

«زن و مطالعات خانواده»

سال هفتم- شماره بیست و هفتم - بهار 1394

ص ص 113- 95

تاریخ دریافت: 94/01/30

تاریخ پذیرش: 94/03/25

## اثربخشی معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش اختلال اضطراب فراگیر زنان

دکتر محمدرضا صفاریان<sup>1</sup>

دکتر فاطمه حاجی اربابی<sup>2</sup>

دکتر جمال عاشوری<sup>3</sup>

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش اختلال اضطراب فراگیر زنان انجام شد. جامعه آماری این پژوهش همه زنان دارای مشکل نارضایتی زناشویی و اضطراب مراجعه کننده به مرکز مشاوره احیاء شهر مشهد بودند. از میان آنان 40 زن به روش هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در 2 گروه شامل گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه 20 نفر). این مطالعه با استفاده از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. گروه آزمایش به مدت 8 جلسه 80 دقیقه ای در معرض معنویت درمانی قرار گرفت. در طول مدت مداخله گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نکرد. ابزار این پژوهش پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و پرسشنامه اضطراب فراگیر کتل بود. داده ها با روش آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها نشان داد که در مرحله پس آزمون معنویت درمانی باعث افزایش معنادار رضایت زناشویی زنان و کاهش معنادار اضطراب فراگیر زنان شده است ( $P \leq 0/001$ ). نتایج حاکی از اهمیت توجه به مداخلات معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش اضطراب فراگیر زنان بود.

**واژه‌های کلیدی:** معنویت درمانی، رضایت زناشویی، اضطراب فراگیر، زنان

<sup>1</sup> . استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی ، واحد مشهد دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

<sup>2</sup> . استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی ، واحد مشهد دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

<sup>3</sup> -دکتری روانشناسی تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول).

[jamal\\_ashoori@yahoo.com](mailto:jamal_ashoori@yahoo.com)

## مقدمه

خانواده کوچکترین و مهمترین واحد اجتماعی است که نقش مهمی در تکوین شخصیت، رشد جسمانی، شناختی، عاطفی و اخلاقی افراد، رشد و شکوفایی استعدادهای اعضای آن و بهبود مشکلات خانواده دارد. این واحد اجتماعی مهم، نیازمند سرمایه گذاری گسترده روانی و اجتماعی و مداخله به موقع می باشد (ورثینگتون<sup>1</sup>، 2008). امروزه در مقایسه با گذشته مشکلات خانواده ها رشد چشمگیری داشته است که افزایش تعداد زوج های مشکل دار، به هم خوردن تعادل خانواده ها، مختل شدن روابط زوجین و نیز سیر سعودی آمار طلاق شاهد این ادعا می باشد (رزاقی، نیکی جو، موجمبازی و ظهراهی مسیحی، 1390). در این واحد اجتماعی زنان بیش از سایر اعضا در معرض آسیب هستند که به نظر می رسد مهمترین مشکلات آنان در خانواده، مشکلاتی در زمینه رضایت زناشویی<sup>2</sup> و اضطراب<sup>3</sup> باشد.

تمام افراد تا حدی اضطراب را تجربه می کنند که این اضطراب یک پاسخ سازشی در برابر محرک ها تلقی می شود و نبود آن گاهی انسان را با خطرهای جدی مواجه می کند. اما اگر اضطراب از حد متعادلش فراتر رود و تداوم پیدا کند، دیگر نمی توان آن را سازش یافته تلقی کرد، بلکه باید آن را به عنوان منبع درماندگی دانست و به دنبال یک راه حل برای درمان آن بود (موریس<sup>4</sup>، 2002). میزان شیوع اختلال های اضطرابی در جوامع در حال صنعتی شدن رو به گسترش است. ایران نیز یکی از این کشورهاست که میزان اضطراب در آن را بین 7-15 درصد گزارش کرده اند، در حالی که گزارش ها حاکی از آن است که اضطراب در خانم ها بسیار بیشتر از آقایان است. این آمار نشان دهنده اهمیت پرداختن به درمان اضطراب می باشد (ثنایی و نصیری، 1386).

رضایت زناشویی یکی از مفاهیمی است که وجود یا عدم وجود مشکلات زناشویی به کمک آن معرفی می شود. نارضایتی زناشویی و طلاق را بعد از مرگ ناگهانی در خانواده، از مهمترین عوامل تنیدگی زا و فشارزا می دانند که بر خانواده به ویژه زنان فشارهای عاطفی، عوارض جسمانی و روانی بسیاری وارد می کند (گلدنبرگ و

---

1. Worthington

2. Marital Satisfaction

3. Anxiety

4. Morris

گلدنبرگ<sup>1</sup>، 2004). رضایت زناشویی احساس عینی خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن و شوهر است، زمانی که تمامی جنبه های زندگی مشترک خود را در نظر بگیرند. بنابراین رضایت زناشویی داشتن نگرش مثبت و لذت بخش از تمامی جنبه های روابط زناشویی است (هانت و کینگ<sup>2</sup>، 2007). در تعریفی دیگر فیس و تامکو<sup>3</sup> (2001) رضایت زناشویی را سازگاری درونی و بیرونی زن و مرد تعریف کردند، به طوری که در موقعیت های مختلف زندگی تفاهمی دو جانبه بین آنها وجود داشته باشد.

معنویت درمانی<sup>4</sup> به عنوان یکی از روش های مهم در درمان اختلال ها به ویژه اختلال های اضطرابی شناخته شده است و به نظر می رسد با توجه به دین مبین اسلام و توصیه های آن در درمان مشکلات رضایت زناشویی موثر باشد. معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می شوند که بر این فرض استوارند که ابعاد متعالی (نه جسمانی) در زندگی انسان وجود دارد که او را در ارتباط نزدیک با خداوند قرار داده و دامنه ای از فضیلت ها را در او شکل می دهد. در معنویت درمانی سعی می شود از ظرفیت های وجودی، گرایش ها، انگیزه های الهی و فضیلت های اخلاقی در درمان بیماری استفاده شود. آنچه در معنویت درمانی حائز اهمیت است، جنبه معناگرایانه آن است که محتوای درمان را شکل می دهد و در قالب عبادت در هر دینی تجلی پیدا می کند. این تکنیک ها در معنویت درمانی می توانند جنبه رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند (سلیگمن<sup>5</sup>، 2002).

اغلب روان درمان گران بر این نکته اذعان دارند که وقتی فرد در قلب یک بحران عاطفی دارد، عواملی آن را به وجود آورده است که باید به بررسی آن پرداخت. اگر با فرد شدیداً مضطرب روبرو شویم، به نظر می رسد اثربخشی این فنون کم باشد، در حالی که در چنین شرایطی هنوز مذهب می تواند کارآمدی خود را حفظ کند (پروپست<sup>6</sup>، 2008). همچنین برخی از مراجعان مسائل خود را مذهبی تلقی می کنند و در راه جستجوی راه

<sup>1</sup>. Goldenberg & Goldenberg

<sup>2</sup>. Hant & King

<sup>3</sup>. Fiese & Tomcho

<sup>4</sup>. Spiritual Therapy

<sup>5</sup>. Seligman

<sup>6</sup>. Propest

حل های مبتنی بر مذهب هستند. این دسته از مراجعان درمان های روان شناختی را کافی نمی دانند و علاقه دارند درمان هایی مبتنی بر منابع مذهبی به آنها ارائه شود (ثورن<sup>1</sup>، 2008). علاوه بر آن دیگر سلامتی به معنای عدم وجود بیماری تلقی نمی شود، بلکه پویایی، بالندگی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی از ملاک های مهم سلامت روان به شمار می آید. بر این اساس در تعریف روان درمانی نیز تغییراتی ایجاد شده است. روان درمانی تنها به معنای حذف نشانه های اختلال نمی باشد، بلکه اعتقاد بر این است که روان درمانی باید علاوه بر حذف نشانه های اختلال، مراجع را به سطح کارکردی فراتر از کارکرد طبیعی رهنمون کند. از مهمترین جنبه هایی که فرد را به این سطح راهنمایی می کند معنویت است، زیرا معنویت مهمترین نیاز انسان امروزی است. کسانی که تحت هر شرایطی و به هر دلیلی از اضطراب و تنیدگی شدید رنج می برند، اغلب در سطح پایینی از سازش یافتگی<sup>2</sup> قرار دارند (آلدوین و ریونسون<sup>3</sup>، 2007).

از دیدگاه اسلام، یگانه چیزی که می تواند نیاز به آرامش را در انسان برآورده کند یاد خداست. قرآن کریم با تاکید تمام اعلام می دارد که آرامش روان فقط در سایه توجه به خداوند امکان پذیر است: «الا بذكر الله تطمئن القلوب»<sup>4</sup>. علامه طباطبایی این حصر را این گونه تبیین می کند که تلاش انسان، دستیابی به سعادت و ایمنی از بدبختی است. انسان در این راه به هر وسیله ای چنگ می زند، ولی همه این وسایل و اسباب اگر از یک جهت توانمند باشند، از جهت دیگر ناتوان هستند، جز خداوند متعال که توانای مطلق می باشد و ناتوانی در او راه ندارد (طباطبایی، جلد 11، 1376). با توجه به این نکات استفاده از ظرفیت های معنوی انسان در درمان اختلال هایی چون اضطراب و رضایت زناشویی نه تنها موثر، بلکه ضروری است.

<sup>1</sup> . Thoren

<sup>2</sup> . Adaptation

<sup>3</sup> . Aldwin & Revenson

<sup>4</sup> . رعد، آیه 28

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معنویت درمانی در کاهش اضطراب (میلر و ثورن<sup>1</sup>، 2003؛ دیویس<sup>2</sup>، 2005؛ موس و دابسون<sup>3</sup>، 2006؛ کوئینگ<sup>4</sup>، 2008؛ انرایت و فیتزگیبونز<sup>5</sup>، 2010؛ حسینی، دیویدسون، صالحی و خوشکناب فلاحی، 2012<sup>6</sup>؛ جان بزرگی، 1378؛ ثنایی و نصیری، 1386؛ کجیاف، رضوانی، عاشوری، 1392) و افزایش رضایت زناشویی (فینچام و بیچ<sup>7</sup>، 2002؛ وانستین و گان و اراسنکال<sup>8</sup>، 2006؛ دی بلاسی و بندا<sup>9</sup>، 2008؛ اسپچرام، مارشال، هریس و لی<sup>10</sup>، 2012؛ کاترونا، راسل، بارزتی، وسنر و بریان<sup>11</sup>، 2013؛ غفوری، مشهدی و حسن آبادی، 1392) موثر بودند. برای مثال در زمینه اثربخشی معنویت درمانی در کاهش اضطراب میلر و ثورسن (2003) با تدوین یک مدل روان درمانی دینی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در کشور مالزی، اثربخشی آن را در علائم افسردگی و اضطراب 27 دانشجو مورد آزمایش قرار دادند. نتایج نشان داد که گروه آزمایش که روان درمانی دینی را دریافت کرده بودند از گروه کنترل که روان درمانی دریافت نکرده بودند، بهبودی معناداری را نشان دادند، اما در پیگیری 6 ماهه تفاوت‌ها معنادار نبود. کوئینگ (2008) با تدوین یک مدل روان درمانی مبتنی بر آموزه‌های دینی، اثربخشی آن را بر علائم افسردگی و اضطراب بررسی کرد. در این پژوهش 103 فرد مبتلا به اختلال اضطراب و 100 فرد مبتلا به اختلال افسردگی انتخاب شدند. گروه آزمایش روان درمانی به علاوه درمان دینی و گروه کنترل فقط روان درمانی دریافت کردند. نتایج نشان داد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبودی معناداری نشان داد، اما در پیگیری 6 ماهه تفاوت‌ها معنادار نبود. ثنایی و نصیری (1386) در پژوهشی نیمه تجربی با هدف تعیین تاثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب دانش آموزان کم توان ذهنی، به این نتیجه رسیدند که شنیدن قرآن منجر به آن شد که اضطراب گروه

<sup>1</sup> . Miller & Thoreson

<sup>2</sup> . Davis

<sup>3</sup> . Moss & Dobson

<sup>4</sup> . Koeing

<sup>5</sup> . Enright & Fitzgibbons

<sup>6</sup> . Hosseini, Davidson, Salehi & Khoshknab Fallahi

<sup>7</sup> . Fincham & Beach

<sup>8</sup> . Vansteenwegen & Orathinkal

<sup>9</sup> . DiBlasio & Benda

<sup>10</sup> . Schramm, Marshal, Harris & Lee

<sup>11</sup> . Cutrona, Russell, Burzette, Wesner & Bryan

آزمایش برخلاف گروه کنترل به طور معناداری کاهش یابد. کجیاف و همکاران (1392) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که معنویت درمانی در پس آزمون و پیگیری منجر به کاهش معنادار اضطراب شد. همچنین در زمینه اثربخشی معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی وانستین و گال و اراسنکال (2006) در پژوهشی که به بررسی مداخلات معنوی بر رضایت زناشویی و ارتباط آن با پایداری زناشویی پرداختند به این نتیجه رسیدند که مداخله معنوی باعث افزایش رضایت زناشویی گروه آزمایش شده است و گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از پایداری زناشویی بالاتری برخوردار بودند. دی بلاسی و بندا (2008) در پژوهشی که به بررسی مداخلات معنوی در زوجین متاهل پرداختند به این نتیجه رسیدند که این روش درمانی باعث افزایش معنادار رضایت زوجین از رابطه زناشویی آنان شده است. غفوری و همکاران (1392) در پژوهشی با عنوان اثربخشی روان درمانی معنوی مبتنی بر بخشودگی در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات زوجین شهر مشهد به این نتیجه رسیدند که روان درمانی معنوی باعث افزایش معنادار رضایتمندی زناشویی و کاهش معنادار تعارضات زوجین در مرحله پس آزمون شده است، اما با وجود آن تغییرات در دوره پیگیری معنادار نبوده است.

مطالعه پژوهش های مربوط به نقش خانواده در انواع اختلالات حاکی از آن است که ریشه بسیاری از اختلالات را باید در کوچکترین واحد اجتماعی یعنی خانواده و در تعارضات زناشویی جستجو کرد. با توجه به مباحث مطرح شده به نظر می رسد معنویت درمانی می تواند به تغییر اضطراب و رضایت زناشویی زنان کمک کند. با توجه به نقش و اهمیت زنان در خانواده و تداوم زندگی، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش اضطراب فراگیر زنان انجام شد. بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخگویی به سوال های زیر می باشد:

آیا معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی زنان موثر است؟

آیا معنویت درمانی در کاهش اضطراب فراگیر زنان موثر است؟

## ابزار و روش

جامعه آماری این پژوهش همه زنان دارای مشکل نارضایتی زناشویی و اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مرکز مشاوره احیاء شهر مشهد در نیمه اول سال 1393

(فروردین تا شهریور) بودند که تعداد آنان 48 نفر بود. از میان آنان 40 زن که نمره رضایت زناشویی آنان بین 80 تا 100 (عدم رضایت نسبی از روابط زناشویی) و یا پایین تر (نارضایتی شدید از روابط زناشویی) و نمره اضطراب آنان بالای 70 بود به روش هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مساوی شامل گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای کنترل متغیرهای مزاحم این پژوهش با استفاده از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. پس از اجرای پیش آزمون، مداخله فقط بر روی گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار برای درمان قرار گرفت. گروه آزمایش 8 جلسه 80 دقیقه ای با روش معنویت درمانی آموزش دید. در نهایت هر دو گروه پرسشنامه های رضایت زناشویی انریچ و اضطراب فراگیر کتل را تکمیل کردند. در نهایت داده ها با روش آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) تجزیه و تحلیل شدند و برای این منظور از نرم افزار SPSS-19 استفاده شد.

