



Research Article

Comparing the Effectiveness of Reality Therapy Approach and Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Anxiety in Women Affected by Marital Infidelity

Fatemeh Sadat Fatemi¹ , Aezam Vaziri Nasab¹ *, Farshid Khosropour¹

¹ Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran

* **Corresponding author:** Aezam Vaziri Nasab, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran. Email: vazirinasab@iau.ac.ir

DOI: [10.61882/jams.28.5.366](https://doi.org/10.61882/jams.28.5.366)

How to Cite this Article:

Fatemi FS, Khosropour F, Mollaei Zarandi H. Comparing the Effectiveness of Reality Therapy Approach and Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Anxiety in Women Affected by Marital Infidelity. *J Arak Uni Med Sci.* 2025;28(5): 366-72. DOI: [10.61882/jams.28.5.366](https://doi.org/10.61882/jams.28.5.366)

Received: 21.11.2024

Accepted: 25.06.2025

Keywords:

Reality Therapy;
Therapy Based on Acceptance
and Commitment;
Depression;
Anxiety;
Marital Infidelity

© 2024 Arak University of Medical
Sciences

Abstract

Introduction: Today, marital infidelity has a significant prevalence among couples, necessitating appropriate interventions to address this destructive behavior. Therefore, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of reality therapy (RT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and anxiety in women affected by marital infidelity.

Methods: The current research was a semi-experimental study employing a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all women affected by marital infidelity who referred to counseling centers in Kerman city in the first half of 2024. Among these women, 45 were selected as a sample and were randomly assigned to two experimental groups and a control group (15 participants each) by drawing lots. The first experimental group received reality therapy intervention and the second group received ACT intervention, both comprising eight 60-minute sessions. The research instruments were the the Lovibond and Lovibond (1995) depression and anxiety questionnaires. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc tests.

Results: The results showed that both Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy were effective in reducing depression and anxiety. Furthermore, Acceptance and Commitment Therapy demonstrated significantly greater effectiveness than Reality Therapy in reducing depression and anxiety among women affected by infidelity ($P < 0.001$).

Conclusions: The findings of the present study showed that Bonferoni therapy is a more appropriate approach to reduce the harm caused by marital infidelity in women. The main emphasis of this therapy is on cognitive dissonance, the exercises of which make thoughts less anxiety-provoking.

مقایسه اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی و پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی شهر کرمان

فاطمه السادات فاطمی^۱، اعظم وزیری نسب^{۱*}، فرشید خسروپور^۱

^۱ گروه روانشناسی، واحد زرنده، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنده، ایران

* نویسنده مسئول: اعظم وزیری نسب، گروه روانشناسی، واحد زرنده، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنده، ایران. ایمیل: vazirinasab@iau.ac.ir

DOI: 10.61882/jams.28.5.366

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۴	مقدمه: امروزه خیانت زناشویی، شیوع قابل ملاحظه‌ای در بین زوجین دارد و برای پیشگیری از این رفتار مخرب مهارت‌ها و مداخلات مناسب لازم است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی و پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی انجام شد.
واژگان کلیدی: واقعیت درمانی؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ افسردگی؛ اضطراب؛ خیانت زناشویی	روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرمان در نیمه اول سال ۱۴۰۳ بودند. از بین این زنان، ۴۵ نفر به صورت هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند و به طور تصادفی و با روش قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی اول مداخله واقعیت درمانی و گروه دوم مداخله (ACT) (Acceptance and Commitment Therapy) را طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب لوویبوند و لوویبوند (۱۹۹۵) بود. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی Bonferoni تحلیل شد.
تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.	یافته‌ها: نتایج نشان داد که واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و اضطراب، مؤثر بود. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان آسیب‌دیده از خیانت اثربخش‌تر از واقعیت درمانی بود ($P < 0/01$).
	نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد درمان ACT رویکرد مناسب‌تری در کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت زناشویی در زنان است. تأکید اصلی این درمان بر گسلش شناختی است که تمایز آن باعث می‌شوند افکار کمتر اضطراب‌زا باشند.
	ارجاع: فاطمی فاطمه‌السادات، خسروپور فرشید، ملایی زرنده حمید. مقایسه اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی و پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شهر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک ۱۴۰۴؛ ۲۸ (۵): ۳۶۶-۳۷۲.

مقدمه

ازدواج به‌عنوان مهم‌ترین اساسی‌ترین و نیز عالی‌ترین رسم و رسوم اجتماعی برای رسیدن به نیازهای عاطفی اشخاص همواره مورد تأیید بوده است. ازدواج مملو از تغییرات است، زوجین باید با نقش‌ها و وظایف جدید خود سازگار شوند. چگونگی مدیریت آن‌ها در این دوران در پایداری ازدواج بسیار حیاتی می‌باشد (۱). زوجین به علت انتظارات غیرواقعی یا سطح توقع‌شان از آن‌چه که از ازدواج انتظار داشتند، در معرض نارضایتی هستند. کاهش عشق و علاقه و پاسخ‌گویی به نیازهای یکدیگر و افزایش تردید در زندگی مشترک می‌تواند موجب کاهش تعهد زناشویی و پیش‌بینی‌کننده طلاق طی سال‌های آینده باشد (۲). خیانت، برقراری هرگونه رابطه صمیمانه و همراه با نوازش در بعد جنسی و عاطفی با نفر سوم تعریف می‌شود که تعهد رابطه زناشویی را نقض کرده و با رنج‌های عاطفی در فرد قربانی همراه می‌باشد (۳). بر اساس مطالعاتی که در مناطق ایران صورت

گرفته است گزارش شده که ۴۲ درصد مردان ۲۶ تا ۳۵ سال و ۱۳ تا ۱۵ درصد زنان مرتکب خیانت زناشویی شده‌اند (۴).

زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی، به دلیل این‌که خود را در این خیانت زناشویی مقصر می‌دانند، به سرزنش خود می‌پردازند و در نتیجه باعث کاهش خودارزشمندی و دیدگاه منفی نسبت به خود در این زنان می‌شود؛ در مجموع، طرد از سوی شریک زندگی مورد علاقه از یک‌سو و ادراک خودارزشی پایین از سوی دیگر می‌تواند به احساس تنهایی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی منجر شود؛ که در نتیجه چنین روندی می‌توان افسردگی را به‌عنوان یکی از نتایج ملموس تجربه خیانت برشمرد (۵). افسردگی یک حالت خلقی شامل بی‌حوصلگی و گریز از فعالیت یا بی‌علاقگی و بی‌میلی است و می‌تواند بر افکار، رفتار، احساسات و خوشی و تندرستی یک فرد تأثیر بگذارد. اثرات منفی افسردگی بر کیفیت زندگی قابل توجه است و دارای علائم روان‌شناختی و جسمانی متعددی مانند عدم

بر افسردگی و اضطراب زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی بود

روش کار

طرح پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرمان در نیمه اول سال ۱۴۰۳ بودند. از بین این زنان، ۴۵ نفر به صورت هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند و به طور تصادفی و با روش قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت جهت شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم و نداشتن عدم ابتلا به اختلالات روانشناختی حاد و مزمن طبق مصاحبه بالینی بود و ملاک‌های خروج شامل غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: ۱. کلیه شرکت‌کنندگان به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل مشارکت کردند، ۲. این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که تمامی اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. برای انجام این پژوهش ابتدا مجوز اجرای پژوهش از دانشگاه آزاد واحد زرنده کرمان اخذ شد و نمونه پژوهش بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. قبل از اجرای پژوهش پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب از شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل گرفته شد. در مرحله بعد، واقعیت‌درمانی برای گروه آزمایشی اول و درمان اکت برای گروه آزمایشی دوم اجرا شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان دوره آموزشی بار دیگر پرسشنامه‌های مذکور توسط شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تکمیل شد.

پرسشنامه افسردگی و اضطراب (Depression and Anxiety

DASS21 (Stress Scale-21 این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ توسط Lovibond و همکار ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۱ سؤال است که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند = ۰ تا کاملاً در مورد من صدق می‌کند = ۳) نمره‌گذاری می‌شود. Lovibond و همکار روایی محتوایی این مقیاس را مطلوب ارزیابی نموده‌اند و میزان ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افسردگی (۰/۹۴) و اضطراب (۰/۸۷) گزارش کردند (۲۰). در پژوهش مرادی و همکاران (۲۱)، میزان ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ برای تغییر افسردگی ۰/۷۵ و اضطراب ۰/۷۹ گزارش شد و روایی محتوایی و صوری آن نیز مورد تأیید قرار گرفت.

مداخله واقعیت‌درمانی: برای گروه آزمایش واقعیت‌درمانی طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام گرفت. بسته آموزشی مورد استفاده در این پژوهش بر اساس فنون مبتنی بر واقعیت‌درمانی و کتاب تئوری انتخاب گلاسز ترجمه موسوی و همکاران (۲۲) بود. شرح جلسات واقعیت‌درمانی در جدول ۱ آمده است.

مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: طرح درمانی گروهی پذیرش و تعهد بر اساس طرح درمان Hayes و همکار (۱۹۹۹) در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود (۲۳). جلسات مداخله به شرح جدول ۲ بود.

لذت، خستگی و کمبود انرژی، احساس گناه، عزت نفس پایین، کمبود اشتها، خواب‌آلودگی یا بی‌خوابی و کندی حرکت هستند (۶).

از دیگر متغیرهای قابل بررسی در زنان آسیب‌دیده از خیانت، اضطراب می‌باشد (۷). اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که به معنای یک پاسخ هیجانی ناخوشایند، مبهم، فراگیر و توأم با دلواپسی با منبع نامشخص درباره رویدادها می‌باشد. اضطراب همچنین به لحاظ ذهنی و جسمی سبب نداشتن آرامش در فرد می‌گردد (۸). اضطراب پاسخ طبیعی بدن به استرس است. اما اگر احساس اضطراب شدید باشد، بیش از شش ماه طول بکشد و زندگی را مختل کند، بدین معنا است که فرد دچار اختلال اضطراب است (۹). اختلالات اضطرابی، گروهی از اختلالات روانی هستند که دارای نشانه‌هایی از اضطراب و ترس‌اند. اضطراب ناشی از نگرانی در مورد آینده است و ترس واکنشی به رویداد کنونی. احساس اختلال اضطرابی می‌تواند دارای نشانه‌های فیزیکی همچون تپش قلب و لرز باشد (۱۰).

یکی از شیوه‌های درمانی که در سال‌های اخیر برای درمان مشکلات روان‌شناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی استفاده می‌شود، واقعیت‌درمانی است (۱۱). واقعیت‌درمانی یک رویکرد درمانی مراجع-محور مبتنی بر نظریه انتخاب است که توسط ویلیام گلاسز بنیان‌گذاری شده است و از آن به عنوان تئوری انتخاب نیز یاد می‌شود. نظریه انتخاب مبتنی بر این ایده است که ما توسط پنج نیاز اساسی، نیاز به عشق، آزادی، قدرت، تفریح و بقا اداره می‌شویم، که برآورده ساختن آن‌ها زندگی با ارزشی را برای ما تضمین می‌کنند، بنابراین هدف از انتخاب‌های ما، تأمین این نیازهای اساسی است (۱۲). واقعیت‌درمانی بیان می‌دارد که انسان‌ها همیشه طوری رفتار می‌کنند تا دنیا و خودشان را برای ارضای نیازهایشان کنترل کنند و این سبک از کنترل می‌تواند در بروز مشکلات روان‌شناختی افراد نقش داشته باشد (۱۳).

از دیگر روش‌های درمانی مؤثر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نظریه‌ای است جامع و منسجم که بر مبنای آن می‌توان کاربرد تکنیک‌های شناختی و رفتاری را به‌طور منسجم تبیین کرد و راهبردهای جدیدی برای مداخله‌های روان‌شناختی ایجاد نمود. این روش بر قدرت روش درمان شناختی و رفتاری (که آزمون‌پذیری مفاهیم و فرضیه‌ها است) می‌افزاید. این رویکرد درمانی افراد را به پذیرش و ادغام در تجربیات زندگی خود تشویق می‌کند تا پاسخ‌های عاطفی را به چالش بکشند و ابعاد کنترل‌کننده را تشخیص دهد و از بین ببرد (۱۴). این نوع درمان موجب انعطاف‌پذیری روانشناختی، معنی‌داری اعمال و رفتارهای فرد و نگرش مثبت به خود می‌شود (۱۵).

Dhunnoo و همکاران در پژوهش خود دریافتند که واقعیت‌درمانی بر کاهش افسردگی (۱۶) و نصیر دهقان و همکاران، نیز در مطالعه خود نشان دادند که واقعیت‌درمانی بر کاهش اضطراب تأثیر دارد (۱۷).

Coto-Lesmes و همکاران، اثربخشی روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش را در کاهش اضطراب و افسردگی را تأیید کردند (۱۸). Smith و همکاران، در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب جدایی اثر دارد (۱۹).

با توجه به آن‌چه که بیان شد و عدم پژوهشی در داخل کشور که همه متغیرهای این پژوهش را در یک مطالعه بررسی کند، بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رویکرد واقعیت‌درمانی و پذیرش و تعهد

جدول ۱. جلسات درمانی واقعیت درمانی

جلسات	اهداف درمانی
جلسه اول	معارفه و آشنایی صحبت در مورد انتظارات و توضیح د مورد قواعد جلسات و خود درمان و اشاره به اهمیت ارتباط و اینکه بسیاری از معضلات به ظاهر حل نشدنی انسانی مشکلات ارتباطی هستند.
جلسه دوم	توضیح در مورد تئوری انتخاب و نیازهای بنیادین، نیاز به بقا- نیاز به قدرت و پیشرفت- نیاز به آزادی- نیاز به تفریح- نیاز به احساس تعلق و عشق.
جلسه سوم	توضیح در مورد تصاویر آرمانی و فوق‌العاده آرمانی در دنیای مطلوب و داشتن تصاویر واقع‌گرایانه در دنیای مطلوب که این مسأله روابط را رضایت‌بخش می‌کند.
جلسه چهارم	توضیح در مورد رفتار کلی و مؤلفه‌های آن و اشاره به ماشین رفتار، چرخ‌های جلوی ماشین فکر و عمل هستند و دو چرخ عقب فیزیولوژی و احساس هستند ماشین رفتار اعتقاد دارد ما هر کاری انجام می‌دهیم یک رفتار انجام می‌دهیم و هر رفتار معطوف به یک هدف است و هدف هر رفتار ارضای نیازهای ما می‌باشد توضیح در مورد افسردگی بر اساس ماشین رفتار پذیرش منفعلانه یک احساس چرخا اتفاق می‌افتد.
جلسه پنجم	مروری بر جلسه گذشته، ارزیابی رفتارهای فعلی، ارزیابی رفتارهایی که اعضا تاکنون برای رسیدن به دنیای مطلوب انجام داده‌اند.
جلسه ششم	چگونگی حل تعارضات و واقعیت درمانی، توضیح در مورد تعارض‌ها و اینکه چقدر دردناک هستند، عاملی که تعارض را تا حد زیادی تشدید می‌کند عدم وجود راه‌حل فوری است اگر بر سر دو راهی قرار گرفته‌اید تا حد امکان هیچ اقدامی نکنید به این ترتیب اوضاع را وخیم‌تر نمی‌کنید زمان در نهایت تعارض را در جهت یکی پیش خواهد برد در بسیاری از موارد که نمی‌توانید صبر کنید نهایت یکی از تصاویر مورد نظر خود را در دنیای مطلوب از دست خواهید داد.
جلسه هفتم	توضیح در مورد سیستم خلق و پیشنهادات این سیستم و تأثیر آن بر رفتار کلی این سیستم اعمال و رفتار جدیدی به ما پیشنهاد می‌دهد و چگونگی به دست گرفتن کنترل مؤثر در زندگی و مسئولانه رفتار کردن.
جلسه هشتم	روانشناسی کنترل درونی در برابر روانشناسی کنترل بیرونی، نمود کنترل بیرونی این است که آنچه من انتخاب می‌کنم و انجام می‌دهم درست است و آنچه طرف مقابل و دیگران انجام می‌دهند نادرست است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف	شرح جلسات و تکنیک‌ها
پیش جلسه	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد	اجرای پیش‌آزمون
اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی.	معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تناسب آن با مشکلات مربوط به اعتیاد، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، ارائه اطلاعات درباره اعتیاد، مرور درمان‌های مربوطه، هزینه‌ها و فواید آن.
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ارزیابی میزان تمایل فرد برتی تغییر، بررسی انتظارات بیماران از درمان ACT	ایجاد درماندگی خلقی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه اول و ارائه تکلیف خانگی.
سوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بهبودی آنها.	توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس، مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری مورد بحث قرار گرفت؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شد و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی
چهارم	دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلس.	کاربرد تکنیک‌های گسلس شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف خود با افکار و عواطف؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود.	در این تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی و...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
ششم	شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آنها.	استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.
هفتم	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها.	موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها بحث شد؛ اعضا مهم‌ترین ارزشهایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشته شد، اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع‌گرایانه و همسو با ارزش‌های شخصی)، برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم‌ترین ارزشهایشان را مشخص و اهدافی که مایل هستند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند را تعیین کردند و در آخر کارها، رفتارهایی که قصد دارند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج.
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل).	شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ درباره مفهوم عود اعتیاد و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان خواهد شد؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از آزمودنی‌ها برای شرکت در گروه تشکر و پس آزمون اجرا شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ (version 27, IBM Corporation, Armonk, NY) صورت گرفت. داده‌ها با روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی Bonferoni تجزیه و تحلیل شدند. این مقاله دارای کد اخلاق IR.IAU.KERMAN.REC.1402.003 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان می‌باشد

یافته‌ها

این پژوهش در ۴۵ نفر از زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرمان اجرا شد. در گروه آزمایش از لحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به دوره دیپلم با فراوانی ۶ نفر بود و میانگین سن نیز $(32/6 \pm 35/4)$ بود. در گروه کنترل از لحاظ تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به دوره لیسانس با فراوانی ۷ نفر بود و میانگین سن نیز $(17/4 \pm 40/07)$ بود.

نتایج آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ بیان شده است. همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، میانگین متغیرهای افسردگی و اضطراب گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر (لامبدای ویلکس) برای اثرات بین گروهی و تعامل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون
افسردگی	واقعیت درمانی	۱۵/۷۳ ± ۲/۴۶	۱۱/۵۳ ± ۲/۹۵
	کنترل	۱۵/۴۶ ± ۳/۲۹	۱۶/۰۰ ± ۳/۲۰
اضطراب	واقعیت درمانی	۱۳/۶۶ ± ۳/۰۱	۸/۶۰ ± ۲/۵۵
	کنترل	۱۶/۴۶ ± ۳/۸۸	۱۶/۶۶ ± ۳/۱۵

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه گیری های مکرر (لامبدایویلکس) برای اثرات بین گروهی و تعامل

متغیر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig	Eta
افسردگی	۰/۰۹۵	۴۶/۰۳۵	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲
اضطراب	۰/۳۳۱	۱۵/۱۴۷	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۵

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نمرات متغیر افسردگی و اضطراب

متغیر	منبع تغییرات	MS	df	SS	F	Sig	Eta
افسردگی	عامل	۵۲۶/۴۱۵	۱/۶۷۲	۳۱۴/۹۲۴	۳۵۴/۵۷۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹۴
	عامل و گروه	۴۱۹/۲۳۰	۳/۳۴۳	۱۲۵/۴۰۱	۱۴۱/۱۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱
	خطا	۶۲/۳۵۶	۷۰/۲۰۶	۰/۸۸۸			
اضطراب	عامل	۶۶۲/۰۴۴	۱/۶۰۹	۴۱۱/۴۵۱	۷۵/۹۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴
	عامل و گروه	۵۳۱/۱۵۶	۳/۲۱۸	۱۶۵/۰۵۳	۳۰/۴۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲
	خطا	۳۶۶/۱۳۳	۶۷/۵۸۰	۵/۴۱۸			

یافته‌ها نشان داد که واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی مؤثر بود اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثر بیشتری داشت. این نتایج با نتایج سایر پژوهش‌ها همسو بود (۱۶-۱۹). نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که استفاده از فنون گلسش و پذیرش در فرایند مداخله درمانی پذیرش و تعهد سبب می‌شود که فرد با آگاهی از هیجانات منفی خود، کمتر از وجود آن‌ها احساس رنج نمایند؛ بر این اساس با استفاده از فنون پذیرش و گلسش، هیجانات ناخوشایند سیری نزولی در پیش گرفته و باعث می‌شود که افراد توانمندی بیشتری را در ثبات روان‌شناختی، هیجانی و زندگی خود به دست آورده و از این طریق خلق منفی کمتری را در زندگی تجربه کنند (۱۹).

همچنین فنون مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌تواند ملنگاری نتایج درمانی را حفظ کند؛ به این صورت که با ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌های‌شان و تعیین اهداف، موانع و در نهایت تعهد به انجام آن‌ها در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن افسردگی را در خود کاهش دهند (۱۸).

هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روانی در افراد است؛ انعطاف‌پذیری روانی، توانایی برای ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هوشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در جهت تحقق اهداف متناسب با ارزش‌های فرد است که این امر از طریق فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شرح زیر اتفاق می‌افتد. این شیوه از طریق افزایش پذیرش روانی فردی در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساس‌ها) و کاهش اعمال کنترلی‌نامؤثر به مراجع می‌آموزد که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بی‌اثر است و یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و افراد باید این تجارب ذهنی را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی (ذهنی) یا بیرونی جهت حذف یا اجتناب از آن‌ها

نتایج جدول ۴ نشان داد که بین نمرات افسردگی در دو بار اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). به عبارتی بین زمان و گروه تعامل وجود دارد. بعد از این که مشخص شد بین دو بار اجرا (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) تفاوت معنی‌داری وجود دارد، نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی بررسی می‌شود. نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج جدول ۵، نشان داد که واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان آسیب دیده از خیانت تأثیر معنی‌داری داشت. بر اساس مجذور اتا مقدار این تأثیر بر افسردگی ۰/۸۷ و بر اضطراب ۰/۵۹ بود.

نتایج آزمون تعقیبی Bonferoni نیز در جدول ۶ ارائه شد. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین گروه واقعیت درمانی و پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$) و با توجه به تفاوت میانگین‌ها مداخله پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری دارد. بین گروه واقعیت درمانی و پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$) و با توجه به تفاوت میانگین‌ها مداخله پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی Bonferoni افسردگی و اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مقایسه گروه	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری
افسردگی	واقعیت درمانی - پذیرش و تعهد	۲/۵۳۳	۰/۰۳۴
	واقعیت درمانی - کنترل	-۲/۶۸۹	۰/۰۲۲
	پذیرش و تعهد - کنترل	-۵/۲۲۲	۰/۰۰۱
اضطراب	واقعیت درمانی - پذیرش و تعهد	۲/۲۶۷	۰/۰۳۰
	واقعیت درمانی - کنترل	-۶/۴۰۰	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد - کنترل	-۸/۶۶۷	۰/۰۰۱

بحث

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی و پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بود.

آسیب‌دیده از خیانت بودند که طبیعتاً منجر به احتیاط در تعمیم این نتایج به سایر جوامع می‌شود. همچنین در این پژوهش عدم دوره پیگیری و امکان کنترل تمامی متغیرهای مزاحم (وضعیت خانوادگی، وضعیت اقتصادی، مشکلات روانی) وجود نداشته و ممکن است آزمودنی‌ها تحت شرایط خارج از کنترل پژوهشگر قرار گرفته باشند و در نتیجه درمان متأثر از آن شرایط بوده باشد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی، از نمونه مردان نیز استفاده شود. دوره پیگیری وجود داشته باشد. متغیرهای مزاحم (وضعیت خانوادگی، وضعیت اقتصادی، مشکلات روانی) کنترل شود تا بر تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزوده شود. با توجه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب، درمانگران از این شیوه‌های درمانی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگر مراتب قدردانی و تشکر خود را از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌نماید.
این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول با کد ۴۷۵۶۴۵۷۸۸۱۰۲ از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان می‌باشد.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان در تمامی قسمت‌های مقاله نقش داشتند.

تضاد منافع

نویسندگان تصدیق می‌کنند که هیچ تضاد منافعی وجود ندارد.

بپذیرند (۱۴). در نتیجه، این شیوه از طریق انعطاف‌پذیری روانی می‌تولند نقش مؤثری در کاهش نشانه‌های افسردگی داشته باشد.

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که واقعیت‌درمانی و پذیرش و تعهد بر اضطراب زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مؤثر بود اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر بیشتری داشت. این نتایج با نتایج سایر پژوهش‌ها همسو بود (۱۶-۱۹). نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روانشناختی جز بهنجار تجربه انسان است. در این روش تغییر به صورت غیرمستقیم انجام می‌شود. پذیرش و تعهد به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد، بلکه افراد را به پذیرش و آگاه بودن و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود می‌رساند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد کمک می‌کند، افکار و هیجانات مسأله‌ساز را به گونه‌ای متفاوت تجربه کنند، نه این‌که برای تغییر یا کاهش فراوانی‌شان تلاشی نظام‌مند صورت دهند (۲۳). در این درمان، به درمان‌جو آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته (افکار و احساسات) بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت. یک عامل مهم دیگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گسلش شناختی است. گسلش شناختی و تمارین آن باعث می‌شوند که افکار کمتر اضطراب‌زا باشند. در نتیجه، مبتلایان به اضطراب با انجام تمارین گسلش شناختی، از افکار مربوط به مشکل گسلیده شده و کمتر با آن‌ها آمیخته شدند و این منجر به کاهش اضطراب آن‌ها گردید (۱۸).

نتیجه‌گیری

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. نمونه مورد مطالعه زنان

References

- Lamson AL, Hodgson JL, Pratt KJ, Mendenhall TJ, Wong AG, Sesemann EM, et al. Couple and family interventions for high mortality health conditions: A strategic review (2010–2019). *J Marital Fam Ther.* 2022;48(1):307-45. [pmid: 34741539](#) [doi: 10.1111/jmft.12564](#)
- Rasul A, Nasir JA, Akhtar S, Hinde A. Factors associated with female age at first marriage: An analysis using all waves of the Pakistan Demographic and Health Survey. *PLoS One* 2022;17(3):264-75. [pmid: 35290405](#) [doi: 10.1371/journal.pone.0264505](#)
- Ghanbari Z. The effectiveness of family therapy based on family consolidation on marital conflicts and sexual satisfaction of couples applying for divorce [in Persian]. *J Arak Univ Med Sci.* 2023;26(5):39-46. [doi: 10.61186/jams.26.5.39](#)
- Teymoori Z, Mojtabaei M, Rezadeh S, Rafeizadeh A. The effectiveness of self-compassion couple therapy on rumination of anger and marital intimacy women affected by infidelity [in Persian]. *Family and Health.* 2022;11(4):11-26.
- Levi-Belz Y, Blank C, Groweiss Y, Neria Y. The impact of potentially morally injurious experience of betrayal on PTSD and depression following the October 7th terror attack. *Sci Rep.* 2024;14(1):18021. [pmid: 39098963](#) [doi: 10.1038/s41598-024-69035-w](#)
- Khashmin M, Hosseini F, Jafari S, Najafzade S, Ghasemi H, Darvishi N et al. The role of emotion regulation in predicting depressive symptoms in students of Kermanshah University of Medical Sciences [in Persian]. *J Arak Univ Med Sci.* 2022;25(4):21-31. [doi: 10.61186/jams.25.1.21](#)
- Carter E, Brooks M. Investigating differences in sleep disturbance, dissociation, and anxiety due to the severity and timing of betrayal trauma experienced. *Journal of Loss and Trauma.* 2024;29(6): 667-87. [doi: 10.1080/15325024.2023.2289997](#)
- Sharif AR, Taghizadeh Hir S., Fattahzadeh Ardalani GH. Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) on Reducing Anxiety in Martial Athletes [in Persian]. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2023;30(3):384-92. [doi: 10.30468/jsums.2023.1569](#)
- Rasooli Khorshidi F, Kadivar P, Sarami G, Tanha Z. The study of relationship between metacognition, achievement goals, study strategies and academic achievement [in Persian]. *Journal of Educational Psychology Studies.* 2014;10(18):103-22. [doi: 10.22111/jeps.2014.1849](#)
- Chow BW, Mo J, Dong Y. Roles of reading anxiety and working memory in reading comprehension in English as a second language. *Learning and Individual Differences.* 2021;9: 102092. [doi: 10.1016/j.lindif.2021.102092](#)

11. Gibson J, Booth R, Davenport J, Keogh K, Owens ST. Dialectical behavior therapy – informed skills training for deliberate selfharm a controlled trial with 3- month follow update. *Behav Res Ther.* 2014;60:8-14. **pmid:** 25036538 **doi:** 10.1016/j.brat.2014.06.007
12. Yas Fard GH, Abbaspour Azar Z, Hosseini Al Madani A. Comparison of the effectiveness of behavioral therapy dialectic and short-term solution-oriented therapy on self-esteem, cognitive regulation of emotion and self-injurious behavior Non-suicide in girls [in Persian]. *Health Education and Health Promotion Quarterly.* 2018;7(4):343-58. **doi:**10.29252/ijhehp.7.4.343
13. Kiamarathi A, Narimani M, Sobhi Karamelki N, Mikayili N. The effectiveness of cognitive-behavioral and positive treatment on social-adaptive performance and academic burnout of perfectionist students [in Persian]. *School Psychology.* 2017;7(2):240-60. **doi:** 10.22098/jsp.2018.702
14. Ruiz FJ, Peña-Vargas A, Ramírez ES, Suárez-Falcón JC, García-Martín MB, García-Beltrán DM, et al. Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial. *Psychotherapy (Chic).* 2020;57(3):444-59. **pmid:** 31944806 **doi:** 10.1037/pst0000273
15. Lee EB, Homan KJ, Morrison KL, Ong CW, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: a randomized controlled trial of adults and adolescents. *Behav Modif.* 2020;44(1):70-91. **pmid:** 30117327 **doi:** 10.1177/0145445518794366
16. Dhunnoo P, Wetzlmair LC, O'Carroll V. Extended reality therapies for anxiety disorders: a systematic review of patients' and healthcare professionals' perspectives. *Sci.* 2024;6(2):19-26. **doi:** 10.3390/sci6020019
17. Nasirdehghan M, Tahmouresi N, Moghimbeigi A, Taghavi KH. Comparing the effects of metacognitive therapy and reality therapy on depression, quality of life, and hba1c in patients with type 2 diabetes [in Persian]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies.* 2021; 11(4); 107-19. **doi:** 10.29252/mejds.0.0.209
18. Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *J Affect Disord.* 2020;263:107-20. **pmid:** 31818766 **doi:** 10.1016/j.jad.2019.11.154
19. Smith BM, Smith GS, Dymond S. Relapse of anxiety-related fear and avoidance: Conceptual analysis of treatment with acceptance and commitment therapy. *J Exp Anal Behav.* 2020;113(1):87-104. **pmid:** 31875982 **doi:** 10.1002/jeab.573
20. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335-43. **pmid:** 7726811 **doi:** 10.1016/0005-7967(94)00075-u
21. Moradi M, Yousefi Z, Bahramipour M. The effectiveness of child abuse coping parenting training, on parenting stress and children's behavioral problems in mothers with history of child abuse [in Persian]. *Family and Health.* 2024;14(1):55-68.
22. Mousavi FA, Eskandari H, Bagheri F. Comparing the effects of glaser's reality therapy and emotion-focused therapy on relationship quality and marital satisfaction in betrayed women [in Persian]. *Sociol Edu.* 2020;2(2):141-55.
23. Towe-Swift KD, Lauvud C, Whittington R. Acceptance and commitment therapy (ACT) for professional staff burnout: a systematic review and narrative synthesis of controlled trials. *J Ment Health.* 2023;32(2):452-64. **pmid:** 35105253 **doi:** 10.1080/09638237.2021.2022628