


اثربخشی معنویت‌درمانی بر کاهش اختلافات، سردمزاجی و بدرفتاری زناشویی زوجین

نسیم‌سادات راه نجات / کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

nasim.rahnejat@gmail.com

حسن امیری / استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

ahasan.amiri@iauksh.ac.ir

 orcid.org/0000-0002-4485-9437



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۰۹ - پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی «اثربخشی معنویت‌درمانی بر کاهش اختلافات، سردمزاجی و بدرفتاری زناشویی زوجین» است. این پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری شامل زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره زندگی شهر کرمانشاه است که از بین جامعه آماری، ۳۰ تن با استفاده از روش «نمونه‌گیری در دسترس» انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۵ تن) گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های «اختلافات زناشویی» براتی (۱۳۷۵)، «سردمزاجی زناشویی» پانیز (۱۹۹۶) و «بدرفتاری زناشویی» باس و پری (۱۹۹۸) استفاده گردید. با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس فرضیه‌ها تجزیه و تحلیل گردید. بین گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای معنویت‌درمانی در سطح ۰/۰۱، تفاوت معناداری وجود داشت و میزان اختلافات، سردمزاجی، بدرفتاری زناشویی زوجین گروه آزمایش به شکل معناداری کاهش یافته بود. اثربخشی معنویت‌درمانی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر آماری در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود و با ۰/۹۵ اعتماد معنویت‌درمانی بر اختلافات، سردمزاجی و بدرفتاری زوجین تأثیر دارد. با توجه به اثربخشی معنویت‌درمانی، توصیه می‌گردد برای ارتقای سلامت و تحکیم بنیان خانواده‌ها، در کارگاه‌ها و آموزش‌های معنویت‌درمانی مشارکت نمایند.

کلیدواژه‌ها: معنویت‌درمانی، اختلافات، سردمزاجی، بدرفتاری زناشویی زوجین.

«معنویت‌درمانی» (Spiritual Therapy) به‌مثابه یکی از روش‌های مهم در درمان اختلالات زناشویی شناخته شده است و به نظر می‌رسد دین مبین اسلام و توصیه‌های آن در درمان این اختلالات مؤثر است. معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شود که بر فرض مزبور استوار است و ابعاد متعالی - نه جسمانی - در زندگی انسان وجود دارد و او را به خداوند نزدیک کرده است و دامنه‌ای از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهد. در معنویت‌درمانی سعی می‌شود از ظرفیت‌های وجودی، گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در درمان مشکلات و بیماری استفاده گردد.

آنچه در معنویت‌درمانی حائز اهمیت است جنبه معناگرایانه آن است که محتوای درمان را شکل می‌دهد و در قالب عبارت در هر دینی تجلی پیدا می‌کند. این فنون در معنویت‌درمانی می‌توانند جنبه رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی، همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیت، و مراقبه تجلی یابند (سلیگمن، ۲۰۰۵).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند: معنویت‌درمانی موجب افزایش رضایت زناشویی می‌شود: *فینچام و بیچ* (DiBlasio, Fincham, F.D & Beach, S.R.H; 2007)، *رانستین و همکاران* (۲۰۰۶)، *دی پلاس و بند* (Schramm, D.G, marshal. J.p, Haris, v.w.) (F, Benda B; 2008)، *اسچرام، مارشال، هریس و لی* (Lee.T,R; 2012) *کاترونا و همکاران* (۲۰۱۳)، *صفاریان و همکاران* (۱۳۹۴)، *غفوری و همکاران* (۱۳۹۲).

خانواده کوچک‌ترین و مهم‌ترین واحد اجتماعی است که نقش مهمی در تکوین شخصیت، رشد جسمانی، شناختی، عاطفی و اخلاقی افراد، رشد و شکوفایی استعدادهای اعضای آن و بهبود مشکلات خانواده دارد. این واحد اجتماعی مهم نیازمند سرمایه‌گذاری گسترده روانی و اجتماعی و مداخله بموقع است (ورثینگتون، ۲۰۰۸).

خانواده یکی از ارکان اصلی جامعه به‌شمار می‌رود. دستیابی به جامعه سالم، آشکارا در گرو سلامت خانواده، و تحقق خانواده سالم منوط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن روابط مطلوب با یکدیگر است. با توجه به پیامدهای ویرانگر ازدواج ناموفق بر بهداشت روانی و جسمانی زوجین، فرزندان و جامعه، لزوم بررسی رضایت زناشویی و ابعاد گوناگون آن و همچنین عوامل تأثیرگذار بر رضایتمندی زناشویی بیش از پیش ضرورت می‌یابد (نظرزاده، ۱۳۹۶).

خانواده با پیمان ازدواج و پیوند همسری زن و مردی هوشمند و آگاه و برخوردار از بلوغ فکری و قابلیت‌های اجتماعی پایه‌گذاری می‌شود و این زوج ستون اصلی حیاتی‌ترین نهاد اجتماعی، یعنی خانواده را تشکیل می‌دهند. بنابراین سلامت و سعادت جامعه به سلامت و پویایی نظام خانواده وابسته است و سلامت و تعادل نظام خانواده نیز

به کیفیت روابط بین زن و شوهر و والدین و فرزند بستگی دارد. هر قدر روابط بین همسران بهتر، سالم‌تر و پرجاذبه‌تر باشد زندگی شیرین‌تر و باصفا‌تر می‌گردد و فرزندان بانشاط و موفق‌تری تربیت می‌شوند.

در مقابل، خانواده‌های لجام‌گسیخته و متزلزل جامعه‌های متزلزل پدید می‌آورند که در آن نشانی از سلامت روانی یافت نمی‌شود، میزان طلاق روز به روز بالا می‌رود و ازدواج‌های مطلوب و برنامه‌ریزی‌شده کمتر صورت می‌گیرد، خانواده‌ها به زودی متلاشی می‌شوند، و به‌طور کلی اساس کجروی‌های اجتماعی را باید در همین جست‌وجو کرد. بنابراین چنین می‌نماید که هرچه زن و شوهر روابط صمیمانه‌تری داشته باشند سه عنصر عشق، یعنی تعهد (Commitment)، صمیمیت (intimacy) و اشتیاق (Desire) در آنها فعال‌تر خواهد بود. عشق کامل عشقی است که در آن رابطه‌ای ایده‌آل، شامل تعهد، صمیمیت و اشتیاق باشد. در نهایت، این عشق کامل موجب بالا رفتن میزان رضایتمندی زناشویی می‌شود (وولف، ۲۰۱۳).

متأسفانه در مقایسه با گذشته، مشکلات خانواده‌ها رشد چشمگیری داشته که افزایش تعداد زوج‌های مشکل‌دار، به هم خوردن تعادل خانواده‌ها، مختل شدن روابط زوجین و نیز سیر صعودی آمار طلاق شاهد این ادعاست (رزاقی و دیگران، ۱۳۹۰). در این واحد اجتماعی زنان بیش از سایر اعضا در معرض آسیب هستند که به نظر می‌رسد مهم‌ترین مشکل آنان در خانواده در زمینه رضایت زناشویی است.

ازدواج یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین موضوعات مدنظر جامعه بشری است و به‌مثابه یکی از مهم‌ترین مسائل در زندگی افراد تلقی می‌شود و صرفاً جنبه‌های فردی ندارد. در واقع می‌توان گفت: نهاد جامعه بشری بر پایه ازدواج قرار گرفته است. ازدواج از جمله قدیمی‌ترین پیوندهای انسانی است که ارضاکنده و رشددهنده شخصیت آدمی است. ازدواج همواره در کانون توجه نویسندگان، فلاسفه و به‌ویژه اخلاق‌مداران و پیروان ادیان بزرگ قرار داشته است و چون می‌دانسته‌اند عوامل بسیاری خانواده را تهدید می‌کند، توصیه‌هایی در حفظ بنیادهای آن داشته‌اند (قلیلی، ۱۳۹۳).

از سوی دیگر، از دیدگاه اسلام، یگانه چیزی که می‌تواند نیاز انسان به آرامش را برآورده سازد یاد خداست. قرآن کریم با تأکید تمام اعلام می‌دارد که آرامش روان تنها در سایه توجه به خداوند امکان‌پذیر است: «الا بذکر الله تطمئن القلوب» (رعد: ۲۸). علامه طباطبائی این حصر را چنین تبیین می‌کند که تلاش انسان به منظور دستیابی به سعادت و ایمنی از بدبختی است. انسان در این راه به هر وسیله‌ای چنگ می‌زند، ولی همه این وسایل و اسباب اگر از یک جهت توانمند باشند از جهت دیگر ناتوان هستند، جز خداوند متعال که توانای مطلق است و ناتوانی در او راه ندارد (طباطبائی، ۱۳۷۶، ج ۱۱، ص ۱۲۶-۱۲۹ و ۱۳۲). توجه به این نکات و استفاده از ظرفیت‌های معنوی انسان در درمان اختلال‌هایی همچون اختلالات زناشویی و رضایت زناشویی، نه تنها مؤثر، بلکه با توجه به خداوند امکان‌پذیر است.

بحران‌ها و مشکلات تجاری هستند که همواره زوجین را برای بررسی کردن زندگی و ارزش‌هایشان برمی‌انگیزند. بحران، چه شدید باشد، چه خفیف، برای زوجینی که درگیر آن می‌شوند تکان‌دهنده است. آنها ممکن است با توانایی و شهامت به آن پاسخ گویند و یا با ناتوانی و ضعف. توجه به این نکته مهم است که عمر مشکلات زناشویی به قدمت ازدواج و آن نیز به قدمت تاریخ است. سلامت یا نارساکنش‌وری (Dysfunction) خانواده به‌مثابه یک کلیت یا سیستم بر اعضای آن تأثیر دارد. آمارهای منتشرشده در کشور طی چند دهه گذشته، حکایت از افزایش روزافزون نارضایتی زناشویی در بین زوجها دارد که در پی آن در بسیاری از موارد، اقدام به طلاق صورت می‌پذیرد (محسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲).

رویدادهای زندگی یعنی: راه‌حل، انتقاد و رشد و شرایط حاد و مزمن که می‌توانند با تعارض زناشویی رابطه داشته باشند. گفته می‌شود: مشکلات رابطه‌ای به احتمال زیاد طی دوره‌هایی به وجود می‌آیند که میزان تغییرات و رویدادهای تنش‌زا زیاد باشد. البته متغیرهای دیگری همچون حمایت و تعهد می‌توانند تأثیر این رویدادها را در رابطه زناشویی تعدیل نمایند. تاریخچه زندگی هریک از زوجین نیز عامل مؤثری در تعارض زناشویی به‌شمار می‌رود.

طلاق والدین با مشکلات زناشویی رابطه‌ای ثابت‌شده دارد. این امر تأثیر شدیدی بر زنان دارد، به‌گونه‌ای که ازدواج زانی که سابقه طلاق والدینی دارند به میزان ۶۰٪ بیش از زنان دیگر به طلاق منجر می‌شود. بدرفتاری در خانواده نیز عامل خطر در روابط زوجین محسوب می‌شود. میزان و کیفیت شناخت زوجین از یکدیگر در قبل از ازدواج، با تعارض مرتبط است. هرچه این شناخت بهتر و بیشتر باشد رضایت زناشویی افزایش می‌یابد.

ویکتور فرانکل (Victor Frankl)، یکی از روان‌شناسان برجسته اروپایی، در زمینه یافتن پاسخ به این سؤال نتیجه گرفت: اگر زندگی برای افراد معنا و مفهوم داشته باشد فشار ناشی از آن نیز قابل تحمل است. موقعیت‌های فشارزای زندگی همواره می‌توانند بر جریان توانایی افراد در کنار آمدن با شرایط گوناگون مؤثر باشند و تداوم شرایط دشوار به نوبه خود، موجب بروز یا تشدید نابسامانی جسمی و روانی می‌شود (مور، هالفورد، ویلسون و فاریگیو، ۲۰۱۶).

امروزه بسیاری از پژوهشگران بر نقش شفابخش دین و معنویت صحه گذاشته‌اند و روان‌شناسان از نقش مهم دین و معنویت در دنیای امروز سخن به میان می‌آورند؛ زیرا آنان با مراجعانی مواجهند که با وجود برخوردار بودن از امکانات و وسایل نوین زندگی، از تنهایی رنج می‌برند.

کم‌رنگ شدن روابط خانودگی و اجتماعی انسان‌ها را دچار سردرگمی و تعارض با ارزش‌ها، معیارها و اولویت‌ها کرده است. آنان به دنبال چیزی بیش از اینها می‌گردند. در چنین شرایطی دیگر درمان‌های سنتی پاسخگوی نیازهای مراجعان نیستند. این روش‌ها به‌تنهایی نمی‌توانند احساس خلأ و پوچی مراجعان را از بین ببرند؛ زیرا بیشتر

آنها بر گفت‌وگو در محیط درمان مبتنی هستند. توجه به نقش معنویت در بهداشت روانی، به پژوهش‌های متفاوتی در این زمینه منجر شده است. بیشتر این پژوهش‌ها بر تأثیر مثبت ارزش‌های دینی، به‌ویژه نماز و دعا بر بهداشت روانی تأیید کرده‌اند.

برای نمونه، عبادی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن، بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه پرداختند. یافته‌های حاصل از این پژوهش، بیانگر آن است که مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن کریم بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه مؤثر بوده است. همچنین نتایج پژوهش ققیه‌ی و رفیعی‌مقدم (۱۳۸۸) نشان داد که آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر روایات اسلامی در بهبود روابط همسران و در نتیجه، رضایتمندی زناشویی آنها مؤثر بوده است.

پژوهش توان و همکاران (۱۳۸۸) نیز نشان دادند: بین نگرش دینی و سلامت روانی رابطه‌ای مثبت معنادار وجود دارد. به‌طور کلی، باورها و اعمال مذهبی تأثیر مثبتی در پیشگیری و بهبود بیماری‌های جسمی روانی و افزایش کیفیت و رضایتمندی از زندگی دارد. از سوی دیگر، داشتن امید، سلامت جسمی و روانی را پیش‌بینی می‌کند (اسنایدر، ۲۰۰۴).

افراد امیدوار سالم‌تر و شادترند، دستگاه‌های ایمنی آنها بهتر کار می‌کند و با راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر (مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی) با فشارهای روانی کنار می‌آیند، و در نهایت، از رضایتمندی بیشتری از زندگی برخوردارند.

روان‌شناسان در پژوهشی به تأثیر معنویت بر مشکلات پرداختند و در نتایج خود اعلام کردند: معنویت با سازگاری روان‌شناختی، احساس پذیرش، بهزیستی هیجانی، امید، شادی و کیفیت زندگی ارتباط قوی دارد. امیدواری و گرایش‌های معنوی رشدیافته همچنین موجب رضایت از زندگی می‌شود (پروپست، ۲۰۰۸).

در زمینه تأثیر معنویت بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت جسمانی و روانی، نشان داده شده است: رضایت از زندگی متأثر از میزان خودآگاهی، خوش‌بینی و معنویت‌گرایی فرد است؛ هرچه افراد خودآگاه‌تر و خوشبین‌تر و از معنویت‌گرایی بالاتری برخوردار باشند، به همان میزان از رضایت بالاتری برخوردارند. به‌طور کلی، معنویت تأثیر مثبتی در پیشگیری و بهبود بیماری‌های جسمی و روانی و افزایش کیفیت و رضایتمندی از زندگی دارد (غفوری و همکاران، ۱۳۹۲).

معنویت یکی از مهم‌ترین عوامل افزایش شادکامی و سلامت عمومی گزارش شده است. یکی از نیازهای روانی بشر شادی و نشاط است که به علت تأثیر عمده‌ای که بر زندگی افراد دارد، ضرورت و نیاز دنیای امروز است و نیروی محرکی است که باعث انگیزه و فعالیت و توانمندی و امیدواری در فرد می‌شود و عنصر مرکزی زندگی

مطلوب است. نشاط و شادی از نیازهای اولیه فطری و ضروری انسان به‌شمار می‌رود و می‌توان آن را از مهم‌ترین عوامل سلامت خانواده و جامعه انگاشت (واحدیان، ۲۰۱۳).

قرآن درباره گفت‌وگوی حضرت ابراهیم علیه السلام با خداوند، از قول او می‌فرماید که گفت: «وَ إِذْ قَالَ إِبْرَاهِيمُ رَبِّ أَرِنِي كَيْفَ تُحْيِي الْمَوْتَىٰ قَالَ أَوَلَمْ تُؤْمِنْ قَالَ بَلَىٰ وَلَكِن لِّيَطْمَئِنَّ قَلْبِي» (بقره: ۲۶۰). و حتی زمانی که خداوند می‌خواهد اوج یک انسان را نشان دهد، می‌فرماید: «يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ» (فجر: ۲۷). این آرامش و رها بودن از اضطراب و تشویش علامت یک انسان معنوی است: «أَلَا إِنَّ أَوْلِيَاءَ اللَّهِ لَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ» (یونس: ۶۲). حزنی ندارند و شادند و به خداوند امید دارند و هیچ‌گاه دچار ناامیدی نمی‌شوند.

انسان‌های معنوی این‌گونه پرورش می‌یابند که به تعبیر علی‌بن ابی‌طالب «لا یرجون احد منکم الا ربه»، و این همان بهداشت روانی انسان معنوی است (ویسی، ۱۳۹۱).

