

تدوین پروتکل درمانی براساس «ذهن‌آگاهی» مبتنی بر فعالسازی «طرحواره‌های معنوی-اسلامی» در «رضایتمندی زناشویی» دانشجویان

مریم نیکوی*

مسعود آذربایجانی**

کیومرث فرح‌بخش***

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر تدوین پروتکل درمانی براساس «ذهن‌آگاهی» مبتنی بر فعالسازی «طرحواره‌های معنوی-اسلامی» در «رضایتمندی زناشویی» زنان دانشجوی بود؛ جامعه آماری پژوهش، زنان متأهل دانشجوی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ دانشگاه آزاد اسلامی واحد کنگاور بود. از بین آنان تعداد ۲۸ نفر به صورت داوطلبانه و در دسترس که نمره پایین‌تری در رضایتمندی زناشویی داشتند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی به گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه ۱۴ نفر) اختصاص یافتند. هر دو گروه یک‌بار پیش از انجام آزمایش، یک‌بار بلافاصله پس از اتمام آزمایش و یک‌بار یک ماه پس از انجام مداخلات، پرسشنامه رضایتمندی زناشویی جدیری را تکمیل کردند. داده‌ها به وسیله آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه و چندراهه تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که پروتکل درمانی تدوین شده توسط پژوهشگر توانسته است افزایش معناداری در میزان رضایتمندی زناشویی دانشجویان ایجاد کند. این افزایش در مرحله پیگیری نیز حفظ شده بود. در نتیجه می‌توان گفت پروتکل درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر طرحواره‌های معنوی-اسلامی، شیوه مناسبی برای افزایش رضایت زناشویی زوجین است.

واژگان کلیدی: ذهن‌آگاهی، طرحواره‌های معنوی-اسلامی، رضایت زناشویی، روان‌شناسی خانواده، زوج‌درمانگری.

* دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران.

Email: maryamnikooy@yahoo.com

Email: azarbayejani110@yahoo.com

** دکترای روان‌شناسی، دانشیار حوزه و دانشگاه (نویسنده مسئول)

*** دکترای مشاوره، دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی.

تاریخ تأیید: ۱۳۹۷/۵/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۲۰

مقدمه

خانواده در دین اسلام از جایگاه خاصی برخوردار است و آن را آیتی از آیات بزرگ خداوند مطرح می‌کند و همسران را وسیله سکون و آرامش یکدیگر می‌داند؛ همچنان که در سوره روم، آیه ۲۱ می‌فرماید: ^۱ از جمله نشانه‌های او این است که برای شما از جنس خودتان همسرانی آفرید تا در کنارشان آرامش یابید و بین شما الفت و مهربانی برقرار ساخت. با وجود اینکه ازدواج رضایت‌بخش یکی از عوامل مهم بهداشت روانی جامعه به شمار می‌آید، ولی چنانچه ازدواج و زندگی خانوادگی شرایط نامساعدی برای ارضای نیازهای روانی زوجین ایجاد کند، نه تنها بهداشت روانی تحقق نمی‌یابد، بلکه آثار منفی و گاهی جبران‌ناپذیری را به جای می‌گذارد، به طوری که اختلالات جسمانی، اختلالات عصبی، افسردگی و خودکشی از پیامدهای اختلافات خانوادگی می‌باشند. آمار طلاق که معتبرترین شاخص آشفتگی زناشویی است نشانگر آن است که رضایت زناشویی به آسانی قابل دستیابی نیست. اختلاف و تعارض که به صورت عدم توافق، ^۲ عدم دوست داشتن، ^۳ جر و بحث ^۴ و نا آرامی ^۵ در روابط صمیمانه وجود دارد؛ امری طبیعی است (فاروق و بات، ۲۰۱۲). یکی از روش‌های جدید که می‌تواند در این زمینه مفید باشد و در سال‌های گذشته توجه روان‌شناسان، روان‌درمانگران و پژوهشگران را به خود جلب کرده است، روش مداخله‌ای ذهن‌آگاهی است که از جمله شیوه‌های رویکرد شناختی و رفتاری تلقی می‌شود. ذهن‌آگاهی متمرکز کردن توجه یک فرد به صورت عمدی بر روی تجربه‌ای که در زمان حال اتفاق می‌افتد و در مسیری که بدون قضاوت کردن و با پذیرش کامل باشد.

ذهن‌آگاهی به صورت غیر قضاوتی از زمان حال آگاه شدن همراه با کاهش درگیری در افکار و احساسات را ترغیب می‌کند (پوتک، ۲۰۱۲). در مان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به دلیل اینکه به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می‌پردازد، دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی گزارش شده است. در دو دهه اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی ظهور کرده‌اند (بانر، ۲۰۰۶) که روی تمرین‌های نشستن، مراقبه قدم زدن و برخی تمرین‌های یوگا تأکید می‌کنند. این مداخلات شامل تمرین توجه متمرکز که در آن فرد توجه

۱. «و مِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَ جَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَ رَحْمَةً».

2. Disagreement

3. Dislike

4. Argument

5. Tension

6. arooq, Z & Butt, f.y.

7. Potek, R.

خود را روی یک محرک خاص همچون تنفس، احساس‌های بدنی و غیره در طول یک دوره زمانی خاص متمرکز می‌کند. ذهن آگاهی معمولاً به‌عنوان حالت آگاهی و داشتن توجه به آنچه که در زمان حال روی می‌دهد، تعریف می‌شود و ذهن آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این‌رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند. به علاوه با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می‌تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. هدف آموزش ذهن آگاهی مانند شناخت درمانی سنتی، چالش یا تغییر افکار نیست؛ بلکه هدف، ایجاد یک نگرش یا ارتباط متفاوت با افکار، احساس و هیجان‌هاست. در این روش تمرکز کامل به لحظه لحظه تجربه موجود و قبول یک نگرش همراه با پذیرش می‌باشد (سگال و همکاران، ۲۰۰۳؛ مارلات و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴). از دیدگاه دیگر مفهوم‌سازی باورهای معنوی به‌عنوان سازه^۱ یا طرحواره شناختی^۲ می‌تواند در ایجاد و ارزیابی یک مداخله مبتنی بر معنویت استفاده شود. طرحواره‌ها به‌عنوان سازه‌هایی که در توجه و پردازش اطلاعات نقش مهمی دارند، درمان مبتنی بر طرحواره از بسط دادن مفاهیم و درمان‌های شناختی-رفتاری سنتی یانگ و همکارانش (۱۹۹۰) گسترش یافته است. طرحواره درمانی جنبه‌های گسترده‌ای از زندگی فرد را دربر می‌گیرد و اساساً برای مشکلات رفتاری و هیجانی که دوام زیادی دارند، به کار می‌رود (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳^۳؛ به نقل از سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

همچنین پس از چند دهه رشد در خانواده‌درمانی، توجه به جنبه‌های معنوی و فرهنگی خانواده، درمانگران را وارد فضای جدیدی از مداخله‌ها کرد که در آن، نه تنها به دینداری زوج‌ها می‌پردازند، بلکه از آن برای حل سایر ابعاد ارتباطی آنان استفاده می‌کنند (والش، ۲۰۰۹؛ به نقل از سالاری‌فر، ۱۳۹۶) و نیز مداخله معنوی با رضایت از زندگی، احساس شادمانی و روحیه بالاتر ارتباط مثبت و با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی رابطه‌ای منفی را نشان می‌دهد (موریرا آلمدیا، تتووکوئینگ، ۲۰۰۶؛ به نقل از قیصر و همکاران، ۱۳۹۱). یافته‌های پژوهشی نشان داده است که نیایش، اجازه ابراز خشم، ناامیدی و ترس را که بیشتر به دنبال تجربه بیماری به وجود می‌آیند، به ما می‌دهد و همچنین به ترمیم آسیب‌های ایجاد شده در روابط کمک می‌کند (سبمونی، متارتن و کروین، ۲۰۰۲؛ به نقل از قیصر و همکاران، ۱۳۹۱) و سبب ارتقای نگرش‌ها در رفتارهای اجتماعی می‌شود. حیطة روابط اجتماعی از ابعاد کیفیت زندگی، ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی را ارزیابی می‌کند (قیصر و همکاران، ۱۳۹۱). در واقع، معنویت با هدف قرار دادن

1. canstract

2. cognitive schema

3. Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M.

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 و حس قوی‌تری از کنترل ایجاد کند و موجب رضایت از زندگی شود (فلاح و همکاران، ۱۳۹۰؛ سیمونی^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). در نظر برخی درمانگران به دلیل آنکه فرایند فعالسازی طرحواره‌های معنوی تفاوتی با روش‌های به کار برده شده در فعالسازی طرحواره‌های شناختی ندارد؛ از روش‌های موجود می‌توان برای فعالسازی طرحواره‌های معنوی در افزایش رضایتمندی زناشویی بهره‌گرفت (مارگولین و آوانتس، ۲۰۰۶؛ به نقل از دباغی، ۱۳۸۵). برنامه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی ترکیبی از روش‌های مراقبه ذهن‌آگاهی، شناخت‌درمانی و مؤلفه‌های معنوی است که توسط آوانتس و مارگولین (۲۰۰۴) تدوین شده است و به افراد کمک می‌کند که در آغاز از طرحواره‌هایی که به طور خودکار فعال می‌شوند و همزمان باورها، احساسات و رفتارهای فرد را برمی‌انگیزانند، آگاه شوند و در مرحله بعد با فعالسازی و جایگزینی طرحواره‌های معنوی به فرد کمک می‌شود تا افکار، احساسات و رفتارهای معنوی را تجربه و جایگزین نمایند (مارگولین و آوانتس، ۲۰۰۴؛ به نقل از سلیمانی، ۱۳۹۴). در روان‌شناسی شناختی، یک طرحواره خود، مجموعه‌ای از باورها یا دانش‌های کاملاً خودکار، منظم و سازمان‌یافته درباره مقاصد و قابلیت‌های فرد می‌باشد که در حافظه بلندمدت ذخیره شده است و ملاک‌های اثربخشی را برای تنظیم توجه، تمرکز، کدگذاری، ذخیره و بازیابی اطلاعات ایجاد می‌کند و یک رابطه تداعی قوی با سایر مؤلفه‌های سیستم مانند فیزیولوژی و هیجان دارد (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۹؛ به نقل از اکبری، ۱۳۹۲). در ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی، مفاهیم اسلامی همچون ذکر، دعا و توسل، شکرگزاری، توکل به خدا، ایمان و تقوا به عنوان طرحواره‌ها مفهوم‌بندی می‌شوند. از آنجا که این مفاهیم ریشه در اعتقادات فطری و قلبی فرد دارند و دارای مؤلفه‌های شناخت، عاطفه و رفتار هستند (یانگ، ترجمه صاحبی و حمیدپور، ۱۳۸۴؛ به نقل از اکبری، ۱۳۹۲)؛ فعالسازی آنها در هنگام تهدید و ارزیابی‌های مربوط به موقعیت می‌تواند به آرامش درونی و کاهش اضطراب موقعیتی فرد کمک کند. همچنین تلفیق ذهن‌آگاهی با فعالسازی این طرحواره‌ها سبب آگاهانه شدن و تسهیل فرایند پردازش‌های طرحواره‌ای در فرد شده و رشد و شکوفایی او را توسعه می‌بخشد (اکبری، ۱۳۹۲). ذهن‌آگاهی به ما یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، ولی آنها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند و نیز به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به

1. Simoni, J.

2. Margolin, A. & Avants, S. K.

3. Roemer & Orsillo

رویدادها به‌طور غیر ارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (امانوئل^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). سیگال (۲۰۱۰) تمرین‌های ذهن‌آگاهی را برای طیف قابل توجهی از افراد با مشکلات گوناگون مفید می‌داند؛ از جمله در کاهش غم و اندوه، افسردگی، بی‌خوابی، مشکلات جنسی، درد مزمن و اعتیاد به هر چیزی از الکل و مواد مخدر تا وابستگی و اختلالات عاداتی به غذا، قمار، خرید نیز مؤثر است. گادفرین و هرینگن^۲ (۲۰۱۰) نشان دادند که MBCT^۳ سبب کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران افسرده شده است. هاول^۴ و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که بهزیستی و ذهن‌آگاهی به شکل مثبت با کیفیت خواب رابطه دارد. ذهن‌آگاهی، بهزیستی را به‌طور مستقیم و از راه همایندی آن با خودتنظیمی خواب به صورت غیرمستقیم پیش‌بینی می‌کند. وایت برد^۵ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی که با ۷۸ مراقب آلزایمری انجام دادند به این نتیجه رسیدند که شیوه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی موجب کاهش معنادار استرس آنها شده است. واگن^۶ و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شرکت‌کنندگان با ذهن‌آگاهی بالاتر، هیجان مثبت قوی‌تری را در روانی پردازش در متغیر وابسته نشان دادند. پتتر^۷ و همکاران (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی درد را در بین جمعیت بالینی نوجوانان کاهش می‌دهد و رابطه منحصر به فردی با فاجعه‌سازی درد دارد. ذهن‌آگاهی مداخله خوبی برای تسکین درد و رنج در نوجوانان و بزرگسالان است. دوی^۸ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که در جلسات آموزشی ذهن‌آگاهی بودند رفتارهای ضد اجتماعی کمتری را در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. در واقع ارتباط نزدیکی بین ذهن‌آگاهی، مدیریت هیجان‌ها و کنترل رفتار وجود دارد. فلدمن^۹ و همکاران (۲۰۱۴) به این نتیجه رسیدند که مهارت‌های آموزشی به منظور ارتقای ذهن‌آگاهی به‌عنوان مداخلاتی در جهت ارتقای تحمل پریشانی است. کانگ و همکاران (۲۰۱۴) خاطر نشان کردند که با افزایش ذهن‌آگاهی سطح رضایتمندی از زندگی بالا می‌رود و سلامتی افراد افزایش می‌یابد، همچنین سطح بالای ذهن‌آگاهی با عزت نفس، ثبات هیجانی بیشتر، خودکارآمدی بیشتر و کنترل

1. Emanuel
2. Godfrin & Heeringen
3. mindfulness-based cognitive therapy
4. Howell
5. White biredm ,R
6. Vaughn
7. Petter
8. Dewi, S. Y.
9. Feldman

وقایع رابطه دارد. تایلر^۱ و همکاران (۲۰۱۴) یادآور شدند که خود اسناددهی به وسیله آموزش های ذهن آگاهی با رفتار تکانشی کمتر ارتباط دارد و آموزش های ذهن آگاهی موجب حل و فصل بهتر هیجانات در گذشته می شود.

قاسم پور و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان دادند که بین ذهن آگاهی و بهزیستی معنوی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. بورپی و لانگر (۲۰۰۵) در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که بین ذهن آگاهی و رضایت زناشویی رابطه قوی وجود دارد. آنها نشان دادند که در زوجینی که رضایت زناشویی بالایی دارند، ذهن آگاهی بالا می باشد که با یافته های رجبی و ستوده (۱۳۹۰) مبنی بر اینکه آموزش ذهن آگاهی رضایت زناشویی را افزایش می دهد، همسو است. همچنین پژوهش ها نشان دادند که آموزش خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن، کیفیت روابط زناشویی (یوسفی و سهرابی، ۱۳۹۰) و سردمزاجی زنان (نبوی حصار و احمدی، ۱۳۹۱) را بهبود می بخشد؛ در واقع، معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد، ارزیابی های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می دهد و به فرد کمک می کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی و حس قوی تری از کنترل ایجاد کند و موجب رضایت از زندگی شود. قیصر و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مداخله معنوی موجب افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان در مرحله پس آزمون و پیگیری می شود. رضایی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که آموزش زوج درمانی اسلام محور، تعهد زناشویی زوجین و ابعاد آن، یعنی تعهد شخصی، اخلاقی و ساختاری زوجین را افزایش داده است. رضایی، احمدی و موسوی (۱۳۹۱) در پژوهشی دریافته اند که بین رضایت زناشویی و گرایش های معنوی در زوجین همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد و با افزایش گرایش های معنوی میزان رضایتمندی زناشویی زوجین افزایش می یابد. رضا پور و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ارائه آموزه های مذهبی مبتنی بر هستی شناسی اسلامی، شیوه مناسبی برای افزایش رضایت زناشویی زوجین است. مصلحی و احمدی (۱۳۹۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که پابندی به مذهب از عواملی است که در رضایتمندی زناشویی نقش معنادار دارد. محمودزاده و دیگران (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که زوج درمانی اسلامی، صمیمیت و ابعاد صمیمیت زناشویی را افزایش می دهد. غفوری و مشهدی (۱۳۹۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روان درمانی معنوی مبتنی بر روش بخشودگی سبب افزایش معنادار بخشودگی و در نتیجه رضایتمندی زناشویی و کاهش معنادار تعارضات زوجین در مرحله پس آزمون شده است؛ ولی تغییرات در دوره پیگیری معنادار نبود.

1. Taylor, B. L.

صابر (۱۳۹۴) در پژوهشی به این نتیجه رسید که شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب کاهش اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی نوجوانان می‌شود. علینقلی‌لو (۱۳۹۴) در پژوهشی به این نتیجه رسید که هر دو روش شناختی-رفتاری و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و وزن شرکت‌کنندگان مؤثر است و این تأثیر در دوره پیگیری نیز حفظ شده بود. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله آزمایش و بر متغیر وزن و درمان شناختی-رفتاری در مرحله پیگیری و بر هر چهار متغیر مورد پژوهش تأثیر بیشتری داشتند. کاظم‌زاده (۱۳۹۴) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به شرکت‌کنندگان گروه کنترل نمرات افسردگی و اضطراب کاهش معناداری داشته است.

خانواده، یکی از نهادهایی است که پژوهش‌های زیادی درباره آن انجام گرفته است، اما به دلیل اینکه بیشتر تحقیقات انجام شده در زمینه اثربخشی می‌باشد و درمان‌ها و شیوه‌های مشاوره با زمینه‌های فرهنگی مراجعان هماهنگ نیست؛ این پژوهش می‌تواند زمینه مطالعات بیشتر در زمینه تدوین پروتکل درمانی بومی شود. از ضرورت‌های دیگر این پژوهش آن است که بیشتر تحقیقات گذشته بر تأثیر ذهن‌آگاهی بر روی افسردگی، اضطراب، کاهش مصرف مواد، کاهش دردهای مزمن نشان داده‌اند، ولی پژوهشی با این عنوان در پژوهش‌های داخلی و خارجی یافت نشد. با توجه به مطالب ذکر شده و نیز نقش معنویت و فرهنگ در روابط زناشویی، پژوهشگر را بر آن داشت که پروتکل درمانی براساس ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعالسازی طحواره‌های معنوی-اسلامی را طراحی کند و عملاً در افزایش رضایتمندی از آن بهره‌جوید؛ در همین راستا فرضیه ذیل تدوین و آزمون شد: پروتکل درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعالسازی طحواره‌های معنوی-اسلامی بر رضایتمندی زناشویی زنان متأهل دانشجوی مؤثر است.

پرسش پژوهش

آیا پروتکل درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعالسازی طحواره‌های معنوی-اسلامی بر رضایتمندی زناشویی زنان متأهل دانشجوی مؤثر است؟

طرح پژوهش

پژوهش حاضر از طرح‌های پژوهشی مرکب و از دو بخش کیفی و کمی تشکیل شده است. براساس هدف در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. مرحله کیفی: از روش تحلیل محتوایی

استفاده شده است. در تحلیل محتوا عناصر و مطالب مورد نظر گردآوری و طبقه‌بندی می‌شود و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. این عناصر ممکن است کلمه‌ها، جمله‌ها، بندها، یا متن‌های کامل در آثار مکتوب یا شفاهی باشد (حافظ‌نیا، ۱۳۸۷). روش پژوهش مورد استفاده در مرحله نخست تحقیق طی فرایندی شکل گرفت: ۱. بررسی و مطالعه آثار روان‌شناسی در حوزه ذهن‌آگاهی؛ ۲. مطالعه عمیق و چند باره قرآن کریم و گردآوری و استخراج مفاهیم خانواده‌درمانی اسلامی؛ ۳. بررسی و مطالعه احادیث و روایات اسلامی جهت استفاده از نکات عملی و کاربردی جهت افزایش رضایتمندی زناشویی. مرحله کمی: طرح پژوهشی کمی نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با یک گروه‌درمانی و یک گروه گواه است.

روش

جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانشجویان زن متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد کنگاور بودند. به منظور انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. سپس تعداد ۲۸ نفر از افرادی که نمرات پایین‌تری در پرسشنامه رضایتمندی زناشویی به دست آورده بودند، به صورت تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه ۱۴ نفره (گروه آزمایش و گروه کنترل) جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه دو ساعته و به صورت هفتگی تحت درمان قرار گرفت و پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون به شکل گروهی از افراد هر دو گروه به عمل آمد و جلسه پیگیری یک ماه پس از اتمام جلسات برگزار شد. لازم به ذکر است به علت رعایت اصول اخلاقی، گروه کنترل در فهرست انتظار درمان قرار گرفت.

پروتکل درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی

پروتکل درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی اسلامی یک پروتکل درمانی است که از راه تلفیق مفاهیم ذهن‌آگاهی و تعالیم دین اسلام که مشتمل بر سه اصل اساسی اعتقادات (باور به توحید، نبوت و امامت، معاد)؛ اخلاقیات (صبر، عفو، صفح، بخشش) و دستورات عملی (نماز، روزه، دعا، تشریفات دینی، مراقبه معنوی)، ذهن‌آگاهی اسلامی، مراتب مراقبه اسلامی (حسینی طهرانی، ۱۴۳۳) و شیوه‌های مقابله با مشکلات (آذربایجانی و همکاران، ۱۳۷۸) است که هدف از طراحی آن استخراج مداخله‌درمانی جهت افزایش رضایتمندی زناشویی است. در این پروتکل درمانی مفاهیم معنوی مانند توحید، توکل، ناظر بودن دائمی خدا بر اعمال و

رفتار، باور به معاد، الگوگیری از اولیای دین، ذکر، دعا و توسل، شکرگزاری، به عنوان طرحواره مفهوم‌بندی می‌شوند.

