

The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Group Therapy on Marital Quality of Life, Marital Adjustment, and Marital Satisfaction in Women with Marital Conflict

1. Ali Akbar Ghodsi[✉]: Department of Psychology, Boj.C., Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran
2. Mohsen Dostkam^{✉*}: Department of Counseling, Attar Institute of Higher Education, Mashhad, Iran
3. Baratali Ghavami[✉]: Department of Counseling, Qu.C., Islamic Azad University, Quchan, Iran

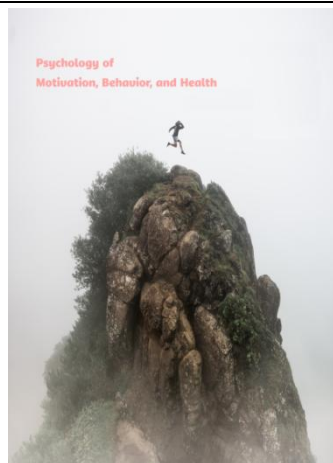
*Corresponding Author's Email: m.doostkam@attar.ac.ir.com

Received: 2025-05-03

Revised: 2025-07-29

Accepted: 2025-08-06

Published: 2025-08-23



Abstract

Introduction and Aim: Marital conflict may undermine marital quality of life, adjustment, and satisfaction by intensifying negative emotions, reinforcing dysfunctional communication patterns, and reducing psychological flexibility. This study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy in improving marital quality of life, marital adjustment, and marital satisfaction among women experiencing marital conflict.

Methodology: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a one-month follow-up and a control group. The statistical population consisted of married women experiencing marital conflict who attended counseling centers in Neyshabur, Iran, in 2022–2023. Thirty eligible participants were selected through simple random sampling and randomly assigned to an experimental group or a control group, with 15 participants in each group. The experimental group received eight 90-minute sessions of acceptance and commitment-based group therapy, whereas the control group received no active intervention. Data were collected using the World Health Organization Quality of Life Questionnaire, Spanier's Dyadic Adjustment Scale, and the ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire. The data were analyzed in SPSS version 25 using repeated-measures analysis of variance, analysis of covariance, and Bonferroni post hoc comparisons.

Findings: Inferential analyses demonstrated that acceptance and commitment-based group therapy produced statistically significant improvements in marital quality of life, marital adjustment, and marital satisfaction compared with the control condition ($P < 0.01$). The intervention yielded effect sizes of 0.726 for marital quality of life, 0.851 for marital adjustment, and 0.755 for marital satisfaction, indicating substantial treatment effects across all three outcomes. Bonferroni pairwise comparisons revealed no statistically significant differences between posttest and follow-up scores for marital quality of life ($P = 0.826$), marital adjustment ($P = 0.391$), or marital satisfaction ($P = 0.281$). These findings indicate that the therapeutic gains were maintained throughout the one-month follow-up period.

Conclusion: Acceptance and commitment-based group therapy appears to improve marital quality of life, adjustment, and satisfaction by promoting emotional acceptance, cognitive defusion, present-moment awareness, psychological flexibility, and committed action consistent with personal and relational values. This intervention may therefore be incorporated into family counseling and psychological treatment programs for women experiencing marital conflict.

Keywords: Acceptance and commitment therapy; Marital quality of life; Marital adjustment; Marital satisfaction; Marital conflict

How to Cite: Ghodsi, A. A., Dostkam, M., & Ghavami, B. (2025). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Group Therapy on Marital Quality of Life, Marital Adjustment, and Marital Satisfaction in Women with Marital Conflict. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 3(2), 1-18.



Copyright: © 2025 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Marriage is one of the most influential interpersonal contexts in adult life and provides an important foundation for emotional security, social support, psychological well-being, and family stability. Nevertheless, marital relationships are inevitably accompanied by differences in expectations, values, needs, responsibilities, communication patterns, and approaches to problem-solving. These differences do not necessarily damage the relationship; rather, the manner in which couples interpret and manage them determines whether disagreement becomes constructive or develops into persistent marital conflict. Marital conflict is a multidimensional phenomenon that may involve recurring disagreements, emotional distancing, criticism, hostility, ineffective communication, withdrawal, and unresolved tension. When such patterns become chronic, they can undermine intimacy, mutual trust, cooperation, and the overall stability of the marital relationship (Ho, 2025; Shemaye & Getahun, 2021).

Marital conflict may emerge from multiple individual, relational, and contextual factors. Differences in spousal role expectations, division of household responsibilities, financial decisions, relationships with extended family members, child-rearing practices, emotional intimacy, and perceived support may all contribute to the development of conflict. Gendered expectations regarding marital roles are particularly important because spouses may interpret fairness, responsibility, and emotional involvement differently. When one partner perceives that personal needs or contributions are ignored, conflict may become more frequent and emotionally intense (Ali et al., 2020). In addition, environmental stressors may reduce couples' capacity for emotional regulation and constructive problem-solving. Evidence from marital relationships during the COVID-19 pandemic showed that economic pressure, social restrictions, uncertainty, and increased time spent together could intensify pre-existing marital difficulties, particularly when couples lacked effective communication and coping resources (Wisyaningrum et al., 2021).

Persistent marital conflict has consequences that extend beyond temporary dissatisfaction. It may increase perceived stress, emotional exhaustion, anxiety, depressive symptoms, anger, hopelessness, and relational withdrawal. Even when conflict does not involve overt aggression, prolonged marital tension may weaken emotional well-being and reduce

the perceived quality of the relationship (Manalel et al., 2019). The effects of marital conflict may also extend to the broader family system, as dynamic and persistent conflict between parents has been associated with less favorable trajectories of emotional and behavioral adjustment among adolescents (El-Sheikh et al., 2019). Therefore, the treatment of marital conflict is important not only for improving the relationship between spouses but also for protecting individual mental health and family functioning.

One of the major outcomes affected by chronic marital conflict is quality of life. Quality of life is a multidimensional construct encompassing individuals' perceptions of their physical health, psychological state, social relationships, and environmental conditions in relation to their expectations, values, and life goals. Within marriage, quality of life includes emotional security, support, effective role functioning, satisfaction with family relationships, and a sense of well-being in the shared home environment (World Health, 2019). Repeated conflict can reduce quality of life by increasing psychological distress, disrupting sleep and daily functioning, reducing social support, and creating a sense of insecurity within the family. Moreover, marital satisfaction is closely connected to broader life satisfaction, and meaningful or spiritual resources may contribute to this relationship (Kasapoğlu & Yabanigül, 2018). Consequently, interventions that improve the way individuals respond to relational distress may also enhance their overall evaluation of marital life.

Marital adjustment is another central indicator of relational health. It refers to the capacity of spouses to coordinate expectations, negotiate differences, share responsibilities, communicate affection, and adapt to changing life circumstances. Maritally adjusted couples are not necessarily free from disagreement; rather, they are more capable of remaining emotionally regulated, listening to each other, and using constructive strategies when disagreements occur. Conflict-resolution strategies are therefore central to marital adjustment. Constructive communication, mutual problem-solving, empathy, and flexibility may protect marital affection, whereas avoidance, domination, verbal aggression, and emotional withdrawal may weaken it (Li et al., 2020). Cultural background, attachment patterns, and preferred conflict-resolution styles also contribute to marital satisfaction and adjustment, particularly among women (Bretaña et al., 2019). In addition, emotion regulation may moderate the association

between marital conflict and marital satisfaction, indicating that the ability to tolerate and manage negative emotional states is a critical component of relational functioning (Frye et al., 2020).

Marital satisfaction represents a person's overall cognitive and emotional evaluation of the marriage. It reflects the extent to which the relationship is experienced as supportive, affectionate, stable, intimate, and consistent with personal expectations. Marital satisfaction is influenced not only by the frequency of conflict but also by the strategies used to manage it. Perceived stress, spousal support, and conflict-resolution styles have all been identified as important correlates of marital satisfaction (Akın Işık & Kaya, 2022). Similarly, conflict management has been proposed as an important mechanism linking marital characteristics to marital stability and satisfaction (Akbari et al., 2023). Thus, interventions intended to improve marital satisfaction should address not only observable communication but also the emotional and cognitive processes that shape responses to conflict.

Acceptance and Commitment Therapy is a third-wave behavioral intervention centered on psychological flexibility. Rather than attempting to eliminate distressing thoughts and emotions, this approach helps individuals remain in contact with present-moment experiences and choose behaviors that are consistent with personally meaningful values. Its six core processes are acceptance, cognitive defusion, contact with the present moment, self-as-context, values clarification, and committed action (Hayes et al., 2016). In the context of marital conflict, experiential avoidance may appear as emotional suppression, prolonged silence, withdrawal, rumination, efforts to control the spouse, or impulsive reactions intended to escape discomfort. Although such strategies may offer temporary relief, they often maintain conflict and reduce intimacy. Acceptance and Commitment Therapy helps individuals observe difficult thoughts and emotions without automatically acting on them and encourages behavior guided by values such as respect, intimacy, cooperation, and responsibility.

Research has indicated that Acceptance and Commitment Therapy may improve interpersonal functioning by reducing cognitive fusion and increasing flexible responses to relational situations (Bernal-Manrique et al., 2020). It has also demonstrated favorable effects on psychological processes such as acceptance, experiential avoidance, and psychological flexibility in family contexts (Han et al., 2020). Within marital and couple interventions, Acceptance and Commitment Therapy has been associated with

reduced conflict, improved emotion regulation, and better interpersonal relationship quality (Ghahari et al., 2021; Yaghoobi et al., 2020). It has also been found to improve marital satisfaction among women with marital conflict (Azimi & Dehghani Cham-Peiri, 2020) and to reduce marital boredom while enhancing differentiation in women experiencing marital difficulties (Hashemizadeh et al., 2024).

