

اثربخشی «روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور» بر «سازگاری زناشویی» و «سلامت روان زوجین»

دکتر نجمه حمید*
مجید عیدی بایگی**
مصطفی دهقانی***

چکیده

هدف پژوهش، تعیین تأثیر «روان‌درمانی - شناختی رفتاری مذهب‌محور» بر «سازگاری زناشویی» و «سلامت روان زوجین» بود که از روش تجربی پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری استفاده شد. ۳۲ زوج از زوجین با مشکلات فوق (مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره) در دو گروه تصادفی انتخاب شدند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور شرکت کردند، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر و چک لیست تجدید نظر شده علائم روانی (SCL-90-R) بود. داده‌ها، با روش تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل آشکار ساخت که میان گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ «سازگاری زناشویی» و «سلامت روان» تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$). این نتایج کماکان در دوره پیگیری به‌طور معناداری پایدار بوده است ($p < 0.001$).

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور، سازگاری زناشویی، سلامت روان

Email: n.hamid@scu.ac.ir

Email: majid_eydi@yahoo.com

Email: dehghani001@gmail.com

* دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

** دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

*** دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۱ تاریخ تأیید: ۱۳۹۱/۵/۸

مقدمه

خانواده بنیادی‌ترین تشکل اجتماعی و اصلی‌ترین عنصر اجتماع می‌باشد. دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و خانواده سالم در گرو برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است (موسوی؛ مرادی؛ مهدوی هرسینی، ۱۳۸۴). در سال‌های اخیر احساس امنیت و آرامش و روابط صمیمانه میان زن و مرد به سستی گراییده و کانون خانواده دستخوش فرایندهای ناخوشایندی شده است. رضایت زناشویی،^۱ تأثیر بسزایی بر خانواده و سلامت روانی و جسمانی اعضای آن می‌گذارد (حسین‌پور؛ شهروی؛ عبادی، ۱۳۸۸). عدم ارضای نیازهای عاطفی سبب بروز اختلالات، عدم سازگاری و عدم موفقیت می‌گردد (نوابی‌نژاد، ۱۳۷۶؛ به نقل از: عنایتی و عبدالرحمی، ۱۳۸۷).

رضایت زناشویی احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه‌شده توسط زن یا شوهر است، زمانی که همه جنبه‌های ازدواجشان را در نظر می‌گیرند (الیس،^۲ ۱۹۸۹؛ به نقل از: سلیمانیان، ۱۳۷۳). اختلافات زناشویی اثرات نامطلوبی بر سلامت روان دارد (الیسون؛ والکر؛ گلن؛ مارکواردت،^۳ ۲۰۱۰). پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که بین سلامت روان و رضایت زناشویی رابطه مثبت معناداری وجود دارد (بنائیان؛ پروین؛ کاظمیان، ۱۳۸۶؛ لوینسون،^۴ ۱۹۹۳).

رابطه مذهب و سلامت روان مدت طولانی است که موضوع مورد بحث جامعه‌شناسان و روان‌شناسان می‌باشد (لوین و چاترز،^۵ ۱۹۹۸؛ به نقل از: مایر و لبا،^۶ ۲۰۰۳). مجموعه‌ای غنی اما پیچیده از روابط بین پس‌زمینه خانوادگی و زندگی مذهبی و روحانی وجود دارد (الیسون و همکاران، ۲۰۱۰). مذهب به عنوان یکی از ابعاد تسلط انسان بر زندگی‌اش در نظر گرفته می‌شود، حتی افراد غیر مذهبی در لحظات بحرانی زندگی، به خدا یا قدرت‌های غیر طبیعی توسل می‌جویند (خان‌زاده و نیازی، ۲۰۱۱). پژوهش چنگ^۷ (۲۰۱۰)، نشان داد که متغیرهای فرهنگی بر رضایت زناشویی مؤثر می‌باشند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین باورهای دینی با رضایت زناشویی و سلامت روان رابطه مثبت معناداری وجود دارد (مولینز؛ پرات؛ برکت؛ هریسون،^۸ ۲۰۰۱؛ نیکویی؛ سیف، ۱۳۸۴).

در طول سال‌های اخیر تحقیقات زیادی براساس ساختار مذهب بر روی متغیرهای روان‌شناختی شخصیت، سازگاری فردی، اجتماعی و درمان براساس معنویت انجام شده

1. marital satisfaction

2. Ellis

3. Ellison, Walker, Glenn & Marquardt

4. Levinsohn

5. Chatters

6. Mayer & Lobao

7. Cheng

8. Harrison

است (رودریگوئز و هاردسون،^۱ ۲۰۱۰؛ احمدی، ۱۳۸۴). درمان شناختی به شدت متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی می‌باشد و کارایی آن تحت تأثیر زمینه‌های فرهنگی و اعتقادات مردمی است که این درمان در ارتباط با آنها به کار برده می‌شود (هافمن، ۲۰۰۶).

پژوهش‌های مختلفی نقش عقاید و باورهای مذهبی را بر سلامت روان نشان می‌دهند (تورسن و هریس،^۳ ۲۰۰۲؛ برنان،^۴ ۲۰۰۴؛ احمدی طهران؛ حیدری؛ کجویی؛ ایرانی، ۱۳۸۸). در درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور^۵ علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به بیمار کمک می‌شود، تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. همچنین «توکل به خدا» و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود امید به زندگانی افزایش یابد. در جلسات روان‌درمانگری، این باورداشت در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد بی‌فایده نبوده؛ بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. با ایجاد چنین طرز تفکری بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد. همچنین در این رویکرد درمانی با استناد به آیات قرآن کریم و احادیث و تأثیر آنها در درمان تمرکز می‌شود. در رویکرد مذهبی این باور داشت، که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده خالق هستی برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگ‌ترین حافظ و تکیه‌گاه است در آنها تقویت می‌شود (حمید، ۱۳۸۸).

سلامت روان در قرآن

قرآن فردی را سالم و سلیم‌النفس می‌داند که با تکیه بر فطرت توحیدی، از ایمان در قلب برخوردار بوده و در رفتارش با ایجاد تعادل میان قوای متضاد درونی و نیز تقابلات بیرونی و درونی برخاسته از غرایز و محیط، بهترین شیوه را در دستیابی به خوشبختی و قرب الی‌الله برگزیند. آرامش زمانی در انسان پدید می‌آید که به واجبات دینی، نفسی و اجتماعی خود عمل کرده باشد؛ چنان که یاد خدا موجب آرامش دل‌ها و آرامش روحی می‌گردد (رعد، ۲۸) و همراهی و پذیرش ولایت او، ترس، خوف، غم و اندوه را از دل‌ها می‌زداید (یونس، ۶۲-۶۴)

1. Rodriguez & HardSon

2. Hofmann

3. Thoresen & Harris

4. Brennan

5. cognitive-behavioral therapy based on religious

و به آینده امیدوار می‌سازد، چون ترس از آینده همواره هرگونه آرامش و آسایش را از انسان سلب می‌نماید. وقتی انسان همواره از آینده‌ای مبهم و نامعلومی در رنج باشد، آسایش و آرامش کنونی بر او سخت و دشوار گشته و یا از وی سلب می‌شود؛ در حالی که ایمان به آینده او را امیدوار و توانایی بهره‌گیری از لذت‌های حال را در او افزایش می‌دهد (فصلت، ۳۰). توانایی پذیرش مسئولیت‌ها یکی از مهم‌ترین نشانه‌های سلامت روانی فرد از دیدگاه قرآن است (ر.ک: حجر، ۹۲ و ۹۳؛ نحل، ۹۳)، هر فردی که مسئولیت‌اندیشه، عقیده، رفتار و گفتارش را بپذیرد دارای سلامت رفتار است.

آلپورت و روس،^۱ مذهب را یکی از عوامل بالقوه و مهم برای سلامت روان می‌دانند و معتقدند که مذهب می‌تواند به عنوان یک اصل وحدت‌بخش و نیروی عظیم برای سلامت روان کمک‌کننده باشد (آلپورت و روس، ۱۹۶۷). در دهه‌های اخیر پژوهش‌های گسترده‌ای در زمینه نقش متغیرهای دینی و مذهبی در ابعاد مختلف سلامت جسمی و روان‌شناختی صورت گرفته است (رینپتروپا؛ آلتمایرب؛ چنا؛ فنالا؛ کفالا، ۲۰۰۵^۲). در پژوهش‌های مختلف ارتباط مذهب و بهزیستی ذهنی (فلیپ و برایان، ۲۰۰۹^۳)، رابطه مذهب و رضایت زناشویی (لیچترا و کارمالتب، ۲۰۰۹^۴) و همچنین ارتباط نگرش دینی و اعتقادات مذهبی با کاهش خطر خودکشی و افزایش سلامت روان (راسیک^۵ و همکاران، ۲۰۰۹؛ هوگنلتا^۶ و همکاران، ۲۰۰۷) به اثبات رسیده است. همچنین در پژوهشی رابطه میزان مذهبی بودن و سلامت روان نشان داده شده است (بهرامی مشعوف، ۱۳۷۳).

اهمیت روابط زناشویی در اسلام

خداوند در آیه ۲۱ سوره روم، پیمان زناشویی را محکم‌ترین قرارداد اجتماعی دانسته که آن را ناشی از دوستی شدید و رحمت متقابل بین زن و شوهر می‌داند. «وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ؛ و از آیات (لطف) او آن است که برای شما از جنس خودتان جفتی بیافرید که در کنار او آرامش یافته و با هم انس گیرید و میان شما رأفت و مهربانی برقرار فرمود. در این امر نیز برای مردم بافکرت ادله‌ای (از علم و حکمت حق) آشکار است». بنابر این آیه، قرآن محبت و مودت بین زن و شوهر را نشانه خدا دانسته است.

1. Allport & Ross

2. Rippentropa, Altmaierb, Chena, Founda & Keffalaa

3. Philip & Brian

4. Lichtera & Carmaltb

5. Rasicc

6. Hugueleta

از نظر اسلام، زن و مرد در اصل ذات، ماده اولیه خلقت و هویت انسانی با هم برابرند (طیبی و معین‌الاسلام، ۱۳۸۳). اما از نظر روانی و جسمانی صریحاً به بعضی از تفاوت‌ها اشاره می‌کند و خداوند با توجه به این تفاوت‌ها حقوق و وظایفی را برای زن و مرد قرار داده است. دین اسلام تفاوت‌های جنسیتی مرد و زن و به دنبال آن، نقش مناسب هر جنس را به صورتی منطقی و عادلانه می‌پذیرد و قوانین و وظایف ویژه‌ای را برای هر دو جنس توصیه می‌کند که متناسب با ابعاد روان‌شناختی آنها است (چوپانی صوری؛ احمدی؛ شریفی‌نیا؛ بهرامی، ۱۳۸۹). وقتی زوجین به تفاوت‌های روان‌شناختی یکدیگر آشنا شده و وظایف خود را در قبال همدیگر دانستند به گونه‌ای رفتار می‌نمایند که موجب رضایت طرفین از زندگی و روابط زناشویی می‌گردد. در درمان شناختی - رفتاری تکالیفی به طرفین داده می‌شود که طرفین در قبال یکدیگر موظف به انجام آن می‌باشند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۸۵).

در پژوهشی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت عمومی و رضایت زناشویی بررسی گردید، نتایج نشان داد که جهت‌گیری مذهبی می‌تواند رضایت زناشویی و سلامت عمومی را پیش‌بینی نماید (خان‌زاده و نیازی، ۲۰۱۱). وجود باورهای مذهبی تأثیر بسزایی در استحکام خانواده دارد. ایمان به خدا موجب می‌شود نگرش فرد به کل هستی هدفدار و دارای معنا باشد (سالاری فر، ۱۳۷۹). اعمال مذهبی فرد را قادر می‌سازد تا از لحاظ فیزیولوژیکی، شناختی و عاطفی خشم خود را کنترل نماید. این امر به فرد کمک می‌کند تا مسئولیت اعمالش را در تعارض‌ها بپذیرد و شرایطی ایجاد می‌کند که فرد به هنگام خشم به خدا توجه کند. این موضوع برای زوج، حمایتی ایجاد می‌نماید که از تعارض با یکدیگر اجتناب نمایند. ارتباط با خدا یک نقش تعاملی و جبرانی در رابطه با روابط زناشویی دارد (مارش و دالاس، ۲۰۰۲؛ به نقل از: عطاری؛ عباسی سرچشمه؛ مهربانی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۵). این نظام باور منسجمی ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی خود معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند. باورهای دینی به افراد امکان می‌دهد که به نامالایمات، فشارهای روانی و کمبودهای گریزناپذیری که در روند چرخه زندگی رخ می‌دهد معنا بخشند و نسبت به زندگی امیدواری بیشتری داشته باشند (روحانی و معنوی پور، ۱۳۸۷).

رهنمودهای شناختی - رفتاری اسلامی

۱. درمان، با ذکر و یاد خدا «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ؛ آگاه باشید که با یاد خدا دل‌ها آرامش می‌یابد» (رعد، ۲۸). از بهترین راه‌های اساسی درمان روان، ذکر خدا است؛ زیرا ذکر،

1. Prochaska & Norcross

2. Marsh, & dollas

قلب‌ها را جلا می‌دهد؛ ترس و نگرانی را می‌زداید و احساس امنیت درونی را در فرد به وجود می‌آورد؛ به عبارت دیگر یاد خداوند هر گونه ناامنی را به امنیت و دشمنی را به محبت و اضطراب را به آرامش تبدیل می‌کند. همچنین فرد افسرده که ناامیدی سرپای وجودش را فراگرفته است، می‌پندارد که کسی او را درک نمی‌کند، ولی همین فرد در حضور خدا احساس آرامش می‌کند و همواره خداوند را با خود همراه می‌داند، تا حدی که یقین می‌کند که در تنهایی نیز خدا او را رها نخواهد ساخت. خداوند کریم در قرآن فرموده است: «پس یاد کنید مرا تا یاد کنم شما را» (بقره، ۱۴۸).

«وَنَزَّلْنَا مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا؛ و آنچه از قرآن نازل کردیم شفا و رحمت برای مؤمنین است و ستمکاران را به جز زیان چیزی نخواهد افزود» (اسراء، ۸۲). علامه طباطبایی (ره) در تفسیر این آیه شریفه اشاره به این مطلب دارد که اگر قرآن را به منزله شفا بدانیم، پس باید امراضی وجود داشته باشند که شفای آنها از طریق قرآن صورت پذیرد؛ همان‌گونه که دارو اثر شفا بخشی برای بیماری‌ها دارد؛ بنابراین چنانچه نفس انسان به مادیت گرایش یابد و اسیر هوا و هوس‌های مادی گردد، درمان این بیماری او جز به مدد قرآن امکان ندارد.

۲. درمان با توبه کردن: توبه، یعنی پشیمانی از عمل ناشایست که پس از آگاهی درست به نفس کار این تصمیم گرفته می‌شود. آدمی با توبه، با هوس‌ها می‌ستیزد و سرانجام آن، بازگشت نفس به اعتدال و در نتیجه سلامت روانی است. در برخی بیماری‌ها، بیمار احساس گناه و تقصیر شدیدی نسبت به اعمال گذشته خود دارد و خود را خطاکار محض می‌داند. حتی بیمارانی هستند که مرتکب گناه و خطایی نشده‌اند، ولی بر اثر پیشروی احساس گناه، درونشان بیمار شده است؛ به‌طور مثال، فرد افسرده فقط به گذشته خود می‌نگرد و در تفسیر رخدادهای گذشته خود را مقصر می‌داند و یا فرد وسواسی، ناخواسته خود را آلوده و گناهکار حس می‌کند و از روی وسواس کارها را تکراری انجام می‌دهد تا خود را پاک پندارد. خداوند در قرآن می‌فرماید: «قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَيَّ أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ؛ به بندگان تندرود در گناه بگو که از رحمت حق ناامید نباشند، خداوند تمام گناهانشان را می‌بخشد، او آمرزنده و مهربان است» (زمر، ۵۳). فرایند توبه نور امید را در دل مؤمنین روشن ساخته و آنها را نسبت به رحمت خدا امیدوار می‌سازد. یکی از عوامل مؤثر بر سلامت روان امید می‌باشد. خداوند در آیه پنجم سوره عنکبوت بندگان را به امید به دیدارش بشارت می‌دهد. خارج شدن امید و آرزوها از محدوده کوچک دنیای مادی و امید و دل‌بستن آرمانی ماندگار و همیشگی باعث تقویت و

بهبود سلامت روان در افراد می‌شود. فرد با ایمان زندگی را پوچ و بی‌هدف نمی‌داند، بلکه با انگیزه به سوی اهداف خویش می‌رود. یافته‌های پژوهش انصاری و میرشاه جعفری (۱۳۸۹) نشان داد که عواملی که موجب امید می‌شوند تحت تأثیر خداوند و حوزه دین‌باوری است. ایمان به خدا و مذهب به عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات ما، باید‌ها و نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم‌یافته، یکی از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به شمار می‌رود که می‌تواند معنای زندگی را در لحظه لحظه‌های عصر فراهم کند و در شرایط خاص نیز با فراهم کردن تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از پوچی و بی‌معنایی نجات می‌دهد (بهرامی، ۱۳۷۸). همچنین قرآن کریم برای افزایش روحیه امیدواری در افراد الگوهای عملی معرفی می‌نماید: «لَقَدْ كَانَ لَكُمْ فِي رَسُولِ اللَّهِ أُسْوَةٌ حَسَنَةٌ لِّمَن كَانَ يَرْجُو اللَّهَ وَالْيَوْمَ الْآخِرَ وَذَكَرَ اللَّهَ كَثِيرًا؛ پیامبر خدا برای شما، چه در صبر و مقاومت با دشمن و چه دیگر اوصاف و افعال نیکو سرمشق و الگوی مناسبی است» (احزاب، ۲۱).

سخنی از پیامبر اکرم (ص) منقول است که در دعا‌های خود از خدا مصرانه می‌خواست: «اللهم انی الاشیاء کما هی؛ خدایا واقعیت‌ها را به من آن‌گونه که هست نشان بده» (یونسی، ۱۳۸۳؛ به نقل از: خدایاری‌فرد؛ یونسی؛ اکبری زردخانه؛ فقیهی؛ به پژوه، ۱۳۸۹). با توجه به اثرها و اهداف اصلاحی و درمانی ادعیه در دین اسلام، می‌توان به اهمیت نزدیکی به واقعیت از دیدگاه الهی و همسویی آن با یافته‌های شناخت درمانگران پی برد. در پژوهشی نشان داده شد که روان‌درمانی شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت روان همسران جانبازان مؤثر می‌باشد و اثری مشابه با درمان شناختی - رفتاری کلاسیک دارد (مجاهد و همکاران، ۱۳۸۸). پژوهش زادهوش و همکاران (۱۳۹۰)، نشان داد که گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی بر کیفیت ارتباط زناشویی بانوان مؤثرتر از گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک می‌باشد.

درمان مشکلات زناشویی به شیوه مذهب‌محور از آن جهت در جامعه ایرانی حائز اهمیت می‌باشد که در فرهنگ ملی - مذهبی ایرانی پیوند زناشویی یک امر مقدس بوده و در بسیاری از موارد زوج‌ها با وجود اختلافات و ناسازگارهای اساسی، باز هم به زندگی مشترک ادامه داده و بهترین سال‌های زندگی خود را به علت عدم شناخت کافی از خود و همسر با ناکامی سپری می‌کنند. به‌طور کلی با توجه به آنچه که بیان شد این سؤال مطرح است که آیا درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین مؤثر می‌باشد؟

روش تحقیق

طرح پژوهش حاضر از نوع تجربی، پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری است. پس از تعیین گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی، گروه آزمایش در ۱۲ جلسه روان‌درمانی شناختی رفتاری مذهب‌محور شرکت جستند اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. نتایج حاصل با روش تحلیل واریانس چندمتغیری و با استفاده از نرم‌افزار آماری "SPSS₁₆" مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جامعه آماری

کلیه زوجین با مشکلات خانوادگی و تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره محقق در سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ می‌باشند.

نمونه و روش نمونه‌گیری

به منظور انتخاب نمونه از میان زوجین با مشکلات خانوادگی و تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره محقق با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و در نظر گرفتن متغیرهای مورد نظر پژوهش مانند طول مدت ازدواج، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و مصاحبه بالینی تعداد ۳۲ زوج انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش جهت ارزیابی سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین از دو پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر^۱ و "SCL-90-R" استفاده شد.

الف) پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر (DAS)

مقیاس "DAS" ابزاری ۳۲ سؤالی است که برای ارزیابی کیفیت زناشویی از نظر زن و شوهر، یا هر دو نفری که با هم زندگی می‌کنند به کار می‌رود. تحلیل عاملی، نشان می‌دهد که این مقیاس، چهار بعد رابطه را می‌سنجد. این چهار بعد عبارتند از: رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت. نمره کل مجموع نمرات از صفر تا ۱۵۱ است. نمرات میانگین $X=101$ نشان‌دهنده سازگاری بیشتر و رابطه بهتر و نمرات پایین‌تر از

1. Dyadic Adjustment Scale (DAS)

میانگین، نشان‌دهنده سازگاری کمتر است (ثنایی، ۱۳۷۹). در پژوهش ملازاده (۱۳۸۱)، برای تعیین روایی، از اجرای همزمان این پرسشنامه و پرسشنامه سازگاری زناشویی لاک والاس، با قابلیت اعتماد ۷۵ درصد، برای ۷۶ نفر از زوج‌های مشابه با زوج‌های نمونه، ۹۰ درصد به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ که برای این پرسشنامه به دست آمده ۹۴ درصد است. حاج ابولزاده (۱۳۸۱)، در پژوهش خود به منظور تعیین ضریب پایایی پرسشنامه، روش بازآزمایی را با فاصله زمانی یک هفته، روی نمونه‌های متشکل از ۱۵ زوج اجرا کرد. برای بررسی میزان همبستگی نمرات، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. ضریب همبستگی بین نمرات زنان و مردان طی دوبار اجرا، در نمره کل ۰/۸۱، مقیاس فرعی اول ۰/۶۸، مقیاس فرعی دوم ۰/۷۷ و مقیاس فرعی سوم ۰/۷۸ به دست آمد.

ب) پرسشنامه "SCL-90-R"

پرسشنامه‌ای شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روان‌شناختی است و ۹ بُعد مختلف شکایات جسمانی، وسواسی - اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌گسستگی را دربر می‌گیرد. نمره‌گذاری و تفسیر پرسشنامه براساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم به دست می‌آید. فرم اولیه پرسشنامه توسط دراگوتیس، لیپمن و کووی^۱ معرفی شد. و در سال ۱۹۸۴ میلادی مورد تجدید نظر قرار گرفت. در این پرسشنامه هرچه نمره فرد بالاتر باشد حاکی از اختلال بیشتر است (به نقل از: ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۵). در پژوهش عنایتی و عبدالرحمی (۱۳۸۷)، ضریب پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و تصنیف ۰/۹۳ به دست آمده است. ضریب پایایی این آزمون به روش بازآزمایی ۰/۹۷ و حساسیت، ویژگی و کارایی آزمون، به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۸ و ۰/۹۶ گزارش شده است (باقری یزدی؛ بوالهروی؛ شاه‌محمدی، ۱۳۷۳).

روش تجزیه و تحلیل آماری

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی (آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس) با استفاده از نرم‌افزار آماری "SPSS₁₆" استفاده شد.

1. Deragtis, Limpman & Covey

ساختار جلسات روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور

در این رویکرد علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به فرد کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. همچنین محتوای جلسات شناخت‌درمانی مذهب‌محور به شرح زیر می‌باشد:

ساختار جلسات شناخت درمانگری مذهب‌محور

جلسه	توضیحات
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت‌ها.
دوم تا سوم	آموزش تشخیص هیجان‌های ناخوشایند، رویدادهای برانگیزاننده هیجان‌های منفی، افکار ناخوشایند فرم ثبت رویدادها، هیجان‌ها و افکار منفی به عنوان تکلیف خانگی.
سوم تا پنجم	مروری بر افکار منفی و چالش با آنها، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره حل مشکلات و مواجهه صحیح با رویدادها، تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، نیایش در تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی.
پنجم تا هشتم	مروری کوتاه بر جلسات قبلی و بررسی تکالیف منزل، آموزش فن توجه‌برگردانی از خود به سوی کائنات، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث در کنار فنون شناختی رفتاری به منظور به چالش کشیدن افکار منفی و غیر منطقی.
جلسه هشتم تا دهم	آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ده دقیقه، تجسم ذهنی بر پدیده‌های هستی جهت کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، بررسی افکار با کمک بیماران و جایگزینی افکار غیر منطقی با افکار منطقی، مروری بر هیجانات و رفتار منطقی و خوشایند به دنبال افکار غیر منطقی.
جلسه دهم تا دوازدهم	بیان احساسات توسط بیماران و بحث در مورد آنها، بررسی تغییراتی که بیماران در وضعیت خود احساس کرده‌اند، ارائه تکالیف منزل، اطمینان خاطر مشاور به بیماران نسبت به اینکه با به‌کارگیری آنچه را که یاد گرفته‌اند، مشکلی برای آنها پیش نخواهد آمد.

یافته‌های پژوهش

در پژوهش حاضر جهت آزمون فرضیه‌ها و تبیین معناداری تفاوت بین نمره‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای سازگاری زناشویی و سلامت روان، از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های سازگاری زناشویی و سلامت روان آزمودنی‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	شاخص‌های آماری گروه‌ها	سازگاری زناشویی		سلامت روان	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۶۶/۰۳	۳/۱۸	۷۲/۱۳	۲/۱۷
	کنترل	۶۴/۱۲	۴/۷۲	۶۸/۰۱	۲/۰۶

مرحله	شاخص‌های آماری گروه‌ها	سازگاری زناشویی		سلامت روان	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پس‌آزمون	آزمایش	۹۹/۷۵	۳/۸۷	۳۱/۲۷	۱/۹۷
	کنترل	۶۵/۲۷	۵/۱۷	۶۵/۲۵	۱/۳۴
پیگیری	آزمایش	۹۴/۳۱	۴/۲۲	۳۳/۰۶	۱/۰۷
	کنترل	۶۶/۸۱	۲/۱۲	۶۶/۰۷	۳/۶۵

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره سازگاری زناشویی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش ۶۶/۰۳، ۳/۱۸ و گروه کنترل ۴۴/۱۲، ۴/۷۲، میانگین و انحراف معیار نمره سازگاری زناشویی در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش ۹۹/۷۵، ۳/۸۷ و گروه کنترل ۶۵/۲۷، ۵/۱۷ و میانگین و انحراف معیار نمره سازگاری زناشویی در مرحله پیگیری برای گروه آزمایش ۹۴/۳۱، ۴/۲۲ و گروه کنترل ۶۶/۸۱، ۲/۱۲ می‌باشد. یعنی سازگاری زناشویی پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل افزایش یافته است و این افزایش در مرحله پیگیری کماکان ادامه داشت. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره سلامت روان در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش ۷۲/۱۳، ۲/۱۷ و گروه کنترل ۶۸/۰۱، ۲/۰۶، میانگین و انحراف معیار نمره سلامت روان در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش ۳۱/۲۷، ۱/۹۷ و گروه کنترل ۶۵/۲۵، ۱/۳۴ و میانگین و انحراف معیار نمره سلامت روان در مرحله پیگیری برای گروه آزمایش ۳۳/۰۶، ۱/۰۷ و گروه کنترل ۶۶/۰۷، ۳/۶۵ می‌باشد؛ یعنی سلامت روان گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل کاهش یافته است و این کاهش در مرحله پیگیری همچنان ادامه داشت. همان‌طور که در قسمت ابزار پژوهش ذکر گردید انتظار می‌رود پس از اجرای درمان، نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت روان کاهش یابد تا از سلامت روان بالاتری برخوردار گردند.

قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی واریانس متغیر افسردگی، از آزمون لوین استفاده شد. جدول شماره ۲، آزمون همگنی واریانس‌های لوین در گروه‌های آزمایش و کنترل براساس متغیرهای سازگاری زناشویی و سلامت روان را نشان می‌دهد.

جدول ۲: آزمون همگنی واریانس‌های لوین در گروه‌های آزمایش و کنترل براساس متغیرهای سازگاری زناشویی و سلامت روان

متغیر	F	df ₁	df ₂	سطح معناداری (P)
سازگاری زناشویی	۳/۱۰۷	۱	۲۸	۰/۰۹۷
سلامت روان	۳/۴۵	۱	۲۸	۰/۱۴

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون همگنی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در رابطه با متغیرهای سازگاری زناشویی و سلامت روان در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد؛ بنابراین واریانس‌های دو گروه در این متغیرها یکسان می‌باشند.

جدول شماره ۳، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون سازگاری زناشویی و سلامت روان گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. چون دو متغیر وابسته سازگاری زناشویی و سلامت روان وجود داشت و در سه مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) انجام شد؛ بنابراین از تحلیل واریانس چندمتغیری^۱ استفاده شده است و جهت کنترل پیش‌آزمون از تحلیل کواریانس^۲ استفاده گردید.

جدول ۳: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون سازگاری زناشویی و سلامت روان گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خط	سطح معناداری
اثر بیلابی	۰/۹۲۸	۹۳/۲۴۰	۲	۲۲	$P < ۰/۰۰۱$
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۸	۹۳/۲۴۰	۲	۲۲	$P < ۰/۰۰۱$
اثر هتلینگ	۱۳/۵۸۱	۹۳/۲۴۰	۲	۲۲	$P < ۰/۰۰۱$
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۱۲/۵۸۱	۹۳/۲۴۰	۲	۲۲	$P < ۰/۰۰۱$

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که میان دو گروه از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین ترتیب تجزیه و تحلیل واریانس یک‌متغیری در متن مانکوا انجام شد. جدول شماره ۴، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون سازگاری زناشویی و سلامت روان گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون سازگاری زناشویی و سلامت روان گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سازگاری زناشویی	۲۱۸۱۸/۵۶۵	۱	۲۱۸۱۸/۵۶۵	۷۲/۲۶	$P < ۰/۰۰۱$
سلامت روان	۵۴۶۳/۵۱۲	۱	۵۴۶۳/۵۱۲	۱۲۱/۵۱	$P < ۰/۰۰۱$

با توجه به نتایج جدول شماره ۴ مقدار "F" برای متغیر زناشویی ۲۱۸۱۸/۵۶۵ است که در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار است. بر این اساس می‌توان بیان داشت که روان‌درمانی گروهی

1. manova

2. mancova

شناختی رفتاری مذهب‌محور سبب افزایش سازگاری زناشویی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین مقدار "F" برای سلامت روان ۱۲۱/۵۱ است که در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار بوده است؛ یعنی روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور سبب افزایش سلامت روان آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. جدول شماره ۵، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پیگیری سازگاری زناشویی و سلامت روان گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پیگیری سازگاری زناشویی و سلامت روان گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
سازگاری زناشویی	۳۳۲۱/۲۵	۱	۳۳۲۱/۲۵	۲۱۵/۴۱	$P < ۰/۰۰۱$
سلامت روان	۱۷۵/۱۸۹	۱	۱۷۵/۱۸۹	۳۹/۹۶	$P < ۰/۰۰۱$

با توجه به نتایج جدول شماره ۵ مقدار "F" حاصل بررسی سازگاری زناشویی ۳۳۲۱/۲۵ است که در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار بوده است. بر این اساس می‌توان بیان داشت که درمان گروهی شناختی رفتاری مذهب‌محور سبب افزایش سازگاری زناشویی زوجین در دوره پیگیری شده است. همچنین "F" حاصله برای سلامت روان ۱۷۵/۱۸۹ است که در سطح $P < ۰/۰۰۱$ باعث افزایش سلامت روان زوجین در دوره پیگیری شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

از آنجا که مذهب به عنوان یک عنصر مهم در فرهنگ در نظر گرفته می‌شود و همان‌طور که مطرح گردید درمان‌های شناختی به شدت متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی است و با توجه به بافت مذهبی ایران مطالعه حاضر بر آن شد تا اثر بخشی روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور را بر سلامت روان و سازگاری زناشویی زوجین بررسی نماید. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور باعث افزایش سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی مؤثر می‌باشد (حمید، ۱۳۸۸؛ حمید؛ بشلیده؛ عیدی بایگی؛ دهقانی‌زاده، ۱۳۹۰). دین آموزه‌های فراوانی در حوزه مهارت‌ها و رضایت از زندگی دارد، آموزه‌هایی که یا دیده نشده‌اند و یا به درستی درک نشده‌اند. این درمان با مطرح کردن جایگاه مهمی که رضایتمندی از زندگی در تکامل معنوی انسان و سلامت روان فرد دارد، آموزه‌های کارآمدی را که در این حوزه در متون

دینی وجود دارد استخراج نموده و به صورت کاربردی در اختیار مراجعان قرار می‌دهد (عادل؛ کجباف؛ عابدی، ۱۳۸۹). در پژوهشی اثر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر کاهش علائم و سواسی جبری و افزایش رضایت زناشویی بررسی گردید، نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور باعث کاهش علائم و سواسی - جبری و افزایش رضایت زناشویی می‌شود (عمرانی‌فرد؛ آخوچکیان؛ الماسی؛ مرآسی، ۲۰۱۱). این یافته با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد. با توجه به باورهای فرهنگی و مذهبی موجود در جامعه ایرانی روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور به عنوان یک رویکرد درمانی تکمیلی و جامع بر روان‌درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک باعث افزایش سلامت روان و سازگاری زناشویی زوجین می‌شود. در پژوهشی که به مقایسه تأثیر درمان شناختی - رفتاری با درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان انجام گرفت نشان داده شد که روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان مؤثر است (مجاهد و همکاران، ۱۳۸۸). حمایت اجتماعی فراهم‌آمده از طریق دینداری به افزایش رضایت زناشویی کمک می‌کند، ضمن اینکه تجربه دینی و نیایش، موجب ایجاد ارتباط فرد با خدا می‌شود و این ارتباط از جهاتی شبیه ارتباط با انسان‌ها است که موجب خشنودی از زندگی زناشویی می‌شود. تعالیم و باورهای دینی می‌توانند فرد را به سوی کمال و تعالی و در نتیجه رضایتمندی بیشتر سوق دهند. کسانی که در زمینه دین به اعتقاد و یقین قلبی رسیده باشند و هم در عمل به باورهای دینی خود موفق باشند، در همدلی، درک، مسئولیت‌پذیری و انعطاف‌پذیری توفیق بیشتری داشته و به همین دلیل چنین افرادی توانایی بالایی در روابط و تعاملات خود دارند؛ و در نتیجه سازگاری و رضایتمندی بیشتری از روابط زناشویی خود دارند (روحانی و معنوی‌پور، ۱۳۸۷).

به‌طور کلی نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که به‌کارگیری روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور باعث افزایش سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین شده است. مسلماً گرچه تعمیم‌پذیری این نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است.

پیشنهادها

با توجه به بافت مذهبی جامعه ایران، روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور به روان‌درمانگران و مشاورین خانواده جهت افزایش سلامت روان و سازگاری زناشویی توصیه می‌گردد. همچنین به زوجین توصیه می‌گردد با شرکت کردن در کلاس‌های آموزشی با محوریت مذهب از آموزه‌های دینی جهت برقراری تعاملات صحیح بهره‌گیرند.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و محمد نریمانی (۱۳۸۵)، آزمون‌های روان‌شناختی، اردبیل: باغ رضوان.
- احمدی، خدابخش؛ آزاد مرزآبادی، اسفندیار و علی ملا زمانی (۱۳۸۴)، «بررسی وضعیت ازدواج و سازگاری زناشویی در بین کارکنان سپاه»، مجله طب نظامی، س ۲، ش ۷، ص ۱۴۱-۱۵۲.
- احمری طهران، هدی؛ حیدری، اکرم؛ کجویی، احمد و آزاد ایرانی (۱۳۸۸)، «همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم»، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ش ۳، ص ۵۱-۵۶.
- انصاری، مریم و ابراهیم میرشاه جعفری (۱۳۸۹)، «تأملی بر سازکار ایمان و امید در زندگی و تأثیر آن بر سلامت روان انسان»، دوفصلنامه علمی تخصصی مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۴، ش ۶، ص ۱۳۳-۱۴۲.
- باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر و داود شاه‌محمدی (۱۳۷۳)، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در مید یزد»، فصلنامه اندیشه و رفتار، س ۱، ش ۱، ص ۳۳-۳۹.
- بنائیان، شایسته؛ پروین، ندا و افسانه کاظمیان (۱۳۸۶)، «بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل»، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، دوره ۴، ش ۲، ص ۵۲-۵۸.
- بهرامی مشعوف، علی‌اکبر (۱۳۷۳)، رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- بهرامی، هادی (۱۳۷۸)، «بررسی مؤلفه‌های سازش‌یافتگی در آزادگان ایران»، رساله دکترای روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- پروچاسکا، جیمز و جان‌سی نورکراس (۱۳۸۵)، نظریه‌های روان‌درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: رشد.
- ثنایی، باقر (۱۳۷۹)، مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران: بعثت.
- چوپانی صوری، مراد؛ احمدی، سیداحمد؛ شریفی‌نیا، محمدحسین و فاطمه بهرامی (۱۳۸۹)، «بررسی گروه درمانی مذهبی و شناختی - رفتاری بر عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد شهر قم»، دوفصلنامه علمی - تخصصی مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۴، ش ۶، ص ۳۱-۶۱.

- حاج ابولزاده، نسرین (۱۳۸۱)، بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی - رفتاری بر میزان رضایت زناشویی زوجین ساکن شهرستان کرج، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه الزهرا.
- حسین پور، محمد؛ شهروی، شهریار و ندا عبادی (۱۳۸۸)، «بررسی اثربخشی آموزش خانواده‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر رضایت زناشویی»، یافته‌های نو در روان‌شناسی، س ۴، ش ۱۱، ص ۹۵-۱۰۶.
- حمید، نجمه (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن»، مطالعات روان‌شناختی، ش ۵، س ۲، ص ۶۴-۸۸.
- حمید، نجمه (۱۳۸۸)، «مقایسه روان‌درمانگری شناختی - رفتاری با شناخت‌درمانی توأم با رویکرد مذهبی بر افسردگی در زنان و عملکرد لفوسیت‌های "T" افسرده»، مجله روان‌شناختی، س ۱، ش ۱۲، ص ۳۶-۴۹.
- حمید، نجمه؛ بشلیده، کیومرث؛ عیدی بایگی، مجید و زهرا دهقانی‌زاده (۱۳۹۰)، «بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی زنان مطلقه»، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، س ۱، ش ۱، ص ۵۴-۶۴.
- خدایاری‌فرد، محمد؛ یونسی، سیدجواد؛ اکبری زردخانه، سعید؛ فقیهی، علی‌نقی و احمد به‌پژوه (۱۳۸۹)، «اثربخشی روان‌درمانی شناختی - رفتاری گروهی و فردی مبتنی بر آموزه‌های دینی بر ناسازگاری‌های روان‌شناختی زندانیان در زندان رجایی شهر»، پژوهش در سلامت روان‌شناختی، س ۳، ش ۴، ص ۵۵-۶۷.
- روحانی، عباس و داود معنوی پور (۱۳۸۷)، «رابطه عمل به باورهای دینی با شادکامی و رضایت زناشویی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه»، دانش و پژوهش در روان‌شناسی، ش ۳۵، ص ۱۸۹-۲۰۶.
- زاده‌هوش، سمیه؛ نشاط‌دوست، حمید؛ کلانتری، مهرداد و سیدکاظم رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۹۰)، «مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و گروه‌درمانی شناختی رفتاری کلاسیک بر کیفیت ارتباط زناشویی بانوان»، فصلنامه خانواده‌پژوهی، س ۷، ش ۱، ص ۵۵-۶۸.
- سالاری‌فر، محمدرضا (۱۳۷۹)، مقایسه نظریه خانواده‌درمانی مینوچین با دیدگاه اسلام در باب خانواده، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، پژوهشکده حوزه و دانشگاه قم.
- سلیمانیان، عسگر (۱۳۷۳)، بررسی تأثیر تفکرات غیر منطقی بر اساس رویکرد شناختی - نارضایتی زناشویی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تربیت معلم تهران.

طباطبایی، محمد حسین (۱۳۸۷). ترجمه تفسیر المیزان، ترجمه سید محمد باقر موسوی همدانی، قم: دفتر انتشارات اسلامی.

طیبی، ناهید و مریم معین‌الاسلام (۱۳۸۳)، مبانی روان‌شناختی خوشبختی با نگرش دینی، قم: بهشت بینش.

عادل، زهرا؛ کجیاف، محمدباقر و احمد عابدی (۱۳۸۹)، «اثربخشی آموزش شناختی با رویکرد اسلامی بر رضایت‌مندی از زندگی دانشجویان»، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ش ۷، ص ۴۳-۵۸.

عطاری، یوسفعلی؛ عباسی سرچشمه، ابوالفضل و مهناز مهربانی‌زاده هنرمند (۱۳۸۵)، «بررسی روابط ساده و چندگانه نگرش مذهبی، خوشبینی و سبک‌های دلبستگی با رضایت زناشویی در دانشجویان مرد متأهل دانشگاه شهید چمران اهواز»، مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی، مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره ۳، س ۱۳، ش ۱، ص ۹۳-۱۱۰.

عنایتی، م. و ف. عبدالرحیمی (۱۳۸۷)، «مقایسه سلامت روان و رضایت زناشویی زنان با بارداری خواسته و زنان با بارداری ناخواسته در شهر اهواز»، یافته‌های نو در روان‌شناسی، س ۲، ش ۳، ص ۶۶-۸۰.

مجاهد، عزیزالله؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر و نورمحمد بخشانی (۱۳۸۸)، «مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری با درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان»، مجله اصول بهداشت روانی، س ۴، ش ۱۱، ص ۲۸۲-۲۹۱.

ملازاده، جواد (۱۳۸۱)، رابطه سازگاری زناشویی با عوامل شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در فرزندان شاهد، رساله دکترای، دانشگاه تربیت مدرس.

موسوی، رقیه؛ مرادی، علیرضا و سیداسماعیل مهدوی هرسینی (۱۳۸۴)، «بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در بهبود عملکرد خانواده و تقویت رضایت زناشویی در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی»، فصلنامه خانواده‌پژوهی، س ۱، ش ۴، ص ۳۲۱-۳۳۵.

نیکویی، مریم و سوسن سیف (۱۳۸۴)، «بررسی رابطه دینداری با رضایت زناشویی»، فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ج ۴، ش ۱۳، ص ۶۱-۷۹.

- Allport, G. W. & J. M. Ross (1967), "Personal Religious Orientation and Prejudice", *J Pers Soc Psychol*, 5(4): 432-443.
- Brennan, M. (2004), "Spirituality and Religiousness Predict Adaptation to Vision Loss in Middle-aged and Older Adults", *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14(3): 193-214.
- Cheng, C. H. (2010), "A Study of Inter-cultural Marital Conflict and Satisfaction in Taiwan", *International Journal of Intercultural Relations* 34, pp.354-362.
- Ellison, C. G. & A. B. Walker; N. D. Glenn & E. Marquardt (2010), "The Effects of Parental Marital Discord and Divorce on the Religious and Spiritual Lives of Young Adults", *Journal Social Science Research* 40, pp.538-551.
- Hofmann, S. G. (2006), "The Importance of Culture in Cognitive and Behavioral Practice", *Cognitive Behavioral Practice*, 4(13): 243-54.
- Hosseinkhanzadeh, A. A. & E. Niyazi (2011), "Investigate Relationships Between Religious Orientation with Public Health and Marital Satisfaction Among Married Students of University of Tehran", *Procedia Social and Behavioral Sciences* 15, pp.505-509.
- Hugueleta, P. H.: S. Mohra; V. Junga; C. Gillieronb; P. Y. Brandtc & L. Borrassa (2007), "Effect of Religion on Suicideattempts in Outpatients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorders Compared with Inpatients with Nonpsychotic Disorders", *Eur Psychi*, 22(3): 94-188.
- Levenson, R. W. (1993), "Long Term Marriage, Age, Gender, & Satisfaction", *Journal of Psychology*, 8, 2, pp.301-313.
- Lichter, D. T. & J. H. Carmaltb (2009), "Religion and Marital Quality Among Low-Income Couples", *Soc Sci Res*, 38(1): 168-187.
- Meyer, K. & L. Lobao (2003), "Economic Hardship, Religion and Mental Health During the Midwestern Farm Crisis", *Journal of Rural Studies* 19, pp.139-155.
- Mullins, L. C.; D. Proett; K. Breckett & D. Harisson (2001), "Marital Adjustment and Religiosity: A Comparison of Those Under Age 65 with Those Age and Over", *Journal of Social Science Research*, 2, 1.

- Omranifard, V.; S. Akuchakian; A. Almasi & M. R. Maraci (2011), "Effect of Religious Cognitive-behavior Therapy on Religious Content", *European Psychiatry* 26, 1742.
- Philip, H. B. & T. Brian (2009), "Religion and Subjective Wellbeing Among the Elderly in China", *J Soc-Econom*, 38(2): 310-319.
- Rasicc, D. T.; S. L. Belika; B. Eliasb; L. Y. Katza; M. Ennsa & J. Sareena (2009), "Spirituality, Religion and Ruicidal Behavior in a Nationally Representative Sample", *J Affect Disord*, 114(1-3): 32-40.
- Rippentropa, E., E. M. Altmaierb; J. J. Chena; M. Founda & V. J. Keffalaa (2005), "The Relationship between Religion/Spirituality and Physical Health", *Mental Health, and Pain in a Chronic Pain Population*, *Pain* 116, pp.311-321.
- Rodriguez, C. M., & R. C. Henderson (2010), "Who Spares the Road? Religious Orientation, Social Conformity, and Child Abuse Potential", *Child Abuse & Neglect* 34, pp.84-94.
- Thoresen ,C. E. & H. S. Harris (2002), "Spirituality and Health: What's the Evidence and what's Needed?", *Annual Behavioral Medicine*, 24(1): 3-13.