



اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر کیفیت روابط زناشویی، صمیمیت زناشویی، افسردگی زناشویی زنان خیانت دیده

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

مارال آجری ^{id}

حسن امیری* ^{id}

سعیده السادات حسینی ^{id}

کریم افشاری نیا ^{id}

ahasan.amiri@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۱

دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۳

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۴ پیاپی ۸ | ۵۲-۷۰
زمستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر کیفیت روابط زناشویی، صمیمیت زناشویی، افسردگی زناشویی زنان خیانت‌دیده بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود که جامعه آماری آن شامل زنان خیانت‌دیده مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره ژرفا شهر کرمانشاه بودند که پس از غربالگری ۳۰ زن خیانت‌دیده به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ زن) و گواه (۱۵ زن) کاربندی شدند. ابزارهای این پژوهش بر سشنامه کیفیت روابط زناشویی با سبی (۱۹۹۵)، پرسشنامه صمیمیت زناشویی تامپسون و والکر، ۱۹۸۳ و پرسشنامه افسردگی بک، ۱۹۶۱ بود. گروه آزمایش به مدت ده جلسه تحت مداخله زوج درمانی شناختی- رفتاری هالفورد، ۲۰۰۵؛ به صورت گروهی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله زوج درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت روابط زناشویی ($P=0/001$ و $F=29/11$)، صمیمیت زناشویی ($P=0/013$ و $F=7/13$) و افسردگی زناشویی ($P=0/001$ و $F=15/72$) مؤثر است؛ و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. **نتیجه‌گیری:** در نهایت این نتیجه حاصل شده است که زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر کیفیت روابط زناشویی زنان خیانت‌دیده در شهر کرمانشاه اثر بخش بوده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از روش زوج درمانی شناختی- رفتاری می‌توان برای کاهش افسردگی زناشویی زنان خیانت‌دیده و در نهایت استحکام خانواده استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: زوج درمانی، شناختی- رفتاری، کیفیت روابط زناشویی، صمیمیت زناشویی، افسردگی، خیانت

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(آجری، امیری، حسینی و افشاری‌نیا، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

آجری، مارال، امیری، حسن، حسینی، سعیده السادات، و افشاری‌نیا، کریم. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر کیفیت روابط زناشویی، صمیمیت زناشویی، افسردگی زناشویی زنان خیانت‌دیده. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۴ پیاپی ۸): ۷۰-۵۲.

مقدمه

خیانت زناشویی پدیده‌ای است که آرامش روانی زنان و خانواده را متأثر ساخته و می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی سهمگینی را ایجاد نماید. بالارفتن آمار طلاق بیانگر آن است که در طول سال‌های زندگی روابط میان همسران دستخوش دگرگونی‌هایی شده است که منجر به افزایش اختلاف میان همسران و در نهایت طلاق آنان شده است. یکی از مهمترین دلایل شکل‌گیری اختلافات زناشویی بین زوجین، خیانت یکی از طرفین است (باب الحوایجی و همکاران، ۱۳۹۷). خیانت زناشویی عبور فرد از مرز رابطه زناشویی با برقراری صمیمیت فیزیکی یا عاطفی با فردی خارج از حیطه زناشویی است (گودرزی، کیخسروانی، دیره و گنجی، ۱۳۹۹). خیانت زناشویی مهمترین دلیلی است که زوجین را برای طلاق به مراکز مشاوره خانواده سوق داده است. خیانت زناشویی وقوع بحران در رابطه زناشویی تلقی می‌گردد (اردشیری لردجانی و طیبی، ۱۳۹۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ۲۱ تا ۲۵ درصد از مردان و ۱۱ تا ۱۵ درصد از زنان در طول زندگی مرتکب خیانت شده‌اند (باب الحوایجی و همکاران، ۱۳۹۷). یکی از حالات هیجانی مهم که زنان خیانت‌دیده بیشتر به آن دچار می‌شوند افسردگی است (کمالی، الهیار و استوار، ۲۰۲۰). یکی از ابعاد روابط زوجین کیفیت روابط زناشویی است که نقش اساسی در کیفیت کلی ارتباطات خانوادگی دارد، کیفیت روابط زناشویی مفهومی چند بعدی و مشتمل بر ابعاد مختلف روابط زوجین از قبیل سازگاری، رضایت، شادی، انسجام و تعهد است. ابراز رضایت بالا از رابطه، داشتن نگرش‌های مثبت به همسر و سطوح پایین خصومت و رفتارهای منفی، نشان دهنده کیفیت زناشویی مطلوب می‌باشد (ارسلان ده، حبیبی، سلیمی و شاکرمی، ۱۳۹۶). مطالعات در زمینه کیفیت روابط زناشویی نشان می‌دهد که کیفیت روابط زناشویی بر روی وضعیت سلامت جسمانی زوجین (خانجانی وشکی، شفیع‌آبادی و فرزاد، ۱۳۹۵)، عود سکتة قلبی (اصغری، صادقی و بابایی، ۱۳۹۷) و میزان مرگ و میر (بابایی گرمخانی، رسولی و داورینا، ۱۳۹۶) موثر می‌باشد.

از طرفی این اعتقاد وجود دارد که همه انسانها یک نیاز پایه و اساسی به برقراری روابط صمیمانه دارند. صمیمیت یک نیاز روانشناختی اولیه و اصلی در نظر گرفته می‌شود (ویبل، ساتار، اسپرینر و فیلیپس، ۲۰۱۶). صمیمیت زوجین به تعاملی میان آن‌ها اشاره دارد که منجر به احساس نزدیکی، عشق و توجه می‌گردد در واقع صمیمیت زمینه بنیادی را جهت رضایت و نارضایتی فرد از زندگی موجب می‌شود چرا که تعهد زوجین برای رابطه را استحکام می‌بخشد و بطور مثبت با سازگاری زناشویی زوجین در ارتباط است (احمدی تبار، مکوندی و سودانی، ۱۳۹۷). فقدان صمیمیت در روابط زوجین، ازدواج آن‌ها را بی ثبات نموده است. (فخری مقدم و علیزاده، ۱۳۹۵) و کشمکش‌های طولانی زوجین و تنش حاصل شده از آن مایه نابسامانی در کارکرد خانواده است (شکراله زاده، فروزش، رفیع‌بذرافشان و حسینی، ۱۳۹۶) در جهت مقابل آن، حضور صمیمیت از جنبه‌های مهم خانواده‌های دارای عملکرد مطلوب است و افزایش آن‌ها در زوجین، رضایت از زندگی و در نتیجه کاهش تمایل ایشان به جدایی را بدنبال دارد (کشاورزی، ۱۳۹۸) در ازدواج‌های موفق، تبادل و ارضای متقابل نیازهای صمیمیت زوجین در حد قابل قبول بوده که موجب تحکیم روابط محبت‌آمیز بین آن‌ها می‌شود تا آنجا که می‌توان گفت یکی از اصول در ازدواج‌های موفق، همانا ایجاد صمیمیت بین زوجین است (محمدی، حیدرنیا و عباسی، ۱۳۹۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که صمیمیت زناشویی منجر به بهبود مهارت‌های ارتباطی زوجین، مدیریت تعارض و حل مسئله میان آن‌ها و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و همدلی

است که در نهایت سبب افزایش رضایت مندی و کاهش آشفتگی‌ها در زندگی زناشویی زوجین است (شکری و متینی، ۱۳۹۸).

