

Biannual Journal of Applied Counseling
2016, 6(2), 73-88
Received: 04 March 2017
Accepted: 16 May 2017

دوفصلنامه مشاوره کاربردی
۷۳-۸۸، ۶(۲)، ۱۳۹۵
دریافت: ۹۵/۱۲/۱۴
پذیرش: ۹۶/۰۲/۲۶

اثربخشی آموزش گروهی آموزه‌های دینی بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در زوجها^۱

Effectiveness of Islamic instructions training on Quality Of life and its components in couples

Tayebe Fatemi nik
Mansour Sodani

طیبه فاطمی نیک^۱
منصور سودانی^۲

Mahnaz Mehrabizade Honarmand^۳ مهناز مهربابی‌زاده هنرمند^۳

Abstract

The aim of current research was the effective of religious instructions training on quality of life of couples referral to Dispute Resolution Councils Ahvaz city. The population of this research included all couples referred to Dispute Resolution Councils Ahvaz city in the 1395 year, who 16 couples were select using a voluntary sampling method and were assigned randomly into experimental and control groups, and responded to the Quality of Life Questionnaire. The design of this study was quasi - experimental of type pre-test, post-test and follow-up with control group. The experimental group couples received religious training during for 8 session, about 90 minutes, and 1 time per week. Data were analyzed using descriptive and inferential statistical methods such as covariance analysis and software the results showed. That religious instructions training in the post-test and follow-up stages influenced on quality of life of experimental group couples in comparison to control group. Therefore, religious instructions has increased role in improving the quality of life of couples.

Keywords: Islamic instructions, quality of life, couple

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی آموزش گروهی آموزه‌های دینی بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در زوجها ارجاعی به شعب شوراهای حل اختلاف شهر اهواز بود. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به شعب شوراهای حل اختلاف شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ بود، که ۱۶ زوج به صورت داوطلب انتخاب و به‌طور تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل واگذار شدند، و به پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. زوج‌های گروه آزمایش آموزه‌های دینی را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یک بار در هفته دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مانند تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار آماری SPSS-۱۶ تحلیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش آموزه‌های دینی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری موجب بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در زوجها گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. بنابراین آموزه‌های دینی نقش بسزایی در ارتقاء و افزایش کیفیت زندگی زوجها دارد.

واژه‌های کلیدی: آموزه‌های دینی، آموزش، کیفیت زندگی

۱. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز به شماره پژوهشی ۹۵۲۳۳۱۳۷ می باشد.

* کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز

sodani_m@scu.ac.ir

** دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

*** استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی^۱، خانواده را عامل اجتماعی اولیه در افزایش سلامت و بهزیستی معرفی کرده است (کمپل، ۲۰۰۳). دستیابی به جامعه‌ی سالم به طور آشکارا در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده‌ی سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن رابطه‌ی مطلوب با یکدیگر است. از این رو سالم‌سازی اعضای خانواده در روابطشان بی‌گمان اثرهای مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت. هنگامی که کانون خانواده دربرگیرنده محیط سالم و روابط گرم و تعامل صمیمانه میان فردی باشد می‌تواند موجب رشد و پیشرفت اعضای خانواده شود. ارتباط زناشویی هسته مرکزی نظام خانواده و اختلال در آن به منزله‌ی تهدیدی جدی برای بقا و سلامت روان خانواده است (برنشتاین و برنشتاین^۲، ۲۰۰۱ ترجمه: سهرابی، ۱۳۸۴). سلامتی دارای ابعاد متعددی است که بر کیفیت زندگی و سخت‌رویی مؤثر است. انسان‌ها از آن رو به سلامتی اهمیت می‌دهند که بر اهداف دیگر زندگی آنها تأثیر می‌گذارد و از طرفی سلامتی و کیفیت زندگی نیز دارای رابطه دو طرفه می‌باشند؛ به طوری که مشکلات اجتماعی روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارد و موجب مشکلات بهداشتی شده و هم‌چنین مشکلات و مداخلات بهداشتی بر کیفیت زندگی مؤثر است (هولزموون و گوسن مونس، ۱۹۹۶).

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی^۳ را به منزله‌ی ارزیابی و ادراک افراد از وضعیت زندگی خویش که تحت تأثیر نظام فرهنگی و ارزشی موقعیتی است که در آن زندگی می‌کنند، تعریف می‌کنند و عقیده دارند اهداف، انتظارات، معیارها و خواسته‌های فرد به میزان وسیعی بر وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات او تأثیر می‌گذارد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸، به نقل از نوری قاسم‌آبادی و محمدخانی، ۱۳۷۷). به طور نظری کیفیت زندگی، شامل ویژگی‌های فردی شخص مانند سلامت جسمانی و روانی، بهزیستی روانی-اجتماعی و عملکرد فرد که شامل احساس‌های مستقل و کنترل روی زندگی و محیط بیرونی مانند شرایط اجتماعی-اقتصادی، کار، ساخت محیط و اجتماع می‌باشد (بولینگ و گابریل، ۲۰۰۷). اهمیت خانواده در تغییر کیفیت زندگی، ایجاد آمادگی برای برخورد و رویارویی با پدیده‌های اجتماعی است. آیه ۷۴ سوره‌ی فرقان بر اهمیت خانواده و پیش‌آهنگی آن در تشکیل جامعه نمونه انسانی اشاره دارد، چنان که پیوندهای سالم و درخشان خانوادگی را ایده‌آل پرهیزکاران معرفی می‌کند. بسیاری از دانشمندان مشکلات روان‌شناختی را در ارتباط با فاصله گرفتن انسان‌ها از مذهب و دین می‌دانند و معتقدند مذهبی بودن می‌تواند اثر بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند (غرابی، احمدوند، اکبری دهقی و زوزیان، ۱۳۸۷). آموزه‌های دینی^۴ و مذهبی ارتباط با خدا، با تقویت تقوا^۵ و پاکدامنی، عشق، بخشایش، مصالحه کردن، ایثار و فداکاری (الیسون، بوردت و ویلکاکس، ۲۰۱۰؛ هرناوندز، ماهونی و پارگامنت، ۲۰۱۱) موجب ترقی و بهبود کیفیت

1. World Health Organization
2. Bernstein
3. life quality
4. religious training
5. faith

زندگی و افزایش رضایت زناشویی می‌شود. در آموزش‌های مذهبی به این اعمال مبتنی بر تقوا تأکید جدی شده و این اعمال می‌توانند پایه‌های سالمی برای زندگی زناشویی موفق ایجاد کنند. افزون بر این، مسیر اصلی مذهب، ارزش‌های خانوادگی و وفاداری جنسی را که از مسائل بحران‌زا در کیفیت زندگی زناشویی است، تقویت می‌کنند (دیوید و استافورد، ۲۰۱۵).

در میان درمان‌های جدید، یکی از رویکردهای مطرح، درمان‌های دینی و معنوی است. به نظر می‌رسد از آنجا که ایمان به خداوند و پذیرش باورهای مذهبی نقش تعیین‌کننده‌ای در حل تعارض‌های درونی، یکپارچه‌سازی شخصیت، کاهش رفتارهای ناپه‌نجانر و افزایش سلامت روانی افراد بر عهده دارند، باید از آن در فرآیند کاهش ناپه‌نجانری‌های رفتاری سود جست (طیبی، ۱۳۹۵). در حال حاضر، بسیاری از مکاتب درمانی عمده، از مداخله‌های مذهبی-معنوی^۱ استفاده می‌کنند. نگرش دینی توانایی دارد که فلسفه‌ی ارضاکننده حیاتی برای بشر تنظیم، تدوین و ارائه کند. به عقیده‌ی بسیاری از صاحب‌نظران، نگرش دینی، عالی‌ترین وحدت و یکپارچگی در اخلاق مذهبی است که کنترل تمام تجارب و هدایت و راهنمایی تمام ابعاد زندگی را به عهده داشته و متعالی‌ترین معنا را به زندگی می‌دهد. دین اسلام به‌عنوان یک مکتب جامع، آموزه‌های فراوانی را برای ابعاد مختلف زندگی بشر فراهم کرده است که بخشی از این آموزه‌ها به‌صورت ویژه و دقیق به حوزه خانواده مربوط می‌شود. پیامبر اسلام و امامان در همین راستا برای تبادل‌هایی که در خانواده مطرح است و نحوه تعاملاتی که اعضای خانواده برای برخوردارشدن از زندگی سالم می‌توانند داشته باشند دستورات و رهنمودهایی را ارائه داده است که بر اساس تفاوت‌های طبیعی زن و مرد و وظایف و نقش‌های مکمل است (نجفی یزدی، ۱۳۸۵). پیامبر اکرم و ائمه خود برای حریم خصوصی همسران‌شان احترام قائل بودند، شخصیت و اعتبار معنوی آنان را ارج نهاده و در امور معنوی از آنان کمک می‌گرفتند (کلینی، ۱۳۷۹، جلد ۶، صص. ۴۷۶ و ۴۷۸)، و کمک به همسر را نشانه صداقت می‌دانستند (مجلسی، ۱۳۸۹، جلد ۱۰۱، ص. ۱۰۶). آن‌ها برای برقراری تعامل، ایجاد امنیت، محبت و اعتماد در زوجها، بلند سلام کردن (شریف رضی، ۱۳۸۲، حکمت ۲۵۲، نهج‌البلاغه) را توصیه و آنها را باعث افزایش محبت می‌دانند. انبیای الهی پاسخ‌گویی به نیازهای جنسی را لذت زندگی انسان (آل‌عمران: ۱۴) و عبادت می‌دانند (مجلسی، ۱۳۸۹، جلد ۱۰۰، ص. ۲۳۵) و در ارضای نیازهای جنسی، خودمحوری و عدم توجه به نیازهای طرف مقابل را موجب عذاب می‌دانند (کلینی، ۱۳۷۹، جلد ۵، ص. ۴۹۷). دین اسلام اساس زندگی زناشویی را بر پایه محبت و مودت (روم: ۲۱) میان همسران و رمز سعادت زندگی زناشویی در آرامش‌دهی زوجها (اعراف: ۱۸۹) به همدیگر می‌داند. رعایت حقوق متقابل (بقره: ۲۲۸) عاملی مؤثر در کاهش تعارض‌ها و اختلاف‌های زوجین از دیدگاه اسلام است. مهم‌ترین وظیفه مرد، سرپرستی خانواده و تلاش برای رفاه آنها (بقره: ۳۴)، رعایت حال زن، دوست داشتن و مهرورزی و معاشرت نیکو (نساء: ۱۹) با او است. مهم‌ترین وظیفه زن هم اطاعت و فرمان‌برداری، حفظ

1. spiritual

عفت خود، حفظ عفت شوهر (نساء: ۳۴) و اخلاق خوش است. عفو و گذشت از موارد احسان و به تعبیر قرآن محبوب خداست (مصطفوی، ۱۳۸۹). نرمی زبان و بیان خوش (بقره: ۸۳) عامل افزایش انس و صفا بین زوج‌هاست. در روایات اسلامی تندخویی را نکوهش و نرمی و ملامطت را ستایش کرده‌اند و پیامبر اکرم (ص) به دلیل نرمی و ملامطت و نداشتن زبانی تند و پرخاشگر (أل عمران: ۱۵۹) مورد ستایش خداوند قرار گرفته است. بدگمانی زوج‌ها نسبت به یکدیگر از عوامل خانمان سوز و ویران کننده خانواده است که بر اثر آن آسایش روانی دو طرف به خطر می‌افتد و خداوند افراد را (حجرات: ۱۲) به شدت از آن نهی کرده است (قائمی امیری، ۱۳۷۳).

در جامعه اسلامی، با در نظر گرفتن بعد معنوی شخصیت انسان و ساختار وجودی او که با قوانین هستی و اهداف الهی سازگار است، لحاظ کردن یک شیوه زندگی که مطابق با فرامین الهی و آیات و روایات باشد با توجه به ویژگی‌های خاص فرهنگی جامعه بسیار مؤثر و ضروری به نظر می‌رسد. چنانچه خانواده بر پایه دستورات دینی بنا شود و زن و شوهر اصول و فرامینی را که توسط آیات و روایات توصیه شده رعایت کنند، می‌توانند در نهایت به آرامش و سکینه‌ای که خداوند در ازدواج به ودیعه گذاشته است دست یابند (حیرت، ۱۳۸۸). دی و آکاک (۲۰۱۳) نشان دادند که مذهب با بهزیستی زناشویی^۱ در مسائل تساوی رابطه‌ای پیوند نزدیک دارد. آلقافی، هاج و مارکس (۲۰۱۴) دریافتند که اسلام روی روابط زوج‌ها تأثیر مثبت می‌گذارد، پیوند خانوادگی را محکم می‌کند و زنان را از آزار و تعدی محافظت می‌کند. ماهونی و کانو (۲۰۱۴) به این نتیجه رسیدند که عمل به باورهای دینی موجب مشارکت کلامی، افزایش شادکامی، کاهش چشمگیر پرخاشگری کلامی و اختلاف‌های زناشویی می‌شود. گرین و الیوت (۲۰۱۰) نشان دادند افرادی که مذهبی هستند بدون توجه به فعالیت‌های مذهبی، حمایت اجتماعی یا وضعیت مالی از سلامت و شادکامی بیشتری برخوردارند. سایموندز، یانگ، ماندی، ماندی، بلو و اسچ (۲۰۱۱) نشان دادند که مذهب و معنویت با طولانی شدن عمر و کیفیت زندگی همبستگی مثبتی دارد. موریتز و کلی، تریسی، توز و ریخی (۲۰۱۱) دریافتند که معنویت و مذهب به عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار گرفته و به صورت ضربه‌گیر عمل می‌کنند و موجب کاهش اختلال‌های روانی و ارتقاء سطح سلامت روانی افراد می‌شوند. غلامی (۱۳۹۰) نشان داد معنویت درمانی باعث افزایش سلامت روان زنان مطلقه است. عرب‌بافرانی، کجیاف، عابدی و حبیب‌الهی (۱۳۹۲) نشان دادند که آموزش معنویت سازگاری زناشویی را افزایش می‌دهد. فقیهی (۱۳۸۸) نشان داد که آموزش‌های روان‌شناختی در بهبود روابط همسران و کاهش تنش بین آنها مؤثر است. کریم‌خانی (۱۳۹۱) دریافت که آموزه‌های دینی باعث افزایش عملکرد اجتماعی، فرهنگی و عاطفی می‌شود. تحقیقات مختلف مانند تروینو، پارگامنت، کاتن، لئونارد، هان و کاپرینیفایگین (۲۰۱۰)، دیوید و استافورد (۲۰۱۵)، کازوکی، راب، آلدوساری و برادوین (۲۰۱۰)، باررا، زنو، بوش، باربر و استنلی (۲۰۱۲)، ایوتزان، چان، گاردنر و پراشار

1. marital well-being

(۲۰۱۳)، سیفی‌گندمانی (۱۳۹۴)، غفوری‌مشهدی و حسن‌آبادی (۱۳۹۲) و بوالهروی (۱۳۹۱) همگی نشان داده‌اند که مداخله‌های دینی بر کاهش مشکلات رفتاری افراد و ارتقای سلامت روانی شرکت‌کننده‌ها همبستگی مثبتی تأثیرگذار است.

با توجه به اهمیت کیفیت زندگی زوجین و نقشی که آموزه‌های دینی اسلام در این خصوص دارد، ضروری است پژوهش‌های زیادی انجام گیرد تا بتوان در مورد به‌کارگیری شیوه‌های مناسب فنون ارتباطی و یافتن راه‌حل‌های منطقی در موقعیت‌های مشکل‌آفرین برای مشکلات زندگی و بهبود کیفیت زندگی زوجین، به آنها کمک کرد. بنابراین، در راستای تحقق هدف موردنظر، این سؤال مطرح شد آیا آموزش آموزه‌های دینی بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن تأثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه زوجین مراجعه‌کننده به شعب شوراهاى حل اختلاف شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ با شرایط حداقل دو زندگی مشترک، داشتن فرزند، داشتن ۲۰ تا ۴۵ سال سن و تمایل به شرکت در پژوهش بود. ۲۱ زوج به شیوه داوطلبانه از میان کلیه زوجین مراجعه‌کننده به این شعب انتخاب شدند و ۸ زوج شرکت‌کننده به صورت تصادفی در گروه آموزش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) تحت آموزش گروهی آموزه‌های دینی قرار گرفتند، و شرکت‌کننده‌های گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند. ۲ زوج که شرایط لازم را نداشتند و ۳ زوج که احتمال ریزش آنها وجود داشت حذف گردیدند (جمعاً ۱۶ زوج). در نهایت، هشت زوج به صورت تصادفی به گروه آزمایش و هشت زوج به کنترل گمارده شدند، و هر دو گروه قبل از آموزش، پس از اتمام هشت جلسه آموزش و یک ماه پس از اجرای پس‌آزمون در متغیر کیفیت زندگی مورد سنجش قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱: این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه است که در یک طیف لیکرت پنج رتبه‌ای (کاملاً ناراضی = ۱ تا کاملاً راضی = ۵) کیفیت زندگی فرد را از جنبه‌های مختلف بررسی می‌کند که دو سؤال آن در خصوص احساس کلی فرد از کیفیت زندگی خویش و مابقی سؤالات احساس و رفتار را در دو هفته‌ی اخیر در زمینه‌های زیر اندازه‌گیری می‌کند: ۱- بهداشت و سلامت جسمی (۷ سؤال: فعالیت‌های فیزیکی، وابستگی به مواد و داروهای کمکی، درد و احساس ناراحتی، خواب و استراحت و توانایی انجام کارها)، ۲- روان‌شناختی (۶ سؤال: احساس فرد نسبت به

1. The World Health Organization Quality of Life Questionnaire

وضعیت ظاهری بدن، احساسات مثبت و منفی، یادگیری، تفکر، حافظه و تمرکز، اعتماد به نفس و روحیه و رفتارهای شخصیتی)، ۳- روابط اجتماعی (۳ سؤال: روابط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی) و ۴- محیط اجتماعی (۸ سؤال: منابع مالی، آزادی و امنیت فیزیکی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط خانه، فرصت‌های اجتماعی، محیط فیزیکی مانند آلودگی، سروصدا، ترافیک، حمل و نقل) (عمرانی فرد، اسماعیلی نژاد، مراثی و داورپناه، ۱۳۸۸). ماده‌های ۴، ۳ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نصیری (۱۳۸۵) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای مؤلفه‌های چهارگانه فوق از ۰/۶۶ تا ۰/۸۴؛ اسچ، اودستن و ورایز (۲۰۱۰) ضرایب پایایی باز-آزمایی و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۸ و در مؤلفه‌های سلامت جسمی ۰/۷۰، سلامت روان‌شناختی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۶۵ و کیفیت محیط زندگی ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، ارتباطات اجتماعی و محیط زندگی به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۷۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۳ و در کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

صورت‌جلسه‌های آموزش گروهی آموزه‌های دینی (به نقل از آیات قرآن کریم و تفاسیر مربوطه و احادیث ائمه معصومین (ع))

جلسه اول. برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت‌کنندگان جهت حضور در جلسات و معرفی سرفصل جلسات.

جلسه دوم. بررسی شیوه‌های بهبود رابطه عشقی میان زوجین از طریق افزایش شناخت از خود و همسر در حوزه‌های شخصیتی، عاطفی، شناختی، فکری، علائق و سلیقه‌ها و غیره. شناخت دنیای احساسی و عاطفی همسر و درک نگرانی‌ها و دغدغه‌های وی و افزایش هرچه بیشتر فضای شناختی هر یک از همسران درباره یکدیگر.

جلسه سوم. آموزش مهارت‌های ارتباط کلامی و غیرکلامی از دیدگاه اسلام، آشنایی با اصول ارتباط کلامی و غیرکلامی، مهارت‌هایی برای ایجاد محبت در میان زوجین.

جلسه چهارم. آموزش تعاملات عاطفی، محبت و همدلی (فهم بهتر نیازها و خواست‌های روانی-هیجانی یکدیگر و برانگیختن رفتارهای خودجوش، صادقانه، مرتبط و صمیمانه‌تر در دیگری).

جلسه پنجم. آموزش مهارت چگونگی کنترل خشم از دیدگاه اسلام از جنبه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری و تأثیر آن در بهبود کیفیت زندگی و آموزش فنون در این زمینه.

جلسه ششم. آموزش اهمیت پذیرش نفوذ همسر از سوی شوهران و شریک کردن همسر در تصمیم‌گیری‌ها و احترام قائل شدن برای نظرات و احساس‌های وی، انجام تمرین‌هایی برای بررسی اشکال مقاومت مردان برای شریک شدن در قدرت تصمیم‌گیری با همسرانشان.

جلسه هفتم. توانمندسازی همسران برای خلق مفهومی مشترک در زندگی زناشویی خویش از طریق خلق زندگی درونی توسط هر دو زوج، تمرین‌هایی جهت رسیدن به ارزش‌ها و نقاط مشترک از طریق بررسی آداب، نقش‌ها، اهداف و آیین‌های خانوادگی.

جلسه هشتم. جمع‌بندی مباحث انجام‌شده، نتیجه‌گیری و پاسخ سؤالات و اجرای پس‌آزمون. آزمون پیگیری یک ماه پس از اجرای پس‌آزمون انجام شد.

روند اجرای پژوهش

جهت اجرای پژوهش حاضر پس از مطالعه مبانی نظری و پیشینه پژوهش‌های مرتبط با این پژوهش، ابزار مناسب برای گردآوری داده‌های تحقیق آماده شد. در مرحله بعدی، پس از کسب مجوزهای لازم به شورای حل اختلاف شهرستان اهواز مراجعه و از متقاضیان مایل به شرکت در برنامه آموزشی آموزه‌های دینی، با توجه به شرایط ذکر شده در بخش مربوط به جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری، تعداد ۲۱ زوج که داوطلب شرکت در پژوهش بودند به پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند. در نهایت، با توجه به ملاک‌های انتخاب نمونه و حضور منظم در جلسات آموزشی، تعداد ۱۶ زوج پذیرفته شدند و به روش تصادفی ساده به دو گروه تقسیم شدند؛ گروه آزمایشی و گروه کنترل نیز به صورت تصادفی مشخص شدند. گروه آزمایشی تحت مداخله‌ی آموزه‌های دینی به مدت ۸ جلسه و ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخله، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و پس از گذشت یک ماه از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگیری روی هر دو گروه اجرا شد. داده‌های پژوهش جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره‌های زوجها در متغیر کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای پاسخ دادن به سؤال پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی مانند تحلیل کوواریانس با توجه به مفروضه‌های آن و نرم‌افزار آماری SPSS-۲۱ استفاده گردید. همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین (انحراف معیار) کیفیت زندگی در گروه آزمایشی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر ۶۸/۴۶ (۱۲/۱۳)، ۹۲/۶۶ (۱۱/۹۵) و ۹۲/۵۰ (۱۱/۹۸) و در گروه کنترل برابر با ۶۵/۸۶ (۱۲/۰۱)، ۶۵/۴۰ (۱۲/۵۷) و ۶۶/۴۱ (۱۲/۸۴) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های متغیر وابسته کیفیت زندگی در این جدول ذکر شده‌اند.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	کیفیت زندگی	۶۸/۴۶	۱۲/۱۳	۹۲/۶۶	۱۱/۹۵	۹۲/۵۰	۱۱/۹۸
	سلامت روان‌شناختی	۱۳/۰۶	۳/۸۹	۱۹/۴۰	۷/۲۶	۱۹/۶۰	۷/۷۶
	ارتباطات اجتماعی	۸/۹۳	۲/۲۸	۱۲/۴۶	۳/۶۸	۱۴/۷۳	۳/۱۶
	سلامت محیط	۱۷/۹۳	۳/۹۷	۲۱/۰۶	۳/۴۵	۲۱/۰۶	۳/۴۵
	سلامت جسمانی	۱۸/۳۳	۳/۳۷	۲۰/۵۳	۴/۰۸	۲۳/۶۶	۲/۳۸
کنترل	کیفیت زندگی	۶۵/۸۶	۱۲/۰۱	۶۵/۴۰	۱۲/۵۷	۶۶/۴۱	۱۲/۸۴
	سلامت روان‌شناختی	۱۵/۸۰	۲/۷۰	۱۷/۳۳	۲/۹۴	۱۷/۳۳	۲/۹۴
	ارتباطات اجتماعی	۹/۳۳	۱/۷۱	۱۱/۳۳	۴۲/۹۶	۱۱/۳۳	۲/۹۴
	سلامت محیط	۱۶/۵۳	۳/۸۳	۱۸/۴۶	۴/۱۳	۱۸/۴۶	۴/۱۳
	سلامت جسمانی	۱۹	۳/۶۴	۱۱/۳۳	۲/۹۴	۲۳/۳۳	۴/۳۶

نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس‌های لوین^۱ گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته و مؤلفه‌های آن همگی حاکی از یکسانی واریانس‌ها در دو گروه فوق‌الذکر است. مفروضه‌های دیگر منجمله رابطه خطی (همبستگی بین متغیر کوواریته (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون)، عدم هم خطی بودن چندگانه (عدم همبستگی بین متغیرهای کوواریته) و شیب‌های خط رگرسیون (تعامل بین گروه و پیش‌آزمون) بیانگر این هستند که مجاز به استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس^۲ هستیم.

جدول ۲

نتایج تحلیل کوواریانس کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مرحله

پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون

سطح معنی‌داری p	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرها	مؤلفه‌ها
p = ۰/۰۰۱	۳۳۱۰/۲۰	۲۸۸۵/۹۲	۱	۲۸۸۵/۹۲	کیفیت زندگی	
p = ۰/۰۰۱	۱۹/۹۶	۳۱/۸۵	۱	۳۱/۸۵	سلامت جسمانی	
p = ۰/۸۶۱	۰/۰۳	۰/۷۷	۱	۰/۷۷	سلامت روان‌شناختی	
p < ۰/۰۵۰	۳/۷۹	۱۸/۹۵	۱	۱۸/۹۵	ارتباطات اجتماعی	
p = ۰/۰۳۰	۴/۸۴	۱۱/۲۸	۱	۱۱/۲۸	سلامت محیط	

1. Leven
2. Anocova

با توجه به مندرجات جدول ۲ بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیر وابسته کیفیت زندگی اجتماعی ($F = ۳۳۱۰/۲۰$, $p < ۰/۰۰۱$) و مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($F = ۱۹/۹۶$, $p < ۰/۰۰۱$)، ارتباطات اجتماعی ($F = ۳/۷۹$, $p < ۰/۰۵۰$) و سلامت محیط ($F = ۴/۸۴$, $p < ۰/۰۳۰$) پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد، که این تفاوت حاکی از این است که کیفیت زندگی به طور کلی، ارتباطات اجتماعی، سلامت جسمانی و سلامت محیط گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل یا تحت مداخله افزایش یافته است اما در مؤلفه سلامت روان‌شناختی دو گروه با یکدیگر تفاوت ندارند.

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مرحله

پیگیری پس از کنترل پیش‌آزمون

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری p
کیفیت زندگی	۵۵۷۲/۱۶	۱	۵۵۷۲/۱۶	۳۶۶/۴۶	$p < ۰/۰۰۱$
سلامت جسمانی	۸/۱۷	۱	۸/۱۷	۲/۱۶	$p = ۰/۱۵۰$
سلامت روان‌شناختی	۸۰/۶۵	۱	۸۰/۶۵	۲/۷۵	$p = ۰/۱۰۰$
ارتباطات اجتماعی	۳۸/۲۵	۱	۳۸/۲۵	۸/۳۰	$p < ۰/۰۰۸$
سلامت محیط	۸/۱۸	۱	۸/۱۸	۲/۴۸	$p = ۰/۱۲۰$

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، فقط بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیر کیفیت زندگی ($F = ۳۶۶/۴۶$, $p < ۰/۰۰۱$) و مؤلفه ارتباطات اجتماعی ($F = ۸/۳۰$, $p < ۰/۰۰۸$) تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌شود، که این تفاوت به نفع ماندگاری کیفیت زندگی و مؤلفه ارتباطات اجتماعی گروه آزمایش در مرحله پیگیری است، و در سه مؤلفه دیگر دو گروه در مرحله پیگیری با یکدیگر تفاوت ندارند.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش آموزه‌های دینی بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در زوجها ارجاعی به شعب شوراها حل اختلاف اهواز بود. نتایج نشان داد کیفیت زندگی به‌طور کلی در شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر یافته است، یعنی، آموزش آموزه‌های دینی موجب بهبود کیفیت زندگی شده است. این یافته با پژوهش‌های غلامی (۱۳۹۰)، کریم‌خانی (۱۳۹۱)، سیفی گندمانی (۱۳۹۴)، تروینو و همکاران (۲۰۱۰)، سایموندز و همکاران (۲۰۱۱)، دی و آکاک (۲۰۱۳)، ماهونی و همکاران (۲۰۱۴) و دیوید و استافورد (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. به عبارت دیگر، تأمین نیازهای روان‌شناختی و عاطفی انسان در گروه معنویت و دین نهفته است و با تمسک به قرآن

و سیره علمی و عملی ائمه معصومین (ع) می‌توان به آرامش، سلامت و سعادت دست یافت. افراد مذهبی نیز، افزون بر اینکه کمتر از دیگران دچار بیماری‌های روحی و روانی یا نابهنجاری‌های رفتاری می‌شوند، در صورت بیمارشدن و گرفتاری نیز زودتر بهبود می‌یابند (جان بزرگی، ۱۳۸۷). زندگی معنوی می‌تواند تمامی ابعاد زندگی زوجها را تحت‌الشعاع قرار دهد. برخورداری همسران از باورهای دینی و اعتقادی در تحکیم خانواده تأثیر بسزایی دارد. آموزه‌های دینی شیوه‌های مؤثری برای مقابله با مصائب، تجارب دردناک و نشانه‌های بیماری است و همچنین در زمان مشکلات و ناراحتی‌ها بر چگونگی روابط انسانی اثر می‌گذارد. مداخلات مبتنی بر آموزه‌های دینی با تغییر در نگرش و رفتار مراجعان در زندگی زناشویی و سپس با کمک تمرین‌هایی در جهت ملموس کردن دستورالعمل‌ها (تمرین کاهش سوءظن، افزایش تعاملات احترام‌آمیز، مهارت همدلی، مدیریت خشم) و تسهیل در عملی کردن آنها، باعث خواهد شد که افراد کیفیت زندگی خود را مجدداً ارزیابی نمایند و بر میزان رضایت‌شان از شرایط زندگی افزوده شود.

یافته‌های این پژوهش تأییدی بر این مدعا است که آموزش آموزه‌های دینی باعث بهبود سلامت جسمانی، ارتباطات اجتماعی و سلامت محیط شده است، که این یافته‌ها با یافته‌های فقیهی (۱۳۸۸)، غفوری مشهدی و حسن‌آبادی (۱۳۹۲)، عرب‌باقرانی و همکاران (۱۳۹۲)، گرین و الیوت (۲۰۱۰)، موریتز و همکاران (۲۰۱۱) و آلفافی و همکاران (۲۰۱۴) هماهنگ است. باید خاطر نشان کرد که عواملی از قبیل صبر، عفو و گذشت، مثبت‌اندیشی، همدلی، خوش‌خلقی، مدارا، سپاسگزاری و محبت به فرد بیانگر این هستند که هنوز توانایی‌هایی در خانواده وجود دارد که باعث بهبود و رشد شخصی خود و همسر می‌شود. مسئله کنار گذاشتن جنبه‌های جسمانی نیست، بلکه مسئله این است که انسان باید به‌گونه‌ای متفاوت به خود و دیگری بنگرد. بسیاری از موضوعات و مسائلی که در ارتباط با سلامت جسمانی هستند (مانند تفریح، تحرک، وضعیت خواب و دردهای جسمانی) در ارتباط مستقیم با میزان عمل به آموزه‌های دینی در زندگی فرد به حساب می‌آیند، بنابراین منطقی است که انتظار داشته باشیم با مداخلات مبتنی بر آموزه‌های دینی وضعیت سلامت جسمانی زوجها دچار دگرگونی تغییر مثبتی شود.

تأکید آموزه‌های دینی بر فرآیند ارتباط و تعامل با همسر بر طبق مفاهیم قرآن کریم و تعالیم اهل بیت (ع) از یک‌سو موجب رشد عاطفه و ترغیب زوجها به ایثار و رعایت منافع همدیگر می‌شود و از سوی دیگر موجب تضعیف حالت‌های انفعالی نفرت، کینه‌توزی، سوءظن و مشاجره می‌گردد. از دیدگاه تفکر دینی، نقش ارتباط با اعضای خانواده به‌گونه‌ای است که ایجاد آن سبب سامان‌دهی و برقراری سلامت و عافیت در زندگی می‌شود و خداوند حکمت و رمز روابط محبت‌آمیز با همسر را در ابراز عاطفه و مهر ورزیدن بیان نموده است. در برنامه آموزشی آموزه‌های دینی زوجها با برقراری روابط متقابل و محبت‌آمیز بر اساس همدلی با همدیگر، بسیاری از آسیب‌های روانی مانند خودخواهی، سوءظن، حسد، کینه‌توزی و ناامیدی را در روابط خود شناسایی نموده و بدین ترتیب بر خودخواهی خود مسلط شده و احساس‌های خصمانه و واکنش‌های هیجانی منفی آنها کاهش یافته و در روابط خود بر رعایت انصاف، عدالت و محبت نسبت به همسر خویش تأکید می‌ورزند.

با توجه به اینکه منظور از سلامت محیط، تغذیه مناسب، مسکن مناسب و راحت، دسترسی به فضای سبز، وجود امنیت فیزیکی، دسترسی به خدمات با کیفیت آموزشی و بهداشتی، خدمات عمومی حمل‌ونقل، خدمات فرهنگی و امکانات تفریحی و ورزشی می‌باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸)، و اینکه ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که دین، نقش مهم و غیرقابل انکاری در زندگی افراد آن ایفا می‌نماید و مفاهیم دینی، پیوندی گسترده و همه‌جانبه‌ای با زندگی مردم دارد و از سویی، در میان ادیان الهی، آموزه‌های دینی پیرامون بهداشت جسم، روان و سایر امور، کامل‌ترین فرامین است (مطهری، ۱۳۷۵)، بدیهی است که پیروان خود را در ایجاد یک سبک زندگی سالم و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت تشویق می‌کند و رفتارهای مختلف مانند تفریحات سالم، تغذیه، ورزش، رفتارهای اخلاقی مبتنی بر آسیب نرساندن به خود و دیگران توصیه می‌شود. یکی از مفاهیم مورد تأکید در برنامه آموزشی آموزه‌های دینی برای حفظ بهداشت و سلامت روحی و روانی زوجها، تفریحات سالم می‌باشد. اصولاً یکی از علل فرسودگی زودرس جسمانی و روانی زوجها استفاده نکردن از تفریحات سالم است. زیرا پیامد فعالیت و کار مداوم زوجها در محیط کار و منزل، وارد آمدن فشار جسمانی و روحی بر آنان است و باید در کنار تلاش روزمره از تقویت‌کننده‌هایی که به آنها روحیه می‌دهد و فشار و استرس زندگی را کاهش می‌دهد، استفاده کنند. در جلسه آموزشی به شوخی و مزاح و معرفی شادمانی و گشایش و رهایی از غم‌ها و گرفتاری‌های دنیوی و اخروی به عنوان مطلوب فطری؛ توصیه به رعایت برخی امور با هدف رسیدن به شادی و طراوت جسمی، نشاط روحی، آرامش روان و فرو نشاندن خشم؛ توجه دادن برخی روایات به آثار و نتایج شادمانی و تفریح؛ توصیه برای داشتن آسایش و راحتی بیشتر و لذت بردن از امکانات موجود پرداخته شد. هدف جلسات آموزش آموزه‌های دینی این نکته بود که بشر به‌طور طبیعی ممکن است در راه رسیدن به هدف‌هایش، به دلیل فقر و نیازمندی با موانع و بن‌بست‌هایی گوناگون در سطح جامعه روبرو شود که ممکن است بر نوع کیفیت زندگی اثر منفی بگذارد؛ تأکید شد که زوجها در چنین موقعیت‌هایی باید از راهکارهایی مختلف همچون راه‌های جایگزین، هدف‌های جانسین استفاده کنند که گذشته از تأکید قرآن بر پایان یافتن سختی‌ها (انشریح: ۵ و ۶)، به این اثر منجر می‌شود که افراد حتی در صورت داشتن سختی در زندگی می‌توانند بر آن صبر کرده و قانع بودن به داشته‌های مادی و موقعیت‌های اجتماعی باعث می‌شود زوجها از داشته‌های خود لذت لازم را برده و احساس آرامش کنند.

یافته دیگر بیانگر این بود که آموزش آموزه‌های دینی بر سلامت روان‌شناختی تأثیر ندارد. که با یافته‌های بوالهروی (۱۳۹۱)، کازوکی و همکاران (۲۰۱۰)، باررا و همکاران (۲۰۱۲) و ایوتزان و همکاران (۲۰۱۳) همسو نمی‌باشد. شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روان‌شناختی ناشی از سبک‌های زندگی معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد است و در درمان باید به‌دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد بود. با افزایش تعارض و کشمکش در ارتباط‌های زوجی، ناسازگاری افزایش یافته، نارضایتی بیشتری حاصل می‌شود و پیامدهای بروز چنین مشکلاتی شامل افسردگی (راچرشدیچ، پاپ و کامینگز، ۲۰۱۱) و عزت نفس پایین (لاین و گتوک،

۲۰۱۰) باشد. علاوه بر فشار روانی، اضطراب در اعضای خانواده‌های دچار تعارض‌های زناشویی افزایش می‌یابد و سلامت روانی زوجها بیشتر دچار خدشه می‌شود. در رابطه دین و مذهب با ابعاد روان‌شناختی، بیشترین توجه به سلامتی، سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی معطوف شده است. بنیادی‌ترین گام در برنامه آموزشی آموزه‌های دینی، معرفی و شناخت نگرش توحیدی به زندگی است که رضایت از زندگی و افزایش سلامت روان، مستلزم این است که فرد معیارهای موفقیت و رضایت را از منظر دین بررسی کند که زوجها می‌توانند به‌نحو مؤثری بر اضطراب‌ها و تنش‌ها غلبه کنند و از خود انسانی سالم بسازند. به نظر می‌رسد بهبود سلامت روانی در طی یک فرایند طولانی مدت ایجاد می‌شود و در نتیجه رهایی از تنش‌های روان‌شناختی و دست‌یافتن به حالت آرامش روان‌شناختی و آسودگی مستلزم گذشت زمان می‌باشد. در خصوص تبیین عدم تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی و سلامت محیط در مرحله‌ی پیگیری احتمالاً می‌توان به کوتاه بودن زمان بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری (به مدت یک ماه) اشاره کرد و تغییر در این مؤلفه‌ها شاید مستلزم گذشت زمان بیشتری باشد.

نتیجه‌گیری

خانواده با پیمان ازدواج پایه‌گذاری می‌شود و زن و شوهر، ستون اصلی حیاتی‌ترین نهاد اجتماع، یعنی خانواده را تشکیل می‌دهند. هر قدر روابط میان همسران بهتر، سالم‌تر و پرجاذبه‌تر باشد، زندگی شیرین‌تر و با صفاتر می‌گردد و بالطبع زوجها از کیفیت زندگی بهتری برخوردار خواهند شد. روابط بین زن و شوهر از عوامل مهم در کیفیت زندگی است. حفظ زندگی به شکل معمول، مطلوب تلقی نمی‌شود، بلکه ارتقاء کیفیت زندگی در زمینه‌های متعدد تلاش اصلی جوامع تلقی می‌شود. عامل مهمی که کیفیت زندگی زوجها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، سیستم ارزشی و اعتقادی همسران است. تشابه یا تفاوت باورها و ارزش‌های زوج، پویایی زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این عناصر فرهنگی می‌تواند ناشی از طبقه، نژاد یا فرایندهای اجتماعی شدن باشد. در میان این عناصر نقش دین بسیار مهم است، زیرا دین یک سیستم اطلاعاتی است که برای زندگی هدفمند اطلاعات و دانش فراهم می‌کند. دین اسلام به عنوان یک مکتب جامع، آموزه‌های فراوانی را برای ابعاد مختلف زندگی نیز فراهم کرده است، که بخشی از این آموزه‌ها به صورت ویژه و دقیق در حوزه خانواده و کیفیت زندگی زوج‌هاست. بنابر این آموزه‌های دینی در خصوص تعاملات و ارتباطات خانوادگی و زوجها دستورالعمل‌ها و توصیه بسیار کارآمد سودمندی دارد که عمل به آنها تضمین‌کننده سلامت روانی و کیفیت زندگی مطلوب خواهد بود.

از محدودیت‌های پژوهش این است که این پژوهش بر روی زوجین مراجعه‌کننده به شورای حل اختلاف شهر اهواز انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر جوامع باید احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین به مشاوران و درمانگران خانواده پیشنهاد می‌گردد که برای بهبود کیفیت زندگی زوج‌های مراجعه‌کننده در جلسات خود از ترکیبی از آموزه‌های دینی و متون فرهنگی مختص آن منطقه جغرافیایی استفاده نمایند.

منابع

- قرآن کریم (۱۳۸۳). ترجمه: استاد حسین انصاریان. نشر اسوه.
- شریف‌رضی (۱۳۸۲). *نهج‌البلاغه*. ترجمه: محمد دشتی. ناشر: موسسه فرهنگی تحقیقاتی امیرالمؤمنین.
- برنشتاین، فیلیپ و برنشتاین، ماری تن (۲۰۰۱). *شناخت و درمان اختلاف‌های زناشویی*. ترجمه: حمیدرضا سهرابی (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رسا.
- بوالهری، جعفر؛ نظیری، قاسم و زمانیان، سکینه (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. *جامعه‌شناسی زنان (زن و جامعه)*، ۳(۱)، ۸۵-۱۱۵.
- جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۷). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. *پژوهش در پزشکی*، ۴(۳۱)، ۳۴۵-۳۵۰.
- حیرت، عاطفه (۱۳۸۸). *اثربخشی زوج درمانی اسلام محور بر سازگاری، سلامت روانی و خوش‌بینی زوجین شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- سیفی گندمانی، محمدیاسین (۱۳۹۴). *تدوین روان‌درمان‌گری مبتنی بر کیفیت زندگی با جهت‌گیری اسلامی و بررسی اثربخشی آن بر کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی معنوی در دانشجویان افسرده و بهنجار دانشگاه پیام نور استان چهارمحال و بختیاری*. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه پیام‌نور تهران.
- طیبه، هاجر (۱۳۹۵). *بررسی اثربخشی درمان جامع‌نگر دینی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان دختر با رویکردی آمیخته*. پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- عرب‌بافرانی، حمیدرضا؛ کجباف، محمدباقر؛ عابدی، احمد و حبیب‌الهی، سعید (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش معنویت بر سازگاری زناشویی زوجین. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۷(۱۲)، ۹۵-۱۱۲.
- عمرانی فرد، ویکتوریا؛ اسماعیلی نژاد، یوسف؛ مراثی، محمدرضا و داورپناه، امیرحسین (۱۳۸۸). اثربخشی مداخلات آموزش روان‌شناختی تعدیل شده بر کاهش فشار تحمیلی و ارتقاء کیفیت زندگی خانواده بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع I مجله *دانشکده پزشکی اصفهان*، ۲۷(۱۰۰)، ۵۷۴-۵۶۳.
- غرابی، بنفشه؛ احمدوند، افشین؛ اکبری دهقی، اشرف و زنونزبان، سعیده (۱۳۸۷). بررسی ارتباط سلامت روان با مذهب درونی و بیرونی در شهر کاشان. *نشریه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۰(۳)، ۸۳-۵۹.
- غفوری، سمانه؛ مشهدی، علی و حسن‌آبادی، حسین (۱۳۹۲). اثربخشی روان‌درمانی معنوی مبتنی بر

فاطمی نیک، سودانی، مهرابی زاده هنرمند

- بخشودگی در افزایش رضایت‌مندی زناشویی و کاهش تعارضات زوجین شهر مشهد. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۵(۱)، ۴۵-۵۷.
- غلامی، علی (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده ۱(۳)، ۳۳۱-۳۴۸.
- فقیهی، علی‌نقی (۱۳۸۸). آموزش روان‌شناختی مبتنی بر قرآن و حدیث و بررسی تأثیرات روانی و تربیتی آن در روابط همسران. *تربیت اسلامی*، ۲(۴)، ۸۹-۱۳۰.
- قائم امیری، علی (۱۳۷۳). *نظام حیات خانواده در اسلام*. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- کریم‌خانی، حسن (۱۳۹۱). جایگاه آموزه‌های دینی در عملکرد رفتاری دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه‌های آزاد اسلامی شهر تهران. *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، ۴(۱۴)، ۱۷۴-۱۵۵.
- کلینی، ابوجعفر محمد بن یعقوب (۱۳۷۹). *الفروع من الکافی*. تصحیح علی‌اکبر غفّاری، تهران: دارالکتب الاسلامیه، چاپخانه حیدری.
- مجلسی، محمدباقر (۱۳۸۹). *بحارالانوار* (۱۱۰ جلد). تهران، دارالکتب الاسلامیه، چاپ چهارم.
- مصطفوی، سیدجواد (۱۳۸۹). *بهشت خانواده* (۲ جلدی). تهران: انتشارات هاتف.
- مطهری، مرتضی (۱۳۷۵). *انسان و ایمان*. قم: انتشارات صدرا.
- نجفی یزدی، محمد (۱۳۸۵). *اخلاق در خانواده و تربیت فرزند*. قم: نشر شکوری.
- نصیری، حبیب‌الله (۱۳۸۵). *بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و نسخه ایرانی آن*. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی، تهران.
- نوری قاسم‌آبادی، ربابه و محمدخانی، پروانه (۱۳۷۷). *توان‌بخشی بنیادی: از مجموعه آموزشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی*. معاونت پرورشی وزارت آموزش و پرورش و معاونت امور فرهنگی و پیگیری سازمان بهزیستی.

Alghafli, Z., Hatch, T., & Marks, L. (2014). Religion and relationships in Muslim families: A qualitative examination of devout married Muslim Couples. *Religions*, 5, 814-833.

Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of*

Clinical Psychology, 61, 461-480.

- Barrera, T. L., Zeno, D., Bush, A. L., Barber, C. R., & Stanley, M. A. (2012). Integration religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: Three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 58-346.
- Bowling, A., & Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Cambridge Journal; Aging Society*, 27, 827-848.
- Campel, T. L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family*, 29(2), 263-281.
- David, P., & Stafford, L. (2015). A relational approach to religion and spirituality in marriage. The role of couple's religious communication in marital satisfaction. *Journal of Family Issues*, 36(2), 232-249.
- Day, R. D., & Acock, A. (2013). Marital well-being and religiousness as mediated by relational virtue and equality. *Journal of Marriage and Family*, 75, 164-77.
- Elison, C. G., Burdette, A. M., & Wilcox, W. B. (2010). The couple that prays together: Race and ethnicity, religion, and relationship quality among working-age adults. *Journal of Marriage and Family*, 72, 963-975.
- Esch, L., Oudsten, B. L., & Vries, J. (2010). 71 psychometric properties of the WHOQOL- BREF quality of life assessment in women with malignant and benign breast problems. *European Journal of Cancer Supplements*, 8(79).
- Green, M., & Elliott, M. (2010). Religion, health and psychological well-being. *Journal of Religion and Health*, 49, 149-163.
- Hernandez, K.M., Mahoney, A., & Pargament, K.I. (2011). Sanctification of sexuality. Implications for newlyweds' marital and sexual quality. *Journal of Family Psychology*, 25(5), 775-780.
- Holzmon, I., & Guggenmoons, H. (1996). *Quality of life and health services* UK: Routledge.
- Ivtzan, I., Chan, C. P., Gardner, H. E., & Prashar, K. (2013). Linking religion and spirituality with psychological wellbeing examining self-actualization meaning in life, and personal growth initiative. *Journal of Religion and Health*, 52, 915-929.
- Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J. (2010). A multi faith spirituality based intervention for generalized anxiety

- disorder: A pilot randomized trial. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 41-430.
- Lian, T. C., & Geok, L. S. (2010). A study of marital conflict on measures of social support and mental health. *Sunway Academic Journal*, 5, 97-110.
- Mahoney, A., & Cano, A. (2014). Introduction to the special section on religion and spirituality in family life: Pathways between relational spirituality, family relationships and personal well-being. *Journal of Family Psychology*, 28(6), 735-73.
- Moritz, S., Kelly, M. T., Tracy, J. X., Tows, J., & Rickhi, B. (2011). A spirituality teaching program for depression: Qualitative findings on cognitive and emotional change. *Journal of Complementary Therapies in Medicine*, 19 (4), 201-207
- Rocherschudlich, T. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2011). Relations between spouses' depressive symptoms and marital conflict: A longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 531-540.
- Symonds, L. L., Yang, L., Mande, M. M., Mande, L. A., Blow, A. J., & Osuch, J. R. (2011). Using pictures to evoke spiritual feelings in breast cancer patients: Development of a new paradigm for neuroimaging studies. *Journal of Religion and Health*, 50, 437-46.
- Trevino, K. M., Pargament, K. I., Cotton, S., Leonard, A. C., Hahn, J., & Caprini-Faigin, C. A. (2010). Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: *Cross-sectional and Longitudinal Findings*, 14(2), 379-389.
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.