



مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مثبت‌نگر بر رضایت زناشویی و احساس تنهایی زنان ازدواج کرده بدون رضایت والدین

Comparison of the Efficacy of Emotion-Focused Therapy and Positive Psychotherapy on Marital Satisfaction and Feelings of Loneliness in Married Women Without Parental Consent

Esmail Sadri Damirchi
Zahra Moradi
Hosein Keshavarz Afshar
Seyed Reza Poorseyed

اسماعیل صدری دمیرچی*
زهرا مرادی**
حسین کشاووز افشار***
سید رضا پورسید****

Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and positive psychotherapy on marital satisfaction and feelings of loneliness in married women without parental consent. The present practical study used a single-case experimental design with multiple asynchronous baselines. The statistical population included women who were married without parental consent. The sample consisted of 6 individuals selected from among women married without parental consent in Khorramabad. Emotion-focused therapy and positive psychotherapy protocol were conducted during three baseline phases and 10 sessions of 90-minute intervention and follow-up in three phases in 2021, and subjects answered the Marital Satisfaction and Feelings of Loneliness scales in two groups of three. Data were analyzed using the visual drawing, reliable change index (RCI), and percent recovery formula. The results of the study indicated that the average rate of improvement in the marital satisfaction variable of emotion-oriented treatment at post-treatment for three individuals was 61.41% and at follow-up 60.91%, positive treatment, in the post-treatment for three people was 53.21 percent and for the follow-up 51.46%, in the variable of the feeling of loneliness, emotion-oriented treatment in the post-treatment for three people was 58.36% and for the follow-up 58.9%, positive treatment, in the post-treatment for three people was 59.56% and for the follow-up it was 59.76%. The results of the study show that both the emotion-focused and positive treatments had an effect on marital satisfaction, with the emotion-focused treatments having a stronger effect. In addition, both treatments had an effect on feelings of loneliness and there was no significant difference.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, Positive Treatment, Marital Satisfaction, Feeling of Loneliness, Marriage without Parental Consent.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مثبت‌نگر بر رضایت زناشویی و احساس تنهایی زنان ازدواج کرده بدون رضایت والدین بود. در این پژوهش کاربردی از نوع طرح آزمایشی تکموردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. جامعه آماری شامل زنانی بود که بدون رضایت والدین ازدواج کرده بودند. حجم نمونه شامل ۶ نفر بود که به‌صورت در دسترس از میان زنان ازدواج کرده بدون رضایت والدین در سال ۱۴۰۰ در شهر خرم‌آباد انتخاب شدند. پروتکل درمان هیجان‌مدار و مثبت‌نگر در سه مرحله خط پایه و ۱۰ جلسه مداخله ۹۰ دقیقه‌ای و پیگیری در سه مرحله در سال ۱۴۰۰ اجرا شد. آزمودنی‌ها نیز در دو دسته ۳ نفره (درمان هیجان‌مدار و مثبت‌نگر) به مقیاس‌های رضایت زناشویی (ENRICH) و احساس تنهایی (UCLA) پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. براساس یافته‌های پژوهش، میانگین میزان بهبودی در متغیر رضایت زناشویی به شرح زیر است: برای درمان هیجان‌مدار در مرحله پس از درمان سه نفر ۶۱/۴۱ درصد و پیگیری ۶۰/۹۱ درصد، درمان مثبت‌نگر در مرحله پس از درمان سه نفر ۵۳/۲۱ درصد و پیگیری ۵۱/۴۶ درصد، در متغیر احساس تنهایی برای درمان هیجان‌مدار در مرحله پس از درمان سه نفر ۵۸/۳۶ درصد و پیگیری ۵۸/۹ درصد، درمان مثبت‌نگر در مرحله پس از درمان سه نفر ۵۹/۵۶ درصد و پیگیری ۵۹/۷۶ درصد بود. با توجه به یافته‌های پژوهش، هر دو درمان هیجان‌مدار و مثبت‌نگر بر رضایت زن اثرگذار بوده، اما درمان هیجان‌مدار تأثیر بیشتری داشته است. همچنین بر احساس تنهایی هر دو درمان اثرگذار بوده است و تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته‌اند.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌مدار، درمان مثبت‌نگر، رضایت زناشویی، احساس تنهایی، ازدواج بدون رضایت والدین.

* نویسنده مسئول: دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

** دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

*** استادیار گروه تخصصی مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

**** استادیار گروه روان‌شناسی، مرکز آموزشی عالی اقلید، اقلید، ایران

مقدمه

ازدواج با امیدواری خاصی آغاز می‌شود؛ امید به درک‌شدن و اینکه ما را بپذیرند. امید به اینکه به تعلق خاطر دست یابیم، حمایت کنیم، حمایت شویم و امنیت خاطر بیابیم. بیشتر اشخاص زمانی که عاشق می‌شوند، امید دارند عشقشان جاودانه و همیشگی باشد. این امیدداشتن به قدری قوی است که می‌تواند نقش عقل را کم رنگ و استدلال‌ها را بی‌اساس و حل‌شدنی کند و همچنین چشم‌ها را روی حقایق ببندد. اشخاصی که درباره روابط خانواده تحقیق کرده‌اند، بر خانواده و جایگاه حیاتی آن در جامعه تأکید کرده‌اند؛ در واقع هیچ جامعه‌ای را نمی‌توان یافت که سالم و مناسب باشد؛ مگر آنکه از خانواده‌ای سالم برخوردار باشد. خانواده با پیوند زناشویی شکل می‌گیرد و تداوم و بقای آن نیز به تداوم و بقای زندگی زناشویی بستگی دارد (فاطمی اصل، گودرزی، کریمی‌ثانی و بوستانی‌پور، ۱۳۹۸). رضایت از زندگی زناشویی بر میزان سلامت جسمانی و روانی، رضایت از زندگی و موفقیت در ارتباطات اجتماعی اثرگذار است (شکری، شفیق‌آبادی و دوکانه‌ای فرد، ۱۴۰۰). رضایت زناشویی مانند نمودی از شادی، برآمده از وضعیت پیوند زناشویی و عملکرد زناشویی دلخواه تعریف شده است که از تعاملات کارآمد، تجربه‌های خوشایند و رضایت از زندگی مشترک ناشی می‌شود (حاجی‌حسینی و سیم، ۲۰۱۹). رضایت زناشویی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های تعیین عملکرد درست خانواده است که طی آن زن و مرد از ازدواج با یکدیگر و باهم‌بودن احساس شادمانی و رضایت می‌کنند (ویلیامسون و لاونر، ۲۰۲۰).

در این باره، تعدادی از پژوهشگران رضایت زناشویی^۱ را احساس مشهود خشنودی، انطباق میان همسران، همسران، رضایت و همچنین لذت‌بردن زن و شوهر در موقعیت‌های مختلف زندگی تعریف کرده‌اند که هدف آن ایجاد تفاهم دوجانبه میان زوجین است (هو، جیانگ و وانگ، ۲۰۱۹). رضایت زناشویی نتیجه وجود ارتباط محبت‌آمیز و موفق زوجین است و اساسی‌ترین و مهم‌ترین عامل پایداری و تداوم زندگی مشترک به‌شمار می‌آید. از آنجا که رضایت به همراه حس خوشایندی حاصل می‌شود، می‌توان گفت افراد رضایت را حالتی می‌دانند که در وهله اول احساس خوشایندی برای آن‌ها داشته باشد؛ از این‌رو خوشایندی وضعیتی است که از ارضای نیازهای نهاده‌شده در فرد به‌وجود می‌آید، اما رضایت از بررسی و ارزیابی منطقی درباره وضعیت خوشایند ایجاد می‌شود و در کنش‌های متقابل اجتماعی و بروز حالات روانی افراد نسبت به یکدیگر به‌دست می‌آید. به بیان دیگر، رضایت از تعامل میان حالات خوشایند و تجزیه و تحلیل عقلانی در افراد ایجاد می‌شود (جاویدی، ۱۳۹۳).

یکی از مسائلی که زنان دارای رضایت زناشویی کم با آن مواجه هستند، احساس تنهایی^۲ و حس نداشتن تکیه‌گاهی محکم است. احساس تنهایی بستر ساز بسیاری از ناپهنجاری‌ها است که اگر به موقع درمان نشود و برای مدتی طولانی در زندگی فردی و اجتماعی افراد حاکم باشد، به بروز بسیاری از اختلالات روانی منجر می‌شود (ارمر، سگال کارپاس و بنسون، ۲۰۲۰). در واقع احساس تنهایی بیان‌کننده آگاهی

1. marital satisfaction
2. feelings of loneliness

شناختی فرد از کمبودها و نارسایی‌های خود در شبکه روابط بین‌فردی است که به احساس پوچی، غمگینی، اضطراب و دلهره می‌انجامد (موند و جانسون، ۲۰۲۰). هر فردی در هر موقعیتی از زندگی ممکن است با احساس تنهایی مواجه شود. به بیان دیگر احساس تنهایی واقعیت اساسی زندگی انسانی است که به مرزهای سنی، نژادی، جنسی، اقتصادی یا جسمی خاصی محدود نمی‌شود. آمارها نشان می‌دهد از هر چهار نفر در دنیا، یک نفر احساس تنهایی می‌کند. (جوکار و سلیمی، ۱۳۹۰).

احساس تنهایی یکی از مفاهیم پیچیده روان‌شناختی است. مفهومی که امروزه از این احساس وجود دارد، با تعریف این واژه در گذشته متفاوت است. پیش از این، احساس تنهایی مفهومی مثبت داشت و بیشتر تداعی‌کننده ریاضت و دوری از اجتماع برای رسیدن به منزلت و شأن بالای انسانی، مراقبه، تعمق و ارتباط با خدا بود، اما امروزه این عبارت بار معنایی منفی دارد و بیشتر بر تجربه ناخوشایندی دلالت دارد که به دنبال نبود همدم و همراه در زندگی حس می‌شود (رحیم‌زاده، پوراعتماد و حجت، ۱۳۹۰). به بیان دیگر احساس تنهایی تجربه شخصی ناخوشایند، عذاب‌آور و منفی، وحشتناک، سخت و دردناکی است که سبب بروز احساس بی‌حوصلگی، ناامیدی، بی‌فایده‌بودن، افسردگی و تیره و تاردیدن دنیا می‌شود (میردریکوند، پناهی و حسینی رمقانی، ۱۳۹۵).

بررسی پیشینه پژوهشی در تعریف و مفهوم احساس تنهایی نشان می‌دهد درباره این مقوله تفاوت‌های نسبتاً چشمگیری بین صاحب‌نظران وجود دارد؛ برای مثال برخی محققان احساس تنهایی را وضعیت روان‌شناختی‌ای می‌دانند که از نارسایی‌های کمی و کیفی در روابط اجتماعی حاصل می‌شود (رحیم‌زاده، پوراعتماد و حجت، ۱۳۹۰). همچنین شواهد نشان می‌دهد افزایش سازگاری و صمیمیت میان زوجها می‌تواند نقش مؤثری بر کاهش احساس تنهایی داشته باشد (کلی، زیمرگمبک و بویسلارد، ۲۰۱۲)؛ از این رو شناسایی راهکارهای درمانی مؤثر بر این ابعاد همواره مدنظر درمانگران خانواده و یکی از دغدغه‌های آنان بوده است. در این باره دو نفر از پژوهشگران و پیشگامان عصر حاضر در حوزه زوج‌درمانی (جانسون و گرینبرگ، ۱۹۸۰) رویکرد درمانی هیجان‌مدار^۱ را معرفی کرده‌اند. این نظریه براساس نظریه سیستمی، نظریه دلبستگی، درمان انسان‌گرا و تجربی تدوین شده است (پنگ، ۲۰۱۴). تأکید زوج‌درمانی هیجان‌مدار^۲ بر روش سازگاری زناشویی^۳ به کمک حمایت، مراقبت و توجه متقابل برای نیازهای خود شخص و همسر است. به نظر می‌رسد زوجها به جای بیان هیجان‌های قوی، هیجانی را ابراز می‌کنند که برای آن‌ها کمتر تهدیدکننده باشد (جانسون، ۲۰۰۷).

هدف رویکرد درمان هیجان‌مدار دسترسی و بازبینی مجدد واکنش‌های عاطفی - احساسی در تعاملات زوجها است. این واکنش‌ها به توسعه سبک‌های دلبستگی امن‌تر و الگوی متفاوت تعامل زوجین، همدلی آن‌ها با یکدیگر و تدوین الگوهای تعاملی جدید ختم می‌شود (هالفرد، ۲۰۰۱). فرایند درمان هیجان‌محور که

-
1. emotion-focused therapy
 2. emotionally-focused couple therapy
 3. marital adjustment

به روش فردی اجرا می‌شود، با سه مرحله پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی در هشت گام تعیین می‌شود. این سه مرحله با یکدیگر هم‌پوشی دارند. همچنین در سراسر درمان، مراجع به‌عنوان فردی متخصص درباره تجربه‌های خود و درمانگر به‌منزله تسهیلگر و راهنما برای اهداف مراجع در نظر گرفته می‌شوند (تیمولاک و کوق، ۲۰۲۰). براساس درمان هیجان‌محور، شیوه‌ای که افراد تجربه‌های هیجانی را سازمانی‌دهی و پردازش می‌کنند، به درماندگی زناشویی آنها منجر شده است (کیو، هانیگان، کوق و تیمولاک، ۲۰۲۰). با ایجاد تعاملات سازنده میان افراد و شناسایی اشخاص و الگوهای دلبستگی ایمن سبب رضایتمندی و کاهش تحریف‌های شناختی در آنان می‌شود. این رویکرد تغییر رفتارهای دلبستگی را ابزاری برای بهبود روابط آشفته می‌داند و بر آن تمرکز می‌کند (آدمسون، ۲۰۱۸).

روان‌درمانی مثبت‌نگر^۱ یکی از رویکردهای است که تمایل دارد به نقاط مثبت افراد توجه کند. تجربه هیجان‌های مثبتی که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر آن تأکید دارد، در بیشتر موارد توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری در مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند (جاویدان و اصلانی، ۱۳۹۷). مداخله مثبت‌گرا سبب افزایش هیجان‌های مثبت، شریک‌شدن در تجربه‌ها و هیجان‌های مثبت دیگران، افزایش شبکه روابط اجتماعی و ارتباطات دوستی می‌شود. همچنین افراد، پیشرفت، موفقیت، رسیدن به هدف و تسلط بر محیط را اموری ارزشمند در نظر می‌گیرند. پیشرفت و موفقیت در بیشتر مواقع امری ارزشمند تلقی می‌شود (بشرپور، کاظمی و صالحی، ۱۳۹۷). کسانی که زندگی هدفمند را پیگیری می‌کنند، بیشتر در کاری که انجام می‌دهند غرق می‌شوند و توانایی بیشتری در خود می‌بینند. آنان مصرانه به دنبال کسب لذت هستند و زمانی که موفقیتی به دست می‌آورند، هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند که این موفقیت می‌تواند در خدمت هدف بزرگ‌تری نیز باشد (نیکنام، ۱۳۹۸).

مداخلات مثبت‌نگر با تأثیر بر باورها، افکار و احساسات شخصی فرد احتمالاً خودمختاری (آزادی از قید هنجارها و مقابله با فشارهای اجتماعی)، رشد شخصی (بهبود زندگی شخصی فرد به کمک یادگیری و تجربه) و پذیرش خویش (داشتن نگرش مثبت به خویش و زندگی گذشته خود) را نیز بهبود می‌بخشد (عصارزادگان و رئیسی، ۱۳۹۸). مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر به اشخاص کمک می‌کند تا توجه، انتظارات و حافظه خود را از اتفاقات فاجعه‌آمیز و منفی به سمت وقایع مثبت و امیدوارکننده سوق دهند. همچنین این مداخله در افرادی که دارای احساس امید و معنای کم هستند نیز می‌تواند تغییرات مثبتی ایجاد کند (شریفی‌کیا، آهنگری، عسکری و طحان، ۱۳۹۸). تأثیر و کارکرد هیجان‌های مثبت را می‌توان براساس نظر فردریکسون، ۲۰۰۱ به این صورت توضیح داد: هیجان‌های مثبت در افراد (که از فرض‌های اصلی روان‌شناسی مثبت‌گرا است)، اثر هیجان‌های منفی را خنثی می‌کنند؛ در نتیجه هیجان‌های مثبت پادزهری مؤثر در برابر تأثیرات مقاوم هیجان‌های منفی هستند و افراد را برانگیخته می‌کنند تا با محیط پیرامون خود درگیر شوند؛ در نهایت سبب ایجاد و افزایش منابع شخصی، ارتقای تاب‌آوری روان‌شناختی و ایجاد بستر لازم برای بالندگی و رشد

انسان می‌شود (یولیزاک، رشید و ویلیامسون، ۲۰۱۵).

در آیه ۲۱ سوره روم می‌فرماید از جنس خودتان برای شما همسرانی آفریدم که در کنار آن‌ها به آرامش برسید. این آیه قرآن نشان از نیاز انسان به همدم و همراه داشتن برای آرامش دارد. با توجه به روحیه‌ها و خلق و خوی جنس زن که به لحاظ عاطفی، غنی‌تر و حساس‌تر است، زنان به‌ویژه در فرهنگ ایرانی در زندگی خود به دنبال تکیه‌گاهی امن هستند تا در پیچ و خم‌های زندگی بتوانند به آن تکیه کنند. زن با این امید ازدواج می‌کند که این تکیه‌گاه همسر او باشد و در زندگی زناشویی حمایتش کند. در این میان دخترانی که بدون رضایت والدین و خانواده ازدواج می‌کنند، به دلیل اینکه حمایت خانواده را از دست می‌دهند، احساس خلأ بیشتری می‌کنند و انتظار بیشتری از همسر خود دارند، با این حال اگر این نیاز در زندگی زناشویی آنان ارضا نشود، نارضایتی بیشتری در زندگی آن‌ها به وجود می‌آید و فرد احساس تنهایی می‌کند (مرادی، صدری، کشاورز و درگاهی، ۱۴۰۱). نظر به اینکه تاکنون هیچ مداخله‌ای در این گروه از زنان صورت نگرفته است و اینکه تعداد این قشر در جامعه کم نیست، پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مثبت‌نگر بر رضایت زناشویی و احساس تنهایی زنان ازدواج کرده بدون رضایت والدین پرداخته است. فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

۱. درمان هیجان‌مدار بر رضایت زناشویی زنان ازدواج کرده بدون رضایت والدین اثرگذار است و سبب افزایش آن می‌شود.
۲. درمان هیجان‌مدار بر احساس تنهایی زنان ازدواج کرده بدون رضایت والدین مؤثر است و به کاهش آن می‌انجامد.
۳. روان‌درمانی مثبت‌نگر بر رضایت زناشویی زنان ازدواج کرده بدون رضایت والدین اثرگذار است و سبب افزایش آن می‌شود.
۴. روان‌درمانی مثبت‌نگر بر احساس تنهایی زنان ازدواج کرده بدون رضایت والدین مؤثر است و باعث کاهش آن می‌شود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر کاربردی و طرح پژوهش جزء طرح‌های تک‌آزمودنی از نوع آزمایش بالینی و خط پایه چندگانه است. در این نوع طرح‌ها، پژوهشگر اثرگذاری یک متغیر بر متغیر دیگر را روی یک یا چند آزمودنی مطالعه می‌کند. جامعه آماری پژوهش حاضر همه زنان ازدواج کرده بدون رضایت والدین شهر خرم‌آباد بودند. برای انتخاب نمونه از میان این زنان که با هدف پژوهش هم‌خوان بودند، ۶ نفر به صورت دردسترس در سال ۱۴۰۰ انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ازدواج بدون رضایت خانواده، ارتباط نداشتن با خانواده مبدأ و نارضایتی از زندگی زناشویی. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت کردن سه جلسه در جلسات درمانی، همراهی نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکالیف و داشتن هرگونه اختلال روانی و مصرف دارو بود. پیش از شروع درمان خط پایه در سه نوبت برای ۶ نفر، با استفاده از دو پرسشنامه رضایت زناشویی و احساس تنهایی

اندازه‌گیری شد. سپس جلسات درمانی برای این افراد آغاز شد و آزمودنی‌ها در دو گروه (یک گروه تحت درمان هیجان‌مدار و یک گروه تحت درمان مثبت‌نگر) قرار گرفتند. طی این مداخلات، آزمودنی‌ها سه بار ارزیابی شدند. یک‌بار در جلسه اول و یک بار اواسط جلسات درمانی، یعنی جلسه پنجم و در پایان جلسات بعد از ده جلسه مداخله درمان هیجان‌مدار و مثبت‌نگر (برای هر گروه) در مرحله سوم آزمودنی‌ها به هر دو پرسشنامه رضایت زناشویی و احساس تنهایی جواب دادند. به‌منظور پیگیری نیز یک ماه پس از درمان افراد طی شش هفته، هر دو هفته یک‌بار، در سه مرحله پیگیری پس از درمان ارزیابی شدند. سرفصل جلسات درمانی براساس کتاب *زوج‌درمانی هیجان‌مدار* (جانسون، ۱۳۹۶) تنظیم شد. برای تهیه برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر نیز از روش فردریکسون (۲۰۰۱) استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزش درمان هیجان‌مدار

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول و دوم	برقراری ارتباط حرفه‌ای و همدلانه، آشنایی با مراجعان و سؤال کردن درباره انتظارات آن‌ها، ارزیابی اولیه از قوت‌ها و ضعف‌های رابطه زناشویی، تشریح اهداف درمان هیجان‌مدار، بیان مفهوم احساس تنهایی و رضایت زناشویی و کشف مواردی که سبب احساس تنهایی در زنان می‌شود. اجرای پیش‌آزمون رضایت زناشویی و احساس تنهایی
جلسه سوم	آشنایی با عوامل مؤثر بر زندگی مناسب، آشنایی با مهارت‌های ارتباطی زناشویی و چگونگی تعامل با همسر و به کارگیری مهارت‌های زندگی برای کاهش احساس تنهایی و بحث درباره هیجان‌های اولیه، ارزیابی مشکل و موانع دلستگی و افزایش آگاهی زنان از هیجان‌های خود و ایجاد فضای امن ارتباطی برای زنان با همسران خود
جلسه چهارم	گفت‌وگو درباره رفتارهای مخرب رابطه زناشویی و بررسی پیامدهای آن‌ها در روابط زناشویی، آموزش مهارت ابراز هیجان و آشنایی با هیجان‌های مثبت و منفی ارتباط و همچنین آموزش توجه به احساسات و تشویق آزمودنی به درگیری عاطفی با همسر
جلسه پنجم	بیان سه ویژگی مثبت همسر، آموزش روش بخشودگی، قاب‌گیری مجدد مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلستگی و تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌ها و نشان‌دادن رفتارهای دلستگی به همسر و نیز ارزیابی میزان رضایت زناشویی و احساس تنهایی با استفاده از پرسشنامه
جلسه ششم	شناسایی موانع موجود در مسیر یک رابطه رضایت‌بخش، تعیین نقش افکار غیرارادی در رابطه و ایجاد صمیمیت با درک تغییرات و تحولات، پذیرش هیجان‌ها و عمق‌بخشی به درگیری با تجربه هیجانی
جلسه هفتم	ارتقای روش‌های تعامل، تمرکز بر خود به‌جای دیگری، تعریف مجدد دلستگی، نمادگذاری آرزوها به‌ویژه آرزوهای سرکوب‌شده، پذیرش وضعیت‌های جدید و ساختن داستانی شاد از رابطه با همسر
جلسه هشتم	استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه شامل ماندن بر خط درمان و خارج‌نشدن از آن، گفت‌وگو درباره توانمندسازی، ارائه راه‌حل‌ها برای گفت‌وگو با همسر به‌منظور رسیدن به ارزش‌های مشترک زناشویی
جلسه نهم و دهم	پذیرش نفوذ، هنر مصالحه و کسب مهارت در تمرین‌ها، آموزش مدلی برای مدیریت اختلافات درباره مشکلات زناشویی، آموزش مدلی برای حل اختلافات درباره مشکلات حل‌شدنی، آموزش مهارت‌های آغاز مکالمات با ملایمت، حفظ درگیری هیجانی به‌منظور ادامه تقویت دلستگی، اجرای پس‌آزمون با پرسشنامه رضایت زناشویی و احساس تنهایی

منبع: جانسون (۱۳۹۶)

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات آموزش درمان مثبت‌نگر

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول و دوم	برقراری ارتباط حرفه‌ای و همدلانه، آشنایی با مراجعان و سؤال کردن درباره انتظارات از درمان، بیان اهداف درمان مثبت‌نگر، ارزیابی اولیه از قوت‌ها و ضعف‌های زندگی زناشویی، آموزش گفت‌وگوی سازنده و مؤثر میان زنان با همسرانشان، اجرای پیش‌آزمون رضایت زناشویی و احساس تنهایی
جلسه سوم	توضیح ویژگی‌های افراد مثبت‌اندیش و منفی‌نگر، شناسایی نکات مثبت‌اندیشی، ذکر مثال‌هایی از اتفاقات روزانه و تعیین سبک تبیینی خود درباره آن‌ها (خوش‌بینانه و بدبینانه)، معرفی پنج توانمندی منحصر به فرد آنان و آموزش چهار مهارت اصلی خوش‌بینی، مبارزه با افکار منفی، تغییر دادن تصویرهای ذهنی، تقویت عزت‌نفس و حفظ رفتارهای مثبت
جلسه چهارم	گفت‌وگو درباره رفتارهای مخرب رابطه زناشویی (چهار عامل فروپاشی رابطه شامل انتقاد، تحقیر و تمسخر، حالت تدافعی و طفره‌رفتن از گفت‌وگوی معقولانه) و بررسی پیامدهای آن‌ها در روابط زناشویی
جلسه پنجم	افزایش تعاملات مثبت با همسر، بحث درباره احساس تنهایی و تمرکز بر روابط خوشایند. ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده‌اند، جلب توجه آزمودنی به شیوه تعامل با همسر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها، احترام، همدلی و پذیرش تجربه‌های مثبت و منفی، ارزیابی رضایت زناشویی و احساس تنهایی
جلسه ششم	تهیه فهرستی از توانایی‌ها و استعدادهای خود، تشریح مفهوم طلب بخشودگی از خداوند و بخشودگی از دیگران، آموزش برنامه مثبت‌نگری سلیگمن (شکرگزاری، تاب‌آوری، افزایش بهره‌وری، کسب لذت و احساس شادی)
جلسه هفتم	نوشتن نامه سیاست‌گذاری کوتاه به همسر درباره چیزهای که تا به حال قدردانی نشده‌اند، راه‌های مقابله با مشکلات حل‌نشده، توجه به آرزوها و رویاهای زناشویی، شناخت رویاهای همسر، آرامش‌دهی به همسر و آموزش نحوه توافق روی یک مورد خاص
جلسه هشتم	پذیرفتن اشتباهات خود و بخشش خواستن از همسر به دلیل خطاها، توجه به تحریف شناختی درباره احساس تنهایی و تقویت کردن خود در روابط صمیمانه با همسر
جلسه نهم و دهم	آموزش تکنیک ساندویچی برای انتقاد کردن از رفتارهای همسر و بحث درباره احساس تنهایی خود با همسر و به اشتراک گذاشتن این احساس، جمع‌بندی مباحث ارائه شده و اجرای پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه رضایت زناشویی و احساس تنهایی

منبع: فردریکسون (۲۰۰۱)

ابزارهای پژوهش

مقیاس رضایت زناشویی انریچ (EMS)

این مقیاس را السون (۱۹۸۹) تهیه و درباره آن تجدیدنظر کرده است. مقیاس تجدیدنظرشده شامل ۴۷ عبارت و ۴ خرده‌مقیاس رضایت^۲، تحریف آرمانی^۳، ارتباطات^۴ و حل تعارض^۵ است که می‌توان این مقیاس را ابراز تحقیق دانست و از آن استفاده کرد. این پرسشنامه را السون و السون (۲۰۰۰) به نقل از سلیمانی، (۲۰۱۴) درباره ۲۵۵۰۱ زوج متأهل اجرا کردند که به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۸، ۰/۶۲ و ۰/۷۷ به دست آمد. در این پژوهش، ضریب آلفای پرسشنامه برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی به

1. Enrich Marriage Satisfication (EMS)
2. satisfaction
3. Ideal distortion
4. connections
5. conflict resolution

ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۲، ۰/۵۴ و ۰/۷۸ به دست آمد. در نمونه ایرانی (سلیمانان، ۲۰۱۴) پایایی این مقیاس ۰/۹۳ گزارش شد. نمره گذاری به صورت طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً موافقم ۱ تا کاملاً مخالفم ۵) است. جمع کل نمرات در این پرسشنامه به ترتیب ۲۳۵-۴۷ است. نمرات بین ۸۴-۴۷ نارضایتی شدید، نمرات بین ۱۲۲-۸۵ نارضایتی نسبی، نمرات بین ۱۶۹-۱۲۳ رضایت متوسط، نمرات ۱۹۸-۱۶۱ رضایت زیاد و نمرات بین ۲۳۵-۱۹۹ بیانگر رضایت خیلی زیاد هستند.

پرسشنامه احساس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا^۱ (UCLA-LS)

این مقیاس را راسل، پیلوا و کورتونا (۱۹۸۰) ساختند که شامل ۲۰ سؤال و به صورت ۴ گزینه‌ای، ۱۰ جمله مثبت و ۱۰ جمله منفی است. روش نمره گذاری و تفسیر نمره‌ها در این پرسشنامه به این صورت است: هرگز: امتیاز ۱، به ندرت: امتیاز ۲، گاهی: امتیاز ۳ و همیشه: امتیاز ۴، اما امتیاز سؤالات ۲۰، ۱۹، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۹، ۶، ۵ و ۱ برعکس است؛ یعنی هرگز: ۴، به ندرت: ۳، گاهی: ۲ و همیشه: ۱ است. دامنه نمره‌ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است؛ بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین نشان دهنده شدت بیشتر تنهایی است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط راسل (۱۹۹۶) در نسخه جدید تجدیدنظر شده ۷۸ درصد گزارش شد. پایایی آزمون به روش بازآزمایی را راسل (۱۹۹۶) برابر با ۸۹ درصد گزارش کرده است. این مقیاس را شکرکن و میردريکوند (۱۳۷۶) به نقل از نادری و حق شناس، (۱۳۸۸) ترجمه و پس از اجرای مقدماتی و اصلاحات استفاده کرده‌اند. روایی و پایایی این مقیاس در نمونه ایرانی ۷۶ درصد گزارش شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش، برای تحلیل داده‌ها از معناداری بالینی^۲ استفاده شده است که به ارزش علمی یا اهمیت اثر مداخله‌ای انجام شده گفته می‌شود. دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معناداری بالینی عبارت‌اند از: رویکرد شاخص تغییر پایا^۳ (RCI) و رویکرد مقایسه هنجارین^۴. شاخص تغییر پایا را اولین بار جانسون و تراکس (۱۹۹۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تک‌موردی معرفی کردند. در این شاخص، نمره پس‌آزمون از نمره پیش‌آزمون کم می‌شود و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت میان دو نمره تقسیم می‌شود. همچنین معناداری بالینی به کمک فرمول بهبودی محاسبه شد که نخستین بار بلانچر و اسکاورز (۱۹۸۸) برای تجزیه و تحلیل داده‌های تک‌موردی ارائه کردند. فرمول بهبودی یکی از روش‌های سنجش پیشرفت در مراجعان در کاهش مشکلات آماجی^۵ است. در این فرمول، نمره پیش‌آزمون را از نمره پس‌آزمون کم می‌کنند و حاصل را بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌کنند (بلانچر و اسکاورز، ۱۹۸۸).

1. university of california, los angeles loneliness scale

2. clinical significant

3. reliable change index

4. normativ comparisons

5. target problems

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی نیز از روش‌های ترسیم دیداری یا نمودار گرافیکی با نرم افزار اکسل ورژن ۲۰۱۸ و همچنین بهبود تشخیصی استفاده شد. نتایج قبل و بعد از مداخله در جدول ۳ آمده است. پس از اجرای جلسات درمانی، نمره‌گذاری و تفسیر داده‌ها صورت گرفت. در ادامه جدول‌های مربوط به یافته‌ها بیان شده است. در جدول ۴ نمره‌های سه نفر تحت درمان هیجان‌مدار در مقیاس رضایت زناشویی در مرحله خط پایه، مرحله درمان و مرحله پیگیری (مرحله خط پایه سه بار، مرحله درمان سه بار و مرحله پیگیری نیز سه بار) همراه با شاخص پایا و درصد بهبودی کلی برحسب مراحل مختلف درمان آمده است.

اخلاق پژوهش

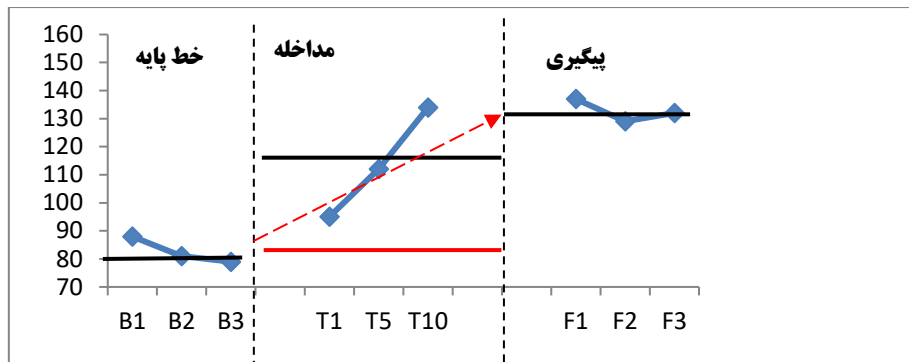
پیش از اجرای پژوهش رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان گرفته شد. شرکت‌کننده‌ای که شرکت در پژوهش را رد می‌کرد یا برای شرکت کردن مقاومت می‌کرد، به هیچ‌وجه در پژوهش شرکت داده نشد. به‌طورکلی پژوهشگران نکات مربوط به اخلاق در پژوهش را در جریان تحقیق از جمله دقت در استناددهی، امانت‌داری در استفاده از منابع، قدردانی از دیگران، رعایت حریم خصوصی افراد نمونه‌گیری‌شده و رعایت ارزش‌های اخلاقی در گردآوری داده‌ها اعمال کردند.

