

Comparing the Effectiveness of Compassion-Based Therapy and Positive Therapy on Optimism and Life Satisfaction of Women Involved in Conflict in the First Years of Life Together

Seyyed Mojtaba Aghili¹ | Fatima Majidi² | Arzoo Asghari³

Abstract

One of the determining factors of family health is optimism and life satisfaction. The purpose of this research is to compare the effectiveness of compassion-based therapy and positive therapy for women involved in conflict who have lived together for a maximum of five years. The semi-experimental research design was pre-test and post-test with a control group. The statistical population of women were involved in the conflict in Mashhad city in April 2022, when they referred to the family court and the dispute resolution council of Mashhad. From the statistical population, 45 people were selected as available and randomly placed in two experimental groups and one control group. Experiment group 1 underwent compassion-focused therapy, experiment group 2 underwent positive therapy during 8 1-hour sessions, and the control group did not receive any intervention until the end of the research. The research tools were Enrich's Life Satisfaction Questionnaire (1989) and Shier and Carver's (1994) Optimism Questionnaire. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that the treatment based on compassion and positive treatment was effective on the optimism and life satisfaction of the women of the target group with a confidence coefficient (0.95). Based on this, it can be concluded that compassion-based therapy and positive therapy can be used as complementary interventions to reduce psychological problems and improve the quality of life of women involved in marital conflict.

Keywords: Compassion, Positive Treatment, Optimism, Satisfaction with Life, Women Involved in Conflict.

63

Vol. 18
Winter 2023

Research Paper

Received:
3 July 2022
Accepted:
7 November 2023
P.P: 195-215

ISSN: 2645-4955
E-ISSN: 2645-5269



DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.62.8.2

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Payam Noor University, Golestan, Iran.
Dr-aghili1398@yahoo.com
2. Master of Psychology, Department of Psychology, Payam Noor University, Golestan, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Kausar University of Bojnord, Bojnord, Iran.

Publisher: Imam Hussein University

© **Authors**



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

15



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر بر خوش‌بینی و رضایتمندی از زندگی زنان درگیر تعارض در سال‌های اول زندگی مشترک

سید مجتبی عقیلی^۱ | فاطمه مجیدی^۲ | آرزو اصغری^۳

چکیده

یکی از عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت خانواده، خوش‌بینی و رضایتمندی از زندگی است. هدف این تحقیق مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر زنان درگیر تعارض است که حداکثر پنج سال تجربه زندگی مشترک داشته‌اند. طرح تحقیق نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری زنان درگیر تعارض شهر مشهد در فروردین ماه ۱۴۰۱ بود که به دادگاه خانواده و شورای حل اختلاف مشهد مراجعه کرده بودند. از جامعه آماری تعداد ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱ تحت درمان متمرکز بر شفقت، گروه آزمایش ۲ تحت درمان مثبت‌نگر طی ۸ جلسه ۱ ساعته قرار گرفته و گروه گواه تا پایان تحقیق، مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزارهای تحقیق پرسشنامه رضایت از زندگی انریچ (۱۹۸۹) و پرسشنامه خوش‌بینی شی-یر و کارور (۱۹۹۴) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر بر خوش‌بینی و رضایتمندی از زندگی زنان گروه هدف با ضریب اطمینان (۰/۹۵) اثربخش بود. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر می‌تواند به عنوان مداخلات تکمیلی در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی زنان درگیر تعارض زناشویی به کار گرفته شوند.

کلیدواژه‌ها: شفقت‌ورزی، درمان مثبت‌نگر، خوش‌بینی، رضایتمندی از زندگی، زنان درگیر تعارض، سال‌های اول زندگی مشترک.

DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.62.8.2

Dr-aghili1398@yahoo.com

۱. نویسنده مسئول: استادیار، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران.

© نویسنده‌گان

ناشر: دانشگاه جامع امام حسین (ع)



این مقاله تحت لیسانس آفرینندگی مردمی (Creative Commons License- CC BY) در دسترس شما قرار گرفته است.

مقدمه

ازدواج هسته‌ی اصلی خانواده را تشکیل می‌دهد و به دنبال آن زوج‌های سالم می‌توانند، خانواده‌های سالم و خانواده‌های سالم، جامعه‌ی سالم را تشکیل می‌دهند (رافائل، ویز، لیوی^۱، ۲۰۲۲)، پس برای داشتن جامعه‌ی سالم باید به سلامت نخستین واحد اجتماع یعنی خانواده اهمیت داد. در طول رشد رابطه ازدواج، گاهی ممکن است بسیاری عوامل دست به دست یکدیگر داده و باهم ترکیب شوند و موجبات ایجاد بسیاری از مشکلات در زوجین را فراهم سازند که در نهایت به تعارض^۲ می‌انجامد (طباطبایی فر، آرام‌نیا و اسلامیان، ۱۴۰۱). تعارض که به‌عنوان عاملی بین زوج‌های دارای علائق، دیدگاه‌ها و باورهای متضاد در نظر گرفته می‌شود، در روانشناسی و نظریه‌های مربوطه، از جایگاهی ویژه برخوردار است (چیونگ، چیو و چویی^۳، ۲۰۲۱). تعارض طبیعی و اجتناب‌ناپذیر است و فرایند حل تعارض شامل مسیرهای متنوعی است که می‌تواند به نتایجی سازنده یا مخرب منجر شود (هوشمندی، احمدی و کیامنش، ۱۴۰۰). تعارض در روابط صمیمی هنگامی رخ می‌دهد که یکی از زوج‌ها از رابطه زناشویی راضی است و در آن واحد، شخص مقابل در نارضایتی به سر می‌برد (لی و لیو^۴، ۲۰۲۰). تعارض زناشویی به‌منزله تنوع نیازها و ارزش‌های زوجین است که با بیان احساسات منفی متجلی می‌شود و می‌تواند موقعیتی برای روشن‌سازی و تفسیر انتظارات درباره روابط بین فردی و شریک زندگی برای هر یک از زوجین فراهم آورد (خدادادی سنگده، ۱۴۰۰). به عقیده درمانگران زوج و خانواده، عوامل گوناگونی وجود دارد که باعث بروز مشکل و تنش و نارضایتی در زندگی زناشویی می‌شود. به‌طور خاص یکی از عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت خانواده، رضایتمندی از زندگی^۵ است (اسمیت^۶، ۲۰۱۹). رضایت از زندگی به معنای ارزیابی فرد از کیفیت زندگی خود، بر اساس معیارهای شخصی خویش و یا همان رضایت ادراک شده است (ساین و ساین^۷، ۲۰۲۰). رضایتمندی از زندگی نتیجه‌ی توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت فعلی او است، به عبارتی هر چه شکاف بین

