

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای

آموزه‌های اسلامی و بدون آن بر افزایش گفتگوی مؤثر زوجین

رحمان مهدی نژاد قوشچی^۱

اسماعیل اسدپور^۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۳۱

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۱۰/۱۷

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو روش زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی و بدون آن بر افزایش میزان گفتگوی مؤثر زوجین انجام شده است. روش تحقیق نیمه آزمایشی بود که از طرح آزمایشی آمیخته ۳×۳ استفاده شده است. جامعه آماری شامل زوج‌هایی بود که به دلیل مشکلات ارتباطی به مرکز روانشناسی و مشاوره آرامش ارومیه در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۲۴ زوج بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب، و در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه محقق ساخته «مقیاس ارزیابی میزان گفتگوی مؤثر زن و شوهر» بود. گروه‌های آزمایش در ده جلسه زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک و زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی شرکت کردند. به منظور بررسی سؤالهای تحقیق از آزمون آماری تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در میزان گفتگوی مؤثر تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). در جمع‌بندی یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که مداخله‌ها و فنون رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی در افزایش مؤلفه‌های بیان نیازها و همدلی گفتگوی مؤثر از رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک معنادارتر است. **کلیدواژه‌ها:** زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک، زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی، گفتگوی مؤثر زوجین.

۱ - نویسنده مسئول: دانش آموخته دکترای مشاوره و عضو هیأت علمی دانشگاه غیر انتفاعی آفاق، ارومیه

rmehdinezhad@gmail.com

dr.iasadpour@yahoo.com

۲ - استادیار گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی

مقدمه

مطالعات و تجربه بالینی نشان می‌دهد که در جامعه معاصر، زوجین هنگام برقراری و حفظ روابط صمیمانه مشکلات شدید و فراگیری دارند و ایجاد و حفظ روابط صمیمانه در جریان ازدواج نیازمند مهارت‌های ارتباطی است (باگاروزی^۱، ۲۰۰۱ و کارن آر وستروپ^۲، ۲۰۰۲). مهارت‌های ارتباطی با تقویت ابراز حمایت‌های اجتماعی و عاطفی مانند دلداری دادن، تشویق، اطمینان آفرینی، مراقبت و کمک در تأمین نیازهای همسر، می‌تواند در افزایش رضایت زناشویی تأثیرگذار باشد و پرهیز از آن موجب شکست در زندگی زناشویی خواهد شد (کوئرر، ۲۰۰۶؛ به نقل از داستان، رجبی، خوش کنش، خجسته مهر، ۱۳۸۹).

مهارت‌های ارتباطی مؤثر دارای عناصر کلامی و غیر کلامی است که همدیگر را تقویت می‌کند و در این بین عناصر کلامی و گفتگوی مؤثر^۳ از جایگاه مهمی در ارتباط زناشویی برخوردار است؛ زیرا زوجین از طریق گفتگو راحت‌تر، بهتر و بیشتر می‌توانند پیام و احساسشان را به همدیگر انتقال دهند و به هم نزدیکتر شوند و پیوند و وحدتشان را عمیقتر سازند (دانکزاک^۴، ۲۰۱۱).

گفتگوی مؤثر، قلب روابط صمیمی و پایه‌ای است که دیگر جنبه‌های روابط زوجین بر آن نهاده می‌شود و با برنامه‌ریزی آنان برای زمان و مکان گفتگو، بیان موضوع و هدف آغاز می‌شود. زوجین هنگام گفتگو با استفاده از مهارت‌های کلامی و غیر کلامی و با گفتگوی آگاهانه مبتنی بر گوش دادن فعال، انعکاس و ارزش دادن و همدلی کردن می‌توانند تفکر و احساس همدیگر را بشناسند. این نوع گفتگو سبب ارضای نیازهای عاطفی، روانی و رضایت زوجین از زندگی می‌شود و بر سلامت روانی آنان مؤثر است (هندریکس^۵، ۲۰۱۳؛ فینچام و بیچ^۶، ۲۰۱۰؛ ونجلیستی^۷، ۲۰۰۳). بیشتر پژوهشها مؤید این است که نبود گفتگوی مؤثر بین زوجین می‌تواند باعث سطح بالاتری از تعارض زناشویی شود و خطر پیشروی مشکلات زناشویی را افزایش دهد (فینچام و همکاران، ۲۰۱۰). ریشه بیشتر مشکلات زناشویی و سوء تفاهم، تنش، سردی روابط به نبود گفتگوی مؤثر زوجین برمی‌گردد (گاتمن و نوتاریوس^۸، ۲۰۰۲؛ سائونیا و رید دیوید^۹، ۲۰۰۸) و می‌تواند از علل

-
- 1 - Bagarozzi
 - 2 - Karen. R. Westerop
 - 3 - Effective dialogue
 - 4 - Danczak
 - 5 - Hendrix, Harvile, Hunt, Helen
 - 6 - Fincham & Beach
 - 7 - Vangelisti
 - 8 - Gottma, & Notarius
 - 9 - Saunia & Reid David

قوی طلاق در سالهای اول ازدواج باشد (ویشمن و کورتانگ، ۲۰۰۳؛ به نقل از غلامزاده، عطاری و شفیع آبادی، ۱۳۸۸)؛ لذا زوج درمانگران همواره درصدد ارائه راهکار پیشگیری و درمان این ناسازگاریها بوده‌اند. کاراهان^۱ (۲۰۰۹) در تحقیق خود برنامه آموزش ارتباط زوجین را در کاهش منازعات زناشویی مؤثر دانست. براک و جوانینگ^۲ (۱۹۸۳) در تحقیق خود نتیجه گرفتند که غنی‌سازی روابط در بهبود تعامل و رضایت زوجین مؤثر است. هم‌چنین اتکینز و همکاران^۳ (۲۰۰۵) نشان دادند که آموزش مهارت‌های رفتاری با تأکید بر سازه‌های شناختی و عاطفی، باعث بهبود ارتباط زوجین می‌شود.

نبود گفتگوی مؤثر بین زن و شوهر می‌تواند به افسردگی زن و شوهر منجر شود. کم بودن یا نبود گفتگوی مؤثر و نبود پیام‌های مثبت روزمره در گفتگوهای زن و شوهر، می‌تواند نارضایتی زناشویی و طلاق را در سال اول ازدواج پیش‌بینی کند (کاراهان^۴، ۲۰۰۹؛ ویشمن و کورتانگ^۵، ۲۰۰۳). روابط مؤثر مبتنی بر گفتگوی مؤثر، عامل اساسی است که رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد (کلی و برگن^۶، ۱۹۹۱؛ رایبسون و بلانتون^۷، ۱۹۹۳). پژوهشگران معتقدند که کمبود در برقراری ارتباط به آشفتگی رابطه و زندگی زناشویی منجر می‌شود (هالفورد کیم، ۲۰۰۱ ترجمه تبریزی، کاردان و جعفری، ۱۳۸۷). گفتگوی مؤثر، کیفیت روابط صمیمانه زن و شوهر را تعیین می‌کند و در صورت نبود آن، سلامت روانشناختی و جسمانی زن و شوهرها با خطر روبه‌رو می‌شود. نبود گفتگوی مؤثر و کیفیت ضعیف ارتباط، اضطراب عملکردی را در زن و شوهر افزایش می‌دهد و عملکرد شغلی آنان را با مخاطره روبه‌رو می‌سازد (فینچام و بیچ، ۲۰۱۰).

این رویکردهای روانی - آموزشی برای پربار ساختن رابطه زناشویی پدیدار می‌گردد و بیشتر جنبه پیشگیری دارد؛ لذا ضرورت دارد به دنبال رویکردی کوتاه‌مدت و کارآمد آموزشی - درمانی بود تا به زوجین در ایجاد و حفظ گفتگوی مؤثر کمک کند.

در سالهای اخیر، پارادایم حرکت به سمت یکپارچه‌سازی، بخش مهمی از کار زوج درمانگران بوده و جنبش وسیعی در جهت تلفیق رویکردهای زوج‌درمانی شکل گرفته است (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹ ترجمه اسمعیلی، ۱۳۹۲؛ ویلسون، ۱۹۹۹ به نقل از شریفی‌نیا). اگر

1 - Karahan
2 - Brock, Joanning
3 - Atkins, Doss, Thum, Sevier & Christensen
4 - Karahan
5 - Wishman & Courtng
6 - Kelley & Burgoon
7 - Robinson & Blanton

تمام رویکردهای روان‌درمانی ادعای موفقیت می‌کنند، شاید آن‌گونه که به نظر می‌رسد، چندان با هم اختلاف نداشته باشند. آنها ویژگیهای مشترکی دارند که «عناصر درمان‌بخش» است؛ یعنی همان عواملی که مسبب موفقیت درمانی است. این عوامل مشترک، هم از لحاظ ساخت و هم از نظر ویژگی، متعدد و گوناگون است (پروچاسکا و نورکراس ۲۰۰۱ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۱). رویکرد عوامل مشترک درمان، که مبنای پژوهشی قدرتمندی دارد، وارد حوزه زوج‌درمانی شده است و متغیرهای آسان‌کننده آن در تعامل با مداخلات درمانی می‌تواند در پیشگیری و درمان مشکلات زناشویی مؤثر واقع شود. در این پژوهش رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک از رویکردهای یکپارچه نگر مدنظر قرار گرفته است. این رویکرد، عناصر اصلی و مشترک درمانهای گوناگون را مشخص می‌کند و هدف نهایی آن ایجاد کوتاهترین و مؤثرترین درمانها بر اساس این ویژگیهای مشترک است. این ویژگیها در توجیه نتیجه درمان از عوامل منحصر به فرد و متمایزکننده درمانها به شمار می‌رود (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹ ترجمه اسمعیلی، ۱۳۹۲).

درمانگر و زوجین، ارتباط درمانی و انگیزه آنان از مهمترین عوامل آسان‌کننده درمان است. مراجعان در این رویکرد در جایگاهی هستند که فعالانه تمام توصیه‌های درمانی را برای دستیابی به اهدافشان به کار می‌گیرند. طی مطالعه‌ای در زمینه زوج‌درمانی مشخص شد که ۴۵ درصد از تغییرات مراجعان، قابل انتساب به مهارتهای ارتباطی درمانگر است. بلو و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهش خود دریافتند که کارآمدی و صمیمیت درمانگر پیوسته با نتایج مطلوب در زوج‌درمانی همراه بوده است. مراجعان در رویکرد عوامل مشترک در جایگاهی هستند که فعالانه تمام توصیه‌های درمانی را برای دستیابی به اهدافشان به کار می‌گیرند (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹ ترجمه اسمعیلی، ۱۳۹۲). نتایج فرا تحلیل روان‌درمانیها به وسیله لوپورسکی نشان داد که علت بیشترین نوسان در نتیجه درمان، عامل انگیزه تغییر و اتحاد درمانی بوده است (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹ ترجمه اسمعیلی، ۱۳۹۲؛ لیبو جی، ۲۰۱۴). لمبرت و برگین معتقدند که عوامل مشترک درمانی شامل عوامل حمایتی مثل اعتماد مراجع به درمانگر، عوامل یادگیری مثل ایجاد تغییر در عقاید زوجین و عوامل کنشی مانند ایجاد تغییر رفتار است (ای.جری فیرس و تیموتی جی. ترال، ۲۰۰۲ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۲).

اسپرینکل و همکاران (۲۰۰۹، ترجمه اسمعیلی، ۱۳۹۲) در زوج‌درمانی چهار عامل مشترک را مطرح کرده‌اند. آنها معتقدند بدون مفهوم‌سازی مشترک مشکل بین درمانگر و زوجین و اتحاد

درمانی، متوقف سازی الگوهای ارتباطی ناکارآمد و نتیجه گیری مشترک و تمرین مهارت‌های کسب شده، درمانی وجود نخواهد داشت.

متغیرهای آسان‌کننده با مراحل سه‌گانه رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک در اثربخش بودن درمان تعامل دارد. در مرحله اول زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک بر مفهوم‌سازی مشکلات، افزایش خودآگاهی، شناخت وضعیت موجود تأکید می‌شود و در مرحله دوم اجرای مداخلات درمانی و متوقف‌سازی الگوهای ارتباطی ناکارآمد و در مرحله سوم نتیجه‌گیری مشترک و پیگیری درمان مطرح است. اسپرینکل و همکاران بر مبنای تحقیقات خود، مفهوم‌سازی مشترک درمانگر و زوجین در مورد مشکل، متوقف‌سازی چرخه‌های ارتباطی ناکارآمد، ایجاد سامانه درمانی رهنمودی و اتحاد درمانی را از عوامل مشترک درمان می‌دانند (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹ ترجمه اسمعیلی، ۱۳۹۲).

بر اساس مطالعات و پژوهش‌های مختلف، کارایی رویکرد عوامل مشترک روان‌درمانی مورد تأیید بوده است. به نظر محقق ارتباط تنگاتنگی بین متغیرهای آسان‌کننده با شاخص‌های گفتگوی مؤثر زوجین وجود دارد؛ چرا که درمانگر و مهارت‌های کلامی و غیر کلامی او در ایجاد اتحاد درمانی مؤثر است و شاخص‌های گفتگوی مؤثر در ارتباط درمانی متبلور می‌شود و انگیزه و امیدواری زوجین و درمانگر به تمرین بیشتر گفتگوی مؤثر می‌انجامد. از سوی دیگر یکی از اهداف رویکرد عوامل مشترک، متوقف‌سازی الگوهای ارتباطی ناکارآمد و شروع گفتگویی آگاهانه بین زوجین است؛ بنابراین در این پژوهش از زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان برای افزایش میزان گفتگوی مؤثر زن و شوهر استفاده شده است. رویکرد عوامل مشترک درمان فرهنگ محور است و با توجه به اینکه مراجعان در بافتهای فرهنگی مختلف زندگی می‌کنند، وجود تشابه بین فرهنگ مشاور و مراجع را برای ایجاد رابطه درمانی مهم می‌داند.

در رویکرد عوامل مشترک اعتقاد بر این است که درمانها باید فرهنگ محور باشد. این رویکرد وجود تشابه بین فرهنگ مشاور و مراجع را برای ایجاد رابطه درمانی مهم می‌داند. مراجعان در بافتهای فرهنگی مختلف زندگی می‌کنند و توجه مشاور به فرهنگ خاص مراجع، عامل مهم و حیاتی در جهت تقویت اتحاد درمانی است (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹ ترجمه اسمعیلی، ۱۳۹۲). با توجه به اینکه اکثریت جامعه ایران به دین اسلام معتقد هستند و در زندگی خود از فرهنگ اسلامی پیروی می‌کنند، می‌توان زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک را با محتوای آموزه‌های اسلامی تلفیق کرد تا اثربخشی بیشتری داشته باشد. این آموزه‌ها در ابعاد مختلف می‌تواند در

شخصیت مشاور و کیفیت رابطه درمانی و ایجاد و افزایش انگیزه زوجین و چگونگی ارتباط و مسئولیتهای متقابل آنها، تأثیر فراوانی داشته باشد (سالاری فر، ۱۳۸۷).

تمامی ادیان الهی در زمینه زندگی زناشویی آموزه‌هایی دارند. به نظر ماهونی^۱ (۲۰۰۵) دین و معنویت پیامدهای مثبت مهمی در روابط زندگی، سطوح پایین تعارضات زناشویی، حمایت معنوی بیشتر داشته است. کیم و همکاران^۲ (۲۰۰۴) دین را بهترین عامل ثبات و پایداری در زندگی زناشویی می‌دانند؛ زیرا عمل به باورهای دینی، موجب افزایش مشارکت کلامی و شادکامی و کاهش پرخاشگری کلامی می‌شود. اثرگذاری دین بر روابط زوجین به ماهیت دین بر می‌گردد؛ زیرا دین نیروی روانشناختی مؤثری بر زندگی انسان و سامانه اعتقادی سازمان‌یافته‌ای است که شامل ارزشهای اخلاقی و معنوی، آیین‌ها، اعتقاد به خداوند، کتابها و آموزه‌های آسمانی می‌شود. دین، دستورها و استانداردهایی برای زندگی خانوادگی فراهم می‌کند و با خلق وابستگی گروهی در زمانهای بحرانی، اجتماع ایمانی را بخوبی حمایت، و با برپایی مناسک و مراسم معنادار به تقویت ارتباطات بین شخصی کمک، و روابط میان فردی آنها را اصلاح می‌کند (والش^۳، ۲۰۰۹). به نظر سالاری فر (۱۳۸۷) آموزه‌های اسلامی در ابعاد مختلف می‌تواند در شخصیت مشاور و کیفیت رابطه درمانی، ایجاد و افزایش انگیزه زن و شوهر و تحکیم پایه‌های خانواده مؤثر باشد.

در راستای ضرورت توجه به آموزه‌های دینی و اسلامی در زوج‌درمانی و اصلاح روابط تنیده زوجین تلاشهای زیادی انجام شده است. دانش (۱۳۸۹) به استناد آیات قرآن و احادیث، زوج‌درمانی اسلامی^۴ را سازمان داده است که به‌عنوان نظریه شخصیت، تصویری از ساختار روان‌شناختی انسانها ارائه می‌کند و روشی نظام‌دار برای رشد و تغییرات شخصی و تصحیح ارتباطات بین فردی به دست می‌دهد و دارای این سه مرحله است: ۱ - آماده‌سازی زوجین برای شناخت حالتهای نفس ۲ - اکتساب و تمرین مهارتهای ایمانی برای رسیدن به نفس مطمئنه و خودسازی ۳ - پیگیری مستمر مهارتهای فراگرفته شده. این مراحل سه‌گانه با مراحل زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان همخوانی دارد. بنابراین می‌توان دریافت که بیشتر رویکردهای زوج‌درمانی بر حل مشکلات ارتباطی و گفتگوی مؤثر زوجین تأکید می‌کند. با توجه به گرایش کلی به یکپارچه‌سازی رویکردهای زوج‌درمانی، این پژوهش به دنبال جوابگویی به این سؤال است

1 - Mahoney

2 - Kim et al

3 - Walsh

4 - Islamic Couple Therapy (ICT)

که: «اثر زوج درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان با محتوای اسلامی در مقایسه با زوج درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان بر میزان گفتگوی مؤثر زن و شوهر چگونه است؟»

روش

پژوهش از نوع نیمه آزمایشی «پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل» در قالب یک طرح تحقیقی آمیخته ۳×۳ است. متغیر مستقل از سه سطح (متغیر بین گروهی) تشکیل شده است. این سطوح متشکل از گروه‌های آزمایشی با دو رویکرد زوج درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان و زوج درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان با محتوای آموزه‌های اسلامی و گروه کنترل است. از هر دو گروه سه بار مشاهده به عمل آمده (متغیر درون گروهی) که عبارت است از: پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری. جامعه آماری را تمام زوجین دارای مشکلات ارتباطی مراجعه کننده به مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره آرامش ارومیه وابسته به معاونت اجتماعی ناجا تشکیل می‌دهد. داشتن علاقه و تعهد برای حضور فعال و منظم در جلسات درمانی، نداشتن اختلالات شدید روانی و خلقی و نداشتن اعتیاد از شرایط جامعه آماری بوده است. برای نمونه گیری از روش در دسترس و تصادفی استفاده شده است به این ترتیب که پس از ثبت نام متقاضیان از طریق مصاحبه مقدماتی ۷۸ زوج واجد شرایط انتخاب شدند که از بین آنان ۲۴ زوج به روش تصادفی منظم انتخاب، و با روش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. اعضای هر سه گروه در مرحله پیش آزمون پرسشنامه «مقیاس ارزیابی توانمندی گفتگوی مؤثر زوجین» را تکمیل کردند؛ سپس دو گروه آزمایش در ده جلسه ۱/۵ ساعته (به صورت زوجی) شرکت، و فنون و روشهای زوج درمانی مبتنی بر عوامل مشترک و زوج درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی را به صورت گام به گام دریافت کردند. بعد از پایان درمان، اعضای هر سه گروه در مرحله پس آزمون، پرسشنامه را دوباره تکمیل کردند. در این پژوهش برای پیگیری پایداری اثربخشی جلسات درمانی، دو گروه بعد از گذشت دو ماه دوباره مورد آزمون قرار گرفتند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته «مقیاس ارزیابی توانمندی گفتگوی مؤثر زوجین» بود. این پرسشنامه شامل ۴۳ سؤال و دارای سه مقیاس کلی و ده خرده مقیاس است که با استفاده از روش مطالعه کیفی و مصاحبه عمیق با زوجین با کارکرد سالم طراحی شده است. اولین مقیاس کلی، مهارتهای کلامی در گفتگوی مؤثر با خرده مقیاسهای ادبیات کلامی، بیان احساسات و بیان نیازها است. دومین مقیاس کلی، مهارتهای غیر کلامی در گفتگوی مؤثر با خرده مقیاسهای

ارتباط غیر کلامی هماهنگ و ناهماهنگ با مهارتهای کلامی، و سومین مقیاس کلی، فرایند گفتگوی مؤثر با خرده مقیاسهای مهارت گوش دادن، مهارت انعکاس دادن، مهارت تأیید کردن و مهارت همدلی است. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۷۲ و حداقل نمره ۴۳ است. برای تعیین پایایی یا همسانی درونی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده که ضریب اعتبار آن از طریق محاسبه ضریب آلفا ۰/۹۸ گزارش شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شد.

جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک دارای سه مرحله است که در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹ ترجمه اسمعیلی، ۱۳۹۲)

<p>(جلسات اول تا سوم): برقراری و تداوم ارتباط درمانی با زوجین، مفهوم‌سازی مشترک زوجین و درمانگر از مشکل، مشخص کردن دقیق اهداف و تحکیم اتحاد درمانی، بررسی نقش آموزه‌های اسلامی در گفتگوی زوجین، ایجاد انگیزه و القای امید به رحمت الهی و ذکر آیات و احادیثی در زمینه نکوهش ناامیدی، تقویت انگیزه با شنیدن داستان زندگی مراجعان، تعیین معیار مشترک به‌منظور حل مشکلات زندگی (خدا و دین، زندگی ائمه، عرف و جامعه و فرهنگ، عقل، احساس)، مفهوم‌سازی مشترک نقش علیتهای دایره‌ای و حالتهای نفس (آماره، مطمئنه، لوامه) در تفکرات، عواطف و رفتارهای زوجین در گذشته، ایجاد بینش در زمینه تأثیر ناکامیهای زندگی گذشته در روابط فعلی، ترغیب خود افشایی عمیق در خلوت خود با خدا یا با همسر، بررسی موانع گفتگوی مؤثر در زمان حال مانند علیتهای دایره‌ای، ارزیابی درمانگر از عملکردش در جلسه و ارزیابی زوجین از جلسه و محیط درمان</p>
<p>جلسات چهارم تا هشتم: تداوم اتحاد درمانی با بررسی تکالیف درمانی و تقویت تغییرات انجام‌شده، تحکیم امید و انگیزه نسبت به بهبودی گفتگوی زوجین با ارائه راهکارهای رفتاری قرآن، تقویت آگاهی از نقش زیانبار تفکرات، احساسات و رفتارهای کلامی و غیر کلامی منفی (نفس اماره) در ارتباط با یکدیگر، چهارچوبدهی دوباره شناختی برای دیدن هیجانات ملایمتر پشت رفتارهای همدیگر و اندیشیدن قبل از عمل و کاستن از سرعت فرایند چرخه تعاملی، ایجاد چرخه تعاملی مثبت با ایجاد رفتارهای کلامی و غیر کلامی اسلامی و سالم و تمرین نقشها، آشنایی و تمرین روش گفتگوی آگاهانه مبتنی بر گوش دادن فعال و صبر و شکیبایی در گوش دادن، انعکاس دادن، تمرین اعتبار و ارزش دادن به سخنان همسر با توجه به آموزه‌های اسلامی و همدلی کردن، ایجاد چرخه تعاملی مثبت با تغییر رفتار هیجانی و آموزش مهارت کنترل خشم با توجه به آموزه‌های اسلامی، ارزیابی میزان اتحاد درمانی هر دو زوج با زوج درمانگر و با همدیگر و تکالیف درمانی، تکمیل فرم خود تحلیلی منطقی</p>
<p>مرحله سوم (جلسات نهم تا دهم): تداوم اتحاد درمانی با تقویت انگیزه و امید زوجین، بررسی تکالیف درمانی و تقویت تغییرات انجام‌شده، ایجاد خودآگاهی نسبت به موضوعات قبلی گفتگو، پیشنهاد محتوا و موضوعات گفتگو از سوی درمانگر و تمرین گفتگو بر اساس آموزه‌های جلسات قبلی، بررسی نقش آمادگی قبلی زوجین و انتخاب زمان و مکان مناسب در گفتگوی مؤثر از نظر اسلام به همراه زوجین، طراحی و اجرای برنامه افزایش تدریجی میزان گفتگو بین زوجین، افزایش فعالیتهاى پاداش‌دهنده، تقویت نقاط قوت و تقویت دستاوردهای مراحل قبلی، ملایم سازی رفتار و باز کردن فضای گفتگو برای همدیگر، تمرین مستمر مهارتها با مشارطه، محاسبه، معاتبه، معاقبه یا عقوبت از نظر رفتاردرمانی اسلامی، توصیه به شرکت در جلسات معنوی، موعظه دینی و تمرین ذکرهای الهی، دعا، افزایش احساس حضور و برقراری ارتباط نزدیک با انسانهای صالح و الگوهای معنوی، اجرای مقیاس ارزیابی جلسات درمانی و مقیاس ارزیابی زوجین از محیط درمانی و وضعیت آن</p>

یافته‌ها

در جدول ۲ شاخصهای توصیفی متغیرهای پژوهش، شامل میانگین و انحراف استاندارد برای گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. هم‌چنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای بررسی عادی بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

جدول ۲: شاخصهای توصیفی متغیرهای پژوهش برای گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره Z K-S	سطح معنی‌داری
ادبیات کلامی	پیش‌آزمون	عوامل مشترک	۱۸/۴۴	۱/۵۹	۱/۰۹	۰/۱۷
		آموزه‌های اسلامی	۱۷/۲۵	۱/۸۱	۰/۷۷	۰/۵۹
		کنترل	۱۷/۱۹	۱/۸۰	۰/۶۹	۰/۷۱
	پس‌آزمون	عوامل مشترک	۲۰/۸۸	۱/۶۷	۰/۷۵	۰/۶۲
		آموزه‌های اسلامی	۲۱/۹۴	۱/۸۴	۰/۸۷	۰/۴۳
		کنترل	۱۷/۴۴	۱/۸۲	۰/۷۶	۰/۶۰
پیگیری	عوامل مشترک	۲۰/۵۰	۱/۴۱	۰/۶۹	۰/۷۱	
	آموزه‌های اسلامی	۲۱/۲۵	۱/۵۳	۰/۶۷	۰/۷۵	
	کنترل	۱۷/۳۱	۱/۶۶	۰/۸۹	۰/۴۰	
بیان احساسات	پیش‌آزمون	عوامل مشترک	۱۹/۹۴	۵/۲۲	۰/۵۰	۰/۹۵
		آموزه‌های اسلامی	۱۸/۹۴	۴/۷۴	۰/۴۶	۰/۹۳
		کنترل	۱۸/۸۱	۳/۳۹	۰/۶۶	۰/۷۷
	پس‌آزمون	عوامل مشترک	۲۸/۹۴	۲/۵۲	۰/۶۵	۰/۷۸
		آموزه‌های اسلامی	۲۸	۳/۱۸	۰/۸۳	۰/۴۹
		کنترل	۱۹	۳/۴۸	۰/۵۴	۰/۹۲
پیگیری	عوامل مشترک	۲۸/۳۱	۲/۱۸	۰/۶۲	۰/۸۳	
	آموزه‌های اسلامی	۲۷/۳۱	۳	۱/۱۱	۰/۱۶	
	کنترل	۱۸/۲۵	۲/۵۷	۰/۸۴	۰/۴۷	
بیان نیازها	پیش‌آزمون	عوامل مشترک	۱۱/۹۴	۲/۴۳	۰/۸۹	۰/۳۹
		آموزه‌های اسلامی	۱۲/۴۴	۲/۵۰	۰/۷۷	۰/۵۸
		کنترل	۱۲/۸۱	۱/۵۶	۰/۸۰	۰/۵۳
	پس‌آزمون	عوامل مشترک	۱۶/۹۴	۲/۴۳	۰/۶۷	۰/۷۵
		آموزه‌های اسلامی	۱۹/۲۵	۰/۸۶	۱/۲۳	۰/۰۹
		کنترل	۱۲/۹۴	۱/۶۱	۰/۷۶	۰/۵۹

ادامه جدول ۲: شاخصهای توصیفی متغیرهای پژوهش برای گروههای آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره Z K-S	سطح معنی داری
بیان نیازها	پیگیری	عوامل مشترک	۱۶/۸۸	۲/۳۶	۰/۷۳	۰/۶۵
		آموزه‌های اسلامی	۱۸/۷۵	۰/۷۷	۱/۰۸	۰/۱۹
		کنترل	۱۲/۸۱	۱/۵۶	۰/۸۰	۰/۵۳
ارتباط غیر کلامی هماهنگ با مهارتهای کلامی	پیش آزمون	عوامل مشترک	۱۱/۳۸	۱/۲۰	۱/۲۹	۰/۰۷
		آموزه‌های اسلامی	۱۱/۶۳	۱/۲۶	۱/۰۳	۰/۲۳
		کنترل	۱۰/۴۴	۱/۱۵	۱/۰۹	۰/۱۸
	پس آزمون	عوامل مشترک	۱۵/۰۶	۱	۱/۰۵	۰/۲۱
		آموزه‌های اسلامی	۱۵/۴۴	۰/۸۱	۱/۰۲	۰/۲۴
		کنترل	۱۰/۵۰	۱/۱۵	۱/۰۸	۰/۱۹
پیگیری	عوامل مشترک	۱۴/۵۶	۰/۸۱	۱/۰۲	۰/۲۴	
	آموزه‌های اسلامی	۱۴/۹۴	۰/۸۵	۱/۱۱	۰/۱۶	
	کنترل	۱۰/۳۱	۰/۹۵	۱/۲۶	۰/۰۸	
ارتباط غیر کلامی ناهماهنگ با مهارتهای کلامی	پیش آزمون	عوامل مشترک	۸/۴۴	۱/۰۳	۱/۱۵	۰/۱۳
		آموزه‌های اسلامی	۹/۰۶	۱/۳۹	۰/۷۵	۰/۶۲
		کنترل	۱۰	۰/۵۲	۱/۰۵	۰/۲۱
	پس آزمون	عوامل مشترک	۱۱/۵۰	۰/۸۹	۱/۰۴	۰/۲۳
		آموزه‌های اسلامی	۱۱/۵۶	۰/۷۳	۱/۰۵	۰/۲۱
		کنترل	۱۰/۰۶	۰/۶۸	۱/۱۴	۰/۱۴
پیگیری	عوامل مشترک	۱۱/۲۵	۰/۹۳	۱/۰۹	۰/۱۰	
	آموزه‌های اسلامی	۱۱/۰۶	۰/۸۵	۰/۹۵	۰/۳۲	
	کنترل	۹/۸۱	۰/۵۴	۱/۰۳	۰/۲۴	
مهارت گوش دادن	پیش آزمون	عوامل مشترک	۱۱	۲/۶۱	۰/۷۵	۰/۶۲
		آموزه‌های اسلامی	۱۱/۹۴	۲/۸۹	۰/۵۷	۰/۸۹
		کنترل	۱۳/۷۵	۱/۲۴	۰/۹۱	۰/۳۷
	پس آزمون	عوامل مشترک	۱۶/۶۳	۴/۲۲	۱/۱۵	۰/۱۴
		آموزه‌های اسلامی	۱۸/۳۸	۱/۲۰	۰/۷۴	۰/۶۳
		کنترل	۱۳/۷۵	۱/۳۴	۰/۸۴	۰/۴۶
	پیگیری	عوامل مشترک	۱۶/۶۳	۴/۲۲	۱/۱۵	۰/۱۴
		آموزه‌های اسلامی	۱۸/۳۸	۱/۲۰	۰/۷۴	۰/۶۳
		کنترل	۱۲/۶۹	۰/۷۹	۱/۲۲	۰/۰۹

ادامه جدول ۲: شاخصهای توصیفی متغیرهای پژوهش برای گروههای آزمایش و کنترل در سه مرحله

پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره Z K-S	سطح معنی داری	
مهارت انعکاس دادن	پیش آزمون	عوامل مشترک	۱۲/۲۵	۱/۷۷	۱/۱۰	۰/۱۷	
		آموزه‌های اسلامی	۱۲/۸۱	۱/۷۶	۱/۰۳	۰/۲۳	
		کنترل	۱۴/۲۵	۱/۲۹	۰/۶۹	۰/۷۲	
	پس آزمون	عوامل مشترک	۱۷/۷۵	۰/۹۳	۱/۰۸	۰/۱۹	
		آموزه‌های اسلامی	۱۸/۳۸	۰/۸۹	۱/۰۴	۰/۲۳	
		کنترل	۱۴/۲۵	۱/۲۹	۰/۶۹	۰/۷۲	
پیگیری	عوامل مشترک	۱۷/۳۸	۰/۷۲	۱/۲۹	۰/۰۶		
	آموزه‌های اسلامی	۱۷/۷۵	۰/۵۸	۱/۰۲	۰/۲۴		
	کنترل	۱۳/۵۶	۱/۱۵	۰/۷۴	۰/۶۲		
مهارت تأیید کردن	پیش آزمون	عوامل مشترک	۱۲/۰۶	۱/۴۸	۱/۱۸	۰/۱۲	
		آموزه‌های اسلامی	۱۲/۳۸	۱/۵۹	۰/۶۳	۰/۸۰	
		کنترل	۱۳/۱۹	۱/۲۸	۱/۲۹	۰/۰۷	
	پس آزمون	عوامل مشترک	۱۴/۷۵	۲/۴۱	۱/۳۳	۰/۰۶	
		آموزه‌های اسلامی	۱۴/۸۱	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۳۴	
		کنترل	۱۳/۱۳	۱/۳۶	۱/۱۸	۰/۱۲	
	پیگیری	عوامل مشترک	۱۴/۴۴	۱/۵۵	۰/۹۴	۰/۳۳	
		آموزه‌های اسلامی	۱۴/۲۵	۰/۹۳	۱/۱۷	۰/۱۲	
		کنترل	۱۲/۶۹	۱/۱۴	۰/۹۰	۰/۳۸	
	مهارت همدلی	پیش آزمون	عوامل مشترک	۹/۳۱	۱/۱۴	۰/۹۱	۰/۳۸
			آموزه‌های اسلامی	۹/۲۵	۲/۸۲	۱/۱۴	۰/۱۴
			کنترل	۸/۵۰	۱/۰۳	۱/۲۴	۰/۰۹
پس آزمون		عوامل مشترک	۱۰/۶۳	۰/۹۶	۰/۸۵	۰/۴۵	
		آموزه‌های اسلامی	۱۱/۵۰	۰/۷۳	۱/۰۱	۰/۲۵	
		کنترل	۸/۶۳	۱/۰۲	۰/۹۱	۰/۳۷	
پیگیری		عوامل مشترک	۱۰/۱۹	۰/۶۶	۱/۲۰	۰/۱۱	
		آموزه‌های اسلامی	۱۱/۱۳	۰/۸۹	۱/۰۲	۰/۲۴	
		کنترل	۸/۴۴	۰/۸۱	۱/۰۲	۰/۲۴	

با توجه به جدول ۲، آماره Z آزمون کالموگروف - اسمیرنف (K-S) برای تمامی متغیرها و در تمامی گروه‌ها معنی دار نیست؛ بنابراین توزیع تمامی متغیرها عادی است. هم چنین یافته‌های جدول

نشان می‌دهد که در متغیرهای پژوهش میانگین گروه‌های آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش یافته و از مرحله پس‌آزمون تا مرحله پیگیری نیز کاهش داشته؛ اما میانگین گروه کنترل در این مراحل تغییر محسوسی پیدا نکرده است.

برای بررسی سؤال پژوهش از تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شده است. در این تحقیق یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی (گروه‌های آزمایش و کنترل) بود؛ لذا طرح مورد استفاده، درون - بین آزمودنی است. در این بخش نتایج آزمون تحلیل واریانس تکرار سنجش برای کل گروه‌ها ارائه می‌شود؛ سپس در بخش بعد سؤال پژوهش مطرح، و با استفاده از مقایسه‌های زوجی گروه‌ها به این سؤال پاسخ داده می‌شود.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	آماره f	سطح معنی‌داری
ادبیات کلامی	گروه‌ها	۲۳۹/۳۸	۲	۱۱۹/۶۹	۲۰/۷۳	۰/۰۰۱
	مراحل	۱۶۷/۲۶	۱/۲۹	۱۲۹/۰۱	۶۰/۳۷	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل با گروه	۹۳/۴۰	۲/۵۹	۳۶/۰۲	۱۶/۸۵	۰/۰۰۱
بیان احساسات	گروه‌ها	۱۳۹۶/۷۶	۲	۶۹۸/۳۸	۳۰/۰۱	۰/۰۰۱
	مراحل	۱۰۶۵/۵۱	۱/۰۷	۹۸۹/۸۷	۷۹/۱۶	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل با گروه	۵۶۲/۱۵	۲/۱۵	۲۶۱/۱۲	۲۰/۸۸	۰/۰۰۱
بیان نیازها	گروه‌ها	۳۸۱/۵۹	۲	۱۹۰/۷۹	۲۷/۰۸	۰/۰۰۱
	مراحل	۴۷۹/۱۸	۱/۰۷	۴۴۵/۷۴	۱۲۶/۵۳	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل با گروه	۲۴۵/۷۳	۲/۱۵	۱۱۴/۲۹	۳۲/۴۴	۰/۰۰۱
ارتباط غیر کلامی	گروه‌ها	۳۷۶/۲۲	۲	۱۸۸/۱۱	۸۸/۴۸	۰/۰۰۱
	مراحل	۱۷۶/۴۳	۱/۲۹	۱۳۶/۲۰	۱۶۲/۱۶	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل با گروه	۸۹/۲۷	۲/۵۹	۳۴/۴۶	۴۱/۰۳	۰/۰۰۱
ارتباط غیر کلامی ناهماهنگ	گروه‌ها	۹/۳۴	۲	۴/۶۷	۳/۹۰	۰/۰۰۳
	مراحل	۹۶/۰۵	۱/۴۱	۶۷/۸۶	۸۶/۰۲	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل با گروه	۵۳/۰۲	۲/۸۳	۱۸/۷۳	۲۳/۷۴	۰/۰۰۱
مهارت گوش دادن	گروه‌ها	۱۹۲/۷۹	۲	۹۶/۳۹	۸/۱۵	۰/۰۰۱
	مراحل	۴۷۵/۷۹	۱/۰۷	۴۴۱/۷۶	۶۴/۲۸	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل با گروه	۳۱۵/۷۹	۲/۱۵	۱۴۶/۶۰	۲۱/۳۳	۰/۰۰۱

ادامه جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	آماره f	سطح معنی داری
مهارت انعکاس دادن	گروه‌ها	۱۳۸/۵۴	۲	۶۹/۲۷	۲۵/۷۱	۰/۰۰۱
	مراحل	۳۷۸/۸۷	۱/۳۱	۲۸۸/۱۰	۲۱۴/۰۱	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل با گروه	۲۲۵/۴۵	۲/۶۳	۸۵/۷۲	۶۳/۶۷	۰/۰۰۱
مهارت تأیید کردن	گروه‌ها	۱۹/۶۲	۲	۹/۸۱	۲/۶۵	۰/۰۰۸
	مراحل	۷۳/۶۲	۱/۲۱	۶۰/۴۸	۲۶/۲۱	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل با گروه	۵۰	۲/۴۳	۲۰/۵۳	۸/۹۰	۰/۰۰۱
مهارت همدلی	گروه‌ها	۱۱۳/۲۹	۲	۵۶/۶۴	۲۵/۰۳	۰/۰۰۱
	مراحل	۳۸/۷۹	۱/۱۲	۳۴/۴۹	۱۴/۷۶	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل با گروه	۲۲/۲۹	۲/۲۴	۹/۹۱	۴/۲۴	۰/۰۰۲

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای ادبیات کلامی (۱۶/۸۵)، بیان احساسات (۲۰/۸۸)، بیان نیازها (۳۲/۴۴)، ارتباط غیر کلامی هماهنگ با مهارت‌های کلامی (۴۱/۰۳)، ارتباط غیر کلامی ناهماهنگ با مهارت‌های کلامی (۲۳/۷۴)، مهارت گوش دادن (۲۱/۳۳)، مهارت انعکاس دادن (۶۳/۶۷)، مهارت تأیید کردن (۸/۹۰) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر مهارت همدلی (۴/۲۴) است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارد.

به منظور بررسی تفاوت گروه درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان با گروه درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان با محتوای آموزه‌های اسلامی در متغیرهای پژوهش در جدول ۳ نتایج مقایسه میانگین گروه زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان و گروه آزمایش زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان با محتوای آموزه‌های اسلامی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش	خطای استاندارد برآورد	سطح معنی‌داری
ادبیات کلامی	پیش‌آزمون	۱/۱۸	۰/۶۰	۰/۰۶
	پس‌آزمون	-۱/۰۶	۰/۶۲	۰/۰۹
	پیگیری	-۰/۷۵	۰/۵۲	۰/۱۶
بیان احساسات	پیش‌آزمون	۱	۱/۷۶	۰/۵۷
	پس‌آزمون	۰/۹۳	۱/۰۱	۰/۳۶
	پیگیری	۱	۰/۹۲	۰/۲۹
بیان نیازها	پیش‌آزمون	-۰/۵۰	۰/۸۷	۰/۵۷
	پس‌آزمون	-۲/۳۱	۰/۶۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱/۸۷	۰/۶۲	۰/۰۰۵
ارتباط غیر کلامی هماهنگ	پیش‌آزمون	-۰/۲۵	۰/۴۳	۰/۵۷
	پس‌آزمون	-۰/۳۷	۰/۳۲	۰/۲۵
	پیگیری	-۰/۳۷	۰/۲۹	۰/۲۱
ارتباط غیر کلامی ناهماهنگ	پیش‌آزمون	-۰/۶۲	۰/۴۳	۰/۱۶
	پس‌آزمون	-۰/۰۶	۰/۲۸	۰/۸۳
	پیگیری	۰/۱۸	۰/۳۱	۰/۵۵
مهارت گوش دادن	پیش‌آزمون	-۰/۹۳	۰/۹۷	۰/۳۴
	پس‌آزمون	-۱/۷۵	۱/۰۹	۰/۱۲
	پیگیری	-۱/۷۵	۱/۰۹	۰/۱۲
مهارت انعکاس دادن	پیش‌آزمون	-۰/۵۶	۰/۶۲	۰/۳۷
	پس‌آزمون	-۰/۶۲	۰/۳۲	۰/۰۶
	پیگیری	-۰/۳۷	۰/۲۳	۰/۱۱
مهارت تأیید کردن	پیش‌آزمون	-۰/۳۱	۰/۶۵	۰/۹۲
	پس‌آزمون	-۰/۰۶	۰/۶۵	۰/۶۵
	پیگیری	۰/۱۸	۰/۴۵	۰/۶۸
مهارت همدلی	پیش‌آزمون	۰/۰۶	۰/۷۵	۰/۹۳
	پس‌آزمون	-۰/۸۷	۰/۳۰	۰/۰۰۷
	پیگیری	-۰/۹۴	۰/۲۷	۰/۰۰۲

با توجه به جدول ۴ در متغیر ادبیات کلامی تفاوت میانگین گروه آزمایش با کنترل در مرحله پیش‌آزمون (۰/۶۰)، پس‌آزمون (۱/۰۶-) و پیگیری (۰/۷۵-) معنی‌دار نیست و نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش در این مراحل تفاوتی نیست. در متغیر بیان احساسات، تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش در مرحله پیش‌آزمون (۱)، پس‌آزمون (۰/۹۳) و پیگیری (۱) معنی‌دار نیست و نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش در این مراحل تفاوتی وجود ندارد. در متغیر بیان نیازها، تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش در مرحله پیش‌آزمون (۰/۵۰-) معنی‌دار نیست و نشان می‌دهد بین دو گروه تفاوت نیست. تفاوت میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون (۲/۳۱-) و پیگیری (۱/۸۷-) معنی‌دار است و نشان می‌دهد میانگین گروه زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان با محتوای آموزه‌های اسلامی در این دو مرحله به‌صورت معنی‌داری از میانگین گروه زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان بیشتر است. در متغیر ارتباط غیر کلامی هماهنگی با مهارت‌های کلامی تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش در مرحله پیش‌آزمون (۰/۲۵-)، پس‌آزمون (۰/۳۷-) و پیگیری (۰/۳۷-) معنی‌دار نیست و نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش در این مراحل تفاوتی وجود ندارد. در متغیر ارتباط غیر کلامی ناهماهنگی با مهارت‌های گروه‌های آزمایش در مرحله پیش‌آزمون (۰/۶۲-)، پس‌آزمون (۰/۰۶-) و پیگیری (۰/۱۸) معنی‌دار نیست و نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش در این مراحل تفاوتی نیست. در متغیر مهارت گوش‌دادن، تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش در مرحله پیش‌آزمون (۰/۹۳-)، پس‌آزمون (۱/۷۵-) و پیگیری (۱/۷۵-) معنی‌دار نیست و نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش در این مراحل تفاوتی وجود ندارد. در متغیر مهارت انعکاس‌دادن، تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش در مرحله پیش‌آزمون (۰/۵۶-)، پس‌آزمون (۰/۶۲-) و پیگیری (۰/۳۷-) معنی‌دار نیست و نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش در این مراحل تفاوتی نیست. در متغیر مهارت تأیید کردن، تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش در مرحله پیش‌آزمون (۰/۳۱-)، پس‌آزمون (۰/۰۶-) و پیگیری (۰/۱۸) معنی‌دار نیست و نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش در این مراحل تفاوتی وجود ندارد. در متغیر مهارت همدلی، تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش در مرحله پیش‌آزمون (۰/۰۶) معنی‌دار نیست و نشان می‌دهد بین دو گروه تفاوت نیست. تفاوت میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون (۰/۸۷-) و پیگیری (۰/۹۴-) معنی‌دار است و نشان می‌دهد میانگین گروه زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان با محتوای آموزه‌های اسلامی در این دو مرحله به‌صورت معنی‌داری از میانگین گروه زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان بیشتر است. بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش در پاسخ به سؤال پژوهش

می‌توان گفت که اثر زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان با محتوای آموزه‌های اسلامی بر بیان نیازها و مهارت‌های هم‌دلی زوجین به صورت معنی‌داری از زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان بیشتر است و در دیگر ابعاد بین این دو روش تفاوتی نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پری^۱ (۲۰۰۶) و دادلی و کوسینکی^۲ (۲۰۰۶)، روبینسون و بلنتون^۳ (۲۰۰۵)، تقوی شاهکوه (۱۳۸۷)، کال و هیتون^۴ (۱۹۹۷)، شرکات (۲۰۰۴) به نقل از ثناگویی و همکاران، (۱۳۹۰)، روحانی و معنوی پور (۱۳۸۷)، نیکویی و سیف (۱۳۸۴)، دانش (۱۳۸۹)، حیرت و همکاران (۱۳۹۰)، باقریان و همکاران (۱۳۹۰)، رضایی و همکاران (۱۳۹۱)، فتوحی بناب (۱۳۹۰) همسو و هماهنگ است که نشان دادند زوج‌درمانی با محتوای دینی در رسیدن به اهداف درمانی مؤثر بوده است.

نتایج پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان با محتوای آموزه‌های اسلامی در افزایش مؤلفه‌های بیان نیازها و هم‌دلی کردن گفتگوی مؤثر زوجین از زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان مؤثرتر بوده است. هم‌چنین در افزایش مؤلفه‌های دیگر گفتگوی مؤثر تقریباً تأثیر یکسانی دارد و نسبت به هم برتری ندارد و مداخلات دو رویکرد زوج‌درمانی توانسته است میزان گفتگوی مؤثر را در همسران افزایش دهد. هم‌چنین در میزان گفتگوی مؤثر گروه کنترل هیچ‌گونه بهبودی در طول این مدت مشاهده نشد و یافته‌های آماری در برخی موارد نشان‌دهنده کاهش میزان گفتگوی مؤثر در طول این مدت (زمان مداخله برای گروه‌های آزمایشی) است.

در تبیین سؤال پژوهش می‌توان اظهار کرد که مهمترین متغیر آسان‌کننده درمان در زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی، زن و شوهر و اتحاد درمانی بین آنها است. زوجینی که زندگی خود را بر محوریت دین و خدا قرار می‌دهند حتی در مواقع بحرانی که فشارهای مختلف اقتصادی و بلایای طبیعی ممکن است پایه‌های زندگی آنان را سست کند، همدیگر را یاری می‌کنند و میزان رضایت زناشویی آنها نه تنها کمتر بلکه بیشتر هم می‌شود.

1 - Perry, geramy

2 - Dudley & Kosinski

3 - Robinson & Blanton

4 - Call & Heaton

هم‌چنین نگرش‌های دینی با تقویت شبکه خانوادگی، ایجاد و تحکیم روابط انسانی سالم، ایجاد ادراک صحیح از هستی و رابطه معنادار و غنی با خداوند، معنایابی و هدفمندی در زندگی، به ثبات زندگی و رضایت زناشویی آنها کمک می‌کند (شناگویی و همکاران، ۱۳۹۰).

به اعتقاد پژوهشگر، گفتگوی مؤثر دارای چند مؤلفه بسیار مهم است که مؤلفه‌های دیگر به آنها وابسته است. این مؤلفه‌های مهم عبارت است از: مهارت‌های کلامی و غیرکلامی و گوش دادن فعال و همدلی. این مؤلفه‌ها سازه‌های بسیار قدرتمندی است که حیطه‌های دیگر گفتگوی مؤثر را بشدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. ارتباط صمیمانه و گفتگو سازه‌ای است که زیربنای آن از دوران کودکی فرد با توجه به چگونگی شکل‌گیری رشته‌های دلبستگی ایمن و ناایمن در ارتباط با مظاهر دلبستگی شکل می‌گیرد. چگونگی شکل‌گیری رشته‌های دلبستگی و طرحواره‌های اولیه در ذهن کودک می‌تواند ناخودآگاه در ارتباط با دیگر مظاهر دلبستگی مانند همسر، فرزندان، دوست در دوران بزرگسالی تأثیرات مثبت و یا زیانبار خود را بگذارد (جانسون، ۱۹۹۶).

به نظر محقق ارتباط با خداوند و شرکت در مراسم دینی از سوی زوجین سبب می‌شود آنها احساس آرامش کنند؛ از حمایت‌های معنوی در مسیر زندگی زناشویی بهره ببرند. احساس آرامشی که زن و شوهر در پرتو نیایش و ارتباط با خداوند به دست می‌آورند، باعث می‌شود در کمال خونسردی نیازهایشان را با یکدیگر در میان گذارند و در راستای برآورده نمودن آنها بر بیایند. از جمله اهداف ازدواج، تأمین نیازهای زوجین است. این نیازها در صورتی ابراز و تأمین می‌شود که زوجین در مقابل همدیگر رفتارهای مطلوب داشته باشند و آمادگی لازم را در خود ایجاد کنند. چون در رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی رفتارهای مناسب از دیدگاه آموزه‌های اسلامی آموزش و تمرین می‌شود، همین رفتارهای سالم در بیان نیازها اثرگذار است. در آموزه‌های اسلامی بر تأمین نیازهای جنسی (کلینی، ۱۴۰۷ ق) و نیازهای عاطفی و محبت زوجین به یکدیگر (مجلسی، ۱۴۰۴ ق) تأکید بسیاری شده است.

گفتگوی مؤثر مبتنی بر آموزه‌های اسلامی مستلزم در میان گذاشتن افکار، احساسات، ارزشها و مسائل شخصی با همسر و هم‌چنین احترام به دیدگاه همسر، درک، پذیرش بدون قید و شرط است. با توجه به بافت دینی خاص جامعه ایران، مشارکت در فعالیتهای دینی و معنوی و تقویت این بعد می‌تواند برای بسیاری از زوجین یک بعد مهم زندگی و رضایت زناشویی به‌شمار رود. در رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی پس از ایجاد و شکل‌گیری چرخه تعاملی مثبت، زوجین می‌توانند افکار، احساسات و ارزشهای خود را ابراز کنند.

زوج‌ها به کمک درمانگر تمرین‌هایی نظیر خود افشایی همراه با احترام، همدلی کردن، گذشت، بخشش، کامل کردن کارهای ناقص و کارهای ناتمام، پذیرش مثبت بدون قید و شرط، اختصاص زمانهایی برای مراسم معنوی مشترک را در طول جلسات فرا می‌گیرند که می‌تواند در تقویت بعد صمیمیت معنوی زوجین تأثیر بسزایی داشته باشد. در اثر پیوند عاطفی بین زوجین، آنها خواهند توانست که افکار، ارزشها، خواسته‌ها، نیازها و مسائل شخصی خود را با امنیت خاطر با همسرشان مطرح کنند.

از سوی دیگر در رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی، مهارت‌های ارتباطی اسلامی به همسران کمک می‌کند تا بتوانند افکار و باورهای معنوی و دینی خود را راحت‌تر با یکدیگر در میان بگذارند و درک کنند. مهارت‌های ارتباطی نظیر همدلی کردن، ابراز باورها و هیجانات، گوش دادن فعال می‌تواند به صورت غیر مستقیم در تقویت بعد بیان نیازها و همدلی کردن زوجها تأثیرگذار باشد. یکی از فنونی که در این رویکرد به زوجها آموزش داده می‌شود، افزایش تعاملات مثبت و مشترک روزانه بین زوجها است. در این فن از زوجها خواسته می‌شود که افکار و باورهای خود را در مواردی نظیر فلسفه زندگی، معنای زندگی، ارزشهای اخلاقی و نیازها با یکدیگر در میان بگذارند. هم‌چنین از آنها درخواست می‌شود که فهرستی از فعالیتهای مشترک معنوی و دینی مانند نمازهای جماعت، شرکت در جلسات آموزشی معنوی و دینی، خواندن کتابهای معنوی، دیدن فیلمهای معنوی را که می‌تواند موجب تقویت صمیمیت معنوی آنها شود مورد بررسی و ارزیابی قرار دهند و در جهت اجرای آن قدم بردارند.

در زوج‌درمانی اسلامی ضمن تأکید بر مثبت‌نگری، از زوجها خواسته می‌شود که هنگام برقراری ارتباط با دیگران همواره بهترین تفسیر را از سخنان آنان به عمل آورند (کلینی، ۱۴۰۷)، اصلاح شناخت، معیارها و شیوه تفکر آنان در مورد خود و همسر، کمک به خودشناسی زن و شوهر، آگاه‌سازی زن و شوهر برای شناسایی افکار نادرست، بینش‌های نامعقول، بینش‌دهی نسبت به نقاط قوت و ضعف خویش، فراهم آوردن موقعیت مناسب برای اندیشیدن و مرور اندیشه‌های پیشین بر رفتارهای کلامی و غیر کلامی زن و شوهر اثر می‌گذارد. حیرت و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی نتیجه گرفتند که زوج‌درمانی اسلام محور خوش‌بینی زوجین را افزایش داده است.

آموزه‌های اسلامی درباره چگونگی گفتار زن و شوهر و مضمون آن از ابتدای گفتگو تا پایان آن نکات ارزنده‌ای را در بر می‌گیرد. چگونگی گفتگو در آموزه‌های اسلامی امری است که از اهمیت آن بین زن و شوهر سخن گفته شده است. درمانگر در مداخلات رفتاری با کمک فن

ایفای نقش و قرارداد رفتاری، زن و شوهر را تشویق می‌کند احساسات خود را کلامی و غیر کلامی به همدیگر نشان دهند و در جلسات زوج‌درمانی اسلامی بر تمرین گفتگوی ملایم و نرم، منطقی و مستدل، روان و رسا، زیبا و شایسته تأکید می‌شود. آموزه‌های اسلامی در زمینه مهارت‌های غیر کلامی، زن و شوهر را به ملاقات با چهره باز و متبسم، دست دادن و تماس چشمی مستقیم و مناسب توصیه می‌کند و در جلسات درمانی به زن و شوهر کمک می‌شود تا انواع حالات غیر کلامی در چهره، چشمان، آهنگ صحبت، تماس و وضعیت بدنی را بشناسند؛ سپس بین حالات غیر کلامی و محتوای گفتار خود هماهنگی ایجاد کنند.

هم‌چنین آموختن مهارت کنترل خشم به زن و شوهر در ابراز احساسات منفی و حفظ تعادل خویش کمک می‌کند، یاد خدا و خدا را ناظر بر خود دیدن، صبر و خویشتن‌داری و انجام دادن کاری معنوی هنگام عصبانیت، باعث تصحیح فکر و موجب افول هیجان منفی زن و شوهر می‌شود و نقش مهمی در گفتگوی مؤثر دارد. ویسی (۱۳۹۱) در پژوهش خود نتیجه گرفت که راهبردهای درمان با آموزه‌های قرآنی برای کاهش تعارضها اثربخشی داشته است. حمیدی و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیقی نشان دادند که زن و شوهر با بخشودن، سلامت جسمانی، روانی، ذهنی خود را ارتقا می‌بخشند.

مطالعات بسیاری نشان می‌دهد که داشتن بعد معنوی مشترک در زندگی بر رضایت و ارتباط مؤثر زناشویی تأثیر بسیار خوبی دارد. زوجینی که مکرراً با هم به دعا و نیایش می‌پردازند و مراسم دینی را با هم انجام می‌دهند، دو برابر بیشتر از کسانی که کمتر دعا می‌کنند، عشق را در زندگی مشترکشان احساس می‌کنند. هم‌چنین احتمال طلاق در خانواده‌های متدین کمتر، و میزان رضایت و تعهدشان بیشتر است. در تحقیقی که از ۲۱۰۰۰ زوج آمریکایی صورت گرفت، ۸۹ درصد از زوجهایی که می‌توانستند ارزشها و باورهای معنوی خود را ابراز کنند، رضایت بیشتری از زندگی زناشویی خود داشتند (آرپ دیوید و همکاران، ۲۰۰۴ ترجمه قیطاسی، ۱۳۸۶).

جمع‌بندی پایانی نتایج پژوهش در بررسی سؤالیهای پژوهش نشان داد که مداخلات و فنون رویکردهای زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان و رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان با محتوای آموزه‌های اسلامی میزان گفتگوی مؤثر زوجها را در ابعاد ادبیات کلامی، بیان احساسات، بیان نیازها، ارتباط غیر کلامی هماهنگ با مهارت‌های کلامی، ارتباط غیرکلامی ناهماهنگ با مهارت‌های کلامی، مهارت گوش دادن، مهارت انعکاس دادن، مهارت همدلی و مهارت تأیید کردن افزایش داده است و گروه زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک

درمان با محتوای آموزه‌های اسلامی در متغیرهای بیان نیازها و همدلی از گروه زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان مؤثرتر بوده است و تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایشی در دیگر متغیرها مشاهده نشد. هم‌چنین تفاوت معناداری بین گروه‌های زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان و رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان با محتوای آموزه‌های اسلامی و گروه کنترل مشاهده شد که بیانگر اثربخش بودن گروه‌های دوگانه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در افزایش میزان گفتگوی مؤثر در ابعاد ذکر شده است. نتایج پیگیری بعد از گذشت دو ماه نشان‌دهنده استحکام و دوام اثربخشی مداخلات دو رویکرد آزمایشی بر گفتگوی مؤثر زن و شوهرها بوده است.

با توجه به اثربخشی دو رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک و زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی پیشنهاد می‌شود که مشاوران خانواده و زوج‌درمانگران، فنون و روشهای کاربردی آنها را فرا گیرند و در مراکز مشاوره و محیط‌های بالینی به منظور ارتقای میزان گفتگوی مؤثر، صمیمیت و رضایت زناشویی و درمان مشکلات مربوط به صمیمیت و ارتباط زن و شوهرها به کار گیرند. تمرینها و مهارتهای این رویکردها را می‌توان در جلسات آموزش قبل از ازدواج، آموزش خانواده، کارگاه آموزشی و جزوه‌های کاربردی در اختیار همسران و دانشجویان رشته مشاوره قرار داد. هم‌چنین رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی، رویکردی آموزشی و درمانی است و در مقابل دیدگاه‌های درمانی که مردم نسبت به آنها حساس هستند، می‌تواند بیشتر مورد استفاده قرار گیرد و درک مخاطبان از آن ساده‌تر است؛ لذا پیشنهاد می‌شود مشاوران، درمانگران و حتی روانپزشکان، آموزشهای آن را فراگیرند تا بتوانند به مراجعان خود کمک کنند.

منابع

- آرپ، دیوید؛ کلودیا، کارت؛ ناتل، براون (۲۰۰۴). ده قرار مهم برای زندگی مشترک. ترجمه اکرم قیطاسی. ۱۳۸۵. تهران: نشر صابرین.
- ای. جری فیرس؛ تیموتی جی. ترال (۲۰۰۲). روان‌شناسی بالینی: مفاهیم، روش‌ها و حرفه. ترجمه: مهرداد فیروزبخت. ۱۳۸۲. تهران: نشر.
- اسپرینکل، داگلاس‌اچ؛ سین، دیویس؛ جی، آل‌لیبو (۲۰۰۹). عوامل مشترک در خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی. ترجمه معصومه اسمعیلی. ۱۳۹۲. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

باقریان، مهرانوش؛ بهشتی، سعید (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زناشویی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر سازگاری زناشویی زوجین. **فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی**. شماره ۶: ۷۳ تا ۸۹.

پروچاسکا، نورکراس (۲۰۰۱). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۱). تهران: انتشارات رشد. ثناگویی، محمد؛ جان بزرگی، مسعود؛ مهدویان، علیرضا (۱۳۹۰). رابطه الگوهای ارتباطی زوجین با رضامندی زناشویی. **دو فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی**. شماره ۹: ۵۷ تا ۷۷.

حیرت، عاطفه؛ شریفی، احسان؛ فاتحی زاده، مریم السادات؛ احمدی، سید احمد (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی اسلام محور بر خوش‌بینی زوجین شهر اصفهان. **مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری**. شماره ۱: ۹ تا ۲۲.

دانش، عصمت (۱۳۸۹). افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار با مشاوره از چشم‌انداز اسلامی. **مجله مطالعات روان‌شناختی**. شماره ۲: ۱۶۷ تا ۱۸۳.

داستان، نصیر؛ رجیبی، غلام‌رضا؛ خوش کنش، ابوالقاسم؛ خجسته مهر، رضا (۱۳۸۹). ساخت و اعتبار یابی مقیاس مهارت‌های ارتباطی زنان و مردان متأهل شهر تهران. **فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی**. شماره ۱: ۲۷ تا ۳۸.

رضایی، جواد؛ احمدی، سیداحمد؛ اعتمادی، عذرا؛ رضایی‌حسین‌آبادی، مریم (۱۳۹۱). تأثیر آموزش زوج‌درمانی اسلام محور بر تعهد زناشویی زوجین. **روانشناسی و دین**. شماره ۱: ۳۷ تا ۶۰. روحانی، عباس؛ معنوی‌پور، داوود (۱۳۸۷). رابطه عمل به باورهای دینی با شادکامی و رضایت زناشویی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه. **فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی**. شماره ۳۵ و ۳۶: ۱۸۹ تا ۲۰۶.

سالاری فر، محمدرضا (۱۳۸۷). **خانواده در نگرش اسلام و روانشناسی**. قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

سالاری فر، محمدرضا؛ یونسی، سیدجلال؛ شریفی‌نیا، محمدحسین؛ غروی، سیدمحمد (۱۳۹۲). مبانی و ساختار زوج‌درمانی اسلامی. **دو فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی**. شماره ۱۲: ۳۷ تا ۶۸.

شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۹۱). **الگوهای روان‌درمانی یکپارچه**. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. غلام‌زاده، مریم؛ عطاری، یوسفعلی؛ شفیق‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر همراهی عاطفی و ارتباط زوجین. **فصلنامه اندیشه و رفتار**. شماره ۱۱: ۳۵ تا ۴۴.

فتوحی‌بناب، سکینه؛ حسینی‌نسب، داوود؛ هاشمی، تورج (۱۳۹۰). اثربخشی زوج‌درمانگری شناختی رفتاری، اسلامی و تحلیل رفتار متقابل بر خودشناسی زوج‌های ناسازگار. **فصلنامه مطالعات روان‌شناختی**. شماره ۲: ۳۷ تا ۶۴.

فیرس و تیموتی (۲۰۰۲). **روانشناسی بالینی: مفاهیم، روش‌ها**. ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۲). تهران: نشر رشد.

کلینی، محمد بن یعقوب ابن اسحاق (۱۴۰۷ ق). **اصول الکافی**. ج ۸. تهران: دارالکتب الإسلامیه.

مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۴ ق). **بحار الانوار**. بیروت: انتشارات دار احیاء التراث العربی.
 نوایی نژاد، شکوه (۱۳۸۰). **مشاوره ازدواج و خانواده درمانی**. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
 نیکویی، مریم؛ سیف، سوسن (۱۳۸۴). بررسی رابطه دین داری با رضایت زناشویی. **فصلنامه پژوهش های مشاوره**.
 شماره ۱۳: ۶۱ تا ۷۹.
 ویسی، اسدالله (۱۳۹۱). طراحی و مقایسه اثربخشی دو برنامه درمانی مبتنی بر اصول درمان روایتی و درمان مبتنی
 بر آموزه های قرآنی در کاهش تعارض های زناشویی. **فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده**. شماره ۳: ۳۴۰
 تا ۳۵۷.

- Atkins, D.C., Doss, B.D., Thum, Y. M., Sevier, M & Christensen, A. (2005). Improving relationship: Mechanisms of change in couple therapy, **Journal of Counseling and Clinical Psychology**, 73, 624-633.
- Bagarozzi, D.A. (2001). **Enhancing intimacy in Marriage. A clinician's guide. Brunner-Routledge.**
- Blow, A. J., Sprenkle, D. S., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself?: The role of the therapist in common factors. **Journal of Marital and Family Therapy**, 33, 298° 317.
- Brock GW, Joanning H. A (1983). comparison of the relationship enhancement program and the Minnesota couple communication program. **Journal of Marital and Family Therapy**. 9(4):413-421.
- Call, V. R. A. & T. B. Heaton (1997), Religious Influence on Marital Stability, **Journal for the Scientific Study of Religion**, 36, 382-392.
- Danczak, A. (2011). Dialogue as a Means of Building the Spirituality of a Married Couple. **Journal: INTAMS review** (17)1, 61-68.
- Dudley, M. & Kosinski, F. (2006). Religiosity and marital satisfaction: A research note. **Journal of Review of Religious research**. 32(1): 78-86.
- Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2010). Toward a positive relationship science Of memes and marriage. **Journal of Family Theory and Review**, (2) 4° 24.
- Gottman, J.M., & Notarius, C.I. (2002). Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century. **Family Process Journal**, 41, 159-197.
- Hamidi F, Abbasi Makwand Z & Mohamad Hosseini Z. (2010). Couple therapy: forgiveness as an Islamic approach in counselling. **Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences**, 5 (2) 1525° 1530
- Hendrix, Harvile., Hunt, Helen, (2013). **Making marriage simple: Ten truths for changing the relationship you have into the one you want**. New York (NY): Crown publishers.
- Karahan, F. (2009). The Effects of a Couple Communication Program on the Conflict Resolution Skills and Active Conflict Tendencies of Turkish Couples. **Journal Marital Therapy**, 3 (35), 220-229.
- Karen.R.Westerop. (2002). **Building Healthy couple Relationships: Do communication Skills, Gender, Hope, And Family Types Make A Differens?**. Trinity Western University.
- Kelley, D.L. & Burgoon, J.K. (1991). Understanding marital satisfaction and couple type as functions of relational expectations. **Journal of Human Communication Research**, 18(1), 40-69.
- Kim Y.M. (2004). Spirituality and affect. A Function of changes in Religious affiliation. **Journal of family psychology**. (13)3, 17-25.
- Lebow, Jay (2014). **Couple and family therapy: An integrative map of the territory**. American Psychological Association. (pp. 113-128).

- Mahoney A. (2005). Religion and Conflict in Marital and Parent-Child Relationships, **Journal of Social Issues**, (61) 4, 689-706.
- Muro, L., Holliman R & Luquet W .(2015). Imago Relationship Therapy and Accurate Empathy Development. **Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions** Access options,15(3),232-246.
- Perry, Graeme H. (2006). Family Life, Religion and Religious Practice in an Asian Adventist Context Part I: The People and Their Religious Practice: **Journal info**, 9. (1),71-109.
- Robinson, L.C. & Blanton, P.W. (1993). Marital strengths in enduring marriages. **Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies**, 42(1), 38-45.
- Saunia A & Reid, David W. (2008). Relationship Satisfaction among South Asian Canadians: The Role of Complementary-Equality and Listening to Understand. **Journal of Interpersona**, (2), 131-150.
- Vangelisti, M. (2003). *Handbook of Family Communication* Mahwah, N.J: Erlbaum.
- Walsh, F. (2009). *Spiritual Resources In Family Therapy*, New York: The Guilford.
- Wishman, M., & Courtage, E. (2003). Correlates of depression & marital dissatisfaction: Perception of marital communication style. **Journal of Social and Personal Relationships**, 20, 757-769.

