

مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری حضوری و مجازی بر اختلال استرس پس از سانحه در روابط فرازناشویی

نادیا قره‌گوزلو^۱، مستانه مرادحاصلی^۲، اکبر عطادخت^۳

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۳ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۵/۲۷

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری حضوری و مجازی بر اختلال استرس پس از سانحه در روابط فرازناشویی صورت گرفت. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با اجرای پیش آزمون و پس آزمون بود که از بین کلیه زوج‌های درگیر با مسأله خیانت زناشویی (زن خیانت دیده) مراجعه کننده به یکی از مراکز مشاوره و روان درمانی شهر قزوین، ۳۶ زوج که ملاک‌های ورود به جلسات درمانی را داشتند به صورت در دسترس انتخاب شدند و به شیوه‌ی جایگزینی تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری، که دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بودند جایگزین شدند. آزمودنی‌های گروه زوج درمانی شناختی-رفتاری حضوری و مجازی هرکدام، ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته زوج درمانی شناختی رفتاری دریافت نمودند و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت ننمود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی سی پی اشل بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری، تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین زوج‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته، علائم استرس پس از سانحه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد که با وجود

۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
nadia.gharagozlo@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
mastane.moradhaseli@gmail.com

۳. دکتری روان شناسی، دانشیار روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
ak_atadokht@yahoo.com

اثر معنادار هر دو روش، روش حضوری، موفق تر عمل کرده است. نتیجه گیری: از نتایج پژوهش می توان در راستای مداخله درمانی شناختی-رفتاری به هر دو صورت حضوری و مجازی برای زوج های درگیر با اختلال استرس پس از سانحه ناشی از روابط فرازنشویی استفاده نمود.

واژه های کلیدی: زوج درمانی شناختی-رفتاری، حضوری و مجازی، روابط فرازنشویی، اختلال استرس پس از سانحه، استرس پس از ضربه.

مقدمه

خانواده در زمره مهمترین سیستم های اجتماعی است که بر اساس ازدواج بین دو جنس مخالف شکل می گیرد. خانواده به عنوان واحدی اجتماعی، کانون رشد و تکامل، التیام و شفا دهندگی، تغییر و تحول، آسیب ها و عوارض است که هم می تواند بستر شکوفایی و هم بستر فروپاشی روابط میان اعضایش باشد (مؤمنی جاوید و شعاع کاظمی، ۱۳۹۰). خانواده اولین پایه گذار شخصیت هر فرد است که نقش مهمی در تعیین سرنوشت و زندگی آینده فرزندان را بر عهده دارد (قره گوزلو و همکاران، ۱۳۹۴). بنابراین زندگی خانوادگی می تواند با خطراتی همراه باشد که استمرار حیات خانواده و سلامت آن را مختل کند (لادو^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). که یکی از این خطرات، خیانت^۲ یا روابط فرازنشویی^۳، از سوی هریک از همسران است. روابط فرازنشویی از دید درمانگران بیشتر بر دو مفهوم بی وفایی^۴ یا خیانت تاکید دارد. بی وفایی، کلیه رفتارها و عملکردهای یک فرد متأهل با جنس مخالف خارج از چهارچوب خانواده است، به نحوی که منجر به ارتباطی دوستانه، صمیمانه، عاطفی و عاشقانه شود و این ارتباط، هیجان های خاصی را برای همسر اقدام کننده داشته باشد و خیانت هم، شامل برقرار کردن ارتباط جنسی یک فرد متأهل با جنس مخالف خارج از چهارچوب خانواده (غیر از همسر)، می باشد (سهرابی و رسولی، ۱۳۸۷). خیانت یا روابط فرازنشویی مهمترین عامل تهدیدکننده

1. Loudov, E.I

2. infidelity

3. extramarital

4. treachery

عملکرد، ثبات و تداوم روابط زناشویی است (مارک، جانسون و میهاوسن^۱، ۲۰۱۱) و عمده‌ترین دلیلی است که زوجها را برای مسأله طلاق به پای کلینیک‌های مشاوره خانواده می‌کشاند (آپن هیمر^۲، ۲۰۰۷).

شیوع خیانت زناشویی از پژوهشی به پژوهش دیگر و در کشورهای مختلف متفاوت است که شاید پنهان کاری، رازداری، ترس از بی‌آبرویی و محافظه کاری افراد در حسن پاسخ به سؤالات از عوامل این اختلاف باشد (زکی بی و همکاران، ۱۳۹۴). علاوه بر این، نحوه تعریف روابط فرازناشویی نیز در برآورد شیوع آن مؤثر است (چویک^۳، ۲۰۱۳). به طور کلی می‌توان گفت، آمارهای موجود در زمینه خیانت یا روابط فرازناشویی بسیار متفاوتند و تحقیقاتی در آمریکا نشان داده است که در طول زندگی ۲۱ درصد مردان و ۱۱ درصد از زنان مرتکب خیانت می‌شوند (باکوم، استایدر و گاردن^۴، ۲۰۱۱). در ایران نیز براساس تحقیقات انجام یافته، وجود چنین روابطی تأیید می‌شود ولی از ابعاد آن اطلاعات دقیقی در دست نیست (نوابی و آریا، ۱۳۹۴).

روابط پنهانی خارج از حیطه زناشویی، موجب ضربه شدید احساسی به طرفین می‌شود. این نوع روابط باعث بروز احساس تردید، افسردگی^۵ و احساس گناه در فرد آسیب‌زنده (باکوم، استایدر و گاردن، ۲۰۰۹) و همچنین نشانه‌هایی شبیه اختلال استرس پس از سانحه^۶ در همسری که به او خیانت شده است می‌شود (آمارزا^۷ و همکاران، ۲۰۱۲).

استرس پس از سانحه در پی یک اتفاق تهدیدکننده حیات یا یک تجربه دردناک در افراد ظاهر می‌شود (پرکینس-پوراس و همکاران^۸ و همکاران، ۲۰۱۵) و افراد با ترس به آن

-
1. Mark, KP., Janssen, E., & Milhausen, RR
 2. oppenheimer
 3. Chuick, CD
 4. Baucom, D.H., D.K. Snyder, & K.C. Gordon
 5. depression
 6. Traumatic Stress Disorder Patients
 7. Amarza
 8. Perkins, L. Perkins-porras, I.etal

واکنش نشان می دهند (براون، وب و منگوبی^۱، ۲۰۱۵). علائم این اختلال شامل باز تجربه کردن ناخواسته و تکراری رویداد، اجتناب از یادآورنده های رویداد آسیب زا، دگرگونی قابل ملاحظه در بیش برانگیختگی^۲ و واکنش پذیری افراطی و تغییرات منفی در شناخت واره ها^۳ و خلق مربوط به رویداد آسیب زا می باشد. دی اس ام، انجمن روانپزشکی آمریکا^۴ (۲۰۱۳).

در خصوص اثربخشی زوج درمانی^۵ بر اختلال استرس پس از سانحه ناشی از روابط فرازناشویی تحقیقات اندکی صورت گرفته است. در ایران، کریمی و همکاران (۱۳۹۳)، در تحقیقی به مقایسه اثربخشی زوج درمانی یکپارچه نگر^۶ و زوج درمانی هیجان مدار^۷ بر علائم افسردگی و استرس پس از سانحه ناشی از روابط فرازناشویی در زوج ها پرداخته اند. از آنجا که کشف و روشن شدن روابط فرازناشویی معمولاً منجر به آشفتگی های هیجانی^۸ و تعاملات منفی بین زوج ها می شود، راهبردهای با ساختار و مستقیم زوج درمانی شناختی-رفتاری^۹ می تواند به زوج ها کمک کند تا آشفتگی های هیجانی کمتری را تجربه کنند و از شدت تعاملات منفی شان کاسته شود و علاوه بر این زوج ها برای فهم مجموع عواملی که رابطه را نسبت به رابطه فرازناشویی آسیب پذیر می کند نیاز دارند که بتوانند با یکدیگر به نحو سازنده ای تعامل داشته باشند و چالش های روابط زناشویی خود را مدیریت کنند، که زوج درمانی شناختی-رفتاری کاملاً برای تحقق این اهداف مناسب است (گاردن، ۲۰۰۸) و پژوهش های مربوطه نشان داده است که درصد زیادی از این زوج ها درمان پذیر هستند (کریمی و همکاران، ۱۳۹۳).

زوج درمانی شناختی-رفتاری، تلفیق عوامل رفتاری و شناختی در درمان زوج ها با

1. Brown, S., Webb, A., & Mangoubi, R
2. More arousal
3. cognition
4. American Psychiatric Association
5. couples Therapy
6. integrative couples therapy
7. emotionally couples therapy
8. emotional derangement
9. cognitive-behavioral couples therapy

انواع مشکلات زناشویی است (دولق و همکاران، ۱۳۹۲). که پژوهش‌هایی را نیز به خود اختصاص داده است. اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر متغیرهای مختلفی از جمله رضایت زناشویی^۱ (رحمانی و همکاران، ۱۳۹۰)، صمیمیت زناشویی^۲ (مامی و همکاران، ۱۳۹۳)، سازگاری زوج‌ها (عماری و همکاران، ۱۳۹۴)، کاهش افسردگی و تنظیم هیجانی^۳ (خجسته مهر و همکاران، ۱۳۹۳) بررسی شده است. در مورد اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری بر روی استرس پس از سانحه مطالعات اندکی انجام شده است از جمله پژوهش روتاندا^۴ و همکاران (۲۰۰۸) در آمریکا و پژوهش ذوقی و همکاران (۱۳۹۲) در ایران، که در آن‌ها به بررسی اثربخشی زوج درمانی رفتاری و شناختی-رفتاری بر استرس پس از سانحه ناشی از جنگ پرداخته شده است.

زوج درمانی شناختی-رفتاری برای درمان اختلال استرس پس از سانحه (مانسون و فریدمن^۵، ۲۰۱۳، به نقل از ذوقی پایدار و همکاران، ۱۳۹۲) رویکردی در زوج درمانی است که از ترکیب روش‌ها و فنون نظریه‌های رفتاری و شناختی برای درمان مشکلات زوج‌هایی استفاده می‌کند که یکی از آن‌ها یا هر دو آن‌ها به نحوی از اختلال پس از ضربه رنج می‌برند. زوج درمانی شناختی-رفتاری برای PTSD فرض می‌کند که ارتباط بین PTSD و آشفتگی در رابطه صمیمی، پیچیده و دو طرفه است. نشانه‌های PTSD در آشفتگی‌های زوج‌ها تاثیر گذاشته و در مقابل آشفتگی زوج‌ها باعث تشدید و تقویت نشانه‌های PTSD می‌شود. فرایندهای زیربنایی این ارتباط احتمالاً شامل؛ نقص‌های ارتباطی و اجتناب رفتاری^۶ است. در حوزه شناختی فرض می‌شود که تعامل فرایند افکار ناسازگارانه و محتوای مربوط به حوادث آسیب‌زا^۷ باعث تداوم این ارتباط بازگشتی می‌شود (مرادحاصلی، شمس و کاکاوند، ۱۳۹۴) هدف همزمان زوج درمانی شناختی-رفتاری؛

1. marital satisfaction
2. marital intimacy
3. emotion regulation
4. Rotunda, RJ
5. manson and Friedman
6. behavioral avoidance
7. traumatic

بهبود PTSD در یک یا هر دو همسر و بهبودی کارکردهای رابطه صمیمی آن‌ها است و زوج‌ها واحد درمان می‌باشند (ذوقی پایدار و همکاران، ۱۳۹۲).

امروزه تحولی گسترده در عرصه ارتباطات و اطلاع‌رسانی در حال وقوع است که چشم انداز کاملاً متفاوتی از مفهوم و عملکرد تاثیر رسانه در برابر پژوهشگران قرار داده است. این تحول که بسیاری آن را تحول انقلابی در عرصه ارتباطات و شروع پارادیمی جدید در زندگی جوامع امروزی می‌خوانند، ظهور و توسعه حیرت آور رسانه‌های نوین در جهان امروز است که در طول زمانی کوتاه در سراسر جهان گسترش یافته و مهم‌ترین شکل و آشکارترین محصول آن اینترنت و فضای مجازی است (یزدخواستی و همکاران، ۱۳۹۲). فضای مجازی به فضایی اطلاق می‌شود که بدون در نظر گرفتن بعد زمان و مکان، تعامل‌های اجتماعی میان فرهنگ‌های گوناگون را از طریق فناوری‌های نوین امکان پذیر می‌سازد و به تعبیر دیگر استعاره‌ای برای فعالیت رایانه‌ها، شبکه‌های کابلی و سیر تکنولوژی‌های الکترونیکی ارتباطی است (توانا و هاشمی اصل، ۱۳۹۴). فناوری‌های ارتباط راه دور اساس فضای مجازی را تشکیل می‌دهند (ویتاگر^۱، ۲۰۰۴).

آمار گرفته شده از سایت آمار جهانی اینترنت نشان داده که تا سال ۲۰۱۲ میلادی، ایران با جمعیت حدود ۷۹ میلیون نفر دارای ۴۲ میلیون کاربر اینترنت بوده است. به عبارت دیگر ۵۳/۳ درصد جمعیت ایران به اینترنت (حتی کم سرعت) دسترسی دارند، این در حالی است که در سال ۲۰۰۰ فقط ۲۵۰ هزار ایرانی به اینترنت دسترسی داشتند. بنابراین با توجه به سرعت تحولات پیرامون فضای مجازی، می‌توان پیش‌بینی کرد که اینترنت به تدریج جایگزین روابط واقعی انسان‌ها در زندگی روزمره شود (ربیعی و محمدزاده یزد، ۱۳۹۲). به عبارتی در دنیای کنونی، هر مؤسسه‌ای که از تکنولوژی اطلاعات و شبکه‌های ارتباطی بی‌بهره باشد، به تدریج از جریان ارتباطات جهانی دور خواهد ماند و از این رو، صنایع مختلف، ارتقای کیفیت و افزایش بهره‌وری خود در دنیای پرقاب‌ت امروز را، منوط به کارگیری فناوری اطلاعات می‌دانند. که به یقین در این بین

1. Whittaker, J

صنعت سلامت نیز با وجود تمام فراز و فرودها از این تحولات مصون نخواهد بود (غفوری فرد و حسن خانی، ۱۳۹۴). به طوریکه امروزه استفاده از اینترنت در ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی به طور روزافزون در حال افزایش است (مستر^۱، ۲۰۰۸). و یکی از رایجترین و بحث‌انگیزترین کاربردهای اینترنت، امر مشاوره و درمان است (باراک و کوهن^۲، ۲۰۰۲). استفاده از اینترنت در درمان سلامت روان به علت در دسترس بودن در سراسر جهان رو به افزایش است و مردم به دنبال اطلاعات سلامت روان از طریق اینترنت هستند. از این رو مداخلات مبتنی بر اینترنت یک فرصت منحصر به فرد برای ارائه درمان به بخش بزرگی از جمعیت است (عظیمی و همکاران، ۱۳۹۶).

اینترنت درمانی^۳ می‌تواند به شیوه‌های ارتباط آنلاین و آفلاین انجام شود، اجرای اینترنت درمانی آفلاین نیاز به امکانات کمی دارد و اجرای آن ساده‌تر است (بهشتیان، ۱۳۸۹). در این روش، بیمار بعد از دادن شرح حال خود سؤالاتی را به شکل الکترونیکی می‌پرسد این سؤالات به متخصص مربوط ارجاع داده می‌شود و در اسرع وقت به آن سؤالات و درخواست‌ها پاسخ داده می‌شود و در ارتباط آنلاین، بیمار از طریق الکترونیکی به طور مستقیم با کادر درمانی ارتباط برقرار می‌کند و شرح حال و سؤالات خود را مطرح می‌سازد و به طور مستقیم پاسخ خود را دریافت می‌کند (غفوری فرد و حسنخانی، ۱۳۹۴).

مشاوره اینترنتی می‌تواند وسیله ارتباطی را در اختیار افراد بگذارد که به کمک آن بتوانند مشکلات خاص خود را ابراز نمایند (رسنیک و بروکمن^۴، ۲۰۰۲). افراد وقتی از طریق کامپیوتر تعامل می‌کنند، احساس گمنامی و خلوت بیشتری را می‌کنند بنابراین اطلاعات شخصی بیشتری را آشکار می‌سازند (شولتز و شولتز^۵، ۲۰۱۳، ترجمه یحیی سید محمدی ۱۳۹۴) و مسأله خجالت کشیدن برای آن‌ها کمتر آزاردهنده است (سولر^۶،

1. master

2. Barak, A., & Cohen, L

3. Internet therapy

4. Resnick, M., & Bruckman, A

5. Schulz

6. Suler, J

۲۰۰۵). مشاوره اینترنتی همچنین می‌تواند در مورد اختلال‌های روان‌شناختی^۷ که در آن‌ها نشانه‌هایی از شرم و اضطراب^۸ است نقش مؤثری را ایفا کند (دنون^۹، ۱۳۹۴). در خصوص اثربخشی درمان اینترنتی نیز می‌توان گفت که تعداد قابل ملاحظه‌ای از تحقیقات که روش‌های آنلاین و آزمایشگاهی سنتی^{۱۰} را مقایسه کرده‌اند، نشان می‌دهند که نتایج در مجموع، با ثبات و مشابه می‌باشند (شولتز و شولتز، ۲۰۱۳).

از تحقیقات انجام گرفته در این خصوص می‌توان به تحقیقی که توسط بهشتیان (۱۳۸۹)، تحت عنوان، مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری حضوری و درمان شناختی- رفتاری اینترنتی آفلاین بر میزان افسردگی دانشجویان صورت گرفته و تحقیق پویا منش و همکاران (۱۳۸۷) که تحت عنوان اثربخشی مداخلات مبتنی بر نظریه ایلیس^۱ (۱۹۸۷) به دو مشاوره گروهی رو در رو و اینترنتی در افزایش رضایت زناشویی و تحقیق عظیمی و همکاران، (۱۳۹۶) که تحت عنوان، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (اجرای حضوری و اینترنتی) بر راهبردهای تنظیم هیجانی افراد با همبودی بی‌خوابی و افسردگی صورت گرفته است اشاره کرد.

حال با توجه به مطالب عنوان شده در بالا و در راستای گسترش چشمگیر فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی در کلیه وجوه زندگی بشر (کازمی و همکاران، ۱۳۹۴) و استفاده در حال گسترش از اینترنت در بین نسل جدید جامعه (سلیمی و همکاران، ۱۳۸۸) و با نظریه اینکه بسیاری از مراجعان در ایران از بیان مشکلات زناشویی به صورت رو در رو شرمگین می‌شوند و حتی به کلینیک‌های مشاوره مراجعه نمی‌کنند (پویا منش و همکاران، ۱۳۸۷) ضمن کمبود پژوهش‌های انجام شده در خصوص خیانت زناشویی در داخل کشور و نبود پژوهشی در خصوص زوج درمانی شناختی رفتاری بر علائم استرس پس از سانحه ناشی از روابط فرازناشویی این پژوهش در صدد آن برآمد که

7. psychological disorder

8. shame and anxiety

9. Danovan, J

10. traditional laboratory

1. Eliss

به مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری حضوری و مجازی (آنلاین) بر استرس پس از سانحه در روابط فرازناشویی پردازد.

براین اساس دو فرضیه در این پژوهش مطرح می‌گردد:

فرضیه اول: زوج درمانی شناختی-رفتاری حضوری و مجازی بر اختلال استرس پس از سانحه در روابط فرازناشویی تاثیرگذار است.

فرضیه دوم: بین میزان اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری به صورت حضوری و مجازی بر اختلال استرس پس از سانحه در روابط فرازناشویی تفاوت وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه کنترل بود که به منظور مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری حضوری و مجازی بر اختلال استرس پس از سانحه در روابط فرازناشویی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زوج‌های درگیر با مسأله خیانت زناشویی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره رضوان شهر قزوین تشکیل دادند. نمونه آماری پژوهش شامل ۳۶ زوج درگیر با مسأله خیانت زناشویی (زن خیانت دیده) مراجعه‌کننده بود که از بین کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده با بررسی معیار ورود شامل تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، نداشتن فرزند، طول مدت ازدواج، خیانت توسط مرد، تحصیلات و دریافت نکردن هیچ‌گونه مداخله درمانی قبل از آزمایش، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به سه گروه ۱۲ نفره تقسیم شدند. معیارهای خروج از پژوهش شامل شروع همزمان روان درمانی دیگر، غیبت بیش از سه جلسه و داوطلبانه کنار رفتن آزمودنی بود. هر سه گروه، پرسش‌نامه استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی را قبل و بعد از مداخله تکمیل کردند که داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون را تشکیل داد. گروه اول زوج درمانی شناختی-رفتاری را به مدت ۱۲ جلسه، یک بار در هفته و به مدت ۱/۵ ساعت به صورت حضوری دریافت نمودند. برای گروه مجازی توضیحات، تمرین و تکالیف خانگی در گروه شبکه مجازی که برای این کار در

نظر گرفته شده بود ثبت شد و هرزوج مداخله شناختی-رفتاری را در ساعاتی که از قبل تعیین شده بود در شبکه مجازی به مدت ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت نمود. گروه سوم به عنوان گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در بخش تحلیل داده‌ها به منظور مقایسه نمرات گروه‌ها در متغیرهای مورد پژوهش پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

ابزار

-مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی^۱ (اشل): در این پژوهش از مقیاس‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی استفاده شد. مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی برای سنجش اختلال استرس پس از سانحه توسط کین^۲ و همکاران (۱۹۸۸)، با ۳۵ گویه ساخته شده است. و ضریب آلفای ۰/۸۴ برای آن گزارش شده است. دامنه نمرات در این مقیاس بین ۳۵ تا ۱۷۵ قرار دارد که در پنج درجه به شیوه لیکرت از کاملاً صادق است تا هرگز صادق نیست از ۱ تا ۵، نمره‌گذاری می‌شود و نمره ۱۰۷ و بالاتر بیانگر وجود اختلال استرس پس از سانحه در فرد است. این مقیاس در ایران توسط گودرزی (۱۳۸۲) اعتباریابی و آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ گزارش شد. جهت تعیین روایی همزمان مقیاس مذکور نیز از سه ابزار فهرست وقایع زندگی، فهرست PTSD و سیاهه پادوآ استفاده گردید که ضریب همبستگی مقیاس می‌سی‌سی‌پی با هریک از آنها به ترتیب ۰/۲۳، ۰/۸۲، ۰/۷۵ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعات دیگر در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ گزارش شده است، (بشرپور، ۱۳۹۱).

-پروتکل جلسات زوج درمانی شناختی- رفتاری: این فرایند درمانی توسط (مانسون و فریدمن، ۲۰۱۳، به نقل از ذوقی پایدار و همکاران)، تهیه شده است که خلاصه جلسات

1. mississippi Post Traumatic Stress Scale

2. Keane, T.M

آن به شرح ذیل می‌باشد.

جلسه اول: برقراری ارتباط و آمادگی، توضیح روش و اهداف جلسات، توصیف اختلال استرس پس از ضربه و مشکلات ارتباطی و تاثیر دو طرفه آن‌ها بر همدیگر، بررسی راهبردهای تسهیل حس مشارکت در سلامتی.

جلسه دوم: توجه به چهارچوب تعاملی زوج‌ها، تمرکز بر امنیت در ارتباطات، توجه به رفتارهای صدمه‌زننده، آموزش مدیریت تعارض.

جلسه سوم: بررسی نقش مخرب اجتناب در نگهداری PTSD و افزایش مشکلات ارتباطی، شروع آموزش مهارت‌های ارتباطی، ایجاد مهارت‌های درک همدلانه و گوش دادن.

جلسه چهارم: بررسی موانع ارتباط مؤثر، تمرکز بر تشخیص احساسات و افکار، بررسی تاثیر متقابل احساسات، افکار و رفتار برهم، ایجاد مهارت انتقال و دریافت صحیح و مؤثر افکار و احساسات.

جلسه پنجم: استفاده از روش حل مسأله و تمرین آن در جلسه، با هدف تضعیف تاثیر دو طرفه PTSD و ناسازگاری ارتباطی بر همدیگر، تشویق به شرکت زوج‌ها در فعالیت‌های لذت بخش برای کاهش اجتناب و کم کردن کرختی هیجانی.

جلسه ششم: تعریف خشم و تحریک پذیری، بررسی علائم هشداردهنده و موقعیت‌های راه‌انداز خشم، آموزش شیوه‌های عملی مؤثر برای کنترل خشم، مانند آرام سازی و تغییر محیط.

جلسه هفتم: بحث شناختی با هدف بالا بردن پذیرش حوادث آسیب‌زا، حرکت از یک تونل بینایی به فهم حوادث آسیب‌زا با چشم‌انداز دقیق‌تر و مبسوط‌تر.

جلسه هشتم: شناسایی هسته باورها و انتظارات غیرواقع بینانه مؤثر در تشدید و تداوم PTSD و ناسازگاری ارتباطی، آشنایی با نقش و تاثیر خود، در ایجاد یا تداوم مشکل و رفتار منفی منتج شده از باورها، شناسایی نقش و توانایی خود در حل مشکل و تغییر رفتار

منفی منتج شده از باورهای مخرب.

جلسه نهم: آشنایی با خطاهای شناختی و به چالش کشیدن این خطاها و تصمیم‌گیری برای اصلاح خطاهای شناختی و جایگزین کردن باورها و انتظارات منطقی.

جلسه دهم: افزایش و تقویت کنترل افکار، رفتار و احساسات خود و دیگران درباره حوادث آسیب‌زا و پیامدهای آن.

جلسه یازدهم: آشنایی با انتظارات متقابل، توجه به ویژگی‌های مثبت همدیگر، افزایش اعتماد و نزدیکی هیجانی.

جلسه دوازدهم: بحث و بررسی درباره توانایی زوجها برای خلق یک زندگی بهتر و حرکت روبه جلو، منفعت‌های ایجاد شده در درمان، انتظارات آینده. خطاهای شناختی و شواهد تأییدکننده و ردکننده آن در خاطرات آزردهنده گذشته و تبدیل آن‌ها به افکار مثبت مربوط به آینده در چند مثال واقعی از زندگی خود شخص بررسی شد تا مطمئن شویم مراجع نحوه برخورد با این خاطرات را فرا گرفته ست، از مراجع خواسته شد الویت‌های برنامه آینده خود را با توجه به جلسات حل مسأله مشخص کند و امکانات رابطه‌شان را برای رسیدن به این اهداف بررسی نماید.

به طور کلی در جلسه آخر، بررسی نقاط قوت زوجها و آگاه‌سازی آن‌ها از توانمندی‌هایشان در ساختن یک زندگی بهتر و نشخوار نکردن گذشته، بررسی انتظارات زوجها از یکدیگر در زندگی و برنامه ریزی برای انجام آن‌ها و حرکت به سمت جلو و بهبود شرایط در آینده. جمع‌بندی و صحبت درباره مزیت‌های کسب شده و مطالب آموخته شده در طول جلسات درمانی توسط زوجها و حفظ و به کارگیری آن‌ها در زندگی مهم‌ترین بخش‌هایی بود که به آن پرداخته شد.

یافته‌ها

در مجموع تعداد ۳۶ زوج آزمودنی در دو گروه آزمایش (حضوری و مجازی) و یک گروه

کنترل با این پژوهش همکاری نمودند. میانگین سنی گروه آزمایش حضوری، مجازی و گواه به ترتیب ۳۵/۱۰، ۳۴/۸۰ و ۳۴/۱۰ و انحراف معیار آن‌ها ۰/۷۲، ۰/۹۴ و ۱/۰۲ بود.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی مربوط به زوج درمانی شناخت رفتاری

حضوری و مجازی بر روی استرس پس از سانحه

انحراف استاندارد	میانگین		گروه	متغیر
	پیش آزمون	پس آزمون		
۷/۱	۸/۴۵	۱۶/۱۳	۲۹/۷۳	استرس پس از سانحه
۵/۸	۸/۷۶	۱۸/۵	۲۷/۲۵	
۶/۸۸	۹/۲۲	۲۳/۵	۲۵/۸۶	

همان‌طور که آماره‌های توصیفی داده‌ها در جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین گروه‌های آزمایش بعد از انجام زوج درمانی شناختی-رفتاری نسبت به پیش آزمون و همچنین گروه گواه کاهش یافته است.

برای تعیین میزان تاثیر زوج درمانی شناختی-رفتاری حضوری و مجازی بر اختلال استرس پس از سانحه از تحلیل کواریانس استفاده شد. بررسی پیش فرض‌های این آزمون که نرمال بودن، همسانی واریانس، همگونی شیب رگرسیون و خطی بودن همبستگی پیش آزمون و متغیر مستقل است انجام شد.

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده کردیم فرضیه صفر در این آزمون، پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر (در اینجا توزیع نرمال) است. فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر، با توجه به مقدار P و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌شود با توجه به اینکه سطح معناداری از ۱/۱۵ بیشتر است لذا فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید شد.

با استفاده از آزمون لوین، همگونی واریانس را در گروه‌ها بررسی کردیم. فرض صفر در این آزمون این است که واریانس دو گروه دارای تجانس است. و فرض مقابل عدم تجانس واریانس‌ها می‌باشد. با توجه به سطح معناداری هر دو گروه که از ۰/۰۵ بیشتر است فرض

مقابل رد و فرض صفر، همگونی واریانس‌ها تأیید شد.

برای اثبات فرضیه همگونی شیب رگرسیون نیز مقدار F تعامل بین متغیر پیش‌آزمون و مستقل در همه گروه‌ها را حساب شد، اگر این شاخص معنادار نباشد ($P > 0/05$) پیش فرض رعایت شده است. مقدار F تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل در مقیاس کل معنادار نبود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه صفر مورد قبول و فرضیه مقابل رد شده است و پیش فرض همگونی شیب رگرسیون نیز رعایت شده است.

در بررسی خطی بودن همبستگی پیش‌آزمون و متغیر مستقل F در مقیاس استرس پس از سانحه معنادار است زیرا احتمال آن در هر دو گروه آزمایش از سطح معناداری ۰/۰۵ کوچکتر است. بنابراین پیش فرض خطی بودن همبستگی بین پیش‌آزمون و متغیر مستقل نیز رعایت شده است.

نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. آزمون کواریانس برای اثر زوج درمانی شناختی - رفتاری

حضور و مجازی روی استرس پس از سانحه

متغیر	آزمودنی‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
استرس پس از سانحه	حضور	۷۲۴/۲۰	۱	۳۶۲/۱	۸/۳۲	۰/۰۱	۰/۶۴
	مجازی	۵۷۹/۸۴	۱	۲۸۹/۹۲	۶/۶۸	۰/۰۲	۰/۵۸

$P < 0/05$

نتایج آزمون تحلیل کواریانس در جدول ۲ آمده است. در مقیاس کل هر دو گروه آزمایش حضوری و مجازی معنادار بود ($F = ۸/۳۲$ و $F = ۶/۶۸$). بنابراین فرض صفر مبنی بر معنادار نبودن اختلاف میانگین گروه‌ها در پس‌آزمون پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد شد. در نتیجه هر دو روش زوج درمانی شناختی - رفتاری حضوری و مجازی روی استرس پس از سانحه اثر مثبت معنادار داشتند. برای مشخص شدن این

موضوع که معنی داری F از تفاوت کدام یک از درمان‌ها منتج شده است، ضروری است از آزمون‌های تعقیبی استفاده شود تا اثربخشی هر یک از سطوح متغیر مستقل مشخص شود. در این راستا از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد و نتایج آن نشان داد بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه از نظر استرس پس از سانحه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بین اثربخشی زوج درمانی حضوری و اینترنتی تفاوت معناداری وجود داشت که نشان داد شیوه حضوری اثربخشی بیشتری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری حضوری و مجازی بر اختلال استرس پس از سانحه در روابط فرازناشویی بود. نتایج نشان داد هر دو روش آزمایشی اثربخشی معناداری روی استرس پس از سانحه دارند با این تفاوت که اثر زوج درمانی شناختی - رفتاری حضوری بیشتر از اینترنتی بود.

فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری حضوری و مجازی بر اختلال استرس پس از سانحه تأیید شد. این نتایج با نتایج پژوهش پویا منش و همکاران (۱۳۸۷) همخوان بود که نشان دادند مداخله اینترنتی روان شناختی بر روی زوج‌ها مانند درمان رو در رو اثربخش است. همچنین اسچاد و سندبرگ^۱ (۲۰۱۲)، همخوان با این پژوهش نشان دادند درمان‌های روان شناختی می‌تواند در بهبود علائم حاصل از خیانت زناشویی اثر مثبت داشته باشد. کریمی و همکاران (۱۳۹۳) نیز نشان دادند درمان‌های مختلف روان شناختی بر استرس پس از سانحه زوج‌های درگیر روابط فرازناشویی اثر مثبت معنادار دارد که این نتیجه با پژوهش حاضر و دیگر پژوهش‌ها در این رابطه همخوان است (گاردن و باکوم، ۲۰۰۴ و آتکینز^۲، ۲۰۰۵). در یک فراتحلیل نیز که به منظور مقایسه اثر درمان‌های روان شناختی بر روی زوج‌هایی که درگیر روابط فرازناشویی

1. Schade, L.C., & Sandberg J.G

2. Atkins, D.C

هستند و زوج‌هایی که این روابط را ندارند انجام شد نشان داد با وجود آشفتگی بیشتر زوج‌های درگیر روابط فرازنشویی در ابتدای درمان بهبود قابل توجهی نشان می‌دهند (آتکینز، ۲۰۱۰). در مورد اثر درمان‌های روان‌شناختی زوج‌ها بر کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه یافته‌های این پژوهش با سایر پژوهش‌ها در این زمینه همخوان است (فریدمن، مانسون و ادریر^۱، ۲۰۱۱ و سوتر^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین پژوهش ذوقی پایدار، سهرابی و یعقوبی (۱۳۹۲) نیز اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری را بر روی استرس پس از سانحه تأیید کرده است. به طور کل درمان شناختی رفتاری زوج‌ها در دهه‌های گذشته به عنوان یک رویکرد مطمئن و مؤثر در زمینه مشکلات ارتباطی مورد تأیید قرار گرفته است (داتیلو و اپستین^۳، ۲۰۰۳). به این دلیل که مواجهه با خیانت منجر به آشفتگی‌های هیجانی بین زوج‌ها می‌شود راهبردهای مستقیم زوج درمانی شناختی رفتاری می‌تواند در این زمینه مفید باشد زیرا باعث می‌شود زوج‌ها به نحو موثری با یکدیگر رابطه و تعامل داشته باشند و روابطشان را مدیریت کنند (گاردن، ۲۰۰۸). بنابراین می‌توان از دوروش زوج درمانی شناختی رفتاری حضوری و اینترنتی برای کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در زوج‌های خیانت دیده استفاده کرد.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تفاوت میزان اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری به صورت حضوری و مجازی بر اختلال استرس پس از سانحه در روابط فرازنشویی نیز تأیید شد. نتیجه پژوهش نشان داد هر دو درمان حضوری و اینترنتی اثر مثبت معنادار دارند اما درمان حضوری موفقت‌ر عمل کرد، این یافته همخوان است با پژوهش بهشتیان (۱۳۸۹) که نشان داد درمان حضوری شناختی - رفتاری بر روی افسردگی نسبت به درمان اینترنتی اثربخشی بیشتری دارد اما در طول زمان این تفاوت از بین می‌رود. و همچنین پژوهش عظیمی و همکاران (۱۳۹۶) که در پژوهش‌شان تحت عنوان، اثربخشی درمان شناختی -

1. Fredman, S.J., Monson, C.M. & Aclair, K.C
2. Sautter F.J, et al
3. Dattilio, F.M., & Epstein, N.B

رفتاری (اجرای حضوری و اینترنتی) بر راهبردهای تنظیم هیجانی افراد با همبودی بی‌خوابی و افسردگی نشان دادند که هر دو روش در درمان مؤثر است و در تعدادی از موارد در زیرگروه‌های تنظیم هیجانی، روش حضوری تأثیر بیشتری را نشان داده است. برای توجیه اثر بیشتر درمان‌های حضوری می‌توان به این نکته اشاره کرد که هر چه انتظار درمان‌جواز نتیجه درمان بیشتر باشد میزان بهبودی او بیشتر است. تقریباً همه درمان‌های حضوری از جمله درمان شناختی-رفتاری چنین انتظاری را در مراجع خود ایجاد می‌کند (پروچسکا^۱، ۱۹۹۹ به نقل از بهشتیان ۱۳۸۹). از طرف دیگر میزان انتظار مثبتی که در روش مجازی ایجاد می‌شود کمتر از روش حضوری است (کراس، زاگ، استیریگرو اسپیر^۲، ۲۰۱۰). بنابراین اثر بیشتر درمان حضوری نسبت به مجازی طبق این پژوهش دور از انتظار نیست اما این یافته‌ها با برخی از پژوهش‌هایی که درمان‌های حضوری و مجازی را مقایسه کرده‌اند همخوان نیست، باراک^۳ (۱۹۹۹) دو روش درمانی روان‌شناختی را به صورت اینترنتی و حضوری مقایسه کرد که برخلاف نتیجه پژوهش حاضر اثر درمان اینترنتی بیشتر بود. همچنین پویا منش و همکاران (۱۳۸۷)، نیز خلاف یافته‌های این پژوهش نشان دادند اثر مداخله اینترنتی بر مؤلفه‌های روابط زناشویی و جنسی بیشتر از درمان‌های حضوری است. بنابراین با توجه به یافته‌های ضد و نقیض در این زمینه و عدم وجود تحقیقات کافی در مقایسه بین این دو درمان به نظر می‌رسد به پژوهش‌های بیشتری در این زمینه نیاز است اما به طور کل می‌توان از مداخله‌های مجازی و اینترنتی نیز در صورت نیاز و تمایل مراجعین به عنوان یک ابزار اثربخش استفاده کرد. آزمایشات این پژوهش تنها روی زنان خیانت دیده انجام شد و پیشنهاد می‌شود در جامعه مردان و دیگر جامعه‌های آماری مرتبط، نتایج آن بررسی شود.

1. Prochaska
 2. kraus, R., Zack, J., Stricker, c. & Speyer, C
 3. Barak, A

منابع

- انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۱۳)، ملاک های تشخیصی *DSM5*. ترجمه پانته احدیان فرد، محسن میرزایی گرگانی و امیر شعبانی، ۱۳۹۴، تهران: انتشارات ابن سینا
- بشرپور، س. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بهبود علائم پس آسیبی، کیفیت زندگی، عزت نفس و رضایت زناشویی زنان مواجه شده با خیانت زناشویی. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۲۰ (۲)، ۲۰۸-۱۹۳.
- بهشتیان، م. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری حضوری و درمان شناختی رفتاری اینترنتی آفلاین بر میزان افسردگی دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱۰ (۱)، ۱۴۴-۱۲۹.
- پویا منش، ج.، احدی، ح.، مظاهری، م.، و دلاور، ع. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی مداخلات مبتنی بر نظریه ایس به دو مشاوره گروهی رو در رو و اینترنتی در افزایش رضایت زناشویی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۶ (۲)، ۹۶-۸۹.
- توانا، م.، و هاشمی اصل، س. (۱۳۹۴). درآمدی بر فضای مجازی فراقلمرویی و سیالیت هویت سوژه در پرتو تحلیل انتقادی بینامتنی. *رسانه و فرهنگ*، ۵ (۱)، ۳۵-۱۵.
- خجسته مهر، ر.، شیرالی نیا، خ.، رجبی، غ.، بشلیده، ک. (۱۳۹۳). اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه های افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته. *مجله علمی پزشکی جنسیتی شاپور*، ۱۳ (۲)، ۲۰۱-۲۱۲.
- دنون، ج. (۲۰۰۷). *زوج درمانی (روابط شیء)*. مترجم، تبریزی، م. ۱۳۹۴، نشر فرا روان، تهران.
- دولق، ع.، نریمانی، م.، افروز، غ.، حسنی، ف.، باغداساریناس، الف. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده زوجین متقاضی طلاق. *فصلنامه نسیم تندرستی*، ۲ (۱)، ۶۳-۵۶.
- ذوقی پایدار، م.، سهرابی اسمرود، ف.، یعقوبی، الف. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر اختلال استرس پس از ضربه و افسردگی جانبازان. *مطالعات زن و خانواده*، ۱ (۱)، ۱۱۸-۹۹.
- ربیعی، ع.، محمدزاده یزد، ف. (۱۳۹۲). آسیب شناسی فضای مجازی، بررسی تاثیر استفاده از اینترنت بر انزوای اجتماعی دانشجویان *فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی*، ۲ (۶)، ۶۰-۴۸.
- زکی بی، ع.، محمدی، الف.، حق شناس، ش. (۱۳۹۴). نقش عوامل روانی و اجتماعی در پیش بینی نگرش به روابط خارج از چهارچوب زناشویی در زنان متأهل و ارائه یک مدل بر اساس عوامل مرتبط. *مطالعات زنان*، ۱۳ (۳)، ۱۵۲-۱۲۹.
- سلیمی، ع.، جوکار، ب.، نیک پور، ر. (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. *مطالعات روان شناختی*، ۵ (۳)، ۱۰۲-۸۱.
- سهرابی، ف.، رسولی، ف. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین سبک دلبستگی و روابط جنسی فرازناشویی در بین زنان بازداشت شده در مرکز مبارزه با مفاسد اجتماعی شهر تهران. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۴ (۱۴)، ۱۴۳-۱۳۳.

- شولتز، د.، شولتز، الف. (۲۰۱۳). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۴). تهران، نشر ویرایش.
- عطیمی، م.، مرادی، ع.، حسنی، ج. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (اجرای حضوری و اینترنتی) بر راهبردهای تنظیم هیجانی افراد با همبودی بی‌خوابی و افسردگی. فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش در سلامت روان شناختی. ۱۱ (۱)، ۶۱-۴۹.
- عماری، س.، امینی، ناصر، رحمانی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری در افزایش سازگاری زناشویی زوجین متقاضی طلاق، دومین کنفرانس ملی و اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در علوم انسانی، تهران، موسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ویرا.
- غفوری فرد، م. و حسنخانی، ه. (۱۳۹۴). بیمارستان مجازی: دیدگاهی نو در آموزش و درمان، *مجله‌ی توسعه آموزش در علوم پزشکی*، ۸ (۱۷)، ۵۷-۴۷.
- قره‌گوزلو، ن.، عطادخت، الف.، بشرپور، س.، نیرمانی، م. (۱۳۹۴). ارتباط تیپ شناسی شخصیتی مادران با نگرش فرزندان به بزهکاری: ارزیابی نقش پیش‌بین تیپ شخصیتی D. *دوفصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۱۳ (۲)، ۵۰-۴۳.
- کاظمی، صدیقه؛ صولتی، نجمه و طالب دوست، مریم (۱۳۹۴). میزان و نحوه استفاده دانشجویان دانشگاه فرهنگیان از شبکه‌های اجتماعی مجازی، *فناوری آموزش و یادگیری*، ۱ (۳)، ۵۷-۶۸.
- کریمی، ج.، سودانی، م.، مهربانی زاده هنرمند، م.، نیسی، ع. (۱۳۹۳). بررسی میزان اثربخشی زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر کاهش افسردگی، علائم استرس پس از سانحه و افزایش گذشت و روابط صمیمانه پس از خیانت همسر. *مجله پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، دانشگاه فردوسی مشهد، ۴ (۲)، ۵۱-۶۸.
- گودرزی، م. (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی سی پی (اشل). *مجله روان‌شناسی*، ۷ (۲)، ۱۷۸-۱۰۱.
- مامی، ش.، روهنده، م.، ناصری کهره، الف. (۱۳۹۳). اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی و رضایت از زندگی در دانشجویان متأهل شهر ایلام. *کنفرانس بین‌المللی اقتصاد، حسابداری، مدیریت و علوم اجتماعی*، کشور لهستان.
- مراد حاصلی، م.، شمس اسفند آباد، ح.، کاکاوند، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت رفتار درمانی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در دانشجویان دختر. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶ (۲۲)، ۱-۱۹.
- مؤمنی جاوید، م.، شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۹۰). تاثیر روان‌درمانی زوجینی بر کیفیت زندگی زوجین آسیب دیده از خیانت‌های زناشویی در تهران. *مجله تخصصی پژوهش و سلامت*. ۱ (۱)، ۶۳-۵۴.
- نوایی، ج.، محدی آریا، ع. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط طرحواره‌های اولیه ناسازگار با توجه روابط فرازناشویی در میان افراد متأهل. *نشریه روان پرستاری*، ۳ (۴)، ۲۷-۱۸.
- یزدخواستی، ب.، عدلی پور، ص.، کیخانی، الف. (۱۳۹۲). حوزه عمومی و گفتگو در فضای مجازی شبکه‌های اجتماعی. *مجله مطالعات فرهنگ- ارتباطات*. ۱۴ (۲۱)، ۱۰۱-۸۱.

- Atkins, D. C., Eldridge, K. A., Baucom, D. H., & Christensen, A. (2005). Infidelity and behavioral
- couple therapy: optimism in the face of betrayal. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73 (1), 144.
- Atkins, D. C., Marín, R. A., Lo, T. T., Klann, N., & Hahlweg, K. (2010). Outcomes of couples with infidelity in a community-based sample of couple therapy. *Journal of Family Psychology*, 24 (2), 212.
- Barak, A., & Cohen, L. (2002). Empirical examination of an online version of the Self-Directed Search. *Journal of Career Assessment*, 10 (4), 387-400.
- Barak, A., Fisher, W. A., Belfry, S., & Lashambe, D. R. (1999). Sex, guys, and cyberspace: Effects of internet pornography and individual differences on men's attitudes toward women. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 11 (1), 63-91.
- Baucom, D. H., Snyder, D. K., & Gordon, K. C. (2011). *Helping couples get past the affair: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Brown, S. M., Webb, A., Mangoubi, R., & Dy, J. G. (2015,). A Sparse Combined Regression-Classification Formulation for Learning a Physiological Alternative to Clinical Post-Traumatic
- Stress Disorder Scores. In AAA, 1700-1706.
- Chuck, C. D. (2009). Gender and infidelity: a study of the relationship between conformity to masculine norms and extrarelatonal involvement.
- Dattilio, F.M. and Epstein, N.B . (2003). Cognitivebehavior couple and family therapy, in *The family therapy handbook* I.L. Sexton, O.R. Weeks, and M.S. Robbins, Editors. Routledge: New York, 147-175
- Fredman, S. J., Monson, C. M., & Adair, K. C. (2011). Implementing cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD with the newest generation of veterans and their partners. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18 (1), 120-130.
- Gordon, K.C. & Baucom, D.H. (2004). Understanding betrayals in marriage: A synthesized model of forgiveness. *Fam Process*, 37 (4): 425-449.
- Gordon, K.C. (2008). Couple Therapy and the Treatment of Affairs, in *Clinical handbook of couple therapy* A. Gurman, S, Editor., Guilford Press: New York. 429-458.
- Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56 (1), 85.
- Kraus, R., Zack, J., Stricker, G. (2008). *Online Counseling: A Handbook for Mental Health Professionals*. Elsevier academic press, 218-225
- Kraus, R., Stricker, G., & Speyer, C. (Eds.). (2010). *Online counseling: A handbook for mental health professionals*. Academic Press.
- Loudová, I., Janiš, K., & Haviger, J. (2013). Infidelity as a Threatening Factor to the Existence of the Family. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 106, 1462-1469.
- Mark, K. P., Janssen, E., & Milhausen, R. R. (2011). Infidelity in heterosexual couples: Demographic, interpersonal, and personality-related predictors of extradyadic sex. *Archives of sexual behavior*, 40 (5), 971-982.

- Masters, K. (2008). For what purpose and reasons do doctors use the Internet: a systematic review. *international journal of medical informatics*, 77 (1), 4-16.
- Omarzu, J., Miller, A. N., Schultz, C., & Timmerman, A. (2012). Motivations and emotional consequences related to engaging in extramarital relationships. *International Journal of Sexual Health*, 24 (2), 154-162.
- Oppenheimer, M. (2007). Recovering from an extramarital relationship from a non-systemic approach. *American journal of psychotherapy*, 61 (2), 181.
- Perkins-Porras L, Joeques K, Bhalla N, Sutherland C, Pollard M. (2015). Reporting of Posttraumatic Stress Disorder and Cardiac Misconceptions tions Following Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulm Rehabil Prev.*;35 (4):238-245.
- Resnick M, Bruckman A. (2002). Virtual Professional community: results from the media moo project. Available: <http://www.lucien.berkeley.edu/moo/mediamoo-3cyberconf.ps>.
- Rotunda, R. J., O'Farrell, T. J., Murphy, M., & Babey, S. H. (2008). Behavioral couples therapy for comorbid substance use disorders and combat-related posttraumatic stress disorder among male veterans: An initial evaluation. *Addictive behaviors*, 33 (1), 180-187.
- Sautter, F. J., Glynn, S. M., Thompson, K. E., Franklin, L., & Han, X. (2009). A couple-based approach to the reduction of PTSD avoidance symptoms: Preliminary findings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35 (3), 343-349.
- Schade, L. C., & Sandberg, J. G. (2012). Healing the attachment injury of marital infidelity using emotionally focused couples therapy: A case illustration. *The American Journal of Family Therapy*, 40 (5), 434-444.
- Suler, J. (2005). Human becomes electric networks as mind self. Available: <http://www.rider.edu/suler/psycyber/netself.html>
- Whittaker Jason (2004). *The cyberspace handbook*. London and New York Routledge