

اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی، سرزندگی ذهنی و ابرازگری هیجانی در زنان دارای فرسودگی

زناشویی

پروانه زنگنه^۱، محسن رسولی^{۲*}، مریم اکبری^۳

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی، سرزندگی ذهنی و ابرازگری هیجانی در زنان دارای فرسودگی زناشویی بود. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با فاصله زمانی ۲ ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۱۲۰ نفر از زنان دارای فرسودگی زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان شناختی خانواده رازی، امیدفردا، حیات شهرکرج در ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۲ بودند. جهت انتخاب حجم نمونه در ابتدا بر روی ۱۵۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی، پرسشنامه فرسودگی زناشویی اجرا و بعد به صورت هدفمند تعداد ۲۴ نفر از زنانی که در این پرسشنامه بیشترین نمره را اخذ نموده‌اند انتخاب شد و در دو گروه به صورت گروه آزمایش روان درمانی مثبت نگر (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) به صورت تصادفی گمارش شدند. گروه آزمایش در ده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روان درمانی مثبت نگر را به صورت هفته‌ای یکبار دریافت کردند و برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیریهای مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. نتایج نشان داد روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی و ابرازگری هیجانی در زنان دارای فرسودگی زناشویی تأثیر معناداری داشت اما بر سرزندگی ذهنی زنان دارای فرسودگی زناشویی تأثیر معناداری نداشت. بنابراین نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مورد توجه مراکز مشاوره خانواده، روانشناسان و زوجین قرار گیرد.

واژه های کلیدی: روان درمانی مثبت نگر، صمیمیت زناشویی، سرزندگی ذهنی، ابرازگری هیجانی، فرسودگی زناشویی

مقدمه

خانواده به عنوان یک واحد اجتماعی نقش محوری در حفظ ثبات و تداوم جامعه دارد. ازدواج مبنای اصلی تشکیل خانواده است (فبریانتی و همکاران^۴، ۲۰۲۴). زیرا، ساختار اولیه را برای پایه نهادن یک رابطه خانوادگی و پرورش نسل بعدی فراهم می‌کند. از جمله دلایل اصلی ازدواج عمدتاً تجربه عشق و محبت، داشتن شریک و همراه در زندگی، ارضای نیازهای عاطفی و روانی، افزایش شادی و خشنودی و تجربه رشد و کمال است (بازرگان، رضانی، آتش پور و امیری، ۱۴۰۰) و خانواده نیز یکی از رکن های اصلی جامعه و کوچک‌ترین جزء اجتماع و به عنوان یکی از محیط‌های مؤثر در سلامت جنسی و روانی فرد در نظر گرفته می‌شود (سلطانی زاده و باجلانی، ۱۳۹۹). آرامش، امنیت و آسایشی که اعضاء در محیط خانه از آن برخوردار می‌گردند و به تبع آن از اضطراب‌ها و نگرانی‌ها در امان می‌مانند، را در هیچ محیط یا رابطه انسانی دیگر نمی‌توان یافت (عسکر آباد و حاجی حیدری، ۱۳۹۲). خانواده بستر رشد و رفاه جسمی و روانی اجتماعی و عامل تحقق تعادل فیزیکی، روانی و اجتماعی انسان‌ها است (یوسفی نجف آبادی، ۱۳۹۴) و جوهره‌های زنده و در حال تغییر است که با استفاده از اعضای خویش و در جریان ارتباطی دائمی، تعاملی و طرح دار با یکدیگر یک کل را سازمان دهی می‌کند و در طول زمان و مکان گسترش می‌یابد (رشیدی، گلمحمدیان و موسوی، ۱۳۹۶).

^۱ - دانشجوی دکترا مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

^۲ - استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۳ - گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

یکی از شایع ترین پدیده‌های اجتماعی که نهاد خانواده را مورد تهدید قرار می‌دهد و اثر آن بجز خانواده به کل اجتماع هم برمی‌گردد، فرسودگی زناشویی^۱ است. به اعتقاد هو، جیانگ و وانگ (۲۰۱۹) عناصر اساسی یک ازدواج سالم شامل صمیمیت، تعهد و رضایت زناشویی است. بنابراین رضایت و خشنودی زنان از زندگی و وضعیت کلی سلامتشان بیش از مردان به سعادت زناشویی شان بستگی دارد. سازگاری زناشویی، رضایت از ازدواج و جلوگیری از هرگونه سردی و فرسودگی است که منجر به بروز کشش و تعارض به عنوان جزء جدانشدنی و همیشگی در ازدواج و روابط زناشویی می‌گردد و چنانچه زوجین نتوانند آن را به خوبی حل کنند آثار مخربی برای خانواده به همراه می‌آورد که یکی از آنها پدیده‌ی فرسودگی زناشویی است (شاه رجیبان و عمادی چاشمی، ۱۳۹۸). فرسودگی زناشویی، احساساتی مانند خشم، نفرت، ناامیدی و سرخوردگی نسبت به همسر همراه است. انباشته شدن این احساسات دردناک در زوجین به مرور زمان باعث بی میلی و ناخشنودی نسبت به همسر می‌شود و زندگی در کنار شریک زندگی را تحمل ناپذیر می‌کند. لذا توجه به این پدیده و اثرات مخرب آن و همچنین درمان به موقع آن برای زنان متأهل بسیار مهم است (محمودی، زهراکار، امیریان، داورنیا و بابایی، ۱۳۹۴). یکی از نابهنجاری‌های روانشناختی که به مرور زمان، عشق و علاقه بین زوجین را کم‌رنگ یا حتی محو می‌کند و موجبات مشکلات روحی، روانی، و ارتباطی و در نهایت، طلاق رسمی آنها را فراهم می‌کند، فرسودگی زناشویی است (پینز و همکاران، ۲۰۱۱). افراد در ابتدا و در شکل طبیعی اش، با اعتقاد به اینکه روابط آنها متفاوت از دیگران و عشق آنها پشتوانه زندگی مشترکشان است، رابطه زناشویی خود را با عشق و علاقه شروع می‌کنند و حدس و گمان‌های اولیه آنها نیز در راستای حفظ و تداوم این رابطه است. اما پس از مدتی، ممکن است زن یا شوهر یا هر دوی آنها نسبت به عمق و شکل رابطه شان دچار تردید شوند و چون بین توقعات خود از زندگی و واقعیت‌های موجود در زندگی زناشویی شان هماهنگی لازم را نمی‌بینند، دچار سرخوردگی و فرسودگی شوند (اسماعیلی فر و همکاران، ۱۳۹۸).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در پایداری زندگی زناشویی و کاهش فرسودگی نقش بی بدیلی داشته باشد، صمیمیت^۲ می‌باشد (گوهری، زهرا کار و نظری، ۱۳۹۴). از دیدگاه باگاروزی^۳ (۲۰۱۴)، صمیمیت تجربه هیجانی و عاشقانه باشخص دیگر تعریف شده است. همین طور مفهوم صمیمیت اغلب به عنوان روابط توأم با عشق تعریف می‌شود که شامل احساس‌های گرم، نزدیکی، پیوند و محبت است (حبیبی و همکاران، ۲۰۲۴). صمیمیت مفهومی پویا در ارتباطات انسانی و به ویژه در روابط زوجی می‌باشد که به معنای بازبودن و عدم بازداری در روابط و نزدیکی دویا چند فرد در ابعاد گوناگون هیجانی، منطقی و عملکردی می‌باشد (آذری، کاظمیان مقدم و مهرابی زاده، ۱۳۹۹). همچنین صمیمیت زناشویی احساس نزدیکی و تشابه رابطه شخصی عاشقانه یا هیجان با فرد دیگر است و مستلزم شناخت و درک عمیق فرد دیگر به منظور بیان افکار و احساساتی است که به عنوان منشأ تشابه و نزدیکی به کار می‌رود (هولد ورث و مک کاب، ۲۰۱۸). بررسی شواهد پژوهشی نشانگر این واقعیت است که در بین عوامل موثر در بروز پدیده فرسودگی زناشویی، میزان صمیمیت زناشویی نقش تعیین کننده ای ایفا می‌کند. توانایی برقراری و حفظ صمیمیت بین زوجین کمک می‌کند که با مشکلات ارتباطی کنار آیند و روابط رضایت بخشی داشته باشند.