جلسه نخست: هدف کمک به شرکت‌کنندگان برای آشنایی با یکدیگر، بیان قوانین و انتظارات شرکت‌کنندگان و اجرای پیش‌آزمون

جلسه دوم: هدف آشنایی با ذهن آگاهی و طرحواره‌های معنوی-اسلامی

در این جلسه تعریف ذهن آگاهی همراه با یک تجسم برای اعضا توضیح و سپس نقش طرحواره‌های معنوی (یکتاپرستی، پذیرش و رضایت به مقدرات الهی، توکل، باور به معاد) در وظایف زناشویی برای شرکت‌کنندگان شرح داده شد. آنان به تمرین واری بدن، تمرکز بر تنفس و مرور ذهنی پرداختند و دوباره توجه و آگاهی خود را به محیط اطراف معطوف کردند. همچنین با هفت عامل بنیادین ذهن آگاهی (قضاوت نکردن، شکیبایی کردن، ذهن آغازگر، اعتماد، پذیرش، تقلا نکردن، آزاد کردن) آشنا شدند و پس از پایان تمرین، شرکت‌کنندگان حالات جسمانی، احساسی و فکری خود را توصیف کردند. با توجه به بخش‌های این جلسه تکلیفی به اعضای گروه داده و قرار شد، زمانی از روز را که برایشان مناسب است تنها باشند و در آرامش چشم‌هایشان را ببندند و سه یا چهار نفس عمیق بکشند و بر روی تنفسشان تمرکز و سپس هوای وارد شده به درون را رها کنند و به تمام افکار و احساسات خود آگاهی یابند.

جلسه سوم: هدف آشنایی با خدا و ارتباط ما با خالق و یکدیگر

در این جلسه افراد شرکت‌کننده با یادگیری شیوه‌هایی که بتوانند ویژگی‌های معنوی و انسانی را در زندگی روزانه به کار بگیرند، آشنا شدند؛ سپس هر یک از افراد شرکت‌کننده تعارضات زناشویی خود را بیان کردند و به شناسایی تعارضات و نقشی که خود در به هم زدن رابطه زناشویی دارند و اینکه چگونه می‌توانند بر مشکلات خود غلبه کنند، به بحث و چالش پرداختند. هر فرد حضور خود را در محضر خداوند مجسم کرده (این حضور می‌تواند تجسم بودن در یک مکان مذهبی و یا تصور فرد از خلوت کردن با خدا باشد) و درباره احساسات آن با دیگران صحبت کردند. سپس از افراد شرکت‌کننده خواسته شد تا تجسم کنند در انجام اعمال و رفتار خود با همسر، خداوند آنها را می‌بیند سپس احساس و فکر خود را بیان کردند و به مواردی که آثار ایمان به خدا می‌تواند در حل زناشویی به آنها کمک کند، اشاره کردند. فهرستی از آثاری که ایمان به خدا و توکل در حل مشکلات زناشویی دارد، تهیه شد و به آیات مرتبط با آن مانند انفال، ۲؛ رعد، ۳۰؛ زمر، ۳۶ و ۳۸

پرداخته شد. سپس از آنها خواسته شد در هنگام تعارض زناشویی با توجه به یادگیری مهارت‌های ذهن آگاهی به تمام افکار و احساسات خود آگاهی یابند، ولی چگونگی برخورد خود را بر مبنای مهارت‌های ذهن آگاهی مانند پذیرش و اجازه حضور دادن به تجربه، دقیقاً همان طوری که هست و قضاوت نکردن (فرایندی که با روح پذیرش نسبت به آنچه رخ می‌دهد همراه است) تجربه کنند؛ همچنین آیات پذیرش (تغابن، آیه ۱۱؛ کهف، ۳۹؛ اسراء، ۲۰) بیان و پیشنهاد شد پیش از خواب آیات مطرح شده را مرور کنند.

جلسه چهارم: هدف آشنایی با پیامبران «وَالْمُؤْمِنُونَ كُلٌّ آمِنَ بِاللَّهِ وَمَلَائِكَتِهِ وَكُتُبِهِ وَرُسُلِهِ لَا نَفَرُوا بَيْنَ أَحَدٍ مِّنْ رُّسُلِهِ» (بقره، ۲۸۵)، توسل و باید‌ها و نبایدهای الهی در زندگی زناشویی، انجام تمرین‌های ذهن آگاهی و ذکر

به آثار مثبت استفاده از اصل همانندسازی و تقلید از الگوهای شایسته در هنگام حل مشکلات پرداخته شد و هر یک از اعضا نمونه عینی رفتاری از زندگی پیامبران را در روابط با اعضای خانواده (خصوصاً همسر) بیان کردند، سپس در مورد فهرستی که اعضا تهیه کرده بودند، بحث شد و درمانگر آنها را کامل کرد. در همین راستا باید‌ها و نبایدهای الهی در زندگی زناشویی به بحث گذاشته شد و هر یک از شرکت‌کنندگان به تأییراتی که باید‌ها و نبایدهای الهی در زندگی زناشویی آنها دارد، اشاره کردند و نیز به آیات مرتبط با آن مانند انعام، ۱۶۲؛ حدید، ۴؛ ق، ۱۶ پرداخته شد. سپس از افراد شرکت‌کننده خواسته شد روزانه تا جلسه بعد دست‌کم هشت مورد از تمامی باید‌های الهی را که در زندگی زناشویی آنها مؤثر است، مستقل از اعمال همسر اجرا و ثبت کنند؛ همچنین از افراد شرکت‌کننده خواسته شد تا مستقل از اعمال همسر حداقل هشت مورد از تمامی نبایدها را اجتناب و ثبت کنند و بکوشند برای انجام وظایف در خانواده نیت الهی داشته باشند و تنها رضای خداوند را در نظر بگیرند و در مواقع تنیدگی اذکار آرامش‌بخش و مورد علاقه خود را زمزمه کنند.

جلسه پنجم: هدف آشنایی با امامان، معرفت، زیارت، تأثیر محبت و اطاعت از امامان در زندگی زناشویی

درباره حضور امامان بحث و تبادل نظر شد و در مورد اینکه چهارده معصوم چگونه به ما انسان‌ها کمک کردند و خواهند کرد تا با استعانت از کلام و رفتارشان به جایگاه والای انسانی و معنوی دست یابیم، بحث شد. همچنین به تأثیر حضور در مساجد، مکان‌های مقدس، دعا و... پرداخته شد و نیز در مورد آیات مرتبط با آن غافر، ۶۰؛ بقره، ۱۸۶؛ فرقان، ۷۷ بحث و گفتگو شد. همچنین

مهارت ذهن‌آگاهی آزاد کردن را در جلسه درمان تمرین کردند. سپس از آنان خواسته شد تا پس از حضور در این اماکن به محاسبه و مراقبه اعمال و رفتار خود بپردازند.

جلسه ششم: هدف بخشش و آموزش، عفو و صفح و غفران

برای افراد شرکت‌کننده تفاوت عفو و صفح و غفران بیان شد. سپس در رابطه با عفو و گذشت و آثار آن به اعضای گروه آموزش و از آنها نظرخواهی شد و در رابطه با مدارا در حل مشکلات به افراد شرکت‌کننده آموزش داده شد. همچنین آنان در این جلسه با رحمت الهی آشنا شدند. بنابر روایات، رحمت الهی شامل کسانی می‌شود که به انسان‌های دیگر رحمت دارند و بنابراین از افراد شرکت‌کننده خواسته می‌شود تا در جلسه و بیرون از آن بخشندگی را تجربه کنند تا مشمول رحمت الهی شوند. همچنین مهارت‌های ذهن‌آغازگر و تقلا نکردن را در جلسه درمان تمرین کردند سپس از افراد شرکت‌کننده خواسته شد روزانه تا جلسه بعد دست‌کم سه مورد از رفتارهای همسر خود را مورد عفو و صفح و غفران نمایند و آنها را ثبت کنند.

