

Research Paper

Comparing the Effects of Mindfulness-based Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Anger in Iranian Women Affected by Marital Infidelity

Simin Mohammadi¹, *Masoumeh Azemoudeh¹, Behzad Shalchi², Javad Mesrabadi³

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2. Department of Psychiatry, Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahid Madani University of Azerbaijan, Tabriz, Iran.



Citation Mohammadi S, Azemoudeh M, Shalchi B, Mesrabadi J. [Comparing the Effects of Mindfulness-based Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Anger in Iranian Women Affected by Marital Infidelity (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J*. 2024; 18:E2945.1. <https://doi.org/10.32598/qums.18.2945.1>

 <https://doi.org/10.32598/qums.18.2945.1>

Received: 04 Jan 2024

Accepted: 28 Jan 2024

Available Online: 26 Nov 2024

ABSTRACT

Background and Objectives Because of the increasing rate of marital infidelity and divorce, this study aims to compare the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and acceptance and commitment therapy (ACT) in reducing depression and anger of women affected by marital infidelity.

Methods This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test design. The study population consisted of women affected by marital infidelity in Tabriz in 2022. Of these, 45 women were selected by sequential non-probability sampling method, and were randomly divided into three groups of 15 including MBCT, ACT, and control. The intervention groups received treatments at 8 sessions of 1.5 hours, while the control group did not receive any treatment. The measurement tools included Beck's depression inventory and the Novaco anger scale. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance and Bonferroni's post hoc test.

Results Both MBCT and ACT groups showed reduced depression and anger in the post-test phase compared to the control group ($P < 0.001$). There was but no significant difference between the intervention groups.

Conclusion Both MBCT and ACT are effective in reducing depression and anger of Iranian women who experienced marital infidelity. There is no significant difference between their effectiveness. Therefore, they can be useful therapeutic methods for improving the psychological status of these women.

Keywords:Mindfulness,
Acceptance and
commitment therapy,
Depression, Anger,
Marital infidelity*** Corresponding Author:**

Masoumeh Azemoudeh, PhD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Tel: +98 (912) 0530805

E-Mail: mas_azemoudeh@iaut.ac.ir; mas_azemod@yahoo.com

Copyright © 2024 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Loyalty of couples to each other is the foundation of a family and is a key factor for maintaining romantic relationships over time. Marital infidelity can undermine loyalty and lead to separation. The betrayed spouse may experience depression, anger, despair, low self-confidence, and low self-worth. To treat couples with marital infidelity, various theoretical models have been proposed, such as mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and acceptance and commitment therapy (ACT). The MBCT can help couples cope with and manage negative stimuli more adaptively. The ACT can reduce the influence of human language on emotions and behaviors. This study aims to compare the effects of MBCT and ACT on depression and anger of Iranian women experienced marital infidelity.

Methods

This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test design. The study population consisted of women suffered from marital infidelity and visited a health center in Tabriz city (District 4), Iran, in 2022. Sampling was done by the sequential sampling method. Forty-five women were divided into two intervention groups and one control group. The instruments were a demographic form (surveying age, duration of marriage, and educational level), Beck's depression inventory (BDI) and the novaco anger scale (NAS). The BDI has 21 four-point items that measure emotional, cognitive, and somatic symptoms of depression. It is a self-report questionnaire for people aged ≥ 13 . The items are scored from 0 to 3, and the total score

indicated the severity of depression. The NAS has 25 four-choice items scored from 0 to 4 that assess the level of anger. It has five domains and the total score ranges from 0 to 100, with a higher score indicating more anger.

The data analysis was done in SPSS software, version 24. To test the research hypothesis, multivariate analysis of covariance (ANCOVA) and Benferroni post hoc test were applied. To compare the age and length of marriage, analysis of variance was used. To compare education level, chi-square test was used. The significance level was set at 0.05.

Results

Table 1 presents the mean scores of study variables in three groups before and after intervention. There were no significant difference between the three groups in terms of age, duration of marriage, or educational level. After removing the effect of pre-test score, the multivariate ANCOVA results showed a significant difference in the mean post-test scores of BDI and NAS ($P < 0.001$). The results of pairwise comparison showed a significant difference between the intervention groups and control group in both variables ($P < 0.001$), but no significant difference between the intervention groups ($P > 0.05$). This indicated that MBCT and ACT had similar impact on reducing depression and anger in women.

Conclusion

Both MBCT and ACT are effective in reducing depression and anger of Iranian women who experienced marital infidelity. There is no significant difference between their effectiveness. Therefore, these therapies can be used as effective clinical interventions along with other related

Table 1. Mean scores of depression and anger in three groups before and after intervention

Variables	Group	Mean $\pm$ SD		Adjusted Mean
		Pre-test	Post-test	
Depression	MBCT	22.3 $\pm$ 5.5	16.3 $\pm$ 9.6	17.2
	ACT	21.2 $\pm$ 5.4	16.3 $\pm$ 2.5	16.5
	Control	22.3 $\pm$ 4.0	22.2 $\pm$ 9.9	22.4
Anger	MBCT	56.5 $\pm$ 3.6	51.5 $\pm$ 4.6	51
	ACT	56.4 $\pm$ 8.2	51.4 $\pm$ 5.0	51.1
	Control	55.4 $\pm$ 8.2	56.4 $\pm$ 1.4	56.3

MBCT: Mindfulness-based cognitive therapy; ACT: Acceptance and commitment therapy.

treatments for women experienced marital infidelity. This study was done on women aged 30-55 years in one city of Iran (Tabriz). Therefore, the results cannot be generalized to all women experienced marital infidelity in Iran. Further studies should be conducted on different age groups and cities using other data collection methods such as observation and interview.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles were observed in this study. Participants were free to leave the study at any time. Their information was kept confidential. This study was approved by the ethics committee of [Islamic Azad University, Tabriz Branch](#) (Code: IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.173).

Funding

This study did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors contributions

Design, data analysis: Simin Mohammadi and Masoumeh Azemoudeh; Data collection, original draft preparation: Simin Mohammadi; Supervision: Masoumeh Azemoudeh and Behzad Shalchi; Review & editing: Masoumeh Azemoudeh, Behzad Shalchi and Javad Mesrabadi.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest

Acknowledgements

The authors would like to thank all participants for their cooperation in this research.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و خشم زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی

سیمین محمدی^۱، *معصومه آزموده^۱، بهزاد شالچی^۲، جواد مصرآبادی^۳

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
۲. گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.



Citation Mohammadi S, Azemoudeh M, Shalchi B, Mesrabadi J. [Comparing the Effects of Mindfulness-based Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Anger in Iranian Women Affected by Marital Infidelity (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J.* 2024; 18:E2945.1. <https://doi.org/10.32598/qums.18.2945.1>

 <https://doi.org/10.32598/qums.18.2945.1>

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مؤلفه‌های اصلی شکل‌گیری پیمان ازدواج، اعتماد است که همواره به واسطه مشکلاتی از قبیل خیانت، شکننده و در معرض خطر بوده است. با توجه به افزایش روزافزون آمار خیانت و طلاق، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و خشم زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش، از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری را زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی متوالی انتخاب شده و در سه گروه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه‌های آزمایشی، درمان مختص خود را در ۸ جلسه دریافت کردند، اما گروه کنترل تا پایان پژوهش درمانی دریافت نکرد. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و خشم نوکو بود. داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل، افسردگی و خشم زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی را در پس‌آزمون کاهش داده‌اند ($P < 0/001$). همچنین، نتایج بیانگر آن بود که تأثیر این درمان‌ها بر افسردگی و خشم زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی در مرحله پس‌آزمون از نظر آماری متفاوت نیست.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن بود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند سبب کاهش افسردگی و خشم زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی شوند. از این رو می‌توانند در کنار سایر درمان‌ها، راهبردهای درمانی مفیدی برای ارتقای وضعیت روانی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی باشند.

تاریخ دریافت: ۱۴ دی ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۰۸ بهمن ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۰۶ آذر ۱۴۰۳

کلیدواژه‌ها:

ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، خشم، خیانت زناشویی

* نویسنده مسئول:

دکتر معصومه آزموده

نشانی: تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۰۵۳۰۸۰۵ (۹۱۲) +۹۸

رایانامه: mas_azemoudeh@iaut.ac.ir; mas_azemod@yahoo.com



Copyright © 2024 Qom University of Medical Sciences.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

مقدمه

نسبت به خود شفقت بیشتری نشان می‌دهند [۷]. تحقیقات حاکی از این هستند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش افسردگی و اضطراب [۸] و کاهش خشم و پرخاشگری [۹] اثربخش است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ بر این دیدگاه استوار است که زبان هسته اصلی بسیاری از اختلالات روانی و به‌طور خاص رنج انسان است. این درمان یک رویکرد مداخله‌ای است که برای عقب راندن اولویت و اهمیت زبان طراحی شده است [۱۰]. پروتکل درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر افزایش پذیرش درمورد تجارب ذهنی افراد است. هدف این درمان ایجاد تغییر مستقیم در فرد نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند با روش‌های متفاوت با تجاربش ارتباط برقرار کند و به زندگی معنی‌دار و مبتنی بر ارزش ادامه دهد [۱۱]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر این رویکرد بر درمان افسردگی [۱۲] و افزایش رضایت زناشویی زنان متقاضی طلاق [۱۳] است.

همچنین این دو رویکرد، روش‌های درمانی خاص خود را دنبال می‌کنند. تمرکز رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش فاصله بین افکار و واقعیت‌های موجود و ایجاد حالت تمرکززدایی ذهنی است و تمرکز رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ایجاد انعطاف‌پذیری و ارزش‌های معنی‌دار در زندگی افراد است [۱۴]. درنهایت، باتوجه به ماهیت خیانت زناشویی و تأثیرهای مخرب آن بر روابط زوج‌ها و همچنین به این دلیل که غالباً همسران این افراد در جلسات مشاوره حضور پیدا نمی‌کنند، ضروری است علاوه بر درمان‌هایی که به‌صورت زوجی برای آسیب خیانت طرح‌ریزی شده‌اند، از درمان‌های فردی نیز کمک گرفته شود تا زنان آسیب‌دیده بتوانند از حمایت و درمان مؤثر برخوردار شوند. باتوجه به مطالب بیان‌شده، هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و خشم زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مراجعه‌کننده به مرکز سلامت شهرداری منطقه ۴ شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه‌گیری به‌صورت غیراحتمالی متوالی انجام شد.

پس از کسب رضایت از مسئولین خانه‌های سلامت و زنان خیانت‌دیده، پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و خشم نوکو در بین ۸۲ نفر این زنان به‌صورت خودگزارشی اجرا شد. به‌دلیل اینکه پراکندگی نمره‌های افسردگی و خشم در بین زنان آسیب‌دیده از

شالوده خانواده و از اصلی‌ترین عناصر هر رابطه طولانی‌مدت و عاشقانه، وفاداری زوج‌ها نسبت به یکدیگر است. ازجمله عوامل آسیب‌زایی که وفاداری زوج‌ها به پیمان ازدواج را تهدید می‌کند و گاه به جدایی آن‌ها می‌انجامد، خیانت زناشویی است [۱]. براساس آمار رسمی، ایران چهارمین کشور جهان از نظر میزان آمار طلاق است که یکی از دلایل عمده این معضل، افزایش خیانت زناشویی است. همچنین آمار بیانگر آن است که ۳۰ درصد قتل‌های خانوادگی به خیانت مربوط می‌شود، که قربانیان به‌دلیل روابط نامشروع و سوءظن توسط همسران خود به قتل رسیده‌اند. خیانت زناشویی احساساتی نظیر افسردگی، خشم، ناامیدی، کاهش اعتمادبه‌نفس و احساس بی‌ارزشی را در همسر خیانت‌دیده سبب می‌شود [۲].

افسردگی یک اختلال خلقی است که باعث احساس غم و اندوه مداوم و از دست دادن علاقه می‌شود. عدم توجه به مسئله افسردگی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری مانند خودکشی، کاهش کیفیت ارتباطات اجتماعی و بیماری‌های جسمانی را به‌همراه داشته باشد. تخمین زده می‌شود که ۴۲ درصد از خودکشی‌ها نتیجه مشکلات رابطه‌ای مانند خیانت است [۳].

همچنین خشم به‌طور گسترده‌ای در میان زنان خیانت‌دیده مشاهده می‌شود. خشم از طریق روابط بین‌فردی ایجاد می‌شود و زمانی تجربه می‌شود که برنامه‌ها، خواسته‌ها و نیازهای فرد ناکام می‌ماند و فرد موقعیت را ناعادلانه درک می‌کند [۴]. در محیط‌هایی که همسران نسبت به یکدیگر احساس خشم دارند و نمی‌توانند مشکلات را به‌طور سازنده حل کنند، اعضای خانواده راه‌حل‌های ناکارآمدی ازجمله سعی در گرفتن انتقام دارند و ازدواج اگر ادامه یابد، پیوندهای عاطفی بین آن‌ها به‌شدت دچار آسیب می‌شود [۵].

در درمان زوجین درگیر با مشکل خیانت زناشویی، مدل‌های نظری مختلفی ارائه شده است که از آن جمله می‌توان به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱ برای طیف وسیعی از موقعیت‌ها و اختلالات توسعه یافته است. هدف این درمان، یادگیری مدیریت تغییر بین توجه غیرمتمرکز و توجه متمرکز در فعالیت‌های روزانه است [۶]. این رویکرد بر رشد سه کیفیت: خودداری از قضاوت، آگاهی هدفمند و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد تأکید دارد. ذهن‌آگاهی امکان کنار آمدن سازش‌یافته‌تر و مدیریت محرک‌های نامطلوب را فراهم می‌آورد. افرادی که از ذهن‌آگاهی بالاتری برخوردار هستند، خودتنظیمی هیجانی و رفتاری بهتری را گزارش می‌کنند و

2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

1. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

قرار می‌گیرد که نمره بالاتر نشان‌دهنده خشم بیشتر است. در پژوهشی در ایران، روایی همگرایی ابزار با پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری^۶ برابر با ۰/۷۸ و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شد [۱۷]. در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

همچنین اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، مدت‌زمان گذشته از ازدواج و سطح تحصیلات، از نمونه‌ها جمع‌آوری شد.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش اول (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و دوم (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه هفته‌ای یک جلسه) به‌صورت گروهی، به‌ترتیب از برنامه درمانی سگال و همکاران [۱۸] (جدول شماره ۱) و برنامه درمانی هیز و لیلیز [۱۹] (جدول شماره ۲) برخوردار شدند. اما اعضای گروه کنترل تا پایان پژوهش هیچ درمانی دریافت نکردند. جلسات درمانی در یکی از مراکز سلامت شهر تبریز توسط یک متخصص روانشناسی و یک دانشجوی دکتری روانشناسی برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات، اعضای هر سه گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند (پس‌آزمون).

برای تجزیه و تحلیل آماری، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی و برای مقایسه سن و مدت‌زمان گذشت از ازدواج آزمودنی‌ها از آنالیز واریانس و برای مقایسه سطح تحصیلی آن‌ها از آزمون خی‌دو استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۳، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها آورده شده است، که بین سه گروه از نظر سن، مدت‌زمان ازدواج و سطح تحصیلی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

باتوجه به داده‌های جدول شماره ۴، در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقدار Z محاسبه شده معنی‌دار نیست ($P > 0.05$). در پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون، نتایج به‌دست آمده نشان داد تعامل بین نمرات پیش‌آزمون و گروه معنی‌دار نیست ($F = 3.798, P > 0.051$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد باتوجه به معنی‌دار نبودن مقدار F متغیرهای افسردگی و خشم در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵ می‌توان گفت واریانس خطای

خیانت زناشویی زیاد و متنوع بود، تصمیم گرفته شد صرفاً زنانی وارد مطالعه شوند که نمره افسردگی و خشم آن‌ها در یک بازه مشخص یعنی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین باشد تا از منظر نمره افسردگی و خشم هم‌تاسازی شوند که ۶۴ نفر شدند و ۴۵ نفر با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش (شامل سنین بین ۳۰ تا ۵۵ سال، گذشت حداقل ۵ سال از ازدواج، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی و عدم برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی) انتخاب و با استفاده از گمارش تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی از طریق پرتاب تاس) به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های خروج از مطالعه، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی و غیبت بیش از یک‌بار در جلسات درمانی بودند.

ملاک‌های تعیین حجم نمونه شامل توان آزمون برابر ۰/۵، احتمال خطای نوع اول برابر ۰/۰۵ و میزان خطای نسبی کوهن^۳ (d) برابر ۰/۸ بود.

پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم^۴

بک و همکاران، اولین بار در سال ۱۹۶۱ پرسش‌نامه افسردگی بک را تدوین کردند و در سال ۱۹۹۶، تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند. این پرسش‌نامه دارای سه گروه اصلی نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی با ۲۱ ماده چهارگزینه‌ای و به‌صورت خودگزارشی است که در جمعیت ۱۳ سال به بالا قابل استفاده است. شدت نشانه‌ها بر روی یک مقیاس از صفر تا ۳ درجه‌بندی می‌شود. نمره افسردگی فرد با جمع نمرات ماده‌ها به دست می‌آید [۱۵]. حداقل و حداکثر نمره یک فرد در این آزمون، صفر تا ۶۳ است که هرچه نمره فرد بیشتر شود نشانگر افسردگی بیشتر است. مطالعات انجام‌شده بر روی پرسش‌نامه افسردگی بک، اعتبار، پایایی و ساخت عاملی مطلوبی را برای آن گزارش کرده‌اند. در یک نمونه ایرانی، پایایی ۹۳ درصد برای این پرسش‌نامه گزارش شده است [۱۶]. در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه خشم نواکو^۵

پرسش‌نامه خشم نواکو توسعه‌یافته، نمونه‌ای از پرسش‌نامه خشم مورد استفاده در مرکز روانشناسی وسترن است که نواکو آن را در سال ۱۹۹۴ گسترش داد و تبدیل به پرسش‌نامه کنونی شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۵ آیت چهارگزینه‌ای است و به ۵ بخش فرعی تقسیم می‌شود که میزان آستانه تحریک فرد را نشان می‌دهد. گزینه‌های آن به‌ترتیب از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره هر آزمودنی با جمع نمرات گویه‌ها، بین صفر تا ۱۰۰

3. Cohen

4. Beck Depression Inventory-second Edition (BDI-II)

5. Novaco anger scale

6. Buss Perry Aggression Questionnaire (BPAQ)

جدول ۱. محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	شرح جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، پاسخ به پرسش نامه‌ها و بستن قرارداد درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش هدف: آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه‌به‌لحظه و تجربه بودن در لحظه. موضوع: توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا، باز کردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضا با استفاده از فن کشمش
دوم	هدف: توجه به احساسات و افکار و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند موضوع: پی بردن به ذهن سرگردان، تمرین توجه به بدن (فیزیکی و احساسی)، توجه به تنفس، یاد گرفتن انجام امور روزمره همراه با توجه کردن به آن‌ها
سوم	هدف: مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند موضوع: آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند
چهارم	هدف: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی موضوع: یاد گرفتن اینکه بدون فرار و دوری کردن از افکار و احساسات، در لحظه اکنون باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.
پنجم	هدف: تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه موضوع: آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم
ششم	هدف: آگاه شدن از علائم هشداردهنده بهزیستی روان‌شناختی موضوع: تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت
هفتم	هدف: آگاهی از تغییرات جزئی خلق موضوع: هشدار بودن نسبت به نشانه‌های کاهش بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های کاهش بهزیستی روان‌شناختی موضوع: برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی
هشتم	جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	شرح جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، پاسخ به پرسش نامه‌ها و بستن قرارداد درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی قبلی، بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌های قبلی با استفاده از تمثیل (چاه و بیل، تقلا در باتلاق)، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل (مسافران اتوبوس، کلید مبارزه)، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش و تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل (همسایه مزاحم، توپ در استخر، بیان افکار منفی در قالب صدایی مضحک)، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه و برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل (قطار ذهن، صفحه شطرنج، تمرین مشاهده‌گر)، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تعیین هدف مبتنی بر ارزش‌ها و طراحی فعالیت با استفاده از تمثیل (نهال، دو بچه در ماشین)، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

افسردگی و خشم در مرحله پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول شماره ۶) که نتایج نشان دادند اختلاف میانگین نمرات افسردگی و خشم گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل، معنی‌دار است ($P < 0.001$)، اما اختلاف میانگین نمرات افسردگی و خشم در گروه‌های آزمایشی نسبت به یکدیگر معنی‌دار نیست ($P > 0.05$). بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون در کاهش افسردگی و خشم به نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست.

متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با هم برابر بوده و از این جهت پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها خطا ندارد.

نتایج جدول شماره ۵ نشان داد بین میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای افسردگی و خشم، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.001$).

برای بررسی این مهم که نمرات کدام یک از گروه‌ها در متغیرهای

جدول ۳. مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱

متغیرها	گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار / تعداد (درصد)			سطح معنی‌داری
		آزمایش ۱	آزمایش ۲	کنترل	
سن (سال)		۳۷/۹ $\pm$ ۶/۸	۳۵/۸ $\pm$ ۵/۱	۳۸/۴ $\pm$ ۶/۰	۰/۴۴۹
مدت زمان گذشته از ازدواج (سال)		۱۰/۴ $\pm$ ۲/۸	۹/۸ $\pm$ ۲/۱	۹/۳ $\pm$ ۱/۳	۰/۴۲۳
دبلم تا فوق دبلم		۵ (۳۳/۳)	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	
سطح تحصیلات	لیسانس	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)	۸ (۵۲/۳)	۰/۳۲۱
	فوق لیسانس و بالاتر	۴ (۲۶/۶)	۷ (۴۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	


 مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و خشم در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱

متغیرها	گروه‌ها	میانگین $\pm$ انحراف معیار		میانگین تعدیل‌شده
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی		۲۲/۳ $\pm$ ۵/۵	۱۶/۳ $\pm$ ۹/۶	۱۷/۲
افسردگی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۱/۲ $\pm$ ۵/۴	۱۶/۳ $\pm$ ۲/۵	۱۶/۵
	کنترل	۲۲/۳ $\pm$ ۴/۰	۲۲/۲ $\pm$ ۹/۹	۲۲/۴
شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی		۵۶/۵ $\pm$ ۳/۶	۵۱/۵ $\pm$ ۴/۶	۵۱/۰
خشم	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۶/۴ $\pm$ ۸/۲	۵۱/۴ $\pm$ ۵/۰	۵۱/۱
	کنترل	۵۵/۴ $\pm$ ۸/۲	۵۶/۴ $\pm$ ۱/۴	۵۶/۳


 مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای تعیین اثربخشی درمان‌ها بر متغیرهای افسردگی و خشم زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
افسردگی	گروه	۳۴۲/۷	۲	۱۷۱/۴	۱۵۴/۵	۰/۰۰۱	۰/۵	۱/۰۰۰
	خطا	۳۴/۴	۴۰	۱/۱				
خشم	گروه	۲۸۶/۹	۲	۱۴۳/۴	۲۰۹/۵	۰/۰۰۱	۰/۵	۱/۰۰۰
	خطا	۱/۲	۴۰	۰/۷				


 مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه جفتی گروه‌ها در نمرات پس‌آزمون متغیرهای افسردگی و خشم در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱

متغیرها	گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه کنترل		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل		گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
افسردگی	-۵/۹	۰/۰۰۱	-۶/۷	۰/۰۰۱	۰/۷	۱/۰۰۰
خشم	-۴/۷	۰/۰۳۰	-۴/۶	۰/۰۳۳	-۰/۱	۱/۰۰۰


 مجله
دانشگاه علوم پزشکی قم

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و خشم زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی انجام شد. نتایج حاکی از اثربخشی این دو درمان بر افسردگی و خشم زنان آسیب‌دیده بود. همچنین نتایج نشان داد تأثیر این دو درمان بر افسردگی و خشم زنان آسیب‌دیده تفاوت معنی‌داری ندارد.

در راستای اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و خشم، نتایج این پژوهش با پژوهش‌های انجام‌یافته در زمینه کاهش افسردگی و اضطراب [۲۰] هم‌راستاست، اما با پژوهش پرواسی و همکاران [۲۱] هم‌راستا نیست.

درمورد این اثربخشی می‌توان گفت، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به مراجع کمک می‌کند تا احساسات مربوط به افسردگی، خشم و اضطراب خود را به روشی غیرقابل قضاوت و دلسوزانه، بدون تلاش برای فرار یا اجتناب از آن‌ها، کنترل کند. این می‌تواند واکنش‌های احساسی را که معمولاً توسط این علائم ایجاد می‌شوند کاهش دهد. به عبارت دیگر، ذهن‌آگاهی با توجه بیشتر به زمان حال، اینجا و اکنون و استفاده از فنونی مانند تنفس و راه رفتن هشیارانه، سبب کاهش نشخوارهای مربوط به افسردگی و خشم می‌شود. این رویکرد به افراد توانایی وسعت بخشیدن دیدگاه خود به‌منظور مشاهده افکار ناسازگارانه، نشخوارهای فکری و فرایندها و نقایص شناختی موجود را می‌دهد تا بتوانند مجدداً به آن‌ها به‌طور ایده‌آل جهت دهند [۸].

از آنجایی که افسردگی و تداوم آن به‌عنوان یک فرایند شناختی، چیزی جز دفاعی برای تسکین هیجانات دردناک نیست، به نظر می‌رسد تمرینات ذهن‌آگاهی با تمرکز آگاهانه بر اینجا و اکنون، بر سیستم شناختی، پردازش اطلاعات و هوشیاری افراد تأثیر می‌گذارند و باعث اثربخشی در زمینه کاهش افسردگی، خشم، استرس و اضطراب می‌شوند [۲۲]. زنان آسیب‌دیده تحت این درمان، پس از کسب اطلاعات درمورد میزان و چگونگی تأثیر نشانه‌های افسردگی بر افزایش مشکلات بین‌فردی و زناشویی، یاد می‌گیرند این عوامل را کنترل کنند و سبک زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای خود را تغییر دهند تا از پیشرفت و عود مشکلات جلوگیری نمایند. همچنین، زمانی که ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد، توانایی برای یک گام به عقب رفتن و مشاهده حالت‌هایی مثل افسردگی، خشم و غیره نیز افزایش می‌یابد؛ درنتیجه، فرد می‌تواند خود را از الگوهای رفتاری خودکار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، از کنترل شدن توسط حالت‌هایی مانند افسردگی و خشم پیشگیری نماید [۲۳].

در تبیین مغایرت یافته‌های حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهش پرواسی و همکاران می‌توان گفت، تفاوت‌های متعددی در محیط، تجارب شخصی و وراثت افراد وجود دارد که باعث

می‌شود افراد در شرایط یکسان به روش‌های مختلف پاسخ دهند. ممکن است زنان آسیب‌دیده از خیانت در پژوهش یادشده علاوه بر مشکلات خلقی که از گذشته با خود داشته‌اند بعد از باخبر شدن از خیانت همسر، شرایط و فشارهای متفاوتی را نسبت به سایر زنان آسیب‌دیده تجربه کرده باشند. همچنین موردی بودن مطالعه نام‌برده هم می‌تواند در این زمینه تأثیرگذار باشد و نتایج در پژوهش‌هایی با تعداد نمونه بالا متفاوت باشد.

