

اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی بر میزان گفت‌وگوی مؤثر زوجین

rmehdinezhad@gmail.com

dr.iasadpour@yahoo.com

رحمان مهدی نژاد قوشچی / استادیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی مؤسسه آموزش عالی آفاق، ارومیه

اسماعیل اسدپور / دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی

borghei_shima@yahoo.com

msoleymani2@yahoo.com

شیماسادات برقعی / دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، گروه روان‌شناسی، تهران، ایران

مهران سلیمانی / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید مدنی تبریز

دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۱۸ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۰۱

چکیده

این پژوهش به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی بر گفت‌وگوی مؤثر زوجین پرداخته است. این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی بود و از طرح آزمایشی آمیخته استفاده شد. جامعه آماری شامل زوجینی بود که به دلیل عدم توانمندی گفت‌وگوی مؤثر به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره مهرآیین تهران در سال ۹۵ مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۱۶ زوج بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان جامعه آماری انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۸ زوج) و گروه کنترل (۸ زوج) جایگزین شده بودند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی شرکت کردند و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه «مقیاس ارزیابی گفت‌وگوی مؤثر زوجین» بود و از آزمون آماری تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای آزمون سؤال تحقیق استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که میزان گفت‌وگوی مؤثر زوجین گروه آزمایش در مقیاس‌های مهارت‌های کلامی، غیرکلامی و فرایند گفت‌وگوی مؤثر در مرحله قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری داشته است، همچنین بین گروه آزمایش و گروه کنترل در میزان گفت‌وگوی مؤثر زوجین در مقیاس‌های گفت‌وگوی مؤثر تفاوت معناداری وجود دارد. یافته‌های پژوهش در کل بیانگر آن است که زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی می‌تواند مشکلات ارتباطی زوجین را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی، گفت‌وگوی مؤثر زوجین.

گفت‌وگوی مؤثر، قلب روابط صمیمی زوجین بوده و پایه‌ای است که سایر جنبه‌های ارتباط بر آن نهاده می‌شود؛ زیرا زوجین از طریق گفت‌وگو راحت‌تر و بهتر می‌توانند پیام و احساسشان را به هم منتقل کنند و به یکدیگر نزدیک‌تر شوند (دانکزاک (Danczak)، ۲۰۱۱). گفت‌وگوی مؤثر، با برنامه‌ریزی زوجین برای زمان و مکان گفت‌وگو، بیان موضوع و هدف آغاز می‌شود و زوجین در حین گفت‌وگو با استفاده از مهارت‌های کلامی و غیر کلامی و با گفت‌وگوی آگاهانه مبتنی بر گوش دادن فعال، انعکاس و ارزش دادن و همدلی کردن، می‌توانند تفکر و احساس همدیگر را بشناسند (هندریکس و هانت (Hendrix & Hunt)، ۲۰۱۳؛ مورو (Muro) و همکاران، ۲۰۱۵). همسران خرسند بیش از همسران ناخرسند، از نحوه گفت‌وگو با یکدیگر خشنودند (ویکز و تریت (Weaks & Treat)، ۲۰۰۱). ناتوانی زوجین در گفت‌وگوی مؤثر، یکی از مهم‌ترین عوامل بروز تنش، سردی روابط و از علل مهم طلاق در سال‌های اول ازدواج است. برخی رویکردهای روانی - آموزشی موجود، برای پربار ساختن رابطه زناشویی پدیدار شده‌اند و بیشتر جنبه پیشگیری دارند. بنابراین، به نظر می‌رسد باید رویکرد آموزشی - درمانی کوتاه‌مدت و کارآمدی یافت تا به زوجین در ایجاد و حفظ گفت‌وگوی مؤثر کمک کند. در سال‌های اخیر، پارادایم حرکت به سمت یکپارچه‌سازی، بخش مهمی از کار زوج‌درمانگران بوده و جنبش وسیعی در جهت تلفیق رویکردهای زوج‌درمانی شکل گرفته است. در این پژوهش، رویکرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر مدنظر قرار گرفته است. این رویکرد، ویژگی‌های مشترک درمان‌ها را مشخص می‌کند و هدف نهایی آن ایجاد کوتاه‌ترین و مؤثرترین درمان بر اساس این ویژگی‌های مشترک است؛ زیرا این ویژگی‌ها در توجیه نتیجه درمان، از عوامل متمایزکننده درمان‌ها مهم‌ترند (اسپرنیکل (Sprenkle) و همکاران، ۲۰۰۹). در رویکرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر ارتباط درمانی و انگیزه درمانگر و زوجین، از مهم‌ترین عوامل تسهیل‌کننده درمان‌اند و سودمندی و صمیمیت درمانگر به‌طور پیوسته با نتایج مطلوب در زوج‌درمانی همراه بوده است (بلو (Blow) و همکاران، ۲۰۰۷).

در مرحله اول زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر، بر مفهوم‌سازی مشکلات، افزایش خودآگاهی، و شناخت وضعیت موجود و در مرحله دوم بر اجرای مداخلات درمانی و متوقف‌سازی الگوهای ارتباطی ناکارآمد تأکید می‌شود و در مرحله سوم، نتیجه‌گیری مشترک و پیگیری درمان مطرح است. اسپرنیکل و همکاران (۲۰۰۹) بر مبنای تحقیقات خود، مفهوم‌سازی مشترک درمانگر و زوجین در مورد مشکل، متوقف‌سازی چرخه‌های ارتباطی ناکارآمد، ایجاد سیستم درمانی رهنمودی و اتحاد درمانی را از عناصر مشترک درمان می‌دانند. بر اساس انجام مطالعات و پژوهش‌های مختلف، کارایی رویکردهای یکپارچه‌نگر زوج‌درمانی مورد تأیید بوده است. در تحقیق سودانی و همکاران (۱۳۹۲) نتایج نشان داد که رویکرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر، در کاهش افسردگی و علائم استرس پس از سانحه (خیانت زناشویی)، هم در کوتاه‌مدت و هم در بلندمدت اثر داشته است.

در مطالعه گوردن (Gordon) و باوکام (Baucom) (۲۰۰۴) نتیجه نشان داد زوجینی که تحت درمان یکپارچه‌نگر قرار گرفتند، افسردگی، خشم و حس انتقام کمتری را پس از درمان تجربه کردند. اتکینز (Atkins) و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود دریافتند که رویکرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بر افزایش صمیمیت زوجین مؤثر است. از سوی دیگر، در

رویکرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر اعتقاد بر این است که درمان‌ها باید فرهنگ‌محور باشد و وجود تشابه بین فرهنگ مشاور و مراجع برای ایجاد رابطهٔ درمانی، مهم است و عامل حیاتی در تقویت اتحاد درمانی است. با توجه به اینکه اکثریت جامعه ایران معتقد به دین اسلام‌اند و در زندگی خود از فرهنگ انسان‌ساز اسلام تبعیت می‌کنند، می‌توان زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر را با آموزه‌های اسلامی تلفیق نمود تا اثربخشی بیشتری داشته باشد. این آموزه‌ها در ابعاد مختلف می‌توانند در شخصیت مشاور، کیفیت رابطهٔ درمانی، ایجاد و افزایش انگیزهٔ زوجین و چگونگی ارتباط و مسئولیت‌های متقابل آنها، توصیه‌های اخلاقی فراوانی داشته باشند (ر.ک: سالاری، فر، ۱۳۸۷).

به نظر ماهونی (Mahoney) (۲۰۰۵) دین و معنویت پیامدهای مثبت مهمی در روابط زندگی، سطوح پایین تعارض‌های زناشویی و حمایت معنوی بالاتر داشته است. کیم (Kim) (۲۰۰۴) دین را بهترین عامل ثبات و پایداری در زندگی زناشویی می‌داند؛ زیرا عمل به باورهای دینی، موجب افزایش مشارکت کلامی و شادکامی و نیز کاهش پرخاشگری کلامی و اختلافات زناشویی می‌شود.

اثرگذاری دین بر روابط زوجین، به ماهیت دین برمی‌گردد؛ زیرا دین یک نیروی روان‌شناختی مؤثر بر زندگی انسان و یک سیستم اعتقادی سازمان‌یافته است. دین دستورات و استانداردهایی برای زندگی خانوادگی فراهم می‌کند و با خلق وابستگی گروهی در زمان‌های بحرانی، اجتماع ایمانی را به‌خوبی حمایت کرده، با برپایی مناسک و مراسم معنادر، به تقویت ارتباطات میان اشخاص و خانواده‌ها کمک می‌کند. از این رو، به یکپارچگی و انسجام اعضای خانواده می‌پردازد و روابط میان‌فردی آنها را اصلاح می‌کند (والش (Walsh)، ۲۰۰۹).

در راستای ضرورت توجه به آموزه‌های دینی و اسلامی در زوج‌درمانی و اصلاح روابط تنیدهٔ زوجین تلاش‌های زیادی انجام شده است. دانش (۱۳۸۹)، به استناد آیات قرآن و احادیث، زوج‌درمانی اسلامی را سازمان داده است که روشی نظام‌دار برای رشد و تصحیح ارتباط زوجین به دست می‌دهد. در این رویکرد، زوجین برای شناخت و آگاهی از حالت‌های نفس و تأثیر آن بر روابطشان آماده می‌شوند و با اکتساب و تمرین مهارت‌های ایمانی، به نفس مطمئنه نائل می‌گردند و با خودسازی و پیگیری مستمر، مهارت‌های فراگرفته‌شده را تثبیت و تحکیم می‌کنند. این مراحل سه‌گانه با مراحل زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان همخوانی دارد. بنابراین، با توجه به گرایش کلی به یکپارچه‌سازی رویکردهای زوج‌درمانی، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است: اثر زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی بر میزان گفت‌وگوی مؤثر زوجین چگونه است؟

برای درمان اختلالات رفتاری و روانی انسان‌ها، رویکردهای گوناگونی از سوی روان‌شناسان ارائه شده است (شریفی‌نیا، ۱۳۹۱، ص ۱۵۶) و به اعتقاد بسیاری از متخصصان بالینی، یک رویکرد منفرد به‌تنهایی نمی‌تواند پاسخگوی همهٔ مشکلات و مسائل روانی انسان‌ها باشد و بیشترین امید برای دستیابی به نظام درمانی جامع، در رویکرد یکپارچه‌نگر نهفته است (نورکراس (Norcross) و همکاران، ۱۹۹۷). رویکرد یکپارچه‌نگر به دنبال عناصر مشترک در بین سیستم‌های نظری مختلف است (جرالد کوری، ۲۰۰۵، ص ۱۹۷). این رویکرد معتقد است که عناصر مشترک در توجیه نتیجهٔ درمان، از عوامل منحصر به فرد و متمایزکنندهٔ رویکردهای روان‌درمانی، مؤثرترند (پروچاسکا

و نورکراس، ۲۰۰۱، ص ۲۱۰). به نظر دیویس و پیرسی (Davis & Piercy) (۲۰۰۷) در زوج‌درمانی، درمانگر باید بر درمان‌های گوناگون مسلط باشد تا بتواند از زبان خاص الگوها برای مفهوم‌سازی‌های مشترک، راهکارهای مشترک اختصاصی و مسیرهای پایان مشترک بهره‌برد. از این‌رو، اسپرینکل و همکاران در سال ۲۰۰۹ یک دیدگاه میانه از عوامل مشترک درمان و رویکرد یکپارچه‌نگر را ارائه کردند. این الگو به ترتیبی زنجیره‌ای ترسیم شده است؛ یعنی از مفهوم‌سازی به مداخلات و سپس به نتایج ختم می‌شود (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹).

شکل ۱. الگوی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر (به نقل از اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹)



همان‌گونه که در شکل ۱ مشخص است، رویکرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با تعامل متغیرهای تسهیل‌کننده درمان با مراحل سه‌گانه مفهوم‌سازی مشکلات، افزایش خودآگاهی، شناخت وضعیت موجود، اجرای مداخلات درمانی و متوقف‌سازی الگوهای ارتباطی ناکارآمد و نتیجه‌گیری مشترک و پیگیری درمان، باعث درمان مشکلات ارتباطی زوجین می‌شود. با وجود تأثیرات درمانی انکارناپذیر همه رویکردهای درمانی ارائه‌شده در عصر حاضر، اغلب آنها به یک یا چند بخش از ابعاد وجودی انسان توجه نموده‌اند و به همین دلیل، در حل معضلات روانی فراگیر شخصیتی - که همه ابعاد وجودی فرد را از فلسفه، هدف و معنای زندگی گرفته تا روابط اجتماعی، ارتباطات میان‌فردی و الگوهای رفتاری دربرمی‌گیرد - توفیق چندانی نداشته‌اند. اساساً یکی از مهم‌ترین دلایل شکست شیوه‌های تک‌مکتبی در درمان کامل اختلالات روانی، ناتوانی آنها از توجه هماهنگ و یکپارچه به ابعاد چندگانه انسان در مواجهه با مشکلات روانی و ناپهنجاری‌های رفتاری است (شریفی‌نیا، ۱۳۹۱، ص ۱۷۱).

در عصر حاضر - که تجدید حیات تفکر اسلامی، به سرعت در سراسر جهان در حال گسترش است - این حقیقت آشکار گردیده که اسلام بسیار فراتر از مجموعه‌ای مناسک و رفتارهای دینی است (مطهری، ۱۳۶۸، ص ۱۱؛ حیرت و همکاران، ۱۳۹۰).

در راستای ضرورت توجه به آموزه‌های اسلامی در زوج درمانی، تلاش‌های زیادی انجام شده است. سالاری‌فر و همکاران (۱۳۹۲) با رویکردی علمی و دینی، مبانی و ساختار زوج درمانی اسلامی را تشریح نموده‌اند و اساس مداخلات زوج درمانی اسلامی را بر مبانی جایگاه خانواده و اهمیت آن در رشد فردی - اجتماعی، ویژگی‌های خانواده سالم، آسیب‌شناسی خانواده، اهداف تشکیل خانواده و چارچوب‌های فقهی و اخلاقی مداخله‌ها در زوج درمانی استوار می‌دانند و معتقدند زوج درمانی اسلامی در پنج بخش مداخله‌های شناختی، عاطفی، رفتاری، ساختاری و معنوی قابل ارائه است. سه بخش اول، متناظر با دیدگاه زوج درمانی شناختی - رفتاری است. در بخش ساختاری، توزیع قدرت را بر حقوق زوجین مبتنی می‌کند و مرزها را بر اساس آموزه‌های اسلامی مشخص می‌سازد. در مداخله‌های معنوی، توصیه‌های اسلام در باب اعتقادات، اخلاق و عبادت اسلامی، مبنا قرار می‌گیرد.

همچنین دانش (۱۳۸۳)، به استناد آیات قرآن و احادیث، زوج درمانی اسلامی را سازمان داده است که بیشترین شباهت را به مراحل رویکرد زوج درمانی یکپارچه نگر دارد و شامل این سه مرحله است: ۱. آماده سازی زوجین برای شناخت حالت‌های نفس؛ ۲. اکتساب و تمرین مهارت‌های ایمانی برای رسیدن به نفس مطمئنه و خودسازی؛ ۳. کارکرد و پیگیری مستمر مهارت‌های فراگرفته شده.

در این پژوهش سعی می‌شود با توجه به ضرورت ادغام رویکردهای روان درمانی با آموزه‌های اسلامی، رویکرد زوج درمانی یکپارچه نگر با محتوای اسلامی ادغام شده، با همان ساختار کلی الگوی زوج درمانی یکپارچه نگر ارائه شود. بنابراین، ابتدا متغیرهای تسهیل کننده (ویژگی‌های درمانگر و زوجین، امید و انتظار مثبت زن و شوهر، و اتحاد درمانی) و سپس مراحل رویکرد زوج درمانی یکپارچه نگر با محتوای اسلامی ارائه شده است.

الف. ویژگی‌های درمانگر و زوجین: خداوند در آیه ۲ سوره صف می‌فرماید: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لِمَ تَقُولُونَ مَا لَا تَفْعَلُونَ» برداشت از آیه این است که اگر راهکار پیشنهادی مشاور به مراجع درست است، خود مشاور برای حل مشکلش باید آن را انجام دهد و بین گفته‌ها و عمل مشاور نباید تناقضی وجود داشته باشد. به دلیل اهمیت رازداری در مشاوره، مشاور آگاه باید بداند آنچه مراجع به او می‌گوید، امانت است و از افشای آن باید خودداری کند امام صادق علیه السلام در این باره می‌فرماید: «سخن گفتن با کسی به‌طور خصوصی، حکم امانت دارد و باید از آن محافظت کرد» (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۶ ص ۴۶۹). به نظر وست، درمانگر متمایل به معنویت، برای فراهم آوردن امکان تغییر و رشد بیشتر مراجع، راه توفیق یافتن از جانب خداوند را باز می‌گذارد و قبل از جلسات درمان یا در بین آنها، به دعا و نیایش، تفکر عمیق، مراقبه و دیگر تدابیر معنوی می‌پردازند (به نقل از: شریفی نیا، ۱۳۹۱، ص ۷۴). همچنین زوجین و مراجعان دارای حرمت و احترام‌اند و یکی از مهم‌ترین اصول اخلاقی مشاوره در اسلام، ارزش قائل شدن به کرامت انسانی آنهاست. خداوند در آیه ۷۰ سوره اسراء می‌فرماید: «و به راستی ما فرزندان آدم را گرامی داشتیم». در این آیه، خداوند از همه خواسته است کرامت انسان‌ها را از بین نبرند

ب. امید و انتظار مثبت زن و شوهر: ایجاد امید به زندگی، حل مشکلات و خوش بینی در مراجعان، یکی از جنبه‌های مهم در روان‌درمانی اسلامی است. مشاوران آگاه به مبانی دینی می‌توانند تا حد زیادی بر انتظارات مراجعان تأثیرگذار باشند (حسینی، ۱۳۸۳). با این بیان که قرآن یأس از رحمت خداوند را به شدت نکوهش می‌کند و این کار را مساوی کفر و گمراهی معرفی می‌نماید؛ چنان که می‌فرماید: «مَنْ يَقْنَطُ مِنْ رَحْمَةِ رَبِّهِ إِلَّا الضَّالُّونَ» (حجر: ۵۶)؛ جز گمراهان، چه کسی از رحمت پروردگارش مأیوس می‌شود؛ در آیه‌ای دیگر می‌فرماید: «لَا يَأْسُ مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ» (یوسف: ۸۷)؛ از رحمت خدا مأیوس نشود، جز گروه کافران.

ج. اتحاد درمانی: اولین مرحله درمان، با برقراری ارتباط حسنه با مراجع شروع می‌شود. در سیره معصومان علیهم‌السلام نحوه اعمال ارتباط حسنه به این صورت است: آغاز کردن به سلام؛ با لبخند روبرو شدن؛ آغازگر دست دادن و پرهیز از ابتدا دست کشیدن؛ به انتظار نگذاشتن مراجع؛ اکرام و احترام مراجع و با ادب در برابر مراجع نشستن؛ و پرهیز از عتاب و ملامت (فقیهی، ۱۳۸۶).

مراحل رویکرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی

مرحله اول:

الف. مفهوم‌سازی مشکلات: در درمان‌های معنوی سنجش پیشینه و جایگاه معنوی مراجع در کنار جنبه‌های دیگر ضروری است. مهم‌ترین دلایل ضرورت سنجش‌ها عبارتند از: درک جهان بینی مراجع در جهت افزایش درک همدلانه و افزایش دقت و حساسیت نسبت به مراجع؛ تعیین سلامت یا عدم سلامت جهت‌گیری مذهبی - معنوی مراجع و تأثیر آن بر مشکلات و زندگی مراجع؛ تعیین نوع مداخلات معنوی برای کمک به مراجع. در این مرحله بایستی مشکل از دیدگاه زوجین و درمانگر به صورت کامل تعریف شود و هدف از جلسات درمانی مورد توافق قرار بگیرد. همین مفهوم‌سازی مشترک از مشکل می‌تواند در افزایش اتحاد درمانی زوجین و درمانگر مؤثر باشد (اعتمادی، ۱۳۸۴).

ب. افزایش خودآگاهی و شناخت وضعیت موجود: به نظر دانش (۱۳۸۳) زوج‌درمانی اسلامی، با کاوش درمانگر درباره وسعت اختلافات زوجین آغاز می‌شود و در چارچوبی که به ارزیابی موقعیت خاص و کشمکش‌ها منتهی می‌شود، شرکت فعال آنان را در بحث و یادگیری می‌طلبد. درمانگر به زوج‌ها کمک می‌کند تا بتوانند حالت‌های نفس اماره، مطمئن و لوامه خود را به خوبی درک و شناسایی کنند (دانش، ۱۳۸۳) و بتوانند ارتباط این حالت‌ها را با تصوراتشان از خود، زوج خود و با مسئله کنونی خویش و معنایی که به زندگی می‌دهند، کشف نمایند. به عبارت دیگر، هدف این مرحله، هشیار کردن زوجین به حالت‌های «من» و رابطه آن با مفاهیم ذهنی، عادات، تجربه‌ها، سبک زندگی، اسناد و علائمشان و سپس تغییر دادن و اصلاح کردن آنهاست (دانش، ۱۳۸۹).

مرحله دوم:

الف. مداخله در شناخت و باورهای زوجین: از عوامل بروز مشکلات روانی در فرد، شناخت ناقص و نادرست از جهان، خدا، هدف زندگی، محیط پیرامون، اشخاص و خودش است. در آموزه‌های دینی، ضمن تأکید بر مثبت‌نگری،

از افراد خواسته شده است که هنگام برقراری ارتباط با برادران دینی خود، همواره بهترین تفسیر را از سخنان آنان داشته باشند (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۴، ص ۱۵۲). اولین مداخله مهم شناختی، شناخت ریشه اختلافات و مشکلات زناشویی است و ایجاد باور به اینکه اختلافات آنها فقط ریشه در رویدادهای بیرونی و نقایص همسرشان ندارد، بلکه زائیده حالت نفسانی «آماره» آنهاست. دومین مداخله، آگاه‌سازی فرد برای شناسایی افکار نادرست، بینش‌های نامعقول صفات اخلاقی نامناسب است. لازم است زوجین بینش پیدا کنند که همه انسان‌ها، بجز انبیا و اولیای الهی، دچار رفتارهای اشتباه می‌شوند. سومین مداخله، فراهم آوردن موقعیت مناسب برای اندیشیدن و مرور اندیشه‌های پیشین، در زدودن حالت تردید و ناراحتی‌های روانی ناشی از آن مؤثر است. حضرت علی علیه السلام فرمود: «بتکرر الفکر ینجب الشک» (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ح ۹۱)؛ با تکرار اندیشه، شک از بین می‌رود. همچنین فرمودند: «من اکثر الفکر فیما تلمم أتن علمه و فهم ما لم یکن یفهم» (همان، ح ۸۹۱۷)؛ کسی که در آنچه یاد می‌گیرد، زیاد بیندیشد، علمش محکم می‌گردد و آنچه را نفهمیده بود، می‌فهمد (دانش، ۱۳۸۳).

ب. مداخله در رفتارهای زوجین: دانش (۱۳۸۳) پس از مرحله آماده‌سازی زن و شوهر برای شناخت حالت‌های نفس و افزایش خودشناسی، مرحله اکتساب و تمرین مهارت‌های ایمانی برای رسیدن به نفس مطمئنه و خودسازی را مطرح می‌سازد. از مؤلفه‌هایی که اسلام در زندگی زناشویی بر آنها تأکید دارد، می‌توان به ضرورت محبت متقابل بین آنها (بقره: ۱۸۷)، بخشش در زندگی (آل عمران: ۱۳۴)، استمرار روابط مطلوب (نساء: ۱۹)، عبادت خدا (رعد: ۲۸)، داشتن انتظارات معقول (نساء: ۱۹)، مشورت (شوری: ۳۸-۳۶)، صداقت (نحل: ۱۰۵)، خوش‌بینی (حجرات: ۱۲) و صبر (بقره: ۱۵۵) اشاره کرد.

ج. مداخله در هیجان‌های زوجین: توجه به زمان گفت‌وگو، حالات روحی خود و همسر، شرایط فضای گفت‌وگو و حضور یا عدم حضور دیگران می‌تواند در اثربخشی ارتباط نقش داشته باشد. در این مرحله به زوجین مهارت کنترل خشم آموخته می‌شود. راهکار کنترل خشم این است که زن و شوهر، خدا را ناظر بر خود ببینند. بخشش نیز می‌تواند یکی از راه‌های مدیریت خشم باشد. لذتی که انسان به دنبال عفو و گذشت احساس می‌کند، با آتشی که به هنگام خشم سراسر وجود او را فرا می‌گیرد، قابل مقایسه نیست (مجلسی، ۱۴۰۴ق، ج ۱۰، ص ۲۹).

مرحله سوم:

در این مرحله به زن و شوهر روش‌های محاسبه و مراقبه آموزش داده می‌شود تا به ایشان در کاربرد و پیگیری مداوم آنها کمک کند. ابتدا زوجین باید برای انجام مهارت آموخته‌شده، با خود «مشارطه» نمایند؛ یعنی با خودشان قراردادی امضا کنند؛ بعد «محاسبه» نمایند؛ یعنی در زمان مشخصی به بررسی رفتار و حالات مثبت و منفی خود بپردازند و از خود حساب بکشند که آیا مطابق پیمان خود عمل کرده‌اند؛ در صورت عمل، خود را تشویق کنند و سپاس الهی را به‌جای آورند؛ و اگر عمل نکرده‌اند و تخلف کم بود، خود را «معاتبه» یا ملامت نمایند؛ و اگر تخلف زیاد بود، خود را «معاقبه» یا عقوبت کنند و کارهای سخت بر خود تحمیل نمایند (دانش، ۱۳۸۳؛ نراقی، ۱۳۸۴، ص ۱۷۶).

روش پژوهش

طرح این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی «پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل» در قالب یک طرح تحقیقی آمیخته بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه زوجین دارای مشکلات ارتباطی مراجعه‌کننده به مرکز خدمات روان‌شناسی مهرآیین تهران بود. داشتن علاقه و تعهد جهت حضور منظم در جلسات درمانی، نداشتن اختلالات روانی خلقی و نداشتن اعتیاد از شرایط نمونه‌آماري بود. برای نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری در دسترس و تصادفی استفاده شده است. پس از ثبت‌نام متقاضیان، از طریق مصاحبه مقدماتی ۴۵ زوج واجد شرایط انتخاب شدند؛ سپس از بین شانزده زوج انتخاب‌شده، هشت زوج با روش جایگزینی تصادفی در هر گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند و در مرحله پیش‌آزمون، پرسش‌نامه محقق‌ساخته «مقیاس ارزیابی گفت‌وگویی مؤثر زوجین» را تکمیل کردند. بعد از آن، گروه آزمایش در ده جلسه نود دقیقه‌ای زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با آموزه‌های اسلامی شرکت نمودند. سپس اعضای دو گروه در مرحله پس‌آزمون، پرسش‌نامه ذکر شده را تکمیل کردند. در این پژوهش، جهت پیگیری پایداری اثربخشی جلسات درمانی، بعد از گذشت دو ماه، دوباره از همه دو گروه آزمون گرفته شد. از ۲۹ زوجی که در فرایند تحقیق شرکت نداشتند، دعوت به عمل آمد تا در جلسات زوج‌درمانی به‌صورت رایگان و بعد از اجرای پژوهش شرکت کنند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق‌ساخته «مقیاس ارزیابی گفت‌وگویی مؤثر زوجین» بود. در این پژوهش، از روش کیفی پدیدارشناسی برای ساختن پرسش‌نامه استفاده شده است و جامعه آماری آن، کلیه زوجین با عملکرد سالم ازدواج در شهر تهران بود. طبق روش نمونه‌گیری هدفمند با همکاری اداره آموزش و پرورش تهران، دو مدرسه در مقطع متوسطه اول انتخاب و خانواده‌های با عملکرد سالم شناسایی شدند. معیارهای ورود به این مطالعه، دارا بودن حداقل ده سال سابقه زندگی مشترک و کسب نمره در آزمون سنجش عملکرد سالم ازدواج بود. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختاری عمیق بود. پژوهشگر برای شناسایی ویژگی‌های گفت‌وگویی مؤثر زوجین با کارکرد سالم، چند سؤال باز و گسترده را بر اساس بررسی فرایند و مهارت‌های گفت‌وگویی مؤثر مطرح کرد و روایی صوری و محتوایی سوالات با نظر متخصصان روان‌شناسی سنجیده شد. سپس مصاحبه‌ها آغاز گردید و نمونه‌گیری تا ده زوج ادامه یافت تا اینکه اشباع نظری حاصل شد. سپس از مجموع ده مصاحبه، بیانات مهم استخراج شدند و با کنار هم قرار دادن و مقایسه مشترکات و ادغام کردن، پنج مضمون اصلی و بیست مضمون فرعی پدیدار گشتند. گویه‌های خام پرسش‌نامه با استفاده از مضمون‌های اصلی و فرعی طرح گردید و روایی صوری و محتوایی آن به‌وسیله پنج نفر از استادان مشاوره و روان‌شناسی تأیید شد. پرسش‌نامه طراحی‌شده، در بین ۱۵۰ زوج اجرا گردید و برای بررسی روایی سازه، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و گویه‌هایی که بار عاملی‌شان کمتر از حد مجاز ۰/۴۰ بود، حذف شدند. برای تعیین همسانی درونی پرسش‌نامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس مهارت‌های کلامی در گفت‌وگویی مؤثر ۰/۸۶ و خرده‌مقیاس‌های ادبیات کلامی ۰/۷۸، بیان احساسات ۰/۷۷، بیان نیازها ۰/۷۹ و ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس مهارت‌های غیر کلامی ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های ارتباط غیر کلامی هماهنگ با مهارت‌های کلامی ۰/۷۸ و ارتباط غیر کلامی ناهماهنگ با مهارت‌های کلامی ۰/۸۰، و ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس فرایند گفت‌وگویی مؤثر ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های مهارت گوش دادن ۰/۷۱، مهارت انعکاس دادن ۰/۸۰، مهارت تأیید کردن ۰/۸۷ و مهارت همدلی ۰/۷۹ گزارش شده است و پایایی آزمون با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۴۹ است.

پرسش‌نامه نهایی شامل ۴۳ سؤال و دارای سه مقیاس و نه خرده‌مقیاس است: اولین مقیاس، مهارت‌های کلامی در گفت‌وگوی مؤثر با خرده‌مقیاس‌های ادبیات کلامی، بیان احساسات و بیان نیازهاست؛ دومین مقیاس، مهارت‌های غیر کلامی در گفت‌وگوی مؤثر با خرده‌مقیاس‌های ارتباط غیر کلامی هماهنگ و ناهماهنگ با مهارت‌های کلامی است؛ سومین مقیاس، فرایند گفت‌وگوی مؤثر با خرده‌مقیاس‌های مهارت گوش دادن، مهارت انعکاس دادن، مهارت تأیید کردن و مهارت همدلی است. سوالات این پرسش‌نامه به‌صورت طیف چهار گزینهای اغلب اوقات (۴ نمره)، گاهی اوقات (۳ نمره)، به ندرت (۲ نمره) و هرگز (۱ نمره) می‌باشد و حداکثر نمره در آن ۱۷۲ و حداقل نمره ۴۳ است. بر اساس اجرای آزمایشی پرسش‌نامه، میانگین ۱۳۷/۱۱ و انحراف استاندارد ۱۵/۶۵ و خطای استاندارد ۱/۲۸ به دست آمد. جدول ۱ معرف میزان نمرات گفت‌وگوی مؤثر است.

جدول ۱: میزان نمرات گفت‌وگوی مؤثر

میزان گفت‌وگو	خیلی زیاد	زیاد	نسبتاً زیاد	متوسط	نسبتاً کم	کم	خیلی کم
نمرات	بیشتر از ۱۶۷	۱۶۷ تا ۱۵۲	۱۵۲ تا ۱۴۰	۱۴۰ تا ۱۳۵	۱۳۵ تا ۱۲۰	۱۲۰ تا ۱۰۵	کمتر از ۹۰

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss تجزیه و تحلیل شد.

جدول ۲: محتوای آموزش یکپارچه نگر زوجین

مرحله	هدف	محتوای جلسات	تکلیف جلسات
مرحله اول (جلسه اول تا سوم) <small>ریشه مشکل</small>	مفهوم‌سازی مشکلات، افزایش خودآگاهی، شناخت وضعیت موجود و ریشه مشکل	برقراری و تداوم ارتباط درمانی با زوجین، مفهوم‌سازی مشترک از مشکل، مشخص کردن دقیق اهداف و تحکیم اتحاد درمانی، بررسی نقش آموزه‌های اسلامی در گفت‌وگوی زوجین، ایجاد انگیزه و القای امید به رحمت الهی، ذکر آیات و احادیثی در زمینه نگرش ناامیدی و تقویت انگیزه، تعیین معیار مشترک برای حل مشکلات زندگی (خدا و دین، زندگی امه، عرف و جامعه)، مفهوم‌سازی مشترک از نقش علیت‌های دایره‌ای و حالت‌های نفس (آماره، مطمئن، و لوامه) در تفکرات، عواطف و رفتارهای زوجین در گذشته، ایجاد پیش‌بینی در زمینه تأثیر ناکامی‌های زندگی گذشته در روابط فعلی.	خودآشنایی عمیق در خلوت خود با خدا یا با همسر، بررسی موانع گفت‌وگوی مؤثر در زمان حال، ارزیابی درمانگر از عملکردش در جلسات، و ارزیابی زوجین از جلسه و محیط درمان.
مرحله دوم (جلسه چهارم تا هشتم)	اجرای مداخلات درمانی، ناکارآمد و ایجاد چرخه ارتباطی مثبت	تداوم اتحاد درمانی با بررسی تکالیف درمانی و تقویت تغییرات انجام شده، تحکیم امید و انگیزه به بهبودی گفت‌وگوی زوجین با ارائه راهکارهای قرآنی، تقویت آگاهی از نقش مخرب تفکرات، احساسات و رفتارهای کلامی و غیر کلامی منفی (نفس اماره) در ارتباط با یکدیگر، ایجاد چرخه تعاملی مثبت با چارچوب‌دهی مجدد شناختی و رفتارهای کلامی و غیر کلامی اسلامی و تمرین نقش‌ها، تمرین روش گفت‌وگوی آگاهانه مبتنی بر گوش دادن فعال و صبر و شکیبایی در گوش دادن، انعکاس دادن، تمرین اعتبار و ارزش دادن به سخنان همسر و همدلی کردن با توجه به آموزه‌های اسلامی، آموزش و تمرین مهارت کنترل خشم با توجه به آموزه‌های اسلامی، ارزیابی میزان اتحاد درمانی.	تمرین گفت‌وگوی مؤثر در بین جلسات، تمرین مراحل مهارت کنترل خشم، تکمیل فرم خود تحلیلی منطقی.

<p>جلسه سوم (جلسه نهم تا دهم)</p>	<p>دستاوردها مهم</p>	<p>تداوم اتحاد درمانی با تقویت انگیزه و امید زوجین؛ بررسی تکالیف درمانی و تقویت تغییرات انجام شده؛ ایجاد خودآگاهی نسبت به موضوعات قبلی گفت‌وگو، پیشنهاد محتوا و موضوعات گفت‌وگو، تمرین گفت‌وگو بر اساس آموخته‌های قبلی، بررسی نقش آمادگی قبلی زوجین و انتخاب زمان و مکان مناسب در گفت‌وگوی مؤثر از نظر اسلام؛ طراحی و اجرای برنامه افزایش تدریجی میزان گفت‌وگو بین زوجین و افزایش فعالیت‌های پاداش‌دهنده؛ تقویت نقاط قوت و تقویت دستاوردهای قبلی؛ ملایم‌سازی رفتار و تشویق باز کردن فضای گفت‌وگو برای همدیگر؛ تمرین مستمر مهارت‌ها با مشارطه، محاسبه، معاتبه، معاقبه از نظر رفتار درمانی اسلامی.</p>	<p>شرکت در جلسات معنوی و دعا، برقراری ارتباط نزدیک با الگوهای معنوی؛ اجرای مقیاس ارزیابی جلسات درمانی و مقیاس ارزیابی زوجین از محیط درمانی و وضعیت آن.</p>
-----------------------------------	--------------------------	--	--

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش یک عامل درون‌آزمودنی یا زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش و یک عامل بین‌آزمودنی یا عضویت گروهی وجود داشت. میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای ادبیات کلامی ($F=۱۶/۸۵, P=۰/۰۰۱$)، بیان احساسات ($F=۲۰/۸۸, P=۰/۰۰۱$)، بیان نیازها ($F=۳۲/۴۴, P=۰/۰۰۱$)، ارتباط غیر کلامی هماهنگ ($F=۴۱/۳۰, P=۰/۰۰۱$)، ارتباط غیر کلامی ناهماهنگ ($F=۲۳/۴۷, P=۰/۰۰۱$)، مهارت گوش دادن ($F=۲۱/۳۳, P=۰/۰۰۱$)، مهارت انعکاس دادن ($F=۶۳/۶۷, P=۰/۰۰۱$)، مهارت تأیید کردن ($F=۸/۹۰, P=۰/۰۰۱$)، مهارت همدلی ($F=۴/۳۴, P=۰/۰۰۵$) معنادار است، این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. نتایج مقایسه میانگین گروه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، با استفاده از تصحیح بونفرونی در جدول‌های ۳ تا ۵ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج مقایسه میانگین گروه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مقیاس مهارت‌های کلامی

متغیر	مرحله	میانگین آزمایش	انحراف استاندارد	میانگین کنترل	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار P
ادبیات کلامی	پیش‌آزمون	۱۸/۴۴	۱/۵۹	۱۷/۱۹	۱/۸۰	۱/۲۵	۰/۶۰	<۰/۰۴
	پس‌آزمون	۲۰/۸۸	۱/۶۷	۱۷/۴۴	۱/۸۲	۳/۴۳	۰/۶۱	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۰/۵۰	۱/۴۱	۱۷/۳۱	۱/۶۶	۳/۱۸	۰/۵۴	<۰/۰۰۱
بیان احساسات	پیش‌آزمون	۱۹/۹۴	۵/۲۲	۱۸/۸۱	۳/۳۹	۱/۱۲	۱/۵۵	<۰/۴۷
	پس‌آزمون	۲۸/۹۴	۲/۵۲	۱۹	۳/۴۸	۹/۹۳	۱/۰۷	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۸/۳۱	۲/۱۸	۱۸/۲۵	۲/۵۷	۱۰/۰۶	۰/۸۴	<۰/۰۰۱
بیان نیازها	پیش‌آزمون	۱۱/۹۴	۲/۴۳	۱۲/۸۱	۱/۵۶	-۰/۸۷	۰/۷۲	<۰/۲۳
	پس‌آزمون	۱۶/۹۴	۲/۴۳	۱۲/۹۴	۱/۶۱	۴	۰/۷۳	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۶/۸۸	۲/۳۶	۱۲/۸۱	۱/۵۶	۴/۰۶	۰/۷۱	<۰/۰۰۱

طبق جدول ۳، در متغیر ادبیات کلامی، میانگین گروه آزمایش در این سه مرحله به صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. در متغیر بیان احساسات، در مرحله پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. در

مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه آزمایش به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. در متغیر بیان نیازها، در مرحلهٔ پیش‌آزمون، بین دو گروه تفاوت وجود ندارد. در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه آزمایش به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه کنترل است.

جدول ۴: نتایج مقایسهٔ میانگین گروه‌ها در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مقیاس مهارت‌های غیرکلامی

متغیر	مرحله	میانگین آزمایش	انحراف استاندارد	میانگین کنترل	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار P
ارتباط غیرکلامی	پیش‌آزمون	۱۱/۳۸	۱/۲۰	۱۰/۴۴	۱/۱۵	۰/۹۳	۰/۴۱	<۰/۰۳
	پس‌آزمون	۱۵/۰۶	۱	۱۰/۵۰	۱/۱۵	۴/۵۶	۰/۳۸	<۰/۰۰۱
هماهنگ	پیگیری	۱۴/۵۶	۰/۸۱	۱۰/۳۱	۰/۹۵	۴/۲۵	۰/۳۱	<۰/۰۰۱
ارتباط غیرکلامی	پیش‌آزمون	۸/۴۴	۱/۰۳	۱۰	۰/۵۲	-۱/۵۶	۰/۲۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۱/۵۰	۰/۸۹	۱۰/۰۶	۰/۶۸	۱/۴۳	۰/۲۸	<۰/۰۰۱
ناهماهنگ	پیگیری	۱۱/۲۵	۰/۹۳	۹/۸۱	۰/۵۴	۱/۴۳	۰/۲۸	<۰/۰۰۱

طبق جدول ۴، در متغیر ارتباط غیرکلامی ناهماهنگ با مهارت‌های کلامی، میانگین گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه کنترل است.

جدول ۵: نتایج مقایسهٔ میانگین گروه‌ها در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مقیاس فرایند گفت‌وگوی مؤثر

متغیر	مرحله	میانگین آزمایش	انحراف استاندارد	میانگین کنترل	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار P
مهارت گوش‌دادن	پیش‌آزمون	۱۱	۲/۶۱	۱۳/۷۵	۱/۲۴	-۲/۷۵	۰/۷۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۶/۶۳	۴/۲۲	۱۳/۷۵	۱/۳۴	۲/۷۸	۱/۱۰	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۶/۶۳	۴/۲۲	۱۲/۶۹	۰/۷۹	۳/۹۳	۱/۰۷	<۰/۰۰۱
مهارت انعکاس‌دادن	پیش‌آزمون	۱۲/۲۵	۱/۷۷	۱۴/۲۵	۱/۲۹	-۲	۰/۵۴	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۷/۷۵	۰/۹۳	۱۴/۲۵	۱/۲۹	۳/۵۰	۰/۳۹	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۷/۳۸	۰/۷۲	۱۳/۵۶	۱/۱۵	۳/۸۱	۰/۳۴	<۰/۰۰۱
مهارت تأییدکردن	پیش‌آزمون	۱۲/۰۶	۱/۴۸	۱۳/۱۹	۱/۲۸	-۱/۱۲	۰/۴۸	<۰/۰۳
	پس‌آزمون	۱۴/۷۵	۲/۴۱	۱۳/۱۳	۱/۳۶	۱/۶۲	۰/۶۹	<۰/۰۳
	پیگیری	۱۴/۴۴	۱/۵۵	۱۲/۶۹	۱/۱۴	۱/۷۵	۰/۴۸	<۰/۰۰۱
مهارت همدلی	پیش‌آزمون	۹/۳۱	۱/۱۴	۸/۵۰	۱/۰۳	۰/۸۱	۰/۳۸	<۰/۰۰۴
	پس‌آزمون	۱۰/۶۳	۰/۹۶	۸/۶۳	۱/۰۲	۲	۰/۳۵	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۰/۱۹	۰/۶۶	۸/۴۴	۰/۸۱	۱/۷۵	۰/۲۶	<۰/۰۰۱

طبق جدول ۵، در متغیر مهارت گوش‌دادن، میانگین کنترل در پیش‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتر از گروه آزمایش و میانگین گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. در متغیر مهارت انعکاس‌دادن، میانگین کنترل در پیش‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتر از گروه آزمایش و میانگین گروه آزمایش در

مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. در متغیر مهارت تأیید کردن، میانگین کنترل در پیش‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتر از گروه آزمایش و میانگین گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. در متغیر مهارت همدلی، میانگین گروه آزمایش در این سه مرحله به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. بنابراین، با توجه به یافته پژوهش می‌توان گفت که زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی، بر میزان گفت‌وگوی مؤثر زوجین اثر مثبت و معناداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان اظهار کرد، هدف اصلی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی ایجاد یک رابطه رضایت‌بخش بین زن و شوهر و فراهم شدن یک زندگی با نشاط و همراه با آرامش در چارچوب آموزه‌های اسلامی است. در این پژوهش زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی در افزایش مؤلفه‌های گفت‌وگوی مؤثر زن و شوهرها مؤثر بوده است و مداخلات در نظر گرفته شده در این رویکرد توانسته‌اند میزان گفت‌وگوی مؤثر را در همسران افزایش دهند. همچنین در میزان گفت‌وگوی مؤثر گروه کنترل هیچ‌گونه بهبودی در طول این مدت مشاهده نشد. با توجه به اینکه گفت‌وگوی مؤثر یک سازه چندبعدی است، افزایش یکی از مؤلفه‌های آن می‌تواند مؤلفه‌های دیگر آن را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، در ادامه در دو بخش به تبیین تأثیر زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی در افزایش گفت‌وگوی مؤثر زن و شوهر (مؤلفه‌های مهارت‌های ارتباط کلامی، غیر کلامی و فرایند گفت‌وگوی مؤثر) پرداخته می‌شود.

در بخش اول تبیین سؤال پژوهش می‌توان گفت: زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی، مهارت‌های ارتباط کلامی و غیر کلامی زن و شوهرها را افزایش داده است. مهارت‌های کلامی جزء مهمی از گفت‌وگوی مؤثر زن و شوهر و از مهم‌ترین روش‌هایی است که در استحکام و بقای رابطه زناشویی نقش دارند.

در این پژوهش، زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی هم‌زمان بر ارتباط کلامی و غیر کلامی تأثیر گذاشته است. این دو مهارت، ارتباط تنگاتنگی با همدیگر دارند و افزایش یکی از آنها بر دیگری نیز اثر می‌گذارد. هماهنگی بین مؤلفه‌های کلامی و غیر کلامی برای یک ارتباط مؤثر بسیار مهم و ضروری است.

متغیرهای تسهیل‌کننده و مداخله‌کننده در زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی، همگی بر ایجاد یک رابطه کلامی و غیر کلامی رضایت‌بخش بین زن و شوهر تأکید دارند. مهم‌ترین متغیر تسهیل‌کننده درمان در این رویکرد، زن و شوهر امیدوار و درمانگر بانگیزه است. امیدواری و مطلوب‌اندیشی باعث افزایش انرژی روانی و افزایش تلاش برای رسیدن به مقصود و کاهش ترس و اضطراب می‌شود. خداوند در آیه ۸۷ سوره یوسف می‌فرماید: «از رحمت خدا مأیوس نشود، جز گروه کافران». زن و شوهر امیدوار به لطف الهی مهارت‌های کلامی و غیر کلامی را بهتر می‌آموزند

و با انگیزهٔ بهتری این مهارت‌ها را به کار می‌گیرند. ماهونی (۲۰۰۵) در تحقیق خود نشان داد که فعالیت مذهبی، با سطوح بالاتر رضایت و ثبات زناشویی ارتباط مستقیم دارد.

متغیرهای تسهیل‌کنندهٔ درمان، اثر مراحل سه‌گانهٔ زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی درمان را تسریع می‌کند. در مرحلهٔ اول این رویکرد، مفهوم‌سازی مشکلات و افزایش خودآگاهی زن و شوهر مطرح است. مفهوم‌سازی درمانگر و زن و شوهر از مشکل ارتباطی‌شان و عدم مهارت‌های کلامی و غیر کلامی، هنگامی اتفاق می‌افتد که درمانگر اسلامی در کنار ابعاد جسمانی، روانی، عاطفی و اجتماعی به بُعد معنوی زن و شوهر نیز توجه کند و زوجها به سمت شناخت حالت‌های نفس و خودشناسی هدایت می‌شوند. درمانگر اسلامی سعی می‌کند تا زن و شوهر بتوانند ارتباط حالت‌های نفس اماره، مطمئن و لوامه را با تصوراتشان از خود، همسر و مسئلهٔ کنونی کشف کنند و از آن آگاه شوند.

پس از خودشناسی و آگاهی یافتن همسران از ریشهٔ تفکرات، احساس‌ها و رفتارها و تأثیر آن بر گفت‌وگوی مؤثر - که نوعی مداخلهٔ درمانی نیز محسوب می‌شود - در مرحلهٔ دوم تمرکز روی مداخلات درمانی است و توقف چرخه‌های ارتباطی ناسالم زن و شوهرها را مدنظر قرار می‌دهد؛ زیرا هدف این رویکرد کمک به زن و شوهر برای تغییر در تفکر، احساس و رفتار است و تغییر هر یک از این عناصر در زن و شوهر تغییراتی را در نفر مقابل راه می‌اندازد که به آغاز چرخه‌ای می‌انجامد که رفتار را از مخرب به سالم مبدل می‌سازد.

در زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی ضمن تأکید بر مثبت‌نگری، از زوجها خواسته می‌شود که هنگام برقراری ارتباط با دیگران، همواره بهترین تفسیر را از سخنان آنان داشته باشند (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۴، ص ۵۶). حیرت و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی نتیجه گرفتند که زوج‌درمانی اسلام‌محور، خوش‌بینی زوجین را افزایش داده است.

در مداخلات رفتاری، درمانگر با کمک فن ایفای نقش و قرارداد رفتاری، زن و شوهر را تشویق می‌کند که احساسات خود را به صورت کلامی و غیر کلامی به همدیگر نشان دهند. در جلسات زوج‌درمانی اسلامی، بر تمرین گفت‌وگوی ملایم و نرم، منطقی و مستدل، روان و رسا، زیبا و شایسته تأکید می‌شود.

همچنین آموختن مهارت کنترل خشم، به زن و شوهر در ابراز احساسات منفی و حفظ تعادل خویش کمک می‌کند. یاد خدا و خدا را ناظر بر خود دیدن، صبر و خویش‌داری و انجام کاری معنوی در هنگام عصبانیت، باعث تصحیح فکر و موجب افول هیجان منفی زن و شوهر می‌شود و نقش مهمی در گفت‌وگوی مؤثر دارد. ویسی (۱۳۹۱) در پژوهش خود نتیجه گرفت که راهبردهای درمان با آموزه‌های قرآنی و برای کاهش تعارض‌ها اثربخشی داشته است. حمیدی و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیقی نشان دادند که زن و شوهر با بخشودن، سلامت جسمانی، روانی و ذهنی خود را ارتقا می‌دهند.

در این پژوهش، زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی گفت‌وگوی آگاهانه زن و شوهر را نیز افزایش داده و بر فرایند گفت‌وگوی مؤثر زن و شوهر تأثیر گذاشته است. گفت‌وگوی مؤثر زن و شوهر شامل گوش دادن

فعال، انعکاس دادن، تأیید کردن و همدلی کردن است. فرایند گفت‌وگوی مؤثر زن و شوهر در ارتباط درمانی با بخش‌های اصلی خود موجب برقراری پیوند می‌شود و زن و شوهر از طریق گوش کردن فعال به افکار و احساساتشان، پیوند برقرار می‌کنند. همسرانی که به حرف‌های هم به‌دقت گوش می‌دهند، بهتر می‌توانند از همدیگر پشتیبانی کنند و حرف‌های همدیگر را منعکس نمایند و به حرف‌های همدیگر ارزش و اعتبار می‌دهند. تأیید کردن و ارزش دادن به حرف‌های همسر، خالی از گوش دادن دفاعی است و در آن نگرش هر دو زوج معتبر و قابل تأیید شدن است. باقریان و بهشتی (۱۳۹۰) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت‌های زناشویی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر سازگاری زناشویی تأثیر مثبت دارد. محمودزاده و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که زوج‌درمانی اسلامی باعث افزایش صمیمیت در ابعاد عاطفی، ارتباطی، فیزیکی، اجتماعی - تفریحی، مذهبی و روان‌شناختی شده است.

زن و شوهر بر اساس آموزه‌های اسلامی، گرامی داشتن همسر، تحقیر نکردن او و ارزش قائل شدن به نظرات او را یاد می‌گیرند و می‌توانند احساسات همدیگر را نیز درک کنند. در مداخلات رفتاری برای ایجاد یک گفت‌وگوی آگاهانه، زن و شوهر تشویق می‌شوند تا برای موضوع، زمان و مکان گفت‌وگوی آگاهانه، از قبل برنامه‌ریزی کنند و برنامه‌ریزی قبلی برای گفت‌وگو بر تمرکز زن و شوهر در گفت‌وگوی آگاهانه‌شان اثر مثبت می‌گذارد. همچنین اگر زن و شوهر درباره پیشرفت گفت‌وگوی آگاهانه به همدیگر بازخورد دهند، در نتیجه درمان تأثیر می‌گذارد. کال کورتیس و الیسون در مطالعات نشان دادند که هرچه میزان زمان سپری‌شده زوجین در انجام عبادات بیشتر باشد، آنان شادمانی و رضایت زناشویی بیشتری را تجربه خواهند کرد (به نقل از: حیرت و همکاران، ۱۳۹۰).

در مرحله سوم رویکرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی - که مرحله نتیجه‌گیری و نتایج مشترک است - زن و شوهر با کاربرد و پیگیری مستمر مهارت‌های آموخته‌شده بر اساس آموزه‌های اسلامی در جلسات درمانی، الگوهای ناکارآمدشان را متوقف می‌کنند. رفتارهای انسان در صورت تکرار، نخست به صورت «حالت» و آن‌گاه «عادت» درمی‌آید و به تدریج شکل «ملکه» و صفت پایدار نفسانی به خود می‌گیرد؛ آن‌گونه که به‌راحتی و بی‌درنگ از انسان سر می‌زند. در این مرحله، به زن و شوهر روش‌های محاسبه و مراقبه آموزش داده شده و به آنها در کاربرد و پیگیری مداوم آنها کمک می‌شود. ممکن است چگونگی پیشرفت زن و شوهر در این مرحله متفاوت باشد؛ چون تا اندازه‌ای به ماهیت اختلاف‌های زناشویی، قدرت زن و شوهر در تسلط بر نفس آماره و همچنین تسلط درمانگر در ارائه روش‌ها و تفهیم آنها به زن و شوهر بستگی دارد (دانش، ۱۳۸۳). رضایی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که زوج‌درمانی اسلام‌محور، تعهد زناشویی زن و شوهر را در ابعاد شخصی و اخلاقی افزایش داده است. با توجه به مرحله سوم، نکته مهم دیگری که باید به آن توجه داشت این است که مداخلات زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی در طول زمان پیگیری نیز در ارتقای میزان گفت‌وگوی مؤثر زن و شوهرها تأثیر داشته است. نتایج

تحقیق نشان داد که شرکت زوجین در جلسات زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی توانسته است میزان گفت‌وگوی مؤثر آنان را افزایش دهد و مراحل سه‌گانهٔ این رویکرد در تعامل با متغیرهای تسهیل‌کنندهٔ درمان، مانند اتحاد درمانی و انگیزهٔ بالای زوجین و درمانگر، توانسته است تفکرات، احساسات و رفتارهای منفی زوجین را اصلاح و چرخهٔ تعاملی مثبت را جایگزین آن کند و بدین ترتیب، زوجین بر مشکل عدم گفت‌وگوی مؤثرشان غلبه کردند. بنابراین، با توجه به اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی بر افزایش گفت‌وگوی مؤثر زوجین، پیشنهاد می‌شود تحقیقات تجربی بیشتری در زمینهٔ زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی صورت گیرد و مشاوران خانواده و زوج‌درمانگران فنون و روش‌های کاربردی آنها را فراگیرند و در مراکز مشاوره و محیط‌های بالینی جهت ارتقای توانمندی گفت‌وگوی مؤثر، صمیمیت و رضایت زناشویی و درمان مشکلات مربوط به صمیمیت و ارتباط زوجین به کار گیرند.



منابع

- اعتمادی، عنزرا، ۱۳۸۴، «ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی»، *تازه‌های روان‌درمانی*، ش ۳۵، ص ۱۳۱-۱۴۶.
- باقریان، مهرونوش و سعید بهشتی، ۱۳۹۰، «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زناشویی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر سازگاری زناشویی زوجین»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، سال دوم، ش ۶، ص ۷۳-۸۹.
- پروچاسکا و نور کراس، ۲۰۰۱، *نظریه‌های روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، رشد.
- تمیمی آمدی، عبدالواحدین محمد، ۱۳۶۶، *غورالحکم و دررالکیم*، شرح آقاجمال خوانساری، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.
- حسینی، داود، ۱۳۸۳، «شناخت درمانی در منابع اسلامی»، *علوم انسانی و اسلامی*، ش ۸۷، ص ۵۷-۶۶.
- حیرت، عاطفه و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی اثربخشی زوج‌درمانی اسلام‌محور بر خوش‌بینی زوجین شهر اصفهان»، *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ش ۱، ص ۹-۲۲.
- دانش، عصمت، ۱۳۸۹، «افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار با مشاوره از چشم‌انداز اسلامی»، *مطالعات روان‌شناختی*، سال ششم، ش ۲، ص ۱۶۷-۱۸۳.
- دانش، عصمت، ۱۳۸۳، «تأثیر خودشناسی اسلامی در افزایش سازگاری زناشویی»، *پژوهش‌های مشاوره*، ش ۱، ص ۸-۳۰.
- رضایی، جواد و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر آموزش زوج‌درمانی اسلام‌محور بر تعهد زناشویی زوجین»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۳۵، ص ۷۹-۱۰۶.
- سالاری‌فر، محمدرضا و همکاران، ۱۳۹۲، «مبانی و ساختار زوج‌درمانی اسلامی»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال هفتم، ش ۱۲، ص ۳۷-۶۸.
- سالاری‌فر، محمدرضا، ۱۳۸۷، *خانواده در نگرش اسلام و روان‌شناسی*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- سودانی، منصور و همکاران، ۱۳۹۲، «مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر علائم افسردگی و استرس پس از سانحه ناشی از روابط فرزاناشویی در زوجین»، *روان‌شناسی بالینی*، ش ۱۹، ص ۳۵-۴۶.
- شریفی‌نیا، محمدحسین، ۱۳۹۱، *الگوهای روان‌درمانی یکپارچه*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- فقیهی، علی‌نقی، ۱۳۸۶، «روش‌های مشاوره از منظر پیامبر اعظم ﷺ و ائمه علیهم‌السلام»، *پژوهش و حوزه*، ش ۳۲، ص ۷۵-۹۴.
- کلینی، محمدبن یعقوب، ۱۴۰۷ق، *اصول کافی*، تهران، دارالکتب الإسلامیه.
- کوری، جرالده، ۲۰۰۵، *نظریه‌ها و کاربردها مشاوره و روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران.
- مجلسی، محمدباقر، ۱۴۰۴ق، *بحارالانوار*، بیروت، دار احیاء التراث العربی.
- مطهری، مرتضی، ۱۳۶۸، *انسان کامل*، تهران، صدرا.
- محمودزاده، اعظم و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی تأثیر زوج‌درمانی اسلامی بر صمیمیت زناشویی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۲۵، ص ۵۹-۷۰.
- نراقی، احمد، ۱۳۸۴، *معراج‌السعادت*، تهران، بعثت.
- ویسی، اسدالله، ۱۳۹۱، «طراحی و مقایسه اثربخشی دو برنامه درمانی مبتنی بر اصول درمان روایتی و درمان مبتنی بر آموزه‌های قرآنی در کاهش تعارض‌های زناشویی»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال دوم، ش ۳، ص ۳۴۰-۳۵۷.
- Atkins, D. C., et al, 2005, "Infidelity and behavioral couple therapy: optimism in the face of betrayal", *Journal of Consult Clin Psychology*, n. 73(1), p 144-150.
- Atkins, D.C., et al, 2005, "Improving relationship: Mechanisms of change in couple therapy", *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, n. 73, p 624-633.

- Beutler, L. E, et al, 2005, *Systemic treatment selection and prescriptive psychotherapy*, New York Oxford University Press.
- Blow, A. J, et al, 2007, "Is who delivers the treatment more important than the treatment itself?: The role of the therapist in common factors", *Journal of Marital and Family Therapy*, n. 33, p 298–317.
- Brock GW, & Joanning H. A, 1983, "comparison of the relationship enhancement program and the Minnesota couple communication program", *Journal of Marital and Family Therapy*, n. 9 (4), p 413-421.
- Brooks, L.W, 2001, *An investigation of relationship enhancement therapy in a group format with rural, southern couples*, Doctoral dissertation, The Florida State University. Dissertation Abstracts International, 58-06A, 239.
- Cornelius Tara L, et al, 2007, "The effectiveness of communication skills Training with Married couples", *The family journal*, n. (15)5, p 124-132.
- Danczak, A, 2011, "Dialogue as a Means of Building the Spirituality of a Married Couple", *Journal INTAMS review*, n. (17)1, p 61-68.
- Dattilio, F. M, & Epstein, n. B, 2005, "Introduction to the special section: The role of cognitive-behavioral interventions in couple and family therapy", *Journal of family therapy*, n. 31(1), p 7-13.
- Davis, S. D, & Piercy, F. P, 2007, "What clients of Couple therapy model developers and their former students say about change, Part I: Model dependent common factors across three models", *Journal of Marital and Family Therapy*, n. 33(3), p 318–343.
- Douglas H, et al, 2009, *Common Factors in Couple and Family Therapy*, New York, The Guilford Press.
- Garland, R, 1981, "Training married couples in listening skills", *Journal of family relations*, n. 30, p 30-39.
- Gordon, K.C, & Baucom, D.H, 2004, "Understanding betrayals in marriage: A synthesized model of forgiveness", *Journal of Fam Process*, n. 37(4), p 425-449.
- Gottman, J.M, & Notarius, C.I, 2002, "Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century", *Family Process Journal*, n. 41, p 159-197.
- Hamidi F, et al, 2010, "Couple therapy: forgiveness as an Islamic approach in counseling", *Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences*, n. 5 (2), p1525–1530.
- Hansson, K, & Lund Bland, A, 2006, "Couple therapy effectiveness of treatment and long term follow up", *Journal of Family Therapy*, n. (28) 1, p 117-125.
- Hendrix, H, & Hunt, H, 2013, *Making marriage simple: Ten truths for changing the relationship you have into the one you want*, New York, Crown publishERS.
- Judith S. Beck, 2011, *Cognitive Behavior Therapy, Basics and Beyond*, Second Edition: Published by The Guilford Press.
- Karahan, F, 2009, "The Effects of a Couple Communication Program on the Conflict Resolution Skills and Active Conflict Tendencies of Turkish Couples", *Journal Marital Therapy*, n. 3 (35), p 220-229.

- Kim Y.M, 2004, “Spirituality and affect. A Function of changes in Religious affiliation”, *Journal of family psychology*, n. (13)3, p 17-25.
- Lebow, Jay, 2014, “Couple and family therapy: An integrative map of the territory”, *American Psychological Association*, 113-128.
- MahoneyA, 2005, “Religion and Conflict in Marital and Parent-Child Relationships”, *Journal of Social Issues*, n. (61) 4, p 689-706.
- Muro, L, et al, 2015, “Imago Relationship Therapy and Accurate Empathy Development”, *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions Access options*, n. 15(3), p 232-246.
- Norcross,J.C, et al, 1997, “Clinical psychologist in the 1990s”, *clinacal psychologist*, n. 50, p 4-9.
- Sprenkle, et al, 2009, *Common Factors in Couple and Family Therapy*, New York, The Guilford Press.
- Walsh, F, 2009, *Spiritual Resources In Family Therapy*, New York, The Guilford.
- Weeks,G.R, & Treat,S. R, 2001, *couples in treatment.techniques and approaches for effective practice*, New York, Brunner-Routledge.
- Weeks, G. R, & L’Abate, L, 1979, “A compilation of paradoxical methods”, *Journal of Family Therapy*, n. 7, p 61-76.