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند در فرسودگی زناشویی زوجین نقش کاهنده داشته باشد، مفهوم سرزندگی ذهنی است. سرزندگی ذهنی^۵، تجارب درونی سرشار از انرژی و در واقع برخورداری از انرژی ذهنی و بدنی لازم برای تجربه کردن حس شوق

1- Couple Burnout

2 Pines et all

3 intimacy

4 Bagarozzi

5 Mental vitality

و سرزندگی است را نشان می دهد و ساختار پیچیده ای دارد که به کارکرد و تجربه عملکرد بهینه مربوط می شود (چارلز و همکاران^۱، ۲۰۱۴). رایان و فردریک (۱۹۹۷) سرزندگی ذهنی را وجود سرشار انرژی، اشتیاق و سرحال بودن، خسته نبودن، فرسوده نبودن توصیف کرده اند و نشان داده اند وقتی سرزندگی ذهنی کم باشد، تحریک پذیری و خستگی ظاهر می شود و برای انجام کارهای زندگی از تمام توان استفاده نمی شود. در مقابل وقتی سرزندگی ذهنی زیاد است، انرژی کافی برای انجام فعالیت ها در دسترس است و خلق در وضعیت مناسبی قرار دارد و انجام تکالیف به خوبی پیش می رود (رایان و فردریک، ۱۹۹۷). به نقل از عرب زاده، (۱۳۹۶). بنابراین سرزندگی ذهنی حاکی از وجود سرشار انرژی مثبت روانی است و فرد سرزنده مملو از زندگی است. آن ها در واقع سرزندگی را انرژی ای که از خود نشئت می گیرد، تعبیر می کنند و آن را احساسی از انرژی می دانند که منبع آن درونی است، نه تهدیدات خاص محیطی. از نظر آن ها سرزندگی ذهنی با حالت های شدیدایی تفاوت دارد، زیرا سرزندگی احساس سرحال بودن و پرارژی بودن است، نه مجبور بودن و هدایت شدن (ریان و دسی، ۲۰۰۸). بنابراین سرزندگی جلوه های از سلامت و بهزیستی روانی است، در حالی که شدیدایی با پریشانی و ازهم گسیختگی روانی همراه است. سیلوستر^۲ (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان داد برآوردن نیاز به شایستگی و استقلال توانایی پیش بینی کنندگی نشاط ذهنی و سلامت روانی را دارد. سرزندگی (نشاط) را می توان به عنوان تجارب درونی سرشار از انرژی معرفی کرد. همچنین سرزندگی را به عنوان انرژی سرچشمه گرفته از خود می توان دانست (جو، ۲۰۱۷). این انرژی از منابع درونی و نه از تهدید اشخاص در محیط سرچشمه می گیرد، به هرمیزان که افراد کمتر دچار تعارض باشند از سازوکار سرکوب رهایی یافته و بیشتر احساس سرزندگی، خلاقیت، خودشکوفایی و انرژی در آنها است. وقتی فردی کاری را به طور خودجوش انجام می دهد نه تنها احساس خستگی و ناامیدی به او دست نمی دهد، بلکه احساس می کند انرژی و نیرو او افزایش یافته است. به طور کلی حس درونی سرزندگی شاخص معنی دار سلامت ذهنی است (سولبرگ و همکاران^۳، ۲۰۱۲).

عامل مهم دیگری که بر استحکام و دوام خانواده و کاهش فرسودگی زناشویی تأثیر می گذارد ابرازگری هیجانی می باشد (کرانی، ۱۴۰۱). به نظر کینگ و امونز (۱۹۹۰) ابرازگری به خودی خود عاملی برای سلامتی نیست بلکه احساس زیربنایی شخص درباره ابرازگری خویش است که می تواند سود یا زیان آن را مشخص کند (به نقل از وحدانی و همکاران، ۱۳۹۹). منظور از ابرازگری منفی، درجه ای است که گرایش به پاسخ های هیجانی منفی مثل نفرت، خشم، بیزاری و شرمساری در رفتار فرد بروز داده می شود. ابرازگری مثبت بیانگر درجه ای است که گرایش به پاسخ های هیجانی مثبت مثل شادمانی، خشنودی، علاقه مندی و دوست داشتن در رفتار بروز داده شده و ابراز صمیمیت، بیانگر داشتن رفتار صمیمانه با دیگران است (برایس^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). ابرازگری هیجان^۵ به عنوان یکی از مؤلفه های اصلی هیجان، عبارت است از: درجه ای که یک فرد به طور فعال، تجارب هیجانی اش را به شکل رفتارهای کلامی و غیرکلامی بیان می کند. نمونه های ابراز هیجان مانند حرکات چهره مثل لبخند زدن، اخم کردن یا رفتارهایی مانند گریه کردن یا خندیدن است. ابرازگری هیجان که در مقابل سرکوبی هیجان قرار می گیرد، نقش مهمی در کارکرد انطباقی انسان داشته و پیامدهای مثبتی برای سلامتی دارد. ابرازگری هیجان با کارکرد تخلیه ی هیجانی ای که دارد باعث می شود که عواطف و هیجانات به روش مناسبی بیان شده و از ابرازگری آنها به صورت علائم جسمانی ساز جلوگیری شود (کرانی، ۱۴۰۱). مطابق با آنچه بررسی ها نشان می دهند هیجان ها در هر لحظه توجه، تصمیم گیری، حافظه، پاسخ های فیزیولوژیک و تعامل های اجتماعی را تحت

¹ Charles

² Sylvest

³ Solberg

⁴ Bryce

⁵ Emotional expressiveness

تأثیر قرار می دهند و حتی دامنه ی وسیعی از فرایندهای بین فردی و درون فردی تحت تأثیر هیجانها هستند. همچنین مطالعات نشان داده اند ابراز هیجان مثبت و صمیمیت و همچنین بروز احساسات منفی می تواند مؤلفه های عاطفه ی منفی بوده و بازداری اجتماعی را در پی داشته باشند (نریمانی، حسنی، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۵). همچنین توانمندی هیجانی منجر به مواجهه ی مطلوب با چالش های زندگی و ارتقای سلامت روانی می شود. افراد دارای توانمندی هیجانی بالا، به خوبی می توانند احساس های خود را تشخیص دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک کنند و حالت های هیجانی خود را برای زوج مقابل بیان نمایند. این افراد در مقایسه با افرادی که توانایی درک و بیان حالت های هیجانی خود را ندارند، در کنار آمدن با موقعیتهای منفی موفق هستند و در ارتباط با محیط و دیگران سازگاری بهتری نشان می دهند (کینگ و ایمونز^۱، ۲۰۱۰). افراد توانمند از نظر هیجانی، در رویارویی با هر آنچه آزردهنده است، احساسات خود را تشخیص می دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می کنند و به شکل مؤثرتری حالت های هیجانی خود را ابراز می نمایند. ابرازگری به عنوان نمایش بیرونی هیجان، بدون توجه به دیگران در ارتباط با محیط و ارزش (مثبت یا منفی) یا شیوه تجلی آن (چهره ای، کلامی و حالت های بدنی یا رفتاری) تعریف می شود. کینگ و ایمونز (۱۹۹۹)، سه بعد اساسی را در ابرازگری هیجانی مطرح کرده اند. این سه بعد شامل ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی می باشد (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج پژوهش رفیعی نیا و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد که گرچه بین ابرازگری هیجانی و سلامت عمومی، رابطه معنی داری وجود ندارد، ولی بین ابراز هیجان منفی با سلامت عمومی، ارتباط معکوس و معنی دار وجود دارد. پژوهش های صورت گرفته حاکی از آن است که ابراز هیجان، نقش مهمی در حفظ و نگهداری روابط بین فردی دارد و به عنوان یک تعدیل کننده مهم، قابلیت دسترسی به حمایت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می دهد، برقراری روابط عاطفی با دیگران و احساس ارزش و شایستگی را در انسان تقویت می کند و میزان آسیب پذیری فرد را نسبت به رویدادهای زندگی به طور ویژه ای پیش بینی می کند (نجاتی، ۱۳۹۷). ابرازگری هیجانی، در روابط میان فردی اهمیت زیادی دارد (ریمی، ۲۰۱۷). افرادی که هیجانها خود را آشکار می کنند، خیلی کمتر دچار اختلالات روان شناختی می گردند (هسی و همکاران، ۲۰۱۴).

رویکردهای مختلفی برای حل مشکلات زناشویی افراد به کار گرفته شده است. با توجه به پیامدهای منفی فرسودگی زناشویی، ارائه مداخلات روان شناختی برای بهبود این متغیرها در زندگی زناشویی می تواند از پیامدهای منفی همچون طلاق و فروپاشی کانون خانواده جلوگیری کند (اسماعیلی فر و همکاران، ۱۳۹۸). در پیشینه پژوهش اثرات زوج درمانی مبتنی بر فراهیجان، زوج درمانی گروهی به روش گاتمن، درمان کوتاه مدت راه حل محور آروش موثر و کارآمد در حل طیف گسترده ای از مشکلات است مراجعان از آن راضی هستند، ترغیب کننده و توانمندساز است و راههای جدیدی برای کمک به افراد را فراهم می کند و برای مشکلات در حال وقوع چاره جویی می کند و افراد را قادر می سازد از نقاط قوت و منابع خویش در مقابله با مشکلات آینده استفاده کنند. با وجود داشتن مزیت های مشخص اما این روش معایب خاص خود را هم دارا است از جمله تمرکز ناپخته درمانگران بر یک مشکل مطرح و غفلت از مشکلات دیگر، همچنین به عنوان درمان اولیه یا تنها درمان برای مشکلات عاطفی شدید یا زمانی که مراجعان مهارت یا منابع درونی مقابله با مشکل را ندارند مناسب نمی باشد. علاوه بر این اجرای این روش ساده تر از آن است که به نظر می رسد در واقع این روش نیاز به درمانگران آموزش دیده دارد که در ارزیابی، هدف گذاری، برنامه ریزی درمان و استفاده موثر از طیف وسیعی از مداخلات خلاق و قدرتمند مهارت داشته باشند. درمان پذیرش و تعهد که به عنوان درمانی راحت، در دسترس، کم هزینه برای بهبود مشکلات زناشویی زوجین محسوب می شود. از طرفی این درمان می تواند در برنامه پیشگیرانه و

¹ King, Emmons

² Solution-focused brief therapy)

مداخله های خانواده درمانی در دوران قبل از شروع زندگی مشترک برای کمک به ثبات زندگی به زوجین ارائه شود. همچنین آموزش روش چند سطحی فلدمن و سایر درمان های دیگر مانند رویکرد والش بر بهبود فرسودگی زناشویی نشان داده شده است. (سوراس^۱، ۲۰۰۷).

با توجه به عامل های متفاوتی همچون اضطرابها و فشارهایی که به زندگی یک زوج وارد می گردد و به مرور زمان شدیدتر و گاهی اوقات غیرقابل تحمل می شود، افزون بر آن ها، یکی از مداخلاتی که کمتر به تاثیرات و کارایی آن بر روی فرسودگی زناشویی توجه شده است درمان روان شناسی مثبت نگراست (دوهرتی و اوهرین^۲، ۲۰۲۲). در سال های اخیر، پژوهش های زیادی به بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر افزایش سلامت روان و مؤلفه های روان شناختی دیگر پرداخته اند (اردشیری لردجانی و شریفی، ۱۳۹۷). هنرمند زاده وسجادیان، (۱۳۹۵). محمودی و تونی (۱۴۰۱) پژوهشی با عنوان بررسی تاثیر روان درمانی مثبت نگر بر خودکارآمدی اجتماعی، کنترل عواطف و سرزندگی ذهنی در نوجوانان بزهکار انجام داد و به این نتیجه رسید که روان درمانی مثبت نگر بر خودکارآمدی اجتماعی، کنترل عواطف و سرزندگی ذهنی در نوجوانان بزهکار تأثیر معناداری دارد. بنابراین روان درمانی مثبت نگر، از لحاظ تجربی رویکردی معتبر به روان درمانی است که عمده توجه خود را بر اساس بنا نهادن توانمندی ها و احساسات مثبت درمانجو متمرکز می کند و با فعال سازی معنا در زندگی، آسیب روانی را کاهش و در مقابل شادی را افزایش می دهد. درمانگران مثبت نگر، احساسات و خاطرات مثبت را در فرایند درمان راه انداخته و آن ها را کانون توجه قرار می دهد. دیگر فرایند مورد استفاده در درمان مثبت نگر پرداختن به موضوعات مرتبط با هدف یکپارچه کردن هیجان های مثبت و منفی است (رشید، ۲۰۱۵). روانشناسی مثبت نگر، رویکردی مبتنی بر نقاط قوت فردی می باشد هدف اصلی روان شناسی مثبت نگر شکوفایی قابلیت های نشاط و سرزندگی، اعتماد به نفس و ویژگی های از این قبیل می باشد. همچنین معتقدند که به جای تاکید صرف به آسیب شناسی، به دنبال فهم گسترده انسان از کمبود، رنج تا شکوفایی بهزیستی و نشاط بود. هدف روان شناسی مثبت نگر تسریع تغییر نگاه روان شناسی از بهبود بدترین چیزها در زندگی، به ساختن بهترین کیفیت ها در زندگی است. در مطالعات متعددی به بررسی اثربخشی روانشناسی مثبت نگر بر بهبود وضعیت روانی و عملکردی در گروه های مختلف پرداخته شده است. در پژوهشی نشان داده شد که آموزش روانشناسی مثبت نگر بر تقویت ارزش های مثبت از جمله گشودگی، مهربانی، صداقت و همکاری اثرگذار می باشد (لمبرت و همکاران^۳، ۲۰۱۶). در مطالعه دیگری بیان شده که آموزش روانشناسی مثبت نگر بر کاهش خلق افسرده و بهزیستی مؤثر می باشد. محققان در مطالعه دیگری از تأثیر مداخلات مثبت نگر بر افزایش توانایی در برقراری روابط اجتماعی و رضایت از آن خبر داده اند (واترز^۴، ۲۰۱۸). بنابراین با توجه به پیشینه های انجام شده و اهمیت مداخلات جامعه نگر در حوزه زناشویی و تبعات آن، و با در نظر گرفتن فقر پژوهشی در زمینه مداخلات بر صمیمیت، سرزندگی و فرسودگی زناشویی، مسئله اصلی در این پژوهش این است که آیا **روان درمانی مثبت نگر** بر صمیمیت، سرزندگی ذهنی و ابرازگری هیجانی در زنان دارای فرسودگی زناشویی تأثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با فاصله زمانی ۲ ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل **۱۲۰ نفر** از زنان دارای فرسودگی زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان

¹ Soares

² Doherty. & O'Brien

³ Lambert

⁴ Waters

شناختی خانواده رازی، امیدفردا، حیات شهرکرج در ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۲ بود که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. جهت انتخاب حجم نمونه ۲۴ نفر از زنان دارای فرسودگی زناشویی بالا بر اساس روش نمونه گیری هدفمند و بر اساس ملاک های ورود شامل تمایل به شرکت در درمان، داشتن فرسودگی زناشویی و نمره بالا در پرسشنامه (۱۴۷)، عدم اقدام قانونی برای طلاق، داشتن حداقل یک فرزند، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل مدرک دیپلم، عدم مشکلات حاد پزشکی-جسمانی، نداشتن اختلال روانی شدید با استفاده از پرسشنامه کوتاه ۵۳ ماده‌ای نشانه‌های بیماری^۱، عدم دریافت مداخله ی درمانی همزمان، عدم سوء مصرف الکل و مواد روانگردان بنا به خود اظهاری خود مراجع، عدم جدایی از همسر و ملاک های خروج شامل شرکت نکردن در بیش از سه جلسه پیاپی و چهار جلسه غیر پیاپی و اقدام به طلاق و جدا شدن از همسر حین جلسات مشاوره انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا بر روی ۱۵۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی، پرسشنامه فرسودگی زناشویی اجرا و بعد به صورت هدفمند تعداد ۲۴ نفر از زنانی که در این پرسشنامه بیشترین نمره را اخذ نموده‌اند انتخاب شد و در دو گروه به صورت گروه آزمایش روان درمانی مثبت نگر (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. داده‌های جمع آوری شده در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با روش تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. افراد گروه گواه و همچنین افرادی که فرسودگی زناشویی در آن ها بالا تشخیص داده شد اما به علت محدودیت در تعداد نمونه نتوانستند در جلسات درمانی شرکت کنند در لیست انتظار برای دریافت درمان قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه صمیمیت زناشویی^۲: این مقیاس توسط والکر و تامپسون^۳ (۱۹۸۳)، به نقل از ثنایی، (۱۳۷۹) ساخته شده که ۱۷ سؤال دارد و برای سنجیدن میزان صمیمیت زوج ها تنظیم شده است. دامنه ی نمرات هر سؤال بین ۱ تا ۷ است که نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است. این مقیاس با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. روایی محتوایی و صوری مقیاس توسط ۱۵ نفر از اساتید مشاوره مورد بررسی قرار گرفته است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۶). در پژوهش اعتمادی و همکاران پرسشنامه بر روی ۱۰۰ زن و شوهر در شهر اصفهان که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا شد و ضریب اعتبار کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد که حاکی از اعتبار قابل قبول پرسشنامه است (حامدی و زارعی، ۱۳۹۰). در پژوهش ارسالان ده، حبیبی و شاکرمی نیز میزان آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸۲ می باشد (ارسالان ده، حبیبی و شاکرمی، ۱۳۹۶).

پرسشنامه ی سرزندگی ذهنی^۴: رایان و فردریک (۱۹۹۷) مقیاس سرزندگی را برای ارزیابی سرزندگی معرفی کردند. این مقیاس ۷ سؤال دارد و هر فرد بر اساس یک مقیاس ۷ درجه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف حالت خود را مشخص می کند که به کاملاً موافق نمره ۷ و کاملاً مخالف نمره ۱ داده می شود. نمره بالا نشان دهنده بالا بودن میزان سرزندگی فرد می باشد. پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ توسط رایان و فردریک (۱۹۹۷) بالای ۰/۷۰ گزارش شد. ابوالقاسمی (۱۳۸۲) نخستین بار این مقیاس را ترجمه و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش قنبری طلب و فولادچنگ (۱۳۹۴) و شیخ الاسلامی و دفترچی (۱۳۹۴) ۰/۸۱ به دست آمده است.

¹ Brief Symptom Inventory (BSI)

² Marital Intimacy Scale (MIS)

³ -Thompson

⁴ Mental Vitality Questionnaire

پرسشنامه ی ابرازگری هیجانی^۱: پرسشنامه ابرازگری هیجانی کینگ و آمونز، ۱۶ ماده و ۳ خرده مقیاس دارد. موارد ۱ تا ۷ مربوط به زیر مقیاس ابراز هیجان مثبت، موارد ۸ تا ۱۲ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز صمیمیت و موارد ۱۳ تا ۱۶ آن مربوط به زیر مقیاس ابراز هیجان منفی است. نمره گذاری پرسشنامه هم براساس طیف لیکرت ۵ درجه ای و از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می باشد. براساس این شیوه نمره گذاری نمره فرد از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است و نمره بالاتر بیانگر ابراز هیجانی بالاتر است. کینگ و آمونز (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس و زیر مقیاس های مذکور به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۶۷ گزارش کردند. در پژوهش رفیعی نیا و همکاران (۱۳۸۵) پایایی مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاس های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ گزارش شد. در پژوهش شریفی نیا و هارون رشیدی (۱۳۹۹) پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابراز هیجان مثبت ۰/۷۰، ابراز صمیمیت ۰/۴۷ و ابراز هیجان منفی ۰/۶۷ گزارش شد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای مؤلفه های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ضریب آلفای ۰/۷۵، ۰/۷۸ و ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس فرسودگی زناشویی^۲: این مقیاس توسط پینز در سال ۱۹۹۶ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال است. این مقیاس یک ابزار خود سنجی است که برای اندازه گیری درجه فرسودگی زناشویی زوج ها طراحی شده است. پرسشنامه شامل ۳ جزء اصلی خستگی جسمی، سستی روانی و خشم نسبت به همسر است. تمام این موارد روی یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ داده می شوند. همسانی درونی بین خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است. روایی پرسشنامه فرسودگی زناشویی به وسیله ی همبستگی های منفی با ویژگیهای ارتباطی مثبت به تأیید رسیده است، مانند نظر مثبت در مورد ارتباط، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خود-شکوفایی، احساس هدفمندی، کشش و جاذبه ی عاطفی نسبت به همسر و کیفیت رابطه ی جنسی (پاینز و نانز، ۲۰۰۳، لیز و لیز، ۲۰۰۱). نویدی (۱۳۸۴) به منظور محاسبه پایایی، پرسشنامه مذکور را روی نمونه ۲۴۰ نفری اجرا کرد. ضریب پایایی این پرسشنامه را با روایی آن به وسیله همبستگی های منفی با ویژگی های ارتباطی مثبت به تأیید رسیده است. ضریب اطمینان ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه. ۶ برای یک دوره دوماهه و ۰/۶۶ برای دوره چهارماهه بوده است. تداوم درونی برای اغلب شرکت کنندگان با ضریب ثابت آلفا سنجیده شده که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بوده است.

پروتکل مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر: برای اجرای مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر از برنامه مداخله ای سلیگمن، رشید و پارک (۲۰۰۶) استفاده شد. این برنامه در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت گروهی برگزار شد. شرح مختصر پروتکل مداخله درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- کاربردی پروتکل مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر

جلسه	هدف و شرح جلسه
۱	تعریف فرآیند برنامه آموزشی، درمان و اهداف برای دانش آموزان مشارکت در گروه چارچوب رواندرمانی مثبت، نقش درمان و مسئولیت های مراجع بحث می شود. نقش غیبت یا فقدان هیجان های مثبت، توانمندی های منش و معنا و تهی بودن زندگی بحث می شود.
۲	توانمندی های خاص را تعیین کنید: مراجعان توانمندی های خاص خودشان را از مقدمه مثبت تعیین و موقعیت هایی که این توانمندی های

¹ Emotional Expressiveness Questionnaire (EEQ)

² Marital Burnout Scale (CBM)

	خاص در گذشته به آن ها کمک کرده است را بحث می کند
۳	پرورش توانمندی خاص و هیجان‌ات مثبت: رشد توانمندی های خاص بحث می شود. مراجعان برای شکل دادن رفتارهای خاص، عینی و قابل دستیابی به منظور پرورش توانمندی های خاص آماده می شوند. نقش هیجان های مثبت در رواندستی بحث می شوند.
۴	باطرات خوب در برابر خاطرات بد: نقش خاطرات خوب و بد برحسب نقش آنها در حفظ هیجان های منفی بحث می شود. مراجعان تشویق بیان احساسات توأم با هیجان‌ات منفی می شوند. اثرات ماندن در حالت‌های هیجان منفی بیان می شود. بخشش به عنوان وسیله ای قدرتمندی معرفی می شود که می تواند هیجان های منفی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد به هیجان‌ات مثبت تبدیل کند
۵	تفاوت خوشبینی و بدبینی و مثال‌های عملی از تا ثیر خوشبینی و بدبینی: قدردانی به عنوان تشکر بادوام مورد بحث قرار می گیرد، و خاطرات خوب و بد مجدداً با تا کید بر قدردانی برجسته می شوند
۶	بررسی میان دوره درمان: بیان مفهوم چشم اندازه به زندگی و تصاویر ترسیمی برای زندگی توأم با لذت، تعهد و معنا، میت هیجان‌ات مثبت بحث می شود. اهداف مرتبط به توانمندی های خاص مرور می شوند. فرآیند و پیشرفت به طور جزئی بحث می شوند. بازخورد مراجعان درباره منافع درمان ری فراخوانده می شود.
۷ و ۸	خوشبینی و امید: مراجعان هدایت به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهم شکست میخورند و زمانی که یک برنامه بزرگ مضمحل می شود و زمانی که توسط یک شخص پذیرفته نمی شود. سپس از مراجعان خواسته که توجه کنند به وقتی که یک در بسته می شود چه درهای دیگری باز می شود
۹ و ۱۰	چهار سبک پاسخدهی (آموزش)، جمع بندی، پیشرفت مرور شده و منافع و ماندگاری توانمندی های خودآگاهی و آسیب پرهیزی و شیوه زندگی بحث می شود. پس آزمون

یافته‌ها

در جدول (۲) میانگین و انحراف معیار مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر صمیمیت زناشویی در گروه های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیر صمیمیت زناشویی، سرزندگی و ابرازگری هیجانی در سه مرحله آزمون

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
صمیمیت	مثبت نگر	۴۶/۵۸	۵/۶۱	۶۴/۹۱	۲/۰۲	۶۲/۸۲	۳/۶۶
	کنترل	۴۲/۲۵	۳/۷۲	۴۲	۳/۱۰	۴۲/۵۸	۳/۵۲
سرزندگی	مثبت نگر	۱۸/۳۳	۲/۶۰	۳/۶۶	۲/۲۵	۲۷/۷۵	۳/۴۴
	کنترل	۲۱/۱۶	۳/۹۵	۳/۲۰	۲/۳۵	۲۶/۳۵	۴/۰۶
ابرازگری هیجانی	مثبت نگر	۱۲/۴۱	۱/۴۴	۱۸/۱۶	۱/۶۴	۱۸/۲۵	۱/۷۱
	کنترل	۱۱/۰۸	۱/۲۴	۱۰/۴۱	۱/۳۷	۱۱/۷۵	۱/۴۲

روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زنان دارای فرسودگی زناشویی موثر است.

در جدول (۴۱۳) نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (در مورد نرمال بودن توزیع متغیرها)، نتایج آزمون لوین (برابری واریانس گروه ها)، نتایج آزمون ام باکس (برابری ماتریس واریانس کوواریانس) و نتایج آزمون ماچلی (پیش فرض کرویت) ارائه شده است.

جدول ۴۱۳- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس و ماچلی در متغیر صمیمیت زناشویی

متغیر پژوهش		آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
آزمون	آماره	سطح معنی داری	آماره F	سطح معنی داری	آزمون
پیش آزمون	۰/۹۸۹	۰/۳۲۴	۲/۰۶۰	۰/۰۹۴	
صمیمیت زناشویی	۰/۸۸۶	۰/۴۳۸	۱/۷۶۳	۰/۱۹۸	
پیگیری آزمون	۰/۵۴۶	۰/۱۸۰	۰/۰۵۳	۰/۸۱۹	
متغیر پژوهش		آزمون ام باکس		آزمون ماچلی	
آماره	سطح معنی داری	آماره	سطح معنی داری	آماره	سطح معنی داری
۱/۸۴۸	۰/۱۴۴	۰/۶۱۰	۰/۵۲۱		

چنان که در جدول (۴۱۳) مشاهده می شود صمیمیت زناشویی در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال ($P > 0/01$) و برابری واریانس خطا ($p > 0/05$) بوده است. در مقابل برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) ($P > 0/05$) و پیش فرض کرویت (از طریق آزمون ماچلی یا ماخلی) ($P > 0/05$) رعایت شده است. چنان که در جدول (۴-۱۴) مشاهده می شود در متغیر صمیمیت زناشویی گروه درمانی مثبت نگر نسبت به گروه کنترل تغییرات چشمگیرتری را در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داده اند. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده برای صمیمیت زناشویی در جدول (۴۱۵) ارائه شده است.

جدول ۴۱۵- نتایج تحلیل واریانس اندازه گیریهای مکرر برای صمیمیت زناشویی

آزمون	مجموع	درجات آزادی	میانگین	مقدار F	سطح	مجذور	توان
مجذورات	فرضیه	مجذورات	معناداری	مغذورات	مغذورات	مغذورات	مغذورات
زمان	۸۲۵/۰۲۱	۱	۸۲۵/۰۲۱	۶۴/۴۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۶	۱
زمان × گروهی	۷۶۰/۰۲۱	۱	۷۶۰/۰۲۱	۵۹/۴۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰	۱
خطا	۲۸۱/۴۵۸	۲۲	۱۲/۷۹۴				-
بین گروهی	۴۵۱۲/۵۰۰	۱	۴۵۱۲/۵۰۰	۱۸۹/۶۵۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹۶	۱
گروهی خطا	۵۲۳/۴۴۴	۲۲	۲۳/۷۹۳				-

با توجه به عدم رعایت پیش فرض کرویت جدول (۴۱۳) چنان که در جدول (۴۱۵) مشاهده می شود، در بخش اثر درون گروهی و در عامل زمان ($F = 64/487$ ، $df = 1$ و $P < 0/01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F = 59/407$ ، $df = 2$ و $P < 0/01$) نشان می دهد که در صمیمیت زناشویی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۷۵ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۷۳ و توان آزمون برابر با ۱ می باشد. این نتیجه نشان می دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۸۰ و ۷۳ درصد تفاوت در صمیمیت زناشویی مربوط به اعمال متغیر مستقل (گروه آزمایش در پژوهش) بوده که با صددرصد توان تایید

شده است. همچنین چنان که در جدول (۴-۱۵) در بخش اثر بین گروهی مشاهده می شود در صمیمیت زناشویی تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با $0/90$ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۱۰۰ درصد توان ۹۰ درصد تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل را در صمیمیت زناشویی معنادار نشان داده است. بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده در جدول (۴-۱۵)، فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر این که روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زنان دارای فرسودگی زناشویی موثر است، به این صورت پاسخ داده می شود که روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زنان دارای فرسودگی زناشویی تاثیر معناداری داشته است.

روان درمانی مثبت نگر بر سرزندگی زنان دارای فرسودگی زناشویی موثر است.

در جدول (۴۱۶) نتایج آزمون شاپیرو وویلک (در مورد نرمال بودن توزیع متغیرها)، نتایج آزمون لوین (برابری واریانس گروه ها)، نتایج آزمون ام باکس (برابری ماتریس واریانس کوواریانس) و نتایج آزمون ماچلی (پیش فرض کرویت) ارائه شده است.

جدول ۴۱۶- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس و ماچلی در متغیر سرزندگی

متغیر پژوهش		آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
آزمون	آماره	سطح معنی داری	آماره F	سطح معنی داری	آزمون
پیش آزمون	۱/۰۲۱	۰/۲۷۶	۲/۴۵۷	۰/۲۱۳	
سرزندگی پس آزمون	۱/۳۴۵	۰/۱۷۲	۰/۱۱۳	۰/۷۴۰	
پیگیری آزمون	۱/۳۸۱	۰/۲۱۹	۲/۴۶۹	۰/۱۳۰	
متغیر پژوهش		آزمون ام باکس		آزمون ماچلی	
آماره	سطح معنی داری	آماره	سطح معنی داری	آماره	سطح معنی داری
۱/۰۵۶	۰/۳۵۶	۰/۹۶۷	۰/۷۰۶		

چنان که در جدول (۴۱۶) مشاهده می شود سرزندگی در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال ($P > 0/05$) و برابری واریانس خطا ($p > 0/05$) بوده است. در مقابل برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) ($P > 0/05$) و پیش فرض کرویت (از طریق آزمون ماچلی یا ماخلی) ($P > 0/05$) رعایت شده است. چنان که در جدول (۴۱۷) مشاهده می شود در متغیر سرزندگی گروه درمانی مثبت نگر نسبت به گروه کنترل تغییرات چشمگیری را در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داده اند. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده برای سرزندگی در جدول (۴۱۸) ارائه شده است.

جدول ۴۱۸- نتایج تحلیل واریانس اندازه گیریهای مکرر برای سرزندگی

آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی فرضیه	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
زمان	۳۰۵/۰۲۱	۱	۳۰۵/۰۲۱	۱۱۶/۱۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱	۱
درون گروهی	۲۲۹/۶۸۷	۱	۲۲۹/۶۸۷	۸۷/۴۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹۹	۱
خطا	۵۷/۷۹۲	۲۲	۴۰/۶۵۰				-
گروه	۶۸/۰۵۶	۱	۶۸/۰۵۶	۲/۰۹۰	۰/۱۶۲	۰/۰۸۷	۱

با توجه به عدم رعایت پیش فرض کرویت جدول (۴۱۶) چنان که در جدول (۴۱۸) مشاهده می شود، در بخش اثر درون گروهی و در عامل زمان ($F = 116/115$ ، $df = 1$ و $P < 0/01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F = 87/437$ ، $df = 22$ و $P < 0/01$) نشان می دهد که در سرزندگی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود ندارد. مجذور سهمی انا برای عامل زمان برابر با ۰/۸۴ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۸۰ و توان آزمون برابر با ۱ می باشد. این نتیجه نشان می دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۸۴ و ۸۰ درصد تفاوت در سرزندگی مربوط به اعمال متغیر مستقل (گروه آزمایش در پژوهش) بوده که با صددرصد توان تایید شده است. همچنین چنان که در جدول (۴۱۸) در بخش اثر بین گروهی مشاهده می شود در سرزندگی تفاوت معناداری ($p > 0/01$) وجود ندارد. مجذور سهمی انا برای عامل گروه برابر با ۰/۰۹ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۱۰۰ درصد توان ۹ درصد تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل را در سرزندگی معنادار نشان داده است. بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده در جدول (۴۱۸)، فرضیه پنجم پژوهش مبنی بر این که روان درمانی مثبت نگر بر سرزندگی زنان دارای فرسودگی زناشویی تفاوت وجود دارد، به این صورت پاسخ داده می شود که گروه روان درمانی مثبت نگر بر سرزندگی زنان دارای فرسودگی زناشویی تاثیر معناداری داشته است.

روان درمانی مثبت نگر بر ابرازگری هیجانی زنان دارای فرسودگی موثر است.

در جدول (۴۱۹) نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (در مورد نرمال بودن توزیع متغیرها)، نتایج آزمون لوین (برابری واریانس گروه ها)، نتایج آزمون ام باکس (برابری ماتریس واریانس کوواریانس) و نتایج آزمون ماچلی (پیش فرض کرویت) ارائه شده است.

جدول ۴۱۹- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس و ماچلی در متغیر ابرازگری هیجانی

متغیر پژوهش		آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
آزمون		آماره		سطح معنی داری	
پیش آزمون		۰/۷۶۹	۰/۳۲۱	۱/۲۱۲	۰/۲۸۳
ابرازگری هیجانی		۰/۴۳۶	۰/۱۰۹	۰/۶۰۹	۰/۴۴۳
پیگیری آزمون		۰/۶۷۵	۰/۲۶۹	۱/۵۶۰	۰/۴۶۲
متغیر پژوهش		آزمون ام باکس		آزمون ماچلی	
ابرازگری هیجانی		آماره		سطح معنی داری	
۱/۱۶۴		۰/۳۸۷		۰/۷۱۷	
۰/۰۹۶					

چنان که در جدول (۴۱۹) مشاهده می شود ابرازگری هیجانی در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال ($P > 0/01$) و برابری واریانس خطا ($p > 0/05$) بوده است. در مقابل برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) ($P > 0/05$) و پیش فرض کرویت (از طریق آزمون ماچلی یا ماخلی) ($P > 0/05$) رعایت شده است. چنان که در جدول (۴۲۰) مشاهده می شود در متغیر ابرازگری هیجانی گروه درمانی مثبت نگر نسبت به گروه کنترل تغییرات چشمگیرتری را در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داده اند. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده برای ابرازگری هیجانی در جدول (۴۲۱) ارائه شده است.

جدول ۴۲۱- نتایج تحلیل واریانس اندازه گیریهای مکرر برای ابرازگری هیجانی

آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی فرضیه	میانگین مجذورات	مقدار F سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
زمان	۱۲۶/۷۵۰	۱	۱۲۶/۷۵۰	۹۵/۶۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
زمان × گروهی	۸۰/۰۸۳	۱	۸۰/۰۸۳	۶۰/۴۰۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳۳
خطا	۲۹/۱۶۷	۲۲	۱/۳۲۶			-
بین گروهی	۴۸۵/۶۸۱	۱	۴۸۵/۶۸۱	۱۰۰/۸۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲۱
گروهی خطا	۱۰۵/۹۷۲	۲۲	۴/۸۱۷			-

با توجه به عدم رعایت پیش فرض کرویت جدول (۴۱۹) چنان که در جدول (۴۲۱) مشاهده می شود، در بخش اثر درون گروهی و در عامل زمان ($F = 95/606$ ، $df = 1$ و $P < 0/01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F = 60/406$ ، $df = 22$ و $P < 0/01$) نشان می دهد که در ابرازگری هیجانی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۸۱ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۷۳ و توان آزمون برابر با ۱ می باشد. این نتیجه نشان می دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۸۱ و ۷۳ درصد تفاوت در ابرازگری هیجانی مربوط به اعمال متغیر مستقل (گروه آزمایش در پژوهش) بوده که با صددرصد توان تایید شده است. همچنین چنان که در جدول (۴۲۱) در بخش اثر بین گروهی مشاهده می شود در ابرازگری هیجانی تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با ۰/۸۲ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۱۰۰ درصد توان ۸۲ درصد تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل را در ابرازگری هیجانی معنادار نشان داده است. بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده در جدول (۴۲۱)، فرضیه ششم پژوهش مبنی بر این که روان درمانی مثبت نگر بر ابرازگری هیجانی زنان دارای فرسودگی زناشویی تفاوت وجود دارد، به این صورت پاسخ داده می شود که گروه روان درمانی مثبت نگر بر ابرازگری هیجانی زنان دارای فرسودگی زناشویی تاثیر معناداری داشته است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی، سرزندگی ذهنی و ابرازگری هیجانی در زنان دارای فرسودگی زناشویی در سال ۱۴۰۲ بود. نتایج نشان داد روان درمانی مثبت نگر بر صمیمیت زناشویی و ابرازگری هیجانی زنان دارای فرسودگی زناشویی تاثیر دارد که با نتایج پژوهش های تونی (۱۴۰۱)، واترز (۲۰۱۷) و لمبرت و همکاران (۲۰۱۶) همسو می باشد. در تحلیل نتایج می توان گفت روان درمانی مثبت نگر به زوجین کمک می کند که احساس شایستگی و کارآمدی بیشتری در مسئولیت های روزانه و چالش های زندگی داشته باشند و موجب پیشرفت زوجین در مهارت های مدیریت فشار روانی، حل مساله و تصمیم گیری، حل تعارض ها، خودگردانی، رهبری، وظیفه شناسی و رشد رفتارهای پسندیده شود. مثبت اندیشی موجب افزایش ظرفیت و توان روان شناختی اشخاص می شود. قدرت سازگاری اشخاص در مقابل فشارها و مشکلات زندگی و اجتماع برابر نیست. در یک محیط مشابه اجتماعی بعضی از اشخاص توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت های چالش انگیز را خیلی زود از دست می دهند و در دام انزوا، فرسودگی، رفتارهای ضد یا غیر اجتماعی و به ویژه وابستگی دارویی گرفتار می شوند. در حالی

که عده ای دیگر به راحتی قادرند از پس این موقعیت‌ها بر آیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف نمایند و یا آن را پشت سر بگذارند. این تفاوت در واکنش‌های مقابله‌ای و دفاعی افراد به تفاوت در ظرفیت روان‌شناختی آنها نسبت داده می‌شود. هر قدر مثبت‌اندیشی بالاتر و بیشتر باشد به همان اندازه فرد قادر خواهد بود سلامت روانی - رفتاری خود را در سطح بهتری نگه دارد و به شیوه‌ای مثبت سازگارانه و کارآمد به حل و فصل مشکلات بپردازد. ظرفیت روان‌شناختی افراد در ارتقای بهداشت روان و هر سه جنبه جسمانی، روانی و اجتماعی از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. به ویژه زمانی که مشکلات شکل روانی - اجتماعی به خود بگیرد یعنی زمانی که شخص در مواجهه با فشارهای روانی - اجتماعی و چالش‌های زندگی به الگوهایی از رفتار (غیر انطباقی) روی می‌آورد که حاصل آن فراهم کردن مشکلات برای خود شخص از یک طرف و جامعه از طرف دیگر می‌باشد. در کل افرادی که دچار فرسودگی زناشویی می‌شوند در پی آن حالات پریشانی را تجربه می‌کنند که می‌تواند بسیار آزاردهنده باشد و نیاز به درمان‌های مختلف باشد از جمله روان‌درمانی مثبت‌نگر که نقش اساسی را در صمیمیت زنان دارای فرسودگی زناشویی ایفا می‌کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش برجسته‌تری خواهد داشت (نجاتیان و همکاران، ۲۰۲۱).

در تبیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر ابرازگری هیجانی زنان دارای فرسودگی زناشویی می‌توان گفت روانشناسی مثبت به فرد احساس هدفمندی در زندگی را می‌دهد و سبب از بین رفتن اندوه و استرس‌ها و هیجان‌های منفی فرد می‌شوند. مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر از طریق مفهوم پذیرش خود منجر به سطح مطلوبی از پذیرش در فرد می‌شود به شکلی که نگرش مثبتی در فرد ایجاد می‌شود و رضایت زندگی بیشتری را تجربه خواهد کرد. با ایجاد حس پذیرش خود در زنان منجر به موفقیت و پذیرش بیشتری در آنان گشته و آنها میزان اعتماد به نفس بالاتری را در خود تجربه می‌کنند و این اعتماد به نفس منجر می‌شود فرد با پذیرش نقاط مثبت و ضعف خود به ابراز هیجانات مثبت و منفی خود بپردازد و درصدد اصلاح هیجانات منفی خود باشد زیرا که ازدواج منبع بعضی از عمیق‌ترین احساسات و هیجانات ماست، مثل عشق، نفرت، عصبانیت، ترس، ناراحتی و لذت، و این که چقدر زن و شوهر بتوانند این هیجانات قوی را بفهمند. درباره‌شان گفتگو و آن‌ها را مدیریت کنند نقش قاطعی در رضایت زناشویی آن‌ها بازی می‌کند در حقیقت ابراز عواطف نقش عمده‌ای بر شادی‌ها و تداوم زندگی زناشویی داشته و زوج‌های خوشبخت به طور مداوم واکنش‌هایی چون عشق و محبت را نسبت به هم ابراز کرده و در تعامل‌هایشان با گونه‌ای موثر با صحبت‌های دقیق و ظریف عاطفی، مشکلات و اختلالات را حل کنند. داشتن اینکه به چه مقدار معذرت‌خواهی نیاز است یا چه مقدار متاسفم کارگشاست، اوضاع را سر و سامان می‌دهند احساس همدلی بیشتری به هم نشان می‌دهند و نسبت به احساسات یکدیگر حساسیت بیشتری به خرج می‌دهند این کار باعث افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی در آنان می‌گردد. در تبیین دیگر نتایج می‌توان گفت روانشناسی مثبت منجر به افزایش احساس شاد بودن و کنترل شخصی بیشتری در فرد میشود از این نظر فرد توانایی بیشتر را برای درماندگی و ناتوانی‌های خود می‌کند و توانایی خود را برای مقابله با استرس بالا می‌برد. مداخله روانشناسی مثبت به فرد احساس خوشبینی می‌دهد و وی را برای رو به رو شدن با موقعیت‌های مختلف توانایی می‌دهد. همین احساس شادی و توانایی ذهنی به آن‌ها احساس سرزندگی ذهنی می‌دهد. در تبیین نتایج می‌توان گفت شادکامی، شادمانی و نشاط از مهم‌ترین نیازهای روانی بشر به دلیل تأثیرات عمده بر زندگی شخص، همیشه ذهن انسان را به خود مشغول کرده است. در گذشته روانشناسی به جای توجه مثبت از جمله نشاط ذهنی و رضایت از زندگی، بیشتر بر هیجانات منفی مثل افسردگی تمرکز می‌کرد. برخی از روان‌شناسان معتقدند روابط مثبت و سازنده با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصیتی، دوست داشتن دیگران و زندگی از اجزای مولفه‌های نشاط ذهنی و نشاط هستند. روانشناسانی مانند آرگایل شادی را ترکیبی از وجود عاطفه مثبت، عدم وجود عاطفه منفی و

رضایت از زندگی می‌دانند. مطالعات و پژوهش‌های روان‌شناسان در سال‌های اخیر، نشان می‌دهد که اگر مردم عوامل شادی بخش (مانند همسر، دوست خوب، شغل مناسب، برنامه تفریحی، معنویت و مانند آن) را تجربه کنند و در اختیار داشته باشند، رضایتمندی و درجه نشاط ذهنی آنان افزایش می‌یابد. از سویی افسردگی و بی‌نشاطی، باعث خمودی، بدبینی، بی‌انگیزگی، ناامیدی، یأس و عدم رضایت از زندگی و فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. شادابی نیروی حرکت دهنده فعالیت‌های انسان است. اگر در محیط زندگی، کار و تحصیل، نشاط وجود نداشته باشد، بازدهی کارها به مراتب کاهش می‌یابد. روان‌انسانها نیازمند تفریح و نشاط است. بدن نشاط و شادمانی، کارهای روزمره سامان مطلوبی نخواهد داشت. بنابراین زوجین با احساس نشاط ذهنی به طور عمده ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبت دارند، در حالی که زوجین دارای فرسودگی زناشویی با احساس بی‌انگیزگی، ناامیدی، یأس و عدم رضایت از زندگی، حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجانات منفی نظیر بیماری‌های روان‌تنی، اضطراب، افسردگی و خشم تجربه می‌کنند، باید توجه داشت که هیجانات مثبت و منفی حالات دو قطبی نیستند که فقدان یکی وجود دیگری را تضمین کند، یعنی احساس رضایت مندی مثبت تنها با فقدان هیجانات منفی پدید نمی‌آید و عدم حضور هیجانات منفی لزوماً حضور هیجانات مثبت را به همراه نمی‌آورد، بلکه برخورداری از هیجانات مثبت خود به شرایط و امکانات دیگری نیازمند است (خواجه حسنی و همکاران، ۲۰۲۴).

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه پژوهش حاضر منحصر در شهرستان کرج انجام گرفته است، لذا تعمیم آن به دیگر شهرهای کشور باید با احتیاط کامل صورت گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود که در سایر شهرستان‌ها و جوامع دیگر نیز این موضوع مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد و در نمونه و جامعه‌های مختلف و با فرهنگ و طبقات اجتماعی - اقتصادی متفاوت اجرا و نتایج مقایسه گردد. پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و روان‌شناختی، کارگاه‌ها و سمینارهایی در زمینه کاهش فرسودگی زناشویی برگزار کرد تا زوجین بتوانند با بهره‌گیری از آن‌ها، صمیمیت و سرزندگی ذهنی و ابرازگری هیجانی را در آنان افزایش داد.

منابع

- آذری، وحید، کاظمیان مقدم، کبری و مهربانی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی برشفقت برخودسرکوب‌گری و صمیمیت هیجانی زنان متقاضی طلاق. دوفصلنامه روانشناسی خانواده، ۸(۱)، ۸۱-۹۲.
- اردشیری لردجانی، فهیمه و طیبه شریفی. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بخشایش‌گری و بی‌رمقی زناشویی زنان آسیب‌دیده خیانت زناشویی. آسیب‌شناسی مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۴(۱)، ۳۳-۴۶.
- اسماعیلی فر، ندا، جابروند، حمدالله، رسولی، محسن و حسنی، جعفر. (۱۳۹۸). شناسایی عوامل زمینه‌ساز فرسودگی زناشویی. پژوهش‌نامه زنان، ۱۰(۲۷)، ۲۵-۵۱.
- ارسلان ده، فرشته، حبیبی، معصومه، سلیمی، آرمان و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۶). تاثیر زوج درمانی گروهی هیجان‌مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوج‌ها، <https://civilica.com/doc/804557>
- ابوالقاسمی، فرحناز. (۱۳۸۲). هنجاریابی عاطفه مثبت و منفی و اعتباریابی همزمان آن با مقیاس سلامت ذهن و سرزندگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان

بازرگان، سمیه، رضانی، محمد آرش، آتش پور، حمید و امیری، رومینا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی بسته آموزشی ارتقاء روابط بین فردی زوجین بر اساس رویکرد هیجان مدار و مشاوره زناشویی شناختی رفتاری بر دل‌بستگی و تعهد زناشویی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۲(۴۸)، ۲۵۹-۲۹۴.

رشیدی، علیرضا، گل محمدیان، محسن و موسوی، مریم سادات. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده. مشاوره کاربردی، ۲(۵)، ۷۹-۹۸.

رفیعی نیا، پروین. (۱۳۸۵). رابطه سبک‌های ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.

رفیعی نیا، پروین، رسول زاده طباطبایی، سیدکاظم و آزادفلاح، پرویز. (۱۳۸۵). رابطه سبک‌های ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان. مجله روانشناسی، ۱۰(۱) (پیاپی ۳۷) ویژه‌نامه انگیزش و هیجان: ۸۴-۱۰۵.

سلطانی زاده، محمد و باجلانی، پریسا. (۱۳۹۹). پیش‌بینی نگرش به خیانت زناشویی بر اساس اختلال عملکرد جنسی، صمیمیت و رضایت جنسی در زنان و مردان متأهل شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶. مجله علوم پزشکی زانکو، دانشگاه علوم پزشکی کردستان: ۳۱-۲۵.

شاه رجبیان، فاطمه و عمادی چاشمی، سیدجواد. (۱۳۹۸). بررسی رابطه سبک‌های دفاعی من با دلزدگی زناشویی، دومین همایش بین‌المللی علوم مدیریتی، تربیتی، اجتماعی و روانشناسی، تهران

شریفی نیا، محمد علی و هارون رشیدی، همایون. (۱۳۹۹). رابطه صفات تاریک شخصیت و ابرازگری هیجانی با رضایت از زندگی نظامیان. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۱۱(۴۱): ۴۹-۴۱.

شیخ الاسلامی، راضیه و دفترچی، عفت. (۱۳۹۴). پیش‌بینی نشاط ذهنی دانش‌آموزان بر اساس جهت‌گیری‌های هدف و نیازهای اساسی روانشناختی. مجله روانشناسی، ۱۹(۲) (پیاپی ۷۴)، ۱۴۷-۱۷۴.

عرب زاده مهدی. (۱۳۹۶). رابطه نیازهای اساسی روان‌شناختی با سرزندگی ذهنی در سالمندان. سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۲(۲): ۱۷۹-۱۷۰.

قنبری، محمد و فولادچنگ، محبوبه. (۱۳۹۴). رابطه بین تاب‌آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۹(۳۴): ۲۲-۹.

کرانی، مهناز. (۱۴۰۱). ارائه مدل علی‌آشفته‌گی‌های زناشویی و ارتباطی بر اساس خودافشایی آنلاین، صفات تاریک شخصیت و ابرازگری هیجانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور واحد اصفهان.

گوهری، شیوا، زهرا کار، کیانوش و نظری، علی محمد. (۱۳۹۴). پیش‌بینی فرسودگی زناشویی بر اساس تمایز یافتگی و صمیمیت جنسی در پرستاران. پژوهش پرستاری، ۱۱(۲): ۸۰-۷۲.

میکائیلی، نیلوفر، قاسمی نژاد، محمدعلی و مولوی، پرویز. (۱۳۹۶). بررسی نقش خود دلسوزی و ابرازگری هیجانی در پیش‌بینی خودافشایی برخط در دانشجویان استفاده‌کننده از شبکه‌های اجتماعی. فصلنامه فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۷(۳): ۳۵۲-۳۳۷.

محمودی، محمدجلال، زهراکار، کیانوش، امیریان، امیر، داورنیا، رضا و بابایی گرمخانی، محسن. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش گروهی برنامه کاربرد عملی مهارت‌های ارتباط صمیمانه (PAIRS) در ارتقاء رضایتمندی، سازگاری، احساسات مثبت و صمیمیت زناشویی زوج‌ها. مجله پرستاری و مامایی، ۱۳(۱۰): ۸۶۹-۸۸۱.

محمودی، هیوا و تونی، ریحانه. (۱۴۰۱). اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر خودکارآمدی اجتماعی، کنترل عواطف و سرزندگی ذهنی در نوجوانان بزهکار، پژوهشنامه روانشناسی مثبت، ۹ (۲) (پیاپی ۳۴): ۱۲۴-۱۰۳.

نوبدی، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه رابطه دلزدگی زناشویی با عوامل جو سازمانی در کارکنان ادارات آموزش و پرورش و پرستاران بیمارستان های شهر تهران. پایان نامه ی چاپ نشده ی کارشناسی ارشد در رشته ی مشاوره. دانشگاه شهید بهشتی.

نریمانی، محمد، عباسی، مسلم، ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش /تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری دانش آموزان دارای اختلال ریاضی. *ناتوانی یادگیری*، ۲(۴)، ۱۵۴-۱۷۶.

نجاتی، شادی. (۱۳۹۷). *رابطه صفات تاریک شخصیت و تمایز یافتگی با سازگاری زناشویی: نقش واسطه ای نارسایی هیجانی*، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول.

وحدانی، محبوبه،، خضری، مجتبی، محمودپور، عبدالباسط و فرح بخش، کیومرث. (۱۳۹۹). پیش بینی دل زدگی زناشویی بر اساس ابرازگری هیجانی، تحمل پریشانی و الگوهای ارتباطی. *نشریه رویش روانشناسی*، ۹(۱۰): ۵۸-۴۷.

یوسفی نجف آبادی، زهرا. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی زنان متأهل شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهرا(س).

Bryce, L., Mika, G., Craig, B. M., Hess, U., & Lipp, O. V. (2024). Emotional scenes as context in emotional expression recognition: The role of emotion or valence match. *Emotion*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/emo0001359>

Charles, S., Carver, Michael, F. & Schemer (2014). Dispositional optimism. *Trends in cognitive sciencejournal*, 18(6):293-299.

Doherty, J., & O'Brien, D. (2022). Reducing midwife burnout at organisational level—Midwives need time, space and a positive work-place culture. *Women and Birth*.

Febrianty, Y., Sulastri, S., & Zulfiani, Z. (2024). Existence of Registered/Unregistered Marriage Clauses in Family Cards from a Family Law Perspective. *Pena Justisia: Media Komunikasi dan Kajian Hukum*, 22(3), 598-611.

Hsieh, S. C., Hsieh, D. L., & Hsiao, T. C. (2014). Dynamic Analysis of Facial Expression on Internet Addiction People. *Advanced Science, Engineering and Medicine*, 6(8), 909-912.

Holdsworth K, McCabe M (2018). The impact of younger-onset dementia on relationships, intimacy, and sexuality in midlife couples: a systematic review. *International psychogeriatrics*; 30(1): 15-29.

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.

Habibi, A., Keshavarz, S., & Kakavand, A. (2024). Relationships between affective control with marital adjustment: the mediating role of marital intimacy. *Journal of Woman and Family Studies*, 12(1), 10-31. doi: 10.22051/jwfs.2024.43410.2975.

Ju, H. (2017). The relationship between physical activity, meaning in life, and subjective vitality in community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 73, 120-124.

- King, L.A, Emmons, R.A. (2010). Conflict over emotional expression: Psychological and physical Correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5):864-877.
- Khajeh hasani rabari F, Rezaei F, Mirzai F, Sedighi F. The effectiveness of emotion-based therapy on fear of intimacy, hostile documents and over-excitement in woman affected by marital breach. *Rooyesh* 2024; 13 (1) :233-242 .URL: <http://frooyesh.ir/article-1-4874-en.html>
- Lambert L, D'Cruz A, Schlatter M, Barron F(2016). Using physical activity to tackle depression: the neglected positive psychology intervention. *Middle East Journal of Positive Psychology*; 2(1):42-60.
- Laes, T. & Laes,T. (2001). Carear burnout & its relationship to couple burnout in Finland. Retrived, June 8, 2005,hpp://www.eric.ed.gov.
- Pines, A. M., & Nunes, R. (2003, June). The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling* . 74on2 p 50-64.
- Pines AM, Neal MB, Hammer LB, Icekson T(2011). Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quartery*; 74(4):361-8.
- Ryan RM, Deci EL(2008). From ego depletion to vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. *Social and Personality Psychology Compass*; 2(2):702–17. doi: 10.1111/j.1751-9004.2008.00098.
- Rimé, B. (2017). *The social sharing of emotion in interpersonal and in collective situations. In Cyberemotions* (pp. 53-69). Springer, Cham.
- Rashid, T. (2015). Positive Psychotherapy: Astrength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 25-40.
- Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Soares JJF, Grossi G, Sundin O. (2007). Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Arch Womens Ment Health*; 10(2): 61-71.
- Seligman, M. Rashid, T., & Park, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychology*, 61, 774 -788.
- Solberg, P. A., Hopkins, W.G., Ommundsen, Y., Halvari, H (2012). Effects of three training types on vitality among older adults: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*; 13: 407-417.
- Sylvester, B, D (2011) well- being in valleyball players. *Pschology of Sport and Exercis* , XXX.1-7.
- Waters LE(2018). Strength based parenting: a new avenue of practice and research in positive psychology. *Future directions in well-being*.

The effectiveness of positive psychotherapy on marital intimacy, mental vitality and emotional expression in women with marital burnout.

Abstract

The purpose of this research was the effectiveness of positive psychotherapy on marital intimacy, mental vitality and emotional expression in women with marital burnout. The current study was applied in terms of purpose and in terms of method, it was a **semi experimental** with pre-test, post-test and follow-up with a time interval of 2 months along with the control group. The statistical population of the research included women with marital burnout who referred to counseling and psychological centers of Razi family, Omid Farda, Hayat Shahr Karaj in the second 6 months of 1402. In order to select the sample size, 24 women with high marital burnout were selected based on the purposeful sampling method and based on the entry and exit criteria. In this way, firstly, 150 women referring to counseling and psychotherapy centers were administered the Marital Exhaustion Questionnaire, and then 24 women who obtained the highest score in this questionnaire were selected in two groups. They were randomly assigned as a single hyperdiagnostic test group (12 people) and a control group (12 people). The experimental groups received ten 45-minute sessions of positive psychotherapy once a week, and no intervention was provided to the control group. The data were analyzed using the analysis of covariance test in SPSS software version 26. **The results showed that positive psychotherapy had a significant effect on marital intimacy and emotional expression in women with marital burnout, but it did not have a significant effect on the mental vitality of women with marital burnout;** Therefore, the results of the present study can be considered by family counseling centers, psychologists and couples.

Keywords: positive psychotherapy, marital intimacy, mental vitality, emotional expression, marital burnout.

¹ - PhD Student in Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

² - Assistant Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

³ - Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran