

مقایسه اثربخشی درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد و چشم‌انداز زمان بر اعتماد میان‌فردی، رغبت به ازدواج، ترس از صمیمیت و امیدواری در دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل شهر بندرعباس
ناهید عبادی‌سالاری^۱، کبری حاجی‌علیزاده^۲، اقبال زارعی^۳، کوروش محمدی^۴

Comparison the effectiveness of redecision and time perspective group therapy on interpersonal trust, desire for marriage, fear of intimacy and hope in untrusted female to the opposite sex in bandar abbas

Nahid Ebadi Salari¹, Kobra Haji Alizadeh², Eghbal Zarei³, Kourosh Mohammadi⁴

چکیده

زمینه: بی‌اعتمادی دختران به جنس مخالف از عواملی است که باعث به وجود آمدن مشکلاتی در زندگی دختران می‌شود. مسئله اینست، اثربخشی درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد و چشم‌انداز زمان بر متغیرهای مختلفی تأیید شده است، اما تأثیر این دو درمان بر اعتماد میان‌فردی، رغبت به ازدواج، ترس از صمیمیت و امیدواری در دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل مغفول واقع شده است. **هدف:** مقایسه اثربخشی درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد و چشم‌انداز زمان بر اعتماد میان‌فردی، رغبت به ازدواج، ترس از صمیمیت و امیدواری در دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل شهر بندرعباس بود. **روش:** پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل دختران مجرد بی‌اعتماد به جنس مقابل شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۷ بود. ۵۱ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش تصمیم‌گیری مجدد، آزمایش چشم‌انداز زمان و گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش عبارتند از: پرسشنامه‌های اعتماد در روابط میان‌فردی رمپل و هولمز (۱۹۸۶)، نسخه دانشجویی رغبت سنج ازدواج حیدری و همکاران (۱۳۸۲)، ترس از صمیمیت دسکانترو و تلن (۱۹۹۱)، امید میلر و پاورز (۱۹۸۸)، درمان تصمیم‌گیری مجدد کریمیان و همکاران (۱۳۹۵) و درمان چشم‌انداز زمان زیمباردو، اسورد و اسورد (۲۰۱۲). تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آنکوا انجام شد. **یافته‌ها:** درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد بر افزایش سطح قابلیت اعتماد ($p < 0/01$)، بر آمادگی به ازدواج ($p < 0/05$)، بر نگرش به ازدواج ($p < 0/05$)، بر امیدواری ($p < 0/01$) و بر کاهش سطح ترس از صمیمیت ($p < 0/01$) تأثیر داشت. همچنین درمان گروهی چشم‌انداز زمان بر افزایش سطح قابلیت اعتماد ($p < 0/01$)، بر آمادگی به ازدواج ($p = 0/05$)، بر نگرش به ازدواج ($p < 0/05$)، بر امیدواری ($p < 0/05$) و بر کاهش سطح ترس از صمیمیت ($p < 0/01$) تأثیر داشت. **نتیجه‌گیری:** درمان گروهی چشم‌انداز زمان تأثیر بیشتری نسبت به درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد بر مؤلفه‌های اعتماد میان‌فردی، مؤلفه‌های رغبت به ازدواج، ترس از صمیمیت و امیدواری داشت. **واژه کلیدیها:** درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد، درمان چشم‌انداز زمان، اعتماد میان‌فردی، رغبت به ازدواج، ترس از صمیمیت، امیدواری بی‌اعتمادی به جنس مقابل

Background: Girls' distrust of the opposite sex is one of the factors that causes problems in girls' lives. The problem is, the efficacy of group re-decision therapy and time perspective on various variables has been confirmed, but the effect of these two treatments on interpersonal trust, desire to marry, fear of intimacy, and hope in distrustful girls has been neglected. **Aims:** To compare the efficacy of group decision-making and time perspective on interpersonal trust, desire to marry, fear of intimacy and hope in distrustful girls in Bandar Abbas city. **Method:** This study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with control group. The statistical population included single mistrusted girls in Bandar Abbas city in 2018. 51 individuals were selected by convenience sampling and were randomly divided into three groups: re-decision experiment, time perspective test and control. Research instruments include: Relief Questionnaires in Rumble and Holmes Interpersonal Relationships (1986), Student Version of Heidari et al. Karimian et al. (2016) Re-decision Therapy and Zimbardo, Esworth & Asord (2012). Data analysis was performed using ANCOVA test. **Results:** Group therapy re-decision making on increasing confidence level ($p < 0/01$), on marital readiness ($p < 0/05$), on attitude to marriage ($p < 0/05$), $P < 0/05$, had a significant effect on hope ($p < 0/01$) and decreased level of fear of intimacy ($p < 0/01$). Also, group therapy of time perspective on increasing level of trust ($p < 0/01$), on marriage readiness ($p = 0/05$), on attitude to marriage ($p < 0/05$), on hope ($p < 0/05$) and The effect of fear reduction on intimacy was significant ($p < 0/01$). **Conclusions:** Students who participated in the teaching of spiritual intelligence based on Quranic teachings and the teaching of spiritual intelligence based on Bowl's view gained higher psychological well-being. **Key Words:** Re-decision group therapy, time perspective treatment, interpersonal trust, reluctance to marry, fear of intimacy, hope of mistrust

Corresponding Author: ph_alizadeh@yahoo.com

^۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

^۱. Ph.D Student General Psychology, Department of Psychology, Bandar Abbas branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

^۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران (نویسنده مسئول)

^۲. Associate professor, Department of Psychology, Bandar Abbas branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran (Corresponding Author)

^۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

^۳. Associate professor, Department of Psychology, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran

^۴. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

^۴. Associate professor, Department of Psychology, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran

مقدمه

انسان به عنوان موجودی اجتماعی نیازمند ارتباط^۱ با دیگران است. وجود روابط سالم بین فردی یکی از نشانه‌های سلامت روان است که موجب آرامش و آسایش می‌شود. ارتباط بین فردی یک تعامل گزینشی، ساخت‌دار و منحصربه‌فرد و روبه‌پیشرفت است که سازنده شناخت طرفین از یکدیگر و محصول این شناخت بوده که موجب خلق معانی مشترک بین آنها می‌شود؛ اما برای داشتن رابطه بین فردی سالم، وجود اعتماد^۲ عاملی بسیار ضروری است (یعقوبی، محقق، چگینی و محمدزاده، ۱۳۹۳). روابط بین فردی یک رابطه قوی، عمیق، نزدیک یا آشنایی بین دو یا چند نفر است که ممکن است در طول زمان از کوتاه تا پایدار برقرار باشد (وانگ، گائو، ما، ژو و دانگ، ۲۰۱۸). اعتماد بین فردی^۳ یکی از ضروری‌ترین حوزه‌ها در تعیین سلامت ارتباطی افراد باهمدیگر است. (زاک، گلد، ریکمن و لنی، ۱۹۹۸). اعتماد مهم‌ترین انگیزه‌ای است که افراد را به داشتن ارتباط دوسویه تشویق می‌کند. بسیاری از اندیشمندان، اعتماد را حسی می‌دانند که موجب تعاون و همکاری می‌شود و فقط در این حالت است که افراد در عین داشتن تفاوت‌ها، قادر به حل مشکلات خواهند بود (میرفردی و احمدی قارنایی، ۱۳۹۵). اعتماد در روابط روزمره انسان‌ها امری ضروری است چرا که توانایی تأثیر متقابل بر رفتار با دوستان، همکاران و یا حتی دشمنان را دارد (ماسی، وانگ و کینگ دان، ۲۰۱۸). ویلیامز (۲۰۱۴) اعتماد بین فردی را به عنوان ادراک فرد از عدم آسیب زدن دیگران به علائق شخصی و همچنین تمایل به پذیرش خطر یا آسیب‌پذیری بر اساس انتظار از رفتار دیگران تعریف می‌کند. از نظر وی، وقتی در مورد اعتماد صحبت می‌شود، دو نوع اعتماد وجود دارد: اعتماد کم و اعتماد بالا. اگر افرادی کم اعتماد باشند، تمایل به اعتماد داشتن به دیگران را ندارند تا زمانی که مدارک و شواهد روشنی داشته باشند تا بتوانند اعتماد کنند. از سوی دیگر، افرادی که تمایل زیادی دارند تا به دیگران اعتماد کنند به احتمال زیاد ممکن است فریب بخورند.

بعضی از اندیشمندان چون اریکسون (۱۹۹۳) دوران کودکی را مهم می‌شمارد و معتقد است که چگونگی رشد کودک و نحوه رفتار والدین می‌تواند زمینه‌ساز اعتماد یا بی‌اعتمادی فرد در آینده

باشد. بعضی پژوهش‌ها به تفاوت‌های جنسیتی و بیولوژیکی اشاره دارند. اندیشمندان دیگر نیز، تجربیات فرد، شرایط اقتصادی بر اساس پژوهشی، داشتن باورهایی در مورد وجود فساد و فحشا، دوستی‌های خیابانی، ترس از خیانت همسر، ارضاء نامشروع نیازهای جنسی و عدم پذیرش مسئولیت زندگی از نشانه‌های بی‌اعتمادی به جنس مقابل و در نتیجه کاهش میل و رغبت به ازدواج است (مقدس‌زاده اردبیلی، ۱۳۹۱). پژوهش بوچان، کراسون و سولنیک (۲۰۰۸) نشان داد که هرچند در مجموع زنان افراد قابل اعتمادتری محسوب می‌شوند و مردان اعتماد بیشتری نسبت به زنان دارند اما زنان از نظر اعتماد به دیگری در سطح پایین‌تری قرار دارند. این نتایج نشان می‌دهد که باید توجه بیشتری در زمینه اعتماد به جنس مؤنث مبذول شود.

ازدواج از مهم‌ترین مسائل در زندگی اجتماعی بشر است، از این رو، رغبت و نگرش به ازدواج به عنوان یک رابطه طولانی به شدت حائز اهمیت است، زیرا می‌تواند پیامدهای شادکامی، رضایت از زندگی، سلامت و بهزیستی روانی را در پی داشته و بر موفقیت یا شکست فرد تأثیر گذارد (هارتول، ارلیچ و لیز، ۲۰۱۴). رغبت به ازدواج، تمایل فرد به انتخاب همسر و به اشتراک گذاشتن اهداف، ویژگی‌ها، افکار و نگرش‌های خود با آگاهی از اثرات مثبت و منفی آن بر زندگی می‌باشد. (هاسلم و مونروسی، ۲۰۱۵). یکی از جنبه‌های بی‌اعتمادی که می‌تواند اثرات مخربی داشته باشد، پایین بودن اعتماد نسبت به جنس مقابل است که می‌تواند روابط دو جنس را تحت تأثیر قرار دهد و باعث کاهش ازدواج و صمیمیت بین آنها شود (کورینک، ۲۰۰۱). صمیمیت اشاره به توانایی فرد در به اشتراک گذاشتن خود واقعی با دیگران، از لحاظ نزدیک شدن و برقراری ارتباط می‌باشد. به عبارتی، صمیمیت را می‌توان بیان راحت و آزاد احساسات و افکار بدون ترس از تنبیه، طردشدن، تمسخر یا تحقیر تعریف کرد (نودال و سانکار، ۲۰۱۶)، و ترس از آن معمولاً یک اختلال اجتماعی و اضطرابی است که سبب مشکل برقراری روابط نزدیک با فرد دیگری می‌شود. می‌توان گفت این اختلال، ترس از نزدیک شدن عاطفی و جسمی به فرد دیگر است (لاورز، ادواردز و ثبرگ، ۲۰۱۷). بی‌اعتمادی در افراد خصوصاً در دختران سبک ارتباط آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۳)، موجب دوری گزینی از جنس مقابل و همچنین باعث می‌شود که فرد تمایلی به برقراری روابط صمیمانه نداشته باشد، یا به

1. relationship

2. trust

3. interpersonal trust

عبارتی دچار ترس از صمیمیت^۱ شود (رمپل، هولمز و زانا، ۱۹۸۵). صمیمیت شامل احساساتی است که نزدیکی، تماس و تعلق را ایجاد می‌کند (استرنبرگ، ۱۹۸۶) و افرادی که ترس از صمیمیت دارند دارای حالت‌های اضطرابی هستند که به صورت ناخودآگاه از نزدیکی و پیوند داشتن با دیگران هراس دارند (لاوسن و بروسارت، ۲۰۰۹). وجود چنین ترسی می‌تواند آسیب‌های متعددی به همراه داشته باشد و جدا از جلوگیری از شکل‌گیری ارتباط، می‌تواند پایه‌های ارتباط را نابود کند و روابط را به سمت نابودی پیش ببرد (ریس و گرینیر، ۲۰۰۴ و حیدری، کریمیان و سالاری، ۱۳۹۴). این حالت بی‌اعتمادی به جنس مقابل، افراد را نسبت به آینده هراسان می‌کند. افرادی که معتقدند اکثر افراد قابل اعتمادند، احتمال بیشتری دارد نسبت به آینده خوش‌بین‌تر باشند و امیدواری^۳ بیشتری برای تغییر و بهبود زندگی‌شان داشته باشند (سروش، ۱۳۹۱). امید درواقع به معنای انتظار خوب برای آینده است و شامل مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیر مختلف است (اشنایدر، راند و سیگمون، ۲۰۰۲). امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمندی را در برگیرد و با داشتن موانع چالش انگیز، احتمال دستیابی به آنها در میان مدت وجود داشته باشد، امید غیر ضروری است، جایی که مطمئن هستیم به هدف نخواهیم رسید، در این صورت نومید می‌شویم. طبق این مفهوم‌سازی، هیجان‌های مثبت و منفی محصول جنبی تفکر هدفمند و ناامیدی هستند (کار، ۱۳۸۵؛ به نقل از منصفی، احدی و حاتمی، ۱۳۹۷). ناامیدی که ناشی از بی‌اعتمادی به جنس مقابل است می‌تواند تأثیرات خودش را در دوری از جنس مقابل و همچنین بی‌میلی به ازدواج نشان دهد (پرزور، نریمانی، شجاعی و ابراهیمی، ۱۳۹۴).

بی‌اعتمادی بالا به جنس مقابل از اهمیت قابل توجهی برخوردار است، زیرا جامعه ایران، جامعه جوانی است که اکثراً هم در سن ازدواج قرار دارند و این مسأله می‌تواند صدمات مخربی بر پیکره جامعه وارد کند. وجود بی‌اعتمادی بالا در جوانان باعث مشکلاتی چون عدم میل و رغبت به ازدواج^۴، تردید نسبت به انتخاب همسر، ظن و گمان نسبت به همسر در طی زندگی مشترک و در پی آن باز

تولید بی‌اعتمادی در نسل بعد خواهد شد. متأسفانه عموم گزارش‌ها حاکی از افزایش بی‌اعتمادی در دو جنس نسبت به یکدیگر است (جمیلی و همکاران، ۱۳۹۱). نظریه‌ها و رویکردهای روانی سعی کرده‌اند به ارائه روان‌درمانی‌ها و آموزش‌های روانی به بهبود حالات انسانی کمک کنند. برخی از این رویکردها سابقه طولانی دارند و برخی تازه به حیطه روان‌درمانی و آموزش روانی وارد شده‌اند. یکی از این روان‌درمانی‌ها، درمان تصمیم‌گیری مجدد^۵ است که از زمره رویکردهای تلفیقی است که توسط گولدینگ و گولدینگ در سال (۱۹۷۹) پایه‌ریزی شده است. این افراد تحلیل تبدلی^۶ را با اصول و تکنیک‌هایی از رویکردهای مختلفی چون گشتالت درمانی^۷، خانواده‌درمانی^۸، نقش‌گذاری روانی^۹ و رفتاردرمانی^{۱۰} ترکیب کرده‌اند (کوری، ۲۰۰۹). فنون ارائه‌شده در این شیوه درمانی عمدتاً مربوط به گشتالت درمانی است درحالی‌که پیکره اصلی نظریه مطرح‌شده، همان اصول تحلیل تبدلی است (گولدینگ و گولدینگ، ۱۹۹۷؛ ترجمه براقی‌زاده، ۱۳۹۳). در این درمان بر مفاهیمی چون احکام، تصمیم‌های اولیه و تصمیم‌های جدید تأکید می‌شود. این روش درواقع شکلی از تحلیل تبدلی است که برای درک نحوه گسترش یادگیری دوران کودکی به بزرگسالی، چارچوب و قالب مفیدی ارائه می‌دهد و بر این فرض استوار است که بزرگسالان بر اساس فرض‌های گذشته که زمانی برای ارضای نیازهای حیاتی آنان مناسب بوده ولی اکنون دیگر ارزشمند نیست و کارایی ندارد، تصمیم‌گیری می‌کنند (کوری، ۲۰۰۱؛ ترجمه اعتمادی و هاشمی‌آذر، ۱۳۸۵). این باورها تا حدی شبیه طرحواره‌ها هستند که از دوران کودکی در ذهن فرد شکل گرفته‌اند و به او دستور می‌دهند که چه کاری انجام دهند و چگونه باشند. درمان‌جو پس از آگاهی در مورد این دستورات و مواجهه با آنها تصمیم می‌گیرند که چه بخواهند و چگونه باشند (کریمیان، زارعی، محمدی و کریستنسن، ۱۳۹۵). این روش درمانی در مواجهه با برخی مشکلات مانند هراس‌ها و حالت‌های اضطرابی به‌خوبی عمل می‌کند (گولدینگ و گولدینگ، ۱۹۹۷؛ ترجمه براقی‌زاده، ۱۳۹۳) و

5. redecision therapy

6. transactional analysis

7. gestalt therapy

8. family therapy

9. psychodrama

10. behavior therapy

1. fear of intimacy

2. Lawson & Brossart

3. hope

4. desire for marriage

می‌تواند برای حوزه‌های مختلفی نیز مورد استفاده قرار گیرد (آلن، ۲۰۱۰). بررسی تونیسن (۲۰۱۰) نشان می‌دهد که این روش درمانی می‌تواند در بهبود اختلال‌های شخصیت مؤثر واقع شود. پژوهش‌های دیگر نیز نشان می‌دهد که این روش درمانی می‌تواند موجب بهبودی در حوزه تعاملات بین فردی و زناشویی شود (رئیزی، محمدی، زارعی و نجارپوریان، ۱۳۹۷، کریمیان و همکاران، ۱۳۹۵).

یکی دیگر از روش‌های آموزش - درمانی که اخیراً وارد حوزه روانشناسی و روان درمانی شده و تحقیقات زیادی را به خود معطوف داشته، روش چشم‌انداز زمان^۱ است که اولین بار توسط زیملاردو مطرح شد و امید آن می‌رود که در حوزه آموزشی و روان درمانی بتواند تأثیرات قابل توجهی داشته باشد (زیملاردو و بوید، ۲۰۱۵). چشم‌انداز زمان اولین بار به صورت یک مفهوم روانشناختی مطرح شد اما کم‌کم با مفهوم‌بندی‌های بهتر و رشد آن، به محیط‌های بالینی نیز وارد شد (اسورد، اسورد، برونسکیل و زیملاردو، ۲۰۱۴). از نظر زیملاردو (۲۰۰۲) نوع جهت‌گیری روانشناختی افراد نسبت به زمان، در تبیین و پیش‌بینی رفتار آنها تأثیرگذار است. چشم‌انداز زمان بازتاب شیوه شناختی افراد برای ارتباط با گذشته، حال و آینده است؛ به طوری که بر تصمیم‌گیری و رفتار یا اقدامات متعاقب آن تأثیرگذار است (بوینول، ۲۰۰۵).

چشم‌انداز زمان باعث شکل دادن به اهدافمان می‌شود و این اهداف به نوبه خود، رفتار ما را تعیین می‌کند و نقش مهمی در شکل دادن به رفتار فعلی ما بازی می‌کند، به این صورت که با تعدیل نوع نگاه فرد یا در واقع با بهبود نوع جهت‌گیری فرد به گذشته، حال و آینده باعث می‌شد تا فرد انتخاب‌های معقولانه‌تر و سبک زندگی بهتر و سازگارانه‌تری در پیش بگیرد (زیملاردو، ۲۰۰۲). زیملاردو و بوید (۲۰۱۵) این مفهوم را به صورت پنج مؤلفه اصلی پیشنهاد کردند: این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: جهت‌گیری منفی نسبت به گذشته، جهت‌گیری مثبت نسبت به گذشته، جهت‌گیری متمرکز بر آینده، جهت‌گیری منفعل نسبت به زمان حال و جهت‌گیری لذت‌جویی از زمان حال. بر این اساس، بازتاب‌های گذشته منفی به صورت آسیب، درد و پشیمانی موجب جهت‌گیری منفی نسبت به گذشته شده و بازتاب‌های گذشته مثبت به شکل احساس خونگرمی و نگرش‌های عاطفی به سمت گذشته بازتاب می‌شوند. بازتاب‌های لذت‌جویی

در زمان حال شامل لذت‌جویی و گرایش‌های هیجان‌خواهی و تنوع‌طلبی است و فردی با چنین ویژگی‌هایی، اساساً در زمان حال زندگی کرده و تأمل، برنامه‌ریزی و نگرانی اندکی برای پیامد رفتارهایش دارد. بازتاب‌های حال منفعل نیز به صورت درماندگی، پذیرش افراطی شرایط و ناامیدی در زندگی آشکار می‌شود. سرانجام بعد آینده، شامل بازنمایی‌های ذهنی از پیامدهای آینده و اهمیت آنها، نگرانی، مسئولیت‌پذیری، برنامه‌ریزی و کوشش برای رسیدن به اهداف آینده و پاداش‌های آن است. درواقع، نوع چشم‌انداز افراد نسبت به زمان به شکلی پویا از یک سو بر قضاوت‌ها، تصمیم‌گیری‌ها و اعمال ما و از سوی دیگر بر انتظارات، اهداف، گمانه‌زنی‌ها و تصورات افراد اثر می‌گذارد. مثلاً فردی که چشم‌انداز مثبت نسبت به گذشته دارد، در تعبیر و پاسخ به حوادث امروز نیز مثبت‌تر عمل خواهد کرد (علیزاده‌فرد، محتشمی، حقیقت‌گو و زیملاردو، ۱۳۹۵). اگر روان درمانی به عنوان یک فرآیند جهت‌گیری مجدد ارزش برای بیمار در نظر گرفته شود، می‌تواند به عنوان یک مرحله‌ی مهم در کمک به مراجع برای ایجاد تعادل صحیح میان جهت‌گیری‌های گذشته، حال و آینده باشد. این تعادل زمانی در واقع تعادلی از مؤلفه‌های مثبت گذشته، حال و آینده در تجربه‌های فردی از زمان می‌باشد. ترکیب ایده‌آل از محدوده‌های زمانی که در چشم‌انداز زمان ترویج و تمرین داده شده است، گذشته مثبت و سطح متوسط از چشم‌انداز زمان حال لذت‌گرا، همراه با سطح بالا (اما نه خیلی زیاد) از آینده‌ی مثبت است. اعتقاد به حال و گذشته منفی را همیشه تا حد ممکن در ذهن فرد کاهش می‌دهد. با این وجود، اگر شرایطی به وجود آید که امنیت آنها و آینده مثبت چشم‌انداز زمان را کاهش دهند، فرد ممکن است به سطح قبل از عملکردهای خود برگردد. این کاملاً یک تسکین دهنده در مقابل یک رویکرد درمانی است که یکی از مؤلفه‌های کلیدی چشم‌انداز زمانی است (کازاکینا، ۲۰۱۳).

پژوهش اسورد و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که چشم‌انداز زمان می‌تواند اثر معناداری در بهبود اختلال استرس پس از آسیب داشته باشد. پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده‌اند که چشم‌انداز زمان می‌تواند با بسیاری از حوزه‌های فردی و میان فردی چون افسردگی و اضطراب (زیملاردو و بوید، ۲۰۱۵)، سلامت روانی (ون بک، برگیوس، کرخوف و بکمن، ۲۰۱۱) اعتیاد (داق‌رتی و براس، ۲۰۱۰)، شادکامی (ژانگ، هاول و استولارسکی، ۲۰۱۳) و رضایت از

1. time perspective

زندگی (شیپ، ادوارد و لامبرت، ۲۰۰۹) مرتبط باشد. می‌توان گفت براساس چشم‌انداز زمان، دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل براساس تجارب منفی که در کودکی داشته‌اند، جهت‌گیری منفی نسبت به گذشته اتخاذ کرده‌اند، نسبت به زمان حال جهت‌گیری منفعلانه دارند و چشم‌انداز و آینده بد و مخربی را با بودن در کنار جنس مقابل تصور می‌کنند (زیمباردو و بوید، ۲۰۱۵). براین اساس، این احتمال می‌رود که چشم‌انداز زمان می‌تواند با مداخله در این نوع جهت‌گیری‌ها، وضعیت درون‌فردی و بین‌فردی چنین دخترانی را بهبود بخشد. از جنبه نظری، تفاوتی که چشم‌انداز زمان با درمان تصمیم‌گیری مجدد دارد به نوع نگاه آنها به گذشته، حال و آینده مربوط می‌شود. درمان تصمیم‌گیری مجدد با الهام از نظریه تحلیل تبادلی عمدتاً نگاهی به گذشته و آنگاه تا حدی به حال فرد است (گولدینگ و گولدینگ، ۱۹۹۷؛ ترجمه براقی‌زاده، ۱۳۹۳). در حالی که چشم‌انداز زمان سعی دارد تا علاوه بر گذشته افراد، حال و آینده آنان را نیز به یک اندازه پوشش دهد (زیمباردو و بوید، ۲۰۱۵). در اجرا نیز، تصمیم‌گیری مجدد اصول و فنون زیادی را از رویکردهای مختلفی چون گشتالت درمانی، خانواده‌درمانی، نقش‌گذاری روانی و رفتاردرمانی به کار می‌گیرد (کوری، ۲۰۰۹)، در حالی که چشم‌انداز زمان تازه وارد محیط بالینی شده و از حیث فنون ضعیف است (اسورد و همکاران، ۲۰۱۴). رئیسی، محمدی، زارعی و نجارپوریان (۱۳۹۷)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان تصمیم‌گیری مجدد به یک اندازه در تغییر ماندگار سبک‌های ارتباطی زنان نقش مؤثری دارند. کریمیان، زارعی، محمدی و کریستنسن (۱۳۹۵)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دو درمان رفتاری التقاطی و تصمیم‌گیری مجدد در بهبود تعارض زناشویی زوجین و حفظ دستاوردهای درمانی حتی تا دو ماه پس از درمان موفق عمل کرده‌اند. شهرکی و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان چشم‌انداز زمان می‌تواند موجب کاهش افسردگی جانبازان شود. نتایج این اثربخشی تا دوره پیگیری همچنان برقرار بود. بابایی (۱۳۹۶)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان چشم‌انداز زمان بر افزایش رضایت از زندگی و کاهش اضطراب دانشجویان تأثیر معنی‌داری دارد. دویدی و راستوگی (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی چشم‌انداز زمان، امیدواری و رضایت از زندگی در بین جوانان پرداختند. جهت بررسی نتایج مدلی طراحی گردید که نتایج

آن نشان داد چشم‌انداز زمان رابطه مستقیم و معناداری با امیدواری در جوانان دارد. تونیس (۲۰۱۰)، در پژوهشی با عنوان «درمان تصمیم‌گیری مجدد بر اختلالات شخصیتی به این نتیجه رسید که درمان تصمیم‌گیری مجدد می‌تواند موجب بهبود اختلال شخصیتی شود. اسورد و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که چشم‌انداز زمان می‌تواند موجب بهبود اختلال استرس پس از ضربه شود.

به یک‌سخن، بی‌اعتمادی به جنس مقابل می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. با بررسی تعداد مقالات منتشرشده کاملاً مشخص است که حوزه اعتماد میان‌فردی و بی‌اعتمادی در دختران مجرد و تأثیر آن در بخش‌های مختلف زندگی آنان و روش‌هایی برای خارج شدن از آن مورد غفلت واقع شده است و جزء خلأهای پژوهشی است؛ بنابراین ضروری است که روش‌هایی برای بهبود آن مورد کنکاش، بررسی و آزمایش قرار گیرد. با توجه به مطالب عنوان شده، بدون شک وجود بی‌اعتمادی اثرات منفی و مخربی بر جای می‌گذارد و نمی‌توان این‌گونه اثرات را نادیده گرفت یا آنان را کم‌ارزش جلوه داد. با توجه به این تأثیرات و شواهد کافی از اثرات آن در جامعه، آیا نباید در حوزه اعتماد به جنس مقابل پژوهش‌های فروان و موثقی صورت گیرد؟ جواب مثبت است اما متأسفانه جستجوهای اینترنتی و کتابخانه‌ای نشان می‌دهد که پژوهش‌های اندکی در این زمینه صورت گرفته است و به‌جز چند پژوهش همبستگی (جمیلی و همکاران، ۱۳۹۱)، هیچ‌گونه پژوهشی در داخل به دنبال بررسی و یافتن روش‌هایی در جهت بهبود آن صورت نگرفته است. از این‌رو، از یک‌سو به علت تأثیراتی مخربی که بی‌اعتمادی به جنس مقابل می‌تواند در دختران داشته باشد و از سوی دیگر به علت عدم پژوهش در بررسی اثرات این دو روش آموزشی - درمانی در این حوزه، پژوهش حاضر در پی این مسأله خواهد بود. دو تا از روش‌های آموزشی - درمانی که اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و امید به نتایج مثبت آن می‌رود روان‌درمانی تصمیم‌گیری مجدد (گولدینگ و گولدینگ، ۱۹۹۷؛ ترجمه براقی‌زاده، ۱۳۹۳) و چشم‌انداز زمان (زیمباردو و بوید، ۲۰۱۵) است که در حوزه‌های مختلفی اثربخشی آنها مورد تأیید قرار گرفته است (تونیس، ۲۰۱۰، اسورد و همکاران، ۲۰۱۴، رئیسی و همکاران، ۱۳۹۷، کریمیان و همکاران، ۱۳۹۵، شهرکی، اصغرنژاد فرید، فکور و سپاه‌منصور، ۱۳۹۶ و بابایی، ۱۳۹۶). بنابراین

بی‌اعتمادی، عدم ابتلا به اختلال‌های روانی، سکونت در شهر بندرعباس، تمایل به حضور در تمامی جلسات و عدم استفاده از دیگر خدمات روان‌درمانی و مشاوره در طول جلسات آموزش بود. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای گروه گواه بعد از پژوهش جلسات درمانگری گذاشته شد و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. بعد از دریافت مجوزهای لازم، به کلینیک‌های روانشناسی شهر بندرعباس مراجعه شد. سپس از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک، افرادی که مایل به شرکت در این دوره بودند از طریق آزمون و بر اساس ملاک‌های ورود که ذکر آن رفت، افراد واجد شرایط انتخاب شدند و فرم رضایت آگاهانه جهت حضور در دوره درمانی از آنها اخذ شد. پس از نمونه‌گیری و قرار دادن آنها در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، گروه آزمایش اول تحت درمان تصمیم‌گیری مجدد بر اساس دستورالعمل کریمیان و همکاران (۱۳۹۵) و گروه آزمایش دوم تحت درمان چشم‌انداز زمان بر اساس دستورالعمل زیباردو، اسورد و اسورد (۲۰۱۲) مورد درمان قرار گرفتند. نمونه‌هایی که در گروه آزمایش تحت درمان تصمیم‌گیری مجدد قرار گرفتند درمان مربوطه را طی ۹ جلسه آموزش ۲ ساعته و نمونه‌هایی که در گروه آزمایش تحت درمان چشم‌انداز زمان قرار گرفتند درمان مربوطه را طی ۸ جلسه آموزش ۲ ساعته به صورت هفته‌ای یک جلسه دریافت کردند. داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری و در نهایت با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۱ و AMOS نسخه ۲۱ با آزمون مانکوا و آنکوا به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد.

ابزار

پرسشنامه اعتماد در روابط میان‌فردی (ITQ)^۱: این پرسشنامه توسط رمپل و هولمز در سال (۱۹۸۵) ساخته و سال ۱۹۸۶ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این ابزار دارای ۱۸ عبارت و ۳ مؤلفه پیش‌بینی‌پذیری^۲، قابلیت اعتماد^۳ و وفاداری^۴ است و آزمودنی باید در یک طیف لیکرتی ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نظر خود را مشخص کند. نمرات کم در این پرسشنامه به معنای اعتماد کم و نمرات زیاد به معنای اعتماد بیشتر است. در پژوهش زارعی، فرحبخش و اسمعیلی (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ این

پژوهش حاضر، از یک سو به علت یافتن روش‌هایی برای بهبود بی‌اعتمادی به جنس مقابل و اثرات همراه آن و از سوی دیگر به علت بررسی اثربخشی این دو روش و مقایسه میزان اثربخشی آنها بر روی دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل صورت گرفته است تا حداقل قدم‌های کوچک و مثبتی در این حوزه برداشته شود. نهایتاً باید گفت که بی‌اعتمادی به جنس مقابل بر اساس پژوهش‌ها و داده‌های حاصل از مشاهده و گفتگو با دیگران به شدت در حال فزونی گرفتن است و متأسفانه این وضعیت در دختران بیشتر از پسران است. این حالت می‌تواند تأثیرات بد و مخربی بر سلامت درون‌فردی و بین‌فردی دختران داشته باشد. لذا هدف پژوهش پاسخ گویی به این سؤال است، آیا بین اثربخشی درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد و چشم‌انداز زمان بر اعتماد میان‌فردی، رغبت به ازدواج، ترس از صمیمت و امیدواری در دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دختران مجرد بی‌اعتماد به جنس مقابل شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه آماری از بین کلیه افرادی که به کلینیک‌های روانشناسی شهر بندرعباس با غربالگری توسط پرسشنامه اعتماد در روابط میان‌فردی (ITQ) مشخص شد. از بین این افراد که مجموعاً ۷۶ نفر بودند ۵۱ نفر بر اساس ملاک‌های ورود به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی، ۱۷ نفر در گروه آزمایش تحت درمان تصمیم‌گیری مجدد، ۱۷ نفر در گروه آزمایش تحت درمان چشم‌انداز زمان و ۱۷ نفر در گروه کنترل قرار گرفت (جامعه آماری اصلی ۴۵ نفر بود و در هر گروه ۲ نفر به منظور مقابله با ریزش اضافه شده‌اند و در پایان کار در صورت ریزش یا عدم ریزش تحلیل بر روی ۴۵ نفر انجام شد). ملاک‌های ورود شامل قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، داشتن بی‌اعتمادی به جنس مقابل بر اساس اعتماد در روابط میان‌فردی (ITQ)، عدم ابتلا به اختلال‌های روانی، سکونت در شهر بندرعباس، تمایل به حضور در تمامی جلسات و عدم استفاده از دیگر خدمات روان‌درمانی و مشاوره در طول جلسات آموزش بود. همچنین قابل ذکر است که ملاک‌های ورود شامل قرار گرفتن در محدوده سنی، داشتن بی‌اعتمادی به جنس مقابل بر اساس پرسشنامه محقق ساخته

1. Interpersonal Trust Questionnaire

2. Predictability

3. Dependability

4. Faith

پرسشنامه ۰/۸۲ و ضریب روایی آن ۰/۸۴ به دست آمد. در پژوهش اکبری بورنگ و قوامی راد (۱۳۹۴) بعد از تأیید روایی محتوایی، ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۱ گزارش شده است.

پرسشنامه رغبت‌سنج ازدواج، نسخه دانشجویی (پرساد): این پرسشنامه توسط حیدری، مظاهری و پور اعتماد (۱۳۸۲) ساخته شده و دارای ۲۴ سؤال شامل ۲۳ سؤال ۵ گزینه‌ای و یک سؤال اضافی برای سن طلایی ازدواج است. این پرسشنامه بر روی ۷۷۹ نفر اجرا و با استفاده از تحلیل عوامل و با روش چرخشی از نوع واریماکس، چهار عامل برای آن مشخص شد که این عوامل همگی از مقدار ویژه بیش از ۱ برخوردار بودند. این چهار عامل عبارت است از ۱. بازخورد نسبت به ازدواج، ۲. آمادگی و تمایل برای ازدواج، ۳. نگرش نسبت به پیامدهای ازدواج و ۴. موانع ازدواج. روایی محتوای آن توسط متخصصان تأیید و اعتبار آن از طریق باز آزمایی ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ محاسبه شده است.

مقیاس ترس از صمیمیت (FIS)^۱: مقیاس ترس از صمیمیت یک مقیاس ۳۵ آیتی خودگزارشی است. دسکاتر و تلن^۲ (۱۹۹۱) این مقیاس را به منظور سنجش اضطراب‌های مربوط به روابط نزدیک تهیه کردند، خواه افراد در یک رابطه عاشقانه درگیر باشند یا خیر. همچنین این مقیاس ترس افراد را در دامنه وسیعی از موقعیت‌ها و روابط بین شخصی آشکار می‌سازد. نمره‌گذاری این مقیاس در طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از اصلاً این‌طور نیستم (۱ نمره) تا کاملاً این‌طور هستم (۵ نمره) قرار داد و نمرات بیشتر به معنای ترس بیشتر است. دسکاتر و تلن برای تعیین پایایی و روایی این مقیاس از روایی سازه و روایی افتراقی استفاده کردند. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۳ و پایایی باز آزمایی آن ۰/۸۹ بود. بشارت (۱۳۸۳) در هنجاریابی داخلی، بعد از تأیید روایی محتوایی، ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۱ و پایایی باز آزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش کرده است (بشارت، ۱۳۹۱).

مقیاس امید میلر (MHS)^۳: یا پرسشنامه امیدواری میلر که در سال ۱۹۸۸ توسط میلر و پاورز^۴ ساخته شد. پرسشنامه اولیه دارای ۴۰ سؤال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سؤال افزایش یافت. هدف

این پرسشنامه، سنجش میزان امیدواری در افراد است. این پرسشنامه در طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه امید میلر (MHS) به این صورت است که ابتدا باید در هر ماده به پاسخ بسیار مخالف نمره ۱، مخالف نمره ۲، بی تفاوت نمره ۳، موافق نمره ۴ و بسیار موافق نمره ۵ بدهید. ۱۴ ماده نیز به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. با توجه به اینکه این پرسشنامه زیرمقیاس ندارد، در پایان تمامی ماده‌ها را جمع کرده و نمره کل را به دست می‌آوریم. نمره هر فرد بین ۴۸ تا ۲۴۰ خواهد بود. این پرسشنامه نمره برش نیز ندارد و هر چه نمره فرد بالاتر باشد امیدواری بیشتری دارد. میلر و پاورز (۱۹۸۸) بعد از تأیید روایی صورتی، پایایی آن را بالای ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. قنبریان، پرموز و رجب‌زاده (۱۳۹۵) در بررسی هنجاریابی داخلی، بعد از تأیید روایی محتوایی، پایایی آن را با دو روش ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه چشم‌انداز زمان زیمباردو (ZTPI)^۵: این پرسشنامه توسط زیمباردو و بوید (۱۹۹۹) تهیه شد. این ابزار دارای ۶۶ گویه است که به منظور ارزیابی چشم‌انداز زمان در افراد بکار می‌رود و پنج مؤلفه گذشته منفی، گذشته مثبت، حال لذت‌گرایانه، حال منفعل یا قضا و قدری و همچنین آینده را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «بسیار نادرست»، «نادرست»، «بی تفاوت»، «درست» و «بسیار درست» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. زیمباردو و بوید (۱۹۹۹) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای مؤلفه‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش تقی‌لو و لطیفی (۱۳۹۵) ضمن تأیید روایی محتوایی و همگرایی، ضریب آلفای کرونباخ آن برای مؤلفه‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۷۰، ۰/۶۹ و ۰/۷۱ گزارش شده است.

1. Fear of Intimacy Scale

2. Descutner & Thelen

3. Miller Hope Scale

4. Miller & Powers

5. Zimbardo Time Perspective Inventory

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان تصمیم‌گیری مجدد	
جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه با شرکت‌کنندگان، برقراری ارتباط، معرفی قوانین، بحث در مورد بی‌اعتمادی و اثرات آن، ترس از صمیمی شدن، بی‌رغبتی به ازدواج و نقش امیدواری.
دوم	مرور جلسه گذشته، آشنایی با رویکرد تصمیم‌گیری مجدد، آشنایی با ساختار شخصیت یا حالات من (والد - بالغ - کودک)، آشنایی اعضای با فرآیند شکل‌گیری شخصیت از دیدگاه برن و آشنایی با اصول گشتالتی، ارائه تکلیف
سوم	مرور جلسه گذشته، توضیح رویکرد تصمیم‌گیری مجدد و نام بردن از مؤلفه‌های آن (بازدارنده‌ها، تصمیمات و تنگناها)، آشنایی با بازدارنده‌ها و سوق‌دهنده‌ها، آشنایی با تصمیماتی (نمایشنامه‌های زندگی) که در نتیجه بازدارنده‌ها و سوق‌دهنده‌ها اتخاذ می‌شوند، ارائه تکلیف
چهارم	مرور جلسه گذشته، آموزش طریقه کشف نمایشنامه‌های زندگی، آشنایی با مفهوم و انواع نوازش، آشنایی با مفهوم تک‌نوازشی و اقتصاد نوازش، ارائه تکلیف
پنجم	مرور جلسه گذشته، توضیح در مورد عقد قرارداد، گفتگو در رابطه با مسئولیت شخصی با تک‌تک اعضای و بستن قرارداد با آنها، ارائه تکلیف
ششم	مرور جلسه گذشته، شناسایی قواعد خانوادگی و بایدها و نبایدها با استفاده از تکنیک‌های شناختی (جدال شناختی، مباحثه، پرسش‌های سقراط ...) برای درک تصمیم‌های اولیه، ارائه تکلیف
هفتم	مرور جلسه گذشته، کار بر روی تصمیم‌های اولیه به کمک روش‌های گشتالت درمانی (ایفای نقش، وارونگی نقش و صندلی خالی) برای بازسازی مجدد صحنه‌هایی که از گذشته به ذهن اعضای می‌رسد، ارائه تکلیف
هشتم	مرور جلسه گذشته، به بحث گذاشتن پرسش‌های بازنگری در تصمیم‌ها آیا شما مایلید برخی از تصمیم‌های اولیه خود را مورد بازنگری قرار دهید؟ آیا این تصمیمات هنوز هم برای شما مفید هستند؟ چه تصمیمات جدیدی را می‌خواهید اتخاذ کنید؟ ارائه تکلیف.
نهم	انجام سؤال و جواب، مصاحبه با شرکت‌کننده‌های در طرح مبنی بر اثربخشی درمان در زندگی شخصی، دریافت بازخورد، اجرای پس‌آزمون و خداحافظی.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان چشم‌انداز زمان	
جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه با شرکت‌کنندگان، برقراری ارتباط، معرفی قوانین، بحث در مورد بی‌اعتمادی و اثرات آن، ترس از صمیمی شدن، بی‌رغبتی به ازدواج و نقش امیدواری.
دوم	مرور جلسه گذشته، آشنایی با رویکرد چشم‌انداز زمان و بررسی مباحث اصلی، ارائه تکلیف
سوم	مرور جلسه گذشته، انجام مقیاس دیدگاه زمانی زیباردو (ZTPI) و آزمون‌های روانشناختی و بحث در مورد آنها، ارائه تکلیف
چهارم	مرور جلسه گذشته، بحث و بررسی گذشته: گذشته منفی به گذشته مثبت، چگونگی تأثیرگذاری آن، عواطف و هیجانات و باورها و رفتاری‌های مرتبط با آن، ارائه تکلیف
پنجم	مرور جلسه گذشته، بحث و بررسی حال: مقدرنگری / لذت‌جویی حال به لذت‌جویی منتخب حال، چگونگی تأثیرگذاری آن، عواطف و هیجانات و باورها و رفتاری‌های مرتبط با آن، ارائه تکلیف
ششم	مرور جلسه گذشته، بحث و بررسی آینده: مقدرنگری آینده به مثبت‌نگری آینده، چگونگی تأثیرگذاری آن، عواطف و هیجانات و باورها و رفتاری‌های مرتبط با آن، ارائه تکلیف
هفتم	مرور جلسه گذشته، مرور متعادل دیدگاه‌های زمانی، ارائه تکلیف
هشتم	انجام سؤال و جواب، مصاحبه با شرکت‌کننده‌های در طرح مبنی بر اثربخشی درمان در زندگی شخصی، دریافت بازخورد، اجرای پس‌آزمون و خداحافظی.

یافته‌ها

میانگین امیدواری در گروه درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد

و درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون بیشتر است.

میانگین ترس از صمیمیت در گروه درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد و درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان در پس‌آزمون نسبت

به پیش‌آزمون کمتر است.

جدول ۳. آمار توصیفی نمره‌های ترس از صمیمیت به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش					
متغیر	گروه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین
درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد	پیش‌آزمون	۱۵	۷۸	۱۰۸	۹۹/۰۷
	پس‌آزمون	۱۵	۵۸	۷۶	۶۳/۲۷
ترس از صمیمیت	پیش‌آزمون	۱۵	۶۵	۱۰۸	۹۳/۸۰
	پس‌آزمون	۱۵	۵۱	۱۰۱	۶۵/۲۷
گواه	پیش‌آزمون	۱۵	۸۰	۱۰۵	۹۳/۶۷
	پس‌آزمون	۱۵	۷۸	۱۲۳	۹۵/۱۳

جدول ۴. آمار توصیفی نمره‌های امیدواری به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش						
متغیر	گروه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
امیدواری	درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد	پیش‌آزمون	۱۲۲	۱۸۰	۱۶۱/۸۷	۱۷/۰۴
		پس‌آزمون	۱۵۸	۱۸۹	۱۷۴/۱۳	۸/۵۶
	درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	۱۴۵	۲۰۷	۱۶۹/۱۳	۱۶/۴۴
		پس‌آزمون	۱۵۶	۱۹۴	۱۷۳/۵۳	۱۰/۹۰
	گواه	پیش‌آزمون	۱۲۶	۱۹۱	۱۶۲/۴۷	۲۰/۵۹
		پس‌آزمون	۱۲۹	۱۹۱	۱۶۳/۸۷	۲۰/۲۷

جدول ۵. آمار توصیفی نمره‌های اعتماد میان‌فردی به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش						
متغیر	گروه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
اعتماد در روابط میان‌فردی	درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد	پیش‌آزمون	۵۱	۹۶	۷۷/۸۰	۱۴/۱۸
		پس‌آزمون	۷۳	۹۳	۸۴/۶۷	۶/۴۲
	درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	۵۲	۹۵	۷۷/۶۷	۱۱/۰۳
		پس‌آزمون	۷۹	۸۸	۸۴/۰۷	۲/۸۹
	گواه	پیش‌آزمون	۶۰	۱۰۱	۷۹/۲۰	۱۲/۴۱
		پس‌آزمون	۶۰	۱۰۳	۷۴/۸۷	۱۳/۰۱
وفاداری	درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد	پیش‌آزمون	۲۲	۴۴	۳۶/۸۰	۶/۹۲
		پس‌آزمون	۳۰	۴۴	۳۸/۱۳	۴/۰۳
	درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	۳۰	۴۷	۳۷/۱۳	۴/۹۳
		پس‌آزمون	۳۲	۴۱	۳۶/۴۰	۲/۷۲
	گواه	پیش‌آزمون	۲۶	۵۰	۳۸/۹۳	۶/۸۸
		پس‌آزمون	۲۴	۴۸	۳۶/۰۷	۸/۰۱
قابلیت اعتماد	درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد	پیش‌آزمون	۱۲	۲۷	۲۱/۵۳	۴/۵۳
		پس‌آزمون	۲۲	۲۸	۲۵/۱۳	۲/۲۹
	درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	۸	۳۵	۲۱/۶۷	۶/۳۳
		پس‌آزمون	۲۳	۳۱	۲۶/۶۷	۲/۷۷
	گواه	پیش‌آزمون	۱۱	۲۹	۲۱/۰۷	۵/۲۶
		پس‌آزمون	۱۸	۲۴	۲۰/۲۰	۲/۱۴
پیش‌بینی‌پذیری	درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد	پیش‌آزمون	۱۳	۲۶	۱۹/۴۷	۴/۲۹
		پس‌آزمون	۱۶	۲۶	۲۱/۴۰	۲/۶۱
	درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	۱۳	۲۵	۱۸/۸۷	۳/۸۰
		پس‌آزمون	۱۷	۲۶	۲۰/۲۷	۲/۸۴
	گواه	پیش‌آزمون	۱۲	۲۶	۱۹/۲۰	۴/۰۴
		پس‌آزمون	۱۴	۲۶	۱۹/۰۰	۴/۲۸

مجدد و درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون بیشتر است. میانگین آمادگی و تمایل برای ازدواج در گروه درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد و درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون بیشتر است. میانگین نگرش نسبت به پیامدهای ازدواج در گروه درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد و درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون بیشتر است. میانگین موانع ازدواج در گروه درمان

میانگین اعتماد میان‌فردی در گروه درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد و درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون بیشتر است.

با توجه به داده‌های جدول ۶، میانگین رغبت به ازدواج در گروه درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد و درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون بیشتر است. میانگین بازخورد نسبت به ازدواج در گروه درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری

مجدد و درمان مبتنی بر چشم انداز زمان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون بیشتر است. میانگین دیدگاه زمانی گذشته مثبت در گروه درمان مبتنی بر تصمیم گیری مجدد و درمان مبتنی بر چشم انداز زمان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون بیشتر است. میانگین حال معتقد به سرنوشت در گروه درمان مبتنی بر تصمیم گیری مجدد و درمان مبتنی بر چشم انداز زمان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون بیشتر است.

مبتنی بر تصمیم گیری مجدد و درمان مبتنی بر چشم انداز زمان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون بیشتر است.

میانگین حال - لذت گرا در گروه درمان مبتنی بر تصمیم گیری مجدد و درمان مبتنی بر چشم انداز زمان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون بیشتر است. میانگین دیدگاه زمانی گذشته - منفی در گروه درمان مبتنی بر تصمیم گیری مجدد و درمان مبتنی بر چشم انداز زمان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کمتر است. میانگین دیدگاه زمانی متعالی - آینده در گروه درمان مبتنی بر تصمیم گیری

جدول ۶. آمار توصیفی نمره های رغبت به ازدواج به تفکیک پیش آزمون، پس آزمون گروه کنترل و آزمایش						
متغیر	گروه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
پس آزمون	درمان مبتنی بر تصمیم گیری مجدد	۱۵	۵۳	۷۸	۶۶/۸۰	۶/۹۱
		۱۵	۶۲	۷۶	۶۹/۳۳	۳/۶۴
		۱۵	۵۶	۷۴	۶۵/۱۳	۵/۵۴
		۱۵	۶۲	۸۰	۷۱/۲۰	۵/۶۸
پس آزمون	درمان مبتنی بر چشم انداز زمان	۱۵	۵۹	۷۲	۶۵/۷۳	۴/۳۷
		۱۵	۵۲	۸۰	۶۷/۵۳	۷/۶۶
		۱۵	۱۳	۳۵	۲۱/۸۰	۵/۵۲
		۱۵	۲۰	۲۴	۲۲/۴۰	۱/۳۰
پس آزمون	درمان مبتنی بر تصمیم گیری مجدد	۱۵	۱۸	۲۴	۲۰/۵۳	۲/۰۰
		۱۵	۱۸	۲۹	۲۳/۲۷	۳/۷۵
		۱۵	۱۷	۲۴	۲۰/۵۳	۲/۲۹
		۱۵	۱۹	۲۷	۲۲/۰۰	۲/۶۷
پس آزمون	درمان مبتنی بر چشم انداز زمان	۱۵	۱۱	۲۰	۱۵/۶۷	۲/۷۹
		۱۵	۱۳	۱۹	۱۷/۰۰	۱/۹۳
		۱۵	۱۳	۱۷	۱۵/۰۷	۱/۲۸
		۱۵	۱۳	۱۹	۱۶/۹۳	۱/۹۴
پس آزمون	درمان مبتنی بر تصمیم گیری مجدد	۱۵	۱۲	۱۸	۱۵/۰۰	۱/۷۳
		۱۵	۱۱	۱۹	۱۵/۲۷	۲/۵۵
		۱۵	۱۶	۲۷	۲۰/۳۳	۳/۰۹
		۱۵	۱۸	۲۵	۲۳/۰۷	۲/۵۲
پس آزمون	درمان مبتنی بر چشم انداز زمان	۱۵	۱۶	۲۸	۲۰/۳۳	۳/۴۶
		۱۵	۱۹	۲۶	۲۲/۸۷	۲/۳۶
		۱۵	۱۸	۲۶	۲۱/۶۰	۲/۲۹
		۱۵	۱۷	۲۳	۲۰/۶۰	۱/۹۹
پس آزمون	درمان مبتنی بر تصمیم گیری مجدد	۱۵	۶	۱۲	۹/۰۰	۱/۶۰
		۱۵	۹	۱۲	۱۰/۵۳	۰/۹۲
		۱۵	۷	۱۲	۸/۴۷	۱/۵۵
		۱۵	۸	۱۰	۹/۲۷	۰/۸۰
پس آزمون	درمان مبتنی بر چشم انداز زمان	۱۵	۷	۱۲	۹/۲۰	۱/۶۶
		۱۵	۶	۱۵	۹/۵۳	۲/۵۶

جدول ۷. آمار توصیفی نمره‌های چشم‌انداز زمان به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش					
متغیر	گروه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین
درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد	پیش‌آزمون	۱۵	۴۰	۵۳	۴۶/۸۷
	پس‌آزمون	۱۵	۵۸	۶۴	۶۱/۴۷
	انحراف استاندارد				۴/۲۱
درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	۱۵	۴۰	۵۷	۴۸/۰۰
	پس‌آزمون	۱۵	۶۱	۶۳	۶۲/۲۰
	انحراف استاندارد				۰/۶۸
گواه	پیش‌آزمون	۱۵	۳۴	۵۸	۴۵/۰۷
	پس‌آزمون	۱۵	۲۷	۴۴	۳۵/۴۰
	انحراف استاندارد				۷/۱۶
درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد	پیش‌آزمون	۱۵	۳۴	۴۳	۳۸/۶۷
	پس‌آزمون	۱۵	۵۸	۶۳	۵۹/۹۳
	انحراف استاندارد				۳/۰۴
دیدگاه زمانی آینده	پیش‌آزمون	۱۵	۲۹	۵۶	۴۱/۱۳
	پس‌آزمون	۱۵	۵۵	۶۳	۵۹/۲۷
	انحراف استاندارد				۷/۵۵
گواه	پیش‌آزمون	۱۵	۲۷	۴۴	۳۶/۹۳
	پس‌آزمون	۱۵	۲۸	۴۶	۳۸/۵۳
	انحراف استاندارد				۵/۸۸
درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد	پیش‌آزمون	۱۵	۳۸	۴۶	۴۱/۲۰
	پس‌آزمون	۱۵	۳۵	۴۳	۳۸/۸۰
	انحراف استاندارد				۳/۰۰
دیدگاه زمانی گذشته - منفی	پیش‌آزمون	۱۵	۳۸	۴۳	۴۰/۲۰
	پس‌آزمون	۱۵	۳۵	۴۱	۳۷/۶۷
	انحراف استاندارد				۱/۵۷
گواه	پیش‌آزمون	۱۵	۳۶	۴۵	۴۱/۰۷
	پس‌آزمون	۱۵	۳۶	۴۶	۴۲/۱۳
	انحراف استاندارد				۳/۰۴
درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد	پیش‌آزمون	۱۵	۲۷	۳۳	۲۹/۶۷
	پس‌آزمون	۱۵	۴۱	۴۳	۴۱/۷۳
	انحراف استاندارد				۱/۶۳
دیدگاه زمانی متعالی - آینده	پیش‌آزمون	۱۵	۲۳	۳۷	۳۱/۲۰
	پس‌آزمون	۱۵	۳۸	۴۳	۴۱/۰۰
	انحراف استاندارد				۳/۸۶
گواه	پیش‌آزمون	۱۵	۲۹	۳۴	۳۱/۱۳
	پس‌آزمون	۱۵	۲۶	۳۶	۳۱/۶۷
	انحراف استاندارد				۱/۷۷
درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد	پیش‌آزمون	۱۵	۲۴	۳۲	۲۸/۹۳
	پس‌آزمون	۱۵	۳۶	۴۰	۳۷/۸۷
	انحراف استاندارد				۲/۹۴
دیدگاه زمانی گذشته مثبت	پیش‌آزمون	۱۵	۲۲	۳۸	۲۸/۶۰
	پس‌آزمون	۱۵	۳۴	۴۰	۳۷/۵۳
	انحراف استاندارد				۵/۰۸
گواه	پیش‌آزمون	۱۵	۲۵	۳۷	۲۹/۴۷
	پس‌آزمون	۱۵	۱۱	۳۹	۲۸/۰۷
	انحراف استاندارد				۷/۳۴
درمان مبتنی بر تصمیم‌گیری مجدد	پیش‌آزمون	۱۵	۳۲	۴۲	۳۶/۴۰
	پس‌آزمون	۱۵	۳۵	۴۵	۳۹/۹۳
	انحراف استاندارد				۳/۲۹
درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	۱۵	۲۵	۴۴	۳۴/۰۷
	پس‌آزمون	۱۵	۳۶	۴۲	۳۹/۰۰
	انحراف استاندارد				۶/۲۲
گواه	پیش‌آزمون	۱۵	۳۴	۵۳	۴۴/۱۳
	پس‌آزمون	۱۵	۲۷	۴۴	۳۵/۴۷
	انحراف استاندارد				۵/۴۰

گیری مجدد بر قابلیت اعتماد دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل تا مرحله پس‌آزمون به میزان ۵۶ درصد ($p < ۰/۰۱$) مؤثر بوده است. با توجه به میانگین‌های گزارش شده، قابلیت اعتماد در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۳/۵ واحد افزایش داشته است، همچنان نسبت به پیش‌آزمون ۵/۶ واحد افزایش دارد.

نتایج تحلیل در جدول ۸ نشان می‌دهد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین قابلیت اعتماد در مرحله پس‌آزمون برابر با ($F_{(۱ و ۲۵)} = ۳۱/۶۷$) و در مرحله پیگیری برابر با ($F_{(۱ و ۲۵)} = ۳۲/۵۳$) محاسبه شده است. سطح معناداری برای این متغیر در پس‌آزمون برابر با ($\alpha = ۰/۰۰۱$) آمده است؛ بنابراین درمان گروهی تصمیم‌

برای این متغیر در پس آزمون برابر با ($\alpha = 0/005$) آمده است؛ بنابراین درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد بر نگرش به ازدواج دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل در مرحله پس آزمون به میزان ۲۸ درصد ($p < 0/01$) مؤثر بوده است. با توجه به میانگین‌های گزارش شده، آمادگی به ازدواج در پس آزمون نسبت به پیش آزمون ۱/۳۳ واحد افزایش داشته است. نگرش نسبت به پیامدهای ازدواج، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون ۲/۷۴ واحد افزایش داشته است؛ همچنان نسبت به پیش آزمون ۰/۸ افزایش داشته است.

نتایج تحلیل در جدول ۹ نشان داد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین آمادگی به ازدواج برابر با ($F_{(1, 24)} = 1/02$) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ($\alpha = 0/029$) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۵ کمتر است؛ بنابراین درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد بر آمادگی به ازدواج دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل تا مرحله پس آزمون به میزان ۱۸ درصد مؤثر بوده است ($p = 0/05$)، همچنین، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین نگرش به ازدواج در مرحله پس آزمون برابر با ($F_{(1, 24)} = 9/63$) محاسبه شده است. سطح معناداری

جدول ۸. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات اعتماد بین فردی

منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	ضریب اتا
پس آزمون وفاداری	۷۰/۰۶۹	۱	۷۰/۰۶۹	۲/۰۷	۰/۱۶۳	۰/۰۷۶
گروه	۱۵۲/۳۸۰	۱	۱۵۲/۳۸۰	۳۲/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۵۶۵
پس آزمون پیش‌بینی پذیری	۵۱/۰۵۱	۱	۵۱/۰۵۱	۳/۹۳	۰/۰۵۹	۰/۱۳۶
پس آزمون وفاداری	۸۴۸/۲۵۳	۲۵	۳۳/۹۳۰	-	-	-
خطا	۱۱۷/۰۹۸	۲۵	۴/۶۸۴	-	-	-
پس آزمون قابلیت اعتماد	۳۲۵/۰۵۴	۲۵	۱۳/۰۰۲	-	-	-
پس آزمون پیش‌بینی پذیری						

جدول ۹. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات رغبت به ازدواج

منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	ضریب اتا
پس آزمون بازخورد به ازدواج	۳/۸۷۳	۱	۳/۸۷۳	۱/۰۲	۰/۳۲۲	۰/۰۴۱
گروه	۲۶/۹۳۳	۱	۲۶/۹۳۳	۵/۳۹	۰/۰۲۹	۰/۱۸۳
پس آزمون آمادگی به ازدواج	۴۲/۸۷۶	۱	۴۲/۸۷۶	۹/۶۳	۰/۰۰۵	۰/۲۸۶
پس آزمون نگرش به ازدواج	۵/۸۷۶	۱	۵/۸۷۶	۱/۴۲	۰/۲۴۵	۰/۰۵۶
پس آزمون موانع ازدواج	۹۰/۹۴۳	۲۴	۳/۷۸۹	-	-	-
پس آزمون بازخورد به ازدواج	۱۲۰/۲۱۳	۲۴	۵/۰۰۹	-	-	-
خطا	۱۰۶/۸۵۱	۲۴	۴/۴۵۲	-	-	-
پس آزمون آمادگی به ازدواج	۹۹/۱۱۵	۲۴	۴/۱۳۰	-	-	-
پس آزمون نگرش به ازدواج						
پس آزمون موانع ازدواج						

جدول ۱۰. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات ترس از صمیمیت

منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	ضریب اتا
پس آزمون ترس از صمیمیت	۷۶۷۵/۲۴۱	۱	۷۶۷۵/۲۴۱	۱۱۱/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵
خطا	۱۸۵۷/۶۳۰	۲۷	۶۸/۸۰۱	-	-	-
پس آزمون ترس از صمیمیت						

جدول ۱۱. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات امیدواری

منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	ضریب اتا
پس آزمون امیدواری	۸۴۱/۶۲۲	۱	۸۴۱/۶۲۲	۶/۰۰	۰/۰۲۱	۰/۱۸۲
خطا	۳۷۸۶/۸۷۷	۲۷	۱۴۰/۲۵۵	-	-	-
پس آزمون امیدواری						

نتایج تحلیل در جدول ۱۳ نشان داد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین ترس از صمیمیت در مرحله پس‌آزمون برابر با $(F_{(1, 24)} = 5/37)$ محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با $(\alpha = 0/029)$ آمده است و این سطح از مقدار مفروض $0/05$ کمتر است؛ بنابراین درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد بر آمادگی به ازدواج دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل تا مرحله پس‌آزمون به میزان ۱۸ درصد مؤثر بوده است $(p = 0/05)$ همچنین، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین نگرش به ازدواج در مرحله پس‌آزمون برابر با $(F_{(1, 24)} = 6/59)$ محاسبه شده است. سطح معناداری برای این متغیر در پس‌آزمون برابر با $(\alpha = 0/017)$ آمده است؛ بنابراین درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد بر نگرش به ازدواج دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل در مرحله پس‌آزمون به میزان ۲۱ درصد $(p < 0/05)$ مؤثر بوده است. با توجه به میانگین‌های گزارش شده، آمادگی به ازدواج در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون $1/86$ واحد افزایش داشته است، همچنان نسبت به پیش‌آزمون $2/06$ افزایش داشته است. نگرش نسبت به پیامدهای ازدواج، در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون $2/54$ واحد افزایش داشته است؛ همچنان نسبت به پیش‌آزمون $2/54$ واحد افزایش داشته است.

نتایج تحلیل در جدول ۱۴ نشان داد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین ترس از صمیمیت در مرحله پس‌آزمون برابر با $(F_{(1, 27)} = 36/92)$ محاسبه شده است. سطح معناداری برای این متغیر در پس‌آزمون برابر با $(\alpha = 0/001)$ آمده است؛ بنابراین درمان گروهی چشم‌انداز زمان بر ترس از صمیمیت دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل در مرحله پس‌آزمون به میزان ۵۷ درصد $(p < 0/01)$ مؤثر بوده است. با توجه به میانگین‌های گزارش شده، ترس از صمیمیت در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون $28/53$ واحد کاهش داشته است؛ همچنان نسبت به پیش‌آزمون $28/53$ واحد کاهش داشته است.

نتایج تحلیل در جدول ۱۰ نشان داد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین ترس از صمیمیت در مرحله پس‌آزمون برابر با $(F_{(1, 27)} = 111/55)$ محاسبه شده است. سطح معناداری برای این متغیر در پس‌آزمون برابر با $(\alpha = 0/001)$ آمده است؛ بنابراین درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد بر ترس از صمیمیت دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل در مرحله پس‌آزمون به میزان ۸۰ درصد $(p < 0/01)$ مؤثر بوده است. با توجه به میانگین‌های گزارش شده، ترس از صمیمیت در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون $35/8$ واحد کاهش داشته است؛ همچنان نسبت به پیش‌آزمون 29 واحد کاهش داشته است.

نتایج تحلیل در جدول ۱۱ نشان می‌دهد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین امیدواری در مرحله پس‌آزمون برابر با $(F_{(1, 27)} = 6/00)$ محاسبه شده است. سطح معناداری برای این متغیر در پس‌آزمون برابر با $(\alpha = 0/021)$ آمده است؛ بنابراین درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد بر امیدواری دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل تا مرحله پس‌آزمون به میزان ۱۸ درصد $(p < 0/01)$ با توجه به میانگین‌های گزارش شده، امیدواری در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون $12/26$ واحد افزایش داشته است؛ همچنان نسبت به پیش‌آزمون $6/8$ واحد افزایش داشته است.

نتایج تحلیل در جدول ۱۲ نشان داد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین قابلیت اعتماد در مرحله پس‌آزمون برابر با $(F_{(1, 25)} = 58/03)$ محاسبه شده است. سطح معناداری برای این متغیر در پس‌آزمون برابر با $(\alpha = 0/001)$ آمده است؛ بنابراین درمان گروهی چشم‌انداز زمان بر قابلیت اعتماد دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل تا مرحله پس‌آزمون به میزان ۷۰ درصد $(p < 0/01)$ مؤثر بوده است. با توجه به میانگین‌های گزارش شده، قابلیت اعتماد در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون 5 واحد افزایش داشته است؛ همچنان نسبت به پیش‌آزمون 5 واحد افزایش داشته است.

جدول ۱۲. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات اعتماد بین فردی						
منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	ضریب اتا
پس‌آزمون وفاداری	۱۵/۳۰۳	۱	۱۵/۳۰۳	۰/۴۷	۰/۴۹۹	۰/۰۱۸
پس‌آزمون قابلیت اعتماد	۳۰۴/۰۹۹	۱	۳۰۴/۰۹۹	۵۸/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۶۹۹
پس‌آزمون پیش‌بینی‌پذیری	۱۵/۶۸۹	۱	۱۵/۶۸۹	۱/۱۲	۰/۲۹۹	۰/۰۴۳
پس‌آزمون وفاداری	۸۱۳/۸۸۲	۲۵	۳۲/۵۵۵	-	-	-
پس‌آزمون قابلیت اعتماد	۱۳۱/۰۰۶	۲۵	۵/۲۴۰	-	-	-
پس‌آزمون پیش‌بینی‌پذیری	۳۴۸/۶۴۶	۲۵	۱۳/۹۴۶	-	-	-

جدول ۱۳. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات رغبت به ازدواج						
منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	ضریب اتا
پس آزمون بازخورد به ازدواج	۱۹/۳۸۷	۱	۱۹/۳۸۷	۱/۷۶	۰/۱۹۷	۰/۰۶۸
پس آزمون آمادگی به ازدواج	۲۹/۱۹۶	۱	۲۹/۱۹۶	۵/۳۷	۰/۰۲۹	۰/۱۸۳
پس آزمون نگرش به ازدواج	۳۵/۴۲۸	۱	۳۵/۴۲۸	۶/۵۹	۰/۰۱۷	۰/۲۱۵
پس آزمون موانع ازدواج	۰/۳۶۱	۱	۰/۳۶۱	۰/۰۹	۰/۷۷۱	۰/۰۰۴
پس آزمون بازخورد به ازدواج	۲۶۴/۷۲۹	۲۴	۱۱/۰۳۰	-	-	-
پس آزمون آمادگی به ازدواج	۱۳۰/۳۷۰	۲۴	۵/۴۳۲	-	-	-
پس آزمون نگرش به ازدواج	۱۲۹/۱۰۳	۲۴	۵/۳۷۹	-	-	-
پس آزمون موانع ازدواج	۱۰۰/۰۴۶	۲۴	۴/۱۶۹	-	-	-

جدول ۱۴. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات ترس از صمیمیت						
منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	ضریب اتا
پس آزمون ترس از صمیمیت	۶۷۰۹/۲۶۵	۱	۶۷۰۹/۲۶۵	۳۶/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷۸
پس آزمون ترس از صمیمیت	۴۹۰۶/۸۰۳	۲۷	۱۸۱/۷۳۳	-	-	-

جدول ۱۵. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات امیدواری						
منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	ضریب اتا
پس آزمون امیدواری	۱۲۹۱/۴۹۶	۱	۱۲۹۱/۴۹۶	۶/۰۶	۰/۰۲۰	۰/۱۸۴
پس آزمون امیدواری	۵۷۴۵/۸۱۴	۲۷	۲۱۲/۸۰۸	-	-	-

بوید (۲۰۱۵) تونیس، ۲۰۱۰، اسورد و همکاران، ۲۰۱۴، رئیسی و همکاران، ۱۳۹۷، کریمیان و همکاران (۱۳۹۵)، شهرکی و همکاران (۱۳۹۶) و بابایی (۱۳۹۶) همسو بود. همچنین درمان چشم‌انداز زمان بر اساس برداشت ساختار فردی از نظر زمانی، که شامل تجزیه تجربیات شخصی در بازه‌های زمانی جدا است شکل می‌گیرد (سوارد و همکاران، ۲۰۱۴). کار بر روی ذهن عاطفی مؤثرترین تغییر در روان‌درمانی را ایجاد می‌کند. درمان تصمیم‌گیری مجدد یک درمان قوی و کوتاه‌مدت است که با ذهن عاطفی کار می‌کند تا تغییرات پایدار را تجربه کند. این درمان از طریق تأثیری که بر روی ذهن عاطفی افراد می‌گذارد می‌تواند بر رغبت آنها بر ازدواج نیز مؤثر باشد. به طور معمول اکثر افراد رغبت به ازدواج دارند، اما فاکتورهای بسیاری وجود دارد که بر تصمیم و انتخاب آنها تأثیر می‌گذارد (ئونین، ۲۰۱۰) درمان تصمیم‌گیری مجدد با کنترل این عوامل می‌تواند نگرش افراد را به ازدواج تغییر داده و رغبت آنها را به این امر افزایش دهد. در تبیین اثربخشی این درمان بر رغبت به ازدواج می‌توان گفت، چشم‌انداز زمان بر تأثیر تجارب گذشته و برنامه‌های آینده بر روند تصمیم‌گیری و الگوهای رفتاری زمان حال هر فرد متمرکز است. چشم‌انداز زمان با تنظیم اهداف انگیزشی در

نتایج تحلیل در جدول ۱۵ نشان داد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین امیدواری در مرحله پس‌آزمون برابر با $(F_{(1, 27)} = 6/06)$ محاسبه شده است. سطح معناداری برای این متغیر در پس‌آزمون برابر با $(\alpha = 0/020)$ آمده است؛ بنابراین درمان گروهی چشم‌انداز زمان بر امیدواری دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل تا مرحله پس‌آزمون به میزان ۱۸ درصد ($p < 0/05$) مؤثر بوده است. با توجه به میانگین‌های گزارش شده، امیدواری در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۴/۴ واحد افزایش داشته است؛ همچنان نسبت به پیش‌آزمون ۴/۴ واحد افزایش داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد و چشم‌انداز زمان بر اعتماد میان‌فردی، رغبت به ازدواج، ترس از صمیمیت و امیدواری در دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل شهر بندرعباس بود. نتایج در بررسی فرضیه پژوهش نشان داد بین درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد با درمان چشم‌انداز زمان بر اعتماد میان‌فردی، رغبت به ازدواج، ترس از صمیمیت و امیدواری در دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل تفاوت وجود ندارد. یافته پژوهش با یافته پژوهش‌های جمیلی و همکاران (۱۳۹۱)، زیمباردو و

شدن در زندگی است، که ریشه در آسیب‌های گذشته زندگی مانند طرد شدن از سوی دیگران دارد. هنگامی که فرد نتواند به راحتی در مورد مسائل مهم با دیگری صحبت و یا حتی هنگام ناراحتی از او دل‌جویی نماید منجر به تجربه‌هایی تلخ در روابط برای او خواهد شد. امیدواری، افراد را به اهداف دشوارشان اغلب علی‌رغم وجود موانع و در عوض اجتناب از آنها متعهد می‌سازد. چنانچه افراد چشم‌انداز زمان محدودی داشته باشند ناامیدی در آنها بیشتر خواهد شد. این دسته از افراد اگر کاری را به موقع انجام ندهند، دچار اضطراب و نگرانی شده و از انجام گرفتن آن در آینده ناامید می‌شوند. درمان چشم‌انداز زمان به این افراد کمک خواهد کرد تا نسبت به جبران اشتباهات گذشته‌شان امیدوار باشند و عمیقاً احساس کنند که آینده‌ی خوشی در انتظار آنها است. افراد امیدوار به اهداف خود پایبند هستند و در صورت لزوم مسیر خود را در جهت رسیدن به اهداف تغییر می‌دهند (مک‌کانل و استول، ۲۰۱۷). از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که نتایج و یافته‌های بدست آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد و نمی‌توان آن را به جامعه آماری دیگر تعمیم داد. همچنین در این پژوهش امکان کنترل متغیرهایی مثل ویژگی‌های فرهنگی و شخصیتی گروه مورد مطالعه وجود نداشت. درنهایت با توجه به اینکه هر دو مداخله درمان گروهی تصمیم‌گیری مجدد و چشم‌انداز زمان دارای تأثیر قدرتمندی بر افزایش اعتماد میان‌فردی و امیدواری در دختران بی‌اعتماد به جنس مقابل و رغبت به ازدواج، و کاهش ترس از صمیمیت داشتند، توصیه می‌شود که این دو فن مداخله‌ای به عنوان تصمیم‌گیری مجدد و چشم‌انداز زمان گروهی در کاهش مسائل و مشکلات دختران استفاده شوند.

منابع

- بابایی، زینب (۱۳۹۶). اثربخشی چشم‌انداز زمان بر افزایش رضایت از زندگی و کاهش اضطراب دانشجویان. *مطالعات مدیریت و کارآفرینی*، ۳(۲)، ۶۱۲-۵۳.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۱). رابطه ترس از صمیمیت و رضایت زناشویی در نمونه‌ای از زوجین ایرانی: نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۲(۱)، ۱۸-۱.
- پرزور، پرویز؛ نریمانی، محمد؛ شجاعی، احمد و ابراهیمی، مرتضی (۱۳۹۴). نقش امید (با نگرش به منابع اسلامی)، معنای زندگی و

آینده نه چندان دور و با بهبود فرآیند رفتاری برای رسیدن به اهداف، آمادگی پذیرش مسئولیت‌های همسری و زندگی مشترک را در افراد تقویت می‌کند. همچنین توانایی مقابله با موانع ازدواج را در افراد برانگیزد. علاوه بر این، نگرش به ازدواج به عنوان یکی از مکانیسم‌های کلیدی برای پیش‌بینی رفتار واقعی در ازدواج می‌تواند مؤثرترین عامل برای رغبت به ازدواج در افراد به شما رود. چشم‌انداز زمان با تقویت جهت‌گیری آینده سبب می‌شود که افراد برای آینده برنامه داشته و باور کنند که تصمیمات آنها نتیجه خواهد داشت و اینکه ازدواج به عنوان منبعی که می‌تواند نیازهای عاطفی و روانی انسان را برآورده سازد به هیچ‌وجه مانع رشد و پیشرفت نمی‌شود (ول‌ورگان و ماهسوری، ۲۰۱۷). همچنین با تأکید بر خاطرات خوب، اوقات خوش، هیجان‌های زندگی و خوش‌گذرانی‌ها مانع از این نگرش خواهند شد که زندگی را سرنوشت مشخص می‌کند و داشتن برنامه و هدف بی‌فایده است. از آنجایی که چشم‌انداز زمان یکی از ویژگی‌های کلی شخصیت است، نقش مهمی در فرآیندها و حوادث زندگی بازی کرده و بسیاری از حوزه‌های فعالیت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین اساس آن تأثیری است که افکار فرد در گذشته و حال ممکن است بر بهره‌وری از فعالیت‌های او در زمان حال داشته باشد، از این رو، می‌تواند درمان مناسبی جهت کاهش ترس از صمیمیت در افراد باشد چرا که دلیل اصلی ترس از صمیمیت در هر فرد تجارب منفی گذشته او در روابط است (لوریرو - مارتینز و همکاران، ۲۰۱۷). ممکن است فرد در گذشته کارهایی انجام داده باشد که مانع از نزدیک شدن او به دیگران شود و یا به دلیل پنهان کردن احساسات خود در روابط گذشته، از بیان احساسات درونی خود بترسد (مونی و همکاران، ۲۰۱۷). هدف درمان تصمیم‌گیری مجدد شناخت و تغییر رفتار و جدا کردن بالغ از خواست‌ها و تأثیرات نامطلوب والد و کودک آزاد است تا بدان وسیله تغییرات رفتاری مطلوب در فرد به وجود آورد، چشم‌انداز زمان صرفاً بر اساس تجارب گذشته یک فرد نیست، بلکه با تجزیه و تحلیل و شناخت برنامه‌های زندگی فرد در ارتباط است، در نتیجه چشم‌انداز زمان پایه‌ای برای انگیزش فردی فراهم می‌کند.

در درمان گروهی چشم‌انداز زمان با کاهش نگرش‌های بدبینانه افراد بر انگیزه‌های شخصی از آینده، انتظارات، خواسته‌ها و ترس‌های آنها تأثیر خواهد گذاشت. از سوی دیگر، ترس از صمیمیت بیانگر یک دیدگاه وجودی نسبت به دوست داشتن و دوست داشته

- کریمیان، نادر؛ زارعی، اقبال؛ محمدی، کوروش و کریستنسن، اندرو (۱۳۹۵). بررسی و مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری التاقی (IBCT) و درمان تصمیم گیری مجدد در بهبود آشفته‌گی زناشویی زوجین متعارض سندج. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۲۵(۲)، ۱۱۱-۱۳۲.
- کوری، جرال (۲۰۰۱). *هنر مشاوره تلفیقی*. ترجمه احمد اعتمادی و ژانت هاشمی آذر (۱۳۸۵). تهران: انتشارات فراوان.
- گولدینگ، ماری و گولدینگ، رابرت (۱۹۹۷). *روان‌درمانی به شیوه تصمیم‌گیری مجدد*. ترجمه فرهاد براقی زاده (۱۳۹۳). تهران: نشر دانژه.
- مقدس‌زاده اردبیلی، شهره (۱۳۹۱). *بررسی عوامل مؤثر بر تأخیر ازدواج جوانان ۲۵ تا ۳۹ ساله مجرد در منطقه ۲۱ تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- منصفی، سارا؛ احدی، حسن و حاتمی، حمیدرضا (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی گروه درمانی حمایتی با رویکرد واقعیت درمانی، بر امیدواری و مسئولیت‌پذیری زنان مطلقه قربانی خشونت خانگی. *علوم روانشناختی*، ۱۷(۱۶)، ۵۷۴-۵۶۷.
- میرفردی، اصغر و احمدی قارنایی، حکیم (۱۳۹۵). بررسی رابطه گرایش دیگرخواهانه و اعتماد اجتماعی در روابط بین شخصی، مورد مطالعه ساکنان ۸۱ سال به بالای شهر یاسوج. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۷(۴)، ۲۷-۴۶.
- یعقوبی، ابوالقاسم؛ محقق، حسین؛ چگینی، علی اصغر و محمدزاده، سروه (۱۳۹۳). رابطه بین دلبستگی، تغذیه با شیر مادر و شیوه از شیر گرفتن کودک با سبک‌های ارتباطی و اعتماد بین‌فردی در بزرگسالی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۱)، ۲۴-۱۶.
- Allen, J. R. (2010). Redecision therapy: Underappreciated developmental, relational, and neuroconstructive processes. *Transactional Analysis Journal*, 40(2), 149-158.
- Boniwell, I. (2005). Beyond time management: How the latest research on time perspective and perceived time use can assist clients with time-related concerns. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 3(2), 47-61.
- Buchan, N. R., Croson, R. T., & Solnick, S. (2008). Trust and gender: An examination of behavior and beliefs in the Investment Game. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 68(3-4), 466-476.
- Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. 8th ed. Belmont: Thomson Brooks/Cole. pp: 499-516.
- باورهای غیرمنطقی در پیش‌بینی رغبت به ازدواج دانشجویان. *فرهنگ در دانشگاه/اسلامی*، ۵(۳)، ۳۸۴-۳۶۵.
- تقی‌لو، صادق و لطیفی، حمیده (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای امیدواری در رابطه بین چشم‌انداز زمان و آشفته‌گی روانشناختی. *اندیشه و رفتار*، ۱۰(۳۹)، ۸۷-۶۷.
- جمیلی، فاطمه؛ باستانی، سوسن و نصرافهانی، فاطمه (۱۳۹۱). اعتماد به جنس مخالف در میان جوانان شهر تهران. *مطالعات جامعه شناختی*، ۱۹(۱)، ۲۲-۱.
- حیدری، حسین؛ کریمیان، نادر و سالاری، سمانه (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین ترس از صمیمیت و سبک‌های هویتی با تعهد زناشویی افراد متأهل. *فصلنامه خانواده‌پژوهشی*، ۱۱(۱)، ۸۶-۷۳.
- حیدری، محمود؛ مظاهری، محمدعلی و پوراعتقاد، حمیدرضا (۱۳۸۲). ساخت و هنجاریابی پرسشنامه رغبت به ازدواج. *نسخه دانشجویی (پرساد)*. *مجله روانشناسی*، ۳۱، ۲۶۱-۲۵۰.
- رئیی، سیدجمال؛ محمدی، کوروش؛ زارعی، اقبال و نجارپوریان، سمانه (۱۳۹۷). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و رویکرد تصمیم‌گیری مجدد بر تغییر سبک‌های ارتباطی در زنان متأهل. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۲۰(۱)، ۷۰-۶۴.
- زارعی، سلمان؛ فرحبخش، کیومرث و اسمعیلی، معصومه (۱۳۹۰). تعیین سهم خود متمایزسازی، اعتماد، شرم و گناه در پیش‌بینی سازگاری زناشویی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۲(۳)، ۶۹-۵۱.
- سازمان ملی جوانان (۱۳۸۱). *بررسی وضعیت ازدواج جوانان*. تهران: اهل قلم.
- سروش، مریم (۱۳۹۱). احساس مسئولیت فردی و اجتماعی، دیگرخواهی و اعتماد اجتماعی؛ مطالعه نوجوانان شیراز. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۳(۲)، ۲۱۱-۱۹۳.
- شهرکی، رزّا؛ اصغرزاد فرید، علی‌اصغر؛ فکور، یوسف و سپاه منصور، مژگان (۱۳۹۶). تأثیر درمان دیدگاه زمان، بر کاهش افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷، ۷-۱.
- علیزاده فرد، سوسن؛ محتشمی، طیه؛ حقیقت‌گو، مرجان و زیمباردو، فیلیپ جورج (۱۳۹۵). بررسی خصوصیات روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه چشم‌انداز زمان در جمعیت بزرگسالان شهر تهران. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴(۲)، ۱۶۹-۱۵۷.
- قنبریان، مینا؛ پرموز، مهناز و رجب‌زاده، زینب (۱۳۹۵). رابطه بین شادکامی و امید به زندگی در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی بهبهان. *اصول بهداشت روانی*، ۱۸، ۵۵۶-۵۵۳.

- Shipp, A. J., Edwards, J. R., & Lambert, L. S. (2009). Conceptualization and measurement of temporal focus: The subjective experience of the past, present, and future. *Organizational behavior and human decision processes*, 110(1), 1-22.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory. *Handbook of positive psychology*, 257-276.
- Sword, R. M., Sword, R. K., Brunskill, S. R., & Zimbardo, P. G. (2014). Time perspective therapy: A new time-based metaphor therapy for PTSD. *Journal of Loss and Trauma*, 19(3), 197-201.
- Thunissen, M. (2010). Redecision therapy with personality disorders: How does it work and what are the results?. *Transactional Analysis Journal*, 40(2), 114-120.
- Van Beek, W., Berghuis, H., Kerkhof, A., & Beekman, A. (2011). Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. *Time & society*, 20(3), 364-374.
- Wang, C., Gao, J., Ma, Y., Zhu, V., Dong, XW. (2018). Physical pain increases interpersonal trust in females. *Eur J Pain*, 22 (1), 150-160
- Williams, T. (2014). The psychology of interpersonal trust. *How people feel when it comes to trusting someone*. McKendree University, 22, 1-17. with the *New Psychology of Time Perspective Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Zak, A. M., Gold, J. A., Ryckman, R. M., & Lenney, E. (1998). Assessments of trust in intimate relationships and the self-perception process. *The Journal of Social Psychology*, 138(2), 217-228.
- Zhang, J. W., Howell, R. T., & Stolarski, M. (2013). Comparing three methods to measure a balanced time perspective: The relationship between a balanced time perspective and subjective well-being. *Journal of Happiness studies*, 14(1), 169-184.
- Zimbardo, P. G. (2002). Time to take our time. *Psychology Today*, 35(2), 62-62.
- Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (2015). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. In *Time perspective theory; review, research and application* (pp. 17-55). Springer, Cham.
- Zimbardo, P.G., & Boyd, J.N. (1999). Putting Time in Perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271-1288.
- Zimbardo, P.G., Sword, R.M., & Sword, R.K. (2012). *The Time Cure: Overcoming PTSD*
- Zinchenkoa, Y. P., Zotovab, O. Y., & Tarasovac, L. V. (2017). Specifics of interpersonal trust among people with different gender identities. *Psychology in Russia: State of the art*, 10(2), 134-148.
- Daugherty, J. R., & Brase, G. L. (2010). Taking time to be healthy: Predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual differences*, 48(2), 202-207.
- Dwivedi, A., & Rastogi, R. (2017). Future Time Perspective, Hope and Life Satisfaction: A Study on Emerging Adulthood. *Jindal Journal of Business Research*, 5 (1), 17- 25.
- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and society*. WW Norton & Company.
- Jenkins, P., & Teachworth, A. (2010). Psychogenetics in rededecision therapy: The next generation of couples work. *Transactional Analysis Journal*, 40(2), 121-129.
- Hartwell, L., Erchull, M., & Liss, M. (2014). Desire for Marriage and Children: A Comparison of Feminist and Non-feminist Women. *Gender Issues*, 31 (2), 102- 122.
- Haslam, C., Montrose, T. (2015). Should have known better: The impact of mating experience and the desire for marriage upon attraction to the narcissistic personality. *Personality and Individual Differences*, (82), 188-192.
- Kazakina, E. (2013). *Time perspective of older adults: Research and clinical practice*. In International studies in time perspective. Impresa da Universidade de Coimbra
- Korinek, A. W. (2001). *A new perspective on trust in marital relationships: How trust in specific areas of the relationship relates to marital satisfaction and attachment style* (Doctoral dissertation, Texas Tech University).
- Lawson, D. M., & Brossart, D. F. (2009). Attachment, interpersonal problems, and treatment outcome in group therapy for intimate partner violence. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(4), 288.
- Lyvers, M., Edwards, M., Thorberg, F. (2017). Alexithymia, Attachment and Fear of Intimacy in Young Adults. *AFOR Journal of Psychology & the Behavioral Sciences*, 3(2).
- Massey, G., Wang, P., & Kyngdon, A. (2018). Conceptualizing and modeling interpersonal trust in exchange relationships: The effects of incomplete model specification. *Industrial Marketing Management*, (76), 60- 71.
- Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37(1), 6-10.
- Nevedal, A., & Sankar, A. (2016). The Significance of Sexuality and Intimacy in the Lives of Older African Americans with HIV/AIDS. *The Gerontologist* cite as: *Gerontologist*, 56 (4), 762-771.
- Reis, S., & Grenyer, B. F. (2004). Fear of intimacy in women: Relationship between attachment styles and depressive symptoms. *Psychopathology*, 37(6), 299-303.
- Rempel, J. K., Holmes, J. G., & Zanna, M. P. (1985). Trust in close relationships. *Journal of personality and social psychology*, 49(1), 95.