

اثربخشی معنویت‌درمانی بر سازگاری زناشویی و ابعاد آن در زنان دارای روابط خانوادگی آشفته

مرتضی اخلاقی‌فرد^۱، آرزو تاری‌مرادی^۲، ناهید معراجی^۳، حسن جعفرزاده داشبلاغ^۴

^۱استادیار گروه ادیان و عرفان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

^۲استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

^۳نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

^۴کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

چکیده

هر مقاله باید دارای یک خلاصه باشد که در یک پاراگراف تهیه گردیده، این بخش باید بصورت مستقل بیانگر موضوع، اهداف، روش پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر ابعاد سازگاری زناشویی زنان با روابط خانوادگی آشفته صورت گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه‌ی زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری معنویت‌درمانی و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش معنویت‌درمانی دریافت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس سازگاری زن و شوهر اسپنیر (۱۹۷۶) استفاده شد. تجزیه تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با نرم‌افزار آماری SPSS۲۲ صورت گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که معنویت‌درمانی تأثیر معناداری بر افزایش سازگاری زناشویی و ابعاد آن در زنان دارای روابط خانوادگی آشفته داشت ($P < 0/01$). نتایج حاصله بر اهمیت روش مداخله‌ای معنویت‌درمانی بر بهبود سازگاری زناشویی و ابعاد آن در زنان دارای روابط خانوادگی آشفته تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: روابط خانوادگی آشفته، سازگاری زناشویی، معنویت‌درمانی

مقدمه

ازدواج به عنوان مهمترین و عالی‌ترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی افراد همواره مورد تأیید بوده است. ازدواج رابطه‌ای انسانی، پیچیده و بسیار ظریف است. دلایل اصلی ازدواج عمدتاً عشق و محبت، داشتن شریک و همراه در زندگی، ارضای نیازهای عاطفی - روانی و افزایش شادی و خوشنودی است. از طرفی ازدواج پدیده‌ای مطلق و فارغ از بستر زمان و مکان نیست. در هر زمان و در هر جامعه چهره خاص دارد و با جامعه نیز دگرگون می‌شود در واقع ازدواج و گزینش همسر از مهمترین شاخص‌های تحرک اجتماعی در هر جامعه است (محمدی، ۱۳۹۳). با این وجود این پیوند همواره موجب افزایش شادی و خوشنودی نبوده و با مشکلاتی همراه است. به طوری که در دهه‌های جدید به شدت مشاهده افزایش مشکلات زناشویی و به تبع آن افزایش طلاق در بین زوجین هستیم (جعفرزاده داشبلagh و همتی، ۱۳۹۵؛ شعبانی و تات، ۱۳۹۶). در واقع بسیاری از روابط زناشویی امروزه، رو به آشفستگی شدید دارد؛ به طوری که در این راستا شواهد پژوهشی حاکی از نرخ شیوع ۲۰ تا ۱۵ درصدی آشفستگی روابط زوجی در جوامع مختلف می‌باشد (ویشمن^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). براساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (DSM-۵) آشفستگی رابطه زوجی را تحت عنوان اختلال کارکرد در حوزه‌های رفتاری (مانند دشواری در حل تعارض)، شناختی (مانند انتساب مزمن اسنادهای منفی به همسر) و هیجانی (مانند بی‌تفاوتی و یا خشم نسبت به شریک) تعریف می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳).

وجود آشفستگی خانوادگی همواره تهدیدی برای کاهش سازگاری زناشویی^۴ می‌باشد. سازگاری زناشویی اصطلاحی چندبعدی است که سطوح چندگانه ازدواج را روشن می‌کند. سازگاری زناشویی شیوه‌ای است که افراد متاهل به طور فردی یا با یکدیگر، جهت تداوم ازدواج سازگار می‌شوند و یکی از مهمترین فاکتورها در تعیین ثبات و تداوم زندگی زناشویی است (بخشی زنجیرانی، علیمندگاری، ۱۳۹۶؛ خلیل بند، ۱۳۹۲). سازگاری زناشویی دارای مؤلفه‌های اصلی رضایت دوتایی، توافق دوتایی، همبستگی دوتایی و بیان محبت آمیز است. رضایت دونفری میزان شادمانی در روابط و همچنین فراوانی تعارض‌های تجربه شده در رابطه را پوشش می‌دهد، توافق دونفره میزان موافقتی است که زوج‌ها درباره موضوع‌های مهمی نظیر اداره کردن امور خانواده و اتخاذ تصمیمات مهم دارند. همبستگی دونفره به این موضوع اشاره دارد که چندوقت یک بار یک زوج همراه هم درگیر فعالیت‌های مشترک می‌شوند و ابراز محبت نیز مربوط به این است که چند وقت یکبار زوج‌ها به یکدیگر ابراز عشق و علاقه می‌کنند (هاستون و ملز^۵، ۲۰۰۴).

برای زوجها داشتن احساس رضایت از ارتباط زناشویی و اطمینان به اینکه این ارتباط، ارتباطی پویا و پایدار است، برای اینکه بتوانند وظایف تکاملی خویش را به بهترین نحو ممکن به عمل برسانند ضروری است؛ لذا انجام مداخلاتی به منظور افزایش این احساس می‌تواند گامی مهم در کاهش آشفستگی زناشویی بوده و به تبع آن گامی در کاهش طلاق زوجین باشد. در این راستا، یکی از مداخلاتی روانشناختی که می‌تواند بر کارکردهای زناشویی زوجین تأثیر گذار باشد، معنویت درمانی^۶ است. مشخص شده است که همبستگی بالایی بین معنویت و تعهد زناشویی (ماهونای^۷، ۲۰۱۰) و رضایت زناشویی (فینچام^۸، ۲۰۱۱؛ آگاتی^۹ و همکاران، ۲۰۰۷)، انسجام و سازگاری زناشویی (بیگی و همکاران، ۱۳۹۴) وجود دارد. در واقع اهمیت معنویت در زندگی

^۱ - Whisman

^۲ - diagnostic and statistical manual of mental disorders - ۵

^۳ - america psychiatric association

^۴ - marital adjustment

^۵ - Huston & Melz

^۶ - Spiritual Therapy

^۷ - Mahoney

^۸ - Fincham

^۹ - Agate

روزمره تاحدی است که پیشنهاد شده است سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت مدنظر قرار گیرد (عباسی و همکاران، ۲۰۱۴). در واقع معنویت حلقه گم شده و یا کمتر مورد توجه قرار گرفته در روابط زناشویی امروزی است. معنویت بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. این ارتباط به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده زمان و مکان و عتایق مادی فراتر می‌برد. وحدت در هستی بوسیله افراد معنوی مشاهده می‌شود (غباری بناب، ۱۳۸۹). معنویت یکی از ابعاد زندگی انسانی است و هنگامی که افراد به اتاق مشاوره و درمان وارد می‌شوند بعد معنوی خود را پشت در نمی‌گذارند بلکه باورهای معنوی اعمال، تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات و چالش‌های معنوی خود را نیز به همراه خویش به اتاق مشاوره و درمان می‌آورند (پاراگمنت^{۱۰}، ۲۰۰۷). منظور از معنویت درمانی، درمان آلام و رنج‌های درونی و بیرونی انسان از طریق متعالی و ماوراءطبیعی است. از این لحاظ نگرشی تازه به یکی از کارکردهای گوناگون دین است. درمان معنوی تنها یک روش کشف و رسیدگی به موقعیت‌های چالش برانگیز و نگران‌کننده در بهداشت روانی است که ممکن است در زندگی به وجود آیند و ممکن است برخی افراد آن را به عنوان یک روش سودمند دریافته باشند (قاسمی، ۱۳۸۳).

رویکردهای معنویت درمانی درمانگران را تشویق می‌کند که در درمان مسایل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمان‌جویان در درمان بهبودی از زبان و مداخله‌هایی استفاده کند که نشانگر احترام و ارزش قایل شدن درمانگر نسبت به مسایل معنوی درمانجو باشد (ریچاردز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۷). معنویت‌درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی مذهبی افراد در فرآیند درمانگری و در نظر گرفتن بعد متعالی مراجعان می‌باشد این بعد متعالی آنها را به سوی خدا رهبری می‌کند (غباری بناب، ۱۳۸۹). در درمان معنویت‌گرا درمانگر، درمانجو را به کنکاش در موضوع‌ها و مسایل معنوی که با زندگی او مرتبط هستند، دعوت می‌کند. تأکید درمانگر بر مسایل معنوی به صورتی بی طرفانه و غیرقضاوت‌گرایانه است (ریچاردز و همکاران، ۲۰۰۷). در این نوع درمان می‌توان از طبیعت، مدیتیشن، موسیقی و دیگر شیوه‌های غیرسنّتی درمانی هم استفاده کرد، از هر کدام که در تلاش برای اتصال جسم و ذهن با روح و یا به دنبال کشف عمیق‌ترین بخشی از خود باشند (غباری بناب، ۱۳۸۹).

نتایج مطالعات صورت گرفته بر اهمیت و تاثیر معنویت و معنویت‌درمانی بر افزایش رضایت زناشویی (کاسو^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۸؛ عسکری و همکاران، ۱۳۹۳؛ غفوری و همکاران، ۱۳۹۳؛ عرب بافرانی و همکاران، ۱۳۹۲)، کاهش تعارضات زناشویی (غفوری و همکاران، ۱۳۹۰) افزایش بهزیستی روان‌شناختی زوجین (محمودی و امینی، ۱۳۹۶؛ صفرا و همکاران، ۲۰۱۹) تأکید کرده‌اند. همچنین نتایج یک فراتحلیل حاکی از اثربخش بودن مداخلات مبتنی بر معنویت بر روی متغیرهای کیفیت زندگی، رضایت زناشویی، کیفیت روابط زناشویی بود (کندی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۵). با این حال نتایج برخی دیگر از مطالعات نیز به عدم تاثیر مداخله معنویت‌درمانی بر بهبود کیفیت زندگی (محمودی و امینی، ۱۳۹۶؛ رضانی و همکاران، ۱۳۹۵) اشاره کرده‌اند. با توجه به آنچه بیان شد و شیوع بالای مشکلات زناشویی و آشفتگی روابط زناشویی و به تبع آن افزایش طلاق در کشورما، انجام مداخلات روانشناختی به منظور کاهش روابط خانوادگی آشفتنه با تاکید بر نقش معنویت بسیار مهم و حائز اهمیت می‌باشد. لذا براین اساس، پژوهش حاضر در این راستا و با هدف بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر ابعاد سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفتنه صورت گرفت.

^{۱۰}- Pargament

^{۱۱}- Richards

^{۱۲}- Casu

^{۱۳}- Kennedy

روش

این پژوهش به لحاظ نوع روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه‌ی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ بودند. تعداد نمونه مورد پژوهش ۳۰ نفر از زنان جامعه مذکور بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه معنویت درمانی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) با لحاظ ملاک‌های متأهل بودن، تکمیل فرم رضایت نامه شرکت در برنامه آموزشی، عدم ابتلاء به مشکلات روانشناختی و داشتن حداقل سواد دوره متوسطه برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، جایگزین شدند. همچنین ملاک‌های خروج نیز شامل شرکت در سایر برنامه‌های آموزشی/درمانی، عدم تمایل به شرکت در طول برنامه و غیبت دو جلسه متوالی بود. به منظور گردآوری داده‌ها بعد از انجام مکاتبات لازم با مسئولان مراکز مشاوره و روان‌درمانی اقدام به انتخاب نمونه آماری گردید. بعد از تشریح اهداف پژوهش و جلب رضایت به منظور شرکت در پژوهش، ابتدا پیش‌آزمون دریافت گردید. سپس گروه مداخله معنویت درمانی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه آموزش دریافت کردند و گروه کنترل بدون هیچگونه مداخله باقی ماند. در نهایت داده‌ها جمع‌آوری شده از طریق آماری توصیفی و آماری استنباطی آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. مشخصات ابزار گردآوری داده‌ها و همچنین خلاصه جلسات آموزشی به شرح ذیل بود:

۱) **مقیاس تجدید نظر شده سازگاری دو نفره**^{۱۴}: این مقیاس مشتمل بر ۱۴ سؤال بوده و یک ابزار خوبی برای اندازه‌گیری کیفیت سازگاری و رضایت زناشویی بر اساس مقیاس ۳۲ آیتمی سازگاری دو نفره اسپانیر^{۱۵} (۱۹۷۶) می‌باشد. این مقیاس یک نمره کلی (در دامنه نمره ۰-۶۹) و چهار نمره برای خرده مقیاس‌های توافق دونفره^{۱۶} (در دامنه نمره ۰ تا ۲۰)، ابراز عاطفه^{۱۷} (در دامنه نمره ۰-۱۰)، رضایت دو نفره^{۱۸} (در دامنه نمره ۰-۲۰) و انسجام دو نفری^{۱۹} (در دامنه نمره ۰-۱۹) به دست می‌دهد. ضرایب آلفای کرونباخ این آزمون برای کل مقیاس ۰/۹۰، و برای خرده مقیاس‌های توافق دونفری، رضایت دو نفری و انسجام دو نفری به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۵ و ۰/۸۰ گزارش شده است (بوسی، کریستینسن، کران و لارسون^{۲۰}، ۱۹۹۵). این آزمون با نمره برش ۴۸ زوج‌های درمانده و ناراضی را از زوج‌های غیر درمانده و عادی متمایز می‌کند (کران، میدلتون و بین^{۲۱}، ۲۰۰۰). نسخه ۳۲ آیتمی این مقیاس در ایران توسط ملازاده (۱۳۸۱) مورد استفاده قرار گرفته و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۹ و روایی آن نیز با اجرای همزمان با پرسشنامه سازگاری زناشویی لاک-والاس ۰/۹۰ گزارش شده است.

۳) **مداخله معنویت درمانی**: در این پژوهش به منظور اجرای مداخله معنویت درمانی از بسته‌های آموزشی استفاده شده در تحقیقات رضانی و همکاران (۱۳۹۵)، عرب بافرانی و همکاران (۱۳۹۲)، غفوری و همکاران (۱۳۹۲) و محمودی و امینی (۱۳۹۶) استفاده شد، که متناسب با هدف مورد نظر در این تحقیق بخش‌های مختلفی از هر یک گرفته شده و با سازماندهی جدید در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه به شرح ذیل ارائه شد:

^{۱۴}- Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS)

^{۱۵}- Spanier

^{۱۶}- dyadic consensus

^{۱۷}- affection expression

^{۱۸}- dyadic satisfaction

^{۱۹}- dyadic cohesion

^{۲۰}- Busby, Christensen, Crane & Larson

^{۲۱}- Crane, Middleton, & Bean

جدول ۱- خلاصه جلسات مداخله معنویت درمانی

| ردیف | عنوان جلسه | محتوای جلسه |
|------------|---|---|
| جلسه اول | معارفه و آشنایی | ایجاد امید و رابطه همدلانه و بررسی باورها و نگرش های اعضا، نسبت به جهان و خدا، از افراد خواسته می شود تا بر روی برگه های معرفی معنوی خود را تکمیل کرده و سپس از آنها خواسته می شود توضیح خود را از باورهای معنوی شان به اشتراک بگذارند. |
| جلسه دوم | طرح سؤال در باره چیستی معنویت | آیا به نیروی مقدس معتقدند؟ در مقابل این نیرو چه اقدامی دوست دارید انجام دهید؟ چه کاری انجام می دهید؟ کدام رفتار در شما احساس خوب ایجاد می کند؟ و ... ارائه توضیحات در خصوص نقش خود افراد و خداوند در سرنوشت، آینده و تغییر. |
| جلسه سوم | بحث در خصوص صفات خداوندی، بخشندگی خدا | اعتراف به اشتباهات و پذیرش ضعف های خود بیان اثر جبران، دعا، صبر و بازبایی اعتماد به خود و پی بردن به ارزش های درونی خویش. |
| جلسه چهارم | مراقبه، تمرکز و آرام بخشی عضلانی | توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، نقش مراقبه از احساسات و آرامش، و همچنین تمرین آرام بخش عضلانی و تمرکز بر افکار، ارائه تکلیف برای بخشودگی دیگران و فکر کردن در خصوص جبران گذشته. |
| جلسه پنجم | توکل و پاکسازی ذهنی | تفویض امور به خداوند و تقویت اراده فردی برای رشد معنوی و پاک شدن از ویژگی های منفی فکری و رفتاری و تلاش برای جایگزینی ویژگی های مثبت به جای ویژگی های منفی. بحث توکل، خودباوری، و اتصال میان توجه به خود و توجه به خدا در دست یافتن به یک ارتباط نیروبخش. |
| جلسه ششم | تواضع و خودکنترلی و شیوه ای مقابله ای | تواضع و گذشت را مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت و در مقابل عظمت الهی و قدرت او چگونه بایستی تواضع داشت؟ راه های کنترل خشم با تغییر باورها و تمرین ذهنی، در مقابل فشارها و استرس - ها ضمن حفظ خونسردی از روش های عاقلانه و مسئله مدار استفاده ارائه شد. تمرین برای جلسه بعد تقویت توان کنترل خود و بکارگیری شیوه های جدید و مناسب برخورد با اطرافیان. |
| جلسه هفتم | گسترش تجربیات معنوی، هدف گذاری مناسب در برنامه ها | ارتباط دائمی با خداوند در قالب همه برنامه ها روزمره زندگی، انسان معنوی با صفات خود زندگی می کند نه با اموال و دارایی هایش، رسیدن به توان بذل و بخشش و دستگیری از دیگران و تمرین این توانمندی در فاصله بین جلسات. |
| جلسه هشتم | فضا سازی ذهنی و محیطی برای رشد معنوی | الگوگیری از رفتارهای معنوی همه جانبه بهبود ارتباطات فردی به ویژه با اعضای خانواده در قالب نگاه متفاوت اعتقادی و احساسی، پیوستگی با برنامه ها و مناسک دینی و دل سپردگی به این پیوند درونی و عمیق معنوی و بیان احساس مثبت و تجربیات تازه ناشی از عملکردهای معنوی. |
| جلسه نهم | مقاوم سازی فکری و ایستادگی در مقابل برگشت پذیری | مرور ارزش ها و نگرش های قبلی و مقایسه آنها با دیدگاه های فعلی به صورت تبادل نظر اعضا، بیان نتایج و پیامدهای متفاوت این دو دیدگاه و طرز فکرها برجسته کردن نقش خود مدیریتی در سرنوشت، خانواده و زندگی بیان موانع و علل برگشت پذیری احتمالی باورها و عادات قبلی و چگونگی راه های مقابله با آنها. |
| جلسه دهم | خود باوری و حفظ ارزشهای بدست آمده بصورت مداوم | جدیت در ارزش سازی آنچه که در طول جلسات کمک کننده بوده است خودشناسی، خودکنترلی، خودارتقای، تقویت و پیوند میان خود و نیروی لایزال الهی به کارگیری تشویق ها و تأییدات درونی و برخورداری از تفریحات و لذت های منطبق با باورها و اعتقادات، رشد اخلاقیات به طور مستمر و ارزیابی مداوم ارتباط با خود، دیگران و با خدا و حفظ روحیه معنوی برای تمام عمر. |

یافته ها

در پژوهش حاضر تعداد ۳۰ نفر از زنان در ۲ گروه معنویت درمانی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی و ازدواج در گروه معنویت درمانی $32/17 \pm 4/19$ و $6/12 \pm 2/03$ و گروه کنترل $34/41 \pm 2/28$ و $6/17 \pm 2/10$ بود. در هر دو گروه کمترین فراوانی دارای تحصیلات فوق دیپلم و بیشترین فراوانی دارای تحصیلات لیسانس بودند.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سازگاری زناشویی و ابعاد آن در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

| متغیر | گروه | آزمون | آماره‌ها | | وضعیت | S-W | P |
|-----------------|---------------|----------------------|---------------|--------------|-----------|-------|-------|
| | | | میانگین | انحراف معیار | | | |
| توافق | معنویت‌درمانی | پیش‌آزمون (پس‌آزمون) | ۱۰/۲۴ (۱۵/۵۲) | ۲/۱۷ (۳/۰۹) | پیش‌آزمون | ۰/۹۶۹ | ۰/۱۱۸ |
| دونفره | کنترل | پیش‌آزمون (پس‌آزمون) | ۱۰/۳۱ (۱۰/۱۹) | ۲/۳۰ (۲/۳۵) | پس‌آزمون | ۰/۹۵۴ | ۰/۰۸۶ |
| ابراز عاطفه | معنویت‌درمانی | پیش‌آزمون (پس‌آزمون) | ۴/۸۰ (۸/۱۵) | ۱/۰۲ (۱/۸۶) | پیش‌آزمون | ۰/۹۱۷ | ۰/۰۷۸ |
| | کنترل | پیش‌آزمون (پس‌آزمون) | ۴/۵۷ (۴/۶۳) | ۱/۱۱ (۱/۰۹) | پس‌آزمون | ۰/۹۸۸ | ۰/۱۲۰ |
| رضایت دو نفره | معنویت‌درمانی | پیش‌آزمون (پس‌آزمون) | ۹/۵۳ (۱۴/۹۰) | ۲/۱۰ (۳/۵۶) | پیش‌آزمون | ۰/۹۴۹ | ۰/۰۶۵ |
| | کنترل | پیش‌آزمون (پس‌آزمون) | ۹/۴۸ (۹/۴۰) | ۲/۱۵ (۲/۱۷) | پس‌آزمون | ۰/۹۷۵ | ۰/۰۷۲ |
| انسجام دو نفری | معنویت‌درمانی | پیش‌آزمون (پس‌آزمون) | ۸/۲۳ (۱۴/۱۰) | ۲/۱۲ (۳/۸۰) | پیش‌آزمون | ۰/۹۵۰ | ۰/۰۸۰ |
| | کنترل | پیش‌آزمون (پس‌آزمون) | ۸/۲۵ (۸/۱۷) | ۲/۱۳ (۲/۱۵) | پس‌آزمون | ۰/۹۶۶ | ۰/۱۰۸ |
| سازگاری زناشویی | معنویت‌درمانی | پیش‌آزمون (پس‌آزمون) | ۳۴/۶۸ (۵۰/۰۸) | ۷/۸۰ (۹/۳۷) | پیش‌آزمون | ۰/۹۴۹ | ۰/۰۸۵ |
| | کنترل | پیش‌آزمون (پس‌آزمون) | ۳۴/۵۳ (۳۴/۴۰) | ۷/۷۸ (۷/۷۵) | پس‌آزمون | ۰/۹۷۲ | ۰/۱۱۱ |

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار سازگاری زناشویی و ابعاد در گروه‌های مورد مطالعه به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. همچنین نتایج آزمون نرمال بودن داده‌ها براساس آزمون شاپیرو-ویلک ارائه شده است، که نتایج حاکی از نرمال بودن داده‌های می‌باشد ($P > 0.05$). در ادامه قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس شامل مفروضه همسانی واریانس‌ها بررسی گردید و نتایج آن‌ها در زیر آورده شده است.

جدول ۳- نتیجه آزمون لون جهت بررسی همسانی واریانس‌ها

| متغیر | مقدار F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی داری |
|-----------------|---------|--------------|--------------|---------------|
| توافق دونفره | ۱/۰۱۵ | ۱ | ۳۸ | ۰/۱۳۰ |
| ابراز عاطفه | ۱/۳۶۸ | ۱ | ۳۸ | ۰/۱۰۶ |
| رضایت دو نفره | ۱/۱۰۳ | ۱ | ۳۸ | ۰/۱۲۴ |
| انسجام دو نفری | ۱/۱۴۸ | ۱ | ۳۸ | ۰/۱۱۵ |
| سازگاری زناشویی | ۰/۸۹۲ | ۱ | ۳۸ | ۰/۳۰۷ |

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که تجانس واریانس‌های دو گروه کنترل و مداخله مبتنی بر آموزش هنردرمانی در سطح ۰/۹۵ برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، می‌توان تحلیل کوواریانس برای فرضیه‌ها استفاده کرد.

جدول ۴- آزمون باکس جهت بررسی مفروضه‌ی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس

| Sig | df _۲ | df _۱ | F | آماره باکس |
|-------|-----------------|-----------------|-------|------------|
| ۰/۰۶۱ | ۶۴۸۶۲/۷۴۰ | ۹ | ۱/۳۴۸ | ۱۸/۱۳۷ |

در جدول (۴) نتیجه‌ی آزمون باکس جهت بررسی مفروضه‌ی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس آورده شده است. براساس نتایج مندرج، سطح معناداری (۰/۰۶۱)، بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین، مفروضه‌ی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس برقرار می‌باشد.

جدول ۵- نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل کواریانس چند متغیره برای سازگاری و ابعاد آن در دو گروه

| منابع | ارزش | F | فرضیه DF | خطا DF | معناداری | اندازه اثر |
|-------------------|------|-------|----------|--------|----------|------------|
| اثر پیلایی | ۰/۷۹ | ۲۰/۱۶ | ۴/۰۰ | ۲۱/۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۹ |
| لامبدا ویلکز | ۰/۲۰ | ۲۰/۱۶ | ۴/۰۰ | ۲۱/۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۹ |
| اثر هتلینگ | ۳/۸۴ | ۲۰/۱۶ | ۴/۰۰ | ۲۱/۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۹ |
| بزرگترین ریشه خطا | ۳/۸۴ | ۲۰/۱۶ | ۴/۰۰ | ۲۱/۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۹ |

همانطور که جدول (۵) نشان می‌دهد سطوح معناداری تمام آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد (۰/۰۱ < p، F=۲۰/۱۶، =۰/۲۰ لامبدای ویلکز). مجذور اتا نشان می‌دهد ۷۹ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

جدول ۶- نتایج آزمون‌های کواریانس چندمتغیری برای مقایسه متغیرها سازگاری زناشویی و ابعاد آن

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | اندازه اثر |
|---------------|-----------------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|------------|
| اثر پیش آزمون | توافق دونفره | ۱۲/۶۵ | ۱ | ۱۲/۶۵ | ۰/۳۳ | ۰/۵۷ | ۰/۰۱۸ |
| | ابراز عاطفه | ۳۶/۷۳ | ۱ | ۳۶/۷۳ | ۰/۸۰ | ۰/۳۷ | ۰/۰۳۵ |
| | رضایت دو نفره | ۶۶/۲۰ | ۱ | ۶۶/۲۰ | ۰/۶۷ | ۰/۴۲ | ۰/۰۲۸ |
| | انسجام دو نفری | ۳۰/۸۰ | ۱ | ۳۰/۸۰ | ۰/۷۴ | ۰/۳۲ | ۰/۰۲۴ |
| | سازگاری زناشویی | ۱۰/۴۷ | ۱ | ۱۰/۴۷ | ۰/۲۵ | ۰/۸۵ | ۰/۰۱۵ |
| | توافق دونفره | ۵۷۵/۴۲ | ۱ | ۵۷۵/۴۲ | ۱۴/۸۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۷۸ |
| عضویت گروهی | ابراز عاطفه | ۵۳۹/۸۰ | ۱ | ۵۳۹/۸۰ | ۱۲/۰۲ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۲۹ |
| | رضایت دو نفره | ۴۱۵/۳۲ | ۱ | ۴۱۵/۳۲ | ۳۹/۹۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱۰ |
| | انسجام دو نفری | ۳۹۶/۴۵ | ۱ | ۳۹۶/۴۵ | ۳۷/۱۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۴ |
| | سازگاری زناشویی | ۴۱۰/۳۶ | ۱ | ۴۱۰/۳۶ | ۳۸/۴۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۰۳ |

طبق جدول (۶) نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که پس از کنترل اثرات پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات دو گروه در متغیرهای توافق دونفره (۰/۰۱ < p، F=۱۴/۸۱)، سازگاری زناشویی (۰/۰۲ < p، F=۱۸/۸۰)، ابراز عاطفه (۰/۰۱ < p، F=۱۲/۰۲)، رضایت دونفره (۰/۰۱ < p، F=۳۹/۹۸)، انسجام دو نفری (۰/۰۱ < p، F=۳۷/۱۵) و سازگاری زناشویی (۰/۰۱ < p، F=۳۸/۴۱) وجود دارد. لذا شرایط آزمایشی بر بهبود این متغیرها در زنان دارای روابط خانوادگی آشفته تاثیر گذار بوده است (P<۰/۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر سازگاری زناشویی و ابعاد آن در زنان دارای روابط خانوادگی آشفته بود. نتایج به دست آمده نشان داد که معنویت‌درمانی بر بهبود سازگاری زناشویی و ابعاد آن (توافق دوفره، ابراز عاطفه، رضایت دوفره و انسجام دوفره) زنان دارای روابط خانوادگی آشفته تأثیر معناداری دارد ($P < 0/01$).

نتایج به دست آمده در این راستا با یافته‌های مطالعات شیدوزری^{۲۲} (۲۰۱۱)، نجارپوریان و فاتحی‌زاده (۱۳۹۰)، عرب بافرانی و همکاران (۱۳۹۲)، غفوری و همکاران (۱۳۹۲)، رضانی و همکاران (۱۳۹۵)، کندی و همکاران (۲۰۱۵)، محمودی و امینی (۱۳۹۶)، خاکپور و همکاران (۲۰۱۸) و کاسو و همکاران (۲۰۱۸) همسویی داشت. در این راستا کاسو و همکاران (۲۰۱۸) در نتایج مطالعه‌ی خود بر تاثیر معنویت درمانی بر رضایت زناشویی اشاره کردند. شیدوزری (۲۰۱۱) نیز در مطالعه خود نتیجه مشابهی را گزارش کرد. نتایج مطالعه خاکپور و همکاران (۲۰۱۸) نیز حاکی از اثربخش بودن معنویت درمانی مبتنی بر خانواده محور بر رضایت از ازدواج در زوجین بود. غفوری و همکاران (۱۳۹۲) نیز در تحقیقی نشان دادند که روان‌درمانی معنوی مبتنی بر روش بخشودگی باعث افزایش معنی‌دار بخشودگی و در نتیجه رضایت‌مندی زناشویی و کاهش معنی‌دار تعارضات زوجین در مرحله‌ی پس‌آزمون شد. محمودی و امینی (۱۳۹۶) نیز در تحقیقی به بررسی اثربخشی مداخله معنویت‌درمانی بر بهبود کیفیت زندگی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی همسران اشاره کرده است. نتیجه مشابهی در نیز در مطالعه رضانی و همکاران (۱۳۹۵) به دست آمد.

در خصوص تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان بیان کرد که معنویت از طریق تقویت توانمندی‌هایی چون نیاز، یاری رساندن به دیگران، قدردانی کردن، صبر در مسائل و مشکلات، طلب بخشش از خداوند و دیگران، پذیرش انتقادات و نظرات دیگران که همگی مستلزم برقراری ارتباط باکیفیت بهتر با خود و دیگران و خداوند است، باعث می‌شود زنان مورد مطالعه در ارزیابی ذهنی خود، خویشتن را توانمند و دارای قابلیت‌های جدید و غنی‌تر احساس نمایند و همچنین همیشه خداوند را ناظر بر اعمال و رفتار خود بدانند و سعی کنند که از مسیر درست حق و عدالت تعدی نکنند و در نتیجه رابطه مؤثرتری با خود و با همسر خود داشته، بعلاوه با افزایش توانایی درک و پذیرش افکار، احساسات و عواطف یکدیگر در زندگی زناشویی موجب کشمکش‌های بین زوجین، کاهش ناپیروی همسر از شوهر، کاهش بحث‌های تند، موجبات افزایش سازگاری و انسجام زناشویی را فراهم نماید (شیدوزری، ۲۰۱۱). چنانچه در این خصوص لامبرت و دولهایت^{۲۳} (۲۰۰۸) بیان کردند بین معنویت با گذشت، مساعدت، صمیمیت و کیفی روابط بین زوجین همبستگی مثبتی وجود دارد.

همچنین می‌توان گفت که هماهنگی ارزش‌ها با سطح رضایت زناشویی زوجین ارتباطی مثبت دارد. در پژوهش حاضر، سعی بر این بود که مشارکت کنندگان از طریق درگیر شدن با مفاهیمی از جمله توکل، آرامش معنوی ذهن و غیره به امنیت روانی بیشتری دست یابند، که این امنیت روانی، خود باعث بالاتر رفتن رضایت زناشویی و به تبع آن انسجام خانوادگی افراد می‌شود. در نهایت نتایج حاصله بر اهمیت روش مداخله‌ای معنویت‌درمانی بر بهبود سازگاری زناشویی و ابعاد آن در زنان دارای روابط خانوادگی آشفته تاکید دارد. از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های مورد مطالعه و همچنین استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس اشاره کرد که براین اساس پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی افراد مورد مطالعه از طریق پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل گردد و همچنین از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی (نظیر روش نمونه‌گیری تصادفی و غیره) به منظور قابلیت‌پذیری بیشتر نتایج، استفاده گردد.

^{۲۲} Chidozie^{۲۳} Lambert & Dollahite

منابع و مراجع

- انجمن روانپزشکی آمریکا، (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی *DSM-۵*. ترجمه یحیی سیدمحمدی، ۱۳۹۳. چاپ چهارم، تهران: نشر روان.
- بخشی زنجیرانی، نجمه و علی مندگاری، ملیحه. (۱۳۹۶). ثبات خانوادگی و تداوم زندگی زناشویی: مطالعه‌ای کیفی در شهر شیراز، *مجله جمعیت شناسی ایران*، ۱۲(۲۴)، ۲۰۷-۲۴۴.
- بیگی، علی؛ محمدی‌فر، محمدعلی؛ نجفی، محمود و رضایی، علی محمد. (۱۳۹۴). رابطه معنویت و بخشودگی با انسجام و سازگاری خانوادگی در جانبازان. *طب جانباز*، ۸(۱)، ۳۳-۳۹.
- جعفرزاده دانش‌بلاغ، حسن و همتی، بابک. (۱۳۹۵). مقایسه همجوشی شناختی و خودشفقتی در زوجین با و بدون مشکلات سازگاری. سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، تربت حیدریه، دانشگاه تربت حیدریه، ایران.
- خلیل‌بند، پگاه. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و شوخ‌طبعی با سازگاری زناشویی زوجین در شهر شیراز. دانشگاه آزاد اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- رضانی، خسرو؛ سهرابی، نورالدین و امینی، فرزین. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله معنویت‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی و بهبود بهزیستی روانشناختی همسران جانبازان و ایثارگران، کنگره بین‌المللی مطالعات رفتاری جامعه و سبک زندگی سالم، تهران، ایران.
- عرب بافرانی، حمیدرضا؛ کجیاف، محمدباقر؛ عابدی، احمد و حبیب‌الهی، سعید. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش معنویت بر سازگاری زناشویی زوجین. *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۷(۱۲)، ۹۵-۱۱۲.
- عسکری، فرشته؛ میرگل، احمد و میرشکار، حبیب‌الله. (۱۳۹۳). بررسی و تبیین نقش باورهای دینی و معنویت در روان‌درمانی با تکیه بر دیدگاه اسلامی. دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی.
- غباری، بناب، باقر. (۱۳۸۹). مشاوره و روان‌درمانی با رویکرد معنوی. تهران: انتشارات آرون.
- غفوری، سمانه، حسن‌آبادی، علی؛ مهram، بهروز و قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روش بخشودگی مبتنی بر درمان‌های معنوی-مذهبی در کاهش تعارضات زناشویی. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۶(۲۴)، ۱۴۲-۱۲۳.
- غفوری، سمانه، مشهدی، علی و حسن‌آبادی، حسین. (۱۳۹۲). اثربخشی روان‌درمانی معنوی مبتنی بر بخشودگی در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات زوجین شهر مشهد، اصول بهداشت روانی، ۱۵(۱)، ۴۵-۵۷.
- قاسمی، مهدی (۱۳۸۳). معنویت‌درمانی. *فصلنامه علمی تخصصی جستار*، ۱(۵)، ۵۹-۶۳.
- محمدی، امید. (۱۳۹۳). پیش‌بینی رضایت زناشویی با میانجی‌الگوهای ارتباطی براساس مثلث عشق، تمایز یافتگی خود، سبک زندگی و علاقه اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی کاربردی، دانشگاه رازی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی.
- محمودی، آرمین و امینی، فرزین. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله معنویت‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی همسران جانبازان و ایثارگران. *مجله علوم اجتماعی*، ۱۱(۳۸)، ۲۳۷-۲۵۸.
- نجارپوریان، سمانه و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر شناخت درمانی معنوی بر سازگاری زناشویی زوجین پارانوئید در اصفهان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی (فرهنگ مشاوره)*، ۲(۶)، ۹۱-۱۰۵.

- Abaasi, M., Shemshi goshki, A., & Abolghasemi, M.(۲۰۱۴). *Introduction to spiritual health* Tehran: Legal.
- Agate, ST., Zabriskie, RB. & Eggett, DL. (۲۰۰۷). Praying, playing and successful families. *Marriage Fam Rev*; ۴۲(۲):۵۱-۷۵.
- Casu, G., Ulivi, G., Zaia, V., Fernandes, M., Parente, C., & Gremigni, P.(۲۰۱۸). Spirituality, infertilityrelated stress, and quality of life in Brazilian infertile couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. *Res Nurs Health*; ۴۱(۲): ۱۵۶-۱۶۵.
- Chidozie, M. (۲۰۱۱). *An Examination of Spirituality as a Possible Predictor of Couples Marital Satisfaction* [Master Thesis]. Texas: Texas A & M University.
- Fincham, F. D., Ajayi, C., Beach, R.H. (۲۰۱۱). Spirituality and marital satisfaction in African American couples. *Psychology of Religion and Spirituality*, ۳(۴), ۲۵۹-۲۶۸.
- Huston, T.L., & Melz, H. (۲۰۰۴). The case for (promoting) marriage: The devil is in the details. *Journal of Marriage and Family*, ۶۶(۴), ۹۴۳-۹۵۸.
- Kennedy, G. A., Macnab, F. A. & Ross, J. J. (۲۰۱۵), *The effectiveness of spiritual/religious interventions in psychotherapy and counselling: a review of the recent literature*. Melbourne: PACFA.
- Khakpour, M., Mehrafarid, M., Akbari Amarghan, H., Nejat, H., Fazayeli Yousefabad, M. & Toroghi R. (۲۰۱۸). Effect of spiritual family therapy on marital satisfaction in couples with husbands' drug-dependent. *J Research Health*; ۸(۴): ۳۶۵- ۳۷۲.
- Lambert, NM, & Dollahite, DC. (۲۰۰۸). Thethreefold cord: Marital commitment in religious couples. *Journal of Family Issues*, ۲۹(۵), p. ۵۹۲_۶۱۴ .
- Mahoney, A. (۲۰۱۰). Religion in families ۱۹۹۹ to ۲۰۰۹: A relational spirituality framework. *J Marriage Fam*; ۷۲(۴):۸۰۵-۲۷.
- Pargament, K.I. (۲۰۰۷). *Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred*, New York: Guilford, ۱-۳.
- Richards, P.S., Hardman, R.K. & Berret, M. (۲۰۰۷). *Spiritual Approaches in the treatment of woman with Eating Disorders*. Washington: American psychological Association.
- Safara, M., KHanbabaee, M. & KHanbabaee, M. (۲۰۱۹). The Effect of Spiritual Skills Training on the Quality of Life in Mothers of Mentally Retarded Children. *Health Spiritual Med Ethics*; ۶(۲): ۲۴-۳۰.
- Spanier, GB. (۱۹۷۶). Measuring dyadic adjustment: Nee scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam*, ۳۸(۳): ۱۵-۲۸.
- Whisman, MA., Steven, RH. & Douglas K. (۲۰۰۸). Is marital discord taxonic and can taxonic status be assessed reliably? Results from a national, representative sample of married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۷۶, ۷۴۵-۷۵۵.