جلسه هفتم: هدف آشنایی با سرای دیگر، شتاب نکردن در پاداش (صبر) به تأخیر انداختن انتظار پاداش، مراقبت، سبقت در عمل

پاداش‌ها و نعمت‌های اخروی که در ازای انجام وظایف خانوادگی و زناشویی به افراد داده می‌شود، بیان شد. همچنین به یادآوری عواقب بد تعدی به حقوق دیگران و انجام ندادن مسئولیت‌ها پرداخته شد. و از افراد شرکت‌کننده خواسته شد تا در انجام تمامی اعمال و رفتار خود در همه حالات و اوقات پروردگار جهان را پیوسته ناظر خود ببینند و مهارت‌های شکیبایی و اعتماد را در جلسه درمان تمرین کردند. سپس از افراد شرکت‌کننده خواسته شد تا در بروز مشکلات روزانه موقعیت‌هایی را که می‌توانند با آموزش‌های مطرح شده، حل و فصل نمایند؛ ثبت کنند.

جلسه هشتم: هدف تحکیم یادگیری، بازنگری تجربه گروهی و ارائه و دریافت پسخوراند

در این جلسه با مروری بر مهارت‌هایی که در جلسات گذشته کسب شده بود؛ هر یک از شرکت‌کنندگان مداخلات درمانی را که تجربه کرده و آنها را به کار بسته است، برای دیگران بیان می‌کند. شرکت‌کنندگان با ارائه و دریافت پسخوراند از اعضای دیگر، هر یک از راه تمرینات عملی که دو به دو باهم دارند، آموخته‌های خود را کامل می‌کنند. این جلسه هم با توضیح کلی در مورد

فرایند جلسات از ابتدا تا انتها و مرور کلی به پایان رسید و پس از آن از اعضای گروه پس از آزمون گرفته و قرار شد که آنان جلسات پیگیری هم برگزار کنند.

ابزار پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه رضایتمندی زناشویی براساس معیارهای اسلامی جدیری استفاده شد. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، سال مشترک زندگی زناشویی، تحصیلات و تعداد فرزند آن بود. این آزمون دارای ده مؤلفه و پنجاه سؤال می‌باشد که سهم هر یک از مؤلفه‌ها پنج پرسش است. این مؤلفه‌ها عبارتند از: صفات شخصیتی، ارتباط کلامی، حل اختلاف و تعارض، پایبندی‌های مذهبی زوجین، روابط جنسی، مدیریت مالی و اقتصادی، تفریح و اوقات فراغت خانواده، رفت و آمدهای فامیلی، تولید فرزند و فرزندپروری و نقش زن و شوهری (جدیری، ۱۳۸۷). اعتبار این پرسشنامه از راه دو نیمه‌سازی و ثبات درونی (آلفای کرونباخ) بررسی شده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۷ بیان شده که ضرایب اسپیرمن براون در صورت تساوی و عدم تساوی گویه‌ها ۰/۸۱۶ و با استفاده از ضریب دو نیمه‌سازی گاتمن ۰/۸۱۵ گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که پرسشنامه از اعتبار نسبتاً بالایی برخوردار است. برای بررسی روایی این آزمون نیز از دو روش روایی محتوایی و روایی وابسته به ملاک از نوع همزمان نسبت به برآورد روایی استفاده شده است. روایی محتوایی آزمون با استفاده از روش همبستگی اسپیرمن در حدود ۰/۹۰ به دست آمد که در سطح $(p > 0.001)$ معنادار بود. همچنین روایی وابسته به ملاک از نوع همزمان نیز با استفاده از تست معادل به دست آمد. برای بررسی این نوع روایی، ضریب همبستگی میان نمره کل آزمون مذکور با نمره کل پرسشنامه رضامندی زناشویی انریچ که ضریب همبستگی ۰/۷۲۶ در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که پرسشنامه از اعتبار و روایی نسبتاً بالایی برخوردار است (جدیری، ۱۳۸۷). شیوه نمره‌گذاری: این پرسشنامه دارای دو نسخه ویژه خانم‌ها و آقایان است که در پنج سؤال مربوط به نقش زن و مرد با یکدیگر تفاوت دارند. نمره‌گذاری سؤال‌ها به صورت (۰، ۱، ۲، ۳ و ۴) است. حداکثر نمره آزمودنی در این پرسشنامه، برابر با ۲۰۰ است. نمره بالاتر، نشانه رضامندی بیشتر زناشویی است.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی شرکت‌کنندگان مانند سن، مدت ازدواج، میزان تحصیلات و تعداد فرزند

نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان تقریباً توزیع یکسانی در گروه‌ها دارند.

جدول ۱: نمرات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌ها

متغیر	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری		
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ارتباط کلامی	MIND	۱۴	۹/۸	۱/۹	۱۴	۱۷	۱/۳	۱۴	۱۶/۷	۱/۲
	CON	۱۴	۹/۷	۲/۱	۱۴	۸/۳	۱/۸	۱۴	۹/۲	۱/۴
پایبندی مذهبی	MIND	۱۴	۱۱/۴	۱/۵	۱۴	۱۶/۸	۱/۲	۱۴	۱۶/۲	۱/۱
	CON	۱۴	۱۱/۲	۲/۱	۱۴	۸/۹	۲/۵	۱۴	۹/۴	۱/۲
حل تعارض	MIND	۱۴	۷/۷	۱/۸	۱۴	۱۸/۲	۱/۱	۱۴	۱۷/۸	۰/۹
	CON	۱۴	۸/۷	۲/۳	۱۴	۸/۲	۱/۶	۱۴	۸/۲	۱/۲
مدیریت مالی	MIND	۱۴	۸/۷	۱/۸	۱۴	۱۶/۶	۱/۳	۱۴	۱۶/۶	۰/۹
	CON	۱۴	۹	۲/۱	۱۴	۱۳/۲	۳/۸	۱۴	۱۳/۱	۳/۷
ارتباط جنسی	MIND	۱۴	۸/۴	۱/۹	۱۴	۱۷/۴	۱/۲	۱۴	۱۷/۵	۰/۹
	CON	۱۴	۸/۶	۱/۶	۱۴	۹	۱/۵	۱۴	۹/۱	۱/۵
اوقات فراغت	MIND	۱۴	۸	۱/۷	۱۴	۱۸/۳	۱	۱۴	۱۸/۲	۰/۹
	CON	۱۴	۷/۷	۱/۴	۱۴	۹	۱/۵	۱۴	۹/۴	۱/۲
مسائل شخصیتی	MIND	۱۴	۹/۹	۱/۹	۱۴	۱۶/۴	۱/۲	۱۴	۱۶/۷	۱
	CON	۱۴	۹/۶	۱/۶	۱۴	۹/۴	۱/۵	۱۴	۹/۶	۱/۲
فرزندان و فرزندپروری	MIND	۱۴	۹/۷	۱/۸	۱۴	۱۷/۳	۱/۴	۱۴	۱۷/۴	۱
	CON	۱۴	۹/۲	۱/۵	۱۴	۹/۱	۱/۸	۱۴	۹/۷	۱/۸
نقش زن و مرد	MIND	۱۴	۱۰	۱/۵	۱۴	۱۸/۲	۰/۸	۱۴	۱۸	۰/۷
	CON	۱۴	۱۱	۱/۵	۱۴	۱۰/۷	۱/۶	۱۴	۱۰/۳	۱/۳
صله ارحام	MIND	۱۴	۱۰/۵	۱/۴	۱۴	۱۸/۱	۰/۸	۱۴	۱۷/۸	۱
	CON	۱۴	۱۰/۷	۱/۵	۱۴	۸/۲	۱/۹	۱۴	۸/۶	۱/۴

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در موقعیت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را در متغیرهای وابسته نشان می‌دهد. میانگین پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در کلیه متغیرها افزایش نشان می‌دهد. برای بررسی معناداری تفاوت میانگین گروه‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس دوره‌ها با تعدیل اثر پیش‌آزمون استفاده شد. انجام آزمون تحلیل کوواریانس دوره‌ها مستلزم رعایت برخی از مفروضه‌های بنیادی از جمله انتخاب تصادفی نمونه‌ها و توزیع طبیعی نمره‌های متغیرهای وابسته است که از برقراری این مفروضه‌ها اطمینان حاصل شد. همچنین برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته و واریانس‌های خطا از راه آزمون M باکس و F لوین بررسی شد که مقدار F در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنادار نیست. همچنین با توجه به عدم معناداری F لوین به دست آمده در کلیه خرده‌مقیاس‌های

رضامندی زناشویی، فرض یکسانی واریانس‌های خطا برقرار است و امکان انجام تحلیل کوواریانس وجود دارد.

جدول ۲: آزمون چند متغیره جهت تعیین معناداری اثر متغیر مستقل (مداخله)

نوع آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطای توزیع	Sig	Eta
اثر پیلائی	۰/۸۹	۳۲۳/۹	۱۰	۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹

جدول ۲ نتیجه آزمون اثر پیلائی آزمون چند متغیره جهت معناداری اثر متغیر مستقل یعنی گروه را در الگو نشان می‌دهد. F به دست آمده نشان می‌دهد که تأثیر گروه در متغیرهای وابسته در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است. ضریب اتا نیز نشان می‌دهد سهم گروه (مداخله) در تبیین واریانس متغیرهای وابسته ۰/۸۹ است. به منظور تعیین معناداری تفاوت بین گروه‌ها و نیز تعیین اینکه در بین متغیرهای وابسته کدام یک از متغیرها معناداری بیشتری نسبت به سایر متغیرها داشته است از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شده است. در همه خرده‌مقیاس‌ها، بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون همبستگی وجود ندارد؛ به بیان دیگر بین نمره‌های پس‌آزمون و تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. یا می‌توان گفت بین گروه‌ها پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر طرح‌واره‌های اسلامی بر افزایش رضامندی زناشویی تأثیر معناداری داشته است. به منظور بررسی تداوم اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی یک ماه پس از اتمام دوره آموزشی از هر دو گروه پیگیری به عمل آمد. برای تعیین معناداری نمره میانگین مؤلفه‌های رضامندی زناشویی از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. کاربرد آزمون اندازه‌گیری مکرر مستلزم رعایت مفروضه‌های بنیادی است که افزون بر نرمال بودن نمره‌های متغیر وابسته، برقراری مفروضه کرویت ماتریس‌های کوواریانس اندازه‌گیری‌ها می‌باشد که برای سنجش این فرضیه از آزمون موشلی استفاده می‌شود. نتایج آزمون موشلی نشان داد که متغیرهای ارتباط کلامی، پایبندی مذهبی مدیریت مالی، نقش زن و مرد و صله ارحام برقرار است، ولی در متغیرهای حل تعارض، مسائل جنسی، اوقات فراغت، مسائل شخصیتی و فرزندان و فرزندپروری برقرار نیست؛ پس در این متغیرها از شاخص اسپیلون گرین هاوس-گیسر استفاده می‌شود.

۳. آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر چند متغیره و تک‌متغیره

تک متغیره					چند متغیره		
.Sig	F	MS	df	SS	.Sig	F	منبع تغییر
۰/۰۰۱	۵۶/۴	۱۵۳/۲	۲	۳۰۶	۰/۰۰۱	۴۵	ارتباط کلامی * گروه
۰/۰۰۱	۳۴	۱۲۱	۲	۲۴۲/۶	۰/۰۰۱	۲۵/۷	پابندی مذهبی * گروه
۰/۰۰۱	۱۶۶	۴۵۵	۱/۱۷	۵۳۶	۰/۰۰۱	۹۳	حل تعارض * گروه
۰/۰۰۱	۵۰	۱۲۱	۲	۲۴۲	۰/۰۰۱	۳۸/۳	مدیریت مالی * گروه
۰/۰۰۱	۱۶۱	۲۹۵	۱/۱۷	۳۴۸	۰/۰۰۱	۸۶/۹	مسائل جنسی * گروه
۰/۰۰۱	۹۳	۳۰۳	۱/۱۹	۳۶۴	۰/۰۰۱	۴۹/۶	اوقات فراغت * گروه
۰/۰۰۱	۵۶	۱۷۴	۱/۲۱	۲۱۲	۰/۰۰۱	۳۰/۶	مسائل شخصیتی * گروه
۰/۰۰۱	۸۹	۱۸۵	۱/۳	۲۵۵	۰/۰۰۱	۵۵/۵	فرزندان * گروه
۰/۰۰۱	۸۹	۱۵۴	۲	۳۰۹	۰/۰۰۱	۵۸/۹	نقش زن و مرد * گروه
۰/۰۰۱	۱۲۶	۲۲۴	۲	۴۴۸	۰/۰۰۱	۸۰/۴	صله ارحام * گروه

P<۰/۰۰۱>

چنان‌که جدول ۳ نشان می‌دهد کلیه نسبت‌های F آزمون پیلای متغیرهای وابسته در نتایج آزمون چند متغیره در سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه‌ها و در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است. به منظور تعیین اینکه میانگین کدام یک از متغیرها در سه مرحله اندازه‌گیری با هم تفاوت دارند؛ از آزمون تک‌متغیره کنش متقابل متغیر وابسته و گروه استفاده شد. نتایج آزمون تک‌متغیره نشان می‌دهد که تفاوت میانگین کنش متقابل کلیه متغیرها در سه مرحله اندازه‌گیری در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است.

بحث

فرضیه پژوهشی بیان می‌کند که ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی بر افزایش رضایتمندی زناشویی دانشجویان مؤثر است. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان می‌دهد که پروتکل درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی به‌طور معناداری میزان رضایتمندی زناشویی زنان دانشجویان را افزایش داده است. در ارتباط با فرضیه پژوهشی بالا مطالعه‌ای با این عنوان یافت نشد، ولی به پژوهش‌های تأییدکننده و همسو با نتایج پژوهش فعلی اشاره شده است. پژوهش‌های زیادی رابطه بین ذهن‌آگاهی، سطح رضایتمندی از زندگی، سلامتی افراد عزت نفس، ثبات هیجانی، خودکارآمدی، کنترل وقایع تحمل پریشانی، تسکین درد و رنج، هیجان مثبت قوی‌تری را در روانی پردازش، کمال‌گرایی اجتماعی، سلامت روان، سازگاری روان‌شناختی کیفیت خواب، افسردگی، کیفیت زندگی، شناخت، رفتار، عاطفه، آرامش ذهنی، به روابط درون فردی، عزت نفس، پذیرش جنبه‌های غیرقابل کنترل زندگی، ابراز وجود، افسردگی،

اضطراب، استرس، نگرش‌های ناکارآمد اختلال استرس پس از ضربه ثانویه و مصرف مواد افیونی را بررسی کرده است (دباغی، ۱۳۸۵؛ امید، ۱۳۸۸؛ عرب خزائلی، ۱۳۹۱؛ جم و همکاران، ۱۳۹۰؛ کاظمی، ۱۳۹۱؛ معصومیان و همکاران، ۱۳۹۱؛ قیصر و همکاران، ۱۳۹۱؛ رضاپور میرصالح و همکاران، ۱۳۹۲؛ غفوری و مشهدی، ۱۳۹۲؛ گادفرین و هرینگن، ۲۰۱۰؛ هاول و همکاران، ۲۰۱۰؛ وایت پرد و همکاران، ۲۰۱۱؛ واگن و همکاران، ۲۰۱۳؛ پیتر و همکاران، ۲۰۱۳؛ فلدمن و همکاران، ۲۰۱۴؛ کانگ و همکاران، ۲۰۱۴).

در پژوهش‌های داخل کشور، تأثیر تعالیم دین اسلام مانند عمل به باورهای دینی، تلاوت قرآن کریم، دعا، زیارت، روان‌درمانی معنوی، ذکر، یاد خدا، نماز، مذهب، آموزه‌های دینی، روزه‌داری، حضور در اماکن مقدس، در پژوهش‌های زیر تأیید شده است: جان‌بزرگی (۱۳۷۸)؛ پیراسته مطلق و نیک‌اندیش (۱۳۸۰)؛ نیکوی (۱۳۸۳)؛ فتوحی بناب (۱۳۸۸)؛ حسن‌زاده (۱۳۸۸)؛ سالاری‌فر (۱۳۸۹)؛ جمشیدی (۱۳۹۰)؛ حیطه، ۱۳۹۰ به نقل از شریفی‌نیا، (۱۳۹۱)؛ رسولی و همکاران (۱۳۹۱)؛ (فرمانبر، ۱۳۹۱)؛ حسین‌آبادی و دیگران، ۱۳۹۱؛ حیطه، ۱۳۹۱؛ صارمی، ۱۳۹۰؛ ابراهیمی، ۱۳۹۰، به نقل از غباری بناب، (۱۳۸۵)؛ باقریان و بهشتی (۱۳۹۰)؛ رضایی و همکاران (۱۳۹۱)؛ حمید و همکاران (۱۳۹۱)؛ یونسی (۱۳۹۲)؛ غفوری و همکاران (۱۳۹۲).

در پژوهش‌های خارج از کشور نیز اثربخشی مداخلات معنوی در اختلالات گوناگون به اثبات رسیده است. از جمله این مداخلات می‌توان به دعا، اندیشه (معنوی) (و مدیتیشن، خواندن نوشته‌های متون مقدس، بخشودگی و توبه، عبادات و مناسک، همراهی و خدمت، کسب هدایت معنوی و آموزش‌های اخلاقی اشاره کرد (ریچارد برگین، ۱۹۹۹).

با توجه به تأیید شدن فرضیه بالا 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 و این رویکرد درمانی با فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی در شیوه تفکر، مدیریت هیجانی، شیوه عملکرد و ارتباطی زوجین، تغییراتی را ایجاد می‌کند که موجب افزایش رضایتمندی زناشویی شده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که تدوین پروتکل درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی به‌عنوان یک رویکرد درمانی تلفیقی و منطبق بر زمینه فرهنگی مذهبی جامعه ایران، به‌طور معناداری در بهبود و افزایش رضایتمندی زناشویی زنان

تأثیرگذار است. بنابراین، استفاده از این رویکرد به روان‌شناسان، مشاوران و متخصصان در امر خانواده سفارش می‌شود. امید است نتایج این پژوهش دست‌اندرکاران امور سلامت خانواده را ترغیب کند تا از پروتکل درمانی بومی‌شده ایرانی-اسلامی برای افزایش سلامت کارکرد خانواده، به‌ویژه زنان جامعه اسلامی ایران استفاده کنند.

با وجود این، اصلی‌ترین محدودیت این پژوهش کوتاه بودن مدت پیگیری، عدم حضور هر دو جنس در این پژوهش است.

پیشنهاد‌های پژوهشی

۱. پیشنهاد می‌شود در پژوهشی اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر طرحواره‌های معنوی اسلامی با سایر روش‌های خانواده درمانی مقایسه شود؛
۲. پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر طرحواره‌های معنوی اسلامی در زنان دانشجویی، در مورد مردان نیز پژوهش‌های مشابهی انجام گیرد؛
۳. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از جامعه آماری مختلف، از نمونه‌هایی با حجم بیشتر و با استفاده از سایر روش‌های نمونه‌گیری استفاده شود؛
۴. انجام پژوهش‌هایی با دوره پیگیری طولانی‌تر.

پیشنهاد‌های کاربردی

۱. پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر طرحواره‌های معنوی اسلامی و به منظور پیشگیری از نارضا‌یتمندی زناشویی، کارگاه‌های پیش از ازدواج برای کسانی که در شرف تشکیل خانواده‌اند، برگزار شود و چنین آموزش‌هایی به زوجین داده شود؛
۲. پیشنهاد می‌شود متخصصان در امر خانواده برای حل مشکلات زناشویی خانواده‌ها از پروتکل درمانی بومی‌شده ایرانی-اسلامی ذهن‌آگاهی مبتنی بر طرحواره‌های معنوی اسلامی استفاده کنند.

منابع

- ✽ قرآن کریم، ترجمه الهی قمشه‌ای.
۱. اکبری، حبیب‌الله (۱۳۹۲)، تدوین پروتکل درمانی براساس ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازشی-تجربه‌ای/هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب دانشجویان، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.
 ۲. امیدی، عبدالله (۱۳۸۸)، مقایسه اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی (MBCT) با درمان‌شناختی رفتاری (CBT) در درمان افسردگی، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
 ۳. آذربایجانی، مسعود؛ سیدمهدی موسوی اصل و محمدرضا سالاری‌فر (۱۳۷۸)، روان‌شناسی سلامت، تهران: انتشارات سمت.
 ۴. جدیری، جعفر (۱۳۸۷)، بررسی رابطه رضامندی زناشویی براساس معیارهای دینی با ثبات هیجانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
 ۵. جم، سارا؛ احمد علی‌نقی و امیرحسین ایمانی (۱۳۹۰)، «تأثیر ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر وضعیت روحی روانی و جسمی بیماران مبتلا به ایدز»، فصلنامه بیماری‌های عفونی و گرمسیری، س ۱۶، ش ۵۲.
 ۶. حافظ‌نیا، محمدرضا (۱۳۸۷)، مقدمه‌ای بر روش تحقیق در علوم انسانی، تهران: انتشارات سمت.
 ۷. حسینی طهرانی، محمدحسین (۱۴۳۳)، رساله لب‌اللباب در سیر و سلوک الالباب، مشهد: انتشارات علامه طباطبایی.
 ۸. دباغی، پرویز (۱۳۸۵)، اثربخشی شناخت‌درمانی براساس تفکر نظاره‌ای و فعالسازی طرحواره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
 ۹. رجبی، غلامرضا؛ سیدامید ستوده ناورودی (۱۳۹۰)، «تأثیر شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل»، مجله علوم پزشکی گیلان، س ۲۰، ش ۸۰، ص ۸۳-۹۱.

۱۰. رضایپور میرصالح، یاسر؛ معصومه اسمعیلی و کیومرث فرحبخش (۱۳۹۲)، «اثربخشی آموزه‌های هستی‌شناسی اسلامی بر رضایت زناشویی زنان متأهل»، روان‌شناسی و دین، ش ۲۲.
۱۱. سالاری فر، محمدرضا (۱۳۹۶)، زوج‌درمانی با روی‌آورد اسلامی، چ ۱، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۱۲. سلیمانی، علی؛ سیدکاظم رسول‌زاده طباطبایی؛ پرویز دباغی؛ پرویز آزاد فلاح و ارسیا تقوا (۱۳۹۴)، «اثربخشی شیوه درمانگری فعالسازی طرحواره‌های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم وابسته به سوء مصرف مواد و کنترل تکانه در مردان معتاد به مت‌آفتمین»، فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش‌های مشاوره، س ۱۴، ش ۵۴.
۱۳. شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۹۱)، الگوهای روان‌درمانی یکپارچه، قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۱۴. صابر، نجمه (۱۳۹۴)، بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی نوجوانان بی‌سرپرست، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
۱۵. عرب خزانلی، نرگس (۱۳۹۰)، بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر کیفیت زندگی و مقابله با استرس در دانش‌آموزان شهرستان ساری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۶. علینقی‌لو، شیوا (۱۳۹۴)، مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی و شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس، افسردگی و اضطراب و وزن افراد چاق، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء.
۱۷. غباری بناب، باقر (۱۳۸۵)، «مطالعاتی در قلمرو مشترک دین و روان‌شناسی»، فصلنامه حوزه و دانشگاه، ش ۲۹.
۱۸. غفوری، سمانه و علی مشهدی (۱۳۹۲)، «اثربخشی روان‌درمانی معنوی مبتنی بر بخشودگی در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات زوجین شهر مشهد»، مجله اصول بهداشت روانی، س ۱۵، ص ۴۵-۵۷.
۱۹. فلاح، راحله؛ محمود گلزاری؛ محبوبه داستانی؛ علیرضا ظهیرالدین؛ سیدمهدی موسوی و محمداسماعیل اکبری (۱۳۹۰)، «اثربخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی برای ارتقای

- سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان»، فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره ۵، ش ۱۹، ص ۶۹-۸۰.
۲۰. قاسم‌پور، عبدالله؛ جمال سوره و منصور محمودی اقدم (۱۳۸۹)، بررسی رابطه بهزیستی معنوی و ذهن‌آگاهی در دانشجویان، اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.
۲۱. قیصر، شروین و همکاران (۱۳۹۱)، «اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان»، فصلنامه فقه پزشکی، س ۴، ش ۱۱ و ۱۲، بهار و تابستان.
۲۲. کاظم‌زاده، علی (۱۳۹۴)، بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و اضطراب کارکنان جمعیت هلال احمر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
۲۳. کاظمی، آمنه سادات (۱۳۹۱)، «اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش علائم، اختلال استرس پس از ضربه‌های ثانویه و مشکلات روان‌شناختی همسران افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه»، اندیشه و رفتار، دوره ششم، ش ۲۳.
۲۴. محمودزاده، اعظم؛ سیمین حسینیان؛ سیداحمد احمدی و مریم فاتحی‌زاده (۱۳۹۳)، «بررسی تأثیر زوج‌درمانی اسلامی بر صمیمیت زناشویی»، روان‌شناسی و دین، س ۷، ش ۱ (پیاپی ۲۵)، ص ۵۹-۷۰.
۲۵. معصومیان، سمیرا؛ محمود گلزاری؛ محمدرضا شعیری و سیروس مؤمن‌زاده (۱۳۹۱)، «اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن»، فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۳، ش ۲.
۲۶. نبوی حصار، جمیله و خدابخش احمدی (۱۳۹۱)، «اثربخشی رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر سردمزاجی زنان در آستانه طلاق»، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، س ۲، ش ۳، ص ۴۱۲-۴۲۴.
۲۷. نیکوی، مریم (۱۳۸۳)، بررسی رابطه دینداری با رضایتمندی زناشویی در بین زوج‌های شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه الزهراء علیها السلام.
۲۸. یوسفی، ناصر و احمد سهرابی (۱۳۹۰)، «مقایسه اثربخشی رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق»، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، س ۱، ش ۲، ص ۱۹۲-۲۱۱.

29. Baer, R.A. (2006), *Mindfulness-Based Treatment Approaches: clinicians Guide to Evidence Base and Application*. USA: Academic Press is an imprint of Elsevier.
30. Burpee, L. C. & Langer, E. J. (2005). Mindfulness and Marital Satisfaction. *Journal of Adult Development*. 12(1), 43-51, DOI: 10.1007/s10804-005-1281-6.
31. Dewi, S.Y., Wiwie, M., Sastroasmoro, S., Irwanto., Purba, J.S., Pleyte, W.E.H., Mulyono., & Haniman, F. (2015). Effectiveness of Mindfulness therapy among Adolescent with Conduct Disorder in Jakarta, Indonesia, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 165, 62-68.
32. Emanuel, A. S.; Updegraff, J. A.; Kalmbach, A. D.; Ciesla, J. A. (2010), "The role of mindfulness facets in affective forecasting", *Personality and Individual Differences*, 49, 815-818.
33. Feldman, G. et al. (2014), Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task, *Personality and Individual Differences* 154–158.
34. Farooq, Z., and Butt, F.Y. (2012). Attachment Styles, conflict resolution techniques and relationship quality in married couples. [BS (Hons.) Thesis]. Applied Psychology Department, University of the Punjab, Lahore, Pakistan,
35. Godfrin, K. & Heerengen. (2010), *The Effect of MBCT on recurrence of depressive episode, Mental health and quality of life, A randomized controlled study research and therapy*. 48, 738-746.
36. Howell et al. (2010), Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and well-being. *Personality and Individual Differences* 48, 419–424.
37. Kong, F. et al. (2014), Dispositional mindfulness and life satisfaction: The role of core self-evaluations. *Personality and Individual Differences* 56, 165–169.
38. Petter, M. et al. (2013), The Role of Trait Mindfulness in the Pain Experience of Adolescents, *The Journal of Pain*, Vol 14, No 12. pp 1709-1718.
39. Potek, R. (2012), Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on stress, anxiety and emotion regulation Ph.D., New York UNIVERSITY, 184 pages, 3493866.
40. Richards P. S., & Bergin A. E (1999) A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. Washington: American psychological association; 201-209.

41. Siegel, R. D. (2010), *The mindfulness Solution (every day practices for everyday problems)*, New York: Guilford.
42. Simoni, J., Marton, M., & Kerwin, J. (2002), Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 139-147.
43. Taylor, B.L., Strauss, C., Cavanagh, K., & Jones, F. (2014). The effectiveness of self-help Mindfulness-based cognitive therapy in a student sample: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 63-69.
44. Vaughn, L. et al. (2013), Processing fluency affects behavior more strongly among people higher in trait mindfulness., *Journal of Research in Personality*, 782-788.
45. Whitebird R. & Kreitzer, M. et al. (2011), *Recruiting and retaining family caregivers to a randomized controlled trial on MBSR contemporary clinical trials*, 32, 654-661.