



اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و انعطاف پذیری روان شناختی زنان آسیب دیده از خیانت

مهری کرباسیون: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران
سیده مریم موسوی: دکترای روانشناسی سلامت، گروه پرستاری و مامایی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران (✉*نویسنده مسئول) Mmousavi.msc@gmail.com
مهراوه شجاعی: کارشناسی ارشد مامایی، گروه پرستاری و مامایی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران
رضا شهابهنگ: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
فرزین باقری شیخانگشسه: دانشجویی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
باورهای فراشناختی،
انعطاف‌پذیری شناختی،
خیانت زناشویی،
زنان

زمینه و هدف: خیانت زناشویی پیامدهای مخرب روانشناختی بسیاری را برای زنان آسیب دیده از خیانت به همراه دارد. در این بین، باورهای فراشناختی و انعطاف پذیری از جمله متغیرهای روانشناختی هستند که می‌توانند از خیانت زناشویی تاثیر منفی بپذیرند. در همین راستا، هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت بود.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت را شامل می‌شد که در سال ۱۳۹۷ به دادگاه انقلاب اسلامی شهر سنجر مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها ۳۰ زن با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس در گروه‌های آزمایش (n=۱۵) و کنترل (n=۱۵) به صورت تصادفی گمارده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی-۳۰ گویه‌ای ولس و کارترایت-هاتون (MCQ-30) و پذیرش و عمل-نسخه دوم باند و همکاران (AAQ-II) بود. درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۲ ساعته به صورت هفتگی بر روی گروه‌های آزمایش اجرا گردید. در انتها داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری بر روی باورهای فراشناختی و انعطاف-پذیری روان‌شناختی مؤثر است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با بهبود باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی، از پیامدهای منفی خیانت زناشویی در زنان کاست و سازگاری بیشتر را در آن‌ها افزایش دهد. لذا این نوع مداخله برای افزایش سازگاری در زنان آسیب دیده خیانت توصیه می‌گردد.

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۴/۰۲

تاریخ چاپ: ۹۹/۰۷/۰۲

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله:

Karbasion M, Mousavi SM, Shojaei M, Shabahang R, Bagheri Sheykhangafshe F. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on metacognitive beliefs and psychological flexibility of women damaged by marital infidelity. Razi J Med Sci. 2020;27(7):12-24.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.



Original Article

The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on metacognitive beliefs and psychological flexibility of women damaged by marital infidelity

Mehri Karbasion: MA in Family Counseling, Department of Counseling, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

Seyedeh Maryam Mousavi: PhD in Health Psychology, Department of Nursing and Midwifery, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran (*Corresponding author) Mmousavi.msc@gmail.com

Mehranesh Shojaei: MSc in Midwifery, Department of Nursing and Midwifery, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

Reza Shabahang: MA in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Farzin Bagheri Sheykhangafshe: PhD Candidate in Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Abstract

Background: While marital relationship can be a source of many pleasurable experiences, it can also bring about the most painful experiences. In this regard, marital infidelity is one of the negative experiences related to married life. This is a topic that has attracted the attention of many researchers in recent decades and is known as the most harmful experience related to married life. Studies indicate the need to pay attention to the extent of the phenomenon of marital infidelity. In fact, marital infidelity can have far-reaching negative consequences, such as anger towards oneself and one's spouse, feelings of embarrassment, loss of trust, loss of identity and sense of specialness, decreased purposefulness, interpersonal problems, decreased self-esteem, mental health problems, guilt and depression for the betrayed person. These injuries can be more prominent in women. This issue indicates the need to examine the dimensions related to marital infidelity and provide interventions to deal with its negative consequences in women affected by infidelity. In this regard, there is evidence of a prominent relationship between cognitive and metacognitive beliefs as well as cognitive flexibility with the experience of marital infidelity. Given the relationship between metacognitive beliefs and psychological flexibility to marital infidelity, interventions to improve these abilities in women damaged by marital infidelity are essential. In this regard, cognitive interventions, and specifically treatment based on acceptance and commitment, are very useful for women affected by marital infidelity. In fact, acceptance and commitment interventions emphasize cognitive components and aim to change dysfunctional cognitions. In this regard, acceptance and commitment therapy can be considered as an effective intervention to improve the metacognitive beliefs and psychological resilience of women affected by infidelity. A subject that has received few specific studies. Overall, given the relatively high prevalence of marital infidelity, the negative consequences of infidelity, the need for psychological interventions, the ineffectiveness of many intervention programs, and limited interventional studies, providing an effective intervention for victims of infidelity, especially women as the more vulnerable group is very much needed. Accordingly, the present study aimed to investigate the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on metacognitive beliefs and psychological flexibility of women damaged by marital infidelity.

Keywords

Acceptance and Commitment therapy, Metacognitive beliefs, Psychological flexibility, Marital infidelity, Women

Received: 22/06/2020

Published: 23/09/2020

Methods: The present study was quasi-experimental with pretest-posttest control group design. The statistical population included all women damaged by marital infidelity who referred to the Islamic Revolutionary Tribunal of Sangar in 2018. Among them, 30 women were selected by convenience sampling method and then randomly assigned to experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. The data collection tools included demographic questionnaire, Metacognition Questionnaire (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004), and the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond et al., 2011). Acceptance and commitment group therapy was administered to the experimental groups in 8 sessions of 2 hours weekly. Finally, the data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The results indicated that the acceptance and commitment group therapy significantly affect metacognitive beliefs and psychological flexibility ($p < 0.01$).

