آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده
۱۳۹۷، ۴، ۱ (پیاپی ۷): ۸۸-۷۷

Family Pathology, Counseling & Enrichment
2018. Vol. 4, N. 1 (7), 77-88

اثربخشی درمان شناختی– رفتاری بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر

Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the depression of the women after the husband's betrayal

مهرنوش باب‌الحوایجی *
الهه خوشنویس **
سیما قدرتی ***

Mehrnoosh Babolhavaeji
Elaheh Khoshnevis
Sima Ghodrati

چکیده

خیانت زناشویی پدیده‌ای است که آرامش روانی زنان و خانواده را متأثر ساخته و می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی سهمگینی را ایجاد نماید. بر این اساس هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده همه زنانی بود که در سه‌ماهه پاییز سال ۱۳۹۶ به دلیل خیانت همسر به کلینیک‌های روانشناسی، مشاوره و مراکز بهزیستی غرب شهر تهران مراجعه کرده و دارای پرونده بودند که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه ۳۰ نفر از این زنان گزینش و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه افسردگی (بک، ۱۹۹۶) استفاده شد. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شد. برآیندها نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر تأثیر دارد (f= 83/96, p<0/001). بر این اساس که این درمان توانسته منجر به کاهش افسردگی زنان پس از خیانت همسر شود. با توجه به برآیندهای به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه‌گیری نمود که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند با آموزش مفاهیمی همچون شناسایی افکار خود آیند منفی و تحریف‌های شناختی و آموزش مفاهیم خودکارآمدی، تاب‌آوری و تنظیم هیجان به‌عنوان یک درمان مؤثر برای کاهش افسردگی زنان پس از خیانت همسر قلمداد شود.

واژگان کلیدی: *درمان شناختی- رفتاری، افسردگی، خیانت*

abstract

Marital betrayal is a phenomenon which influences mental health of the women and the family and can create strong psychological damages. Therefore, the purpose of conducting the present study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the depression of the women after the husband's betrayal. It was a quasi-experimental study with pretest, posttest and control group design. The statistical population of the present study included all women who referred to psychology and consultation clinics and wellbeing centers on the west of Tehran in 2017 because of their husband's betrayal and had files there 30 women of whom were selected and randomly put into experimental (15 women) and control (15 women) groups. Depression questionnaire (Beck, 1996) was used in the present study. The data were analyzed through ANCOVA test. The results showed that cognitive-behavioral is effective on the women's depression after the husband's betrayal ($p \leq 0.05$) since this therapy was able to lead to decreasing the women's depression after their husband's betrayal. Considering the results, it can be concluded that the cognitive-behavioral therapy can be an effective therapy to decrease the women's depression after their husband's betrayal through training concepts such as diagnosing negative automatic thoughts and cognitive distortions and also training the concepts of self-efficacy, resilience and emotion regulation.

Key words: *cognitive-behavioral therapy, depression, betrayal*

*. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران.
. **نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران.
تلفن: ۰۹۱۲۳۴۸۷۳۹۰ ایمیل:Elaheh.khoshnevis@gmail.com
***. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.7.7]

مقدمه

یکی از مهم‌ترین نظام‌های اجتماعی، خانواده است که بر اساس ازدواج بین دو جنس مخالف شکل می‌گیرد و حفظ و تداوم آن از اهمیت زیادی برخوردار است. یک واحد اجتماعی همچون خانواده، بستر مناسبی برای رشد و تکامل، التیام و شفادهندگی، تغییر و تحول و محل بروز آسیب‌ها و عوارض است، پس می‌توان گفت هم بستر شکوفایی و هم بستر فروپاشی روابط میان اعضایش به شمار می‌رود (مک‌نارتی و کارتی، ۲۰۰۴). خانواده، شبکه‌ای از ارتباط‌ها است که در آن والدین و کودکان در فرآیندی دوسویه با هم در تعامل‌اند، بنابراین در این مجموعه، طرفین قادرند تأثیرات قابل‌توجهی بر یکدیگر داشته باشند (نشان‌اسکندی و خوشنویس، ۱۳۹۶).

همان‌طور که بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند ارتباط زناشویی پیشگیری‌کنندهٔ قوی کیفیت زناشویی است. عموم محققان اذعان دارند که هرچند عشق رمانتیک می‌تواند کشش متقابل شدیدی بین زن و مرد جوان به وجود آورد، ولی این عشق معمولاً از عمر چندانی برخوردار نیست و زمانی که شور اولیه آن از بین برود می‌توان انتظار داشت که رابطه زناشویی نیز که بر اساس چنین عشقی استوار گردیده است، متزلزل شده و از هم بپاشد (بالاندا، براون و یاماشیتا، ۲۰۱۶). بالا رفتن آمار طلاق بیانگر آن است که در طول سال‌های زندگی روابط میان همسران دستخوش دگرگونی‌هایی شده است که موجب افزایش اختلاف میان همسران و درنهایت طلاق آنان گردیده است. یکی از مهم‌ترین دلایل شکل‌گیری اختلافات زناشویی[1] بین زوجین در این میان، خیانت یکی از طرفین است (شاکلفورد، بیزر و گاتز، ۲۰۰۸). خیانت زناشویی[2] عبور فرد از مرز رابطه زناشویی با برقراری صمیمیت فیزیکی یا عاطفی با فردی خارج از حیطه زناشویی است (اوپن هیمر، ۲۰۰۸؛ شیرن، اپیانیس، دی‌آدلا و آدرینیا، ۲۰۱۸). برخی دیگر از پژوهشگران نیز حیطه گسترده‌تری را برای خیانت قائل شده و آن را داشتن رابطه اینترنتی، عاطفی یا جنسی و یا ترکیبی از آن‌ها می‌دانند. همچنین گروهی از افراد، منحصراً برقراری رابطه جنسی با فردی غیر از همسر را رابطه فرازناشویی نام نهاده‌اند. اگر از دیدگاهی وسیع‌تر به این تعاملات بنگریم، لازم نیست تنها رابطه جنسی انجام گیرد تا بتوان آن را در این مقوله قرار داد، بلکه هر ارتباطی با فرد غیرهمجنس که از دید همسر پنهان گردد، یک رابطه فرازناشویی محسوب می‌شود (کاروکی، ۲۰۱۳). خیانت زناشویی مهم‌ترین دلیلی است که زوجین را برای طلاق، به مراکز مشاوره خانواده سوق می‌دهد. خیانت زناشویی وقوع بحران در رابطه زناشویی است (اردشیری لردجانی و طیبی، ۱۳۹۷). پژوهش‌ها بیانگر آن‌اند که ۲۱ تا ۲۵ درصد از مردان و

1. marital infidelity
2. marital betrayal

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.7.7]

۱۱ تا ۱۵ درصد زنان در طول زندگی مرتکب خیانت شده و گرایش به خیانت در جوامع مختلف ۲۰ تا ۲۵ درصد و در آمریکا ۲۰ تا ۵۵ درصد از همه ازدواج‌ها گزارش‌شده است (فینچام و می، ۲۰۱۷؛ زاپین، ۲۰۱۶ و مارک، جنسن، میل‌هوسن، ۲۰۱۱). همچنین پژوهش‌های پیشین بیانگر آن است که بعد از کشف خیانت همسر، افراد هیجانات شدیدی مثل انکار، خشم، عصبانیت و افسردگی[1] نشان می‌دهند (وایدرمن و آلگیر، ۲۰۱۱).

