رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۴، شماره پیاپی ۸۵، تیر ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(4), 2023

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلاتکلیفی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر

Comparison of the Effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the intolerance of uncertainty of women affected by infidelity

رقیه پرهام
عضو هیأت علمی، گروه روانشناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

Roghayeh Parham
Faculty member, Department Of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran. Parham.roghayeh@gmail.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلاتکلیفی زنان آسیب دیده از خیانت همسر بود. پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعهٔ پژوهش را تمامی زنان آسیب دیده از خیانت همسر که از ابتدای مهر تا اواسط آذرماه ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره خانواده شهر کرج مراجعه کردند تشکیل دادند که از بین آنها ۴۵ نفر به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش اول و دوم هر یک طی ۸ جلسه تحت تأثیر درمان مبتنی برپذیرش و تعهد (ACT) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) قرار داده شدند. ابزار پژوهش مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS، فریستون و همکاران، ۱۹۹۴) بود. یافته‌های به دست آمده از تحلیل واریانس آمیخته نشان داد، تفاوت معناداری بین گروه‌ها در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود دارد (P<۰/۰۰۰۱). هر دو روش مداخله موجب کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی شده‌اند و میزان اثربخشی در طی زمان دارای ماندگاری اثر بوده است. همچنین بین میزان اثربخشی دو روش تفاوت معناداری وجود نداشت (P<۰/۰۰۰۱). بطور کلی نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد هر دو روش مداخله بر عدم تحمل بلاتکلیفی زنان آسیب دیده از خیانت همسر مؤثر بودند.

واژه‌های کلیدی: *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، خیانت زناشویی، عدم تحمل بلاتکلیفی.*

Abstract

The present study was an attempt to compare the effects of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the intolerance of uncertainty of women affected by infidelity. The present study was conducted using a quasi-experimental method of pre-test-post-test with a control group and a three-month follow-up. The statistical population of the present study consisted of all the women affected by the infidelity of their husbands who were referred to the family counseling centers in Karaj from the beginning of October to the middle of December 2022. Among these women, 45 people were selected as a sample and were placed in two experimental groups and one control group. The first and second experimental groups received acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), respectively, during 8 sessions. The tool of the study was the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) (Friston et al., 1994. The results of the mixed variance analysis showed a significant difference between the groups in the post-test and follow-up stages (P<0/0001). Both interventional methods reduced intolerance of uncertainty and their effectiveness lasted over time. Also, no significant difference was found between the effects of the two ways (P<0/0001). In general, the results of this study showed that both interventional methods were influential in the intolerance of uncertainty of women affected by infidelity.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy(ACT), Mindfulness-Based Cognitive Therapy(MBCT), Infidelity, Intolerance of Uncertainty.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : فروردین ۱۴۰۲** | **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۲**

مقدمه

کشف رابطه فرازناشویی یا درگیری در روابط عاشقانه با فردی غیر از همسر، موجب شوک عمیقی به شریک زندگی و خانواده می‌شود. پایه و اساس ارتباط زناشویی که وفاداری و اعتماد است به شدت تهدید شده و حتی پس از پایبندی مجدد فردی که خیانت کرده، هیچ‌گاه شریک و همسر وی نمی‌تواند آن وفاداری و اعتماد گذشته را دوباره در خود ایجاد کند (زتل[1]، ۲۰۲۳). رابطه فرازناشویی موضوعی است که در ۲۵ درصد ازدواج‌ها اتفاق

1. Zettel

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.5.5]

می‌افتد (واراچ و جوزف[1]، ۲۰۲۱) و مبنایی است برای ایجاد مسائلی چون بی‌اعتمادی، سردرگمی، خشم و تحقیر، افسردگی، ناامنی، شرم، عزت نفس پایین، و همچنین رضایت زناشویی و زندگی پایین و احساس گناه برای زوج‌ها (ابراهیم[2] و همکاران، ۲۰۱۹). خطر بی‌وفایی در ازدواج موجب ضربه شدید روحی به طرفین می‌شود و آشفتگی بسیاری برای زوجین به دنبال دارد؛ اما بیش از همه همسری که مورد بی‌وفایی واقع شده است آسیب می‌بیند و غم و اندوه زیادی را تجربه می‌کنند (یانگ بلاد[3]، ۲۰۲۲) و دچار زخم روانی[4] می‌گردد که به سادگی التیام نمی‌یابد، سلامت روان او را تهدید می‌کند و معمولاً پایان تلخی برای این ارتباط متصوّر شده، با این سؤال از خود مواجه می‌شود که « آیا می‌توانم هنوز به همسرم اعتماد کنم؟» (واراچ و جوزفس، ۲۰۲۱). از سویی به دلیل عاطفه‌ی مادری و مسائل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی، همه سختی‌ها و مصائب را به جان می‌خرند و در مواردی حتی پس از بی‌وفایی همسر، حاضر به ترک زندگی زناشویی نیستند. ضمن این‌که نمی‌توانند آسیب‌های گذشته را فراموش کنند. و با این سؤال و ابهام که آیا با ادامه زندگی ممکن است مجدد با بی‌وفایی از سوی همسرم مواجه شوم؟. در واقع به نوعی دچار احساس بلاتکلیفی و ابهام می‌گردد که سلامت روانی وی را مخدوش می‌سازد و ممکن است موجب بروز رفتارهای آسیب‌زایی چون عدم تحمل بلاتکلیفی[5] شود. بلاتکلیفی به معنی ناتوانی در تحمل پاسخ آزاردهنده که با ادراک فقدان اطلاعات برجسته، مهم و کافی راه اندازی شده و با ادراک بلاتکلیفی توأم با آن تقویت می‌شود (پانچیشن[6] و همکاران، ۲۰۲۳). عدم تحمل بلاتکلیفی، گرایش به واکنش منفی در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری در یک موقعیت بلاتکلیف تعریف می‌شود (بوتسی[7] و همکاران، ۲۰۱۹). افرادی که در عدم تحمل بلاتکلیفی در سطح بالایی قرار دارند، ادراکشان از اتفاقات بلاتکلیف آینده، صرف نظر از احتمال رخداد آن‌ها، تهدید کننده و ناخوشایند است (بائر[8]و همکاران، ۲۰۲۰). این افراد وقتی تلاش می‌کنند بلاتکلیفی را کنترل کنند یا از آن خودداری نمایند، افکار منفی در مورد توانایی خود برای مقابله با شرایط بلاتکلیف را به رسمیت شناخته و سطح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند در نتیجه اقدام به رفتارهای ناسازگارانه همچون اطمینان طلبی، اجتناب یا تصمیم‌گیری تکانشی می‌کنند (بردمایر[9] و همکاران، ۲۰۲۲).

پیامدهای ناشی از رابطه فرازناشویی همسر و همچنین بررسی‌هایی که نشان می‌دهد روابط فرازناشویی پیچیده‌ترین و تعارض‌آمیزترین موضوعی است که زوج‌درمانگران در درمان با آن مواجه هستند و موجب شده آنها بطور مداوم به دنبال مداخله‌ای باشند که در درمان روابط زوجین دارای رابطه فرازناشویی مؤثر باشد (لبو و گارسیا[10]، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[11] (ACT) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[12] (MBCT) از جمله این رویکردهایی است که در مداخلات بر روی زوجین مورد استفاده قرار گرفته است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در رفتارگرایی دارد اما به‌وسیله فرایندهای شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد (پنتزین[13]، ۲۰۱۹). در این شیوه درمان تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی دست یابد (والسر و اوکانل[14]، ۲۰۲۳). به طور کلی در درمان پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات و...) افزایش یابد و سپس آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا مهار این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت (لارنس[15]و همکاران، ۲۰۲۲). سپس بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می شود و به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) و برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی که برای خود در ذهنش ساخته است تلاش کند؛ و با روشن‌سازی و شناخت ارزش‌های شخصی و اصلی خود، با ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانهٔ معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده همراه با پذیرش تجارب ذهنی، اقدام کند (والسر و اوکانل، ۲۰۲۳). یافته‌های پژوهشی (حسین‌زاده اسکویی و همکاران،

1. Warach, & Josephs
2. Ibrahim
3. Youngblood
4. trauma
5. Intolerance of Uncertainty
6. Panchyshyn
7. Bottesi
8. Bauer
9. Bredemeier
10. Lebow, & Garcia
11. Accep tance & Commitment Therapy (ACT)
12. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)
13. Pentzien
14. Walser, & O'Connell
15. Lawrence

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.5.5]

۱۴۰۱؛ حلاجیان و همکاران، ۱۴۰۱؛ صادقی و همکاران، ۱۴۰۰؛ روحی کریمی و همکاران، ۱۳۹۹؛ کوینلان[1] و همکاران، ۲۰۲۱؛ کوتو-لسمس[2] و همکاران، ۲۰۲۰؛ پنتزین، ۲۰۱۹) حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکرد موفق در زوج درمانی و خانواده درمانی بر روابط زوجین ناسازگار، دارای تعارض و آسیب دیده از خیانت است.

ذهن‌آگاهی، آگاهی از لحظه حال و بدون قضاوت است؛ این آگاهی به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص منتهی می‌شود، بدون اینکه هیچ چیز را تثبیت کند یا اینکه آن را خوب یا بد تلقی کند. بنابراین، ذهن‌آگاهی تنظیم ارزیابی‌های شناختی و مشاهده عینی تجربیات را نیز به همراه دارد (سگال[3] و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، ذهن‌آگاهی امکان کنارآمدن سازش یافته‌تر و مدیریت محرک‌های نامطلوب را فراهم می‌آورد. افرادی که از ذهن‌آگاهی بالاتری برخوردارند، خودتنظیمی هیجانی و رفتاری بهتری را گزارش می‌کنند و نسبت به خود شفقت بیشتری نشان می‌دهند (ویلسون[4] و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن‌آگاهی مثبت با افزایش خود-شفقت‌ورزی می‌تواند راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که طی آن از تجربه هیجان‌های دردآور و ناگوار ممانعت به عمل نمی‌آید (کیلی و نیکولز[5]، ۲۰۲۳)؛ بلکه تلاش می‌شود بسیار مهربانانه با احساسات و هیجان‌ها به همان صورتی که هستند برخورد شود و مورد پذیرش قرار گیرند؛ در چنین شرایطی است که احساسات منفی جای خود را به احساسات مثبت می‌دهند و فرد قادر خواهد بود از راهبردهای کنار آمدن سازنده و جدید استفاده کند (چن[6] و همکاران، ۲۰۲۲) و بدین ترتیب در این فرآیند فرد با تمرین توجه و با به کشاکش کشیدن محتوای افکار و هیجان‌های خود بر مشکلاتش فائق می‌آید (ویمر[7] و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها (حیدرپور اسکندری و همکاران، ۲۰۲۱؛ روحی کریمی و همکاران، ۱۳۹۹؛ گلشنی و قاصدی، ۱۳۹۸؛ قاصدی و همکاران، ۱۳۹۷؛ بروخاژ[8]، ۲۰۲۲؛ گالو و راوش[9]، ۲۰۲۲؛ ریگاس[10]، ۲۰۱۹) اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر زنان آسیب دیده از خیانت همسر و متغیرهای مؤثر بر روابط زوجی، بررسی و تأیید نموده اند.

