



The Impact of Acceptance and Commitment Couples Therapy on Reducing the Marital Conflicts between Couples Applying for Divorce

Sakineh Abbasi Bondaragh

PhD Candidate in Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran. Email: S.abbasi@tabrizu.ac.ir

Masoumeh Azmoudeh

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran. (Corresponding Author), Email: azmod401@gmail.com

Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi

Assistant Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Seyyed Davoud Hosseininasab

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.

Received: 2022-07-19	Revised: 2023-05-06	Accepted: 2023-05-31	Published: 2023-07-22
Citation: Abbasi Bondaragh, S., Azmoudeh, M., Ghanbari Hashem Abadi, B. A., & Hosseininasab, S. D. (2023). The Impact of Acceptance and Commitment Couples Therapy on Reducing the Marital Conflicts between Couples Applying for Divorce. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(1), 25 - 46. doi: 10.22067/tpccp.2023.77768.1317			

Abstract

Introduction

Divorce and destructive conflicts between couples are major endangering issues that cause mental disorders and harms in the family and endanger communities' psychological health. So, many social institutions try to take preventive measures in this regard. Conflict is an inevitable phenomenon of marital relationships, the result of which could be couples' aroused negative feelings. Couples may think differently about each other, and the difference would result in stress or tension among them. The decision for living together as a couple creates diverse expectations and various hopes, some of which will probably remain unfulfilled. Failing to manage different challenges or expectation of married life may lead to destructive behaviors. Destructive behaviors make worse the situation, make couples dissatisfied, and even in some cases may result in such behaviors as insulting, shouting, and criticizing the other one. If one of the couples face the negative behaviors, probably shows similar or worse behaviors. Several therapeutic methods have been proposed for helping couples to solve their conflicts, among of which is acceptance and commitment couples therapy. Acceptance and commitment couples therapy is a psychological method that aims helping those who experience a long-lasting problem or pain. Some studies have shown that acceptance and commitment couples therapy can positively impact on such marital variables as the quality of life, compatibility between couples, intimacy, marital satisfaction, interpersonal conflicts, and psychological distresses. Many scholars have paid attention to marital conflicts, since more examining feelings, behaviors, and cognition can help find more solutions for marital challenges. This research, then, tried to investigate the impact of acceptance and devotion couples therapy on marital conflict among those who have applied for divorce. The study tries to answer the following questions:

1. Does acceptance and commitment couples therapy decrease the marital conflicts among the couples applying for divorce?
2. Do the impacts of acceptance and commitment couples therapy on decreasing the marital conflicts last to the follow-up phase?



Method

This semi-experimental research used a pre-test, post-test, and a follow-up design. The statistical population consisted of all couples applying for divorce and referring to Andisheh Counseling Center of Tabriz, Iran, from May to December 2021. According to Cohen's table, 30 couples were selected as members of the sample. The couples were divided randomly into experimental and control groups (15 couples in each group). The experimental groups were trained using acceptance and commitment couples therapy over 10 sessions of 90 minutes, twice a week (and a follow-up session), and the control group did not receive any treatment and were told that they were on the waiting list. Barati and Sanaei's (2000) revised Marital Conflicts Questionnaire that includes 54 items was used to measure the type and extent of conflicts in marital relationships. The questionnaire has content validity. Its reliability coefficient of the questionnaire was calculated using Cronbach's alpha to be 0.91. The collected data were analyzed at descriptive and inferential levels. Mean and standard deviation were used for the descriptive part and mixed model ANOVA was used for the inferential part of data analysis.

Results

The average age of the participants was 34.34 and their marriage duration was 3 to 24 years. Most participants had been married for 3 to 6 years. Of 30 couples, 26.56% had no children, 26.55% had one child, 33.44% had two children, 9% had three children, and 3.35% had four children. Regarding degrees, of the 30 male participants, 3.4% had PhD, 20% had a MA/MSc degree, 26.5% had a BA/BSc degree, 13.6% had an associate degree, and 36.7% had diploma. Of the 30 female participants, 16.6% had a MA/MSc degree, 46.6% had a Ba/Bsc degree, 3.4% had an associate degree, and 33.4% had a diploma. Descriptive statistics showed that the average score for the subscales and the overall marital conflict have decreased in the experimental group in post-test and follow-up tests, but no changes can be seen in the control group. Moreover, the significance of the difference between the groups regarding the scores was evaluated through mixed ANOVA, the normal distribution of the data was tested through Mauchly's Test of Sphericity, and the interaction effect was measured through Wilk's lambda test. Since both were insignificant, the data are normally distributed and the homogeneity of variances is valid. The analysis of the variance of intergroup and intragroup effects regarding marital conflicts in different situations showed the reduction of conflicts between couples in the experimental group ($F=108.110$, $p=0.0001$) and the stability of the results in the follow-up phase ($F=39.40$, $p=0.001$). Therefore, regarding Question 1 of the study, it can be said that acceptance and commitment couples therapy had reduced the marital conflict between couples in the experimental group over time. Regarding Question 2 of the study, the stability of the effectiveness of the intervention over time was approved.

Discussion and Conclusion

The results showed that acceptance and commitment couples therapy reduces marital conflicts. The difference between marital conflicts in the experimental and control groups after the intervention is significant; that is, the average score of marital conflicts was lower at the post-test of the experimental group. According to Cohen, the effect size of 40% is medium. The effect size of this study was 49%, meaning that the effect is valid after three months. Accordingly, implementing each of the six stages of acceptance and commitment couples therapy (experiential avoidance, acceptance, cognitive dissonance, being present, self-monitoring, and values) improves the damage caused to different dimensions of the couples' behavior, cognition, emotion, and relationship. This therapy increases couples' intimacy, reduces their marital conflicts, improves the quality of their communication, and enhances their marital satisfaction.

Keywords: Acceptance and Commitment, Couples Therapy, Marital Conflicts, Divorce

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دسترسی آزاد

<https://tpccp.um.ac.ir>

مقاله پژوهشی



اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر تعهدپذیرش بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق

سکینه عباسی بورندرق ^{ID}

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران. s.abbasi@tabrizu.c.ir

معصومه آزموده ^{ID}

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاداسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران، (نویسنده مسئول). azmod401@gmail.com

بهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی ^{ID}

استاد گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی، مشهد، مشهد، ایران.

سید داوود حسینی نسب ^{ID}

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاداسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۸	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۲/۱۶	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
<p>استناد: عباسی بورندرق، سکینه؛ آزموده، معصومه؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام علی؛ حسینی نسب، سید داوود. (۱۴۰۲). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۲۵-۴۶. doi: 10.22067/tpccp.2023.77768.1317</p>			

چکیده

هدف: تعارضات زناشویی محور بسیاری از پژوهش‌ها بوده و پرداختن به هیجان، رفتار و شناخت نقش محوری در روان‌درمانی دارد.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین بود.

روش: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوجین متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آرامش اندیشه در هفت ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. از بین آن‌ها ۳۰ زوج داوطلب به صورت نمونه‌گیری در دسترس با در نظر گرفتن شاخص‌های ورود و اعمال معیارهای خروج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه با حجم ۱۵ زوج قرار گرفتند. سپس زوج‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در ۱۰ جلسه، هفته‌ای دو بار برای گروه آزمایش اجرا شد. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری به پرسشنامه تعارضات تجدید نظر شده پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته ساده استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج، حاکی از کاهش تعارضات زوجین گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه ($F=1.08/110$ ، $P=0/0001$) و نیز پایداری نتایج در مرحله پیگیری ($F=3.9/40$ ، $P=0/001$) بود. بنابراین می‌توان بیان کرد که کاربرد این مداخله راهکاری مؤثر برای کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره قابل‌آزمودن است.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، زوج‌درمانی، تعارضات زناشویی، طلاق

مقدمه

طلاق و تعارضات مخرب زوجین به عنوان عوامل خطر آفرین عمده در ایجاد اختلالات روانی و آسیب های روانی در خانواده و در عین حال به خطر انداختن سلامت روانی جامعه محسوب می شود. از این رو، بسیاری از سازمان های اجتماعی در تلاش هستند تا اقدامات پیشگیرانه برای طلاق انجام دهند. بسیاری از مطالعات نشان می دهد که میزان طلاق در سراسر جهان در حال افزایش است، در حالی که جدایی ها به دلایل مختلفی ایجاد می شود (Bowers et al., 2014). این امر زمانی اتفاق می افتد که کارکردهای عادی خانواده در زمینه های زیستی، اجتماعی، شناختی و عاطفی آسیب ببیند و منجر به گسست روانی، اجتماعی و پدیده های قانونی شود که به آن طلاق می گویند. عوامل مؤثر بر ظهور طلاق در مطالعات مختلف مورد اشاره قرار گرفته است: عوامل اقتصادی و اجتماعی (Sandström, 2011)، عوامل محیطی و ژنتیکی (Jerskey et al., 2010)، ویژگی های شخصیتی و تجربه استرس مداوم (Bowers et al., 2014). کیفیت رابطه و تعهد به ازدواج (Amato & Hohmann Marriott, 2007) و رفتارهای مخرب و متضاد همراه با مشکلات روابط زوجین (Birditt et al., 2010). یکی از عوامل مؤثر بر وقوع طلاق و مشکلات روابط بین زوج ها تعارضات زناشویی می باشد.

تعارض پدیده ای غیر قابل اجتناب و ذاتی در روابط زناشویی است که در نتیجه آن زوجین ممکن است عواطف منفی تجربه کنند و نظرات و دیدگاه های متفاوتی به هم داشته باشند؛ تعارض را می توان به عنوان مخالفت آشکار بین همسران مطرح کرد که باعث ایجاد اختلاف نظر و مشکلات ارتباطی می شود (Falcke et al., 2013; Wagner & Mosmann, 2008). تعارض زناشویی نوعی حالت تنش یا استرس بین زوجین می باشد، زیرا زن و شوهر سعی می کنند نقش های زناشویی خود را ایفا کنند. این واقعیت که دو نفر توافق می کنند یا قصد دارند به عنوان زن و شوهر با هم زندگی کنند، انتظارات و امیدهای متفاوتی را می طلبد که ممکن است برخی از آنها برآورده شوند و برخی دیگر برآورده نشده باقی بمانند. از آنجایی که زوج ها انسان هستند. طبیعی است که انتظار داشته باشیم که تفاوت هایی در عقاید، ارزش ها، نیازها، خواسته ها و عادات وجود داشته باشد که جزء موارد روزمره زندگی است (Tolorunleke, 2014). تعارضات زناشویی در ادبیات تخصصی با چهار بعد محتوا، فراوانی، شدت و وضوح توصیف شده است. محتوای تعارض به موضوعاتی اشاره دارد که باعث ایجاد اختلاف بین زوجین می شود. برخی از موضوعات متداول تعارض که در ادبیات این حوزه توصیف شده است عبارتند از: شیوه های تربیت فرزندان، اوقات فراغت زوجین، امور مالی، کارهای خانه، تمایلات جنسی (Mosmann & Falcke, 2011; Wagner et al., 2014)، اختلافات قدرت، بی اعتمادی، صمیمیت ایده های واگرا، شخصیت شریک زندگی و خویشاوندان (Wagner et al.,

2014). تحقیقات ملی و بین‌المللی نشان می‌دهد که فراوانی بروز تعارض با نارضایتی زناشویی (Caughlin et al., 2006) و ناسازگاری فرزندان (Stutzman et al., 2009). مرتبط است. با افزایش فراوانی تعارضات و شدت اختلافات، به‌ویژه در درگیری‌های با شدت بالا که شامل خشونت نیز می‌باشد بر مشکلات مهارت‌های عاطفی و اجتماعی کودکان نیز افزوده می‌شود (Lindahl & Malik, 2011). راهبردهایی که زوجین برای حل تعارض بکار می‌گیرند به شیوه‌ای که آنان با هیجان‌ات منفی‌شان رفتار می‌کنند بستگی دارد. این راهبردها در قالب دو دسته رفتارهای سالم و ناسالم عنوان شده‌اند ۱- رفتارهای سالم شامل تمرکز بر رابطه با همسر به‌جای تمرکز به شخصیت اوست. مواردی از قبیل همکاری، حمایت روانی و عاطفی، انعطاف‌پذیری و شرکت در تعاملات برای بهتر درک شدن به‌جای دفاع و محافظت از خود، محترم شمردن و مشورت کردن برای ایجاد یک هدف مشترک و رسیدن به رضایتمندی، جزو رفتارهای سالم هستند (P. Greeff, 2000) در مقابل ۲- رفتارهای ناسالم و تخریب‌گر، موقعیت را بدتر کرده و عموماً باعث تعارض و نارضایتی یکی یا هر دو زوج می‌شوند (Rinaldi & Howe, 1998). این رفتارهای غیرسازنده که در زمان‌های پر تنش بروز می‌کنند می‌توانند شامل ایرادگیری، توهین، بالحن تند، فریاد کشیدن و انتقاد کردن به رفتارها و اعمال همسر باشد. زمانی که یکی از زوجین در معرض این رفتارهای منفی قرار می‌گیرد عکس‌العمل‌هایی در همین راستا و با شدت بالاتر نشان می‌دهد. همسران در روابط مخرب مسایل قدیمی را پیش می‌کشند، و هیجان‌ات منفی پنهان و پوشیده یا سرکوب شده را آشکار و زنده می‌کنند که اغلب در این نوع ارتباط شخصیت برنده و بازنده وجود دارد و میزان صمیمیت و احترام به یکدیگر کاهش می‌یابد، در حالی که در حل تعارض سالم و سازنده همسران بر موضوعات و مسائل حال تمرکز می‌کنند، با بیان کردن احساسات مثبت و منفی به همدیگر مسئولیت خودشان را نسبت به مشکل می‌پذیرند، با مطرح کردن راهکارهای حل مسئله مشکل را حل می‌کنند و به این طریق آسیب روابطشان جلوگیری کرده و باعث افزایش صمیمیت و اعتماد به هم‌دیگر می‌شوند (Olson et al., 2013). رویکردهای درمانی مختلفی برای کمک به حل تعارضات زوجین مطرح هستند، یکی از این رویکردها که به نظر می‌رسد کارایی مطلوبی داشته باشد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است.

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یک درمان روانشناختی با هدف حمایت فزاینده برای افرادی است که درد مداوم و مزمن را تجربه می‌کنند (Hughes et al., 2017; Veehof et al., 2016). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اساس مدل انعطاف‌پذیری روانشناختی پایه‌ریزی شده است، منظور از انعطاف‌پذیری روانشناختی عبارت است از توانایی یا ظرفیت درگیری در فعالیت‌های مهم شخصی در حالی که فرد به

افکار و احساسات خودش آگاهی داشته و در تماس‌ها و ارتباطات فکری و احساسی خودش محدودیت و بن بستى ندارد (Hayes et al., 2011). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شامل شش مرحله و فرآیند مرتبط است. مرحله اول؛ پذیرش: عبارت است از "تمایل به تجربه حالات درونی، صرف نظر از اینکه آنها به عنوان خوشایند یا ناخوشایند تجربه شوند" (Hayes et al., 2011). مرحله دوم؛ گسستگی شناختی: عبارت است از "برقراری تماس نزدیک‌تر با رویدادهای کلامی آن‌گونه که واقعاً هستند، نه صرفاً آن‌طور که بیان می‌شوند که آنها می‌گویند" (Hayes et al., 2011).