افسردگی حالتی هیجانی است که از طریق غم و اندوه شدید، احساس گناه و بی‌ارزشی، کناره‌گیری از دیگران، کاهش خواب، اشتها و میل جنسی و نیز فقدان علاقه به فعالیت‌های روزمره مشخص می‌شود. آمارهای به‌دست‌آمده از اقصی نقاط دنیا، نمایانگر شیوع بالای این بیماری می‌باشد (کریستنسن، مارتنسون و السر، ۲۰۱۷). برطبق ملاک‌های پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی اختلالات روانی[2] اگر فردی علاوه بر ناراحتی اضطرابی حداقل دو مورد از علایمی نظیر احساس برافروختگی یا تنش، احساس بی‌قراری غیرعادی، مشکلات تمرکز ناشی از نگرانی، نگرانی از وقوع اتفاقات ناخوشایند، احساس از دست دادن کنترل خود را داشته باشد مبتلا به افسردگی است. افراد افسرده معمولاً اندوهگین هستند و توانایی لذت بردند را ندارند. خشک، بدبین و مستعد فکر و خیال، احساس گناه، بی‌کفایتی، درون‌گرا و دارای زندگی اجتماعی محدود، زندگی بدون فعالیتی دارند و منفعل هستند. علایق معدودی دارند ولی علایق آن‌ها ثابت است (گنجی، ۱۳۹۲). افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی است. میزان شیوع این بیماری برای همه عمر در مردان حدود ۱۵ درصد و در زن‌ها حدود ۲۵ درصد است (روئیز، سادوک و سادوک، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۷).

روش‌های درمانی مختلفی برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی زنان دارای تجارب خیانت همسر بکار گرفته‌شده است. یکی از این درمان‌ها می‌تواند درمان شناختی- رفتاری[3] باشد. نتایج پژوهش‌های آسارنوو و مانبر (۲۰۱۹)؛ آنتل، اون، ایلس، ولز، هریس و همکاران (۲۰۱۹)؛ آور، جانکو و اولندیک (۲۰۱۷) و پاورز، دی‌کلین و اسمیتس (۲۰۱۷) نشان از آن داشت که درمان شناختی رفتاری می‌تواند منجر به کاهش علائم افسردگی شود. درمان شناختی- رفتاری متشکل از فنون شناختی و رفتاری است و هدف آن پیدا کردن راه‌حل‌هایی برای مسائل بیمار است (هاینس، ۲۰۱۵). این درمان می‌تواند در اصلاح شیوه‌های پردازشی و رفتاری مراجع مؤثر باشد زیرا اساس رفتار درمانی شناختی این است که افکار غیر انطباقی علت رفتار غیر

1. depression
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)
3. cognitive behavioral therapy

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.7.7]

انطباقی است و افراد باید طرق جدید فکر کردن را بیاموزند. رویکرد درمان شناختی- رفتاری تلفیقی از دو رویکرد رفتار درمانی و رویکرد شناختی است که به ترتیب در بستر شرطی‌سازی پاولفی و بر اساس دانش و شناخت پایه‌ریزی شده است. در دو دهه اخیر پژوهشگران و روان‌شناسان بسیاری از رویکرد درمان شناختی رفتاری بهره می‌گیرند تا به افراد یاد بدهند که چگونه با زندگی کنار بیایند (ساداک، ۲۰۱۲). درمان شناختی-رفتاری بر مدل آموزش روانی ساخت‌دار استوار است، بر نقش تکلیف خانگی تأکید می‌کند، درمان‌جو را مسئول پذیرفتن نقش فعال در جلسات درمان و خارج از آن می‌داند، بر برقرار کردن اتحاد درمانی نیرومند تأکید می‌کند و برای ایجاد کردن تغییر، از انواع راهبردهای شناختی و رفتاری کمک می‌گیرند (لورنزو-لوکاسس، کیف و دی‌رابیس، ۲۰۱۶).

حال با توجه به آسیب روان‌شناختی همچون افسردگی در زنان آسیب‌دیده خیانت زناشویی (وایدرمن و آلگیر، ۲۰۱۱)، به‌کارگیری درمان مؤثر برای این افراد دارای ضرورت است و از طرفی با توجه به کارایی درمان شناختی-رفتاری در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی افراد مختلف به‌خصوص افسردگی (آسارنوو و مانبر، ۲۰۱۹؛ آنتل، اون، ایلس، ولز، هریس و همکاران، ۲۰۱۹؛ آور، جانکو و اولندیک، ۲۰۱۷ و پاورز، دی‌کلین و اسمیتس، ۲۰۱۷) و همچنین عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر، پژوهشگران بر آن شدند تا تأثیر این درمان را بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر مورد آزمون قرار دهند. فرضیه پژوهش عبارت است از:

۱. درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر تأثیر دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیر مستقل درمان شناختی- رفتاری و متغیر وابسته افسردگی زنان پس از خیانت همسر بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه زنانی بود که در سال ۱۳۹۶ به دلیل خیانت همسر به کلینیک‌های روان‌شناسی، مشاوره و مراکز بهزیستی غرب شهر تهران مراجعه کرده و دارای پرونده بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی داوطلبانه با جایگزینی تصادفی استفاده شد. شیوه نمونه‌گیری بدین‌صورت بود که از بین جامعه آماری پژوهش ۷۱ به نفر به‌صورت داوطلبانه حاضر به شرکت در پژوهش شدند. به این افراد پرسشنامه افسردگی ارائه شد. سپس از بین این ۷۱ شرکت‌کننده، ۳۰ شرکت‌کننده‌ای که نمرات آن‌ها در پرسشنامه افسردگی بک بیش از نمره ۲۱ بود انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. با استفاده از روش جدول کوهن و در نظر گرفتن حجم اثر مطلوب ۰/۲۵، توان آزمون ۰/۳

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.7.7]

برای هر گروه آزمایش و کنترل حجم ۱۴ نفر به دست آمد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۲)، اما برای اطمینان افراد هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل بودن در معرض خیانت زناشویی، عدم ابتلا به بیماری حاد یا مزمن جسمی، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی و رضایت از شرکت در مطالعه بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص‌شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و بروز حادثه ناخواسته که امکان ادامه حضور فرد در جلسات درمان را مختل می‌کند، بود. گروه آزمایش مداخله درمانی (درمان شناختی- رفتاری) را در طی دو ماه و نیم در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که افراد حاضر در گروه گواه این مداخله را در طول فرایند انجام پژوهش دریافت نکردند. لازم به ذکر است که جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود.

ابزار

پرسشنامه افسردگی بک. پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ سؤال است که هر سؤال یک بعد از افسردگی را می‌سنجد. پاسخ‌دهندگان به این آزمون، به هر ماده بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر تا سه پاسخ دادند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به‌طور مستقیم به دست آمد. نمره‌های این آزمون به این شکل طبقه‌بندی‌شده‌اند: ۰ تا ۱۳(هیچ یا کمترین افسردگی)، ۱۴ تا ۱۹(افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط)، ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید)(فتحی، منشئی، حاتمی ورزنه، اصلی‌آزاد و فرهادی، ۱۳۹۴). اعتبار و روایی این آزمون از هنگام تدوین تاکنون مورد ارزیابی‌های متعدد قرارگرفته است که عمدتاً نتایج مطلوبی داشته‌اند. در تحقیقات متعدد روایی این آزمون از r=0.73 **تا** r=0.93 با میانگین r=0.86 به‌دست‌آمده است. درجه روایی هم‌زمان با درجه‌بندی‌های بالینی برای بیماران روان‌پزشکی نشانگر ضریب همبستگی متوسط تا بالا است (r=0.55 **تا** r=0.96). همچنین این آزمون با آزمون‌های دیگری که افسردگی را می‌سنجند همبستگی بالایی داشته است. ازجمله همبستگی این آزمون با زیر مقیاس افسردگی آزمون چندوجهی شخصیتی مینه سوتا، r=0.74 به‌دست‌آمده است (رئیسیان، گلزاری و برجعلی، ۲۰۱۱). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه گردید.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.7.7]

شیوه اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش، ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز مشاوره و بهزیستی غرب تهران، انجام شد. سپس با مراجعه به این مرکز حجم نمونه برای پژوهش حاضر انتخاب گردید. سپس با رضایت کتبی و گمارش افراد در گروه‌های آزمایش و گواه، پرسشنامه پژوهش به‌صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله درمان شناختی- رفتاری در ۱۰ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی دو و نیم ماه مطابق با جدول یک انجام شد درحالی‌که گروه گواه مداخله درمان شناختی- رفتاری را دریافت نکرده و در انتظار دریافت این مداخله بود.

مداخله

مداخله مورداستفاده در پژوهش حاضر برگرفته از پروتکل درمان شناختی رفتاری هالفورد (۲۰۰۵؛ به نقل از قاسم‌زاده‌نساجی، پیوسته‌گر، حسینیان، موتایی و بنی‌هاشمی، ۱۳۸۹) بود.

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 موقعیت ای 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 یا 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 خودگویی های اعضا در هنگامی‌که دچار افسردگی شده‌اند و شناسایی و تغییر و تعدیل رفتارهای مخرب بعد از افکار و خودگویی های منفی.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.7.7]

جلسه ششم: پیگیری افکار خودکار برای شناسایی باورهای بنیادی و به‌تبع 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 برتنفس که باعث آرام‌سازی خواهد شد، آموزش راه‌حل‌های گوناگون برای حل مسئله، آموزش نحوه واکنش رفتاری به موقعیت‌های آشفته‌ساز.

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.

در این پژوهش برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده‌شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو- ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری IBM-SPSS -23 مورد تجزیه‌وتحلیل قرارگرفته است.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۳۷ سال بودند که دراین‌بین دامنه سنی ۳۱ تا ۳۴ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۳۲ درصد). از طرفی بیشتر این افراد خانه‌دار بودند (۷۶ درصد). بیشترین فراوانی نیز در رابطه با سطح تحصیلات، مربوط به سطح تحصیلی لیسانس بود (۴۱ درصد). مدت‌زمان ازدواج این افراد در بازه ۳ تا ۱۳ سال بود که بیشترین فراوانی مربوط به بازه زمانی ۳ تا ۶ سال بود (۲۷ درصد). ۵۸ درصد این زنان نیز دارای فرزند بودند. حال یافته‌های توصیفی پژوهش موردبررسی قرار می‌گیرد.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.7.7]

جدول ۱. نتایج آمار توصیفی افسردگی زنان پس از خیانت همسر در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش و پس‌آزمون

	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	گروه آزمایش	۲۵/۰۹	۴/۴۸	۱۰/۵۴	۳/۴۸
	گروه گواه	۲۸/۱۱	۵/۶۴	۲۸/۵۵	۴/۵۳

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک موردسنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک[1] بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر افسردگی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است (f=0.59, p>0.05). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین موردسنجش قرار گرفت که نتایج آن معنی دار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر افسردگی رعایت شده است (f=0.77, p>0.05). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر وابسته (افسردگی) معنی دار نبوده است (f=0.64, p>0.05). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس اثر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر

متغیر	گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی	همپراش	۴۳۰/۴۴	۱	۴۳۰/۳۳	۲۷/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۸
	گروه	۱۳۰۶/۳۴	۱	۱۳۰۶/۳۴	۸۳/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
	خطا	۴۲۰/۹۳	۲۷	۱۵/۵۹				

با توجه به نتایج جدول ۲، ارائه متغیر مستقل (درمان شناختی- رفتاری) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنی دار میانگین نمرات متغیر وابسته (افسردگی زنان پس از خیانت همسر) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد؛ بنابراین می‌توان گفت نمرات متغیر افسردگی زنان پس از خیانت همسر دچار تغییر معنی دار شده است. بدین‌صورت که بر اثر درمان شناختی- رفتاری میانگین مؤلفه افسردگی در گروه آزمایش کاهش معنی دار شده است. همچنین با توجه به اندازه اثر متغیر فوق می‌توان گفت که ۰/۶۱ تغییرات متغیر افسردگی زنان پس از خیانت همسر توسط عضویت گروهی (درمان شناختی- رفتاری) تبیین می‌شود.

1. Shapiro-wilk

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.7.7]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کنونی به‌منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر انجام گرفت. یافته به‌دست‌آمده از تحلیل داده‌ها بیانگر آن بود که درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر مؤثر بوده است ($p<۰.۰۰۰۱$). نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته آسارنوو و مانبر (۲۰۱۹)؛ آنتل، اون، ایلس، ولز، هریس و همکاران (۲۰۱۹)؛ آور، جانکو و اولندیک (۲۰۱۷) و پاورز، دی‌کلین و اسمیتس (۲۰۱۷) بود. چنانکه این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری می‌تواند منجر به کاهش علائم افسردگی شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت زنان خیانت دیده افکار فاجعه‌آمیز و آسیب‌پذیری زیادی نسبت به خیانت همسر دارند که باعث می‌شود یک سوگیری منفی و گزینشی نسبت به سیر بهبودی رابطه خود نشان دهند. زنان آسیب‌دیده از خیانت کم‌کم به‌سوی درماندگی و نافعالی کشیده می‌شوند و این موضوع آن‌ها را از بسیاری از تجربه‌های مثبت بازمی‌دارد (اوپن هیمر، ۲۰۰۸). انزوا و نافعالی 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 تبیین است. برای مثال، در درمان‌های شناختی سعی می‌شود افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده علائم افسردگی شناسایی شود، فرد نسبت به نقش این افکار در افسردگی بینش یابد و افکار دیگری را جایگزین آن‌ها نماید (آسارنوو و مانبر، 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. ازآنجاکه فرد افسرده نسبت به کوچک‌ترین شکست‌ها حساس بوده ادراک خود منفی‌گری در آن‌ها تقویت می‌شود، برنامه‌ریزی 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 ازلحاظ روابط بین فردی مشکلات زیادی داشته و سبک‌های ارتباطی ضعیف (اغلب پرخاشگر یا منفعل) منجر به طرد شدن از سوی

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.7.7]

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 تهران؛ عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری 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، برگزاری مرحله پیگیری و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی زنان پس از خیانت همسر، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان شناختی- رفتاری به‌عنوان روشی کارآمد در جهت کاهش افسردگی زنان پس از خیانت همسر در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و مراکز بهزیستی با مورداستفاده قرار گیرد.

تضارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد با شناسه ۲۲۸۲۱۶۰۳۹۶۲۰۱۴ بود. بدین‌وسیله از تمام زنان حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مرکز مشاوره که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

اردشیری لردجانی، فهیمه و شریفی، طیبه. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بخشایشگری و بی‌رمقی زناشویی زنان آسیب‌دیده خیانت زناشویی، مجله آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۴(۱): ۴۶-۳۳.

روئیز، پدرو؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت؛ سادوک، نجامین جیمز. (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضائی (۱۳۹۷)، تهران: انتشارات ارجمند.

رییسیان، اکرم‌السادات؛ گلزاری، محمود؛ برجعی، احمد. (۱۳۹۰). اثربخشی امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر. اعتیادپژوهی، ۵(۱۷): ۴۰-۲۱.

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه. (۱۳۹۲). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*، تهران: آگاه.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.7.7]

فتحی، الهام؛ منشئی، غلامرضا؛ حاتمی ورزنه، ابولفضل؛ اصلی‌آزاد، مسلم؛ فرهادی، طاهره. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش گروهی خودبخشودگی مبتنی بر مفاهیم قرآنی بر عزت نفس نوجوانان پسر، پژوهشنامه روان شناسی مثبت، ۱(۱): ۱۰۶-۹۳.

قاسم‌زاده نساجی، سوگند؛ پیوسته‌گر، مهرانگیز؛ حسینیان، سیمین؛ موتابی، فرشته؛ بنی‌هاشمی، سارا. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات زنان، مجله علوم رفتاری،۱(۴):۴۲-۳۵.

گنجی، حمزه. (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM5. تهران: انتشارات ارسباران.

نشان اسکندری، فریده؛ خوشنویس، الهه. (۱۳۹۶). پیش بینی احساس تنهایی و امید به زندگی فرزندان دختر بر اساس تعارضات زناشویی و مشکلات عاطفی- هیجانی مادران. مجله پژوهش های انتظامی- اجتماعی زنان و خانواده، ۸: ۱۲۱-۱۰۶.

References

Antle, B.F., Owen, J.J., Eells, T.D., Wells, M.J., Harris, L.M., Cappiccie, A., Wright, B., Williams, S.M., Wright, J.H. (2019). Dissemination of computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression in primary care. Contemporary Clinical Trials, 78: 46-52.

Asarnow, LD., Manber, R. (2019). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Depression. Sleep Medicine Clinics, 14(2): 177-184.

Bulanda, J.R., Brown, J.S., Yamashita, T. (2016). Marital quality, marital dissolution, and mortality risk during the later life course. Social Science & Medicine, 165: 119-127.

