MEJDS. 2020; 10:136.

Published online 2020 Sep. **Research Article**

The Effects of Crisis Intervention Training on the Quality of Life, Experiential Avoidance, and Rumination among Betrayed Women With Depression Symptoms

Dehghan Manshadi SM[1], *Foroozandeh E[2], Zareh Neyestanak M[2]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.
***Corresponding author's email:** elham_for@yahoo.com

Received: 2020 Jun 15; **Accepted:** 2020 July 27

Abstract

Background & Objectives: Marital infidelity, as a traumatic and growing event in different societies, imposes numerous psychosocial issues on the betrayed spouse. Individuals who are unfaithful to their spouse, present different actions to avoid unpleasant emotions and thoughts. Individuals who discover their spouse's infidelity and extramarital affairs present mental rumination and inappropriate attempts to escape such annoying thoughts, i.e., not only ineffective but also generate more problems for the person. Additionally, infidelity adversely impacts the couple's Quality of Life (QoL), especially the betrayed spouse; those with infidelity require special medical services. Crisis Intervention Training (CIT) is an effective training method. Therefore, this study investigated the effects of CIT on rumination, experiential avoidance, and QoL in betrayed females with depression symptoms.

Methods: This was a quasi-experimental research with a pretest-posttest and a control group design. The study statistical population was all betrayed women referring to Aramesh Counseling Center in Yazd City, Iran, in 2019. The study subjects were selected by convenience sampling method. They initially completed the Beck Depression Inventory (BDI) (1996). Individuals who achieved scores of >19 in the BDI were selected as the research sample. A total of 30 study samples were randomly divided into the experimental and control groups. The experimental group received 6 weekly 60-min sessions of CIT; however, the controls received no training. The data collection tools were the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF 26) (WHO, 1996) questionnaire, the Acceptance and Action Questionnaire-II (Bond et al, 2011), and the Rumination Response Scale (Nolen-Hoeksema & Marrow, 1991). The obtained data were analyzed by mean, standard deviation, and Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) in SPSS.

Results: The present study findings revealed that the pretest and posttest rumination mean (SD) scores in the experimental group were 58.73(11.65) and 55.60(11.93), respectively. Furthermore, the pretest and posttest rumination mean (SD) scores in the control group were 57.20(11.31) and 57.40(11.70), respectively. Moreover, the pretest and posttest experiential avoidance mean (SD) scores in the experimental group were 33.06(9.84) and 29.80(8.94), respectively. The pretest and posttest experiential avoidance mean (SD) scores in the control group were 32.26(7.03) and 32.60(6.70), respectively. Additionally, the pretest and posttest QoL mean (SD) scores in the experimental group were 80.86(5.01) and 86.33(5.49), respectively. Eventually, the pretest and posttest QoL mean (SD) scores in the control group were 81.01(6.95) and 80.93(6.43), respectively. The obtained data suggested that CIT significantly decreased rumination in the test group. Accordingly, CIT has led to a 52% improvement in rumination scores in the experimental group ($F=27.11$, $p<0.001$, eta= 0.520). Furthermore, CIT significantly decreased experiential avoidance values in the studied subjects. Therefore, this intervention has led to a 47% improvement in experiential avoidance in the study participants ($F=22.25$, $p<0.001$, eta= 0.471). The present study results indicated that CIT significantly increased the QoL in the studied subjects. This intervention has led to a 32% improvement in the QoL scores in the research participants ($F=12.13$, $p=0.002$, eta= 0.327).

Conclusions: CIT assists individuals to recognize the crisis before finding a solution to it; express their feelings and thoughts; employ effective strategies to reduce rumination and experiential avoidance, and improve their QoL. Thus, CIT could be employed as an impactful intervention in this regard.

Keywords: Crisis intervention training, Quality of life, Experiential avoidance, Rumination, Depression.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.40.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۳۶.

انتشار برخط شهریور ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش مداخله در بحران بر کیفیت زندگی، اجتناب تجربه‌ای و نشخوارهای ذهنی زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی

سیدمسعود دهقان منشادی[۱]، *الهام فروزنده[۲]، محمد زارع نیستانک[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** elham_for@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۶خرداد۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:**۶ مرداد۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: خیانت زناشویی در جوامع مختلف به‌عنوان عاملی آسیب‌زا و رو به رشد باعث مشکلات متعددی برای همسر خیانت‌دیده شده است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مداخله در بحران بر کیفیت زندگی، اجتناب تجربه‌ای و نشخوارهای ذهنی زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی شهر یزد بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش تمامی زنان خیانت‌دیدهٔ مراجعه‌کننده به مرکز مشاورهٔ آرامش شهر یزد در سال ۱۳۹۸ بودند. زنان خیانت‌دیدهٔ مراجعه‌کننده به مرکز مشاورهٔ آرامش براساس روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و پرسشنامهٔ افسردگی بک (۱۹۹۶) را تکمیل کردند. افراد دارای نمرهٔ بیشتر از ۱۹ در پرسشنامهٔ افسردگی به‌عنوان نمونهٔ پژوهش انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ـ ۲۶ سؤالی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) و پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) و نشخوار ذهنی (نولن ـ هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) بود. گروه آزمایش شش جلسه تحت آموزش مداخله در بحران قرار گرفت. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل یافته‌ها نشان داد، در گروه آزمایش مداخله در بحران باعث کاهش معناداری در اجتناب تجربه‌ای ($p<۰/۰۰۱$) و نشخوار ذهنی ($p<۰/۰۰۱$) و افزایش معناداری در کیفیت زندگی زنان ($p=۰/۰۰۲$) خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی شده است. ضریب ایتا در این متغیرها به‌ترتیب برابر با ۰/۴۷۱ و ۰/۵۲۰ و ۰/۳۲۷ بود که نشان‌دهندهٔ میزان اثربخش‌بودن مداخلهٔ مذکور در بهبود این متغیرها است.

