



Original Article

Comparison Emotion-focused Couple Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance in Healthcare Workers Affected by Marital Infidelity During COVID-19 Pandemic

Samaneh Karami¹, PhD Candidate; Mohammad-Esmail Ebrahimi^{2*}, PhD; Davood Jafari³, PhD

¹PhD student in General Psychology, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

²Assistant Professor, Department of Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran

³Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University, Malayer, Iran

Article Information

Article History:

Received: Jan. 20, 2024

Accepted: Feb. 16, 2024

*Corresponding Author:

Mohammad-Esmail Ebrahimi, PhD;
Assistant Professor, Department of
Psychology, Hamedan Branch, Islamic
Azad University, Hamedan, Iran
Email: mse58_2007@yahoo.com

Abstract

Introduction: This study aimed to compare the effectiveness of Emotion-Focused Couples Therapy (EFCT) based on the Attachment Injury Model and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on distress tolerance among healthcare workers in Lorestan Province who experienced marital infidelity during the COVID-19 pandemic.

Methods: The study population included all female healthcare workers in Lorestan Province who sought counseling services due to marital infidelity during the COVID-19 pandemic. Using non-random convenience sampling, 30 participants were selected and assigned to two intervention groups (EFCT and ACT) and a control group. Additionally, 15 women without a history of marital infidelity were selected as the control group. The study employed a pretest-posttest design, and data were collected using Simmons and Gaher's (2005) Distress Tolerance Questionnaire. Data analysis was performed using SPSS software (version 24).

Results: Most participants were under 30 years old, with a small proportion over 40 years old, and the majority held a Bachelor's degree. The mean distress tolerance scores were 3.480 ± 0.661 for the EFCT group, 5.121 ± 0.565 for the ACT group, and 3.813 ± 0.631 for the control group. ACT had a greater impact on distress tolerance than EFCT, with an effect size of 0.772.

Conclusion: The results indicated that, compared to EFCT, ACT significantly improved distress tolerance among participants. ACT, as a therapeutic approach, influenced individuals' internal motivation, thought patterns, and perceived control, fostering hope and goal-directed behavior. This approach was effective in enhancing distress tolerance among healthcare workers, who were affected by marital infidelity during the COVID-19 pandemic.

Keywords: Emotion-Focused Therapy; Couple Therapy; Acceptance and Commitment Therapy; Attachment; Extramarital Relations

Please cite this article as:

Karami S, Ebrahimi ME, Jafari D. Comparison Emotion-focused Couple Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance in Healthcare Workers Affected by Marital Infidelity During COVID-19 Pandemic. Sadra Med. Sci. J. 2025; 13(1): 125-137. doi: 10.30476/smsj.2025.101113.1476.



مجله علوم پزشکی صدرا

<https://smsj.sums.ac.ir/>



مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی آموزش زوج درمانی هیجان محور مبتنی بر مدل آسیب دل بستگی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان شاغل در کادر درمان آسیب دیده از خیانت زناشویی استان لرستان، در زمان شیوع کرونا

سمانه کرمی^۱، محمد اسماعیل ابراهیمی^{۲*}، داود جعفری^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران
^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۷

*نویسنده مسئول:

محمد اسماعیل ابراهیمی،
استادیار گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد
اسلامی، همدان، ایران
پست الکترونیکی: mse58_2007@yahoo.com

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان محور مبتنی بر مدل آسیب دل بستگی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان شاغل در کادر درمان آسیب دیده از خیانت زناشویی در زمان شیوع کرونا بود.

مواد و روش ها: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان شاغل در کادر درمان استان لرستان بود که در دوران شیوع کرونا به دلیل آسیب دیدن از خیانت زناشویی به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند. با استفاده از روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس، تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه جایگزین و مطالعه قرار گرفتند. علاوه بر این از بین زنانی که تجربه خیانت از همسر نداشتند نیز ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. پژوهش از نوع پیش آزمون- پس آزمون بود و از پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و نرم افزار SPSS 24 برای انجام پژوهش استفاده شد.

یافته ها: اکثر افراد مورد مطالعه، سن زیر ۳۰ سال و تعداد کمی از افراد سن بالای ۴۰ سال، و اکثراً مدرک تحصیلی کارشناسی داشتند. میانگین تحمل پریشانی برای گروه هیجان مدار $3/480 \pm 0/661$ ، برای گروه پذیرش و تعهد $5/121 \pm 0/565$ و برای گروه کنترل $3/813 \pm 0/631$ به دست آمد. آموزش مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد نسبت به رویکرد آموزشی هیجان مدار با اندازه اثر $0/772$ بر تحمل پریشانی شرکت کنندگان در پژوهش تأثیرگذارتر است.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که در مقایسه بین دو رویکرد هیجان محور و مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه مورد بررسی، گروهی که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد، تحمل پریشانی بیشتری را تجربه نمود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله عناصری است که می تواند بر میل و رغبت درونی افراد در انجام یا عدم انجام عمل، همچنین بر قرار گرفتن یا قرار نگرفتن بر یک مسیر از طریق تغییر در امید به نتایج درمان، تغییر در نوع تفکر و تغییر در منبع کنترل، داشتن هدف و توانایی در یافتن مسیر مناسب، مؤثر واقع گردد.

کلمات کلیدی: درمان متمرکز بر هیجان؛ زوج درمانی؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ دلبستگی؛ روابط فرا زناشویی

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

کرمی س، ابراهیمی م، جعفری د. مقایسه اثربخشی آموزش زوج درمانی هیجان محور مبتنی بر مدل آسیب دل بستگی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان شاغل در کادر درمان آسیب دیده از خیانت زناشویی استان لرستان، در زمان شیوع کرونا. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۳، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۱۲۵-۱۳۷.

مقدمه

به تصمیمات خود داشته و بر آن متعهد باشند. از این رو، حفظ و گسترش پریشانی و فاصله عاطفی بین زوجین از ترکیب راهبردهای کنترل و اجتناب تجربی در رابطه زناشویی ناشی می‌شود. در نظر گرفتن افکار به منزله واقعیت، ارزیابی‌های منفی گرایانه و عمل کردن بر طبق آن‌ها موجب حفظ چرخه ارتباطی منفی زوجین می‌شود (۷).

دیگر روش زوج‌درمانی که مورد استفاده قرار می‌گیرد، زوج‌درمانی هیجان‌مدار^۸ است که بر چرخه‌های منفی تعاملی پایدار در اثر آسیب‌پذیری هیجانی عمیق توجه دارد. در این روش بر کاهش آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی به منظور پیشرفت تعاملات نزدیکی که منجر به علاقه بیشتر و روابط صمیمانه می‌شود، تلاش می‌نماید. درمان هیجان‌مدار، خیانت زناشویی را نوعی جراحت دل‌بستگی^۹ در ارتباط می‌داند. جراحت دل‌بستگی به رویدادی حیاتی برمی‌گردد که ضمن آن همسر درمی‌یابد که نمی‌تواند روی دیگری حساب کند. جراحت‌های دل‌بستگی به عنوان تخطی‌های صورت گرفته از پیوند انسانی، در نظر گرفته می‌شود که به شکل ترک‌شدگی و خیانت در واقع بحرانی نیاز، بروز می‌یابد، آنگاه این تخطی‌ها موجب ایجاد یا تشدید نایمنی در یک پیوند دل‌بستگی می‌شوند. این موارد به این دلیل آسیب‌زا انگاشته می‌شوند که دربردارنده ترس و درماندگی شفا نیافته‌ای است که می‌تواند اعتماد و صمیمیت در روابط را محدود سازد. جراحت‌های دل‌بستگی ممکن است به هنگام کسب اطلاعات در مورد تاریخچه ارتباط زوج یا در نشست‌های فردی رخ بنماید (۸).

ویروس کرونا^{۱۰} که از ماه دسامبر ۲۰۱۹ در شهر ووهان چین^{۱۱} ظاهر و در مدت‌زمان کوتاهی همه‌گیر شد موجب مشکلات شدید تنفسی، سرفه و تب می‌شود و برخی از مبتلایان نیز جان خود را از دست می‌دهند. برخی نیز این بیماری را بدون هیچ نشانه یا با نشانه‌های خفیف تجربه می‌کنند و پس از مدتی بهبود می‌یابند، اما همچنان ناقل این ویروس هستند (۹).

مطالعات زیادی گزارش داده‌اند که این همه‌گیری می‌تواند علائم جدید روان‌پزشکی را در افراد فاقد بیماری روانی ایجاد کند و وضعیت مبتلایان به بیماری‌های روانی را از قبل وخیم‌تر کند. طبیعی است که افزایش طول مدت قرنطینه با افزایش سرسام‌آور این اختلالات همراه خواهد بود. مطالعه متا آنالیز

ازدواج ساختار اولیه برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و تربیت کردن نسل آینده را فراهم می‌سازد و به همین دلیل، مهم‌ترین و اساسی‌ترین رابطه بشری توصیف شده است (۱). اصلی‌ترین عناصر هر رابطه طولانی‌مدت و عاشقانه، با وفاداری زوج‌ها نسبت به یکدیگر مشخص می‌شود و این سنگ بنای ازدواج است (۲). از میان عوامل آسیب‌زایی که وفاداری زوج‌ها به پیمان ازدواج را تهدید می‌کند و گاه به جدایی آن‌ها از یکدیگر ختم می‌شود، می‌توان به خیانت زناشویی^۱ اشاره کرد (۳).

خیانت زناشویی به عنوان دردناک‌ترین و زیان‌آورترین حادثه‌ای که رابطه صمیمانه زوج‌ها را تخریب ساخته و پیوندهای ایمن زوج‌ها را از هم می‌گسلد، شناخته شده است. این واقعه شوم، وفاداری زوج‌ها نسبت به ازدواج را سست و ساختار و ثبات رابطه میان ایشان را تخریب می‌کند و در صورت درمان نشدن به طلاق و جدایی زوج‌ها می‌انجامد (۴). درمانگران خانواده تعریف‌های متعددی از خیانت زناشویی ارائه کرده‌اند که از میان ایشان، جانسون (۲۰۲۰)، خیانت زناشویی را به عنوان تخریب‌گری بالقوه که دل‌بستگی ایمن زوج‌ها را تهدید و نیازهای دل‌بستگی و ترس ایشان را بیش‌ازپیش فعال می‌سازد، تعریف می‌کند و آن را زمینه‌ساز بحران‌هایی می‌داند که روابط عاطفی زوج‌ها را کاهش و پیوندهای ارتباطی و ایمن میان ایشان را سست می‌گرداند (۵). خیانت زناشویی به همسر آسیب‌دیده، ضربه شدید احساسی وارد می‌کند و با از بین بردن اعتماد میان زوجین، زمینه‌ساز نشانه‌هایی چون اختلال استرس پس از سانحه^۲، و بحران‌هایی مانند افسردگی^۳، خشم^۴، ناامیدی^۵ و احساس ناکارآمدی^۶ می‌شود که پیامد این نشانه‌ها و بحران‌ها فاصله گرفتن بیش‌ازپیش زوج‌ها از یکدیگر، ایجاد شکاف در روابط صمیمانه و درنهایت ترک زندگی مشترک خواهد بود (۶). همسر آسیب‌دیده برای جبران این بحران‌ها و پریشانی‌ها نیاز به درمان دارد.

درمان‌های مختلفی برای این منظور وجود دارد که یکی از آن‌ها زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷ است. این درمان بر کنترل محتوای تفکر و عواطف تأکید دارد و بر آن است تا افراد آگاهی بیشتری نسبت

1. Marital Infidelity

2. Post. traumatic stress disorder

3. Depression

4. Anger

5. Disappointment

6. Feeling ineffective

7. Acceptance and Commitment Couples therapy

8. Emotion-focused Couples therapy

9. Attachment injury

10. Coronaviruses

11. Wuhan, China

جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی زنان شاغل در کادر درمان استان لرستان بود که به دلیل خیانت زناشویی همسر خود در دوران شیوع کرونا به مراکز کلینیک‌های مشاوره در استان لرستان در سال ۱۴۰۱ مراجعه کرده‌اند که تعداد آن‌ها حدود ۳۰۰ نفر بود.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده^{۱۲} و با استناد به مطالعات عسگری (۲۰۲۲) (۱۸)، زنگنه مطلق (۲۰۱۷) (۱۹)، اخوان بی‌تقصیر (۲۰۱۷) (۲۰)، کتاب روش تحقیق دلاور (۲۱)، از بین ۱۱ شهرستان این استان، ۵ مورد به صورت تصادفی انتخاب گردید، سپس در هر شهرستان یک شهر به صورت تصادفی انتخاب شد، و از بین مراکز مشاوره هر شهر نیز یک مرکز مشاوره به صورت تصادفی انتخاب شد. در نهایت در هر مرکز نیز از میان زنان مراجعه‌کننده با مشکل خیانت زناشویی، ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند.

روش اجرای پژوهش

با استفاده از مصاحبه بالینی و اعمال ملاک‌های ورود و خروج، زوج‌های واجد شرایط شرکت در درمان شناسایی شدند و در نهایت از بین این زوج‌ها تعداد ۳۰ نفر زن (هر گروه ۱۵ نفر) انتخاب و در دو گروه آزمایش تقسیم شدند. جهت معادل‌سازی گروه‌ها، کسانی که صاحب فرزند بودند در یک گروه و کسانی که فرزندی نداشتند در گروه دیگر قرار گرفتند. همچنین کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تجربه خیانت فیزیکی از طرف همسر را داشتند. علاوه بر این از بین زنانی که تجربه خیانت از همسر نداشتند نیز به طور تصادفی ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل انتخاب شد. پس از مشخص شدن نمونه مورد بررسی، از گروه‌های آزمایش و گروه کنترل پیش‌آزمون گرفته شد. سپس نمونه‌های هر یک از گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در دو ماه (یک جلسه در هر هفته) به صورت گروهی تحت درمان با یکی از روش‌های آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد و آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دل‌بستگی قرار گرفتند، پس از اتمام دوره آموزش بلافاصله از هر دو گروه آزمایش پس‌آزمون گرفته شد و نتایج حاصل با یکدیگر مقایسه شد.

معیارهای ورود و خروج

17. Stratified randomization

بروکز^{۱۳} و همکاران (۲۰۲۰) (۱۰) به عوارض منفی ناشی از قرنطینه اشاره کرده است و استرس پس از سانحه، سردرگمی و عصبانیت را از نتایج مرتبط با این پدیده عنوان می‌کند. کاوا^{۱۴} و همکاران (۲۰۰۵) (۱۱) و لین^{۱۵} و همکاران (۲۰۱۰) (۱۲) هم در مطالعات خود در خصوص دوران همه‌گیری سارس^{۱۶} عنوان کرده‌اند که علی‌رغم تفاوت‌های فردی، اکثر افراد حس انزوا و مشکل رویارویی با فشارهای روانی را تجربه کردند. الرابیا^{۱۶} و همکاران (۲۰۲۰) (۱۳) در مطالعه خود گزارش کردند که کادر خط اول درمان نیز از این قاعده مستثنی نیستند و این افراد هم تحت تأثیر این فشارهای روانی قرار می‌گیرند. هم‌چنین ممکن است این گروه بسیار آسیب‌پذیرتر از سایر افراد جامعه باشند و میزان افسردگی و اضطراب بالاتری را هم تجربه کنند (۱۴-۱۶). لذا با توجه به شیوع گسترده بیماری کرونا و فراوانی بالای تعداد بیماران بستری، حجم کاری کادر درمانی دو چندان شد و این موضوع ممکن بود باعث اختلال و بروز مشکل در روابط زناشویی پرسنل کادر درمان شود.

با توجه به شیوع بحران‌هایی از قبیل پریشانی در زنان آسیب‌دیده از خیانت، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش زوج‌درمانی هیجان‌محور مبتنی بر مدل آسیب دل‌بستگی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان شاغل در کادر درمان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی استان لرستان، در زمان شیوع کرونا طراحی شد تا مناسب‌ترین درمان متناسب با شرایط این افراد شناسایی و اعمال گردد و بهترین نتیجه حاصل شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. از آنجاکه در این مطالعه، مداخله در اختیار محقق نبود و افراد درمان روتین خود را دریافت می‌کردند، مطالعه به صورت مشاهده‌ای گذشته‌نگر انجام شد و پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) (۱۷)، روی آن‌ها اجرا گردید.

جامعه آماری

12. Brooks SK

13. Cava MA

14. Lin ECL

15. Severe acute respiratory syndrome

16. Al. Rabiaah A

• معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۵؛ کسب رضایت نسبت به درمان؛ در دسترس بودن، در صورت نیاز به آزمون مجدد؛ حداقل سه سال سابقه زندگی زناشویی؛ داشتن حداقل تحصیلات دیپلم؛ و داشتن تجربه خیانت همسر.

• معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی؛ دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی؛ داشتن اختلال‌های روانی شدید؛ نارضایتی از آموزش زوج‌درمانی؛ نداشتن شرایط کلی اجرای آموزش زوج‌درمانی؛ داشتن اختلال جدی پزشکی همزمان که در جریان پژوهش اختلال ایجاد کند؛ عدم همکاری و عدم حضور در دو جلسه پیاپی، عدم پاسخ به سؤالات پرسشنامه؛ و به‌کارگیری و استفاده همزمان روش‌های دارویی و غیر دارویی همزمان با اجرای این پژوهش.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تحمل پریشانی^{۱۸} سیمونز^{۱۹} و گاهر^{۲۰} (۲۰۰۵)

پرسشنامه تحمل پریشانی یک شاخص خود سنجی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۵ سؤال و چهار خرده مقیاس شامل تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی دارد. سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت^{۲۱} نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. گراتز و رومر^{۲۲} ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های تحمل جذب، ارزیابی و تنظیم را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش کردند. همچنین این پرسشنامه، روایی ملاکی و همگرایی اولیه مطلوبی دارد. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط علوی (۲۰۱۱) (۲۲) ترجمه و اجرا شد و پایایی همسانی درونی برای کل پرسشنامه ۰/۷۱ و پایایی خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۵۴، ۰/۴۲، ۰/۵۶ و ۰/۵۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر به‌منظور تعیین پایایی پرسشنامه تحمل پریشانی از روش آلفای کرونباخ^{۲۳} استفاده شد.

آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد

18. Distress Tolerance Scale
19. Simons.J.S
20. Gaher.R.M
21. Five-point Likert scal
22. Gratz.K.L, Roemer.L
23. Cronbach's alpha

پروتکل آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در دو ماه (یک جلسه در هر هفته) است که به‌صورت گروهی برای تحمل پریشانی اجرا گردید.

• محتوای جلسه اول: گام نخست: خوشامدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ گام دوم: یخ‌شکن روابط؛ گام سوم: بحث راجع به دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که اعضا از جلسات آموزشی دارند؛ گام چهارم: بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است؛ گام پنجم: تمرین بستن چشم‌ها و پاسخ به این سؤال که دوست دارند زندگی‌شان چه تغییری بکند؛ گام ششم: ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن.

• محتوای جلسه دوم: گام نخست: احوال‌پرسی و یخ‌شکنی مجدد؛ گام دوم: بررسی تکلیف و مشخص کردن ارزش‌های اساسی اعضای گروه و افراد مهم زندگی آن‌ها؛ گام سوم: توضیحات ساده‌ای راجع به تحمل پریشانی و تحلیل آن از منظر رویکرد پذیرش و تعهد؛ گام چهارم: انجام تمرین کشمش خوردن با توجه آگاهانه؛ تکلیف خانگی: مسواک زدن و دوش گرفتن ذهن آگاهانه.

• محتوای جلسه سوم: گام نخست: بررسی تکالیف خانگی و به اشتراک گذاشتن تجارب اعضای گروه؛ گام دوم: مبحث پذیرش با تمرین فیل صورتی؛ گام سوم: بحث پذیرش با استعاره گلستان و خارها، تکلیف خانگی به این شکل که اعضای گروه برای جلسه بعد گل‌ها و خارهای زندگی‌شان، یعنی نعمت‌هایی که به خاطرشان شکرگزارند و اموری که بابتش درد می‌کشند را یادداشت کنند.

• محتوای جلسه چهارم: گام نخست: بررسی تکالیف؛ گام دوم: توجه آگاهی و ذهن آگاهی؛ گام سوم: برگشت به بحث ارزش‌ها: کارت و دارت ارزش‌ها؛ گام چهارم: استعاره مهمانسرای مولانا؛ تکلیف خانگی: نخست: نوشتن یک برنامه خام اولیه برای پررنگ کردن حضور ارزش‌ها در زندگی، دوم: انجام هرروزه تمرین تنفس ذهن آگاهانه؛ سوم: انجام تمرین برای ارزش‌قدردانی.

• محتوای جلسه پنجم: گام نخست: بررسی تکالیف؛ گام دوم: آموزش برنامه‌ریزی هوشمند^{۲۴} گام سوم: توضیح مجدد مفهوم اجتناب تجربه‌ای و پذیرش همراه با استعاره توپ و استخر و بیان مثال‌هایی برای اعضای گروه؛ تکلیف خانگی: نوشتن یک برنامه هوشمند و شروع کردن آن.

24. Smart

• محتوای جلسه ششم: گام نخست: بررسی تکالیف؛ گام دوم: تمرین خود شفقت ورزی (مکان امن)؛ گام سوم: بررسی مفهوم خود مفهوم سازی شده با استعاره صفحه شطرنج؛ گام چهارم: تمرین خود به عنوان بافت با تکرار سریع افکار راجع به خود؛ تکلیف خانگی: نخست: انجام تمرین شفقت ورزی مکان امن به طور روزانه؛ دوم: انجام تمرین تکرار سریع افکار.

• محتوای جلسه هفتم: گام نخست: بررسی تکالیف خانگی و تأثیر آن بر افراد گروه با بحث گروهی؛ گام دوم: بحث مجدد راجع به عواقب تسلط گذشته و آینده همراه با تمثیل گاو در جزیره مولانا (دفتر پنجم)؛ گام سوم: بحث راجع آمیختگی و همجوشی و استفاده از تمثیل هیولاها در کشتی برای آموزش هم زمان مفهوم گسلش، پذیرش و ارزش ها؛ گام چهارم: تمرین آواز خواندن افکار برای گسلش؛ تکلیف خانگی: نخست: تمرین آواز خواندن افکار؛ دوم: یادداشت هیولاها ذهنی زندگی خودشان؛ سوم: یادداشت تغییرات زندگی.

• محتوای جلسه هشتم: گام نخست: بررسی تکالیف؛ گام دوم: استعاره از استعاره مسافران اتوبوس برای آموزش هم زمان مفهوم گسلش، پذیرش و ارزش ها؛ گام سوم: جمع بندی مطالب؛ گام چهارم: اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ گام پنجم: تأکید بر اساسی بودن انجام عمل متعهدانه برای تغییر اثرگذاری افکار و احساسات منفی؛ اجرای پس آزمون.

آموزش گروهی درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دل بستگی

پروتکل آموزش گروهی درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دل بستگی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در دو ماه (یک جلسه در هر هفته) است که به صورت گروهی برای تحمل پریشانی اجرا گردید.

فاز اول: تنش زدایی از چرخه آسیب

گام اول: اجرای پیش آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان؛ تکلیف: توجه به حالات هیجانی خوشایند و حالات ناخوشایند.

گام دوم: تشخیص چرخه تعاملی منفی؛ آشنایی همسر زخم خورده با اصول درمان هیجان مدار.

گام سوم: دستیابی به احساسات شناسایی نشده که زیربنای موقعیت های تعاملی هستند؛ تمرکز بیشتر بر هیجانات، نیازها و ترس های دل بستگی؛ تکلیف: تجربه دوباره تعاملات همراه با بیان احساسات

خالص.

گام چهارم: از نو قاب گیری مشکل بر حسب احساسات زیربنایی و نیازهای دل بستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دل بستگی به همسر؛

فاز دوم: تعامل هیجانی؛ بخشش و آشتی

گام پنجم: ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه هایی از خود که انکار شده اند.

گام ششم: آگاه کردن فرد از هیجانات زیربنایی و آشکار سازی جایگاه آن ها در رابطه؛ تکلیف: نوشتن سؤالات توسط همسر زخم خورده.

گام هفتم: تسهیل بیان نیازها و خواسته ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجارب هیجانی اولیه در زمینه دل بستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی.

گام هشتم: ایجاد موقعیت های تعاملی جدید بین زوجین و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف سازی الگوهای تعاملی، یادآوری نیازهای دل بستگی.

تجزیه و تحلیل آماری

پس از گردآوری داده ها، اطلاعات به دست آمده از پرسش نامه توسط نرم افزار SPSS 24 تجزیه و تحلیل شد. بعد از آزمون پیش فرض ها، مانند نرمال بودن (با آزمون کلموگروف-اسمرینوف^{۲۵}) و خطی بودن (با آزمون دوربین واتسون^{۲۶}) برای تجزیه و تحلیل اطلاعات گردآوری شده، از روش های آمار توصیفی و آمار استنباطی بهره گرفته شد. از روش های آمار توصیفی همچون میانگین، انحراف استاندارد، جهت شناخت ویژگی های جامعه آماری و نمونه تحقیق استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها و بررسی فرضیات در قسمت آمار استنباطی از آزمون های تحلیل کوواریانس چند متغیره^{۲۷}، تی مستقل^{۲۸} و تی وابسته^{۲۹} استفاده شد. جهت تعیین نقطه برش در پرسشنامه ها از روش ROC Curve استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

• از تمامی افراد شرکت کننده، رضایت کتبی آگاهانه اخذ گردید.

• تمامی مراحل مطالعه مطابق با موازین اخلاق در

25. Kolmogorov-Smirnov test

26. Durbin Watson Test

27. Multivariate Analysis of Covariance

28. Independent Samples T-Test

29. Paired sample t test

پژوهش و بیانیه هلسینکی^{۳۰} انجام شد.

• این مطالعه، از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد کد اخلاق به شناسه IR.IAU.B.REC.1402.031 دریافت نموده است.

یافته‌ها

در گروه هیجان‌محور و گروه پذیرش و تعهد بیشترین فراوانی مربوط به سن زیر ۳۰ سال و در گروه کنترل بیشترین فراوانی مربوط به سن ۳۱ تا ۴۰ سال، و در کلیه گروه‌ها کمترین فراوانی مربوط به سن بالای ۴۰ سال بود. بیشترین فراوانی در کلیه گروه‌ها مربوط به مدرک کارشناسی و کمترین فراوانی مربوط به مدرک کاردانی بود (جدول ۱).

قبل از آزمون فرضیه‌ها، نرمال بودن متغیرها و استقلال عبارت خطا مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به معنی‌دار نبودن این آزمون ($P=0/200$)، از آزمون‌های پارامتریک تی مستقل و تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تحلیل داده‌های پژوهش استفاده شد. استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین و اتسون برابر $1/786$ محاسبه گردید و مستقل بودن مشاهده‌ها احراز شد، همچنین با توجه به مفروضه تصادفی بودن نمونه‌گیری، همه نتایج قابل تعمیم به جامعه است. با توجه به خطی شدن دیاگرام پراکنش داده‌ها^{۳۱}، می‌توان گفت بین متغیرها رابطه خطی وجود دارد.

جهت مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون میزان تحمل پریشانی در هریک از گروه‌ها از آزمون تی مستقل استفاده شد. با توجه به میزان آماره t در پیش‌آزمون و سطح معناداری بزرگ‌تر از $0/05$ ، می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش در پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. اما در پس‌آزمون با توجه به میزان آماره t و سطح معناداری که کوچک‌تر از $0/05$ است، میزان تحمل پریشانی در بین دو گروه در پس‌آزمون تفاوت معناداری دارد. (جدول ۲)

با توجه به میانگین نمرات پس‌آزمون می‌توان گفت: گروهی که آموزش مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد را دریافت کردند، نسبت به گروهی که آموزش مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار را دریافت کردند، تحمل پریشانی بیشتری وجود داشته است.

30. Declaration of Helsinki

31. Data Scatter Diagram

همچنین جهت بررسی تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر کدام از گروه‌ها از آزمون تی وابسته استفاده شد. مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون درزمینه میزان تحمل پریشانی در دو گروه هیجان‌مدار و گروه پذیرش و تعهد نشان می‌دهد که با توجه به میزان آماره t و سطح معناداری که کوچک‌تر از $0/05$ است، می‌توان گفت که آموزش دو رویکرد هیجان‌مدار و پذیرش و تعهد موجب افزایش میزان تحمل پریشانی نسبت به پیش‌آزمون شده است. اما در گروه کنترل با توجه به میزان آماره t و سطح معناداری که بزرگ‌تر از $0/05$ است، بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. (جدول ۳)

میانگین تحمل پریشانی برای گروه هیجان‌مدار $3/480 \pm 0/661$ ، برای گروه پذیرش و تعهد $5/121 \pm 0/565$ و برای گروه کنترل $3/813 \pm 0/631$ به دست آمد. در نتیجه این دو میانگین از لحاظ عددی با یکدیگر اختلاف دارند. انحراف استاندارد گروه هیجان‌مدار کمی بزرگ‌تر از گروه پذیرش و تعهد محاسبه شد و این اختلاف در انحراف استاندارد هر دو گروه، انجام آزمون توسط تحلیل کوواریانس را ضروری می‌کند؛ به همین علت است که باید توسط آزمون آماری بتوانیم اختلاف در نمونه‌ها را به اختلاف در جامعه نسبت دهیم. بر این اساس، گروهی که از رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده کرد، نسبت به گروه هیجان‌محور، میانگین بیشتری درزمینه تحمل پریشانی داشت. با توجه به این میانگین‌ها می‌توان نتیجه گرفت که گروهی که از رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده کرده‌اند درزمینه افزایش تحمل پریشانی عملکرد بهتری از خود نشان داده‌اند.

از آنجاکه یکی از شرایط اجرای تحلیل کوواریانس، برابر بودن واریانس در بین گروه‌ها است، یک بررسی برای این موضوع انجام شد. نتایج نشان داد که برای متغیر تحمل پریشانی سطح معناداری از حد استاندارد $0/05$ کوچک‌تر است و این نشان‌دهنده ناهمگنی واریانس‌های خطا است ($F=464/6$, $P=0/017$). ولی شاید این موضوع زیاد اهمیت نداشته باشد زیرا اختلاف واریانس‌ها (انحراف معیارها) بسیار ناچیز است و می‌توان در تحلیل کوواریانس از آن صرف‌نظر کرد. اولین سطر (جدول ۴) برآورد مجموع مربعات خطا را با در نظر گرفتن مقدار عرض از مبدأ ($25/337$) نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد با توجه به کوچک بودن سطح معناداری ($P \leq 0/05$) مدل مناسبی حاصل شده است.

جدول ۱. درصد و فراوانی اطلاعات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیر	گروه هیجان محور		گروه پذیرش و تعهد		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
زیر ۳۰ سال	۷	۴۶/۶۶	۸	۵۳/۳۳	۶	۴۰/۰۰
گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال	۵	۳۳/۳۳	۶	۴۰/۰۰	۷	۴۶/۶۶
بالای ۴۰ سال	۳	۲۰/۰۰	۱	۶/۶۶	۲	۱۳/۳۳
کاردانی	۰	۰/۰۰	۱	۶/۶۶	۰	۰/۰۰
تحصیلات کارشناسی	۱۲	۸۰/۰۰	۱۰	۶۶/۶۶	۱۲	۸۰/۰۰
کارشناسی ارشد	۳	۲۰/۰۰	۴	۲۶/۶۶	۳	۲۰/۰۰

جدول ۲. مقایسه نمره تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش با تی مستقل

انحراف میانگین	انحراف خطای استاندارد	F	t	df	P-value
پیش‌آزمون	۰/۱۰۷	۴/۶۰۸	۰/۰۴۱	۲۸	۰/۶۷۱
پس‌آزمون	۱/۶۴۱	۰/۲۲۴	۰/۴۲۳	۲۸	P<۰/۰۰۱

آزمون دقیق فیشر: F, df: (Degrees of freedom), T: Independent Samples T-Test, (سطح معنا داری) P-value.

جدول ۳. مقایسه نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحمل پریشانی با آزمون تی وابسته

خطای استاندارد میانگین	کمترین	بیشترین	t	df	P-value
گروه هیجان مدار	-۱/۵۱۰	-۰/۸۸۹	-۸/۲۹۰	۱۴	P<۰/۰۰۱
گروه پذیرش و تعهد	-۲/۹۸۶	-۲/۴۷۹	-۲۳/۱۲۷	۱۴	P<۰/۰۰۱
گروه کنترل	-۰/۱۲۱	-۰/۰۲۸	-۱/۳۳۳	۱۴	۰/۲۰۴

T: (Paired sample t test), df: (Paired sample t test), P-value: (سطح معنا داری)

جدول ۴. آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها

منبع	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	معناداری	مجذور اتا
عرض از مبدأ	۲۵/۳۳۷	۲	۱۲/۶۶۹	۶۲/۶۲۵	P<۰/۰۰۱	۰/۸۲۳
گروه	۱۸/۴۵۷	۱	۱۸/۴۵۷	۹۱/۲۳۸	P<۰/۰۰۱	۰/۷۷۲
خطا	۵/۴۶۲	۲۷	۰/۲۰۲			

(آزمون دقیق فیشر): F, df: (Degrees of freedom), مجذور اتا: (اندازه اثر), (سطح معنا داری) P-value, میانگین مربعات: (Mean squared error)

سطح میانگین تحمل پریشانی در دو گروه، می‌توان دریافت گروهی که آموزش مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد را دریافت نموده، سطح بالاتری از تحمل پریشانی را تجربه کرده است. به‌طورکلی مشاهدات بیان می‌کند آموزش مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد نسبت به رویکرد آموزشی هیجان‌مدار با اندازه اثر ۰/۷۷۲ بر تحمل پریشانی شرکت‌کنندگان در پژوهش تأثیرگذارتر است.

همچنین همانطور که در (جدول ۴) مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون نمرات تحمل پریشانی در گروهی که آموزش مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد را دریافت کرده، نسبت به گروهی که آموزش مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار را دریافت نموده، تفاوت معناداری وجود دارد (سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵). درنتیجه می‌توان دریافت که تفاوت معناداری در تحمل پریشانی بین دو گروه وجود دارد. با توجه به

جدول ۵. بررسی ضرایب مدل رگرسیونی

منبع	B	خطای استاندارد	t	معناداری
عرض از مبدأ	۳/۶۳۲	۰/۳۱۷	۱۱/۴۴۰	P<۰/۰۰۱
پس‌آزمون تحمل پریشانی	۰/۶۲۴	۰/۱۲۴	۵/۰۴۰	P<۰/۰۰۱
گروه پذیرش و تعهد	۱/۵۷۴	۰/۱۶۵	۹/۵۵۲	P<۰/۰۰۱
گروه هیجان‌مدار	۰			

t: (Estimate Std. Error t value), B: (Beta coefficient), P: (P<0.05)

که درمان پذیرش و تعهد به آن‌ها ارائه شود، نسبت به پریشانی‌ها و دلزدگی‌های خود، آگاهی کامل پیدا می‌کنند و پس از کسب آگاهی نسبت به رفع آن اقدام می‌کنند، و کم‌کم تحمل پریشانی آن‌ها افزایش و دلزدگی زناشویی آن‌ها کاهش پیدا کند. همچنین می‌توان گفت که در درمان پذیرش و تعهد از شیوه‌های شناختی نظیر آگاهی از تجربیات ذهنی برای بهبود تحریفات شناختی، نشخوارهای فکری و باورهای مربوط به همسر و نحوه مقابله با این شناخت‌ها استفاده می‌شود.

هدف رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌محور، دسترسی و پردازش دوباره واکنش‌های عاطفی در تعاملات زوج‌ها و درنهایت ایجاد رضایت زناشویی و بیان و بازسازی پاسخ‌های هیجانی است.

این مطالعه بر هیجانات آسیب‌پذیر (مثل ترس و اضطراب) تمرکز داشت که نقشی اساسی در چرخه تعاملات منفی زوج‌ها دارد. ترس و اضطراب، اغلب برجسته‌ترین هیجانات در زمینه نیازها و ترس‌های دل‌بستگی است. محقق به تجربه زنان نمونه پژوهش نزدیک شد و برای گسترش و سازمان‌دهی دوباره آن تجربه، از مداخلات انسانی تجربی استفاده کرد. این مداخلات شامل انعکاس، پرسش‌های برانگیزاننده (مثلاً چه حسی داری وقتی که ..)، اعتباربخشی، تصدیق کردن (مثلاً با تکرار و تمرین فنون تصویرسازی ذهنی) و تعبیر و تفسیر همدلانه است.

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان تحمل پریشانی در کسانی که روش پذیرش و تعهد را دریافت کردند نسبت به افرادی که روش هیجان‌مدار را دریافت نمودند، بیشتر است؛ بنابراین فرض صفر که مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه است، رد شد. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های زلینگ^{۳۴} و همکاران (۲۰۱۷) (۲۳)، هریس^{۳۵} (۲۰۰۹) (۲۴)، سایمون^{۳۶} (۲۰۰۵) (۱۷)،

در هر سطح از متغیر عامل باید یک مدل رگرسیونی^{۳۲} برای متغیر وابسته ایجاد شود. به همین علت هر سطح از متغیر عامل در ستون اول (جدول ۵) دیده می‌شود. عرض از مبدأ^{۳۳} برای مدل رگرسیونی برابر با ۳/۶۳۲ است؛ به این معنی که اگر مقدار متغیر عامل را در نظر نگرفته باشیم، با افزایش میزان آموزش، مقدار ۳/۶۳۲ واحد، تحمل پریشانی افراد نمونه افزایش می‌یابد. ولی اختلاف در تحمل پریشانی کسانی که روش پذیرش و تعهد را دریافت کرده‌اند نسبت به افرادی که روش هیجان‌مدار را دریافت نموده‌اند، مقدار ۰/۶۲۴ واحد بیشتر است؛ بنابراین فرض صفر که مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه است، رد می‌شود.

بحث

یکی از پیچیده‌ترین و آسیب‌زاترین مشکلات عاطفی بین زوجین خیانت است. خیانت زناشویی یا عهدشکنی نوعی درگیری عاطفی، جنسی یا عاطفی-جنسی با فرد دیگری به غیر از همسر است که حالت پنهان دارد. در واقع خیانت یکی از مشکلات زناشویی است که نه تنها بر دوام و پایداری رابطه اثر می‌گذارد، بلکه بر سلامت روان افراد درگیر نیز مؤثر است، لذا درمان زخم خیانت اهمیت زیادی دارد. افرادی که دچار خیانت زناشویی می‌شوند، در ابعاد مختلف سلامت روانی دچار مشکل خواهند شد. ازجمله این موارد می‌توان به ایجاد حالت پریشانی و سردرگمی اشاره کرد. رویکردهای مختلفی برای درمان و بهبود عوارض ناشی از تجربه خیانت زناشویی وجود دارد، ازجمله این رویکردها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین درمان هیجان‌محور است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شیوه‌های شناختی مانند ارزیابی و آشنایی با مفاهیمی همانند نگرانی و ناامیدی برای بهبود تحمل پریشانی و دلزدگی زناشویی استفاده می‌کند؛ بنابراین، زنانی

34. Zarling.A

35. Harris.R

36. Simon.A

32. Regression Analysis

33. Intercept

محدودیت‌های پژوهش

- متغیرهای مؤثر دیگری همچون ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی، میزان پایبندی به اعتقادات مذهبی، تعداد فرزندان و شاغل بودن هر دو زوج در این مطالعه بررسی نشد.
- عدم همکاری نمونه‌های پژوهش برای پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه‌ها، موجب شد که زمان زیادی صرف نمونه‌گیری شود.
- پژوهش از نوع مقطعی بود و داده‌ها در یک مقطع زمانی خاص به دست آمد.
- در این پژوهش، برای سنجش متغیرها تنها از روش خودسنجی بهره گرفته شد، و از پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌های موردنظر استفاده گردید.
- به علت هم‌زمانی جمع‌آوری داده‌ها با دوران شیوع کرونا، کنترل دقیق متغیرها امکان‌پذیر نبود.

پیشنهادهای پژوهش

به نظر می‌رسد که عوامل مداخله‌گر دیگری نیز ازجمله مذهب و شخصیت افراد، شرایط اجتماعی-اقتصادی، در رابطه بین متغیرهای تحقیق تأثیر داشته باشد و نقش میانجی را بر عهده گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این مؤلفه‌ها به‌عنوان نقش واسطه در این ارتباط بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در برنامه مشاوره پیش از ازدواج، به آگاهی بیشتر زوجین در مورد الگوهای ارتباطی و سبک‌های حل تعارض مؤثر بر کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت زناشویی پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش و مباحث مطروحه در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل امید، تفکر مثبت و منفی، پذیرش، هدف و هدف‌گذاری، راه‌یابی؛ پس از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سپس مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییرات معناداری در تحمل‌پریشانی زنان آسیب‌دیده از خیانت در گروه آزمایش مشاهده شد. بنابراین چگونگی واکنش فرد در مقابل تغییرات و مشکلات زندگی ازجمله عواملی است که به‌طور مستقیم بر سلامت روان او اثر می‌گذارد. در واقع روانشناسی مبتنی بر پذیرش و تعهد بجای تمرکز بر آسیب‌شناسی، بر این باور است که با تأکید بر مقاومت درونی، افزایش انعطاف‌پذیری و پذیرش می‌تواند به زوجین کمک کند تا با شرایط

نلسون^{۳۷} (۲۰۱۹) (۲۵)، روئیز^{۳۸} (۲۰۱۳) (۲۶)، هادیان (۲۰۱۹) (۲۷)، رستمی (۲۰۱۹) (۲۸)، قاضی ولوئی (۲۰۱۷) (۲۹)، سعادت‌مند (۲۰۱۷) (۳۰)، و فروزانفر (۲۰۱۷) (۳۱) همسو و هم‌جهت است. می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ازجمله عناصری است که توانسته است بر میل و رغبت درونی افراد در انجام یا عدم انجام یک عمل خاص، همچنین بر قرار گرفتن بر یک مسیر و یا قرار نگرفتن در آن مسیر از طریق تغییر در امید به نتایج درمان، تغییر در نوع تفکر (مثبت و منفی) و تغییر در منبع کنترل، داشتن هدف و هدف‌گذاری و توانایی دریافتن مسیر مناسب، مؤثر واقع گردد (۳۲).

عابد، ابوالقاسمی و خلعتبری (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی زنان مواجهه با خیانت زناشویی، به این نتیجه رسیدند که بین دو گروه آزمایش و گواه، پس از اجرای درمان تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی میانگین نمره تحمل‌پریشانی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است (۳۲). همچنین امان‌الهی (۲۰۱۴) پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان زوج‌های پریشان، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همه متغیرهای مورد مطالعه تأثیر مثبت دارد. این تأثیر در متغیرهای پریشانی روانی، بین فردی و پذیرش و عمل بیشتر است (۳۳). از سوی دیگر عرفان‌منش و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی مبتنی بر پذیرش و تعهد، و زوج درمانگری متمرکز بر هیجان بر تحمل‌پریشانی و احساس مثبت به همسر و بهبود سازش یافتگی در همسران پرداختند. یافته‌ها نشان داد زوج‌درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانگری متمرکز بر هیجان، به‌طور معناداری بر تنیدگی، احساس پیوستگی و بهبود سازش یافتگی همسران اثربخش بوده‌اند. این یافته‌ها با پژوهش حاضر همسو است، زیرا بر بهبود تحمل هیجانات و کاهش پریشانی روانی در زوجین تأکید دارند و تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی مبتنی بر درمان هیجان مدار را بر تحمل‌پریشانی تأیید می‌کنند. مداخلات و پروتکل‌های زوج‌درمانی‌گری در محیط‌های مشاوره در هردو درمان اثربخش بود (۳۴). همه این پژوهش‌ها با نتایج این مطالعه همسو است.

37. Nelson.L

38. Ruiz. FJ

تعارض منافع

هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

زندگی پیچیده، دشوار و استرس‌زا و با فقدان‌ها و دردها سازگار شوند و تحمل پریشانی‌ها برای آنان امکان‌پذیر گردد.

منابع

1. Soudani M, Karimi J, Mehrabizadeh M, Neisi A. Effectiveness of emotion oriented couple therapy on reducing the damage caused by marital infidelity. 2012;10(4):258-65.
2. Arianfar N, Etemadi O. Comparison of the Efficacy of Integrative Couple Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on marital intimacy injured by wife infidelity in Couples. Journal of counseling research. 2016;15(59):7-37.
3. Thorson AR. Communication and parental infidelity: A qualitative analysis of how adult children cope in a topic-avoidant environment. Journal of Divorce & Remarriage. 2017;58(3):175-93.
4. Parker M, Campbell K. Infidelity and attachment: The moderating role of race/ethnicity. Contemporary Family Therapy. 2017;39:172-83.
5. Johnson SM. Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. Translation by Etemadi et al. Tehran: Arjmand Publications; 2020. Persian.
6. Guitar AE, Geher G, Kruger DJ, Garcia JR, Fisher ML, Fitzgerald CJ. Defining and distinguishing sexual and emotional infidelity. Current Psychology. 2017;36:434-46.
7. Kioskli K, Scott W, Winkley K, Godfrey E, McCracken LM. Online Acceptance and Commitment Therapy for People with Painful Diabetic Neuropathy in the United Kingdom: A Single-Arm Feasibility Trial. Pain Med. 2020;21(11):2777-88.
8. Johnson S, Brubacher LL. Deepening Attachment Emotion in Emotionally Focused Couple Therapy (EFT). In: G Weeks, S Fife, & C Peterson (editors), Techniques for the Couple Therapist: Essential Interventions New York: Routledge; 2016. p. 155-60.
9. Organization WH. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Geneva: World Health Organization; 2020.
10. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020;395(10227):912-20.
11. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. Public Health Nurs. 2005;22(5):398-406.
12. Lin EC, Peng YC, Tsai JC. Lessons learned from the anti-SARS quarantine experience in a hospital-based fever screening station in Taiwan. Am J Infect Control. 2010;38(4):302-7.
13. Al-Rabiaah A, Tamsah MH, Al-Eyadhy AA, Hasan GM, Al-Zamil F, Al-Subaie S, et al. Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. J Infect Public Health. 2020;13(5):687-91.
14. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Lancet Psychiatry. 2020;7(3):228-9.
15. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. Int J Biol Sci. 2020;16(10):1732-8.
16. Zarabadipour M, Asgari Ghonche MR, Asgari Ghonche S, Mirzadeh M. Psychological evaluation of the factors affecting the stress caused by COVID-19 outbreak in the medical staff and the community of Qazvin, Iran Spring 2020. Journal of Military Medicine. 2020;22(6):517-25.
17. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and emotion. 2005;29(2):83-102. doi: 10.1007/s11031-005-7955-3.
18. Asgari A, Asadi J, Hosseinae A. Comparison of the effectiveness of couple therapy based on acceptance and commitment and emotionally focused couple therapy on marital forgiveness of women affected by extramarital relationships. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ).

- 2022;10(12):215-26.
19. Zanganeh MF, Bani JSS, Ahadi H, Hatami HR. The effectiveness of couples therapy based on acceptance and commitment and emotionally focused couples therapy on improvement of intimacy and reduction of Alexithymia among Couples. 2017;11(38):49-70.
 20. Akhavan Bitaghsir Z, Sanaee Zaker B, Navabinejad S. Comparative of emotional focused couple therapy and acceptance and commitment therapy on marital adjustment and marital satisfaction. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2017;5(2):121-8. doi: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.121.
 21. Dalavar A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Virayesh Publishing; 2022. Persian.
 22. ALAVI K, MODARRES GM, AMIN YSA, SALEHI FJ. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. 2011;13(2):35.
 23. Zarling A, Bannon S, Berta M. Evaluation of acceptance and commitment therapy for domestic violence offenders. Psychology of violence. 2019;9(3):257-66. doi: 10.1037/vio0000097.
 24. Harris R. ACT with love: Stop struggling, reconcile differences, and strengthen your relationship with acceptance and commitm: New Harbinger Publications; 2009.
 25. Nelson CJ, Saracino RM, Napolitano S, Pessin H, Narus JB, Mulhall JP. Acceptance and Commitment Therapy to Increase Adherence to Penile Injection Therapy-Based Rehabilitation After Radical Prostatectomy: Pilot Randomized Controlled Trial. J Sex Med. 2019;16(9):1398-408.
 26. Ruiz P. Distress Tolerance—Theory, Research, and Clinical Applications: Michael J. Zvolensky, Amit Bernstein, Anka A. Vujanovic (Eds) (2011) New York, NY: The Guilford Press. 288 pp. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2013;201(8):723. doi: 10.1097/NMD.0b013e31829db720.
 27. Hadyian S, Dehghani A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Assertiveness of Imposed War Veterans' daughters. Iranian Journal of War and Public Health. 2019;11(3):147-51. doi: 10.29252/ijwph.11.3.147.
 28. Rostami M, Rasouli M, Kasaei A. Comparison of the effect of group counseling based on spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the quality of life the elderly. Biannual Journal of Applied Counseling. 2019;9(1):87-110.
 29. Ghazivaloii FE, Ghomi M, Jamali A, Shafiee Z. Effectiveness of Existential Group Psychother-apy on Psychological Well-Being and Distress Tolerance of Physical-Motor Disabled. Socialworkmag. 2017;6(2):24-34.
 30. Basak Nejad S, Amanollahi A. The effectiveness of an acceptance and commitment-based couple therapy in intimacy and forgiveness among couples. Journal of Family Psychology. 2021;4(1):41-52.
 31. FOROUZANFAR A. Distress tolerance: Theory, mechanism and relation to psychopathology. 2017;6(2):206-39.
 32. Abed Y, Abolghasemi S, Khalatbari J. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on hope and distress tolerance in mothers of children with physical-motor disabilities. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2021;64(2):2706-19.
 33. Amanuelahi A, Heydarianfar N, Khojastehmehr R, Imani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of distressed couples. JAC. 2014;4(1):103-19.
 34. Erfanmanesh S, Heydari P, Shamsaee R, Bay S, Afshari N. Compare the effectiveness of couple therapy based on admission and commitment and excitement therapy couple on stress and cohesion and improvement of adjustment in Tehran. Journal of psychologicalscience. 2019;18(75):373-82.

پیوست

پرسشنامه تحمل پریشانی^۱ (DTS)

شیوه تکمیل: به مواقعی فکر کنید که احساس پریشانی یا آشفتگی می کنید. پاسخی را انتخاب کنید که به بهترین وجه عقاید شما درباره احساس پریشانی یا آشفتگی را توصیف می کند.

ردیف	گویه	۱. کاملاً موافق	۲. اندکی موافق	۳. نه موافق و نه مخالف	۴. اندکی مخالف	۵. کاملاً مخالف
۱	داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیر قابل تحمل است.					
۲	وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به این می توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.					
۳	من نمی توانم احساس پریشانی یا آشفتگی ام را کنترل کنم.					
۴	احساسات پریشانی من آن قدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می کنند.					
۵	هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.					
۶	من به خوبی سایر مردم می توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.					
۷	احساسات پریشانی یا آشفتگی ام قابل قبول نیست.					
۸	من هر کاری را انجام می دهم تا از احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.					
۹	دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنند.					
۱۰	پریشان یا آشفته بودن همیشه برای من آزمایشی سخت است.					
۱۱	وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم از خودم خجالت می کشم.					
۱۲	از احساسات پریشانی یا آشفتگی ام وحشت دارم.					
۱۳	من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی ام انجام می دهم.					
۱۴	وقتی پریشان یا آشفته می شوم، باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم.					
۱۵	وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم، به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی توانم بکنم.					