

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی

سارا فلاحیه^۱

۱. دانش‌آموخته مشاوره و راهنمایی، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هفتم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۱، صفحات ۲۷۶-۲۶۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۱۰

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۹/۱۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بود. روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری کلیه زنان متأهل آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۴۰ نفر از آنان انتخاب و در ۲ گروه (در گروه آزمایش پذیرش و تعهد ۲۰ نفر و گروه کنترل ۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفت؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از مقیاس رشد پس از آسیب تدسچی و کالهن (۱۹۹۶) و طرح‌واره‌های هیجانی لیهی (۲۰۰۲) به‌منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی) انجام پذیرفت. نتایج نشان داد درمان مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی اعمال کرد ($P < 0/05$). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان یک شیوه درمانی برای بهبود رشد پس از آسیب و کاهش طرح‌واره‌های هیجانی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی به‌کاربرده شوند.

کلیدواژه: درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد، رشد پس از آسیب، طرح‌واره‌های هیجانی، خیانت زناشویی.

مقدمه

کانون زندگی زناشویی بر اساس ازدواج بین دو جنس مخالف شکل می‌گیرد و حفظ و تداوم آن از اهمیت زیادی برخوردار است، لذا خانواده، بستر مناسبی برای رشد و تکامل، تغییر و تحول و محل بروز آسیب‌ها و عوارض است، پس می‌توان گفت هم‌بستر شکوفایی و هم‌بستر فروپاشی روابط میان اعضایش به شمار رود (آقابرگی و همکاران، ۱۳۹۸). زندگی زناشویی و خانوادگی با خطراتی گره‌خورده است (تامپسون^۱ و همکاران، ۲۰۲۰) که استمرار حیات خانوادگی و سلامت خانواده را مختل می‌کند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۷) یکی از این خطرات خیانت زناشویی است (شروت و ویگل^۲، ۲۰۲۰)، که مشکلات زیاد و آثار روان‌شناختی-هیجانی بسیاری برای زنانی که مورد خیانت زناشویی از سوی شوهر خود واقع می‌شوند، در پی خواهد داشت (فاطمی اصل و همکاران، ۱۳۹۷). به نظر می‌رسد مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه همچون زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی از سوی شوهر در راهبردهای تنظیم هیجانی و چگونگی کنار آمدن با هیجان‌های دشوار دچار مشکلاتی هستند. مدل طرح‌واره‌های هیجانی^۳ ممکن است به‌عنوان یک مدل یکپارچه برخی از این ویژگی‌ها را توضیح دهد (نادری و همکاران، ۱۳۹۵).

مدل طرح‌واره‌های هیجانی توسط لیهی^۴ بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام از الگوی فراشناختی هیجان‌ها، ارائه شده است (لیهی، ۲۰۱۶). الگوی طرح‌واره هیجانی بازتاب شیوه‌های تجربه هیجان‌ها توسط افراد و باوری است که آن‌ها در مورد طرح مناسب برای اقدام یا چگونه عمل کردن در برابر برانگیختگی ذهنی احساس‌های ناخوشایند است (لیهی، ۲۰۱۹). سازه طرح‌واره هیجانی، سازه فراتشخیصی است که اخیراً در فرمول‌بندی و درمان آسیب‌های روان‌شناختی مطرح شده و به چگونگی مفهوم‌سازی، ادراک و راهبردهای پاسخ‌دهی افراد به عواطف خود اشاره دارد (لیهی، ۲۰۲۰). طرح‌واره‌های هیجانی باعث می‌شود که افراد از درمان دوری کنند (لیهی، ۲۰۰۲)، در این زمینه لیهی معتقد است که طرح‌واره‌های هیجانی با اختلال استرس پس از آسیب در ارتباط بوده است، آشنایی و درمان این طرح‌واره‌ها می‌تواند در بهبود علائم این اختلال مؤثر واقع شود (لیهی و همکاران، ۲۰۱۲). از طرفی مسائل روان‌شناختی همچون استرس پس از سانحه در سنین بالاتر از جمله پیامدهای مرتبط با تجارب آسیب‌زا مانند خیانت زناشویی هستند که این پیامدها فقط محدود به موارد منفی نمی‌شود و بر اساس پژوهش‌ها، برخی موقعیت‌های استرس‌زا و رنج‌آور می‌توانند بستر مناسبی برای پیشرفت افراد فراهم کنند و افراد آسیب‌دیده گاه نه‌تنها به وضعیت قبلی خود بازمی‌گردند، بلکه به سطح بالاتری از عملکرد روانی نیز می‌رسند که این عملکرد روانی سطح بالاتر، رشد پس از آسیب^۵ نامیده شده است (تدسکی و کالهن^۶، ۱۹۹۶؛ به نقل از عسگری و نقوی، ۱۳۹۸).

رشد پس از آسیب به تغییرات شخصی و روان‌شناختی مثبتی گفته می‌شود که پس از وقوع یک حادثه سخت ایجاد شده است و نتیجه مبارزه‌ی فرد علیه این حادثه تنیدگی‌زا می‌باشد که دارای اهمیت انطباقی است. به عبارتی می‌توان رشد پس از آسیب که

1. Thompson

2. Shrouf & Weigel

3. emotional schemas

4. Leahy

5. post traumatic growth

6. Tedeschi & Calhoun

به وسیله تدسجی و کالهن توسعه یافته است، به عنوان تغییر روانی مثبت پس از یک واقعه و رخداد آسیب‌زا تعریف شده است که منجر به عملکرد سطح بالاتر^۱ در فرد می‌شود (پولاری^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به آنچه گفت شد و اهمیت اصلاح طرح‌واره‌های هیجانی و بالا بردن سطح رشد پس آسیب می‌تواند در مواقع بروز بحران مانند تجربه خیانت زناشویی، ارائه مداخلات روان‌شناختی در این هنگام اهمیت فراوانی دارد. یکی از مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ است که هدف آن ایجاد یک زندگی غنی و ارزشمند است؛ درحالی‌که فرد، رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد که این پذیرش نقش مهمی در رشد پس آسیب افراد ایفا می‌کند (امیدبگی و همکاران، ۱۳۹۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان درمان شناختی موج سوم^۴ که توسط هیز^۵ (۲۰۰۴) توسعه داده شده است که اصول رفتاری، ذهن‌آگاهی و پذیرش را باهم ترکیب می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۶). در این درمان، ذهن‌آگاهی به حالتی از آگاهی اشاره دارد که بر بودن در لحظه حال تمرکز دارد (هیز و همکاران، ۲۰۰۲). پذیرش به انجام تمرینات مبتنی بر پذیرش (تمرینات تمایل^۶) همه رویدادهای ذهنی (مانند افکار و هیجانات) بدون تغییر، اجتناب یا کنترل آن‌ها اشاره دارد (هیز^۷ و همکاران، ۲۰۰۶؛ هیز و همکاران، ۲۰۱۲). درمان پذیرش و تعهد که از گسترش درمان شناختی-رفتاری شکل گرفته است (مک‌کلوره^۸ و همکاران، ۲۰۲۰) و هدف آن ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (ورنر^۹ و همکاران، ۲۰۲۰)، شناسایی و کم کردن خطای شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی مشکلات است (سولوشور^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). این شیوه از طریق آموزش پذیرش روانی، آگاهی روانی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (فلوجاس کانتریراس و گومز^{۱۱}، ۲۰۱۸).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلاف درمان‌های شناختی رفتاری به‌طور مستقیم بر تغییر افکار و احساسات تأکید نمی‌شود، بلکه به افراد آموزش داده می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت و ارزیابی، مشاهده کنند (فانگ و دینگ^{۱۲}، ۲۰۲۰). این شیوه به افراد کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را شناسایی و با توضیح درباره آن‌ها و با استفاده از استعاره‌ها تلاش کنند تا مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی بر ارزش‌ها را بهبود بخشند (هیل^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس این درمان افراد نباید سعی کنند تجارب خود را تغییر دهند و به جای آن باید تجارب خود را بدون قضاوت بپذیرند. در نتیجه مزیت عمده این درمان نسبت به درمان‌های

1. higher-level functioning

2. Pollari

3. acceptance and commitment therapy

4. third-wave cognitive therapy

5. Hayes

6. willingness exercises

7. Hayes

8. McClure

9. Werner

10. Slosower

11. Flujas-Contreras & Gómez

12. Fang & Ding

13. Hill

دیگر در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به منظور تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. در نتیجه فرآیند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد یاد دهد چگونه دست از بازداری فکری بردارند، چگونه از افکار مزاحم جدا شوند و چگونه هیجان‌های نامطبوع را بیشتر تحمل کنند (هیز و همکاران ۲۰۱۶). با توجه به آنچه گفته شد سؤال پژوهش آن است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی اثربخشی دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در سال ۱۴۰۰ بودند. به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از آن‌ها ۴۰ نفر که واجد شرایط بودند و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش نیز اعلام کردند انتخاب شدند و در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۰ نفر و گروه کنترل ۲۰ نفر جایگزین شدند. با توجه به این مطلب که تعداد حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر را در هر گروه برای مطالعات مداخله‌ای مناسب می‌دانند، در این مطالعه برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج و احتمال ریزش برخی نمونه‌ها تعداد هر گروه ۲۰ نفر انتخاب شد. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، «آزمون تعقیبی بن فرونی^۱» و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقتباس از هیز و همکاران (۲۰۱۶)

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمان‌جویان از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت‌وآمد افکار منفی بدون اینکه با آن‌ها مبارزه یا عمداً از آن‌ها جلوگیری شود.
سوم	اجرای فنون درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	گاهی از اینجا و اکنون و علاقه‌مندی به جای فرار از آنچه هم‌اکنون در جریان است.
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود.	تمرکز بر تمام حالت روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی.
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به‌عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی به‌منظور پذیرش هیجان‌های منفی	تلاش در جهت کسب حس تعالی‌یافته با استفاده از فنون آموزش‌دیده.

1. Bonferroni

ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمان‌جویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت.	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها.
هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی.	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده بر اساس فنون آموزش‌دیده
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده‌شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی.	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمان‌جویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی به‌منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در دو ماه آینده.	-

ابزار پژوهش

سیاهه رشد پس از آسیب^۱ (PTGI) تدسچی و کالهن (۱۹۹۶): این سیاهه شامل ۲۱ سؤال است و ۵ خرده مقیاس از جمله رابطه با دیگران^۲ (صمیمی‌تر شدن) با سؤالات ۶، ۸، ۹، ۱۵، ۱۶، ۲۰ و ۲۱؛ اولویت‌ها و اهداف جدید^۳ (استفاده از فرصت‌های جدید یا تغییر در مسیر زندگی) با سؤالات ۳، ۷، ۱۱، ۱۴ و ۱۷؛ قدرت درونی^۴ (احساس غلبه بر مشکلات زندگی) با سؤالات ۴، ۱۰، ۱۲ و ۱۹؛ تغییرات معنوی^۵ (ارتقای رشد معنوی و درگیری با اکتشاف وجودی) با سؤالات ۵ و ۱۸؛ ادراک ارزش زندگی^۶ (درک معنی زندگی) با سؤالات ۱، ۲ و ۱۳ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری این سیاهه به شیوه طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای و به‌صورت نمره ۰ (اصلاً)، نمره ۱ (خیلی کم)، نمره ۲ (کم)، نمره ۳ (متوسط)، نمره ۴ (زیاد) و نمره ۵ (خیلی زیاد) انجام می‌گیرد. نمره نهایی این سیاهه از جمع نمرات در هر مؤلفه محاسبه می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده رشد پس از سانحه بالاتر در فرد می‌باشد (ساریزاده و همکاران، ۱۳۹۸). در داخل ایران پایایی سیاهه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات ۰/۹۱ و خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۸۱ محاسبه شده است و پایایی دو نیمه کردن نیز با استفاده از اسپیرمن-براون ۰/۸۷ به‌دست آمده است (موسوی و همکاران، ۱۳۹۸). در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است (نجفی قره حسنی و همکاران، ۱۳۹۹). سازندگان سیاهه برای بررسی پایایی آن از روش همسانی درونی استفاده کرده‌اند که ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ و کل سیاهه ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (تدسچی و کالهن، ۱۹۹۶). در سایر پژوهش‌ها در خارج از کشور، برای بررسی پایایی سیاهه از روش همسانی درونی استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ در دامنه بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ محاسبه شده است (گورمن^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). در یک مطالعه دیگر آلفای کرونباخ در دامنه بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (گنگ و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمده است.

1. Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)

2. relating to others

3. new possibilities

4. personal strength

5. spiritual change

6. appreciation of life

7. Gorman

فرم کوتاه مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی^۱ (ESS-S3) لیهی^۲ (۲۰۰۲): این مقیاس فرم کوتاه شده نسخه ۵۰ سؤال است و به‌طور کلی مشخص می‌کند که فرد در طی ماه گذشته با احساس‌ها و هیجان‌های خود چگونه برخورد می‌کند و ۱۴ خرده مقیاس معتبرسازی به‌وسیله دیگران^۳، قابل درک بودن^۴، احساس گناه^۵، نگاه ساده‌انگارانه به عاطفه^۶، ارزش‌های بالاتر^۷، غیرقابل کنترل^۸، بی‌حسی هیجانی^۹ (کرختی)، خواستار عقلانیت بودن^{۱۰}، چرخه عواطف^{۱۱}، وفاق^{۱۲}، پذیرش احساسات^{۱۳}، نشخوار فکری^{۱۴}، ابزار^{۱۵} و سرزنش کردن^{۱۶} را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای انجام می‌شود (درباره من کاملاً اشتباه است یا کاملاً مخالفم ۱ نمره تا درباره من کاملاً درست است یا کاملاً موافقم ۶ نمره)، به این صورت که کاملاً مخالفم ۱ نمره، نسبتاً مخالفم ۲ نمره، کمی مخالفم ۳ نمره، کمی موافقم ۴ نمره، نسبتاً موافقم ۵ نمره و کاملاً موافقم ۶ نمره تعلق می‌گیرد. نسخه فارسی این مقیاس توسط خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) تهیه و اعتباریابی شده است که پس از تجزیه و تحلیل یافته‌های حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لیهی و حذف ۲ طرح‌واره (بی‌حسی هیجانی و چرخه عواطف) از فرم اصلی و اضافه شدن ۱ طرح‌واره جدید (خودآگاهی هیجانی) به آن، ۱۳ طرح‌واره برای فرم ایرانی این مقیاس در نظر گرفته شد که با توجه به آن، تعداد سؤالات تعیین شده برای ۱۴ طرح‌واره فرم اصلی نیز از ۴۸ گویه به ۳۷ گویه کاهش یافت (خانزاده و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش شاهورانی و خرمایی (۱۳۹۷) نسخه ۲۲ سؤالی آن اعتباریابی شده است که ۶ خرده مقیاس شامل قابل درک و کنترل^{۱۷} (با سؤالات ۱، ۴، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۸ و ۲۰)؛ نشخوار فکری^{۱۸} (با سؤالات ۵، ۱۱ و ۱۶)، توافق عمومی^{۱۹} (با سؤالات ۶، ۱۲، ۱۷ و ۱۹)، عقلانی بودن^{۲۰} (با سؤالات ۳، ۱۴ و ۲۲)، پذیرش^{۲۱} (با سؤالات ۸ و ۲۱) و ساده‌انگاری هیجانانگیز^{۲۲} (با سؤالات ۲، ۹ و ۱۵) را اندازه‌گیری می‌کند. در این پژوهش از نسخه ۲۲ سؤالی استفاده شده است. سؤالات ۱، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۸، ۲۰ و ۲۱ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (شاهورانی و خرمایی، ۱۳۹۷). در داخل ایران پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ بررسی

1. Emotional Schemas Scale – Short Form (ESS-S-F)

2. Leahy

3. validation by others

4. comprehensibility

5. guilt

6. simplistic View of Emotion

7. higher Values

8. uncontrollability

9. numbness

10. demand for rationality

11. duration

12. consensus

13. acceptance of feelings

14. rumination

15. expression

16. blame

17. comprehensible and control

18. rumination

19. consensus

20. rationalization

21. acceptance

22. simplistic view of emotion

و ضرایب برای قابل درک و کنترل ۰/۷۹، نشخوار فکری ۰/۷۵، توافق عمومی ۰/۶۵، عقلانی بودن ۰/۶۰، پذیرش ۰/۷۲ و ساده انگاری هیجانانگیز ۰/۶۰ به دست آمده است (شاهورانی و خرمایی، ۱۳۹۷). در یک پژوهش، نتایج حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نشان داد که پایایی آن از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌های در دامنه‌ای بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است؛ همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای زیرمقیاس‌های در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمده است که به طور کلی حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس است (نادری و همکاران، ۱۳۹۵). در خارج کشور آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است (ادواردز و وپرمن^۱، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است.

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار رشد پس از آسیب و طرحواره‌های هیجانی

متغیرهای وابسته	مرحله سنجش	گروه پذیرش و تعهد		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رابطه با دیگران	پیش‌آزمون	۱۵/۲۵	۰/۷۸۶	۱۵/۰۰	۰/۷۹۵
	پس‌آزمون	۱۸/۹۵	۱/۷۶۱	۱۵/۱۰	۰/۹۱۲
	پیگیری	۱۸/۹۰	۱/۷۱۴	۱۵/۰۰	۰/۹۷۳
اولویت و اهداف جدید	پیش‌آزمون	۱۵/۲۰	۰/۷۶۸	۱۵/۲۵	۰/۷۸۶
	پس‌آزمون	۱۹/۸۵	۱/۹۲۷	۱۵/۳۰	۰/۸۰۱
	پیگیری	۱۹/۷۵	۱/۹۱۶	۱۵/۳۰	۰/۸۰۱
قدرت درونی	پیش‌آزمون	۱۱/۹۰	۰/۷۸۸	۱۲/۰۵	۰/۶۸۶
	پس‌آزمون	۱۴/۱۵	۱/۶۳۳	۱۲/۱۵	۰/۶۷۱
	پیگیری	۱۴/۰۰	۱/۷۴۷	۱۲/۱۵	۰/۶۷۱
تغییرات معنوی	پیش‌آزمون	۵/۰۰	۰/۷۲۵	۴/۷۰	۰/۶۵۷
	پس‌آزمون	۸/۵۰	۱/۱۰۰	۵/۰۵	۱/۰۹۹
	پیگیری	۸/۴۵	۱/۰۵۰	۵/۱۰	۱/۰۷۱
ادراک ارزش زندگی	پیش‌آزمون	۱۰/۷۵	۰/۷۸۶	۱۰/۷۵	۰/۷۸۶
	پس‌آزمون	۱۲/۹۰	۰/۸۵۲	۱۰/۹۰	۰/۹۱۲
	پیگیری	۱۲/۸۵	۰/۹۳۳	۱۰/۹۵	۰/۹۴۵
قابل درک و کنترل	پیش‌آزمون	۳۱/۶۰	۱/۱۴۲	۳۱/۶۰	۱/۰۴۶
	پس‌آزمون	۲۶/۷۵	۲/۰۷۴	۳۱/۴۰	۱/۳۱۴
	پیگیری	۲۶/۸۵	۲/۰۰۷	۳۱/۵۰	۱/۳۵۷
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۱۰/۹۰	۰/۹۶۸	۱۰/۹۰	۰/۹۶۸
	پس‌آزمون	۹/۱۵	۱/۱۳۷	۱۰/۸۰	۱/۱۰۵
	پیگیری	۹/۲۵	۱/۱۱۸	۱۰/۹۵	۱/۱۴۶
توافق عمومی	پیش‌آزمون	۱۵/۱۰	۰/۷۱۸	۱۵/۳۰	۰/۶۵۷
	پس‌آزمون	۱۱/۲۵	۱/۵۱۷	۱۵/۱۵	۰/۸۷۵
	پیگیری	۱۱/۳۵	۱/۶۳۱	۱۵/۱۵	۰/۹۳۳

¹. Edwards & Wupperman

۱/۰۰۵	۱۰/۸۰	۱/۰۰۵	۱۰/۸۰	پیش آزمون	عقلانی بودن
۰/۹۲۳	۱۰/۷۰	۱/۲۱۴	۹/۰۰	پس آزمون	
۰/۹۳۳	۱۰/۸۵	۱/۴۱۰	۹/۱۰	پیگیری	
۰/۷۱۸	۸/۹۰	۰/۶۸۶	۸/۹۵	پیش آزمون	پذیرش
۰/۶۱۶	۸/۸۰	۱/۱۷۴	۷/۳۰	پس آزمون	
۰/۵۸۷	۸/۸۵	۱/۱۸۲	۷/۳۵	پیگیری	
۰/۹۷۳	۱۱/۰۰	۰/۹۴۵	۱۱/۰۵	پیش آزمون	ساده انگار هیجانانگیز
۰/۹۱۲	۱۰/۹۰	۱/۲۳۴	۹/۴۵	پس آزمون	
۰/۸۸۷	۱۰/۹۵	۱/۲۳۵	۹/۵۰	پیگیری	

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی و ابعاد آن گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در افراد نمونه را نشان می‌دهد. برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل واریانس مکرر پیش‌فرض‌های این تحلیل موردبررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که متغیرهای وابسته نرمال بودند. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها (پس‌آزمون) با آزمون لوین بررسی شد، این پیش‌فرض در مرحله پس‌آزمون ($P > 0.05$) مورد تأیید قرار گرفت. نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی واریانس و کوواریانس از لحاظ آماری معنی‌دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس می‌باشد. همچنین آزمون کرویت موجلی مقدار سطح معناداری برای متغیرهای وابسته برابر 0.001 به دست آمده است. لذا فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به گونه‌ای دقیق‌تر شرط همگنی ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل نشد و لذا تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در نتیجه از آزمون‌های جایگزین بنابراین از آزمون محافظه‌کارانه گرین هاوز-گیرز برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج در جدول ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی‌داری	ضریب تأثیر	توان آماری
رابطه با دیگران	عامل	۷۸/۰۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳	۰/۹۹۹
	عامل*گروه	۷۳/۸۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰	۰/۹۹۹
	گروه	۶۳/۷۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲۶	۰/۹۹۹
اولویت و اهداف جدید	عامل	۹۸/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱	۰/۹۹۹
	عامل*گروه	۹۴/۱۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱۲	۰/۹۹۹
	گروه	۷۶/۹۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۰/۹۹۹
قدرت درونی	عامل	۲۴/۱۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸	۰/۹۹۸
	عامل*گروه	۲۰/۰۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶	۰/۹۹۳
	گروه	۱۸/۴۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۷	۰/۹۸۷
تغییرات معنوی	عامل	۱۲۰/۸۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱	۰/۹۹۹
	عامل*گروه	۷۸/۴۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۴	۰/۹۹۹
	گروه	۸۴/۲۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹	۰/۹۹۹
ادراک ارزش زندگی	عامل	۶۴/۸۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۱	۰/۹۹۹
	عامل*گروه	۴۶/۷۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱	۰/۹۹۹
	گروه	۲۹/۲۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵	۰/۹۹۹

۰/۹۹۹	۰/۶۶۳	۰/۰۰۱	۷۴/۹۰۸	عامل	قابل درک و کنترل
۰/۹۹۹	۰/۶۳۵	۰/۰۰۱	۶۶/۰۲۳	عامل*گروه	
۰/۹۹۹	۰/۶۰۴	۰/۰۰۱	۵۸/۰۴۷	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۴۰۹	۰/۰۰۱	۲۶/۲۸۳	عامل	نشخوار فکری
۰/۹۹۹	۰/۳۹۱	۰/۰۰۱	۲۴/۴۱۳	عامل*گروه	
۰/۹۹۹	۰/۲۶۷	۰/۰۰۱	۱۳/۸۱۲	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۴۱	۰/۰۰۱	۱۰۸/۶۴۱	عامل	توافق عمومی
۰/۹۹۹	۰/۷۰۹	۰/۰۰۱	۹۲/۷۷۳	عامل*گروه	
۰/۹۹۹	۰/۶۶۰	۰/۰۰۱	۷۳/۸۸۱	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۵۲۲	۰/۰۰۱	۴۱/۵۴۰	عامل	عقلانی بودن
۰/۹۹۹	۰/۵۰۴	۰/۰۰۱	۳۸/۶۸۲	عامل*گروه	
۰/۹۲۷	۰/۲۵۳	۰/۰۰۱	۱۲/۸۳۷	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۴۳۹	۰/۰۰۱	۲۹/۷۵۸	عامل	پذیرش
۰/۹۹۹	۰/۳۹۴	۰/۰۰۱	۲۴/۶۷۴	عامل*گروه	
۰/۹۸۶	۰/۳۲۴	۰/۰۰۱	۱۸/۱۹۵	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۵۲۰	۰/۰۰۱	۴۱/۱۶۷	عامل	ساده انگار هیجانات
۰/۹۹۹	۰/۴۷۲	۰/۰۰۱	۳۳/۹۲۹	عامل*گروه	
۰/۸۵۶	۰/۲۰۲	۰/۰۰۴	۹/۶۲۹	گروه	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، تحلیل واریانس رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی برای عامل بین گروهی ($P < 0.001$) معنادار است. این بدین معناست که در رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی بین دو گروه آزمایش و کنترل در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد که حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. برای بررسی تفاوت‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در هریک از متغیرها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۴- مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی به تفکیک مراحل سنجش

معنی‌داری	تفاوت میانگین	تفاوت مراحل	میانگین تعدیل شده		متغیرهای وابسته
۰/۰۰۱	-۱/۹۰۰*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۵/۱۲	پیش‌آزمون	رابطه با دیگران
۰/۰۰۱	-۱/۸۲۵*	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۷/۰۲	پس‌آزمون	
۰/۲۵۸	۰/۰۷۵	پس‌آزمون-پیگیری	۱۶/۹۵	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۲/۳۵۰*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۵/۲۲	پیش‌آزمون	اولویت و اهداف جدید
۰/۰۰۱	-۲/۳۰۰*	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۷/۵۷	پس‌آزمون	
۰/۴۶۳	۰/۰۵۰	پس‌آزمون-پیگیری	۱۷/۵۲	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۱۷۵*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۱/۹۷	پیش‌آزمون	قدرت درونی
۰/۰۰۱	-۱/۱۰۰*	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۳/۱۵	پس‌آزمون	
۰/۲۲۵	۰/۰۷۵	پس‌آزمون-پیگیری	۱۳/۰۷	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۹۲۵*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴/۸۵	پیش‌آزمون	تغییرات معنوی
۰/۰۰۱	-۱/۹۲۵*	پیش‌آزمون-پیگیری	۶/۷۷	پس‌آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۰۰۱	پس‌آزمون-پیگیری	۶/۷۷	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۱۵۰*	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۰/۷۵	پیش‌آزمون	ادراک ارزش زندگی

۰/۰۰۱	-۱/۱۵۰*	پیش آزمون-پیگیری	۱۱/۹۰	پس آزمون	قابل درک و کنترل
۰/۹۹۹	۰/۰۰۱	پس آزمون-پیگیری	۱۱/۹۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	۲/۵۲۵*	پیش آزمون-پس آزمون	۳۱/۶۰۰	پیش آزمون	نشخوار فکری
۰/۰۰۱	۲/۴۲۵*	پیش آزمون-پیگیری	۲۹/۰۷	پس آزمون	
۰/۱۴۰	-۰/۱۰۰	پس آزمون-پیگیری	۲۹/۱۷	پیگیری	توافق عمومی
۰/۰۰۱	۰/۹۲۵*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۰/۹۰	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۸۰۰*	پیش آزمون-پیگیری	۹/۹۷	پس آزمون	عقلانی بودن
۰/۱۶۱	-۰/۱۲۵	پس آزمون-پیگیری	۱۰/۱۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	۲/۰۰۰*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۵/۰۰	پیش آزمون	پذیرش
۰/۰۰۱	۱/۹۵۰*	پیش آزمون-پیگیری	۱۳/۲۰	پس آزمون	
۰/۹۹۹	-۰/۰۵۰	پس آزمون-پیگیری	۱۳/۲۵	پیگیری	ساده انگار هیجانات
۰/۰۰۱	۰/۹۵۰*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۰/۵۰	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۸۲۵*	پیش آزمون-پیگیری	۹/۸۵	پس آزمون	پذیرش
۰/۱۸۲	-۰/۱۲۵	پس آزمون-پیگیری	۹/۷۵	پیگیری	
۰/۰۰۱	۰/۸۷۵*	پیش آزمون-پس آزمون	۸/۹۲	پیش آزمون	ساده انگار هیجانات
۰/۰۰۱	۰/۸۲۵*	پیش آزمون-پیگیری	۸/۰۵	پس آزمون	
۰/۴۹۶	-۰/۰۵۰	پس آزمون-پیگیری	۸/۱۰	پیگیری	ساده انگار هیجانات
۰/۰۰۱	۰/۸۵۰*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۱/۰۲	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۸۰۰*	پیش آزمون-پیگیری	۱۰/۱۷	پس آزمون	ساده انگار هیجانات
۰/۴۹۶	-۰/۰۵۰	پس آزمون-پیگیری	۱۰/۲۲	پیگیری	

* در سطح ۰/۰۵ معنی دار است.

به منظور مشخص نمودن اینکه ابعاد رشد پس از آسیب در کدام مرحله با هم تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که به مقایسه دوه‌دو میانگین‌ها پرداخته شده است. جدول ۴- نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی داری داشته است. همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون» و «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری» بیشتر و معنادارتر از «تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری» است که این نشان‌دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و این تأثیر معنادار در مرحله پیگیری تداوم داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بود. نتایج نشان داد درمان مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی اعمال کرد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات هیز (۲۰۰۴)، هیز و همکاران (۲۰۱۶)، هیز و همکاران (۲۰۰۲)، هیز و همکاران (۲۰۰۶) و هیز و همکاران (۲۰۱۲) همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب می‌توان گفت که زنان به خاطر تجربه خیانت زناشویی از سوی شوهر از سانحه‌شان و اجتناب تجربی متعاقب آن، در تلاش برای مدیریت و کنترل واکنش‌های درونی ناخواسته به افکار مرتبط با این شرایط،

به‌طور فزاینده‌ای انعطاف‌ناپذیر می‌شوند و اغلب یکسره به اجتناب از این شرایط متوسل می‌شوند. یکی از اهداف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در عمل به شیوه‌هایی مطابق با ارزش‌های شخصی آن‌هاست. این مؤلفه از درمان به آنان کمک می‌کند تا ارزش‌های شخصی و رابطه‌ای خود را روشن کنند. وقتی که ارزش‌ها روشن و موردبحث قرار گرفتند مفهوم عمل متعهد معرفی می‌شود. عمل متعهد شامل برداشتن گام در جهت درک اهداف زندگی ارزش‌مدار است. زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در این پژوهش به اهداف رفتاری بر پایه‌ی ارزش‌های شناخته‌شده‌ی خود با استفاده از کاربرگ‌های عمل متعهد هفتگی که با ارزش‌ها و شناسایی موانع ممکن در عمل مرتبط است متعهد شدند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی خواسته شد در جهت سازگار با ارزش‌های خود عمل کنند. حتی اگر این کار را در حضور افکار و احساسات ناخوشایند انجام دهند. با عمل کردن بر طبق این اصول زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی طبق اهداف تعیین شده در جهت رشد حرکت می‌کنند و شیوه‌های انعطاف‌پذیری بیشتر در واکنش به چالش‌های پیش روی خود را یاد بگیرند. مجموعه این اقدامات در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افزایش رشد پس از آسیب در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی می‌شود و متعهد شدن به عمل در جهت ارزش‌ها کمک می‌کند.

در تبیین ماندگاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی می‌توان گفت که مکانیسم تغییر در رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است و در فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هسته سلامت روان شناخته می‌شود و با فرآیندهای شش‌گانه سعی در افزایش انعطاف‌پذیری در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی دارد. در هر یک از جلسات درمانی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر روی یکی از این فرآیندها تمرکز شد؛ یعنی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در پایان درمان آموختند که چگونه وجود خود را به‌عنوان یک کل واحد درک کنند و بیماری را جزئی در برابر این کل بدانند، یاد گرفتند که چگونه در لحظه حال زندگی کنند و به‌جای آمیختگی با قواعد زبانی، گسلس شناختی از این قواعد را انتخاب کنند. تأکید اصلی در جلسات درمان بر شفاف‌سازی ارزش‌های بیماران و حرکت به‌سوی این ارزش‌ها بود و در این بین اصل اساسی پذیرش درد و سختی‌های این مسیر است و به‌جای سعی بر کنترل یا اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند ولی ضروری در جهت رسیدن به ارزش‌ها؛ یعنی فرآیند پذیرش به زن آسیب‌دیده از خیانت زناشویی کمک کرد تا مسئولیت و حتی درد و رنج تغییرات رفتاری را در زندگی بپذیرد و قابلیت لازم برای تغییر رفتار ناکارآمد و یا ادامه رفتار سازنده اما سخت را داشته باشد. مجموعه این‌ها انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد را افزایش داد و در پذیرش مشکل پیش‌آمده به او کمک کرد و باعث بالا رفتن رشد پس از آسیب در آنان شده است و این توانایی در طول زمان ماندگار مانده است. لذا منطقی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب در طول زمان ماندگار باشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره‌های هیجانی می‌توان گفت که استفاده از فنون گسلس و پذیرش در فرآیند مداخله درمانی پذیرش و تعهد سبب می‌شود که فرد با آگاهی از هیجان‌های منفی خود، کمتر از وجود آن‌ها احساس رنج نمایند. بر این اساس با استفاده از فنون پذیرش و گسلس، هیجان‌های ناخوشایند سیری نزولی در پیش‌گرفته و باعث می‌شود که افراد توانمندی بیشتری را به دست آورده و از این طریق پریشانی روان‌شناختی کمتری را تجربه کنند (استرآبادی و همکاران، ۱۳۹۹).

افزون بر این مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود که زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی هنگام مواجهه با مشکلات بایمان افکار و احساسات خود به شیوه مستقیم برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ خویشتن، دلوایسی، تحریک‌پذیری، هراس، احساس خطر، بی‌تابی و بی‌قراری ناشی از مقابله با مشکلات را کاهش دهند که این عوامل نخست باعث حفظ سلامتی و انرژی و همچنین بهبود عملکرد در مقابله با مشکلات مخاطره‌آمیز و قدرت مقابله‌ای آنان، باعث کاهش طرح‌واره‌های هیجانی در آنان می‌شود. همچنین در تبیین ماندگاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرح‌واره‌های هیجانی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی می‌توان گفت که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. افراد دارای انعطاف‌پذیری شناختی به‌جای اینکه از تجارب خود دوری کند یا آن را کنترل کرده یا تغییر دهند، مایل‌اند با تجارب منفی خود روبه‌رو شوند و این پذیرش به‌وسیله‌ی انجام دادن اعمال تسهیل می‌شود که این خود بر اساس ارزش‌های معتبر فردی است؛ بنابراین افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی، موجب بهبود خلق آن‌ها می‌شود. اگر زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی قادر باشد موقعیت‌های سخت را قابل‌کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد توانایی چندین توجیه جایگزین را دارا باشد از ابتلا به اختلالات روانی‌رهایی پیدا خواهد کرد؛ بنابراین زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی که توانایی کمتری برای تغییر آمایه‌های شناختی به‌منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی دارند، علائم استرس پس از سانحه بیشتری به خاطر خیانت زناشویی را گزارش کنند.

از آنجایی که این پژوهش بر روی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شهر اصفهان صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی سایر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی اشاره باید احتیاط لازم توسط پژوهشگران و استفاده‌کنندگان از نتایج این پژوهش صورت گیرد. محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزار اندازه‌گیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. همزمانی انجام پژوهش با همه‌گیری ویروس کرونا (کووید-۱۹) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده است و دشواری در جمع‌آوری اطلاعات ایجاد کرده است. اطلاعات و داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش از طریق خودگزارش‌دهی شرکت‌کنندگان و به‌وسیله پرسشنامه جمع‌آوری شد که این شیوه تحت تأثیر عوامل تأثیرگذار مثل گرایش پاسخ‌دهندگان به ارائه پاسخ جامعه‌پسند می‌باشد. پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی سایر شهرها و نیز مردان آسیب‌دیده نیز اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام‌شده با هم قابل‌مقایسه باشد. اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سایر مشکلات زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مانند پرخاشگری، تاب‌آوری، تحمل پریشانی، اضطراب و افسردگی صورت گیرد. علاوه بر استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی که امکان سوگیری در آن‌ها محتمل است پیشنهاد می‌شود که از روش‌های پژوهشی دیگر مانند مصاحبه و مشاهده برای سنجش این متغیر استفاده شود تا سوگیری‌ها به حداقل کاهش یابد. این پژوهش تنها بر روی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی انجام‌شده است و قابلیت تعمیم آن به مردان آسیب‌دیده با محدودیت مواجه می‌باشد. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رشد پس از آسیب و طرح‌واره‌های هیجانی زنان آسیب‌دیده از خیانت

زناشویی، به مشاوران و روانشناسان بالینی پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی برای افزایش رشد پس از آسیب و کاهش طرح‌واره‌های هیجانی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی استفاده کنند.

منابع

- استرآبادی، مریم؛ امیرفخرایی، آریتا؛ کرامتی، کرامت؛ و سماوی، عبدالوهاب. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ناباوری و افسردگی زوجین نابارور. *مجله پژوهش نامه زنان*، ۱۱(۳۱)، ۱-۱۸.
- امیدبگی، مریم؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ حاتمی، محمد؛ و اعظمی، امیرعباس. (۱۳۹۹). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، رشد پس از آسیب و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۲(۳)، ۴۷-۵۸.
- آقابزرگی، سمیه؛ حمیدی، معصومه؛ کشاورز محمدی، ربابه؛ و شریعت، سهیلا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رویکرد والش و رویکرد اولسون بر الگوهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی زنان آسیب‌دیده خیانت زناشویی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، ۱۸(۸۳)، ۲۲۳۲-۲۲۳۳.
- خانزاده، مصطفی؛ ادیسی، فروغ؛ محمدخانی، شهرام؛ و سعیدیان، محسن. (۱۳۹۲). بررسی ساختار عاملی و مشخصات روانسنجی مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی بر روی دانشجویان. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۳(۱۱)، ۹۱-۱۱۹.
- ساریزاده، محمد صادق؛ حیدرزاده، محمد؛ و قهرمان زاده، ملیکا. (۱۳۹۸). بررسی رشد پس از سانحه بر اساس نشانگان افت روحیه و مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی رادیوتراپی و آنکولوژی رضا (ع) مشهد در سال ۱۳۹۷: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۸(۶)، ۵۷۲-۵۵۷.
- شاهورانی، سیدمحمد؛ و خرمایی، فرهاد. (۱۳۹۷). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی. *نشریه رویش روانشناسی*، ۷(۸)، ۲۷۴-۲۶۱.
- عسگری، زهرا؛ و نقوی، اعظم. (۱۳۹۸). تبیین فرایند رشد پس از سانحه: ترکیب مضمون مطالعات کیفی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۲)، ۲۳۴-۲۲۲.
- موسوی، سیده زهرا؛ گودرزی، محمد علی؛ و تقوی، سید محمد رضا. (۱۳۹۸). پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس شکرگزاری و حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان مبتلا به سرطان خون. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱(۳۰)، ۵۳-۳۹.
- موسوی، فروغ السادات؛ اسکندری، حسین؛ و باقری، فریبرز. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی گلاسر و درمان هیجان مدار بر کیفیت زناشویی و رضایت زناشویی در زنان خیانت دیده شهر تهران. *فصلنامه علمی و ترویجی جامعه‌شناسی آموزش و پرورش*، ۶(۶)، ۱۴۱-۱۵۷.
- نادری، یزدان؛ مرادی، علیرضا؛ رمضان زاده، فاطمه؛ و واقفی نژاد، مائده. (۱۳۹۵). طرح‌واره‌های هیجانی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه به‌عنوان یک عامل خطر در اختلال استرس پس از سانحه. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶(۲۲)، ۱-۲۲.
- نادری، یزدان؛ مرادی، علیرضا؛ رمضان زاده، فاطمه؛ و واقفی نژاد، مائده. (۱۳۹۵). طرح‌واره‌های هیجانی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه: به‌عنوان یک عامل خطر در اختلال استرس پس از سانحه. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶(۲۲)، ۲۲-۱.

▪ نجفی قره حسینی، عطرتین؛ یزدانبخش، کامران؛ و مؤمنی، خدامراد. (۱۳۹۹). پیش‌بینی رشد پس از سانحه نیابتی بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی و ارزیابی مجدد شناختی در پرستاران ارائه دهنده خدمات به آسیب دیدگان زلزله کرمانشاه. *مجله سلامت و مراقبت*، ۲۲(۱)، ۱۷-۲۴.

- Edwards, E. R., & Wupperman, P. (2019). Research on emotional schemas: A review of findings and challenges. *Clinical Psychologist*, 23(1), 3-14.
- Fluja-Contreras, J. M., & Gómez, I. (2018). Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8(1), 29-35.
- Geng, Q., Zhang, P., Cui, D., Guo, Y., Wang, B., & Zhang, A. (2020). Mediating Role of Attention Bias in Posttraumatic Growth and Resilience of Breast Cancer Patients. *Nursing Science*, 9(3), 209-215.
- Gorman, I., Belser, A. B., Jerome, L., Hennigan, C., Shechet, B., Hamilton, S., & Feduccia, A. A. (2020). Posttraumatic Growth After MDMA-Assisted Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of traumatic stress*, 33(2), 161-170.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35 (4), 639-665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2002). Relational frame theory: A précis. In *Relational frame theory* (pp. 141-154). Springer US.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44 (1), 1-25.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40 (7), 976-1002.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K.G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Second Edition. New York: Guilford Press
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K.G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Second Edition. New York: Guilford Press
- Hill, M. L., Schaefer, L. W., Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16(1), 144-152.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190.
- Leahy, R. L. (2016). Emotional Schema Therapy: A Meta-Experiential Model. *Australian Psychological Society*, 51(2), 82-88.
- Leahy, R. L. (2019). Introduction: emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 1-4.
- Leahy, R. L. (2020). Cognitive-Behavioral Therapy for Envy. *Cognitive Therapy and Research*, 1-10.
- Leahy, R. L., Tirch, D. D., & Melwani, P. S. (2012). Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 362-379.
- McClure, J. B., Bricker, J., Mull, K., & Heffner, J. L. (2020). Comparative Effectiveness of Group-Delivered Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy for

Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 22(3), 354-362.

- Pollari, C. D., Brite, J., Brackbill, R. M., Gargano, L. M., Adams, S. W., Russo-Netzer, P., & Cone, J. E. (2021). World Trade Center exposure and posttraumatic growth: assessing positive psychological change 15 years after 9/11. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 104-115.
- Ray, S. L., & Vanstone, M. (2009). The impact of PTSD on veterans' family relationships: An interpretative phenomenological inquiry. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 838-847.
- Shrout, M. R., & Weigel, D. J. (2020). Coping with infidelity: The moderating role of self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 154, 109631.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471.
- Thompson, A. E., Capesius, D., Kulibert, D., & Doyle, R. A. (2020). Understanding Infidelity Forgiveness: An Application of Implicit Theories of Relationships. *Journal of Relationships Research*, 11.
- Werner, H., Young, C., Hakeberg, M., & Wide, U. (2020). A behavioural intervention for young adults with dental caries, using acceptance and commitment therapy (ACT): treatment manual and case illustration. *BMC Oral Health*, 20(1), 1-8.