

تدوین پروتکل درمانی با طراحی «معنوی - مذهبی» برای زوجین متقاضی طلاق و اثربخشی آن بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و صمیمیت زناشویی

f. bayanfar@pnu. ac. ir
parimi@se. pnu. ac. Ir

کج فاطمه بیان‌فر / استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور تهران، تهران، ایران
علی پریمی / استادیار دانشکده الهیات، دانشگاه پیام‌نور تهران، تهران، ایران
دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۲۲ - پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۲۹

چکیده

طلاق معتبرترین شاخص آشفتگی زناشویی است. آموزش الگوهای ارتباطی صمیمانه و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، به‌ویژه با رویکرد معنوی - مذهبی، می‌تواند سطح تعارضات زناشویی را کاهش داده و از طلاق پیشگیری کند. هدف این پژوهش، تدوین پروتکل درمانی «معنوی - مذهبی» و بررسی کارآمدی آن، در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و صمیمیت زناشویی جهت کاهش احتمال وقوع طلاق بود. نمونه ۱۶ زوج متقاضی طلاق بودند که برای حل تعارضات زناشویی خود به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده بودند. ابزارهای پژوهش مقیاس راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن و مقیاس صمیمیت زناشویی اولیا و همکاران و پروتکل درمانی معنوی - مذهبی بود. گروه آزمایش ۱۶ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای دو بار در هفته، تحت درمان «معنوی - مذهبی» قرار گرفتند. یافته‌ها تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه در سطح $P < 0.05$ را نشان داد. اندازه اثر برای تفاوت‌های گروهی بزرگ و قابل توجه بود. نتایج نشان داد که رویکرد درمانی «معنوی - مذهبی» راهبردی کارآمد، در بهبود شیوه‌های مقابله و صمیمیت زناشویی در زوجین متعارض می‌باشد و می‌توان از آن به‌عنوان روش درمانی کارآمد در کاهش احتمال طلاق بهره برد.

کلیدواژه‌ها: پروتکل درمانی، معنوی - مذهبی، راهبردهای مقابله‌ای، صمیمیت زناشویی، طلاق.

ازدواج رضایت‌بخش، یکی از عوامل مهم بهداشت روانی جامعه به‌شمار می‌آید، اما چنانچه ازدواج و زندگی خانوادگی، شرایط نامساعدی برای ارضای نیازهای روانی زوجین ایجاد کند، نه‌تنها بهداشت روانی تحقق نمی‌یابد، که آثار منفی و جبران‌ناپذیری بر جای می‌گذارد. به‌طوری‌که اختلالات جسمانی و عصبی، افسردگی و خودکشی، از پیامدهای اختلافات زناشویی هستند. آمار طلاق، که معتبرترین شاخص آشفتگی زناشویی است، نشانگر آن است که رضایت زناشویی، به‌آسانی قابل دستیابی نیست. اختلاف و تعارض، که به صورت عدم توافق، عدم دوست داشتن، جر و بحث و ناآرامی در روابط صمیمانه وجود دارد، امری طبیعی است (ریگیو، ۲۰۰۴؛ آماتو و چیدل، ۲۰۰۸؛ آپاستولو، ۲۰۱۸). این وضعیت، نه‌تنها برای خود زوجها تهدیدکننده است، بلکه دارای پیامدهای منفی و آشفتگی‌های بلندمدت و نهفته‌ای برای فرزندان است و سلامت و امنیت اجتماعی خانواده را به شدت تهدید می‌کند (ویکسل دیکسون، ۲۰۱۶؛ هالوانی، ۲۰۱۸، ص ۱۱۵).

در مورد علل طلاق، نظریه‌پردازان حوزه زوج‌درمانی، دیدگاه‌های گوناگونی را مطرح کرده‌اند. دیدگاه انتقال بین نسلی، پدیده طلاق را نتیجه تعارضات حل‌نشده خانوادگی و شخصی اولیه زوجین می‌داند. در دیدگاه روان‌پویایی هم ریشه اکثر مشکلات زناشویی، نتیجه تعارضات حل‌نشده دوران کودکی زوجین است (اختر و بی‌گام، ۲۰۱۲؛ فلدمو و هرتلاین، ۲۰۱۷). در مورد علت بروز تعارض زناشویی و طلاق، برخی پژوهشگران همچون اختر و بی‌گام (۲۰۱۲) و آپوستولو و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند: مشکلات و نیازهای روان‌شناختی قبلی زوجین، از عوامل بروز تعارض زناشویی و طلاق است.

کراتبری و دیگران (۲۰۱۸)، عدم توانایی زوجین در ایجاد ارتباط و نحوه عشق ورزیدن به یکدیگر و فقدان صمیمیت را به‌عنوان علت طلاق در زوجین مطرح کردند. زوج‌های آشفته، به‌طور معمول صمیمیت، نزدیکی و محبت کمتری را نسبت به یکدیگر ابراز می‌کنند (هالفورد و دیگران، ۲۰۰۱).

صمیمیت زناشویی، فرایندی تعاملی، پویا و شامل ابعادی به هم مرتبط است (نیک نورازیرا و دیگران، ۲۰۱۸) که برای برخی افراد، زمانی به اوج خود می‌رسد که نسبت به فرد دیگر، خودافشاگری داشته باشند (فراست، ۲۰۱۲). برای برخی دیگر، نیز هنگامی رخ می‌دهد که تجربیات مثبت مشترک دارند (کلانتری و دیگران، ۱۳۹۷) و برای عده‌ای نیز به‌معنای داشتن رابطه جنسی است (حجتی‌فر و دیگران، ۲۰۱۷). عامل مشترک در اکثر روابط آشفته، این است که زوجها نیازهای صمیمیت یکدیگر را برآورده نمی‌کنند (کرمانی و دیگران، ۲۰۱۸).

پژوهش‌ها نشان داده افرادی که در زندگی زناشویی، میزان صمیمیت بالاتری را تجربه می‌کنند، قادرند خود را به شیوه مطلوب‌تری در روابط عرضه و نیازهای خود را به شکل مؤثرتری، به همسر خود ابراز کنند (هالفورد و دیگران، ۲۰۰۱؛ فراست، ۲۰۱۲؛ کلانتری و دیگران، ۱۳۹۷). همچنین، قابلیت بیشتری در حل

تعارضات و بهبود راهبردهای مواجهه با مشکلات داشته و در نتیجه، رضایت زناشویی بالاتری را تجربه می‌کنند (حجتی‌فر و دیگران، ۲۰۱۷).

با وجود نقش صمیمیت در رضایت زناشویی، تجربیات بالینی نشان داده که در جامعه معاصر، زوجها مشکلات شدید و فراگیری را به هنگام برقراری و حفظ روابط صمیمانه و ارضای انتظارات و نیازهای یکدیگر تجربه می‌کنند (هالفورد و دیگران، ۲۰۰۱؛ فراست، ۲۰۱۲؛ نیک نورازری و دیگران، ۲۰۱۸). عدم توانایی در حفظ روابط صمیمانه، یکی از عوامل مؤثر در حل نشدن تعارضات بین زوجین است (کلانتری و دیگران، ۱۳۹۷). عامل دیگری که در حل نشدن تعارضات زوجین مؤثر است، ارتباطات مختل و ناکارآمد است (ایوان، ۲۰۱۱).

ستیر (۱۹۸۶)، تعارضات زوجین را نتیجه ارتباطات مختل بین آنها دانسته و معتقد است: در واقع روشی که زوجین با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند، موجب بروز تعارضاتی بین آنان می‌گردد (دان مارتین و دیگران، ۱۹۸۶). در پژوهش‌هایی که روی افراد در آستانه طلاق انجام گرفته، این نتیجه به دست آمده که اکثر افراد در آستانه طلاق، از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و مختل استفاده می‌کنند که به احتمال بسیار زیاد، سطح تعارض زناشویی آنان را افزایش می‌دهد و آنان را به سمت طلاق و جدایی سوق می‌دهد (آماتو و چیدول، ۲۰۰۸؛ آختر و بی‌بام، ۲۰۱۲؛ دمیسی، ۲۰۱۷؛ آپاستول و دیگران، ۲۰۱۸). نتایج سایر پژوهش‌ها روی زوجین متعارض هم نشان داد که آموزش الگوهای ارتباطی و راهبردهای مقابله‌ای و استفاده از فنون درمانی، می‌تواند سطح تعارضات زناشویی زوجین را کاهش داد، از طلاق آنان پیشگیری کند. (برگ، ۲۰۱۷؛ ماکو و بانمن، ۲۰۱۷، ص ۹۴).

جعفری (۱۳۹۶) در پژوهش خود به تدوین یک برنامه روانی - آموزشی، براساس الگوی ستیر برای زوجین متعارض پرداخت و اثربخشی این رویکرد درمانی را در کاهش سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و احتمال وقوع طلاق بررسی کرد. نتایج پژوهش وی، نشان داد که الگوی پیشنهادی ستیر می‌تواند منجر به کاهش سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و کاهش میزان تقاضای طلاق شود.

مرادی و چاردولی (۱۳۹۵) در پژوهش دیگری به اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی، به شیوه شناختی - رفتاری و ساختاری، بر کیفیت زندگی و ابعاد آن، در زوج‌های متقاضی طلاق پرداختند. آنها نیز در پژوهش خود نشان دادند که زوج‌درمانی تلفیقی، می‌تواند کیفیت زندگی و ابعاد آن را در زوجین متقاضی طلاق افزایش دهد.

کلانتری و دیگران (۱۳۹۷) به تدوین و بررسی اثربخشی برنامه آموزشی، افزایش صمیمیت بر مبنای فرهنگ بومی ایران، بر رضایت زناشویی زوجها پرداختند. در این پژوهش، با استفاده از رویکرد چندگانه به موضوع صمیمیت و رضایتمندی زناشویی پرداخته شد. به این ترتیب که در این برنامه، از رویکرد رفتاری برای آموزش مهارت‌های ارتباطی و ایجاد روابط سازگارانه و از رویکرد شناختی، برای اصلاح نگرش‌ها و باورها و مثبت‌نگری، خودآگاهی و شناخت همسر و از رویکرد انسان‌گرایانه و نظریه انتخاب گلاسر (۲۰۰۸)، برای آموزش هرم نیازهای مازلو و اهمیت

به نیازهای جسمانی - روانی همسر، صمیمیت جنسی و تفاوت‌های جنسیتی و از رویکرد فرهنگی - اجتماعی، برای بومی‌سازی مفاهیم و آموزه‌ها با هنجارها و ارزش‌های فرهنگی جامعه ایرانی یک جا استفاده شده است.

تحلیل و اصلاح ارتباطات مختل و ناکارآمد زوجین، پس از چند دهه رشد در خانواده‌درمانی، توجه به جنبه‌های معنوی و فرهنگی خانواده درمانگران را وارد فضای جدیدی از مداخله‌ها کرده که در آن، نه تنها به دین‌داری زوجها می‌پردازند، بلکه از این رویکرد، برای حل سایر ابعاد ارتباطی آنان استفاده می‌کنند (بارتولی، ۲۰۰۷؛ ون ایچک، ۲۰۱۸؛ ویلت و دیگران، ۲۰۱۸). برای نمونه ویلت و دیگران (۲۰۱۸)، در پژوهش خود نشان دادند که دعا و نیایش، اجازهٔ ابراز خشم، ناامیدی و اضطراب را به شیوهٔ صحیح به افراد می‌دهد. همچنین، به ترمیم آسیب‌های ایجادشده در روابط کمک می‌کند و موجب ارتقای نگرش‌ها، در رفتارهای اجتماعی می‌شود (ویلت و دیگران، ۲۰۱۸). درواقع، معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی، حس قوی‌تری از کنترل ایجاد کند و موجب رضایت زندگی شود (بارتولی، ۲۰۰۷).

در نظر برخی درمانگران، به دلیل اینکه فرایند فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی، تفاوتی با روش‌های به‌کاربرده‌شده در فعال‌سازی طرح‌واره‌های شناختی ندارد، از روش‌های موجود می‌توان برای فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی، در افزایش رضایت‌مندی بهره گرفت (ویلت و دیگران، ۲۰۱۸).

در زوج‌درمانی مبتنی بر رویکرد معنوی - مذهبی، با تأکید بر آموزه‌های اسلام، مفاهیم اسلامی همچون ذکر، دعا و توسل، شکرگزاری، توکل به خدا، ایمان و تقوا، به‌عنوان طرح‌واره‌ها مفهوم‌بندی می‌شوند (نیکویی و دیگران، ۱۳۹۷). از آنجاکه این مفاهیم ریشه در اعتقادات فطری و قلبی فرد دارند و دارای مقوله‌های شناخت، عاطفه و رفتار هستند، فعال‌سازی آنها به هنگام تهدید و ارزیابی‌های مربوط به موقعیت، می‌تواند به آرامش درونی و کاهش اضطراب موقعیتی فرد کمک کند. همچنین، تلفیق روش‌های زوج‌درمانی، با فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - مذهبی موجب آگاه شدن و تسهیل فرایند پردازش‌های طرح‌واره‌ای در فرد شده و کاهش تعارضات زناشویی را به دنبال دارد. درواقع، معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوهٔ متفاوتی ارزیابی و حس قوی‌تری از کنترل ایجاد کند و این امر موجب رضایت از زندگی می‌شود (عبدی و دیگران، ۱۳۹۴).

با توجه به تأثیر عقاید مذهبی و سبک زندگی اسلامی، در استحکام خانواده و رضایت زناشویی، اخیراً در میان پژوهشگران و متخصصان بالینی، توجه و علاقه خاصی به مسائل مذهبی و معنوی برای درمان مراجعان به چشم می‌خورد. برای نمونه می‌توان به پژوهش‌های نیکویی و دیگران (۱۳۹۷)، برجلی و دیگران (۱۳۹۷)، علینزاده‌فرد و خوش‌منش (۱۳۹۶)، عبدی و دیگران (۱۳۹۴)، طلائیان و زهراکار (۱۳۹۴)، محمودزاده و دیگران (۱۳۹۳) اشاره کرد.

نیکویی و دیگران (۱۳۹۷)، به تدوین پروتکل درمانی براساس ذهن آگاهی، مبتنی بر فعال سازی طرحواره‌های معنوی - اسلامی، در رضایتمندی زناشویی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کنگاور پرداختند. آنان به این نتیجه رسیدند که این پروتکل درمانی، موجب افزایش معناداری در میزان رضایتمندی زناشویی شده است. برحلی و دیگران (۱۳۹۷)، نیز به بررسی رابطه بین سبک زندگی اسلامی با رضایت زناشویی با واسطه‌گری خوش بینی پرداختند. آنها نیز مانند نیکویی و همکاران (۱۳۹۷)، به این نتیجه رسیدند که بین سبک زندگی اسلامی، و رضایت زناشویی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. *علیزاده فرد و خوش‌منش* (۱۳۹۶)، در پژوهش دیگری به بررسی مقایسه آموزش تئوری انتخاب، به صورت کلاسیک و بر مبنای آموزه‌های اسلامی، بر افزایش گذشت و رضایت زناشویی زنان متأهل پرداختند. آنان به این نتیجه رسیدند که آموزش تئوری انتخاب، به صورت کلاسیک موجب افزایش رضایت زناشویی و گذشت شده است، ولی افزایش نمرات رضایت زناشویی و گذشت، در گروه تئوری انتخاب اسلامی بیشتر از گروه کلاسیک بود. *عبدی و دیگران* (۱۳۹۴)، در مطالعه دیگری به بررسی الگوی تنظیم رغبت براساس زهد اسلامی و مقایسه آن، با درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب پرداختند. یافته‌های پژوهش آنان نشان داد که هر دو روش درمانی، در کاهش اضطراب تأثیر داشتند، ولی تأثیر روش درمانی تنظیم رغبت براساس مفهوم «زهد» به‌طور معناداری، بیش از تأثیر گروه شناختی - رفتاری بود. *طلاییان و زهرکار* (۱۳۹۴)، در پژوهش خود نشان دادند که التزام عملی به اعتقادات اسلامی و سبک‌های اداره تعارض زناشویی، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده خوبی برای احتمال طلاق باشد و می‌توان از میزان پایبندی به اعتقادات اسلامی، میزان مستعد بودن برای طلاق را تخمین زد و پیش‌بینی کرد. *محمودزاده و دیگران* (۱۳۹۳)، که به بررسی تأثیر زوج‌درمانی اسلامی بر صمیمیت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان پرداختند، به این نتیجه رسیدند که زوج‌درمانی اسلامی، صمیمیت و ابعاد صمیمیت زناشویی (صمیمیت عاطفی، ارتباطی، فیزیکی، اجتماعی - تفریحی، مذهبی و روان‌شناختی)، را افزایش داده و تأثیر این روش بر صمیمیت زنان و مردان یکسان بوده است.

با وجود تدوین چندین رویکرد درمانی، بر مبنای آموزه‌های اسلامی، در جهت افزایش رضایتمندی زناشویی، تاکنون پژوهشگران در ایران، به تدوین رویکرد درمانی «معنوی - مذهبی»، که متناسب با باورها و فرهنگ زوجین مسلمان ایرانی تنظیم شده باشد و هدف آن کاهش احتمال طلاق باشد، نپرداخته‌اند. با توجه به گزارش‌های سامانه اطلاع‌رسانی سازمان ثبت احوال کشور ایران، آمار بالایی از طلاق، که معتبرترین شاخص آشفستگی زناشویی است، نشان داده می‌شود. از آنجاکه عدم صمیمیت زناشویی و فقدان راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، نه تنها موجب افزایش طلاق شده، بلکه موجب بروز اختلال‌های جسمانی و روانی زوجین (آماتو و چیدل، ۲۰۰۸)، آسیب و بزهکاری فرزندان (ری‌گیو، ۲۰۰۴؛ بیرامی و محبی، ۱۳۹۵)، زندگی اجباری و تحمیلی (ریگیو، ۲۰۰۴؛ دمپسی، ۲۰۱۷)، طلاق عاطفی (لانگام و نیزام ایشا، ۲۰۱۷) و به کارگیری انواع سبک‌های اجتنابی، از قبیل افزایش روابط فرازناشویی

(کریمی و دیگران، ۱۳۹۲؛ ونگر، ۲۰۱۸) و جابه‌جایی تخلیه هیجانات منفی (ندائی و دیگران، ۱۳۹۵)، ناشی از فقدان صمیمیت می‌شود و از آنجا که بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه راهبردهای مقابله‌ای و صمیمیت زناشویی، نشان می‌دهد که با توجه به فرهنگ بومی کشور ما، استفاده از آموزه‌های جامع، اصیل و مطمئن دین اسلام، هنوز به‌طور جدی و بخصوص به صورت تدوین طرح درمانی و به‌کارگیری آزمایشی آن، مورد توجه درمانگران و پژوهشگران قرار نگرفته است، ضرورت این پژوهش بیش از پیش احساس می‌شود. آنچه مسلم است اینکه در فهم مشکلات خانوادگی و ارزیابی و حل آنها، توجه به بافت فرهنگی - اجتماعی، که فرایند درمانی در آن صورت می‌گیرد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، به‌گونه‌ای که بی‌توجهی به آن، می‌تواند درمانگران را از نیل به اهداف نهایی خود بازدارد. از آنجا که فرهنگ اسلامی و رهنمودهای اخلاقی، اجتماعی و خانوادگی آنها، سال‌هاست که در خانواده‌های ایرانی ریشه‌دار است، توجه به آموزه‌های این دین آسمانی، در درمان ناسازگاری‌های زناشویی و تهیه برنامه‌های آموزشی در این زمینه، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. چنانچه براساس پژوهش *لطف‌آبادی*، ۹۰/۳ درصد از مردم تهران، دارای هویت دینی بسیار نیرومند هستند (محمودزاده و دیگران، ۱۳۹۳). از این‌رو، تدوین طرح درمانی، با دیدگاه اسلامی امری ضروری است. لذا این پژوهش، با هدف تدوین پروتکل «مذهبی - معنوی» مبتنی بر آموزه‌های اسلام برای بهبود راهبردهای مقابله‌ای و افزایش صمیمیت زناشویی و بررسی میزان کارآمدی این روش درمانی، در کاهش احتمال وقوع طلاق در زوجین متعارض انجام شد.

روش پژوهش

این پژوهش، طی دو مرحله انجام شد: ۱. تدوین پروتکل درمانی «معنوی - مذهبی» براساس آموزه‌های اسلامی؛ ۲. اجرای پروتکل درمانی برای سنجش و ارزیابی کارآمدی آن. روش پژوهش، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری بود.

جامعه هدف عبارت بودند از: کلیه زوجین متقاضی مشاوره طلاق، که برای حل تعارضات زناشویی خود به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران مراجعه نموده بودند. در فراخوان اولیه، ۶۴ نفر که طی شش‌ماهه اول سال ۱۳۹۷ به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند، اعلام آمادگی نمودند و پرسش‌نامه‌های «نیرومندی ایمان مذهبی»، «راهبردهای مقابله‌ای فولکمن» و «صمیمیت زناشویی اولیا و همکاران» را تکمیل کردند. ۳۲ شرکت‌کننده (۱۶ زوج)، که ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش را داشتند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی و به‌طور مساوی، در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود: ۱. تعهد هر دو زوج به شرکت در جلسات مشاوره؛ ۲. مسلمان شیعه با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال؛ ۳. متقاضی طلاق بودن حداقل یک نفر از زوجین؛ ۴. عدم دریافت روان‌درمانی طی شش ماه گذشته؛ ۵. تحت درمان داروهای روان‌پزشکی نبودن؛ ۶. حداقل تحصیلات دیپلم. ملاک‌های خروج: ۱. وجود هرگونه اختلال روان‌پزشکی، با تشخیص روان‌پزشک مرکز؛ ۲. اعتیاد

به مواد روان گردان، مواد مخدر و مشروبات الکلی؛ ۳. استفاده از مشاوره فردی و روان درمانی همزمان با جلسات گروه درمانی؛ ۴. غیبت بیش از دو جلسه. میانگین سنی گروه آزمایش، ۳۲/۲۰ سال با انحراف استاندارد ۱/۴۲ بود و میانگین سنی گروه کنترل، ۳۳ سال با انحراف استاندارد ۱/۷۳ بود. همچنین، میزان تحصیلات ۱۸ نفر دیپلم، ۴ نفر فوق دیپلم، ۶ نفر لیسانس و ۴ نفر فوق لیسانس بود. ۶ زوج فاقد فرزند، ۲۰ زوج دارای یک فرزند، ۴ زوج دو فرزند و ۲ زوج دارای سه فرزند بودند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، سطح مذهبی آزمودنی‌ها، به‌عنوان متغیر کنترل مورد بررسی قرار گرفت. لازم به یادآوری است که گروه آزمایش و کنترل، از نظر متغیر سطح مذهب و گرایش به مذهب، تقریباً در سطحی یکسان قرار گرفتند و تفاوت معناداری از نظر مذهبی، بین گروه کنترل و آزمایش نبود. نتایج حاصل از تحلیل واریانس سطح مذهبی افراد، که با پرسش‌نامه نیرومندی ایمان مذهبی سانتا کالارا (۱۹۹۷) مورد سنجش قرار گرفت، همسان بودن دو گروه را در این زمینه نشان داد. سپس، پیش‌آزمون‌های راهبردهای مقابله‌ای و صمیمیت زناشویی برای هر دو گروه به اجرا درآمد.

نمرات پیش‌آزمون دو گروه، با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه مورد بررسی قرار گرفت و تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. سپس، گروه آزمایش با طرح درمانی تدوین شده، در ۱۶ جلسه زوج‌درمانی گروهی مورد آموزش قرار گرفتند. طول مدت هر جلسه، ۱۲۰ دقیقه و به صورت هفته‌ای دو بار بود. گروه کنترل در این مدت، آموزشی نداشته و در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از پایان دوره آموزشی، مجدداً برای هر دو گروه پس‌آزمون (صمیمیت زناشویی و راهبردهای مقابله‌ای)، به اجرا درآمد. پس از یک دوره پیگیری چهار هفته‌ای، برای بار سوم هر دو گروه مورد آزمون قرار گرفتند. به لحاظ رعایت اصول اخلاقی پژوهش، مداخله درمانی برای گروه گواه پس از دوره پیگیری و تمام شدن طرح آزمایشی انجام شد.

برای بررسی اثربخشی روش درمانی بر متغیرهای پژوهش، به دلیل وجود دو متغیر مستقل، یکی متغیر بین‌آزمودنی‌ها (گروه: آزمایش و کنترل) و دیگری، متغیر درون‌آزمودنی‌ها (زمان: پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) از آزمون تحلیل واریانس دو راهه بین - درون‌آزمودنی‌ها استفاده شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش، از یک طرح درمانی و سه پرسش‌نامه زیر استفاده شده است.

الف. پرسش‌نامه نیرومندی ایمان مذهبی سانتا کالارا (۱۹۹۷، SCSORF): پلاتته و پوکاچینی برای پاسخ‌گویی به نیاز پژوهشگران بالینی، رفع نقاط ضعف مقیاس‌های پیشین و پر کردن خلأهای موجود SCSORF را در سال ۱۹۹۷ طراحی کردند. بررسی‌های اولیه نشان داد که همسانی درونی این مقیاس، معادل ۰/۹۵ و پایایی دو نیمه آن معادل ۰/۹۲ است. لوپس و همکاران (۲۰۰۱)، ساختار عاملی این مقیاس را در یک نمونه مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که این مقیاس، از ساختار عاملی تک‌بعدی برخوردار است. تحلیل عاملی

تأییدی نیز ساختار عاملی تک‌بعدی این مقیاس را مورد تأیید قرار داد (جوشن‌لو و دیگران، ۱۳۹۱). پژوهشگران در ایران، به هنجاریابی این پرسش‌نامه بر روی دانشجویان ایرانی پرداختند. هم تحلیل عاملی اکتشافی و هم تحلیل عاملی تأییدی بیانگر ساختار تک‌عاملی برای این مقیاس بودند. روائی همگرائی مقیاس نیز با مقیاس‌های باورهای معنوی، مشارکت مذهبی، کنار آمدن مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی، مورد تأیید قرار گرفت (جوشن‌لو و همکاران، ۱۳۹۱). ضریب آلفای کرونباخ، این مقیاس در این پژوهش، معادل ۰/۹۲ و ضریب پایایی دو نیمه آن نیز معادل ۰/۹۱ به دست آمد.

ب. پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای فولکمن (WOCQ، ۱۹۸۰): این پرسش‌نامه توسط لازاروس و فولکمن، در سال ۱۹۸۰ ساخته شده و شامل ۶۶ گویه است که هشت روش مقابله را بررسی می‌کند. این ابزار، دامنه وسیعی از افکار و اعمالی را که افراد هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زای درونی و بیرونی به کار می‌برند، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در دو قالب کلی، راهبرد مقابله مسئله‌مدار، با چهار زیرمقیاس (جست‌وجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، ارزیابی مجدد مثبت، حل مسئله برنامه‌ریزی شده) و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، با چهار زیرمقیاس (رویارویی، خودکنترلی، فاصله‌گیری و گریز - اجتناب) طراحی شده است. شانزده سؤال این پرسشنامه انحرافی است و ۵۰ سؤال دیگر شیوه مقابله فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. روائی این پرسش‌نامه، در نمونه‌ای متشکل از ۵۷۱ زوج میان‌سال آزمون شده و ضریب آلفای کرونباخ مقابله مستقیم ۰/۷، فاصله گرفتن ۰/۶۱، پذیرش ۰/۷۶، طلب حمایت اجتماعی ۰/۷۱، حل مسئله برنامه‌ریزی ۰/۷۲، گریز - اجتناب ۰/۶۶، مسئولیت ۰/۷۹، و ارزیابی مجدد مثبت ۰/۶۷ گزارش شد. این پرسش‌نامه، در مطالعات متعدد و در گروه‌های مختلف برای سنجش راهبردهای مقابله‌ای به کار رفته است. بنابراین، ابزاری استاندارد و روا محسوب می‌شود (ندائی و دیگران، ۱۳۹۵).

ج. پرسش‌نامه صمیمیت زوجین (۱۳۸۵): پرسش‌نامه صمیمیت زوجین، توسط اولیاء، فاتحی‌زاده و بهرامی (۱۳۸۵) ساخته شد. این ابزار شامل ۸۷ سؤال و ۹ خرده‌مقیاس است که عبارتند از: صمیمیت هیجانی، عقلانی، جسمانی، اجتماعی - تفریحی، ارتباطی، معنوی، روان‌شناختی، جنسی و صمیمیت کلی. برای بررسی روائی همزمان این مقیاس، از مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون (۱۹۸۳) استفاده شد. نتایج نشان داد که همبستگی بین این مقیاس و مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون (۱۹۸۳)، برابر با ۰/۹۲ است که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. روائی محتوایی آن، توسط متخصصان تأیید شده است. همچنین، برای پایایی کل آزمون، از آلفای کرونباخ استفاده شده که ضریب ۰/۹۸ و ضریب بازآزمایی ۰/۸۷ به دست آمده است (آرین‌فر و اعتمادی، ۱۳۹۵).

پروتکل درمانی: این طرح‌درمانی، با رویکرد آموزشی با استفاده از آیات و روایات، منابع، کتاب‌ها و نرم‌افزارهای معتبر اسلامی و مرور مفصل در ادبیات پژوهشی موجود و بررسی متون و نظریه‌های خانواده‌درمانی طراحی شد. پس از طراحی اولیه، سه نفر از اعضای هیئت علمی گروه روان‌شناسی و مشاوره خانواده و دو نفر از اعضای هیئت

علمی گروه الهیات دانشگاه پیام نور، روائی صوری و روائی محتوایی این ابزار را مورد بررسی قرار دادند. پس از اصلاحات اولیه، این ابزار به پژوهشگاه حضرت معصومه علیها السلام در قم ارسال شد. دو نفر از استادان صاحب نظر در این پژوهشگاه، اصلاحات دیگری را پیشنهاد دادند. پس از انجام اصلاحات و تأیید نهایی این استادان، طرح اولیه درمان آماده شد. پیش از اجرای نهایی، این طرح به صورت آزمایشی در یکی از مراکز مشاوره و بهداشت روان، شهر تهران توسط نویسنده مسئول مقاله به مدت ۸ جلسه بر روی ۳ زوج به صورت گروهی اجرا شد. پس از اجرای اولیه، اصلاحات نهایی در طرح آموزشی صورت گرفت. خلاصه محتوای طرح درمانی «مذهبی - معنوی» برای افزایش راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و صمیمیت زوجین متقاضی طلاق در زیر آورده می‌شود.

جلسه اول: کمک به شرکت‌کنندگان برای آشنایی با یکدیگر، بیان قوانین و مقررات دوره درمانی، ایجاد رابطه درمانی، مشاهده و بررسی رفتارهای ورودی کلامی و غیرکلامی زوجین، بیان فلسفه زندگی و ازدواج در اسلام، زوج و زوجه ایده‌آل در اسلام، فلسفه و اهمیت خودشناسی و خودآگاهی، از منظر آموزه‌های اسلامی، دادن تکالیف خانگی.

جلسه دوم: بررسی تکالیف خانگی، آموزش خودآگاهی و شناخت همسر و کمک به زوجین برای شناخت بیشتر خود و همسر، با استفاده از منابع تکوین خود، به‌عنوان اولین عامل مؤثر در صمیمیت، بررسی هدف از زندگی مشترک و انتظار زوجین نسبت به زندگی مشترک، نقش و جایگاه همسر در زندگی آنها، بیان دیدگاه/سنتزبرگ و دیدگاه اسلام در مورد عشق، صمیمیت، تعهد، شور و شهوت، بررسی و شناخت عوامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش مشکل زوجین، دادن تکالیف خانگی.

جلسه سوم: بررسی تکالیف خانگی، درخواست از زوجین، برای بیان مسائل و مشکلات خود با همسر، آموزش و تمرین مهارت گوش دادن فعال، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم در حل تعارضات زناشویی و ایجاد صمیمیت و بیان موانع گوش دادن فعال، تشریح راهبردهای مقابله هیجان‌مدار و مسئله‌مدار، در مواقع بروز تعارضات از دیدگاه لازاروس و فولکمن و اسلام و رابطه آن با صمیمیت و رضایتمندی زناشویی، دادن تکالیف خانگی.

جلسه چهارم: بررسی تکالیف خانگی، توضیح اهمیت ارتباط کلامی و غیرکلامی و گفت‌وگو، با همسر و تشریح انواع سبک‌های ارتباطی، نظیر انفعالی، پرخاشگرانه و جرأت‌مندانه، آموزش شیوه‌های صحیح گفت‌وگو و بیان احساسات، نیازها و درخواست‌ها و آگاهی از نقش مهارت‌های ارتباطی، در صمیمیت زناشویی از دیدگاه روان‌شناختی و اسلام، تشریح راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، بعد رویارویی با توجه به آموزه‌های اسلامی و نقش آن در زندگی زناشویی، جایگزینی راهبرد مقابله‌ای همتراز و توجه به عواطف زوجین، دادن تکالیف خانگی.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف خانگی، توضیح سلسله‌مراتب نیازها، از دیدگاه مازلو و اسلام و تفاوت‌های جنسیتی در نیازها، وظایف همسران نسبت به یکدیگر، در برآورده کردن خواسته‌ها و نیازها از دیدگاه اسلام. تمرین مهارت

همدلی و درک متقابل از مهارت‌های ارتباطی برای برآوردن انتظارات و برقراری روابط صمیمانه. تشریح راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، بعد خودکنترلی با توجه به آموزه‌های اسلامی و نقش آن در زندگی زناشویی، جایگزینی راهبرد مقابله‌ای همتراز و توجه به عواطف زوجین، دادن تکالیف خانگی.

جلسه ششم: بررسی تکالیف خانگی، مرور فلسفه و ارزش ازدواج و بیان فلسفه طلاق از دیدگاه اسلام، بررسی آثار، پیامدها و عوامل ایجادکننده طلاق، از منظر روان‌شناسی خانواده و اسلام، بیان ارزش و اهمیت رابطه جنسی رضایت‌بخش، به‌عنوان یکی از عوامل مهم جلوگیری از تعارضات و درخواست طلاق و ایجاد عشق و صمیمیت بین زوجین با استفاده از آیه‌ها و احادیث و تطبیق نتایج پژوهش‌های علمی، با مبانی دینی همسو با ارزش‌های فرهنگی، و آموزش فنونی در این زمینه. دادن تکالیف خانگی.

جلسه هفتم: بررسی تکالیف خانگی، آشنایی با مسئولیت‌های متقابل و توجه به مرزها در زندگی زناشویی، با توجه به آموزه‌های اسلامی، تأثیر باورهای غیرمنطقی، خطاهای شناختی و طرح‌واره‌های ناکارآمد، در ایجاد تعارضات زناشویی و کاهش صمیمیت، آموزش شناسایی خطاهای شناختی و باورهای غیرمنطقی، تشریح راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار بعد فاصله‌گیری، با توجه به آموزه‌های اسلامی و نقش آن در زندگی زناشویی، جایگزینی نمودن راهبرد مقابله‌ای همتراز و توجه به عواطف زوجین، دادن تکالیف خانگی.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف خانگی، بیان ویژگی‌هایی شخصیتی و خصوصیات اخلاقی متفاوت زوجین و تلاش در پذیرش بی‌قید و شرط یکدیگر، به‌عنوان طرح‌واره‌ای برای ایجاد عشق و صمیمیت، با توجه به آموزه‌های اسلامی، آموزش چگونگی اصلاح باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی و خطاهای شناختی، برای کاهش ناراضی‌تمندی زناشویی... تشریح راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار بعد گریز - اجتناب، با توجه به آموزه‌های اسلامی و نقش آن در زندگی زناشویی، جایگزینی راهبرد مقابله‌ای همتراز و توجه به عواطف زوجین، دادن تکالیف خانگی.

جلسه نهم: بررسی تکالیف خانگی، تشریح باورهای غیرمنطقی و خطاهای شناختی، به‌عنوان عامل برانگیزاننده خشم و بررسی تأثیر آن، بر کاهش صمیمیت و ایجاد تعارض و لزوم کنترل خشم، از منظر آموزه‌های قرآنی. بیان علائم هشداردهنده فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری خشم و تحلیل پیامدها. تشریح راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار بعد جست‌وجوی حمایت اجتماعی، با توجه به آموزه‌های اسلامی و نقش آن در زندگی زناشویی، جایگزینی راهبرد مقابله‌ای همتراز و توجه به عواطف زوجین، دادن تکالیف خانگی.

جلسه دهم: بررسی تکالیف خانگی، آموزش فنون مهار خشم به هنگام بروز مسائل، با توجه به دیدگاه‌های روان‌شناختی و آموزه‌های اسلامی برای کاهش تعارضات و افزایش صمیمیت، تشریح راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار بعد مسئولیت‌پذیری، با توجه به آموزه‌های اسلامی و نقش آن در زندگی زناشویی، جایگزینی راهبرد مقابله‌ای همتراز و توجه به عواطف زوجین، دادن تکالیف خانگی.

جلسه یازدهم: بررسی تکالیف خانگی. پس از آموزش مهار اولیه خشم، اهمیت تعریف دقیق مسئله، از ابعاد مختلف و ضرورت حل آن برای کاهش تعارض ایجاد شده و افزایش صمیمیت، با توجه به تأکید اسلام بر مشورت در حل مسائل، بیان مسائل و مشکلات عمده زوجین در گروه، تعریف دقیق و روشن هر مسئله، تشریح راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار بعد ارزیابی مجدد مثبت، با توجه به آموزه‌های اسلامی و نقش آن در زندگی زناشویی، جایگزین نمودن راهبرد مقابله‌ای همتراز و توجه به عواطف زوجین، دادن تکالیف خانگی.

جلسه دوازدهم: بررسی تکالیف خانگی، توضیح مراحل حل مسئله، شامل تعریف همه‌جانبه، ارائه راه‌حل‌ها و لزوم مشورت با افراد صاحب نظر، اجرای راه‌حل انتخاب شده و بازبینی مراحل با بیان مثال‌هایی از تکالیف خانگی جلسه قبل، توضیح سبک‌های سازگارانه و ناسازگارانه حل تعارض، با تأکید بر هدف و رابطه، از منظر آموزه‌های اسلامی، تشریح راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار بعد حل مسئله برنامه‌ریزی شده، با توجه به آموزه‌های اسلامی و نقش آن در زندگی زناشویی، جایگزینی راهبرد مقابله‌ای همتراز و توجه به عواطف زوجین، دادن تکالیف خانگی.

جلسه چهاردهم: بررسی تکالیف خانگی، بیان اهمیت هویت زوجی، مهارت مرزبندی، نحوه ایجاد مرزهای منعطف و شیوه‌های صحیح برقراری رابطه با خانواده‌های اصلی برای حفظ استقلال شخصی زوجین، جلوگیری از تعارض و افزایش صمیمیت زناشویی، با توجه به آموزه‌های اسلامی، بررسی و شناخت قوانین و قواعد هر زوج، با استفاده از تحلیل تکالیف خانگی جلسه قبل برای تغییر و اصلاح قواعد غیرمنطقی و ناکارآمد ایجادکننده تعارض در خانواده، جایگزینی قواعد جدید، با استفاده از آموزه‌های اسلامی و تقویت الگوهای ارتباطی همتراز، دادن تکالیف خانگی.

جلسه پانزدهم: بررسی تکالیف خانگی، آگاه‌سازی زوجین از تجارب درونی ناکارآمد و غیرمنطقی خود و نقش این تجارب، در کاهش صمیمیت و تلاش در رسیدن به درک بهتری از تجارب درونی خود، تمرین ادراک احساسات مثبت، با توجه به تغییر قواعد غیرمنطقی و ابراز هیجانات مثبت، با توجه به آموزه‌های اسلامی، تقویت الگوهای ارتباطی برای کاهش تعارضات و افزایش صمیمیت زناشویی، دادن تکالیف خانگی.

جلسه شانزدهم: بررسی تکالیف خانگی، آگاه‌سازی زوجین نسبت به مکانیزم‌های دفاعی موجود در تعاملاتشان و توجه به خطاهای شناختی و احساسات منفی تجربه شده، حاصل از خطاهای شناختی، با توجه به تحلیل تکالیف خانگی و آموزه‌های اسلامی، مرور تمامی مطالب آموخته شده در جلسات قبلی، پرسش و پاسخ از مطالب آموخته شده قبلی و تشکر و قدردانی از شرکت‌کنندگان.

یافته‌های پژوهش

در جدول (۱)، شاخص‌های توصیفی مرتبط با صمیمیت و راهبردهای مقابله‌ای، در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون، در دو گروه نمایش داده شده‌اند.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مربوط به صمیمیت و راهبردهای مقابله‌ای در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		کنترل		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		گروه مرحله	
	Sd	M	Sd	M	Sd	M	Sd	M	Sd	M		
صمیمیت	۱۲/۲۴	۴۲/۲۰	۱۳/۳۵	۴۳/۲۰	۱۲/۴۳	۴۳/۸۷	۸/۱۱	۸۰/۵۳	۸/۱۹	۸۰/۰۰	۷/۷۷۵	۳۲/۷۲۰
مسئله‌مدار	۴/۰۵	۳۱/۵۳	۲/۸۷	۳۱/۸۰	۴/۰۷	۳۳/۱۳	۳/۵۸	۴۱/۵۳	۳/۶۷	۴۱/۸۰	۴/۱۹	۳۲/۸۷
هیجان‌مدار	۳/۵۳	۶۱/۰۰	۳/۶۲	۶۱/۰۷	۳/۵۴	۶۱/۱۳	۴/۵۳	۳۶/۹۳	۴/۵۷	۳۶/۹۳	۴/۲۸	۶۰/۷۳
حمایت	۲/۷۸	۶/۷۳	۲/۷۸	۶/۳۷	۳/۰۴	۶/۴۰	۲/۴۳	۹/۲۰	۲/۶۰	۹/۲۰	۲/۷۶	۷/۲۷
مسئولیت	۰/۷۶	۵/۰۰	۵/۰۰	۰/۷۶	۰/۷۶	۵/۰۰	۱/۵۸	۸/۵۳	۱/۶۸	۸/۵۳	۱/۳۱	۵/۷۴
مسئله	۱/۷۳	۱۰/۰۰	۱/۱۸	۱۰/۱۳	۱/۸۲	۱۰/۲۰	۱/۲۴	۱۱/۶۰	۱/۲۳	۱۱/۷۶	۲/۲۰	۹/۷۳
ارزیابی	۱/۲۸	۱۰/۷۳	۱/۱۸	۱۰/۰۴	۱/۱۳	۱۰/۵۳	۱/۵۷	۱۲/۲۰	۱/۲۴	۱۲/۴۰	۲/۱۳	۱۰/۴۰
رویارویی	۳/۵۹	۹/۵۱	۱/۶۹	۱۳/۶۰	۱/۶۹	۱۳/۶۰	۱/۱۰	۸/۵۳	۱/۶۹	۸/۷۴	۲/۵۶	۱۳/۴۷
دوری‌گزین	۱/۷۰	۱۵/۸۰	۱/۷۰	۱۵/۸۰	۱/۷۶	۱۵/۷۳	۲/۵۳	۹/۳۳	۲/۴۴	۹/۳۳	۱/۴۸	۱۴/۶۷
فراراجتناب	۰/۹۶	۲۰/۷۳	۰/۹۴	۲۰/۸۰	۹/۴۱	۲۰/۸۰	۲/۲۰	۱۲/۶۰	۲/۲۰	۱۲/۶۰	۱/۴۰	۳۱/۴۰
خوبشنداری	۱/۶۸	۱۰/۸۷	۱/۶۹	۱۰/۷۸	۱/۵۱	۱۱/۰۰	۱/۶۴	۶/۴۷	۱/۵۵	۶/۵۳	۱/۷۸	۱۱/۲۰

انحراف استاندارد = Sd، میانگین = M

همان‌گونه که در جدول (۱) مشاهده می‌شود گروه آزمایش، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متغیر صمیمیت و همچنین، سبک مقابله‌ای مسئله‌محور و راهبردهای مقابله‌ای جست‌وجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده و ارزیابی مجدد نسبت به پیش‌آزمون افزایش و در سبک مقابله‌ای هیجان‌محور و راهبردهای مقابله‌ای رویارویی، دوری‌گزین، فرار - اجتناب و خوبشنداری، کاهش نشان داده است. درحالی‌که تفاوت‌های زمانی گروه کنترل، به اندازه گروه آزمایش نیست.