More recent findings have shown that Acceptance and Commitment Therapy may reduce marital conflict and emotional divorce while promoting self-differentiation among women with relationship distress (EshaqAbadi et al., 2025). Systematic review and meta-analytic evidence has further supported its effectiveness in improving couple functioning and relational satisfaction (Barraca et al., 2025). Evidence derived from randomized trials has also suggested that interventions based on psychological flexibility and value-guided action can improve couple functioning (Polanski et al., 2025). Moreover, the effects of this approach on marital satisfaction may remain stable over time because the skills taught during treatment can be generalized to everyday relational challenges (Duarte-Díaz et al., 2025). Despite these findings, relatively few studies have simultaneously examined marital quality of life, marital adjustment, and marital satisfaction among women with marital conflict in an Iranian cultural context. Accordingly, the present study investigated the effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy on marital quality of life, marital adjustment, and marital satisfaction in women experiencing marital conflict.

Methodology

This study used a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and a one-month follow-up. The statistical population consisted of married women experiencing marital conflict who attended three counseling centers in Neyshabur, Iran, in 2022–2023. Eligibility criteria included being between 20 and 55 years of age, having been married for 5 to 25 years, holding at least a high school diploma, obtaining low scores on the screening measures of marital functioning, providing informed consent, and expressing willingness to participate in the intervention. Absence from more than two treatment sessions was considered an exclusion criterion. Thirty eligible women were selected through simple random sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group.

Data were collected using the 26-item World Health Organization Quality of Life Questionnaire, the 32-item Spanier Dyadic Adjustment Scale, and the 47-item ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire. The quality-of-life instrument assessed physical health, psychological health, social relationships, and environmental health. The Spanier scale measured marital satisfaction, cohesion, consensus, and affectional expression. The ENRICH questionnaire assessed major dimensions of marital functioning, including communication, conflict resolution, leisure activities, sexual relationships, role expectations, financial management, and general marital satisfaction. Higher scores on all three instruments represented more favorable functioning.

After the pretest, the experimental group received eight 90-minute sessions of acceptance and commitment-based group therapy. The protocol addressed the core processes of psychological flexibility. The initial sessions focused on group formation, therapeutic orientation, assessment of current problems, mindfulness, and recognition of the limitations of previous control strategies. Subsequent sessions introduced acceptance, values clarification, identification of barriers to valued action, cognitive defusion, self-observation, and present-moment awareness. Later sessions emphasized committed action, the distinction between primary and secondary suffering, acceptance of difficult internal experiences, and the application of value-consistent behavior to marital interactions. The final session reviewed acquired skills, discussed setbacks and relapse-related situations, and consolidated plans for continued practice. The control group received no active intervention during the study period. The posttest was administered one week after the completion of treatment, and the follow-up assessment was conducted one month after the posttest.

The data were analyzed using SPSS version 25. Means and standard deviations were used to describe the study variables. Inferential analyses included repeated-measures multivariate analysis of variance, covariance-based group comparisons, and Bonferroni pairwise comparisons. Statistical assumptions, including normality and homogeneity of variances and covariance matrices, were examined before the main analyses. Effect sizes were calculated to estimate the practical magnitude of the intervention effects, and the significance level was set at 0.05.

Findings

The inferential analyses demonstrated that acceptance and commitment-based group therapy produced

statistically significant improvements in all three outcome variables compared with the control condition. For marital quality of life, the group-related effect was significant, $F=71.418$, $p<0.001$, with an effect size of 0.726. This result indicated that approximately 72.6% of the variance in improvement in marital quality of life was attributable to the intervention.

A significant intervention effect was also found for marital adjustment, $F=53.679$, $p<0.001$, with an effect size of 0.851. This was the largest effect among the three outcomes and indicated that approximately 85.1% of the variance in improved marital adjustment was associated with participation in the acceptance and commitment-based intervention.

Marital satisfaction also improved significantly in the experimental group compared with the control group, $F=83.026$, $p=0.001$, with an effect size of 0.755. Thus, approximately 75.5% of the variance in increased marital satisfaction was explained by the intervention. Collectively, these effect sizes indicated substantial practical as well as statistical effects.

Bonferroni pairwise comparisons were conducted to evaluate the maintenance of treatment gains between the posttest and follow-up assessments. No statistically significant difference was observed between posttest and follow-up scores for marital quality of life, with a mean difference of 0.117 and $p=0.826$. Similarly, the posttest–follow-up difference was nonsignificant for marital adjustment, with a mean difference of 0.467 and $p=0.391$. The difference between posttest and follow-up marital satisfaction scores was also nonsignificant, with a mean difference of 0.386 and $p=0.281$. These results indicated that the improvements achieved by the experimental group remained stable throughout the one-month follow-up period.

Discussion and Conclusion

The findings showed that acceptance and commitment-based group therapy was effective in improving marital quality of life, marital adjustment, and marital satisfaction among women experiencing marital conflict. The substantial effect sizes suggest that the intervention produced clinically meaningful changes rather than only minor statistical differences. The maintenance of gains at follow-up further indicates that the participants were able to continue using the acquired skills after the formal treatment sessions ended.

The improvement in marital quality of life may be explained by the intervention's emphasis on reducing

experiential avoidance and increasing present-moment awareness. Women experiencing marital conflict may devote substantial emotional and cognitive resources to suppressing anger, controlling distressing thoughts, anticipating future conflict, or repeatedly reviewing previous negative interactions. These patterns may intensify distress and reduce the individual's ability to recognize positive experiences in everyday life. Through acceptance and mindfulness exercises, participants learned to remain in contact with difficult internal experiences without becoming fully controlled by them. This process may have reduced emotional exhaustion and allowed greater engagement with meaningful marital and personal activities.

The improvement in marital adjustment can be understood through the development of psychological flexibility. Cognitive defusion may have helped participants treat rigid and global judgments about their spouses as thoughts rather than absolute facts. As a result, they may have become less likely to react defensively or impulsively during disagreement. Acceptance may also have increased their capacity to remain engaged in difficult conversations without immediately withdrawing, attacking, or attempting to eliminate discomfort. Values clarification provided a more stable basis for choosing responses consistent with respect, intimacy, cooperation, and responsibility. Together, these processes could facilitate more adaptive negotiation, greater tolerance of differences, and more constructive conflict resolution.

The increase in marital satisfaction may have resulted from the replacement of control-oriented and avoidant behavior with value-guided action. When individuals focus primarily on changing their spouses or eliminating all negative feelings, they may overlook behaviors that are personally available and capable of improving the relationship. The intervention

encouraged participants to identify specific behaviors that expressed their marital values, such as listening attentively, communicating needs directly, showing affection, and maintaining respectful interaction during conflict. Repeated engagement in these behaviors may have increased emotional connection and improved participants' overall evaluation of their marriages.

The stability of the findings during follow-up is consistent with the transferable nature of the skills taught in Acceptance and Commitment Therapy. Mindfulness, cognitive defusion, acceptance, values clarification, and committed action are not limited to a single marital problem or treatment setting. They can be applied repeatedly across different situations and may therefore support continued improvement after the termination of therapy. The group format may also have strengthened treatment effects by providing normalization, interpersonal feedback, shared learning, and social support. Observing other group members confront similar difficulties may have reduced shame and isolation while increasing motivation to practice new responses.

Overall, acceptance and commitment-based group therapy appears to be an effective intervention for women experiencing marital conflict. By changing the individual's relationship with distressing thoughts and emotions and by promoting behavior consistent with personally meaningful marital values, the intervention can improve broad quality-of-life perceptions, adaptive marital functioning, and satisfaction with the relationship. Its structured and group-based format may make it particularly useful in counseling centers and family mental health services. The results support the application of this approach as a clinically relevant intervention for strengthening psychological flexibility and promoting more constructive participation in marital relationships.

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زناشویی، سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی در زنان دارای تعارض زناشویی

۱. علی اکبر قدسی^۱: گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

۲. محسن دوستکام^۲: گروه مشاوره، مؤسسه آموزش عالی عطار، مشهد، ایران

۳. براتعلی قوامی^۳: گروه مشاوره، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: m.doostkam@attar.ac.ir.com

انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۵

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۵/۰۷

دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۳

چکیده

مقدمه و هدف: تعارض زناشویی می‌تواند از طریق تشدید هیجان‌های منفی، شکل‌گیری الگوهای ارتباطی ناکارآمد و کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کیفیت زندگی، سازگاری و رضایت زناشویی را تضعیف کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زناشویی، سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی انجام شد.

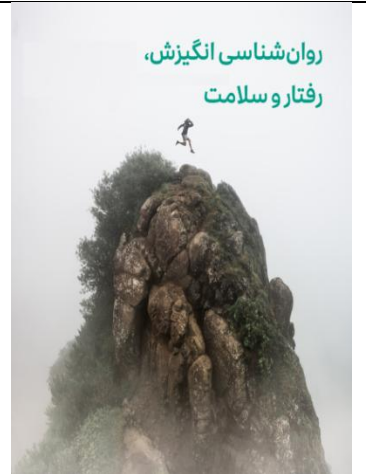
روش‌شناسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل زنان متأهل دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان نیشابور در سال ۱۴۰۱ بود. از میان آنان، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر یک شامل ۱۵ نفر، جایگزین شدند. گروه آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کرد، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل‌های استنباطی نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش معنادار کیفیت زندگی زناشویی، سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی شد ($P < 0.01$). اندازه اثر مداخله برای کیفیت زندگی زناشویی ۰/۷۲۶، برای سازگاری زناشویی ۰/۸۵۱ و برای رضایت زناشویی ۰/۷۵۵ بود که بیانگر تأثیر قوی مداخله بر متغیرهای پژوهش است. همچنین نتایج آزمون بونفرونی نشان داد تفاوت میان نمرات پس‌آزمون و پیگیری در کیفیت زندگی زناشویی ($P = 0.026$)، سازگاری زناشویی ($P = 0.391$) و رضایت زناشویی ($P = 0.281$) معنادار نبود؛ بنابراین، آثار درمان در دوره پیگیری یک‌ماهه پایدار باقی ماند.

نتیجه‌گیری: گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با تقویت پذیرش هیجانی، گسلش شناختی، آگاهی از لحظه حال، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اقدام متعهدانه مبتنی بر ارزش‌ها، کیفیت زندگی، سازگاری و رضایت زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی را بهبود بخشد. بنابراین، استفاده از این مداخله در مراکز مشاوره خانواده و برنامه‌های درمانی زنان تجربه‌کننده تعارض زناشویی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌گان: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ کیفیت زندگی زناشویی؛ سازگاری زناشویی؛ رضایت زناشویی؛ تعارض زناشویی

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: قدسی، علی اکبر، دوستکام، محسن، و قوامی، براتعلی. (۱۴۰۴). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زناشویی، سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی در زنان دارای تعارض زناشویی. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۳(۲)، ۱-۱۸.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. 4.0

مقدمه

ازدواج یکی از بنیادی‌ترین روابط انسانی و از مهم‌ترین بافت‌های تأمین نیازهای عاطفی، روان‌شناختی، اجتماعی و حمایتی افراد است. کیفیت این رابطه می‌تواند بر سلامت روانی همسران، احساس امنیت، تجربه صمیمیت، کارکرد خانواده و حتی نحوه رشد و سازگاری فرزندان اثر بگذارد. با این حال، زندگی زناشویی همواره با تفاوت در نیازها، انتظارات، نقش‌ها، ارزش‌ها، سبک‌های ارتباطی و شیوه‌های حل مسئله همراه است و همین تفاوت‌ها می‌توانند زمینه بروز تعارض را فراهم کنند. تعارض زناشویی زمانی شکل می‌گیرد که خواسته‌ها، برداشت‌ها یا اهداف زوجین با یکدیگر ناسازگار ادراک شود و طرفین نتوانند از طریق ارتباط سازنده، مذاکره و تنظیم هیجان به راه‌حلی مشترک دست یابند. از این منظر، تعارض لزوماً پدیده‌ای غیرطبیعی یا ویرانگر نیست، بلکه نحوه تفسیر، مدیریت و پاسخ‌گویی زوجین به آن است که پیامدهای رابطه را تعیین می‌کند. هنگامی که تعارض‌ها به صورت مکرر، حل‌نشده و همراه با سرزنش، تحقیر، کناره‌گیری یا پرخاشگری ادامه پیدا کنند، به عاملی تهدیدکننده برای ثبات و سلامت رابطه تبدیل می‌شوند (Ho, 2025; Shemaye & Getahun, 2021).

تعارض زناشویی پدیده‌ای چندبعدی است و نمی‌توان آن را تنها به اختلاف‌های آشکار یا مشاجره‌های کلامی محدود کرد. انتظارات متفاوت از نقش همسر، توزیع مسئولیت‌های خانوادگی، مسائل مالی، روابط با خانواده‌های مبدأ، شیوه تربیت فرزندان، صمیمیت عاطفی و جنسی و میزان حمایت ادراک‌شده از جمله زمینه‌هایی هستند که می‌توانند تعارض را تشدید کنند. انتظارات نقش جنسیتی و برداشت‌های متفاوت زنان و مردان از مسئولیت‌های زناشویی نیز در شکل‌گیری و تداوم اختلاف‌ها نقش دارند؛ به‌ویژه زمانی که یکی از طرفین احساس کند نیازها، تلاش‌ها یا حقوق او در رابطه نادیده گرفته شده است (Ali et al., 2020). افزون بر این، شرایط فشارزای اجتماعی و محیطی، از جمله مشکلات اقتصادی، ناامنی شغلی، محدودیت‌های اجتماعی و بحران‌های جمعی، ظرفیت زوجین را برای تنظیم هیجان و حل تعارض کاهش می‌دهند. مرور پژوهش‌های مربوط به زندگی زناشویی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ نیز نشان داده است که فشارهای محیطی و افزایش تماس اجباری، در صورت

ضعف مهارت‌های ارتباطی و حمایتی، می‌تواند تعارض‌های پیشین را تشدید و کیفیت رابطه را تضعیف کند (Wisyaningrum et al., 2021).

پیامدهای تعارض زناشویی تنها به نارضایتی لحظه‌ای یا کاهش صمیمیت محدود نمی‌شود، بلکه می‌تواند ابعاد گسترده‌ای از سلامت و کارکرد فردی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار دهد. تداوم تنش در زندگی مشترک، سطح استرس ادراک‌شده را افزایش می‌دهد و زمینه بروز اضطراب، افسردگی، خشم، ناامیدی، فرسودگی هیجانی و کناره‌گیری عاطفی را فراهم می‌سازد. تعارض‌های مخرب همچنین موجب کاهش احساس امنیت، اعتماد و تعلق می‌شوند و زوجین را وارد چرخه‌ای می‌کنند که در آن هر واکنش منفی، پاسخ منفی دیگری را برمی‌انگیزد. یافته‌های مربوط به تنش زناشویی نشان داده‌اند که حتی زمانی که تعارض به شکل پرخاشگری آشکار بروز نمی‌کند، وجود تنش پایدار و تجربه نارضایتی مزمن می‌تواند به کاهش بهزیستی زناشویی منجر شود (Manalel et al., 2019). اثرات تعارض از سطح زوجین نیز فراتر می‌رود و الگوهای پویای اختلاف میان والدین می‌تواند با مسیرهای نامطلوب سازگاری هیجانی و رفتاری فرزندان و نوجوانان مرتبط باشد (El-Sheikh et al., 2019).

یکی از مهم‌ترین سازه‌هایی که در نتیجه تعارض‌های مکرر آسیب می‌بیند، کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که ادراک فرد از وضعیت جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی خود را در ارتباط با اهداف، انتظارات، ارزش‌ها و زمینه فرهنگی او در بر می‌گیرد. در بافت زناشویی، کیفیت زندگی نه تنها به نبود بیماری یا ناراحتی محدود نمی‌شود، بلکه شامل احساس رضایت از زندگی مشترک، امنیت عاطفی، حمایت متقابل، توانایی ایفای نقش‌های خانوادگی، برخورداری از روابط اجتماعی سالم و تجربه آرامش در محیط خانواده است (World Health, 2019). تعارض‌های حل‌نشده می‌توانند این ابعاد را از راه افزایش استرس، اختلال در خواب، کاهش انرژی، افت حمایت اجتماعی، احساس تنهایی و کاهش رضایت از محیط خانوادگی تحت تأثیر قرار دهند. زنانی که به‌طور مداوم در معرض تنش زناشویی قرار دارند، ممکن است نه تنها رابطه خود، بلکه کل زندگی روزمره را ناکارآمد، فرساینده و فاقد معنای کافی ارزیابی کنند.

کیفیت زندگی زناشویی با رضایت از زندگی، احساس هدفمندی و تجربه معنا نیز ارتباط دارد. هرچه رابطه زناشویی برای فرد منبع بیشتری از حمایت، همدلی و امنیت باشد، احتمال آنکه فرد زندگی خود را مطلوب‌تر ارزیابی کند افزایش می‌یابد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رضایت زناشویی با رضایت کلی از زندگی رابطه دارد و متغیرهای معناساختی و معنوی می‌توانند در پیوند میان این دو نقش واسطه‌ای داشته باشند (Kasapoğlu & Yabanigül, 2018). در مقابل، تعارض مزمن با محدودکردن تجربه حمایت، کاهش احساس همبستگی و افزایش تمرکز فرد بر ناکامی‌های رابطه‌ای، موجب می‌شود ارزیابی او از کیفیت زندگی نیز منفی‌تر شود. ازاین‌رو، هر مداخله‌ای که بتواند نحوه مواجهه افراد با هیجان‌ها و افکار مرتبط با تعارض را تغییر دهد و رفتارهای آنان را به سمت تعاملات سازنده سوق دهد، احتمالاً بر کیفیت کلی زندگی مشترک نیز اثر خواهد گذاشت.

سازگاری زناشویی یکی دیگر از مؤلفه‌های اساسی سلامت رابطه است. این سازه به میزان هماهنگی زوجین در حوزه‌هایی چون تصمیم‌گیری، ارزش‌ها، امور مالی، روابط خانوادگی، اوقات فراغت، ابراز محبت و حل اختلاف اشاره دارد. سازگاری فرایندی ایستا نیست، بلکه مستلزم توانایی زوجین برای انطباق با تغییرات، پذیرش تفاوت‌ها، تنظیم انتظارات و یافتن راه‌حل‌های مشترک است. زوج‌های سازگار لزوماً فاقد اختلاف نیستند، بلکه هنگام تعارض می‌توانند هیجان‌های خود را مدیریت کنند، دیدگاه طرف مقابل را بشنوند و بدون تخریب رابطه به حل مسئله بپردازند. پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده‌اند که مداخلات شناختی-رفتاری می‌توانند با اصلاح افکار ناکارآمد و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، سازگاری زناشویی زوجین را افزایش دهند (Shafiei & Tavoli, 2019).

شیوه حل تعارض نقشی محوری در سازگاری و دوام ازدواج دارد. استفاده از راهبردهایی مانند گفت‌وگوی مستقیم، همدلی، مذاکره، انعطاف‌پذیری و حل مسئله مشترک می‌تواند تعارض را به فرصتی برای شناخت متقابل تبدیل کند؛ درحالی‌که اجتناب، تسلیم ناسالم، کنترل‌گری، سرزنش یا پرخاشگری موجب تداوم مشکلات می‌شود. یافته‌ها نشان داده‌اند که نحوه حل اختلاف با میزان محبت و عاطفه زناشویی ارتباط دارد و راهبردهای سازنده می‌توانند حتی در شرایط

اختلاف، پیوند عاطفی زوجین را حفظ کنند (Li et al., 2020). همچنین سبک دلبستگی، فرهنگ و شیوه حل تعارض از عوامل مرتبط با رضایت زناشویی زنان محسوب می‌شوند؛ بنابراین، کیفیت پاسخ فرد به تعارض را باید در پیوند با تاریخچه عاطفی، باورها و زمینه فرهنگی او در نظر گرفت (Bretaña et al., 2019). تنظیم هیجان نیز در این میان اهمیت دارد، زیرا افرادی که توانایی بیشتری در تحمل و تنظیم هیجان‌های منفی دارند، کمتر وارد چرخه‌های واکنشی و مخرب می‌شوند و می‌توانند رابطه میان تعارض و نارضایتی زناشویی را تعدیل کنند (Frye et al., 2020).

رضایت زناشویی به ارزیابی کلی فرد از کیفیت و مطلوبیت رابطه با همسر اشاره دارد و شامل ابعاد شناختی و هیجانی است. این رضایت زمانی تقویت می‌شود که فرد رابطه را منبع محبت، حمایت، همراهی، احترام، صمیمیت و رشد بداند. در مقابل، تعارض‌های حل‌نشده، کاهش حمایت همسر، ارتباط ناکارآمد و تجربه استرس مداوم، رضایت را تضعیف می‌کنند. بررسی روابط میان استرس ادراک‌شده، سبک‌های حل تعارض، حمایت همسر و رضایت زناشویی نشان داده است که حمایت و راهبردهای سازنده حل اختلاف می‌توانند از اثرات منفی فشار روانی بر رابطه بکاهند (Akın Işık & Kaya, 2022). همچنین مدل‌های تبیینی ثبات و رضایت زناشویی نشان می‌دهند که ویژگی‌های زناشویی تنها به‌طور مستقیم بر رضایت اثر نمی‌گذارند، بلکه مدیریت تعارض می‌تواند نقش واسطه‌ای تعیین‌کننده‌ای در این رابطه داشته باشد (Akbari et al., 2023).

از آنجا که کیفیت زندگی، سازگاری و رضایت زناشویی به‌طور متقابل با یکدیگر مرتبط‌اند، آسیب در یکی از آن‌ها می‌تواند سایر ابعاد را نیز تحت تأثیر قرار دهد. کاهش رضایت ممکن است انگیزه زوجین را برای مشارکت در فعالیت‌های مشترک و تلاش برای حل اختلاف کاهش دهد و در نتیجه سازگاری را مختل سازد. ناسازگاری نیز با افزایش تنش و کاهش حمایت، کیفیت زندگی را پایین می‌آورد. این چرخه می‌تواند در زنان دارای تعارض زناشویی به احساس درماندگی، ناامیدی از تغییر و افزایش فاصله عاطفی منجر شود. در چنین شرایطی، مداخلات صرفاً مبتنی بر حذف علائم یا تغییر محتوای افکار ممکن است کافی نباشند، زیرا بخش مهمی از

مشکل به نحوه ارتباط فرد با افکار، احساسات و خاطرات دردناک و همچنین الگوهای اجتنابی او مربوط می‌شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رویکردهای موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری است که به‌جای تمرکز انحصاری بر تغییر یا حذف افکار و هیجان‌های ناخوشایند، بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد برای تماس آگاهانه با تجربه زمان حال و انتخاب رفتاری گفته می‌شود که با ارزش‌های شخصی او هماهنگ است، حتی هنگامی که افکار یا احساسات دشوار حضور دارند. این درمان از شش فرایند اصلی پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه استفاده می‌کند (Hayes et al., 2016). هدف اصلی آن این نیست که فرد هرگز خشم، اضطراب، ناامیدی یا افکار منفی درباره رابطه را تجربه نکند، بلکه می‌آموزد این تجارب را بدون اجتناب، سرکوب یا همانندسازی کامل مشاهده کند و در عین حال رفتارهای خود را بر اساس ارزش‌هایی چون صمیمیت، احترام، محبت و مسئولیت‌پذیری هدایت نماید.

در زنان دارای تعارض زناشویی، اجتناب تجربه‌ای می‌تواند به اشکال مختلفی مانند سکوت طولانی، فاصله‌گیری عاطفی، سرکوب خشم، تلاش برای کنترل همسر، نشخوار ذهنی، پرخاشگری یا ترک موقعیت ظاهر شود. اگرچه این راهبردها ممکن است در کوتاه‌مدت شدت ناراحتی را کاهش دهند، در بلندمدت موجب تداوم تعارض و کاهش صمیمیت می‌شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش پذیرش هیجان‌های دشوار، به فرد کمک می‌کند بدون اقدام تکانشی یا اجتنابی با ناراحتی خود باقی بماند. گسلش شناختی نیز امکان می‌دهد افکاری مانند «همسر هرگز مرا درک نمی‌کند» یا «این رابطه کاملاً شکست خورده است» به‌عنوان محصولات ذهنی دیده شوند، نه واقعیت‌هایی مطلق که باید رفتار را کنترل کنند. شواهد نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند مهارت‌های بین‌فردی را نیز بهبود بخشد، زیرا کاهش چسبندگی به افکار و افزایش آگاهی از لحظه حال، پاسخ‌گویی انعطاف‌پذیرتر در روابط را ممکن می‌سازد (Bernal-Manrique et al., 2020).

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه روابط خانوادگی و زناشویی از سازوکارهای مختلفی قابل تبیین است. این درمان با کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش پذیرش، شدت واکنش‌های دفاعی را کاهش می‌دهد؛ با تمرین ذهن‌آگاهی، توجه به نشانه‌های هیجانی و ارتباطی را افزایش می‌دهد؛ با روشن‌سازی ارزش‌ها، جهت رفتاری مشخصی برای تعامل با همسر فراهم می‌کند؛ و با اقدام متعهدانه، افراد را به انجام رفتارهای کوچک اما مستمر در مسیر بهبود رابطه ترغیب می‌نماید. فراتحلیل فرایندهای درمانی در مراقبان خانوادگی نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند شاخص‌های فرایندی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش و کاهش اجتناب را بهبود دهد (Han et al., 2020). اگرچه بافت مراقبت خانوادگی با تعارض زناشویی یکسان نیست، این یافته از این فرض حمایت می‌کند که تغییر در فرایندهای روان‌شناختی بنیادین می‌تواند در کاهش فشار و بهبود عملکرد بین‌فردی مؤثر باشد.

پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه زوج‌درمانی نیز شواهدی در حمایت از کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه کرده‌اند. مقایسه این رویکرد با درمان هیجان‌مدار نشان داده است که هر دو می‌توانند تعارض زناشویی و مشکلات تنظیم هیجان را کاهش دهند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش تحمل هیجان و کاهش واکنش‌پذیری، ظرفیت زوجین را برای مواجهه سازنده با اختلاف‌ها بهبود می‌بخشد (Ghahari et al., 2021). همچنین مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی هیجان‌مدار نشان داده است که این مداخله می‌تواند کیفیت روابط بین‌فردی زوج‌های دارای تعارض را ارتقا دهد (Yaghoobi et al., 2020). در مطالعه‌ای دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش رضایت زناشویی زنان دارای تعارض شد و نشان داد که تمرکز بر پذیرش، ارزش‌ها و رفتار متعهدانه می‌تواند در بازسازی تجربه فرد از رابطه مؤثر باشد (Azimi & Dehghani Cham-Peiri, 2020).

مطالعات جدیدتر نیز دامنه اثرگذاری این رویکرد را تأیید کرده‌اند. مقایسه ماتریس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان هیجان‌مدار نشان داده است که این مداخلات می‌توانند ملال زناشویی را کاهش داده و تمایز یافتگی زنان دارای تعارض را بهبود بخشند (Hashemizadeh et al., 2024). افزایش تمایز یافتگی به فرد کمک

زندگی و رضایت، بررسی مداخله‌ای که به‌طور هم‌زمان بر پذیرش هیجان، فاصله‌گیری از افکار ناکارآمد، روشن‌سازی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهدانه تأکید می‌کند، از اهمیت نظری و کاربردی برخوردار است.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زناشویی، سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان متأهل دارای تعارض زناشویی تشکیل می‌دادند که در سال ۱۴۰۱ به سه مرکز مشاوره شهرستان نیشابور مراجعه کرده بودند. پس از هماهنگی با مسئولان مراکز مشاوره و بررسی پرونده‌های مراجعان، افراد واجد شرایط اولیه شناسایی شدند و پس از ارائه توضیحات لازم درباره اهداف، مراحل اجرا، محرمانه‌بودن اطلاعات و اختیار شرکت کنندگان برای انصراف از پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه از آنان دریافت شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل قراردادن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، گذشت ۵ تا ۲۵ سال از ازدواج، برخورداری از حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، کسب نمره پایین در ابزارهای غربالگری مرتبط با کیفیت زندگی، سازگاری و رضایت زناشویی، تجربه تعارض زناشویی و تمایل آگاهانه برای شرکت در جلسات درمانی بود. غیبت در بیش از دو جلسه درمانی نیز به‌عنوان معیار خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. در مجموع، ۳۰ زن واجد شرایط با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر یک شامل ۱۵ نفر، جایگزین شدند. هر دو گروه پیش از آغاز مداخله، پرسشنامه‌های پژوهش را در مرحله پیش‌آزمون تکمیل کردند. پس از اجرای مداخله برای گروه آزمایش، پس‌آزمون یک هفته پس از پایان جلسات درمانی و مرحله پیگیری یک ماه پس از اجرای پس‌آزمون برای هر دو گروه انجام شد. گروه کنترل در فاصله زمانی اجرای پژوهش هیچ مداخله روان‌شناختی فعالی دریافت نکرد.

می‌کند در عین حفظ ارتباط عاطفی با همسر، از واکنش‌های هیجانی افراطی فاصله بگیرد و موضعی آگاهانه‌تر در برابر اختلاف‌ها اتخاذ کند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان متأهل دارای آشفتگی رابطه‌ای با کاهش تعارض زناشویی و طلاق عاطفی و افزایش خودتمایز یافتگی همراه بوده است (EshaqAbadi et al., 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهند که ACT نه تنها بر احساس رضایت، بلکه بر فرایندهای عمیق‌تری مانند نحوه تنظیم مرزهای عاطفی، تحمل تفاوت و حفظ کنش ارزش‌مدار در شرایط تنش اثر می‌گذارد.

مرور نظام‌مند و فراتحلیل مطالعات زوج‌ها نیز نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند شاخص‌های کارکرد زوجی، رضایت رابطه‌ای و سازگاری را بهبود بخشد؛ هرچند میزان اثرگذاری ممکن است بر اساس نوع نمونه، شکل اجرای مداخله و مدت پیگیری متفاوت باشد (Barraca et al., 2025). شواهد حاصل از کارآزمایی‌های تصادفی نیز از تأثیر این رویکرد بر کارکرد زوجی حمایت کرده‌اند و نشان داده‌اند که تمرکز بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتار ارزش‌محور می‌تواند الگوهای تعاملی را تغییر دهد (Polanski et al., 2025). افزون بر این، گزارش‌هایی درباره آثار بلندمدت ACT بر رضایت زناشویی حاکی از آن است که مهارت‌های آموخته‌شده در این درمان، به دلیل قابلیت تعمیم به موقعیت‌های روزمره، می‌توانند پس از پایان جلسات نیز حفظ شوند (Duarte-Díaz et al., 2025).

با وجود شواهد موجود، هنوز چند خلأ پژوهشی قابل‌توجه وجود دارد. نخست آنکه بسیاری از مطالعات تنها یک یا دو پیامد زناشویی را بررسی کرده‌اند، درحالی‌که کیفیت زندگی، سازگاری و رضایت زناشویی سه سازه مرتبط اما متمایز هستند و بررسی هم‌زمان آن‌ها می‌تواند تصویری جامع‌تر از اثربخشی مداخله ارائه دهد. دوم آنکه بخشی از مطالعات بر زوج‌ها یا نمونه‌های مختلط متمرکز بوده‌اند و پژوهش درباره زنان دارای تعارض زناشویی، به‌ویژه در بافت فرهنگی و اجتماعی ایران، همچنان نیازمند توسعه است. سوم آنکه ارزیابی پایداری تغییرات در دوره پیگیری اهمیت زیادی دارد، زیرا بهبود کوتاه‌مدت لزوماً به معنای تغییر پایدار در الگوهای زناشویی نیست. درنهایت، با توجه به ارتباط متقابل تعارض، تنظیم هیجان، کیفیت

ابزارهای گردآوری داده‌ها

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، فرم کوتاه: برای ارزیابی کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان از فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. این ابزار دارای ۲۶ گویه است و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی ارزیابی می‌کند. حیطه سلامت جسمانی شامل ۷ گویه، سلامت روان‌شناختی شامل ۶ گویه، روابط اجتماعی شامل ۳ گویه و سلامت محیطی شامل ۸ گویه است. افزون بر این، دو گویه نخست پرسشنامه به ارزیابی کلی فرد از کیفیت زندگی و وضعیت سلامت عمومی اختصاص دارد. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود و گزینه‌های پاسخ، بسته به محتوای هر گویه، شدت، ظرفیت، فراوانی یا میزان رضایت فرد را منعکس می‌کنند. نمره‌های خام هر حیطه بر اساس دستورالعمل ابزار محاسبه می‌شوند و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده ادراک مطلوب‌تر فرد از کیفیت زندگی در حیطه مورد نظر است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی بررسی و تأیید شده است. نجات و همکاران در بررسی نسخه فارسی ابزار، ضرایب پایایی بازآزمایی حیطه‌های مختلف را در دامنه ۰٫۷۵ تا ۰٫۸۴ و ضرایب همسانی درونی را بر اساس آلفای کرونباخ در دامنه ۰٫۵۲ تا ۰٫۸۴ گزارش کردند که نشان‌دهنده پایایی قابل‌قبول این ابزار برای سنجش ابعاد مختلف کیفیت زندگی است.

مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر: به‌منظور سنجش سازگاری زناشویی از مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر استفاده شد. این مقیاس دارای ۳۲ گویه است و برای ارزیابی کیفیت کلی رابطه زناشویی و میزان انطباق زوجین در زندگی مشترک طراحی شده است. این ابزار چهار بعد اصلی رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت را اندازه‌گیری می‌کند. بعد رضایت زناشویی شامل ۱۰ گویه است و میزان ثبات رابطه، احساس رضایت و احتمال تداوم زندگی مشترک را ارزیابی می‌کند. بعد همبستگی زناشویی شامل ۱۱ گویه است و میزان مشارکت زوجین در فعالیت‌های مشترک، گفت‌وگو و تجربه‌های دوفره را می‌سنجد. بعد توافق

زناشویی به میزان هماهنگی زوجین درباره موضوعات مهم زندگی مشترک، از جمله امور مالی، روابط اجتماعی، اوقات فراغت، مسائل خانوادگی و تصمیم‌گیری‌های روزمره مربوط است و بعد ابراز محبت نیز نحوه بیان عواطف، صمیمیت و محبت متقابل میان زوجین را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌های ابزار بر اساس مقیاس‌های چنددرجه‌ای متفاوت، عمدتاً شش یا هفت‌درجه‌ای، نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمره کل آن از صفر تا ۱۵۱ متغیر است. نمره‌های بالاتر بیانگر سازگاری بیشتر و کیفیت مطلوب‌تر رابطه زناشویی هستند، در حالی که نمره ۱۰۱ یا پایین‌تر معمولاً به‌عنوان نشانه‌ای از ناسازگاری و وجود مشکلات قابل‌توجه در رابطه زناشویی در نظر گرفته می‌شود. ثنائی ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این مقیاس را ۰٫۹۶ و ضرایب پایایی خرده‌مقیاس‌های آن را در دامنه ۰٫۷۳ تا ۰٫۹۴ گزارش کرده است که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب مقیاس است.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: برای اندازه‌گیری رضایت زناشویی از فرم ۴۷ گویه‌ای پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ استفاده شد. این پرسشنامه برای ارزیابی ابعاد مختلف عملکرد و رضایت در روابط زناشویی طراحی شده و حوزه‌هایی مانند رضایت کلی از ازدواج، ارتباط زناشویی، شیوه حل تعارض، مدیریت امور مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، فرزندپروری، ارتباط با بستگان و دوستان، نقش‌های زناشویی و جهت‌گیری مذهبی را در بر می‌گیرد. شرکت‌کنندگان میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت بر اساس یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت، از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق، مشخص می‌کنند. برخی گویه‌ها به‌صورت مستقیم و برخی به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و پس از اصلاح نمره گویه‌های معکوس، نمره کل از مجموع پاسخ‌ها به دست می‌آید. کسب نمره بالاتر در این ابزار نشان‌دهنده رضایت بیشتر فرد از رابطه زناشویی و ارزیابی مثبت‌تر وی از ابعاد مختلف زندگی مشترک است. فرم ۴۷ گویه‌ای این پرسشنامه در پژوهش‌های داخلی به‌طور گسترده استفاده شده است و سلیمانیان ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰٫۹۵ گزارش کرده است که بیانگر پایایی و همسانی درونی مطلوب ابزار در سنجش رضایت زناشویی است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت

کردند. محتوای جلسات با استفاده از پروتکل استاندارد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و لیلیس تنظیم شده بود و شش فرایند بنیادین پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به عنوان زمینه، شفاف سازی ارزش ها و اقدام متعهدانه را در بر می گرفت. در جلسه نخست، اعضای گروه با یکدیگر، درمانگر، قواعد گروه و اهداف درمان آشنا شدند، رابطه درمانی شکل گرفت، شدت مشکلات اولیه بررسی شد و تمرین تمرکز و آگاهی همراه با تکلیف خانگی ارائه شد. در جلسه دوم، تکالیف مرور شد و با استفاده از پرسش ها و استعاره های درمانی، ناکارآمدی راهبردهای پیشین افراد برای کنترل افکار و هیجان های ناخوشایند بررسی و مفهوم درماندگی خلاق معرفی شد؛ همچنین تمرین های ذهن آگاهی انجام گرفت. جلسه سوم به معرفی مفهوم پذیرش، تفاوت پذیرش با تسلیم یا تحمل منفعلانه و بررسی ارزش های مهم در زندگی فردی و زناشویی اختصاص یافت. در جلسه چهارم، ارزش های مرتبط با ازدواج، صمیمیت، احترام، ارتباط و رشد مشترک شفاف شدند، موانع حرکت در مسیر ارزش ها شناسایی گردیدند، اهداف رفتاری قابل دستیابی تعیین شدند و تمرین اسکن بدن و فرم مسیرهای ارزشمند اجرا شد. در جلسه پنجم، گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار، قضاوت ها و روایت های منفی درباره خود، همسر و رابطه آموزش داده شد و اعضا با تمرین های ذهن آگاهی آموختند افکار را به عنوان رویدادهای ذهنی و نه واقعیت های قطعی مشاهده کنند. جلسه ششم بر اقدام متعهدانه، انتخاب رفتارهای همسو با ارزش ها، خود مشاهده گری و تداوم فعالیت های سازنده در حضور هیجان های دشوار متمرکز بود. در جلسه هفتم، تفاوت میان رنج اولیه و رنج ثانویه، نقش مقاومت در تشدید ناراحتی، موانع پذیرش و تعهد و چگونگی حضور آگاهانه در تعاملات زناشویی بررسی شد. در جلسه هشتم، محتوای کل جلسات و تکالیف مرور شد، دستاوردهای اعضا مورد ارزیابی قرار گرفت، راهبردهای مواجهه با لغزش ها و پیشامدهای منفی آموزش داده شد و بر آمادگی برای مدیریت بازگشت مشکلات به جای تلاش برای پیشگیری کامل از آن ها تأکید گردید. گروه کنترل در این مدت در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

هیچ برنامه درمانی شرکت نکرد و تنها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفت. داده های حاصل از اجرای ابزارهای پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پس از بررسی اولیه، کدگذاری و وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ شدند. برای توصیف ویژگی های نمونه و توزیع نمرات متغیرهای پژوهش از شاخص های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل های استنباطی، پیش فرض های لازم شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس ها، همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس و مناسب بودن ساختار داده ها برای مقایسه گروه ها در مراحل زمانی مختلف بررسی شد. به منظور تعیین اثر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی، از تحلیل واریانس اندازه های مکرر چندمتغیره و تحلیل کوواریانس با کنترل نمرات پیش آزمون استفاده شد. همچنین برای مقایسه زوجی نمرات پس آزمون و پیگیری و بررسی پایداری آثار مداخله از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. اندازه اثر نیز برای تعیین میزان سهم مداخله در تبیین تغییرات متغیرهای وابسته محاسبه شد و سطح معناداری آزمون ها ۰۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن شرکت کنندگان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل به ترتیب ۳۳.۴ و ۳۴.۹ سال بود. توزیع سطح تحصیلات و وضعیت شغلی در بین دو گروه همگن بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است. همان طور که مشاهده می شود، میانگین نمرات کیفیت زندگی، سازگاری و رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش یافته، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی رخ نداده است.

ACT	پیش آزمون	میانگین ان. استاندارد	کیفیت زندگی			رضایت زناشویی	
			میانگین	ان. استاندارد	کیفیت زندگی	سازگاری زناشویی	رضایت زناشویی
			۷۵/۰۶۶	۱۰۰/۶۶۶	۱۱۶/۲۱۸		
			۳/۴۱۱	۴/۸۳۸	۴/۷۵۹		

۱۲۲/۱۳۳	۱۰۷/۸۶۶	۸۷/۰۶۶	میانگین	پس آزمون
۴/۰۳۰	۳/۵۹۷	۴/۷۷۲	ان.استاندارد	
۱۲۰/۵۱۹	۱۰۸/۱۳۳	۸۷/۲	میانگین	پیگیری
۳/۶۸۴	۳/۸۸۴	۴/۲۶۲	ان.استاندارد	
۱۱۸/۲۶۶	۱۰۰/۷۳۳	۷۵/۷۳۳	میانگین	پیش آزمون
۵/۲۱۸	۵/۰۵۱	۴/۹۴۹	ان.استاندارد	
۱۱۸/۳۴۴	۱۰۰/۷۳۳	۷۵/۶۶۶	میانگین	پس آزمون
۳/۵۹۶	۴/۴۹۱	۴/۶۰۸	ان.استاندارد	کنترل
۱۱۷/۲۶۴۱	۱۰۰/۵۳۳	۷۵/۴	میانگین	پیگیری
۴/۸۶۵	۴/۵۳۱	۴/۲۰۵	ان.استاندارد	

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. پیش‌فرض‌های این آزمون (نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها) بررسی و برقراری آن‌ها تأیید گردید.

جدول ۲ نتیجه تحلیل کوواریانس یک راهه برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی زناشویی	آزمون	۲۲۱/۳۱۸	۱	۲۲۱/۳۱۸	۱۵/۱۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۹
	گروه*آزمون	۱۰۴۴/۶۷۹	۱	۶۷۹۱۰۴۴	۷۱/۴۱۸	۰/۰۰۰	۰/۷۲۶
	خطا	۳۴/۹۴۹	۲۷	۱۴/۶۲۸			
سازگاری زناشویی	آزمون	۵۴/۷۳۶	۱	۵۴/۷۳۶	۲۱/۷۵۶	۰/۰۰۰	۰/۴۴۶
	گروه	۳۸۶/۶۴۹	۱	۳۸۶/۶۴۹	۵۳/۶۷۹	۰/۰۰۰	۰/۸۵۱
	خطا	۶۷/۹۳۱	۲۷	۲/۵۱۶			
رضایت زناشویی	آزمون	۸۷/۰۶۶	۱	۸۷/۰۶۶	۳۶/۱۲۹	۰/۰۰۰	۰/۵۷۲
	گروه	۲۰۰/۰۸۴	۱	۲۰۰/۰۸۴	۸۳/۰۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵۵
	خطا	۶۵/۰۶۷	۲۷	۲/۴۱۰			

متغیر کیفیت زندگی زناشویی ۰/۷۲۶، برای متغیر سازگاری زناشویی ۰/۸۵۱ و برای رضایت زناشویی ۰/۷۵۵ بدست آمده است. بدین معنا که برای متغیر کیفیت زندگی زناشویی ۷۲/۶ درصد، برای سازگاری زناشویی ۸۵/۱ درصد و برای رضایت زناشویی ۷۵/۵ درصد از کل واریانس در بهبود متغیرهای پژوهش در اعضای گروه آزمایشی، از طریق متغیرهای آزمایشی قابل تبیین است.

با توجه به نتایج جدول ۲ F محاسبه شده برای درمان ACT، در هر سه متغیر مورد بررسی، از ارزش بحرانی F با درجه‌ی آزادی ۲ و ۲۸ و سطح معنی‌داری $P < ۰/۰۵$ بزرگتر است، پس فرض صفر رد می‌شود. با توجه به رد فرض صفر، می‌توان نتیجه گرفت که درمان ACT در شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر بهبود کیفیت زندگی، سازگاری و رضایت زناشویی در زنان متأهل داشته است. میزان این تأثیر «معنادار بودن عملی» برای

جدول ۳ نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه اثربخشی مداخلات در پس آزمون و پیگیری

زمان مورد مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	معناداری
کیفیت زندگی زناشویی	۰/۱۱۷	۰/۵۳۲	۰/۸۲۶
سازگاری زناشویی	۰/۴۶۷	۰/۴۲۵	۰/۳۹۱
رضایت زناشویی	۰/۳۸۶	۰/۱۷۸	۰/۲۸۱

نگرانی، نشخوار فکری، کنترل هیجان‌های منفی یا تلاش برای تغییر همسر می‌شود. این وضعیت می‌تواند احساس تسلط بر زندگی، رضایت از روابط و تجربه آرامش در محیط خانواده را کاهش دهد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند این چرخه را تعدیل کند. در این رویکرد، هدف حذف افکار و هیجان‌های ناخوشایند نیست، بلکه فرد می‌آموزد آن‌ها را بدون قضاوت تجربه کند و رفتار خود را بر پایه ارزش‌های شخصی و رابطه‌ای هدایت نماید (Hayes et al., 2016). پذیرش هیجان‌های دشوار موجب می‌شود زنان به‌جای صرف انرژی برای سرکوب خشم، اضطراب یا ناامیدی، بتوانند با آگاهی بیشتری به نیازهای خود و رابطه توجه کنند. همچنین، تمرین‌های تماس با لحظه حال و ذهن‌آگاهی، توجه را از درگیری مفرط با خاطرات تلخ گذشته یا نگرانی درباره آینده دور می‌کند و ظرفیت تجربه تعاملات مثبت روزمره را افزایش می‌دهد. این تغییر در نحوه رابطه فرد با تجربه‌های درونی می‌تواند احساس کنترل، انسجام روانی و رضایت از زندگی مشترک را تقویت کند.

یافته مربوط به بهبود کیفیت زندگی زناشویی با نتایج مطالعاتی همخوان است که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بهبود کیفیت روابط بین‌فردی و کارکرد روان‌شناختی گزارش کرده‌اند. برای نمونه، پژوهش یعقوبی و همکاران نشان داد که این رویکرد می‌تواند کیفیت روابط بین‌فردی زوج‌های دارای تعارض را ارتقا دهد (Yaghoobi et al., 2020). همچنین، نتایج پژوهش برنال-مانریک و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق ارتقای مهارت‌های بین‌فردی، کاهش واکنش‌های ناکارآمد و افزایش پاسخ‌دهی انعطاف‌پذیر می‌تواند کیفیت ارتباط با دیگران را بهبود بخشد (Bernal-Manrique et al., 2020). از سوی دیگر، پیوند میان رضایت زناشویی و رضایت از زندگی نشان می‌دهد که هرگونه بهبود در رابطه زناشویی می‌تواند به ارزیابی مثبت‌تر فرد از زندگی کلی خود منجر شود (Kasapoğlu & Yabanigül, 2018). بر این اساس، می‌توان گفت بهبود کیفیت زندگی در پژوهش حاضر احتمالاً نتیجه هم‌زمان کاهش درگیری با افکار و هیجان‌های منفی، افزایش رفتارهای ارزش‌مدار و تجربه حمایت و آرامش بیشتر در رابطه بوده است.

مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی مشخص کرد که تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری در هر سه متغیر معنادار نبوده و این نشان دهنده پایداری اثرات درمان در بازه زمانی پس‌آزمون تا پیگیری بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زناشویی، سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی انجام شد. نتایج نشان داد که اجرای هشت جلسه گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، در مقایسه با عدم دریافت مداخله، موجب بهبود معنادار هر سه متغیر مورد بررسی شد. بر اساس نتایج تحلیل‌های استنباطی، مداخله بر کیفیت زندگی زناشویی، سازگاری زناشویی و رضایت زناشویی اثر معناداری داشت و اندازه اثرهای به‌دست‌آمده نیز نشان‌دهنده سهم قابل توجه درمان در تبیین تغییرات این متغیرها بود. همچنین، تفاوت میان نمرات پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آثار مثبت مداخله طی دوره پیگیری یک‌ماهه حفظ شده است. این یافته‌ها در مجموع نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای بهبود ابعاد شناختی، عاطفی و کارکردی روابط زناشویی زنان دارای تعارض باشد.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش معنادار کیفیت زندگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی شد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند تعارض‌های مداوم، تنش‌های حل‌نشده و ضعف در تنظیم هیجان می‌تواند ادراک فرد از بهزیستی، سلامت روانی و مطلوبیت زندگی مشترک را تضعیف کنند (Frye et al., 2020; Manalel et al., 2019). کیفیت زندگی سازه‌ای چندبعدی است و ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی را در بر می‌گیرد؛ از این رو، تعارض مزمن در رابطه زناشویی می‌تواند از طریق افزایش فشار روانی، کاهش حمایت اجتماعی، ایجاد احساس ناامنی و فرسایش هیجانی، ارزیابی کلی فرد از زندگی را نامطلوب سازد (World Health, 2019). هنگامی که زنان در یک رابطه پرتنش قرار دارند، بخش قابل توجهی از انرژی شناختی و هیجانی آنان صرف

نیز حفظ کند و تحت سلطه کامل هیجان‌های شدید قرار نگیرد. این توانایی برای سازگاری زناشویی اهمیت زیادی دارد، زیرا فرد می‌تواند بدون قطع ارتباط یا تسلیم افراطی، موضعی انعطاف‌پذیر و متعادل در برابر اختلاف‌ها اتخاذ کند.

یافته حاضر با نتایج مطالعاتی که بر نقش مدیریت تعارض در ثبات و سازگاری رابطه تأکید کرده‌اند نیز هماهنگ است. در مدل ارائه شده توسط اکبری و همکاران، مدیریت تعارض به عنوان سازوکاری مهم در ارتباط میان ویژگی‌های زناشویی و ثبات و رضایت رابطه مطرح شده است (Akbari et al., 2023). همچنین، پژوهش شفیی و تولی نشان داد که اصلاح افکار ناکارآمد و ارتقای مهارت‌های شناختی و رفتاری می‌تواند سازگاری زناشویی زوج‌های ایرانی را افزایش دهد (Shafiei & Tavoli, 2019). با این حال، مزیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آن است که علاوه بر اصلاح رفتار، بر تغییر نحوه ارتباط فرد با افکار و احساسات نیز تأکید می‌کند. به همین دلیل، افراد می‌توانند حتی در حضور ناراحتی، خشم یا ناامیدی، رفتاری سازگارانه‌تر و همسو با ارزش‌های زناشویی خود انتخاب کنند.

سومین یافته پژوهش نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش معنادار رضایت زناشویی شد. این یافته با نتایج مطالعات داخلی و خارجی متعدد همسو است. عظیمی و دهقانی چم‌پیری گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند رضایت زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی را افزایش دهد (Azimi & Dehghani Cham-Peiri, 2020). همچنین، نتایج پژوهش عشق‌آبادی و همکاران نشان داد که این درمان در کاهش تعارض و طلاق عاطفی و بهبود خودتمایزافتگی زنان دارای آشفتگی رابطه‌ای مؤثر است (EshaqAbadi et al., 2025). کاهش طلاق عاطفی و افزایش تمایزافتگی می‌تواند با افزایش احساس نزدیکی، کاهش فاصله عاطفی و بهبود ارزیابی فرد از رابطه همراه باشد و در نهایت رضایت زناشویی را ارتقا دهد.

رضایت زناشویی تنها به تعداد تعارض‌ها وابسته نیست، بلکه بیشتر به نحوه تفسیر و مدیریت آن‌ها مربوط می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استرس ادراک شده، سبک‌های حل تعارض و حمایت همسر از عوامل مهم مرتبط با رضایت زناشویی هستند (Akin Işık & Kaya, 2022). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند از یک سو

دومین یافته پژوهش نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود معنادار سازگاری زناشویی شد. این نتیجه با مطالعاتی همسو است که نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تنظیم هیجان و شیوه حل تعارض را در سازگاری زوجین برجسته کرده‌اند. سازگاری زناشویی مستلزم توانایی زوجین برای انطباق با تفاوت‌ها، مذاکره درباره نیازها، تنظیم واکنش‌های هیجانی و حفظ همکاری در شرایط فشار است. زوج‌هایی که در مواجهه با اختلاف‌ها به شیوه‌های اجتنابی، پرخاشگرانه یا کنترل‌گرانه متوسل می‌شوند، معمولاً چرخه‌های ارتباطی منفی‌تری را تجربه می‌کنند و سازگاری آنان کاهش می‌یابد. در مقابل، استفاده از راهبردهای حل مسئله، همدلی، انعطاف‌پذیری و گفت‌وگوی سازنده می‌تواند به حفظ محبت و همکاری زوجین کمک کند (Breña et al., 2019; Li et al., 2020).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت گسلش شناختی، پذیرش و خودمشاهده‌گری، احتمال واکنش‌های تکانشی و دفاعی را کاهش می‌دهد. گسلش شناختی به فرد کمک می‌کند افکاری مانند «همسر همیشه بی توجه است» یا «هیچ راهی برای بهبود رابطه وجود ندارد» را به عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کند، نه واقعیت‌هایی قطعی که باید رفتار او را هدایت کنند. این فاصله‌گیری شناختی می‌تواند شدت خشم، سرزنش و واکنش‌پذیری را کاهش دهد و زمینه را برای ارزیابی واقع‌بینانه‌تر موقعیت فراهم سازد. همچنین، پذیرش هیجان‌ها باعث می‌شود فرد بدون اجتناب از گفت‌وگو یا تلاش برای حذف فوری ناراحتی، در موقعیت تعارض باقی بماند و پاسخ مؤثرتری انتخاب کند. در نتیجه، ظرفیت سازگاری با تفاوت‌ها و یافتن راه‌حل‌های مشترک افزایش می‌یابد.

این تبیین با یافته‌های پژوهش قهاری و همکاران همسو است که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تعارض زناشویی را کاهش داده و تنظیم هیجان را بهبود بخشد (Ghahari et al., 2021). همچنین، نتایج پژوهش هاشمی‌زاده و همکاران نشان داد که ماتریس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند ملال زناشویی را کاهش داده و تمایزافتگی زنان دارای تعارض را افزایش دهد (Hashemizadeh et al., 2024). افزایش تمایزافتگی به فرد امکان می‌دهد در عین حفظ ارتباط عاطفی با همسر، هویت، ارزش‌ها و انتخاب‌های خود را

واکنش‌پذیری ناشی از استرس را کاهش دهد و از سوی دیگر، فرد را به انتخاب رفتارهایی مانند گفت‌وگوی محترمانه، ابراز محبت، گوش‌دادن و حمایت عاطفی هدایت کند. در این درمان، ارزش‌ها به‌عنوان جهت‌نماهای رفتاری عمل می‌کنند. هنگامی که فرد ارزش‌هایی مانند صمیمیت، وفاداری، احترام یا همکاری را روشن می‌سازد، می‌تواند حتی در شرایط تعارض رفتارهایی را انتخاب کند که با این ارزش‌ها همسو باشند. تداوم این رفتارها به تدریج تجربه مثبت‌تری از رابطه ایجاد کرده و رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد.

نتیجه حاضر با مرور نظام‌مند و فراتحلیل باراکا و همکاران همسو است که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بهبود کارکرد زوجی و رضایت رابطه‌ای تأیید کرده‌اند (Barraca et al., 2025). شواهد حاصل از کارآزمایی‌های تصادفی نیز نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تغییر الگوهای تعاملی، کارکرد زوجین را بهبود بخشد (Polanski et al., 2025). همچنین، یافته‌های مربوط به آثار بلندمدت این درمان نشان می‌دهد که بهبود رضایت زناشویی می‌تواند پس از پایان جلسات نیز ادامه یابد (Duarte-Díaz et al., 2025). این همسویی از آن جهت اهمیت دارد که نشان می‌دهد اثر مشاهده‌شده در پژوهش حاضر تنها یک تغییر موقت ناشی از توجه درمانگر یا حضور در گروه نیست، بلکه احتمالاً به اکتساب مهارت‌هایی مربوط است که در زندگی روزمره قابل استفاده‌اند.

از سوی دیگر، می‌توان افزایش رضایت زناشویی را بر اساس کاهش اجتناب تجربه‌ای و پذیرش تفاوت‌های فردی تبیین کرد. یکی از عوامل زمینه‌ساز تعارض، انتظارات متفاوت زوجین از نقش‌های زناشویی و نحوه ایفای مسئولیت‌هاست (Ali et al., 2020). هنگامی که فرد به‌طور انعطاف‌ناپذیر به انتظارات خود می‌چسبد، هرگونه تفاوت با همسر را نشانه بی‌محبتی یا شکست رابطه تفسیر می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند میان ارزش‌های اساسی و قواعد ذهنی سخت‌گیرانه تمایز قائل شود. در نتیجه، او می‌تواند تفاوت‌های همسر را بهتر تحمل کند و بدون کنار گذاشتن نیازهای خود، از تلاش مستمر برای کنترل طرف مقابل فاصله بگیرد. این فرایند می‌تواند میزان درگیری، ناامیدی و ناراضی‌تی را کاهش دهد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که آثار درمان در فاصله پس‌آزمون تا پیگیری یک‌ماهه پایدار باقی مانده است. این یافته با ماهیت مهارت‌محور درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هماهنگ است. در این رویکرد، شرکت‌کنندگان تنها در جلسات درباره مشکلات خود گفت‌وگو نمی‌کنند، بلکه مهارت‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، پذیرش، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه را تمرین می‌کنند. این مهارت‌ها قابلیت تعمیم به موقعیت‌های مختلف زندگی را دارند و فرد می‌تواند پس از پایان درمان نیز از آن‌ها استفاده کند. نتایج مرور هان و همکاران نیز نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قادر است فرایندهای بنیادینی مانند پذیرش، انعطاف‌پذیری و کاهش اجتناب را بهبود بخشد (Han et al., 2020). از آنجا که این فرایندها به موقعیت خاصی محدود نیستند، تغییر حاصل از آن‌ها می‌تواند از پایداری بیشتری برخوردار باشد.

پایداری یافته‌ها را می‌توان با ساختار گروهی درمان نیز توضیح داد. گروه به شرکت‌کنندگان فرصت می‌دهد تجربه‌های خود را با دیگران به اشتراک بگذارند، از احساس تنهایی و متفاوت بودن فاصله بگیرند و از مشاهده تغییرات سایر اعضا یاد بگیرند. زنان دارای تعارض زناشویی ممکن است مشکلات خود را نشانه شکست شخصی بدانند؛ اما مواجهه با تجربه‌های مشابه دیگران می‌تواند احساس شرم و خودسرزنشگری را کاهش دهد. افزون بر این، تکالیف بین جلسات و تمرین رفتارهای ارزش‌مدار در موقعیت‌های واقعی، به تثبیت آموخته‌ها کمک می‌کند. شواهد مرتبط با تعارض زناشویی در شرایط بحرانی نیز نشان داده‌اند که توانایی سازگاری، حمایت متقابل و استفاده از راهبردهای ارتباطی مؤثر برای حفظ رابطه ضروری است (Wisyaningrum et al., 2021). بنابراین، مهارت‌های آموخته‌شده در درمان می‌توانند زنان را برای مواجهه با تنش‌های آینده آماده‌تر سازند.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر با دیدگاه‌های نظری و شواهد تجربی موجود درباره نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بهبود روابط زناشویی سازگار است. تعارض زناشویی پدیده‌ای پیچیده و متأثر از عوامل فردی، ارتباطی و اجتماعی است (Ho, 2025; Shemaye & Getahun, 2021). از این رو، مداخله مؤثر باید بتواند هم واکنش‌های درونی افراد و هم رفتارهای بین‌فردی آنان را هدف

قرار دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق ایجاد نگرشی پذیرا نسبت به تجربه‌های دشوار، کاهش همانندسازی با افکار منفی، افزایش آگاهی از لحظه حال و تقویت رفتارهای مبتنی بر ارزش، می‌تواند این دو سطح را به‌طور هم‌زمان پوشش دهد. بهبود مشاهده‌شده در کیفیت زندگی، سازگاری و رضایت زناشویی نشان می‌دهد که این درمان نه تنها نشانه‌های تعارض، بلکه ارزیابی کلی زنان از زندگی مشترک و توانایی آنان برای حضور سازنده در رابطه را نیز تحت تأثیر قرار داده است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر و تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار گیرند. نمونه پژوهش تنها از میان زنان متأهل دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان نیشابور انتخاب شد؛ بنابراین، یافته‌ها ممکن است به مردان، زوج‌هایی که به مراکز مشاوره مراجعه نمی‌کنند، افراد دارای ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت یا زنان ساکن سایر مناطق قابل تعمیم کامل نباشد. حجم نمونه نسبتاً محدود بود و این مسئله می‌تواند دقت برآوردها و توان شناسایی تفاوت‌های ظریف را کاهش دهد. همچنین، داده‌های پژوهش با استفاده از ابزارهای خودگزارشی جمع‌آوری شدند و احتمال تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی، نحوه برداشت شرکت‌کنندگان از گویه‌ها و وضعیت هیجانی آنان در زمان پاسخ‌گویی وجود دارد. کوتاه‌بودن دوره پیگیری نیز امکان ارزیابی پایداری آثار درمان در بازه‌های زمانی طولانی‌تر را محدود کرد. افزون بر این، گروه کنترل مداخله جایگزین یا دارونمای روان‌شناختی دریافت نکرد؛ بنابراین، نمی‌توان اثر عوامل غیراختصاصی مانند توجه درمانگر، حمایت گروهی و انتظار بهبود را به‌طور کامل از اثر اختصاصی درمان تفکیک کرد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر و با مشارکت زنان و مردان، هر دو عضو زوج و افراد متعلق به مناطق جغرافیایی و زمینه‌های فرهنگی متفاوت انجام شوند. استفاده از طرح‌های زوجی می‌تواند امکان بررسی اثر متقابل تغییرات هر یک از همسران بر دیگری و تحلیل فرایندهای ارتباطی را فراهم سازد. بهتر است دوره‌های پیگیری شش ماهه، یک‌ساله یا طولانی‌تر در نظر گرفته شوند تا پایداری واقعی آثار درمان و احتمال بازگشت مشکلات ارزیابی شود. مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان‌های فعال

دیگر، از جمله درمان هیجان‌مدار، درمان شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های ارتباطی، می‌تواند اثربخشی نسبی این رویکرد را روشن‌تر سازد. همچنین، استفاده هم‌زمان از مصاحبه بالینی، گزارش همسر، مشاهده تعامل زوجین و شاخص‌های رفتاری در کنار پرسشنامه‌ها می‌تواند اعتبار یافته‌ها را افزایش دهد. بررسی نقش میانجی متغیرهایی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اجتناب تجربه‌ای، تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی، تمایز یافتگی و تعهد ارزش‌مدار نیز می‌تواند سازوکار دقیق اثرگذاری درمان را مشخص کند.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره خانواده، کلینیک‌های روان‌شناختی و مراکز خدمات اجتماعی از گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از مداخلات قابل استفاده برای زنان دارای تعارض زناشویی بهره بگیرند. اجرای گروهی این درمان می‌تواند علاوه بر کاهش هزینه‌ها، فرصت دریافت حمایت اجتماعی، یادگیری مشاهده‌ای و عادی‌سازی تجربه مشکلات زناشویی را فراهم سازد. درمانگران بهتر است در کنار آموزش پذیرش و ذهن‌آگاهی، بر شفاف‌سازی ارزش‌های زناشویی، تبدیل ارزش‌ها به رفتارهای مشخص و تمرین مستمر اقدام متعهدانه در موقعیت‌های واقعی تأکید کنند. استفاده از تکالیف خانگی، ثبت موقعیت‌های تعارض، تمرین گسلش شناختی و طراحی رفتارهای کوچک همسو با ارزش‌ها می‌تواند انتقال آموخته‌ها به زندگی روزمره را تقویت کند. همچنین، برگزاری جلسات تقویتی پس از پایان درمان و طراحی برنامه‌های پیشگیرانه برای زوج‌های در معرض تعارض می‌تواند به حفظ دستاوردها و جلوگیری از تشدید مشکلات رابطه کمک کند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Akbari, F., Arefi, M., & Moradi, O. (2023). Developing a Causal Model of Marital Stability and Satisfaction Based on Marital Traits Mediated by Conflict Management. *Cultural and Educational Journal of Women and Family*, 18(62), 173-193.
- Akın Işık, R., & Kaya, Y. (2022). The Relationships among Perceived Stress, Conflict Resolution Styles, Spousal Support and Marital Satisfaction during the COVID-19 Quarantine. *Current Psychology*, 41, 3328-3338. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02737-4>
- Ali, P. A., McGarry, J., & Maqsood, A. (2020). Spousal Role Expectations and Marital Conflict: Perspectives of Men and Women. *Journal of interpersonal violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260520966667>
- Azimi, M., & Dehghani Cham-Peiri, A. (2020). Acceptance and Commitment Therapy and Its Impact on Marital Satisfaction among Women with Marital Conflict. *Iranian Journal of Psychological Studies*, 15(1), 33-50.
- Barraca, J., Polanski, T., Duarte-Díaz, A., & Perestelo-Pérez, L. (2025). Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100867>
- Bernal-Manrique, K. N., García-Martín, M. B., & Ruiz, F. J. (2020). Effect of Acceptance and Commitment Therapy in Improving Interpersonal Skills in Adolescents: A Randomized Waitlist Control Trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.008>
- Breña, I., Alonso-Arbiol, I., Lavy, S., & Zhang, F. (2019). Attachment, Conflict Resolution, Marital Satisfaction, and Culture in Women. *Acta De Investigación Psicológica*, 9(3), 67-78. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.3.323>
- Duarte-Díaz, A., Polanski, T., & Barraca, J. (2025). Long-Term Effects of ACT on Marital Satisfaction. *Journal of Family Therapy*, 47(1), 55-72.
- El-Sheikh, M., Shimizu, M., Erath, S. A., Philbrook, L. E., & Hinnant, J. B. (2019). Dynamic Patterns of Marital Conflict: Relations to Trajectories of Adolescent Adjustment. *Developmental Psychology*, 55(8), 1720-1732. <https://doi.org/10.1037/dev0000746>
- EshaqAbadi, F., Asayee, M. H., & Ghamari, M. (2025). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Marital Conflict, Emotional Divorce, and Self-Differentiation among Married Women with Relationship Distress. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 12(1). <https://doi.org/10.61838/ijbmc.v12i1.914>
- Frye, N., Ganong, L., Jensen, T., & Coleman, M. (2020). A Dyadic Analysis of Emotion Regulation as a Moderator of Associations between Marital Conflict and Marital Satisfaction among First-Married and Remarried Couples. *Journal of Family Issues*, 41(12). <https://doi.org/10.1177/0192513X20935504>
- Ghahari, S., Jamil, L., Farrokhi, N., & Davoodi, R. (2021). Comparing the Effects of Emotion-Focused Couple Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Marital Conflict and Emotion Regulation. *Practice in Clinical Psychology*, 9(2), 121-132. <https://doi.org/10.32598/jpcp.9.2.718.1>
- Han, A., Yuen, H. K., Lee, H. Y., & Zhou, X. (2020). Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Process Measures of Family Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 201-213. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.10.004>
- Hashemizadeh, F. S., Atashpour, S. H., & Farhadi, H. (2024). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Matrix and Emotion-Focused Therapy on Marital Boredom and Differentiation in Women with Marital Conflict. *Journal of Applied Psychology & Behavioral Science*, 9(1), 12-28.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press.
- Ho, W. C. (2025). Explaining the Prevalence of Marital Conflict: Conceptual Bifurcation and Sociological Explanations. *Frontiers in Sociology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2025.1490385>
- Kasapoğlu, F., & Yabanigül, A. (2018). Marital Satisfaction and Life Satisfaction: The Mediating Effect of Spirituality. *Spiritual Psychology and Counseling*, 3(2), 177-195. <https://doi.org/10.37898/spc.2018.3.2.0048>
- Li, X., Zhou, N., Fang, X., & Cao, H. (2020). Marital Conflict Resolution and Marital Affection in Chinese Marriage. *Marriage & Family Review*, 56(8), 707-725. <https://doi.org/10.1080/01494929.2020.1712571>
- Manalel, J. A., Birditt, K. S., Orbuch, T. L., & Antonucci, T. C. (2019). Beyond Destructive Conflict: Implications of Marital Tension for Marital Well-Being. *Journal of Family Psychology*. <https://doi.org/10.1037/fam0000512>
- Polanski, T., Duarte-Díaz, A., & Barraca, J. (2025). ACT and Couple Functioning: Evidence from Randomized Trials. *SESCS Review*
- Shafiei, M., & Tavoli, A. (2019). Cognitive-Behavioral Therapy and Marital Adjustment: Evidence from Iranian Couples. *Journal of counseling research*, 12(3), 77-95.
- Shemaye, A. T., & Getahun, K. K. (2021). Marital Conflict among Couples: The Case of Durbete Town, Amhara Region, Ethiopia. *Social Psychology*.
- Wisyaningrum, S., Epifani, I., & Ediati, A. (2021). Surviving Marital Relationships during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review on Marital Conflict. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210423.015>
- World Health, O. (2019). *Quality of Life in Marital Relationships: WHO Perspectives*.
- Yaghoobi, H., Toozandehjani, H., & Zendedel, A. (2020). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Emotion-Focused Couple Therapy on the Quality of Interpersonal Relationships among Couples with Marital Conflicts. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 7(2), 116-125. <https://doi.org/10.32592/ajnp.2020.7.2.106>