

## اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل منطقه ۵ تهران

سیده زهره السادات امیر ارجمندی<sup>۱</sup>

کیانوش هاشمیان<sup>۲</sup>

مژگان نیکنام<sup>۳</sup>

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۴/۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۱۳

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل منطقه ۵ تهران انجام شد. به این منظور تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش در ۸ جلسه کارگاهی ۹۰ دقیقه‌ای آموزش معنویت شرکت کردند. این جلسات شامل مفاهیم معنوی مانند: تمرکز و مراقبه، نیایش و ارتباط با خدا، توکل، صبر، توبه، عفو و بخشش، شکر و قدردانی، نوع دوستی و احسان و نیکوکاری هستند. در این پژوهش از پرسشنامه افسردگی بک (فرم کوتاه) و رضایت زناشویی انریچ (فرم کوتاه) به عنوان ابزار سنجش استفاده شد. آزمون فرضیات نشان داد که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای افسردگی (با سطح معناداری  $P < 0.05$ )، رضایت زناشویی (با سطح معناداری  $P < 0.05$ )، معنادار بود. یعنی آموزش معنویت موجب کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل شد.

**واژگان کلیدی:** آموزش معنویت، افسردگی، رضایت زناشویی، معنویت

۱. کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن (نویسنده مسئول) arjmandizohreh@gmail.com

۲. دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه الزهرا

۳. استادیار مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

## مقدمه

یکی از نهادهای مهم اجتماعی که مورد توجه علمای مذهبی، اخلاقی و صاحب‌نظران تعلیم و تربیت، جامعه‌شناسان و روان‌شناسان قرار گرفته است، نهاد خانواده است. شناخت و بررسی عواملی که سبب قوام و استحکام این نهاد اجتماعی می‌گردد، می‌تواند گامی مفید در راستای ارتقای سطح فرهنگ جامعه باشد. عوامل مختلفی بر استحکام و دوام خانواده تأثیر می‌گذارد که از جمله آن‌ها می‌توان به رضایت بین زوجین اشاره کرد (تانگوچی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). السون<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۹) رضایتمندی زناشویی را به‌عنوان احساسات ذهنی خشنودی، رضایت زناشویی و لذت تجربه‌شده توسط همسر با در نظر گرفتن جنبه‌های زندگی زناشویی تعریف می‌کنند. بنابراین بررسی‌های به‌عمل‌آمده در زمینه جایگاه رضایت از زندگی زناشویی و ارتباط آن با مشکلات گوناگون نشان می‌دهد که بین تعارضات زناشویی و اختلال‌هایی مثل افسردگی<sup>۳</sup>، اختلال‌های اضطرابی<sup>۴</sup> و اختلال خوردن<sup>۵</sup> و هم‌چنین انواع بیماری‌های خاص مثل بیماری‌های قلبی، عروقی و سرطان رابطه وجود دارد. بارزترین مسئله‌ای که زنان در دوره شش‌ماهه قبل از شروع افسردگی به آن اشاره می‌کنند، عدم تفاهم و ناهماهنگی زناشویی است حال‌آنکه رضایت زناشویی<sup>۶</sup>، خطر ابتلا به افسردگی را کاهش می‌دهد (محمدخانی، ۱۳۸۹). مدل اختلاف زناشویی افسردگی<sup>۷</sup> بیان می‌کند که اختلاف زناشویی، عامل مؤثر در افسردگی در میان تعدادی از زوج‌های جوان است (بیچ، ساندن و اولری<sup>۸</sup>، ۱۹۹۰؛ هولستیک میلر، فالکتوز و فرناندز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). افسردگی یکی از اختلالات شایع در حوزه آسیب‌شناسی روانی و یک مسأله مهم است (آزاد، ۱۳۷۸). افسردگی حالتی است که مشخصه آن احساس غم، تنهایی، ناامیدی،

1. Taniguchi
2. Olson
3. Depression
4. Anxiety Disorder
5. Eating Disorder
6. Marital Satisfaction
7. Major Depressive Disorder
8. Beac, Sandeene, Olear
9. Hollistc, Miller, Falceto, Fernandes

عزت نفس پایین، سرزنش خود می‌باشد و علائم همراه آن شامل کندی روانی - حرکتی یا گاهی بی‌قراری و کناره‌گیری از تماس با افراد و بی‌خوابی و کم‌اشتهایی هست (کاپلان و سادوک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱). تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورها و فرهنگ‌ها دیده شده که شیوع اختلال افسردگی اساسی<sup>۲</sup> در زنان دو برابر مردان است (کاوایانی، ۱۳۸۱). از سوی دیگر باید گفت که در ازای بعضی عوامل ایجاد افسردگی که خاص زنهاست، بعضی از عوامل نشاط‌آور و ضدافسردگی نیز وجود دارند که به‌طور خدادادی در خانم‌ها بیشترند. به‌طور مثال شعفی که خانم‌ها قادرند از مشاهده زیبایی موجود در رنگ و بوی یک سیب، زیبایی و طراوت یک گل، لبخند یک کودک و اعمالی چون صحبت کردن با یکدیگر، کمک به دیگران، عضویت در گروه‌های یاری‌دهنده، مراقبت از کودکان، انجام اعمال مذهبی و معنوی و... در خود ایجاد کنند، بیش از آن چیزی است که آقایان قادر به ایجاد آن هستند؛ و یا گفته می‌شود که لیبدو یا عشق به حیات به‌طور طبیعی در خانم‌ها بیشتر است (روزنتال<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ ترجمه هادیان، ۱۳۹۱).

