

بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری، با جهت گیری مذهبی بر رضایت زناشویی بانوان

سمیه زادهوش^۱

حمید طاهر نشاط دوست^۲

فرشته حقیقت^۳

کاظم رسول زاده طباطبایی^۴

مهرداد کلاتری^۵

تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۲۵

تاریخ وصول: ۹۰/۱/۲۵

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری، بر رضایت زناشویی بانوان انجام پذیرفت. نمونه پژوهش شامل ۲۲ نفر از بانوان مراجعه کننده به کلینیک‌های شهر تهران بود که به شیوه در دسترس، انتخاب و بطور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان شناختی- رفتاری با جهت گیری مذهبی دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای به کار رفته در این پژوهش عبارت بودند

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان

۲- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

۴- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

۵- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و پرسشنامه نگرش مذهبی، که هر دو از روایی و پایایی بالایی برخوردار بودند.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد گروهی که تحت درمان شناختی- رفتاری با جهت‌گیری مذهبی قرار گرفتند در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری ($P < 0/0001$) نمرات بالاتری را در پس‌آزمون در نمرات رضایت زناشویی گزارش کردند. نتیجه پژوهش حاضر علاوه بر این که مؤید تحقیقات قبلی مبنی بر اثرگذاری درمان شناختی- رفتاری و راهبردهای مذهبی در درمان می‌باشد، راهکار جدیدی را برای درمان مناسب اختلافات زناشویی ارائه می‌دهد.

واژگان کلیدی: گروه درمانی، درمان شناختی- رفتاری، جهت‌گیری مذهبی، نگرش مذهبی، رضایت زناشویی.

مقدمه

هر خانواده در حکم سلولی برای تشکیل پیکره جامعه است و حیات و سلامت مجموعه این سلولها ضامن سلامت و حیات اجتماعی جامعه می‌باشد، از این رو سالم سازی اعضای خانواده و رابطه‌هایشان بی‌گمان، اثرات مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت. به طوری که گوردون^۱، بی‌کام^۲، اپیستن^۳ و بورنت^۴ (۱۹۹۱) نشان دادند تعاملات مثبت بین زوجین پیش‌بینی کننده رضایت زناشویی می‌باشد. اسوارتز^۵ (۲۰۰۰) نیز اظهار نمود ابراز احساسات که از جمله مهارت‌های ارتباطی می‌باشد بر رضایت زناشویی مؤثر است. شواهد بسیار واضحی در این زمینه وجود دارد که زوجها در جامعه معاصر مشکلات شدید و فراگیری هنگام برقراری ارتباط و

-
1. Gordon
 2. Baucom
 3. Epstein
 4. Burnett
 5. Schwarts

حفظ آن تجربه می کنند (حسینی غفاری، ۱۳۸۵). در واقع کمبود مهارت های ارتباطی با بسیاری از مشکلات زوج ها ارتباط دارد و به نوعی می توان گفت، اشکال در مهارت های بیان و دریافت با بسیاری از شکایت های متداول زوج ها ارتباط پیدا می کند (برنشتاین، ترجمه پور عابدینی، ۱۳۸۴). به طوری که شایع ترین مشکلی که توسط زوج ها مطرح می شود عدم موفقیت در برقراری ارتباط می باشد.

چنانکه تقاضاهای فزاینده زوجین برای حل این مشکلات موجب شکل گیری الگوهای درمانی متعددی شده است که هدف این گونه از خدمات روان شناسی برای زوج ها روشی مناسب برای افزایش رضایت زناشویی، بالابردن احساس همبستگی زوجین و ارائه راهبردهای مناسب ارتباطی و فعال کردن نقش خود التیام بخشی خانواده ها می باشد (عامری، ۱۳۸۳). تا بدین وسیله با آگاهی از مشکلات میان فردی، شیوه های حل مسئله و روشهای رفتاری مناسب، روابط مطلوب ایجاد و احساس رضایت از زندگی مشترک افزایش یابد (جانسن^۱ و کوهن^۲، ۲۰۰۵). در این میان رسالت اصلی زوج درمانی با توجه به هزینه های سنگین ناهمسازی زوجین، کمک به آنها برای یافتن شیوه های مطلوب تر تعامل می باشد (کرویدلی، ۱۹۹۰؛ به نقل از برنشتاین؛ ترجمه سهرابی، ۱۳۸۲).

به طوری که نتیجه مدل های متفاوت درمانی در رابطه با مراجعان مختلف متفاوت است و ویژگی های خاص مراجع از جمله اعتقادات مذهبی آنها در انتخاب مناسب الگوی درمانی تعیین کننده خواهد بود. در حال حاضر دیدگاه های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل تعارضات زناشویی هستند، از جمله این رویکردها، رویکرد شناختی- رفتاری می باشد، چنان که در این رویکرد بر نقش فرایندهای رفتاری و شناختی در شکل گیری مشکلات زناشویی و بر استفاده از تدابیر رفتاری و شناختی برای تغییر الگوی پاسخ ناکارآمد بهره می جویند به گونه ای که هم رفتارهای ناخواسته کاهش یابد و هم رفتارهای سازگارانه

1. Johnson
2. Cohen

افزایش یابد (زارب، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۳). لیکن هیچ یک از نظام‌های نظری موجود برای همه مراجعان و مشکلات آنها کارآیی کامل را ندارد، با توجه به برخی از محدودیت‌های این رویکردها پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند از طریق رویکردهای التقاطی می‌توان درمان‌های متفاوت و یا ترکیبی از درمان‌ها را برای مشکلات خاص مراجعان تجویز کرد (پروچاسکا و نوراکراس، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۱) و پژوهشگران متعددی لزوم پرداختن به این گونه از روش‌ها را به اثبات رسانیده‌اند (مور، کلوس و راس موسن، ۲۰۰۱)، چنان‌که گارفیلد^۱ و برگین^۲ (۱۹۹۴) هدف از درمان‌های التقاطی را بهبود بخشیدن به اثربخشی و کارآیی روان‌درمانی می‌دانند. لیکن در این میان انتخاب مدل درمانی کارآمد و متناسب با نیاز و ویژگی‌های زوجین اهمیت زیادی دارد (پین، ۱۹۹۲؛ به نقل از وست، ۱۳۸۳؛ ترجمه شهیدی و شیرافکن).

از سوی دیگر، امروزه مذهب و معنویت و تأثیرات آنها بر سلامت جسمانی و روانشناختی موضوع بسیاری از تحقیقات و فعالیت‌های بالینی است (میلر^۳، ۲۰۰۳، میلر و تورسن^۴، ۲۰۰۳، شفرنسک و اسپری^۵، ۲۰۰۵). ادبیات تحقیق شامل میزان قابل توجهی از پژوهش‌هایی است که نشان‌دهنده ارتباط مذهب و معنویت با سلامت جسمانی و روانی هستند (کوئینگ^۶ و لارسون^۷، ۲۰۰۱، لارسون و لارسون، ۲۰۰۳، مک‌کالی^۸ و همکاران، ۲۰۰۵، سسرو، بدروسیان، فیوتس و برنستین^۹، ۲۰۰۶، سیمپسون، نیومن و فوکوا^{۱۰}، ۲۰۰۷). بسیاری از این پژوهش‌ها اهمیت مذهب /

1. Garfield
2. Bergin
3. Miller
4. Thoresen
5. Shafranske and sperry
6. Koenig
7. Larson
8. McCauley
9. Cecero, Bedrosian, Fuentes and Bornstein
10. Simpson, Newman and Fuqua

معنویت در فراهم کردن بافت، معنا، و پرورش بهزیستی روان‌شناختی فرد را نشان داده‌اند (ایمونس^۱، ۲۰۰۵، پارگامنت و ماهونی^۲، ۲۰۰۵).

به لحاظ تاریخی سوگیری‌های نظام‌مندی در مقابل موضوعات معنوی و مذهبی در حلقه‌های علمی روانشناسی وجود داشته است. مهم‌ترین دلیل جدا کردن این عناوین از روانشناسی و مشاوره این بوده است که مذهب و معنویت تجربی نیستند و بنابراین نمی‌توانند علمی باشند (ریچارد و برگین^۳، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد که این سوگیری‌ها در مجامع علمی به طور روزافزون رو به کاهش است و مذهب و معنویت در ارزیابی‌ها و حتی در پروتوکل‌های درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند (فالوت^۴، ۲۰۰۱، هودج^۵، ۲۰۰۵).

چاپ موجود DSM-IV-TR^۶ با فراهم کردن یک طبقه برای کسانی که مشکلات مذهبی مذهبی و معنوی را تجربه می‌کنند، تأیید می‌کند که مذهب و معنویت می‌توانند مورد توجه بالینی قرار گیرند (انجمن روان‌شناسی آمریکا^۷، ۲۰۰۰، صفحه ۷۴۱). پارک^۸ و همکاران (۱۹۹۰) نیز به نقش تعدیل‌کننده مذهب بر موقعیت‌های استرس‌زا اشاره کردند. در این خصوص ساکسنا^۹ (۲۰۰۶) در مطالعه بین‌فرهنگی از معنویت در ۱۸ کشور جهان معنویت را به عنوان یکی یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی می‌داند. و پژوهش کوهن^{۱۰}، (۲۰۰۲) مؤید این نکته است که معنویت پیش‌بینی‌کننده قدرتمند رضایت از زندگی است. همچنین تحقیق الیسون^{۱۱} (۱۹۹۱) اهمیت ایمان مذهبی در رضایت از زندگی را روشن نموده است.

1. Emmons
2. Mahoney
3. Richard and Bergin
4. Fallot
5. Hodge
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (forth edition)-revised
7. American psychiatric association
8. Park
9. Saxena
10. Cohen
11. Ellison

بنابراین علاوه بر توجه به متغیرهای اثرگذار مختلف در ایجاد مشکل شرایط فرهنگی، مذهبی، اجتماعی و بومی نیز در اثربخشی درمان مؤثر می‌باشد (پدرسن^۱، ۱۹۹۶). چنان‌که خدایاری فرد، شهابی و اکبری (۱۳۸۶) رابطه نگرش مذهبی و رضامندی زناشویی را مثبت دانسته‌اند. همچنین احمدی، فتحی آشتیانی و عرب نیا (۱۳۸۵) نیز در پژوهش خود نشان دادند اعتقادات دینی و تقیدات مذهبی بر تمامی ابعاد زندگی انسان از جمله روابط خانوادگی اثرگذار است، به طوری که خانواده درمانگرها می‌توانند نقش باورهای مذهبی را هم در بروز و هم در حل اختلافات زناشویی به عنوان عاملی مهم در نظر بگیرند. با توجه به این دیدگاه ریچاردز و برگین^۲ (۱۹۹۷) نوعی راهبردهای معنوی برای استفاده در مشاوره و روان‌درمانی مطرح کرده و شواهدی حاکی از اثربخشی این روش‌ها بر بهبود روابط و سلامت افراد بیان کرده‌اند، از جمله این راهبردها عبارتند از دعا کردن برای مراجعان و ترغیب آنها به دعا کردن، بحث در مورد مسائل الهی، استفاده از نوشته‌های کتاب‌های مقدس در امر درمان، استفاده از فنون تن آرامی براساس تصویرسازی ذهنی مکان‌های مقدس، ترغیب مراجعان به بخشش و ایثار، کمک کردن به مراجعان برای هماهنگ شدن با ارزشهای معنوی، مشاوره با رهبران مذهبی و استفاده از کتاب درمانی مذهبی می‌باشد. لارنس^۳ و لارسن (۱۹۹۸)، سیولد^۴ و هیل^۵ (۲۰۰۱) و هیل و پارگامنت^۶ (۲۰۰۳) در پژوهش‌های خود، مکانیزم‌های مؤثر معنویت بر سلامت را نشان دادند (ماهنی^۷، پارگامنت، جیول^۸، اسکوت^۹، اسوارک^{۱۰} و ریو^{۱۱}، ۲۰۰۳) به بررسی نقش سازه‌های دوری و نزدیکی مذهبی در کنش‌های زناشویی پرداختند. نتایج حاکی

1. Pedrsen
2. Richards & Bergin
3. larens
4. Sybold,
5. Hill
6. Pargament
7. Mahoney
8. Jewell
9. Scotte
10. Swank
11. Rye

از آن بود که هم در زنان و هم مردان متغیرهای سازه‌های نزدیکی به مذهب مستقیماً در انسجام ازدواج منعکس شده و با سازگاری کلی‌تری در ازدواج، منافع دریافتی، تعارضات زناشویی کمتر، همکاری و نزدیکی کلامی بیشتر، استفاده کمتر از پرخاشگری کلامی و به بن‌بست نرسیدن در مواقع عدم توافق، همبستگی دارد. پراپست^۱، آستروم^۲، وانکین^۳، دین^۴ و ماسبرن^۵، و ماسبرن^۵، ۱۹۹۲ و پراپست، ۱۹۸۸؛ به نقل از جیمز^۶ و ولز^۷ (۲۰۰۳) در مطالعات خود به مقایسه مقایسه درمان‌های شناختی- رفتاری همراه با فاکتورهای مذهبی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری بر روی اختلالاتی چون افسردگی پرداختند، نتایج تأثیر مثبت بیشتر درمان شناختی- رفتاری همراه با فاکتورهای مذهبی را در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری نشان داد.

در این پژوهش نیز در کنار بهره جستن از روش‌های شناختی- رفتاری و با در نظر گرفتن استعدادها و موانع ارتباطی نیز استفاده گردید، چراکه با توجه به تحقیقات متعدد بدون توجه به ساختار وجودی انسان‌ها و بدون لحاظ کردن بعد معنوی در زوجها به نتیجه کامل درمانی دست نمی‌یابیم.

روش

طرح تحقیق در این پژوهش شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

1. Propest
2. Ostrom
3. Watkins
4. Dean
5. Mashbum
6. James
7. Wells

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد پژوهش زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های شهر تهران در سه ماهه آخر سال ۱۳۸۶ می‌باشند. که به شیوه در دسترس از چند کلینیک منطقه ۷ شهر تهران انتخاب شدند. مراجعین در هنگام ثبت نام پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ راتکمیل کردند، همچنین پرسشنامه نگرش مذهبی به منظور همسان شدن آزمودنی‌ها از نظر مذهبی تکمیل شد. ۲۴ نفر از داوطلبینی که نمره نگرش مذهبی بالاتر از نقطه برش داشتند انتخاب شدند و بطور تصادفی در دو گروه شناختی- رفتاری، مذهبی و گروه کنترل جایگزین شدند.

مدت جلسات برای گروه درمانی شناختی- رفتاری با جهت‌گیری مذهبی ۸ جلسه ۲ ساعته بود، که در طول یک دوره ۲ ماهه برگزار گردید، در گروه آزمایشی شناختی- رفتاری، مذهبی در پایان هر جلسه تصویرسازی ذهنی با محتوای مذهبی تمرین و علاوه بر تکالیف شناختی- رفتاری هر جلسه به عنوان تکلیف به آزمودنیها داده می‌شد. پرسشنامه‌هایی که آزمودنیها هنگام مراجعه تکمیل کرده بودند به عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد و در پایان آخرین جلسه نیز پس از آزمون اجرا گردید. از ۱۲ نفر گروه آزمایشی شناختی- رفتاری، با جهت‌گیری مذهبی یک نفر به دلیل تصادف، در جلسات درمانی به طور کامل شرکت نکرد و از گروه حذف شد، در نتیجه به منظور رعایت تساوی حجم نمونه از گروه کنترل نیز ۱ نفر به تصادف حذف شد و در نهایت در هر گروه حجم گروه به ۱۱ نفر کاهش یافت. خلاصه‌ای از محتوای جلسات گروه آزمایشی در جدول شماره ۱ آمده است.

پژوهش‌های روان‌شناسی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۱. خلاصه‌ای از محتوای جلسات گروه آزمایشی

| جلسه | موضوع | گروه درمانی شناختی- رفتاری با جهت گیری مذهبی |
|------|-------------------|--|
| ۱ | ارتباط مؤثر | بحث پیرامون تعریف ارتباط انواع ارتباط و ارتباط صحیح و تمرین تکنیک مبادله رفتار و نظم، اثرات آن بر زندگی و رعایت حقوق دیگران در رابطه زناشویی از منظر دین |
| ۲ | فکر احساس رفتار | بحث پیرامون رابطه فکر، احساس و رفتار و اثرات دعا و استغفار و در مقابل اثرات بدگویی در مورد همسر |
| ۳ | ادراک گزینشی | بحث پیرامون خطاهای شناختی مؤثر در اختلافات زناشویی و بیان یکی از آنها (ادراک گزینشی) و اثرات صبر، گذشت و تعاف در زندگی زناشویی |
| ۴ | اسنادها | بحث پیرامون اسنادها به عنوان یکی از خطاهای شناختی مؤثر در اختلافات زناشویی و مثبت نگری و خوش بینی نسبت به دیگران |
| ۵ | انتظارات | بحث پیرامون انتظارات به عنوان یکی از خطاهای شناختی مؤثر در اختلافات زناشویی و توکل و امیدواری و آثار آن در زندگی |
| ۶ | موانع ارتباطی | بحث پیرامون موانع ارتباطی در رابطه زناشویی و موانع ارتباطی از دیدگاه دینی (خشم، عجله، تندخویی، بداخلاقی و ناسزاگویی) |
| ۷ | مهارت‌های ارتباطی | بحث پیرامون مهارت‌های ارتباطی در زندگی زناشویی و مهارت‌های ارتباطی از دیدگاه مذهبی (احترام، ابراز محبت، صداقت، خوش خلقی، آراستگی ظاهری) |
| ۸ | حل مسئله | بحث پیرامون حل مسئله و سبک‌های مقابله مذهبی و اثرات شادکامی در زندگی از دیدگاه مذهبی |

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ

در این پژوهش برای سنجش میزان رضایت زناشویی، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون از پرسشنامه انریچ استفاده شد. این پرسشنامه به عنوان یک ابزار تحقیق معتبر، در تحقیقات متعددی برای سنجش میزان رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است (ثنایی، ۱۳۷۹). این پرسشنامه در ابتدا برای توصیف پویایی‌های ازدواج جهت پژوهش ایجاد شد و پس از آن به منظور ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا و شناسایی زمینه‌های قوت و پربارسازی رابطه زناشویی

مورد استفاده قرار گرفت. همچنین این پرسشنامه برای تشخیص زوج‌هایی مورد استفاده قرار می‌گیرد که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند. همبستگی درونی این پرسشنامه ۰/۹۵ گزارش شده است (سلیمانیان، ۱۳۷۳) و در پژوهشی دیگر مهدویان (۱۳۷۶) اعتبار آزمون را با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازآزمایی (به فاصله یک هفته) برای مردان ۰/۹۳۷ و برای زنان ۰/۹۴۴ بدست آورده است.

معرفی ابعاد پرسشنامه انریچ

فرم ۱۲۵ سؤالی این پرسشنامه شامل ۱۴ خرده مقیاس و فرم ۱۱۵ سؤالی آن شامل ۱۲ خرده مقیاس می‌باشد. این خرده مقیاس‌ها شامل: تحریف آرمانی^۱، همبستگی زناشویی^۲، تطابق‌پذیری زناشویی^۳، رضایت زناشویی^۴، مسائل شخصیتی^۵، ارتباط^۶، حل تعارض^۷، مدیریت مالی^۸، فعالیت‌های اوقات فراغت^۹، روابط جنسی^{۱۰}، فرزندان و فرزندپروری^{۱۱}، خانواده و دوستان^{۱۲}، نقش‌های تساوی طلبی^{۱۳} و سوگیری مذهبی^{۱۴} می‌باشد.

نحوه نمره‌گذاری آزمون: برای هریک از سؤال‌ها در فرم ۴۷ سؤالی پرسشنامه انریچ که در ایران اجرا شده است، ۵ گزینه براساس مقیاس لیکرت در نظر گرفته شد، که شامل (کاملاً موافق - موافق - نه موافق و نه مخالف - کامل - کاملاً مخالف) است. نمره محاسبه شده برای پرسشنامه انریچ از نوع مقیاس t است که در آن میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰ می‌باشد.

1. idealistic distortion
2. marital cohesion
3. marital adaptability
4. marital satisfaction
5. personality issues
6. communication
7. conflict resolution
8. financial managment
9. leisure activities
10. sexual relationship
11. children and parenting
12. family and friends
13. equalitarian roles
14. religious orientation

کمترین نمره ۴۷ و بیشترین نمره ۲۳۵ است، به طور کلی افرادی که نمرات زیر ۱۵۰ دارند دارای میزانی از ناسازگاری هستند. سؤالات ۴۷، ۴۶، ۴۵، ۴۳، ۴۲، ۴۱، ۴۰، ۳۰، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۸، ۶، ۴ نمره ۱ تا ۵.

ب) پرسشنامه سنجش نگرش مذهبی

این پرسشنامه در خرداد ماه سال ۱۳۷۸ توسط خدایاری فرد، غباری بناب، شکوهی یکتا و نصفت تهیه شده است. این پرسشنامه یک نگرش سنج نوع لیکرت و مشتمل بر ۴۰ سؤال است که آزمودنی به هر سؤال بر روی یک مقیاس پنج گزینه‌ای در کاملاً مخالفم در سوی منفی تا کاملاً موافقم در سوی مثبت پاسخ می‌دهد. همچنین در پایان پرسشنامه ۴۰ سؤالی یک پرسشنامه خودسنجی اضافه شده است که در آن آزمودنی میزان مذهبی بودن خود را از نظر خود من، خانواده، همکاس‌ها، آشنایان افراد غیر آشنا و افراد کاملاً غریبه در یک مقیاس پنج گزینه‌ای از کاملاً مذهبی تا کاملاً غیر مذهبی ارزیابی می‌کند. پرسشنامه خودسنجی با هدف افزودن به صحت و دقت پاسخ‌های آزمودنی به مواد پرسشنامه اصلی اضافه شده است.

نحوه نمره گذاری پرسشنامه: نمره گذاری پرسشنامه براساس پاسخ‌های آزمودنی‌ها به مواد مختلف آن و در مقیاس پنج تایی لیکرتی، صفر برای کاملاً مخالف تا ۴ برای کاملاً موافقم انجام می‌شود. با جمع نمرات، نمره کلی آزمودنی در مورد نگرش مذهبی وی به دست می‌آید، نمرات بالا، نشان دهنده گرایش‌های مذهبی قویتر است.

خدایاری فرد و همکاران (۱۳۷۸) شاخص‌های پایایی و روائی پرسشنامه را در دو مطالعه ۰/۹۶ و ۰/۹۴ گزارش کردند. ضریب پایایی از روش بازآزمون ۰/۹۱ و به روش دو نیمه کردن به روش اسپیرمن- براون برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و به روش گاتمن ۰/۸۰ بدست آمده است. روائی محتوای بالائی نیز خدایاری فرد و همکاران (۱۳۷۸) برای پرسشنامه گزارش کرده‌اند. همچنین خدایاری فرد (۱۳۷۸) روایی سازه‌ی این آزمون را تأیید کرده‌است.

ج) فرم جمعیت‌شناسی

با استفاده از این فرم سن، سنوات ازدواج، میزان درآمد خانواده، تعداد فرزندان و تحصیلات بانوان مشخص شد که به دلیل پاسخ ندادن بسیاری از آزمودنی‌ها به سؤال میزان درآمد خانواده، این سؤال حذف گردید.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه می‌شود، یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه رضایت زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گروه کنترل می‌باشد. این یافته‌ها در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون رضایت زناشویی در دو گروه

| متغیرها | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|----------------------------------|-----------|------------------|----------|------------------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| شناختی- رفتاری با جهت‌گیری مذهبی | ۸۸/۵۴ | ۶/۹۴ | ۱۹۱/۸۱ | ۹/۶۴ |
| کنترل | ۹۳/۲۷ | ۶/۱ | ۱۲۸/۰۹ | ۱۱/۳۴ |

همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود میانگین نمرات رضایت زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است. به منظور بررسی تفاوت‌های مشاهده شده بین گروه‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول (۲) آمده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات رضایت زناشویی در دو گروه شناختی-

رفتاری مذهبی و کنترل پس از کنترل پیش‌آزمون در پس‌آزمون

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | میزان تأثیر | توان آماری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|-------------|------------|
| پیش‌آزمون | ۱۷۱/۴۲ | ۱ | ۱۷۱/۴۲ | ۱/۴۹ | ۰/۲۴ | ۰/۰۷ | ۰/۲۱ |
| عضویت گروهی | ۳۹۴۶/۶۶ | ۱ | ۳۹۴۶/۶۶ | ۳۴/۳۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۴ | ۱ |

همانطور که جدول فوق نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات رضایت زناشویی در مرحله پس‌آزمون پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه شناختی-رفتاری مذهبی و کنترل معنادار است ($p \leq 0/0001$) لذا فرضیه این پژوهش تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر گروه شناختی-رفتاری، مذهبی در مقایسه با گروه کنترل رضایت زناشویی بانوان را در مرحله پس‌آزمون افزایش داده‌است. میزان این تأثیر ۰/۶۴ بوده است به این معنا که ۶۴ درصد تفاوت‌های فردی در دو گروه آزمایش و کنترل توسط عضویت گروهی تعیین شده است. توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است و میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار در پس‌آزمون ۱۰۰ درصد بوده است. به عبارت دیگر اصلاً احتمال تأیید فرض صفر به اشتباه در پس‌آزمون وجود نداشته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد گروهی که تحت درمان شناختی-رفتاری، مذهبی قرار گرفتند در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری نمرات بالاتری را در پس‌آزمون گزارش کردند.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به تقاضای فزاینده زوجین برای حل مشکلات ارتباطی‌شان و با در نظر گرفتن اهمیت و تأثیر این رکن مهم اجتماع، پژوهش‌های مربوط به مداخلات درمانی برای زوجها همواره مورد توجه بوده است و تلاش‌های فراوانی در جهت تبیین و حل تعارض زوجین صورت گرفته که منجر به شکل‌گیری دیدگاه‌های مختلف درمانی شده است. از جمله دیدگاه شناختی- رفتاری

که در مطالعات زیادی اثربخشی این روش بر کاهش تنش در خانواده و بهبود کیفیت زندگی تأیید شده است (شادیش^۱ و بالدوین^۲، ۲۰۰۳ و ویکز^۳ و تیریت^۴، ۲۰۰۱ و وتونا^۵، زینسکا^۶ و استاویراسکا^۷) (۲۰۰۷).

از سوی دیگر، امروزه بنا بر تجربه لزوم استفاده از درمان‌های التقاطی بیش از پیش تأکید می‌شود (مور^۸، کلوس^۹ و راس موسن^{۱۰}، ۲۰۰۱)، لیکن در این میان جای خالی رویکردهای مذهبی در کنار دیگر تکنیکهای درمانی به خصوص در کشورهایی که به اعتقادات مذهبی پایبندی بیشتری دارند محسوس می‌باشد. در همین راستا، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با جهت‌گیری مذهبی در مقایسه با گروه کنترل برافزایش رضایت زناشویی بانوان اجرا گردید. با توجه به مطالعات متعدد رابطه مثبت بین مذهب و معنویت با مؤلفه‌های مختلف سلامت جسمانی و روانی از جمله رابطه بین سلامت روان، اضطراب، افسردگی و دیگر اختلالات روانی با رضایت زناشویی و به طور خاص رضایت زناشویی مورد بررسی قرار گرفته است (پارگامنت، ۲۰۰۰، ۲۰۰۱، ۲۰۰۴، براون^{۱۱}، ۲۰۰۵؛ به نقل از ساعدو روشن، ۱۳۸۷، فوسکت^{۱۲}، ربرتس^{۱۳}، ماتیز^{۱۴}، ماسمین^{۱۵}، کراکنل^{۱۶} و نیکلز^{۱۷}، ۲۰۰۴). با توجه به این پژوهش‌ها می‌توان نتیجه گرفت تقویت نگرش‌ها و عملکردهای مذهبی و پرداختن به اصول

1. Shadish
2. Baldwin
3. Weaks
4. Treat
5. Wojtyna
6. Życińska
7. Stawiarska
8. Moore
9. Kloos
10. Rasmussen
11. Brown
12. Foskett
13. Robert
14. Mathews
15. Macmin
16. Cracknell
17. Nichols

و اعتقادات دینی در افراد می‌تواند اثرات بسیار مثبتی در افزایش سلامت روان، کاهش اختلالات جسمانی و روانی، کاهش افسردگی و اضطراب و در نتیجه باعث افزایش رضایت از زندگی و بطور خاص رضایت زناشویی گردد. با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس، فرضیه ما مبنی بر اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری، مذهبی بر رضایت زناشویی بانوان مورد تأیید قرار گرفت ($P < 0/0001$). به این معنا که برحسب داده‌های حاصل از نمرات پرسشنامه رضایت زناشویی در مرحله پس‌آزمون میزان رضایت زناشویی بانوان در گروه درمان شناختی- رفتاری با جهت‌گیری مذهبی به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل می‌باشد.

با توجه به بالا بودن میزان اثر (۰/۶۴) در رضایت زناشویی می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی بر مبنای اصول شناختی- رفتاری با جهت‌گیری مذهبی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری رضایت زناشویی بانوان را بهبود بخشیده است. همچنین توان آماری برابر با ۱ بوده است که بیانگر حجم کافی نمونه برای نتیجه‌گیری در مورد تأیید یا عدم تأیید فرضیه‌ها می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان به یافته‌های پژوهشی بسیاری اشاره کرد، که بر اثربخشی مداخلات درمانی مختلف همراه با محتوای مذهبی در کاهش تعارضات زوجین و درمان اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب مهر تأیید زده‌اند. به‌عنوان مثال دانش (۱۳۸۳) تأثیر خودشناسی اسلامی را در درمان اختلاف‌های زناشویی و افزایش سازگاری زناشویی تأیید کرد، همچنین کال، کوتیس و الیسون (۲۰۰۲) در مطالعه خود افزایش شادمانی و رضایت زناشویی را از طریق پرداختن به امور مذهبی و انجام عبادات مورد تأیید قراردادده‌اند. تامپسون^۱ (۲۰۰۳) نیز تأثیر معنادارمانی بر سازگاری و فی‌نچام^۲ بیچ^۳ و داویلا^۴ (۲۰۰۴) اثر بخشودگی را بر حل تعارضات تعارض زوجین و بهبود روابط آنها نشان داده‌اند و خدایاری فرد (۱۳۸۱) نیز اثربخشی روش درمانی عفو با تأکید بر دیدگاه اسلامی را در اصلاح افکار، احساسات و رفتار افراد، حل مسایل،

1. Thompson
2. Fincham,
3. Beach
4. Davila

مشکلات و ناسامانی‌های درونی افراد و بهبود روابط میان فردی تأیید کرده‌است. همچنین در تأیید این فرضیه می‌توان به مطالعه فقهی و همکاران (۱۳۸۱) اشاره کرد که کارآئی قابل توجه رویکرد رفتار درمانی- شناختی با جهت‌گیری اسلامی را در درمان وسواس فکری-عملی گزارش کرده‌اند. مطالعه جانسون^۱ (۱۹۹۳) نیز اثربخشی درمان عقلانی عاطفی با یک جزء مذهبی (دعا) بر درمان افسردگی و افکار خودمختار منفی، تأیید کرده‌است. در این راستا ثنائی و همکاران (۱۳۷۹) نیز تأثیر گروه درمانی شناختی، مذهبی را در کاهش افسردگی و اضطراب و دوستدارقلی (۱۳۷۹) اثربخشی تکنیک‌های شناخت درمانی توأم با دعا و نیایش را بر کاهش اضطراب تأیید کرده‌اند. در تکمیل این یافته‌ها مرادی (۱۳۸۲) اثربخشی گروه درمانی شناختی- مذهبی بر نیمرخ روانی معلولین جسمی زن را در مرحله پس‌آزمون در کاهش وسواس اجبار و حساسیت بین فردی و در مرحله پیگیری در کاهش معنی‌دار شاخص کلی علائم مرضی، شکایات جسمانی، وسواس اجبار، حساسیت بین فردی و اضطراب تأیید کرده‌است.

با توجه به اینکه در طراحی و تدوین طرح درمان شناختی-رفتاری، مذهبی این پژوهش علاوه بر توجه به خطاهای شناختی رایج در بین زوجین، به راهبردهای رفتاری، مهارت‌ها و موانع ارتباطی از دیدگاه دینی نیز پرداخته شده می‌توان گفت این پژوهش علاوه بر اینکه مؤید تحقیقات قبلی مبنی بر اثربخشی روش‌های مذهبی در درمان می‌باشد راهکار جدیدی را برای پیشگیری و برخورد مناسب با اختلافات زناشویی ارائه می‌دهد.

با توجه به اینکه جامعه آماری در این پژوهش زنان مراجعه‌کننده با گرایش مذهبی بالا به کلینیک‌های شهر تهران بودند بنابراین، نتایج پژوهش فقط به افراد دارای گرایش مذهبی بالا قابل تعمیم می‌باشد. همچنین انجام آزمون پیگیری پس از انجام دوره درمان به منظور ارزیابی بلندمدت تأثیرات این روش درمانی و تثبیت آموزش‌های جلسات پایانی و بالاخره انجام جلسات یادآوری پس از پایان دوره درمان به منظور جلوگیری از افت اثر درمان پیشنهاد می‌شود.

منابع فارسی

- احمدی، خدابخش. فتحی آشتیانی، علی و عرب نیا، علیرضا. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین تعقیدات مذهبی و رضایت زناشویی. فصلنامه خانواده پژوهشی، ۲ (۵): ۵۵-۶۷.
- برنشتاین، فلیپ اچ و برنشتاین، مارسسی تی. (۱۳۸۴). زناشویی درمانی: از دیدگاه رفتاری - ارتباطی. ترجمه حسن پور عابدینی نائینی و غلامرضا منشی. تهران: انتشارات رشد.
- برنشتاین، فلیپ اچ و برنشتاین، مارسسی تی. (۱۳۸۲). شناخت و درمان اختلالات زناشویی. ترجمه حمیدرضا سهرابی. تهران: نشر رسا.
- پروچاسکا، جی. و نوراکراس، جی. سی. (۱۳۸۱). نظریه‌های روان درمانی. ترجمه سیدمحمدی، تهران: انتشارات رشد.
- ثنایی، محمد باقر. (۱۳۷۹). بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی مذهبی بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی مرکز پزشکی نور شهر اصفهان. مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۲ (۸ و ۷)، ۹۶-۸۹.
- حسینی غفاری، فاطمه. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب در مقایسه با درمان انگیزشی نظام دار بر میزان رضایت زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- خدایاری فرد، محمد. غباری بناب، باقر و فقیهی، علی نقی. (۱۳۸۱). روش درمانی عفو با تأکید بر دیدگاه اسلامی: بررسی موردی. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۸ (۱۹)، ۳۹-۴۸.
- خدایاری فرد، محمد. شهابی، روح الله و اکبری، سعید. (۱۳۸۶). رابطه نگرش مذهبی با رضامندی زناشویی در دانشجویان متأهل. فصلنامه خانواده پژوهی، ۳ (۱۰): ۶۱۱-۶۲۰.
- دانش، علی. (۱۳۸۳). تأثیر خودشناسی اسلامی در افزایش سازگاری زناشویی. فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۳ (۱۱)، ۶۵-۳۸.
- دوستدار قلی، مصطفی. (۱۳۷۹). بررسی اثرات درمانی تکنیک‌های شناخت درمانی توأم با دعا و نیایش بر کاهش اضطراب. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان.

- زارب، ژانت. (۱۳۸۳). *ارزیابی و شناخت رفتار درمانی نوجوانان*. ترجمه محمد خدایاری‌فرد و یاسمین عابدینی. تهران: انتشارات رشد.
- ساعد، امید و روشن، رسول. (۱۳۸۷). *مکانیزم‌های اثر معنویت بر سلامت روان*. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، ۱۳، (۴۷ و ۴۸)، ۴۲-۵۹.
- سلیمانیان، علی‌اکبر. (۱۳۷۳). *بررسی تأثیرات تفکرات غیر منطقی بر اساس رویکرد شناختی بر نارضایتی زناشویی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- عامری، فریده. نوربالا، احمد. اژه‌ای، جواد و رسول‌زاده، سید کاظم. (۱۳۸۲). *بررسی تأثیر مداخلات خانواده‌درمانی راهبردی در اختلاف‌های زناشویی*. مجله روانشناسی، ۷، (۳)، ۷۹-۶۵.
- فقیهی، علی نقی. (۱۳۸۱). *شناخت - رفتار درمانگری اختلال وسواس فکری- عملی در نوجوانان با تأکید بر دیدگاه اسلامی*. سومین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی. تهران: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- مرادی، اعظم. (۱۳۸۲). *بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی، مذهبی بر نیمرخ روانی معلولین جسمی زن شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه اصفهان.
- مهدویان. (۱۳۷۶). *بررسی تأثیر آموزش ارتباط بر رضایت زناشویی و سلامت روانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد انیستیتو روانپزشکی تهران.
- وست، ویلیامز. (۱۳۸۳). *روان‌درمانی و معنویت*. ترجمه شهریار. شهیدی و سلطانعلی، شیرافکن. تهران: انتشارات رشد.

منابع لاتین

- Cecero, J. J., Bedrosian, D. R., Fuentes, A., & Bornstein, R. F. (2006). *Religiosity and health dependency as predictors of spiritual well-being*. The International Journal for the Psychology of Religion, 16, 3, 225-238.
- Cohen, A. B. (2002). *The importance of spirituality in well-being for Jews and Christians*. Journal of Happiness Studies, 3, 287-310.
- Ellison, C.G. (1991). *Religious involvement and subjective well-being*. Journal of Mental Health and Social Coping: an introduction (2nd ed). New York: Colombia University Press.

- Emmons, R. A. (2005). *Striving for the sacred: Personal goals, life meaning, and religion*. Journal of Social Issues, 61, 4, 731-745.
- Fallot, R. D. (2001). *Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery*. *International Review of Psychiatry*, 13, 110-116.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H. and Davila, J. (2004). *Forgiveness and conflict Resolution in Marriage*. Journal of Family Psychology, 18, 1, 72-86.
- Foskett, J. Robert, E. Mathews, R. Macmin, L. Cracknell, P. and Nichols, V. (2004). *From to Practice: The first tentative steps*. Journal of Mental Health, Religion and Culture, 1, 41-58
- Garfield, S. L & Bergin, A. E. (1994). *Introduction and historical overview*, In A. E. Bergin and S. L. Garfield (Eds), *Handbook of psychology and behavior change*, (4 Th ed).New York:Wiley.
- Gordon, K.C., Baucom, H. Epstein, N, B. Burnett, C.K. & Rankin, L.A. (1999). *The interaction between marital standards and communication patterns: How does it contribute to marital adjustment?* Journal of Marital and Family Therapy. 25,2, 211-223.
- Hill, P. C & Pargament, I. (2003). *Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research: am*. Journal of Psycholog, 58,1,64-74.
- Hodge, D. R. (2005). *Developing a spiritual assessment toolbox: A discussion of the strengths and limitations of five different assessment methods*. Health and Social Work, 30, 4, 314.
- James, A & Wells, A. (2003). *Religion and mental health: Toward a cognitive_behavioral framework*. *British Journal of Health Psychology*.,8,359-376.
- Johnson, D. M., Cohen, C. L. & et al. (2005). *Problem-Solving Skills and Affective Expressions as Predictors of in Marital Satisfaction*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73,1,15- 27.
- Koenig, H. G., and Larson, D. B. (2001). *Religion and mental health: Evidence for an association*. International Review of Psychiatry, 13, 2, 67.
- Larson, D. B. Larson, S. S. (1998). *Spirituality potential relevance to physical and emotional health: a brief review of quantitative research*. Journal of Psychology & Theology, 37,1,37.
- Mahoney, A. Pargament, K. I. Jewell, T. Swank, A. B. Scotte, E. Emery, E & Rye, M. (2003). *The role of proximal distal religious constructs in marital functioning*. Journal of Family psychology, 13, 3, 321-338.
- McCauley, J., Jenckes, M. W., Tarpley, M. J., Koenig, H. G., Yanek, L. R., & Becker, D. M. (2005). *Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners*. Journal of Religion and Health, 44, 2, 137-146.
- Miller, G. (2003). *Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). *Spirituality, religion, and health: An emerging research field*. *American Psychologist*, 58, 1, 24-35.

- Moore, T. Kloos, B. and Rasmussen, R. (2001). *Complementary inquiry and collaborative interventions of spirituality, religion, and psychology*. Journal of community psychology, 29, 5, 487-495.
- Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2005). *Spirituality*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 646-659). New York: Oxford University Press.
- Park, C., Cohen, L.H., and Herb, L. (1990). *Intrinsic religious coping as life stress moderators for catholics versus protestants*. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 3, 562-574.
- Pedersen, P. (1996). *The importance of both similarities and difference in multicultural counseling: reaction to C.H. Patterson*. Journal of Counseling and Development, 74, 1, 236-7.
- Propest, L. R. Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T. and Mashburn, D. (1992). *Comparative efficacy of religious and non-religious cognitive behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individual*. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 60, 94-103.
- Randall, A. K. and Bodenmann, G. (2009). *The role of stress on close relationships and marital satisfaction*: Clinical Psychology Review 29, 2, 105-115.
- Reichardt, P. S. & Bergin, A. E. (1997). *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy* (2nd ed.). Washington, D. C: American Psychological Association.
- Robert M. Carriger, R. M. and Permanente, K. (2009). *The Cognitive-Behavioral Relationship Record*. Journal of Psychotherapy Integration. 19, 3, 246-268.
- Schwartz, R. C. (2000). *Does Couple And Family Have Emotional quality of life*. *Social Science & Medicine* 62, 1486-1497. *Intelligence*. International Journal Of Family Therapy, 19, 44-53.
- Shadish, W. and Baldwin, S. (2003). *Meta-analysis of MFT interventions*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570.
- Shafranske, E. P., & Sperry, L. (2005). *Addressing the spiritual dimension in psychotherapy: Introduction and overview*. In L. Sperry & E. P. Shafranske (Eds.), *Spiritually oriented Psychotherapy* (pp. 11-29). Washington, DC: American Psychological Association.
- Simpson, D. B., Newman, J. L., & Fuqua, D. R. (2007). *Spirituality and personality: Accumulating evidence*. Journal of Psychology and Christianity, 26, 1, 33.
- Sybold, K. S. Hill, P. C. (2001). *The role of religion and spirituality mental and physical health: current directions in psychological science*, 10, 1, 21-24.
- Thompson, I. (2003). *Mental health and spiritual care*. Proquest Nursing Journals, 17, 9, 33-38.
- Weaks, G. R. and Treat, S. R. (2001). *Couples in treatment techniques and approaches for effective practice*. New York: Brunner- Rutledge.

Wojtyna, E., Życińska, J. and Stawiarska, P. (2007). *The influence of cognitive-behaviour therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer*. Reports of Practical Oncology & Radiotherapy ,21, 2,109-117.

