

مقدمه

خانواده از لحاظ تربیتی و اجتماعی دارای اهمیت و جایگاه ویژه‌ای است. افراد از خانواده گام به عرصه هستی می‌نهند و جامعه از تشکیل افراد هستی قوام می‌یابد. از آنجایی که نهاد خانواده، مولد نیروی انسانی و معبر سایر نهادهای اجتماعی است، از ارکان و نهادهای اصلی هر جامعه به‌شمار می‌رود. بهنجاری و نابهنجاری جامعه، در گرو شرایط عمومی خانواده‌ها است. هیچ‌یک از آسیب‌های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده پدید نمی‌آید. به همین دلیل، هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند مگر آنکه از خانواده‌های سالم برخوردار باشد. امروزه درمانگران، خانواده‌درمانی را با هدف کمک به بهبود تعامل افراد به‌کار می‌برد. به همین دلیل، مراجع را از خانواده جدا نمی‌کنند، بلکه سامانه خانواده را اصلاح می‌کنند (Gelso & Frets, 2001, p. 75). هر چند رفتارهای انسان تابع چند عامل می‌باشند و مشکل رفتاری نوجوانان و جوانان نیز از این قاعده مستثنی نیست. آنها از خانواده، همسالان و بافت‌های فرهنگی مثل مدرسه، به‌عنوان عوامل چندگانه اصلی تعیین‌کننده رفتار مشکل‌دار نوجوانان و جوانان نام می‌برند. برای نمونه، همسالان در مدرسه و در طی اوقات فراغت، می‌توانند نوجوان را به سمت و سوی رفتار مشکل‌دار هدایت نمایند. نوع برخورد والدین در خانواده و آداب تعلیم و تربیت می‌تواند گرایش نوجوانان به‌سوی همسالان را تقویت کند و یا اینکه مانع از آن شود. علاوه بر این، اکثر افرادی که نظریه‌های نوین را مطرح کرده‌اند، مثل موفیت (۱۹۹۳)، پاترسون، رایدو دیشیون (۱۹۹۲) و برونفن برنر (۱۹۸۹)، تأثیرات والدین و همسالان را به‌صورت ترکیبی مورد ملاحظه قرار داده‌اند. در اکثر تحقیقات، بیشترین سهم در تعیین عوامل یک رفتار به خانواده اختصاص داده شده است. شاید به همین دلیل خانواده اولین آموزشگاهی است که فرد آن را تجربه می‌کند و غنا و محتوای آموخته‌های او ارتباط مستقیمی با عملکرد و محتوای محیط خانواده دارد. این عملکرد، نه فقط شامل عواملی از قبیل امکانات رفاهی خانواده و تحصیلات والدین است، بلکه رشد اخلاقی خانواده، نحوه برقراری ارتباط بین اعضا، مناسب بودن مقررات خانواده، تقسیم نقش‌ها، نحوه برخورد اعضا خانواده با مشکل، ابراز عواطف، رفع نیازهای عاطفی و غیره را نیز دربرمی‌گیرد (Epstein & et al, 1983, p. 171-180).

مذهب سیستم سازمان‌یافته‌ای از باورها شامل ارزش‌های اخلاقی، رسومات، مشارکت در جامعه دینی برای اعتقاد راسخ‌تر به خدا یا یک قدرت برتر است. باورهای مذهبی شیوه مؤثری برای مقابله با مصائب، تجارب دردناک و نشانه‌های بیماری است. همچنین در زمان مشکلات و ناراحتی‌ها بر

اثر بخشی خانواده‌درمانی با الگوی شناختی - رفتاری مذهب‌محور

بر عملکرد خانواده بر سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر متوسطه شهر اهواز

گنجمه حمید* / شویبو ویسی** / فاطمه سجادی***

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر ناسازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر سال اول الی چهارم دبیرستان بوده است. از میان زوجین مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی محقق، برای مشاوره خانواده و حل تعارضات خانوادگی از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۴۰ نفر انتخاب شدند. آنان به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه ارزیابی عملکرد خانواده، پرسش‌نامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان بودند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور دریافت کردند، درحالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج حاصل آشکار ساخت که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان وجود دارد ($p < 0/001$). در گروه آزمایش، در مقایسه با پیش‌آزمون و گروه کنترل عملکرد خانواده به‌طور معنی‌داری افزایش یافته بود. همچنین میزان سازگاری رفتاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان گروه آزمایش، به‌طور معنی‌داری در مقایسه با پیش‌آزمون و گروه کنترل افزایش یافت. نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر بهبود عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهر اهواز مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: خانواده‌درمانی، الگوی شناختی - رفتاری مذهب‌محور، عملکرد خانواده، سازگاری دانش‌آموزان، عملکرد تحصیلی.

* n.hamid@scu.ac.ir

shooboo_v@yahoo.com

s.fateme.sajadi@gmail.com

** دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

*** کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

**** کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی و عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان واحد شیراز

چگونگی روابط انسانی اثر می‌گذارند. باورهای مذهبی اعضای یک خانواده، می‌تواند بر شیوه ارتباط آنها با یکدیگر و حفظ جایگاه و مرزهایی که بین اعضای خانواده وجود دارد تأثیر زیادی داشته باشد. اغلب پژوهشگران بر این باورند که وجود عقاید مذهبی تأثیر به‌سزایی در استحکام خانواده دارد. ایمان به خدا موجب می‌شود که نگرش فرد به کل هستی هدفدار باشد. عدم ایمان به خدا موجب می‌شود که فرد انسجام و آرامش نداشته باشد. همین امر موجب ضعف و منشأ اختلاف‌های بسیاری در زندگی خانوادگی می‌شود (منجری و دیگران، ۱۳۹۰).

در دهه‌های اخیر، پژوهشگران به نقش معنویت و مذهب به‌عنوان یک روش درمانی پرداخته‌اند. از سال ۱۹۸۶، علاقه به معنویت و مذهب و مشاوره چندین برابر افزایش یافته است، به‌طوری‌که افراد شرکت‌کننده در مشاوره‌های مذهبی بین سال‌های ۱۹۹۳ تا اوایل ۱۹۹۵ در آمریکا چندین برابر شده‌اند. در درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور، علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، 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. همچنین «توکل به خدا» و اعتقاد به امداد الهی، سبب افزایش امید به زندگانی است. در جلسات روان‌درمانگری این باورداشت در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد، بی‌فایده نبوده، بلکه توأم با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی است. با ایجاد چنین طرز تفکری، بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد. همچنین در این رویکرد درمانی، با استناد به آیات قرآن کریم و 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 و دیگران، ۱۳۹۰).

اختلالات عاطفی و رفتاری و سازگاری و یا آن‌گونه که رایج است، اختلالات جدی هیجانی و رفتاری، به مجموعه اختلالاتی اطلاق می‌شود که توانایی کودکان برای عملکرد مناسب اجتماعی، تحصیلی و هیجانی را مختل می‌سازد. این عنوان، یک طبقه تشخیصی نیست که در طبقه‌بندی اختلالات روانی مطرح شده باشد و بیشتر توسط سرویس‌های خدماتی و مجموعه‌هایی که با کودکان و نوجوانان سروکار دارند، به کار برده می‌شود (Huston & Carpenter, 2007, p. 539-544). درواقع، اختلالات عاطفی و رفتاری می‌تواند مشکلات تحصیلی متعددی برای دانش‌آموزان ایجاد کند. شیوع ۶ تا ۱۰ درصدی این اختلالات

در بین کودکان سنین مدرسه در کشورهای مختلف و مزمین و پایدار شدن آنها، مرتبط بودن موضوعاتی مانند ارتکاب جرایم، گرایش به انجام رفتارهای پرخطر نشان از اهمیت این موضوع دارد (Mannuzza & et al, 1998, p. 493-498).

کینس فوگل و گریچ، در مطالعه‌ای دریافتند افرادی که شاهد دعوی سخت، در سطح کلامی، لفظی و جسمی بودند، در روابط با دیگران به مقدار زیاد چنین رفتارهایی را از خود بروز می‌دادند (Kinsfogel & Grych, 2004, p. 505-515). همچنین، هوگلد و لیدبیتز، نشان دادند که محرک‌های چندجانبه خانوادگی و سطح پایین آموزش مادران، افزایش مشکلات و مسائل رفتاری و کاهش رفتارهای فرااجتماعی دانش‌آموزان را پیش‌بینی می‌کنند (Hoglund & Leadbeater, 2003, p. 98). پیشگامان نهضت خانواده درمانی معتقدند که مشکلات انسان اساساً بین فردی‌اند تا درونی. از این رو، راه‌حل‌های ارائه‌شده معطوف به ارتباط بین فردی است (Alan Carr, 2001, p. 301-314).

سوئیچ و همکاران، در پژوهشی به بررسی پیامدهای بالینی افراد تحت درمان انفرادی شناختی-رفتاری (ICBT) و درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده (FCBT) در درمان نوجوانان مضطرب پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که علائم اضطراب در خانواده و فرزندان کاهش یافته و عملکرد عاطفی تحصیلی و سازگاری آنها نیز افزایش یافت (Suveg & et al, 2009, p. 341-349).

فقیهی و رفیعی‌مقدم (۱۳۸۸)، در پژوهشی به بررسی میزان اثربخشی آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر روایات اسلامی در رضایت زناشویی زوجین پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش‌های روان‌شناختی، مبتنی بر روایات اسلامی در بهبود روابط همسران و در نتیجه، رضایت‌مندی زناشویی آنها مؤثر بوده است. توان و همکاران (۱۳۸۸)، در پژوهشی به بررسی رابطه نگرش دینی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین نگرش دینی و سلامت روانی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. اسحاقی و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر آموزه‌های دینی، بر فعالیت بدنی سالمندان پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر آموزه‌های محتوای دینی، در مقایسه با آموزش رایج یا بدون محتوای دینی تفاوت معنی‌داری در سطح فعالیت بدنی سالمندان نداشت.

منجری و همکاران (۱۳۹۰)، بررسی اثر ارتباط اسلامی و نگرش مذهبی بر بهبود رضایت زناشویی پرداختند. نتایج بیانگر این است که ارتباط اسلامی و نگرش‌های مذهبی بر رضایت زناشویی زوج‌ها در پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده است. حمید و همکاران (۱۳۹۰)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی

روان‌درمانی شناختی رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی زنان مطلقه پرداختند. نتایج این پژوهش حاکی از این است که درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور موجب کاهش افسردگی در زنان مطلقه شده است.

ریاحی و همکاران (۱۳۸۸)، به بررسی اثرات دینداری و جهت‌گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که جهت‌گیری دینی درونی (به شکل مستقیم و معنی‌دار)، و جهت‌گیری دینی بیرونی و میزان دینداری (به شکل غیرمستقیم از طریق تأثیر بر حمایت اجتماعی و خوش‌بینی) بر میزان سلامت روان دانشجویان تأثیر داشته است. حاتمی و همکاران (۱۳۸۸)، در پژوهشی به بررسی تأثیر میزان دینداری بر رضایت از زندگی زناشویی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بین ابعاد و اشکال مختلف دینداری و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. عبادی و همکاران (۱۳۸۹)، نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز پرداختند. یافته‌های حاصل از این پژوهش، بیانگر این است که مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن کریم بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز مؤثر بوده است.

عادل و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهشی اثربخشی آموزش شناختی با رویکرد اسلامی بر رضایت‌مندی زندگی دانشجویان پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش شناختی با رویکرد اسلامی بر رضایت از زندگی دانشجویان در مرحله پس‌آزمون مؤثر بود.

خدایاری‌فرد و پرنده (۱۳۸۵)، در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری در درمان هراس اجتماعی نوجوانان، پرداختند. نتایج این پژوهش، بیانگر نقش خانواده در ایجاد، تداوم و در نتیجه، درمان هراس اجتماعی است. همچنین در نتیجه خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری، عملکرد خانواده و فرزندان افزایش یافته است. نتایج نشان‌دهنده کارایی خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری است.

سرانجام، رجبی و همکاران (۱۳۸۷)، به بررسی عملکرد خانواده و جو روانی - اجتماعی کلاس با ناسازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان ملایر پرداختند. یافته‌ها نشان داد که عملکرد خانواده و جو روانی - اجتماعی کلاس با ناسازگاری دانش‌آموزان دارای رابطه منفی معنی‌داری بوده است. در نتایج پژوهشی آمده است که سبک رفتاری مستبدانه با بروز افسردگی، اضطراب، عدم کفایت اجتماعی، پیشرفت تحصیلی ضعیف، رفتارهای بزهکارانه، مصرف مواد مخدر و اختلال سلوک رابطه دارد (Mathijssen & et al, 1998, p. 477-478).

روش تحقیق

طرح این تحقیق از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بوده است. پس از تعیین گروه‌های آزمایش و کنترل، روش خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، به‌طور هفتگی روی گروه آزمایش انجام شد. در مورد گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت.

نمونه و روش نمونه‌گیری: از میان زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روان‌درمانی محقق برای حل تعارضات و مشکلات خانوادگی، و با هماهنگی آموزش و پرورش و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و در نظر گرفتن سن، طول مدت ازدواج، وضعیت اجتماعی اقتصادی، دارا بودن یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در مقیاس ارزیابی عملکرد خانواده، و با یک انحراف معیار کمتر از میانگین در پرسش‌نامه سازگاری دانش‌آموزان توسط فرزند آنها و عملکرد تحصیلی ضعیف، مصاحبه بالینی با خانواده و فرزندان آنها و سایر متغیرهای موردنظر پژوهش، تعداد ۴۰ نفر در طول سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۹۰ به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. اینها به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایشی تحت خانواده‌درمانی با الگوی شناختی رفتاری مذهب‌محور قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. خانواده‌درمانی شناختی رفتاری مذهب‌محور طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به‌طور هفتگی روی گروه آزمایش اجرا شد. گروه‌های آزمایش و کنترل، پیش از مداخله و پس از اجرای مداخله آزمایشی با استفاده از ابزار پژوهش ارزیابی شدند. همچنین در طی این مراحل میزان سازگاری و عملکرد تحصیلی فرزندان آنها نیز ارزیابی شد.

مقیاس ارزیابی عملکرد خانواده: این مقیاس، شامل ۵۳ ماده است که برای سنجش عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک‌مستر تدوین شده است. این ابزار توسط /پشتاین و همکاران (۱۹۹۳)، با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است. همچنین، توانایی خانواده در سازش با حوزه وظایف خانوادگی را بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت، مشخص می‌نماید. نجاریان (۱۳۷۴)، در پژوهشی سه عامل، یعنی نقش‌های خانوادگی، حل مسئله و ابراز عواطف را شناسایی نمود. همچنین مواد آزمون از ۵۳ ماده به ۴۵ ماده کاهش یافت. وی همسانی درونی کل آزمون را ۰/۹۳ به‌دست آورد. حداقل نمره در مقیاس فوق ۴۵ و حداکثر آن ۱۸۰ می‌باشد که نمره بالا نشان‌دهنده عملکرد سالم خانواده و نمره پایین عملکرد مختل خانواده را نشان می‌دهد. ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و در عامل‌های حل مسئله ۰/۸۴، نقش‌ها ۰/۸۳ و ابراز عواطف ۰/۷۷،

محاسبه گردید. این نمره‌ها بیانگر همسانی درونی رضایت‌بخش این مقیاس است. برای بررسی روایی سازه این مقیاس، از روش تحلیل عاملی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی) استفاده شد که سه عامل حل مسئله، نقش‌های خانوادگی و ابراز عواطف، در مجموع ۲۸/۰۸ درصد از واریانس آن را تبیین نمودند.

پرسش‌نامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی: پرسش‌نامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی توسط سینه‌ها و سینگ (۱۹۹۳) تدوین شده است. این پرسش‌نامه ۶۰ سؤال دارد و دانش‌آموزان دبیرستانی با سازگاری خوب را از دانش‌آموزان ضعیف در سه حوزه سازگاری (عاطفی، اجتماعی، آموزشی) جدا می‌کند (ساقی و رجایی، ۱۳۸۷). ضریب پایایی این مقیاس را به روش دونیمه کردن برای کل مقیاس ۰/۹۵ و برای مقیاس عاطفی ۰/۹۴، اجتماعی ۰/۹۳ و آموزشی ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش، ضرایب پایایی مقیاس فوق با استفاده از روش کودرریچاردسون و دونیمه کردن برای کل پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۰ و برای مقیاس‌های عاطفی ۰/۶۶ و ۰/۶۴، اجتماعی ۰/۶۲ و ۰/۵۸ و آموزشی ۰/۶۷ و ۰/۵۸ محاسبه گردید که بیانگر همسانی درونی ماده‌های مقیاس فوق می‌باشد. علاوه بر این، برای بررسی روایی سازه مقیاس فوق از روش تحلیل عاملی (تحلیل مؤلفه‌های اصلی)، استفاده شد که پنج عامل ناسازگاری عاطفی، اجتماعی، آموزشی و فردی شناسایی شدند و یک عامل مهم به علت تعداد کم ماده‌ها (سه ماده) فاقد نام‌گذاری بود. پنج عامل در مجموع، ۲۴/۹۱ درصد از واریانس مقیاس را تبیین کردند.

شاخص عملکرد تحصیلی: در این تحقیق، شاخص عملکرد تحصیلی معدل کل امتحانات پایان سال اول دبیرستان می‌باشد. این شاخص نمرات کل دروس پایه اول دبیرستان به استثنای درس ورزش و انضباط را دربرمی‌گیرد.

ساختار جلسات روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب‌محور: در این رویکرد، علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری، که هدف آن، تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری 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. همچنین محتوای جلسات شناخت درمانی مذهب‌محور به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: ارزیابی انفرادی و مصاحبه بالینی با هریک از زوجین به منظور شناسایی استرس‌ها، ویژگی‌های شخصیتی، تعارضات خانوادگی، انتظارات خانوادگی، انتظارات از یکدیگر، افکار و احساسات آنها.

جلسه دوم و سوم: توضیح در مورد روش درمان و اهداف، آموزش خودشناسی به زوجین و تشخیص احساسات و هیجان‌های منفی و افکار و باورداشت‌های زیربنایی غیرمنطقی آنها، تبیین انتظارات منطقی و غیرمنطقی زوجین از یکدیگر با استفاده از تعالیم اسلامی موجود در قرآن کریم و سیره نبوی و احادیث، توضیح پیامدهای معنوی ناشی از تعامل و عملکرد تحصیلی فرزندان می‌شود. آموزش ارتباط کلامی و غیرکلامی توأم با احترام و محبت و صبر و گذشت و بخشش مبتنی بر دستورات الهی.

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

جلسات ششم 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 اصلاح و تغییر رفتار، فعال‌سازی رفتار، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث در کنار فنون شناختی - رفتاری، به منظور به چالش کشیدن افکار منفی و غیرمنطقی، دادن تکالیف خانگی و گزارش عملکرد خانواده و فرزندان از طریق نظارت زوجین با استفاده از فرم‌های ارزشیابی.

جلسات هشتم تا دهم: آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت پانزده دقیقه، تجسم ذهنی بر پدیده‌های مختلف هستی جهت کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، بررسی افکار به کمک زوجین و جایگزینی افکار منفی با افکار غیرمنطقی، مروری بر هیجانات و رفتار منطقی و خوشایند به دنبال افکار منطقی، بیان احساسات توسط زوجین و بحث در مورد آنها، بررسی تغییراتی که بیماران در وضعیت خود احساس کرده‌اند، ادامه تکالیف خانگی، اطمینان‌خاطر مشاور به زوجین نسبت به اینکه با به‌کارگیری آنچه را که یاد گرفته‌اند، مشکلی برای آنها پیش نخواهد آمد. با توصیه به زوجین جهت مطالعه مستمر قرآن و احادیث و سیره نبوی در خصوص نحوه ارتباط زوجین با یکدیگر و اجرای آنها به صورت عملی.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش و کنترل را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش و کنترل

| متغیر | گروه آزمایش | | | | | | | |
|---------------------------|-------------|--------------|---------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|
| | پیش‌آزمون | | | | پس‌آزمون | | | |
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| عملکرد خانواده | ۱۱۷/۲۱ | ۱۱/۶۱ | ۱۲۸/۹۳ | ۱۵/۱۲ | ۱۱۵/۷۱ | ۵/۱۳ | ۱۱۶/۱۸ | ۴/۹۲ |
| سازگاری دانش‌آموزان | ۱۱/۲۱ | ۶/۹۳ | ۱۸/۹۷ | ۶/۹۲ | ۱۱/۸۷ | ۳/۹۴ | ۱۲/۱۴ | ۶/۹۴ |
| عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان | ۱۲/۴۵ | ۶/۱۸ | ۱۶/۹۵ | ۷/۱۲ | ۱۱/۶۵ | ۴/۸۷ | ۱۲/۱۳ | ۴/۳۹ |

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، میانگین عملکرد خانواده گروه آزمایش در پس‌آزمون (۱۲۸/۹۳) است که این میانگین بیشتر از میانگین پیش‌آزمون (۱۱۷/۲۱) و پس‌آزمون گروه کنترل (۱۱۶/۱۸) است. از سوی دیگر، میانگین سازگاری دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش در پس‌آزمون (۱۸/۹۷) بیشتر از پیش‌آزمون (۱۱/۲۱) و پس‌آزمون گروه کنترل (۱۲/۱۴) است. علاوه بر این، میانگین عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش در پس‌آزمون (۱۶/۹۵) بیشتر از پیش‌آزمون (۱۱/۶۵) و پس‌آزمون گروه کنترل (۱۲/۴۵) است.

جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین پس‌آزمون عملکرد خانواده.

سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش و کنترل

| آزمون | مقدار | df تفریضه | df خطا | F | سطح معنی‌داری |
|-------------------------|-------|-----------|--------|--------|---------------|
| آزمون اثربخشی | ۰/۶۴۹ | ۳ | ۳۳ | ۱۱/۹۵۱ | ۰/۰۰۱ |
| آزمون لامیدای ویلکز | ۰/۵۲۱ | ۳ | ۳۳ | ۱۱/۹۵۱ | ۰/۰۰۱ |
| آزمون اثر هنتینگ | ۲/۲۵۲ | ۳ | ۳۳ | ۱۱/۹۵۱ | ۰/۰۰۱ |
| آزمون بزرگترین ریشه روی | ۲/۲۵۲ | ۳ | ۳۳ | ۱۱/۹۵۱ | ۰/۰۰۱ |

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که، بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین، تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/001$ وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، سه تحلیل کوواریانس یک متغیری در متن مانکوا انجام شد که نتایج آن در جدول ۳، ۴، ۵ درج شده است.

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش

و کنترل

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری |
|----------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| عملکرد خانواده | پیش‌آزمون | ۱۲۸/۸۵۲ | ۱ | ۱۲۸/۸۵۲ | ۱۲/۲۶۱ | <0/001 |
| گروه | خطا | ۳۵۹/۸۲۱ | ۱ | ۳۵۹/۸۲۱ | ۳۶/۳۴۷ | <0/001 |
| خطا | خطا | ۲۶۵/۳۳۲ | ۳۵ | ۷/۵۸۰ | - | - |

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر عملکرد خانواده تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/001$ وجود دارد.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون سازگاری دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش و کنترل

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری |
|---------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| سازگاری دانش‌آموزان | پیش‌آزمون | ۱۲۶/۵۷۲ | ۱ | ۱۲۶/۵۷۲ | ۱۸/۱۲ | <0/001 |
| گروه | خطا | ۳۵۲/۲۱۸ | ۱ | ۳۵۲/۲۱۸ | ۴۷/۳۴۱ | <0/001 |
| خطا | خطا | ۲۴۶/۹۲۱ | ۳۵ | ۷/۰۵۴ | - | - |

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر سازگاری دانش‌آموزان زوجین، تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/001$ وجود دارد.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین گروه آزمایش و کنترل

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری |
|---------------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان | پیش‌آزمون | ۳۱۹/۸۱۲ | ۱ | ۳۱۹/۸۱۲ | ۱۴/۳۱۷ | <0/001 |
| گروه | خطا | ۱۲۸۵/۳۴۱ | ۱ | ۱۲۸۵/۳۴۱ | ۵۲/۴۱۲ | <0/001 |
| خطا | خطا | ۴۰۶/۶۵۵ | ۳۵ | ۱۱/۶۱۸ | - | - |

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان زوجین، تفاوت معنی‌داری در سطح $p < 0/001$ وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

از آنجایی که مذهب به‌عنوان یک عنصر مهم در فرهنگ در نظر گرفته می‌شود و درمان‌های شناختی به‌شدت متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون‌فرهنگی است و با توجه به بافت مذهبی ایران، مطالعه حاضر بر آن شد تا تأثیر خانواده درمانی شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر بهبود عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهر اهواز را بررسی نماید.

نتایج پژوهش حاضر، حاکی از اثربخشی خانواده درمانی شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر بهبود عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهر اهواز بود. این افزایش در پیگیری نیز حفظ گردیده است.

اعتقاد به اینکه خدایی است که ناظر بر امور است و در همه حال انسان را یاری می‌نماید، اضطراب و نگرانی را کاهش می‌دهد. اغلب افراد مؤمن ارتباط با خدا را مانند ارتباط با یک دوست صمیمی می‌دانند و باور دارند که اتکا و توکل به خدا، به‌عنوان یک شیوه مقابله مؤثر، در رویارویی با رخدادهای ناگوار به آنها کمک زیادی می‌کند. این امر موجب 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 موجب می‌شود تا احساس ناخوشایندی برطرف گردد (تاجیک، ۱۳۸۳).

در مطالعه‌ای که به مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری با درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور، بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان انجام گرفت، نشان داده شد که روان‌درمانی شناختی رفتاری مذهب‌محور بر سلامت روان همسران شهدا و جانبازان مؤثر است. ظاهراً درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور تأثیر بیشتری نسبت به روان‌درمانی شناختی رفتاری کلاسیک داشته است (مجاهد و دیگران، ۱۳۸۸).

در پژوهشی، اثر روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی در بیماران مبتلا به افسرده‌خویی در مقایسه با روش دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری بررسی گردید، نتایج نشان داد که روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی بر نمرات مقیاس افسردگی اثر گذاشته و آن را کاهش داده است (همان). در پژوهش دیگری مشخص شد که روان‌درمانگری شناختی، توأم با رویکرد دینی در مقایسه با شناخت درمانگری یک به‌طور معنی‌داری موجب کاهش افسردگی و افزایش عملکرد سیستم ایمنی بدن شده است (حمید و دیگران، ۱۳۹۰).

این یافته، با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های کینس فوگل و گریچ (۲۰۰۴)، هوگلند و لیدبیتیر (۲۰۰۳)، ماستیجن و همکاران (۱۹۹۸)، کرسو و همکاران (۲۰۰۷)، سویج و همکاران (۲۰۰۹)، اولری، بارت و فجرمستاد (۲۰۰۹) و رجبی و همکاران (۱۳۸۷) همخوان است. هوگلند و لیدبیتیر (۲۰۰۳) دریافتند که محرک‌های چندجانبه خانوادگی و سطح پایین آموزش مادران، افزایش مشکلات و مسائل رفتاری و کاهش رفتارهای فرااجتماعی دانش‌آموزان را پیش‌بینی می‌کنند. فوگل و گریچ (۲۰۰۴) مشاهده نمودند افرادی که شاهد دعوی سخت، در سطح کلامی، لفظی و جسمی والدین بودند، در روابط با دیگران به مقدار زیاد چنین رفتارهایی را از خود بروز می‌دادند. سبک رفتاری مستبدانه با بروز افسردگی، اضطراب، عدم کفایت اجتماعی، پیشرفت تحصیلی ضعیف، رفتارهای بزهکارانه، مصرف مواد مخدر و اختلال سلوک رابطه دارد (Mathijssen & et al, 1998, p. 98). نتایج این پژوهش نشان داد، در گروهی که کودکان و خانواده تحت درمان شناختی - رفتاری قرار داشتند، در نشانه‌های کارکردهای مرتبط با اضطراب در نوجوانان کاهش نشان دادند.

نتایج پژوهش سویج و همکاران نشان داد در گروهی که کودکان و خانواده تحت درمان شناختی - رفتاری قرار داشتند، در نشانه‌های مرتبط با اضطراب و سازگاری رفتاری (نوجوانان) کاهش یافته و

عملکرد تحصیلی آنها متقابلاً افزایش یافت (Suveg & et al, 2009, p. 341-349). همچنین پژوهش اولری و همکاران، نشان داد، درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خانواده‌درمانی برای اختلال وسواسی - جبری تا هفت سال بعد از درمان اثربخش بوده است (O'Leary & et al, 2009, p. 973-978). همچنین رجبی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین عملکرد خانواده و سازگاری دانش‌آموزان پایه سوم متوسطه رابطه منفی وجود دارد. با توجه به نتایج پژوهش‌های ذکر شده، در ارتباط با تأیید رابطه‌ای که بین شرایط خانوادگی و سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان وجود دارد، شرایط مساعد و بهبود روابط خانوادگی، موجب می‌شود دانش‌آموزان سازگاری رفتاری بیشتری به‌دست آورند. این امر موجب افزایش عملکرد تحصیلی آنها می‌شود. با توجه به اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان، می‌توان این درمان را به‌منظور بهبود عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان به‌کار برد.

برای چگونگی تأثیر مذهب در خانواده، چندین دیدگاه اصلی ارائه شده است که یکی از آنها بر نقش مذهب در مقابله با عوامل فشارزا تأکید می‌کند. پارگامنت از جمله پژوهشگران این دیدگاه، معتقد است که مذهب به سه طریق در جریان مقابله با فشارهای گوناگون روانی و محیطی تأثیرگذار است. نخست اینکه، به‌عنوان بخشی از فرایند مقابله تلقی شده و بر چگونگی ارزیابی فرد تأثیر می‌گذارد. دوم اینکه می‌تواند در فرایند مقابله مداخله کند، بدین طریق که در تعریف مجدد از مشکل یاری می‌کند و در نهایت، مذهب می‌تواند روی نتایج و پیامدهای زندگی تأثیر بگذارد (عبدالله‌پور و دیگران، ۱۳۹۰).

منابع

- منجری، فرزانه و همکاران، «بررسی اثر ارتباط اسلامی و نگرش‌های مذهبی بر بهبود رضایت زناشویی» (۱۳۹۰)، *تحقیقات علوم رفتاری*، ش ۱، ص ۳۰-۳۷.
- نجاریان، فاطمه، (۱۳۷۴)، *عوامل مؤثر بر کارآیی خانواده: بررسی روان‌سنجی مقیاس*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- Alan Carr, (2001), Family Therapy, Concept, Process and Practice, University Dublin: John Wiley& Sons Ltd. New York, *Journal of Family Psychology*, v 1, p. 301-314.
- Bronfenbrenner, U, (1979), Contexts of child rearing: Problems and prospects, *American Psychologist*, v 34, p. 844-850.
- Epstein, N. B., & et al, (1983), The McMaster Family Assessment Device, *Journal of Marital and Family Therapy*, v 9, p. 171-180.
- Gelso, C., & Frets, B, (2001), *Counseling psychology*, Harcor college publisher.
- Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M, (2003), Exceptional children: *Introduction to special education* (9 th ed). Boston: Alln and Bacon. P. 121.
- Hoglund, W. L., & Leadbeater, J, (2003), The effects of family, school, and classroom ecologies on changes in children's social competence and emotional and behavioral problems in first grade.
- Huston, A. C., & Carpenter, G. J, (2007), Gender influences in classroom interaction. New York: Academic Press, *Journal of Developmental Psychology*, v 40, p. 539-544.
- Kinsfogel, M., & Grych, H, (2004), Interparental conflict and adolescent dating relationships, *Journal of Family Psychology*, v 18, p. 505-515.
- Mannuzza, S., & et al, (1998), Adult Psychiatric status of hyperactive boys grows up. *American Journal of Psychiatry*, v 155, p. 493-498.
- Mathijssen, J. J., & et al, (1998), The relationship between mutual family relations and child psychopathology, *Child Psychol Psychiatry*, v 39(4), p. 477-487.
- Moffitt, T. E, (1993), Adolescence limited and life course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy, *Psychological Review*, v 100, p. 674-701.
- Nichols, M., & Schwartz, R, (1998), Family therapy: Concepts and methods. Boston: Allyn and bacon, *Journal of Family Psychology*, v 32, p. 102-121.
- O'Leary, E. M. M., & et al, (2009), Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: A 7-year follow-up study, *Journal of Anxiety Disorders*, v 23, p. 973-978.
- Patterson, G. R., & et al, (1992), Antisocial boys: A social interactional approach. Castalia Publishing Company, Eugene, OR, *Journal of Psychiatry*, v 123, p. 270-286.
- Suveg, C., & et al, (2009), Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: Secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities, *Journal of Anxiety Disorders*, v 23, p. 341-349.

- اسحاقی، سیدرضا و همکاران، «تأثیر آموزش مبتنی بر آموزه‌های دینی بر فعالیت بدنی سالمندان» (۱۳۸۹)، *ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ش ۵، ص ۱۲۸۱-۱۲۸۸.
- تاجیک، علیرضا، توکل و پیوند آن با معرفت الهی» (۱۳۸۳)، *پیوند*، ش ۳، ص ۲۴-۳۱.
- توان، بهمن و همکاران، «رابطه نگرش دینی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک» (۱۳۸۸)، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ش ۴، ص ۲۷-۳۴.
- حاتمی، حمیدرضا و دیگران، «بررسی تأثیر میزان دینداری بر رضایت از زندگی زناشویی» (۱۳۸۸)، *روان‌شناسی نظامی*، ش ۱، ص ۱۳-۲۲.
- حمید، نجمه و دیگران، «بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی زنان مطلقه» (۱۳۹۰)، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ش ۱، ص ۵۴-۶۴.
- خدایاری‌فرد، محمد و اکرم پرند، «تأثیر خانواده‌درمانی بر رویکرد شناختی رفتاری در درمان هراس اجتماعی نوجوانان (مطالعه موردی)» (۱۳۸۵)، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، سال سی و ششم، ش ۱ و ۲، ص ۱۲۳-۱۴۳.
- رجبی، غلامرضا و دیگران، «بررسی رابطه عملکرد خانواده و جو روانی - اجتماعی کلاس با ناسازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان ملایر» (۱۳۸۷)، *علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ش ۱ و ۲، ص ۱۱۳-۱۲۸.
- ریاحی، محمداسماعیل و همکاران، «بررسی اثرات دینداری و جهت‌گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران» (۱۳۸۸)، *علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد*، سال پنجم، ش ۲، ص ۵۱-۹۰.
- ساقی، محمدحسین و علیرضا رجایی، «رابطه ادراک نوجوانان از عملکرد خانواده با سازگاری آنها» (۱۳۸۷)، *اندیشه و رفتار*، ش ۱۰، ص ۷۱-۸۲.
- عادل، زهرا و دیگران، «اثربخشی آموزش شناختی با رویکرد اسلامی بر رضایت‌مندی زندگی دانشجویان» (۱۳۸۹)، *اسلام و روان‌شناسی*، ش ۴، ص ۴۳-۵۷.
- عبادی، ندا و دیگران، «بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز» (۱۳۸۹)، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، سال سوم، ش ۲، ص ۷۱-۸۴.
- عبدالله‌پور، نازی و دیگران، «رابطه بین دینداری با رضایت از زندگی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تبریز» (۱۳۹۰)، *تربیت اسلامی*، ش ۱۲، ص ۱۴۱-۱۵۳.
- فقیهی، علی‌نقی و فاطمه رفیعی‌مقدم، «بررسی میزان اثربخشی آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر روایات اسلامی در رضایت زناشویی زوجین» (۱۳۸۸)، *روان‌شناسی و دین*، سال دوم، ش ۳، ص ۸۹-۱۰۴.
- مجاهد، عزیزالله و دیگران، «مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری با درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت روان همسران شهید» (۱۳۸۸)، *اصول بهداشت روانی*، ش ۴، ص ۲۸۲-۲۹۱.