

Original Article

## Depression and Life Expectancy in Women Affected by Marital Infidelity: a Comparison of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy

Simin Mohammadi<sup>1</sup>, Masoumeh Azemoudeh<sup>2✉</sup>, Behzad Shalchi<sup>3</sup>, Javad Mesrabadi<sup>4</sup>

1. Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
2. Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
3. Department of Psychiatry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
4. Department of Psychology, Shahid Madani University of Azerbaijan, Tabriz, Iran.

Received: 1.12.2023

Revised:15.5.2024

Accepted: 26.5.2024

DOI: [10.48308/jfr.20.1.125](https://doi.org/10.48308/jfr.20.1.125)

### Extended Abstract

**Introduction:** Family is one of the basic systems and a key fundament of the society, the health and dynamics of which depend on the cohesion of families and couples. One of the most traumatic and challenging threats to family relationships is marital infidelity, which has received much attention from both social and scientific perspectives. Women often experience various emotional crises, especially depression, after finding out about their husband's infidelity. Depression is a serious mental health condition that causes a lack of flexibility in various spheres of life for the patient. In addition, a discovery of marital infidelity can extinguish the sense of meaning and purpose in a life shared with the unfaithful spouse, because the victim feels that all their efforts and sacrifices for their marriage have been for naught, and this can lead to increased feelings of loneliness and decreased life expectancy. In recent years, there has been increased focus on cognitive therapies based on mindfulness or acceptance and commitment. Both of these cognitive therapy approaches focus on mental acceptance. The first approach emphasized conscio-usness and an attempt to consider the moment frankly, curiously, and compassi-onately. The second approach encourages an acceptance of one's thoughts, emotions, and passions without attempting to prevent or to change them. The results showed that both treatments reduced depression and increased life expectancy for women affected by marital infidelity in the post-test compared to the control group ( $P<0.001$ ). Also, the effect of treatments on depression and life expectancy of women affected by marital infidelity in the post-test stage was not statistically different. Therefore the results indicate that both approaches can treat depression and increase life expectancy among women who were victims of infidelity.

**Methodology:** The methodology of this research was semi-experimental and its design was pre-test-post-test with a control group. The statistical population included all women affected by marital infidelity who referred to the health center of the 4<sup>th</sup> municipality of Tabriz in 2022. Purpose-based available sampling was used. Using G\*Power software ( $\alpha=0.05$ , effect size=0.15) and the sample size of semi-experimental studies, the sample size of the study was determined to be 45 people and divided into two experimental groups (Experiment 1, 15 people and Experiment 2, 15 people) and control (15 people). The members of the first experimental group received cognitive therapy based on mindfulness as a group according to Segal et al.'s treatment plan, and the members of the second experimental group received treatment based on acceptance and commitment as a group according to the treatment plan of Hayes and Lillies, during eight sessions of 90 minutes (two months; one session per week). Members of the control group did not receive any treatment. SPSS software version 24 was used for statistical analysis. In order to investigate the research hypothesis, multivariate covariance analysis and Benferroni post-hoc test were used, and to compare the age of the couples and length of their marriage, analysis of variance was used, and to compare their educational level, chi-square test was used. The significance level was determined to be 0.05.

**Results:** The results showed that after adjusting the scores before the intervention, there was a significant difference between the two experimental groups and the control group in the scores after the intervention in depression ( $F = 32.142$ ;  $P = 0.001$ ) and life expectancy ( $F = 28.946$ ). Also, the difference between the mean scores of depression and life expectancy between the experimental groups and the control group is significant ( $P < 0.001$ ); However, the difference between the mean scores of depression and life expectancy in experimental groups is not significant ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and therapy based on acceptance and commitment on depression and life expectancy in women who have experienced marital infidelity. The results confirmed that both treatment methods were effective in reducing depression and increasing life expectancy in these women. However, the results also indicated that there is no significant difference between the results of the two treatments in the post-test. It can be claimed that cognitive therapy based on mindfulness helps clients to overcome their feelings of depression, anxiety, anger, etc. and control them in a non-judgmental and compassionate way, without trying to escape or avoid them. This can reduce the emotional reactions usually caused by these symptoms. In line with these results, it shall be mentioned that treatment based on acceptance and commitment with behavioral activation, in emphasizing the increase of participation in meaningful behavioral patterns, produce similarly positive results for depressed people. This treatment does not attempt to eliminate depression per se, but to increase the client's participation in effective and valuable activities in their lives. This treatment helps people determine their values in the relationship and therefore do not suffer from acute disturbances due to the emotional and emotional fluctuations that happen to them in life, and they will suffer less from anger, anxiety, and burnout and of course will witness increase their life expectancy. The sample of this study comprised of all women aged 30 to 55 who were affected by marital infidelity in Tabriz in 2022, which is one of the limitations as it makes it difficult to generalize the findings to younger and older women affected by marital infidelity and other geographical areas. Also data collection was done by questionnaire, which is likely to be biased due to the self-report nature of this method. It can be suggested that the same research be carried out in

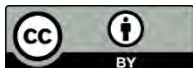
different statistical communities and in other cities and other methods of information gathering such as observation and interviews.

**Keywords:** Mindfulness, Acceptance, Depression, expectancy, Infidelity.



**How to cite:** Mohammadi, S., Azemoudeh M., Shalchi, B., Mesrabadi, J.(2024). Depression and life expectancy in women affected by marital infidelity: a comparison of mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment therapy. *Journal of Family Research*. 20(1): 125-144. DOI: [10.48308/jfr.20.1.125](https://doi.org/10.48308/jfr.20.1.125)

✉Corresponding Author Email Address. [mas\\_azemoudeh@iaut.ac.ir](mailto:mas_azemoudeh@iaut.ac.ir)



Copyright: © 2024 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the creative commons attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## مقاله پژوهشی

## افسردگی و امید به زندگی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی: مقایسه‌ای از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

سیمین محمدی<sup>۱</sup>، معصومه آزموده<sup>۲</sup>، بهزاد شالچی<sup>۳</sup>، جواد مصرآبادی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۳. دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۴. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۰۶

دریافت نسخه اصلاح‌شده: ۱۴۰۳/۰۲/۲۶

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۱۰

DOI: [10.48308/jfr.20.1.125](https://doi.org/10.48308/jfr.20.1.125)

**چکیده:** با توجه به افزایش نگران‌کننده آمار خیانت و طلاق، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت‌زناشویی صورت گرفت. پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را زنان آسیب‌دیده از خیانت‌زناشویی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در سه گروه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه‌های آزمایشی درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه دریافت کردند. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و امید به زندگی اشنایدر بود. داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بن‌فرونی تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو درمان، در مقایسه با گروه کنترل، باعث کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت‌زناشویی در پس‌آزمون شدند ( $P < 0.001$ ). همچنین تأثیر درمان‌ها بر افسردگی و امید به زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت‌زناشویی، در مرحله پس‌آزمون از نظر آماری متفاوت نبود. نتایج گواه این بود شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند سبب کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت‌زناشویی شوند.

**کلیدواژه‌ها:** ذهن‌آگاهی، پذیرش، افسردگی، امید، خیانت

استناد به این مقاله: محمدی، س.، آزموده، م.، شالچی، ب.، مصرآبادی، ج. (۱۴۰۳). افسردگی و امید به زندگی در زنان آسیب‌دیده از خیانت‌زناشویی: مقایسه‌ای از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۲۰ (۱): ۱۲۵-۱۴۴. DOI: [10.48308/jfr.20.1.125](https://doi.org/10.48308/jfr.20.1.125)

✉ نویسنده مسئول: [mas\\_azemoudeh@iaut.ac.ir](mailto:mas_azemoudeh@iaut.ac.ir)

## مقدمه

نظام خانواده یکی از اساسی‌ترین نظام‌های اجتماعی و رکن کلیدی جامعه است که سلامت و پویایی آن به انسجام خانواده‌ها و زوجین بستگی دارد. بنابراین هرگونه تهدید برای ثبات و هماهنگی روابط خانوادگی، می‌تواند پیامدهای جدی برای کل جامعه داشته باشد (تیموری و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۴۰۰). یکی از آسیب‌زاترین و چالش‌برانگیزترین تهدیدها برای روابط خانوادگی، خیانت زناشویی<sup>۲</sup> است که از دو منظر اجتماعی و علمی بسیار مورد توجه قرار گرفته است (نتالی و کریستاکیس<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). خیانت زناشویی را می‌توان به‌طور کلی به‌عنوان درگیر شدن در رفتارهای عاطفی یا جنسی، خارج از مرزهای توافق‌شده رابطه، مانند معاشرت، ایجاد یک وابستگی عاطفی، یا داشتن رابطه جنسی با فردی غیر از همسر تعریف کرد (مارک و هاوس<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱). خیانت زناشویی می‌تواند باعث ناراحتی و آسیب روانی قابل‌توجهی در همسر خیانت‌دیده گردد و منجر به علائم اولیه مرتبط با تروما، مانند عصبانیت، احساس گناه، اضطراب و افسردگی شود (کورتیس و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که مردان بیشتر از زنان درگیر خیانت و یک رابطه جنسی خارج از محدوده زناشویی قرار می‌گیرند (سلترمن و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). در نتیجه، زنان غالباً پس از افشای خیانت همسرشان، بحران‌های هیجانی مختلفی به‌ویژه افسردگی را تجربه می‌کنند (قاصدی و همکاران<sup>۷</sup>، ۱۳۹۸).

افسردگی به‌عنوان یکی از پیامدهای خیانت همسر، یک وضعیت روانی جدی است که موجب فقدان انعطاف‌پذیری در زمینه‌های گوناگون در فرد آسیب‌دیده می‌گردد. افراد افسرده خلق پایین و یا عدم توانایی لذت بردن از زندگی را گزارش می‌کنند و اغلب اوقات محیط خود را به‌صورت محیطی تغییرناپذیر، کسل‌کننده، خالی و بی‌معنی در نظر می‌گیرند. در نتیجه، افراد افسرده گرایش به از دست دادن امید نسبت به زندگی و آینده دارند و عادت‌های رفتاری آن‌ها اغلب دچار فروپاشی می‌شود (لیهی و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴). زنانی که خیانت زناشویی را تجربه می‌کنند، شش برابر بیشتر از زنانی که با چنین آسیبی مواجه نشده‌اند، در معرض ابتلا به افسردگی هستند (واولز و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۲۲). امروزه افسردگی به یک نگرانی عمده برای سلامت عمومی تبدیل شده است؛ زیرا با افزایش عوارض، مرگ‌ومیر و کاهش کیفیت زندگی همراه است. علاوه بر این، حداقل نیمی از افرادی که یک دوره افسردگی اساسی را تجربه کرده‌اند، در معرض خطر عود هستند.

علاوه بر این، کشف خیانت زناشویی می‌تواند حس معنا و هدف را در زندگی همسر خیانت‌دیده از بین ببرد؛ زیرا آن‌ها احساس می‌کنند که تمام تلاش‌ها و فداکاری‌های آن‌ها برای ازدواجشان هدر رفته است و این می‌تواند منجر به افزایش احساس تنهایی و کاهش امید به زندگی شود (ذال و همکاران، ۱۳۹۹). امید<sup>۱۰</sup> توسط اسنایدر<sup>۱۱</sup> به‌عنوان توانایی و انگیزه درک‌شده برای ایجاد مسیرهای متعدد برای دستیابی به اهداف موردنظر تعریف شده است. امید یک سازه چندبعدی است که ساختاری شناختی دارد و به‌سوی آینده جهت‌گیری دارد (اراکی و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۹). تحقیقات گویای آن است که امید پیش‌بینی‌کننده اصلی عملکرد بهتر و بهزیستی در حوزه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی است (زاهدبابان و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۱۳۹۰). با این حال، خیانت زناشویی می‌تواند امید و اعتماد همسر خیانت‌دیده را تضعیف کند که پیامد آن فاصله‌گرفتن زوج‌ها از یکدیگر، کاهش

روابط صمیمانه و گاهی طلاق عاطفی یا قانونی می‌شود (شیورانی و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۱۳۹۵). بازگرداندن حس امید و تعلق در همسر خیانت‌دیده می‌تواند کمک کند تا بهتر با اثرات منفی خیانت زناشویی کنار بیاید و ترمیم رابطه را تسهیل کند (خسروی و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۱۳۹۸). بنابراین، افزایش خلق و امید به زندگی می‌تواند دو استراتژی بالقوه برای بهبود کیفیت رابطه باشد و چنانچه درمانی بتواند به‌درستی این دو مقوله را تحت پوشش قرار دهد، می‌تواند به برقراری مجدد پیوند متقابل کمک کند (رفیعی و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۱۳۹۸). چراکه مداخلات بهنگام و مناسب می‌توانند در مسیر پیشگیری و یا کاهش اختلالات و آشفتگی‌های ناشی از اختلالات روانی و اختلالات ناشی از خیانت زناشویی اثربخشی داشته باشند.

در سال‌های اخیر، تمرکز فزاینده‌ای بر استفاده از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۱۷</sup> و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱۸</sup> شده است. این‌ها دو شکل از درمان شناختی-رفتاری هستند که شامل راهبردهای ذهن‌آگاهی و پذیرش هستند. رویکرد اول شامل آگاهی است که از توجه به لحظه‌ی حال با صراحت، کنجکاوی و شفقت ناشی می‌شود و رویکرد دوم پذیرش تجربه‌ی افکار، احساسات و هیجانات بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها یا تغییر آن‌هاست. هدف شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمکی است به مراجعان، برای ایجاد یک رابطه‌ی انعطاف‌پذیرتر و سازگارتر با تجربیات درونی‌شان، به‌جای درگیر شدن در رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار، مانند نشخوار فکری، اجتناب یا سرکوب. شواهد به‌طور پیوسته نشان می‌دهند که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش تأثیر مثبتی بر انواع مشکلات روان‌شناختی دارند (توهینگ و لوین<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۷). رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در طول دهه‌های گذشته، برای طیف وسیعی از افراد دارای اختلال افسردگی اساسی و اضطراب، توسعه یافته است (آپولیناریو و همکاران<sup>۲۰</sup>، ۲۰۲۰). این درمان، به‌طور کلی، تأکید بیشتری بر تغییر رابطه با افکار خودکار منفی و سایر رویدادهای ذهنی دارد و به‌جای اینکه فعالانه آن‌ها را مانند شناخت‌درمانی رفتاری سنتی به چالش بکشد، با حس شفقت و کنجکاوی در آغوش می‌گیرد. هدف این رویکرد به‌دست‌آوردن مهارتی است که به‌آرامی رویدادهای ذهن و بدن فرد مانند افکار، هیجانات و احساسات بدنی را «شخصی‌زدایی» کند (برگس و همکاران<sup>۲۱</sup>، ۲۰۲۱). اثربخشی این نوع آموزش‌ها در مشکلاتی مانند افسردگی، استرس و اضطراب (حاجی‌آدینه و همکاران<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۹)، کاهش اختلالات جنسی و افزایش رضایت جنسی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی (قاصدی<sup>۲۳</sup>، ۱۳۹۸) و افسردگی و رضایت زناشویی زنان متأهل (شعبانی و عبدی<sup>۲۴</sup>، ۱۳۹۹)، مورد تأیید قرار گرفته است.

درمقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی جدید است که از فرایندهای پذیرش، ذهن‌آگاهی، تعهد و تغییر رفتار برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند و برای درمان زنان آسیب‌دیده از خیانت، می‌تواند رویکرد مناسبی باشد (سودانی و همکاران<sup>۲۵</sup>، ۱۳۹۱). در این رویکرد، منظور از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این است که فرد به‌طور کامل با لحظه‌ی کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد، متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است، ادامه دهد (هیز و لیلیز<sup>۲۶</sup>، ۲۰۱۲). این روش درمانی باعث می‌شود افراد رابطه‌ی خود با تجربیات درونی‌شان را تغییر دهند و در جهت بهبود شرایط برآیند و به‌جای تلاش برای کنترل یا حذف افکار و احساسات و هیجانات، رابطه‌ی خود

را با آن‌ها تغییر دهند. هدف اصلی درمان این است که به افراد بیاموزد چگونه از افکار بیهوده رها شوند، احساسات ناخوشایند را بپذیرند و اقدامات معنادار را دنبال کنند (صبوری و همکاران<sup>۲۷</sup>، ۲۰۲۰). تحقیقات نشان داده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان انواع اختلالات روانی، مانند اضطراب، افسردگی، روان‌پریشی، فوبیا، مصرف الکل، عصبانیت، استرس، چاقی، فرسودگی شغلی و بیماران مقاوم به درمان مؤثر است (ویلانوا و همکاران<sup>۲۸</sup>، ۲۰۱۹). همچنین این درمان بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه عاطفی (قره‌داغی و سیدمیرزایی<sup>۲۹</sup>، ۱۳۹۹)، افسردگی و اضطراب (ثوهینگ و لوین، ۲۰۱۷)، افزایش کیفیت زندگی (موسوی و همکاران<sup>۳۰</sup>، ۲۰۱۸) و افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی (عباسی و همکاران<sup>۳۱</sup>، ۲۰۱۷)، اثربخش بوده است.

براساس آمار رسمی در ایران، از هر هزار ازدواج، حدود دویست مورد به طلاق ختم می‌شود و ایران از نظر نسبت طلاق به ازدواج، در رتبه چهارم جهان قرار دارد که در این میان، خیانت زناشویی به‌عنوان یکی از عوامل اصلی افزایش آمار طلاق شناخته شده است (صالحی و همکاران<sup>۳۲</sup>، ۱۳۹۷). میزان خیانت در مردان ۴۲ درصد است و در بین مردان ۲۶ تا ۳۵ ساله شیوع بیشتری دارد (سالاری و نصراللهی<sup>۳۳</sup>، ۱۴۰۱). براساس آمار منتشرشده، زوج‌هایی که تجربه خیانت را داشته‌اند، دو برابر زوج‌های دیگر احتمال جدایی دارند و تنها ۲۵ درصد آن‌ها تصمیم می‌گیرند همسر خود را ببخشند و در رابطه باقی بمانند (هنرپروران<sup>۳۴</sup>، ۱۳۹۳). با توجه به اینکه خیانت زناشویی می‌تواند عواقب جبران‌ناپذیری برای زوج‌ها در پی داشته باشد، به این صورت که نه تنها موجب پریشانی در رابطه همسران می‌شود، بلکه به کاهش رضایت ایشان از رابطه و افزایش مشکلات بهداشت روانی همسران خیانت‌دیده منجر می‌گردد، می‌توان ادعا کرد خیانت یکی از مهم‌ترین تعارضات و از عوامل اصلی آسیب و فروپاشی زندگی افراد است (محمدی و همکاران<sup>۳۵</sup>، ۱۴۰۱)؛ به‌ویژه در جوامع سنتی که زنان بیشتر به همسر خود وابسته هستند، این آسیب‌ها می‌تواند بارزتر باشد.

بدیهی است که انتخاب بهترین، مؤثرترین و سریع‌ترین درمان با توجه به نوع و شدت تأثیر خیانت بر زندگی و روابط زوجین لازم و ضروری است. همچنین با توجه به اینکه درصدی از زنان خیانت‌دیده به دلایل مختلف فرهنگی، خانوادگی و اقتصادی چاره‌ای جز ادامه زندگی با همسر خیانت‌کار خود را ندارند و غالباً همسران این افراد در جلسات مشاوره حضور پیدا نمی‌کنند، ضروری است که علاوه بر درمان‌هایی که به‌صورت زوجی برای آسیب خیانت طرح‌ریزی شده‌اند، از درمان‌های فردی نیز کمک گرفته شود تا زنانی که این آسیب را دیده‌اند، بتوانند از حمایت و درمان مؤثر در این زمینه برخوردار شوند. از آنجایی که شواهدی وجود دارد که بین کیفیت و نوع باورهای شناختی، فراشناختی و انعطاف‌پذیری روانی<sup>۳۶</sup> که از ارکان اصلی دو رویکرد درمانی ذکرشده است، با تغییرات لازم در روند درمانی موردنیاز خیانت زناشویی و آسیب‌های مربوط به آن رابطه معناداری وجود دارد، پژوهش حاضر بدین منظور انجام گرفت که آیا دو رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی اثربخش و متفاوت است؟

## روش

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.173) است. روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مراجعه‌کننده به مرکز سلامت شهرداری منطقه ۴ شهر تبریز، در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد. پس از کسب رضایت از مسئولین خانه‌های سلامت و زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی، پرسش‌نامه‌های افسردگی بک<sup>۳۷</sup> و امید به زندگی اسنایدر<sup>۳۸</sup> در بین زنان آسیب‌دیده اجرا شد (۸۲ نفر) و از بین آن‌هایی که در این پرسش‌نامه یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۶۴ نفر)، ۴۵ نفر با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش (چون جنسیت زن، سن بین ۳۰ تا ۵۵ سال، تأهل، گذشت حداقل ۵ سال از ازدواج، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی و عدم برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی) انتخاب (به شیوه قرعه‌کشی از طریق پرتاب تاس) و به دو گروه آزمایش (آزمایش یک، ۱۵ نفر و آزمایش دو نیز ۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های خروج از مطالعه عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی و غیبت بیش از یک بار در جلسات درمانی بودند. با بهره‌گیری از نرم‌افزار G\*Power<sup>۳۹</sup>، اندازه اثر = ۰/۱۵ و حجم نمونه مطالعات نیمه‌آزمایشی، حجم نمونه مطالعه ۴۵ نفر تعیین گردید (دلاور<sup>۳۹</sup>، ۱۳۹۳). در مطالعه مذکور، با توجه به رابطه (۱)،  $\sigma$  انحراف معیار جامعه،  $d$  حداکثر خطای قابل قبول در برآورد نسبت، Power برآورد اولیه برای نسبت صفت موردنظر و  $\alpha$  احتمال خطای نوع اول را نشان می‌دهد.

$$n = \frac{2\sigma_d^2 \left( Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{\delta^2} \quad (1)$$

## ابزار نمونه‌گیری

پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم: این مقیاس، شکل بازنگری‌شده پرسش‌نامه افسردگی بک است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده می‌باشد و از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس از صفر تا سه درجه‌بندی کنند (بک، ۱۹۹۶). حداقل و حداکثر نمره یک فرد در این آزمون، ۰ تا ۶۳ است که هرچه نمره فرد بیشتر شود، نشانگر افسردگی بیشتر است. نقطه برش در این پرسش‌نامه عبارت است از: ۰ تا ۱۳ (هیچ یا کمترین افسردگی)، ۱۴ تا ۲۰ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط)، ۲۸ تا ۶۳ (افسردگی شدید). مطالعات انجام‌شده بر روی پرسش‌نامه افسردگی بک (ویرایش دوم)، اعتبار، پایایی و ساخت عاملی مطلوبی را برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند. در یک نمونه ایرانی، پایایی ۰/۹۳ و ضریب آلفای ۰/۹۱ برای این پرسش‌نامه گزارش شده است (فتی و همکاران<sup>۴۰</sup>، ۱۳۸۳). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.



**پرسش‌نامه امید به زندگی اسنایدر:** این پرسش‌نامه براساس نظریه امید اسنایدر، مقیاسی است که امید فرد را به‌عنوان یک ویژگی نسبتاً ثابت ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه شامل ۱۴ ماده است و درمورد همه افراد از جمله بیماران روانی و افراد بالای پانزده سال استفاده می‌شود. ۴ ماده آن بیشترین رابطه با تفکر عامل و ۴ ماده دیگر ارتباط بیشتر با مسیرها را دارند (کرمانی و همکاران<sup>۴۱</sup>، ۱۳۹۰). این پرسش‌نامه دارای دو خرده‌مقیاس گذرگاه و اندیشه است. امتیازدهی هر پرسش پیوستاری از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۴) است. در پژوهش گلزاری، همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین نمرات این مقیاس با نمرات پرسش‌نامه افسردگی بک همبستگی منفی ۴۲ درصد و ۵۱ درصد دارد (زاهدبابلان و همکاران، ۱۳۹۰). مواد درونی هر عامل همبستگی بین ۳۸ درصد تا ۵۷ درصد را نشان می‌دهد. کرمانی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی کل این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

### شیوه اجرا

در ادامه پژوهش، پیش‌آزمون در هر سه گروه (آزمایش و کنترل) اجرا شد. سپس اعضای گروه آزمایش اول، طی هشت جلسه نوددقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی سگال<sup>۴۲</sup> و همکاران دریافت کردند (جدول ۱). همچنین اعضای گروه آزمایش دوم نیز طی هشت جلسه نوددقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه)، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی هیز و لیلیز برخوردار شدند (جدول ۲). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. جلسات درمانی در یکی از مراکز سلامت در شهر تبریز، توسط یک متخصص روان‌شناسی با درجه دکتری و یک دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، اعضای هر سه گروه، با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بن‌فرونی و برای مقایسه سن و مدت‌زمان گذشت از ازدواج آزمودنی‌ها، از آنالیز واریانس و برای مقایسه سطح تحصیلی آن‌ها از آزمون خی‌دو استفاده شد. در این پژوهش، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**جدول ۱. جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی**

جلسه	شرح جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، پاسخ به پرسش‌نامه‌ها و بستن قرارداد درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش. هدف: آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه‌به‌لحظه و تجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا، بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با استفاده از فن (کشمش).
دوم	هدف: توجه به احساسات و افکار، گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. موضوع: پی‌بردن به ذهن سرگردان، تمرین توجه به بدن (فیزیکی و احساسی)، توجه به تنفس، یادگرفتن انجام امور روزمره همراه با توجه‌کردن به آن‌ها.
سوم	هدف: مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند. موضوع: آرام‌گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند.
چهارم	هدف: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی. موضوع: یادگرفتن اینکه بدون فرار و دوری‌کردن از افکار و احساسات، در لحظه اکنون باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.
پنجم	هدف: تغییر عادات قدیمی فکرکردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه‌بودن در کارها، بی‌نتیجه‌دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه. موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.
ششم	هدف: آگاه‌شدن از علائم هشداردهنده بهزیستی روان‌شناختی. موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت.
هفتم	هدف: آگاهی از تغییرات جزئی خلق. موضوع: هشیاربودن از نشانه‌های کاهش بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم برنامه برای روبه‌روشدن احتمالی با نشانه‌های کاهش بهزیستی روان‌شناختی. موضوع: برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی.
هشتم	جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

**جدول ۲. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد**

جلسه	شرح جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، پاسخ به پرسش‌نامه‌ها و بستن قرارداد درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش.
دوم	هدف: ارزیابی شدت مشکلات و تکراری‌بودن روش‌های انجام‌گرفته. موضوع: کشف و بررسی روش‌های درمانی قبلی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌های قبلی، با استفاده از تمثیل (چاه و بیل، تقلا در باتلاق)، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف.
سوم	هدف: ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های گذشته. موضوع: کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی‌بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها، با استفاده از تمثیل (مسافران اتوبوس، کلید مبارزه)، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف.
چهارم	هدف: گسیختگی شناختی. موضوع: توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش و تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل (همسایه مزاحم، توپ در استخر، بیان افکار منفی در قالب صدایی مضحک)، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف.
پنجم	هدف: آموزش نگاه‌کردن به افکار به‌جای نگاه‌کردن از طریق افکار. موضوع: معرفی مدل سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف.
ششم	هدف: آموزش معرفی خود به‌عنوان زمینه. موضوع: توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه و برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل (قطار ذهن، صفحه شطرنج، تمرین مشاهده‌گر)، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف.

هفتم	هدف: معرفی ارزش‌ها و بیان تفاوت ارزش و هدف. موضوع: توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تعیین هدف مبتنی بر ارزش‌ها و طراحی فعالیت با استفاده از تمثیل (نهال، دو بچه در ماشین)، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف.
هشتم	هدف: ایجاد درک و تفاوت ماهیت تعهد و تمایل. موضوع: آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

### بیان یافته‌ها

در جدول ۳، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها آورده شده است. در این جدول سطوح معناداری به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که بین سه گروه از نظر سن، مدت‌زمان ازدواج و سطح تحصیلی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

متغیر	گروه آزمایش ۱	گروه آزمایش ۲	گروه کنترل	p
سن (سال) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۳۷/۹۳ $\pm$ ۶/۸۵	۳۵/۸۰ $\pm$ ۵/۱۸	۳۸/۴۷ $\pm$ ۶/۰۱	۰/۴۴۹
مدت‌زمان گذشت از ازدواج (سال) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۱۰/۴۰ $\pm$ ۲/۸۲	۹/۲۸۰ $\pm$ ۲/۱۷	۹/۳۳ $\pm$ ۱/۳۹	۰/۴۲۳
سطح تحصیلی (تعداد (درصد)) دیپلم تا فوق‌دیپلم لیسانس فوق‌لیسانس و بالاتر	۵ (۳۳.۳۳٪) ۶ (۴۰٪) ۴ (۲۶.۶۶٪)	۳ (۲۰٪) ۵ (۳۳.۳٪) ۷ (۴۶.۷٪)	۳ (۲۰٪) ۸ (۵۳.۳٪) ۴ (۲۶.۷٪)	

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چراکه مقادیر Z محاسبه‌شده در سطح  $(p < 0.05)$  معنی‌دار نیست. در آزمون ام‌باکس، چون  $F = 1/0.52$  در سطح  $0.389$  معنادار نبود، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس - کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. در آخر، نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس نمرات متغیرهای وابسته در متغیرهای پژوهش نشان داد با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F برای متغیر افسردگی  $1/142$  و برای متغیر امید به زندگی  $0/905$ ، به‌ترتیب در سطوح  $0/247$  و  $0/412$  کوچک‌تر از  $0/05$  بود که می‌توان گفت واریانس خطای متغیرهای پژوهش باهم برابر بوده و از این جهت، فرض همسانی واریانس‌های خطا برقرار است. جدول ۴، آمار توصیفی، توزیع نمرات شرکت‌کنندگان در متغیرهای افسردگی و امید به زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و امید به زندگی پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار(میانگین)	پس‌آزمون انحراف معیار(میانگین)	میانگین تعدیل‌شده
افسردگی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲۲/۴۷(۳/۵۶۳)	۱۶/۹۳(۳/۵۹۵)	۱۶/۳۵
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۱/۵۳(۲/۴۴۶)	۱۶/۲۰(۳/۲۵۶)	۱۶/۵۹
	کنترل	۲۲/۴۰(۳/۰۱۹)	۲۲/۸۷(۲/۹۴۹)	۲۳/۱۴
امید به زندگی	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۲/۷۳(۲/۵۴۹)	۱۷/(۲/۸۵۰)	۱۷/۳۷
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۲/۶۰(۲/۳۸۴)	۱۷/۴۷(۲/۲۹۵)	۱۷/۸۰
	کنترل	۱۳/۸۷(۱/۶۸۵)	۱۳/۸۰(۱/۵۶۸)	۱۳/۴۵

نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۵ نشان می‌دهد که بعداز تعدیل نمره‌های پیش‌از مداخله، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل در نمره‌های پس‌از مداخله در افسردگی ( $F=۳۲/۱۴۲$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) و امید به زندگی ( $F=۲۸/۹۴۶$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) وجود داشت. این نتایج بیانگر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی است. همچنین ضرایب تأثیر به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که ۵۱٪ از تفاوت‌های گروه‌ها در نمرات افسردگی در پس‌آزمون و ۵۲٪ از تفاوت‌های گروه‌ها در نمرات امید به زندگی در پس‌آزمون، مربوط به تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان پذیرش و تعهد است. همچنین، توان آماری برای هر دو متغیر نیز ۱ درصد می‌باشد که نشان‌دهنده دقت بالای تحلیل و همچنین کیفیت حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری می‌باشد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای تعیین اثربخشی درمان‌ها

بر متغیرهای افسردگی و امید به زندگی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور ایتا	توان آزمون
افسردگی	گروه	۶۱/۶۱۲	۲	۳۰/۸۰۶	۳۲/۱۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵	۱/۰۰۰
	خطا	۴۳/۷۵۲	۴۰	۱/۰۹۴				
امید به زندگی	گروه	۵۷/۸۹۲	۲	۲۸/۹۴۶	۲۴۷/۲۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵	۱/۰۰۰
	خطا	۴/۷۶۰	۴۰	۰/۱۱۹				

برای بررسی این مهم که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیر افسردگی و امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات افسردگی و امید به زندگی گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل، معنادار است ( $P<۰/۰۰۱$ )؛ اما اختلاف میانگین نمرات افسردگی و امید به زندگی در گروه‌های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنادار نمی‌باشد ( $P>۰/۰۰۵$ ). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نیز حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل می‌باشد؛ به‌طوری‌که در پس‌آزمون، نمرات افسردگی و امید به زندگی گروه‌های آزمایشی به‌ترتیب کمتر و بیشتر از نمره گروه کنترل می‌باشد؛ اما نمرات افسردگی و امید به زندگی گروه‌های درمانی، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون در کاهش افسردگی و امید به زندگی به نفع هیچ‌یک از درمان‌ها نیست.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه جفتی گروه‌ها در متغیرهای

## افسردگی و امید به زندگی در پس‌آزمون

گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل و تعهد		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل		گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه کنترل		متغیر
سطح معناداری ۱/۰۰۰	تفاوت میانگین‌ها ۰/۷۳۳	سطح معناداری ۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها -۶/۶۶۷	سطح معناداری ۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها -۵/۹۳۳	افسردگی
سطح معناداری ۱/۰۰۰	تفاوت میانگین‌ها ۰/۰۶۷	سطح معناداری ۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها ۳/۶۶۷	سطح معناداری ۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها ۳/۷۳۳	امید به زندگی

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه مقایسه‌ی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی در زنانی بود که خیانت زناشویی را تجربه کردند. نتایج تأیید کرد که هر دو روش درمانی در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در این زنان مؤثر بودند. با این حال، نتایج همچنین حاکی از آن بود که بین نتایج دو درمان در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. این نشان می‌دهد که هر دو رویکرد برای زنانی که از پیامدهای روانی خیانت زناشویی رنج می‌برند، به یک اندازه مفید هستند. همچنین با توجه به اینکه برای اولین بار این موضوع مورد پژوهش قرار گرفته است، تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش همسان باشند، در دسترس نبودند؛ ولی می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر که اشتراکاتی در مدل درمان یا متغیر داشتند، همسو می‌باشد. همچنین، لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج متغیرهای موجود در پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

در راستای اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نتایج این پژوهش با تحقیقات خدابخش و همکاران<sup>۴۳</sup> (۱۳۹۷)، رادمهر و یوسفوند<sup>۴۴</sup> (۱۳۹۶)، گادفرین و هیرینگن<sup>۴۵</sup> (۲۰۱۱)، به ترتیب در زمینه کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی زنان سالمند، کاهش استرس و افزایش امید به زندگی و کاهش عود افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زنان متأهل، همسوست. یک توضیح احتمالی برای این تأثیر آن است که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به مراجع کمک می‌کند تا احساسات مربوط به افسردگی، اضطراب و خشم خود را به روشی غیرقابل قضاوت و دلسوزانه، بدون تلاش برای فرار یا اجتناب از آن‌ها، کنترل کند. این می‌تواند واکنش‌های احساسی را که معمولاً توسط این علائم ایجاد می‌شود کاهش دهد (گادفرین و هیرینگن ۲۰۱۱). به عبارت دیگر، ذهن‌آگاهی با توجه بیشتر به زمان حال و در اینجا و اکنون و بدون قضاوت بودن نسبت به تجارب لحظه‌به‌لحظه و استفاده از فنونی مانند تنفس و راه‌رفتن هشیارانه، سبب کاهش افسردگی و در همین راستا، افزایش امید به

زندگی می‌شود (گهارت<sup>۴۶</sup>، ۲۰۱۲). در طول برنامه درمانی، زنان آسیب‌دیده یاد می‌گیرند که تمرکز خود را بر افکار و احساسات منفی متوقف کنند و به ذهن خود اجازه دهند از الگوهای تفکر خودکار به پردازش هیجانی آگاهانه تغییر مسیر دهند. در این رویکرد، به جای تلاش برای اصلاح رفتارها و احساسات به‌وسیله تغییر شناخت‌ها و باورهای بی‌اثر، به درمان‌جو آموزش داده می‌شود که احساسات خود را بپذیرد و با زندگی در اینجا و اکنون، از انعطاف روانی بیشتری برخوردار شود (کاوانا و همکاران<sup>۴۷</sup>، ۲۰۱۴). زنان آسیب‌دیده تحت این درمان، پس از کسب اطلاعات در مورد میزان و چگونگی تأثیر نشانه‌های افسردگی بر افزایش مشکلات بین فردی و زناشویی، یاد می‌گیرند این عوامل را کنترل کنند و سبک زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای خود را تغییر دهند تا از پیشرفت و عود مشکلات جلوگیری کنند (والکر و همکاران<sup>۴۸</sup>، ۲۰۱۱). همچنین زمانی که ذهن آگاهی افزایش می‌یابد، توانایی برای یک گام به عقب رفتن و مشاهده حالت‌هایی مثل اضطراب، افسردگی و... نیز افزایش می‌یابد. در نتیجه، فرد می‌تواند خود را از الگوهای رفتاری خودکار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، از کنترل شدن توسط حالت‌هایی مانند اضطراب و ترس جلوگیری کند. در عوض، آن‌ها می‌توانند از اطلاعات به‌دست‌آمده از این حالات، برای ارتباط با احساسات خود و بهبود بهزیستی روان‌شناختی و افزایش امید به زندگی خود استفاده کنند (هاشمی و بدیعی<sup>۴۹</sup>، ۱۳۹۷). در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز این پژوهش با مطالعات رویز و همکاران<sup>۵۰</sup> (۲۰۱۸)، فورمن و همکاران<sup>۵۱</sup> (۲۰۱۲)، ورسب و همکاران<sup>۵۲</sup> (۲۰۱۷) و صمدی کاشان و همکاران<sup>۵۳</sup> (۱۳۹۸)، در زمینه درمان اختلالات عاطفی متوسط، اثرات طولانی‌مدت درمان بر افسردگی و ایجاد تغییر در رفتارهای ارزشمند، انعطاف‌پذیر نمودن باورهای فراشناختی، کاهش احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی و کاهش افسردگی هم‌راستا بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با فعال‌سازی رفتاری، در تأکید بر افزایش مشارکت در الگوهای معنادار رفتاری، در میان افراد افسرده هم‌پوشانی دارد. اهداف این درمان برای افسردگی به‌خودی‌خود از بین بردن افسردگی نیست، بلکه افزایش مشارکت مراجعان در فعالیت‌های مؤثر و ارزشمند در زندگی آن‌هاست. با این حال، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حدودی شناخت‌درمانی رفتاری را هم منعکس می‌کند؛ زیرا بر هدف قرار دادن موانع شناختی و روان‌شناختی نیز تأکید دارد؛ زیرا ممکن است مانع عمل ارزشمند شوند (توهینگ و لوین، ۲۰۱۷). از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عملکرد روان‌شناختی سالم را به توانایی فرد برای پاسخ انطباقی به تغییرات احتمالی مرتبط محیطی می‌داند، زمانی که عملکرد مناسب فردی یا اجتماعی در خطر قرار می‌گیرد، این رویکرد حفظ تعادل بین حوزه‌های مهم زندگی را از طریق پیگیری ارزش‌ها که از اهداف این درمان است، میسر می‌داند (ویلانوا و میر، ۲۰۱۹). این درمان به افراد کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را در رابطه مشخص کنند و لذا با نوسانات عاطفی و هیجانی که در زندگی برایشان اتفاق می‌افتد، دچار آشفتگی‌های حاد نشوند و کمتر دچار خشم، اضطراب و فرسودگی شوند. همچنین به افرادی که تجارب هیجانی دارند، کمک می‌کند که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. همچنین بر تقویت یک رابطه غیرقضوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود (صادقی و همکاران<sup>۵۴</sup>، ۲۰۲۱). توضیح احتمالی دیگر برای این تأثیر این است که زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی تحت درمان

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌آموزند که به جای غرق شدن در زندگی زناشویی پر آشوب خود و سختی‌ها و دشواری‌هایی که ممکن است در آینده با آن مواجه شوند، اهداف منطبق بر ارزش‌های خود را شناسایی کنند و حتی با وجود افکار و احساسات فرساینده‌ای که موجب افسردگی و از دست دادن امید افراد و کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شوند، متعهدانه به اهداف و ارزش‌های خود پایبند باشند، تا بتوانند بهتر و کارآمدتر زندگی و شرایط خود را مدیریت کنند و در کنار آرامش روانی و جسمانی و روابط اجتماعی بهتر، از زندگی سالم‌تر و شاداب‌تری برخوردار شوند (عزیزی و قاسمی<sup>۵۵</sup>، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر، افراد به جای تلاش برای کنترل یا اجتناب از رویدادها و احساسات درونی، یاد می‌گیرند که آن‌ها را بپذیرند و اقداماتی را انجام دهند که با اهداف و ارزش‌های آن‌ها همسو باشند (کرباسیون و همکاران<sup>۵۶</sup>، ۱۳۹۶).

همچنین به نظر می‌رسد یک وجه مشترک مهم بین تعریف امید به زندگی و اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد. امید به زندگی افراد را قادر می‌سازد تا با وجود عوامل استرس‌زا و ناملازمات، بهزیستی و عملکرد روانی خود را حفظ کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا تجربیات منفی درونی خود را بپذیرند و به جای اجتناب یا کنترل مشکلات، رفتارهایی را انجام دهند که با اهداف و ارزش‌های آن‌ها مطابقت دارد. با پیروی از فرایندهای این رویکرد، به‌ویژه پذیرش و انعطاف‌پذیری روانی، افراد می‌توانند امید بیشتری به دست آورند و از تروما بهبود یابند (هیز و همکاران<sup>۵۷</sup>، ۲۰۰۳). در کل می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را قادر می‌سازد تا روابط خود را با استفاده از تجربیات ذهنی خود بهبود بخشند، اجتناب از تجربه را کاهش دهند و انعطاف‌پذیری برای سازگاری موفقیت‌آمیز را افزایش دهند و در جهت ارزشمند حرکت کنند (فراهانی‌فر و همکاران<sup>۵۸</sup>، ۲۰۱۹).

### محدودیت‌ها و پیشنهادها

نمونه پژوهش حاضر را کلیه زنان ۳۰ تا ۵۵ ساله آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ تشکیل داد که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها را به زنان جوان‌تر یا مسن‌تر آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در سایر مناطق جغرافیایی دشوار می‌سازد. همچنین در این مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات، نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

پی‌نوشت‌ها

- |    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 5  | Curtis, Likis-Werle, Shelton                                      | 32 | Salehi, Naami, Kazemi, Hamidi                                  |
| 6  | Seltermann, Garcia, Tsapelas                                      | 33 | Salari & Nasrollahi  |
| 7  | Ghasedi, Bagheri, Kiamanesh                                       | 34 | Honarparvaran  |
| 8  | Leahy, Holland, McGinn  | 35 | Mohammadi, Imani, Khoshkonesh                                  |
| 9  | Vowels, Vowels, Mark  | 36 | Psychological Flexibility                                      |
| 10 | Expectancy  | 37 | Beck depression questionnaire                                  |
| 11 | Snyder  | 38 | Snyder life expectancy questionnaire                           |
| 12 | Oraki, Mehdizadeh, Dortaj   | 39 | Delavar  |
| 13 | Babolan, Ghasempour, Hassanzade                                   | 40 | Fata, Birashk, Atefvahid, Dabson                               |
| 14 | Shivarani, Azadfallah, Moradi, Eskandari                          | 41 | Kermani, Khodapanahi, Heydari                                  |
| 15 | Khosravi, Heydarnia, Nazifi                                       | 42 | Segal  |
| 16 | Rafeie, Kalantari, Neshat Doust, Hamid                            | 43 | Khodabakhsh, Saatchi, Maleki                                   |
| 17 | Mindfulness-based Cognitive Therapy                               | 44 | Radmehr & Yousefvand   |
| 18 | Acceptance and Commitment Therapy                                 | 45 | Godfrin & Van Heeringen  |
| 19 | Twohig & Levin  | 46 | Gehart   |
| 20 | Apolinário-Hagen, Drüge, Fritsche                                 | 47 | Cavanagh, Strauss, Forder, Jones                               |
| 21 | Burgess, Selchen, Diplock   | 48 | Walker, Hansen, Butcher  |
| 22 | Haji-Adineh, Farzanfar, Salehi-Morakani, Vahidi, Kalhormia-Golkar | 49 | Hashemi & Badiie   |
| 23 | Ghasedi   | 50 | Ruiz, Flórez & García-Martín                                   |
| 24 | Shabani, Abdi   | 51 | Forman, Shaw, Goetter, Herbert, Park, Yuen                     |
| 25 | Sudani, Karimi, Mehrbizadeh, Nisi                                 | 52 | Wersebe, Lieb, Meyer, Hoyer, Wittchen, Gloster                 |
| 26 | Hayes & Lillis  | 53 | Samadi Kashan, Hajhosseini, Behpajooh, Zamani Zarchi           |
| 27 | Sabouri, zarei, Samavi, Amir Fakhraei                             | 54 | Sadeghi, Naeimeh, Alivandvafa                                  |
| 28 | Villanueva & Meyer  | 55 | Azizi & Ghasemi  |
| 29 | Gharadaghi & Seyyed Mirzaei                                       | 56 | Karbasian, Mousavi, Shojaei, Shabahang, Bagheri Sheykhangafshe |
| 30 | Mousavi, Kraskian Mujembari, Hassani Abharian, Pashang            | 57 | Hayes, Masuda, De Mey  |
| 31 | Abbasi, Dargahi, Bakhtiari  | 58 | Farahanifar, Heidari, Davodi, Aleyasin                         |



## References

- Abbasi, M., Dargahi, S., & Bakhtiari, Z. (2017). Effect of acceptance and commitment based training on psychological well being and marital satisfaction in divorce applicants couples. *Journal of Research and Health*, 7(6), 1146-53.
- Apolinário-Hagen, J., Drüge, M., & Fritsche, L. (2020). Cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy and acceptance commitment therapy for anxiety disorders: integrating traditional with digital treatment approaches. *Journal of Anxiety disorders*, 7(10), 291-329.
- Beck, AT. (1996). *Manual for the beck depression inventory-II*. New York: American Psychological Association.
- Burgess, EE., Selchen, S., Diplock, BD., & Rector, N.A. (2021). A brief mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) intervention as a population-level strategy for anxiety and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 380-398.
- Cavanagh, K., Strauss, C., Forder, L., & Jones, F. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clin Psychol Rev*, 34(2), 118–29.
- Curtis, R., Likis-Werle, E., & Shelton, T. (2021). Counseling Clients Who Have Experienced Undisclosed Infidelity. *The Family Journal*, 29(4), 457-64.
- Delavar, A. (2014). *Theoretical and practical research in the humanities and social sciences*. Tehran: Roshd [in Persian].
- Farahanifar, M., Heidari, H., Davodi, H., & Aleyasin, SA. (2019). The effect of acceptance and commitment therapy on the conflict resolution styles of incompatible marital women. *Int Arch Heal Sci*, 6(2), 101.
- Fata, L., Birashk. B., Atefvahid. MK., & Dabson. KS. (2005). [Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 11(3), 312-26 [in Persian].
- Forman, EM., Shaw, JA., Goetter, EM., Herbert, JD., Park, JA., & Yuen, EK. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior therapy*, 43(4), 801-11.
- Gehart, DR. (2012). *Mindfulness and acceptance in couple and family therapy*. New York: Springer Science & Business Media.
- Gharadaghi, A., & Seyyed Mirzaei, M. (2020). M. [The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on the symptoms of emotional PTSD in women affected by infidelity]. *J Fam Stud*, 16(2), 29-217 [in Persian].
- Ghasedi, M. (2019). [The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on forgiveness, emotional regulation, and marital intimacy of women injured with infidelity]. *Scientific Journal of Social Psychology*, 7(52), 41-50 [in Persian].
- Ghasedi, M., Bagheri, F., & Kiamanesh, A. (2018). [Comparison of the Effectiveness of Group Therapy based on Mindfulness and Acceptance and Commitment Techniques

(ACT) on Forgiveness, Emotional Regulation and Marital Intimacy]. *Bioethics Journal*, 8(29), 87-98 [in Persian].

Godfrin, K. A., & Van Heeringen, C. (2011). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 738-746.

Haji-Adineh, S., Farzanfar, A., Salehi-Morakani, S., Vahidi, M., & Kalhornia-Golkar, M. (2019). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on life expectancy and depression in patients with multiple sclerosis. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 6(2), 79-86.

Hashemi, M., & Badiee, MM. (2018). [The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on life expectancy in women with breast cancer]. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 6(24), 40-52 [in Persian].

Hayes, S.C., Lillis, J. (2012) *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: American Psychological Association.

Hayes, SC., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and commitment therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie*, 36(2), 69-96.

Honarparvaran, N. (2014). [The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on forgiveness and marital adjustment among women damaged by marital infidelity]. *Women and society quarterly*, 5(2), 135-150 [in Persian].

Karbasion, M., Mousavi, SM., Shojaei, M., Shabahang, R., & Bagheri Sheykhangafshe, F. (2020). [The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on metacognitive beliefs and psychological flexibility of women damaged by marital infidelity]. *Razi Journal of Medical Sciences*, 27(7), 12-24 [in Persian].

Kermani, Z., Khodapanahi, Mk., & Heydari, M. (2012). Psychometric properties of Omid Snyder scale. *Journal of Applied Psychology*, 5(4), 7-23 [in Persian].

Khodbakhsh, R., Saatchi, R., & Maleki, M. (2018). [The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Depression, Death Anxiety and Life Expectancy in Elderly Women]. *Journal of Gerontology*, 3(3), 11-20 [in Persian].

Khosravi, A., Heydarnia, A., & Nazifi, M. (2019). [The role of Religious Attitude in Attitude towards Infidelity: The Mediating Role of Subjective Well-being]. *Positive Psychology Research*, 5(3), 13-28 [in Persian].

Leahy, R. L., Holland, S. J. F., & McGinn, L. K. (2014). Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders (Treatment Plans and Interventions for Evidence-Based Psychotherapy). *The Guilford Press*, 5(12), 490-504.

Mark, KP., & Haus, KR. (2021). *Extradysadic relations*. New York: Springer.

Mohammadi, A., Imani, S., & Khoshkonesh, A. (2022). [The Comparing Effectiveness of Narrative Exposure Therapy and Emotion-Focused Couple Therapy on Loneliness and Marital Intimacy among Women Affected Infidelity]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 10(5), 70-81 [in Persian].

Mousavi, SM., Kraskian. Mujembari., A. Hassani Abharian, P., & Pashang, S. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment-based therapy (ACT rehab) on quality of

- life, severity and duration of pain; in women with chronic low back pain. *Iranian Rehabilitation Journal*, 16(1), 103-110.
- Ntali, E., & Christakis, B. (2021). N. Being the Infidelity Partner: Narratives of Lived Experiences in an Online Support Group. *An International Journal on Personal Relationships*, 15(2), 197-211.
- Oraki, M., Mehdizadeh, A., & Dortaj, A. (2019). The effectiveness of self-care empowerment training on life expectancy, happiness and quality of life of the elderly in Iranian elderly care centers in Dubai. *Iranian Journal of Ageing*, 14(3), 320-31.
- Radmehr, P., & Yousefvand, L. (2017). [The investigating rate of mindfulness-based cognitive therapy in reduces perceived stress and increase life expectancy in women suffering coronary artery disease]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 5(3), 164-72 [in Persian]
- Ruiz, FJ., Flórez, CL., García-Martín, MB., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, DM., et al. (2018). A multiple-baseline evaluation of brief RNT-focused acceptance and commitment therapy for moderate emotional disorders. *Journal of Konradlorenz*, 9(1), 1-14.
- Sabouri, H., zarei, E., Samavi, A., & Amir, Fakhraei, A. (2020). Comparison the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy on the Quality of Life and Tendency to Betray in Married Students with Tendency to Infidelity. *Iranian Evolutionary and Educational Psychology Journal*, 2(3), 184-99.
- Sadeghi, M., Moheb, N., & Alivandvafa, M. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Couple Burnout, Alexithymia, and Quality of Life of Women Affected by Marital Infidelity. *J Appl Fam Ther*, 2(3), 73-91.
- Salari, T., & Nasrollahi, B. (2022). [The effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on marital boredom and sexual satisfaction in married people referred to psychological centers in Tehran]. *Iranian Journal of Nursing Research*, 17(3), 1-5 [in Persian].
- Salehi, M., Naami, A., Kazemi, N., & Hamidi, Z. (2019). [Effectiveness of holographic reprocessing on affective control and difficulty in emotion regulating of Women Applicants for the Divorce Faced with Infidelity]. *Quarterly Journal of Women and Society*, 9(36), 197-216 [in Persian].
- SamadiKashan, S., Hajhosseini, M., Behpajoo, A., & ZamaniZarchi, M.S. (2019). [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Counseling on Feeling of Loneliness in Women the Trauma of Infidelity]. *Journal of Applied Psychological Research*, 10(1), 73-82 [in Persian].
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford publications.
- Selتمان, D., Garcia, JR., & Tsapelas, I. (2019). Motivations for extradyadic infidelity revisited. *The Journal of Sex Research*, 56(3), 273-86.
- Shabani, J., & Abdi, H. (2020). [The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on sexual disorders and sexual satisfaction in women with spouses' extra-

- marital relationships]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 18(1), 60-9 [in Persian].
- Shivarani, M., Azadfallah, P., Moradi, A., & Eskandari, H. (2017). [Narrative exposure therapy for reducing post-traumatic stress disorder in Iranian betrayed wives]. *Clinical psychology studies*, 7(25), 85-105 [in Persian].
- Sudani, M., Karimi, J., Mehrabizadeh, M., & Nisi, A. (2012). [The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on reducing the damage caused by infidelity]. *Behavioral science research*, 10(4), 258-268 [in Persian].
- Teymori, Z., Mojtabaei, M., & Rezazadeh, SMR. (2021). [Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy and Self-compassion-based Therapy On Emotion Regulation In Women Affected by Infidelity]. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 30(2), 130-143 [in Persian].
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression. a review. *Psychiatric clinics*, 40(4), 751-70.
- Villanueva, J., Meyer, AH., Rinner, M. T. B., Firsching, V. J., Benoy, & C., Brogli, S., et al. (2019). "choose change": Design and methods of an acceptance and commitment therapy effectiveness trial for transdiagnostic treatment-resistant patients. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-12.
- Vowels, L. M., Vowels, M. J., & Mark, K. P. (2022). Is Infidelity Predictable? Using Explainable Machine Learning to Identify the Most Important Predictors of Infidelity. *The Journal of Sex Research*, 59(2), 224-37.
- Walker, J., Hansen, CH., Butcher, I., Sharma, N., Wall, L., & Murray, G., et al. (2011). Thoughts of death and suicide reported by cancer patients who endorsed the "suicidal thoughts" item of the PHQ-9 during routine screening for depression. *Psychosomatics*, 52(5), 424-7.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, AH., Hoyer, J., Wittchen, H-U., & Gloster, AT. (2017). Changes of valued behaviors and functioning during an Acceptance and Commitment Therapy Intervention. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 63-70.
- Zaal, B., Arab, A., & Moharer, GRS. (2020). [The Effectiveness of Forgiveness Training on Attitudes to Infidelity and Trust in Interpersonal Relationships in Women Affected by Marital Infidelity]. *Journal of Family Research*, 16 (3), 335-57 [in Persian].
- ZahedBabolan, A., Ghasempour, A., & Hassanzade, S. (2011). [The role of forgiveness and psychological hardiness in prediction of hope]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 12(3), 45-58 [in Persian].