

Research Article

Investigating Psychological-Marital Problems of Women who Filed for a Divorce and Examining the Effectiveness of Affective-Reconstructive Therapy on It

Seyed Javad Seifi Ghozlu¹ , Esmail Sadri Damirchi^{2*} , Ali Rezaei Sharif² 
& Ali Sheikholeslami² 

1. Ph.D. Student in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabili, Iran. Email: javadseifi18@yahoo.com

2. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabili, Iran. Email: e.sadri@uma.ac.ir- rezaeisharif@uma.ac.ir- sheykholeslami@uma.ac.ir

Abstract

Aim: This study aimed to investigate the psychological-marital problems of women who filed for divorce and examine the effectiveness of affective-reconstructive therapy on these issues.

Methods: The research design employed a mixed-method approach. In the qualitative stage, 15 women who filed for divorce were purposefully selected and interviewed. The statistical population included all women who filed for divorce with a history of early marriage in 1399 in Ardabil. Thematic analysis was used to analyze the qualitative data, leading to the identification of 7 themes (anxiety, depression, nostalgia and loss, confusion, insecurity and pessimism, lack of mutual understanding, and marital conflict) in the psychological-marital dimensions. Based on these themes, a Psychological-Marital Problem Questionnaire (PMPQ) was designed, and after confirming its psychometric properties, it was used to determine the effectiveness of affective-reconstructive therapy.

Results: The qualitative findings revealed that women who filed for divorce with a history of early marriage experience problems in the psychological-marital dimension. The PMPQ demonstrated good validity and reliability. Affective-reconstructive therapy was effective in reducing problems across all dimensions of psychological-marital issues.

Conclusion: Therapists and researchers can utilize the PMPQ and affective-reconstructive therapy to assess and address the psychological-marital problems of women who file for divorce, especially those with a history of early marriage.

Key words: *Early Marriage, Mixed-Method, Women, Divorce*

Citation: Seifi Ghozlu, S. J., Sadri Damirchi, E., Rezaei Sharif, A., & Sheikholeslami, A. (2023). Investigating Psychological-Marital Problems of Women who Filed for a Divorce and Examining the Effectiveness of Affective-Reconstructive Therapy on It. *Appl. Psychol*, 17 (2):217-243.

واکاوای مشکلات روان‌شناختی- زناشویی در زنان متقاضی طلاق و بررسی تأثیر درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی بر آن

سید جواد سیفی قوزلو^۱، اسماعیل صدری دمیرچی^۲، علی رضایی شریف^۳ و علی شیخ‌الاسلامی^۴
۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: javadseifi18@yahoo.com
۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: e.sadri@uma.ac.ir- rezaeisharif@uma.ac.ir
sheykholeslami@uma.ac.ir

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، واکاوی مشکلات روان‌شناختی-زناشویی در زنان متقاضی طلاق و بررسی تأثیر درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی بر آن بود.

روش: روش پژوهش ترکیبی بود. در مرحله کیفی ۱۵ نفر از زنان متقاضی طلاق با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و مورد مصاحبه قرار گرفتند. جامعه آماری شامل تمام زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام در سال ۱۳۹۹ در شهر اردبیل بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل مضمون استفاده گردید که در ابعاد روان‌شناختی-زناشویی منجر به شناسایی ۷ مضمون (اضطراب، افسردگی، دلتنگی و فقدان، سردرگمی، عدم امنیت و بدبینی، عدم درک متقابل، و تعارض زناشویی) شد. بر اساس این مضمون‌ها، پرسشنامه مشکلات روان‌شناختی-زناشویی (PMPQ) طراحی و ویژگی‌های روانسنجی آن بررسی، و پس از تایید، جهت تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج بخش کیفی نشان داد که زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام، مشکلاتی را در بعد روان‌شناختی-زناشویی تجربه می‌کنند. پرسشنامه‌ی مشکلات روان‌شناختی- زناشویی (PMPQ) اعتبار و روایی مناسبی داشت. همچنین درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی در تمام ابعاد مشکلات روان‌شناختی- زناشویی موثر بوده و منجر به کاهش مشکلات شده بود.

نتیجه‌گیری: درمانگران و پژوهشگران می‌توانند از پرسشنامه مشکلات روان‌شناختی-زناشویی (PMPQ) و درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی جهت بررسی و بهبود مشکلات زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام استفاده کنند.

کلید واژه‌ها: ازدواج زودهنگام، روش ترکیبی، زنان، طلاق

استناد به این مقاله: سیفی قوزلو، سید جواد، صدری دمیرچی، اسماعیل، رضایی شریف، علی، و شیخ‌الاسلامی، علی. (۱۴۰۲). واکاوی مشکلات روان‌شناختی- زناشویی در زنان متقاضی طلاق و بررسی تأثیر درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی بر آن. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۷ (۲): ۲۴۳-۲۱۷.

مقدمه

ازدواج زودهنگام به عنوان یک نگرانی رو به افزایش در زمینه بهداشت عمومی شناخته می‌شود که چالش‌های بهداشتی قابل توجهی را برای یک دختر نوجوان ایجاد می‌کند (یاکوب، ۲۰۲۰). تعریف عمومی پذیرفته شده در مورد ازدواج زودهنگام به معنای ازدواج با دختری زیر ۱۸ سال قبل از رسیدن به آمادگی جسمانی، روانی و فیزیولوژیکی برای برآورده کردن مسئولیت‌های ازدواج و فرزندآوری است (واکر، ۲۰۱۲؛ پرلمن، ۲۰۱۶؛ جان، ادمیدث، موریتی و باره، ۲۰۱۹). بنابراین ازدواج زودهنگام یک مشکل بهداشت عمومی در جهان و یک عمل مضر گسترده است که تعداد زیادی از دختران نوجوان را از جهات مختلف تحت تأثیر قرار داده (چاندرا-مولی و همکاران، ۲۰۱۳)؛ و با عواقب وخیم، از جمله شیوع بالای عوارض مربوط به سلامتی و مرگ و میر مادر و نوزاد همراه است (پترونی، داس و سوپر، ۲۰۱۹؛ راج و بومر، ۲۰۱۳؛ راج، جکسون و دانهام، ۲۰۱۸؛ و تِنکورائنگ، ۲۰۱۹). بنابراین ازدواج زودهنگام در سطح بین‌المللی به عنوان سوءاستفاده‌ای فراگیر و نقض حقوق بشر شناخته شده است که به طور قابل توجهی سلامت مادر و کودک را به خطر می‌اندازد (راج و همکاران، ۲۰۱۸؛ یونیسف، ۲۰۱۷). در نتیجه محققان تلاش‌های اساسی برای درک علل ازدواج زودهنگام با تمرکز بر مهار و جلوگیری از این عمل انجام داده‌اند (بیچیری، جیانگ، و لیندمانز، ۲۰۱۴).

علاوه بر خطرات سلامتی که ازدواج زودهنگام به همراه دارد، این امر می‌تواند زمینه‌ساز طلاق و جدایی نیز باشد. هر چند عوامل مختلفی مانند فقر اقتصادی، عدم تفاهم زوجین، اختلافات فرهنگی و مذهبی، دخالت اطرافیان و غیره می‌تواند به طلاق منجر شود، اما در ازدواج زودهنگام نیز به دلیل مواردی مانند فقر فرهنگی، فقر اقتصادی، اختلاف سنی با شوهر، عدم بلوغ کافی و دخالت دیگران در گزینش همسر و ... گاهی اختلاف در خواسته‌های متقابل زوجین به میزان زیادی رشد کرده و می‌تواند آن‌ها را گرفتار مشکلاتی چون عدم درک متقابل کند و این زوج‌ها به دلیل عدم مهارت و آگاهی و نیز گاهی اوقات به دلیل تفاوت‌های شخصیتی و شناختی ممکن است به راحتی دچار تعارض شوند و با همدیگر مشاجره کنند (نلسون و سالوو، ۲۰۱۷). به خصوص در مورد کسانی که سنین پایین‌تری دارند، افراد زیادی در نوشتن داستان زندگی آن‌ها دخالت دارند (ساویکاس، ۱۳۹۵). همچنین طلاق می‌تواند تأثیر سوئی بر سلامت کلی جامعه داشته و در افراد موجب بروز اختلالات روانی همچون افسردگی، اضطراب و مصرف مواد شود (هیوشی، فال، نتوولی و مونت گومری، ۲۰۱۵). کودکانی هم که والدینشان طلاق گرفته‌اند با

¹ early marriage

مشکلات آموزشی و دانشگاهی، انزوای اجتماعی، افزایش ابتلا به افسردگی و ضعف قوای ذهنی آشکار می‌شوند (کوهن و ویتسمن، ۲۰۱۶).

برآوردهای جهانی از ازدواج زود هنگام نشان می‌دهد که در حال حاضر ۶۵۰ میلیون زنی که در قید حیات هستند قبل از هجده سالگی ازدواج کرده‌اند، این در حالی است که حدود ۲۵۰ میلیون نفر قبل از ۱۵ سالگی ازدواج کرده‌اند، که بیش از یک مورد در هر سه دختر است (یونیسف، ۲۰۱۹). طبق گزارش مرکز آمار ایران (۱۴۰۰)، در سال ۱۳۹۹ در کل کشور ۵۵۶۷۳۱ مورد ازدواج و ۱۸۳۱۹۳ مورد طلاق ثبت شده است که تقریباً ۳۳ درصد (یعنی یک سوم) از ازدواج‌ها به طلاق منجر شده است. در استان اردبیل که تمرکز این پژوهش بر روی زنان متقاضی طلاق در این استان بوده است، میزان وقوع طلاق در بین زنان با سابقه‌ی ازدواج زود هنگام، بیشتر از سایر سنین بوده و ۳۰ درصد از ازدواج‌هایی که در آن‌ها سن دختران پایین‌تر از ۲۰ سال بوده، منجر به طلاق شده است (سایت رسمی بهزیستی استان اردبیل، ۱۳۹۸).

در نتیجه، طلاق به هر دلیلی که رخ دهد، اتفاق تلخی است که پیامدهای روانی، اجتماعی و اقتصادی زیادی برای زنان دارد. زنان پس از طلاق در معرض فشارهای روحی و روانی زیادی مانند اضطراب و نگرانی از بازگشت به منزل پدری، نوع برخورد اطرافیان، ترس از سرزنش شدن در مورد عدم توانایی اداره زندگی، و در بعضی مواقع عذاب وجدان و پشیمانی قرار می‌گیرند که در برخی موارد آن‌ها را تا مرز افسردگی نیز پیش می‌برد؛ در نتیجه این افراد نیاز به کمک دارند. یکی از راهبردهای درمانی کوتاه‌مدت برای کمک به زوجین دچار آشفتگی هیجانی، ارتباطی، و زناشویی، درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی است. درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی، منعکس‌کننده یک رویکرد بینش-محور برای درمان است و فرض آن بر این است که ریشه مشکلات فعلی زوجها اغلب از صدمات روابط گذشته نشأت گرفته است که این صدمات منجر به تقویت آسیب‌پذیری‌های بین فردی پایدار و راهبردهای دفاعی مرتبطی شده است که مانع صمیمیت عاطفی هستند (اشنایدر، به نقل از گاسبارینی و اشنایدر، ۲۰۱۷). در بازسازی عاطفی ریشه‌های رشدی مسائل بین فردی و آشکارسازی آن‌ها در روابط بین زن و شوهر با استفاده از تکنیک‌هایی بررسی می‌شود که تقریباً شبیه راهبردهای تفسیری و ارتقاءدهنده‌ی بینش هستند اما بر طرحواره‌های بین فردی و رابطه‌ای بیشتر از تکانه‌ها و سائق‌های غریزی تأکید می‌کنند (اشنایدر، ۱۹۹۹؛ اشنایدر و میچل، ۲۰۰۸). در این درمان به افراد کمک می‌شود تا این موضوع را درک کنند که، گرچه راهبردهای مقابله‌ای مشخصی ممکن است در روابط گذشته انطباقی و یا حتی ضروری بوده باشند، اما ممکن است همان راهبردهای بین فردی مانع صمیمیت عاطفی و رضایت

1. affective-reconstructive therapy

2. insight-oriented approach

در روابط فعلی شوند. بنابراین در درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی فرصتی پیدا می‌شود تا "تجربه" عاطفی اصلاح‌کننده‌ی راهبردهای بین فردی بیمارگونه" و "ایجاد الگوهای رابطه‌ای کارا تر" نه تنها بین فرد و درمانگر، بلکه بین فرد و همسرش نیز واقع شود. بنابراین، تفسیر مجدد مسائل بین فردی ناسازگارانه در بافت درمان، فرصت منحصر به فردی برای بازسازی عاطفی این الگوها فراهم می‌کند که ناشی از روابط عاطفی اولیه‌ی فرد هستند (گورمن، ۲۰۰۸).

در زمینه ازدواج زودهنگام تحقیقاتی انجام گرفته است؛ از جمله، صفوی و مینایی (۱۳۹۴) نشان دادند که در ازدواج زودهنگام، دختران در فرایند انتخاب همسرانشان دخیل نبوده‌اند و ازدواج‌شان در حقیقت توافق میان والدین دختر و پسر بوده است. مقدادی و جوادپور (۱۳۹۶) مسائلی مانند فقر، عوامل فرهنگی و اجتماعی، حفظ آبرو و شرف خانوادگی را به عنوان زمینه‌ساز وقوع ازدواج زودرس می‌دانند. در مطالعه‌ی سارفو، پندورک و نایدو (۲۰۲۰) این موضوع آشکار شد که ازدواج زودهنگام تحت تأثیر باورها و ساختارهای خاص جامعه همراه با فاکتورهای اجتماعی-اقتصادی مانند فقر، بارداری در نوجوانی، و بی‌توجهی والدین قرار دارد. در تحقیق جان و همکاران (۲۰۱۹) فقدان حق انتخاب در مورد زمان و فرد مورد نظر برای ازدواج و عدم آمادگی برای رابطه‌ی جنسی در سال‌های اولیه‌ی ازدواج که غالباً ویژگی ازدواج زودهنگام است، منجر به نارضایتی و به خطر انداختن صمیمیت در ازدواج شده بود. در تحقیق میل و وودون (۲۰۱۸) نیز سطح تحصیلات پایین و ازدواج زودهنگام هر دو عمیقاً بر روند زندگی دختران تأثیر منفی داشت. در تحقیقات دیگر اثرات مداخلات درمانی برای رفع مشکلات مرتبط با ازدواج و خانواده نیز بررسی شده است؛ از جمله: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، احساس تنهایی، شرم و گناه در زنان متقاضی طلاق را کاهش داده بود (ابوسعیدی مقدم، ثناگوی و شیرازی، ۱۳۹۹)؛ برای کاهش میل به طلاق در زوجین متقاضی طلاق از رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن، و رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور استفاده شده بود (شاهمرادی، صادقی، گودرزی و روزبهنی، ۱۳۹۸)؛ درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی اعتماد در روابط نزدیک و رضایت زناشویی در زوجین با ازدواج مجدد را افزایش داده بود (رجبی، خشنود، سودانی و خجسته‌مهر، ۱۳۹۹)؛ زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحات دلبستگی، مداخله‌ی موثری برای افزایش بخشش در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی بود (دهقانی و اصلانی، ۱۳۹۹)؛ آموزش خود-شفابخشی^۱ موجب بهبود مولفه‌های بهزیستی روانشناختی و رضایت زناشویی در زنان قربانی خشونت خانگی شده بود (زارعیان، صدیقی و شیخ‌الاسلامی، ۲۰۲۲)؛ و در نهایت نماگردی، فرزاد و نورانی‌پور (۲۰۲۲) پیشنهاد داده

¹ self-healing

بودند که، آموزش برنامه‌های روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد بازسازی عاطفی و روش‌هایی از این دست به روان‌شناسان، متخصصان سلامت، زوج‌درمانگران و مشاوران خانواده برای بهبود متعارف‌سازی زناشویی و پریشانی عمومی می‌تواند مؤثر باشد.

به طور کلی، درک بیشتر از نقش سلامتی و هنجارهای اجتماعی و نقش دستوری ازدواج زودهنگام در شیوه‌های ازدواج، جزئیات مفیدی را که در طراحی مداخلات اجتماعی و بهداشتی توسط سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران مورد نیاز است، ارائه می‌دهد و زمینه‌ی لازم را برای افزایش آگاهی جامعه در مورد اثرات مضر ازدواج زودهنگام نیز فراهم می‌کند (یاکوب، ۲۰۲۰). با توجه به آمار روزافزون طلاق (گزارش مرکز آمار ایران، ۱۴۰۰) و افزایش چشمگیر متقاضیان طلاق با سابقه‌ی ازدواج زودهنگام در استان اردبیل (گزارش سازمان بهزیستی اردبیل، ۱۳۹۸)، و با توجه به اینکه پژوهش‌ها در مورد زنان دارای ازدواج زودهنگام غالباً محدود به گزارش‌های کیفی مربوط به وقوع این پدیده می‌باشد (وودون، میل، نابیپو، اوناگورا، ساوادوگو و همکاران، ۲۰۱۸)، در این زمینه معمولاً مداخلات دیگری لازم است. از ضرورت‌های انجام این پژوهش این است که در راستای بررسی‌های کیفی در مورد مشکلات روان‌شناختی-زناشویی زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام، ابزارهای موثر و مناسبی ساخته شده و در کنار درمان‌های مرتبط در این زمینه به کار گرفته شوند. بنابراین این پژوهش با بهره‌گیری از یک روش ترکیبی دیدگاهی جامع‌تر نسبت به این موضوع داشته است تا هم مطالب مرتبط در این زمینه را بهبود ببخشد و هم اینکه خلاهای ناشی از کمبود ابزار مناسب و کاربرد مداخلات درمانی مرتبط در این زمینه را مرتفع کند؛ همچنین در حال حاضر درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی یک درمان کم‌کاربرد در تحقیقات داخلی بوده است که پژوهش حاضر می‌تواند ادبیات تحقیقاتی این درمان را نیز غنی‌تر سازد.

روش

روش تحقیق حاضر ترکیبی است و در طی دو مرحله‌ی کیفی و کمی انجام گرفته است. در بخش کیفی با استفاده از روش مصاحبه با گروه‌های کانونی^۱ و با استفاده از ابزار مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته به بررسی متغیرهای مورد مطالعه پرداخته شد. گروه کانونی شیوه‌ای برای جمع‌آوری داده‌های کیفی است که افراد را در یک بحث گروهی غیررسمی (یا چندین بحث) پیرامون موضوعی خاص یا مجموعه‌ای از موضوعات وارد می‌کند؛ گروه‌های کانونی برای بسیاری از افراد شرکت‌کننده در پژوهش کمتر تهدیدکننده تلقی می‌شوند، زیرا محیط مناسبی را برای بحث

1. marital conventionalization

2. focused groups

درباره‌ی ادراک‌ها، ایده‌ها، عقاید و افکار آنان فراهم می‌آورند (حسینی، ۱۳۹۴). تعامل بین اعضای گروه، ویژگی کلیدی و مهم این شیوه تحقیقی است. این نوع تعامل با عنوان تأثیر "هم‌نیروزادی" توصیف می‌شود که بر همین اساس، برخی پژوهشگران معتقدند در گروه‌های کانونی، اطلاعات به نسبت بیشتری در مقایسه با شیوه‌های پژوهشی دیگر به دست می‌آید (استوارت و شامداسانی، ۱۹۹۰؛ به نقل از حسینی، ۱۳۹۴).

در آغاز مصاحبه، توضیحی کوتاه درباره‌ی موضوع، اهداف و روش تحقیق داده شد و با توجه به اینکه ابزار تحقیق در بخش کیفی، یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود، به منظور اجتناب از انحراف در پاسخ‌ها، بر حسب ضرورت پاسخ‌ها هدایت شدند. در نهایت داده‌های حاصل از مصاحبه در بخش کیفی با استفاده روش تحلیل مضمون نسخه براون و کلارک (۲۰۰۶) مورد بررسی قرار گرفتند، هر چند برای تحلیل مضمون (تماتیک) روش‌های متعددی وجود دارد اما بدین خاطر که رویکرد براون و کلارک (۲۰۰۶) چارچوب روشن‌تر و قابل استفاده برای تحلیل تماتیک ارائه می‌دهد و از مهم‌ترین رویکردها حداقل در پژوهش‌های اجتماعی است (قاسمی و هاشمی، ۱۳۹۸)، محققان این رویکرد را برگزیدند.

بخش کمی شامل دو مرحله بود. الف) ساخت و اعتباریابی پرسشنامه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ)؛ ب) استفاده از پرسشنامه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) در یک طرح آزمایشی، جهت تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی. بخش آزمایشی پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و مرحله‌ی پیگیری بود. جامعه‌ی آماری شامل تمام زنان متقاضی طلاق با سابقه‌ی ازدواج زودهنگام (طبق تعریف در زمان ازدواج کمتر از ۱۸ سال داشته‌اند) در سال ۱۳۹۹ در شهر اردبیل بود. جهت انتخاب نمونه‌ی مورد نظر ابتدا با همکاری دانشگاه محقق اردبیلی و بهزیستی اردبیل زنان متقاضی طلاق با سابقه‌ی ازدواج زودهنگام شناسایی شدند. در بخش کیفی ۲۲ نفر از زنان به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند که پس از مصاحبه با ۱۵ نفر از آن‌ها به اشباع نظری داده‌ها رسید. پس از حذف کدهای تکراری و استخراج مضمون‌های اصلی، مفاهیم مربوط به مولفه‌های روانشناختی-زناشویی استخراج، و مولفه‌های بی‌ربط حذف گردیدند. سپس پرسشنامه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) تدوین و تنظیم شد و به همراه پرسشنامه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱) و پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی هادسون (۱۹۹۲) بر روی ۱۶۰ نفر از زنان متقاضی طلاق با سابقه‌ی ازدواج زودهنگام که به

^۱ synergistic

صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند اجرا شد. پس از بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه، معتبر و روا بودن پرسشنامه تأیید شد.

سپس جهت تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی، ابتدا به صورت نمونه‌گیری در دسترس، ۶۰ نفر از زنان متقاضی طلاق با سابقه‌ی ازدواج زودهنگام به پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) پاسخ دادند. در ادامه ۳۰ نفر از زنانی که نمرات بالا در مشکلات روانشناختی-زناشویی داشتند انتخاب شده و به صورت تصادفی ساده در گروه آزمایش و گروه گواه (هرکدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. به خاطر انصراف یکی از شرکت‌کنندگان گروه کنترل در نهایت ۱۴ نفر شد. به دلیل شیوع بیماری کرونا جلسات درمان با رعایت پروتکل‌های بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی در فصل تابستان اجرا شد. قبل از اجرای جلسات درمان، پیش‌آزمون اجرا شد، سپس جلسات درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی هر هفته یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در ۸ هفته (تقریباً دو ماه) ارائه شد و در پایان پس‌آزمون اجرا شد. همچنین جلسات پیگیری بعد از سه ماه انجام گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تمایل شرکت‌کنندگان برای حضور در جلسات درمان، داشتن سابقه ازدواج زودهنگام (قبل از ۱۸ سال)، متقاضی طلاق بودن، داشتن مشکلاتی در ابعاد روانشناختی-زناشویی مانند، عدم درک متقابل، عدم امنیت و بدبینی، اضطراب، افسردگی، فقدان و از دست دادن، سردرگمی و داشتن تعارض زناشویی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: داشتن سوابق ابتلا به بیماری‌های خاص و ابتلا به بیماری کرونا در حین درمان، داشتن سابقه‌ی مصرف مواد و الکل، ارتکاب به جرم و بزهکاری، شرکت نامنظم و عدم تمایل به شرکت در جلسات درمان بود.

ابزار پژوهش در بخش کمی

۱. پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی^۱ (PMPQ): این پرسشنامه توسط محققان پژوهش حاضر و بر مبنای مؤلفه‌های استخراجی و اکتشافی از بخش کیفی پژوهش ساخته شده است و مختص بررسی مشکلات روانشناختی-زناشویی در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام است. نتایج مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در سطور آتی مقاله حاضر در بخش یافته‌ها به تفصیل گزارش شده است. این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (اصلاً اینطور نیست = ۰، گاهی این طور است = ۱، نظری ندارم = ۲، اغلب این طور است =

^۱. psychological-marital problems questionnaire

۳، همیشه این طور است = ۴) نمره‌گذاری می‌شود. امتیاز کل پرسشنامه حداقل بین صفر تا حداکثر ۱۱۲ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده مشکلات روانشناختی و زناشویی بیشتر است.

جلسات درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی (اشنایدر و میچل، ۲۰۰۸، برگرفته از رجبی و همکاران، ۱۳۹۹)

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	در این جلسه پس از ایجاد توافق مشترک، یک چهارچوب شفاف از مشکلات ارائه می‌شود، سپس اهداف درمان و راهبردهای اساسی ترسیم شده و نقش مربوط به تمام شرکت‌کنندگان در مداخله تعیین می‌شود؛ از وظایف درمانگر در این جلسه می‌توان به پذیرش بی قید و شرط، گوش دادن همدلانه و آموزش تصویری اشاره کرد.
جلسه دوم	در این جلسه درمانگر با بررسی بحران‌های ناتوان‌کننده، نحوه برخورد شرکت‌کنندگان با بحران‌های ارتباطی (فعال و منفعلانه) را بررسی می‌کند. در این جلسه گوش دادن همدلانه، بررسی گذشته نگر و بررسی سبک‌های مقابله‌ای مدنظر قرار می‌گیرد.
جلسه سوم	در این جلسه درمانگر به تقویت واحد زناشویی می‌پردازد و به دنبال کاهش تبادلات منفی و جایگزینی تبادلات مثبت است. ایجاد مرزهای مناسب، بررسی سلسله مراتب خانواده، لیست موارد لذت‌بخش، و بازی نقش از دیگر موارد مورد نظر در این جلسه است.
جلسه چهارم	ارتقای مهارت‌های ارتباطی مرتبط، از اهداف مهم این جلسه است. درمانگر به بیان ضرورت و آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌پردازد. درمانگر اطلاعات را فراهم می‌کند و به افراد در کسب مهارت جدید یاری می‌رساند. از اهم فعالیت‌های این جلسه می‌توان به گوش دادن فعال، تمرین ارتباط دوسویه، آموزش پیام کامل، ابراز احساسات، بازی نقش، و تکنیک صندلی خالی اشاره کرد.
جلسه پنجم	به چالش کشیدن مؤلفه‌های شناختی آشفتگی رابطه از اهداف این جلسه است. درمانگر به بررسی تصورات غلط و برداشت‌های اشتباه افراد می‌پردازد که ممکن است افراد هم در مورد رفتار خود و هم در مورد رفتار همسرشان داشته باشند. تمرکز بر روابط قبلی فرد در خانواده مبدا، پرسش‌های سقراطی، گوش دادن به افکار خود، از مواردی است که در این جلسه بررسی می‌شود.
جلسه ششم	در این جلسه منابع رشدی آشفتگی رابطه بررسی می‌شود. درمانگر به اهمیت روابط گذشته و تأثیر تاریخیچه هر فرد بر روابط کنونی می‌پردازد. از دیگر ملزومات این جلسه بررسی تجارب رشدی فرد، ارائه بینش و مواجهه‌سازی است.
جلسه هفتم و هشتم	مهم‌ترین هدف این جلسات که اهداف نهایی درمان است، "بازسازی عاطفی" است. در این جلسات، در فرایندی به نام "بازسازی عاطفی"، منشاء رشدی بروز مشکلات بین فردی و ظهور آن‌ها در روابط مورد بررسی قرار می‌گیرند؛ یعنی بر تشخیص سازگاری در تعارض‌های بین فردی و سبک‌های مقابله‌ای در طول رابطه متمرکز شده و روابط قبلی، اجزای تأثیرگذارشان و راهبردهای رضایت عاطفی و جلوگیری از اضطراب بازسازی می‌شود. در نهایت با بررسی تعارض‌های فردی، گوش دادن همدلانه، بررسی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد گذشته، و ارائه بینش، بازسازی عاطفی و تغییرات مورد نظر اتفاق می‌افتد.

یافته‌ها

(۱) نتایج بخش کیفی

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمونه‌های بخش کیفی

تعداد	محدوده	متغیر
۲	۵-۱۰	مدت ازدواج
۸	۱۱-۱۵	
۴	۱۶-۲۰	
۱	۲۱ به بالا	تعداد فرزندان
۰	بدون فرزند	
۲	۱ فرزند	
۹	۲ فرزند	
۲	۳ فرزند	شغل
۲	۴ فرزند	
۱۱	خانه‌دار	
۴	شاغل	
۲	بی‌سواد	
۹	ابتدایی	تحصیلات
۳	سیکل	
۱	دیپلم	

براساس نتایج جدول ۲، مدت ازدواج زنان مشارکت‌کننده عمدتاً بین ۱۵-۱۱ سال بود، بیشتر آن‌ها دارای ۲ فرزند بودند، از نظر شغلی اکثراً خانه‌دار بودند و تحصیلات ابتدایی داشتند. میانگین و انحراف معیار سن ۱۵ شرکت‌کننده در مصاحبه‌های کیفی $13/13 \pm 26/09$ و میانگین و انحراف معیار سن ازدواج $13/14 \pm 1/22$ بود.

با توجه به اهداف پژوهش که شناسایی مشکلات روان‌شناختی-زناشویی در زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام بود، در گذراری و بررسی درون‌مایه‌ها یا تم‌های اصلی و فرعی حاصل از مصاحبه به شیوه‌ی تحلیل مضمون نسخه براون و کلارک (۲۰۰۶)، ابتدا ۹۱ مفهوم اولیه شناسایی شدند که با ادغام موارد مشترک و حذف موارد تکراری، ۱۶ مضمون فرعی تر باقی ماندند. در مرحله بعد با حذف موارد غیر مرتبط با مسائل روانشناختی-زناشویی از قبیل مسائل مربوط به سقط جنین، فقر اقتصادی، زایمان زودرس، عشق نافرجام، فرصت شغلی از دست رفته، فرصت تحصیلی از دست رفته، خشونت اطرافیان، نازایی، دخالت دیگران در زندگی، در نهایت ۲ مضمون اصلی، ۵ مضمون فرعی و ۷ مضمون فرعی تر باقی ماندند که تلخیص آن‌ها در جدول ۳ آمده است:

جدول ۳. مشکلات روان‌شناختی - زناشویی استخراج شده از زنان متقاضی طلاق با سابقه‌ی ازدواج زودهنگام در طی مصاحبه

مضامین اصلی	مضامین فرعی	مضامین فرعی‌تر
مشکلات روان‌شناختی	آشفته‌گی روانی دلتنگی و فقدان آسیب شناختی	اضطراب، افسردگی دلتنگی برای کودکی سردرگمی، عدم امنیت و بدبینی
مشکلات ارتباطی-زناشویی	مشکلات ارتباطی مشکلات زناشویی	عدم درک متقابل تعارض زناشویی

الف) مشکلات روان‌شناختی: مشکلات روان‌شناختی شامل آسیب‌هایی است که بر اساس کدگذاری شامل آشفته‌گی روانی، دلتنگی و فقدان و نیز آسیب شناختی می‌شود. این مشکلات در واقع به مشکلات درون‌فردی ناشی از ازدواج زودهنگام اشاره دارد.

۱. **آشفته‌گی روانی:** شامل اضطراب و افسردگی است. مشارکت‌کننده شماره ۴ در این زمینه بیان کرد: «همش دلهره دارم و انگار قراره اتفاق بدی بیفتد. باور می‌کنید به خاطر این زندگی بدی که دارم و این شرایط بد، شب‌ها نمی‌تونم بخوابم. همش فکرم مشغوله. همش استرس، همش اضطراب».

۲. **دلتنگی و فقدان:** مشارکت‌کننده شماره‌ی ۵ در این زمینه بیان کرد: «کودکی‌ام از دست رفت. خیلی زود ازدواج کردم. اصلاً باورم نمیشه. از کودکی‌ام چیزی نفهمیدم».

۳. **آسیب شناختی:** شامل سردرگمی و عدم امنیت و بدبینی است. مشارکت‌کننده شماره ۱ در این زمینه بیان کرد: «فشارهایی که در این زندگی به من وارد شد، مرا سردرگم کرد، و باعث شد که نسبت به مردها حس بدی پیدا کنم. من به مردها خیلی اعتماد ندارم و از آن‌ها می‌ترسم».

ب) مشکلات ارتباطی-زناشویی: مشکلات ارتباطی-زناشویی اشاره به مشکلات بین‌فردی دارد که ممکن است بین زوج رخ دهد که به واسطه کدگذاری شامل مشکلات ارتباطی (عدم درک متقابل) و مشکلات زناشویی (تعارض زناشویی) می‌شود.

۱. **مشکلات ارتباطی:** شامل عدم درک متقابل می‌شود. مشارکت‌کننده شماره ۳ در این مورد بیان کرد: «حُب همسر من خیلی بزرگ‌تر بود و تفاوت سنی ما بالا بود. ما هیچ‌وقت دوتایی ننشستیم با هم حرف بزنیم. حسرت این توی دلم مونده. وقتی هم می‌خواستیم چیزی بگم همیشه باید قبلش کلی برنامه‌ریزی می‌کردم، آخرش هم اصلاً گوش نمی‌داد!».

۲. **مشکلات زناشویی:** شامل تعارض زناشویی است. مشارکت‌کننده شماره ۵ در این زمینه این‌گونه بیان کرد: «ما وقتی که با هم ازدواج کردیم، خیلی بچه بودیم. نمی‌دانستیم زندگی زناشویی چی هست. به خاطر همین همش با هم دعوا می‌کردیم. راحت بگم گاهی اوقات یه روز نمی‌تونستیم بدون دعوا روز را شب کنیم؛ ما اوایل سر هر مسأله‌ی کوچک خیلی زود حرفمون می‌شد و همیشه در حال بحث بودیم. پایان هر بحث، دعوامون می‌شد و قهر می‌کردیم».

۲) نتایج بخش کمی

الف) بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ی مشکلات روان‌شناختی-زناشویی (PMPQ): با توجه به ۷ مفهوم اولیه‌ی استخراجی از ابعاد مشکلات روان‌شناختی-زناشویی در مرحله‌ی کیفی، برای هر کدام از مفاهیم اولیه ۴ سؤال مرتبط تدوین و در یک پرسشنامه‌ی ۲۸ سؤالی ویژگی‌های روانسنجی آن بررسی گردید که در ذیل به آن‌ها می‌پردازیم:

روایی صوری پرسشنامه: در بررسی روایی صوری از دو روش کیفی و کمی استفاده گردید. تعیین روایی صوری کیفی، در یک گروه ۵ نفره شامل روانشناسان (۲ نفر) و اساتید دانشگاه (۳ نفر) برای یافتن سطح دشواری، میزان عدم تناسب، ابهام در عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات انجام گرفت که نظرات آنان به صورت تغییراتی جزئی در پرسشنامه اعمال شد. برای تعیین کمی روایی صوری، نمره‌ی تأثیر هر سؤال محاسبه شد. برای این منظور، ابتدا برای هر یک از ۲۸ سؤال پرسشنامه، طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از، اصلاً این‌طور نیست (۰) تا همیشه این‌طور است (۴) در نظر گرفته شد. سپس مقیاس مورد نظر جهت بررسی روایی در اختیار ۱۰ نفر از افراد قرار گرفت. پس از تکمیل مقیاس توسط گروه هدف، با استفاده از فرمول تعیین نمره‌ی تأثیر سؤال، روایی صوری محاسبه گردید و همه سؤالات به لحاظ روایی صوری مناسب تشخیص داده شد.

روایی محتوایی پرسشنامه: روایی محتوا به این موضوع می‌پردازد که گویه‌ها تا چه میزانی، هدف موضوع را پوشش می‌دهند که به دو صورت کیفی و کمی قابل بررسی است. در بررسی کیفی روایی محتوا، از ۵ نفر از اساتید روان‌شناسی و مشاوره درخواست شد که پس از مطالعه دقیق گویه‌های مقیاس، دیدگاه‌های اصلاحی خود را به صورت کتبی ارائه نمایند. پس از جمع‌آوری نظرات متخصصین، تغییرات لازم در مقیاس، مورد توجه قرار گرفت. سپس برای ارزیابی کمی روایی محتوا و جهت اطمینان از این که مهمترین و صحیح‌ترین محتوا انتخاب شده است، نسبت روایی محتوا (CVR) و برای اطمینان از اینکه سؤالات مقیاس به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده، از شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. برای اندازه‌گیری

نسبت روایی محتوا از ۱۲ نفر متخصص روان‌شناسی و مشاوره خواسته شد تا هر سؤال را بر اساس طیف لیکرت سه گزینه‌ای: ضروری نیست (۱)؛ مفید است اما ضروری نیست (۲)؛ و ضروری است (۳) نمره‌گذاری نمایند. براساس جدول لاشه (۱۹۷۵) و با توجه به تعداد متخصصان، اگر عدد شاخص از ۶۲ درصد بزرگ‌تر باشد، وجود گویه مربوطه در سطح $p < 0.05$ ضروری و معنادار است. ضرایب هم‌هی گویه‌ها، بالای ۶۲ درصد بود و هیچ گویه‌ای حذف نشد. همچنین شاخص روایی محتوایی (CVI) بر اساس سه معیار «سادگی و روان بودن»، «مربوط بودن» و «واضح و شفاف بودن» در طیف لیکرت چهارگزینه‌ای: غیرمرتبط (۱)، نیاز به بازبینی جدی (۲)، مرتبط اما نیاز به بازبینی (۳) و کاملاً مرتبط (۴) سنجیده می‌شود (والتز و باسل، ۱۹۸۱) و نمره گویه، باید بیشتر از ۰/۷۹ باشد (مونرو، ۲۰۰۵)، که در شاخص روایی محتوا نیز، نیاز به اصلاح و یا حذف گویه‌ای نبود.

روایی سازه پرسشنامه: روایی سازه‌ی داده‌های پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی به روش بیشینه درست‌نمایی ارزیابی شد. ابتدا بارهای عاملی سؤالات بررسی شد. طبق نظر کلاین (۲۰۱۵) چنانچه سؤالی بار عاملی منفی یا کمتر از ۰/۴ داشته باشد، حذف می‌شود؛ که در این مرحله هیچ سؤالی از پرسشنامه حذف نشد.

پس از تعیین روایی صوری، محتوایی و سازه پرسشنامه و تصحیح موارد مبهم، پرسشنامه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) بر روی ۱۸۰ نفر از زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس اجرا شد که با حذف پرسشنامه‌های ناقص در نهایت داده‌های حاصل از ۱۶۰ پرسشنامه تحلیل شد. بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین و انحراف استاندارد سن نمونه‌ها $3/45 \pm 19/36$ بود. همچنین ۲۶ نفر (۱۶/۳ درصد) بدون فرزند، ۷۷ نفر (۴۸/۱ درصد) دارای یک فرزند، ۴۵ نفر (۲۸/۱ درصد) دارای دو فرزند و ۱۲ نفر (۷/۵ درصد) دارای سه فرزند بودند. برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) به ترتیب از تحلیل عاملی تأییدی، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. قابل ذکر است که در این مراحل، هیچ سؤالی حذف نشد. در جدول ۴ نتایج شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی

عامل‌ها	گویه‌ها	ضرایب	سطح معناداری
سردرگمی	۱. در مورد اینکه طلاق گرفتیم کار درستی هست یا نه، تردید دارم.	۰/۷۱۷	۰/۰۰۱

عامل‌ها	گویه‌ها	ضرایب استاندارد	سطح معناداری
	۲. در مورد اینکه طلاق بگیرم یا خیر به شدت گیج شده‌ام.	۰/۸۰۲	۰/۰۰۱
	۳. نمی‌خواهم ادامه دهم، اما تصمیم به جدا شدن برایم مشکل است.	۰/۶۹۷	۰/۰۰۱
	۴. نمی‌دانم اگر طلاق بگیرم، چطور خواهد شد.	۰/۸۰۷	۰/۰۰۱
اضطراب	۵. شب‌ها به سختی می‌خوابم.	۰/۷۷۹	۰/۰۰۱
	۶. نگرانم اتفاق بدی بیفتد.	۰/۸۴۹	۰/۰۰۱
	۷. احساس دلهره و بی‌قراری دارم.	۰/۷۱۱	۰/۰۰۱
	۸. اخیراً زود عصبی می‌شوم.	۰/۶۹۷	۰/۰۰۱
عدم امنیت	۹. نسبت به آدم‌ها احساس بدی دارم.	۰/۷۳۵	۰/۰۰۱
و بدبینی	۱۰. از ازدواج می‌ترسم.	۰/۸۳۰	۰/۰۰۱
	۱۱. به آدم‌ها خوش‌بین نیستم.	۰/۹۳۱	۰/۰۰۱
	۱۲. احساس ناامنی می‌کنم.	۰/۸۲۳	۰/۰۰۱
افسردگی	۱۳. احساس پوچی و بی‌ارزشی می‌کنم.	۰/۸۱۸	۰/۰۰۱
	۱۴. حوصله هیچ کاری را ندارم و هیچ چیزی خوشحالم نمی‌کند.	۰/۹۱۲	۰/۰۰۱
	۱۵. دلم می‌خواهد از دست این زندگی خلاص شوم.	۰/۷۵۵	۰/۰۰۱
	۱۶. ساعت‌ها در تخت خواب می‌مانم و دوست ندارم از خانه بیرون بروم.	۰/۷۸۱	۰/۰۰۱
دل‌تنگی و فقدان	۱۷. حس می‌کنم خیلی چیزها را از دست داده‌ام.	۰/۵۸۰	۰/۰۰۱
	۱۸. احساس می‌کنم که در زندگی بازنده شده‌ام.	۰/۷۰۹	۰/۰۰۱
	۱۹. جای خالی چیزهای زیادی را در زندگی‌ام احساس می‌کنم.	۰/۸۷۸	۰/۰۰۱
	۲۰. دوست دارم برای خودم و زندگی‌ام گریه کنم.	۰/۸۲۸	۰/۰۰۱
تعارض زناشویی	۲۱. با همسرم اختلافات زیادی دارم.	۰/۹۲۲	۰/۰۰۱
	۲۲. حتی در چیزهای جزئی نظر من و همسرم با هم متفاوت است.	۰/۹۱۷	۰/۰۰۱
	۲۳. خیلی زود با همسرم بحث‌مان می‌شود.	۰/۸۶۸	۰/۰۰۱
	۲۴. در رابطه‌ی ما دعوا و قهر زیاد اتفاق می‌افتد.	۰/۷۸۲	۰/۰۰۱
عدم درک متقابل	۲۵. نمی‌توانم کارها و رفتارهای همسرم را درک کنم.	۰/۷۰۰	۰/۰۰۱
	۲۶. من و همسرم از دو دنیای متفاوت هستیم.	۰/۸۹۹	۰/۰۰۱
	۲۷. من و همسرم نمی‌توانیم به‌خوبی با همدیگر ارتباط برقرار کنیم.	۰/۸۸۶	۰/۰۰۱
	۲۸. همسرم به احساسات من توجهی ندارد.	۰/۸۵۱	۰/۰۰۱

در جدول ۴، نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان می‌دهد که گویه‌های پرسشنامه مشکلات روان‌شناختی-زناشویی (PMPQ) به خوبی می‌توانند عامل مورد نظر را اندازه‌گیری کنند و از این رو

دارای همسانی بیرونی هستند. بنابراین، هفت عامل مورد تأیید قرار می‌گیرد. در جدول ۵ نتایج شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج شاخص‌های برازش مدل

شاخص	χ^2	P	χ^2/df	GFI	RMSEA	RFI
دامنه پذیرش	$P > 0.05$		< 3	> 0.9	< 0.1	> 0.9
نتیجه قبل اصلاح	۷۴۷/۵۵	۰/۰۰۱	۲/۲۷	۰/۷۵۸	۰/۰۸۹	۰/۷۹۰
نتیجه بعد اصلاح	۶۳۶/۰۶	۰/۰۰۱	۱/۹۵	۰/۷۹۸	۰/۰۷۷	۰/۸۲۰
شاخص	CFI	TLI	IFI	NFI	PNFI	PCFI
دامنه پذیرش	> 0.9	> 0.9	> 0.9	> 0.9	> 0.5	> 0.5
نتیجه قبل اصلاح	۰/۸۸۷	۰/۸۷۱	۰/۸۸۹	۰/۸۱۷	۰/۷۷۲	۰/۷۱۱
نتیجه بعد اصلاح	۰/۹۱۷	۰/۹۰۳	۰/۹۱۸	۰/۸۴۵	۰/۷۲۸	۰/۷۹۰

شاخص‌های برازندگی تطبیقی (CFI)، برازندگی هنجار شده (NFI)، برازندگی نسبی (RFI)، شاخص توکر-لوییس (TLI)، شاخص برازندگی فزاینده (IFI) و نیکویی برازش (GFI)، هر چقدر بالاتر از ۰/۹۰ و نزدیک به یک باشند، بیانگر برازش مطلوب الگو است. همچنین شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI) و شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) بیشتر از ۰/۵۰ باشند مدل برازندگی خوبی دارد. هر چند برای بررسی نیکویی برازش معمولاً از شاخص مجذور خی (CMIN= χ^2) استفاده می‌شود ولی مجذور خی با افزایش حجم نمونه و درجه آزادی ارتباط دارد. به همین خاطر هو و بنتلر (۱۹۹۹) استفاده از شاخص برازندگی ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب (REMSEA) را توصیه کرده‌اند. همچنین اگر شاخص نسبت خی دو به درجه آزادی (CMIN/DF) کمتر از ۳ باشد، می‌تواند نشان از برازش الگو باشد. به اعتقاد شرمه-انجل، موسبورگر و مولر (۲۰۰۳) مقادیر ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب (REMSEA) بین صفر تا ۰/۰۵ بیانگر برازش خوب و ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ بیانگر برازش قابل قبول است.

با توجه به این توضیحات، در حالت قبل از اصلاح، شاخص نسبت خی دو به درجه آزادی (CMIN/DF)، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (REMSEA)، شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI) و شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) نشان از برازش مدل داشتند، برای

¹ external consistency

همین منظور از شاخص بهبود برقراری کوواریانس بین مقادیر خطا که توسط نرم‌افزار ارائه شده بود استفاده شد که نتایج آن نشان داد، به غیر از شاخص مجذور خی دو ($CMIN = \chi^2$)، شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، برازندگی هنجار شده (NFI) و برازندگی نسبی (RFI)، سایر شاخص‌ها نشان می‌داد که مدل از برازندگی خوبی برخوردار است و پرسشنامه ساختار عاملی مناسبی دارد.

همچنین به منظور بررسی همسانی درونی پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای مؤلفه‌های اضطراب ۰/۸۷، افسردگی ۰/۹۰، دلتنگی و فقدان ۰/۸۵، عدم امنیت و بدبینی ۰/۸۹، سردرگمی ۰/۸۳، عدم درک متقابل ۰/۹۰، تعارض زناشویی ۰/۹۲ و نمره‌ی کل پرسشنامه ۰/۹۴ به دست آمد؛ که این نتایج نشان می‌داد، پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) دارای همسانی درونی قابل قبولی است. در جدول ۶ ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های پرسشنامه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) ارائه شده است.

جدول ۶. ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	۱						
۲	۰/۸۱۷**	۱					
۳	۰/۵۷۳**	۰/۶۱۹**	۱				
۴	۰/۴۹۶**	۰/۵۲۹**	۰/۶۱۱**	۱			
۵	۰/۴۷۴**	۰/۵۴۱**	۰/۶۳۱**	۰/۷۶۶**	۱		
۶	۰/۳۲۴**	۰/۳۹۸**	۰/۵۸۱**	۰/۵۹۷**	۰/۸۱۳**	۱	
۷	۰/۳۳۸**	۰/۳۰۵**	۰/۲۸۷**	۰/۳۲۲**	۰/۲۹۸**	۰/۲۴۸**	۱
۸	۰/۷۷۴**	۰/۸۰۶**	۰/۸۱۰**	۰/۸۰۸**	۰/۸۴۰**	۰/۷۳۲**	۰/۵۳۳**

$(p < 0.05)$ * $(p < 0.01)$ **

* راهنمای جدول: ۱- سردرگمی، ۲- اضطراب، ۳- عدم امنیت و بدبینی، ۴- افسردگی، ۵- دلتنگی و فقدان، ۶- تعارض زناشویی ۷- عدم درک متقابل، ۸- نمره کل مشکلات روانشناختی-زناشویی.

براساس نتایج به دست آمده از جدول ۶، تمام مؤلفه‌های پرسشنامه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) با همدیگر همبستگی مثبت و معناداری دارند و این موضوع نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی قابل قبولی دارد. همچنین همبستگی مؤلفه‌های این پرسشنامه با پرسشنامه DASS-۲۱ و پرسشنامه نارضایتی زناشویی هادسون (۱۹۹۲) مورد بررسی قرار گرفت

که نتایج نشان داد، بین افسردگی، اضطراب و استرس از پرسشنامه‌ی DASS-۲۱ و نمره کل آن، و همچنین بین ناراضیتی زناشویی هادسون (۱۹۹۲) با مؤلفه‌های پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) همبستگی معناداری وجود دارد.

ب) نتایج بخش آزمایشی

نمونه این پژوهش در بخش آزمایشی شامل ۳۰ نفر از زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام بود (به دلیل انصراف یکی از افراد گروه کنترل، ۳۰ نفر در نهایت ۲۹ نفر شد) که میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه بازسازی عاطفی $26/26 \pm 3/22$ و گروه کنترل $21/64 \pm 3/17$ بود. در گروه بازسازی عاطفی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) دارای یک فرزند، ۶ نفر (۴۰ درصد) دارای دو فرزند و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دارای ۳ فرزند بودند. در گروه کنترل نیز ۸ نفر (۵۷/۱ درصد) دارای یک فرزند، ۴ نفر (۲۸/۶ درصد) دارای دو فرزند و ۲ نفر (۱۴/۳ درصد) دارای ۳ فرزند بودند. در جدول ۷ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه‌های کنترل و آزمایش ارائه شده است.

جدول ۷. شاخص‌های توصیفی متغیر مشکلات روانشناختی-زناشویی و مؤلفه‌های آن برای گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	
		کنترل	بازسازی عاطفی
		انحراف	میانگین
		استاندارد	استاندارد
سردرگمی	پیش‌آزمون	۱/۶۱	۱۵/۸۶
	پس‌آزمون	۲/۲۷	۱۵/۲۸
	پیگیری	۲/۳۸	۱۴/۸۶
اضطراب	پیش‌آزمون	۱/۵۹	۱۵/۳۶
	پس‌آزمون	۲/۱۴	۱۴/۵۰
	پیگیری	۲/۵۱	۱۴/۸۶
عدم امنیت و بدبینی	پیش‌آزمون	۱/۸۹	۱۵/۷۸
	پس‌آزمون	۱/۸۸	۱۵/۲۱
	پیگیری	۱/۹۴	۱۴/۷۱
افسردگی	پیش‌آزمون	۱/۴۴	۱۶/۰۷
	پس‌آزمون	۱/۷۹	۱۵/۱۴

متغیر	مرحله	گروه		
	پیگیری	۲/۴۷	۱۴/۸۶	۱/۹۵
فقدان و از دست دادن	پیش‌آزمون	۱/۶۴	۱۶/۴۳	۱/۹۱
	پس‌آزمون	۲/۰۶	۱۵/۴۳	۲/۱۷
	پیگیری	۲/۳۷	۱۵/۷۱	۱/۹۸
تعارض زناشویی	پیش‌آزمون	۲/۰۹	۱۶/۷۸	۱/۸۰
	پس‌آزمون	۳/۰۱	۱۵/۲۱	۲/۰۱
	پیگیری	۲/۷۶	۱۵/۲۱	۲/۳۳
عدم درک متقابل	پیش‌آزمون	۲/۰۲	۱۵/۸۶	۲/۲۵
	پس‌آزمون	۳/۳۱	۱۵/۷۱	۲/۳۳
	پیگیری	۲/۳۹	۱۵/۵۷	۲/۲۸
مشکلات روانشناختی-	پیش‌آزمون	۳/۴۷	۱۱۲/۱۴	۵/۳۱
	پس‌آزمون	۶/۶۹	۱۰۶/۵۰	۵/۹۷
زناشویی (کل)	پیگیری	۷/۵۵	۱۰۵/۷۸	۵/۳۲

با بررسی داده‌ها، آماره‌ی آزمون شاپیرو-ویلکز (S-W) برای مشکلات زنان در گروه‌های آزمایش و کنترل معنی‌دار نبود ($P < 0.05$)؛ بنابراین توزیع دو متغیر نرمال است. به منظور بررسی تفاوت میانگین‌های نمره‌ی کل مشکلات روانشناختی-زناشویی $[F(1,29) = 1.78, p = 0.193]$ در مرحله‌ی پیش‌آزمون، از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد ($p > 0.05$). به منظور تحلیل داده‌ها و بررسی مفروضه‌های پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس دو راهه‌ی مختلط (ANOVA) استفاده شد. پیش از انجام آزمون دو شرط معناداری آزمون کرویت موجلی و همگونی کواریانس‌ها که پیش شرط‌های انجام تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر هستند، بررسی و مورد تایید قرار رفت. همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس یکی از مفروضه‌های اصلی در استفاده از تحلیل واریانس است. روش استاندارد برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کواریانس آزمون M باکس است که در آن معناداری آماری شاخص ناهمگنی یا نابرابری محسوب می‌شود. نتایج آزمون M باکس برای همسانی ماتریس کواریانس‌های نمره‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی نشان داد که معناداری بالای 0.05 است و در نتیجه می‌توان گفت که، پیش فرض برقرار است $[BOX S M = 4.943, F = 723, P = 0.631]$.

همچنین قبل از بررسی واریانس‌های درون گروهی کرویت نمرات هر مرحله با آزمون موجلی بررسی شد. نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد که پیش فرض کرویت برقرار نیست ($P \leq 0.001, X^2 = 71.089, W = 0.761$). تخطی از پیش فرض کرویت باعث می‌شود آماره‌ی F

تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره‌ی F ، درجه آزادی را با روش هاوس-گیسر و هاین فلت تصحیح می‌کنند. برای اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، پیتوچ و استیونس (۲۰۱۲) پیشنهاد می‌کنند، اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از $۰/۷۵$ باشد از تصحیح هاین فلت استفاده شود و اگر اپسیلون کوچکتر از $۰/۷۵$ باشد از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده شود؛ بنابراین با در نظر گرفتن مقادیر اپسیلون، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است. نتایج تحلیل واریانس ارائه شده در جدول ۸، تغییرات درون گروهی و بین گروهی را نشان می‌دهد.

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرها

متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایشی	df	MS خطا	df	آماره F	p	مجذور توان آماری	توان آماری
مشکلات گروه	اثر اصلی	۷۵۷۷/۳۸	۱	۷۰/۷۵	۲۷	۱۰۷/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹۹	۱
روانشناختی-زناشویی	زمان	۳۶۹۰/۶۸	۱/۷۶۶	۱۸/۵۷۳	۴۷/۶۷۷	۱۹۸/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸۰	۱
زناشویی	اثر زمان	۱۶۹۲/۳۲	۱/۷۶۶	۱۸/۵۷۳	۴۷/۶۷۷	۹۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱	۱

*گروه

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تأیید کرد که اثرات چند متغیری معنی‌داری برای گروه‌ها ($V=۰/۰۸۵$ ، $F(۲,۲۶)=۱۳۹/۳۲$ ، $P=۰/۰۰۱$) و تعامل بین گروه و زمان ($V=۰/۱۶۱$ ، $F(۲,۲۶)=۶۷/۷۶$ ، $P=۰/۰۰۱$) وجود داشت. نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد، میزان F اثر تعامل زمان و گروه برای متغیر مشکلات روانشناختی-زناشویی (۹۱/۱۲) در سطح $۰/۰۰۱$ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که، گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند. همچنین مجذور اتا برای دو متغیر بیشتر از $۰/۱۰$ است که این موضوع نشان می‌دهد، تفاوت بین گروه‌ها، بزرگ و قابل توجه است. با توجه به نتایج مبنی بر تأثیر زمان بر مشکلات روانشناختی-زناشویی، جهت اطلاع از محل و میزان دقیق تفاوت، مقایسه دو به دوی مراحل سه‌گانه ارزیابی انجام شد که نتایج آن در جدول ۹ ارائه شده است.

جدول ۹. مقایسه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی در مراحل سه‌گانه‌ی ارزیابی

متغیر	زمان ۱	زمان ۲	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig
مشکلات روانشناختی-	پیش آزمون	پس آزمون	۱۸/۸۵	۱/۱۴	۰/۰۰۱
زناشویی	پس آزمون	پیگیری	-۱/۰۱	۰/۷۸۰	۰/۰۰۱
					۰/۶۲۰

با توجه به نتایج جدول ۹، میانگین مشکلات روانشناختی-زناشویی در پیش‌آزمون به صورت معناداری، بیشتر از پس‌آزمون است که نشان‌دهنده آن است که درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی دارای تأثیر معنادار بر کاهش مشکلات روانشناختی-زناشویی در بازه‌ی زمان است. همچنین بین میانگین پیش‌آزمون و مرحله پیگیری مشکلات روانشناختی-زناشویی، تفاوت معناداری وجود دارد که حاکی از آن است که مداخله توانسته در بلندمدت نیز باعث کاهش مشکلات روانشناختی-زناشویی به صورت معناداری گردد؛ اما بین میانگین پس‌آزمون و مرحله پیگیری مشکلات روانشناختی-زناشویی، تفاوت معناداری یافت نشد که حاکی از آن است که مداخله نتوانسته به صورت پیوسته باعث کاهش این متغیر به صورت معنادار گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، واکاوی مشکلات روان‌شناختی-زناشویی در زنان متقاضی طلاق و بررسی تأثیر درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی بر آن بود. مضامین استخراج شده در بخش کیفی در بُعد روانشناختی شامل: اضطراب، افسردگی، سردرگمی، عدم امنیت و بدبینی، فقدان و از دست دادن، و در بُعد زناشویی شامل عدم درک متقابل و تعارض زناشویی بود که مولفه‌های این قسمت از یافته‌های پژوهش با یافته‌های فولادیان و شجاعی قلعه‌نی (۱۳۹۹)، مقدادی و جوادپور (۱۳۹۶)، صفوی و مینایی (۱۳۹۴)، سارفو، یندورک و نایدو (۲۰۲۰)، جان و همکاران (۲۰۱۹)، واهی، زالسکی، لامپه، بیوان-هاولی و کوسکی (۲۰۱۹)، و میل و وودون (۲۰۱۸) همسو بود.

در مورد پدیده‌ی ازدواج زود هنگام بیان این نکته حائز اهمیت است که، با توجه به اینکه این پژوهش در یک کشور اسلامی (ایران) انجام گرفته است ما با گفته‌ی وودون (۲۰۱۵) کاملاً موافق هستیم که ازدواج زود هنگام مشکلی "اسلامی" نیست؛ زیرا این پدیده در بسیاری از جوامع غیرمسلمان هم انجام می‌شود و بسیاری از کشورهای با اکثریت مسلمان نیز وجود دارند که میزان بروز ازدواج زود هنگام در آن‌ها محدود است. بنابراین به هیچ وجه ارتباط یک به یک بین ازدواج زود هنگام و اسلام وجود ندارد. اکنون در بسیاری از کشورها ازدواج زود هنگام توسط قانون منع شده است؛ اما در عین حال چنین قوانینی اغلب تأثیر کمی دارند (تویو، ۲۰۰۶). عدم تأثیر گذاری

قانون تا حدودی به سنت‌های فرهنگی مربوط می‌شود (پرتیتوره، ۲۰۱۵؛ و اسکولارو، بلاژوویچ، فیلیون، چاندرا-مولی، سای، اِسوانمیر و همکاران، ۲۰۱۵). "فقر فرهنگی" و "مشکلات اقتصادی" خانواده‌ها نیز از عوامل مهمی است که باعث می‌شود خانواده‌ها به ازدواج زود هنگام فرزندان‌شان تن دهند. همچنین مروری بر شواهد موجود نیز نشان می‌دهند که امکان دختران نوجوان برای ماندن در مدرسه، یکی از بهترین راه‌کارها برای پایان دادن به ازدواج زود هنگام است. انگیزه‌های فردی می‌تواند باعث شود که دختران بیشتری از ازدواج زود هنگام اجتناب کنند و در مدرسه بمانند، همچنین این امر می‌تواند منجر به نقاط عطفی شود که به نوبه‌ی خود اقدامات و بسیج همگانی را در جهت پایان دادن به ازدواج زود هنگام تسهیل کند، و به طور کلی، این اطمینان را بدهد که دختران و زنان از یک ظرفیت و توانایی برای حق انتخاب در زندگی‌شان برخوردارند (میل و وودون، ۲۰۱۸).

در ادامه‌ی فرایند تحقیق حاضر، مضامین استخراج شده از بخش کیفی، مبنای طراحی و تدوین پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی (PMPQ) بود. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه نشان داد، پرسشنامه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی ازدواج (PMPQ) اعتبار و روایی مناسبی دارد و می‌تواند در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری درمان، جهت ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی بر مشکلات روانشناختی-زناشویی مورد استفاده قرار بگیرد. با توجه به فقدان پژوهش‌های مرتبط در زمینه تدوین و طراحی ابزارهای پژوهشی در این زمینه، با رعایت جانب احتیاط می‌توان گفت که همسویی نتایج این پژوهش نیازمند تحقیقات بیشتر در آینده است. اما ابزار ساخته‌شده در این پژوهش، ضمن غنا بخشیدن به ادبیات پژوهش در زمینه‌ی پدیده‌ی ازدواج زود هنگام، گامی موثر و پیشگام جهت ورود مداخلات روانشناختی به این حوزه بوده است.

در مرحله آزمایشی پژوهش، نتایج به دست آمده نشان داد که، اثربخشی درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بوده و منجر به کاهش مشکلات روانشناختی-زناشویی شده است. یافته‌های این قسمت از پژوهش با یافته‌های رجبی، خشنود، سودانی و خجسته‌مهر (۱۳۹۹)، و نماگردی، فرزاد و نورانی‌پور (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین اثربخش بودن درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی در کاهش مشکلات روانشناختی-زناشویی می‌توان گفت: در جلسات درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی، روابط قبلی مورد توجه قرار گرفته و از اهمیت بسیاری برخوردارند؛ چرا که صدمات آن‌ها باعث آسیب‌پذیری‌های بین‌فردی و مکانیسم‌های دفاعی می‌شود. در نتیجه، تفسیر الگوهای ارتباطی ناسازگارانه که ریشه در فرایندهای رشدی دارند، با ارائه بینش باعث کاهش مشکلات می‌شوند (گاسبارینی و اشنايدر، ۲۰۱۷؛ به نقل از

رجبی، خشنود، سودانی و خجسته‌مهر، ۱۳۹۸). بنابراین در درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی، گذشته افراد نادیده گرفته نمی‌شود. در این رویکرد طیفی از تکنیک‌های تجربی قدرتمند، به منظور برچیدن حصار ضعف‌های هیجانی فرد در گذشته، تجربه‌های آسیب‌زا و الگوهای رفتاری، مورد استفاده قرار می‌گیرند (سیمئونه-دیفرانسیسکو، رویدیگر و ایستونس، ۲۰۱۵). علاوه بر این، در درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی به بیان راه‌هایی پرداخته می‌شود که در آنها، راهبردهای مقابله‌ای قبلی که برای روابط گذشته حیاتی بودند نشان‌دهنده‌ی راه‌حل‌های نامناسب و انحرافی برای صمیمیت عاطفی و رضایت در روابط کنونی هستند (اشنایدر و میچل، ۲۰۰۸).

همچنین درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی، مداخلات ساختاری، رفتاری و شناختی را از قبل در سلسله مراتب درمانی ترکیب می‌کند. در جلسات درمان، مداخلات مبتنی بر بینش که ناشی از ادعاهای زیر هستند با هم ترکیب می‌شوند. اول اینکه، یک منشأ مهم برای مشکلات فعلی وجود دارد که اغلب شامل صدمات روابط قبلی است که این صدمات، در نتیجه‌ی تحمیل آن دسته از آسیب‌پذیری‌های بین‌فردی و راهبردهای دفاعی ایجاد شده‌اند که با صمیمیت عاطفی تداخل دارند. دوم، گاهی تعدادی از روش‌های درمانی در پاسخگویی به تجارب رشدی که منجر به این آسیب‌پذیری‌ها و واکنش‌های مرتبط با آنها می‌باشند شکست می‌خورند، بدین دلیل که افراد را از یک دسته منابع غنی محروم می‌کنند؛ اما درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی در این زمینه به افراد کمک می‌کند تا رفتارهای خود و همسرشان را درک کرده و جنبه‌های مضر تعامل‌هایشان را از حالت شخصی‌سازی خارج کنند و موضع همدلی را اتخاذ کنند (اشنایدر و میچل، ۲۰۰۸). بنابراین درمان مبتنی بر بازسازی عاطفی دارای تکنیک‌های قدرتمندی است که در جلسات درمان باعث نفوذ در الگوهای ناکارآمد ارتباطی شده و با ایجاد بینش منجر به کاهش مشکلات روانشناختی-زناشویی در جلسات درمان می‌شود.

در مورد محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت، این پژوهش در بخش کیفی به خاطر صرفه‌جویی در زمان و هزینه در یک محیط جغرافیایی محدود بر روی زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام در شهر اردبیل اجرا شده است. بدیهی است که به دلیل تنوع‌های نژادی و زبانی و فرهنگی در گستره‌ی جغرافیایی ایران، تعمیم نتایج این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه است. همچنین ابزار ساخته شده نیز یک ابزار نسبی برای بررسی مشکلات روانشناختی-زناشویی زنان متقاضی طلاق با سابقه ازدواج زودهنگام است. همان‌طور که می‌دانیم ازدواج زودهنگام یک پدیده‌ی چندبُعدی است که عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی و گاه مذهبی نیز در آن دخیل هستند که طبق اهداف پژوهش حاضر این موارد کنار گذاشته شده‌اند، که در تحقیقات آتی پژوهشگران می‌توانند این ابعاد را نیز مد نظر قرار دهند. در بخش آزمایشی نیز

امکان تعمیم نتایج حاصله به دلیل کنترل‌هایی که در محیط آزمایش انجام می‌شود با محدودیت مواجه است، در نتیجه انجام مداخلات درمانی در محیط‌های جغرافیایی دیگر می‌تواند امکان تعمیم نتایج همسو با تحقیق حاضر را تقویت کند.

موازن اخلاقی

از تمام شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه مشارکت آگاهانه کسب گردیده است. به جای نام شرکت‌کنندگان از کدهای عددی استفاده شده و تمام اطلاعات حاصله محرمانه بوده و هویت شرکت‌کنندگان محفوظ خواهد ماند. پژوهش حاضر دارای شناسه اخلاق به شماره (IR.UMA.REC.1400.040) از دانشگاه محقق اردبیلی است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره از دانشگاه محقق اردبیلی است. نویسنده اول در انتخاب موضوع، اجرای مصاحبه و برگزاری جلسات درمان، نویسنده دوم به عنوان نویسنده مسئول در نظارت کلی، اجرای پژوهش و انجام هماهنگی‌های لازم بین موسسات و اخذ کد اخلاق، نویسنده سوم در انتخاب روش پژوهش و تهیه مطالب مرتبط با آن، و نویسنده چهارم در نظارت و بازبینی نهایی و ارائه بازخوردهای اصلاحی مورد نیاز در فرایند پژوهش مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

پژوهش حاضر حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی و بهزیستی اردبیل که همکاری‌های لازم را در طی مراحل این پژوهش داشتند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

- Abosaidi Moghadam, N., Sanagouye Moharer, G., & Shirazi, M. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on feelings

- of loneliness, shame, and guilt in female applicants for divorce. *Journal of Applied Psychology*, 14(1), 35-54. [[Link](#)]
- Bicchieri, C., Jiang, T., & Lindemans, J. W. (2014). *A social-norms perspective on child marriage: The general framework* (Draft report for UNICEF). Philadelphia: Behavioral Ethics Lab, University of Pennsylvania. [[Link](#)]
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). "Using thematic analysis in psychology", *Qualitative Research in Psychology*, 3, 2, 77-101. [[Link](#)]
- Chandra-Mouli, V., Greifinger, R., Nwosu, A., Hainsworth, G., Sundaram, L., Hadi, S., Braeken, D. (2013). Invest in adolescents and young people: It pays. *Reproductive Health*, 10(1), 51. [[Link](#)]
- Cohen, G. J., & Witzman, C. C. (2016). Helping children and families deal with divorce and separation. *Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics*. 138(6), [e20163020]. [[Link](#)]
- Dehghani, M., & Aslani, K. (2020). Comparison of the effectiveness of attachment injury resolution model with integrative couple therapy on forgiveness among the injured women with marital infidelity. *Journal of Applied Psychology*, 14(2), 171-147. [[Link](#)]
- Gasbarrini, M. F., & Snyder, D. K. (2017). Affective reconstructive approach to couple therapy. *Encyclopedia of couple and family therapy*. 1-6. [[Link](#)]
- Gurman, A. S. (2008). Integrative couple therapy: A depth-behavioral approach. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 383-423). The Guilford Press. [[Link](#)]
- Hashemi, A., & Ghasemi, Y. (2020). Doing a Research by Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching (Case Study: Music usage of MA Students at Ilam University). [[Link](#)]
- Hiyoshi, A., Fall, K., Netuveli, G., & Montgomery, S. (2015). Remarriage after divorce and depression risk. *Social Science & Medicine*, 141: 109-114. [[Link](#)]
- Hu, L.T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1): 1-55. [[Link](#)]
- Hudson, W.W. (1992). *Index of marital satisfaction tempe*. AZ, Walmyr Publishing Co. [[Link](#)]
- John, N.A., Edmeades, J., Murithi, L., & Barre, I. (2019). Child marriage and relationship quality in Ethiopia. *Culture, health & sexuality*, 21, 853-66. [[Link](#)]
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. [[Link](#)]

- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4): 563-575. [[Link](#)]
- Male, C., Wodon, Q. (2018). Girls' education and child marriage in West and central Africa: Trends, impacts, costs, and solutions. Forum for *Social Economics*, Taylor & Francis. [[Link](#)]
- Meghdadi, M. M., & Javadpour, M. (2017). Impact of early marriage on Children's sexual health and mechanisms of Deal with it. *Medical Law Journal*, 11(40), 31-60. [[Link](#)]
- Munro, B. H. (2005). *Statistical methods for health care research* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. [[Link](#)]
- Namagardi, H. D., Farzad, V., Nooranipoor, R. (2022). Effectiveness of Affective-Reconstructive couple therapy on marital Conventionalization and global distress. *International Journal of Health Studies*, 8(1): 38-43. [[Link](#)]
- Nelson, O., & Salawu, A. (2017). Can my wife be virtual-adulterous? An experiential study on facebook, emotional infidelity and self- disclosure. *Journal of International Women's Studies*, 18(2): 166-179. [[Link](#)]
- Perlman, D. (2016). Delaying age of marriage through girls' education in Northern Nigeria. Women's empowerment and global health. In S. Dworkin, M. Gandhi, & P. Passano (Eds.), *Women's empowerment and global health: A twenty-firstcentury agenda* (pp. 72-92). University of California Press. [[Link](#)]
- Petroni, S., Das, M., & Sawyer, S. M. (2019). Protection versus rights: Age of marriage versus age of sexual consent [PDF file]. Retrieved on October 26, 2019. [[Link](#)]
- Pituch, K.A., & Stevens, J.P. (2015). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences: Analyses with SAS and IBM's SPSS*, Sixth Edition (6th ed.). Routledge. [[Link](#)]
- Prettitore, P.S. (2015). "Family Law Reform, Gender Equality, and Underage Marriage: A View from Morocco and Jordan." *The Review of Faith & International Affairs*, 13 (3), 32-40. [[Link](#)]
- Raj, A., & Boehmer, U. (2013). Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries. *Violence Against Women*, 19(4), 536-551. [[Link](#)]
- Raj, A., Jackson E., & Dunham, S. (2018). Girl child marriage: A persistent global women's health and human rights violation. In S. Choudhury, J. Erausquin, & M. Withers (Eds.), *Global perspectives on women's sexual and reproductive health across the lifecourse*. Springer, Cham. [[Link](#)]
- Rajabi, G., Khoshnoud, G., Soudani, M., & Khojastehmehr, R. (2020). The effectiveness of affective-reconstructive couple therapy in increasing the

- trust and marital satisfaction of couples with remarriage. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. [[Link](#)]
- Safavi, H. S., & Minaei, M. (2015). Lived experiences of teenage girls as wives: case study of girls' early marriage in AranvaBidgol. *Women Studies*, 6, 87-106. [[Link](#)]
- Sarfo, E.A., Yendork, J.S., & Naidoo, A.V. (2020). Examining the intersection between marriage, perceived maturity and child marriage: perspectives of community elders in the Northern region of Ghana. *Culture, health & sexuality*, 23(7), 1-15. [[Link](#)]
- Savickas, M. L. (1993). Career counseling in the postmodern era. *Journal of cognitive Psychotherapy*, 7(3), 205-215. [[Link](#)]
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8(2), 23-74. [[Link](#)]
- Scolaro, E., A. Blagojevic, B. Fillion, V. Chandra-Mouli, L. Say, J. Svanemyr, & Temmerman, M. (2015). "Child Marriage Legislation in the Asia-Pacific Region." *The Review of Faith & International Affairs*, 13 (3), 23-31. [[Link](#)]
- Shahmoradi, H., Sadeghi, M., Goodarzi, K., & Roozbehani, M. (2021). Effectiveness of integrated Gottman-Emotional Focused and Strategic-Solution Focused approaches on decreasing the desire for divorce. *Journal of Family Psychology*, 6(2), 71-86. [[Link](#)]
- Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E., & Stevens, B. A. (2015). *Schema therapy with couples: A practitioner's guide to healing relationships*. John Wiley & Sons. [[Link](#)]
- Snyder, D. K., & Mitchell, A. E. (2008). Affective-reconstructive couple therapy: A pluralistic, developmental approach. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 353-382). The Guilford Press. [[Link](#)]
- Tenkorang, Y, E. (2019). Explaining the links between child marriage and intimate partner violence: Evidence from Ghana. *Child Abuse & Neglect*, 89, 48-57. [[Link](#)]
- Toyo, N. (2006). "Revisiting Equality as a Right: The Minimum Age of Marriage Clause in the Nigerian Child Rights Act, 2003." *Third World Quarterly*, 27 (7), 1299-1312. [[Link](#)]
- UNICEF. (2017). The state of the world's children 2017: Children in a digital world. Retrieved from [[Link](#)]
- UNICEF. (2019). "Child marriage." Retrieved October 16, from [[Link](#)]
- Wahi, A., Zaleski L. Z, Lampe, J., Bevan-Hilvely, P., & Koski, A. (2019). The lived experience of child marriage in united states. *Social Work in Public Health*, 1-14. [[Link](#)]

- Walker, J. A. (2012). Early marriage in Africa—Trends, harmful effects and interventions. *African Journal of Reproductive Health*, 16(2), 231–240. [\[Link\]](#)
- Wodon, Q., Male, C., Nayihouba, A., Onagoruwa, A., Savadogo, A., Yedan, A., Kes, A., Neetu, J., Steinhaus, M., Murithi, L., Edmeades, J., & Petroni, S. (2018). Economic impacts of child marriage in ethiopia: Global Synthesis Report. Washington, D.C.: World Bank Group. [\[Link\]](#)
- Wodon, Q. (2015). Islamic Law, Women's Rights, and State Law: The Cases of Female Genital Cutting and Child Marriage. *The Review of Faith & International Affairs*, 13, 3, 81-91. [\[Link\]](#)
- Yakub, H. (2020). Child marriage: Parents' lived experience of decision-making processes and consequential health effects. Doctoral thesis of philosophy of public health. Walden University. [\[Link\]](#)
- Zarean, F., Sadri Damirchi, E., & Sheykholeslami, A. (2022). Effect of self-healing intervention program on psychological well-being and marital satisfaction of women victimized by domestic violence. *The American Journal of Family Therapy*, 1-19. [\[Link\]](#)