

اسلام مکتبی جامع و واقع‌گراست که در آن، به همه نیازهای انسانی، اعم از دنیایی و آخرتی، جسمی و روحی، عقلی و فکری، احساسی و عاطفی، فردی و اجتماعی توجه شده است (مطهری، ۱۳۷۵، ص ۱۲). امروز بیش از هر زمان دیگر، نیازمند تفکر درباره تأثیرگذاری تقیدات دینی بر امور انسانی، به‌ویژه مسائل عاطفی و روانی هستیم. چنان‌که بسیاری از اندیشمندان و صاحب‌نظران بر این باورند که مذهب تأثیرانکارناپذیری بر سلامت روان، جسم و سایر ابعاد زندگی بشر دارد. در میان ادیان الهی، دستورات اسلام در مورد بهداشت جسم، روان و سایر امور کامل‌ترین است (همان، ص ۴۷). این سلامت در سایه تسلیم در برابر مشیت الهی و اجرای دستورات و قوانین حیات‌بخش اسلام، به‌عنوان برنامه سالم‌سازی به‌دست می‌آید. بنابراین، روشن است که همه قوانین، مقررات و برنامه‌های اسلام، راه را برای آرامش خیال، سلامت روان انسان و تحقق خلیفه الله بودن او هموار می‌سازد. از این منظر، در بین تمام برنامه‌ها و قوانین اسلام، نماز از جایگاه والایی برخوردار است. در بسیاری از آیات، به نقش نماز در آرام‌سازی درون، شفابخشی قلب و شادابی روح و روان اشاره شده است. از جمله می‌فرماید: «أَقِمِ الصَّلَاةَ لِذِكْرِي» (طه: ۱۴)؛ «أَلَا يَذْكُرُ اللَّهُ تَطْمِئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد: ۲۸) (آقایانی چاوشی و دیگران، ۱۳۸۷). «نماز» به‌عنوان هسته دین و مهم‌ترین شکل عملی دینداری، یکی از مؤثرترین اعمال شفابخش محسوب می‌شود که نقش به‌سزایی در تأمین و تقویت بهداشت جسمانی و روانی دارد. چنانکه حضرت علیؓ نماز خواندن را برای ایجاد شادی و نشاط و برطرف کردن غم و اندوه مفید دانسته‌اند (نهج‌البلاغه، ح ۲۹۹). همچنین رهبر معظم انقلاب اسلامی معتقدند:

نماز و نیایش ارتباط صمیمانه‌ای است میان انسان و خدا، آفریده و آفریدگار، تسلی‌بخش و آرامش‌گر دل‌های مضطرب، خسته و به‌سوءآمده، مایه صفای باطن و روشنی‌بخش روان است. نماز برنامه‌ای است برای بازیافتن و آگاه ساختن خویش و کوتاه سخن رابطه و استفاضه‌ای مداوم است با سرچشمه و پدیدآورنده همه نیکی‌ها یعنی خدا (خامنه‌ای، ۱۳۷۴، ص ۷).

دین اسلام با تأکید فراوان بر استحکام ازدواج، هیچ بنایی را نزد خداوند متعال، پسندیده‌تر از ازدواج نمی‌داند. در اسلام، بنای ازدواج بر مساوات، مؤدت و رحمت قرار داده شده است (روم: ۲۱). بر این اساس، انتظار می‌رود کسانی که نسبت به ارزش‌های اسلامی از میزان تعهد و پایبندی بیشتری برخوردارند، دارای سازش‌یافتگی زناشویی (Marital Adjustment) بیشتری نیز باشند (Spanier, 1976, p. 15-28). «سازش‌یافتگی زناشویی» فرایندی است که پیامدهای آن با کاهش میزان اختلاف‌های مشکل‌آفرین زوج‌ها، تنش‌های بین فردی، اضطراب و افزایش رضایت زوجها از یکدیگر، انسجام و به‌هم‌پیوستگی آنها

مقایسه سازش‌یافتگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه افراد نمازگزار و غیرنمازگزار

طیبه یگانه* / عباسعلی حسین خانزاده**

چکیده

از جمله معضلات قرن حاضر آشفتگی‌های عاطفی و هیجانی در روابط انسانی است. با توجه به نیازمندی به تفکر درباره تأثیرگذاری تقیدات دینی بر امور انسانی، به‌ویژه مسائل عاطفی و روانی، این پژوهش با هدف مقایسه سازش‌یافتگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه افراد نمازگزار و غیرنمازگزار انجام شد. روش پژوهش، توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمامی دیران متأهل شهرستان لنگرود در سال ۱۳۹۱ بود که با استفاده از روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای، تعداد ۱۵۰ نفر انتخاب شدند. از مقیاس سازش‌یافتگی زناشویی اسپانیر و پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف استفاده شد. بررسی فرضیه پژوهش با استفاده از تحلیل چندمتغیره، تحلیل واریانس یک متغیره و آزمون T مستقل انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده‌شده بین دو گروه افراد نمازگزار و غیرنمازگزار در سازه‌های سازش‌یافتگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین، می‌توان به کارکرد مهم نماز، به‌عنوان هسته دین و مهم‌ترین شکل عملی دینداری در انسجام عاطفی و روان‌شناختی خانواده اشاره نمود. کلیدواژه‌ها: نماز، سازش‌یافتگی زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی.

* دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد واحد تنکابن، باشگاه پژوهشگران جوان، تنکابن، ایران taiebeh_yeganeh@yahoo.com

** استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان bbas_khanzadeh@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۱/۸/۲۸ - پذیرش: ۱۳۹۲/۱/۱۸

و هم‌فکری درباره مسائل مهم زناشویی مشخص می‌شود. اهمیت برقراری روابط سازش یافته زناشویی، از این جهت است که سازش یافتگی زناشویی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل، در تعیین ثبات و دوام رابطه زناشویی مطرح شده است. قرارگیری زوج در یک وضعیت مبهم و نامشخص، بروز مشکلات گوناگون در روابط اجتماعی، گرایش به انحرافات اجتماعی و اخلاقی و افول ارزش‌های فرهنگی در بین زوج‌ها، از نتایج مخرب سازش نیافتگی زناشویی است (یارمحمدیان و دیگران، ۱۳۹۰).

عوامل مؤثر بر سازش یافتگی زناشویی، شامل سه دسته خصوصیات فردی، عوامل موقعیتی و رویدادهای زندگی است (Halford & et al, 2007, p. 185-194). علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش و درک یکدیگر، ارضاء نیازها. در این میان تقید و تعهدات مذهبی به‌عنوان یکی از ارکان زندگی سعادت‌مندانه در سازش یافتگی زناشویی بسیار مؤثر است. چنان‌که تحقیقات فراوانی گویای این مطلب است (حسینی‌نسب و دیگران، ۱۳۸۸). در پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۸۵) به وجود رابطه مثبت معنادار بین میزان سازش یافتگی زناشویی و تقیدات مذهبی اشاره شده است. بر این اساس، میزان سازش یافتگی زناشویی در بین افراد دارای تقیدات مذهبی بسیار زیاد، بیشترین حد و در بین افراد دارای تقیدات مذهبی کم، کمترین میزان را دارد. در پژوهش دماریس و همکاران دینداری به‌عنوان مهم‌ترین عامل در تفاهم و سازش یافتگی زوجین گزارش گردید. نتایج این پژوهش نشان داد که در ارتباط بین زوجین اثرگذاری مثبت مذهب غیرقابل انکار است (Demaris & et al, 2010, p. 55-78). نتایج پژوهش باتلر و همکاران نشان داد که عبادت از دیدگاه زوج‌های متدین، یک رویداد آرامش‌بخش مهمی است که نقش پررنگی در سازش و حل مشکلاتشان دارد (Butler & et al, 1998, p. 451-475).

بدین ترتیب، می‌توان به نقش غیرقابل انکار پایبندی به دین، در رسیدن به سازش یافتگی زناشویی و دستیابی به معنا و هدف زندگی، داشتن روابط مثبت با یکدیگر و به‌معنای وسیع کلمه بهزیستی روان‌شناختی اشاره نمود. بر اساس الگوی بهزیستی روان‌شناختی، سازه بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل زندگی هدفمند، رابطه مثبت با دیگران، رشد شخصی، پذیرش خود، خودمختاری و تسلط بر محیط تشکیل می‌شود (Ryff & Keyes, 1995, p. 719-727). از این منظر، شاخص سلامتی به‌عنوان نداشتن بیماری تعریف نمی‌شود، به‌طوری که به‌جای تأکید بر «بد یا بیمار بودن»، بر «خوب بودن» تأکید می‌شود (Ryff & et al, 2004, p. 1383-1394). بنابراین، ویژگی‌هایی مانند سازش یافتگی، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی‌های مثبتی از این دست، بیانگر سلامتی و بهزیستی روان‌شناختی است. در این حالت، مذهب می‌تواند به‌عنوان یک اصل وحدت‌بخش و یک نیروی عظیم برای سلامت روان مفید و کمک‌کننده باشد

(مداحی و دیگران، ۱۳۹۰). چنان‌که سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بُعد چهارم، یعنی بُعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد (American Psychiatric Association, 2000). بدین ترتیب، معنویت بخش مهمی از زندگی مردم را تشکیل می‌دهد و تأثیر مهمی بر سلامت و بهزیستی آنان دارد. بررسی ادبیات پژوهشی در این عرصه، نشانگر وجود رابطه‌ای مستحکم بین نماز و به‌طور کلی، مذهب و بهزیستی روان‌شناختی است.

آقایانی چاوشی و همکاران در پژوهشی با موضوع «بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی»، نشان دادند که افراد نمازگزار با جهت‌گیری مذهبی درونی در شاخص‌هایی مانند اضطراب، بی‌خوابی، افسردگی و به‌طور کلی، سلامت روانی از وضعیت بهتری برخوردارند (آقایانی چاوشی و دیگران، ۱۳۸۷). دادخواه و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای بر روی ۴۰۹ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل گزارش کردند، میزان افسردگی در بین افرادی که نگرش مثبت به نماز داشتند، کمتر بود. ولی رابطه معناداری بین نگرش به نماز با میزان افسردگی مشاهده نشد. نتایج مطالعه محتشمی‌پور و همکاران (۱۳۸۲) نشان داد، در افرادی که نگرش مثبت نسبت به نماز داشتند و کسانی که مرتب نماز می‌خواندند، میانگین نمره افسردگی پایین‌تر از افرادی است که به اقامه نماز چندان اهمیت نمی‌دادند. نتایج پژوهشی با عنوان «آثار عبادت و تجارب آن بر بهزیستی عمومی»، در مطالعه ۵۶۰ خانواده نشان داد که بهترین پیش‌بینی‌کننده بهزیستی افراد، فراوانی عبادت و تجارب ناشی از آن است (بشلیده و دیگران، ۱۳۸۲). نتایج پژوهش مک کلاف نشان داد که عبادت آرام‌سازی را تسهیل کرده و به خلق بهتر، سلامت ذهنی و احساس آرامش منجر می‌شود (McCullough, 1995, p. 15-29). همچنین عبادت منجر به راحتی، خوشحالی و انگیزه می‌شود که خلق را بالا برده و انگیزش و احساس هدفمندی را افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش‌های مشابه‌ای بیانگر وجود ارتباط قوی میان انجام اعمال و رفتارهای مذهبی با سلامت روان‌شناختی است (Williams, 2010). در پژوهش کوئینگ، سلامت روان‌شناختی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه‌ای مثبت دارد؛ افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، در سازش یافتگی با موقعیت‌های زندگی دارای موفقیت بیشتری می‌باشند (Koenig, 2007, p. 737-739). هیلز و فرانسیس و هکنی و همکاران نشان داده‌اند، افرادی که دارای اعتقادات مذهبی قوی‌تری هستند، در آزمون‌های سلامت روان‌شناختی و جسمانی نمره‌های بالاتری کسب می‌کنند. ایمان، انجام دستورات مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی با پیشگیری از ابتلا به مشکلات روانی افراد و همچنین

پرسش‌نامه بهزیستی روانی کارول ریفت: یک مقیاس ۸۴ ماده‌ای است که شش جنبه مجزا از بهزیستی روانی را می‌سنجد. شرکت‌کنندگان براساس یک ساخت شش درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند.

در پژوهش چمت و ریفت، همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (Schmutte & Ryff, 1997, p. 549-559). در ایران، بیانی و همکاران (۱۳۸۷) همسانی درونی پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ و روایی مقیاس را نیز مناسب گزارش نمودند.

یافته‌های پژوهش

برای بررسی داده‌های جمع‌آوری شده، در بخش آمار توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی، بررسی فرضیه پژوهش با استفاده از تحلیل چندمتغیره، تحلیل واریانس یک متغیره و آزمون T مستقل انجام شده است. بررسی آماره‌های توصیفی، نمونه نشان داد که ۵۰/۶۶ افراد نمونه همیشه یا اکثر اوقات، نمازهای واجب را می‌خواندند، این افراد در این پژوهش، به‌عنوان گروه نمازگزار در نظر گرفته شدند. ۴۹/۳۳ از افراد نیز به‌ندرت یا هرگز نمازهای واجب خود را نمی‌خواندند، بلکه در این پژوهش، به‌عنوان افراد غیرنمازگزار معرفی شدند. در بررسی سن افراد، نمونه میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب برابر با (۷۰.۳۲±۷.۲۸) به‌دست آمد.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	نمونه
سازش‌یافتگی زناشویی	نمازگزار	۱۱۵.۰۰	۹۸۱	۷۶
	غیرنمازگزار	۹۸.۲۹	۳۰۹	۷۴
	کل	۱۰۶.۵۳	۸۸۵	۱۵۰
بهزیستی روان‌شناختی	نمازگزار	۳۲۰.۷۶	۱۹.۵۵	۷۶
	غیرنمازگزار	۲۸۴.۲۲	۳۳.۸۹	۷۴
	کل	۳۰۲.۲۵	۲۶.۴۹	۱۵۰

با توجه به نتایج جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد کل افراد نمونه در متغیر سازش‌یافتگی زناشویی، برابر با (۱۰۶.۵۳±۸۸.۵) و در متغیر بهزیستی روان‌شناختی برابر با (۳۰۲.۲۵±۲۶.۴۹) است. افراد گروه نمازگزار، دارای بالاترین میانگین در متغیر سازش‌یافتگی زناشویی (۱۱۵±۹۸.۱) و بهزیستی روان‌شناختی (۳۲۰.۷۶±۱۹.۵۵) هستند.

به منظور بررسی معنی‌دار بودن تفاوت میانگین‌های دو متغیر سازش‌یافتگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه پس از رعایت پیش‌فرض‌های آزمون، تحلیل واریانس چندمتغیره، از این

داشتن نقش درمانی در حیطه سلامت روان، موجب ارتقاء سطح سلامتی و بهزیستی روان‌شناختی افراد می‌شود (Hills & Francis, 2004, p. 61-73).

با ملاحظه شاخص‌هایی چون پویایی و پیچیدگی جوامع نوین، پیشرفت علم روان‌شناسی، رشد روزافزون نیازهای معنوی بشر در برابر نیازهای مادی (موسوی اصل، ۱۳۸۷)، توجه به آمار طلاق کشورمان به‌عنوان شاخص‌ترین آشفته‌گی زناشویی (Halford, 2005, p. 64)؛ چنان‌که بر طبق آمارهای موجود، پس از شورهای چون آمریکا، دانمارک و مصر، ایران به‌عنوان چهارمین کشور پرطلاق دنیا شناخته شده است (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰). این پژوهش، با هدف مقایسه سازش‌یافتگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی بین دو گروه از افراد نمازگزار و غیرنمازگزار با هدف بررسی سؤال‌های زیر تدوین یافته است: آیا بین افراد نمازگزار و غیرنمازگزار در شاخص سازش‌یافتگی زناشویی تفاوتی وجود دارد؟ آیا در شاخص بهزیستی روان‌شناسی، بین افراد نمازگزار و غیرنمازگزار تفاوتی وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمامی دبیران متأهل شهرستان لنگرود در سال ۱۳۹۱ است که تعداد ۱۵۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ابتدا جامعه مورد مطالعه از نظر حوزه جغرافیایی، به ۵ حوزه شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب تقسیم شد. سپس، از هر حوزه جغرافیایی، ۳ مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب شد و آن‌گاه از هر مدرسه، تمامی دبیران سازمانی (موظف) انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش:

مقیاس سازش‌یافتگی زناشویی اسپانیر (D.A.S): برای اندازه‌گیری سازش‌یافتگی زناشویی، از مقیاسی که توسط اسپانیر (۱۹۷۶) با ۲۳ سؤال تهیه و آماده اجرا نمود، استفاده شد. اسپانیر، پایایی این پرسش‌نامه را از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش نمود و اعتبار سازه این مقیاس، با استفاده از مقیاس سازش‌یافتگی زناشویی لوک و وللاس، در میان افراد متأهل برابر با ۰/۸۶ و در میان افراد مطلقه، برابر با ۰/۸۸ به‌دست آمد (Spanier, 1976, p. 15-28). در ایران، ضریب تصنیف مقیاس مذکور برابر با ۰/۹۶، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ و با استفاده از روش روایی ملاک، ضریب روایی ۰/۹۴ برای این پرسش‌نامه به‌دست آمده است (یارمحمدیان، ۱۳۹۰).

می‌شود که تفاوت در متغیرهای سازش‌یافتگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی بدین صورت است که افراد گروه نمازگزار، نسبت به افراد گروه غیرنمازگزار، در متغیرهای سازش‌یافتگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی دارای میانگین بالاتری هستند.

با هدف بررسی سازش‌یافتگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد نمازگزار و غیرنمازگزار، از آزمون T مستقل نیز استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون T مستقل جهت بررسی متغیرهای مورد پژوهش در افراد نمازگزار و غیرنمازگزار

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی	معناداری
سازش‌یافتگی زناشویی	نمازگزاران	۱۱۵.۰۰	۹.۸۱	۶.۰۳	۱۴۸	۰.۰۰۰
	غیرنمازگزاران	۹۸.۲۹	۳.۵۹			
بهزیستی روان‌شناختی	نمازگزاران	۳۲۰.۷۶	۱۹.۵۵	۲.۷۹	۱۴۸	۰.۰۰۶
	غیرنمازگزاران	۳۲۰.۷۶	۳۳.۸۹			

با توجه به نتایج به‌دست آمده از آزمون T مستقل، تفاوت مشاهده‌شده در سازش‌یافتگی زناشویی (T= 6.03, P= 0.000) و بهزیستی روان‌شناختی (T= 2.79, P=0.006) در بین دو گروه از افراد نمازگزار و غیرنمازگزار از لحاظ آماری معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف بررسی سازش‌یافتگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی، در بین دو گروه از افراد نمازگزار و غیرنمازگزار انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بالاتر بودن میانگین نمره سازش‌یافتگی زناشویی، در بین افرادی که همیشه و یا بیشتر اوقات نمازهای واجب خود را می‌خواندند، نسبت به افرادی که نمازهای واجب خود را نمی‌خواندند و یا به‌ندرت و بنا به اجبار اجتماعی، در برخی موارد نماز واجب می‌خواندند، از لحاظ آماری معنادار است. با توجه به نقطه برش مقیاس سازش‌یافتگی زناشویی اسپانیر (۱۰۰)، افراد گروه نمازخوان از سازش‌یافتگی زناشویی مناسبی برخوردارند. این نتیجه پژوهش، با پژوهش دماریس و همکاران (۲۰۱۰)، اورتینکال و ونستوگین (۲۰۰۶)، هانلر و گنجپوز (۲۰۰۵)، ماهونی (۲۰۰۵)، ماس و دالاس (۲۰۰۰)، احمدی و همکاران (۱۳۹۰)، منجزی و همکاران (۱۳۹۰)، حسینی‌نسب و همکاران (۱۳۸۹)، کرمانی مامازندی و دانش (۱۳۸۹)، خلدیاری فرد و همکاران (۱۳۸۶) همسو است. تمامی این پژوهش‌ها، وجود رابطه مثبت معنادار بین تدین و پایبندی به مذهب و سازش‌یافتگی زناشویی

آزمون استفاده شد. ابتدا آزمون‌های معنی‌دار بودن مانووا (پیلای-بارتلت، لامبدای ویکلز، اثر هتلینگ لالی و بزرگ‌ترین ریشه‌روی) برای بررسی اثر اصلی عامل گروه‌بندی بر متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های معنی‌داری MANOVA

اثر	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	Sig	خطا df
عامل گروه‌بندی	پیلای-بارتلت	۰.۲۰۶	۱۹.۰۸	۲	۱۴۷	۰.۰۰۰
	لامبدای ویکلز	۰.۷۹۴	۱۹.۰۸	۲	۱۴۷	۰.۰۰۰
	هتلینگ لالی	۰.۳۶۰	۱۹.۰۸	۲	۱۴۷	۰.۰۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰.۳۶۰	۱۹.۰۸	۲	۱۴۷	۰.۰۰۰

چنانکه در جدول مشاهده می‌شود، آزمون‌های معنی‌داری مانووا در رابطه با عامل گروه‌بندی (Wilks' s Lambda= 0.794, F=19.08, P= 0.000) در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است. بنابراین، اثر عامل گروه‌بندی معنادار است. در واقع، می‌توان چنین استنباط نمود که بین دو گروه، حداقل در یکی از سازه‌های مورد آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین، برای شناسایی اینکه افراد گروه نمازگزار و غیرنمازگزار، در کدامیک از متغیرها دارای تفاوت معنادار می‌باشند، به تحلیل واریانس تک‌متغیره آنووا برای تحلیل هر متغیر وابسته به‌طور جداگانه پرداختیم. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج واریانس یک متغیری ANOVA

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه	سازش‌یافتگی زناشویی	۱۰۴۶۹.۷۰	۱	۱۰۴۶۹.۷۰	۳۶.۴۵	۰.۰۰۰
	بهزیستی روان‌شناختی	۵۰۰۴۱.۰۵	۱	۵۰۰۴۱.۰۵	۷.۷۸	۰.۰۰۶
خطا	سازش‌یافتگی زناشویی	۴۲۵۰۹.۶۳	۱۴۸	۲۸۷.۲۲		
	بهزیستی روان‌شناختی	۹۵۱۶۵۸.۱۱	۱۴۸	۶۴۳۰.۱۱		
کل	سازش‌یافتگی زناشویی	۱۷۵۵۳۲۷.۰۰	۱۵۰			
	بهزیستی روان‌شناختی	۱۴۷۰۴۶۵۵.۰۰	۱۵۰			

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در مورد عامل گروه، Fهای محاسبه‌شده برای متغیرهای سازش‌یافتگی زناشویی (F= 36.45, P= 0.000) و بهزیستی روان‌شناختی (F=7.78, P= 0.006) در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است. بنابراین، متغیرهای سازش‌یافتگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی، در بین دو گروه از افراد نمونه دارای تفاوت معنادار هستند. با توجه به جدول توصیفی شماره ۱، معلوم

را گزارش نموده‌اند. نتایج پژوهش کرمانی مامازندی و دانش (۱۳۸۹)، که بیانگر عدم مشرثمر واقع شدن نگرش مذهبی بر مؤلفه‌های سازش‌یافتگی زناشویی است، با یافته پژوهش حاضر همسو نیست.

برای تبیین این یافته پژوهش، می‌توان یادآور شد که مذهب شامل رهنمودهایی برای زندگی و ارائه‌دهنده سامانه باورها و ارزش‌هاست که می‌تواند زندگی زناشویی را متأثر سازد (Hu nler & Genc'z, 2005, p. 123-136). تبیین دیگر، تأثیرگذاری مذهب بر دیدگاه فکری زوجین است، به نحوی که انتظار می‌رود افرادی که از پابندی بیشتری به مذهب برخوردارند، ازدواج خود را دارای کیفیتی معنوی ببینند، بیشتر است (Mahoney, 2005, p. 689-706). مذهب هنگام وقوع مشاجرات و تعارض بر سر موضوعی خاص، می‌تواند در قالب مفاهیم معنوی و ارزش‌های مذهبی مشترک، تعدیل‌گر اختلاف‌نظر بین زوج‌ها باشد (Mehoney & et al, 1999, p. 321-338). چنان‌که قرآن کریم اشاره می‌فرماید: «زوج‌های مؤمن در هنگام اختلاف و ناسازگاری، با گذشتی زیبا، دلنشین و بجا همسر و افراد خانواده را عفو می‌نمایند» (فصلت: ۳۴)، سکوتی حکیمانه اختیار می‌کنند (مریم: ۱۰) یا با تفکر و تعمق راه‌حل بهتری را انتخاب می‌کنند.

از لحاظ درون فردی، اعمال مذهبی، فرد را قادر می‌سازد تا از لحاظ فیزیولوژیکی، شناختی و عاطفی خشمش را کنترل کند و به او کمک می‌کند که مسئولیت اعمال خود را در تعارض‌ها بپذیرد. از لحاظ بین فردی، اعمال مذهبی شرایطی ایجاد می‌کند که فرد در هنگام خشم، به خدا توجه کند و حمایتی برای هر دو زوج ایجاد می‌کند که از تعارض با یکدیگر اجتناب کنند. به این ترتیب، ارتباط با خدا یک نقش تعاملی و جبرانی در روابط زناشویی خواهد داشت (Marsh & Dallos, 2000, p. 22-36).

در این راستا، در قرآن کریم اصول فراوانی برای مؤمنان قرار داده شده است که بهره‌مندی از آن، متضمن سازش‌یافتگی زناشویی است. قرآن کریم مبنای ازدواج در مؤمنان را مؤدت و رحمت (روم: ۲۱)، شناخت حقوق متقابل (بقره: ۲۸۸) و ایجاد انس و آرامش روانی زوجین (اعراف: ۱۸۹) قرار داده است. عنصر مهم دیگر در سازش‌یافتگی زناشویی از منظر قرآن، ایثار و فداکاری زوجین است که در روایات اسلامی با اشاره به ایثار و فداکاری حضرت علی علیه السلام و حضرت فاطمه علیها السلام، به‌عنوان الگوی نمونه خانواده در اسلام، توصیه‌های فراوانی به مؤمنان مبنی بر سرمشق‌گیری شده است.

یافته دیگر این پژوهش، وجود تفاوت معنادار آماری در سازه بهزیستی روان‌شناختی بین افراد دو گروه است. به‌طوری‌که افراد گروه نمازگزار، دارای بهزیستی روان‌شناختی بالاتری هستند.

یافته‌های پژوهشگران متعددی همچون نیوتن و مکین تاش (۲۰۱۰)، ویلیامز (۲۰۱۰)، کزدی و همکاران (۲۰۱۰)، رودریگز و هندرسن (۲۰۱۰)، مک‌کالوگ و ویلوگبای (۲۰۰۹)، مک‌گرگور (۲۰۰۸)، سورا جاکول و همکاران (۲۰۰۸)، مارکز (۲۰۰۸)، کوئینگ و همکاران (۲۰۰۷)، مداحی و همکاران (۱۳۹۰)، همتی مسلک پاک و همکاران (۱۳۸۹)، اژدری فرد و همکاران (۱۳۸۹)، دادخواه و همکاران (۱۳۸۸) و آقایی چاوشی و همکاران (۱۳۸۷) از وجود رابطه مثبت بین تدین و مذهب با بهزیستی روان‌شناختی حمایت نموده‌اند.

قرآن کریم راه دستیابی به بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن، از طریق اعمالی مانند ایمان به خدا، معاد و نیکوکاری (بقره: ۶۰)، اطاعت از خداوند متعال (بقره: ۳۸)، نماز خواندن و صدقه دادن (بقره: ۲۷۷)، دعا و نیایش (فرقان: ۷۰ و ۷۱)، توکل (نحل: ۴)، آرامش‌بخشی (ابراهیم: ۴۵؛ توبه: ۱۰۳؛ فتح: ۴) و در میان دوستان خدا بودن (یونس: ۶۲) می‌داند.

با توجه به شواهد پژوهشی، رفتارها و عقاید برخاسته از مذهب، تأثیر مثبتی در معنادار کردن زندگی دارند. مکانیسم ایجاد آرامش درونی از طریق مذهب به این صورت است که رفتارهایی مانند توکل به خداوند و عبادت، قادرند با ایجاد امید، ترغیب و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند. کارکرد مذهب در برخورد با موقعیت‌های دشوار زندگی از طریق داشتن احساس تعلق به منبع بی‌کران قدرت، امیدواری به یاری خداوند، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی، معنوی و داشتن معنا و هدف در زندگی میسر می‌گردد (Yang & Mao, 2007, p. 999-1010). بنابراین، دین با کارکردهای مهمی در زندگی افراد، مانند آرامش‌بخشی، امیددهی، تولید شادابی، ارائه معنای زندگی و رضایت باطن در جهت دستیابی و یا ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی مشرثمر واقع می‌شود (حاتمی و دیگران، ۱۳۸۸).

در مجموع، می‌توان گفت: انجام اعمال مذهبی با فراهم نمودن بستری مناسب در جهت پاسخ‌گویی به پرسش‌های اساسی انسان، مانند هویت، انتخاب روش زندگی در جهت کمال، به سازش‌یافتگی و بهزیستی روان‌شناختی افراد کمک می‌کند. زمانی که افراد به دنبال انجام اعمال مذهبی مانند نماز، به احساس لذت ناشی از برقراری ارتباط با منبع کمال و تعالی دست می‌یابند، خود برای رسیدن به کمال نیز دارای انگیزه می‌باشند؛ انگیزه‌ای که آنان را ترغیب به صحیح و شایسته زیستن می‌کند. قرآن می‌فرماید: «کسانی که معتقد شدند که پروردگاری جز خدای یکتا ندارند و بر این اندیشه استقامت ورزیدند، ملائکه رحمت بر آنها نازل می‌شوند، با نجات آنها از

عقده‌ها و اندیشه در باب رفتارهای ناشایست گذشته، آنها را از اضطراب می‌رهانند و با امید دادن به آینده‌ای شاد و فرح‌بخش، ناامیدی از دنیای آینده را به امید و شادی بدل می‌کنند» (فصلت: ۳۰).

از آنجایی که در این مقطع از زمان، روش‌های درمان معنوی و مذهبی، به جایگاه علمی خاص خود آن‌طور که شایسته است دست نیافته‌اند، انجام پژوهش‌هایی از این دست همچنان به‌عنوان یک ضرورت مطرح است. علاوه بر اینکه، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، به سنجش میزان تدین و سازه‌های روان‌شناختی مربوط، در بین هر دو زوج پرداخته شود.

منابع

- آقایی چاوشی، اکبر و دیگران، «بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، (۱۳۸۷)، *علوم رفتاری*، ش ۲، ص ۱۴۹-۱۵۶.
- احمدی، خدابخش و دیگران، «بررسی رابطه بین تعیدات مذهبی و سازگاری زناشویی»، (۱۳۸۵)، *خانواده پژوهی*، ش ۲، ص ۵۵-۶۷.
- اژدری فرد، سیما و دیگران، «بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان»، (۱۳۸۹)، *اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، ش ۵، ص ۱۰۵-۱۲۵.
- بیانی، علی‌اصغر و دیگران، «روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف»، (۱۳۸۷)، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ش ۱۴، ص ۱۵۱-۱۴۶.
- بشلیده، کیومرث و دیگران، «بررسی عوامل مؤثر درون مدرسه‌ای جذب دانش‌آموزان مقطع متوسطه استان خوزستان به نماز»، (۱۳۸۲)، *علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ش ۱۰، ص ۶۳-۹۰.
- حاتمی، حمیدرضا و دیگران، «بررسی تأثیر میزان دینداری بر رضایت زناشویی»، (۱۳۸۸)، *روان‌شناسی نظامی*، ش ۱، ص ۱۳-۲۲.
- حسینی نسب، سیدداود و دیگران، «بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سازگاری زناشویی»، (۱۳۸۸)، *روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ش ۴، ص ۸۷-۹۵.
- خامنه‌ای، سیدعلی (رهبر معظم انقلاب اسلامی) (۱۳۷۴)، *از ژرفای نماز*، چ سیزدهم، تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- خدایاری فرد، محمد و دیگران، «رابطه نگرش مذهبی با رضایت‌مندی زناشویی در دانشجویان متأهل»، (۱۳۸۶)، *خانواده پژوهی*، ش ۳، ص ۶۱۱-۶۲۰.
- دادخواه، بهروز و دیگران، «بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل»، (۱۳۸۸)، *طب و ترکیه*، ش ۷۵، ص ۲۳-۲۷.
- غلامی، علی و کیومرث بشلیده، «اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه»، (۱۳۹۰)، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ش ۱، ص ۳۳۱-۳۴۸.
- کرمانی مامازندی، زهرا و عصمت دانش، «تأثیر نگرش مذهبی و هیجان‌خواهی بر سازگاری زناشویی دبیران متأهل شهرستان پاکدشت»، (۱۳۹۰)، *مطالعات روان‌شناختی*، ش ۲، ص ۱۲۹-۱۵۴.
- محتشمی‌پور، عفت و دیگران، «بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان دانشکده پیراپزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد»، (۱۳۸۲)، *اتاق دانش* (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گناباد)، ش ۹، ص ۷۶-۸۱.
- مداحی، ابراهیم و دیگران، «بررسی ارتباط میان جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان»، (۱۳۹۰)، *روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن*، ش ۲، ص ۵۳-۶۳.
- مطهری، مرتضی (۱۳۷۵)، *بیست گفتار*، تهران، صدرا.
- منجری، فرزانه و دیگران، «بررسی اثر ارتباط اسلامی و نگرش‌های مذهبی بر بهبود رضایت زناشویی»، (۱۳۹۰)، *تحقیقات علوم رفتاری*، ش ۱۰، ص ۳۰-۳۷.

abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 34, 84-94. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.07.002,

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57,1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, Carol D. & Keyes Corey Lee M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, v 69, p. 719-727. <http://www.aging.wisc.edu/midus/findings/pdfs/830.pdf>

Ryff, Carol D. & et al. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology, *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, B Biological Sciences*, v 359, p. 1383-1394. doi: 10.1098/rstb.2004.1521

Schmutte, p. S., & Ryff, C. D., (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meaning. *Journal of personality and social psychology*, v 73, p. 549-559. doi: 10.1037/0022-3514.73.3.549

Sorajjakol S. Aja V., Chilson, B., Ramirez-Johnson, J., & Earll, A. (2008). Disconnection, depression and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with sever depression. *Pastoral psychology*; 56, 521-532. Doi: 10.1007/s11089-008-0125-2. <http://connection.ebscohost.com/c/articles/32587551/>

Spanier, G., & Cole, C. (1976). Toward clarification and investigation of marital adjustment. *International Journal of Sociology of the Family*; 6, 121-146. <http://www.jstor.org/discover/10.2307/23027977>

Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, v 38, p. 15-28.

Williams, A. (2010). Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of St. Anne de Beupre, Quebec, Canada. *Social Science & Medicine*; v 70, p. 1633-160. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.012>,

Yang, Ke-Ping, Mao, Xiu-Ying, (2007). A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*; v 44, p. 999- 1010.

موسوی اصل، سیدمهدی، «نقش رفتارهای دینی در بهداشت روانی»، (۱۳۸۷)، *روان‌شناسی در تعامل با دین*، ش ۱، ص ۱۴-۳۳.

نصیرزاده، راضیه و نرجس عرفان منش، «تفاوت‌های جنسیتی و تأهل بر نگرش و پایبندی نسبت به نماز و ادراک محدودیت‌های اقامه آن در دانشجویان»، (۱۳۹۰)، *زن در فرهنگ و هنر (پژوهش زنان)*، ش ۲، ص ۴۹-۶۷.

همتی مسلک پاک، معصومه و دیگران، «اعتقادات معنوی و کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت»، (۱۳۸۹)، *کومش*، ش ۱۲، ص ۷۴-۱۰۲.

یارمحمدیان، احمد و دیگران، «تأثیر آموزش هوش هیجانی و مهارت‌های زندگی بر سازگاری زناشویی زوج‌های جوان»، (۱۳۹۰)، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ش ۱۲، ص ۴-۱۲.

Alois, Stutzer & Bruno. S. Frey. (2009). Does marriage make people happy, or do happy people get married? *the journal socio-economic*; v 35, p. 326-367. <http://www.iew.uzh.ch/wp/iewwp143.pdf>

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, Washington, D.C. <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-iv-tr>

Butler M. (1998). Not just a time out: change dynamics of prayer for Religious Couples in Conflict Situation. *Family Process*, v 37, p. 451-75. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.1998.00451.x/pdf>

Demaris A, & et al. (2010). Sanctification of marriage and general religiousness as buffers of the effects of marital inequity. *Journal of Family*; v 31, p. 55-78. doi: 10.1177/0192513X10363888

Halford D. (2005). *Couple therapy*. Translated by Mostafa Tabrizi, Mozhdeh Kardani and Forough Jafari. Tehran: Fara ravan publication. 2005.

Halford, W.K. & et al, (2007). Does working at your marriage help? Couple relationship, self-regulation and satisfaction in the first 4 years of marriage. *Journal of Family Psychology*; v 21, p. 185-194. [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0893-3200\(07\)00250-0](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0893-3200(07)00250-0)

Hills, p. & Francis, L. J. (2004). Primary Personality trait correlates religious practice and orientation. *Personality and Individual Differences*; v 36, p. 61-73. doi 10.1016/S0191-8869(03)00051-5.

Hu' nler, O.S. & Genc, o'z, T.I. (2005). The effect of religiousness on marital satisfaction: testing the mediator role of marital problem solving between religiousness and marital satisfaction. *Contemporary Family Therapy*; v 27, p. 123-136. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10591-004-1974-1>

Kézdý, A.; Martos, T.; Boland, V. & Horváth, K. (2010). Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence*; 11, 1-9. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.03.003.

Koenig, Harold G. (2007). Spirituality and Depression: A Look at the Evidence, *Southern Medical Journal*; 100, 7, 737-739. doi: 10.1097/SMJ.0b013e318073c68c

MacGregor, C. A. (2008). Religious socialization and children's prayer as cultural object: Boundary work in children's 19th century Sunday school books. *Poetics*; 36, 435-449. DOI: 10.1016/j.poetic.2008.06.012

Mahoney, A. (2005). Religion and conflict in marital and parent child relationship. *Journal of social*; v 61, p. 689-706. DOI: 10.1111/j.1540-4560.2005.00427.x

Mahoney, A., & et al, (1999). Marriage and the spiritual realm: the role of proximal and distal religious constructs in marital functioning. *Journal of Family Psychology*; v 13, p. 321-338. doi: 10.1037/0893-3200.13.3.321

Marsh R, & Dallos R. (2000). Religious beliefs and practices and Catholic couples' management of anger and conflict. *Clinical Psychology and Psychotherapy*; v 7, p. 22-36. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(200002)7:1<22::AID-CPP217>3.0.CO;2-R

Marsh, R & Dallos, R. (2001). Roman Catholic couples: wrath and religion, *Fam Process*. Fall, 40(3), 343-60. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11676273>

McCullough ME. (1995). Prayer and health: Conceptual issues, research review, and research agenda. *Journal of Psychology and Theology*; v 23, p. 15-29. <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1995-40185-001>

McCullough, M. E., & Willoughby, B. L. B. (2009). Religion, self-regulation, self-control: Associations, explanations, and implications. *Psychological Bulletin*, 135, 69-63. doi: 10.1037/a0014213

Newton, A.T., & McIntosh, D.N. (2010). Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping. *International Journal for the Psychology of Religion*; 20, 1, 39-58. doi: 10.1080/10508610903418129.

Orathinkal, J. & Vansteewegen, A. (2006). Religiosity and Marital satisfaction. *Contemporary Family Therapy*; 28: 497-504. doi: 10.1007/s10591-006-9020-0.

Rodriguez, C.M., & Henderson, R.C. (2010). Who spares the road? Religious orientation, social conformity, and child