خیانت زناشویی دارای عواقب بسیاری می‌باشد. کاهش شدید رضایت زناشویی و سازگاری زناشویی و در نتیجه بر هم خوردن ازدواج فقط یکی از عواقب خیانت است. این امکان وجود دارد که خیانت منجر به آسیب روانی شدیدی در همسر خیانت‌دیده شود (شیرن، اپانیس، دی‌آدلا و آدرینیا، ۲۰۱۸)؛ افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، از دست دادن اعتماد به نفس، سرزنش خود و اقدام‌های خودآسیب رسان (مثل خودکشی) از جمله این عواقب هستند. ممکن است فرد خیانت‌دیده برای انتقام گرفتن از طرف مقابل (چه همسر و چه شریک او) اقدام کند و این اقدام نتایج خطرناکی داشته باشد. این فرد ممکن است اعتماد خود را به هر رابطه دیگری هم از دست بدهد (اوپن‌هیمر، ۲۰۰۸). حتی در روند درمان و برقراری مجدد اعتماد، برگشت اعتماد عموماً طولانی و دشوار است و ممکن است کامل انجام نگیرد. از طرف دیگر، فرد خیانتکار نیز قربانی رفتار خود می‌شود حتی اگر خیانت آشکار نشود، احساس گناه و سرزنش خود یکی از آثار خیانت است. تلاش مدام برای مخفی نگه داشتن رابطه غیرقانونی، به تدریج استرس و اضطراب را جایگزین لذت اولیه می‌کند و اگر رابطه برملا شود، بحران‌های جدی تری هم بروز خواهد کرد (فینچام و می، ۲۰۱۶) با توجه به آسیب‌های روان شناختی وارده به زنان خیانت‌دیده همچون افسردگی، اضطراب، لطمه شدید به کیفیت روابط زناشویی، کاهش شدید صمیمیت زناشویی، کاهش تعهد زناشویی به کارگیری درمان موثر برای این افراد دارای ضرورت می‌باشد. اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر رابطه زناشویی در پژوهش‌های پیشین در جمعیت‌های مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است که در همگی آن‌ها متغیرهایی از قبیل کیفیت روابط زناشویی، صمیمیت زناشویی، تعهد زناشویی، استرس زناشویی و افسردگی زناشویی بصورت انفرادی یا چندتایی مطرح شده‌اند ولی از آنجایی که از یک طرف این متغیرها در راستای زنان خیانت‌دیده بکار گرفته نشده‌اند و از طرف دیگر تاکنون در هیچ پژوهش داخلی به اثر بخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر کیفیت روابط زناشویی، صمیمیت زناشویی، افسردگی زناشویی زنان خیانت‌دیده در شهر کرمانشاه پرداخته نشده است انجام چنین تحقیقی دارای ضرورت می‌باشد؛ بنابراین در پژوهش حاضر پژوهشگر در پی پاسخ به این سؤال است:

۱. آیا زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر کیفیت روابط زناشویی زنان خیانت‌دیده در مرحله پس از آزمون موثر است؟
۲. آیا زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر صمیمیت زناشویی زنان خیانت‌دیده در مرحله پس از آزمون موثر است؟
۳. آیا زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر افسردگی زنان خیانت‌دیده در مرحله پس از آزمون موثر است؟
۴. آیا زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر کیفیت روابط زناشویی، صمیمیت زناشویی و زناشویی زنان خیانت‌دیده در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری دو ماهه بود؛ جامعه آماری را زنان خیانت‌دیده مراجعه کننده به مرکز مشاوره روان‌شناسی ژرفا شهر کرمانشاه در بازه زمانی اردیبهشت تا تیر

ماه ۱۳۹۹ تشکیل دادند که با رعایت معیارهای ورود و خروج از پژوهش ۳۰ نفر از زنان متاهل خیانت‌دیده به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش (۱۵ زن) و گواه (۱۵ زن) به صورت تصادفی کاربندی شدند. معیارهای ورود عبارتند از: تأهل، حداقل ۵ سال سابقه زندگی مشترک، بودن در معرض خیانت همسر، تعهد جهت حضور در تمامی جلسات مداخله و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسات زوج درمانی، داشتن حداقل تحصیلات سیکل. معیارهای خروج نیز عبارتند از: عدم تمایل به شرکت در مطالعه، مصرف داروهای روان‌پزشکی و روانگردان، مصرف هر نوع داروی آرام‌بخش، الکل و مواد مخدر، داشتن سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی^۱ باسبی (۱۹۹۵). فرم تجدید نظر شده توسط باسبی، کران، لارسن و کریستنسن در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است که به منظور سنجش میزان کیفیت روابط زناشویی بکار می‌رود. این پرسشنامه از ۱۴ گویه و ۳ خرده‌مقیاس توافق (۶ سوال)، رضایت (۵ سوال) و انسجام (۳ سوال) تشکیل شده است که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهند. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای (همیشه اختلاف داریم = ۰ و توافق دائم داریم = ۵) می‌باشد؛ پایایی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه هولیست، کودی و میلر (۲۰۰۵) برای سه خرده‌مقیاس توافق، رضایت، انسجام مطلوب گزارش شده است. در پژوهش یوسفی (۱۳۹۰)، ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف پرسشنامه کیفیت زناشویی در کل نمونه برای ۱۴ ماده و عامل‌های چهارگانه استخراج شده، به تفکیک جنس رضایت بخش و بالا بوده (بالای ۰/۷) که حاکی از همگونی و همسانی ماده‌های پرسشنامه هستند. همچنین ضریب روایی همگرایی این پرسشنامه در پژوهش‌های بسیار داخلی از قبیل احمدپور و آقایی (۱۳۹۶) تایید شده است. همچنین در پژوهش یوسفی (۱۳۹۰)، ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف پرسشنامه کیفیت زناشویی در کل نمونه برای ۱۴ ماده و عامل‌های چهارگانه استخراج شده، به تفکیک جنس رضایت بخش و بالا بوده (بالای ۰/۷) که حاکی از همگونی و همسانی ماده‌های پرسشنامه هستند. همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با هم بین ۰/۴۹ تا ۰/۷۱ است. این همبستگی‌ها از نظر آماری معنادار هستند ($P > 0/001$). روایی پرسشنامه ی کیفیت زناشویی در ارتباط با مفاهیم مبتنی بر سازه‌های از قبیل رضایت زناشویی، همبستگی زوجین و توافق زوجین آزمون شد. جدول زیر ضرایب روایی، معنادار بین عامل‌های پرسشنامه ی کیفیت زناشویی با پرسشنامه‌های ملاک را نشان می‌دهد؛ که در همه آن‌ها رابطه در سطح معناداری بوده است.

۲. پرسشنامه صمیمیت زناشویی تامپسون و والکر. پرسشنامه صمیمیت زناشویی تامپسون و والکر یک ابزار ۱۷ سوالی است که برای سنجیدن مهر و صمیمیت تنظیم شده است. مقیاس صمیمیت توسط واکر و تامپسون در سال ۱۹۸۳ تهیه شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۱۷ سوالی است که برای سنجیدن مهر و صمیمیت تدوین شده است. این پرسشنامه توسط اعتمادی برای تعیین میزان اعتبار مورد ارزیابی قرار گرفت. این مقیاس توسط ثنایی (۱۳۷۹) ترجمه شد. نمره گذاری مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون بر روی یک مقیاس لیکرتی ۷ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) صورت می‌گیرد. برای تعیین روایی محتوی و صوری ابتدا پرسش‌نامه توسط ۱۵ نفر از اساتید مشاوره و ۱۵ نفر زوج بررسی شده و روایی صوری و محتوی

آن تأیید شد (اعتمادی، ۱۳۸۴). هم‌چنین خزاعی (۱۳۸۶) در پایان نامه کارشناسی ارشد خود از طریق اجرای همزمان با پرسش نامه باگاروزی و برآورد ضریب همبستگی آن‌ها ۸۲ درصد محاسبه کرده است و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود که نشان دهنده روایی ملاکی برای این مقیاس است. هم‌چنین اعتمادی نیز ضریب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد. خزاعی نیز پایایی کل را ۰/۸۵ محاسبه نمود. ثنایی (۱۳۷۹) ضریب پایایی این پرسشنامه را براساس داده‌های ۱۰۰ زوج در اصفهان ۹۶٪ بدست آورده است. مقیاس صمیمیت با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی بسیار عالی برخوردار است (به نقل از بهرامی خوندایی و همکاران، ۱۳۸۴). اطلاعاتی درباره‌ی ثبات آزمون گزارش نشده است. در استفاده از روش بازآزمایی و اجرای پرسشنامه روی ۳۰ نفر از دانشجویان با فاصله زمانی سه هفته ضریب همبستگی بدست آمده برابر است با ۰/۹۵ (نادری مقدم، ۱۳۸۶). ضریب آلفای بدست آمده ۰/۹۴ بود که بیانگر همسانی درونی خوب این مقیاس است (نادری مقدم، ۱۳۸۶).

۳. پرسشنامه افسردگی بک. پرسش نامه افسردگی بک که شامل ۲۱ گروه سوال است، برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف تدوین شد؛ و بر اساس طیف چهار گزینه‌ای لیکرت با سوالاتی مانند (احساس می‌کنم امیدی به آینده نیست و اوضاع فقط بدتر می‌شود). به سنجش افسردگی می‌پردازد. این پرسشنامه توسط بیمار نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه تک‌عاملی می‌باشد. روایی و اعتبار این پرسش نامه در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶ به ترتیب مورد بررسی قرار گرفت و ثابت شد؛ هم‌چنین محمدخانی و مساح (۱۳۸۶) روایی صوری این پرسشنامه را تایید و پایایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند.

۴. مداخله زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی. به منظور اجرای برنامه مداخله، اعضای گروه آزمایش، به مدت ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای در طول دو ماه و نیم تحت برنامه آموزشی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری قرار گرفتند. جلسات در قالب جلسات گروهی و به صورت هفتگی برگزار گردید. برنامه آموزشی مورد نظر در این پژوهش مبتنی بر راهنمای درمانی است که مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری است. گروه آزمایش تحت برنامه آموزشی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری برگرفته از پروتکل درمان شناختی رفتاری هالفورد (۲۰۰۵) به نقل از قاسم زاده نساجی و همکاران (۱۳۸۹) بوده است. اعضای گروه گواه تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. محتوای جلسات از قرار ذیل می‌باشد:

جلسه اول. آشنایی، اجرای پیش‌آزمون ارائه قواعد و هنجارهای گروه، بیان اهداف به وسیله اعضا، روشن کردن انتظارات اعضا از شرکت در جلسات گروه

جلسه دوم. آشنایی با هیجان‌های مثبت و منفی، آشنایی با اضطراب و کیفیت زندگی، بیان نکاتی به وسیله اعضا در خصوص اضطرابی که تجربه کرده بودند، توجه کردن اعضا به موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب، دادن تکلیف

جلسه سوم. تشخیص موقعیت و افرادی که باعث اضطراب می‌شوند، آموزش مدل A-B-C، بیان نمونه‌هایی از افسردگی اعضا بر اساس مدل A-B-C توجه کردن به افکار و باورها.

جلسه چهارم. توجه به افکار و باورهای قبل از افسردگی با عواملی که بر کیفیت زندگی آزمودنی‌ها اثر می‌گذارد، توجه به افکار خودکار قبل از هیجانات، توجه به نشانه‌های جسمانی و هیجانی بعد از باورها، توجه به رفتارهای بعد از افکار

جلسه پنجم. توجه بیشتر به افکار منفی قبل از افسردگی، تمثیل اقیانوس و پیکان عمودی برای شناسایی طرح‌واره‌ها، انجام تمرین‌های رفتاری در این خصوص، بررسی خودگویی‌های اعضا در هنگامی که دچار افسردگی شده‌اند و شناسایی و تغییر و تعدیل رفتارهای مخرب بعد از افکار و خودگویی‌های منفی

جلسه ششم. پیگیری افکار خودکار برای شناسایی باورهای بنیادی و به تبع آن رفتارهای ناسازگار، شناسایی باورهای بنیادی ناکارآمد، شناسایی رابطه بین افکار ناسازگار با هیجانات افکار منطقی و کارآمد، توجه به تغییرات رفتاری و هیجانی بعد از تغییر افکار، آموزش کنترل رفتاری.

جلسه هفتم. ادامه شناسایی باورهای بنیادی و تغییر در آن، آموزش شیوه‌های رفتاری مانند صحبت کردن و مذاکره درباره افسردگی، آرام‌سازی، به تعویق انداختن واکنش، تمرکز بر تنفس که باعث آرام‌سازی خواهد شد، آموزش راه‌حل‌های گوناگون برای حل مسئله، آموزش نحوه واکنش رفتاری به موقعیت‌های آشفته ساز

جلسه هشتم. خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد مورد ارزیابی قرار گرفتند و درباره سود و زیان آن‌ها بحث شد. بازسازی خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد آموزش داده شد و شواهد تائید کننده یا رد کننده آن‌ها بررسی شد.

جلسه نهم. مهارت‌های ارتباطی، موانع ارتباط و انواع سبک‌های ارتباطی آموزش داده شد. آرمیدگی یا ریلکسشن و شیوه‌های حل تعارضات آموزش داده شد.

جلسه دهم. بررسی پیشرفت و رسیدن اعضا به اهداف، آموزش چگونگی یاد گرفته‌ها به زندگی واقعی، بررسی کارهای ناتمام اعضا، بررسی احساسات اعضا در خصوص تمام شدن جلسات، شناسایی افراد و موقعیت‌های حامی در زندگی آن‌ها، توجه به اینکه تغییرات تدریجی است نه آنی، اجرای پس‌آزمون و تعیین وقت برای اجرای آزمون پیگیری.

شیوه اجرا. پس از اخذ مجوز از مدیر مرکز مشاوره و روان‌شناسی ژرفا در کرمانشاه و شناسایی زنان خیانت دیده، در ابتدا در خصوص ماهیت پژوهش، تعداد جلسه‌ها و فرایند مداخله به تک‌تک این عزیزان اطلاعات و آگاهی داده و تأکید شد که نتایج محرمانه و بدون نام است. پس از موافقت آن‌ها جهت همکاری و انتخاب نمونه‌های دارای شرایط ورود به پژوهش، پیش‌آزمون اجرا شد مداخله برای گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری به صورت گروهی اجرا شد و سپس پس‌آزمون و ۲ ماه بعد آزمون پیگیری در مورد دو گروه اجرا شد. پس از پایان تمام مراحل پژوهش برای رعایت موازین اخلاقی گروه گواه نیز در هفته یک بار تحت مداخله درمان شناختی رفتاری قرار گرفت. لازم به ذکر است که کلیه مداخلات در اتاق جلسات مرکز مشاوره برگزار شد. جهت تجزیه و تحلیل از آزمون تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌های مکرر با SPSS-۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان گروه آزمایش ۲۴/۱۱ (۵/۹۸) و زنان گروه گواه ۲۵/۹ (۵/۲۹) سال بود. زنان گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی کمتر از لیسانس، ۷ نفر (۴۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۳ نفر (۲۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و زنان گروه گواه ۴ نفر (۲۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی کمتر از لیسانس، ۷ نفر (۴۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۴ نفر (۲۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهشی گروه آزمایش و گواه در سه مرحله

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
صمیمیت زناشویی	آزمایش	۶۲/۸۶	۲/۷۲	۶۸/۷۳	۳/۶۳	۶۸/۰۰	۳/۰۹
	گواه	۶۳/۷۸	۳/۲۸	۶۳/۶۴	۳/۶۲	۶۳/۶۴	۲/۹۵
کیفیت روابط زناشویی	آزمایش	۴۴/۶۶	۰/۸۹	۵۱/۲۶	۱/۱۶	۵۰/۹۳	۱/۰۹
	گواه	۴۳/۸۰	۱/۱۴	۴۳/۳۳	۱/۳۹	۴۳/۰۰	۱/۵۴
افسردگی زناشویی	آزمایش	۲۳/۶۰	۱/۳۵	۱۹/۰۶	۱/۲۷	۱۹/۳۳	۱/۲۹
	گواه	۲۳/۰۰	۱/۳۵	۲۲/۶۴	۲/۱۶	۲۲/۸۵	۱/۰۷

اطلاعات جدول ۱ حاکی از کاهش نمره افسردگی زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و بهبود صمیمیت زناشویی و کیفیت روابط زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون مفروضه‌های آماری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	کولموگراف-اسمیرنف	آزمون لوین	مخولی
		Z	F	W
		معناداری	معناداری	مقدار
صمیمیت زناشویی	آزمایش	۰/۱۲	۰/۲۰	۰/۶۲
	گروه	۰/۱۳	۰/۲۰	۰/۰۰۱
کیفیت روابط زناشویی	آزمایش	۰/۱۸	۰/۱۶	۰/۲۹
	گروه	۰/۱۹	۰/۱۳	۱۹/۳۲
افسردگی زناشویی	آزمایش	۰/۱۹	۰/۱۱	۰/۷۵
	گروه	۰/۱۴	۰/۲۰	۷/۱۶

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (صمیمیت زناشویی، کیفیت روابط زناشویی و افسردگی زناشویی) است. همچنین آماره W مخولی برای متغیرهای

پژوهشی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در این شرایط باید از اصلاح اپسیلین گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها برای متغیر صمیمیت زناشویی، کیفیت روابط زناشویی و افسردگی زناشویی از این آماره استفاده شد.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر در سه مرحله بر اساس اصلاح گرین‌هاوس گیسر

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
صمیمیت	مراحل مداخله	۱۴۰/۴۹	۱/۴۵	۹۶/۵۹	۲۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳
زناشویی	مراحل × گروه	۱۵۵/۵۶	۱/۴۵	۱۰۷/۰۲	۲۳/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	گروه	۱۷۵/۵۷	۱	۱۷۵/۵۷	۷/۱۳	۰/۰۱۳	۰/۲۰
کیفیت روابط	مراحل مداخله	۳۷/۵۵	۱/۱۶	۳۲/۱۱	۳/۸۷	۰/۰۵۰	۰/۱۲
زناشویی	مراحل × گروه	۴۱/۹۷	۱/۱۶	۳۵/۸۸	۴/۳۳	۰/۰۴۰	۰/۱۳
	گروه	۶۸۷/۸۵	۱	۶۸۷/۶۵	۲۹/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱
افسردگی	مراحل مداخله	۱۰۵/۲۲	۱/۶۱	۶۵/۲۷	۷۵/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳
زناشویی	مراحل × گروه	۸۳/۱۵	۱/۶۱	۵۱/۵۸	۵۹/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	گروه	۱۰۱/۹۸	۱	۱۰۱/۹۸	۱۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره صمیمیت زناشویی ($P=0/013$) با اندازه اثر ۰/۲۰، کیفیت روابط زناشویی ($P=0/001$) با اندازه اثر ۰/۵۱ و بر نمره افسردگی زناشویی ($P=0/001$) با اندازه اثر ۰/۳۶ مؤثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیش‌آزمون - پیگیری		پس‌آزمون - پیگیری	
	تفاوت	انحراف	تفاوت	انحراف	تفاوت	انحراف
	میانگین	معیار	میانگین	معیار	میانگین	معیار
صمیمیت زناشویی	۲/۸۶	۰/۵۴	۲/۴۹	۰/۵۵	۰/۳۶	۰/۳۰
کیفیت روابط زناشویی	۱/۵۳	۰/۶۴	۱/۱۹	۰/۷۲	۰/۴۷	۰/۲۴
افسردگی زناشویی	۲/۴۴	۰/۲۴	۲/۲۰	۰/۲۴	۰/۲۴	۰/۱۵

در جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات صمیمیت زناشویی ($P=0/001$)، کیفیت روابط زناشویی ($P=0/005$) و افسردگی زناشویی ($P=0/001$) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و

پیگیری معنادار است؛ اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخش درمانی شناختی رفتاری گروهی بر صمیمیت زناشویی، کیفیت روابط زناشویی و افسردگی زناشویی زنان خیانت دیده بود. نتایج پژوهش نشان داد که زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر کیفیت روابط زناشویی زنان خیانت دیده در شهر کرمانشاه اثر بخش بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش قریشی (۱۳۹۹)، ارسلان ده و همکاران (۱۳۹۶)، عظیمی فر و همکاران (۱۳۹۵)، شاه حسینی و همکاران (۱۳۹۴)، لان و شر (۲۰۱۸) و جونز و همکاران (۲۰۱۸) همخوان بود. قریشی (۱۳۹۹) در پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی و عملکرد خانواده در زوجین متقاضی طلاق به این نتیجه دست یافته‌است که خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش عملکرد خانواده درمانی شناختی- رفتاری تأثیر معنی داری داشته است که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. ارسلان ده و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی تحت عنوان تأثیر زوج درمانی گروهی بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوجین به این نتیجه دست یافته‌است که زوج درمانی بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوجین موثر است که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. عظیمی فر و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی به این نتیجه دست یافته‌است که زوج درمانگران می‌توانند از مداخلات این دو رویکرد در جلسات زوج درمانی به منظور افزایش شادی زناشویی و بهبود کیفیت رابطه زوجین استفاده کنند که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. شاه حسینی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان تعهد زناشویی و کیفیت ارتباط در زوجین بارور و نابارور به این نتیجه دست یافته‌است که زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور باعث بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان گروه آزمایش شده و نتایج در دوره پیگیری نیز از ثبات لازم برخوردار بوده‌است که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. لان و شر (۲۰۱۸) در پژوهشی تحت عنوان زوج درمانی شناختی رفتاری در خانواده به این نتیجه دست یافته‌است که زوج درمانی شناختی رفتاری در کاهش استرس، بهبود کیفیت زندگی زناشویی و ارتقای صمیمیت زناشویی زوجین اثر مثبت و معنی داری داشته است که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. جونز و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی تحت عنوان تأثیر رفتار درمانی شناختی بر کیفیت روابط زناشویی در زنان به این نتیجه دست یافته‌است که رفتار درمانی شناختی بر کیفیت روابط زناشویی در زنان اثربخش بوده‌است که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد.

در بین این یافته‌ها می‌توان گفت، زوج درمانی شناختی- رفتاری یکی از رویکردهای روان درمانی است که بر پایه اصول یادگیری و شناختی استوار است که در آن بر آنچه اعضای خانواده می‌اندیشند و نیز چگونگی رفتار کردن آنها تأکید می‌شود (گلدنبرگ، ۱۳۹۲). از آنجایی که اصل بنیادین درمان شناختی- رفتاری بر این پایه استوار است که کنش‌ها و رفتارهای فرد تا اندازه زیادی به چگونگی تغیر او از جهان هستی بستگی دارد، در این رویکرد تفسیرهای افراد را از موقعیت‌های تعارض بر انگیز منحرف و یا به شکل مثبت تغییر

می دهند و برآیند اینکه از تراز تعارض و بی رمقی زناشویی کاسته می شود. همچنین احتمال دارد که دلیل اصلی اینکه درمان شناختی- رفتاری بر متغیرهای پژوهش تأثیر مثبت داشته است، این بوده است که مشکلات زن و شوهرهای مورد پژوهش بیشتر میان فردی بوده است تا درون فردی، به عبارت دیگر یک مشکل مایه برپایی تعارض هایی در روابط اعضای خانواده با هم دیگر شده است و سرانجام با مرور و گذشت زمان بر شدت و اندازه این تعارض ها افزوده و همین عاملی بر کاهش کیفیت روابط زناشویی شده است؛ بنابراین یکی از دلایلی که درمان شناختی- رفتاری در مورد این زوجین کار ساز بوده است می تواند این باشد که این مداخلات مایه اصلاح باورهای نامعقول و غیر منطقی، بازسازی شیوه های ارتباطی منفی و بد میان افراد خانواده و همچنین بازسازی تفکرات غیرواقعی شده است که تا حدودی بر بهبود کیفیت روابط زناشویی تأیر گذار بود؛ پس می توان گفت که زوج درمانی به شیوه شناختی- رفتاری با حل و فصل تعارض های میان اعضای خانواده از راه آموزش فنونی همچون مهارت حل مسئله، مهارت های رویارویی میان فردی، مهارت رویارویی با تنیدگی، مهارت قاطعیت (جرئت ورزی)، آموزش فنون بازسازی شناختی، مثبت اندیشی، مهارت های ارتباطی و مهارت همدلی به افراد خانواده، به آنان کمک کرده است به شیوه مناسبی با مشکل رو یارو گردند.

همچنین نتایج نشان داد که زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر صمیمیت زناشویی زنان خیانت دیده اثر بخش بوده است. این یافته ها نیز با نتایج کشاورزی (۱۳۹۸)، ارسلان ده و همکاران (۱۳۹۶)، زارعی محمودآبادی (۱۳۹۶)، خانجانی وشکی و همکاران (۱۳۹۵)، فخری مقدم و علیزاده (۱۳۹۵)، لان و شر (۲۰۱۸)، سولیماز (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین چرایی نتایج حاصل از پژوهش در مورد اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی می توان گفت که آگاهی از تجارب خانوادگی همسر در جلسات زوج درمانی باع می شود زوجین به اطلاعات جدیدی دست یابند و بتوانند از دیدگاه یکدیگر در موضوعات مختلف آگاه شوند (خانجانی و شکی و همکاران، ۱۳۹۵)؛ بنابراین با آگاهی از دیدگاه همسر، زوجین می توانند در احساسات م بت و منفی یکدیگر شریک باشند. همچنین، مشاور از شیوه پیکان نزولی استفاده می کند و به هر کدام از زوجین اجازه می دهد که از زنجیره افکار خودشان آگاه شوند و ببینند که چگونه فرضیات پایداری را تقویت می کنند که الزاماً درست نیستند، سپس ضمن توضیح دتیل و نیت رفتارهای خود به اصلاح سوء تفاهم ها و تصورات نل از یکدیگر بپردازند. مشاور از زوجین می خواهد که فرایندهای شناختی ادرا انتخابی، اسنادهای مخرب، پیش بینی های نامناسب، فرضیات نامناسب، معیارهای نیر واقع بینانه را که موجب آشفتگی در روابط می شوند، شناسایی کنند و باورهای منطقی را در روابط جایگزین کنند تا بدون هیچ گونه ترسی از واکنش همسر، افکار و باورهای مهم خود را در رابطه بیان کنند (سولیماز، ۲۰۱۷).

همچنین از دیگر نتایج این پژوهش می توان به تأثیر زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر افسردگی زناشویی زنان خیانت دیده اشاره کرد که با یافته های باب الحوایجی و همکاران (۱۳۹۷)، دوراس و همکاران (۲۰۲۰)، توپلو و همکاران (۲۰۱۷)، ملکی و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. در بین این یافته می توان گفت زنان خیانت دیده افکار فاجعه آمیز و آسیب پذیری زیادی نسبت به خیانت همسر دارند که باعث می شود یک سو گیری منفی و گزینشی نسبت به سیر بهبودی رابطه خود نشان دهند. زنان آسیب دیده از خیانت کم کم به سوی در ماندگی و نافعالی کشیده می شوند و این موضوع آن ها را از بسیاری از تجربه های مثبت

باز می‌دارد (اوپن همپر، ۲۰۰۸). انزوا و ناعالی نیز ادراک خود فرد را تحت تأثیر قرار داده و مجموعه این عوامل سبب می‌شود که فرد احساس ناکارآمدی و درماندگی را به تمام تجربیات خود منتقل نماید و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست بدهد. در ادامه باید اشاره کرد که کارایی درمان شناختی رفتاری با در نظر گرفتن نقش عوامل شناختی (افکار ناکارآمد، فرض‌های زیربنایی و فرآیندهای پردازش اطلاعات مختل شده) در بروز افسردگی زنان پس از خیانت همسر قابل تین است. برای مثال، در درمان‌های شناختی سعی می‌شود افکار غیر منطقی و ناکارآمد برانگیزاننده علائم افسردگی شناسایی شود، فرد نسبت به نقش این افکار در افسردگی پیش‌یابد و افکار دیگری را جایگزین آنها نماید (آسانوو و مائر، ۲۰۱۹). در ادامه باید اشاره کرد که با استفاده از درمان شناختی که شامل اصلاح افکار خودکار منفی و باورهای زیربنایی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر بود، نگرش فرد در مورد خیانت و تأثیرات آن به چالش کشیده شد. از آنجا که فرد افسرده نسبت به کوچک‌ترین شکست‌ها حساس بوده ادراک خود منفی‌گری در آنها تقویت می‌شود، برنامه ریزی فعالیت‌ها به فرد کمک می‌کند تا احتمال شکست را در رسیدن به برنامه‌های روزانه به حداقل برساند. زنان با استفاده از درمان شناختی رفتاری تشویق می‌شوند تا هرگونه افزایش سطح فعالیت روزانه را در خود ارزش‌گذاری کرده و با تفکر مثبت تقویت نمایند. بعد دیگر، روابط بین فردی ضعیف در این زنان بود. به دلیل ماهیت خیانت، خلق افسرده، اغلب این زنان از لحاظ روابط بین فردی مشکلات زیادی داشته و سبک‌های ارتباطی ضعیف (اغلب پرخاشگر یا منفعل) منجر به طرد شدن از سوی دیگران شده و باعث انزوای اجتماعی هر چه بیشتر در این زنان می‌شود، لذا یکی از اهداف جلسات درمانی آموزش مبتنی بر شناخت درمانی ارتباطی صحیح، شجاعانه و توأم با ابراز وجود در این زنان بود تا به برقراری روابط اجتماعی خوب و تقویت‌کننده تشویق شوند. بر این اساس آنها با بهره‌گیری از فنون رفتاری درمان شناختی رفتاری تعاملات اجتماعی خود را گسترش داده و با جلب حمایت اجتماعی سازنده، افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند.

محدود بودن دامنه تحقیق به زنان پس از خیانت همسر شهر کرمانشاه، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استانها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر آسیب‌ها، روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی و افسردگی زنان پس از خیانت همسر، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان شناختی-رفتاری به عنوان روشی کارآمد در جهت کاهش افسردگی زنان پس از خیانت همسر در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی و مراکز بهزیستی با مورد استفاده قرار گیرد |

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سیاسگزاری

از مدیر مرکز مشاوره روان‌شناسی ژرفا شهر کرمانشاه و همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه به تصویب رسیده است و همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- احمدپور، اعظم، و خالدی، تهمینه (۱۳۹۶) مقایسه رضایتمندی زناشویی و صمیمیت زناشویی دانشجویان زن شاغل و غیر شاغل متاهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، ۱۹(۳): ۵۴-۶۳
- احمدی تبار، سیدمحمد، مکوندی، بهنام، و سودانی، منصور (۱۳۹۷) اثربخشی آموزش خانواده به شیوه شناختی- رفتاری (CBT) بر سازگاری زناشویی، تاب آوری و کیفیت زندگی زوجین، فصلنامه زن و مطالعات خانواده، ۱۱(۴۱): ۲۱-۴۰
- اردشیری لردجانی، فهیمه، و شریفی، طیبه (۱۳۹۷) اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرا بر بخشایشگری و بی‌رمقی زناشویی زنان آسیب دیده خیانت زناشویی، آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۴(۱): ۱۰۶-۱۲۳
- ارسلان ده، فرشته، حبیبی، معصومه، سلیمی، آرمان، و شاکرمی، محمد (۱۳۹۶) تاثیر زوج درمانی گروهی هیجان‌مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوج‌ها، مجله علوم پزشکی زانکو، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۸(۵۹): ۶۸-۷۹
- اصغری، فرهاد، صادقی، عباس، و بابایی، مریم (۱۳۹۷) پیش‌بینی تعارضات زناشویی بر اساس پرخاشگری ارتباطی پنهان و فعال سازه‌های مخرب رفتاری در کارمندان بانک ملی شهر رشت، اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی ایران
- باب الحوایجی، مهرنوش، خوشنویس، الهه، و قدرتی، الهه (۱۳۹۷) اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر، نشریه آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۴(۱): ۱۴-۲۷
- بابایی گرمخانی، محسن، رسولی، محسن، و داورنیا، ایرج (۱۳۹۶) اثر زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش استرس زناشویی زوج‌ها، نشریه علوم پزشکی زانکو، ۱۸(۵۶): ۳۳-۴۵
- بهرامی خوندایی، فاطمه، فاتحی‌زاده، مریم، و اولیا، نرگس (۱۳۸۴)، ساخت و تعیین روایی و پایایی آزمون صمیمیت زوجین، هشتمین هفته پژوهش دانشگاه اصفهان

ثنایی، باقر (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: نشر بعثت

خانجانی وشکی، سحر، شفیع آبادی، عبدالله، و فرزاد، ولی اله (۱۳۹۵) مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان، فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۷(۴): ۵۳-۶۹

خزاعی، سمانه (۱۳۸۶) بررسی تأثیر آموزش تمایز یافتگی بر میزان صمیمیت و سطح تمایز یافتگی زوجها. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران

زارعی محمودآبادی، حسن (۱۳۹۶) اثر بخشی آموزش زوج درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی و امید به زندگی زنان، دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت یزد، ۱۶(۱۳): ۱-۱۷

شاه حسینی، سعید، صیادی، معصومه، و طاهری، نجمه (۱۳۹۸) تعهد زناشویی و کیفیت ارتباط در زوجین بارور و نابارور، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی گناباد، ۲۵(۳): ۳۴-۵۰

شکر الله زاده، معصومه، فروزش، منیره، رفیع بذرافشان، محمد، و حسینی، حسین. (۱۳۹۶) تاثیر زوج درمانی شناختی رفتاری در تعارض و بی رمقی زناشویی، دوفصلنامه آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، دوره ۳(۱): ۱۱۵-۱۳۱

شکری، امید، و متینی، لایلا (۱۳۹۸) اثربخشی برنامه بازآموزی اسنادی بر فرایندهای ارزیابی شناختی، راهبردهای حل تعارض و سازگاری زناشویی، روانشناسی کاربردی، ۱۳(۳): ۴۷-۶۳

عظیمی، اکرم (۱۳۹۷) بررسی کیفیت زندگی و کیفیت روابط زوجین در بین مبتلایان به صرع، همایش ملی روان‌شناسی و سلامت با محوریت خانواده و زندگی سالم

فخری مقدم، شهلا، علیزاده موسوی، ابراهیم (۱۳۹۵) تاثیر زوج درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زوجین جوان، چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان

قریشی، نوشین (۱۳۹۹) اثر بخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی و عملکرد خانواده در زوجین متقاضی طلاق، اولین کنفرانس روانشناسی، علوم تربیتی، علوم اجتماعی و مشاوره

کشاوری، مریم. (۱۳۹۸) اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر رضایت از زندگی و صمیمیت بین زوجین متقاضی طلاق، پنجمین کنفرانس ملی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، کاربردها و توانمندسازی با محوریت روان‌درمانی

گودرزی، امیرحسین، کیخسروانی، مولود، دیره، عزت، گنجی، کامران. (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری و دلزدگی زناشویی و تعهد اجتماعی در زوجین متقاضی طلاق شهرستان ملایر. زن و مطالعات خانواده، ۱۳(۴۹): ۷-۲۷

محمدخانی، پروانه، استفان، کیت، و مساح، امید. (۱۳۸۶) مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک -۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. مجله توانبخشی، ۸(۱): ۸۲-۶۳

محمدی، بهناز، حیدرنیا، احمد، و عباسی، هادی (۱۳۹۵) پیش‌بینی تعهد زناشویی بر اساس صمیمیت زناشویی و بخشودگی، رویش روان‌شناسی، ۵(۳): ۱۴-۲۳

نادری مقدم، سمیه (۱۳۸۶). تعیین رابطه بین صمیمیت و مدت ازدواج در زوج‌های شهر ساری. پایان نامه کارشناسی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور بهشهر

یوسفی، ناصر (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زناشویی، فرم تجدیدنظر شده (RDAS). پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱(۲)، ۲۰۰-۱۸۳

References

- Antle, S., Amini, N., Rahmani, M. A. (2016). The effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy in increasing the marital compatibility of the divorce applicant couples. *International Journal of Humanities and Cultural Studies*, 1214–1219.
- Asarnow Z. & Manber M. (2019) A study of spiritual intelligence and Quality of life among imprisoned women of zahedan city. *The Social Sciences* 11(12): 3059-3062
- Busby, D. M., Crane, D. R., Larson, J. H., & Christensen, C. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct Hierarchy and multidimensional scale. *Journal of Marital and family therapy*, 21, 289-308.
- Duares R, Khafif T, Neto F (2020) Effectiveness of Cognitive Behavioral Couple Therapy on Reducing Depression and Anxiety Symptoms and Increasing Dyadic Adjustment and Marital Social Skills: An Exploratory Study, *The Family Journal*, 2(40): 54-63
- Dugal, C., Bakhos, G., Bélanger, C., Godbout, N. (2018). Cognitive-behavioral psychotherapy for couples: An insight into the treatment of couple hardships and struggles. In Şenormancı, Ö., Şenormancı, G. (Eds.), *Cognitive behavioral therapy and clinical application* (pp. 117–148). IntechOpen
- Epstein, N. B., Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 142–147.
- Fincham F, May R (2017) Infidelity in romantic relationships, *Current Opinion in Psychology*, Volume 13
- Jones, J. D., Fraley, R. C., Ehrlich, K. B., Stern, J. A., Lejuez, C. W., Shaver, P. R., & Cassidy, J. (2018). Stability of attachment style in adolescence: An empirical test of alternative developmental processes. *Child development*, 89(3), 871-880. [DOI: 10.1111/cdev.12775] [PMid:28301042] [PMCID:PMC5600628]
- Kamali Z, Allahyar N, Ostovar Sh (2020) Factors that influence marital intimacy: A qualitative analysis of iranian married couples, *Cogent Psychology*, 7(1): 22-31
- Maleki, N., Madahi, M. E., Mohammadkhani, S., Khala'tbari, Ja(2017). The effectiveness of cognitive behavioral couple therapy on psychological wellbeing, marital intimacy, and life quality of chaotic couples. *Iranian Journal of Educational Sociology*, 1, 23–33.
- Mohlatlile, N.E., Sithole, S. & Shirindi, L. (2018). Factors Contributing to Divorce among Young Couples in Lebowagomo. *Social Work Journal*. 54(2): 256-274.
- Oar, J. S., Nelson, D. A., Yorgason, J. B., Harper, J. M. Ashton, R. H. & Jensen, A. C. (2017). Relational Aggression in marriage. *Aggressive Behavior*, 36(5): 315-329
- Oppenheimer, M. (2008). Recovering from an extramarital relationship from a nonsystemic approach. *Am journal of psychiatry*. 61(2):181-190.
- Rodrigues, D. Lopes, D. and Pereira M. (2016). *Sociosexuality, Commitment, Sexual Infidelity and Perceptions of Infidelity: Data From the Second Love Web Site*. *Journal of Family Psychology*, 54 (2): 241-253
- Scheeren, P., Apellániz, I., de Alda M., & Adriana, W. (2018). Marital Infidelity: The Experience of Men and Women. *Trends in Psychology*, 26(1): 355-369.
- Solimas, E. M., Kruse, J., Gardner, B. C., Broadbent, C. L., & Spencer, T. A. (2017). Observed attachment and self-report affect within romantic relationships. *Journal of couple & Relationship Therapy*, 16(2), 102-121. DOI:10.1080/15332691.2016.1238794
- Toplu-Demirtaş, E., & Fincham, F. D. (2017). Dating Infidelity in Turkish Couples: The Role of Attitudes and Intentions. *The Journal of Sex Research*, 1(1), 1-11.
- Webel, A. R., Sattar, A., Schreiner, N., & Phillips, J. C. (2016). Social resources, health promotion behavior, and quality of life in adults living with HIV. *Applied Nursing Research*, 30: 204-209

پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی

ردیف	سئوالات	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱	موضوعات و مسائل مذهبی	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲	ابراز محبت	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۳	روابط جنسی	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۴	رعایت عرف (رفتار صحیح یا مناسب)	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۵	مقاصد، هدف ها و چیزهای مهم	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۶	تصمیمات شغلی و تحصیلی	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۷	چند وقت یکبار به فکر طلاق، جدایی، یا پایان دادن به رابطه خود افتاده اید و یا درباره آن بحث کرده اید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۸	آیا اتفاق افتاده که از ازدواج خود متأسف باشید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۹	چند وقت یکبار شما و همسران دعوا می کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	چند وقت یکبار شما و همسران اعصاب یکدیگر را خرد می کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	پرداختن به کارها و یا علایق مشترک در خارج از خانه	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	یک تبادل نظر دلچسب و جذاب	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	به آرامی درباره چیزی گفتگو کردن	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	در یک پروژه یا برنامه همکاری کردن	۰	۱	۲	۳	۴	۵

پرسشنامه صمیمیت زناشویی

ردیف	عبارات	هرگز به ندرت	گاهی	اغلب	اکثرا	تقریباً همیشه	همیشه
۱	ما دلمان می خواهد اوقات خود را با هم بگذرانیم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲	او نشان می دهد که مرا دوست دارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۳	ما با یکدیگر رو راست و صادق هستیم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۴	ما می توانیم انتقاد دیگری را از اشتباهات و خطاهای خود بپذیریم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۵	ما از یکدیگر خوشمان می آید.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۶	ما به یکدیگر عزت و احترام می گذاریم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۷	زندگی ما به خاطر با هم بودن خوب است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۸	از رابطه خودمان لذت می بریم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۹	او به احساس های من اهمیت می دهد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۰	ما احساس می کنیم که با هم یکی هستیم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۱	میزان خود خواهی در رابطه ما بسیار کم است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۲	او همیشه به فکر منفعت و مصلحت من است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۳	بودن او در زندگی ما از خوشبختی های من است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۴	همیشه در کنار او احساس بهتری به من دست می دهد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۵	او برای من مهم است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۶	ما یکدیگر را دوست داریم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۷	من به این رابطه اطمینان دارم و روی آن حساب می کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶

پرسشنامه افسردگی بک

(۱)

خود را غمگین احساس نمی‌کنم.
خود را دل‌گرفته یا غمگین احساس می‌کنم.
خود را همیشه دل‌گرفته یا غمگین احساس می‌کنم و نمی‌توانم به حالت عادی برگردم.
به قدری خود را غمگین یا بی‌نشاط احساس می‌کنم که ناراحت می‌شوم.
به قدری خود را غمگین یا بی‌نشاط احساس می‌کنم که تحملش را ندارم.

(۲)

نسبت به آینده، بدبینی یا ناامیدی خاصی ندارم.
نسبت به آینده ناامید نیستم.
احساس می‌کنم که هیچ‌امیدی به آینده ندارم.
احساس می‌کنم که هرگز نخواهم توانست مشکلات را تحمل کنم.
احساس می‌کنم که آینده ناامیدکننده است.

(۳)

احساس نمی‌کنم که شکست خورده‌ام.
احساس می‌کنم که شکست خورده‌تر از نصف مردم هستم.
احساس می‌کنم که کارهای باارزش و معنی‌دار بسیار کمی انجام داده‌ام.
وقتی به گذشته نگاه می‌کنم، غیر از شکست‌های زیاد، چیز دیگری نمی‌بینم.
احساس می‌کنم شخص کاملاً شکست‌خورده‌ای هستم.

(۴)

نارضایتی خاصی ندارم.
در اکثر مواقع احساس بی‌حوصلگی می‌کنم.
مثل گذشته برای هیچ‌چیزی خوشحال نمی‌شوم.
از هیچ‌چیزی احساس رضایت نمی‌کنم.
به طور کلی ناراضی هستم.

(۵)

خود را گنهکار احساس نمی‌کنم.
خود را معمولاً بد و بی‌لیاقت احساس می‌کنم.
معمولاً خود را گنهکار احساس می‌کنم.
تقریباً همیشه خود را بد و بی‌لیاقت احساس می‌کنم.
خود را خیلی بد یا خیلی بی‌لیاقت احساس می‌کنم.

(۶)

احساس نمی‌کنم که تنبیه می‌شوم.
احساس می‌کنم که برایم اتفاق بدی خواهد افتاد.
احساس می‌کنم که تنبیه می‌شوم یا تنبیه خواهم شد.
احساس می‌کنم که سزاوار تنبیه شدن هستم.
می‌خواهم که تنبیه شوم.

(۷)

احساس نمی‌کنم که سرخورده‌ام.
احساس می‌کنم که سرخورده‌ام.
خودم را دوست ندارم.
از خودم بیزارم.
نسبت به خودم کینه دارم.

(۸)

احساس نمی‌کنم که بدتر از دیگران هستم.
به خاطر ضعف‌ها و خطاهایی که دارم، از خودم انتقاد می‌کنم.
خود را به خاطر خطاهایم سرزنش می‌کنم.
هر اتفاق بدی که می‌افتد خود را سرزنش می‌کنم.

(۹)

به این فکر نیستم که اسببی به خود به رسانم.
فکرهای آسیب رساندن به خود دارم اما به مرحله اجرا در نمی‌آورم.
احساس می‌کنم اگر بمیرم بهتر است.
احساس می‌کنم که اگر بمیرم خانواده‌ام راحت خواهد شد.
برای خود کشتی زرح‌های روشنی دارم.
اگر بتوانم خودم را می‌کشم.

(۱۰)

بیشتر از حد معمول گریه نمی‌کنم.
نسبت به گذشته بیش‌تر گریه می‌کنم.
درحال حاضر، همیشه گریه می‌کنم، نمی‌توانم گریه نکنم.
قبلا می‌توانستم گریه کنم، اما حالا اصلا نمی‌توانم گریه کنم، حتی اگر بخواهم.

(۱۱)

حال که عادت کرده‌ام، دیگر عصبانی نمی‌شوم.
درحال حاضر، بیش‌تر از مواقع عادی، ناراحت یا عصبانی می‌شوم.
به طور دائم عصبانی می‌شوم.
در اثر چیزهایی که معمولا مرا عصبانی می‌کردند ف دیگر عصبانی نمی‌شوم.

(۱۲)

علاقه خود را نسبت به مردم از دست نداده‌ام
نسبت به گذشته، کمتر به مردم علاقه دارم.
بیش‌ترین علاقه خود را به مردم از دست داده‌ام و نمی‌توانم به آن‌ها احساس داشته باشم.
همه علاقه خود را به مردم از دست داده‌ام و اصلا به فکر آن‌ها نیستم.

(۱۳)

مثل گذشته، به خوبی تصمیم می‌گیرم.
سعی می‌کنم تصمیم‌گیری‌ها را به عقب بیاندازم.
برای تصمیم‌گیری، دشواری‌های زیادی دارم.
اصلا نمی‌توانم تصمیم به گیرم.

(۱۴)

فکر نمی‌کنم مثل گذشته زشت به نظر برسم.
نگرانم که پیر و غیر جذاب به نظر برسم.
احساس می‌کنم که تغییرات زیادی کرده‌ام و غیر جذاب شده‌ام.
خود را زشت و نفرت‌انگیز احساس می‌کنم.

(۱۵)

عملا می‌توانم به خوبی گذشته کار کنم.
برای شروع یک کار به تلاش‌های زیادی نیاز دارم.
به خوبی گذشته کار نمی‌کنم.
برای انجام دادن یک کار، خیلی باید به خود فشار به یاورم
هیچ کاری نمی‌توانم انجام دهم.

(۱۶)

طبق معمول خوب می‌توانم به خوابم.
صبح‌ها خسته‌تر از معمول بیدار می‌شوم.

یک یا دوساعت زودتر از معمول بیدار می شوم و به دشواری می توانم دوباره به خوابم.
هرروز خیلی زود از خواب بیدار می شوم و نمی توانم بیش تر از پنج ساعت به خوابم.
(۱۷)

خسته تر از همیشه نیستم.
نسبت به گذشته زود تر خسته می شوم.
هرکاری انجام بدهم خسته می شوم.
خیلی خسته تر از آن هستم که کاری انجام بدهم.
(۱۸)

اشتهایم مثل همیشه خوب است.
اشتهایم به خوبی همیشه نیست.
در حال حاضر اشتهای خوبی ندارم.
اصلا اشتها ندارم.
(۱۹)

در این اواخر، وزنم خیلی کم نشده است.
وزنم بیش از ۲٫۵ کیلوگرم کم شده است.
وزنم بیش از ۵ کیلوگرم کم شده است.
وزنم بیش از ۷٫۵ کیلوگرم کم شده است.
(۲۰)

بیش از معمول به فکر سلامتی خود نیستم.
به فکر دردها و رنج‌ها، یا به فکر دشواری های هاضمه یا یبوست هستم.
آن قدر به فکر سلامتی و چگونگی حالم هستم که نمی توانم به چیز دیگری فکر کنم.
مهم ترین مشکلم سلامتی خودم است.
(۲۱)

در علاقه خود به مسائل جنسی هیچ تغییری احساس نکرده ام.
نسبت به گذشته، کمتر به مسائل جنسی علاقه دارم.
در حال حاضر به مسائل جنسی کمتر علاقه دارم.
علاقه خود به مسائل جنسی را به طور کامل از دست داده ام.

The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Couple Therapy in Improving the Quality of Marital Relationships, Marital Intimacy, and Marital Depression of Women Affected by Infidelity

Maral. Ajari¹, Hassan. Amiri*², Saeedeh Al-sadat Hosseini³ & Karim Afsharinia³

Abstract

Aims: The present study aimed to determine the effectiveness of group cognitive-behavioral couple therapy on the quality of marital relationships, marital intimacy, and marital depression of women affected by infidelity. **Method:** The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test, and two-month follow-up. The statistical population consisted of women affected by infidelity who visited Zharfa Counseling Center in Kermanshah. After screening, 30 women were selected by convenience sampling and were randomly assigned to experimental (n=15), and control (n=15) groups. The research tools included the Busby's Marital Quality Questionnaire (1995), the Marital Intimacy Scale by Thompson and Walker (1983), and Beck Depression Inventory (BDI) (1961). The experimental group underwent the group intervention of Halford's Cognitive-Behavioral Couple Therapy (2005) for ten sessions. Data were analyzed using the repeated-measures analysis of variance. **Result:** The results indicated that cognitive-behavioral couple therapy intervention was effective in improving the quality of marital relationships ($F=29.11$, $P=0.001$), marital intimacy ($F=7.13$, $P=0.013$), and marital depression ($F=15.72$, $P=0.001$), and the effect was stable in the follow-up phase. **Conclusion:** It was found that group cognitive-behavioral couple therapy was effective in improving the quality of marital relationships of women affected by infidelity in Kermanshah; hence, cognitive-behavioral couple therapy can be used to reduce marital depression in women affected by infidelity, and ultimately strengthen the family.

Keywords: Couple therapy; Cognitive-behavioral; Quality of marital relationship; Marital intimacy; Depression; Infidelity

1. PhD Student in General Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

2. *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
Email: ahasan.amiri@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran