

## تأثیر گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی بر احساسات مثبت نسبت به همسر

### در زنان متأهل

محمدحسین شریفی‌نیا\*

مرادصوری چوپانی\*\*

#### چکیده

در این پژوهش به منظور تعیین ارزیابی تأثیر گروه درمانی با رویکرد یکپارچه توحیدی بر احساسات مثبت زنان متأهل نسبت به همسرانشان، ۲۴ نفر از زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده پیوند انجمن اولیا و مربیان شهرستان نقده به عنوان نمونه در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند. این افراد در مقیاس احساسات مثبت نسبت به همسر نمره پایینی گرفته بودند. پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه و گروه گواه انجام شد. افراد انتخاب شده پس از همسان‌سازی در متغیرهای کنترل، به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۱۲ نفره شامل گروه‌های آزمایشی و گواه قرار گرفتند. نخست برای هر دو گروه آزمون احساسات مثبت نسبت به همسر اجرا شد و سپس برای گروه آزمایشی دوازده جلسه گروه درمانی یکپارچه توحیدی و برای گروه کنترل دوازده جلسه گفتگوی آزاد انجام گردید. پس از پایان مداخله درمانی و یک ماه بعد برای پیگیری دوباره هر دو گروه مقیاس بالا را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS-24 تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد پس از اجرای گروه درمانی یکپارچه توحیدی، میزان احساسات مثبت نسبت به همسر در گروه آزمایشی به طور معناداری بالاتر از گروه گواه است ( $F=48/51$ ) ( $P=0/01$ ). این نتیجه تا یک ماه پس از خاتمه جلسات درمان پابرجا بود؛ همچنین مؤثر بودن زوج درمانی یکپارچه توحیدی بر بهبود احساسات مثبت زنان متأهل نسبت به همسرشان تأیید شد که مشاوران خانواده می‌توانند از این الگوی درمانی برای کاهش مشکلات خانوادگی و افزایش احساسات مثبت زوجها نسبت به یکدیگر استفاده کنند. **واژگان کلیدی:** زوج درمانی، رویکرد یکپارچه توحیدی، احساسات مثبت به همسر، زنان متأهل.

\* استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات پژوهشگر حوزه و دانشگاه، استادیار، دکترای تخصصی، عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی و استادیار پژوهشگاه حوزه و دانشگاه (نویسنده مسئول) sharifinia1@gmail.com  
\*\* آموزش و پرورش شهرستان نقده، مربی، دانشجوی دکترا morad1357@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۶ تاریخ تأیید: ۱۳۹۹/۱۰/۲۱

## مقدمه

یکی از مشکلاتی که امروزه گریبان بسیاری از زوجها را گرفته و هر روز بر دامنه آن افزوده می‌شود، ناتوانی آنها در حفظ روابط صمیمانه و احساس مثبت خود نسبت به همسرشان می‌باشد. طبق اطلاعات و شواهد پژوهشی متعدد، مهم‌ترین علت طلاق عاطفی که امروزه در جامعه ایرانی به سرعت در حال گسترش است، سرد شدن عشق و علاقه اولیه زوجین نسبت به همدیگر و تبدیل احساسات مثبت به احساس منفی است (بوالهروی، ۱۳۹۱).

به عقیده بسیاری از متخصصان دانش خانواده و زوج‌درمانگران، وجود عواطف گرم و صمیمانه زوجین به یکدیگر، زیربنای استحکام و سلامت خانواده است (روسو، بودمن و کیاسر، ۲۰۱۹)<sup>۱</sup>؛ از این رو، یکی از مسائل اساسی هر زندگی مشترکی، داشتن احساس مثبت نسبت به همسر<sup>۲</sup> می‌باشد. چینگ و چان<sup>۳</sup> (۲۰۲۰) احساسات مثبت را شامل طیفی از هیجان‌های مطلوب و رضایت‌بخش مانند عشق، شادی، لذت، امید، رضایت و موفقیت می‌دانند که مانع بروز سردی، بی‌اعتمادی، پشیمانی و ترس در رابطه زن و شوهر می‌شود. این احساسات درست نقطه مقابل هیجان‌هایی مانند اضطراب، ناراحتی، خشم، نفرت و عصبانیت هستند که از آفت‌های کشنده زندگی زناشویی به شمار می‌روند. به نظر ویب و جانسون<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) احساسات مثبت نسبت به همسر از راه اعتماد متقابل، لذت بردن از معاشرت و در کنار هم بودن، در دسترس بودن و پاسخگو بودن زوجین نسبت به نیازها و عواطف یکدیگر تجلی می‌یابد.

بنابراین به نظر می‌رسد، وجود عواطف مثبت به همسر می‌تواند به انعطاف‌پذیری زوجها در مقابل همسر و تاب‌آوری بیشتر در شرایط ناگوار زندگی کمک کند و در نتیجه روابط زناشویی مطلوب‌تری را برای زوجین به ارمغان آورد؛ در مقابل، کم‌فروغ شدن شعله گرم‌ابخش احساسات مثبت زن و شوهر به یکدیگر، می‌تواند به سرد شدن روابط و در نهایت طلاق عاطفی بینجامد.

طلاق عاطفی نوعی زندگی مشترک سرد و خالی از رابطه گرم و احساس مثبت زوجین به یکدیگر است که بسیاری از مشکلات خانوادگی همچون تعارض زناشویی، تنش‌های مزمن و پایان‌ناپذیر زن و شوهر، گرایش به روابط فزاینده و خیانت همسران، رهاسدگی فرزندان، احساس بی‌پناهی و خصومت اعضای خانواده و سرانجام جدایی و فروپاشی خانواده، ریشه در آن دارد.

پس تلاش برای حفظ و تقویت احساسات مثبت همسران نسبت به هم، یکی از اهداف مهم

1. Rusu, P. P., Bodenmann, G. & Kayser, K.

2. Positive feelings toward spouse

3. Ching, C. L. & Chan, V. L.

4. Wiebe, S. A. & Johnson, S. M.

راهنمایان و مشاوران خانواده است تا از این راه، زمینه ثبات، شادابی، سرزندگی، رشد و تعالی خانواده‌ها را فراهم سازند. احساسات مثبت نسبت به همسر از طریق اعتماد متقابل، لذت بردن از معاشرت و در کنار هم بودن، در دسترس بودن و پاسخگو بودن زوجین نسبت به نیازها و عواطف یکدیگر تجلی می‌یابد (ویب و جانسون، ۲۰۱۶).

احساسات میان زوج‌ها پدیده پیچیده‌ای است که عوامل مختلفی در شکل‌گیری آن نقش دارند؛ از جمله این عوامل می‌توان به نقش‌های جنسی و جنسیتی، تعاملات زوجین در خانواده مبدأ، صفات شخصیتی و رفتاری، شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی خانواده، و همچنین تعلقات فرهنگی و باورهای مذهبی افراد اشاره کرد.

از میان عوامل گفته شده، طی چند دهه اخیر تأثیر عوامل معنوی مانند ایمان به خدا، دینداری و توجه به ارزش‌های انسانی و اخلاقی در بهبود روابط زوجین و داشتن احساس مثبت به همسر، بیشتر مورد توجه قرار گرفته است (گریگوری، ۲۰۱۹<sup>۲</sup>؛ سالاری‌فر، ۱۳۹۸). این امر از آنجا ناشی می‌شود که اولاً تحقیقات روان‌شناسان نشان داده است این امور می‌توانند به تجارب، رفتارها و ارزش‌های آدمی معنا و انسجام بخشند (لوتزان، چان، گاردنر و پراشار، ۲۰۱۳<sup>۳</sup>) و ثانیاً عموم ادیان و مذاهب الهی، به ویژه دین اسلام تأکید فراوانی بر انس، مودت، عطف، گذشت و بخشش، و همچنین توجه به نیازهای جنسی و روانی همسران دارد (برای نمونه ر.ک: اعراف، ۱۸۹؛ نساء، ۱۹؛ بقره، ۱۸۷؛ بقره، ۲۲۸؛ فرقان، ۷۴ و...).

جهت مقابله با مسائل و مشکلات خانوادگی، خانواده‌درمانی به‌عنوان یک علم تخصصی در دهه ۱۹۵۰ ظهور کرد و طی چند دهه با ارائه رویکردهای متعدد توسعه یافت (زهراکار و جعفری، ۱۳۹۷). از جمله این رویکردها می‌توان به نظام‌های روان‌پوشی،<sup>۴</sup> شناختی-رفتاری،<sup>۵</sup> انسان‌گرایی،<sup>۶</sup> ساختاری مینوچین،<sup>۷</sup> سیستم‌های خانوادگی بوئن،<sup>۸</sup> تجربه‌نگر یا هیجان‌مدار گرینبرگ،<sup>۹</sup> راهبردی جی‌هی‌لی<sup>۱۰</sup> و پست مدرن<sup>۱۱</sup> اشاره کرد (گولدنبرگ و گولدنبرگ، ۲۰۱۲).

1. Wiebe, S. A. & Johnson, S. M.
2. Gregory, K. A.
3. Ivtzan, I., Chan, C. P., Gardner, H. E. & Prashar, K.
4. Psychodynamic
5. Cognitive-Behavioral Therapy
6. Humanistic
7. Structural Family Therapy of Minuchin
8. Bowen family systems theory
9. Emotion-Focused Therapy of Greenberg
10. Strategic Family Therapy
11. Postmodern family therapy
12. Goldenberg, I. & Goldenberg, H

هرچند این رویکردها تا حدودی در حل مشکلات خانواده‌ها توفیقاتی داشته‌اند؛ ولی در سال‌های گذشته، مشاوران خانواده بر اهمیت حضور ارزش‌های فرهنگی و معنوی و آموزه‌های دینی در فرایند خانواده درمانی تأکید کرده‌اند (والش،<sup>۱</sup> ۲۰۰۸)؛ زیرا شواهد تجربی زیادی نشان می‌دهند که ارزش‌ها و رفتارهای معنوی می‌توانند به بهبود روابط زوجین و کاهش تعارض‌های خانوادگی کمک کنند (بلک،<sup>۲</sup> ۲۰۱۹).

هولمبرگ، جنسن و وتیر<sup>۳</sup> (۲۰۲۰) در مقاله‌ای تأکید کردند که یکی از مهم‌ترین نواقص نظام‌های خانواده درمانی فراموش شدن بعد معنویت در فرایند حل مشکلات خانواده‌هاست؛ از این رو، آنها پیشنهاد کردند توسعه سواد معنوی در خانواده‌ها بایستی به‌عنوان یکی از اجزای مهم خانواده درمانی در برنامه مشاوره همسران و حل مشکلات خانوادگی وجود داشته باشد.

بر این اساس، رویکرد نوین و جامع یکپارچه توحیدی<sup>۴</sup> به‌عنوان رویکردی که ارزش‌های معنوی و اعتقاد به خدای یگانه یکی از ابعاد مهم آن است، برای حل مشکلات زوج‌ها و پیشگیری از تعارضات زوج‌ها و تنش‌های خانوادگی مورد توجه قرار گرفت. این رویکرد که در دهه ۱۳۸۰ در ایران پیشنهاد شد؛ از یک سو به یکپارچه‌سازی مکاتب و فنون روان‌درمانی می‌اندیشد و از سوی دیگر بر دخالت دادن مؤلفه‌های فرهنگی، ارزش‌های معنوی و آموزه‌های خدامحور در فرایند حل مشکلات رفتاری و عاطفی تأکید می‌کند (شریفی‌نیا، ۱۳۸۸).

این رویکرد با ادغام انواع فنون روان‌درمانی و درون‌مایه‌ای معنوی-توحیدی می‌کوشد با بازسای نظام شناختی، ارزشی و هیجانی زوجین و اصلاح سبک زندگی آنها، احساسات و عواطف آنها را نسبت به همدیگر بهبود بخشد. در زوج‌درمانی یکپارچه توحیدی، افزون بر مداخلات شناختی، رفتاری و هیجانی، از راه تثبیت و تحکیم رابطه صمیمانه مراجع با خداوند دانا، توانا و خیرخواه به تقویت بعد معنوی مراجع نیز توجه می‌شود. این امر به فرد امکان می‌دهد تا با درک ارزش وجودی خویش و جستجوی معنای متعالی برای رویدادهای تلخ و شیرین زندگی به توسعه روشی برای زندگی خود پردازد که درنهایت به رشد، شادی و آرامش پایدار وی خواهد انجامید.

این روش درمانی که از یکپارچه‌سازی یافته‌های مکاتب مختلف روان‌شناسی و تلفیق آن با آموزه‌های توحیدی و معنویت خدامحور شکل گرفته است، براساس آرا و نظریات آلپورت<sup>۵</sup> (۱۹۸۵) در مورد ارزش‌های دینی به منزله مهم‌ترین نیروی وحدت‌بخش در شخصیت انسانی، کاوش‌های

1. Walsh, F.

2. Black, S. W.

3. Holmberg, A., Jensen, P. & Vetere, A.

4. monotheist integrated approach

5. Allport, G. W.

گسترده مزلو<sup>۱</sup> در باب شخص با فضیلت در جامعه سالم (۲۰۱۳)، پژوهش‌های سلیگمن<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) درباره نقش باورهای دینی در معنابخشی به زندگی و امید به آینده، و یافته‌های پارگامنت<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) در مورد آثار مثبت باور به وجود خداوند و انجام اعمال دینی در سلامت روانی و بهبود مشکلات هیجانی استوار است (شریفی‌نیا، ۱۳۹۲، ص ۲۳۵).

بنابراین در این الگوی درمانی، اولاً بر وحدت و یکپارچگی شخصیت انسان با بهره‌گیری از تمامی رویکردهای روان‌شناختی تأکید می‌شود؛ ثانیاً استفاده از عنصر توحید و ایجاد ارتباط خالصانه با خداوند در انسجام‌بخشی به مؤلفه‌های گوناگون شخصیت و دستیابی به یکپارچگی ساختار یافته وجود انسان ضروری شمرده می‌شود و ثالثاً دستیابی به تغییرات عمیق‌تر، مؤثرتر و پایدارتر را درگرو ادغام یافته‌های همه مکاتب روان‌شناسی با آموزه‌های توحیدی عرفانی ادیان الهی می‌داند (امیریان و همکاران، ۱۳۹۳).

با توجه به اینکه برخی تحقیقات اثربخشی این رویکرد را در زمینه‌های مختلفی همچون درمان اعتیاد و اختلالات سوء‌مصرف مواد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷ب)، کاهش رفتارهای بزهکارانه و پرخطر (شریفی‌نیا، ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷الف)، بهبود اختلالات خلقی و اضطرابی (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷ب)، اصلاح مؤلفه‌های شخصیت و بالینی (هادی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۸)، ارتقای عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد (چوپانی، ۱۳۸۹)، کاهش فشار روانی و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال پس از ضربه (طیعی، ۱۳۹۰)، کاستن از افکار خودکشی و تغییر شناختی، هیجانی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی (جایروند، ۱۳۹۶)، کاهش اضطراب امتحان و سایر اختلالات اضطرابی دانش‌آموزان دختر (مشهدی‌پور، میکاییلی و نریمانی، ۱۳۹۲؛ چابکی‌نژاد و صابر اشکذری، ۱۳۹۸)، بهبودی دانشجویان سایکوپات غیربالینی (کریمی، قنبری هاشم‌آبادی، و طالبیان شریف، ۱۳۹۲)، تقویت نگرش معنوی و رضایت زناشویی در مردان متأهل (شمس‌آبادی، ۱۳۹۵)، تأیید کرده بودند، به نظر می‌رسد که می‌توان از این الگوی درمانی در ترمیم عواطف منفی و تقویت احساسات مثبت زوجین به یکدیگر نیز بهره جست. از این رو، پژوهش به منظور بررسی میزان اثربخشی و کارآمدی گروه درمانی رویکرد یکپارچه توحیدی در افزایش احساسات مثبت زنان متأهل نسبت به همسرانشان سامان یافت؛ بنابراین پژوهشگران در این تحقیق در پی شرح و بسط الگوی زوج‌درمانی با رویکرد یکپارچه توحیدی هستند. در این الگو کوشش می‌شود با یکپارچه‌سازی فنون خانواده درمانی نوین با آموزه‌های اسلامی، ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری زوجین در چارچوب معنویت نهفته در زندگی توحیدی بازسازی گردد.

1. Maslow, A. H.

2. Seligman, M. E.

3. Pargament, K. I.

### مبانی و ساختار زوج‌درمانی یکپارچه توحیدی

در معارف و متون اسلامی توصیه‌های فراوانی در مورد ساختار خانواده، اهمیت ابراز احساسات مثبت زوجین به یکدیگر، نحوه روابط اعضای خانواده و شیوه‌های حل تنش‌ها و منازعات بین همسران ارائه شده است. در آیات قرآن، ازدواج براساس مودت و مهربانی بین اعضای آن، به ویژه زن و شوهر استوار است؛<sup>۱</sup> خانواده محل تأمین آرامش جسم و تسکین جان اعضای آن معرفی شده<sup>۲</sup> و زن و شوهر را مایه پوشش و محافظت از همدیگر دانسته‌اند.<sup>۳</sup> افزون بر این، پیامبر اسلام ﷺ می‌فرماید: بهترین مردان امت من، کسانی هستند که نسبت به خانواده خود خشن و متکبر نباشند و به آنان محبت کنند و آزارشان ندهند.<sup>۴</sup> امام علی (علیه السلام) نیز مدارا با همسر و همنشینی نیکو با او را مایه گرمی و باصفا شدن زندگی می‌داند.<sup>۵</sup> در حدیث دیگری از پیامبر است که این گفته مرد به همسرش که «من تو را دوست دارم»، هرگز از قلب زن بیرون نمی‌رود.<sup>۶</sup>

با توجه به نکات بیان شده، برخی از مهم‌ترین مبانی زوج‌درمانی یکپارچه توحیدی در مورد بهبود احساسات همسران نسبت به هم به شرح زیر است:

۱. ازدواج سالم به معنای حضور عناصری مثل تعهد، رضایت زناشویی، ارتباط سازنده، عدم خشونت و خیانت است؛ بنابراین در فرایند درمان باید همه این عناصر مورد توجه خانواده درمانگر قرار داشته باشد و برای تقویت آنها برنامه‌ریزی کند.
۲. احساسات شکل‌گرفته در میان زوج‌ها پدیده پیچیده‌ای است که از عوامل مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تأثیر می‌پذیرد. بر این اساس و با توجه به اینکه زندگی زناشویی یک موضوع چندوجهی با ماهیتی کلی و فراگیر است، برای ارتقای احساس مثبت زوجین باید افزون بر تأمین نیازهای جنسی زوجین، نقش‌های جنسی، تعاملات زوجین با خانواده‌های همدیگر، جنبه‌های جسمی، مشکلات شخصیتی و رفتاری طرفین، جنبه‌های فرهنگی-اجتماعی، باورهای دینی و همچنین ارزش‌های اخلاقی-معنوی آنها مورد توجه قرار گیرد.
۳. داشتن درک درست از صفات خلقی و خصوصیات شخصیتی و رفتاری خود و همسر و شناخت توانایی‌ها و نواقص، نقاط قوت و ضعف و حساسیت‌ها و انتظارات طرفین از یکدیگر،

۱. وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً (روم، ۲۱).

۲. وَاللَّهُ جَعَلَ لَكُمْ مِنْ بُيُوتِكُمْ سَكَنًا (نحل، ۸۰).

۳. هُنَّ لِيَنَاسُ لَكُمْ وَأَنْتُمْ لِيَنَاسُ لَهُنَّ (بقره، ۱۸۷).

۴. قال رسول الله ﷺ: خير الرجال من امتي الذين لا يتناولون على اهلهم و يحنون عليهم ولا يظلمونهم (طبرسی، ۱۳۸۶، ص ۲۱۶).

۵. قال علی (علیه السلام): دارها علی کل حال واحسن الصحبة لها فیصفو عیشک (نوری، ۱۳۷۳، ج ۱۴، ص ۲۵۰).

۶. قال رسول الله ﷺ: قول الرجل للمرأة انی احبک لا یذهب من قلبها ابدا (حرعاملی، ۱۳۷۰، ج ۱۴، ص ۱۰).

موجب بهبود درک متقابل، تعدیل خواسته‌ها و کنار آمدن راحت‌تر آنها با هم می‌شود. این امر به نوبه خود، به کاهش تنش‌ها می‌انجامد و احساسات نامطبوع بین آنها را به حداقل می‌رساند.

۴. براساس یافته‌های پژوهشی، کسانی که پابندی بیشتری به تعالیم و دستوره‌های دینی خود دارند، در مجموع از احساس مثبت‌تری نسبت به همسرشان برخوردارند؛ همچنین این مطالعات نشان داده‌اند که دین و معنویت می‌تواند پیامدهای مثبت مهمی در روابط زندگی زناشویی، به‌ویژه کیفیت زندگی خانوادگی داشته باشد (هولمبرگ، جنسن و وتیر، ۲۰۲۰).

۵. کاهش احساسات منفی، به‌ویژه خشم می‌تواند به افزایش احساس مثبت همسران نسبت به هم و کاهش رنجش و دلخوری آنها از یکدیگر و در نهایت سازگاری بیشتر بینجامد (والش، ۲۰۰۸). در دین اسلام بر کظم غیظ و مهار خشم تأکید شده است. در قرآن آمده است که خداوند کسانی را که خشم خود را مهار می‌کنند و رفتار ناشایست دیگران را می‌بخشند، دوست دارد<sup>۱</sup> (آل‌عمران، ۱۳۴).

۶. از آنجا که برقراری روابط کلامی و غیرکلامی سالم بین زوجین از عوامل مؤثر بر شکل‌گیری احساسات مثبت زوجین نسبت به هم می‌باشد و موجب استحکام و رضایتمندی آنها از زندگی زناشویی می‌شود، حل مشکلات ارتباطی زوجین و کاهش تنش‌های کلامی آنها، یکی از اجزای اصلی درمان است تا بدین شیوه عواطف مثبت آنها نسبت به هم افزایش یابد و زمینه زندگی زناشویی پایدار فراهم گردد.

۷. شناخت مسئولیت‌ها و وظایف خویش در برابر همسر و آگاهی از حقوق طرفین نسبت به یکدیگر و عمل بدان‌ها، از ارکان اساسی زندگی مشترک سالم و کم‌تنش است. بررسی‌های شهودی نشان می‌دهد بخش قابل توجهی از مشکلات زوجین ناشی از ناآگاهی آنها از وظایف قانونی، اخلاقی و عاطفی خود در قبال همسر است.

۸. آشنایی با شیوه‌های سالم و سازنده حل اختلافات و تعارض‌های پیش‌آمده بین همسران مانند مدارا، ملایمت در برخورد و پاسخگویی، چشم‌پوشی و گذشت از خطاهای احتمالی همسر، گفتگوی منطقی و بدون هیجان و تنش و همانند آن، نقش زیادی در حل و فصل مؤثر و کارآمد تعارض‌ها و پیشگیری از بزرگتر شدن آنها دارد.

### فرایند زوج‌درمانی در رویکرد یکپارچه توحیدی

هدف این نوع درمان، افزون بر حذف یا کاهش نشانه‌های مشکلات زوجی، تقویت مقام و موقعیت عقل، حیات نو بخشیدن به عشق، تشویق به رشد و دست یافتن به سبک زندگی توحیدی است.

۱. وَالْكَافِرِينَ الْغَائِقِينَ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ.

شناسایی و حذف یا حل موانع رشد و برانگیختن آگاهی، تعهد و التزام به رفتارهای فضیلت‌آمیز، اجزای اصلی طرح درمان هستند؛ از این رو فرایند درمان با توجه به مراحل تغییر دارای سه بعد اساسی است: (۱) حل مشکلات ارتباطی زوجین؛ (۲) فعال‌سازی فضائل اخلاق در تعامل زوجین با یکدیگر؛ (۳) معنای متعالی بخشیدن به مشکلات و رنج‌های زندگی مشترک.

این ابعاد غالباً به طور هم‌زمان روی می‌دهند، هرچند نسبت‌هایشان در طول دوره درمان تغییر می‌کند. در جلسات آغازین درمان، حل مشکلات اهمیت بیشتری دارند. پس از آن، بیدارسازی قوه عقل و فعال‌سازی هدایت درونی و فضائل اخلاقی انجام می‌گیرد. در مراحل پایانی نیز معنای متعالی زندگی از طریق راضی بودن به رضای الهی و توکل به او اهمیت می‌یابد.

بر این اساس نخستین جنبه درمان آموزش فرایندهایی هستند که با وقوع آنها، تغییر رفتار رخ می‌دهد. هر اندازه که مراجعان در مورد ماهیت مشکلات خویش و عوارض مخرب و آسیب‌زای رفتارهای ناپه‌نجا‌شان بیشتر آگاه شوند، احتمال پرداختن به درمان و اجرای توصیه‌های درمانگر افزایش می‌یابد.

این فرایند، به‌ویژه در آغاز درمان که معمولاً مراجع دارای انگیزه کافی برای تداوم جلسات مشاوره نیستند، بسیار ضروری و اثربخش است. دومین فرایندی که بلافاصله پس از هشیارسازی مراجع و حتی به موازات آن صورت می‌گیرد، فرایند پالایش روانی<sup>۱</sup> به منظور تسکین عاطفی است. از آنجا که انسان موجودی منطقی-هیجانی است؛ برای شروع تغییر رفتار، افزایش آگاهی و ایجاد تغییرات شناختی به تنهایی کافی نیست. افراد، بیشتر زمانی برای تغییر رفتار انگیزه پیدا می‌کنند که افزون بر جنبه‌های شناختی، عواطف و احساساتشان نیز تحریک شده باشد. فرایند پالایش روانی این شرایط را با شیوه‌های تخلیه هیجانی<sup>۲</sup>، همدلی و پذیرش مثبت غیرمشروط<sup>۳</sup> برای مراجع آماده می‌سازد.

شناخت وضعیت موجود و تشخیص اینکه چگونه احساسات منفی کنونی او نسبت به همسرش با زندگی سالم و رضایت‌بخش تعارض دارد و او را از اهداف زندگی خود دور می‌سازد، از راه فرایند خودشناسی صورت می‌گیرد. در روند این فرایند، فرد به درک واقع‌بینانه‌ای از شرایط کنونی خود دست می‌یابد و با پذیرش خویش و تجسم خود در موقعیت بهبود یافته، شناخت درست‌تری از تغییرات لازم را به دست می‌آورد. در این مرحله، درمانگر به زوجین کمک می‌کند تا طرحواره‌های ذهنی خود از همسر را اصلاح و باورهای معیوب و ناکارآمد خویش را در زندگی زناشویی اصلاح کند.

1. mental refinement

2. Catharsis

3. unconditional positive acceptance



نظر به اهمیت تأثیر محیط و عوامل اثرگذار اجتماعی در وقوع رفتار و حالات زوجین، فرایند بازشناسی محیط و بررسی نقش محرک‌های محیطی در پدیدآیی مشکلات ارتباطی و آثار مخرب آن بر خانواده و اطرافیان، درمانگر به همسران کمک می‌کند تا ضمن تجزیه و تحلیل عوامل محیطی مؤثر بر مشکلات آنها، اقدامات مناسبی برای حذف یا کاهش محرک‌های محیطی مشکل‌آفرین به عمل آورند؛ افزون بر این، زوج‌درمانگر با تقویت روحیه خودباوری زوجین، آنها را تشویق می‌کند تا باور کنند که می‌توانند بر مشکلات غلبه کنند و وضعیت نامناسب کنونی را تغییر دهند. مراجعان، بیشتر پذیرش توصیه درمانگر را با متعهد شدن به اهداف درمان و انجام تکالیف تعیین‌شده نشان می‌دهند.

در این مرحله زوجین می‌آموزند که برای حفظ بهبودی‌شان باید رفتارهای سالم آموخته شده را تمرین کنند و با ملکه شدن آنها، سبک زندگی جدیدی را بنیان گذارند؛ بدین منظور آنان نخست باید همه محرک‌های راه‌انداز یا موقعیت‌های ماشه‌چکان درونی مثل تخیلات، رؤیاهای، آرزوها، تمایلات و انتظارات و عوامل تأثیرگذار بیرونی همچون افراد، موقعیت‌ها، رویدادها و شرایط تداعی‌کننده احساسات منفی را شناسایی کرده، سپس بکوشند خود را از آنها دور نگاه دارند.

فرایند تقویت معنویت و تحکیم رابطه با خداوند که از آغاز درمان به صورت خفیف وجود دارد و به موازات پیشرفت درمان و رشد مراجع به تدریج گسترش می‌یابد، در این مرحله پررنگ‌تر می‌شود. این امر از راه ایجاد رابطه صمیمانه با ذات اقدس الهی صورت می‌گیرد. چنین روابطی لزوماً با وفاداری همراه است؛ زیرا تعهدات آنها در هر نوع ارتباطی با آگاهی و تفکر است؛ ازاین‌رو اشخاص معنوی نسبت به خود، دیگران و خالق هستی وفادارترند. این امر با روش‌هایی مانند شرکت در جلسات معنوی و موعظه‌های دینی، تمرین ذکر الهی و افزایش احساس حضور و برقراری ارتباط نزدیک با انسان‌های صالح و الگوهای معنوی تحقق می‌یابد.

### روش، جامعه و نمونه

پژوهش حاضر، تحقیقی کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری و گروه گواه است که جامعه آماری آن شامل کلیه زنان متأهل عضو انجمن پیوند اولیا و مربیان شهرستان نقده در استان آذربایجان غربی بود. گروه نمونه را ۳۰ نفر از زنان متأهلی تشکیل می‌دادند که برای حل مشکلات خانوادگی خود به مرکز مشاوره این انجمن مراجعه کرده بودند. شیوه نمونه‌گیری تصادفی در دسترس با معیارهای ورودی ذیل بود؛ متأهل بودن، برخورداری از تحصیلات حداقل پایان متوسطه اول (پایه نهم)، گذشتن دست‌کم ۵ سال از زندگی مشترک، پایین بودن احساس مثبت نسبت به همسر و قرار داشتن در دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال.

شیوه انتخاب نمونه بدین ترتیب بود که نخست از میان زنان متأهل مراجعه‌کننده و متقاضی شرکت در گروه درمانی، افراد واجد شرایط ورود به گروه شناسایی شدند. در گام بعد، افزون بر مصاحبه مقدماتی از سوی درمانگر، آنها به پرسشنامه احساسات مثبت به همسر نیز پاسخ دادند و ۳۰ نفر از کسانی که براساس مصاحبه بالینی و پرسشنامه مزبور دارای کمترین احساس مثبت به همسر بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گماشته شدند. آنگاه گروه آزمایشی در دوازده جلسه گروه درمانی با رویکرد یکپارچه توحیدی شرکت کردند. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، در همین مدت اعضای گروه گواه نیز در جلسات بحث آزاد با درمانگر حضور می‌یافتند؛ همچنین پس از پایان پژوهش، آنان نیز از گروه درمانی با رویکرد یکپارچه توحیدی بهره‌مند شدند.

از آنجا که در هر دو گروه برخی اعضا نتوانستند در تمامی جلسات شرکت کرده، پرسشنامه‌های پس‌آزمون و پیگیری را تکمیل کنند؛ با سه نفر افت آزمودنی روبه‌رو شدیم؛ در نتیجه در هر گروه، اطلاعات ۲۴ نفر از گروه نمونه (۱۲ نفر گروه آزمایشی و ۱۲ نفر گروه کنترل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## ابزار

وضعیت احساس مراجعان در مورد همسرشان با پرسشنامه احساسات مثبت به همسر<sup>۱</sup> اندازه‌گیری شد. این مقیاس دارای هفده گویه است که نخستین بار در سال ۱۹۷۵ آن را الیری، فیچمن و تورکوویتز<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) در کلینیک زوج‌درمانی دانشگاه ایالتی نیویورک ابداع کردند. این پرسشنامه دارای دو بخش است؛ بخش اول شامل هشت گویه است و در آن آزمودنی احساس کلی خود نسبت به همسرش را در طول چند ماه گذشته با امتیاز ۱ تا ۷ (۱ برای احساس شدیداً منفی و ۷ برای احساس شدیداً مثبت) مشخص می‌کند و در بخش دوم که شامل نه عبارت است، آزمودنی احساس خود را بر پایه تعدادی از رفتارهای همسرانه مانند تماس بدنی، تنها بودن با همسر، کنار هم بودن، ظاهر جسمانی همسر، گفتگو و صحبت با همسر، بوسیدن، نشستن یا دراز کشیدن کنار همسر و نزدیکی با وی را با امتیاز ۱ تا ۷ اعلام می‌دارد.

الیری، فیچمن و تورکوویتز (۱۹۸۳) پایایی پرسشنامه احساسات مثبت به همسر را با آزمون مجدد با فاصله ۳ هفته ۹۳٪ و ضریب همبستگی آن با پرسشنامه سازگاری زناشویی ۰/۷ با

1. Positive Feeling Questionnaire (PFQ)

2. O'Leary, K. D., Fincham, F. & Turkewitz, H.

۰/۰۰۱ < P گزارش کردند. ضمناً ضریب آلفای ۰/۹۴ نیز همسانی درونی بالای آن را تأیید می‌کند. مظاهری و پوراعتماد در سال ۱۳۸۰ این پرسشنامه را ترجمه و برای جامعه ایرانی هنجاریابی کردند. در ضمن آنها همسانی درونی پرسشنامه مذکور را ۰/۸۹٪ به دست آوردند (ثنایی، علاقمند و فلاحتی، ۱۳۹۶، ص ۱۸۷).

### فنون و ساختار جلسات زوج‌درمانی یکپارچه توحیدی

در درمان‌های تلفیقی و یکپارچه، متناسب با نوع اختلال، شرایط مراجع و اهداف درمانی، بعضی از تکنیک‌های درمانی موجود انتخاب و با هم ادغام می‌شوند؛ برای مثال، پالمر و دریدن<sup>۱</sup> (۱۹۹۴) با ادغام فنون تن‌آرامی، درمان عقلی-هیجانی-رفتاری<sup>۲</sup> و درمان سیستمی تنیدگی بین زوجین را درمان کردند.

الگوی زوج‌درمانی یکپارچه توحیدی نیز همچون سایر روش‌های یکپارچه‌نگر متعهد است که از یافته‌های تمامی رویکردهای خانواده‌درمانی سازگار و اثربخش بهره‌گیرد؛ به همین علت در این روش، نظریه‌ها و فنون درمانی فراوانی برای ادغام و یکپارچه‌سازی مورد توجه قرار گرفته‌اند.

مهم‌ترین فنون و روش‌هایی که در فرایند زوج‌درمانی یکپارچه توحیدی با آموزه‌های معنوی-دینی در هم تنیده و ادغام شده‌اند؛ عبارتند از: فنون تقویت هشیارسازی، بصیرت<sup>۳</sup> و خودآگاهی، شیوه‌های ابراز همدلی و درک متقابل، اصلاح خطاهای شناختی، تخلیه هیجانی و کاهش تنش‌های درونی، آموزش فنون همسرداری اسلامی، کنترل خشم، ارتباط مؤثر و سازنده، واکنش مثبت، توجه به آموزه‌های دینی، به ویژه دو باور ایمان به مبدأ و معاد و عمل به دستورهای دینی و توصیه‌های اخلاقی.

فنون بیان شده در قالب یک پروتکل دوازده جلسه‌ای گروهی تدوین شد. هر جلسه ۱۲۰ دقیقه به طول می‌انجامد که خلاصه آن شامل اهداف، فنون و موضوعات هر جلسه، تکلیف منزل و نتایج مورد انتظار در جدول ۱ آمده است:

1. Palmer, S. & Dryden, W.
2. Rational emotive behavior therapy (REBT).
3. Insight

جدول ۱: خلاصه ساختار جلسات گروه‌درمانی با رویکرد یکپارچه توحیدی برای تقویت احساس مثبت زنان متأهل

## نسبت به همسرشان

جلسات	هدف	محتوا	تکلیف منزل	نتایج مورد انتظار
اول	حساس کردن اعضای گروه نسبت به پیامدهای منفی کاهش احساسات مثبت نسبت به همسر	احوالپرسی و معارفه اعضای گروه؛ توضیح اهداف و برنامه گروه‌درمانی، تبیین انواع احساس نسبت به همسر و دلایل آن	نوشتن احساسات خود نسبت به همسر در یک ماهه اخیر و توضیح علت آن احساس	درک احساسات خود نسبت به همسر و اهمیت آن در زندگی زناشویی
دوم	آگاه‌سازی اعضا از تأثیر باورها و نگرش‌ها بر احساسات و عواطف	شرح چند خطای شناختی و باورهای غیرمنطقی و رابطه آن با احساس منفی به همسر، مروری بر نگرش توحیدی به زندگی	نوشتن چند مورد از خطاهای شناختی و نگرش‌های منفی در مورد همسر یا زندگی زناشویی	آگاهی نسبت به افکار منفی و نگرش‌های نادرست خویش نسبت به همسر و زندگی مشترک
سوم	تخلیه هیجانی و کنار آمدن با مشکلات	وارسی تنش‌های روزمره زندگی و شیوه‌های کاهش آنها با آموزش تن‌آرامی، آموزش صبر و درد دل کردن با خدا، ابراز ایمن هیجان و افزایش فعالیت‌های خوشایند	نوشتن یا ابراز خشم در یک مکان خلوت با صدای بلند از همسر، تمرین گفتگوی روزانه با خدا، انتخاب یک فعالیت لذت‌بخش و انجام آن	کاهش تنش و رنج نبردن از شرایط استرس‌زا، مهیا کردن یک احساس خوب در خود
چهارم	تقویت خودآگاهی و درک همسر و همدلی با وی	آموزش شیوه‌های درک حالات خود و دیگران، یاددهی فنون بازخورد مثبت و همدلی با همسر	بررسی خصوصیات و رفتارهای مثبت و منفی خود و اثر آنها در زندگی مشترک	شناخت بهتر خود و همسر تقویت همدلی بین زوجین
پنجم	آگاهی از نیازهای مشترک همسران	توضیح نیازهای زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در زندگی زناشویی و شیوه ارضای آنها در خانواده	نوشتن شیوه‌های ارضای نیازهای چندگانه خود و همسر، به‌ویژه نیاز جنسی	افزایش لذت از تعامل با همسر
ششم	آشنایی با سبک زندگی معنوی در خانواده	تبیین ارزش‌های اخلاقی، معنوی و دینی در زندگی مشترک و چگونگی اجرا کردن آنها	پیشنهاد و اجرای یک برنامه معنوی عملی در خانواده	توجه بیشتر به مسائل معنوی در زندگی خانوادگی
هفتم	تقویت نگرش مثبت در زندگی مشترک	تشریح ارزش و راهکارهای مثبت‌نگری از دیدگاه اسلام و روان‌شناسی، توجه به رویدادهای مثبت و توانایی‌های خود در زندگی مشترک	نوشتن نگرش‌های مثبت خود و بازخورد آنها؛ تمرین بیان ویژگی‌های مثبت همسر به وی در موقعیت‌های مختلف	بهبود نگرش مثبت به همسر و کاهش منفی‌نگری در زندگی زناشویی
هشتم	آموزش شیوه‌های حل تعارض بین زوجین	اجتناب‌ناپذیر بودن تعارض و لزوم کنار آمدن با آن، ارائه سازنده‌ترین شیوه‌های حل اختلاف و تعارض با همسر، تکنیک پذیرش تناقض	نوشتن دو مورد از کاستی‌ها و ایرادهای خود در تنش‌های اخیر زندگی مشترک زناشویی و شیوه برطرف کردن آن	استفاده از روش‌های سازنده حل تعارض و کاستن از عوارض منفی اختلافات خانوادگی

توجه به وظایف همسران در قبال همسر خود و مرور این وظایف و مهم دانستن آنها	تهیه فهرستی از وظایف خود در قبال همسر و تعیین آنهایی که انجام می‌دهد و آنهایی که انجام نمی‌دهد	توضیح وظایف الهی زن و شوهر نسبت به هم مثل معاشرت نیکو، احترام متقابل، همکاری، وفاداری و امثال آن، درک وظایف خود در قبال شوهر	آگاهی از حقوق و وظایف خود در برابر همسر	نهم
تقویت تعهد، محبت و توجه به نیازهای عاطفی همسر	بررسی وضعیت خود در میزان تعهد و صمیمیت و تأمین نیازهای عاطفی همسر، انجام برنامه‌های دوفقره با همسر	تبیین اهمیت و مراحل عشق، تفاوت عشق و هوس و تشریح سه بعد تعهد، صمیمیت، نیازهای عاطفی و جنسی در مودت همسرانه	آموزش شیوه‌های عشق‌ورزی به همسر	دهم
تحکیم ارزش‌های اخلاقی و دینی در زندگی زناشویی	انجام دستورهای دینی به شیوه لذت‌بخش و خوشنودکننده در زندگی مشترک	نقش خداآوری در بهبود کیفیت زندگی و آرامش روانی؛ باور به توانایی و عطاقت خدا و واگذار کردن امور به او	تحکیم ایمان به خدا و باورهای دینی	یازدهم
استمرار رفتارهای آموخته شده و تبدیل آنها به یک سبک زندگی جدید در جهت تقویت عواطف مثبت به همسر	مرور روزانه مطالب آموخته شده و استمرار به‌کارگیری آنها در زندگی مشترک	مروری بر فرایندهای تغییرات ایجاد شده؛ دریافت بازخورد و حل ابهامات اعضای گروه؛ ترغیب اعضا به پیگیری دستورهای درمانی	جمع‌بندی مباحث و ارزیابی نتایج گروه‌درمانی از اعضای گروه	دوازدهم

### یافته‌ها

پیش از بررسی یافته‌ها، لازم بود که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه نمونه را بررسی و هم‌تاسازی گروه‌ها انجام شود. بنا بر داده‌های جمع‌آوری شده، کمترین سن گروه نمونه ۲۷ و بالاترین سن ۴۸ سال بود و میانگین سنی گروه آزمایشی ۳۵/۲ و گروه گواه ۳۴/۸ سال بود. میانگین مدت ازدواج کل اعضای گروه نمونه ۱۱/۶ سال بود که این میانگین برای گروه آزمایش ۱۱/۵۸ و برای گروه گواه با ۱۱/۶۲ بود. تحصیلات آنها از سوم راهنمایی تا کارشناسی متنوع بود که حدود ۱۷٪ آنان دارای تحصیلات سیکل، ۴۴٪ دیپلم، ۲۵٪ فوق دیپلم و ۱۴٪ دارای مدرک کارشناسی بودند که در هر دو گروه به‌طور مساوی توزیع شدند؛ بنابراین دو گروه در هر سه متغیر سن، مدت ازدواج و تحصیلات همگن بودند که قرار بود اثر آنها در این پژوهش کنترل شوند. جدول ۲ پراکنده‌گی طول مدت ازدواج شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی آزمودنی‌های از جهت طول مدت ازدواج در دو گروه آزمایشی و کنترل

گروه‌ها	تعداد	طول مدت ازدواج		
		۵ تا ۱۰ سال	۱۰ تا ۱۵ سال	۱۵ تا ۲۰ سال
گروه آزمایشی	۱۲	۵	۴	۳
گروه کنترل	۱۲	۶	۴	۲
جمع	۲۴	۱۱	۸	۵
		۴۶ درصد	۳۳/۴ درصد	۲۰/۶ درصد

جدول ۲ نشان می‌دهد که طول مدت ازدواج زنان شرکت‌کننده از ۶ تا ۱۷ سال در نوسان است. از ۲۴ نفر آزمودنی، حدود ۴۶ درصد ۵-۱۰ سال، ۳۳/۴ درصد ۱۰ تا ۱۵ سال و ۲۰/۶ درصد آنها نیز ۱۵ تا ۲۰ سال از زندگی مشترکشان می‌گذشت.

پس از اطمینان از همگنی دو گروه آزمایشی و گواه، سطح احساسات مثبت به همسر دو گروه آزمایش و کنترل در پیش و پس از مداخله درمانی و پیگیری یک ماهه مورد توجه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار احساسات مثبت به همسر در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و گواه

متغیر	مراحل	گروه یکپارچه توحیدی		گروه گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
احساسات مثبت همسر	پیش‌آزمون	۳۱/۸۳	۷/۲۲	۲۹/۳۳	۴/۰۷
	پس‌آزمون	۵۲/۲۵	۵/۹۷	۳۱/۱	۴/۴۵
	پیگیری	۵۰/۰۸	۵/۸۳	۳۰/۲۵	۴/۵۵

براساس این یافته‌ها، میانگین نمرات مقیاس احساس مثبت به همسر در اعضای هر دو گروه پیش از دریافت آموزش بسیار به هم نزدیک است (۳۱/۸۳ در گروه یکپارچه توحیدی و ۲۹/۳۳ در گروه گواه)؛ اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، افزایش چشمگیری را نشان می‌دهد (به ترتیب ۵۲/۲۵ برای پس‌آزمون و ۵۰/۰۸ برای پیگیری یک ماهه). این امر در حالی است که میانگین احساسات مثبت به همسر اعضای گروه گواه پس از جلسات بحث آزاد تغییر چندانی نکرد (۳۱/۱ در پس‌آزمون و ۳۰/۲۵ در آزمون پیگیری).

به منظور بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته از آزمون لوین<sup>۱</sup> استفاده شد. آزمون لوین،

1. Levenes test

برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را در متغیر پژوهشی می‌سنجد. سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ در آزمون لوین نشان‌دهنده یکسانی واریانس خطا می‌باشد که در این پژوهش ۰/۱۵۰ و بیشتر از ۰/۰۵ است، یعنی واریانس خطای متغیر پژوهشی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر و از این جهت تفاوتی بین آنها وجود ندارد. پس مفروضه همگن بودن گروه‌ها در این پژوهش برقرار است (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	F	df)	df۲	سطح معناداری (P)
احساسات مثبت به همسر	۱/۵۵	۸	۹۹	۰/۱۵۰

با توجه به رعایت پیش‌فرض یکسانی واریانس خطا، جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره روی نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری، با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیر وابسته (سطح احساسات مثبت افراد نسبت به همسر) انجام گرفت. برای بررسی معناداری این تفاوت، داده‌های به دست آمده از سه آزمون انجام شده با تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج این تحلیل در جدول ۵ خلاصه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر گروه درمانی یکپارچه توحیدی بر احساسات مثبت نسبت به همسر

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجزوراتا
گروه	۱۳۶/۱۶	۱	۱۳۶/۱۶	۴۸/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰۸
خطا	۵۶/۱۳	۲۰	۱۲/۱۴			
کل	۴۳۵۷۰	۲۴				

همان‌طور که مشاهده می‌شود F به دست آمده در گروه آزمایش (۴۸/۵۱) است که در سطح معنادار می‌باشد؛ افزون بر این، شاخص اثر (مجذور اتا) نیز بیانگر آن است که دست‌کم ۷۰ درصد تغییرات ایجاد شده در گروه آزمایش را می‌توان به اثر مداخله روش درمانی مورد استفاده نسبت داد. با تکیه بر این داده‌ها می‌توان گفت اجرای گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی توانسته است به طور معناداری احساسات مثبت زنان شرکت‌کننده در گروه آزمایشی را نسبت به همسرانشان افزایش دهد.

### بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که پیداست، یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که زوج‌درمانی با رویکرد یکپارچه توحیدی توانسته است احساس مثبت زنان متأهل را نسبت به همسرشان به طور معناداری بهبود بخشد و این دستاورد دست‌کم تا یک ماه پس از پایان درمان نیز استمرار داشته است. نتیجه به دست آمده با یافته‌های جعفری، حاج‌حسینی و غباری بناب (۱۳۹۷) در مورد تأثیر آموزه‌های اسلامی بر صمیمیت زوج‌های ناسازگار، آری‌ن‌فر و اعتمادی (۱۳۹۵) در تقویت صمیمیت زناشویی زوجین با کاربرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر و نیز اثر گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی بر میزان رضایت زناشویی متأهلین (سیدی و باقری‌نیا، ۱۳۹۶) و خودآگاهی هیجانی، جرئت‌ورزی و معناداری زندگی (زرقانی و همکاران، ۱۳۹۸) همسو است.

همچنین برخی یافته‌های پژوهشی خارج از کشور نیز تأیید کرده‌اند کسانی که پابندی بیشتری به تعالیم و دستورهای دینی خود دارند، از احساس مثبت بیشتری نسبت به همسرشان برخوردارند؛ برای مثال، پژوهش امان، عباس، نورنابی و بانو<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) درباره رابطه دینداری و رضایت زناشویی نشان داد که تعهد زناشویی و انجام اعمال دینی نقش مهمی در رضایت زناشویی پاسخ‌دهندگان پاکستانی داشته است؛ یا ارزیابی گریگوری (۲۰۱۹) از تأثیر نزدیکی به خدا و دینداری بر رضایت و طول عمر زناشویی در ازدواج‌های پایدار آمریکاییان آفریقایی‌تبار، تأثیر خدا‌باوری و التزام به اعمال دینی در طولانی شدن رضایت‌آمیز زندگی مشترک را برجسته کرد. ماهونی<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) دریافت باورهای مذهبی، همبستگی مثبت بالایی با تعارض‌های زناشویی کمتر، احساس حمایت عاطفی بیشتر و افزایش روابط صمیمانه بین زوجین دارد. هلمیک و بیچوف<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) نیز دینداری را بهترین عامل ثبات و پایداری در ازدواج و زندگی زناشویی می‌داند. آنها استدلال می‌کنند که ادیان با دستورها و استانداردهایی که برای زندگی خانوادگی ارائه می‌دهند، موجب افزایش ارتباط کلامی، ارتقای شادکامی، کاهش چشمگیر پرخاشگری کلامی و تعارضات و اختلافات زناشویی شده و درنهایت، سبب فزونی رضایت زناشویی و احساس مطلوب‌تر نسبت به یکدیگر می‌شوند؛ همچنین مذهب با ایجاد وابستگی گروهی و برپایی مناسک و مراسم معنادار، به تقویت ارتباطات میان اشخاص و خانواده‌ها کمک می‌کند و بدین شیوه روابط میان فردی آنها را اصلاح می‌کند.

1. Aman, J., Abbas, J., Nurunnabi, M. & Bano, S.

2. Mahoney, A.

3. Helmeke, K. B. & Bischof, G. H.



همچنین با افزایش رفتارهای توجه‌آمیز و مراقبتی، زوجین به تدریج برای یکدیگر منبع ارضای نیازهای عاطفی شده و از راه تجارب خوشایند مشترک، احساسات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه یک فضای مطلوب و امن ایجاد می‌شود؛ درحقیقت پس از هر رابطه خوشایند، احساسات مثبت نسبت به همسر در زنان و مردان افزایش می‌یابد. به گفته گاتمن<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) اگر زوج‌ها در هفته فقط ۵ ساعت را صرف زندگی مشترک زناشویی خودشان کنند، روابطشان بهتر می‌شود و در نتیجه احساس بهتری نسبت به همسر خود می‌یابند.

در واقع، در زوج‌درمانی یکپارچه توحیدی با حساس کردن افراد نسبت به پیامدهای منفی کاهش احساسات مثبت به همسر، اصلاح نگرش‌های منفی در مورد مسائل زناشویی، تخلیه هیجانی و شیوه‌های مؤثر کنار آمدن با مشکلات، تقویت خودآگاهی و همدلی با همسر، آگاهی از نیازهای مشترک همسران، آموزش شیوه‌های حل تعارض با همسر، آگاهی از حقوق و وظایف خود در برابر همسر، آموزش شیوه‌های عشق‌ورزی به همسر، تقویت تعهد، محبت و توجه به نیازهای عاطفی همسر، ضرورت عفو و گذشت و شکیبایی در زندگی مشترک، پایین آوردن سطح توقعات و انتظارات غیرواقع‌بینانه و غیرالهی از یکدیگر و تقویت باورها و رفتارهای مذهبی، تحکیم ارزش‌های اخلاقی و معنوی در زندگی زناشویی می‌کوشد با استقرار یک سبک زندگی جدید مثبت و معنوی، احساسات فرد نسبت به همسرش را بهبود بخشد و کانون مقدس خانواده را از آسیب‌ها و بحران‌ها درامان نگاه دارد. اثربخشی این امور در تحقیقات فراوانی همچون در پژوهش‌های ناانیل و دیوید<sup>۲</sup> (۲۰۱۰)، کال و هیتون<sup>۳</sup> (۱۹۹۷)، اورتینکال و نستیوکن<sup>۴</sup> (۲۰۰۶)، هوک<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۰) تأیید شده است.

محدودیت مهم مطالعه حاضر آن بود که پژوهش صرفاً با زنان متأهل صورت گرفت و لازم است پژوهش دیگری اثربخشی این رویکرد در مورد مردان متأهل را نیز به بوته آزمون بگذارد. محدودیت دیگر این پژوهش، عدم سنجش میزان اعتقادمندی گروه نمونه بود؛ زیرا به نظر می‌رسد هر اندازه باورهای مذهبی مراجع قوی‌تر باشد، احتمالاً اثربخشی این الگو بیشتر خواهد بود. در مقابل، اشخاص با عقاید دینی ضعیف ممکن است کمتر از این رویکرد بهره‌مند شوند. پس لازم است در پژوهش‌های بعدی، میزان باورمندی مذهبی آزمودنی‌ها نیز مورد سنجش قرار گیرد و رابطه آن با میزان اثربخشی این رویکرد ارزیابی شود.

1. Gottman, J. M.

2. Nathaniel, M. & David, C.

3. Call, V. R. A. & Heaton, T. B.

4. Orathinkal, J. & Vansteewegen, A.

5. Hook, J.

با توجه به آمار بالای اختلافات خانوادگی در ایران، به‌ویژه پس از شیوع ویروس کووید ۱۹، ضروری است با آموزش‌های جامع و مؤثر، شیوه‌های کارآمدی را به زوجین آموزش دهیم که بتوانند مشکلات ارتباطی را برطرف کنند و با بالا بردن رضایتمندی از زندگی زناشویی، احساس مثبت‌تری نسبت به هم داشته باشند. براساس این یافته‌ها پیشنهاد می‌شود که مشاوران و زوج‌درمانگران در مشاوره‌های خانواده و زوج‌درمانی در کنار سایر رویکردهای خانواده‌درمانی، از رویکرد بومی یکپارچه توحیدی هم استفاده کنند؛ زیرا این رویکرد، افزون بر بهره‌مندی از مؤلفه‌های اثرگذار سایر نظام‌های خانواده‌درمانی، بر دو مؤلفه فرهنگ و معنویت تأکید می‌کند که در سال‌های اخیر مورد استقبال متخصصان حوزه سلامت و مشاوران خانواده در سراسر جهان قرار گرفته است.

همان‌طور که می‌دانیم بیشتر زوج‌های ایرانی علاقه و آمادگی فراوانی برای عمل به توصیه‌های دینی دارند؛ به همین علت، امروزه بسیاری از خانواده‌درمانگران ترکیبی از عوامل معنوی با فنون روان‌شناختی را مؤثرتر می‌دانند.



## منابع

\* قرآن کریم.

۱. آراین‌فر، نیره و عذرا اعتمادی (۱۳۹۵)، «مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر و هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین آسیب‌دیده از خیانت همسر»، فصلنامه پژوهش‌های مشاوره، دوره ۱۵، ش ۵۹، ص ۷-۳۷.
۲. امیریان، مهدی؛ مهناز علی‌اکبر دهکردی، سبحان پورنیک‌دست و طیبه محتشمی (۱۳۹۳)، «اثربخشی آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر سطح پرخاشگری»، مجله روان‌شناسی و دین، ش ۲۵، ص ۱۷-۳۰.
۳. بوالهروی، جعفر (۱۳۹۱)، «بررسی برخی علل منجر به تقاضای طلاق در زوجین متقاضی در دادگاه‌های تهران»، مجله اپیدمیولوژی ایران، دوره ۸، ش ۱، ص ۸۳-۹۳.
۴. ثنایی، باقر؛ ستیلا علاقمند و شهره فلاحتی (۱۳۹۶)، مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران: انتشارات بعثت.
۵. جایروند، حمداله (۱۳۹۶)، «مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و روان‌درمانی یکپارچه توحیدی بر کاهش افکار خودکشی و تغییر شناختی هیجان در افراد اقدام‌کننده به خودکشی»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، س ۲۵، ش ۵، ص ۹۱-۹۹.
۶. جعفری، فاطمه؛ منصوره حاج‌حسینی و باقر غباری‌بناب (۱۳۹۷)، «اثربخشی مشاوره هیجان‌مدار مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر صمیمیت زوج‌های ناسازگار»، مجله پژوهش‌های مشاوره، ش ۶۸، ص ۴۴-۷۳.
۷. چابکی‌نژاد، زهرا و فاطمه صابر اشکذری (۱۳۹۸)، «اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر اضطراب و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دختران پیش‌دانشگاهی استان یزد»، مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ش ۲، ص ۴۰-۶۰.
۸. چوپانی، مراد (۱۳۸۹)، «مقایسه اثربخشی تأثیر گروه‌درمانی رویکرد یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی بر عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد شهر قم»، دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ش ۶، ص ۳۱-۶۱.
۹. حرعاملی، محمدبن حسن (۱۳۷۰)، تفصیل وسائل الشیعه الی تحصیل مسائل الشریعه، تحقیق محمدرضا الحسینی الجلالی، ج ۱۴، قم: مؤسسه آل‌البیت لاحیاء التراث.

۱۰. زرقانی، سیداحمد؛ بهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی، مجید معینی‌زاده و فرشته غلامرضایی‌نژاد (۱۳۹۸)، «اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی بر خودآگاهی هیجانی، جرأت‌ورزی و معناداری زندگی زندانیان»، نشریه طب انتظامی، ش ۳ (سمینار علمی مراقبت‌های پرستاری در بهداشت روان و سلامت جامعه).
۱۱. زهراکار، کیانوش و فروغ جعفری (۱۳۹۷)، مشاوره خانواده (مفاهیم، تاریخچه، فرایند و نظریه‌ها)، تهران: ارسباران.
۱۲. سالاری‌فر، محمدرضا (۱۳۹۸)، زوج‌درمانی با روی‌آورد اسلامی، قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۱۳. سیدی، زهرا و حسن باقری‌نیا (۱۳۹۶)، «اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی بر میزان رضایت زناشویی متأهلین»، مجموعه مقالات سمینار علمی مراقبت‌های پرستاری در بهداشت روان و سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول.
۱۴. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۹۲)، الگوی روان‌درمانی یکپارچه با معرفی درمان یکپارچه توحیدی، قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۱۵. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۷الف)، «بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی در کاهش بزهکاری زندانیان»، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۱، ش ۲، ص ۷-۳۰.
۱۶. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۷ب)، «مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناخت‌درمانی در درمان اعتیاد و اختلالات همایند زندانیان»، رساله دکتری روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
۱۷. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۶)، «مقایسه میزان اثربخشی دو روش درمانی یکپارچه توحیدی و شناخت‌درمانی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان»، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، س ۳۷، ش ۳، ص ۴۱-۷۲.
۱۸. شمس‌آبادی، احمد (۱۳۹۵)، «اثربخشی درمان گروهی با رویکرد یکپارچه توحیدی بر نگرش معنوی و رضایت زناشویی در مردان متأهل شهرستان مشهد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
۱۹. طبرسی، فضل‌بن‌حسن (۱۳۸۶)، مکارم الاخلاق، قم: نشر حبيب.
۲۰. طیبی، هاجر (۱۳۹۰)، «مقایسه اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی-رفتاری در کاهش فشار روانی و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال پس از ضربه»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.

۲۱. کریمی، شیوا؛ بهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی و جعفر طالبان‌شریف (۱۳۹۲)، «مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناختی-رفتاری بر روی دانشجویان سایکوپات غیر بالینی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
۲۲. مشهدی‌پور، مریم؛ نیلوفر میکاییلی و محمد نریمانی (۱۳۹۲)، «مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناختی-رفتاری بر کاهش اختلالات اضطرابی دانش‌آموزان دختر»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
۲۳. نوری، حسین بن محمدتقی (۱۳۷۳)، مستدرک الوسائل، تحقیق مؤسسه آل‌البیت، ج ۱۴، قم: مؤسسه آل‌البیت لاحیاء التراث.
۲۴. هادی، مهدی و مسعود جان‌بزرگی (۱۳۸۸)، «اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی»، مجله روان‌شناسی و دین، س ۲، ش ۲، ص ۷۱-۱۰۴.
25. Aman, J., Abbas, J., Nurunnabi, M. & Bano, S. (2019), The relationship of religiosity and marital satisfaction: The role of religious commitment and practices on marital satisfaction among Pakistani respondents, *Behavioral Sciences*, 9(3), 30.
26. Black, S. W. (2019), Religious Practices in Couple and Family Therapy, *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*, 2477-2481.
27. Call, V. R. A. & Heaton, T. B. (1997), Religious influence on family stability, *Journal of the Scientific Study of Religion*, 36, 382-392.
28. Ching, C. L. & Chan, V. L. (2020), Positive emotions, positive feelings and health: A life philosophy. *Linguistics and Culture Review*, 4(1), 1-14.
29. Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2012), Family therapy: An overview.
30. Gottman, J. M. (2013), *What Makes Love Last?* New York: Findaway World LLC.
31. Gregory, K. A. (2019), Sustainable African American Marriages: Evaluating the Impact of Closeness to God and Religiosity on Marital Satisfaction and Longevity.
32. Helmeke, K. B. & Bischof, G. H. (2011), Couple therapy and the integration of spirituality and religion. *Handbook of clinical issues in couple therapy*, 247-270.
33. Holmberg, A., Jensen, P. & Vetere, A. (2020), Spirituality—a forgotten dimension? Developing spiritual literacy in family therapy practice, *Journal of Family Therapy*.

34. Hook, J., Worthington, E., Davis, D., Jennings, D. & Gartner, A. (2010), Empirically supported religious and spiritual therapies, *J Clin Psychol*; 66: 46-72.
35. Ivtzan, I., Chan, C. P., Gardner, H. E., & Prashar, K. (2013), Linking religion and spirituality with psychological well-being: Examining self-actualisation, meaning in life, and personal growth initiative. *Journal of religion and health*, 52(3), 915-929.
36. Mahoney, A. (2005), Religion and conflict in marital and parent child relationship, *Journal of Social Issues*, 61, 689-706.
37. Nathaniel, M., & David, C. (2010), Family relation. *Journal of Family Therapy*, 78-65, 34.
38. O'Leary, K. D., Fincham, F., & Turkewitz, H. (1983), Assessment of positive feelings toward spouse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(6), 949.
39. Orathinkal, J., & Vansteewegen, A. (2006), Religiosity and marital satisfaction. *Contemporary Family Therapy*, 28, 497-504.
40. Palmer, S., & Dryden, W. (1994), *Counselling for stress problems*, Sage.
41. Rusu, P. P., Bodenmann, G., & Kayser, K. (2019), Cognitive emotion regulation and positive dyadic outcomes in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(1), 359-376.
42. Walsh, F. (Ed.). (2008), *Spiritual resources in family therapy*. Guilford Press.
43. Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2016), A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*, 55(3), 390-407.