



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

جهت اخذ درجه دکتری در رشته مشاوره

مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح معنویت درمانی با رویکرد دینی و درمان روایت
دلبستگی به زنان بر کاهش تعارضات زناشویی

اساتید راهنما

دکتر عبدالله شفیع آبادی، دکتر مسعود آذربایجانی

اساتید مشاور

دکتر علی دلاور، دکتر کیومرث فرحبخش

اساتید داور

دکتر معصومه اسماعیلی، دکتر رحمت الله نورانی پور

پژوهشگر:

صدیقه احمدی

تیرماه ۱۳۹۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقدیم بہ آنان کہ ہمارہ در پی شناخت

خویشین ہستند.

تقدیر و تشکر از :

جناب آقای دکتر شفیق آبادی، پدر مشاوره ایران، که سالیان متمادی، زحمات بسیاری را در جهت ارتقاء این رشته کشیدند و علیرغم مشغله های فراوان، راهنمایی پایان نامه اینجانب را تقبل فرموده و صبورانه رهنمودهای لازم را ارائه فرمودند.

جناب آقای دکتر آذربایجانی استاد راهنمای ممتزم که قبول زحمت کرده و به اینجانب در شناسایی منابع کمک وافر نمودند.

جناب آقای دکتر دلاور استاد مشاور ممتزم که زحمت مشاوره پایان نامه اینجانب را بر عهده گرفتند.

جناب آقای دکتر فرمبفش استاد مشاور ممتزم که در انجام این پایان نامه مرا همراهی نمودند.

سرکار خانم دکتر اسماعیلی که زحمت داوری پایان نامه اینجانب را بر عهده گرفتند و تشکر ویژه از ایشان که تلاشهای فراوانی را در جهت رفع دغدغه های دانشجویان، انجام دادند.

جناب آقای دکتر نورانی پور داور فارسی ممتزم که زحمت داوری این کار را بر عهده گرفتند.

چکیده:

در این پژوهش اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح معنویت درمانی با رویکرد دینی و درمان روایت دلبستگی (ANT) به زنان بر کاهش تعارضات زناشویی مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه زنان دارای تعارضات زناشویی شهرداری منطقه ۱۲ تهران می باشند. برای انتخاب نمونه، از بین داوطلبین، ۳۹ خانم که در پرسشنامه تعارضات زناشویی، بالاترین نمره را کسب کرده بودند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گماشته شدند. متغیرها نیز به صورت تصادفی در گروهها اعمال شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه تعارضات زناشویی تجدیدنظرشده MCQ-R ثنائی، ترابی و بوستانی پور (۱۳۸۵) می باشد. در این پژوهش از طرح نیمه آزمایشی سه بار اندازه گیری مکرر برای دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه استفاده شده است. پس از انتخاب تصادفی گروههای آزمایشی و کنترل، مداخلات آزمایشی برای دو گروه، به مدت ۱۴ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای و یکبار در هفته اجرا شد. پس از اتمام برنامه آموزشی از هر سه گروه پس از آزمون و سپس پیگیری به عمل آمد. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس یک متغیره و چند متغیره برای طرح مختلط استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر طرح معنویت درمانی با رویکرد دینی و درمان روایت دلبستگی (ANT) اثر بخشی معناداری بر کاهش تعارضات زناشویی داشته است. همچنین تحلیل ها نشان داد بین دو روش آموزش مبتنی بر طرح معنویت درمانی با رویکرد دینی و درمان روایت دلبستگی (ANT) تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که آموزش مبتنی بر طرح معنویت درمانی با رویکرد دینی، اثربخشی بیشتری نسبت به آموزش مبتنی بر رویکرد ANT بر کاهش تعارضات زناشویی داشته است. نتایج پیگیری نمرات دو گروه پس از دو ماه، حاکی از ماندگاری اثر مداخلات بود.

واژگان کلیدی: طرح معنویت درمانی با رویکرد دینی، درمان روایت دلبستگی (ANT)، تعارضات زناشویی

فهرست مطالب:

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱	مقدمه.....	۱
۲-۱	بیان مسأله.....	۲
۳-۱	اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۱۱
۴-۱	اهداف پژوهش.....	۱۲
۵-۱	سوالات پژوهش.....	۱۳
۶-۱	فرضیه های پژوهش.....	۱۳
۷-۱	تعریف مفاهیم پژوهش.....	۱۴

فصل دوم: ادبیات پژوهش

۱۸	بخش اول: مبانی نظری.....	۱۸
۱۸	۱-۲ تعارضات زناشویی.....	۱۸
۲۰	۱-۱-۲ نقش زن در خانواده.....	۲۰
۲۲	۲-۲ معنویت درمانی با رویکرد دینی.....	۲۲
۲۳	۱-۲-۲ دین، معنویت، معنویت نوین و معنویت دینی.....	۲۳
۲۷	۲-۲-۲ دیدگاه روانشناسان در مورد دین و معنویت.....	۲۷
۳۳	۳-۲-۲ توجه به مذهب و معنویت در فرایند درمان.....	۳۳
۳۷	۴-۲-۲ مذهب و معنویت در خانواده و خانواده درمانی.....	۳۷
۴۱	۵-۲-۲ چالشهای تحقیق در حیطه مذهب و معنویت.....	۴۱
۴۲	۶-۲-۲ طرح معنویت درمانی با رویکرد دینی.....	۴۲
۴۷	۷-۲-۲ شرح مؤلفه های آموزشی.....	۴۷
۴۷	۱-۷-۲-۲ ارتباط با خداوند.....	۴۷

۵۵	..... ۲-۷-۲ ارتباط با خویشتن
۶۳	..... ۳-۷-۲ ارتباط با دیگران
۷۰	..... ۲-۳ درمان روایت دل بستگی
۷۰	..... ۱-۳-۲ نظریه دل بستگی
۷۲	..... ۱-۱-۳-۲ مراحل شکل گیری روابط عاطفی
۷۳	..... ۲-۱-۳-۲ سبکهای دل بستگی
۷۵	..... ۲-۳-۲ نظریه روایت درمانی
۷۶	..... ۱-۲-۳-۲ مفاهیم اساسی روایت درمانی
۸۰	..... ۲-۲-۳-۲ فرایند درمان
۸۱	..... ۳-۳-۲ رویکرد ANT
۸۴	..... ۱-۳-۳-۲ روابط دل بستگی در بزرگسالی و الگوهای فعال درونی
۸۶	..... ۲-۳-۳-۲ نظریه دل بستگی دز زوج درمانی سیستمی
۸۷	..... ۳-۳-۳-۲ ایده های اصلی تغییر و فرایند آن در ANT
۹۳	..... ۴-۳-۳-۲ مداخلات درمانی
۹۶	..... بخش دوم: سابقه تحقیقات انجام شده

فصل سوم: روش شناسی تحقیق

۱۰۵	..... ۱-۳ مقدمه
۱۰۵	..... ۲-۳ طرح پژوهش
۱۰۵	..... ۳-۳ جامعه آماری
۱۰۶	..... ۴-۳ گروه نمونه و شیوه گزینش آن

۱۰۷	..... ۳-۵ ابزار پژوهش
۱۱۰	..... ۳-۶ روش اجرای پژوهش
۱۱۰	..... ۳-۷ برنامه مداخله ای
۱۱۱	..... ۳-۸ روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم : تجزیه تحلیل داده‌ها

۱۱۳	..... ۴-۱ مقدمه
۱۱۳	..... ۴-۲ سیمای شرکت کنندگان
۱۱۸	..... ۴-۳ آزمون فرضیات

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۳۹	..... ۵-۱ مقدمه
۱۳۹	..... ۵-۲ بحث و نتیجه گیری
۱۴۹	..... ۵-۳ محدودیتهای پژوهش
۱۵۱	..... ۵-۴ پیشنهادهای پژوهش
۱۵۲	..... منابع و مأخذ
۱۶۱	..... پیوست‌ها

فصل اول
کلیات پژوهش

خانواده به عنوان یک نهاد اجتماعی همچون دیگر نهادها ی اجتماع در دنیای کنونی در حال پیچیده تر شدن است به طوری که عضویت و زندگی در آن توسط یک زوج مستلزم داشتن مهارتهای پیش از ازدواج است . فقدان این مهارتها باعث شده است که تعارض بین زوج ها افزایش یافته و به سمت طلاق پیش برود(نیکولز^۱ ۲۰۰۵ نقل از فلاح چای ۱۳۸۷). بروز تعارض در زندگی انسانها اجتناب ناپذیر است. تعارض کارکردی طبیعی درسیستم زوجی است و حاصل وجود تفاوتهای فردی است. تعارض می تواند به رشد رابطه کمک کند یا آسیب بزند(عظیمی، ۱۳۸۰).

ازدواج اساساً نیازمند توجه و مراقبت دوجانبه است که جزء اساسی آن درک یکدیگر است . ولی متأسفانه این توجه و مراقبت با انتظارات گره خورده است. بنابراین هر کمبودی در توجه ، فهم و تحقق انتظارات، مسائلی را ایجاد می کند. تقریباً همه زوج های که ازدواج می کنند در ابتدای ارتباطشان، سطح بالایی از رضایت زناشویی را گزارش می کنند(مارکمن^۲ و همکاران، ۱۹۹۳). تعارض زناشویی، ناشی از واکنش نسبت به تفاوتهای فردی است و زمانی آنقدر شدت می یابد که احساس کینه، خشم، نفرت، حسادت، آزارکلامی، فیزیکی و خشونت فیزیکی در روابط آنها حاکم شده و به حالت تخریب و ویرانگر در می آید(یانگ و لانگ^۳، به نقل از بوکام و رانکین، ۱۹۹۸^۴).

تعارض زناشویی می تواند یک یا چند علت ریشه ای داشته باشد. معمولی ترین عللی که بوسیله محققین ذکر شده، شامل خواسته ها و انتظارات غیرمنطقی، ناتوانی در ابراز عواطف، فقدان دانش کلی در مورد عشق و محبت، نقشهای جنسیتی غیرقابل انعطاف، خواسته های هریک از زوجین برای تغییر، زندگی جنسی ناقص و نامناسب، ناتوانی در برقراری ارتباط مناسب و مؤثر و داشتن مشکل در برقراری ارتباط با خویشاوندان سببی و درگیری خانوادگی است(واین^۵ ۱۹۸۳ نقل از قلیلی، ۱۳۸۵).

¹. Nichols,W

². Markman,H.J & Rankin,L.A

³. Yang,M.E & Long,L.L

⁴. Baucom,H & Rankin.L.A

⁵. whyne

بررسی همه گیرشناسی تحقیقات حاکی از آن است که ناسازگاری زناشویی یک عامل خطرزا برای بیماری و مرگ و میر محسوب می شود. همچنین نتایج این تحقیق حاکی از این است که روابط خصمانه و فرسایشی، کنش وری روانشناختی و سلامتی را تحت تأثیر قرار می دهد (کیکالت - گلاسر^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). از طرف دیگر مسائل زناشویی با کاهش بهره وری شغلی بویژه در مردان هم بسته است (فورتومرز^۲ و همکاران، ۱۹۹۶ نقل از فلاح چای، ۱۳۸۷).

همچنین تحقیقات در زمینه سلامتی جسمانی زوج ها نشان داده است که اختلال در روابط زناشویی با کارکرد ضعیف تر سیستم ایمنی در هر دو جنس همراه است و کیفیت یک رابطه بر عملکرد روانی و سیستم ایمنی بدن مؤثر است. از این گذشته پریشانی رابطه زوج ها بویژه مراودات منفی، اثرات مستقیم و مضر بر دستگاههای عروقی، غدد مترشحه داخلی سیستم ایمنی عصبی حسی و دیگر سیستم های فیزیولوژیکی دارد که به نوبه خود به مسائل سلامت جسمانی مربوط می شود (کیکالت گلاسر - و نیوتن^۳ ۲۰۰۱ به نقل از سیندر و همکاران، ۲۰۰۶).

چگونگی شکل گیری اختلافات و تعارضات زناشویی و شیوه های رویارویی با آن از دیدگاههای مختلف مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است. خانواده به عنوان یک نهاد بسیار مهم روانی - اجتماعی نیازمند توجه بیش از پیش می باشد. در این راستا می بایست از یک طرف در شناسایی ساز و کارهای آسیب زای خانواده حرکت نمود و از طرف دیگر با تربیت روانشناسان و درمانگران مجرب و کارآزموده و ایجاد مراکز آموزشی و پژوهشی خانواده به پیشگیری و درمان مسائل زناشویی قبل از حاد شدن و مزمن شدن آن کمر همت بست.

۱-۲ بیان مساله:

اختلافات، به طور طبیعی در هر رابطه زناشویی وجود دارد. تحقیقات نشان داده اند که اختلافات و تعارضات مکرر، لزوماً مضر نیست، اگر زوج ها بتوانند تعارض را به شیوه مثبت، مدیریت کرده و آن را حل کنند. حل تعارض به شیوه سالم برای حفظ رابطه زناشویی، ضروری است (بادنمان^۴، ۲۰۰۱؛ گاتمن^۵، ۱۹۹۴؛ کاردک^۱، ۱۹۹۶؛ پاچ و براباری^۲، ۱۹۹۸ به نقل از سیفرت و اسکارز^۳، ۲۰۱۰).

^۱ . Kiecolt-Glaser, J.K

^۲ .Forthoferomos

^۳ .Newton, H

^۴ .Bodenman, G

^۵ . Gottman, J.M

شیوه ای که زوجها با یکدیگر تعامل می کنند و تعارضات بین فردی را مدیریت می کنند یا رفتارها و جملاتی که زوج ها هنگام اختلافات به کار می برند در موفقیت یا شکست درازدواج، اهمیت اساسی دارد (فینچام و بیچ^۴، ۱۹۹۹)؛ زوجهای پریشان نسبت به زوجهای غیر پریشان، تعارضات مخرب تر و پیامدهای منفی بیشتری را گزارش می کنند (کریستنسن و اسکنک^۵، ۱۹۹۱) و درگیر شدن در رفتارهای مخرب برای حل تعارض، میزان طلاق را افزایش می دهد (ارباچ، حاسان و هاروکس^۶، ۲۰۰۲؛ نقل از کوران^۷ و همکاران، ۲۰۱۱).

تأکید بر اثرات روانشناختی و جسمانی ناسازگاری زناشویی از مسائل حائز اهمیت حوزه مورد نظر به شمار می رود. یک جنبه مهم مسأله این است که ناسازگاری زناشویی اثرات سوئی بر سلامت جسمانی و روانی همه اعضای خانواده دارد. طبق گزارش مؤسسه کشوری بهداشت روان آمریکا (NIMH)^۸ کشمکش و تعارضات زناشویی مخرب از جمله عوامل خطرزای اصلی برای بروز بسیاری از اشکال اختلال آسیب روانی بویژه افسردگی در بزرگسالان و اختلال سلوک در کودکان همراه است (کیسر^۹ و همکاران ۱۹۹۸ نقل از فلاح جای، ۱۳۸۷).

نتایج پژوهشها نشان می دهد که بزرگسالان و کودکان در معرض خطر افزایش یافته مسائل جسمانی و روانی بواسطه آشفتگی ها در روابط زناشویی هستند (جرلین و فراستبرگ^{۱۰}، ۱۹۹۴، کوی و همکاران ۱۹۹۳). تحقیقات متفاوت برای نمونه گریچ و فینچام (۱۹۹۰)، اولری^{۱۱} (۱۹۸۴) نقل از جوریلز^{۱۲} (۱۹۹۱) بین سازگاری زناشویی و مسائل رفتاری فرزندان ارتباط معناداری را گزارش کردند. به طور خلاصه پریشانی زوج ها به طور برجسته ای شیوع بالایی دارد و همبستگی قوی با مسائل عاطفی، رفتاری و سلامتی در هریک از زوج ها و فرزندانشان دارد در بین افرادی که در جستجوی خدمات بهداشت روانی تخصصی هستند فراوان ترین نگرانی اولیه یا ثانویه گزارش شده است (سیندر و همکاران، ۲۰۰۶).

1. kardek,L.A

2.pasch,L.A & Brabury,T.N

3. siffert,A & Schwarz,B

4. Fincham,F & Beach,S

5. Christensen,A & schenk,J

6.orbuch,T & Hassan,H & Horrocks,J

7. Curran,M, et.al

8. American National Institute of Mental Health

9. Kaiser,s., et.al

10. Cherlin,A.J & Furstenberg,F.f

11. Olery

12. Jouriles

در حال حاضر از رویکردهای مختلفی برای کاهش تعارضات زناشویی استفاده می شود. یکی از موضوعاتی که در سالهای اخیر مطرح شده است، نقش مذهب و معنویت در خانواده درمانی می باشد. سالهای زیادی، موضوعات مربوط به معنویت و مذهب، به طور وسیعی در ازدواج و خانواده درمانی^۱ MFT نادیده گرفته شده بود (استاندر، مک کینون، هلمیک^۲ ۱۹۹۴؛ هلمیک^۳ ۱۹۹۴؛ نقل از کارلسون^۳ و همکاران ۲۰۰۲).

تحلیل محتوای مجلات MFT نشان داد که فقط ۴۳ مقاله در مورد مسائل معنوی و مذهبی در طی سالهای ۱۹۹۲-۱۹۸۶ در مجلات MFT به چاپ رسیده است (اشنایدر، مک کینون، هلمیک ۱۹۹۴). به نظر می رسد سکوت در پژوهشها این پیام را می رساند که مسائل مربوط به معنویت و مذهب در کار درمان مورد توجه نبوده است. در طی چند سال اخیر، این سکوت شکسته شده و توجه به اهمیت پرداختن به جنبه های معنوی و مذهبی زندگی مراجعان، افزایش یافته است (اندرسن و نوورتن^۴ ۱۹۹۷؛ باتلر و هارپر^۵ ۱۹۹۴؛ کارلسون و اریکسون^۶ ۲۰۰۰؛ هاج ۲۰۰۰، جونایدز ۱۹۹۶، مولز^۷ ۲۰۰۰؛ نقل از کارلسون و همکاران، ۲۰۰۲). نظام خانواده می تواند منافع زیادی را از مذهب و معنویت، کسب کند. ابوت، بری و مردیث^۸ (۱۹۹۰)، پنج اثری که مذهب و معنویت بر خانواده دارد را بیان می کنند: ۱- افزایش حمایت اجتماعی ۲- قبول کردن مسئولیت نسبت به فعالیتهای خانوادگی ۳- حمایت از تعالیم خانواده ۴- فراهم کردن خدمات رفاهی و اجتماعی خانواده ۵- تشویق اعضا به جستجوی حمایت از یک قدرت والاتر. منابع و ارزشهای نشأت گرفته از مذهب و معنویت برای درک خانواده یا افراد در درمان بسیار مهم هستند (هوگسترات و ترامل^۹، ۲۰۰۳؛ باردت^{۱۰} و همکاران ۲۰۰۷) بیان می کنند که تحقیقات اخیر، توجه خاصی را به نقش مذهب در تشکیل زندگی زناشویی معطوف داشته اند از قبیل: افزایش رضایت زناشویی (بوث، جانسون، برانامن و سیکا^{۱۱}، ۱۹۹۵؛ هیتون و پرات^{۱۲}، ۱۹۹۰؛ اسکازونی

1. Marriage and family therapy

2. Stander, V & Mckinnon, D & Helmeke, K

3. Carlson, T., et. al

4. Anderson, D.A & Worthen, D

5. Butler, M.H & Harper, J.M

6. Erickson, M

7. Hodge, D & Jounides, W.H & Moules, N

8. Abbot, D.A & Berry, M & Meradith, W.H

9. Hogestraat, T & Trammel, J

10. Burdette, A.M

11. Booth, K.C & Johnson, D.R & Branaman, A & Sica, A

12. Heaton, T.B & pratt, E.L

و آرنِت^۱، (۱۹۸۷)؛ کاهش تعارضات (کرتیس و الیسون^۲، ۲۰۰۲)؛ افزایش تعهد و وابستگی (ویلسون و ماسیک^۳، ۱۹۹۶)؛ کاهش احتمال طلاق (کال و هیتون^۴، ۱۹۹۷)؛ لاهرو و چیسیویک^۵، (۱۹۹۳) و کاهش خشونت خانوادگی (الیسون، ۱۹۹۶)؛ بارتکاسکی^۶ و اندرسون، (۱۹۹۹). هم چنین ماهونی^۷ و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعات خود روی زوج ها، میزان اعمال و تجارب مشترک معنوی و مذهبی آنها را بررسی کردند و تصورات آنها در مورد خدا و اینکه تا چه حد در زندگی آنها نقش دارد را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که این عوامل و مؤلفه ها با سازگاری زناشویی بالاتر، تعارض زناشویی کمتر، توافق کلامی بیشتر و استفاده کمتر از خشونت کلامی و بن بست کمتر در اختلافات مطرح شده، مرتبط بود (لارسون و اولسون^۸، ۲۰۱۱).

طرح معنویت درمانی با رویکرد دینی: تا پیش از چند دهه اخیر، متمایز کردن دینداری از معنویت پذیرش کمی داشت، اما امروزه به نظر می رسد بحث در مورد این تفاوت، بخشی از گفتگوهای روزمره را به خود اختصاص داده است. با وجود این، در مورد معنا و کاربرد این واژگان و نیز وجوه مشترک این دو همچنان ابهامات فراوانی وجود دارد (روف^۹، ۱۹۹۹).

در مورد معنویت، تقسیم بندیهای متعددی صورت گرفته است. یکی از تقسیم بندیهای عمده به شرح زیر است:

۱. معنویت غیر دینی: از جمله معتقدان به این رویکرد می توان به دالایی لاما^{۱۰} اشاره کرد که در میان سایرین تمایزی را میان دین و معنویت بیان نموده است. او بیان می کند که دین در ارتباط با آیین و سنت و در ارتباط با نظام باورها، نماز خواندن (یا هرگونه آیین پرستش) و فعالیت های رسمی می باشد و در مقابل معنویت، مربوط به کیفیت روح انسانی از جمله مفاهیم روانشناختی نظیر عشق، بخشش، قناعت، مسئولیت شخصی و حس هماهنگی و سازگار

1. Scanzoni, J & Arnet, C

2. Curtis, K.T & Ellison, C.G

3. Wilson, J & Musick, M.A

4. Call, V.R & Heaton

5. lahrer, G & Chiswick, C.U

6. Bartkouski, J.P

7. Mahony, A., et.al

8. Larson, P.J & Olson, D.H

9. Roof, W.C

10. Dalai lama

ی با محیط می شود. معنویت را می توان در ترغیب خدمت به دیگران از

طریق تواضع، نیکوکاری یا عشق، بشر دوستی و راستگویی یافت (فری و هانزلی^۱، ۲۰۰۵، نقل از رستگار، ۱۳۸۵).

به طور طبیعی، مکتبی عرفانی مثل بودیسم که هدف اصلی آن، کاهش رنج و شاید از بین بردن آن است، با ویژگی‌هایی سازگار با مبانی مدرنیته نظیر بی‌خدایی، نداشتن اعتقاد به معاد و نبوت و نیز خالی بودن از شریعت، مناسب‌ترین شرایط را برای تولید معنویت‌های نوظهور دارد. بارزترین ویژگی معنویت‌های نوظهور، هدف آن، است که معطوف به کاهش رنج و تحمل پذیر کردن زندگی این جهانی است. دومین ویژگی، سکولار بودن است؛ زیرا رویکردی این جهانی داشته و قلمرو آن به دنیا محدود می‌شود. شاخص دیگر سکولار بودن معنویت‌های نوظهور این است که هیچ نسبت و ارتباط ضروری با دین برقرار نمی‌کند؛ بلکه تصریح می‌شود که معنویت بدون دین وجود دارد (مظاهری سیف، ۱۳۸۷).

۲. معنویت دینی: در چارچوب دین، معنویت، امری ذهنی، خیالی و حاصل از احساسات سرشار انسانی نسبت به واقعیات مادی نیست؛ بلکه احساسی است که انسان نسبت به حقایقی که در افقی بالاتر از عالم ماده قرار گرفته اند، پیدا می‌کند. حقایقی که وجود دارند و بر عالم، تأثیر می‌گذارند (جهانگیرزاده، ۱۳۸۲). بنابراین در دیدگاه اول فرد می‌تواند معنوی باشد بدون این که دیندار باشد و در دیدگاه دوم فردی معنوی است که دیندار نیز باشد و معنویت او بر دین مبتنی باشد (میتروف^۲، ۱۹۹۹، نقل از رستگار، ۱۳۸۵).

معنویت بدون ایمان به خدا، بدون ایمان به مبدأ و معاد، بدون ایمان به معنویت انسان و اینکه در او پرتوی غیرمادی حاکم و مؤثر است، اساساً امکان‌پذیر نیست. حتی آن معنویتی که امروزه مورد قبول اغلب مکاتب است و از آن به رومانتیسم تعبیر می‌کنند، بدون پیدا شدن آن عمق و ژرفایی که ادیان به‌ویژه اسلام پیشنهاد می‌کنند، محال است (مطهری، ۱۳۵۹، نقل از اخوی، ۱۳۸۸).

^۱.Free and Hanzly

^۲. Mitroff

با توجه به این که در مکتب انبیا، هدف پرستش خداوند و اصلاح انسان و اجرای قسط در جامعه بوده است همواره سه رابطه ملاحظه شده است : ۱- رابطه انسان با خویشتن ۲- رابطه انسان با پروردگار ۳- رابطه انسان با همنوعان خویش (آل اسحاق، ۱۳۶۴). در طرح معنویت درمانی با رویکرد دینی این سه رابطه (بیان شده توسط آل اسحاق) همراه با مؤلفه های معنوی آن مطابق با آموزه های اسلام در نظر گرفته شده است و تلاش شده تا هم به تجلیات درونی معنویت وهم تجلیات بیرونی آن توجه شود. در این طرح فرض براین است که تغییر در هر سه بعد ارتباطی بر روابط با همسر تأثیر می گذارد و از آنجایی که این پژوهش در ارتباط با تعارضات زناشویی بود در جلسات آموزشی، در بعد سوم یعنی رابطه انسان با همنوعان خویش، بیشتر به ارتباط با همسر پرداخته شد.

از جمله رویکردهای دیگر در خانواده درمانی که روی روابط زوج ها کار می کند می توان به درمانهای مبتنی بر نظریه سیستمی، نظریه دلبستگی و روایت درمانی اشاره کرد که هر کدام از این رویکردها دارای برنامه مدونی برای کار با زوج ها هستند. درمان روایت دلبستگی^۱ (ANT) به عنوان یک مدل جدید خانواده درمانی مطرح شده است که این دیدگاه را مطرح می کند که چگونه می توان مفاهیم نظریه دلبستگی، سیستمی و روایتی را با هم ترکیب کرد به طوری که از ظرفیت های سه حیطة بتوان استفاده کرد (دالاس، ۲۰۰۶). در واقع این رویکرد، نگاهی متفاوت به درمانهای سیستمی و روایتی دارد (دالاس و دنفورد، ۲۰۰۸). این رویکرد ایجاد شده است تا تجارب مخرب دوران کودکی را التیام بخشد. آسیب های حل نشده دوران کودکی، با عملکرد هیجانی، شناختی و رفتاری معیوب و مخرب همبستگی دارد. روایت های ملایم، تسکین دهنده، و آرام بخش یک تجربه مجدد متفاوتی را ایجاد می کند که می تواند الگوهای فعال درونی را تغییر دهد. در نتیجه فرد بهبود یافته و می تواند روابط توأم با عشق و امنیت را بپذیرد (جوآن، ۲۰۰۵).

چارچوب ANT به میزان زیادی با درمانهای روایتی مشترک است، زیرا این رویکرد به کار بر روی روایت های افراد به منظور افزایش رشد و رهایی از مشکلات بین فردی تأکید می کند. به علاوه این رویکرد بر محتوای هیجانی سرگذشت های افراد و نیز تجارب بیان نشده مثل حوادث آسیب زا تأکید می کند. این رویکرد به این نکته توجه می کند که افراد در

1. Attachment Narrative Therapy

2. Dallos, R & Denford, S

3. Joanne, M

هنگام بروز مشکل، چگونه هیجانانگیزان را مدیریت کرده و خود و دیگران را تسکین می دهند و از کدام نوع از راهکارهای محافظت از خود استفاده می کنند (دالاس، ۲۰۰۶).

یکی از حیطه های مورد توجه در این رویکرد کار با زوجین می باشد. سؤال اساسی این است که هر یک از زوجین تا چه حد بر اساس الگوهای دلبستگی آموخته شده قبلی با دیگری رفتار می کند و این الگوها تا چه حد از طریق مشاهده روابطشان شکل داده شده و تغییر داده می شود و هم چنین چه مقدار توسط تجربیات قبلی شان یا انتقال، شکل گرفته است (دالاس و ویتز^۱، ۲۰۰۹). مراحل درمان در این رویکرد شامل چهار مرحله است: ۱- ایجاد فضای امن ۲- بررسی روایت ها و دلبستگی ها در چهارچوب سیستمی ۳- توجه به راههای جایگزین ۴- حفظ تغییرات (دالاس و دنفورد، ۲۰۰۸).

یافته های پژوهشی نشان می دهد که بین سبکهای دلبستگی و سازگاری زناشویی رابطه وجود دارد. هین، بويس و وان اوست^۲ (۲۰۰۵) در مطالعات خود نتیجه گرفتند که بین سبک دلبستگی ایمن، با افسردگی ارتباط منفی و با سازگاری زناشویی ارتباط مثبتی وجود دارد. از طرف دیگر سبک های دلبستگی نایمن ارتباط منفی معناداری با سازگاری زناشویی و ارتباط مثبتی با افسردگی داشتند. جرال^۳ (۲۰۰۸) در تحقیق به این نتیجه دست یافت که حمایت اجتماعی و سبک دلبستگی ایمن سلامت روانی و سازگاری زناشویی را پیش بینی می کند (به نقل از طهماسبی، ۱۳۸۶).

همچنین در پژوهشی که توسط هدمنت^۴ (۱۹۹۹) به نقل از اسماعیلی نسب (۱۳۸۳) انجام شد، مشخص شد که استفاده از رویکرد روایتی در زوجهای متأثر از اختلالات اضطرابی، قادر است این اختلالات را در زوج ها کاهش دهد.

شایان ذکر است که روش ANT رشد و توسعه جدیدی در درمان ها به شمار می آید و توانسته است علاقه زیادی را در بین محققان ایجاد نماید به این دلایل:

۱. ترکیبی از نظریه سیستمی، روایت درمانی و دلبستگی است.

¹. Veter,S

². Heene & Buysse & Van oost

³. Geral

⁴. Headmant

۲. نگاهی جدید و متفاوت به رویکردهای مذکور دارد.

۳. دارای برنامه های مدون و جامعی در کار با زوج ها و خانواده ها می باشد.

در طول سالها، محققان درزمینه خانواده درمانی و زوج درمانی به دنبال سنجش اعتبار و کارایی الگوهای درمانی مختلف بوده اند. بررسی های انجام گرفته سؤالهای فراوانی را در مورد اینکه بهترین و کارآمدترین روشهای زوج درمانی کدام است به راه انداخته است. مطالعات انجام شده در خصوص اینکه کدام نوع درمان بهتر است را می توان به دو دسته تقسیم کرد. اول تحقیقاتی که تأثیر یک الگوی درمانی را با عدم درمان مقایسه می کند و دوم تحقیقاتی که به مقایسه دو یا چند الگوی درمانی می پردازند تا کارآمدترین آنها را معرفی کنند(دان و شوبل^۱، ۲۰۰۱ نقل از یعقوبی، ۱۳۸۷).

در خصوص گروه اول تحقیقات، میتوان گفت که تنها بررسی یک الگوی درمانی و مقایسه آن با عدم درمان کافی نیست. بهتر است با انجام مطالعه در زمینه سایر الگوهای درمانی مقایسه هایی بین رویکردهای مختلف صورت گیرد تا میزان اثربخشی وموفقیت هریک از الگوها نسبت به عدم درمان و نسبت به یکدیگر مشخص شود. براساس این یافته ها است که درمانگران می توانند با توجه به حیطه تخصصی خود، الگوهای درمانی متناسب با مشکلات مورد مواجهه را به صورت علمی تر انتخاب کنند و به نتایج بهتر و قابل اطمینان تری دست یابند.

در کشور ما تعارضات زناشویی و طلاق خصوصاً در سالهای اخیر رشد فزاینده ای داشته است. از این رو توجه به رویکردهای آموزشی و درمانی اثربخش برای کاهش تعارضات زناشویی یک نیاز جدی محسوب می شود. مرورپیشینه پژوهشی در داخل کشور نشان می دهد که در زمینه مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان روایت دلبستگی بر تعارضات زناشویی پژوهشی صورت نگرفته است. ازاین رو، هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح معنویت درمانی با رویکرد دینی و رویکرد ANT بر کاهش تعارضات زناشویی زنان می باشد از طرف دیگر در ارتباط با هریک از روشهای درمانی مذکور (معنویت درمانی با رویکرد دینی و درمان روایت دلبستگی) نسبت به یکدیگر هیچ تحقیقی صورت نپذیرفته یا محقق نتوانسته پیدا کند.

¹. Dunn,R.L & Schwebel.A.i

به طور کلی می توان گفت بیگانگی میان مذهب و روانشناسی عمدتاً در خلال قرن بیست خاتمه یافت . تاکنون صدها مقاله در زمینه مذهب و سلامت روانی و معنویت و روان درمانی در مجلات تخصصی چاپ شده است. همچنین ارائه مقالات بیشماری در کنفرانس های تخصصی وجود داشته است. بسیاری از انتشارات کتابهایی را در زمینه این موضوع چاپ کرده اند. تمام سازمانهای سلامت روان به طور وضوح، مذهب را یکی از موارد متنوعی می دانند که افراد متخصص و حرفه ای باید به آن احترام بگذارند (ریچاردز و برگین^۱، ۲۰۰۰). اسپیکا، هود و پاچیللا^۲ (۱۹۸۵) نقل از ریچاردز و برگین (۱۹۹۷)، در متون روانشناسی مذهبی خود، بیان می کنند که برخی تمرینهای مذهبی می توانند اثر درمانی داشته باشند. در این میان می توان به تجربه های مذهبی با تأویل های عبادت و مناسک مذهبی اشاره کرد. ریچاردز و برگین (۱۹۹۷) دعا، عبادات و مناسک مذهبی، خدمت به دیگران و بخشایش و... را به عنوان مداخلات مهم درمان بر می شمردند.

ارزشها و اخلاقیات از جمله عوامل فرهنگی هستند که نقش زیادی در مشاوره و روان درمانی ایفا می کنند (کراس و پاپادوپولوس^۳ ۲۰۰۹). روانشناسان می توانند از آن در جهت بهبود حال مراجعان خود سود ببرند . در میان سیستم های ارزشی موجود، معنویت و مذهب پتانسیل زیادی برای این امر دارند. به نظر اسکینر (۱۹۹۵) وظیفه اصلی روان درمانی، پرورش و شفا بخشی برای روح است . به بیان دیگر روان درمانی فرایند اتباطی برای مراقبت و رفع بیماریها و گرفتاریهای روح و روان آدمی است و ماتنها با بازگشت به این شکل از درمان می توانیم به مراجعان کمک کنیم. در این راستا به کارگیری عناصر مذهبی در قالب تکنیکهای مشاوره و روان درمانی در ارتقاء معنویت و روان درمانی مراجعان سهم بسزایی دارد (نقل از یعقوبی، ۱۳۸۷).

با توجه به اینکه ما در جامعه ای زندگی می کنیم که مذهب نقش بنیادی در زندگی ما ایفا می کند و اکثر قاطع مسلمان هستیم بدیهی است در چنین جامعه ای نادیده گرفتن زمینه ارزشی مراجعان خسارت عمده ای بر روان درمانی دارد.

¹ . Richards, P. S., & Bergin, A. E

² . Spilka & Hood & Pachilla

³ . Cross & Papadopolus

بنابراین در این پژوهش تلاش شده است تا اثربخشی آموزش مبتنی بر معنویت درمانی با رویکرد دینی (که علاوه بر رابطه زوج ها به بعد سوم یعنی ارتباط با یک منبع الهی اشاره دارد) و درمان روایت دلبستگی (که به روایتها و دلبستگی ها اشاره دارد) را بر کاهش تعارضات زناشویی زنان مورد بررسی قرار داده و بین آنها مقایسه هایی انجام شود.

۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش:

هزاره سوم میلادی را عصر ایمان و معنویت خوانده اند. زیرا انسان معاصر، طعم تلخ ابتذال و ناپیوستگی به مبدأ اعلی و بریدگی از منشأ آسمانی را چشیده است و آماده عبور از این فترت تاریخی و مرحله بحرانی است. بحران معنویت^۱ بیماری بزرگ و گشونده انسان عصر مدرنیسم است (میرچالیا، ۱۹۸۷ نقل از خوارزمشاهی، ۱۳۷۴).

به نظر می رسد که در عصر حاضر علیرغم پیشرفت علم و افزایش سطح رفاه، میزان افسردگی و مشکلات فردی و بین فردی نیز به مقدار قابل توجهی افزایش یافته است. در عصر امروز، انسان بیشتر از گذشته احساس از خودبیگانگی کرده و در میان این همه یأس و از خودبیگانگی، بسیاری تشنه تجربه معنوی و جامعه مذهبی است. از سویی دیگر محدودیتهای روان درمانی و درمان دارویی در کمک به مراجعان برای مقابله، تغییر و رشد شناسایی شده است. حتی زمانی که بهترین شیوه های درمان مورد استفاده قرار می گیرد بیماران به شدت از مشکلات اصلی خود رنج می برند و از طرفی، نتایج تحقیقاتی نشان می دهد که ارتباط مثبت بین معنویت و فعالیت مذهبی و سلامت روان وجود دارد (یعقوبی، ۱۳۸۷). خانواده به عنوان بستر اصلی رشد فرد، نقش کلیدی و اساسی در بهداشت روانی جامعه و بهداشت روانی جامعه ریشه در سلامتی و بهداشت روانی خانواده دارد که به زوجین به عنوان هدایتگر اصلی آن توجه ویژه ای شده است. افزایش روزافزون تعارضات زناشویی در دنیای معاصرو خطربروز جدایی و اثرات زیانبار آن بر بهداشت روانی زوج ها و فرزندان موجب گردیده که روان شناسان نظریه ها و راهبردهایی برای کمک به زوج دچار تعارض و در حال طلاق برای حل تعارض ارائه نمایند. پدیده خشونت و طلاق فقط بخشی از عوارضی هستند که در پژوهشها به آن اشاره شده است (هالفورد، ۲۰۰۱). با توجه به اهمیت مهار تعارضات زناشویی، شیوه های متعددی برای رویارویی با این پدیده پیشنهاد شده است (نقل از قلیلی، ۱۳۸۵).

¹. Crisis of Spirituality