

## اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب آوری، سازگاری زناشویی و احساسات مثبت نسبت به همسر در زنان متاهل شاغل در بیمارستان های شهر کرمانشاه

فاطمه مرادی داراب خانی<sup>۱</sup>، دکتر شیما پرندین<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> گروه روانشناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران (عهده دار مکاتبات)

<sup>۲</sup> گروه روانشناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران (نویسنده مسئول)

### چکیده

هدف مطالعه انجام شده اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب آوری، سازگاری زناشویی و احساسات مثبت نسبت به همسر در زنان متاهل شاغل در بیمارستان های شهر کرمانشاه بود. طرح پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه است. در این پژوهش، جامعه شامل کلیه زنان متاهل شاغل در بیمارستان های شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای ۳۰ نفر در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه تاب آوری، سازگاری زناشویی و احساسات مثبت نسبت به همسر بود. نتایج نشان داد که معنویت درمانی گروهی موجب افزایش تاب آوری، سازگاری زناشویی و احساسات مثبت نسبت به همسر در زنان متاهل شاغل شده است.

**واژه های کلیدی:** معنویت درمانی گروهی، تاب آوری، سازگاری زناشویی، احساسات مثبت نسبت به همسر

## مقدمه

گفته می شود، هر روزه بر تعداد خانواده هایی که زن و شوهر هر دو شاغل هستند، افزوده می شود. زنان تلاش می کنند، از طریق اشتغال از یک سو، به استقلال مالی برسند و از سویی دیگر برای خود موقعیت اجتماعی متفاوتی دست و پا کنند. در چنین شرایطی، خواه ناخواه بافت خانواده دستخوش تغییراتی می شود. هر چند ممکن است اشتغال زن، موجب تغییر قابل توجهی در اقتصاد خانوار شود و با افزایش درآمد خانواده، امکان برآوردن نیازهای خانواده و اعضای آن بیش تر شود و به عبارتی، خانواده از فرصت های اقتصادی بیش تری برخوردار شود، ولی فرصت های اجتماعی آن محدودتر و کم تر می شود (خوش نظری، حسینی و فلاحی خشکناپ، ۱۳۹۴). نقش های زن و مرد در خانواده هایی که زن و شوهر هر دو شاغل هستند، در حال تغییر است. هر چند از یک سو کار زن ها باعث افزایش درآمد خانوار می شود، ولی از سوی دیگر مردان در خانه کار بیش تری انجام می دهند. در حال حاضر، در آمریکا خانواده هایی که در آن هر دو زوج شاغل هستند و هر دو درآمد دارند، (حدود ۷۵ درصد) از خانواده ها را تشکیل می دهند و انتظار می رود سهم این خانوارها در دهه آ آینده بیش تر شود. زوجین شاغل، به درآمد خانوار کمک می کنند و آن را افزایش می دهند، اما آن ها با دو مساله مواجه هستند که کم تر در خانواده های تک شاغل مشاهده می شود: یکی پرورش فرزندان و دیگری گذران وقت با یکدیگر. از این رو، این خانواده ها باید راه های خلاقانه ای برای پرورش فرزندان و زندگی خانوادگی خود پیدا کنند. چرا که وقتی زوج های شاغل دارای فرزند می شوند، مساله نگهداری و تربیت فرزندان از مسایل مهم و جاری زندگی آنان می شود. این مساله هنگامی حادتر می شود که چنین خانواده هایی برای گذران وقت با یکدیگر محدودیت زمانی بیش تری دارند (رستمی، ۱۳۹۳).

خانواده، مولفه بسیارمهم و با ارزش درحیات انسان تلقی می گردد. خانواده یک نهاد اجتماعی است که پایه و اساس ارتباط انسانی را تشکیل می دهد. به واسطه تشکیل خانواده مرد و زن ازطریق یک نیروی ناشی ازغریزآیین محبت و عشق به هم جذب می شوند، به طورآزادانه وکامل متعهد یکدیگرشده تا واحدپویایی را به عنوان خانواده ایجاد نمایند. به این دلیل خانواده تنها نظام اجتماعی است که رسماً درهمه جوامع پذیرفته شده است. خانواده محیطی مقدس، باصفا و به زیباترین تعبیرقرآنی، محل سکون و آرامش واقعی است. آنچه درخانواده مهم می باشد، احساسات مثبت نسبت به همسر و رضایت ازدواج است. مسئله ازدواج زناشویی یکی از مهم ترین و اساسی ترین موضوعات مورد توجه جامعه بشری است ازدواج به عنوان یکی از مهم ترین مسائل در زندگی افراد تلقی می شود و صرفاً جنبه های فردی ندارد، در واقع می توان گفت که نهاد جامعه بشری بر پایه ازدواج قرار گرفته است (شیرالی، ۱۳۹۳).

احساسات مثبت نسبت به همسر یک ارزیابی کلی از وضعیت رابطه زناشویی فرد و یک متغیر مهم در روایت زوجین از زندگی زناشویی می باشد. رضایت زناشویی به شادی و لذت از روابط میان زوج ها مرتبط است و به معنای داشتن احساس مطلوب از ازدواج می باشد که می توان آن را یک موقعیت روان شناختی در نظر گرفت که خود به خود به وجود نمی آید بلکه مستلزم تلاش هر زوج است. در روابط زناشویی عوامل متعددی باعث رضایت همسران از یکدیگر می شود که یکی از آنها الگوهای ارتباطی است. ارتباط زناشویی فرآیندی است که طی آن زوجین به صورت کلامی و غیرکلامی به تبادل احساسات و افکار می پردازند (جوادی، ۱۳۹۲). تاب آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (سامانی، جوکارو صحراگرد، ۱۳۸۶). فلاچ (۱۹۸۸) براین عقیده است که حالات تاب آوری طی یک فرایند شکست و انسجام مجدد تاب آورانه برای رشد به انرژی نیاز دارد؛ به نظر می رسد این انرژی یک منبع معنوی و ذاتی دارد. به اعتقاد فلاچ نیرویی در درون هر فرد وجود دارد که او را

بسوی خودشکوفایی، نوع دوستی، خرد و هماهنگی سوق می دهد. این نیرو از یک منبع معنوی سرچشمه می گیرد. تعدادی از پژوهش ات انجام گرفته در حوزه تاب آوری نشان می دهند که خوش بینی، یافتن معنا در تجارب منفی، دیدن تجارب منفی از دیدگاه مثبت و نگاه کردن به آنها به عنوان تجارب ضروری زندگی، اعتقاد به وجود یک منبع، باور به وجود یک قدرت برتر و باور به اینکه شخص توانایی حل مسئله را دارد با تاب آوری، و سازگاری با ضربه روانی همبستگی بالایی دارد (کالیل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳).

در سالهای اخیر روان شناسان به این به عنوان یک نیروی خارق العاده که به انسان قدرت معنوی می بخشد و او را در برابر سختی ها و شدائد حفظ کرده و از اضطراب و نگرانی دور می سازد، نگریسته اند، و این بیشتر به این خاطر بوده است که پژوهش های تجربی نیز از ارتباط با رفتارهای مذهبی و افزایش سلامت روان حمایت کرده است. افراد معنوی همواره با بعد عقلانی و خودآگاه، بعد عرفانی و ناخودآگاه خود را نیز می توانند رشد دهند و می توانند ادعا کنند که از تمام ظرفیت های وجودی خویش استفاده کرده اند و به خویشتن واقعی نائل آمده اند (غباری بناب، ۱۳۸۸). ریچارد و برگین<sup>۲</sup> (۱۹۹۷)، به این نتیجه رسیدند که شخصیت انسان واجد حیطه معنوی است و افراد زمانی از زندگی خود بهره می برند که برطبق اصول کلی زندگی کنند که رشد و تحول معنوی را تشویق می کند. آنها هدایت معنوی را بیان می کنند و آن را نوعی احساس شخصی رشد در ارتباط با خدا و جایگاه فرد در جهان تعریف می کنند و معتقدند ارزیابی هویت معنوی فرد به بهبود رشد آنها کمک می کند. محققین روانشناسی مدت هاست دریافته اند عوامل فشارزای زندگی و عوامل تروماتیک می توانند سلامت روان افراد و عملکرد اجتماعی آنها را تضعیف و منجر به آسیب های روانشناختی در آنها گردند. واقعیتی که بخوبی شناخته نشده، این است که بیشتر انسان ها بدون اینکه، سلامت روانی شان کاهش یابد و دچار بیماری روانی شوند، رویدادهای فشارزا را پشت سر می گذارند، همچنین بنظر می رسد در بعضی موارد افراد با وجود تجارب سخت شان پیشرفت نیز کرده و کامیاب شده اند (واف<sup>۳</sup>، فردریکسون و تیلور<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). در دو دهه گذشته نیز محققین از رشته های مختلف به بررسی اثر معنویت بر سلامت روان پرداخته و به اثر مثبت آن اذعان کرده اند. پژوهش های تجربی بطور یقین نشان داده اند که ایمان و تعهد مذهبی با عملکرد سالم جسمی، عاطفی و اجتماعی رابطه مثبت دارند. بنابراین دیگر نمی توان باورهای مذهبی و معنوی را به عنوان باورهای غیرمنطقی یا روان رنجوری که باید معالجه شود، نگریست. برعکس می توان هم راستا با نظر یونگ ادعا کرد که باورها و رفتارهای معنوی، منابع احتمالا قدرتمندی برای تغییر درمانی هستند و مذهب می تواند سیستمی برای بهبود و رشد روانی محسوب شود (لطفی کاشانی، مفید، سرافراز، ۱۳۹۲). اصلانی (۱۳۹۶) در پژوهش خود به بررسی تأثیر معنویت درمانی در کارایی مشاوره پیش از ازدواج دانشجویان متقاضی ازدواج دانشگاه صنعتی اصفهان پرداخت. نمونه ی تحقیق او روی شانزده دختر و پسر متقاضی ازدواج شرکت کننده در کلاسهای مشاوره پیش از ازدواج دانشگاه تهران بود، نتایج نشان داد که معنویت درمانی باعث بالا رفتن کارایی ارتباطی بین متقاضیان در مقوله های حل مشکل، ارتباط، نقش ها، صمیمیت، کنترل رفتار و بهداشت روانی شده است. عباس وند (۱۳۹۵) طی پژوهشی به بررسی تأثیر معنویت درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر میزان صمیمیت و رضایت زناشویی پرداخت. نتایج نشان داد که معنویت درمانی بر هریک از مولفه های دو تست (صمیمیت،

<sup>۱</sup> Kalil

<sup>۲</sup> Richards & Bergin

<sup>۳</sup> Wauoh

<sup>۴</sup> Taylor

رضایت، همبستگی، توافق، ابراز علاقه و پای بندی به تعهدات) تاثیر مثبت داشته و به افزایش هر یک از شاخص مذکور منجر شده است. ولی در میزان صداقت بین زن و شوهر تاثیر معنی داری نداشته است. در کل نتایج نشان داد که معنویت درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری در صمیمیت و رضایت زناشویی تاثیر مثبت دارد. سلامی (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان «اثر بخشی معنویت درمانی با استفاده از روش تحلیل ارتباط متقابل بر بهداشت روان در افراد متقاضی ازدواج شرکت کننده در کلاسهای مشاوره پیش از ازدواج دانشجوی دانشگاه شهید بهشتی تهران» نشان داد بین بهداشت روانی در دو گروه آزمایش و کنترل، بعد از انجام مداخله تفاوت معناداری وجود دارد، بدین معنا که آموزش مهارتهای ارتباطی سبب افزایش بهداشت روانی گروه آزمایش گردید. برنت و راگلند<sup>۵</sup> (۲۰۱۷) در طی تحقیقی به تعدادی از افراد شرکت کننده در کلاسهای مشاوره پیش از ازدواج معنویت درمانی را آموزش دادند. نتایج نشان داد که معنویت درمانی منجر به افزایش رضایتمندی زناشویی، افزایش ارتباط باز، بهبود مهارتهای حل مسئله و افزایش صمیمیت شده است. شیلینگ و باکوم<sup>۶</sup> (۲۰۱۷) در یک مطالعه ی طولی ۳۹ زن و ۳۹ مرد را مطالعه نمودند، این زوج ها در برنامه ی آموزش ارتباط PREP شرکت کرده بودند، نتایج نشان داد نمرات پس از آزمون مردان نسبت به نمرات پیش آزمون آن ها در ارتباطات منفی کاهش داشته و خطر پیش روی مشکلات زناشویی در آنان کاهش یافته و سطح صمیمیت در آنان افزایش یافته است. کارول و دورتی<sup>۷</sup> (۲۰۱۶) سیزده برنامه ی معنویت درمانی به زوجین در مرحله ی قبل از ازدواج را در یک فراتحلیل مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد افرادی که این آموزش ها را دریافت کرده بودند، از ۰/۷۹ کسانی که آموزش ها را ندیده بودند از مدیریت هیجان مؤثرتری استفاده می کردند. آن ها در فراتحلیل خود به این نتیجه رسیدند که معنویت درمانی به طور کلی تأثیر زیادی بر مهارت های حل تعارض، کیفیت کلی بهداشت روانی و قضاوت افراد باز رابطه ی زناشویی شان می گذارد. مور، هالفورد، ویلسون و فاریگیو<sup>۸</sup> (۲۰۱۵) برنامه ی معنویت درمانی را بر روی پنجاه و نه زوج که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، انجام دادند. این برنامه باعث افزایش رضایت زناشویی و هم چنین خود نظم بخشی در زوجین شده بود.

از سوی دیگر با توجه به نقش مهم خانواده در تکوین شخصیت و رشد جسمانی، عاطفی، عقلانی و اخلاقی افراد و رشد و شکوفایی استعدادها و اثرات نامطلوب از هم گسیختگی خانواده بر روی اعضای آن، می توان بصورت موثری از استراتژی معنوی در جهت بهبود مشکلات خانواده سود جست (فتوحی بناب، حسینی نسب هاشمی، ۱۳۹۰). از جمله این استراتژی های معنوی که قدرت فراگیری خاصی را در روابط بین همسران دارد، توانایی سازگاری در برابر مشکلات، بخشش در روابط بین همسران و داشتن احساسات مثبت نسبت به همسر می باشد که در بهبود روابط همسران بسیار می تواند حائز اهمیت باشد. وجود تعارض و رنجش بخش لاینفک از هر زندگی خانوادگی است، آنچه روابط خانوادگی دشوار یا مشکل ساز را از روابط خانوادگی غیر دشوار متمایز می کند حضور یا عدم وجود صدمه یا آسیب نیست، بلکه خواستن یا حتی اشتیاق اقرار به آزردن فرد متألم و بخشودن فرد خاطی است که صدمه ای به وی وارد کرده است (مرادی مهر، ۱۳۹۲). از دیدگاه دین و اسلام، یگانه چیزی که می تواند نیاز به آرامش را در انسان برآورده کند یاد خداست. قرآن کریم با تأکید تمام، اعلام می کند آرامش روان فقط در سایه

<sup>۵</sup> Burnett & Rogland

<sup>۶</sup> Shiling & Bacoum

<sup>۷</sup> Carroll & Doherty

<sup>۸</sup> Moor., Halford, Wilson & Farrugia

توجه به خداوند امکان پذیر است: "الا بذكر الله تطمئن القلوب". علامه طباطبائی این حصر را به اینگونه تبیین می کند که تلاش انسان، دستیابی به سعادت و ایمنی از بدبختی است. انسان در این راه به هر وسیله ای که دسترسی داشته باشد چنگ می زند، ولی همه این وسایل و اسباب، اگر از یک جهت غالب و توانا باشند، از جهت دیگری مغلوب و ناتوانند، جز خداوند تعالی که توانایی مطلق است و ناتوانی در او راه ندارد. بنابراین در این پژوهش سعی بر این خواهد بود که روش درمانی معنویت درمانی همخوان با زمینه های فرهنگی، باورها، اعتقادات و فرهنگ جامعه ایران می باشد مورد بررسی قرار گیرد. در این پژوهش نظر بر آن است تا تأثیر گروه درمانی معنوی را بر تاب آوری، سازگاری زناشویی و احساسات مثبت نسبت به همسر مورد بررسی قرار دهد. لذا سؤال اصلی پژوهش این است که آیا معنویت درمانی گروهی بر تاب آوری، سازگاری زناشویی و احساسات مثبت نسبت به همسر در زنان متاهل شاغل در بیمارستان های شهر کرمانشاه مؤثر است؟

### روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح نیمه آزمایشی (پیش آزمون - پس آزمون) با گروه آزمایش و کنترل می باشد. در این پژوهش، جامعه شامل کلیه زنان متاهل شاغل در بیمارستان های دولتی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان متاهل شاغل در بیمارستان های شهر کرمانشاه می باشد و نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انجام شده است. در مرحله اول، از بین تمام بیمارستان های شهر کرمانشاه، بیمارستان امام خمینی (ره) بصورت تصادفی انتخاب و افرادی که مایل به شرکت در جلسات معنویت درمانی گروهی بوده و حاضر به همکاری لازم جهت تکمیل پرسشنامه های مربوط به پژوهش مورد نظر بودند را برگزیده و بطور تصادفی آنها را به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم کرده، سپس از هر گروه پیش آزمون و پس آزمون به عمل آمد. گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرده اما در عوض گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مورد مداخله قرار گرفت.

### ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از سه پرسشنامه استاندارد شده استفاده شد.

(۱) پرسشنامه احساسات مثبت نسبت به همسر (PFQ): پرسشنامه احساسات مثبت (توکتیز، الیری و فینچام، ۱۹۷۵، به نقل از حیدری، مظاهری و پوراعتماد، ۱۳۸۴) شامل ۱۷ ماده است که برای اندازه گیری احساس کلی فرد نسبت به همسر طراحی شده است. در این پرسشنامه گزینه ها در یک طیف لیکرتی از ۱ (احساس شدیداً منفی) تا ۷ (احساس شدیداً مثبت) درجه بندی شده است که به هر ماده نمره ای بین ۷-۱ تعلق می گیرد و نمرات بالا نشان دهنده ی احساس مثبت تر نسبت به همسر است. این پرسشنامه در ایران توسط ثنائی ذاکر (۱۳۷۵) ترجمه شد. رحیمی، اعتمادی و پوراعتماد (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه فوق را ۰/۸۹ گزارش کردند. کارول و دوروتی (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بر روی ۳۶۳ زن ۰/۹۴ گزارش دادند. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی پرسشنامه احساسات مثبت از همسانی درونی (آلفای کرونباخ و تصنیف) استفاده شد، ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و تصنیف پرسشنامه احساسات مثبت در کل نمونه ۰/۸۲ و ۰/۸۰ بدست آمد. روایی همگرایی پرسشنامه احساسات مثبت از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه سازگاری زناشویی ۰/۶۴ تا ۰/۷۳ ( $P < ۰/۰۱$ ) گزارش شده است (توکتیز، الیری و فینچام، ۱۹۸۱، به نقل از حیدری و همکاران، ۱۳۸۴) و (روکن و کاپلیز، ۲۰۰۲). در پژوهش (خجسته مهر، عطاری و شیرالی نیا، ۱۳۸۷) روایی همگرایی پرسشنامه احساسات مثبت نسبت به همسر با

پرسشنامه رضایت زناشویی محاسبه شده که نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای این پرسشنامه  $0/39$  ( $P < 0/01$ ) بدست آمد. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه احساسات مثبت با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با  $0/85$ ، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

**۲) پرسشنامه تاب آوری:** برای سنجش میزان تاب آوری از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون استفاده گردید مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون ( $2003$ ) یک ابزار  $25$  گویه ای است که کانر و دیویدسون آن را با باز بینی منبع پژوهشی  $1991$  -  $1979$  در زمینه تاب آوریتیهیه نمودند. بررسی ویژگی های روانسنجی این مقیاس در گروه هایی مثل جمعیت های عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و بیماران مبتلا به اختلال پس از ضربه انجام شده است سازندگان این مقیاس معتقدند که این پرسشنامه افراد تاب آور را از افراد غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی جدا می کند و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی به کار رود. این پرسشنامه در یک مقیاس پنج درجه ای از کاملاً نادرست تا همیشه درست ساخته شده است. به نحوی که کاملاً درست نمره یک، به ندرت درست نمره دو، گاهی درست نمره سه، اغلب درست نمره چهار و همیشه درست نمره پنج را به خود اختصاص می دهند. دامنه نمره گذاری این مقیاس بین  $125-25$  است. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را  $0/89$  گزارش کرده اند همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله  $4$  هفته ای  $0/87$  بوده است. نمرات مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنا دار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معنا داری داشتند. که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. این مقیاس در ایران توسط محمدی در سال  $1384$  هنجاریابی شده است. برای سنجش روایی این مقیاس ابتدا همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه شده و همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه  $3$  ضریب های بین  $0/41$  تا  $0/64$  را نشان داد و سپس از روش تحلیل عاملی استفاده شده است، قبل از سنجش تحلیل عاملی، دو شاخی  $KMO$  و آزمون کرویت بارتلت هم محاسبه شد و مقدار  $KMO$  برای  $0/87$  و مقدار تی دو در آزمون بارتلت  $28/5556$  به دست آمد که هر دو این موارد نشان دهنده شرایط مناسب برای انجام تحلیل عاملی است. برای پایایی این مقیاس هم از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. و میزان آن هم  $0/89$  گزارش شده است (محمدی،  $1384$ ). در پژوهش دیگری که توسط سامانی و همکاران ( $1386$ ) برای بررسی پایایی این مقیاس در دانشجویان صورت گرفت، پایایی این مقیاس را  $0/93$  گزارش کردند. میزان شاخص  $KMO$  هم برابر  $0/91$  و ضریب کرویت بارتلت برای  $2/47$  گزارش شده است. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه تاب آوری با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با  $0/81$ ، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

**۳) پرسشنامه سازگاری زن و شوهر<sup>۹</sup> (DAS):** این مقیاس توسط اسپانیر ( $2006$ ) طراحی شده و یک ابزار  $32$  سوالی برای ارزیابی کیفیت رابطه ی زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که باهم زندگی می کنند. این ابزار برای چندهدف ساخته شده است. می توان با بدست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه گیری رضایت کلی دریک رابطه ی صمیمانه استفاده کرد. نمره ی کل مقیاس با آلفای کرونباخ  $0/96$  از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. در پژوهش ملازاده،

<sup>۹</sup> Dyadic Adjustment Scale ( DAS)

منصور، اژه ای و کیامنش (۱۳۸۱) همسانی درونی این ابزار ۰/۹۵ بدست آمده است. این مقیاس ابتدا با روش های منطقی روایی محتوا چک شد. مقیاس سازگاری زن و شوهر با قدرت تمیز دادن زوج های متاهل و مطلقه در هر سوال، روایی خود را برای گروه های شناخته شده نشان داده است. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است، و با مقیاس رضایت زناشویی لاک – والاس<sup>۱۰</sup> همبستگی دارد. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه سازگاری زناشویی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

### روش اجرای پژوهش

در هر جلسه ابتدا درباره هدف از تشکیل جلسه صحبت شده و سپس موضوعات مربوط به آن جلسه مطرح شد و اعضای گروه را به بحث و تبادل نظر تشویق نموده و در پایان هر جلسه مطالب را جمع بندی کرده و در صورت لزوم تکالیفی برای جلسه بعد ارائه گردید. برنامه مداخله معنوی برگرفته از کتاب دکتر ربابه نوری (۱۳۹۲) و طرح درمانی وزیر و لطفی کاشانی (۱۳۹۲) به شرح ذیل می باشد:

جلسه	هدف	فرآیند و تمرین
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، دلائل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه، خودآگاهی	سؤالات مطرح شده در زمینه خودآگاهی: چگونه خود را تعریف می کنید؟ ملاک های ارزشمندی خود را چه می دانید؟ به هنگام سختی ها چه می کنید؟ لذت های شما چه چیزهایی هستند؟ ...
دوم	آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا، بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا	معنویت چیست؟ آیا به نیروی مقدس معتقدید؟ در مقابل این نیرو چه کاری انجام می دهید؟ اعمالی که انجام می دهید چه احساسی در شما ایجاد می کند؟ این اقدامات در برابر مشکلات و کنار آمدن با آنها چطور به شما کمک می کند؟ آیا تا به حال شده که این کارها برای شما مشکل ایجاد کند؟
سوم	خود مشاهده گری و توضیح مراقبه	از افراد خواسته شد آنچه را در رابطه با اعمال معنوی انجام داده اند و احساسشان را بیان کنند. در انتها تکنیک مراقبه آموزش داده شد و جزء تمرین روزانه آنها قرار گرفت.
چهارم	حل مسئله، توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، بررسی اثرات مراقبه	آمادگی برای شناسایی موقعیت و شرایط مسأله مورد نظر، تعریف دقیق مسأله، بارش فکری، ارزیابی گزینه ها و انتخاب بهترین راه حل و اجرای بازبینی راه حل ها توضیح داده شد. در پایان دعا خوانی دسته جمعی اجرا شد، کمک خواستن از خداوند و طلب توانمندی، عقل و دانش از ذات اقدسش را می توان از جمله دعاها دانست.
پنجم	توضیح عشق، کمک رسانی و انجام خدمات داوطلبانه	توضیح در زمینه عشق و اینکه این کلمه با معنویت همراه است و موجب احساسی معنوی می شود. احساس هماهنگی با خدا، نجات از خودبینی و عشق ورزیدن به دیگران مطرح گردید.
ششم	فهم عفو و بخشودگی	توضیح در زمینه بخشش و اینکه، چه کسانی را قرار است ببخشیم؟ بخشش

<sup>۱۰</sup> LlakWallace

		کسانی را که با آنها رابطه ای نداریم، بخشش کسانی که با آنها رابطه ای داریم؟ ...
هفتم	ترس و ایمان، بررسی تجربیات ناشی از بخشودگی	توضیح درمورد، دور شدن از دل های آکنده از تردید، و به دست آوردن یقین. جایگزین کردن ایمان و اعتقاد بجای ترس و تردید. پرسش در زمینه بیان و سپس اتمام جلسه با دعای بخشش.
هشتم	شکر و توجه به تغییرات مثبت ناشی از معنویت و معنادگی به تجربیات سخت	کمک به پیدا کردن معنا در آنچه ناخوشایند درک می کنند و شکرگزاری. شرح روش های معنا دادن به زندگی و اینکه معنای زندگی با معنویت به شدت گره خورده است، به طوری که اگر دین و معنویت از زندگی کنار گذاشته شوند، معنا دادن به بسیاری از تجارب زندگی غیرممکن خواهد بود.

## یافته ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره تاب آوری، سازگاری زناشویی و احساسات مثبت نسبت به همسر زنان متاهل گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری		میانگین	انحراف معیار	تعداد
		گروه				
تاب آوری	پیش آزمون	آزمایش		۸۶/۴۰	۹/۰۱	۱۵
		گواه		۷۹/۰۶	۷/۲۹	۱۵
	پس آزمون	آزمایش		۹۷/۸۶	۹/۹۳	۱۵
		گواه		۸۰/۶۰	۷/۶۱	۱۵
سازگاری زناشویی	پیش آزمون	آزمایش		۱۱۴/۸۷	۱۹/۹۷	۱۵
		گواه		۱۱۳/۵۷	۱۹/۷۸	۱۵
	پس آزمون	آزمایش		۱۲۱/۹۹	۲۱/۱۱	۱۵
		گواه		۱۱۱/۹۳	۱۹/۰۷	۱۵
احساسات مثبت	پیش آزمون	آزمایش		۳۴/۵۳	۵/۱۹	۱۵
		گواه		۳۴/۸۰	۴/۲۱	۱۵
	پس آزمون	آزمایش		۴۵/۰	۶/۵۷	۱۵
		گواه		۳۵/۲۶	۳/۶۹	۱۵

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات تاب آوری، سازگاری زناشویی و احساسات مثبت نسبت به همسر زنان متاهل گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد.



جدول ۲ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون معنویت درمانی گروهی بر تاب آوری، سازگاری زناشویی و احساسات مثبت نسبت به همسر در زنان متاهل گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۶۹۴	۳	۲۶	۱۹/۶۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۰۶	۳	۲۶	۱۹/۶۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۲/۲۶۴	۳	۲۶	۱۹/۶۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۲/۲۶۴	۳	۲۶	۱۹/۶۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین زنان متاهل گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تاب آوری، سازگاری زناشویی و احساسات مثبت نسبت به همسر) تفاوت معنی داری مشاهده می شود ( $p < ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۱۹/۶۲۱$ ). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول زیر ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۹ می باشد، به عبارت دیگر، ۶۹ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون زنان متاهل مربوط به تأثیر معنویت درمانی گروهی می باشد.

جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون تاب آوری زنان متاهل گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۴۰۸/۲۲۸	۱	۱۴۰۸/۲۲۸	۴۸/۴۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۰/۹۹۹
گروه	۷۳۷/۰۹۴	۱	۲۹/۰۷۸	۲۵/۳۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
خطا	۷۸۵/۱۰۶	۲۷	۳۶/۵۷				
پیش آزمون	۱۱۳۴/۴۱۸	۱	۱۱۳۴/۴۱۸	۲۱/۲۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۱/۰۰
گروه	۷۱۹/۰۷۸	۱	۷۱۹/۰۷۸	۲۵/۴۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹۸
خطا	۷۶۲/۵۱۵	۲۷	۲۸/۲۴۱				
پیش آزمون	۱۵۹۸/۳۴۶	۱	۱۵۹۸/۳۴۶	۲۰/۶۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹۷
گروه	۱۸۲۶/۳۱۴	۱	۱۸۲۶/۳۱۴	۲۳/۵۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
خطا	۲۰۹۱/۷۸۷	۲۷	۷۷/۴۷۴				

همان طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین زنان متاهل گروه آزمایش و گروه

گواه از لحاظ تاب آوری تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/0001$  و  $F = 25/34$ ). بنابراین فرضیه اول تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، معنویت درمانی گروهی با توجه به میانگین تاب آوری زنان متاهل گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش تاب آوری زنان متاهل گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/48$  می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون تاب آوری مربوط به تأثیر معنویت درمانی گروهی می‌باشد. با کنترل پیش آزمون بین زنان متاهل گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ سازگاری زناشویی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/0001$  و  $F = 25/46$ ). بنابراین فرضیه دوم تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، معنویت درمانی گروهی با توجه به میانگین سازگاری زناشویی زنان متاهل گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش رضایت از زندگی زنان متاهل گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/48$  می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون رضایت از زندگی مربوط به تأثیر معنویت درمانی گروهی می‌باشد. با کنترل پیش آزمون بین زنان متاهل گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ احساسات مثبت تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/0001$  و  $F = 23/57$ ). بنابراین فرضیه سوم تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، معنویت درمانی گروهی با توجه به میانگین احساسات مثبت زنان متاهل گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش احساسات مثبت زنان متاهل گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/46$  می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون احساسات مثبت مربوط به تأثیر معنویت درمانی گروهی می‌باشد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین زنان متاهل گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تاب آوری تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، معنویت درمانی گروهی با توجه به میانگین تاب آوری زنان متاهل گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش تاب آوری زنان متاهل گروه آزمایش شده است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های فروهر، اسلامی و صادقی (۱۳۹۳)، محمودپور، یزدان پناه، آسایش، قهرمانی و احمدبوکانی (۱۳۹۳)، عاشوری، آبکنار و پورمحمد رضای تجریشی (۱۳۹۲)، پترایدز (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که تاب آوری یک فرآیند توانایی با پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده است و صرفاً پایداری در برابر آسیب‌ها با شرایط تهدید آمیز نیست. بلکه شرکت فعال و سازنده ی فرد در محیط است و می‌توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد، در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک می‌باشد. زنانی که انعطاف پذیری بیشتری دارند چاره ساز و انعطاف پذیر بوده مطابق تغییرات محیط خود را وفق می‌دهد و بعد از برطرف شدن عوامل فشار زا به سرعت به حالت بهبود باز می‌گردد. زنانی که در انتهای سطح پایین تاب آوری هستند به مقدار ناچیزی خودشان را با موقعیت‌های جدید وفق می‌دهد. اینها به کندی از موقعیت‌های فشار زا به حالت طبیعی بهبود می‌یابند. بنابراین با استفاده از معنویت درمانی و با توجه به جایگاه معنا و ارزش مشکلات، قادر خواهیم بود نسبت به حل مشکلات اقدام نماییم. در واقع معنویت ما را قادر می‌سازد تا به کارها و فعالیت‌های خود معنا و مفهوم بخشیده و با استفاده از آن بر معنا و مفهوم عملکردمان آگاه شویم و دریابیم که کدام یک از اعمال و رفتارهایمان از اعتبار بیشتری برخوردارند و کدام مسیر زندگی مان بالاتر و عالی تر است، تا آن را الگو و اسطوره زندگی خود سازیم. وگان<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۱) معنویت را به عنوان تلاشی دائمی بشر برای پاسخ دادن به چارهای زندگی تعریف

<sup>۱۱</sup> Vaughno

کرده است. معنویت، جستجوی معنا و هدف به منظور ارتباط با منبعی مقدس یا واقعیتی غایی است. معنویت چه به دنبال ارتباط با منبعی مقدس یا واقعیتی غایی باشد با نوعی تعالی و اخلاق مسوولانه در قبال این منبع مقدس یا واقعیت غایی همراه است. معنوی درمانی، به عنوان یک روش درمانی موثر در سال های اخیر، مورد توجه قرار گرفته است. مذهب و معنویت، مجموعه ای را ارائه می دهد که از راه آن ها، انسان می تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند. به همین دلیل است که معنویت، پیش بینی کننده ای قوی برای امید و سلامت روان و منبعی مهم در حل بروز مشکلات زناشویی است. بنابراین منطقی بنظر می رسد که بپذیریم معنویت درمانی گروهی بر تاب آوری زنان متاهل موثر بوده است.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین زنان متاهل گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ رضایت از زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، معنویت درمانی گروهی با توجه به میانگین سازگاری زناشویی زنان متاهل گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش سازگاری زناشویی زنان متاهل گروه آزمایش شده است. این نتیجه با برخی نتایج تحقیقات شکوهی یکتا، اکبری زردخانه و قهوه چی (۱۳۹۴)، هاشم زاده و جعفری، (۱۳۹۳)، حقیقی و همکاران، (۱۳۸۷)، وینر (۲۰۱۳)، کاسیر، هاولج، ولسفورد و گراث (۲۰۱۳)، اکتن و دیورینگ (۲۰۱۲)، مور، هالفورد، ویلسون و فاریگیو (۲۰۱۱) همخوانی و همسویی دارد. در تبیین این نتیجه می توان گفت که خانواده جوهره ای زنده و در حال تغییر است که با استفاده از اعضای خویش و در جریان ارتباطی دائمی، تعاملی و طرحدار با یکدیگر یک کل را سازمان دهی می کند و در طول زمان و مکان گسترش می یابد. خانواده را می توان یک واحد عاطفی و شبکه ای از روابط درهم تنیده ای دانست که از پیوند زناشویی زن و مرد بنا نهاده می شود. و رضایت یک فرد از زندگی زناشویی به منزله رضایت وی از خانواده محسوب می شود و رضایت از خانواده به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه تسهیل در امر رشد و تعالی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه را دربر خواهد داشت. می توان رضایت زناشویی را به عنوان یک موقعیت روان شناختی در نظر گرفت که خود به خود به وجود نمی آید بلکه مستلزم تلاش هر دو زوج است، به ویژه در سال های اولیه سازگاری زناشویی بسیار بی ثبات است و روابط در معرض بیشترین خطر قرار دارند. سازگاری زناشویی به شادی و لذت از روابط میان زوج ها مرتبط است و به معنای داشتن احساس مطلوب از ازدواج می باشد که می توان آن را یک موقعیت روان شناختی در نظر گرفت که خود به خود به وجود نمی آید بلکه مستلزم تلاش هر زوج است. در روابط زناشویی عوامل متعددی باعث رضایت همسران از یکدیگر می شود که یکی از آنها الگوهای ارتباطی است. ارتباط زناشویی فرآیندی است که طی آن زوجین به صورت کلامی و غیر کلامی به تبادل احساسات و افکار می پردازند. در صورت توجه به عوامل رضامندی زناشویی می توان انتظار داشت که با افزایش سطح رضامندی و بهداشت روانی بسیاری از مشکلات روانی، عاطفی و اجتماعی کاهش یابد. «با ارتقاء سطح سازگاری زناشویی و رضایت از زندگی، افراد جامعه با آرامش خاطر بیشتر به رشد و تعالی و خدمات اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و ... خواهند پرداخت و خانواده ها نیز از این پیشرفت سود خواهند برد. بنابراین رضایت افراد از ازدواجشان زمینه ساز و هسته اصلی رضایت از خانواده و زندگی بطور کلی است. در واقع می توان گفت سلامت جامعه و خانواده در گرو رضایت افراد از ازدواجشان می باشد. بیش از یکصد تحقیق منتشر شده وجود دارد که تداوم رضایت و استحکام روابط زوجین را ارزیابی کرده اند. در سالهای اخیر تمرکز بر روی روابط زوجین و ازدواج به دلیل آمار نگران کننده طلاق افزایش یافته است و هر تحقیقی که در این زمینه صورت بگیرد می تواند یافته های کاربردی و معتبری داشته باشد تا ما بتوانیم آثار مخرب آن را کم کنیم.

احساس رضایت از همدیگر یکی از نشانه های زندگی خوب و خوشبختی و شادکامی زوجین می باشد. این احساس رضایت می تواند شامل رضایت زناشویی، رضایت از اخلاق و رفتار، رضایت از شیوه برخورد و نوع زندگی و رضایت ظاهری از طرف مقابل باشد درواقع اگر کسی در زندگی خودش به این فکر برسد که انتخاب خوبی را داشته است، می توان گفت که وی خوشبخت بوده و زندگی خوبی را دارا می باشد. بسیاری از جوانان احساس رضایت از ظاهر طرف مقابل را فراموش می کنند و سعی می کنند تا فقط از نحوه برخوردی فرد مقابل خود را تحت تاثیر قرار بدهند، اما نباید فراموش کرد در هر سنی از زندگی خود هستیم حتی در میانسالی باید خود را برای هم خود خوب و جذاب جلوه دهیم. بسیاری از خیانت هایی که در سنین بالا انجام می شود به همین دلیل می باشد که فرد مورد نظر از لحاظ ظاهری از همسر خود راضی نبوده و همسر وی در واقع به خود نمی رسد. سلیگمن (۲۰۰۴) معتقد است بر اساس پژوهش های چند سال اخیر، تأیید شده است که شادکامی عامل پدیدآورنده منفی به مراتب بیشتر از صرفاً احساس خوبی داشتن است؛ افراد شادکام، سالم تر و بسیار موفق ترند و درگیری و تعهد اجتماعی بیشتری دارند. اصطلاح شادکامی، گاهی اوقات به معنای عاطفه مثبت منهای عاطفه منفی به کار برده می شود (مالکی، ۱۳۹۴). احساس شادی تنها با عدم حضور هیجانات و حالات منفی به دست نمی آید، بلکه لازمه وجود احساس شادکامی، شرایط و حالات مثبت و رضامندی از زندگی با خود و دیگران است. همچنین تلاش جهت ارتقاء سلامت و از جمله افزایش نشاط و شادکامی به سمت خانواده ها سوق یافته است. روابط زناشویی یکی از عوامل پیشرفت اعضاء خانواده در دستیابی به اهداف زندگی است. روابط زناشویی به عنوان شاخص اصلی نهاد خانواده، رابطه ای است میان زن و مرد برای زندگی مشترک و تشکیل خانواده. کیفیت روابط زناشویی بر همه ابعاد کارکرد خانواده از جمله پایداری، تداوم، حمایت از فرزندان و شادکامی زوجین تأثیرگذار است به ویژه نتایج تحقیقات بیانگر تأثیر روابط زناشویی بر بهزیستی زنان است (ویلکوکس و نوک<sup>۱۲</sup>، پتن<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۶). در صورت توجه به عوامل سازگاری زناشویی می توان انتظار داشت که با افزایش سطح سازگاری و بهداشت روانی بسیاری از مشکلات روانی، عاطفی و اجتماعی کاهش یابد. با ارتقاء سطح رضامندی زناشویی و رضایت از زندگی، افراد جامعه با آرامش خاطر بیشتر به رشد و تعالی و خدمات اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و ... خواهند پرداخت و خانواده ها نیز از این پیشرفت سود خواهند برد. تحقیقات متعددی نشان داده اند که رضایت از زندگی زناشویی بر سلامت روانی و جسمانی افراد تأثیر مهمی دارد. همچنین نتایج تحقیقات اولسون و همکاران (۲۰۰۶) حاکی از آن است که رضایت افراد از ازدواجشان با رضایت از زندگی خانوادگی ۷۰٪ و با رضایت از زندگی به طور کلی ۶۷٪ همبستگی دارد. سازگاری زناشویی تحت تأثیر مجموعه ای از عوامل متفاوت است که هیچ یک به تنهایی برای ایجاد سازگاری کافی نیست (البته این عوامل می تواند در زوج ها و فرهنگ های مختلف، متفاوت باشد) این عوامل متعدد شخصیتی، فرهنگی، اعتقادی، شناختی، ارتباطی، عاطفی، اجتماعی و ... در سازگاری زناشویی مؤثر هستند.

از سوی دیگر معنویت به توانایی ها و مهارت هایی برای توسعه، حفظ و ارتباط با منشأ غایی همه موجودات و کامیابی در جستجوی معنی زندگی، یافتن یک سیر اخلاقی که به هدایت ما در زندگی کمک کند، درک معنویات و ارزش ها در زندگی شخصی و روابط بین فردی اشاره می کنند. به عبارت دیگر معنویت همان توانایی است که به ما قدرت می دهد تا برای به دست آوردن رویا ها تلاش و کوشش کنیم این هوش زمینه تمام آن چیز هایی است که ما به آن ها معتقدیم و در بر دارنده نقش

<sup>۱۲</sup> - Wilcox & Nock

<sup>۱۳</sup> - Patten

باورها، هنجارها، عقاید و ارزش ها در فعالیت هایی است که بر عهده می گیریم (ابراهیمی، ۱۳۸۶). در واقع به واسطه معنویت است که ما به سوال سازی در ارتباط با مسایل اساسی و مهم زندگی خود پرداخته و به وسیله آن در زندگی خویش تغییراتی ایجاد می کنیم. با استفاده از معنویت و با توجه به جایگاه معنا و ارزش آن به حل مشکلات می پردازد و قادریم توسط آن به کارها و فعالیت هایمان معنا و مفهوم بخشیده و با استفاده از آن بر معنای عملکردمان آگاه شویم و دریابیم که کدامیک از اعمال و رفتارهایمان از اعتبار بیشتری برخوردارند و کدام مسیر در زندگی مان بالاتر و عالی تر است تا که آن را الگو و اسوه خود سازیم. معنویت ما را قادر می سازد همه چیز را آن طور که هستند ببینیم. امروزه بیش از هر زمان دیگر نیازمند تفکر و اندیشه در باب تاثیر گذاری تقیدات دینی بر تمامی امور انسانی بویژه مسایل عاصفی و روحی هستیم. بسیاری از اندیشمندان و صاحب نظران بر این باورند که معنویت تاثیر انکارناپذیری بر سلامت روح و جسم و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد. بیمارانی که اعتقادات مذهبی قویتری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت های استرس دارند. هنگام بیماری سریعتر از افراد غیرمذهبی بهبودی پیدا می کنند، میزان پایین تری از هیجانات منفی و افسردگی را تجربه می کنند، اضطراب کمتری دارند و از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. بنابراین می توان پذیرفت که معنویت درمانی گروهی بر سازگاری زناشویی زنان متاهل موثر است. نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین زنان متاهل گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ احساسات مثبت تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، معنویت درمانی گروهی با توجه به میانگین احساسات مثبت زنان متاهل گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش احساسات مثبت زنان متاهل گروه آزمایش شده است. این یافته با یافته های پژوهش های فروهر، اسلامی و صادقی (۱۳۹۳)، محمودپور، یزدان پناه، آسایش، قهرمانی و احمدبوکانی (۱۳۹۳)، عاشوری، آبکنار و پورمحمد رضای تجریشی (۱۳۹۲)، پترایدز (۲۰۱۱) همسو می باشد؛ در تبیین این نتیجه می توان گفت که احساس خرسندی و احساسات مثبت از جنبه های زندگی، از مؤلفه های نگرش مثبت افراد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می کنند. رضایت از زندگی با ارزش ها ارتباط نزدیک اما پیچیده ای دارد و معیارهایی که افراد بر پایه آن درک ذهنی خود را از خوشبختی ارزیابی می کنند، متفاوت است. تجربه شادکامی و داشتن احساسات مثبت هدف برتر زندگی به شمار می رود و احساس غم و ناخرسندی اغلب مانعی در راه انجام وظایف فرد شمرده می شوند. احساسات مثبت بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت فعلی او می باشد. سلیگمن (۲۰۰۴) معتقد است بر اساس پژوهش های چند سال اخیر، تأیید شده است که شادکامی عامل پدیدآورنده منافع به مراتب بیشتر از صرفاً احساس خوبی داشتن است؛ افراد شادکام، سالم تر و بسیار موفق ترند و درگیری و تعهد اجتماعی بیشتری دارند. اصطلاح شادکامی، گاهی اوقات به معنای عاطفه مثبت منهای عاطفه منفی به کار برده می شود. احساس شادی تنها با عدم حضور هیجانات و حالات منفی به دست نمی آید، بلکه لازمه وجود احساس شادکامی، شرایط و حالات مثبت و رضایتمندی از زندگی با خود و دیگران است. همچنین تلاش جهت ارتقاء سلامت و از جمله افزایش نشاط و امیدواری به سمت خانواده ها سوق یافته است. یکی از مسائل مطرح در روانشناسی مثبت، معنویت درمانی است. معنویت یک کیفیت روانی است که فراتر از باورهای مذهبی قرار دارد و در انسان ایجاد انگیزه می کند و احساساتی مثل درک هیبت الهی و احترام به خلقت را در شخص به وجود می آورد. فرد معنوی در زندگی هدفمند است و معنی زندگی را دریافته حتی در مواردی که فرد به وجود خداوند اعتقاد نداشته باشد، بعد معنوی انسان را وامی دارد تا درباره خلقت و جهان لا یتناهی اندیشه کند. زمانی این بعد مهم در زندگی برجسته و مهم می شود که انسان در برابر فشارهای عاطفی، بیماری های شدید و مرگ قرار گیرد. انسان باید جهان را از نو شناسایی کند. باید درکی دقیق و عمیق از طبیعت، محیط زیست و کیهانشان و خلقت به دست آورد. اینجاست که بعد معنوی انسان خودنمایی می کند. هرگاه ماهیت معنوی انسان و نقش روان درمانی در

رشد معنوی انسان بخواهد مورد بررسی قرار گیرد لازم است هدف روان درمانی که همانا درمان مشکلاتی که ماهیت عاطفی دارند می باشد که البته این درمان براساس روش های روان شناختی که به وسیله یک فرد متخصص که با بیمار، ارتباط حرفه ای خاص ایجاد می کند، اجرا می شود، بررسی گردد. از سوی دیگر برخی از روانشناسان معنویت را عنوان تلاش دائمی بشر برای پاسخ دادن به چراهای زندگی تعریف کرده اند. به عبارت واضح تر، استفاده بهینه از قوه خلاقیت و کنجکاوی برای یافتن موجود مرتبط با زنده ماندن و زندگی کردن و در نتیجه، رشد و تکامل بخش مهمی از معنویت را تشکیل می دهد.

## منابع

- احمدی، خدا بخش. (۱۳۹۱). بررسی عوامل سازگاری زوجین مقایسه مداخله های تغییر شیوه ی زندگی و حل مشکل خانوادگی در کاهش ناسازگاری زناشویی. پایان نامه دکتری مشاوره. دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- اصلانی، بهروز. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر معنویت درمانی در کارایی مشاوره پیش از ازدواج دانشجویان متقاضی ازدواج دانشگاه صنعتی اصفهان. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۲۳۵، ۱۴-۱۱۵.
- اعتمادی، عبدالرضا. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر معنویت درمانی با صمیمیت با همسر در زوجین کلاسهای مشاوره پیش از ازدواج شهرستان میناب. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد بوشهر.
- بوالهری، جعفر؛ نظیری، قاسم؛ زمانیان، سکینه (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه علمی-پژوهشی جامعه شناسی زنان، (۳)، ۸۵-۱۱۵.
- بهرامی دشتکی، هاجر. (۱۳۸۵). اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد.
- بهرامی دشتکی، هاجر؛ عزیزاده، حمید؛ غباری بناب، باقر؛ کرمی، ابوالفضل؛ (۱۳۸۵). اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی در کاهش افسردگی در دانشجویان. تازه ها و پژوهش های مشاوره، ج ۵، ش ۶۶۰، ۶۷.
- پورسردار، فیض الله؛ عباسپور، ذبیح الله؛ عبدی زین، سهراب؛ سنگری، علی اکبر. (۱۳۹۲). *تأثیر تاب آوری بر سلامت روانی و رضایت از زندگی*. فصلنامه یافته ها، دوره چهاردهم، شماره ۱.
- پروچسکا، جیمز او و نورکراس، جان سی (۱۳۸۳). *نظریه های روان درمانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات رشد.
- پیراسته، علی اکبر و نیکمنش، زهرا (۱۳۹۱). نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۰ (۵)، ۵۸۱-۵۷۱.
- تقی زاده، محمداحسان؛ میرعلائی، مرضیه سادات؛ (۱۳۹۲). مطالعه اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب آورندگان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS) شهر اصفهان. فصلنامه علمی پژوهشی، (۲).
- جواد، هادی. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر معنویت درمانی بر صمیمت زوجین شهر کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران

- چابکی نژاد، زهرا؛ حسینیان، سیمین. (۱۳۹۰). بررسی رابطه هوش معنوی با نگرش مذهبی در بین دختران دانشجو الزهرا، فصلنامه علمی، ترویجی بانوان شیعه. شماره ۲۶، سال هشتم.
- حمیدی، فریده؛ صداقت، حسین. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه هوش معنوی دانشجویان دوره متوسطه بر اساس جنسیت و پایه ی تحصیلی، زن در فرهنگ و هنر. شماره ۴، دوره ۴، ص ۷۵-۸۸.
- حیدری، محمود؛ مظاهری، محمدعلی؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ (۱۳۸۴). رابطه باورهای ارتباطی با احساسات مثبت نسبت به همسر. فصلنامه خانواده پژوهی، ش (۲)
- حیدری، مجتبی. (۱۳۸۹). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی و رضامندی از زندگی زناشویی در خانواده های معلمان مرد شهرستان قم. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینین (ره) قم.
- خجسته مهر، رضا؛ عطاری، یوسفعلی؛ شیرالی نیا، خدیجه؛ (۱۳۸۷) تاثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر الگوی ارتباطی و احساسات مثبت نسبت به همسر در زوجین شهر کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران کرمانشاه.
- دیناری، علی. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر معنویت درمانی بر دلزدگی زناشویی زوجین شهر کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.
- سامانی، سیامک. جوکار، بهرام. صحرا گرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایت مندی /زندگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳(۳). ۲۹۵-۲۹۰.
- سلامی، اکبر. (۱۳۹۵). اثر بخشی معنویت درمانی با استفاده از روش تحلیل ارتباط متقابل بر بهداشت روان در افراد متقاضی ازدواج شرکت کننده در کلاسهای مشاوره پیش از ازدواج دانشجوی دانشگاه شهید بهشتی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- سلطانی، زهرا. (۱۳۹۲). نقش شوخ طبعی و تجارب معنوی در تاب آوریو بهزیستی روانشناختی دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه زنجان، پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی، منتشر نشده.
- شاهی وند، علی. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر معنویت درمانی بر غیر کلامی و گوش دادن مؤثر بر بهداشت روانی زوجین شهرستان قم، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه کرمانشاه.
- شیرالی، مهناز. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر معنویت درمانی بر الگوهای ارتباطی و صمیمیت به همسر در زوجین شهر شوشتر. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد شوشتر.
- شعبان زاده، حیدر. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر معنویت درمانی بر خشونت زناشویی زوجین شرکت نفت شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد مطالعه زنان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- شیروانی، علی. (۱۳۸۱). مبانی نظری تجربه دینی، مطالعه دینی، مطالعه تطبیقی و انتقادی آرای ابن عربی و رودولف اتو. قم: بوستان کتاب قم.
- فاتحی، سید احمد. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر معنویت درمانی با بهداشت روان زوجین شاغل در دانشگاه اصفهان، مجله ی خانواده پژوهی، سال اول شماره ی ۲، ۱۲۰-۱۱۰.

-فرقانی، راحله. (۱۳۸۸). اثر بخشی آموزش گروهی شناخت درمانی بر رضایت زناشویی زوجین شهرکرد، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.

-قاسم زاده، مهدی. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر معنویت درمانی بر میزان سازگاری روانشناختی و خشونت زناشویی در افراد شرکت کننده در کلاسهای مشاوره پیش از ازدواج شهرستان اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

-عباس وند، فیروز. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر معنویت درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر میزان صمیمیت و رضایت زناشویی زوجین شهرستان بابل. نشریه علوم رفتاری، شماره ۱۲، ص ۳۴۷.

- لطفی کاشانی، فرح؛ مفید، بهرام؛ سرافراز مهر، سعیده؛ (۱۳۹۲). اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان. اندیشه و رفتار، ش ۲۷.

-لطفی، محدثه؛ سیار، سمیه. (۱۳۸۷). رابطه بین هوش معنوی و سلامت روان افراد ۱۵ سال به بالا. پایان نامه رشته روان شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور مرکز بهشهر.

-کاوه، منیژه. (۱۳۸۸). تدوین برنامه افزایش تاب آوریدر برابر استرس و تأثیر آموزش ان در مولفه های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم توان ذهنی خفیف، پایان نامه دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.

-مرادی مهر، مجتبی. (۱۳۹۲). تأثیر معنویت درمانی بر صمیمیت و بهبود روابط متقابل افراد متقاضی ازدواج شرکت کننده در کلاسهای مشاوره پیش از ازدواج شهرستان تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه الزهراء تهران.

-معمدی، رضا. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر آموزش معنویت درمانی بر رضایت زناشویی و باورهای غیرمنطقی زوجین کلاسهای مشاوره پیش از ازدواج شهرستان شوشتر. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد شوشتر.

-موحدی، معصومه. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش ابعاد صمیمیت بر افزایش صمیمیت زوجین کارکنان شرکت نفت کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران کرمانشاه

-مهدوی، رضا. (۱۳۹۲). تأثیر معنویت درمانی بر دلزدگی زناشویی و بهداشت روان زوجهای شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

- میرمهدی، سیدرضا؛ صفاری نیا، مجید؛ شریفی، احسان؛ (۱۳۹۳). معنویت درمانی و رویکرد روانشناسی مثبت نگر، تهران: انتشارات آوای نور.

- نجف پور، پروین؛ (۱۳۹۰). رابطه سبک های تفکر و تاب آوریا سلامت روان آموزشیاران نهضت سواد آموزی شهرستان شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد مرودشت.

-نصیری، حبیب الله، جوکار، بهرام. (۱۳۸۷). معنا داری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان. مجله پژوهش زنان، دوره ۴، شماره ۲، صص ۱۵۷-۱۷۶.

- Baker, D. C. (۲۰۰۳). Studies of the inner life: the impact of spirituality on quality of life. Quality of life research. ۱۲ (supp۱. ۱): ۵۱- ۵۷.



- Burnett, E. Rogland, A. (۲۰۱۷). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, ۱۴, ۱۷۰- ۱۸۴.

Carroll, J.S. Doherty, W.J. (۲۰۱۶). Evaluating the effectiveness of premarital prevention programs. A meta analytic review of outcome research. *Family Relations*, ۵۲, ۱۰۵-۱۱۸.

-Epstein, N, Baucom, D.H., (۲۰۱۲). Enhanced cognitive- Behavioral therapy for couples: contextual Approach. From: <http://www.books.apa.org/Books>.

-Gentry, L. A., Chung, J. J., Aung, N., Keller, S., Heinrich, K. M., & Maddock, G. E. (۲۰۱۱). Gender Differences in Stress and Coping among Adults living in Hawai'i. *Californian Journal of Health Promotion*, ۵ (۲): ۸۹-۱۰۲.

-Goldenberg, I, Goldenberg, H. (۲۰۱۰). Family Therapy: An overview. Brooks /Cole Publishing Company.

Gottman, G.M, & Levenson, R.W. (۲۰۱۳). The timing of divorce. Predicting when a couple will divorce over a ۱۴ year period. *Journal of Marriage and the family*. ۶۲, ۷۳۷-۷۴۵.

Johanson, S.M. (۲۰۱۳). The revolution in couple therapy. *Journal of marriage and Family Therapy*, ۲۹, ۳۴۸-۳۶۵.

-Dunham, S.M. (۲۰۱۴). Emotional skillfulness in african American marriage: intimate safety as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. Dissertation of Doctor of Philosophy, University of Akron.

-Larsena, J. K., Branda, N., Bermond, B., and Hijman, R. (۲۰۱۴). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia, a review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, ۵۴: ۵۳۳- ۵۴۱.

-Kurdek, L.A. (۲۰۱۳). Assessing multiple determinants of marital commitment in cohabiting gay, cohabiting lesbian, dating heterosexual, and married heterosexual couples. *Family Relations*, ۴(July), ۲۶۱ - ۲۶۶.

-Panes, A. M, Nunes, R. (۲۰۱۳) The relationship between career and couple burnout: implications for career and couple counseling. *Journal of employment counseling*, ۷۴ on ۲ p ۵۰-۶۴.

-Kaiser, A. Hahweg, K., Wolfsdorf, F, Groth, T. (۲۰۱۳). The efficacy of compact psychoeducational group training program for mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۶۶, ۷۳۵-۷۶۰.

- Kalil, L. A. (۲۰۱۳). Attachment, evolution, and the psychology of religion, New York: The Guilford Press.

- Propest, H. G. (۲۰۱۶). Spirituality, Wellness and quality of life. Sexuality, reproduction & menopause. ۲. ۲. ۷۶- ۸۲.
- Moor, D. Halford, L. Wilson, C. Farrugia, N. (۲۰۱۵). The development, construct, validity and clinical utility of the spiritual meaning scale.
- Moriguchi, y. Montorimeda, K. Tetsuya, L. Igorshi, K. (۲۰۱۳). Age and gender effect on alexithymia in Lary, japenese community and clinical samples: across – Validation study of the toron to alexithymia scale. (TAS – ۲۰). Department of psychosomatic Research, National instatute of mental Health. ۴-۱-۱۰۰.
- Reis S. and Brin, F.S. Grenger (۲۰۱۲). Fear of intimacy in women: Rlationship Attachment style and Depressive symptoms. Department of psychology and illa werra institute for mental Health. International journal of Descriptive and Experimental Psychopathology.
- Ronan, G.F., Dreer, L.E. (۲۰۱۱). Premarital counseling and Emotion Management. Journal of Family Violence, ۱۹, ۱۳۱-۱۴۲.
- Shilling, E. Baucom. (۲۰۱۷). Altering the course of marriage: The effect of PREP Emotion Management acquisition on intimacy of becoming martially distressed. Journal of family Psychology, ۱۷, ۴۱-۵۳.
- Wauoh, B., Taylor, K. (۲۰۱۷). Scientific study of religion. Journal for the scientific study of religion. ۱۱ (۲): ۱۶۸- ۷۳.
- West, P. S., Smith, S. A., Davis, L. F. (۲۰۱۶). Healthy and unhealthy forms of religiousness manifested by psychotherapy clients: An empirical investigation, Journal of Research in Personality, ۲۳, ۵۰۶- ۵۲۴.