

مقایسه میزان اثر بخشی روان درمانی تعهد و پذیرش (ACT)، آموزش مهارت های هوش معنوی (SQ) و هوش هیجانی (EQ) در کاهش نارضایتی زناشویی و تقلیل اضطراب و افسردگی همراه با آن در زوج های جوان مراجعه کننده به مراکز مشاوره ناجا

محمدسعید منتظرالمهدی^۱، حسن احمدی^۲، محمد حسین الیاسی^۳

از صفحه ۱ تا ۲۵

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۳۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۷/۱۸

چکیده

تنش ها، تعارضات و نارضایتی های زناشویی، و اختلالات روان شناختی همراه آن ها، نه تنها امنیت و آرامش را از زوج ها و فرزندان آنان می ستاند بلکه جامعه را نیز دچار بدکار کردی می سازد. از همین روی، باید برای «مداخله موثر» در آنها اهتمام جدی ورزید. هدف این پژوهش آن بود با مقایسه میزان اثر بخشی روش های درمانی و آموزشی «مداخله سودمند» در تنش های زناشویی و «درمان» اختلالات روانی همراه آن، سودمندترین روش را شناسایی و معرفی نماید. برای این منظور از بین زوج های جوان مراجع مراکز مشاوره نمونه ای به حجم ۱۲۰ نفر (شامل ۶۰ زوج جوان) انتخاب و سه گروه از آن ها (گروه های آزمایش) در معرض سه نوع مداخله روان شناختی (درمان اکت، آموزش EQ و آموزش SQ) قرار گرفتند، در حالی که گروه چهارم (گروه کنترل) در لیست انتظار قرار داده شد. میزان نارضایتی زناشویی و افسردگی و اضطراب هر چهار گروه با استفاده از سه مقیاس پایا و معتبر، پیش و پس از فرایند درمان و آموزش، اندازه گیری شد. داده های حاصل به کمک نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون های آماری محاسبه میانگین ها، کولموگروف-اسمیرنف و تحلیل واریانس یک طرفه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که اولاً: هر سه روش مورد استفاده موجب کاهش نارضایتی زناشویی و علائم اضطراب و افسردگی می شوند. ثانیاً: در کاهش نارضایتی زناشویی روش آلت موثرتر است. ثالثاً: در کاهش علائم افسردگی آموزش مهارت های هوش معنوی تاثیر بیش تری دارد.

کلید واژه ها: نارضایتی زناشویی، افسردگی، اضطراب، درمان وابسته به تعهد و پذیرش، هوش

هیجانی، هوش معنوی.

۱. دانشجوی دکترای روان شناسی سلامت دانشگاه عدالت و نویسنده مسئول. najaa.cinema@yahoo.com

۲. استاد دانشگاه علامه طباطبائی.

۳. استادیار روان شناسی دانشگاه امام حسین (ع).

بیان مسأله

شواهد پژوهشی و یافته‌های مطالعاتی پر شماری وجود دارد (به عنوان مثال، بارون و دیگران، ۲۰۱۰) که نشان می‌دهد شمار زیادی از زوج‌های جوان، به ویژه آنهایی که کمتر از ۱۰ سال از وصلت آنها سپری شده است، از تنش‌ها و نارضایتی‌های زناشویی رنج می‌برند. محققانی همچون کرامر (۲۰۱۴) نشان داده‌اند که نرخ ظهور و بروز این نوع نارضایتی و ناخشنودی در برخی گروه‌ها حتی تا ۹۸/۵ درصد فزونی می‌یابد. پاره‌ای شواهد (به عنوان مثال، رحمانی و دیگران، ۱۳۹۳) بیانگر آن هستند که در کشور ما نیز میزان این نوع نارضایتی آزاردهنده و آرامش زدا از مرز ۶۰ درصد فراتر می‌رود. گر چه شاید نتوان نارضایتی زناشویی را به منزله یک نشانگان (سندرم) بالینی نگریست اما بی تردید می‌توان آن را نوعی "بدکارکردی تعاملی" تلقی کرد که اولاً: دارای ملاک‌های تشخیصی آزاردهنده‌ای است و ثانیاً: پیامدهای روان‌شناختی و درون فردی (inter personal) ناخرسندساز فراوانی دارد.

از میان شاخص‌های روابط زناشویی آشفته و ناخرسندساز می‌توان به رنجش‌های شدید، ابراز هیجانات منفی، اهداف نامتجانس، پرخاشجویی، بی‌مهری، سردی عاطفی و روابط جنسی غیر خشونت‌آمیز اشاره نمود. پیامدهای نارضایتی زناشویی (روابط زناشویی آشفته) پر شمارند. لیکن از آن میان دو پیامد از اهمیت فزون‌تری برخوردارند. یکی از آن دو اضطراب است و دیگر افسردگی. به زعم محققان (به عنوان مثال روزن و دیگران، ۲۰۰۸) وقتی زن و شوهر درگیر یک رابطه آشفته‌وار و سرشار از تعارض و نارضایتی می‌شوند، پس از مدتی در باتلاق ژرف انواع اختلالات روانی، به ویژه اضطراب گرفتار می‌شوند. چه، آنان همواره بیم آن دارند که خطری جان یا حیثیت و هویت آنان را آماج تهدید قرار دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آنها مادامی که به روابط آشفته خویش خاتمه نبخشیده‌اند همچنان در دام اضطراب و افسردگی گرفتار می‌مانند. به ویژه پیوند معنی‌دار نارضایتی زناشویی و افسردگی در شمار زیادی از پژوهش‌ها مورد تایید قرار گرفته است. به عنوان مثال هیل و دیگران (۲۰۱۴) نشان داده‌اند نرخ و شیوع اختلال افسردگی در میان زوج‌های آشفته و پر تعارض بسیار بیش از زوج‌های خرسند و راضی است. آنها در تبیین این تفاوت

دلایل متفاوتی را یادآور شده‌اند. نخستین دلیل مورد اشاره آنها تجربه مستمر رنج در زوج‌های آشفته است. عامل و دلیل دوم احساس ناکامی و سومین دلیل درماندگی آموخته شده است. به هر روی، نارضایتی زناشویی صرف نظر از اینکه چه پیامدهای اختلال آمیز و استیصال آمیزی در پی داشته باشد به خودی خود رنج آور، محنت آمیز و ناخوشایند است. از همین روی، بسیاری از روان‌شناسان و مشاورانی که تلاش برای فرو کاستن از رنج آدمی را وجهه همت خویش ساخته‌اند و در پی آن‌اند تا بهزیستی و سلامت آدمیان را فزونی بخشند، بخشی از تلاش‌های روشمند خویش را معطوف یافتن ساز و کارهای فرو کاستن از نارضایتی زناشویی و از میان راندن پیامدهای نامطلوب روان‌شناختی آن نموده‌اند. به عنوان مثال شماری از آنان (مثلاً روزن و دیگران، ۲۰۰۸) شواهد ارائه داده‌اند که نشان می‌دهد با افزایش دانش و مهارت‌های هوش هیجانی (EQ) از میزان نارضایتی زوج‌ها کاسته می‌شود. چه، هر یک از آنها را از آن طریق می‌آموزند که چگونه عواطف و هیجانات خود و دیگری را درک و مدیریت نمایند. همچنین اخیراً شماری از محققان (به عنوان مثال نیرمانی و دیگران، ۱۳۹۲) نشان داده‌اند که زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) روش سودمندی برای فرو کاستن رنج روانی حاصل از نارضایتی زناشویی است. شمار دیگری از محققان (نظیر دیویدسون، ۲۰۱۴) نیز شواهدی در تایید اثر بخشی و سودمندی فراگیری مهارت‌های هوش معنوی (SQ) در کاهش نارضایتی زناشویی عرضه کرده‌اند. افزون بر آن، پر شمارند محققانی که اثر بخشی هر یک از سه رویکرد مذکور (یعنی SQ، EQ، ACT) را در فرو کاستن از نشانه‌های (سمپتوم‌ها) اضطراب و افسردگی یادآور شده‌اند.

اما، علیرغم وجود این شواهد پژوهشی اولاً: هنوز به درستی مشخص نیست که کدامیک از آن سه رویکرد در فرو کاستن از شدت علائم نارضایتی زناشویی موثرترند و ثانیاً: آیا هر یک از آن سه روش قادرند اضطراب و افسردگی متعاقب آشفستگی و نارضایتی در روابط زناشویی را از میان برانند. این پژوهش در پی آن است تا با یافتن پاسخ پرسش‌های اساسی زیر این دو ابهام اساسی را از میان براند.

اهمیت و ضرورت انجام تحقیق

از شواهد و قرائن چنین پیداست که در کشورمان هر ساله بر شمار زوج‌های آشفته و مستاصل افزوده می‌شود.

چنین زوج‌هایی نه تنها از رنج حاصل از آشفتگی روابط به ستوه می‌آیند بلکه از رنج روانی حاصل و توأم با آن آشفتگی، که اغلب با اضطراب و افسردگی چهره می‌نماید، نیز در رنج نیستند. این دو نوع رنج آنچنان آنان را آزار می‌دهد که شمار زیادی از آنان (در برخی شهرها نظیر تهران حتی یک چهارم) چاره را در مهر خاتمت زدن فیزیکی، روابط (طلاق فیزیکی) جستجو می‌کنند، شمار دیگری نیز گسستن پیوند عاطفی (طلاق عاطفی) را چاره کار می‌دانند و شمار بیش تری از آنان آنچنان درگیر کشمکش‌ها و تنش‌های مستمر می‌گردند که گویی نه برای رشد و شکوفایی بلکه برای ورود به صحنه کارزار و فرو شدن در نبردی سهمگین و پایان‌ناپذیر مبادرت به پیوند زناشویی کرده‌اند. از میان دو گروه اخیر شماری برای فرو کاستن از دامنه رنج اولیه (رنج حاصل از آشفتگی زناشویی) و ثانویه (رنج روانی) خود رو به سوی مراکز درمانی و مشاوره‌ای می‌نهند. مشاوران و درمانگران شاغل در این نوع مراکز نیز هر یک از رویکرد و ساز و کار خاصی برای فرو کاستن از آشفتگی حاصل از تعارضات زناشویی بهره می‌گیرند. شماری زیادی از آنان نیز از مداخله در رنج‌های روانی پیامد یا همراه آشفتگی زناشویی غفلت می‌ورزند. چه، آنان مطمئن نیستند که با بهره‌گیری از یک ساز و کار روان‌شناختی بتوان این دو را چاره نمود.

به هر روی، گر چه بسیاری از روش‌های مداخله در روابط زناشویی از “تایید تجربی” بسنده‌ای برخوردارند اما کمتر پژوهش تجربی را می‌توان نشان کرد که اثر بخشی یک نوع “درمان مداخله‌ای” (نظیر درمان وابسته به پذیرش و تعهد را با دو ظرفیت روان‌شناختی (یعنی هوش معنوی و هیجانی) را در فرو کاستن از آشفتگی پدید آمده در روابط زناشویی، مورد مقایسه قرار دهد و بر آن اساس معین سازد که کدامیک بیش تر قادر است این آشفتگی را از میان براند و رضایت و آرامش را به کانون خانواده برگرداند. از آن گذشته، شاهد متقنی وجود ندارد که آشکار سازد هر یک از این سه ساز و کار در حین “درمان زناشویی” چه میزان قادرند رنج‌ها روانی پیامد روابط آشفته را که اغلب با

اضطراب و افسردگی ظاهر می شوند از میان برانند. این پژوهش وارد این هر دو قلمرو می شود؛ یعنی هم اثر بخشی آن سه ساز و کار را در کاهش تنش های زناشویی مورد آزمون و مقایسه قرار می دهد و هم سودمندی آنها را در کاهش اضطراب و افسردگی همراه با ناراضی زناشویی بررسی و مقایسه می کند. این هر دو یافته نیز می تواند سر درگمی درمانگران و مشاوران را در انتخاب "روش مناسب" و سودمند درمان آشفتگی زناشویی از میان برانند. از همین روی هم از اهمیت ویژه ای برخوردار است و هم انجام آن ضروری می نماید.

مرور پیشینه تحقیق و مبانی نظری

در چند دهه اخیر شمار متناهی پژوهش پیرامون پیوند هر یک از سه ساز و کار روان شناختی، یعنی اکت و اس کیو وای کیو، با رضایت زناشویی، به سامان رسیده است. در سطوری که در پی می آید برخی از آن پژوهش ها مرور می شوند.

تأثیر سه روش در افزایش رضایت زناشویی

استیون^۱ و دیگران (۲۰۰۶) و پیترسون^۲ (۲۰۱۳) چند گروه از زوج های آشفته را با بهره گیری از درمان وابسته به پذیرش و تعهد (اکت) مورد مداخله درمانی قرار داده اند. آن دو گروه محقق به ترتیب طی ۱۰ و ۱۲ جلسه دو نمونه زوج دارای ناراضی بالا را تحت درمان قرار دادند. نتایج حاصل از مداخله آنها نشان داد که اکت قادر است به صورت معناداری میزان "روابط آشفته" زوج ها را بهبود بخشد و از میزان ناراضی آنها بکاهد. آنها در تبیین نتایج پژوهش خود تاکید کرده اند که درمان اکت از یک سو تعهد رفتاری زوج ها را افزایش می دهد و از دیگر سو موجب می شود تا آنان به تعاملات کنونی خود بیش از روابط ناهنجار گذشته تاکید ورزند.

امان الهی و دیگران (۱۳۹۳) نیز در پژوهشی با عنوان "اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوج ها نشان داده اند که بهره گیری روشمند از این سبک مداخله روان شناختی به صورت معناداری از شدت پریشانی و ناراضی زوج ها می کاهد. آن پژوهشگران در پژوهش خود شماری از زوج های دارای

1. Steven

2. Peterson

نارضایتی زناشویی را به مدت ۱۲ جلسه تحت مداخله قرار داده و دریافته‌اند که میزان کاهش نارضایتی زناشویی این گروه از زوج‌ها، بسیار بیش از گروه کنترل بوده است. آنها در تبیین یافته‌های خود بر نقش این نوع مداخله در بهبود رابطه و از میان راندن تعارضات حل نشده زن و شوهرها تاکید نموده‌اند.

تاثیر مهارت‌های هوش هیجانی در کاهش نارضایتی زناشویی نیز شمار زیادی پژوهش را معطوف خود ساخته است. گلمن (۱۹۹۹)، بانی نظریه هوش هیجانی، خود یکی از نخستین کسانی است که بر اثربخشی فراگیری مهارت‌های هوش هیجانی (درک و مدیریت هیجانات خود و دیگری) تاکید می‌نماید. با باور او یکی از مولفه‌های شایع در نارضایتی زناشویی "خشم و عصبانیت" است. این هیجان به شدت فضای ارتباطی زن و شوهر را آلوده می‌سازد. حال آنکه با فراگیری مهارت‌های هوش هیجانی، زن و شوهر به ظرفیتی دست می‌یابند که با بهره‌گیری از آن می‌توانند خشم خود را مدیریت نمایند و با صمیمت و عاطفه مثبت به یکدیگر واکنش نشان دهند.

