

April-May 2021, Volume 9, Issue 1

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Communication Skills and Problem Solving and Mental Health in Couples with Extra-Marital Experience

Mehran Akbari¹, Zahra Shokhmgar², Akram Sanagoo³, Azadeh Nasiri⁴, Akram Ahangi⁵, Hossein KHaleghi⁶, Malihe Mohammad pour⁷, Azam Karami^{8*}

1- Faculty Member, Department of Nursing, Khomein University of Medical Sciences, Khomein, Iran.

2- Faculty Member Payam Noor University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, PhD in Nursing, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

4- Instructor, Master in Nursing Education Khomein University of Medical Sciences, Khomein, Iran.

5- Faculty Member Payam Noor University, Tehran, Iran.

6- Management Department, Economics and Management Faculty, Payam Noor University, Tehran, Iran.

7- Faculty Member Payam Noor University, Tehran, Iran.

8- Faculty Instructor, Faculty of Nursing, Medical Sciences University of Khomein, Iran.

Corresponding Author: Azam Karami, Faculty Instructor, Faculty of Nursing, Medical Sciences University of Khomein, Iran.

Email: Azam_kerami@yahoo.com

Received: 29 Dec 2020

Accepted: 5 Jan 2021

Abstract

Introduction: Marital infidelity is a problem that severely affects people's lives and is one of the main causes of divorce. The purpose of this study was to compare the effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on communication and problem solving skills and mental health in couples with marital infidelity.

Methods: The present study is an experimental one with pre-test and post-test design. Among couples facing marital infidelity in Qain in 1997, 30 individuals were selected by convenience sampling and were randomly assigned to two experimental groups of 15 each. One experimental group received 8 sessions of 90 minutes with schema therapy and one group received 8 sessions of 90 minutes with cognitive behavioral therapy. The groups completed the Mental Health Questionnaire (GHQ-28) and communication skills and problem solving questionnaire as pre-test and post-test. One-way and multivariate analysis of variance was used to analyze the data.

Results: The mean score of mental health in the pre-test was 146/04 and the post-test was 03/109 in the Cognitive Behavioral Therapy Experimental group, and in the Schema Therapy Experimental group was 133.07 and in the Post-test it was 63.01 ($p < 0.01$). and this difference in the control group in pre-test 65 and in post-test 152.30 which had no significant difference. The mean score of communication skills in the pre-test and post-test was 1.4000 and in the cognitive behavioral therapy test group was 4.4000 and in the Schema therapy group was 1.2000 and in the post test it was 4.7000 and the difference was significant ($p < 0.01$) and this rate in the control group in pre-test 9.000 and post-test 8.7500 which were not significantly different.

Mean score of problem solving in pre-test and post-test 0.8000 and 5.5000 in Cognitive Behavioral Therapy and experimental groups respectively.

Schema therapy in pre-test and post-test were 1.95000 and 5.8700 and the difference was significant ($p < 0.01$).

There were no significant differences in pre-test and 8.4400 and post-test 8.9500.

Conclusions: The results support the effect of two methods of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on increasing mental health and communication and problem-solving skills.

Keywords: Schema Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Mental Health, Communication Skills, Problem Solving, Couples with extra-marital experience.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر مهارت های ارتباطی و حل مساله و سلامت روان در زوجین دارای تجربه فرازناشویی

مهران اکبری^۱، زهرا شخمگر^۲، اکرم ثناگو^۳، آزاده نصیری^۴، اکرم آهنگی^۵، حسین خالقی^۶، ملیحه محمدپور^۷، اعظم کرامی^{۸*}

- ۱- عضو هیئت علمی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خمین، خمین، ایران.
 - ۲- مربی گروه روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
 - ۳- دکترای آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ایران.
 - ۴- کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده علوم پزشکی خمین، ایران.
 - ۵- مربی گروه روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
 - ۶- استادیار گروه مدیریت، عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
 - ۷- مربی گروه علوم اجتماعی، عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
 - ۸- مربی هیات علمی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خمین، ایران.
- نویسنده مسئول: اعظم کرامی، مربی هیات علمی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خمین، ایران.
ایمیل: Azam_kerami@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۵

چکیده

مقدمه: خیانت زناشویی مشکلی است که زندگی افراد را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد و یکی از دلایل اصلی طلاق به شمار می رود. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر مهارت های ارتباطی و حل مساله و سلامت روان در زوجین با تجربه خیانت زناشویی بود.

روش کار: پژوهش حاضر، کاربردی و از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون است. از میان زوجین مواجهه با خیانت زناشویی شهرستان قاین در سال ۹۷، ۳۰ نفر به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش ۱۵ نفری جایگزین شد. یک گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش طرحواره درمانی و یک گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش درمان شناختی رفتاری آموزش دید. گروه ها پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28) و مهارت های ارتباطی و پرسشنامه حل مساله را به عنوان پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس یک عاملی و چند متغیری استفاده شد.

یافته ها: میانگین نمره سلامت روان در گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری و در گروه آزمایش طرحواره درمانی تفاوت معنی دار بود ($P < 0/01$) و این میزان در گروه کنترل تفاوت معنی داری نداشتند. میانگین نمره مهارت های ارتباطی در گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری و در گروه آزمایش طرحواره درمانی تفاوت معنی دار بود ($P < 0/01$) و این میزان در گروه کنترل تفاوت معنی داری نداشتند. میانگین نمره حل مسئله گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری و در گروه آزمایش طرحواره درمانی تفاوت معنی دار بود ($P < 0/01$) و این میزان در گروه کنترل تفاوت معنی داری نداشتند.

نتیجه گیری: نتایج از تاثیر دو روش درمانی شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی بر افزایش سلامت روان و مهارت های ارتباطی و حل مسئله حمایت می کند و توجه به این دو روش درمانی برای زوجین دارای مشکل فرازناشویی از اهمیت خاصی برخوردار است.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، درمان شناختی- رفتاری، سلامت روان، مهارت های ارتباطی، حل مسئله، فرازناشویی.

مقدمه

خانواده یکی از ارکان اصلی جامعه به شمار می آید و دست یابی به خانواده سالم در گرو سلامت روان شناختی زوجین دارد. مردم معمولاً با امیدهای فراوان به ازدواج مبادرت می کنند و تمایل دارند که درباره شانس موفقیت ازدواج خود خوش بین باشند (۱). یک مسئله خاص در هر رابطه صمیمی عبارت است از واکنش منفی به جذب شدن واقعی یا خیالی شریک زندگی به فردی دیگر. بعضی معتقدند مردان بیشتر به خاطر جذب شدن جنسی شریک خود به یک مرد رقیب تهدید می شوند در حالی که زنان بیشتر به خاطر جذب شدن عاطفی شریک خود به رقیب مورد تهدید قرار می گیرند (۲). روابط پنهانی خارج از حیطه زناشویی موجب احساساتی مانند افسردگی، خشم، ناامیدی، عدم اعتماد به نفس، از دست دادن هویت و احساس بی ارزشی در همسری می شود که به او خیانت شده است. خیانت زناشویی همچنین باعث بروز احساس تردید، افسردگی و احساس گناه در همسری می گردد که خیانت کرده است. خیانت زناشویی می تواند پیامدهای فاجعه باری برای فردی که خیانت کرده، همسرش، رابطه زناشویی، خانواده بلافصل و خانواده دور فرد داشته باشد (۳). زوجینی که با مشکل خیانت زناشویی وارد درمان می شوند، نسبت به زوجینی که با مشکلات دیگر مراجعه می کنند بیشتر احتمال دارد که از هم جدا شوند و طلاق بگیرند (۴). میان صاحب نظران در تعریف سلامت عمومی توافق چندانی وجود ندارد و به طور کلی سلامت عمومی را رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی فرد به طوری که میان این سه جنبه تاثیر پویا و متقابل وجود داشته باشد، تعریف کرده اند. علی رغم تفاوت در تعریف سلامت عمومی، سلامت روانی را به عنوان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی تعریف می کنند (۵). فردی از سلامت روانی برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور است و می تواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار سازد و قادر به مقابله با فشارهای زندگی است (۶).

کیفیت روابط زناشویی نقش مهمی در سلامت روان شناختی زوجین دارد و اکثر زوجین دارای تعارضات زناشویی، مشکلاتی را در مهارت های ارتباطی دارند. مهارت های ارتباطی

مهران اکبری و همکاران

به توانایی یک فرد برای برقراری ارتباط و همکاری با دیگران (کلامی و غیرکلامی) و همچنین توجه به احساسات و عواطف دیگران گفته می شود (۷). پژوهش رسولی و فلاحت (۱۳۹۳) نشان داد که آموزش مهارت های ارتباطی باعث کاهش تعارضات زناشویی می شود. از آنجایی که اغلب مشکلات زناشویی ناشی از نداشتن و به کار نبردن مهارت های ارتباطی است، برخوردار نبودن از مهارت های حل مساله نیز می تواند به افزایش مشکلات زوجین دامن بزند. وجود مشکلات برای زوجین در زندگی زناشویی اجتناب ناپذیر است، ولی مهم تر از آن چگونگی مواجهه با مشکل و حل مساله است (۸).

خیانت زناشویی یکی از عمده ترین دلایلی است که زوجین را برای طلاق، به درمانگاه های مشاوره خانواده می آورد (۹). به علت پیامدهای بسیار منفی و ویرانگر خیانت، ممکن است تصور شود که وقوع خیانت در روابط زناشویی امری نادر است. به طور کلی هر چند بعضی از زوجین در صورتی که از خیانت به عنوان نشانه ای برای شناسایی مشکلات دیرپای ازدواج خود استفاده کنند، می توانند بعد از خیانت ازدواج پایدارتری داشته باشند، ولی پیامد غالب و معمول خیانت استرس ها و آسیب های روابط زناشویی می باشد. (۱۰). از مهم ترین تغییراتی که در زندگی زوجین با مشکل روابط فرا زناشویی می توان ایجاد کرد، کاهش فشار روانی (بهبود سلامت روان) است و مهارت های ارتباطی که به فرد می آموزد چگونه آغازگر رابطه باشد و آن را ادامه دهد، فعالانه به حرف های طرف مقابل گوش دهد، افکار و احساسات خود را به راحتی ابراز کرده و احساسات طرف مقابل را درک نماید و به طور سازنده ای به حل مسائل بپردازد. ارتباط خوب همسران با یکدیگر آنها را قادر می سازد تا نیازها، خواسته ها و علایق خود را با سایرین در میان گذارند، عشق، دوستی و محبتشان را نسبت به یکدیگر ابراز کنند و به خوبی از عهده حل مشکلات و مسایل اجتناب ناپذیر در خانواده برآیند. اما فقدان مهارت های ارتباطی لازم امکان چنین عملکردی را از خانواده و زوجین سلب نموده و رابطه صمیمانه آنها را به یک رابطه موازی و بدون صمیمیت تبدیل می کند (۱۱) و مهارت حل مساله که فرایند تفکر منطقی و منظمی است که به فرد کمک می کند تا موقعیت های دشوار زندگی و تاثیر هیجانی آنها را به خوبی مهار کند و از این طریق تنیدگی روان شناختی را کاهش دهد یا پیشگیری نماید (۱۲).

سوال است که آیا بین طرحواره درمانی با درمان شناختی رفتاری در مهارتهای ارتباطی و حل مسله و سلامت عمومی تفاوت وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر، کاربردی و از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه آماری این پژوهش همه زوجین مواجه با خیانت زناشویی شهرستان قاین در سال ۹۷ بود. ۳۰ نفر به شیوه ی نمونه گیری در دسترسو بر اساس مراجعه به مراکز مشاوره انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش ۱۵ نفری جایگزین شد. یک گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش طرحواره درمانی و یک گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش درمان شناختی رفتاری آموزش دید. ملاک های ورود به مطالعه شامل ۱- زوجین دارای تجربه فرازناشویی ۲- سطح تحصیلات حداقل سیکل ۳- عدم شرکت در برنامه درمانی قبل ۴- عدم وجود اختلال روان شناختی یا سابقه بیماری روانی و بستری شدن در بخش های روانپزشکی ۵- عدم مصرف دارو، مواد مخدر و الکل (به منظور تقلیل اثرات عوامل مداخله گر مصرف دارو، مواد مخدر و الکل حتی به صورت تفننی) و ملاک های خروج از مطالعه شامل ۱- عدم حضور در جلسات درمانی بود.

دلاور (۱۳۹۷) نمونه برای پژوهش های شبه آزمایشی را حداقل ۸ و حداکثر ۱۵ نفر مناسب می داند. چگونگی تعیین حجم نمونه برای مطالعاتی که تحلیل آماری پیامدهای اصلی آنها با استفاده از آنالیز واریانس می باشد زمانی که داری دارای دو گروه آزمایش از فرمول زیر استفاده می شود برای تعیین حجم گروهها (معتمد و فرهانی، ۱۳۹۵).

$$n = \frac{m}{\sqrt{g-1}}$$

$$m = \left(1 + \sqrt{g-1}\right) \frac{(\bar{z}_{1-\alpha/2} + \bar{z}_{1-\beta})^2}{\Delta_{plan}^2} + \frac{\bar{z}_{1-\alpha/2}^2 \sqrt{g-1}}{2(1 + \sqrt{g-1})}$$

در اینجا

G: برابر با تعداد گروهها می باشد که ۲ گروه یکی آزمایش و دیگری کنترل هستند.

: برابر با ۱,۹۶ می باشد.

: برابر با ۰/۹۰ می باشد در صورتی که که مقدار بتا برابر

طرحواره درمانی که درمانی نوین و یکپارچه است و عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمانی شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده است و مبنای آن تلفیقی از مکتب های شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، سازنده گرایی و روانکاو است. همچنین از دیدگاه یانگ (۲۰۰۳) این روش درمانی سیستم جدیدی از روان درمانی، برای بیماران مبتلا به اختلالات مزمن و مقاوم به درمان به شمار می رود (۱۳).

طرحواره درمانی بر تغییر و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه تاکید می کند. طرح واره های ناسازگار اولیه، قدیمی ترین و عمیق ترین مؤلفه های شناختی، باورها و احساسات غیرشرطی درباره خودمان هستند و از تعامل خلق و خوی فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهرها، برادرها و همسالان در طی سال های اولیه زندگی به وجود می آید (۱۳).

طرحواره درمانی بر ریشه های تحولی مشکل های روان شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک ها برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک های مقابله ای ناسازگار تاکید دارد. چون طرحواره درمانی بر عمیق ترین سطح شناخت تاکید می کند، از این رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید و این عمل از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و بهبود سلامت روان برخوردار است. پژوهش ها نشان داده اند که طرحواره درمانی بر افزایش سلامت روانی موثر است (۱۴). درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که به فرد کمک می کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه فرد بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد را تغییر دهد از بحث های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته استفاده می کند (۱۵). درمان شناختی رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی هایی مانند تصمیم گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت نفس، حل مسله، خودنظم دهی، خودکفایتی و سلامت روان موثر است (۱۶).

بر همین اساس، با توجه به مطالعات انجام شده و نظریه های مطرح شده در این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر مهارت های ارتباطی و حل مساله و کاهش فشار روانی زوجین مواجه با خیانت زناشویی مورد توجه قرار گرفت، لذا پژوهشگر به دنبال پاسخ به این

مهران اکبری و همکاران

آزمون با نمره‌ی کل روایی ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ به دست آمده است. پایایی این پرسشنامه در مطالعه‌ی های ایرانی بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۷).

۲. پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی: پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بر اساس الگوی مهارت‌های ارتباط میان فردی هارجی و مارشال در سال ۱۹۸۶ ساخته شده است. این پرسشنامه شامل سه عامل مدیریت هیجان‌ها، ادراک دیگران و ابراز وجود است. در این مقیاس آزمودنی بسته به میزان موافقت خود با متن سؤال از اولین گزینه (تقریباً هرگز) که کمترین میزان موافقت را در خود دارد تا آخرین گزینه (بیشتر اوقات)، بیشترین موافقت را انتخاب می‌کند. نمره دهی هر سؤال از یک تا ۵ متغیر است. نتایج مربوط به روش بازآزمایی برای کل آزمون و خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۷۰ را نشان داد که بیانگر پایایی بالای آزمون است. در ضمن همسانی درونی آزمون ۰/۹۲ و ضریب روایی ملاکی آزمون با محاسبه ضریب همبستگی بین نمره‌های ملاک و پیش بین ۰/۴۳ گزارش شد (۱۸).

۳. مقیاس حل مساله: مقیاس حل مساله توسط کسیدی و لانگ طی دو مرحله ساخته شده و دارای ۲۴ سؤال است که شش عامل؛ درماندگی، مهارگری حل مساله، سبک خلاقیت، اعتماد در حل مساله، سبک اجتناب و سبک روی آورد را می‌سنجد و هر کدام از عوامل در برگزیده چهارماده آزمون است. عامل درماندگی بیانگر بی‌یابوری فرد در موقعیت‌های مساله‌زا است، مهارگری حل مساله بعد مهارگری بیرونی و درونی را در موقعیت‌های مساله‌زا منعکس می‌کند، سبک خلاقیت نشان‌دهنده برنامه‌ریزی و درنظر گرفتن راه حل‌های متنوع بر حسب موقعیت مساله‌زاست، اعتماد در حل مساله بیانگر اعتقاد در توانایی فرد برای حل مشکلات است، سبک اجتناب تمایل به رد شدن از کنار مشکلات به جای مقابله با آنها را منعکس می‌کند و سبک روی آورد نگرش مثبت به مشکلات و تمایل به مقابله رودررو با آنها را نشان می‌دهد. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت صفر (نمی‌دانم)، یک (بلی) و ۲ (خیر) است. باباپور در پژوهش خود در شهر تهران نیز پایایی درونی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و ضریب روایی آن را ۰/۸۷ گزارش کرده است (۱۹).

جزئیات مداخله در گروه طرحواره درمانی به تفکیک جلسات

با ۰/۱۰ می‌باشد. Δ : اندازه تاثیر استاندارد شده است که حداقل اندازه تاثیر استاندارد شده بالین را برابر یک در نظر می‌گیرید.

$$m = \frac{(1.96 + 0.90)^2}{1 + \sqrt{2} - 1}$$

برای بدست آوردن تعداد افراد در هر گروه از فرمول زیر استفاده می‌شود.

$$\frac{15.31}{\sqrt{2-1}} = 15$$

بنابراین هر گروه را ۱۵ نفر در نظر می‌گیریم که جمعاً ۳۰ نفر می‌باشند.

گروه‌ها پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28) و مهارت‌های ارتباطی و پرسشنامه حل مساله را به عنوان پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های ۱- سلامت روان (GHQ-28) ۲- مهارت‌های ارتباط میان فردی هارجی و مارشال و ۳- پرسشنامه حل مساله توسط کسیدی و لانگ استفاده گردید.

۱. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28): پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی (GHQ-28) که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ طراحی شده و وضعیت روانی فرد را در یک ماهه اخیر بررسی می‌کند. پرسشنامه دارای ۷ سوال زیر مقیاس‌های سلامت جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال کارکردهای اجتماعی و افسردگی است که توسط مقیاس لیکرت از ۰ تا ۳ (خیر، کمی، زیاد، خیلی زیاد) نمره‌گذاری شده است بر اساس نقطه‌بش، کسب نمره بالاتر از ۲۳ در کل آزمون نشانه اختلالات روانی و پایین‌تر از آن نشانه سلامت روان می‌باشد. در هر یک از حیطه‌های سلامت جسمی، افسردگی، اضطراب و کارکرد اجتماعی از نقطه‌بش ۶ استفاده شد، ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از سه روش باز آزمون، تصنیف و آلفای کرونباخ به ترتیب: ۰/۰۷، ۰/۹۳، ۰/۰۹ و ۰/۰۹ به دست آمده است. برای بررسی روایی این پرسشنامه از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره‌ی کل و تحلیل عوامل استفاده شده؛ و در روش روایی همزمان، روایی ۰/۵۵ و در روش همبستگی خرده

نگرش خنثی به مشکلات آموزش داده شد. جلسه پنجم حل مسئله و شیوه های حل مسئله آموزش داده شد. جلسه ششم خطاهای منطقی ارزیابی شد و علاوه بر آن کنترل خشم و شیوه مقابله با آن آموزش داده شد. جلسه هفتم شناسایی استرس و شیوه های مقابله با آن آموزش داده شد. جلسه هشتم مهارتهای ارتباطی، موانع ارتباط و انواع سبک های ارتباطی آموزش داده شد و به جمع بندی مطالب جلسات قبل پرداخته شد.

لازم به ذکر است که داده ها پس از جمع آوری با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی شرکت در پژوهش بدین شرح خواهد بود: برای اطمینان بخشی به شرکت کنندگان برای تک تک آن ها نحوه محرمانه ماندن اطلاعات در مطالعه حاضر و ضرورت انجام این مطالعه توضیح داده شد. شرکت کنندگان در شرکت یا ترک همکاری شان در مطالعه، در هر زمان و بدون جریمه آزاد بودند. به شرکت کنندگان اطمینان خاطر داده شد که نحوه گزارش نتایج پژوهش به گونه ای است ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به پژوهش است. کلیه پرسشنامه ها و اجرا برنامه آموزشی با حضور و نیز نظارت مستقیم پژوهشگر تکمیل شد.

این مقاله مستخرج از نتایج طرح پژوهشی با مجوز رسمی به شماره نامه ۱/۱۲/۳۵۳ و با حمایت مالی دانشگاه پیام نور انجام شده است.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای سلامت روان و مهارتهای ارتباطی و حل مسئله زوجین دارای تجربه خیانت زناشویی در دو گروه آموزش شناختی رفتاری و طرحواره درمانی و گروه کنترل به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در (جدول ۱) آمده است.

جدول ۱: سلامت روان و مهارتهای ارتباطی و حل مسئله در پیش آزمون و پس

به شرح زیر خواهد بود. در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی شد. در جلسه دوم شواهد عینی تایید کننده و رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد. در جلسه سوم تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای آموزش داده شد. در جلسه چهارم مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضاء نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد. در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد. در جلسه ششم تکنیک های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها آموزش داده شد. در جلسه هفتم رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد و جلسه هشتم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد.

جزئیات مداخله در گروه درمان شناختی رفتاری به تفکیک جلسات به شرح زیر خواهد بود. جلسه اول ضمن معارفه و آشنایی، تمایز بین افکار و احساسات و درجه بندی آنها آموزش داده شد. جلسه دوم افکار خودآیند و خطاهای شناختی مورد بحث و بررسی قرار گرفت و خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد مورد ارزیابی قرار گرفت و درباره سود و زیان آنها بحث شد. جلسه سوم بازسازی خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد آموزش داده شد و شواهد تایید کننده یا رد کننده آنها بررسی شد. جلسه چهارم برنامه ریزی برای انجام فعالیت ها، شروع فعالیت های راكد مانده و داشتن

متغیر	گروه	میانگین		انحراف استاندارد	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
سلامت روان	درمان شناختی رفتاری	۱۴۶/۰۴	۱۰۹/۰۳	۲۷/۵۶	۲۱/۳۵
	طرحواره درمانی	۱۳۳/۰۷	۶۳/۰۱	۴۶/۵۳	۲۸/۹۳
مهارت‌های ارتباطی	کنترل	۶۵	۱۵۲/۳۰	۸/۹۲	۲۱/۱۵
	درمان شناختی رفتاری	۱/۴۰	۴/۴۰	۲/۱۲	۳/۱۷
	طرحواره درمانی	۱/۲۰	۴/۷۰	۲/۱۰	۲/۰۱
	کنترل	۹/۰۰	۸/۷۵	۴/۲۱	۲/۹۳
حل مسئله	درمان شناختی رفتاری	۰/۸۰	۵/۵۰	۱/۶۵	۲/۵۶
	طرحواره درمانی	۱/۹۵	۵/۸۷	۲/۴۰	۳/۳۴
	کنترل	۸/۴۴	۸/۹۵	۳/۳۷	۳/۲۹

جدول ۲: مقایسه تفاضل نمرات پس آزمون-پیش آزمون سلامت روان، مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله در سه گروه درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی و کنترل

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات (SS)	Df	میانگین مجذورات (MS)	F	P-Value
گروه	سلامت روان	۴۸۸۱۲/۰۴	۲	۲۰۲۴۲/۰۱	۲۵/۷۰	۰/۰۰۱
	مهارت‌های ارتباطی	۹۲/۱۰	۲	۴۵/۱۰	۴/۶۵	۰/۰۱۵
	حل مسئله	۱۰۵/۰۵	۲	۵۶/۴۲	۵/۱۸	۰/۰۱
خطا	سلامت روان	۱۷۲۷۲/۷	۲۷	۷۰۲/۴۶		
	مهارت‌های ارتباطی	۲۵۵/۳۰	۲۷	۹/۷۴		
	حل مسئله	۲۷۷/۱۰	۲۷	۱۰/۰۲		
کل	سلامت روان	۱۲۰۳۱۳/۰	۳۰			
	مهارت‌های ارتباطی	۴۸۱/۰۰	۳۰			
	حل مسئله	۷۰۸/۰۰۰	۳۰			

گروه درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه کنترل بر سلامت روان اثربخش بوده اند. اما بین میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون- پس آزمون گروه درمان شناختی - رفتاری و طرحواره درمانی تفاوت معنی داری به دست نیامد. همچنین بر اساس نتایج آزمون تعقیبی توکی می توان گفت که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی در مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p < 0/001$). اما در مقایسه با گروه کنترل درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های ارتباطی ($p < 0/02$)، اختلاف میانگین (ها) و حل مسئله ($p < 0/01$)، $-3/9$ = اختلاف میانگین (ها) موثر بوده است. همچنین اثربخشی طرحواره درمانی بر مهارت‌های ارتباطی ($p < 0/02$)، $-2/95$ = اختلاف میانگین (ها) و حل مسئله ($p < 0/05$)، $-2/87$ = اختلاف میانگین (ها) مورد تایید قرار گرفت.

(جدول ۲) نشان می دهد که با رعایت پیش فرض برابری واریانس ها برای سلامت روان ($f = 1/92$; $p < 0/052$) آزمون لوین) و مهارت‌های ارتباطی ($f = 0/584$; $p < 0/55$) آزمون لوین) و حل مسئله ($f = 0/05$; $p < 0/723$) آزمون لوین) بین میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون- پس آزمون سلامت روان ($f = 25/701$; $p < 0/001$)، مهارت‌های ارتباطی ($f = 5/189$; $p < 0/01$) و حل مسئله ($f = 4/652$; $p < 0/015$) در دو گروه آزمایش درمان شناختی - رفتاری و طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی دقیق میانگین گروه ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون توکی میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون- پس آزمون سلامت روان در گروه درمان شناختی - رفتاری نسبت به گروه کنترل کمتر و میانگین تفاضل نمرات گروه طرحواره درمانی کمتر از گروه کنترل بوده است ($p < 0/001$). به عبارت دیگر،

