


## مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته

حسن جعفرزاده دانش‌سلاخ / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل  
 مرتضی اخلاقی فرد / استادیار گروه ادیان و عرفان دانشگاه آزاد اسلامی کرج  
 آرزو تاری مرادی / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی کرج  
 ناهید معراجی / دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی کرج

N.meraj2020@yahoo.com  orcid.org/0000-0002-6113-3777

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

دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۰۷ - پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۳

### چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته بود. روش پژوهش «نیمه‌آزمایشی» با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمام زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ بودند که به روش «نمونه‌گیری در دسترس» به تعداد ۴۵ تن انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری «معنویت‌درمانی»، «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» و گواه جایگزین شدند. یک گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش «معنویت‌درمانی» و گروه دیگر ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش «ذهن‌آگاهی» دریافت کردند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه «انسجام خانوادگی» (سامانی، ۱۳۸۱) و مقیاس «سازگاری زن و شوهر» اسپنیر (۱۹۷۶) استفاده شد. تجزیه تحلیل داده‌ها با آزمون «تحلیل کوواریانس چندمتغیره» (MANCOVA) و آزمون «تعقیبی» بنفرونی با نرم‌افزار آماری SPSS22 صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد: هر دو برنامه مداخله‌ای تأثیر معناداری بر بهبود انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی داشتند ( $P < / 0.1$ ). نتایج آزمون «تعقیبی» بنفرونی نشان داد: معنویت‌درمانی تأثیر بیشتری بر بهبود سازگاری زناشویی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتری بر بهبود انسجام خانوادگی داشت ( $P < / 0.1$ ). می‌توان بیان داشت: هر دو درمان از قابلیت‌های عملی خوبی برای مداخلات بالینی بر بهبود انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته برخوردارند.

**کلیدواژه‌ها:** روابط خانوادگی آشفته، انسجام خانوادگی، سازگاری زناشویی، معنویت‌درمانی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی.

خانواده نهاد اصلی و مهم جامعه است. اهمیت این نهاد تا جایی است که خداوند متعال در آیه ۲۱ سوره «روم» می‌فرماید: «از جمله نشانه‌های او این است که برای شما همسرانی از جنس خودتان آفرید تا در کنارشان آرامش یابید و بین شما الفت و مهربانی برقرار ساخت». در واقع، این نهاد با پیوند زناشویی تشکیل می‌گردد و تداوم و بقای آن نیز بستگی به تداوم و بقای پیوند زناشویی دارد (جعفرزاده داشبلاغ و همتی، ۱۳۹۵).

امروز متأسفانه بیشتر شاهد ازهم‌پاشیدگی این نهاد ارزشمند هستیم، به‌گونه‌ای که براساس آمارهای موجود روند افزایش ازهم‌پاشیدگی خانواده و طلاق در نیم قرن اخیر یک روند جهانی است (بلودگیت و همکاران، ۲۰۱۴، ص ۱۱۳۵). جدیدترین اطلاعات آماری ایران درباره طلاق بیانگر افزایش آمار آن است (شعبانی و تات، ۱۳۹۶). در واقع بسیاری از روابط زناشویی امروزه رو به آشفتنگی شدید دارد، به‌گونه‌ای که در این زمینه شواهد پژوهشی حاکی از نرخ شیوع ۲۰ تا ۱۵ درصدی آشفتنگی روابط زوجی در جوامع گوناگون است (ویشمن و همکاران، ۲۰۰۸).

ویراست پنجم *راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5)* آشفتنگی رابطه زوجی را با عنوان «اختلال کارکرد در حوزه‌های رفتاری (مانند دشواری در حل تعارض)، شناختی (مانند انتساب مژمن اسنادهای منفی به همسر) و هیجانی (مانند بی‌تفاوتی و یا خشم نسبت به شریک)» تعریف می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شواهد مطالعاتی نشان می‌دهند این مفهوم‌سازی منطبق با یافته‌های علمی است؛ زیرا کارکردهای مختل هیجانی، شناختی و رفتاری نه‌تنها زوجین آشفته و غیرآشفته را به‌طور معنادار از هم متمایز کرده و به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم سطح کیفیت رابطه زوجی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (براکت و همکاران، ۲۰۱۵، ص ۲۰۸)، بلکه کارکردهای سه‌گانه در یک مسیر علیت دایره‌ای بر همدیگر تأثیر افزایشی دارند (گروس و همکاران، ۲۰۰۶، ص ۲۹).

وجود آشفتنگی خانوادگی می‌تواند تهدیدی برای انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی باشد. «سازگاری زناشویی» اصطلاحی چندبعدی است که سطوح چندگانه ازدواج را روشن می‌کند. «سازگاری زناشویی» شیوه‌ای است که افراد متأهل به‌طور فردی یا با یکدیگر، برای تداوم ازدواج سازگار می‌شوند و یکی از مهم‌ترین عوامل در تعیین ثبات و تداوم زندگی زناشویی است (خلیل‌بند، ۱۳۹۲).

علاوه بر این، مطابق نظر *ها/فوردر (Halford)* و همکاران (۲۰۰۷، ص ۱۹۰) وجود سازگاری زناشویی پیش‌بینی‌کننده انسجام خانوادگی بین زوجین است. انسجام به‌مثابه یکی از ساختار پرنفوذ خانواده، احساس همبستگی، پیوند و تعهد عاطفی است که اعضای یک خانواده نسبت به هم دارند (اولسون، ۱۹۹۹، ص ۱۷۹).

*لینگرن (Lingren, 2003)* «انسجام» را احساس نزدیکی عاطفی با دیگران تعریف می‌کند. از نظر او دو کیفیت مربوط به انسجام، مشتمل بر تعهد و وقت گذراندن با هم است. منظور از «تعهد» میل به صرف وقت و نیرو

در فعالیت‌های خانواده و همچنین ممانعت از تأثیر منفی عواملی همچون مسائل شغلی در آن است. بعد دیگر انسجام از نظر لینگرن، وقت گذاشتن و با هم بودن در بین اعضای خانواده است. خانواده‌هایی که در این زمینه قوی هستند، مرتب برنامه‌ها و زمان‌هایی را برای فعالیت گروهی در نظر می‌گیرند (لینگرن، ۲۰۰۳).

السون (۱۹۹۹) بیان کرده است که وجود انسجام خانوادگی می‌تواند تضمینی برای تداوم زندگی زناشویی باشد. بر این اساس با توجه نقش انسجام خانوادگی و رضایت زناشویی در استحکام زندگی زناشویی، انجام مداخلات روان‌شناختی به منظور افزایش این متغیرها حائز اهمیت بسیار است. استفاده از مداخلات روان‌شناختی می‌تواند با تغییر روند کنونی ارتباطات بین زوجین زمینه را برای کاهش مشکلات آنان فراهم سازد.