یافته‌ها

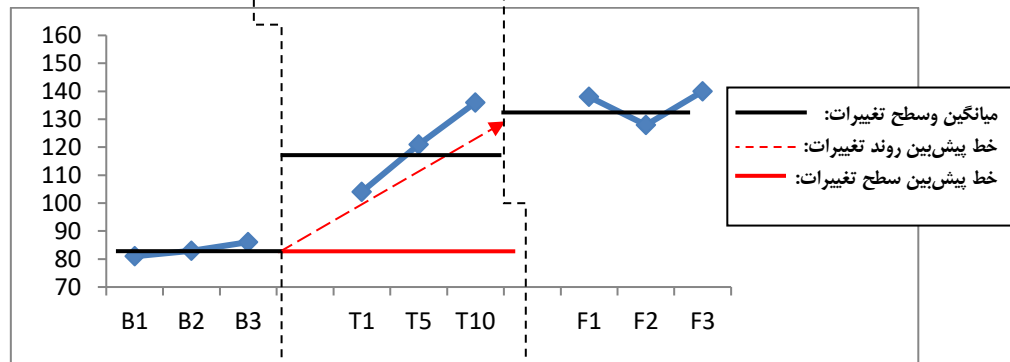
در پژوهش حاضر شش نفر از زنان متأهلی که بدون رضایت والدین ازدواج کرده بودند، شرکت داشتند که میانگین سنی آن‌ها ۳۴ بود. سه نفر از این نمونه دو فرزند و سه نفر دیگر یک فرزند داشتند. تحصیلات چهار نفر از آنان دیپلم و دو نفر لیسانس بود.

جدول ۳. روند تغییر مراحل درمان هیجان‌مدار بر رضایت زناشویی

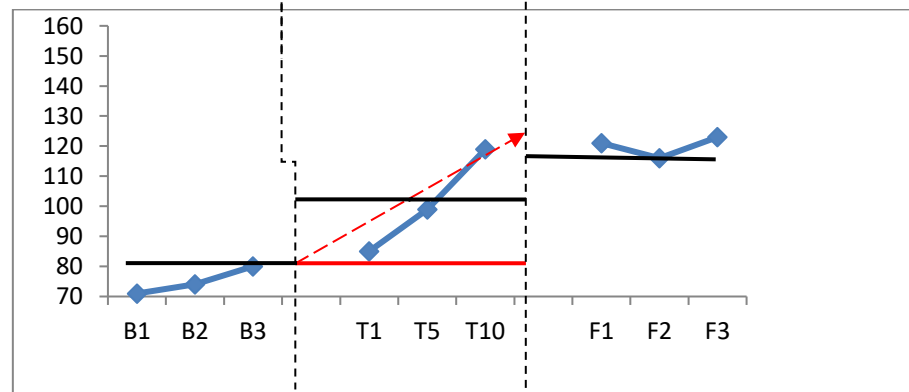
افراد درمان	نفر اول	نفر دوم	نفر سوم
خط پایه اول	۸۸	۸۱	۷۱
خط پایه دوم	۸۱	۸۳	۷۴
خط پایه سوم	۷۹	۸۶	۸۰
میانگین مرحله	۸۲/۶	۸۳/۳	۷۵
درمان			
جلسه اول	۹۵	۱۰۴	۸۵
جلسه پنجم	۱۱۲	۱۲۱	۹۹
جلسه دهم	۱۳۴	۱۳۶	۱۱۹
میانگین مرحله درمان	۱۱۳/۶	۱۲۰/۳	۱۰۱
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۵۳	۲/۵۷	۲/۱۴
درصد بهبود پس از درمان	۶۲/۲	۶۳/۴	۵۸/۶
درصد بهبود کلی پس از درمان		۶۱/۴۱	
پیگیری			
پیگیری نوبت اول	۱۲۷	۱۳۸	۱۲۱
پیگیری نوبت دوم	۱۲۹	۱۲۸	۱۱۶
پیگیری نوبت سوم	۱۳۲	۱۴۰	۱۲۳
میانگین مرحله پیگیری	۱۳۲/۶	۱۳۵/۳	۱۲۰
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۲/۴۴	۲/۵۴	۲/۱۸
درصد بهبود پس از پیگیری	۶۰/۵	۶۲/۴	۵۹/۹
درصد بهبود کلی پس از پیگیری		۶۰/۹	



نمودار ۱. نفر اول در مقیاس رضایت زناشویی (با درمان هیجان مدار)



نمودار ۲. نفر دوم در مقیاس رضایت زناشویی (با درمان هیجان مدار)



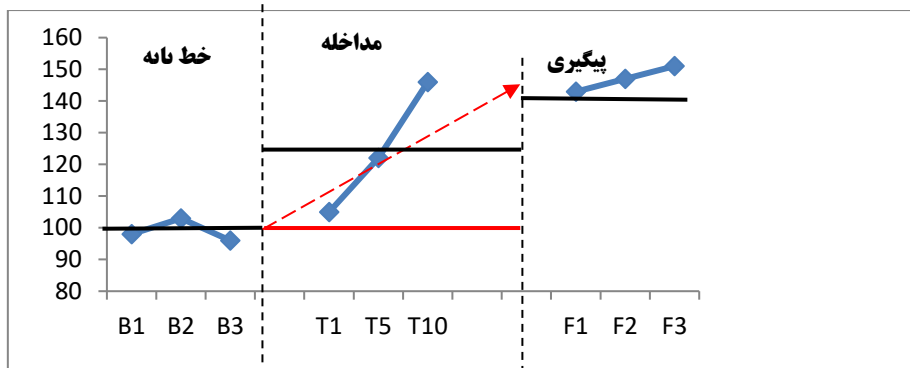
نمودار ۳. نفر سوم در مقیاس رضایت زناشویی (با درمان هیجان مدار)

با توجه به جدول ۳ و نمودارهای ۱، ۲ و ۳، میانگین و سطح نمره‌های متغیر رضایت زناشویی در هر سه نفر در مرحله درمان و پیگیری در مقایسه با خط پایه افزایش یافته است. براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه^۱ (بلانچر و اسکاورز، ۱۹۸۸)، با توجه به اینکه در آزمودنی ۱، ۲ و ۳ همه نقطه‌های داده‌های ترسیم^۲ (سه نقطه) در مرحله درمان بالای خطوط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار گرفته است، تأثیر معنادار متغیر مستقل بر متغیر وابسته مشاهده می‌شود. گفتنی است مقدار شاخص تغییر پایایی به‌دست‌آمده در سه نفر به ترتیب در مرحله پس از درمان ۲/۵۳، ۲/۵۷ و ۲/۱۴ و در مرحله پیگیری برای سه نفر به ترتیب ۲/۴۴، ۲/۵۴ و ۲/۱۸ حاصل شده است، که با توجه فرمول شاخص پایا، بیان‌کننده سطح معنادار این رویکرد درمانی هیجان‌مدار بر افزایش رضایت زناشویی در آزمودنی‌ها است. شاخص پایا زمانی که بیش از ۱/۹۶ باشد، معنادار بودن یافته‌های آماری را تأیید می‌کند. در این میان با ۹۵ درصد اطمینان ($P < 0.05$) می‌توان نتیجه گرفت تغییر یا بهبودی به‌دست‌آمده ناشی از اثر مداخله است و تصادفی نیست. درصد بهبودی این سه آزمودنی پس از درمان به ترتیب ۶۲/۲، ۶۳/۴ و ۵۸/۶ به‌دست آمده است. درصد بهبود این سه فرد در مرحله پیگیری نیز به ترتیب ۶۰/۵، ۶۲/۴ و ۵۹/۹ است که این سه مقدار براساس فرمول درصد بهبودی معنادار هستند؛ بنابراین براساس شاخص پایا و درصد بهبود کلی و از نظر بالینی در این سه نفر در مرحله درمان و مرحله پیگیری می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار بر رضایت زناشویی آزمودنی‌ها اثرگذار بوده و سبب افزایش رضایت زناشویی آن‌ها شده است.

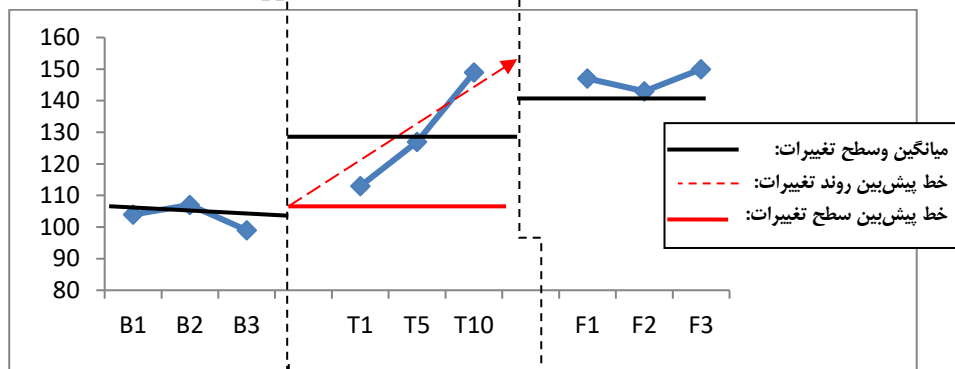
جدول ۴. روند تغییر مراحل درمان مثبت‌نگر بر رضایت زناشویی

نفر ششم	نفر پنجم	نفر چهارم	افراد درمان
۱۰۹	۸۴	۹۸	خط پایه اول
۹۱	۱۰۷	۱۰۲	خط پایه دوم
۹۳	۹۹	۹۶	خط پایه سوم
۹۱	۱۰۳/۳	۹۶/۶۸	میانگین مرحله
درمان			
۱۰۸	۱۱۳	۱۰۵	جلسه اول
۱۲۶	۱۲۷	۱۲۲	جلسه پنجم
۱۵۲	۱۴۹	۱۴۶	جلسه دهم
۱۲۸/۶	۱۲۹/۶	۱۲۴/۳	میانگین مرحله درمان
۲/۹۶	۲/۲۳	۲/۳۱	شاخص تغییر پایا (درمان)
۶۷/۱	۴۴/۴	۴۸/۱	درصد بهبود پس از درمان
	۵۳/۳۱		درصد بهبود کلی پس از درمان
پیگیری			
۱۵۳	۱۴۷	۱۴۳	پیگیری نوبت اول
۱۴۸	۱۴۳	۱۴۸	پیگیری نوبت دوم
۱۴۳	۱۵۰	۱۵۱	پیگیری نوبت سوم
۱۴۸	۱۴۶/۶	۱۴۷/۳	میانگین مرحله پیگیری
۲/۷۷	۲/۱۱	۲/۵۴	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۶۲/۶	۴۲/۱	۴۹/۷	درصد بهبود پس از پیگیری
	۵۱/۴۶		درصد بهبود کلی پس از پیگیری

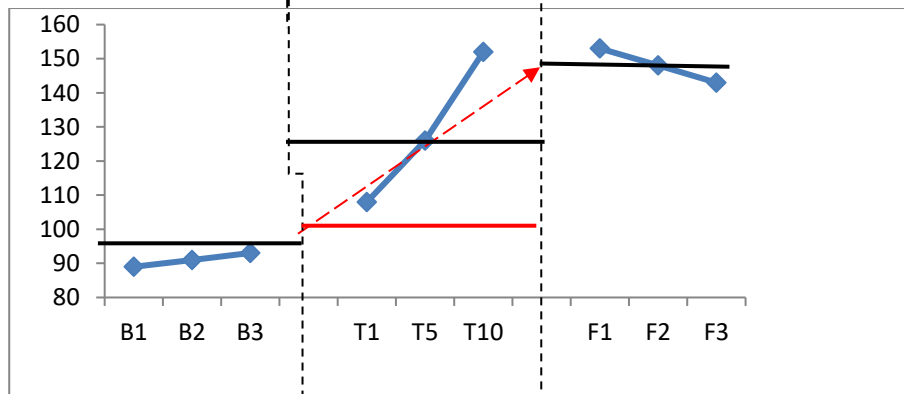
1. conservative double standard
2. drawing data



نمودار ۴. نفر چهارم در مقیاس رضایت زناشویی (با درمان مثبت‌نگر)



نمودار ۵. نفر پنجم در مقیاس رضایت زناشویی (با درمان مثبت‌نگر)

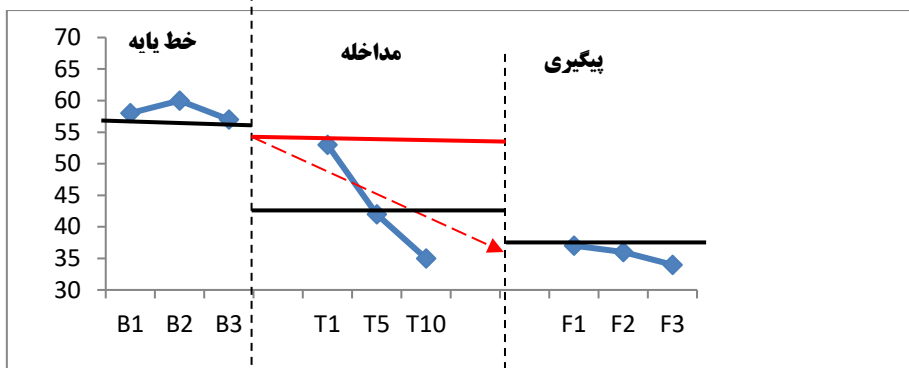


نمودار ۶. نفر ششم در مقیاس رضایت زناشویی (با درمان مثبت‌نگر)

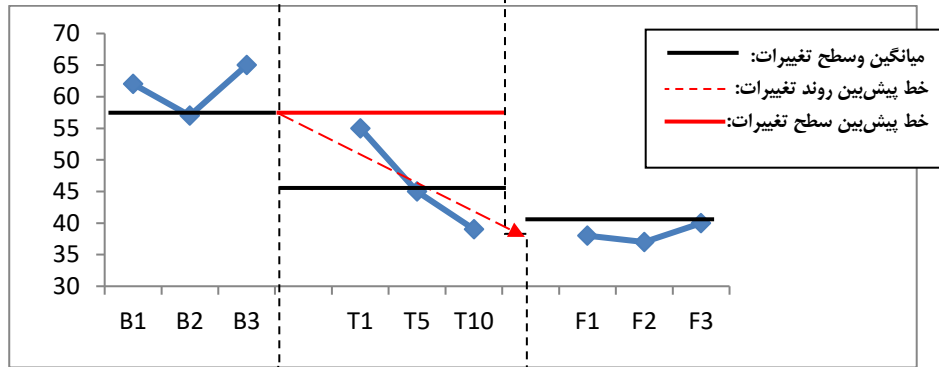
براساس جدول ۴ و نمودارهای ۴، ۵ و ۶ نشان، میانگین و سطح نمره‌های متغیر رضایت زناشویی در هر سه نفر در مرحله درمان و پیگیری در مقایسه با خط پایه افزایش یافته است. براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (بلانچر و اسکاورز، ۱۹۸۸)، با توجه به اینکه در آزمودنی ۴، ۵ و ۶ همه نقطه‌های داده‌های ترسیم (سه نقطه) در مرحله درمان بالای خطوط پیشین سطح و روند تغییرات قرار گرفته است؛ بنابراین نشان‌دهنده تأثیر معنادار متغیر مستقل بر متغیر وابسته است. با توجه به اینکه مقدار شاخص تغییر پایای به‌دست‌آمده در سه نفر به ترتیب در مرحله پس از درمان ۲/۳۱، ۲/۲۳ و ۲/۹۶ و در مرحله پیگیری برای سه نفر به ترتیب ۲/۵۴، ۲/۱۱ و ۲/۷۷ به‌دست آمده است که با توجه به فرمول شاخص پایا بیانگر سطح معنادار این رویکرد درمانی مثبت‌نگر بر افزایش رضایت زناشویی در آزمودنی‌ها است. درصد بهبودی این سه آزمودنی پس از درمان به ترتیب ۴۸/۱، ۴۴/۴ و ۶۷/۱ به‌دست آمده است. همچنین درصد بهبودی این سه فرد در مرحله پیگیری به ترتیب ۴۹/۷، ۴۲/۱ و ۶۲/۶ است که این سه مقدار نیز براساس فرمول درصد بهبودی معنادار است؛ بنابراین براساس شاخص پایا، درصد بهبود کلی و از نظر بالینی در این سه نفر در مرحله درمان و مرحله پیگیری می‌توان گفت درمان مثبت‌نگر بر رضایت زناشویی آزمودنی‌ها اثرگذار بوده و سبب افزایش رضایت زناشویی آن‌ها شده است.

جدول ۵. روند تغییر مراحل درمان هیجان‌مدار بر احساس تنهایی

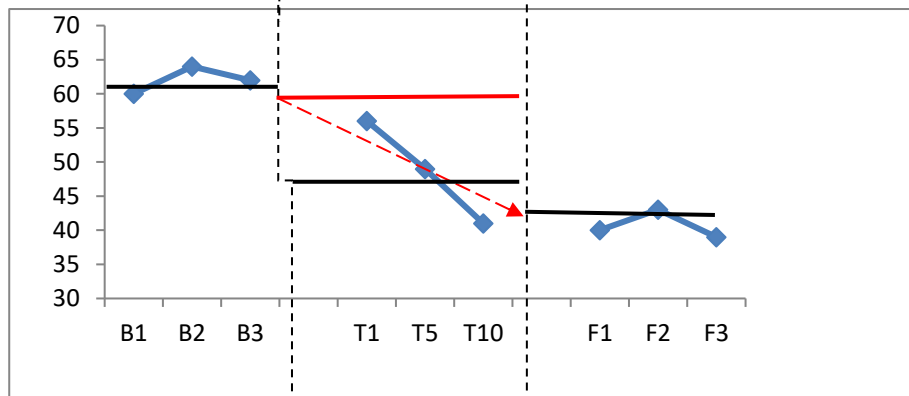
نفر سوم	نفر دوم	نفر اول	افراد درمان
۶۰	۶۲	۵۸	خط پایه اول
۶۴	۵۷	۶۰	خط پایه دوم
۶۲	۶۵	۵۷	خط پایه سوم
۶۲	۶۱/۶	۵۸/۳	میانگین مرحله
درمان			
۵۶	۵۵	۵۳	جلسه اول
۴۹	۴۸	۴۲	جلسه پنجم
۴۱	۳۹	۳۵	جلسه دهم
۴۸/۶	۴۷/۳	۴۳/۳	میانگین مرحله درمان
۳/۷۸	۴/۰۷	۴/۳۲	شاخص تغییر پایا (درمان)
۵۱/۲	۵۷/۴	۶۶/۵	درصد بهبود پس از درمان
	۵۸/۳۶		درصد بهبود کلی پس از درمان
پیگیری			
۴۰	۳۸	۳۷	پیگیری نوبت اول
۴۹	۴۸	۴۲	پیگیری نوبت دوم
۳۹	۴۰	۳۴	پیگیری نوبت سوم
۴۰/۶	۳۸/۳	۳۵/۶	میانگین مرحله پیگیری
۳/۸۵	۴/۱۹	۴/۰۹	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۵۲/۷	۶۰/۳	۶۳/۷	درصد بهبود پس از پیگیری
	۵۸/۹		درصد بهبود کلی پس از پیگیری



نمودار ۷. نفر اول در مقیاس احساس تنهایی (با درمان هیجان مدار)



نمودار ۸. نفر دوم در مقیاس احساس تنهایی (با درمان هیجان مدار)

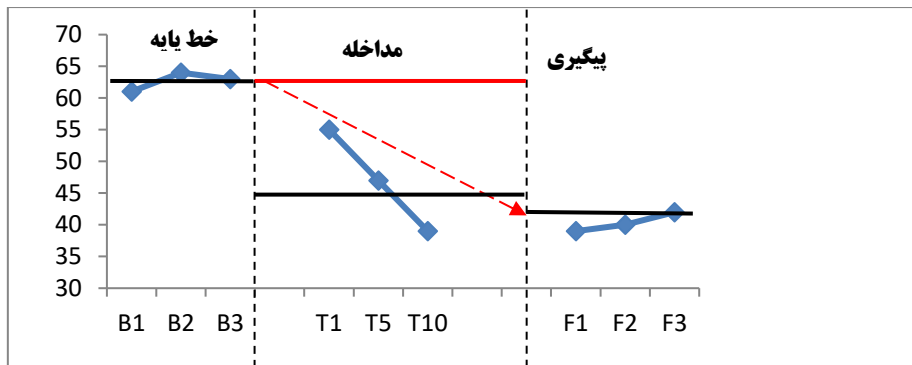


نمودار ۹. نفر سوم در مقیاس احساس تنهایی (با درمان هیجان مدار)

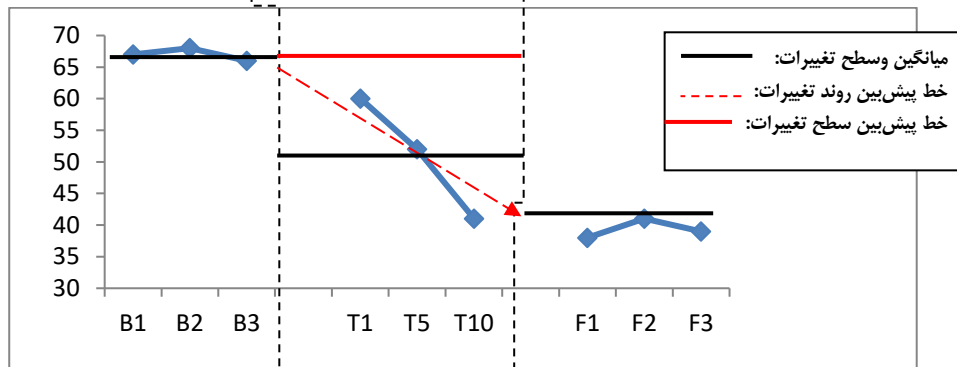
در جدول ۵ و نمودارهای ۷، ۸ و ۹ نشان داده شده میانگین و سطح نمره‌های متغیر احساس تنهایی در هر سه نفر در مرحله درمان و پیگیری در مقایسه با خط پایه کاهش یافته است. براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه با توجه به اینکه در آزمودنی ۱، ۲ و ۳ همه نقطه‌های داده‌های ترسیم (سه نقطه) در مرحله درمان بالای خطوط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار گرفته است؛ بنابراین نشان‌دهنده تأثیر معنادار متغیر مستقل بر متغیر وابسته است. با توجه به اینکه مقدار شاخص تغییر پایایی به دست آمده در سه نفر به ترتیب در مرحله پس از درمان ۴/۳۲، ۴/۰۷ و ۳/۷۸ و در مرحله پیگیری برای سه نفر به ترتیب ۴/۰۹، ۴/۱۹ و ۳/۸۵ به دست آمده است که با توجه فرمول شاخص پایا بیان‌کننده سطح معنادار این رویکرد درمانی هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی در آزمودنی‌ها است. درصد بهبودی این سه آزمودنی پس از درمان به ترتیب ۶۶/۵، ۵۷/۴ و ۵۱/۲ به دست آمده است و درصد بهبود این سه فرد در مرحله پیگیری به ترتیب ۶۳/۷، ۶۰/۳ و ۵۲/۷ است که این سه مقدار نیز براساس فرمول درصد بهبودی معنادار است. براساس نقطه برش پرسشنامه که ۵۰ است، تغییرات از نظر بالینی معنادار هستند؛ بنابراین براساس شاخص پایا، درصد بهبود کلی و نقطه برش در این سه نفر در مرحله درمان و مرحله پیگیری می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار بر احساس تنهایی آزمودنی‌ها اثرگذار بوده و سبب کاهش احساس تنهایی آن‌ها شده است.

جدول ۶. روند تغییر مراحل درمان مثبت‌نگر بر احساس تنهایی

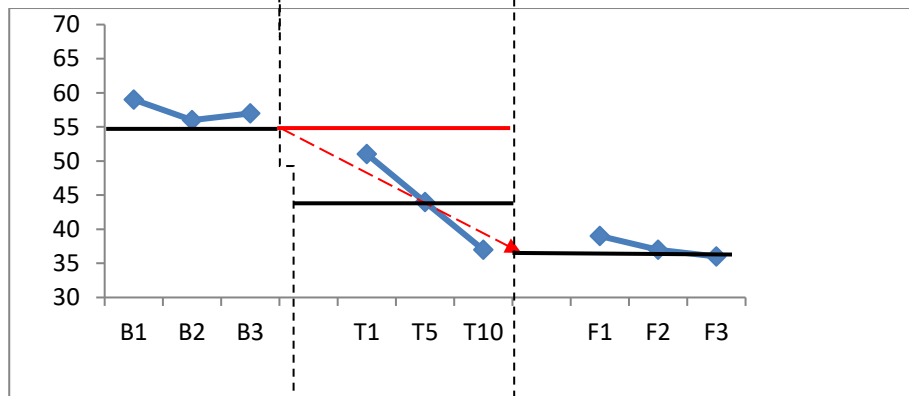
افراد درمان	نفر چهارم	نفر پنجم	نفر ششم
خط پایه اول	۶۱	۶۷	۵۹
خط پایه دوم	۶۴	۶۸	۵۶
خط پایه سوم	۶۳	۶۶	۵۷
میانگین مرحله	۶۲/۶	۶۷	۵۷/۳
درمان			
جلسه اول	۵۵	۶۰	۵۱
جلسه پنجم	۴۷	۵۲	۴۴
جلسه دهم	۳۹	۴۱	۳۷
میانگین مرحله درمان	۴۷	۵۱	۴۴
شاخص تغییر پایا (درمان)	۴/۲۵	۴/۶۸	۳/۶۵
درصد بهبود پس از درمان	۶۰/۵	۶۳/۴	۵۴/۸
درصد بهبود کلی پس از درمان		۵۹/۵۶	
پیگیری			
پیگیری نوبت اول	۴۰	۳۸	۳۹
پیگیری نوبت دوم	۴۲	۴۱	۳۷
پیگیری نوبت سوم	۳۹	۳۹	۳۶
میانگین مرحله پیگیری	۱۰/۳	۳۹/۳	۳۷/۳
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۴/۰۲	۴/۹۹	۳/۶۱
درصد بهبود پس از پیگیری	۵۵/۳	۷۰/۴	۵۳/۶
درصد بهبود کلی پس از پیگیری		۵۹/۷۶	



نمودار ۱۰. نفر چهارم در مقیاس احساس تنهایی (با درمان مثبت‌نگر)



نمودار ۱۱. نفر پنجم در مقیاس احساس تنهایی (با درمان مثبت‌نگر)



نمودار ۱۲. نفر ششم در مقیاس احساس تنهایی (با درمان مثبت‌نگر)

براساس جدول ۶ و نمودارهای ۱۰، ۱۱ و ۱۲، میانگین و سطح نمره‌های متغیر احساس تنهایی در هر سه نفر در مرحله درمان و پیگیری در مقایسه با خط پایه کاهش پیدا یافته است. براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه، با توجه به اینکه در آزمودنی‌های ۴، ۵ و ۶ همه نقطه‌های داده‌های ترسیم (سه نقطه) در مرحله درمان بالای خطوط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار گرفته‌اند، تأثیر معنادار متغیر مستقل بر متغیر وابسته مشاهده می‌شود. گفتنی است مقدار شاخص تغییر پایای به‌دست‌آمده در سه نفر در مرحله پس از درمان به ترتیب ۴/۲۵، ۴/۶۸ و ۳/۶۵ و در مرحله پیگیری برای سه نفر به ترتیب ۴/۰۲، ۴/۹۹ و ۳/۶۱ به‌دست آمده است که با توجه فرمول شاخص پایا بیانگر سطح معنادار این رویکرد درمانی هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی در آزمودنی‌ها است. درصد بهبودی این سه آزمودنی پس از درمان به ترتیب ۶۰/۵، ۶۳/۴ و ۵۴/۸ و درصد بهبود این سه فرد در مرحله پیگیری به ترتیب ۵۵/۳، ۷۰/۴ و ۵۳/۶ به‌دست آمده است که این سه مقدار نیز براساس فرمول درصد بهبودی معنادار است؛ بنابراین براساس شاخص پایا، درصد بهبود کلی و نقطه برش ۵۰ در این سه نفر در مرحله درمان و مرحله پیگیری می‌توان گفت درمان مثبت‌نگر بر احساس تنهایی آزمودنی‌ها اثرگذار بوده و سبب کاهش احساس تنهایی آن‌ها شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مثبت‌نگر بر رضایت زناشویی و احساس تنهایی زنان ازدواج کرده بدون رضایت والدین بوده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد درمان هیجان‌مدار بر رضایت زناشویی آزمودنی‌ها مؤثر است و سبب افزایش رضایت زناشویی در زنان شده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه شیدان‌فر، نوابی‌نژاد و فرزاد (۱۳۹۶) مبنی بر مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایتمندی زناشویی زوجین همسویی دارد. همچنین با نتایج پژوهش گهلرت، اسپمید، گیگرچی و لاوت (۲۰۱۷)، مورو، هولیمین و لاوت (۲۰۱۶)، هندریکس، هونت، لاوت و کارلسون (۲۰۱۵) و بورگس موزر و همکاران (۲۰۱۵) همسویی دارد.

در تبیین نتایج می‌توان گفت رویکرد هیجان‌مدار این توانایی را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، شناخت عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها به شخص کمک کند تا روابط بین‌فردی خود را که مهم‌ترین آن‌ها رابطه با همسر است، تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. در این مداخلات سعی شد هیجان‌ها شناسایی شوند و به پیام‌های درک‌پذیر و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. همچنین مهارت‌های هیجانی که ابزار توانایی تشخیص، ابراز هیجانات و توان همدلی با دیگران محسوب می‌شود، به افزایش صمیمیت و احساس امنیت می‌انجامد و انتقادپذیری مثبت را در آزمودنی‌ها افزایش می‌دهد، مدنظر قرار گرفت. درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر حمایت زوجین از یکدیگر، گشودگی هیجانی و ابراز آن به طریق مثبت، تمرکز بر هیجانات خود و شناسایی آن‌ها، بروز تجربه‌های جدید در زندگی زناشویی و هیجان‌های همراه با آن، شکل‌دهی تعاملات جدید در رابطه، تأکید بر مراقبت از همسر، شناسایی چرخه‌های تعاملی و منفی و حذف آن‌ها در زندگی زناشویی به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا روابط خود را با

همسرشان بازسازی کنند. همچنین در سایه ارتباطی سالم و سازنده از میزان نارضایتی زناشویی آن‌ها کاسته شد. افزون بر این ارتقای حل مسئله و کمک به تغییر خود و بهبود روابط دوباره موقعیت ویژه، پذیرش واقعیت وضعیت تنش‌زا و گفت‌وگو درباره هر کدام از این عوامل بر بهبود رضایت زناشویی مؤثر بود که همه این موارد در مداخله درمانی هیجان‌مدار به آن‌ها مدظر قرار گرفت. با توجه به فرصتی که به‌منظور تعامل با همسر به آزمودنی‌ها داده شد، آنان روش‌های غلبه بر بحران و موقعیت تنش‌زا را به‌کار گرفتند تا راه‌حل‌های احتمالی را یاد بگیرند که در نتیجه مهارت‌های بین‌فردی آن‌ها رشد کرد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، درمان هیجان‌مدار بر احساس تنهایی زنان ازدواج کرده بدون رضایت والدین مؤثر بوده و سبب کاهش احساس تنهایی در آنان شده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج فاطمی‌اصل و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرزندناشویی همسویی دارد. همچنین این نتایج با نتایج ویه و جانسون (۲۰۱۷) همسویی دارد. آن‌ها اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار را در زوجینی که در سطح بالایی از استرس قرار دارند، نشان دادند و همچنین نتیجه گرفتند روش درمانی هیجان‌مدار در کاهش افسردگی و نشانه‌های استرسی پس از سانحه مؤثر است.

در تبیین اثرگذاری درمان هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی می‌توان گفت نظر به اینکه درمان هیجان‌مدار مدل تلفیقی متشکل از رویکردهای سیستمی، دلبستگی و تجربه‌نگر است، به‌جای تمرکز بر موضوع‌ها و عوامل برون‌فردی بروز تعارض، بیشتر بر عوامل درون‌فردی و فرایندهای بروز تعارض متمرکز است. همچنین درمان هیجان‌مدار نوعی مدل مداخله در عمق است و بر زیرساخت‌های درون‌روانی (هیجان‌ات عمیق با خواستگاه امنیت‌جویانه) در روابط بین‌فردی زوجین تمرکز دارد. این درمان حذف تعارض را نشانه نمی‌گیرد، بلکه تعارض را سرنخی برای ورود به عمق و رسیدن به ریشه تعارض می‌داند. درمان هیجان‌مدار شیوه درمانی است که تمرکز اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ها در الگوهای همیشگی تعارض در زوج‌های آشفتنه است. بنابر دیدگاه هیجان‌مدار، یکی از عملکردهای زناشویی که در ایجاد نارضایتی زناشویی مؤثر دارد، دلبستگی ناایمن است. زمانی که همسری از پاسخگویی هیجانی همسر خود در مواقع اضطراب یا بحران اطمینان ندارد و مطمئن نیست آیا او از نظر هیجانی در دسترس و پاسخگو است، احساس ناامنی می‌کند و این ناامنی سبب می‌شود هریک از زوج‌ها احساس کنند در روبه‌روشدن با استرس‌ها و اضطراب‌های زندگی تنها هستند و این امر به احساس تنهایی آنها می‌انجامد (داورنیا، زهراکار، معیری و شاکرمی، ۱۳۹۴). هدف این درمان در جلسات درمانی آشکارکردن هیجان‌های آسیب‌پذیر در هریک از زنان و تسهیل توانایی آنان در ایجاد این هیجان‌ها به روش‌های محبت‌آمیز و ایمن بود.

براساس این رویکرد، وقتی اشخاص حس می‌کنند همسرشان در دسترس نیست، انتقادکننده یا طردکننده است و پاسخگو نیست، بیشتر راه‌کارهای تنظیم هیجانی‌ای را به‌کار می‌گیرند که ناخواسته اختلال رابطه را ادامه می‌دهد یا حتی آن را تشدید و پیوند میان آن‌ها را تضعیف می‌کند. این‌ها شامل سرزنش‌گری مضطربانه و درخواست‌کردن یا کناره‌گیری‌کردن و بی‌محلی‌کردن می‌شوند. در جلسات درمانی با آزمودنی‌ها در مرحله اول درمان هیجان‌مدار، یعنی تنش‌زدایی، درمانگر به هریک از زنان کمک کرد تا آگاهانه چرخه منفی خویش

را مشاهده کنند و دوری و طردی را که این چرخه منفی ایجاد می‌کند، دشمن متقابل خود ببینند. در مرحله دوم، یعنی بازسازی، همسران سعی می‌کنند ترس‌ها، استرس‌ها و خواسته‌های دلبستگی خود را کشف کنند و در میان بگذارند و به تدریج راه‌هایی را پیدا کنند تا به‌طور روشن این استرس‌ها و خواسته‌ها را به روشی برای هم ابراز کردند؛ در نتیجه نزدیکی، دسترسی هیجانی و پاسخگوبودن یک پیوند ایمن‌تر را تسهیل کرد. آن‌ها پس از این وارد مرحله سه یعنی تحکیم منافع کسب‌شده در درمان شدند.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد مداخلات درمانی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر رضایت زناشویی مؤثر است و سبب افزایش رضایت زناشویی زنان شد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج حیدری و ساعدی (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر رضایت زناشویی، با نتایج عسگری و ترکاشوند (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی فون مثبت‌نگر بر رضایت زناشویی، با نتایج حسنی، نجارپوریان، سماوی و سامانی (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر بهبود سازگاری زناشویی و نیز با نتایج دیدنی، تبریزی، مردانی‌راد و کرمی (۱۳۹۹)، مبنی بر اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر کاهش تعارض‌های زناشویی زنان همسویی دارد.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت مثبت‌نگری هدف نهایی خود را شناختن شیوه‌های می‌داند که بهزیستی و شادکامی افراد را سبب شود؛ بنابراین با افزایش مثبت‌اندیشی و اجتناب از افکار منفی، تمرکز فرد در زندگی بر جنبه‌های مثبت زندگی بوده است و مشکلات زندگی زناشویی به ناامیدی و دلسردی او نمی‌انجامد و با مثبت‌نگری و آرامش حاصل از آن مشکلات و روابط را بهبود می‌بخشد و در نتیجه رضایت زناشویی بالاتری را رقم می‌زند. ماهیت مکتب انسان‌گرایی مثبت‌نگر ترویج‌دهنده و بهبوددهنده نکات مثبت در زندگی است. به بیانی دیگر این درمان مبتنی بر این فرض است که نیرو و ظرفیت رشد فرد به کمک قدرت تحول‌گرایانه روابط انسانی، شروع یا بازیابی می‌شود؛ زیرا اگر انسان تنها به پردازش منفی بپردازد، فرصت پرورش و رشد را از دست خواهد داد (رشید و بادر، ۲۰۱۹). مثبت‌نگری و خوش‌بینی سالم می‌تواند نیروی تصورناپذیری را آزاد کند. افراد خوش‌بین و مثبت‌نگر با امید به آینده نگاه می‌کنند، با دیدی مثبت به مسائل و موقعیت‌ها می‌نگرند و امیدوار هستند نتیجه خوبی به دست بیاورند. زمانی که واقع‌بینی برای تشخیص و اجتناب از اشتباه و آشکارکردن آن به کار می‌رود، عواطف مثبت و تفکر بردبارانه، خلاقیت و ثمربخشی را ساده می‌کند (بانسو و همکاران، ۲۰۱۷).

مداخلات درمانی مثبت‌نگر در پژوهش حاضر شامل روش‌های درمانی یا فعالیت‌های عمدی به‌منظور ترویج احساسات مثبت، شناخت و ادراک مثبت، رفتارهای مثبت و افزایش بهزیستی افراد بوده است؛ بنابراین مثبت‌اندیشی با توجه به افزایش شناخت و ادراک مثبت سبب افزایش سازگاری و رضایت از شخصیت همسر شده است. استفاده از اجرای تمرین دیدار، قدردانی و رهاکردن کینه به کاهش احساسات منفی و تجربه احساسات مثبت بیشتر به همسر مانند قدردانی و بخشودگی مثبت انجامیده است. همچنین ذهن فرد را برای انتخاب روش‌های مناسب و خلاقانه به‌منظور پیشبرد اهداف و حل مسئله آماده کرده است. همچنین خودآگاهی (مؤلفه‌ای که در اثر آموزش مثبت‌نگری در اشخاص تقویت می‌شود و یکی از پایه‌های اساسی روان‌شناسی مثبت‌نگر پرورش هدف و معنا در زندگی است) در این درمان نیز مدنظر قرار گرفت. درواقع زنان

در درمان مثبت‌نگر یاد گرفتند برای حل مشکلات خود نیازی به تمرکز و صحبت زیاد درباره مشکلات ندارند و بهتر است در مورد آنچه می‌خواهند و دوست دارند صحبت کنند. همچنین بر نقاط قوت خود، همسر و رابطه تمرکز کنند، آن‌ها را یادآوری کنند و به کار گیرند تا احساسات مثبت آنان به همسر و صمیمیت افزایش یابد که این عوامل موجب رضایت زناشویی می‌شود.

در فرایند اصلی درمان مثبت‌نگر در طول مداخله، موارد منفی با افزایش موارد مثبت تعادل داشت؛ بدین ترتیب، بی‌عدالتی‌ها و رفتارهای منفی ادراک‌شده از همسر، با فراخوانی و یادآوری اعمال مثبت او در همسر شاکه تعادل ایجاد کرد؛ در نتیجه درمانگر تلاش کرد افراد از این جنبه‌های مثبت خود بیشتر استفاده کنند و تجربه احساسی بهتری به خود و دیگران داشته باشند. با این توصیف، درمان مثبت‌نگر با بهره‌گیری از تکنیک‌های شناختی و رفتاری، تلاشی جدی برای بهبود احساسات افراد است. وقتی آزمودنی‌ها به جای تمرکز بیش از حد بر مشکلات رابطه و مشکلات همسر، بر جنبه‌های مثبت رابطه و همسر خود تمرکز می‌کنند، میزان اضطراب، استرس و قدرت مشکلات کاسته می‌شود و رضایت بیشتری در رابطه به دست می‌آورند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، درمان مثبت‌نگر بر احساس تنهایی زنان ازدواج کرده بدون رضایت والدین اثربخش بوده و سبب کاهش احساس تنهایی در آنان شده است. در این میان، نتایجی درباره اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر احساس تنهایی یافت نشده است؛ بنابراین نتایج فوق با نتایج مشابه مقایسه می‌شود. پورفرج عمران و رضازاده (۱۳۹۷) نتیجه گرفتند که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی و امید به زندگی بیماران مؤثر است. همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج دانش، مدنی و میرشجاع (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان هم‌خوانی دارد.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت مثبت‌نگری به معنای داشتن نگرش‌ها، افکار و رفتار و کرداری خوش‌بینانه در زندگی است. توجه به امور مثبت زندگی و نپرداختن به جنبه‌های منفی و مثبت‌اندیشی به معنای آن است که تصور خوبی از خود داشته باشیم، نه آنکه همواره خویش را سرزنش کنیم. در جلسات درمانی مثبت‌نگری، توجه به امور مثبت در زندگی و نپرداختن به جنبه‌های منفی، مثبت‌نگری با برخورداری از تعامل درونی مناسب و حفظ آرامش و خون‌سردی در مواجهه با مشکلات مدنظر قرار گرفت؛ بنابراین این آرامش و تفکر مثبت به امور مختلف، بر منفی‌بافی درباره احساس تنهایی نیز اثرگذار بود و سبب شد فرد احساس تنهایی کمتری کند؛ همین حس به ارتباط بیشتر او با دیگران انجامید که سبب شد فرد کمتر تنها بماند و احساس تنهایی کمتری داشته باشد. همچنین در این مداخلات آموزش داده شد که تفکر مثبت یعنی علاوه بر مثبت‌بودن با افراد دیگر نیز مثبت باشند. سازش با دیگران سبب برقراری روابط حسنه می‌شود. از سوی دیگر هرچه رابطه فرد با دیگران بهتر شود، احتمالاً از نظر احساسی و عاطفی انعطاف‌پذیری بیشتری خواهد داشت و کمتر احساس تنهایی می‌کند. جلسات درمانی مثبت‌نگر سبب شد آزمودنی‌ها زندگی خوب مانند احساسات مثبت، معنا و موفقیت، ارتباط و تعامل را تقویت کنند. این درمان به آرامش روانی، ایجاد احساسات مثبت و کاهش احساسات منفی، فراخوانی همدلی و آرامش روانی انجامید.

در این رویکرد با تأکید بر استعدادها و توانایی‌ها، بهینه‌سازی شادی‌ها، توجه و تمرکز بیشتر بر مسائل و احساسات مثبت، منع کردن احساسات منفی از ورود به حیطه شخصی و افزایش ارتباطات مثبت که یکی از مبانی رویکرد مثبت‌نگر است، سبب شد احساس تنهایی زنان کاهش پیدا کند. نتایج پژوهش نشان می‌دهد هردو درمان بر رضایت زناشویی مؤثر بوده و سبب افزایش رضایت زناشویی در آزمودنی‌ها شده است، اما با توجه تغییرات میزان رضایت زناشویی و درصد بهبودی زنان، درمان هیجان‌مدار تأثیر بیشتری در مقایسه با درمان مثبت‌نگر بر رضایت زناشویی داشته است. در تبیین اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار بر رضایت زناشویی می‌توان گفت تمرکز درمان هیجان‌مدار بر هیجان‌های تجربه‌شده در رابطه اینجا و اکنون زنان و نیازهای دل‌بستگی آن‌ها و عواطف همراه با دل‌بستگی در مرکز عملکرد زنان بود.

هیجان‌ات اولیه و ثانویه که به‌شکلی عمیق با سبک دل‌بستگی و تجارب فرد و اثرگذاری آن بر پردازش رویدادهای کنونی در رابطه آمیخته‌اند، مدنظر قرار گرفت و شناسایی شد. در طول درمان ارتباط زنان با همسرانشان به موقعیتی تبدیل شد که هیجان‌های سخت و دشوار به شیوه‌ای متفاوت بازگو و ابراز شوند. طی فرایند درمان با کمک تفسیری که درمانگر ارائه داد، زنان قادر به ملایم‌سازی و بیان فهم هیجان خود و همسرشان شدند و امکان نزدیک‌شدن به هیجان‌ات اولیه و تغییر الگوهای دل‌بستگی با خلق ارتباطات ایمن‌تر فراهم شد. خلق وقایع و رویدادهای تعاملی جدید در جریان درمان، رابطه مأمنی آرام‌بخش برای زنان تعریف کرد و پیامد این امر رضایتمندی زناشویی بود. همچنین نتایج نشان می‌دهد هردو درمان بر احساس تنهایی آزمودنی‌ها مؤثر بوده و به کاهش معنادار احساس تنهایی در زنان انجامیده است. میان دو رویکرد فوق در اثربخشی بر احساس تنهایی تفاوت قابل فراوانی مشاهده نشد.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت از این مداخلات درمانی برای بهبود روابط زناشویی زنانی که بدون رضایت والدین ازدواج کرده‌اند، استفاده کرد و میزان نارضایتی زناشویی این گروه از زنان را کاهش داد. همچنین پیشنهاد می‌شود این قشر از جامعه را از ابعاد دیگری بررسی قرار کرد و به حل مشکلات احتمالی دیگر پرداخت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نداشتن پیشینه پژوهشی درباره این قشر از زنان جامعه که بدون رضایت خانواده ازدواج کرده‌اند و حمایت خانواده‌ها را ندارند، اشاره کرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش مربوط به جامعه آماری است که از میان زنان لرستانی انتخاب شدند؛ بنابراین در تعمیم نتایج به دیگر شهرها و فرهنگ‌های متفاوت، باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

منابع

- بشرپور، س.، کاظمی، ن.، و صالحی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مثبت‌نگر بر خودمتمایزسازی و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۳۸، (۵/۲۵)، ۳۸-۲۶.
- پورفرج عمران، م.، و رضازاده، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی و امید به زندگی بیماران سرطانی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه*. ۹(۳۳)، ۱۳۶-۱۱۹.

- جانسون، س. (۱۳۹۶). *تمرین زوج‌درمانی هیجان‌مدار*. ترجمه فاطمه بهرامی، زهرا آذریان و عذرا اعتمادی. تهران: دانژه.
- جاویدان، ل.، و اصلانی، ج. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نشانه‌های اختلالات روانی و بهزیستی بیماران مبتلا به تصلب چندانگانه (ام. اس.). *مجله مطالعات ناتوانی*. ۱۳۸(۱)، ۱۴۷-۱۳۴.
- جاویدی، ن. ا. (۱۳۹۳). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت زناشویی زوجین و کنترل رفتار خانواده. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*. ۳(۲)، ۶۵-۷۸.
- جوکار، ب.، و سلیمی، ع. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی، اجتماعی و عاطفی بزرگسالان. *مجله علوم رفتاری*. ۵(۴)، ۳۱۷-۳۱۱.
- حسینی، ف.، نجارپوریان، س.، سماوی، س.، و سامانی، س. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مثبت‌نگر و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر بهزیستی روان‌شناختی و بهبود سازگاری زناشویی در خانواده‌های ساکن شهر شیراز. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۱۱(۴۲)، ۷۲-۵۹.
- حیدری، ن.، و ساعدی، س. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر رضایتمندی زناشویی، سبک عشق‌ورزی و شادکامی زوجین. *سلامت اجتماعی*. ۷(۲)، ۲۰۰-۱۹۱.
- دانش، ف.، مدنی، ی.، و میرشجاع، م. س. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب در زنان باردار. *مجله پیشرفت‌های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*. ۳(۲۳)، ۱۱۶-۹۸.
- داورنیا، ر.، زهراکار، ک.، معیری، ن.، و شاکرمی، م. (۱۳۹۴). بررسی کارایی زوج‌درمانی هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*. ۲۵(۲)، ۱۴۰-۱۳۲.
- دیدنی، ر.، تبریزی، م.، مردانی راد، م.، و کرمی، ا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مثبت‌نگر و معنادرمانی بر احساسات مثبت نسبت به همسر و تعارضات زناشویی در زنان متأهل. *پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت*. ۱۱(۳۱)، ۹۸-۸۳.
- رحیم‌زاده، س.، پوراعتماد، ح.، عسگری، ع.، و حجت، م. (۱۳۹۰). مبانی مفهومی احساس تنهایی: یک مطالعه کیفی، روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۸(۳۰)، ۱۴۱-۱۲۳.
- شریفی کیا، ط.، آهنگری، ا.، عسگری، ز.، و طحان، م. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر احساس امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران ویتیلیگو. *مجله رویش روان‌شناسی*. ۳۵(۲)، ۱۴۲-۱۳۳.
- شکری، آ.، شفیق‌آبادی، ع.، و دوکانه‌ای فرد، ف. (۱۴۰۰). مدل‌یابی ساختاری قدرت ایگو با موفقیت شغلی و میانجی‌گری رضایت زناشویی و عزت‌نفس. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۱۲(۴۵)، ۲۳۸-۲۱۳.
- شیدان‌فر، ن.، نوابی‌نژاد، ش.، و فرزاده، و. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و ایماگوتراپی بر رضایتمندی زناشویی زوجین. *مجله روان‌شناسی خانواده*. ۴(۲)، ۸۸-۷۵.
- عسگری، م.، و ترکاشوند، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش فنون مثبت‌نگری تلفیقی بر رضایت زناشویی زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی*. ۱۸(۳۱)، ۱۱۲-۹۱.
- عصارزادگان، م.، و رئیس، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی و شادکامی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *نشریه علمی روان‌شناسی سلامت*. ۳۰(۲)، ۱۱۶-۹۷.
- فاطمی اصل، ش.، گودرزی، م.، کریمی ثانی، پ.، و بوستانی‌پور، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر

- احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی در شهرستان سلماس. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۲۰(۲۶)، ۴۸-۵۷.
- مرادی، ز.، صدری دمیرچی، ا.، کشاورز افشار، ح.، و درگاهی، ش. (۱۴۰۱). تجربه زیسته زنان متأهل دارای ازدواج بدون رضایت والدین: یک مطالعه پدیدارشناسی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۱۳(۵۰)، ۲۲۵-۲۵۲.
- میردریکوند، ف.، پناهی، ه.، و حسینی رمقانی، ن. ا. (۱۳۹۵). احساس تنهایی در سالمندان: نقش مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی. *مجله روان‌شناسی پیری*. ۲(۲)، ۱۱۳-۱۰۳.
- نادری، ف.، و حق‌شناس، ف. (۱۳۸۸). رابطه تکانشگری و احساس تنهایی با میزان استفاده از تلفن همراه در دانشجویان. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*. ۴(۱۲)، ۱۲۱-۱۱۱.
- نیکنام، م. (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر سرسختی روان‌شناختی و استرس ادراک‌شده زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*. ۱۴(۵۴)، ۲۵۱-۲۳۱.

References

- Adamson, N. A. (2018). Emotionally focused therapy with couples facing breast cancer: a theoretical foundation and descriptive case study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(6), 712-726.
- Baños, R. M., Etchemendy, E., Mira, A., Riva, G., Gaggioli, A., & Botella, C. (2017). Online positive interventions to promote well-being and resilience in the adolescent population: A narrative review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 10.
- Blanchard, E. B., & Schwarz, S. P. (1988). Clinically significant changes in behavioral medicine. *Behavioral Assessment*, 10(61), 171-188.
- Burgess Moser, M., Johnson, S. M., Dalglish, T. L., Lafontaine, M. F., Wiebe, S. A., & Tasca, G. A. (2015). Changes in relationship-specific attachment in emotionally focused coupletherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(8), 231-245.
- Ermer, A. E., Segel-Karpas, D., & Benson, J. J. (2020). Loneliness trajectories and correlates of social connections among older adult married couples. *Journal of Family Psychology*, 34(8), 1014-1024.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218.
- Gehlert, N. C., Schmidt, C. H. D., Giegerich, V., & Luquet, W. (2017). Randomized controlled trial of imago relationship therapy: exploring statistical and clinical significance. John Carroll University. Carroll Collected. *Faculty Bibliography*, 17(13), 187-209.
- Hajjhasani, M., & Sim, T. (2019). Marital satisfaction among girls with early marriage in Iran: emotional intelligence and religious orientation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(3), 297-306.
- Halford, W. K. (2001). *Brief therapy for couples: Helping partners help themselves*. Guilford press.
- Hendrix, H., Hunt, H. L., Luquet, W., & Carlson, J. (2015). Using the imago dialogue to deepen couples therapy. *The Journal of Individual Psychology*, 71(8), 253-272.
- Hou, Y., Jiang, F., & Wang, X. (2019). Marital commitment, communication and marital satisfaction: An analysis based on actor-partner interdependence model.

- International Journal of Psychology*, 54(3), 369-376.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(8), 12-19.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23(2), 135-152.
- Johnson, S. M. (2007). The contribution of emotionally focused couples therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(1), 47-52.
- Kelly, M., Zimmer-Gembeck, M. J., & Boislard-P, M. A. (2012). Identity, intimacy, status and sex dating goals as correlates of goal-consistent behavior and satisfaction in Australian youth. *Journal of Adolescence*, 35(6), 1441-1454.
- Mund, M., & Johnson, M. D. (2020). Lonely Me, Lonely You: Loneliness and the Longitudinal Course of Relationship Satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 22(6), 1-23.
- Muro, L., Holliman, R., & Luquet, W. (2016). Imago relationship therapy and accurate empathy development. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 15(19), 232-246.
- Peng, Y. (2014). The use of recursive frame analysis on an emotionally focused couples therapy session. *The Qualitative Report*, 19(32), 1-25.
- Qiu, S., Hannigan, B., Keogh, D., & Timulak, L. (2020). Learning emotion-focused therapy: certified emotion-focused therapists' perspectives. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 19(4), 310-330.
- Rashid, T., & Baddar, M. K. A. H. (2019). Positive psychotherapy: Clinical and cross-cultural applications of positive psychology. In L. Lambert & N. Pasha-Zaidi (Ed). *Positive Psychology in the Middle East/North Africa* (pp. 333-362). Springer International Publishing. Cham.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40.
- Soleimani F, (2014). Comparing Control Locus and Quality of Life in Couple with High and Low Marital Satisfaction. *Journal of Life Science and Biomedicine*, 4(2), 131-134.
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 1-13.
- Uliaszek, A., Rashid, T., & Williams, G., (2015). Group Therapy for University Students: A Randomized Control Trial of Dialectical Behavior Therapy and Positive Psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 23(11), 34-51.
- Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2017). Creating relationships that foster resilience in Emotionally Focused Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 65-69.
- Williamson, H. C., & Lavner, J. A. (2020). Trajectories of marital satisfaction in diverse newlywed couples. *Social Psychological and Personality Science*, 11(5), 597-604.