



پیش‌بینی درمان‌دگی روان‌شناختی بر اساس طرحواره ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، موسسه عالی ادیبان گرمسار، گرمسار، ایران
کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، موسسه عالی ادیبان گرمسار، گرمسار، ایران

پریسا خطیبی^{ID}

پریسا مقراضی*^{ID}

ایمیل نویسنده مسئول: parisameghrazi@gmail.com

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۳۰

دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۳

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

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

دوره ۴ | شماره ۲ پیاپی ۱۶ | ۴۸۷-۵۰۶
تابستان ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

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

(خطیبی و مقراضی، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

خطیبی، پریسا، و مقراضی، پریسا. (۱۴۰۲).
پیش‌بینی درمان‌دگی روان‌شناختی بر اساس
طرحواره ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای
در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی.
خانواده‌درمانی کاربردی، ۴(۲)، ۴۸۷-۵۰۶.

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف پیش‌بینی درمان‌دگی روان‌شناختی بر اساس طرحواره ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی انجام شد. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر به لحاظ روش توصیفی، از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه کلیه زنان درگیر با مسأله خیانت زناشویی همسر (مرد) مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. به روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۱۰ نفر انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه خیانت زناشویی ینیسری و کوکدمیر (۲۰۰۶)، پرسشنامه درمان‌دگی روان‌شناختی لویبوند و لویبوند (۱۹۹۵)، پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس فولکمن (۲۰۰۱) و پرسشنامه طرح‌واره ناسازگار اولیه یانگ (۲۰۰۰) بود. تجزیه و تحلیل آماری با کمک ضریب همبستگی پیرسون و روش رگرسیون چندگانه انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که براساس طرحواره ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای می‌توان درمان‌دگی روان‌شناختی را در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی پیش‌بینی نمود. **نتیجه‌گیری:** بررسی این متغیرهای پیش‌بین در مشاوره‌های پیش از ازدواج و خانواده برای شناسایی افراد در معرض خطر لازم است.

کلیدواژه‌ها: درمان‌دگی روان‌شناختی، طرحواره ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله‌ای.

مقدمه

ازدواج به عنوان مهمترین و اساسی‌ترین رابطه‌ی بشری توصیف شده است، زیرا ساختار اولیه برای بنا نهادن رابطه‌ی خانوادگی و تربیت کردن نسل آینده را فراهم می‌سازد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۲). سنگ بنای ازدواج و از اصلی‌ترین عناصر هر رابطه‌ی طولانی‌مدت و عاشقانه، با وفاداری زوج‌ها نسبت به یکدیگر مشخص می‌شود (آرین فر و اعتمادی، ۱۳۹۵). از میان عوامل آسیب‌زایی که وفاداری زوج‌ها به پیمان ازدواج را تهدید نموده و گاه به جدایی زوج‌ها از یکدیگر ختم می‌شود، می‌توان به خیانت زناشویی اشاره کرد (کوربان، ۲۰۱۷). خیانت زناشویی می‌تواند پیامدهای عاطفی شدیدی در زوجین ایجاد کند. خیانت زناشویی به همسر آسیب‌دیده ضربه‌ی شدید احساسی وارد آورده و با از بین بردن اعتماد زوجی زمینه‌ساز نشانه‌هایی چون؛ اختلال استرس پس از سانحه و همچنین بحران‌هایی مانند؛ افسردگی، خشم، ناامیدی و احساس ناکارآمدی می‌شود که پیامد این نشانه‌ها و بحران‌ها فاصله گرفتن بیش از پیش زوج‌ها از یکدیگر، ایجاد شکاف در روابط صمیمانه و درنهایت جدایی ایشان از کانون زندگی مشترک خواهد بود (حجتی، ۱۳۹۷). در نتیجه این سرخوردگی، همسر آسیب‌دیده احساس طردشدگی و ناتوانی می‌کند و اعتماد او به قابل اطمینان بودن و حمایت‌گر بودن همسر پیمان‌شکن فرومی‌ریزد (هالچوک، ۲۰۱۰؛ فیتزپاتریک، ۲۰۱۷) که پیامد آن احساس‌هایی نظیر؛ عدم کفایت، طردشدگی، خشم، تنفر شدید، گناه و ناامیدی در روابط زوج‌ها حکم فرما می‌شود (شروت و ویگل، ۲۰۱۸). علاوه بر این، همسرهای آسیب‌دیده از خیانت زناشویی اغلب هیجان‌های منفی‌ای مانند؛ ناایمنی، خصومت، افسردگی، اضطراب، سرزنش و حقارت را تجربه خواهند کرد که می‌تواند شدید و خارج از کنترل بوده و در عملکرد اجتماعی و الگوی ارتباط زناشویی ایشان اختلال ایجاد نماید (الیس، ۲۰۱۷). خیانت زناشویی یکی از عمده‌ترین دلایلی است که زوجین را برای طلاق، به کلینیک‌های مشاوره خانواده می‌آورد (هاوکینز و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین حدود ۴۰٪ از افرادی که طلاق گرفته‌اند گزارش کرده‌اند که در طول زندگی زناشویی حداقل یکبار درگیر روابط خارج از حیطه زناشویی شده‌اند (جاکوبین، ۱۹۹۹). آمارهای موجود در زمینه خیانت بسیار متفاوت هستند، بر اساس یکی از معتبرترین مطالعات انجام شده در این زمینه، مشخص شده است که ۲۱٪ از مردان و ۱۱٪ از زنان در طول زندگی مرتکب خیانت زناشویی می‌شوند. به طور کلی هر چند بعضی از زوجین در صورتی که از خیانت به عنوان نشانه‌ای برای شناسایی مشکلات دیرپای ازدواج خود استفاده کنند، می‌توانند بعد از خیانت ازدواج پایدارتری داشته باشند؛ ولی پیامد غالب و معمول خیانت استرس‌ها و آسیب‌های روابط زناشویی می‌باشد پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پیامدهای زیان بار خیانت می‌تواند برای مدت طولانی و شاید برای همیشه دوام داشته باشد (باوکوم و همکاران، ۲۰۱۱).

از پیامدهای شرکت در روابط خارج از حیطه زناشویی و خیانت به همسر، درماندگی روانشناختی^۱ است. درماندگی روانشناختی یک اصطلاح کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است. به عبارت دیگر، یک ناراحتی روانی است که با فعالیت‌های فرد با زندگی روزانه تداخل دارد. درماندگی روانشناختی می‌تواند براساس دیدگاه‌های منفی از محیط زیست، دیگران و خود ایجاد شود. غم و اندوه، اضطراب، حواس‌پرتی و نشانه‌های بیماری‌های روانی تظاهرات درماندگی روانشناختی هستند (حیدری و همکاران، ۱۳۹۵). لروتا

درمان‌دگی روان‌شناختی را به عنوان وضعیتی هیجانی تعریف می‌کند که فرد هنگام روبه‌رو شدن با موقعیت‌های نگران‌کننده، ناکام‌ساز و آسیب‌زا تجربه می‌کند. یکی از این موقعیت‌ها، شرکت در روابط خارج از حیطه زناشویی و خیانت به همسر است (منصوری راد، ۲۰۱۴). پنج نشانه هشداردهنده درمان‌دگی روان‌شناختی شامل کاهش تمرکز، تغییرات نابه‌سامانی وزنی، گرایش شدید به مصرف الکل یا استعمال سیگار، تمایل به تنهایی و انزواطلبی، آسیب رساندن به خود باشد (یوسفی و کریمی پور، ۲۰۱۸). درمان‌دگی روان‌شناختی مفاهیم افسردگی، اضطراب و استرس را با خود به همراه دارد. بالا بودن درمان‌دگی روان‌شناختی می‌تواند بر سطح عملکرد هیجانی و شناختی و روابط فرد تاثیر منفی بگذارد (زابورا و همکاران، ۲۰۱۵). بین درمان‌دگی روان‌شناختی با کاهش رضایت زناشویی و رضایت جنسی روابط معناداری مشاهده شده است (ملیس و همکاران، ۲۰۱۵، بودنمن و همکاران، ۲۰۰۷). یکی از عواملی که باعث می‌شود افراد جامعه، استرس را فشارزا تلقی کنند و برخی دیگر به راحتی با آن مقابله کنند و کنار بیایند، راهبردهای مقابله با استرس^۱ است (فرهادی، ۲۰۱۴). بدین معنی که اگر روش‌های مقابله‌ای از نوع ناموثر و ناسازگارانه و ناکافی باشد، نه تنها استرس را کنترل نمی‌کند بلکه خود این واکنش منبع فشار به شمار آمده و شرایط را بدتر می‌کند (ماهوی، ۲۰۱۵). لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) راهبردهای مقابله‌ای^۲ را به عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی که هدفشان به حداقل رساندن فشارهای موقعیت استرس زاست، تعریف کرده‌اند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که نوع راهبرد مقابله مورد استفاده به وسیله فرد نه تنها سلامت روانی^۳ که بهزیستی جسمانی^۴ وی را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد (پیکو، ۲۰۱۵). راهبردهای مقابله، همچنین حوزه روابط بین شخصی^۵ مخصوصاً کیفیت روابط زوجین را متاثر می‌سازند (زیرنر و عندلر، ۲۰۱۳). رویکردهای اولیه به فرایند مقابله، سه سبک اصلی را متمایز می‌کنند: سبک مقابله مسئله مدار^۶ که وجه مشخصه آن عملکرد مستقیم برای کاهش فشارها یا افزایش مهارت‌های مدیریت استرس است؛ سبک مقابله اجتناب‌مدار^۷ که ویژگی اصلی آن اجتناب از مواجهه با عامل استرس‌زاست؛ و سبک مقابله هیجان‌مدار^۸ که وجه مشخصه آن راهبردهای شناختی‌ای است که حل یا حذف عامل استرس را با دادن نام و معنی جدید به تاخیر می‌اندازند (زیدنر و عندلر، ۱۹۹۶). پژوهش‌های مربوط به مقابله، فرایند مقابله و تاثیر آن بر سلامت فرد را در موقعیت‌های مختلف بررسی کرده‌اند. در زمینه روابط زوجین و رضایت زناشویی^۹، یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که سبک‌های مقابله کارآمد با رضایت زناشویی رابطه مثبت و سبک‌های مقابله ناکارآمد (هیجان‌مدار و اجتنابی) با رضایت جنسی^{۱۰} رابطه منفی دارند (پگنهام، ۲۰۱۶). سابورین و همکاران (۲۰۱۸) رضایت و عدم رضایت زوجین را به ترتیب برحسب

-
1. coping styles with stress
 2. coping strategies
 3. mental health
 4. physical well-being
 5. interpersonal
 6. problem-focused coping style
 7. avoidant-focused coping style
 8. emotional-focused coping style
 9. marital satisfaction
 10. sexual satisfaction

سبک‌های مقابله مسئله مدار و هیجان مدار مورد تایید قرار داده اند. رابطه سبک‌های مقابله هیجان مدار و اجتنابی با مشکلات زناشویی نیز در پژوهش‌هایی که در مورد زنان انجام گرفته تایید شده است (بیلینگز و موس، ۲۰۱۹). تامسون و گیلبرت (۲۰۱۷) نشان داده اند که استفاده از سبک‌های مقابله ناکارآمد یا استفاده از یک سبک ثابت با رضایت زناشویی کمتر و استفاده از سبک‌های مقابله کارآمد یا استفاده از سبک‌های متعدد با رضایت زناشویی رابطه دارد.

امروزه چگونگی سازگاری با تغییرات زندگی و راه‌های برخورد با فشار روانی، بویژه در رابطه با افشار آسیب پذیرتر از موضوع‌ای مهم روان‌شناسی است (آقابابایی و همکاران، ۱۳۹۲). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در سیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و رابطه با دیگران هستند، به شدت ناکارآمد هستند و اثرات شدید روی بهزیستی و عملکرد سازگارانه دارند (زانگ و هی، ۲۰۱۰). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه منجر به اختلال روانی خاص نمی‌وند اما آسیب پذیری فرد را برای اختلالات روانی افزایش می‌دهند (تیم، ۲۰۱۰). یانگ معتقد است برخی از طرح‌واره‌ها به ویژه آنهایی که در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند ممکن است عامل اصلی اختلالات شخصیتی، مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و برخی از اختلالات مزمن قرار بگیرند. یانگ مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها را گردآوری نموده که به آنها طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۱ می‌گوید (یانگ و همکاران، ۱۹۹۹). این طرح‌واره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (مالتبی و دی، ۲۰۱۴). یانگ هیجده طرح‌واره را بیان می‌کند، که عبارتند از: ۱. رهاشدگی^۲؛ ۲. بی اعتمادی / بدرفتاری^۳؛ ۳. محرومیت هیجانی^۴؛ ۴. نقص / بی مهری^۵؛ ۵. انزوای اجتماعی / بیگانگی^۶؛ ۶. وابستگی / بی کفایتی عملی^۷؛ ۷. آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری^۸؛ ۸. خود تحول نیافته / گرفتار^۹؛ ۹. شکست در پیشرفت^{۱۰}؛ ۱۰. استحقاق / بزرگ منشی^{۱۱}؛ ۱۱. خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی^{۱۲}؛ ۱۲. اطاعت^{۱۳}؛ ۱۳. ایثار^{۱۴}؛ ۱۴. تاییدجویی / جلب توجه^{۱۵}؛ ۱۵. منفی گرایی / بدبینی^{۱۶}؛ ۱۶. بازداری هیجانی^{۱۷}؛ ۱۷. معیارهای سرسختانه^{۱۸}؛ و ۱۸. خود تنبیهی^۲. زمانی که نیاز

1. early maladaptive schemas
2. Abandonment
3. Mistrust/Abuse
4. Emotional Deprivation
5. Defectiveness/Unlovability
6. Social Isolation/Alienation
7. Impaired Autonomy and Performance
8. Vulnerability to Harm or Illness
9. Enmeshment
10. Failure to Achieve
11. Entitlement/Superiority
12. Insufficient Self-Concipline
13. Subjugation
14. Self-Sacrifice
15. Admiration/Recognition-Seeking
16. Pessimism/Worry
17. Emotional Inhibition

خاصی ارضا نشود، طرحواره‌ی ناسازگاری در آن حیطة ایجاد می‌شود. با ارضا نشدن نیازهای دلبستگی و صمیمیت و سرخوردگی از روابط عاطفی اولیه، طرحواره‌های ناسازگار مربوط به روابط صمیمانه و دلبستگی ایجاد می‌شود. این باورها و طرحواره‌های مربوط به روابط بین فردی در بزرگسالی در همسرگزینی و در دوران تاهل در روابط زناشویی نمود می‌یابند و بر آن تاثیر مخرب می‌گذارد (یانگ، ۲۰۰۳). دیلیتر و همکاران (۲۰۰۶)، معتقدند که مبنای هر آسیب‌شناسی یک یا چند طرحواره است. در رابطه با موضوعات زناشویی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بزرگسالان دارای مشکلات زناشویی، بیشتر طرحواره‌های ناسازگار و مهارکننده را فعال می‌کنند (تیم، ۲۰۱۰). یوسفی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که طرحواره‌های بی‌اعتمادی/بدرفتاری، خیانت، معیارهای سرسختانه و بازداری هیجانی بیشترین توان پیش‌بینی معنی‌دار طلاق را داشتند. با عنایت به موارد فوق و نظر به ماهیت شکننده‌ی خیانت زناشویی و تأثیرهای فاجعه‌آمیز آن بر زنان، معقولانه به نظر می‌رسد که عوامل موثر بر آسیب‌های ناشی از خیانت زناشویی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با توجه به اهمیت موضوع و نقش طرحواره ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در پیش‌بینی درمان‌دگی روان‌شناختی و همچنین با توجه به جستجوهای محقق و از آنجایی اهمیت این مقوله در کشور به خوبی برجسته نشده است، پژوهش حاضر اجرا شد تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا می‌توان درمان‌دگی روان‌شناختی بر اساس طرحواره ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی پیش‌بینی نمود؟

روش پژوهش

این پژوهش به لحاظ روش توصیفی، از نوع همبستگی است. متغیر درمان‌دگی روان‌شناختی به عنوان متغیر ملاک، متغیرهای طرحواره ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای به عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شده‌اند. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان درگیر با مسأله خیانت زناشویی همسر (مرد) مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. از این جامعه آماری ۲۲۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که از این تعداد، ۱۵ پرسشنامه به دلیل کامل نبودن و یا اشتباه پرکردن گزینه‌ها از نمونه حذف شدند و به این ترتیب ۲۱۰ نفر به عنوان نمونه وارد پژوهش شدند. داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، طی شدن حداقل ۱ سال از زندگی مشترک، مواجه شدن همسر زن با آسیب ناشی از خیانت زناشویی و کسب حدنصاب نمره در پرسشنامه خیانت زناشویی ینیسری و کوکدمیر (۲۰۰۶) از معیارهای ورود به مطالعه بودند و داشتن اختلال روانی بر اساس خود اظهاری از معیارهای خروج از مطالعه بودند. در این پژوهش بر اساس اهداف و سؤالات موردنظر از چهار پرسشنامه استفاده شد که در زیر به توضیح هر یک از آنها پرداخته شده است:

1. Unrelenting Standards
2. Self-Punitivness

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه خیانت زناشویی ینیسری و کوکدمیر (۲۰۰۶): پرسشنامه خیانت زناشویی توسط ینیسری و کوکدمیر (۲۰۰۶) به منظور سنجش خیانت عاطفی و جنسی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه، بر درجه‌بندی پنج‌گانه لیکرت صورت‌بندی شده است. برای محاسبه امتیاز کل پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه را با هم جمع کنید. حداقل و حداکثر امتیاز این پرسشنامه ۱۲ و ۸۴ است. هر چه امتیاز حاصل‌شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر پذیرش خیانت و نگرش مثبت به خیانت خواهد بود و بالعکس. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه عبدالله زاده (۲۰۱۰) ۰,۸۴ تایید شده است. یافته‌ی پژوهش ویتلی (۲۰۰۶) حاکی از اعتبار مطلوب این نگرش سنج است، به طوری که آلفای کرونباخ حاصل از ضریب همسانی درونی ۰,۸۰ سنجیده شده است. برای تعیین پایایی این مقیاس از دو روش آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس نگرش به روابط فرازناشویی ۰,۷۱ برآورد شده است. ضریب بازآزمایی حاصل از اجرای این آزمون نیز ۰,۸۷ سنجیده شده است (سیدعلی تبار و همکاران، در دست‌دآوری). جهت بررسی روایی این آزمون در ایران، از روایی ملاکی از (نوع واگرا) استفاده شده است. به همین منظور، پرسش‌نامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت به کار گرفته شد. روایی واگرا با جهت‌گیری مذهبی درونی، ۰,۲۹ و با جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۰,۱۶ به دست آمد (سیدعلی تبار و همکاران، ۱۳۹۱).

۲. پرسشنامه درماندگی روان شناختی: مقیاس درماندگی روان‌شناختی لویبوند و لویبوند در سال ۱۹۹۵ نسخه‌نهایی آن را عرضه کردند. این مقیاس ۴۲ گویه‌ای برای سنجش افسردگی، اضطراب و تنیدگی طراحی شده است و براساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. هر کدام از سه خرده‌مقیاس این ابزار ۱۴ گویه دارند. لویبوند و لویبوند ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) سه خرده‌مقیاس این تست را به ترتیب برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی ۰,۹۱، ۰,۸۱ و ۰,۸۹ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز این مقیاس توسط اصغری، ساند و دیباج نیا هنجاریابی شد و آلفای کرونباخ را در حیطه افسردگی ۰,۹۴، اضطراب ۰,۹۲ و تنیدگی ۰,۸۲ گزارش کردند و همچنین روایی آن را نیز تایید کردند (اصغری، ساند و دیباج نیاف ۱۳۸۵).

۳. پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس فولکمن: پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای ابتدا توسط لازاروس فولکمن در سال ۲۰۰۱ ساخته شده است و به سنجش افکار و اعمالی که افراد برای مقابله با برخوردهای تنیدگی‌زای زندگی روزمره به کار می‌روند، می‌پردازد. این پرسشنامه در یک مقیاس چهار درجه‌ای (اصلاً، گاهی اوقات، معمولاً و زیاد) نمره‌گذاری می‌شود (آقا یوسفی، ۱۳۸۰) این پرسشنامه شامل ۶۶ گویه است که هشت روش رویارویی را بررسی می‌کند. این الگوهای هشت‌گانه به دو دسته روش‌های مسأله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم شده که بر مبنای یک مقیاس درجه‌بندی شده صفر تا سه می‌باشد. متغیرهای راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل: مقابله‌ی مستقیم، پرت کردن حواس، خویش‌تنداری، گریز-اجتناب و راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار شامل: طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، حل مسأله و ارزیابی مجدد مثبت می‌شوند. پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای راهبرد مقابله‌ای در پژوهش لازاروس فولکمن (۲۰۰۱) ۰,۸۶ بدست آمد. با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰,۸۰

برآورد شد (حیدری، آزاد فلاح، رسول زاده، طباطبایی، ۱۳۹۰). وی به منظور بررسی روایی همگرایی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای نیز از محاسبه همبستگی نمره‌های خام حاصل از این پرسشنامه با نمره‌های خام حاصل از پرسشنامه استرس لیونل استفاده نمود که نتایج نشان داد آزمون WOCQ از روایی همگرایی بالایی برخوردار است. همچنین نتایج روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریمکس نشان داد که خرده مقیاس‌ها از ۱۰ عامل با بار عاملی بیش از ۰/۳ تشکیل شده است (ویکستروم اینه و همکاران، ۲۰۰۶). پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای راهبرد مقابله‌ای کل ۰/۸۶ و برای راهبردهای مسأله مدار و هیجان مدار به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۸ برآورد شده است.

۴. پرسشنامه طرحواره یانگ (کالوت و همکاران، ۲۰۰۵): به منظور اندازه گیری طرح واره‌های ناسازگار اولیه از پرسشنامه یانگ با ۷۵ سوال با مقیاس پاسخگویی ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۶) و هم چنین ۱۵ خرده مقیاس شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی ثباتی، بی اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی کفایتی، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار/خود تحول نیافته، اطاعت، ایثار، بازدارنده هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویشتن داری/خود انضباطی ناکافی استفاده شد. هر پنج سوال این پرسشنامه مربوط به یک طرح واره است. برای به دست آوردن نمره طرح واره‌ها، میانگین نمره در هر ۵ سوال محاسبه می‌گردد. طرح واره با نمره بالاتر به عنوان طرح واره ترجیحی بیمار در نظر گرفته می‌شود.

شیوه اجرا. پس از اخذ مجوزهای لازم، با مراجعه حضوری به مراکز مربوطه و با ارائه توضیح مختصر درباره هدف و روند این پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار زنانی که رضایت خود را برای همکاری ابراز داشتند، قرار داده شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه باقی می‌ماند. لازم به ذکر است دیگر ملاحظات اخلاقی نیز بر اساس تجویز انجمن روانشناسی آمریکا و نظام روانشناسی ایران در این مطالعه رعایت شد. در پایان پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل آماری با کمک ضریب همبستگی پیرسون و روش رگرسیون چندگانه انجام شد.

یافته‌ها

از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نمونه آماری پژوهش حاضر همگن بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
درماندگی روان شناختی	۳۴/۸۲	۶/۱۷	۰/۴۰۹	-۱/۲۹
محرومیت هیجانی	۱۷/۱۴	۵/۴۶	۰/۴۰۵	۱/۱۲
رها شدگی/ بی ثباتی	۱۶/۳۲	۵/۲۶	۰/۳۱۸	-۰/۹۸
انزوای اجتماعی	۱۸/۱۴	۵/۹۷	۰/۴۲۳	-۱/۳۶
بی اعتمادی/ بدرفتاری	۱۵/۲۰	۵/۱۲	۰/۳۱۳	-۱/۹۶
نقص/ شرم	۱۲/۵۴	۴/۱۸	۰/۲۱۰	۰/۱۹۸

شکست	۱۳/۶۷	۴/۲۹	۰/۲۱۷	-۰/۲۳۳
وابستگی / بی‌کفایتی	۱۱/۸۵	۴/۰۶	۰/۱۹۶	۰/۴۱۵
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	۱۲/۶۰	۴/۲۲	۰/۲۰۸	۰/۱۹۹
گرفتار / خود تحول نیافته	۱۱/۴۶	۴/۰۱	۰/۱۹۰	۰/۳۹۲
اطلاعت	۱۰/۷۳	۳/۹۸	۰/۱۸۳	۰/۲۶۵
ایثار	۱۰/۸۰	۳/۹۹	۰/۱۸۵	-۰/۲۷۰
بازداری هیجانی	۱۷/۳۹	۵/۴۸	۰/۳۹۱	-۱/۰۳
معیارهای سرسختانه	۱۱/۳۰	۴	۰/۲۰۵	۰/۴۶۷
استحقاق	۱۱/۴۹	۴/۰۲	۰/۲۱۹	۰/۳۹۸
خوب‌نشدن‌داری / خود انضباطی ناکافی	۱۰/۵۸	۳/۹۴	۰/۲۴۳	۰/۲۵۹
طرح‌واره ناسازگار اولیه	۱۶۸/۳۶	۲۸/۹۵	۰/۹۷۶	-۱/۹۳
مقابله مستقیم	۱۰/۳۲	۳/۹۸	۰/۵۱۱	-۱/۳۳
فاصله گرفتن	۱۰/۱۴	۳/۸۶	-۰/۶۹۰	-۰/۹۱۳
خود کنترلی	۱۴/۵۰	۴/۹۹	۰/۱۸۵	۰/۷۳۴
جست و جوی حمایت اجتماعی	۱۱/۸۵	۴/۰۸	۰/۴۰۶	-۱/۳۴
مسئولیت‌پذیری	۷/۲۵	۲/۸۴	۰/۲۷۰	-۰/۷۵۲
گریز و اجتناب	۵۹/۱۳	۱۳/۶۲	۰/۳۵۴	۰/۶۷۸
حل مسأله برنامه‌ریزی شده	۱۱/۹۳	۴/۱۰	۰/۴۱۷	-۱/۳۹
ارزیابی مجدد مثبت	۱۴/۶۵	۵/۰۲	۰/۱۸۹	۰/۷۳۸
راهبردهای مقابله‌ای	۱۰۸/۱۸	۱۶/۲۳	-۰/۴۶۹	-۱/۹۵

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون چولگی و کشیدگی استفاده شد، با توجه به جدول ۱، برای تمامی متغیرها قدر مطلق چولگی و کشیدگی کمتر از ۲ است؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک مانند ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده کرد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای با درماندگی روان‌شناختی

متغیر	درماندگی روان‌شناختی
محرومیت هیجانی	۰/۴۸**
رها شدگی / بی‌ثباتی	۰/۳۹**
انزوای اجتماعی	۰/۴۳**
بی‌اعتمادی / بد رفتاری	۰/۳۵**
نقص / شرم	۰/۰۹

شکست	۰/۰۶
وابستگی / بی کفایتی	۰/۱۱
آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری	۰/۰۵
گرفتار / خود تحول نیافته	۰/۰۷
اطلاعت	۰/۰۸
اینار	۰/۱۰
بازداری هیجانی	۰/۴۰**
معیارهای سرسختانه	۰/۰۳
استحقاق	۰/۰۶
خوبشندن داری / خود انضباطی ناکافی	۰/۰۹
طرحواره ناسازگار اولیه	۰/۵۳**
مقابله مستقیم	-۰/۳۳**
فاصله گرفتن	۰/۳۱**
خود کنترلی	-۰/۳۲**
جست و جوی حمایت اجتماعی	-۰/۳۴**
مسئولیت پذیری	-۰/۲۹**
گریز و اجتناب	۰/۲۷**
حل مسأله برنامه ریزی شده	-۰/۳۰**
ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۲۶**
راهبردهای مقابله‌ای	-۰/۴۷**

مندرجات جدول ۲ نتایج به دست آمده از ضریب همبستگی پیرسون را نشان می‌دهد همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد بین نمره کل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معناداری ($r=0/53$) وجود دارد، همچنین از بین ۱۵ مؤلفه طرح‌واره ناسازگار اولیه ۵ مؤلفه‌ی محرومیت هیجانی ($r=0/48$)، رها شدگی/بی‌ثباتی ($r=0/39$)، انزوای اجتماعی ($r=0/43$)، بی‌اعتمادی/بدرفتاری ($r=0/35$) و بازداری هیجانی ($r=0/40$) با درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت و معناداری در سطح $0/05$ داشتند. علاوه بر این، یافته‌های جدول فوق بیان‌گر این است که بین نمره کل راهبردهای مقابله‌ای و درماندگی روان‌شناختی همبستگی منفی ($r=-0/47$) معناداری در سطح $0/05$ وجود دارد. همچنین برخی از مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای یعنی مقابله مستقیم ($r=-0/33$)، خود کنترلی ($r=-0/32$)، جست و جوی حمایت اجتماعی ($r=-0/34$)، مسئولیت‌پذیری ($r=-0/29$) و ارزیابی مجدد مثبت ($r=-0/26$) با درماندگی روان‌شناختی همبستگی منفی و معنادار و برخی دیگر از مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای یعنی چون فاصله گرفتن ($r=0/31$) و گریز و اجتناب ($r=0/27$) ضریب همبستگی مثبت و معناداری با درماندگی روان‌شناختی در سطح $0/05$ دارند. بنابراین می‌توان گفت که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای با درماندگی روان‌شناختی رابطه دارند.

جدول ۳. نتایج مدل رگرسیون به روش همزمان برای پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی از طریق خرده مقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

مدل	ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی	انحراف استاندارد خطای برآورد شده	آماره‌های تغییر	درجه آزادی	درجه آزادی	معنی‌داری
۱	۰/۵۳	۰/۲۸	۰/۲۷	۱۲/۶۵۰	مجذور آر تغییر یافته	۱	۱۵	۰/۰۱۰
					F تغییر یافته	۲	۱۹۴	

پس از اطمینان از رعایت مفروضه‌های هم‌خطی بودن بین متغیرها و استقلال خطاها با استفاده از شاخص تحمل (تولرانس) و شاخص تورم واریانس از رگرسیون چندگانه استفاده گردید. همان‌طور که نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد مجذور ضریب همبستگی چندگانه $R^2 = 0/28$ بدست آمد که مقدار مشاهده شده معنی‌دار است. این مسئله بیانگر آن است که متغیرهای پیش‌بین خرده‌مقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، می‌تواند ۲۸ درصد از تغییرات متغیر ملاک درماندگی روان‌شناختی را تبیین کند. به منظور بررسی این مسأله که کدام یک از خرده‌مقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک تنیدگی روان‌شناختی است، از ضرایب رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) گزارش شده است.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون چندگانه استاندارد شده متغیرهای خرده مقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی

متغیرهای پیش‌بین	خطای استاندارد	انحراف ضرایب استاندارد شده (β)	رگرسیون T	سطح معنی‌داری
عدد ثابت	۶/۷۰		۱۷/۰۶	۰/۰۰۱
محرومیت هیجانی	۰/۱۲۳	۰/۳۴۲	۹/۴۱	۰/۰۱**
رها شدگی / بی‌ثباتی	۰/۲۵۴	۰/۳۹۶	۱۰/۸۵	۰/۰۱**
انزوای اجتماعی	۰/۰۶۸	۰/۲۸۵	۷/۵۲	۰/۰۲**
بی‌اعتمادی / بد رفتاری	۰/۰۸۲	۰/۲۸۲	۷/۳۶	۰/۰۲**
نقص / شرم	۰/۹۴۶	۰/۰۲۳	۰/۰۱۹	۰/۹۸۶
شکست	۰/۹۳۷	۰/۰۲۸	۰/۰۱۷	۰/۹۹۲
وابستگی / بی‌کفایتی	۰/۸۵۶	۰/۰۳۹	۰/۰۲۴	۰/۸۴۶
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	۰/۸۴۳	۰/۰۳۴	۰/۰۲۰	۰/۸۶۸
گرفتار / خود تحول نیافته	۰/۷۴۶	۰/۰۴۶	۰/۰۴۶	۰/۶۵۷
اطلاعت	۰/۷۳۵	۰/۰۴۹	۰/۰۵۱	۰/۵۵۶
ایثار	۰/۶۷۹	۰/۰۵۵	۰/۰۵۴	۰/۵۳۲

بازداری هیجانی	۰/۰۷۲	۰/۳۳۲	۸/۴۴	۰/۰۲**
معیارهای سرسختانه	۰/۶۷۲	۰/۰۵۳	۰/۰۵۰	۰/۵۱۱
استحقاق	۰/۷۶۳	۰/۰۴۲	۰/۰۴۰	۰/۶۴۵
خوبشنداری / خود	۰/۶۸۹	۰/۰۲۹	۰/۰۳۷	۰/۶۱۵

انضباطی ناکافی

ضرایب رگرسیون چندگانه استاندارد شده در جدول (۴) نشان می‌دهد که در فرضیه دوم پژوهش پنج خرده‌مقیاس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یعنی محرومیت هیجانی ($Beta = 0/342$)، رهاشدگی / بی‌ثباتی ($Beta = 0/396$)، انزوای اجتماعی ($Beta = 0/285$)، بی‌اعتمادی بد رفتاری ($Beta = 0/282$) و بازداری هیجانی ($Beta = 0/332$) می‌توانند درماندگی روان‌شناختی را به صورت معنی‌داری در سطح حداقل ۰/۰۵ پیش‌بینی نمایند. بنابراین می‌توان گفت که فرضیه دوم پژوهش در ۵ خرده‌مقیاس محرومیت هیجانی، رهاشدگی / بی‌ثباتی، انزوای اجتماعی، بی‌اعتمادی بد رفتاری و بازداری هیجانی تأیید شد.

جدول ۵. نتایج مدل رگرسیون به روش همزمان برای پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی از طریق خرده

مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای

مدل	ضریب همبستگی	مجذور ضریب	مجذور ضریب همبستگی	انحراف استاندارد خطای	آماره‌های تغییر	درجه آزادی	درجه آزادی	معنی‌داری
۱	-۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۲۱	۷/۳۳۲	مجذور آر تغییر یافته	۱	۲	۰/۰۰۸
					F تغییر یافته	۸	۲	۰/۰۰۸
					F	۵/۳۴	۲	۰/۰۰۸

پس از رعایت مفروضه‌های هم‌خطی بودن بین متغیرها و استقلال خطاها با استفاده از شاخص تحمل (تولرانس) و شاخص تورم واریانس اطمینان حاصل شد، سپس از رگرسیون چندگانه استفاده شد. همان‌طور که نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد مجذور ضریب همبستگی چندگانه $R^2 = 0/22$ بدست آمد که مقدار مشاهده شده معنی‌دار است. این مسئله بیانگر آن است که متغیرهای پیش‌بین خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای، می‌تواند ۲۲ درصد از تغییرات متغیر ملاک درماندگی روان‌شناختی را تبیین کند. به‌منظور بررسی این مسأله که کدام یک از خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک درماندگی روان‌شناختی است.

جدول ۶. ضرایب رگرسیون چندگانه استاندارد شده متغیرهای خرده مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای در پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی

متغیرهای پیش‌بین	خطای استاندارد	انحراف ضرایب استاندارد شده (β)	رگرسیون T	سطح معنی‌داری
عدد ثابت	۱۱/۵۰		۲۳/۰۸	۰/۰۰۱
مقابله مستقیم	۰/۱۲۰	-۰/۳۱۲	-۵/۴۰	۰/۰۳**
فاصله گرفتن	۰/۲۵۱	۰/۴۱۲	۸/۵۰	۰/۰۱**
خودکنترلی	۰/۰۶۳	-۰/۲۹۴	۳/۵۲	۰/۰۴**
جست و جوی حمایت اجتماعی	۰/۰۷۲	-۰/۳۸۶	-۷/۴۵	۰/۰۱**
مسئولیت‌پذیری	۰/۱۱۶	-۰/۴۴۳	-۱۰/۲۳	۰/۰۰۱**
گریز و اجتناب	۰/۲۵۹	۰/۳۵۴	۵/۹۶	۰/۰۲**
حل مسأله برنامه‌ریزی شده	۰/۰۶۷	-۰/۴۵۹	-۱۲/۸۴	۰/۰۰۱**
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۰۷۵	-۰/۴۳۷	-۱۱/۲۶	۰/۰۰۱**

نتایج ضرایب رگرسیون چندگانه در جدول (۶) گزارش شده است. همان‌طور که ضرایب رگرسیون استاندارد شده در جدول (۶) نشان می‌دهند که هر هشت خرده مقیاس راهبردهای مقابله‌ای، یعنی مقابله مستقیم ($Beta = -0/312$)، فاصله گرفتن ($Beta = 0/412$)، خودکنترلی ($Beta = -0/294$)، جست و جوی حمایت اجتماعی ($Beta = -0/386$)، مسئولیت‌پذیری ($Beta = -0/443$)، گریز و اجتناب ($Beta = 0/354$)، حل مسأله برنامه‌ریزی شده ($Beta = -0/459$) و ارزیابی مجدد مثبت ($Beta = -0/437$) می‌توانند درماندگی روان‌شناختی را در سطح حداقل ۰/۰۵ پیش‌بینی نمایند. بنابراین می‌توان گفت که فرضیه چهارم پژوهش در تمام خرده مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق با هدف پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی بر اساس طرحواره ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی صورت گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که می‌توان درماندگی روان‌شناختی را بر اساس طرحواره ناسازگار اولیه در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی پیش‌بینی نمود. همچنین بین نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. نتایج این تحقیق با یافته‌های اپشتاین، لیسون، هولشتاین و هیوه (۲۰۱۸)، بیچ، ساندین و اولری (۲۰۱۵)، دی آندریا (۲۰۱۲)، استیلز (۲۰۱۰)، ذوالفقاری، فاتحی زاده و عابدی (۱۳۸۷)، گاطع زاده (۱۳۹۲) و آزاد بخت و وکیلی (۱۳۹۲) همسو است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که همان‌گونه که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند چارچوبی برای پردازش اطلاعات عمل کنند و واکنش‌های عاطفی و هیجانی افراد به موقعیت‌های زندگی و الگوی روابط بین‌فردی آنها را تحت تأثیر

قرار دهد، درمان‌دگی روان‌شناختی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی یکی از مهمترین مولفه‌هایی است که می‌تواند تحت تأثیر چارچوب طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه قرار گیرد. همان‌طور که یافته‌های یانگ (۱۹۹۰) نشان می‌دهد، طرح‌واره‌ها از طریق تأثیرگذاری بر اختلالات شخصیت و اختلالات خلقی می‌تواند به طور غیر مستقیم بر سلامت روان نیز تأثیر داشته باشد. در راستای تأیید فرضیه پژوهش حاضر مبنی بر اینکه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند درمان‌دگی روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند، اندوز و حمیدپور (۱۳۸۵) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که هرچه طرح‌واره‌ها ناسازگارتر باشند، درمان‌دگی روان‌شناختی افزایش می‌یابد و رابطه معناداری را بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و درمان‌دگی روان‌شناختی بدست آوردند. نتایج پژوهش لطفی (۱۳۸۵) نیز نشان داد که داشتن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، پیش‌بینی‌کننده ناسازگاری‌های بین فردی است. طرح‌واره‌ها عناصر نظام‌مندی از واکنش‌ها و تجارب گذشته می‌باشند که می‌توانند ادراک‌ها و ارزیابی‌های بعدی را هدایت نمایند (کریستون و همکاران، ۲۰۱۲). این عناصر شناختی در گزینش، رمزگردانی و ارزیابی محرک‌ها تأثیرگذار می‌باشند. بر پایه مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها، فرد قادر می‌گردد که موقعیت خویش را در رابطه با زمان و فضا تعیین نموده و تجارب را به گونه‌ای معنی‌دار، طبقه‌بندی و تفسیر نماید. بنابراین طرح‌واره‌ها ضمن تسهیل کارکرد شناختی می‌توانند موجب تداوم و درمان‌دگی روان‌شناختی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شوند که یکی از عوامل روان‌شناختی پیچیده و موثر در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی به شمار می‌روند (تیم، ۲۰۱۰). قرارگیری در موقعیت‌های دشوار از جمله خیانت باعث فعال‌سازی طرح‌واره‌های ناسازگار می‌شود (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۹). یانگ در نظریه خود بر این باور است که طرح‌واره‌های ناسازگار در افراد به تجربه رویدادهای منفی در زندگی منجر می‌شود و حضور چنین رویدادهایی در زندگی شخص، باعث احساس فشار روانی بیش از حد، نارضایتی از زندگی و تاثیرپذیری بیش‌تر از حوادث منفی زندگی و در نهایت درمان‌دگی روان‌شناختی می‌گردد (مک کولوق و همکاران، ۲۰۱۸). از دید وی طرح‌واره‌های ناسازگار، باورهای عمیق و مستحکم فرد در مورد خود و جهان پیرامون و حاصل آموزه‌های سال‌های نخستین زندگی هستند که به عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوه ادراک پدیده‌های فرد موثر بوده و می‌توانند آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی پدید آورند و بر شکل‌گیری ابعاد و جنبه‌های تیپ‌های شخصیتی نیز موثر باشند. به نظر جاکوین طرح‌واره‌ها در رویارویی با محرک‌های جدید بر پایه ساختار پیشین خود، اطلاعات به دست آمده را رمزگردانی و ارزیابی می‌کنند (استلماک و همکاران، ۲۰۱۷).

همچنین نتایج تحقیق نشان داد که می‌توان درمان‌دگی روان‌شناختی را براساس راهبردهای مقابله‌ای در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی پیش‌بینی نمود. همچنین بین نمره کل راهبردهای مقابله‌ای و درمان‌دگی روان‌شناختی همبستگی منفی معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود دارد نتایج این تحقیق با یافته‌های آلدوین (۲۰۱۵)، آلدوین و رونسون (۲۰۱۴)، سیگمون و همکاران (۲۰۱۳) و فلتن و رونسون، (۲۰۱۰) همسو است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که انکار و انفعال از ویژگی افرادی است که از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد استفاده می‌کنند (مومنی و شهبازی راد، ۱۳۹۱). یعنی انکار موقعیت استرس‌زا موجب کناره‌گیری و اجتناب از آن موقعیت و ویژگی انفعالی موجب عدم تلاش برای حل مشکل شده و مشکل همچنان باقی می‌ماند و عدم رضایت را به دنبال خواهد داشت و میزان درمان‌دگی روان‌شناختی با افزایش استفاده از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار افزایش و با استفاده از راهبرد مسأله‌مدار

کاهش می‌یابد. زمانی که افراد با خیانت از سوی همسر رو به رو می‌شوند، درک آنها از زندگی دچار تغییر شده و حالات منفی روانشناختی را تجربه می‌کنند (افشارپور و اقدسی، ۲۰۲۰). به این ترتیب آنها، نارسایی‌های هیجانی و مشکلات عاطفی عمیقی را احساس می‌کنند که باعث فشارهای عصبی بر آنها شده و زمینه بروز اختلالات روانشناختی را هموار می‌کنند (مردانیان دهکردی، ۲۰۱۸). به طور کلی، خیانت، موجب بروز مشکلات هیجانی، عاطفی و درماندگی روانشناختی عمیقی در زنان آسیب دیده می‌شود (ایراندوست و همکاران، ۲۰۱۹). سبک‌های مقابله‌ای تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری فرد است و هنگام روبه‌رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می‌شوند، به عبارتی؛ آنچه با عنوان مهارت‌های مقابله‌ای مطرح می‌شود، روش‌های برخورد با مسائل است (محمدزاده و خسروی، ۱۳۹۱). برخی افراد به سبک مسئله مدار و برخی دیگر به سبک‌های هیجان مدار به صورت هیجانی واکنش نشان می‌دهند. در صورت استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مؤثر، هیجانات تعدیل شده و درماندگی روانشناختی را بهبود می‌بخشد. عدم استفاده موفقیت آمیز از سبک‌های مقابله با استرس، منجر به درماندگی روانشناختی و فرسودگی عاطفی و عدم سلامت می‌شود. افراد به هنگام خیانت، دوری از خانه، خانواده، دوستان و محیط آشنا، با تهدیدها و مشکلات و به طور کلی با موقعیت‌ها و مسائلی مواجه می‌شوند که باعث به وجود آمدن استرس و درماندگی روانشناختی می‌شوند و برای همین باید از سبک‌های مقابله‌ای استفاده کنند که می‌تواند مؤثر یا غیر مؤثر باشد. در صورت استفاده غیر مؤثر، فرد دچار استرس و انزوا و دیگر مشکلات خواهد (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۵). دو راهبرد مقابله‌ای عمومی وجود دارد که فرد هنگام مواجه با مشکلات از آن‌ها استفاده می‌کند که عبارتند از: سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار و سبک مقابله‌ای هیجان مدار. مقابله مسئله مدار عبارت است از اقدامات هدفدار متمرکز بر مسئله مانند مدیریت استرس، مهارت‌های اجتماعی، سازمان‌بندی مجدد ذهنی از مسائل و کوشش برای تغییر موقعیت با تأکید بر مسئله، برنامه‌ریزی و حل مسئله. مقابله مسئله‌محور در گرو استفاده از اجزای شناختی به نحو مناسب می‌باشد. در مقابله هیجان مدار هدف اصلی تمرکز بر هیجان و کنترل ناراحتی هیجانی است که بیشتر با تمرین جسمانی، مراقبت، بیان احساسات و جستجوی حمایت اجتماعی همراه است. معمولاً وقتی افراد احساس می‌کنند می‌توانند درباره مشکل، کاری انجام دهند، از مقابله مسئله مدار استفاده می‌کنند و اگر موقعیت را فراتر از توانایی‌های خودارزیابی کنند به مقابله هیجان مدار دست می‌زنند، ولی غالباً از ترکیبی از دو روش استفاده می‌کنند (بهرام زاده، ۱۳۹۶). به طور کلی نتایج غالب پژوهش‌ها، مقابله هیجانی را به عنوان موثرترین پیش بین درماندگی روانشناختی معرفی کرده اند (پکنهام، ۲۰۰۱). زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند. مقابله اجتنابی به عنوان راهبردی کوتاه مدت کارآمد شناخته شده است، اما در درازمدت مانع سازش روان شناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می‌دهد (بریان و هاروی، ۱۹۹۵). در نقطه مقابل، بعضی از پژوهش‌ها نشان داده اند که سبک‌های مقابله هیجان مدار باعث ارتقاء سطح سلامت روانی می‌شود (روش و وینر، ۲۰۰۱). به منظور حل تعارض‌های موجود در یافته‌های مربوط به درماندگی روانشناختی، پژوهشگران تاثیر متغیرهای موقعیتی و تفاوت‌های فردی را مورد بررسی قرار داده‌اند. بعضی یافته‌ها نشان داده‌اند که مقابله‌های مسئله‌مدار در موقعیت‌های قابل کنترل باعث کاهش نشانه‌های

درماندگی می‌شوند، در حالی که مقابله‌های هیجان‌مدار در موقعیت‌های غیرقابل کنترل باعث کاهش نشانه‌های درماندگی می‌شوند (ویتالیانو و همکاران، ۱۹۹۰). ویتالیانو و همکاران (۱۹۹۰) نشان دادند که مقابله‌های مسئله‌مدار تنها در موقعیت‌های قابل کنترل و در افراد سالم باعث کاهش افسردگی می‌شوند (نقل از آلدوین، ۱۹۹۴). طبق مدل فولمکن و لازاروس (۱۹۸۴) در فرایند مقابله، مهارت‌های شناختی برای حل مشکل مورد استفاده قرار می‌گیرند. فرد با به کار بستن سبک مقابله کارآمد مسئله‌مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مسئله استفاده می‌کند. بر این اساس راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه حل‌های مناسب برای مشکل، رضایت روان‌شناختی حاصل می‌شود. پایین بودن سطح تنش هیجانی باعث می‌شود که فرد در سایه آرامش روانی، بهتر بتواند از مهارت‌های شناختی و پویایی برای مقابله با مشکل استفاده کند و در نتیجه درماندگی روانشناختی کمتری را تجربه کند. از طرف دیگر انکار و انفعال دو ویژگی کسانی است که از سبک مقابله ناکارآمد هیجان‌مدار منفی استفاده می‌کنند (پرلین و اسکولر، ۱۹۸۷). انکار موقعیت استرس‌زا، به رفتار اجتنابی و انفعال در مقابله با موقعیت استرس‌زا به ناتوانی در به کارگیری توانمندی‌های بالقوه و ابتکار عمل فرد منجر می‌شود. با این سبک مقابله، مشکل پیش‌آمده لاینحل می‌ماند و در نتیجه درماندگی روانشناختی افزایش می‌یابد. از طرفی وقتی فرد از سبک‌های مقابله کارآمد استفاده می‌کند، به طور مستقیم با مشکل درگیر می‌شود و تمام توان خود را برای حل مشکل به کار می‌برد. این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد (فلتن و رونسون، ۱۹۸۴). در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست آمده منبع استرس بهتر شناسایی می‌گردد و ممکن است قابل کنترل نیز ارزیابی شود. شناخت منبع استرس از یک سو و قابل کنترل ارزیابی کردن آن از سوی دیگر، به کاهش درماندگی روانشناختی کمک می‌کند. شناخت منبع استرس همچنین از طرقی افزایش اعتماد به نفس، اضطراب و آشفتگی را کاهش می‌دهد و باعث بهبود وضعیت سلامت روانی می‌شود. استفاده از سبک مقابله ناکارآمد، برعکس فرد را از درگیری مستقیم و موثر با مشکل باز می‌دارد و توانمندی وی برای حل مشکل را کاهش می‌دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی می‌شود و درماندگی روانشناختی فرد را افزایش می‌دهد. آشفتگی فکری و هیجانی امکان شناخت صحیح منبع استرس را نیز تحلیل می‌برد و سلامت روانی را به صورت منفی تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین می‌توان تصور کرد که نوعی رابطه دوجانبه بین سبک‌های مقابله و سلامت روانی وجود دارد. برحسب اینکه سبک مقابله کارآمد باشد یا ناکارآمد، مواجهه با مشکلات و مسائل فعال یا نفعال خواهد بود و پیامد آن، سطوح متفاوت درماندگی روانشناختی شکل می‌گیرد (سولز و فلچر، ۱۹۸۵). همانطور که نتایج پژوهش‌های بالینی (ماناگن، ۱۹۸۲؛ میچل و همکاران، ۱۹۸۳) نشان داده‌اند، آموزش سبک‌های مقابله کارآمد می‌تواند افسردگی را کاهش دهد و بهبود وضعیت سلامت روانی را در پی داشته باشد.

یکی از محدودیت‌های عمده این مطالعه مقطعی بودن آن است. محدودیت تبیین علی مطالعات همبستگی نیز از جمله محدودیت‌های این تحقیق است. لذا از آنجایی که پژوهش، ماهیت همبستگی دارد، باید در استنباط علی احتیاط کرد. در استفاده از نتایج باید دقت داشت که یافته‌های این تحقیق، محدود به زنان آسیب دیده از خیانت مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران بوده است، بنابراین در تعمیم نتایج به دیگر زنان و در سایر شهرها باید محتاطانه عمل کرد. استفاده از مطالعات طولی

و سایر روش‌های تحقیق (ترکیبی شامل کیفی و کمی) می‌تواند برای بررسی این مطالعه سودمندتر باشد. به این صورت که پیشنهاد می‌گردد با استفاده از یک مطالعه کیفی به بررسی عوامل مؤثر بر خیانت زناشویی پرداخته شود. استفاده از چندین روش اندازه‌گیری همزمان مانند مشاهده و مصاحبه برای متغیرهای تأثیرگذار بر نگرش به خیانت زناشویی بهتر می‌تواند نقش این متغیرها را نشان دهد. نظر به اینکه سازهایی چون خیانت زناشویی بخشی از فرایندهای پیچیده‌ای است که به طور کامل در پژوهش جاری طراحی نشده است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به دیگر عوامل پیشاینده از جمله به ویژگی‌های شخصیتی، ویژگی‌های هیجانی و کارکردهای زناشویی دیگر مانند خودتنظیمی زناشویی، دزدگی زناشویی و احساس مثبت به همسر و صمیمیت زناشویی نیز پرداخته شود. همچنین در تحقیقات آتی می‌تواند نقش تعدیل‌کننده متغیرهایی چون جنسیت، شخصیت، طبقه اجتماعی و تحصیلات را نیز وارد مدل کنند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر به مشاوران، روانشناسان و روان‌درمانگران خانواده پیشنهاد می‌شود با آموزش مناسب به زنان آسیب‌دیده در زمینه راهبردهای مقابله‌ای و مداخلات مبتنی بر طرحواره درمانی می‌توان در کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت زناشویی کمک نمود. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان پیشنهادهای زیر را به منزله پیامدهای پژوهش در دستور کار اقدامات آموزشی، بهداشتی و بالینی مخصوصاً در چارچوب روابط زوجین قرار داد: راهبردهای مقابله، مجموعه مهارتی هستند که تحت تاثیر آموزش و تجربه آموخته می‌شوند و نسبه قابل تغییرند. تدوین برنامه‌های آموزشی، سبک مقابله معمول و مسلط، نیازها و مشکلات مقابله‌ای آزمودنی و تعیین سبک‌های مطلوب و حدود تغییرات مورد نظر در سبک‌ها به عنوان اهداف این برنامه‌ها از اقدامات اساسی محسوب می‌شوند. مداخله‌های حساب شده نقشی تعیین‌کننده در پدیدآیی، استقرار و استمرار سبک‌های مقابله کارآمد بر عهده دارند. ترسیم و تحلیل موقعیت‌های استرس‌زا و مکانیسم‌های تاثیرگذاری سبک‌های مقابله، تجویز برنامه‌های زمانی برای اجرای آزمایشی سبک‌های مقابله کارآمد در موقعیت‌های مختلف زندگی، آموزش مهارت‌های موثر حل مسئله، تمرین‌های تقویت اعتمادسازی و راهکارهای مدرن پارادوکسی از جمله اقدامات بالینی به منظور تغییر، تعدیل و بازسازی سبک‌های مقابله کارآمد هستند. همچنین با توجه به اینکه طرحواره‌ها در شکل‌گیری انتظارات و باورهای افراد نقش مهمی ایفا می‌کند و این موضوع می‌تواند بر درماندگی افراد تأثیر داشته باشد، به مشاوران، مددکاران، روانپزشکان و سایر مسئولان بهداشت خانواده پیشنهاد می‌گردد اقدام به برگزاری کارگاه‌ها و سمینارهایی جهت ارتقا دانش زنان نمایند. همچنین می‌توان مداخلات درمانی مبتنی بر طرحواره را در مراکز مشاوره خانواده به کار برد و جهت پیشگیری از درماندگی روانشناختی نیز می‌توان از نتایج این تحقیق و تحقیقات مشابه در مشاوره پیش از ازدواج نیز استفاده مناسب به عمل آید.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

سیاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشتند.

تعارض منافع

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

منابع

آرین فر، نیره، و اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه نگر و هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین آسیب‌دیده از خیانت همسر. فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره. ۱۵(۵۹)، ۷-۳۷.

حجتی، حمید. (۱۳۹۷). روان‌شناسی فردی و اجتماعی، تهران: انتشارات جامعه‌نگر.
کریمی، جواد، سودانی، منصور، مهرابی زاده هنرمند، مهناز، و نیسی، عبدالکاسم. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه نگر و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر علائم افسردگی و استرس پس از سانحه ناشی از روابط فزاینده زناشویی در زوجین. فصلنامه روان‌شناسی بالینی، ۵(۳)، ۳۵-۴۶.

References

- Ahola, K. (2017), Occupational burnout and health. Helsinki, Finland: Finnish Institute Occupational Health.
- Alavi, S., Amanelahi, A., Attari, Y., & Koraei, A. (2019). The effectiveness of emotionally focused couple therapy on emotional and sexual intimacy of incompatible couples. *Family Counseling and Psychotherapy*, 8(2), 25-46.
- Alibeli, M. A., Na, Amneh, M. M., & Nair, S. (2019). Marital happiness in time of change: The case of United Arab Emirates (UAE). *Perspectives on Global Development and Technology*, 18(3), 229-248.
- Arch, J. J. & Craske, M. G. (2019). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice* (2018); 15(4): 263-279.
- Arianfar, N., & Etemadi, O. (2016). Comparison of the Efficacy of Integrative Couple Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on marital intimacy injured by wife infidelity in Couples. *Journal of counseling research*, 15 (59), 7-37. (In Persian)
- Austin, E. J. (2014). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence, *Personality and Individual differences*, 38: 547-558.
- Celik, M. (2019). Resilience as the Predictor of Divorcees' Life Satisfaction. *Social science*. 100(6): 2078-2093.
- Chang, Y. (2017). The relationship between maladaptive perfectionism with burnout: Testing mediating effect of emotion-focused coping, *Journal of Personality and Individual Differences*, Volume 53, Issue 5, October 2012, Pages 635-639.

- Clark DB, Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males. *Drug and Alcohol Dependence* 2008; 49(2), 115-121.
- Cowan, Robert, (2009). "The Dictionary of Urbanism", Streetwise press.
- Ellis, A. (2017). *Hamanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Mc Graw-hill.
- Elmslie, B. T., & Tebaldi, E. (2014). The determinants of marital happiness. *Applied Economics*, 46(28), 3452-3462. 35- Foa, E.B., et al., Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, 1993; 6(4): 459-473.
- Gehl, John, (2007). "Life Between Buildings", Van Nostrand Reinhold press.
- Greenberg, Leslie. (2018). *Emotion-Focused Therapy: A Synopsis*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*.36(2), 87-93.
- Halchuk, R. E., Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2010). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: A Three-Year follow-up. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 9(1), 31-47.
- Hamarat, S. O. (2018). *The relationship between juate chaistian religion and mental health a mong middle aged and older Adults*.
- Hojjati, H. (2018). *Individual and social psychology*, Tehran: Jamee Negar Publications. (In Persian)
- Johanson, B., & Cheristensen, L. (2010). *Educational research. Qualitative, quantitative, and mixed approaches*. SAGE Publications..
- Johnson, S. M. (2008). Attachment and emotionally focused therapy: Perfect partners. In J. Obegi & E. Berant (Eds.), *Clinical applications of adult attachment*. New York: Guilford Press..
- Johnson, S. M., & Brubacher, L. L. (2016). Deepening attachment emotion in emotionally focused couple therapy (EFT). In: G. Weeks, S. Fife, & C. Peterson (Eds.), *Techniques for the Couple Therapist: Essential Interventions* (pp. 155-160). New York: Routledge..
- Johnson, S.M. (2002). *Emotionally focused couples therapy for trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. New York: Guilford Press.
- Karimi, J., Sudani, M., Mehrabizadeh Honarmand, M., & Nisi, A. (2013). Comparing the effectiveness of integrative couple therapy and emotion-oriented couple therapy on depression symptoms and post-traumatic stress caused by extramarital relationships in couples. *Clinical Psychology Quarterly*, 5(3), 35-46. (In Persian)
- Kearns, J. N., & Leonard, K. E., (2004). Social networks, structural interdependence, and marital quality overthe transition to marriage: A prospective analysis. *Journal ofFamily Psychology*, (18), 383-395.
- Kurian, G. (2017). *Emotionally-Focused Therapy in Adolescents Grief Work: What Helps Healthy Grieving? An Psychother Integ Health*.
- Landry, C. (2010). "Urban Vitality: A New Source of Urban Competitiveness", *Prince ClausFund Journal, ARCHIS issue 'Urban Vitality / Urban Heroes'*
- Lawrence, E. M., Rogers, R. G., Zajacova, A., & Wadsworth, T. (2019). Marital happiness, marital status, health, and longevity. *Journal of Happiness Studies*. 2019; 20 (5):1539- 1561. DOI: 10.1007/s10902-018-0009-9 <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0009-9>
- Lewis, M. (2017). The role of the self in shame. *Social Research*, 70, 1181–1204.
- Makinen, J. A., Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: steps toward forgiveness and reconciliation. *J Consult Clin Psychol*, 74(6): 1055-64.

- Mudrack, P. E. (2014). Job involvement, obsessive-compulsive personality traits , and workaholic behavioral tendencies. *Journal of Organizational Change Management* , 17 , 490-508.
- Niles, A (2014). Attentional bias and emotional reactivity as predictors and moderators of behavioral treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 669-679.
- Nordin, S., Carlbring, P., Anderson, G. (2010). Expanding the limits of Bibliotherapy for panic Disorder: Randomized Trial of Self-Help without support but with a clear Deadline. *Behavior Therapy*, 41: 267-76.
- Otsuka Y, Kaneita Y, Itani O, Jike M, Osaki Y, Higuchi S, et al. (2020). The relationship between subjective happiness and sleep problems in Japanese adolescents. *Sleep Med.* 69:120-126. DOI: 10.1016/j.sleep. 2020. 01.008 PMID: 32062038 <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.01.008> PMid:32062038
- Paumier, C. (2007). “Creating a Vibrant City Center”, (ULI)Urban Land Institute, Washington, D.C.
- Peluso, P.R., (2007). *Infidelity: A practitioner’s guide to working with couples in crisis.* New York: Routledge.
- Poulou, M. S. (2016). The role of Trait Emotional Intelligence and social and emotional skills in students’ emotional and behavioural strengths and difficulties: A study of Greek adolescents’ perceptions. *The international journal of of Emotional education*, 2(2), 30-47.
- Seligman M. (2002) *Authentic happiness.* New York; Free.
- Shivarani, M., Azadfallah, P., Moradi, A., & Eskandari, H. (2017). Narrative Exposure Therapy for Reducing Post-Traumatic Stress Disorder in Iranian Betrayed Wives. *Clinical Psychology Studies*, 7(25), 85-106..
- Shrout, M., & Weigel, D. j. (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..
- Soodani, M., Dehghani, M., & Dehghanizadeh, Z. (2013). The Effectiveness of Transactional Analysis Training on Couple’s Burnout and Quality of Couple’s Life. *Family Counseling and Psychotherapy*, 3(2), 159-181..
- Stavrianopoulos, K. (2015). Enhancing relationship satisfaction among college student couples: An emotionally focused therapy (EFT) approach. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 14(1), 1-16..
- Zuccarini, D., Johnson, S. M., Dalglish, T. L. & Makinen, J. A. (2013). Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: The client change process and therapist interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(2), 148-162.

Predicting psychological helplessness based on initial maladaptive schemas and coping strategies in women affected by marital infidelity

Parisa. Khatibi¹ & *Parisa. Meghrazi*^{2*}

Abstract

Aim: The aim of this study was to predict psychological helplessness based on initial maladaptive schemas and coping strategies in women affected by marital infidelity. **Method:** The present study is descriptive-correlational in terms of method. The statistical population included all women involved in the issue of marital infidelity (spouse) who referred to counseling centers in District 5 of Tehran in 2021. 210 people were selected by convenience sampling method. Data collection tools included the Yeniseri and Kokdemir (2006) Marital Infidelity Questionnaire, the Lovibond & Lovibond (1995) Psychological Assistance Questionnaire, Lazarus Folkman (2001), and Young's Early maladaptive Schema Questionnaire (2000). Statistical analysis was performed using Pearson correlation coefficient and multiple regression method. **Results:** The results of the study showed that based on the initial maladaptive schema and coping strategies, psychological helplessness in women affected by marital infidelity can be predicted. **Conclusion:** The study of these predictor variables in premarital and family counseling is necessary to identify people at risk.

Keywords: *Psychological helplessness, early maladaptive schema, coping strategies.*

1. M.A of General Psychology, Department of Psychology, Garmsar Institute of Literature, Garmsar, Iran

2. ***Corresponding author:** M.A of General Psychology, Department of Psychology, Garmsar Institute of Literature, Garmsar, Iran

Email: parisameghrazi@gmail.com