The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Uncertainty Intolerance, Turmoil Tolerance, and Sexual Function in Betrayed Women

Seyed Mojtaba Aghili[1*], Sara Kashiri[2]

[1]Department of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran
[2]Payame Noor University, Mazandaran, Iran

Article Info:

Received: **23 Nov 2021** ***Revised:*** **25 May 2022** ***Accepted*****: 28 May 2022**

ABSTRACT

Introduction: Marital infidelity is one of the most destructive problems in a relationship and also one of the issues that usually leads to divorce. This study aimed to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on intolerance of uncertainty, tolerance of turmoil, and sexual function in betrayed women. ***Materials and Methods:*** The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design. The statistical population of the study consisted of all betrayed women in Gorgan, Iran who were referred to Aramesh and Roshna Counseling Centers from July to August 2021 to receive counseling services. Among them, 30 people were selected by the available sampling method and randomly divided into two groups; experimental (15 people) and control (15 people). The research instruments were Fristen et al.'s Uncertainty Intolerance Questionnaire, Simmons and Gahr Confusion Tolerance Questionnaire, and Rosen Sexual Function Questionnaire. Research data were analyzed by multivariate analysis of covariance. ***Results:*** The results showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in terms of intolerance, confusion tolerance, and sexual function. In other words, treatment based on acceptance and commitment significantly improved intolerance, turbulence tolerance, and sexual function in betrayed women. ***Conclusion:*** It is recommended that clinical psychologists and therapists use acceptance and commitment therapy along with other educational methods to improve the mental health of betrayed women.

Keywords:

1.Women
2. Divorce
3. Psychology

***Corresponding Author:** Seyed Mojtaba Aghili

Email: *dr_aghili1398@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.52547/shefa.10.3.57]

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم تحمل بلاتکلیفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان خیانت دیده

سید مجتبی عقیلی[1*]، سارا کشیری[2]

[1]گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران
[2]دانشگاه پیام نور، مازندران، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۲ آذر ۱۴۰۰ اصلاحیه: ۴ خرداد ۱۴۰۱ پذیرش: ۷ خرداد ۱۴۰۱

چـــــکیده

مقدمه: خیانت زناشویی یکی از مخرب ترین مشکلات یک رابطه و همچنین یکی از مسائلی است که معمولاً منجر به طلاق می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم تحمل بلاتکلیفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی زنان خیانت شده انجام شد. **مواد و روش‌ها:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون بود. جامعهٔ آماری پژوهش را کلیه زنان خیانت دیده شهر گرگان تشکیل می‌دهند که از تیر تا مرداد سال ۱۴۰۰ برای دریافت خدمات مشاوره به مراکز مشاوره آرامش و روشنا مراجعه کرده‌اند. از این میان ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه عدم تحمل بلاتکلیفی فریستن و همکاران، پرسشنامه تحمل آشفتگی سیمونز و گاهر و پرسشنامه عملکرد جنسی روزن بود. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر عدم تحمل بلاتکلیفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور قابل توجهی باعث بهبود عدم تحمل بلاتکلیفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان خیانت دیده شد. **نتیجه‌گیری:** توصیه می‌شود روانشناسان و درمانگران بالینی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های آموزشی برای ارتقای سلامت روان زنان خیانت‌دیده استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی:
۱- زنان
۲- طلاق
۳- روانشناسی

***نویسنده مسئول:** سید مجتبی عقیلی

پست الکترونیک: *dr_aghili1398@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.52547/shefa.10.3.57]

مقدمه

پایداری و استحکام نهاد خانواده، متأثر از عوامل گوناگون در ابعاد درون فردی، میان فردی و محیطی است و یکی از عواملی که سلامت خانواده را با چالش مواجه میکند خیانت زناشویی[1] است که می‌تواند طرف مقابل را در زندگی زناشویی دچار آسیب‌های روانشناختی جدی سازد (۲،۱). در سال‌های اخیر خیانت زناشویی به‌عنوان یکی از تهدیدهای بنیان خانواده، نگرانی‌های زیادی را به همراه داشته است (۳). خیانت زناشویی به‌عنوان عمل جنسی و یا عاطفی خارج از چارچوب خانواده تعریف می‌شود (۴). روابط پنهانی خارج از حیطهٔ زناشویی همیشه موجب ضربهٔ شدید احساسی به طرفین می‌شود. این نوع روابط باعث پیدایی نشانه‌هایی شبیه اختلال استرس پس از سانحه[2] و همچنین احساساتی مانند، آشفتگی[3]، افسردگی[4]، خشم[5]، ناامیدی[6]، بلاتکلیفی[7]، عدم اعتماد به نفس[8]، از دست دادن هویت و احساس بی‌ارزشی در همسر می‌شود که به او خیانت شده است (۵). زنان به دلیل عاطفهٔ مادری و مسائل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی، همهٔ سختی‌ها و مصیبت‌ها را به جان می‌خرند و در مواردی حتی پس از خیانت همسر، حاضر به ترک زندگی زناشویی نیستند. ضمن اینکه نمی‌توانند آسیب‌های گذشته را فراموش کنند. همین عامل روابط زناشویی را بیش از پیش خدشه‌دار کرده و سلامت روان[9] فرزندان را نیز به خطر می‌اندازد (۶). یکی از مواردی که سلامت روان زنان خیانت دیده را مخدوش می‌کند و ممکن است موجب بروز رفتارهای آسیب‌زا از سوی آنان شود، عدم تحمل بلاتکلیفی[10] است. بلاتکلیفی، پدیده‌ای رایج در زندگی روزمره است که می‌تواند میزان متفاوتی تنش در افراد مختلف ایجاد کند (۷). بلاتکلیفی، یعنی ناتوانی در تحمل پاسخ آزار دهنده‌ای که با ادراک فقدان اطلاعات برجسته، مهم و کافی راه‌اندازی شده است و با ادراک بلاتکلیفی توام با آن تقویت می‌شود؛ عدم تحمل بلاتکلیفی، خصیصه‌ای است که باورهای منفی افراد درباره بلاتکلیفی را منعکس می‌نماید و سازه‌ای است که واکنش شناختی، هیجانی و رفتاری فرد را نسبت به بلاتکلیفی در موقعیت‌های زندگی روزمره نشان می‌دهد (۸). افراد با عدم تحمل بلاتکلیفی بالا، مستعد شکل‌گیری نگرانی و گرفتار شدن در سؤالات بی‌پایان و بدون جواب می‌شوند (۹). خیانت زناشویی پیامدهای روانشناختی زیادی همچون دلبستگی ناایمن[11]، احساس حقارت[12] و سرخوردگی و همچنین اضطراب[13]، نشخوار فکری[14] و بدبینی[15] دارد (۱۰). یکی از پیامدهای خیانت، احساس آشفتگی است، آشفتگی ممکن است ماحصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد؛ لیکن بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است که در اغلب مواقع با تمایل به انجام عمل در جهت رهایی از آن تجربهٔ هیجانی مشخص می‌گردد (۱۱). تحمل آشفتگی[16] از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینهٔ بی‌نظمی عاطفی بوده که بهترین تعریف آن به‌عنوان ناتوانی در احاطهٔ کامل بر تجربهٔ هیجان آزارنده و ناراحت کننده می‌باشد (۱۲). این متغیر به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عاطفهٔ منفی گفته می‌شود که اطلاعات اضافی دیگری فراتر از آگاهی فرد از میزان عواطف منفی تجربه شده را در بر می‌گیرد (۱۳). طبق نظر سیمونز و گاهر[17]، افراد با تحمل آشفتگی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد، درصدد تسکین درد هیجانی خود بر می‌آیند. آن‌ها هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و عملکردشان به طور قابل ملاحظه کاهش می‌یابد (۱۴). خیانت زناشویی علاوه بر اینکه باورهای اساسی در مورد رابطه، همسر و فرد را زیر سوال می‌برند ممکن است بر سطح روابط زناشویی زوجین نیز تأثیر بگذارد؛ بنابراین یکی از متغیرهایی که در این گروه از زنان اهمیت دارد، عملکرد جنسی است (۱۶،۱۵). عملکرد جنسی شامل واکنش‌های فیزیولوژیکی است که فرد به دنبال تحریک جنسی نشان می‌دهد که به آن پاسخ جنسی گفته می‌شود، این پاسخ ها بر چهار مرحلهٔ میل جنسی، انگیزش، ارگاسم و فرونشینی است (۱۸،۱۷). اختلال عملکرد جنسی پدیده‌ای شایع در بین جمعیت نرمال هست و در کشوری مانند ایالات متحده، بر زندگی جنسی حدوداً ۴۳ درصد زنان و ۳۱ درصد مردان تاثیر می‌گذارد (۱۹). حاجیان و عنایت در پژوهشی با عنوان خیانت و عوامل مرتبط با آن، اختلال عملکرد جنسی را یکی از عوامل مرتبط با خیانت معرفی کرده‌اند (۲۰). رابطهٔ زناشویی به علت داشتن ماهیت چند وجهی تحت تاثیر عوامل متعددی قرار می گیرد و همواره با چالش‌هایی روبه‌رو می‌شود که از میان این عوامل، بی‌وفایی بیشترین آسیب را به رابطهٔ همسران وارد می‌کند، تا حدی که به نابودی این رابطه منجر شود (۲۱). برای بهبود مولفه‌های روانشناختی هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی روش و درمان‌های مختلفی ارائه شده که از جملهٔ آن‌ها می‌توان به درمان پذیرش و تعهد اشاره کرد (۲۲). درمان مبتنی

[1] Infidelity
[2] Post Traumatic Stress Disorder
[3] The mess
[4] Depression
[5] Anger
[6] Disappointment
[7] Uncertainty
[8] Self Confidence
[9] Mental Health
[10] Intolerance of Uncertainty
[11] Insecure Attachment
[12] Humiliation Feeling
[13] Anxiety
[14] Rumination
[15] Pessimism
[16] Tolerance of Turbulence
[17] Simmons and Gahr

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]
[DOI: 10.52547/shefa.10.3.57]

بر پذیرش و تعهد[18] به‌عنوان رویکردی جدید با تکیه بر اصولی نظیر پذیرش، تعهد، ذهن‌آگاهی، بخشش، تعهد در عملکرد، الگوهای ایدئولوژیکی ذهنی این افراد مورد استفاده قرار گیرد و به‌عنوان درمان شناختی موج سوم توسط هیز توسعه داده شده است که اصول رفتاری، ذهن‌آگاهی و پذیرش را باهم ترکیب می‌کند (۲۴، ۲۳). هدف این شیوهٔ درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است، و شش فرایند مرکزی: گسلش شناختی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد دارد (۲۶، ۲۵). به عبارتی به فرد کمک می‌کند تا به جای پرهیز از افکار، هیجانات یا خاطرات ناخوشایند، برای انتخاب گزینه‌های موجود، انعطاف بیشتری از خود نشان دهند (۶). در این راستا پژوهش‌های روحانی اصفهانی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات انعطاف‌پذیری، مهارت‌های خود مدیریتی و مهارت‌های تعاملی زنان، خیانت را افزایش داده است (۲۷). همچنین صمدی کاشان و همکاران در پژوهشی دریافتند که مشاورهٔ گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش معنی‌دار متغیر احساس تنهایی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شده است (۲۲). پیترسون[19] و همکاران که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در درمان زوج‌های پریشان به کار بردند، به این نتیجه دست یافتند که هر دو زوج پس از پایان درمان، سازگاری خوب و مداومت در بهبود را نشان دادند (۲۸). همچنین در مطالعهٔ آنها پریشانی بین فردی کاهش یافت و زوجین تا پایان درمان به بهبودی ادامه دادند. ویب[20] و همکاران در پژوهش خود مشخص ساختند که زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود روابط بین‌فردی زوجین با مشکلات دل‌بستگی و نارضایتی زناشویی مؤثر است (۲۹). کریستنسن[21] و همکاران در مطالعه‌ای دو شیوهٔ زوج درمانی سیستمی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی آشفتگی زناشویی زوج‌های ۲۰ تا ۳۰ ساله مورد مقایسه قرار دادند (۳۰). نتایج نشان داد که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد تمام متغیرهای ارتباطی را بیش از زوج‌درمانی سیستمی بهبود بخشیده است. نتایج مطالعهٔ دیگر توسط طباطبایی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی موثر بود (۳۱).

در این پژوهش، زنان خیانت دیده که تجربهٔ خیانت همسر از طریق فضای مجازی داشتند که به آن خیانت سایبری هم می‌گویند، به‌عنوان بازماندگان از خیانت، از این رو مورد توجه قرار گرفتند که با توجه به پیامدهای ناگوار خیانت زناشویی، سلامت روان آنان در معرض خدشه قرار گرفته است و نکتهٔ مهم این است که سلامت روان آنان، اثرگذار بر سلامت خانواده و متعاقباً جامعه است و اینکه زنان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر نسبت به سلامتی بوده و در مقایسه با مردان در خطر بالاتری برای اکثر اختلالات روانی قرار دارند. از آنجایی که توانمندسازی روان شناختی زنان به ارتقای کیفیت نقش مادرانهٔ آن‌ها می‌انجامد و از پریشانی‌های روانشناختی خانواده می‌کاهد، لذا هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم تحمل بلاتکلیفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان خیانت دیده می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش نیمه‌تجربی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعهٔ آماری این پژوهش کلیهٔ زنان خیانت دیدهٔ شهر گرگان که از مرداد تا شهریور ماه سال ۱۴۰۰ جهت دریافت خدمات مشاوره‌ای به مرکز مشاورهٔ آرامش و مرکز مشاورهٔ روشنا مراجعه نموده، و تجربهٔ خیانت از طریق فضای مجازی و چت کردن داشتند، تشکیل دادند. از میان آن‌ها ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه بودند، انتخاب شدند. سپس آزمودنی‌ها در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) گمارده شدند. نمونه‌گیری پژوهش در مرحلهٔ انتخاب آزمودنی به صورت در دسترس و در مرحلهٔ گمارش گروه‌های آزمایش و گواه به صورت تصادفی انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت اند از: داشتن تجربهٔ خیانت همسر از طریق چت کردن، تحصیلات حداقل دیپلم، تمایل به همکاری جهت دریافت مداخلهٔ مشاوره‌ای و توانایی حضور در هشت جلسهٔ پیاپی مشاوره گروهی. ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به شرکت در پژوهش.

مداخلات بر اساس راهنمای درمانی کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایزدی ارائه شد (۲۶). خلاصهٔ نتایج به شرح زیر است:

[18] Acceptance and commitment treatment
[19] Peterson
[20] Web
[21] Christensen

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]
[DOI: 10.52547/shefa.10.3.57]

جدول ۱- محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوی	تکلیف خانگی
اول	هدف: آشنایی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین واصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانهٔ افراد گروه برای انجام فرایند درمان.	پیدا کردن سیستم‌های ناکارآمد گذشته
دوم	هدف: آشنایی با مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از جمله انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه.	یادداشت و لیست منفی و کنترل ناکارآمد افکار و احساسات.
سوم	هدف: درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک اینکه کنترل، مساله است نه راه حل	یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانهٔ تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به نا امیدی خلاق.
چهارم	هدف: شناسایی ارزش‌ها و تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع.	تمرین ذهن‌آگاهی و لیست کردن ارزش‌های شخصی.
پنجم	هدف: نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش‌ها و تفهیم آن تمایل/ پذیرش را ارزشمند جلوه می‌دهد.	مشخص کردن ارزش‌ها با استفاده از استعاره‌ها.
ششم	هدف: بررسی همجوشی و گسلش.	انجام تمرینات برای گسلش با استفاده از استعاره‌ها
هفتم	هدف: توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهدهٔ خویشتن به‌عنوان یک بستر و تاکید بر زمان حال.	بودن در زمان حال.
هشتم	هدف: ارزیابی عمل متعهدانه. جمع‌بندی و اختتام، اجرای پس‌آزمون	شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و متعهد بودن به ارزش‌ها.

پرسشنامهٔ عدم تحمل بلاتکلیفی: این پرسشنامه توسط فریستن و همکاران (۱۹۹۴)، برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی، طراحی شده است. این مقیاس ۲۷ سوال دارد. این پرسشنامه دارای زیر مقیاس‌های رفتار منفی و رفتار غیر منصفانه است. این مقیاس در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً درست=۵، کاملاً نادرست=۱) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل، متوسط و حداکثر نمرهٔ آزمودنی در هر پرسشنامه در این مقیاس به ترتیب ۱۳۵، ۸۱، ۲۷ است. چنان‌چه نمرهٔ محاسبه شده بین ۲۷ تا ۵۴ باشد، میزان عدم تحمل بلاتکلیفی در فرد حد پایین است. نمرهٔ محاسبه شده بین ۵۴ تا ۸۱، میزان عدم تحمل بلاتکلیفی در فرد در حد متوسط است و چنانچه نمرهٔ محاسبه شده ۸۱ به بالا باشد، میزان عدم تحمل بلاتکلیفی در فرد در حد بالا است. اعتبار این آزمون را فریستون و همکاران (۱۹۹۴) رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. نسخهٔ اولیه به زبان فرانسوی ضریب پایایی بازآزمایی به فاصلهٔ ۴ هفته و ضریب آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۹۱ به دست آورده است (۳۲). بوهر و داگاس ضریب بازآزمایی و ضریب آلفای کرونباخ آن در فاصلهٔ ۵ هفته‌ای به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۹۴ گزارش کردند (۳۳). این ابزار در ایران نیز به فارسی ترجمه شده است و پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۷۹ گزارش شده است (۴). در پژوهش حمیدپور و همکاران پایایی بازآزمایی برابر ۰/۷۶ و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ به دست آمد (۸). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد. پرسشنامهٔ تحمل آشفتگی: این پرسشنامه که به وسیلهٔ سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده، یک ابزار خود گزارشی ۱۵ گویه‌ای است. گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند (۳۴). گزینه‌های این مقیاس را براساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم کننده برای تسکین آشفتگی، مورد سنجش قرار می‌دهند. گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمرهٔ یک به معنای توافق کامل با گزینهٔ مورد نظر و نمرهٔ پنج به معنای عدم توافق کامل با گزینهٔ مورد نظر می‌باشد. این پرسشنامه با پذیرش خلق رابطهٔ مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوانا و همچنین استفاده از آن‌ها برای بهبود رابطهٔ منفی دارد. همچنین همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت ۶ ماه ۰/۶۱ گزارش شده است. ضریب اعتبار این آزمون به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ می‌باشد. همبستگی مقیاس تحمل آشفتگی با شیوه‌های مقابله‌ای مساله محور، هیجان محور، کمتر موثر و غیر موثر به ترتیب ۰/۲۱۳، ۰/۲۷۸-، ۰/۳۳۷-، ۰/۱۹۶- است (۳۴). همچنین بین مقیاس تحمل آشفتگی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۵۴۳، ۰/۲۲۴- و ۰/۶۵۳- به دست آمده است (۳۵). در پژوهش حاض ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد. پرسشنامهٔ عملکرد جنسی: پرسشنامهٔ عملکرد جنسی زنان (FSFI) توسط روزن و همکاران ساخته شده است که شامل ۱۹ سوال ۵ گزینه‌ای است، که اعتبار و پایایی آن در پژوهش‌های متعدد خارجی و داخلی تعیین و تایید گردیده است و در مطالعهٔ روزن و همکاران پایایی این ابزار از طریق محاسبهٔ آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد (۳۶). نمرهٔ هر فرد در این شاخص در شش بعد میل جنسی، تحریک جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم، رضایت و درد با جمع زدن نمرات سوالات مربوط به آن بخش و ضرب

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]
[DOI: 10.52547/shefa.10.3.57]

کردن حاصل جمع نمرات در ضریب هر بخش محاسبه می‌شود. نمرهٔ کل فرد از حاصل جمع نمرات ۶ بخشی به دست می‌آید که نمرهٔ حداکثر ۳۶ بوده و نمرهٔ کمتر از ۲۸ عملکرد نامطلوب محسوب می‌شود (۱۷). کمترین نمره برای حوزهٔ تمایل جنسی، ۱/۲ و برای حوزه‌های برانگیختگی، لغزنده‌سازی، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد و برای کل مقیاس حداقل نمره برابر ۲ خواهد بود. بر اساس این پرسشنامه نمرهٔ کل مساوی یا کمتر از ۲۶/۵۵ به‌عنوان اختلال عملکرد جنسی در نظر گرفته شد. در پژوهش نظرپور و همکاران به منظور تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد و نتایج آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۹۸۳ به دست آمد (۳۷). ضریب پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمد. به‌منظور اجرای پژوهش در مرحلهٔ اول با مراجعه به مراکز مشاورهٔ آرامش و روشنا شهر گرگان، با کسب مجوز و همکاری مسئولان و همکاری با مددکار این مراکز مشاوره نسبت به شناسایی افراد نمونه اقدام شد. در مرحلهٔ دوم طی فراخوانی از زنانی که سابقهٔ مواجهه با خیانت زناشویی داشتند، درخواست شد تا در پژوهش حاضر شرکت نمایند و توضیحاتی درباره ماهیت پژوهش، محرمانه بودن نتایج و نحوهٔ برگزاری به آن‌ها ارائه شد. در نهایت ۳۰ نفر که واجد معیارهای ورود بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار داده شدند. با توجه شیوع ویروس کرونا و رعایت پروتکل‌های بهداشتی، در اپلیکیشن اسکایپ گروهی تشکیل داده شد، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت لینک، تحت وب ساخته شد و در گروه به اشتراک گذاشته شد و از هر دو گروه آزمایش پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون گرفته شد و گروه آزمایش در فضای مجازی تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت؛ اما در این مدت گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و پس از پایان جلسات، مجدداً هر دو گروه به پرسشنامه به‌عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. در مرحله پایانی پس از جمع آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های خام مورد نیاز استخراج گردید و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و گواه ۳۰±۲ بود. بیشترین شرکت‌کنندگان ۴۷/۹ درصد تحصیلات دیپلم داشتند و دارای یک فرزند بودند. شاخص‌های پراکندگی و مرکزی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی دو گروه در متغیرهای پژوهش

