

اثربخشی روان‌درمانی آدلری بر اساس سبک زندگی، علاقه‌ی اجتماعی بر احساس کهنتری و بهزیستی اجتماعی زنان خیانت‌دیده

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۶/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۲/۳۱

مجید صفاری نیا^۱، علیرضا آقا یوسفی^۱، سیمین حسینیان^۲، اشرف مهمان‌نوازان^۳

چکیده:

مقدمه: این پژوهش به مطالعه‌ی اثربخشی روان‌درمانی آدلری بر کاهش احساس کهنتری و بهبود بهزیستی اجتماعی در بین زنان خیانت‌دیده پرداخته است.

روش: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. ۱۶ زن خیانت‌دیده به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان مراکز سلامت روان اجتماع‌محور و شهرداری تهران و داوطلب شرکت در پژوهش حاضر انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. قبل و پس از ۱۰ جلسه روان‌درمانی آدلری و سپس ۲ ماه بعد، پرسش‌نامه‌ی احساس کهنتری بهرامی و خدادادی (۱۳۹۱) و پرسش‌نامه‌ی بهزیستی اجتماعی کیز (۱۹۹۸) برای هر دو گروه اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس انجام شد.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان داد که روان‌درمانی آدلری، میزان احساس کهنتری را کاهش داده و بهزیستی اجتماعی را ارتقا بخشیده است و مقایسه‌ی میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری را نشان داد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش، روان‌درمانی آدلری می‌تواند موجب کاهش احساس کهنتری و ارتقای بهزیستی اجتماعی زنان خیانت‌دیده گردد و پیشنهاد می‌شود که این نوع روان‌درمانی برای سایر زنان خیانت‌دیده، به‌منظور توانمندسازی روان‌شناختی آنان به‌کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی آدلری، احساس کهنتری، بهزیستی اجتماعی، خیانت زناشویی، زنان

^۱ دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

^۲ استاد گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا

^۳ دکتری روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، * نویسنده‌ی مسئول: Ashraf.mehmannavazan@gmail.com

The Effectiveness of Adlerian Psychotherapy According of Life Style, Social Interest on the Feeling of Inferiority and Social Well-Being of Betrayed Women

Saffarinia, M.; Aghayousefi, A.R.; Hoseinian, S.; Mehmannavazan, A.

Abstract:

Introduction: This research has studied the effectiveness of Adlerian psychotherapy on decreasing of feeling of inferiority and increasing of social well-being among betrayed women.

Methods: This research is of semi- experimental study with pre-test - post-test and follow-up and a control group. A total of 16 betrayed women were selected in available sampling among the referred of Mental health of Community-Based Health center and counseling Municipality Center in Tehran., and randomly assigned to two experimental and control group. Experiment group was expose to Adlerian psychotherapy for 10 session. Before and after 10 Adlerian psychotherapy session, and 2 month later, the Feeling inferiority questionnaire by Bahrami and Khodaday (1391) and social well-being questionnaire by Kizz (1998) were run of both of group... Data were analyzed by ANCOVA.

Results: The results of the study shows that Adlerian psychotherapy, has decreased the feeling of inferiority and increased of social well-being among betrayed women. And comparison of arrage of pre-test and post-test score had meaningful differ.

Conclusion: According coaching results in this research, Adlerian psychotherapy could be decreasing inferiority feeling and increasing of social well-being of betrayed women, and it is suggested to be used this type of psychotherapy for most of betrayed women, in order to their psychological empowerment.

Keywords: Adlerian psychotherapy r, feelings of inferiority, social well-being, marital infidelity, betrayed women

مقدمه

بی‌وفایی و خیانت همسر، در نگاه اول پدیده‌ای فردی به نظر می‌رسد، اما با توجه به عواقب ناگوار و پیامدهای سوء آن که نهاد خانواده و تربیت فرزندان و نیز سلامت و امنیت جامعه را دچار اختلال و آشفتگی می‌کند باید این معضل را از آسیب‌های اجتماعی پنهان و بسیار جدی به شمار آوریم (کریمی، زکی‌بی، محمدی، حق‌شناس، ۱۳۹۴).

خیانت زناشویی خروج از تعهدات زندگی زناشویی و مسئله‌ای تکان‌دهنده برای زوج‌ها و خانواده‌ها و پدیده‌ی پرفراوانی برای درمانگران ازدواج و خانواده است (اتکینز، جاکوبسن، باکوم^۱، ۲۰۰۱). نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که افراد انتظار تک‌همسری در روابط جنسی و پرهیز از روابط خارج از زناشویی از همسر خود دارند (باس، شیکلفورد، ۱۹۹۷؛ ترز، جیسن^۲، ۲۰۰۰). ولی باز هم افراد بسیاری، از این‌گونه روابط سر در می‌آورند. (لومن، گائتون، میخائیل^۳، ۱۹۹۴).

مطالعات زیادی نشان داده‌اند که واکنش فرد نسبت به خیانت همسر، شبیه علائم استرس پس از سانحه^۴ همچون علائم شوک، سردرگمی، خشم، افسردگی، آسیب دیدن عزت‌نفس و کاهش اعتمادبه‌نفس در مسائل شخصی و جنسی است (استفانو، اولاه^۵، ۲۰۰۸). بنابراین خیانت زناشویی یک رویداد آسیب‌زا^۶ است که در این رویداد، افراد آسیب‌دیده، باورهای اساسی در مورد رابطه‌شان، همسرشان و خودشان را زیر سؤال می‌برند (گوردون، باکوم، سنیدر و دیکسون^۷، ۲۰۰۸)؛ و لذا این رویداد آسیب‌زا می‌تواند منجر به علائم شناختی، هیجانی و رفتاری منفی در فرد قربانی گردد و ناآرامی‌های شدید هیجانی و عاطفی پس از افشای خیانت زناشویی اغلب با آشفتگی‌های شناختی همراه است که می‌توان به نشخوار فکری شدید درباره‌ی این رویداد در فرد خیانت‌دیده اشاره نمود و آن‌قدر شدید و غیرقابل کنترل است که در عملکرد روزانه و تمرکز فرد اختلال ایجاد می‌کند (براون، ۲۰۰۱؛ گلس ۱۹۹۷، به نقل از؛ باکوم^۸ و همکاران، ۲۰۰۶).

در این پژوهش، زنان خیانت‌دیده به‌عنوان بازماندگان از خیانت^۹، از این‌رو مورد توجه قرار گرفتند که با توجه به پیامدهای ناگوار خیانت زناشویی، سلامت روان آنان در معرض خدشه قرار گرفته است و نکته‌ی مهم این است که سلامت روان آنان، اثرگذار بر سلامت خانواده و متعاقباً جامعه است و اینکه زنان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر نسبت به سلامتی بوده و در مقایسه با مردان در خطر بالاتری برای اکثر اختلالات روانی قرار دارند (سپهرمنش، احمدوند، یآوری و ساعی، ۱۳۸۳). دیویس^{۱۰} (۲۰۱۰) به این نکته اشاره می‌کند که توانمندسازی روان‌شناختی زنان به ارتقای کیفیت نقش مادرانه‌ی آنان انجامیده و از پریشانی‌های روان‌شناختی خانواده می‌کاهد. لذا زنان در مواجهه با خیانت شوهران که به‌عنوان یک رویداد دردناک تلقی می‌گردد، نیازمند حفظ و ارتقای سلامت روان و سازگاری مجدد با شرایط موجود می‌باشند (کوینی^{۱۱}، ۲۰۰۳).

¹ Atkins, Jacobson, Baucom

² Buss, Shackelford, Treas, Giesen

³ Laumann, Gagnon, Michaels

⁴ PTSD

⁵ Stefano, Oala

⁶ traumatic event

⁷ Gordon, Baucom, Snyder, Dixon

⁸ Baucom

⁹ survivor

¹⁰ Davis

¹¹ Coyne

یکی از مواردی که سلامت روان زنان خیانت‌دیده را مخدوش می‌کند و ممکن است موجب بروز رفتارهای آسیب‌زا از سوی آنان گردد، احساس کهنتری است که آلفرد آدلر، آن را انگیزه‌ی واقعی تقریباً کلیه‌ی رفتارهای غیرعادی قلمداد کرد و مکانیزمی که کودک یا نوجوان و یا به‌طور کلی یک فرد آدمی به کار می‌اندازد تا علیه کهنتری خود مبارزه کند همواره بر یک اصل متکی است و آن اصل جبران یا تلافی است. جبران یا تلافی کردن به‌منزله‌ی از بین بردن نارسایی نیست بلکه پارسنگ یا وزنه ایست که در کفه‌ی مخالف گذاشته می‌شود تا فرد خود را بازباید؛ و هر قدر فردی در مقابل واکنش‌های دیگران و شکست‌های خویش خود را سرافکننده‌تر حس کند، بیشتر احساس می‌کند که باید سطح ارزشی را که خود برای خویش قائل شده است بالاتر برد. ولی از سوی دیگر از آنجاکه سطح این ارزش پایین است خود را برای اصلاح رفتار یا تغییر جهت اساسی نالایق تر حس می‌کند. این به‌جنبش در آوردن نارسای انرژی و این یأس و باز پس رفتن، احتیاج به مطمئن ساختن خویش و جستجوی کامیابی‌های فوری را که می‌توانند به شکل خالی شدن پرخاشگرانه (دشنام و ناسزا، خشم، رفتار نابجا، ضرب و شتم) و یا گرایش به یک لذت تسلی‌بخش درآیند، به‌وجود می‌آورند. کام‌یافتگی ممکن است با احساس انتقام یا ایجاد ناراحتی توأم گردد و بدین ترتیب تألیفی بین خالی شدن به‌صورت پرخاشگری و باز پس رفتن به‌منظور لذت‌جویی به عمل آید (منصور، ۱۳۹۲).

از آنجاکه احساس کهنتری همیشه در مقایسه‌ی خود با دیگران به کار می‌رود، داشتن چنین احساسی، با احساس انزوای اجتماعی و تعلق^۱ نداشتن نیز همراه است (هاسپر، ۲۰۱۳). روکاخ و لیگنیرز^۲ (۲۰۱۵) بیان می‌کنند که بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده، پس از کشف خیانت همسر (از سوی زنان)، برخی نقش‌های اجتماعی آنان که قبلاً به همراه شریک زندگی ایفا می‌شده است، پس زده^۳ می‌شوند و ارتباطات اجتماعی فرد خیانت‌دیده محدود می‌شود که این خود باعث پریشانی بیشتر می‌شود و به احساس تنهایی دامن می‌زند و در نهایت عزت‌نفس آنان لطمه می‌بیند. لذا ارتباطات اجتماعی و حمایت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان یک سد محافظتی در برابر احساس تنهایی عمل کند، زیرا کیفیت زندگی یک شخص اغلب با کیفیت دامنه‌های روابط اجتماعی و مشارکت و تعامل با اجتماع میانجی‌گری می‌شود؛ درواقع وقتی یکپارچگی اجتماعی می‌یابیم احساس تعلق را تجربه می‌کنیم که با بهزیستی و احساس مثبت از خود مشخص می‌شود که به‌عنوان منابع مهمی در جهت انطباق^۴ با شرایط جدید شناخته شده است.

بنابراین روان‌درمانی و ارتقای سلامت زنان خیانت‌دیده به‌منظور غلبه بر احساس کهنتری و ارتقای بهزیستی اجتماعی، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است و در بین نظریه‌های روان‌درمانی، یکی از

¹ belonging

² Rokach, Lignieres,

³ reject

⁴ Copying

نظریاتی که به‌وضوح به تبیین و درمان احساس کهرتری و تعاملات بین فردی و نقش این تعاملات در سلامت روانی افراد پرداخته است، نظریه‌ی روان‌درمانی آدلری است.

در تشریح دیدگاه آدلر در مورد احساس کهرتری، منصور (۱۳۹۲) این‌گونه بیان می‌کند که انسان بی‌آنکه احساسی نسبت به ارزش خود داشته باشد نمی‌تواند زندگی کند. هر فردی اندک‌اندک به تعیین ارزش شخصی خود می‌پردازد و آن را در سطحی قرار می‌دهد. به نظر آدلر، چنین عملی دارای یک هدف برتری‌طلبی است و متناسب با تمایل به اجتناب و احتراز از کهرتری است. به بیان دیگر، انسان با تصور ارزش خود زندگی می‌کند و همواره چنان رفتار می‌کند که بتواند آن را از هر گزندی مصون بدارد و در صورت امکان با نشان دادن ارزش خویش به طرق گوناگون و احتراز از موقعیت‌های کهرتری آن را برتر سازد. این تمایل غالباً به زیان‌همیاری و انجام اعمال واقعاً ثمربخش تمام می‌شود و اگر شکستی که غالباً امکان آن هست، رخ نماید، فرد از کار می‌ماند. سپس این نویسنده، انواعی از واکنش‌های جبرانی منفی در پاسخ به احساس کهرتری را نام می‌برد که برخی از آن‌ها شامل اعتراض ناهشیار، گریز از معاشرت و برخورد، جبران بر اساس روی آوردن به کامیابی‌های فوری (مانند انتقام، دشنام و ناسزا، خشم، رفتار نابجا، ضرب و شتم)، تجدید احساس رنج (عدم توانایی بروز هیجانات در برابر نامهربانی‌ها و بداقبالی‌ها)، افزایش توقع یا پرتوقعی، بدگویی جبران‌کننده و جبران خیالی است و البته در صورت افزایش آگاهی و هشیاری، جبران‌های سالمی مانند اصلاح رفتار سازش‌نا یافته صورت می‌گیرد.

در دیدگاه آدلری، تجربه‌ی رویدادهای آسیب‌زا^۱ که خیانت زناشویی نیز از جمله آنان است، یک تجربه‌ی بی‌قدرتی است که سلامت فیزیکی و روان‌شناختی فرد مورد تهدید قرار می‌گیرد و این‌گونه رویدادها می‌تواند سیستم عادی و سالم اتصال به جستجوی کنترل و معنا در زندگی را پایمال و مختل نماید و ممکن است به‌عنوان نهایت احساس کهرتری تجربه شود (میلر^۲، ۲۰۱۳). این‌گره کهرتری زمانی به وجود می‌آید که فرد احساس می‌کند نگرش‌ها و توانایی‌هایش توسط دیگران لکه‌دار و یا مطرود شده است (آنس باخر، آنس باخر، ۱۹۶۴؛ به نقل از باتچر، ۲۰۱۴). این افراد گرایش به سمت بیش‌جبرانی^۳ و بیش‌واکنشی دارند (هایدبردر، ۱۹۲۷؛ به نقل از راجشواری و کنچاپاناوار، ۲۰۱۲)؛ و چنانچه فردی در پاسخ‌گویی به مشکلات زندگی به‌خوبی آموزش ندیده باشد ممکن است به جای تلاش برای برتری‌جویی به شیوه‌های مفید، به برتری‌جویی شخصی پرهزینه‌ای بپردازد (کوری^۴، ۲۰۱۳). اگر افراد در این حالت نتوانند بهتر از دیگری باشند جهت حفظ موقعیت خود، برای گسستن از دیگری یا خود، تلاش خواهند کرد و در اینجاست که رفتارهای خود-

^۱ traumatic events

^۲ Millar

^۳ overcompensate

^۴ Corey

تباه‌ساز^۱ به‌عنوان رفتارهای ناسازگارانه ایفای نقش می‌کند (کوری^۲، ۲۰۱۳). در ارتباط با خیانت زناشویی موریست^۳ (۲۰۱۲) به نقل از مطالعات انجام‌شده، بیان می‌کند که طیف رفتارهای ناسازگارانه می‌تواند از بی‌تفاوتی تا واکنش‌های منجر به نابودی خانواده (لوسترمن^۴، ۲۰۰۵)، فرزند کشی به‌منظور انتقام از همسر (روژ-میلا، جوست، پوودین، بوجو و پناو^۵، ۲۰۰۵؛ وست، فریدرمن و رسنیک^۶، ۲۰۰۹)، قتل نفس (شرمن و هافمن^۷، ۲۰۰۷)، قتل - خودکشی (الیاسون^۸، ۲۰۰۹) تا اختلالات روانی (کانو و اولیری^۹، ۲۰۰۰) را شامل شود. همچنین، بوون، دوپو، آلیبهای^{۱۰} (۲۰۰۰) در مورد گرایش به جبران در بین قربانیان خیانت زناشویی بیان می‌کنند که آنان گرایش به جبران بیش از حد^{۱۱} صدمات و جراحات ناشی از این رویداد را دارند و به‌صورت غیرعمدی چرخه‌ی تنش و خشونت را افزایش می‌دهند. لذا پتانسیل افزایش تدریجی تعارض وجود دارد و از این‌رو آسیب به خود، همسر و رابطه‌ها می‌تواند چشمگیر باشد. یوشیمورا^{۱۲} (۲۰۰۷) پاسخ‌های انتقامی آنان را به چندین مقوله کنشی تقسیم‌بندی می‌کند که شامل فاصله‌گیری فعال، پرخاشگری فیزیکی، تخطئه‌ی آبرو و شهرت، شروع یک رابطه‌ی جدید، مبادله‌ی کلامی (منفی)، حذف منابع، خسارت به اموال و افزایش بی‌اطمینانی است.

در بررسی نتایج پژوهش‌ها، موریست (۲۰۱۲)، در مقاله‌ی خود به مطالعه‌ی افکار مربوط به انتقام^{۱۳} به‌عنوان جبران خیالی خسارت ناشی از خیانت از طریق روان‌درمان زوجی به آن پرداخته است. در همین راستا، قاضی نژاد و عباسیان (۱۳۹۰) دریافتند که یکی از عوامل مؤثر در همسر کُشی، انتقام ناشی از خیانت همسر است. باتچر (۲۰۱۴) دریافت که بین رویدادهای آسیب‌زا و رفتارهای خودتباه‌ساز، رابطه‌ی معنادار وجود دارد و بر اساس دیدگاه آدلری، جبران خسارت احساس کهنتری ناشی از رویداد آسیب‌زا، افراد آسیب‌دیده را از رفتارهای واجد علاقه‌ی اجتماعی دور می‌کند و هرچه بیشتر آن‌ها را در یک چرخه‌ی سوء آسیب‌زا مانند مصرف مواد مخدر و سایر رفتارهای خود تباه‌ساز، قرار می‌دهد. همچنین، راجشواری و کینچاپاناوار (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که ناکامی به‌طور معناداری عقده‌ی کهنتری را پیش‌بینی می‌کند. درزمینه‌ی کاربرد روان‌درمانی آدلری بر

¹ self-defeating

² Corey

³ Morrisste

⁴ Lusterman

⁵ Rouge-Maillar, Jousset, Gaudin, Bouju, & Penneau,

⁶ West, Friedman, & Resnick

⁷ Sherman & Hoffmann

⁸ Eliason

⁹ Cano & O'Leary

¹⁰ Boon, Deveau, Alibhai

¹¹ overcompensate

¹² Yoshimura

¹³ revenge

کاهش احساس کهنتری کانگ، پارک، هان، پارک^۱ (۲۰۱۲) و باهلمن و دینتر^۲ (۲۰۰۱) دریافتند که آموزش رویکرد آدلری با تمرکز بر دلگرم‌سازی، بر کاهش احساس کهنتری و افزایش عزت‌نفس مؤثر است. خواجهی (۱۳۹۲) در نتایج پایان‌نامه‌ی خود، به اثربخشی آموزش گروهی رویکرد روان‌درمانی آدلری بر افزایش صمیمیت و الگوهای ارتباطی زوجین دست یافته است. علیزاده، نصیری فرد، کرمی (۱۳۸۹) نیز به اثربخشی آموزش دلگرمی بر افزایش عزت‌نفس دختران دست یافته‌اند. همچنین صداقت پور (۱۳۸۷) نشان داده است که آموزش دلگرم‌سازی بر افزایش رضایت زناشویی اثر بهبوددهنده داشته است.

در ارتباط با رویدادهای آسیب‌زا و بهزیستی اجتماعی، بلک بورن، اوکانل و ریچمن^۳ (۱۹۸۴)؛ به نقل از باتچر^۴، (۲۰۱۴)، بیان می‌کنند که تجربه‌ی وقایع آسیب‌زا^۵، برای زنان، عامل فشاری^۶ است که ناگهانی و بسیار پر قدرت رخ داده است و نتیجه‌ی قریب‌به‌اتفاق آن، ناامیدی و درماندگی به جهت از دست دادن قدرت می‌باشد. در واقع وقایع آسیب‌زا، مجموعه‌ای از باور به مطرود بودن در ارتباط با دیگران و عدم تعلق را ایجاد می‌کند و اینکه جهان جای خطرناکی است و نمی‌شود به دیگران اعتماد کرد و این باعث انزوای افراد و گسستن از علاقه اجتماعی می‌گردد؛ که با توجه به مطالب مرور شده در زمینه‌ی پیامدهای خیانت زناشویی بر زنان خیانت‌دیده، این تغییرات به شکل محدود شدن دامنه‌ی ارتباطات اجتماعی آنان و تبعات شناختی، هیجانی و اجتماعی نمود پیدا می‌کند که در واقع بهزیستی اجتماعی آنان دچار خدشه می‌گردد.

کیز (۱۹۹۸) بهزیستی اجتماعی را به‌عنوان گزارش شخصی افراد از کیفیت ارتباطات آن‌ها با دیگران تعریف می‌کند. از ابتدا نیز بهزیستی اجتماعی به‌عنوان ادراک افراد از یکپارچگی آن‌ها با جامعه، پذیرش دیگران، پیوستگی با اجتماع و احساس فرد از مشارکت با جامعه تعریف می‌شد (لارسون^۷، ۱۹۹۶). در سال ۱۹۴۸، سازمان بهداشت جهانی، بهزیستی اجتماعی را یکی از چند متغیر کلی سلامت فرد تعریف کرد (به نقل از صفاری نیا، ۱۳۹۴).

آدلر معتقد بود که بهزیستی انسان، ریشه در یک احساس اشتراک^۸ و تحقق بخشیدن به علاقه‌ی اجتماعی و خودگردانی^۹ دارد (سانستگارد، رابرت بیتر، پلونیس^{۱۰}، ۱۳۹۳)؛ و علاقه اجتماعی یک نگرش ارزیابانه نسبت به زندگی است که از طریق درک همدلانه صورت می‌گیرد. آدلر بیان می‌کند که با توجه به شرایط اجتماعی برای توسعه و حفظ علاقه‌ی

¹ Kang, Park, Han, Park

² Bahlmann&Dinter

³ Blackburn, O'Connell, Richman

⁴ Butcher

⁵ Traumatic

⁶ stressor

⁷ Larson

⁸ community feeling

⁹ self- determination

¹⁰ Sonstegard, Robert Bitter, Pelonis

اجتماعی، همدلی و فهمیدن (یکدیگر)، واقعیت‌هایی از احساس اجتماعی و هماهنگی و توازن^۱ با جهان است. توانایی رشد کردن تنها در صورتی اتفاق می‌افتد که فرد در ارتباط با دیگران باشد و احساس کند که قسمتی از یک کل است و شخص با این تعلق احساس راحتی می‌کند و علاقه‌ی اجتماعی در امور جاری زندگی مانند دوستی، عشق و کار متجلی می‌شود و سلامت روانی فرد، نیازمند کنار آمدن و سازگاری موفق با این چالش‌های اصلی و جاری زندگی است و در حوزه‌ی زناشویی بیش از هر چیز مبتنی بر همدلی و دیگرمحوری است (آنس باخر، آنس باخر، ۱۹۵۶؛ به نقل از باتچر، ۲۰۱۴)؛ که این مهم می‌تواند فرایند بخشش در خیانت زناشویی را نیز تسهیل کند.

به‌طور خلاصه درمان و فرایند ترتیبی آدلر، هدف‌های ذیل را دنبال می‌کند: ۱- پروراندن علاقه‌ی اجتماعی ۲- کاهش احساس کهنتری، غلبه بر ناامیدی، تشخیص و استفاده از منابع درونی ۳- تغییر سبک زندگی ۴- دلگرم‌سازی به افراد برای درک برابر انسان‌ها (علیزاده، ۱۳۸۳).

در بررسی نتایج تحقیقات، ریان^۲ (۲۰۰۱) نشان می‌دهد که در بین عوامل تأثیرگذار بر سعادت و بهزیستی، احساس تعلق از همه مهم‌تر است. کاراستنسن^۳ با مطالعه‌ی روابط بین فردی دریافت افرادی که دوستان صمیمی دارند و یا روابط آن‌ها از کیفیت بسیار بالایی برخوردار است، بهزیستی بالاتری از خود نشان می‌دهند (به نقل از میرزا حسین، ۱۳۸۶) و هرچه کیفیت روابط بین فردی و اجتماعی بالاتر باشد، بهزیستی روانی - اجتماعی نیز افزایش خواهد یافت (صفاری نیا، تبریزی، محتشمی، حسن‌زاده، ۱۳۹۳).

کیم، پارک، هوگه^۴ (۲۰۱۵) دریافتند که معنا در زندگی مسیری بااهمیت است که از طریق فعالیت اجتماعی و علاقه‌ی اجتماعی موجب کاهش افسردگی در گروه نمونه گردیده است. از سوی دیگر، در مطالعه‌ی اثربخشی روان‌درمانی آدلری، کاسپانر و همکاران^۵ (۲۰۱۰) دریافتند که نتایج دلگرم‌سازی احساس خوشایندی، رضایت از عملکرد در روابط و توانایی حل مشکلات است. باهلن و دینتر (۲۰۰۱) نیز دریافتند که آموزش دلگرم‌سازی، دارای تأثیرات مثبت معنادار بر احساس خودارزشی و بهزیستی است. شوناکر^۶ (۱۹۸۰)، در بررسی تأثیرگذاری دلگرم‌سازی مبتنی بر نظریه‌ی آدلر، دریافت که آزمودنی‌ها با دید مثبت‌تر با مشکلات روبرو می‌شوند و رفتار آن‌ها در روابط اجتماعی دوستانه‌تر است (به نقل از باهلن و دینتر، ۲۰۰۱). علی اکبری دهکردی، علیپور و مهمان‌نوازان (۱۳۹۵) و برجلی، بگیان کوله مرز، بختی و عباسی (۱۳۹۳) نیز دریافتند که رویکرد

¹ Harmony

² Ryan

³ Carstensen

⁴ Kim, Park., Hogge

⁵ Caspaner

⁶ Shoenaker

آدلری با تمرکز بر آموزش دلگرم‌سازی، بهزیستی اجتماعی زنان گروه نمونه را بهبود بخشیده است. فولادی، خجسته (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مؤلفه‌های سبک زندگی به روش آدلری، بر میزان صمیمیت عاطفی زوجین اثربخشی معنادار دارد. کرمانشاهی، شفیق‌آبادی (۱۳۹۳)، نیز در پژوهش خود دریافته‌اند که درمان آدلری بر بهبود الگوهای ارتباطی زنان گروه آزمایش اثربخشی معنادار دارد.

بنابراین با توجه به مطالعات انجام‌شده و اهمیت و ضرورت این پژوهش، سؤال این پژوهش این است که آیا روان‌درمانی آدلری بر غلبه بر احساس کهنتری و بهبود بهزیستی اجتماعی زنان مورد مطالعه‌ی پژوهش حاضر که از سوی همسر خود خیانت دیده‌اند اثربخش است؟

روش

این تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی و در قالب پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی زنان خیانت‌دیده‌ی مراجعه‌کننده (سال‌های ۹۵-۱۳۹۴) به مرکز سلامت روان اجتماع‌محور علوم پزشکی واحد شهید شاه‌آبادی و مرکز مشاوره و روان‌شناختی شهرداری مستقر در سرای محله‌ی منطقه ۱۰ در شهر تهران به تعداد ۵۰ نفر بود. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری در دسترس بوده که پس از اعلام و معرفی «برنامه گروهی این پژوهش» در بین کلیه‌ی زنان خیانت‌دیده، ۳۰ نفر داوطلب شرکت در این پژوهش و برنامه مداخلاتی آن شدند. سپس این تعداد تحت غربالگری و بررسی شرایط لازم مانند شرایط سنی ۲۰-۵۵ سال، دارا بودن تحصیلات سوم راهنمایی به بالا، عدم دریافت داروهای روان‌پزشکی و آمادگی روان‌شناختی جهت شرکت در روان‌درمانی، عدم شرکت در سایر جلسات درمانی دیگر در طول روان‌درمانی حاضر، عدم غیبت بیش از دو جلسه در این پژوهش قرار گرفتند. سپس از این تعداد، ۲۰ نفر واجد شرایط شرکت در جلسات روان‌درمانی شناخته شدند و به‌صورت تصادفی ۱۰ نفر از این تعداد در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل توزیع شدند. سپس از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون به عمل آمد. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه با روان‌درمانی آدلری برگرفته از کرمانشاهی، شفیق‌آبادی (۱۳۹۳) تحت درمان قرار گرفتند و در این مدت، گروه کنترل، درمانی دریافت نمود. در فرایند درمان دو نفر از گروه آزمایش به دلیل غیبت بیش از دو جلسه و دو نفر از گروه کنترل به دلیل عدم حضور در پس‌آزمون، حذف گردیدند. لذا در تحلیل داده‌ها، ۱۶ نفر مورد تحلیل قرار گرفتند؛ که میانگین سنی گروه آزمایش ۳۴/۷۵ سال با انحراف استاندارد ۸/۹۷۲ و میانگین سنی گروه کنترل ۴۳/۷۵ سال با انحراف استاندارد ۸/۹۷۲ بود. در پایان روان‌درمانی، جهت سنجش اثربخشی درمان، هر دو گروه در معرض پس‌آزمون قرار گرفتند و به‌منظور مطالعه‌ی پایداری اثرات مداخله، دو ماه بعد، مجدداً هر دو گروه تحت آزمون پیگیری قرار گرفتند.

جدول ۱ - خلاصه‌ی جلسات روان‌درمانی آدلری

<p>هدف آشنایی با اهداف گروه، ایجاد ارتباط و همدلی، شناخت شیوه‌ی زندگی و عوامل مؤثر بر آن</p>	
<p>جلسه اول تکلیف ویژگی‌های فرزندان با توجه به جایگاه تولد به اعضا گفته می‌شود تا در جلسه ی آینده راجع به جایگاه ترتیبی خود در دوران کودکی و بیان احساسات خود در آن زمان بپردازند و همچنین فکر کردن به شیوه‌ی زندگی کنونی خود</p>	
<p>هدف کاوش پویش‌های فرد، آشنایی و چالش با تکالیف زندگی، شناخت و چالش با اولویت‌های شخصیتی</p>	<p>جلسه</p>
<p>تکلیف دوم و سوم به اولویت‌هایتان فکر کنید، آیا نیازی به تغییر هست؟ باید چه کارهایی را به زندگی‌تان اضافه یا کم کنید؟ به تکالیف زندگی‌تان بر اساس نقشی که به عهده دارید فکر کنید آیا نیازی به تغییر اولویت‌های شخصی هست؟</p>	
<p>هدف کاوش کردن پویش‌های فرد، شناخت خاطرات اولیه، شناخت و چالش با اشتباهات اساسی زندگی</p>	<p>جلسه</p>
<p>تکلیف چهارم و پنجم از افراد خواسته می‌شود به چند نمونه از خاطرات اولیه خود فکر کنند و به ارتباط آن با سبک زندگی خود بپردازند و تفکر به اشتباه‌های زندگی</p>	
<p>هدف ترغیب کردن خودشناسی و بینش، چالش با منطق خصوصی، ارزیابی دوباره‌ی هدف‌های زندگی</p>	<p>جلسه</p>
<p>تکلیف ششم و هفتم مرور هدف‌های زندگی خود و تهیه‌ی فهرستی از کارهایی که به کمک آن‌ها می‌توانید به خود و اعضای خانواده‌تان جرئت ببخشید را بنویسید.</p>	
<p>هدف ترغیب کردن به خودشناسی و شناسایی اهداف و موانع موجود در تحقق آن، جمع‌بندی و مقوله‌های (منظومه‌ی خانوادگی، اشتباهات اساسی، تکالیف زندگی، اولویت‌های شخصیتی و ...) آشنا ساختن اعضا با خود خلاق و نقش آن در شکل‌گیری و تغییر سبک زندگی</p>	<p>جلسه</p> <p>هشتم و نهم</p>
<p>تکلیف مرور ۵ تکلیف زندگی با توجه به ۴ مقوله‌ی توجه‌طلبی، قدرت‌طلبی، انتقام‌گیری، کناره‌گیری و اساس توجه به علاقه‌ی اجتماعی (دلگرم‌سازی) برای ایجاد سلامت روان</p>	
<p>تقویت خود خلاق و کمک کردن به جهت‌گیری مجدد و به‌عمل درآوردن بینش‌ها</p>	<p>جلسه</p> <p>دهم</p>

ابزار

پرسش‌نامه‌ی احساس حقارت: این پرسش‌نامه توسط خدادادی و بهرامی (۱۳۹۱)، بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده از منابع مختلف تنظیم شده است. فرم اولیه با ۲۴ گویه و پاسخ‌نامه‌ی ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) تهیه شد. پاسخگویان باید ضمن مطالعه‌ی دقیق، گزینه‌ای که بیشترین سنخیت را با حالات آن‌ها دارد، انتخاب کنند. روایی این پرسش‌نامه با دو شیوه‌ی ارزیابی صوری و محتوا انجام شده، پس از تنظیم فرم اولیه پرسش‌نامه، برای بررسی روایی صوری و رفع ابهامات، نسخه‌هایی از آن، به گروهی از دانشجویان ارائه شد و از آن‌ها خواسته شد موارد مبهم، نارسا و نامشخص را علامت بزنند. پس از آن برای بررسی کارشناسانه و دقیق گویه‌های پرسش‌نامه (روایی محتوا) از چند نفر از اساتید با تخصص مرتبط نظرخواهی شد. مجموع اقدامات منجر به تغییرات جزئی در متن و محتوای گویه‌ها شد. سپس فرم تغییر یافته برای اجرا آماده شد. پایایی آن با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ و به روش دو نیمه کردن ۰/۷۵، با معناداری در سطح ۰/۰۰۱ محاسبه شد. در دومین مرحله، پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و به روش دو نیمه کردن ۰/۸۰ با معناداری در سطح ۰/۰۰۱ محاسبه گردید. بررسی نتایج حاکی از آن است که پرسش‌نامه‌ی احساس حقارت از کیفیت روان‌سنجی مناسبی برخوردار بوده و قابل کاربرد در مقاصد پژوهشی روان‌شناختی است (خدادادی، بهرامی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۹۱ است.

پرسش‌نامه‌ی بهزیستی اجتماعی: این پرسش‌نامه ۳۳ گویه‌ای توسط کیز (۱۹۹۸) بر اساس مدل نظری او از سازه‌ی بهزیستی اجتماعی تهیه شده است. او طی دو مطالعه بر روی دو نمونه‌ی ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا با استفاده از تحلیل عوامل، مدل ۵ بعدی به‌کاررفته در پرسش‌نامه‌ی خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داده است. در این مقیاس، ۶ گویه مربوط به عامل مشارکت اجتماعی، ۷ گویه مربوط به عامل انسجام اجتماعی، ۷ گویه مربوط به عامل پذیرش اجتماعی، ۶ گویه مربوط به عامل همبستگی اجتماعی و ۷ گویه مربوط به عامل شکوفایی اجتماعی است. او جهت پاسخ‌گویی از یک مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ درجه‌ای استفاده کرده است. او جهت بررسی پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد که میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه‌ی اول و دوم قابل قبول است. بررسی روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه با مقیاس بی‌هنجاری در مطالعه‌ی اول نشان داد که کلیه‌ی ابعاد بهزیستی اجتماعی با مقیاس بی‌هنجاری رابطه‌ی منفی معنادار دارند و در مطالعه‌ی دوم روایی هم‌زمان پرسش‌نامه‌ی بهزیستی اجتماعی با مقیاس بی‌قراری نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی مثبت معنادار و متوسط ابعاد آن با مقیاس بی‌قراری بود (حیدری و غنایی، ۱۳۸۷؛ به نقل از صفاری نیا، ۱۳۹۴). این پرسش‌نامه در ایران ابتدا توسط صفاری نیا و تبریزی

(۱۳۹۱) به زبان فارسی ترجمه و سپس نسخه‌ی ترجمه‌شده‌ی فارسی به انگلیسی برگردانده شد. پس از آن، قابل‌فهم و رسا بودن متن، توسط اساتید روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت و پرسش‌نامه به تعدادی از دانشجویان داده شد تا اشکالات موجود احتمالی مشخص گردد و به‌این‌ترتیب نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی بهزیستی اجتماعی ۳۳ گویه‌ای تهیه و بر روی ۴۰۰ زن و مرد شهر تهران اجرا شده است. در پژوهش صفاری نیا و تبریزی (۱۳۹۱) پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۵ به‌دست آمد که رضایت بخش است. در ارتباط با نمره‌گذاری، این پرسش‌نامه از نوع مداد- کاغذی و خودگزارش دهی است و مشتمل بر ۳۳ گویه و ۵ خرده‌مقیاس همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی است. نمره‌گذاری گویه‌ها روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق = ۵، موافق = ۴، نظری ندارم = ۳، مخالف = ۲ و کاملاً مخالف = ۱ انجام می‌شود؛ بنابراین، حداقل و حداکثر نمره‌ای که به‌دست می‌آید به ترتیب برابر با ۳۳ و ۱۶۵ خواهد بود. لازم به ذکر است که گویه‌های ۱ و ۲ و ۵ و ۶ و ۷ و ۹ و ۱۰ و ۱۲ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۹ و ۲۱ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۵ و ۲۶ و ۲۷ و ۲۹ و ۳۲ و ۳۳ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (صفاری نیا، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر نمره‌ی کلی این مقیاس مورد استفاده قرار گرفت و ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۵۰ محاسبه گردید.

یافته‌ها

جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت کردن برخی از مفروضه‌های اساسی مانند: ۱- نرمال بودن نمرات متغیرها ۲- همگنی واریانس ۳- همگنی خطوط رگرسیون است که در این پژوهش، این مفروضه‌ها مورد بررسی قرار گرفت مفروضه‌ی نرمال بودن نمرات متغیرها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد و نتایج نشان داد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری احساس کهنتری و بهزیستی اجتماعی از توزیع نرمال فاصله‌ی زیادی ندارند. نتایج در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین بررسی شد و نتایج نشان داد مقدار F مربوط به آزمون لوین معنادار نیست (۰/۳۲۳) در متغیر احساس کهنتری و ۰/۰۹۷ در متغیر بهزیستی اجتماعی) این عدم معناداری آزمون لوین نشانگر این است که واریانس خطا بین گروه‌های کنترل و آزمایش تفاوت خاصی با همدیگر ندارند. جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی خطوط رگرسیون، یکی از روش‌های معتبر این است که بین متغیر پیش‌آزمون و گروه، کنش متقابل وجود نداشته باشد. نتایج نشان داد میزان بین گروه و پس‌آزمون احساس کهنتری ۰/۵۵۵ است و میزان بین

گروه و پس‌آزمون بهزیستی اجتماعی ۰/۵۴۴ است که نشان‌دهنده‌ی موازی بودن خطوط رگرسیون است

جدول ۲- آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن نمرات متغیرها در سه مرحله‌ی آزمون

متغیرهای وابسته در سه مرحله‌ی آزمون	آماره	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
پیش‌آزمون بهزیستی اجتماعی	۰/۸۷۰	۱۶	۰/۰۵۷
پس‌آزمون بهزیستی اجتماعی	۰/۸۴۱	۱۶	۰/۰۶۰
پیگیری بهزیستی اجتماعی	۰/۹۷۳	۱۶	۰/۸۸۲
پیش‌آزمون احساس حقارت	۰/۹۷۱	۱۶	۰/۸۵۴
پس‌آزمون احساس حقارت	۰/۹۴۹	۱۶	۰/۴۶۹
پیگیری احساس حقارت	۰/۹۱۸	۱۶	۰/۱۵۶

جدول ۳- بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سطح تحصیلات و جنسیت آزمودنی‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک	فراوانی	درصد	تعداد کل
سطح تحصیلات	سیکل	۳	۱۸/۸
	دیپلم	۸	۵۰
	فوق دیپلم	۱	۶/۲
	لیسانس	۳	۱۸/۸
	فوق لیسانس	۱	۶/۲
	کل	۱۶	۱۰۰
جنسیت آزمودنی‌ها	زنان	۱۶	۱۰۰

در جدول ۴ هم به بررسی شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای احساس کهنتری و بهزیستی اجتماعی در هر دو گروه آزمایش و کنترل پرداخته شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میانگین احساس کهنتری گروه آزمایش پس از روان‌درمانی آدلری از ۴۸/۱۲ در پس‌آزمون به ۳۰/۵۰ و در مرحله‌ی پیگیری به ۲۶ تغییر یافته است؛ و در گروه کنترل از ۴۰/۵ در پس‌آزمون به ۴۲/۳۷ و در مرحله‌ی پیگیری به ۴۸/۲۵ تغییر یافته است. میانگین بهزیستی اجتماعی گروه آزمایش پس از روان‌درمانی آدلری از ۹۸/۱۲ در پس‌آزمون به ۱۲۸

و در مرحله‌ی پیگیری به ۱۲۶/۷۵ تغییر یافته است و در گروه کنترل از ۱۰۴/۶۲ در پس‌آزمون به ۱۰۳/۱۲ و در مرحله پیگیری به ۱۰۳ تغییر یافته است.

جدول ۴- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه‌ها

گروه آزمایش		گروه کنترل		متغیرها	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
تعداد	میانگین	تعداد	میانگین					
۱۶	۴۸/۱۲	۱۶	۱۷/۹۵۵	احساس کهنتری	پیش‌آزمون	۱۶	۴۰/۵۰	۶/۸۶۶
۱۶	۳۰/۵۰	۱۶	۱۲/۰۹۴		پس‌آزمون	۱۶	۳۷۴۲/	۷/۱۳۰
۱۶	۲۶	۱۶	۹/۲۴۲		پیگیری	۱۶	۴۸/۲۵	۴/۵۲۷
۱۶	۹۸/۱۲	۱۶	۱۶/۵۹۹	بهزیستی اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۶	۱۰۴/۶۲	۱۰/۰۷۰
۱۶	۱۲۸	۱۶	۲۱/۹۶۷		پس‌آزمون	۱۶	۱۰۳/۱۲	۹/۹۳۴
۱۶	۱۲۶/۷۵	۱۶	۱۰/۸۴۶		پیگیری	۱۶	۱۰۳	۱۱/۰۵۸

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شده است و نتایج آن در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵- آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی تأثیر روان‌درمانی آدلری بر میزان احساس کهنتری و بهزیستی اجتماعی زنان خیانت‌دیده

منبع واریانس	مجموع مجزورات آزادی	درجه مجزورات آزادی	میانگین	F	سطح معناداری	مجزور جزئی	پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری
گروه آزمایش و گروه کنترل	۵۶۰/۵۲۸	۱	۵۶۰/۵۲۸	۵/۳۲۱	۰/۰۳۸	۰/۲۹۰	پیش‌آزمون و پس‌آزمون
متغیر احساس کهنتری							
گروه آزمایش و گروه کنترل	۲۴۱۹/۷۸۳	۱	۲۴۱۹/۷۸۳	۷/۷۶۰	۰/۰۱۵	۰/۳۷۴	پس‌آزمون و پیگیری
متغیر بهزیستی اجتماعی							
گروه آزمایش و گروه کنترل	۱۹۰۸/۵۳۷	۱	۱۹۰۸/۵۳۷	۳۴/۰۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴	پس‌آزمون و پیگیری
متغیر احساس کهنتری							

گروه آزمایش و گروه

کنترل ۲۱۱۷/۹۱۷ ۱ ۲۱۱۷/۹۱۷ ۱۶/۳۹۴ ۰/۰۰۱ ۰/۵۵۸

متغیر بهزیستی اجتماعی

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، در مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون، مجموع مجذورات و میانگین مربعات مربوط به گروه‌ها در متغیر احساس کهنتری و بهزیستی اجتماعی به ترتیب برابر ۵۶۰/۵۲۸ و ۲۴۱۹/۷۸۳ و $F=۵/۳۲۱$ ، $۷/۷۶۰$ است که در سطح $P=۰/۰۵$ معنادار است. به عبارت دیگر بین گروه‌ها بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون اختلاف معناداری وجود دارد و روان‌درمانی آدلری بر میزان احساس کهنتری و بهزیستی اجتماعی زنان خیانت‌دیده تأثیر معناداری داشته است. در مرحله‌ی پیگیری هم همان‌طور که مشاهده می‌شود مجموع مجذورات و میانگین مربعات مربوط به گروه‌ها در متغیر احساس کهنتری و بهزیستی اجتماعی به ترتیب برابر ۱۹۰۸/۵۳۷ و ۲۱۱۷/۹۱۷ و $F=۳۴/۰۸۹$ ، $۱۶/۳۹۴$ می‌باشد که در سطح $P=۰/۰۵$ معنادار است. مربع ایتای جزئی (اندازه‌ی اثر) برای تأثیر متغیر مستقل در متغیر وابسته نشان می‌دهد که روان‌درمانی آدلری بر میزان احساس کهنتری و بهزیستی اجتماعی زنان خیانت‌دیده تأثیر معناداری داشته است و این تأثیر در طول زمان پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به هدف پژوهش که مطالعه‌ی اثربخشی روان‌درمانی آدلری بر کاهش احساس کهنتری و بهبود بهزیستی اجتماعی زنان خیانت‌دیده بود، نتایج داده‌های این پژوهش در مورد متغیر احساس کهنتری نشان داده است که روان‌درمانی آدلری بر کاهش احساس کهنتری اثربخشی معنادار داشته است بدین‌صورت که این مداخله، سبب کاهش احساس کهنتری گروه آزمایش شده است. لذا نتایج این پژوهش در این متغیر، با نتایج محققان دیگر (باتچر، ۲۰۱۲؛ کانگ، پارک و هان، ۲۰۱۲؛ باهملن و دینتر، ۲۰۰۱؛ خواجوی، ۱۳۹۲؛ علیزاده، نصیری فرد و کرمی، ۱۳۸۹؛ صداقت‌پور، ۱۳۸۷) همسو است.

در تبیین اثربخشی روان‌درمانی آدلری بر کاهش احساس کهنتری زنان خیانت‌دیده در این پژوهش، این نکته قابل توجه است که آدلری‌ها معتقدند که تمام مشکلات انسان ماهیتاً اجتماعی و تعاملی بوده و «گروه‌درمانی» نقطه اتکا است، به این صورت که در عمل و عکس‌العملی که درون گروه اتفاق می‌افتد، افراد اهداف، احساس تعلق، مقاصد و پیوندهای اجتماعی خود را بروز می‌دهند (سانستگارد و همکاران، ۱۳۹۳). در واقع روان‌درمانی آدلری فرصتی را برای زنان خیانت‌دیده‌ای که از احساس کهنتری رنج می‌برند فراهم ساخته است که بتوانند فضایی برای مشارکت، همکاری و ابرازگری سالم داشته باشند. همان‌طور که آدلر احساس کهنتری را بیانگر احساس ناتوانی و به معنای دقیق کلمه متعلق نبودن به خانواده، گروه و جامعه به‌عنوان یک کل توصیف می‌کند (اکستین، ۱۳۸۸).

از سویی دیگر، در فرایند روان‌درمانی آدلری، اولین گام برقراری ارتباط و ایجاد همدلی بین اعضا در گروه است. درواقع درمانگران آدلری، گروه خود را با استقبال از هر فرد آغاز می‌کنند (با اینکه هر فردی از دیگری متفاوت است) و رابطه شامل احترام متقابل و درگیر شدن فعال است (سانستگارد و همکاران، ۱۳۹۳)؛ و فرایندهای مشارکت هر یک از اعضاء مبتنی بر شیوه‌های مرادده دلگرمی مانند گوش دادن و درک کردن، غیر قضاوتی بودن، با دیگران صبور بودن، القاء ایمان و اطمینان به شخص و توانایی‌هایش، تصدیق عمل، تمرکز بر تلاش یا پیشرفت و تمرکز بر توانایی‌ها و داشته‌ها (چستون^۱، ۲۰۰۰) است. در روان‌درمانی آدلری، در جلسه‌ی گروه، به شخص گوش داده می‌شود و حتی وقتی دیگران ابراز مخالفت می‌کنند، این فرد، جایگاهش را از دست نمی‌دهد (سانستگارد، ۱۳۹۳) که همین فرد، قبل از روان‌درمانی فاقد این موقعیت بوده است زیرا وقتی افراد احساس حقارت می‌کنند، احساس داشتن جایگاه در اجتماع را از دست می‌دهند (سانستگارد و همکاران، ۱۳۹۳)؛ بنابراین زن خیانت‌دیده‌ای که دارای احساس کهنتری است، در این فضای درمانی، محیط جدید دلگرم‌کننده‌ای را تجربه می‌کند که در آن می‌تواند علاوه بر احساس پذیرش از سوی دیگران، به توانمندی‌ها و توانایی‌های خود نیز معطوف شده و ادراکش از خود و دیگران تغییر یابد؛ همان‌طور که آدلر بیان می‌کند که میزان احساس کهنتری فرد به ادراک او از خود و پیرامونش بستگی دارد (اکستین، ۱۳۸۸).

علاوه بر این موارد، نکته بااهمیت در روان‌درمانی آدلری تلاش آگاهانه و عمدی برای جهت‌دهی مجدد به الگوهای معیوب زندگی و تغییر انگیزه‌های اشتباه و مفاهیم اشتباه است و هر نوع تغییر واقعی باید با آگاهی شروع شود که آموزنده و ارتقادهنده است و علاوه بر آن، یادگیری به دنبال عمل اتفاق می‌افتد (سانستگارد، ۱۳۹۳) و در سایه‌ی این آگاهی، بینش و عمل وجود دارد. همان‌طور که آدلر (۱۹۵۸/۱۹۳۱)؛ به نقل از سانستگارد و همکاران، ۱۳۹۳) بیان می‌کند، افراد، می‌توانند انتخاب کنند که چگونه باشند و چگونه عمل کنند؛ بنابراین این امکان برای آن‌ها وجود دارد که بخش بی‌فایده‌ی زندگی را کنار گذاشته و یا بخش سودمند خود را رشد دهند. نقاط پایانی روان‌درمانی آدلری جهت‌گیری مجدد و بازآموزی است که به استقرار مجدد ایمان در اعضا (گروه روان‌درمانی) می‌انجامد، ایمان به خودشان و ایمان به یکدیگر، شناسایی نقاط قوت و توانایی‌ها، احساس داشتن شأن و ارزشمندی و تغییر که با به وجود آمدن امید ایجاد می‌شود، اینکه گزینه‌هایی برای انتخاب وجود دارد، اینکه دیدگاه‌های متفاوت راجع به دیگران مؤثر واقع می‌شود و اینکه زندگی می‌تواند خوب پیش برود (سانستگارد و همکاران، ۱۳۹۳). لذا این فرایند روان‌درمانی که مبتنی بر احترام متقابل، آگاهی‌دهنده، ایجادکننده‌ی بینش جدید و تمرین و تلاش و دلگرم‌سازی تلاش‌ها و توانمندی‌ها در این مسیر است دستاوردی است که موجب احساس ارزشمندی و جایگزینی آن به‌جای احساس کهنتری در زنان خیانت در این پژوهش شده است. درنتیجه، با کاهش

^۱ Cheston

احساس کهنتری، فرد احساس می‌کند که به اندازه‌ی کافی در چالش‌های زندگی قوی است و در مسیر آن احساس مفیدبودن می‌کند و به سمت حل مشکلات زندگی خود با شیوه‌های جبرانی سالم، گام برمی‌دارد (انس باخر و انس باخر، ۱۹۵۶؛ به نقل از باتچر، ۲۰۱۴).

متغیر دوم پژوهش حاضر، مطالعه‌ی اثربخشی روان‌درمانی آدلری بر بهزیستی اجتماعی زنان خیانت‌دیده است که نتایج نشان داده است که روان‌درمانی آدلری بر افزایش و بهبود بهزیستی اجتماعی زنان گروه آزمایش، اثربخشی داشته است. نتایج این پژوهش در این متغیر، با نتایج محققان دیگر (کیم، پارک، هوگه، ۲۰۱۵؛ روکاچ و لینگنیرز، ۲۰۱۵؛ کاسپانر و همکاران، ۲۰۱۰؛ ریان، ۲۰۰۱؛ باهلن و دینتر، ۲۰۰۱؛ کاراستنس (به نقل از میرزا حسین)، ۱۳۸۶؛ علی اکبری دهکردی، علیپور و مهمان‌نوازان، ۱۳۹۵؛ صفاری نیا، تبریزی، محتشمی، حسن‌زاده، ۱۳۹۳؛ برجعلی، بگیان کوله مرز، بختی و عباسی، ۱۳۹۳) همسو است. در تبیین اثربخشی روان‌درمانی آدلری بر بهزیستی اجتماعی بر زنان خیانت‌دیده‌ی تحت درمان این پژوهش، می‌توان این‌گونه بیان نمود که در فرایند آگاه‌سازی و ارتقای بینش در جلسات روان‌درمانی آدلری، یکی از موضوعات و مباحث اساسی، موضوع علاقه‌ی اجتماعی و تمرین و تکلیف آن در درون گروه و همچنین خارج از گروه، با سایر افراد بوده است که از طریق ایجاد بینش و چالش با اشتباهات اساسی، مکانیزم‌های افزایش علاقه‌ی اجتماعی با راهبردهای دلگرم‌سازی خود و دیگری، با استفاده از تکنیک‌های ناسودمندسازی اهداف و رفتارهای ناسالم و به‌طور کل جهت‌یابی مجدد در زندگی، گرایش به علاقه‌ی اجتماعی بهبود یافته و بهزیستی اجتماعی این قبیل مراجعین ارتقا پیدا کرده است که تأمین‌کننده سلامت روان زنان خیانت‌دیده نیز است. در نظریه‌ی روان‌درمانی آدلری، موضوع اساسی که بر سلامت روانی افراد بسیار اثرگذار است، تعاملات افراد با یکدیگر است؛ و از آنجایی که انسان‌ها ذاتاً اجتماعی هستند گرایش اجتماعی آن‌ها، بیان‌کننده‌ی شخصیت نوع‌دوستانه‌ی (اسکورودر و همکاران، پندر، داویدو و پیلایوین، ۱۹۹۵) آنان است و این نشان‌دهنده‌ی دارا بودن سلامت روان است. در واقع افزایش گرایش به علاقه اجتماعی، به ارتقای نگرش و ادراک مثبت زنان گروه آزمایش از یکپارچگی آن‌ها با جامعه، پذیرش دیگران، پیوستگی با اجتماع و احساس مشارکت با جامعه و مجموعاً بهزیستی اجتماعی شده است؛ که در نتیجه، بهبود ارتباطات، اعتماد و حمایت اجتماعی به‌عنوان یک سد محافظتی (اسکورودر و همکاران، پندر، ۱۹۹۵) و بازتوانی در برابر احساس تنهایی برای آنان عمل می‌کند. لذا اصلاح اشتباهات اساسی در باورهای آنان نسبت به مردم، اجتماع و جهان اتفاق افتاده است، چراکه تجربه خیانت زناشویی به‌عنوان یک رویداد آسیب‌زا می‌تواند، باور به مطرود بودن در ارتباط با دیگران و عدم تعلق را ایجاد کند و اینکه جهان جای خطرناکی است و نمی‌شود به دیگران اعتماد کرد و این باعث انزوا و گسستن از علاقه اجتماعی می‌گردد (بلک بورن و همکاران، ۱۹۸۴؛ به نقل از باتچر، ۲۰۱۴). نتیجه روان‌درمانی آدلری این دستاورد مهم است که وقتی افراد احساس تعلق دارند، کمتر در خود فرو می‌روند و دوستان و خانواده‌ای دارند

¹ Schroeder, Penner, Dovidio & Piliavin

که با آن‌ها همکاری و به آن‌ها کمک می‌کنند و از این طریق این افراد احساس ارزش و اهمیت کرده و در نهایت سالم‌تر هستند، لذا این افراد نسبت به زندگی دیدگاهی آمیخته با خوش‌بینی و شجاعت دارند (آنس باخر، ۱۹۹۲؛ به نقل از سانستگارد و همکاران، ۱۳۹۳).

در مجموع، در این پژوهش، روان‌درمانی آدلری توانسته است بر کاهش احساس کهنتری و ارتقای بهزیستی اجتماعی زنان خیانت‌دیده اثربخشی داشته باشد و باورهای جدیدی در آنان، هم نسبت به ارزشمندی خود و هم تعامل با دیگران ایجاد نماید؛ که این دستاوردهای بسیار بااهمیت می‌تواند آنان را در پیمودن مسیر پُرچالش زندگی به شیوه‌های سالم و مؤثر یاری رساند. گرچه پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی آدلری می‌تواند بر کاهش احساس کهنتری و ارتقای بهزیستی اجتماعی زنان خیانت‌دیده، مؤثر باشد و این قبیل زنان آسیب‌دیده لازم است تحت این نوع روان‌درمانی قرار گیرند، اما یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که زنان خیانت‌دیده حاضر به شرکت در جلسات روان‌درمانی گروهی نبودند و به‌شدت در برابر دیگران تمایل به پنهان‌کاری در مورد این مسئله داشتند؛ بنابراین علیرغم اطمینان‌دهی و اعتمادسازی برای آنان، امکان روان‌درمانی گروهی برای حجم بیشتر نمونه فراهم نشد؛ و از سویی دیگر، برخی از مسئولین مراکز (حتی آموزشی، مانند سراهای محله) با عنوان «خیانت زناشویی» به‌شدت مخالفت نمودند و از برگزاری جلساتی با این عنوان ممانعت نمودند.

لذا پیشنهاد می‌شود:

- ۱- علاوه بر لزوم تکرار روان‌درمانی آدلری بر کاهش احساس کهنتری و افزایش بهزیستی اجتماعی سایر زنان خیانت‌دیده، پژوهشگران درمانگر به این مهم توجه داشته باشند که لازم است صبوری قابل توجهی در فراخوانی و نمونه‌گیری داشته باشند و حتی ممکن است ناچار شوند چندین بار این فرایند را از نو تکرار کنند.
- ۲- در مواجهه با این قبیل زنان صبور باشند و حوصله‌ی لازم در برخورد با واکنش‌های هیجانی منفی آنان را به خرج دهند.
- ۳- در آنان احساس امنیت را با رازداری خود تقویت نمایند.
- ۴- در ارتباط با مخالفت برخی از مسئولین مراکز، نیز لازم است پژوهشگران حوزه‌ی خیانت زناشویی، ناامید نشده و همکاری لازم در زمینه‌ی تعدیل در عنوان را انجام دهند تا بتوانند مسیر خود را طی نمایند و کمک‌های قابل توجهی نیز به این قبیل زنان «دل‌سرد» داشته باشند.

منابع

اکستین، دنیل (۱۳۸۸). ارزیابی و درمان سبک زندگی. حمید علیزاده، محسن سیفی، فروزان کرمی (مترجمان). اهواز: نشر رشس.

برجلی، محمود؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ بختی، مجتبی؛ عباسی، مسلم (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلری بر بهبود بهزیستی هیجانی و اجتماعی دانش‌آموزان مدارس شبانه‌روزی. فصلنامه خانواده و پژوهش، شماره ۲۱، صص ۸۱-۹۹.

سپهرمنش، زهرا؛ احمدوند، افشین؛ یآوری، پروین؛ ساعی، رضوان (۱۳۸۳). سلامت روان نوجوانان دبیرستانی شهر کاشان در سال ۱۳۸۳. مجله اپیدمیولوژی، دوره، شماره ۲، صص ۴۳-۴۹.

سانستگارد، منفورد؛ رابرت بیتر، جیمز؛ پلونس، پگی (۱۳۹۳). مشاوره و درمان گروهی گام‌به‌گام آدلری. کیانوش زهراکار، زهرا اخوین ثمرین، محمد پورسینا (مترجمان). تهران: نشر دانژه.

خدادادی، مجتبی؛ بهرامی، معصومه (۱۳۹۱). پرسشنامه احساس حقارت. تهران: مؤسسه تحقیقات علوم رفتاری، شناختی سینا.

خواجهی، موسی (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی روش تغییر شیوه زندگی با رویکرد روان‌شناسی فردی آدلر بر صمیمیت و الگوهای ارتباطی زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

صفاری نیا، مجید. (۱۳۹۴). آزمون‌های روان‌شناسی اجتماعی و شخصیت. چاپ دوم. تهران: انتشارات ارجمند.

صفاری نیا، مجید؛ تدریس تبریزی، معصومه؛ محتشمی، طیبه؛ حسن‌زاده، پرستو (۱۳۹۳). تأثیر مؤلفه‌های شخصیت جامعه‌پسند و خودشیفتگی بر بهزیستی اجتماعی در ساکنان شهر تهران. مجله

دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال پانزدهم، شماره ۳، (پیاپی ۵۷)، صص ۳۵-۴۴.

صداقت پور، سمیه (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش دلگرم سازی شوانکر بر سلامت روانی و رضایت زناشویی همسران جانبازان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم

تربیتی. دانشگاه علامه طباطبائی.

علیزاده، حمید؛ نصیری فرد، نفیسه؛ کرمی، ابوالفضل (۱۳۸۹). تأثیر آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلر بر روی خودکارآمدی، عزت‌نفس دختران نوجوان. مجله مطالعات اجتماعی روان‌شناختی

زنان. سال ۸: ۱۴۳-۱۶۸.

علیزاده، حمید (۱۳۸۳). آدلر، پیشگام روان‌کاوی جامعه‌نگر. چاپ اول. تهران: نشر دانژه.

علی اکبری دهکردی، مهناز؛ علیپور، احمد؛ مهمان‌نوازان، اشرف (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش خود دلگرم‌سازی بر بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی زنان معتاد. فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی

اجتماعی، دوره‌ی ۶، شماره‌ی ۲۳.

فولادی، عزت‌الله؛ خجسته، شهلا (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های سبک زندگی بر افزایش میزان صمیمیت عاطفی در دانشجویان متأهل شهر تهران. فصلنامه پژوهش‌نامه تربیتی.

سال دهم. شماره ۴۱. صص ۱۳۲-۱۱۹.

قاضی نژاد، مریم؛ عباسیان، ماریا؛ (۱۳۹۰). مطالعه کیفی عوامل اجتماعی همسر کُشی. فصلنامه

زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان). دوره ۹، شماره ۲، صص ۸۱-۱۱۶.

قوام، ابوالقاسم؛ قبول، احسان (۱۳۸۵). بررسی عقده حقارت در شخصیت بو سهل زوزنی بر اساس روایت بیهقی. فصلنامه ادب پژوهشی. شماره اول. صص ۴۹-۶۷.

کرمانشاهی، فاطمه؛ شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان آدلری بر بهبود الگوهای ارتباطی زنان نابارور. فصلنامه پژوهش‌نامه تربیتی. سال نهم، شماره ۴۰.

کریمی، جهانگیر؛ زکی‌بی، علی؛ محمدی، امید؛ حق‌شناس، شریفه (۱۳۹۴). نقش عوامل روانی و اجتماعی در پیش‌بینی نگرش به روابط خارج از چهارچوب زناشویی در زنان متأهل و ارائه یک مدل بر اساس عوامل مرتبط. فصلنامه مطالعات اجتماعی- روان‌شناختی زنان، شماره ۴۴. صص ۱۲۹-۱۵۲.

کاوه، سعید (۱۳۸۷). همسران و بی‌وفایی و خیانت. چاپ اول. تهران: نشر سخن.

گلادینگ، ساموئل (۱۳۸۶). خانواده‌درمانی (تاریخچه، نظریه، کاربرد). ترجمه فرشاد بهاری و همکاران، تهران: نشر تزکیه.

میرزاحسین، حسین (۱۳۸۶). تبیین مدل پیش‌بینی ذهنی و روان‌شناختی در بین مبتلایان به فویبای اجتماعی. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه آزاد. واحد علوم و تحقیقات.

منصور، محمود (۱۳۹۲). احساس کهنتری، به انضمام بررسی‌های بالینی آدلر، نظرهای بنیادی، تک بررسی‌های بالینی. چاپ چهارم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

Atkins, D. C., Jacobson, N. S., & Baucom, D. H. (2001). Understanding infidelity: Correlates in a national random sample, *Journal of Family Psychology*, 15, 735-749.

Baumgardner, Kristina. Snyder, Douglas K. Atkins, David. Christensen, Andrew. (2006). Treating Affair Couples: Clinical Considerations and Initial Findings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. Volume 20, Number 4.

Buss, D. M., & Shackelford, T. K. (1997). Susceptibility to infidelity in the first year of marriage. *Journal of Research in Personality*, 31(2), 193-221.

Bahlmann, R. & Dinter, L. D. (2001). Encouragement self-encouragement. An Effect study of the Encouragement Training Schoenaker-Concept. *The Journal of Individual Psychology*, 57(37):273-288.

Butcher, Shirley R. (2014). An Adlerian Based Approach to Trauma, PTSD and SUD Treatment in Women. Presented to The Faculty of the Adler Graduate School. In Partial Fulfillment of the Requirements for The Degree of Master of Arts in Adlerian Counseling and Psychotherapy.

Corey, G. (2013). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Coyn, G. (2003). An investigation of coping skills and quality of life among single sole supporting mothers. *International Journal of Anthropology*; 18(3): 127-38.

Caspaner, L. L., Fijaco De Milla, A. D. A., & Prins, L. H. (2010). Work Relations That Enhance the Well-Being of Organizations and Individuals. *The Journal of Individual Psychology*, Vol. 62, No. 1, pp. 81-84.

Davis, C. (2010). Role occupancy, quality and psychological distress among Caucasian and African American women. *Affilia: Journal of Women and Social Work*. Vol. 26, no.1, pp. 83-89

Gordon, K. C, Baucom, D. H, Snyder, D. K, & Dixon, L. J. (2008). Couple Therapy and the Treatment of Affairs. In A. Gurman, S (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy*. (pp. 429-458). New York: Guilford Press.

Hasper, J. (2013). Management of inferior feelings and addictive behaviors. Available at: www.alfredadler.edu/.../Hasper%20MP%202013.

Kang, Gyeongmi. Park, Taesoo. Han, Sanghoon. Park, Junghwan. (2012). The Effects of an Encouragement Program on Inferiority Feeling and Self-esteem of Children. *Communications in Computer and Information Science* Volume 341, 2012, pp 317-324.

Kim, Eunha. Park, Hae, Jeong. Hogge, Ingrid. (2015). Examination of the Adlerian constructs of activity and social interest with depression among recent Korean retirees: Meaning in life as a mediator

Laumann, E., Gagnon, J. H., Michael, R. T. & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality*. Chicago: University of Chicago Press.

Millar, Anthea. (2013). Trauma Therapy: An Adlerian Perspective. *Journal of Individual Psychology*, Vol. 69 Issue 3, p245-261. 17p.

Morrisette, Patrich J. (2012). Infidelity and Revenge Fantasies: An Integrative Couple Therapy Approach. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, Volume 11, Issue 2.

Rokach, York. Lignieres, Gwenaelle Philibert. (2015). Intimacy, Loneliness, Infidelity. *The open psychology journal*, 2015, 8, (suppl2-m3) 71-77.

Ryan, RM. Deci, EL. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Ann Rev Psych*;52: 141-166.

Rajeshwari. N. Kenchappanavar.(2014). Relationship between inferiority complex and Frustration in Adolescents. *IOSR Journal of Humanities and Social Science (JHSS)*.ISSN: 2279-0837, ISBN: 2279-0845. Volume 2, Issue 2 (Sep-Oct. 2012), PP 01-05.

Stefano JD, Oala M.(200 8). Extramarital affairs: Basic considerations and essential tasks in clinical work. *Journal of Counseling and Therapy for Couples and Families*; 16(1):13-19.

Schroeder, D. A., Penner. L. A., Dovidio. J. F., & Piliavin, J. A. (1995). *The psychology of helping and altruism: Problems and puzzles*. New York: McGrawHill.

Treas, J. Giesen.,D. (2000). Sexual infidelity among married, cohabiting Americans. *Journal of marriage and the family*. 62, 48-60.

Yoshimura, S. (2007). Goals and emotional outcomes of revenge activities in interpersonal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24, 87-98.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی