






فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی، ناگویی خلقی و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

مریم صادقی 
نعیمه محب* 
مرضیه علیوند وفا 

moheb@iaut.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۶

دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۰۳

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۳ پیاپی ۷ | ۸۷-۶۹

پاییز ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بود. روش پژوهش: این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک‌ماهه و جامعه آماری زنان خیانت دیده و مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد بود که از این بین ۲۰ زن به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ زن) و گواه (۱۰ زن) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های ناگویی خلقی تورنتو بگی و همکاران (۱۹۹۴)، دلزدگی زناشویی پاینز (۱۹۹۶) و کیفیت زندگی وار و همکاران (۱۹۹۳) بود. گروه آزمایش تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایفرت و همکاران (۲۰۰۹) به مدت دوازده جلسه قرار گرفت؛ داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی ($F=7/74$ ، $P=0/012$)، دلزدگی زناشویی ($F=9/32$ ، $P=0/007$) و کیفیت زندگی ($F=10/93$ ، $P=0/004$) زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مؤثر است؛ و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان از این درمان به جهت افزایش انعطاف‌پذیری روانی و تأکیدی که بر جنبه‌های انگیزشی و شناختی دارد برای کمک به زنان مواجه شده با خیانتی که به دنبال بهبودی هستند، استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: دلزدگی زناشویی، کیفیت زندگی، ناگویی خلقی، پذیرش و تعهد، زنان خیانت دیده.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(صادقی، محب و علیوند وفا، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

صادقی، مریم، محب، نعیمه، و علیوند وفا، مرضیه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی، ناگویی خلقی و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۳ پیاپی ۷): ۸۷-۶۹.

مقدمه

پیمان زناشویی، پدیده رایجی است که گهگاه با مسئله‌ای بنام خیانت دست به گریبان است. خیانت زناشویی از جمله عواملی است که سلامت خانواده را با چالش مواجه کرده و مهم‌ترین عامل تهدیدکننده عملکرد، ثبات و تداوم روابط زناشویی است (مارک، جانسن و میلهاسن، ۲۰۱۱). خیانت زناشویی از جمله عواملی است که می‌تواند شدیدترین پیامدهای عاطفی را در زوجین ایجاد کند. اغلب افرادی که خیانت دیده‌اند احساساتی مانند خشم، عزت‌نفس پایین، افسردگی و درماندگی را تجربه می‌کنند (اسنایدر، باکوم و گوردون، ۲۰۰۷؛ ساکن، اورگانسی و سوی، ۲۰۲۱). ناآرامی شدید عاطفی پس از افشای خیانت، اغلب با آشفتگی شناختی همراه است و می‌تواند در قالب نشخوار فکری شدید در عملکرد و زندگی فرد اختلال ایجاد نماید (سودانی، کریمی، مهرابی زاده و نیسی، ۱۳۹۱). از سویی دیگر، خیانت یکی از دلایل عمده طلاق و از هم پاشیدن ازدواج‌ها می‌باشد. زیرا این امر دربرگیرنده یک سری عناصر رفتاری چون نیازهای نامناسب هیجانی و جنسی، فرصت‌طلبی، بی‌مسئولیتی و فریبکاری عمدی است که پذیرش آن‌ها برای افرادی که به‌نوعی با این مسئله درگیر می‌شوند، چندان راحت نیست (شاکلفورد، بسر و گوتز، ۲۰۰۸).

مطالعات نشان داده‌اند که واکنش فرد نسبت به خیانت همسر، شبیه علائم استرس پس از سانحه همچون علائم شوک، سردرگمی، خشم و افسردگی و احساس قربانی شدن می‌باشد (اسنایدر، باکوم و گوردون، ۲۰۰۷؛ اسنایدر، ۲۰۰۵). حال آنکه یکی از صفاتی که در زمینه مشکلات خلقی، عاطفی زنان آسیب‌دیده از خیانت کمتر مورد توجه قرار گرفته ناگویی خلقی می‌باشد که رابطه تنگاتنگی با بروز افسردگی و حالات اضطرابی نیز دارد. نیکول و همکاران (۲۰۱۱) آگاهی هیجانی ضعیف را در چندین دهه مورد مطالعه قرار داده و از آن تحت عنوان ناگویی هیجانی نام برده‌اند. ناگویی خلقی سازه‌ای چندوجهی است و ویژگی‌های اصلی آن ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخصی و فقر شدید در تفکر نمادین است که آشکارسازی بازخوردها، احساسات و تمایلات را محدود می‌کند (تیلور و بگی، ۲۰۰۴) همراه با این ویژگی‌های اساسی، ویژگی‌های متعدد دیگری مانند دشواری در پردازش اطلاعات هیجانی، دشواری در فهم بیان چهره‌ای و ظرفیت همدلی کمتر نیز در مبتلایان به ناگویی هیجانی مشاهده شده است. به دلیل بی‌تفاوتی و بی‌علاقگی نسبت به دیگران در این افراد، مشکلات بین شخصی متعدد در آن‌ها مشاهده شده است (بشارت و گنجی، ۱۳۹۱؛ ونهل، دسمت، مگانت و بوگارتس، ۲۰۰۷). به علاوه توانایی ایجاد و حفظ یک رابطه عاشقانه رضایت‌بخش نیازمند توانایی تشخیص عواطف و هیجان‌ها و توانایی ابراز آن‌ها و درک احساسات دیگران است که بنا بر تحقیق بشارت و گنجی (۱۳۹۱) چنانچه این صمیمیت و درک احساسات طرف مقابل وجود نداشته باشد رضایت زناشویی نیز کاهش می‌یابد. خواجه و خضری مقدم (۱۳۹۵) نیز به تعیین رابطه میان ناگویی خلقی و رضایت زناشویی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بهزیستی روانی افراد به طور قابل توجهی تحت تأثیر روابط صمیمی بین فردی قرار دارد و توانایی ایجاد و حفظ رابطه‌ای عاشقانه و رضایت‌بخش نیازمند توانایی تشخیص هیجان‌ها و توانایی ابراز آن‌ها است. ارتباط تنگاتنگ میان ناگویی خلقی و رضایت زناشویی که در بالا بدان اشاره شد باعث می‌شود که جنبه‌های دیگری از زندگی افراد نیز نظیر کیفیت زندگی تحت تأثیر قرار بگیرد. کیفیت زندگی، ادراکی است که افراد از موقعیتی که در زندگی، زمینه فرهنگی و

سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، دارند. ادراکی که در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و علاقتشان می‌باشد (سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۸). مؤمنی جاوید و شعاع کاظمی (۱۳۹۰) و بشرپور (۱۳۹۱) کیفیت زندگی افراد آسیب‌دیده از خیانت زناشویی را بررسی نموده و آن را پایین گزارش کردند. آسیب دیگری که زنان خیانت دیده شدیداً با آن روبرو می‌شوند نیز ناشی از تداوم فقدان رضایت زناشویی است. انباشته شدن سرخوردگی‌ها و تنش‌های ناشی از مسئله پیمان‌شکنی، می‌تواند منجر به دلزدگی زناشویی شود دلزدگی زناشویی به علت مجموعه‌ای از توقعات غیرواقعی از همسر و ازدواج توأم با استرس‌ها، واقعیت‌ها و فراز و نشیب‌های زندگی بروز می‌کند. دلزدگی زمانی بروز می‌کند که یکی از زوجین به اندازه طرف دیگر برای رابطه ارزش قائل نیست و یا مهم‌ترین نیازهای یکی از طرفین نادیده گرفته می‌شود. در این صورت، رضایت و صمیمیت عاطفی-زناشویی کم‌رنگ می‌شود و طرفین دیگر میلی به هم ندارند (اسدپور و ویسی، ۱۳۹۷).

دلزدگی به صورت تدریجی است و به ندرت ناگهانی اتفاق می‌افتد. در حقیقت عشق و صمیمیت به تدریج کم‌رنگ می‌شود و دلزدگی آغاز می‌شود. به عقیده کالی (۲۰۱۰) دلزدگی زناشویی مجموعه‌ای از علائم خستگی عاطفی، جسمانی و روانی است که پیامدهای قابل توجهی برای زندگی زوجین به دنبال دارد. این پدیده زمانی ایجاد می‌شود که زوج درمی‌یابند که رابطه آن‌ها برای برآورده کردن یکسری از نیازهای اساسی ناتوان است و طرفین دچار حالت‌های دردناک خستگی، یکنواختی، افسردگی و احساس ناکامی در زندگی زناشویی می‌شوند. پاینز، نیل، همبر و ایسکسون (۲۰۱۱) دلزدگی را یک حالت خستگی روانی، عاطفی و جسمانی می‌دانند که در شرایط درگیری طولانی مدت، همراه با مطالبات عاطفی در فرد ایجاد می‌شود. براوو و لامپکین (۲۰۱۰) در مدلی که جهت تبیین پیمان شکنی‌های زناشویی ارائه می‌دهند؛ یکی از عوامل مؤثر در رخداد این پدیده را نیازهای برآورده نشده و نقایص موجود در پاسخ‌دهی همدلانه و خستگی عنوان می‌کنند که همه این عوامل به صورت مستقیم بر کاهش رضایت زناشویی نیز تأثیرگذار هستند. در ایران صفی پوریان و همکاران (۱۳۹۵) به بررسی دلزدگی زناشویی در زنان متقاضی طلاق شهرستان دلفان در استان لرستان با استفاده از مشاوره گروهی به شیوه درمان بین فردی در ده جلسه پرداختند و نتیجه نشان داد که خرده مقیاس‌های افسردگی جسمی و عاطفی و روانی در زنان متقاضی طلاق کاهش یافته است.

با توجه به ماهیت پیچیده پیمان شکنی و تأثیرات فاجعه‌آمیز آن بر روابط زوجین، ضروری است که مداخلات مؤثر و جدیدی برای کمک به افرادی که با این مشکل دست به گریبان هستند، بکار گرفته شود. از بین تمامی مداخلاتی که برای کاهش ناگویی خلقی و دلزدگی از سویی و ارتقا کیفیت زندگی از سویی دیگر در نظر گرفته شده‌اند به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به ماهیت آن بتواند اثربخش باشد زیرا این درمان از رویکرد شناختی رفتاری پدید آمده است و بزرگ‌ترین مزیت آن نسبت به سایر درمان‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی است (کوپن، سوند و اشورت، ۲۰۱۴)؛ که سبب می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و بتواند در برخورد با محرک‌های محیطی عملکرد بهتری داشته باشد (هیز، ۲۰۰۴). در این درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است (کییتی و لانس، ۲۰۱۴). یعنی توانایی انتخاب عملی در

بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیز، ۲۰۰۶). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب کند. این درمان شش هسته مرکزی دارد که عبارت‌اند از گسلس، پذیرش، تماس با لحظه، مشاهده خود، عمل متعهدانه و ارزش‌ها (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). به عبارتی علت اصلی انتخاب این درمان در مقایسه با سایر درمان‌ها این است که به مراجع آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و در اینجا و اکنون از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان فنون شناختی درمانی سنتی را با ذهن آگاهی ترکیب می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سبب افزایش رضایت زناشویی، بهبود آشفته‌گی زناشویی و متغیرهای ارتباطی بین زوجین، سازگاری زناشویی و کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی و بین فردی بین زوجین ناسازگار و دارای مشکل شود (کیوان پور و لطفی کاشانی، ۲۰۱۴). از آنجایی که این رویکرد یک رویکرد جدید بوده و از فرایندهای پذیرش و تعهد و فرایندهای تغییر رفتاری به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند، برای درمان زنان آسیب‌دیده از خیانت می‌تواند رویکرد مناسبی محسوب شود (هیز، به نقل از هنرپروران، ۱۳۹۳). خدایاری فرد و همکاران (۱۳۹۴)، مرشدی و همکاران (۱۳۹۴)، پیرانی و همکاران (۱۳۹۵) و هنرپروران (۱۳۹۳) در پژوهش‌های خود از روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده نموده و آن را اثربخش یافتند. اسدیپور و ویسی (۱۳۹۷) در پژوهشی جدید از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود رضایت زناشویی، عزت‌نفس جنسی و دلزدگی زناشویی زنان دیابتی استفاده کردند و نتایج حاکی از اثربخشی درمان در راستای کاهش دلزدگی زناشویی بود.

