



## بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر کنترل خشم بر بهزیستی روانی زنان خیانت دیده

علی اکبر مدرس مقدم<sup>۱</sup>

فاطمه جوادی<sup>۲</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر کنترل خشم بر بهزیستی روانی زنان خیانت دیده بود. روش این پژوهش به شیوه‌ی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد با مشکل خیانت همسر بود، که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت کنندگان گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری مبتنی بر کنترل خشم را طی ۸ جلسه دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی بهزیستی روانی ریف استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش آماری کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که زنان گروه آزمایش نسبت به زنان گروه کنترل در پس آزمون به طور معناداری، بهزیستی روانی بالاتری داشتند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر کنترل خشم در افزایش بهزیستی روانی زنان خیانت دیده تأثیر معناداری دارد.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی- رفتاری، کنترل خشم، بهزیستی روانی، زنان خیانت دیده

۱. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، خراسان رضوی، ایران (نویسنده مسئول) [drmodares@gmail.com](mailto:drmodares@gmail.com)

۲. کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، خراسان رضوی، ایران

## مقدمه

نهاد خانواده در کنار نهادهای دین، اقتصاد، سیاست و آموزش و پرورش، یکی از پنج نهاد بنیادین اجتماعی است که بسیاری از نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی انسان ها در چهارچوب آن برآورده می شود. با این حال برای زندگی خانوادگی "رویه تاریک" نیز تعریف شده است. زندگی خانوادگی با خطراتی گره خورده که استمرار حیات خانوادگی و سلامت خانواده را مختل می کند، یکی از این خطرهای بی وفایی در زناشویی است، که مشکلات زیادی را در پی دارد (لودو، جانی و هاویگر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). از منظر سنتی، روابط فرا زناشویی به معنی برقراری رابطه جنسی با فردی غیر همسر می باشد. اما امروز با توجه به دگرگونی در روابط اجتماعی و همچنین تغییر در نگرش ها، علاوه بر روابط جنسی به طور خاص، داشتن سرو سر با فرد دیگر، شیفتگی و محبت نا متعارف در فضاهای مجازی نیز در این تعریف می گنجد (چونیک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). در مجموع همان طور که لوسترمن<sup>۳</sup> معتقد است: خیانت زمانی اتفاق می افتد که یکی از زوج ها بر این باور باشد که زندگی زناشویی او وفادار است، در صورتی که زوج دیگر به طور پنهانی این پیمان را شکسته است (لودو و همکاران، ۲۰۱۳).

از نگاهی جامع به پدیده روابط فرا زناشویی، میزان شیوع، علل و زمینه ها و همچنین پیامدهای آن اهمیت داشته و مورد توجه محققان، سیاست گذاران و درمانگران بوده است. درباره علل و زمینه ها، براساس نتایج تحقیقات انجام یافته، نارضایتی از روابط جنسی و عاطفی، سوءظن نسبت به وفاداری همسر، تنوع طلبی، انتقام جویی از همسر بی وفاء، ویژگی های شخصیتی، سبک دلبستگی، مذهب، سطح تحصیلات، درآمد و شغل، بلوغ جنسی و اجتماعی، خانواده منش، پول و قدرت، عوامل زمینه ای (آلن، اتکینز، بوکام، سیدر، گردن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵)، شخصیت و درک همسران از ازدواج (باگاروزی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷) و در نهایت عوامل پیش بینی کننده قبل از ازدواج، از جمله سابقه روابط جنسی رضایت بخش قبل از ازدواج جزو علل و زمینه های روابط فرا زناشویی مطرح شده است (آلن، رودز، استنلی، مارکمن، ویلیامز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

در مورد پیامدهای روابط فرا زناشویی، حقیقت مسلم آن است که خیانت، به افراد و روابط آنها صدمه می زند. افشای خیانت بحرانی ناگهانی برای زوج هاست، چرا که باورهای قبلی آنان را در خصوص وفاداری، اعتماد و عشق زیر سؤال می برد (مؤمنی و نادری، ۲۰۱۴). خیانت همسر، شبیه استرس پس از ضربه<sup>۷</sup> (PTSD) است و با علائمی چون شوک، سردرگمی، خشم، افسردگی، آسیب دیدن عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس همراه است. علاوه بر این، پس از افشای خیانت، خانواده با مسائلی نظیر بحران زناشویی، تضعیف نقش های والدینی، مشکلات شغلی، ضرب و شتم، قتل همسر و اقدام به خودکشی روبه رومی شود. همان گونه که ملاحظه می شود، باتوجه به اهمیت نهاد خانواده و کارکردهای متنوع و حیاتی آن، روابط فرا زناشویی پدیده ای بسیار مخرب و در عین حال چند بعدی و پیچیده است (نوبی و محمدی آریا، ۱۳۹۴).

پژوهش ها نشان داده اند که بین خیانت زناشویی و بهزیستی روانی رابطه وجود دارد (محبوب، ۱۴۰۰). منظور از بهزیستی در روانشناسی مثبت گرا افزایش میزان شکوفای در زندگی خود و دیگران است. بهزیستی روانی اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه های زندگی را در بر می گیرد (ریف<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴). در این راستا، نتایج پژوهش های انجام شده حاکی از این واقعیت است که افراد دارای بهزیستی روانی بالا به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از اتفاقات پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند؛ در حالی که افرادی که بهزیستی روانشناختی محدودی دارند موقعیت های زندگی خود را نامطلوب ارزیابی می کنند و تمرکزشان بیشتر بر هیجانات منفی است (مایکوگولاری، اودک و بواز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷).

خشم از هیجان های جهان شمول است که با پیامدهای مخربی همراه می باشد و از دیر باز مورد توجه اندیشمندان و متخصصان بوده است. همه ما به نحوی خشم را تجربه کرده ایم و می دانیم که نمی توان از افراد و چیزهایی که ما را خشمگین می کنند، اجتناب نمود و یا آنها را تغییر داد. با این وجود می توانیم چگونگی کنترل واکنش های خودمان را بیاموزیم. هدف کنترل خشم

1. Loudov, Jani & Haviger
2. Chuick
3. Loster Man
4. Allen, Atkins, Baucom, Snyder & Gordon
5. Bagarozzi
6. Allen, Rhoades, Stanley, Markman & Williams
7. Post-traumatic stress disorder
8. Ryff
9. Micoogullari, Odek & Beyaz

کاهش احساسات پرخاشگرانه و برانگیختگی فیزیکی است که خشم آن را بوجود می‌آورد. از منظر روان شناختی، مواجهه با پدیده فرا زناشویی، مستلزم رویکردی جامع و نافذ است، تا بتوان با استفاده از آن به توصیف و تبیین این پدیده و همچنین به درمان عواقب ناشی از آن پرداخت (رافضی، ۱۳۸۳). آنچه که باعث توجه محققان به رفتار پرخاشگرانه شده است اثرات نامطلوب آن بد رفتاری بین فردی و همچنین اثرات ناخوشایند آن بر حالات درونی و روانی فرد است. عدم کنترل رفتار پرخاشگرانه علاوه بر اینکه می‌تواند باعث ایجاد مشکلات بین فرد و جرم، بزه و تجاوز بر حقوق دیگران شود، می‌تواند درون‌ریزی شده و باعث انواع مشکلات جسمی و روانی، مانند زخم معده، سردردهای میگرنی، افسردگی گردد (الیس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸).

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر اساس مدل کاهش استرس و کنترل خشم مبتنی بر حضور ذهن کابالتزین ساخته شده است. اساس این نوع درمان رابطه فرد با افکار و احساسات است. هدف این نوع درمان ایجاد نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است (سگال، ویلیامز و تیزدل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲) افزون بر آن مهارت‌های مقابله‌ای که در برنامه MBSR آموزش داده می‌شود، که دارای عناصری از درمان شناختی است که یک دیدگاه جدا و بدون قضاوت از افکار منفی را شامل می‌شود، شامل عبارتهایی مانند «افکار حقایق نیستند» و «افکار من تایید کننده من نمی‌باشند». سایر عنصر شناختی که وارد این درمان شده اند عبارتند از: آموزش شرکت کنندگان درباره افکار و احساسات و درباره ارزیابی انتقادی افکار به جای این که آن‌ها را به عنوان حقایق بپذیریم (اسپلویین، اسمیس و اسمیسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹).