Conclusion: The aim of this study was to investigate the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on metacognitive beliefs and psychological flexibility of women damaged by marital infidelity. According to the findings of the study, group therapy based on acceptance and commitment was able to affect the metacognitive beliefs and psychological flexibility of women damaged by marital infidelity and improve their metacognitive beliefs and psychological flexibility. In explaining this issue, it can be acknowledged that the acceptance and commitment intervention in the present study, by emphasizing cognitive processes such as connection with the present, committed actions and acceptance, could bring about positive changes in the metacognitive structure of women damaged by marital infidelity. Through learning the acceptance process, participants learned to accept events and thoughts completely and without defense, as they are. In other words, they were taught that although their situation is sensitive and distressing, they should not prevent negative thoughts from entering their minds, but should be able to show the best performance by accepting these thoughts. The other component was self-observation. Participants found that they should perceive thoughts as they are and in a pure form and look at thoughts as a phrase or an image or a form, not as a consistent concept. That is, thoughts should not be described based on analysis, judgment, evaluation, and belief, so that it is possible to separate thoughts. The intervention also improved metacognitive beliefs through its effects on uncontrollability, the risk of negative thoughts, cognitive conflict, and positive beliefs about worry. In addition, the intervention program improved psychological flexibility, that is, staying connected to the present moment despite unpleasant thoughts, feelings, and physical conditions, so that behaviors are selected based on personal situation and values. Based on the results of the present study, acceptance and commitment group therapy can reduce negative consequence of marital infidelity and increase adjustment in women damaged by marital infidelity by enhancing their metacognitive beliefs and psychological flexibility. Therefore, it is recommended to increase adjustment in women damaged by marital infidelity.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Karbasion M, Mousavi SM, Shojaei M, Shabahang R, Bagheri Sheykhangafshe F. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on metacognitive beliefs and psychological flexibility of women damaged by marital infidelity. *Razi J Med Sci.* 2020;27(7):12-24.

***This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.**

مقدمه

ارتباطات زناشویی می‌توانند منبع بسیاری از تجارب لذت بخش باشند، می‌توانند دردناک‌ترین تجارب را نیز به همراه داشته باشند (۱). در همین رابطه، خیانت زناشویی از جمله تجارب منفی مرتبط با زندگی زناشویی است. موضوعی که توجه بسیاری از پژوهشگران را در چند دهه اخیر به خود جلب کرده است (۲) و به عنوان آسیب‌زا ترین تجربه مرتبط با زندگی زناشویی شناخته می‌شود (۳). مطالعات حاکی از لزوم توجه به گستردگی پدیده خیانت زناشویی است (۱ و ۲). در سطح بین‌المللی، خیانت (Infidelity) به عنوان یک عمل جنسی-عاطفی خارج از رابطه متعهدانه توسط فردی که در در یک رابطه همراه با تعهد است، تعریف می‌گردد (۴). به بیانی دیگر، خیانت به برقراری ارتباط با شخصی دیگر خارج از رابطه متعهدانه اطلاق می‌گردد که دامنه‌ای بین صمیمت‌های جسمانی و صمیمت‌های هیجانی تا برقراری ارتباط جنسی فیزیکی را در بر دارد (۵). تا به امروز، عوامل بسیاری همچون زمینه‌های شخصیتی، ارتباطی و ارزشی (۶)، شیوه‌های والدگری و دل‌بستگی (۷)، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، فاصله جنسیتی (Gender gap) زندگی جنسی مشترک (Cohabitation)، وسایل ارتباط جمعی (۳)، پیش‌سازهای قبل از ازدواج (Premarital precursors) (۸)، کیفیت زناشویی (۹)، معنویت و مذهب (۱۰)، توانایی مالی و مردانگی (۱۱) در ارتباط با خیانت زناشویی مطرح شده‌اند. همچنین نظریه‌های متعددی مانند طرح بوم‌شناختی نظام‌های زوجی Ecological (couples systems diagram) (۱۲)، نظریه دل‌بستگی (۱۳)، نظریه ساختارگرایی اجتماعی (۱۴)، مدل‌های سرمایه‌گذاری (۱۵) و نظریه معامله اجتماعی (۱۱) به منظور توجیه و تبیین پدیده خیانت زناشویی عنوان گردیدند که گستردگی، پیچیدگی و اهمیت بسیار زیاد پدیده خیانت زناشویی را نشان می‌دهند. در واقع، خیانت زناشویی می‌تواند پیامدهای منفی گسترده‌ای مانند خشم نسبت به خود و همسر، احساس خجالت و شرم، کاهش اعتماد، از دست دادن هویت و حس خاص بودن (Sense of specialness)، کاهش هدفمندی (۵)، مشکلات بین‌فردی، کاهش عزت نفس، مشکلات سلامت روان، احساس گناه و افسردگی (۱) را برای فرد

