

Effects of Cognitive-Behavioral Couple Therapy on Resilience and Quality of Life in Women Affected by Infidelity

Roohi Karimi T¹, *Shirazi M², Sanagouye Moharrer GhR³

Author Address

1. PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan Branch, Zahedan, Iran;

2. Associate Professor, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran;

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

*Corresponding author's email: mshirazi@edpsy.usb.ac.ir

Received: 2020 October 17; Accepted: 2021 January 13

Abstract

Background & Objectives: Marital infidelity may severely deteriorate couples' relationships. Researchers and family therapists have offered several definitions of marital infidelity. Generally, it is a violation of a couple's stated contract regarding emotional and/or sexual behaviors. Marital infidelity potentially disrupts couples' relationships and causes numerous disorders and psychological problems among individuals. Accordingly, performing appropriate interventions to reduce its negative effects seems critical. Cognitive-Behavioral Couple Therapy (CBCT) is an intervention with effective outcomes for various marital problems. This approach, in addition to mental cognitive reconstruction, uses different behavioral interventions to strengthen couples' coping skills. Therefore, this study aimed to evaluate the effects of CBCT on resilience and quality of life in women affected by marital infidelity.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The statistical population of the study included all women affected by marital infidelity in the western region of Tehran City, Iran who were referred to psychological clinics (4 counseling centers), in 2019. Using the purposive sampling method, 30 eligible volunteers were selected and randomly assigned to the experimental (n=15) and control (n=15) groups. The inclusion criteria of this study included having the experience of infidelity; a minimum level of education (middle-school degree); having lived together for at least one year; presenting voluntary consent to participate in the research; the ability to attend all research meetings, and no diagnosable physical and mental illnesses. All study subjects completed the Connor-Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003) and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) (1996) before and after the training. The experimental group was provided with twelve 90-minute weekly CBCT sessions in groups according to the protocol of Khanjani Veshki et al. (2017); however, the control group received no intervention. The obtained data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) in SPSS.

Results: The present research results suggested that CBCT improved resilience ($p<0.001$) and quality of life ($p<0.001$) in the experimental group.

Conclusion: According to the study findings, CBCT was effective on resilience and quality of life in the explored infidelity-affected women.

Keywords: Marital infidelity, Resilience, Quality of life, Cognitive-Behavioral couple therapy.

بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر تاب آوری و کیفیت زندگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی

تاچارا روحی کریمی^۱، *محمود شیرازی^۲، غلامرضا ثناگوی محرر^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: mshirazi@edpsv.usb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۶ مهر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲۴ دی ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: خیانت زناشویی پیامدهای منفی فراوانی برای زنان دارد. بر همین اساس استفاده از مداخلات مناسب درجهت کاهش اثرات منفی آن دارای اهمیت فراوانی است؛ هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر تاب آوری و کیفیت زندگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی بود.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را همه زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی منطقه غرب تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که به مراکز مشاوره و کلینیک های روان شناختی مراجعه کردند. با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند تعداد سی فرد داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر کدام پانزده نفر) قرار گرفتند. همه آزمودنی ها برای پیش آزمون و پس آزمون به مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) پاسخ دادند. آزمودنی های گروه مداخله براساس پروتکل خانجانی وشکی و همکاران (۲۰۱۷) طی دوازده جلسه یک بار در هفته به مدت نود دقیقه به صورت گروهی آموزش دریافت کردند. طی این مدت برای گروه گواه هیچ مداخله ای ارائه نشد. تجزیه و تحلیل داده ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری در همه آزمون های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که زوج درمانی شناختی رفتاری منجر به بهبود تاب آوری ($p < 0/001$) و کیفیت زندگی ($p < 0/001$) آزمودنی های گروه آزمایش شده است.

نتیجه گیری: براساس یافته های این پژوهش زوج درمانی شناختی رفتاری بر تاب آوری و کیفیت زندگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی مؤثر است.

کلیدواژه ها: خیانت زناشویی، تاب آوری، کیفیت زندگی، زوج درمانی شناختی رفتاری.

یکی از انواع مسائلی که به شدت بر ارتباطات زناشویی همسران تأثیر منفی دارد، موضوع خیانت زناشویی^۱ است. پژوهشگران و درمانگران خانواده، تعاریف متعددی را از خیانت زناشویی ارائه داده‌اند؛ اما به صورت خلاصه خیانت زناشویی شکلی از رابطه عاطفی، جنسی، یا عاطفی-جنسی با فردی به غیر از همسر خودش است که این موضوع را از همسرش پنهان می‌کند (۱). خیانت جنسی در این تعریف عبارت است از داشتن رابطه‌ای جنسی با شخصی غیر از همسر که از او پنهان می‌شود. خیانت عاطفی به معنای علاقه‌مند بودن به شخصی غیر از همسر خود یا دراختیار گذاشتن منابع احساسی و عاطفی مانند وقت، عشق و توجه به شخصی غیر از همسر است. خیانت زناشویی به صورت بالقوه به انحلال روابط زناشویی کمک می‌کند و ناتوانی‌ها و مشکلات روانی فراوانی را برای افراد به وجود می‌آورد (۲).

به نظر می‌رسد یکی از حیطه‌هایی که از خیانت زناشویی در زوجین دچار آسیب می‌شود، تاب‌آوری^۲ است. تاب‌آوری به توانایی افراد برای سازگاری در برابر رنج و درد ناشی از گرفتاری‌ها و عوامل استرس‌زای زندگی اشاره دارد (۳). افراد دارای تاب‌آوری کمتر، در معرض مشکلات بیشتری از نظر خطرات روانی مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات رفتاری، ناامیدی، خشونت، فعالیت جنسی مهارنشده و مصرف سیگار قرار دارند که افراد را از لحاظ شغلی و تحصیلی دچار ضعف و نقصان می‌کند (۴). با این حال نتایج نشان می‌دهد، می‌توان با کمک روان‌درمانی به بهبود تاب‌آوری در زنان خیانت‌دیده اقدام کرد (۵)؛ همچنین خیانت زناشویی موجب بروز افسردگی، وسواس و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌شود؛ این مشکلات، کیفیت زندگی کلی افراد آسیب‌دیده از خیانت زناشویی را کاهش می‌دهد. از پیامدهای خیانت در همسر می‌توان به مسائلی مانند ضرب و شتم، قتل همسر و حتی اقدام به خودکشی اشاره کرد (۶). این پیامدها می‌تواند تهدیدی جدی برای کیفیت زندگی زوجین دارای همسر خیانت‌دیده باشد.

علاوه بر این، اثرات زیان‌بار پدیده خیانت می‌تواند در طولانی‌مدت یا حتی برای اغلب اوقات تداوم داشته باشد و طول بکشد؛ مگر اینکه افراد آسیب‌دیده زوجین درمانی مناسبی را دریافت کنند (۷). درمانگران و متخصصان زوجین درمانی از رویکردهای متعدد و مختلفی برای درمان خیانت زناشویی بهره جسته‌اند. یکی از روش‌های درمانی مؤثر در زمینه حل مسائل زوجین، استفاده از زوج‌درمانی شناختی رفتاری^۳ (CBCT) است. در این روش، به زوجها درباره خطاهای شناختی^۴ مثل ذهن‌خوانی^۵ و تعمیم افراطی^۶ هشدار داده می‌شود. این رویکرد افزون‌بر بازسازی شناختی ذهنی، از انواع متفاوت مداخلات رفتاری در جهت تقویت مهارت‌های مقابله‌ای زوجین استفاده می‌کند (۸). تأکید اصلی این زوج‌درمانی بر تعاملات زوجین و تغییرات رفتاری است و توجه زوجها را به طرف دلایلی هدایت کرده است که درباره رفتار همدیگر دارند؛ همچنین نظر زوجین را به انتظارات و معیارهایی که از ارتباطات

زناشویی و از روابط یکدیگر به صورت کلی دارند، جلب کرده است (۹). مطالعات انجام‌شده، روش CBCT را به عنوان درمان مناسبی بر استرس پس از سانحه زوجین آسیب‌دیده از خیانت (۱۰)، کیفیت زندگی زناشویی زوجین متعارض (۱۱)، حل مسئله و افزایش شادکامی در زندگی زناشویی (۹) و تعارض‌های زناشویی و تاب‌آوری (۱۲) نشان داده‌اند.

باتوجه به مطالب اشاره‌شده می‌توان دریافت، مسئله خیانت زناشویی مشکلات زیادی را برای افراد به وجود می‌آورد که باید با استفاده از روش‌های مناسب به کاهش اثرات منفی آن پرداخت؛ در همین راستا همان‌طور که اشاره شد، یکی از روش‌های درمانی برای این مسئله، زوج‌درمانی شناختی رفتاری است؛ با این حال تحقیقات اندکی بر ارزیابی کارایی روش زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر خیانت زناشویی و خصوصاً متغیرهای مهم تاب‌آوری و کیفیت زندگی پرداخته است. باتوجه به این خلأ پژوهشی، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بود.

۲ روش بررسی

این مطالعه پژوهشی کاربردی از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این تحقیق را همه زنان درگیر با مسئله خیانت زناشویی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی مشاوره و روان‌شناختی منطقه غرب تهران تشکیل دادند که بین ماه‌های خرداد تا شهریور سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره (چهار مرکز مشاوره) مراجعه کردند. از بین آن‌ها تعداد سی فرد داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند. سپس به صورت هدفمند انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه‌های زوج‌درمانی شناختی رفتاری (پانزده نفر) و گواه (پانزده نفر) قرار گرفتند. دلاور در تحقیق آزمایشی حداقل حجم نمونه را در هر گروه پانزده نفر بیان کرده است (۱۳). بر این اساس حجم نمونه پژوهش ۳۰ نفر بود. معیارهای ورود زنان شرکت‌کننده به پژوهش عبارت بود از: داشتن تجربه خیانت زناشویی؛ دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل؛ داشتن دست‌کم یک سال زندگی مشترک؛ تمایل آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش؛ توانایی شرکت در تمامی جلسات؛ نداشتن مشکل جسمانی یا روانی مشخص (براساس مصاحبه محقق با شرکت‌کنندگان). از ابزارهای اندازه‌گیری زیر در این پژوهش استفاده شد.

– مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون^۷: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ساخته شد (۱۴). این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است که برای هر سؤال طیف درجه‌بندی پنج‌گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده است که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد، دارای نمره‌ای کل است. نمرات بیشتر در این مقیاس نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است (۱۴).

۶. Extreme generalization

۷. Connor-Davidson Resilience Scale

۱. Marital infidelity

۲. Resilience

۳. Cognitive-Behavioral Couple Therapy

۴. Cognitive errors

۵. Brain-reading

از این رو دامنه نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ است و نمره بیشتر کیفیت زندگی بهتر را نشان می‌دهد. سازمان جهانی بهداشت پایایی این ابزار را در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۷۰ گزارش کرد (۱۶). نجات و همکاران در ایران پایایی آزمون بازآزمون را برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ به دست آوردند. همچنین همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که بین ۰/۵۵ تا ۰/۸۲ متغیر بود (۱۷).

– پروتکل زوج درمانی شناختی رفتاری: این پروتکل مبتنی بر پروتکل خانجانی و شکی و همکاران است. این پروتکل درمانی پس از مرور و بررسی تعدادی از مطالعات مرتبط در حوزه زوج درمانی شناختی رفتاری طراحی شد و فرم اولیه آن به دست آمد. با نظر هشت متخصص، اصلاحاتی در آن صورت گرفت؛ همچنین با استفاده از روش توافقی، پایایی طرح درمان محاسبه شد و ضریب ۰/۸۷ به دست آمد که بیانگر سطح توافقی مطلوب در خصوص طرح درمان بود. روایی محتوایی طرح درمانی نیز توسط استادان بررسی‌کننده از دانشگاه علامه طباطبائی (هشت متخصص)، مطلوب گزارش شد (۱۸). براساس پژوهش خانجانی و همکاران، در پژوهش حاضر نیز این پروتکل درمانی طی دوازده جلسه درمان، یک بار در هفته به مدت نود دقیقه به صورت گروهی اجرا شد (۱۸). خلاصه این پروتکل در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات زوج درمانی شناختی رفتاری

جلسه	محتوای آموزشی (هدف)	شیوه درمانی	تکلیف
اول	برقراری ارتباط	آشنایی با مدل و اهداف درمانی	–
دوم	مهارت‌های رفتاری	ایفای نقش، افزایش تبادل رفتاری مثبت و کاهش تبادل منفی	انجام دو رفتار مثبت و کاهش یک رفتار منفی
سوم	مهارت‌های رفتاری	قراردادهای وابستگی، وارونه‌سازی نقش	قراردادهای تبادل رفتارهای مطلوب
چهارم	مهارت‌های رفتاری	جریث‌ورزی، آزمایش‌های رفتاری، تمرین رفتاری	به کارگرفتن آزمایش‌های رفتاری
پنجم	مهارت‌های ارتباطی	گوش دادن فعال، مهارت‌های فرستنده و گیرنده	اصلاح مهارت‌های ارتباطی
ششم	مهارت‌های ارتباطی	تعیین تعاملات منفی خاص، تمرین ارتباط کارآمد	تمرین مهارت‌های ارتباط کارآمد
هفتم	مهارت‌های شناختی	پیکان نزولی، تشخیص افکار خودآیند و هیجانات	تکمیل ثبت روزانه افکار ناکارآمد
هشتم	مهارت‌های شناختی	تشخیص طرحواره‌ها، فرایندهای شناختی	کشف طرحواره‌های مبهم رابطه
نهم	مهارت‌های شناختی	تبیین رفتار همسر، تشخیص خطاهای شناختی	اصلاح خطاهای شناختی
دهم	مهارت‌های شناختی	الگوهای اسنادی، تبیین انتظارات غیرواقع‌بینانه	تمرین به من بگو چی دوست داری
یازدهم	مهارت‌های حل مسئله	ارزیابی و تمرین حل مسئله، برنامه‌ریزی فعالیت	تمرین برنامه‌ریزی فعالیت
دوازدهم	مهارت‌های حل تعارض	شناسایی و تمرین روش‌های حل تعارض	حل تعارضی خاص

(۱۶) را تکمیل کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین، انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، آزمون تی دو گروه مستقل و آزمون مجذور خی استفاده شد. برای بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، آزمون‌های شاپیرو-ویلک، ام‌باکس، لون و شیب خط رگرسیون به کار رفت. تمام آزمون‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در

کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ به دست آوردند. آن‌ها اعلام کردند این پرسشنامه با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا^۱ همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس اضطراب ادراک شده^۲ و مقیاس آسیب‌پذیری^۳ همبستگی منفی معنادار دارد که این نتایج حاکی از روایی مقیاس مذکور است (۱۴). این مقیاس در ایران توسط محمدی و همکاران هنجاریابی شد. برای تعیین روایی مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل به جز گویه ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی، تحلیل عاملی شد. پیش از استخراج عوامل برپایه ماتریس همبستگی گویه‌ها و شاخص KMO برابر با ۰/۸۷ و آزمون بارتلت معنادار شد ($p < 0.001$) که هر دو شاخص کفایت شواهد را برای انجام تحلیل عاملی نشان داد. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۱۵).

– پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی-فرم کوتاه^۴: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم صدسؤالی این پرسشنامه ساخته شد (۱۶). این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. پرسشنامه براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً نادرست=۱، به ندرت=۲، گاهی درست=۳، اغلب درست=۴، همیشه درست=۵) نمره‌گذاری می‌شود؛

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل محرمانه بودن اطلاعات هر آزمودنی و پرسشنامه‌ها، دریافت رضایت آگاهانه هر آزمودنی، آسیب‌نرسیدن به وی و اختیار وی مبنی بر خروج از پژوهش، رعایت شد. بعد از اتمام مداخله آموزشی گروه آزمایش، محتوای بسته آموزشی در قالب فیلم در اختیار گروه گواه نیز قرار گرفت. پیش از شروع آموزش‌ها (مرحله پیش‌آزمون) و بعد از اتمام آن (مرحله پس‌آزمون) همه آزمودنی‌ها مقیاس تاب‌آوری (۱۴) و پرسشنامه کیفیت زندگی

^۴. World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)

^۱. Kobasa's Hardiness Psychological Scale

^۲. Perceived Anxiety Scale

^۳. Vulnerability Scale

سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

۳ یافته‌ها

به لحاظ سنی، میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه زوج درمانی شناختی رفتاری برابر با $32/68 \pm 6/66$ سال و در گروه گواه برابر با $34/60 \pm 7/56$ سال بود ($p=0/596$). از لحاظ تحصیلات نیز گروه زوج درمانی شناختی رفتاری ۳ نفر کمتر از دیپلم (۲۰ درصد)، ۷ نفر دیپلم و فوق دیپلم (۴۶/۷ درصد)، ۴ نفر لیسانس (۲۶/۷ درصد) و ۱ نفر فوق لیسانس (۶/۶ درصد) داشت؛ برای گروه گواه نیز ۷ نفر کمتر از دیپلم (۴۶/۷ درصد)، ۷ نفر دیپلم و فوق دیپلم (۴۶/۷ درصد) و ۱ نفر دارای مدرک لیسانس (۶/۶ درصد) بود. براساس آزمون مجذور خی، از لحاظ تحصیلات تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($p=0/227$). همچنین میانگین و انحراف معیار مدت ازدواج در گروه شناختی رفتاری برابر با $4/13 \pm 2/50$ سال و در گروه گواه برابر با $5/66 \pm 3/08$ سال بود که براساس آزمون تی مستقل، بین دو گروه

تفاوت معناداری در مدت ازدواج وجود نداشت ($p=0/162$).

پیش از تحلیل، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس بررسی شد. نتایج اجرای آزمون شاپیرو-ویلک دال بر نرمال بودن داده‌ها بود ($p>0/05$). نتایج اجرای آزمون ام‌باکس، همگنی کوواریانس‌های متغیرهای وابسته (همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس) را نشان داد ($p>0/05$). نتایج اجرای آزمون لوین بیانگر برابری واریانس بین متغیرهای وابسته پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه (همگنی واریانس‌های بین گروهی) بود ($p>0/05$). نتایج آزمون اثر متقابل گروه و پیش آزمودنی، رعایت همگنی شیب‌های رگرسیونی را در گروه‌های آزمایش و گواه بیان کرد ($p>0/05$). همچنین نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان دهنده تفاوت معنادار در حداقل یکی از متغیرهای وابسته بین گروه‌های آزمایش و گواه بود ($p=0/001$).

در جدول ۲، نتایج مربوط به داده‌های توصیفی و مقایسه پس‌آزمون در تاب‌آوری و کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه به همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج داده‌های توصیفی و مقایسه پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F مقدار	p مقدار	اندازه اثر	توان آماری
تاب‌آوری	آزمایش	52/800	4/945	75/533	6/728	93/669	<0/001	0/783	1
	گواه	54/466	6/833	52/600	5/973				
کیفیت زندگی	آزمایش	42/600	4/239	58/866	6/293	19/197	<0/001	0/425	0/988
	گواه	41/933	5/147	43/200	5/017				

نتایج جدول ۲، افزایش پس‌آزمون گروه آزمایش را در هر دو متغیر نشان می‌دهد. با حذف اثر پیش‌آزمون، معناداری تحلیل کوواریانس در تاب‌آوری ($p<0/001$) و کیفیت زندگی ($p<0/001$) دیده شد؛ بنابراین در گروه آزمایش تغییر معناداری در پس‌آزمون متغیرها در مقایسه با گروه گواه تحت تأثیر آزمایش (آموزش) ایجاد شد. براساس اندازه اثر، اثربخشی بیشتر ناشی از آموزش (تأثیر متغیر مستقل) بر کیفیت زندگی تقریباً ۷۸ درصد ($p<0/001$) با توان آماری ۱ و اثربخشی بعدی (اثر آزمایش) بر تاب‌آوری تقریباً ۴۲ درصد ($p<0/001$) با توان آماری ۰/۹۸۸ بود.

۴ بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد، زوج درمانی شناختی رفتاری منجر به بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شده است. این نتایج همسو با تعدادی از پژوهش‌های پیشین از جمله نتایج مطالعه قره‌قوزلو و همکاران است. آن‌ها زوج درمانی شناختی رفتاری را به عنوان درمان مناسبی برای استرس پس از سانحه زوجین آسیب‌دیده از خیانت بیان کردند (۱۰). همچنین با تحقیق شایان و همکاران نیز که این روش درمانی را مناسب برای کیفیت زندگی زناشویی زوجین متعارض دانستند (۱۱)، همسوست. همچنین با نتایج پژوهش بلانگر

و همکاران که این روش درمانی را برای بهبود حل مسئله و افزایش شادکامی در زندگی زناشویی مناسب دانستند (۹) و نتایج خانجانی تحقیق وشکی و همکاران که نشان دادند زوج درمانی شناختی رفتاری بر رضایت‌مندی زناشویی زنان تأثیرگذار است (۱۸)، همسوست. در تبیین نتایج حاضر و باتوجه به پروتکل درمانی شناختی رفتاری، عوامل مختلفی بر ارتقای تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مؤثر است که از بین آن‌ها می‌توان به حل مناسب تعارض، بروز هیجانات مثبت و منفی به شکل درست، غرق‌نشدن در تجربیات منفی گذشته و آگاهی زن‌ها درباره رابطه خود و همسرشان اشاره کرد. زوج درمانی شناختی رفتاری این امکان را فراهم می‌کند تا زنان بتوانند روش‌های لازم را برای شناسایی و اصلاح افکار، عقاید و رفتارهای خودتخریبگر یاد بگیرند و در هنگام مواجه شدن با مسائل و مشکلات مختلف آن‌ها را به کار برند (۸). درواقع این روش ترکیبی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که به زوج‌ها راه‌حلی برای ارائه می‌دهد تا بتوانند الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهند و آن‌ها را تغییر دهند؛ همچنین از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته‌ای بهره بگیرند. این نوع درمان با تأکید بر رفع ذهنیت‌های اشتباه در روابط همسران، شیوه‌های افزایش رفتارهای مطلوب و کاهش رفتارهای نامطلوب را مدنظر قرار می‌دهد. زوج درمانی شناختی رفتاری با تغییر الگوهای فکری اشتباه و اسناد منفی موجب کاهش عواطف و احساسات منفی و ناخوشایند درباره همسر

پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی از زوج‌درمانی شناختی‌رفتاری برای بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج بیانگر آن بود که زوج‌درمانی شناختی‌رفتاری تأثیر معناداری بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی دارد. براساس این نتایج، برنامه‌ریزی توسط متخصصان زوج‌درمانی و درمانگران برای استفاده از این روش در بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی ضروری است.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش به علت همکاری با پژوهشگر تقدیر و تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری در رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان است. پروتکل تحقیق در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان با کد اخلاق IR.USB.1399.015 تأیید شده است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل محرمانه‌بودن اطلاعات هر آزمودنی و پرسشنامه‌ها، دریافت رضایت آگاهانه هر آزمودنی، آسیب‌نرسیدن به وی و اختیار وی مبنی بر خروج از پژوهش، رعایت شد. بعد از اتمام مداخله آموزشی گروه آزمایش، محتوای بسته آموزشی به صورت فیلم در اختیار گروه گواه نیز قرار گرفت.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های این پژوهش از طریق ارتباط با ایمیل نویسنده اول مقاله به آدرس roohikarimi11@gmail.com امکان‌پذیر است.

تراجم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر بدون دریافت حمایت مالی از نهاد یا سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

در این پژوهش نویسنده اول به عنوان مجری، نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما و نویسنده سوم به عنوان استاد مشاور همکاری کردند.

می‌شود و این موضوع موجب افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی در زنان می‌شود (۱۲). درمان شناختی‌رفتاری، مهارت‌های زندگی و مهارت‌های رفتاری این زنان را بهبود می‌بخشد. مهارت‌های رفتاری منجر به تبادل رفتارهای مثبت و خوشایند و کاهش رفتارهای منفی می‌شود و تغییر در عواطف و احساسات و عملکرد زنان، تغییر نگرش آن‌ها را به دنبال دارد. این تغییرات نیز موجب بهبود روابط، صمیمیت و رضایت از زندگی زناشویی می‌شود و در افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مؤثر است. همچنین درمان مبتنی بر رویکرد شناختی‌رفتاری، مهارت‌های ارتباطی را تقویت می‌کند؛ این امر نیز به نوبه خود، خودباوری مثبت و کاهش منفی‌نگری را در پی دارد که کاهش دلزدگی روانی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی را منجر می‌شود (۱۸). از سوی دیگر در درمان شناختی‌رفتاری، شناخت‌های ناکارآمد مراجع، هیجان‌های منفی و رفتارهای ناشی از شناخت‌های معیوب و آسیب‌زای او مدنظر قرار می‌گیرد. در این رویکرد درمانی به فرد کمک می‌شود تا بتواند باورهای غلط را درباره خود، دنیا و آینده بشناسد و آن‌ها را اصلاح کند و از به وجود آمدن هیجان‌ها و اعمال و افکار منفی پیشگیری کند؛ همچنین افکار مثبت جایگزین افکار منفی شود که افزایش سلامت روانی و شادی را در این افراد به دنبال دارد (۱۱). زوج‌درمانی شناختی‌رفتاری با تصحیح خطاهای شناختی به زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی کمک می‌کند تا بهتر فکر و برنامه‌ریزی کنند، تصمیم مناسب بگیرند و در مسیر حل مشکلات هدف‌مند پیش بروند. افراد هدف‌مند با قدرت اراده، موانع و مشکلات را زود تشخیص می‌دهند و به شکل مؤثر با آن‌ها برخورد می‌کنند. در این رویکرد درمانی، زنان یاد می‌گیرند که در زندگی گذشته، حال و آینده آن‌ها معنایی وجود دارد. آنان مهارت‌هایی همچون انتظارات مثبت، جهت‌بینی آینده، واقع‌گرایی، تنظیم اهداف و مقابله با شرایط دشوار را می‌آموزند و موجب رشد شخصی خود می‌شوند. آن‌ها با سایر افراد جامعه، فرهنگ و محیط خود به صورت مثبت و منعطف برخورد می‌کنند و تاب‌آوری و کیفیت زندگی خود را با تقویت یا تغییر نگرش و ارزش‌ها و رفتار بهبود می‌بخشند (۹).

با وجود نتایج کاربردی که از این پژوهش استنباط می‌شود، همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی نیز دارد. از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری هدف‌مند و حجم نمونه نسبتاً اندک در گروه‌ها و پیگیری نکردن نتایج در بلندمدت به دلیل محدودیت زمانی اشاره کرد؛ بنابراین، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی برای تعمیم بیشتر، حجم نمونه در گروه‌ها افزایش یابد و پایداری نتایج در بلندمدت از طریق لحاظ کردن پیگیری چندماهه بررسی شود. باتوجه به اهمیت تاب‌آوری در دوام و پایداری زندگی زناشویی و همچنین بهبود کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی،

References

1. Munsch CL. Her support, his support: money, masculinity, and marital infidelity. *Am Sociol Rev.* 2015;80(3):469–95. doi: [10.1177/0003122415579989](https://doi.org/10.1177/0003122415579989)
2. Harris C. Characteristics of emotional and physical marital infidelity that predict divorce [Ph.D. dissertation]. [San Diego, US]: Alliant International University;2018.
3. Artuch-Garde R, González-Torres MDC, de la Fuente J, Vera MM, Fernández-Cabezas M, López-García M. Relationship between resilience and self-regulation: a study of spanish youth at risk of social exclusion. *Front Psychol.* 2017;8:612. doi: [10.3389/fpsyg.2017.00612](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00612)
4. Hu T, Zhang D, Wang J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences.* 2015;76:18–27. doi: [10.1016/j.paid.2014.11.039](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039)
5. Hemmati M, Maddahi ME, Hoseinian S. Comparison the effectiveness of couple therapy based on schema therapy with couples therapy based on acceptance and commitment therapy on family resiliency of couples. *Journal of Woman and Family Studies.* 2018;6(2):145–63. [Persian] doi: [10.22051/jwfs.2017.13919.1361](https://doi.org/10.22051/jwfs.2017.13919.1361)
6. Shackelford TK, Buss DM, Weekes-Shackelford VA. Wife killings committed in the context of a lovers triangle. *Basic and Applied Social Psychology.* 2003;25(2):137–43. doi: [10.1207/S15324834BASP2502_4](https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2502_4)
7. Baucom DH, Snyder DK, Gordon KC. Helping couples get past the affair: a clinician's guide. 1st ed. The Guilford Press; 2011.
8. Fischer MS, Baucom DH, Cohen MJ. Cognitive-behavioral couple therapies: review of the evidence for the treatment of relationship distress, psychopathology, and chronic health conditions. *Fam Process.* 2016;55(3):423–42. doi: [10.1111/famp.12227](https://doi.org/10.1111/famp.12227)
9. Bélanger C, Laporte L, Sabourin S, Wright J. The effect of cognitive-behavioral group marital therapy on marital happiness and problem solving self-appraisal. *The American Journal of Family Therapy.* 2015;43(2):103–18. doi: [10.1080/01926187.2014.956614](https://doi.org/10.1080/01926187.2014.956614)
10. Gharagozloo N, Moradhaseli M, Atadokht A. Comparing the effectiveness of face to face and virtual Cognitive-behavioral Couples Therapy on the Post-traumatic stress disorder in Extra-Marital Relations. *Journal of Counseling Research.* 2018;17(65):187–210. [Persian] <http://irancounseling.ir/journal/article-1-500-en.pdf>
11. Shayan A, Taravati M, Garousian M, Babakhani N, Faradmal J, Masoumi SZ. The effect of cognitive behavioral therapy on marital quality among women. *Int J Fertil Steril.* 2018;12(2):99–105. doi: [10.22074/ijfs.2018.5257](https://doi.org/10.22074/ijfs.2018.5257)
12. Dugal C, Bakhos G, Bélanger C, Godbout N. Cognitive-behavioral psychotherapy for couples: an insight into the treatment of couple hardships and struggles. In: Şenormancı Ö, Şenormancı G, editors. *Cognitive behavioral therapy and clinical applications.* InTech; 2018.
13. Delavar A. Theoretical and practical principles of research in the humanities and social sciences. Tehran: Roshd Pub;2011. [Persian]
14. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76–82. doi: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113)
15. Mohammadi M, Jazayeri AR, Rafi'i AH, Jokar B, Pourshahbaz A. Investigation of resilience factors in people at risk of drug abuse. *Quarterly Journal of New Psychological Research.* 2006;1(2&3):193-214. [Persian]. <http://ensani.ir/file/download/article/20120325122038-1019-15.pdf>
16. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF [Internet]; 1996 [cited 2017 Jan 17]; <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
17. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research.* 2006;4(4):1–12. [Persian] <https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.pdf>
18. Khanjani Veshki S, Shafiabady A, Farzad V, Fatehizade M. A comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy on Conflicting Couple's Marital Intimacy in Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2017;17(4):31-40. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_534036.html