

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

Dehghan Manshadi SM¹, *Foroozandeh E², Zareh Neyestanak M²

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: eham_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 ($F=27.11, p<0.001, \eta^2=0.520$). 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 ($F=22.25, p<0.001, \eta^2=0.471$). 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 ($F=12.13, p=0.002, \eta^2=0.327$).

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.

اثربخشی آموزش مداخله در بحران بر کیفیت زندگی، اجتناب تجربه‌ای و نشخوارهای ذهنی زنان خیانت‌دیده 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.

*رایانامه نویسنده مسئول: elham_for@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۶ خرداد ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۶ مرداد ۱۳۹۹

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 خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی شهر یزد بود.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان خیانت‌دیده مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آرامش شهر یزد در سال ۱۳۹۸ بودند. زنان خیانت‌دیده مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آرامش براساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) را تکمیل کردند. افراد دارای نمره بیشتر از ۱۹ در پرسشنامه افسردگی به‌عنوان نمونه 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-۲۶ (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) و پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) و نشخوار ذهنی (نولن-هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) بود. گروه آزمایش شش جلسه تحت آموزش مداخله در بحران قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل یافته‌ها نشان داد، در گروه آزمایش مداخله در بحران باعث کاهش معناداری در اجتناب تجربه‌ای ($p < 0/001$) و نشخوار ذهنی ($p < 0/001$) و افزایش معناداری در کیفیت زندگی زنان ($p = 0/002$) خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی شده است. ضریب ایتا در این متغیرها به ترتیب برابر با ۰/۴۷۱ و ۰/۵۲۰ و ۰/۳۲۷ بود که نشان‌دهنده میزان اثربخش بودن مداخله مذکور در بهبود این متغیرها است.

نتیجه‌گیری: آموزش مداخله در بحران به فرد کمک می‌کند قبل از ارائه 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.

می‌کنند، نشخوارهای ذهنی^۲ و تلاش‌های نامناسبی را برای فرار از این افکار آزاردهنده انجام می‌دهند که نه تنها مؤثر نیستند، بلکه مشکلات بیشتری را برای فرد ایجاد می‌کنند (۱۱). نشخوار ذهنی به عنوان 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، زمانی 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 افزایش دادن یادآوری خاطرات منفی و کاهش انگیزه فرد برای حل مسائل و مشکلات آن‌ها، خلق منفی را در فرد تشدید می‌کند. همچنین منجر به استفاده 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 دربرگیرنده 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 ناشی از 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 از جمله کمک‌های روان‌شناختی بحرانی اولیه، بازگویی حوادث بحرانی تشنگر، درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر رویداد آسیب‌زا،

خیانت^۱ یکی از رویدادهای آسیب‌زا است که منجر به 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 ۴۲ درصد از مردان ۲۶ تا ۳۵ ساله و ۱۳ تا ۱۵ درصد از زنان مرتکب خیانت زناشویی شده‌اند (۳). در برخورد با خیانت همسر بین واکنش زنان و مردان در برابر 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^۲، به‌صورت تلاش برای کنترل‌کردن، فرارکردن، حذف‌کردن و تغییردادن فراوانی و شکل رویدادهای شخصی ناخواسته، منفی و تشنگر 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 درباره آن می‌پردازند، برخی‌ها دست به رفتارهای پرخاشگرانه می‌زنند و عده‌ای نیز خودکشی می‌کنند یا همسر خود را به قتل می‌رسانند (۹). اجتناب تجربه‌ای با دامنه 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

3. Rumination

1. Betrayed

2. Experiential avoidance

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی است که از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان خیانت‌دیده شهر یزد تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ به مرکز مشاوره آرامش استان یزد مراجعه کرده بودند. زنان خیانت‌دیده مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آرامش براساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از آنکه زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر برای شرکت در پژوهش رضایت خود را اعلام کردند، همه آنها پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (۳۲) را تکمیل کردند. افراد دارای نمره بیشتر از ۱۹ در پرسشنامه افسردگی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. از آنجاکه 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 به صورت تصادفی در یک‌گروه آزمایش و یک‌گروه گواه قرار گرفتند (۳۳). ملاک‌های لازم برای ورود افراد به پژوهش عبارت بود از: ۱. زنان خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی با کسب نمره بیشتر از ۱۹ در پرسشنامه افسردگی بک (۳۲)؛ ۲. داشتن تحصیلات بیشتر از دیپلم؛ ۳. زنان دارای حداقل یک سال سابقه زندگی مشترک؛ ۴. تمایل و رضایت آگاهانه برای ورود به پژوهش. ملاک‌های خروج افراد از پژوهش عبارت بود از: ۱. زنان طلاق‌گرفته به دلیل خیانت همسرشان؛ ۲. زنانی که ارتباط همسرشان با شخص دوم منجر به ازدواج موقت یا دائم شده؛ ۳. شرکت نکردن در جلسات و غیبت از جلسه. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از تحقیق رعایت شد. سپس گروه آزمایش به مدت شش جلسه به صورت هفتگی و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه تحت آموزش پروتکل مداخله در بحران براساس مدل جیمز و گیلیند (۳۴) قرار گرفت؛ اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد؛ در ضمن سطح معناداری در همه آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود. ابزار زیر در این پژوهش به کار رفت.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲: پرسشنامه‌ای ۲۶ سؤالی است که توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ ساخته شد و کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی می‌سنجد. این پرسشنامه چهار زیرمقیاس و یک نمره کلی دارد. دامنه نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ است و نمره بیشتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر در فرد است (۳۵). قابلیت اعتماد آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست 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 به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۵۵ و ۰/۸۴ محاسبه شد (۱۹).

حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد و دارودرمانی می‌تواند پریشانی و استرس مزمن قربانیان را کاهش دهند؛ همچنین می‌تواند موجب ایجاد ثبات هیجانی و بازیابی توانایی خودسازگاری در فرد شوند و به رفع مشکلات مختلف این افراد کمک شایانی کنند (۲۳). به طور کلی 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، ارائه روش‌های جدید تفکر، پی‌بردن به احساسات و ایجاد پاسخ‌های مقابله‌ای و سازگارانۀ جدید است که در شرایط بحرانی به کار گرفته می‌شود و به طور کلی منجر به توانمندسازی در رویارویی با بحران می‌شود (۲۴). در پژوهش سیمپسون، مدل درمانی یک‌جلسه‌ای مداخله در بحران برای اختلالات روان‌پزشکی اضطرابی 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 به عنوان روش درمانگری در کاهش درد و رنج مردم تأثیر دارد و از آنجاکه 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 به شیوه‌ای 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 مبتنی بر 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 مبتنی بر تروما در کاهش نشخوار ذهنی زنان مطلقه مؤثر است (۲۹). صالحیان و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر بهبود کیفیت زندگی تأثیر معناداری دارد (۳۰). کوسل گزارش کرد، روش بازگویی استرس در شرایط بحرانی به عنوان مدل آموزشی مداخله در بحران به افراد کمک می‌کند که از راهبردهای مقابله‌ای سازگار استفاده کنند (۳۱).

خیانت زناشویی به عنوان 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 به عنوان 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 مطالعه 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 مطالعه اثربخشی آموزش مداخله در بحران بر کیفیت زندگی، اجتناب تجربه‌ای و نشخوار ذهنی زنان خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی انجام شد.

1. Beck Depression Questionnaire - II (BDI-II)

2. Questionnaire of Quality of Life (WHOQOL-BREF 26)

پرسشنامه پذیرش و عمل- ویرایش دوم^۱: ابزاری خودسنجی است که به منظور سنجش انعطاف پذیری روان شناختی یا اجتناب تجربه‌ای در سال ۲۰۱۱ توسط بوند و همکاران تدوین شد. این پرسشنامه ابزاری ۱۰ سؤالی است که براساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از هرگز درست نیست (۱) تا همیشه درست است (۷) ارزیابی می‌شود. هرچه نمرات بیشتر باشد، نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر است. در نسخه اصلی میانگین ضرایب آلفا ۰/۸۴ و قابلیت اعتماد بازمیابی در فاصله ۱۲ تا ۳ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. دامنه نمرات بین ۷ تا ۷۰ است و نمره 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 حاکی از نتایج نویدبخشی درباره قابلیت کاربرد نسخه فارسی پذیرش و تعهد در جامعه ایرانی است. ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ و ضریب تعیین ۰/۷۱ برای این پرسشنامه به دست آمد (۳۷).

پرسشنامه نشخوار ذهنی^۲: نولن- هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱

جدول ۱. آموزش مداخله در بحران

معارفه: قواعد گروه، آشنایی اولیه و ایجاد جو توأم با اعتماد و تعامل با هدف درمانی، تعریف مشکل از دیدگاه مراجع، جلسه اول	استفاده از مهارت‌های گوش دادن فعال، همدلی و پذیرش، جمع‌بندی، بازخورد و تکالیف خانگی: نوشتن احساسات، افکار و خواسته‌های فرد در ارتباط با مشکل.
جلسه دوم	مرور جلسه 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.
جلسه سوم	مرور جلسه قبل: بازخورد درمان‌جویان و بررسی تکالیف خانگی، ارائه 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.
جلسه چهارم	مرور جلسه 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.
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل: بازخورد درمان‌جویان و بررسی تکالیف خانگی، تدوین برنامه همراه با جزئیات کامل توسط مراجع، جمع‌بندی، بازخورد و تکالیف خانگی: نحوه بررسی افکار و احساسات و واکنش مؤثر فرد به مسئله پیش‌رو، استفاده از مکانیزم‌های مقابله‌ای مناسب.
جلسه ششم	مرور جلسه قبل: بازخورد درمان‌جویان و بررسی تکالیف خانگی، تعهد درقبال برنامه و اقدامات در راستای برنامه تدوین شده، جمع‌بندی و پایان جلسات.

۳ یافته‌ها

متغیرهای کیفیت زندگی و اجتناب تجربه‌ای و نشخوار ذهنی در مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۸۰/۸۶ و ۳۳/۰۶ و ۵۸/۷۳ و در مرحله پس‌آزمون ۸۶/۳۳ و ۲۹/۸۰ و ۵۵/۶۰ است که نشان می‌دهد در میانگین این متغیرها بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفاوت درخور توجهی وجود دارد. برای بررسی معناداری این تفاوت، تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کار رفت. به منظور انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره ابتدا مفروضه‌های آن بررسی شد: در این پژوهش داده‌ها فاصله‌ای بودند، باتوجه به آزمون شاپیرو- ویلک داده‌ها نرمال بودند ($p > 0.05$)، براساس آزمون لوین فرض برابری واریانس

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.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین متغیرهای کیفیت زندگی و اجتناب تجربه‌ای و نشخوار ذهنی در مرحله پیش‌آزمون و در گروه گواه به ترتیب برابر با ۸۱/۰۱ و ۳۲/۶۶ و ۵۷/۲۰ و در مرحله پس‌آزمون ۸۰/۹۳ و ۳۲/۶۰ و ۵۷/۴۰ است؛ همچنین میانگین

۲. Rumination Questionnaire

۱. Acceptance and Action Questionnaire-II

لانداى ويلكز آموزش مداخله در بحران حداقل بر يکى از متغيرهاى وابسته تأثير داشته است و بين گروههاى آزمون و گواه در پس آزمون تفاوت معنادارى وجود دارد ($p < 0.001$, $F = 19.80$).

تأيد شد ($p > 0.05$)، فرض همگنى واريانس کوواريانس با استفاده از آزمون امباکس به تأيد رسيد ($p > 0.05$) و پيش فرض همبستگى بين متغير وابسته با آزمون بارنتل تأيد شد ($p < 0.05$). باتوجه به نتايج

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

متغير	گروه	پيش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معيار	میانگین	انحراف معيار
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

متغير	F	مقدار p	ضريب ايتا	توان آماری
نشخوار ذهنی	۲۷/۱۱	< 0.001	۰/۵۲۰	۰/۹۹۹
اجتناب تجربه‌ای	۲۲/۲۵	< 0.001	۰/۴۷۱	۰/۹۹۵
کیفیت زندگی	۱۲/۱۳	۰/۰۰۲	۰/۳۲۷	۰/۹۱۷

مداخله در بحران بر بهبود کیفیت زندگی زنان خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی تأثیر داشته است. مجذور سهمی ایتا در پژوهش حاضر برابر با ۰/۳۲۷ به دست آمد و حاکی از آن است که ۳۲ درصد 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؛ همان‌طور که ژانگ و ژو بیان کردند، رویکرد مداخله در بحران به‌عنوان یک روش درمانی اضطرابی برای افراد دچار تروما به‌کار می‌رود و شامل روش‌های مختلفی از جمله کمک‌های روان‌شناختی بحرانی اولیه، بازگویی حوادث بحرانی تشکر، درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر رویداد آسیب‌زا، حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد و دارودرمانی است (۲۳). صالحیان و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد در بهبود کیفیت زندگی تأثیر معنادار دارد (۳۰). فیفر و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر 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 مسئله مؤثر استفاده کند و مکانیزم‌های سازگارانه‌تری را به‌کار برد که می‌تواند منجر به کاهش شدت استرس و اختلالات مرتبط با تروما در فرد و افزایش تاب‌آوری و قدرت سازگاری او شود و کیفیت زندگی‌اش را ارتقا بخشد (۲۳، ۲۲).

همان‌طور که 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 خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی شهر یزد تأثیر معنادار داشته است ($p < 0.001$). مجذور سهمی ایتا در این متغیر برابر با ۰/۵۲۰ به دست آمد که نشان می‌دهد، ۵۲ درصد 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 خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی شهر یزد تأثیر معنادار داشته است ($p < 0.001$). مجذور سهمی ایتا در این متغیر برابر با ۰/۴۷۱ گزارش شده که نشان می‌دهد، ۴۷ درصد 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 خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی شهر یزد تأثیر معنادار داشته است ($p = 0.002$). مجذور سهمی ایتا در این متغیر برابر با ۰/۳۲۷ گزارش شده که نشان می‌دهد، ۳۲ درصد 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 خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی صورت گرفت. ابتدا به بررسی تأثیر آموزش مداخله در بحران بر کیفیت زندگی زنان خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی پرداخته شد. باتوجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که آموزش

بین افکار و احساسات و ضبط افکار روزانه خود به افراد کمک می‌کند تا افکار منفی‌شان را اصلاح کنند، در موقعیت‌های تشنگر از خودگویی‌های ناسازگار کمتر استفاده نمایند و به تعبیر و تفسیر خوش‌بینانه رویدادهای تنش‌زا پردازند. 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 خیانت‌دیده 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 منجر به 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 جامعه آماری پژوهش بود که از افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آرامش تشکیل شد و مردان را در بر نگرفت؛ از این رو امکان تعمیم نتایج را با محدودیت روبه‌رو می‌کند؛ همچنین در این پژوهش از داده‌های پرسشنامه‌ای استفاده شد که ممکن است فرد تمایلی برای بهتر نشان دادن خود داشته باشد. باتوجه به نتایج پیشنهاد می‌شود اثربخشی مداخله در بحران بر مردان خیانت‌دیده بررسی شود و مقایسه مداخله در بحران با درمان‌های شناختی رفتاری، پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک انجام پذیرد. بهزیستی و مراکز مشاوره 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 مشاوره 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 رساله دکتری رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین با شماره نامه مصوب پروپوزال در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه ۱۷۶۲۰۷۰۵۹۷۱۰۰۱ است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند. پژوهش حاضر بدون حمایت مالی نهاد یا سازمانی انجام شده است.

در ادامه اثربخشی آموزش مداخله در بحران بر اجتناب تجربه‌ای زنان خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی بررسی می‌شود. براساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان به این نتیجه رسید که آموزش مداخله در بحران بر کاهش اجتناب تجربه‌ای زنان خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی شهر یزد تأثیر داشته است. مجذور سهمی ای‌تا در پژوهش حاضر برابر با $0/471$ ، به‌دست آمد و حاکی از آن است که 47 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 مطالعه 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 منجر به 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 ایجاد شده 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 تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد، آموزش مداخله در بحران در کاهش نشخوار ذهنی زنان خیانت‌دیده دارای علائم افسردگی شهر یزد مؤثر بوده است. مجذور سهمی ای‌تا در پژوهش حاضر برابر با $0/520$ ، به‌دست آمد و حاکی از آن است که 52 درصد 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 مطالعه تأثیر آموزش مداخله در بحران بر نشخوار ذهنی پرداخته باشد. نوروزی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی رفتاری 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 شناختی رفتاری متمرکز بر تروما به‌عنوان رویکرد مداخله در بحران با استفاده از تکنیک‌هایی مانند توقف فکر، آگاهی از ارتباط

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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1080/00224540903366750)

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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1037/a0035935)
8. Kashdan TB, Farmer AS, Adams LM, Ferrisizidis 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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://jr.h.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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0026)

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](https://doi.org/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 Journal.* 2018;11(4): 245–52. doi: [10.21767/AMJ.2018.3399](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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://jpm.mia.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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.22.4.318)