1. Refaeli T, Weiss S, & Levy D
2. Conflict
3. Cheung A, Chiu T, & Choi S
4. Li X, & Liu Q
5. Satisfaction with Life
6. Smith G
7. Singh L, & Singh P

آرزوهای فرد و وضعیت عینی او بیشتر باشد، نارضایتی او بیشتر است (ایرانفرد، محمدطاهری و سلطانی فر، ۱۴۰۱). رضایت از زندگی به وسیله کاهش دادن تنش‌ها و رضایت از اهداف و نیازهای زیستی و روان‌شناختی در افراد شکل می‌گیرد (مولر، گرتز، مولتن، تریل، بومباردییر^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که دارای رضایت زناشویی بالایی هستند هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه کرده، از گذشته و آینده خود و دیگران، رویدادهای مثبت بیشتری را به یاد آورده و از پیرامون خود ارزیابی مثبت‌تری دارند و آنها را خوشایند توصیف می‌کنند (باچیم، لوین، ژو^۲، ۲۰۱۸). در حالی که افرادی که رضایت زناشویی پایینی دارند خود، گذشته، آینده، دیگران و نیز رویدادها و موقعیت‌های زندگی خود را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (معصومی تبار، افشاری‌نیا، امیری و حسینی، ۱۳۹۹). رضایت‌مندی از زندگی نقش مهمی در ثبات ازدواج دارد و مؤلفه‌ای است که ثبات و شادکامی و خوش‌بینی^۳ ازدواج را نشان می‌دهد (کاهلر، اسپیلانس، دای، کلرکین، پارکز^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). خوش‌بینی از دیگر ویژگی‌های درونی افراد، جهت مسئولیت‌پذیری و کسب رضایت از زندگی است. خوش‌بینی یک ساختار شناختی از امید در مورد پیامدهای آینده است. تیگر^۵ (۲۰۱۸) خوش‌بینی را خلق یا نگرشی می‌داند که با انتظار درباره آینده‌ای همراه است که فرد ارزیابی‌کننده آن را موافق خواست خود ارزیابی می‌کند (آرسلان و ایلدریم^۶، ۲۰۲۱). اگر زنان در سازگاری با پیامدهای تنش‌زای خانوادگی از راه‌های مقابله‌ای و ارزیابی مناسب استفاده نمایند، با اوضاع جدید انطباق یافته و امید به زندگی و خوش‌بینی در این افراد افزایش می‌یابد (فرهادیان و مرادی، ۱۳۹۹). در تبیین اهمیت خوش‌بینی می‌توان گفت این عامل نقش مهمی در سازگاری با رویدادهای تنش‌زای زندگی دارد؛ ضمن اینکه بر اساس تحقیق‌های انجام شده، آموزش خوش‌بینی می‌تواند شادکامی را افزایش دهد (ماتیو، دانیگک، کواتس و والن^۷، ۲۰۱۸).

1. Müller R, Gertz K, Molton I, Terrill A, & Bombardier C
2. Bachem R, Levin Y, & Zhou X
3. Optimism
4. Kahler C, Spillane N, Day A, Clerkin E, & Parks A
5. Tiger L
6. Arslan G, & Yıldırım M
7. Mathew J, Dunning C, Coats C & Whelan T

افزایش نارضایتی زناشویی از سویی و تقاضای همسران برای پرباری و بهبود روابط زناشویی از سوی دیگر، نشان‌دهنده نیاز همسران به مداخله‌ها و آموزش‌های تخصصی در این مورد است (مجرد، قمری گیوی و کیانی، ۱۳۹۸). نتایج مطالعات کلیر، گاملر و آکونورا^۱ (۲۰۱۹) نشان داده است فردی که به خود شفقت^۲ داشته باشد این شفقت را نیز به همسر و اطرافیان خواهد داشت، از رضایت از زندگی بهتری برخوردار خواهد شد، سپس یک نگرش مشفقانه به زندگی زناشویی خود را اشاعه می‌دهد. بنابراین، می‌توان در این زمینه به مداخلات مبتنی بر شفقت‌ورزی اشاره نمود. درمان متمرکز بر شفقت از علوم عصب‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد و مدل‌های درمانی بسیاری برگرفته شده است که سه اصل ذهن‌آگاهی، مهربانی با خود و حس اشتراک با انسانیت را دربر می‌گیرد (جوهانسن، اسچلاندر، وسترگارد^۳، ۲۰۲۲). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این‌رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آنها کمک می‌کند (غضنفریان‌پور، چلبیانلو، ۱۴۰۰). اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (هاین، هیجمن^۴، ۲۰۲۰). طبق تحقیقات صورت گرفته عامل کلیدی و تأثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیار کننده نسبت به مشکل است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است، چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خودآگاه می‌کند (آیرون و لاد^۵، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان داده است شفقت به خود با پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارضات بین‌شخصی همراه است (احمدی، شالچی، منصور زاده، ۱۳۹۹). نتایج مطالعات غضنفریان‌پور و چلبیانلو (۱۴۰۰) نشان داد که مداخله کوتاه‌مدت شفقت به خود منجر به افزایش رضایت از زندگی دانشجویان می‌شود. همچنین بروفی، براه‌لر، هاینز، اشمیت و کورنر^۶ (۲۰۲۰) با

1. Cleare S, Gumley A, & O'Connor R
2. Compassion
3. Johansen M, Schelander C, & Westergaard I
4. Hayen S, & Hegeman J
5. Iron C, & Lad S
6. Brophy K, Brähler E, Hinz A, Schmidt S, & Körner A

تمرکز بر نقش شفقت به خود بر رضایت از زندگی، نشان دادند که شفقت به خود در واقع با رضایت از زندگی همراه است. اسدی بیجائی، امیری مجد، قمری و فتحی اقدم (۱۴۰۰) در تحقیقی دریافتند که شفقت به خود باعث افزایش رضایت از زندگی زنان سالمند گردید. نتایج تحقیق مانتلو و کاراکاسیدو^۱ (۲۰۱۷) نشان داد که مداخله شفقت به خود بر رضایت از زندگی تأثیر مثبت دارد. قدم پور و منصور (۱۳۹۷) دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش خوش بینی و شفقت به خود افراد مبتلا به اضطراب اثربخش است. اسمیت، نف، آلبرت و پیترز^۲ (۲۰۱۸) در تحقیقی دریافتند که آموزش درمان متمرکز بر شفقت به افزایش معنادار خوش بینی و خودکارآمدی در دانشجویان منجر شده است.

در سال‌های اخیر رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا^۳ در حوزه‌های مختلف روانشناسی اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است، به طوری که هر روز بر شمار تحقیقات مرتبط با این موضوع افزوده می‌شود. در روانشناسی مثبت‌گرا روی استعداد و توانمندی انسان به جای ناهنجاری و اختلال تأکید می‌شود؛ بنابراین، عواملی که نیازهای انسان را هدف قرار می‌دهند، موضوعات کلیدی در رویکرد مثبت‌گرا است (کردلو، ذاکر و خلعتیری، ۱۳۹۸). روان‌شناسی مثبت‌گرا، رویکردی در روان‌درمانی است که اعتبارش تجربی و به‌طور خاص و با ایجاد توانمندی‌ها و هیجان‌ات مثبت همراه است. روان‌درمانی مثبت‌گرا با افزایش معنا در زندگی مراجع به تخفیف و تسکین آسیب‌های روانی و افزایش شادکامی می‌پردازد (یعقوبی، نسایی مقدم، ۱۳۹۸). مثبت‌نگری تنها در داشتن افکاری خاص خلاصه نمی‌شود، بلکه نوعی رویکرد در جهت‌گیری کلی درباره زندگی است. مثبت‌نگری یعنی توجه داشتن به امور مثبت در زندگی و نپرداختن به جنبه‌های منفی؛ این مهارت شامل مبارزه با افکار منفی، تغییر دادن تصاویر ذهنی، تقویت عزت‌نفس^۴، ابراز وجود^۵، تحقق بخشیدن به توان‌های بالقوه و مثبت زیستن است (واترز^۶، ۲۰۱۷). این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که شادکامی و بهزیستی انسان را به دنبال دارد. از این رو عواملی که سبب سازگاری هرچه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی شوند،

1. Mantelou A, & Karakasidou E
2. Smeets E, Neff K, Albert H, & Peters M
3. Positive Psychology
4. Self-esteem
5. Assertive
6. Waters L

بنیادی‌ترین سازه‌های تحقیق شده این رویکرد هستند (مظلومی، عسکری، مکوندی، احتشام‌زاده، و بختیارپور، ۱۳۹۸). جلسات روان‌شناسی مثبت‌گرا، بسیاری از عملکردهای شناختی مانند یادگیری و تصمیم‌گیری را افزایش می‌دهد و همچنین روابط اجتماعی را بهبود می‌بخشد (برند، یانگ، لایر، ۲۰۱۷). حکیمی (۱۴۰۰) دریافت که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر خوش‌بینی معلمان زن اثربخش است. عسگری و ترکاشوند (۱۳۹۹) نشان داد که درمان فنون مثبت‌نگری تلفیقی بر رضایتمندی از زندگی زنان اثربخش است. تحقیق مولر و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که درمان گروهی مثبت‌نگر بر خوش‌بینی و رضایتمندی از زندگی زنان اثربخش است. کاهلر و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که مداخلات مثبت‌نگر در ارتقای رضایتمندی از زندگی و خوش‌بینی زنان اثربخش است.

وجود ناسازگاری و تعارض در ازدواج و رابطه زناشویی از مهم‌ترین عوامل بروز تنش، سردی روابط، گسیختگی انسجام و وحدت خانواده است و منجر به ایجاد کانونی می‌شود که نه تنها نمی‌تواند نیازهای عاطفی، روانی و امنیتی اعضای خود را برآورده سازد بلکه باعث بروز آشفتگی روانی، ناراحتی‌ها و مشکلات روانی در اعضا گردیده و سلامت روانی آنها را به خطر می‌اندازد (غضنفریان‌پور و چلبیانلو، ۱۴۰۰). تعارض و رضایت زناشویی یکی از متغیرهای هشداردهنده به محققان اجتماعی و مشاوران خانواده برای بررسی وضعیت فعلی خانواده‌های ایرانی می‌باشد و با پایش و سنجش دقیق و واقع‌بینانه این متغیر می‌توان بسیاری از آسیب‌هایی که در آینده به خانواده‌ها تحمیل می‌شود را پیشگیری کرد (محمدیان، حسین‌پور و فرهنگی، ۱۳۹۹). حقیقت امر این است که با توجه به اینکه سلامت جامعه به سلامت خانواده وابسته است و در این میان زنان نقشی حیاتی در خانواده و جامعه به عهده دارند، بی‌تردید نگاه ویژه به سلامت روانی زنان ضرورت پیدا می‌کند زیرا به سلامت روانی جامعه کمک می‌شود و می‌بایست در خصوص زنانی که درگیر تعارض زناشویی هستند به دنبال راهکارها و تدابیری بود که با تغییر نگرش آنها و ایجاد خوش‌بینی، به بهبود کیفیت زندگی آنها پرداخته شود. بنابراین، این تحقیق به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر بر خوش‌بینی و رضایتمندی از زندگی زنان درگیر تعارض در سال‌های اول زندگی مشترک تفاوت معنادار وجود دارد؟

روش

این تحقیق از نظر زمان گردآوری اطلاعات، جزء تحقیقات مقطعی و از لحاظ نوع گردآوری اطلاعات در زمره تحقیقات نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود؛ به طوری که نمونه مورد مطالعه به گروه‌های آزمایش و گواه تقسیم شد و عمل مداخله روی گروه‌های آزمایش اجرا شد. لازم به ذکر است در این تحقیق، یک گروه گواه و دو گروه آزمایش در نظر گرفته شد.

جامعه آماری زنان درگیر تعارض زناشویی شهر مشهد در فروردین ماه ۱۴۰۱ بود که به دادگاه خانواده و شورای حل اختلاف مشهد مراجعه کرده بودند. از جامعه آماری تعداد ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱ تحت درمان متمرکز بر شفقت، گروه آزمایش ۲ تحت درمان مثبت‌نگر قرار گرفته و گروه گواه تا پایان تحقیق، مداخله‌ای دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در تحقیق، مداخله‌ای دریافت نکردند. ملاک‌های ورود مشترک، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم شرکت در برنامه‌های روان‌درمانی به صورت هم‌زمان، عدم مصرف داروهای روانپزشکی بود و ملاک‌های خروج، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به شرکت در تحقیق، جدا شدن یا متارکه کردن زنان از همسر و اقدام حقوقی برای طلاق بود. لازم به ذکر است که در این تحقیق ریزش نمونه وجود نداشت.

فرایند پژوهش به این صورت بود که در فروردین ماه سال ۱۴۰۰ پس از هماهنگی لازم با مسئولین مربوطه و مراجعه به دادگاه خانواده و شورای حل اختلاف شهر مشهد و همکاری مشاورین، زنانی که درگیر تعارض زناشویی بودند شناسایی و بعد از مصاحبه روان‌شناختی، جلسه توجیهی برای آنان برگزار شد. از زنانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، ثبت‌نام به عمل آمد و با توجه به غربالگری بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، نمونه‌گیری انجام شد، از اعضای شرکت‌کننده رضایت آگاهانه اخذ شد و شرکت‌کنندگان با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. در همین جلسه پژوهشگران

متعهد شدند تا پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز درمان مؤثرتر را دریافت نمایند. گروه‌های آزمایش، ۸ جلسه ۱ ساعته درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر را دریافت کردند که جلسات آن به صورت هفتگی و در سالن اجتماعات شورای حل اختلاف برگزار شد. گروه گواه تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از آمار استنباطی نظیر تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. در این پژوهش از ابزار زیر استفاده شد.

پرسشنامه خوش‌بینی^۱ (LOT-R)

جهت اندازه‌گیری خوش‌بینی از آزمون بازنگری شده جهت‌گیری زندگی (LOT-R)، شی‌یر و کارور^۲ (۱۹۹۴) استفاده شد. نسخه تجدیدنظر شده آزمون جهت‌گیری زندگی جانشین آزمون اصلی (LOT) شد (شی‌یر و کارور، ۱۹۹۴). این آزمون تفاوت‌های فردی در خوش‌بینی را می‌سنجد و شامل ۱۰ ماده است. هر یک از سؤال‌های این آزمون دارای ۵ طیف از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) می‌باشد. ۲، ۵، ۶ و ۸ در این پرسشنامه انحرافی است و نمره‌ای به آن تعلق نمی‌گیرد؛ از ۶ عبارت باقی‌مانده سه عبارت ۳، ۷ و ۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، حداقل نمره در این آزمون برابر با ۱۰ و حداکثر آن برابر با ۴۰ است (خدایی، زارع، علی‌پور و شکری، ۱۳۹۵). شی‌یر و کارور (۱۹۹۴) روایی این پرسشنامه را از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی تأکید کردند و پایایی پرسشنامه را نیز با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و از طریق بازآزمایی بعد از چهار ماه ۰/۶۸، بعد از یک سال ۰/۶۰، بعد از دو سال ۰/۵۶ و پس از چهار سال ۰/۶۸ به دست آوردند (شی‌یر و کارور، ۱۹۹۴). این پرسشنامه توسط شریفی و نجفی‌زند در سال ۱۳۸۵ ترجمه و هنجاریابی شده است. پایایی آن معادل با ۰/۷۴ به دست آمد و روایی هم‌زمان آن از طریق همبستگی منفی با افسردگی (۰/۶۵-) و همبستگی مثبت با خود‌تسلط‌یابی (۰/۷۳) تأیید شد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

1. Optimism questionnaire

2. Scheier M, Carver C

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۱ (ENRICH-47)

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ توسط اولسون، فورنیر و دروگمن^۲ در سال ۱۹۸۹ طراحی شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه ۴۷ سؤال دارد و هم‌اکنون این فرم بیشترین استفاده را در تحقیقات ایرانی دارد. در این پرسشنامه نیز از طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت استفاده شده است و پاسخ‌ها از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ نمره دارند. این پرسشنامه دارای تعدادی گویه معکوس می‌باشد که این گویه‌ها ارزش عددی معکوس دریافت می‌کنند. بنابراین، حداقل نمره در این آزمون برابر با ۴۷ و حداکثر آن برابر با ۲۳۵ است (پورمیدانی، نوری و شفتی، ۱۳۹۳). پایایی این پرسشنامه به روش ضریب آلفا توسط اولسون و همکاران (۱۹۸۹) ۰/۹۲ گزارش شده است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشانه روایی سازه آن است. در ایران در پژوهش احدی، هومن، کوشکی و شاه‌نظری (۱۳۹۱) ضریب همبستگی پیرسون در روش آزمون-باز آزمون (به مدت یک هفته) برای گروه مردان ۰/۹۳ و برای گروه زنان ۰/۹۴ به دست آمد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

مداخله درمانی

محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ بر اساس ساختار جلسات گیلبرت^۳ برگرفته از کتاب درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۱۳۹۵)، و مقالاتی که مرتبط با موضوع زنان درگیر تعارض زناشویی بودند نظیر اسدی و همکاران (۱۴۰۰) و غضنفریان‌پور و چلبیانلو (۱۴۰۰) استفاده شد. سپس توسط ۵ کارشناس با مدرک دکتری روانشناسی و مشاوره خانواده روایی محتوا و ظاهری مورد تأیید قرار گرفت. گروه آزمایش یک، در ۸ جلسه ۱ ساعته درمان را دریافت نمودند.

1. Enrich Marital Satisfaction Questionnaire

2. Olson D, Fournier D, & Druckman M

3. Gilbert P

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسات	محتوای جلسه
جلسه ۱	ارائه مقدمه‌ای از درمان متمرکز بر شفقت و اهمیت آن در زندگی، ارائه اصول پایه درمان متمرکز بر شفقت و تأثیر آن بر سیستم مغزی، معرفی فرایند تنظیم سه سیستم هیجان اصلی (تعامل بین کارکرد مغز قدیم و مغز جدید).
جلسه ۲	تمرین ذهن آگاهی، حساسیت نسبت به رنج در بستری از زمان حال (اینجا و اکنون)؛ تأثیر زندگی گذشته، تهدیدهای اصلی و ترس‌های شکل‌گرفته.
جلسه ۳	تصویرسازی خود مهربان، تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران، تصویرسازی مکانی امن، روش دو صندلی.
جلسه ۴	ایجاد هویت شفقت‌آمیز، هدف اصلی این جلسه؛ چگونه از تکرار عبارات‌های مهرورزی فراتر رفته و به‌صورت طبیعی ذهن شفقت‌ورز را پرورش دادن (اهمیت تربیت ذهن مهربان).
جلسه ۵	مدیریت احساسات و عواطف دشوار، تمرینات شامل، آگاهی مراجع از کشمکش مقاوم خود با افسردگی و اضطراب و دردهایی که در روابط دشوار زندگی تحمل شده‌اند.
جلسه ۶	عمیق‌تر کردن، تصریح اهداف ارزشمند و انتخاب مسیر مراقبت از سلامتی؛ بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌بخشد.
جلسه ۷	تغییر روابط، کشف روش‌های جدید و اتخاذ رویکردی گسترده، آگاهی یافتن و رهایی از روش‌های اجتناب و کنترل، تقویت رفتارهای شفقت‌آمیز، شامل توسعه رفتارهای هوشمندانه.
جلسه ۸	مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی (مداخله خاتمه دادن به جنگ)؛ تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل‌شدن به خالق اهداف.

جهت اجرای جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر از برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر رشید و سلینگمن^۱ (۲۰۱۳) استفاده شد. فرم اولیه این برنامه توسط سلینگمن، رشید و پارکز (۲۰۰۶) تدوین شده است. این محققان با استفاده از نتایج تحقیقات انجام‌شده در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر و جمع‌بندی آن به‌عنوان تاریخچه برنامه مثبت‌نگر، سه مؤلفه‌ی شادکامی، ۱-هیجان‌های مثبت، ۲-تعهد و ۳-معنا مربوط به شادکامی در نظریه سلینگمن را به‌عنوان اساس برنامه‌ای درمانی قرار داده‌اند. گروه آزمایش دو، در ۸ جلسه ۱ ساعته روان‌درمانی مثبت‌نگر را دریافت نمودند.

1. Rashid T, & Seligman M

جدول ۲. خلاصه جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر

جلسات	محتوا
جلسه ۱	آشنایی با اهداف و فرایند گروه‌درمانی، آشنایی با قواعد و هنجارهای گروه، آشنایی با اعضای گروه، وظایف و نقش‌ها.
جلسه ۲	ترغیب اعضا به صحبت در مورد خود و روابط با همسرشان، تقویت نقاط قوت شخص و احساسات و عواطف مثبت. بحث پیرامون توانمندی‌های منشی به منظور ایجاد و تقویت تعهد.
جلسه ۳	تشویق اعضا به بیان احساسات خود در رابطه با ایدئولوژی خود به جهان، تشویق اعضا به بحث در رابطه با اختلافات زناشویی به عنوان یک مشکل عادی یا یک مشکل غیر قابل باور. تبدیل احساس خشم و کینه به احساسات خنثی و عواطف مثبت.
جلسه ۴	ترغیب اعضا به بیان تجربیات خود در رابطه با امید داشتن، تاثیر آن بر زندگی و نگرش نسبت به آن، تحلیل مثبت‌نگرانه تجارب شادکامی و امید در زندگی اعضا و دیگران. تاکید و تمرکز بر قدرشناسی.
جلسه ۵	تشویق اعضا به بحث گروهی در مورد این نمونه‌ها و چگونگی تاثیر این دو فرایند مثبت در زندگی، ارایه الگوهایی که امید و شادکامی و مثبت نگری به زندگی‌شان غنا بخشیده است، از طریق پخش فیلم.
جلسه ۶	تشویق اعضا به بیان احساسات خود در رابطه با پذیرفتن مسئولیت زندگی خویش، تحلیل رابطه عدم مسئولیت‌پذیری با احساس گناه و سرخوردگی.
جلسه ۷	تحلیل روان‌شناختی تمرکز بر هدف و پذیرفتن مشکل و رابطه آن با سلامت روانی، تحلیل رابطه شادکامی با تمرکز بر هدف و پذیرفتن مشکل.
جلسه ۸	تحلیل روان‌شناختی تشکر کردن، تحلیل روان‌شناختی نقش تشکر کردن در افزایش شادکامی و بهبود ارتباط اجتماعی، بحث گروهی درباره تشکر کردن.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۳، ارائه شده است.

جدول ۳. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	رده	گروه آزمایش ۱		گروه آزمایش ۲		گروه گواه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۳۰-۴۰	۹	۶۷/۲	۸	۵۴/۳	۱۰	۷۱/۴
	۴۱-۵۰	۶	۳۲/۸	۷	۴۵/۷	۵	۲۸/۶
تحصیلات	دیپلم	۵	۲۹/۶	۶	۳۰/۱	۵	۳۱/۸
	لیسانس	۷	۴۵/۲	۸	۵۲/۴	۶	۳۸/۵
	کارشناسی ارشد	۳	۲۵/۲	۱	۱۷/۵	۴	۲۹/۷
شغل	خانه دار	۵	۳۷/۹	۴	۲۴/۳	۶	۴۸/۶
	کارمند	۴	۲۰/۹	۴	۲۴/۳	۳	۲/۸
	آزاد	۶	۴۱/۲	۷	۵۱/۴	۶	۴۸/۶
تعداد فرزند	بدون فرزند	۵	۳۴/۸	۴	۱۱/۸	۷	۴۲/۶
	یک فرزند	۷	۵۲/۱	۶	۴۸/۵	۶	۳۶/۷
	دو فرزند و بیشتر	۳	۱۳/۱	۵	۳۹/۷	۲	۲۰/۷

با توجه به یافته‌های جدول ۳، بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش سنین ۳۰ تا ۴۰ سال داشته، دارای تحصیلات لیسانس، شغل آزاد و دارای یک فرزند بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

متغیر	(درمان شفقت‌ورزی)		(درمان مثبت‌نگر)		گروه گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خوش‌بینی	۵۸/۵۳	۱۱/۶۲	۶۱/۲۰	۶/۳۸	۸۱/۸۰	۱۲/۷۲
	۸۲/۶۷	۱۱/۲۸	۷۹/۸۰	۸/۲۲	۸۰/۸۰	۱۴/۹۵
رضایتمندی	۱۸/۴۷	۵/۱۵	۱۷/۷۳	۴/۵۴	۲۳/۸۰	۶/۰۹
	۲۵/۸۰	۵/۳۴	۲۳/۸۷	۴/۲۹	۲۴/۲۰	۵/۴۱

جدول ۴، میانگین و انحراف معیار خوش بینی و رضایت از زندگی برای مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد که پس از درمان متمرکز بر شفقت و درمان مثبت نگر، نمرات گروه آزمایش تفاوت معنادار داشته است. همچنین آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد فرض نرمال بودن، برای تمامی متغیرهای خوش بینی و رضایت از زندگی برقرار است ($p < 0/05$). نتایج آزمون لون نشان داد که فرض همگنی واریانس نیز برای تمامی متغیرهای خوش بینی ($F = 0/602$) و رضایت از زندگی ($F = 2/16$) برقرار است ($p < 0/05$). نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری روی نمره های پس آزمون با کنترل پیش آزمون های متغیر وابسته

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۱۳	۳۵/۶۱۲	۲	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
لامبدای ویلکز	۰/۰۸۲	۳۵/۶۱۲	۲	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
اثر هتلینگ	۱۰/۲۵۹	۳۵/۶۱۲	۲	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
بزرگترین ریشه روی	۱۰/۲۵۹	۳۵/۶۱۲	۲	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود، یافته های حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که F به دست آمده در تمامی آزمون ها، با درجه آزادی ۲ و ۱۳ در سطح $P > 0/05$ معنادار است. یافته های حاصل نشان داد که در متغیرهای تحقیق پس از حذف اثر پیش آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد $P < 0/05$ و ($Df = 13$ و 2) و $F = 35/612$ و $(Pillais\ Trace = 0/913)$. در ادامه برای درک دقیق تر و بررسی تاثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده می شود.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری روی میانگین نمرات پس‌آزمون خوش‌بینی و رضایت از زندگی گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذورات اتا
خوش‌بینی	پیش‌آزمون	۲۱۰۴/۸۳	۱	۲۱۰۴/۸۳	۳۲/۸۹	۰/۰۰۱	-
	گروه	۵۰۶۳/۳۴	۲	۲۵۳۱/۶۷	۳۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	خطا	۲۶۲۳/۶۹	۴۱	۶۳/۹۹			
رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	۴۶۵۲/۶۱	۱	۴۶۵۲/۰۲	۸۴/۱۳	۰/۰۰۱	-
	گروه	۲۳۸۰/۵۱	۲	۱۲۰۵/۴۸	۳۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	خطا	۱۹۸۴/۹۱	۴۱	۴۸/۷۳			

همان‌طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، با گواه پیش‌آزمون بین زنان گروه‌های آزمایش و گروه گواه از لحاظ خوش‌بینی ($F=۳۹/۵۶$) و رضایت از زندگی ($F=۳۲/۵۱$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ که میزان تاثیر یا تفاوت برای خوش‌بینی ۰/۳۶ و رضایت از زندگی ۰/۴۱ می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است. به منظور مقایسه بررسی این اختلاف‌ها و مقایسه زوجی آنها از آزمون بونفرونی استفاده شد.

جدول ۷: آزمون مقایسه‌های چندگانه میانگین نمرات متغیرهای وابسته در سه گروه آزمایش (۱)، آزمایش (۲) و گروه گواه

متغیر وابسته	درمان I	درمان J	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد میانگین	معنی‌داری
خوش‌بینی	شفقت‌ورزی	مثبت‌نگری	-۳/۲۰۰	۱/۰۴۶	۰/۰۱۳
	شفقت‌ورزی	گواه	-۳/۷۰۰	۱/۰۴۶	۰/۰۱۴
	مثبت‌نگری	گواه	-۱/۵۰۰	۱/۰۴۶	۰/۰۱۱
رضایت از زندگی	شفقت‌ورزی	مثبت‌نگری	-۳/۰۱	۲/۴	۰/۳۱
	شفقت‌ورزی	گواه	-۲۱/۱۸	۲/۲۱	۰/۰۱۱
	مثبت‌نگری	گواه	-۱۲/۹۸	۲/۲۲	۰/۰۱۱

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، بین میانگین پس‌آزمون خوش‌بینی و رضایت از زندگی زنان گروه شفقت‌ورزی و مثبت‌نگری با گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P < 0/05$) اما بین هر دو گروه آزمایشی با گروه گواه تفاوت معنادار می‌باشد ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر بر خوش‌بینی و رضایتمندی از زندگی زنان درگیر تعارض در سال‌های اول زندگی مشترک بود. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر بر خوش‌بینی زنان درگیر تعارض در سال‌های اول زندگی مشترک تاثیر معنادار دارد و بین اثربخشی دو درمان، تفاوت معناداری مشاهده نشد. این یافته با نتایج مطالعات حکیمی (۱۴۰۰)، قدم‌پور و منصور (۱۳۹۷)، مولر و همکاران (۲۰۲۰)، کاهلر و همکاران (۲۰۲۰)، اسمیت و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که خوش‌بینی یک ویژگی مهم سلامت‌روانی مثبت است که به‌طور معناداری با خودشفقتی رابطه دارد و از احساس گرمی و ارتباط درونی نشأت می‌گیرد که افراد نسبت به خود دارند. خودشفقتی نیز یک نیروی انسانی مهم است که به‌عنوان کیفیت مهربانی، ملایمت، احساس ارتباط درونی و کمک به افراد برای امیدوار بودن در زمان مواجه شدن با دشواری‌های زندگی در نظر گرفته می‌شود. همچنین ذهن شفقت‌ورز با مهارت‌های مقابله‌ای سازگار مرتبط با آن به حفظ انتظارات خوش‌بینی درباره آینده کمک می‌کند (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۸). نگاه مثبت به آینده مهم‌ترین فایده خودشفقتی است و مداخله شفقت‌ورزی در افزایش خوش‌بینی افراد نسبت به توانایی‌هایشان به‌هنگام رویارویی با موقعیت‌های چالش‌برانگیز تأثیرگذار است، شاید به این دلیل که این آموزش خودقضاوتی را کاهش می‌دهد که موجب تحلیل ادراک شایستگی می‌شود. به‌طور کلی می‌توان گفت اشخاص دارای خودشفقتی در مقایسه با کسانی که فاقد خودشفقتی هستند، بسیار خوشبین‌تر هستند و در نتیجه بهتر می‌توانند با هیجانات منفی خود کنار آیند (قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین روان‌درمانی مثبت‌نگر با هدف تأکید بر افزایش توانایی‌ها و مزیت‌هایی طراحی شده است که فرد را قادر می‌سازد با تعامل موثر با دیگران در جامعه پیشرفت کند تا احساس مثبت در او تقویت شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر هم‌زمان با شناخت و

بالا بردن توانمندی‌های فردی، کنترل و مدیریت هیجان‌های منفی و نقاط ضعف را میسر می‌سازد که این امر به نوبه خود امیدواری و خوش‌بینی را افزایش می‌دهد (مولر و همکاران، ۲۰۲۰).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر بر رضایتمندی از زندگی زنان درگیر تعارض در سال‌های اول زندگی مشترک اثربخش است. این یافته با نتایج مطالعات اسدی بیجائییه و همکاران (۱۴۰۰)، غضنفریان‌پور و چلبیانلو (۱۴۰۰)، عسگری و ترکاشوند (۱۳۹۹)، کاهلر و همکاران (۲۰۲۰)، مانتلو و کاراکاسیدو (۲۰۱۷) همسو بود.

این یافته را اینگونه می‌توان تبیین کرد که وجود نگرش مشفقانه در افراد به آنها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و عدم سازگاری با شرایط موجود غلبه نمایند. بنابراین، زنانی که مهارت‌های شفقت‌ورزی را دریافت کردند در تجربه وقایع ناخوشایند مثل پرخاشگری در روابط بین فردی احساسات منفی کمتر و بخشودگی بیشتری را تجربه می‌کنند و تحمل ابهام بالاتری دارند که همگی اینها منجر به افزایش سطح رضایتمندی آنها از زندگی می‌شود (غضنفریان‌پور و چلبیانلو، ۱۴۰۰). یکی از مهمترین اهداف مداخلات در رویکرد مثبت‌نگر کمک به ارتقاء و افزایش میزان رضایت از زندگی و بهزیستی آنان می‌باشد. بر اساس این رویکرد افزایش توانمندی‌ها، هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا باعث شادتر و غنی‌تر کردن زندگی می‌شود. در واقع رسیدن به بهزیستی و شادکامی از اهداف غایی روانشناسی مثبت‌نگر می‌باشد. تمرین‌های برنامه مثبت‌نگر تماماً مبتنی بر همین هدف طراحی شده‌اند. به‌طور مثال اثربخشی تمرین قدرشناسی و نوشتن نامه قدرشناسی در مطالعات مختلف در افزایش هیجان‌های مثبت، رضایت کلی از زندگی و خوش‌بینی تأیید شده است. همچنین تمرین سه چیز خوب و تمرین مهربانی و بخشش، علاوه بر از بین بردن اثر هیجان‌های منفی در ایجاد رضایت از زندگی و شادکامی تأثیر بالایی دارد (کاهلر و همکاران، ۲۰۲۰). ایجاد هیجان‌های مثبت در افراد که از تمرین‌ها و مفروضه‌های اصلی روانشناسی مثبت‌نگر است؛ منجر به خنثی نمودن اثر هیجان‌های منفی، ایجاد و افزایش منابع شخصی، ارتقاء تاب‌آوری روان‌شناختی، افزایش سلامت جسمی و روان‌شناختی و همچنین ایجاد بستر لازم برای بالندگی انسان، می‌شود در نتیجه این افزایش تاب‌آوری و افزایش منابع شخصی میزان خوش‌بینی افراد یعنی انتظار مثبت آنان در مورد واقع آینده افزایش می‌یابد (اسدی بیجائه و همکاران، ۱۴۰۰).

نتیجه گیری

نتایج نشان داد درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر به زنان درگیر تعارض می‌تواند موجب افزایش خوش‌بینی و رضایتمندی از زندگی شود. از این رو، نتیجه پژوهش حمایتی تجربی برای هر دو درمان در جهت بهبود ساختار خانواده فراهم می‌کند. تک جنسیتی بودن و نمونه محدود به زنان درگیر تعارض زناشویی شهر مشهد از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را در نظر گرفت. و محدودیت دیگر عدم دوره پیگیری بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مشابه این پژوهش در شهرهای دیگر و مردان درگیر تعارض زناشویی اجرا شود و نتایج آن با یافته‌های این پژوهش مقایسه شوند و دوره پیگیری را نیز لحاظ نمایند. نتایج حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و درمان مثبت‌نگر بر خوش‌بینی و رضایتمندی از زندگی زنان درگیر تعارض بود؛ در نتیجه این دو رویکرد درمانی قابلیت کاربرد در مراکز و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی را دارند، لذا مشاوران خانواده و درمانگران می‌توانند از این دو رویکرد برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی و زناشویی زنان درگیر تعارض استفاده کنند. همچنین به دلیل ویژگی‌های ضربه‌گیر شفقت و ارتباط آن با خوش‌بینی و رضایت از زندگی در حوزه‌های پیشگیری مانند مراکز مشاوره پیش از ازدواج علاوه بر ارائه خدمات درمانی و مشاوره‌ای به گروه‌های مختلف آموزش داده شود.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

تعارض در منافع

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در رشته روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور گلستان است. بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع انتشار این مقاله وجود ندارد.

فهرست منابع

- احمدی، عزت‌الله؛ شالچی، بهزاد و منصورزاده، زهرا. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر علائم سندرم روده تحریک پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. ۱۴(۴): ۱-۱۰.
- ایرانفرد، حسین؛ محمد طاهری، محمدرضا و سلطانی‌فر، محمد. (۱۴۰۱). پیش‌بینی مولفه‌های رضایت از زندگی (خانواده، دوستان، دانشگاه، محیط زندگی و خود) بر اساس مهارت‌های ارتباطی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*. ۶(۲): ۸۷-۷۹.
- احدی، حسن؛ هومن، حیدر؛ کوشکی، شیرین و شاه نظری، مهدی. (۱۳۹۱). ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه رضایت زناشویی. *فصلنامه تحقیقات روان‌شناختی*. ۴(۱۴): ۱۱۵-۱۰۱.
- اسدی بیجانیه، جهان سادات؛ امیری مجد، مجتبی؛ قمری، محمد و فتحی اقدم، قربان. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش شفقت به خود بر رضایت از زندگی و تاب‌آوری زنان سالمند. *روان‌شناسی پیری*. ۷(۱): ۶۷-۵۵.
- پورمیدانی، سمیه؛ نوری، ابوالقاسم و شفتی؛ سیدعباس. (۱۳۹۳). رابطه سبک زندگی با رضایت زناشویی. *خانواده پژوهی*. ۱۰(۳): ۳۴۴-۳۳۱.
- حکیمی، ایمان. (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر خوش‌بینی و ناگویی هیجانی معلمان زن بازنشسته مضطرب. *مجله آسیب‌شناسی روانی*. ۹(۴۱): ۴۹-۳۷.
- خدادادی سنگده، جواد. (۱۴۰۰). شناسایی دلایل شکل‌گیری تعارض زناشویی در دوران عقد. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۱۲(۴۸): ۵۴-۲۵.
- خدائی، علی؛ زارع، حسین؛ علی‌پور، احمد و شکری، امید. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه تجدیدنظرشده آزمون جهت‌گیری زندگی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۱۰(۴): ۴۰۵-۳۸۷.
- شریفی، حسن پاشا و نجفی‌زند، جعفر. (۱۳۸۵). روان‌شناسی مثبت علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان. تهران: انتشارات سخن.
- طباطبایی فر، مهدی؛ آرام‌نیا، الهام و اسلامیان، سجاد. (۱۴۰۱). تدوین بسته آموزشی بومی کارت‌های ذهنیت طرحواره‌ای و بررسی اثربخشی آن بر تعارض زناشویی. *خانواده درمانی کاربردی*. ۳(۱): ۱۷۶-۱۶۱.
- عسگری، محمد و ترکاشوند، فاطمه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمانی فنون مثبت‌نگری تلفیقی بر رضایتمندی از زندگی زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی. *مجله مطالعات روانشناسی بالینی*. ۸(۳۱): ۹۹-۸۷.
- غضنفریان پور، سمیرا و چلبیانلو، غلامرضا. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله کوتاه‌مدت شفقت به خود بر عاطفه مثبت و منفی و رضایت از زندگی. *رویش روان‌شناسی*. ۱۰(۳): ۱۳۴-۱۲۱.

- فرهادیان، فاطمه و مرادی، اعظم. (۱۳۹۹). سهم سلامت معنوی، خوش بینی و بخشش در پیش بینی بهزیستی روان شناختی دانشجویان دانشگاه. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۲۱(۲): ۹۳-۱۰۴.
- قدم پور، عزت اله و منصوری، لیلا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش میزان خوش بینی و شفقت به خود دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مطالعات روان شناختی*، ۱۴(۱): ۵۹-۷۴.
- کردلو، منیره؛ ثنائی ذاکر، باقر و خلعتبری، جواد. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رویکرد اسلامی مبتنی بر انتخاب تعادل با روان درمانی مثبت گرایی بر میزان کیفیت زندگی و رضایت مندی از زندگی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره سازمان نظام شهر تهران. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۳(۱): ۴۷-۵۷.
- گیلبرت، پل. (۱۳۹۵). درمان متمرکز بر شفقت، ترجمه مهرنوش اثباتی و علی فیضی. چاپ اول، انتشارات ابن سینا.
- معصومی تبار، زینب؛ افشاری نیا، کریم؛ امیری، حسن و حسینی، سعیده. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر مشکلات تنظیم هیجانی و رضایت زناشویی بانوان ناسازگار در دهه اول زندگی. *مجله علوم روان شناختی*، ۱۹(۹۵): ۱۵۰۶-۱۴۹۷.
- مظلومی، علی؛ عسکری، پرویز؛ مکوندی، بهنام؛ احتشام زاده، پروین و بختیارپور، سعید. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر و آموزش تنظیم هیجان بر توانمندی های منش گروه نارنانان. *پژوهش نامه زنان*، ۱۰(۲۷): ۱۷۷-۱۵۹.
- مجرد، آرزو؛ قمری گیوی، حسین و کیانی، احمدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره راه حل محور بر بخشش و دزدگی زناشویی در زنان ناسازگار. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۷(۳): ۲۶-۹.
- محمدیان، معصومه؛ حسین پور، رضا و فرهنگی، عبدالحسن. (۱۳۹۹). بررسی رابطه بین شفقت خود و هوش معنوی با رضایت زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال. *فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران*، ۲۲(۲): ۸۴-۶۹.
- هوشمندی، رودابه؛ احمدی، خدابخش و کیامنش، علیرضا. (۱۴۰۰). شناسایی و سنجش عوامل محوری و پیرامونی تعارضات زناشویی در جمعیت فارسی زبان (مطالعه ترکیبی). *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۴): ۳۸۳-۴۰۶.
- یعقوبی، ابوالقاسم و نسائی مقدم، بیان. (۱۳۹۸). اثربخشی روش مداخله ای روان شناسی مثبت گرا بر بهزیستی روان شناختی نوجوانان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۱): ۲۵-۱۴.
- Arslan, G., & Yildirim, M. (2021). Coronavirus stress, meaningful living, optimism, and depressive symptoms: A study of moderated mediation model. *Australian Journal of Psychology*, 73(2): 19-28.
- Bachem, R., Levin, Y., Zhou, X., Zerach, G., & Solomon, Z. (2018). The Role of Parental Posttraumatic Stress, Marital Adjustment, and Dyadic Self-Disclosure in Intergenerational Transmission of Trauma: *A Family System Approach. Journal of marital and family therapy*, 44(3): 543-555.

- Brand, M., Young, & K., Laier, C. (2017). Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, 71(1): 252-266.
- Brophy, K., Brähler, E., Hinz, A., Schmidt, S., & Körner, A. (2020). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. **Journal of affective disorders**, 260(1): 45-52.
- Cleare, S., Gumley, A., & O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. **Clinical psychology & psychotherapy**, 26(5): 511-530.
- Cheung, A., Chiu, T., & Choi, S. (2021). Couples' self-control and marital conflict: Does similarity, complementarity, or totality matter more. **Social Science Research**, 102(2): 26-38.
- Haeyen, S., & Heijman, J. (2020). Compassion Focused Art Therapy for people diagnosed with a cluster B/C personality disorder: **An intervention mapping study**. *The Arts in Psychotherapy*, 69(7): 16-26.
- Irons, C., & Lad, S. (2018). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. **Aust Clin Psychol**, 21(1): 31-40.
- Johannsen, M., Schlander, C., & Vestergaard, I. (2022). Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults – Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 314(9): 46-53.
- Kahler, C. W., Spillane, N. S., Day, A., Clerkin, E. M., Parks, A., Leventhal, A. M., & Brown, R. A. (2020). Positive psychotherapy for smoking cessation: Treatment development, feasibility, and preliminary results. **The Journal of Positive Psychology**, 9(11): 19-27.
- Li, X., & Liu, Q. (2020). Parent–grandparent coparenting relationship, marital conflict and parent–child relationship in Chinese parent–grandparent coparenting families. **Children and Youth Services Review**, 109(2): 33-47.
- Mathew, J., Dunning, C., Coats, C. & Whelan, T. (2018). The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. **Personality and Individual Differences**, 70(1): 66–71.
- Müller, R., Gertz, K. J., Molton, I. R., Terrill, A. L., Bombardier, C. H., Ehde, D. M., & Jensen, M. P. (2020). Effects of a tailored positive psychology intervention on well-being and pain in individuals with chronic pain and a physical disability. **The Clinical journal of pain**, 32(1): 74-83.
- Mantelou, A., & Karakasidou, E. (2017). The Effectiveness of a Brief Self-Compassion Intervention Program on Self-Compassion, Positive and Negative Affect and Life Satisfaction. **Psychology**, 8(4): 590- 610.
- Olson, D., Fournier, D., & Druckman, M. (1989). *Families colifornia*. Sage publication. Inc.
- Refaeli, T., Weiss-Dagan, S., Levy, D., Itzhaky, H. (2022). We Are Young, We Run Free: Predicting Factors of Life Satisfaction among Young Backpackers. **Nternational Journal of Environment Research: Public Health**, 19(1): 14-29.
- Rashid, T., & Seligman, M. (2013). **Positive psychotherapy: A treatment manual**. New York: Oxford University Press.

- Scheier, M., Carver, C., & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and Self Esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. **Journal of Personality and Social Psychology**, 67(1): 1063-1078.
- Singh, L., & Singh, P. (2020). Social network and life satisfaction among older adults in rural Uttar Pradesh, India: an application of structural equation modelling. **Journal of Public Health**, 28(5): 491-502.
- Smith, G. (2019). Resilience in adulthood and later life: What does it mean and where are we heading In: Hayslip Junior B, Smith GC, editors. Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Emerging perspective on resilience in adulthood and laterlife. New York: Springer, 8(11): 17-26.
- Smeets, E., Neff, K. D., Albert, H., & Peters, M. (2018). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. **Perspective, Psychiatry Research**, 190(1): 72-78.
- Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. **American Psychologist**, 61(8): 774-778.
- Tiger, L. (2018). Optimism: The biology of hope. New York: Simon & Schuster.
- Waters, L. (2017). Strength based parenting: a new avenue of practice and research in positive psychology. **Future directions in well-being**. New York.

