجعه‌کنندگان 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 نظرخواهی شد، بنابر اعتقاد آن‌ها این آزمون دارای روایی محتوایی مناسبی است (ثنایی، ۱۳۷۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حسینی حاج بکنده (۱۳۹۴) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است.

**پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی:** منظور از کیفیت زندگی زناشویی در این پژوهش نمره ای است که فرد در فرم ۱۴ سوالی تجدیدنظر شده پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی باسبی، کریستنسن، کران و لارسن<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) به دست می‌آورد. این ابزار از سه خرده مقیاس (همفکری و توافق، رضایت و انسجام) تشکیل شده است که در مجموع نمره کیفیت زندگی را نشان می‌دهند و نمرات بالا نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است (هالیست و میلر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). در این پژوهش، پرسشنامه سازگاری زوجی اصلاح شده جهت ارزیابی و کیفیت زندگی به کار گرفته شد. برادبوری، فینچام و بیچ<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) نیز پس از مطرح کردن نظریه خود در مورد کیفیت زندگی این پرسشنامه را به عنوان ابزاری مناسب برای ارزیابی کیفیت زندگی معرفی می‌کنند. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای (از صفر تا پنج) نمره‌گذاری می‌شود، طوری که پاسخ کاملاً موافق نمره پنج و پاسخ کاملاً مخالف نمره صفر می‌گیرد. تحلیل عاملی تأییدی ساختار سه عاملی پرسشنامه را در آمریکا تأیید کرده است و روایی آن را نشان داده است (باسبی،

<sup>۱</sup>. Busby, Christensen, Crane, & Larson

<sup>۲</sup>. Hollist, Miller

<sup>۳</sup>. Bradbury, Fincham & Beach

کریستنسن، کران و لارسن، ۱۹۹۵). پایایی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه هولیست و میلر (۲۰۰۵) از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی فرم فارسی این ابزار در ایران توسط یوسفی (۱۳۸۹) بررسی شده و ساختار سه عاملی روایی و پایایی آن تایید شده است. میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و برای عامل‌های انسجام، توافق و رضایت به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۸۱ گزارش شده است.

### روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، زنان انتخاب شده (۴۵ زن 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 هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را دریافت 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	آشنایی و معرفی اعضای حاضر در پژوهش به همدیگر، دو برگ کاغذ برداشته و یک سری جملات کوتاه که بیان‌کننده 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 هم چنین 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 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 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	تصمیم‌بازگشت	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 هشتم	مراوده (تبادل) کنترل	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 خویش	این تمرین به این منظور طراحی شده است تا به شما کمک کند خویش گمشده خویش را باز یابید و خویشن دروغین و انکار شده خود را بعد از پذیرش و اعمال تغییرات مثبت و بالغانه دوباره در قالب نظم 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 ۲: خلاصه جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروساهل ۱، ۲۰۱۰)

جلسه	اهداف	شرح کوتاه	تکالیف
جلسه اول	آشنایی، ارزیابی و جهت‌گیری درمان	آشنایی گروه با هم، گرفتن جزئیات از اعضا	معرفی تمرکز تمرینات
جلسه دوم	ارزیابی‌های فردی	مصاحبه فردی ارزیابی به منظور استخراج منابع تحدیدکننده صمیمیت و ایجادکننده مشکلات در چارچوب خانواده	جلسه طرح‌ریزی زوجی، یکپارچه‌سازی ارزیابی فردی و گروهی
جلسه سوم	ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابطه‌ای بی‌اثر	بررسی هزینه‌های 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 رابطه‌ی منفی افکار برای اعضا	تمرین راننده اتوبوس افکار روی برگه‌های تمرین
جلسه ششم	مشاهده افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسر	افکار روی برگه‌های تمرین تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه
جلسه هفتم	انتخاب جهت ارزش‌ها پذیرش و اقدام متعهد	کمک به مراجع برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی / بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد	تمرین چه چیزی در زندگی / رابطه در حال حاضر می‌خواهم، تمرین تشییع جنازه، کار برگ اقدام متعهد
جلسه هشتم	شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده‌ی خود/ کار در جهت پایان	بازبینی کار برگ ارزش‌ها و اقدام متعهد بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و حرکت کنند. / بازبینی ارزش‌های 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

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 ایماگوتراپی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی 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	انحراف معیار	دیپلم	لیسانس		فرایوانی	فرایوانی
	P Value	P Value	P Value	P Value	P Value	P Value	P Value
گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد	۳۶/۲۵	۵/۰۲	۶	۶	۰/۱۱	۳	۰/۱۳
گروه آزمایش ایماگوتراپی	۳۳/۸۴	۴/۰۱	۷	۵	۰/۱۵	۳	۰/۱۳
گروه کنترل	۳۷/۲۵	۴/۵۵	۷	۴	۰/۱۵	۴	۰/۱۳

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

<sup>1</sup>. Hayes, strosahl



توصیفی پژوهش و نرمالتی متغیرها با استفاده از آزمون کلموگراف- اسمیرونف پرداخته می شود.

جدول ۴: نتایج آمار توصیفی متغیر کیفیت زندگی زناشویی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایش و کنترل

گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۲/۵۳	۴/۵۳	۵۷/۰۶	۶/۰۶	۶۰/۲۰	۵/۰۱
گروه ایماگوتراپی	۴۱/۸۳	۶/۳۹	۵۳/۰۶	۶/۶۴	۵۵/۴۶	۴/۷۹
گروه کنترل	۴۰/۴۰	۶/۰۴	۴۰/۰۶	۴/۱۴	۳۹/۴۰	۳/۳۹

نتایج جدول ۴ بیانگر آن بود که میانگین نمرات کیفیت زندگی زناشویی در گروه های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی نسبت به گروه گواه افزایش داشته است. اما معناداری این افزایش و مقایسه اثربخشی دو گروه آزمایشی در ادامه به وسیله آمار استنباطی مورد آزمون قرار می گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه گیری مکرر، پیش فرض های آزمون های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه ای داده ها در متغیر کیفیت زندگی زناشویی در گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار است ( $p > 0/05$ ). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می داد پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت میانگین متغیر وابسته (کیفیت زندگی زناشویی) در مرحله پیش آزمون در گروه های آزمایش و گروه کنترل معنادار نبوده است ( $p > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که سپس فرض کرویت داده ها در متغیر کیفیت زندگی زناشویی رعایت نشده است که بر این اساس یافته های مربوط به سطر گرین هاوس - گایسر ارائه می شود.

جدول ۵: تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای مولفه کیفیت زندگی زناشویی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
۲۶۶۶/۳۲	۱/۴۸	۱۷۹۳/۵۵	۷۷/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱
۴۳۴۹/۵۲	۲	۷۴/۲۱/۷۶	۴۵/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱
۱۶۲۱/۲۳	۳/۹۷	۵۴۵/۲۷	۲۳/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
۱۴۳۷/۷۷	۸۴	۱۷/۱۱				

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان می دهد که میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی زناشویی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره فارغ از تاثیر گروه بندی در طی مراحل پس آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه بندی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی) فارغ از مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر متغیر کیفیت زندگی زناشویی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره دارای تاثیری معنادار بوده است. بدین معنا که اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه بندی حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی با تعامل مراحل نیز تاثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) داشته است. همچنین نتایج نشان داد که ۵۳ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی زناشویی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره توسط تعامل متغیر

مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال در ادامه به مقایسه اثر گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی) با همدیگر پرداخته می‌شود.

جدول ۶: بررسی تفاوت‌های دو به دو جهت مقایسه اثر گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی)

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه آزمایش ایماگوتراپی	۳/۱۷	۱/۴۶
گروه کنترل	گروه آزمایش ایماگوتراپی	۱۳/۳۱	۰/۰۰۰۱
گروه آزمایش ایماگوتراپی	گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۳/۱۷	۱/۴۶
گروه کنترل	گروه آزمایش ایماگوتراپی	۱۰/۱۳	۰/۰۰۰۱

همانگونه نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی زناشویی گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی معنادار نبوده و این یافته بدین معناست که بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر متغیر کیفیت زندگی زناشویی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره تفاوت معنادار وجود ندارد. این در حالی است که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار بوده است. در یک جمع بندی می‌توان این‌گونه بیان کرد: در عین حالی که دو روش آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره تاثیر معنادار دارند، اما بین میزان اثربخشی این دو روش تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۷: میانگین‌های تعدیل شده متغیر کیفیت زندگی زناشویی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	خطای استاندارد
کیفیت زندگی زناشویی	گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۳/۲۶	۱/۰۳
	گروه آزمایش ایماگوتراپی	۵۰/۰۹	۱/۰۳
	گروه کنترل	۳۹/۹۵	۱/۰۳

چنانکه از نتایج جدول ۷ مشخص است نمرات میانگین تعدیل شده متغیر کیفیت زندگی زناشویی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره در گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی از میانگین نمرات گروه کنترل بیشتر است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره موثر بوده است ( $p < 0/001$ ). همچنین بین اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره تفاوت معنادار مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ).

در باب اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی، یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش ورسب، لیب، مایر، هویر، ویچن و آندرو (۲۰۱۶)؛ الینبرگ، هافمن، جنسن و فروستولم (۲۰۱۷)؛ یو، نورتون مک کراکن (۲۰۱۷) و کروسبی و توهیگ (۲۰۱۶) همسو بود. چنانکه پژوهشگران حاضر در نتایج پژوهش خود گزارش کرده اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و برجسته

کردن ارزش‌های فرد و متعهد ساختن آنها به عمل متعهدانه سبب می‌شود که فرایندهای روان‌شناختی، زناشویی و ارتباطی آنها دچار بهبود گردد.

در تبیین یافته حاضر باید اشاره کرد که یکی از مفاهیم اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش است (بریچر و تولیسون، ۲۰۱۱). پذیرش، فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای تعهد را تسهیل می‌کند. فرایندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به‌طور هدفمند و معنا در زندگی‌شان برمی‌گزینند را به‌طور 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 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 بهبود کیفیت زندگی زناشویی زنان می‌گردد. چرا که یکی از ارزش‌های تصریح شده افراد متأهل، بهبود کیفیت ارتباط زناشویی و غنابخشی به زندگی زناشویی است. بر این اساس مشخص کردن این ارزش در جلسات درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبب می‌شود تا زنان رفتار و افکار خود را بر اساس این ارزش سازمان داده و از این طریق کیفیت زندگی زناشویی خود را بهبود بخشند.

علاوه بر این نتایج پژوهش بیانگر تاثیر معنادار ایماگوتراپی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی بود. یافته حاضر با نتایج پژوهش این یافته با نتایج پژوهش‌های اصلانی، جامعی و رجبی (۱۳۹۴)، زینهاری (۱۳۹۳)؛ و جانفسون (۲۰۱۵)؛ مورو و همکاران (۲۰۱۶)، گلهرت، اسمیدت، گیگریچ و لوکات (۲۰۱۷) همخوانی دارد. 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 همدلی در بین زوج‌های دارای مشکلات خانوادگی تاثیر دارد. همچنین مورو، هالیمن و لوکات (۲۰۱۶) اثربخشی آموزش ایماگوتراپی را بر میزان همدلی زوجین را مورد بررسی و تایید قرار دادند. از طرفی گلهرت، اسمچدت، گیگیچ 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 همدلی در میان زوجین را بهبود بخشد (فاطمی و همکاران، ۱۳۹۶). 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 بتوانند تعاملات اثربخش بیشتری را با همسر خود برقرار نموده و از این رهگذر کیفیت زندگی زناشویی بالاتری

را تجربه نمایند. 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 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 (بیتون<sup>۱</sup>، 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 کیفیت زندگی زناشویی آنان می‌شود.

در تبیین عدم معناداری میزان تاثیر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر میزان کیفیت زندگی زناشویی 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 کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی را بهبود بخشند. 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 نظری و تکنیک‌های درمانی مختلف، به میزان مشابهی می‌توانند منجر به بهبود کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی گردند.

در تبیین عدم معناداری میزان تاثیر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر میزان کیفیت زندگی زناشویی 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 کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی را بهبود بخشند. 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 نظری و تکنیک‌های درمانی مختلف، به میزان مشابهی می‌توانند منجر به بهبود کیفیت زندگی زناشویی 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 دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران)، عدم بهره‌گیری از ابزارهای

<sup>1</sup>. Beeton

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 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 کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره داشت، می‌توان پیشنهاد کرد که از این دو روش در جهت بهبود کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره استفاده شود. علاوه بر این می‌توان این دو درمان را با بهره‌گیری از متخصصان، در صدا و سیما به زبان ساده زوجین معرفی نمود تا آنها با بکارگیری مبنی آن، گامی در جهت بهبود کیفیت زندگی زناشویی خود بردارند.

### تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکترای تخصصی رشته مشاوره به شماره ۱۱۳۲۰۷۰۲۹۴۲۰۴۰ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن بود. بدین وسیله از تمام زنان شرکت کننده در پژوهش و مسئولین مراکز مشاوره مهستا، اوستا، ایرانیان و ارمنان، تشکر و قدردانی می‌گردد.

### منابع

- احمدی، خ. ب؛ زارعی محمودآبادی، ع؛ عرب نیا، ع. (۱۳۸۵). بررسی عوامل نامرتب با ناسازگاری زناشویی در جانبازان مبتلا به PTSD. مجله طب نظامی، ۸(۳)، ۱۷۴-۱۶۵.
- اصلانی، خ؛ جامعی، م؛ رجیبی، غ. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تصویرسازی ارتباطی بر کیفیت روابط زناشویی زوج‌ها، فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۹(۴)، ۵۳-۳۷.
- اصلی آزاد، م؛ منشی، غ؛ قمرانی، امیر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس - ناخودداری و درآمیختگی فکر و عمل در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری، فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۸(۷۳)، ۶۷-۷۶.
- امینی، ن؛ ابراهیمی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی رویکرد ایماگوتراپی زوجین بر افزایش سازگاری، صمیمیت و تاب آوری زوجین شهر بوشهر، مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۲(۹)، ۹۱-۷۵.
- ثنائی، ب. (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- حسین‌پور، م؛ رضاخانی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش به شیوه تصویرسازی ارتباطی (ایماگوتراپی) بر سبک دلبستگی و عملکرد خانواده در زنان، فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۳(۴۵): ۱۶۹-۱۵۳.
- حسینی حاجی بکنده، ن. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی دو رویکرد السون و والش بر تاب آوری و تعارضات زناشویی زوجین، رساله دوره دکتری تخصصی رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات.
- دلاور، ع. (۱۳۹۱). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: نشر ویرایش.
- زینهاری، م. (۱۳۹۳). اثربخشی ایماگوتراپی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه رازی، کرمانشاه.
- سرابی، پ؛ پرویزی، ف؛ کاکابرابی، ک. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری شناختی رفتاری جنسی با روان‌درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی، فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۹(۳۴)، ۹-۳۶.
- سلیمی، س. ح؛ آزاد مرزآبادی، ا؛ امیری، م؛ تقوی، س. م. ر. (۱۳۸۷). ابعاد رضایت زناشویی در همسران جانباز، اندیشه‌های نوین تربیتی، ۴، ۷۲-۵۵.

طحان، م؛ عسکری، ز؛ آهنگری، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت جنسی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی، فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۸(۲۹)، ۶۵-۷۴.

فاطمی، م. س؛ کربلایی محمد میگونی، ا؛ کاکاوند، ع. (۱۳۹۵). بررسی تاثیر آموزش تصویرسازی ارتباطی (ایماگوتراپی) بر صمیمیت زناشویی زوج‌ها، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۷(۱)، ۵۹-۵۱.

محنایی، س؛ پولادی ریشه‌ری، ع؛ گلستانه، س. م؛ کیخسروانی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی به روش ایماگو تراپی هندریکس بر بهبود الگوهای ارتباطی و کاهش طلاق عاطفی، روان پرستاری، ۷(۱): ۵۸-۶۵.

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

نورانی پور، ر؛ بشارت، م. ع؛ یوسفی، ا. (۱۳۸۶). بررسی رابطه دانش و نگرش جنسی با رضایت زناشویی، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۶(۲۴)، ۳۹-۲۷.

نیکوگفتار، م؛ سنگانی، ع. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تصویرسازی ارتباطی (ایماگوتراپی) بر انعطاف پذیری کنشی زنان با مشکلات زناشویی، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۹(۳۴): ۲۴۶-۲۲۷.

یوسفی، ن. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و نظام عاطفی بوئن بر طرحواره‌های ناسازگاری اولیه، تفکیک خویشتن، سبک‌های دلبستگی و میل به طلاق در مراجعات متقاضی طلاق شهر سقز. پایان نامه دکتری مشاوره. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه اصفهان.

- Bayerman, S., Kleverson, E. (2014). Family therapy and Self Differentiation in women with and without mental disorders. *social and Behavioral Sciences*, 2 (11), 223-232.
- 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.
- Bradbury, T., Fincham, F., Beach, S. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of marriage and family*, 62, 964-980.
- Bricker, J., Tollison, S. (2011). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: a conceptual and clinical review. *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 39(5), 541-559.
- Bulanda, J. R., Brown, J. S., Yamashita, T. (2016). Marital quality, marital dissolution, and mortality risk during the later life course. *Social Science and medicine*, 166, 119-127.
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, R. D., Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment scale for use with distressed and non-distressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of marital and family Therapy*, 21, 289-308.
- 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.
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J. S., Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety, *Behaviour Research and Therapy*, 92, 24-31.
- 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.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life Therapy: Applying a life satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy*. New Jersey: Jon.
- 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.
- Halford, W. K. (2001). *Brief Therapy for Couples: Helping partners help themselves*. New York: Guilford Press.
- Hawkins, D. N., Booth, A. (2005). Unhappily Ever After: Effects of long-term, low-quality marriages on well-being. *Social Forces*, 84(1), 451-471.
- Hayes, S. C., strosahl, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: springer sci business media inc.
- Hendrix, P. (2006). How to keep your relationship in shape; an introduction to imago. [www.gettingtheloveyouwant.com](http://www.gettingtheloveyouwant.com). 2006.
- Hollist, C. S., Miller, R. B. (2005). Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Fam Relat*, 54, 46-58.
- Josephson, A. M. (2015). From Family Therapy to Family Intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 457-470.
- Kaleta, K. (2014). Marital satisfaction, differentiation of self and stress perceived by women. *Polskie Psychologiczne*, 19(3), 305-319.
- 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.
- Muro, L., Holliman, R., Luquet, W. (2016). Imago Relationship Therapy and Accurate Empathy Development. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 15(3), 232-246.
- Olson, D. (2009). Face IV and the Circumplex model: Validation study. *Journal of marital and family therapy*, 37(1), 64-80.
- Ong, C. W., Lee, E. B., Krafft, J., Terry, C. L., Barrett, T. S., Levin, M. E., Twohig, M. P. (2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22: 1004-1009.
- 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 SL, Kohn CS, Fresco DM. Marital conflict and depression in the context of marital discord. *Cognitive Therapy and Research*. 2001; 25(6), 713-732.
- Sharff, J. S., Sharff, D. (2003). *Object relations and psychodynamic approaches to couple and family therapy*. Newyork: Brunner.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Reuman, L., Smith, B. M. (2019). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6: 167-173.
- Verhoeven, J., Malinowski, O. (2011). *Trichotillomania: A comparison of CBT and ACT in causal reasoning and treatment outcome stability*. Behavioral Science Institute. Washington, DC: American psychiatric press.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hoyer, J., Wittchen, H., Andrew, T. (2016). Changes of valued behaviors and functioning during an Acceptance and Commitment Therapy Intervention, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 61-70.
- 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.
- Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, Hartery K, Kirschbaum C, Doherty G, Cullen G, Dooley B, Mulcahy HE. (2018). Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*, In Press, Accepted Manuscript.
- Young, M., Wilmott, P. (2013). *Family and kinship in East London*. Routledge publication.
- 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.