

بررسی اثربخشی کرامت‌درمانی گروهی معنوی اسلامی بر تنظیم شناختی هیجان و رضامندی زناشویی دانشجومعلم‌ان دانشگاه فرهنگیان خراسان رضوی^۱

مقاله پژوهشی
اصیل
Original
Article

فهیمة جمالی راد،^۲ علیّه رضاداد،^۳ منیره صالحی،^۴ محمود آزادی^۵

چکیده

هدف: این پژوهش کاربردی در راستای توانمندسازی دانشجومعلم‌ان به منظور کسب مهارت‌های لازم برای بهبود کیفیت زندگی شخصی و شغلی آنان طراحی شد و با هدف بررسی کرامت‌درمانی معنوی اسلامی (به صورت گروهی) بر تنظیم شناختی هیجان و رضامندی زناشویی دانشجومعلم‌ان متأهل دانشگاه فرهنگیان خراسان رضوی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی است و دانشجویان متأهل دانشگاه فرهنگیان خراسان رضوی جامعه آماری بودند. در ارزیابی اولیه، از جامعه داوطلب قابل دسترس، نمونه انتخاب شد و تعداد ۲۲ دانشجوی متأهل زن، انتخاب و در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری این پژوهش، آزمون تنظیم شناختی هیجان ۱ (CERQ)؛ گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) و پرسشنامه رضامندی همسران افروز (۱۳۹۰) (فرم کوتاه) (AMSS) بود. داده‌های حاصل از این طرح با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۲، تجزیه و تحلیل و فرضیه‌ها با روش آماری (تحلیل کوواریانس) سنجش شدند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که بین آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). **نتیجه‌گیری:** کرامت‌درمانی معنوی اسلامی می‌تواند روش مناسبی برای کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و افزایش راهبردهای مثبت آن باشد و نیز در افزایش مؤلفه‌های رضایتمندی زناشویی مؤثر باشد و به عنوان مداخله‌ای مبتنی بر شواهد تجربی در ترمیم روابط آسیب‌دیده زوجی دانشجویان استفاده شود.

واژگان کلیدی: کرامت‌درمانی، تنظیم شناختی هیجان، رضامندی زناشویی، دانشجویان متأهل.

❖ تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۰۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۸

۱. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه فرهنگیان پردیس‌های خراسان رضوی است.

۲. استادیار گروه آموزش معارف اسلامی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران (نویسنده مسئول). نمابر: ۰۵۱۳۸۷۸۴۳۲۰ /

F.jamalirad@cfu.ac.ir

۳. استادیار گروه آموزش معارف اسلامی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران. a.rezadad@cfu.ac.ir

۴. استادیار گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران. m.salehi@cfu.ac.ir

۵. استادیار گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی حکمت رضوی. مشهد، ایران.

scientificpaper6@gmail.com

الف) مقدمه

یکی از مهم‌ترین مطالعات در دهه‌های اخیر، مطالعات پیرامون مسائل خانواده و راهکارهای ارتقای کیفیت زندگی زناشویی است. مطالعات انجام‌شده در فرهنگهای مختلف، بیانگر این است که نارضایتی‌ها و دافعه‌های روانی و نفسانی، ریشه اصلی همسرگزیزی، همسرستیزی، طلاق و جدایی است و بالعکس، جاذبه‌های متقابل روانی و نفسانی همسران، تضمین‌گر احساس آرامش و تجربه خوشبختی بین همسران است (افروز، ۱۳۸۵). تحقیقات در زمینه روابط متقابل نشان می‌دهد الگوهای تعاملی منفی بین زوجین با عدم رضایت زناشویی، جدایی و طلاق، رابطه دارد (گاتمن،^۱ ۱۴۰۱). بر این اساس، برخی زوجین به هنگام تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا تنش‌زای زندگی مشترک، قبل از انجام هر کاری، به لحاظ شناختی از راهبردهایی برای تنظیم هیجانات خود استفاده می‌کنند (گارنفسکی و همکاران،^۲ ۲۰۰۱). از سوی دیگر، برخی زوجین توانایی نظم‌جویی هیجانی کارآمد را ندارند و در نتیجه، دچار نارضایتی زناشویی می‌شوند؛ که البته بر اساس نظریه‌ها و مدل‌های درمانی مختلف، قابل درمان است.

امروزه مدل درمانی روان‌شناختی کرامت، در ادبیات پژوهشی حوزه‌های مختلف وارد شده است (ر.ک: چاچینو^۳ و همکاران، ۲۰۰۲؛ هاک^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). این مدل درمانی جدید که متأثر از نظریه‌های مشهور درمانی است، بومی‌سازی شده و با بافت فرهنگی و دینی جامعه ایرانی تطبیق دارد (آزادی و همکاران، ۱۳۹۸). کرامت در منابع ادیان ابراهیمی، به ویژه در دین مبین اسلام، از مرکزی‌ترین مفاهیم روان‌شناختی است. کرامتی که انسان حس می‌کند، به دلیل ادراک دارایی‌هایی همچون نعمت عقل، امانت الهی، خودآگاهی (به دلیل داشتن نیروی عقل)، قدرت تسخیر امانات الهی و داشتن قوه اختیار است (طریحی، ۱۳۷۵). بر اساس این سازه، انسان جانشین خدا در زمین و نمونه کوچکی از عالم اکبر قرار داده شده و خداوند متعال وی را بر سایر موجودات تکریم و تفضیل بخشیده است. چنانچه فرمود: «وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا» (الاسرا: ۷۰).

مفهوم کرامت به لحاظ نظری در نظریات مکاتب انسان‌گرا و اندیشمندانی چون راجرز،^۵ مازلو^۶ و روزنبرگ^۷ به چشم می‌خورد. برای نمونه، در نظریه راجرز، انسان دارای هسته و

-
1. Gottman
 2. Garnefski, Kraaij & Spinhoven
 3. Chochinov
 4. Hack
 5. Rogers
 6. Maslow
 7. Rosenberg

خودی یگانه است که سبب شکوفا شدن وی می‌شود؛ یعنی همگونی و هماهنگی تجربه فرد با خودپنداشته‌اش^۱، او را به خودشکوفایی نزدیک‌تر می‌سازد (آزادی و همکاران، ۱۳۹۸). خودشکوفایی^۲ در واقع به بالفعل شدن استعدادهای خود اشاره دارد. این باور که انسانها ذات نیک دارند، شباهت زیادی با نظریه اسلام درباره کرامت نفس انسان دارد. نگاه راجرز به خوبی‌های انسان،^۳ فطرت پاک انسانها^۴ و گرایش انسان به سوی کمال^۵ است، که مفاهیم کلیدی آن را می‌توان در آموزه‌های دینی آیات قرآن کریم و روایات یافت. از دیدگاه اسلام، انسانها به طور فطری احساس کرامت می‌کنند و این حس به دلیل ادراک دارایی‌هایی است که خداوند به نفس انسان عطا کرده است و به همین دلیل ذات وی را گرامی داشته‌اند. مدل کرامت‌درمانی، برنامه درمانی است که هدف آن، حفظ و مراقبت از کرامت انسان می‌باشد؛ بنابر این، در این پژوهش بر حفظ کرامت تأکید شده و مباحث حول محور موضوعاتی است که نشان می‌دهد چگونه کیفیت حریم نفس یا همان عزت نفس مورد مخاطره قرار می‌گیرد و در نتیجه، نفس تهدید می‌شود و همسران احساس اهانت نفس را تجربه می‌کنند و با تجربه هر اهانت در نفس، قدمی به روان‌بنا بی‌ارزشی نزدیک می‌شوند. (آزادی و همکاران، ۱۳۹۸)

کرامت‌درمانی نخستین بار در فرهنگ کانادایی توسط چاچینو و همکاران (۲۰۰۲) در خصوص بیماران سرطانی نزدیک به مرگ بررسی شد. ایشان در این پژوهش به دنبال تعریف کرامت از دیدگاه بیماران سرطانی بودند و این مطلب را با سؤالاتی پیرامون تعریف کرامت، عوامل حفظ کرامت، عوامل آسیب‌زا به کرامت، یادآوری تجربه‌های آسیب‌زا به کرامت، یادآوری تجارب مقوم حس کرامت، احساس در خصوص ارزش زندگی بدون کرامت و اکتسابی یا ذاتی بودن کرامت مطرح کردند. در نتیجه این پژوهش که جامعه آماری آن ۵۰ بیمار بودند، نتایج مصاحبه‌ها با تکنیک مقایسه مداوم^۶ کدگذاری شد و از میان آنها چهار مقوله اصلی: نگرانی‌های مرتبط با بیماری، فهرست مواضع حفظ کرامت بیمار، تمرینهای حفظ کرامت و سیاهه اجتماعی کرامت، استخراج شد و بدین طریق، کرامت به صورت تجربی در ادبیات طب تسکینی مطرح شد. چاچینو به اهمیت زاینده‌گی در بیماران نزدیک به

1. Self-Concept

2. Self-Actualization

۳. «النَّاسُ مَعَادُنُ كَمَعَادِنِ الذَّهَبِ وَالْفِضَّةِ». (کلینی، ۱۹۸۴)

۴. «فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا». (روم: ۳۰)

۵. «أَكْمَلُ النَّاسِ عَقْلًا أَخَوْفُهُمْ لِلَّهِ وَأَطْوَعُهُمْ لَهُ». (بحرانی، ۲۰۰۳)

6. Constant Comparison

مرگ پی برد و توانست از طریق کار اولیه (همان)، پروتکل کرامت‌درمانی را استخراج کند (همو، ۲۰۰۴). اثربخشی کرامت‌درمانی در مطالعات دیگری نیز توسط چاچینو و همکاران بررسی شد؛ از جمله در مطالعه‌ای مربوط به کشور کانادا و استرالیا، کرامت‌درمانی اثر مثبتی بر روی حس کرامت، کاهش افسردگی و رنج بیماران داشته است (همو، ۲۰۰۵). در مطالعه‌ای دیگر، کرامت‌درمانی در مقایسه با درمان حمایتی شخص‌محور^۱ در کاهش ناراحتی‌های روانی بیماران مؤثرتر بوده است (همو، ۲۰۱۱). بعد از چاچینو، کرامت‌درمانی مورد توجه دیگر فرهنگها، از جمله فرهنگ دانمارکی قرار گرفت. (هومان^۲ و همکاران، ۲۰۱۰)

پژوهش کیفی دیگری با عنوان «یادگیری از بیماران در حال مرگ در روزهای پایانی زندگی: بازتاب زندگی از درمان کرامت» (هاک و همکاران، ۲۰۱۰)، نشان داد که کرامت‌درمانی در خدمت فراهم کردن محیط درمانی ایمن برای بیماران است تا معنادارترین جنبه‌های زندگی خود را به گونه‌ای بررسی کنند که ارزشهای اصلی آنان آشکار شود. رایج‌ترین ارزشهای بیان‌شده توسط بیماران، شامل «خانواده»، «لذت»، «مراقبت»، «احساس موفقیت»، «دوستی واقعی» و «تجربه غنی» بود. مطالعه‌ای دیگر با عنوان «اجرای کرامت‌درمانی در محیط آسایشگاه مبتنی بر جامعه» (مانتروس و ایروین، ۲۰۱۰^۳)، داده‌های مفیدی را برای پزشکان یا رهبران سازمانی فراهم کرد که ممکن است در موقعیت خود، کرامت‌درمانی را در نظر بگیرند. این مطالعه، بینشی کلی درباره موضوعاتی که اغلب توسط بیماران در اواخر عمر بحث می‌شوند، ارائه می‌دهد.

در انگلستان، در یک مطالعه آزمایشی تصادفی کنترل‌شده، مقایسه گروه کنترل و آزمایش نشان داد بیمارانی که کرامت‌درمانی را دریافت کرده بودند، به طور معنادارتری امید بیشتری را گزارش کردند و مداخله کرامت‌درمانی را مفیدتر یافتند. همچنین این مداخله برای خانواده آنان کمک‌کننده بوده است (هال^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات نشان می‌دهد کرامت‌درمانی، حس کرامت و کیفیت زندگی را ارتقا بخشیده و توانسته است در مقایسه با درمان شخص‌محور، در بالا بردن بهزیستی معنوی و کاهش افسردگی مؤثرتر باشد (هومان و تیلکا، ۲۰۱۵). فیتچت^۵ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش «مراقبت از روح انسان و نقش کرامت‌درمانی: مروری نظام‌مند بر تحقیقات کرامت‌درمانی» بیان می‌کند که تحقیقات درباره کرامت‌درمانی

1. Supportive Person-Centered
2. Houmann
3. Montross & Irwin
4. Hall
5. Fitchett

بیش از یک دهه پیش آغاز و در هفت کشور انجام شده است و مطالعات نشان می‌دهد بیمارانی که کرامت‌درمانی دریافت می‌کنند، احساس رضایت بالا داشته و منافع برای خود و خانواده‌شان، از جمله افزایش احساس معنا و هدف گزارش کرده‌اند.

مشایخی و همکاران (۱۳۹۳) در یک مطالعه کارآزمایی بالینی نشان دادند درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی، بر افزایش حس کرامت بیماران همودیلیز تأثیر دارد. طاقی (۱۳۹۵) در مقاله مروری، عوامل مؤثر بر احساس کرامت بیماران را چنین برشمرد: رعایت حریم خصوصی، رازداری، ارتباط مناسب، ارائه اطلاعات کافی، حق انتخاب مشارکت دادن بیمار در مراقبت و احترام.

پژوهش آزادی و همکاران (۱۳۹۸)، در واقع بومی‌سازی این پروتکل درمانی است که روی افزایش عزت نفس و بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی انجام شد و در بخش کیفی نشان داد کرامت دارای سه مؤلفه عبودیت، بخشش و حریم خصوصی است. عبودیت در وهله نخست با شناخت حق تعالی و افزایش معرفت نسبت به او حاصل می‌شود و پس از آن کرامت انسانی که همان تجلی کرامت الهی است، حاصل می‌شود (طباطبایی، ۱۳۵۳). بر اساس تحقیقات آزادی و همکاران (۱۳۹۸)، کرامت سازه درون‌زاد است که با بخشش، ظهور و بروز می‌کند. بخشش مهم‌ترین نشانه فرد کریم است که با خودبخودگی میسر می‌شود. همچنین یکی از مهم‌ترین یافته‌ها در بررسی مدل مفهومی کرامت، مفهوم عزت است که از مصادیق کرامت به شمار می‌آید. به نظر می‌رسد فرد دارای کرامت، در روابط اجتماعی، حریم منعطف و بهنجاری دارد و روابطش با اطرافیان، در هم تنیده یا از هم گسیخته نیست. حفظ مرزها باعث حفظ حرمت خود می‌شود و با توهین و اهانت، کرامت وی آسیب نمی‌بیند. یافته‌های این تحقیق در بخش کمی نشان داد الگوی مداخله معنوی بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی مؤثر است. در بخش مفهوم‌پردازی نیز به واکاوی واژه کرامت پرداخته و بیان شد که نظریه انسان‌گرای 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.

مانوکیان^۱ و همکاران (۱۳۹۹) در مقاله «بررسی تأثیر کرامت‌درمانی بر احساس کرامت بیماران مبتلا به سرطان» نشان داد با توجه به تأثیر کرامت‌درمانی در ارتقای احساس کرامت، این رویکرد می‌تواند به عنوان مداخله‌ای نوین در مراحل پایانی حیات بیماران مبتلا به سرطان،

به منظور تقویت حس معنا، هدف، عزّت و کرامت آنان استفاده شود و مرگی با عزّت را برای این بیماران فراهم کند.

جمالی راد (۱۴۰۱) «اثر بخشی کرامت‌درمانی معنوی اسلامی بر افسردگی و سازگاری زوجی زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر» بررسی کرد. یافته‌های این پژوهش نشان داد کرامت‌درمانی اسلامی بر کاهش افسردگی و افزایش سازگاری زناشویی در زنان دارای همسران پیمان‌شکن مؤثر است. دهقانی‌زاده (۱۴۰۱) «اثر بخشی کرامت‌درمانی معنوی اسلامی بر روی خود شفقت‌ورزی و حرمت خود در نوجوانان تک‌سرپرست» را آزمود و نتیجه گرفت کرامت‌درمانی معنوی اسلامی، روش مناسبی برای افزایش خود شفقت‌ورزی و کاهش حرمت خود مشروط در نوجوانان تک‌سرپرست است.

پژوهش حاضر، برنامه درمانی کرامت را روی دانشجویان متأهل دانشگاه فرهنگیان استان خراسان رضوی آزموده است؛ آن گروه از دانشجویان متأهل که احساسات خود را به خوبی نمی‌شناسند و توانمندی تنظیم شناخت هیجانی خود را ندارند و احساسات همسر خود را نیز درک نکرده، در حوزه‌های مختلف زندگی مشترک خود، ناموفق و ناکارآمد می‌باشند.

تنظیم هیجانات به فرایندهایی اطلاق می‌شود که افراد از طریق آنها با منحرف کردن توجه خود از هیجان‌تشان، شدت و مدت زمان برانگیختگی هیجان خود را تنظیم می‌کنند و در مواجهه با شرایط استرس‌زا و ناراحت‌کننده، ویژگی‌ها و معنای حالت‌های احساسی خود را تغییر می‌دهند (تامپسون،^۱ ۱۹۹۴). تنظیم هیجانی کارآمد با سلامت روان شناختی، روابط بین فردی و عملکرد شغلی و تحصیلی مطلوب مرتبط است (سیاح، ۱۳۹۳). مدیریت هیجانات به منزله فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تفسیر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق اهداف او بر عهده دارند و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی، همچون اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیر سازد. (گارنفسکی و کرایج،^۲ ۲۰۰۶)

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به طور کلی به دو طبقه راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان تقسیم می‌شود. راهبردهای مثبت شامل پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه است که راهبردهای سازگار در مقابله با رویدادهای تنش‌زا می‌باشند و منجر به بهبود عزّت نفس، صلاحیت‌های اجتماعی و

1. Thompson
2. Garnefski & Kraaij

غیره می‌شوند. در مقابل، راهبردهای منفی شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیزپنداری است که راهبردهای ناسازگار در مقابله با رویدادهای تنش‌زا می‌باشند و منجر به استرس و افسردگی و سایر آسیب‌های روانی و غیره می‌شوند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). این راهبردهای منفی بر روابط زناشویی و رضایتمندی همسران از یکدیگر مؤثر است. بنابر این، در پژوهش حاضر، این فرضیه مورد آزمون است که «کرامت‌درمانی گروهی معنوی اسلامی بر تنظیم شناختی-هیجان و رضامندی زناشویی دانشجوی معلمان دانشگاه فرهنگیان مؤثر است».

ب) روش‌شناسی

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این طرح، آزمودنی‌ها بعد از انتخاب، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس پیش از اجرای متغیر مستقل (آموزش کرامت‌درمانی معنوی اسلامی)، آزمودنی‌های انتخاب‌شده در هر دو گروه، به وسیله پیش‌آزمون (آزمون تنظیم شناختی هیجان و آزمون رضامندی زناشویی) سنجش شدند و سپس گروه آزمایش، در معرض متغیر مستقل (آموزش کرامت‌درمانی معنوی اسلامی) قرار گرفت؛ ولی گروه کنترل، متغیر مستقل را دریافت نکردند. در پایان، متغیر وابسته (تنظیم شناختی هیجان و رضامندی زناشویی) در هر دو گروه به وسیله پس‌آزمون اندازه‌گیری شد.

جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه دانشجوی معلمان متأهل دانشگاه فرهنگیان خراسان رضوی بود که از طریق فراخوان محقق، برای شرکت در پژوهش مراجعه کردند. نمونه پژوهش شامل ۲۲ زوج (۱۱ زوج در گروه آزمایش و ۱۱ زوج در گروه کنترل) بود که پس از فراخوان پژوهشگر مراجعه کردند و پس از بررسی ملاکهای پژوهش (سپری شدن حداقل شش ماه از دوره عقد، عدم مشکلات حاد روانی-شخصیتی، عدم تعارضات جدی و بحرانی مثل اعتیاد یا خیانت و اینکه در آستانه طلاق قرار نگرفته باشند)، آزمودنی‌های واجد شرایط به شیوه (غیر تصادفی) داوطلبانه انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در گروه درمانی کرامت در شش جلسه ۹۰ دقیقه و هر هفته در مرکز مشاوره روان‌شناختی پردیس شهید هاشمی‌نژاد حضور یافتند. برای اجرای برنامه کرامت‌درمانی معنوی اسلامی، جلسه‌ای توجیهی با هدف اطلاع‌رسانی و توجیه مشارکت‌کنندگان در رابطه با هدف پژوهش و اهمیت رضایت آنان برای شرکت در فرایند پژوهش برگزار شد. همچنین در ادامه به تفصیل درباره کرامت‌درمانی معنوی اسلامی و

۱۵۴ ♦ فصلنامه علمی مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی، شماره ۹۹

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 پایان هر جلسه به مراجعان بازخورد داده و چگونگی پیشرفت در آن جلسه گزارش می‌شد. در جدول ۱، بسته مداخله جلسات طرح کرامت‌درمانی معنوی اسلامی (آزادی و همکاران، ۱۳۹۸) ارائه شده است.

جدول ۱: برنامه جلسات مداخله مبتنی بر مفهوم کرامت‌درمانی معنوی اسلامی

جلسه	هدف	خلاصه محتوای جلسه	انجام تکالیف
اول	زمینه‌سازی برای درمان	ایجاد رابطه، آشناساز با کرامت، آموزش تفکیک عناصر من (افکار، احساس، رفتار)، هدفگذاری، 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	سیاهه ثبت افکار و خداانگاره منفی؛ خلاصه ثبت سیاهه افکار با معرفی خداانگاره جدید و مثبت
سوم	ارتباط با نعمت و صاحب نعمت	تکنیک خداآگاهی، تنظیم کاربرگ 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 آرامش‌سازی، من چی می‌گم، خدا چی می‌گه	
پنجم	اکتساب 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	
ششم	کسب استقلال‌خواهی	آموزش تفاوت جرأت‌مندی، پرخاشگری و خجالت، آموزش جرأت‌مندی اساسی، تمرین نه گفتن بر اساس درمان شناختی رفتاری	

ابزار پژوهش

با توجه به ملاحظات اخلاقی، نظیر رضایت آگاهانه در پاسخگویی، تضمین محرمانه بودن اطلاعات و پرهیز از تبعیض، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه پذیرش و مصاحبه ساختارمند تشخیصی، شامل شرح حال مراجع، شرح حال همسر مراجع، شکایت اصلی، موقعیت و وضعیت فعلی، تاریخچه رشدی فردی، سابقه خانوادگی، تاریخچه رشدی رابطه زوجی، وضعیت شناختی-هیجانی، باور و اعتقاد به خداوند؛ همچنین از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و پرسشنامه رضامندی همسران افروز (فرم کوتاه AMSS) (۱۳۹۰) استفاده شد. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه، چند بعدی و ابزاری خودگزارشی با ۳۶ ماده و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان است. مقیاس تنظیم شناختی هیجان، ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. گرانفسکی و همکاران، اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره‌ای (از همیشه تا هرگز) می‌باشد و هر چهار پرسش، یک عامل را ارزیابی می‌کند. فرم فارسی این مقیاس توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) اعتباریابی شده است. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای استرس‌زای زندگی که به تازگی تجربه کرده است، با پاسخ به پنج پرسش که راهبرد کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کنند، مشخص کند.

پرسشنامه رضامندی توسط افروز در سال ۱۳۹۰ تهیه و تنظیم شد. این پرسشنامه ۵۱ گویه دارد و با هدف بررسی و ارزیابی میزان رضامندی در همسران تهیه شده است. در هر گویه، محتوایی مربوط به رضامندی زناشویی ارائه شده است. از آزمودنی خواسته می‌شود تا در قالب طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (کاملاً مخالف ۱، مخالف ۲، موافق ۳ و کاملاً موافق ۴) درباره رضامندی زناشویی پاسخ دهد. مؤلفه‌های این پرسشنامه عبارتند از: رضامندی عاطفی (سؤالات ۱ تا ۶)، رضامندی تعاملی (۷ تا ۱۲)، رضامندی نگرشی (۱۳ تا ۱۹)، رضامندی رفتاری (۲۰ تا ۲۹)، رضامندی حمایتی-اجتماعی (۳۰ تا ۳۴)، رضامندی هم‌اندیشی (۳۵ تا ۳۷)، رضامندی مشکل‌گشایی/حل مسئله (۳۸ تا ۴۱)، رضامندی منشی/شخصیتی (۴۲ تا ۴۴)، رضامندی فرزندپروری (۴۵ تا ۴۷)، رضامندی مطلوب‌اندیشی (۴۸ تا ۵۱). روایی همزمان مقیاس رضامندی همسران افروز با پرسشنامه رضامندی زناشویی انریچ،

۰/۴۳۱ به دست آمد که در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بود. پایی این ابزار با استفاده از آلفای کرباخ برای خرده مؤلفه‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۵ به دست آمده است. ضریب اعتبار کل مقیاس نیز معادل ۰/۹۵، نشان‌دهنده اعتبار کل مقیاس بود. (افروز، ۱۳۹۰)

ج) یافته‌ها

در جدولهای ۱ و ۲، اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی ارائه شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس تحصیلات

گروه		متغیر	
کنترل	آزمایش		
۶ (٪۵۰)	۵ (٪۴۱/۶۶)	ترم ۱-۴	
۶ (٪۵۰)	۷ (٪۵۸/۳۴)	ترم ۵-۸	
۶ (٪۱۰۰)	۶ (٪۱۰۰)	کل	

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن و مدت تأهل

گروه		متغیر
کنترل	آزمایشی	
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۲۱/۶۸ (۲/۸۱)	۲۲/۱۲ (۳/۲)	سن
۱/۵ (۰/۳۱)	۱/۷ (۰/۲)	مدت تأهل

میانگین و انحراف معیار متغیر سن در گروه آزمایش، به ترتیب ۲۲/۱۲ و ۳/۲ و در گروه کنترل، به ترتیب ۲۱/۶۸ و ۲/۸۱ بود. در متغیر مدت تأهل، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش، به ترتیب ۱/۷ و ۰/۲ و برای گروه کنترل نیز ۱/۵ و ۰/۳۱ بود.

شاخصهای توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای راهبردهای مثبت و منفی در تنظیم شناختی هیجان، رضایتمندی زناشویی و مؤلفه‌های آن به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در جدولهای ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	مرحله اجرا	میانگین	انحراف استاندارد
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶/۶	۴/۲۵
		پس‌آزمون	۲۲/۲۶	۱/۳۷

بررسی اثربخشی کرامت‌درمانی گروهی معنوی اسلامی ... ♦ ۱۵۷

۳/۱۱	۱۶/۷۳	پیش‌آزمون	کنترل	راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان
۲/۴۱	۱۶/۴	پس‌آزمون		
۲/۳۲	۹/۷	پیش‌آزمون	آزمایش	
۱/۶۹	۶/۱۳	پس‌آزمون		
۳/۵۱	۱۰/۱۳	پیش‌آزمون	کنترل	
۳/۴۳	۱۰/۱	پس‌آزمون		
۱/۱۲	۲/۶	پیش‌آزمون	آزمایش	ملاطت خویش
۰/۷۷	۱/۷	پس‌آزمون		
۱/۱۵	½	پیش‌آزمون	کنترل	
۱/۳	۲/۲۳	پس‌آزمون		
۰/۹۹	۲/۲	پیش‌آزمون	آزمایش	ملاطت دیگران
۰/۵۵	۱/۳۳	پس‌آزمون		
۱/۲۷	۲/۳۶	پیش‌آزمون	کنترل	
۱/۲۹	۲/۲۶	پس‌آزمون		
۱/۰۹	۳/۳۶	پیش‌آزمون	آزمایش	پذیرش
۰/۷۵	۴/۲۶	پس‌آزمون		
۱/۲۵	۳/۵	پیش‌آزمون	کنترل	
۱/۱۹	۳/۳۳	پس‌آزمون		
۰/۹۷	۳/۱۶	پیش‌آزمون	آزمایش	نشخوارگری
۰/۵۳	۱/۷۶	پس‌آزمون		
۱/۰۸	۲/۷۳	پیش‌آزمون	کنترل	
۰/۸۵	۲/۶۶	پس‌آزمون		
۱/۱۱	۳/۰۶	پیش‌آزمون	آزمایش	تمرکز مجدد مثبت
۰/۴۱	۴/۴۳	پس‌آزمون		
۰/۹۷	۲/۸	پیش‌آزمون	کنترل	
۰/۸۱	۲/۸۳	پس‌آزمون		
۱/۰۷	۳/۵۳	پیش‌آزمون	آزمایش	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی
۰/۳۵	۴/۶۳	پس‌آزمون		
۰/۸۷	۴/۱۶	پیش‌آزمون	کنترل	
۰/۷۱	¼	پس‌آزمون		
۱/۳۴	۳/۵	پیش‌آزمون	آزمایش	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۵	۴/۵	پس‌آزمون		

۱/۲۵	۳/۶	پیش آزمون	کنترل	فاجعه سازی
۰/۹۸	۳/۵	پس آزمون		
۰/۷	۱/۷۳	پیش آزمون	آزمایش	
۰/۳۶	۱/۳۳	پس آزمون		
۱/۲۳	۲/۹۳	پیش آزمون	کنترل	
۱/۲۶	۲/۹۳	پس آزمون		
۱/۱۷	۳/۱۳	پیش آزمون	آزمایش	دیدگاه پذیری
۰/۴۵	۴/۴۳	پس آزمون		
۰/۹۱	۲/۶۶	پیش آزمون	کنترل	
۰/۹۱	۲/۶۳	پس آزمون		

با توجه به جدول ۳، می توان گفت بین میانگین نمرات راهبردهای مثبت و منفی در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه های آن در گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیش آزمون، تفاوت زیادی وجود ندارد. در مرحله پس آزمون، تفاوت گروه آزمایش و کنترل افزایش یافته و گروه آزمایش در متغیر راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه های آن نسبت به گروه کنترل، بهبود نشان داده و نمرات بیشتری را کسب کرده است. همچنین در متغیر راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه های آن، در پس آزمون، تفاوت دو گروه افزایش یافته و گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش نشان داده و نمرات کمتری نسبت به گروه کنترل به دست آورده است.

جدول ۴: آماره های توصیفی متغیر رضامندی زناشویی و مؤلفه های آن در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	مرحله اجرا	میانگین	انحراف استاندارد
رضامندی زناشویی	آزمایش	پیش آزمون	۹۰/۶۵	۷/۸
		پس آزمون	۱۱۴/۴۶	۹/۱
	کنترل	پیش آزمون	۹۱/۷۷	۷/۶
		پس آزمون	۹۰/۰۲	۷/۳
رضامندی عاطفی	آزمایش	پیش آزمون	۱۲/۳۲	۱/۹۶
		پس آزمون	۱۴/۶	۲/۳۴
	کنترل	پیش آزمون	۱۱/۸۷	۲/۹
		پس آزمون	۱۲/۰۳	۲/۳
رضامندی تعاملی	آزمایش	پیش آزمون	۱۱/۲۵	۱/۲۱

بررسی اثربخشی کرامت‌درمانی گروهی معنوی اسلامی ... ♦ ۱۵۹

۱/۶۴	۱۴/۲۸	پس آزمون			
۲/۴	۱۱/۶۵	پیش آزمون	کنترل		
۲/۰۶	۱۱/۰۸	پس آزمون			
۲/۲۹	۱۳/۱۴	پیش آزمون	آزمایش	رضامندی نگرشی	
۳/۱	۱۷/۶۴	پس آزمون			
۲/۴	۱۳/۶۸	پیش آزمون	کنترل		
۱/۹۶	۱۳/۹۴	پس آزمون			
۳/۹	۲۲/۳۹	پیش آزمون	آزمایش	رضامندی رفتاری	
۱/۴۲	۲۵/۲	پس آزمون			
۲/۲۳	۲۱/۹۶	پیش آزمون	کنترل		
۲/۳۸	۲۱/۳۲	پس آزمون			
۱/۳۶	۷/۴	پیش آزمون	آزمایش	رضامندی حمایتی اجتماعی	
۱/۴۲	۹/۳۱	پس آزمون			
۱/۵۲	۶/۹	پیش آزمون	کنترل		
۱/۲	۶/۵۲	پس آزمون			
۰/۴۹	۳/۶	پیش آزمون	آزمایش	رضامندی هم‌اندیشی	
۱/۷۵	۵/۲	پس آزمون			
۰/۴۴	۳/۹۲	پیش آزمون	کنترل		
۱/۱	۳/۷۵	پس آزمون			
۱/۱۵	۶/۶۵	پیش آزمون	آزمایش	رضامندی مشکل‌گشایی	
۱/۱۷	۸/۴۲	پس آزمون			
۱/۸۶	۶/۸۶	پیش آزمون	کنترل		
۱/۵۹	۶/۵۱	پس آزمون			
۰/۳۹	۴/۲۶	پیش آزمون	آزمایش	رضامندی منشی	
۱/۸۳	۶/۳۷	پس آزمون			
۰/۸۴	۴/۶۸	پیش آزمون	کنترل		
۱/۱۲	۴/۴۲	پس آزمون			
۰/۷۴	۲/۹	پیش آزمون	آزمایش	رضامندی فرزند‌پروری	
۲/۰۳	۴/۱	پس آزمون			
۰/۶۶	۳/۲	پیش آزمون	کنترل		
۰/۵۱	۳/۳۸	پس آزمون			
۱/۲۳	۶/۷۴	پیش آزمون	آزمایش	رضامندی	

۱/۷۲	۹/۳۴	پس آزمون	کنترل	مطلوب اندیشی
۱/۸۱	۷/۰۵	پیش آزمون		
۱/۹۶	۶/۸۱	پس آزمون		

با توجه به جدول ۴، می توان گفت که میانگین نمرات گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پیش آزمون تقریباً برابر است و این دو گروه تفاوت زیادی در متغیر رضامندی زناشویی و مؤلفه های آن ندارند. اما در مرحله پس آزمون، تفاوت گروه آزمایشی و کنترل، افزایش یافته و گروه آزمایشی در متغیر رضامندی زناشویی و مؤلفه های آن نسبت به گروه کنترل، بهبود نشان داده و نمرات بیشتری را کسب کرده است.

یافته های حاصل از اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۵ ارائه شده است. با توجه به اینکه افراد دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون ارزیابی شدند؛ به منظور بررسی تفاوت دو گروه و بررسی تأثیر کرامت درمانی معنوی اسلامی بر راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه های آن، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. در این تحلیل، گروه (آزمایش و کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی و نمرات متغیر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه های آن به عنوان متغیرهای وابسته، وارد مدل شدند. نتایج این تحلیل در جدولهای ۵ و ۶ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه نمرات دو گروه در متغیر راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	مقدار F	مقدار معناداری
پیلایی تریس	۰/۸۱	۲۱	۴	۱۱/۱۴	۰/۰۲۴

قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری، باید یادآور شد که نتایج آزمون باکس برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس- کوواریانس از لحاظ آماری معنادار بود ($p < ۰/۰۵$) و این به معنای تخطی از مفروضه همگنی واریانس هاست. بنابر این، از آزمون پیلایی تریس برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدولهای ۴ و ۵، نشان می دهد که بین شرکت کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی متغیر راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه های آن به عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد. ($۰/۸۱ = \text{پیلایی تریس}$ ،

$$(F_{(۹,۲)} = ۱۱/۱۴, p < ۰/۰۵)$$

جدول ۶: نتایج آزمونهای اثرات بین آزمودنی‌ها برای مقایسه نمرات دو گروه در متغیر راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن

شاخص آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار اف	مقدار معناداری	مجذور تا
راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان	۵۱/۱۳	۱	۵۱/۱۳	۲۹/۱۴**	۰/۰۰۱	۰/۵۴
ملاطت خویش	۳/۶۵	۱	۳/۶۵	۹/۹۶**	۰/۰۱	۰/۲۹
نشخوارگری	۷/۵۲	۱	۷/۵۲	۴۱/۶۶**	۰/۰۰۱	۰/۶۳
فاجعه‌سازی	۱/۶۶	۱	۱/۶۶	۶/۳۸*	۰/۰۱۹	۰/۲۱
ملاطت دیگران	۱/۴۶	۱	۱/۴۶	۵*	۰/۰۳۵	۰/۱۷

$p < ۰/۰۰۰$ * $p < ۰/۰۰۵$

به منظور مقایسه دو گروه از نظر راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان و هر یک از مؤلفه‌های آن، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدولهای ۴ تا ۶ نشان می‌دهد که بین شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات متغیر راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های چهارگانه آن تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که نمرات گروه آزمایش در متغیر راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان، پایین‌تر از نمره گروه کنترل است و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است ($F = ۲۹/۱۴$, $p < ۰/۰۰۱$) و حاکی از اثربخشی کرامت‌درمانی معنوی اسلامی بر کاهش میزان استفاده از راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان دانشجو معلمان متأهل می‌باشد. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیره حاکی از آن بود که نمرات گروه آزمایش در مؤلفه‌های ملاطت خویش ($F = ۹/۹۶$, $p < ۰/۰۰۱$)، نشخوارگری ($F = ۴۱/۶۶$, $p < ۰/۰۰۱$)، فاجعه‌سازی ($F = ۶/۳۸$, $p < ۰/۰۰۵$) و ملاطت دیگران ($F = ۵$, $p < ۰/۰۰۵$)، پایین‌تر از نمره گروه کنترل در مؤلفه‌های مذکور بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود. به طور کلی، نتایج جدول ۶، حاکی از اثربخشی کرامت‌درمانی معنوی اسلامی بر کاهش میزان استفاده از راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن بود.

همچنین، با توجه به اینکه افراد دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شدند؛ به منظور بررسی تفاوت دو گروه و بررسی تأثیر کرامت‌درمانی معنوی اسلامی بر راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در این تحلیل، گروه (آزمایش و کنترل) به عنوان

عامل بین آزمودنی و نمرات متغیر راهبردهای مثبت و مؤلفه‌های آن به عنوان متغیرهای وابسته وارد مدل شدند. نتایج این تحلیل در جدولهای ۷ و ۸ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه نمرات دو گروه در متغیر راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	مقدار F	مقدار معناداری
پیلایی تریس	۰/۹۷	۱۹	۵	۱۳/۱۹	۰/۰۱۴

پیش از ارائه نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری، باید یادآور شد که نتایج آزمون باکس برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس- کوواریانس از لحاظ آماری معنادار بود ($p < ۰/۰۵$) و این به معنای تخطی از مفروضه همگنی واریانس هاست. بنابراین، از آزمون پیلایی تریس برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۷ نشان می‌دهد بین شرکت کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی متغیر راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن به عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد. ($F_{(۱۹,۵)} = ۱۳/۱۹$ ، $p < ۰/۰۵$)

جدول ۸: نتایج آزمونهای اثرات بین آزمودنی‌ها برای مقایسه نمرات دو گروه در متغیر راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن

شاخص آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار اف	مقدار معناداری	مجذور اتا
راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان	۱۸۲/۹۱	۱	۱۸۲/۹۱	۹۵/۸۲**	۰/۰۰۱	۰/۸
پذیرش	۸/۴۶	۱	۸/۴۶	۲۳/۳۲**	۰/۰۰۱	۰/۵
تمرکز مجدد مثبت	۱۱/۱۴	۱	۱۱/۱۴	۵۹/۴۳**	۰/۰۰۱	۰/۷۲
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۴/۳۶	۱	۴/۳۶	۲۸/۵۷**	۰/۰۰۱	۰/۵۵
ارزیابی مجدد مثبت	۳/۷۴	۱	۳/۷۴	۱۷/۶۸**	۰/۰۰۱	۰/۴۳
دیدگاه‌پذیری	۱۰/۵۸	۱	۱۰/۵۸	۳۳/۳۲**	۰/۰۰۱	۰/۵۹

$p < ۰/۰۰۱$

به منظور مقایسه دو گروه از نظر راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان و هر یک از

بررسی اثربخشی کرامت‌درمانی گروهی معنوی اسلامی ... ۱۶۳

مؤلفه‌های آن، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۸ نشان می‌دهد که بین شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات متغیر راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های پنج‌گانه آن تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که نمرات گروه آزمایش در متغیر راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان، بالاتر از نمره گروه کنترل و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/01$, $F=95/28$) و حاکی از اثربخشی کرامت‌درمانی معنوی اسلامی بر افزایش میزان استفاده از راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان دانشجویان متأهل می‌باشد. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیره حاکی از آن بود که نمرات گروه آزمایش در مؤلفه‌های پذیرش ($p < 0/01$, $F=23/32$)، تمرکز مجدد مثبت ($p < 0/01$, $F=59/43$)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($p < 0/01$, $F=28/57$)، ارزیابی مجدد مثبت ($p < 0/01$, $F=17/68$) و دیدگاه‌پذیری ($p < 0/01$, $F=33/32$)، بالاتر از نمره گروه کنترل در مؤلفه‌های مذکور بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود. به طور کلی، نتایج جدول ۸ حاکی از اثربخشی کرامت‌درمانی معنوی اسلامی بر افزایش میزان استفاده از راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن بود.

همچنین، به منظور بررسی تفاوت دو گروه و بررسی تأثیر کرامت‌درمانی معنوی اسلامی بر رضامندی زناشویی دانشجویان متأهل، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. برای اجرای این آزمون آماری، نخست مفروضات آن لحاظ شد که نتایج آن در جدولهای ۹ و ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۹: نتایج پیش‌فرضهای آزمون لون (برابری واریانس‌ها)، تحلیل واریانس یک‌بعدی (خطی بودن و انحراف از خطی بودن) و همگنی شیب رگرسیون‌ها در فرضیه دوم

متغیر	نوع پیش‌فرض	اف	پی
رضامندی زناشویی	همگنی واریانس‌ها	۰/۸۴۱	۰/۳۶۷
	خطی بودن	۱/۴۸۱	۰/۲۴۱
	انحراف از خطی بودن	۲/۶۶۷	۰/۹۸۱
	همگنی شیب رگرسیون‌ها	۰/۴۹۸	۰/۴۸۵

بر اساس داده‌های جدول ۹، نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که سطح معناداری به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین، دو گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس تفاوت معناداری ندارند. بنابراین، این پیش‌فرض برای انجام آزمون کوواریانس رعایت شده است. همچنین با وجود اینکه سطح معناداری مقادیر اف آزمون خطی بودن بیشتر از میزان

خطای ۰/۰۵ است، اما با توجه به اینکه در این پژوهش سطح معناداری آزمون انحراف از خطی بودن بیشتر از میزان خطای ۰/۰۵ است، می‌توان نسبت به برقراری مفروضه خطی بودن اطمینان حاصل کرد. همچنین، چون سطح معناداری مقادیر آزمون همگنی شیب رگرسیون‌ها بیشتر از میزان خطای ۰/۰۵ است، می‌توان استنتاج کرد که مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها نیز برقرار است.

جدول ۱۰: آزمون کولموگروف اسمیرنف بیانگر مفروضه نرمال بودن متغیر رضامندی زناشویی

متغیر	آماره آزمون	ان	پی
رضامندی زناشویی	۰/۱۳۵	۳۰	۰/۱۷۱

با توجه به جدول ۱۰ می‌توان گفت که چون مقدار معناداری آزمون کولموگروف اسمیرنف بالاتر از ۰/۰۵ است؛ بنابر این، می‌توان فهمید که مفروضه نرمال بودن نیز برای انجام تحلیل نهایی برقرار است.

جدول ۱۱: تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون کرامت‌درمانی معنوی اسلامی بر رضامندی زناشویی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون اف	پی	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱۲۴/۱۲	۱	۱۲۴/۱۲	۱/۵۲	۰/۲۲۸	۰/۰۵
کرامت‌درمانی معنوی اسلامی	۳۸۹/۱۷	۱	۳۸۹/۱۷	۴/۷۸*	۰/۰۳۸	۰/۱۵
خطا	۲۱۱۲/۷۹	۲۶	۸۱/۲۶	—	—	—
کل	۲۰۵۱۲۸	۳۰	—	—	—	—

$$p < 0.05^*$$

بر اساس جدول ۱۱، می‌توان گفت که کرامت‌درمانی معنوی اسلامی سبب افزایش معنادار رضامندی زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($P > 0.05$)، مقدار مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که حدود ۱۵ درصد واریانس رضامندی زناشویی از طریق کرامت‌درمانی معنوی اسلامی تبیین می‌شود.

د) بحث و نتیجه‌گیری

یکی از مهم‌ترین موارد در مطالعات کرامت‌درمانی، توسعه پژوهشی این حیطه مطالعاتی جدید در درمانهای معنوی برای اقشار آسیب‌دیده روانی جامعه است که ممکن است بنا بر هر دلیلی، احساس کرامتشان آسیب دیده باشد و بر اثر خشمهای فروخورده شده، دچار اضطراب شدید باشند، یا از افسردگی مزمن رنج ببرند و احساسات منفی مانند ترس و دلهره، ناامیدی و سرخوردگی، پشیمانی و درماندگی را تجربه کنند؛ مانند زنان و مردان آسیب‌دیده‌ای که بنا بر سبک مقابله‌ای و مدل گفتگوی زوجی، کرامت آنان در زندگی مشترک آسیب دیده، مورد اهانت قرار می‌گیرند. کرامت‌درمانی معنوی اسلامی یکی از درمانهای نوین و بومی است که آزادی و همکاران (۱۳۹۸) آن را ایجاد کردند.

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی کرامت‌درمانی گروهی معنوی اسلامی بر تنظیم شناختی هیجان و رضامندی زناشویی دانشجویان دانشجو معلمان دانشگاه فرهنگیان خراسان رضوی بود. نتایج پژوهش نشان داد این درمان، اثربخشی مناسبی بر تنظیم شناختی هیجان و رضامندی زناشویی دانشجویان دانشجو معلمان دانشگاه فرهنگیان خراسان رضوی دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد نقش فعال درمانگر و آموزش مهارتهایی همچون خودمراقبتی و خودشفقت‌ورزی در جلسات اولیه گروه‌درمانی و آموزش مهارتهای ارتباطی بین فردی، مانند تعیین مرزها، احترام به حریم خصوصی یکدیگر و جرأت‌ورزی در جلسات پایانی، موجب کاهش راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان شده، راهبردهای سازگارانه شناختی هیجان را افزایش داده است و بر این اساس، رضایتمندی زناشویی در برخی مؤلفه‌ها افزایش یافته است. بنابر این، نتایج به دست آمده از اجرای آزمایش نشان داد که کرامت‌درمانی معنوی اسلامی موجب کاهش میزان استفاده از راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دانشجو معلمان متأهل می‌شود؛ بر افزایش میزان استفاده از راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن مؤثر است و سبب افزایش معنادار رضامندی زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($F_{(1,26)} = 4/78, P > 0/05$).

یافته‌ها نشان داد کرامت‌درمانی در حوزه خانواده و زوجی مؤثر است. از پژوهشهای همخوان و همسو با این پژوهش می‌توان از فیتچت و همکاران (۲۰۱۵) نام برد که در تحقیق مروری، اثربخشی کرامت‌درمانی را در چارچوب خود بیمار مطالعه کرده و آن را مؤثر 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، آموزش مهارت‌های ارتباطی زوجی را به منظور افزایش سازگاری زناشویی مؤثر یافت.

نتایج تحقیق حاضر با پژوهش‌های متعددی همسو می‌باشد و نشان می‌دهد کرامت‌درمانی معنوی اسلامی اثربخشی مناسبی بر خانواده‌های ایرانی دارد. برای مثال، دهقانی‌زاده و همکاران (۲۰۲۳) در یک تحقیق نشان دادند این درمان بومی اسلامی بر خودشفقت‌ورزی و عزت نفس نوجوانان تک‌والد اثربخش بوده است. این نوع تحقیقات بومی اسلامی نشان می‌دهد تحقق تمدن نوین اسلامی امری ممکن است و مشاهدات بالینی در این نوع درمان‌های بومی اسلامی نشان می‌دهد مراجعان و گروه‌های آسیب‌دیده پس از دریافت درمان، بهبودی مناسبی یافته‌اند.

مطالعات دیگری همانند تحقیق بوناکورسو و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد کرامت‌درمانی می‌تواند اثربخشی مناسبی روی جامعه مسلمان داشته باشد. ممکن است علت این اثربخشی مناسب، این باشد که کرامت یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم ادیان ابراهیمی می‌باشد که حلقه ارتباطی و وصل بین خالق و مخلوق را در آیات متعددی تشریح کرده است. به نظر می‌رسد این درمان با آنچه در اصول و مبانی نظری خود تأکید کرده است، ارتباط بین فرد و خداوند زمانی که مخدوش می‌شود، کرامت فرد مخدوش می‌شود و این می‌تواند تبیین‌کننده پریشانی‌های متعدد روان‌شناختی افراد باشد. این درمان تأکید می‌کند رابطه فرد با خداوند، یکی از مرکزی‌ترین نقاط حال خوب اوست که اگر رابطه مخدوش شود، کرامت فردی و اجتماعی فرد آسیب می‌بیند. به همین دلیل، در جلسات دوم و سوم این درمان، درمانگر تلاش می‌کند تا تصاویر مخدوش فرد را نسبت به خداوند کشف و سپس آنها را ترمیم کند تا فرد بتواند مجدداً با خداوند گفتگو کند. برای مثال، بردشاو و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند تصاویر افراد در ابعاد مثبت و منفی می‌تواند با سلامت روان آنان ارتباط داشته باشد. آنها دریافتند کسانی که خداوند را دوست‌داشتنی تصویر می‌کردند، از سلامت روان برخوردار بودند.

جلسات سوم و چهارم درمان، بر ارتباط فرد با خود و دیگران تمرکز دارد. به عبارتی؛ این جلسات نشان می‌دهد که فرد چگونه باید احساسات منفی را نسبت به خود و دیگران کاهش دهد تا احساس کرامت بیشتری را ادراک کند؛ همان‌طور که فهم دانش و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیقی نشان دادند توانایی افراد برای بخشش خود می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مهمی در رضایت زناشویی باشد. کرامت‌درمانی معنوی اسلامی به عنوان یک درمان فراتشخیصی، قصد دارد تا رابطه فرد را با خداوند، خود و دیگران ترمیم کند و از این طریق

بررسی اثربخشی کرامت‌درمانی گروهی معنوی اسلامی ... ♦ ۱۶۷

موفق شود سلامت معنوی، فردی و اجتماعی فرد را بهبود ببخشد؛ در این میان، قطعاً متغیرهای متعددی وجود دارند که تحت تأثیر این درمان افزایش و کاهش پیدا می‌کنند. دیگر پژوهشهای همخوان و همسو با این پژوهش عبارتند از: تحقیقات جمالی راد و همکاران (۱۴۰۱)، آزادی و همکاران (۱۳۹۸)، هاک و همکاران (۲۰۱۰) و مانتروس و ایروین (۲۰۱۰).

بنابر این، با توجه به یافته‌های این پژوهش و نظایر آن، می‌توان با آموزش کرامت‌درمانی معنوی اسلامی، موجب کاهش راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان دانشجویان معلمان متأهل، کاهش میزان استفاده از راهبردهای منفی در تنظیم شناختی هیجان آنان و افزایش میزان استفاده از راهبردهای مثبت در تنظیم شناختی هیجان شد. همچنین کرامت‌درمانی معنوی اسلامی موجب افزایش رضامندی زناشویی دانشجویان معلمان متأهل می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان داد کرامت‌درمانی اسلامی به عنوان مداخله جدید درمانی در طب تسکینی، می‌تواند در کاهش آسیبهای روان‌شناختی، مؤثر واقع شود. اگر با نگاه سیستمی به فرایند کرامت‌درمانی بین فردی بنگریم، زوجین می‌توانند از طریق درک نیازهای یکدیگر و پاسخگویی مناسب به آن، در تنظیم شناختی هیجان بکوشند.

با توجه به اینکه موضوع کرامت یکی از مباحث مورد توجه نظام دینی است، به نظر می‌رسد تأثیر مذهبی بودن افراد و اعتقادات ایشان می‌تواند به عنوان متغیر ناخواسته بر نتایج یافته‌های پژوهش اثرگذار باشد؛ از این رو، پیشنهاد می‌شود برای کنترل اثر متغیرهای ناخواسته روی متغیر وابسته، این مهم مطالعه شود.

