Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 9/ No. 3/ 2022
Page: 151-166

Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy based on attachment injuries and eclectic spirituality based schema therapy on hopelessness and mental health of women affected by husband's infidelity

Fariba Ghaseminejad Rinie[1], Mohsen Golparvar[2], Asghar Aghaei[3]

1-Ph.D Student, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2- Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran (Corresponding Author). E-mail: Drmgolparvar@gmail.com
3- Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Received: 12/02/2022 **Accepted:** 16/06/2022

Abstract

Introduction: Spousal breach of promise is a factor that undermines the hope and mental health of many women.

Aim: This study was conducted to compare the effectiveness of emotion-based therapy based on attachment injury and spirituality-based schema therapy on hopelessness and mental health of women affected by the spousal breach of promise.

Method: The present research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest control group design. The statistical population included women affected by the spousal breach of promise in the city of Bandar Abbas in the spring of 2021, and the sample group consisted of 48 people of these women who were purposefully selected and then randomly assigned into two experimental groups and one control group (16 people in each group). The Beck Hopelessness Scale (BHS) and the General Health Questionnaire (GHQ) were used to collect data. The emotion-based therapy based on attachment injury and the spirituality-based schema therapy was performed in 10 sessions of 90 minutes each. Data were analyzed using the analysis of covariance (ANCOVA) and SPSS-26.

Results: The results showed that after controlling the pretest, the effectiveness of treatment in reducing hopelessness (F=4.49, P=0.017) and increasing mental health (F=5.94, P=0.005) was significant. The comparison of groups showed that emotion-based therapy based on attachment injury effectively reduced hopelessness (P=0.014) and spirituality-based schema therapy effectively increased mental health (P=0.004).

Conclusion: The effectiveness of emotion-based therapy based on therapeutic attachment injury in reducing hopelessness and the effectiveness of spirituality-based schema therapy on mental health was confirmed in the present study. It is suggested that these two therapies be used to help women affected by the spousal breach of promise.

Keywords: Hope, Mental health, Emotionally focused therapy, Schema therapy, Spiritual healing

How to cite this article: Ghaseminejad Rinie F, Golparvar M, Aghaei A. Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy based on attachment injuries and eclectic spirituality based schema therapy on hopelessness and mental health of women affected by husband's infidelity. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9 (3): 151-166. URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1429-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال نهم، شماره ۳، ۱۴۰۱
صفحات: ۱۶۶-۱۵۱

مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی و طرحواره درمانی معنویت محور تلفیقی بر ناامیدی و سلامت روان زنان آسیب دیده از پیمان‌شکنی همسر

فریبا قاسمی‌نژاد راینی[۱]، محسن گل‌پرور[۲]، اصغر آقایی[۳]

۱.دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Drmgolparvar@gmail.com
۳. استاد، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۳ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۱/۰۳/۲۶

چکیده

مقدمه: پیمان‌شکنی همسر عاملی جهت تضعیف امیدواری و سلامت روان بسیاری از زنان است.

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی و طرحواره درمانی معنویت محور بر ناامیدی و سلامت روان زنان آسیب دیده از پیمان‌شکنی همسر انجام شد.

روش: مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری زنان آسیب دیده از پیمان‌شکنی همسر در شهر بندرعباس در بهار ۱۴۰۰ و گروه نمونه ۴۸ نفر از این زنان بودند که به صورت هدفمند انتخاب و سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) گمارده شدند. از پرسشنامه ناامیدی بک (BHS) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی و طرحواره درمانی معنویت محور هر یک طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پس از کنترل پیش‌آزمون، اثربخشی درمان بر کاهش ناامیدی (F=۴/۴۹، P=۰/۰۱۷) و افزایش سلامت روان (F=۵/۹۴، P=۰/۰۰۵) معنادار بود. مقایسه گروه‌ها نشان داد که درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی بر کاهش ناامیدی (P=۰/۰۱۴) و طرحواره درمانی معنویت محور بر افزایش سلامت روان (P=۰/۰۰۴) اثربخش بود.

نتیجه‌گیری: اثربخشی درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی درمانی بر کاهش ناامیدی و طرحواره درمانی معنویت محور بر افزایش سلامت روان در مطالعه حاضر تائید شد. پیشنهاد می‌شود این دو درمان برای یاری به زنان آسیب دیده از پیمان‌شکنی همسر استفاده شوند.

کلیدواژه‌ها: امید، سلامت روان، درمان هیجان مدار، طرحواره درمانی، شفای معنوی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

مقدمه

تجربه پیمان‌شکنی[1] رویدادی مخاطره‌آمیز و استرس‌آور است که در موارد زیادی افراد را در معرض آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی قرار می‌دهد (سانچز، ویزمن، هیوز و گوردون[2]، ۲۰۲۱؛ گوئرو، کاسترو-لونا، زاپاتا بولودا و همکاران[3]، ۲۰۲۱). براساس برخی شواهد، ۳۰ تا ۶۰ درصد مردان و ۲۰ تا ۵۰ درصد زنان به دلایل مختلفی ممکن است حداقل یکبار در مسیر زندگی خود درگیر روابط فرا زناشویی شوند (لیزمن و هالمن[4]، ۲۰۲۱). در ایران آمار رسمی از شیوع و بروز پیمان‌شکنی در دسترس نیست. با این حال، مطالعات روزافزونی، این پدیده را یکی از زمینه‌های پژوهشی که نباید مورد غفلت قرار گیرد معرفی نموده‌اند (عطاپور، احمدی، فلسفی نژاد و خدابخش کولایی، ۱۳۹۹). پیمان‌شکنی همسر بر طیف بسیار گسترده‌ای از متغیرهای حوزه سلامت و سبک زندگی سالم تأثیرات ویرانگری به بار می‌آورد (صمدی کاشان، پورقناد و زمانی، ۱۳۹۸). از میان متغیرهای مورد اشاره، بروز ناامیدی[5] و افت سلامت روان[6]، دو پدیده بسیار مهم مرتبط با پیمان‌شکنی در زنان آسیب دیده از پیمان‌شکنی همسر به شمار می‌آید که نیازمند توجه جدی است (خرم‌آبادی، سپهری شاملو، صالحی فدردی و بیگدلی، ۲۰۱۹؛ فرشچیان یزدی، باقرزاده گلمکانی و منصوری، ۲۰۲۱).

ناامیدی به مجموعه‌ای از باورها و طرحواره‌های شناختی[7] که در آن انتظارات و پیش‌بینی‌های منفی و بدبینانه در مورد خود و زندگی آینده برجسته است، گفته می‌شود (اُدن و کام[8]، ۲۰۲۱؛ زو، یانگ، یائو و همکاران[9]، ۲۰۲۱). ناامیدی به واسطه ریشه داشتن در باورها، انتظارات و تعابیر و اسناد منفی و بدبینانه، با طیف قابل توجهی از متغیرهای مخاطره‌آفرین برای سبک زندگی سالم نظیر اضطراب[10]، افسردگی[11] و ایده‌پردازی خودکشی دارای رابطه است (ما، لای، یانگ و همکاران[12]، ۲۰۲۱). در کنار ناامیدی، سلامت روان به عنوان سازه‌ای پیچیده و چند وجهی، به عنوان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی تعریف شده است. همچنین فردی از سلامت روان برخوردار است که از اضطراب و افسردگی و علائم ناتوانی به دور باشد و بتواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار کند و قادر به مقابله با فشارهای زندگی باشد (اکبری، شخمگر، ثناگو و همکاران، ۱۴۰۰؛ بداسو، آدامز، پانگ و سیبریت[13]، ۲۰۲۱؛ زو و همکاران، ۲۰۲۱). پیمان شکنی به عنوان عاملی استرس‌زا در روابط، مشکلات سلامت روان نظیر افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه[14] را برای فرد آسیب دیده از پیمان‌شکنی همسر به دنبال دارد. به همین دلیل نیز برای مقابله کارآمد و جلوگیری از افت جدی سلامت روان در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر، استفاده از درمان-های روانشناختی امری حیاتی است (شروت و ویگل[15]، ۲۰۱۸). دو درمان که به لحاظ ماهیت پیمان‌شکنی و پیامدهای آن برای زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر

[1]- Infidelity
[2]- Sanchez, Whisman, Hughes & Gordon
[3]- Guerrero, Castro-Luna, Zapata Boluda & et al
[4]- Lisman & Holman
[5]- Hoplessness
[6]- Mental health
[7]- Cognitive schemas
[8]- Oden & Kam
[9]- Zuo, Yang, Yao & et al
[10]- Anxiety
[11]- Depression
[12]- Ma, Lai, Yang & et al
[13]- Bedaso, Adams, Peng & Sibbritt
[14]- Post- thromatic stress disorder (PTST)
[15]- Shrout & Weigel

می‌توانند مد نظر قرار گیرند، درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی[1] و طرحواره درمانی معنویت محور[2] است.

از آنجایی که درگیر شدن در روابط پیمان‌شکنانه و مواجهه با این پدیده به نوعی با مسائل حوزه دلبستگی و هیجان‌های مثبت و منفی مرتبط است (التینوک و کلیک[3]، ۲۰۲۰؛ فرشچیان یزدی و همکاران، ۲۰۲۱؛ حقانی، عابدی، فتحی زاده و آقایی، ۱۳۹۸). درمان هیجان مدار بر باز تعریف، بازسازی و تنظیم و بیان هیجان‌ها به شیوه‌ای سازگارانه‌تر و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی نیز بر تغییر رفتارهای دلبستگی به عنوان گزینه‌ای برای بهبود روابط مخدوش شده زوج‌ها، ایجاد بستر روابط مبتنی بر اعتماد و امنیت بیشتر و بر تنظیم تنش و سازگاری بیشتر تمرکز دارد (وایبی و جانسون[4]، ۲۰۱۶). ۲۰۱۶). مطالعات گذشته تاکنون اثربخشی درمان هیجان مدار بر سلامت روان و تاب‌آوری (برومندراد، ۱۳۹۹)، بر تنظیم هیجان (تنظیم هیجان در بروز افسردگی و ناامیدی نقش جدی دارد، سفارلی، تکانو، بوهل و همکاران[5]، ۲۰۲۱؛ تیموری، مجتبایی و رضازاده، ۱۴۰۰) و بر احساس تنهایی در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر (فاطمی اصل، گودرزی، کریمی ثانی و بوستانی پور، ۱۳۹۸) را مستند نموده‌اند.

در کنار درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی در حوزه پیمان‌شکنی همسر، طرحواره درمانی به عنوان درمانی دیگر، از طیف درمان‌هایی است که ریشه بسیاری از مشکلات روانشناختی انسان‌ها را وجود باورها، تعبیرها و نظام پردازش شناختی متکی بر طرحواره‌های ناسازگار تلقی می‌کند (کمالیان، میرزا حسینی و منیرپور، ۲۰۲۱؛ هادی، اسکندری، سهرابی و همکاران، ۱۳۹۵). شواهد در دسترس نشان می‌دهد که در روابط زناشویی، طرحواره-های ناسازگار می‌توانند بیش از پیش شرایط و سلامت زوج‌ها را دچار مشکل کنند. بر همین اساس نیز طرحواره درمانی در مواردی به تازگی برای یاری به مردان و زنان درگیر با پیمان‌شکنی و پیامدهای آن استفاده شده است (اکبری و همکاران، ۱۴۰۰). برای نمونه اکبری و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که طرحواره درمانی بر افزایش سلامت عمومی زوج‌های درگیر با روابط و مسائل فرا زناشویی و پیمان‌شکنی، و گوردون و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که بازسازی شناختی باورها، تعابیر و شناخت‌های معیوب و ناکارآمد بر افزایش سطح سلامت روان اثربخش است. در کنار طرحواره‌های ناسازگار و طرحواره درمانی، معنویت و بازسازی معنوی نیز در حوزه روابط فرا زناشویی و پیمان‌شکنی، به تازگی بیشتر از قبل مورد توجه قرار گرفته است (غفوریان نوروزی، اصغری ابراهیم آباد، عبدخدایی و کیمیایی، ۲۰۲۱).

یکی از منظرهای مورد توجه در حوزه معنویت‌گرایی، تلقی معنویت به عنوان باورهای مذهبی متکی بر ارتباط با خداوند متعال و دریافت حمایت از این منبع لایزال است (نجف نجفی، کارگزار، متقی و همکاران، ۲۰۱۹). در همین راستا زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر در بسیاری مواقع احساس نیاز جدی به بازسازی معنوی پیدا می‌کنند (غفوریان نوروزی و همکاران، ۲۰۲۱). در حمایت از ضرورت توجه به استفاده از درمان‌های معنوی و مذهبی برای مسائل مختلف خانوادگی از جمله پیمان-

[1]- Emotion-Focused Therapy Based on Attachment Injuries (EFTBAI)
[2]- Spirituality Based Schema Therapy (SBST)
[3]- Altınok & Kılıç
[4]- Wiebe & Johnson
[5]- Sfärlea, Takano, Buhl & et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

شکنی، غلامی و بشلیده (۱۳۹۰) در مطالعه فرا تحلیل خود درمان‌های معنوی و مذهبی را درمان‌هایی اثربخش بر سلامت خانواده و اعضای آن معرفی نمودند. غفوریان نوروزی و همکاران (۲۰۲۱) نیز در مطالعه کیفی خود نشان دادند که برای طراحی درمان مبتنی بر شواهد، توجه به طرحواره‌ها و بازسازی معنوی، امری ضروری در درمان یکپارچه افرادی است که با پیمان‌شکنی مواجه می‌شوند. با توجه به آنچه بیان شد و با توجه به تعداد اندک مطالعات انجام شده در حوزه طرحواره درمانی و معنویت درمانی با تمرکز بر متغیرهای وابسته امیدواری و سلامت روان زنان مواجه شده با پیمان شکنی همسر، پژوهش حاضر تلاشی در راستای پر نمودن خلأ دانش علمی و پژوهشی در حوزه مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی با درمان ترکیبی طرحواره درمانی معنویت محور بر ناامیدی و سلامت روان بوده است. بر همین مبنا، هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی با طرحواره درمانی معنویت محور بر ناامیدی و سلامت روان زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر بود.

روش

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر بوده که به فراخوان‌های نصب شده در مراکز مشاوره روانشناختی ساکن شهر بندرعباس، در بهار سال ۱۴۰۰ پاسخ داده و تماس گرفتند. تعداد آن‌ها در بازه زمانی پژوهش ۱۲۰ زن آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی (عاطفی یا جنسی) همسر بودند. برای انتخاب نمونه پس از ارزیابی اولیه از طریق یک مصاحبه مقدماتی برای قطعیت وجود ملاک‌های ورود به پژوهش، ۴۸ نفر (برای هر گروه ۱۶ نفر) به شیوه هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود انتخاب شدند. حجم نمونه، براساس انحراف معیار متغیر امیدواری مبتنی بر یک مطالعه مقدماتی در پژوهش حاضر که برابر با ۶/۱۰ بدست آمد، با توجه به ریزش احتمالی از طریق فرمول نمونه مبتنی بر انحراف معیار متغیر وابسته برای هر گروه ۱۶ نفر برآورد گردید. پس از انتخاب، نمونه انتخاب شده به‌طور مساوی (هر گروه ۱۶ نفر) به‌صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. لازم به ذکر است که یک نفر از گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی در فرایند مطالعه از پژوهش کناره‌گیری نمود؛ لذا تعداد نمونه در این گروه به ۱۵ نفر تقلیل یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: رضایت آگاهانه‌ی افراد مورد پژوهش و تمایل به مشارکت و ادامه آن، مؤنث بودن در رده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، گذشت حداقل ۳ سال از زندگی مشترک، عدم قرار داشتن تحت درمان‌های روانپزشکی و روانشناختی به طور هم‌زمان. ملاک‌های خروج نیز شامل: عدم رضایت و تمایل به مشارکت و یا ادامه مشارکت در پژوهش، غیبت دو جلسه متوالی یا غیر متوالی و عدم تمایل به ادامه زندگی مشترک (در شرف طلاق بودن و یا ترک نمودن زندگی مشترک) بودند.

روش اجرای مطالعه به این صورت بود که پس از گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه درمانی و یک گروه کنترل، افراد گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی، از طریق درمان استاندارد و اعتبار آزمایی شده توسط بروبچر[1] ارائه شده و در ایران نیز اعتبارسنجی و مورد بررسی قرار گرفته است (دهقانی و

[1]- Brubacher

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

همکاران، ۲۰۱۹) و افراد گروه طرحواره درمانی معنویت محور نیز از طریق درمان طراحی و اعتبارسنجی شده برای مطالعه حاضر، هر یک طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت درمان قرار گرفتند. میزان ناامیدی و سلامت عمومی زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر در هر سه گروه در زمان‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون اندازه‌گیری شد.

بسته طرحواره درمانی معنویت محور برای اولین بار در این مطالعه تدوین و پس از اعتبارسنجی اولیه محتوایی، علمی و تخصصی مورد استفاده قرار گرفته است. فرایند تدوین این بسته درمانی تلفیقی و نوین، به این صورت بود که ابتدا از طریق تحلیل مضمون متون حوزه طرحواره درمانی و معنویت درمانی از طریق تحلیل شبکه مضامین آترایدـ استرلینگ (۲۰۰۱)، مضامین سازمان دهنده و پایه لازم برای بسته طرحواره درمانی معنویت محور، استخراج گردید. در این مرحله نسبت روایی محتوایی که از طریق سه کدگذار مستقل محاسبه گردید برابر با ۰/۹۹۹ بدست آمد. پس از آن، فنون درمانی ویژه هر یک از دو رویکرد طرحواره درمانی و معنویت درمانی از طریق تحلیل محتوای متعارف استخراج و سپس توسط یک پنل تخصصی متشکل از ۷ متخصص روانشناس و روان-درمانگر با بیش از ۱۰ سال سابقه آموزش و درمان، ترکیب فنون درمانی طرحواره و معنویت درمانی برای ۱۰ جلسه به ترتیب تعیین و بسته درمانی اولیه تدوین گردید. سپس بسته تدوین شده توسط شش داور متخصص حوزه روان‌درمانی بررسی و پس از اعمال اصلاحات داوران، ضریب توافق کلی ۰/۸۹۹ برای بسته درمانی بدست آمد. پس از تائید تخصصی، طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) اثربخشی مقدماتی بسته طراحی شده بر روی شش نفر از زنان آسیب‌دیده از پیمان شکنی همسر اجرا و اعتبار اولیه بسته تائید شد.

ملاحظات اخلاقی شامل: کسب کد اخلاق برای مطالعه از طرف کمیته اخلاق، رعایت رازداری کامل برای شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش، کسب رضایتنامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بود. در راستای معیارهای اخلاقی توصیه شده، گروه کنترل (گواه) در پایان دوره اجرای پژوهش، به صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت یکی از درمان‌های هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی و طرحواره درمانی معنویت محور قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون کای دو برای بررسی همسانی توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی همراه با میانگین و انحراف معیار و در نهایت پس از بررسی پیش‌فرض‌های آماری نرمالیتی از طریق آزمون شاپیرو- ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لون و بررسی شیب خطوط رگرسیون، از طریق تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. در جدول ۱ و ۲، خلاصه جلسات دو درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی و درمان طرحواره درمانی معنویت محور تلفیقی ارائه شده است.

جدول ۱ جلسات درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی (دهقانی و همکاران، ۲۰۱۹)

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی، معرفی و بیان قوانین حاکم بر گروه و مفاهیم درمانی مطرح شده در دوره درمانی، برقراری اتحاد درمانی، ایجاد فضای امن برای مطرح شدن مشکلات فرد آسیب دیده از پیمان‌شکنی همسر، بررسی انگیزه درمان، اهداف درمانی و

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

	چگونگی اجرای درمان.
دوم	کشف تعامل‌های مشکل‌دار، یافتن موانع دلبستگی، ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی زوج آسیب دیده، بررسی نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری و مرور آسیب‌ها و تأثیرهای ناشی از پیمان‌شکنی زناشویی.
سوم	روشن کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی و پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی از راه اعتباربخشی با واگویش و انعکاس هیجان‌های ثانویه، گذار از هیجان‌های ثانویه برای دستیابی به هیجان‌های بنیادی اولیه.
چهارم	دستیابی و کاوش هیجانات زیربنایی و ناشناخته، تمرکز بر هیجانات اولیه، ترس‌های دلبستگی در ارتباط با همسر پیمان‌شکن و ابراز روشن این ترس‌ها و رنجش‌های ناشی از آن و آشکار سازی هیجان‌های ثانویه‌ی در ارتباط با آسیب ایجاد شده.
پنجم	ابراز هیجان‌ها، شناسایی بیشتر نیازهای دلبستگی، پذیرش هیجان‌ها، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی (گسترش و بازسازی تجربه هیجانی) و یکپارچه سازی این عناصر با تعاملات ارتباطی.
ششم	نقش و جایگاه هر فرد در رابطه همسری و زوجی و تمرکز بر پذیرش تجربیات پیش آمده، بررسی راه‌های جدید تعامل با تجربیات، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته سازی و شرح مجدد نیازهای دلبستگی.
هفتم	بازسازی تعامل‌ها، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها به شیوه جدید، ایجاد ادراکات تازه از یکدیگر و خلق پیوند ایمن و ایجاد رویدادهای دلبستگی مدار و آغاز چرخه جدید تعاملی.
هشتم	بازسازی تعامل‌ها، تسهیل کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی، تعریف دوباره رابطه و ایجاد فضای امن در روابط زوجی.
نهم	تثبیت و تقویت مواضع تازه و چرخه‌های جدید تعاملی، درگیری صمیمانه با همسر پیمان‌شکن و پذیرش وضعیت‌های جدید تعاملی از طریق چرخه‌های تعاملی مثبت و جدید و مقایسه آن با چرخه ناکارآمد قبلی، پاسخگو بودن و درگیری هیجانی.
دهم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته، شکل‌گیری رابطه براساس یک پیوند ایمن، ایجاد دلبستگی ایمن، تثبیت، یکپارچه‌سازی موقعیت‌های تعاملی جدید و خاتمه درمان.

جدول ۲ جلسات درمان طرحواره درمانی معنویت محور تلفیقی (قاسمی نژاد راینی و همکاران، ۲۰۲۲)

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی، معرفی و بیان قوانین حاکم بر گروه و مفاهیم درمانی، سنجش مشکلات مراجع در قالب مدل طرحواره، سنجش سبک مقابله‌ای افراد در قبال طرحواره، مفهوم معنویت و تأثیر آن در زندگی افراد و سنجش اعتقادات و باورهای معنوی و معنایی.
دوم	شناخت طرحواره های ناسازگار و ارتباط آن با مشکلات فعلی، شناخت هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌ها و تأثیر آن بر نگرش افراد، شناخت ماهیت معنویت و تأثیر آن بر سلامتی و مقابله با مشکلات.
سوم	آزمون اعتبار طرحواره‌ها (فنون شناختی)، آموزش و شناخت خطاهای ذهنی، بررسی ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناسازگار، فن باز تعریف شواهد تأییدکننده طرحواره، آموزش مهارت ذهنیت معنوی و معرفی نحوه برخورد افراد معنوی با مشکلات.
چهارم	ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای هر طرحواره، درک ماهیت خود آسیب‌رسان آن‌ها، آموزش فنون شناختی جهت به چالش کشیدن طرحواره‌ها و شناخت الگوهای شناختی تکراری، معرفی انواع سبک‌های مقابله‌ای معنوی با رویدادهای تلخ زندگی، فنون دعا و نیایش.
پنجم	آموزش خطاهای شناختی و بررسی علل تداوم طرحواره، آموزش راهبردهای شناختی تغییر طرحواره‌ها و مقابله با تداوم آن‌ها، بازسازی صدای ذهن، گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و تقویت مفهوم بزرگسال سالم، آموزش و شناخت انگیزش، معنا، هدف و نقش آن در برداشت از معنویت.
ششم	بررسی ریشه‌های تحول هیجانی طرحواره، کاربرد فنون تجربی نظیر گفتگوی خیالی، تصویرسازی ذهنی با هدف آگاهی و باز پردازش مجدد هیجانات؛ و شناخت هیجانات از دیدگاه معنوی و طرحواره‌های هیجانی معنوی.
هفتم	آموزش الگو شکنی رفتاری، آشنایی و آموزش مؤلفه‌ی رفتاری مقابله‌ی معنوی و پیامدهای آن، فنون مقابله با خشم، تهیه

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

	فهرست رفتارهای خاص برای تغییر، آموزش مفهوم ایمان، توکل بر خدا و صبر، دعا و سپاسگزاری از خداوند.
هشتم	آموزش و شناخت مفهوم دلبستگی و سبک‌های آن و ارتباط دلبستگی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ارتباط دلبستگی و معنویت و تأثیر دلبستگی معنوی بر ارتقاء مؤلفه‌های روانشناختی سلامت روان.
نهم	آموزش تمرین اثرگذاری طرحواره‌ها بر روابط کارآمد، بازنگری مزایا و معایب ادامه روابط، راهکارهای غلبه بر موانع تغییر رفتار، فنون انگیزه آفرینی، آموزش روابط سالم و سازگارانه، آموزش تأثیرات معنویت در روابط بین فردی.
دهم	مرور و جمع‌بندی فنون آموخته شده شامل مرور آموزش کارآمد مقابله با تنش و ناکامی، آموزش و شناخت باورهای نجات بخش، فنون آرامش‌دهی بخشش محور، قدردانی و شکرگزاری و اجرای پس‌آزمون توسط اعضای گروه.

ابزار

مقیاس ناامیدی بک[1] (BHS): جهت سنجش میزان ناامیدی از مقیاس ۲۰ سؤالی ناامیدی بک که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۷۴ برای افراد ۱۷ تا ۸۰ ساله طراحی و ساخته شده، استفاده شد. این مقیاس سطح مأیوس بودن در دستیابی به خواسته‌ها، عدم اطمینان به آینده، بدبینی، ناامیدی نسبت به آینده و انتظارات منفی نسبت به آینده را سنجش می‌کند. فرد پاسخگو باید با خواندن هر آیتم پاسخ درست یا نادرست را ارائه دهد. در ۹ سؤال از ۲۰ سؤال پاسخ نادرست امتیاز ۱ و پاسخ درست امتیاز صفر و در ۱۱ سؤال نیز پاسخ درست امتیاز ۱ و پاسخ نادرست امتیاز صفر دریافت می‌کند. در نهایت نمره کسب‌شده در این مقیاس بین ۰ تا ۲۰ و نمره بالاتر نشانه ناامیدی بیشتر است (بک و همکاران، ۱۹۷۴). بک و همکاران (۱۹۷۴) روایی سازه این مقیاس را از طریق تحلیل عامل اکتشافی و روایی هم‌زمان این مقیاس را از طریق همبستگی نمرات مقیاس ناامیدی با درجه‌بندی بالینی ناامیدی (۰/۷۴) و با بررسی همبستگی بین امتیازات این مقیاس با مقیاس قصد خودکشی (۰/۶۲) مستند نمودند. آلفای کرونباخ مقیاس نیز برابر با ۰/۹۳ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۷۴). در ایران گودرزی (۱۳۸۱) نسخه‌ای از این پرسشنامه را بر روی دانشجویان اعتبارسنجی نموده است. روایی سازه نسخه ایرانی از طریق تحلیل عامل اکتشافی و روایی هم‌زمان آن نیز از طریق بررسی همبستگی بین امتیازات ناامیدی با امتیازات افسردگی (۰/۵۷ و $P<۰/۰۰۱$) مستند شده است. پایایی بازآزمایی مقیاس در ایران برابر با ۰/۷۱ و آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۹ گزارش شده است (گودرزی، ۱۳۸۱). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ بدست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی[2] (GHQ): برای سنجش سلامت روان، از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرک و هیلیر[3] (۱۹۷۹)، با ۲۸ سؤال و پوشش دهنده چهار حوزه، شامل شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی و ناسایی عملکرد اجتماعی و هر یک با شش سؤال استفاده شد (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹؛ هیل و همکاران[4]، ۲۰۱۹). سؤالات این پرسشنامه در قالب چهارگزینه‌ای، صفر=هرگز یا اصلاً، ۱ نه بیش از حد معمول، ۲=گاهی بیش از حد معمول و ۳= بیش از حد معمول امتیازدهی شده و امتیاز کلی سلامت روان در دامنه نوسان تا ۸۴ بدست می‌آید. در این پرسشنامه با توجه به محتوای سؤالات مطرح شده، کاهش امتیازات به معنای افزایش سلامت روان است (هیل و همکاران، ۲۰۱۹). هیل و

[1]- Beck Hoplessness Scale

[2]- General Health Questionnaire (GHQ)
[3]- Goldberg & Hillier
[4]- Hjelle & et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه خود از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و سپس تحلیل عامل تأییدی، روایی سازه این پرسشنامه را مستند نموده و آلفای کرونباخ پرسشنامه نیز در دامنه ۰/۷۱۹ تا ۰/۸۸۱ گزارش شده است. ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵) نسخه‌ای از این پرسشنامه را در ایران اعتبارسنجی نموده و از طریق تحلیل عاملی اکتشافی روایی سازه عاملی و از طریق بررسی تفاوت بین افراد سالم و افراد دارای اختلال روانپزشکی روایی ملاکی (تشخیصی) این پرسشنامه را مستند نموده‌اند. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در جمعیت ایرانی برابر با ۰/۹۴، پایایی تنصیف (دونیمه کردن) برابر با ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی برابر با ۰/۵۹ ($p<۰/۰۰۱$) گزارش شده است (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۵). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۹ بدست آمد.

یافته‌ها

در گروه طرحواره درمانی معنویت محور به ترتیب اکثریت شرکت‌کنندگان در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال (۵۰٪)، دارای تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس (۴۳/۷۵٪) و سال‌های گذشته از ازدواج ۶ تا ۱۵ سال و ۱۶ سال و بالاتر (هر یک به ترتیب ۴۳/۷۵٪)، در گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر جراحات دلبستگی به ترتیب اکثریت شرکت‌کنندگان در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال (۴۶/۶۶٪)، دارای تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس (۶۰٪) و سال‌های گذشته از ازدواج ۶ تا ۱۵ سال (۴۰٪) و در نهایت در گروه کنترل نیز به ترتیب اکثریت شرکت‌کنندگان در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال (۵۰٪)، دارای تحصیلات تا دیپلم (۵۰٪) و سال‌های گذشته از ازدواج ۶ تا ۱۵ سال و ۱۶ سال و بالاتر (هر یک به ترتیب ۴۳/۷۵٪) قرار داشتند. آزمون خی دو حاکی از عدم تفاوت توزیع فراوانی سه گروه با یکدیگر در سه متغیر سن، تحصیلات و سال‌های گذشته از ازدواج بود. جدول ۳ به ارائه میانگین و انحراف معیار امیدواری و سلامت عمومی در دو مرحله زمانی به تفکیک سه گروه پرداخته است.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار ناامیدی و سلامت روان در سه گروه پژوهش در دو مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه کنترل		گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی		گروه طرحواره درمانی معنویت محور تلفیقی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ناامیدی	پیش‌آزمون	۱۲/۶۲	۱/۰۵	۱۳/۱۷	۱/۰۶	۱۴/۷۵	۱/۰۷
	پس‌آزمون	۱۲/۱۹	۳/۶۹	۱۰/۶۱	۳/۱۹	۱۴/۱۳	۴/۷۷
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	۳۶/۰۳	۳/۳۰	۳۷/۵۳	۲/۱۴	۳۱/۴۴	۳/۱۰
	پس‌آزمون	۳۶/۴۱	۱۰/۵۰	۳۲/۸۷	۸/۲۱	۲۵/۲۵	۱۰/۴۴

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، دو گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی و طرحواره درمانی معنویت محور تلفیقی نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون ناامیدی و سلامت روان تغییرات افزایشی بیشتری را نشان داده‌اند. پیش از اجرای تحلیل کواریانس، پیش‌فرض‌های آماری این تحلیل بررسی شد. نتایج

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

آزمون شاپیرو ویلک در ناامیدی (P=۰/۰۶) و سلامت روان (P=۰/۰۹) حاکی از نرمال بودن توزیع این دو متغیر و نتایج آزمون لون نیز حاکی از برابری واریانس گروه-های سه‌گانه مطالعه در متغیر ناامیدی (P=۰/۳۰) و سلامت روان (P=۰/۷۸) بود. بررسی تعامل عضویت گروهی با پیش‌آزمون نیز برای ناامیدی (P=۰/۲۵) و سلامت عمومی (P=۰/۳۱) حاکی از برابری شیب خطوط رگرسیون بود. در جدول ۴، به بررسی اثرات دو درمان بر دو متغیر امیدواری و سلامت روان پرداخته شده است.

جدول ٤ نتایج تحلیل کوواریانس برای ناامیدی و سلامت روان

متغیر و منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
ناامیدی							
پیش‌آزمون	۳۰۵/۳۷	۱	۳۰۵/۳۷	۳۴/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱
عضویت گروه	۸۰/۱۱	۲	۴۰/۰۵	۴/۴۹	۰/۰۱۷	۰/۱۷	۰/۷۴
خطا	۳۸۳/۷۵	۴۳	۸/۹۲	–	–	–	–
کل	۸۰۹/۳۲	۴۶	–	–	–	–	–
سلامت روان							
پیش‌آزمون	۱۹۳۰/۲۶	۱	۱۹۳۰/۲۶	۴۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
عضویت گروه	۵۶۶/۰۲	۲	۲۸۳/۰۱	۵/۹۴	۰/۰۰۵	۰/۲۲	۰/۸۵
خطا	۲۰۵۰/۰۸	۴۳	۴۷/۶۸	–	–	–	–
کل	۵۰۱۸/۴۸	۴۶	–	–	–	–	–

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود در متغیر ناامیدی پس از کنترل پیش‌آزمون، عامل عضویت گروه (F=۴/۵۹، df=۲ و P=۰/۰۱۷) معنادار است. این نتیجه نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش (دو گروه درمانی) و گروه کنترل در ناامیدی تفاوت معناداری وجود دارد. در متغیر سلامت روان نیز پس از کنترل پیش‌آزمون، عامل عضویت گروه (F=۵/۹۴، df=۲ و P=۰/۰۰۵) معنادار است. این نتیجه نیز حاکی از آن است که حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش (دو گروه درمانی) و گروه کنترل در سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول ۵ به مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش از طریق آزمون تعقیبی بونفرونی پرداخته شده است.

جدول ٥ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها در ناامیدی و سلامت روان در پس‌آزمون

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
ناامیدی	گروه کنترل	هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی	-۳/۲۱	۱/۰۷	۰/۰۱۴
	گروه کنترل	طرحواره درمانی معنویت محور تلفیقی	-۱/۸۶	۱/۰۸	۰/۲۸
	هیجان مدار مبتنی	طرحواره درمانی معنویت محور تلفیقی	۱/۳۵	۱/۰۸	۰/۶۶

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

		بر آسیب دلبستگی			
سلامت روان	گروه کنترل	هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی	۴/۴۰	۲/۴۸	۰/۲۵
	گروه کنترل	طرحواره درمانی معنویت محور تلفیقی	۸/۵۲	۲/۴۷	۰/۰۰۴
	هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی	طرحواره درمانی معنویت محور تلفیقی	۴/۱۲	۲/۵۴	۰/۳۴

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود در متغیر ناامیدی فقط درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار است (P=۰/۰۱۴) و در مقابل در سلامت روان نیز فقط طرحواره درمانی معنویت‌محور با گروه کنترل دارای تفاوت معناداری هستند (P=۰/۰۰۴).

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی و طرحواره درمانی معنویت محور بر ناامیدی و سلامت روان زنان آسیب دیده از پیمان‌شکنی همسر انجام شد. نتایج در متغیر امیدواری نشان داد فقط گروه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی با گروه کنترل دارای تفاوت است، در عین حال بین اثربخشی دو درمان و بین گروه طرحواره درمانی معنویت محور با گروه کنترل تفاوتی مشاهده نشد.

نتایج مطالعه حاضر در خصوص اثربخشی درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی با نتایج مطالعه برومندراد (۱۳۹۹) درباره اثربخشی درمان هیجان مدار بر سلامت روان و تاب‌آوری، با نتایج مطالعه تیموری و همکاران (۱۴۰۰) در باب اثربخشی درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجان و با نتایج مطالعه فاطمی اصل و همکاران (۱۳۹۸) در باب اثربخشی درمان هیجان مدار بر احساس تنهایی زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی بر افزایش امیدواری، می‌توان بیان داشت که فرایند درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی، بر ترمیم و بازسازی روابط عاطفی و هیجانی بالأخص در میان زنانی که با پیمان‌شکنی همسر مواجه شده‌اند، تمرکز دارد. ترمیم و بازسازی روابط از طریق ارتقاء سطح در دسترس بودن و رفتار مسئولیت شناسانه در بین زوجین محقق می‌شود (اکبری و همکاران، ۱۴۰۰). از آنجایی که بسیاری از زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر از جراحات دلبستگی رنج می‌برند (سفارلی و همکاران، ۲۰۲۱) ورود به مسیر ترمیم روابط هیجانی و مسئولانه، بخشی از ناامیدی آن‌ها را از طریق بازسازی و بهبود روابط کاهش داده و از این طریق احساس امیدواری را افزایش می‌دهد. از طرف دیگر در درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی، به‌طور جدی بر مسیر تسهیل و کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی، تعریف دوباره رابطه و ایجاد فضای امن در روابط زوجی در کنار مسیرهای ارتباطی زوجی هیجان محور و مثبت دیگر، فعالیت درمانی انجام می‌شود (اکبری و همکاران، ۱۴۰۰). به عنوان مصداقی از این تمرکز درمانی، درک و همراهی مبتنی بر همدلی، پاسخ‌های انگیزشی در رابطه و تلاش همدلانه معطوف به کشف و بیان نیازها و هیجان‌های دلبستگی از زمره تلاش‌های درمانی جدی در درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی هستند (هادی و همکاران، ۱۳۹۵). تقویت روابط مثبت مبتنی بر نیازهای

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

دلبستگی زمینه‌ساز ترمیم روابط آسیب دیده از پیمان-شکنی و در نهایت افزایش امیدواری است.

در بخش دیگری از نتایج مشخص گردید که فقط طرحواره درمانی با گروه کنترل در ارتقاء سلامت روان اثربخش است. نتایج حاصل از این بخش از پژوهش در حوزه اثربخشی طرحواره درمانی معنویت محور تلفیقی بر افزایش سلامت روان زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر، با نتایج مطالعه اکبری و همکاران (۱۴۰۰) درباره اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش سلامت عمومی زوج‌های درگیر با روابط و مسائل فرا زناشویی و پیمان‌شکنی، با نتایج مطالعه گوردون و همکاران (۲۰۰۴) در خصوص اثربخشی بازسازی شناختی باورها، تعابیر و شناخت‌های معیوب و ناکارآمد بر افزایش سطح سلامت روان نظیر کاهش علائم افسردگی، علائم استرس پس از سانحه و پریشانی زناشویی اثربخش و با نتایج مطالعه غلامی و بشلیده (۱۳۹۰) در باب اثربخشی درمان‌های معنوی و مذهبی بر سلامت خانواده و اعضای آن، همسویی نسبی نشان می‌دهد. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی معنویت محور بر افزایش سلامت روان زنان آسیب دیده از پیمان‌شکنی همسر می‌توان گفت طرحواره درمانی با تمرکزی که بر نقش نظام باورها و تفسیر و تعبیرهای معیوب معطوف به طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ایجاد آسیب‌ها و مسائل روانی همراه با نیازهای هیجانی و عاطفی برآورده نشده دارد، بستر جرح و تعدیل نوع باور، تفسیر معیوب و آسیب‌زای افراد را از خود و وقایع دنیای اطراف از طریق فنونی نظیر فنون شناختی که طرحواره‌ها و الگوهای شناختی تکراری را به چالش می‌کشد فراهم می‌سازد (حقانی و همکاران، ۱۳۹۸). به چالش کشیدن طرحواره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌ای آسیب‌زا، که اغلب فرد را در حالتی از ناامیدی و افسردگی قرار می‌دهد، به تدریج نظام شناختی تسهیل کننده ناامیدی و درماندگی را تضعیف و در سطح شناختی و عاطفی فرد را از طریق نظام تفسیری و طرحواره‌ای سازنده و کارآمدتر، به شرایط خود و زندگی امیدوارتر می‌کند.

از طرف دیگر طرحواره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌ای معیوب که اغلب موجب روی‌آوری و استفاده از شیوه-های مقابله ناکارآمد و هیجانی می‌شوند (التینوک و کلیک، ۲۰۲۰؛ وایبی و جانسون، ۲۰۱۶)، با اصلاح و جایگزینی تدریجی با طرحواره‌های سازگارتر و کارآمدتر، در کنار آموزش مقابله کارآمد با طرحوارهای معیوب، سبک مقابله شناختی و رفتاری فرد را به سمت سبک مقابله کارآمدتر سوق داده و از این طریق نیز نظام رفتاری و شناختی تسهیل‌کننده سلامت روان را بهبود می-بخشد. در بعد معنویت درمانی ترکیب شده با طرحواره درمانی نیز، هم‌زمان با نقشی که بازسازی نظام باورها و ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر افزایش سلامت روان دارد، طرحواره درمانی معنویت محور قادر است تا چرخه معیوبی که اغلب بین احساس ناامیدی، درماندگی و بی-پناهی و تحقیر با طرحواره‌های ناسازگاری معیوب مانند حس قربانی شدن و درماندگی و تسلیم سرنوشت بودن ایجاد می‌شود را تضعیف نماید. در چنین شرایطی فرد با تمرکز بیشتر بر نیروی درونی خود همراه با روی‌آوری روانی و معنوی به دریافت حمایت از خداوند متعال، احساس حمایت درونی و معنوی را در خود تقویت نموده و به این ترتیب احساس ناامیدی، درماندگی و بی‌پناهی تضعیف و در مقابل احساس سلامت روان را تقویت می-کند.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

از طرف دیگر نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که علی‌رغم این‌که طرحواره درمانی معنویت محور با گروه کنترل در امیدواری دارای تفاوت نبود و در مقابل در سلامت روان نیز درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار نبود، در عین حال بین دو درمان هم در تأثیر بر امیدواری و هم در تأثیر بر سلامت روان تفاوتی بدست نیامد این امر نشان از اثربخشی یکسان درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی و طرحواره درمانی معنویت محور بر ارتقاء امیدواری و سلامت روان دارد. این اثربخشی یکسان گویای آن است که طرحواره درمانی معنویت محور و درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی هر دو توانسته‌اند آثار یکسانی را در ایجاد امیدواری و سلامت روان زنان آسیب دیده از پیمان‌شکنی به بار آورند. این اثربخشی یکسان به این واقعیت باز می‌گردد که چه از مسیر اصلاح طرحواره‌ها و ذهنیت‌های ناسازگار و ناکارآمد در کنار ایجاد اتکا درونی و معنوی به نیروی خود و حمایت معنوی نیرویی متعالی نظیر خداوند متعال که در طرحواره درمانی معنویت محور با اهمیت بوده و چه از طریق ترمیم روابط و ایجاد روابط همدلانه و مبتنی بر اعتماد ترمیم شده در درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی، می‌توان به زنان آسیب دیده از پیمان-شکنی همسر کمک نمود تا ناامیدی خود را کاهش و در مقابل سطح سلامت روان خود را افزایش دهند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی بر ارتقاء امیدواری و طرحواره درمانی معنویت محور درمانی مؤثر بر ارتقاء سلامت روان در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر هستند. در راستای نتایج مطالعه، پیشنهاد می‌شود که درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی و طرحواره درمانی معنویت محور توسط درمانگران مراکز درمان روانشناختی، به عنوان درمان یاری‌رسان به زنان آسیب دیده از پیمان‌شکنی همسر مورد توجه و استفاده قرار گیرند. در این مطالعه محدودیت‌هایی شامل: تمرکز مطالعه بر زنان و نه مردان و استفاده از پرسشنامه برای سنجش متغیرهای وابسته وجود داشته که لازم است به آن توجه شود. در همین راستا لازم است تا پژوهشگران در مطالعات آینده طرحواره درمانی معنویت محور و درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی را برای مردان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر، را در کنار سنجش‌های عمیق‌تر از طریق روش‌هایی نظیر مصاحبه مد نظر قرار دهند.

سپاسگزاری

این پژوهش بخشی از رساله دکترای روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) به شماره ۱۷۵۴۸۴۷۲۳۴۰۸۳۶۳۱۳۹۸۱۶۲۲۹۱۱۱۸ و بدون دریافت هیچگونه کمک مالی از مؤسسه یا سازمانی خاص انجام شد. علاوه بر تأییدیه کمیته تخصصی پژوهش‌های علمی، پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1399.114 نیز می-باشد. بدینوسیله از کلیه زنان آسیب دیده از پیمان‌شکنی شرکت‌کننده در پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

Akbari M, Shokhmgar Z, Sanagoo A, Nasiri A, Ahange A, Khaleghi H, Mohammad pour M, Karami A. (2021). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

Cognitive Behavioral Therapy on Communication Skills and Problem Solving and Mental Health in Couples with Extra-Marital Experience. Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 9(1), 1-10. (In Persian)

Altınok A, Kılıc N. (2020). Exploring the associations between narcissism, intentions towards infidelity, and relationship satisfaction: attachment styles as a moderator. Plos One, 15(11), e0242277. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242277

Atapour N, Ahmadi K, Falsafinejad MR, Khodabakhsheh Kolaei A. (2019). Risk Factors for Breach of Contract in Couples with Marital Infidelity. Islamic Life Style Centerd on Health, 4(3), 31-40. (In Persian)

Attride-Stirling J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. Qualitative Research, 1(3), 385-405. https://doi.org/10.1177/146879410100100307

Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. (1974). The measurement of pessimism: the lack of hope scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42(6), 861-865.

Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Reproductive Health, 18(1), 1-23.

Boroumandrad SM. (2020). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Promoting Mental Health and Resilience of Women Affected by Infidelity. Scientific Journal of Social Psychology, 8(56), 111-122. (In Persian)

Dehghani M, Aslani K, Amanelahi A, Rajabi G. (2019). The Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy Based on Attachment Injury Resolution Model on Forgiveness among the Injured Women with Marital Infidelity. Family Counseling and Psychotherapy, 9(1), 143-160. (In Persian)

Farshchiyan Yazdi M, Bagherzadeh Golmakani Z, Mansouri A. (2021). Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Therapy and Self-Compassion Skills Training on Differentiation of Self and Sexual Intimacy of Women Affected by Marital Infidelity. Razavi International Journal of Medicine, 9(3), 34-43.

Fatemi Asl S, Goudarzi M, Karimi Sani P, Boostanipour A. (2019). The Effect of Emotionally-Focused Couple Therapy (EFCT) on Loneliness of Hurt Women from Infidelity in Salmas City. Knowledge & Research in Applied Psychology, 20(2), 48-57. (In Persian)

Ghafoorian Noroozi PG, Asghari Ebrahimabad MJ, Abdekhodaei MS, Kimiaee SA. (2021). Identifying Common Elements of Evidence–Based Psychological Treatments for Females with Extramarital Experience. International Journal of Applied Behavioral Sciences, 8(2), 13-24.

Gholami A, Beshlideh K. (2012). The Effect of Spiritual Therapy on Mental Health of Divorced Women. Family Counseling and Psychotherapy, 1(3), 331-348. (In Persian)

Godarzi MA. (2002). The study of validity and reliability of Becks' hopelessness scale among the students of Shiraz university. Humanity and Social Science Journal of Shiraz University, 18(2), 26-39. (In Persian)

Goldberg DP, Hillier VF. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine, 9(1), 139-145.

Guerrero S, Castro-Luna G, Zapata Boluda R, Freites A, Garcia R, Parron-Carreno T. (2021). Incidence and Related Factors of Infidelity among Medical Doctors and Nurses. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(11), 55-75.

Hadi S, Eskandari H, Sohrabi F, Motamedi A, Farrokhi Noor A. (2017). Structural Models Predict Marital Commitment Based on Attachment Styles and Mediator Variables Self-Control and Early Maladaptive Schemas (in People with Emotional Extramarital Relations). Counseling Culture and Psychotherapy, 7(28), 33-60. (In Persian)

Haghani M, Abedi A, Fatehizade M, Aghaei A. (2019). A Comparison of the Effectiveness of

Combined Systemic Couple Therapy (Bowen) and Emotion-focused Therapy (Johnson) Packages and Integrated Couple Therapy on the Quality of Marital Life of Couples Affected by Infidelity. Sadra Medical Journal, 8(1), 11-28. (In Persian)

Hjelle EG, Bragstad LK, Zucknick M, Kirkevold M, Thommessen B, Sveen U. (2019). The General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) as an outcome measurement in a randomized controlled trial in a Norwegian stroke population. BMC Psychology, 7(1), 1-11.

Kamalian T, Mirzahosseini H, Monirpoor N. (2021). The Effects of Emotional Schema Therapy and Differentiation on Emotional Divorce among Women. Journal of Client-centered Nursing Care, 7(1), 65-74.

Khorramabadi R, Sepehri Shamloo Z, Salehi Fadardi J, Bigdeli I. (2019). Prediction of Extramarital Relationships Based on Executive Functions with the Mediatory Role of Marital Commitment. Practice in Clinical Psychology, 7(2), 147-157. (In Persian)

Lişman CG, Holman AC. (2021). Cheating under the circumstances in marital relationships: the development and examination of the propensity towards infidelity scale. Social Sciences, 10(10), 392.

Ma SW, Lai S, Yang YY, Zhou Z, Yang BT, Zheng GZY, Gao J, Lu L. (2021). Relationships between anxiety symptoms, hopelessness and suicidal ideation among parental caregivers of mandarin-speaking children with speech impairment: the mediating effect of depressive symptoms. Frontiers in Psychiatry, 12, 498.

Malekooti SK, Mirabzadeh A, Fathollahi P, Salavati M, Kahali S, Afkham Ebrahimi A, Zandi T. (2006). Reliability, Validity and Factor Structure of the GHQ-28 in Iranian Elderly. Iranian Journal of Ageing, 1(1), 11-21. (In Persian)

Najaf Najafi M, Kargozar E, Mottaghi M, Dehghani N, Razmjouei P, Hoseini ZS & et al. (2019). The Effect of Religious Beliefs and Spirituality Training on Family Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. International Journal of Pediatrics, 7(12), 10621-10633. doi: 10.22038/ijp.2019.42856.3589

Oden TN, Cam R. (2021). The relationship between hopelessness and perceived social support levels of parents with children with congenital heart disease. Medical Science and Discovery, 8(11), 655-661.

Samadi Kashan S, Pourghnad M, Zamani MS. (2019). Marital infidelity: Exploring Views, Factors and Consequences. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal, 8(4), 165-176.

Sanchez L, Whisman MA, Hughes JA, Gordon KC. (2021). Diversity in the prevalence and correlates of extramarital sex in a probability sample of Latino adults. Journal of Family Psychology, Advance online publication. https://doi.org/10.1037/fam0000942

Sfärlea A, Takano K, Buhl C, Loechner J, Greimel E, Salemink E, Schulte-Körne G, Platt B. (2021). Emotion regulation as a mediator in the relationship between cognitive biases and depressive symptoms in depressed, at-risk and healthy Children and adolescents. Research on Child and Adolescent Psychopathology, 49(10), 1345-1358.

Shrout MR, Weigel DJ. (2018). Infidelity's aftermath: Appraisals, mental health, and health-compromising behaviors following a partner's infidelity. Journal of Social and Personal Relationships, 35(8), 1067-1091.

Teymori Z, Mojtabaei M, Rezazadeh SMR. (2021). Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy and Self-Compassion-Based Therapy on Emotion Regulation In Women Affected by Infidelity. Journal of Guilan University of Medical Sciences, 30(2), 130-143. (In Persian)

Wiebe SA, Johnson SM. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. Family Process, 55(3), 390-407.

Zuo B, Yang K, Yao Y, Han S, Nie S, Wen F. (2021). The relationship of perceived social support to feelings of hopelessness under COVID-19 pandemic: the effects of epidemic risk and meaning in life. Personality and Individual

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]

Differences, 183, 111110. https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111110

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1401.9.3.6.1]

[DOI: 10.32598/shenakht.9.3.151]