در این راستا پژوهش حاضر در تلاش است تا به بررسی اثربخشی درمان کنترل خشم با رویکرد شناختی- رفتاری بر بهزیستی روانی زنانی که مورد خیانت واقع شده اند بپردازد، تا در نهایت بتوان از نتایج حاصل از این پژوهش به ارائه راهکارهای موثری برای پیشگیری از طلاق و کاهش آسیب و افزایش سطح کیفیت زندگی زوج دست یافت.

## روش

روش این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری مورد نظر این پژوهش شامل تعدادی از زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد با مشکل خیانت همسر در سال ۱۳۹۶ بود. از میان جامعه آماری بالا تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های در نظر گرفته شده (نداشتن ملاک‌های سایر اختلال‌های محور I و II و مصرف مواد بر اساس تشخیص روانپزشک، محدوده‌ی سنی ۲۰-۵۵، نداشتن سابقه‌ی دریافت مداخله‌ی درمانی دیگر، رضایت آگاهانه از روش‌های درمانی و فرآیند پژوهش) انتخاب شدند. این ۳۰ نفر به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. در هر دو گروه پیش‌آزمونی برای تعیین متغیر وابسته پژوهش اجرا و سپس یک گروه ۱۵ نفره‌ی آزمایشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر کنترل خشم (۸ جلسه) را دریافت کردند. گروه کنترل هیچگونه آموزشی را دریافت نکرد. پس از پایان یافتن جلسات آموزشی (حدود ۲ ماه) مجدداً متغیر پژوهش اندازه‌گیری شد. در ابتدای هر جلسه تکالیف جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت و سپس آموزش‌ها داده شد و در آخر جلسات نیز پرسش و پاسخ و رفع اشکالات شرکت کنندگان صورت گرفت. همچنین کلیه شرکت کنندگان اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمودند. این اطمینان به مشارکت کنندگان داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرند. همچنین به آنان اطمینان داده شد که هر زمان بخواهند می‌توانند مطالعه را ترک کنند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS23 استفاده شد و برای تحلیل داده‌های به دست آمده از روش‌های آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و برای آزمون فرضیه‌ی پژوهش نیز از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

## پرسشنامه بهزیستی روانی

این مقیاس ۱۸ ماده‌ای توسط ریف (۱۹۹۸) ساخته شده است که برای سنجش شش بعد بهزیستی روان‌شناختی (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) به کار می‌رود. پاسخگویی به ماده‌ها در

1. Elice
2. Segal, Williams, & Teasdale
3. Splevins, Smith, & Simpson

این مقیاس در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف=۰ تا کاملاً موافق) صورت می‌گیرد. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات آن بعد را با هم جمع کرده و به منظور به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات تک تک سوالات را محاسبه نمود. نمرات بالاتر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بالاتر در فرد پاسخ دهنده می باشد و برعکس.

در پژوهش خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تاییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد.

### محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر کنترل خشم

جلسه اول: الف) توضیح درباره منطق برنامه آموزشی و علت آن؛ ب) تعیین قوانین برنامه از جمله تعیین زمان جلسه، مدت جلسات، نیاز به مشارکت بدن و وقفه؛ ج) توصیف نحوه برنامه آموزشی از جمله طرح تکلیف خانگی، مشارکت در اجرای نقش و استفاده از فیلم و تشویق بحث گروهی و قوانین گروه استفاده از behavioral contingency؛ د) توضیح فیزیولوژی و علائم خشم؛ ه) بیان خلاصه بحث به وسیله اعضا و مرور نکات مهم جلسه.

جلسه دوم: الف) مرور مطالب جلسه قبل؛ ب) مصاحبه رفتاری و گرفتن شرح حال اولیه درباره موقعیت‌هایی که موجب خشم در شرکت کنندگان می‌شود و چگونگی مدارا کردن هریک از آنها با موقعیت‌ها؛ ج) توضیح علایم پرخاشگری و انواع آن؛ د) توضیح بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام Contingency و دادن تکلیف.

جلسه سوم: الف) مرور مطالب جلسه دوم؛ ب) آموزش رابطه محرک-فکر-احساس-رفتار؛ ج) بررسی hassle hog با تمرکز بر رابطه محرک-فکر-احساس-رفتار؛ د) بیان خلاصه جلسه و اجرای contingency و دادن تکلیف.

جلسه چهارم: الف) مرور مطالب جلسه سوم؛ ب) شناسایی افکار و آموزش واقعه پیشامد، رفتار هدف و پیامد؛ ج) بحث راجع به برانگیزاننده‌های پنهان و آشکار؛ د) بررسی hassle hog. با تمرکز بر محرک‌های برانگیزاننده و رفتار، پیامد و واقعه پیشامد؛ ه) توجه به عواقب هر عملکرد؛ و) بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام contingency و دادن تکلیف.

جلسه پنجم: الف) مرور مطالب جلسه چهارم؛ ب) صحبت راجع به خود گویی و افکار افزایش دهنده و کاهش دهنده خشم؛ ج) افکار غیر منعطف و منعطف؛ د) بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام Contingency و دادن تکلیف.

جلسه ششم: الف) مرور مطالب جلسه پنجم؛ ب) تمرین آرمیدگی؛ ج) بررسی hassle log و بازی نقش، با تمرکز بر خودگویی و افکار غیرمنعطف و منعطف؛ د) آموزش آرمیدگی؛ ه) آموزش حل مسئله؛ و) بیان خلاصه مطالب ارایه شده.

جلسه هفتم: الف) مرور خلاصه جلسه ششم

جلسه هشتم: الف) مرور مطالب جلسه قبل؛ ب) تمرین آرمیدگی؛ ج) حل مسئله؛ د) آموزش جرات مندی با توضیح راجع به احساس اولیه و احساس ثانیه؛ ه) بیان خلاصه مطالب ذکر شده و نتیجه گیری.

## یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن مشارکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۵/۴۰ (۸/۶۱) و گروه گواه ۳۷/۵۳ (۹/۷۸) سال بود. قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های مورد نیاز برای آمار پارامتریک بررسی شد. آزمون کولموگروف اسمیرنوف به منظور هنجاریابی توزیع، در نمره کلی بهزیستی روانی فرض هنجار بودن توزیع متغیرها را تأیید کرد. همچنین پیش فرض لوین به منظور بررسی تساوی واریانس‌ها ۰/۷۱ محاسبه شد که این پیش‌فرض نیز برقرار بود ( $p > ۰/۰۵$ ).

### جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه در نمره‌ی کل مقیاس بهزیستی روانی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره‌ی کلی	آزمایش	۶۵/۸۶	۱۲/۷۲	۷۱/۶۰	۱۰/۶۲
	کنترل	۶۸/۰۰	۱۰/۷۹	۶۸/۳۳	۱۰/۸۰

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون بهزیستی روانی در گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۶۵/۸۶ و ۱۲/۷۲ بود که در پس‌آزمون به ۷۱/۶۰ و ۱۰/۶۲ افزایش یافت و در گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۶۸/۰۰ و ۱۰/۷۹ و در مرحله‌ی پس‌آزمون به ۶۸/۳۳ و ۱۰/۸۰ بود.

جهت پاسخگویی به فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. این آزمون بهزیستی روانی را در میان آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل با حذف اثر پیش‌آزمون مورد مقایسه قرار می‌دهد. نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

### جدول شماره ۲- نتایج آزمون کوواریانس برای مقایسه نمرات دو گروه در پس‌آزمون بهزیستی روانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
پیش‌آزمون	۲۳۴/۳۲	۱	۲۳۴/۳۲	۱۶/۴۵	۰/۰۰۱
گروه	۲۳۳/۵۲	۱	۲۳۳/۵۲	۱۶/۳۹	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل، در نمره‌ی بهزیستی روانی ( $F= ۱۶/۳۹$ ;  $P < ۰/۰۰۱$ ) وجود دارد. بر این اساس می‌توان افزایش بهزیستی روانی در گروه آزمایش را نتیجه گرفت. بر اساس آنچه ذکر شد فرضیه‌ی پژوهش تأیید می‌شود و بر اساس جدول میانگین‌ها درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر کنترل خشم باعث افزایش بهزیستی روانی شرکت‌کنندگان در پژوهش گردیده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش مقدار F به دست آمده حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس در پس‌آزمون برابر ۱۶/۳۹ بود که این میزان از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). بنابراین چنین نتیجه گرفته می‌شود که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر کنترل خشم تفاوت معناداری در میزان بهزیستی روانی گروه مداخله ایجاد کرده است. یعنی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر کنترل خشم باعث افزایش بهزیستی روانی زنان خیانت دیده شده است. این نتیجه با یافته‌های شکوهی یکتا، رفیع‌خواه، زمانی و پورکریمی (۱۳۹۳) و اوراکی، وزیری نسب و علیپور (۱۳۹۴) همسو می‌باشد که نشان دادند آموزش مدیریت خشم بر افزایش بهزیستی روانی مؤثر بوده است. در تبیین اثربخشی درمان کنترل خشم بر بهزیستی روانی، با بررسی محتوای مطالب ارائه شده در جلسات آموزش مدیریت خشم در این پژوهش، می‌توان احتمال داد که استفاده از راهبردهای رفتاری مانند جرئت‌ورزی با بهبود روابط و افزایش اعتماد به نفس فرد، و نیز راهبردهایی چون آرام‌سازی با تأثیر بر علائم جسمانی ناشی از خشم و ایجاد احساس آرامش در فرد اضطراب و پریشانی را نیز در او کاهش داده باشد (بالک، کاتو، هورن، جسی و واکیم، ۲۰۱۰). از طرفی احتمالاً راهبردهای شناختی مانند حل مسئله، شناخت خطاهای شناختی و مبارزه با افکار منفی، تفکر منطقی و استفاده از خودگویی مثبت، باعث تغییر در نگرش‌ها و

شناخت‌های بیماران شده‌اند، به طوری که شرایط خود را پذیرفته و با به کارگیری مهارت‌های آموزش داده شده در جهت بهبود هرچه بیشتر شرایط گام برداشته‌اند (جاکراز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰). داشتن چنین باوری در تأمین سلامت روانی نقش مهمی ایفا می‌کند. از طرف دیگر چالش با افکار منفی و آموزش حل مسئله باعث می‌شود تا افراد دیدگاه‌ها و باورهای خود را به عنوان اصولی کامل و خالی از اشکال نپندارند و نسبت به درستی و نادرستی عقاید خود دیدگاه منعطف‌تری پیدا کنند، یعنی نسبت به پذیرش افکار، نظرات و باورهای جدید پذیرا تر گردند و فرصت‌های جدیدتری برای رشد بیابند که این امر در درمان افسردگی بسیار مهم است (حسینی، ۱۹۹۹)، زیرا به این ترتیب افراد نسبت به شناخت‌های معیوب خود دچار شک و تردید گردیده و درصدد تغییر آن‌ها برمی‌آیند. همچنین بهبود علائم و واکنش‌های منفی روان‌شناختی از قبیل خشم، افسردگی و اضطراب و به طور کلی افزایش سلامت عمومی آن‌ها باعث بهبود نگرش نسبت به خود، محیط و آینده شده و بهبود عملکرد اجتماعی را به دنبال دارد که در نتیجه بیمار بهتر با دیگران ارتباط برقرار کرده و همین امر، اذت، احساس آرامش و رضایت را در فرد بیمار افزایش می‌دهد (ریف<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵).

معمولاً هر پژوهشی با توجه به شرایط و امکاناتی که در آن اجرا شده است دارای محدودیت‌هایی است که می‌تواند گستره‌ی تعمیم‌پذیری آن به کل جامعه را کاهش دهد. پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی است که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را تا حدودی کاهش دهد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از فقدان گروه مقایسه‌ای غیر از گروه کنترل که آموزش دیگری دریافت کنند و نداشتن زمان کافی برای پیگیری تغییرات ایجاد شده در طی زمان که سؤالاتی را در زمینه‌ی پایداری نتایج باقی می‌گذارد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش با نمونه‌های بزرگتر و متنوع و با پیگیری‌های بلند مدت تکرار شده و مطالعاتی نیز برای بررسی عوامل و متغیرهای واسطه‌ای تأثیر این مداخلات انجام گیرد. توصیه می‌شود در این گونه پژوهش‌ها علاوه بر گروه کنترل در انتظار، گروه‌های مختلفی که درمان یا آموزش متفاوتی دریافت کنند نیز وجود داشته باشد تا نتایج مورد مقایسه و تبیین بهتری قرار گیرد.

## منابع

- اوراکی، محمد؛ وزیری‌نسب، بهاره و علیپور، احمد. (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله‌ی شناختی-رفتاری مبتنی بر کنترل خشم روی سلامت روان زنان نابارور. مجله پزشکی ارومیه، ۲۶(۷)، ۶۵۲-۶۶۲.
- خانجانی، مهدی، شهیدی، شهریار، فتح‌آبادی، جلیل، مظاهری، محمد علی، شکری، امید، (۱۳۹۳)، ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر، اندیشه و رفتار، ۸ (۳۲)، ۲۲-۴۶.
- رافضی، زهرا. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر آموزش کنترل خشم بر پرخاشگری نوجوانان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- شکوهی یکتا، محسن؛ رفیع‌خواه، محسن؛ زمانی، نیره و پورکریمی، جواد. (۱۳۹۳). اثربخشی مدیریت خشم بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مادران. فصلنامه‌ی خانواده و پژوهش. ۴(۶)، ۷۳-۸۶.
- محبوب، سمیه. (۱۴۰۰). پیش‌بینی نگرش به خیانت بر اساس سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی معنوی در زنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، موسسه آموزش عالی فاطمیه (س) شیراز.
- نوابی، جعفر و محمدی آریا، علیرضا. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط طرحواره‌های اولیه ناسازگار با توجیه روابط فرازنشویی در میان افراد متأهل. نشریه‌ی روان‌پرستاری، ۳(۴)، ۱۸-۲۷.

Allen ES, Atkins DC, Baucom DH, Snyder DK, Gordon KC, Glass SP. (2005). Intrapersonal, interpersonal, and contextual factors in engaging in and responding to extramarital

- involvement. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2):101-30.
- Allen ES, Rhoades GK, Stanley SM, Markman HJ, Williams T, Melton J. (2008). Premarital precursors of marital infidelity. *Family process*, 47(2):243-59.
- Bagarozzi Sr DA. (2007). Understanding and treating marital infidelity: A multidimensional model. *The American Journal of Family Therapy*, 36(1):1-17.
- Chuick CD. (2013). Gender and infidelity: a study of the relationship between conformity to masculine norms and extra relational involvement [Thesis]. Iowa, IA: University of Iowa.
- Ellis, A. (1998). Anger, how to live with and with out it. New York: JAICO publishing bous.USA.
- Loudov, É. I., Jani, É. K., & Haviger, J. Â. Õ. (2013). Infidelity as a Threatening Factor to the Existence of the Family. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 106:1462-9.
- Micoogullari, B. O., Odek, U., & Beyaz, O. (2017). Evaluation of sport mental toughness and psychological wellbeing in undergraduate student athletes. *Educ Res Rev*. 12(8):483-7.
- Momeni Javid, M., & Naderi Nobanehjani, Z. (2014). [Extramarital Relationship]. Tehran: Shabahang Publications, 22(23): 27-30.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom*. 83(1):10-28.
- Segal , Z .V. , Williams, J.M .G, & Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness – based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse . New York: Guilford press.
- Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging and Mental Health*, 13(3), 328-335.