برای بررسی اثربخشی روش درمانی، بر متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل واریانس م دو راهه بین - درون‌آزمودنی‌ها استفاده شد. بررسی‌های لازم برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های انجام تحلیل فوق صورت گرفت. معنادار نبودن آزمون لوین، برای هیچ‌یک از مراحل آزمون، برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها، در مراحل تحت بررسی را نشان داد. همچنین، برای برابری ماتریس کواریانس‌ها، سطح معناداری در تمام آزمون‌ها بالاتر از ۰/۰۰۱ بود. این امر، نشان‌دهنده عدم تخطی از مفروضه فوق است. بنابراین، نتایج مربوط به تحلیل‌های واریانس دوره‌ها، در ادامه مطرح می‌گردند. در جدول (۲) آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز برای تأیید انجام تحلیل واریانس دو راهه ارائه شده است.

جدول ۲: آزمون‌های چندمتغیری لامبدای ویلکز

اثر	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
صمیمیت	زمان	۰/۰۶۱	۲۰۶/۷۳۹	۲/۰۰۰	۳۷/۰۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۳۹
	زمان×گروه	۰/۰۵۸	۲۲۰/۰۱۵	۲/۰۰۰	۳۷/۰۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۴۲
سبک مسئله‌مدار	زمان	۰/۲۳۲	۴۴/۷۵۶	۲/۰۰۰	۳۷/۰۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۶۸
	زمان×گروه	۰/۲۱۷	۴۸/۶۳۷	۲/۰۰۰	۳۷/۰۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸۳

تدوین پروتکل درمانی با طراحی «معنوی - مذهبی» برای زوجین متقاضی طلاق و ... ♦ ۵۳

۰/۹۶۳	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۵۴/۶۷۱	۰/۰۲۷	زمان	سبک هیجان ملار
۰/۹۶۲	۰/۵/۰۰۰	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۴۴/۳۵۵	۰/۰۲۸	زمان گروه	
۰/۶۳۲	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۳/۱۵۶	۰/۳۶۸	زمان	حمایت اجتماعی
۰/۶۹۳	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۰/۵۲۶	۰/۳۰۷	زمان گروه	
۰/۶۹۹	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۱/۲۸۸	۰/۳۰۱	زمان	مسئولیت‌پذیری
۰/۶۹۹	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۱/۲۸۸	۰/۳۰۱	زمان گروه	
۰/۶۸۲	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۲۹/۲۰۷	۰/۳۱۶	زمان	مسئله‌گشایی
۰/۶۶۳	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۲۶/۵۸۱	۰/۶۶۳	زمان گروه	
۰/۴۸۶	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۱۲/۷۷۳	۰/۵۱۴	زمان	ارزیابی مجدد
۰/۵۰۷	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۱۳/۸۷۲	۰/۵۰۷	زمان گروه	
۰/۷۸۳	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۸/۷۷۴	۰/۲۱۷	زمان	رویارویی
۰/۷۸۳	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۸/۷۷۴	۰/۲۱۷	زمان گروه	
۰/۸۵۲	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۷۷/۴۳۹	۰/۱۴۸	زمان	دوری‌گزین
۰/۸۵۸	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۸۱/۴۰۹	۰/۱۴۲	زمان گروه	
۰/۹۲۳	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۱۶۲/۴۸۲	۰/۰۷۷	زمان	فرار - اجتناب
۰/۹۲۳	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۱۶۲/۴۸۲	۰/۰۷۷	زمان گروه	
۰/۸۲۰	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۶۱/۳۳۱	۰/۱۸۰	زمان	خوشتنداری
۰/۸۰۳	۰/۰۰۰۵	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۵۴/۹۹۳	۰/۱۹۷	زمان گروه	

همان‌گونه که جدول (۲)، اثر بین‌آزمودنی‌ها نشان می‌دهد، تحلیل واریانس دوره‌ها بین - درون‌آزمودنی‌ها برای تمامی متغیرهای تحت بررسی، اثر معناداری را برای زمان نشان می‌دهد؛ یعنی در نمره متغیرهای دو گروه در طول سه زمان تغییر وجود داشته است. افزون بر اینکه اثر تعامل نیز معنادار می‌باشد. این بدان معناست که با گذشت زمان، تغییر یکسانی در نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل به وجود نیامده است. برای بررسی تفاوت در تغییر نمرات دو گروه در طول زمان، به بررسی اثرات بین‌آزمودنی‌ها و درون‌آزمودنی‌ها در جدول (۳) پرداخته می‌شود.

جدول ۳: تحلیل واریانس دوره‌ها بین - درون‌آزمودنی‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مربع مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
صمیمیت	گروه	۱۱۲۷۹/۳۷۸	۱	۱۱۲۷۹/۳۷۸	۳۶/۷۵۳	۰/۰۰۰۵	۰/۵۶۸
	خطا	۹۲۸۸/۵۱	۳۰	۳۰۹/۶۱۷			
سبک مسئله‌مدار	گروه	۱۰۷۴/۶۷۸	۱	۱۰۷۴/۶۷۸	۲۵/۹۶۹	۰/۰۰۰۵	۰/۴۸۱
	خطا	۱۲۴۱/۴۹	۳۰	۴۱/۲۸۲			
سبک هیجان ملار	گروه	۵۹۰۴/۹۰۰	۱	۵۹۰۴/۹۰۰	۱۳۱/۹۱۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۲۵
	خطا	۱۲۵۲/۳۳۳	۳۰	۴۴/۷۶۲			
حمایت اجتماعی	گروه	۱۱۳/۳۴۴	۱	۱۱۳/۳۴۴	۵/۰۲۶	۰/۰۳۳	۰/۱۵۲
	خطا	۶۷۶/۵۳	۳۰				
مسئولیت‌پذیری	گروه	۱۴۱/۸۷۸	۱	۱۴۱/۸۷۸	۳۷/۲۷۴	۰/۰۰۰۵	۰/۵۷۱
	خطا	۱۱۴/۱۸	۳۰	۳/۸۰۶			
مسئله‌گشایی	گروه	۱۷/۷۷۸	۱	۱۷/۷۷۸	۲/۲۵۸	۰/۱۴۴	۰/۰۷۵
	خطا	۲۳۶/۱۹	۳۰	۷/۸۷۳			
ارزیابی مجدد	گروه	۳۶/۱۰۰	۱	۳۶/۱۰۰	۶/۶۱۵	۰/۰۱۶	۰/۱۹۱
	خطا	۱۶۳/۷۱	۳۰	۵/۴۵۷			
رویارویی	گروه	۲۶۶/۹۴۴	۱	۲۶۶/۹۴۴	۲۲/۸۳۱	۰/۰۰۰۵	۰/۴۴۹
	خطا	۳۵۰/۷۶	۳۰	۱۱/۶۹۲			

دوری‌گزینی	گروه خطا	۳۹۰/۰۰۰ ۳۳۶/۶۶	۱ ۳۰	۳۹۰/۰۰۰ ۱۱/۲۲۲	۴۳/۶۶۳	۰/۰۰۰۵	۰/۶۰۹
فرار-اجتناب	گروه خطا	۶۱۸/۸۴۴ ۱۷۹/۶۱	۱ ۳۰	۶۱۸/۸۴۴ ۵/۹۸۷	۱۰۳/۳۵۹	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸۷
خویشترداری	گروه خطا	۱۸۲/۰۴۴ ۲۰۱/۱۸	۱ ۳۰	۱۸۲/۰۴۴ ۶/۷۰۶	۲۷/۱۴۵	۰/۰۰۰۵	۰/۴۹۳

با توجه به جدول (۳) تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه در سطح $P < 0.05$ مشاهده می‌شود. این بدین معناست که تغییر نمرات در گروه آزمایش، در حدی است که بین دو گروه تفاوت معنادار در سطح $P < 0.05$ ایجاد کرده است. اندازه اثرها، برای تفاوت‌های گروهی براساس رهنمودهای کوهن (۰/۱) اندازه اثر کوچک، ۰/۰۶ اندازه اثر متوسط و ۰/۱۴ اندازه اثر بزرگ، اندازه اثر بزرگی محسوب می‌گردند که بیانگر تفاوت‌های قابل توجه بین دو گروه است. جدول (۴)، اثرات درون‌آزمودنی‌ها به بررسی نمره‌های متغیرهای تحت بررسی، در زمان ۱ (پیش‌آزمون)، زمان ۲ (پس‌آزمون) و زمان ۳ (پیگیری) می‌پردازد.

جدول ۴: اثرات درون‌آزمودنی‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجنورات	درجه آزادی	مربع مجنورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
صمیمیت	زمان	۶۸۲۶/۶۶۷	۱	۶۸۲۶/۶۶۷	۳۲۱/۶۱۵	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲۰
	زمان×گروه	۷۲۶/۰۰۰	۱	۷۲۶/۰۰۰	۳۴۲/۰۳۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۲۴
	خطا		۳۰	۱۹/۸۱۱			
سبک مسئله‌مدار	زمان	۲۴۴/۰۱۷	۱	۲۴۴/۰۱۷	۶۴/۸۸۳	۰/۰۰۰۵	۰/۶۹۷
	زمان×گروه	۳۲۲/۰۱۷	۱	۳۲۲/۰۱۷	۸۵/۴۹۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸۵۳
	خطا	۱۰۵/۴۶۷	۳۰	۳/۵۱۵			
سبک هیجان‌مدار	زمان	۲۱۴۸/۰۱۷	۱	۲۱۴۸/۰۱۷	۷۳۴/۰۵۱	۰/۰۰۰۵	۰/۹۶۳
	زمان×گروه	۲۱۰/۴۱۷	۱	۲۱۰/۵۱۷	۷۰/۸۰۰۶	۰/۰۰۰۵	۰/۹۶۲
	خطا	۸۳/۰۶۷	۳۰	۲/۷۶۸			
حمایت اجتماعی	زمان	۱۲/۱۵۰	۱	۱۲/۱۵۰	۳۶/۴۵۰	۰/۰۰۰۵	۰/۵۶۶
	زمان×گروه	۱۶/۰۱۷	۱	۴۱۶/۰۱۷	۴۸/۰۵۰	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲۳
	خطا	۹/۳۳۳	۳۰	۰/۳۱۱			
مسئولیت‌پذیری	زمان	۳۵/۲۶۷	۱	۳۵/۲۶۷	۰/۵۳۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶۹
	زمان×گروه	۳۵/۲۶۷	۱	۳۵/۲۶۷	۰/۵۳۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶۹
	خطا	۱۷/۴۶۷	۳۰	۰/۵۸۲			
مسئله‌گشایی	زمان	۱۰/۴۱۷	۱	۱۰/۴۱۷	۲۶/۳۵۵	۰/۰۰۰۵	۰/۴۸۵
	زمان×گروه	۱۶/۰۱۷	۱	۱۶/۰۱۷	۴۰/۵۳۴	۰/۰۰۰۵	۰/۵۹۱
	خطا	۱۱/۰۶۷	۳۰	۰/۳۶۸			
ارزیابی مجدد	زمان	۸/۸۱۷	۱	۸/۸۱۷	۱۱/۹۴۵	۰/۰۰۰۲	۰/۳۹۹
	زمان×گروه	۱۶/۰۱۷	۱	۱۶/۰۱۷	۲۱/۷۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۴۳۷
	خطا	۳۰/۶۶۷	۳۰	۰/۶۸۸			
رویارویی	زمان	۹۱/۲۶۷	۱	۹۱/۲۶۷	۱۰۰/۳۳۶	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸۲
	زمان×گروه	۹۱/۲۶۷	۱	۹۱/۲۶۷	۱۰۰/۳۳۶	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸۲
	خطا	۳۵/۴۶۷	۳۰	۰/۸۴۸			
دوری‌گزینی	زمان	۱۰۴/۰۱۷	۱	۱۰۴/۰۱۷	۱۶/۶۱۴	۰/۰۰۰۵	۰/۸۵۲
	زمان×گروه	۱۰۹/۳۵۰	۱	۱۰۹/۳۵۰	۱۶۸/۸۴۹	۰/۰۰۰۵	۰/۸۵۸
	خطا	۱۸/۱۳۳	۳۰	۰/۶۰۴			

فرار - اجتناب	زمان زمان×گروه خطا	۲۹۴/۸۱۷ ۲۸۶/۰۱۷ ۳۴/۶۶۷	۱ ۱ ۳۰	۲۹۴/۸۱۷ ۲۸۶/۰۱۷ -/۸۲۳	۳۳۴/۶۵۷ ۳۳۴/۶۶۸	۰/۰۰۰۵ ۰/۰۰۰۵	۰/۹۲۳ ۰/۹۲۱
خویشانداری	زمان زمان×گروه خطا	۸۸/۸۱۷ ۷۹/۳۵۰ ۲۲/۲۳۳	۱ ۱ ۳۰	۸۸/۸۱۷ ۷۹/۳۵۰ ۰/۷۴۴	۱۱/۳۵۲ ۹۹/۴۸۴	۰/۰۰۰۵ ۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۹ ۰/۷۸۰

همان گونه که در جدول (۴) مشاهده می‌گردد، مقایسه نمره‌های متغیرهای تحت بررسی در زمان ۱ (پیش‌آزمون)، زمان ۲ (پس‌آزمون) و زمان ۳ (پیگیری)، در دو گروه آزمایش و کنترل، تأثیر معناداری را برای زمان، در سطح $P < 0.05$ ، حداقل در یکی از گروه‌ها و مراحل تحت بررسی در متغیرهای فوق نشان می‌دهد. معنادار بودن تعامل بین زمان و گروه، در سطح $P < 0.05$ حاکی از تفاوت بودن تغییر نمرات دو گروه، در طول زمان است. مراجعه به میانگین‌ها، نشان می‌دهد که تأثیر زمان برای افزایش نمره صمیمیت و سبک مقابله‌ای مسئله‌محور و راهبردهای مقابله‌ای جست‌وجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده و ارزیابی مجدد و کاهش نمرات سبک مقابله‌ای هیجان‌محور و راهبردهای مقابله‌ای رویارویی، دوری‌گزین، فرار - اجتناب و خویشانداری، در پس‌آزمون و پیگیری است. اندازه اثرهای مربوط به تمامی متغیرها، بسیار بزرگ بوده و بیانگر تأثیرگذاری زیاد زمان، بر متغیرهای فوق در گروه آزمایش است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، تدوین پروتکل درمانی «معنوی - مذهبی» برای زوجین متقاضی طلاق و بررسی کارآمدی آن، بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و صمیمیت زناشویی برای کاهش احتمال وقوع طلاق بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که این پروتکل درمانی، می‌تواند سبک مقابله‌ای هیجان‌محور و راهبردهای مقابله‌ای رویارویی، دوری‌گزینی، فرار - اجتناب را کاهش داده، سبک مقابله‌ای مسئله‌محور و راهبردهای مقابله‌ای جست‌وجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و ارزیابی مجدد را افزایش دهد. همچنین، در بررسی پیگیری نتایج پس از چهار هفته، اثر این درمان در گروه آزمایش باقی مانده بود. این نتیجه، با نتایج پژوهش‌های جان‌بزرگی (۱۳۷۷)، عبیدی و دیگران (۱۳۹۴)، علیزاده‌فرد و خوش‌منش (۱۳۹۶)، نیکویی و دیگران (۱۳۸۷)، برجلی و دیگران (۱۳۹۷) همخوان است. در پژوهش‌های انجام‌شده در داخل کشور، تأثیر تعالیم دین اسلام، مانند عمل به باورهای دینی، تلاوت آیات قرآن کریم، دعا، زیارت، روان‌درمانی معنوی، ذکر، یاد خدا، نماز، مذهب، آموزه‌های دینی، روزه‌داری، حضور در اماکن مقدس و...، در افزایش رضایتمندی زندگی زناشویی نشان داده شده است. برای نمونه، جان‌بزرگی (۱۳۷۷) در پژوهش خود نشان داد که اعتقاد به مذهب و ریشه‌های عمیق آن، موجب می‌گردد که به هنگام ارائه درمانی با جهت‌گیری مذهبی، رفتارها و شیوه‌های مقابله‌ای برای افراد، مانوس‌تر جلوه کند. همین امر پذیرش آن را آسان‌تر کرده مقاومت را برای تغییر از بین می‌برد.

علیزاده‌فرد و خوش‌منش (۱۳۹۶)، که به مقایسه آموزش تئوری انتخاب به صورت کلاسیک و بر مبنای آموزه‌های اسلامی، بر افزایش گذشت و رضایت زناشویی زنان متأهل پرداختند، نشان دادند که اگرچه هر دو روش منجر به افزایش رضایت زناشویی و گذشت شده بود، اما روش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، به‌طور معناداری مؤثرتر و افزایش نمرات افراد در این گروه بیشتر بود. یافته‌های پژوهش آنان نشان داد که باورهای دینی، موجب استحکام بیشتر روابط خانوادگی و کاهش تنیدگی‌های وجودی و فردی شده و به زندگی معنا می‌بخشد. عقاید و اعمال مذهبی، در جنبه درون‌فردی، فرد را قادر می‌سازد که از لحاظ فیزیولوژیکی، شناختی و عاطفی، خشم خود را کنترل کرده و به او کمک می‌کند تا مسئولیت اعمال خود را در تعارض‌ها بپذیرد. در جنبه بین‌فردی، اعمال مذهبی شرایطی ایجاد می‌کند که فرد به هنگام خشم به خدا توجه نموده، حمایتی برای هر دو زوج ایجاد می‌کند، تا از تعارض با یکدیگر اجتناب کنند. ارتباط با خدا، یک نقش تعاملی و جبرانی در رابطه با روابط زناشویی دارد.

در پژوهش‌های انجام‌شده در خارج از کشور نیز اثربخشی مداخلات معنوی، در اختلالات و بیماری‌های جسمانی، مانند انواع سرطان‌ها به تأیید رسیده است. از جمله این مداخلات، می‌توان به دعا، اندیشه معنوی، مدیتیشن، خواندن نوشته‌های متون مقدس، بخشودگی و توبه، عبادات و مناسک، همراهی و خدمت، کسب هدایت معنوی و آموزش‌های اخلاقی اشاره کرد. برای نمونه، می‌توان به پژوهش‌های امی (۲۰۰۰)، ناش و ناش (۲۰۱۶)، جوشا و دیگران (۲۰۱۸) اشاره کرد. با توجه به تأیید شدن فرضیه اول پژوهش و نتایج پژوهش‌های داخل و خارج از کشور، که همگی اهمیت مداخله‌های معنوی را در فرایند درمان مطرح می‌کنند، می‌توان گفت تعامل اجتناب‌ناپذیری بین مداخلات معنوی و روان‌درمانی وجود دارد. این رویکرد درمانی، با فعال‌سازی طرح‌واره‌ها و مضامین معنوی - مذهبی در شیوه تفکر، مدیریت هیجانات، شیوه‌های گفت‌وگو و حل تعارض زوجین، تغییراتی را ایجاد می‌کند که موجب کاهش احتمال وقوع طلاق می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت: باورهای دینی موجب استحکام روابط خانوادگی می‌گردد (آخرتی و دیگران، ۱۳۹۳). مذهب سیستم سازمان‌یافته‌ای از باورها و ارزش‌های اخلاقی و مشارکت در جامعه دینی، برای اعتقاد راسخ‌تر به خداوند است. باورهای مذهبی، موجب می‌شود تا فرد با اتصال به یک قدرت نامتناهی مشکلات و مسائل زندگی را بزرگ‌نمایی نکند. این باور، شیوه مؤثری برای مقابله با تعارضات است و به فرد کمک می‌کند که به شیوه‌های هیجانی، با مشکلات برخورد نکند (پسندیده، ۱۳۹۶، ص ۱۶). آموزه‌های مبتنی بر تعالیم دین اسلام، موجب می‌شود تا زوجین در گفت‌وگوها و روابط متقابل با یکدیگر، تنها بر درخواست‌ها و نیازهای خود متمرکز نشده و توجه به خواسته‌ها و نیازهای همسر را یک تکلیف الهی بدانند. زوجین، با پیوندی که بین باورهای دینی و نیازهای زندگی زناشویی ایجاد می‌کنند، به نوعی تعهد معنوی و درونی، نسبت به انجام وظایف زناشویی دست می‌یابند (جان‌بزرگی، ۱۳۷۷؛ طلائیان و زهراکار، ۱۳۹۴). زوجین با دریافت طرح‌درمانی، بر مبنای آموزه‌های اسلامی در چارچوب برنامه و نقشه راه ازپیش تدوین‌شده الهی قرار می‌گیرند (علیزاده و

خوش‌منش، ۱۳۹۶) و از پیامدهای منفی تصمیم‌گیری‌های تکانشی، مانند اقدام به طلاق و جدایی ناشی از عدم توکل به خداوند و فقدان الگوی زندگی زناشویی اسلامی، مصون بوده و در نتیجه، کاهش ناراضی زناشویی و تعارض‌های حل‌نشده را تجربه خواهند کرد.

ایمان نداشتن به خداوند، موجب بی‌انسجامی و ناآرامی در فرد شده و همین امر، موجب ضعف و منشأ اختلاف‌های بسیاری در زندگی خانوادگی می‌شود (پسندیده، ۱۳۹۶، ص ۱۱۳). مذهب راهنمایی‌های کلی در اختیار بشر قرار می‌دهد که اگر انسان‌ها بدان عمل کنند، به استحکام پیوند زناشویی می‌انجامد. این امر، که افراد به ازدواج به‌منزله مسئولیتی برای تمام عمر، عشق‌ورزی به یکدیگر و فراهم آوردن اسباب آرامش یکدیگر نگاه کنند، تأثیرپذیری روابط زناشویی از مذهب را نشان می‌دهد (السون و دیگران، ۲۰۱۵).

یافته‌های پژوهش نشان داد که اجرای رویکرد درمانی، با طراحی «معنوی - مذهبی» تأثیر معناداری بر صمیمیت زناشویی داشته، تأثیر آن در یک دوره پیگیری چهار هفته‌ای همچنان باقی مانده است. این نتیجه، با یافته‌های پژوهش‌های کلاتری و دیگران (۱۳۹۷)، آریز فرد و اعتمادی (۱۳۹۵)، محمودزاده و دیگران (۱۳۹۴)، خدابخشی و دیگران (۱۳۹۳) همخوان است.

کلاتری و دیگران (۱۳۹۷)، که به تدوین و بررسی اثربخشی برنامه آموزشی افزایش صمیمیت، بر مبنای فرهنگ بومی ایران بر رضایت زناشویی زوجها پرداخته به این نتیجه رسیدند که استفاده از رویکردهای آموزشی، مبتنی بر فرهنگ ایرانی، می‌تواند موجب افزایش صمیمیت و رضایتمندی زناشویی شود. آریز فرد و اعتمادی (۱۳۹۵)، در پژوهش دیگری که به اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر و هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین آسیب‌دیده از خیانت همسر پرداختند، نشان دادند که رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار، در افزایش میزان صمیمیت زناشویی زوجین آسیب‌دیده از خیانت همسر، در ابعاد هیجانی، عقلانی، ارتباطی، معنوی و جنسی، اثربخش‌تر از رویکرد زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بود. درحالی‌که در سایر ابعاد صمیمیت زناشویی (جسمانی، اجتماعی - تفریحی، روان‌شناختی و صمیمیت کلی)، تفاوت معنی‌داری بین دو رویکرد درمانی نبود. محمودزاده و دیگران (۱۳۹۳)، به بررسی تأثیر زوج‌درمانی اسلامی، بر صمیمیت زناشویی پرداختند. آنها در پژوهش خود نشان دادند که زوج‌درمانی اسلامی صمیمیت و ابعاد صمیمیت (عاطفی، ارتباطی، فیزیکی، اجتماعی، تفریحی، مذهبی و روان‌شناختی) را افزایش می‌دهد. خدابخشی و دیگران (۱۳۹۳)، در پژوهش دیگری به بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین پرداختند. نتایج پژوهش آنها نیز همسو با یافته‌های این پژوهش نشان داد که این رویکرد درمانی، موجب افزایش صمیمیت زوجین می‌شود.

در پژوهش‌های انجام‌شده در خارج از کشور نیز اثربخشی مداخلات معنوی - مذهبی، بر افزایش صمیمیت زوجین نشان داده شده است. برای نمونه، می‌توان به پژوهش‌های پاتریک و دیگران (۲۰۰۷) و گاراملیکا و

همکاران (۲۰۲۲) اشاره کرد. در تبیین این یافته، پژوهش می‌توان گفت: در رویکرد درمانی طراحی شده با رویکرد معنوی - مذهبی ابعاد مختلف صمیمیت زوجین مورد توجه قرار گرفته است. از جمله بعد صمیمیت جنسی، بیشترین توجه دین اسلام به بعد جنسی زندگی خانوادگی معطوف بوده، این امر را مقدس شمرده و روابط جنسی بین زوجین را زینت‌بخش زندگی دانسته است (آل‌عمران: ۱۴). در این رویکرد درمانی نیز به این موضوع توجه ویژه‌ای شده است. همچنین، در بعد صمیمیت عاطفی و ارتباطی، اسلام محیط خانواده را محل بروز عمیق‌ترین روابط و منشأ روابط عاطفی در اجتماع دانسته که از جمله نمونه‌های رفتاری آن، می‌توان به تحمل و صبر در برابر کژخلقی همسر، چشم‌پوشی و گذشت، در صورت بروز رفتارهای نامعقول، مصاحبت نیکو، احسان و نیکی، کمک به همسر در امور خانه و نقش ایمان به خداوند در آرامش زندگی زناشویی زوجین اشاره کرد. آموزش‌های اسلامی این پژوهش با کار بر روی مهارت گوش دادن فعال و حل تعارض (محمودزاده و دیگران، ۱۳۹۴)، توانسته است زوجین را در برقراری روابط صمیمانه با یکدیگر توانمند سازد. علاوه بر آن، آموزش‌های اسلامی این رویکرد درمانی، با کار بر روی پرخاشگری‌های کلامی و فیزیکی، خودخواهی، رفتار تلافی‌جویانه و بدبینی، که بزرگ‌ترین مانع ارتباطی همسران و کناره‌گیری آنها از یکدیگر است (هالفورد، ۲۰۰۱)، این موانع ارتباطی را از میان برداشته و فاصله روانی - عاطفی زوجین را کاهش داده است. رویکرد درمانی، با طراحی «مذهبی - معنوی» در این پژوهش، خودبتریبینی و خودمحوری، پرخاشگری کلامی و فیزیکی و رفتار تلافی‌جویانه، در روابط همسران را کاهش داده و بدین‌وسیله، صمیمیت ارتباطی آنها را بیشتر کرده است. طرح‌درمانی، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی این پژوهش و تکنیک‌های درمانی ارائه شده در جلسات آموزشی، با از بین بردن پرخاشگری کلامی (فحش دادن، سرزنش کردن، طعن زدن، مسخره کردن) و پرخاشگری فیزیکی و خودبتریبینی احساس ایمنی، در روابط را برای همسران مهیا کرده و صمیمیت روان‌شناختی آنها را افزایش داده است.

این روش درمانی، به زوجین کمک می‌کند تا دلایل زیربنایی مشکلات ارتباطی خود را با توجه به آموزه‌های اسلامی شناسایی کرده، از شیوه‌های سازنده‌تری برای مواجهه با مشکلات استفاده کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زوج‌های متعارض در مورد جنبه‌های مثبت رابطه‌شان با یکدیگر صحبت نمی‌کنند و یا در مورد احساساتشان، همانند سایر زوجین خودافشایی نمی‌کنند. زوجین آشفته، به‌طور روزمره بسیار کم به یکدیگر ابراز صمیمیت، نزدیکی و محبت می‌کنند (هالفورد و همکاران، ۲۰۰۱). می‌توان انتظار داشت طرح‌درمانی با رویکرد «معنوی - مذهبی»، نقش مهم و اساسی در کاهش و حل تعارضات زناشویی و صمیمیت زوجین ایفا کند. این رویکرد درمانی، از طریق ارتقاء مهارت‌های گوش دادن فعال، گفت‌وگو، حل تعارض، آموزش سبک ارتباط صریح و جرأت‌مندانه، کنترل خشم و عصبانیت و استرس، موجب می‌شود زوجین یاد بگیرند احساساتشان را با تکنیک‌های صحیح افشا کنند. این طرح آموزشی، موجب افزایش همدلی و تقویت مهارت‌های ارتباطی و در نتیجه، افزایش صمیمیت و تفاهم بین

زوجین می‌گردد. یکی از مؤلفه‌های بیانگر صمیمیت در زوجها همدلی و نگاه به مسائل از دریچه چشم طرف مقابل است. در تکالیف خانگی طراحی شده در این رویکرد، از زوجین خواسته می‌شود مشکلات و مسائل خود را با یکدیگر یادداشت کرده، مطرح کنند و تلاش کنند خود را به جای طرف مقابل گذاشته و با درک شرایط همسر، مسئله را از زاویه دید وی نیز ببینند. درک موقعیت همسر، احتمال سرمایه‌گذاری عاطفی و شناختی در خود، همسر و بهبود رابطه را افزایش می‌دهد. شرکت در جلسات گروه‌درمانی، زوجین را قادر می‌سازد مشکلات مربوط به صمیمیت در روابطشان را با توجه به آموزه‌های اسلامی شناسایی کنند و در مورد مسائلی که موجب مشکلات کنونی شده، با یکدیگر گفت‌وگو کنند. زوجین، با گوش دادن به انتظارات، همسر از رابطه، روابط عاطفی و احساسی عمیق‌تری را با یکدیگر برقرار می‌کنند. بیان مسائل و مشکلات، احساسات و انتظارات به‌عنوان یک فرایند خودافشاگرایی، این فرصت را به هریک از زوجین می‌دهد تا در جهت توانایی درک موقعیت‌های یکدیگر و در نتیجه، افزایش صمیمیت عاطفی و ارتباطی، با توجه به آموزه‌های اسلامی گام بردارند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد زوجینی که می‌توانند نیاز به صمیمیت را در روابط خود ارضا کنند، در مقایسه با زوجینی که این نیاز را در روابط خود ارضا نمی‌کنند، به احتمال بیشتری، روابط زناشویی خود را حفظ می‌کنند (فراست، ۲۰۱۲؛ نیک نورا زری و دیگران، ۲۰۱۸).

با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت: تدوین پروتکل درمانی «مذهبی - معنوی» به‌عنوان یک رویکرد آموزشی - درمانی تلفیقی و منطبق بر زمینه فرهنگی مذهبی جامعه ایران، به‌طور معناداری در بهبود و افزایش راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و صمیمیت زناشویی مؤثر است. بنابراین، استفاده از این رویکرد آموزشی - درمانی، به روان‌شناسان، مشاوران و متخصصان در امر خانواده در مشاوره‌های طلاق، مشاوره‌های پیش از ازدواج و مشاوره‌های حل تعارضات زناشویی و ارتقاء ویژگی‌های مثبت زوجین، مانند بهزیستی روانی توصیه می‌شود. امید است نتایج این پژوهش، دست‌اندرکاران امور سلامت خانواده را ترغیب کند تا از پروتکل درمانی با رویکرد «معنوی - مذهبی» برای افزایش سلامت کارکرد خانواده، به‌ویژه در زوجین متقاضی طلاق استفاده کنند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، اثربخشی این طرح‌درمانی، با سایر روش‌های خانواده‌درمانی مقایسه شود. علاوه بر آن، در پژوهش دیگری به ارائه مدل مفهومی، به شیوه کیفی برای کاهش احتمال بروز طلاق در خانواده‌های ایرانی و مبتنی بر منابع اسلامی پرداخته شود.

با توجه به اینکه این پژوهش، بر روی زوجین متعارض متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران انجام گرفت و با توجه به اینکه زوجین متقاضی مشاوره در شهر تهران، به لحاظ توانمندی‌های شناختی، عاطفی، رفتاری و طبقه اقتصادی - اجتماعی، از سایر زوجین و زوجین متقاضی طلاق در سایر شهرها و روستاهای کشور ایران متفاوت هستند، ممکن است سبب‌شناسی تعارضات زناشویی و مشکلات صمیمیت در آنها، بسیار متفاوت باشد. از این‌رو، امکان تعمیم یافته‌های این پژوهش، به همه زوجین متقاضی طلاق ممکن نیست.

منابع

- آخرتی، محمود و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی رابطه التزام عملی به دین اسلام و رضایت زناشویی در بین زوجین شهرستان کاشمر»، در: *دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی*، تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی.
- آرین فر، نیره و عذار اعتمادی، ۱۳۹۵، «مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر و هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی زوجین آسیب‌دیده از خیانت همسر»، *پژوهش‌های مشاوره*، ش ۵۹، ص ۷-۳۷.
- برجلی، احمد و همکاران، ۱۳۹۷، «بررسی رابطه بین «سبک زندگی اسلامی» با «رضایت زناشویی» با واسطه‌گری «خوش‌بینی»»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۲۲، ص ۴۳-۶۲.
- بیرامی، منصور و سینا محبی، ۱۳۹۵، «رابطه دلبستگی به والدین و ادراک از تعارض بین والدین با اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دختر: نقش میانجی‌گری راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار»، *روان‌شناسی بالینی*، دوره هشتم، ش ۱، ص ۷۱-۸۲.
- پسندیده، عباس، ۱۳۹۶، *رضایت زناشویی*، قم، دارالحدیث.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۷۷، «بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر اضطراب و تنیدگی»، *انجمن روان‌شناسی*، سال دوم، ش ۴، ص ۳۴۳-۳۶۸.
- جعفری، اصغر، ۱۳۹۶، «تدوین یک برنامه روانی-آموزشی بر اساس الگوی ستیر برای زوجین متعارض و اثربخشی آن در کاهش سبک مقابله‌ای ناکارآمد و احتمال وقوع طلاق»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی (فرهنگ مشاوره)*، سال هشتم، ش ۳، ص ۱۰۷-۱۳۰.
- جوشن‌لو، محسن و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی ویژگی‌های آماری پرسش‌نامه نیرومندی ایمان مذهبی سانتاکالارا در دانشجویان ایرانی»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال ششم، ش ۱۱، ص ۱۴۷-۱۶۳.
- خدابخشی، محمدرضا و همکاران، ۱۳۹۳، «اثربخشی روایت‌درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین و ابعاد آن: تلویحاتی برای درمان»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال چهارم، ش ۴، ص ۶۰۷-۶۳۲.
- طلائیان، رضوانیه و کیانوش زهراکار، ۱۳۹۴، «بررسی التزام عملی به اعتقادات اسلامی و سبک‌های اداره تعارض زناشویی به‌عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده طلاق»، *روان‌شناسی و دین*، سال هشتم، ش ۴، پیاپی ۳۲، ص ۱۰۷-۱۲۶.
- عبدی، حمزه و همکاران، ۱۳۹۴، «الگوی «تنظیم رغبت براساس زهد اسلامی» و مقایسه آن با «درمان‌شناختی رفتاری» در کاهش اضطراب»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال نهم، ش ۱۷، ص ۵۷-۸۶.
- علیزاده‌فرد، سوسن و الهام خوش‌منش، ۱۳۹۶، «مقایسه آموزش تئوری انتخاب به صورت کلاسیک و بر مبنای آموزه‌های اسلامی بر افزایش گذشت و رضایت زناشویی زنان متأهل»، *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، دوره هفتم، ش ۲۶، ص ۱۱۹-۱۳۷.
- کریمی، جواد و همکاران، ۱۳۹۲، «مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر علائم افسردگی و استرس پس از سانحه ناشی از روابط فرزاناشویی در زوجین»، *روان‌شناسی بالینی*، دوره پنجم، ش ۳، ص ۳۵-۴۶.
- کلاتری، میترا و همکاران، ۱۳۹۷، «اثربخشی برنامه آموزشی افزایش صمیمیت بر مبنای فرهنگ بومی ایران بر رضایت زناشویی زوجها»، *روان‌شناسی کاربردی*، سال دوازدهم، ش ۴۵، ص ۷-۲۴.
- محمودزاده، اعظم و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی تأثیر زوج‌درمانی اسلامی بر صمیمیت زناشویی»، *روان‌شناسی و دین*، سال هفتم، ش ۱، پیاپی ۲۵، ص ۵۹-۷۰.
- مرادی، امید و شایسته چارداولی، ۱۳۹۵، «اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی، به شیوه شناختی - رفتاری و ساختاری، بر کیفیت زندگی و ابعاد آن، در زوج‌های متقاضی طلاق»، *پژوهش‌های مشاوره*، ش ۵۷، ص ۲۴-۴۰.
- ندائی، علی و همکاران، ۱۳۹۵، «رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی: نقش واسطه‌ای مهارت‌های تنظیم‌شناختی هیجان»، *روان‌شناسی بالینی*، دوره هشتم، ش ۴، ص ۳۵-۴۸.
- نیکویی، مریم و همکاران، ۱۳۹۷، «تدوین پروتکل درمانی براساس ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی در رضایت‌مندی زناشویی دانشجویان»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۲۲، ص ۴۳-۸۴.

- Akter, M. & Beyum, R, 2012, "Factors for Divorce of women under going Divorce in Bangladesh", *Journal of Divorce & Remarriage*, N. 53(8), p. 639-651.
- Amato, P. R. & Cheadle, J. E, 2008, "Parental divorce, marital conflict and children's behavior problems: A comparison of adopted and biological children", *Social Forces*, N. 86(3), p. 1139-1161.
- Apostolou, M., 2018, "Reasons that could lead people to Divorce in an Evolutionary Perspective. Evidence from Cyprus", *Journal of Divorce & Remarriage*, N. 60(1), p. 27-46.
- Bartoli, E. , 2007, "Religious and spiritual issues in psychotherapy practice: training the trainer", *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training the Trainer*, N. 44(1), p. 54-65.
- Berg, A. O., 2017, "Screening for family and intimate partner violence: Recommendation statement", *Annals of family medicine*, N. 2, p. 156-160.
- Crabtree, S. A. , et al, 2018, "The Roles of Love and Happiness in Divorce Decision Making" *Journal of Divorce & Remarriage*,59(8),P 601-615, DOI: 10. 1080/10502556. 2018. 1466254 .
- Dempsey, M. 2017, "Negative coping as mediator in the relation between violence and autocomes. Inner-city African American youth", *American Journal of Orthopsychiatry*, N. 72(1), p. 102-109.
- Don Martin, et al, 1986, "Satir step by step: A Guide to Creating change in Families", *Family Relations*, N. 35(2), p. 338-339.
- Eun, K. J ,2011, "A comparative study of covert interpersonal responses between interpersonal conflict and negative countertransference", *Korea Journal of Counseling*, N.12, (3),p811-833.
- Fladmo, B. & Hertlein, K. M, 2017, "The Effect of Negative and Positive Childhood Divorce Experiences on Professional Performers", *Journal of Divorce & Remarriage*, N. 58(8), p. 584-598.
- Frost, D. M, 2012, "The narrative construction of intimacy and affect in relationship stories: Implications for relationship quality, stability, and mental health", *Journal of Social and Personal Relationships*, N. 30, p. 247-269
- Garamaleki, R, B. et al, 2022, "Comparison of the Effectiveness of Group Reality-based Couple Therapy and Forgiveness Therapy on Marital Adjustment, Emotional Differentiation and Intimacy of Couples with Emotional Divorce", *Journal of Counseling Research*, N. 20(80), p. 56-87.
- Halford, W. K. ,et al, 2001, "Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program", *American Journal of Family Psychology*, N. 15(4), p. 750-768.
- Halwani, R, 2018, *Philosophy of Love, Sex and Marriage: An Existential Psychotherapeutic and Practical Model*, Publisher, Routledge.
- Hojatifar, Y. & et. Al, 2017, "Predicting Marital Disaffection based on Marital Conflict and Attachment styles", *Indian Journal of Public Health Research & Development*, N. 8(4), p. 79-83.
- Kermani, N. , et al, 2018, "Schema therapy and marital intimacy", *Journal of Psychology Research*, N. 8(4), p. 80-187.
- Longove, N. , &Nizam Isha, A., 2017, "Interpersonal Conflict and Turnover Intention: The Mediating Role of Psychological well-being", *Advance science letter*, N. 23, p. 7695-7698.
- Maki, K. H. Banmen, J. D, 2017, *Chang the impact of family rules*, Satir institute of the pacific.
- Nik Noruzira, A. Z. , Nor Azlili, H. , and Norazilah, B, 2018, "Intimacy in marital relationship: Effect of internet usage", *Malaysian Journal of society and space*, N. 14 (3), p. 14-23.

- Olson, J. R. ,et al, 2015, "Shared religious beliefs, prayer, and forgiveness as predictors of marital satisfaction", *Family Relations*, N. 64(4), p. 519-533.
- Patric, E. ,& Beatrice Wood, H, 2007, "The influence of religious and ethnic differences on marital intimacy: intermarriage versus intramarriage", *Journal of Marital and Family Therapy*, N. 26 (2), p. 241-252.
- Riggio, H. R, 2004, "Parental marital conflict and divorce, parent-child relationships, social support, and relationship anxiety in young adulthood", *Personal Relationship*, N. 11 (1), p. 99-114.
- Wagner, B. G, 2018, "Marriage, Cohabitation, and Sexual Exclusivity: Unpacking the Effect of Marriage", *Social Forces*, N97(3), p. 1231-1256.
- Weixel Dixon, K, 2016, "Interpersonal Conflict and Turnover Intension: The Meditating Role of Psychological Well-being", *Advance Science Letter*, N. 23 (8), p. 7695-7698.
- Wilt, J. A. ,et al, 2018, "Partnering with God: Religious Coping and Perceptions of Divine Intervention Predict Spiritual Transformation in Response to Religious-Spiritual Struggle", *Psychology of Religion and Spirituality*, N.11(3), p. 278-290.