

## بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زوجین

زینب کاویانی<sup>۱</sup>

نجمه حمید<sup>۲</sup>

میرصلاح‌الدین عنایتی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی مذهب‌محور بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زوجین بود. روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بوده است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ زن متأهل، با نگرش ناکارآمد پایین و تاب‌آوری بالا که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به‌طور همتاسازی انتخاب شدند. این افراد از نظر سن، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی، دارابودن یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد و یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و سایر متغیرهای مورد نظر پژوهش همگون بودند. سپس آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در مورد گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب‌محور اجرا گردید اما درمورد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های پژوهشی نشان دادند که بین گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب‌محور تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/0005$ )، همچنین میزان نگرش‌های ناکارآمد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش یافته و میزان تاب‌آوری نیز افزایش یافته بود.

**واژگان کلیدی:** روان‌درمانی شناختی رفتاری مذهب‌محور، نگرش‌های ناکارآمد، تاب‌آوری.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات خوزستان (نویسنده مسئول)  
Email:fkavian40@yahoo.com

۲- دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

۳- استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات خوزستان

## مقدمه

در سال‌های اخیر رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا، با شعار توجه به استعدادها و توانمندی انسان، مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. عواملی که تطابق هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی را موجب گردند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش در این رویکرد می‌باشند. در این میان تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای بخصوص در حوزه روانشناسی تحولی و بهداشت روان را به خود اختصاص داده است (کمپل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از صیدی، ۱۳۹۰). تاب‌آوری چگونگی برخورد موفقیت‌آمیز فرد با چالش‌های زندگی در هنگام رویارویی با استرس و یا آسیب است. نظریه تاب‌آوری بر جنبه‌های قوی مقابله با آسیب‌ها ساخته شده و توانایی فرد برای کنار آمدن با خطر و مشکلات می‌باشد (میرزا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). نیک‌فطرت بودن، مذهبی بودن، خوش‌بین بودن (خزایی، ۱۳۸۹)، توانایی برگشتن و بهبود پیدا کردن، مهارت‌های فکری انعطاف‌پذیر، جستجو کردن مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد، توانایی حل کردن مشکلات و مهارت‌های حل تعارض از جمله ویژگی‌های افراد تاب‌آور هستند (دنت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). به علاوه محققان زیادی در پی شناسایی عوامل موثر بر تاب‌آوری بودند. فرض بر این است که عوامل حمایت‌کننده‌ای وجود دارند که می‌توانند واکنش به تجارب استرس‌زا و بلایای مزمن را تبیین کنند (فراسر، ریچمن، گالینسکی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). طی سال‌های اخیر، حجم وسیعی از پژوهش‌های نظری و تجربی، به شناسایی این عوامل حمایت‌کننده پرداخته‌اند؛ در این راستا، تأثیر عواملی نظیر اعتماد به نفس، انسجام خانوادگی، مهارت‌های شناختی سطح بالا (هامسر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶)، سبک‌های اسنادی مثبت (لاتار و کوشینگ<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹)، راهبردهای فراشناختی و خلاقیت (بشارت و همکاران، ۱۳۹۰)، سرسختی (رحیمی و اصغرنژاد، ۲۰۰۸)، هوش معنوی (حمید و همکاران، ۱۳۹۱) با تاب‌آوری مورد مطالعه قرار گرفته است و معلوم شد که این متغیرها با تاب‌آوری رابطه مثبتی دارند. عامل دیگری که بر

1- Campel  
3- Dent  
5- Haumser

2- Meyers  
4- Fraser, Richman & Galinsky  
6- Luthar & Gushing

تاب‌آوری تأثیر دارد، باورهای مذهبی است. آثار بالقوه باورهای مذهبی به کنار آمدن و مقابله با حوادث آسیب‌زا منجر می‌شود (نوابخش و همکاران، ۱۳۸۵). نتایج بدست آمده از پژوهش‌ها نشان‌دهنده رابطه مثبت و معنادار بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری است (رحیمی، ۱۳۸۹؛ چاوشی، ۱۳۸۷؛ بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳؛ تیتیمس، ۲۰۰۶، به نقل از نینان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹؛ فوتولایکس<sup>۲</sup>، سیامولی، ماگیرا و کارپینیس، ۲۰۰۸ و جوکار و همکاران، ۱۳۸۹). به نظر می‌رسد مذهب برای افراد نقش سپر دفاعی را بازی کرده، مجموعه وسیعی از آثار مثبت روان‌شناختی را در فرد ایجاد می‌کند (رحیمی، ۱۳۸۹) همچنین داشتن روحیه مذهبی به‌طور چشمگیری با سلامت روان و سازگاری افراد ارتباط دارد (استوارد و جو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). از آنجا که انسان یک کل واحد و غیرقابل تجزیه است، سلامت روانی وی هنگامی تحقق می‌یابد که وحدت وانسجام این سیستم، حفظ و اجرای آن با یکدیگر هماهنگ عمل کنند (جلالی، تهرانی، ۱۳۸۷). مهم‌ترین دلیل عدم توفیق شیوه‌های تک مکتبی در درمان اختلالات روانی، ناتوانی آن‌ها در توجه هماهنگ و یکپارچه به ابعاد چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در مواجهه با مشکلات روانی و نابهنجاری رفتاری است (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷). در چند دهه گذشته نقش معنویت و مذهب به عنوان یک روش درمانی توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (اسپلیکا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ آتن و اسسنگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷؛ آتن و ورثینگتون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹؛ کزدی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ حبیب‌وند، ۱۳۸۷). در مجموع با توجه به پژوهش‌های انجام شده به نظر می‌رسد تلفیق رویکردهای معنوی و مذهبی با روش‌های مختلف روان‌درمانی می‌تواند باعث ارتقای اثربخشی این روش‌ها شود (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱). پژوهش‌ها اثربخشی درمان ترکیبی شناختی-رفتاری با مذهب و معنویت را بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در اختلال اضطراب منتشر (پاکرت<sup>۸</sup> و همکاران ۲۰۰۹)، اختلال اضطرابی سالمندان (باررا<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۲)، کاهش علائم بیماری و

1- Neenan

3- Stoard &amp; jo

5- Aten &amp; Vasshang

7- Kezdy

9- Barrera

2- Fountoulakis et al

4- Spilka

6- Aten &amp; Worthington

8- Pukert

سازگاری بیماران اسکیزوفرنی (ویسمن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، افسردگی زنان همکاران (۲۰۰۹)، اختلال اضطرابی سالمندان (باررا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۲)، کاهش علائم بیماری و سازگاری بیماران اسکیزوفرنی (ویسمن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، افسردگی زنان مطلقه (حمید و همکاران، ۱۳۸۸؛ ترقی‌جاه، نواب‌نژاد و دیگران، ۱۳۸۶) نشان می‌دهند. بنابراین پژوهش حاضر، به دو دلیل از درمان شناختی-رفتاری مذهب محور استفاده نمود: اول اینکه روش‌های شناخت درمانگری، با هدف تغییر نگرش‌های غلط (ناکارآمد) بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی (کارآمد) عمل می‌کنند که مرتبط با دومین متغیر این پژوهش یعنی نگرش‌های ناکارآمد<sup>۴</sup> می‌باشد با این توضیح که از نظر الیس ریشه بسیاری از ناراحتی‌ها و اختلالات رفتاری و روانی انسان در انواع عقاید و باورهای غیرمنطقی که در مورد جهان پیرامون خود دارد نهفته است. نظریه عقلانی - عاطفی - رفتاری الیس یکی از نظریه‌های شناختی است که اشاره دارد، انواع باورهای غیرمنطقی، عامل اصلی مشکلات انسانی است. باورهای غیرمنطقی باورهایی هستند که بر روان فرد سلطه داشته و عامل تعیین‌کننده چگونگی تعبیر و تفسیر و معنا دادن به رویدادها و تنظیم‌کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف‌اند. باورهای غیرمنطقی حقیقت نداشته و با واقعیت منطبق نبوده، باید و حکم برای فرد می‌آورند، تعادل فرد را از بین برده، از ایجاد نظم جلوگیری کرده و از مواجهه موفقیت‌آمیز با حوادث تحریک‌کننده جلوگیری می‌کنند (فلدمن<sup>۵</sup>، ۱۹۷۹). دوم اینکه، از مزایای دیگر این روش که شامل موارد ذیل است استفاده نماید: طی جلسات درمانگری به بیمار کمک می‌شود، تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. به علاوه توکل به خدا و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود امید به زندگانی افزایش یابد. در جلسات روان‌درمانگری این باورداشت در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد بی فایده نبوده بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. با ایجاد چنین طرز فکری بیمار از احساس پوچی و

1- Weisman  
3- Weisman  
5- Feldman

2- Barrera  
4- dysfunctional attitudes  
6-

سرگردانی رهایی می‌یابد. در این رویکرد درمانی استناد به آیات قرآن کریم، احادیث و تأثیر آن‌ها در درمان تمرکز می‌شود. در رویکرد مذهبی این باورداشت، که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده خالق هستی برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگ‌ترین حافظ و تکیه‌گاه است در آن‌ها تقویت می‌شود (حمید، ۱۳۸۸).

باررا و همکاران (۲۰۱۲)، نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی-رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت، طی ۱۲ جلسه مداخله بر روی افراد سالمند دارای اختلال اضطراب، باعث کاهش علائم بارز از قبیل نگرش و نفع ثانویه ناشی از این اختلال در گروه آزمایش بود.

کوسزیسکی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، نشان دادند که کارآمدی مداخلات مبتنی بر معنویت در درمان اختلال اضطرابی بسیار بالا بوده، باعث کاهش معنادار در نگرانی و علائم اختلال اضطرابی در مبتلایان می‌شود.

پاکرت و همکاران (۲۰۰۹)، با استفاده از رویکرد درمان ترکیبی شناختی-رفتاری با مذهب و معنویت، نشان دادند که این رویکرد درمانی باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌شود.

گانستاد<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۱)، طی پژوهشی متوجه شدند که مذهب تأثیر قابل توجهی بر تاب‌آوری کودکان و نوجوانان بحران‌زده آفریقای جنوبی دارد.

همچنین در پژوهشی آقاعلی، زندی‌پور و احمدی (۱۳۹۰)، به این نتیجه رسیدند که با اجرای رویکرد معنویت درمانی گروهی و به دلیل افزایش معنویت طی اجرای این رویکرد مولفه‌های اضطراب، افسردگی، توانایی نگرش مثبت و کنترل رفتار مقابله‌ای با مشکلات جسمی در پرسشنامه سلامت روان در افراد گروه افزایش قابل ملاحظه‌ای یافته‌اند.

1- Koszycki

2- Gunnestad

همچنین محقق و همکاران (۱۳۸۹)، نشان دادند دانشجویانی که در عمل به آموزه‌های دینی نمرات بالاتری کسب کردند، در شاخص‌های بیماری به‌طور معناداری نمرات پایین‌تری به دست آوردند.

نتایج تحقیق لشنی و همکاران (۱۳۸۹)، نشان داد که شکرگذاری با عاطفه مثبت، شادکامی و خوش‌بینی رابطه مثبت معنادار و با عاطفه منفی رابطه منفی و معناداری دارد.

در بیان ضرورت و اهمیت پژوهش حاضر باید گفته شود که، ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که مذهب نقش بنیادینی در زندگی افراد ایفا می‌کند و اکثریت قاطع آن را مسلمانان تشکیل داده‌اند، بدیهی است که در چنین جامعه‌ای نادیده گرفتن زمینه ارزشی مراجع تأثیرات منفی بر روان‌درمانی خواهد داشت و هماهنگی بین راهبردها و ارزش‌های اعتقادی مراجع موجب تداوم آثار درمانی می‌شود.

### روش تحقیق

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را ۴۰ زن متأهل با نگرش ناکارآمد بالا و تاب‌آوری<sup>۱</sup> پایین که به جهت دریافت مشاوره به مرکز مشاوره ناحیه یک کرج در طی چهار ماه در سال ۱۳۹۱ مراجعه کرده بودند تشکیل داده است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ زن از جامعه آماری ذکر شده است که با استفاده از روش هم‌تاسازی و نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد از لحاظ سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی، دارا بودن یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد داس و پایین بودن یک انحراف معیار از میانگین در پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون<sup>۲</sup> کاملاً همگون بودند. سپس این افراد به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند، گروه آزمایش ۱۰ جلسه روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب محور را هر هفته ۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. مقیاس

1- Resiliency

2- Cooner & Davidson

نگرش‌های ناکارآمد داس و تاب‌آوری کانر و دیویدسون در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

### ابزار سنجش

یکی از ابزارهای مورد استفاده این پژوهش، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (داس<sup>۳</sup>) می‌باشد که مقیاسی خودگزارشی است جهت سنجش نگرش‌ها، طرحواره‌ها و عقاید منفی که توسط وایزمن و بک (۱۹۷۸) فراهم شده است. این مقیاس شامل دو فورم موازی است و هر فرم آن دارای ۴۰ عبارت است که پاسخ‌دهنده باید باور خود را در مورد آن بر مقیاسی که شامل موافقت کامل تا مخالفت کامل است، در پاسخ‌نامه تست مشخص نماید. روش نمره‌گذاری (داس) به این شکل است که هر پاسخ آن نمره‌ای از (۱) کاملاً مخالف تا (۷) کاملاً موافق می‌گیرد. البته در مورد ماده‌های ۲، ۱۲، ۱۷، ۲۴، ۲۹، ۳۰، ۳۵، ۳۷، ۴۰ نمره‌گذاری ماده‌ها بر عکس سایر موارد می‌باشد. بنابراین نمره آزمودنی از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ خواهد بود. مطابق تحقیقات مختلف، میانگین نمرات به دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمرات بالاتر نشان‌گر آسیب‌پذیری است. ضرایب پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ معادل ۸۴٪ تا ۹۲٪ ثبات درونی کافی را نشان داده است (وایزمن و بک، ۱۹۹۷).

ابزار دیگر پژوهش حاضر پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون است. این مقیاس را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۷-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. آن‌ها بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهش و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. محمدی (۱۳۸۴)، پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بدست آورد که معادل ۸۹٪ بود. اعتبار آن نیز با روش تحلیل عاملی، محاسبه شد که نتایج نشان داد به غیر از سه سوال، ضرایب بین ۱۴٪ تا ۶۴٪ بودند. و در تحلیل نهایی ۲۱ گویه مورد استفاده قرار گرفت.

1- DASscal

### ساختار جلسات روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب محور

در این رویکرد علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن تغییر باورداشت‌های غلط مراجع و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است طی جلسات درمانگری به فرد کمک می‌شود تا اعتقادهای معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی - وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید.

همچنین محتوای جلسات شناخت درمانی مذهب محور به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول تا سوم شامل: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر معرفی و توضیح در مورد روش درمان - اهداف - قوانین و ضرورت‌ها - آموزش تشخیص هیجان‌های ناخوشایند - رویدادهای برانگیزاننده منفی - افکار ناخوشایند - فرم مثبت رویدادها - هیجان‌ها - افکار منفی به عنوان تکلیف خانگی.

محتوای جلسات سوم تا پنجم: مروری بر افکار منفی و چالش با آنها - استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره حل مشکلات و مواجهه صحیح با رویدادها - تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار - نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی.

محتوای جلسات پنجم تا هشتم: مروری کوتاه بر جلسات قبلی و بررسی تکالیف منزل - آموزش فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی - تقویت امید به بهبودی - فعال‌سازی رفتار - استناد به آیات قرآن کریم و احادیث در کنار فنون شناختی - رفتاری به منظور به چالش کشیدن افکار منفی و غیرمنطقی.

محتوای جلسات هشتم تا دهم: آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه - تجسم ذهنی بر پدیده‌های مختلف هستی جهت کسب انرژی مثبت و توان مضاعف - بررسی افکار به کمک مراجعان و جایگزینی افکار منفی با افکار منطقی - مروری بر هیجان‌ات و رفتار منطقی و خوشایند به دنبال افکار منطقی.

محتوای جلسات دهم تا دوازدهم: بیان احساسات توسط مراجعان و بحث در مورد آنها بررسی تغییراتی که مراجعان در وضعیت خود اخذ کرده‌اند - ادامه تکلیف منزل - اطمینان



خاطر مشاور به مراجعان نسبت به اینکه با به کارگیری آنچه را که یاد گرفته‌اند مشکلی برای آنها پیش نخواهد آمد.

### یافته‌ها

جدول ۱: توزیع آزمودنی‌ها بر اساس سن ارائه شده است.

جدول (۱) فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل براساس سن

| مراحل       | پیش‌آزمون    | پس‌آزمون |
|-------------|--------------|----------|
| میانگین     | انحراف معیار | میانگین  |
| ۱۲۹/۹۳      | ۲۰/۲۰        | ۱۴۴/۸۶   |
| ۱۴۴/۴       | ۱۴/۴۶        | ۱۴۹      |
| گروه آزمایش | انحراف معیار | میانگین  |
| کنترل       | ۱۹/۵۷        | ۱۴/۴۱    |

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره نگرش‌های ناکارآمد در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش ۱۴۴/۸۶، ۱۹/۵۷ و گروه کنترل ۱۴۴/۴، ۱۴/۴۶ و در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش ۱۲۹/۹۳، ۲۰/۲۰ و گروه کنترل ۱۴۹، ۱۴/۴۱ می‌باشد. یعنی میانگین نگرش‌های ناکارآمد گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل کاهش یافته است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری آزمودنی‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| مراحل       | پیش‌آزمون    | پس‌آزمون |
|-------------|--------------|----------|
| میانگین     | انحراف معیار | میانگین  |
| ۵۲/۳۳       | ۴/۸۷         | ۶۲/۲۶    |
| ۵۱/۲        | ۷/۶۳         | ۴۷       |
| گروه آزمایش | انحراف معیار | میانگین  |
| کنترل       | ۸/۴۶         | ۶/۱۳     |

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری در

مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش  $۲/۳۳$ ،  $۴/۸۷$  و گروه کنترل  $۵۱/۲$ ،  $۷/۶۳$  و در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش  $۶۲/۲۶$ ،  $۸/۴۶$  و گروه کنترل  $۴۷$ ،  $۶/۱۳$  می‌باشد. یعنی میانگین تاب‌آوری گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل افزایش یافته است.

با توجه به داده‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس بر روی تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه استفاده شد که نتایج آن به شرح زیر است.

جدول (۳) نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا<sup>۱</sup>) در دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نمرات تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای تحقیق

| نام آزمون          | ارزش  | فرضیه F | فرضیه Df | خطا Df | سطح معنی‌داری |
|--------------------|-------|---------|----------|--------|---------------|
| اثر پیلائی         | ۰/۶۵۹ | ۳۴/۱۲۳  | ۲        | ۲۵     | ۰/۰۰۰۵        |
| لامبدای ویلکز      | ۰/۳۴۱ | ۳۴/۱۲۳  | ۲        | ۲۵     | ۰/۰۰۰۵        |
| اثر هتلینگ         | ۱/۹۳۰ | ۳۴/۱۲۳  | ۲        | ۲۵     | ۰/۰۰۰۵        |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۱/۹۳۰ | ۳۴/۱۲۳  | ۲        | ۲۵     | ۰/۰۰۰۵        |

همانطور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، آزمون‌های چهارگانه تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به تفاضل دو متغیر تحقیق از لحاظ آماری معنادار می‌باشند و بیانگر آن هستند که دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از دو متغیرهای مورد مقایسه دارای تفاوت معنادار هستند. به منظور مقایسه گروه‌ها از لحاظ تک تک نمره‌های تفاضل از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول (۴) نتایج تفکیکی تفاضل نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

| متغیر وابسته         | مجموع مجذورات | درجه‌زادی میانگین مجذورات | F     | سطح معنی‌داری (p) |
|----------------------|---------------|---------------------------|-------|-------------------|
| نگرش‌های<br>ناکارآمد | ۵۹۷۳۴۶        | ۱                         | ۲۴/۸۵ | ۰/۰۰۰۵            |
| تاب‌آوری             | ۹۱۵۱۷         | ۱                         | ۴۲/۱۶ | ۰/۰۰۰۵            |

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ نمره‌های تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد دارای تفاوت معنادار می‌باشند. به عبارت دیگر مداخله آزمایشی باعث کاهش متغیر نگرش‌های ناکارآمد و افزایش متغیر تاب‌آوری شده است.

### بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری زوجین بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مذهب محور بر هر دو متغیر پژوهش یعنی نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری موثر بوده و باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد گروه و افزایش تاب‌آوری آن شده است. به عبارتی هر سه فرضیه پژوهش مورد تایید قرار گرفته است. نتایج به دست آمده از آزمون این فرضیه‌ها با پژوهش‌های پاکرت و همکاران (۲۰۰۹)، الیسون و همکاران (۲۰۰۹)، کوسزیسکی و همکاران (۲۰۱۰)، باررا و همکاران (۲۰۱۲)، ویسمن و همکاران (۲۰۱۰)، آقاعلی، زندی‌پور و احمدی (۱۳۹۰)، حمید و همکاران (۱۳۹۰)، زاده‌وش و همکاران (۱۳۹۰) همسو است. اعتقاد به اینکه خدایی هست که ناظر بر امور است و در همه حال انسان را یاری می‌دهد اضطراب و نگرانی را کاهش می‌دهد. اغلب افراد مومن ارتباط با خدا را مانند ارتباط با یک دوست صمیمی می‌دانند و باور دارند که اتکا و توکل به خدا، به عنوان یک شیوه مقابله موثر، در رویارویی با رخداد‌های ناگوار به آنها کمک زیادی می‌کند که این امر باعث افزایش عزت، آرامش، بی‌نیازی از خلق، امیدواری و رفع منفی‌نگری و انفعال، کفایت، مشکل‌گشایی و راه‌یابی به امور و تقویت صبر می‌شود که مجموع این عوامل باعث می‌شود تا احساس ناخوشایندی برطرف گردد (تاجیک، ۱۳۸۳؛ به نقل از حمید، ۱۳۸۹).

بارارا و همکاران (۲۰۱۲)، نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی-رفتاری با تاکید بر مذهب و معنویت، باعث کاهش علائم بارز اختلال اضطراب سالمندان از قبیل نگرانی و نفع ثانویه ناشی از این اختلال در گروه آزمایش بود. همچنین نتایج نشان‌دهنده تداوم بهبودی ناشی از درمان در مدت ۶ ماه پیگیری بود.

کوسزیسکی و همکاران (۲۰۱۰)، نشان دادند که کارآمدی مداخلات مبتنی بر معنویت در درمان اختلال GAD بسیار بالا بوده، باعث کاهش معنادار در نگرانی و علایم اختلال اضطرابی در مبتلایان می‌شود.

در پژوهشی که به مقایسه درمان شناختی-رفتاری با درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان انجام گرفت نشان داده شد که رفتار درمانی شناختی-رفتاری مذهب محور بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان موثر است و ظاهراً درمان شناختی-رفتاری مذهب محور تاثیر بیشتری نسبت روان‌درمانی شناختی-رفتاری کلاسیک داشته است (مجاهد، کلانتری، مولوی، نشاط‌دوست و بخشانی، ۱۳۸۸).

همچنین در پژوهشی دیگر نتایج حاکی از آن بود که درمان شناختی-رفتاری مذهب محور به عنوان یک رویکرد درمانی تکمیلی و جامع در مقایسه با روان‌درمانی شناختی-رفتاری کلاسیک کاهش بیشتر افسردگی رادر بر داشته است (حمید، ۱۳۹۰).

نتایج پژوهش حیدری و همکاران (۱۳۸۹)، نشان داد که آموزش راه‌های معنایی و یکپارچه کردن آن با آموزه‌های اسلامی بر میزان شادمانی دانشجویان موثر بوده و به‌طور معناداری شادمانی گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل افزایش داده است.

منیرپور و خوسفی (۱۳۸۹)، طی پژوهشی نشان دادند که با مثبت شدن نگرش دانشجویان به دین از میزان علائم جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی کاسته می‌شود.

همچنین پژوهش هاشمی و جوکار (۱۳۹۰)، نشان داد بین تعالی معنوی و تاب‌آوری دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد. کروک<sup>۱</sup> (۲۰۰۸)، نیز بیان داشت طبق تحقیقات افرادی که از نظر مذهبی در سطح بالاتری قرار دارند سعی می‌کنند مسائل خود را به شیوه حل مسأله و با حمایت اجتماعی مرتفع کنند.

---

1- Crook

## نتیجه‌گیری

برقراری ارتباط معنوی با یگانه قدرت بی‌انتها به فرد این اطمینان را می‌بخشد که نیرویی قوی حامی و پشتیبان اوست. از این روی فرد، رویدادها و پستی و بلندی‌های زندگی را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر طی کرده و کمتر دستخوش اضطراب و استرس شده و به تبع آن نسبت به آینده امیدوارتر و خوش‌بین‌تر خواهد بود (عسگری و همکاران، ۱۳۸۹).

همچنین قدرت فزاینده دین در تعدیل بحران‌های زندگی امری است انکارناپذیر که در تحقیقات متعدد نیز به اثبات رسیده است. الیس<sup>۱</sup> (۱۹۹۴) و آدلر<sup>۲</sup> (۱۹۹۵)، به نقل از مختاری و همکاران (۱۳۸۰)، نشان داده‌اند که دین به معنای وسیع کلمه می‌تواند بحران‌های شدید و ناملازمات زندگی را تعدیل نماید. همچنین آنها ارتباط مثبت و معناداری را بین مذهب، سلامت روان و تاب‌آوری نشان داده‌اند که این نتایج توسط پژوهشگرانی چون (پورشریفی، ۱۳۸۳؛ پارگمنت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷؛ لوین و تایلور، ۱۹۹۸؛ یانگ و ماو، ۲۰۰۷) نیز اثبات شده است.

از طرفی پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور می‌تواند به عنوان نوعی مداخله موثر در افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد به کار رود. اگرچه تعمیم‌پذیری این نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است. به‌طور کلی باتوجه به نتایج حاصل از این پژوهش به کارگیری روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور به روان‌درمانگران و مشاوران خانواده توصیه می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۹۱/۰۳/۰۴

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۹۱/۰۷/۰۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۱۷

1- Ellis  
3- Pargament

2- Adler

## منابع

## References

- آقایانی چاوشی، طالبیان، طرخورانی، صدقی جلال، آزرمی، فتحی آشتیانی (۱۳۸۷). بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان، *مجله علوم رفتاری*، دوره ۲، شماره ۲.
- آقاعلی، زندی‌پور، احمدی (۱۳۹۰). مطالعه تأثیر مشاوره گروهی شناختی-رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم، *روانشناسی و دین*، سال ۴، شماره ۱.
- جوکار و همکاران (۱۳۸۹). *پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس جهت‌گیری مذهبی دانشجویان*. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه شاهد.
- حمید، کیخسروانی، بابامیری، دهقانی (۱۳۹۱). بررسی رابطه سلامت روان و هوش معنوی با تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، *فصلنامه علمی پژوهشی جنتا‌شاپیر*، دوره ۳، شماره ۲.
- حسینی قمی، سلیمی بجستانی (۱۳۹۰). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری در بین مادران فرزندان مبتلا به بیماری، *روانشناسی و دین*، سال ۴، شماره ۳.
- حمید، بشلیده، عیدی بایگی و دهقانی‌زاده (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه، *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال ۱، شماره ۱.
- حسینی قمی و همکاران (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سطح کیفیت مادران دارای فرزند ۱۰ تا ۱۳ سال مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی، *مطالعات بالینی*، شماره ۱.
- دباغی (۱۳۸۵). *اثربخشی شناختی - رفتاری بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرحواره معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی*، دانشکده انیستیتو روانپزشکی تهران.
- زاده‌هوش طاهر؛ نشاط‌دوست؛ کلانتری؛ رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۹۰). مقایسه اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک بر کیفیت ارتباط زناشویی، *خانواده‌پژوهی*، سال ۷، شماره ۲۵.
- شریفی؛ شکرکن؛ احدی و مظاهری (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین هویت‌های دینی و ملی با سلامت روانی دانشجویان، *یافته‌های نو در روانشناسی*.
- صدیدی، پورابراهیم؛ باقریان، منصور (۱۳۹۰). رابطه بین معنویت خانواده با تاب‌آوری آن، با واسطه‌گری کیفیت ارتباط در خانواده، *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، سال ۲، شماره ۵.
- وحیدی‌مطلق؛ کجباف و صالح‌زاده (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و شناخت درمانی مذهبی بر اضطراب دانش‌آموزان، *مجله علوم رفتاری*، دوره ۵، شماره ۳.

یعقوبی، سهرابی و محمدزاده (۱۳۹۱). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی معنوی-مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان، تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۰، شماره ۲.

Aten, J.D., & Schenck, J.E. (2007). Reflections on Religion and Health Research: Interview with Dr. Harold G. Koenig, *Journal of Religion and Health*, 46, 183-190.

Aten, D.J. & Worthington, E.L. (2009). Next Steps for Clinicians in Religious and Spiritual Therapy: An Endpiece, *Journal of Clinical Psychology*; 65(2), 224-229.

Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. (2012). Integrating Religion and Spirituality into Treatment for Late-life Anxiety: Three Case Studies, *Cognitive and Behavioral Practice*; 19(2): 346-58.

Ellison, C.G.; Anthony, B.W.; Glenn, N.D. & Marquardt, E. (2011). The Effects of Parental Marital Discord and Divorce on the Religious and Dpiritual lives of Young Adults, *The Journal Social Science Research*; 40, 538-551.

Koszycki D., Raab K., Aldosary F., Bradwejn J.A. (2010). Multifaith Spiritually Based Intervention for Generalized Anxiety Disorder: A Pilot Randomized Trial, *J Clin Psychol*; 66(4): 430-41.

Moodley, T. (2008). The Relationship between Coping and Spiritual, Child Psychology Tuniversity of the Free State Bloemfontein.

Meyers, A.D.S.W. (2001). Understanding Developmental Consequences through Object Relations, Family Systems, and Resiliency Theories, City University of New York, 256 page.

Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Loboprabhu SM, Lomax JW, Stanley MA. (2009). Integration of Religion into Ognitive-behavioral Therapy for Geriatric Anxiety and Depression, *J Psychiatr Pract*; 15(2): 103-12

Rascicc, T.D. Belika, S.L. Eliasb, B. Katza, L.Y. & Then (2009). Spirituality, Religion and Suicidal Behavior in a Nationally Representative S.J Affect Disord.

Weisman, A.G.; Tuchman, N. & Duarte, E.A. (2010). Incorporating Religion/Spirituality into Treatment for Serious Mental Illness, *Cognitive and Behavioral Practice*; 17, 348-357.