



اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مدیریت هیجان،
اجتناب تجربه‌ای و انعطاف پذیری شناختی در زنان آسیب دیده از خیانت
زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره

فرزانه بیات^{۱*}، لیلا کشفی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۸/۰۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۱/۲۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مدیریت هیجان، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف پذیری شناختی در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان خرم آباد بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان خرم آباد در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه کنترل و آزمایش بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، اجتناب تجربی‌ای گامز و همکاران (۲۰۱۱)، انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندر وال (۲۰۱۰) استفاده شد برای تحلیل داده‌ها از روش طرح تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر استفاده شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار بر روی گروه آزمایش صورت گرفت و در این مدت گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. یافته‌ها نشانگر آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میانگین نمرات مدیریت هیجان، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف پذیری شناختی تاثیرگذار بود ($p < 0,05$). می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مدیریت هیجان و انعطاف پذیری شناختی و اجتناب تجربه‌ای زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی موثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مدیریت هیجان، اجتناب تجربه‌ای، انعطاف پذیری شناختی، خیانت زناشویی

*۱. نویسنده مسئول: عضو هیئت علمی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اندیمشک، اندیمشک، ایران. Moria_2009@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اندیمشک، اندیمشک، ایران

مقدمه

اگرچه تعاریف زیادی برای توضیح مفهوم خیانت^۱ ارائه شده است، اما روان‌شناسان هنوز به توافقی در مورد یک معنای واحد دست نیافته‌اند. یک تعریف قابل قبول از خیانت بیان دارد که خیانت می‌تواند به نوعی به عنوان نقض تعهد یک رابطه باشد و این می‌تواند شامل حالات جنسی^۲، عاطفی و یا ترکیبی از ارتباط با افرادی غیر از شریک اصلی خود به صورت کوتاه یا طولانی مدت باشد. واترز و برگر^۳ در پژوهشی، اشاره کردند که خیانت در فرهنگ‌ها و جنسیت‌های مختلف تعاریف متفاوتی دارند. در ادبیات خیانت زناشویی، کلمات دیگر به عنوان جایگزینی برای خیانت از جمله پیمان شکنی^۴، زنا و نقض عهد استفاده می‌شود (زتلی^۴، ۲۰۲۳). فارغ از تعریف خیانت پی بردن به خیانت از سوی زوجین یک اتفاق شوک آوری است و افراد در زمانی که یک اتفاق شوک آور و ناراحت کننده‌ای نظیر خیانت برای آن‌ها اتفاق می‌افتد، زندگی خود را از دست رفته می‌بینند و در طوفان هیجان‌ها خود را گم شده می‌پندارند پژوهش‌ها در این زمینه بیان می‌دارد که فرد در این زمان در درجه اول باید بتواند هیجانات خود را کنترل نمایند. افراد زیادی وجود دارند که در توانایی کنترل هیجان‌های خود ناتوان بوده‌اند و به همین دلیل به بیمارهای مختلفی دچار شده‌اند و تحت مراقبت دکتر قرار گرفته‌اند. یکی از مهمترین دلایل مدیریت هیجان‌ها همین امر می‌باشد.

مدیریت هیجان یا همان تنظیم هیجان اولین بار توسط گراس در سال ۱۹۹۸ بیان شد. طبق این تعریف «تنظیم هیجان به فرآیندی اشاره دارد که طی آن افراد بر هیجان‌های خود، زمان و چگونگی شکل گرفتن و بیان کردن آن‌ها تأثیر می‌گذارند. تنظیم هیجانی می‌تواند خودکار یا کنترل شده، آگاهانه یا ناخودآگاهانه باشد و ممکن است در یک یا چند نقطه از فرآیند تولید عاطفه تأثیر داشته باشد. تعریف تنظیم هیجان شامل احساسات مثبت و منفی و همچنین نحوه تقویت، استفاده و کنترل آنها است (سیلور^۵، ۲۰۲۲). تنظیم هیجان‌ها به عنوان یک اصلاح کننده عمل می‌باشد و به ما کمک می‌کند تا مهمترین بخش‌های اطلاعات را فیلتر کنیم و به ما انگیزه می‌دهد تا به گونه‌ای به آن توجه کنیم که سبب افزایش استرس یا ترس نشود (سنت لوئیس، راپاپورت، پویر، والراند و داندنو^۶، ۲۰۲۱). تنظیم هیجانی به ما اجازه می‌دهد تا با دقت قضاوت کنیم که کدام پیامدهای عاطفی را باید پذیرفت و از کدامیک از آنها باید اجتناب کرد (ارس، لیم، لانهام، جیلارد و بیتس^۷، ۲۰۲۱). با وجود اینکه راه‌های مختلفی جهت افزایش تنظیم هیجان وجود دارد اما یکی از راه‌های اشتباه که هیجان‌ها را کنترل

1. Infidelity
2. sexual
3. Waters and Burger
4. Zettel
5. Silvers
6. St-Louis, Rapaport, Poirier, Vallerand & Dandeneau
7. Eres, Lim, Lanham, Jillard & Bates

می‌نماید اجتناب از موقعیتی است که این هیجان‌ها و احساس‌های منفی را در فرد بوجود می‌آورد. اینگونه اجتناب کردن می‌تواند در وهله اول بسیار مفید باشد. اما در دراز مدت نمی‌تواند اثرات مفیدی به همراه داشته باشد.

اجتناب تجربه‌ای پدیده‌ای است که زمانی رخ می‌دهد که فرد تمایلی به تماس با تجارب خصوصی خاص (مثلاً احساس‌های جسمی، احساس‌ها، افکار، خاطرات، تصاویر، استعداد‌های رفتاری) نداشته باشد و اقداماتی را برای تغییر شکل یا فراوانی این تجربه‌ها (زمینه‌هایی که باعث ایجاد آنها می‌شود، حتی زمانی که این اشکال اجتناب باعث آسیب رفتاری می‌شود) انجام ندهد (بارلو، کورری و وودارد^۱، ۲۰۲۱). اجتناب تجربی فرآیند روانشناختی است که مدتهاست نقش مهمی در علت شناسی و بخش مهمی از سلامت روان^۲ را ایفا می‌کند. اگرچه اجتناب گاه به گاه از تجارب درونی ناخواسته می‌تواند یک استراتژی تنظیم هیجانی^۳ سازگار در کوتاه مدت باشد، رهایی حاصل از پریشانی می‌تواند تقویت کننده باشد و منجر به الگوی پایدار، سفت و سخت و ناسازگار اجتناب تجربی شود. به طور متناقضی، نشان داده شده است که تلاش برای اجتناب یا کنترل تجارب درونی ناراحت کننده باعث افزایش فراوانی تجربه و پریشانی مرتبط با آن می‌شود. بنابراین، استفاده از اجتناب تجربی می‌تواند علائم اضطراب^۴ و اختلالات مرتبط را حفظ و افزایش دهد (هو، یو، زو، ژانگ، لو و هو^۵، ۲۰۲۱). اجتناب تجربی می‌تواند شامل طیف وسیعی از تلاش‌ها برای کنترل یا تغییر تجارب درونی آزاردهنده مختلف از جمله احساسات فیزیکی، افکار و احساسات باشد (یوستیس، کاردونا، نوفال^۶ و همکاران^۷، ۲۰۲۰). این می‌تواند سبب ایجاد انعطاف پذیری و مدیریت بهتر هیجانات در ما بشود. انعطاف پذیری خود عامل بهتر روبه رو شدن با مشکلات است.

انعطاف پذیری روان شناختی عبارت است از در تماس بودن با لحظه حال، آگاهی کامل از عواطف، احساسات و افکار، استقبال از آنها، از جمله موارد ناخواسته، و حرکت در الگوی رفتاری در خدمت ارزش‌های انتخاب شده می‌باشد (راماچی، بلینی، پرستی و سانتیسی^۸، ۲۰۱۹). به عبارت ساده‌تر، این به معنای پذیرش افکار و احساسات خود و عمل بر اساس ارزش‌های بلندمدت به جای انگیزه‌ها، افکار و احساسات کوتاه‌مدت است که اغلب با اجتناب تجربی و راهی برای کنترل رویدادهای درونی ناخواسته مرتبط هستند. انعطاف پذیری شناختی همچنین به نحوه بازنمایی دانش خود در مورد یک کار و راهبردهای ممکن برای تعامل با افراد اشاره دارد (خساونه^۸، ۲۰۲۱). نظریه انعطاف پذیری شناختی را پیشنهاد کرده اند که بر اساس آن افرادی که از منظرهای چندگانه نمایشی از کار ارائه می‌کنند،

1. Barlow, Curreri & Woodard
2. mental health
3. Emotion Regulation
4. Anxiety
5. Hu, Yu, Zou, Zhang, Lu & Hu
6. Eustis, Cardona, Nauphal
7. Ramaci, Bellini, Presti & Santisi
8. Khasawneh

می‌توانند به راحتی تغییرات موقعیتی در محیط را تفسیر کنند و بنابراین، می‌توانند از نظر شناختی انعطاف پذیرتر باشند. بنابراین، این افراد توانایی بازسازی سریع دانش خود را دارند و از این رو پاسخ‌های خود را با نیازهای موقعیتی در حال تغییر رادیکال تطبیق می‌دهند (کاناس، فاجاردو و سالمرن^۱، ۲۰۰۶). این تعریف از انعطاف پذیری شناختی رابطه مستقیمی با تنظیم هیجان‌ها دارد زیرا همانند تنظیم هیجان‌ها فرد پس از فشاری که بر او وارد می‌شود می‌تواند شرایط را درست همانند هیجان‌اتش کنترل کند. بنابراین می‌توان اشاره نمود که انعطاف پذیری روان شناختی بسیار مهم است و باید از روشی استفاده نمود که بتوان آن را افزایش داد. در میان روش‌های موجود روشی که برای انعطاف پذیری پیشنهاد شده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. یکی از اهداف اصلی ACT افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است. انعطاف پذیری روانشناختی توانایی انطباق با انواع خواسته‌های موقعیتی مختلف (زمانی که انجام این خواسته‌ها برای داشتن یک زندگی معنادار مفید است) تعریف می‌شود و تصور می‌شود که مکانیسم مهمی برای تغییر در طول مداخلات ACT باشد (مونز، یانسن، دی اسمد، رولو، بیلو، لاتون^۲ و همکاران، ۲۰۲۲).

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) یک مداخله شناختی-رفتاری^۳ فراتشخیصی است که هدف آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان ابزاری مرکزی برای سازگاری و رفاه انسان در یک زمینه غیر بالینی که می‌توان آن را آموزش پذیرش و تعهد نیز نامید. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) که در یک چارچوب نظری و فلسفی منسجم توسعه یافته است، یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر تجربی منحصر به فرد است که از استراتژی‌های پذیرش و ذهن آگاهی، همراه با استراتژی‌های تعهد و تغییر رفتار، برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای تماس کامل با لحظه حال به‌عنوان یک انسان آگاه، و بر اساس آنچه موقعیت فراهم می‌کند، تغییر یا تداوم در رفتار در خدمت ارزش‌های انتخاب شده است (هییز، استروخال، ویلسون^۴، ۲۰۰۹) بر اساس نظریه چارچوب رابطه‌ای، ACT راه‌هایی را روشن می‌کند که زبان مراجعان را درگیر تلاش‌های بهبوده برای جنگ علیه زندگی درونی خود می‌کند. از طریق استعاره، پارادوکس، و تمرین‌های تجربی، مراجع یاد می‌گیرد که چگونه با افکار، احساس‌ها، خاطرات و احساس‌های فیزیکی که از آنها ترسیده و اجتناب شده است، تماس سالم برقرار کنند (هان، یوئن و جینکینز^۵، ۲۰۲۱). پژوهش‌های مختلفی از تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش انجام گردیده است به طور مثال در پژوهش که ایری، مکوندی، بختیار پور و حافظی (۱۴۰۰) بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در زنان مطلقه انجام پذیرفت نتایج پژوهش حاکی از افزایش تنظیم شناختی هیجان بر این جامعه آماری بود. از سمتی دیگر اسپیدال، لکومت، کیلی و داگنو^۶

1. Canas, Fajardo & Salmeron
2. Moens, Jansen, De Smedt, Roulaud, Billot, Laton
3. Cognitive-behavioral
4. Hayes, Strosahl, & Wilson
5. Han, Yuen & Jenkins
6. Spidel, Lecomte, Kealy & Daigneault

(۲۰۱۸) پژوهشی تحت عنوان درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان بیماران روانپزشک با سابقه تروما انجام دادند که نتایج نشان داد که تنظیم هیجان در این بیماران با افزایش قابل توجهی همراه گردید. در مبحث تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی، پژوهشی که توسط حسینی، تنها، کریمی و قدم پور (۱۴۰۰) با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران گوارشی انجام گرفت نتایج این پژوهش با افزایش تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی همراه بود. در این راستا فنگ، دینگ، جی و هوانگ^۱ (۲۰۲۲) پژوهشی با نام شواهدی از درمان پذیرش و تعهد بر گسستگی شناختی و انعطاف پذیری روان شناختی دانشجویان چینی مبتلا به تصویر بدنی منفی انجام دادند که نتایج این پژوهش در بحث انعطاف پذیری روان شناختی حاکی از افزایش این متغیر بوسیله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. در متغیر اجتناب تجربه‌ای پژوهش‌های رویین تن، آزادی، خرامین، بابویی و عزت صندوقچی (۱۳۹۹) در بحث اجتناب تجربه‌ای در بین جامعه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و کینون و همکاران، (۲۰۲۱) در بین نوجوانان حاکی از بهبود اجتناب تجربه‌ای بوسیله درمان مبتنی بر پذیرش و توجه بود. از این رو هدف پژوهشگر از اجرای این پژوهش پاسخ به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مدیریت هیجان، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف پذیری شناختی در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی تاثیر دارد؟

روش

جامعه آماری شامل کلیه زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر خرم آباد در سال ۱۴۰۱ بود. در پژوهش حاضر جهت نمونه گیری از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است بدین صورت که از بانوانی که جهت مشاوره برای خیانتی که برای آن‌ها اتفاق افتاده است به مراکز مشاوره شهرستان خرم آباد مراجعه نمودند و ملاک‌های ورود به پژوهش برای آن‌ها محقق شده است تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از آن به صورت تصادفی به ۲ گروه ۱۵ تایی کنترل و آزمایش تقسیم شدند و مداخله بر روی گروه آزمایش صورت پذیرفت و تا انتها گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای انجام نپذیرفت اما جهت رعایت ملاحظات اخلاقی کارگاهی با عنوان خیانت زناشویی برای آن‌ها برگزار گردید. ملاک ورود در این پژوهش کسب نمره‌های پایین در پرسشنامه‌های مدیریت هیجان، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف پذیری و عدم دریافت دارویی که در روند کسب نمرات پرسشنامه‌ها اختلال ایجاد کند است همچنین تمامی اعضای نمونه باید توسط شریک خود خیانت دیده باشد و این خیانت علت مراجعه به مراکز مشاوره باشد. همچنین این مراجعه باید در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ انجام پذیرفته باشد. سن ورود بانوان مراجعه کننده از ۱۸ سال تا ۵۰ سال می‌باشد. ملاک خروج شامل (غیبت بیش از یک جلسه در جلسات مداخله، مصرف داروهای همزمان با درمان و عدم رضایت از ادامه حضور در درمان) می‌باشد.

روش این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مدیریت هیجان، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ انجام پذیرفت. بر اساس طرح پژوهش قبل از اعمال مداخله پیش‌آزمون مدیریت هیجان، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. پس از آن، مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. در این مدت گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام مداخله پس‌آزمون مدیریت هیجان، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی بر روی هر دو گروه اجرا گردید و پس از گذشت ۳ ماه آزمون پیگیری از هر دو گروه گرفته شد. روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی: در این پژوهش جهت سنجش انعطاف‌پذیری شناختی از پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندر وال^۱ که در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است بهره بردیم. این پرسشنامه که از ۲۰ سوال و ۳ خرده‌مقیاس ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیح رفتار ساخته شده است. نمره دهی این پرسشنامه به صورت مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱ نمره) تا کاملاً موافقم (۷ نمره) ساخته شده است البته لازم به ذکر است که سوالات (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷) به صورت معکوس باید نمره دهی شود. بالاترین نمره‌ای که فرد در این پرسشنامه می‌تواند اخذ نماید ۱۳۳ و پایین‌ترین نمره ۱۹ می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۱۹ نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین می‌باشد. در پژوهش دنیس و واندروال (۲۰۱۰) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بدست آوردند. در ایران شاره و همکاران (شاره، سلطانی بحرینیان و فرمانی، ۱۳۹۲؛ به نقل از فاضلی و همکاران، ۱۳۹۳) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرنباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند. آلفای کرنباخ داده‌های این پرسشنامه در پژوهش فاضلی و همکاران (۱۳۹۳) ۰/۷۵ به دست آمد. در پژوهش آلفای کرنباخ برای خرده‌مقیاس‌های جایگزین‌ها، کنترل، و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۵۵، و ۰/۵۷ بدست آمد. همچنین در پژوهش حاضر پایایی کلی این پرسشنامه ۰/۸۳ تخمین زده شده است.

۲- پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای: در این پژوهش جهت سنجش اجتناب تجربی از پرسشنامه اجتناب تجربی گامز، چمیوسکی، کوتوف، روگرو و واتسون^۱ که در سال ۲۰۱۱ ساخته شده است بهره بردیم. این پرسشنامه که شامل ۶۲ عبارت است از ۶ خرده مقیاس، اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، حواس پرتی/فرونشانی، انکار/سرکوبی، تحمل پریشانی، تعویق ساخته شده است. این پرسشنامه برای نمره‌گذاری از طیف نمره دهی لیکرت ۶ گزینه‌ای بهره می‌برد در این پرسشنامه نمرات سوالات ۲۳ و ۳۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. طیف نمره دهی این پرسشنامه بین صفر تا ۳۱۰ می‌باشد و هر چه نمره بالاتر باشد نشان دهنده اجتناب تجربی بالاتر است. گامز و همکاران (۲۰۱۱) ضرایب آلفای کرونباخ را در نمونه‌های مختلف ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه تعهد و عمل ($r=0/74$) به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس پرتی/فرونشانی، انکار/سرکوبی و تحمل پریشانی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۵۵، ۰/۸۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر پایایی کلی این پرسشنامه ۰/۷۹ تخمین زده شده است.

۳- پرسشنامه تنظیم هیجان: در این پژوهش برای سنجش تنظیم شناختی هیجان از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهوون^۲ (۲۰۰۱) بهره برده ایم. این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان (۹) راهبرد ملامت خویش (۱-۲-۴)، پذیرش (۵-۶-۷-۸)، نشخوارگری (۳-۹-۱۰-۱۱-۱۲)، تمرکز مجدد مثبت/تمرکز مجدد بر برنامه ریزی (۱۷-۲۲-۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۶-۱۵-۱۴-۱۳)، ارزیابی مجدد مثبت/دیدگاه پذیری (۲۷-۲۶-۲۵-۲۴-۲۳-۱۵)، فاجعه انگاری (۲۹-۳۰-۳۱-۳۲) و سرزنش دیگران (۳۴-۳۵-۳۶) را ارزیابی می‌کند. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدید آمیز و رویدادهای استرس زای زندگی که به تازگی تجربه کرده اند را بوسیله پاسخ به ۵ تا پرسش که استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کند مشخص نماید این پرسشنامه دارای فرم ویژه بزرگ سالان و فرم ویژه کودکان می‌باشد. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت و صورت هرگز (۱)، به ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴)، همیشه (۵) می‌باشد. به طور کلی نمره بین ۳۶ تا ۷۲ نشان دهنده تنظیم شناختی هیجان ضعیف در فرد است. نمره بین ۷۲ تا ۱۰۸ نشان دهنده تنظیم شناختی هیجان متوسط در فرد است و نمره بالاتر از ۱۰۸ نشان دهنده تنظیم شناختی هیجان قوی در فرد است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. در بررسی کارواخال، مولینا-مارتینز، فرناندز-فرناندز، پانیاگوا-

1. Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero & Watson Experimental avoidance questionnaire
2. Garnefski, Kraaij & Spinhoven Cognitive emotion regulation questionnaire

گرانادوس، لاسا-آریستو و لوکو-رکا^۱ (۲۰۲۲) آلفای کرونباخ محاسبه شده جهت پایایی و روایی این پرسشنامه بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۶ تخمین زده شده است. حسنی (۲۰۱۰) پایایی این پرسشنامه را بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ گزارش نموده است. در پژوهش دینالی و اسکندری (۱۴۰۰) طبق آلفای کرونباخ، پایایی این پرسشنامه ۰/۷۸ تخمین زده شده است. همچنین در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه بوسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تخمین زده شده است.

۴- پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زوجها حسین شاره مرضیه جهان‌دیده (۱۳۹۷) می‌باشد

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
۱	جلسه آشنایی با اعضا، بیان قوانین جلسات، درخواست رازداری و رعایت آن برای همه، توضیح اهداف جلسات درمانی و تعداد جلسات، تعریف مفاهیم خیانت بر اساس ACT و درخواست از اعضا برای بیان دیدگاه خود در مبحث خیانت و اجرای درمان خلاق
۲	شروع جلسه با تمرین توجه آگاهانه، ایجاد آگاهی نسبت به مشکل، چالش کشیدن کنترل و اجتناب، اجرای تمرین سه پرسش برای رسیدن به ناامیدی سازنده، تمرین حضور ذهن، شناسایی راه اندازهای طرحواره‌ها، افکار و احساسات مرتبط با طرحواره‌ها و رفتارهای مقابله ای، دادن تکلیف در خانه، تهیه فرم خودبازبینی یادداشت روزانه. ادامه درماندگی خلاق
۳	تمرین پذیرش با توصیف رنج پاک و ناپاک، تمرین همجوشی زدایی (گسلش) با هدف تغییر کارکردهای نامطلوب افکار در خصوص خیانت ارائه مجدد تکلیف تمرین تمرکز ذهن آگاهانه در خانه. تمرین حضور ذهن و پیامدهای رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد توضیح داده خواهد شد.
۴	مرور جلسه قبل و ارائه بازخورد، تمرین خود مشاهده گر با استعاره بازیگر شطرنج بودن و نگاه از بیرون، ایجاد تاب آوری افزایش انعطاف پذیری روانشناختی، آموزش مهارت حل مسئله بصورت تجربه اصلاحی، ارائه تمرین خانه، استعاره خانه و میلمان. تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. تمرین حضور ذهن و ارزش‌ها در روابط بین فردی آموزش داده خواهد شد. موانع عمل مبتنی بر ارزش‌ها شناسایی و عمل مبتنی بر ارزش‌ها در دستور کار قرار خواهد گرفت.
۵	مرور جلسه قبل و ارائه بازخورد، تمرین ذهن آگاهانه موسیقیایی، توضیح دادن زندگی کردن در جهت ارزش‌ها، شناسایی ارزش‌ها و اهداف و ارائه جدول ارزش‌ها، استعاره قهرمان و عصای جادویی، الگوی عمل سازنده و برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف و به مثابه آن به ارزش‌ها بررسی تکلیف جلسه قبل، ادامه درمان گسلش و تمرین تکنیکهای گسلش با افراد گروه انجام خواهد شد. استعاره اتوبوس، آموزش فنون ذهن آگاهی .
۶	مرور جلسه قبل و ارائه بازخورد، تمرین ذهن آگاهانه و بهشیاری، استعاره نوشتن زندگی نامه شخصی (مشخص کردن ارزش‌ها)، استعاره تعیین خط عمر، ارزیابی موانع و محدودیت‌ها و پرهیز از سرگردانی ذهن درون افکار و خاطرات، آموزش مهارت حل مسئله و تمرین برای پذیرش پیمان شکنی همسر. معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، شناسایی ارزشهای زندگی اعضا و سنجش ارزشها بر مبنای میزان اهمیت آنها و تمرکز روی آموزش توصیف به جای قضاوت در روابط بین فردی. آموزش رها کردن راهبردهای ناکارآمد تنظی هیجان انجام شد.
۷	بررسی تکلیف جلسه قبل، تکرار تمرین ذهن آگاهانه و بهشیاری، بررسی موانع و مشکلات احتمالی، آموزش عملی اقدام متعهدانه با استعاره راندگی در مه، آموزش مهارت مدیریت و کنترل افکار مزاحم. ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره ۱ و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزشها . تمرین حضور ذهن، درباره خشم و پیامدهای آن به عنوان رایج ترین رفتار مقابله‌ای بحث شد.
۸	تکرار تمرین ذهن آگاهانه و بهشیاری . حضور ذهن، پیگیری اهداف و ارزش‌های مراجع در رسیدن به آنها، تاکید بر اقدام متعهدانه، مرور جلسات قبل و گفتگو درباره نتایج فنون آموزش دیده شده در زندگی واقعی آنها، گرفتن پس آزمون.

روش اجرا

در این پژوهش، پژوهشگر پس از دریافت مجوزهای لازم با مراجعه به مراکز مشاوره شهرستان خرم آباد و پس از صحبت با مسئول مراکز شیوه و اهداف پژوهش را شرح داده و پس از آن با زنانی که به دلیل خیانت آسیب دیده اند و به همین جهت به مراکز مشاوره مراجعه نموده اند گفت و گو کرده و ضمن توضیح اهداف پژوهش از آنها رضایت کامل برای شرکت در این پژوهش را دریافت نمود. پس از آن پرسشنامه‌های تنظیم ساخت هیجان گارنفسکی، اجتناب تجربی گامز و انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندر وال را به عنوان پیش آزمون از مراجعین دریافت نموده و پس از دریافت نمره پایین در پرسشنامه‌های مذکور از بین ۴۸ مراجعه کننده جهت شرکت در پژوهش تعداد ۳۰ نفر را به عنوان نمونه انتخاب کرده و آن‌ها را به ۲ دسته ۱۵ تایی 'گروه آزمایش و گروه کنترل' تقسیم نموده ایم. لازم به ذکر می‌باشد که پس از برگزاری جلسات اثر بخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) که به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۲ ماه (هفته‌ای یک جلسه) برگزار می‌گردید پس آزمون پرسشنامه‌های تنظیم ساخت هیجان گارنفسکی، اجتناب تجربی گامز و انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندر وال از هر دو گروه کنترل و آزمایش دریافت گردید در این مدت ۲ ماه هیچ گونه مداخله‌ای بر روی گروه کنترل انجام نپذیرفت پس از آن و بعد از گذشت ۳ ماه آزمون پیگیری برگزار گردید. و در انتها اطلاعات جمع آوری شده بوسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و همین‌طور دستیابی به اهداف پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و برای مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس از آزمون لوین، آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و همگنی شیب رگرسیون، برای تحلیل فرضیه‌ها از تحلیل کواریانس یک متغیری (آنکوا) و تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) و برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. همچنین سطح معنی داری $P > 0,05$ در نظر گرفته شد و برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

نتایج

جدول ۲: شاخص‌های آماری خرده مقیاس‌ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش

گروه	متغیرهای پژوهش	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	
آزمایش	تنظیم شناختی هیجان	۶۵,۱۳	۳,۰۶	۷۳,۳۳	۳,۲۳	۷۴,۵۳
	اجتناب تجربه‌ای	۱۵۳,۰۶	۳,۲۶	۱۴۵,۴	۳,۱۱	۱۴۳,۵۳
	انعطاف پذیری شناختی	۴۵,۲۶	۳,۰۸	۵۳,۰۶	۳,۱۲	۵۴,۴۰

جدول ۳: شاخص‌های آماری خرده مقیاس‌ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه کنترل

گروه	متغیرهای پژوهش	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
		معیار		معیار		معیار
کنترل	تنظیم شناختی هیجان	۲,۶۵	۶۵,۲۰	۲,۲۵	۶۱,۰۶	۲,۲۸
	اجتناب تجربه‌ای	۳,۱۵	۱۵۲,۳۳	۲,۹۹	۱۵۶,۷۳	۳,۴۱
	انعطاف پذیری شناختی	۲,۸۷	۴۶	۲,۹۵	۴۰,۹۳	۲,۶۸

مطابق جدول شماره دو نمرات تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی در دو مرحله پس آزمون و پیگیری با رشد محسوسی همراه بود که این رشد در گروه کنترل مشاهده نشد همچنین نمرات اجتناب تجربه‌ای با کاهش قابل توجهی در این مراحل مشاهده گردید.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین و نرمال بودن داده‌ها

اثر	متغیرها	بررسی همگنی واریانس‌ها				نرمال بودن داده‌ها
		درجه آزادی	درجه آزادی	F	سطح	Z
		۱	۲		معنی‌داری	معنی‌داری
گروه	متغیر وابسته	۱	۲	۰,۲۴۶	۰,۶۲۴	۰,۴۸۹
	مدیریت هیجان	۱	۲۸	۰,۰۰۳	۰,۹۵۶	۰,۷۳۰
	اجتناب تجربی	۱	۲۸	۰,۰۴۱	۰,۸۴۰	۰,۹۱۳
	انعطاف پذیری شناختی	۱	۲۸			

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود آزمون لوین در متغیرهای مدیریت هیجان، اجتناب تجربی و انعطاف پذیری شناختی غیرمعنی‌دار می‌باشند. در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. همچنین سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون

پس آزمون‌ها	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
مدیریت هیجان	۵,۲۸۱	۱	۵,۲۸۱	۵,۱۷۲	۰,۳۳۱
اجتناب تجربی	۰,۰۹۸	۱	۰,۰۹۸	۰,۰۴۶	۰,۸۳۳
انعطاف پذیری شناختی	۰,۰۴۴	۱	۰,۰۴۴	۰,۰۴۷	۰,۸۳۰

تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل با

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تعامل بررسی شده بین متغیرهای مورد نظر معنی‌دار نیست. بنابراین می‌توان بیان نمود که همگنی رگرسیون رعایت شده است.

جدول ۵: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تنظیم هیجانات، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌پذیری شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور آنا
مدیریت هیجانات	زمان	۱۲۳,۲۶۷	۱	۱۲۳,۲۶۷	۲۰,۷۰۸۸	۰,۰۰۱	۰,۸۸۱
	زمان* گروه	۳۸۵,۰۶۷	۱	۳۸۵,۰۶۷	۶۴۶,۹۱۲	۰,۰۰۱	۰,۹۵۹
اجتناب تجربه‌ای	زمان	۱۲۰,۴۱۷	۱	۱۲۰,۴۱۷	۱۷,۵۹۵	۰,۰۰۱	۰,۹۹۸
	زمان* گروه	۴۴۲,۸۱۷	۱	۴۴۲,۸۱۷	۲۶۲,۳۱۷	۰,۰۰۱	۰,۹۰۴
انعطاف‌پذیری شناختی	زمان	۸۶,۴۰	۱	۸۶,۴۰	۱۹,۲۵۱	۰,۰۰۱	۰,۸۲۵
	زمان* گروه	۱۵۳,۲۰	۱	۱۵۳,۲۰	۱۱۹,۷۶۲	۰,۰۰۱	۰,۸۱۱
	گروه	۱۸۷,۲۶۷	۱	۱۸۷,۲۶۷	۱۰,۶۹۹	۰,۰۰۳	۰,۶۸۷

نتایج جدول ۵ حاکی از آن بود که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و عامل بین‌گروهی در سطح ۰/۰۵ معنادار معنادار است ($P < ۰,۰۰۱$). این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون‌گروهی

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معنی‌داری
مدیریت هیجانات	پیش	۰,۲۸۶۷-	۰,۱۹۹	۰,۰۰۱
	پیگیری	۲,۷۶۴-	۰,۲۶۲	۰,۰۰۱
اجتناب تجربه‌ای	پس	۰,۱۰۰	۰,۱۷۶	۰,۰۱
	پیش	۲,۸۳۳	۰,۳۳۵	۰,۰۰۱
انعطاف‌پذیری شناختی	پیگیری	۳,۶۳۳	۵۶۳	۰,۰۰۱
	پس	۰,۵۰۰	۰,۳۹۳	۰,۱۵۵
	پیش	۲,۴۰۰-	۰,۲۱۹	۰,۰۰۱
	پیگیری	۲,۴۶۷-	۰,۲۹۳	۰,۰۰۱
	پس	۰,۰۶۷-	۰,۳۷۴	۰,۰۱

در جدول ۵ که آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی اجرا گردید مشخص گردید که بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تغییرات معنادار بود ($P < 0,001$) اما در میان پس آزمون و پیگیری در هر سه متغیر تغییرات معنی دار نبود ($P < 0,01$) و می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مدیریت هیجان، اجتناب تجربه ای و انعطاف پذیری شناختی تاثیر گذار بود.

بحث

در این بخش، پس از بررسی داده های پژوهش که به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام پذیرفت نتیجه پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مدیریت هیجان زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی موثر است که این نتیجه با پژوهش های ایزدی و تقی زاده (۱۴۰۰)، بیات، نریمانی و بشرپور (۱۴۰۰) ولی زاده، مکوندی و همکاران (۱۴۰۰)، فرناندز-خیمنز، ویدال-برمخو، تورئا-آرایز، کاستلانوس-ویلاورده و ناوارو-الیور،^۱ (۲۰۲۱) همسو می باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، که یک درمان متکی بر پذیرش می باشد توانسته بود به خوبی با هیجانات ارتباط برقرار کند. شرکت کنندگان پس از اجرای این درمان به دلیل آنکه با هیجانات سر و کار داشتند به جای غلبه بر هیجانات، بیشتر به سمت پذیرش این هیجانات حرکت نمودند. نمونه حاضر در این پژوهش، زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی بود بنابراین مسئله اولی که اهمیت داشت مبحث ضربه به اعتماد آن ها بود. و اصولاً عدم اعتماد به دیگران مستقیماً هیجانات فرد را درگیر می کند. عدم اعتماد یک رابطه همبستگی قوی و مثبتی با ترس دارد و این نمایانگر آن است که عدم اعتماد به صورت مستقیم هیجانات فرد را درگیر می نماید. پژوهشگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بر پذیرش هیجانات تاکید داشت زیرا مفهوم پذیرش خود به عنوان یکی از راهبردهای تنظیم هیجانات و احساسات مبتنی بر تفکر باز و پذیرا بودن و حس خوب نسبت به هیجانات است. در این پژوهش زنان آسیب دیده بیشتر بر حس ناتوانی از ارتباط برقرار کردن با دیگران تکیه کردند و بعضی از آنها این عبارت را به کار بردند که افرادی هستند که همواره من را مقصر می دانند و من را قضاوت می نمایند. مشاهدات پژوهشگر حاکی از آن بود که زنانی که سعی داشتند با دیگران ارتباط برقرار کنند همواره آسیب رها شدن و خیانت توسط همسر با او بود که این مسئله حائز اهمیت بود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان این تعریف را ارائه دادیم که پذیرش هیجانات به معنی تغییر آنها نیست بلکه دریافت آن احساسات بدون نیاز به تلاش برای کنترل آنها است در ادامه ما از بانوان خواستیم که بر لحظه حال تمرکز کنند و آن احساسی که در لحظه حال برای آنها بوجود می آید را تجربه کنند و تمرکز خود را بر آن بگذارند.

از دیگر نتایج این پژوهش بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه ای زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی بود که با توجه به داده های ما می توان بیان نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه ای زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی در دو مرحله

1. Fernández-Jiménez, Vidal-Bermejo, Torrea-Araiz, Castellanos-Villaverde & Navarro-Oliver

پس آزمون و پیگیری تاثیر می‌گذارد و بدین ترتیب می‌توان گفت فرضیه دوم تایید شد. این فرضیه با نتایج پژوهش‌های رویین تن و همکاران (۱۳۹۹)، غلامی پور، امینی، شفیع ابادی، کیخسروانی، (۱۴۰۰) و کینونن، پووالکاناهو، لاپالاینن، لاپالاینن و کیورو^۱ (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. پژوهشگر در این پژوهش بدین نتیجه رسید که می‌توان با هدف تاکید بر تغییر ارتباط با تجربه‌های درونی، و دانستن اینکه افکار منفی فقط یک فکر می‌باشند می‌توان اجتناب تجربه‌ای را در آنها کاهش داد. از سویی می‌توان با تکیه بر پذیرش افکار منفی، اجتناب از آنها را بی اثر کرد و از این طریق اجتناب تجربه‌ای را در شرکت کنندگان کاهش داد. همی نظریه پرداز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از اهداف اساسی این درمان را کاهش اجتناب تجربی و پاسخ نشخوار مانند به محتوای شناختی و دوری از آن عنوان نموده است (همی، ۱۹۸۷). در این پژوهش، که نمونه مورد نظر زنان آسیب دیده از خیانت می‌باشند، شرکت کنندگان سعی می‌کند از افکاری که توسط خیانت به آنها آزار رسانده است فرار کند و با آن روبه رو نشود زیرا تکرار و مرور آن افکار می‌تواند سبب افزایش گوشه نشینی در آنها شود اما در ادامه این اجتناب از موقعیت‌های استرس زا و منفی سبب می‌شود که در روند زندگی فرد اختلال وارد شود به طور مثال در چند نفر از افراد نمونه این تفکر وجود داشت که آنها حس می‌کنند توسط همسرشان کوچک شده اند و از نظر هزینه‌ای به دلیل جدایی خانواده خود را اذیت می‌نمایند. گوشه‌ای از این افکار منفی افرادی بودند که اشاره داشتند به دلیل صحبت‌های اطرافیان‌شان گوشه نشین شده اند و خانواده خود را نگران نموده اند این افکار باعث می‌شود که فرد کمتر در جمع خانواده خود حاضر شود و یا برای درمان به روانشناس به دلیل احساس سربار بودن و هزینه زیاد مراجعه نکند. این افکار اجتناب تجربی را در فرد تقویت می‌کند. در متد درمانی مورد نظر درمانگر، در ابتدا شناخت دلایل مراجعان برای فرار و اجتناب است در مرحله بعد درمانگر به افراد این ایده را منتقل می‌کند که این افکار فقط فکر هستند و باید آن را با هیجانات ایجاد کننده اش پذیرفت در این حالت به فرد این موضوع را بیان می‌نمود که راه کارهای جایگزین نسبت به فرار از این موضوع چه چیز می‌باشد. به طور کلی دلایل مراجعین برای اجتناب تجربه‌ای متفاوت بود ولی بیشتر همان چیزی بود که پیشتر به آن اشاره نمودیم. اصولاً افرادی که آسیب اجتماعی خیانت بیشتر اذیتشان می‌کرد بیشتر از این روش استفاده می‌نمودند زیرا توان حضور در اجتماع را نداشتند زیرا به شدت بابت قضاوت‌های دیگران خسته بودند. به همین منوال افرادی که زمان بیشتر توسط جامعه قضاوت شده بودند کمتر در کنترل اجتناب تجربه‌ای موفق بودند. عده‌ای در ابتدا این روش را مسخره می‌خواندند و اذعان داشتند که روبه رو نشدن با مشکل بهتر است. از دیگر نتایج این پژوهش بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر انعطاف پذیری زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی بود که با توجه به داده‌های پژوهش می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سبب افزایش انعطاف پذیری روان شناختی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی شود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های حسینی، تنها و همکاران، (۱۴۰۰)، قلی زاده،

قمری گیوی، صدری دمیرچی. (۱۴۰۰)، تامپسون، توهیگ و لوما^۱ (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. در این پژوهش، پژوهشگر مشاهده نمود که می‌توان با تکیه بر زمان حال و پذیرش احساسات به جای فکر کردن به گذشته و تمرکز بر اهداف خود حتی با وجود افکار آزار دهنده، انعطاف پذیری روان شناختی را تقویت نمود. آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر شامل افرادی با آسیب دیدگی بوسيله خیانت بود. علاوه بر این درد همبودی اختلالاتی نظیر افسردگی در آنها یافت شد. اختلال افسردگی سبب پایین آوردن خلق در افراد می‌شود و این کار را سخت می‌نماید.

یکی از مهمترین اهداف در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی می‌باشد. به همین دلیل است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از دریچه هیجان‌ات به این مسئله نگاه می‌کند. پژوهشگر برای استفاده از درمان مذکور در بیمارانی که دچار آسیب شدند دو وجهه داشت. اول آسیب خیانت و دوم اختلالات همراه بود. در پژوهش‌ها اشاره شده بود که کاهش تفکر مقصر دانستن خود، کاهش آسیب را در بر دارد و سبب افزایش خلق و خو می‌شود و افزایش خلق و خو، کاهش آسیب وارده در بر دارد (هولمز و همکاران، ۲۰۱۳). در این پژوهش تکیه پژوهشگر افزایش انعطاف پذیری و به سبب آن کاهش آسیب‌ها بود که بتوان از طریق آن و با افزایش خلق، انعطاف پذیری را افزایش داد.

یکی از جنبه‌های استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این بود که در پروتکل این درمان برای آسیب خیانت در واقع، مداخلات شرح داده شده مستقیماً از مدل انعطاف پذیری روانشناختی سرچشمه می‌گیرد. در پژوهش حاضر در واقع پژوهشگر دریافت که در این مدل درمان وی با تغییرات در عملکردهای انعطاف پذیری روانشناختی باعث ایجاد بهبودی در فرآیندهای پذیرش آسیب به عنوان یک درد وارده و بدین ترتیب پذیرش روانشناختی عمومی شد. با افزایش پذیرش درد در واقع بیمار نیاز نبود درد آسیب را برای خود بزرگتر نماید و این باعث می‌شد خلق بیمار در روز بعد بهتر شود. با افزایش خلق بیمار اندکی بهبودی در فرآیند روانی فرد مشاهده نمود و این سبب شد که بهبودی خاصی در پریشانی عاطفی، عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی شرکت کنندگان مشاهده نماید. در واقع می‌توان گفت که انعطاف پذیری روان شناختی علاوه بر یکی از اجزای مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عضو مهمی در تحمل آسیب‌های وارده در بانوان می‌باشد. در پروتکل درمانی در واقع تکیه وی بر کاهش یا تغییر شدت و یا حتی احساسات مرتبط با آسیب نبود و در واقع هدف وی تغییر در ارتباط با تجربیات افراد با آسیب خود می‌باشد. در واقع پژوهشگر با تغییر این ارتباط و تکیه افراد بر حس دلسوزی و پذیرش این تجربیات سبب کاهش حس آسیب به دلیل افزایش انعطاف پذیری روان شناختی در افراد می‌شود. در افزایش انعطاف پذیری روان شناختی پژوهشگر شاهد بیشترین افزایش در بعد پذیرش بود. در واقع پیشرفت کمی در بعد اجتناب از موقعیت‌های سخت در این متغیر بود و این به سبب آن بود که پروتکل درمانی ما مبتنی بر پذیرش بود اما این بدان معنا نبود که در بعد اجتناب پیشرفتی مشاهده نشد. در بعد بهره برداری پیشرفت خوبی حاصل شد در واقع پژوهشگر با تکیه بر تصویر سازی که یکی از زیر مجموعه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود، مراجع هدفی را متصور

شد که بتواند انگیزه لازم را به او بدهد. از مشاهدات جانبی پژوهشگر در این فرضیه می‌توان به همکاری بیشتر بانوان در این پژوهش اشاره نمود. بانوان حتی در تمرین‌های خانه بیشترین همکاری را داشتند و به همین دلیل پیشرفت آنها زودتر شروع شد یکی از جنبه‌های این پژوهش همکاری خانواده‌ها بود. در این پژوهش افرادی که خانواده پذیرا داشتند، انعطاف پذیری بیشتری داشتند که می‌توان به نقش خانواده در افزایش انعطاف پذیری روان شناختی در افراد اشاره نمود. در مرحله پیگیری با تمرینات خانگی که درمانگر داده بود پیشرفت در انعطاف پذیری همچنان پابرجا بود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت گردید بدین صورت که پیش از شروع کار از سرپرست شرکت کنندگان رضایتنامه کتبی دریافت شد، مشارکت در تحقیق موجب هیچگونه بار مالی برای شرکت کنندان نگردید و این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه، هیچگونه مغایرتی نداشت. و از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی دزفول کد اخلاق (IR.DUMS.REC.1401.040) دریافت گردید.

سپاسگزاری

در این پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دانشگاه آزاد اندیشک و تمامی شرکت کنندگان که همکاری لازم را انجام دادند کمال تشکر را دارم.

تعارض منافع

این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد

منابع

- ایزدی، مهوش، تقی زاده، محمد، احسان. (۱۴۰۰). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر تنظیم هیجانی و خودآگاهی دختران نوجوان. فصلنامه روانشناسی سلامت و رفتار اجتماعی،
- بیات، محسن، نریمانی، محمد، بشرپور، سجاد. (۱۳۹۸). بررسی تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و روابط بین فردی در افراد بزرگسال مبتلاء به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۳(ویژه روانشناسی)).
- حسینی، سیده فرزانه، تنها، زهرا، کریمی، جواد، قدم پور، عزت الله. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران گوارشی. یافته، ۲۳(۲)، ۹۱-۱۱۰.
- رویین تن، سجاد، آزادی، شهدخت، خرامین، شیر علی، بابویی، امین الله و صندوقچی، عزت. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و اجتناب تجربه‌ای در بیماران PTSD. مجله علوم پزشکی زانکو، ۲۱(۷۰)، ۲۱-۳۱.
- سلطانی، اسماعیل، شاره، حسین، بحرینیان، سید عبدالمجید، فرمانی، اعظم. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط بین سبکهای مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی. پژوهنده، ۹۲(۱۸)، ۸۸-۹۶.
- غلامی پور، لیلا، امینی، ناصر، شفیع‌آبادی، عبدالله، کیخسروانی، مولود. (۱۳۹۹). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای مادران دارای کودکان اتیستیک. نشریه علمی زن و فرهنگ، ۱۲(۴۶)، ۵۷-۶۷.
- قلی‌زاده، بهزاد، قمری‌گیوی، حسین، صدری‌دمیرچی، اسماعیل. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۵(۵۹)، ۲۰۵-۲۲۶.
- ولی‌زاده، شاهرخ، مکوندی، بهنام، بختیارپور، سسعید، حافظی، فریبا. (۱۳۹۹). اثربخشی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در زندانیان. مدیریت ارتقای سلامت، ۹(۴)، ۷۸-۸۹.

- Barlow, D. H., Curreri, A. J., & Woodard, L. S. (2021). Neuroticism and disorders of emotion: A new synthesis. *Current Directions in Psychological Science*, 30(5), 410-417.
- Canas, J. J., Fajardo, I., & Salmeron, L. (2006). Cognitive flexibility. *International encyclopedia of ergonomics and human factors*, 1, 297-301.
- Carvajal, B. P., Molina-Martínez, M. Á., Fernández-Fernández, V., Paniagua-Granados, T., Lasa-Aristu, A., & Luque-Reca, O. (2022). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 26(2), 413-422.
- Eres, R., Lim, M. H., Lanham, S., Jillard, C., & Bates, G. (2021). Loneliness and emotion regulation: Implications of having social anxiety disorder. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 46-56.
- Eustis, E. H., Cardona, N., Nauphal, M., Sauer-Zavala, S., Rosellini, A. J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Experiential avoidance as a mechanism of change across cognitive-behavioral therapy in a sample of participants with heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 44(2), 275-286.
- Fang, S., Ding, D., Ji, P., Huang, M., & Hu, K. (2022). Cognitive defusion and psychological flexibility predict negative body image in the chinese college students: evidence from acceptance and commitment therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16519.
- Fernández-Jiménez, E., Vidal-Bermejo, E., Torrea-Araiz, I., Castellanos-Villaverde, T., & Navarro-Oliver, G. (2021). On gender and cognitive flexibility. The REM-ACT study: Acceptance and commitment therapy versus a mindfulness-based emotional regulation intervention in anxiety disorders. A randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 64(S1), S786-S787.
- Garnefski, N., Krajič, V., & Spinhoven, P. (2002). Manual for the cognitive emotion regulation questionnaire. *Netherlands: DATEC*.
- Han, A., Yuen, H. K., & Jenkins, J. (2021). Acceptance and commitment therapy for family caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 82-102.
- Hu, Z., Yu, H., Zou, J., Zhang, Y., Lu, Z., & Hu, M. (2021). Relationship among self-injury, experiential avoidance, cognitive fusion, anxiety, and depression in Chinese adolescent patients with nonsuicidal self-injury. *Brain and behavior*, 11(12), e2419.
- Keinonen, K., Puolakanaho, A., Lappalainen, P., Lappalainen, R., & Kiuru, N. (2021). Developmental trajectories of experiential avoidance and depressive symptoms and association to health behaviors among adolescents during brief guided online acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 22, 24-31.
- Moens, M., Jansen, J., De Smedt, A., Roulaud, M., Billot, M., Laton, J., ... & Goudman, L. (2022). Acceptance and Commitment Therapy to Increase Resilience in Chronic Pain Patients: A Clinical Guideline. *Medicina*, 58(4), 499.
- Ramaci, T., Bellini, D., Presti, G., & Santisi, G. (2019). Psychological flexibility and mindfulness as predictors of individual outcomes in hospital health workers. *Frontiers in psychology*, 10, 1302.
- Silvers, J. A. (2022). Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current opinion in psychology*, 44, 258-263.
- Fang, S., Ding, D., Ji, P., Huang, M., & Hu, K. (2022). Cognitive defusion and psychological flexibility predict negative body image in the chinese college students: evidence from acceptance and commitment therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16519.

- St-Louis, A. C., Rapaport, M., Poirier, L. C., Vallerand, R. J., & Dandeneau, S. (2021). On emotion regulation strategies and well-being: The role of passion. *Journal of Happiness Studies*, 22(4), 1791-1818.
- Thompson, B. L., Twohig, M. P., & Luoma, J. B. (2021). Psychological flexibility as shared process of change in acceptance and commitment therapy and exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: a single case design study. *Behavior Therapy*, 52(2), 286-297.
- Zettel, B. (2023). *Preventing Infidelity in the United States: A Premarital Counseling Resource*. Doctoral dissertation, Regent University

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Emotion Management, Experiential Avoidance and Cognitive Flexibility in Women Affected by Marital Infidelity

Farzaneh Bayat¹, Leyla Kashfi²

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotion management, experiential avoidance and cognitive flexibility in women affected by marital infidelity who visited the counseling centers in Khorramabad. The statistical population included all women affected by marital infidelity who visited to counseling centers in Khorram Abad city in 2022. The research sample consisted of 30 women affected by marital infidelity. They were selected by convenience sampling method and randomly replaced in two groups of 15 people, experimental and control. The research design was a semi-experimental pre-test-post-test-Follow-up type with control and experimental groups. To collect data, Garnevsy et al.'s (2001) cognitive emotion regulation questionnaires, Gams et al.'s (2011) experiential avoidance, Dennis and Vander Wall's (2010) cognitive flexibility questionnaires were used to analyze the data. One-way Repeated Measures Analysis of Variance were use ($p < 0.005$), Acceptance and commitment therapy was performed in the form of 8 sessions of 90 minutes and once a week on the experimental group, and during this period, no intervention was performed on the control group. The results showed that acceptance and commitment therapy is effective in increasing emotion management and cognitive flexibility and reducing experiential avoidance. The findings showed that the Acceptance and Commitment Therapy had an effect on the average scores of emotion management, experiential avoidance and cognitive flexibility ($p < 0.05$). It can be concluded that the Acceptance and Commitment Therapy is effective on emotion management and flexibility. Cognitive adaptability and experiential avoidance of women affected by marital infidelity are effective.

Keywords: acceptance and commitment therapy, emotion management, experiential avoidance, cognitive flexibility, marital infidelity

1. Faculty member, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University Andimeshk Branch, Andimeshk, Iran. Moria_2009@yahoo.com
2. Msc, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Andimeshk Branch, Andimeshk, Iran.