نتیجه‌گیری: آموزش مداخله در بحران به فرد کمک می‌کند قبل از ارائهٔ راه‌حل بحران را درک کند، افکار و احساسات خود را بیان نماید و از راهبردهای سازگارانه‌تری استفاده کند که می‌تواند در کاهش نشخوار ذهنی و اجتناب تجربه‌ای و بهبود کیفیت زندگی مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: آموزش مداخله در بحران، کیفیت زندگی، اجتناب تجربه‌ای، نشخوار ذهنی، افسردگی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.40.9]

۱ مقدمه

خیانت[1] یکی از رویدادهای آسیب‌زا است که منجربه ایجاد تغییرات زیادی در حوزه‌های مختلف زندگی فردی و خانوادگی و اجتماعی می‌شود (۱). اصطلاحات و تعریف‌های گوناگونی برای تعریف و تشریح خیانت استفاده شده است که شامل فریب‌دادن همسر، عشق‌بازی، بی‌وفایی و خیانت است (۲). براساس مطالعات صورت‌گرفته در مناطق مختلف ایران، گزارش شده است که ۴۲درصد از مردان ۲۶تا۳۵ساله و ۱۳تا۱۵درصد از زنان مرتکب خیانت زناشویی شده‌اند (۳). در برخورد با خیانت همسر بین واکنش زنان و مردان دربرابر این پدیده تفاوت وجود دارد و زنان مشکلات بیشتری را در هنگام مواجهه با خیانت همسر و حتی سال‌های پس از آن تجربه می‌کنند (۴). سیکاریو و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، احتمال افسردگی و خودکشی در افرادی که از خیانت همسر خود آسیب دیده‌اند، بیشتر است. این زنان ترس و تنش بیشتری را تجربه می‌کنند، نشخوار ذهنی بیشتری دارند، کیفیت زندگی کمتری دارند و دارای مشکلات قلبی‌عروقی، معده‌ای، فشارخون زیاد، احساس بی‌ارزشی و کاهش حرمت خود، احساس ناامیدی، قربانی‌بودن و سردرگمی هستند؛ همچنین در آن‌ها اضطراب و اختلال استرس و افسردگی پس از آسیب مشاهده می‌شود (۵).

انسان تمایل دارد از موقعیت‌های اجتماعی و فردی که تجربه‌ها و هیجانات ناخوشایند را فرا می‌خواند، از افکار، رفتارها و هیجانات منفی اجتناب کند (۶). زمانی که فرد با افکار و خاطرات درونی ناخوشایند مواجه می‌گردد، تلاش‌هایی به‌منظور جلوگیری از تماس با این هیجانات و خاطرات در وی صورت می‌گیرد که از دید روان‌شناسان رفتار «اجتناب تجربه‌ای» نامیده می‌شود (۷). اجتناب تجربه‌ای[2] ، به‌صورت تلاش برای کنترل‌کردن، فرارکردن، حذف‌کردن و تغییردادن فراوانی و شکل رویدادهای شخصی ناخواسته، منفی و تنشگر شامل افکار، هیجانات، احساسات، علائم بدنی و خاطرات تعریف می‌شود؛ حتی زمانی که این رفتارها به بروز صدماتی در فرد منجر می‌شود (۸). یکی از موقعیت‌هایی که موجب بروز هیجانات و افکار منفی و ناخوشایند در انسان می‌شود، خیانت همسر است و فرد برای اجتناب از این افکار و احساسات، اعمال و واکنش‌هایی را انجام می‌دهد که از فردی به فرد دیگر متفاوت است. برخی از این افراد تلاش می‌کنند با این شرایط سازگار شوند، عده‌ای منفعلانه واکنش نشان می‌دهند و منزوی می‌شوند، عده‌ای آن را انکار می‌کنند، تعدادی به نشخوار ذهنی دربارهٔ آن می‌پردازند، برخی‌ها دست به رفتارهای پرخاشگرانه می‌زنند و عده‌ای نیز خودکشی می‌کنند یا همسر خود را به قتل می‌رسانند (۹). اجتناب تجربه‌ای با دامنهٔ وسیعی از مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، اختلال در عملکردهای روانی اجتماعی، اضطراب اجتماعی، راهبرد مقابله‌ای ناسازش‌یافتگی، مشکلات سلامت روان‌شناختی و فیزیکی، کاهش کیفیت زندگی و افت بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد (۱۰).

هنگامی که زنان خیانت و روابط فرازناشویی همسر خود را کشف می‌کنند، نشخوارهای ذهنی[3] و تلاش‌های نامناسبی را برای فرار از این افکار آزاردهنده انجام می‌دهند که نه‌تنها مؤثر نیستند، بلکه مشکلات بیشتری را برای فرد ایجاد می‌کنند (۱۱). نشخوار ذهنی به‌عنوان اشتغال دائمی به یک فکر یا موضوع شناخته می‌شود؛ همچنین طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول محوری مشخص می‌گردد و بدون توجه به تقاضاهای محیطی این افکار تکرار می‌شود (۱۲). اونایلی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، زنانی که از خیانت همسر آسیب دیده‌اند در برخورد با این اتفاق و سایر رویدادهای زندگی بیشتر از نشخوار ذهنی استفاده می‌کنند (۹). نشخوار ذهنی با افزایش‌دادن یادآوری خاطرات منفی و کاهش انگیزهٔ فرد برای حل مسائل و مشکلات آن‌ها، خلق منفی را در فرد تشدید می‌کند. همچنین منجربه استفادهٔ فرد از راهبردهای مقابله‌ای ناسازش‌یافتگی و نگرش منفی به رویدادها و اتفاقات زندگی در او می‌شود که باعث نشانگان روان‌شناختی مختلف در فرد می‌شود (۱۳). پژوهش‌های مختلفی نشان داده است که نشخوار ذهنی با اختلال استرس پس از سانحه (۱۴)، مشکلات اضطراب و افسردگی، کاهش سلامت روان (۱۵)، کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی (۱۶)، کاهش شادکامی زندگی (۱۷) و اجتناب شناختی (۱۸) ارتباط معنادار دارد.

خیانت همسر عاملی است که می‌تواند بر کیفیت زندگی زوجین به‌ویژه همسر خیانت‌دیده تأثیر منفی داشته باشد و آسیب‌های عمیقی بر سلامت روان‌شناختی آن‌ها می‌گذارد (۱۹). مفهوم کیفیت زندگی به‌طور گسترده دربرگیرندهٔ نحوه‌ای است که فرد جنبه‌های مختلف زندگی را به‌صورت مطلوب و خوب در نظر می‌گیرد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به‌عنوان ادراک فرد از موقعیت‌های زندگی براساس سیستم‌های ارزشی و فرهنگی زندگی خود تعریف می‌کند و این ادراک با ارزش‌ها، علایق و انتظارات ارتباط دارد (۲۰). بهبود کیفیت زندگی باعث می‌شود مراجع کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشد، در حل مسائل مختلف زندگی و رسیدن به اهداف مهم زندگی و هدف‌های فرعی مانند شادکامی پیشرفت کند، دارای عملکرد اجتماعی و اقتصادی مؤثرتری باشد، اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه کند، از سلامت روان بیشتری برخوردار شود و احساس رضایت بیشتری از زندگی خود داشته باشد (۲۱).

مداخله در بحران، رویکرد آموزشی فشرده برای کمک به کاهش شدت هیجانات ناشی‌از بحران است. این مداخله به‌عنوان فوریت روان‌شناختی کوتاه‌مدت به افراد کمک می‌کند تا به مقابله با رویدادهای غیرمنتظره که بر زندگی آنان تأثیر منفی می‌گذارند و مانع از زندگی کردن آن‌ها به‌صورت طبیعی می‌شوند، بپردازند. مداخله در بحران به‌عنوان یک روش درمانگری برای افرادی به‌کار می‌رود که دچار مشکلات سلامت روان، خودکشی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر، قربانیان تجاوز و خشونت، بلایای طبیعی، ازدست‌دادن عزیزان، خیانت همسر و افراد دارای تجارب آسیب‌زا هستند (۲۲). رویکردهای درمانگری مداخله در بحران ازجمله کمک‌های روان‌شناختی بحرانی اولیه، بازگویی حوادث بحرانی تنشگر، درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر رویداد آسیب‌زا،

[1]. Betrayed

[2]. Experiential avoidance

[3]. Rumination

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.40.9]

حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و پردازش مجدد و دارودرمانی می‌توانند پریشانی و استرس مزمن قربانیان را کاهش دهند؛ همچنین می‌توانند موجب ایجاد ثبات هیجانی و بازیابی توانایی خودسازگاری در فرد شوند و به رفع مشکلات مختلف این افراد کمک شایانی کنند (۲۳). به‌طورکلی هدف از مداخله در بحران افزایش تعادل در فرد و تسکین علائم بحران، بازگرداندن مجدد عملکرد فرد به سطح پیش از وقوع بحران، شناخت عوامل زمینه‌ساز مرتبط، ارائهٔ روش‌های جدید تفکر، پی‌بردن به احساسات و ایجاد پاسخ‌های مقابله‌ای و سازگارانهٔ جدید است که در شرایط بحرانی به‌کار گرفته می‌شود و به‌طورکلی منجربه توان‌مندسازی در رویارویی با بحران می‌شود (۲۴). در پژوهش سیمپسون، مدل درمانی یک‌جلسه‌ای مداخله در بحران برای اختلالات روان‌پزشکی اضطراری مطالعه شد و مشخص شد که این مدل درمانی یک‌جلسه‌ای در تسهیل درمان این اختلالات مؤثر است (۲۵). داسلیوا و همکاران بیان کردند که مداخله در بحران به‌عنوان روش درمانگری در کاهش درد و رنج مردم تأثیر دارد و ازآنجاکه بحران‌ها در زمان و مکان مشخصی رخ نمی‌دهند و تأثیر نامطلوبی بر زندگی افراد می‌گذارند، مداخلات در بحران می‌تواند به فرد کمک کند تا با این بحران‌ها به‌شیوه‌ای مؤثر برخورد کند (۲۶). گلدبگ و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر تروما در کاهش اضطراب و افسردگی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأثیر معناداری دارد (۲۷). فیفر و همکاران در مطالعه‌ای مشخص کردند که درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر تروما در کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه مؤثر است (۲۸). نوروزی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر تروما در کاهش نشخوار ذهنی زنان مطلقه مؤثر است (۲۹). صالحیان و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر بهبود کیفیت زندگی تأثیر معناداری دارد (۳۰). کوسل گزارش کرد، روش بازگویی استرس در شرایط بحرانی به‌عنوان مدل آموزشی مداخله در بحران به افراد کمک می‌کند که از راهبردهای مقابله‌ای سازگار استفاده کنند (۳۱).

خیانت زناشویی به‌عنوان رویدادی آسیب‌زا و رو به رشد در جوامع مختلف باعث ایجاد مشکلات متعدد روان‌شناختی و اجتماعی برای همسر خیانت‌دیده می‌شود؛ بر این اساس این افراد نیازمند خدمات درمانی ویژه‌ای هستند. آموزش مداخله در بحران به‌عنوان یک روش آموزشی مؤثر موجب شده است پژوهش‌هایی در افرادی انجام شود که بحرانی را تجربه کرده‌اند. باتوجه به بررسی‌های صورت‌گرفته تاکنون پژوهشی یافت نشد که به مطالعهٔ اثربخشی آموزش مداخله در بحران بر کیفیت زندگی، اجتناب تجربه‌ای و نشخوار ذهنی در زنان خیانت‌دیده از بی‌وفایی همسر بپردازد و از این نظر این پژوهش نوآوری دارد؛ بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مطالعهٔ اثربخشی آموزش مداخله در بحران بر کیفیت زندگی، اجتناب تجربه‌ای و نشخوار ذهنی زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی است که از طرح پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون همراه با گروه گواه استفاده شد. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان خیانت‌دیدهٔ شهر یزد تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ به مرکز مشاورهٔ آرامش استان یزد مراجعه کرده بودند. زنان خیانت‌دیدهٔ مراجعه‌کننده به مرکز مشاورهٔ آرامش براساس روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. پس از آنکه زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر برای شرکت در پژوهش رضایت خود را اعلام کردند، همهٔ آن‌ها پرسشنامهٔ افسردگی بک‌ـ ویرایش دوم[1] (۳۲) را تکمیل کردند. افراد دارای نمرهٔ بیشتر از ۱۹ در پرسشنامهٔ افسردگی به‌عنوان نمونهٔ پژوهش انتخاب شدند. ازآنجاکه در طرح‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه در گروه‌های آزمایش و گواه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است، حجم نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که به‌صورت تصادفی در یک‌گروه آزمایش و یک‌گروه گواه قرار گرفتند (۳۳). ملاک‌های لازم برای ورود افراد به پژوهش عبارت بود از: ۱. زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی با کسب نمرهٔ بیشتر از ۱۹ در پرسشنامهٔ افسردگی بک (۳۲)؛ ۲. داشتن تحصیلات بیشتر از دیپلم؛ ۳. زنان دارای حداقل یک سال سابقهٔ زندگی مشترک؛ ۴. تمایل و رضایت آگاهانه برای ورود به پژوهش. ملاک‌های خروج افراد از پژوهش عبارت بود از: ۱. زنان طلاق‌گرفته به‌دلیل خیانت همسرشان؛ ۲. زنانی که ارتباط همسرشان با شخص دوم منجربه ازدواج موقت یا دائم شده؛ ۳. شرکت‌نکردن در جلسات و غیبت از جلسه. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها و رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از تحقیق رعایت شد. سپس گروه آزمایش به‌مدت شش جلسه به‌صورت هفتگی و هر جلسه به‌مدت ۶۰ دقیقه تحت آموزش پروتکل مداخله در بحران براساس مدل جیمز و گلیلند (۳۴) قرار گرفت؛ اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ تجزیه‌وتحلیل شدند. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تجزیه‌وتحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد؛ در ضمن سطح معناداری در همهٔ آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود. ابزار زیر در این پژوهش به‌کاررفت.

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[2]: پرسشنامه‌ای ۲۶سؤالی است که توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ ساخته شد و کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را در مقیاس ۵درجه‌ای لیکرتی می‌سنجد. این پرسشنامه چهار زیرمقیاس و یک‌نمرهٔ کلی دارد. دامنهٔ نمرات بین ۲۶تا۱۳۰ است و نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ کیفیت زندگی بهتر در فرد است (۳۵). قابلیت اعتماد آزمون‌بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به‌دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷؛ سلامت روان ۰/۷۷؛ روابط اجتماعی ۰/۷۵؛ سلامت محیط ۰/۸۴؛ همچنین قابلیت اعتماد کل آزمون ۰/۷۸ بود. همسانی درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۵۵ و ۰/۸۴ محاسبه شد (۱۹).

[1]. Beck Depression Questionnaire -II (BDI-II)
[2]. Questionnaire of Quality of Life (WHOQOL-BREF 26)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.40.9]

ـ پرسشنامهٔ پذیرش و عمل ـ ویرایش دوم[1]: ابزاری خودسنجی است که به‌منظور سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یا اجتناب تجربه‌ای در سال ۲۰۱۱ توسط بوند و همکاران تدوین شد. این پرسشنامه ابزاری ۱۰سؤالی است که براساس طیف لیکرت ۷درجه‌ای از هرگز درست نیست (۱) تا همیشه درست است (۷) ارزیابی می‌شود. هرچه نمرات بیشتر باشد، نشان‌دهندهٔ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر است. در نسخهٔ اصلی میانگین ضرایب آلفا ۰/۸۴ و قابلیت اعتماد بازآزمایی در فاصلهٔ ۳تا۱۲ ماه به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به‌دست آمد. دامنهٔ نمرات بین ۷تا۷۰ است و نمرهٔ بیشتر در این مقیاس نشان می‌دهد که فرد به میزان زیادی از اجتناب تجربه‌ای استفاده می‌کند (۳۶). در ایران این مقیاس توسط عباسی و همکاران به فارسی ترجمه شد و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی شد. شواهد حاکی‌از نتایج نویدبخشی دربارهٔ قابلیت کاربرد نسخهٔ فارسی پذیرش و تعهد در جامعهٔ ایرانی است. ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ و ضریب تعیین ۰/۷۱ برای این پرسشنامه به‌دست آمد (۳۷).

ـ پرسشنامهٔ نشخوار ذهنی[2]: نولن ـ هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ پرسشنامهٔ خودآزمای نشخوار ذهنی را تدوین کردند. مقیاس سبک پاسخ نشخوار از ۲۲ ماده تشکیل شده است که از پاسخ‌دهندگان می‌خواهد هر کدام را در مقیاس از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. در این مقیاس کمترین نمره ۲۲ و بیشترین نمره ۸۸ است. هرچه نمرهٔ آزمودنی‌ها در این مقیاس بیشتر باشد، نشان می‌دهد که افراد بیشتر از سبک نشخوار ذهنی استفاده می‌کنند (به نقل از ۳۸). در پژوهش باقری‌نژاد و همکاران قابلیت اعتماد این آزمون به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آمد (۳۹). در پژوهش گلزار و همکاران برای بررسی روایی، همبستگی هر سؤال با نمرهٔ کل پرسشنامه محاسبه شد و نتایج حاکی‌از آن بود که تمام سؤالات با نمرهٔ کل پرسشنامه همبستگی معناداری دارند (p<۰/۰۰۱) و ضرایب همبستگی در این پژوهش بین ۰/۳۰تا۰/۷۲ بود (۴۰).

پروتکل آموزش مداخله در بحران (۳۴) در شش جلسهٔ ۶۰دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه بر ۱۵ نفر از آزمودنی‌های گروه آزمایش به‌صورت گروهی برگزار شد. محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. آموزش مداخله در بحران

جلسهٔ اول	معارفه: قواعد گروه، آشنایی اولیه و ایجاد جو توأم با اعتماد و تعامل با هدف درمانی، تعریف مشکل از دیدگاه مراجع، استفاده از مهارت‌های گوش‌دادن فعال، همدلی و پذیرش، جمع‌بندی، بازخورد و تکالیف خانگی: نوشتن احساسات، افکار و خواسته‌های فرد در ارتباط با مشکل.
جلسهٔ دوم	مرور جلسهٔ قبل: بازخورد درمان‌جویان و بررسی تکالیف خانگی، بررسی وضعیت امنیت روانی و جسمی مراجع در طول جلسات، جمع‌بندی، بازخورد و تکالیف خانگی: استفاده از فنون ریلکسیشن، تقویت توان‌مندی‌های مراجع.
جلسهٔ سوم	مرور جلسهٔ قبل: بازخورد درمان‌جویان و بررسی تکالیف خانگی، ارائهٔ پشتیبانی و حمایت هیجانی و اطلاعاتی و برقراری ارتباط با مراجع شامل آگاه‌کردن و بررسی نقش افراد در خیانت همسر، جمع‌بندی، بازخورد و تکالیف خانگی: فعال‌سازی و ارتقای مهارت‌های سازگاری.
جلسهٔ چهارم	مرور جلسهٔ قبل: بازخورد درمان‌جویان و بررسی تکالیف خانگی، بررسی گزینه‌های جایگزین، شناسایی راهبردهای مقابله‌ای و منابع فردی و محیطی، یافتن راه‌های موجود برای تغییر وضعیت کنونی، جمع‌بندی، بازخورد و تکالیف خانگی: تکمیل جدول روش‌های مقابله‌ای فرد با مشکل و بررسی کارآمدی و ناکارآمدی روش‌ها.
جلسهٔ پنجم	مرور جلسهٔ قبل: بازخورد درمان‌جویان و بررسی تکالیف خانگی، تدوین برنامه همراه با جزئیات کامل توسط مراجع، جمع‌بندی، بازخورد و تکالیف خانگی: نحوهٔ بررسی افکار و احساسات و واکنش مؤثر فرد به مسئلهٔ پیش‌رو، استفاده از مکانیزم‌های مقابله‌ای مناسب.
جلسهٔ ششم	مرور جلسهٔ قبل: بازخورد درمان‌جویان و بررسی تکالیف خانگی، تعهد درقبال برنامه و اقدامات در راستای برنامهٔ تدوین‌شده، جمع‌بندی و پایان جلسات.

۳ یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای کیفیت زندگی و اجتناب تجربه‌ای و نشخوار ذهنی گروه آزمایش یعنی گروه آموزش مداخله در بحران و گروه گواه آمده است.

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین متغیرهای کیفیت زندگی و اجتناب تجربه‌ای و نشخوار ذهنی در مرحلهٔ پیش‌آزمون و در گروه گواه به‌ترتیب برابر با ۸۱/۰۱ و ۳۲/۶۶ و ۵۷/۲۰ و در مرحلهٔ پس‌آزمون ۸۰/۹۳ و۳۲/۶۰ و ۵۷/۴۰ است؛ همچنین میانگین متغیرهای کیفیت زندگی و اجتناب تجربه‌ای و نشخوار ذهنی در مرحلهٔ پیش‌آزمون در گروه آزمایش به‌ترتیب برابر با ۸۰/۸۶ و۳۳/۰۶ و ۵۸/۷۳ و در مرحلهٔ پس‌آزمون ۸۶/۳۳ و ۲۹/۸۰ و۵۵/۶۰ است که نشان می‌دهد در میانگین این متغیرها بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفاوت درخورتوجهی وجود دارد. برای بررسی معناداری این تفاوت، تحلیل کوواریانس چندمتغیره به‌کار رفت. به‌منظور انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره ابتدا مفروضه‌های آن بررسی شد: در این پژوهش داده‌ها فاصله‌ای بودند، باتوجه به آزمون شاپیرو ـ ویلک داده‌ها نرمال بودند (p>۰/۰۵)، براساس آزمون لوین فرض برابری واریانس

[1]. Acceptance and Action Questionnaire-II

[2]. Rumination Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.40.9]

تأیید شد ($p>۰/۰۵$)، فرض همگنی واریانس‌کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس به تأیید رسید ($p>۰/۰۵$) و پیش‌فرض همبستگی بین متغیر وابسته با آزمون بارتلت تأیید شد ($p<۰/۰۵$). باتوجه به نتایج لاندای ویلکز آموزش مداخله در بحران حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته تأثیر داشته است و بین گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۱۹/۸۰$، $p<۰/۰۰۱$).

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نشخوار ذهنی و اجتناب تجربه‌ای و کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشخوار ذهنی	گروه گواه	۵۷/۲۰	۱۱/۳۱	۵۷/۴۰	۱۱/۷۰
	گروه آزمایش	۵۸/۷۳	۱۱/۶۵	۵۵/۶۰	۱۱/۹۳
اجتناب تجربه‌ای	گروه گواه	۳۲/۶۶	۷/۰۳	۳۲/۶۰	۶/۷۰
	گروه آزمایش	۳۳/۰۶	۹/۸۴	۲۹/۸۰	۸/۹۴
کیفیت زندگی	گروه گواه	۸۱/۰۱	۶/۹۵	۸۰/۹۳	۶/۴۳
	گروه آزمایش	۸۰/۸۶	۵/۰۱	۸۶/۳۳	۵/۴۹

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیرهای نشخوار ذهنی و اجتناب تجربه‌ای و کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	F	مقدار p	ضریب ایتا	توان آماری
نشخوار ذهنی	۲۷/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۰	۰/۹۹۹
اجتناب تجربه‌ای	۲۲/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۱	۰/۹۹۵
کیفیت زندگی	۱۲/۱۳	۰/۰۰۲	۰/۳۲۷	۰/۹۱۷

همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در متغیر نشخوار ذهنی، نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون آموزش مداخله در بحران بر کاهش نشخوار ذهنی زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی شهر یزد تأثیر معنادار داشته است ($p<۰/۰۰۱$). مجذور سهمی ایتا در این متغیر برابر با ۰/۵۲۰ به‌دست آمد که نشان می‌دهد، ۵۲درصد از واریانس کل متغیر نشخوار ذهنی مربوط به آموزش مداخله در بحران بوده است. در متغیر اجتناب تجربه‌ای نتایج تحلیل کوواریانس مشخص کرد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، آموزش مداخله در بحران بر کاهش اجتناب تجربه‌ای زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی شهر یزد تأثیر معنادار داشته است ($p<۰/۰۰۱$). مجذور سهمی ایتا در این متغیر برابر با ۰/۴۷۱ گزارش شده که نشان می‌دهد، ۴۷درصد از واریانس کل متغیر اجتناب تجربه‌ای مربوط به آموزش مداخله در بحران بوده است. در متغیر کیفیت زندگی نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، آموزش مداخله در بحران بر افزایش کیفیت زندگی زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی شهر یزد تأثیر معنادار داشته است ($p=۰/۰۰۲$). مجذور سهمی ایتا در این متغیر برابر با ۰/۳۲۷ گزارش شده که نشان می‌دهد، ۳۲درصد از واریانس کل متغیر کیفیت زندگی مربوط به آموزش مداخله در بحران بوده است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مداخله در بحران بر کیفیت زندگی، اجتناب تجربه‌ای و نشخوار ذهنی زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی صورت گرفت. ابتدا به بررسی تأثیر آموزش مداخله در بحران بر کیفیت زندگی زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی پرداخته شد. باتوجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که آموزش مداخله در بحران بر بهبود کیفیت زندگی زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی تأثیر داشته است. مجذور سهمی ایتا در پژوهش حاضر برابر با ۰/۳۲۷ به‌دست آمد و حاکی‌از آن است که ۳۲درصد از واریانس کل متغیر کیفیت زندگی مربوط به آموزش مداخله در بحران بوده است. نتایج این مطالعه همسو با پژوهش‌های سیمپسون (۲۵)، گلدبرگ و همکاران (۲۷)، فیفر و همکاران (۲۸) و صالحیان و همکاران (۳۰) است؛ همان‌طورکه ژانگ و ژو بیان کردند، رویکرد مداخله در بحران به‌عنوان یک روش درمانی اضطراری برای افراد دچار تروما به‌کار می‌رود و شامل روش‌های مختلفی ازجمله کمک‌های روان‌شناختی بحرانی اولیه، بازگویی حوادث بحرانی تنشگر، درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر رویداد آسیب‌زا، حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و پردازش مجدد و دارودرمانی است (۲۳). صالحیان و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان حساسیت‌زدایی ازطریق حرکت چشم و پردازش مجدد در بهبود کیفیت زندگی تأثیر معنادار دارد (۳۰). فیفر و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر تروما در کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه مؤثر است (۲۸). در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که مداخله در بحران به فرد کمک می‌کند تا قبل از اینکه راهی برای حل آن بحران پیدا کند، درک و شناخت درستی از این بحران داشته باشد، احساسات و افکار خود را بیان کند و ارتباطات بین‌فردی خود را گسترش دهد؛ همچنین به فرد کمک می‌کند تا از راهبردهای حل مسئلهٔ مؤثر استفاده کند و مکانیزم‌های سازگارانه‌تری را به‌کار برد که می‌تواند منجربه کاهش شدت استرس و اختلالات مرتبط با تروما در فرد و افزایش تاب‌آوری و قدرت سازگاری او شود و کیفیت زندگی‌اش را ارتقا بخشد (۲۲،۲۳).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.40.9]

در ادامه اثربخشی آموزش مداخله در بحران بر اجتناب تجربه‌ای زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی بررسی می‌شود. براساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان به این نتیجه رسید که آموزش مداخله در بحران بر کاهش اجتناب تجربه‌ای زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی شهر یزد تأثیر داشته است. مجذور سهمی ایتا در پژوهش حاضر برابر با ۰/۴۷۱ به‌دست آمد و حاکی‌از آن است که ۴۷ درصد از واریانس کل متغیر اجتناب تجربه‌ای مربوط به آموزش مداخله در بحران بوده است. باتوجه به بررسی‌های صورت‌گرفته تاکنون پژوهشی یافت نشد که به مطالعهٔ تأثیر آموزش مداخله در بحران بر اجتناب تجربه‌ای پرداخته باشد. کوسل در پژوهش خود دریافت، روش بازگویی استرس شرایط بحرانی که یکی از مؤلفه‌های مدیریت استرس شرایط بحرانی است به‌عنوان مدل آموزشی مداخله در بحران به فرد کمک می‌کند تا از راهبردهای مقابله‌ای سازگاری استفاده نماید. از سویی دیگر، افرادی که تحت این روش قرار نگرفته‌اند، بیشتر تمایل دارند از سبک‌های مقابله‌ای حواس‌پرتی و اجتناب شناختی و هیجانی استفاده کنند (۳۱). در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که این روش آموزشی منجربه بازسازی رویدادهای استرس‌زا توسط فرد می‌شود، باعث می‌گردد فرد در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا از سبک‌های مقابله‌ای و شیوه‌های شناختی و رفتاری ناسازگار استفاده نکند، به فرد کمک می‌کند تا مهارت‌های مقابله‌ای جدیدی را در برخورد با مشکل ایجادشده و مسائل و رویدادهای آینده یاد بگیرد و احتمال افزایش تعادل در فرد و بازگرداندن مجدد عملکرد فرد به سطح پیش از وقوع بحران را بهبود بخشد (۲۴،۳۱).

در پژوهش حاضر نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد، آموزش مداخله در بحران در کاهش نشخوار ذهنی زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی شهر یزد مؤثر بوده است. مجذور سهمی ایتا در پژوهش حاضر برابر با ۰/۵۲۰ به‌دست آمد و حاکی‌از آن است که ۵۲درصد از واریانس کل متغیر نشخوار ذهنی مربوط به آموزش مداخله در بحران بوده است. باتوجه به بررسی‌های صورت‌گرفته تاکنون پژوهشی یافت نشد که به‌طور مستقیم به مطالعهٔ تأثیر آموزش مداخله در بحران بر نشخوار ذهنی پرداخته باشد. نوروزی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش نشخوار ذهنی زنان مطلقه تأثیر دارد (۲۹). کوسل در پژوهش خود بیان کرد که بازگویی تنش در شرایط بحرانی می‌تواند نشانه‌های افسردگی و اضطراب و نشخوار ذهنی را کاهش دهد (۳۱). درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر تروما به‌عنوان رویکرد مداخله در بحران با استفاده از تکنیک‌هایی مانند توقف فکر، آگاهی از ارتباط بین افکار و احساسات و ضبط افکار روزانهٔ خود به افراد کمک می‌کند تا افکار منفی‌شان را اصلاح کنند، در موقعیت‌های تنشگر از خودگویی‌های ناسازگار کمتر استفاده نمایند و به تعبیر و تفسیر خوش‌بینانهٔ رویدادهای تنش‌زا بپردازند. همچنین مداخله در بحران می‌تواند نشخوار ذهنی افراد را کاهش دهد (۲۹).

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که آموزش مداخله در بحران بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و نشخوار ذهنی و افزایش کیفیت زندگی زنان خیانت‌دیدهٔ دارای علائم افسردگی مؤثر است. مداخله در بحران به فرد کمک می‌کند تا با شرایط و مشکلات ناخوشایند رو به رو شود، از افکار و احساسات خود آگاه باشد، بتواند مسائل زندگی خود را مدیریت کند که این امر می‌تواند منجربه کاهش شدت استرس، اختلالات مرتبط با تروما، اجتناب تجربه‌ای و نشخوار ذهنی در فرد شود و کیفیت زندگی افراد را ارتقا دهد.

از محدودیت‌های این مطالعه جامعهٔ آماری پژوهش بود که از افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاورهٔ آرامش تشکیل شد و مردان را در بر نگرفت؛ ازاین‌رو امکان تعمیم نتایج را با محدودیت روبه‌رو می‌کند؛ همچنین در این پژوهش از داده‌های پرسشنامه‌ای استفاده شد که ممکن است فرد تمایلی برای بهتر نشان‌دادن خود داشته باشد. باتوجه به نتایج پیشنهاد می‌شود اثربخشی مداخله در بحران بر مردان خیانت‌دیده بررسی شود و مقایسهٔ مداخله در بحران با درمان‌های شناختی‌رفتاری، پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالیکتیک انجام پذیرد. بهزیستی و مراکز مشاورهٔ تحت نظارت سازمان‌های مربوط نیز می‌توانند از یافته‌های این پژوهش برای حل مشکلات زنان خیانت‌دیده استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی پرسنل مرکز مشاورهٔ آرامش و تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که به‌نوعی در اجرای این پژوهش نقش داشتند و روند اجرای آن را تسهیل کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری رشتهٔ روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین با شماره نامهٔ مصوب پروپوزال در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه ۱۷۶۲۰۷۰۵۹۷۱۰۰۱ است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند. پژوهش حاضر بدون حمایت مالی نهاد یا سازمانی انجام شده است.

References

1. Fatehizade M, Rahimi A, Yousefi Z. The lived experiences of Iranian women, injured from their husbands' infidelity. Modern Applied Science. 2016;10(4):70–5. doi: 10.5539/mas.v10n4p70
2. Wilson K, Mattingly BA, Clark EM, Weidler DJ, Bequette AW. The gray area: exploring attitudes toward infidelity and the development of the Perceptions of Dating Infidelity Scale. J Soc Psychol. 2011;151(1):63–86. doi: 10.1080/00224540903366750

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.40.9]

3. Fathi M, Fekazad H, Ghaffary G, Bolhari J. Recognizing the fundamental factors of married men engaged in marital infidelity. Social Welfare Quarterly. 2014;13(51):109–31. [Persian] http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1372-en.pdf
4. Kemer G, Bulgan G, Çetinkaya Yıldız E. Gender differences, infidelity, dyadic trust, and jealousy among married Turkish individuals. Curr Psychol. 2016;35(3):335–43. doi: 10.1007/s12144-014-9298-2
5. Ciarocco NJ, Echevarria J, Lewandowski GW. Hungry for love: the influence of self-regulation on infidelity. J Soc Psychol. 2012;152(1):61–74. doi: 10.1080/00224545.2011.555435
6. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012;40(7):976–1002. doi: 10.1177/0011000012460836
7. Kashdan TB, Goodman FR, Machell KA, Kleiman EM, Monfort SS, Ciarrochi J, et al. A contextual approach to experiential avoidance and social anxiety: evidence from an experimental interaction and daily interactions of people with social anxiety disorder. Emotion. 2014;14(4):769–81. doi: 10.1037/a0035935
8. Kashdan TB, Farmer AS, Adams LM, Ferssizidis P, McKnight PE, Nezlek JB. Distinguishing healthy adults from people with social anxiety disorder: evidence for the value of experiential avoidance and positive emotions in everyday social interactions. J Abnorm Psychol. 2013;122(3):645–55. doi: 10.1037/a0032733
9. Onaylı S, Erdur-Baker O, Kordoutis P. The relation between rumination and emotional reactions to infidelity in romantic relationships. Athens Journal of Social Sciences. 2015;3(1):53–64. doi: 10.30958/ajss.3-1-5
10. Bohr-Feld C. The role of experiential avoidance for the quality of life in a sample of patients with diverse personality disorders [Essay for M.Sc in Psychology]. [Enschede, Netherlands]: University of Twente, Department of Psychology, Health & Technology; 2017.
11. Ghafoorian P., Hassanabadi, H. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on thought control and meta cognitive beliefs among females experienced extramarital affairs trauma. Int J Womens Health Wellness. 2016;2(2):1-5. doi: 10.23937/2474-1353/1510020
12. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. Perspect Psychol Sci. 2008;3(5):400–24. doi: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
13. Ward A, Lyubomirsky S, Sousa L, Nolen-Hoeksema S. Can't quite commit: rumination and uncertainty. Pers Soc Psychol Bull. 2003;29(1):96–107. doi: 10.1177/0146167202238375
14. Roley ME, Claycomb MA, Contractor AA, Dranger P, Armour C, Elhai JD. The relationship between rumination, PTSD, and depression symptoms. J Affect Disord. 2015;180:116–21. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.006
15. Zawadzki MJ. Rumination is independently associated with poor psychological health: Comparing emotion regulation strategies. Psychology & Health. 2015;30(10):1146–63. doi: 10.1080/08870446.2015.1026904
16. Imtiaz S, Kamal A. Rumination, optimism, and psychological well-being among the elderly: self-compassion as a predictor. Journal of Behavioural Sciences. 2016;26(1):32–52.
17. Sariçam H. Examining the relationship between self-rumination and happiness: The mediating and moderating role of subjective vitality. Universitas Psychologica. 2016;15(2):383–96. doi: 10.11144/Javeriana.upsy15-2.errh
18. Soleimani E, Azmoodeh S, Habibi M. Structural equation modeling of the relationship between cognitive avoidance and rumination with clinical symptoms of OCD: cognitive failure as a mediating variable. J Arak Uni Med Sci. 2017;20(9):33–44. [Persian] http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5161-en.pdf
19. Momeni Javid M, Shoaakazemi M. The study of couple psychotherapy on recovery quality of life in traumatic couple of infidelity in Tehran. Journal of Research and Health. 2011;1(1):54–63. [Persian] http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-7-en.pdf
20. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual Life Res. 2004;13(2):299–310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
21. Llobet MP, Ávila NR, Farràs Farràs J, Canut MTL. Quality of life, happiness and satisfaction with life of individuals 75 years old or older cared for by a home health care program. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011;19(3):467–75. doi: 10.1590/S0104-11692011000300004
22. Kratcoski PC. Brief Therapy and Crisis Intervention. In: Kratcoski PC, editor. Correctional Counseling and Treatment. Cham: Springer International Publishing; 2017. pp: 239–54. doi: 10.1007/978-3-319-54349-9_13
23. Zhang L, Zhou J. Crisis intervention in the acute stage after trauma. Int J Emerg Ment Health. 2015;17(4). doi: 10.4172/1522-4821.1000299
24. Soleymani nia L, Jazayeri A, Mohamad khani P. The role of positive and negative mental health in adolescent's health risk behaviors. Social Welfare Quarterly. 2006;5(19):75–90. [Persian] http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1948-en.pdf
25. Simpson SA. A single-session crisis intervention therapy model for emergency psychiatry. Clin Pract Cases Emerg Med. 2019;3(1):27–32. doi: 10.5811/cpcem.2018.10.40443
26. da Silva JAM, Siegmund G, Bredemeier J. Crisis interventions in online psychological counseling. Trends Psychiatry Psychother. 2015;37(4):171–82. doi: 10.1590/2237-6089-2014-0026

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.40.9]

27. Goldbeck L, Muche R, Sachser C, Tutus D, Rosner R. Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: a randomized controlled trial in eight german mental health clinics. Psychother Psychosom. 2016;85(3):159–70. doi: 10.1159/000442824
28. Pfeiffer E, Tutus D, Goldbeck L, Sachser C. The effect of trauma-focused cognitive behavioral therapy on quality of life of children and adolescents with posttraumatic stress disorder: a randomized-control trial. In: ISTSS 32nd Annual Meeting [Internet]. Dallas: International Society for Traumatic Stress Studies; 2016. https://istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/Poster-Abstract-Book.pdf
29. Noroozi S, Mokhtariaraghi H, Barzoki MH. The effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioural therapy in the treatment of depression of divorced women. Australasian Medical Jpurnal. 2018;11(4): 245–52. doi: 10.21767/AMJ.2018.3399
30. Salehian T, Saeedinejad S, Behnammoghadam M, Shafiee M, Mohammadhossini S, Behnammoghadam Z, et al. Efficacy of eye movements desensitization and reprocessing on the quality of life of the patients with myocardial infarction. Glob J Health Sci. 2016;8(10):56100. doi: 10.5539/gjhs.v8n10p112
31. Kusel M. The impact of critical incident stress debriefing on coping in emergency health care providers : a rapid review [Thesis for MA in Clinical Psychology]. [South Africa]: North-West University; 2016.
32. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
33. Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. Applied Multivariate Research: Design and Interpretation. Pasha Sharifi H, Habibi M, Rezakhani S, Hasanabadi HR, Izanloo B, Farzad V. (Persian translator). Tehran: Roshd Pub; 2015.
34. James RK, Gilliland BE. Crisis Intervention Strategies. 6th ed. Boston, MA: Cengage Learning; 2008.
35. WHOQOL group. WHOQOL-BREF: Introduction, administration and scoring, and genetic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996. https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1
36. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther. 2011;42(4):676–88. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
37. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of Acceptance and Action Questionnaire –II. Journal of Psychological Models and Methods. 2012;3(10):65–80. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_61_21af488ece7d0446040f5daca6e18c08.pdf
38. Nolen-Hoeksema S, Harrell ZA. Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2002;16(4):391–403. doi: 10.1891/jcop.16.4.391.52526
39. Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabayi S. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2010;11(1):21–38. [Persian] https://tpccp.um.ac.ir/article/view/6910/1013
40. Golzar HR, Aflakseir A, Molazadeh J. Structural equation modeling of dysfunctional attitudes and depression symptoms: investigation of the mediation role of ruminative response style. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017;22(4):318–29. [Persian] doi: 10.18869/nirp.ijpcp.22.4.318

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.40.9]