



Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with its Online Version on Psychological Flexibility and Psychological Distress of Women Affected by Marital Infidelity

Najmeh Hamid¹ , Sahar Esmaeli² , Seyed Ali Marashy³

1. Professr, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: n.hamid@scu.ac.ir

2. Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: esmaeil2140@yahoo.com

3. Associate Professr, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: a-marashi@scu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received: 12 June 2024
Received in revised form: 10 January 2025
Accepted: 26 May 2025
Published Online: 31 May 2025

Keywords:
Acceptance and Commitment therapy, Psychological Flexibility, Psychological Distress, Marital Infidelity

ABSTRACT

Background: The aim of the research was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy with its online version on psychological flexibility and psychological disturbance of women affected by marital infidelity.

Method: The present research was conducted as a semi-experimental study with three groups and in three phases: pre-test-post-test-follow-up. The statistical population included women affected by marital infidelity who had referred to psychological counseling centers under welfare supervision in Shiraz city in 2022. A total of 45 subjects were selected as a statistical sample using purposive sampling based on inclusion and exclusion criteria, acquiring a standard deviation above the mean in the psychological distress questionnaire and a standard deviation below the mean in the psychological flexibility questionnaire, and other criteria considered in this research. The control group did not receive any intervention. The face-to-face group underwent 8 sessions of therapy based on acceptance and commitment. A site was designed for the internet group, which was provided to them based on acceptance and commitment therapy in 8 sessions. Dennis and Vanderwaal (2010) cognitive flexibility and Kessler (2003) psychological distress questionnaires were used. Analysis of covariance and Bonferroni were used to analyze the findings.

Results: Both face-to-face and online methods of treatment based on acceptance and commitment on psychological flexibility ($P < 0.001$, $F = 9.28$ and $\eta^2 = 0.307$) and psychological disturbance ($P < 0.001$, $F = 8.0$ and $\eta^2 = 0.298$) was effective significantly in the post-test phase and persisted in the follow-up phase. The results of the post hoc Bonferroni test to compare the two groups showed that there was no significant difference between the effectiveness of the two groups in the post-test and follow-up phase ($P < 0.05$).

Conclusion: Considering that the treatment of commitment and acceptance, whether in person or online, can improve marital relations, it is suggested to pay attention to it in the issue of marital infidelity. Therefore, it is recommended that attention be paid to the application of this therapeutic intervention in the issue of marital infidelity.

Citation: Hamid, N., Esmaeli, S., & Marashy, S.A. (2025). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with its Online Version on Psychological Flexibility and Psychological Distress of Women Affected by Marital Infidelity. *Journal of Clinical Psychology*, 17(1), 57-77.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.34425.2912>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Najmeh Hamid, Professr, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
E-mail: n.hamid@scu.ac.ir, Tel: (+98) 9161187586

Extended Abstract

Introduction

Marital Infidelity is recognized as one of the factors threatening the stability of the family system. Marital infidelity refers to betrayal and a lack of commitment to the marriage, encompassing any emotional or sexual relationship with someone other than the spouse (1). Marital infidelity is a primary cause of marital dissatisfaction, as well as a major source of conflicts and incompatibilities in marital and sexual relationships, and it's one of the most prominent issues in marital relationships and divorce (2). Marital infidelity is one of the most serious challenges in married life (3). Although a uniform definition of marital infidelity isn't possible due to cultural diversity, it can generally be understood as the establishment of any intimate relationship, especially emotional and sexual, that violates marital commitments and causes deep emotional pain, particularly for the betrayed spouse (4). Various studies have shown that dissatisfaction in the current relationship, revenge against a spouse, anger or jealousy, feelings of insecurity and uncertainty about the emotional relationship, decreased marital intimacy, immaturity and lack of marital commitment, excessive interest in romantic relationships outside the marriage, sexual dissatisfaction, desire for variety in sexual relationships, increased self-esteem, inability to refuse emotional and sexual requests, unavailability of a spouse, and substance or alcohol abuse can be among the many reasons for marital infidelity (3, 5).

Couples who have experienced infidelity typically report poorer marital functioning and more severe cognitive and emotional disturbances compared to those who haven't. When an extramarital affair is discovered, the betrayed spouse may experience behavioral disequilibrium (9). Infidelity is a global social phenomenon with various dimensions and behavioral consequences for public health and society. It increases the

risk of sexually transmitted infections (STIs), domestic violence, separation, and divorce among married partners (10). Psychological flexibility is defined as contact with the present moment, full awareness and acceptance of one's emotions, feelings, and thoughts, and moving in the direction of committed behavior in the service of chosen values (13). More simply, psychological flexibility means accepting your thoughts and feelings and acting based on long-term values instead of short-term impulses, thoughts, and feelings. The latter are often linked to experiential avoidance and a way to control unwanted internal events. Indeed, a high degree of psychological flexibility plays a profoundly positive role in married life. It can significantly contribute to the improvement and healing of wounds experienced by couples, particularly for women who have been impacted by marital infidelity (15).

Another significant consequence of marital infidelity is psychological distress, characterized by symptoms such as low mood, anxiety, depression, and other neurotic states. An increased level of psychological distress is associated with a higher intensity of symptoms and a greater likelihood of developing mental illnesses. Psychological distress is a prominent predisposing factor for unpleasant and uncontrollable episodes of psychiatric illnesses. It is also correlated with a lower quality of life, increased healthcare costs, and a greater need for medical care (16).

Method

This study was a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and two-month follow-up structure. It included one control group and two experimental groups. In the experimental design of the research, the control group did not receive any of the treatment-based training. The experimental group underwent 8 ninety-minute sessions of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) based on Hayes' treatment protocol. These sessions were conducted in person by

a trained therapist who was the research implementer. For the experimental group receiving Acceptance and Commitment Therapy (ACT) via an internet-based format, the content of the online therapy sessions was structured around the six core processes of ACT, following the protocol outlined by Hayes and colleagues (27). This content was hosted on a dedicated website designed for this purpose using WordPress.

Participants in the study received comprehensive instructions on how to use the website and the method of therapy. They were asked to register on the designed website and access the therapy section. The treatment section of the site included 8 self-help therapy modules delivered online. Each module comprised various components, such as: Session descriptions and their objectives, Presentation of metaphors in written, audio, and video formats, Therapeutic exercises and homework assignments.

One therapy module was activated on the website each week, requiring participants to

progress through the treatment stages sequentially. After completing each session, an indicator confirming its completion was activated, allowing the therapist to monitor participant progress. Participants were instructed to carefully review the material in each module and complete the associated assignments and exercises. If they had any questions or ambiguities at any point, they were asked to submit them to the therapist via the website. Psychological flexibility and psychological distress scores were assessed for all participants at three stages: pre-test, post-test, and a two-month follow-up. For data analysis, repeated measures analysis of variance (ANOVA) was employed using SPSS version 24. The significance level was set at $\alpha=0.05$.

Results

Table 1 presents the results of Mean and Standard Deviation of psychological flexibility and psychological distress across three stages in experimental and control groups.

Table 1. Results of Mean and Standard Deviation of flexibility and psychological distress across three stages in experimental and control groups

Variable	Group	Pre-Test Mean (SD)	Post-Test Mean (SD)	Follow-Up Mean (SD)
Psychological Flexibility	In-Person Therapy	77.93 (20.11)	97.07 (18.58)	97.40 (17.48)
	Online Therapy	76.07 (20.67)	94.53 (20.36)	94.93 (19.45)
	Control Group	78.33 (19.96)	80.80 (19.72)	81.73 (21.01)
Psychological Distress	In-Person Therapy	25.67 (7.95)	19.33 (7.53)	18.60 (8.53)
	Online Therapy	25.53 (7.49)	18.93 (6.48)	17.73 (4.84)
	Control Group	23.93 (7.64)	21.73 (7.55)	21.66 (7.86)

Both face-to-face and online ACT interventions significantly improved psychological flexibility ($P < 0.001$, $F = 9.28$, $\eta^2 = 0.307$) and reduced psychological distress ($P < 0.001$, $F = 8.91$, $\eta^2 = 0.298$) in post-test assessments. Improvements were maintained during follow-up evaluations, demonstrating the long-term efficacy of the interventions (Macri & Rogge, 2024).

Bonferroni post hoc analysis revealed no statistically significant difference between face-to-face ACT and online ACT ($P > 0.05$), suggesting that online therapy can serve as a viable alternative to traditional in-person sessions. These findings indicate that psychological flexibility can be effectively

enhanced through digital interventions, provided that structured, evidence-based therapeutic techniques are utilized.

Discussion

The current research aimed to compare the effectiveness of in-person Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with its internet-based version on psychological flexibility and psychological distress in women affected by marital infidelity. To achieve this, data was collected from one control group and two experimental groups. The data was then analyzed using ANCOVA and Bonferroni post-hoc tests. The study's findings indicated that in-person ACT was

effective in improving psychological flexibility among women who experienced marital infidelity, both at the post-test and follow-up stages. These results align with previous research (30, 32). While the target groups in previous studies differed from the current research, their findings, like ours, consistently demonstrate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in enhancing psychological flexibility. This can be explained by ACT's core processes, which aimed to teach women affected by marital infidelity to let go of techniques used to control their thoughts. It instructed them on how to manage intrusive and anxiety-provoking thoughts, and, in turn, effectively regulate their emotions and feelings. The application of diffusion and acceptance techniques within ACT leads to a reduction in suffering from depressive situations and thoughts. ACT doesn't directly focus on changing thoughts and behaviors. Instead, it uses techniques like diffusion to help unpleasant emotions subside, which correspondingly reduces depressive thoughts and behaviors (33). This mechanism likely contributes to the improved psychological flexibility observed in women impacted by infidelity. The main goal of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is to help individuals develop a better ability to respond flexibly and adaptively to life's challenges, even when faced with threatening feelings and thoughts. This ultimately leads to improved psychological flexibility. Consequently, ACT targets anxiety and emotional distress—which often cause psychological harm—by fostering the acceptance of unpleasant thoughts and feelings. The result is a significant enhancement in psychological flexibility. The research findings also indicated that in-person Acceptance and Commitment Therapy (ACT) was effective in reducing psychological distress in women affected by marital infidelity, both at the post-test and follow-up stages. These results align with previous studies by Zamani et al. (34) and

Evans et al. (35). This effectiveness can be attributed to ACT's ability to equip women with the necessary tools to enhance their emotional well-being and overall quality of life, primarily by promoting acceptance, mindfulness, and value-driven actions. Regarding ACT's efficacy in addressing psychological distress in women impacted by infidelity, it's worth noting that this is a behavioral therapy that utilizes skills such as cognitive diffusion, mindfulness, and acceptance to increase psychological flexibility, which in turn leads to a reduction in psychological distress. ACT aims to enhance a client's ability to connect with their present experience and respond based on what is possible for them in that moment (36).

Furthermore, the lack of significant differences in outcomes between face-to-face and online ACT supports the feasibility of digital interventions for individuals seeking psychological support. Online therapy provides unique benefits such as accessibility, anonymity, and cost-effectiveness, which can be particularly useful for individuals hesitant to attend in-person therapy sessions due to social stigma or logistical constraints. The effectiveness of digital ACT suggests that structured internet-based psychological programs can complement traditional therapy services and expand accessibility to mental health care.

Conclusion

This study provides empirical evidence supporting ACT's role in improving psychological flexibility and reducing distress among women affected by marital infidelity. Given the comparable efficacy of face-to-face and online ACT, digital interventions should be integrated into mental health programs to provide accessible therapeutic solutions. Future research should explore long-term effects of online ACT, particularly in sustaining psychological flexibility over extended periods. Additionally, digital therapy models should be refined to optimize engagement

and ensure that online interventions maintain the therapeutic depth necessary for psychological recovery.

Ethical Considerations

Ethics Code: For this research, ethical approval was obtained from Shahid Chamran University of Ahvaz, with the ethics code EE/1401.2.24.172152/scu.ac.ir.

Financial support: This study was conducted as part of a doctoral dissertation and received no external funding.

Authors' Contributions: This article is extracted from the second author's doctoral dissertation. The first author served as the dissertation supervisor, and the third author acted as the dissertation advisor.

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this study.

Acknowledgments: The authors sincerely appreciate all individuals and institutions that contributed to this research.



مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با نسخه اینترنتی آن بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و آشفته‌گی روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی

نجمه حمید^۱، سحر اسماعیلی^۲، سید علی مرعشی^۳

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. ایمیل: n.hamid@scu.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. ایمیل: esmaeil2140@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. ایمیل: a-marashi@scu.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۲۳

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۲/۲۳

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۰۵

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۳/۱۰

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
انعطاف‌پذیری روانشناختی،
آشفته‌گی روانشناختی،
خیانت زناشویی

زمینه: هدف تحقیق مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با نسخه اینترنتی آن بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و آشفته‌گی روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بود.

روش: تحقیق حاضر به صورت نیمه‌آزمایشی با سه گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری انجام شد. جامعه آماری شامل زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بودند که به مراکز مشاوره روانشناسی تحت‌نظر بهزیستی در شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ مراجعه کرده بودند. تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه آماری با روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیارهای ورود و خروج و کسب یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه آشفته‌گی روانشناختی و یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی و سایر ملاک‌های موردنظر، انتخاب شدند. گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند. گروه حضوری تحت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. برای گروه اینترنتی یک سایت طراحی گردید که مطالب براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه در اختیار آن‌ها قرار گرفت. از پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) و پریشانی روانشناختی کسلر (۲۰۰۳) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: هر دو روش حضوری و اینترنتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی ($F=9/28, P<0/001$) و آشفته‌گی روانشناختی ($F=0/307, P=0/298, P<0/001$) و $F=8/91, P<0/001$) در مرحله پس‌آزمون اثربخش بوده و در مرحله پیگیری همچنان باقی است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه دو گروه نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به دست نیامده است ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که این درمان به صورت حضوری و اینترنتی می‌تواند کمک به سزایی در زمینه بهبود روابط زناشویی و کمک به زوجین آسیب‌دیده از خیانت زناشویی داشته باشد و به افراد یاری دهد تا روابط خود را بر اساس پذیرش شرایط و ارزش‌های شخصی تقویت کنند، لذا پیشنهاد می‌گردد که در موضوع خیانت زناشویی به کاربست این مداخله درمانی توجه شود.

استناد: حمید، نجمه؛ اسماعیلی، سحر؛ و مرعشی، سید علی (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با نسخه اینترنتی آن بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و آشفته‌گی روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی. مجله روانشناسی بالینی، ۱۷(۱)، ۵۷-۷۷.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.34425.2912>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: نجمه حمید، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

رایانامه: n.hamid@scu.ac.ir؛ تلفن: ۰۹۱۶۱۱۸۷۵۸۶

مقدمه

خیانت، به عنوان یکی از عوامل تهدیدکننده ثبات نظام خانواده شناخته می‌شود. خیانت در ازدواج به معنای خیانت و عدم تعهد به ازدواج است که شامل هرگونه رابطه عاطفی یا جنسی با غیر همسر می‌شود (۱). خیانت زناشویی عامل اصلی نارضایتی زناشویی و همچنین منبع اصلی تعارضات و ناسازگاری‌ها در روابط زناشویی و جنسی است و یکی از بارزترین موضوعات در روابط زناشویی و طلاق است (۲). خیانت زناشویی یکی از جدی‌ترین چالش‌های زندگی زناشویی است (۳). اگرچه به دلیل تنوع فرهنگی تعریف یکسانی از خیانت زناشویی امکان‌پذیر نیست؛ اما، به طور کلی می‌توان خیانت زناشویی را ایجاد هرگونه رابطه صمیمانه به‌ویژه عاطفی و جنسی دانست که ناقض تعهدات زناشویی و ایجاد دردهای عاطفی عمیق به‌ویژه برای همسر خیانت دیده است (۴). مطالعات مختلف نشان داده است که نارضایتی در رابطه فعلی، انتقام از همسر، عصبانیت یا حسادت، احساس ناامنی و عدم اطمینان نسبت به رابطه عاطفی، کاهش صمیمیت زناشویی، ناپختگی و عدم تعهد زناشویی، علاقه مفرط به برقراری روابط عاشقانه خارج از روابط زناشویی، نارضایتی جنسی، میل به تنوع در روابط جنسی، افزایش عزت‌نفس، ناتوانی در رد درخواست‌های عاطفی و جنسی، در دسترس نبودن همسر و سوءمصرف مواد یا الکل می‌تواند از جمله دلایل متعدد خیانت زناشویی باشد (۵). بر اساس مصاحبه‌ای که توسط نظرسنجی عمومی اجتماعی دانشگاه شیکاگو از افراد متأهل انجام شد، تقریباً ۱۲٪ از مردان و ۷٪ از زنان به داشتن یک رابطه خارج از ازدواج اعتراف کردند (۶). با این حال، نتایج، سال به سال و همچنین بر اساس گروه سنی مورد بررسی، متفاوت است. به عنوان مثال، یک مطالعه انجام‌شده توسط دانشگاه واشنگتن-سیاتل^۱، میزان خیانت را برای جمعیت‌های زیر ۳۵ سال یا مسن‌تر از ۶۰ سال به طور قابل توجهی بالاتر نشان داد (۷). در آن مطالعه که ۱۹۰۶۵ نفر در طول یک دوره ۱۵ ساله شرکت داشتند، میزان خیانت در میان مردان از ۲۰ درصد به ۲۸ درصد افزایش یافته است و میزان خیانت در زنان بین ۵ تا ۱۵ درصد است (۷). در ایران آمار خاصی در این زمینه وجود ندارد و درصد متأهل‌هایی که عهدشکنی می‌کنند مشخص نیست. یک توضیح برای این

اطلاعات محدود ممکن است محافظه‌کاری پاسخ‌دهندگان در پاسخ به سؤالات باشد (۸). زوج‌هایی که خیانت را تجربه کرده‌اند، معمولاً عملکرد ضعیف‌تری در روابط زناشویی و اختلالات شناختی و عاطفی شدیدتری نسبت به زوج‌هایی که هرگز خیانت را تجربه نکرده‌اند، گزارش می‌کنند و زمانی که رابطه خارج از ازدواج کشف می‌شود، همسر آسیب‌دیده ممکن است دچار عدم تعادل رفتاری شود (۹). خیانت یک پدیده اجتماعی جهانی با ابعاد گوناگون و رفتاری با پیامدهای بهداشتی و اجتماعی است. خیانت خطر ابتلا به عفونت‌های مقاربتی^۲، خشونت خانگی، جدایی و طلاق را در میان شرکای متأهل افزایش می‌دهد (۱۰، ۱۱، ۱۲).

خیانت زناشویی پیامدهای مخرب روانشناختی بسیاری را برای زنان آسیب‌دیده از خیانت به همراه دارد. در این بین، انعطاف‌پذیری روانشناختی^۳ از جمله متغیرهای روانشناختی است که می‌تواند از خیانت زناشویی تأثیر منفی بپذیرد (۱۳). انعطاف‌پذیری روانشناختی ممکن است یکی از مهم‌ترین عوامل در مورد طول عمر و سلامت کلی روابط عاشقانه و خانوادگی باشد (۱۴). بر اساس یافته‌های برخی پژوهش‌ها می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری روانشناختی واسطه بین سرمایه روانشناختی و تحمل پریشانی زوج‌های مبتلا به خیانت زناشویی است و با بهبود انعطاف‌پذیری و سرمایه روانشناختی می‌توان تحمل پریشانی افراد مبتلا به خیانت زناشویی را افزایش داد (۱۵). انعطاف‌پذیری روانشناختی را لحظه حال، آگاهی کامل از عواطف، احساسات و افکار، استقبال از آن‌ها و حرکت در جهت الگوی رفتاری متعهدانه در خدمت ارزش‌های انتخاب شده تعریف کرده‌اند (۱۵، ۱۶). به عبارت ساده‌تر، انعطاف‌پذیری روانشناختی به معنای پذیرش افکار و احساسات خود و عمل براساس ارزش‌های بلندمدت به جای انگیزه‌ها، افکار و احساسات کوتاه‌مدت است که اغلب به اجتناب تجربه‌ای و راهی برای کنترل رویدادهای درونی ناخواسته مرتبط هستند (۱۶). براساس مطالعات انجام شده، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در میان زنان خیانت دیده، سبب می‌گردد تا میل آن‌ها به طلاق کاهش یابد (۱۷). در حقیقت وجود انعطاف‌پذیری روانشناختی بالا نقش بسیار مثبتی در زندگی زناشویی ایفا می‌کند و می‌تواند سبب بهبود و التیام

3. Psychological flexibility

1. University of Washington-Seattle
2. sexually transmitted infections

زخم‌های زوجین، به‌خصوص زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شود (۱۸).

یکی دیگر از پیامدهای خیانت زناشویی، آشفتگی روانشناختی^۱ است که با نشانه‌هایی مانند افت خلق، اضطراب، افسردگی و حالت‌های روان‌رنجوری دیگر مشخص می‌شود (۱۹). افزایش سطح آشفتگی روانشناختی با افزایش شدت علائم و احتمال ابتلای بیشتر به بیماری‌های روانی در ارتباط است. آشفتگی روانشناختی، عامل زمینه‌ساز بارزی برای دوره‌های ناخوشایند و غیرقابل کنترل بیماری‌های روان‌پزشکی است و باکیفیت زندگی پایین‌تر، افزایش هزینه‌ها و نیاز به مراقبت‌های بهداشتی همبسته است (۲۰). آشفتگی روانشناختی به علائم غیراختصاصی استرس، اضطراب و افسردگی اشاره دارد (۲۱). سطوح بالای آشفتگی روانشناختی نشان‌دهنده اختلال در سلامت روان است و ممکن است منعکس‌کننده اختلالات روانی رایج مانند اختلالات افسردگی و اضطراب باشد (۲۲). از آنجایی که آشفتگی روانشناختی غیبت‌های ناشی از بیماری و ناتوانی در کار را در میان جمعیت در سن کار پیش‌بینی می‌کند، درک عواملی که به آشفتگی روانشناختی در بین افراد شاغل کمک می‌کند، مهم است (۲۳). طبق مطالعات قبلی، زنان در دنیای غرب بیشتر از مردان مستعد آشفتگی روانشناختی، افسردگی و اضطراب هستند (۲۴). توضیحات ارائه شده برای این تفاوت جنسیتی شامل عوامل خطر بیولوژیکی، روانی و اجتماعی است. به‌عنوان مثال، تفاوت‌های هورمونی، تجربه‌های منحصربه‌فرد زنان مانند زایمان و یائسگی، و همچنین فشارهای اجتماعی و فرهنگی مانند تبعیض جنسیتی و نقش‌های چندگانه (مانند مراقبت از خانواده و کار) می‌توانند در افزایش آسیب‌پذیری زنان نسبت به این اختلالات نقش داشته باشند. علاوه بر این، عوامل روانشناختی مانند تمایل بیشتر زنان به درونی‌سازی مشکلات و حساسیت بالاتر به استرس نیز ممکن است در این تفاوت مؤثر باشند (۲۵). عوامل اجتماعی شامل، نقش‌ها و انتظارات اجتماعی متفاوت برای مردان و زنان می‌باشد. نقش‌ها در محل کار و خانواده و همچنین چالش‌های موجود در ترکیب آن‌ها ممکن است یکی از عوامل مؤثر در تفاوت‌های جنسیتی آشفتگی روانشناختی باشد (۲۶). درمان پذیرش و تعهد^۲ (ACT) یک مداخله شناختی-رفتاری فراشخصی است که هدف آن تقویت

انعطاف‌پذیری روانشناختی به‌عنوان ابزاری مرکزی برای سازگاری و رفاه انسان است (۲۷). در یک زمینه غربالینی، می‌توان آن را آموزش پذیرش و تعهد نیز نامید. شواهد تجربی خوبی وجود دارد مبنی بر اینکه هدف قرار دادن انعطاف‌پذیری روانشناختی با پروتکل درمان پذیرش و تعهد برای طیف وسیعی از اختلالات بالینی از جمله اضطراب، افسردگی و اختلالات استرس پس از سانحه (۲۸) و بیماران مبتلا به بیماری‌های فیزیکی مزمن مفید است. به‌طور کلی چنین مداخلاتی دارای یک اثر کلی است که با طیف وسیعی از پیامدها، از جمله کیفیت زندگی، استرس و اثربخشی تعاملات زناشویی همراه است (۲۹). مطالعات همچنین بهبودهایی را در طیف وسیعی از پیامدها از جمله خودمدیریتی، مقابله با استرس، کاهش آشفتگی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی گزارش می‌دهند (۳۰).

در این رویکرد پذیرش به معنای داشتن آمادگی درونی برای رویارویی با واقعیت‌های زندگی بدون تلاش برای تغییر آن‌هاست. با این حال، پذیرش به معنای دوست داشتن وقایع زندگی آن‌طور که هستند نیست. پذیرش به این موضوع اشاره دارد که افکار، عواطف و احساسات آن‌طور که ظاهر می‌شوند نیز از بین می‌روند. بنابراین، قضاوت و مبارزه با آن‌ها یا اجتناب از آن‌ها بی‌فایده است (۳۱، ۳۲). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است. یعنی ایجاد توانایی انتخاب اعمال از میان گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر هستند، نه صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات مزاحم تحمیل شده به فرد (۳۳). از آنجایی که در زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت زناشویی سطح بالایی از اضطراب، تعارض و عدم صمیمیت گزارش شده است، زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به بهبود مشکلات زناشویی کمک کند (۳۴)، البته لازم به ذکر است که یکی از محدودیت‌های استفاده از درمان پذیرش و تعهد و سایر درمان‌های شناختی رفتاری هزینه بالا و دسترسی سخت به این خدمات است (۳۱). در دوران همه‌گیری ویروس کرونا و انزوای اجتماعی نیاز به طراحی درمان‌های روانشناختی غیرحضوری و اینترنتی بیش از پیش مورد توجه قرار گرفت (۳۴). فناوری‌های جدید می‌توانند میزان دسترسی افراد را به درمان‌های روانشناختی بیشتر کنند و این نوع درمان‌های

1. psychological distress

2. Acceptance and Commitment Therapy

غیرحضور و اینترنتی در هر زمان و مکانی قابلیت اجرا دارند (۳۵). امروزه درمان‌های خودیاری و در قالب اینترنت، به دلیل مقرون به صرفه بودن و همچنین صرفه‌جویی در وقت و زمان برای ارتقای سلامت روان و کاهش شدت آسیب‌های روانی به اشکال مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمان به شیوه اینترنتی که جزئی از درمان‌های خودیاری است، در سال‌های اخیر رشد چشمگیری پیدا کرده و مورد توجه درمانگران و درمان‌جویان قرار گرفته است (۳۶). در این شیوه جلسات درمانی اینترنتی توسط شرکت‌کنندگان و در فضای خصوصی خانه‌هایشان اجرا می‌شود. افراد به مدد اجرای اینترنتی احساس رازداری بیشتری دارند و در ارائه اطلاعات شخصی راحت‌ترند و اکثر آن‌ها به اینترنت دسترسی دارند (۳۷). همچنین اغلب کودکان و نوجوانان و حتی بزرگسالان، به دنبال استفاده از اینترنت برای پیدا کردن مشاوره‌های متنی در حل مشکلاتشان هستند و در مشاوره‌های محاوره‌ای احساس راحتی کمتری دارند (۳۸).

هرچند خیانت زناشویی در اغلب کشورها، تحقیقات وسیعی را به خود اختصاص داده است، اما آمارهای موجود در این حیطه بسیار متفاوت‌اند. در ایران شرایط خاص مذهبی، فرهنگی، اجتماعی و این عامل که خیانت عملی محرمانه است، مانع از انجام مطالعات جامع و آمار و ارقام دقیق در این موضوع شده است. در نهایت اینکه با توجه به افزایش نرخ ظهور و نگرش مثبت و کاهش تفاوت جنسیتی به پدیده خیانت زناشویی در جوامع مختلف از جمله ایران، ضروری است این موضوع در بافت مذهبی، فرهنگی و اجتماعی ایران مورد شناسایی و تبیین قرار گیرد تا بتوان راهکارهای اثربخش و بومی‌سازی شده‌ای ارائه داد که هم در پیشگیری از این موضوع مؤثر باشند و هم درمانگران بتوانند با همدلی و درک بالاتری، چنین مراجعانی را یاری بدهند. در این تحقیق به این سؤال پاسخ داده شد که آیا میان اثربخشی درمان حضوری و اینترنتی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و آشفتگی روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت تفاوت وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش: این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری (دوماهه) با یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی بودند که به مراکز مشاوره و روانشناسی تحت نظر بهزیستی در شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ مراجعه کرده بودند. نمونه آماری با روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس معیارهای ورود و خروج مشخص انتخاب شد. در این پژوهش با آلفا ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸، اندازه اثر مفروض ۰/۷ و روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار G*POWER حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد که در یک گروه کنترل و دو گروه مداخله به تعداد مساوی (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به تحقیق حاضر عبارت بودند از: زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی (خیانت زناشویی با استفاده از مصاحبه بالینی مشخص گردید)، بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ ساله، ساکن شهر شیراز، حداقل مدرک تحصیلی سیکل، رضایت تأیید شده در خصوص شرکت در طرح پژوهش و افرادی که می‌توانستند هشت جلسه پیاپی در جلسات شرکت کنند. همچنین معیارهای خروج شامل ناقص تکمیل شدن ابزارها، غیبت در دو جلسه متوالی، ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی و روانشناختی، تحت مشاوره و روان‌درمانی و یا مصرف دارو بود. با توجه به طرح آزمایشی تحقیق، گروه کنترل هیچ‌کدام از آموزش‌های مبتنی بر روش درمانی را دریافت نکردند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای این مداخله براساس پروتکل درمانی هیز به صورت حضوری توسط درمانگر آموزش دیده مجری پژوهش، قرار گرفتند. اهداف جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل هیز را می‌توان در جدول (۱) مشاهده نمود. در خصوص گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه اینترنتی، محتوای جلسات درمان اینترنتی براساس شش فرآیند اصلی درمان پذیرش و تعهد بر طبق کتاب هیز و همکاران تنظیم شد (۳۹) و در سایتی که به این منظور طراحی شده بود (سایت موردنظر با وردپرس طراحی گردید)، قرار گرفت. در خصوص نحوه استفاده از سایت و شیوه درمان توضیحات لازم به شرکت‌کنندگان در این مطالعه داده شد و از آن‌ها خواسته شد که با مراجعه به سایت طراحی شده ثبت‌نام کرده و وارد بخش درمانی سایت شوند. در قسمت درمان سایت، ۸ مجموعه درمان خودیاری به شیوه اینترنتی گنجانده شد که هر مجموعه خود شامل بخش‌های مختلفی از جمله:

کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند. آلفای کرونباخ داده‌های این پرسشنامه در نتایج فاضلی و همکاران ۰/۷۵ به دست آمد. در پژوهش فاضلی و همکاران آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۵۵ و ۰/۵۷ به دست آمد (۴۱).

۲. مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر (۲۰۰۳): این پرسشنامه جهت تشخیص اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت عمومی تهیه شده است. کسلر و همکاران در سال ۲۰۰۳ به دو صورت ۱۰ سؤالی و ۶ سؤالی این پرسشنامه را تدوین کردند. در این تحقیق از نسخه ۱۰ سؤالی این پرسشنامه استفاده شد. این نسخه شامل ۱۰ سؤال است که ختلال روانشناختی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد، اما در مجموع سطح پریشانی را که فرد طی چند هفته اخیر تجربه کرده مشخص می‌نماید. شیوه نمره‌گذاری آن؛ هر ماده به کمک ۵ گزینه و به هر کدام از این گزینه‌ها بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره داده می‌شود که به صورت لیکرتی از هیچ وقت تا همیشه است؛ لذا، بیشترین نمره در این مقیاس ۱۰ آیتی برابر ۴۰ و کمترین نمره آن صفر است. در جهت سنجش روایی و پایایی این مقیاس نتایج تحلیل عاملی تأییدی انجام شده تأییدکننده تک عاملی بودن پرسشنامه (k-10) می‌باشد و مقادیر بار عاملی برای سنجش عامل اصلی بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ به دست آمد. حساسیت، ویژگی و خطای کلی طبقه‌بندی برای بهترین نقطه برش پرسشنامه پریشانی روانشناختی که ۸ بود، به ترتیب ۸۱ درصد، ۸۰/۵ درصد و ۱۶/۵ درصد به دست آمد. همچنین نقطه برش با احتساب حساسیت حداکثری (۱۰۰ درصدی) نمره ۱ و ویژگی حداکثری (۱۰۰ درصدی) نمره ۲۷ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن-براون ۰/۹۱ به دست آمد (۴۲). در ایران یعقوبی هم روایی سازه‌ای تأییدی پرسشنامه را مطلوب و همبستگی سؤالات با کل آزمون را ۰/۷۴ گزارش کرده است و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۳ گزارش کرد (۴۳).

روند اجرای پژوهش: در پژوهش حاضر نخست فراخوان‌هایی در کانال‌های فضای مجازی، کلینیک‌ها و مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ مبنی بر جذب آزمودنی جهت اجرای پژوهش منتشر شد. پس از بررسی شرایط ورود به طرح، جهت انجام پژوهش حاضر، افرادی که

تشریح جلسه، اهداف آن، ارائه استعاره‌ها به صورت نوشتاری، صوتی و پخش کلیپ ویدیویی و در نهایت انجام تمرین‌ها و تکالیف درمانی بود. در هر هفته یک مجموعه درمانی روی سایت فعال شد که شرکت‌کنندگان می‌بایست مراحل درمانی را به ترتیب طی نموده و بعد از طی کردن هر جلسه نشانگری که گویای طی نمودن آن جلسه درمانی بود، فعال گردید تا درمانگر از طی نمودن جلسه درمانی توسط مشارکت‌کنندگان مطلع شود. از شرکت‌کنندگان خواسته شد مطالب هر مجموعه را با دقت مطالعه نموده و تکالیف و تمرین‌های آن را انجام دهند و چنانچه سؤال یا ابهامی در هر قسمت داشته باشند، موضوع را از طریق سایت برای درمانگر ارسال کنند. میزان نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی و آشفتگی روانشناختی در همه شرکت‌کنندگان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه ارزیابی گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲ استفاده شد. سطح معناداری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که اصول اخلاقی چون رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، جلب رضایت و تمایل شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش، حق انتخاب آن‌ها برای ادامه و یا انصراف از شرکت در جلسه‌های مداخله یا پاسخگویی به پرسشنامه‌ها در برخورد با شرکت‌کنندگان و حفظ اسرار آن‌ها به عنوان ملاحظات اخلاقی در این تحقیق رعایت گردید. به منظور جمع‌آوری داده‌های موردنظر در این تحقیق از پرسشنامه‌های به شرح زیر استفاده گردید:

ابزار

۱. پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰): این ابزار توسط دنیس و وندروال در سال ۲۰۱۰ تهیه شد. این پرسشنامه ۲۰ سؤالی، برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار درمانی و غیردرمانی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان‌های شناختی-رفتاری انواع اختلالات به کار می‌رود. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ گزینه‌ای لیکرت از خیلی کم = ۱ تا خیلی زیاد = ۷ نمره‌گذاری شده است. بیشترین نمره در آن ۱۴۰ و کمترین نمره ۲۰ است. در پژوهش دنیس و وندروال 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 به دست آوردند (۴۰). در ایران ضریب بازآزمایی

جهت شرکت در پژوهش تماس گرفتند، مورد مصاحبه قرار گرفتند و نسبت به شرایط و طول مداخله و همچنین بی‌خطر بودن آن اطلاعات کافی را دریافت کردند. قبل از شروع هرگونه برنامه مداخله‌ای، کد اخلاقی مربوط به موضوع پژوهش حاضر اخذ شد و همچنین تمامی آزمودنی‌ها قبل از شرکت در پژوهش، فرم رضایت‌نامه شخصی آگاهانه برای شرکت در پژوهش را تکمیل کردند و نسبت به رازداری و عدم افشای اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد. سپس به آزمودنی‌ها و در مورد روش‌های درمانی مورد استفاده و همچنین روال پژوهش توضیحاتی داده شد. قبل از شروع مداخلات، آزمودنی‌ها از طریق ابزارهای موردنظر، مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از مصاحبه بالینی و تکمیل ابزار پژوهش و تعیین افراد واجد شرایط تعداد ۴۵ نفر، زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی انتخاب و سپس به طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. گروه آزمایش نخست طی ۸ جلسه تحت درمان پذیرش و تعهد و گروه دوم درمان اینترنتی پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. همچنین به منظور انجام پروتکل درمانی، از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط هیز در دهه (۱۹۸۰) ارائه گردیده است، استفاده شد. محتوای جلسات درمان اینترنتی بر اساس شش فرایند اصلی درمان پذیرش و تعهد بر طبق کتاب هیز و همکاران (۱۹۹۹) تنظیم شد و در سایتی که به این منظور طراحی می‌شود، قرار گرفت. خلاصه جلسات درمانی را می‌توان در جدول (۱) مشاهده نمود. در خصوص نحوه استفاده از سایت و شیوه درمان توضیحات لازم به شرکت‌کنندگان در این مطالعه داده شد و از آن‌ها خواسته شد که با مراجعه به سایت طراحی شده ثبت‌نام کرده و بعد از فعال‌سازی لینک ارسالی به آدرس اینترنتی‌شان، با استفاده از نام کاربری و رمز عبور ای که در اختیارشان قرار گرفت، وارد بخش درمانی سایت شود. در ابتدا شرکت‌کنندگان وارد بخش ارزیابی شده و پرسش‌نامه‌ها را کامل کردند و سپس وارد قسمت درمان سایت شده که در آن قسمت ۸ مجموعه درمان خودیاری به شیوه اینترنتی گنجانده شد که هر مجموعه خود شامل بخش‌های مختلفی از جمله: تشریح جلسه، اهداف آن، ارائه استعاره‌ها را به صورت نوشتاری، صوتی و پخش کلیپ ویدئویی و در نهایت انجام تمرین‌ها و تکالیف درمانی بود. در

هر هفته یک مجموعه درمانی روی سایت فعال شد که شرکت‌کنندگان می‌بایست مراحل درمانی را به ترتیب طی نموده و بعد از طی کردن هر جلسه نشانگری که گویای طی نمودن آن جلسه درمانی بود، فعال شد تا درمانگر از طی نمودن جلسه درمانی توسط مشارکت‌کنندگان مطلع شود. مجموعه‌ها شامل مطالب آموزشی درمانی در قالب متن، صدا، عکس، کلیپ ویدئویی و همچنین استفاده از استعاره‌ها، تمرین‌ها و تکالیف بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. از شرکت‌کنندگان خواسته شد مطالب هر مجموعه را با دقت مطالعه نموده و تکالیف و تمرین‌های آن را انجام دهند و چنانچه سؤال یا ابهامی در هر قسمت داشته باشند، موضوع را از طریق سایت برای درمانگر ارسال کنند. درمانگر نیز پس از بررسی مشکل ظرف ۲۴ ساعت به آن‌ها پاسخ داد و محدودیتی برای آزمودنی‌ها از نظر تعداد ارسال سؤال وجود نداشت. پس از جمع‌آوری داده‌های تکمیلی ابزارها، تحلیل توصیفی داده‌های پژوهش در قالب شاخص‌های توصیفی مانند فراوانی، میانگین، انحراف معیار و تحلیل استنباطی با استفاده از روش‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون بونفرونی انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی در نمونه پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است. فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت شغلی در افراد نمونه و هم چنین میانگین و انحراف استاندارد سن و مدت زمان ازدواج آن‌ها در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داده است که میانگین سن و مدت زمان ازدواج افراد نمونه در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری ندارد ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون خی‌دو نشان داد که بین فراوانی تحصیلات، تعداد فرزندان و وضعیت شغلی نیز در گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$).

میزان شاخص‌های توصیفی برای متغیرهای پژوهش را می‌توان در جدول (۳) و برای سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل مشاهده کرد. بر اساس نتایج جدول (۳) می‌توان گفت که میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی در هر دو گروه آزمایش در

مراحل پس از آزمون و پیگیری بهبود یافته است. همچنین نتایج نشان دهنده کاهش نمرات آشفتگی روانشناختی در هر دو گروه آزمایش در مراحل پس از آزمون و پیگیری است، اما برای تأیید اینکه روش های مداخله ای سبب بهبود این متغیرها شده است، نیاز به انجام مطالعات آماری بیشتر بود. همچنین در گروه کنترل در سه مرحله پیش از آزمون، پس از آزمون و پیگیری تفاوت محسوسی در متغیرهای تحقیق مشاهده نمی شود.

جدول ۱) خلاصه پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط هیئز در دهه ۱۹۸۰

جلسه	محتوا
۱	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنا کردن افراد با موضوع خیانت و بی وفایی؛ سنجش افراد گروه به صورت کلی و سنجش در خصوص نوع خیانت؛ مفهوم سازی خیانت بر اساس ACT؛ ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) و پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (۲۰۰۳)
۲	شناسایی ارزش های افراد در زندگی مشترک؛ تصریح ارزش هایی هم چون روابط صمیمانه، تعهد در زندگی، اعتماد زناشویی، بخشش، کیفیت زندگی، آرامش، خوشبختی، روابط اجتماعی؛ تعیین اهداف زندگی؛ تصریح اعمال؛ تصریح موانع
۳	متعهد کردن افراد نسبت به ارزش ها؛ بیان و تصریح ارزش ها؛ تحلیل سود و زیان؛ تعهد به ادامه پیروی از آن ها
۴	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT؛ ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد؛ تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل؛ معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل
۵	تفهیم پذیرش و انجام تمرین هایی برای پذیرش پیمان شکنی همسر و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش شناختی با هدف تغییر کارکردهای نامطلوب افکار در خصوص خیانت همسر
۶	تأکید برای در زمان حال بودن و پرهیز از سرگردانی ذهن درون افکار، خاطرات یا خیال پردازی هایی در خصوص موضوع خیانت
۷	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه در خصوص مواجهه با خیانت همسر
۸	بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه بازخورد به اعضا، اجرای پس از آزمون

جدول ۲) یافته های توصیفی ویژگی های جمعیت شناختی در نمونه

متغیر جمعیت شناختی	سطوح	گروه ها			آزمون ها	
		درمان حضوری	درمان اینترنتی	کنترل	آماره	معنی داری
تحصیلات فراوانی (درصد)	زیر دیپلم	۱(۶/۶)	۲(۱۳/۳)	۱(۶/۶)	۱/۹۱	۰/۶۲۸
	دیپلم	۳(۲۰)	۱(۶/۶)	۳(۲۰)		
	کارشناسی	۷(۴۶/۷)	۸(۵۳/۴)	۸(۵۳/۴)		
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۴(۲۶/۷)	۴(۲۶/۷)	۳(۲۰)		
تعداد فرزند فراوانی (درصد)	یک فرزند	۱(۶/۶)	۱(۶/۶)	۲(۱۳/۳)	۱/۴۲	۰/۸۴۱
	دو فرزند	۴(۲۶/۷)	۲(۱۳/۳)	۳(۲۰)		
	سه فرزند	۱۰(۶۶/۷)	۱۲(۸۰/۱)	۱۰(۶۶/۷)		
وضعیت شغلی فراوانی (درصد)	خانه دار	۵(۳۳/۳)	۱۱(۷۳/۳)	۸(۵۳/۳)	۴/۸۲	۰/۰۹
	شاغل	۱۰(۶۶/۷)	۴(۲۶/۷)	۷(۴۶/۷)		
سن میانگین (انحراف معیار)	-	۳۷/۰۷ (۶/۸۳)	۳۵/۱۳ (۸/۴۷)	۳۷/۷۳ (۸/۶۹)	۰/۴۲۳	۰/۶۵۸
مدت زمان ازدواج میانگین (انحراف معیار)	-	۱۱/۴ (۴/۸۲)	۱۲/۶۶ (۶/۴۹)	۱۱/۲۱ (۵/۶۹)	۰/۵۲۶	۰/۴۴۹

جدول ۳) شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک مراحل سنجش در گروه ها

متغیر	گروه	پیش از آزمون		پس از آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف پذیری روانشناختی	درمان حضوری	۷۷/۹۳	۲۰/۱۱	۹۷/۰۷	۱۸/۵۸	۹۷/۴	۱۷/۴۸
	درمان اینترنتی	۷۶/۰۷	۲۰/۶۷	۹۴/۵۳	۲۰/۳۶	۹۴/۹۳	۱۹/۴۵
	گواه	۷۸/۳۳	۱۹/۹۶	۸۰/۸	۱۹/۷۲	۸۱/۷۳	۲۱/۰۱
آشفته گی روانشناختی	درمان حضوری	۲۵/۶۷	۷/۹۵	۱۹/۳۳	۷/۵۳	۱۸/۶	۸/۵۳
	درمان اینترنتی	۲۵/۵۳	۷/۴۹	۱۸/۹۳	۶/۴۸	۱۷/۷۳	۴/۸۴
	گواه	۲۳/۹۳	۷/۶۴	۲۱/۷۳	۷/۵۵	۲۱/۶۶	۷/۸۶

استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه شامل نرمال بودن نمرات، برابری واریانس‌ها و برابری ماتریس کوواریانس است که در صورت نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر بودن حجم گروه‌ها با رعایت پیش‌فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد.

برای بررسی نرمالیتی از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه گروه باقی است (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد).

جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی در پیش‌آزمون ($F=0/004$, $P=0/996$)، پس‌آزمون ($F=0/186$, $P=0/831$) و پیگیری ($F=0/416$, $P=0/416$)

($F=0/897$) و در آشفتگی روانشناختی در پیش‌آزمون ($F=1/51$, $P=0/233$)، پس‌آزمون ($F=0/139$, $P=0/871$) و پیگیری ($F=2/61$, $P=0/085$)، به دست آمده است که مجموع نتایج نشان می‌دهد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در هر دو متغیر در هر سه مرحله تأیید شده است. نتایج آزمون ماچلی نیز جهت بررسی یکنواختی کوواریانس‌ها در گروه‌ها برای متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی ($Mauchly's W=0/452$, $chi^2=32/54$, $P=0/001$) و آشفتگی روانشناختی ($Mauchly's W=0/419$, $chi^2=35/65$, $P=0/001$) به دست آمد که بیانگر عدم تأیید آن در متغیرهای پژوهش است. از این‌رو در تحلیل‌های درون آزمودنی در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر از آزمون محافظه کارانه‌ای چون گرین‌هاوس-گیزر^۱ استفاده می‌شود. نتایج مقایسه بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴) نتایج تحلیل اثرات بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
انعطاف‌پذیری روانشناختی	بین‌آزمودنی	گروه	۱۲۴۴/۲۸۹	۲	۶۲۲/۱۴۴	۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۲	۰/۹۷۸
		خطا	۲۶۱۴/۵۳	۴۲	۶۲/۲۵				
آشفتگی روانشناختی	درون آزمودنی	اثر زمان	۵۵۸۲/۹۷۸	۱/۲۹	۴۳۲۰/۶۱۴	۶۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹	۱/۰۰۰
		اثر زمان × گروه	۱۷۲۰/۹۷۸	۲/۵۸	۶۶۵/۹۲	۹/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۰۷	۰/۹۸۹
		خطا	۳۸۹۲/۰۴۴	۵۴/۲۷	۷۱/۷۲				
آشفتگی روانشناختی	بین‌آزمودنی	گروه	۱۳۵/۴۸۹	۲	۶۷/۷۴	۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱۹	۰/۸۷۶
		خطا	۲۸۹/۱۳	۴۲	۶/۸۸				
	درون آزمودنی	اثر زمان	۸۷۷/۶۱۵	۱/۲۶	۶۹۳/۷۲	۱۰۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۷	۱/۰۰۰
		اثر زمان × گروه	۱۵۴/۴۳	۲/۵۳	۶۱/۰۳	۸/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۲۹۸	۰/۹۸۹
		خطا	۳۶۳/۹۵۶	۵۳/۱۳	۶/۸۵				

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۴، در تحلیل بین آزمودنی، میانگین نمرات متغیرهای انعطاف‌پذیری روانشناختی ($F=9/99$ و $P<0/001$) و آشفتگی روانشناختی ($F=9/84$ و $P<0/001$) در هر سه گروه‌های آزمایش (درمان پذیرش و تعهد متداول و نسخه اینترنتی درمان پذیرش و تعهد) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. براساس نتایج در تحلیل‌های درون‌آزمودنی نیز اثر اصلی زمان معنی‌دار است که نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات هر دو

متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی ($F=60/24$ و $P<0/001$) و آشفتگی روانشناختی ($F=101/27$ و $P<0/001$) در مراحل پژوهش به طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج نشان داده است که تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز در هر دو متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی ($F=9/28$ و $P<0/001$) و آشفتگی روانشناختی ($F=8/91$ و $P<0/001$)

($P < 0/001$ و $MD = -3/07$) در گروه درمان پذیرش و تعهد متداول در مرحله پیگیری را نشان داده شده است. علاوه بر این بر اساس نتایج حاضر، اختلاف بین گروه درمان پذیرش و تعهد غیرحضوری یا اینترنتی با گروه کنترل در مرحله پس آزمون بیشتر بودن نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی ($P < 0/001$ و $MD = 13/73$) و کمتر بودن نمرات آشفتگی روانشناختی ($P < 0/001$ و $MD = -2/8$) در مرحله پس آزمون در گروه درمان پذیرش و تعهد اینترنتی نشان داده شده است. همچنین اختلاف بین گروه درمان پذیرش و تعهد غیر حضوری یا اینترنتی با گروه کنترل در مرحله پیگیری بیشتر بودن نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی ($P < 0/001$ و $MD = 13/2$) و کمتر بودن نمرات آشفتگی روانشناختی ($P < 0/001$ و $MD = -3/93$) در مرحله پیگیری در گروه درمان پذیرش و تعهد اینترنتی نشان داده شده است. اما بر اساس نتایج به دست آمده، اختلاف بین گروه‌های درمان پذیرش و تعهد متداول یا حضوری و نسخه اینترنتی درمان پذیرش و تعهد در هر دو متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی و آشفتگی روانشناختی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، معنی‌دار به دست نیامده است ($P > 0/05$).

معنی‌دار است، که نشان می‌دهد تغییرات مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر یک از گروه‌ها معنی‌دار بوده است. نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش به تفکیک مراحل پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است.

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۵، در مرحله پیش آزمون اختلاف بین گروه‌های درمان پذیرش و تعهد متداول یا حضوری و نسخه اینترنتی درمان پذیرش و تعهد با یکدیگر و همچنین اختلاف هر دو گروه با گروه کنترل در هر دو متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی و آشفتگی روانشناختی، معنی‌دار به دست نیامده است ($P > 0/05$)، اما نتایج نشان داده است که در مرحله پس‌آزمون اختلاف بین گروه درمان پذیرش و تعهد متداول یا حضوری با گروه کنترل بیشتر بودن نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی ($P < 0/001$ و $MD = 16/27$) و کمتر بودن نمرات آشفتگی روانشناختی ($P < 0/001$) و در گروه درمان پذیرش و تعهد متداول نشان داده شده است. همچنین در مرحله پیگیری اختلاف بین گروه درمان پذیرش و تعهد متداول یا حضوری با گروه کنترل بیشتر بودن نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی ($P < 0/001$) و کمتر بودن نمرات آشفتگی روانشناختی ($MD = 15/66$) و کمتر بودن نمرات آشفتگی روانشناختی

جدول ۵) نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه سه گروه به تفکیک متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مرحله	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری
انعطاف‌پذیری روانشناختی	پیش‌آزمون	گروه درمان حضوری	-۰/۴	۳/۳۹	۰/۹۵۷
		گروه درمان اینترنتی	-۲/۲۶	۳/۳۹	۰/۴۶۳
		گروه درمان اینترنتی	-۱/۸۶	۳/۳۹	۰/۷۰۲
	پس‌آزمون	گروه درمان حضوری	۱۶/۲۷	۳/۹۵	۰/۰۰۱
		گروه درمان اینترنتی	۱۳/۷۳	۳/۹۵	۰/۰۰۱
		گروه درمان حضوری	-۲/۵۳	۳/۹۵	۰/۴۱۵
	پیگیری	گروه درمان حضوری	۱۵/۶۶	۳/۸۵	۰/۰۰۱
		گروه درمان اینترنتی	۱۳/۲	۳/۸۵	۰/۰۰۱
		گروه درمان حضوری	-۲/۴۶	۳/۸۵	۰/۴۸۹
آشفتگی روانشناختی	پیش‌آزمون	گروه درمان حضوری	۱/۷۳	۱/۰۳۸	۰/۵۴۱
		گروه درمان اینترنتی	۱/۶	۱/۰۳۸	۰/۵۶۷
		گروه درمان حضوری	-۰/۱۳۳	۱/۰۳۸	۰/۹۶۲
	پس‌آزمون	گروه درمان حضوری	-۲/۴	۱/۰۴۲	۰/۰۰۱
		گروه درمان اینترنتی	-۲/۸	۱/۰۴۲	۰/۰۰۱
		گروه درمان حضوری	-۰/۴	۱/۰۴۲	۰/۷۸۱
	پیگیری	گروه درمان حضوری	-۳/۰۷	۱/۲۸	۰/۰۰۱
		گروه درمان اینترنتی	-۳/۹۳	۱/۲۸	۰/۰۰۱
		گروه درمان حضوری	-۰/۸۶۷	۱/۲۸	۰/۵۵۸

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با نسخه اینترنتی آن بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و آشفتگی روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بود. برای این منظور داده‌ها از یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش کسب گردید و به‌وسیله روش تحلیل کوواریانس و آزمون بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحقیق نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حضوری بر روی انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اثربخش است. نتایج این بخش از تحقیق با نتایج تحقیقاتی چونیدکی و جهانگیری (۴۴)، شیرالی‌نیا و همکاران (۴۵)، جونز و همکاران (۴۶)، ماسری و روگه (۴۷)، قربانی و همکاران (۴۸)، لوین و همکاران (۴۹) و گارسیا-تورز و همکاران (۵۰) همسو بود. گرچه در تحقیقات ذکر شده، گروه‌های هدف متفاوت از تحقیق حاضر بود، اما نتایج این مطالعات نیز همچون تحقیق حاضر نشان‌دهنده تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این تحقیق به دنبال این بود که به زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بیاموزند که تکنیک‌هایی را که برای کنترل افکار به کار می‌برند، کنار بگذارند، چگونه با افکار مزاحم و اضطراب‌آور برخورد کنند و متقابلاً هیجانات و احساسات خود را مدیریت و کنترل کنند. استفاده از تکنیک‌های شکست و پذیرش در فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود افراد کمتر از موقعیت‌ها و افکار افسرده رنج ببرند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور مستقیم بر افکار و رفتار متمرکز نیست، بلکه در آن با استفاده از تکنیک‌ها و گسلش، احساسات ناخوشایند سیر نزولی پیدامی‌کند و به تناسب آن افکار و رفتارهای افسرده‌کننده نیز کاهش می‌یابد (۵۲). همین امر می‌تواند به بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت کمک کند. یکی از تکنیک‌های مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعیین ارزش‌ها برای درمان‌جو و شفاف‌سازی ارزش‌های هر فرد است، منظور این است که به‌جای ارزش‌های تعریف‌شده در فرآیند شناختی مرجع، ارزش‌های جدیدی تعریف و جایگزین شوند (۴۰). این ارزش‌گذاری مجدد در فرآیند شناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت، میزان فرآیندهای شناختی ناکارآمد آن‌ها

را کاهش می‌دهد، همچنین انعطاف‌پذیری شناختی به افراد می‌آموزد که وجود افکار ناامیدکننده مشکل اصلی نیست. بلکه مسئله اصلی اقدام برای پاسخگویی به این افکار است (۵۳). فرآیند شفاف‌سازی ارزش‌های هر فرد به عنوان فرآیند تقویت ذاتی تعریف می‌شود، به این معنی که با وجود موانع، ارزش‌های سوژه انتخابی برای رفتارها و اعمال فرد فراهم می‌کند. از آنجایی که زنان آسیب‌دیده از خیانت با افکار منفی که تهدیدکننده زندگی زناشویی آن‌ها است، مواجه می‌شوند، اغلب ممکن است از ارزش‌های خود بی‌خبر شوند. بنابراین، کمک به افراد برای شناسایی ارزش‌ها و زمینه‌های ارزشمند زندگی، انگیزه‌ای برای حرکت و مقابله جدی با افکار منفی ناشی از خیانت زناشویی فراهم می‌کند. این امر به‌نوبه خود می‌تواند منجر به نتایج بهتر روانی شود. از طریق تکنیک پذیرش و تعهد، به زنان آسیب‌دیده از خیانت کمک می‌شود تا به جای مبارزه با افکار و احساسات خود، درگیر رفتارهایی شوند که ارزش‌های آن‌ها را در برمی‌گیرد. در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمتر بر نشانه و بیشتر بر افزایش کیفیت زندگی و شادی تمرکز دارد. این درمان با بیان ارزش‌ها، مفاهیم مهم زندگی هر فرد را روشن و پررنگ می‌سازد و تعهد او به هر یک از این ارزش‌ها را یادآور می‌شود. همچنین به فرد کمک می‌کند تا با تغییر رفتار و سبک زندگی فعلی خود و حرکت به سمت ارزش‌ها، سلامت خود را بهبود ببخشد (۵۴). این امر به‌نوبه خود بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی را به دنبال دارد.

دلیل موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به دیگر رویکردهای مداخله‌ای این است که در این مداخله هدف تغییر محتوای فکری افراد نمی‌باشد. بلکه این مداخله بر درمان رفتاری استوار است و برای این منظور از مهارت‌های مختلفی چون پذیرش، ذهن‌آگاهی و گسلش‌شناختی به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند. در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منظور از انعطاف‌پذیری شناختی افزایش توانایی فرد در ایجاد ارتباط با تجارب خود در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه امکان‌پذیر است، می‌باشد و فرد باید به‌گونه‌ای عمل کند که عمل او منطبق با ارزش‌های انتخاب شده باشد (۴۷). در حقیقت انعطاف‌پذیری روانشناختی قابلیت فرد در ارتباط با زمان حال به‌صورت کامل و به‌عنوان یک فرد آگاه و هشیار و تداوم یا تغییر رفتار در راستای اهداف

ارزشمند فرد می‌باشد (۵۵). به طور کلی، هدف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود توانایی فرد در پاسخ‌های انعطاف‌پذیر و سازگارانه به اتفاقات زندگی در حضور احساسات و افکار تهدیدکننده است که در نهایت منجر به بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند، اضطراب، پریشانی هیجانی را که باعث آسیب‌های روانی می‌شود، هدف قرار می‌دهد و نتیجه آن، بهبود انعطاف‌پذیری روانشناختی است.

همچنین یافته‌های تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حضوری بر روی آشفتگی روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اثربخش است. نتایج این بخش از تحقیق با نتایج تحقیقات زمانی و همکاران (۵۶)، ایوانز و همکاران (۵۷)، ساندرو و همکاران (۵۸) و رهنما و همکاران (۵۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ترویج پذیرش، آگاهی و اقدامات مبتنی بر ارزش، زنان را با ابزارهای لازم برای افزایش رفاه عاطفی و کیفیت کلی زندگیان‌ها مجهز می‌کند (۶۰). در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آشفتگی روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت می‌توان به این نکته اشاره کرد که این رویکرد یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های گسلش شناختی، ذهن‌آگاهی و پذیرش برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و به دنبال آن کاهش آشفتگی روانشناختی استفاده می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عبارت است از افزایش توانایی درمان‌جو برای ارتباط با تجربه خود در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای وی ممکن است رخ دهد (۶۱). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی توانستند که رویدادهای درونی ناخوشایند را با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، به سادگی تجربه کنند و بتوانند خود را از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند جدا کنند. در حقیقت، در این نوع درمان، به زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی آموزش داده شد که چگونه فرآیندهای اصلی بازدارنده فکر را رها کنند و خود را از هجوم افکار مزاحم نجات دهند. همچنین، در این درمان، زنان آسیب‌دیده از خیانت و به‌طور کلی درمان‌جویان یاد می‌گیرند که احساسات خود را بپذیرند تا اینکه از آن‌ها و افکار و فرآیند تفکرشان فاصله

بگیرند. به‌وسیله ابزارهای ذهن‌آگاهی و پیوند آن‌ها در جهت فعالیت‌های هدفمند به افکار مثبت پردازند (۶۰). همچنین می‌توان بیان کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف از تأکید بر تمایل افراد به تجربیات درونی، کمک به آن‌ها برای کنترل افکار مزاحم خود بوده است تا به این طریق افکار مزاحم را تنها به عنوان یک فکر، تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد افکار و احساسات فعلی خود آگاه شوند و به جای پاسخگویی به آن، آنچه در زندگی برایشان مهم است و در راستای ارزش‌هایشان است را انجام دهند (۶۱). این درمان همچنین با تمرکز بر استعاره‌های مختلف و تمرکز بر درد و رنج و رهایی ذهن و پرهیز از تجربه استفاده از استعاره‌ها و آموزه‌های ارائه شده در جلسه درمان، باعث کاهش آشفتگی روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت شده است. از این رو، این روش درمانی به زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی کمک می‌کند تا رابطه خود را با افکار و احساسات دردناک خود را به‌گونه‌ای که تأثیر و نفوذ آن‌ها در زندگی او کمتر باشد، تغییر دهد. در واقع، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر مستقیم مراجع نیست، بلکه کمک به وی برای برقراری ارتباط با تجربیات خود به طرق مختلف و توانمندسازی برای ادغام کامل در زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش است.

در رابطه با اثربخشی اینترنتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتایج تحقیق نشان داد که درمان اینترنتی پذیرش و تعهد بر پایه خودیاری بر انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی اثربخش است. این بخش از تحقیق با نتایج تحقیق ورسبه و همکاران (۶۲) همسو بود. ورسبه و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «ارتباط بین استرس، بهزیستی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در طول مداخله خودیاری درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد» را در سوئیس با ۹۱ شرکت‌کننده که سطح بالایی از استرس شغلی را تجربه کرده بودند، انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کاهش استرس، ارتقاء بهزیستی و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی کمک‌کننده است و به نوبه خود، بهزیستی را بهبود می‌بخشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مرحله پذیرش با خیانت زناشویی نسبت به مشکلاتی که پیش از این در زندگی زناشویی وجود داشته است، دشوارتر می‌باشد، زیرا زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی باید برای نگه‌داری از زندگی زناشویی خود، واقعیت خیانت زناشویی را بپذیرند،

مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری روانشناختی محسوب می‌شود، باعث می‌شود که فرد به جای آمیخته شدن با افکار فعلی خود، پاسخ‌های سازگارانه‌تر و انعطاف‌پذیرتری نسبت به تجربیات درونی‌اش نشان دهد.

در نهایت یافته‌های تحقیق نشان داد که درمان اینترنتی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آشفتگی روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی اثربخش است. نتایج این بخش از تحقیق با نتایج تحقیق مولاندر و همکاران (۶۴) همسو بود. گرچه جامعه هدف در این تحقیق و تحقیق مولاندر و همکاران متفاوت بود. مولاندر و همکاران در یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده آزمایشی، یک درمان مبتنی بر اینترنت هشت هفته‌ای که بر اساس درمان پذیرش و تعهد تهیه شده بود را برای بررسی امکان‌سنجی و اثربخشی این درمان بر روی افراد مبتلا به مشکلات شنوایی اجرا کردند. نتایج، پشتیبانی اولیه‌ای از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک درمان بالقوه مؤثر برای علائم روانشناختی مرتبط با مشکلات شنوایی ارائه داد (۶۵). همچنین هان و کیم در یک تحقیق متاآنالیز ذکر کردند که به نظر می‌رسد درمان اینترنتی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون بر روی آشفتگی روانشناختی اثربخش است (۵۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند با تغییر طرز تفکر و درک رنج‌ها و آسیب‌هایی که زندگی انسان می‌طلبد، احساسات منفی مانند اضطراب، استرس و افسردگی را تا حد زیادی کاهش دهد. کاهش این علائم خود با کاهش آشفتگی روانشناختی همراه است (۶۶). تحقیقات قبلی نشان داده است که احساسات منفی ارتباط تنگاتنگی با خیانت همسر دارد و آشفتگی و پریشانی روانشناختی جزء عوامل اولیه تعارضات زناشویی در زوجین آسیب‌دیده از خیانت همسر است. خیانت تجربه‌ای دردناک برای زوج یا زوجة محسوب می‌شود و مشکلات متعددی از قبیل شوک، سردرگمی، خشم، افسردگی، عزت‌نفس مخدوش و کاهش اعتماد به نفس در زمینه‌های شخصی و جنسی را به دنبال دارد و فرد را مستعد مشکلات روانی و ناراحتی می‌کند (۵۸)، بنابراین در میان زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است با آموزش تکنیک‌ها و راهکارهایی، نحوه کنار آمدن با مصائب زندگی و شناسایی ارزش‌های زندگی را به این افراد بیاموزد تا آن‌ها در جهت این ارزش‌ها گام بردارند، عواطف

اولویت‌ها و ارزش‌های خود را بشناسند و سپس برای رسیدن به اهداف جدید در زندگی زناشویی قدم بردارند. زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی به وسیله ناامیدی سازنده آموختند که گرچه دوری و اجتناب از تجربیات درونی در زمان کوتاه‌مدت می‌تواند اثرات تجارب ناخوشایند را کاهش دهد، اما در درازمدت می‌تواند اثرات مخرب زیادی داشته باشد که خود سبب کاهش انعطاف‌پذیری شناختی در آن‌ها می‌شود. بر پایه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زنان آسیب‌دیده از خیانت تشویق گردیدند که مسئولیت تغییرات رفتاری خود را بپذیرند و با افزایش خزانه رفتاری خود از دوری‌گزینی از همسر خود خودداری کنند و با آگاهی بیشتر تعارضات را حل کنند. در واقع آن‌ها دیدگاه خود را نسبت به مشکلات و رویدادها از طریق پذیرش و گسلش شناختی گسترش دادند. این درمان به زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی کمک کرد تا عزت‌نفس از دست رفته خود را بازیابند و از ترس، عصبانیت نسبت به خود، همسر، اطرافیان و به‌طور کلی شکستی که در زندگی زناشویی خود داشتند، خلاص شوند. آن‌ها یاد گرفتند که به جای غرق شدن در زندگی زناشویی از دست رفته و سختی‌ها و مشکلاتی که ممکن است در آینده با آن مواجه شوند، باید روی زمان حال تمرکز کنند تا اهدافی را که با ارزش‌هایشان مطابقت دارد، شناسایی کنند و حتی با وجود افکار و احساسات مزاحم، متعهدانه به اهداف خود پایبند باشند تا بتوانند زندگی خود را بهتر و کارآمدتر مدیریت کنند و از زندگی سالم‌تر و رضایت بخشی برخوردار شوند.

مراحل و تکنیک‌های مختلف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، توجه به زمان وجود و تبیین ارزش‌ها، فرد را تشویق می‌کند تا متعهد به انجام رفتارهایی در راستای ارزش‌های خود شود (۶۳). این درمان با به کارگیری مؤلفه‌هایی مانند ذهن‌آگاهی به زنان آسیب‌دیده از خیانت آموزش می‌دهد تا در زمان حال حضور داشته باشند و به لحظه لحظه زندگی روزمره خود توجه کنند و بیشتر رفتارهای آن‌ها در جهت ارزش‌های مرتبط باشد. به‌طور کلی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی برای استفاده از راهبردهای رفتاری مؤثر در پاسخ به رفتارهای ناسازگارانه همسر خود، اغلب اجتناب تجربی شدیدی را تجربه می‌کنند که در کوتاه‌مدت تقویت‌کننده‌تر از رویارویی با چنین افکار و احساسات منفی ناخوشایند است. تمرین گسلش که یکی از

منفی و ناپاک را جزئی از وجود انسانی خود بدانند و نحوه برخورد با این احساسات را بیاموزند و در نهایت نگرش خود را نسبت به عامل ایجاد افکار غیرمنطقی، منفی و معیوب تغییر دهند. تشویق افراد به تبیین ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و در نهایت تعهد به انجام اقداماتی در جهت دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود مشکلات، ضمن دستیابی به اهداف و شادی ناشی از آن، بر بهبود کیفیت زندگی فرد می‌افزاید، او را از افتادن در دایره افکار و احساسات بازمی‌دارد و در نتیجه، فرد منفی‌گرایی را رها می‌کند (۶۷). به عبارت دیگر، می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و به‌طور کلی کاهش آشفتگی روانشناختی با ایجاد و بهبود پذیرش و افزایش عمل به ارزش‌ها در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی، تغییرات درمانی ایجاد می‌کند.

همچنین نتایج تحقیق حاکی از عدم تفاوت معنادار در میان دو درمان اینترنتی و حضوری مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. در این راستا می‌توان گفت که اساس هر دو روش مداخله‌ای یک درمان بوده است. از این رو عدم تفاوت می‌تواند قابل انتظار باشد. همچنین شرایط برای گروه اینترنتی به‌گونه‌ای بود که درمان همانند گروه حضوری به‌صورت هفته‌ای و جلسه‌ای در اختیارشان قرار می‌گرفت. همین امر سبب گردیده تا شرکت‌کنندگان گروه اینترنتی هر هفته تنها بر روی نکات همان هفته تمرکز کنند و به این طریق به نوعی با شرکت‌کنندگان گروه حضوری همراه باشند. همچنین شرایط برای افراد گروه اینترنتی به‌گونه‌ای فراهم شده بود که هر کجا در فهم مطالب مشکلی داشتند، بدون محدودیت بتوانند سؤال بپرسند و درمانگر به آن سؤالات پاسخ دهد. این پاسخگویی به موقع سبب رفع بسیاری از ابهامات می‌شد. علاوه بر این گاهی افراد به دلیل شرم و یا سوءگیری‌های نامطلوب از بیان تمام مشکلات با درمانگرها راحت نیستند. این در حالی است که در فضای خصوصی که در درمان اینترنتی برای آن‌ها فراهم شد، بهتر می‌توانستند با مشکلات واقعی ارتباط برقرار کنند و درمان را درست‌تر انجام دهند. همین عوامل در کنار یکدیگر سبب گردید تا تفاوت معناداری میان اثربخشی اینترنتی و حضوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میان زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مشاهده نگردد.

به‌طور کلی نتایج این تحقیق نشان داد که درمان حضوری و اینترنتی مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای اثربخشی مطلوب بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و آشفتگی روانشناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بوده است. تحقیق حاضر نیز همچون سایر تحقیقات دارای محدودیت‌هایی است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم‌بودن تعداد نمونه و کوتاه‌بودن طول مدت درمان بود که به نظر می‌رسد می‌تواند نتایج پژوهش را متأثر سازد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی از نمونه‌هایی با حجم بیشتر استفاده شود. با توجه به نتایج این تحقیق، می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دو صورت حضوری و اینترنتی برای بهبود آشفتگی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی در زوجین آسیب‌دیده از خیانت همسر استفاده کرد.

سپاس‌گزاری: از همه افرادی که ما را در انجام این تحقیقاری نمودند، بسیار سپاس‌گزاریم.

ملاحظات اخلاقی: برای این تحقیق کد اخلاق با کد EE/1401.2.24.172152/scu.ac.ir توسط دانشگاه شهید چمران اهواز دریافت گردید.

منابع

1. Scheeren P, Apellániz ID, Wagner A. Marital infidelity: The experience of men and women. *Trends in Psychology*. 2018, 26:355-69.
2. Dortaj F, Rajabiyani M, Fatolahi F, Dortaj F. The relationship between the rate of using virtual social networks with loneliness and marital infidelity in students. *Educational Psychology*. 2018 Mar 21;14(47):119-40.
3. Vangelisti AL, Gerstenberger M. Communication and marital infidelity. In *The state of affairs 2014* Apr 8 (pp. 59-78). Routledge.
4. Bashirpour M, ShafiAbadi A, Dokaneii F. Psychometric properties of the scale of marital infidelity. *PSYCHOMETRY*. 2018 May 22;6(24):37-55.
5. Eskandari M, Parandin SH. Predicting Attitudes Toward Marital Infidelity Based on Components of Sexual Satisfaction and Intimacy in Couples. *The Women and Families Cultural-Educational*. 2022 Apr 21;17(58):183-99.
6. Forster P, Hohoff C, Dunkelmann B, Schürenkamp M, Pfeiffer H, Neuhuber F, Brinkmann B. Elevated germline mutation rate in teenage fathers. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2015 Mar 22;282(1803):20142898.
7. Youngblood KJ. Surviving the affair: A qualitative phenomenological case study of the strategies couples utilize to repair their marriage successfully after the occurrence of infidelity. 2022.

20. Narimani M, Nemati SM. The Relationship between Psychological Distress and Self-Esteem with Anthropometric Characteristics in Obese Children. *SSU_Journals*. 2020 Nov 15;28(9):3030-43. [Persian]
21. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prévost D. Epidemiology of psychological distress. *Mental illnesses-understanding, prediction and control*. 2012 Jan 5;69(2):105-6.
22. Arvidsdotter T, Marklund B, Kylén S, Taft C, Ekman I. Understanding persons with psychological distress in primary health care. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2016 Dec;30(4):687-94.
23. Abdul Halain A, Tang LY, Chong MC, Ibrahim NA, Abdullah KL. Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients: A scoping review. *Journal of clinical nursing*. 2022 Mar;31(5-6):497-507.
24. Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, Pirkola S, Peña S, Saarni S, Ahola K, Mattila AK, Viertiö S, Strehle J, Koskinen S. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up—results from the Finnish Health 2011 Survey. *Journal of affective disorders*. 2015 Mar 1;173:73-80.
25. Marchand A, Bilodeau J, Demers A, Beauregard N, Durand P, Haines III VY. Gendered depression: Vulnerability or exposure to work and family stressors?. *Social science & medicine*. 2016 Oct 1;166:160-8.
26. Viertiö S, Kiviruuu O, Piirtola M, Kaprio J, Korhonen T, Marttunen M, Suvisaari J. Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC public health*. 2021 Dec;21:1-7.
27. Teymouri Z, Mojtabaei M, Rezazadeh SM. The effectiveness of emotionally focused couple therapy on emotion regulation, anger rumination, and marital intimacy in women affected by spouse infidelity. *Caspian Journal of Health Research*. 2020 Dec 10;5(4):78-82.
28. Sadeghi M, Moheb N, Vafa MA. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Couple Burnout, Alexithymia, and Quality of Life of Women Affected by Marital Infidelity. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2021 Sep 1;2(3):73-91.
29. Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention science*. 2008 Sep;9:139-52.
30. Cristina PM, Marinella C, Tiziana M, Chiara M, De Pasquale C, Gianluca DO, Basile MS, Ezio D, Mario M, Elena C, Santo DN. Successfully aging. Choice of life or life that choices. *Acta Med*. 2018;34:107-11.
31. Ramaci T, Bellini D, Presti G, Santisi G. Psychological flexibility and mindfulness as predictors of individual outcomes in hospital health
8. Samadi Kashan S, Pourghnad M. Marital infidelity: Exploring views, factors and consequences. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2019 Jul 10;8(4):165-76.
9. Fazel Hamedani N, Ghorban Jahromi R. Effectiveness of group therapy using transactional analysis (TA) on cognitive emotion regulation and marital intimacy of betrayed women. *Journal of psychologicalscience*. 2018 Dec 10;17(70):745-53.
10. Wusu O. The Potency of Religious Influence on Marital Sexual Infidelity: Evidence from Demographic and Health Surveys in Ghana and Nigeria. *Sexuality & Culture*. 2022 Oct;26(5):1804-18.
11. Fincham FD, May RW. Infidelity in romantic relationships. *Current opinion in psychology*. 2017 Feb 1;13:70-4.
12. Okere RO, Ubani SN. Rapid increase of infidelity among married women in Nigeria-causes and effects: Implication for counselling. *European Journal of Education Studies*. 2020 Sep 18;7(10).
13. Karbasian M, MOUSAVI SM, Shojaei M, Shabahang R, Bagheri SF. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on metacognitive beliefs and psychological flexibility of women damaged by marital infidelity. 2020. [Persian]
14. Safa S, Noorani RA, Jalali B, Fekri ZJ, Gili S. The Role of Psychological Flexibility, Acceptance, and Commitment in Marital Adjustment Among Couples. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2024 Mar 1;5(1):147-54.
15. Zanganeh Parsa F, Hobbi MB. Testing the Mediating Role of Cognitive Flexibility in the Relationship between Psychological Capital and Distress Tolerance in Couples Suffering from Marital Infidelity. *The Women and Families Cultural-Educational*. 2021 Feb 19;15(53):105-23.
16. Wolff M, Mertens LJ, Walter M, Enge S, Evens R. The Acceptance/Avoidance-Promoting Experiences Questionnaire (APEQ): A theory-based approach to psychedelic drugs' effects on psychological flexibility. *Journal of Psychopharmacology*. 2022 Mar;36(3):387-408.
17. Khazaei S, Bababei M. The role of cognitive flexibility and religious coping strategies in predicting divorce of women with betrayal experiences. *Journal of Family Relations Studies*. 2022 Mar 1;2(4):4-12.
18. Khorshidi Gh, Dasht Bozorgi Z. The relationship between dark aspects of personality, sexual justice and psychological flexibility with marital burnout. *Journal of Nursing Research*. 2021;14(1):65-71. [Persian]
19. Egan M, Daly M, Delaney L. Adolescent psychological distress, unemployment, and the Great Recession: Evidence from the National Longitudinal Study of Youth 1997. *Social Science & Medicine*. 2016 May 1;156:98-105.

43. Yaghubi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Applied Psychological Research Quarterly*. 2016;6(4):45-57. [Persian]
44. Bidaki ZZ, Jahangiri MM. Effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on psychological flexibility among mothers with autistic children. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2019;21(7):39-47.
45. Shiralinia K, ABDOLLAHI MUSAVI H, KHOjastemehr R. The effectiveness of of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Training on Parenting Stress and Psychological Flexibility in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorderr. *Psychology of exceptional individuals*. 2018 Feb 20;7(28):21-44. [Persian]
46. Jones L, Gold E, Totsika V, Hastings RP, Jones M, Griffiths A, Silverton S. A mindfulness parent well-being course: Evaluation of outcomes for parents of children with autism and related disabilities recruited through special schools. *European Journal of Special Needs Education*. 2018 Jan 1;33(1):16-30.
47. Macri JA, Rogge RD. Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2024 Apr 10:102432.
48. Ghorbani V, Zanjani Z, Omid A, Sarvizadeh M. Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression, pain acceptance, and psychological flexibility in married women with breast cancer: a pre-and post-test clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2021 Jul 7;43:126-33.
49. Lewin RK, Acuff SF, Berlin KS, Berman JS, Murrell AR. Group-based acceptance and commitment therapy to enhance graduate student psychological flexibility: Treatment development and preliminary implementation evaluation. *Journal of American College Health*. 2023 Jan 2;71(1):162-71.
50. García-Torres F, Gómez-Solís Á, Rubio García S, Castillo-Mayén R, González Ruíz-Ruano V, Moreno E, Moriana JA, Luque-Salas B, Jaén-Moreno MJ, Cuadrado-Hidalgo F. Efficacy of a combined acceptance and commitment intervention to improve psychological flexibility and associated symptoms in cancer patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*. 2022 May 18;13:871929.
51. Jansen JE, Morris EM. Acceptance and commitment therapy for posttraumatic stress disorder in early psychosis: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2017 May 1;24(2):187-99.
52. Hadian S, Hosseinzadeh Taghvaei M, Havasi Soomar N, Ebrahimi MI, Ranjbaripour T. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Reality Therapy on Psychological Flexibility and Responsibility in Divorced Women. *Frontiers in psychology*. 2019 Jun 12;10:424153.
32. Roemer L, Williston SK, Eustis EH, Orsillo SM. Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies for anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2013 Nov;15:1-0.
33. Zangeneh A, Arefi M. Predicting the attitude towards marital infidelity based on conflict resolution styles, marital satisfaction and forgiveness of couples in Kermanshah city. *Journal of Islamic-Iranian Family Studies*. 2022;2(1):62-77.
34. Hemmati M, Maddahi ME. Comparison the effectiveness of couple therapy based on schema therapy with couples therapy based on acceptance and commitment therapy on family resiliency of couples. *Journal of Woman and Family Studies*. 2018 Sep 23;6(2):145-63.
35. Aminoff V, Sellen M, Sörliden E, Ludvigsson M, Berg M, Andersson G. Internet-based cognitive behavioral therapy for psychological distress associated with the COVID-19 pandemic: a pilot randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*. 2021 Jun 14;12:684540.
36. French K, Golijani-Moghaddam N, Schröder T. What is the evidence for the efficacy of self-help acceptance and commitment therapy? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2017 Oct 1;6(4):360-74.
37. Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey NJ, Johnson A. The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical journal of pain*. 2010 Jun 1;26(5):393-402.
38. Köhle N, Drossaert CH, Schreurs KM, Hagedoorn M, Verdonck-de Leeuw IM, Bohlmeijer ET. A web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on Acceptance and Commitment Therapy: a protocol of a randomized controlled trial. *BMC public health*. 2015 Dec;15:1-3.
39. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. 2006 Jan 1;44(1):1-25.
40. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010 Jun;34:241-53.
41. Fazeli M, Ehtshamzadeh Hashemi M, Sheikh A. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the cognitive flexibility of depressed people. *Journal of Thought and Behavior*. 2014; 9(34), 107-96. [Persian]
42. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*. 2002 Aug;32(6):959-76.

- PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY AND SELF EFFICACY OF DIVORCED WOMEN. *Studies in Medical Sciences*. 2023 Aug 10;34(5):290-8. [Persian]
64. Molander P, Hesser H, Weineland S, Bergwall K, Buck S, Jäder Malmlöf J, Lantz H, Lunner T, Andersson G. Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: a pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2018 4;47(2):169-84.
65. Han A, Kim TH. Efficacy of internet-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms, anxiety, stress, psychological distress, and quality of life: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2022 Dec 9;24(12):e39727.
66. Prudenzi A, Graham CD, Flaxman PE, Wilding S, Day F, O'Connor DB. A workplace Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for improving healthcare staff psychological distress: A randomised controlled trial. *PloS one*. 2022 Apr 20;17(4):e0266357.
- Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology. 2023 May 10;10(2):73-80.
53. Lee SW, Kim S, Lee S, Seo HS, Cha H, Chang Y, Lee SJ. Neural mechanisms of acceptance-commitment therapy for obsessive-compulsive disorder: a resting-state and task-based fMRI study. *Psychological Medicine*. 2024 Jan;54(2):374-84.
54. Bennett R, Oliver J. Acceptance and commitment therapy: 100 key points and techniques. Routledge; 2019 Mar 27.
55. Tyndall I, Waldeck D, Pancani L, Whelan R, Roche B, Pereira A. Profiles of psychological flexibility: A latent class analysis of the acceptance and commitment therapy model. *Behavior Modification*. 2020 May;44(3):365-93.
56. Zamani Froshani Z, Dokaneifard F, Niknam M. The efficacy of acceptance and commitment therapy on psychological distress and dysfunctional attitudes. *Journal of psychologicalscience*. 2023 Aug 10:911-26.
57. Evans S, Olive L, Dober M, Knowles S, Fuller-Tyszkiewicz M, Eric O, Gibson P, Raven L, Gearry R, McCombie A, Van Niekerk L. Acceptance commitment therapy (ACT) for psychological distress associated with inflammatory bowel disease (IBD): protocol for a feasibility trial of the ACTforIBD programme. *BMJ open*. 2022 Jun 1;12(6):e060272.
58. Sander AM, Clark AN, Arciniegas DB, Tran K, Leon-Novelo L, Ngan E, Bogaards J, Sherer M, Walser R. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for psychological distress among persons with traumatic brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*. 2021 Aug 9;31(7):1105-29.
59. Rahnema M, Sajjadian I, Raoufi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress and medication adherence of coronary heart patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017 Oct 10;5(4):34-43.
60. Sheibani H, Sheibani KA, Amreei NN, Masrour MJ. An investigation of the effects of the acceptance and commitment therapy in groups on the cognitive strategies of emotion regulation and self-control in coronary heart disease patients. *Journal of Medicine and Life*. 2019 Oct;12(4):361.
61. Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: Distinctive features. Routledge; 2010 Nov 16.
62. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International journal of clinical and health psychology*. 2018 Jan 1;18(1):60-8.
63. Hadian S, Havasi Soomar N, Hosseinzadeh Taghvaei M, Ebrahimi MI, Ranjbaripour T. THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT BASED ON ACCEPTANCE AND COMMITMENT ON