

Investigating the effectiveness of Islamic spiritual dignity therapy on depression and marital adjustment of women affected by husband's breach of contract

Fahima Jamali Rad ¹ | Mahmoud Azadi ² | Munira Salehi ³ | Jafar Talebian Sharif ⁴ | Aliyyeh Rezadad ⁵

Vol. 18
Autumn 2023



Research Paper

Received:
2022-10-19

Revise:
2023-05-28
Accepted
2023-09-20

Publication:
2023-09-23

P.P: 243-265



Abstract

The main goal of this research is to investigate the effectiveness of dignity therapy on reducing depression and increasing marital compatibility in women affected by husband's breach of contract. The current research is an applied research in terms of its purpose, and in terms of its method, it is an experimental study with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the current study includes all married women who suffered from depression due to their husbands breaking the contract and their marital compatibility decreased, who referred to Mashhad clinics for treatment. For this purpose, a sample size of 12 people was selected using available sampling method and according to the entry and exit criteria from all Mashhad clinics, and they were randomly placed in two control test groups (6 people in each group). In this research, two tests of Beck's standard depression questionnaire and Spanier's adjustment questionnaire were used. The data obtained from the implementation were analyzed using covariance analysis and the findings showed that the scores of the experimental group in depression components were significantly lower than the score of the control group. Also, the results of covariance analysis showed that the scores of the experimental group in the couple compatibility components were significantly higher than the score of the control group. Therefore, Islamic dignity therapy was effective in reducing depression and increasing marital adjustment in women with unfaithful husbands.

Keywords: Dignity therapy, Depression, Married women, Marital compatibility, Breach of contract.

DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.64.11.9

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Farhangian University, Tehran, Iran. f.jamalirad@cfu.ac.ir
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.
5. Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Farhangian University, Tehran, Iran.



اثربخشی درمان مبتنی بر کرامت انسانی بر افسردگی و سازگاری زوجی زنان خیانت‌دیده

فهیمة جمالی‌راد^۱ | محمود آزادی^۲ | منیره صالحی^۳ | جعفر طالبیان شریف^۴ | علیّه رضاداد^۵

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کرامت انسانی بر گرفته از میانی اسلامی بر میزان افسردگی و سازگاری زوجی، زنان آسیب دیده از خیانت است. پژوهش حاضر از نظر هدف تحقیق کاربردی است و از نظر روش یک مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. نمونه پژوهش شامل ۱۲ نفر از زنانی مشهودی است که در سال ۱۴۰۱ به دلیل تجربه خیانت همسران دچار افسردگی بوده و برای دریافت خدمات روان شناختی به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی مراجعه کرده اند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۶ نفر) قرار گرفتند. پرسشنامه‌های افسردگی بک نسخه دوم، فرم ۲۱ گویه ۱۳۸۷ و سازگاری زوجی اسپانیر ۱۳۷۴ به عنوان ابزار محقق، برای اندازه‌گیری متغیرهای وابسته، استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها از میانگین، انحراف معیار و برای تحلیل استنباطی از تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شد. داده‌های حاصل از اجرا نشان داد که طرح درمانی مبتنی بر کرامت انسانی معنوی اسلامی بر افسردگی زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر و همچنین بر سازگاری زوجی آنان اثربخش بود ($p < 0.001$).

کلیدواژه‌ها: کرامت درمانی، افسردگی، زنان خیانت دیده، سازگاری زوجی، خیانت زناشویی.

۶۴

سال هجدهم
پاییز ۱۴۰۲

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۷

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۳/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۱۹

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۷/۰۱

صص: ۲۴۳-۲۶۵



DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.64.11.9

f.jamalirad@cfu.ac.ir

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه معارف اسلامی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران.

۳. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران.

۵. استادیار، گروه معارف اسلامی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

© نویسندگان

ناشر: دانشگاه جامع امام حسین (ع)



این مقاله تحت لیسانس آفرینندگی مردمی (Creative Commons License- CC BY) در دسترس شما قرار گرفته است.

مقدمه و بیان مسئله

کرامت در منابع ادیان ابراهیمی بویژه در دین مبین اسلام، از مرکزی‌ترین مفاهیم روان‌شناختی است. کرامتی که انسان آن را حس می‌کند، به دلیل ادراک دارایی‌هایی همچون نعمت عقل، امانت الهی، خودآگاهی (بدلیل داشتن نیروی عقل)، قدرت تسخیر و داشتن قوه اختیارات (طریحی، ۱۳۷۵).

کرامت^۱ در لغت دارای معانی مختلفی است که مهم‌ترین آنها عبارت است از ارزش، حرمت، حیثیت، بزرگواری، عزت، شرافت، انسانیت، شأن، مقام، موقعیت، درجه، رتبه، جایگاه، منزلت، نزاهت از فرومایگی و پاک بودن از آلودگی‌ها، احسان و بخشش، جوانمردی و سخاوت. توجه به معنای لغوی کرامت بیانگر دو نوع ویژگی و خصوصیت کاملاً متمایز در موجود انسانی است: برخی از این ویژگی‌ها رتبه، درجه و موقعیت و جایگاه اجتماعی، سیاسی، دینی و خانوادگی افراد را بیان می‌کند، این نوع کرامت قابل اکتساب و سلب است و امکان دارد کاهش یا افزایش یابد، اما برخی از این ویژگی‌ها مثل انسانیت، ذاتی انسان است و قابل سلب و وضع از انسان نیست و به آن «کرامت ذاتی» گویند.

مفهوم کرامت به لحاظ نظری در نظریات مکاتب انسان‌گرا و اندیشمندانی چون مازلو،^۲ روزنبرگ^۳ و راجرز^۴ به چشم می‌خورد. به عنوان نمونه، در نظریه راجرز (۱۹۴۲)، انسان دارای هسته و خودی یگانه است که سبب شکوفا شدن فرد می‌شود. یعنی همگونی و هماهنگی تجربه فرد با خودپنداشته‌اش^۵ او را به خودشکوفایی^۶ نزدیک‌تر می‌سازد (آزادی و همکاران، ۱۳۹۸). باور به ذات نیک انسان‌ها، مشابه با نظریه کرامت نفس انسان در اسلام است. نگاه راجرز به خوبی‌های انسان^۷، فطرت پاک انسان‌ها^۸، گرایش انسان به سوی کمال^۹ است و ریشه مفاهیم

1. Dignities
2. Maslow. A
3. Rosenberg.
4. Rogers. C
5. Self-concept.
6. Self-actualization.

۷. الناس معدن كمدن الذهب والفضة (مجلسی، ج ۵۸، باب ۴۲ حقیقه النفس والروح وأحوالهما).

۸. فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا (روم/۳۰).

۹. أَكْمَلُ النَّاسِ عَقْلًا أَحْوَقَهُمْ لِلَّهِ وَأَطْوَعَهُمْ لَهُ (مجلسی، ج ۲، ص ۱۳۸).

کلیدی دیدگاه راجرز را می‌توان در آموزه‌های دینی، روایات و آیات قرآن کریم یافت چنانکه کرامت نفس انسان‌ها و ارزش وجودی آنها،^۱ به نیاز خود-توجهی^۲ راجرز نزدیک است. از دیدگاه اسلامی، احساس کرامت امری فطری است و به دلیل ادراک دارایی‌هایی است که از سوی خداوند به انسان داده شده است و از این روست که ذات انسان مورد اکرام قرار گرفته است. به طور کلی، دین اسلام مأخذی مهم برای درک مفهوم کرامت می‌باشد، کرامت در منابع اسلامی یکی از اصلی‌ترین مفاهیم روانشناختی است. از دیدگاه اسلامی، انسان‌ها به دلیل ادراک دارایی‌هایی همچون نعمت عقل^۳، امانت الهی^۴، خودآگاهی^۵ (به دلیل داشتن نیروی عقل)، قدرت تکلم، قدرت اختیار و قدرت‌های فراوان دیگر که خداوند به آنها عطا کرده، احساس کرامت می‌کنند و به همین دلیل ذات انسان را ارج نهاده است.^۵

اما به هرو روی، گاهی کرامت انسان مورد هجوم و در معرض آسیب‌های مختلفی قرار می‌شود، و انسان را به احساس بی‌ارزشی می‌کشاند. کرامت انسان، می‌تواند در روابط بین فردی با افرادی که نقش مهمی در زندگی فرد دارند، مورد هجوم قرار گیرد، و این افراد نظیر همسر، حس ارزشمندی فرد را تایید نکنند و بابرقراری ارتباط فرازناشویی، زنان احساس حقارت و خودمقصر پنداری را تجربه نمایند، کیفیت حریم نفس یا همان عزت نفس ایشان مورد مخاطره قرار گیرد و باتجربه هر اهانت در نفس، گامی به سوی روان‌بنه بی‌ارزشی نزدیک شوند. اگر حس کرامت آسیب ببیند یا افزایش یابد، برخورد پنداره، حرمت خود و اعتماد به نفس فرد تاثیر می‌گذارد و از این رو، حفظ و ارتقای حس کرامت می‌تواند، در پیشگیری و درمان، امری کلیدی باشد و کشف منابع آسیب به آن، امری ضروری است (آزادی و همکاران، ۱۳۹۸).

بنابر مطالعات انجام شده به‌طور کلی می‌توان پژوهش‌های پیرامون درمان‌های مبتنی بر ارتقای حس کرامت انسانی را به دو گروه تقسیم نمود: نخست پژوهش‌ها پیرامون افرادی که حس کرامت ایشان بر اثر بیماری خدشه دار شده همانند سرطان و دیگر پژوهش پیرامون افرادی است که

۱. «لقد کرمتنا بنی آدم و حملناهم فی البر و البحر و رزقناهم من الطیبات و فضلناهم علی کثیر ممن خلقنا تفضیلاً» (الاسراء / ۷۰)

2. Self-regard

۳. ان فی ذلک لآیات لقوم یعقلون (روم: ۲۴)

۴. إِنَّا عَرَضْنَا الْأَمَانَةَ عَلَى السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَالْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَنْ يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا الْإِنْسَانُ إِنَّهُ كَانَ ظَلُومًا جَهُولًا (احزاب)

۵. «لقد کرمتنا بنی آدم و حملناهم فی البر و البحر و رزقناهم من الطیبات و فضلناهم علی کثیر ممن خلقنا تفضیلاً» (الاسراء / ۷۰)

سلامت روان آنان مورد آسیب قرار گرفته است که گروه هدف این پژوهش دسته دوم یعنی افراد آسیب دیده روانی می‌باشد. به بیان دیگر، به نظر می‌رسد، زنان آسیب دیده از تجربه خیانت همسر نسبت به خویش‌شن انگاره‌های منفی همانند احساس ناکافی بودن را بیان کنند.

در گروه نخست مطالعات انجام شده بر مبنای کرامت درمانی ابتدا توسط چاچینو^۱ و همکاران (۲۰۰۲) در طب تسکینی مطرح گردید. آنها با روش تحلیل محتوا و مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته در قالب ۸ سوال، ۴ مقوله اصلی را یافتند. چاچینو و همکاران (۲۰۰۲) از بیماران خواستند تا با توجه به بیماری سرطان و نوع آن، کرامت را از دیدگاه خود توصیف کنند. از میان این مصاحبه‌ها چهار مقوله اصلی استخراج شده عبارت‌اند از: نگرانی‌های مرتبط با بیماری، فهرست مواضع حفظ کرامت بیمار، تمرین‌های حفظ کرامت و سیاهه اجتماعی کرامت. چاچینو و همکاران (۲۰۰۵) در یک مطالعه دیگر دریافتند که کرامت درمانی اثر مثبتی بر روی حس کرامت، کاهش افسردگی و رنج بیماران داشته است. در مطالعه ای دیگر نشان داده شد که این رویکرد در مقایسه با درمان حمایتی شخص-محور^۲ در کاهش ناراحتی‌های روانی بیماران موثرتر بوده است (چاچینو و همکاران، ۲۰۱۱). در انگلستان، مقایسه گروه کنترل و آزمایش نشان داد، بیمارانی که کرامت درمانی را دریافت کرده بودند، به‌طور معنادارتری، امید بیشتری را گزارش کردند، و مداخله کرامت درمانی را مفیدتر یافتند (هال و همکاران، ۲۰۱۵^۳).

فیتچت^۴ و همکاران (۲۰۱۵) یافتند بیمارانی که کرامت درمانی دریافت می‌کنند، احساس رضایت بالا داشته و منافع برای خود و خانواده‌شان، از جمله افزایش احساس معنا و هدف گزارش کردند.

در پژوهش دیگری هک^۵ (۲۰۱۰) نشان داد کرامت درمانی در خدمت فراهم کردن یک محیط درمانی ایمن برای بیماران است، تا معنادارترین جنبه‌های زندگی خود را به گونه‌ای بررسی کنند که ارزش‌های اصلی آنها آشکار شود. رایج‌ترین ارزش‌های بیان شده توسط بیماران شامل «خانواده»، «لذت»، «مراقبت»، «احساس موفقیت»، «دوستی واقعی» و «تجربه غنی» بود.

1. Chochinov, H. M.
2. Supportive person-centered.
3. Hall, s.
4. Fitchett, G.
5. Hack, T, F.

مطالعه دیگر توسط مونتریس و همکاران^۱ (۲۰۱۰) نشان داد که رایج‌ترین موضوعات مورد بحث در بین بیماران (به ترتیب رتبه بندی): اطلاعات زندگی نامه‌ای، عشق، درس‌های آموخته شده در زندگی، تعیین نقش‌ها در مشاغل یا سرگرمی‌ها، دستاوردها، ویژگی‌های شخصیتی، کار ناتمام، امیدها و رویاها، کاتالیزورها، غلبه بر چالش‌ها، و راهنمایی برای دیگران بود.

آزادی و همکاران (۱۳۹۸)، الگوی اسلامی مداخله مبتنی بر کرامت را طراحی کرده و اثربخشی آن بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی را بررسی نموده‌اند یافته‌های این تحقیق، در بخش کیفی نشان داد، کرامت دارای سه مولفه عبودیت، بخشش و حریم خصوصی می‌باشد و در بخش کمی نشان داد، الگوی مداخله معنوی بر روی کیفیت زندگی بیماران سرطانی موثر است. در بخش مفهوم‌پردازی نیز، به واکاوی واژه کرامت پرداخته و بیان نموده که نظریه انسان‌گرایی راجرز و دین مبین اسلام از لحاظ نظری در ارتباط با مسئله نفس انسان و کرامت شباهت زیادی به یکدیگر دارند. مکتب انسان‌گرا، برای انسان هسته و خودی یگانه را فرض می‌کند که منبع شکوفا شدن فرد می‌شود.

طاقی (۱۳۹۵) نشان داد عوامل موثر بر احساس کرامت بیماران عبارت‌اند از: رعایت حریم خصوصی، رازداری، ارتباط مناسب، ارائه اطلاعات کافی، حق انتخاب مشارکت دادن بیمار در مراقبت و احترام. عوامل یاد شده بصورت عملیاتی در پژوهش حاضر مورد توجه قرار گرفته است. برهانی و همکاران (۱۳۹۳) یافتند که درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی، بر افزایش حس کرامت بیماران همودپالیز تاثیر دارد.

زکی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹) به این نتیجه رسیدند که کرامت درمانی حتی با سه جلسه ۳۰-۶۰ دقیقه‌ای اثرگذار است و می‌تواند در مراحل پایانی حیات بیماران مبتلا به سرطان، حس معنا، هدف، عزت و کرامت آنها را ارتقا بخشد و مرگی با عزت را برای این بیماران فراهم نماید.

در گروه دوم پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است. دهقانی‌زاده (۱۴۰۱) «اثر بخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی خود شفقت ورزی و حرمت خود در نوجوانان تک سرپرست» را آزمود و در نتیجه دریافت که کرامت درمانی معنوی اسلامی، روش مناسبی برای افزایش خود شفقت ورزی و کاهش حرمت خود مشروط در نوجوانان تک سرپرست می‌باشد.

1. Montross. L

این پژوهش نیز، با اجرایی نمودن مدل کرامت درمانی معنوی اسلامی به صورت گروهی، به اقدامات پیشگیری و ترمیمی جهت درمان مشکلات مرتبط با احساس کرامت مخدوش شده زنان خیانت دیده پرداخته است تا روابط آسیب دیده زوجی بهبود یابد و سازگاری زناشویی آنان نیز افزایش پیدا کند.

اهمیت و ضرورت انتخاب این موضوع به این دلیل است که یکی از موضوعات مهم در مطالعات خانواده، ارتباط پایدار زناشویی است که قرآن کریم از آن تعبیر به «میثاق غلیظ»^۱ می نماید. به طور کلی، در روابط بین فردی زوجی، روابط فرا زناشویی خیانت محسوب می شود. به گونه‌ای که یکی از شایع‌ترین عوامل درخواست طلاق از سوی زنان، خیانت در ازدواج توسط شوهران است (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۰). خیانت شوهران، یکی از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده عملکرد، ثبات و تداوم زندگی زناشویی است. مفهوم خیانت به نقض تعهد رابطه دو نفره که به شکل‌گیری درجاتی از صمیمیت عاطفی و فیزیکی با فردی خارج از این رابطه منجر می شود، اطلاق می شود و از منظری دیگر به چهار نوع بی وفایی جنسی، بی وفایی عاطفی، بی وفایی ترکیبی (عاطفی - جنسی) و بی وفایی مجازی شامل رابطه عاطفی تلفنی، گفتگوهای جنسی و مشاهده فیلم‌های پورن تقسیم می شود (گودرزی، ۱۳۹۸؛ لاسترمن،^۲ ترجمه: فرزین‌زاد، ۱۳۹۹). خیانت مردان می تواند بنیان رابطه و زندگی را از بین ببرد. اما همیشه به معنای پایان رابطه نیست. روانشناسان بر این باورند که اگر زنان آسیب‌دیده بخواهند، می توانند رابطه‌شان را ترمیم و حفظ کنند (لاسترمن، ۱۳۹۹).

بنابراین، ضرورت این پژوهش، حفظ نهاد خانواده و سلامت روان بانوان است. زیرا به نظر می‌رسد، آسیب‌های روانی زنان خیانت دیده سبب بروز استرس، اضطراب و افسردگی می‌شود و سازگاری آنان با شریک زندگی‌شان را کم می‌کند. بر طبق مشاهدات بالینی، اکثر زنان خیانت دیده، کج خلق و زودرنج می‌شوند، سخت‌تر می‌بخشند و کمتر با خود و همسرشان مهربان هستند. همین امر باعث می‌شود، رابطه عاشقانه و شاد، پس از مدتی، تبدیل به رابطه‌ای سرد و شکست خورده شود؛ بدون اینکه زوجین، متوجه روند شکست و آسیب شده باشند. از این رو، برای

پیشگیری از این آسیب یا اصلاح آن، هر زوجی نیاز دارد نقاط قوت و ضعف رابطه خود را بررسی کرده و با راهکارهای مطمئن روانشناسی به ترمیم آسیب‌های روابطشان بپردازد. پژوهش‌ها نشان داده است، خود شفقت ورزی، احترام به خود، خود بخشودگی و به‌طور کلی خود پنداره مثبت از بهترین روش‌های آرام کردن خود، منطقی و عقلانی کردن افکار است و خود تنظیمی هیجانی و کاهش غم و افسردگی را در پی دارد که در نتیجه آن، رابطه سرد شده، بهبود یافته و روابط آسیب دیده‌ی میان زوجی ترمیم می‌گردد.

فرضیه اصلی پژوهش حاضر عبارت است از: کرامت درمانی معنوی اسلامی موجب کاهش افسردگی زنان خیانت دیده می‌شود.

و فرضیه فرعی پژوهش حاضر عبارت است از:

- کرامت درمانی معنوی اسلامی موجب افزایش سازگاری زناشویی زنان خیانت دیده می‌شود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی است، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل ۱۲ نفر بوده که تجربه خیانت همسر را داشتند و به مراکز روانشناختی و مشاوره مشهود مراجعه نمودند. این افراد بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به روش نمونه‌گیری در دسترس و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش گواه (هر گروه ۶ نفر) قرار گرفتند. در این طرح بعد از انتخاب آزمودنی‌ها، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس قبل از اجرای متغیر مستقل (طرح درمان کرامت درمانی معنوی اسلامی)، آزمودنی‌های انتخاب شده در هر دو گروه به‌وسیله پیش‌آزمون (آزمون افسردگی بک و آزمون سازگاری زوجی اسپانیر) مورد سنجش قرار گرفتند، و سپس گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (آموزش کرامت درمانی معنوی اسلامی) قرار گرفت، ولی گروه کنترل، متغیر مستقل را دریافت نکرد. در پایان، متغیر وابسته (افسردگی و سازگاری زوجی) در هر دو گروه به وسیله پس‌آزمون مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. جدول طرح مورد بحث به صورت زیر است:

جدول ۱. مدل اجرایی پژوهش

	گمارش تصادفی	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون
گروه آزمایشی	R	T1	X	T2
گروه کنترل	R	T1	-	T2

این نمونه از بین زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره با نشانه‌های افسردگی انتخاب شدند که درمان خاصی را دریافت نکرده بودند. باید توجه داشت خیانت همسر موجب افزایش استرس، احساس غم و افسردگی است. از عوامل اثرگذار بر میزان این استرس، احساس غم و افسردگی نوع خیانت، مدت خیانت، چگونگی افشای خیانت، نحوه گذراندن شرایط بحرانی می باشد. از این رو، محقق در ابتدا میزان افسردگی را با پرسشنامه بک اندازه‌گیری نموده و شاخص عددی ۳۱ را طبق معیارهای همان پرسشنامه انتخاب نموده است. و افرادی که میزان افسردگی زیر ۳۱ داشته‌اند و مشکل خیانت هم داشتند، انتخاب شدند. همچنین در حین اجرا، محققان با تیم روانشناسی و مشاوره کلینیک در ارتباط بودند. به این دلیل که در صورت مشاهده نشانه‌های مشکلات خاص در افراد نمونه، بتوانند مشورت نموده و در مورد ماندن افراد در گروه‌ها تصمیم‌گیری شود. در حین اجرا مشکلات خاص مانند مشاهده اختلالات ناشی از خیانت مشاهده نشد. در واقع، محقق از مشاهده و مصاحبه نیز در کنار اجرای طرح درمانی استفاده نموده است. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت‌اند از: کسب نمرات ۳۱ به پایین از پرسشنامه افسردگی بک؛ کسب نمره ۱۰۱ و کمتر از آن از پرسشنامه سازگاری اسپانیر؛ دریافت نکردن هیچ‌گونه درمان قبلی، رضایت داشتن برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از این پژوهش نیز عبارت‌اند از: داشتن هرگونه اختلال روان‌شناختی بارز؛ ابتلا به هرگونه بیماری شدید؛ عدم حضور در دو جلسه از جلسات آموزش.

با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، جهت غربالگری ابتدا با زنان خیانت دیده افسرده مراجعه کننده به مراکز روانشناختی مصاحبه تشخیصی به عمل آمد و میزان افسردگی آنان از طریق مصاحبه تشخیصی و با نظر متخصصین کلینیک ارزیابی شد و بر اساس جدول کوهن^۱ با در نظر گرفتن ۰/۸۰ اثر، انتخاب شدند تعداد حداکثر ۲۴ زن انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۲ زن) و یک گروه گواه (۱۲ زن) جایگزین شدند. تعداد حداکثر ۲۴ زن انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۲ زن) و یک گروه گواه (۱۲ زن) جایگزین شدند. و در نهایت تعداد هر گروه به ۶ نفر تقلیل

1. Cohen, I

یافت. توضیح آنکه علی رغم تلاش‌های بسیار برای یافتن نمونه ای با حجم بیشتر و حتی کسب مجوزهای لازم از قوه قضائیه و تلاش بیش از سه ماه برای این موضوع اما بسیاری از کلینیک‌ها حاضر به همکاری نشدند و حتی مواردی از کلینیک‌ها که حاضر به همکاری شدند و با مراجعین‌شان تماس داشتند اما مراجعین آنها حاضر به همکاری نبودند و محدودیت اصلی تحقیق نیز همین مسئله بود که ترس از افشا خیانت همسران در بین فامیل و دوستان مانع بزرگی جهت جمع آزمودنی‌ها شد، بنابراین، در نهایت تنها ۲۴ نفر موضوع خیانت همسران و رضایت حضور در پژوهش حاضر را داشتند که از این تعداد هم ۱۶ نفر ملاک‌های ورود را داشتند که از این ۱۶ نفر نیز در حین تحقیق ۴ نفر به دلایل نامشخص علی‌رغم تماس با ایشان حاضر به همکاری نشدند و بنابراین ریزش در بین مراحل کار ۴ نفر بوده است و بنابراین در نهایت این تعداد به ۶ نفر در هر گروه تقلیل یافت. شایان ذکر است معیارهای همگن کردن دو گروه عبارت‌اند از: سن، مدت تأهل و مدت خیانت و تلاش شده تا میانگین این سه مورد در دو گروه به هم نزدیک باشد.

در این روش، گروه آزمایش تحت آموزش کرامت درمانی قرار گرفتند و گروه گواه در لیست انتظار قرار داشتند و هر دو گروه در زمان یکسان به پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند و گروه آزمایش به مدت ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مشاوره گروهی، تحت درمان طرح درمان کرامت درمانی اسلامی قرار گرفتند، اما گروه گواه، هیچ آموزشی را دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار دارند. قبل از اجرای مشاوره گروهی، از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد و بعد از اتمام آموزش نیز هر دو گروه به پس‌آزمون پاسخ دادند.

آنچه مبنای نظری این پژوهش قرار گرفت، نخست مولفه کرامت هست که یافته‌های پژوهش آزادی و همکاران (۱۳۹۸) در بخش کیفی نشان داد، کرامت دارای سه مولفه عبودیت، بخشش و حریم خصوصی است. برنامه کرامت درمانی معنوی اسلامی شامل مجموعه مداخلاتی است که طی شش جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد.

مولفه دیگری که در این بحث مورد توجه قرار گرفته، مفهوم افسردگی است. بک (۱۹۶۷)^۱ یکی از نظریه‌پردازان شناختی بزرگ، افراد مبتلا به افسردگی را مورد مطالعه قرار داد و دریافت که آن‌ها رویدادها را به شیوه‌ای منفی ارزیابی می‌کنند؛ وی سه مکانیسم را که به نظر او مسئول

1. Beck, A.

افسردگی هستند، شناسایی کرد: سه گانه شناختی (تفکر خودکار منفی)؛ خود طرحواره‌های منفی؛ خطا در منطق (یعنی پردازش اطلاعات معیوب). نظریه‌های شناختی افسردگی، افزون بر جنبه‌های رفتاری و آگاهانه افسردگی و قبول نقش یادگیری به عنوان عامل تعیین کننده اصلی، در ایجاد مظاهر مختلف رفتار افسرده، اولویت را به برداشت‌ها، باورها و محتویات ذهنی فرد می‌دهند. به عبارت دیگر، واکنش‌های بدنی- رفتاری حاکی از افسردگی را نتیجه و معلول افکار افسرده می‌دانند (جاویدی و همکاران، ۱۳۹۸).

مؤلفه سوم در بررسی موضوع، مفهوم سازگاری زناشویی است. سازگاری زناشویی دارای چهار مؤلفه اصلی رضایت دوتایی، توافق دوتایی، همبستگی دوتایی و بیان محبت آمیز است (حسینی نسب و همکاران، ۱۳۸۸).

آخرین مؤلفه مهم، پیمان‌شکنی است که البته در این پژوهش میزان و نوع پیمان‌شکنی مورد بررسی قرار نگرفته است اما زارعی (۱۴۰۰) در پژوهشی به عوامل، پیامدها و معرفی مقیاس اولیه پیمان‌شکنی زناشویی با رویکرد اسلامی- روانشناختی پرداخت. در ساخت مقیاس، عوامل و زمینه‌های فردی و ارتباطی را به کار گرفت و ۳۲ مقوله برای ساخت مقیاس را مورد استفاده قرار داد و مقوله «آمادگی سرشتی» را به دلیل پیچیده بودن تخصیص گویه‌ها، کنار گذاشت و در نهایت با همکاری متخصصان برای هر مقوله دو تا سه گویه ساخت که در مجموع ۶۶ گویه به دست آمد و روایی پایایی آن را نیز مورد بررسی قرار داد.

برای به دست آوردن نمرات پایه آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل از مقیاس‌های افسردگی بک و مقیاس سازگاری زوجی اسپاینر استفاده می‌شود. جهت اجرای برنامه کرامت درمانی معنوی اسلامی، جلسه‌ای توجیهی با هدف اطلاع رسانی و توجیه مشارکت کنندگان در رابطه با هدف پژوهش و اهمیت رضایت آنها برای شرکت در فرایند پژوهش برگزار شد. همچنین در ادامه به تفصیل در مورد کرامت درمانی معنوی اسلامی و مزایای آن توضیحاتی ارائه شد. در هر جلسه قبل از شروع آموزش ۱۰ دقیقه به مرور تمرینات جلسه قبل پرداخته شد و ۳۰ دقیقه جلسه به تمرین‌های جدید اختصاص داده شد و در ادامه در پایان هر جلسه به مراجعان بازخورد داده و چگونگی پیشرفت در آن جلسه گزارش می‌شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از پرسشنامه‌ها، از روش‌های آمار توصیفی برای به دست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، و خطای استاندارد داده‌ها و از آمار استنباطی تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شد. مستقل با استفاده از نرم افزار spss22 استفاده شد. در ذیل بسته مداخله جلسات طرح درمان کرامت درمانی معنوی اسلامی (آزادی، ۱۳۹۸) بوده ارائه می‌گردد:

جدول ۲. برنامه جلسات مداخله مبتنی بر مفهوم کرامت درمانی معنوی اسلامی (آزادی، ۱۳۹۸)

جلسه	هدف	خلاصه محتوی جلسه	انجام تکالیف
اول	زمینه سازی برای درمان	ایجاد رابطه، آشناساز با کرامت، آموزش تفکیک عناصر من (افکار، احساس، رفتار)، هدف گذاری، انگیزش شروع درمان، قرارداد درمانی	
دوم	فعال کردن بعد عبودیت در بیمار	فهرست افکار در ارتباط با خداوند، تکنیک هوشیاری نسبت به خداپنداره، چالش افکار و خداانگاره‌های منفی، جایگزین کردن خداانگاره مثبت	۱. سیاهه ثبت افکار و خدا انگاره منفی. ۲. خلاصه ثبت سیاهه افکار با معرفی خدا انگاره جدید و مثبت
سوم	ارتباط با نعمت و صاحب نعمت	تکنیک خداآگاهی، تنظیم کاربرد فهرست داشته‌ها، کشف و شناخت داشته‌ها	کاربرگ فهرست داشته‌ها
چهارم	بخشش خود و دیگران	مسئول دانستن خود، بیان احساسات خودسرزنی، نامه به خود، بیان تجربیات منفی از دیگران، آموزش تکنیک آرامش سازی، من چی می‌گم، خدا چی می‌گه	
پنجم	اكتساب حریم خصوصی	آموزش خرده نظام همسران، والدین و فرزندان و ساختار خانواده، کشیدن ژنوگرام خانواده، استفاده از استعاره برای مرزسازی، تغییر روابط فضایی، میدان ارتباطی	

جلسه	هدف	خلاصه محتوی جلسه	انجام تکالیف
ششم	کسب استقلال‌خواهی	آموزش تفاوت جرأت‌مندی، پرخاشگری و خجالت، آموزش جرأت‌مندی اساسی، تمرین نه گفتن بر اساس درمان شناختی رفتاری	

برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های افسردگی بک نسخه دوم^۱ و سازگاری زوجی اسپانیر، برای اندازه‌گیری متغیرهای وابسته، استفاده شد. پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم، دارای سه خرده مولفه شناختی، عاطفی و جسمانی در ۲۱ گویه می‌باشد. پایایی این ابزار از طریق آلفای کزنباخ بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (طاهری تنجانی، ۱۳۹۴؛ تمنایی فر و همکاران، ۱۳۸۷).

پرسشنامه سازگاری زوجی اسپانیر نیز دارای ۴ خرده مولفه رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری، ابراز محبت در ۳۲ گویه می‌باشد. اسپانیر (۱۹۸۶) پایایی این ابزار را در کل نمرات ۰/۹۶ برآورد کرده است، همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین خوب تا عالی است: رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دونفری ۰/۸۱، توافق دونفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۲ به دست آمد (ثنایی، ۱۳۸۳؛ حسینی نسب و همکاران، ۱۳۸۸). این پرسشنامه در سال ۱۳۷۴ در ایران ترجمه، اجرا و هنجاریابی شده است. ضریب همبستگی بین نمرات زنان و شوهران طی دو بار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶، خرده مولفه فرعی اول ۰/۶۸ و خرده مولفه فرعی دوم ۰/۷۵ و خرده مولفه فرعی سوم ۰/۷۱ و خرده مولفه فرعی چهارم ۰/۶۱ به دست آمده است (حسینی نسب و همکاران، ۱۳۸۸).

پرسشنامه سازگاری زوجی اسپانیر از روایی همزمان نیز برخوردار است و با پرسشنامه رضایت زناشویی لاک-والاس^۲ همبستگی دارد (ثنایی، ۱۳۷۹). پرسشنامه سازگاری زوجی اسپانیر ۳۲ گویه دارد که ۲۸ سوال آن دارای ۶ گزینه می‌باشد و دو سوال آن (۲۳ و ۲۴)، ۵ گزینه ای می‌باشند و سوالات ۲۹ و ۳۰ که دو گزینه ای می‌باشند. در نمره‌گذاری هم سوالات ۲۳ و ۲۴ بین ۰ (صفر) تا ۴ نمره می‌گیرند که ۰ برای هرگز و ۴ برای همیشه است. در سوالات ۲۹ و ۳۰ نیز ۰ برای بله و ۱ برای خیر می‌باشد. بقیه سوالات ۶ گزینه‌ای می‌باشند به طوری که برای هرگز نمره ۰ (صفر) و

1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

2. Locke - Wallace.

برای همیشه ۱ در نظر گرفته می‌شود. در این پرسشنامه بیشترین نمره ای که زوج می‌تواند بگیرد ۱۵۰ و کم‌ترین نمره ۰ (صفر) می‌باشد که هر چقدر نمره زوج کمتر باشد آن زوج میزان سازگاری کمتری داشته، در اصلی یک زوج ناسازگار می‌باشد. اسپانیر (۱۹۷۶) معتقد است که افرادی که نمره آنها ۱۰۱ یا کمتر از آن باشد دارای مشکل و ناسازگار تلقی می‌شوند.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای تحصیلات، اشتغال و سن در جداول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳. توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس تحصیلات و وضعیت اشتغال

جدول ۱-۳. اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه مداخله

شماره داوطلبان	سن	مدت تاهل	تعداد فرزندان	تحصیلات	شغل	مدت خیانت
۱	۶۰	۴۰	۳	دیپلم	خانه‌دار	۶ سال
۲	۵۴	۳۵	۴	فوق دیپلم	خانه‌دار	۴ سال
۳	۵۲	۱۵	۱	فوق لیسانس	دبیر	۸ سال
۴	۳۵	۱۲	۲	لیسانس	خانه‌دار	۴ سال
۵	۳۵	۱	-	فوق دیپلم	خانه‌دار	۸ ماه
۶	۴۳	۱۹	۲	لیسانس	پرستار سالمند	۱۵ سال

جدول ۲-۳. اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه کنترل

شماره داوطلبان	سن	مدت تاهل	تعداد فرزندان	تحصیلات	شغل	مدت خیانت
۱	۴۰	۱۸	۲	فوق دیپلم	ماساژور	۵ سال
۲	۴۰	۲۰	۳	لیسانس	پرستار سالمند	۶ سال
۳	۵۱	۳۵	۳	دیپلم	خانه‌دار	۱۰ سال
۴	۴۰	۱۸	۲	فوق لیسانس	مشاور	۳ سال
۵	۳۹	۲۰	۱	لیسانس	خانه دار	۲ سال
۶	۴۳	۴ ازدواج دوم	-	لیسانس	خانه دار	۲ سال

جدول ۳-۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر سن

گروه			
کنترل		آزمایشی	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
۴/۱۳	۴۲/۱۶	۹/۵۳	۴۶/۵

متغیر سن

میانگین و انحراف معیار متغیر سن در گروه آزمایش به ترتیب ۴۶/۵ و ۹/۵۳ بود و در گروه کنترل به ترتیب ۴۲/۱۶ و ۴/۱۳ بود.

شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در متغیر افسردگی و سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن‌ها به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جداول ۳-۴ و ۴-۴ ارائه شده است.

جدول ۳-۴. آمارهای توصیفی متغیر افسردگی و مولفه‌های آن در گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و

پس‌آزمون

متغیر	گروه	مرحله‌ی اجرا	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۸/۶۶	۳/۵۵
		پس‌آزمون	۲۴/۴۹	۴/۷۶
	گواه	پیش‌آزمون	۳۹/۸۳	۲/۸۵
		پس‌آزمون	۳۹/۱	۱/۸۶
شناختی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳/۸۳	۱/۹۴
		پس‌آزمون	۸/۵	۲/۸۸
	گواه	پیش‌آزمون	۱۴/۶۶	۱/۹۶
		پس‌آزمون	۱۴/۲۱	۱/۶۳
مولفه‌ها عاطفی	آزمایش	پیش‌آزمون	۷/۸۳	۱/۱۶
		پس‌آزمون	۵/۳۳	۲/۰۶
	گواه	پیش‌آزمون	۷/۳۳	۱/۶۳
		پس‌آزمون	۸/۶۶	۲/۵
جسمانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۷	۲/۶
		پس‌آزمون	۱۰/۶۶	۱/۳۶
	گواه	پیش‌آزمون	۱۷/۸۳	۱/۴۷
		پس‌آزمون	۱۶/۲۳	۲/۱۹

با توجه به جدول ۴-۳ می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمرات متغیر افسردگی گروه آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون تقریباً برابر است و این دو گروه تفاوت قابل توجهی در متغیر افسردگی و مولفه‌های آن ندارند. با این وجود، در پس‌آزمون و پس از دریافت کرامت درمانی اسلامی، تفاوت گروه آزمایشی و کنترل افزایش یافته است و گروه آزمایشی در متغیرهای نامبرده نسبت به گروه کنترل بهبود نشان داده است و نمرات کمتری را کسب نموده‌اند.

جدول ۴-۴. آمارهای توصیفی متغیر سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن در گروه آزمایش و گواه در مرحله

پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	مرحله‌ی اجرا	میانگین	انحراف استاندارد
سازگاری زناشویی	آزمایش	پیش‌آزمون	۷۰/۵	۷/۴۴
		پس‌آزمون	۹۴/۶۵	۸/۷۵
	گواه	پیش‌آزمون	۶۹/۱۶	۵/۲۶
		پس‌آزمون	۷۰/۰۱	۴/۹۲
رضایت زناشویی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۵/۵	۳/۷۸
		پس‌آزمون	۳۳/۳۳	۴/۸۸
	گواه	پیش‌آزمون	۲۵	۵/۰۱
		پس‌آزمون	۲۴/۳۶	۳/۵۲
همبستگی دو نفری	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲	۱/۷۸
		پس‌آزمون	۱۶	۲
	گواه	پیش‌آزمون	۱۱/۸۳	۲/۲۲
		پس‌آزمون	۱۲/۱۶	۲/۰۴
توافق دو نفری	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۸/۱۶	۲/۳۱
		پس‌آزمون	۳۶/۶۶	۴/۱۳
	گواه	پیش‌آزمون	۲۷/۳۳	۴/۱۷
		پس‌آزمون	۲۷/۸۳	۳/۷۶
ابراز محبت	آزمایش	پیش‌آزمون	۴/۸۳	۲/۱۳
		پس‌آزمون	۸/۶۶	۱/۹۶
	گواه	پیش‌آزمون	۵	۲/۳۶
		پس‌آزمون	۵/۶۶	۱/۶۳

با توجه به جدول ۴-۴ می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمرات متغیر سازگاری زناشویی گروه آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون تقریباً برابر است و این دو گروه تفاوت قابل توجهی در متغیر سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن ندارند. با این وجود، در پس‌آزمون و پس از دریافت کرامت درمانی اسلامی، تفاوت گروه آزمایشی و کنترل افزایش یافته است و گروه آزمایشی در متغیرهای نامبرده نسبت به گروه کنترل بهبود نشان داده است و نمرات بیشتری را کسب نمودند. در ارتباط با فرض اول پژوهش و برای بررسی تفاوت دو گروه و بررسی تأثیر کرامت درمانی اسلامی بر افسردگی و مولفه‌های آن از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در این تحلیل، گروه (آزمایش و کنترل) به‌عنوان عامل بین‌آزمودنی و نمرات متغیر افسردگی و مولفه‌های آن به‌عنوان متغیرهای وابسته وارد مدل شدند. نتایج این تحلیل در جداول ۴-۵ و ۴-۶ ارائه شده است.

جدول شماره ۵-۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری جهت مقایسه نمرات دو گروه در متغیر افسردگی

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	مقدار F	مقدار معناداری
پیلایی تریس	۰/۸۷	۶	۲	۲۱/۹۷	۰/۰۲۳

قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری باید یادآور شد نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس - کوواریانس از لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/05$) و این به معنای تخطی از مفروضه همگنی واریانس‌ها می‌باشد. بنابراین از آزمون پیلایی تریس برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵-۳ نشان می‌دهد بین بیماران دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی متغیر افسردگی و مؤلفه‌های آن به‌عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ($0/87 = \text{پیلایی تریس}$ ، $p < 0/05$ ، $21/97 = F(2, 6)$).

جدول ۶-۳. نتایج آزمون‌های اثرات بین‌آزمودنی‌ها جهت مقایسه نمرات دو گروه در متغیر افسردگی و مولفه‌های آن

شاخص آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار معناداری	مجذورات انا
افسردگی	۶۷/۷۷	۱	۶۷/۷۷	۱۱/۱*	۰/۰۴۱	۰/۸۵
شناختی	۱۷/۰۶	۱	۱۷/۰۶	۱۲/۷۸*	۰/۰۳۴	۰/۸۹

عاطفی	۲۵/۱۶	۱	۲۵/۱۶	۹/۸۹*	۰/۰۴۸	۰/۸۶
جسمانی	۱۱/۱۹	۱	۱۱/۱۹	۱۱/۱۳*	۰/۰۴۱	۰/۸۸

۰/۵/۰* p<

به منظور مقایسه دو گروه از جهت افسردگی و هر یک از مؤلفه‌های آن، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۶-۳ نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات افسردگی و مولفه‌های سه گانه آن تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که نمرات گروه آزمایش در متغیر افسردگی، پایین تر از نمره گروه کنترل در متغیر مذکور است و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است ($F=11/1$, $p < 0/05$) و حاکی از اثربخشی کرامت درمانی اسلامی بر افسردگی زنان دارای همسران پیمان شکن می‌باشد. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیره حاکی از آن بود که نمرات گروه آزمایش در مولفه‌های شناختی ($F=12/78$, $p < 0/05$)، عاطفی ($F=9/89$, $p < 0/05$) و جسمانی ($F=11/13$, $p < 0/05$) پایین تر از نمره گروه کنترل در مولفه‌های مذکور بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود. به طور کلی، نتایج جدول ۶-۳ حاکی از اثربخشی کرامت درمانی اسلامی بر کاهش افسردگی و مولفه‌های آن در زنان دارای همسران پیمان شکن بود.

در ارتباط با فرض دوم پژوهش و به منظور بررسی تفاوت دو گروه و بررسی تأثیر کرامت درمانی اسلامی بر سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در این تحلیل، گروه (آزمایش و گواه) به عنوان عامل بین آزمودنی و نمرات متغیر سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن به عنوان متغیرهای وابسته وارد مدل شدند. وی نتایج این تحلیل را در جداول ۴-۷ و ۴-۸ ارائه داد.

قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری باید یادآور شد نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس - کوواریانس از لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/05$) و این به معنای تخطی از مفروضه همگنی واریانس‌ها می‌باشد. بنابراین از آزمون پیلای تریس برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۷-۳ نشان می‌دهد بین بیماران دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی متغیر سازگاری زناشویی

و مؤلفه‌های آن به‌عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$)، $F(2, 6) = 24/38$ ، $p < 0/05$ ، تریس،

جدول شماره ۷-۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری جهت مقایسه نمرات دو گروه در متغیر سازگاری زناشویی

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	مقدار F	مقدار معناداری
پیلایی تریس	۰/۹۷	۶	۲	۲۴/۲۸	۰/۰۱۴

جدول ۸-۳. نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه نمرات دو گروه در متغیر سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن

شاخص آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار معناداری	مجذور اتا
سازگاری زناشویی	۱۰۱/۷۴	۱	۱۰۱/۷۴	۳۷/۸۱*	۰/۰۲۵	۰/۹۵
رضایت زناشویی	۳۵/۶۲	۱	۳۵/۶۲	۴۱/۹۷*	۰/۰۲۳	۰/۹۵
همبستگی دو نفری	۱۰/۲۱	۱	۱۰/۲۱	۴۴/۲۵*	۰/۰۲۲	۰/۹۵
توافق دو نفری	۷/۷۴	۱	۷/۷۴	۲۳/۲*	۰/۰۴	۰/۹۲
ابراز محبت	۹/۶۴	۱	۹/۶۴	۲۸/۵۴*	۰/۰۳۳	۰/۹۳

$p < 0/05$ *

به‌منظور مقایسه دو گروه از جهت سازگاری زناشویی و هر یک از مؤلفه‌های آن، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۸-۳ نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های چهارگانه آن تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که نمرات گروه آزمایش در متغیر سازگاری زناشویی بالاتر از نمره گروه کنترل در متغیر مذکور است و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$).

$F=37/81, p<$ و حاکی از اثربخشی کرامت درمانی اسلامی بر سازگاری زناشویی زنان دارای همسران خیانت کننده می‌باشد. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیره حاکی از آن بود که نمرات گروه آزمایش در مولفه‌های رضایت زناشویی ($F=41/97, p<0/05$)، همبستگی دو نفری ($F=44/25, p<0/05$)، توافق دو نفری ($F=23/2, p<0/05$) و ابراز محبت ($F=28/54, p<0/05$) بالاتر از نمره گروه کنترل در مولفه‌های مذکور بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود. اندازه اثر (مجذور اتا) بزرگتر از 0/14، زیاد می‌باشد. در یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس پژوهش حاضر تمامی اندازه اثرها، از 0/14 بیشترست. به طور کلی، نتایج جدول 4-8 حاکی از اثربخشی کرامت درمانی اسلامی بر افزایش سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن در زنان دارای همسران خیانت کننده بود.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش نشان داد افزایش سازه کرامت در بانوان، افسردگی کاهش یافته و سازگاری زناشویی افزایش می‌یابد. در ادبیات پژوهش، پژوهشی که به اثربخشی کرامت درمانی بر کاهش افسردگی زنان دارای همسران پیمان شکن باشند یافت نشد؛ اما از میان پژوهش‌هایی که از کرامت درمانی برای درمان افسردگی بهره گرفته‌اند، می‌توان از چاچینو و همکاران (2011)، هک (2010) مونتریس و همکاران¹ (2010) و هومان و همکاران (2015) نام برد که با پژوهش حاضر همخوانی دارند.

بنابر آنچه از برآیند کاهش افسردگی در گروه آزمایش به دست می‌آید می‌توان گفت، کرامت درمانی یک رویکرد درمانی جدید است که برای کاهش رنج، بهبود کیفیت زندگی و تقویت حس کرامت برای زنان دارای همسران پیمان شکن مفید بوده است؛ علاوه بر مقوله‌های مذکور، کرامت درمانی با بهره‌گیری از فعال شدن بعد عبودیت، مثبت اندیشی درباره خدا و خود، سپاسگزاری از خود و شریک زندگی، تعیین مرزهای حریم خصوصی زوجی و فردی، و کسب استقلال خواهی بر افسردگی زنان دارای همسران پیمان شکن اثر بخش بوده است. همچنین یافته‌ها

1. Lori Montross

نشان می‌دهد که اجرای برنامه کرامت‌درمانی، در معنایابی، هدف‌گذاری و افزایش عزت نفس تاثیرگذار است.

یافته‌ها نشان داد کرامت‌درمانی در حوزه خانواده و زوجی موثر است. از پژوهش‌های همخوان و همسو با این پژوهش می‌توان از فیتچت و همکاران (۲۰۱۵) نام برد که در تحقیق مروری، اثر بخشی کرامت‌درمانی را در چارچوب خود بیمار مورد مطالعه قرار داده و آن را موثر دانسته‌اند و پیشنهاد داده‌اند تا پژوهشگران، کرامت‌درمانی را در حوزه خانواده و جامعه بیازمایند. پژوهش حاضر همسو با پژوهش مذکور به این مهم دست یافت و مبتنی بر برنامه کرامت‌درمانی، تقویت زنان سالمند و آموزش مهارت‌های ارتباطی زوجی را جهت افزایش سازگاری زناشویی موثر یافت.

مشاهدات بالینی و پژوهش‌های علمی نشان می‌دهند واکنش‌ها به افشای خیانت زناشویی مشابه اختلال استرس پس از سانحه است به همین دلیل از این واقعه به عنوان ضربه روانشناختی یاد می‌شود (محمدی، ۱۳۹۹). قرآن کریم نیز به جامعه مومنان توصیه نموده است که امانت‌های الهی را پاس بدارید چنانچه فرمود:

ای کسانی که ایمان آورده‌اید! به خدا و پیامبر خیانت نکنید! و (نیز) در امانات خود خیانت روا مدارید، در حالی که می‌دانید (این کار، گناه بزرگی است).^۱

و امام علی (علیه‌السلام) از زنان متاهل تعبیر به امانت الهی نمودند: «ازدواج را دلپذیر و خوشایند دارید؛ زنان در نزد مردان، مالک هیچ سود و زبانی برای خود نیستند. آنها قطعا امانت خداوند در نزد شما مردان هستند، پس به ایشان گزندی نرسانید و ایشان را در تنگنا قرار ندهید» (بحرانی، ۱۳۹۴).^۲

بر این اساس، پیمان‌شکنی خیانت به امانت الهی محسوب می‌شود و زنان خیانت‌دیده آسیب‌هایی همچون افسردگی، خشم، رهاشدگی، ناتوانی، کاهش عزت نفس و عدم امنیت را تجربه می‌کنند و در نتیجه ناسازگاری زناشویی افزایش می‌یابد.

۱. «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَخُونُوا اللَّهَ وَالرَّسُولَ وَتَخُونُوا أَمَانَاتِكُمْ وَأَنْتُمْ تَعْلَمُونَ» (انفال/۲۷)

۲. «وَقَالَ أَمِيرُ الْمُؤْمِنِينَ عَلِيُّ (عَلَيْهِ السَّلَامُ): «طَيَّبُوا النِّكَاحَ، فَإِنَّ النِّسَاءَ عِنْدَ الرِّجَالِ لَا يَمْلِكْنَ لَأَنْفُسِهِنَّ ضَرًّا وَلَا نَفْعًا، وَإِنَّهُنَّ أَمَانَةٌ لِلَّهِ عِنْدَكُمْ فَلَا تُضَارُوهُنَّ وَلَا تَغْضَبُوهُنَّ»

یافته‌های این پژوهش نشان داد کرامت درمانی اسلامی به‌عنوان مداخله جدید درمانی در طب تسکینی، می‌تواند در کاهش آسیب‌های ضربه روانشناختی یاد شده، موثر واقع شود و سازگاری زناشویی را افزایش داده و مانع طلاق گردد. در جلسات مشاوره، اکثر بانوان قربانی خیانت به دنبال طلاق نبودند، اغلب افراد بلافاصله پس از برملا شدن خیانت، فقط سعی می‌کردند بفهمند چه کاری باید انجام دهند. اینجا بود که تکنیک‌های مشاوره گروهی کرامت درمانی بسیار مفید واقع شد.

بر این اساس در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت، برنامه کرامت درمانی کمک کرد تا بانوان آسیب‌دیده، درد خیانت را التیام ببخشند و اعتماد از دست رفته رابطه را دوباره بازسازی کنند، اگر با نگاه سیستمی به فرایند کرامت درمانی بین فردی بنگریم، زوجین می‌توانند از طریق درک نیازهای یکدیگر و پاسخگویی مناسب به آن، الگوی ارتباطی خود را تغییر دهند و از طریق درون سازی قواعد، مرزبندی‌های منعطف، تعیین حریم خصوصی هر یک، و احترام متقابل به استقلال فردی و هنجارهای مورد قبول جامعه، از گرایش مردان به ارتباط فرا زناشویی جلوگیری شود و سازگاری زوجی افزایش یابد.

وظیفه خود می‌دانیم که از مرکز پلی کلینیک دانشگاه فردوسی مشهد که در جمع‌آوری نمونه نهایت همکاری را با تیم پژوهشی داشتند تشکر و قدردانی نماییم.

منابع

- قرآن کریم.
- آزادی، محمود. (۱۳۹۸). طراحی الگوی اسلامی مداخله مبتنی بر کرامت و بررسی اثربخشی آن بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی، به راهنمایی: دکتر مسعود آذربایجانی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه قم، رساله دکتری.
- آزادی، محمود؛ آذربایجانی، مسعود و طباطبایی رسول زاده، کاظم. (۱۳۹۸). کاربرد نظریه حوزه‌های معنایی در بررسی مفهوم کرامت بر پایه منابع اسلامی. فصلنامه مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی، ۲۳ (۳)، ۵۱۲-۴۹۷.
- بحرانی، هاشم. (۱۳۹۴). *البرهان فی تفسیر القرآن*. قم: تهذیب.
- برهانی، فریبا؛ مشایخی، عادل و عباس زاده، عباس. (۱۳۹۳). تاثیر مدل درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی بر حس کرامت بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. فصلنامه اخلاق زیستی، ۱۳ (۴)، ۱۳۶-۱۱۷.
- تمنایی فر، شیما؛ محمدخانی، پروانه و پورشهباز، عباس. (۱۳۸۷). رابطه همبودی اختلالات شخصیت کلاستر و اختلالات افسردگی اساسی باعود افسردگی. فصلنامه توانبخشی، ۳-۴ (۹)، ۶۲-۵۷.
- ثنایی، باقر؛ علاقه بند، ستیلا؛ فلاحتی، شهره و هومن، عباس. (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: بعثت.
- ثنایی، باقر. (۱۳۸۳). *روان‌درمانی و مشاوره گروهی*. تهران: چهر.
- جاویدی، حجت‌الله؛ تجلی، فاطمه؛ مهریار، امیرحوشنگ و میرجعفری، سید احمد. (۱۳۹۸). نقش پیش‌بینی‌کنندگی افسردگی، اضطراب، استرس و شیوه‌های فرزند پروری مادران در رفتارهای نافرمانی مقابله‌ای و سلوک فرزندانشان. مطالعات روانشناختی، ۳ (۱۵)، ۱۷۰-۱۵۹.
- حسینی نسب، سید داود؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج و فتوحی بناب، سکینه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سازگاری زناشویی. روانشناسی دانشگاه تبریز، ۱۴ (۴)، ۶۲-۴۹.
- دهقانی زاده، عادل. (۱۴۰۰). اثر بخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی خود شفتت و رزی و حرمت خود در نوجوانان تک سرپرست. به راهنمایی محمود آزادی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- زارعی توپخانه، محمد. (۱۴۰۰). پیمان شکنی زناشویی، عوامل، پیامدها و معرفی مقیاس اولیه با رویکرد اسلامی - روانشناختی. پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. قم، رساله دکتری.
- زکی نژاد، مانیا؛ مانوکیان، آرپی؛ نیکبخت نصرآبادی، علیرضا؛ شمشیری، احمدرضا و حجت، سوزان. (۱۳۹۹). بررسی تاثیر کرامت در مانی براحساس کرامت بیماران مبتلا به سرطان. مجله پژوهش پرستاری، ۱۵ (۲)، ۸۳-۷۷.

- طاقی، شهین. (۱۳۹۵). مروری بر عوامل موثر بر کرامت درمانی ادراک شده بیماران. فصلنامه آموزش و اخلاق در پرستاری. ۵ (۱). ۹-۱۷.
- طاهری تنجانی، پریسا؛ گرمارودی، غلامرضا؛ آزادبخت، مجتبی؛ فکری زاده، زهره؛ فتحی زاده، شادی و قیسوندی، الهام. (۱۳۹۴). بررسی روایی پایایی نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک در سالمندان ایرانی. علوم پزشکی سبزوار، ۱ (۲۲). ۱۸۹-۱۹۸.
- طریحی، فخرالدین (۱۳۷۵). مجمع البحرين، قم، مرتضوی.
- کلاتتری، عبدالحسین؛ روشن فکر، پیام و جواهری، جلوه. (۱۳۹۰). مرور سه دهه تحقیقات «علل طلاق» در ایران. مطالعات راهبردی زنان، ۵۳ (۱۴). ۱۶۲-۱۲۹.
- گودرزی، محمود. (۱۳۹۸). پیش بینی میزان احتمال پیمان شکنی در روابط زناشویی بر اساس سطح تمایز یافتگی عملکرد خانواده و دلزدگی زناشویی. فصلنامه پژوهش‌های مشاوره. ۱۷ (۱۸). ۸۰-۹۹.
- لاسترمن، دان دیوید. (۱۹۹۸). آسیب شناسی وفاداری در زندگی زناشویی. ترجمه فرزین زاد، بنفشه؛ زنوزیان، سعیده و واجب منفرد، سارا (۱۳۹۹). تهران: دانژه.
- محمدی، حمید. (۱۳۹۹). استرس، اضطراب و افسردگی زنان آسیب دیده از خیانت و واقعیت درمانی. تهران: افتاب گیتی.

beck,

- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social science & medicine*, 54(3), 433-443.
- Chochinov, H. M., Cann, B., Cullihall, K., Kristjanson, L., Harlos, M., McClement, S. E., & Hassard, T. (2011). Dignity therapy: a feasibility study of elders in long-term care. *Palliative & supportive care*, 10(1), 3-15.
- Chochinov, H. M., & Cann, B. J. (2005). Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *Journal of Palliative Medicine*, 8(supplement 1), s-103.
- Fitchett, G., Emanuel, L., Handzo, G., Boyken, L., & Wilkie, D. J. (2015). Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC palliative care*, 14(1), 1-12
- Hall, s., goddard, c., opio, d., speck, p. W., martin, p., & higginson, i. J. (2015). Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC palliative care*.
- Hack, T, F; McClement;S, E ;Chochinov, H, M ;Cann, BJ; Hassard, T, H; Kristjanson, L, J; Harlos, M. (2010). Learning from dying patients during their final days: life reflections gleaned from dignity therapy. *Paliative Medicine*. 24(7): 715-723
- Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body image*, 15, 1-7.
- Lori Montross, Kathryn D. Irwin. (2010). Dignity Therapy Implementation in a Community-Based Hospice Setting. *SAGE journal. psychology*, 355-402.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy; newer concepts in practice*.

Spanier, G., & Cole, C. (1976). Toward clarification and and stability. *Journal of Family Psychology*, 1(7, of marital adjustment. International