معنویت از واژه لاتین اسپیریتوس<sup>۴</sup> به معنای نقش زندگی یا "روشی برای بودن" و "تجربه کردن" که با آگاهی یافتن از یک بعد غیرمادی به وجود می‌آید و ارزش‌های قابل‌تشخیص، آن را معین می‌سازد. این ارزش‌ها به دیگران، خود، طبیعت و زندگی مربوطاند و به هر چیزی که فرد به‌عنوان غایی قلمداد می‌کند، اطلاق می‌شوند (الکینز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹؛ وست، ۱۹۵۰؛ ترجمه‌ی شهیدی و شیر افکن، ۱۳۹۰).

اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه گذشته به‌صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. چنین به نظر می‌رسد که مردم جهان، امروزه پیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند و روان‌شناسان و روان‌پزشکان نیز به‌طور روزافزون درمی‌یابند که استفاده از روش‌های سنتی

- 
1. Kaplan & Sadook
  2. Major Depressive Disorder
  3. Rozental
  4. Spiritos
  5. Elkins, D. N

و ساده برای درمان اختلالات روانی کافی نیست. تا جایی که برخی از سازمان‌های بهداشتی مثل سازمان جهانی بهداشت به بازنگری تعاریف موجود در مورد انسان و ماهیت بشر پرداخته‌اند، برای مثال، سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم، یعنی بعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد (وست، ۱۹۵۰؛ ترجمه؛ شهیدی و شیرافکن، ۱۳۹۰). الکینز (۱۹۹۹) معتقد است که معنویت برای شادی و سلامت روان انسان ضروری است از طرفی در روزگار ما مذهب سنتی در برآوردن نیازهای بسیاری از مردم با شکست مواجه شده است؛ به نظر می‌رسد که تعداد فزاینده‌ای از انسان‌ها در تلاش برای رسیدن به یک زندگی عمیق و معنادار در جستجوی راه‌های معنوی متفاوتی هستند.

شاید وسیع‌ترین حوزه مذهب که مورد بررسی قرار گرفته، نقش مذهب و معنویت در سلامت است که در اصل نوعی مقیاس فیزیکی از توانایی مقابله در افراد است. به علت ماهیت ذهنی معنویت و تفاوت‌هایی که در تجارب افراد از معنویت وجود دارد، دو نوع مقابله معنوی مثبت و منفی وجود دارد. شیوه‌ای که در آن فرد، خدا (یا یک نیروی برتر) را در نظر می‌گیرد، اساس سبک مقابله مثبت و منفی را تشکیل می‌دهد. مقابله معنوی مثبت، با ایمان به خداوند و به اعتقاد به اینکه خداوند مراقب بنده‌هایش است؛ و از طرف دیگر مقابله معنوی منفی با این احساس مشخص می‌شود که رویدادهای منفی زندگی و بیماری‌ها نشانه‌ای از تنبیه یا قهر خداوند در پاسخ به گناهکاری یا بی‌اعتقادی فرد هستند. مقابله معنوی مثبت به‌طور طبیعی با پیامدهای سلامتی و دوره بیماری مثبت‌تر مرتبط هست درحالی‌که مقابله معنوی منفی تأثیر عکس داشته و احتمالاً اضطراب و افسردگی را نیز افزایش می‌دهد (کروز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

مطالعات تجربی نشانگر رابطه معناداری میان سلامتی و معنویت هستند. داوینسون و جان‌گری<sup>۲</sup> (۲۰۱۳)، به این نتیجه رسیدند که معنویت ممکن است تنظیم روانی بیماری‌ها را

---

1. Kraus. N

2. Davison, S. Jhangri, G. S

ارتقاء ببخشد و در این فرایند بیمار با وجود تجربه رفاه بیشتر<sup>۱</sup> (EWB) و کیفیت مرتبط با سلامتی بهتر<sup>۲</sup> (HRQL) بیماری خود را محدود می‌کند. کاسن و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) نشان دادند که دین‌داری بیشتر باعث افزایش انعطاف‌پذیری افراد در معرض خطر بالای افسردگی می‌شود. نتایج تحقیق کلفت‌راسا و کاتسوجانیان<sup>۴</sup> (۲۰۱۲)، نشان داد که معنویت و معنا در زندگی از لحاظ آماری به صورت معناداری با اعتیاد به الکل و افسردگی همراه است؛ و میزان افسردگی نیز رابطه معناداری با معنویت و معنا در زندگی دارد. موریتز و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۱)، پژوهشی را با عنوان «برنامه آموزشی معنویت برای افسردگی: یافته‌های کیفی بروی شناخت و تغییر عاطفی» انجام دادند. نتایج نشان داد که شرکت‌کنندگان از افزایش آگاهی معنوی خود که شامل ارتباط با خود، دیگران و جهان و انرژی جهانی بود خبر دادند و تأثیرات اولیه در نتیجه تمرین بخشش، شفقت و قدردانی و پذیرش در زندگی روزانه؛ کاهش الگوهای منفی تفکر، قضاوت و نفس‌مداری و افزایش عزت‌نفس بوده است. همزمان با این تغییرات خلق و خوی شرکت‌کنندگان با کاهش اضطراب و افسردگی و آرامش روانی و بهبود روابط تغییر کرده بود. فلاح (۱۳۸۹)، در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که آموزش معنویت به شیوه گروهی می‌تواند موجب افزایش امید، شادکامی و رضایت از زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش مرکز تحقیقات سرطان گردد. اژدری فرد (۱۳۸۹)، در تحقیقی نشان داد که آموزش عرفان و معنویت در افزایش سلامت روان و بهبود عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان تأثیر دارد. بهرامی دشتکی (۱۳۸۷)، در طرحی نیمه آزمایشی تأثیر آموزش گروهی معنویت را در کاهش افسردگی دانشجویان دختر مورد مطالعه قرار داد و نشان داد که معنویت موجب کاهش افسردگی می‌شود.

- 
1. Existential Well-bing
  2. Health - related quality
  3. Kasen, S
  4. Kleftarasa, G. Katsogiannia, L
  5. Moritz, S

امروزه در اکثر خانواده‌ها معنویت و زندگی خانوادگی عمیقاً درهم‌تنیده و غیرقابل تفکیک است و تحقیقات انجام‌شده در مورد فرایندهای خانوادگی نشان داده است که باورها و اعمال مذهبی نقش بسیار مهمی در کارکردهای سالم خانوادگی دارد. نتایج تحقیق دیوید و مارو<sup>۱</sup> (۲۰۱۳)، نشان داد که ارتباطات مذهبی مشترک به شدت با رضایت زناشویی در میان زوجها همراه هست. بالمرت<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲)، نشان دادند که تاب‌آوری روانی، فرهنگ و معنویت پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی است و در میان متغیرهای مستقل، معنویت توانایی پیش‌بینی منحصربه‌فرد در رضایت زناشویی دارد. علاوه بر این برای جنسیت هیچ شواهد حمایتی وجود ندارد. یگانه (۱۳۹۱) در پژوهشی به این نتیجه رسید که ارتباط معنی‌داری بین جهت‌گیری مذهبی درونی و سازگاری زناشویی (F=۰/۴۳۶) و همچنین جهت‌گیری مذهبی درونی و سلامت روانی (F=۰/۵۰۶) وجود دارد. خسروی (۱۳۹۱)، در پژوهشی به این نتیجه رسید؛ که بخشودگی و معنویت بین رضایت زناشویی و سبک‌های دلبستگی نقش واسطه‌ای دارد. بین معنویت و سبک دلبستگی ایمن رابطه مثبت و با سبک دلبستگی ناایمن رابطه منفی معنادار وجود دارد. طبق نتایج به‌جای روابط حتی ساده بین متغیرها، سبک‌های دلبستگی با بخشودگی و معنویت درهم‌تنیده هستند و با هم بر رضایت زناشویی اثر می‌گذارند. نهایتاً معنویت به‌عنوان بعد متحدساز عنصر عاطفی، شناختی و رفتاری در روابط زناشویی در نظر گرفته می‌شود (فینچام و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

تجارب شخصی نشان می‌دهد که در ایران نیز بسیاری از اختلالات روانی<sup>۴</sup> و عاطفی و حتی بین شخصی در تعامل با مسائل معنوی و مذهبی قرار دارد و بدون توجه به حساسیت نسبت به این تعامل، تشخیص و درمان موفقیت‌آمیز نخواهد بود؛ مانند، اختلال‌هایی نظیر

- 
1. David, P & Murrow, E
  2. Balmer, T
  3. Fincham, F. D
  4. Mental Disorder

وسواس<sup>۱</sup>، اضطراب<sup>۲</sup>، افسردگی<sup>۳</sup>، احساس گناه تعارضات درونی و بین فردی که در تعامل با باورها و نگرش‌های مذهبی قرار دارد. از سوی دیگر زنان امروز بیش از گذشته علاوه بر فشارهای خانوادگی و اجتماعی و اقتصادی در معرض هجوم فشارهای فرهنگی تبلیغاتی مادی‌گرا قرار دارند که ملاک و ارزش یک زن کامل را فقط در زیبایی ظاهری خلاصه می‌کند. این امر به مرور زمان آن‌ها را از هویت و ارزش واقعی و رسالت معنوی‌شان دور می‌کند و باعث بروز مشکلات روحی و جسمی فراوان برای آن‌ها می‌شود. بنابراین می‌توان از راهبرد معنوی به‌عنوان نوعی ابزار مکمل در کنار سایر رویکردها با دقت و حساسیت خاص استفاده کرد (اعتمادی، ۱۳۸۴). هدف از این تحقیق رسیدن به یک سری تغییرات درونی با مداخله معنوی برای کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی<sup>۴</sup> است. به‌گونه‌ای که خودپذیری به خودشناسی و خودشناسی به خودسازی و خودسازی به خودگستری ارتقاء می‌یابد و درنهایت خدایابی و خداگونگی که همانا خودشکوفایی انسان کامل است، محقق می‌شود. در ایران باوجود اهمیت معنویت و مذهب بر سلامت روان پژوهش‌های بسیار کمی در این زمینه بخصوص در مورد سلامت زنان انجام شده است.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش شبه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و با آرایش تصادفی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به خانه سلامت پرواز در منطقه ۵ تهران تشکیل دادند. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. بدین ترتیب پرسشنامه افسردگی و رضایت زناشویی بر روی ۱۲۰ نفر انجام شد و با توجه به هدف تحقیق از بین آن‌ها ۳۰ نفر که دارای افسردگی بالا و رضایت زناشویی پایین بودند، انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵) نفر و گروه گواه (۱۵) نفر جایگزین شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۵ سال بود

- 
1. Obsession
  2. Anxiety
  3. Depression
  4. Spiritual Intervention

و از نظر اقتصادی و اجتماعی از طبقه متوسط جامعه بودند؛ شرط ورود به کلاس آموزشی این بود که شرکت‌کنندگان در هیچ کلاس آموزش معنویت شرکت نکرده باشند.

**ابزار پژوهش: مقیاس افسردگی بک (فرم کوتاه):** این مقیاس شامل ۱۳ گروه سؤال ۴ گزینه‌ای است که گزینه‌های آن از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است به این ترتیب که گزینه‌ای که نشان‌دهنده عدم افسردگی است ۰ و به ترتیب گزینه‌های بعد نمره ۱ و ۲ و گزینه‌ای که نشان‌دهنده بیشترین حالت افسردگی است نمره ۳ دریافت می‌کند. هی لی<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) عنوان می‌کند در سال ۱۹۷۲، بک و در سال ۱۹۷۴ بک، ریل ویکلرز<sup>۲</sup>، فرم کوتاه آن را در جهت اجرای سریع در موقعیت‌های کلینیکی و پژوهشی تدوین کردند. ضریب پایایی ۰/۹۰. برای این فرم به دست آمد. ابراهیمی (۱۳۷۱)، ضریب قابلیت اعتماد این آزمون را از طریق باز آزمایی بر روی ۲۰ آزمودنی بهنجار بعد از ۲ هفته برابر ۰/۷۶. گزارش می‌کند و نورمن<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۶) به نقل از وسیمه (۱۳۷۱) ضریب پایایی این آزمون را در پژوهشی ۰/۹۱. گزارش کرد (قربانی، ۱۳۸۰).

**پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (فرم کوتاه):** این خرده مقیاس ۴۷ سؤال بسته دارد که از ۱۲ خرده مقیاس تشکیل شده است. هر مقیاس آن ۵ سؤال دارد و پاسخ به سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم تا حدودی، مخالفم، کاملاً مخالفم) است. ضریب اعتبار فرم ۴۷ سؤالی در پژوهش سلیمانیان ۰/۹۵ به دست آمده است (به نقل از ثنایی، ۱۳۸۷) و روایی همزمان برابر ۰/۹۵ به دست آمد (به نقل از پور غفاری و همکاران، ۱۳۸۸). ضریب همبستگی پرسشنامه انریچ با مؤلفه‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰؛ و با مؤلفه‌های رضایت زندگی، از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱. بود که نشانه روایی سازه آن است. کلیه خرده مقیاس‌های پرسشنامه انریچ، زوج‌های راضی و ناراضی را متمایز می‌کنند و این نشان می‌دهد که پرسشنامه از اعتبار ملاکی خوبی برخوردار است (ثنایی، ۱۳۸۷). در بخش استنباطی، آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون

1. Haiey, J
2. Beck, Rile & viklerz
3. Norman



گروه آزمایش و کنترل مورد استفاده قرار گرفت و تجزیه و تحلیل داده ما از طریق نرم افزار spss (نسخه ۱۸) انجام شد.

**روش اجرا:** بعد از انتخاب آزمودنی‌ها، پرسشنامه افسردگی و رضایت زناشویی در اختیار خانم‌های متأهل قرار گرفت. با نظارتی که به عمل آمد تمام پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها به طور کامل و بدون نقص تکمیل شد و سپس تعداد ۳۰ نفر از افرادی که افسردگی بالا و رضایت زناشویی پایین داشتند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایشی و گواه جایگزین شدند. گروه گواه در انتظار ماند و آموزش معنویت برای گروه آزمایش در ۸ جلسه به اجرا گذاشته شد. جلسات برای آزمودنی‌ها، هفته‌ای یک‌بار به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد؛ و در جلسه پایانی پرسشنامه‌های پس‌آزمون توسط اعضای گروه آزمایش تکمیل شد.

**شیوه اجرای جلسات:** برای آموزش مهارت‌های ارتباطی از بسته آموزشی معنویت خانم فلاح که در سال ۱۳۸۹ تهیه و تنظیم گردیده است استفاده شد. بعد از اجرای پیش‌آزمون ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش معنویت بر اساس مداخلات روانی - معنوی مطرح شده توسط ریچارد و برگین (۲۰۰۵) با رویکرد اسلامی و با محوریت مباحثی چون مراقبه، نیایش، صبر، بخشش، نوع دوستی و احسان، توکل، شکرگذاری، برای گروه آزمایش اجرا گردید. یک هفته پس از اجرای جلسات ضمن قدردانی از شرکت‌کنندگان دو گروه پس‌آزمون انجام شد.

**جلسه اول: تمرکز و مراقبه، روش:** آشنایی و معارفه اعضا، تعیین اهداف تشکیل کلاس‌ها و بیان مقررات گروهی، تعریف مفهوم مراقبه، بیان آثار مراقبه متمرکز و ارائه شیوه‌های علمی برای تمرکز و مراقبه، دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه تمرکز من هدف: آگاهی اعضا از نحوه مراقبه و تمرکز در مورد مسائل مختلف، آموزش شیوه‌های علمی مراقبه و تمرکز به اعضا.

**جلسه دوم: نیایش و ارتباط با خدا، روش:** تعریف نیایش، بیان آثار و فواید نیایش و ارتباط با خداوند، استفاده از اشعار بزرگانی چون سعدی و مولانا و خواندن دعایی از

صحیفه سجادیه، خواندن نیایش‌های هر یک از اعضا. دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه نیایش من

هدف: کمک به اعضا برای ارتباط بهتر با خود و خداوند، رسیدن به آرامش درونی و تخلیه احساسات معنوی اعضا.

**جلسه سوم: توکل، روش:** بیان خصوصیات یک انسان متوکل و تعریف درجات و انواع توکل و بررسی نظر اعضا در مورد توکل و تجارب آن‌ها در این زمینه، گفتگو در مورد آثار توکل و نقش آن بر سلامت روان و کاهش افسردگی و کاهش تعارضات زناشویی، بیان شیوه‌های توکل، دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه توکل من

هدف: آشنایی اعضا با مفهوم واقعی توکل و نحوه و زمان استفاده از توکل، آگاهی از نقش توکل در سلامت روان و آرامش درونی.

**جلسه چهارم: صبر، روش:** تعریف صبر و انواع آن، بیان آثار صبر و نقش آن بر سلامت روان و بیان شیوه‌های صبر، دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه صبر من

هدف: آشنایی اعضا با مفهوم واقعی صبر و نحوه و زمان استفاده از صبر و آگاهی اعضا از نقش صبر در سلامت روان و آرامش درونی.

**جلسه پنجم: توبه، روش:** بیان ارکان و شرایط توبه، بیان نقش توبه بر کاهش احساس گناه و اضطراب و تقویت امید. خواندن قصه توبه از بوستان سعدی (باب نهم) و توبه نصوح مثنوی مولوی برای اعضا. دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه توبه من

هدف: آشنایی اعضا از نقش توبه، جایگاه توبه بر کاهش احساس گناه و افزایش سلامت روان.

**جلسه ششم: عفو و بخشش، روش:** بیان انواع بخشایش (بخشیدن دیگران، بخشیدن خود و پذیرش بخشایش)، یافتن ارتباط بخشیدن دیگران و خود، تمرین در جلسه با ایفای نقش دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه عفو بخشش من.

هدف: آشنایی اعضا با مفهوم درست بخشش و تفاوت آن با گذشت غیرمنطقی، آگاهی اعضا از انواع و مراحل بخشایش، آگاهی اعضا از تأثیر بسیار مثبت بخشش بر سلامت روان.

**جلسه هفتم: تشکر و قدردانی،** روش: تعریف شکرانواع آن، استفاده از داستانی از تفسیر نمونه و بیان آثار شکر و قدردانی دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه شکر و قدردانی من.

هدف: آگاهی اعضا از تأثیر بسیار مثبت شکر و قدردانی بر سلامت روان و کاهش افسردگی تعارضات زناشویی.

**جلسه هشتم: نوع دوستی و احسان،** روش: آشنایی با مفهوم نوع دوستی و احسان و روش های احسان، نوع دوستی، استفاده از اشعار سعدی و حکایتی از بوستان و بیان تجربیات اعضا در مورد احسان و نوع دوستی دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه نوع دوستی و احسان من.

هدف: آشنایی با آثار مثبت احسان و نوع دوستی بر سلامت روان و آرامش درونی و کاهش افسردگی تعارضات زناشویی.

**جلسه پایانی:** جمع بندی نهایی از جلسات و پرکردن پرسشنامه های پس آزمون، قدردانی از اعضا و پایان جلسه.

### یافته های پژوهش

جدول ۱ و ۲ شاخص های آماری مربوط به متغیرهای افسردگی و رضایت زناشویی را در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در مرحله پیش آزمون (گروه آزمایش و

کنترل)

گروه	گروه آزمایش				گروه کنترل			
میانگین	انحراف معیار	بیشترین مقدار	کمترین مقدار	میانگین	انحراف معیار	بیشترین مقدار	کمترین مقدار	
افسردگی	۱۳/۱۳	۱/۸۸	۱۶	۴	۱۲/۳۳	۲/۰۵	۱۵	۸
رضایت زناشویی (مقیاس کلی)	۱۱۶/۶۶	۱۲/۸۷	۱۴۲	۹۴	۱۱۷/۰۶	۱۱/۷۴	۱۳۸	۹۸

جدول ۲. شاخصه‌های توصیفی متغیرهای موردبررسی در مرحله پس‌آزمون (گروه آزمایش و

کنترل)

گروه کنترل			گروه آزمایش				گروه	
کمترین مقدار	بیشترین مقدار	اتراف میانگین	میانگین	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	اتراف میانگین	میانگین	
۱۰	۱۵	۱/۵۵	۱۲/۵۳	۵	۱۰	۱/۳۰	۷/۵۳	افسردگی
۹۶	۱۳۸	۱۲/۵۸	۱۱۶/۸۶	۱۱۸	۱۸۰	۲۰/۵۸	۱۵۰/۲۶	رضایت زناشویی (مقیاس کلی)

با توجه به داده‌های جدول ۲ و مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل دلالت بر این دارد که میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی در گروه آزمایش کاهش یافته است. همچنین میانگین نمرات پس‌آزمون رضایت زناشویی در مرحله بعد از مداخله افزایش داشته است.

جدول ۳. نتایج آزمون گالوگروف اسمیرنف در بررسی نرمالیت بودن داده‌ها

آزمون گالوگروف اسمیرنف		
متغیر	مقدار	Si
	Kolmogorov-Smirnov Z	g
افسردگی	۱/۴۲۳	.۰۶۳
رضایت زناشویی (مقیاس کلی)	۱/۲۸۲	.۰۷۵

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول فوق چون مقدار  $\text{kolmogorov-Smirnov Z}$  در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، بنابراین داده‌های مورد بررسی نرمال بوده و استفاده از آزمون‌های پارامتریک بالامانع می‌باشد.

**فرضیه‌ها:** الف. آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی زنان متأهل تأثیر

دارد.

برای بررسی اثر پیش بینی کنندگی معنویت بر افسردگی زنان متأهل از تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

جدول ۴. خلاصه الگوی رگرسیون معنویت و افسردگی

شاخص	R	R <sup>2</sup>	خطای استاندارد برآورد
مقدار	.۱۶۳	.۰۲۷	۲/۸۰۳۱۳

جدول ۵. آزمون f برای بررسی پیش بینی افسردگی از روی معنویت

آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.
رگرسیون	۱۲۲/۴۴۶	۱	۱۲/۴۴۶		
باقی مانده	۴۵۵/۷۳۷	۵۸	۷/۸۵۸	۱/۵۸۴	.۲۱۳
کل	۴۶۸/۱۸۳	۵۹			

جدول ۶. نتایج تحلیل رگرسیون معنویت و افسردگی زنان متأهل

مدل	ضریب غیر استاندارد		t	Sig.
	بتا	خطای استاندارد		
مقدار ثابت	۱۴/۰۹۵	۲/۱۸۵	۶/۴۵۱	.۰۰۱
معنویت	.۰۰۸	.۰۰۶	-۱/۲۵۹	.۲۱۳

با توجه به جدول فوق چون مقدار  $F=۱/۵۸۴$  سطح  $\alpha=۰/۰۵$  معنادار نیست، بنابراین می توان گفت که معنویت اثر پیش بینی کنندگی بر روی افسردگی زنان متأهل ندارد.

جدول ۷. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
.۴۲۴	۱	۲۸	.۵۲۰

با توجه به جدول فوق چون مقدار  $F = .۴۲۴$  در سطح  $\alpha = .۰۵$  معنادار نیست، بنابراین واریانس متغیر وابسته بین گروه‌ها برابر است، بنابراین می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس استفاده نمود.

جدول ۸. نتایج تحلیل کواریانس برای فرضیه الف

منبع تغییر وابسته پس آزمون افسردگی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	بیانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضرایب اتا
اثر همپراش	۳۰۲۰/۰۳	۱	۳۰۲۰/۳۳	۱۴۷/۴۷	$P < .۰۱$	.۹۸۱
گروه (آزمایش / گواه)	۱۸۷/۵۰	۱	۱۸۷/۵۰	۹۱/۳۵	$P < .۰۱$	.۷۶۵
خطا	۵۷/۴۶	۲۸	۲/۰۵			
کل	۳۲۶۵	۳۰				

با توجه به داده‌های جدول فوق چون مقدار  $F = ۹۱/۳۵$  در سطح معناداری  $p < .۰۱$  معنادار است، بنابراین فرض صفر رد و فرض تحقیق با ۹۹٪ اطمینان تایید

می‌گردد. به عبارت دیگر، آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی زنان متأهل تأثیر دارد و مقدار اتا نشان می‌دهد که ۷۶/۵ درصد از تغییرات افسردگی زنان ناشی از آموزش معنویت به صورت گروهی بوده است. همچنین مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش در جدول آزمون تعقیبی LSD نشان می‌دهد که میانگین نمرات افراد در افسردگی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش پیدا کرده است.

ب. آموزش معنویت به شیوه گروهی بر افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل تأثیر دارد. برای بررسی اثر پیش‌بینی کنندگی معنویت بر افسردگی زنان متأهل از تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

جدول ۹. خلاصه الگوی رگرسیون معنویت و رضایت زناشویی

شاخص	R	R <sup>2</sup>	خطای استاندارد برآورد
مقدار	.۱۲۳	.۱۵	۲۰/۵۸۴۰۱

جدول ۱۰. آزمون F برای بررسی پیش‌بینی رضایت زناشویی از روی معنویت

آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.
رگرسیون	۳۷۹/۴۹۵	۱	۳۷۹/۴۹۵		
باقی مانده	۲۴۵۷۴/۶۸۸	۵۸	۴۲۳/۷۰۲	.۸۹۶	.۳۸۴
کل	۲۴۹۵۴/۱۸۳	۵۹			

جدول ۱۱. نتایج تحلیل رگرسیون معنویت و رضایت زناشویی زنان متأهل

Sig.	t	ضریب بتا	ضریب غیر استاندارد		مدل
			خطای استاندارد	بتا	
.۰۰۱	۶/۸۷۱		۱۶/۰۴۵	۱۱۰/۲۴۱	مقدار ثابت
.۳۴۸	.۹۶۴	.۱۲۳	.۰۴۶	.۰۴۴	معنویت

با توجه به جدول فوق چون مقدار  $F=0.896$  در سطح  $\alpha=0/05$  معنادار نیست، بنابراین می‌توان گفت که معنویت اثر پیش‌بینی‌کنندگی بر روی رضایت زناشویی زنان متأهل ندارد.

جدول ۱۲. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F
.۰۶۴	۲۸	۱	۳,۷۲۸

با توجه به جدول فوق چون مقدار  $F=0.640$  در سطح  $\alpha=0.5$  معنادار نیست، بنابراین واریانس متغیر وابسته بین گروه‌ها برابر است، بنابراین می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس استفاده نمود.

جدول ۱۳. نتایج تحلیل کواریانس برای فرضیه (ب)

متغیر وابسته پس‌آزمون رضایت زناشویی (مقیاس کلی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب بتا
اثر همپراش	۵۲۹۶۰۶/۵۳	۱	۵۲۹۶۰۶/۵۳	۱۹۳۲/۱۹	$P < 0/01$	۰/۹۸



۰/۵۴	$P < 0/01$	۳۳/۱۳	۹۰۸۲/۸۰	۱	۹۰۸۲/۸۰	گروه (آزمایش / گواه)
			۲۷۴/۰۹	۲۸	۷۶۷۴/۶۶	خطا
				۳۰	۵۴۶۳۶۴	کل

با توجه به داده‌های جدول فوق چون مقدار  $F = ۳۳/۱۳$  در سطح معناداری  $p < 0/01$  معنادار است، بنابراین فرض صفر رد و فرض تحقیق با ۹۹٪ اطمینان تایید می‌گردد. به عبارت دیگر، آموزش گروهی معنویت بر افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل تأثیر دارد؛ و مقدار اتا نشان می‌دهد که ۵۴/۲ درصد از تغییرات رضایت زناشویی زنان متأهل ناشی از آموزش معنویت به صورت گروهی بوده است. همچنین مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش در جدول آزمون تعقیبی LSD نشان می‌دهد که میانگین نمرات افراد در رضایت زناشویی در گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون افزایش پیدا کرده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

افسردگی و عدم رضایت زناشویی تأثیرات سوء زیادی بر زندگی فردی و اجتماعی افراد می‌گذارد و در بسیاری از کارکردهای شخصی و اجتماعی زوجین اختلال ایجاد می‌کند و باعث برهم خوردن سلامت روانی هر یک از زوجین و به ویژه زنان و در نهایت سلامت خانواده می‌شود. برای کاهش این تأثیرات برنامه‌های درمانی مختلفی ارائه شده است که ارسال‌های اخیر بر درمان‌های معنوی تأکید خاصی می‌شود. با توجه به نتایج آماری، فرض‌های تحقیق مورد تأیید قرار گرفت. در نتیجه آموزش معنویت می‌تواند به شکل قابل ملاحظه‌ای بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در همه ابعاد در زنان متأهل تأثیر بگذارد و موجب تفاوت معنی‌دار بین میانگین دو گروه آزمایش و کنترل شود. معنویت در زندگی می‌تواند از دو جهت بر میزان افسردگی تأثیر بگذارد. از یک سو دستیابی به منابع معنویت، خود به‌طور مستقیم می‌تواند به عنوان تأمین‌کننده اصلی و عمده انرژی معطوف به هدف عمل نماید و از سوی دیگر به نحوی غیر مستقیم تر می‌تواند از طریق تأثیر مثبت بر شیوه تفسیر رویدادها، فرد را به برخی از نیرومندی‌های روان (مانند

شادکامی، خوش‌بینی و...) مجهز نماید که در تأمین انرژی و انگیزه برای دستیابی به اهداف مؤثر باشد. از طرف دیگر معنویت می‌تواند اهداف جدیدی را در زندگی فرد تعریف نماید (اهداف معنوی مانند رسیدن به رشد، شکوفایی و تعالی معنوی از طریق نوع دوستی و...) و راهکارهای مختلفی (مانند نیایش، مراقبه و...) را نیز برای دستیابی به این اهداف در اختیار فرد قرار می‌دهد. تأثیرات معنویت بر رضایت زناشویی به دلایل مختلف می‌باشد؛ اول این که معنویت از طریق تقویت توانمندی‌های چون نیایش، یاری‌رساندن به دیگران، قدردانی کردن، صبر در مسائل و مشکلات، طلب بخشش از خداوند و دیگران، پذیرش انتقادات و نظرات دیگران که همگی مستلزم برقراری ارتباط با کیفیت بهتر با خود و دیگران و خداوند است، اختلال ایجاد شده در توانایی‌ها و کارکردهای فرد را جبران نموده و باعث می‌شود فرد در ارزیابی ذهنی خود، خویش را توانمند و دارای قابلیت‌های جدید و غنی‌تر احساس نماید و همچنین همیشه خداوند را ناظر بر اعمال و رفتار خود بداند و سعی کند که از مسیر درست حق و عدالت تعدی نکند و در نتیجه رابطه مؤثرتری با خود و با همسر خود داشته باشد. توانایی درک و پذیرش افکار، احساسات و عواطف یکدیگر در زندگی زناشویی با احساس رضایتمندی بیشتری همراه شود (شیدوزی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). تحقیقات نشان می‌دهد که شیوه ارتباطی بر حل موفقیت‌آمیز تعارضات زوج تأثیر زیادی دارد و بین سازگاری اجتماعی و سازگاری زناشویی ارتباط مثبت و قوی وجود دارد به علاوه هماهنگی ارزش‌ها با سطح رضایت زناشویی زوجین ارتباطی مثبت دارد. در مورد علت تأثیر آموزش معنویت شاید بتوان به مطالعاتی اشاره کرد که چگونگی تأثیر تجربه‌های عرفانی و معنوی را بر روی افراد بررسی کرده‌اند. بر همین اساس نیوبرگ و دی آکویلی (به نقل از ایمونز، ۲۰۰۰) معتقدند در همه تجربه‌های عمیق مذهبی حالت‌های وحدت‌یافتگی یا احساس یگانگی با کل هستی یا مبدأ آن و تجربه‌های نظیر وجد، نشاط، خوف و رجاء، دیده می‌شود. با توجه به این دیدگاه تجربه مذهبی یک تجربه شناختی عاطفی است که قسمت‌هایی از مغز مثل «دستگاه کناری» «قطعه آهیانه بالایی» «قطعه گیجگاهی پایینی» و «قشر جلوی پیشانی» را

---

1. Fincham, F. D

در گیر می‌کند. به عقیده این افراد هنگامی که افراد از طریق «عبادت» یا «تأمل درونی» به تجربه مذهبی دست می‌یابد. در تمام این نواحی فعل و انفعالاتی صورت می‌گیرد. برای مثال، در پاره‌ای از شیوه‌های «مراقبه» فعالیت یا تمرکز روی یک شی بیرونی یا یک موضوع درونی آغاز می‌شود. این تمرکز موجب فعال شدن مدارای شامل «قشر جلوی پیشانی سمت راست» و «قطعه گیجگاهی پایینی» و «قطعه آهیانه بالایی» می‌شود (بهرامی، ۱۳۸۷).

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که متغیرهای سن، تحصیلات، شغل، وضعیت اجتماعی و اقتصادی قابل کنترل نبودند. در مورد راهبردهای معنوی در ایران و وجه اشتراک و تفاوت آن‌ها با راهبردهای دیگر مطالعاتی صورت گیرد. با این شیوه می‌توان تفاوت‌های فرهنگی و مسائل مرتبط با جوامع را نیز لحاظ کرد. بهتر است زوج‌ها باهم در این آموزش شرکت کنند تا هم تفاوت‌های جنسیتی در این آموزش مقایسه شود و نتیجه بهتری از آموزش به دست آید. آموزش برای تمام طبقات جامعه از لحاظ اقتصادی و اجتماعی انجام شود و نتایج مقایسه شود تا تأثیر این فاکتورها نیز در میزان تغییرات مشخص شود. این پژوهش با مؤلفه‌های دیگر سلامت روان با رضایت زناشویی در زنان متأهل مورد بررسی قرار گیرد تا میزان اثربخشی این آموزش بر متغیرهای دیگر نیز بدست آید. کارگاه‌های آموزش معنویت در مدارس و دانشگاه‌ها و خانه‌های سلامت و مراکز بهزیستی و مساجد و مراکز آموزشی به‌عنوان یک راهبرد درمانی برگزار شود.

### منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۷۸). *آسیب‌شناسی روانی* (جلد ۲). تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- اژدری فرد. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر پایه سوم دبیرستان‌های منطقه ۱۳ شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.
- بهرامی احسان، هادی. (۱۳۸۲). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرکت خود. *مجله روان‌شناسی* ۲۴، ۶ (۴)، ۳۳۶-۳۴۷.

- بهرام دشتکی ما، هاجر. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- حسین خانزاده، علی. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین جهت‌یابی مذهبی با سلامت عمومی و رضایت زناشویی در بین دانشجویان متأهل تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی. روانشناسی و علوم تربیتی.
- حسین چاری، مسعود و محمدی، مژگان. (۱۳۹۰). پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی بر اساس اعتقادات مذهبی در دانشجویان شهری و روستایی. *روان‌شناسی معاصر*. (۲) ۶، ۴۵ - ۵۶.
- خسروی، نازنین. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای بخشودگی و معنویت در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و رضایت زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی، روانشناسی و علوم تربیتی.
- فلاح، راحله. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی برافزایش امید، رضایت از زندگی و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت آموزش مرکز تحقیقات سرطان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- وست، ویلیام. (۱۹۵۰). *روان‌درمانی و معنویت*، ترجمه‌ی شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن (۱۳۸۷). تهران: رشد.
- غباری بناب، باقر. (۱۳۸۸). *مشاوره و روان‌درمانگری با رویکرد معنویت*، تهران: آرون.
- غلامی، زهرا. (۱۳۹۱). مقایسه نقش معنویت و ذهن آگاهی بر رضایت زناشویی زنان و مردان شاغل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی بقیة‌الله.
- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین. (۱۳۷۶). *چکیده روان‌پزشکی بالینی*. ترجمه: نصرت‌الله پورافکاری. تهران: آزاده.
- کرینگ، آن. م؛ دیوسیون، جرالده سی؛ بنل، جان م و جانسون، شری. ل. (۲۰۰۷). *آسیب‌شناسی روانی (روان‌شناسی نابهنجاری)*. ترجمه حمید شمسی پور (۱۳۸۸). ویرایش دهم. تهران: ۱۳۸۸.
- نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۸۳). *مشاوره ازدواج و خانواده‌درمانی*. تهران: انجمن اولیاء و مربیان.

یوهانسن، ثور. (۲۰۱۰). دین و معنویت در روان‌درمانی و مشاوره (رویکرد آدلری با تأکید بر روان‌درمانی و مشاوره با مسلمانان). ترجمه‌ی فریده براتی سده. (۱۳۹۱). تهران: رشد.

کاویانی، حسین و احمدی ابهری، سید علی. (۱۳۸۱). شیوع اختلال‌های افسردگی در جمعیت شهر تهران: مجله دانشکده پزشکی، ۳۹۳ - ۳۹۹، ۵.

- Balmer, ThomD. Watkins, VanAsselt. Kathryn Walker, Charles. & Roberts Kenedy, Bernice. (2012). A Phenomenological Study Of Spiritual Values in Secular-Based Marriage and Family Therapists. *Journal Of Spirituality in Mental Health*. Vol 14, Issue, 4. pages 242-258.
- Beach. Bramlett. Mosher, Roebuck. & Brown, Linfield. (2002). Daily spiritual Experience scale (DSES: under wood & teresi, 2002).
- Chidozie, Marcus. (2011). An Examination Of Spirituality as a Possible Predictor Of Couples Marital Satisfaction. Texas A & M University – Commerce, 242 Pages.
- Elkins, D. N. (1999). Spirituality: its Whats missing in mental; *p-heath. psychology today*, 45-48.
- Fincham, F. D. Lambert, N. M. & Beach, S.R.H. (2011). Faith and unfaithfulness: can prying for your partner redus infidelity? *Jornal of personality and social psychology*.
- Fincham, F. D. Ajayi, Christine. & Beach, Stev en R. H. (2011). Spirituality and marital Satisfaction in African American couples. *Psychology of Religion and Spirituality*, Vol 3 (4).
- David, prabu. Murrow, E. R. (2013). A Relation Approach to Religion and Spirituality in Marriage The Role of Couples, Religious Communication in Marital Satisfaction. *Journal of family Issus*. 0192573x13485922.
- Davison, Sara, N. M. D. MHS (Bioethics), FRCP (C). & Gian S. Jhangri, Msc. (2013). The Relationship Between Spirituality, Psychosocial Adjustment to Illness, and Health-Related Quality of life in Patients With Advanced Chronic Kidney Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol.45 NO.
- Kasen, S. Wickramaratne, P. & Weissman, M. M. (2012). Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression. *Psychological medicine*. Author Manuscript. NIH Public Acces.
- Klefarasa, George. & Katsogiannia, Irene. (2012). Spirituality, Meaning in Life, and Depressive Symptomatology in Individuals With Alcohol Dependence. *Journal of Spirituality in Mental Health*. Volum 14, 268-288.

- 
- Kraus, E. N. (2003). Religious meaning and subjective well-being in late life. *the journal of Gerontology*. 58:16-170.
- Moritz, Sabine. Kelly, Mary T. Xu, Trac J. Toews, John. & Rickhi, badri. (2011). A spirituality teaching program for depression: Qualitative finding on cognitive and emotional change. *Journal homepage. Complementary Therapies in Medicine*, 201-207.
- Olson, D. H. Fourniar, D. G. & Drucman. J. M. (1989). *Families*. California, *sage publication*.
- Taniguchi, S. T. Free man, P. A, Taylor, S. & Malcam, B. A. (2006). A study of married couples perceptions of marital satisfaction in outdoor recreation. *journal of experiential education*. 28: 253-256.