یکی از مداخلات روان‌شناختی که در حیطه زوجین بسیار مدنظر است، مداخلات مبتنی بر «ذهن‌آگاهی» است. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی یکی از درمان‌های شناختی - رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می‌شود (اوست، ۲۰۰۸، ص ۳۱۱). در دو دهه اخیر تعدادی از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی ظهور کرده‌اند (کابات زین و همکاران، ۱۹۸۵، ص ۱۴۶) که از آن جمله می‌توان به دو روش «کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی» و «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» اشاره نمود.

«شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» از الگوی «کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن‌آگاهی» کابات زین اقتباس شده و اصول درمان‌شناختی به آن اضافه شده است (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). هسته مرکزی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را تمرینات «مراقبه حضور ذهن» تشکیل می‌دهند. در واقع برنامه MBCT یادگیری با هدف و تمرکز، در هر زمان و بدون هیچ‌گونه قضایاتی را به افراد آموزش می‌دهد. در حین یادگیری مراجعان می‌آموزند که چسبیدن به برخی از احساسات نه‌تنها مفید نبوده، بلکه آزاردهنده و حتی مخرب نیز هست. در حین درمان، مراجع مهارت‌های مدیریت ذهن را که سبب فراشناخت می‌شود و پذیرش الگوهای فکری منفی را به وجود می‌آورد و توانایی پاسخ‌گویی با مهارت را پیدا می‌کند، فرامی‌گیرد. همچنین می‌آموزد که افکار و احساسات منفی را مرکززدایی کرده، اجازه دهد ذهن از الگوهای فکری «خودآیند»، به سمت فرایند هیجانی «خودآگاه» برود (کابات زین، ۱۹۹۰).

نتایج مطالعات صورت‌گرفته حاکی از نقش مؤثر این درمان در افزایش کارکردهای خانوادگی و عملکرد زناشویی است (عزیزی و قلی‌زاده، ۱۳۹۵؛ شاه‌بیک و همکاران، ۱۳۹۷؛ صدوقی و همکاران، ۲۰۱۹، ص ۱۱۱). علاوه بر این، یکی دیگر از مداخلاتی روان‌شناختی که می‌تواند بر کارکردهای زناشویی زوجین تأثیرگذار باشد «معنویت‌درمانی» است. مشخص شده است که همبستگی بالایی بین معنویت و تعهد زناشویی (ماهوانی، ۲۰۱۰، ص ۷۹۸) و رضایت زناشویی (فینچام، ۲۰۱۱، ص ۲۵۹؛ آگاتی و همکاران، ۲۰۰۷، ص ۵۱) و انسجام و سازگاری زناشویی (بیگی و همکاران، ۱۳۹۴، ص ۳۳) وجود دارد. درواقع اهمیت معنویت در زندگی روزمره تا حدی است که

پیشنهاد شده است سلامت معنوی به‌مثابه یکی از ابعاد سلامتی در تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت مدنظر قرار گیرد (عباسی و همکاران، ۲۰۱۴).

«معنویت» بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. این ارتباط به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد. وحدت در هستی به وسیله افراد معنوی مشاهده می‌شود (غباری بناب، ۱۳۸۹، ص ۴۱).

«معنویت» یکی از ابعاد زندگی انسانی است و هنگامی که افراد به اتاق مشاوره وارد می‌شوند بعد معنوی خود را پشت در نمی‌گذارند، بلکه باورهای معنوی، اعمال، تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات و چالش‌های معنوی خود را نیز به همراه خود به اتاق مشاوره می‌آورند (پاراگمنت، ۲۰۰۷، ص ۹).

منظور از «معنویت‌درمانی» درمان آلام و رنج‌های درونی و بیرونی انسان از طریق متعالی و ماورای طبیعی است. از این لحاظ نگرشی تازه به یکی از کارکردهای گوناگون دین است. درمان معنوی تنها یک روش کشف و رسیدگی به موقعیت‌های چالش‌برانگیز و نگران‌کننده در بهداشت روانی است که ممکن است در زندگی به وجود آید و ممکن است برخی افراد آن را به‌عنوان یک روش سودمند دریافت کنند (قاسمی، ۱۳۸۳).

رویکردهای معنویت‌درمانی درمانگران را تشویق می‌کند که در درمان مسائل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب مخاطب قرار دهند و با استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمان‌جویان، برای درمان از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند که نشانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسائل معنوی مراجعان باشد (ریچاردز و همکاران، ۲۰۰۷).

«معنویت‌درمانی» به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی - مذهبی افراد در فرایند درمان و در نظر گرفتن بعد متعالی مراجعان است. این بعد متعالی آنها را به سوی خدا رهبری می‌کند (غباری بناب، ۱۳۸۹، ص ۷۵). در درمان معنویت‌گرا، درمانگر درمانجو را به بررسی موضوع‌ها و مسائل معنوی که با زندگی او مرتبط هستند، دعوت می‌کند. تأکید درمانگر بر مسائل معنوی، بی‌طرفانه و غیرقضاوت‌گرایانه است (ریچاردز و همکاران، ۲۰۰۷). در این نوع درمان می‌توان از طبیعت، مراقبه (مدیتیشن)، موسیقی و دیگر شیوه‌های غیربسته‌ی درمانی هم استفاده کرد، از هرکدام که در تلاش برای اتصال جسم و ذهن با روح و یا به دنبال کشف عمیق‌ترین بخش از خود باشند (غباری بناب، ۱۳۸۹، ص ۵۸).

نتایج مطالعات صورت‌گرفته بر اهمیت و تأثیر معنویت و معنویت‌درمانی بر افزایش رضایت زناشویی (کاسو Casu) و همکاران، ۲۰۱۸، ص ۱۵۶؛ عسکری و همکاران، ۱۳۹۳؛ غفوری و همکاران، ۱۳۹۲، ص ۴۵؛ عرب‌باقرانی و همکاران، ۱۳۹۲، کاهش تعارضات زناشویی (غفوری و همکاران، ۱۳۹۰) افزایش بهزیستی روان‌شناختی زوجین (محمودی و امینی، ۱۳۹۶؛ صفرا و همکاران، ۲۰۱۹، ص ۲۴) و افزایش کیفیت زندگی (صفرا

و همکاران، ۲۰۱۹، ص ۲۴) دلالت داشت. همچنین نتایج یک فراتحلیل حاکی از اثربخش بودن مداخلات مبتنی بر معنویت بر روی متغیرهای کیفیت زندگی، رضایت زناشویی، کیفیت روابط زناشویی بود (کندی و همکاران، ۲۰۱۵). با این حال نتایج برخی دیگر از مطالعات نیز به عدم تأثیر مداخله معنویت‌درمانی بر بهبود کیفیت زندگی (محمدی و امینی، ۱۳۹۹؛ رضانی و همکاران، ۱۳۹۵) اشاره کرده‌اند.

در نهایت امروزه با توجه به کاهش انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی و تبع آن افزایش آشفتگی روابط بین زوجین، طلاق و طلاق عاطفی، انجام مداخلات روان‌شناختی بسیار حائز اهمیت است، به‌ویژه آنکه براساس نتایج مطالعاتی، امروزه تأکید بسیاری بر نقش معنویت در امر زناشویی زوجین شده است. با این حال نتایج ضد و نقیضی نیز در خصوص تأثیر این روش مداخله‌ای بر کارکردهای خانوادگی وجود دارد که به عنوان خلأ پژوهشی اهمیت انجام چنین مطالعه‌ای را دوچندان نمایان می‌سازد. بر این اساس مطالعه حاضر به منظور پاسخ‌گویی به دو فرضیه تدوین شد:

۱) معنویت‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته، تأثیر دارد.

۲) معنویت‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته، تأثیرهای متفاوتی دارد.

## ۱. روش پژوهش

این پژوهش به لحاظ روش «نیمه‌آزمایشی» با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ بودند. تعداد نمونه پژوهش ۴۵ تن از زنان جامعه مذکور بودند که به شیوه «نمونه‌گیری در دسترس» انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه «معنویت‌درمانی» (۱۵ تن)، «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» (۱۵ تن) و گروه گواه (۱۵ تن) با لحاظ ملاک‌های متأهل بودن، تکمیل نمون‌برگ رضایتنامه شرکت در برنامه آموزشی، عدم ابتلا به مشکلات روان‌شناختی و داشتن حداقل سواد دوره متوسطه برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها جایگزین شدند. ملاک‌های خروج نیز شامل شرکت در سایر برنامه‌های آموزشی / درمانی، عدم تمایل به شرکت در طول برنامه و غیبت دو جلسه متوالی بود.

به منظور گردآوری داده‌ها بعد از انجام مکاتبات لازم با مسئولان مراکز مشاوره و روان‌درمانی، اقدام به انتخاب نمونه آماری گردید. بعد از تشریح اهداف پژوهش و جلب رضایت به منظور شرکت در پژوهش، ابتدا پیش‌آزمون دریافت گردید. سپس هر دو گروه مورد مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه آموزش دریافت

کردند و گروه گواه بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای باقی ماند. در نهایت داده‌ها جمع‌آوری شد و از طریق آمار توصیفی و آمار استنباطی آزمون «تحلیل کواریانس چندمتغیره» (MANCOVA) و آزمون «تعقیبی» بنفرونی از طریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

## ۲. ابزارهای گردآوری اطلاعات

ابزارهای گردآوری داده‌ها و همچنین خلاصه جلسات آموزشی عبارت بودند از:

### ۲-۱. پرسشنامه «انسجام خانوادگی»

این پرسشنامه با اقتباس از الگوی ترکیبی السون (۱۹۹۹) به وسیله سامانی (۱۳۸۱) تهیه شده است. این آزمون دارای ۲۸ گویه است و در مقابل هر گویه، طیف لیکریتی (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) وجود دارد. برای هر گویه نمره‌ای از ۱ تا ۵ در نظر گرفته شده است. حداکثر نمره قابل اکتساب در این آزمون ۱۴۰ و حداقل ۲۸ بود. مطالعات مقدماتی سامانی (۱۳۸۱) حاکی از کفایت این مقیاس برای ارزیابی همبستگی فرد با والدین بود. همچنین نتایج همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر ۰/۷۹ گزارش شده است (سامانی، ۱۳۸۱). همچنین در بررسی دیگری که به وسیله سامانی (۲۰۰۴) انجام شده، ضریب همبستگی درونی مقیاس ۰/۸۵، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش گردیده است.

### ۲-۲. مقیاس «سازگاری زن و شوهر» اسپنیر (DAS)

مقیاس «سازگاری زن و شوهر» اسپنیر (۱۹۷۶) یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند. این ابزار برای چند هدف ساخته شده است. می‌توان با به دست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه‌گیری رضایت کلی در یک رابطه صمیمانه استفاده کرد. نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها بین خوب تا عالی است: رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دونفری ۰/۸۱، توافق دونفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳. همچنین این مقیاس ابتدا با روش‌های منطقی روایی محتوا آزمون شد. مقیاس سازگاری زن و شوهر با قدرت تمیز دادن زوج‌های متأهل و مطلقه در هر سؤال، روایی خود را برای گروه‌های شناخته شده نشان داد. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با «مقیاس رضایت زناشویی» لاک - وولاس همبستگی دارد (ثنایی، ۲۰۰۸).

### ۲-۳. مداخله معنویت‌درمانی

در این پژوهش به منظور اجرای مداخله معنویت‌درمانی از بسته‌های آموزشی استفاده شده در تحقیقات رضانی و همکاران (۱۳۹۵)، عرب بافرانی و همکاران (۱۳۹۲)، غفوری و همکاران (۱۳۹۲) و محمودی و امینی (۱۳۹۶)

استفاده شده که متناسب با هدف مدنظر در این تحقیق، بخش‌های گوناگونی از هریک گرفته شده و با سازماندهی جدید در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه به شرح ذیل ارائه شده است:

**جلسه اول:** معارفه و آشنایی؛ ایجاد امید و رابطه همدلانه و بررسی باورها و نگرش‌های اعضا نسبت به جهان و خدا. از افراد خواسته شد تا برگه‌های معرفی معنوی خود را تکمیل کنند. سپس از آنها خواسته شد توضیح خود را از باورهای معنوی‌شان به اشتراک بگذارند.

**جلسه دوم:** طرح سؤال درباره چیستی معنویت؛ آیا به نیروی مقدس معتقدند؟ در مقابل این نیرو دوست دارید چه اقدامی انجام دهید؟ چه کاری انجام می‌دهید؟ کدام رفتار در شما حس خوب ایجاد می‌کند؟ ارائه توضیحات در خصوص نقش خود افراد و خداوند در سرنوشت، آینده و تغییر؛ بحث در خصوص صفات خداوندی، بخشندگی و رحمانیت خدا؛ اعتراف به اشتباهات و پذیرش ضعف‌های خود؛ بیان اثر جبران، دعا، صبر و بازیابی اعتماد به خود و پی بردن به ارزش‌های درونی خویش.

**جلسه سوم:** مراقبه، تمرین تمرکز فکر و آرام‌بخشی عضلانی؛ توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص؛ نقش مراقبه در احساسات و آرامش؛ ارائه تکلیف برای بخشودگی دیگران و فکر کردن در خصوص جبران گذشته.

**جلسه چهارم:** توکل و پاکسازی ذهنی؛ تفویض امور به خداوند و تقویت اراده فردی برای رشد معنوی و پاک شدن از ویژگی‌های منفی فکری و رفتاری و تلاش برای جایگزینی ویژگی‌های مثبت به جای ویژگی‌های منفی؛ بحث درباره توکل، خودباوری و اتصال میان توجه به خود و توجه به خدا در دست‌یافتن به یک ارتباط نیروبخش؛ گسترش تجربیات معنوی؛ هدف‌گذاری مناسب در برنامه‌ها.

**جلسه پنجم:** تواضع و خودمهارى و شیوه مقابله‌ای؛ بحث و تبادل نظر درباره تواضع و گذشت؛ در مقابل عظمت الهی و قدرت او چگونه باید تواضع داشت؟ راه‌های تسلط بر خشم با تغییر باورها و تمرین ذهنی؛ در مقابل فشارها و استرس‌ها، ضمن حفظ خونسردی از روش‌های عاقلانه و مسئله‌مدار استفاده ارائه شد. تمرین برای جلسه بعد؛ تقویت توان مهار خود و به‌کارگیری شیوه‌های جدید و مناسب برخورد با اطرافیان.

**جلسه ششم:** فضاسازی ذهنی و محیطی برای رشد معنوی؛ الگوگیری از رفتارهای معنوی همه‌جانبه بهبود ارتباطات فردی، به‌ویژه با اعضای خانواده در قالب نگاه متفاوت اعتقادی و احساسی، پیوستگی با برنامه‌ها و مناسک دینی و دل‌سپردگی به این پیوند درونی و عمیق معنوی و بیان احساس مثبت و تجربیات تازه ناشی از عملکردهای معنوی.

**جلسه هفتم:** مقاوم‌سازی فکری و ایستادگی در مقابل برگشت‌پذیری؛ مرور ارزش‌ها و نگرش‌های قبلی و مقایسه آنها با دیدگاه‌های کنونی به صورت تبادل نظر اعضا، بیان نتایج و پیامدهای متفاوت این دو دیدگاه و طرز فکرها؛

برجسته کردن نقش خودمدیریتی در سرنوشت خانواده و زندگی؛ بیان موانع و علل برگشت‌پذیری احتمالی باورها و عادات قبلی و چگونگی راه‌های مقابله با آنها.

**جلسه هشتم:** خودباوری و حفظ ارزش‌های به‌دست‌آمده به صورت مداوم؛ جدیت در ارزش‌سازی آنچه در طول جلسات کمک‌کننده بوده؛ خودشناسی، خودمهری، خودارتقای، تقویت و پیوند میان خود و نیروی لایزال الهی؛ به‌کارگیری تشویق‌ها و تأییدهای درونی و برخورداری از تفریحات و لذت‌های منطبق با باورها و اعتقادات؛ رشد مستمر اخلاقیات و ارزیابی مداوم ارتباط با خود، دیگران و با خدا و حفظ روحیه معنوی برای تمام عمر.

#### ۴-۲. آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی

این مداخله شامل ۸ جلسه آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که براساس کتاب **ساخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی**، تألیف ریکا کرین (۲۰۰۹) و به صورت هفته‌ای، یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح ذیل ارائه شد:

**جلسه اول و دوم:** برچسب‌دهی مجدد؛ معارفه؛ دریافت پیش‌آزمون؛ برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی؛ استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی. مراجع یاد می‌گیرد چگونه افکار و اعمال صمیمی خود را تشخیص دهد و درک عمیقی راجع به این موضوع به‌دست آورد که احساس آزاردهنده کنونی در یک موقعیت ارتباطی است.

**جلسه سوم و چهارم:** اسناددهی مجدد؛ مراجع عمیقاً متوجه می‌شود که افکار یا اعمال او معنادار نبوده، بلکه پیام‌های غلطی هستند که از مغز صادر شده و با عدم تعادل زیست شیمیایی در مغز مرتبطند و بر روابط اثر می‌گذارند.

**جلسه پنجم و ششم:** تمرکزدهی مجدد؛ مراجع درصدد برمی‌آید تا با تمرکز مجدد و معطوف ساختن توجه خود بر رفتار خوشایند صمیمی دیگران در قبال خود - حتی برای چند دقیقه - به رفتار دیگری (مثل ابزار احساسات و صمیمیت) فکر کند.

**جلسه هفتم و هشتم:** ارزش‌گذاری مجدد؛ مراجع یاد می‌گیرد که به ارزش‌گذاری افکار و امیال مزاحمی که به نحو چاره‌ناپذیری او را به انجام رفتارهای خشک و فقدان صمیمیت وادار می‌ساختند، فکر کند و به صحت ظاهری آنها توجه ننماید.

#### ۳. یافته‌های پژوهش

در پژوهش حاضر تعداد ۴۵ تن از زنان در سه گروه «معنویت‌درمانی» (۱۵ تن)، «ساخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» (۱۵ تن) و گروه گواه (۱۵ تن) مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی و ازدواج در گروه «معنویت‌درمانی»  $32/17 \pm 4/19$  و  $62/12 \pm 2/03$ ؛ «ساخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی»  $31/97 \pm 4/20$  و  $5/87 \pm 1/90$ ؛ و گروه گواه  $32/28 \pm 4/41$  و  $6/17 \pm 2/10$  بود. در هر سه گروه کمترین فراوانی دارای تحصیلات



فوق دیپلم و بیشترین فراوانی دارای تحصیلات کارشناسی بودند. در هر سه گروه کمترین فراوانی دارای بیش از دو فرزند و بیشترین فراوانی بدون فرزند بودند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو - ویلک

P	S-W	وضعیت	آماره‌ها		آزمون	گروه	متغیر
			میانگین انحراف معیار				
۰/۰۶۸	۰/۹۵۱	پیش‌آزمون	۸۲/۶۱۵	۱۸/۵۷۲۹	پیش‌آزمون (پس‌آزمون)	معنویت‌درمانی	انسجام خانوادگی
			۷۰/۶۱۰	۳۳/۵۶۱۱۰	پیش‌آزمون (پس‌آزمون)	شناخت‌درمانی	
۰/۰۷۶	۰/۹۸۰	پس‌آزمون	۶۵/۶۷۰	۱۲/۵۸۶۶	پیش‌آزمون (پس‌آزمون)	کنترل	
۰/۰۸۱	۰/۹۴۸	پیش‌آزمون	۱۸/۷۱۰	۷۸/۲۲۴۰	پیش‌آزمون (پس‌آزمون)	معنویت‌درمانی	سازگاری زناشویی
			۲۰/۸۱۳	۱۰/۲۳۱۷	پیش‌آزمون (پس‌آزمون)	شناخت‌درمانی	
۰/۱۱۰	۰/۹۷۰	پس‌آزمون	۲۲/۵۱۹	۲۱/۲۳۲۵	پیش‌آزمون (پس‌آزمون)	کنترل	

در جدول (۱) میانگین و انحراف معیار متغیرهای «انسجام خانوادگی» و «سازگاری زناشویی» در سه گروه مورد مطالعه به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. همچنین نتایج آزمون متعادل بودن داده‌ها براساس آزمون شاپیرو - ویلک ارائه شده که نتایج حاکی از متعادل بودن داده‌هاست ( $P > 0.05$ ).

### ۱-۳. آزمون فرضیه

معنویت‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انسجام‌خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته تأثیر دارد. در ادامه، قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، یکسان بودن شیب خط رگرسیونی و مفروضه همسانی واریانس‌ها بررسی گردید که نتایج آنها در ذیل آورده شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل کوواریانس

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
انسجام خانوادگی	۶۴۹/۲۷۴	۲	۳۲۴/۶۲۷	۱/۶۲۸	۰/۲۰۶
سازگاری زناشویی	۶۸۰/۲۱۱	۲	۳۴۰/۱۰۵	۱/۲۷۲	۰/۲۱۳

در جدول (۲) نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل کوواریانس آورده شده است. براساس نتایج مندرج فرضیه «همگنی رگرسیونی» پذیرفته می‌شود ( $P > 0.05$ ).

همچنین نتایج مفروضه «همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس» (آزمون M Box) حاکی از نبود تفاوت بین واریانس‌هاست ( $M\ Box = 2/108$ ,  $F = 0/129$ ,  $P = 0/912$ ). بنابراین، برای ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد. علاوه بر آن، برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی، از آزمون  $X^2$  بارتلت استفاده شد. نتایج این آزمون ( $X^2 = 120/178$ ,  $df = 2$ ,  $P < 0/001$ ) نشان داد: رابطه بین این مؤلفه‌ها معنادار است. بنابراین، شرط همبستگی مکفی بین مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی برقرار است.

جدول ۳: نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

اثر	شاخص‌های اعتباری	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
گروه	اثر یلایی	۰/۱۳۸	۴/۰۱۷	۴/۰۰۰	۳۲۸/۰۰۰	۰/۶۵۵	۰/۰۶	۰/۹۰۶
	لامبدای ویلکز	۰/۸۶۷	۴/۱۲۸	۴/۰۰۰	۳۲۶/۰۰۰	۰/۸۹۰	۰/۰۳	۰/۹۰۹
	اثر هتلینگ	۵۵/۴۵۲	۴/۲۴۱	۴/۰۰۰	۳۲۴/۰۰۰	۰/۹۵۸	۰/۰۲	۰/۹۲۰
	بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۵۵/۱۵۰	۸/۶۳۰	۲/۰۰۰	۱۱۴/۰۰۰	۰/۹۸۳	۰/۰۱	۰/۹۶۳

براساس مندرجات جدول (۳) نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد: اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های در دست مطالعه معنادار است ( $P < 0/05$ ,  $F = 4/128$ ,  $\lambda = 0/867$  ویلکز). بر این اساس، مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به مؤلفه‌های متغیر وابسته در مجموع معنادار است ( $\eta^2 = 0/909$  = توان آماری).

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) بر روی متغیرهای پژوهش

منبع	مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
گروه	انسجام خانوادگی	۶۵۱/۳۱۷	۲	۳۲۵/۶۸۵	۸/۵۶۶	۰/۰۰۱	۰/۱۲۴	۰/۸۶۴
	سازگاری زناشویی	۶۷۷/۸۰۱	۲	۳۳۸/۹۰۰	۸/۶۸۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲۶	۰/۸۷۷

طبق نتایج جدول (۴) بین دو گروه آزمایش و یک گروه گواه در متغیرهای انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که شرایط آزمایشی بر بهبود این متغیرها در زنان دارای روابط خانوادگی آشفته تأثیرگذار بوده است ( $P < 0/01$ ).

در ادامه، برای پاسخ‌گویی به فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تعیین تفاوت اثربخشی معنویت‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته، آزمون «تعقیبی» بونفرونی ارائه شده است:

جدول ۵: نتایج آزمون «تعقیبی» بونفرونی برای مقایسه اثربخشی درمان‌ها بر روی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه I	گروه J	تفاوت گروه I و J	خطای استاندارد	سطح معناداری
انسجام خانوادگی	کنترل	معنویت‌درمانی	*۱۸/۶۳**	۱/۳۸۰	۰/۰۰۱
	کنترل	شناخت‌درمانی	*۲۳/۴۴**	۱/۳۸۰	۰/۰۰۱
	معنویت‌درمانی	شناخت‌درمانی	*۴/۸۱**	۱/۳۸۰	۰/۰۰۵
سازگاری زناشویی	کنترل	معنویت‌درمانی	*۱۴/۱۵**	۱/۹۱۵	۰/۰۰۱
	کنترل	شناخت‌درمانی	*۱۸/۹۲**	۱/۹۱۵	۰/۰۰۱
	معنویت‌درمانی	شناخت‌درمانی	*۵/۷۵۰**	۱/۹۱۵	۰/۰۰۲

طبق نتایج جدول (۵) آزمون «تعقیبی» بونفرونی نشان داد: تفاوت معناداری بین اثربخشی معنویت‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته وجود دارد ( $P < 0/01$ )، به‌گونه‌ای که آموزش معنویت‌درمانی تأثیر بیشتری بر بهبود سازگاری زناشویی در مقایسه با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی داشت. این در حالی است که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتری بر بهبود انسجام خانوادگی در مقایسه با معنویت‌درمانی داشت ( $P < 0/01$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده (فرضیه اول مطرح شده در پژوهش حاضر) نشان داد: معنویت‌درمانی بر بهبود انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته دارای تأثیر معناداری است ( $P < 0/01$ ).

نتایج به‌دست‌آمده در این زمینه با یافته‌های مطالعات شیلوزی (Chidozie, 2011)، نجارپوریان و فاتحی‌زاده (۱۳۹۰)، عرب بافرانی و همکاران (۱۳۹۲)، غفوری و همکاران (۱۳۹۲)، رضانی و همکاران (۱۳۹۵)، کنلی و همکاران (۲۰۱۵)، محمودی و امینی (۱۳۹۶)، خاکپور و همکاران (۲۰۱۸) و کاسو و همکاران (۲۰۱۸) همسویی داشت. در این زمینه کاسو و همکاران (۲۰۱۸) در نتایج مطالعه خود به تأثیر معنویت‌درمانی بر رضایت زناشویی اشاره کردند. شیلوزی (۲۰۱۱) نیز در مطالعه خود نتیجه مشابهی را گزارش کرد. نتایج مطالعه خاکپور و همکاران (۲۰۱۸) نیز حاکی از اثربخش بودن معنویت‌درمانی مبتنی بر خانواده بر رضایت از ازدواج در زوجین بود.

