



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی با درمان هیجان مدار (EFCT) بر سازگاری زناشویی زوج‌های دارای فرزند معلول

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

سیده لادن مطلبی پور^{id}
حسن میرزاحسینی^{id}
مجید ضرغام حاجبی^{id}

دریافت: ۹۹/۰۹/۱۲ | پذیرش: ۹۹/۱۰/۲۶ | ایمیل نویسنده مسئول: Mirzahoseini.hasan@iaui.ac.ir

فصلنامه علمی پژوهش خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>
دوره ۱ | شماره ۴ | صص ۲۳۳-۲۱۵
زمستان ۱۳۹۹

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(مطلبی پور، میرزاحسینی و ضرغام حاجبی، ۱۳۹۹)

در فهرست منابع:

مطلبی پور، سیده لادن، میرزاحسینی، حسن، و ضرغام حاجبی، مجید (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی با درمان هیجان مدار (EFCT) بر سازگاری زناشویی زوج‌های دارای فرزند معلول. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، (۴): ۲۳۳-۲۱۵.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی بر سازگاری زناشویی بود. روش پژوهش: پژوهش حاضر جزء طرح های نیمه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری سه گروهی است. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوجین دارای فرزند معلول ذهنی، جسمی-حرکتی یا ذهنی و جسمی - حرکتی بوده که تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار داشته و دارای پرونده در مرکز خدمات بهزیستی مثبت زندگی خوانسار بوده و در سال ۱۴۰۱ در شهرستان خوانسار سکونت داشتند؛ به منظور تشکیل سه گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند (با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج)، ابتدا ۴۶ نفر انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی ۱۶ نفر (۸ زوج) در گروه آزمایش اول و ۱۶ نفر در گروه آزمایش دوم و ۱۶ نفر در گروه گواه گروه‌بندی شدند. سه گروهی که به این ترتیب تشکیل شد مشابه هم بوده و اندازه‌گیری متغیرهای وابسته برای هر دو گروه آزمایش در یک زمان صورت گرفت؛ همچنین مرحله پیگیری سه ماه بعد از پس آزمون روی هر سه گروه اجرا شد. ابزار پژوهش شامل مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶) بودند. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد بین دو گروه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی و درمان هیجان مدار در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه رضایت زناشویی معنادار است ($P < 0/05$)؛ در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مؤلفه رضایت زناشویی در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد که درمان هیجان مدار بر سازگاری زناشویی تأثیر بیشتری داشت ($P = 0/05$). نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های این مطالعه ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی و درمان هیجان مدار سبب بهبود همبستگی زناشویی، توافق زناشویی، ابراز محبت و رضایت زناشویی در زوج‌های دارای فرزند معلوم می شود و نمایانگر افق‌های تازه در مداخلات زوج درمانی است و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای موثر سود جست؛ بنابراین، به نظر می‌رسد این مداخله برای زوج‌های دارای فرزند معلول نیز کاربردی است.

کلیدواژه‌ها: هیجان مدار، ذهن آگاهی، طرحواره‌های معنوی-اسلامی، سازگاری زناشویی

مقدمه

سازگاری زناشویی پیوندی دوستانه همراه با تفاهم و درک یکدیگر و تعادلی منطقی بین نیازهای مادی و معنوی همسران است (فرساد نیا و رضانی، ۱۳۹۴). سازگاری زناشویی یکی از مهم‌ترین عوامل در تعیین ثبات و دوام رابطه زناشویی است. گال (۲۰۰۵) و به زن و شوهر اجازه می‌دهد تا از تعارض‌ها پرهیز کنند و با شیوه‌ای مناسب آن‌ها را حل کنند، به طوری که هر دو از ازدواج و رابطه با یکدیگر احساس رضایت داشته باشند (سیگال، لوین و سولومون، ۲۰۱۹). وینچ (۱۹۷۴) رضایت زناشویی را هماهنگی بین وضعیت موجود با وضعیت مورد انتظار در بین زوجین تعریف می‌کند. بر این اساس، رضایت زناشویی زمانی وجود دارد که وضعیت موجود در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظار هماهنگ باشد. سازگاری زناشویی یک اصطلاح چند بعدی است که سطوح چند گانه ازدواج را روشن می‌کند و فرایندی است که در طول زندگی زوجین به وجود می‌آید زیرا لازمه آن انطباق سلیقه‌ها، شناخت صفات شخصیتی، ایجاد قواعد رفتاری و شکل‌گیری الگوهای مراوده است (اونسو و کیسلاک، ۲۰۲۲). از این رو سازگاری در روابط زناشویی به جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی از جمله سلامت روانی زوجین، رضایت از زندگی و حتی طول عمر آنان تاثیر می‌گذارد. بنابراین تولد و حضور کودک ناتوان در خانواده با تأثیرگذاری بر کمیت روابط زناشویی و ایجاد دگرگونی در شرایط معمول خانوادگی و چگونگی تعامل اعضای خانواده می‌تواند موجب آشفتگی و افزایش میزان استرس در والدین شود و در نتیجه به عملکرد خانواده و رضایت زناشویی آسیب می‌رساند (مته، ۲۰۲۲؛ لی، وانگ، هپو و ژو، ۲۰۱۹). نتایج تحقیقات گرینلی و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد داشتن فرزند دچار معلولیت تنیدگی قابل ملاحظه‌ای را بر خانواده وارد می‌کند و والدین دارای این کودکان رضایت زناشویی، همبستگی و سازگاری خانوادگی کمتری دارند. در پژوهشی از به پژوهی و رضانی (۱۳۸۴) با عنوان مقایسه رضایت زناشویی والدین کودکان عادی و کم‌توان ذهنی، این یافته به دست آمد که رضایت زناشویی والدین عادی بسیار بالاتر از والدین کودکان کم‌توان ذهنی است. نمی‌توان از این نکته غافل شد که نارضایتی و اختلاف زناشویی والدین بر سازگاری و رشد عاطفی کودکان اثر منفی می‌گذارد و هیجان‌های مثبت و منفی ناشی از کیفیت روابط زناشویی به روابط والد-کودک نیز منتقل می‌شود و این تاثیر بر کودکان دچار معلولیت حائز اهمیت است (چان و لیونگ، ۲۰۲۰).

با در نظر گرفتن شرایط خاص خانواده‌های دارای فرزند دچار معلولیت و تاثیر این استرس مزمن بر روابط زوجها بخصوص بر میزان سازگاری و رضایتمندی آنان از زندگی مشترک خود و تاثیر عواملی چون میزان خودکنترلی و تاب‌آوری آنان بر حفظ سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی و افزایش سازگاری این زوجین و مطالعه پژوهش‌های انجام گرفته توسط محققین داخلی و خارجی درباره تاثیر انواع شیوه‌های مداخله‌ای زوج درمانی موثر بر میزان خودکنترلی و تاب‌آوری و سازگاری زوجها و تاثیر مثبت نگرش مذهبی و معنوی و پایبندی به تقیدات مذهبی زوجها در افزایش رضایتمندی آنان از زندگی زناشویی، می‌توان نتیجه گرفت انواع مداخله‌های ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر سازگاری زوجین تاثیر گذار بوده است. معلولیت فرزند در خانواده‌هایی که عشق و علاقه و عواطف مثبت بر آن حاکم است اثر چندانی نمی‌گذارد (جولازاده اسمعیلی، کریمی، گودرزی و عسگری، ۱۴۰۰).

درمان هیجان مدار شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ها در الگوهای دایمی ناسازگاری در زوجین آشفته است. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجان‌ها آسیب پذیر در هر کدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجان‌ها به شیوه‌های ایمن و محبت آمیز است (بلالی دهکردی و فاتحی زاده، ۱۴۰۱). اعتقاد بر این است که پردازش این هیجان‌ها در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت‌بخش‌تر خواهد بود (گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۱۹). EFCT یکی از شیوه‌های درمان هیجان مدار است که امروزه مورد توجه درمانگران خانواده قرار گرفته است این شیوه‌درمانی هیجان مدار رویکردی فرایند نگر و یکپارچه نگر است که هم به درون و هم به بیرون نظر دارد این رویکرد درمانی فنون رویکردهای تجربی و سیستمی و دلبستگی را برای گسترش پاسخ‌های هیجانی و چرخه‌های تعاملی بین زوجین ترکیب می‌کند (مارن، میکوسکا، اوبرین و تیمولاک، ۲۰۲۲). EFCT درمانی کوتاه مدت و ساختار یافته برای درمان و بهبود روابط آشفته زوجین است که از طریق تغییر سبک‌های دلبستگی زوجین و تغییر چرخه تعاملات معیوب زناشویی و ایجاد فضای امن ارتباطی، کنترل بهتر هیجان‌ها و کنترل رفتار زوجین امکان پذیر می‌شود و این باعث افزایش سازگاری و زصایتمندی زناشویی می‌گردد (الیوت و مک دونالد، ۲۰۲۱). درمان هیجان مدار از این جهت که الگوهای فعال ذهنی فرد که خود انعکاس‌هایی از تجارب گذشته‌اند را به چالش می‌کشند با طرح‌واره‌های ذهنی افراد و فعال‌سازی آنان ارتباط دارد و همین زیر سوال بردن الگوهای قبلی باعث می‌شود که همسران نسبت بهم انتظارات تازه‌ای پیدا کنند (شاهار، ۲۰۲۰). نتیجه روند مذکور این خواهد شد که همسران روش‌های نوینی برای تنظیم هیجان‌هاشان پیدا می‌کنند. رویکرد هیجان مدار همچنین این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهم‌ترین آن‌ها رابطه با همسر است، تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد و از این جهت با درمان‌های ذهن آگاهی وجه مشترک دارد (لویت، ولتون و آیواکب، ۲۰۱۹).

یکی از رویکردهای روان درمانی، ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی است. پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی یک پروتکل درمان برگرفته از آموزه های دین مبین اسلام با توجه به آیات، احادیث و روایات می باشد. در تدوین این پروتکل درمانی بر اصول مشترکی که بین مفاهیم ذهن آگاهی غربی و آموزه های معنوی اسلام وجود داشته است، تأکید شده است. محققان باورهای معنوی را به عنوان یک سازه یا طرحواره های شناختی مفهوم سازی می کنند که به کاهش اختلاف بین اهداف موجود و اهداف آرزومندانه کمک می کند. این مفهوم سازی امکان تلفیق مفاهیم روان شناسی معنوی را با روش شناختی روان شناسی شناختی معاصر فراهم می سازد. فرایند فعال سازی یک طرحواره مذهبی یا معنوی تفاوتی با فرآیندهای عمومی فعال سازی طرحواره های شناختی دیگر ندارد (مارگولین، بیتل، اسکومن-اولیور و آوانتز، ۲۰۰۶). در متن تعالیم اسلامی روش هایی برای مقابله با مشکلات ذکر شده است که می توان آنها را به سه بخش روش های شناختی، روش های عاطفی-معنوی و روش های رفتاری مطرح نمود. روش های شناختی عبارتند از: ۱- تأثیر ایمان به خدا؛ ۲- بینش فرد نسبت به سختی

ها (اعتقاد به این که در دل هر سختی، آسانی وجود دارد)؛ ۳- تاثیر توکل به خدا؛ ۴- اعتقاد به مقدرات الهی جایگاه انسان در گسترده هستی. روش های عاطفی-معنوی عبارتند از: ۱- یاد خدا، ۲- دعا، ۳- توسل به خدا و ائمه معصوم (ع). روش های رفتاری عبارتند از: ۱- صبر، ۲- ازدواج و صلح و رحم و ۳- عمل صالح. معنویت عبارت است از احساس درونی قدرت و یا سرشاری از زندگی که انسان احساس می کند تمام وجودش با هستی، هماهنگ شده و در دستان خداوندی قرار دارد که او را هدایت می کند. پذیرش این امر که خداوند کنترل زندگی فرد را در دست دارد و همواره می توان به او تکیه نمود (نیک پی، کشیشی، کشیری، توپه و کرامتی، ۲۰۱۹). ویلسات وست (۲۰۰۲) معتقد است اگر معنویت مراجعان خود را نادیده یا دست کم بگیریم عمیقا به آنها زیان و آسیب رسانده ایم. برخی پژوهشگران از واژه معنویت با عنوان هر نوع رشدی که انسان را فراتر از درمان غیرمذهبی غربی می برد، استفاده می کنند. اما برخی از آنها رشد شخصی را به عنوان معنویت درونی قلمداد می کنند (گروف، ۱۹۸۹).

سیگل (۲۰۱۰) معتقد است ذهن آگاهی روشی است برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنابخشی و معنادار سازی زندگی. این موارد به مرور می تواند ارتباط زوجین با یکدیگر را بهبود بخشد. زیرا مادامی که زوجین در روابط خود به دنبال سرزنش کردن یکدیگر باشند و مسئولیت کارهایشان را نپذیرند، ارتباط مناسب با یکدیگر نخواهند داشت؛ هدف عمده آموزش ذهن آگاهی به زوجین این است که نسبت به افکار و احساساتشان هشیارتر شوند و آنها را صرفا به صورت رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند و نه جنبه های از خود، در نتیجه در نهایت نحوه ارتباط آنها با افکارشان تغییر می کند. این تغییر موجب کاهش استرس از طریق بهبود هوش هیجانی و به دنبال آن افزایش سازگاری زوجین و کاهش تعارضات آنان می شود. نظر به این که دو روش زوج درمانی هیجان مدار و ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی هر کدام حیطه خاصی از روابط زوجی را جهت درمان مد نظر قرار می دهند و هر کدام به نوعی بر ارتباطات و انتظارات زوج تاثیر گذاشته و مستلزم یادگیری مهارت جدید زوجی است پژوهشگر به دنبال تفاوت این دو روش که یکی بر هیجان و دیگری بر مؤلفه های معنوی اثر می گذارد و بر روابط زوجی تاثیر گذار است بوده و سوال پژوهش به شرح ذیل تدوین گردیده است:

۱. آیا زوج درمانی هیجان مدار و ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی بر سازگاری زناشویی زوج های دارای فرزند معلول در مرحله پس آزمون موثر است؟
۲. آیا زوج درمانی هیجان مدار و ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی بر سازگاری زناشویی زوج های دارای فرزند معلول در مرحله پیگیری پایدار است؟
۳. آیا بین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی بر سازگاری زناشویی زوج های دارای فرزند معلول تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعه نیمه آزمایشی بوده و با استفاده از طرح گروه های نامعادل (آزمایش و گواه) با پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زوجین دارای فرزند معلول

ذهنی، جسمی- حرکتی یا ذهنی و جسمی- حرکتی بوده که تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار داشته و دارای پرونده در مرکز خدمات بهزیستی مثبت زندگی خوانسار بودند و در سال ۱۴۰۱ در شهرستان خوانسار سکونت داشتند. نمونه پژوهش حاضر با بهره گیری از روش نمونه گیری هدفمند و با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج (ملاک های ورود: حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، حداقل سن ۳۰ سال و حداکثر سن ۶۰ سال، رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در پژوهش. ملاک خروج: وجود اختلال های روانی ایجاب کننده درمان های فوری (مثل نشانه های روانپریشی و وابستگی به مواد) به پژوهش از بین جامعه آماری انتخاب شد. از بین ۲۹۳ خانواده دارای فرزند معلول که پرونده ای آنان در اختیار مرکز خدمات بهزیستی مثبت زندگی خوانسار کد ۱۰۷۰۸ بوده است، تعداد ۱۳۸ خانواده ساکن روستاهای شهرستان خوانسار بودند لذا از تعداد ۱۵۵ خانواده دارای فرزند معلول ساکن شهر خوانسار به ۱۰۰ نفر که دارای فرزند با معلولیت شدید نبودند جهت اجرای این پروژه اطلاع رسانی شد. پس از شناسایی افراد دارای ملاک های ورود و خروج، ۴۸ نفر از والدینی که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، به تصادف انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۶ نفر). برای انجام پژوهش های آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۸۴). پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره های درمان و اهداف آن ها برای آزمودنی ها توضیح داده می شود و به آن ها گفته شد که شرکت در دوره های درمانی داوطلبانه و با رضایت خود فرد است و هیچ اجباری برای شرکت در دوره ها وجود ندارد.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر.** این آزمون که توسط اسپانیر (۱۹۷۶) به منظور سنجش سازگاری بین زن و شوهرها یا هر دو نفری که با هم زندگی می کنند، تنظیم شده؛ شامل ۳۲ سوال است و تحلیل عاملی نشان می دهد چهار بعد رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت را می سنجد. نمره گذاری این مقیاس از صفر تا ۱۵۱ است. کسب نمره ۱۰۱ و بیشتر نشان دهنده سازگاری بیشتر و رابطه بهتر و نمره های پایین تر از آن نشان دهنده سازگاری کم تر است. اسپانیر (۱۹۷۶) پایایی ۰/۹۶ را از طریق روش ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس به دست آورد. وی همچنین به منظور به دست آوردن اعتبار سازه مقیاس سازگاری زناشویی، از مقیاس سازگاری زناشویی لاک والاس استفاده کرد. همبستگی بین این دو مقیاس در میان افراد متاهل، ۰/۸۶ و در میان افراد طلاق گرفته، ۰/۸۸ بود. بنابراین، مقیاس سازگاری زن و شوهر با قدرت تمیز دادن زوج های متاهل و مطلقه در هر سوال، روایی خود را برای گروه های شناخته شده نشان داده است. همچنین این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است؛ زیرا با مقیاس سازگاری زناشویی لاک والاس همبستگی دارد (معین و همکاران، ۱۳۹۰). اسپانیر (۱۹۷۶) اعتبار این مقیاس را در کل نمرات، ۰/۹۶ برآورده کرده است که نشان می دهد از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس ها را نیز بین خوب تا عالی برآورده کرده است که عبارتند از: مقیاس رضایت زناشویی ۰/۹۴، همبستگی زناشویی ۰/۸۱، توافق زناشویی ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳ (عباسی، ۱۳۸۳).

۲. **مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی اسلامی.** پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی اسلامی یک پروتکل درمانی است که از راه تلفیق مفاهیم ذهن آگاهی و تعالیم دین اسلام که مشتمل بر سه اصل اساسی اعتقادات (باور به توحید نبوت و امامت معاد)؛ اخلاقیات، (صبر، عفو صفح، بخشش) و دستورات عملی، (نماز، روزه دعا، تشریفات دینی، مراقبه معنوی)، ذهن آگاهی اسلامی مراتب مراقبه اسلامی (حسینی طهرانی، ۱۴۳۳) و شیوه‌های مقابله با مشکلات (آذربایجانی و همکاران، ۱۳۷۸) است که هدف از طراحی آن استخراج مداخله درمانی جهت افزایش رضایت‌مندی زناشویی است. در این پروتکل درمانی مفاهیم معنوی مانند، توحید، توکل، ناظر بودن دائمی خدا بر اعمال و رفتار، باور به معاد، الگوگیری از اولیای دین، ذکر، دعا و توسل، شکرگزاری به‌عنوان طرح‌واره مفهوم‌بندی می‌شوند.

جدول ۱. جلسات مداخله مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی اسلامی

جلسات	هدف جلسات	محتوای مربوط به هر جلسه
اول	آشنایی	هدف کمک به شرکت‌کنندگان برای آشنایی با یکدیگر، بیان قوانین و انتظارات شرکت‌کنندگان و اجرای پیش‌آزمون
دوم	هدف آشنایی با ذهن آگاهی و طرح‌واره‌های معنوی-اسلامی	در این جلسه تعریف ذهن آگاهی همراه با یک تجسم برای اعضا توضیح و سپس نقش طرح‌واره‌های معنوی (یکتاپرستی، پذیرش و رضایت به مقدرات الهی، توکل، باور به معاد) در وظایف زناشویی برای شرکت‌کنندگان شرح داده شد. آنان به تمرین واری بدن، تمرکز بر تنفس و مرور ذهنی پرداختند و دوباره توجه و آگاهی خود را به محیط اطراف معطوف کردند. همچنین با هفت عامل بنیادین ذهن آگاهی (قضاوت نکردن، شکیبایی کردن، ذهن آغازگر، اعتماد، پذیرش، تقلا نکردن، آزاد کردن) آشنا شدند و پس از پایان تمرین، شرکت‌کنندگان حالات جسمانی، احساسی و فکری خود را توصیف کردند با توجه به بخش‌های این جلسه تکلیفی به اعضای گروه داده و قرار شد، زمانی از روز را که برایشان مناسب است تنها باشند و در آرامش چشم‌هایشان را ببندند و سه یا چهار نفس عمیق بکشند و بر روی تنفسشان تمرکز و سپس هوای وارد شده به درون را رها کنند و به تمام افکار و احساسات خود آگاهی یابند.
سوم	هدف آشنایی با خدا و ارتباط ما با خالق و یکدیگر	در این جلسه افراد شرکت‌کننده با یادگیری شیوه‌هایی که بتوانند ویژگی‌های معنوی و انسانی را در زندگی روزانه به کار بگیرند آشنا شدند؛ سپس هر یک از افراد شرکت‌کننده تعارضات زناشویی خود را بیان کردند و به شناسایی تعارضات و نقشی که خود در به هم زدن رابطه زناشویی دارند و اینکه چطور می‌توانند بر مشکلات خود غلبه کنند، به بحث و چالش پرداختند. هر فرد حضور خود را در محضر خداوند مجسم کرده (این حضور می‌تواند تجسم بودن در یک مکان مذهبی و یا تصور فرد از خلوت کردن با خدا باشد) و درباره احساسات آن با دیگران صحبت کردند. سپس از افراد شرکت‌کننده خواسته شد تا تجسم کنند در انجام اعمال و رفتار خود با همسر، خداوند آن‌ها را می‌بیند سپس احساس و فکر خود را بیان کردند و به مواردی که آثار ایمان به خدا می‌تواند در حل زناشویی به آن‌ها کمک کند، اشاره کردند. فهرستی از آثاری که ایمان به خدا و توکل در حل مشکلات زناشویی دارد، تهیه شد و به آیات مرتبط با آن مانند، انفال، ۲؛ رعد، ۳۰؛ زمر، ۳۶ و ۳۸ پرداخته شد. سپس از آن‌ها خواسته شد در هنگام تعارض زناشویی با توجه به یادگیری

<p>مهارت‌های ذهن آگاهی به تمام افکار و احساسات خود آگاهی یابند، ولی چگونگی برخورد خود را بر مبنای مهارت‌های ذهن آگاهی مانند پذیرش و اجازه حضور دادن به تجربه، دقیقاً همان طوری که هست و قضاوت نکردن (فرایندی که با روح پذیرش نسبت به آنچه رخ می‌دهد همراه است) تجربه کنند؛ همچنین آیات پذیرش (تغابن، آیه ۱۱؛ کهف، ۳۹؛ اسراء، ۲۰) بیان و پیشنهاد شد پیش از خواب آیات مطرح شده را مرور کنند.</p>	
<p>به آثار مثبت استفاده از اصل همانندسازی و تقلید از الگوهای شایسته در هنگام حل مشکلات پرداخته شد و هر یک از اعضا، نمونه عینی رفتاری از زندگی پیامبران را در روابط با اعضای خانواده (خصوصاً همسر) بیان کردند سپس در مورد فهرستی که اعضا تهیه کرده بودند، بحث شد و درمانگر آن‌ها را کامل کرد. در همین راستا باید‌ها و نیاید‌های الهی در زندگی زناشویی به بحث گذاشته شد و هر یک از شرکت‌کنندگان به تأییراتی که باید‌ها و نیاید‌های الهی در زندگی زناشویی آن‌ها دارد، اشاره کردند و نیز به آیات مرتبط با آن مانند، انعام، ۱۶۲؛ حدید، ۴؛ ق، ۱۶ پرداخته شد. سپس از افراد شرکت‌کننده خواسته شد روزانه تا جلسه بعد دست کم هشت مورد از تمامی باید‌های الهی را که در زندگی زناشویی آن‌ها مؤثر است، مستقل از اعمال همسر اجرا و ثبت کنند؛ همچنین از افراد شرکت‌کننده خواسته شد تا مستقل از اعمال همسر حداقل هشت مورد از تمامی نیاید‌ها را اجتناب و ثبت کنند و بکوشند برای انجام وظایف در خانواده نیت الهی داشته باشند و تنها رضای خداوند را در نظر بگیرند و در مواقع تنیدگی، اذکار آرامش‌بخش و مورد علاقه خود را زمزمه کنند.</p>	<p>چهارم هدف آشنایی با پیامبران «وَالْمُؤْمِنُونَ كُلٌّ آمَنَ بِاللَّهِ وَمَلَائِكَتِهِ وَكُتُبِهِ وَرُسُلِهِ لَا يَفْرِقُونَ بَيْنَ أَحَدٍ مِنْ رُسُلِهِ» (بقره، ۲۸۵) توسل و باید‌ها و نیاید‌های الهی در زندگی زناشویی انجام تمرین‌های ذهن آگاهی و ذکر</p>
<p>درباره حضور امامان بحث و تبادل نظر شد و در مورد اینکه چهارده معصوم چگونه به ما انسان‌ها کمک کردند و خواهند کرد تا با استعانت از کلام و رفتارشان به جایگاه والای انسانی و معنوی دست یابیم، بحث شد. همچنین به تأثیر حضور در مساجد، مکان‌های مقدس، دعا و... پرداخته شد و نیز در مورد آیات مرتبط با آن غافر، ۶۰، بقره، ۱۸۶؛ فرقان، ۷۷ بحث و گفتگو شد. همچنین مهارت ذهن آگاهی آزاد کردن را در جلسه درمان تمرین کردند. سپس از آنان خواسته شد تا پس از حضور در این اماکن به محاسبه و مراقبه اعمال و رفتار خود بپردازند.</p>	<p>پنجم هدف آشنایی با امامان معرفت، زیارت، تأثیر محبت و اطاعت از امامان در زندگی زناشویی</p>
<p>برای افراد شرکت‌کننده تفاوت عفو و صفح و غفران بیان شد. سپس در رابطه با عفو و گذشت و آثار آن به اعضای گروه آموزش و از آن‌ها نظرخواهی شد و در رابطه با مدارا در حل مشکلات به افراد شرکت‌کننده آموزش داده شد. همچنین آنان در این جلسه با رحمت الهی آشنا شدند. بنابر روایات، رحمت الهی شامل کسانی می‌شود که به انسان‌های دیگر رحمت دارند و بنابراین از افراد شرکت‌کننده خواسته می‌شود تا در جلسه و بیرون از آن بخشندگی را تجربه کنند تا مشمول رحمت الهی شوند همچنین مهارت‌های ذهن آگاه‌گر و تقلا نکردن را در جلسه درمان تمرین کردند. سپس از افراد شرکت‌کننده خواسته شد روزانه تا جلسه بعد دست کم سه مورد از رفتارهای همسر خود را مورد عفو و صفح و غفران نمایند و آن‌ها را ثبت کنند</p>	<p>ششم هدف بخشش و آمرزش، عفو و صفح و غفران</p>
<p>پاداش‌ها و نعمت‌های اخروی که در ازای انجام وظایف خانوادگی و زناشویی به افراد داده می‌شود، بیان شد. همچنین به یادآوری عواقب بد تعدی به حقوق دیگران و انجام ندادن مسئولیت‌ها پرداخته شد و از افراد شرکت‌کننده خواسته شد تا در انجام تمامی اعمال و رفتار خود در همه حالات و اوقات پروردگار جهان را پیوسته ناظر خود ببینند و مهارت‌های شکیبایی و اعتماد را در جلسه درمان تمرین کردند. سپس از افراد شرکت‌کننده خواسته</p>	<p>هفتم هدف آشنایی با سرای، دیگر شتاب نکردن در پاداش (صبر)، به تأخیر انداختن</p>

انتظار پاداش، مراقبت، سبقت در عمل	شد تا در بروز مشکلات روزانه، موقعیت‌هایی را که می‌توانند با آموزش‌های مطرح‌شده، حل و فصل نمایند؛ ثبت کنند.
هشتم	هدف تحکیم یادگیری، بازنگری تجربه گروهی و ارائه و دریافت پسخوراند
	در این جلسه با مروری بر مهارت‌هایی که در جلسات گذشته کسب شده بود؛ هر یک از شرکت‌کنندگان مداخلات درمانی را که تجربه کرده و آن‌ها را به کار بسته است، برای دیگران بیان می‌کند. شرکت‌کنندگان با ارائه و دریافت پسخوراند از اعضای دیگر هر یک از راه تمرینات عملی که دو به دو باهم دارند، آموخته‌های خود را کامل می‌کنند. این جلسه هم با توضیح کلی در مورد فرایند جلسات از ابتدا تا انتها و مرور کلی به پایان رسید و پس از آن از اعضای گروه پس‌آزمون گرفته و قرار شد که آنان جلسات پیگیری هم برگزار کنند.

۳. **درمان هیجان مدار.** بسته درمانی مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر اساس پروتکل درمانی جانسون (۲۰۰۴) تدوین و در سه گام در هشت جلسه بر روی گروه آزمایش دوم اجرا شد که خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. جلسات مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار

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

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

شیوه اجرا. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه های آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه مندی می توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده ها شاخص های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن زوج‌های گروه آزمایش ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره معنوی-اسلامی برابر با ۳۲/۷۸ (۳/۵۴)، گروه آزمایش هیجان مدار برابر با ۳۳/۴۲ (۳/۸۹) و گروه گواه (۳/۶۳) بود؛ در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات سازگاری زناشویی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل گزارش می‌شود.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های سازگاری زناشویی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره معنوی-اسلامی	رضایت زناشویی	میانگین	۲۰.۶۳	۲۴.۸۸	۲۴.۲۵
		انحراف معیار	۵.۵۵	۳.۷۲	۴.۶۱
درمان هیجان مدار	رضایت زناشویی	میانگین	۱۹.۱۳	۲۹.۵۰	۲۸.۲۵
		انحراف معیار	۴.۶۷	۴.۹۳	۵.۱۶
گواه	رضایت زناشویی	میانگین	۲۰.۰۰	۱۹.۵۰	۲۱.۲۵
		انحراف معیار	۴.۹۵	۷.۳۹	۷.۴۱
ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره معنوی-اسلامی	همبستگی زناشویی	میانگین	۲۲.۳۸	۲۷.۵۰	۲۷.۲۵
		انحراف معیار	۳.۵۹	۳.۹۰	۴.۵۵
درمان هیجان مدار	همبستگی زناشویی	میانگین	۲۲.۰۰	۲۷.۵۰	۲۷.۸۸
		انحراف معیار	۴.۸۴	۳.۹۰	۴.۴۱
گواه	همبستگی زناشویی	میانگین	۲۰.۶۳	۱۹.۶۳	۲۰.۶۳
		انحراف معیار	۳.۶۳	۴.۹۶	۴.۸۸
ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره معنوی-اسلامی	توافق زناشویی	میانگین	۱۶.۱۳	۲۳.۷۵	۲۴.۷۵
		انحراف معیار	۲.۹۶	۳.۴۹	۳.۰۰
درمان هیجان مدار	توافق زناشویی	میانگین	۱۹.۵۰	۲۷.۷۵	۲۷.۱۳
		انحراف معیار	۴.۱۶	۴.۵۵	۳.۵۰
گواه	توافق زناشویی	میانگین	۱۷.۰۰	۱۵.۰۰	۱۶.۵۰
		انحراف معیار	۲.۶۳	۴.۵۰	۴.۸۲
ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره معنوی-اسلامی	ابراز محبت	میانگین	۲۰.۱۳	۲۵.۳۸	۲۷.۲۵
		انحراف معیار	۲.۷۸	۳.۵۶	۳.۴۲
درمان هیجان مدار	ابراز محبت	میانگین	۲۳.۱۳	۲۸.۰۰	۲۷.۷۵
		انحراف معیار	۵.۲۶	۳.۴۳	۳.۰۹
گواه	ابراز محبت	میانگین	۲۰.۵۰	۱۹.۰۰	۲۰.۸۸
		انحراف معیار	۴.۳۵	۶.۳۷	۷.۵۲

همچنان که ملاحظه می شود میانگین در دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون در خرده مقیاس های سازگاری زناشویی افزایش نشان می دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می توان به این توصیف دست زد که ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره معنوی-اسلامی و درمان هیجان مدار باعث بهبود مؤلفه های سازگاری زناشویی شده است. به منظور بررسی تاثیر روش درمان های ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی و درمان هیجان مدار بر نمرات مؤلفه های سازگاری زناشویی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنی ها و یک عامل بین آزمودنی ها) استفاده شد. مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه بندی آزمودنی ها در دو گروه به عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند. به منظور بررسی تفاوت معنی دار بین میانگین های مؤلفه های سازگاری زناشویی در دو گروه در مراحل سه گانه درمانی، ابتدا مفروضه های همگنی واریانس ها و کرویت بررسی شد. نتایج در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

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

متغیرها شاخص	F	Df۱	Df۲	سطح معناداری
رضایت زناشویی	۱.۳۰	۱.۰۰	۳۰.۰۰	۰.۲۸
همبستگی زناشویی	۰.۴۴	۱.۰۰	۳۰.۰۰	۰.۶۵
توافق زناشویی	۰.۳۴	۱.۰۰	۳۰.۰۰	۰.۷۲
ابراز محبت	۰.۱۵	۱.۰۰	۳۰.۰۰	۰.۸۶

همان گونه که مشاهده می شود فرض تساوی واریانس ها برقرار است ($p < 0.05$). واریانس تفاوت بین همه ترکیب های مربوط به گروه ها (کرویت) باید یکسان باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون کرویت مخلی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ذکر گردیده است.

جدول ۵. آزمون کرویت مخلی بررسی همگنی کوواریانس ها

متغیرها شاخص	Mauchly's W	df	سطح معناداری
رضایت زناشویی	۰.۴۸۵	۲	۰.۰۰۱
همبستگی زناشویی	۰.۴۹۹	۲	۰.۰۰۱
توافق زناشویی	۰.۵۹۹	۲	۰.۰۰۱
ابراز محبت	۰.۵۴۹	۲	۰.۰۰۱

همان گونه که مشاهده می‌شود فرض کرویت برقرار نیست ($P=0/05$)؛ بر این اساس در آزمون فرضیه‌ها از معیار گرین هاوس گیزر استفاده می‌شود تا تقریب دقیق‌تری بدست آید و نتایج تحلیل واریانس درون گروهی با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه می‌گردد؛ خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات سازگاری با معیار گرین هاوس گیزر

متغیر	شاخص آماری	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایستا
رضایت زناشویی	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۱۰۱۳.۲۵	۱.۲۹	۷۸۵.۹۶	۲۸.۴۴	۰.۰۰۱	۰.۴۹
	تعامل آزمون* گروه	۱۸۱.۷۵	۱.۲۹	۱۴۰.۹۸	۵.۱۰	۰.۰۲	۰.۱۵
	بین گروهی	۱۳۵.۳۸	۱.۰۰	۱۳۵.۳۸	۴.۰۲	۰.۰۴	۰.۱۲
همبستگی زناشویی	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۶۰۹.۲۵	۱.۸۵	۳۲۸.۸۷	۲۷.۳۱	۰.۰۰۱	۰.۴۸
	تعامل آزمون* گروه	۴۰.۸	۱.۸۵	۲۲.۰	۰.۱۸	۰.۸۲	۰.۰۱
	بین گروهی	۰.۱۷	۱.۰۰	۰.۱۷	۰.۰۱	۰.۹۴	۰.۰۰
توافق زناشویی	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۱۳۷۶.۵۸	۱.۳۴	۱۰۲۴.۲۰	۶۰.۰۸	۰.۰۰۱	۰.۶۷
	تعامل آزمون* گروه	۱۰.۷۵	۱.۳۴	۸.۰۰	۰.۴۷	۰.۵۵	۰.۰۲
	بین گروهی	۲۵۳.۵۰	۱.۰۰	۲۵۳.۵۰	۳.۷۱	۰.۰۳	۰.۱۰
ابراز محبت	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۶۴۸.۵۸	۱.۳۵	۴۸۱.۹۲	۳۲.۷۴	۰.۰۰۱	۰.۵۲
	تعامل آزمون* گروه	۲۹.۰۸	۱.۳۵	۲۱.۶۱	۱.۴۷	۰.۲۴	۰.۰۵
	بین گروهی	۱۰۰.۰۴	۱.۰۰	۱۰۰.۰۴	۳.۸۳	۰.۰۶	۰.۱۱

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح $0/05$ برای هر شش مؤلفه معنادار است ($P<0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات مؤلفه‌های سازگاری زناشویی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنا دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های

افزایش مؤلفه‌های سازگاری زناشویی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین نمرات مؤلفه‌های سازگاری زناشویی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، بطوری‌که نمرات مؤلفه‌های سازگاری زناشویی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی‌دار نداشته است. با توجه به نتایج جدول ۶ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین دو گروه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی و درمان هیجان‌مدار در سطح $0/05 < P$ است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه رضایت زناشویی در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به نتایج جدول ۶ برای عامل بین‌گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح $0/05 < P$ برای مؤلفه رضایت زناشویی معنادار است. $(P < 0/05)$. در نتیجه بین میانگین کلی نمرات مؤلفه رضایت زناشویی در دو گروه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی و درمان هیجان‌مدار تفاوت معنادار وجود دارد. به طوری‌که درمان هیجان‌مدار اثر بیشتری بر این مؤلفه داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی با درمان هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی زوج‌های دارای فرزند معلول انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه رضایت زناشویی از مؤلفه‌های سازگاری زناشویی تأثیر بیشتری داشت. همسو با این یافته، یافته‌های پژوهش واتسون (۲۰۱۹) نشان داد درمان هیجان‌مدار موجب افزایش احساسات مثبت زوجین نسبت به هم و سازگاری زناشویی می‌شود. همچنین در راستای یافته‌های پژوهش حاضر مطالعه گلدمن (۲۰۱۹) نشان داد، نتایج درمان هیجان‌مدار به مدت ۲ سال پس از درمان ثبات دارند و این درمان از جهت عود مشکلات زناشویی دغدغه‌ای ندارد. در مطالعه هرینگتون و همکاران (۲۰۲۱)، مصاحبه با زوجین در پایان درمان هیجان‌مدار نشان دادند که آن‌ها در مطالعه خود بیشتر از هیجان‌های اولیه و زبان دلبستگی استفاده کرده و همدلی بیشتری را گزارش کرده‌اند. کونولی-زوبوت و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند زوج درمانی متمرکز بر هیجان به شکل معناداری باعث پیوند رابطه بین زوجینی که دارای درماندگی در روابط خود بوده‌اند، می‌شود. اوسورو و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی نشان دادند که زوج درمانی هیجان‌مدار منجر به افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های آشفته می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار فرایندهای هیجانی سازمان‌دهنده‌ترین عنصر برای تمیز روابط کارآمد از ناکارآمدند. به نظر می‌رسد که شیوه‌های رهگزینی زوج‌ها در واکنش به تفاوت‌ها، ناهمگونی‌های دموگرافیک، نابرابری‌ها در روابط، شیوه‌های اثرگذاری تخریبی ادراکات و شناخت‌ها بر قضاوت‌های زوج‌ها، چرخه‌های ناکارآمد ارتباطی و تعارضات، همه و همه در ایجاد و حفظ هیجان منفی مشترک می‌باشند. به عبارت دیگر کلیه مقولات مذکور در نقطه‌ای به اشتراک می‌رسند و این نقطه همان تولید و ابقاء هیجان‌های منفی است. بی‌تردید شناخت، رفتار و هیجان همواره به شیوه‌های پیچیده با یکدیگر در تعامل هستند ولی در این میان هیجان‌های جرقه‌ی آغازین هستند؛ جرقه‌ای که رفتارهای پس

آیند را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. در درمان هیجان محور، هیجان تعیین کننده ترین عامل در شکل دهی به درام های آشفته ساز ارتباطی قلمداد می‌شود. اما آن چه مایه خرسندی است آن است که همین عامل از مزیت پادزهر شدن نیز برخوردار است و پتانسیل بهبود این آشفتگی ها را نیز در خود دارد. این هیجان است که رفتارهای دلبسته گونه را سامان می‌دهد. در حقیقت در درمان هیجان مدار، هیجانان و نقش آن ها را بازشناسی و سپس توسعه می‌دهند. در این رویکرد تجربه و سپس ابراز هیجانان مثبت و منفی، آماج درمان و مهم ترین تسهیل کننده ی تغییر شناخته می‌شوند، امری که در سایر مدل های غیر تجربی به دیده اغماض نگریسته شده است (گرینبرگ، ۲۰۰۴).

به نظر پژوهشگر، هیجان، به طور کلی در روابط و در روابط صمیمانه زوج ها به قدری حائز اهمیت است که اگر نامش را در اصلی ترین عناوین درمان بخش ننگنجانیم، نیروی قدرتمندی را بدون استفاده رها کرده و عامل شفاعت فعالی را به دیده ی اغماض نگریسته ایم. تمرکز و تاکید درمانگر هیجان محور، بیشتر بر روی درگیری های هیجانی بین زوج هاست. درمانگر به زوج ها کمک می‌کند تا آگاهی شان را در مورد هیجانان، نیازها و جنبه هایی از خود که هنوز به مالکیت در نیامده اند را افزایش دهند. با توجه به باورها و طرحواره های سنتی که در فرهنگ نظام های شناختی در کشور ما در بین افراد و خانواده ها وجود دارد، اعم از این باورها که خودداری از ابراز احساسات و هیجانان چه مثبت و چه منفی، امری مثبت تلقی می‌شود و ابراز هیجانان نشان دهنده ی ضعف و ناتوانی برای آن ها می‌باشد (سرکوبی عواطف و احساسات یک ارزش تلقی می‌گردد). با استفاده از مداخلات به کار گرفته شده در رویکرد هیجان محور زوج ها قادر می‌گردند که از هیجانان خود آگاه شوند، آن ها را لمس کرده و نقش آن ها را در ایجاد چرخه های معیوب و مثبت ارتباطی کشف کرده و هیجانان خود را از نو قاب گیری نمایند. اکتشاف هیجانی، بازسازی هیجانی- شناختی، در دسترس بودن، پاسخگو بودن هیجانی همسر، ایجاد همدلی، پذیرش مثبت بدون قید و شرط یکی از همسران منجر به پاسخگویی هیجانی و ابراز نا امنی های هیجانی در همسر او (کامل کردن گشتالت های ناتمام هیجانی) می‌گردد و در نهایت هر یک از زوجین فضای امن عاطفی را تجربه می‌کنند. به نظر می‌رسد که مولفه های هیجانی مهم ترین و در عین حال زیر بنای زندگی زناشویی زوج ها محسوب می‌گردد و مداخلات به کار گرفته شده در این رویکردها می‌تواند با توجه به ساختار شناختی و هیجانی زوج های ایرانی نقش مهمی در بهبود سازگاری زناشویی زوجین داشته باشد.

همچنین نشان داد بین دو گروه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی- اسلامی و درمان هیجان مدار در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه رضایت زناشویی معنادار است. این یافته با مطالعه فورد (۲۰۱۷)، شوچی (۲۰۱۹) و یوسفیان و اصغری پور (۲۰۱۳) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان نمود که پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی- اسلامی با فعال کردن باورهایی مانند: «خداوند همیشه با من است»، «کسی که پشتیبانی مانند خدا دارد از هیچ نیروی زمینی نمی‌ترسد»، «منبع آرامش در درون من است، پس لزومی ندارد نگران ارزیابی دیگران باشم» و «اگر دعاها و اذکاری را که به من آرامش می‌دهد با خود تکرار کنم نگرانی و شرم من از بین خواهد رفت» به مقابله با طرحواره های ایجاد کننده احساس بی ارزشی می‌پردازد. بنابراین هنگام فعال شدن طرحواره های

اضطراب زاء آرامش و تسکین را برای فرد فراهم کرده و سازگاری زناشویی را افزایش می دهد. ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی می تواند به عنوان یک روش مقرون به صرفه در بهبود سازگاری زناشویی زوجین مد نظر قرار گیرد و باعث جلوگیری از تحمیل هزینه های اضافی بر خانواده شود. ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی نه تنها در بهبود کنترل عاطفی و سازگاری زناشویی موثر است، بلکه می تواند به عنوان یک راهکار پیشگیری قبل از گرفتار شدن فرد به دام مشکلات روانی مطرح شود؛ چرا که این آموزش همچون سپری است که آنها را در برابر ناملایمات زندگی دیگران محافظت می کند، بنابراین ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی-اسلامی می تواند در پیشگیری، درمان و پیشگیری از عود مشکلات روانی زوجین مناسب و سودمند باشد و به بسیاری از مراجعان در مقابله با استرس های روزمره و اتخاذ تصمیمات صحیح در برابر عوامل استرس زا و فراگیری حل مناسب مشکلات و مسائل خویش یاری رساند.

در طول جلسات نوع همکاری و رغبت زوج ها در امر درمان کاملا با یکدیگر یکسان نبود که این تفاوت های فردی در آزمودنی ها به عنوان یکی از محدودیت های پژوهش می باشد. در این پژوهش فقط از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات استفاده کرد و به دلیل محدودیت های اجرایی از مصاحبه برای گردآوری داده های پژوهش استفاده نشد. از آن جا که خاستگاه درمان هیجان محور، نظریه دلبستگی بالبی است و جانسون بر همین مبنا نیروی برانگیزاننده ی ذاتی را برآوری نیازهای دلبسته خواهانه می داند، از این رو پیشنهاد می شود که اثر بخشی زوج درمانی به شیوه ی دلبستگی درمانی نیز در زمینه سازگاری زناشویی مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال ها، شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از همه افراد شرکت کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- بلالی دهکردی، نجمه، و فاتحی زاده، مریم. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رویکردهای هیجان‌مدا و روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر سازگاری زناشویی زنان متأهل با تجربه ترومای پیچیده دوران کودکی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۵۱ (۱۱): ۵۷-۳۱.
- به پژوه، احمد، و رضانی، فریدون. (۱۳۸۴). بررسی رضایت زناشویی والدین کودکان کم‌توان ذهنی و کودکان عادی، *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۴ (۴۵): ۷۲-۸۱.
- جولازاده اسمعیلی، علی اکبر، کریمی، جواد، گودرزی، کورش، و عسگری، محمد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیجان‌مدار بر افسردگی زوجین ناسازگار. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۱۳ (۱): ۶۴-۴۷.
- فرسادیان، الهام، و رضانی، فریدون. (۱۳۹۴). سبک زندگی اسلامی و رضایت از زندگی در زوجین. *دومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، تهران*.

References

- Chan, K. K. S., & Leung, D. C. K. (2020). The impact of child autistic symptoms on parental marital relationship: Parenting and coparenting processes as mediating mechanisms. *Autism Research*, 13(9), 1516-1526.
- Connolly-Zubot, A., Timulak, L., Hession, N., & Coleman, N. (2020). Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(2), 113-122.
- Elliott, R., & Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 414-428.
- Ford, M. B. (2017). A nuanced view of the benefits of mindfulness: Self-esteem as a moderator of the effects of mindfulness on responses to social rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(9), 739-767.
- Goldman, R. N. (2019). History and overview of emotion-focused therapy.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (Eds.). (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. xiv-534). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenlee, J. L., Piro-Gambetti, B., Putney, J., Papp, L. M., & Hartley, S. L. (2022). Marital satisfaction, parenting styles, and child outcomes in families of autistic children. *Family process*, 61(2), 941-961.
- Grof, S. (1989). *Spiritual emergency: When personal transformation becomes a crisis*. Tarcher.
- Harrington, S., Pascual-Leone, A., Paivio, S., Edmondstone, C., & Baher, T. (2021). Depth of experiencing and therapeutic alliance: What predicts outcome for whom in emotion-focused therapy for trauma?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(4), 895-914.
- Levitt, H. M., Whelton, W. J., & Iwakabe, S. (2019). Integrating feminist-multicultural perspectives into emotion-focused therapy.
- Li, X., Wang, K., Huo, Y., & Zhou, M. (2019). The effect of infertility-related stress on Chinese infertile females' mental health: The moderating role of marital adjustment. *PsyCh journal*, 8(2), 232-239.

- Margolin, A., Beitel, M., Schuman-Olivier, Z., & Avants, S. K. (2006). A Controlled Study of a Spirituality-Focused Intervention for Increasing Motivation for HIV Prevention Among Drug Users. *AIDS Education & Prevention, 18*(4), 311-322.
- Marren, C., Mikoška, P., O'Brien, S., & Timulak, L. (2022). A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 29*(5), 1611-1625.
- Mate, A. (2022). A Comparative study of Marital adjustment and Depression among working Civil Hospital Male & Female Staff. *Indian Journal of Social Sciences and Literature Studies, 8*(1).
- Nikpey, Z., Keshishi, K., Kashiri, P., Toopeh, M., & Keramati, F. (2019). The Effectiveness of Mindfulness based on Activating Spiritual-Islamic Schemas on Affect Control and the Sense of Self-Worth in Employed Women.
- Öncü, B. K., & Kışlak, Ş. T. (2022). Marital Adjustment and Marital Conflict in Individuals Diagnosed with ADHD and Their Spouses. *Archives of Neuropsychiatry, 59*(2), 127.
- Osoro, A., Villalobos, D., & Tamayo, J. A. (2022). Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 29*(3), 815-836.
- Shahar, B. (2020). New developments in emotion-focused therapy for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Medicine, 9*(9), 2918.
- Shoviachi J. Mindfulness Therapy on the Level of Social Anxiety and Self-Esteem of Elementary School Students with Learning Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2019;9*(0):30-
- Siegel, A., Levin, Y., & Solomon, Z. (2019). The role of attachment of each partner on marital adjustment. *Journal of Family Issues, 40*(4), 415-434.
- Siegel, J. (2010). *Second dialect acquisition*. Cambridge University Press.
- Watson, J. (2019). Role of the therapeutic relationship in emotion-focused therapy.
- West W. Some ethical dilemmas in counselling and counselling research. *British Journal of Guidance and Counselling. 2002;30*(3):261-8.
- Yousefian, F., & Asgharipour, N. (2013). Comparative effectiveness of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy on self-esteem of girl students. *J Fundam Ment Health, 15*(59), 205-15.

مقیاس سازگاری زن و شوهر

اکثر مردم در روابط خود اختلافاتی دارند. لطفا در مقابل هر یک از عبارات زیر میزان توافق یا عدم توافق خود با همسران را با گذاردن عددی بر اساس مقیاس زیر، مشخص کنید. لطفا قبل از کامل کردن پرسشنامه با همسر خود درباره آن ها صحبت نکنید.

- ۵= توافق دائم داریم
۴= تقریباً توافق دائم داریم
۳= گاهی توافق داریم
۲= اغلب اختلاف داریم
۱= تقریباً همیشه اختلاف داریم
۰= همیشه اختلاف داریم
- (۱) صرف درآمدوامورمالی
(۲) تفریحات و تجدیدقوا
(۳) موضوعات ومسائل مذهبی
(۴) ابراز محبت

- (۵) دوستان
- (۶) روابط جنسی
- (۷) رعایت عرف (رفتار صحیح یا مناسب)
- (۸) فلسفه زندگی
- (۹) طرز رفتار با والدین و خویشان همسر
- (۱۰) مقاصد، هدفها و چیزهای مهم
- (۱۱) مدت زمان باهم بودن
- (۱۲) اتخاذ تصمیمات مهم
- (۱۳) انجام کارهای خانه
- (۱۴) علائق و فعالیت های اوقات فراغت
- (۱۵) تصمیمات شغلی و تحصیلی

لطفا با استفاده از مقیاس نمره گذاری زیر مشخص کنید که هر یک از موارد زیر چند وقت یک بار بین شما و همسرتان رخ می دهد .

- ۱= همیشه ۲= تقریباً همیشه ۳= اکثر اوقات ۴= معمولاً ۵= بندرت ۶= هرگز
- (۱۶) چند وقت یکبار به فکر طلاق، جدایی، یا پایان دادن به رابطه خود افتاده اید و یا درباره آن بحث کرده اید؟
- (۱۷) چند وقت یکبار شما و همسرتان بعد از دعوا خانه را ترک کرده اید؟
- (۱۸) کلاً چند وقت یکبار فکر کرده اید که همه چیز بین شما و همسرتان به خوبی می گذرد؟
- (۱۹) آیا به همسر خود اعتماد و اطمینان دارید؟
- (۲۰) آیا اتفاق افتاده است که از ازدواج خود متأسف باشید؟
- (۲۱) چند وقت یکبار شما و همسرتان دعوا میکنید؟
- (۲۲) چند وقت یکبار شما و همسرتان اعصاب یکدیگر را خرد میکنید؟
- (۲۳) همسر خود را میبوسید؟

هر روز	تقریباً هر روز	گاهی اوقات	ندرتاً	هرگز
۴	۳	۲	۱	۰

(۲۴) آیا شما و همسرتان علایق مشترک خارج از خانه دارید؟

در تمام موارد	در اکثر موارد	در بعضی موارد	در چند مورد	در هیچ مورد
۴	۳	۲	۱	۰

موارد زیر هر چند وقت یک بار بین شما و همسرتان رخ می دهد ؟

۱= هرگز ۲= کمتر از یکبار در ماه ۳= ماهی یک یا دو بار ۴= روزی یکبار ۵= بیش از روزی یکبار

- (۲۵) یک تبادل نظر دلچسب و جذاب
- (۲۶) باهم خندیدن
- (۲۷) به آرامی درباره چیزی گفتگو کردن
- (۲۸) در یک پروژه یا برنامه همکاری کردن
- برخی موارد که گاه باعث توافق یا اختلاف زن و شوهر ها می شود، در زیر آمده است . آیا این ها در چند هفته گذشته باعث اختلاف نظر یا مشکلاتی برای شما بوده است ؟ لطفا پاسخ "بله" یا "خیر" را مشخص کنید .
- (۲۹) حال و حوصله رابطه جنسی نداشتن : (بله) (خیر)
- (۳۰) ابراز عشق و محبت نکردن : (بله) (خیر)
- (۳۱) موارد زیر نشان دهنده میزان شادکامی در رابطه شماست . نقطه وسط یعنی خشنود یا "شادکام" نشان دهنده میزان شادکامی در اکثر روابط زناشویی است . لطفاً با در نظر گرفتن تمام جوانب ، شماره ای را انتخاب کنید که بیش از همه نشان دهنده رابطه شما و همسرتان است .

بسیار ناخشنود	نسبتاً ناخشنود	کمی ناخشنود	خشنود یا شادکام	خیلی شادکام	فوق العاده شادکام	عالی
---------------	----------------	-------------	-----------------	-------------	-------------------	------

۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
---	---	---	---	---	---	---

۳۲) کدام یک از عبارات زیر بهترین توصیف احساس شما درباره آینده رابطه شماست؟ لطفا عبارت انتخابی خود را با کشیدن دایره دور شماره جلوی آن مشخص کنید .

۵. مصرانه خواهان موفقیت رابطه خود هستم ، و برای این موفقیت از هر مقدار تلاش خسته و نا امید نمی شوم .
۴. خیلی دلم می خواهد ، رابطه ما موفق باشد ، و برای این موفقیت تمام تلاش خود را می کنم.
۳. خیلی دلم می خواهد رابطه ما موفق باشد ، و برای این موفقیت به سهم خود تلاش می کنم.
۲. خوب است که رابطه ما موفق باشد، اما نمی توانم برای تداوم آن بیش از این تلاش کنم.
۱. خوب است که رابطه ما موفق باشد، اما حاضر نیستم برای تداوم آن بیش از این تلاش کنم.
۰. امکان موفقیت رابطه ما هرگز وجود ندارد، و برای آن هیچ کار دیگری از من ساخته نیست.

Comparison of Effectiveness of Mindfulness Based on Spiritual-Islamic Schema Activation Therapy with Emotion Focus Couple Therapy (EFCT) on Marital adjustment of Couple with Disabled Children

Seyede Ladan. Motalebipour¹, Hasan. Mirzahoseini², Majid. ZarghamHajebi³

Abstract

Aim: The purpose of the present study was to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness therapy based on the activation of spiritual-Islamic schemas on marital adjustment. **Method:** The current research is part of the semi-experimental designs with pre-test-post-test-follow-up of three groups. The statistical population of the current research is all couples who have a child with a mental, physical-motor or mental and physical-motor disability who is covered by the welfare organization and has a file in the Positive Life Welfare Service Center of Khansar.. In order to form three groups using the purposeful sampling method (taking into account the entry and exit criteria), first 46 people were selected and then 16 people (8 couples) were randomly selected in the first test group and 16 people in the second test group. And 16 people were grouped in the control group. The three groups that were formed in this way were similar and the dependent variables were measured for both experimental groups at the same time. Also, the follow-up phase was performed three months after the post-test on all three groups. The research tools included Spanier's Marital Adjustment Scale (1976). The data of the research were analyzed using repeated measure analysis of variance. **Results:** The results of data analysis showed that between the two groups, mindfulness therapy based on the activation of spiritual-Islamic schemas and emotion-oriented therapy is significant at the 0.05 level for the marital satisfaction component ($P < 0.05$); As a result, there is a significant difference between the average scores of the pre-test, post-test and follow-up of the marital satisfaction component in the two groups, and emotion-oriented therapy had a greater effect on marital adjustment ($P = 0.05$). **Conclusion:** According to the findings of this study, mindfulness based on the activation of spiritual-Islamic schemas and emotion-oriented therapy leads to the improvement of marital solidarity, marital agreement, expression of affection and marital satisfaction in couples with children, and it represents the horizon. Is new in couple therapy interventions and can be used as an effective intervention method; Therefore, it seems that this intervention is also useful for couples with disabled children.

Keywords: Emotion-focused, Mindfulness, spiritual-Islamic schemas, marital adjustment

-
1. PhD Student, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran
 2. **Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran
Mirzahoseini.hasan@iau.ac.ir
 3. Associate Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran