

Comparison of Effectiveness of Mindfulness Based on Spiritual-Islamic Schema Activation Therapy with Emotion Focus Couple Therapy (EFCT) on Resilience and Self-Control of Couple with Disabled Children

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Seyed Ladan Motalebipour¹

Hasan Mirzahoseini^{2*}

Majid Zargham Hajebi³

How to cite this article

Seyedeh Ladan Motalebipour, Hasan Mirzahoseini, Majid Zargham Hajebi, Comparison of Effectiveness of Mindfulness Based on Spiritual-Islamic Schema Activation Therapy with Emotion Focus Couple Therapy (EFCT) on Resilience and Self-Control of Couple with Disabled Children, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2021:5(3); 373-384

1. PhD Student, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran (Corresponsible Author).

3. Associate Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: Mirzahoseini.hasan@iau.ac.ir

Article History

Received: 2021/08/02

Accepted: 2021/10/11

ABSTRACT

Purpose: The purpose of the present study was to compare the effectiveness of emotion-oriented therapy and mindfulness therapy based on the activation of spiritual-Islamic schemas on resilience and self-control. The current research is part of the semi-experimental designs with pre-test-post-test-follow-up of three groups.

Materials and Methods: socio-statistics of the present study, all couples had a child with a mental, physical-motor or mental and physical-motor disability who was covered by the welfare organization and had a file in the Life plus welfare service center of Khansar and lived in Khansar city in 1401 . In order to form three groups using the purposeful sampling method (taking into account the entry and exit criteria), first 46 people were selected and then randomly 16 people (8 couples) were in the first test group and 16 people were in the second test group and 16 people were grouped in the control group. The three groups that were formed in this way were similar and the dependent variables were measured for both experimental groups at the same time. Also, the follow-up phase was performed three months after the post-test on all three groups. The research tools included Tanji's self-control questionnaire (2004) and Connor-Davidson's resilience questionnaire (2003). The data of the research were analyzed using repeated measurement analysis of variance test.

Findings: The results of data analysis showed that mindfulness therapy and emotional therapy are effective compared to the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: Therefore, there is no significant difference between the effectiveness of mindfulness therapy based on the activation of spiritual-Islamic schema and emotion-focused therapy (EFCT) on increasing resilience and self-control.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, Mindfulness Therapy based on the activation of Spiritual-Islamic Schemas, Resilience, Self-Control

مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر

فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی با درمان

هیجان مدار (EFCT) بر تاب آوری و خود کنترلی

زوج‌های دارای فرزند معلول

سیده لادن مطلبی پور^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

حسن میرزا حسینی^{۲*}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران (نویسنده مسئول).

مجیدضرغام حاجبی^۳

دانشیار، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی بر تاب آوری و خود کنترلی بود. پژوهش حاضر جزء طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری سه گروهی است.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوجین دارای فرزند معلول ذهنی، جسمی-حرکتی یا ذهنی و جسمی-حرکتی بوده که تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار داشته و دارای پرونده در مرکز خدمات بهزیستی مثبت زندگی خوانسار بوده و در سال ۱۴۰۱ در شهرستان خوانسار سکونت داشتند. به منظور تشکیل سه گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند (با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج)، ابتدا ۴۶ نفر انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی ۱۶ نفر (۸ زوج) در گروه آزمایش اول و ۱۶ نفر در گروه آزمایش دوم و ۱۶ نفر در گروه گواه گروه‌بندی شدند. سه گروهی که به این ترتیب تشکیل شد مشابه هم بوده و اندازه‌گیری متغیرهای وابسته برای هر دو گروه آزمایش در یک زمان صورت گرفت. همچنین مرحله پیگیری سه ماه بعد از پس‌آزمون روی هر سه گروه اجرا شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خودکنترلی تانجی (۲۰۰۴) و پرسشنامه تاب آوری کونور-دیویدسون (۲۰۰۳) بودند. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار در مقایسه با گروه کنترل اثربخش هستند ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بنابراین بین اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرحواره معنوی-اسلامی و درمان هیجان مدار (EFCT) برافزایش میزان تاب آوری و خود کنترلی تفاوت معناداری وجود ندارد.

واژگان کلیدی: درمان هیجان مدار، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی، تاب آوری، خود کنترلی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۷

* نویسنده مسئول: mirzahoseini.hasan@iau.ac.ir

مقدمه

خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اجزای و اعضای آن کل نظام خانواده را مختل می‌نماید و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضا را تشدید و مشکلات جدیدی ایجاد می‌کند. داشتن یک کودک با ناتوانی تکاملی ایجاد بحران برای نظام خانواده می‌کند (۱). ایجاد و تشدید اختلافات زناشویی، جدایی، تحمل بار سنگین اقتصادی، تحمل صحبت‌های دیگران در رابطه با کودک عقب مانده و بسیاری از مسائل دیگر می‌تواند از تظاهرات داشتن کودک عقب مانده ذهنی در یک خانواده باشد (۲). مادران کودکان کم توان ذهنی نمره بیشتری را در روان نژندی نسبت به مادران دارای کودکان طبیعی داشته و این نشان می‌دهد که آن‌ها دارای ثبات هیجانی کمتری نسبت به مادران کودکان طبیعی هستند (۳). داشتن فرزند کم توان که دارای نقایص طولانی مدت جسمی، ذهنی یا حسی است می‌تواند به افسردگی مادران، اضطراب، احساس عدم لیاقت در تربیت فرزند، بالا رفتن سطح تنش در خانواده، بالا رفتن احتمال طلاق و ازهم گسیختگی روابط خانوادگی در خانواده‌های این کودکان، منجر شود. به گفته اندرسون^۱ مشکلات زناشویی رایج ترین مساله‌ای است که افراد را به جستجوی کمک روانشناختی وا می‌دارد (۱۲). پژوهش داچ^۲ و راتاناسیرینگ^۳ (۱۵) نشان داده است که بخش عمده‌ای از ازدواج‌ها با مشکلات و کژکاری فراوان مواجه هستند. بنابراین با توجه به نیاز روز افزون زوج‌ها به دریافت کمک‌های حرفه‌ای، مشاوران و روان‌درمانگران هم نیازمند پژوهش‌های مستمر و پالایش مداخلات درمانی ضروری هستند. همان‌طور که ویلیامسون، راج، کاب، جانسون، لارنس و بردپوری^۴ (۶) اشاره کرده‌اند چنانچه قرار است ازدواج زیربنای جامعه انسانی ما باشد، لازم است که همواره پاسخ‌های جدیدی داشته باشیم.

نمی‌توان از این نکته غافل شد که نارضایتی و اختلاف زناشویی والدین بر خودکنترلی و رشد عاطفی کودکان اثر منفی می‌گذارد و هیجان‌های مثبت و منفی ناشی از کیفیت روابط زناشویی به روابط والد-کودک نیز منتقل می‌شود (۷) و این تاثیر بر کودکان دچار

⁴ Williamson., Rogge., Cobb., Johnson., Lawrence., & Bradbury

¹ Anderson

² Dutch

³ Ratanasiripong

جسمانی، نتیجه گرفت که والدین این کودکان نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند؛ زیرا پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می‌شوند و در زندگی اجتماعی خود نیز سطوح بالایی از سرخوردگی و نارضایتی و تلاش زیادی برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود می‌کنند. در پژوهشی با عنوان مقایسه تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی به این نتیجه رسیدند که بین دو گروه والدین، از نظر رضایت از زندگی، تاب‌آوری و سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۸). همچنین احساس یکپارچگی و تاب‌آوری در والدین کودکان دارای شرایط خاص، از والدین کودکان عادی پایین‌تر است (۱۹).

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در افزایش خودکنترلی و تاب‌آوری این مادران موثر باشد، زوج درمانی هیجان مدار^۴ است. زوج درمانی هیجان مدار رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی و نظریه دلبستگی بزرگسالان می‌باشد که در اوایل سال ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ^۶ ابداع شد (۲۰). با توجه به نقش عمده هیجان‌ها در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجان‌ها و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجان‌ها را عامل تغییر در نظر می‌گیرد. استفاده از نظریه دلبستگی بزرگسالان در این رویکرد، چارچوب منسجمی را برای فهم ماهیت عشق بزرگسالی فراهم می‌کند (۲۱). EFCT یکی از شیوه‌های درمان هیجان مدار است که امروزه مورد توجه درمانگران خانواده قرار گرفته است این شیوه درمانی هیجان مدار رویکردی فرایند نگر و یکپارچه نگر است که هم به درون و هم به بیرون نظر دارد این رویکرد درمانی فنون رویکردهای تجربی و سیستمی و دلبستگی را برای گسترش پاسخ‌های هیجانی و چرخه‌های تعاملی بین زوجین ترکیب می‌کند. EFCT درمانی کوتاه مدت و ساختار یافته برای درمان و بهبود روابط آشفته زوجین است که از طریق تغییر سبک‌های دلبستگی زوجین و تغییر چرخه تعاملات معیوب زناشویی و ایجاد فضای امن ارتباطی، کنترل بهتر هیجان‌ها و کنترل رفتار زوجین امکان‌پذیر می‌شود و این باعث افزایش سازگاری و زبایتمندی زناشویی می‌گردد.

محققان باورهای معنوی و مذهبی را به عنوان یک سازه یا طرحواره شناختی مفهوم سازی می‌کنند که به کاهش اختلاف بین اهداف موجود و اهداف آرزومندانه کمک می‌کند. این مفهوم سازی امکان تلفیق مفاهیم روانشناسی مذهبی و معنوی را با روش شناختی روانشناسی شناختی معاصر فراهم می‌سازد. فرایند فعالسازی یک طرحواره مذهبی یا معنوی تفاوتی با فرایندهای عمومی فعالسازی طرحواره‌های شناختی دیگر ندارد (۲۲). در روانشناسی شناختی، یک طرحواره‌ی خود، مجموعه‌ای از باورها یا دانش‌های کاملاً خودکار، منظم و سازمان یافته درباره مقاصد و قابلیت‌های فرد می‌باشد که در حافظه بلند مدت ذخیره شده است و ملاک‌های اثربخشی را برای تنظیم توجه، تمرکز، کدگذاری، ذخیره و بازیابی اطلاعات

معلولیت حائز اهمیت است. چیونگ، چپو و چوی^۱ (۸) نشان دادند که خودکنترلی با سازگاری یا انطباق مرتبط است، که هم شامل منع پاسخ‌های نامطلوبی است که به طور بالقوه باعث ایجاد رفتار نامطلوب در فرد دیگر می‌شود و همچنین خودکنترلی در پاسخ‌های مطلوب و یا مفید نیز درگیر می‌باشد. خودکنترلی بیانگر میزان مطابقت ویژگی‌های رفتاری خود با شرایط و موقعیت موجود است. خودکنترلی به معنی سرکوب کردن هیجان‌ها و احساسات نیست. برعکس، خودکنترلی یعنی اینکه ما یک انتخاب برای چگونگی ابراز احساسات مان داریم و چیزی که مورد تأکید است، روش ابراز احساسات است به طوری که جریان تفکر را تسهیل کند (۹). ابراهیمی مقدم و همکاران (۱۰) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش خودکنترلی بر سلامت روان پرستاران شهر تهران پرداختند، نتایج نشان داد که آموزش خودکنترلی تأثیر معناداری بر سلامت روان پرستاران داشته است. نتیجه این پژوهش می‌تواند ما را به این سمت هدایت کند که خودکنترلی بالا با بهبود وضعیت سلامت روان زوج‌های دارای فرزند کم توان ذهنی یا جسمی و افزایش سازگاری آنان می‌تواند مرتبط باشد. مسن آبادی و همکاران (۱۱) در پژوهشی به بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی بر خودکنترلی و تاب‌آوری زنان دارای فرزند معلول شهرستان اراک پرداختند، نتایج نشان دادند که مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی موجب افزایش خودکنترلی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول گردیده است.

تاب‌آوری، به توانایی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک گفته می‌شود (۱۲). کامپفر^۲ باور داشت که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در سختی‌ها است و از این رو موجب سازگاری موفق در زندگی می‌شود. سازگاری مثبت با زندگی، هم به عنوان پیامد تاب‌آوری و هم به عنوان پیش‌آیند آن، می‌تواند محسوب شود. وی این موضوع را ناشی از پیچیدگی تعریف این سازه و نگاه فرآیندی به تاب‌آوری می‌داند. تاب‌آوری به فرآیند بویایی انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود (۱۳) که مقاومت در برابر استرس (۱۴) یا رشد پس‌ضربه‌ای نیز نامیده شده‌اند و در امتداد یک پیوستار با درجات متفاوت از مقاومت در برابر آسیب روانی قرار می‌گیرد (۱۵). بنا به تعریفی از فیرات، گوکمن، کانبی و اوتکان^۳ تاب‌آوری به انطباق موفق گفته می‌شود که در مصائب و استرس‌های ناتوان ساز آشکار می‌شود. این تعریف بیانگر این است که تاب‌آوری مستلزم تعامل پیچیده بین عوامل خطر ساز و محافظت کننده است. با توجه به تعریف تاب‌آوری والدین دارای کودکان کم توان ذهنی هرچقدر تاب آورتر باشند، توان عملکرد مثبت در شرایط ناگوارشان بالاتر می‌رود و در برابر رنج ناشی از نگهداری فرزندان‌شان مقاوم‌تر خواهند بود و کیفیت زندگی‌شان هم بالاتر خواهد رفت (۱۶). هیمان^۴ (۱۷) در پژوهشی مربوط به تاب‌آوری و چیره شدن بر مشکلات و انتظارات آینده در خانواده‌هایی با کودکان ناتوانی یادگیری و معلولیت

⁴ Hyman

⁵ Emotionally Focused Couple Therapy (EFT)

⁶ Johnson, & Greenberg

¹ Cheung, Chiu & Choi

² Kumpfer

³ Fırat, Gökmen, Kanbay & Utkan

نفر برای هر گروه پیشنهاد شده است. پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره های درمان و اهداف آنها برای آزمودنی ها توضیح داده می شود و به آنها گفته شد که شرکت در دوره های درمانی داوطلبانه و با رضایت خود فرد است و هیچ اجباری برای شرکت در دوره ها وجود ندارد.

ابزارهای پژوهش

پرسش نامه تاب آوری کونور-دیویدسون: این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که سازه تاب آوری را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت می سنجد هر عبارت بر اساس یک مقیاس لیکرت بین ۰ (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره گذاری می شود و دامنه نمره گذاری آن ۱۰۰-۰ است. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی های روان سنجی این مقیاس در نمونه های بهنجار و بیمار، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است. محمدی مقیاس مذکور را برای ۲۴۸ نفر اجرا نمود و پایایی آن را با روش همسانی درونی آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی آن را به شیوه تحلیل عاملی برابر ۰/۸۷ بدست آورد و آن را برای استفاده در ایران انطباق داد. پایایی این پرسشنامه علاوه بر هنجاریابی اولیه، توسط کردمیرزا نیکوزاده مجدداً با ضریب آلفای کل برابر با ۰/۹۰ محاسبه شد.

پرسشنامه خودکنترلی تانجی: پرسشنامه خودکنترلی (SCS) یک پرسشنامه خود گزارش دهی است که توسط تانجی^۱، باومستر^۲ و بون^۳ ساخته شده است و از ۳۶ عبارت تشکیل شده است. این جملات در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از اصلا شباهت ندارد تا شباهت خیلی زیاد دارد در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه یک نمره کلی دارد و برخی آیتم های آن نیز مانند نسخه کوتاه این پرسشنامه نمره وارونه دارد. نمرات بالاتر میزان خودکنترلی بیشتر و نمرات پایین تر مقدار خودکنترلی کمتر را نشان می دهد. تانجی و همکاران به منظور هنجاریابی مقیاس خود کنترلی، را روی دو نمونه مجزا اجرا کردند که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در دو گروه ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد. آراین پور، شهبانی زاده و بحرینیان پایانی پرسشنامه خودکنترلی تانجی را در ایران بر روی دو گروه دانشجویان دوره کارشناسی ارشد اندازه گیری کرده و میزان آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۷ بوده است. پایداری درونی گویه های این پرسشنامه نیز دارای پایایی بالا بوده است.

مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی اسلامی: پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی اسلامی یک پروتکل درمانی است که از راه تلفیق مفاهیم ذهن آگاهی و تعالیم دین اسلام که مشتمل بر سه اصل اساسی اعتقادات (باور به توحید نبوت و امامت معاد)، اخلاقیات، (صبر، عفو صفح، بخشش) و دستورات عملی، (نماز، روزه دعا، تشریفات دینی، مراقبه معنوی)، (ذهن آگاهی اسلامی مراتب مراقبه اسلامی) و شیوه های مقابله با مشکلات است که هدف از طراحی آن استخراج مداخله درمانی جهت افزایش رضایت مندی زناشویی

ایجاد می کند و یک رابطه تداعی قوی با سایر مؤلفه های سیستم مانند فیزیولوژی و هیجان دارد (۲۳). یکی از اصول ذهن آگاهی، کیفیت بخشی به آگاهی درونی می باشد که این کار از طریق اسکن و بازبینی واکنشهای بدنی، هیجانات و طرحواره های شناختی، ممکن می شود (۲۴). در ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی - اسلامی، مفاهیم اسلامی همچون ذکر، دعا و توسل، شکر گزاری، توکل به خدا، ایمان و تقوا به عنوان طرحواره ها مفهوم بندی می شوند. از آنجا که این مفاهیم اولاً ریشه در اعتقادات فطری و قلبی فرد داشته و ثانیاً دارای مؤلفه های شناخت، عاطفه و رفتار نیز می باشند (۲۵)، فعال سازی آنها در هنگام تهدید و ارزیابی های مربوط به موقعیت می تواند به آرامش درونی و کاهش اضطراب موقعیتی فرد کمک کند. از طرفی تلفیق ذهن آگاهی با فعال سازی این طرحواره ها باعث آگاهانه شدن و تسهیل فرایند پردازش های طرحواره ای در فرد شده و رشد و شکوفایی او را توسعه می بخشد. بنابراین در این پژوهش اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی- اسلامی بر تاب آوری و خود کنترلی زوج های دارای فرزند معلول مورد مقایسه قرار می گیرد.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع مطالعه نیمه آزمایشی بوده و با استفاده از طرح گروه های نامعادل (آزمایش و گواه) با پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوجین دارای فرزند معلول ذهنی، جسمی- حرکتی یا ذهنی و جسمی- حرکتی بوده که تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار داشته و دارای پرونده در مرکز خدمات بهزیستی مثبت زندگی خوانسار بودند و در سال ۱۴۰۱ در شهرستان خوانسار سکونت داشتند. نمونه پژوهش حاضر با بهره گیری از روش نمونه گیری هدفمند و با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج (ملاکهای ورود: حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، حداقل سن ۳۰ سال و حداکثر سن ۶۰ سال، رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در پژوهش. ملاک خروج: وجود اختلال های روانی ایجاب کننده درمانهای فوری (مثل نشانه های روانپریشی و وابستگی به مواد)) به پژوهش از بین جامعه آماری انتخاب شد. از بین ۲۹۳ خانواده دارای فرزند معلول که پرونده ی آنان در اختیار مرکز خدمات بهزیستی مثبت زندگی خوانسار کد ۱۰۷۰۸۰۸ بوده است، تعداد ۱۳۸ خانواده ساکن روستاهای شهرستان خوانسار بودند لذا از تعداد ۱۵۵ خانواده دارای فرزند معلول ساکن شهر خوانسار به ۱۰۰ نفر که دارای فرزند با معلولیت شدید نبودند جهت اجرای این پروژه اطلاع رسانی شد. پس از شناسایی افراد دارای ملاک های ورود و خروج، ۴۸ نفر از والدینی که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، به تصادف انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۶ نفر). برای انجام پژوهش های آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم نمونه ی حداقل ۱۵

³ Boone

¹Tangney

² Baumeister

است. در این پروتکل درمانی مفاهیم معنوی مانند، توحید، توکل، اولیای دین، ذکر، دعا و توسل، شکرگزاری به عنوان طرح‌واره ناظر بودن دائمی خدا بر اعمال و رفتار، باور به معاد، الگوگیری از مفهوم بندگی می‌شوند.

جدول ۱. جلسات مداخله مبتنی بر فعال سازی طرح‌واره های معنوی اسلامی

جلسات	هدف جلسات	محتوای مربوط به هر جلسه
اول	آشنایی	هدف کمک به شرکت کنندگان برای آشنایی با یکدیگر، بیان قوانین و انتظارات شرکت کنندگان و اجرای پیش‌آزمون
دوم	هدف آشنایی با ذهن آگاهی و طرح‌واره‌های معنوی-اسلامی	در این جلسه تعریف ذهن آگاهی همراه با یک تجسم برای اعضا توضیح و سپس نقش طرح‌واره‌های معنوی (یکناپرستی، پذیرش و رضایت به مقدرات الهی، توکل، باور به معاد) در وظایف زناشویی برای شرکت کنندگان شرح داده شد. آنان به تمرین واری بدن، تمرکز بر تنفس و مرور ذهنی پرداختند و دوباره توجه و آگاهی خود را به محیط اطراف معطوف کردند. همچنین با هفت عامل بنیادین ذهن آگاهی (قضاوت نکردن، شکیبایی کردن، ذهن آغازگر، اعتماد، پذیرش، تقلا نکردن، آزاد کردن) آشنا شدند و پس از پایان تمرین، شرکت کنندگان حالات جسمانی، احساسی و فکری خود را توصیف کردند با توجه به بخش‌های این جلسه تکلیفی به اعضای گروه داده و قرار شد، زمانی از روز را که برایشان مناسب است تنها باشند و در آرامش چشم‌هایشان را ببندند و سه یا چهار نفس عمیق بکشند و بر روی تنفسشان تمرکز و سپس هوای وارد شده به درون را رها کنند و به تمام افکار و احساسات خود آگاهی یابند.
سوم	هدف آشنایی با خدا و ارتباط ما با خالق و یکدیگر	در این جلسه افراد شرکت کننده با یادگیری شیوه‌هایی که بتوانند ویژگی‌های معنوی و انسانی را در زندگی روزانه به کار بگیرند آشنا شدند؛ سپس هر یک از افراد شرکت کننده تعارضات زناشویی خود را بیان کردند و به شناسایی تعارضات و نقشی که خود در به هم زدن رابطه زناشویی دارند و اینکه چطور می‌توانند بر مشکلات خود غلبه کنند، به بحث و چالش پرداختند. هر فرد حضور خود را در محضر خداوند مجسم کرده (این حضور می‌تواند تجسم بودن در یک مکان مذهبی و یا تصور فرد از خلوت کردن با خدا باشد) و درباره احساسات آن با دیگران صحبت کردند. سپس از افراد شرکت کننده خواسته شد تا تجسم کنند در انجام اعمال و رفتار خود با همسر، خداوند آن‌ها را می‌بیند سپس احساس و فکر خود را بیان کردند و به مواردی که آثار ایمان به خدا می‌تواند در حل زناشویی به آن‌ها کمک کند، اشاره کردند. فهرستی از آثاری که ایمان به خدا و توکل در حل مشکلات زناشویی دارد، تهیه شد و به آیات مرتبط با آن مانند، انفال، ۲؛ رعد، ۳۰؛ زمر، ۳۶ و ۳۸ پرداخته شد. سپس از آن‌ها خواسته شد در هنگام تعارض زناشویی با توجه به یادگیری مهارت‌های ذهن آگاهی به تمام افکار و احساسات خود آگاهی یابند، ولی چگونگی برخورد خود را بر مبنای مهارت‌های ذهن آگاهی مانند پذیرش و اجازه حضور دادن به تجربه، دقیقاً همان‌طوری که هست و قضاوت نکردن (فرایندی که با روح پذیرش نسبت به آنچه رخ می‌دهد همراه است) تجربه کنند؛ همچنین آیات پذیرش (تغابین، آیه ۱۱؛ کهف، ۳۹؛ اسراء، ۲۰) بیان و پیشنهاد شد پیش از خواب آیات مطرح شده را مرور کنند.
چهارم	هدف آشنایی با پیامبران «وَالْمُؤْمِنُونَ كُلٌّ آمَنَ بِاللَّهِ وَ مَلَائِكَتِهِ وَ كُتُبِهِ وَ رُسُلِهِ لَا نَفَرَقَ بَيْنَ أَحَدٍ مِنْ رُسُلِهِ» (بقره، ۲۸۵) توسل و بایدها و نبایدهای الهی در زندگی زناشویی انجام تمرین‌های ذهن آگاهی و ذکر	به آثار مثبت استفاده از اصل همانندسازی و تقلید از الگوهای شایسته در هنگام حل مشکلات پرداخته شد و هر یک از اعضا، نمونه عینی رفتاری از زندگی پیامبران را در روابط با اعضای خانواده (خصوصاً همسر) بیان کردند سپس در مورد فهرستی که اعضا تهیه کرده بودند، بحث شد و در مانگر آن‌ها را کامل کرد. در همین راستا بایدها و نبایدهای الهی در زندگی زناشویی به بحث گذاشته شد و هر یک از شرکت کنندگان به تأثیراتی که بایدها و نبایدهای الهی در زندگی زناشویی آن‌ها دارد، اشاره کردند و نیز به آیات مرتبط با آن مانند، انعام، ۱۶۲؛ حدید، ۴؛ ق، ۱۶ پرداخته شد. سپس از افراد شرکت کننده خواسته شد روزانه تا جلسه بعد دست‌کم هشت مورد از تمامی بایدهای الهی را که در زندگی زناشویی آن‌ها مؤثر است، مستقل از اعمال همسر اجرا و ثبت کنند؛ همچنین از افراد شرکت کننده خواسته شد تا مستقل از اعمال همسر حداقل هشت مورد از تمامی نبایدها را اجتناب و ثبت کنند و بکوشند برای انجام وظایف در خانواده نیت الهی داشته باشند و تنها رضای خداوند را در نظر بگیرند و در مواقع تنیدگی، اذکار آرامش‌بخش و مورد علاقه خود را زمزمه کنند.
پنجم	هدف آشنایی با امامان معرفت، زیارت، تأثیر محبت	درباره حضور امامان بحث و تبادل نظر شد و در مورد اینکه چهارده معصوم چگونه به ما انسان‌ها کمک کردند و خواهند کرد تا با استعانت از کلام و رفتارشان به جایگاه والای انسانی و معنوی دست یابیم، بحث شد. همچنین به تأثیر حضور در مساجد، مکان‌های مقدس، دعا و... پرداخته شد و نیز در مورد آیات مرتبط با آن غافر، ۶۰، بقره، ۱۸۶؛ فرقان، ۷۷ بحث و گفتگو شد. همچنین مهارت ذهن آگاهی

و اطاعت از امامان در زندگی زناشویی	آزاد کردن را در جلسه درمان تمرین کردند. سپس از آنان خواسته شد تا پس از حضور در این اماکن به محاسبه و مراقبه اعمال و رفتار خود بپردازند.
ششم هدف بخشش و آمرزش، عفو و صفح و غفران	برای افراد شرکت کننده تفاوت عفو و صفح و غفران بیان شد. سپس در رابطه با عفو و گذشت و آثار آن به اعضای گروه آموزش و از آن‌ها نظرخواهی شد و در رابطه با مدارا در حل مشکلات به افراد شرکت کننده آموزش داده شد. همچنین آنان در این جلسه با رحمت الهی آشنا شدند. بنابر روایات، رحمت الهی شامل کسانی می‌شود که به انسان‌های دیگر رحمت دارند و بنابراین از افراد شرکت کننده خواسته می‌شود تا در جلسه و بیرون از آن بخشندگی را تجربه کنند تا مشمول رحمت الهی شوند همچنین مهارت‌های ذهن آغازگر و تقلا نکردن را در جلسه درمان تمرین کردند. سپس از افراد شرکت کننده خواسته شد روزانه تا جلسه بعد دست کم سه مورد از رفتارهای همسر خود را مورد عفو و صفح و غفران نمایند و آن‌ها را ثبت کنند
هفتم هدف آشنایی با سرای، دیگر شتاب نکردن در پاداش (صبر)، به تأخیر انداختن انتظار پاداش، مراقبت، سبقت در عمل	پاداش‌ها و نعمت‌های اخروی که در ازای انجام وظایف خانوادگی و زناشویی به افراد داده می‌شود، بیان شد. همچنین به یادآوری عواقب بد تعدی به حقوق دیگران و انجام ندادن مسئولیت‌ها پرداخته شد و از افراد شرکت کننده خواسته شد تا در انجام تمامی اعمال و رفتار خود در همه حالات و اوقات پروردگار جهان را پیوسته ناظر خود ببینند و مهارت‌های شکیبایی و اعتماد را در جلسه درمان تمرین کردند. سپس از افراد شرکت کننده خواسته شد تا در بروز مشکلات روزانه، موقعیت‌هایی را که می‌توانند با آموزش‌های مطرح‌شده، حل و فصل نمایند؛ ثبت کنند.
هشتم هدف تحکیم یادگیری، بازنگری تجربه گروهی و ارائه و دریافت پسخوراند	در این جلسه با مروری بر مهارت‌هایی که در جلسات گذشته کسب شده بود؛ هر یک از شرکت کنندگان مداخلات درمانی را که تجربه کرده و آن‌ها را به کار بسته است، برای دیگران بیان می‌کند. شرکت کنندگان با ارائه و دریافت پسخوراند از اعضای دیگر هر یک از راه تمرینات عملی که دو به دو باهم دارند، آموخته‌های خود را کامل می‌کنند. این جلسه هم با توضیح کلی در مورد فرایند جلسات از ابتدا تا انتها و مرور کلی به پایان رسید و پس از آن از اعضای گروه پس‌آزمون گرفته و قرار شد که آنان جلسات پیگیری هم برگزار کنند.

جدول ۲. جلسات مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار (۲۶)

گام‌های درمان	شماره جلسه	هدف	موارد مطرح شده	تکلیف
	اول	آشنایی کلی با زوج. معرفی درمانگر. بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در دوره. ارائه تعریف مفاهیم زوج درمانی هیجان مدار، دلزدگی زناشویی، انتظارات زناشویی زوجین	بررسی نظرات افراد در مورد مفاهیم مورد نظر. کشف تعاملات مشکل دار. ارزیابی شیوه برخورد آن‌ها با مشکلات. کشف موانع دل‌بستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی. سنجش وضعیت‌دلزدگی زناشویی و انتظارات زناشویی	توجه به (نشاط، لذت، سرحالی، خوشحالی و...) و حالات ناخوشایند(خشم، تنفر، غمگینی، حسادت واضطراب)
گام اول شناسایی	دوم	ارزیابی میزان تعهد نسبت به ازدواج	پس از شروع جلسه از زوجین خواسته شد چند دقیقه ای به گونه مجزا حضور یابند. مباحث شامل کشف اطلاعاتی که در حضور همسر امکان پذیر نیست مانند، روابط فرازناشویی، ترومای دل‌بستگی شخصی قبلی که در روابط فعلی تأثیرگذار است ،ارزیابی میزان ترس آن‌ها از افشای رازها بود.	توجه به چرخه تعاملات روزمره یکدیگر
	سوم	تعیین الگوهای تعامل	کشف نایمی دل‌بستگی و ترس‌های هر کدام از زوجین- کمک به بازتر بودن و خود افشایی زوجین -ادامه پیوستگی درمان	شناسایی دقیق هیجان، عواطف و احساسات خالص
گام دوم تغییر	چهارم	بازسازی پیوند زوجین	روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی- گسترش تجربه هیجانی هر کدام از زوجین در رابطه و	ابراز هیجان‌ات و عواطف

خالص (بدون حاشیه)	پدیداری عناصر جدید در تجربه- هماهنگ کردن تشخیص درمانگر با مراجع- پذیرش چرخه منفی توسط زوجین- بررسی و تجدید نظر کردن روابط		
ابراز هیجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه)	افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی- عمق بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی- بهبود وضعیت تعاملی	عمق بخشیدن به درگیری عاطفی زوجین بر مبنای دلبستگی	پنجم
تعیین ترس های زیر بنایی و خواسته و آرزوها	تعیین تناسب چارچوب بندی درمانگر با تجربه زوجین- عمق بخشیدن با درگیری زوجین- پذیرش بیشتر زوجین از تجربه خود- ارتقاء روش های جدید تعاملی تمرکز روی خود نه دیگری	گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران	ششم
مشخص کردن نقاط ضعف و قوت تمرین روابط	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها- درگیری بیشتر زوج با یکدیگر- روشن سازی خواسته ها و آرزوهای زوجین	فعال سازی	هفتم
کشف راه حل های جدید برای بحث ها و مشکلات قدیمی.	بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و نیز رابطه، تغییر تعاملات غلبه بر موانع واکنش مثبت	یافتن راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی	هشتم
اجرای تکنیک ها در محیط روزمره	درگیری صمیمانه زوج، ماندن بر خط درمان و خارج نشدن از آن، هماهنگی وضعیت های جدیدی که زوج ایجاد کرده اند، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی، ایجاد دلبستگی ایمن، ساختن یک داستان شاد از رابطه	استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه	نهم
	حفظ تغییر تعاملات در آینده- تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون- حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آن ها- اجرای پس آزمون ها	جمع بندی و اجرای پس آزمون	دهم

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار spss24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر) انجام پذیرفت.

در این بخش میانگین و انحراف معیار نمرات تاب آوری و خودکنترلی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایش و گروه کنترل گزارش می شود.

یافته ها

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تاب آوری به تفکیک مرحله سنجش در گروه ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره معنوی- اسلامی	تاب آوری	میانگین	۷۵.۵۱	۶۳.۵۸	۱۳.۵۹
درمان هیجان مدار	تاب آوری	میانگین	۷۵.۴۹	۵۵.۵۹	۵۰.۶۲
کنترل	تاب آوری	میانگین	۷۵.۵۰	۵۶.۰۹	۲۸.۰۷
ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره معنوی- اسلامی	خودکنترلی	میانگین	۰۰.۱۰۷	۲۵.۱۱۹	۵۰.۱۲۰
درمان هیجان مدار	خودکنترلی	میانگین	۵۰.۱۰۷	۰۹.۲۳	۵۶.۲۱
کنترل	خودکنترلی	میانگین	۵۰.۱۰۷	۰۴.۱۶	۰۴.۱۹
		انحراف معیار	۲۹.۱۸	۳۵.۱۹	۷۵.۲۰

از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنی ها و یک عامل بین آزمودنی ها) استفاده شد. مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه بندی آزمودنی ها در دو گروه به عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند. به منظور بررسی تفاوت معنی دار بین میانگین های تاب آوری و خودکنترلی در دو گروه در مراحل سه گانه درمانی، ابتدا مفروضه های همگنی واریانس ها و کرویت بررسی شد. نتایج در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

همچنان که ملاحظه می شود میانگین در دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می دهد. براساس نتایج مندرج در جدول ۳، می توان به این توصیف دست زد که ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره معنوی- اسلامی و درمان هیجان مدار باعث افزایش تاب آوری و خودکنترلی شده است. به منظور بررسی تاثیر روش درمان های ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی- اسلامی و درمان هیجان مدار بر نمرات تاب آوری و خودکنترلی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری،

جدول ۴. آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در گروه های درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی- اسلامی و

درمان هیجان مدار				
متغیرها شاخص	F	۱Df	۲Df	Sig
تاب آوری	۰.۲۰۲	۰۰.۱	۰۰.۳۰	۱۵.۰
خودکنترلی	۹۳.۰	۰۰.۱	۰۰.۳۰	۴۰.۰

آزمون کرویت مخلی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴-۶ ذکر گردیده است.

همان گونه که مشاهده می شود فرض تساوی واریانس ها برقرار است ($p < 0.05$). واریانس تفاوت بین همه ترکیب های مربوط به گروه ها (کرویت) باید یکسان باشد. برای بررسی این مفروضه از

جدول ۵. آزمون کرویت مخلی بررسی همگنی کوواریانس ها

متغیرها شاخص	Mauchly's W	df	Sig
تاب آوری	۳۰۵.	۲	۰۰۱.۰
خودکنترلی	۴۷۷.	۲	۰۰۱.۰

همان گونه که مشاهده می شود فرض کرویت برقرار نیست ($p > 0.05$). بر این اساس در آزمون فرضیه ها از معیار گرین هاوس گیزر^۱ استفاده می شود تا تقریب دقیق تری بدست آید و نتایج تحلیل واریانس درون گروهی با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه می گردد، خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات تاب آوری و خودکنترلی با معیار گرین هاوس گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایثار
تاب آوری	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۷۵.۱۸۴۹	۶۸.۱	۷۴.۱۱۰۲	۸۷.۳۱	۰۰۱.۰	۵۲.۰
	تعامل آزمون* گروه	۷۵.۱۱۵	۶۸.۱	۰۱.۶۹	۹۹.۱	۱۵.۰	۰۶.۰
	بین گروهی	۵۰.۱۳	۰۰.۱	۵۰.۱۳	۰۷.۰	۷۹.۰	۰۰.۰
خودکنترلی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۰۰.۵۶۷۹	۹۴.۱	۵۸.۲۹۲۴	۸۳.۱۳	۰۰۱.۰	۳۲.۰
	تعامل آزمون* گروه	۳۳.۲۶۴	۹۴.۱	۱۳.۱۳۶	۶۴.۰	۵۳.۰	۰۲.۰
	بین گروهی	۱۷.۶۲۰	۰۰.۱	۱۷.۶۲۰	۷۵.۰	۳۹.۰	۰۲.۰

¹ Greenhouse-Geisser

نتایج جدول ۴-۷ نشان می دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح $0/05$ برای هر شش مؤلفه معنادار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات تاب آوری و خودکنترلی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات مؤلفه های افزایش تاب آوری و خودکنترلی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین بین نمرات تاب آوری و خودکنترلی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، بطوری که نمرات تاب آوری و خودکنترلی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر معنی دار نداشته است.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی-اسلامی با درمان هیجان مدار بر تاب آوری و خود کنترلی زوج های دارای فرزند معلول انجام شد. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که بین اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره معنوی-اسلامی و درمان هیجان مدار (EFCT) بر افزایش میزان تاب آوری و خود کنترلی تفاوت معناداری وجود ندارد. همسو با این یافته در پژوهشی آبیاری و وفایی (۲۷) یک مقیاس مقابله مذهبی ایرانی مبتنی بر اسلام توسعه داده و اعتباریابی کرده اند. این مقیاس دارای سه عامل اصلی است (۱) مقابله های عاطفی مذهبی مانند خواندن قرآن احادیث توسل به خدا و توکل بر او، دعا توسل به ائمه، حضور قلب (۲) مقابله های شناختی مذهبی مانند تأثیر توکل به خدا، تأثیر ایمان به خدا بینش فرد نسبت به سختی ها و اعتقاد به مقتدرات الهی و (۳) مقابله های رفتاری مذهبی مانند صبر از دواج و صله رحم عمل صالح کسب تقوا، کف نفس و کظم غیظ. در مجموع شواهد متعددی نشان دهد که دعا می تواند تأثیر مثبتی بر سلامتی شخص داشته باشد. این شواهد هرچند محدودند ولی از نظر آماری معنادار هستند (۲۸). همانطور که وست می گوید دست کم ترغیب مراجعان مذهبی به دعا کردن بسیار مناسب است؛ زیرا این کار در واقع نوعی تکلیف منزل می باشد که مراجع آن را در فاصله جلسات درمانی انجام می دهد. گزارش های پراکنده درمانگران حاکی از آن است که اغلب مراجعان از این امر استقبال می کنند. در پژوهش حاضر نیز مراجعان علاوه بر شناسایی ادکار، مناجاتها و دعاهایی که برای آنان درمان بخش است ترغیب شدند. اسلام برای اجتماع و تنظیم روابط اجتماعی اهمیت زیادی قائل است و در تعالیم فراوانی برقراری پیوند با دیگران و آغازگری روابط را مورد تأکید قرار می دهد. کراهت تنهایی و خلوت، صله رحم، ارتباط با همسایگان انتخاب دوستان تقدم در سلام حضور در مجامع دینی عیادت بیماران برآوردن نیازهای نیازمندان، شرکت در مجالس شادی و عزای مؤمنان، نصیحت و ارشاد غافلان امر به معروف و نهی از منکر و ده ها آموزه دیگر همگی نشاندهنده

حضور و شرکت فعالانه یک دیندار در جامعه اسلامی است. از این رو مسلمان عامل به باورهای دینی در برقراری روابط اجتماعی، گرم و فعال و با نشاط است و برای ابلاغ حقایق دینی و گرفتن حق خود از جدیت و قاطعیت بالایی برخوردار است. با توجه به موارد فوق تصویری که در اسلام از فرد مؤمن ارائه می شود همسو با افزایش میزان تاب آوری، خود کنترلی و سازگاری است و بنابراین با فعال کردن بعد انگیزشی طرحواره ها و یادآوری آموزه های اسلامی برای افرادی که مشکلات خانوادگی مانند دارا بون فرزند دچار معلولیت دارند یک الگوی رفتاری در موقعیتهای اضطراب زا پیشنهاد می شود که باعث کم شدن اضطراب می گردد. پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی اسلامی با فعال کردن باورهایی مانند « خداوند همیشه با من است»، « کسی که پشتیبانی مانند خدا دارد از هیچ نیروی زمینی نمی ترسد.» « منبع آرامش در درون من است پس لزومی ندارد نگران ارزیابی دیگران باشم اگر دعاها و اذکاری را که به من آرامش می دهد با خود تکرار کنم نگرانی و شرم من از بین خواهد رفت. به مقابله با طرحواره های ایجاد کننده اضطراب می پردازد بنابراین هنگام فعال شدن طرحواره های اضطراب زا، آرامش و تسکین را برای فرد فراهم کرده و تاب آوری و خود کنترلی را افزایش می دهد. درمانگرانی که از دیدگاه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی - اسلامی استفاده می کنند، به هریک از زوجین کمک می کنند تا ظرفیت بالایی برای وابستگی، دلبستگی و تعهد در خود رشد دهند. همچنین نشان داد بین دو گروه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی و درمان هیجان مدار در سطح $0/05$ برای مؤلفه رضایت زناشویی معنادار است. این یافته با مطالعه فورد (۲۰۱۷)، شوچی (۲۰۱۹) و یوسفیان و اصغری پور (۲۰۱۳) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان چنین بیان نمود که پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی با فعال کردن باورهایی مانند: «خداوند همیشه با من است»، « کسی که پشتیبانی مانند خدا دارد از هیچ نیروی زمینی نمی ترسد»، «منبع آرامش در درون من است، پس لزومی ندارد نگران ارزیابی دیگران باشم» و «اگر دعاها و اذکاری را که به من آرامش می دهد با خود تکرار کنم نگرانی و شرم من از بین خواهد رفت» به مقابله با طرحواره های ایجاد کننده احساس بی ارزشی می پردازد. بنابراین هنگام فعال شدن طرحواره های اضطراب زا، آرامش و تسکین را برای فرد فراهم کرده و سازگاری زناشویی را افزایش می دهد. ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی می تواند به عنوان یک روش مقرون به صرفه در بهبود سازگاری زناشویی زوجین مد نظر قرار گیرد و باعث جلوگیری از تحمیل هزینه های اضافی بر خانواده شود. ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی نه تنها در بهبود کنترل عاطفی و سازگاری زناشویی موثر است، بلکه می تواند به عنوان یک راهکار پیشگیری قبل از گرفتار شدن فرد به دام مشکلات روانی مطرح شود؛ چرا که این آموزش همچون سپری است که آنها را در برابر ناملایمات زندگی دیگران محافظت می کند، بنابراین ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی می تواند در

های پویا تری را آغاز کنند. چنین به نظر می رسد که رویکرد هیجان محور با بهره گیری از فنون رویکردهای زوج درمانی دیگر نظیر رویکردهای زوج درمانی ساختاری (الحاق-انطباق-ردگیری چرخه-بازتعمیر)، مراجع محوری (اتحاد درمانی، خود افشایی، پذیر مثبت بدون قید و شرط، همدلی) گشتالت درمانی، راه حل محور (تقویت نقاط قوت ارتباطی-برجسته کردن قابلیت ها و توانمندی های فردی و غیره) و رویکردهای سیستمی و نظریه ی دلبستگی، به تقویت فعالیت ارتباطی زوج ها کمک می کند. رویکرد هیجان محور به علت ماهیت یکپارچه نگری خود با تقویت عوامل درون فردی و همچنین عوامل بین فردی کمک های شایانی در جهت تقویت چرخه تعاملی زوج ها و در نتیجه انتظارات زوج ها می کند. در رویکرد هیجان مدار زوجین یاد می گیرند که تاثیرات عوامل ناخودآگاه را بر روابط خویش درک کرده و با خود متمایز سازی، زندگی زناشویی خویش را از تاثیرات مخرب آن حفظ کنند. همچنین به بخشی از مشکلات ارتباطی که مربوط به سبک دلبستگی افراد می شود، آگاهی پیدا می کنند و با در نظر گرفتن اثرات آن بر سبک ارتباطی و رضایت شان از رابطه، به همدیگر در هرچه ایمن تر شدن دلبستگی شان کمک می کنند و برای تحقق این امر، از نحوه ی ارتباطی خود شروع می کنند. بدین صورت که زن یا مردی که معمولاً سبک ارتباطی متوقع را به کار می گیرند و احتمالاً دارای سبک دلبستگی دوسوگرا می باشند از این پس کمتر در رابطه از خود انرژی صرف می کنند و از سوی دیگر زن یا مردی که معمولاً نقش کناره گیر را داشته و او نیز احتمالاً دارای سبک دلبستگی اجتنابی می باشد، از این پس بیشتر در رابطه درگیر می شود تا بتواند در حین حفظ استقلال خویش، گامی برای صمیمیت و حل تعارضات و مشکلات رابطه بردارد و در واقع زوجین برای مدتی نقش هایشان را باهم عوض می کنند و با تمرین نقش جدید آن را به گنجینه رفتارهایشان اضافه می کنند. این موضوع می تواند پاسخی برای این معما باشد که چرا ما جذب افراد خاصی می شویم که ارتباط با آنها برای ما مشکل ساز خواهد بود. هدف نهائی تصویر سازی ارتباطی، آموزش به زوجهاست که چگونه ارتباطات صمیمانه را جستجو کنند و از آن لذت ببرند، روابطی که راهی به سوی وحدت و یکپارچگی باشد. از سویی در درمان هیجان فرض بر این است که میزان امنیت یا نا استواری رشته های دل بستگی میان همسران شالوده ی رضایت یا نارضایتی زناشویی را تشکیل می دهد. درست مانند دوران کودکی، در بزرگسالی نیز پاسخگو نبودن و در دسترس نبودن پیکره دلبستگی، تولید آشفتهگی زناشویی می کند و باعث عدم رضایت زناشویی می شود. از سویی درمان هیجان مدار پردازش مجدد تجارب و بازسازماندهی تعاملات را با هدف خلق دلبستگی ایمن و ایجاد احساسی سرشار از امنیت به انجام می رساند. در این راستا، تمرکز درمانی همواره بر مقولات مرتبط با دلبستگی-ایمنی، اعتماد و تماس- و البته عوامل بلوکه کننده ی آن خواهد بود. درمان هیجان مدار جهت آموزش مهارت های گفتگو به همسران اهمی نمی ورزد چرا که معتقد است تا وقتی زوجها به واسطه ی درگیری با هیجان زیر ساختار رفتاری شان به آشفتهگی دچارند، در بکارگیری این مهارت های ناتوان خواهند بود. به عبارت دیگر

پیشگیری، درمان و پیشگیری از عود مشکلات روانی زوجین مناسب و سودمند باشد و به بسیاری از مراجعان در مقابله با استرس های روزمره و اتخاذ تصمیمات صحیح در برابر عوامل استرس زا و فراگیری حل مناسب مشکلات و مسائل خویش یاری رساند. همچنین به زوج ها کمک می کنند تا با مرور گذشته فردی و خانوادگی، نسبت به تعارضات اولیه ی خود، آگاهی بیشتری پیدا کرده و به این طریق به یکدیگر کمک کنند. در مجموع جلسات درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی - اسلامی به زوجین کمک کرده که به جای فرار از حل تعارضات، به شکل سازنده و موثر با یکدیگر تعامل داشته باشند و حل مشکلات را به دست زمان نسپارند. زوجین به مرور زمان با انجام فعالیت های مشترک، وقت بیشتری را با یکدیگر گذرانده و با به کار گیری مکالمه ی آگاهانه در روابط شان، قادر خواهند شد که تعاملات توأم با محبت و صمیمیت بیشتری را با هم داشته باشند. همسو با این یافته، پژوهش های زیادی موثر بودن زوج درمانی هیجان مدار را نشان داده اند از جمله می توان به پژوهش جانسون و تالیمن اشاره کرد که نشان دادند زوج درمانی متمرکز بر هیجان به شکل معناداری باعث پیوند رابطه بین زوجینی که دارای درماندگی در روابط خود بوده اند، می شود. همچنین پژوهش مک کینن نشان داد پس از ۱۳ جلسه درمان هیجان مدار بر روی ۲۴ زوج که با آسیب دلبستگی ایمن روبرو بودند در پایان جلسات، آسیب دیدگی ۱۵ زوج از ۲۴ زوج به طور مشخص درمان شد و این زوجین پس از درمان سطوح بالاتری از موفقیت، رضایت زناشویی، عفو و گذشت را در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. همچنین محققین از رویکرد زوج درمانی هیجان مدار در جمعیت های خاص استفاده کردند از جمله پژوهش واکر و همکاران که از زوج درمانی هیجان مدار برای بهبود آشفتهگی زناشویی زوجین با فرزند بیمار مزمن استفاده کرد نشان داد این درمان توانایی زوجین را در حمایت از یکدیگر در مواجهه با هیجان شدید و در مواجهه با کودک بیمار تسهیل نمود. در تبیین این یافته ابتدا باید گفت رویکردهای جدید تجربه نگر، پرداختن به هیجانها را در اصول کاری شان قرار داده، هیجان را ماهیتاً سازگارانه در نظر می گیرند. بالی و نظریه پردازان هیجان معتقدند که هیجانها، نیازها و خواسته های ما را بر خودمان و دیگران آشکار و بهترین زمان برای عملکرد ضروری - بخصوص پاسخهای ارتباطی - را در اختیارمان قرار می دهند. نظریه پردازان اخیر تجربه نگر اشاره کرده اند که هیجانها قادرند به اقتضای محیط - که نیازها و اهداف را برآورده یا ناکام می سازد- قاب دهی شوند؛ این قاب دهی ها افراد را به سوی «طبقه بندی و تشخیص تجربه» هدایت کرده، «انتظارات و واکنشها را سازمان دهی» می کنند. درمانگر هیجان محور با کمک به زوج ها در شناسایی، بیان و بازسازی پاسخ های هیجانی در نکته های کلیدی تعاملات الگودار، به آن ها کمک می کند که به دنبال پاسخ های جدید برای یکدیگر بوده و چارچوب متفاوتی در مورد ماهیت مشکلاتشان پیدا کنند. پس از آن مراجعان می توانند گام های جدیدی در روابط تعاملی خود بردارند و چرخه های مشکل سازی مثل (تقاضا-عقب نشینی)، (حمله-دفاع)، (سرزنش گری-فرار) و غیره را قطع کرده و چرخه

4. Anderson, H. (2012). *a Spirituality for Family living*. In Walsh, F. *Spiritual Resource in Family therapy*. New York: Guilford Press
5. Dutch, M. S., & Ratanasiripong, P. (2017). Marriage family therapist's attitudes toward evidencebased treatments and readiness for change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(4), 540-547.
6. Williamson, H. C., Rogge, R. D., Cobb, R. J., Johnson, M. D., Lawrence, E., & Bradbury, T. N. (2015). Risk moderates the outcome of relationship education: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 617-629.
7. Kaya, M., & Yildiz, K. (2019). The Effect of Montessori Programme on the Motion and Visual Perception Skills of Trainable Mentally Retarded Individuals. *Journal of Education and Training Studies*, 7(2), 120-128.
8. Cheung, A. K., Chiu, T. Y., & Choi, S. Y. (2022). Couples' self-control and marital conflict: Does similarity, complementarity, or totality matter more?. *Social Science Research*, 102, 102638.
9. Baumeister, R. F., Wright, B. R., & Carreon, D. (2019). Self-control "in the wild": Experience sampling study of trait and state self-regulation. *Self and Identity*, 18(5), 494-528.
10. Ebrahimi Moghadam, Hossein and Vahedi, Seyyed Hamed. (2014). Investigating the effectiveness of emotional self-control training on psychophysiological disorders of nurses in Tehran. *Journal of Military Care Sciences*, 2(4), 213-206.
11. Masanabadi, Maryam; Heydari, Hassan; Mirmehdi, Seyed Reza and Al Yassin, Seyed Ali. (2014). Effectiveness of group counseling based on reality therapy on self-control and resilience of women with disabled children in Arak city, International Conference on Humanities,

درگیری های هیجانی، بقدری افراد را آسیب پذیر می کند که توانمندی ایشان در ارتباط با مهارت های احتمالاً فراگیری شده را نیز تحت الشعاع قرار می دهد. فرض بر این است که یک زوج تنها در صورتی قادرند مهارت های اکتسابی در مواردی همچون مذاکرات را در عمل پیاده کنند که قبلاً به خلق رشته های ایمنی دل بستگی و آویختن آن به پیکرده های ارتباطشان توفیق یافته باشند. در حقیقت بافتاری که از ارتعاشات و ناپیمنی های مربوط به دل بستگی های دیرین عاری باشد، به سادگی قابلیت بارور ساختن چنین مهارت هایی را در خود خواهد داشت.

در طول جلسات نوع همکاری و رغبت زوج ها در امر درمان کاملاً با یکدیگر یکسان نبود که این تفاوت های فردی در آزمودنی ها به عنوان یکی از محدودیت های پژوهش می باشد. در این پژوهش فقط از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات استفاده کرد و به دلیل محدودیت های اجرایی از مصاحبه برای گردآوری داده های پژوهش استفاده نشد. پیشنهاد می گردد پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی به عنوان یک رویکرد درمانی تلفیقی و منطبق بر زمینه فرهنگی مذهبی جامعه ایران، به طور معناداری در بهبود و افزایش تاب آوری و خود کنترلی تأثیرگذار است. بنابراین استفاده از این رویکرد به روان شناسان، مشاوران و متخصصان در امر خانواده سفارش می شود.

References

1. Nurhidayah, R., & Zuhara, N. (2021). The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Psychological Well-Being in Moms of Mental Retarded Children at SLB C Dharma Wanita Pare Kediri. *Journal for Quality in Public Health*, 4(2), 295-300.
2. Paroza, Z., Purwaningsih, E., Marjianto, A., & Edi, I. S. (2022, October). The Relationship of Mother's Parenting Patterns in Maintenance of Dental and Oral Health with Caries Numbers (Study on mentally retarded students at the Central Surabaya Special School in 2022). In *International Conference on Dental and Oral Health (Vol. 2, No. 1, pp. 55-58)*.
3. Arya, A., Verma, S., Roy, D., Gupta, P., & Jawaid, F. (2019). A study of burden of care among mothers of mentally retarded children and adolescents attending child and adolescent psychiatry OPD in a tertiary care center in North India. *DELHI Psychiatri Sociology*, 22(2), 238.

- marital satisfaction and resilience. *Sex Roles*, 82(1), 44-52
20. Javidi, Nasiruddin. (2012). The effectiveness of emotion-oriented couple therapy (EFT) on improving marital satisfaction of couples and controlling family behavior, two quarterly journals of applied counseling, 2, 65-87.
21. Johnson, C. R. (2012). Matrix analysis. Cambridge university press.
22. Margolin, A., Beitel, M., Schuman-Olivier, Z., & Avants, S. K. (2006). A controlled study of a spirituality-focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. *AIDS Education and Prevention*, 18(4), 311
23. Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study
24. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future
25. Young, Jeffrey. (2012). Cognitive therapy of personality disorders: a schema-based approach. Translated by Sahibi, Ali and Hamidpour, Hassan. Tehran: Arjamand Publishing, Aghaar.
26. Johnson, S. M., & Talitman, E. (1999). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of marital and family therapy*, 23(2), 135-152
27. Irrigation, Mohsen and Wafaei, Maryam. (1383). The nature and structure of the concept of confrontation in Iranian culture. *Journal of Humanities Methodology*, 41 (1), 3-15.
28. Richards, P. S., Weinberger-Litman, S. L., Susov, S., & Berrett, M. E. (2013). Religiousness and spirituality in the etiology and treatment of eating disorders. *Psychology and Social Sciences*, Tehran, Institute of Ide Pardaz Managers, capital of Ilia.
12. Parandin, S. (2020). The effectiveness of mindfulness training on emotional self-regulation, enduring anxiety disorder and moral resilience, resolving marital conflicts in couples with compatibility problems in Kermanshah. *Scientific Journal of Social Psychology*, 8(56), 57-72.
13. Son, D. M., & Ham, O. K. (2020). Influence of group resilience on job satisfaction among Korean nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17-18), 3473-3481.
14. Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American behavioral scientist*, 34(4), 416-430.
15. Masruroh, N. L. (2022). Strengthening Resilience of Family Caregiving for the Elderly through Religious Coping Approach: From Philosophy to Gerontological Family Nursing Practice.
16. Haq Ranjbar, Farrokh; Kakavand, Alireza; Barjali, Ahmed and Bermas, Hamed. (1390). Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children. *Journal of Health and Psychology*, 1(1), 177-187.
17. Hyman, I. (2008). The impact of migration on marital relationships: A study of Ethiopian immigrants in Toronto. *Journal of Comparative Family Studies*, 39(2), 149-163
18. Blair, L. A. (2021). Marital Coping and Resilience in Couples with One Partner with a Common Variable Immune Deficiency Diagnosis (Doctoral dissertation, Northcentral University.)
19. Li, X., Ye, L., Tian, L., Huo, Y., & Zhou, M. (2020). Infertility-Related stress and life satisfaction among Chinese infertile women: a moderated mediation model of