بحث

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر مهارت های ارتباطی و حل مساله و سلامت روان در زوجین با تجربه خیانت زناشویی بود. نتایج تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی نشان داد که درمان شناختی - رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه کنترل بر سلامت روان اثربخش بوده اند. اما بین اثربخشی دو گروه درمان شناختی - رفتاری و طرحواره درمانی در سلامت روان تفاوت معنی داری بدست نیامد. همچنین نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، درمان شناختی - رفتاری و طرحواره درمانی بر مهارت های ارتباطی و حل مسئله موثر بوده اند. اما بین اثربخشی دو گروه درمان شناختی - رفتاری و طرحواره درمانی در مهارت های ارتباطی و حل مسئله تفاوت معنی داری بدست نیامد.

در مورد اینکه آیا اصلاً می توان به زوجین مواجهه با خیانت زناشویی کمک کرد تا رابطه ی خود را بازسازی کنند پژوهش های چندی وجود دارد. نتایج پژوهش اتکینز و همکاران (۲۰) نشان داد که زوجین مواجهه با روابط خارج از حیطه زناشویی در قیاس با سایر زوجین جویای درمان، در ابتدا دارای آشفتگی بیشتری هستند، اما آهنگ بهبودی آن ها در طی درمان به ویژه در مراحل نهایی درمان بالاتر از سایر زوجینی است که مشکلشان غیر از روابط خارج از حیطه زناشویی است.

یافته های این پژوهش با پژوهش های (۲۱، ۲۲، ۲۳) همسو بود. از بعد اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و طرحواره درمانی می توان گفت که این نتیجه در راستای یافته های قبلی است که نشان دادند طرحواره درمانی بر افزایش سلامت روان موثر است برای مثال بک و فریمن (۲۴) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش طرحواره درمانی و گروه درمانی شناختی رفتاری باعث بهبود اختلال های شخصیت و افزایش سلامت روانی افراد می شود.

اکثر پژوهش ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری

بر سلامت روان بودند. برای مثال بارلو (۲۵) ضمن پژوهشی درباره بهبود سلامت روان نوجوانان مبتلا به صرع از طریق درمان شناختی رفتاری به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی باعث بهبود سلامت نوجوانان صرعی شد. در پژوهشی دیگر باس (۲۶) گزارش کردند که درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی باعث بهبود سلامت روان شد. مجاهد (۲۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روان دانشجویان پرستاری به این نتیجه رسیدند که هر دو شیوه درمانی باعث بهبود شادکامی و سلامت روان شد.

نتیجه گیری

با توجه به ماهیت پیچیده خیانت و تأثیرات فاجعه انگیز آن بر روابط زوجین، ضروری است که مداخلات موثری برای کمک به زوجینی که با این مشکل روبرو هستند ایجاد شود. بسیاری از پژوهش های انجام شده در زمینه خیانت زناشویی، توصیفی بوده و بیشتر به نگرش افراد در مورد خیانت یا پیامدها و تعاریف آن پرداخته اند. همچنین تعداد این نوع پژوهش ها نیز در کشور ایران بسیار محدود است. بنابراین با توجه به اینکه در کشور ما همسرانی هستند که با وجود خیانت همسرشان خواهان ادامه زندگی با او می باشند و در راه انطباق با این وضعیت و شروع زندگی با دیدگاهی جدید و آگاهی بیشتر نیاز به خدمات مشاوره ای دارند، وجود مدل های درمانی اثربخش برای این کار اهمیت ویژه ای دارد.

سیاسگزار

این مقاله مستخرج از نتایج طرح پژوهشی با مجوز رسمی به شماره نامه ۱/۱۲/۳۵۳ و با حمایت مالی دانشگاه پیام نور انجام شده است. در پایان از حمایت دانشگاه پیام نور، همچنین مشاوران محترم در مراکز مشاوره شهرستان قاین و همکاری مراجعین محترم به مراکز مشاوره با مشکل روابط فرازناشویی قدردانی می نمایم.

References

1. McNulty, J.K. and B.R. Karney, positive expectations in the early years of marriage: should couples expect the best or brace for the worst? *Perssoc psycho*, 2004; 86(5): 729-743. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.5.729>
2. Moller, N.P., Vossler, A. Defining Infidelity in Research and Couple Counseling: A Qualitative Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*. (2014), 41(5): 487-97 <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.931314>
3. Rahimi. A. Extramarital relationships, injuries and treatments. Esfahan: Asemannegar. 2015; [Persian].
4. Amato, P.R. and S.J. Rogers, A longitudinal study of marital problems and subsequent divorce. *J Marriage fam*, 1997; 612-624. <https://doi.org/10.2307/353949>
5. Lamers SMA, Westerhof GJ, Kovacs V, Bohlmeijer ET. Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology *J Res perso*. 2012; 46(5): 517-24. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.05.012>
6. Zonderman AB, Ejiogu N, Norbeck J, Evans MK. The Influence of Health Disparities on Targeting Cancer prevention Efforts. *Am J Prev Med*. 2014; 46 (3): 87-97. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.026>
7. Rezazadeh SMR. The relationship between communication skills and marital adjustment in students. *Contemp Psychol*. 2008; 3(1): 43-50. [Persian].
8. Rasoli Y, Falahat E, The effect of active method of problem solving on marital conflicts in Yasuj, Iran. *Armaghane Danesh*. 2014; 18(10): 859-68. [Persian].
9. Hawkins, A.J., B.J. Willoughby, and W.J. Doherty, Reasons for Divorce and openness to Marital Reconciliation. *J Divorce Remarriage*, 2012; 53(6): 453-463. <https://doi.org/10.1080/10502556.2012.682898>
10. Harris, C.R., A review of sex differences in sexual jealousy, including self-report data, psychophysiological responses, interpersonal violence, and morbid jealousy. *Pers Socpsychol rev*, 2003; 7 (2): 102-128. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0702_102-128
11. Yoosefi N. Comparison of the effectiveness of family therapy based on schema therapy and Bowen emotional system therapy on the early maladaptive schema among divorce applicant clients. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012; 13(4): 356-73 [persian].
12. Mousavizadeh A, Sohrabi F, Ahadi. Compare the effectiveness of self-expression training and problem solving skills on women marital satisfaction. *Socpsychol stud women*. 2012; 10 (2): 85-108. [Persian].
13. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A practioner Guide*. 1st ed. New York: Guilford press; 2003.
14. Young, J. E., & Brown, G. *Young Schema Questionnaire: Special Edition*. New York: Schema Therapy Institute. 2001.
15. Allison JO, Roger C, Pamela MS, David JA. A meta-analysis of CBT for Pathological worry among clients with GAD. *J Anx Disord* 2008; 22: 108-160. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.01.002>
16. Hall J, Kellett S, Berrios R, Bains MK, Scott S. Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Am J Geria Psychiat* 2016; 24(11): 1063-73. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.06.006>
17. Zayghami Mohammadi, Sh., Tajvidi M, and Ghazizadeh, Sh. (1393). The Relationship Between Spiritual Health with Quality of Life and Mental Health of Young People with Thalassemia Major. *Quarterly Journal of Research*, 11 (2): 147-154.
18. Hossein Charee M, Fadakar M. The effect of university on communication skills based on student comparison. *Journal of Science-Behavior Research Scholar*. Shahed University. 2005; 12(15): 21-32 [Persian]
19. Cassidy T, Long C. Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. *British Journal of clinical psychology*. 1996; 35 (2): 265-77. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01181.x>
20. Arnts A, Klokman J, Sieswerda S. An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp psychiatry*. 2005; 36 (3): 226-39. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.005>
21. Zerehpoush A, Neshatdoust HT, Asgari K, Abedi MR, Sadeghi Hosniye AH. The effect of schema

- therapy on chronic depression instudents. Journal of Research Behavioral Sciences. 2012; 10 (4): 285-91 [Persian]. <https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2012.07927.x>
22. Thimm JC. Mediation of early maladaptiveschemas between perception of parental rearing style and personality disordersymptoms. J BehavTher&Exp psychiatry 2010; 41 (1): 52-9. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.10.001>
23. Yoosefi N. Comparison of the effectivenessof family thera y based on schema therapy and Bowen emotional system therapy on theearly maladaptive schema among divorce applicant clients. Journal of Fundamentals ofMental Health. 2012; 13 (4): 356-73 [persian].
24. Beck,A.T., Freeman, A., & Associates. Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford press.1990.
25. Barlow,D. H. (Ed). Clinical handbook of psychological disorders .New York: Guilford press.2001
26. Buss, D.M. shackelford, Susceptibility to infidelity in the first year of marriage. J Res pers, 1997;31(2): 193-221. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1997.2175>
27. Mojahed A, Kalantari M, Molavi H, Neshatdušt HT, Bakhshani NM. Comparison of Islamic oriented and classic cognitive behavioral therapy on mental health of martyrs and veteran wives. Journal of Fundamentals of Mental Health . 2010; 11(4): 282-91[persian].