در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و خشم، نتایج این تحقیق با پژوهش‌های پرهام [۲۴] و وشکی و همکاران [۲۵] در زمینه کاهش افسردگی و اضطراب زنان خیانت‌دیده و پایین آوردن اختلافات زناشویی هم‌خوانی داشت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با فعال‌سازی رفتاری، در تأکید بر افزایش مشارکت در الگوهای معنی‌دار رفتاری، در درمان افراد افسرده هم‌پوشانی دارد. اهداف این درمان برای افسردگی به‌خودی‌خود از بین بردن افسردگی نیست، بلکه افزایش مشارکت مراجعان در فعالیت‌های مؤثر و ارزشمند در زندگی آن‌هاست [۱۲]. از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عملکرد روان‌شناختی سالم را به توانایی فرد برای پاسخ انطباقی به تغییرات احتمالی محیطی مرتبط می‌داند، زمانی که عملکرد مناسب فردی یا اجتماعی در خطر قرار می‌گیرد، این رویکرد حفظ تعادل بین حوزه‌های مهم زندگی را از طریق پیگیری ارزش‌ها که از اهداف این درمان است، میسر می‌سازد [۲۶]. این رویکرد معتقد است تغییر زمانی رخ می‌دهد که افراد شروع به ارتباط با رویدادهای خصوصی و درونی خود می‌کنند که درنهایت موجب می‌شود درهم‌تنیدگی هر یک از طرفین با افکار و واکنش‌های منفی کاهش و پذیرش ذهنی افزایش یابد و در انتها باعث می‌شود ماهیت فراگیر الگوها و رفتارهای رابطه منفی کاهش پیدا کند. همچنین افزایش گسیختگی شناختی و آگاهی ذهن‌آگاهانه از افکار و واکنش‌های خود، به افراد کمک می‌کند تا ناظر واکنش‌های درونی روابط منفی خود شوند و درنتیجه تصمیم بگیرند در الگوهای قدیمی اجتناب و رفتار متعارض شرکت نکنند [۲۷].

درنهایت می‌توان ابراز داشت عدم تفاوت معنی‌دار بین نتایج این دو درمان می‌تواند این‌گونه تبیین شود که، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با افزایش آگاهی نسبت به زمان حال، از طریق بهبود فرایندهای تفکر، شناسایی و تصحیح باورهای شناختی و ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق پذیرش احساسات، جلوگیری از اجتناب تجربی و شکل‌دهی اعمال و ارزش‌های متعهدانه و عادات سالم، هر کدام به شیوه اختصاصی خود می‌توانند بر کاهش افسردگی و خشم زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر تأثیر بگذارند. بنابراین هر یک از رویکردهای شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند گام مفیدی در کاهش آسیب‌ها و پیامدهای ناشی از خیانت همسر باشند.

نتیجه‌گیری

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تعارض منافع را اعلام نمی‌کنند.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان سهام در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و خشم زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی اثربخش هستند. همچنین نتایج مرحله پس‌آزمون نشان داد تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و خشم زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی متفاوت نیست و هر دو درمان تأثیر یکسانی بر افسردگی و خشم زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی دارند. در نهایت می‌توان بیان داشت که در کنار سایر درمان‌های مرتبط، می‌توان از این دو درمان به‌عنوان یک مداخله بالینی مؤثر در این گروه از زنان استفاده کرد.

نمونه پژوهش حاضر را کلیه زنان ۳۰ تا ۵۵ ساله آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی جوان‌تر و مسن‌تر و سایر مناطق جغرافیایی را دشوار می‌سازد. همچنین در این مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه انجام شد که به‌دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در این زمینه در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا شوند و سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز مورد استفاده قرار گیرند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ. REC.1401.173 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است. تمام اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت.

حامی مالی

این تحقیق هیچ کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

طرح مطالعه و تحلیل داده‌ها: سیمین محمدی و معصومه آزموده؛ جمع‌آوری داده‌ها: سیمین محمدی؛ نظارت بر مطالعه: معصومه آزموده و بهزاد شالچی؛ نوشتن و آماده‌سازی پیش‌نویس اصلی: سیمین محمدی؛ نوشتن، بررسی و ویرایش: معصومه آزموده، بهزاد شالچی و جواد مصرآبادی.

References

- [1] Thorson AR. Triangulation and parental infidelity: Faithful parents' attempts to make their adult children feel caught, rumination, and satisfaction in the unfaithful parent-child relationship. *J Divorce Remarriage*. 2021; 62(5):327-48. [DOI:10.1080/10502556.2020.1833293]
- [2] Zolrahim R, Vahedi S, Moheb N. [The effectiveness of positive psychotherapy on quality of life in women hurt by marital infidelity (Persian)]. *Community Health J*. 2020; 14(1):32-40. [DOI:10.22123/CHJ.2020.208130.1382]
- [3] Curtis R, Likis-Werle E, Shelton T. Counseling clients who have experienced undisclosed infidelity. *Fam J*. 2021; 29(4):457-64. [DOI:10.1177/10664807211005066]
- [4] Hackathorn J, Ashdown BK. The webs we weave: Predicting infidelity motivations and extradyadic relationship satisfaction. *J Sex Res*. 2021; 58(2):170-82. [DOI:10.1080/00224499.2020.1746954] [PMID]
- [5] Ameri S, Marashian FS. Effectiveness of emotion-focused therapy on marital disaffection and psychological distress in women traumatized by their husbands' betrayal. *Women's Health Bull*. 2023; 10(3):182-90. [link]
- [6] Arbabi F, Saravani S, Zeinali Pour M, Hashemi Sanjani A. [Effectiveness of mindfulness-based on therapy cognition on psychological well-being, quality of life and resilience in couples with marital conflicts (Persian)]. *J Psychol*. 2022; 102(2):140-9. [Link]
- [7] Wilson JM, Weiss A, Shook NJ. Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Pers Individ Dif*. 2020; 152:109568. [DOI:10.1016/j.paid.2019.109568]
- [8] Burgess EE, Selchen S, Diplock BD, Rector NA. A brief mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) intervention as a population-level strategy for anxiety and depression. *Int J Cogn Ther*. 2021; 14(2):380-98. [DOI:10.1007/s41811-021-00105-x] [PMID] [PMCID]
- [9] Gonzalez-Garcia M, Ferrer MJ, Borrás X, Muñoz-Moreno JA, Miranda C, Puig J, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life, emotional status, and CD4 cell count of patients aging with HIV infection. *AIDS Behav*. 2014; 18(4):676-85. [DOI:10.1007/s10461-013-0612-z] [PMID]
- [10] Hayes SC, Masuda A, De Mey H. Acceptance and commitment therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie*. 2003; 36(2):69-96. [Link]
- [11] Tovote KA, Fleer J, Snippe E, Peeters AC, Emmelkamp PM, Sanderman R, et al. Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2014; 37(9):2427-34. [DOI:10.2337/dc13-2918] [PMID]
- [12] Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatr Clin North Am*. 2017; 40(4):751-70. [DOI:10.1016/j.psc.2017.08.009] [PMID]
- [13] Abbasi M, Dargahi S, Bakhtiari Z, Alipour G. Effect of acceptance and commitment based training on psychological well being and marital satisfaction in divorce applicants couples. *J Res Health*. 2017; 7(6):1146-53. [Link]
- [14] Warach B, Josephs L. The aftershocks of infidelity: A review of infidelity-based attachment trauma. *Sex Relatsh Ther*. 2021; 36(1):68-90. [DOI:10.1080/14681994.2019.1577961]
- [15] Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory-II (BDI-II). 1996. [DOI:10.1037/t00742-000]
- [16] Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. [Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparing two conceptual frameworks (Persian)]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2005; 11(3):312-26. [Link]
- [17] Malekpour M, Zangeneh S, Aghababaei S. [A study of the psychometric properties of Novaco Anger Questionnaire (short form) in Isfahan City (Persian)]. *Res Cogn Behav Sci*. 2012; 2(1):1-8. [Link]
- [18] Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford press; 2012. [Link]
- [19] Hayes SC, Lillis JA. Acceptance and commitment therapy: Theories of psychotherapy series. Washington, DC: American Psychological Association; 2012. [Link]
- [20] White RG, Gumley AI, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. Depression and anxiety following psychosis: Associations with mindfulness and psychological flexibility. *Behav Cogn Psychother*. 2013; 41(1):34-51. [DOI:10.1017/S1352465812000239] [PMID]
- [21] Parvasi A, Mohammadkhani S, Hasani J. [The effectiveness of mindfulness based on cognitive therapy in marital satisfaction of women faced with infidelity: A single subject study (Persian)]. *Psychol Methods Models*. 2017; 7(26):89-104. [Link]
- [22] Cavanagh K, Strauss C, Forder L, Jones F. Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clin Psychol Rev*. 2014; 34(2):118-29. [DOI:10.1016/j.cpr.2014.01.001] [PMID]
- [23] Walker J, Hansen CH, Butcher I, Sharma N, Wall L, Murray G, et al. Thoughts of death and suicide reported by cancer patients who endorsed the "suicidal thoughts" item of the PHQ-9 during routine screening for depression. *Psychosomatics*. 2011; 52(5):424-7. [DOI:10.1016/j.psych.2011.02.003] [PMID]
- [24] Parham R. [Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the intolerance of uncertainty of women affected by infidelity (Persian)]. *J Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2023; 12(4):45-54. [Link]
- [25] Veshki SK, Shafabady A, Farzad V, Fatehizade M. A comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy in the couple's conflict in the city of Isfahan. *Jundishapur J Health Sci*. 2017; 9(3):e43085. [DOI:10.5812/jjhs.43085]



- [26] Villanueva J, Meyer AH, Rinner MT, Firsching VJ, Benoy C, Brogli S, et al. "Choose change": Design and methods of an acceptance and commitment therapy effectiveness trial for transdiagnostic treatment-resistant patients. BMC Psychiatry. 2019; 19(1):173. [DOI:10.1186/s12888-019-2109-4] [PMID] [PMCID]
- [27] Sadeghi M, Moheb N, Alivandi Vafa M. [The effectiveness of group acceptance and commitment therapy and cognitive therapy on alexithymia and marital boredom, case study: Women affected by marital infidelity in Mashhad, Iran (Persian)]. J Community Health Res. 2021; 10(4):316-27. [DOI:10.18502/jchr.v10i4.8337]