می‌توان گفت: معنویت اندازه شناخت انسان از ماهیت معنوی خود است و اجازه می‌دهد که این ماهیت را به‌واسطه روان در رفتار و زندگی دنیوی متجلی کند. معنویت هر قدر بیشتر تجلی یابد، انسان به خدا نزدیک‌تر شده، مشیت او را به انجام می‌رساند. بنابراین از لحاظ نظری اعتقاد به معنویت، مانند اعتقاد دینی مسئولیت‌هایی (همانند دلسوزی و درک متقابل نسبت به دیگران) به‌وجود می‌آورد؛ اما در انسان معنویت‌گرا، اعتقاد شخصی است که تعیین‌کننده این مسئولیت‌هاست، نه عقیده دینی رسمی. همچنین معنویت در سطح دینی عمیق‌تر، به معنای تلاش برای تجربه، منشأ معنوی خود انسان است (فوتانا، ۱۳۸۵، ص ۳۸-۳۷؛ ملکیان، ۱۳۸۸، ص ۳۷۶).

در تحقیقی با ۱۶۳/۰۰۰ شرکت‌کننده از چهارده کشور اروپایی، معلوم شد ۸۵ درصد کسانی که - دست‌کم - یک بار در هفته به کلیسا می‌روند از زندگی خود بسیاری راضی هستند (۱۹۹۰)، ولی در میان افرادی که هرگز به کلیسا نمی‌رفتند این درصد ۷۷ بود (اینگلهارت، ۲۰۰۳). این تحقیق نشان‌دهنده تأثیر مثبت، ولی متوسط رفتن به کلیسا بر رضایت و شادمانی در زندگی است. این همبستگی میان افراد مسن بیشتر است.

در تحقیقی که بر ۱۳۳۴ تن افراد بالای ۶۵ سال سن در «مینه سوتا» صورت گرفت، تأثیر نیرومند حضور در کلیسا بر خشنودی و رضایت افراد سالمند از زندگی معلوم گردید (سالاری‌فر، ۱۳۹۳). اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (اسپلیکا و همکاران، ۲۰۰۳).

آتن و ورثینگتون (۲۰۰۹)، *صفریان* و همکاران (۱۳۹۷) و حمید و زمستانی (۱۳۹۲) پیشرفت روان‌شناسی و ماهیت پیچیده و پویایی جوامع نوین را عاملی می‌دانند که در پرتو آن نیازهای معنوی بشر در برابر نیازهای مادی قد علم کرده، اهمیت بیشتری بیابند (فردریکسون، ۱۳۸۷).

بنابراین در این پژوهش محقق درصدد است میزان اثر بخشی معنویت‌درمانی بر کاهش اختلافات، سردمزاجی و بدرفتاری زناشویی زوجین شهر کرمانشاه را بررسی کند.

روش پژوهش

طرح پژوهش «نیمه‌آزمایشی» و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده (زندگی) شهر کرمانشاه در ماه‌های اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۹۸ بودند. از بین جامعه آماری، ۳۰ تن با استفاده از روش «نمونه‌گیری در دسترس» در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۵ تن) انتخاب شدند. این آزمودنی‌ها به صورت داوطلبانه به شرکت در کلاس‌های آموزشی تمایل داشتند. معیار ورود آزمودنی‌ها مشکلات خانوادگی و زناشویی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

۱) پرسشنامه «اختلافات زناشویی» (MDQ)

پرسشنامه «اختلافات زناشویی» (Marital Disputes Questionnaire) توسط براتی (۱۳۷۵) ساخته شده و یک ابزار ۵۴ سؤالی است که برای سنجیدن اختلافات زن و شوهری بر مبنای تجربیات بالینی به کار می‌رود. این پرسشنامه هشت بُعد از اختلافات زناشویی را می‌سنجد که عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر، و کاهش ارتباط مؤثر. مشاوران و سایر متخصصان بالینی می‌توانند از این پرسشنامه برای سنجیدن تعارض‌های زن و شوهری و ابعاد آن استفاده کنند.

برای هر سؤال پنج گزینه در نظر گرفته شده که به تناسب از نمره ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ است. حداکثر نمره هر خرده‌مقیاس مساوی با تعداد سؤال‌های آن خرده‌مقیاس ضربدر ۵ است. در این ابزار، نمره بیشتر به معنای تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنای رابطه بهتر و تعارض کمتر است. نمره‌گذاری گزینه‌ها به صورت هرگز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی (۳)، اکثراً (۴)، و همیشه (۵) است.

اعتبار (پایایی) و روایی: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۲۷۰ نفری برابر با ۰/۹۶ به‌دست آمد و برای هشت خرده‌مقیاس آن عبارت است از: کاهش همکاری ۰/۸۱، کاهش رابطه جنسی ۰/۶۱، افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۷۰، افزایش جلب حمایت فرزندان ۰/۳۳، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۸۶، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸۹، جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۷۱، و کاهش ارتباط مؤثر ۰/۶۹.

این پرسشنامه از روایی محتوایی خوبی برخوردار است. در مرحله تحلیل محتوای آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سؤال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن، به سبب همبستگی مناسب تمام سؤالات، هیچ سؤالی حذف نشد.

۲) مقیاس «دلزدگی زناشویی» (CBM)

مقیاس «سردمزاجی زناشویی» (Marital Boredom criterion) یک ابزار خودسنجی است که توسط پانیز (Paniz, C.; 1996) با هدف اندازه‌گیری درجه سردمزاجی زناشویی در بین زوجین ساخته شد. این مقیاس از یک ابزار خودسنجی دیگری که برای اندازه‌گیری دلزدگی به کار می‌رود، اقتباس شده است (پانیز و نانز، ۲۰۱۳؛ لانس و لانس، ۲۰۰۱).

این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد که شامل سه جزء اصلی خستگی جسمی (مانند 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) می‌شود. تمام این موضوعات روی یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ داده می‌شوند. شیوه نمره‌گذاری و اجرای پرسشنامه «دلزدگی زناشویی» (پانیز، ۱۹۹۶) و طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت است.

روایی و پایایی پرسشنامه: یک ماده این پرسشنامه شامل عبارات منفی (مانند خستگی، ناراحتی و بی‌ارزش بودن) و چهار ماده آن شامل عبارات مثبت (مانند خوشحال و پرانرژی بودن) است. نمره‌گذاری این مقیاس در یک مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت در دامنه‌ای بین ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) می‌شود که آزمودنی تعداد دفعات اتفاق افتاده و موارد مطرح‌شده در رابطه زناشویی خود را مشخص می‌سازد. نمره‌گذاری چهار ماده نیز به صورت معکوس انجام می‌شود.

برای به دست آوردن نمره سردمزاجی زناشویی فرد، مجموع نمره به‌دست‌آمده از ۲۱ سؤال، میزان سردمزاجی زناشویی آزمودنی را مشخص می‌کند، که نمره بالاتر آزمودنی در این مقیاس، سردمزاجی بیشتر را نشان می‌دهد. ضریب اطمینان آزمون - بازآزمون ۸۹٪ برای یک دوره یک‌ماهه، ۷۶٪ برای یک دوره دو ماهه، و ۶۶٪ برای دوره چهارماهه بود. تداوم درونی برای بیشتر آزمودنی‌ها با ضریب ثابت آلفا سنجیده شد که بین ۹۱٪ تا ۹۳٪ بود (پانیز، ۱۳۸۱).

در ایران نیز نویدی (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در خصوص ۲۴۰ نمونه (۱۲۰ پرستار و ۱۲۰ معلم) اندازه‌گیری کرد که ۸۶٪ به دست آمد.

این مقیاس به صورت موفقیت‌آمیزی در مطالعات گوناگون در کشورهای نروژ، مجارستان، فنلاند، اسپانیا، پرتغال و مکزیک مورد استفاده قرار گرفته است (نویدی، ۱۳۸۴، به نقل از: پانیز و نانز، ۲۰۱۳؛ لیز و لیز، ۲۰۰۱).

نعیم (۱۳۸۷) در پژوهش خود، پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۲ محاسبه نموده است.

۳) پرسشنامه «بدرفتاری زناشویی» (AGQ)

پرسشنامه «بدرفتاری زناشویی» (Marital Aggressive questionnaire) توسط باس و پری (Buss & Perry; 1998) ساخته و مشتمل بر ۳۰ ماده است که ۱۴ ماده آن مربوط به عامل خشم، ۸ ماده آن مربوط به عامل تهاجم و ۸ ماده آن نیز سنجش عامل کینه‌توزی است و به منظور بررسی میزان بدرفتاری افراد ساختارسازی شده که در موقعیت‌های بالینی و تحقیقاتی نیز کاربرد دارد.

روش نمره‌گذاری پرسشنامه: مقیاس AGQ یک مقیاس خودگزارش‌دهی مداد - کاغذی است و آزمودنی به یکی از چهار گزینه (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، و همیشه) پاسخ می‌دهد. برای هر یک از چهار گزینه مذکور - به ترتیب - مقادیر ۱، ۲، ۳، ۴ در نظر گرفته می‌شود. بجز ماده ۱۸ که بار عاطفی منفی دارد و نمره‌گذاری در آن معکوس است. نمره کلی این پرسشنامه از ۰ تا ۹۰ و با جمع نمرات سؤال‌ها به دست می‌آید. افرادی که نمره آنان در این مقیاس از میانگین کمتر است، بدرفتاری پایینی دارند.

اعتبار و روایی پرسشنامه: ضرایب بازآزمایی به‌دست‌آمده بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت (آزمون و آزمون مجدد) برای کل آزمودنی‌ها $N=91$ ، آزمودنی‌های دختر $N=48$ و آزمودنی‌های پسر $N=38$ به ترتیب $r=0/70$ و $r=0/79$ بوده است. همچنین در مقیاس AGQ ضرایب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برای کل آزمودنی‌ها $\alpha=0/874$ ، برای آزمودنی‌های زن $\alpha=0/86$ و برای آزمودنی‌های مرد $\alpha=0/89$ بوده است.

ضرایب همبستگی توسط زهدی‌فر و همکاران (۱۳۸۹) بین نمره خرده‌مقیاس Pd (یکی از خرده‌مقیاس‌های MMPI) و مقیاس AGQ برای کل آزمودنی‌ها $N=105$ ، $r=0/58$ و $p=0/001$ و ضرایب همبستگی میان کل پرسشنامه BDVIT، پرسشنامه «خصوصیت - گناه» باس و دورکی (۱۹۵۷) و مقیاس AGQ برای کل آزمودنی‌ها $N=215$ ، $r=0/56$ و $P=0/001$ گزارش شده است. آلفای کرونباخ پرسشنامه ۳۵ عاملی در این مطالعه ۰/۹۲ است.

روش اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌های لازم با مراکز مشاوره، با توجه به انتخاب نمونه به تعداد آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل، برگه سؤال و پاسخنامه آماده گردید و با اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، ضمن تشریح موضوع و توجیه افراد برای شرکت در این تحقیق، از آنها خواسته شد نهایت همکاری را با پژوهشگر داشته باشند. سپس به تعداد آنها برگه سؤالات پیش‌آزمون توزیع گردید. در هر جلسه ابتدا

درباره هدف از تشکیل جلسه صحبت گردید. سپس موضوعات مربوط به آن جلسه مطرح و اعضای گروه به بحث و تبادل نظر تشویق شدند و پس از جمع‌بندی هر جلسه، مطالب به صورت تکالیفی برای جلسه بعد ارائه می‌گردید. پس از پایان دوره (دو هفته بعد) پس‌آزمون اجرا گردید. برنامه مداخله معنوی برگرفته از کتاب **آموزش مهارت‌های معنوی** (نوری، ۱۳۹۲) به شرح ذیل است:

جدول ۱: نوع فعالیت جلسات

جلسه	هدف	فرایند و تمرین
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، دلایل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه، خودآگاهی	سؤالات مطرح‌شده در زمینه خودآگاهی: چگونه خود را تعریف می‌کنید؟ ملاک‌های ارزشمندی خود را چه می‌دانید؟ هنگام سختی‌ها چه می‌کنید؟ لذت‌های شما چه چیزهایی هستند؟ و...
دوم	آگاهی از معنای ضمنی و شخصی «معنویت» و تعریف آن از نظر هریک از اعضا، بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا	معنویت چیست؟ آیا به نیروی مقدس معتقدید؟ در مقابل این نیرو چه کاری انجام می‌دهید؟ اعمالی که انجام می‌دهید چه احساسی در شما ایجاد می‌کنند؟ این اقدامات در برابر مشکلات و کنار آمدن با آنها چطور به شما کمک می‌کنند؟ آیا تا کنون این کارها برای شما مشکلی ایجاد کرده‌اند؟
سوم	خودمشاهده‌گری و توضیح مراقبه	از افراد خواسته شد آنچه را در رابطه با اعمال معنوی انجام داده‌اند همراه با احساسشان بیان کنند. در نهایت، فنون مراقبه آموزش داده شد و جزو تمرین روزانه آنها قرار گرفت.
چهارم	حل مسئله، توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوعی خاص، بررسی اثرات مراقبه	آمادگی برای شناسایی موقعیت و شرایط مسئله مدنظر، تعریف دقیق مسئله، بارش فکری، ارزیابی گزینه‌ها و انتخاب بهترین راه‌حل و اجرای بازبینی راه‌حل‌ها توضیح داده شد. در پایان، دعاخوانی دسته‌جمعی اجرا شد. کمک خواستن از خداوند و طلب توانمندی، عقل و دانش از ذات اقدس را می‌توان از جمله دعاها دانست.
پنجم	توضیح عشق، کمک‌رسانی و انجام خدمات داوطلبانه	توضیح در زمینه عشق و اینکه کلمه «عشق» با معنویت همراه است و موجب احساسی معنوی می‌شود، احساس هماهنگی با خدا، نجات از خودبینی و عشق ورزیدن به دیگران مطرح گردید.
ششم	فهم عفو و بخشودگی	توضیح در زمینه بخشش و اینکه چه کسانی را قرار است ببخشیم: بخشش کسانی را که با آنها رابطه‌ای نداریم، بخشش کسانی که با آنها رابطه‌ای داریم و...
هفتم	ترس و ایمان، بررسی تجربیات ناشی از بخشودگی	توضیح درباره دور شدن از دل‌های آکنده از تردید و به دست آوردن یقین، جایگزین کردن ایمان و اعتقاد به جای ترس و تردید، پرسش در زمینه بیان و سپس اتمام جلسه با دعای بخشش.
هشتم	شکر و توجه به تغییرات مثبت حاصل از معنویت و معنادهی به تجربیات سخت	کمک به پیدا کردن معنا در آنچه آن را ناخوشایند می‌دانند و شکرگزاری، شرح روش‌های معنا دادن به زندگی و اینکه معنای زندگی با معنویت گره خورده است، به‌گونه‌ای که اگر دین و معنویت از زندگی کنار گذاشته شوند معنا دادن به بسیاری از تجارب زندگی غیرممکن خواهد بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره اختلافات زناشویی، سردمزاجی زناشویی و بدرفتاری زناشویی زوجین در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری	
		میانگین	انحراف معیار
اختلافات زناشویی	پیش‌آزمون	۱۳۳/۸۶	۱۸/۴۵
		گواه	۱۶/۵۸
	پس‌آزمون	۱۰۶/۶۸	۱۳/۹۸
		گواه	۱۷/۷۶
سردمزاجی زناشویی	پیش‌آزمون	۵۱/۴۵	۸/۳۸
		گواه	۷/۱۰
	پس‌آزمون	۴۰/۰۱	۶/۶۵
		گواه	۷/۶۲
بدرفتاری زناشویی	پیش‌آزمون	۵۹/۶۲	۹/۱۵
		گواه	۹/۰۱
	پس‌آزمون	۴۷/۳۲	۸/۱۱
		گواه	۷/۸۵

همان‌گونه که از جدول مشاهده می‌شود، میانگین گروه آزمایش در هر سه پرسشنامه بعد از مداخله معنوی افزایش یافته است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون اختلافات، سردمزاجی و بدرفتاری زناشویی زوجین گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معناداری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۸۰۶	۳	۲۶	۱۵/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۹۴	۳	۲۶	۱۵/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
آزمون اثر هنتینگ	۴/۱۴۸	۳	۲۶	۱۵/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۱۴۸	۳	۲۶	۱۵/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰

همان‌گونه که در جدول (۲) نشان داده شده، با کنترل پیش‌آزمون، سطوح معناداری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که بین زوجین گروه‌های آزمایش و گواه - دست‌کم - از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (اختلافات زناشویی، سردمزاجی زناشویی و بدرفتاری زناشویی) تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۱۵/۹۰$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام‌یک از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل کوواریانس یک‌راهه

در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول ذیل ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۴ است. به عبارت دیگر، ۴۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های اختلافات زناشویی، سردمزاجی زناشویی و بدرفتاری زناشویی مربوط به تأثیر معنویت‌درمانی است. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است. به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون اختلافات زناشویی، سردمزاجی زناشویی و بدرفتاری زناشویی زوجین گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

توان آماری	مجذور اتا	سطح معناداری p	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	نوع و مقدار
۰/۹۹۲	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۲۴/۶۹	۳۲۶۹/۵۲	۱	۳۲۶۹/۵۲	پیش‌آزمون	اختلافات زناشویی
۰/۹۹۷	۰/۵۱	۰/۰۰۰۱	۲۷/۴۱	۱۳۵۸/۶۵	۱	۱۳۵۸/۶۵	گروه	
				۱۲۰/۹۶	۲۷	۳۲۵/۸۵	خطا	
۱/۰۰	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱	۲۱/۲۱۹	۱۱۳۴/۴۱۸	۱	۱۱۳۴/۴۱۸	پیش‌آزمون	سردمزاجی زناشویی
۰/۹۹۸	۰/۴۸	۰/۰۰۰۱	۲۵/۴۶۲	۷۱۹/۰۷۸	۱	۷۱۹/۰۷۸	گروه	
				۲۸/۲۴۱	۲۷	۷۶۲/۵۱۵	خطا	
۰/۹۹۲	۰/۴۱	۰/۰۰۰۱	۲۵/۳۶	۱۵۴۲/۸۵	۱	۱۵۴۲/۸۵	پیش‌آزمون	بدرفتاری زناشویی
۰/۹۹۹	۰/۳۹	۰/۰۰۰۱	۲۰/۶۵	۱۱۲۵/۸۵	۱	۱۱۲۵/۸۵	گروه	
				۱۱۴/۲۸	۲۷	۲۵۶/۹۶	خطا	

همان‌گونه که در جدول (۳) نشان داده شده است، با کنترل پیش‌آزمون بین زوجین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اختلافات زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد ($F= ۲۷/۴۱$ و $p < ۰/۰۰۰۱$). به عبارت دیگر، معنویت‌درمانی با توجه به میانگین اختلافات زناشویی زوجین گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش اختلافات زناشویی زوجین گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۱ است. به عبارت دیگر، ۵۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون اختلافات زناشویی مربوط به تأثیر معنویت‌درمانی است. با کنترل پیش‌آزمون بین زوجین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ سردمزاجی زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F= ۱۸/۰۹$). به دیگر سخن، معنویت‌درمانی با توجه به میانگین سردمزاجی زناشویی در زوجین گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش سردمزاجی زناشویی زوجین گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ است؛ یعنی ۴۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون سردمزاجی زناشویی مربوط به تأثیر معنویت‌درمانی است.

همچنین با کنترل پیش‌آزمون بین زوجین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ بدرفتاری زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد ($F= ۲۲/۷۴$ و $p < ۰/۰۰۰۱$). به عبارت دیگر، معنویت‌درمانی با توجه به میانگین بدرفتاری

زناشویی در زوجین گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش بدرفتاری زناشویی زوجین گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۴۹٪ است؛ یعنی ۴۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون بدرفتاری زناشویی مربوط به تأثیر معنویت‌درمانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

تیل هارد دی چاردین معتقد است: انسان‌ها موجودات بشری نیستند که تجربه معنوی دارند، بلکه آنها موجوداتی معنوی هستند که تجربه بشری دارند (ریچارد، ۱۹۹۰). پژوهش‌های تجربی نیز به‌طور قطع نشان داده‌اند که ایمان و تعهد مذهبی با عملکرد سالم جسمی، عاطفی و اجتماعی، رابطه‌ای مثبت دارند. باورهای معنوی - مذهبی را دیگر نمی‌توان صرفاً به‌عنوان روان‌رنجوری‌ها یا باورهای غیرمنطقی که باید معالجه شوند، نگریست، بلکه اکنون بسیاری از درمانگران، باورها و رفتارهای معنوی را به‌مثابه منابع قدرتمند تغییردرمانی در درمان فردی، گروهی و یا خانواده در نظر می‌گیرند.

خانواده کوچک‌ترین زیرمجموعه جامعه و مهم‌ترین و اثرگذارترین واحد در رشد و پرورش اعضای جامعه و نیازمند تعادل و سلامت جسمی و روانی برای عملکرد مطلوب است. از بین اعضای خانواده، محوری‌ترین نقش از آن زن و شوهر است که وضعیت روانی آنها تأثیری اجتناب‌ناپذیر بر عملکرد این واحد کوچک دارد. تعارضات و نارضایتی از زندگی، هزینه‌های گزاف‌درمانی و روانی را به جامعه و اعضای خانواده تحمیل می‌کند. این شیوه درمان با عنایت به بافت فرهنگی و در نظر گرفتن بعد معنوی انسان‌ها می‌تواند کمک شایانی برای این موضوع باشد.

بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دینداری عامل پیش‌بینی‌کننده مهمی در خصوص رضایتمندی زناشویی است (جدیری، ۱۳۹۶، به نقل از: استفارد، ۲۰۱۳؛ صابی، راور و جنسن ۲۰۱۴). نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد: گرایش‌ها و مداخله‌های مذهبی یکی از مؤثرترین روش‌ها برای بهبود وضعیت مراجعان است (جدیری ۱۳۹۶، به نقل از: اکبرپور بنی و توکلی، ۱۳۹۰؛ وحیدی مطلق، چوپانی و همکاران، ۱۳۸۹).

عواملی همچون مذهب و معنویت، تفاوت‌های قومی و نژادی و باورهای فرهنگی متفاوت، ویژگی‌های منحصربه‌فرد فرهنگی هستند که بر روابط زوجین تأثیر می‌گذارند. از این‌روست که یافته‌ها نشان می‌دهند: عوامل مؤثر بر پایداری ازدواج و رضایت از زندگی زناشویی در فرهنگ‌های گوناگون متأثر از آن فرهنگ است (هالفورد و بادمن، ۲۰۱۳).

متخصصان به این واقعیت اذعان دارند که رابطه دین و فرهنگ رابطه‌ای ناگسستی است و آنچه فرهنگ را شکل می‌دهد دین است. به بیان دیگر، نیاز انسان به کلام متعال الهی خمیرمایه فرهنگ است. دین بر مهم‌ترین معنا و مفهومی که زندگی خانوادگی برای هر یک از افراد آن دارد، اثری عمیق می‌گذارد. ارزش‌ها و باورهای دینی

باید به دقت مورد توجه قرار گیرند. در غیر این صورت فرایندهای خانواده که در حقیقت از درون یک دین خاص بهنجار است، ممکن است اختلالات روانی تلقی شود (کارلسون و همکاران، ۱۳۷۸). از این رو در این پژوهش سه فرضیه مدنظر بود که هریک براساس یافته‌های آن تحلیل و تبیین گردید:

در فرضیه اول نتایج نشان داد: معنویت‌درمانی بیانگر آن است که بین زوجین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیر اختلافات زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های شیرالی (۱۳۹۳)، اعتماد (۱۳۹۲)، مرادی‌مهر (۱۳۹۲)، جوادی (۱۳۹۲)، عباس‌وند (۱۳۹۱)، گارلند (Garland, E.L; 2015)، لونگ (۲۰۱۳)، فینچ، لامبرت و بیچ (Fincham, F. D. & Lambert, N. M. & Beach, S. R. H.; 2012) و هالفورد، مارکمن (۲۰۱۱) همسویی داشت.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: اختلاف بخش جدایی‌ناپذیر زندگی زناشویی است و به‌خودی‌خود برای زندگی زناشویی خطرناک نیست. آنچه می‌تواند خطرناک باشد نحوه مواجهه همسران با اختلافاتشان است. اگر اختلافات به درستی حل نشوند، می‌توانند زندگی زناشویی را دچار بحران‌های جدی کنند. یکی از شکایات معمول این است که چرا زن و شوهر با هم اختلاف دارند و در بعضی مسائل با هم توافق نمی‌کنند؟ چون هیچ‌کس شبیه دیگری نیست. حتی دوقلوهایی که از نظر جسمی کاملاً به هم شبیه هستند و در یک محیط بزرگ می‌شوند، از نظر شخصیتی با هم تفاوت‌هایی دارند. به همین سبب اختلاف بین دو شخص، به‌ویژه در میان زن و شوهر امری کاملاً طبیعی است. لیکن دو نکته مهم را باید در نظر گرفت: درجه اختلاف و چگونگی حل اختلاف.

همان‌گونه که اشاره شد، تا زمانی که این اختلاف‌ها فاصله زیادی نداشته باشند، با گذشت و چشم‌پوشی هماهنگ شوند، و راه‌حل منطقی برایشان ارائه شود، مشکل جدی به وجود نمی‌آید. یک رابطه زناشویی صمیمی مستلزم آن است که زوجین یاد بگیرند چگونه با هم ارتباط برقرار کنند و چگونه از هم متفاوت باشند. تعارض زمانی به وجود می‌آید که زوجین به خاطر همکاری و تصمیمات مشترکی که می‌گیرند درجات متفاوتی از استقلال و همبستگی را نشان می‌دهند. این تفاوت‌ها را می‌توان روی یک پیوستار، از تعارضی متوسط تا تعارضی کامل طبقه‌بندی کرد. همسرانی که در ابراز تفاوت‌های خود ناکارآمد هستند، نسبت به زوجین کارآمد ناراضی‌تر هستند (طاهری، ۱۳۹۶).

در مطالعات گوناگون، زوجین دارای تعارض میزان زیادی عواطف منفی، شکایت و انزوا در مقایسه با زوجین کارآمد نشان می‌دهند که علت آن ناتوانی آنها در حل اختلافات است (ظهیرالدین و خدایفر، ۱۳۸۲؛ خلیلی، ۱۳۷۸؛ شیری، ۱۳۸۷؛ معتمدین، ۱۳۹۳).

ولمن (Wolman, R.; 2001) «معنویت» را «تلاش دائم بشر برای پاسخ دادن به چراهای زندگی» تعریف کرده است. معنویت جست‌وجوی معنا و هدف به منظور ارتباط با منبعی مقدس یا واقعیتی غایی است. معنویت، چه

به دنبال ارتباط با منبعی مقدس باشد، یا واقعیتی غایی، با نوعی تعالی و اخلاق مسئولانه در قبال این منبع مقدس یا واقعیت غایی همراه است.

«معنویت‌درمانی» به‌مثابه یک روش‌درمانی مؤثر در سال‌های اخیر مدنظر قرار گرفته است. مذهب و معنویت مجموعه‌ای را ارائه می‌دهند که از راه آنها انسان می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند. به همین علت است که معنویت پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای امید و سلامت روان و منبعی مهم در حل بروز مشکلات زناشویی است (قاسم‌زاده، ۱۳۹۲). بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که بپذیریم معنویت‌درمانی بر کاهش اختلافات زناشویی زوجین مؤثر است. براساس ایمان به خدا، دلهره، نگرانی و نارضایتی - که بسیاری از انسان‌ها در معرض ابتلای به آن هستند - کاهش می‌یابد و یا از بین می‌رود. توجه به زندگی مادی بر جهان سیطره دارد و رقابت شدیدی برای به دست آوردن مادیات بر مردم حکومت می‌کند. این در صورتی است که توجه به نیازهای روحی در همین زمان بسیار محسوس‌تر است. همین گرایش به مادیات و رقابت در تملک آنها موجب فشار روحی بر انسان معاصر و سردرگمی او شده، او را در معرض تهاجم نگرانی‌ها، ناامیدی‌ها و بیماری‌های گوناگون روانی قرار داده است. درمانگری مذهبی زوجین را به دیدن نکات مثبت زندگی زناشویی تشویق می‌کند تا از سودمندی‌ها و آرامشی که از طریق معنویت کسب می‌کنند، آگاهی و اطلاعات بیشتری به دست آورند.

در فرض دوم نشان داد: با کنترل پیش‌آزمون بین زوجین گروه آزمایش و گروه گواه، از لحاظ سردمزاجی زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، معنویت‌درمانی با توجه به میانگین سردمزاجی زناشویی در زوجین گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش سردمزاجی زناشویی زوجین گروه آزمایش شده است.

این یافته با یافته‌های پژوهش‌های معتمدین (۱۳۹۳)، مهلوی (۱۳۹۲)، دیناری (۱۳۹۲)، عباس‌وند (۱۳۹۱)، نظرزاده (۱۳۸۹)، یاس (۲۰۱۳)، گرین برگ (Gerin berg; 2008)، به نقل از: انتظاری، (۱۳۸۷)، امانو و برون (Amato, E.S. & Brown, M.N.; 2011) و مارکمن (Markman, H.J; 2012) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته، می‌توان گفت: سردمزاجی معمولاً از شکایت و گله‌گذاری زوجها نسبت به هم شروع می‌شود؛ انتظاراتی که به زبان آورده می‌شوند، ولی به وقوع نمی‌پیوندند. درواقع دو طرف این رابطه به نیازها و خواسته‌های دیگری اهمیت نمی‌دهند، به‌گونه‌ای که گویا زن و شوهر یکدیگر را می‌بینند، ولی صدای هم را نمی‌شنوند و به وجود همدیگر - تنها - عادت کرده‌اند. کسی که دچار سردمزاجی شده است به خود و سلامت فردی و اجتماعی خود بی‌توجه می‌شود و حتی به سلامت دیگر افراد خانواده نیز کم اهمیت می‌دهد، وظایف خود را به درستی انجام نمی‌دهد و مسئولیت‌های خود را در مقابل دیگر افراد خانواده با سردی و بی‌میل و رغبت انجام می‌دهد؛ روابطی که با گذشت زمان و گذر از این مرحله منجر به متفاوت شدن خواسته‌ها، نگرش‌ها و نیازهای زن و

مرد و در پی آن دور شدن آنها از هم شده است که در چنین شرایطی تنها وجود انگیزه‌های خاص می‌تواند دو شخص را به زندگی در کنار هم وادارد که معمولاً این انگیزه نیز وجود فرزندان و یا در کشور ما مسائل خاص اجتماعی است؛ مسائلی که منجر به تحمل زندگی و ادامه آن می‌شود، درحالی‌که این‌گونه زندگی هر لحظه آماده رخدادی جدید است (پیرانی، ۱۳۹۷).

معنویت‌درمانی به توانایی‌ها و مهارت‌هایی برای توسعه، حفظ و ارتباط با منشأ غایی همه موجودات و کامیابی در جست‌وجوی معنای زندگی، یافتن یک مسیر اخلاقی که به هدایت ما در زندگی کمک کند، درک معنویات و ارزش‌ها در زندگی شخصی و روابط بین فردی اشاره می‌کند. به عبارت دیگر، معنویت همان توانایی است که به ما قدرت می‌دهد تا برای به دست آوردن رؤیاهایمان تلاش کنیم. این هوش زمینه تمام آن چیزهایی است که ما به آنها معتقدیم و دربردارنده نقش باورها، هنجارها، عقاید و ارزش‌ها در فعالیت‌هایی است که بر عهده می‌گیریم (ابراهیمی، ۱۳۹۸).

درواقع به واسطه معنویت است که ما به سؤال‌سازی در ارتباط با مسائل اساسی و مهم زندگی خود پرداخته و به وسیله آن در زندگی خویش تغییراتی ایجاد می‌کنیم. با استفاده از معنویت و با توجه به جایگاه معنا و ارزش آن به حل مشکلات می‌پردازیم و قادریم توسط آن به کارها و فعالیت‌هایمان معنا و مفهوم بخشیده، با استفاده از آن بر معنای عملکردمان آگاه شویم و دریابیم که کدام‌یک از اعمال و رفتارهایمان از اعتبار بیشتری برخوردارند و کدام مسیر در زندگی‌مان بالاتر و عالی‌تر است تا آن را الگو و اسوه خود سازیم. معنویت ما را قادر می‌سازد هر چیزی را آن‌گونه که است، ببینیم (نظرزاده، ۱۳۹۶).

امروزه بیش از هر زمان دیگری نیازمند تفکر و اندیشه در باب تأثیرگذاری تقییدات دینی بر تمام امور انسانی، به‌ویژه مسائل عاطفی و روحی هستیم. بسیاری از اندیشمندان و صاحب‌نظران بر این باورند که معنویت تأثیر انکارناپذیری بر سلامت روح و جسم و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد. بیمارانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های استرس‌زا دارند، هنگام بیماری سریع‌تر از افراد غیرمذهبی بهبود پیدا می‌کنند، میزان پایین‌تری از هیجانانگیزی منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند، اضطراب کمتری دارند و از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. بنابراین می‌توان پذیرفت که معنویت‌درمانی بر کاهش سردمزاجی زناشویی زوجین مؤثر است.

در فرض سوم نشان داد: با کنترل پیش‌آزمون بین زوجین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ بدررفتاری زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، معنویت‌درمانی با توجه به میانگین بدررفتاری زناشویی در زوجین گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش بدررفتاری زناشویی زوجین گروه آزمایش شده است.

این یافته با یافته‌های پژوهش‌های دیناری (۱۳۹۳)، نظرزاده (۱۳۹۶)، باس (۲۰۱۳)، الدوس (۲۰۰۹) و هالفورد، مارکمن و استانلی (۲۰۱۳) همسو بوده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت: با وجود دگرگونی در ساختار خانواده و نقش‌های خانوادگی، بی‌تردید خانواده همچنان یکی از ارکان و نهادهای اصلی جامعه به‌شمار می‌رود. اهمیت خانواده از آن‌روست که نه تنها محیط مناسبی برای همسران به‌شمار می‌آید، بلکه وظیفه جامعه‌پذیری و تربیت نسل‌های آتی را نیز بر عهده دارد. اهمیت والای خانواده زمانی بهتر درک می‌گردد که به کارکردهای اساسی و بنیادین آن توجه نماییم. یکی از این کارکردهای اصلی تکوین و شکل‌دهی شخصیت‌های انسان‌هاست. ایفای بهینه این کارکردها نه تنها برای بقای خانواده ضروری است، بلکه برای تداوم جامعه و انسجام اجتماعی نیز لازم است. ولی با این وجود، در حال حاضر خانواده دچار آسیب‌هایی نظیر طلاق، اختلافات زناشویی، خودکشی، کودکان فراری و خشونت خانوادگی شده است.

«خشونت خانوادگی» پدیده‌ای است که روابط سالم خانوادگی را که برای بقا و تحکیم خانواده ضروری است، متزلزل ساخته، بعضاً از بین می‌برد. ممکن است برخی افراد تعجب کنند، اما این واقعیت دارد که بیشتر خشونت‌ها در خانواده‌ها روی می‌دهند.

توکل به خدا و داشتن امید در تمام مراحل زندگی به‌مثابه مؤلفه معنویت به زوجین آموزش داده شد تا بتوانند معنایی را در رنج و سختی پیدا کنند. بنابراین وقتی زوجین دچار مشکلات می‌شوند عزت نفس خود را حفظ کرده، امید خود را ازدست نمی‌دهند و با توکل به خدا سعی می‌کنند معنایی را در رنج و مشکلی که درگیر آن شده‌اند، بیابند و با موفقیت آن را حل و فصل کنند.

یکی از راه‌های کاهش بدرفتاری زناشویی زوجین «معنویت‌درمانی» است. هرگاه معنویت بخواهد نقش خود را در مواجهه‌درمانی به‌طور کامل ایفا کند، باید دیدگاه یا رویکردی وجود داشته باشد که به درمانگر کمک کند تا بتواند این نقش را به‌درستی درک نماید. بی‌تردید هر درمانگری برای خود دیدگاه‌هایی در زمینه معنویت دارد.

در این باره، نکته این است که درمانگر چگونه می‌تواند در تجربه معنوی مراجعان در طول زندگی آنان و در اتاق درمان حضور پیدا کند؟ موضع خاصی که درمانگر اتخاذ می‌کند به این سؤال پاسخ نمی‌دهد که «کدام رویکرد را باید پذیرفت؟» البته این هم راه‌حلی است که درمانگر با افراد و مراجعان متعلق به مذهب خودش کار کند و بدین‌روی نقشی شبیه نقش یک هدایت‌کننده معنوی داشته باشد. درمانگر انعطاف‌پذیر که در یک چارچوب مذهبی کار می‌کند، می‌تواند فرازونشیب‌های معنوی مراجعان خود را به خوبی درک نماید (حمید و همکاران، ۱۳۹۱).

داشتن هدف و معنا در زندگی، احساس تعلق داشتن، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی - همگی - از جمله روش‌هایی هستند که افراد با دارا بودن آنها می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند. فرد معنوی کسی است که

امید دارد و به تبع آن انرژی و انگیزه لازم را برای رسیدن به هدف‌های منطقی دارد و می‌داند که چه چیزی می‌خواهد و همچنین می‌داند که چگونه و از چه راهی می‌تواند به هدف‌های خود برسد. چنین شخصی اگر در یک مسیر به مانع برخورد کرد از مسیرهای دیگری اهداف خود را دنبال می‌کند.

بدون امید که یک گرایش مثبت در مقابله با سختی‌هاست، بسیاری از افراد دچار افسردگی یا تسلیم بیماری خود می‌شوند. معنویت پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای امید و سلامت روان محسوب می‌شود. امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی از جمله روش‌هایی است که افراد با دارا بودن آنها می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری متحمل شوند. با توجه به بررسی‌ها و مطالعات به‌عمل‌آمده، تأثیرات درمان معنویت، بسیاری از مشکلات و اختلافات خانوادگی را کاهش داده، با توجه به تأکید بر نیازهای عاطفی و روانی خانواده، می‌توان پذیرفت معنویت‌درمانی بر کاهش بدررفتاری زناشویی زوجین مؤثر است.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

از محدودیت‌های این پژوهش، ابزار اندازه‌گیری است که می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج اثر بگذارد. پیشنهاد می‌شود از ابزار ارزیابی جامع‌تری همراه با مصاحبه بالینی استفاده شود. آزمودنی‌های شهر کرمانشاه نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند. بنابراین نتایج به‌دست‌آمده محدودیت داشته، فقط بر این شهر قابل تعمیم است.

عدم پیگیری به علت کمبود وقت نیز از جمله محدودیت‌های این پژوهش است. معنویت‌درمانی یکی از راه‌های اساسی و پراهمیت و یک روش درمانی است که بشر می‌تواند به کمک آن پیش‌بینی و پیشگیری کند و با کمک گرفتن از دین، نماز و نیایش، به منبع لایزال و نامتناهی قدرت الهی وابسته شده و احساس امید و آرامش داشته باشد.

شرکت در مراسم مذهبی آثار روانی اجتماعی مهمی به همراه دارد که علاوه بر انجام فرایض دینی، نوعی ارتباط سالم و عاطفی بین افراد خانواده و جامعه ایجاد می‌کند. بنابراین می‌توان از یافته‌های این تحقیق در افزایش رضایتمندی خانواده و ارتقای مبانی تحکیم خانواده استفاده نمود. از این‌رو براساس نتایج به‌دست‌آمده از معنویت‌درمانی، پیشنهاد می‌گردد برای افزایش سلامت خانواده، سازمان‌ها و نهادهای فرهنگی و آموزشی معنویت‌درمانی را به‌مثابه عامل پیش‌بینی و پیشگیری‌کننده در کاهش اختلافات، سردم‌زاجی و بدررفتاری زناشویی مورد استفاده قرار دهند.

منابع

- ابراهیمی، محمداسماعیل، ۱۳۹۸، *روان‌شناسی مثبت‌نگر*، تهران، امین‌نگار.
- براتی، طاهره، ۱۳۷۵، *تأثیر تعارض‌های زناشویی بر روابط متقابل زن و شوهر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مشاوره، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- پانیز، آیلاملاج، ۱۳۸۱، *چه کنیم تا عشق رویایی به دلزدگی نیجامد*، ترجمه فاطمه شاداب، تهران، ققنوس.
- پیرانی، ذبیح‌الله، ۱۳۹۷، *اثر بخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تعهد زناشویی در زنان ناباور»*، *زنان و خانواده*، دوره سیزدهم، ش ۴۵، ص ۹۷-۱۱۵.
- توان، بهمن و همکاران، ۱۳۸۸، *«رابطه نگرش دینی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک»*، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ش ۴، ص ۲۷-۳۴.
- جدیری، جعفر و همکاران، ۱۳۹۶، *«اثر بخشی زوج‌درمانی با رویکرد اسلامی بر رضایت زناشویی»*، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۲۰، ص ۷-۳۷.
- جوادی، هادی، ۱۳۹۲، *بررسی تأثیر معنویت‌درمانی بر صمیمیت زوجین شهر اهواز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، اهواز، دانشگاه شهید چمران.
- حمید، نجمه و مهدی زمستانی، ۱۳۹۲، *«رابطه هوش معنوی و ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی دانشجویان پزشکی»*، *مجله پزشکی هرمزگان*، سال هفدهم، ش ۴، ص ۳۴۷-۳۵۵.
- حمید، نجمه و همکاران، ۱۳۹۱، *«اثر بخشی روان‌درمانی شناخت - رفتاری مذهب‌محور توأم با بازآموزی بخشودگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی در زوجین»*، *روانشناسی و دین*، ش ۱۵(۲)، ص ۵-۳۴.
- خلیلی، مهدی، ۱۳۷۸، *بررسی تضاد در خانواده (با تأکید بر تضاد میان همسران) و عوامل مؤثر بر آن*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه الزهراء.
- دیناری، علی، ۱۳۹۳، *بررسی تأثیر معنویت‌درمانی بر سردمزاجی زناشویی زوجین شهر اهواز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی.
- رزاقی، نرگس و دیگران، ۱۳۹۰، *«رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با رضایت زناشویی»*، *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ش ۷ (۲۷)، ص ۱۷۷-۲۶۹.
- زاهدی‌فر، شهین و همکاران، ۱۳۸۹، *«ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری»*، *علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ش ۳، ص ۷۳-۱۰۲.
- سالاری‌فر، محمدرضا، ۱۳۹۳، *طراحی زوج‌درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر متون اسلامی و مقایسه کارآمدی آن با زوج‌درمانی توسعه یافته اسلامی در افزایش رضایت زناشویی*، رساله دکتری روان‌شناسی، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- شیرالی، مهناز، ۱۳۹۳، *بررسی تأثیر معنویت‌درمانی بر الگوهای ارتباطی و صمیمیت با همسر در زوجین شهر کرمانشاه*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.
- شیری، زهره، ۱۳۸۷، *مهارت حل تعارض برای همسران*، تهران، سازمان بهزیستی کشور.
- صفاریان، محمدرضا و همکاران، ۱۳۹۷، *«نقش واسطه‌های بخشش و امید در تأثیر گذاری ویژگی‌های شخصیتی بر رضایت زناشویی زوجین در معرض طلاق»*، *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، سال چهارم، ش ۲، ص ۷۱-۸۵.
- طاهری، نیلوفر، ۱۳۹۶، *«اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباط صمیمانه بر افزایش سازگاری و رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان»*، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، دوره پانزدهم، ش ۴ (۹۳)، ص ۳۰۱-۳۱۲.

طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۳۷۶، *المیزان فی تفسیر القرآن*، قم، مؤسسه‌النشر الاسلامی.

ظهيرالدين عليرضا و فاطمه خديفر، ۱۳۸۲، «بررسی نیمرخ‌های شخصیتی مراجعین طلاق به دادگاه خانواده تهران»، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی کاشان*، ش ۷، ص ۷-۱.

عبادی، ندا و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، سال سوم، ش ۲، ص ۸۴-۷۱.

غفوری، سمانه و همکاران، ۱۳۹۲، «اثربخشی روان‌درمانی معنوی مبتنی بر بخشودگی در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات زوجین شهر مشهد»، *اصول بهداشت روانی*، ش ۱۵، ص ۵۷-۴۵.

فردریکسون، بارابا، ال، ۱۳۸۷، «دین چگونه به سلامتی و بهزیستی ما کمک می‌کند»، ترجمه سیدهان موسوی، *روانشناسی و دین*، سال اول، ش ۳، ص ۱۲۷-۱۴۰.

فقیهی، علینقی و فاطمه رفیعی‌مقدم، ۱۳۸۸، «بررسی میزان اثربخشی آموزش‌های روانشناختی مبتنی بر روایات اسلامی در رضایت زناشویی زوجین»، *روانشناسی و دین*، ش ۳، ص ۱۰۴-۸۹.

فونتانه، دیوید، ۱۳۸۵، *روانشناسی دین و معنویت*، ترجمه الف ساوار، قم، ادیان.

قاسمزاده، مهدی، ۱۳۹۲، *بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر میزان تعامل روانشناختی و بهداشت روان در افراد شرکت‌کننده در کلاس‌های مشاوره پیش از ازدواج شهرستان اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

قلیلی، زهره، ۱۳۹۳، «اثربخشی آموزش شیوه حل مسئله بر کاهش تعارضات زناشویی»، *روانشناسی کاربردی*، دوره ۲، ش ۲، ص ۲۳۱-۲۴۳.

کارلسون، ج. و دیگران، ۱۳۷۸، *خانواده‌درمانی تضمین درمان کارآمد*، ترجمه شهین نوایی‌نژاد، تهران، روان.

محسن‌زاده، فرشاد و همکاران، ۱۳۹۰، «مطالعه کیفی عوامل نارضایتی زناشویی و اقدام به طلاق»، *مطالعات راهبردی زنان*، ش ۵۳، ص ۷-۴۲.

مرادی‌مهر، مجتبی، ۱۳۹۲، *تأثیر معنویت‌درمانی بر صمیمیت و بهبود روابط متقابل افراد متقاضی ازدواج شرکت‌کننده در کلاس‌های مشاوره پیش از ازدواج شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، تهران، دانشگاه الزهراء.

معتدین، رضا، ۱۳۹۳، *بررسی تأثیر آموزش معنویت‌درمانی بر رضایت زناشویی و باورهای غیرمنطقی زوجین کلاس‌های مشاوره پیش از ازدواج استان کرمانشاه*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، کرمانشاه دانشگاه آزاد اسلامی.

ملکیان، مصطفی، ۱۳۸۸، *راهی به راهی*، تهران، نگاه معاصر.

مهدوی، رضا، ۱۳۹۲، *تأثیر معنویت‌درمانی بر سردمزاجی زناشویی و بهداشت روان زوج‌های شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، تهران، انستیتو روانپزشکی.

نظرزاده، علی، ۱۳۹۶، *بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر سردمزاجی زناشویی زوجین هر دو نساغل آموزش و پرورش شهرستان شاهرو، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی*، تهران، انستیتو روانپزشکی.

نعیم، سامیه، ۱۳۸۷، *رابطه بین دلزدگی زناشویی، روابط صمیمی با همسر و تعارضات زناشویی با خشونت علیه زنان شهر ایلام*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

نوری، ربابه، ۱۳۹۲، *آموزش مهارت‌های معنوی*، تهران، دانشگاه تهران.

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 مشاوره، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.

وزیری، شهرام و همکاران، ۱۳۹۲، «اثربخشی امید درمانی گروهی در کاهش پریشانی روانشناختی زنان دچار سرطان پستان»، *روانشناسی کاربردی*، ش ۲۸، ص ۴۵-۵۸.

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»، *روان‌درمانی و مشاوره خانواده*، دوره دوم، ش ۳ (۶)، ص ۳۴۰-۳۵۷.

- Aldous, J, 2009, *Family Careers: rethinking the developmental perspective*, Sag Publication, Inc.
- Amato, E.S & Brown, M.N, 2011, *Love and intimate relationship*, London, Brunner Mazzel press.
- Aten, D.J. & Worthington, E. L., 2009, "Next Steps for Clinicians in Religious and Spiritual Therapy: An Endpiece", *Journal of clinical psychology*, N. 65(2), p. 224-229.
- Bush, B., 2013, "The relationship between communication skill and maritalisfaction", *Journal of marital and family*, N. 53, p. 110-340.
- buss, A. H., & Perry, M., 1998, "The Aggression Questionnaire", *Journal of Personality and Clinical Psychology*, N. 63, p. 452-459.
- Cutrona, C. E., Russell, D. W., Burzette, R. G., Wesner, K. A., & Bryan, C. M, 2013, "Predicting relationship stability among midlife African American couples", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, N. 79(6), p. 814-825.
- Diblasio F, Benda B., 2008, "Forgiveness intervention with married couples: Two empirical analyses", *Journal of psychology and Christianity*, N. 5, p. 511-523.
- Fincham, F. D. & Lambert, N. M. & Beach, S. R. H. (2012), Faith and Unfaithfulness: Can Praying for Your Partner Reduce Infidelity? *Journal of Personality and Social Psychology*, N. 99(4), p. 649-659.
- Fincham, F.D & Beach, S.R.H, 2007, "Forgiveness and marital quality: Precursor or consequence in well established relationship?", *The Journal of Positive Psychology*, N. 92, p. 260-268.
- Garland EL, Farb NA, R. Goldin P, Fredrickson BL., 2015, "Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation", *Psychological Inquiry*, N. 26(4), p. 293-314.
- Halford, W. K. & Bodenmann, G., 2013, "Effects of relationship education on maintenance of couple relationship satisfaction", *Clinical Psychology Review*, N. 33(4), p. 512-525.
- Halford, W.K. Markman, H.J. Stanly S.M., 2011, *Fighting for your marriage new and evised version*, San Francisco: jossey- Bass.
- Inglehart, Ronald and Pippa Norris, 2003, *Rising Tide: Gender Equality and Cultural Change around the World*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Leas, Timo. & Leas, Tuula, 2001, *Career burnout & its relationship to couple burnout in finland*, [http:// www.eric. ed. Gov](http://www.eric.ed.Gov).
- Longh, H., 2013, "Political bias, moral, values, and spirituality in the training of psychotherapists", *Bulletin of the Menninger clinic*, N. 60, p. 88-502.
- Mahaffey, Barbara A., 2010, "Couples Counseling Directive Technique: The effect of Emotion Management training to Promote Insight, Catharsis, Disclosure, intimacy, and marital satisfaction", *The Family Journal*, N. 1, p. 45-49.
- Markman, H.J. Halford, W.K. Stanly S.M., 2012, *Fighting for your marriage new and evised version*, San Francisco, jossey- Bass.
- Moor, E, Halford, W.K.Wilson, K.L.,Farrugia, C., 2016, "Benefits of fiexible delivery relationship education: An evaluatoom of the effect of communication skills training", *Family Relaiions*, N. 59, p. 12-23.

- Paniz, C., 1996, *Theoretical and empirical connections between forgiveness*, Mental health, and well-being.
- Paniz, Nanz, C. J., 2013, "Gender and forgiveness: A meta-analytic review and research agenda", *Journal of Social and Clinical Psychology*, N. 8(27), p. 876-843.
- Propest, L. R., 2008, *Psychotherapy in a religious frame work*, Man Sciences Pries, Inc.
- Ranestin, T. A' Gan, C. M. Arasenkai.D.E, 2006, "Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health", *Journal of Personality and Social Psychology*, N. 53, p. 337-348.
- Richards P, Bergin A, 1990, *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*, 3rd ed, Washington, American psychological association.
- Schramm, D.G, marshal. J. p, Haris, v. w. and Lee. T, R, 2012, "Religiosity.homojamy and marital adjustment. journal of family therapy", *homogamy and marital adjust journal of family issues*, N. 33(2), p. 246-247.
- Seligman, M. E. P, Steen, 2005, "Positive psychology progress, empirical validation of interventions", *The American Psychological Association*, N. 60(5), p. 410-421.
- Snyder, M. B., 2004, *Senior Student affairs officer Round Table: Hottest topics in student affairs. Session held at the annual meeting of the national association of student*, Personnel Administrators, Denver, Colorado.
- Spilka, Bernard.et all, 2003, *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, New York, Guilford Press.
- Vahedian azimi, A, Rahimi, A, 2013, "Concept of Spirituality: A Conventional Content Analysis", *Journal of qualitative Research in Health Sciences*, N. 2(1), p. p:11-20.
- Wolfsdorf, F. Groth, T., 2013, "The efficacy of compact psychoeducational group training program for mental health", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, N. 66, p. 735-760.
- Wolman R., 2001, *Thinking with your soul: Spiritual intelligence and why it matters*, New York, Harmony Books Press.
- Worthington, E. L., 2008, "Hope-focused and forgivenessbased group interventions to promote marital enrichment", *Journal of Counseling and Development*, N. 80, p. 452-463.