



سال یازدهم • بهار و تابستان ۱۴۰۴ • شماره ۲۲

Biannual Journal of Islamic Psychology

Vol. 11, No. 22, Spring & Summer 2025

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌نگر بر کیفیت زندگی، شادکامی و تعارضات زناشویی

مهفام عباسی*

باب‌الله بخشی‌پور جویباری**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌نگر بر کیفیت زندگی، شادکامی و تعارضات زناشویی بود. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زوجین دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ بودند که از میان آنها ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد آرجیل مارتین و کراسلند و پرسش‌نامه تعارضات زناشویی ثنائی ذاکر و براتی استفاده شد. گروه آزمایش به مدت ۲ ماه در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور را دریافت کردند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. یافته‌ها نشان داد بین دو گروه در کیفیت زندگی، شادکامی و تعارضات زناشویی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود داشت و درمان شناختی - رفتاری مذهب‌نگر می‌تواند سبب افزایش کیفیت زندگی، شادکامی و کاهش تعارضات زناشویی گردد. با توجه به نتایج، می‌توان از این روش برای کمک به تحکیم بنیان خانواده و بهبود روابط زوجین بهره برد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی - رفتاری مذهب‌نگر، کیفیت زندگی، شادکامی، تعارضات زناشویی.

* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی اسلامی مثبت‌گرا، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

** دانشیار گروه مشاوره دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول) ba_bakhsipour@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۷

مقدمه

در اسلام، خانواده به عنوان بنیادی ترین واحد جامعه از اهمیت ویژه ای برخوردار است و مایه آرامش انسان ها تلقی می شود. ازدواج و تشکیل خانواده نه تنها بخشی از طبیعت انسان، بلکه تمامی موجودات زنده است. این سنت اجتماعی دیرینه، همواره در میان تمامی امت ها وجود داشته و خواهد داشت که خود گواه فطری بودن آن است. از آنجاکه اسلام دین فطرت است، به این امر مقدس پرداخته و به آن قداست بخشیده است (عباسی دره بیدی و زارعی، ۱۴۰۲). در آغاز زندگی مشترک، معمولاً زوجین با احساس عمیق تعهد و پابندی نسبت به یکدیگر وارد رابطه می شوند، اما با گذر زمان برخی از آنان به تدریج با چالش ها و مشکلات ارتباطی مواجه می گردند (دونگ، دونگ و جن، ۲۰۲۲). علاوه بر این، زندگی مشترک ممکن است تحت تأثیر عواملی نظیر مشکلات مالی، اختلافات مذهبی، چالش های ارتباطی، روابط جنسی، مسائل عاطفی یا خشونت های جسمی باشد که روابط همسران را دچار تنش کند (دیده بان و محبی نورالدین وند، ۱۴۰۴). یکی از جدی ترین تهدیدهایی که می تواند بنیان زندگی مشترک را با چالش های متعددی روبه رو سازد، تعارضات زناشویی است. این تعارضات با ایجاد تنش و اختلال در تعاملات زوجین، زمینه ساز کاهش رضایت و آسیب پذیری روابط زناشویی می شوند (لی و هان، ۲۰۲۳). تعارضات زناشویی به وجود اختلاف نظرها و تقابل های مستمر میان زوجین اشاره دارد که حاکی از ناهماهنگی در روابط زناشویی است (یو، ۲۰۲۴). به عبارتی دیگر، تعارضات زناشویی نوعی کشمکش بر سر تصاحب پایگاه ها و منابع قدرت است و با حذف امتیازات دیگری و افزایش امتیازات خود بروز می کند (چانگ و همکاران، ۲۰۲۳). در همین راستا، نتایج پژوهش بلوچ زاده و قنبری (۱۴۰۱) تحت عنوان «کارآمدی زوج درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزه های اسلامی بر تعارضات زناشویی، صمیمیت زناشویی و بخشایشگری زوجین» را بر تعارضات زناشویی، صمیمیت و بخشش بررسی کردند. یافته های آنها اثربخشی این مداخله مذهبی را در بهبود پیامدهای رابطه نشان داد. علاوه بر این، احساس تعلق و عشق، پایه و اساس ازدواج را تشکیل می دهد. با این حال، با گذشت زمان،

1. Dong, S., Dong, Q. & Chen, H.

2. Lee, E. & Han, S.

3. Yu, J.

4. Chung, G., Chan, X., Lanier, P. & Wong, P.

بسیاری از زوجها دچار تعارض شده و شادی خود را از دست می‌دهند (یو، ۲۰۲۱). بنابراین یکی از مهم‌ترین عوامل افزایش رضایت در زندگی زوجین، داشتن یک رابطه سالم و هماهنگ و شادکامی است (تاسو و گتهان، ۲۰۲۱).

شادکامی به‌عنوان یک ساختار روان‌شناختی چندبعدی، شامل تجربه هیجانات مثبت و ادراک کلی از رضایت در زندگی است و نوعی حالت ذهنی - هیجانی محسوب می‌شود که بهزیستی فردی را بازتاب می‌دهد (وینهوون، ۲۰۲۴). به عبارت دیگر، تصور و انسجام ذهنی فرد درباره شادکامی با تجربه واقعی او از شادکامی ارتباط مستقیم دارد و این نگرش ذهنی متأثر از ارزش‌ها، اولویت‌ها و چگونگی تفسیر او از تعاملات محیطی است (چون، یونگ، تان و تان، ۲۰۲۲). علاوه بر این، عوامل متعددی همچون ویژگی‌های ژنتیکی، شرایط زندگی، کیفیت روابط اجتماعی، سطح سلامت، ارزش‌های فردی و الگوهای شناختی می‌توانند بر تجربه شادکامی افراد تأثیرگذار باشند (الشوریده و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس آموزه‌های قرآن کریم، شادکامی پدیده‌ای است که ریشه در بستر اجتماعی دارد و فراتر از تجربه‌ای صرفاً فردی تعریف می‌شود. این تجربه اگرچه ذاتاً قابل ادراک فردی است، اما همواره در تعاملی پویا با جامعه شکل می‌گیرد؛ به گونه‌ای که یک رابطه دوسویه و متقابل بین شادکامی فرد و جامعه برقرار است. در این چارچوب دینی، شادکامی هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است (خرم و همکاران، ۱۴۰۳). در همین راستا، نتایج پژوهش زارع میرک‌آباد و همکاران (۱۴۰۱)، اهمیت آموزش شادکامی اسلامی را در بهبود سلامت روان زنان دارای تعارضات زناشویی آشکار می‌سازد. این مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، با افزایش نشاط ذهنی و تقویت عواطف مثبت، به کاهش معنادار عواطف منفی در این گروه از زنان منجر می‌شود. این یافته‌ها، بر پتانسیل مداخلات مذهبی - شناختی - رفتاری در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری فردی در شرایط دشوار تأکید دارد. همچنین نتایج پژوهش زاگوناری^۶ (۲۰۲۴) نشان داد که به‌کارگیری هم‌زمان اصول اخلاقی مذهبی و سکولار می‌تواند منجر به افزایش شادکامی و بهبود سلامت افراد شود. این مطالعه با استفاده از

1. Yu, K.

2. Tasew, A. & Getahun, K.

3. Veenhoven, R.

4. Choon, S., Yong, C., Tan, S. & Tan, S.

5. Alshurideh, M., Al Kurdi, B., Alzoubi, H., Akour, I., Obeidat, Z. & Hamadneh, S.

6. Zagonari, F.

داده‌های پانل و یک مدل نظری پویا به این نتیجه رسید که بهره‌گیری از چارچوب‌های اخلاقی دینی، در کنار رویکردهای سکولار، نقش معناداری در ارتقای بهزیستی روانی و جسمانی ایفا می‌کند. یکی از معیارهای اساسی در ارزیابی رفاه انسان که به‌عنوان ادراکی که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با سلامت جسمانی، روانی و عملکرد اجتماعی در ارتباط است، کیفیت زندگی است (بالاندا، براون و یاماشیتا،^۱ ۲۰۲۱).

کیفیت زندگی به‌عنوان یک شاخص جامع و پویا، طیفی از ابعاد مختلف حیات انسانی، از جمله سلامت جسمانی، تعادل روانی، تعاملات اجتماعی و شرایط محیطی را دربر می‌گیرد. این سازه در واقع بازتاب‌دهنده سطح رضایتمندی افراد از شرایط کلی زندگی خود می‌باشد (نوس و همکاران،^۲ ۲۰۲۳). علاوه بر این، کیفیت زندگی به‌عنوان یک محور اساسی، توجه بسیاری از متخصصان و برنامه‌ریزان حوزه سلامت را به خود جلب کرده است. این سازه چندوجهی، نه‌تنها سلامت جسمانی و روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه در بهبود روابط اجتماعی، پویایی زندگی خانوادگی، توسعه کارکردهای معنوی و حرفه‌ای و همچنین توانایی تنظیم هیجانات، نقشی حیاتی ایفا می‌کند (حبیبوویچ و همکاران،^۳ ۲۰۲۵). بنابراین کیفیت زندگی زناشویی برای زوجین ابعاد متفاوتی دارد؛ از یک‌سو، کیفیت بالای آن می‌تواند به‌عنوان تکیه‌گاهی محکم برای افراد عمل کند و از سوی دیگر، کیفیت پایین زندگی زناشویی عاملی پرخطر و آسیب‌زا محسوب می‌شود (ماتی و ویرگا،^۴ ۲۰۲۲). در همین راستا، نتایج پژوهش صنیعی و آل‌یاسین (۱۴۰۳) نشان داد که آموزش مهارت‌های اساسی زندگی تأثیر چشمگیری بر ارتقای سرمایه روان‌شناختی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان در زنان دارای همسر زندانی دارد. این مداخله با تقویت تاب‌آوری، امید و توانایی مدیریت هیجانات، نقش مهمی در بهبود سازگاری روانی - اجتماعی ایفا می‌کند. همچنین نتایج پژوهش روجیلی و همکاران (۱۴۰۳) نشان داد که رشد و ارتقای اخلاق تحصیلی در محیط دانشگاهی و بهبود باورهای نگرش مذهبی در میان دانشجویان، زمینه‌ساز افزایش کیفیت زندگی آنان است. این مطالعه حاکی از آن بود که تقویت اخلاق و نگرش مذهبی،

1. Bulanda, J., Brown, J. & Yamashita, T

2. Neves, E., da Silva, J., de Souza Urbanetto, J., Buboltz, F., Kegler, J., Ribeiro, C. & Lorenzini, E.

3. Habibović, M., Leissner, P., Nyklíček, I., Widdershoven, J. & Olsson, E.

4. Matei, A. & Virgă, D.

نقش مؤثری در ارتقای رضایت از زندگی و سازگاری روانی - اجتماعی دانشجویان ایفا می‌کند. یکی از مداخلات به‌کار گرفته شده در این پژوهش، درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور است. این درمان علاوه بر اصلاح افکار و باورهای غلط، بر تقویت اعتقادات معنوی و دینی افراد تمرکز دارد و آنها را به تأمل در نظم هستی و رحمت الهی فرامی‌خواند (مشاک، نادری و چین‌آوه، ۱۴۰۰).

ایجاد ارتباط معنوی با خداوند، به فرد اطمینان حمایت‌نیروی قوی را می‌دهد. این باور باعث می‌شود فرد مشکلات را با رویکردی معنوی حل کند و کمتر دچار استرس و اضطراب شود؛ همچنین امیدش به رهایی از مشکلات افزایش یابد (فروهش و همکاران، ۱۴۰۱). هدف این رویکرد، بازسازی شناختی باورهای ناکارآمد و جایگزینی افکار خودآیند منفی با الگوهای فکری منطقی است. طی جلسات درمان، با تسهیل‌گری درمانگر، مراجع به تعمیق اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود می‌پردازد و توجه و تمرکز وی به قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی معطوف می‌گردد؛ همچنین تقویت توکل و اعتقاد به امداد الهی، به افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی در مراجع منجر می‌شود (هاشم‌ورزی و همکاران، ۱۳۹۹). در همین راستا، نتایج پژوهش اوچکیان و همکاران^۱ (۲۰۱۷) نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور به‌طور قابل توجهی علائم و سواس فکری - عملی را کاهش داده، کیفیت زندگی را بهبود بخشیده و اثرات پایداری دارد. این یافته‌ها در راستای پژوهش‌های پیشین، اثربخشی مثبت این نوع درمان را بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی تأیید می‌کند. همچنین نتایج پژوهش هاشم‌ورزی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد، درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور اثربخشی قابل توجهی بر بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران داشت و اثرات مثبت درمان تا مرحله پیگیری نیز باقی ماند. این درمان توانست به‌عنوان مداخله مؤثر در بهبود جنبه‌های روانی و اجتماعی بیماران عمل کند.

با وجود گستردگی مداخلات شناختی - رفتاری، مشکلات زناشویی زوج‌ها به دلیل پیچیدگی‌های اجتماعی و فرهنگی، از جمله تأثیر رسانه‌ها و تغییر سبک زندگی، همچنان متنوع و دشوار باقی مانده است. پژوهش‌های موجود بیشتر به CBT کلاسیک یا جنبه‌های صرفاً روان‌شناختی و رفتاری پرداخته‌اند و کمتر به نقش باورهای مذهبی و معنوی در بهبود کیفیت زندگی و روابط زناشویی توجه کرده‌اند. این محدودیت باعث شده بسیاری از مداخلات نتوانند اعتقادات

1. Aouchehian, S., Karimi, R., Najafi, M., Shafiee, K., Maracy, M. & Almasi, A.

دینی فرد را تقویت کنند یا به اصلاح نگرش‌های منفی مذهبی بپردازند. بنابراین با وجود اهمیت این مسئله، تحقیقات اندکی به‌طور اختصاصی به بررسی تأثیر یک مداخله یکپارچه بر ابعاد چندگانه زندگی زوج‌ها پرداخته‌اند. مطالعاتی که هم‌زمان اثربخشی یک پروتکل درمانی را بر کیفیت زندگی، شادکامی و تعارضات زناشویی بسنجند نیز بسیار اندک است. بر این اساس، پژوهش حاضر با طراحی و اجرای یک الگوی شناخت درمانی رفتاری مذهب‌نگر انجام شد. در این مداخله، تکنیک‌های اصلی CBT از جمله بازسازی شناختی، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله به‌کار گرفته شد، اما این اصول به‌طور هدفمند با باورهای دینی و مفاهیم اسلامی تلفیق گردید. به‌طور مشخص، در جلسات درمانی از آیات قرآن کریم و احادیث مرتبط با صبر، توکل، امید به آینده و رحمت الهی استفاده شد تا فرایند درمان با زمینه فرهنگی - مذهبی زوجین هماهنگ شود. بدین ترتیب، مداخله حاضر صرفاً بازآفرینی CBT کلاسیک نبود، بلکه شکلی تلفیقی از CBT و آموزه‌های اسلامی بود که انتظار می‌رفت اثربخشی بیشتری بر بهبود کیفیت زندگی، افزایش شادکامی و کاهش تعارضات زناشویی زوجین داشته باشد. لذا این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال اصلی است که آیا درمان شناختی - رفتاری مذهب‌نگر بر کیفیت زندگی، شادکامی و تعارضات زناشویی زوجین تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه با گمارش تصادفی به گروه‌ها است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زوجین دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ بودند. در این پژوهش، نمونه‌گیری به شیوه هدفمند از بین زوجین دارای تعارضات زناشویی، ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. قبل و بعد از انجام مداخله، از هر دو گروه شرکت‌کننده در پژوهش پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد. گروه آزمایش به مدت ۲ ماه در ۱۰ جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه (یک بار در هفته)، تحت مداخله شناختی - رفتاری مذهب‌محور قرار گرفت. در مقابل، گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، اما در تمام مراحل پژوهش با تیم تحقیق همکاری داشت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل زوجین متأهل دارای تعارضات زناشویی که با رضایت آگاهانه تمایل به حضور در جلسات درمانی دارند، در بازه سنی ۲۵ - ۴۵ سال قرار گرفته و حداقل مدرک



تحصیلی آنان پایان دوره راهنمایی (سیکل) باشد. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل شرکت‌کننده در جلسات درمانی، زوجینی که دچار اختلالات روان‌پزشکی شدید یا وابستگی به مواد هستند و این امر مانع بهره‌مندی آنان از درمان می‌شود، افرادی که با بحران‌های حاد خانوادگی یا فردی مواجه شوند و غیبت بیش از سه جلسه متوالی. در نهایت، داده‌ها با استفاده تحلیل کوواریانس چندمتغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها به شرح ذیل است:

پرسش‌نامه کوتاه‌شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: پرسش‌نامه کوتاه‌شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ توسط گروه سازمان بهداشت جهانی سلامت در سال ۱۹۹۶ جهت ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تدوین شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۶ گویه است که سؤالات ۱ و ۲ درجه کیفیت و رضایت از سلامت را ارزیابی می‌کنند و سؤالات دیگر (۳-۲۶)، چهار حوزه، یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و ارتباطات محیطی را ارزیابی می‌کنند. این پرسش‌نامه یک مقیاس پاسخ پنج‌لیکرتی است که حداقل نمره ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر در هریک از حوزه‌هاست (اولیکال و همکاران، ۲۰۲۱). در ایران نجات و همکاران (۲۰۰۶) این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند و ضریب آلفای پرسش‌نامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به‌دست آوردند و ضریب پایایی با روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷۰ گزارش کردند. نصیری و همکاران (۲۰۱۲) نیز، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ را به‌دست آوردند. تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس مشخص کرد که در این مقیاس، چهار زیرمقیاس سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی که در مقیاس اصلی وجود داشتند، وجود دارد که نشان‌دهنده روایی ساختاری آن است. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برابر ۰/۸۱ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد: پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد^۲ توسط آرجیل هیل و آرجیل در سال ۲۰۰۲ بر اساس وارونه کردن مقیاس افسردگی بک ساخته شده است. شیوه ساخت آن به این‌گونه بود که این پژوهشگران از طریق رایزنی با آرون تی بک، جملات مقیاس افسردگی بک را

1. WHOQOL-BREF

2. Oxford Happiness Questionnaire

وارونه کردند و ۲۱ گویه به دست آمد؛ سپس ۱۱ ماده به این ۲۱ ماده افزوده شد و در نهایت با بررسی‌های نهایی مقیاس ۲۹ گویه‌ای پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (OHI) پدید آمد. این پرسش‌نامه دارای پنج زیرمقیاس رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت است.

نمره‌گذاری مقیاس شادکامی آکسفورد به شکل لیکرت در چهار درجه به شکل همیشه (۴)، اغلب (۳)، به ندرت (۲) و هرگز (۱) نمره‌گذاری شده است. دامنه نمرات آن از ۰ تا ۸۷ است. طبق این پرسش‌نامه نمره بالاتر میزان شادکامی بیشتری را نشان می‌دهد. بررسی همسانی درونی فهرست شادکامی آکسفورد نشان داد که تمام ۲۹ گزاره این فهرست با نمره کل همبستگی بالایی داشتند. آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. همبستگی پیرسون بین فهرست شادکامی آکسفورد با فهرست افسردگی بک و زیرمقیاس‌های برون‌گرایی و نوروژگرای EPQ به ترتیب برابر با ۰/۴۸-، ۰/۴۵ و ۰/۳۹- بود که روایی هم‌گرا و واگرای فهرست شادکامی آکسفورد را تأیید کرد. نتایج تحلیل عاملی با استخراج ۵ عامل رضایت از زندگی، عزت نفس، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت توانستند با ارزش ویژه بزرگ‌تر از ۱ در مجموع ۴۹/۷ درصد واریانس کل را تبیین کنند. این آزمون در ایران توسط علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) ترجمه شد و روایی صوری آن ۱۲۹ توسط ۱۰ کارشناس مورد تأیید قرار گرفت. پایایی آزمون با روش دو نیمه‌کردن ۰/۹۲ و از طریق همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین، با روش تحلیل عاملی، پنج عامل از ۲۹ سؤال آزمون استخراج شد که در مجموع ۱/۵۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کردند. در پژوهش پاییزی و همکاران (۱۳۸۶)، پایایی پرسشنامه آکسفورد به روش آلفای کرونباخ و به‌منظور بررسی همسانی درونی ۰/۹۱ گزارش شده است.

پرسش‌نامه تعارضات زناشویی: پرسش‌نامه تعارضات زناشویی^۱ را شنایی ذاکر و براتی در سال ۱۳۸۷ با هدف سنجیدن هفت بعد اصلی تعارضات زوجین تدوین کرده‌اند. پرسش‌نامه شامل ۴۲ پرسش بوده است. این ابزار هفت جنبه یا هفت بعد از تعارضات زناشویی را اندازه می‌گیرد که عبارت‌اند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان

همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر. نمره‌گذاری برای پرسش‌نامه بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (از ۱ تا ۵) در نظر گرفته شده است. حداکثر نمره ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ است. در مرحله تحلیل مواد آزمون پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر پرسش با کل پرسش‌نامه و مقیاس‌های آن، ۱۳ پرسش از ۵۵ پرسش اولیه حذف شده است. در پژوهش خزاعی و همکاران (۱۴۰۰) نمرات تمامی مؤلفه‌های پرسش‌نامه تعارضات زناشویی از ۰/۳۱ تا ۰/۸۲ با نمره کل تعارض زناشویی در سطح ۰/۰۱ همبستگی معناداری داشتند. دهقان (۱۳۸۵) در تحقیق خود برای هنجاریابی پرسش‌نامه تعارضات زناشویی روی یک گروه ۳۰ نفری بررسی انجام داده و از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۱ و برای هفت مؤلفه آن به ترتیب کاهش همکاری ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۶۴، افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۷۴، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۸۱، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۶۵، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸۱ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۶۹ به‌دست آمده است. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برابر ۰/۷۵ به‌دست آمد.

جلسات درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور

برنامه درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی یک دوره دو ماهه بر اساس بسته آموزشی پیرس و همکاران اجرا گردید. روایی این پروتکل پیش‌تر توسط تدوین‌کنندگان آن مورد تأیید قرار گرفته و از نظر روایی صوری و محتوایی در سطح مطلوب گزارش شده است (پیرس و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر این، روایی محتوای بسته آموزشی مورد استفاده در پژوهش حاضر نیز توسط دو تن از متخصصان در این حوزه بررسی و تأیید شد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از محتوای جلسات درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه‌ای از جلسات درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور (RCBT)

جلسه	عنوان جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضای گروه با هم	در آغاز جلسه، اعضای گروه با یکدیگر آشنا می‌شوند و فضای صمیمی اولیه شکل می‌گیرد؛ سپس درمانگر به معرفی کلی روش درمانی، اهداف اصلی برنامه، قوانین و چارچوب‌های مورد نیاز برای حفظ انسجام گروهی می‌پردازد؛ در ادامه، ضرورت پایبندی به حضور منظم، رعایت محرمانگی مطالب مطرح‌شده و احترام به مشارکت دیگر اعضا مورد تأکید قرار می‌گیرد؛ همچنین مفاهیم کلیدی مرتبط با پژوهش، از جمله تعهد سازمانی و اثربخشی سازمانی، به‌طور مقدماتی معرفی و تبیین می‌شوند تا زمینه ذهنی مشترکی برای جلسات بعدی فراهم گردد؛ در پایان، پرسش‌ها و ابهامات احتمالی اعضا پاسخ داده شده و تکلیف خانگی کوتاهی جهت افزایش انگیزه و مشارکت در جلسات آینده ارائه می‌شود

دوم	آموزش تشخیص هیجان‌های ناخوشایند	در این جلسه، به مرور و شناسایی افکار منفی رایج پرداخته و با استفاده از فنون شناختی - رفتاری، شیوه‌های چالش با این افکار آموزش داده می‌شود. در چارچوب پروتکل RCBT و با سازگارسازی آن متناسب با باورهای مذهبی شرکت‌کنندگان، از آیات قرآن کریم و احادیث معتبر به عنوان منابع معنوی برای تبیین راهبردهایی همچون صبر، بردباری، توکل به پروردگار و بخشش استفاده می‌گردد؛ همچنین مهارت حل مسئله در قالب رویکرد شناختی - رفتاری آموزش داده می‌شود و نقش صبر، گذشت و عفو در ارتقای کیفیت زندگی مورد بحث قرار می‌گیرد. اعضا در این مرحله درمی‌یابند که تنصیع حقوق آنان نه تنها از نظر اجتماعی، بلکه بر اساس آموزه‌های دینی نیز امری نگویده است و فرد خاطی مسئول اعمال خویش خواهد بود. این آگاهی به کاهش احساسات منفی کمک کرده و افراد را از تمرکز بر انتقام به سمت بخشش و بازسازی روابط سوق می‌دهد.
سوم	مروری بر افکار منفی و چالش با آنها	در پایان جلسه، تکالیفی به اعضا ارائه می‌شود، از جمله شناسایی افکار ناکارآمد و تحریف‌شده، بررسی موقعیت‌های تعارض‌آفرین و تمرین جایگزینی نگرش‌های مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تر.
چهارم	آموزش فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات	در آغاز جلسه، مروری بر مباحث قبلی و تکالیف خانگی انجام می‌شود؛ سپس فنون توقف افکار و توجه‌برگردانی آموزش داده می‌شود تا اعضا بیاموزند تمرکز خود را از افکار منفی به محیط و جهان پیرامون معطوف کنند؛ در ادامه، بر امید به بهبودی، فعال‌سازی رفتار و چالش با افکار منفی و بدبینانه درباره خود و همسر تأکید می‌گردد؛ همچنین نقش مثبت‌اندیشی در کاهش تعارضات زندگی مورد بحث قرار گرفته و با سازگارسازی پروتکل، از آیات قرآن کریم برای تقویت نگرش مثبت استفاده می‌شود؛ در پایان، تمرین‌های شناختی - رفتاری برای کاربرد فنون ارائه‌شده به عنوان تکلیف خانگی تعیین می‌گردد.
پنجم	آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق	مروری کوتاه بر جلسات قبلی، بررسی تکالیف ارزیابی از تکالیف جلسه قبل، هدف خلقت و رابطه خداوند با بندگان، آموزش فن آرمیدگی عضلانی و ذهنی (ریلکس) به افراد با تجسم ذهنی پدیده‌های مختلف هستی برای کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، بررسی افکار تحریف‌شده به کمک زوجین و جایگزینی افکار منفی، مروری بر هیجان‌ها و رفتار منطقی و خوشایند پس از افکار منطقی.
ششم	بیان احساسات توسط شرکت‌کنندگان و بحث درباره آنها	در این جلسه با استفاده از فنون رفتاری و قرارداد مشروط، توانایی همدلی، تواضع و درک متقابل در اعضا تقویت می‌شود. به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود تا همسر خود را به عنوان فرقی با محدودیت‌ها و شرایط خاص در نظر بگیرند و عملکرد او را در بستر عوامل درونی و بیرونی ارزیابی کنند. این بازنگری به فرد کمک می‌کند موقعیت‌هایی را که رفتار آزارنده رخ داده است بهتر درک کرده و احتمال وجود اجبار یا محدودیت در انتخاب رفتار را بپذیرد. چنین نگرشی سبب می‌شود ادراک فرد رنجیده از رفتار همسر تغییر کرده، شدت خشم و رنجش کاهش یابد و زمینه برای بخشش فراهم گردد. در پایان جلسه تکالیف خانگی برای تمرین عملی فنون آموخته‌شده به اعضا ارائه می‌شود.
هفتم	بحث درباره مهارت‌های ارتباطی از دیدگاه مذهبی و درباره قضا و قدر	در آغاز جلسه، تکالیف خانگی جلسات پیشین مرور و موانع احتمالی در اجرای فنون مورد بررسی قرار می‌گیرد؛ سپس با مشارکت اعضا، راهکارهایی برای غلبه بر این موانع ارائه می‌شود؛ در ادامه، موانع ارتباطی از منظر دینی شامل خشم، شتاب‌زدگی، سوءبرداشت، تندخویی، بداخلاقی، ناسزاگویی و تردیدهای بی‌اساس مطرح و تحلیل می‌گردد؛ در پایان، تکلیفی به اعضا داده می‌شود تا این موانع را در روابط شخصی و زناشویی خود شناسایی و ثبت کنند.
		این جلسه با تمرکز بر آموزش مهارت‌های ارتباطی اثربخش برگزار می‌شود. بر اساس آموزه‌های دینی و با استناد به آیات قرآن کریم، اصولی همچون احترام متقابل، ابراز محبت، صداقت، خوش خلقی و آراستگی ظاهری مورد بحث قرار می‌گیرد؛ سپس مهارت‌های ارتباطی عملی آموزش داده می‌شود تا اعضا بتوانند این اصول را در تعاملات روزمره با همسر خود به کار گیرند؛ در پایان، تکالیفی جهت تمرین این مهارت‌ها در محیط خانواده به شرکت‌کنندگان ارائه می‌شود.



یافته‌ها

جهت انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا مفروضات آماری بررسی شد که شامل نرمال بودن توزیع نمرات، برابری واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون می‌باشد. جهت بررسی وضعیت نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو - ویلک^۱ استفاده شد. نتایج مربوط به نرمال بودن توزیع نمرات ابزارهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر وابسته	آماره F	آزمون شاپیرو - ویلک	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۰/۹۵۴	۱۵	۰/۴۸۹
شادکامی	۰/۹۷۱	۱۵	۰/۵۲۱
تعارضات زناشویی	۰/۹۱۰	۱۵	۰/۳۶۷

مطابق جدول ۲ و با توجه به این جدول نتایج این آزمون برای تمامی متغیرها معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است ($P > ۰/۰۵$)؛ بنابراین پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید شد. همچنین جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین

هشتم	تأکید بر افراد برای کنار گذاشتن کینه و انتقام‌جویی و ابراز بخشش	در این جلسه، مروری بر مهارت‌ها، موانع ارتباطی و تکالیف ارائه شده در جلسات گذشته انجام می‌شود؛ سپس با تأکید بر اهمیت کنار گذاشتن کینه و انتقام‌جویی، اصول بخشودگی و عفو آموزش داده می‌شود. درمانگر با استناد به احادیث نشان می‌دهد که بخشش موجب عزت فرد می‌شود و اصرار بر انتقام، او را از ارزش‌های اخلاقی دور می‌سازد. این فرایند باعث می‌شود اعضا نگرش مثبت‌تری نسبت به بخشیدن پیدا کنند و انگیزه برای اعمال رفتارهای بخشنده در روابط زناشویی و فردی تقویت شود.
نهم	پایدارسازی تغییرات مثبت	جلسه با بیان احساسات اعضا و بحث درباره تجارب آنها آغاز می‌شود. تغییرات احساسات افراد در وضعیت‌های مختلف بررسی می‌گردد تا ثبات تغییرات مثبت تقویت شود. مشاور با ارائه تکالیف خانگی و اطمینان بخشی به بیماران، حمایت روانی لازم برای تمرین فنون آموخته شده را فراهم می‌کند و تأکید می‌نماید که استفاده صحیح از این مهارت‌ها مشکلی ایجاد نخواهد کرد.
دهم	آموزش انعطاف و ملایمت در دفاع از خواسته‌های متقابل خود در روابط	در این جلسه، تأثیر کیفیت روابط جنسی بر میزان تعارضات زناشویی و رضایت از زندگی مورد بررسی قرار می‌گیرد. مهارت‌ها و فنون شناختی - رفتاری مرتبط با بهبود و غنی سازی روابط جنسی آموزش داده می‌شود و آموزه‌های مذهبی مرتبط نیز با سازگارسازی پروتکل برای شرکت‌کنندگان اسلامی ارائه می‌گردد؛ همچنین به افراد آموزش داده می‌شود نیازها و تعلقات یکدیگر را درک کرده و با رفتار منطقی و انعطاف پذیر، به پاسخگویی به این نیازها و تقویت اعتماد به نفس یکدیگر بپردازند. عوامل بازدارنده عشق و مهارت‌های انعطاف و ملایمت در دفاع از خواسته‌های متقابل نیز مورد بحث و تمرین قرار می‌گیرد.

1. Shapiro-Wilk test

نشان می‌دهد، مقادیر F به‌دست‌آمده برای متغیرهای وابسته پژوهش در دو مرحله آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست ($P < ۰/۰۵$)؛ در نتیجه، فرض همگنی واریانس - کوواریانس و مفروضه همگنی واریانس برای متغیرهای پژوهش رعایت شده است که نتایج فرض همگنی واریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین

متغیر	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۱	مقدار F	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۱	۲۶	۲/۱۹۲	۰/۲۱۵
شادکامی	۱	۲۶	۳/۸۹۱	۰/۴۱۶
تعارضات زناشویی	۱	۲۶	۳/۶۱۳	۰/۳۶۹

مطابق جدول ۳ و با توجه به نتایج آزمون لوین مفروضه همگنی واریانس‌ها برای تمامی متغیرها برقرار است ($P > ۰/۰۵$). همچنین پیش‌فرض دیگر جهت استفاده از تحلیل کوواریانس، جهت بررسی همگونی ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده گردید که نتایج نشان داد سطح معناداری تمام متغیرها آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار است ($P > ۰/۰۵$). نتایج آزمون ام باکس در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس با آزمون ام باکس

ام باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۱۸/۸۶۹	۰/۷۴۱	۱۷	۳۶۹/۷۹۵	۰/۴۲۶

مطابق جدول ۴ نتایج بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس با آزمون ام باکس نشان‌دهنده برقراری این مفروضه است. با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های اصلی آزمون، جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌نگر بر کیفیت زندگی، شادکامی و تعارضات زناشویی، ابتدا یک تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) بر داده‌ها انجام گرفت. در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داده شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون و متغیرهای وابسته گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلای	۰/۷۲۷	۲۰/۳۷	۳	۲۳	۰/۰۰۵	۰/۷۲۷
لامبدای - ویلکز	۰/۲۷۳	۲۰/۳۷	۳	۲۳	۰/۰۰۵	۰/۷۲۷
اثر هتلینگ	۲/۶۵	۲۰/۳۷	۳	۲۳	۰/۰۰۵	۰/۷۲۷
بزرگ‌ترین ریشه‌رو	۲/۶۵	۲۰/۳۷	۳	۲۳	۰/۰۰۵	۰/۷۲۷



همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، نتایج آزمون لامبدای - ویلکز نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از ابعاد اندازه‌گیری شده تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/005$). میزان آماره F برابر با $20/37$ و میزان تأثیر $72/7$ درصد بوده است. به عبارت دیگر، 72 درصد واریانس نمرات کیفیت زندگی، شادکامی و تعارضات زناشویی مربوط به عضویت گروهی یا تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌نگر است. از آنجاکه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از اثربخشی این مداخله بر حداقل یکی از متغیرهای وابسته است؛ از این‌رو جهت بررسی تأثیر درمان بر هریک از متغیرها در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا در جدول ۶ ارائه می‌شود.

جدول ۶: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس کیفیت زندگی، شادکامی و تعارضات زناشویی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۵/۷۴۹	۱	۵/۷۴۹	۰/۱۰۵	۰/۷۴۸	۰/۰۰۴
	گروه	۴۱۳/۵۴۵	۱	۴۱۳/۵۴۵	۷/۵۹۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱۹
	خطا	۱۴۷۶/۳۵۱	۲۷	۵۴/۶۷۶			
شادکامی	پیش‌آزمون	۲۱۳/۹۹۸	۱	۱۱۱۰۶/۵۲۷	۳/۶۹۷	۰/۰۰۵	۰/۱۲۰
	گروه	۱۴۶/۸۰۹	۱	۴۶۱/۸۰۹	۲/۲۵۷	۰/۰۰۵	۰/۴۸۳
	خطا	۱۵۶۲/۶۶۹	۲۷	۵۷/۸۷۷			
تعارضات زناشویی	پیش‌آزمون	۶۷۳/۳۲۳	۱	۶۷۳/۳۲۳	۱۱/۶۷۷	۰/۰۰۲	۰/۳۰۲
	گروه	۲۵۹۴/۴۹۸	۱	۲۵۹۴/۴۹۸	۴۴/۹۹۳	۰/۰۰۵	۰/۶۲۵
	خطا	۱۵۵۶/۹۴۲	۲۷	۵۷/۶۶۵			

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد میزان F در بین گروه‌ها، گروه در متغیر کیفیت زندگی ($F=4/207, P=0/0001$)، شادکامی ($F=2/257, P=0/005$) و تعارضات زناشویی ($P=0/005$)، $F=44/993$ به دست آمد که نشانگر آن است که بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. بر اساس این نتایج درمان شناختی - رفتاری مذهب‌نگر بر کیفیت زندگی، شادکامی و تعارضات زناشویی اثربخشی معناداری دارد و اندازه اثر آن به ترتیب $21/9$ درصد، $48/3$ درصد و $62/5$ درصد به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌نگر بر کیفیت زندگی، شادکامی و تعارضات زناشویی انجام شد. بر اساس نتایج تحلیل داده‌ها، درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور توانست کیفیت زندگی و شادکامی را افزایش داده و تعارضات زناشویی را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش دهد؛ بنابراین فرضیه فوق تأیید می‌گردد. نتایج پژوهش حاضر



با یافته‌های بلوچ‌زاده و قنبری (۱۴۰۱)، توان و سلیمانی‌فرد (۱۴۰۲)، حمید و همکاران (۱۳۹۱) و رینپتیریا و همکاران (۲۰۲۲) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته باید اذعان کرد، استفاده از روش‌های شناخت درمانگری مذهب‌محور به فرد کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید، به‌علاوه توکل به خدا و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود کیفیت زندگی افزایش یابد. در جلسات روان درمانگری این باور در فرد ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد بی‌فایده نبوده، بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. با ایجاد چنین طرز فکری فرد از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد. در این رویکرد درمانی بر استناد به آیات قرآن کریم، احادیث و تأثیر آنها در درمان تمرکز می‌شود (حمید و همکاران، ۱۴۰۰). درمان شناختی - رفتاری مذهب‌نگر با تلفیق اصول درمانی شناختی - رفتاری با اعتقادات و مفاهیم مذهبی و دینی، به بیماران کمک می‌کند تا از طریق آنها استراتژی‌هایی برای مدیریت استرس، حل مشکلات، بهبود روابط و ارتقای کیفیت زندگی بیابند. این نوع درمان با بهره‌گیری از اصول مذهبی به افراد کمک می‌کند تا احساس رضایت و آرامش بیشتری در زندگی داشته باشند. فهم ژرف‌تر از معنای زندگی، اتکا بر ارزش‌ها و اصول مذهبی، تسهیل در درک احساسات و تجارب خود توسط اصول دینی، همه این‌ها می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و افزایش شادکامی زوجین کمک کند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین از آنجاکه درمان شناختی - رفتاری مذهب‌نگر به اصول مذهبی نیز توجه دارد، افراد می‌توانند از این روش برای حل تعارضات زناشویی و مشکلات خانوادگی استفاده کنند. اعتقادات مشترک مذهبی می‌تواند به تقویت ارتباط و همبستگی در زندگی زناشویی کمک کند و از طریق آنها می‌توان بهبودی در روابط خانوادگی و کاهش تعارضات زناشویی را تجربه کرد.

بر پایه یافته‌ها برای فرضیه درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر کیفیت زندگی زوجین دارای تعارضات زناشویی اثر معناداری دارد. نتایج بیانگر این بود که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شود؛ بنابراین فرضیه فوق تأیید می‌گردد. این یافته با نتایج پژوهش‌های مشاک (۱۴۰۰)، سلیمانی و همکاران (۱۳۹۹)، مک‌ل‌وین و همکاران (۲۰۲۰) و ماسکونرو و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و پیچیده دارد از این منظر که

هم عوامل عینی و هم عوامل ذهنی را دربر می‌گیرد. عواملی چون استاندارد زندگی وضعیت سلامتی، توانایی فکری و فیزیکی، درآمد، تحصیلات، دارایی، دانش و آگاهی، روابط اجتماعی و امنیت به بعد عینی کیفیت زندگی اشاره دارند. خداوند در قرآن کریم می‌فرماید: «اللَّهُ وَلِيُّ الَّذِينَ آمَنُوا يُخْرِجُهُم مِّنَ الظُّلُمَاتِ إِلَى النُّورِ» (بقره: ۲۵۷). این آیه بیان می‌کند که ایمان و توکل به خداوند، انسان را از تاریکی‌های ناامیدی و اضطراب به روشنایی آرامش، امید و معنا هدایت می‌کند. چنین برداشتی کاملاً با مؤلفه‌های روانی و معنوی کیفیت زندگی همخوانی دارد؛ زیرا کیفیت زندگی صرفاً در بُعد مادی خلاصه نمی‌شود، بلکه احساس آرامش، هدفمندی و رضایت درونی را نیز شامل می‌شود. از این منظر، درمان شناختی - رفتاری مذهب‌نگر با بهره‌گیری از همین آموزه‌ها می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی زوجین کمک کند. کیفیت زندگی زناشویی می‌تواند رضایت و موفقیت همسران در یک رابطه ازدواج یا زندگی مشترک را توصیف کند. این مفهوم شامل عوامل مختلفی مانند احترام متقابل، ارتباط با سطح صداقت، پشتیبانی معنوی و عاطفی، همکاری، قدرت مذاکره، توانایی حل تعارض، ثبات مالی، رضایت جنسی، تعهد و احترام به حقوق و مسئولیت‌های همدیگر می‌شود. در کل، کیفیت زندگی زناشویی به میزان موفقیت، رضایت، هماهنگی و بهتر شدن روابط بین همسران اشاره دارد (حسامی و ستوده، ۱۴۰۱). درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور به زوجین کمک می‌کند تا با ارزیابی و تغییر باورها، ارزش‌ها و تصورات مذهبی خود، بهبودی در رفتارها و ارتباطاتشان داشته باشند. این روش می‌تواند زوجین را در درک بهتر یکدیگر، کاهش تعارضات و افزایش همبستگی و احترام متقابل یاری دهد. بازایی از ابتکارات مذهبی و استفاده از آنها به عنوان منبع تقویت‌کننده روابط، علاوه بر افزایش رضایتمندی زندگی زناشویی، می‌تواند به تقویت هویت فردی و همبستگی خانواده کمک کند. در نتیجه، انعطاف‌پذیری زناشویی، ارتباط بهتر، حل مسائل مشترک، کاهش تنش‌ها و بهبود کیفیت زندگی زوجین از جمله مزایایی است که می‌توان از درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور برای زوجین نام برد.

بر پایه یافته‌ها برای فرضیه درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر شادکامی زوجین دارای تعارضات زناشویی اثر معناداری دارد. نتایج بیانگر این بود که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور می‌تواند باعث افزایش شادکامی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شود؛ بنابراین فرضیه فوق تأیید می‌گردد. این یافته با نتایج پژوهش‌های ناد و همکاران (۱۳۹۸) و عبدالله‌پور و همکاران (۱۴۰۴) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که خلق مثبت و شادکامی

می‌تواند سهم زیادی در تبیین رضایتمندی زناشویی داشته باشد. شادکامی یکی از اهداف مهم زندگی است و در اسلام به آن تأکید شده است. خداوند در آیه ۲۸ سوره رعد می‌فرماید: «الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ». ذکر خداوند آرامش و شادکامی به همراه دارد و تأثیر مثبتی بر روح و روان انسان می‌گذارد (نوفرستی و پسندیده، ۱۳۹۴). دین اسلام برای مقوله شادی اهمیت فراوانی قائل است؛ زیرا این دین برنامه تکامل مادی و معنوی است و بدون شادی زندگی کامل و حیات طیبه محقق نمی‌شود. در قرآن و منابع اسلامی تأکید شده است که: «إِلَّا إِنْ أَوْلِيَاءَ اللَّهِ لَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ» (یونس: ۶۲)؛ اولیای الهی، ترس و اندوهی ندارند. همچنین در جایی دیگر می‌فرماید: «وَجُودٌ يَوْمَئِذٍ مُّسْفَرَةٌ ضَاحِكَةٌ مُّسْتَبْشِرَةٌ» (عبس: ۳۸ - ۳۹)؛ شادی یکی از ویژگی‌های زندگی بهشتی است و اهل بهشت دل‌هایی شاد، چهره‌هایی گشاده و لبانی خندان دارند. درمان شناختی - رفتاری مذهب محور روی تفکرات، احساسات و رفتارهای فرد تأثیر می‌گذارد و قدرتمندترین شیوه‌های درمانی برای افرادی است که با مشکلات روانی، استرس، اضطراب یا افسردگی روبه‌رو هستند. بخش مذهب محور CBT به معنای یادگیری و استفاده از اصول مذهبی و اعتقادات شخصی در فرآیند درمان است. این رویکرد می‌تواند در افزایش شادکامی و رضایت زندگی فرد تأثیرگذار باشد؛ زیرا اعتقاد به یک نیروی بزرگ‌تر، ایمان به قضا و قدر، و پذیرش خداوند به‌عنوان یک منبع قدرت و امید، می‌تواند فرد را در مقابل مشکلات زندگی قوی نگه دارد و به دلیل قبول پذیرش اتفاقات و تسلیم به اختیار خداوند، فرد ممکن است با واکنش‌های مثبت‌تری به مشکلات و مواجهه با چالش‌های زندگی روبه‌رو شود. همچنین در روابط زوجین درمان شناختی - رفتاری مذهب محور با افزایش همکاری و همبستگی بین همسران می‌تواند ارتباط نزدیک‌تری را به وجود آورده و احساس امنیت و استقرار رابطه را تقویت کند (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰).

بر پایه یافته‌ها برای فرضیه درمان شناختی - رفتاری مذهب محور بر تعارضات زناشویی زوجین دارای تعارضات زناشویی اثر معناداری دارد. نتایج بیانگر این بود که درمان شناختی - رفتاری مذهب محور می‌تواند باعث کاهش تعارضات زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شود؛ بنابراین فرضیه فوق تأیید می‌گردد. این یافته با نتایج پژوهش‌های توان و سلیمانی‌فرد (۱۴۰۲) همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که زندگی زناشویی باید به منزله رابطه رضایت‌بخشی برای همسران باشد که علاوه بر داشتن امنیت روانی بتواند نیازهای خود را در یک فضای صمیمانه



برآورده سازند. اسلام بر روابط زناشویی سالم تأکید می‌کند. پیامبر ﷺ می‌فرمایند: «خَيْرُكُمْ خَيْرُكُمْ لَا أَهْلَهُ وَأَنَا خَيْرُكُمْ لَا أَهْلِي»؛ بهترین شما کسی است که برای خانواده‌اش بهتر باشد، و من از همه شما برای خانواده‌ام بهترم. اگرچه افراد به دلایل مختلف ازدواج می‌کنند، ولی اکثر آنان خواستار یک زندگی خوب و بدون تعارض‌اند و به عبارتی در پی رضایت زناشویی‌اند که به‌دست آوردن این رضایت کار آسانی نیست (لی و کیم، ۲۰۲۰). حضرت امیرالمؤمنین علی علیه السلام می‌فرمایند: «همیشه با همسرت مدارا کن، و با او به نیکی همنشینی کن تا زندگیت باصفا شود». امام صادق علیه السلام نیز در این باره می‌فرمایند: «هرکس بیشتر دوستدار ما خاندان عصمت و طهارت باشد، به زن‌ها (همسرش) نیز بیشتر دوستی می‌کند». وجود تعارض زناشویی ناشی از واکنش نسبت به تفاوت‌های فردی است و زمانی که شدت می‌یابد احساس خشم، خصومت، کینه، نفرت، حسادت، سوء رفتار کلامی و فیزیکی در روابط حاکم می‌شود و به حالت تخریبی و ویرانگر در می‌آید (وانگ و چن، ۲۰۲۱). استفاده از درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور با تقویت اعتقادات دینی می‌تواند به فرد کمک کند که با مشکلات زندگی و اختلافات در روابطش بهتر کنار بیاید و از طریق صلح‌آمیزی، برای حفظ و تقویت روابط زناشویی خود تلاش کند. همچنین از طریق استفاده از اصول مذهبی در روابط زناشویی، زوجین می‌توانند بهتر بفهمند و باور کنند که همدیگر را در مسیری مشترک حمایت می‌کنند و با هم همکاری می‌کنند و با استفاده از ارزش‌ها و اصول مشترک مذهبی می‌تواند به زوجین کمک کند که ارزش‌های مهم خود را به اشتراک بگذارند و هماهنگی بیشتری در زندگی زناشویی داشته باشند (توان و سلیمانی‌فرد، ۱۴۰۲). در تکمیل این یافته‌ها، مرور تجربه‌های مراجعان در جلسات درمان نیز مؤید تأثیر رویکرد شناختی - رفتاری مذهب‌نگر بود. برای مثال، برخی زوجین گزارش کردند که با تمرین توکل و استفاده از آیات مرتبط با صبر، توانستند در شرایط تعارض، آرام‌تر واکنش نشان دهند و از بروز تنش‌های شدید جلوگیری کنند؛ همچنین تعدادی از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که بازسازی شناختی همراه با ارجاع به مفاهیم دینی، نگرش مثبت‌تری نسبت به زندگی مشترک در آنها ایجاد کرده است. این تجربه‌ها نشان می‌دهد که مداخله نه تنها در سطح آماری، بلکه در سطح عینی زندگی روزمره نیز تغییرات مثبتی در کیفیت زندگی و روابط زوجین ایجاد کرده است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود، از جمله اینکه استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی (پرسش‌نامه) جهت بررسی متغیرهای پژوهش، امکان پاسخ‌های غیرواقعی و تحریف‌شده را بالا

می‌برد و پژوهش حاضر منحصرأ در شهر مشهد انجام گرفته است؛ لذا تعمیم نتایج آن به دیگر شهرهای کشور باید با احتیاط کامل صورت گیرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی علاوه بر پرسش‌نامه از ابزارهای دیگری مثل مصاحبه، مشاهده و... که می‌تواند این متغیرها را دقیق‌تر مورد سنجش قرار دهند استفاده شود و انتخاب نمونه در سطح وسیع‌تری از جامعه آماری صورت گیرد و نتایج با هم مقایسه گردد.

منابع

قرآن کریم.

بلوچ‌زاده، اکرم و قنبری، زهرا (۱۴۰۱). کارآمدی زوج‌درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تعارضات زناشویی، صمیمیت زناشویی و بخشایشگری زوجین. مطالعات جنسیت و خانواده، ۱۰(۱)، ۱۱۷ - ۱۳۶.

پاییزی، مریم؛ شهرآرای، مهرناز؛ فرزاد، ولی‌اله و صفایی، پریوش (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی آموزش ابزار وجود بر شادکامی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر پایه دوم رشته علوم تجربی دبیرستان‌های تهران. مطالعات روان‌شناختی، ۳(۴)، ۲۵-۴۳.



۱۳۹

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهبی بر کیفیت زندگی

توان، عباس و سلیمانی‌فرد، زهرا (۱۴۰۲). تأثیر معنادرمانی مبتنی بر ارزش‌های اسلامی - ایرانی بر تعارضات زناشویی و جهت‌گیری مذهبی زوجین دارای تعارضات زناشویی. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۷(۴)، ۱۰۲ - ۱۱۲.

حسامی، شبنم و ستوده، فاطمه (۱۴۰۱). تأثیر آموزش غنی‌سازی رابطه زناشویی به شیوه اولسون بر کیفیت زندگی زناشویی زوجین. ایده‌های نوین روان‌شناسی، ۱۵(۹)، ۲۴ - ۹۰.

حسینی، زینب‌السادات؛ احمدی، وحید و مامی، شهرام (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شادکامی مردان مصرف‌کننده مت آف‌تامین. خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۱)، ۱۷۷ - ۱۹۹.

حمید، نجمه؛ عیدی بایگی، مجید و دهقانی، مصطفی (۱۳۹۱). اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین. مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۶(۱۰)، ۸۵-۱۰۳.

خزاعی، سمانه؛ نوابی‌نژاد، شکوه؛ فرزاد، ولی‌اله و زهراکار، کیانوش (۱۴۰۰). نقش میانجی احساس شرم و گناه در رابطه سبک‌های دلبستگی با پرخاشگری ارتباطی پنهان زناشویی.

پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۵(۱)، ۳۴ - ۵۱.

دهقان، فاطمه (۱۳۸۵). مقایسه تعارضات زناشویی بین زنان متقاضی طلاق و زنان مراجعه‌کننده به مشاوره. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه تربیت معلم تهران.

دیده‌بان، رودابه و محبی نورالدین‌وند، محمدحسن (۱۴۰۰) اثربخشی زوج درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر رضایت جنسی و همجوشی زناشویی در زوجین دارای تعارضات زناشویی. پژوهش توان‌بخشی در پرستاری، ۱۱(۳)، ۱۰۱ - ۱۱۰.

روجلیلی، فرخرو؛ محمودی، مریم‌سادات و مهدوی، مریم (۱۴۰۳). نقش نگرش مذهبی و اخلاق تحصیلی در پیش‌بینی کیفیت زندگی دانشجویان. مطالعات اسلامی در حوزه سلامت، ۸(۳)، ۱ - ۲۹.

زارع میرک‌آباد، اعظم؛ قربان جهرمی، رضا؛ خادمی اشکذری، مولوک و شیوندی چلیچه، کامران (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی آموزش شادکامی با تأکید بر تعالیم اسلامی بر افزایش نشاط ذهنی و عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی در زنان با تعارض زناشویی. مشاوره کاربردی، ۱۲(۱)، ۱۵۳ - ۱۷۴.

سلیمانی، صدیقه؛ پهلوان، منصور؛ ایمانی، محسن و عبائی کوپایی، محمود (۱۳۹۹). بررسی اصل معنویت‌درمانی در قرآن کریم. قرآن و طب، ۵(۲)، ۷۷ - ۸۵.

سیفی، نرگس؛ سیفی، شیوا و بیگی، زهرا (۱۴۰۰). مروری بر تأثیر باورهای دینی بر عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی، سومین همایش ملی سبک زندگی و سلامت.

صنّعی، معصومه و آل‌یاسین، سیدعلی (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های اساسی زندگی بر سرمایه روان‌شناختی، تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسر زندانی. پویایی روان‌شناختی در اختلال‌های خلقی، ۳(۵)، ۷۱ - ۸۲.

عباسی دره‌بیدی، احمد و زارعی، طیبه (۱۴۰۲). آموزه‌های نماز و تعالی خانواده اسلامی (مطالعه کیفی). زنان و خانواده، ۱۸(۶۵)، ۲۴۹ - ۲۶۸.

عباسی، محدثه و عباسی، زهرا (۱۴۰۴). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری (CBT) بر رضایت و سازگاری زناشویی زوجین. طلوع بهداشت یزد، ۲۴(۱)، ۱۷ - ۳۰.

عبدالله پور، سیدمحسن؛ داودی، حسین و حیدری، حسن (۱۴۰۴). شناسایی عوامل سازنده و محدودکننده شادکامی زناشویی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی؛ شادکامی تسهیل‌گر تربیت. تربیت

اسلامی، ۲۰ (۵۲)، ۷۵ - ۹۰.

علی پور، احمد و نوربالا، احمدعلی (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسش نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۷ (۵)، ۵۵ - ۶۵.

فرهوش، محمد؛ جمشیدی، محمدعلی؛ داستانی، محبوبه؛ عبدالجباری، مرتضی و فرهوش، مجتبی (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهبی در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری کلاسیک در افسردگی و خودپنداره و خداپنداره در مبتلایان به افسردگی. روان‌شناسی بالینی، ۱۴ (۱)، ۷۳ - ۸۶.

مشاک، رویا؛ نادری، فرخ و چین‌آوه، محبوبه (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور و درمان مثبت‌نگر بر شفقت خود و ادراک رنج در زنان نابارور. روان‌پرستاری، ۹ (۴)، ۳۷ - ۴۸.

نادی، الهه؛ سعیدپور، فریبا و بلند، حسن (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر افزایش امید به زندگی و شادکامی در زنان نابارور. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۳ (۳)، ۴۱ - ۵۴.

نوفروستی، اعظم و پسندیده، عباس (۱۳۹۴). امکان‌پذیری روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر «خیرباوری» در عاطفه مثبت و منفی افراد دارای نشانه‌های افسردگی: یک مطالعه تک‌آزمودنی خط پایه چندگانه. پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی، ۱ (۱)، ۴۶ - ۷۸.

وحدانی خرم، طیبه؛ فیاض، فاطمه و عینی‌پور، جواد (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی بسته آموزشی مهارت‌های شادکامی با رویکرد اسلامی و شادکامی فوردایس بر شادکامی، رضایت از زندگی و کنترل خشم مادران. پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت، ۱۰ (۲)، ۲۳ - ۴۸.

هاشم‌ورزی، محمودرضا؛ عباسی، قدرت‌الله و حسینی، سیدحمزه (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور (RCBT) بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دارای کولوستومی. مطالعات ناتوانی، ۱۰، ۱۸۵ - ۱۸۵.

Alshurideh, M., Al Kurdi, B., Alzoubi, H., Akour, I., Obeidat, Z. & Hamadneh, S. (2023). Factors affecting employee social relations and happiness: SM-PLUS approach. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 9(2), 100033.



- Aouchekian, S., Karimi, R., Najafi, M., Shafiee, K., Maracy, M. & Almasi, A. (2017). Effect of religious cognitive behavioral therapy on religious obsessive-compulsive disorder (3 and 6 months follow-up). *Advanced biomedical research*, 6(1), 158.
- Bulanda, J., Brown, J. & Yamashita, T. (2021). Marital quality, marital dissolution, and mortality risk during the later life course. *Social Science & Medicine*, 165, 119-127.
- Choon, S., Yong, C., Tan, S. & Tan, S. (2022). A proposed integrated happiness framework to achieve sustainable development. *Heliyon*, 8.(١٠)
- Chung, G., Chan, X., Lanier, P. & Wong, P. (2023). Associations between work-family balance, parenting stress, and marital conflicts during COVID-19 pandemic in Singapore. *Journal of Child and Family Studies*, 32(1), 132-144.
- Dehghan N. & Hajbagheri, M. (2006). The effect of relaxation on stress and quality of life for .students living in dormitories. *Feyz quarterly* 10(2), 50-5.
- Dong, S., Dong, Q. & Chen, H. (2022). Mothers' parenting stress, depression, marital conflict, and marital satisfaction: The moderating effect of fathers' empathy tendency. *Journal of affective disorders*, 299, 682-690.
- Habibović, M., Leissner, P., Nyklíček, I., Widdershoven, J. & Olsson, E. (2025). Association between psychological inflexibility, distress and health-related quality of life in people with cardiovascular disease. *General Hospital Psychiatry*, 92, 95-99.
- Lee, E. & Han, S. (2023). Patterns of marital conflict among middle-aged couples and their effects on family satisfaction: A latent class analysis. *Family Relations*, 1(2), 1-10.
- Lee, S. & Kim, H. (2020). The Influence of Parental Conflict on Marital Conflict Among Young Adults. *Journal of Family Psychology*.
- MacIlvaine, W. R., Lindsay, A. N., Stewart, A. J. & Stewart, C. (2020). Association of strength of religious adherence to quality of life measures. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19, 251-255.
- Matei, A. & Virgă, D. (2023). From family to work: The mediating role of family-work



enrichment and conflict between communication and well-being for dual-earner couples. *Current Psychology*, 42(17), 14555-14568.

Mosqueiro, B. P., da Rocha, N. S. & de Almeida Fleck, M. (2015). Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 17, 9, 128-133.

Nasiri, B., Hashemi Fesharaki, M. A., Badvi, F., & Bakhtiyari, A. (2012). Life expectancy life satisfaction and mental health among women in Turkey. *Women Studies*, 2(4), 133-155.

Nejat S., Montazeri A., Holakouie Naieni K., Mohammad K., Majdzadeh S.R, (2006). The World Health Organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version, Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research, 4(4), 1.

Neves, E., da Silva, J., de Souza Urbanetto, J., Buboltz, F., Kegler, J., Ribeiro, C. & Lorenzini, E. (2023). Quality of life in the voice of children who depend on health technologies: Mixed methods study. *JJournal of Pediatric Nursing*, e83-e92.

Rippentropa, E., Altmaierb , J., Chena, M., Founda, M. & Keffalaa, V. (2022). The Relationship between Religion/Spirituality and Physical Health", Mental Health, and Pain in a Chronic Pain Population. *Pain*, 16, 311-321.

Tasew, A. & Getahun, K. (2021). Marital conflict among couples: The case of Durbete town, Amhara Region, Ethiopia. *Cogent Psychology*, 8(1), 1903127.

Veenhoven, R. (2024). Affective component of happiness. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and WellBeing Research* . Springer-Verlag, 80-83.

Wang, L. & Chen, Y. (2021). Cultural Variations in Marital Conflict Styles: A Comparative Analysis Between Western and Eastern Societies. *International Journal of Intercultural Relations*.

Yu, J. (2024). Longitudinal dyadic interplay between marital conflict and psychological well-being in couples: The moderating roles of Wives' employment. *Personal*



Relationships, 31(2), 358-378.

Yu, K. (2021). Why do we resolve marital conflicts the way we do? Self-construals, marital conflict resolution strategies, and marital satisfaction in Japan and South Korea. *Asian Journal of Social Psychology*, 24(1), 59-68.

Zagonari, F. (2024). Both religious and secular ethics to achieve both happiness and health: Panel data results based on a dynamic theoretical model. *Plos one*, 19(4), e0301905.



۱۴۴

پژوهش نامه روان شناسی اسلامی | بهار و تابستان ۱۴۰۴