منابع

- قرآن کریم.
- آزادی، محمود؛ مسعود آذربایجانی و کاظم رسولزاده (۱۳۹۸). **طراحی الگوی اسلامی مداخله مبتنی بر کرامت و بررسی اثربخشی آن بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی**. پایان‌نامه دکتری. پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- افروز، غلامعلی (۱۳۸۵). **مبانی روان‌شناختی احساس آرامش و تجربه خوشبختی**. تهران: یسپرون.
- افروز، غلامعلی و مهدی قدرتی (۱۳۹۰). «**ساخت و هنجاریابی مقیاس رضامندی همسران افروز (فرم کوتاه)**». *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ش ۴۱: ۹-۱.
- جمالی‌راد، فهیمه (۱۴۰۱). **بررسی میزان اثربخشی کرامت‌درمانی گروهی معنوی اسلامی بر افسردگی و سازگاری زوجی زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. مشهد: مؤسسه آموزش عالی حکمت رضوی.
- دهقانی‌زاده، عادل (۱۴۰۱). **بررسی اثربخشی کرامت‌درمانی معنوی اسلامی بر خودشفقت ورزی و حرمت خود در نوجوانان تک سرپرست شهر مشهد**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. مشهد: مؤسسه آموزش عالی حکمت رضوی.
- سیاح، مهدی و همکاران (۱۳۹۳). «**پیش‌بینی سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان از طریق راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور**». *فصلنامه []*، ش ۵ (۱): ۳۷-۴۴.
- طاقی، شهین (۱۳۹۵). «**مروری بر عوامل مؤثر بر کرامت انسانی ادراک‌شده بیماران**». *آموزش و اخلاق در پرستاری*، ش ۵ (۱): ۹-۱۷.
- طباطبایی، سید محمدحسین (۱۳۵۳). **تفسیر المیزان**. ترجمه سید محمدباقر موسوی همدانی. قم: جامعه مدرسین.
- طریحی، فخرالدین بن محمد علی (۱۳۷۵). **مجمع البحرین**. قم: مکتبه المرتضویه.
- گاتمن، جان (۱۴۰۱). **ازدواج‌ها چرا موفق می‌شوند و چرا شکست می‌خورند**. ترجمه ویدا لطیفی. تهران: صابرین.
- مانوکیان، آرپی؛ مهسا زکی‌نژاد، علیرضا نیکبخت نصرآبادی، حجت شمشری، احمدرضا سوزان (۱۳۹۹). «**بررسی تأثیر کرامت‌درمانی بر احساس کرامت بیماران مبتلا به سرطان**». *پژوهش پرستاری ایران*، ش ۱۵ (۲): ۸۳.
- مشایخی، عادل؛ فریبا برهانی و عباس عباس‌زاده (۱۳۹۳). «**تأثیر مدل درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی بر حس کرامت بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارازمایی بالینی**». *اخلاق زیستی*، ش ۱۳ (۴): ۱۱۷-۱۳۶.

- Bradshaw, M.; C.G. Ellison & K.J. Flannelly (2008). **"Prayer, God imagery, and symptoms of psychopathology"**. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(4): 644-659.
- Buonaccorso, L.; N. Ammoumi & S. Tanzi (2022). **"Offering Dignity Therapy to a Muslim Patient–Caregiver Dyad Assisted in Palliative Care: Multidisciplinary Intervention with the Essential Role of an Official Interpreter"**. *Journal of Palliative Medicine*, 25(9): 1332-1334.
- Chochinov, H.M. & B.J. Cann (2005). **"Interventions to enhance the spiritual aspects of dying"**. *Journal of Palliative Medicine*, 8(supplement 1): s-103.
- Chochinov, H.M.; T.F. Hack, S. McClement, L. Kristjanson & M. Harlos (2002). **"Dignity in the terminally ill: a developing empirical model"**. *Social science & medicine*, 54(3): 433-443.
- Chochinov, H.M.; T.F. Hack, T. Hassard, L.J. Kristjanson, S. McClement & M. Harlos (2004). **"Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life"**. *J. Clin. Oncol.*, 23(24): 5520-5525.
- Chochinov, H.M.; L.J. Kristjanson, W. Breitbart, S. McClement, T.F. Hack, T. Hassard & M. Harlos (2011). **"Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial"**. *The lancet oncology*, 12(8): 753-762.
- Dehghanizadeh, A.; M. Azadi, J. Talebian Sharif & N. Khoshniat (2023). **"The effectiveness of Islamic spiritual dignity therapy on self-compassion and self-esteem of single-parent Iranian adolescents"**. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 1-15.
- Fahim Danesh, F.; A. Noferesti & K. Tavakol (2020). **"Self-compassion and forgiveness: major predictors of marital satisfaction in young couples"**. *The American Journal of Family Therapy*, 48(3): 221-234.
- Fitchett, G.; L. Emanuel, G. Handzo, L. Boyken & D.J. Wilkie (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.
- Garnefski, N. & V. Kraaij (2006). **"Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples"**. *Personality and Individual differences*, 40(8): 1659-1669.
- Garnefski, N.; V. Kraaij & P. Spinhoven (2001). **"Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems"**. *Personality and Individual differences*, 30(8): 1311-1327.
- Hack, T.F.; S.E. McClement, H.M. Chochinov, B.J. Cann, T.H. Hassard, L.J. Kristjanson & M. Harlos (2010). **"Learning from dying patients during their final days: life reflections gleaned from dignity therapy"**. *Palliative Medicine*, 24(7): 715-723.
- Hall, S.; C. Goddard, D. Opiro, P.W. Speck, P. Martin & I.J. Higginson (2011). **"A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy"**. *BMJ supportive & palliative care*, 1(3): 315-321.

- Homan, K.J. & T.L. Tylka (2015). **"Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation"**. *Body image*, 15: 1-7.
- Houmann, L.J.; S. Rydahl-Hansen, H.M. Chochinov, L.J. Kristjanson & M. Groenvold (2010). **"Testing the feasibility of the Dignity Therapy interview: adaptation for the Danish culture"**. *BMC palliative care*, 9(1): 1-11.
- Montross, Lori & Kathryn D. Irwin (2010). **"Dignity Therapy Implementation in a Community-Based Hospice Setting"**. *SAGE journal psychology*, 355-402.
- Thompson, R.A. (1994). **"Emotion regulation: A theme in search of definition"**. *Monographs of the society for research in child development*, 25-52.
- **Holy Quran.**
- Afrooz, Gholamali. (2006). **The Psychological principles of the Feeling of Serenity**. Tehran: Yastoroon. (In Persian)
- Afrooz Gholamali. (2011). **"Marital Satisfaction Scale (AMSS)(short-form)"**. *Psychol Edu Sci*. 1(41): 1-9. (In Persian).
- Azadi, Mahmoud (2019). **Developing a Spiritual Model Intervention Based on Dignity from the Perspectives of Islamic Teachings and Examining its Effectifness on Quality of Life of Cancer Pateints**. PhD Thesis. Research Institute of Hawzah and University.
- Gottman, John (2022). **Why marriages succeed or fail**. Translated by V. Latify. Tehran: Saberin.
- Jamali Rad, Fahimeh (2022). **Evaluation of the effectiveness of Islamic-spiritual dignity group therapy on depression and marital adjustment of women hurt with men having affairs**. Mashhad: Hekmat Razavi UN.
- Manookian, A.; M. Zakinejad, A.R. Nikbakhat, A.R. Shamshiri & S. Hojjat (2020). **"The Effect of Dignity Therapy on sense of Dignity in Cancer Patients"**. *Iranian Journal of Nursing Research*, 15(2). 76-83. (In Pershian).
- Mashayekhi, A.; F. Borhani & A. Abbaszadeh (2014). **"The effect of dignity therapy model on sense of dignity of hemodialysis patients: a randomized clinical trial"**. *Bioethics journal*, 13(4): 75-95. (In Pershian).
- Sayyah, Mehdi and others (2014). **"Prediction of Mental Health and Academic Performance of students within Cognitive Emotional Regulation Strategies in Medical Sciences University of Jundishapur in Ahvaz Educational Development of JundiShapur"**. 5(1): 37-44. (In Pershian).
- Tabatabai, Muhammad Huseyn (1974). **Al-Mizan fi Tafsir al- Quran**. Beirut: Alaalami lelmatbuat. (In Arabic).
- Taghi, Shahin (2016). **"An overview of the factors affecting the human dignity perceived by patient"**. *Journal of Education and Ethics in Nursing*, 5(1): 9-17. (In Pershian).
- Turayhi, Fakhr al-Din (1996). **Majma' al-bahrayn**. Qum: Mortazavi. (In Arabic).