مرحله سوم؛ آگاهی از لحظه حال و اکنون: بودن در لحظه حال «توانایی ایجاد فضایی برای حضور در اینجا و اکنون در حالتی باز، پذیرا و بدون قضاوت است» (Hayes et al., 2011). مرحله چهارم؛ خود به عنوان یک بافت (خود مشاهده‌ای): خود مشاهده‌گر عبارت است از «درک/تجربه کردن خود به عنوان تداوم آگاهی فراتر از احساسات، افکار، احساسات، تجربیات و غیره» (Hayes et al., 2011). این یکی از دو جنبه دیگر خود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. خود مفهومی (یا خود به عنوان محتوا) و خودی که از همه محتوا آگاه است (خود به عنوان زمینه) (Hayes et al., 2011). مرحله پنجم؛ ارزش‌ها: عبارت است از «روشن کردن آن‌چیزهای مهم‌تر برای ایجاد روشی که فرد می‌خواهد زندگی کند» (Springer, 2012). مرحله ششم؛ عمل به تعهد؛ اقدام متعهدانه "شامل حرکت انعطاف‌پذیر به سمت اهدافی که با ارزش‌های فرد سازگار است" (Springer, 2012). برخلاف درمان‌های شناختی رفتاری سنتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف به چالش کشیدن یا تغییر افکار یا احساسات ناراحت‌کننده مرتبط با رویدادهای استرس‌زای زندگی نیست، بلکه بر ایجاد «زندگی ارزشمند» با ترویج معنا تمرکز می‌کند (A-tjak et al., 2015; Jiménez, 2012; Levin et al., 2012). این درمان، بهبودهایی را نسبت به دوره پایه بدون درمان در تداخل درد، شدت درد، افسردگی، عملکرد جنسی و رضایت جنسی در اقدامات ارزیابی روزانه و پرسشنامه‌های کامل ایجاد می‌کند. همچنین افزایش در پذیرش درد، آگاهی از لحظه حال و اقدام متعهدانه منعکس‌کننده فرآیندهای کلیدی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است. یکی از راه‌های بهبود درمان‌های روان‌شناختی، شناسایی فرآیندهای کلیدی تغییر درمانی مانند بکارگیری اجزای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (McCracken & Morley, 2014) و (Hofmann & Hayes, 2019). گرچه ظهور درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، با کار بر روی بیماران اختلالات فردی بوده است، اما می‌تواند بر ابعاد گوناگون زندگی تأثیر بگذارد (Mohsenzadeh et al., 2019) و با موفقیت در طیف وسیعی از موقعیت‌ها، اشکال گروهی و خانوادگی و به صورت سیستم‌های حمایتی-مراقبتی و پیشگیرانه به کار برده شود (Hayes & Hofmann, 2019).

2018). تحقیقات نشان می‌دهد که زوج درمانگری مبتنی بر روش تعهد و پذیرش می‌تواند بر متغیرهای زناشویی مانند افزایش کیفیت زندگی زناشویی، افزایش سازگاری بین فردی (Brown et al., 2015) صمیمیت و رضایت زناشویی، کاهش آشفتگی‌های بین فردی (Fish et al., 2014) کاهش تعارض و پریشانی‌های روانی و بین فردی (Baruch et al., 2009) مؤثر باشد. مطالعه در زمینه تعارضات زناشویی مورد توجه بسیاری از محققین بوده و پرداختن به احساسات، رفتار و شناخت نقش محوری در روان درمانی دارد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق انجام شد تا به پرسش‌های زیر پاسخ دهد.

- ۱) آیا زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق را کاهش می‌دهد؟
- ۲) آیا اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تعارضات زناشویی زوجین در مرحلهٔ پیگیری پایدار می‌ماند؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه آزمایش و گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه زوجین متقاضی طلاق مراجعه کننده به مرکز مشاوره آرامش اندیشه شهر تبریز از اردیبهشت تا آذرماه سال ۱۴۰۰ بود. بعد از مراجعه افراد به مرکز مشاوره، جلساتی توجیهی برای بیان اهداف پژوهش، امتیازات و منافع آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و با تأکید بر ورود داوطلبانه، رایگان بودن و محرمانه ماندن اطلاعاتشان جهت شرکت در برنامه برگزار شد. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن^۱، ۳۰ نفر تعیین گردید. برای محاسبه حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی/نیمه آزمایشی، به منظور مقایسه دو یا چند گروه، چنانچه آلفای مساوی ۰/۰۵ و حجم اثر مساوی ۰/۵۰ اختیار شود با انتخاب ۳۰ نفر (۱۵ زوج) برای هر گروه می‌توان به توان آماری ۰/۹۷ دست یافت (Danaher, 1974). بعد از انتخاب، افراد نمونه به صورت تصادفی در دو گروه، یک گروه آزمایش و گروه گواه با حجم ۱۵ زوج (۳۰ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دو بار در هفته تحت آموزش‌های مربوط به زوج‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش، (و یک جلسه پیگیری) قرار گرفتند و در این اثناء گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نکرده و به آنها گفته شد که در لیست انتظار هستند و پس از سه ماه وارد فرایند درمان خواهند شد. به منظور تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین

و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته ساده^۱ استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تعارضات زناشویی: این پرسشنامه یک ابزار ۵۴ سؤالی است که توسط براتی و ثنایی در سال (۱۳۷۹) ساخته شده است و برای سنجیدن ماهیت و میزان تعارض در روابط زناشویی به کار گرفته می‌شود. این ابزار هشت قسمت از تعارضات زناشویی را اندازه‌گیری می‌کند که شامل: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، کاهش ارتباط با خانواده و خویشاوندان همسر، افزایش برخوردهای هیجانی، افزایش حمایت فرزندان، افزایش ارتباط شخص با خویشاوندان، مرزبندی کردن وضعیت مالی برای همدیگر و کاهش ارتباط اثربخش است.

نمره‌گذاری گزینه‌ها به این صورت است: هرگز ۱، بندرت ۲، گاهی ۳، اکثراً ۴، همیشه ۵. به سؤالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷، ۵۴ به شکل عکس نمره داده می‌شود. در این پرسشنامه نمره بالاتر به معنی تعارض بیشتر و نمره پایین به معنی تعارض کمتر و ارتباط سالم‌تر است. آلفای کرانباخ برای کل پرسشنامه مساوی با ۰/۹۶ و برای ۸ خرده‌مقیاس به شکل زیر می‌باشد: کاهش رابطه جنسی ۰/۶۱؛ کاهش همکاری ۰/۸۱؛ کاهش ارتباط با خانواده و خویشاوندان همسر ۰/۸۹؛ افزایش برخوردهای هیجانی ۰/۷۰؛ افزایش ارتباط شخص با خویشاوندان ۰/۸۶؛ افزایش حمایت فرزندان ۰/۳۳؛ مرزبندی کردن وضعیت مالی برای همدیگر ۰/۷۱ و کاهش ارتباط اثربخش ۰/۶۹ است. پرسشنامه روایی محتوایی خوبی برخوردار است. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرانباخ ۰/۹۱ بررسی شد.

جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش مبتنی بر آموزه‌ها و پروتکل ارائه شده برای این نوع درمان که مستند به منابع معتبر می‌باشد (Hayes et al., 2011)؛ (Hayes & Pierson, 2005)، پس از گذراندن دوره آموزشی این نوع درمان همراه با یک دوره کارورزی در پی آن توسط پژوهشگر (پس از شرکت پژوهشگر در کارگاه‌های تخصصی و نیز مطالعه مقالات و متون علمی و آشنایی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم پروتکل درمان، نظر اساتید راهنما و مشاور بر این بود که برای اطمینان از اثربخشی این درمان، درمان ابتدا به شکل موردی بر روی برخی از زنان افراد دارای تعارضات زناشویی اجرا شود. نتایج اجرای موردی بسیار رضایتبخش بود (و به ترتیب برحسب جلسات زیر به مرحله اجرا درآمده است)، که محتوای جلسات به طور خلاصه در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

اهداف و مداخلات درمانی	مداخله	جلسه
آشنایی زوج با درمانگر، قواعد و اصول کلی مشاوره درمان درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و نحوه بروز مشکل بر اساس رویکرد اکت.	زوج‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش	اول
یادگیری مفاهیم پایه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به شش بعد مطرح در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش.		دوم
بررسی خلاصه‌ای از جلسه قبل، آموزش تخصصی شش ضلعی (خود مشاهده گر، پذیرش، حضور در لحظه، عدم همجوشی شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، شناسایی دیدگاه زوجین در خصوص عوامل اختلاف		سوم
تعریف ذهن آگاهی به مثابه یک فرایند، تمرین کشمش، مهارت‌های ذهن آگاهی، ذهن آگاهی تنفس، آموزش تن آرامی پیش رونده عضلانی مفهوم سازی کنترل به عنوان یک مشکل (و نه به عنوان یک راه حل).		چهارم
آشنایی با نحوه ی جدا شدن از افکار و احساسات ناخوشایند، آشنایی با نحوه ی پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند، بررسی کارکرد هیجان، ذهن آگاهی صداها، آیا این گفته‌ها و اعمال در درازمدت موجب تغییر رفتار همسر شده است.		پنجم
آشنایی با مقوله‌های مختلف ارزش‌های زندگی، شناسایی ارزش‌ها، شناسایی اهریمن‌های ذهنی (موانع قدم برداشتن در مسیر ارزش‌ها)، تصریح هزینه‌های کنترل و اجتناب.		ششم
سنجش عملکرد، مرور واکتس‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی خود به عنوان زمینه و گسلش، معرفی پذیرش و اشتیاق به عنوان جایگزین برای کنترل و اجتناب.		هفتم
مفهوم سازی اهداف و بیان وجه تمایز آنها با ارزشها، آشنایی با انواع مختلف اهداف (فوری، کوتاه مدت، میانه مدت و بلند مدت)، معرفی مفهوم تعهد به زندگی با ارزش.		هشتم
آموزش و ترغیب پذیرش و ذهن آگاهی هم زمان یا درگیری در زندگی ارزش مدار و بررسی محدودیتها		نهم
پذیرش و جمع‌بندی، یادگیری پذیرش خود و دیگران، برقراری ارتباط مؤثر؛ ارزیابی و پایان دادن به درمان و گرفتن بازخورد. اجرای پس آزمون تعارضات زناشویی.		دهم
پاسخگویی به سؤالات احتمالی، نظرسنجی درباره تأثیر مداخله‌های انجام شده، تکمیل پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی. تقدیر و تشکر از شرکت کنندگان.	پیگیری	

یافته‌ها

میانگین سن شرکت کنندگان پژوهش حاضر ۳۴/۳۴ سال و مدت ازدواج آنان ۳ تا ۲۴ سال و بیشترین فراوانی مربوط به زوج‌هایی بود که حدوداً ۳ تا ۶ سال از ازدواج‌شان سپری شده بود. از سی زوج، ۲۶/۵۶ درصد بدون فرزند، ۲۶/۵۵ درصد صاحب یک فرزند، ۳۳/۴۴ درصد دارای دو فرزند، ۹ درصد دارای سه

فرزند و ۳/۳۵ درصد صاحب چهار فرزند بودند. از ۳۰ مرد شرکت کننده، ۳/۴ درصد با مدرک تحصیلی دکتری، ۲۰ درصد فوق لیسانس، ۲۶/۵ درصد لیسانس، ۱۳/۶ درصد فوق دیپلم و ۳۶/۷ درصد دیپلم بود؛ از ۳۰ زن شرکت کننده، ۱۶/۶ درصد با مدرک تحصیلی فوق لیسانس، ۴۶/۶ درصد لیسانس، ۳/۴ درصد فوق دیپلم و ۳۳/۴ درصد دیپلم بود. در جدول ۲ میانگین همکاری، ارتباط جنسی، برخوردهای هیجانی، گرایش حمایتی و انحراف استاندارد آن‌ها ارائه شده است. همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمره خرده مقیاس‌های فرزندان، وضعیت مالی و ارتباط اثربخش و همچنین تعارض زناشویی کلی در گروه آزمایش در شرایط پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است ولی در مورد گروه گواه چنین تغییری مشاهده نمی‌شود. معناداری تفاوت گروه‌ها با توجه به نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با Mixed Model ANOVA مورد ارزیابی قرار گرفت (جدول ۳).

روش تحلیل

در پژوهش حاضر، داده‌های به دست آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه

پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		گروه	مقیاس
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۳/۵۱	۱۲/۹۳	۲/۹۴	۹/۲۲	۲/۸۶	۱۰/۹۷	ACT	کاهش همکاری
۲/۹۴	۱۲/۵۶	۳/۸۷	۱۲/۹۷	۴/۶	۱۳/۸۷	Control	
۳/۹۲	۱۳/۹۸	۳/۶۴	۱۱/۳۳	۳/۵۱	۱۰/۸۶	ACT	کاهش رابطه جنسی
۳/۴۶	۱۳/۷۸	۳/۸۲	۱۴/۸۶	۳/۵۱	۱۵/۶۳	Control	
۳/۲۵	۲۲/۹۵	۳/۹۶	۱۷/۷۷	۲/۹۵	۱۹/۳۷	ACT	افزایش واکنش‌های هیجانی
۳/۷۱	۲۳/۰۴	۴/۵۷	۲۴/۵۶	۷/۴۷	۲۵/۰۳	Control	
۳/۵۱	۱۳/۳۴	۲/۹۵	۱۰/۶۴	۲/۶۸	۱۱/۹۷	ACT	افزایش جلب حمایت فرزندان
۳/۸۷	۱۲/۶۸	۴/۰۴	۱۲/۴۷	۲/۶۱	۱۲/۹۱	Control	
۳/۹۴	۱۴/۹۵	۳/۸۰	۱۳/۷۵	۲/۹۴	۱۴/۲۷	ACT	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان
۴/۷۹	۱۵/۹۳	۴/۶۶	۱۵/۴۸	۵/۰۷	۱۶/۴۳	Control	
۴/۴۸	۱۵/۸۲	۴/۷۲	۱۴/۶۴	۳/۹۹	۱۵/۶۶	ACT	کاهش رابطه با خویشاوندان همسر
۴/۷۹	۱۵/۹۳	۴/۶۶	۱۵/۴۸	۵/۰۷	۱۶/۴۳	Control	
۵/۰۷	۱۸/۴۲	۴/۶۸	۱۶/۸۹	۴/۵۸	۱۶/۱۸	ACT	جدا کردن امور مالی از یکدیگر
۵/۴۴	۱۸/۷۵	۵/۳۵	۱۹/۴۱	۵/۸۷	۱۹/۱۹	Control	

۵/۷۵	۳۶/۰۶	۵/۳۲	۳۶/۶۸	۶/۶۶	۳۹/۹۷	ACT	کاهش ارتباط مؤثر
۸/۶۴	۴۳/۴۳	۹/۵۹	۴۲/۴۸	۸/۰۵	۴۰/۰۱	Control	
۱۴/۰۴	۱۳۴/۴۷	۱۴	۱۳۶/۴۴	۹/۲۹	۱۶۹/۵	ACT	تعارضات زناشویی
۱۱/۵۸	۱۶۹/۷۰	۱۱/۱۸	۱۶۹/۴۰	۱۱/۲۰	۱۶۸/۶۷	Control	

جدول ۳: نتایج بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس آمیخته

لوین		ام باکس		ماچلی		شاپیرو ویلک	موقعیت‌ها
F	sig	M	F	W	X2	Z	
۲/۵۲	۰/۱۱۶	۰/۹۱	۱/۵۱	۲۲/۳۱	۰/۷۲۷	۰/۹۶۷	پیش آزمون
۰/۲۴	۰/۶۱۸					۰/۹۶۱	پس آزمون
۰/۱۱۷	۰/۷۳۲					۰/۹۴۳	پیگیری

* $p < 0/50$, ** $p < 0/01$

جدول ۳ نشان می‌دهد توزیع طبیعی داده‌ها برقرار است. با توجه به سطح معناداری آزمون کرویت موخلی (Mauchly's sphericity test) که بیشتر از ۰/۰۵ است ($p=0/414$)، بنابراین فرضیه کرویت موخلی برقرار است و ماتریس کواریانس (خطاها) درون گروه‌ها همگن است و تفاوت معناداری وجود ندارد. عدم معناداری آماره ام باکس (Box's M) دال بر یکسانی همبستگی‌های متقابل بین سطوح متغیر درون گروهی است ($p=0/969$). با توجه به برقراری دو مفروضه فوق بنابراین می‌توان از آزمون لامبدا ویلکز (λ) Wilks's) برای بررسی اثر تعاملی استفاده کرد. معنادار نبودن آزمون لوین (Levene's test) نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است.

جدول ۴: آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون لامبدا	F	df فرضیه	df خطا	مجدور تا
زمان	۰/۱۷۰	۳۹/۴۰	۲	۵۷	۰/۸۳۰
گروه × زمان	۰/۱۵۷	۵۰/۷۵	۲	۵۷	۰/۸۴۳

بر اساس جدول ۴ اثر تعاملی گروه و زمان معنادار و اندازه اثر این تعامل ۰/۸۴ است که نشان دهنده تغییرات متفاوت در نمرات تعارض زناشویی دو گروه با گذشت زمان است. مقدار آماره لامبدا ویلکز با احتمال (۰/۰۰۱) کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زمان تأثیر آماری معنادار دارد. به

عبارت دیگر بین سه دوره زمانی مختلف تفاوت داشته است. با استفاده از مجذور اتا می توان اندازه اثر این نتیجه را ارزیابی کرد. بر اساس رهنمودهای کوهن این نتیجه یک اندازه اثر خیلی بزرگ را نشان می دهد. طبق جدول ۵ تفاوت بین گروه ها در زیر مقیاس ها (همکاری، رابطه جنسی، جلب حمایت فرزندان، واکنش هیجانی، جدا کردن امور مالی و ارتباط مؤثر) و تعارض زناشویی در گروه آزمایش در حدی است که بین دو گروه تفاوت معنادار با اندازه اثر ۰/۴۹ ایجاد کرده که بر اساس نظر کوهن اثر بزرگی محسوب می شود. با توجه به جداول ۳ و ۴، هر سه اثر زمان، گروه و تعامل دو عامل از نظر آماری معنا دارند. بنابراین در پاسخ به سؤال شماره ۱ می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تعارض زناشویی زوجین گروه آزمایش را در طول زمان در مقایسه با گروه کنترل کاهش داده است. با توجه به معناداری آماری تعامل دو عاملی تحلیل اثرهای ساده انجام شد که نتایج به تفکیک گروه ها و موقعیت ها در جدول ۶ آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اثرات بین گروهی متغیر تعارضات زناشویی در موقعیت های مختلف اندازه گیری

متغیر	منبع	Ss	df	Ms	F	Y ²
کاهش همکاری	زمان	۲۹۳/۳۳۹	۱	۲۹۳۶۷/۳۳۹	**	۰/۴۵۹
	گروه	۳۴۵/۴۵۰	۱	۳۴۵/۴۵۰	۳۴/۴۷۳**	۰/۵۷۳
	خطا	۵۸۱/۲۱۱	۵۸	۱۰/۰۲۱		
کاهش رابطه جنسی	زمان	۴۳۸/۶۸۹	۱	۴۳۸/۶۸۹	۱۶/۳۴۳**	۰/۹۳۱
	گروه	۲۸۹/۰۲۲	۳	۲۸۹/۰۲۲	۱۰/۸۲۸**	۰/۵۳۳
	خطا	۱۵۴۸/۲۸۹	۵۸	۲۶/۶۹۵		
افزایش واکنش های	زمان	۵۶۳/۴۲۲	۱	۵۶۳/۴۲۲	۳۹/۱۴**	۰/۹۷۴
	گروه	۲۱۴/۳۵۶	۱	۲۱۴/۳۵۶	۱۴/۸۹**	۰/۴۵۸
	خطا	۸۳۴/۸۹۹	۵۸	۱۴/۳۹۵		
افزایش جلب حمایت فرزندان	زمان	۳۳۷/۴۵	۱	۳۳۷/۴۵	۱۴/۸۳۹**	۰/۹۳۵
	گروه	۵۸۲/۲۷۲	۳	۵۸۲/۲۷۲	۲۵/۶۰۶**	۰/۶۰۷
	خطا	۱۳۱۸/۹۴۴	۱۱۶	۲۲/۴۷۰		
افزایش رابطه با خویشان خود	زمان	۸۱۰/۱	۱	۱۲۶۷۸/۸۹	۳۲/۵۶**	۰/۱۹
	گروه	۳۸۴/۶۹۷	۳	۳۸۹/۴۵۶	۱۵/۷۸**	۰/۲۱
	خطا	۱۰۱۸/۱۱۱	۱۱۶	۲۴/۶۷		
کاهش رابطه خانوادگی با	زمان	۲۲۰/۴	۱	۱۱۵۶۷/۸۶	۲۷/۱۷**	۰/۳۴
	گروه	۱۷۲/۹۳۸	۳	۴۲۵/۸۷	۲۶/۰۳**	۰/۲۷

		۱۶/۳۶	۱۱۶	۱۲۱۵/۲۶۴	خطا	خویشاں همسر
۰/۹۵۱	۴۶/۱۴۴**	۱۸۱۰/۲	۱	۸۱۰/۱	زمان	جدا کردن
۰/۵۶۰	۲۱/۹۲۷**	۳۸۴/۶۹۸	۱	۳۸۴/۶۹۷	گروه	امور مالی
		۱۷/۵۵۴	۵۸	۱۰۱۸/۱۱۱	خطا	از یکدیگر
۰/۹۴۸	۱۰/۵۲۳**	۲۲۰/۴	۱	۲۲۰/۴	زمان	کاهش ارتباط مؤثر
۰/۵۰	۸/۲۵۳**	۱۷۲/۹۳۹	۱	۱۷۲/۹۳۸	گروه	
		۲۰/۹۵۲	۵۸	۱۲۱۵/۲۶۴	خطا	
۰/۹۹۴	۱۱۰/۱۹۸**	۴۴۹۵/۱۳۸	۱	۴۴۹۵/۱۳۸	زمان	تعارض زناشویی کل
۰/۴۸۹	۲۲/۳۷**	۲۲۶۹/۳۳۸	۱	۲۲۶۹/۳۳۸	گروه	
		۴۰/۷۹۰	۵۸	۲۳۶۵/۱۸۸	خطا	

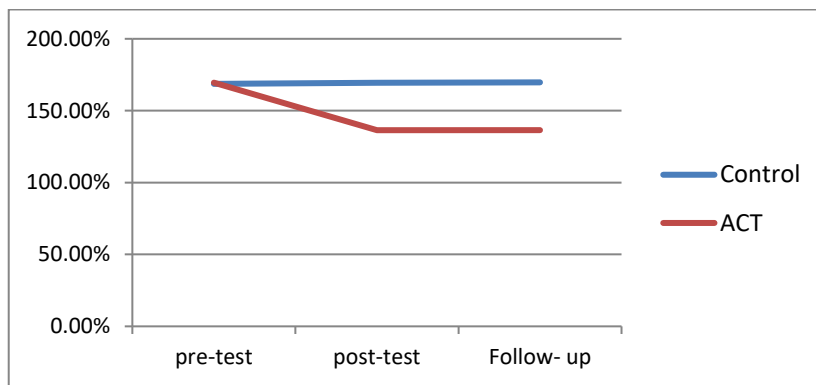
* $p < 0/05$ ** $p < 0/01$

جدول ۶. نتایج آزمون بن فرونی برای تعیین اثر مداخله بر تعارض زناشویی در سه موقعیت و تفاوت نمره تعارض در گروه‌ها

آزمایش - کنترل		پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیگیری - پیش‌آزمون		پیگیری - پس‌آزمون	
تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
-۲۲/۴۵۵	۳/۰۱۰	* -۱۶/۱۶۶	۰/۹۶۷	-۱۷	۱/۱۵۰	۰/۸۳۲	۰/۶۴۰

* $p < 0/05$, ** $p < 0/01$

یافته‌های جدول ۶ حاکی از تفاوت معنادار بین نمرات تعارض‌های زناشویی بین گروه آزمایش و کنترل است ($P=0/001$). نتایج دومین مجموعه از اثرهای ساده در مورد مقایسه زمان‌ها، نیز بیانگر تفاوت معنادار بین نمره‌های پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p=0/001$) و با پیگیری ($p=0/001$) در گروه مداخله و معنادار نبودن تفاوت نمره‌های پس‌آزمون با پیگیری است ($p=0/640$). این یافته در راستای پاسخگویی به سؤال شماره ۲ پژوهش حاضر مبنی بر پایداری اثربخشی مداخله در طول زمان است.



نمودار ۱. مقایسه میانگین تعارض دو گروه در سه موقعیت اندازه گیری

نمودار ۱ نشان می دهد در مرحله پیش آزمون میانگین تعارض های زناشویی در دو گروه تقریباً یکی است، اما گروه آزمایش در پس آزمون کاهش قابل توجهی داشته و کاهش در مرحله پیگیری پایدار بوده است.

نتیجه

نتایج کلی پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تعارضات زناشویی زوجین مؤثر است و پس از مداخله، تفاوت بین تعارض زناشویی در گروه های آزمایش و گواه معنی دار است و میانگین تعارض زناشویی گروه آزمایش در پس آزمون کاهش یافته است و این نتیجه در راستای یافته های پژوهشی که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش یک درمان مناسب برای کاهش تعارضات زناشویی می باشد (Liu et al., 2018)، (Gillard et al., 2018)، (Fang & Ding, 2020)، (Hayes, 2004)، (Zhang et al., 2018)، (Liu et al., 2023) طبق نظر کوهن، اندازه اثر ۰.۴۰ متوسط محسوب می شود (اندازه اثر پژوهش ۰.۴۹ بود) و نشان از تأثیر گذاری بعد از سه ماه دارد. بنابراین، در تبیین اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می توان از ابعاد شش مرحله ای در اکت به طور مجزا چنین توضیح داد.

در تبیین یافته پژوهش حاضر یعنی اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی، ابتدا باید به ذکر این موضوع اشاره کرد که بنابه عقیده (Preotu & Turliuc, 2015)، فقدان سه مؤلفه خودافشایی، درگیری عاطفی و اشتراک تجارب منجر به کاهش صمیمیت بین زوجین می شود. بر این اساس می توان اینگونه تبیین نمود که شناسایی اجتناب تجربه ای به عنوان یکی از اضلاع شش ضلعی مدل آسیب شناسی و تبدیل آن به پذیرش، باعث کاهش اجتناب تجربه ای و در نتیجه افزایش درگیری عاطفی و

به تبع آن باعث افزایش صمیمیت زناشویی بین زوجین گردیده است. بنابراین، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، از این منظر می‌تواند به شکستن چرخه ارتباطی منفی بین زوج کمک نماید (Peterson et al., 2009). شرکت کنندگان نشان دادند که به طور کلی و در نتیجه هر یک از مؤلفه‌های اکت به طور خاص، متوجه مزایای متعددی از مشارکت در گروه درمانی اکت شده‌اند. مثلاً شرکت‌کننده‌ای فکر می‌کرد که اکت مهارت‌های مهم زندگی را حتی برای کسانی که با اختلالات سلامت روان مبارزه نمی‌کنند، آموزش می‌دهد. شرکت‌کننده بعدی تجربه‌اش را با اکت اینگونه به اشتراک گذاشت: «احساس می‌کنم مغزم با یادگیری در مورد همه این‌ها بزرگ‌تر و بهتر شده است». شرکت‌کننده دیگری فکر می‌کرد که این تجربه به او احساس اعتماد به نفس بیشتری می‌دهد. او همچنین گفت: «احساس می‌کردم که به کسی نیاز دارم که مرا نجات دهد و در واقع نجات پیدا کردم».

دومین تبیین به یکی از اضلاع اصلی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یعنی پذیرش مربوط می‌شود. پذیرش در این درمان مستلزم تماس کامل با تجارب درونی، بدون تلاش برای فرار، تغییر یا کنترل این وقایع است. به عبارت ساده، به معنای به آرامی نگه داشتن هر آنچه رخ می‌دهد، است (Stoddard & Afari, 2014). سوالی که در تعارضات زناشویی در مورد پذیرش مطرح بود این است، وقتی همسر در هنگام مشکل پرخاشگری می‌کند و آگاهانه آزار می‌دهد "آنچه هست" را چگونه بپذیرم. در این موارد، پذیرش "آنچه هست" نیازمند اذعان کامل رخ دادن این رویدادها به جای اجتناب از واقعیت دردناک است. "پذیرش آنچه هست"، به این معنا نیست که فرد روابط ناسالم یا سوءاستفاده را تحمل کند؛ بلکه به این معنی است که فرد اذعان کند که اعتماد زیر پا گذاشته شده و مشکلی وجود دارد و به پذیرش بعد هیجانی و شناختی آنچه روی داده است اذعان کند. و سپس مسئولیت پاسخ متفکرانه به جای پاسخ از روی غضب یا اجتناب را بپذیرد. و زمانیکه اعتماد خدشه دار شده است، پذیرش می‌تواند، شامل انجام اقدامی معقول برای محافظت از خود یا دور کردن خود از موقعیت باشد. و نیازمند تلاش برای سازش و بخشش باشد. بنابراین این فرایند به مراجعان کمک می‌کند با حضوری متمرکز و تأمل‌گرایانه به موقعیت نزدیک شوند و از واکنش‌های خودکار و غیرارادی دوری کنند و در عوض انتخاب‌های پویایی داشته باشند (Gehart, 2012). اینگونه شرکت‌کنندگان گزارش دادند که مفهوم پذیرش برای آنها کمی چالش‌برانگیز بود زیرا آنها عادت داشتند به طرق مختلف به طرد و فرار از درد خود بپردازند. یکی از شرکت‌کننده بیان کرد: «من نمی‌توانستم ایده پذیرش درد خود را بپذیرم. فکر می‌کردم پذیرش فقط یک کلمه فلسفی است، اما بعداً متوجه شدم که درست است و این در دست من است که بپذیرم. شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که اعتقاد قوی دارند برای اینکه زندگی

معناداری داشته باشند، ابتدا باید از افکار و احساسات دردناک خود خلاص شوند. آنها همچنین اظهار داشتند که آنچه به آنها کمک می‌کند تا افکار ناخواسته خود را بپذیرند، آگاهی آنها از ماهیت افکار و این واقعیت است که آنها می‌آیند و می‌روند. همچنین، اکثر شرکت‌کنندگان از طبیعی بودن درد و تعارضاتشان ابراز قدردانی کردند و همین امر باعث می‌شود تا همزمان با حرکت رو به جلو، درد خود را حفظ کنند.

سومین تبیین، گسستگی شناختی می‌باشد. گسستگی شناختی در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، به فرایند بازگشت از افکار و مشاهده حضور خود فرد اشاره دارد. این درمان مدعی است که افکار ذاتاً مشکل ساز نیستند، مگر این که ما با محتوا و معنای آنها یکی شده و اغلب با پاسخ تکانشی واکنش نشان دهیم (به عبارت دیگر، ما به هر آنچه ذهنمان به ما می‌گوید گوش فراداده، و آنها را می‌خریم)، هنگام گسستگی، از خودگویی‌ها را می‌شویم و صرفاً افکار را به عنوان موجودیتی مجزا از خودمان و فقط به عنوان کلمات مشاهده می‌کنیم (Stoddard & Afari, 2014). شرکت‌کنندگان ادراکات مختلفی از راهبردهای گسستگی شناختی داشتند. مثلاً یکی از شرکت‌کننده گزارش داد: "من این ایده را دوست داشتم که افکار ما با خودمان متفاوت است."

چهارمین تبیین؛ حضور داشتن: آگاهی از لحظه‌ی حال که به عنوان یکی از جنبه‌های ذهن آگاهی توصیف شده است (Stoddard & Afari, 2014). طوری که تمرکز بر مشاهده هیجان‌های درونی و افکار و سایر تجارب درونی بدون عمل بر اساس آن یا ابراز آنها در همان لحظه تأکید می‌شود. فرد در این فرایند می‌آموزد به جای واکنش، پاسخ دهد. همچنین فرد نسبت به زندگی درونی خود کنجکاو می‌شود؛ بدون آنکه نیازی به تغییر یا ابراز تجربه خود احساس کند، تنها آنچه را که در خود جاری است، تأیید می‌کند. شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که وقتی دائماً به خود یادآوری می‌کنند که آگاهی خود را به لحظه حال برسانند، احساس آرامش بیشتری می‌کنند که به آنها کمک می‌کند حتی از چیزهای کوچک زندگی خود قدردانی کنند. شرکت‌کننده‌ای فکر می‌کرد که اکت با حضور در لحظه به حداکثر استفاده از زندگی کمک می‌کند، «تا آن را از دست ندهیم و بعداً پشیمان شویم». در میانه بحث در جلسه درمان یک زوج، زن به دلیل شنیدن صحبتی از جانب همسر خود ناراحت شد و به جای بیان یک عبارت آزارنده، با لحنی به نسبت خشنی و غیر تهاجمی اعلام کرد که «من از چیزی که گفتم ناراحت شدم» و سپس از همسر خود خواست محترمانه درباره این مسئله با هم به بحث بپردازند، این توانایی در زن دیده شد.

پنجمین تبیین؛ مشاهده خود یا خود مشاهده‌گر: بخشی از خود، که می‌تواند به دور از داوری و به شکلی مشفقانه، به مشاهده خود ساخته شده و افکار و احساسات جاری در آن بپردازد. یعنی فردی که می‌تواند از تجربه خود فاصله بگیرد و حتی برای لحظاتی کوتاه، به مشاهده ماجراهای روزانه زندگی درونی

خود بپردازد. بنابراین زوجین با این تکنیک مهارت بیشتری در حل مشکلات مختلفی به ویژه تعارضات زناشویی که همواره دربرگیرنده احترام به واقعیت‌های دو یا بیشتر از دو نفر است، خواهند داشت و یاد می‌گیرند خود داوری را کاهش و خودشفقت ورزی را افزایش دهند و از قضاوت درباره دیگران و خود راحت دست برمی‌دارند و آنها را با آرامش بیشتری می‌پذیرند و از الگوهای ارتباطی ناآگاهانه، آگاهی پیدا می‌کنند (Gehart & McCollum, 2007). مؤلفه خود مشاهده‌ای اکت بارها در بازخورد شرکت‌کنندگان در مورد تجربه آنها ذکر شد. شرکت‌کننده‌ای فکر می‌کرد که یادگیری در مورد بخش خود مشاهده‌کننده او یک کشف مهم است. شرکت‌کننده دیگر اظهار داشت که شناخت خود مشاهده‌گر به او کمک کرد از درگیر شدن با افکار غیرمفید خود اجتناب کند. اکثر شرکت‌کنندگان به چگونگی طنین انداز بودن استعاره آب و هوا در آنها اشاره کردند. شرکت‌کننده‌ای گزارش داد: "من متوجه شدم که یک من اصلی وجود دارد، صرف نظر از اینکه چه احساسی دارم."

ششمین تبیین؛ ارزش‌ها: ارزش‌ها در اکت مسیرها یا جهت‌هایی هستند که توسط فرد مهم و معنادار تعریف می‌شوند. ارزش‌ها تعیین می‌کنند که ما واقعاً چه می‌خواهیم و برای چه چیزی اهمیت قائلیم. مثلاً اگر یکی از ارزش‌های فرد داشتن روابط صمیمی و صادقانه باشد فرد ممکن است همراستا با آن رفتار کند؛ بازننگ زدن به همسرش برای گفتن "عاشقتم". شرکت‌کنندگان فکر می‌کردند که این درمان به آنها کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را که برای برخی از آنها وجود نداشت، روشن کنند (Stoddard & Afari, 2014). شرکت‌کننده‌ای اظهار داشت که تمایلی به توجه به چیزهایی که برایش ارزش قائل است ندارد، زیرا از اهمیت داشتن ارزش‌هایش به‌عنوان راهنمای کارهایی که باید یا نباید انجام دهد آگاه نبود. شرکت‌کننده دیگر گزارش داد که روشن کردن ارزش‌هایش به او کمک کرد تا احساساتش را بهتر تنظیم کند. او توضیح داد: حالا وقتی غمگین هستم، لحظه‌ای با احساسات غمگینم می‌نشینم و سپس سعی می‌کنم اهدافم را به خودم یادآوری کنم و ۱۰ سال دیگر کجا می‌خواهم باشم.

هفتمین تبیین؛ اقدامات متعهدانه: عمل متعهدانه به سادگی پیمودن راه است و تغییر واقعی رفتار را ارائه می‌کند و در مورد اهدافی که در راستای ارزش‌های شناخته شده مراجعان هستند صحبت می‌کند. و از راهبردهای حل مسئله، تکنیک‌های مواجهه و مهارت ارتباط جرأت‌مندانه برای سوق دادن مراجعان به حرکت در مسیرهای ارزشمند استفاده می‌کند (Stoddard & Afari, 2014). یکی از شرکت‌کننده‌ها اظهار داشت که حفظ فاصله بین خود و افکارش به او فضایی می‌دهد تا درباره اینکه آیا این افکار از نظر حرکت به سمت ارزش‌هایش مفید هستند یا نه. شرکت‌کننده‌ای موافقت کرد که درک ماهیت احساسات به او کمک کرد

تا به آنها اجازه دهد و در عین حال به قدم بعدی برای حرکت به سمت اهداف خود و همچنین جایی که می خواهد در ۱۰ سال آینده باشد فکر کند. شرکت کننده بعدی همچنین گفت: "من یاد گرفتم که نمی توانم اطرافیانم را تغییر دهم، اما می توانم خودم را تغییر دهم."

تمرین ذهن آگاهی. مؤلفه دیگر اکت که اکثر شرکت کنندگان از آن استقبال کردند، تمرینات ذهن آگاهی بود. شرکت کننده ای اظهار داشت که تمرین تمرکز حواس به او کمک کرد تا توانمندی خود را دوباره به دست آورد و او را آرام تر و فعال تر کرد وقتی صبح از خواب بیدار شد. شرکت کنندگان در مورد اینکه چگونه ذهن آگاهی به آنها در رفع مشکلات خواب کمک می کند، اظهار نظر کردند. شرکت کننده دیگر گفت: «انجام تمرین توجه آگاهی در کنار همسرم باعث ایجاد انگیزه و حس مسئولیت در برابر این تمرین شد. و باعث شد پویایی ارتباطی را تجربه کنیم» شرکت کننده ای گزارش داد: «برخی از تمرین های تمرکز حواس باعث حملات پانیک در من شد. مواجهه با افکارم چیزی بود که باعث وحشت من شد». برخی دیگر از شرکت کنندگان اظهار داشتند که تعداد جلسات کافی نبود، اما نشان دادند که مداخله چقدر برای آنها ارزشمند و مفید بوده است. این یافته توسط مطالعات در بررسی متون پشتیبانی می شود، که نشان می دهد ارائه هشت جلسه یا کمتر، مانند شش یا چهار جلسه، هنوز به طور قابل توجهی مفید است (Abbasia et al., 2015; Dousti et al., 2015; Folke et al., 2012; Kohtala et al., 2015; Shaker et al., 2016). شرکت کنندگان همچنین گفتند که اکت به آنها آگاهی زیادی و دیدگاه جدیدی از نظر ماهیت افکار و احساساتشان داد. آنها ادعا کردند که این آگاهی به آنها کمک می کند تا بسته به ارزش هایشان به جلو بروند. همچنین، پاسخ های آنها نشان داد که به نظر می رسد آگاهی از افکار و احساسات آنها کیفیت کلی زندگی آنها را بهبود بخشیده است، که با یافته های گزارش شده در مطالعه بهبود کیفیت زندگی پس از درمان پذیرش و تعهد در افرادی که به درمان شناختی رفتاری پاسخ نمی دهند، همسو است (Hertenstein et al., 2014). علیرغم حجم نمونه نسبتاً کوچک، گروه درمانی اکت به خوبی مورد استقبال قرار گرفت و از نظر فرهنگی شرکت کنندگان قابل قبول بود. نتایج به این ایده کمک می کند که اکت می تواند به تقویت احساسات مثبت و افزایش صمیمیت و حل تعارضات کمک کند و با افزایش عمل (متعهدانه) در بین زوجین از طریق رهاسازی ذهن از اختلافات بین فردی، پذیرش موارد غیر قابل تغییر و عدم استفاده از شیوه های کنترل باعث بهبود روابط بین زوجین گردد که این امر خودبخود باعث تقویت روابط صمیمانه بین زوج شده است. و زوج درمانگران، پژوهشگران، روانشناسان و مشاورانی که در زمینه خانواده و ازدواج و همچنین در روند درمان و آموزش زوجین متقاضی طلاق یا زوجین آشفته فعالیت می کنند،

می‌توانند از نتایج این تحقیق به عنوان روشی مؤثر برای حل سازنده تعارضات، اصلاح و بهبود کیفیت ارتباطات، رضایتمندی زناشویی در شرایط بالینی و غیربالینی استفاده کنند و به افزایش کیفیت زندگی افراد و جامعه کمک کنند.

References

- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Abbasia, M., Dargahib, S., Ghasemi Jobanehb, R., Dargahi, A., Mehrabi, A., & Aziz, K. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment based training on the maladaptive schemas of female students with bulimia nervosa. *Archives of Hygiene Sciences*, 4(2), 86-93. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Amato, P. R., & Hohmann Marriott, B. (2007). A comparison of high and low distress marriages that end in divorce. *Journal of marriage and family*, 69(3), 621-638. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00396.x>
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., & Juskiewicz, K. L. (2009). Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, 8(3), 241-257. <https://doi.org/10.1177/1534650109334818>
- Birditt, K. S., Brown, E., Orbuch, T. L., & McIlvane, J. M. (2010). Marital conflict behaviors and implications for divorce over 16 years. *Journal of marriage and family*, 72(5), 1188-1204. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00758.x>
- Bowers, J. R., Ogolsky, B. G., Hughes Jr, R., & Kanter, J. B. (2014). Coparenting through divorce or separation: A review of an online program. *Journal of Divorce & Remarriage*, 55(6), 464-484. <https://doi.org/10.1080/10502556.2014.931760>
- Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2015). Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 73, 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.001>
- Caughlin, J. P., Vangelisti, A. L., & Mikucki-Enyart, S. L. (2006). Conflict in dating and marital relationships. *The SAGE handbook of conflict communication: Integrating theory, research, and practice*, 129-157.
- Danaher, B. G. (1974). Theoretical foundations and clinical applications of the Premack Principle: Review and critique. *Behavior therapy*, 5(3), 307-324. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(74\)80001-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(74)80001-8)
- Dousti, P., Mohagheghi, H., & Jafari, D. (2015). The effect of acceptance and commitment therapy on the reduction of anxious thoughts in students. *Environment Conservation Journal*, 16(SE), 327-333.
- Falcke, D., Wagner, A., & Mosmann, C. (2013). Estratégias de resolução de conflito e violência conjugal. *Casal e família: transmissão, conflito e violência*, 14(2), 159-176.

- Fang, S., & Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.007>
- Fish, J. A., Ettridge, K., Sharplin, G., Hancock, B., & Knott, V. (2014). Mindfulness based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness based programme on psychological distress and quality of life. *European journal of cancer care*, 23(3), 413-421. <https://doi.org/10.1111/ecc.12136>
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 583-594. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.002>
- Gehart, D. R. (2012). Mindfulness Research Foundations. In *Mindfulness and Acceptance in Couple and Family Therapy* (pp. 39-55). Springer. <https://books.google.com/books?id=Sk3BdI0NHbIC&lpg=PR5&ots=BTABNdJxvc&dq=Gehart>
- Gehart, D. R., & McCollum, E. E. (2007). Engaging suffering: Towards a mindful re-visioning of family therapy practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(2), 214-226. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00017.x>
- Gillard, D., Flaxman, P., & Hooper, N. (2018). Acceptance and commitment therapy: Applications for educational psychologists within schools. *Educational Psychology in Practice*, 34(3), 272-281. <https://doi.org/10.1080/02667363.2018.1446911>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications. <https://doi.org/10.1080/07317107.2018.1522153>
- Hayes, S. C., & Pierson, H. (2005). Acceptance and commitment therapy. *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*, 1-4. https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_1
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press. <https://books.google.com/books?id=og28CwAAQBAJ&lpg=PP1&ots=-7SSXL3Iv1&dq=Hayes>
- Hertenstein, E., Thiel, N., Lüking, M., Külz, A. K., Schramm, E., Baglioni, C., Spiegelhalter, K., Riemann, D., & Nissen, C. (2014). Quality of life improvements after acceptance and commitment therapy in nonresponders to cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(6), 371-373. <https://doi.org/10.1159/000365173>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552-568. <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/cjpn/2017/00000033/00000006/art00010>

- Jiménez, F. J. R. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(3), 333-358. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4019738>
- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E., & Tolvanen, A. (2015). A four-session acceptance and commitment therapy based intervention for depressive symptoms delivered by masters degree level psychology students: A preliminary study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(3), 360-373. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000969>
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior therapy*, 43(4), 741-756. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>
- Lindahl, K. M., & Malik, N. M. (2011). Marital conflict typology and children's appraisals: the moderating role of family cohesion. *Journal of family psychology*, 25(2), 194. <https://doi.org/10.1037/a0022888>
- Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., Yau, E. K. B., & Badayai, A. R. A. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon*. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14057>
- McCracken, L. M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain*, 15(3), 221-234. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.014>
- Mohsenzadeh, F., Yarahmadi, H., Zaharakar, K., & Soleimani, A. (2019). Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment therapy on quality of life in HIV patient. *Journal of psychologicalscience*, 18(80), 923-932. <https://www.researchgate.net/profile/Hosein-Yarahmadi-2/publication/337566599>
- Mosmann, C., & Falcke, D. (2011). Conflitos conjugais: motivos e frequência. *Revista da SPAGESP*, 12(2), 5-16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5493567>
- Olson, D. H., DeFrain, J., & Skogrand, L. (2013). *Marriages and families*. McGraw-Hill US Higher Ed USE. <https://pdfs.semanticscholar.org/f63e/7e4c680f53dc2152e9628102c07848e38dea.pdf>
- P. Greeff, T. D. B., Abraham. (2000). Conflict management style and marital satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 26(4), 321-334. <https://doi.org/10.1080/009262300438724>
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 430-442. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009>
- Preotu, I.-D., & Turluc, M. N. (2015). Similarity, communication, and satisfaction in intimate relationships: The role of ideal standards. *Psihologia Sociala*(35), 109. <https://www.cceeol.com/search/article-detail?id=281858>
- Rinaldi, C., & Howe, N. (1998). Siblings' reports of conflict and the quality of their relationships. *Merrill-Palmer Quarterly* (1982-), 404-422. <https://www.jstor.org/stable/23093709>

- Sandström, G. (2011). Socio-economic determinants of divorce in early twentieth-century Sweden. *The history of the family*, 16(3), 292-307. <https://doi.org/10.1016/j.hisfam.2011.06.003>
- Shaker, M., Rahimi, M., & Zare, M. (2016). The effectiveness of therapy based on acceptance and commitment social anxiety and general self-efficacy on divorced women under welfare organization in Yazd. *Journal of Social Sciences and Humanities Research*, 4(04), 6-12. <https://doi.org/10.24200/jsshr.vol4iss04pp6-12>
- Springer, J. (2012). Acceptance and commitment therapy: Part of the "Third Wave" in the behavioral tradition. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(3), 205-212. <https://doi.org/10.17744/mehc.34.3.9110205883653735>
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors: a practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. new harbinger publications.
- Stutzman, S. V., Miller, R. B., Hollist, C. S., & Falceto, O. G. (2009). Effects of marital quality on children in Brazilian families. *Journal of Comparative Family Studies*, 40(3), 475-492. <https://doi.org/10.3138/jcfs.40.3.475>
- Tolorunleke, C. A. (2014). Causes of marital conflicts amongst couples in Nigeria: Implication for counselling psychologists. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 140, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.381>
- Veehof, M. M., Trompetter, H., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. (2016). Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive behaviour therapy*, 45(1), 5-31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Wagner, A., Grzybowski, L., Arpini, D., & Cúnico, S. (2014). Como os filhos percebem o relacionamento conjugal de seus pais. *Novos olhares sobre a família: Aspectos psicológicos, sociais e jurídicos*, 39-53.
- Wagner, A., & Mosmann, C. (2008). Dimensiones de la conyugalidad y de la parentalidad: un modelo correlacional. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 79-103. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212387005.pdf>
- Zhang, C.-Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.-K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 2350. <https://doi.org/10.1159/000365764>