

مقاله اصلی

اثربخشی بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی در درمان تعارضات زناشویی زنان متأهل

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۸

خلاصه

مقدمه: با توجه به افزایش آمارهای رو به رشد طلاق، ضرورت به‌کارگیری روش‌هایی در جهت کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل به عنوان بخشی مهم از جامعه را در این زمینه آشکار می‌نماید. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه تدوین شده مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی در درمان تعارضات زناشویی زنان متأهل شهر اصفهان انجام شد.

روش کار: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان متأهل با دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال بود، که به علت تعارضات زناشویی خویش در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ در فاصله زمانی ۳ ماه به مراکز و کلینیک‌های مشاوره شهر اصفهان مراجعه نمودند. حجم نمونه ۳۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، با نمونه‌گیری در دسترس به صورت هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی به گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش، بسته آموزشی محقق ساخته براساس تکنیک تحلیل محتوای را در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. ابزار پژوهش، پرسشنامه تعارضات زناشویی براتی و ثنایی (۱۳۷۹) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد، بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی، بر کاهش تعارضات زناشویی و زیرمقیاس‌های آن (کاهش همکاری، رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود و جدا کردن امور مالی از یکدیگر) در زنان متأهل گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تأثیر معناداری داشت ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد، که بسته تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی، در جهت بهبود روابط و کاهش میزان تعارضات زناشویی زنان متأهل، می‌تواند مفید باشد.

کلمات کلیدی

معنادرمانی، شفقت‌درمانی، تعارضات زناشویی، زنان متأهل
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

نسرين خدادادی چمگردانی^۱
سیدعلیرضا افشانی^{۲*}
یاسر رضاپور میرصالح^۳
سعید وزیری یزدی^۴

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

^۲ استاد، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

^۳ دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

^۴ استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

Email: khodadadikh7@gmail.com

مقدمه

خانواده، کوچکترین واحد اجتماعی و از ارکان اصلی جامعه محسوب می‌شود (۱) و برای داشتن یک خانواده سالم، اعضای خانواده باید از سلامت روانی و روابط بین فردی مطلوبی برخوردار باشند (۲). برای اینکه خانواده بتواند، کارکردهای اصلی خود را به خوبی ایفا کند، لازم است، امنیت و آرامش در آن وجود داشته باشد، اما زمانی که این ویژگی‌های مثبت در زندگی زناشویی دیده نمی‌شود، احتمال افزایش تعارض زناشویی وجود خواهد داشت (۳). تعارضات زناشویی^۱ ناگوارترین شکل تعارض در خانواده به حساب می‌آید (۴).

تعارض‌های زناشویی نوعی کشمکش بر سر تصاحب پایگاه‌ها و منابع قدرت است و با حذف امتیازات دیگری و افزایش امتیازات خود بروز می‌کند (۵). تعارض در زندگی زناشویی زمانی اتفاق می‌افتد، که عدم توافق، ناسازگاری و یا تفاوتی بین زوجین وجود داشته باشد. نحوه کنترل اختلافات زوجین نه تنها پویایی رابطه زناشویی بلکه کل سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶). هم‌چنین می‌توان تعارض‌های زناشویی را حاصل از اختلاف نظر زوجین در زمینه اهداف شخصی، انگیزه‌ها، ارزش‌ها و یا اولویت‌های آن‌ها دانست (۷). تعارضات نه تنها نظام خانواده را متزلزل می‌کند، بلکه رشد عاطفی و اجتماعی زوجین را نیز با مشکل مواجه خواهد کرد (۸). همین امر مشکلات ارتباطی زیادی برای زوجین و احتمال افزایش تعارض را ایجاد می‌کند، که این تعارضات ایمنی کل خانواده را به خطر و منجر به فروپاشی نهاد خانواده می‌شود (۹). از این رو همیشه مورد توجه متخصصان و درمانگران بوده و پژوهش‌های متعددی درباره آن نیز انجام شده است (۱۰؛ ۱۱؛ ۱۲). مشکلات مربوط به زوج‌ها و خانواده‌ها تقریباً نیمی از همه مراجعات به مراکز روان‌درمانی را شامل می‌شوند (۱۳). پژوهش داچ و راتاناسیرینگ^۲ (۲۰۱۷) (۱۴) نشان داده است، که بخش

عمده‌ای از ازدواج‌ها با مشکلات و کژکاری فراوان مواجه هستند. بنابراین جهت افزایش رضایت از زندگی و کاهش تعارضات زناشویی و آسیب‌های ناشی از آن انجام مداخلات روان‌شناختی لازم و ضروری می‌باشد.

تحقیقات نشان داده‌اند، که رویکردهای مشاوره‌ای متعددی بر کاهش تعارضات زناشویی مؤثر بودند، نظیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار (بیسلی و آگر^۳، ۲۰۱۹) (۱۵)، خانواده‌درمانی ساختاری و درمان دیالکتیک (فینی و تادروس^۴، ۲۰۱۹) (۱۶)، واقعیت‌درمانی، اثربخشی زوج‌درمانی با مدل EIS (۹)، روایت‌درمانی (بیسلی و آگر^۳، ۲۰۲۳) (۱۵)، اثربخشی درمان مبتنی بر فراهیجان و ایماگوترابی (۲)، فراتشخیصی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری، طرحواره‌درمانی و معنادرمانی (۱۷)، زوج‌درمانی شناختی رفتاری و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی، هم‌چنین رویکردهای مبتنی بر موج سوم هم‌چون درمان پذیرش و تعهد (۱۸، ۱۹) است.

در کنار مداخلات انجام شده معنادرمانی^۵، از درمان‌هایی که اخیراً در کاهش تعارضات زناشویی مورد توجه روانشناسان و مشاوران قرار گرفته است (۲۰). وجود معنا، از جمله عواملی که تأثیر مثبتی بر تعارض و رضایت زناشویی دارد. گاهی خود پیوند زناشویی، دستاویزی برای ساختن معناست. می‌توان گفت، که معنادرمانی برای آسیب‌های گوناگون، منشأ یگانه‌ای قائل است و آن نبود معنا در زندگی است که قابل تعمیم به خانواده و زندگی زناشویی نیز می‌باشد (۲۱). معنادرمانی رویکردی فلسفی درباره مردم و وجود آن‌هاست، که به مضامین و موضوعات مهم زندگی مانند معنای رنج، خلاء وجودی، مرگ و زندگی، آزادی و مسولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران، معنایابی و کنار آمدن با بی‌معنایی می‌پردازد (۱۷). هیچکس و هیچ چیز نمی‌تواند به زندگی فرد احساس معنا و منظور دهد؛ بلکه خود فرد نقش بیشتری را ایفا می‌کند. این رویکرد بر مرگ، آزادی، بی‌معنایی و تنهایی که

4. Finney, & Tadros

5. Beasley & Ager

6. logotherapy

1. Marital Conflict

2. Dutch & Ratanasiripong

3. Beasley & Ager

چهار علاقه مهم انسان هستند و در هستی انسان ریشه دارند، تأکید می‌کند. از طرفی آموزش گروهی معادرمانی بر ماندن فرد در زمان حال و تجربه حال و اکنون تأکید دارد، که خود تجربه ارزشمندی برای فرد است؛ این معنا و هدفمندی و مسئولیت‌پذیری در زندگی می‌تواند زمینه افزایش خودمهورزی و بی‌آلایشی زناشویی و کاهش دزدگی زناشویی را ایجاد کند (۲۲). این رویکرد انسان را او می‌دارد، آن سوی مشکلات و وقایع روزمره را ببیند. از نظر فرانکل یکی از ریشه‌های آسیب پذیر بودن افراد، بی‌معنایی و بی‌هدفی آن‌هاست. جستجوی معنا و هدف چیزی است، که رسیدن به آن سبب کمال و شکوفایی شخصیت آدمی می‌شود و اختلالات روانی را از بین می‌برد (۲۳). پژوهش‌هایی متعددی تأثیر مثبت معادرمانی بر ابعاد زندگی زناشویی را نشان می‌دهد (۲۴؛ ۲۵).

یکی دیگر از رویکردهای امید بخش در حیطه فردی و زوجی به ویژه برای روابط آشفته و متزلزل که اخیراً مورد توجه روز افزون قرار گرفته درمان مبتنی بر شفقت (۲۶) است. در این راستا فهم دانش و همکاران (۱۴۰۰) (۲۷) در پژوهش خود به «شفقت به خود»^۱ به عنوان پیش‌بینی کننده‌های اصلی رضایت زناشویی اشاره کرده‌اند. شفقت به خود یک رویکرد مهربانانه با خود است که نقش پررنگی در حل تعارضات، مواجهه با رویدادهای غیرقابل کنترل زندگی، ناکامی‌ها و شکست‌ها ایفا می‌کند (۲۸). شفقت به خود شامل در تماس بودن و پذیرا بودن رنج خود، اجتناب نکردن از آن، ایجاد تمایل برای کاهش رنج خود و برخورد مهربانانه با خود است (۲۹). «درمان متمرکز بر شفقت»^۲ توسط گیلبرت^۳ (۲۰۰۹) (۳۰)، ارائه شده است. گیلبرت در سال (۲۰۰۵) (۳۱) جلسات درمانی خود از سازه درمان مبتنی بر شفقت استفاده نمود و این درمان که می‌تواند به عنوان درمان اصلی و حتی درمانی مکمل باشد را پایه‌ریزی نمود و در نهایت نظریه درمان مبتنی بر شفقت را مطرح کرد (۳۲).

درمان متمرکز بر شفقت با سه مولفه این گونه تعریف می‌شود: مهربان بودن و درک فرد نسبت به خود در شرایط درد و رنج و شکست به جای خود انتقادگری سخت گیرانه، اشتراک‌های انسانی به جای انزوا و ذهن‌آگاهی به جای همانند سازی افراطی (۳۳). این رویکرد درمانی به طور ویژه برای افرادی که سطوح بالایی از شرم و خود انتقادگری دارند توصیه می‌گردد و عنوان می‌کند، گذشته‌ای که فرد از خود به یاد دارد موجب می‌شود تا فرد بخاطر احساس شرم و گناه رابطه گرمی با خود نداشته باشد. درمان متمرکز بر شفقت با ایجاد امنیت و تسکین در افراد، منجر به خود تسکینی و پرورش ذهن مشفق نسبت به خود می‌گردد. ایجاد گرمی یا پذیرا بودن نسبت به خود و دیگران نیازمند آن است، تا فرد با ذهن آگاهی، قضاوت‌گزننده درباره خود و دیگران را کنار بگذارد با شیوه تفکر مشفقانه که استدلال و فهم شاخصه آن است، مکانیسم تسکین را فرابخواند و منجر به التیام و کاهش رنج خود و دیگری شود (۳۴). در پژوهش‌های متعدد مورد تأیید بوده است که شفقت به خود نقش مؤثری در کیفیت روابط نزدیک و عاشقانه دارد (۳۵). پیشینه پژوهشی هم‌چون مستأجران و همکاران (۱۴۰۰) (۳۶) نشان داد، که درمان یکپارچه شده مبتنی بر شفقت و هیجان، منجر به تنظیم هیجان در یک بستر معنایی شده و کاهش تعارضات زناشویی را در پی داشته است.

افزایش روزافزون تعارضات زناشویی در دنیای معاصر و خطر بروز جدایی و اثر منفی آن بر سلامت روانی زوجین و فرزندان آنان، موجب شده است تا درمانگران نظریه‌ها و طرح‌هایی را برای کمک به زوجین دچار تعارض ارائه دهند. از این رو، برای اصلاح و بهبود الگوهای ارتباطی و به مراتب کاهش تعارضات زناشویی زوجین اثربخشی رویکردهای درمانی متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. در این میان نقش زنان در خانواده به واسطه داشتن نقش چندگانه خود به عنوان مادر و همسر از اهمیتی اساسی برخوردار است و این

3. Gilbert

¹self-compassion

² Compassion focused Therapy

تعارضات زناشویی، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی (محقق ساخته) در درمان تعارضات زناشویی زنان متأهل شهر اصفهان اثربخش است؟

روش کار

در این پژوهش یک طرح نیمه‌آزمایشی به صورت پیش-آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل، در قالب یک برنامه تدوین شده مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی، به اجرا گذاشته شد. در این طرح، یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت مجزا وجود داشت. متغیرهای پژوهش شامل یک متغیر مستقل (بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی) و یک متغیر وابسته (تعارضات زناشویی) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان متأهل دارای تعارضات زناشویی (در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲)، که جهت دریافت خدمات مشاوره‌ای به مراکز کلینیک‌های مشاوره‌ای شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند، بودند. بدین منظور جهت نمونه‌گیری در تعدادی از مراکز مشاوره اطلاعیه شرکت در پژوهش نصب گردید. در ابتدا پرسشنامه (تعارضات زناشویی) به صورت انفرادی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس با توجه به هدف مطالعه، از بین زنان متأهل دارای تعارضات زناشویی و با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه تعداد ۳۰ نفر، بر اساس حداقل تعداد نمونه تأیید شده طرح‌های نیمه‌آزمایشی مبنی بر ۱۵ نفر در هر گروه، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و نهایتاً با استفاده از کدهای عددی مشخص و سپس بر اساس کدها به صورت یکی در میان و با رعایت موازین اخلاقی پژوهش و منطق آموزشی ۱۵ نفر از آنها به طور تصادفی در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ زنان متأهل با دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ ساله، عدم شرکت در مداخلات مشابه، کسب نمره بالاتر از ۱۱۱ (نقطه برش) بر اساس پرسشنامه تعارضات زناشویی، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی و داشتن زندگی مشترک در زمان اجرای پژوهش در یک خانه و رضایت شرکت در تحقیق و

موجب می‌شود تا زنان به‌عنوان ارکان اصلی هر خانواده‌ای شناخته شوند (۳۷). از این رو، به نظر می‌رسد، که زنان بیشتر تحت تاثیر زمینه‌ای مخرب رابطه نظیر نارضایتی زناشویی و انواع تعارضات زناشویی قرار دارند (۳۸).

در همین راستا باید اشاره داشت، با توجه به وجود مسائل و مشکلات عدیده در ساختار خانواده و پیچیدگی روابط، به نظر می‌رسد، درمان‌های مبتنی بر یک رویکرد خاص به تنهایی پاسخ‌گویی حل مشکلات در بستر خانواده و پیچیدگی‌های آن نیست و همین امر سبب شده تا درمانگران به سمت تلفیق روش‌های درمانی و ارائه راه‌کارهای منسجم برای حل مسائل مرتبط با خانواده باشند (۳۹). به همین منظور در این پژوهش تلفیق دو درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی برای کاهش تعارضات زناشویی زنان متعارض به چند منظور مدنظر قرار گرفت؛ به اعتقاد فرانکل، یکی از راه‌های تحقق معنای زندگی، تحمل درد و رنج و سختی‌های زندگی است. از آنجا که معنای زندگی رنج، محرومیت و مرگ را نیز فرا می‌گیرد، در واقع همین لحظات سخت و دشوار، ارزش درونی هر انسان را محک زده و زمینه‌ای مخرب رابطه نظیر نارضایتی زناشویی ایجاد می‌شود که به طور طبیعی غم و اندوه را به دنبال دارد (۴۰). در درمان متمرکز بر شفقت، هدف نهایی، کسب صفاتی است که انسان را نسبت به درد و رنج خود و دیگران حساس کند و همچنین مهارت‌هایی را در خود پرورش دهد تا بتواند برای رفع این درد و رنج آنان را به کار گیرد (۴۱). بر همین اساس می‌توان اثرگذاری درمان مبتنی بر شفقت را بر تحمل درد و رنج و تقویت معنای زندگی تصور کرد. در واقع، پرورش شفقت به خود، شفقت به دیگران و پذیرش شفقت از سوی دیگران می‌تواند، پناهگاه روان‌شناختی و معنوی امن را به وجود آورد که در نتیجه آن افراد به طور مؤثری با پیشامدهای آسیب‌زای زندگی روبه‌رو شوند و بتوانند به میزان معناداری یا وجود معنا در زندگی خویش پی ببرند (۴۲).

در زمینه اثربخشی تلفیق درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی، پژوهش داخلی و خارجی مستقیمی یافت نشد، بنابراین با توجه به آنچه گفته شد و با توجه به اهمیت موضوع

تشکیل می‌دهند، نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت «همیشه، اکثراً، گاهی، به ندرت، هرگز» بیان می‌شوند که به تناسب ۵ تا ۱ امتیاز بندی شده است. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ است. حداکثر نمره هر خرده مقیاس مساوی با تعداد پرسش‌های آن خرده مقیاس ضربدر ۵ است. در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر است (ثنایی، ۱۳۸۹). گزینه‌ها به صورت لیکرت «همیشه، اکثراً، گاهی، به ندرت، هرگز» بیان می‌شوند که به تناسب ۵ تا ۱ نمره به آن‌ها اختصاص داده شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای هفت خرده مقیاس آن از ۰/۶۰ (کاهش رابطه جنسی) تا ۰/۸۱ (کاهش رابطه با خانواده همسر) متغیر بوده است. روایی پیش‌بینی آن برای پیش‌بینی بیمارهای روان تنی تأیید شده از جمله پیش‌بینی سردرد میگرن که معادل ($p=0/01$ و $p=0/28$) به دست آمد. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، روی یک گروه ۲۷۰ نفری برابر ۰/۹۶ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ برای هشت زیر مقیاس عبارتند از: کاهش همکاری برابر با ۰/۸۱، کاهش رابطه جنسی برابر با ۰/۶۱، افزایش واکنش‌های هیجانی برابر با ۰/۷۰، افزایش جلب حمایت فرزندان برابر ۰/۳۳، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود برابر ۰/۸۶، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸۹، جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۷۱ و کاهش ارتباط موثر ۰/۶۹ (۴۴). پرسشنامه تعارض زناشویی از روایی محتوایی برخوردار است. در مرحله تحلیل محتوایی آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سوال با نمره کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن، به دلیل همبستگی مناسب تمام سوالات، هیچ سؤالی حذف نشد (۴۴). همچنین در یک پژوهش پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است (۴۵).

معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ غیبت بیش از دو جلسه در برنامه آموزشی و عدم تمایل به ادامه شرکت در برنامه آموزش بود.

معیارهای اخلاقی عبارت بودند از: کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق در دانشگاه، اخذ رضایت کتبی از شرکت کنندگان به منظور توزیع پرسشنامه و اجرای آموزش‌های مربوطه، رعایت و حفظ رازداری نسبت به شرایط و اطلاعات شرکت کنندگان، بررسی عمیق و تخصصی محتوای جلسات آموزشی به منظور اطمینان از آسیب‌نا بودن محتوای جلسات آموزشی رعایت شد. هم‌چنین این مقاله دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.YAZD.REC.1403.066 می‌باشد.

اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، موقعیت زندگی، تحصیلات، وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان جمع‌آوری شد. هدف از بررسی این متغیرها بررسی وضعیت کلی تعارضات زناشویی زنان متأهل و تعیین معیارهای ورود و تسهیل ارزیابی پیامدهای مداخله بود. در ادامه به بررسی ابزارهای پژوهش می‌پردازیم.

پرسشنامه تعارضات زناشویی^۱: این پرسشنامه توسط ثنایی و همکاران (۱۳۸۹) ساخته شد. پرسشنامه ۴۲ سوال دارد که هفت بعد ۷ بعد از تعارضات زناشویی را اندازه می‌گیرد. کاهش همکاری^۲ (سؤالات ۲۷، ۲۱، ۱۹، ۹، ۳)، کاهش رابطه جنسی^۳ (سؤالات ۴، ۱۰، ۱۵، ۲۸، ۳۳)، افزایش واکنش‌های هیجانی^۴ (سؤالات ۵، ۱۱، ۱۶، ۲۲، ۲۹، ۳۴، ۳۹، ۴۱)، افزایش جلب حمایت فرزندان^۵ (سؤالات ۷، ۱۸، ۲۴، ۳۱، ۳۶)، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان^۶ (سؤالات ۱ و ۱۹، ۲۵، ۳۷، ۴۰، ۴۲)، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود^۷ (سؤالات ۶، ۱۲، ۱۷، ۲۳، ۳۰، ۳۵) و جدا کردن امور مالی از یکدیگر^۸ (سؤالات ۲، ۸، ۱۳، ۲۰، ۲۶، ۳۲، ۳۸)، هفت مؤلفه پرسشنامه تعارضات زناشویی را

۶- decrease of family relation with spouse's relatives and friends

۷- increase of individual's relation with relatives

۸- separation of spouses' financial matters

۱- Marital Conflict Questionnaire (MCQ)

۲- decrease of cooperation

۳- decrease of sexual intercourse

۴- increase of emotional reactions

۵- increase of child's support attraction

بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی نیز برای اولین بار در این مطالعه تدوین و پس از اعتبارسنجی اولیه محتوایی، علمی و تخصصی مورد استفاده قرار گرفته است. فرآیند تدوین این بسته آموزشی نوین، طبق تحلیل کیفی دوره‌های آموزشی بسته مشاوره تلفیقی با توجه به منابع مشکلات و بسته شفقت به خود (گیلبرت، ۲۰۱۶، ۲۰۰۹) (۴۱)، (۴۶) و بسته معنادرمانی (۴۷) به عنوان مبنای اصلی دوره آموزشی، استخراج گردید. سپس بسته تدوین شده توسط ۱۶ داور متخصص حوزه مشاوره، روانشناسی و درمان خانواده، برگزارکنندگان کارگاه‌های مشاوره و خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد معنادرمانی و شفقت‌درمانی بررسی و پس از اعمال اصلاحات داوران، حوزه مشاوره، روانشناسی و درمان خانواده، برگزارکنندگان کارگاه‌های مشاوره و خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد معنادرمانی و شفقت‌درمانی بررسی و پس از اعمال اصلاحات داوران، نتایج شاخص روایی محتوایی (CVI) نشان داد در خصوص مرتبط بودن، واضح بودن و ساده بودن در تمامی جلسات از ۷۹٪ بزرگتر بوده است. بنابراین محتوای جلسات از روائی قابل قبول برخوردار بود. اثربخشی مقدماتی بسته طراحی شده بر روی ۳۰ نفر از زنان متأهل دارای تعارضات زناشویی شهر اصفهان (گروه آزمایش و گروه کنترل) اجرا، و اعتبار اولیه بسته تایید شد.

روش اجرای مطالعه به این صورت بود، که پس از گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه آموزشی و یک گروه کنترل، گروه کنترل که طی دوره انجام پژوهش هیچ گونه آموزشی را دریافت نکرد و فقط از آنان در زمان مشخص ارزیابی پس از آزمون و پیگیری به عمل آمد. اما اعضای گروه مداخله بعد از اخذ رضایت کتبی، طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار، یک دوره مداخله تدوین شده بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی به منظور کاهش تعارضات زناشویی با هماهنگی کامل زنان متأهل ناراضی از زندگی زناشویی دریافت کردند. از نمرات آزمودنی‌ها در متغیر پرسشنامه تعارضات زناشویی (MCQ) به عنوان پیش-آزمون استفاده شد. در پایان جلسات مداخله مجدداً از گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیر تعارضات زناشویی پس از آزمون به عمل آمد. پس از دو ماه، مجدداً پرسشنامه تعارضات زناشویی (MCQ) در زنان متأهل در پژوهش حاضر به منظور بررسی میزان تداوم تأثیر جلسات بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی در مرحله پیگیری، توسط نمونه برای هر دو گروه، نفر آزمایشی و کنترل تکمیل گردید و تأثیر بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی بر نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. توزیع فروانی و درصد پاسخ نظر کارشناسان در خصوص بسته مشاوره تلفیقی معنا درمانی و شفقت درمانی

| میانگین | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | |
|---------|------|------|------|------|------|---|
| | عالی | | | | ضعیف | |
| ۴/۱۸ | ۹ | ۳ | ۲ | ۲ | | تطابق محتوایی جلسات تنظیم شده با بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت درمانی |
| | ۵۶/۳ | ۱۸/۸ | ۱۲/۵ | ۱۲/۵ | | |
| ۴/۲۵ | ۷ | ۶ | ۳ | | | تناسب جلسات با ساختار و گام‌های مورد نیاز در بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت درمانی |
| | ۴۳/۸ | ۳۷/۵ | ۱۸/۸ | | | |
| ۳/۹۳ | ۴ | ۸ | ۳ | ۱ | | کفایت زمان اختصاص یافته برای هر یک از گام‌ها و مراحل تدوین بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت درمانی |
| | ۲۵/۰ | ۵۰/۰ | ۱۸/۸ | ۶/۳ | | |
| ۴/۲۵ | ۷ | ۶ | ۳ | | | کفایت بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت درمانی |
| | ۴۸/۳ | ۳۷/۵ | ۱۸/۸ | | | |
| ۴/۳۱ | ۷ | ۷ | ۲ | | | ارزیابی کلی بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت درمانی |
| | ۴۳/۸ | ۴۳/۸ | ۱۲/۵ | | | |

بر اساس نتایج جدول (۱). از نظر داوران میانگین نمره کلیه شاخص‌های مورد بررسی در بسته مشاوره تلفیقی معنا درمانی و شفقت درمانی در سطح عالی ارزیابی شده‌اند. خلاصه

جلسات بسته مشاوره تلفیقی معنا درمانی و شفقت درمانی در (جدول ۲) ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه برنامه تدوین جلسات بسته مشاوره تلفیقی معنا درمانی و شفقت درمانی

| شماره جلسه | فرآیند جلسه |
|-------------|---|
| جلسه اول: | هدف: معارفه و آشنایی، ایجاد اتحاد درمانی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش آزمون. آشنایی اعضا با منطق درمان شفقت و شفقت به خود و مدل معنادرمانی؛ آگاهی از هدایت خودکار با استفاده از تمرین واری و سنجش و ارزیابی مشکلات زنان دارای تعارضات زناشویی. ارائه تکلیف خانگی: ثبت ویژگی‌های خود و همسر |
| جلسه دوم: | هدف: بررسی تکلیف منزل، آماده‌سازی گروه برای شروع کار با آموزش خودشناسی، از افراد خواسته می‌شود سعی کنند نحوه تفکر و رفتار خود را نسبت به خودشان بشناسند، آموزش پنج مهارت دانش افزایی، به منظور تعریف بی‌تفاوتی نسبت به موقعیت‌ها کار بستن، اینکه وقتی بی‌تفاوت هستیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی بی‌تفاوت هستند چه می‌کنند؟ ارزیابی، وقتی بی‌تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی‌تفاوت هستند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی‌تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی‌تفاوت باشیم؟ حضور ذهن و مراقبه تمرین، مانند تصویرپردازی شفقت گونه، کار در جهت شناخت معنا و شناسایی رنج، ارزش‌ها و تغییر نگرش شخصی. با بحث در باره معنا و ارزش و اجرای تکنیک تغییر نگرش با همکاری اعضای گروه، آموزش مفهوم ذهن آگاهی، حضور ذهن و مراقبه تمرین، مانند تصویرپردازی شفقت گونه. |
| جلسه سوم: | ارایه تکلیف خانگی: تنفس عمیق و تمرین واری واری بدن، مشخص کردن تأثیرات تعارضات زناشویی بر روابط زناشویی، زندگی شخصی و خانوادگی و پرداختن به این نکته که در این زمینه چه مشکلی وجود دارد؟ (از دید مراجعان) کشف ارزش‌ها و تغییر نگرش‌ها هدف: بررسی تکلیف منزل، بحث درباره کاهش رنج و عواطف ناخوشایند- کار در جهت پذیرش مسئولیت و خودآگاهی معنوی/افزایش بردباری، آموزش سه منبع معنا در رویکرد فرانکل شامل: ارزش‌های خلاق، ارزش تجربی، ارزش‌های نگرشی و تشریح آنان با استفاده از مثال‌هایی در زندگی شرکت کنندگان، تمرین آگاهی از رابطه بین خلق، افکار، احساسات و وقایع، تنفس تسکین بخش، تفکر در باره شفقت نسبت به دیگران، توجه و تمرکز بر شفقت، و احساسات و وقتی همدردی می‌کنیم، چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدردی می‌کنند، چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدردی کنیم؟ کجا باید همدردی کنیم؟ قدم گذاشتن به دنیای واقعی، نوشتن نامه شفقت‌آمیز به خود برای ارتقای شفقت به خود. |
| جلسه چهارم: | ارائه تکلیف خانگی: کشف ارزش‌ها، شناخت و پذیرش احساسات و یافتن معنا از طریق ارزش‌های تجربی و ارزش‌های اخلاقانه (انجام دادن کار و لذت بردن از آن)، حل مسئله در مورد یکی از چالش‌های هفته. رفتار مورد انتظار: پذیرش خود. هدف: افزایش گرمی و انرژی با افزایش حس ارزشمندی زندگی و داشتن‌های کنونی (تجربه از خودگذشتگی و عشق همچون ارزشی والا)، ذهن آگاهی، پذیرش خرد، تنفس تسکین بخش (مراقبه)، در واقع تنفس به عنوان وسیله‌ای برای مراقبه محسوب می‌شود. تعریف همدلی و فرق آن با بی‌تفاوتی و همدردی، وقتی همدلی می‌کنیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی همدلی می‌کنند چه می‌کنند؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدلی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدلی کنیم؟ کجا باید همدلی کنیم؟ کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (ارزش شفقت به خود، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)؛ در نهایت (مراقبه نشسته) حضور ذهن نسبت به تنفس و بدن. هدف از این تکنیک‌ها ایجاد تعادل در جنبه‌های مثبت و منفی زندگی مشترک است. ارائه تکلیف خانگی: واری رفتارهای خود و پرورش ذهن مشفقانه، مرور دو جلسه قبل. نوشتن نامه به همسر در راستای تعارضات زناشویی و مواجهه با خشم و ناراحتی. |

| | |
|---|---------------------|
| <p>جلسه پنجم: تمرین و مرور جلسات قبل، آماده‌سازی گروه برای شروع جلسه با بحث درباره شناسایی ارزش‌های شخصی و نقش ارزش‌ها در زندگی و اینکه چرا باید همدلی را یاد بگیریم؟، نداشتن مهارت و تفسیرهای ناروا در روابط ما با دیگران چه تاثیری می‌گذارند؟ برای جلوگیری از تفسیرهای ناروا چه مهارت‌هایی لازم دارید؟ آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش بردباری)، همچنین در این جلسات در مورد مشکلات حاضر و پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خودآیند منفی، آموزش داده می‌شود.</p> <p>ارایه تکلیف خانگی: بررسی مسائل زناشویی و تعیین میزان مسئولیت‌پذیری و حق انتخاب در بروز و حل آن مسائل و تمرین پذیرش مسائل خود و بخشش خود و دیگران</p> | |
| <p>جلسه ششم: هدف: بررسی تکالیف منزل، انجام تمرین جستجوی معنا و تأثیر آن در کاهش رنج همراه با انجام تمرین رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت، تمرین مراقبه و واریسی بدن آموزش پذیرش مسائل (پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف)، پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خودآیند منفی و آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.</p> <p>ارایه تکلیف خانگی: فهرستی از مسائلی که شما را عصبانی می‌کند. تصویرسازی خود مشفق و توجه به مکان امن، شیء یا رنگ موردعلاقه در زمان نشخوار فکری و تشویش (کنترل احساسات).</p> | |
| <p>جلسه هفتم: هدف: بررسی تکالیف منزل، تمرین مراقبه واریسی بدن ۴۵ دقیقه، نامه نگاری شفقت ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، خطاهای تفسیری کدامند؟، هر یک از خطاهای تفسیری خودتان و دوستانان را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری چکار کنیم؟ نتیجه خطاهای تفسیری در روابط ما با دیگران چیست؟ مدیریت احساسات و عواطف دشوار با افزایش خودآگاهی وجودی برای چیره شدن بر خشم و ناامیدی، سعی در معناسازی از توجه به منابع آزردهنده برای فرد در جهت ایجاد انعطاف و احساس بهتر.</p> <p>ارایه تکلیف خانگی: مشخص کردن اهدافی که در یک بازه زمانی خاص (از چند ساعت تا چندین ماه و چند سال آینده) در زندگی مشترک که معنا ارزش آن را بالایی برد، اگر من با خودم شفقت داشته باشم این کارها را انجام می‌دهم. چطور می‌توانم نسبت به همسرم پذیرش داشته باشم؟ با واقف بودن به مرگ در فرصت احتمالی تعیین شده (پرورش اشتراکات انسانی، بخشش).</p> | |
| <p>جلسه هشتم: هدف: در این جلسه با شناخت عوامل ایجادکننده اضطراب و ناراحتی و راه‌های رویارویی، مفاهیم رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با سیستم‌های تنظیم هیجان و سه مغز (قدیم، تحلیل‌گر و آگاه) بیان خواهد شد.</p> <p>ارایه تکلیف خانگی: تصویرسازی قدردانی از خود، بررسی رنج‌های زندگی و نقش آن‌ها در تکامل و تجربه‌های بعدی (رشد احساس خود ارزشمندی و معنا دهی به زندگی)</p> | |
| <p>جلسه نهم: هدف: بررسی تکالیف منزل، قصد متضاد و تمرین برای انجام هر کاری با قصد و توجه مفرط به آن و با آموزش مسئولیت‌پذیری که مولفه اساسی آموزش خود دلسوزی است که بر اساس آن آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند تفکر خود انتقادی داشته باشند (به چالش طلبیدن بیمار از طریق گفتگوی سقراطی) تا بتوانند دیدگاه‌ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند. (آمادگی برای خاتمه گروه).</p> <p>ارایه تکلیف خانگی: اهداف هوشمندانه برای ایجاد و معنا دهی بیشتر به زندگی، تمرین ذهن آگاهی و خود شفیق بر دیگران، شناسایی و ارتباط بین افکار، عواطف و احساسات متناقض. نوشتن نامه مه‌رانگیز به خود (مراقبت از خود و آگاهی از افکار و احساسات متناقض و هدف گذاری)</p> | |
| <p>جلسه دهم: در این جلسه با بحث چیره شدن بر اضطراب تغییر و تکیه بر روش قصد متضاد با شوخ طبعی و تمسخر فرد در باره مشکل به خود، همراه با بیان ویژگی‌های فرد مشفق، از شرکت کنندگان خواسته شد تا به بررسی شخصیت خود به عنوان فرد مشفق بپردازند (درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند).</p> | |
| <p>ارایه تکلیف خانگی: یافتن معنا از طریق ارزش‌های نگرشی مشتمل بر شفقت، رنج‌بردن، شجاعت، شوخ طبعی و...، ترسیم دقیقی از احساسات و عواطف خویش، خندیدن به مشکلات زندگی و توجه بیشتر به حکمت بازخورد، در این جلسه با مرور جلسه نهم و تکالیف جلسه قبل تمرکز درمانی بر پیرایش نگرش‌ها و گسترش افق‌های فکری در گستره معنا و تمرین‌های مربوط به هر مهارت مسئولیت‌پذیری و تبدیل رنج به گنج با تأکید بر خود مهربان، استدلال مهربانانه</p> | <p>جلسه یازدهم:</p> |

و رفتارهای مهربانانه و تمرینات مربوطه مثل تصویرسازی در مورد انواع خود و خودمهربان و انجام تمرین‌های حساسیت به رنج و همدردی و همدلی با خود و دیگران، راهکارهای افزایش عشق و صمیمیت و یادداشت نامه‌های مشفقانه برای خود و همسر و ثبت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و شیوه عملکرد در آن موقعیت قرار خواهد گرفت.

ارایه تکلیف‌خانگی: تعیین اهداف کوتاه مدت و بلندمدت برای تجربه عشق در زندگی

جلسه دوازدهم: هدف: مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند، تمرین برای ایجاد احترام به خود با بررسی ارزش‌های شخصی توسط هر فرد و بحث درباره معنای زندگی هر شخص و اینکه در مورد حمله به خود صحبت کنند و نحوه ایجاد تصاویر دلسوزانه با ارائه مراقبه‌های لازم آموزش داده شود. پس از شش هفته (دوازده جلسه) پس از آزمون از هر دو گروه به عمل خواهد آمد.

ارایه تکلیف: مرور تمرینات، برنامه‌ریزی شفقت برای تمام دوره‌های زندگی (در مسائل جسمانی، روحی و روانی)، صحبت از تغییراتی که در زندگی مشترک به دست آوردند.

نتایج

در بخش کمی پژوهش به منظور تعیین اثربخشی بسته مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی در درمان تعارضات زناشویی زنان متأهل (۱۵ نفر آزمایشی و ۱۵ نفر کنترل) جای گرفتند.

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش در جدول ۳ و جدول ۴ ارائه شده است.

پس از جمع‌آوری داده‌ها با ابزارهای فوق داده‌های پژوهش با استفاده از بسته‌ی آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۶ با خطای ۰/۰۵ در سطح آمار توصیفی (تعداد، میانگین و انحراف استاندارد) و در سطح استنباطی همراه با آزمون لوین و آزمون شاپرو-ویلکز، به ترتیب آزمون تجانس واریانس‌ها و پیش فرض طبیعی بودن توزیع متغیرهای وابسته، آزمون برابر ماتریس کواریانس در سطوح مختلف عامل ذکر می‌گردد. هم‌چنین جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده در بین گروه‌های مورد مطالعه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مانکوا استفاده شد.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی توزیع میزان تحصیلات در نمونه

| متغیر جمعیت شناختی | سطوح | گروه‌ها | | جمع |
|------------------------|---------------|----------|----------|-----------|
| | | آزمایش | کنترل | |
| تحصیلات فراوانی (درصد) | کمتر از دیپلم | ۲ (۱۳/۳) | ۱ (۶/۷) | ۳ (۱۰/۰) |
| | دیپلم | ۷ (۴۶/۷) | ۶ (۴۰/۰) | ۱۳ (۴۳/۳) |
| | لیسانس | ۴ (۲۶/۷) | ۷ (۴۶/۷) | ۱۱ (۳۶/۷) |
| | فوق لیسانس | ۲ (۱۳/۳) | ۱ (۶/۷) | ۳ (۱۰/۰) |
| | جمع | ۱۵ | ۱۵ | ۳۰ |

فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات افراد نمونه در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج نشان داد، که بین فراوانی تحصیلات نیز در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$).

جدول ۴. یافته‌های توصیفی طول مدت ازدواج و سن در نمونه

| متغیر جمعیت شناختی | گروه‌ها | | کل |
|--------------------|--------------|-------|-------|
| | آزمایش | کنترل | |
| طول مدت ازدواج | میانگین | ۱۴/۹۳ | ۱۳/۵۶ |
| | انحراف معیار | ۵/۴۵ | ۶/۰۰ |
| سنی | میانگین | ۴۳/۱۳ | ۴۲/۸۳ |
| | انحراف معیار | ۶/۲۴ | ۶/۱۳ |

در جدول ۵ میانگین و انحراف معیار مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیر تعارضات زناشویی و ابعاد آن در گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

میانگین و انحراف استاندارد وضعیت طول مدت ازدواج و سن افراد نمونه در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج آزمون t مستقل نشان داده است، که میانگین طول مدت ازدواج و سن افراد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری ندارد ($p > 0/05$).

جدول ۵. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و مراحل پژوهش

| متغیر | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|--|-------------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| کاهش همکاری | ۲۰/۳۳ | ۲/۱۹ | ۲۰/۸۰ | ۱/۹۷ | ۲۱/۰۰ | ۱/۶۴ |
| | گروه آزمایش | ۲۰/۰۰ | ۲/۹۰ | ۲/۰۲ | ۱۳/۳۳ | ۱۲/۴۰ |
| کاهش رابطه | ۲۰/۲۶ | ۲/۰۵ | ۲۰/۳۳ | ۲/۰۹ | ۲۱/۰۶ | ۱/۹۰ |
| | گروه کنترل | ۲۰/۰۶ | ۱/۷۰ | ۱۴/۲۰ | ۱/۵۲ | ۱۳/۰۶ |
| افزایش واکنش هیجانی | ۳۱/۶۶ | ۳/۰۶ | ۳۲/۰۶ | ۲/۴۳ | ۳۱/۴۶ | ۲/۵۳ |
| | گروه کنترل | ۳۱/۴۶ | ۳/۵۲ | ۲۱/۲۰ | ۴/۱۷ | ۱۸/۶۰ |
| افزایش جلب حمایت فرزندان | ۲۰/۳۳ | ۲/۴۳ | ۲۰/۷۳ | ۱/۲۷ | ۲۰/۶۰ | ۲/۸۹ |
| | گروه آزمایش | ۱۹/۶۶ | ۲/۳۸ | ۱۵/۰۶ | ۲/۴۹ | ۱۳/۰۶ |
| افزایش رابطه با خانواده خود | ۲۳/۴۶ | ۳/۵۲ | ۲۲/۹۳ | ۱/۹۸ | ۲۳/۴۰ | ۲/۶۴ |
| | گروه کنترل | ۲۲/۷۳ | ۳/۹۲ | ۱۵/۲۶ | ۲/۶۰ | ۱۴/۳۳ |
| جدا کردن امور مالی | ۲۴/۰۰ | ۲/۲۶ | ۲۳/۴۶ | ۲/۰۳ | ۲۲/۹۳ | ۲/۳۴ |
| | گروه کنترل | ۲۴/۷۳ | ۲/۷۸ | ۱۶/۶۶ | ۳/۱۰ | ۱۵/۴۰ |
| کاهش رابطه با خویشاوندان همسر و دوستان | ۲۷/۹۳ | ۵/۱۸ | ۲۹/۴۶ | ۳/۹۲ | ۲۱/۲۰ | ۳/۸۷ |
| | گروه کنترل | ۲۷/۶۰ | ۳/۸۲ | ۲۰/۷۳ | ۳/۱۰ | ۱۵/۴۰ |
| تعارضات زناشویی | ۱۶۸/۰۰ | ۹/۱۲ | ۱۶۹/۸۰ | ۷/۰۵ | ۱۷۰/۴۰ | ۸/۵۹ |
| | گروه کنترل | ۱۶۶/۳۳ | ۹/۰۶ | ۱۱۶/۹۳ | ۸/۳۴ | ۱۰۶/۰۶ |

نسبت به کنترل تغییرات کاهش بیشتری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نشان داده است. در ادامه این تفاوت‌ها از لحاظ استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، براساس یافته‌های توصیفی میانگین ابعاد تعارضات زناشویی، در گروه آزمایش یا برنامه مداخله‌ای مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی

زناشویی و ابعاد آن در گروه‌ها در مراحل پژوهش آزمایش تأیید گردید ($p > 0/05$). نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین در متغیر تعارض زناشویی، حاکی از تأیید این پیش فرض است، بررسی پیش فرض شیب خط رگرسیون نشان داد که آزمون تعامل گروه و پیش آزمون و پیگیری در همه متغیرهای پژوهش غیرمعنی‌دار بوده است ($p > 0/05$) که حاکی از تأیید این پیش فرض است.

استفاده از تحلیل کوواریانس نیازمند پیش فرض‌هایی است، که مهم‌ترین آن‌ها طبیعی یا نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس با استفاده از آزمون باکس، همبستگی متعارف بین متغیرهای کنترل، همگنی شیب رگرسیون به وسیله تعامل پیش آزمون و متغیر مستقل است.

نتایج آزمون شاپیرو ویلکز برای بررسی نرمال بودن داده‌ها نشان داد، که فرض نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر تعارض

جدول ۶. برآورد آزمون ام باکس برای بررسی شرط همسانی ماتریس کوواریانس نمره تعارضات زناشویی

| متغیر | آماره ام باکس | F | سطح معنی داری |
|--------------------------|---------------|-------|---------------|
| تعارضات زناشویی پس آزمون | ۴۹/۷۱۹ | ۱/۲۹۰ | ۰/۱۴۱ |
| تعارضات زناشویی پیگیری | ۳۲/۰۲۸ | ۰/۸۳۱ | ۰/۷۱۹ |

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره پیرامون متغیر پژوهش در جدول ۷ ارائه شده است.

نتایج آزمون ام باکس مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های کواریانس نمره تعارضات زناشویی به صورت زیر بدست آمده ($p \leq 0/05$ ، $F = 1/29$ ، $Mbox = 49/719$) که این مفروضه تأیید شده است.

جدول ۷. تحلیل واریانس چند متغیره مانکوا

| ارزش | F | سطح معنی داری | ضریب اتا | توان آماری |
|----------------------------|-------|---------------|----------|------------|
| لاندا و ویلکز | ۶۴/۴۴ | ۰/۰۱ | ۰/۹۶۸ | ۱/۰۰ |
| تعارضات زناشویی - پس آزمون | ۷۹/۰۶ | ۰/۰۱ | ۰/۹۷۴ | ۱/۰۰ |
| تعارضات زناشویی - پیگیری | | | | |

بر اساس یافته‌های جدول (۷)، f مشاهده شده در سطح $p \leq 0/05$ معنی دار بوده است، به عبارت دیگر رابطه بین ترکیب خطی متغیرهای وابسته با متغیر مستقل معنی دار است.

جدول ۸. برآورد تحلیل کواریانس چند متغیره جهت مقایسه میانگین خرده مقیاس‌های تعارضات زناشویی در بین گروه‌ها

| میانگین تعدیل شده | مجموع مجذورات | F | سطح معنی داری | ضریب اتا | توان آماری |
|-------------------|---------------|---------|---------------|----------|------------|
| گروه کنترل | ۳۹۴/۳۳۹ | ۱۳۷/۰۰۸ | ۰/۰۱ | ۰/۸۶۷ | ۱/۰۰ |
| گروه آزمایش | | | | | |
| گروه کنترل | ۲۳۴/۳۴۴ | ۱۱۶/۴۹۶ | ۰/۰۱ | ۰/۸۴۷ | ۱/۰۰ |
| گروه آزمایش | | | | | |
| گروه کنترل | ۸۸۰/۲۷۳ | ۶۶/۴۸۰ | ۰/۰۱ | ۰/۷۶۰ | ۱/۰۰ |
| گروه آزمایش | | | | | |

| | | | | | | | |
|------|------|------|--------|----------|--------|-------------|-----------------------------|
| ۱/۰۰ | /۸۱۹ | /۰۰۱ | ۹۴/۹۳ | ۲۰۲/۷۹۵ | ۲۰/۸۲ | گروه کنترل | افزایش جلب حمایت فرزندان |
| | | | | | ۱۵/۴۴ | گروه آزمایش | |
| ۱/۰۰ | /۷۷۵ | /۰۰۱ | ۷۰/۲۲ | ۳۵۶/۶۹۵ | ۲۲/۶۶ | گروه کنترل | افزایش رابطه با خانواده خود |
| | | | | | ۱۵/۵۳ | گروه آزمایش | |
| ۱/۰۰ | /۷۲۳ | /۰۰۱ | ۵۴/۷۲ | ۳۵۰/۸۸۷ | ۲۳/۶۰ | گروه کنترل | جدا کردن امور مالی |
| | | | | | ۱۶/۵۲ | گروه آزمایش | |
| ۱/۰۰ | /۵۹۶ | /۰۰۱ | ۳۱/۰۲ | ۵۳۳/۹۳۴ | ۲۹/۴۶ | گروه کنترل | کاهش رابطه با خویشاوندان |
| | | | | | ۲۰/۷۳ | گروه آزمایش | همسر و دوستان |
| ۱/۰۰ | /۹۲۸ | /۰۰۱ | ۳۴۹/۶۸ | ۱۵۸۴/۵۲۰ | ۱۶۶/۸۰ | گروه کنترل | تعارضات زناشویی |
| | | | | | ۱۱۶/۹۳ | گروه آزمایش | |

مداخله در بین دو گروه دارای اختلاف آماری معنی‌دار بودند.

به نظر می‌رسد، پژوهش حاضر اولین مطالعه‌ای است، که اثربخشی مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی ارزیابی می‌کند و همین موضوع یکی از نقاط قوت پژوهش حاضر است. اگر چه پژوهشی که منطبق بر موضوع پژوهش فوق باشد، یافت نگردید، و در مطالعات قبلی به تعیین اثربخشی مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی پرداخته نشده است؛ بنابراین، تحلیل نتایج با محدودیت همراه است؛ ولی به صورت جداگانه اثربخشی این دو روش درمانی معنادرمانی و شفقت‌درمانی بر متغیر تعارضات زناشویی مورد تحقیق و تفحص انجام گرفته است، که در این راستا می‌توان گفت، که نتایج حاصله در زمینه اثربخش درمان‌های فوق‌الذکر در کاهش تعارضات زناشویی زنان متأهل از مطالعه حاضر با نتایج پژوهش‌های پیشین، به نوعی همسویی نشان می‌دهد. نتایج پژوهش‌های گذشته حاکی از آن است، که مداخله شفقت‌درمانی باعث کاهش تعارضات زناشویی می‌شود (۴۸؛ ۲۶؛ ۳۶؛ ۳۳؛ ۴۹؛ ۵۰). در این راستا کیم و هان و همکاران (۲۰۲۱) (۵۱)، نشان دادند، که افزایش خود شفقت ورزی منجر به افزایش توانایی افراد در مدیریت خشم و تاب‌آوری می‌شود. همان نتیجه‌ای که در این پژوهش نیز تکرار و مشخص شد، مداخله مبتنی بر مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی باعث کاهش تعارضات

مقادیر برآورد شده در جدول (۸) بیانگر این است، بین گروه آزمایش و کنترل برحسب میانگین در مرحله پس ازآزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.01$). به عبارت دیگر میانگین خرده مقیاس‌های تعارضات زناشویی کمتر از گروه کنترل برآورد شده است. هم‌چنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. مقادیر مربوط به برآورد آزمون تعقیبی بنفرونی نشان دهنده این است، که در مراحل پس ازآزمون و پیگیری میانگین خرده مقیاس‌های تعارضات زناشویی و تعارضات زناشویی در کل در بین گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از گروه کنترل برآورد شده است. بنابراین این قسمت از پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش تعیین تأثیر مداخله‌ای ویژه مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان متأهل شهر اصفهان بود. طبق یافته‌های این تحقیق، با بررسی اینکه آیا بسته آموزشی تدوین شده مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی، حقیقتاً آنچه را که ادعا می‌کند، تحت تأثیر قرار می‌دهد یا خیر، در پاسخ به این پرسش نتایج نشان داد، که تعارضات زناشویی در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است و بسته آموزشی در این زمینه اثربخشی خود را نشان داد. هم‌چنین، نتایج نشان داد، که ابعاد مربوط به تعارضات زناشویی بعد از

آن‌ها این امکان را می‌دهد، تا در برابر رنج‌هایشان به عنوان یک بخش پرمعنا زندگی صبور باشند.

همچنین در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، پژوهش‌ها نشان می‌دهد، که شفقت به خودی خود پیش‌بینی کننده محکمی از انگیزه است و همچنین به اعتماد به نفس بیشتر و ترس کمتر از شکست، ایستادگی بیشتر و شکل‌گیری مجدد هدف، پس از شکست می‌شود. درمان مبتنی بر شفقت همانند یک روش تنظیم هیجانی مثبت عمل کرده و با کاهش هیجانات منفی، هیجانات مثبت را جایگزین آن‌ها می‌نماید. در واقع این درمان می‌تواند با آموزش کنترل عواطف و نشخوارگری به افراد کمک کند تا توانایی تنظیم رفتار نامناسب خود را بیاموزند و سلامت روانی خود را بهبود بخشند (۵۷). در تمرین‌های خود-شفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود، که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنش و افکار خود آیند منفی خواهد داشت.

در مجموع، در تبیین یافته پژوهش حاضر که تأیید فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی بر کاهش تعارض زناشویی زنان متعارض را نشان می‌دهد، می‌توان گفت، با توجه به اینکه تعارض زناشویی امری غیر قابل اجتناب و عدم حل و فصل آن به شیوه درست می‌تواند، منجر به اثرات مخرب در رابطه زناشویی گردد. از این رو، علت مشکلات بین فردی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه است و این راهبردها، الگوهای انعطاف‌ناپذیری هستند، که رویکرد شفقت به خود از طریق پذیرش، گسلش از افکار و باورها یا هیجانات، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد و در نتیجه شخص از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌کند و سعی در کنترل و تغییر آن‌ها ندارد، مسئولیت خود را در برابر رنج‌های اجتناب پذیر و اجتناب ناپذیر زندگی پذیرفته و به این باور می‌رسد، که در هر مصیبتی معنایی نهفته است، آنان در می‌یابند، که در برابر تصمیماتی که در برابر رویدادهای آسیب رسان زندگی می‌گیرند، مسئول بوده و به واسطه درک معنای

زناشویی زنان متأهل می‌شود. این نتایج همچنین با پژوهش‌های که تأثیر معنادرمانی بر زوجین دارای تعارض را سنجیده و باعث افزایش رضایتمندی زناشویی در آن‌ها شده‌اند (۵۲)؛ (۵۳؛ ۲۲؛ ۲۴؛ ۲۵؛ ۵۴؛ ۵۵) همسو است.

در زمینه اثربخشی معنادرمانی بر تعارضات زناشویی می‌توان بیان نمود که زنان متأهل درگیر تعارضات زناشویی نیاز دارند برای زندگی خود معنایی را پیدا کرده، اگر نتوانند این معنا را پیدا کنند دچار خلأ وجودی می‌شوند، که منشأ بیشتر تعارضات زناشویی، رنج‌ها و بی‌حوصلگی‌هاست، که بیشتر افراد به شدت از این خلأ رنج می‌برند. از این رو معنا درمانی با کمک به بیمار در رجوع به خودش باعث افزایش خودشناسی و خویش‌پذیری می‌شود. از آنجایی که خویش‌پذیری به معنای اعتقاد به این است که «من فعلاً همین هستم که هستم و همین اندازه برای وضعیت موجود من کافی است». در چنین شرایطی آزمودنی با احساس رضایت بیشتر از خود می‌آموزد در جایی که با موقعیتی رو به رو شود که به هیچ وجه نمی‌تواند، آن را تغییر دهد، واکنش‌های مناسب با آن موقعیت را داشته باشد، که کمک می‌کند، تا فرد با توجه به خودارزیابی و نگرش مثبت به موقعیت از عزت نفس خود حمایت و دفاع کند که این امر باعث کاهش تعارضات زناشویی در فرد خواهد شد (۵۶). در معنادرمانی اعتقاد بر این است، که وقتی به افراد یاری رسانده شود تا بتوانند آزادی اراده خویش را دریافته، و این نگرش در آن‌ها تقویت می‌شود، که حتی در بدترین شرایط و اجتناب ناپذیرترین موقعیت‌ها حق انتخاب دارند و مقهور مطلق شرایط خود نیستند. هنگامی که این آزادی اراده و انتخاب را باور کنند، خواهند توانست، تا حد زیادی در تغییر تجربه و احساس خود بکوشند. این گونه افراد به جای اینکه مغلوب شرایط بحرانی شوند، سعی می‌کنند، با احساس مسئولیت و آزادی اراده بر شرایط موجود غلبه یابند. ادراک مفهوم اراده معطوف به معنا، به فرد می‌آموزد تا با تغییر نگرش خود نسبت به موقعیت‌های مختلف زندگی به‌خصوص در شرایط رنج آور، به کشف و ادراک معنای زندگی خویش پرداخته و به

زناشویی، بنابراین ضروری به نظر می‌رسد، در اولویت برنامه‌های مسئولین در جهت حمایت از زنان متأهل درگیر تعارضات زناشویی قرار گیرد. هم‌چنین مطالعات گسترده‌تری در مورد زنان متأهل درگیر تعارضات زناشویی انجام و خدمات مراقبتی، بهداشتی و روان‌شناختی مناسب در مراکز مشاوره و مراکز فرهنگی و خانوادگی مانند فرهنگ‌سرای خانواده کشور با هدف پیشگیری از آشفتگی در روابط آتی زوجین و حتی در اقشار مختلف جامعه به عنوان بخشی از عوامل افزایش سلامت روان و رضایت زناشویی استفاده شود. با توجه به اثربخش بودن هر دو درمان در متغیر تعارضات زناشویی پیشنهاد می‌شود، در فرآیند درمانی، از تلفیق هر دو درمان برای بهبود وضعیت مهارت‌های ارتباطی زنان درگیر تعارضات زناشویی استفاده شود. به‌طور کلی، نتایج این پژوهش و مقایسه آن با نتایج مطالعات دیگر نشان می‌دهد، که با به کارگیری روش‌ها و درمان‌های مناسب مبتنی بر مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی می‌توان تا حد زیادی از آشفتگی‌ها در روابط زوجین و تعارضات زناشویی پیشگیری کرد یا آن را به تعویق انداخت. پس می‌توان نتیجه گرفت، این مداخله در کاهش تعارضات زناشویی زنان متعارض مؤثر بوده و استفاده آن در جمعیت ایرانی قابل توجه می‌باشد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله نویسندگان از اساتید محترم و مشارکت‌کنندگان (زنان متأهل درگیر تعارضات زناشویی) شهر اصفهان، در عملیاتی نمودن بستر آموزشی مشاوره تلفیقی معنادرمانی با شفقت‌درمانی و اجرای پرسشنامه این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

زندگی خویش نگرشی جدید نسبت به شرایط آزار دهنده و رنج‌های زندگی اتخاذ می‌کنند، لذا انرژی خود را به جای مقابله یا اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌کند؛ بنابراین فاصله گرفتن از افکار و باورهای ناکارآمد به جای آمیختگی با آن‌ها و هم‌چنین تشویق افراد به زندگی مبتنی بر ارزش‌های خود می‌تواند با بهبود روابط بین فردی همراه باشد، که این امر زمینه را برای بهبود وضعیت آنان در مواجهه با تعارضات زناشویی و افزایش سازگاری اجتماعی و عاطفی آنان فراهم می‌نماید.

حسام خواجه و همکاران (۱۴۰۱) (۵۸) نشان دادند، که بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی بر کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد دل‌بستگی زوجین تأثیرگذار است. هم‌چنین، ناظمی زند و همکاران (۱۴۰۱) (۱۷)، اثربخشی درمان مبتنی بر فراتشخیصی شناخت درمانی، طرحواره درمانی و معنا درمانی در کاهش تعارضات زناشویی را نشان دادند، که با یافته این پژوهش تقریباً هم‌سو است.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود، که در تعمیم دهی نتایج لازم است، به آن‌ها توجه شود. محدود بودن نمونه پژوهش به زنان متأهل درگیر تعارضات زناشویی در مراکز مشاوره و روان‌شناختی شهر اصفهان، لذا در تعمیم نتایج این پژوهش به مردان و سایر افراد در شهرهای مختلف باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. متفاوت بودن سطح تحصیلات زنان متأهل شرکت‌کننده و تفاوت‌های فردی در وضعیت اشتغال و طول مدت ازدواج که می‌تواند در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه تأثیرگذار باشد. بر مبنای پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های مشابه در ابعاد وسیع‌تری در جنسیت مرد شهر اصفهان و شهرهای دیگر کشور مورد بررسی قرار گیرد و نتایج با هم مقایسه شود. هم‌چنین با توجه به اثربخشی برنامه آموزشی بر کاهش تعارضات

References

1. Umberson, D., & Thomeer, M. B.(2020). Family Matters: Research on Family Ties and Health, 2010-2020. *Journal of marriage and the family* , 82(1), 404–419.
<https://doi.org/10.1111/jomf.12640>
2. Khalaj Asadi, Sh., Fattahi Andabil, A., Rezakhani, S. (۲۰۱۴). Comparing the effectiveness of metaemotional therapy, narrative therapy, and imago therapy on marital heartbreak in conflicted married women. *Psychology Development*, ۱۳(۲): ۱۰۰-۸۹.
3. Sbarra, D. A., Bourassa, K. J., & Manvelian, A.(2019). Marital separation and divorce: Correlates and consequences. In B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles, & M. A. Whisman(Eds.), *APA handbook of contemporary family psychology: Foundations, methods, and contemporary issues across the lifespan*(pp. 687–705). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000099-038>
4. Tasew, A. S., & Getahun, K. K.(2021). Marital conflict among couples: The case of Durbete town, Amhara Region, Ethiopia. *Cogent Psychology*, 8, 1,
<https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1903127>
5. Chung, G. S. K., Chan, X. W., Lanier, P., & Wong, P. Y. J.(2023). Associations between Work-Family Balance, Parenting Stress, and Marital Conflicts during COVID-19 Pandemic in Singapore. *Journal of child and family studies*, 32(1), 132– 144. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02490-z>
6. Morales, R. & Kapletia D.(2013). Optimizing power system investments and resilience against attacks, *Reliability Engineering and System Safety*, 159, 161–173.
7. Gao, F.; Lisic, L. L.; and I. X. Zha . (2019). “Commitment to Social Good and Insider Trading”, *Journal of Accounting and Economics*, Vol. 57,
8. Malik, J., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2020). Emotional flooding in response to negative affect in couple conflicts: Individual differences and correlates. *Journal of Family Psychology*, 34,(۲) .۱۵۴-۱۴۵ <https://doi.org/10.1037/fam0000584>.
9. Goodarzi, M.; Ghobadi, S. (2021). The effectiveness of couple therapy with the EIS model on marital conflicts and marital burnout in infertile women during the quarantine period due to COVID-19. *Quarterly Journal of Applied Family Therapy*, 2(5). 74-93.
10. Ahangari, A., Khairandish, M., Ebrahimpour, H., Roohi Essalou, M. (2024). Community-centered leadership with the approach of Nahjul-Balagha and its relationship with the transparency of the administrative system and the reduction of administrative corruption based on the opinions of managers of government departments in Ardabil province. *Research in Religion and Health*;۹(۱):۵۰-۶۵.
11. Ali, P. A., McGarry, J., & Maqsood, A.(2022). Spousal Role Expectations and Marital Conflict: Perspectives of Men and Women. *Journal of interpersonal violence*, 37(9-10), NP7082–NP7108.
<https://doi.org/10.1177/0886260520966667>
12. Mahoney, A., Pargament, K. I., & DeMaris, A.(2021). Spiritual intimacy, spiritual one-upmanship, and marital conflict across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 35(4), 552–558. <https://doi.org/10.1037/fam0000795>
13. Karela, C., & Petrogiannis, K.(2018). Risk and resilience factors of divorce and young children’s emotional well-being in Greece: a correlational study. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 8(2), 2.
14. 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.
15. Beasley, C. C., & Ager, R.(2019). Emotionally focused couple's therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 16(2), 144-159.
<https://doi.org/10.1080/26408066.2019.1692620>
16. Finney, N., & Tadros, E.(2019). Integration of structural family therapy and dialectical behavior therapy with high-conflict couples. *The Family Journal*, 27(1), 31-36.
<https://doi.org/10.1177/1066480718809672>.

17. Nazemi Zand, N., Ghorban Shiroodi, Sh., Khalatbari, J., Rahmani, M.A. (2021). The effectiveness of a transdiagnostic educational package based on cognitive behavioral therapy, schema therapy and semantic therapy on marital conflict in women involved in emotional divorce. Quarterly Journal of Applied Family Therapy, 4(4), 103-119.
18. Farahanifar, M.; Heydari, H.; Davoudi, H.; Al-Yasin, S.A. (2019). Comparing the effectiveness of systematic motivational counseling and acceptance and commitment therapy on conflict resolution styles of maritally incompatible women. Behavioral Sciences Research. 2019; 17(1):44-55.
19. Amani, A., Ahmadi, S., and Hamidi, A. (2018). The effectiveness of group-based semantic therapy on self-esteem and psychological well-being of female students with love trauma syndrome. Journal of Positive Psychology, 4(3).
20. Kang, K. A., Han, S. J., Kim, S. J., & Lim, Y. S.(2018). An integrative review of meaning-centered intervention studies for patients with advanced or terminal cancer. *Asian Oncology Nursing*, 18(4), 173-187.
21. Hashemizadeh, F.A., Rezaei Dehnavi, S., and Muntajabian, Z. (2011). The effectiveness of semantic therapy education combined with the meaning of life based on Mulla Sadra's school on marital conflict. *Islamic Research Journal of Women and Family*, 9(24), 9-27.
22. Shahmoradi, S., Nemati Sogoli-Teppeh, F., Zare Bahramabadi, M., and Khaledian, M. (2012). The effectiveness of Hutzell's semantic therapy on marital boredom, self-indulgence, and marital purity in addicted individuals. *Disability Studies*, 11(1(19th issue)), 8-1.
23. Vos, J., & Vitali, D.(۲۰۱۹). The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A metaanalysis. *Palliative & supportive care*, 16(5), 608-632.
24. Farahini, N., Afrooz, G.A., Ghobari Bonab, B., and Arjmandnia, A.A. (2019). The effectiveness of semantic therapy based on Iranian Islamic values on marital satisfaction of parents of exceptional children. *Journal of Family Psychology*, 6(1), 15-21.
25. Abedini, M., and Karimi Otari, B. (2017). The effect of meaning therapy on marital boredom, marital satisfaction and intimacy between couples. *Iranian Psychological Association Congress*.
26. Rajaei, R., Neshat Doost, H.T., Aghaei Khajehlangi, H. (2022) The effectiveness of compassion-based therapy on marital conflicts of women seeking divorce referring to counseling centers in Isfahan. *Behavioral Sciences Research.*; 20(2):255-266
27. Fahim Danesh, F.; Nofaresti, A. (2022). Predicting marital satisfaction based on forgiveness, optimism and self-compassion, 7th Congress of the Iranian Psychological Association, Tehran.
28. Tandler, N., Krüger, M., & Petersen, L.-E. (2022). Better battles by a self-compassionate partner? The mediating role of personal conflict resolution styles in the association between self-compassion and satisfaction in romantic relationships. *Journal of Individual Differences*, 42(2), 91–98. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000333>
29. Neff, K. D.(2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual review of psychology*, 74, 193–218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
30. Gilbert, p.(2009). Introducing Compassion Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. DOI:10.1192/APT.BP.107.005264
31. Gilbert P, & Irons C.(2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, 263 -325.

32. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*. 2015;45(5):927-45.
33. Mousavi, M.S., Bakhshipour, A., Mahdian, H. (2014). Comparing the effectiveness of "acceptance and commitment therapy" and "compassion-focused therapy" and "acceptance and commitment therapy enriched with compassion" on the communication patterns of married women with depression and marital conflicts. *Journal of Health Promotion Management*. 2014; 12(1): 95-112
34. Russell, K.(2016). *CFT Made Simple: A Clinician's Guide to Practicing Compassion-Focused Therapy*. New Harbinger Publications, Inc. <https://www.amazon.com/CFT-Made-Simple-Clinicians-Compassion-Focused/dp/1626253099>
35. Mahmoudpour, A.A., Shiri, T., Farahbakhsh, K., and Zolfaghari, Sh. (2019). Predicting the tendency to divorce based on marital boredom and distress tolerance with the mediation of loneliness in women seeking divorce. *Culture of Counseling and Psychotherapy (Cultural Counseling)*, 11(42), 121-141.
36. Mostajran, M., Jazayeri, R.S., and Fatehizadeh, M. (2022). The effect of integrated emotion-focused (Greenberg) and compassion-focused therapy on the quality of married women's marital life. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*, 11(1(20)), 85-106.
37. Crabtree, S. A., & Harris, S. M. (2020). The lived experience of ambiguous marital separation: A phenomenological study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(3), 385-398. <https://doi.org/10.1111/jmft.12411>
38. Li, X., Cao, H., Zhou, N., Ju, X., Lan, J., Zhu, Q., & Fang, X.(2018). Daily communication, conflict resolution, and marital quality in Chinese marriage: A three-wave, cross-lagged analysis. *Journal of Family Psychology*, 32(6), 733.
39. Halford, W. K. & Snyder, D. k.(2015). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy*, 43, 1-12.
40. Yousefi, N., Karimipour, B.A. (2018). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on self-efficacy and frustration tolerance of parents of children with physical and motor disabilities. *Quarterly Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 8(30), 113-132.
41. Gilbert, P. *Compassion focused therapy: Distinctive features* [M. Esbati, A. Faizi, Persian trans]. Tehran: Ibsina Publications; 2016. [Link]
42. Breines JG, Chen S. Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality & Social Psychology Bulletin*. 2014; 38(9):1133-43. [DOI:10.1177/0146167212445599] [PMID]
43. Sanaei, B. *Family and Marriage Scales*. Tehran: Besat; 2008.
44. Barati Bagherzadeh, T. (1990). The effect of marital conflicts on the mutual relations between husband and wife, Master's thesis, Roudehen Azad University.
45. Mirzaei, M., Zarei, A., Sadeghifard, M. (2019). The role of self-differentiation and economic factors through the mediation of family conflicts in the prevention of psychological and social harm. *Journal of Counseling and Psychotherapy*; 10(37): 143-170. doi: 10.22054/qccpc.2019.36222.1984
46. Gilbert, p. (2009). Introducing Compassion Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. DOI:10.1192/APT.BP.107.005264
47. Sternberg, R. J., & Williams, W. M.(2010). How to develop student creativity. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
48. Kamali Dolatabadi, A. (2023). Studying the effectiveness of compassion therapy training on marital conflicts and mental health of married women seeking divorce referring to psychological centers and clinics in Dolatabad and Isfahan, Third National Conference on Modern Research in Psychology and Behavioral Sciences, Isfahan.
49. Zhang JW, Chen S, Tomova Shakur TK. From me to you: Self-compassion predicts acceptance of own and others' imperfections. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2020;46(2):228-42.
50. Suppes B. Using self-compassion to influence romantic relationship satisfaction: A case study of women. *Journal of Feminist Family Therapy*. 2021:1-27.

51. Kim Y, Han KS. Work Performance, Anger Management Ability, Resilience, and Self Compassion of Clinical Nurses. *Journal of Korean Academy of psychiatric and Mental Health Nursing*. 2021;30(2):110-8.
52. Tavan, A., Soleimani Fard, Z. (2023). The effect of meaning therapy based on Islamic-Iranian values on marital conflicts and religious orientation of couples with marital conflicts. *Journal of Islamic Lifestyle with a Health Center*, 7(4), 112-102
53. Haqjoo, F. Javanbakht Kashikani, S. (2021). The effectiveness of group meaning therapy on fear of disease progression and pain and suffering control in patients with breast cancer. *Quarterly Journal of New Ideas in Psychology*; 8(12):1-12
54. Meireles MV. Antropologia de Viktor Frankl?: A guisa da perspectiva religiosa do fundador da Logoterapia= Viktor Frankl–A Religious Anthropology?: In the Light of Logotherapy founder's religious perspective. *Numen*. 2018;21(2):94-108.
55. Southwick, S. M., Lowthert, B. T., & Graber, A. V.(2016). Relevance and application of logotherapy to enhance resilience to stress and trauma. In *Logotherapy and existential analysis*(pp. 131-149). Springer, Cham.
56. Mohammadi, M., Sheikh Hadi Siravii, R., Grafer, A., Zaharakar, K., Shakermi, M., and Davarnia, R. (2016). The effect of cognitive behavioral couple therapy in a group setting on marital burnout and desire for divorce in couples.
57. Wehmeyer ML, Brown I, Percy ME, Shogren KA, Fung WL, editors. *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities*. Paul H. Brookes Publishing, Co; 2017. <https://doi.org/10.1111/jppi.12294>
58. Khajeh, A.H., Farhadi, H., Aghaei, A. (2014). Investigating the effectiveness of a combined package of emotion-focused couple therapy and compassion therapy on the quality of married life and attachment dimensions of couples. *Quarterly Journal of Applied Family Therapy*, 3(10, 160-126)

Original Article

The effectiveness of a combined counseling package of meaning therapy and compassion therapy in treating marital conflicts in married women

Received: 26/02/2025 - Accepted: 29/06/2025

Nasrin Khodadadi Chamgordani ¹
Seyed Alireza Afshani ^{2*}
Yasser Rezapour Mirsaleh ³
Saeed Vaziri Yazdi ⁴

¹ PhD. Student in Counseling, Department of Counseling, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

² Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.

³ Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

Email: khodadadikh7@gmail.com

Abstract

Introduction: Considering the increasing divorce statistics, it is necessary to use methods to reduce marital conflicts and increase marital satisfaction of married women as an important part of society in this field. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of the developed counseling program combining semantic therapy with compassion therapy in treating marital conflicts of married women in Esfahan.

Methods: The research method was a semi-experimental pre-test-post-test and follow-up study with a control group. The statistical population consisted of all married women aged 25 to 50 years who referred to counseling centers and clinics in Esfahan city within a 3-month period in (۲۰۲۳-۲۰۲۴), due to marital conflicts. A sample size of 30 people was selected using purposive sampling and randomly divided into control and experimental groups according to the inclusion criteria. The experimental group received a researcher-made educational package based on the content analysis technique in 12 90-minute sessions, while the control group did not receive any training. The research tool was the Marital Conflict Questionnaire by Barati and Sanaei (1990).

Results: The results showed that the combined counseling package of meaning therapy and compassion therapy had a significant effect on reducing marital conflict and its subscales in married women in the experimental group at the post-test and follow-up stages ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the research findings, it can be concluded that a combination of semantic therapy and compassion therapy can be useful in improving relationships and reducing marital conflicts among married women.

Keywords: semantic therapy, compassion therapy, marital conflicts, married women

Acknowledgement: There is no conflict of interest