چنین ادعایی مورد تایید محققان دیگر نیز قرار گرفته است. به عنوان مثال دیویدسون (۲۰۱۴) نشان داده‌اند که با آموزش روشمند و منظم یکایک ظرفیت‌های هوش هیجانی می‌توان روابط آشفته زن و شوهرها را درمان نمود. همچنین لشنی (۱۳۹۱) نیز نشان داده است که هم هوش هیجانی، به عنوان یک کل، و هم مولفه‌های اصلی آن، ارتباط معنی‌داری با رضایت زناشویی دارند. بر اساس یافته‌های این محققان اگر بتوان با آموزش و درمان، مهارت‌های هوش هیجانی زوج‌ها را فزونی بخشید می‌توان به بهبود رابطه زناشویی آنان امیدوار بود. تاثیر افزایش و تقویت هوش معنوی بر رضایت زناشویی نیز شماری تحقیق را معطوف خود ساخته است. مثلاً هادی تبار و دیگران (۱۳۹۰) نشان داده است که مولفه شکیبایی هوش معنوی قادر است بیش از سیزده درصد رضایت زناشویی را تبیین نماید. چه، زوج‌های برخوردار از ویژگی شکیبایی سهل‌تر تفاوت‌ها را بر می‌تابند و با ناکامی‌های زندگی کنار می‌آیند.

همان‌گونه که از این مجمل پیداست اغلب پژوهش‌ها اولاً: تنها پیوند یکی از ساز و کارهای روان‌شناختی مورد بررسی در این تحقیق را با رضایت زناشویی بررسی کرده‌اند. ثانیاً: اغلب آنها بیش از آنکه به فرو کاستن از نارضایتی و

آشفستگی روانی پردازند، افزایش رضایت زناشویی را مطمع نظر قرار داده‌اند. بنابراین، به نظر می‌رسد بهره‌گیری مقایسه‌ای از این سه ساز و کار برای فرو کاستن از رنج و محنت حاصل از آشفستگی روابط زناشویی می‌تواند بر غنای دانش نظری و کار بستنی ما در این قلمرو بیفزاید.

تأثیر اکت، اس کیو و ای کیو بر سلامت روانی

درمان پذیرش و تعهد در آغاز برای فرو کاستن از نشانه‌ها و علائم افسردگی و اضطراب (البته بدون آنکه از تشخیص سخن به میان آورد) ابداع شده است (والترز و هیز، ترجمه سیف، ۱۳۹۴). شواهد پژوهشی متعددی نشان داده است که با بهره‌گیری از این روش درمانی می‌توان علائم و نشانه‌های بالینی افسردگی و اضطراب را کاهش داد. چه، این درمان به فرد کمک می‌کند تا با بهره‌گیری از تکنیک‌های شش‌گانه پذیرش، گسستن، تمرکز بر زمان حال، خود به عنوان چشم انداز، ارزش‌ها و عمل تعهد شده، رنج روانی خود را فرو بکاهد و گام در راه بهزیستی نهد (هیز و دیگران، ۲۰۱۲).

پیوند هوش هیجانی و هوش معنوی با بهزیستی روانی و تأثیر فراگیری مهارت‌های آن دو در کاهش علائم اضطراب و افسردگی نیز موجب شمار زیادی پژوهش شده است. به عنوان مثال گلמן (۱۹۹۹) و خانجانی و دیگران (۱۳۸۹) نشان داده‌اند که با فراگیری مهارت‌های هوش هیجانی می‌توان میزان و شدت افسردگی و اضطراب گروه‌های مختلف سنی و تحصیلی را کاهش داد. الیاسی و منتظرالمهدی (۱۳۹۵) نیز نشان داده‌اند که با فراگیری مهارت‌های ارتباطی، به عنوان مولفه‌ای از هوش هیجانی، رضایت زناشویی افزایش می‌یابد.

چه، افراد برخوردار از هوش هیجانی هم در دام "سردی عاطفی" (الکسی تایمیا) فرو نمی‌غلتنند و هم بهتر می‌توانند نگرانی‌ها، دلواپسی‌ها و تعارضات خود را از میان برانند. چنین شواهدی در مورد پیوند هوش معنوی و اضطراب و افسردگی نیز وجود دارند. به عنوان مثال معلمی، خدایاری فرد و دیگران (۱۳۸۶) نشان داده‌اند که بین هوش معنوی و افسردگی و اضطراب به ترتیب همبستگی ۲۱ صدم منفی و ۱۱ صدم منفی وجود دارد. کینگ و دیگران (۲۰۱۶) نیز نشان داده‌اند که با افزایش هوش معنوی از میزان اضطراب و افسردگی کاسته می‌شود. اما، گر چه این پژوهش‌ها شواهدی در تایید ارتباط اکت و اس کیو و ای کیو با

اضطراب و افسردگی ارائه داده‌اند لیکن آنها آن دو اختلال را به عنوان اختلالات مستقل و اولیه، و نه دو اختلال همراه و پیامد آشفتگی زناشویی، مطمع نظر قرار داده‌اند. افزون بر آن، آنها مشخص نساخته‌اند که چگونه این ساز و کارهای روان‌شناختی می‌توانند اضطراب و افسردگی را فرو بکاهند.

مبانی نظری پژوهش

در پژوهشی همچون این پژوهش که در آن از سه ساز و کار درمانی و مهارتی نوین روان‌شناختی برای از میان راندن «پریشانی زناشویی» و دو اختلال مهم همراه با آن، یعنی افسردگی و اضطراب، استفاده می‌شود، لاجرم دارای سه مبانی نظری است. از همین روی، ضروری است در این بخش هر یک از آن سه مبانی به اختصار معرفی شود. نخستین مبانی درمان وابسته به پذیرش و تعهد (اکت)^۱ است. این درمان یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی شناختی (سی بی تی)^۲ است که برای اولین بار توسط هیز و دیگران معرفی شده است (سایر درمان‌های این موج عبارتند از: رفتار درمانی یالکتیک، شناخت درمانی مبتنی بر توجه و آگاهی و رویکردهای فرا شناختی). این نظریه پردازان شکل تجدید نظر شده و تکامل یافته نظریه خود را در سال ۲۰۱۲ (هیز و دیگران، ۲۰۱۲) انتشار داده‌اند.

بانیان اکت ریشه بسیاری از پریشانی زناشویی، را در ارتباط^۳ جستجو می‌کنند. آنها زبان را، علیرغم همه مزیت‌ها و کمک‌هایی که به آدمی کرده است، عامل اصلی تیره بختی انسان می‌دانند. تعبیر هیز و همکارانش (۲۰۱۲) تاکید می‌کنند که ما معتقدیم که زبان در بطن و متن بیش تر تیره بختی آدم‌ها سهم و نقش دارد (ص ۲۶). به سبب تاکید فوق العاده اکت بر رابطه و تعامل و زبان، محققان و مولفان آن را در شمار رویکردهای «چارچوب رابطه ای» جای می‌دهند (سیف، ۱۳۹۴). در اکت از شش فرایند سخن گفته می‌شود که ادعا می‌شود زوج‌های پریشان حالی که از نارضایتی زناشویی و افسردگی و اضطراب همراه با آن رنج می‌برند در اغلب این فرایندها دچار کژکارکردی هستند و لاجرم با اصلاح آن فرایندها رنج و پریشانی و آشفتگی ارتباطی و روانی آنها از میان رانده

1. Acceptance and commitment therapy (ACT)

2. Cognitive – behavior therapy

3. Communication

می شود (هیز و دیگران، ۱۹۹۹)

نخستین فرایند شش گانه اکت «پذیرش» است. در این فرایند به افراد، از جمله زوج ها، کمک می شود تا نه تنها رنج ها و رویدادها و تجارب خصوصی را انکار نکند و از آنها اجتناب نرزد بلکه آنها را آگاهانه و با اشتیاق بپذیرد. به رغم هیز و دیگران (۲۰۱۲) پذیرش موجب می شود تا فرد کمتر ذهن خود را معطوف کنترل رفتار یا احساس و هیجان ناخوشایند سازد. در نتیجه راههای دیگری پیش روی او گشوده می شوند.

دومین فرایند «گسستن» است. بر اساس این فرایند پیوند معمول بین شناخت و زمان قطع می شود و فرد فرصت می یابد تا از زبان بگونه دیگری بهره گیرد. به عبارت دیگر در این فرایند به فرد کمک می شود تا مفاهیم و رفتارها و حتی هیجانات را بگونه دیگری نامگذاری کند تا از بار پریشان ساز آنها کم کند (والترز و هیز، ترجمه سیف، ۱۳۹۴).

سومین فرایند «خود به عنوان چشم انداز» است. بر اساس این تکنیک افراد می آموزند که خود را به عنوان یک بافت ببینند و از نو خود را مفهوم سازی نمایند. (مک هیو و دیگران، ۲۰۰۴)

چهارمین تکنیک «تماس با زمان حال» است. در این تکنیک به زوج ها کمک می شوند تا صرف نظر از اتفاقات گذشته و بی توجه به آینده به تعاملات کنونی تمرکز کنند و در «زمان حال» به ایجاد تجارب مثبت برای یکدیگر یاری برسانند (والترز و هیز، ۱۳۹۴).

پنجمین فرایند در اکت شناسایی و روشن سازی ارزش ها است. بهره گیری از این تکنیک موجب می شود تا فرایند عمل تسهیل شود. چون ارزش ها نقش هدایتگری رفتار را بر عهده دارند. و سرانجام آخرین فرایند یا تکنیک عمل تعهد شده است. بر اساس این تکنیک زوج های پریشان حال در چار چوب ارزش های ازبیش مشخص شده تعهد می کنند که برای بهبود روابط و از میان راندن رنج ها و پریشانی های روانی خود، متعهد به انجام برخی اعمال و رفتارهای معین شوند (والترز و هیز، ۱۳۹۴).

شواهد تجربی نشان داده اند که اولاً: این فرایندها را می توان در پروسه درمان در عمل بکار بست و ثانیاً: بکارگیری این فرایندها (تکنیک ها) رنج ها و

پیشانی‌های روانی از جمله پیشانی زناشویی و اختلالات همراه با آن را از میان می‌راند (هیز و دیگران، ۲۰۱۲).

هوش معنوی^۱ دومین مبانی نظری این پژوهش است. چه، از این ساز و کار نیز برای از میان راندن آشفتگی‌های زناشویی و اختلالات روانی همراه با آن، استفاده می‌شود. مفهوم هوش معنوی برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ توسط استیونز^۲ مطرح شد و سپس توسط آمونز بسط معنایی یافت. آمونز هوش معنوی را «بهره‌گیری از دانش معنوی برای از میان راندن مشکلات انطباقی و آشفتگی‌های درون روانی و ارتباطی تعریف نمود. او در جای دیگر، هوش معنوی را نوعی «ظرفیت» می‌داند که می‌توان از آن برای حل مسائل شناختی، عاطفی و بین فردی استفاده کرد و سطح «بهزیستی روانی» را فزونی بخشید. از نظر آمونز هوش معنوی دارای ۵ مولفه اساسی است. آن مولفه عبارتند از:

■ ظرفیت تعالی (فرا گذاشتن از نیازهای دنیوی و ارتقای سطح لذات خود)

■ تجارت معنوی

■ توانایی استفاده از منابع معنوی در حل مسائل

■ رفتارهای فضیلت‌سامانه (نظیر بخشش و سپاسگزاری و فروتنی)

■ جهت‌دهی معنوی فعالیت‌ها (سهرابی، ۱۳۹۵).

به زعم او تمامی این مولفه‌ها را می‌توان با آموزش و تجربه تقویت نمود و از آن طریق بهزیستی روانی خود را فزونی بخشید.

محققانی همچون کینگ و دیگران (۲۰۰۴) از مولفه‌های مشابهی سخن گفته‌اند. از نظر آنان مهمترین مولفه‌ای هوش معنوی عبارتند از:

■ شکیبایی

■ باورها و اعمال معنوی

■ معنا و هدف زندگی

■ الوهیت

■ آرامش درون

■ تجربیات معنوی

■ بخشش و فروتنی

1. spiritual intelligence
2. Emotional intelligence

به زعم آن محققان هر یک از این مولفه ها را می توان به صورت فردی یا گروهی آموزش داد و از آن طریق توانایی فراگیران را برای استفاده از هوش معنوی در کاهش آشفتگی ها و رنج های انسانی بهره گرفت.

سرانجام، سومین مبانی مورد استفاده در این پژوهش « هوش هیجانی^۱ » است. فرمول بندی هوش هیجانی قریب سه دهه خدمت دارد. گلگمن (۱۹۹۹) شواهدی ارائه داده است که نشان می داد این نوع هوش سهمی بیش از هوش شناختی در بهروزی و پیروزی و سازگاری و موفقیت آدم ها دارد. چه، این نوع هوش با شادابی، تعامل سازنده با دیگران، توانایی گشودن گره از مشکلات ارتباطی و درون فرد و از میان راندن ترس ها و تهدیدها و ناامنی ها همراه است. به تعبیر گلگمن (۱۹۹۹) هوش هیجانی شامل توانایی شناخت هیجانات خود، درک احساسات دیگران، مهار کردن هیجانات، مدیریت روابط و نرمش و مدارا است. از هوش هیجانی می توان به منزله نوعی روش درمانی برای از میان راندن اضطراب و افسردگی استفاده نمود (خانجانی و دیگران، ۱۳۸۹ و دیویدسون (۲۰۱۴)). چه، افراد با تقویت هوش هیجانی خود به مهارت بالایی در «تنظیم هیجانات خود و در رویارویی سودمند و جسورانه با پدیده های چالش انگیز دست می یابند. همچنین با تقویت هوش هیجانی زوج ها می توان آشفتگی آنها را از میان راند و به آنها یاد داد که چگونه تعارضات و تنش های خود را با نرمش و مدارا و بردباری حل و فصل نمایند.

فرضیه های تحقیق

بر اساس مطالب و یافته های مرور شده در سطور و صفحات بالا می توان فرضیات زیر را صورت بندی نمود:

۱. بین اثربخشی SQ، EQ، ACT در کاهش ناراضی زناشویی زوج های جوان تفاوت معنی داری وجود دارد.
۲. بین اثربخشی SQ، EQ، ACT در کاهش علائم افسردگی همراه با آشفتگی زناشویی تفاوت معنی داری وجود دارد.
۳. بین اثربخشی SQ، EQ، ACT در کاهش علائم اضطراب همراه با آشفتگی زناشویی تفاوت معنی داری وجود دارد.

روش شناسی

در این تحقیق از روش «چند گروهی با گروه کنترل» استفاده شد. برای این منظور از بین زوج‌های جوانی که به سبب تنش‌های شدید زناشویی و مشکلات روان‌شناختی همراه آن، به چهار مرکز از مراکز مشاوره و مددکاری بنیاد شهید و امور ایثارگران و نیز مراکز مشاوره و مددکاری کلانتری‌های تهران بزرگ مراجعه نموده بودند، نمونه‌ای به حجم ۶۰ زوج (۱۲۰ نفر) انتخاب و در چهار گروه (گروه روان‌درمانی اکت، گروه آموزش گروهی هوش هیجانی، گروه آموزشی هوش معنوی و گروه کنترل)، و هر گروه ۱۵ زوج، جایگزین شدند. آنگاه میزان نارضایتی زناشویی، میزان افسردگی و میزان اضطراب آزمودنی‌های هر چهار گروه اندازه‌گیری شد. پس از آن، سه گروه نخست به مدت ۱۰ جلسه، هر جلسه دو ساعت، در معرض درمان و آموزش گروهی قرار گرفتند. پس از اتمام دوره درمان و آموزش، بار دیگر نارضایتی زناشویی، اضطراب و افسردگی آنان اندازه‌گیری شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

برای سنجش نارضایتی زناشویی و اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها از سه مقیاس (۱) نارضایتی زناشویی هادسون (۲) مقیاس اضطراب کتل و (۳) مقیاس افسردگی بک استفاده شد. در سطور زیر هر یک از این سه آزمون معرفی می‌شوند.

۱- مقیاس نارضایتی زناشویی هادسون

مقیاس نارضایتی زناشویی^۱ هادسون^۲ اولین بار در سال ۱۹۹۲ توسط هادسون، و به منظور سنجش مشکلات و تعارضات بین زوجین تهیه شده است. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که بر اساس طیف ۷ درجه‌ای لیکرت تهیه شده است. این مقیاس مولفه‌هایی همچون تعاملات و ارتباط، مسائل احساسی، مسائل جنسی، مسائل مالی، مسائل خانوادگی و نظایر آن را اندازه‌گیری می‌کند. حداکثر و حداقل نمره‌ای که یک فرد در این آزمون می‌گیرد به ترتیب ۱۵۰ و ۰ است. نمرات بالاتر از ۷۰ بیانگر نارضایتی شدید، نمرات ۳۰ تا ۶۹ بیانگر نارضایتی

1. Marital adjustment

2. Hudson

متوسط و نمرات زیر ۳۰ بیانگر عدم ناراضیتی زناشویی است. هادسون پایائی
مقیاس را ۰/۸۶ گزارش نموده است. در ایران نیز پایائی مقیاس بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۸
گزارش شده است (ثنایی، ۱۳۸۷ و کربلایی، ۱۳۹۵).

۲-مقیاس افسردگی بک

مقیاس افسردگی بک^۱ یک مقیاس بالینی است که برای سنجش علائم و
نشانه‌های افسردگی (نظیر غم و اندوه، افکار مرگ، فقدان لذت، کاهش
فعالیت، کاهش میل جنسی، احساس گناه و نظایر آن) تهیه شده است. این
مقیاس حاوی ۲۱ گویه است و گویه‌های آن براساس طیف سه درجه‌ای (از ۰ تا
۳) تدوین شده‌اند. حداقل و حداکثر نمره‌ای که فرد در این آزمون اخذ می‌کند
به ترتیب ۰ و ۶۳ است. نمره ۲۰ نیز نمره برش است. یعنی نمرات بالاتر از ۱۵
بیانگر افسردگی فرد و نمرات کمتر از آن بیانگر عدم افسردگی است. پایائی این
مقیاس بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۸. (ساراسون و دیگران، ۲۰۱۰) تا گزارش شده است.

۳-مقیاس اضطراب کتل

مقیاس اضطراب کتل^۲ یک پرسشنامه مداد-کاغذی ۴۰ گویه‌ای است که برای
سنجش علائم و نشانه‌های اضطراب (نظیر دلواپسی، فقدان آرامش، نگرانی از
آینده، ترس، برانگیختگی، عدم تمرکز، افکار پریشان ساز و نظایر آن) تهیه شده
است. این مقیاس براساس یک طیف سه درجه‌ای (به ندرت، گاهی، اغلب یا
همیشه) تدوین گشته است. پایائی این مقیاس در بسیاری از مطالعات، بالا ذکر
شده است. به عنوان مثال پاشا شریفی (۱۳۸۹) پایائی آن را ۰/۸۹ گزارش نموده
است. حداقل و حداکثر نمره‌ای که یک فرد می‌تواند در این آزمون کسب
کند به ترتیب ۰ و ۸۰ است.

پروتکل درمانی-آموزشی

پروتکل درمانی-آموزشی هر یک از سه روش مورد استفاده در این پژوهش به
شرح مندرج زیر است.

1. Beck Depression inventory

2. Sarason

جدول ۱: پروتکل درمانی-آموزشی

SQ	EQ	Act	جلسات
اجرای پیش آزمون و توضیح آموزش معرفی و بیان قوانین بیان مولفه های SQ حل مسئله با هوش معنوی شناسایی فضائل همدیگر جهت دهی معنوی بخشش و گذشت	اجری پیش آزمون و توضیح آموزش معرفی و بیان قوانین بیان مولفه های EQ کار با هیجانات منفی و تکلیف مرور تکالیف و کار با هیجانات شیوه مدیریت هیجانات خود شیوه شناسایی هیجانات دیگری	اجرای پیش آزمون-توضیح درمان معرفی بیان قوانین تشریح حصار ذهن و پادزهر آن بیان و کار با انتظارات و تکلیف بیان نامگذاری و اثرات آن و ارائه تکلیف مرور تکالیف و بحث بر سر استعاره ها و ارائه تکالیف مرور تکالیف، روابط و استعاره سالگرد ازدواج	اول دوم سوم چهارم پنجم ششم
شکلیابی و مدارا تجارب معنوی و اخلاقی تمرین آرامش درونی جمع بندی و پس آزمون	شیوه مدیریت هیجانات دیگری هیجان و روابط ابزار علاقه و پذیرش همدیگر جمع بندی و پس آزمون	تشریح سم قطع ارتباط و پادزهر آن و تکالیف مرور تکالیف و روابط بحث بر سر اجتناب و تمایل پذیرش جمع بندی و پس آزمون	هفتم هشتم نهم دهم

نتایج پژوهش

در سطوری که در پی می آید نتایج حاصل از پژوهش در دو قسمت ارائه می شود: الف- یافته های دموگرافیک و ب- آزمون فرضیات

الف- یافته های دموگرافیک

۱- سن آزمودنی ها

فراوانی و درصد آزمودنی ها به تفکیک سن در جدول زیر درج گردیده است:

جدول ۲: فراوانی و درصد آزمودنی ها به تفکیک سن

سن	گروه ACT	گروه ES	گروه SQ	گروه کنترل
۲۲-۲۶	فراوانی	۶	۸	۸
	درصد	۲۰	۲۷	۲۷
۲۷-۳۱	فراوانی	۱۶	۱۴	۱۲
	درصد	۵۳	۴۶	۴۰
۳۱-۳۵	فراوانی	۸	۸	۱۰
	درصد	۲۷	۲۷	۳۳
جمع	فراوانی	۳۰	۳۰	۳۰
	درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

همانگونه که ملاحظه می شود فراوانی گروه سنی ۲۷-۳۱ بیش از دو گروه سنی دیگر بوده است.

۲- تحصیلات

میزان تحصیلات آزمودنی های چهار گروه به شرح مندرج در جدول زیر است:

جدول ۳: میزان تحصیلات آزمودنی ها به تفکیک گروه

تحصیلات	گروه ACT	گروه ES	گروه SQ	گروه کنترل
زیر دیپلم	فراوانی	۲	۴	۲
	درصد	۶	۱۳	۶
دیپلم	فراوانی	۸	۸	۱۰
	درصد	۲۷	۲۷	۳۴
فوق دیپلم و لیسانس	فراوانی	۱۲	۱۲	۱۲
	درصد	۴۰	۴۰	۴۰
فوق لیسانس و دکتر	فراوانی	۸	۶	۶
	درصد	۲۷	۲۰	۲۰
جمع	فراوانی	۳۰	۳۰	۳۰
	درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

یافته های جدول بالا بیانگر آن است که فراوانی آزمودنی های فوق دیپلم و لیسانس بیش از سه گروه تحصیلی دیگر بوده است.

۳- مدت ازدواج

مدت ازدواج آزمودنی‌ها به سال به شرح مندرج در جدول زیر است:

جدول ۴: مدت ازدواج آزمودنی‌ها به سال

مدت (سال)	گروه ACT	گروه ES	گروه SQ	گروه کنترل
۱-۵	۱۴	۱۴	۱۶	۱۴
	درصد	۴۷	۵۴	۴۷
۶-۱۰	۱۰	۱۲	۱۰	۱۴
	درصد	۳۳	۴۰	۴۷
۱۱-۱۵	۶	۴	۴	۲
	درصد	۲۰	۱۳	۶
جمع	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰
	درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

همانگونه که یافته‌های جدول نشان می‌دهد اغلب آزمودنی‌ها زندگی مشترک خود را از ۱۱ سال پیش شروع نموده‌اند.

محاسبه نمرات پیش آزمون و پس آزمون

پیش از آزمون فرضیات، میانگین و انحراف معیار نمرات چهار گروه در هر سه متغیر (نارضایتی زناشویی، افسردگی و اضطراب) در پیش آزمون و پس آزمون محاسبه و به شرح مندرج در جدول زیر درج گردید.

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار نمرات چهار گروه در پیش آزمون و پس آزمون

تفاضل میانگین‌ها	پس آزمون		پیش آزمون		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۶۱	۱۱	۶۸	۱۲	۱۲۹	ACT نارضایتی افسردگی اضطراب
۱۷	۱۰	۲۲	۹	۳۹	
۹	۱۱	۱۷	۱۳	۲۶	
۷۶	۱۲	۶۴	۱۱	۱۳۰	EQ نارضایتی افسردگی اضطراب
۱۴	۱۱	۲۷	۱۲	۴۱	
۸	۱۲	۱۶	۱۲	۲۴	

۵۷	۱۲	۷۱	۱۰	۱۲۸	ناراضایتی	SQ
۱۹	۱۱	۱۹	۱۱	۳۸	افسردگی	
۱۰	۱۰	۱۳	۱۰	۲۳	اضطراب	
-۴		۱۳۵	۹	۱۳۱	ناراضایتی	کنترل
-۵		۴۵	۱۲	۴۰	افسردگی	
-۱		۲۲	۱۱	۲۱	اضطراب	

یافته‌های درج شده در جدول بالا بیانگر آن است که:

اولاً: ناراضایتی زناشویی هر چهار گروه پیش از شروع فرایند درمان و آموزش گروهی در حد شدید بوده است.

ثانیاً: افسردگی و اضطراب آزمودنی‌های هر چهار گروه قبل از فرایند درمان و آموزش گروهی بالاتر از خط برش بوده است.

ثالثاً: هم ناراضایتی زناشویی و هم افسردگی و اضطراب در هر سه گروهی که در معرض آموزش و درمان گروهی بوده‌اند، پس از ۱۰ جلسه درمان و آموزش کاهش یافته است. در حالی که در این مدت نه تنها میانگین نمرات زوج‌های گروه کنترل در هر سه مولفه کاهش نیافته است بلکه اندکی نیز افزایش یافته است.

آزمون فرضیات

برای آزمون فرضیات اول و دوم و سوم از آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. اما، پیش از آن اطمینان از نرمال بودن توزیع نمرات، از آزمون کولموگروف-اسمیرونوف شد. نتایج حاصل به شرح مندرج در جدول زیر است.

جدول ۶. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرونوف برای بررسی نرمال بودن نمرات متغیرها

سطح معنی داری	مقدار Z		
۰/۴۶۲	۰/۷۸	پیش آزمون	ناراضایتی زناشویی
۰/۵۶۴	۰/۹۴	پس آزمون	
۰/۴۳۲	۰/۸۵	پیش آزمون	افسردگی
۰/۴۴۱	۰/۸۹	پس آزمون	
۰/۷۸۲	۰/۶۵	پیش آزمون	اضطراب
۰/۸۳۱	۱/۱۴	پس آزمون	

همانگونه که نتایج مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد مقادیر آزمون

کولموگروف-اسمیرنوف برای هر سه متغیر نارضایتی زناشویی، افسردگی و اضطراب، در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنادار نیست. بنابراین، از این یافته می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات هر سه متغیر نرمال است.

فرضیه اول. اثر بخشی سه روش آموزش-درمانی گروهی در کاهش نارضایتی زناشویی

برای آزمون فرضیه اول تحقیق که ادعا می کرد «بین اثر بخشی سه روش آموزشی-درمانی در کاهش نارضایتی زناشویی تفاوت آماری معناداری وجود دارد» از آزمون تحلیل واریانس یکطرفه (آنوا) استفاده شد. برای این منظور پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، میانگین های چهار گروه با یکدیگر مقایسه شدند. نتایج حاصل به شرح مندرج در جدول زیر است.

جدول ۷: خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس برای مقایسه اثر بخشی روش ها در کاهش نارضایتی

زناشویی

Sig	F	میانگین مجدورات	DF	مجموع مجدورات	منابع تغییر
			۳	۶۴۰۷/۹۱	پس گروه ها
		۲۱۳۵۵/۹۷	۱۱۶	۸۸۷۹۰/۲۱	درون گروه ها
۰/۰۵	۲/۸۲	۷۶۵/۴۳	۱۱۹	۹۵۱۹۸/۱۲	کل

نتایج حاصل از تحلیل واریانس نشان داد که F محاسبه شده ($F=۲/۸۲$) در سطح $P<۰/۰۵$ بزرگ تر از F استاندارد است. از این یافته می توان نتیجه گرفت که بین میانگین های گروه تفاوت آماری معناداری وجود دارد. اجرای آزمون تعقیبی توکی نشان داد که این تفاوت اولاً: بین سه گروه با گروه کنترل و ثانیاً: بین گروه ACT با دو گروه دیگر وجود دارد. به عبارت دیگر، یافته ها نشان داد که اولاً: هر سه روش درمانی-آموزشی موجب کاهش نارضایتی زناشویی، و افزایش رضایت زناشویی، شده است. و ثانیاً: اثر بخشی روش درمان گروهی ACT بیش از SQ و EQ بوده است.

فرضیه دوم. اثر بخشی سه روش در کاهش افسردگی

- برای آزمون فرضیه دوم تحقیق، یعنی مقایسه اثر بخشی سه روش درمانی- آموزشی در کاهش افسردگی زوج های جوان، از آزمون آماری تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد. خلاصه نتایج حاصل به شرح مندرج در جدول زیر است. جدول ۱: خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس برای مقایسه اثر بخشی روش های درمانی-آموزشی در

کاهش افسردگی زوج ها

Sig	F	میانگین مجدورات	DF	مجموع مجدورات	منابع تغییر
۰/۰۰۱	۴/۱۷	۱۳۰ ۷۸۳/۶۷	۳ ۱۱۶ ۱۱۹	۹۸۰۳/۵۴ ۹۰۹۰۵/۶۱ ۱۰۰۷۰۹/۱۶	پس گروه ها درون گروه ها کل

نتایج حاصل نشان داد که F محاسبه شده ($F=4/17$) در سطح خطای $P<0/01$ استاندارد است. بنابراین، فرضیه اول تحقیق تأیید می شود و لذا می توان نتیجه گرفت که بین اثر بخشی روش ها در درمان افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. برای شناسایی روش های اثر بخش از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد که اولاً: بین میانگین سه روش و میانگین گروه کنترل تفاوت آماری معناداری وجود دارد. یعنی هر سه روش موثر بوده اند. ثانیاً: بین روش هوش معنوی (SQ) و دو روش دیگر تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، استفاده از هوش معنوی در کاهش علائم افسردگی موثرتر از دو روش دیگر بوده است.

فرضیه سوم. اثر بخشی سه روش در کاهش اضطراب

برای مقایسه اثر بخشی سه روش ACT آموزش هوش هیجانی و آموزش هوش معنوی در کاهش علائم اضطراب زوج های جوان، از آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. خلاصه نتایج حاصل به شرح مندرج در جدول زیر است:

جدول ۹. خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس برای مقایسه اثر بخشی سه روش در کاهش علائم

اضطراب زوج‌ها

Sig	F	میانگین مجدورات	DF	مجموع مجدورات	منابع تغییر
۰/۰۵	۲/۷۰	۱۳۰ ۴۸/۳۴	۳ ۱۱۶	۳۸۹/۹۸ ۵۶۰۸/۱۷	پس گروه‌ها درون گروه‌ها کل

نتایج حاصل نشان داد که F محاسبه شده ($F=2/70$) در سطح $P<0/05$ بزرگ‌تر از F استاندارد است. این بدان معنا است که بین میانگین‌های چهار گروه تفاوت معناداری وجود دارد. اجرای آزمون توکی نشان داد که این تفاوت از یک طرف بین سه گروه آموزشی و درمانی (گروه‌های آزمایشی) و گروه کنترل، و از طرف دیگر بین گروه‌ها و دو گروه آزمایشی دیگر وجود دارد. بنابراین، فرضیه سوم تحقیق تأیید می‌شود و بر آن اساس می‌توان نتیجه گرفت که گرچه هر سه روش موجب کاهش علائم اضطراب می‌شوند اما تأثیر روش آموزشی هوش معنوی بیش‌تر است.

بحث در نتایج

یک یافته‌ها نشان داد که استفاده از روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) و نیز آموزش مهارت‌های هوش هیجانی و نیز ارتقای هوش معنوی زوج‌های جوان، موجب کاهش معنادار نارضایتی زناشویی آنان می‌شود، و لاجرم رضایت و خشنودی زناشویی آنان را فزونی می‌بخشد. همانگونه که پیداست این یافته‌ها با یافته‌های استیونس و دیگران (۲۰۰۶)، پیترسون و دیگران (۲۰۱۳)، امان الهی و دیگران (۱۳۹۳)، رجبی و دیگران (۱۳۹۶)، موسوی و دیگران (۱۳۹۵) و اغلب پژوهش‌هایی که پیش‌تر در بخش مرور پژوهش‌ها از آن‌ها سخن به میان آمد، و نیز در نظریه‌هایی که در مبانی نظری مرور شدند، همخوانی دارد. از همین روی، در تبیین آن می‌توان چند نکته را یاد آور شد. نخست آنکه، بسیاری از تنش‌ها و تعارضات زناشویی ریشه در اندیشه‌های مسمومی دارند که هر یک از زوجین نسبت به یکدیگر دارند، و بر اثر آن اندیشه‌های هولناک، تفاسیر و تعابیر آزار دهنده‌ای پیرامون یکدیگر به عمل می‌آورند. در فرایند جلسات

اکت به زوج‌ها کمک می‌شود تا این اندیشه‌های مسموم را از میان برانند و با «نامگذاری‌ها» و «برچسب زنی‌های مثبت» به اصلاح نگرش خود پیرامون یکدیگر بپردازند. همچنین، به آن‌ها کمک می‌شود تا تعهدات رفتاری جدیدی در قبال یکدیگر اخذ کنند و متناسب با آن عمل نمایند. علاوه بر آن، در اکت به زوج‌های کمک می‌شود تا با ارزش‌های واقعی زندگی خود ارتباط برقرار کنند و مجذوب آن گردند. مجموع این اقدامات ذهن و ضمیر و نگرش و رفتار زوج‌ها را نسبت به یکدیگر تغییر می‌دهند و موجب می‌شود تا آنان زندگی مشترک را بگونه‌ای از سر بگیرند که حداکثر رضایت و آرامش را برای آنان به ارمغان آورد.

دوم آنکه، یافته‌های متعدد پژوهشی، به عنوان مثال یافته‌هایی که در بخش مرور پیشینه این تحقیق از آن‌ها یاد شد، نشان از آن دارند که بخش قابل توجهی از تنش‌ها و درگیری‌های زن و شوهرها ریشه در سواد اندک هیجانی آنان دارد. آنان از یکسو هیجانات منفی و مثبت خود را نمی‌شناسند و از دیگر سو با «رفتارهای تکانش‌گرانه» و بدون تامل خود به آزار و اذیت روانی یکدیگر می‌پردازند و آرامش و آسودگی و رضایت را از یکدیگر می‌ستانند. اما، زمانی که آنان با مجموعه هیجانات منفی (خشم و غم و اندوه و دلمردگی و ...) و هیجانات مثبت (شادی و شمع و نشاط و شگفتی و امید و خوش بینی و ...) آشنا شوند و یاد بگیرند چگونه از این هیجانات برای رشد و تعالی و پرورش خود و دیگری استفاده نمایند، آنگاه تعامل آن‌ها بهبود می‌یابد و نگاه و نگرششان به همدیگر اصلاح می‌شود. به همین سبب، وقتی در این پژوهش آزمودنی‌های گروه «هوش هیجانی» به چنین مهارت‌هایی دست یافتند نارضایتی زناشویی آنان به صورت معناداری کاهش یافت و آنان گام در راه «رضایت مستمر» و «آرامش پایدار» نهادند.

سوم آنکه، یافته‌های این پژوهش همسو با پژوهش‌های دیگر (نظیر رجبی و دیگران، ۱۳۹۶ و رحمانی، ۱۳۹۲) نشان داد که با افزایش ظرفیت «هوش معنوی» به صورت معناداری از نارضایتی زناشویی کاسته می‌شود. چه، افراد برخوردار از چنین ظرفیتی اولاً: گام در راه «زندگی ناب» می‌نهند. ثانیاً: ظرفیت گذشت و بخشش و مدارای آنان افزایش می‌یابد. ثانیاً: اخلاق مندتر زندگی می‌کنند و

رابعا: با درگیر شدن در جزئیات بی اهمیت، نه تنها زندگی خود و دیگران را تباہ نمی سازند بلکه برای ارتقای کیفیت زندگی خود جهد وجد نمایند.

دو. یافته های این پژوهش آشکار ساخت که هر سه روش درمانی و آموزشی (یعنی اکت، EQ و SQ) نه تنها نارضایتی زناشویی را فرو می کاهند بلکه افسردگی و اضطراب همراه و توأم با آن را نیز کاهش می دهند. این یافته ها نیز با یافته های محققانی همچون هنز و دیگران (۱۹۹۹)، نیومن (۲۰۰۳)، هین (۲۰۱۲) و خرامانی (۱۳۹۳) همخوانی دارد. از همین روی، در تبیین آن ها می توان چند نکته را یاد آور شد. نکته اول آنکه، افسردگی و اضطراب دو اختلال عاطفی هستند که تمامی نظام های روانی (شناختی، هیجانی، اخلاقی، معنوی، جسمانی و اجتماعی) مبتلایان را درگیر می سازند. به همین سبب، با کار روی هر یک از این نظام ها می توان علائم و نشانه های این دو را کاهش داد. بویژه، در افسردگی خلق مبتلایان و انگیزش آنان به شدت تقلیل می یابد. به همین خاطر وقتی با هوش هیجانی آنها کار می شود آنان یاد می گیرند که ارتباط عاطفی و سودمندی با دیگران برقرار کنند و فعالیت های هیجانی لذت بخشی برای خود تدارک ببینند. آشکار است که فعالیت هیجانی لذت بخش و روابط گرم و عاطفی با دیگران موجب کاهش علائم افسردگی می شوند. دوم آنکه، وقتی تراز هوش معنوی افزایش می یابد افراد می آموزند بیش تر و بهتر قدر زندگی را بدانند و معنای عمیقی برای زندگی خود بیابند. یافتن معنا برای زندگی نیز اثرات عمیقی بر نگرش افراد به زندگی بر جای می گذارد و زندگی آن هارا سودمند و عاری از اضطراب و افسردگی می سازد. سوم آنکه، درمان آلت اساسا بگونه ای صورت بندی شده است که به سبب تاکید بر اصولی همچون گسس، پذیرش، تمرکز بر زمان حال، خود به عنوان چشم انداز، ارزش ها و عمل تعهد شده (والتر و هینز، ترجمه سیف، ۱۳۹۴) موجب از میان رفتن علائم افسردگی و اضطراب می شود و سلامت عمومی روانی افراد تحت درمان را بهبود می بخشد. سرانجام، وقتی علائم نارضایتی زناشویی به سبب سه درمان پیش گفته از بین می روند، خود به خود آرامش و امید و سودمندی و معنایابی به زندگی باز می گردد و در نتیجه اضطراب و افسردگی جای خود را به آرامش و رضایت می دهند.

بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که:

۲۳

۱. استفاده از درمان وابسته به تعهد و پذیرش (اکت) در زوج درمانی‌ها، بویژه در مراکز مشاوره ناجا، در اولویت قرار گیرد.
۲. با برگزاری یک کارگاه آموزشی برای مشاوران و درمانگران شاغل در مراکز مشاوره و مددکاری ناجا، روش‌های بهره‌گیری از اکت و آموزش هوش معنوی و هوش هیجانی به آنان آموزش داده شود.
۳. اثربخشی روش درمانی و روش‌های آموزشی مورد استفاده در این پژوهش، در دیگر مراکز درمانی و آموزشی مورد مطالعه قرار گیرد.
۴. اثربخشی سه روش مورد استفاده در این پژوهش، در درمان دیگر اختلالات روان‌شناختی مورد بررسی علمی قرار گیرد.

منابع

- الیاسی، محمد حسین و منتظر المهدی، محمدسعید (۱۳۹۵). تاثیر بهبود شیوه‌های تعامل زن و شوهرها بر سلامت روان و رضایت زناشویی آنان و هنجار پذیری فرزندانشان، فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، ۴۵، ۷۴-۵۹.
- رحمانی، احمد و دیگران (۱۳۹۳). بررسی اثرات روان شناختی نارضایتی زناشویی. پایان نامه، کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه آزاد واحد مرکز.
- رجبی، سوران و دیگران (۱۳۹۶). رابطه ساختاری بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی با نقش واسطه هوش هیجانی و تمایز یافتگی خود. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان شناختی، شماره ۲، صص ۴۸-۱۹.
- موسوی، مریم و دیگران (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده. فصلنامه مشاوره کاربردی، شماره ۵، صص ۹۷-۱۱۲.
- نریمانی، محمد و دیگران (۱۳۹۲). مقایسه اثر بخشی آموزش پذیرش و تعهد با آموزش تنظیم هیجان. فصلنامه ناتوانی‌های یا دیگری، شماره ۲، صص ۱۵۴-۱۷۶.
- والتز، توماس و هیز، استیون (۱۳۹۴). درمان وابسته به پذیرش و تعهد (ترجمه علی اکبر سیف. تهران نشر دیدار
- امان الهی، عباس و دیگران (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) در درمان پریشانی زوج‌ها. فصلنامه مشاوره کاربردی، ۴، صص ۱۲۰-۱۰۵.
- لشنی، لیلا (۱۳۹۱). اثر بخشب آلت همراه با ذهن آگاهی بر رضایت مندی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد بهزیستی.
- هادی تبار، حمید و دیگران (۱۳۹۰). بررسی تاثیر آموزش مولفه‌های هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران. طب جانباز، شماره‌ها، ۱۱-۱.
- خانجانی، محمد و دیگران (۱۳۸۹). بررسی اثر آموزش مولفه‌های هوش هیجانی بر سلامت روانی همسران جانبازان. فصلنامه مشاوره، شماره ۱۱، صص ۸۹-۷۱.
- خدایاری فرد، محمد و دیگران (۱۳۸۶). رابطه نگرش مذهبی با رضایت



مندى زناشویی دانشجویان متاهی. فصلنامه خانواده پژوهشی، شماره ۳، صص ۶۲۰-۶۱۱.

- سهرابی، فرامرز (۱۳۹۵). هوش معنوی و مقیاس‌های سنجش آن. انتشارات کتابسرا.
- Baron, L. et al. (2010). Family therapy. Boston: McGraw-Hill.
- Kramer, S.M. (2014). Marital psychopathology. New York: Springer.
- Rosen, G. et al. (2008). The relationship between marital characteristics and marital satisfaction. Journal of counseling and Development, R, 68-58.
- Hill, R.F. et al. (2014). Satisfaction in close relationships. New York: Guilford.
- Davidson, E.M. (2014). Abnormal Psychology. New York: Guilford.
- Steven, S. et al. (2006). Marital Satisfaction and Act. Boston: McGraw-Hill.
- Petersen, S. C. (2013). Family therapy. Oxford Press.
- Golman, D. (1999). Emotional intelligence. Boston: McGraw-Hill.
- Hayes, S.C. et al. (2012). Acceptance and commitment therapy. New York: Guilford Press.
- McHugn, L. et al. (2004). Perspective taking. Relational respomding. Psychological Record, 144-115 ,54.