

نشریه علمی فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده
سال پانزدهم، شماره ۵۱، تابستان ۱۳۹۹: ۲۷ - ۷

مقایسه اثربخشی گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، معنوی - دینی اسلام محور

و تلفیقی بر احساسات مثبت زنان دارای تجربه دزدگی زناشویی

مرضیه علیوندی وفا^۲

سعیده قشلاقی^۱

معصومه آزموده^۴

خلیل اسماعیل پور^۳

پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۱۱/۰۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۰۴

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه میزان اثربخشی گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، معنوی - دینی اسلام محور و تلفیقی بر احساسات مثبت زنان با تجربه دزدگی زناشویی بود. پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان متأهل مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و مراکز مشاوره سطح شهر تبریز بود که در زمستان و بهار سال ۹۷ - ۶ به منظور دریافت کمک‌های تخصصی در زمینه مسائل خانوادگی و زناشویی به این مراکز مراجعه کرده بودند. درباره انتخاب نمونه تحقیق، لازم به ذکر است که از میان افراد واجد شرایط بعد از اجرای پرسشنامه دزدگی زناشویی در مرحله غربالگری اولیه، ۴۸ نفر از زنانی که در این پرسشنامه نمره‌هایی بیشتر از میانگین به دست آوردند به شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند انتخاب، و به‌طور تصادفی در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. گروه‌های آزمایشی طی هشت جلسه تحت مداخلات جداگانه‌ای قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. ابزار این پژوهش شامل مقیاس دزدگی زناشویی و پرسشنامه احساسات مثبت بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بین میانگین نمره‌های گروه‌های مورد مقایسه در متغیر احساسات مثبت در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). در مجموع، نتایج نشان داد که درمان تلفیقی نسبت به درمانهای رفتاری - ارتباطی و معنوی - دینی تأثیر بیشتری بر احساسات مثبت نسبت به همسر دارد.

کلیدواژه‌ها: گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، گروه درمانی معنوی - دینی اسلام محور، گروه درمانی تلفیقی، دزدگی زناشویی، احساسات مثبت

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران

۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران

۴. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران

saeidegheshlaghi@gmail.com

m.alivand@iaut.ac.ir

khalil-sma@yahoo.com

mas-azomod@yahoo.com

مقدمه

اساس هر زندگی سالم بر ارتباط سازنده و دلشادیهای روانشناختی استوار است به گونه‌ای که تجربه هر نوع نابسامانیهای خانوادگی و دل‌آزردگیهای ارتباطی می‌تواند در نهایت به سست شدن بنیان کلی خانواده لطمه وارد سازد. متخصصان بر این باورند که نیاز به برقراری و حفظ پیوند و روابط نزدیک با دیگران، انگیزه اساسی و بنیادی بشر قلمداد می‌شود (بشارت، ۱۳۹۱). افراد، ازدواج را صمیمانه‌ترین رابطه بزرگسالی به‌شمار می‌آورند؛ رابطه‌ای که برای آنها منبع اصلی عواطف و حمایت است (مونتسی، کانر، گاردن، فوبروکیم و همبرگ^۱، ۲۰۱۳). هنگامی که ازدواج هنوز در مراحل اولیه است، پیش‌بینی «شکست در عشق» به‌نظر غیرممکن می‌رسد. جدایی پیوند عاطفی معمولاً ناگهانی اتفاق نمی‌افتد؛ اما اغلب، ماه‌ها یا سالها، نارضایتی در ارتباط وجود دارد. بیشتر افراد انتظار دارند که ازدواجی عشق‌محور داشته باشند. آنها علاقه‌مندند، همسری انتخاب، و تا آخر عمر با وی زندگی کنند (کوهی، اعتمادی و فاتحی‌زاده، ۱۳۹۳). یکی از مقوله‌های تأثیرگذار و قابل انعطاف و البته چالش برانگیز، چگونگی ارتباط اعضای خانواده باهم است. در اصل، اعضای خانواده به‌عنوان یک سامانه با هم رابطه‌ای عمیق و چند لایه دارند؛ موضوعی که نه تنها باعث قدرت ارتباط خانوادگی می‌شود، بلکه پاشنه آشیل بنیان خانواده نیز به‌شمار می‌رود. یکی از دلایل این نوع قدرت و ضعف این است که اعضای خانواده تا حدود زیادی پیشینه مشترک، ادراکات درونی شده مشترک، مفروضات و دیدگاه‌هایی درباره دنیا و برداشت مشترکی از اهداف زندگی دارند؛ به بیانی دیگر، ارتباط، سرتاسر زندگی انسان را در دامن مجموعه‌ای به نام خانواده دربرگرفته است. در این بین، ارتباط زناشویی طولانی‌ترین و عمیق‌ترین ارتباطی است که می‌تواند دستمایه شادی یا منبع بزرگ رنج و تألم باشد. در واقع، آگاهی و اطلاع زوجها از نقش خود در ایجاد رابطه‌ای صحیح و ثمربخش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (هاتگلونگ و ایشاک^۲، ۲۰۱۲)؛ اما گاهی پس از مدتی ممکن است زن یا شوهر یا هر دوی آنها نسبت به عمق و شکل رابطه خود دچار تردید شوند؛ چرا که در فاصله‌های روانی بین توقعات خود از زندگی و واقعیت‌های زندگی زناشویی‌شان هماهنگی لازم را نمی‌بینند و سرخوردگی و دلزدگی زناشویی^۳ را احساس می‌کنند (خواصی، ۱۳۹۲). پایتز، نیل، هامر و

1. Montesi, Conner, Gordon, Fauber, Kim, Heimberg
 2. Hutagalung & Ishak
 3. Marital Burnout

آیسکسن^۱، (۲۰۱۱) دلزدگی زناشویی را کاهش تدریجی دل بستگی عاطفی به همسر می‌دانند که با احساس بیگانگی، بی‌علاقگی و بی‌اعتنایی زوجین به یکدیگر و جایگزینی عواطف منفی به جای عواطف مثبت همراه است. به‌باور متخصصان، دلزدگی در زندگی زناشویی، روند تدریجی دارد و با پیشرفت آن می‌تواند به فروپاشی رابطه بینجامد؛ یعنی زمانی می‌رسد که زوجین درمی‌یابند که با وجود تلاشهای مکرر، این رابطه به‌زندگی آنها معنایی نمی‌دهد (ون پلت^۲، ۲۰۰۹). پژوهشگران معتقدند با اینکه تمامی ازدواجها به‌نوعی دلزدگی را تجربه می‌کنند، بسیاری از آنها با کیفیت ضعیف ادامه می‌دهند و زندگی متأهلی بی‌ثباتی را تشکیل می‌دهند که به فروپاشی متمایل است و به‌طور یقین با افکار و تصورات فراوانی درباره جدایی و سازگاری زناشویی ضعیف همراه است (یاقوتیان، سلمانیان و بخشی، ۱۳۹۴)؛ در این حالت، احساسات منفی، حالت غالب به خود می‌گیرد و به از دست دادن شوروشوق اولیه، وابستگی عاطفی، تعهد و در نهایت بروز دلزدگی می‌انجامد (پوکورسکا، فارل، ایوان شیتزکی و پیلای^۳، ۲۰۱۳).

زندگی مشترک از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرد که پاره‌ای از آنها ممکن است زوجها را به‌سوی اختلاف و درگیری، جدایی روانی و دلزدگی و حتی طلاق سوق دهد (نریمان، پوراسمعیلی، میکائیلی و حاجلو، ۱۳۹۴)؛ لذا بدیهی است که عوامل فردی و بین فردی فراوانی ممکن است در ایجاد یا تشدید ناخشنودی از زندگی زناشویی دخالت کند (عبادت‌پور، نوابی‌نژاد، شفیع‌آبادی و فلسفی‌نژاد، ۱۳۹۲؛ نازک‌تبار، حسینی‌درونکلایی و بابایی، ۱۳۹۵).

یکی از نشانه‌های وجود روابط سالم بین فردی، دارا بودن احساسات مثبت نسبت به همسر و زندگی زناشویی است. برقراری ارتباط مناسب با همسر و بیان کلمات و جملات در وقت مناسب آن از اصلی‌ترین عوامل مؤثر بر شکل‌گیری عواطف مثبت زوجین، دوام و رضایت از زندگی است (وظیفه‌دان، ۱۳۹۵). احساسات مثبت نسبت به همسر به‌وسیله در دسترس بودن و پاسخگو بودن زوجین نسبت به یکدیگر مشخص می‌شود. این ارتباط‌های ایمن به زوجین این امکان را می‌دهد که از طریق اداره آشفته‌گی‌های هیجانی به یکدیگر کمک کنند (جانسون^۴، ۲۰۰۴). در اصل، تجربه میزان احساسات مثبت زوجین می‌تواند در نهایت به‌نوعی شادمانی درونی ختم شود. بنابراین احساس مثبت نسبت به همسر، تمایل برای شرکت در رابطه‌ای حمایت‌کننده و مهرآمیز،

1. Pines, Neal, Hammer, Icekson
2. Van Plet
3. Pokorska, Farrell, Evanschitzky & Pillai
4. Johnson

بدون از دست دادن خود در آن رابطه است (فومنی و رضاپور، ۱۳۹۵).

شواهد بسیار واضحی در این زمینه هست که زوجها در جامعه معاصر هنگام برقراری ارتباط و حفظ آن مشکلات شدید و فراگیری دارند (حسینی غفاری، ۱۳۸۵)؛ پس می‌توان گفت یکی از مهمترین عوامل مشکل‌ساز بین زن و شوهر، اختلال در ارتباط است. در این راستا، افزایش طلاق و نارضایتی زناشویی از یک سو و تقاضای همسران برای پرباری و بهبود روابط زناشویی از سوی دیگر، نشان‌دهنده نیاز همسران به مداخلات و آموزشهای تخصصی در این زمینه است؛ از این رو، رویکردهای متعددی به منظور درمان مشکلات خانواده‌ها و زوجین با توجه به چشم‌انداز خود به انسان و کارکرد خانواده ارائه شده است که یکی از آنها، که بر غنی‌سازی روابط زوجها تأکید می‌کند، رویکرد رفتاری-ارتباطی^۱ است که توسط برنشتاین و برنشتاین^۲ (۱۹۹۶)، نقل از برنشتاین و برنشتاین، ۱۳۸۹) تدوین شده است. این رویکرد آمیزه نظری و عملی از رویکردهای نظام‌نگر شناختی و رفتاری است. رویکرد رفتاری-ارتباطی مجموعه‌ای از روشهای درمانی بالینی را ارائه می‌کند و وجه تمایز آن، درهم ریختن سه نظام نظری (رفتاری، ارتباطی و شناختی) است که در دهه گذشته مورد پذیرش بوده است. این رویکرد بر آن دسته از شیوه‌های درمانی مبتنی است که برای حل مشکلات مربوط به ارتباط همسران به کار می‌رود؛ از این رو، برنامه آموزشی جلوگیری از بروز آشفتگی و تعارض با استفاده از مهارتهای ارتباطی و رفتاری و هم‌چنین روشهای مدیریت تعارض در زوجها باعث می‌شود که زوجها سطح پایین‌تری از ناسازگاری رفتاری و مهارتهای منفی ارتباطی را نشان دهند (بلانچارد، هاوکینز، بالدوین و فاوکت^۳، ۲۰۰۹). مرور سوابق پژوهشی نشان داد که براساس پژوهشی که خجسته‌مهر، عطاری و شیرالی‌نیا (۱۳۸۷) در این زمینه انجام داده‌اند، آموزش مهارتهای ارتباطی باعث افزایش احساسات مثبت در برابر همسر و بهبود الگوهای ارتباطی سازنده متقابل می‌شود.

با تکیه بر تأکید روانشناسی مثبت دربارهٔ وارد کردن متغیرهای مثبت انسانی به جای نگاه بیمارگونه به افراد، جای شک نیست که متخصصان باریک بین به مقوله داراییهای اعتقادی جهتگیری درمانی دارند و درگیر کردن این جنس از متغیرها را در فرایند درمان، مهم دانسته‌اند. از این نظر، اعضای خانواده هنگام رویارویی با مسائل و پدیده‌ها، جنبه‌های مثبت، آموزنده و

1. Behavioral- communication approach
2. Bornstein & Bornstein
3. Blanchard, Hawkins, Baldwin & Fawcett

الهامبخش آن را مورد توجه قرار می‌دهند و از جنبه‌های منفی، چشم‌پوشی می‌کنند (سلیگمن^۱، ۲۰۰۱). مرور تحقیقات مربوط نشان می‌دهد که معنویت در پیشگیری، حل تعارض، مدیریت تنش و خشم زوجین و عملکرد مؤثر خانواده و کاهش دلزدگی زناشویی عامل مهمی است (رودز^۲، ۲۰۱۱)؛ به عبارتی، حضور معنویت برای کارکرد انسانی ضروری است (هیتزلمن و کینگ^۳، ۲۰۱۴). در همین زمینه، ریچاردز و برگین^۴ (۲۰۰۵) نوعی راهبرد معنوی را برای استفاده در مشاوره و روان درمانی مطرح می‌کنند و با ذکر جزئیات، فهرست کلی مداخله‌های ممکن را ارائه و توضیح می‌دهند. این مداخله‌ها عبارت است از: دعا کردن برای مراجعان و ترغیب آنان به دعا کردن، بحث در مورد مسائل الهی، استفاده از کتاب مقدس در درمان، استفاده از فنون تن آرامی معنوی و تصویرسازی، ترغیب مراجعان به بخشش و ایثار، کمک کردن به مراجعان برای هماهنگی و همخوان بودن با ارزشهای معنوی، خودفاش‌سازی عقاید و تجربه‌های معنوی، تأثیر دعا و نیایش و مشاوره با رهبران دینی (وست^۵، ۱۳۸۳). بررسیهای پژوهشی نشان می‌دهد که درگیر کردن عامل معنویت و دین در مراجعان می‌تواند عاملی کلیدی در فرایند درمان باشد؛ به‌عنوان مثال، مرور پژوهشها در این راستا، نشان می‌دهد اثربخشی معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی در پژوهشهای وانسیل و گال و اوراتینکال^۶ (۲۰۰۶) و دی‌بلاسی و بندا^۷ (۲۰۰۸) مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان می‌دهد که دین و معنویت بر متغیرهای متعددی از جمله بهبود احساسات و عواطف زناشویی و کاهش تجربه فشارهای روانی در زندگی تأثیر مثبت دارد. بر این اساس با توجه به نقش مهم معنویت و دین در ازدواج و روابط زناشویی و نیز پایداری بیشتر زوجهای ایرانی به دین اسلام، لازم است نگاه اسلامی در مداخلات تضمین شود. در کل، به‌رغم تحقیقات گوناگونی که درباره رابطه دینداری با متغیرهای متعدد روانشناختی، چه در حوزه فردی و چه در حیطه زناشویی صورت گرفته است، ضرورت استفاده از رویکردهای دینی در کنار دیگر شیوه‌های درمانی بویژه در کشورهایی که به اعتقادات دینی پایداری بیشتری دارند، محسوستر است (حیرت، شریفی، فاتحی‌زاده و احمدی، ۱۳۹۰؛ یعقوبی، سهرابی و محمدزاده، ۱۳۹۱)؛

-
1. Seligman
 2. Rhoades
 3. Heintzleman & King
 4. Richards & Bergin
 5. West
 6. Vansteenwegen & Orathinkal
 7. DiBlasio & Benda

ویسمن، تاچمن و دورت^۱، باررا، زنو، بوش، باربر و استانلی^۲، ۲۰۱۲؛ پاکرت^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). هم‌چنین در این پژوهش تلاش می‌شود رویکردی انتخاب شود که حتی‌المقدور با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی خانواده و زوجین ایرانی مطابقت داشته باشد؛ از این رو لازم است تلاش شود عوامل اسلامی و ایرانی با توجه به فرهنگ و آموزه‌های این سرزمین ارائه گردد؛ از جمله این تلاشها توجه به رویکردهای تلفیقی است. در روش تلفیقی بر هر دو موضوع، یعنی راهکارهای رفتاری و راهکارهای معنوی - دینی تأکید می‌شود. بنابراین با توجه به اینکه یکی از ویژگیهای برجسته جامعه ایرانی پایبندی و اعتقاد به آموزه‌های معنوی و دینی است، منطقی است با تزریق این بعد مهم از ابعاد بهزیستی انسان در کالبد درمانهای مطرح دنیا، طرح درمانی جدید و فرهنگ‌محور برای کشور طرح‌ریزی شود و مورد ارزیابی تجربی قرار گیرد؛ پس در این پژوهش در پی پاسخ دادن به این سؤال خواهیم بود که آیا بین اثربخشی گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، معنوی - دینی اسلام‌محور و تلفیق این مداخلات بر احساسات مثبت نسبت به همسر در زنانی که دچار دلزدگی زناشویی هستند، تفاوتی وجود دارد.

روش

پژوهش به لحاظ روش از نوع نیمه تجربی، و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. پیش‌آزمونی قبل از اعمال مداخله‌های تجربی در گروه‌های آزمایش و کنترل، و پس‌آزمونی نیز در پایان مداخله بر روی آنها اجرا شد.

جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان متأهل مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و مراکز مشاوره سطح شهر تبریز است که در زمستان و بهار سال ۹۶ - ۹۷ به‌منظور دریافت کمک‌های تخصصی در زمینه مسائل خانوادگی و زناشویی به این مراکز مراجعه کرده‌اند. در این پژوهش با توجه به موضوع و هدف پژوهش از روش نیمه‌تجربی استفاده شده است. درباره انتخاب نمونه تحقیق، لازم به‌ذکر است که از میان افراد واجد شرایط بعد از اجرای پرسشنامه دلزدگی زناشویی، ۴۸ نفر از زنانی که در این پرسشنامه نمره‌هایی بیشتر از میانگین به‌دست آوردند به‌روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند به‌طوری‌که شرایط ورود به گروه عبارت بود از: داشتن حداقل دو سال و

1. Weisman, Tuchman & Duarte
2. Barrera, Zeno, Bush, Barber & Stanley
3. Paukert

حداکثر ده سال سابقه زندگی مشترک، داشتن دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ (برای زنان)، نداشتن بیماری روانپزشکی خاص، مصرف داروی روانپزشکی، عدم دریافت جلسات روانشناسی تا شش ماه قبل از مداخله تحقیق از دیگر مراکز مشاوره. همچنین، غیبت در بیش از یک جلسه درمانی در طول فرایند مداخله و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسات درمانی و داشتن ملاقات روانپزشکی و دریافت داروهای روانپزشکی از ملاکهای خروج از تحقیق بود. لازم به یادآوری است که شرکت کنندگان در چیدمان گروه‌های تحقیق به صورت گمارش تصادفی در سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل فهرست انتظار (هر گروه ۱۲ نفر) جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، مداخلات درمانی طی جلسات ذکر شده به شیوه گروهی و هفتگی برای گروه‌های آزمایش ارائه شد. پس از پایان جلسات از هر چهار گروه پس‌آزمون به عمل آمد. پس از پایان مرحله پس‌آزمون، پژوهشگر به منظور رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای در پژوهش و همچنین تشکر و قدردانی از همکاری گروه کنترل، جلسات درمانی را برای آنها نیز اجرا کرد.

مقیاس دلزدگی زناشویی (CBM)^۱: این مقیاس توسط پاینز^۲ (۱۹۹۶) به منظور بررسی دلزدگی زناشویی ساخته شده و دارای ۲۱ سؤال است که شامل سه جزء اصلی خستگی جسمی (احساس خستگی، سستی و داشتن اختلالات خواب)، از پا افتادن عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی، در دام افتادن) و از پا افتادن روانی (مثل احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم به همسر) است. تمام این موارد روی یک مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت پاسخ داده می‌شود (یک = هرگز تا هفت = همیشه). این طیف نمره درجه دلزدگی زناشویی فرد را نشان می‌دهد. در این مقیاس، که دارای حد بالا و پایین است (حد بالا، نمره ۱۴۷ و حد پایین، نمره ۲۱)، نمره‌های بیشتر نشان‌دهنده فرسودگی بیشتر است. تکمیل کردن پرسشنامه دلزدگی زناشویی ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد (پاینز، نقل از ادیبراد و ادیبراد، ۱۳۸۴). نویدی (۱۳۸۴) به منظور محاسبه پایایی، پرسشنامه را روی نمونه ۲۴۰ نفری اجرا، و مقدار آلفای کرونباخ را ۰/۸۶ گزارش کرده است. در بررسی روایی همزمان این ابزار نیز از پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ استفاده شد که ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۴۰ - به دست آمد (دهقانی، ۱۳۹۰). لازم به ذکر است که مقدار آلفای کرونباخ برای این ابزار در نمونه تحقیق، ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه احساسات مثبت (QFP)^۱: این پرسشنامه یک ابزار ۱۷ سؤالی است که توسط الری، فینچام و ترکویتز^۲ در سال ۱۹۷۵ در درمانگاه زوج درمانی دانشگاه ایالتی نیویورک به منظور سنجش احساسات مثبت ساخته شده است. پایایی این مقیاس از طریق آزمون دوباره با فاصله یک تا سه هفته برابر ۰/۹۳، ضریب همبستگی این پرسشنامه با سازگاری زناشویی ۰/۷ با $P < ۰/۰۰۱$ گزارش شد (توکونیز و الیری^۳، ۱۹۸۱). در بخش اول، که شامل ۸ سؤال (سؤالات ۱ تا ۸) است از آزمودنی خواسته می‌شود احساس کلی خود را نسبت به همسرش در طول چند ماه گذشته با اعداد ۱ (برای احساس کاملاً منفی) تا ۷ (برای احساس کاملاً مثبت) مشخص کند. نمره کلی پرسشنامه به آسانی با جمع نمره‌های پرسش‌ها به دست می‌آید. امتیازات بین ۱۷ تا ۴۳ نشان می‌دهد که میزان احساسات مثبت ضعیف است. امتیازات بین ۴۳ تا ۶۸ نشان می‌دهد که میزان احساسات مثبت متوسط است. امتیازات بیشتر از ۶۸ نشان می‌دهد که میزان احساسات مثبت بسیار خوب است. همسانی درونی پرسشنامه در ایران برابر ۰/۸۹ محاسبه شده است. این پرسشنامه با توجه به همبستگی معنادار آن با آزمون سازگاری زناشویی از روایی همزمان بسیار خوبی برخوردار است. به علاوه پرسشنامه احساسات مثبت نسبت به همسر الری، فینچام و ترکویتز (۱۹۷۵) نسبت به تغییراتی که طی زناشویی درمانی اتفاق می‌افتد، حساس است (ثنایی، ۱۳۸۷). در پژوهش خجسته‌مهر و همکاران (۱۳۸۷) ضرایب پایایی و آلفای کرونباخ و تصنیف این پرسشنامه ۰/۸۲ و ۰/۸۰ به دست آمده است.

مداخلات

مداخلات این پژوهش شامل سه مداخله روانشناختی بود. در مداخله‌ای که برای گروه آزمایشی اول انتخاب شده بود از زوج درمانی رفتاری - ارتباطی مبتنی بر نظریه برنشتاین استفاده شد و برنشتاین که در سال ۱۹۹۶ تدوین شده است (نقل از برنشتاین و برنشتاین، ۱۳۸۹). ساختار این جلسات براساس مفاهیمی نظیر آموزش مهارت‌های ارتباطی، اصول ارتباط، عوامل شناختی در روابط زناشویی، مدیریت تعارض و شیوه‌های حل مسئله استوار بود. هم‌چنین در گروه آزمایشی دوم از مداخله طراحی شده معنوی - دینی (۲۰۰۵) بر پایه آموزه‌های دین اسلام بهره گرفته شد. ساختار این جلسات براساس الگو و طرح درمانی مبتنی بر الگوی درمانی ریچاردز و برگین

1. Positive Feeling Questionnaire
2. O'leary, Fincham & Turkewitz
3. Turkewitz & O'Leary

(۲۰۰۵)، با تمرکز بر آیین دین اسلام آماده‌سازی، و پس از تأیید بسته درمانی توسط اساتادان روانشناسی و کارشناسان دینی اجرا شد. این جلسات شامل ۶ مؤلفه اصلی روانی - معنوی خودآگاهی، نیایش، توکل و توسل، صبر، شکر و طلب بخشش بود. از سوی دیگر، بسته گروه درمانی تلفیقی این پژوهش با توجه به تلفیق مداخلات رفتاری - ارتباطی و معنوی - دینی اسلام محور طراحی و اجرا شد. در جداول ذیل، خلاصه‌ای از مداخلات درمانی ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات گروه درمانی رفتاری - ارتباطی براساس ترتیب جلسات

جلسات	فعالیتها
اول	معارفه اعضای گروه و توضیح روش و اهداف جلسات، کلیات گروه درمانی رفتاری - ارتباطی
دوم	بیان اهمیت ارتباط، آموزش مهارت‌های ارتباطی (احترام، فهم، حساسیت)، و آموزش صحیح گوش دادن، انعکاس، توجه به زبان بدنی و ابراز وجود
سوم	آسان‌سازی بیان احساسات، آموزش اصول ارتباط و توجه به جنبه‌های غیرکلامی رابطه (آهنگ صدا، زبان تن، وضع اندامی، وضع ظاهر و نشانه‌های چهره‌ای)، آموزش شیوه «به من آنچه را دوست داری بگو».
چهارم	فهرست ده رفتار کلامی خرد مثبت و منفی، رفتارهای آسان‌کننده ارتباط و رفتارهای مانع از ارتباط با همسر، بیان تفاوت‌های ارتباطی زن و مرد
پنجم	بیان اصول اساسی میزان تقویت، تنبیه و روابط متقابل، شرح الگوی حساب بانکی و معیار تقابل، پرهیز از رفتارهای بازدارنده نظیر نق زدن، قطع کردن صحبت طرف مقابل، بگو مگو کردن درباره مسائل کم اهمیت، منحرف شدن از موضوع اصلی، پرتوقع بودن/ تهدید کردن و توهین کردن، ریشخند زدن و انتقاد گزنده
ششم	عوامل شناختی و نقش این عوامل در روابط، بیان خطاهای تفسیری (نامگذاری، برچسب زدن، تشخیص‌گذاری و پاسخ رفلکسی)، مطرح کردن باورهای غیرواقع بینانه نظیر ذهن خوانی و کمالگرایی جنسی، شناسایی خطاهای تفسیری و ارزیابی روشها و افکار ناکارآمد و باورهای غیرواقع بینانه
هفتم	بازشناسی و آشنایی با افکار منفی و غیرمنطقی، بازسازی خودگویی ناسازگارانه و آموزش خودگوییهای سازنده، بیان روند مشکل‌گشایی، آشنایی با شیوه‌های حل مسئله، وضوح رفتاری و شرح الگوی X-Y-Z
هشتم	خلاصه‌سازی روند درمان و مرور تغییرات ایجاد شده در رابطه با همسر، اجرای پس‌آزمون و قدردانی از شرکت‌کنندگان

جدول ۲: خلاصه محتوای جلسات گروه درمانی معنوی دینی اسلام محور براساس ترتیب جلسات

جلسات	فعالیتها
اول	معارفه اعضای گروه و توضیح روش و اهداف جلسات، کلیات گروه درمانی معنوی دینی اسلام محور
دوم	شرح رابطه "من و آن" و رابطه "من و تو" برای درک حضور خداوند، آشنایی با مفاهیم خودآگاهی و خودسازی، شناخت ماهیت خود، توانمندیها و محدودیت پذیرش ضعفهای خویش و پذیرش مسئولیت الهی خود
سوم	ارائه راهکارهای ارتباطی به منظور بهبود رابطه زناشویی نظیر خوب صدازدن همدیگر، آموزش قدردانی نسبت به همسر، مشورت با یکدیگر، همکاری در منزل، هم‌چنین آشنایی با نقش توکل و توسل در کنار آمدن با فشارهای زندگی
چهارم	بحث درباره تأثیرات صبر، گذشت، عفو و بخشش در رابطه زناشویی، همراه با نمونه‌هایی در دین اسلام و توصیه برای پیش قدمشدن در حل تعارض، کمک به مراجع برای درک مفهوم بخشش و مزایای آن و کاهش تنش و احساس گناه ناشی از نبخشیدن خود یا دیگران و توجه به احساسات مثبت حاصل از بخشش در روابط
پنجم	تأثیر شکرگزاری در تغییر هیجانات و افکار و هم‌چنین آموزش باورهای مؤثر در تأثیر شکرگزاری بر کاهش هیجانات و احساسات منفی، بحث درباره ذکر و رابطه آن با آرامش و کیفیت زندگی و به‌کارگیری ذکرهای دینی مطلوب و ساده
ششم	موانع ارتباطی از دیدگاه اسلام (خشم، عجله، تندخویی، بدگمانی و شک، بداخلاقی و ناسزاگویی). آزادسازی احساسات و عواطف و بیان احساسات و هیجانات ناشی از رفتار معنوی مشترک مانند دعا، بخشایش، تأمل، صبر
هفتم	تصویرسازی ذهنی معنوی، نداشتن نشخوار فکری در مورد گذشته، تقویت مثبت‌گرایی و خوش‌بینی و نداشتن نگرانی افراطی در مورد آینده، هم‌چنین ایجاد توانایی برای ابراز احساسات مثبت
هشتم	بحث درباره مرگ و ترس از مرگ (کاهش اضطراب و ترس از مرگ و درپی آن کاهش اضطراب فرد و یافتن معنا در زندگی)، خلاصه‌سازی روند درمان و مرور تغییرات ایجاد شده در رابطه با همسر، اجرای پس‌آزمون و قدردانی از شرکت‌کنندگان

جدول ۳. خلاصه محتوای جلسات گروه درمانی تلفیقی رفتاری - ارتباطی و معنوی - دینی اسلام محور

براساس ترتیب جلسات

جلسات	فعالیت‌ها
اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تعیین اهداف و قوانین گروه، ایجاد امید و رابطه همدلانه، بیان چهارچوب جلسات و معرفی الگوی رفتاری - ارتباطی برنشتاین برای درمانجویان و سپس بحث دربارهٔ معنویت و درمانهای معنوی و تأثیر آن در زندگی افراد
دوم	بیان اهمیت ارتباط، آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث درباره لزوم خودشناسی و خودسازی و بیان شیوه خودآگاهی، شرح رابطه "من و آن" و رابطه "من و تو" برای درک حضور خداوند، تأکید بر توان شنیدن سخنان همسر و توجه به وی، اختصاص دادن زمان خاصی برای شنیدن نیازهای همسر و تمرین این مهارت‌ها در منزل
سوم	تمرینات تئوری و عملی در جهت آسان‌سازی بیان احساسات درمانجویان در مورد افراد مهم زندگیشان، آموزش اصول ارتباط، توجه به جنبه‌های غیرکلامی رابطه. هم‌چنین از درمانجویان خواسته می‌شود تا در خانه به‌این مهارت‌ها بیشتر بها دهند. گوش دادن به ندای درونی و آموزش باورهای مؤثر در مورد نیایش و توکل
چهارم	بیان مهارت‌های ارتباطی در چهارچوب الگوی درمان رفتاری-ارتباطی، فهرست ده رفتار کلامی خرد مثبت و منفی، رفتارهای مانع از ارتباط با همسر و هم‌چنین تمرین رفتارهای آسان‌کننده ارتباط با همسر؛ نظیر منعطف بودن، تدافعی رفتار نکردن، ابراز موافقت و قدرشناسی، ابراز مهر و محبت، احساس امنیت، آرامش، تماس، رضایت، ارزشمندی و احترام، شخصی کردن گفتگوها و آغاز گفتگوها با واژه «من» به‌جای «تو» و... به‌عنوان تمرین خانگی، بحث دربارهٔ تأثیر صبر، گذشت، عفو و بخشش در رابطه زناشویی و به‌دنبال آن کاهش تنش، همراه با نمونه‌هایی در دین اسلام و توصیه برای پیش قدم شدن در حل تعارض
پنجم	بیان اصول اساسی میزان تقویت، تنبیه و روابط متقابل، شرح الگوی حساب بانکی و معیار تقابل و ارائه تکلیف خانگی برای تمرین این الگوها، تأثیر شکرگزاری در تغییر هیجانات و احساسات و هم‌چنین آموزش باورهای مؤثر در تأثیر شکرگزاری بر کاهش هیجانات و احساسات منفی، به‌کارگیری ذکرهای دینی مطلوب و ساده به‌طور روزمره
ششم	توجه به عوامل شناختی و نقش این عوامل در روابط. در اینجا هدف این است که تفکر معیوب درباره همسر و اسطوره‌های غلط درباره ارتباط زناشویی تغییر کند. تأکید بر اینکه احساسات خوشایند و ناخوشایند در زندگی زناشویی به پدیده‌ها وابسته نیست، بلکه به نگرش‌ها و احساسات درونی وابسته است. پرهیز از مطلق‌گرایی، کلی‌گویی و بزرگنمایی رفتار بد همسر، شناسایی خودگوییهای منفی و آموزش برای جایگزین کردن خودگوییهای مثبت؛ هم‌چنین بحث دربارهٔ اینکه اختلافات فقط از رویدادهای بیرونی نشأت نمی‌گیرد و فقط به کمبودهای همسر مربوط نیست بلکه زائیدهٔ ذهن آنهاست؛ هم‌چنین اسنادها به‌عنوان یکی از خطاهای شناختی مؤثر در اختلافات زناشویی مورد بررسی قرار می‌گیرد. تصحیح انتسابهای نادرست در ارتباطات زناشویی، جایگزین کردن باورها و انتظارات واقع‌بینانه، توصیه به خوش‌بینی و حسن ظن، مثبت‌نگری نسبت دیگران و نیت‌های آنها و امیدواری و آثار آن در زندگی و ارائه تکلیف خانگی تهیه فهرستی از افکار منفی

فعالیت‌ها	جلسات
حل مسئله: آموزش مهارت حل مسئله و بهره‌مندی از صراحت در تعریف مشکل و ارائه الگوی X-Y-Z، پذیرش مسئله و اقدام برای دستیابی به راه‌حل، وضوح هدف، ملاحظه فراگیرترین راه‌حلهای ممکن و فهرست کردن راه‌حلهای گوناگون به‌شیوه خلاق، حل مسئله معنوی و دینی (شناسایی مشکلات و بررسی حل مسئله از نگاه اسلام)، آموزش ق‌دردانی نسبت به همسر و تصویرسازی ذهنی معنوی، ارائه تکلیف خانگی تصویرسازی ذهنی معنوی به‌شکل روزانه	هفتم
حفظ یا نگهداشت ترفندهای رفتاری در درون چهارچوب رابطه زناشویی و تمرین آنها در زندگی واقعی در رابطه با همسر، و مرور تغییرات ایجاد شده در رابطه با همسر، بحث درباره مرگ و ترس از مرگ (کاهش اضطراب و ترس از مرگ و درپی آن کاهش اضطراب فرد و یافتن معنا در زندگی)، مرور و بازنگری مطالب گذشته، جمع‌بندی، پس‌آزمون و ق‌دردانی از شرکت‌کنندگان در دوره، پاسخ‌گویی به سؤالات	هشتم

شیوه اجرا

شیوه پژوهش به‌این صورت بود که از میان افراد واجد شرایط بعد از اجرای پرسشنامه دلزدگی زناشویی در مرحله غربالگری اولیه، ۴۸ نفر از زنانی که در این پرسشنامه نمره‌های بیش از میانگین به‌دست آوردند به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به‌صورت گمارش تصادفی در سه گروه آزمایشی شامل گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، گروه درمانی معنوی دینی اسلام‌محور و گروه درمانی تلفیقی و یک گروه کنترل فهرست انتظار (هر گروه ۱۲ نفر) جایگزین شدند و پس از اجرای پیش‌آزمون، مداخلات درمانی هر کدام هفتگی، طی جلسات ۹۰ دقیقه‌ای به‌شیوه گروهی برای هر کدام از گروه‌های آزمایشی شامل گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، گروه درمانی معنوی - دینی اسلام‌محور و گروه درمانی تلفیقی ارائه شد. در این پژوهش داده‌های پژوهش با کاربرد روشها و شاخصهای آماری شامل فراوانی، میانگین، انحراف معیار و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک متغیره مورد بررسی قرار گرفت. هم‌چنین به‌منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

براساس ویژگیهای جمعیت‌شناختی، دامنه سنی گروه‌های آزمایش و کنترل بین ۲۵ تا ۴۵ بود. از نظر تحصیلات در گروه رفتاری - ارتباطی دو نفر دیپلم، سه نفر کاردانی، هفت نفر کارشناسی؛ در گروه معنوی - دینی اسلام‌محور شش نفر دیپلم و شش نفر کارشناسی؛ و در گروه تلفیقی دو

نفر دیپلم، ۲ نفر کاردانی، و هشت نفر کارشناسی شرکت داشتند. در گروه کنترل نیز، پنج نفر کارشناسی، یک نفر کاردانی و شش نفر دیپلم شرکت داشتند.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار احساسات مثبت نسبت به همسر

متغیر	گروهها	رفتاری - ارتباطی		معنوی - دینی		تلفیقی		کنترل	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
احساسات مثبت نسبت به همسر	پیش آزمون	۵/۶۷	۳۴/۳۳	۶/۰۷	۳۶/۷۵	۴/۳۹	۳۴/۰۸	۳۵/۷۵	۵/۸۱
	پس آزمون	۵/۷۸	۳۷	۷/۴۵	۴۰/۸۳	۴/۸	۴۵/۳۳	۳۶/۴۵	۵/۴۲

به منظور بررسی فرضیه پژوهش، از تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد. بدین منظور مفروضه‌های یکسانی واریانس و یکسانی رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۵ نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه یکسانی واریانس را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس نمره‌ها

متغیر	F	DF1	DF2	P
احساسات مثبت نسبت به همسر	۱/۰۴	۳	۴۴	۰/۳۸

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لون معنی‌دار نیست؛ بنابراین فرض برابری واریانسها برقرار است و می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. به منظور بررسی همگنی رگرسیون تعامل بین عامل گروه‌ها و پس آزمون بررسی شد. عدم معناداری این تعامل به معنای برقرار بودن مفروضه همگنی رگرسیون است.

جدول ۶. تعامل بین گروه‌ها و پیش آزمون متغیرها

منبع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P
تعامل گروه و پیش آزمون احساسات مثبت	پس آزمون احساسات مثبت	۴۳/۹۴	۴	۱۰/۹۸	۰/۷۸	۰/۵۴

نتایج جدول نشان می‌دهد سطح معناداری F از مقدار بحرانی $۰/۰۵$ بیشتر است؛ بنابراین پیشفرض همگنی رگرسیون برقرار است و می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه برای بررسی تأثیر گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، معنوی - دینی اسلام‌محور و تلفیقی بر احساسات مثبت نسبت به همسر در زنان دارای دلزدگی زناشویی را نشان می‌دهد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، معنوی - دینی اسلام‌محور و تلفیقی بر احساسات مثبت نسبت به همسر در زنان دارای دلزدگی زناشویی

منبع واریانس	SS	DF	MS	F	P	η^2
پیش‌آزمون (متغیر کنترل)	۸۲۱/۴۸	۱	۸۲۱/۴۸	۶۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹
گروه (متغیر مستقل)	۶۸۹/۳۵	۳	۲۲۹/۷۸	۱۷/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵
خطا	۵۶۹/۱۰	۴۳	۱۳/۲۳			
کل	۷۸۶۹۵	۴۸				

نتایج تحلیل کوواریانس جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که بین میانگین نمره‌های گروه‌های مورد مقایسه تفاوت معناداری در احساسات مثبت نسبت به همسر وجود دارد [$P = ۰/۰۰۱$ ، $F(۳ - ۴۳) = ۱۳/۵$]. هم‌چنین بررسی مجذور انای تفکیکی (اندازه اثر) حاکی است که گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، معنوی - دینی اسلام‌محور و تلفیقی در مجموع ۵۵ درصد از واریانس احساسات مثبت نسبت به همسر را در زنان دارای دلزدگی زناشویی تبیین می‌کند. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان می‌دهد که بین کدام گروه‌ها تفاوت معنادار است.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه تفاوت احساسات مثبت نسبت به همسر بین گروه‌ها در درمانهای مختلف

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
درمان رفتاری - ارتباطی و معنوی - دینی	-۱/۸۸	۱/۵۶	۰/۲۱
درمان رفتاری - ارتباطی و تلفیقی	-۸/۵۳	۱/۴۸	۰/۰۰۱
درمان رفتاری - ارتباطی و گروه کنترل	۲/۱۱	۱/۴۹	۰/۰۵
درمان معنوی - دینی و تلفیقی	-۶/۶۵	۱/۵۱	۰/۰۰۱
درمان معنوی - دینی و گروه کنترل	۳/۲۷	۱/۴۸	۰/۰۳
درمان تلفیقی و گروه کنترل	۹/۹۲	۱/۴۹	۰/۰۰۱

بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین احساسات مثبت نسبت به همسر در گروه درمان رفتاری - ارتباطی (۳۷/۷۲)، در گروه درمان معنوی - دینی (۳۹/۶)، در گروه درمان تلفیقی (۴۶/۲۵) و در گروه کنترل (۳۶/۳۲) است. در مجموع نتایج نشان می‌دهد که درمان تلفیقی نسبت به درمان رفتاری - ارتباطی و درمان معنوی - دینی تأثیر بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش، مقایسه اثربخشی گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، معنوی - دینی اسلام‌محور و تلفیق این مداخلات بر احساسات مثبت نسبت به همسر در زنانی بود که دچار دلزدگی زناشویی هستند. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت هر سه روش گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، معنوی - دینی اسلام‌محور و تلفیقی باعث افزایش احساسات مثبت در زنان دارای تجربه دلزدگی زناشویی شد. در واقع یافته‌های پژوهش حاضر حاکی است که گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، معنوی - دینی اسلام‌محور و تلفیقی در مجموع ۵۵ درصد از واریانس احساسات مثبت نسبت به همسر را در زنان دارای دلزدگی زناشویی تبیین می‌کند؛ اما نتایج نشان می‌دهد که درمان تلفیقی نسبت به درمان رفتاری - ارتباطی و درمان معنوی - دینی تأثیر بیشتری داشته است. به نظر می‌رسد پژوهشهایی که مستقیماً به بررسی اثربخشی رویکرد رفتاری - ارتباطی به شیوه گروهی بر احساسات مثبت نسبت به همسر پردازند، موردی را به خود اختصاص نمی‌دهند؛ اما یافته‌های این پژوهش با پژوهش خجسته‌مهر و همکاران (۱۳۸۷) همسو است که اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی را بر افزایش احساسات مثبت در برابر همسر نشان داده است. در تبیین تأیید این فرضیه می‌توان اظهار کرد زمانی که زنان به مهارت‌های گفتگوی رو در رو و مهارت‌های حل مسئله مجهز می‌شوند، بمرور زمان احساسات مثبت درباره همسر، جای خود را به احساس منفی درباره همسر می‌دهد و از سوی دیگر، خواهند توانست احساسات خویش را بدرستی نسبت به همسر ارائه کنند. در روشنگری دیگر می‌توان عنوان کرد که همه انسانها بویژه زنان از تعامل و عمق بخشیدن به درگیری در ارتباطات لذت می‌برند. اگر فرد قادر به تعامل بامعنا با دیگران نباشد، نتیجه آن تنهایی، افسردگی و عدم خوشحالی خواهد بود (انتصار فومنی و رضاپور، ۱۳۹۵). از طرفی با توجه به اینکه یکی از اصول اصلی گروه درمانی رفتاری - ارتباطی، وضوح رفتاری است و شالوده این فرایند، عینیت بخشی، نام دارد، معمولاً درمانجویان نمی‌توانند به زبان تغییر رفتار سخن بگویند؛ بنابراین درمانگر در بیان روشن خواستها و چشمداشت‌هایشان کمک می‌کند و آشکار است که با داشتن این

مهارت، احساسات مثبت بیشتری نسبت به همسر برقرار می‌شود؛ چراکه کیفیت روابط زناشویی پیوسته به ابراز احساسات و هیجانات در خانواده وابسته است (بوهلر^۱، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، ازدواج منبع بعضی از عمیقترین احساسات افراد است. هرچقدر زن و مرد بتوانند این احساسات را درک کنند و بتوانند درباره آنها گفتگو کنند به احساسات مثبت بیشتری بین زوجین منجر خواهد شد.

از سوی دیگر نتایج این پژوهش حاکی بود که گروه درمانی معنوی - دینی اسلام‌محور نیز در افزایش میزان احساسات مثبت نسبت به همسر در زنان دارای تجربه دلزدگی زناشویی اثربخش است. بررسیها نشان می‌دهد که هیچ پژوهشی به‌طور مستقیم اثربخشی گروه درمانی معنوی - دینی را بر احساسات مثبت نسبت به همسر مطالعه نکرده است؛ اما مرور ادبیات پژوهشی بیانگر این است که اثربخشی معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی در پژوهشهای وانسیل و گال و اوراتینکال (۲۰۰۶) و دی‌بلاسی و بندا (۲۰۰۸) مورد بررسی قرار گرفته است. در تبیین تأیید این فرضیه می‌توان بازگو کرد تقیدات دینی، باعث افزایش خودشناسی و درپی آن، سازگاری زناشویی می‌شود و اساس خودشناسی و سازگاری زناشویی است (فتوحی، ۱۳۸۶). زنانی که احساسات مثبت بیشتری نسبت به همسر خویش دارند، در زندگی زناشویی خود، رضایت و سازگاری زناشویی بیشتری را تجربه می‌کنند. در بازگفتی دیگر می‌توان عنوان کرد، امروزه نظریه‌های روانشناسی عمده به سمت دیدگاهی نوین مبتنی بر پرورش نقاط قوت تغییر مسیر داده است. روانشناسی مثبتگرا، افراد را تصمیم‌گیرنده با امکان انتخاب گزینه‌های متعدد و امکان چیره دست شدن و کارآمد شدن تعریف می‌کند. از مهمترین ویژگیهای خانواده متعادل، توانایی برخورد مثبت و سازنده با جهان پیرامون و یا به‌طور کلی مثبت‌گرایی است (سلیگمن، ۲۰۰۳). در پژوهش با آموزش مضمون‌هایی چون خودآگاهی، اعتقاد به توانمندی، کاهش احساس گناه، درک مفهوم بخشش و توکل، زنان به سمت درک آرامش روانی، غنا بخشیدن به زندگی خویش و حس امید سوق داده شدند و از طریق این راهکارها در کشف دوباره معنا و هدف، تلاش کردند؛ چرا که تجربه معنا می‌تواند به افزایش احساسات مثبت در افراد منجر گردد. در اثر حضور معنا در زندگی، فرد احساس ارزشمندی عمیقی را نسبت به خود و رابطه زناشویی تجربه می‌کند و در نتیجه موجب خوش‌بینی نسبت به موانع و شرایط موجود، بروز احساسات و عواطف مثبت و در نتیجه بهبود رابطه با همسر می‌گردد. انسان برای اینکه به معنا و مفهوم زندگی برسد، باید پشوانه‌ای داشته باشد تا به او

بفهماند که کار و تلاش او بی‌فایده نیست. تحقیقات نشان می‌دهد که با وجود گسترش وسایل مادی، هنوز انسانها با بحران روحی روبه‌رو هستند و در این بین تنها چیزی که می‌تواند به مدد انسانها بیاید و آنها را نجات دهد، دین است (فتوحی، هاشمی‌نصرت‌آبادی و باباپورخیرالدین، ۱۳۹۱). از سوی دیگر در رویکرد گروه درمانی معنوی-دینی اسلام‌محور علاوه بر شیوه‌های معنویت درمانی به زنان برای برای درک مفهوم بخشش، کاهش تنش و احساس گناه ناشی از بخشیدن خود یا همسر و توجه به احساسات مثبت حاصل از بخشش در رابطه زناشویی کمک شد. یافته‌های دیگر پژوهش، بیانگر این بود که گروه درمانی تلفیقی رفتاری - ارتباطی و معنوی - دینی اسلام‌محور در افزایش میزان احساسات مثبت نسبت به همسر در زنان دارای تجربه دزدگی زناشویی اثربخشی از دو رویکرد دیگر است. در تبیین تأیید این یافته می‌توان بازگو کرد، این روش، علاوه بر اصلاح مهارت‌های ارتباطی زنان به اصلاح باورها و عواطف معنوی نیز می‌پردازد. این رویکرد، که برای اولین بار در کشور اجرا شد، علاوه بر توجه به مهارت‌های ارتباطی و جستجوی معنا در زندگی به موانع ارتباطی از دیدگاه اسلام، تأثیر صبر و بخشش در رابطه زناشویی، و توصیه برای پیشقدم شدن در حل تعارض، توکل و توسل، تأثیر شکرگزاری بر کاهش هیجانات و احساسات منفی تأکید می‌کند. بنابراین می‌توان این چنین اظهار کرد که این پژوهش، علاوه بر اینکه مؤید تحقیقات قبلی مبنی بر اثربخشی روشهای رفتاری-ارتباطی برنشتاین و برنشتاین و معنوی - دینی ریچاردز و برگین در ارتقای سطح عملکرد خانواده است، راهکار جدیدی را برای پیشگیری و برخورد مناسب با دزدگی زناشویی ارائه می‌کند. با توجه به اینکه امروزه بر لزوم استفاده از درمانهای التقاطی بیش‌ازپیش تأکید می‌شود، راهبردهای رفتاری - ارتباطی و آموزش مهارت‌های ارتباطی، بهبود گفتگوی متقابل، شناسایی تحریفهای شناختی و تأثیر آن بر رابطه، افزایش تعاملات مثبت و ایجاد مهارت‌های حل مسئله موجب تقویت عواطف مثبت شده است و از سوی دیگر استفاده از راهبردهای معنوی، عامل تقویت‌کننده روانی و یکی از مؤثرترین مقابله‌های دینی است. بر این اساس به نظر می‌رسد تلفیق اصول درمانی رفتاری - ارتباطی با بنیانهای اعتقادی، قدرت بیشتری در اثرگذاری بر متغیر احساسات مثبت نسبت به همسر داشته است. در واقع تغییر ایجاد شده در نوع نگاه زنان به رویدادها و واقعیت‌های زندگی در پژوهش، بر احساسات و نوع رفتارهای آنها نسبت به یکدیگر تأثیرگذار بوده است. از طرفی، افراد با احساسات مثبت به شرایط

و اتفاقات به شیوه‌ای مثبت‌تر و سازگارانه‌تری پاسخ می‌دهند (استلر^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین با توجه به اینکه احساس مثبت نسبت به همسر، متغیری است که منتج به رضایت از زندگی و به صورت جزئی‌تر رضایت زناشویی می‌شود (کی‌خورده، پارسامنش و برومندنسب، ۲۰۱۴)، می‌توان گفت زنانی که در بروز احساسات خود مثبت هستند و از عواطف مثبت استفاده می‌کنند از مهارت‌ها، موهبت‌ها و استعدادهایشان بهره‌برداری می‌کنند و از وضعیت و موقعیت خود راضی هستند.

با توجه به دایره محدود تحقیق، در تعمیم نتایج به دیگر جوامع باید با احتیاط عمل کرد؛ به‌عنوان نمونه، محدود بودن جامعه آماری به زنان شهر تبریز، امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به دیگر گروه‌های جامعه با محدودیت روبه‌رو می‌سازد. به‌علاوه با توجه به جهتگیری جنسیتی این تحقیق، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، پژوهشگران این رویکرد را روی زوجین نیز انجام دهند. از طرفی با عنایت به فرهنگ‌محور بودن اساس ازدواج و جدایی در هر جامعه‌ای ممکن است نتایج تحقیق از جنس سؤال‌های پرسشنامه تأثیر پذیرفته باشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده از مصاحبه‌های ساخت یافته برای کسب داده‌های غنی‌تر و عمیق‌تر استفاده شود. هم‌چنین با توجه به اثربخش بودن مداخله تلفیقی در تحقیق، پیشنهاد می‌شود به همراه بهره‌جستن از تلاش‌های نظری مداخله‌گران فرهنگ‌های دیگر از اصول پایه فرهنگی بومی برای به‌دست آوردن بیشترین اثر درمانی استفاده شود. در همین راستا، پیشنهاد می‌شود در فرایند ارائه مشاوره‌های قبل از ازدواج از قواعد اعتقادی و فرهنگ‌محور برای آگاه‌سازی مراجعان و کم‌سازی احتمال دلزدگی زناشویی استفاده کرد. از طرفی با توجه به تأکید محافل علمی روانشناسی و سازمان بهداشت جهانی مبنی بر سرمایه‌گذاری‌های پیشگیری‌محور، پیشنهاد می‌شود از مبانی اعتقادی و فرهنگی حاکم بر جامعه تفاهمنامه آموزشی تهیه شود و به‌عنوان واکنش‌یون روانی از آن برای کاهش احتمال دلزدگی زناشویی آینده و در پی آن، طلاق بهره‌گرفت.

منابع

ادیب‌راد، نسترن؛ ادیب‌راد، مجتبی (۱۳۸۴). بررسی باورهای ارتباطی با دلزدگی زناشویی و عقاید آن در زنان متقاضی طلاق و زنان خواهان ادامه زندگی مشترک. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. ش ۴(۱۳): ۹۹ - ۱۱۰.

- انتصارفومنی، غلامحسین؛ رضایپور، رویا (۱۳۹۵). رابطه میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی با تعاملات اجتماعی، شخصیت خودشیفته و احساس مثبت نسبت به همسر در زنان استفاده‌کننده از شبکه‌های اجتماعی (مطالعه موردی زنان شهر زنجان). **زن و مطالعات خانواده**. ش ۸ (۳۱): ۱۱۷ - ۱۳۲.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۹۱). رابطه ترس از صمیمیت و رضایت زناشویی در نمونه‌ای از زوجین ایرانی: نقش تعدیل‌کننده سبکهای دلبستگی. **مشاوره کاربردی**. ش ۱ (۲): ۱ - ۱۸.
- برنشتاین، فیلیپ.اچ؛ برنشتاین، ماری.تی (۱۳۸۹). **زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری - ارتباطی**. ترجمه پورعابدینی نائینی، س.ح. و منشی، غ.ر. تهران: انتشارات رشد.
- ثناپی، باقر (۱۳۸۷). **مقیاسهای سنجش خانواده و ازدواج**. چ دوم. تهران: انتشارات بعثت.
- داورنیا، رضا؛ زهراکار، کیانوش؛ معیری، نسیم؛ شاکرمی، محمد (۱۳۹۴). بررسی کارایی زوج‌درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان. **مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی**. ش ۲۵ (۲): ۱۳۲ - ۱۴۰.
- حسینی غفاری، فاطمه (۱۳۸۵). **بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب در مقایسه با درمان انگیزشی نظام‌دار بر میزان رضایت زناشویی**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- حیرت، عاطفه؛ شریفی، احسان؛ فاتحی‌زاده، مریم‌السادات؛ احمدی، سیداحمد (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی زوج درمانی اسلام‌محور بر خوش‌بینی زوجین شهر اصفهان. **علوم شناختی و رفتاری**. ش ۱ (۱): ۹ - ۲۲.
- خجسته‌مهر، رضا؛ عطاری، یوسفعلی؛ شیرالی‌نیا، خدیجه (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی و احساسات مثبت در برابر همسر در زوجین شهر اهواز. **تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره**. ش ۷ (۲۷): ۸۱ - ۹۶.
- خواصی، لیلا (۱۳۹۲). **معنای حریم همسران در ازدواج‌های موفق (حریم و مرزهای زناشویی در مواجهه با عامل یا شخص سوم)**. تهران: قطره.
- دهقانی، مصطفی (۱۳۹۰). **اثربخشی آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای (TA) بر دلزدگی زناشویی کیفیت زندگی زوجین. مشاوره و روان‌درمانی خانواده**. ش ۳، ۲: ۹، ۲۳ - ۴۱.
- عبادتپور، بهناز؛ نوایی‌نژاد، شکوه؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای کارکردهای خانواده بر تاب‌آوری فردی و باورهای معنوی و دلزدگی زناشویی. **روشها و الگوهای روانشناختی**. ش ۳ (۱۳): ۲۹ - ۴۵.
- فتوحی، سکینه (۱۳۸۶). **بررسی اثربخشی آموزش رویکردهای زوج‌درمانی شناختی رفتاری، اسلامی و تحلیل رفتار متقابل بر خودشناسی و سازگاری زناشویی زوجهای ناسازگار**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز.
- فتوحی، سیده‌سکینه؛ هاشمی‌نصرت‌آبادی، تورج؛ باباپورخیرالدین، جلیل (۱۳۹۱). **مشاوره خانواده (زوج‌درمانی)**. تهران: انتشارات ارک.
- کوهی، سمانه؛ اعتمادی، عذرا؛ فاتحی‌زاده، مریم (۱۳۹۳). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روانی با سرخوردگی زناشویی در زوجین. **پژوهش رفتاری‌های علوم شناختی**. س چهارم. ش ۶ (۱): ۷۱ - ۸۴.

نازک تبار، حسین؛ حسینی درونکلایی، سیده زهره؛ بابایی، انسیه (۱۳۹۵). تحلیل رابطه سلامت معنوی، نگرش به ارتباط قبل ازدواج و دلزدگی زناشویی زنان متأهل. *مطالعات زنان*. س ۱۴. ش ۳: ۹۳ - ۱۱۴.

نریمانی، محمد؛ پوراسمعی، اصغر؛ میکائیلی، نیلوفر؛ حاجلو، نادر (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای الگوهای تعاملی زوجین در رابطه بین آسیب‌پذیری‌های بادوام و دلزدگی زناشویی زوجین متقاضی طلاق. *روانشناسی خانواده*. ش ۲(۲): ۵۱ - ۶۶.

نویدی، فاطمه (۱۳۸۴). *بررسی و مقایسه رابطه دلزدگی زناشویی با عوامل جو سازمانی در کارکنان ادارات آموزش و پرورش و پرستاران بیمارستانهای شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهیدبهشتی.

وظیفه‌دان، رضا (۱۳۹۵). *بررسی رابطه احساس مثبت به همسر با سلامت خانواده در کارکنان انتظامی استان خراسان شمالی*. فصلنامه دانش انتظامی خراسان شمالی. س سوم. ش ۱۲: ۳۵ - ۴۸.

یاقوتیان، محمود؛ سلیمانیان، علی‌اکبر؛ بخشی؛ مریم (۱۳۹۴). اثربخشی غنی‌سازی ارتباط بر کاهش دلزدگی زناشویی والدین کودکان آسیب‌دیده بینایی. *تعلیم و تربیت استثنایی*. ش ۵: ۲۹ - ۳۴.

یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز؛ محمدزاده، علی (۱۳۹۱). *مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و روان درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان*. تحقیقات علوم رفتاری. ش ۱۰، ۲.

وست، ویلیام (۱۳۸۳). *روان‌درمانی و معنویت*. ترجمه شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن. تهران: انتشارات رشد.

Barrera, T.L. Zeno, D. Bush, A.L. Barber, C.R. & Stanley, M.A. (2012). Integrating religion and spirituality into treatment for latelife anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19,2, 58-346.

Blanchard, V.L. Hawkins, A.J. Baldwin, S.A. & Fawcett, E.B. (2009). Investigating the effects of marriage and relationship education on couples' communication skills: a meta-analytic study. *J Fam Psychol*, 23(2):203.

Buehler, C. (2013). Marital Satisfaction, Family Emotional Expressiveness, Home Learning Environments, and Children's Emergent Literacy. *Journal Marriage and Family*, 75, 42-55.

DiBlasio, F. & Benda, B. (2008). Forgiveness intervention with married couples: Two empirical analyses. *Journal of psychology and Christianity*, 5, 511-23.

Heintzelman, S. J., & King, L. A. (2014). (The Feeling of) Meaning-as-Information. *Personality and Social Psychology Review*, 18, 153-167.

Hutagalung F. & Ishak Z. (2012). Sexual Harassment: A Predictor to Job Satisfaction and Work Stress among Women Employees. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 65(3):723-730.

Johnson, S.M. (2004). *The practice of emotionally focused marital therapy: creating connections* (2 ed). New York: Burner-Rouledge.

Kayser, K. (1996). The marital disaffection scale: An inventory for assessing motional estrangement in marriage. *American Journal of Family Therapy*, 24 (1), 68-80.

- KayedKhordeh, H., Parsamanesh, M., & AminZadeh, H. (2014). Analyzing the Relationship between Family Functioning and Ego Resiliency with General Health in Women Suffering from Cancer. *Stud*, 4(1), 01-05.
- Montesi, J.L., Conner, B.T., Gordon, E.A., Fauber, R.L., Kim, K.H., & Heimberg, E. (2013). On the Relationship Among Social Anxiety, Intimacy, Sexual Communication, and Sexual Satisfaction in Young Couples. *Archives of Sexual Behavior*. 42,1, 81-91.
- Pines, A. M. (1996). *Couples Burnout: Courses And Cures*. London Rout Ledge, 32, 1-27.
- Pines, A.M., Neal, M.B., Hammer, L.B., Icekson, T. (2011). Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly*, 74 (4), 361-86.
- Paukert A.L. Phillips, L. Cully. J.A. Loboprabhu, S.M. Lomax, J.W. Stanley, M.A. (2009). Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J Psychiatr Pract*, 15(2): 103-12.
- Pokorska, J. Farrell, A. Evanschitzky, H. & Pillai, K. (2013). Relationship fading in business-to-consumer context. In S. Sezgin, E. Karaosmanoglu, & A. B. Elmadag Bas (Eds.), *EMAC: 42nd Annual European Marketing Academy conference: Lost in translation*. Istanbul: Turkey.
- Rhoades, C. J. (2011). Objective & perceived spiritual & religious compatibility as predictors of marital functioning. Ph. D dissertation, loyala university Maryland, 1-131.
- Richards, P.S. Bergin, A.E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. (2nd ed). Washington. DC: American Psychological Association.
- Seligman, B.E. P. (2003). Positive psychology: Fundamental assumption. *The psychologist*, 16, 126-127.
- Seligman, M. E. P.(2001). Positive psychology: An introduction. *Psychologist*, 55, 5,14.
- Turkewitz, H. & O'Leary, K. D. (1981). A comparative outcome study of behavioral marital therapy and communication therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 159-169.
- Stellar, J. E., John-Henderson, N., Anderson, C. L., Gordon, A. M., McNeil, G. D., et al. (2015). Positive affect and markers of inflammation: Discrete positive emotions predict lower levels of inflammatory cytokines. *Emotion*, 15 , 129-135.
- Vansteenwegen, A., & Orathinkal, J. (2006), The effect of forgiveness on marital satisfaction in relation to marital stability. *Contemporary Family Therapy*, 28, 251-60.
- Van Plet, M.A. (2009). Crossover of burnout among health care professionals. *J Marr Fam*, 85: 210-30.
- Weisman, D.e. Maman, A.G. Tuchman, N. & Duarte, e.a. (2010). Incorporating religion/spirituality into treatment for serious mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(4), 348-57.