غفوری و همکاران (۱۳۹۲) نیز در تحقیقی نشان دادند: روان‌درمانی معنوی مبتنی بر روش بخشودگی موجب افزایش معنادار بخشودگی و در نتیجه رضایت‌مندی زناشویی و کاهش معنادار تعارضات زوجین در مرحله پس‌آزمون شد. محمودی و امینی (۱۳۹۶) نیز در تحقیقی به بررسی اثربخشی مداخله معنویت‌درمانی بر بهبود کیفیت زندگی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی همسران اشاره کرده‌اند. نتیجه مشابهی در نیز در مطالعه رضانی و همکاران (۱۳۹۵) به‌دست آمد.

در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان بیان نمود که معنویت از طریق تقویت توانمندی‌هایی همچون نیایش، یاری رساندن به دیگران، قدردانی کردن، صبر در مسائل و مشکلات، طلب بخشش از خداوند و دیگران، پذیرش انتقادات و نظرات دیگران که همگی مستلزم برقراری ارتباط با کیفیت بهتر با خود و دیگران و خداوند است، موجب می‌شود زنان مورد مطالعه در ارزیابی ذهنی خود، خویشتن را توانمند و دارای قابلیت‌های جدید و غنی‌تر احساس کنند و همیشه خداوند را ناظر بر اعمال و رفتار خود بدانند و بکوشند از مسیر درست حق و عدالت تعدی نکنند و رابطه مؤثرتری با خود و همسر خود داشته باشند. علاوه بر آن با افزایش توانایی درک و پذیرش افکار، احساسات و عواطف یکدیگر در زندگی زناشویی، موجبات کشمکش، کاهش تمرد همسر از شوهر، و کاهش بحث‌های تند، موجبات افزایش سازگاری و انسجام زناشویی را فراهم سازند (شیدوزی، ۲۰۱۱). چنان‌که در این خصوص لامبرت و دولهایت (Dollahite & Lambert, 2008) بیان کرده‌اند، بین «معنویت» با «گذشت، مساعدت، صمیمیت و کیفیت روابط بین زوجین» همبستگی مثبتی وجود دارد.

همچنین می‌توان گفت: هماهنگی ارزش‌ها با سطح رضایت زناشویی زوجین ارتباطی مثبت دارد. در پژوهش حاضر، سعی بر این بود که مشارکت‌کنندگان از طریق درگیر شدن با مفاهیمی، از جمله توکل، آرامش معنوی ذهن و مانند آن به امنیت روانی بیشتری دست یابند. این امنیت روانی، خود موجب بالاتر رفتن رضایت زناشویی و به تبع آن، انسجام خانوادگی افراد می‌شود.

همچنین نتایج به دست آمده (فرضیه اول مطرح شده در پژوهش حاضر) نشان داد: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته تأثیر معناداری دارد ( $P < 0/01$ ). نتایج به دست آمده در این باره با یافته‌های مطالعات رجبی و همکاران (۱۳۹۰)، خوش‌سرشت و همکاران (۲۰۱۶)، شاهبیک و همکاران (۱۳۹۷) و صدوقی و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی داشت.

در این زمینه رجبی و همکاران (۱۳۹۰) در نتایج تحقیق خود گزارش کردند که شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش افسردگی در زنان متأهل تأثیر معناداری دارد. در پژوهشی شاهبیک و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب افزایش عملکرد خانواده و سازگاری زناشویی شده است. علاوه بر این، نتایج مطالعه خوش‌سرشت و همکاران (۲۰۱۶) حاکی از آن بود که آموزش ذهن‌آگاهی تأثیر معناداری بر سازگاری زناشویی در زنان دارد. صدوقی و همکاران (۲۰۱۹) نیز در تحقیقی نشان دادند: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عملکرد خانواده و الگوهای ارتباطی زوجین تأثیر معناداری داشته است.

اما نتایج به دست آمده با یافته‌های مطالعه پرواسی و همکاران (۱۳۹۵) همخوانی نداشت. چنان‌که نتایج پژوهش پرواسی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داده، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش رضایت زناشویی زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر معنادار نبوده است. در خصوص ناهمخوانی این نتایج می‌توان به جامعه آماری

پژوهش پرواسی و همکاران (۱۳۹۵) و مطالعه حاضر استناد نمود. جامعه آماری پژوهش پرواسی و همکاران (۱۳۹۵) زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسران بود که شدت آسیب‌دیدگی روانی این زنان به مراتب بیش از زنان دارای روابط خانوادگی آشفته (زنان جامعه پژوهش حاضر) است.

در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته، می‌توان بیان کرد: یکی از عواملی که موجب افزایش آشفته‌گی روابط بین زوجین می‌گردد این است که زوجین دارای تعارضات زناشویی غالباً راهبردهای منطقی و مشخصی برای خروج از تعارض ندارند. از این‌رو در گذر زمان مشکلات کوچک به مسائلی جدید تبدیل شده، عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (فاروپ و پولیسن، ۲۰۱۵). بر این اساس نگرش‌های غیرمنطقی بیشتری را تجربه می‌کنند.

درواقع بسیاری از زوجین به جای اینکه راه حلی دوطرفه پیدا کنند، بیشتر به سمت سرزنش‌کردن یکدیگر می‌روند و به نوعی همدیگر را متهم به داشتن مشکلاتی (مانند مشکل شخصیتی) می‌کنند. در این زمینه ارائه آموزش‌های ذهن‌آگاهی موجب می‌گردد افراد کنش‌ها و واکنش‌هایی را که از روی عادت فرا گرفته‌اند، مهار کنند. همچنین آموزش‌های مزبور رابطه‌ای را ایجاد می‌کنند که در آن زوجین توانایی شناخت واقعی افکار و احساسات خود را پیدا کنند، نه اینکه احساسات خود را حذف نمایند یا به علت تمایل برای تسلط بر محیط، واکنش‌های هیجانی شدیدی از خود نشان دهند (حسینی و خواجوی‌زاهد، ۲۰۱۵). وقتی افراد در روابط زناشویی سعی می‌کنند افکار و احساسات خود را حذف کنند یا واکنش‌های هیجانی شدید از خود نشان دهند، توانایی خود را برای مشاهده درست واقعیت محدود می‌سازند و در نتیجه هریک از زوجین در آن موقعیت با فکر و احساس خود یکی می‌شود (ویتین و استین، ۲۰۰۸).

در این پژوهش در آموزش‌هایی که پژوهشگر به آزمودنی‌ها می‌آموخت، سعی بر این بود که هوشیاری شفاف از فکر و احساس براساس ذهن‌آگاهی افزایش یابد (مانند جلسات آموزشی سوم و چهارم در مطالعه حاضر) که خود این مسئله رضایت زناشویی و انسجام خانوادگی را افزایش داده است.

در نهایت، دیگر فرضیه مطرح در پژوهش حاضر این بود که معنویت‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته تأثیر متفاوتی دارد. نتایج به‌دست‌آمده از آزمون «تعقیبی» نشان داد: تفاوت معناداری بین اثربخشی معنویت‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته وجود دارد ( $P < 0/01$ )، به‌گونه‌ای که آموزش معنویت‌درمانی تأثیر بیشتری بر بهبود سازگاری زناشویی در مقایسه با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی داشت. این در حالی است که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتری بر بهبود انسجام خانوادگی در مقایسه با معنویت‌درمانی داشت ( $P < 0/01$ ).

با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی این دو روش درمانی نپرداخته است، امکان مقایسه نتایج به دست آمده میسر نگردید. در خصوص اثربخشی بیشتر معنویت‌درمانی بر بهبود سازگاری زناشویی در مقایسه با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، این نکته قابل ذکر است که مذاهب گوناگون و به‌ویژه دین اسلام همواره بر ارتباط بین زوجین تأکید داشته‌اند. در این زمینه معنویت‌درمانی با ارائه آموزه‌هایی مانند بخشودگی دیگران (مانند تکالیف جلسه چهارم)، تواضع و خودمهاری (مانند جلسه پنجم)، مرور ارزش‌ها و نگرش‌های قبلی و مقایسه آنها با دیدگاه‌های کنونی (مانند جلسه نهم) زمینه را برای آمادگی زنان به منظور برقراری ارتباط با خانواده و همسر فراهم می‌کند که این عامل بر کل رضایت فردی و زناشویی تأثیرگذار است.

در مقابل، ارائه درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به صورت جزئی‌تر و تفکیکی‌تر به جنبه‌های فردی و روابطی زوجین توجه می‌کند. برای مثال، ارائه آموزش‌هایی در جلسات سوم و چهارم زمینه را برای بازسازی دوباره روابط بین زوجین آماده می‌کند. همچنین آموزش‌های جلسات پنجم و ششم که به تمرکز مجدد و معطوف ساختن توجه خود بر رفتار خوشایند صمیمی با همسر تأکید می‌کند، چنین آموزش‌هایی زمینه را برای انسجام بین زوجین فراهم می‌آورد؛ زیرا براساس نظر لینگرن (Lingren, 2003) انسجام به منزله احساس نزدیکی عاطفی با دیگران است و این احساس جزئی‌تر از سازگاری زناشویی است.

علاوه بر آن آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در این پژوهش به زنان کمک کرد تا نسبت به افکار و احساساتشان هوشیارتر شوند و آنها را صرفاً به صورت رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند و نه جنبه‌هایی از خویش (یورپی و لانگر، ۲۰۰۵). در نتیجه، نحوه ارتباط آنها با افکارشان تغییر کرده، این امر زمینه را برای احساس نزدیکی عاطفی با همسر (انسجام خانوادگی) فراهم آورده است.

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان بیان نمود: هر دو درمان از قابلیت‌های عملی خوبی برای مداخلات بالینی بر بهبود انسجام خانوادگی و سازگاری زناشویی زنان دارای روابط خانوادگی آشفته برخوردارند.

فقدان مهارت‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های مورد مطالعه یکی از محدودیت‌های اصلی این پژوهش بود. علاوه بر آن استفاده از روش «نمونه‌گیری در دسترس» محدودیت دیگر این مطالعه بود. بدین‌روی پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی افراد مورد مطالعه از طریق پرسشنامه‌ها بررسی و واپایش گردد. همچنین از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی (نظیر روش نمونه‌گیری تصادفی) به منظور قابلیت‌پذیری بیشتر نتایج استفاده گردد.

علاوه بر این با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌گردد روان‌شناسان و مشاوران مراکز درمانی از این روش‌های درمانی با توجه به ویژگی‌های فردی / شخصیتی مراجعان به منظور بهبود کارکردهای زناشویی بهره‌گیرند.

## منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5*، ترجمهٔ یحیی سیدمحمدی، چ چهارم، تهران، روان.
- بیگی، علی و همکاران، ۱۳۹۴، «رابطه معنویت و بخشودگی با انسجام و سازگاری خانوادگی در جانبازان»، *طب جانباز*، سال هشتم، ش ۱، ص ۳۳-۳۹.
- پرواسی، آزاده و همکاران، ۱۳۹۵، «اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن در رضایت زناشویی زنان مواجه شده با پیمان شکنی همسر: مطالعه تک آزمودنی»، *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، سال هفتم، ش ۲۶، ص ۸۹-۱۰۴.
- جعفرزاده‌دشابلاغ، حسن و بابک همتی، ۱۳۹۵، «مقایسه همجوشی شناختی و خودشفقتی در زوجین با و بدون مشکلات سازگاری»، *د: سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی*، تربت حیدریه، دانشگاه تربت حیدریه.
- خلیل‌بند، پگاه، ۱۳۹۲، «بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و شوخ‌طبعی با سازگاری زناشویی زوجین در شهر شیراز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- ربکا کرین، ۲۰۰۹، *شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: از سلسله مباحث درمان شناختی رفتاری*، ترجمهٔ فاطمه عابدی و نعیمه فرید، چ ۳، تهران، آوای نور.
- رجبی، غلامرضا و همکاران، ۱۳۹۰، «تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، سال بیستم، ش ۸۰، ص ۸۳-۹۱.
- رضمانی، خسرو و همکاران، ۱۳۹۵، «اثربخشی مداخله معنویت‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی و بهبود بهزیستی روانشناختی همسران جانبازان و ایثارگران»، *د: کنگره بین‌المللی مطالعات رفتاری جامعه و سبک زندگی سالم*، تهران.
- سامانی، سعید، ۱۳۸۱، *بررسی مدل علی همبستگی خانوادگی، استقلال عاطفی و سازگاری*، رسالهٔ دکتری، دانشگاه شیراز.
- شاه‌بیک، سروش و همکاران، ۱۳۹۷، «اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عملکرد خانواده و سازگاری زناشویی زوجین مبتلا به دیابت نوع دو»، *پژوهش پرستاری*، سال سیزدهم، ش ۶، ص ۶۰-۷۵.
- شعبانی، جعفر و معصومه تات، ۱۳۹۶، «مقایسه نیمرخ روانی میان دانش‌آموزان دختر خانواده‌های طلاق و عادی دبیرستان‌های شهرستان گرگان»، *خانواده و پژوهش*، سال چهاردهم، ش ۳۶، ص ۹۱-۱۰۶.
- عرب بافرانی، حمیدرضا و همکاران، ۱۳۹۲، «اثربخشی آموزش معنویت بر سازگاری زناشویی زوجین»، *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ش ۷ (۱۲)، ص ۹۵-۱۱۲.
- عزیزی، مرتضی و مهری قلیزاده، ۱۳۹۵، «اثربخشی ذهن‌آگاهی بر سازگاری زناشویی در زوجین تبریز»، *د: کنفرانس ملی دانش و فناوری روانشناسی، علوم تربیتی و جامع روانشناسی ایران*، تهران.
- عسکری، فرشته و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی و تبیین نقش باورهای دینی و معنویت در روان‌درمانی با تکیه بر دیدگاه اسلامی»، *د: دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی*.
- غباری بناب، باقر، ۱۳۸۹، *مشاوره و روان‌درمانی با رویکرد معنوی*، تهران، آرون.
- غفوری، سمانه و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی اثربخشی روش بخشودگی مبتنی بر درمان‌های معنوی - مذهبی در کاهش تعارضات زناشویی»، *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، سال بیستم، ش ۲۴، ص ۱۲۳-۱۴۲.
- غفوری، سمانه و همکاران، ۱۳۹۲، «اثربخشی روان‌درمانی معنوی مبتنی بر بخشودگی در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات زوجین شهر مشهد»، *اصول بهداشت روانی*، سال پانزدهم، ش ۱، ص ۴۵-۵۷.
- قاسمی، مهدی، ۱۳۸۳، «معنویت‌درمانی»، *جستار*، سال اول، ش ۵، ص ۵۹-۶۳.

- محمودی، آرمین و فرزین امینی، ۱۳۹۶، «اثربخشی مداخله معنویت‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی همسران جانبازان و ایثارگران»، *علوم اجتماعی*، سال یازدهم، ش ۳۸، ص ۲۳۷-۲۵۸.
- نجارپوریان، سمانه و مریم فاتحی‌زاده، ۱۳۹۰، «بررسی تأثیر شناخت درمانی معنوی بر سازگاری زناشویی زوجین پارانئوید در اصفهان»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی (فرهنگ مشاوره)*، سال دوم، ش ۶ ص ۹۱-۱۰۵.
- Abaasi, M, et al, 2014, *Introduction to spiritual health*, Tehran, Legal.
- Agate, ST, et al, 2007, "Praying, playing and successful families", *Marriage Fam Rev*, N. 42(2), p. 51-75.
- Blodgett, et al, 2014, "Connections between Marital Conflict and Adolescent Girls' Disordered Eating: Parent-Adolescent Relationship Quality as a Mediator", *Journal Child Fam Stud*, N. 23, p. 1128-1138.
- Brackett, MA, et al, 2015, "Emotional intelligence and relationship quality among couples". *Personal Relationships*, N. 12, p. 197-212.
- Burpee, LC, & Langer EJ, 2005, "Mindfulness and marital satisfaction", *Journal of Adult Development*, N. 1(12), p. 43-51.
- Casu, G, et al, 2018, "Spirituality, infertility related stress, and quality of life in Brazilian infertile couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model", *Res Nurs Health*, N. 41(2), p. 156-165.
- Chidozie, M, 2011, *An Examination of Spirituality as a Possible Predictor of Couples Marital Satisfaction [Master Thesis]*, Texas, Texas A & M University.
- Faarup, Inge, et al, 2015, "Family Function, Family Hardiness and Health Related Quality of life in families, where a member is living with High-grade Glioma", In: *10th Quadrennial Congress of the European Association of Neuroscience Nurses*, From evidence to excellence.
- Fincham, F.D, et al, 2011, "Spirituality and marital satisfaction in African American couples", *Psychology of Religion and Spirituality*, N. 3(4), p. 259-268.
- Finchman F, et al, 2002, Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attribution and empathy. *Pers Relat*; 9: 23-37.
- Gross, J. J, et al, 2006, "Emotion regulation in everyday life: Emotion regulation in couples and families", *Pathways to Dysfunction and Health*, N. 64, p. 13-35.
- Halford, WK, et al, 2007, "Does working at your marriage help? Couple relationship, self-regulation and satisfaction in the first 4 years of marriage", *Journal of Family Psychology*, N. 21(2), p. 185-194.
- Hasani, O, & Khajavi Zadeh, Z, 2015, "The relationship between mindfulness and marital satisfaction among married women and men working in the Kurdistan welfare organization, Semi-annual Journal of Family Pathology", *Counseling & Enrichment*, N. 1(2), p. 14-24.
- Kabat-Zinn, J, 1990, *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*, New York, Delacorte.
- Kabat-zinn, j, et al, 1985, "The clinical use of mindfulness meditation for the self regulation of chronic pain", *J behave med*, N. 8(2), p. 90-163.
- Kennedy, GA, et al, 2015, *The effectiveness of spiritual/religious interventions in psychotherapy and counselling: a review of the recent literature*, Melbourne, PACFA.
- Khakpour, M, et al, 2018, "Effect of spiritual family therapy on marital satisfaction in couples with husbands' drug-dependent", *J Research Health*, N. 8(4), p. 365-372.
- Khosh Seresht, M, et al, 2016, "Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy



- (MBCT) on Marital Adjustment among Women", *Journal of Global Pharma Technology*, N. 2(8), p. 55-60.
- Lambert, NM, & Dollahite, DC, 2008, "Thethreefold cord: Marital commitment in religious couples", *Journal of Family Issues*, N. 29(5), p. 592-614.
- Lingren, M.G. 2003, *Creating sustainable families*, Available: <http://www.ianr.Un.Edu/pubs/family/g1269.Htm>.
- Mahoney, A, 2010, "Religion in families 1999 to 2009: A relational spirituality framework", *J Marriage Fam*, N. 72(4), p. 805-27.
- Olson, D. H, 1999, "Circumplex model of marital & family systems", *Journal of Family Therapy*, N. 22(2), p. 144-167.
- Ost, L.G, 2008, "Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis", *Behaviour Research and Therapy*, N. 46, p. 296-321.
- Pargament, K.I, 2007, *Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred*, New York, Guilford.
- Richards, P.S., et al, 2007, *Spiritual Approaches in the treatment of woman with Eating Disorders*, Washington, American psychological Association.
- Sadoughi, L, et al, 2019, "Effect of mindfulness-based cognitive therapy on family functioning and communication patterns of divorce applicant couples", *Biannual Journal of Applied Counseling*, N. 9(1), p. 111-130.
- Safara, M, et al, 2019, "The Effect of Spiritual Skills Training on the Quality of Life in Mothers of Mentally Retarded Children", *Health Spiritual Med Ethics*, N. 6(2), p. 24-30.
- Samani, S. 2004, "Developing a family cohesion scale for Iranian adolescents", in *presented in 28th international congress of psychology*, Beijing, China.
- Sanai, B. 2008, *Family and Marriage Scales*, 2th ed, Tehran, Besat.
- Segal, Z, et al, 2002, *Mindfulness sbased cognitive therapy for depression: A newapproach to preventing relapse*, New York, Guilford Press.
- Spanier, GB, 1976, "Measuring dyadic adjustment: Nee scales for assessing the quality of marriage and similar dyads", *J Marriage Fam*, N. 38(3), p. 15-28.
- Vieten, C, & Astin, J, 2008, "Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study", *Arch Womens Ment Health*, N. 11(1), p. 67-74.
- Whisman, MA, et al, 2008, "Is marital discord taxonic and can taxonic status be assessed reliably? Results from a national, Representative sample of married couples", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, N. 76, p. 745-755.