Christensen, G.T., Maartensson, S., Osler, M. (2017). The association between depression and mortality – a comparison of survey- and register-based measures of depression. Journal of Affective Disorders, 210: 111-114.

Fincham, f.D., May, R.W. (2017). Infidelity in romantic relationships. Current opinion in psychology, 13, 70-74.

Haynes, P. (2015). Application of Cognitive Behavioral Therapies for Comorbid Insomnia and Depression. Sleep Medicine Clinics, 10(1): 77-84.

Kuroki, M. (2013). Opposite-sex coworkers and marital infidelity. Economics Letters, 118(1): 71-73.

Lorenzo-Luaces, L., Keefe, J.R., DeRubeis, R.J. (2016). Cognitive-Behavioral Therapy: Nature and Relation to Non-Cognitive Behavioral Therapy. Behavior Therapy, 47(6): 785-803.

Mark, k.P., Janssen, E., & Milhausen, R.R. (2011). Infidelity in heterosexual couples: demographic, interpersonal, and personality-related predictors of extradyadic sex. Archives of sexual behavior, 40(5), 971-982.

McNulty, J.K., Karney, B.R. (2004). Positive expectations in the early years of marriage: should couples expect the best or brace for the worst? Journal of Personality and Social Psychology, 86(5): 729-743.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.7.7]

Oar, E.L., Johnco, C., Ollendick, T.H. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. Psychiatric Clinics of North America, 40(4): 661-674.

Oppenheimer, M . (2007). Recovering from an extramarital relationship from a non-systemic approach. Am journal of psychiatry. 61(2):181-190.

Powers, M.B., De Kleine, R.A., Smits, J.A.J. (2017). Core Mechanisms of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: A Review. Psychiatric Clinics of North America, 40(4): 611-623.

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.

Shackelford, T.K., Besser, A., Goetz, A.T. (2008). Personality, Marital Satisfaction, and Probability of Marital Infidelity. Journal of individual differences research, 6: 13-25.

Sudak, D.M. (2012). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. Psychiatric Clinics of North America, 35(1): 99-110.

Wiederman, M. W., Allgeier, E. R. (2011). Expectations and attributions regarding extramarital sex among young married individuals, journal of psychology and Human Sexuality, 8(1): 3-21.

Zapien, N.M. (2017). Decision science, Risk perception and infidelity. Journas. Sagepub.com/home/sgo,January-March2017:1-9.

References (In Persian)

Ardershiri Lordjani, F., Sharifi, T. (2019). Effectiveness of positivist psychotherapy on marital forgiveness and burnout in the women damaged by marital betrayal. Family Pathology, Counseling & Enrichment, 4(1): 33-46.

Sadock, R.P., Sadock, B.J. (2015). Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry, Translation by Farzin Rezaei (1397), Tehran: Arjemand Publication.

Reisian, A., Golzari, M., Borjali, A. (2011). The effectiveness of hope therapy on reducing the rate of depression and preventing recurrence in opiate dependent drug treatment women. Addiction Research, 5 (17): 21-40.

Sarmaed, Z., Bazargan, A., Hejazi, E. (2013). Research Methods in Behavioral Sciences, Tehran: Awareness.

Fathi, E., Manshaei, GH., Hatami Varzaneh, A., Asli Azad, M., Farhadi, T.The Effectiveness of Self-forgiveness Group Training Based on the Quran Concepts on Self-esteem of the Adolescent Boys. Positive Psychological Research, 1(1): 93-106.

Ghasemzadeh Nasaji, S., Peivastehgar, M., Hosseinian, S., Mutabi, f., Bani Hashemi, S. (2010). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Intervention on Coping Responses and Strategies for Cognitive Adjustment of Women's Emotions, Journal of Behavioral Sciences, 1 (4): 42-35.

Ganji, H. (2013). Psychological Pathology Based on DSM5. Tehran: Arasbaran Publications.

Neshan Eskandari, F., Khoshnevis, E. (2017). The prediction of loneliness and life expectancy for daughters of children based on marital conflicts and emotional-emotional problems of mothers. Journal of Social and Family Law Researches, Women and Family, 8: 106-121.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1397.4.1.7.7]