بطورکلی می‌توان گفت عنصر اساسی هر دو رویکرد فوق ذهن‌آگاهی و مبتنی بر شواهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زمینه وقوع فکر و هیجان را مورد توجه قرار می‌دهد، اما ذهن آگاهی بر نقش عواطف و هیجانات بر رفتار و روابط تأکید دارد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف این است که فرد تلاش خود را برای کاهش تجربیات ناخوشایند انجام دهد، در حالی که همزمان فعالیت‌های معنادار زندگی (فعالیت‌هایی که با ارزش‌های شخصی او سازگار هستند)، را افزایش دهد. در طول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانگر از طریق شش فرایند اصلی به هوشیاری، شناخت و توانایی شفاف‌سازی ارزش‌ها به مراجع کمک می‌کند که چگونه پذیرش انحرافات شناختی را تمرین کند تا حس متفاوتی از خود، متمایز از افکار و احساساتش ایجاد سازد. ذهن‌آگاهی با فنونی که بکار می‌گیرد به پرورش آگاهی بدون قضاوت، سالم از افکار، احساسات و خاطرات اجتناب شده، و همچنین با برجسته ساختن اقدامات نامتناسب با ارزش‌های فرد، به شناخت رفتار مناسب کمک می‌کند. با توجه شباهت و تفاوت دو روش فوق و نظر به جمعیت قابل توجه زنان آسیب دیده از خیانت همسر و پیامدهای روان‌شناختی ناشی آن و با توجه به کاستی‌های پژوهش‌های مداخله‌ای جامع در این حوزه از سویی و از سویی دیگر کاستی‌های پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی رویکردهای مورد نظر، استفاده از رویکردهای مداخله‌ای منظم به منظور مشخص شدن میزان اثربخشی هر یک از روش‌ها بر حالات روان‌شناختی زنان آسیب دیده از خیانت همسر، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلاتکلیفی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان آسیب دیده از خیانت همسر که از ابتدای مهر تا اواسط آذرماه سال ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره خانواده شهر کرج مراجعه کردند، بود (۵۴ نفر)؛ از میان آنها ۴۵ نفر به صورت در دسترس براساس ملاک‌های ورود به پژوهش مطالعه شدند. سپس بصورت تصادفی در سه گروه آزمایش اول (درمان

1. Quinlan
2. Coto-Lesmes
3. Segal
4. Wilson
5. Kelley, & Nichols
6. Chen
7. Wimmer
8. Bruchhage
9. Gallo, & Rausch
10. Regas

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.5.5]

مبتنی بر پذیرش و تعهد)، آزمایش دوم (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: دامنه سنی ۴۵-۲۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، رضایت آگاهانه، عدم تصمیم به طلاق، انگیزه کافی برای بهبود شرایط موجود و شرکت منظم در جلسات، عدم درمان روان‌شناختی یا شرکت همزمان در جلسات آموزشی دیگر، عدم ابتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی که از طریق مصاحبه بالینی بررسی شد، کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه‌های عدم تحمل بلاتکلیفی (۸۱= نمره میانگین). ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: غیبت دوجلسه متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی از مجموعه جلسات آموزشی، عدم تمایل به همکاری با درمانگر و انجام تکالیف بود. جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه در جلسات مداخله‌ای توسط شرکت‌کنندگان امضا شد، همچنین به آنها در زمینه حفظ رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. پژوهشگر به شرکت‌کنندگان در گروه کنترل متعهد شد جهت رعایت اصل اخلاقی عدالت پژوهشی، پس از پایان جلسات، مداخلات در مورد افراد متقاضی اجرا شود. پس از انتخاب گروه نمونه گروه‌های آزمایش طی ۸ جلسه ۷۵-۶۰ دقیقه بصورت هفتگی تحت مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. در این مدت گروه گواه در لیست انتظار قرار داده شدند. پس از اتمام جلسات و سه ماه پس از آن مجدداً پرسشنامه‌ها به عنوان پس‌آزمون و پیگیری توسط شرکت‌کنندگان هر سه گروه تکمیل شد. در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته) به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی[1] (IUS): این مقیاس توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی با ۲۷ گویه طراحی شده است. پاسخ به گویه‌ها بصورت ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱ تا همیشه=۵) تنظیم شده است. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۳۵-۲۷ و میانگین ۸۱ می‌باشد. فریستون و همکاران (۱۹۹۴) در نسخه اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی α=۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله ۴ هفته ۰/۷۸ گزارش کردند. بوهر و داگاس[2] (۲۰۰۲) نسخه انگلیسی مقیاس را تهیه و اعتباریابی کردند و ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده را برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله ۵ هفته‌ای، ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند؛ همچنین ضریب همبستگی با مقیاس نگرانی ۰/۶۰ و مقیاس افسردگی و اضطراب بک به ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۵۵ در سطح ۰/۰۰۱ به دست آمده است که تأییدی بر روایی همگرا می‌باشد. بشارت (۱۳۸۹) در نسخه فارسی روایی همگرای پرسشنامه را با مقیاس اضطراب، عواطف منفی و درماندگی از ۰/۴۳ تا ۰/۶۲ گزارش نموده است. در پژوهش بختیارزاده و همکاران (۱۴۰۱) آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۲ بدست آمد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با استفاده از برنامه درمانی (داهل[3] و همکاران، ۲۰۱۴)، پس از اعمال تغییرات جزئی و تأیید چند تن از اساتید متخصص طی ۸ جلسه ۷۵-۶۰ دقیقه‌ای بصورت هفتگی برگزار شد.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از پروتکل کابات زین[4] (۲۰۰۳) پس از اعمال تغییرات جزئی و تأیید چند تن از اساتید متخصص طی ۸ جلسه ۷۵-۶۰ دقیقه بصورت هفتگی برگزار شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی و معارفه، بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، دلایل شرکت در جلسات و انتظاری که از جلسات درمانی دارند، بیان تجارب مشابه قبلی، آشنایی با قوانین جلسه، ارائه مطالب کلی آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن.
دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود؟، ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها، بیان اصول پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در زمینه پذیرش افکار به عنوان افکار، احساسات به عنوان احساسات، و خاطرات فقط به عنوان خاطرات.
سوم	صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه، آموزش این موضوع که اعضا بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات.

1. Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)
2. Buhr, & Dugas
3. Dahl
4. Kabat-Zinn

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.5.5]

چهارم	آموزش فن ذهن‌آگاهی و تمرکز بر تنفس، آموزش فن حضور در لحظه و توقف فکر، تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار، تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر.
پنجم	آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به این که احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه این فن که با ذهن‌آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خودآگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند اما قضاوت نکنند.
ششم	ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرایند آموزش، آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ ارائه فن توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی، تمرین ذهن‌آگاهی و اسکن بدن.
هفتم	خلاصه‌ای از مباحث جلسات گذشته، دریافت بازخورد و پاسخ به ابهامات و جستجوی مسائل حل نشده، شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه های مختلف، به گونه‌ای که مناسب‌تر باشد، نه عملی‌تر.
هشتم	بررسی تکالیف و جمع‌بندی مطالب، اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره، ارائه بازخورد توسط اعضا، جمع‌بندی و اجرای پس آزمون.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی و برقراری ارتباط، شرح اهداف و قوانین جلسات، تأکید بر رازداری، احترام متقابل و ...، تمرین مراقبه نشسته ۳ دقیقه‌ای در شروع و پایان جلسه. تمرین خوردن یک کشمکش با تمام وجود و بحث درباره این احساس، ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن هم زمان با نفس کشیدن و هر بار با توجه به بخشی از بدن.
دوم	شناسایی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش روزانه اعضای گروه، آموزش و تمرین توجه آگاهانه و تمرکز بر تنفس(ذهن‌آگاهی تنفس)، شرح تغییرات ایجاد شده در الگوی تنفس متناسب با حالت خلقی.
سوم	مدیتیشن اسکن بدن؛ بحث در زمینه تجربه جلسه گذشته و تمرینات بین جلسات، موانع انجام تمرین(بی‌قراری، پرسه زدن ذهن، حواس پرتی)؛ و راه حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای این مسئله (غیرقضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم).
چهارم	بحث در مورد تفاوت افکار و احساسات، مدیتیشن در حالت نشسته و اسکن بدن.
پنجم	تمرین دیدن و شنیدن. تمرین سه دقیقه‌ای تنفسی در سه مرحله، توجه به تمرین در زمان انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن.
ششم	آگاهی از یک فعالیت روزمره جدید و ذهن‌آگاهی یک رویداد ناخوشایند. انجام مدیتیشن نشسته. اجرای حرکات ذهن آگاه بدن.
هفتم	رها کردن افکار، باورها و خواسته‌های یک جانبه، تک بعدی و غیرمنطقی از طریق پذیرش و آگاهی یافتن نسبت به آن‌ها، در نظر گرفتن و بررسی مسائل به صورت چندبعدی با ذهنی شفاف و گشوده،
هشتم	ارائه خلاصه ای از کل جلسات، دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع‌بندی مطالب، توصیه به استفاده از فنون ذهن‌آگاهانه (پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه، غذا خوردن ذهن آگاهانه و ...) در زندگی و تعمیم آن به کل جریان زندگی.

یافته ها

در مطالعه حاضر ۴۵ نفر در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل (هرگروه ۱۵ نفر) شرکت کردند؛ میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، و گواه به ترتیب ۳/۸۸ ± ۳۶/۴ ، ۳/۳۲ ± ۳۵/۵۱ و ۴/۷۳ ± ۳۵/۸ سال بود. بیشترین فراوانی سطح تحصیلات در گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، دیپلم و کارشناسی (۴۰ درصد) و در گروه گواه دیپلم (۴۷ درصد) بود.

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی در گروه مداخله اول (ACT)، گروه مداخله دوم (MBCT) و گروه گواه را به تفکیک مراحل آزمون نشان می‌دهد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.5.5]

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار عدم تحمل بلاتکلیفی در گروه مداخله اول (ACT)، گروه مداخله دوم (MBCT) و گروه گواه

متغیر	مراحل آزمون	آزمایش ۱		آزمایش ۲		گواه	
		میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
عدم تحمل بلاتکلیفی	پیش‌آزمون	۸۳/۵۱	۱۹/۷۱	۸۲/۲۲	۲۱/۲۰	۸۴/۴۰	۲۳/۱۹
	پس‌آزمون	۵۳/۰۶	۱۸/۵۴	۴۷/۰۵	۱۶/۷۶	۸۰/۳۷	۱۹/۸۴
	پیگیری	۵۴/۱۳	۱۹/۶۲	۴۸/۳۳	۱۷/۸۵	۸۱/۴۴	۱۹/۶۶

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار عدم تحمل بلاتکلیفی دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر داشته است.

به منظور بررسی نرمال بودن عدم تحمل بلاتکلیفی در زنان آسیب دیده از خیانت همسر از آزمون کالموگروف-اسمیرنف استفاده شد که نشان از برقراری این مفروضه داشت ($P>۰/۰۵$). همچنین به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد واریانس‌های خطا برای متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی در هر سه مرحله پیش‌آزمون ($p=۰/۴۴۹$ و $F_{(۴۲و۲)}=۰/۸۱۵$)، پس‌آزمون ($p=۰/۸۵۴$ و $F_{(۴۲و۲)}=۰/۱۵۸$) و پیگیری ($p=۰/۹۱۱$ و $F_{(۴۲و۲)}=۰/۰۹۳$) یکسان است. همچنین نتایج حاصل از آزمون کرویت موخلی که به منظور بررسی مفروضه کرویت استفاده شد نشان داد این مفروضه برقرار نبود ($\chi^2=۴۰/۱۴۷$,$P=۰/۰۰۰۱$). در نتیجه از اصلاح درجه آزادی شاخصی به نام اپسیلون گرین هاوس گایسر استفاده شد. سپس نتایج تحلیل واریانس آمیخته با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه شد.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی در متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی

عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
عامل درون گروهی	مراحل زمان	۱۴۷۲۲/۳۳۶	۱/۲۲۱	۱۱۸۷۶/۱۲۷	۳۰۱/۳۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۷
	تعامل مراحل*گروه	۵۸۶۷/۸۰۸	۲/۳۷۲	۲۳۷۸/۸۳۰	۶۰/۳۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۵
	خطا	۲۰۳۸/۸۶۶	۵۱/۷۱۵	۳۹/۴۰۸			
عامل بین گروهی	گروه	۱۳۴۷۵/۷۹۳	۲	۶۷۳۷/۸۹۶	۵/۸۹۸	۰/۰۰۵	۰/۲۲۳
	خطا	۴۸۱۸۷/۷۶۸	۴۲	۱۱۲۳/۲۸۳			

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در عدم تحمل بلاتکلیفی ($F=۳۰۱/۳۶۳$, $P <۰/۰۱$, $Eta=۰/۸۷۷$) سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری عدم تحمل بلاتکلیفی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ و برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده عدم تحمل بلاتکلیفی ($F =۵/۸۹۸$, $P<۰/۰۱$, $Eta=۰/۲۲۳$) در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین کلی عدم تحمل بلاتکلیفی در سه گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی (مقایسه‌های چندگانه) به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های مراحل محاسبه شد. نتایج در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی(مقایسه‌های چندگانه)

	مراحل/گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۲۲/۷۲۳	۱/۲۰۲	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۲۱/۵۷۹	۱/۲۵۱	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	-۱/۱۲۳	۰/۴۷۹	۰/۰۶۷
گروه‌ها	MBCT - ACT	۳/۱۱۳	۷/۰۵۶	۰/۰۰۰۱
	ACT - گواه	-۱۹/۴۶۷	۷/۰۵۶	۰/۰۳۶
	MBCT - گواه	-۲۲/۵۷۸	۷/۰۵۶	۰/۰۰۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.5.5]

یافته‌های جدول نشان می‌دهد بین نمرات عدم تحمل بلاتکلیفی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنادار است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات عدم تحمل بلاتکلیفی در مرحله پیش‌آزمون (M=۸۴/۴) بیشتر از مرحله پس‌آزمون (M=۶۵/۴) و پیگیری (M=64/7) است. همچنین بین اثر گروه‌های آزمایشی اول و دوم و گروه گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمرات عدم تحمل بلاتکلیفی در گروه آزمایشی اول (ACT) و گروه آزمایشی دوم (MBCT) بیشتر از گروه گواه است؛ همچنین در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین سه گروه آزمایش و گواه در سطح ۰/۰۱ معنادار است، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عدم تحمل بلاتکلیفی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل بلاتکلیفی در زنان آسیب دیده از خیانت همسر انجام شد. نتایج حاکی از آن شد که هر دو روش مداخله بر کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی اثربخش است و میزان اثربخشی تا پیگیری سه ماهه دارای ماندگاری اثر می باشد. همچنین بین میزان اثربخش دو روش تفاوت معناداری وجود ندارد.

اولین یافته پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی زنان گروه آزمایش شده است. این یافته با نتایج پژوهش حسین‌زاده اسکویی و همکاران (۱۴۰۱)، حلاجیان و همکاران (۱۴۰۱)، روحی کریمی و همکاران (۱۳۹۹)، پنتزین (۲۰۱۹) همسو بود. براساس دیدگاه انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی خیانت همسر، موجب می‌شود همسر آسیب دیده سبک پاسخ‌دهی ناکارآمدی در مقابل مشکل داشته باشند (کوینلان و همکاران، ۲۰۲۱) که باعث برچسب زدن به خود مفهوم‌سازی شده‌شان می‌شود (مانند: من بد شانسم، چرا همسر من؟ و ....) و در نتیجه متمرکز شدن بر مشکل می‌شود. از سویی تکرار این قبیل رفتارها در طی زمان موجب محدودیت رفتار همسر و آشفتگی هیجانی او خواهد شد و این عامل، ایجاد افکار و احساسات ناخوشایند و افزایش نگرش ناکارآمد و عدم پذیرش مشکلات می شود (پنتزین، ۲۰۱۹). ماهونی[1] و همکاران (۲۰۱۹) اظهار می‌دارند افرادی که از عدم تحمل بلاتکلیفی بالایی برخوردارند، براین باورند که فاقد مهارت‌های حل مسأله مؤثر در موقعیت‌های مبهم هستند؛ در نتیجه رویدادهای آینده را منفی و با تهدید بیشتری تفسیر می‌کنند و این فرآیند از طریق تشدید میزان تنش و آشفتگی هیجانی بیشتری را برای این افراد به دنبال دارد. در این باره زنان آسیب دیده از خیانت همسر با آگاهی از فرآیندهای حل مسأله و کسب توانایی در انتخاب بهترین راه حل‌ها در برخورد با مشکلات زندگی، گزارش نمودند که در موقعیت‌های مبهم و تنش‌زا توانایی کنترل بیشتری بر افکار، احساسات و رفتارشان پیدا کرده و می‌توانند نگرانی ها و مسائل خود را راحت تر بیان کنند. شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آنان یاری می‌رساند تا افکار منفی خود را شناسایی نموده و مورد بررسی قرار دهند. سپس با کسب مهارت‌ها و کارآمد قلمداد نمودن راه حل‌ها، فشار و آشفتگی کمتری در مقابل موقعیت‌های نامشخص و مبهم درک کنند. در نتیجه در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی عکس‌العمل مناسبی نشان دهند و کمتر احساس عدم تحمل بلاتکلیفی داشته باشند.

یافته دوم حاکی از آن شد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی زنان آسیب دیده از خیانت همسر مؤثر است. این یافته همسو با نتایج پژوهش حیدرپور اسکندری و همکاران (۲۰۲۱)، روحی کریمی و همکاران(۱۳۹۹)، گلشنی و قاصدی (۱۳۹۸)، قاصدی و همکاران (۱۳۹۷)، و در راستای نتایج پژوهش گالو و راوش (۲۰۲۲)، ریگاس (۲۰۱۹) بود. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری، و گرایش به پاسخ‌های نگران کننده است و باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می‌شود (بروخاژ، ۲۰۲۲). مواجهه با هیجان منفی به جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی از اهداف مهم درمان ذهن‌آگاهی است. در درمان ذهن‌آگاهی با به کارگیری تکنیک‌های مراقبه‌ای مانند ذهن آگاه شدن تنفس و افزایش آگاهی از موقعیت جهت کنارآمدن و بقا در زمان بحران استفاده می‌کنند و باعث می‌شود فرد درد جسمی و عاطفی خود را تحمل کند. فرد با درمان ذهن‌آگاهی، یک سازه‌ی فراهیجانی را در خود افزایش می‌دهد؛ بدین ترتیب که نسبت به آن جلب توجه می‌کند، آن را ارزیابی می‌کند و وقتی نمی‌تواند شرایط را تغییر دهد آن را پذیرفته و تحمل می‌کند و هیجانات به ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل در جهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه را تنظیم می‌کند و دچار از هم گسیختگی عملکرد نمی‌شود (کیلی و نیکولز، ۲۰۲۳). به نظر می‌رسد تمرین‌های ذهن‌آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی

1. Mahoney

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.5.5]

مثل توجه به تنفس و بدن، و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر دارد. با روش ذهن‌آگاهی، افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی تجربه شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. با این روش افراد آموزش می‌بینند تا از افکار منفی خود فاصله بگیرند. آموزش انعطاف‌پذیری، غنی سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط، و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانات، باعث کاهش پریشانی و عدم تحمل بلاتکلیفی می‌شود.

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین میزان اثربخشی هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل بلاتکلیفی تفاوت معناداری وجود ندارد و هر یک توانستند به تنهایی موجب کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی شوند و میزان اثربخشی در طی زمان دارای ماندگاری است. این یافته با نتایج پژوهش قاصدی و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق پذیرش احساسات و جلوگیری از اجتناب تجربه‌ای و شکل‌دهی به عمل‌متعهدانه و عادات سالم و همچنین آموزش ذهن‌آگاهی به واسطه بالا بردن آگاهی نسبت به زمان حال، از طریق بهبود فرآیند تفکر، شناسایی و اصلاح باورهای شناختی منفی و ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب بر کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی زنان آسیب دیده از خیانت همسر کمک کنند. بنابراین با بکارگیری هر یک از رویکردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان گام مهمی در کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت همسر و پیامدها و عوارض همراه با آن برداشت.

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. از جمله این که نمونه پژوهش محدود به جامعه و نمونه یک شهر و در بازه زمانی محدود اجرا شد، بنابراین در تعمیم‌پذیری نتایج باید جوانب احتیاط رعایت شود. استفاده از روش غیرتصادفی و همچنین حجم نمونه کم محدودیت دیگر پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی مشابه پژوهش حاضر در نمونه‌هایی با حجم بیشتر و در شهرهای مختلف- با در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی- و با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام شود؛ تا امکان مقایسه و دستیابی به یک نتیجه کلی و همچنین تعمیم نتایج میسّر گردد. همچنین پژوهش‌هایی مشابه در یک فرآیند طولانی مدت انجام شود و اثربخشی آموزش‌ها بر گروه‌های آزمایش و کنترل در این مدت مورد مقایسه قرار گیرد. با توجه به اینکه زنان نقش حیاتی و مهمی را در ارتقای کیفیت سلامت خانواده و جامعه ایفا می‌کنند و از سویی به علت تأثیرات مخربی که خیانت همسر بر روان آن‌ها دارد با استرس‌زاها و مسائل اثرگذار بر روابط فردی و خانوادگی خود مواجه هستند؛ به درمانگران زوج و خانواده پیشنهاد می‌شود با بهره‌گیری از فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در راستای ارتقای کیفیت زندگی مشترک زوجین گام مهمی در زمینه پیشگیری از رویدادها ناخوشایندی چون از هم پاشیدن خانواده بردارند.

منابع

بختیارزاده، م.، خواجه گودری، م.، صباح، ا.، نیازی میرک، ژ. (۱۴۰۱). اثربخشی رفتار درمانی عقلانی_هیجانی (REBT) بر تکانشگری، عدم تحمل بلاتکلیفی و دشواری در تنظیم هیجان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده با مشکلات زناشویی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۵)، ۱۴۶-۱۳۵. http://frooyesh.ir/article-1-3595-fa.html

حسین‌زاده اسکوئی، ع.، صمدی کاشان، س.، زمانی زارچی، م.، اسدی اسدآباد، ر.، بختیاری، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و عزت‌نفس زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۳(۴)، https://doi.org/10.22059/japr.2023.329770.643974

حلاجیان، ز.، باباخانی، و.، پویامنش، ج.، و جعفری، ع. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی مبتنی بر مدل گاتمن بر سبک‌های عشق‌ورزی زنان آسیب دیده از خیانت همسر. *خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۲)، ۲۶۳-۲۴۶. https://doi.org/10.22034/aftj.2022.340436.1556

روحی کریمی، ت.، شیرازی، م.، و ثناگوی محرر، غ. (۱۳۹۹). هم سنجی اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی پذیرش و تعهد بر بی‌رمقی زناشویی و تنیدگی پس از ضربه‌ای زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱۰(۲)، ۷۴-۴۱. https://fcp.uok.ac.ir/article_61914.html

صادقی، م.، محب، ن.، و علیوندوفا، م. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی، ناگویی خلقی و کیفیت زندگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۳)، ۹۱-۷۳. https://doi.org/10.22034/aftj.2021.296762.1146

قاصدی، م.، باقری، ف.، و کیامنش، ع. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی دو روش درمان گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشش، تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی. *اخلاق زیستی*، ۸(۲۹)، ۹۸-۸۷. https://doi.org/10.22037/bioeth.v8i29.22576

گلشنی، غ. و قاصدی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان آسیب دیده از خیانت همسر بر تنظیم هیجانی، بخشش و صمیمیت زناشویی. *روانشناسی اجتماعی*، ۷(۵۲)، ۵۰-۴۱. https://psychology.ahvaz.iau.ir/article_670397.html?lang=fa

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.5.5]

Bauer, E.A., MacNamara, A., Sandre, A., Lonsdorf, T.B., Weinberg, A., Morriss, J., van Reekum, C.M. (2020). Intolerance of uncertainty and threat generalization: A replication and extension. *Psychophysiology*, *57*(5), e13546. https://doi.org/10.1111/psyp.13546

Bottesi, G., Noventa, S., Freeston, M.H., & Ghisi, M. (2019). Seeking certainty about Intolerance of Uncertainty: Addressing old and new issues through the Intolerance of Uncertainty ScaleRevised. *PloS one*, *14*(2), e0211929e0211929. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211929

Bredemeier, K., Church, L. D., Bounoua, N., Feler, B., & Spielberg, J. M. (2023). Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, and health anxiety during the COVID-19 pandemic: Exploring temporal relationships using cross-lag analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *93*, 102660. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102660

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, *40*(8), 931-945. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4

Bruchhage, L. (2022). *The buffering effect of self-esteem and mindfulness on worrying in the context of intolerance of uncertainty* (Master's thesis). https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/41839

Chen, J., Wang, Y., Zhang, H., Leng, T., Lin, X., Sun, Y., Wang, N., Wang, J., & Luo, F. (2022). The mediating effects of coping styles on the relationship between trait mindfulness and romantic relationship satisfaction. *Psychology, Health & Medicine*, 1-8. https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2094426

Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorder*, 263(3), 107-120. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154

Dahl, J., Stewart, I., Martell, C. R., & Kaplan, J. S. (2014). *ACT and RFT in relationships: Helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment therapy and relational frame theory*. New Harbinger Publications. https://psycnet.apa.org/record/2014-07976-000

Freeston, M., Rhe aume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?, *Personality & Individual Differences*, 17, 791–802. https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5

Gallo, L. L., & Rausch, M. A. (2022). Mindfulness-Based Practices Published in Counseling Journals: A 21-Year Analysis. *Counseling and Values*, 67(2), 272-292. https://brill.com/view/journals/cvj/67/2/article-p272_006.xml

Heidarpour eskandari, M., Amini, N., & Jafarinia, G. (2021). The Comparison of Effectiveness of Emotion-Focused Couple Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Covert Relational Aggression of Couples. *Iranian Evolutionary and Educational Psychology*, *3*(4), 583-595. http://ieepj.hormozgan.ac.ir/article-1-308-en.html

Ibrahim, M. A., Mohamad, N., Malek, M. A. A., Hoesni, S. M., & Sulaiman, W. S. W. (2019). Narcissistic personality, love styles and love satisfaction as predictors to infidelity. *Journal of Social Sciences and Humanities*, *16*, 1-9. http://journalarticle.ukm.my/20059/1/35116-109864-1-SM.pdf

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, *10*(2), 144-156. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016

Kelley, D. L., & Nichols, H. M. (2023). Relational mindfulness themes in descriptions of intimate encounters across six interpersonal contexts. *Journal of Social and Personal Relationships*, 02654075231154286. https://doi.org/10.1177/02654075231154286

Lawrence, E., Cohn, A. S., & Allen, S. H. (2022). Acceptance and commitment therapy for couples. *Clinical handbook of couple therapy*, 104.

Lebow, J. L., & Garcia, A. R. (2022). Theories and Techniques of Couple Therapy. Gabbard's Textbook of Psychotherapeutic Treatments, 423.

Mahoney, A. E., Newby, J. M., Hobbs, M. J., Williams, A. D., & Andrews, G. (2019). Reducing behavioral avoidance with internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Internet Interventions*, *15*, 105-109. https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.11.004

Panchyshyn, V., Tekok-Kilic, A., Frijters, J. C., & Tardif-Williams, C. (2023). Sensory sensitivity, intolerance of uncertainty and sex differences predicting anxiety in emerging adults. *Heliyon*, *9*(3), 1-9. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14071

Pentzien, C. (2019). A Pilot Acceptance and Commitment Therapy Intervention to Reduce the Negative Effects of Sexual Objectification among College Women. Doctoral dissertation, Bowling Green State University). http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=bgsu1560020773927712

Quinlan, E., Deane, F. P., & Crowe, T. (2021). Types and severity of interpersonal problems in Australian mental health careers. *Counselling Psychology Quarterly*, *34*(2), 235-252. https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1722611

Regas, S. (2019). Infidelity, self-differentiation, and intimacy: The mindful differentiation model of couple therapy. In P. J. Pitta & C. C. Datchi (Eds.), *Integrative couple and family therapies: Treatment models for complex clinical issues* (pp. 71–90). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000151-004

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.

Walser, R. D., & O'Connell, M. (2023). Alliance rupture and repair in acceptance and commitment therapy. In C. F. Eubanks, L. W. Samstag, & J. C. Muran (Eds.), *Rupture and repair in psychotherapy: A critical process for change* (pp. 165–186). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000306-008

Warach, B., & Josephs, L. (2021). The aftershocks of infidelity: a review of infidelity-based attachment trauma. *Sexual and Relationship Therapy*, *36*(1), 68-90. https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1577961

Warach, B., & Josephs, L. (2019). The Aftershocks of Infidelity: A Review of Infidelity-based Attachment Trauma. *J Sex*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.5.5]

Relatsh Ther, *27*(12), 85–97. https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1577961

Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, *152*, 109568. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109568

Wimmer, L., Bellingrath, S., & Von Stockhausen, L. (2020). Mindfulness training for improving attention regulation in university students: Is it effective? and do yoga and homework matter?. *Frontiers in psychology*, *11*, 719. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00719

Youngblood, K. J. (2022). "Surviving The Affair: A Qualitative Phenomenological Case Study Of The Strategies Couples Utilize To Repair Their Marriage Successfully After The Occurrence Of Infidelity" . (Doctoral Dissertations and Projects). 3637. https://digitalcommons.liberty.edu/doctoral/3637

Zettel, B. (2023). Preventing Infidelity in the United States: A Premarital Counseling Resource (Doctoral dissertation, Regent University). file:///C:/Users/admin/Desktop/out.pdf

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.5.5]