## ابزار

الف) پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ<sup>1</sup>: این پرسشنامه توسط اولسون و فاورز<sup>2</sup> (1989) طراحی شده است که فرم اصلی این ابزار 115 سوالی و فرم کوتاه آن 47 سوالی است. در این پژوهش از فرم 47 سوالی استفاده شد که سلیمانیان (1373) آن را هنجار کرد. این ابزار با استفاده از مقیاس درجه ای لیکرت از یک تا پنج نمره گذاری می شود. دامنه نمرات بین 47 تا 235 است و هر چه نمرات آزمودنی بیشتر باشد، میزان رضایت زناشویی او بیشتر است. ضمناً سوالات 4، 6، 8، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 30، 31، 32، 33، 35، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 45، 46، 47 به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. اولسون و فاورز (1989) پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ 0/95 و روایی آن را با پرسشنامه سازگاری زوجین 0/92 گزارش کردند. همچنین سلیمانیان (1373)

<sup>1</sup>. ENRICH (Evaluation & Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness)

<sup>2</sup>. Olson & Fowers

پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ 0/93 و روایی آن را با نظر متخصصان تایید کرد.

ب) پرسشنامه اضطراب کتل<sup>1</sup>: این پرسشنامه توسط کتل (1973) طراحی شده است که شامل 40 سوال سه گزینه‌ای می باشد. این ابزار را می توان در سنین بعد از 14-15 سالگی به کار برد. در این پرسشنامه آزمودنی گزینه ای که تعریف کننده ویژگی او می باشد را با علامت ضربدر مشخص می کند. این ابزار به صورت درجه ای لیکرت از یک تا سه نمره گذاری می شود. دامنه نمرات بین 40 تا 120 است و هر چه نمره آزمودنی بیشتر باشد، میزان اضطراب او بیشتر است. کتل (1973) پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ 0/83 گزارش و همچنین بیان کرد که پرسشنامه دارای روایی پیش بین مناسبی برای تشخیص اضطراب است. همچنین شاهجویی (1385) پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ 0/75 و روایی آن با نظر متخصصان تایید کرد.

### شیوه ی اجرا

گروه آزمایش 8 جلسه 80 دقیقه ای با روش معنویت درمانی آموزش دید. لازم به ذکر است که پیش از مداخله و پس از مداخله گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ رضایت زناشویی و اضطراب فراگیر مورد ارزیابی قرار گرفتند. در جلسات معنویت درمانی از دو روش بحث و گفتگو در مورد پیش فرض های زندگی معنوی و آموزش راهبردهای معنوی استفاده شد. این پکیج درمانی توسط کجیاف و همکاران (1392) طراحی شده است. در ادامه محتوی جلسات معنویت درمانی به تفکیک توضیح داده می شود.

در جلسه اول به ایجاد امید و رابطه همدلانه پرداخته و سپس مشکل مراجعان در قالب مدل معنویت درمانی صورت بندی شد. به هر مراجع بسته ای داده شد که در آن بروشورها و خلاصه جلسات موجود بود. در جلسه دوم پس از مرور جلسه قبل و بازخورد به مراجعان، پیش فرض اول (واقعیت نجات بخش) و دوم (احساسات خوشایند و ناخوشایند وابسته به پدیده ها نیستند بلکه وابسته به نگرش ها و احساسات درونی اند)

<sup>1</sup> . Cattell Anxiety Questionnaires (CAQ)



انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه ارتقا نیت و هدف مندی رفتارها و تصویر سازی ذهنی مثبت نسبت به خدا آموزش داده شد.

در جلسه سوم پیش فرض سوم (اصل عمل: این اصل مبتنی بر صفات رحمت و بخشندگی خداوند است. یعنی خداوند همواره فرصت را برای رشد انسان فراهم می کند) و چهارم (تقسیم پذیری: یعنی اینکه امور دنیوی قابل تقسیم به امور تغییر پذیر و تغییر ناپذیر هستند) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه جایگاه نظم در اداره نظام هستی و تمرین نظم در زندگی آموزش داده شد. در جلسه چهارم پیش فرض پنجم (جهان اخلاقی خلق شده و همیشه در جهت سعادت حرکت می کند) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه در مورد راهبرد دعا و جایگاه آن در زندگی و تعالی انسان، افزایش رضایت زناشویی و مقابله با اضطراب به بحث و گفتگو پرداخته شد.

در جلسه پنجم پیش فرض ششم (آینده به طور کامل در دست ما نیست) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه در مورد راهبردهای ذکر، توکل و امید به خداوند نسبت به مسائلی که در آینده رخ می دهند به بحث و گفتگو پرداخته شد. در جلسه ششم پیش فرض هفتم (انسان دائما در حال ارتباط با خداوند است) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه توصیف و تفسیر معنوی و وحدت بخش وقایع زندگی مراجعان آموزش داده می شود. درباره نقش و جایگاه صبر به عنوان یک راهبرد برای افزایش رضایت زناشویی و مقابله با اضطراب آموزش داده می شود.

در جلسه هفتم پیش فرض هشتم (انسان معنوی با صفات خود زندگی می کند، نه با اموال و دارایی هایش) و نهم (رسیدن به زندگی معنوی نیازمند انفاق، گذشت، بخشش و محبت ورزیدن است) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه حضور مودبانه و محترمانه در محضر خداوند آموزش داده شد. در جلسه هشتم پیش فرض دهم (درک معنای سختی ها و مشقت ها و مسئولیت پذیری نسبت به خدا، خود، دیگران و هستی) انسان معنوی آموزش داده شد. همچنین در این جلسه یک بار دیگر ده پیش فرض انسان معنوی مرور شد و در پایان میزان رضایت زناشویی و اضطراب مراجعان مورد ارزیابی قرار گرفت.

## یافته ها

شرکت کنندگان 40 زن شهر مشهد با دامنه سنی 25-44 سال بودند که میانگین سنی آنها 27/43 سال بود. تحصیلات 6 نفر آنها زیر دیپلم (15%)، 18 نفر دیپلم (45%)، 12 نفر لیسانس (30%) و 4 نفر فوق لیسانس (10%) بود. همچنین وضعیت درآمد 4 نفر زیر یک میلیون تومان (10%)، 21 نفر بین یک میلیون تا یک و نیم میلیون تومان (52/5%)، 13 نفر بین یک و نیم میلیون تا دو میلیون تومان (32/5%) و 2 نفر بالای دو میلیون تومان (5%) بود. پیش از انجام تحلیل فرضیه های پژوهش به روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض های تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار بود که این یافته ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس های کوواریانس و فرض برابری واریانس ها برقرار است. علاوه بر آن فرض همگنی شیب های رگرسیون به عنوان مفروضه دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری تایید شد. چون پیش فرض های تحلیل کوواریانس چند متغیری برقرار بود، برای تحلیل می توان از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده کرد. در جدول 1 شاخص های آماری تعداد، میانگین و انحراف استاندارد رضایت زناشویی و اضطراب فراگیر گروه ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

جدول (1)- تعداد، میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی و اضطراب فراگیر گروه ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

مراحل	گروه ها	تعداد	رضایت زناشویی		اضطراب فراگیر	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	آزمایش	20	85/91	10/67	97/32	13/79
	کنترل	20	87/06	11/81	96/98	13/15
پس آزمون	آزمایش	20	157/32	14/76	53/64	6/71
	کنترل	20	88/64	11/20	97/66	13/86

یافته های جدول 1 نشان داد که میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی در مرحله پیش آزمون برای گروه آزمایش  $85/91 \pm 10/67$  و برای گروه کنترل  $87/06 \pm 11/81$  و در مرحله پس آزمون برای گروه آزمایش  $157/32 \pm 14/76$  و برای گروه کنترل  $88/64 \pm 11/20$  بود. بین نمرات رضایت زناشویی گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین میانگین و انحراف معیار اضطراب فراگیر در مرحله پیش آزمون برای گروه آزمایش  $97/32 \pm 13/79$  و برای گروه کنترل  $96/98 \pm 13/15$  و در مرحله پس آزمون برای گروه آزمایش  $53/64 \pm 6/71$  و برای گروه کنترل  $97/66 \pm 13/86$  بود. بین نمرات اضطراب فراگیر گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشد. در جدول 2 نتایج آزمون چند متغیری برای بررسی اثربخشی متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته ارائه شده است.

جدول (2)- نتایج آزمون چند متغیری برای رضایت زناشویی و اضطراب فراگیر

متغیر مستقل	آزمون ها	مقدار	F	Sig	مجذور اتا (PES)
آموزش معنویت درمانی	اثر پیلایی	0/971	1647/540	0/0005	0/889
	لامبدای ویلکز	0/029	1647/540	0/0005	0/889
	اثر هاتلینگ	23/970	1647/540	0/0005	0/889
	بزرگترین ریشه روی	23/970	1647/540	0/0005	0/889

یافته های جدول 2 نشان داد که متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته اثر معنادار داشته است. در پژوهش ها معمولاً نتایج آزمون لامبدای ویلکز گزارش می شود. بنابراین با توجه به ارزش مجذور اتای آزمون لامبدای ویلکز (0/889) می توانیم معین کنیم که حدود 89 درصد تفاوت موجود در میانگین گروه ها مربوط به متغیر مستقل است. از آنجایی که آزمون چند متغیری معنادار است، می توان به ارزیابی جداگانه هر یک از متغیرهای وابسته ادامه داد. از آنجایی که آزمون چند متغیری معنادار است، می توان به ارزیابی جداگانه هر یک از متغیرهای وابسته پرداخت. در جدول 3 نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر رضایت زناشویی و اضطراب فراگیر ارائه شده است.

جدول (3)- نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیرهای رضایت زناشویی و اضطراب فراگیر

متغیر وابسته	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اتا (PES)
رضایت زناشویی	پیش آزمون گروه	4935/247	1	4935/247	587/389	0/0005	0/916
	واریانس خطا	1562/813	1	1562/813	185/938	0/0005	0/853
	واریانس کل	319/400	38	8/405			
اضطراب فراگیر	پیش آزمون گروه	6817/460	1	4257/441	551/553	0/0005	0/892
	واریانس خطا	1259/861	1	1259/861	163/215	0/0005	0/841
	واریانس کل	293/347	38	7/719			
		5810/649	40				

یافته های جدول 3 نشان داد که متغیر مستقل (معنویت درمانی) بر متغیر وابسته (رضایت زناشویی) اثر معناداری داشته است ( $P \leq 0/0005$ ). بنابراین با در نظر گرفتن مجذور اتا می توان گفت حدود 85 درصد تغییرات رضایت زناشویی ناشی از برنامه مداخله در گروه آزمایش بوده است. بنابراین در پاسخ به اولین سوال پژوهش مبنی بر تاثیر معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی می توان گفت که معنویت درمانی باعث افزایش معنادار رضایت زناشویی زنان شده است ( $F=557/682$  و  $P \leq 0/0005$ ). همچنین یافته های جدول فوق نشان داد که متغیر مستقل (معنویت درمانی) بر متغیر وابسته (اضطراب فراگیر) اثر معناداری داشته است ( $P \leq 0/0005$ ). بنابراین با در نظر گرفتن مجذور اتا می توان گفت حدود 84 درصد تغییرات اضطراب فراگیر ناشی از برنامه مداخله در گروه آزمایش بوده است. بنابراین در پاسخ به دومین سوال پژوهش مبنی بر تاثیر معنویت درمانی در کاهش اضطراب فراگیر می توان گفت که معنویت درمانی باعث کاهش معنادار اضطراب فراگیر زنان شده است ( $F=557/682$  و  $P \leq 0/0005$ ).

### بحث و نتیجه گیری

خانواده کوچکترین و مهمترین واحد اجتماعی است که نقش مهمی در تکوین شخصیت، رشد جسمانی، شناختی، عاطفی و اخلاقی افراد، رشد و شکوفایی استعداد های اعضای آن و بهبود مشکلات خانواده دارد. در این واحد اجتماعی زنان بیش از سایر اعضا در معرض آسیب هستند. همچنین امروزه در مقایسه با گذشته مشکلات خانواده ها رشد

چشمگیری داشته است که افزایش تعداد زوج های مشکل دار، به هم خوردن تعادل خانواده ها، مختل شدن روابط زوجین و نیز سیر سعودی آمار طلاق شاهد این ادعا می باشد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش اضطراب فراگیر زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره احیاء انجام شد.

نتایج این پژوهش نشان داد که معنویت درمانی باعث افزایش معنادار رضایت زناشویی شد که این یافته با یافته پژوهش های (فینچام و بیچ، 2002؛ وانستین وگان و اراسنکال، 2006؛ دی بلاسی و بندا، 2008؛ اسپرام و همکاران، 2012؛ کاترونا و همکاران، 2013؛ غفوری و همکاران، 1392) همسو بود. برای مثال وانستین وگال و اراسنکال (2006) در پژوهشی که به بررسی مداخلات معنوی بر رضایت زناشویی و ارتباط آن با پایداری زناشویی پرداختند به این نتیجه رسیدند که مداخله معنوی باعث افزایش رضایت زناشویی گروه آزمایش شده است و گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از پایداری زناشویی بالاتری برخوردار بودند. دی بلاسی و بندا (2008) در پژوهشی که به بررسی مداخلات معنوی در زوجین متاهل پرداختند به این نتیجه رسیدند که این روش درمانی باعث افزایش معنادار رضایت زوجین از رابطه زناشویی آنان شده است. غفوری و همکاران (1392) در پژوهشی با عنوان اثربخشی روان درمانی معنوی مبتنی بر بخشودگی در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات زوجین شهر مشهد به این نتیجه رسیدند که روان درمانی معنوی باعث افزایش معنادار رضایتمندی زناشویی و کاهش معنادار تعارضات زوجین در مرحله پس آزمون شده است، اما با وجود آن تغییرات در دوره پیگیری معنادار نبوده است. در تبیین این یافته می توان گفت آموزش پیش فرض های معنویت درمانی مانند پیش فرض اول و دوم یعنی واقعیت نجات بخش و اهمیت نگاه مثبت و ارتقا نیت ها به مسائل و علاوه بر آن اهمیت ازدواج و تشکیل خانواده و تقدس نهاد خانواده در دیدگاه اسلام که برای مردان و زنان متاهل نسبت به مجرد قائل شده است، ارزیابی ذهنی همسران نسبت به ازدواج و تداوم آن مثبت تر خواهد بود و این امر باعث می شود زوجین نگاه مثبت تری به یکدیگر داشته باشند و این امر در نهایت باعث افزایش رضایت زناشویی می شود. تبیین دیگر اینکه سایر پیش فرض ها مانند پیش فرض های سوم یعنی بخشندگی خداوند، چهارم یعنی تقسیم پذیری، پنجم یعنی جهان اخلاقی و اهمیت دعا و جایگاه آن در زندگی، ششم

یعنی پیش بینی ناپذیری آینده و اهمیت ذکر، توکل و امید به خدا، هفتم یعنی ارتباط مداوم با خدا و اهمیت صبر و جایگاه آن در زندگی، هشتم یعنی زندگی با صفات معنوی به جای صفات مادی، نهم یعنی اهمیت انفاق، گذشت و محبت و جایگاه آن در زندگی و دهم یعنی درک معنای سختی ها و مسئولیت پذیری باعث می شود که افراد همیشه خداوند را حاضر و ناظر بر همه کارهای خود ببینند که این امر باعث می شود با دیگران به ویژه با خانواده و همسران خود محترمانه و محبت آمیز برخورد کنند، از یکدیگر قدردانی و تشکر کنند، آراستگی ظاهری خود را در خانه و بیرون از خانه حفظ کنند و تفاوت های فردی میان انسان ها را بپذیرند که این امور باعث افزایش رضایت زناشویی می شود.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که معنویت درمانی باعث کاهش معنادار اضطراب فراگیر زنان شد که این یافته با یافته پژوهش های (میلر و ثورن، 2003؛ دیویس، 2005؛ موس و دابسون، 2006؛ کوئینگ، 2008؛ انرایت و فیتزگیونز، 2010؛ حسینی و همکاران، 2012؛ جان بزرگی، 1378؛ ثنایی و نصیری، 1386؛ کجباف و همکاران، 1392) همسو بود. برای مثال کوئینگ (2008) با تدوین یک مدل روان درمانی مبتنی بر آموزه های دینی، اثربخشی آن را بر علائم افسردگی و اضطراب بررسی کرد. در این پژوهش 103 فرد مبتلا به اختلال اضطراب و 100 فرد مبتلا به اختلال افسردگی انتخاب شدند. گروه آزمایش روان درمانی به علاوه درمان دینی و گروه کنترل فقط روان درمانی دریافت کردند. نتایج نشان داد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبودی معناداری نشان داد، اما در پیگیری 6 ماهه تفاوت ها معنادار نبود. ثنایی و نصیری (1386) در پژوهشی نیمه تجربی با هدف تعیین تاثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب دانش آموزان کم توان ذهنی، به این نتیجه رسیدند که شنیدن قرآن منجر به آن شد که اضطراب گروه آزمایش برخلاف گروه کنترل به طور معناداری کاهش یابد. کجباف و همکاران (1392) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که معنویت درمانی در پس آزمون و پیگیری منجر به کاهش معنادار اضطراب شد. در تبیین این یافته می توان گفت آموزش پیش فرض دوم یعنی نگاه مثبت به مسائل زندگی و ارتقا نیت ها و هدف ها در زندگی باعث می شود که اضطراب فرد به مقدار زیادی کاهش یابد. تبیین دیگر اینکه افراد مذهبی همیشه خداوند را یار و یاور خود می بینند و همیشه می توانند به او توکل

کنند که این امر باعث افزایش امیدواری به آینده و کاهش اضطراب فرد می شود. در تبیینی دیگر می توان گفت که با آموزش پیش فرض هفتم یعنی ارتباط مداوم با خدا و اهمیت صبر و جایگاه آن در زندگی و پیش فرض نهم یعنی اهمیت انفاق و گذشت و جایگاه آن در زندگی، افراد یاد می گیرند که هنگام مواجهه با چالش ها و دشواری های زندگی صبر پیشه کنند و گاهی از برخی مسائل پیش آمده به سادگی بگذرند که این امر در نهایت باعث کاهش اضطراب می شود.

دستاورد این پژوهش اینکه معنویت درمانی باعث افزایش معنادار رضایت زناشویی و کاهش معنادار اضطراب فراگیر زنان می شود. با توجه به نقش معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش اضطراب باید مشاوران و متخصصان در زمینه روش های درمانی و بهداشت روانی به این روش توجه نمایند. با کمک به مراجعین جهت افزایش استفاده از روش مذکور می توان این امیدواری را داشت که افراد بهتر بتوانند اضطراب خود را کنترل کنند و با شرایط زندگی سازگار شوند و از زندگی با همسر خود احساس رضایت بیشتری کنند. بنابراین مشاوران و درمانگران می توانند از این روش برای حل مشکلات خانواده ها، کاهش اضطراب و افزایش رضایت زناشویی استفاده کنند تا تحکیم بنیان خانواده را تضمین کنند و در نهایت جامعه ای سالم داشته باشند. در نتیجه به نظر می رسد این روش بتواند علاوه بر اختلال های مذکور در درمان اختلال های دیگر مانند اختلال وسواس، اختلال هراس، اختلال های سازگاری و غیره موثر باشد که برای پی بردن به این مهم نیاز به پژوهش می باشد.

مهمترین محدودیت این مطالعه استفاده از روش نمونه گیری در دسترس بود. محدودیت دیگر این مطالعه استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی برای سنجش رضایت زناشویی است. بسیاری از این ابزارها ممکن است پاسخ هایی را جمع آوری کنند که دیگران فکر می کنند باید درست باشد. افراد ممکن است خویشتن نگری کافی نداشته باشند و مسوولانه به گویه ها پاسخ ندهند. محدود شدن نمونه های این پژوهش به جنس مونث را می توان به عنوان محدودیت دیگر ذکر کرد. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از روش های نمونه گیری تصادفی استفاده کنند و علاوه بر آن به جای ابزارهای خودگزارش ده از مشاهده یا مصاحبه استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می شود این پژوهش در بین مردان نیز صورت گیرد تا بتوان در تعمیم نتایج و تاثیر این

روش درمانی با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. علاوه بر آن بحث مقایسه روش معنویت درمانی با سایر روش ها مانند خانواده درمانی، درمان شناختی رفتاری، درمان رفتاری، درمان شناختی، واقعیت درمانی و غیره می تواند نتایج جالبی رد پی داشته باشد که برای دستیابی به این مهم نیاز به پژوهش های مقایسه ای است.



## منابع:

- تنایی، باقر؛ نصیری، حمید (1386)، بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی - مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی. مجله تازه ها و پژوهش های مشاوره، 8(2)، 89-97.
- جان بزرگی، مسعود (1378)، بررسی اثربخشی روان درمان گری با و بدون جهت گیری مذهبی اسلامی بر اضطراب و تنیدگی. مجله روانشناسی، 2(4)، 343-368.
- رزاقی، نرگس؛ نیکی جو، معصومه؛ موجمبازی، آدیس کراسکیان؛ ظهراپی مسیحی، آرینه (1390)، رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت با رضایت زناشویی. فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، 7(27)، 177-269.
- سلیمانیان، علی اکبر (1373)، بررسی رابطه باورهای غیر منطقی با رضایتمندی زناشویی دانشجویان متاهل. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت معلم.
- شاهجویی، تقی (1385)، بررسی و رابطه اضطراب حالت - صفت و اضطراب امتحان. پایان نامه کارشناسی روانشناسی، دانشگاه سمنان.
- طباطبایی، محمدحسین (1376)، تفسیر المیزان (جلد یازدهم). قم: موسسه نشر اسلامی.
- غفوری، سمانه؛ مشهدی، علی؛ حسن آبادی، حسین (1392)، اثربخشی روان درمانی معنوی مبتنی بر بخشودگی در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات زوجین شهر مشهد. مجله اصول بهداشت روانی، 15(1)، 45-57.
- کجباف، محمداقرا؛ رضوانی، روح اله؛ عاشوری، جمال (1392)، مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و فراشناخت درمانی بر اضطراب دانشجویان دختر. فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، 4(1)، 1-12.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (2007), Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Cattell, R. B. (1973), *Personality and mood by questionnaire*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cutrona, C. E., Russell, D. W., Burzette, R. G., Wesner, K. A., & Bryan, C. M. (2013), Predicting relationship stability among

- midlife African American couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 814-825.
- Davis, B. (2005), Mediators of the relationships between hope and wellbeing in older adults. *Journal of Clinical Nursing Research*, 14(3), 253-272.
  - DiBlasio, F., & Benda, B. (2008), Forgiveness intervention with married couples: Two empirical analyses. *Journal of psychology and Christianity*, 5, 511-23.
  - Enright, R., & Fitzgibbons, R. (2010), *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. 1st ed. Washington: American Psychological Association, 11-57.
  - Fiese, B. H., Tomcho, T. J. (2001), Finding meaning in religious practices, the relation between religious holiday rituals and marital satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 15 (4), 597-609.
  - Fincham, F., & Beach, S. (2002), Forgiveness in marriage implications for psychological aggression and constructive communication. *Personality Relative*, 9, 239-57.
  - Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2004), *Family Therapy* (5th Ed.). Peacock Publishers.
  - Hant, P., & King, D. B. (2007), Advances in the conceptualization and measurement of religion and satisfaction marital: Implications for physical and mental health research. *American Journal of Psychology*, 58(1), 64-74.
  - Hosseini, M., Davidson, P., Salehi, A., & Khoshknab Fallahi, M. (2012), The effect of spiritual training on anxiety of CABG candidates in Iran. *Journal of Heart, Lung and Circulation*, 21(1), 289-296.

- Koeing, H, G. (2008), Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adult. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(4), 25-38.
- Miller, W. R., & Thoreson, C. E. (2003), Spirituality, religion , health and emerging research field. *Journal of American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Morris, P. A. (2002), The effect of pilgrimage on anxiety, depression and religion attitude. *Journal of Psychological Medicine*, 12(2), 27-43.
- Moss, E. L., & Dobson, K. (2006), The place of spirituality in psychological end of life care. [WWW.epsychologist.org](http://WWW.epsychologist.org).
- Olson, D. H., & fowers, B. J. (1989), Predicting marital success with prepare: A predictive validity study. *Journal of marital and family therapy*, 12(2), 403- 413.
- Propest, L. R. (2008), Psychotherapy in a religious frame work. *Man Sciences Pries, Inc.*
- Schramm, D. G., Marshal, J. P., Harris, V. W. & Lee, T. R. (2012), Religiosity, homogamy and marital adjustment. *Journal of Family Issues*, 33(2), 246-268.
- Seligman, M. P. (2002), *Authentic happiness*. New York: Free Press.
- Thoren, B. (2008), *Person-centered counseling and christain spirituality: the secular and the holy*. London: Whirr.
- Vansteenwegen, A., & Orathinkal, J. (2006), The effect of forgiveness on marital satisfaction in relation to marital stability. *Contemporary Family Therapy*, 28, 251-60.
- Worthington, E. (2008), An empathy humility. Commitment model of forgiveness applied within family dyads. *Journal of Family Therapy*, 20, 59-76.