حال با توجه به ماهیت شناختی و رفتاری متغیرهای تحقیق و احساس نیاز به درمانی که تعهد برای تغییر ایجاد می‌کند و از انعطاف‌پذیری و گشودگی برخوردار است و از آنجایی که در این درمان بر خلاف سایر درمان‌هایی که در مورد خیانت استفاده می‌شوند هدف اصلی آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی لاجرم برای او ایجاد کرده، یک زندگی پربار و معنادار برای خود ایجاد نماید و با نظر به اینکه شناسایی و تشخیص مرزهایی که افراد را از زندگی مطلوب بازداشته نیز از مؤلفه‌های کلیدی این درمان هستند (هنرپروران، ۱۳۹۳) محقق این درمان را انتخاب نموده است و پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی طرح‌ریزی و انجام پذیرفت؛ در بیان اهمیت و ضرورت انجام این تحقیق از بعد عملی می‌توان به ابعاد آسیب‌زنده فراوان خیانت برای زنانی که ساکنان دار خانواده بوده و چه بسا نقش مادری نیز بر عهده دارند اشاره نمود. درگیری‌ها، ناآرامی‌ها و قهرها و دلزدگی که پس از افشای خیانت آشکارتر می‌شود نیازمند توجه در قالب یک درمان جدید و انعطاف‌پذیر است. در راستای تبیین نظری نیز از آنجایی که خیانت شیوع بالایی دارد و شدیداً بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد اعم از خلق و خو و دلزدگی و در

نهایت کیفیت زندگی تأثیرگذار است، وجود یک درمان نسبتاً جدید لازم و ضروری به نظر می‌رسد؛ لذا در این پژوهش به فرضیه‌های زیر پاسخ داده شد:

۱. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی، دزدگی زناشویی و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در مرحله پس‌آزمون مؤثر است.
۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی، دزدگی زناشویی و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در مرحله پیگیری پایدار است.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و دارای طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک‌ماهه بود که طی آن تأثیر متغیر مستقل (درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر روی متغیرهای وابسته (ناگویی خلقی، دزدگی زناشویی و کیفیت زندگی) زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شهر مشهد مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری شامل زنانی بود که متوجه اولین خیانت جنسی همسر خود شده و پس از دیدن فراخوان ارائه خدمات مشاوره و درمانی جهت برخورداری از راهکارهای درمانی پیرامون روابط فرازناشویی و آسیب‌های ناشی از آن به مراکز مشاوره شهر مشهد در سال ۹۷-۹۶ مراجعه نمودند. از این جامعه آماری ۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند و به عنوان نمونه انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گروه گواه (۱۰ نفر) جایگزین گردیدند ملاک‌های ورود عبارت بود از برخورداری از شرایط سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم، علاقه‌مندی به شرکت در جلسات درمان و ملاک‌های خروج عبارت بود از ابتلا به بیماری روانی بهره جستن از سایر درمان‌ها و استفاده از دارو. قبل از مداخله از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و سپس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت دوازده جلسه بر روی گروه آزمایش انجام پذیرفت؛ اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام دوره زمانی، از هر دو گروه در تمامی متغیرها پس‌آزمون و یک ماه بعد پیگیری گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو^۱. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط تایلر ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی، پارکر و تایلر مورد تجدید نظر قرار گرفت (به نقل از مرادی و شاه‌قلیان، ۱۳۸۶). یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در یک طیف لیکرت از ۱ تا ۵ می‌سنجد. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است که نشانه همسانی درونی بالای این مقیاس است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل گروه نمونه در پیش‌آزمون ۰/۸۵ و در پس‌آزمون ۰/۸۷ به دست آمد.

^۱ Toronto Alexithymia Scale

۲. پرسشنامه دلزدگی زناشویی. در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری میزان دلزدگی زناشویی از مقیاس ۲۱ سؤالی دلزدگی زناشویی پاینز (۱۹۹۶) استفاده شده است. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده میزان دلزدگی بیشتر بوده و حد بالای نمره ۱۴۷ و حد پایین آن ۲۱ است. برای تفسیر نمرات باید آن‌ها را تبدیل به درجه کرد. در این پرسشنامه سه جزء خستگی جسمی، روانی و عاطفی سنجیده می‌شود. در ایران نیز نویدی (۱۳۸۴) پایایی آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل گروه نمونه در پیش‌آزمون ۰/۸۵ و در پس‌آزمون ۰/۸۹ به دست آمد.

۳. پرسشنامه کیفیت زندگی. این پرسشنامه توسط وار، اسنوو، کوزینسکی در سال ۱۹۹۳ ساخته شده و مشتمل بر ۳۶ آیتیم بوده و به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به کار برده می‌شود. این پرسشنامه ۸ مؤلفه‌ی کیفیت زندگی شامل سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، عدم محدودیت ناشی از سلامت جسمانی، عدم محدودیت ناشی از مشکلات هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی و عدم درد را ارزیابی می‌کند. در ایران این فرم توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۵) با روش ترجمه و ترجمه مجدد به فارسی برگردانده و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۹ است، به غیر از خرده مقیاس نشاط که ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان دادند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل گروه نمونه در پیش‌آزمون ۰/۹۰ و در پس‌آزمون ۰/۹۲ به دست آمد.

۴. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. طرح درمان ۱۲ جلسه‌ای بر اساس کتابچه راهنمای درمان پذیرش و تعهد ایفرت و توسط پترسون و همکاران (۲۰۰۹) انجام و بسط و توسعه یافته است؛ که توسط اساتید دانشگاهی در این حوزه مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است.

خلاصه جلسات به شرح زیر است:

جلسه اول. در این جلسه که بر اساس ارزیابی و جهت‌گیری درمان بود آزمودنی‌های شرکت‌کننده بیشتر با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آشنا شدند و اهداف درمانی بیان شد و شش هسته اصلی و متمرکز در درمان اکت به شرکت‌کنندگان معرفی گردید. جزییاتی از افراد گرفته شد و تمرینات تمرکز نیز بیان شدند.

جلسه دوم. در این جلسه ارزیابی‌های فردی از اعضای گروه که زنان آسیب‌دیده از خیانت همسران بودند انجام شد. شرکت‌کنندگان درباره احساسات فراگیرشان مخصوصاً خشم شدیدی که نسبت به همسر تجربه می‌کردند صحبت کردند.

جلسه سوم. در این جلسه به بررسی هزینه‌های توسعه ناامیدی خلاق برای زنان خیانت دیده و مربوط ساختن موقعیت‌های اختصاصی به عنوان هدف گسلش و فعالیت پرداخته شد. اجتناب تجربی معرفی گردید و اینکه چگونه اجتناب یا فرار کردن از دردها می‌تواند دردها را تبدیل به رنجی کند که همواره با انسان است. استعاره‌هایی نظیر دست بند انگشتی چینی به عنوان مداخله مورد استفاده قرار گرفتند.

جلسه چهارم. در این جلسه تمرین تمرکز حواس (ذهن آگاهی) مورد استفاده قرار گرفت و بر روی پذیرش شرکت‌کنندگان کار شد. به شرکت‌کنندگان آموخته شد که بین خودارزیابی‌ها و توصیف خود تمایز قابل شوند و این کار را تمرین کنند.

جلسه پنجم. در این جلسه همجواری شناختی که همان گیرافتادن در افکار و داشتن باور راسخ به آن‌ها مورد تأکید قرار گرفت. پرداختن به گسلش (جداسازی تجارب ذهنی از خود)، تمرین ذهن آگاهی، تشریح و توضیح رابطه منفی افکار بر روی زوج‌ها، ارائه تکلیف توسعه تمرین ذهن آگاهی جهت اجرا در زندگی روزمره افراد مورد توجه قرار گرفت.

جلسه ششم. در این جلسه تمرین راننده اتوبوس انجام شد. پس از آن تمرین مشاهده افکار توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسر صورت گرفت. افکار روی برگه تمرین نوشته شدند و تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه هم انجام شد. تکلیف مربوط به ذهن آگاهی به شرکت‌کنندگان برای انجام در منزل داده شد.

جلسه هفتم. در این جلسه درباره ارزش‌ها و انتخاب جهت ارزش‌ها صحبت شد. به شرکت‌کنندگان برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی کمک شد. تمرین چه چیزی در حال حاضر از زندگی / رابطه می‌خواهم؟ و تمرین نوشتن روی سنگ قبر نیز انجام شد.

جلسه هشتم. شناسایی موانع ارزش در زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود انجام شد. بازبینی کاربرگ ارزش‌ها و بحث درباره موانع ارزش‌های زندگی صورت گرفت. به شرکت‌کنندگان یاد داده شد تا بجای غلبه بر آن‌ها با آن‌ها حرکت کنند. کاربرگ عمل متعهد کار شد و تمرین راننده اتوبوس نیز مجدداً مورد بازنگری قرار گرفت.

جلسه نهم. ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه مورد توجه قرار گرفت. ادامه دادن به فعالیت‌های مرتبط با ارزش‌ها و افزایش تمایل برای تجربه کردن احساسات ناخواسته‌ای که عمل متعهد را احاطه کرده‌اند. کاربرگ عمل متعهد مورد توجه مجدد قرار گرفت.

جلسه دهم. توجه به خود به عنوان زمینه در رابطه مورد تأکید قرار گرفت و از کاربرگ اقدام متعهد استفاده شد و استعاره صفحه شطرنج نیز مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

جلسه یازدهم. ارتقای بیشتر ذهن آگاهی و واکنش درمانگر و اعضا به پایان درمان مورد بررسی قرار گرفت. پذیرش و اقدام متعهد از طریق بازبینی تمایل عاطفی به ماندن زنان آسیب‌دیده در یک زمینه متعهد انجام گرفت.

جلسه دوازدهم. تکرار و یادآوری استراتژی و تکنیک‌هایی که ارتقای نگهداری منافع درمان بر آن استوار است مانند بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد برای آینده و دادن سی دی تمرینات ذهن آگاهی به مراجعین جهت انجام در منزل و پایان درمان صورت گرفت.

شیوه اجرا. درمان در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش (۱۰ نفر) انجام پذیرفت. در جلسه نخست پیش‌آزمون تکمیل گردید و یک هفته پس از پایان درمان نیز پس‌آزمون به عمل آمد. با توجه به آسیب‌های ناشی از خیانت که افراد تحت درمان با آن مواجه شده بودند نوعی بی‌اعتمادی در آن‌ها شکل گرفته بود؛

بنابراین اطمینان کافی در مورد محرمانه بودن نتایج به آن‌ها داده شد. ضمناً از گروه گواه (۱۰ نفر) که هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرده بودند نیز دعوت گردید تا طی ماه‌های آینده در برنامه‌های آموزشی مرکز که مرتبط با موضوع خیانت بودند شرکت نمایند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های این تحقیق از روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد و داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد که شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش (۶۰ درصد) بین سنین ۲۵-۳۵ سال و (۴۰ درصد) بین سنین ۳۶-۴۵ سال قرار داشتند. در مورد گروه گواه نیز (۷۰ درصد) بین سنین ۲۵-۳۵ سال بودند و ۳۰ درصد دیگر در گروه سنی دوم قرار داشتند. در مورد سطح تحصیلات نیز بیشترین فراوانی مربوط به مقطع دیپلم در گروه آزمایش (۷۰ درصد) و کمترین فراوانی نیز متعلق به مقطع کارشناسی (۳۰ درصد) در این گروه بود. ولیکن در گروه گواه (۶۰ درصد) دیپلم و (۴۰ درصد) در سطح کارشناسی بودند. در جدول ۲ در بخش آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مربوط به ناگویی خلقی، دزدگی زناشویی و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد میزان تعارض زناشویی زوجین در سه مرحله‌ی اندازه‌گیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
ناگویی	آزمایش	۶۷/۰۰	۴/۳۷	۵۴/۶۰	۵/۱۳	۶/۵۷
خلق	گواه	۶۸/۱۹	۵/۷	۶۷/۳۱	۵/۶	۵/۶۷
دزدگی	آزمایش	۹۷/۵	۱۰/۹۴	۸۶	۱۰/۱۱	۹/۸۲
زناشویی	گواه	۱۰۴/۵	۹/۷	۱۰۴/۸	۱۱/۱۰	۱۲/۹۵
کیفیت	آزمایش	۸۰/۷	۱۱/۹	۹۵/۹	۱۰/۹۶	۶/۳۹
زندگی	گواه	۷۳/۱	۱۲/۵۸	۷۴/۸	۱۰/۲۹	۱۴/۰۶

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌کنید میانگین تعارض زناشویی زوجین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته است. مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون (۶۷) و پس‌آزمون (۵۴/۶) ناگویی خلقی در گروه آزمایش نشان دهنده کاهش نمرات پس از انجام مداخله است حال آنکه در گروه گواه تغییر محسوسی در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نمی‌شود. مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون (۹۷/۵) و پس‌آزمون (۸۶) دزدگی زناشویی در گروه آزمایش نشان دهنده کاهش نمرات پس از انجام مداخله است حال آنکه در گروه گواه تغییر محسوسی در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده

نمی‌شود مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون (۸۰/۷) و پس‌آزمون (۹۵/۹) کیفیت زندگی در گروه آزمایش نشان دهنده افزایش نمرات پس از انجام مداخله است حال آنکه در گروه گواه تغییر محسوسی در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نمی‌شود.

جدول ۲. خلاصه نتایج مفروضه‌های تعارضات زناشویی

گروه	آزمون موخلی			معناداری	مقدار χ^2	W
	آزمون لوین	آزمون کولموگراف-اسمیرنف				
	آماره	معناداری	آماره	معناداری		
ناگویی خلقی	۱/۵۰	۰/۲۳	۱/۰۶	۰/۲۱	۵۰/۲۰	۰/۰۵
دلدزدگی زناشویی	۱/۰۶	۰/۶۰	۰/۵۸	۰/۸۸	۴۰/۹۱	۰/۰۹
کیفیت زندگی	۰/۹۱	۰/۳۵	۰/۹۹	۰/۲۷	۴۷/۵۳	۰/۰۶

با توجه به اینکه سطح معناداری تخمین مقدار مجذور کای برای این آزمون کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین از این پیش‌فرض تخطی شده است. در این شرایط باید از اصلاح اپسیلین استفاده نمود؛ بنابراین سه گزینه‌ی اصلاحی را پیشنهادی کران پایین محافظه‌کارتر از دو مورد دیگر است؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها از آماره گرین‌هاوس-گیزر استفاده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
ناگویی	مراحل مداخله	۲۳۲۴/۸۰	۱/۰۲	۲۲۶۴/۱۴	۷۸/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۱
خلق	مراحل × گروه	۱۱۹۰/۸۰	۱/۰۲	۱۱۵۹/۷۳	۴۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	بین گروهی	۶۳۳/۷۵	۱	۶۳۳/۷۵	۷/۷۴	۰/۰۱۲	۰/۳۰
دلدزدگی	مراحل مداخله	۴۵۸/۸۰	۱/۰۴	۴۳۸/۱۳	۲۲/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵
زناشویی	مراحل × گروه	۴۶۴/۱۳	۱/۰۴	۴۴۳/۲۲	۲۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	بین گروهی	۳۳۱۵/۲۶	۱	۳۳۱۵/۲۶	۹/۳۲	۰/۰۰۷	۰/۳۴
کیفیت	مراحل مداخله	۹۰۴/۰۳	۱/۰۳	۸۷۶/۵۰	۴۶/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲
زندگی	مراحل × گروه	۶۰۳/۰۳	۱/۰۳	۵۸۴/۶۶	۳۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	بین گروهی	۴۱۱۶/۸۱	۱	۴۱۱۶/۸۱	۱۰/۹۳	۰/۰۰۴	۰/۳۷

بر اساس نتایج جدول ۳ سطح معناداری تحلیل واریانس آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد که آموزش‌ها در گروه‌های آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در نمرات ناگویی خلقی ($F=7/74, P=0/012$)، دلدزدگی زناشویی ($F=9/32, P=0/007$) و کیفیت زندگی ($F=10/93, P=0/004$) مورد مطالعه معنادار است؛ بنابراین

می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات ناگویی خلقی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی در پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	پیش‌آزمون - پیگیری	پیش‌آزمون - پیگیری	پس‌آزمون - پیگیری
	تفاوت	انحراف	تفاوت	انحراف
	میانگین	معیار	میانگین	معیار
ناگویی خلقی	۰۰/۱۳**	۵۰/۱	۴۰/۱۳**	۴۶/۱
دلزدگی زناشویی	۶۰/۵**	۲۳/۱	۱۰/۶**	۲۲/۱
کیفیت زندگی	۴۵/۸**	۱۶/۱	۰۰/۸**	۲۳/۱

در جدول ۴ نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین ناگویی خلقی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P=0/001$) اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی انجام گرفته است. یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان ناگویی خلقی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه تغییر معناداری داشته است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های هنرپروران (۱۳۹۳)، نریمانی و بخشایش (۱۳۹۳)، اسدپور و ویسی (۱۳۹۷) و لی (۲۰۱۰) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات هیجانی زوجین اثربخش است، همسو است. در تبیین تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی هیجانی با استناد به پژوهش خزان، عباسی اصل، یونسی و کاظمی (۱۳۹۵) مبنی بر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نارسایی هیجانی زنان متقاضی طلاق می‌توان این‌گونه بیان نمود که ناگویی خلقی از طریق نقص و ناتوانی در شناخت هیجان‌ها و عواطف، مشکلات بین فردی و زناشویی را افزایش می‌دهد (تیلور و باگی، ۲۰۰۴) از طرف دیگر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به مهار افکار و رفتارهای نامناسب به مهار خود کمک می‌کند تا فرد اعمال خود خواسته‌ای را انجام دهد؛ در واقع از آنجایی که این درمان به معنی خواستن هیجان‌ها و تجارب آزردهنده و تحمل صرف آن‌ها نیست می‌تواند منجر به این شود که فرد به‌گونه‌ای آگاهانه افکار و هیجان‌ها را مهار کند و آن‌ها را مدیریت نماید. فرد می‌تواند هیجان‌ها را همان‌گونه که هستند تجربه کند و به عمق هیجان‌ها خود پی ببرد و درستی یا نادرستی آن‌ها را شناسایی کند (عباسی، خزان، پیرانی و قاسمی جوبنه، ۱۳۹۵).

به علاوه این روش با ارائه تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربه مقابله با سختی یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها باعث درک بیشتر درباره ایستادگی در برابر چالش‌های زندگی می‌شود و افراد باور

می‌کنند که توانایی مقابله با چالش‌های زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی را دارند؛ در نتیجه ابتدا اجتناب، پریشانی و ترس از چالش‌ها و در نهایت ناگویی هیجانی کاهش می‌یابد (درویش باصری و دشت بزرگی، ۱۳۹۶).

در تبیین اثرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بر مبنای پژوهش مرشدی و همکاران (۱۳۹۴)، پترسون و همکاران (۲۰۰۹)، براچ، کانکر و بوش (۲۰۱۲) از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توسعه و نگهداری تعارض و فاصله عاطفی و بی‌فایده هر یک از زوجها ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه زن و شوهر است. واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابانه منفی و عمل بر طبق آن‌ها، چرخه رابطه منفی زوجها را حفظ می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال تضعیف این فرایندها و در نتیجه کاهش رنج‌های غیرضروری زوج‌هاست که به‌وسیله اجتناب‌های تجربی هریک از آن‌ها ناشی می‌شود. در واقع هدف درمان کمک به افراد است تا ارزش‌های خود را در رابطه مشخص کنند و لذا با نوسانات عاطفی که در زندگی برایشان اتفاق می‌افتد، بهم نریزند و کمتر دچار فرسودگی یا دلزدگی شوند. در مجموع می‌توان گفت که مداخلات صورت گرفته بر اساس این رویکرد، به افراد کمک می‌کند تا بتوانند تعارضات خود را با همسرشان حل کنند، ارتباط جدید و مثبتی را آغاز نمایند، برای ایجاد صمیمیت در رابطه جدید تلاش کنند و به این ترتیب از میزان مشکلات زناشویی خود بکاهند و در نهایت فرسودگی زناشویی کاهش یابد (کیوان پور و لطفی کاشانی، ۱۳۹۳).

به علاوه نتایج تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی تأثیرگذار است در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان اضافه کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افرادی که تجارب هیجانی دارند این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. اصلاح و تقویت خوددلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است) یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بیجا کاهش یابد. در نهایت هدف این درمان، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد است (رومر و همکاران، ۲۰۰۸ و هیز و همکاران ۲۰۱۳). لذا زندگی کردن در لحظه و با قضاوت کمتر کیفیت زندگی و روابط فرد را افزایش می‌دهد. تبیین دیگر برای تأثیرگذاری این درمان بر ارتقا کیفیت زندگی می‌تواند تأکید زیاد آن بر ارزش‌ها و یادآوری ارزش‌های درونی فرد در زندگی باشد. علاوه بر آن درمان به افراد آسیب‌دیده کمک می‌کند تا در زمان حال زندگی کنند. این پژوهش محدود به زنان با سنین بین ۲۵ تا ۴۵ بوده در تعمیم نتایج به زنان بالاتر و پایین‌تر از این دامنه سنی بایستی جانب احتیاط در نظر گرفته شود همچنین میزان تحصیلات زنان شرکت‌کننده در این تحقیق بالاتر از دبلیوم بود و لذا امکان تعمیم نتایج به زنانی که مورد خیانت قرار گرفته و بی‌سواد یا کم‌سواد هستند را با محدودیت مواجه می‌سازد. این تحقیق محدود به زنانی بود که متوجه خیانت جنسی همسر خود شده بودند و در تعمیم نتایج به زنانی که مورد خیانت عاطفی و یا اینترنتی همسر شده‌اند بایستی احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود این

تحقیق بر روی زنان با تحصیلات پایین‌تر از دیپلم و سنین زیر بیست‌وپنج و بالای چهل‌وپنج نیز انجام گیرد، همین‌طور پیشنهاد می‌شود در آینده این طرح درمانی برای افراد آسیب‌دیده از خیانت‌های عاطفی و مخصوصاً اینترنتی یا مجازی که در جامعه امروزه رو به افزایش هستند، نیز اجرا شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش، مدیران مراکز مشاوره مخصوصاً مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی مشهد که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدرانی به عمل می‌آید.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز است و همه نویسندگان در مراحل مختلف انجام این رساله و تدوین و ارسال مقاله نقش داشته‌اند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

اسدپور، اسماعیل، و ویسی، سعید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، عزت‌نفس جنسی و دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۲۱ (۷): ۱۷-۸.

بشارت، محمدعلی، و گنجی، پویا. (۱۳۹۱). نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی در رابطه بین ناگویی هیجانی و رضایت زناشویی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴ (۴): ۳۵-۳۲۴.

بشرپور، سجاد. (۱۳۹۱). اثربخشی پردازش شناختی بر بهبود علائم پس‌آسیبی، کیفیت زندگی، عزت‌نفس و رضایت زناشویی زنان مواجه شده با خیانت زناشویی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۲): ۲۰۸-۱۹۳.

پیرانی، ذبیح، عباسی، مسلم، کلوانی، محمد، و نوربخش، پریا. (۱۳۹۵). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس جنسی، ناگویی خلقی و سازگاری زناشویی در همسران جانبازان. *طب جانباز*، ۹ (۱): ۲۵-۳۲.

تقوی، ملیحه، نجفی، محمود، کیان ارثی، فرحناز، و آقایان، شاهرخ. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی و اضطراب صفت - حالت در بیماران دارای اضطراب، افسردگی اساسی و افراد عادی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۵ (۲): ۶۷-۷۶

خدایاری فرد، محمد، حجازی، الهه، و حسینی نژاد، ناهید. (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای همسر و فرزند. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶ (۲): ۶۱-۷۵.

خواجه، فرزانه، و خضری مقدم، نوشیروان. (۱۳۹۵). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی با رضایت زناشویی در پرستاران زن متأهل. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی*، ۱۴ (۷): ۶۳۸-۶۳۰

داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، و نظری، علی محمد. (۱۳۹۴). تأثیر رویکرد زوج‌درمانی - کوتاه‌مدت راه‌حل - محور بر کاهش ابعاد فرسودگی - زناشویی زنان. *مجله پرستاری و مامایی / ارومیه*، ۱۳ (۱): ۴۶-۳۶...

درویش باصری، لیلا، و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *نشریه روان‌پرستاری*، ۵ (۱): ۱۳-۷.

سودانی، منصور، کریمی، جواد، مهرابی زاده هنرمند، مهناز، و نیسی، عبدالکاسم. (۱۳۹۱). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت همسر. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰ (۴): ۲۵۸-۲۶۸

صفی پوریان، شهین، قدمی، امیر، خاکپور، مسعود، سودانی، منصور، و مهرآفرید، معصومه. (۱۳۹۵). تأثیر مشاوره گروهی با روش بین فردی بر کاهش دلزدگی زناشویی زنان متقاضی طلاق. *فصلنامه روان‌پرستاری*، ۵ (۱): ۱-۱۱

عباسی، مسلم، خزان، کاظم، پیرانی، ذبیح، و قاسمی جوینه، رضا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکردهای شناختی هیجانی جانبازان. *مجله طب جانباز*، ۸ (۳۳): ۵۵-۶۳

مرشدی، مهدی، داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، محمودی، محمدجلال، و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج‌ها. *نشریه پژوهش پرستاری*، ۱۰ (۴): ۸۷-۷۶

مؤمنی جاوید، مهرآور، و شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۹۰). تأثیر روان‌درمانی زوجینی بر کیفیت زندگی زوجین آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در تهران. *مجله تخصصی پژوهش و سلامت گناباد*، ۱۱ (۱): ۶۳-۵۴

میری، نسرین، و نجفی، محمود. (۱۳۹۶). نقش صمیمیت، احساس تنهایی و ناگویی خلقی در پیش‌بینی رضایت زناشویی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۱ (۳): ۷۴-۶۶.

نریمانی، محمد، و بخشایش، رباب. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، هیجانی و رضایت زناشویی زوجین در معرض طلاق. *پژوهش‌های مشاوره*، ۵۲: ۱۲۳-۱۰۸.

نوبدی، فاطمه (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه دلزدگی زناشویی با عوامل جو سازمانی در کارکنان ادارات آموزش و پرورش و پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده*، دانشگاه شهید بهشتی.

هنرپروران، نازنین. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر بخشش و سازگاری زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. *فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*، ۵ (۲): ۱۵۰-۱۳۵.

References

- Baruch, D., Kanker, J., Busch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies*, 8 (3), 241-257.
- Bravo, IM, Lumpkin, PW. (2010). The complex case of marital infidelity: An explanatory model of contributory processes to facilitate psychotherapy. *American Journal of Family Therapy*, 38(5), 421-432.
- Gordan, K.C., Baucom, D.H., Snyder, D.K. (2004). An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Journal of marital and family therapy*. 30, 213-231.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-666.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Kally, E. (2010). Work Stress. Personal Life and Burnout. *Cog Bran Behav*, 14(3), 61-80.
- Katie E.J, H., & Lance M,M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 217-227
- Kevin, V., Sowden, G., & Ashworth, J. (2014). A Comprehensive Examination of the Model Underlying Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain, *Behavior Therapy*, 45, 390-401.
- Keyvanpour, P., Lotfi Kashani, f. (2014). The impact of acceptance -commitment therapy (ACT) in increasing rate of marital satisfaction in married women. *Journal of Educational and Management studies*, 4(3):614-616.
- Lee, V. (2010). The impact of alexithymia, emotional intelligence, marital. [PhD Thesis]. USA: Howard University.
- Mark, K P., Janssen, E., Milhausen, R. (2011). Infidelity in heterosexual couples: Interpersonal and Personality related predictors of extra sex. *Arch Sex Beh*, 40(5), 982-971.
- Nicoló, G., Semerari, A., Iysaker, P.H., Dimaggio, G., Conti I, D'Angerio S, Procacci M, Popolo R, Carcione A. (2011). Alexithymia in personality disorders: correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Rep*, 2 (12): 37-42.
- 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. *Cogn Behav Practice*, 16(4), 430-442.
- Sakman, E., Urganci, B., & Sevi, B. (2021). Your cheating heart is just afraid of ending up alone: Fear of being single mediates the relationship between attachment anxiety and infidelity. *Personality and Individual Differences*, 168, 110366.
- Shackelford, T K, Besser, A., Goetz, A T. (2008). Personality, Marital Satisfaction, and Probability of Marital Infidelity. *Journal of Individual Differences Research*, 6, 13-25.
- Snyder, D.K., Baucom, D. H., & Gordon, K.C. (2007). Getting past the affair: A program to help you to cope, heal and move on together or apart. New York: Guilford Press.
- Taylor, G. J., Bagby, M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychother Psychosom*, 73, 68-77

Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R. & Bogaerts, S. (2007). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 109-17.
WHO Quality of Life Group. WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version, World Health Organization (1998).

پرسشنامه کیفیت زندگی

سؤالات زیر به منظور بررسی نظر شما در مورد وضعیت سلامتی تان طراحی شده است. لطفا هر سوال را با ضربدر زدن (x) پاسخ دهید.

۱- به طور کلی وضعیت سلامت خود را چگونه می بینید؟

عالی (خیلی خوب) متوسط (ضعیف)

۲- میزان سلامتی خود را در حال حاضر با مقایسه با سال قبل چگونه ارزیابی می کنید؟

الف) از سال قبل بسیار بهتر هستم (ب) تا حدی بهتر از سال قبل هستم (ج) مثل سال قبل هستم

د) در حال حاضر تا حدی بدتر از سال قبل هستم (ه) در حال حاضر بسیار بدتر از سال قبل هستم

• سوالاتی که در زیر می آید درباره‌ی فعالیت‌هایی است که شما به طور عادی در طول روز انجام می دهید آیا در انجام این

این فعالیت‌ها محدودیت یا مشکلی دارید؟ اگر دارید چقدر است؟ (لطفا یک مورد را علامت بزنید):

سوال مشکل دارم کمی مشکل دارم اصلا مشکل ندارم

۳- در فعالیتهای شدید مثل دویدن، بلند کردن اجسام سنگین، شرکت کردن در ورزش های سنگین

۴- در فعالیتهای متوسط مثل جا به جا کردن میز، کشیدن جارو برقی و...

۵- در حمل کردن خرید روزانه

۶- در بالا رفتن از چند طبقه

۷- در بالا رفتن از یک طبقه

۸- خم شدن، دولا شدن، زانو زدن

۹- پیاده روی بیش از یک کیلومتر

۱۰- پیاده روی به فاصله چند صد متر

۱۱- پیاده روی به فاصله یک صد متر

۱۲- در استحمام یا پوشیدن لباسهای خود

• در طی چهار هفته گذشته آیا در کار یا تنظیم فعالیت روزانه خود مشکلات زیر را به خاطر مشکل جسمی داشته اید؟
بلی خیر

۱۳- مجبور شده اید که از زمان لازم برای انجام کار یا فعالیت‌های دیگر کم کنید؟

۱۴- کمتر از آنچه که میخواستید وقت گذاشته اید؟

۱۵- در انجام یک نوع کار یا فعالیت خاص مشکل داشته اید؟

۱۶- کار عادی خود را با سختی و مشکل بیشتری انجام داده اید؟

• در طی چهار هفته گذشته به علت مسائل روانی مثل اضطراب و یا افسردگی در انجام امور معمولی روزانه و انجام کارها با مشکلات زیر روبه رو بوده اید؟
بلی خیر

۱۷- مجبور شده اید که از زمان لازم برای انجام کار یا فعالیت‌های دیگر کم کنید؟

۱۸- کمتر از آنچه که میخواستید وقت گذاشته اید؟

۱۹- در انجام کارهای روزمره از دقت معمول برخوردار نبوده اید؟

۲۰- در طی چهار هفته گذشته وضعیت سلامت جسمی و روانی شما تا چه اندازه در روابط اجتماعی معمول شما در رابطه با خانواده، دوستان، همسایگان و یا سایر افراد اختلال ایجاد کرده است؟

هیچ (به طور جزئی (نسبتاً متوسط (مقداری (فوق العاده زیاد)

۲۱- در طی چهار هفته گذشته چه مقدار درد بدنی داشته اید؟

هیچ (خیلی خفیف (خفیف (متوسط (شدید (خیلی شدید)

۲۲- در طی چهار هفته گذشته درد بدنی تا چه اندازه مانع از انجام کارهای عادی شما شده است؟

اصلاً مانع نشده (کمی (به طور متوسط (تقریباً تا حدی (فوق العاده زیاد)

• این سوالات در مورد احساس شما و اینکه در طی چهار هفته گذشته چطور بودید، است لطفاً موردی را انتخاب کنید که به احساس شما نزدیکتر باشد.

گزینه‌ها:

هیچ وقت

مقدار کمی از اوقات

گاهی اوقات

مقدار زیادی از

اوقات

بیشتر اوقات

همه اوقات

۲۳- آیا روحیه خوبی داشته اید؟

۲۴- آیا خیلی عصبانی بوده اید؟

۲۵- آیا آنقدر عصبانی بوده اید که هیچ چیز شما را خوشحال نمی‌کرد؟

۲۶- آیا احساس آرامش می‌کردید؟

۲۷- آیا خود را با انرژی احساس می‌کردید؟

۲۸- آیا احساس فرسودگی داشته اید؟

۲۹- آیا احساس غمگینی یا ناامیدی داشته اید؟

۳۰- آیا شخص خوشحالی بوده اید؟

۳۱- آیا احساس خستگی داشتید؟

۳۲- در طی چهار هفته گذشته تا چه میزان مشکلات و مسائل جسمی و عاطفی بر فعالیتهای اجتماعی شما تأثیرگذار بوده است؟

همه ی اوقات (بیشتر اوقات (گاهی اوقات (مقدار کمی از اوقات (هیچ وقت)

• موارد زیر تا چه اندازه در مورد شما صادق یا نادرست است.

گزینه‌ها:

کاملاً نادرست

بیشتر نادرست

نمی‌دانم

بیشتر درست

کاملاً درست

۳۳- من از دیگران زودتر بیمار می‌شوم

۳۴- سلامت من در حد سلامت دیگران است

۳۵- انتظار دارم وضعیت سلامتی ام بدتر شود

۳۶- وضعیت سلامتی من در حد عالی است

پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو

کاملاً موافق	تا حدودی موافق	نه مخالف نه موافق	تا حدودی مخالف	کاملاً مخالف	گویه ها	رتبه
					۱ اغلب برایم مبهم است چه احساسی دارم.	
					۲ برای من مشکل است واژه های مناسبی برای احساساتم پیدا کنم.	
					۳ در بدنم حسها و حالتهایی بوجود می آید که حتی پزشکان هم آنها را درک نمی کنند.	
					۴ می توانم احساساتم را براحتی توصیف کنم.	
					۵ ترجیح می دهم به جای اینکه مشکلات را صرفاً توصیف کنم، آنها را تحلیل نمایم.	
					۶ وقتی ناراحتم، نمی دانم آیا غمگینم، وحشت زده ام و یا عصبانیم.	
					۷ اغلب حالتها و حسهایی که در جسمم بوجود می آید برایم مبهم و یک معما است.	
					۸ ترجیح میدهم به جای درک اینکه چرا امری رخ میدهد، صرفاً بگذارم که اتفاق بیفتد.	
					۹ احساساتی دارم که نمی توانم آنها را به خوبی شناسایی کنم.	
					۱۰ تماس داشتن با هیجانها امری ضروری است.	
					۱۱ برایم مشکل است احساسم درباره دیگران را توصیف کنم.	
					۱۲ دیگران از من می خواهند که احساساتم را بیشتر توضیح دهم.	
					۱۳ نمی دانم در درونم چه می گذرد.	
					۱۴ اغلب نمی دانم چرا عصبانی هستم.	
					۱۵ ترجیح می دهم با دیگران درباره برنامه های روزانه شان صحبت کنم تا احساساتشان.	
					۱۶ ترجیح می دهم برنامه های تفریحی تماشا کنم تا نمایش هایی که به عمق شخصیت انسانها می پردازد.	
					۱۷ برایم مشکل است احساسات عمیقم را حتی با یک دوست نزدیک در میان بگذارم.	
					۱۸ میتوانم به یک نفر، حتی در لحظاتی که سکوت حکم فرماست، احساس نزدیکی کنم.	
					۱۹ برای حل مشکلات شخصی ام بررسی احساساتم را مفید می دانم.	
					۲۰ نگاه به معنای پنهان فیلمها و یا نمایشنامه ها مانع لذت بردن از تماشای آنها می شود.	

مقیاس دلزدگی زناشویی

ردیف	عبارات	همیشه	غالباً	معمولاً	گاهی	بندرت	بکبار طی مدتی طولانی	هرگز
۱	خستگی							
۲	افسردگی							
۳	روز خوبی داشتن							
۴	از نظر جسمانی از پا افتادن							
۵	از نظر عاطفی از پا افتادن							
۶	خوشحال بودن							
۷	"تهی و خالی" شدن، درد کردن همه ی بدن							
۸	لبریز شدن کاسه صبر							
۹	ناراحتی							
۱۰	خستگی و تباهی و مستعد بیماری شدن							
۱۱	به دام افتادن							
۱۲	بی ارزش بودن							
۱۳	بی چیز بودن، چیزی برای بخشیدن نداشتن							
۱۴	گرفتار مشکل شدن							
۱۵	درباره همسر احساس خشم و سرخوردگی کردن							
۱۶	ضعف و اختلالات خواب							
۱۷	نامیدی							
۱۸	طرد شدن از طرف همسر							
۱۹	خوش بین بودن							
۲۰	پرانرژی بودن							

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Couple Burnout, Alexithymia, and Quality of Life of Women Affected by Marital Infidelity

Maryam. Sadeghi¹, Naeimeh. Moheb^{2*} & Marziyeh. Alivandi Vafa³

Abstract

Aim: This study was conducted to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in alexithymia, couple burnout, and quality of life of women affected by marital infidelity. **Methods:** This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group and a one-month follow-up. The statistical population included women who were betrayed and referred to counseling centers in Mashhad, from which 20 women were selected by convenience sampling and randomly assigned to experimental (n = 10) and control groups (n = 10). The study tools included the Toronto alexithymia scale (TAS) (1994), the couple burnout measure (CBM) of Pines (1996), and the MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) of Ware & Sherbourne (1993). The experimental group received the ACT intervention of Eifert et al. (2009) for twelve sessions. Data were analyzed by repeated-measures ANOVA. **Results:** The results showed that ACT affected alexithymia ($F = 7.74, P = 0.012$), couple burnout ($F = 9.32, P = 0.007$), and quality of life ($F = 10.93, P = 0.004$) of women affected by marital infidelity and that this effect was stable during the follow-up phase. **Conclusion:** The results indicate that this treatment can be used to help betrayed women who are seeking recovery due to its psychological flexibility and emphasis on motivational and cognitive aspects.

Keywords: couple burnout, quality of life, alexithymia, ACT, betrayed women

۱. PhD Student, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

۲. *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
moheb@iaut.ac.ir

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