شاخص	گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	گروه گواه	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو ویلکز
عدم تحمل بلاتکلیفی	پیش‌آزمون	۷۳/۲۹	۸/۹۳	پیش‌آزمون	۷۳/۲۱	۹/۱۸	۰/۹۴
	پس‌آزمون	۴۳/۳۹	۲/۵۳	پس‌آزمون	۷۵/۰۷	۱۰/۲۳	۰/۹۶
تحمل آشفتگی	پیش‌آزمون	۱۶/۲۷	۳/۲۷	پیش‌آزمون	۱۵/۵۲	۳/۶۴	۰/۹۸
	پس‌آزمون	۲۴/۱۲	۴/۵۱	پس‌آزمون	۱۷/۳۵	۳/۳۴	۰/۸۷
تحمل هیجانی	پیش‌آزمون	۱۵/۱۷	۳/۳۱	پیش‌آزمون	۱۵/۴۳	۳/۵۲	۰/۹۷
	پس‌آزمون	۱۵/۳۱	۳/۴۴	پس‌آزمون	۱۵/۳۲	۳/۴۲	۰/۹۳
جذب شدن با هیجان‌های منفی	پیش‌آزمون	۲۱/۲۳	۴/۵۰	پیش‌آزمون	۱۵/۳۱	۴/۳۵	۰/۹۵
	پس‌آزمون	۱۵/۲۱	۳/۳۲	پس‌آزمون	۱۵/۴۴	۳/۳۳	۰/۹۴
برآورد ذهنی پریشانی	پیش‌آزمون	۱۶/۱۴	۴/۳۲	پیش‌آزمون	۱۵/۵۱	۳/۳۲	۰/۹۳
	پس‌آزمون	۱۴/۱۱	۳/۴۲	پس‌آزمون	۱۵/۳۵	۳/۴۲	۰/۹۵
تلاش برای تسکین پریشانی	پیش‌آزمون	۱۵/۱۷	۳/۲۵	پیش‌آزمون	۱۶/۲۶	۳/۲۵	۰/۹۱
	پس‌آزمون	۲۴/۳۳	۳/۴۱	پس‌آزمون	۲۴/۱۱	۴/۳۲	۰/۹۳
میل جنسی	پیش‌آزمون	۵/۲۶	۲/۴۵	پیش‌آزمون	۵/۲۶	۲/۵۳	۰/۹۷
	پس‌آزمون	۷/۳	۰/۷۳	پس‌آزمون	۵/۶۴	۱/۹۷	۰/۹۴
تحریک جنسی	پیش‌آزمون	۶/۶۶	۶/۵۷	پیش‌آزمون	۵/۶۰	۵/۷۹	۰/۹۵
	پس‌آزمون	۱۶	۱/۹۵	پس‌آزمون	۶	۶/۳۵	۰/۹۳
لغزنده سازی	پیش‌آزمون	۶/۷۲	۶/۲۴	پیش‌آزمون	۴/۴۵	۴/۶۱	۰/۸۸
	پس‌آزمون	۱۸	۰/۹۲	پس‌آزمون	۷/۰۶	۵/۹۷	۰/۹۷
ارگاسم	پیش‌آزمون	۳/۵۲	۳/۷۴	پیش‌آزمون	۲/۴۵	۲/۵۷	۰/۹۵
	پس‌آزمون	۱۳/۸۴	۱/۱۲	پس‌آزمون	۳/۸۷	۳/۴۳	۰/۸۹
رضایت‌مندی	پیش‌آزمون	۳/۷	۲/۳۶	پیش‌آزمون	۳/۱۲	۱/۱۷	۰/۹۳
	پس‌آزمون	۱۳/۴۵	۱/۶۳	پس‌آزمون	۳/۸۸	۲/۳۶	۰/۹۷
درد	پیش‌آزمون	۱۵/۲۶	۴/۸۷	پیش‌آزمون	۳/۱۹	۳/۳۵	۰/۹۴
	پس‌آزمون	۱۰/۵۱	۱/۰۵	پس‌آزمون	۶/۲۶	۴/۴۵	۰/۹۶

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]
[DOI: 10.52547/shefa.10.3.57]

بر اساس نتایج جدول ۲ در متغیرهای وابسته، بررسی میانگین دو گروه در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان دهندهٔ آن است که نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار داشته است. برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم تحمل بلاتکلیفی، تحمل پریشانی و عملکرد جنسی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون عدم تحمل بلاتکلیفی (P>۰/۰۵، F=۰/۴۶)، در متغیر تحمل پریشانی (P>۰/۰۵، F=۳/۲۶) و متغیر عملکرد جنسی (P>۰/۰۵، F=۰/۴۸) در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس عدم تحمل بلاتکلیفی (P>۰/۰۵، F=۱/۹۳۶)، تحمل پریشانی (P>۰/۰۵، F=۰/۱۲۸) و عملکرد جنسی (P>۰/۰۵، F=۰/۹۷۷) در گروه‌ها برابر است. نتیجهٔ آزمون ام.باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است (Box M=۹/۹۰ ،F=۱/۴۳ ،P>۰/۰۵). نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین متغیرهای وابسته نشان داد که رابطهٔ بین این متغیرها معنی‌دار است (P<۰/۰۵، df=۵، $x^2$۱۰/۹۴).

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری داشتند (P<۰/۰۰۵)، بنابراین گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنی‌داری دارند. نتایج آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری برای نمرات افتراقی اجرا شد که نتایج تفکیکی آن در جداول زیر گزارش شده است.

با توجه به نتایج جدول ۴، گروه اثر معنی‌داری بر نمرهٔ عدم تحمل بلاتکلیفی (F=۷۱۱/۷۵) داشته است (P=۰/۰۰۱). با توجه به مجذور اتا می‌توان بیان کرد ۹۵ درصد تغییرات عدم تحمل بلاتکلیفی از شرکت آزمودنی‌ها در برنامهٔ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ناشی می‌شود.

نتایج جدول ۵ نشان داد که گروه اثر معنی‌داری بر نمرات افتراقی تحمل آشفتگی (F=۴۸/۰۷)، تحمل هیجانی (F=۲۰/۶۰)، جذب هیجان‌های منفی (F=۲۴/۳۱)، برآورد ذهنی پریشانی (F=۳۸/۵۲)، تلاش برای

جدول ۳- نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیرهای پژوهش

آزمون	ارزش	F	Df	DfE	P	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۸۱۴	۲۵/۰۱۲	۳	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۸۱۲
لامبدای ویلکز	۰/۱۸۴	۲۵/۰۱۲	۳	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۸۱۲
اثر هتلینگ	۴/۴۱۲	۲۵/۰۱۲	۳	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۸۱۲
بزرگترین ریشه‌روی	۴/۴۱۲	۲۵/۰۱۲	۳	۱۷	۰/۰۰۰	۰/۸۱۲

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای عدم تحمل بلاتکلیفی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
عدم تحمل بلاتکلیفی	۵۱۷۳/۵۴	۱	۵۱۷۳/۵۴	۷۱۱/۷۵	۰/۰۰۱	۹۵	۱/۰۰

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای خرده مقیاس‌های تحمل پریشانی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
تحمل آشفتگی	۱۰/۷۹	۱	۱۰/۷۹	۴۸/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
تحمل هیجانی	۱۴/۷۰	۱	۱۴/۷۰	۲۰/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۸
جذب هیجان‌های منفی	۲۴/۳۱	۱	۲۴/۳۱	۲۰/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱/۰۰
برآورد ذهنی پریشانی	۳۸/۵۲	۱	۳۸/۵۲	۳۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
تلاش برای تسکین پریشانی	۱۶/۱۴	۱	۱۶/۱۴	۶۶/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۰/۹۷

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]
[DOI: 10.52547/shefa.10.3.57]

تسکین پریشانی (F=۶۶/۱۴) داشته است (P=۰/۰۰۱). با توجه به مجذور اتا می‌توان بیان کرد به ترتیب ۷۰ درصد تغییرات هر یک از متغیرهای تحمل آشفتگی، تحمل هیجانی، جذب شدن توسط هیجان‌های منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تلاش برای تسکین پریشانی از شرکت آزمودنی‌ها در برنامهٔ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ناشی می‌شود. ۴۷، ۴۱، ۴۱، ۵۳،

نتایج جدول ۶ نشان داد که گروه اثر معنی‌داری بر نمرات افتراقی میل جنسی (F=۶۶/۳۱)، تحریک جنسی (F=۲۱/۱۴)، لغزنده‌سازی (F=۹۶/۴۵)، ارگاسم (F=۳۶/۸۲)، رضایت‌مندی (F=۳۴/۷۷) و درد (F=۲۴/۵۷) داشته است (P=۰/۰۰۱). با توجه به مجذور اتا می‌توان بیان کرد به ترتیب ۵۸ و ۷۱، ۴۲، ۷۰، ۵۶ درصد تغییرات هر یک از متغیرهای میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده‌سازی، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد از شرکت آزمودنی‌ها در برنامهٔ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ناشی می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم تحمل بلاتکلیفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان خیانت دیده انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون عدم تحمل بلاتکلیفی، تحمل پریشانی و عملکرد جنسی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های روحانی اصفهانی و همکاران، صمدی کاشان و همکاران، طباطبایی و همکاران، پیترسون و همکاران، لیلیس، ویب و همکاران، کریستنسن و همکاران می‌باشد (۲۷، ۲۲، ۳۱، ۲۸، ۳۸، ۲۹). در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت که زنان خیانت دیده، بلاتکلیفی بیشتر و به دنبال آن نگرانی بیشتری را در مورد حال و آینده خود تجربه می‌کنند و برای این زنان، بلاتکلیفی در مورد آینده استرس‌زا و ناراحت کننده است و اعتقاد دارند که رویدادهای مبهم، منفی هستند و باید از آن‌ها اجتناب نمود و بلاتکلیفی منجر به اختلال در عملکردهای آن‌ها می‌شود، از این‌رو آن‌ها موقعیت‌های مبهم و بلاتکلیف را به صورت تهدیدآمیز ادراک می‌کنند و احتمال وقوع خطر را بیش از حد تخمین می‌زنند که این امر باعث برانگیختگی هیجانی بالا و نگرانی دائمی در آن‌ها می‌شود. هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است. از این‌رو در این روش درمانی از فرایندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی و فرایندهای تعهد و تغییر رفتار جهت ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان خیانت دیده استفاده می‌شود (۳۹). بنابراین در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای افزایش تماس با زمان حال و پذیرش افکار، احساسات و حس‌های بدنی خود، به جای تلاش جهت کنترل یا اجتناب از آن‌ها، کار کنند، در این روش زنان مهارت‌هایی را جهت شناسایی و مشاهدهٔ افکار و احساسات ناخوشایند فرا گرفتند و به کمک استعاره‌ها و تمرینات، هزینه‌های مربوط به تلاش‌های گذشتهٔ خود برای کنترل و مدیریت افکار، احساسات و حس‌های بدنی را تجربه نمودند (۴۰). همچنین یاد گرفتند از هرگونه تلاش غیرضروری جهت تغییرشکل یا فراوانی تجربه‌های درونی ناخواسته مانند افکار، خاطرات، هیجان‌ها و حس‌های بدنی دست بردارند و بدین ترتیب، سبب کاهش تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و کژکاری‌های روانشناختی دیگر خود شوند (۴۱). معمولاً زوج‌ها از موقعیت‌های مرتبط با آسیب، طرد یا تعارض اجتناب می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوج‌ها نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای خرده مقیاس‌های عملکرد جنسی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
میل جنسی	۱۷/۶۱	۱	۱۷/۶۱	۶۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
تحریک جنسی	۴/۰۴	۱	۴/۰۴	۲۱/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۸
لغزنده‌سازی	۱۶/۶۳	۱	۱۶/۶۳	۹۶/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰
ارگاسم	۱۰/۸۱	۱	۱۰/۸۱	۳۶/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
رضایت‌مندی	۷/۵۲	۱	۷/۵۲	۳۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰
درد	۱۷/۵۴	۱	۱۷/۵۴	۲۴/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]
[DOI: 10.52547/shefa.10.3.57]

ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را آموزش می‌دهد (۵). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طی تکنیک مواجهه به هیجانات، زنان ضمن پذیرش هیجانات خود به دنبال تسکین فوری هیجانات منفی یا اجتناب از آن‌ها نیستند؛ اگرچه زنان نمی‌توانند شرایط زندگی خود را تغییر دهند، ولی می‌توانند شدت واکنش‌های هیجانی خود را نسبت به موقعیت‌های تنش‌زا و رویدادهای زندگی تغییر دهند؛ طی مواجهه با هیجان زنان در می‌یابند که هیجان‌ها قابل تحمل هستند و آن‌ها توانایی مقابله با هیجانات منفی را دارند و از این طریق توانایی تحمل آشفتگی آن‌ها بالا می‌رود. همچنین زنان قادر خواهند بود باورها و راهبردهای ناکارآمدی که به تفسیر، قضاوت و عمل منطبق با هیجان‌ها می‌انجامد شناسایی کنند و باورها و راهبردهای انطباقی‌تر و منعطف‌تری را در پاسخ به هیجانات خود اتخاذ کنند؛ در نتیجه اعمال این تغییرات، انعطاف‌پذیری روانشناختی آن‌ها افزایش یافته و جذب و پذیرش هیجانات منفی در آن‌ها تسهیل می‌شود (۴۲). در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، می‌توان به نکاتی اشاره نمود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عمل ارزشمند تاکید می‌کند. مراجعان آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد. در این درمان‌ها، ارزش بیش از این که نوعی قضاوت اخلاقی باشد، اهمیت شخصی یک عمل خاص برای فرد را نشان می‌دهد. این ارزش‌ها می‌توانند شامل بهبود روابط بین فردی، تحصیل، مراقبت از خود و روابط زناشویی باشد. هدف درگیر شدن فرد در اعمالی است که برای فرد مهم است، اما وی از آن اجتناب می‌کند (۱۶). مولفهٔ مهم این هدف شامل شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع، آوردن آگاهی به لحظات که بر اساس این ارزش‌ها اتفاق می‌افتد و اقدام به انجام این ارزش‌ها است. همهٔ روش‌هایی که دو هدف را تحقق می‌بخشد، رسیدن به این هدف را نیز عملی می‌کند و به نظر می‌رسد که این مساله خود باعث می‌شود تا عملکرد جنسی زنان بعد از درمان بهبود یابد و باعث پایداری اثر درمان نیز می‌شود (۳۱). به عبارتی اجرای مداخلهٔ مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر ذهن‌آگاهی، مقابله با باورهای غیرمنطقی، ایجاد همدلی بیشتر، آرام‌سازی عضلانی جهت کاهش فشارهای روانی، آموزش مهارت‌های حل مساله، پسخوراند زیستی و تصویرسازی ذهنی هدایت شده باعث کاهش قابل توجه استرس و عواطف منفی در زنان شده است و در نتیجه باعث بهبود در تعامل و الگوهای ارتباطی زوجین شده است و همین امر توانسته است باعث افزایش و بهبود رضایت جنسی و زناشویی بیشتر در آنان شود. به عبارت دیگر، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست در رهاسازی افراد از افکار خودکار منفی، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم به زنان کمک کند به توانایی‌های خود پی برده و با تعویض نقش در زندگی، رضایت جنسی بهتری را تجربه کنند (۴۳). نتیجهٔ مطالعهٔ حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تحمل بلاتکلیفی، تحمل آشفتگی را افزایش داده و عملکرد جنسی در زنان خیانت دیده را بهبود بخشیده است. یکی از محدودیت‌های پژوهش این بود که اجرای آن بر زنان مواجه شده با خیانت شهر گرگان بوده است، بنابراین برای تعمیم یافته‌های آن باید احتیاط لازم صورت گیرد؛ و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، با توجه به اهمیت موضوع و ارتباط آن با زوجین، لازم است که هم مردان و هم زنان در مطالعه مشارکت داشته باشند. پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با دیگر درمان‌های زناشویی مورد مقایسه قرار بگیرد. با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان به‌منظور کاهش تعارض‌های میان زوجین مواجه شده با خیانت زناشویی، به روانشناسان، روانپزشکان، مشاوران و مددکاران و کلیهٔ متخصصان متصدی مسائل زناشویی پیشنهاد شود تا از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود آشفتگی، بلاتکلیفی و عملکرد جنسی زنان استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

1. Nazarpour D, Zahrakar K, Pouryahya M, Davarniya R. Effectiveness of Couple Therapy based on Imago Relationship Therapy: Its Impact on Couple Burnout. Shefaye Khatam. 2019; 7(4): 51-60.

2. Lee J. The Effect of Married Women's Self-Awareness on the Acceptance of Extra- Marital Relationship: Focused on the Mediated Effect of Individuals' Criticism of TV drama regarding Infidelity. Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society. 2020; 21(2): 115- 23.

3. Yuan S, & Weiser D. Relationship dissolution following marital infidelity: comparing European Americans and Asian Americans. Marriage & Family Review. 2019; 55(7): 631-50.

4. Moller P, & Vossler A. Defining infidelity in research and couple counseling: A qualitative study. Journal of Sex & Marital Therapy. 2015; 41(5): 487-97.

5. Babakhani V. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on enduring the distress and self-control of betrayed women. Bi-Quarterly Journal of Family Psychology. 2020; 7(1): 121-32.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.52547/shefa.10.3.57]

6. Hosseini Nik S, Islamzadeh A. The effectiveness of group cognitive behavioral training on improving post-traumatic symptoms, quality of life, self-esteem and marital satisfaction of women facing marital infidelity. Women's Research Journal. 2019; 10(27): 53-71.

7. Gillett CB, Bilek EL, Hanna GL, Fitzgerald KD. Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. Clin Psychol Rev. 2018; 15(7): 401-7.

8. Ahadi B, Moradi F. Psychological correlations of intolerance of uncertainty (meta-analysis of Persian articles). Research in Mental Health. 2018; 12(3): 101-18.

9. Sharafati H, Taheri E, Asmaei Majd S, Amiri M. The effectiveness of cognitive therapy based on the Dougas model on intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive beliefs of anxiety in patients with generalized anxiety disorder. Clinical Psychology, 2017; 9(2): 15-28.

10. Shomali Ahmadabadi M, Meybodi F, Mohammadi Ahmadabadi N, Ahmadabadi A. The effectiveness of emotional literacy skills training on reducing emotional divorce and loneliness in unfaithful women. Developmental Psychology. 2020; 9(6): 67-76.

11. Foroutan S, Heidari A, Asgari P, Naderi F, Ebrahimi Moghaddam H. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Functional Analytic Psychotherapy on improvement of symptoms of patients with general anxiety disorder. MEJDS. 2018; 8(1): 74-74.

12. Iraqis S, Nejat H, Touzandeh Jani H, Bagherzadeh Golmakani Z. Comparison of the effectiveness of skills-based treatment of improving quality of life and compassion-based therapy on disturbance tolerance and the meaning of life in women with conflict. Journal of Psychological Methods and Models. 2020; 11(39): 137-54.

13. Arco A. Case study in treating chronic comorbid obsessive-compulsive disorder and depression with behavioral activation and pharmacotherapy). Psychotherapy (Chic). 2015; 5(2): 278-86.

14. Razurel C, Kaiser B, Antonietti J P, Epiney M, Sellenet C. Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. Women Health. 2017; 5(4): 154-72.

15. Saffarinia M, Agha Yousefi A, Hosseinian S, Mehman Nawazan A. The effectiveness of Adlerian psychotherapy based on lifestyle, social interest in inferiority, and social well-being of betrayed women. Social Psychology Research. 2017; 7(26): 117-96.

16. Hassanzadeh M, Akbari B, Abolghasemi A. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on psychological well-being and sexual function of women with a history of infertility. Journal of Ibn Sina Nursing and Midwifery Care. 2019; 27(4): 250-9.

17. Mehrinejad A, Farah Bijari A, Ojani R. Identity Styles and Self-Concept among Individuals with Gender Dysphoria. Shefaye Khatam. 2017; 5(2) :19-27.

18. Rostamkhani F, Ghamari M, Babakhani V, Marqati Khoi E. The effect of acceptance and commitment based therapy on sexual function of postmenopausal women. Journal of Health and Care. 2020; 22(2): 102-13.

19. Soltanizadeh M, Bajlani P. Predicting Attitudes Toward Marital Infidelity Based on Sexual Dysfunction, Intimacy and Sexual Satisfaction in Married Men and Women in Isfahan. Zanko Journal of Medical Sciences. 2020; 21(68): 32-46.

20. Hajian B, Enayat H. Factors related to trust in non-infidelity of the studied spouse: Married men and women in Isfahan. Applied Sociology, 2015; 26(4): 69-86.

21. Ignat R. Infidelity impulsivity attachment and distorted cognitions. The Journal of Sexual Medicine. 2018; 15(7): 388-401.

22. Samadi Kashan S, Haj Hosseini M, Behpajooh A, Zamani Zarchi M. The effectiveness of acceptance and commitment group counseling on the loneliness of women affected by infidelity. Journal of Applied Psychological Research. 2019; 10(1): 73-82.

23. Luoma B, Bond W, Masuda A, & Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behavior research and therapy. 2016; 44(1): 1-25.

24. Puolakanaho A, Lappalainen R, Lappalainen P, Muotka J. Hirvonen R, Eklund M, & Kiuru N. Reducing stress and enhancing academic buoyancy among adolescents using a brief web-based program based on acceptance and commitment therapy: A randomized controlled trial. Journal of youth and adolescence. 2019; 48(2): 287-305.

25. Amiri S, Ehtesham Zadeh P, Hafezi F, Borna M R. Comparison of the Effectiveness Behavioral Activation Treatment Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Executive Functions of Learning the Rules, Inhibiting Impulsivity, and Flexibility in Patients with Depression. Shefaye Khatam. 2021; 9(2): 68-78.

26. Izadi R. Acceptance and Commitment Therapy, Tehran: Jangal Publications. 2016.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.52547/shefa.10.3.57]

27. Rouhani Isfahani Z, Malikia M, Khanjani S. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on flexibility, self-management skills and interactive skills of betrayed women referring to welfare counseling centers in Isfahan. New advances in behavioral sciences. 2020; 5(51): 41-28.

28. Peterson D, Eifert G, Feingold T, & Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. Cognitive and Behavior Practice. 2019; 16(2): 430- 42.

29. Wiebe S, Johnson M, Burgess-Moser M, Dalgleish T, Lafontaine M, & Tasca, G. Two-year follow-up outcomes in Emotionally Focused Couple Therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. Journal of Marital and Family Therapy. 2016; 43(1): 227-44.

30. Christensen A, Atkins D, Berns S, Wheeler J, Baucom H, Simpson L. Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2015; 72(1): 176-91.

31. Tabatabai A, Sajjadian I, Motamedi M. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on sexual function, sexual shyness and sexual audacity in women with sexual disorders. Behavioral Science Research. 2017; 15(1): 84-92.

32. Freeston M, Rheauma J, Litarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why Do People Worry ?. Personal Individual Differ. 1994; 17(1): 791-802.

33. Buher k, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scal: psychometric property Of the English version. Behav Res Ther. 2004; 28(1): 835- 42.

34. Simons, J. & Gaher, R. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure". Motivation and Emotion. 2005; 29(1): 83-102.

35. Kazemian S, Amin Al-Roaya R, Ismaili M. Prediction of distress tolerance based on the communication components of the family of origin in divorced and non-divorced women. Journal of Women and Society. 2016; 7(28): 91-106.

36. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C. Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of sex & marital therapy. 2000; 26(1): 191-208.

37. Nazarpour S, Simber M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Sexual dysfunction and underlying medical problems in postmenopausal women. Journal of the School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences. 2015; 73(11): 798-811.

38. Lillis J. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 2018; 35(4): 639-65.

39. Karimi S, Aghamir Mohammad Ali, Z, Abu Bakr Makoei S, Vahidifard M, Habibi M, Khalili M. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotional failure and cognitive avoidance of students with generalized anxiety disorder. Psychological Studies. 2020; 16(4): 109-26.

40. Maheronnaghsh F, naderi F, bakhtiyarpor S, safarzadeh S. Comparison of the Effectiveness of Mental Training and Treatment Based on Acceptance and Commitment on Rumination and Anxiety in Subjects with Body Dysmorphic Disorder. Shefaye Khatam. 2020; 9(1): 120-30.

41. Shadani B, Ghorban Shiroodi Sh. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on intolerance of uncertainty and dysfunctional attitudes of women seeking divorce. Scientific Journal of Women and Culture. 2019; 11(42): 21-32.

42. Ghadmpour E, Heidariani L, Radmehr F. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the dimensions of perturbation tolerance in patients with epilepsy with quarterly follow-up. Psychological Studies. 2020; 16(1): 123-40.

43. Koohi Kamali S, Sodagar S, Poursharifi H, Ashayeri H. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on sexual satisfaction of infertile women. J Prevent Med. 2020; 7(4): 67-56.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.52547/shefa.10.3.57]