خیانت‌دیده به همراه داشته باشد که در این بین، آسیب‌ها در گروه زنان می‌تواند برجسته‌تر باشند (۱۶). موضوعی که حاکی از لزوم بررسی ابعاد مرتبط با خیانت زناشویی و ارائه مداخلاتی برای مقابله با پیامدهای منفی آن در زنان آسیب‌دیده از خیانت است. مولفه‌های شناختی و فراشناختی از جمله ابعادی هستند که در رابطه با خیانت زناشویی می‌توان متصور بود. به طور کلی، مفاهیم شناخت و فرا شناختی با یکدیگر همپوشانی دارند و دامنه مشابه‌ای را در بر می‌گیرند (۱۷). باورهای فراشناختی شامل دانش، فرآیند و راهبردهایی می‌هستند که شناخت را کنترل، نظارت و ارزیابی می‌کنند و می‌توانند بر نگرش‌های ناکارآمد اثرگذار باشند. در واقع، فرا شناخت به تفکر در مورد فکر کردن اطلاق می‌شود که به صورت آگاهی‌های فرد نسبت به ابعاد شناختی تعریف می‌گردد (۱۹-۱۷). پژوهش‌های صورت گرفته، حاکی از پیوستگی متقابل فراشناخت و خیانت زناشویی هستند (۲۳-۲۰). بر طبق مدل تبیینی خیانت (۲۰)، ابعاد شناختی و به ویژه کارکردهای اجرایی شناختی ارتباط متقابل عمیقی با خیانت زناشویی دارند. هال و فینچام (۲۱) عنوان می‌کنند که ارتباط بین خیانت و انحلال رابطه می‌تواند متأثر از عوامل شناختی (Relationship dissolution) قرار بگیرد. همچنین هال و فینچام (۲۲) در مطالعه‌ای دیگر گزارش می‌دهند که شناخت‌ها و به طور مشخص اسنادها می‌توانند نقش مهمی در خیانت زناشویی و انحلال رابطه پس از آن نقش داشته باشند. فاستر و میسرا (۲۳) نیز بر نظریه ناهماهنگی شناختی و پیامدهای شناختی خیانت زناشویی تاکید بسیاری می‌کنند. در همین راستا، نتایج پژوهش جینفرا، هرینگ و جریجت (۲۴) تأییدکننده اهمیت مولفه‌های شناختی در خیانت است. وجود مکانیزم‌های مرتبط با شناخت همچون دلیل‌تراشی (Rationalization) و مشتق‌سازی نیز تأییدکننده ارتباط مولفه‌های شناختی و فراشناختی با خیانت زناشویی هستند. بر همین اساس، ابعاد شناختی و فراشناختی بسیار مرتبط با پدیده خیانت زناشویی هستند و برنامه‌های شناختی می‌توانند مداخلاتی کارآمد برای افراد آسیب دیده خیانت باشند. در همین رابطه دیبلاسیو (۲۵) بیان می‌کند، مراجعین از مداخلات شناختی که بر کنترل افکار تاکید دارند،

مک‌کراکن و مورلی (۲۹) در مدل انعطاف‌پذیری روانشناختی خود در رابطه با مدیریت دردهای مزمن، بر مولفه‌های شناختی و رفتاری تاکید ویژه‌ای می‌کنند. یافته‌های مطالعات باند، هیز و بارنز-هولمز (۳۲)، مک‌کراکن و ولمن (۳۳) و اسکات و مک‌کراکن (۳۴) نیز بر ارتباط متقابل انعطاف‌پذیری روانشناختی و سازه‌های شناختی و تاثیرگذاری مداخلات شناختی بر انعطاف‌پذیری روانشناختی تاکید دارند. بر همین اساس، می‌توان در نظر داشت که انعطاف‌پذیری روانشناختی، سازه‌های شناختی و مداخلات شناختی، موضوعاتی مرتبط با خیانت زناشویی هستند.

با توجه به ارتباط باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی با خیانت زناشویی، ارائه مداخلاتی به منظور بهبود این توانایی‌ها در زنان آسیب دیده از خیانت بسیار ضروری است. در همین رابطه، با توجه به درآمیختگی ابعاد شناختی با سازه‌های باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی انتظار می‌رود که مداخلات شناختی و به طور مشخص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای زنان آسیب‌دیده خیانت بسیار مفید باشند. در واقع مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های شناختی تاکید دارند و هدفشان تغییر شناخت‌های ناکارآمد از طریق فرآیندهای شناختی مانند پیوند با زمان حال، ارزش‌ها، اعمال متعهد، خود به عنوان زمینه، گسلس و پذیرش است (۳۸-۳۵). در همین راستا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را می‌توان به عنوان مداخله‌ای کارآمد برای بهبود باورهای فراشناخت و انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان آسیب‌دیده خیانت در نظر داشت. موضوعی که مطالعات مشخص بسیار اندکی را به خود اختصاص داده است.

در مجموع، با توجه به شیوع خیانت زناشویی (۳۹)، پیامدهای منفی خیانت (۱۶)، لزوم ارائه مداخلات روانشناختی (۳۹)، ناکارآمدی بسیاری از برنامه‌های مداخله (۲۰)، مطالعات محدود مداخله‌ای در داخل و خارج کشور و همچنین بی‌توجهی به گروه زنان آسیب‌دیده خیانت، ارائه مداخله‌ای کارآمد برای افراد آسیب‌دیده خیانت و به ویژه زنان به عنوان گروه آسیب‌پذیرتر (۱۶)، بسیار الزامی است. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و

فایده بسیاری می‌برند. دیپلاسیو (۲۵) در مطالعه خودش با استفاده از درمان بخشش مبتنی بر انتخاب (Decision-based forgiveness treatment) که مولفه‌های شناختی-رفتاری داشت، مشکلات زناشویی و خانوادگی مرتبط با خیانت زناشویی را بهبود داد. نتایج مطالعه غفوریان و حسن‌بندی (۲۶) نشان می‌دهد، برنامه شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر باورهای فرا شناختی زنان آسیب دیده موثر واقع شود. فاستر و میسرا (۲۳) نیز گزارش می‌دهند که خیانت زناشویی می‌تواند چالش‌های شناختی بسیاری را برای افراد به همراه آورد که در این بین مداخلات شناختی می‌تواند بسیار کارآمد باشند. بر این اساس، باید اذعان داشت که باورهای فراشناخت و مداخلات شناختی، موضوعات مرتبط با خیانت زناشویی هستند.

همچنین انعطاف‌پذیری روانشناختی (Psychological flexibility)، مولفه دیگری است که در رابطه با خیانت زناشویی باید در نظر داشت. انعطاف‌پذیری روانشناختی به عنوان توانایی مرتبط ماندن با لحظه کنونی به رغم وجود افکار، احساسات و وضعیت جسمانی ناخوشایند تعریف می‌گردد که رفتارها بر اساس موقعیت و ارزش‌های شخصی انتخاب می‌شوند. در واقع، انعطاف‌پذیری روانشناختی تنها یک حالت خوشحالی و راحتی نیست بلکه توانایی هدایت منعطف از طریق تغییر خواسته‌ها و رفتارها در مواجهه با افکار و احساسات آزاردهنده است (۲۷ و ۲۸). به بیانی دیگر، انعطاف‌پذیری شناختی را می‌توان به عنوان ظرفیت پایداری یا تغییر رفتار تعریف نمود که آگاهی و ارتباط پذیرا با افکار و احساسات، قدردانی از شانس‌هایی که موقعیت داده است و در خدمت گرفتن اهداف و ارزش‌های شخصی را شامل می‌گردد (۲۹ و ۳۰). یافته‌های پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند پدیده‌ای مرتبط با خیانت زناشویی باشد. برای مثال، کاشدان (۳۱) بیان می‌کند که انعطاف‌پذیری روانشناختی جنبه اساسی در سلامت است و می‌تواند در موقعیت‌هایی همچون مواجهه با خیانت زناشویی نقش مهمی را ایفا کند. همچنین بیان این نکته ضروری است که همچون باورهای فراشناختی، انعطاف‌پذیری روانشناختی نیز با ابعاد شناختی و مداخلات شناختی در ارتباط است. در همین رابطه،

انعطاف پذیری روان شناختی زنان آسیب دیده از خیانت انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع طرح نیمه آزمایشی با مدل پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان آسیب دیده از خیانت که در سال ۱۳۹۷ به دادگاه انقلاب اسلامی شهر سنجر مراجعه کرده بودند. نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد. به این ترتیب که با مراجعه به دادگاه، پرونده‌های زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی به تعداد ۱۰۰ نفر بررسی گردید و از بین این تعداد حدود ۳۰ نفر از کسانی که مایل به همکاری و شرکت در مشاوره گروهی بودند، انتخاب شدند. سپس شرکت کنندگان با کسب رضایت کتبی به عنوان نمونه‌ی پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمده و سپس درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۲ ساعته با حضور مشاور و اعضای گروه به صورت هفتگی بر روی گروه آزمایش در یکی از مراکز مشاوره و خانواده‌ی شهر سنجر اجرا گردید و در طی این مدت اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در نهایت پس از پایان ۸ جلسه‌ی درمانی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تجربه خیانت زناشویی از سوی همسر، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه بیماری حاد و مزمن بودند. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل به شرکت در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه در برنامه‌های درمان و عدم رعایت قوانین گروه بود.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه شامل سؤالاتی در رابطه با سن، میزان تحصیلات و مدت زمان ازدواج آزمودنی‌ها بود.

۲- پرسشنامه باورهای فراشناختی-۳۰ گویه‌ای (MCQ-30): فرم کوتاه پرسشنامه باورهای فراشناختی توسط ولس و کارترایت-هاتون (۴۰) به منظور سنجش باورهای فراشناختی افراد طراحی گردیده است. این پرسشنامه ۳۰ سوال دارد که پنج خرده مقیاس خود کارآمدی شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، خود

آگاهی شناختی، باورهایی منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار را می‌سنجد و هر آزمودنی به سوالات به صورت چهار گزینه‌ای (موافق نیستم= ۱ تا خیلی موافقم= ۴) پاسخ می‌دهد و دامنه نمرات برای باورهای فراشناختی بین ۳۰ تا ۱۲۰ و برای هر کدام از خرده مقیاس‌ها نیز بین ۶ تا ۲۴ است. ولس و کارترایت-هاتون (۴۰) مشخصه‌های روانسنجی مطلوب پرسشنامه را گزارش می‌دهند. نتایج تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی بیانگر وجود پنج عامل و تأیید آن‌ها بود. همبستگی گویه-کل مقیاس بین ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ و آلفا کرونباخ کل مقیاس و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ بدست آمد. همچنین همبستگی مناسب مقیاس باورهای فراشناختی با ابزارهای سنجش سازه‌های نگرانی، وسواسی-جبری و اضطراب خصلتی بیانگر روایی مناسب مقیاس بود. در ایران، شیرین‌زاده دستگیری، گودرزی، رحیمی و نظری (۴۱) به بررسی پرسشنامه باورهای فراشناختی-۳۰ گویه‌ای پرداختند. نتایج تحلیل عاملی حاکی از وجود پنج عامل بود. یافته‌ها بیانگر همسانی درونی بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱، بازآزمایی بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ و تصنیفی بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۰ بود. همچنین نتایج بدست آمده روایی همزمان و روایی افتراقی مقیاس را تأیید نمود.

۳- پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم (AAQ-II): پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم توسط باند و همکاران (۴۲) به منظور ارزیابی انعطاف پذیری روانشناختی و اجتناب تجربی طراحی گردید. این پرسشنامه متشکل از ۱۰ گویه است و سازه‌ی را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف پذیری روان شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر در این آزمون نشان دهنده انعطاف پذیری روان شناختی بالاتر می‌باشد. این بر اساس بر اساس مقیاس لیکرت است که از خیلی مخالفم ۱ تا خیلی موافقم ۷ درجه بندی شده است. نتایج آزمون از ۲۸۱۶ نفر در طول ۶ نمونه نشان داد که دارای پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی می‌باشد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی باز آزمایی آزمون در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ بدست آمده است. یافته‌ها نشان دادند که پرسشنامه پذیرش و عمل قادر به پیش‌بینی پیامدهای

جدول ۱- چهارچوب کلی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	موضوع	محورها
اول	معرفی مبانی اساسی درمان	آشنایی با اعضاء گروه، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، تصریح رابطه درمانی
دوم	درماندگی خلاق	درماندگی خلاق، استعاره چاله
سوم	کنترل مسئله است	معرفی کنترل به عنوان مسئله، تفاوت دنیای درون و بیرون، استعاره پلی گراف
چهارم	پذیرش جایگزینی برای اجتناب	معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره مهمان، بیان احساسات پاک و ناپاک
پنجم	گسلش	گسلش، استعاره اتوبوس
ششم	خود به عنوان بودن در زمان حال	معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده
هفتم	ارزش‌ها	حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا، شناسایی و سنجش ارزش‌ها
هشتم	تعهد به عمل	تعهد به عمل و پایبندی به ارزش‌ها با وجود موانع، استعاره نهال، ارزیابی تعهد به عمل و پیشگیری از عود

درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب هشت جلسه گروهی هفتگی ۲ ساعته برای گروه آزمایش اجرا شد، درحالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس برنامه‌های پذیرش و تعهد مطرح شده توسط هیز و همکاران (۳۵-۳۸) و همچنین با در نظر گرفتن مشخصه‌های کلیدی در طراحی برنامه‌های پذیرش و تعهد (۳۸) طراحی گردید (جدول ۱).

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که از نظر تحصیلات در گروه آزمایش، ۴۶/۷ درصد زیر دیپلم، ۴۰ درصد دیپلم و ۱۴/۳ درصد لیسانس؛ در گروه کنترل نیز ۲۸/۶ درصد زیر دیپلم، ۵۷/۱ درصد دیپلم و ۱۴/۳ درصد دارای مدرک لیسانس بودند. همچنین، میانگین مدت ازدواج در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۷/۴۰ و ۸/۱۳ سال بود. میانگین سنی آزمودنی‌های آزمایش و کنترل نیز به ترتیب ۳۰/۷۳ (SD=۴/۶۲) و ۳۰/۴۷ (SD=۴/۵۰) بود.

برای بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. جهت بررسی پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه و تساوی واریانس‌های دو گروه از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌گردد. فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در تمام متغیرهای وابسته تأیید می‌گردد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که

مختلفی مثل سلامت روان تا نرخ غیبت شغلی است که بیانگر روایی مناسب پرسشنامه می‌باشد. در داخل کشور، عباسی، فتحی، مولودی و ضرابی (۴۳) به بررسی مشخصه‌های آماری پرسشنامه پرداختند. تحلیل عاملی اکتشافی ۲ عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی گزارش دادند. به منظور بررسی روایی ساختاری، از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه‌ی مولفه‌های اصلی استفاده شد. مقادیر kmo، ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین همسانی درونی و ضریب تنصیف پرسشنامه در هر چهار گروه رضایت بخش بود (۰/۸۹-۰/۷۹). جهت بررسی توصیفی داده‌ها از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و جهت بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد از تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. داده‌های حاصل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. لازم به ذکر است سطح معنی داری در این پژوهش $p < 0.05$ نظر گرفته شد.

روش اجرای پژوهش: در ابتدا اقدامات لازم جهت دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی شهر رشت (IR.IAU.RASHT.REC.1398.025) صورت پذیرفت. سپس مکاتباتی جهت معرفی دانشجویان از بخش تحصیلات تکمیلی دانشگاه به اداره کل دادگستری استان گیلان انجام گردید و با هماهنگی‌های صورت گرفته، دانشجویان جهت اخذ نمونه به دادگاه انقلاب اسلامی واحد شهر سنگر معرفی گردید. پس از انتخاب نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌های پژوهش توسط اعضای هردو گروه در قالب مرحله پیش‌آزمون تکمیل گردید. سپس جلسات

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
کارآمدی شناختی پایین	کنترل	۱۴/۷۳	۵/۲۹
	آزمایش	۱۳/۶۰	۱۴/۵۳
باورهای مثبت در مورد نگرانی	کنترل	۱۵/۷۲	۳/۲۰
	آزمایش	۱۴/۴۸	۹/۷۱
خودآگاهی شناختی	کنترل	۱۷/۴۶	۳/۰۶
	آزمایش	۱۸/۴۰	۱۵/۰۰
باورهایی در مورد کنترل ناپذیری	کنترل	۲۲/۲۴	۱/۵۸
	آزمایش	۲۱/۵۶	۱۶/۵۴
نیاز به کنترل افکار	کنترل	۱۹/۱۳	۲/۳۸
	آزمایش	۱۶/۹۳	۱۱/۶۶
باورهای فراشناختی (کل)	کنترل	۸۹/۲۰	۹/۴۹
	آزمایش	۸۴/۲۶	۱۳/۲۲
انعطاف‌پذیری شناختی	کنترل	۲۷/۶۰	۵/۳۹
	آزمایش	۲۱/۱۳	۴۷/۸۰

جدول ۳- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک و لوین جهت ارزیابی پیش‌فرض‌های پژوهش

متغیرها	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
	کنترل	آزمایش	df1	df2
کارآمدی شناختی پایین	آماره	معنی‌داری	آماره	معنی‌داری
	۰/۹۳۸	۰/۱۰۲	۰/۴۳۹	۰/۱۱۵
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۰/۹۶۹	۰/۵۲۵	۰/۷۹۳	۰/۲۹۲
خودآگاهی شناختی	۰/۹۶۶	۰/۴۳۸	۰/۰۴۹	۰/۶۷۵
باورهایی در مورد کنترل ناپذیری	۰/۹۶۲	۰/۳۴۶	۲/۱۲	۰/۱۲۴
نیاز به کنترل افکار	۰/۹۴۴	۰/۱۱۴	۰/۰۱۸	۰/۳۵۲
باورهای فراشناختی (کل)	۰/۹۸۹	۰/۹۸۶	۲/۷۳	۰/۳۵۲
انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۹۷۵	۰/۶۷۳	۰/۰۵۵	۰/۶۷۰

واریانس تمامی متغیرهای پژوهش در گروه‌ها برابر است که نشانگر تحقق پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها بود. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ($p > 0.05$). میزان معناداری آزمون باکس از 0.05 بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان داد که رابطه بین آن‌ها معنی‌دار است ($p < 0.01$). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل

متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول‌های ۴ و ۶).

با توجه به جدول‌های ۴ و ۶، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری شناختی

نوع آزمون	ارزش	F	df	p	اندازه اثر	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۱۷۴	۵۹/۳۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲۶	۱

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری شناختی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	میزان تأثیر	توان آماری
باورهای فراشناختی	۱۶۰۵/۱۳۰	۱	۱۶۰۵/۱۳۰	۳۱/۰۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴	۱
انعطاف‌پذیری شناختی	۲۹۲۳/۰۳۸	۱	۲۹۲۳/۰۳۸	۷۸/۸۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵۲	۱

جدول ۶- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های باورهای فراشناختی

نوع آزمون	ارزش	F	df	p	اندازه اثر	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۱۶۳	۱۹/۵۵۹	۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳۷	۱

جدول ۷- نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی مؤلفه‌های باورهای فراشناختی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	میزان تأثیر	توان آماری
کارآمدی شناختی پایین	۹۱/۰۷۷	۱	۹۱/۰۷۷	۱۸/۱۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۰	۰/۹۸۳
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۱۱۸/۹۹۴	۱	۱۱۸/۹۹۴	۲۵/۸۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹	۰/۹۹۸
خودآگاهی شناختی	۶۲/۳۱۴	۱	۶۲/۳۱۴	۲۳/۳۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰۴	۰/۹۹۶
باورهایی در مورد کنترل ناپذیری	۱۴۱/۵۵۴	۱	۱۴۱/۵۵۴	۲۲/۷۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸	۰/۹۹۵
نیاز به کنترل افکار	۱۵۵/۷۰۶	۱	۱۵۵/۷۰۶	۶۳/۵۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۴	۱

با توجه به مندرجات جدول ۷، آماره F برای کارآمدی شناختی پایین (۱۸/۱۰)، باورهای مثبت در مورد نگرانی (۲۵/۸۷)، خودآگاهی شناختی (۲۳/۳۹)، باورهایی در مورد کنترل ناپذیری (۲۲/۷۸) و نیاز به کنترل افکار (۶۳/۵۸) سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۴۴ درصد از کارآمدی شناختی پایین، ۵۲ درصد از باورهای مثبت در مورد نگرانی، ۵۰ درصد از خودآگاهی شناختی، ۴۹ درصد از باورهایی در مورد کنترل ناپذیری و ۷۳ درصد از نیاز به کنترل افکار ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری باعث بهبود باورهای فراشناختی در زنان آسیب‌دیده از خیانت شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی

شده، حدود ۸۳ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های ۵ و ۷ گزارش شده است.

با توجه به مندرجات جدول ۵، آماره F برای باورهای فراشناختی (۳۱/۰۱) و انعطاف‌پذیری شناختی (۷۸/۸۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۵۴ درصد از باورهای فراشناختی و ۷۵ درصد از انعطاف‌پذیری شناختی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری باعث بهبود باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری شناختی در زنان آسیب‌دیده از خیانت شده است.

به عنوان زمينه، گسلش و پذيرش، توانست تغييراتي مثبتی را در ساختار فراشناختی زنان آسیب‌دیده خیانت به وجود آورد. شرکت‌کنندگان پژوهش از طریق یادگیری فن پذیرش آموختند که رویدادها و افکار را به طور کامل و عاری از دفاع یعنی همانگونه که هستند، بپذیرند. به عبارت دیگر به آنها آموزش داده شد که با وجود اینکه وضعیت آنها حساس و ناراحت‌کننده است، نباید از ورود افکار منفی به ذهن‌شان جلوگیری کنند، بلکه باید با پذیرش این افکار بتوانند بهترین عملکرد را به نمایش بگذارند. مولفه دیگر، خومشاهده‌گری بود. شرکت‌کنندگان دریافتند که افکار را باید آنگونه که هستند و به شکل خالص دریافت نمایند و به افکار به عنوان یک عبارت یا تصویر یا اشکال نگاه کنند نه در غالب خود مفهومی. یعنی افکار بر مبنای تجزیه و تحلیل، قضاوت، ارزیابی و باور خود را توصیف نشوند تا از این طریق امکان جداسازی افکار وجود داشته باشد. همچنین مداخله ارائه‌شده از طریق تاثیراتی که بر کنترل‌ناپذیری، خطر افکار منفی، تضاد شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی گذاشت، توانست بهبود باورهای فراشناخت را موجب گردید (۳۸-۳۵).

بعلاوه نتایج مطالعه پیش‌رو، بیانگر تاثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی زنان آسیب‌دیده خیانت است. همانطور که کاشدان (۳۱) بیان می‌کند، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سازه دیگری است که با تجارب خیانت زناشویی درآمیخته است. یافته‌های پژوهش حاضر هم راستا با نتایج مطالعات مشابه همچون مک‌کراکن و مورلی (۲۹)، باند، هیز و بارنز-هولمز (۳۲)، مک‌کراکن و ولمن (۳۳) و اسکات و مک‌کراکن (۳۴)، تائیدکننده تاثیرگذاری مداخلات شناختی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق ایجاد یکسری تغییرات در چارچوب شناختی زنان آسیب‌دیده خیانت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در آنها بهبود می‌دهد. به بیانی دیگر، برنامه مداخله پژوهش پیش‌رو با تاکید بر درماندگی خلاق، معرفی کنترل به عنوان مسئله، تفاوت دنیای درون و بیرون، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، گسلش، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود‌پذیرا، شناسایی و سنجش ارزش‌ها، تعهد به عمل و پایبندی به ارزش‌ها با وجود

و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت صورت گرفت. بر طبق یافته‌های پژوهش، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست بر باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت تاثیر بگذارد و بهبود باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در آنها موجب گردد.

به طور کلی، ارتباطات زناشویی همچون هر رابطه دیگری می‌تواند تجارب دردناکی داشته باشد که تجربه خیانت زناشویی از جمله آسیب‌زاترین آنها است (۳۱). زنان نسبت به مردان نسبت به خیانت زناشویی بسیار آسیب‌پذیرتر هستند (۱۶) و تجارب خیانت زناشویی می‌توانند پیامدهای منفی همچون خشم، خجالت، شرم، کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس، مشکلات هویتی و مشکلات سلامت روان را برای آنها به همراه آورد (۵۱). در این بین، باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از جمله مهمترین سازه‌هایی هستند که متأثر از خیانت زناشویی قرار می‌گیرند و با تجارب خیانت زناشویی در ارتباط هستند و ارائه مداخلاتی برای بهبود آنها بسیار الزامی است. در همین راستا، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد، برنامه‌ای است می‌تواند بر باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان آسیب‌دیده مفید واقع شود.

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از تاثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی زنان آسیب‌دیده خیانت است. مطالعات مختلف نشان می‌دهند که ارتباط برجسته‌ای بین باورهای فراشناختی و شناختی با خیانت زناشویی وجود دارد (۲۴-۲۱). در واقع باورهای فراشناختی زنان آسیب‌دیده خیانت از تجارب خیانت زناشویی تاثیر می‌پذیرد که در این رابطه درمان شناختی و به طور مشخص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بسیار مفید است. هم‌راستا با نتایج مطالعات دیبلاسیو (۲۵)، فاستر و میسرا (۲۳) و غفوریان و حسن‌بندی (۲۶) یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از تاثیر مثبت برنامه مداخله‌ای شناختی و به طور مشخص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی زنان آسیب‌دیده خیانت هستند. در تبیین این موضوع می‌توان ادعان داشت که مداخله پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر با تاکید بر فرآیندهای شناختی مانند پیوند با زمان حال، ارزش‌ها، اعمال متعهد، خود

می تواند شیوه مؤثر جهت استفاده در ارگان‌ها مربوطه و کلینیک‌های تخصصی و مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره باشد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همه شرکت‌کنندگان پژوهش و سازمان‌های مربوط که امکان انجام مطالعه پیش‌رو را فراهم کردند، سپاسگزاری نمایند.

References

1. Russell VM, Baker LR, McNulty JK. Attachment Insecurity and Infidelity in Marriage: Do Studies of Dating Relationships Really Inform Us about Marriage? *J Fam Psychol.* 2013;27(2):242-251.
2. Hertlein KM, Weeks GA. Two roads diverging in a wood: The current state of infidelity research and treatment. *J Couple Relatsh Ther.* 2007;6(1-2):95-107.
3. Fincham FD, May RW. Infidelity in romantic relationships. *Current Opinion in Psychology.* 2017(February 2017);13:70-74.
4. Moller N, Vossler A. Defining infidelity in research and couple counseling: A qualitative study. *J Sex Marital Ther.* 2015;41(5):487-497.
5. Hertlein KM, Wetchlaer JL, Piercy FP. Infidelity: An overview. *J Couple Relatsh Ther.* 2005.4(2-3):5-16.
6. Buss DM, Shackelford TK. Susceptibility to Infidelity in the First Year of Marriage. *J Res Pers.* 1997;31(2):193-221.
7. Hatamy A, Fathi E, Gorji Z, Esmaeily M. The Relationship between parenting styles and Attachment Styles in men and women with infidelity. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011;15(2011):3743-3747.
8. Allen ES, Rhoades GK, Stanley SM, Markman HJ, Williams T, Melton J, Clements ML. Premarital Precursors of Marital Infidelity. *Family Process.* 2008.47(2):243-259.
9. Previti D, Amato PR. Is Infidelity a Cause or a Consequence of Poor Marital Quality? *J Soc Pers Relat.* 2004;21(2):217-230.
10. Burdette AM, Ellison CG, Sherkat DE, Gore KA. Are There Religious Variations in Marital Infidelity? *J Fam Issues.* 2007;28(12):1553-1581.
11. Munsch CL. Her Support, His Support: Money, Masculinity, and Marital Infidelity. *Am Sociol Rev.* 2015;80(3):469-495.
12. Haseli A, Shariati M, Nazari AM, Keramat A, Emamian MH. Infidelity and Its Associated Factors: A Systematic Review. *J Sex Med.* 2019;16(8):1155-

موانع و همچنین در نظر گرفتن استعاره‌هایی مثل استعاره چاله، استعاره پلی‌گراف و استعاره نهال (۳۸-۳۵)، منجر به بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یعنی مرتبط ماندن با لحظه کنونی به رغم وجود افکار، احساسات و وضعیت جسمانی ناخوشایند گردید تا رفتارها بر اساس موقعیت و ارزش‌های شخصی انتخاب می‌شوند (۳۷ و ۳۸).

پژوهش حاضر دارای یکسری محدودیت‌ها است. به دلیل محدودیت زمانی، ارزیابی و سنجش پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در مطالعه حاضر کوتاه می‌باشد و مرحله پیگیری نداشت. از این رو پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی با فاصله زمان بیشتر و مرحله پیگیری انجام گیرند. تاثیر تفاوت‌های فردی، انگیزش افراد، انتظار و امیدی که به روش درمانی داشتند در نتایج پژوهش مؤثر بودند. همچنین استفاده صرف از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش متغیرهای پژوهش قابل تأمل است. از این رو، پیشنهاد می‌شود از روش‌های آزمایشی در مطالعات آتی بهره گرفته شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، عواملی مانند طول مدت ازدواج، سن، تعداد فرزندان و طبقه اجتماعی در تحقیقات دیگر مد نظر قرار گیرد. همچنین در انتها، پیشنهاد می‌گردد که مطالعاتی بر روی مردان نیز اجرا شود تا از طریق مقایسه نتایج، امکان تعمیم نتایج افزایش گردد.

نتیجه‌گیری

در مجموع، پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت انجام شد. نتایج حاصل از این پژوهش گویای این مطلب است که این شیوه درمانی می‌تواند بر باورهای فراشناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت مؤثر باشد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که زنان آسیب‌دیده از خیانت نیازمند کمک و حمایت روانی جهت پذیرش مسائل و مشکلات زندگی هستند. انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، نیاز به کنترل شدید افکار، کنترل ناپذیری و باورهای غلط نسبت به نگرانی‌های زندگی در زنان آسیب‌دیده از خیانت در گروه آزمایش کاهش یافت و این نشان داد که روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

- 1169.
13. Bogaert AF, Sadava S. Adult attachment and sexual behavior. *Person Relat.* 2002;9(2):191–204.
 14. Penn CD, Hernandez SL, Bermudez JM. Using a cross-cultural perspective to understand infidelity in couples therapy. *Am J Fam Ther.* 1997;25(2):169–185.
 15. Drigotas SM., Safstrom CA, Gentilia T. An investment model prediction of dating infidelity. *J Pers Soc Psychol.* 1999;77(3):509–524.
 16. Drigotas SM, Barta W. The cheating heart: Scientific explorations of infidelity. *Curr Dir Psychol Sci.* 2001;10(5):177-180.
 17. Akturk AO, Sahin I. Literature Review on Metacognition and its Measurement. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011;15(2011):3731-3736.
 18. Medina MS, Castleberry AN, Persky AM. Strategies for Improving Learner Metacognition in Health Professional Education. *Am J Pharm Educ.* 2017;81(4):78-78.
 19. Perry J, Lundie D, Golder G. Metacognition in schools: what does the literature suggest about the effectiveness of teaching metacognition in schools? *Educ Rev.* 2019;71(4):483-500.
 20. Bravo IM, Lumpkin PW. The Complex Case of Marital Infidelity: An Explanatory Model of Contributory Processes to Facilitate Psychotherapy. *Am J Fam Ther.* 2010;38(5):421-432.
 21. Hall JH, Fincham FD. Relationship dissolution following infidelity. In M. A. Fine & J. H. Harvey (Eds.), *Handbook of divorce and relationship dissolution* (p. 153–168). Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2006.
 22. Hall JH, Fincham FD. Relationship dissolution following infidelity: The roles of attributions and forgiveness. *J Soc Clin Psychol.* 2006;25(5):508-522.
 23. Foser JD, Misra TA. It did not mean anything (about me): Cognitive dissonance theory and the cognitive and affective consequences of romantic infidelity. *J Soc Pers Relat.* 2013;30(7):835-857.
 24. Jeanfreau MM, Herring A, Juricht AP. Permission-Giving and Marital Infidelity. *Marriage Fam Rev.* 2016;52(6):535-547.
 25. DiBlasio FA. Decision-based forgiveness treatment in cases of marital infidelity. *Psychother Theory Res Pract Train.* 2003;37(2):149-158.
 26. Ghafoorian P, Hassanabadi H. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Thought Control and Meta Cognitive Beliefs among Females Experienced Extramarital Affairs Trauma. *Int J Womens Health Wellness.* 2016;2(2):20-24.
 27. Hülsheger UR, Alberts HJ, Feinholdt A, Lang JW. Benefits of mindfulness at work: The role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *J Appl Psychol.* 2013;98(2):310-325.
 28. Ramaci T, Bellini D, Presti G, Santisi G. Psychological Flexibility and Mindfulness as Predictors of Individual Outcomes in Hospital Health Workers. *Front Psychol* 2019; 10:1302.
 29. McCracken LM, Morley S. The Psychological Flexibility Model: A Basis for Integration and Progress in Psychological Approaches to Chronic Pain Management. *J Pain.* 2014;15(3):221-234.
 30. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):1-25.
 31. Kashdan TB. Psychological Flexibility as a Fundamental Aspect of Health. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(7):865-878.
 32. Bond FW, Hayes SC, Barnes-Holmes D. Psychological Flexibility, ACT, and Organizational Behavior. *J Organ Behav Manage.* 2006;26(1-2):25-54.
 33. McCracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *PAIN.* 2010;148(1):141-147.
 34. Scott W, McCracken LM. Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Curr Opin Psychol.* 2015;2(April2015):91-96.
 35. Hayes S.C. SKD, Bunting K., Twohig M., Wilson K.G. *What Is Acceptance and Commitment Therapy? A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy.* Boston, MA: Springer; 2004.
 36. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes.* *Behav Res Ther.* 2006;44(1):1–25.
 37. Hayes SC. *Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies.* *Behav Ther.* 2004;35(4):639–665.
 38. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. *Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy.* *Behav Ther.* 2013;44(2):180–198.
 39. Bagarozzi DA. *Understanding and Treating Marital Infidelity: A Multidimensional Model.* *Am J Fam Ther.* 2007.36(1):1-17.
 40. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognition's questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther.* 2004;42(4):385–396.
 41. Shirinzadeh Dastgiri S, Goodarzi MA, Rahimi C, Naziri G. Study of factor structure, validity and reliability of metacognition questionnaire-30. *J Psychol.* 2009;12(3):445-461. (Persian)
 42. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenola N, Orcutt HK, et al. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential

Avoidance. Behav Ther. 2011;42(4):676-688.

43. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. J Psychol Models Methods. 2013;3(10):65-80. (Persian)