

الله الرحمن الرحيم

١١٩٤٨



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی گرایش بالینی

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری، مذهبی و گروه درمانی

شناختی- رفتاری کلاسیک بر روابط و رضایت زناشویی بانوان

استاد راهنما

دکتر حمید طاهر نشاط دوست

دکتر مهرداد کلانتری

استاد مشاور

دکتر سید کاظم رسول زاده طباطبایی

پژوهشگر

سمیه زاده هوش

پاییز ۱۳۸۷

۱۱۴۹۶۵

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و
نوآوری‌های ناشی از تحقق موضوع این پایان‌نامه متعلق
به دانشگاه اصفهان می‌باشد



دانشگاه اصفهان
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
گروه روانشناسی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی گرایش بالینی خانم
سمیه زادهوش

تحت عنوان

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری، مذهبی و گروه درمانی

شناختی- رفتاری کلاسیک بر روابط و رضایت زناشویی بانوان

در تاریخ ۸۷/۷/۱۷ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه... عالی... به تصویب نهایی رسید.

۱- استادان راهنمای پایان نامه . دکتر حمید طاهر نشاط دوست با مرتبه‌ی علمی دانشیار امضاء

دکتر مهرداد کلانتری

با مرتبه‌ی علمی دانشیار امضاء

۲- استاد مشاور پایان نامه دکتر سید کاظم رسول زاده طباطبایی با مرتبه‌ی علمی استادیار امضاء

۳- استاد داور داخل گروه دکتر سید محمد باقر کجباف با مرتبه‌ی علمی استادیار امضاء

۸۷/۹/۱۳

۴- استاد داور خارج از گروه دکتر سید احمد احمدی با مرتبه‌ی علمی استاد امضاء

امضای مدیر گروه

تقدیر و شکر

حمد پاس یکران خداوندی را که ناگر است و عظیم. خداوندی که شکر خود را در شکر از مخلوق به و دیده نهاده است و رسم پاکسازی را به ما آموخت.

و با شکر از اساتید کراتقدر جناب آقای دکتر نشاط دوست و دکتر کلاستری که با تمام تلاش سعی داشتند بر دانسته تایم بنزایند و از ندانسته تایم بجاهند.

و با شکر از راهبانهایی علمی استاد محترم مشاور جناب آقای دکتر طباطبائی

و با پاس از حضور اساتید محترم داور جناب آقای دکتر احمدی و جناب آقای دکتر کجاف

و با پاس از راهبانی های دلوزانه جناب آقای دکتر جان بزرگی

و با پاس خاضعانه از پدر و مادرم که اگر نبود دعای سبز بر آمده از نفسهای کریشان جرات آغاز، توان رفتن و لذت رسیدن رانی دانستم

و با پاس صمیمانه از آن همراهی که در سختترین لحظات دلم به وجودش گرم، غزمم با کلاش جزم و راهم با همایش بهواری گشت. دوست و همسرم بانم یا سرنجدی

و با پاس از خواهران و برادرانم که در لحظه لحظه زندگیم پشتیبان و راهبانی من بودند

آنکه تاج سر من خاک کف پایش بود پادشاهی بکنم کز به سرم باز آید

تقدیم به پدر و مادرم که رضایت آنها بالاترین انگیزه ام است.

تقدیم به همسر مهربانم که استوارترین پشتوانه من است.

و تقدیم به خواهران و برادرانم که دلسوزترین مشاورانم هستند.

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری با جهت گیری مذهبی و گروه درمانی شناختی-رفتاری کلاسیک بر رضایت زناشویی بانوان، کیفیت ارتباط زناشویی و زیر مقیاسهای آن (توجه به خود، توجه به همسر، برنامه‌ریزی برای حل مشکل و سبکهای ارتباطی) بود. نمونه پژوهش شامل ۳۳ نفر از بانوان مراجعه کننده به کلینیک‌های شهر تهران بود که به شیوه در دسترس، انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی اول ۸ جلسه درمان شناختی-رفتاری با جهت گیری مذهبی و گروه آزمایشی دوم ۸ جلسه درمان شناختی-رفتاری کلاسیک دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای به کار رفته در این پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، پرسشنامه کیفیت ارتباط زوجین و پرسشنامه نگرش مذهبی، که هر سه ابزار از روایی و پایایی خوبی برخوردار بودند. داده‌ها بوسیله آزمون تحلیل واریانس یکراهه و آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری با جهت گیری مذهبی در مقایسه با گروه درمانی شناختی-رفتاری کلاسیک در افزایش کیفیت ارتباط زناشویی و بهبود سبکهای ارتباطی بانوان به-طور معناداری موثرتر بوده است ($P < 0/0001$). در سایر خرده مقیاسهای کیفیت ارتباط و مقیاس رضایت زناشویی بین دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$)، لیکن این تفاوت بین دو گروه آزمایشی و گروه کنترل معنادار بود ($P < 0/0001$). به این معنا که دو گروه آزمایشی در افزایش رضایت زناشویی و بهبود کیفیت ارتباط زوجین و زیر مقیاس‌های آن مؤثرتر از گروه کنترل بوده است. نتیجه پژوهش حاضر علاوه بر این که موید تحقیقات قبلی مبنی بر اثرگذاری روش‌های مذهبی در درمان می‌باشد راهکار جدیدی را برای درمان مناسب اختلافات زناشویی ارائه می‌دهد.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری کلاسیک، جهت‌گیری مذهبی، کیفیت ارتباط، رضایت زناشویی

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات پژوهش

- ۱-۱ مقدمه ۱
- ۲-۱ بیان مسأله ۳
- ۳-۱ اهمیت نظری پژوهش ۶
- ۴-۱ کاربرد نتایج پژوهش ۷
- ۵-۱ اهداف پژوهش ۸
- ۶-۱ فرضیه‌های پژوهش ۸
- ۷-۱ تعریف اصطلاحات و مفاهیم ۹
- ۱-۷-۱ درمان شناختی- رفتاری با جهت‌گیری مذهبی ۹
- ۲-۷-۱ درمان شناختی- رفتاری ۹
- ۳-۷-۱ رضایت زناشویی ۱۰
- ۴-۷-۱ گروه درمانی ۱۰

فصل دوم: پیشینه پژوهش

- ۱-۲ مقدمه ۱۱
- ۲-۲ بخش اول: زندگی زناشویی ۱۳
- ۱-۲-۲ نظریه‌های سیستم خانواده ۱۳
- ۲-۲-۲ زوج به‌عنوان یک سیستم ۱۴
- ۳-۲-۲ رضایتمندی زناشویی ۱۵
- ۱-۳-۲-۲ ویژگی‌های ازدواج‌های موفق ۱۶
- ۲-۳-۲-۲ خصوصیات زوج‌های سالم ۱۸
- ۴-۲-۲ عوامل موثر بر خشنودی زوجها ۱۹
- ۵-۲-۲ وظایف روان‌شناختی زوجها ۲۲
- ۶-۲-۲ انواع الگوهای ارتباطی در بین زوجها ۲۳
- ۷-۲-۲ اهمیت مهارت‌های ارتباطی ۲۴
- ۸-۲-۲ علل نابسامانی‌های زناشویی ۲۶

صفحه	عنوان
۲۷	۱-۸-۲-۲ الگوهای رفتاری ناقص
۲۸	۲-۸-۲-۲ الگوهای ارتباطی ناقص
۲۹	۳-۸-۲-۲ ناتوانی در درک دیدگاه دیگری
۲۹	۴-۸-۲-۲ عوامل شناختی
۳۰	۵-۸-۲-۲ اختلالات هیجانی
۳۱	۶-۸-۲-۲ ویژگی‌های شخصیتی
۳۲	۹-۲-۲ مسائل مورد شکایت زوجها
۳۳	۱۰-۲-۲ انواع فرایندهای حل تعارض در بین زوجها
۳۴	۱۱-۲-۲ بررسی مختصر نظریه های زوج درمانی
۳۴	۱-۱۱-۲-۲ زوج درمانی بینشی
۳۵	۲-۱۱-۲-۲ زوج درمانی سیستمی
۳۵	۳-۱۱-۲-۲ زوج درمانی رفتاری-سیستمی
۳۶	۴-۱۱-۲-۲ زوج درمانی رفتاری
۳۷	۵-۱۱-۲-۲ زوج درمانی شناختی
۳۹	۶-۱۱-۲-۲ زوج درمانی شناختی-رفتاری
۴۰	۱-۶-۱۱-۲-۲ ویژگی‌ها و مفروضه‌های رویکردهای شناختی-رفتاری
۴۲	۲-۶-۱۱-۲-۲ ارزیابی در زوج درمانی شناختی-رفتاری
۴۲	۳-۶-۱۱-۲-۲ انواع شناخت‌های مؤثر در اختلال کارکرد زوج
۴۶	۴-۶-۱۱-۲-۲ تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری
۵۱	۳-۲ بخش دوم: رویکردهای التقاطی
۵۲	۱-۳-۲ درمان شناختی-رفتاری با جهت‌گیری مذهبی
۵۴	۲-۳-۲ دلایل پرداختن به درمان‌های مذهبی
۵۵	۱-۲-۳-۲ عامل حمایت اجتماعی
۵۶	۲-۲-۳-۲ تأثیرات فیزیولوژیکی
۵۶	۳-۲-۳-۲ آیین‌ها و نمادها
۵۷	۴-۲-۳-۲ سبک‌های مقابله مذهبی
۵۷	۵-۲-۳-۲ تشویق و تنبیه
۵۸	۶-۲-۳-۲ معنادهی

عنوان

صفحه

۵۸.....	۷-۲-۳-۲ مذهب و سلامت روان
۶۰.....	۳-۳-۲ انواع درمان‌های مذهبی-معنوی
۶۰.....	۱-۳-۳-۲ استفاده از آرامش معنوی (فنون تن آرامی معنوی همراه با تصویر سازی).....
۶۰.....	۲-۳-۳-۲ مشاوره با رهبران مذهبی.....
۶۰.....	۳-۳-۳-۲ بهره‌گیری از متون دینی.....
۶۱.....	۴-۳-۳-۲ حضور در جلسات مذهبی
۶۱.....	۵-۳-۳-۲ دعا.....
۶۳.....	۴-۳-۲ موارد عدم استفاده از مداخله‌های معنوی.....
۶۴.....	۴-۴ گروه درمانی.....
۶۴.....	۱-۴-۲ تعریف روان درمانی گروهی.....
۶۵.....	۲-۴-۲ ساختار گروه
۶۵.....	۳-۴-۲ مزیت های روان درمانی گروهی.....
۶۶.....	۵-۲ گستره پژوهشی.....
۶۶.....	۱-۵-۲ پژوهشها انجام شده در داخل کشور.....
۷۲.....	۲-۵-۲ پژوهشهای انجام شده در خارج از کشور.....
۷۷.....	۶-۲ خلاصه فصل.....

فصل سوم: روش پژوهش

۷۹.....	۱-۳ مقدمه.....
۷۹.....	۲-۳ روش تحقیق.....
۸۰.....	۳-۳ جامعه آماری.....
۸۰.....	۴-۳ نمونه و روش نمونه‌گیری.....
۸۲.....	۵-۳ متغیرهای پژوهش
۸۳.....	۶-۳ ابزار پژوهش
۸۳.....	۱-۶-۳ پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ.....
۸۹.....	۲-۶-۳ پرسشنامه کیفیت ارتباط زوجین.....
۹۰.....	۳-۶-۳ پرسشنامه سنجش نگرش مذهبی
۹۱.....	۴-۶-۳ فرم جمعیت‌شناسی.....

۹۱.....	۷-۳ روش اجرای پژوهش.....
۹۲.....	۸-۳ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۹۲.....	۹-۳ محتوای جلسات درمانی.....
۹۴.....	۱۰-۳ خلاصه فصل.....

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۹۵.....	۱-۴ مقدمه.....
۹۶.....	۲-۴ توصیف داده‌ها.....
۹۹.....	۳-۴ بررسی پیش فرض‌های آماری.....
۹۹.....	۱-۳-۴ پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات.....
۱۰۱.....	۲-۳-۴ پیش فرض برابری واریانس‌ها.....
۱۰۲.....	۴-۴ ضرایب همبستگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناسی با متغیرهای وابسته.....
۱۰۳.....	۵-۴ آزمون فرضیه‌های تحقیق.....
۱۰۷.....	۶-۴ فرضیه‌های اصلی.....
۱۱۳.....	۷-۴ یافته‌های جانبی.....
۱۱۶.....	۸-۴ خلاصه فصل.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱۱۷.....	۱-۵ مقدمه.....
۱۱۸.....	۲-۵ تبیین یافته‌های پژوهش.....
۱۱۸.....	۱-۲-۵ تبیین یافته‌های اصلی.....
۱۲۲.....	۲-۲-۵ تبیین یافته‌های جانبی.....
۱۲۴.....	۳-۵ بحث در مبانی نظری و یافته‌های پژوهش.....
۱۲۶.....	۴-۵ محدودیت‌های پژوهش.....
۱۲۶.....	۵-۵ پیشنهادات.....
۱۲۶.....	۱-۵-۵ پیشنهادات کاربردی.....
۱۲۷.....	۲-۵-۵ پیشنهادات پژوهشی.....

صفحه	عنوان
۱۲۸.....	۵-۶ خلاصه فصل.....
۱۲۹.....	پیوست ۱: پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ.....
۱۳۱.....	پیوست ۲: پرسشنامه کیفیت ارتباط زوجین.....
۱۳۲.....	پیوست ۳: پرسشنامه سنجش نگرش مذهبی.....
۱۳۵.....	پیوست ۴: برنامه جلسات درمانی.....
۱۴۳.....	منابع و مآخذ.....

فهرست شکل‌ها

عنوان	صفحه
شکل ۴-۱ میانگین‌های تعدیل شده نمرات کیفیت ارتباط در دو گروه شناختی-رفتاری مذهبی و شناختی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون.....	۱۰۸
شکل ۴-۲ میانگین‌های تعدیل شده نمرات رضایت زناشویی در دو گروه گروه شناختی-رفتاری مذهبی و شناختی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون	۱۰۹
شکل ۴-۳ میانگین‌های تعدیل شده نمرات کیفیت ارتباط در دو گروه شناختی-رفتاری مذهبی و کنترل در مرحله پس‌آزمون	۱۱۱
شکل ۴-۴ میانگین‌های تعدیل شده نمرات کیفیت ارتباط در دو گروه گروه شناختی-رفتاری مذهبی و کنترل در مرحله پس‌آزمون	۱۱۲

فهرست جدول‌ها

صفحه	عنوان
۱۶.....	جدول ۱-۲ ویژگی‌های ازدواج‌های موفق.....
۸۰.....	جدول ۱-۳-۱ سیمای طرح تحقیق.....
۸۱.....	جدول ۲-۳-۲ تعداد هر کدام از گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون.....
۸۱.....	جدول ۳-۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن و طول مدت ازدواج سه گروه.....
۸۲.....	جدول ۳-۴ فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات و تعداد فرزندان سه گروه.....
۸۸.....	جدول ۳-۵ پایایی پرسشنامه انریچ در پژوهش‌های مختلف.....
۹۲.....	جدول ۳-۶ ساختار کلی جلسات گروه‌های آزمایشی.....
۹۳.....	جدول ۳-۷ خلاصه‌ای از محتوای جلسات گروه‌های آزمایشی.....
۹۶.....	جدول ۴-۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون رضایت زناشویی در سه گروه.....
۹۶.....	جدول ۴-۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت ارتباط در سه گروه.....
۹۷.....	جدول ۴-۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون توجه به خود در سه گروه.....
۹۷.....	جدول ۴-۴ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون توجه به همسر در سه گروه.....
۹۸.....	جدول ۴-۵ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون برنامه‌ریزی برای حل مشکل در سه گروه.....
۹۹.....	جدول ۴-۶ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سبک‌های ارتباطی در سه گروه.....
۱۰۰.....	جدول ۴-۷ نتایج آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع.....
۱۰۱.....	جدول ۴-۸ نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها سه گروه در جامعه.....
۱۰۲.....	جدول ۴-۹ ضرایب همبستگی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با متغیرهای وابسته.....
۱۰۳.....	جدول ۴-۱۰ نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راهه برای بررسی تفاوت میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها.....
۱۰۴.....	جدول ۴-۱۱ نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان رضایت زناشویی و کیفیت ارتباط با زیر مقیاس‌های آن در سه گروه در مرحله پس‌آزمون.....
۱۰۵.....	جدول ۴-۱۲ نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی (آزمون توکی) برای بررسی تفاوت میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها.....
۱۰۶.....	جدول ۴-۱۳ نتایج مقایسه‌های زوجی گروه کنترل و گروه‌های درمان شناختی رفتاری و شناختی رفتاری مذهبی.....

- جدول ۴-۱۴ نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگینهای نمرات کیفیت ارتباط در دو گروه شناختی- رفتاری، مذهبی و شناختی- رفتاری پس از کنترل پیش‌آزمون در پس‌آزمون..... ۱۰۷
- جدول ۴-۱۵ نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگینهای نمرات رضایت زناشویی در دو گروه شناختی- رفتاری ، مذهبی و شناختی- رفتاری پس از کنترل پیش‌آزمون در پس‌آزمون..... ۱۰۷
- جدول ۴-۱۶ نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگینهای نمرات کیفیت ارتباط در دو گروه شناختی- رفتاری، مذهبی و کنترل پس از کنترل پیش‌آزمون در پس‌آزمون..... ۱۰۸
- جدول ۴-۱۷ نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگینهای نمرات رضایت زناشویی در دو گروه شناختی- رفتاری ، مذهبی و کنترل پس از کنترل پیش‌آزمون در پس‌آزمون..... ۱۰۹
- جدول ۴-۱۸ نتایج آزمون مان-ویتنی یو برای بررسی تأثیر عضویت گروهی بر میزان رضایت زناشویی و کیفیت ارتباط با زیر مقیاسهای آن در سه گروه در مرحله پس‌آزمون..... ۱۱۳
- جدول ۴-۱۹ نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگینهای نمرات زیر مقیاسهای کیفیت ارتباط در دو گروه شناختی- رفتاری مذهبی و شناختی- رفتاری پس از کنترل پیش‌آزمون در پس‌آزمون..... ۱۱۴
- جدول ۴-۲۰ نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت ارتباط زناشویی و زیر مقیاسهای آن و میزان رضایت زناشویی در دو گروه شناختی- رفتاری و کنترل پس از کنترل پیش‌آزمون در پس‌آزمون..... ۱۱۵

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

خانواده مهمترین نهاد اجتماعی است. دستیابی به جامعه سالم، در گرو سلامت خانواده و تحقق خانوادگی سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن روابط مطلوب با یکدیگر است. از این رو سالم سازی اعضای خانواده و رابطه هایشان بی گمان، اثرات مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت. این در حالی است که دو رکن اساسی هر خانواده زن و شوهر می باشند، که پس از عقد ازدواج رابطه نزدیک، صمیمی و متفاوتی را نسبت به روابط پیشین تجربه می کنند. در واقع ازدواج اولین تعهد عاطفی و حقوقی است که افراد در بزرگسالی قبول میکنند و بعنوان مهمترین و عالیترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی و امنیتی افراد بزرگسال همواره مورد تأیید بوده است (برنشتاین^۱، ۱۳۸۲؛ ترجمه سهرابی). لیکن ارضاء این نیازهای عاطفی و امنیتی، نیازمند روابط موثر و رضایت بخش بین زوجین می باشد که متأسفانه در جامعه کنونی بسیاری از همسران در برقراری و حفظ روابط صمیمی با هم دچار مشکل شده اند و در بسیاری از اوقات به کمک متخصص نیاز پیدا می کنند (حسینی غفاری، ۱۳۸۵).

^۱ - Bernstein

شواهد واضحی وجود دارد که زوجها در جامعه معاصر هنگام برقراری و حفظ روابط خود مشکلات شدید و فراگیری را تجربه می‌کنند. در واقع مشکل درماندگی زناشویی بیش از هر مقوله روانپزشکی دیگر سبب ارجاع جهت دریافت مراقبت‌های بهداشت روانی می‌گردد. چرا که مشکلات و نابسامانیهای زندگی زناشویی پیامدهای منفی برای سلامت عاطفی و جسمانی همسران دارد. پیامدهای سوء طلاق در پیکر اجتماع و پدیدائی نابسامانیهای متعاقب آن برای زن و شوهر در ابعاد مختلف روانی، رفتاری، اقتصادی و اجتماعی حائز اهمیت می‌باشد نارضایتی زن و شوهر از یکدیگر و نیز از هم گسیختگی کانون‌های گرم بسیاری از خانواده‌ها و تاثیرات سوء این جدایی بر افراد خانواده، نیاز به رسیدگی و رفع این مشکل را مطرح ساخته است (الیری، هیمن و جانگسما، ۱۳۸۴؛ ترجمه کیمیایی و باقریان). از سوی دیگر افزایش سلامت روان، افزایش انعطاف‌پذیری در فشارهای زندگی، آرامش... از جمله فوایدی می‌باشد که از روابط رضایت‌بخش بین زن و شوهر و فرزندان حاصل می‌شود (کوردوا، ۲۰۰۵).

در این میان رسالت اصلی زوج درمانی با توجه به هزینه‌های سنگین ناهمسازی زوجین، کمک به آنها برای یافتن شیوه‌های مطلوب‌تر تعامل می‌باشد (کرویدلی^۱، ۱۹۹۰؛ به نقل از برنشتاین؛ ترجمه سهرابی، ۱۳۸۲). باید توجه داشت که در تمام جوامع خانواده یکی از عوامل مهم رشد افراد بشمار می‌رود، بطوریکه تأثیر خانواده بر فرد در سراسر زندگی باقی می‌ماند. از این رو به نظر میرسد مطالعات گسترده جهت یافتن رویکردی مناسب برای افزایش رضایت زناشویی، بالا بردن احساس همبستگی زوجین، ارائه راهبردهای مناسب ارتباطی به همسران و فعال کردن نقش خود التیام بخشی خانواده، ضروری و پیشگیری‌کننده بسیاری از مسائل و مشکلات آتی می‌باشد (عامری، ۱۳۸۲). از سوی دیگر تقاضاهای فزاینده زوجین برای حل مشکلات ارتباطی و زناشویی، موجب شکل‌گیری الگوهای درمانی متعددی شده است. به طوری که هدف کلی این دسته از درمان‌ها، نوعی خدمات روانشناختی برای زوجها است که به شناسایی موانع و مشکلات میان فردی بین زوجها می‌پردازد و شیوه‌های مناسب حل مسأله والگوهای رفتاری مناسب را با توجه به تفاوت‌های زن و مرد به زوجها آموزش می‌دهد. بطوریکه منجر به شکل‌گیری روابط مطلوب و سازنده شده و احساس رضایت از زندگی مشترک را در زوجین افزایش می‌دهد (جانسون^۲ و کوهن^۳، ۲۰۰۵).

لیکن انتخاب مدل درمانی کارآمد، مطلوب و متناسب با نیاز زوجین اهمیت زیادی دارد زیرا که نتیجه‌ی مدل‌های متفاوت درمانی در رابطه با مراجعین مختلف متفاوت است و ویژگیهای خاص مراجع از جمله اعتقادات

^۱ - Croredly

^۲ -Cohen

^۳ -Johnson

مذهبی او در انتخاب مناسب الگوی درمانی تعیین کننده خواهد بود. در نتیجه مطالعاتی از این دست که به مقایسه رویکردهای مختلف درمانی میپردازد این امکان را فراهم میآورد که نقاط قوت و ضعف هر مدل روشن شود و زمینه پاسخدهی به پرسش چگونگی انتخاب مدل درمانی کارآمد و مطلوب را فراهم آورد.

۲-۱ بیان مسأله

زندگی زناشویی یکی از جهانی ترین نهادهای بشری است که از دو نفر با توانایی ها و استعدادهای متفاوت و بانایزها و علایق مختلف، تشکیل شده است (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۱، ۱۳۸۲؛ ترجمه برواتی). از مهمترین عواملی که می تواند کارکرد مؤثر این نهاد را تحت تأثیر قرار دهد، سازگاری اعضای خانواده بخصوص زن و شوهر با یکدیگر است. ازدواجهای رضایت بخش باعث ارتقاء سلامت همسران و مانع رویدادهای منفی زندگی و مشکلات روانشناختی می شود، از سوی دیگر نابسامانی و نارضایتی زناشویی با شیوع اختلالات عاطفی-هیجانی در جمعیت عمومی بطور معناداری رابطه دارد (سینهاو مکرچی^۲، ۱۹۹۰ و وارینگ^۳، ۱۹۸۱؛ به نقل از حسینی غفاری، ۱۳۸۵). یکی از راههای سازگاری در ازدواج، برقراری و تداوم ارتباط مؤثر است (سیلیمان^۴، ۲۰۰۱؛ به نقل از احمدی، فتحی آشتیانی و نوابی نژاد، ۱۳۸۴). ارتباط سالم و مؤثر، عبارت است از توانایی افراد در توضیح و تصریح نیازها، خواسته ها و تمایلات و نیز توانایی توجه کردن به دیگران و دعوت کردن از آنان برای روشن سازی مطالب و موقعیت ها، همچنین توجه مناسب و تبادلات کلامی مستقیم و صریح بین اعضای یک خانواده ارتباط سالم در آن خانواده را نشان میدهد، به طوری که لازمه ارتباط موفق یادگیری شریک شدن در افکار و احساسات دیگران است، در حالی که ارتباط ناسالم و ناکارآمد موجب کاهش توجه میان اعضای خانواده و ایجاد تبادلات کلامی مبهم میشود. (برای^۵، ۱۹۹۵). چنانکه مطالعات بسیاری نشان داده، رابطه زن و شوهر قویترین پیش بینی کننده رضایت زناشویی و الگوی ارتباطی معیوب یکی از دلایل ایجاد نارضایتی و مشکلات زناشویی میباشد (گاتمن^۶ و مارکمن^۷، ۱۹۸۱؛ به نقل از کلینکه^۸، ۱۳۸۳؛ ترجمه محمدخانی). از آنجایی که مهارت های ارتباطی

1- Goldenberg and Goldenberg

2 - Sinba and M akerjec

3- Waring

4-Siliman

5 - Bray

6 - Gottman

7- Mankman

8 - Kleinke

ضعیف و روابط مبهم و مشروط موجب ایجاد و تشدید ناسازگاری زوجین میشود، پرداختن به این سبک های ارتباطی با استفاده از روش های درمانی کارآمد می تواند به زوج ها در حل مشکلاتشان یاری رساند. برای نشان دادن میزان ثبات و پایداری رابطه یکی از مفاهیم رایج، مفهوم رضایتمندی زناشویی میباشد. در واقع رضایتمندی زناشویی یک ارزیابی کلی از وضع فعلی ارتباط می باشد. برای افزایش رضایتمندی زناشویی تلاش های علمی فراوانی صورت گرفته است، چرا که رضایت زناشویی به صورت خود به خود ایجاد نمی شود. این تلاش ها به تدوین راهبردهای مداخله ای منجر شده است که میتوان آن ها را به سه دسته تقسیم نمود:

۱- برنامه های آماده سازی همسران قبل از ازدواج؛

۲- برنامه های غنی سازی پس از ازدواج؛

۳- مشاوره ازدواج برای همسران ناسازگار (احمدی، ۱۳۸۳).

در حال حاضر دیدگاه های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل تعارضهای زناشویی هستند (عامری، ۱۳۸۲)، از جمله دیدگاه شناختی- رفتاری، سیستمی، درمان هیجانی... را می توان نام برد. لیکن هیچ یک از نظام های نظری موجود به تنهایی برای همه بیماران و مشکلات آنها کارآیی کامل را ندارد. پژوهش های مختلف نشان داده اند از طریق رویکردهای التقاطی می توان درمان های متفاوت و یا ترکیبی از درمان ها را برای مشکلات خاص مراجعان به صورت انتخابی تجویز کرد (پروچاسکا و نورکراس^۱، ۱۳۸۱؛ ترجمه سید محمدی). و در دو دهه اخیر، یک رویکرد کل گرایانه در شناخت بشر راه را برای انجام بررسی های بیشتر در زمینه های مختلف هموار کرده است، در این رویکرد معنویت به مثابه یک بعد از ابعاد وجودی انسان همچون بعد شناختی، هیجانی، رفتاری که سازنده ماهیت انسان است در نظر گرفته می شود (ساعد، ۱۳۸۷). اگرچه ارتباط بین معنویت و سلامت روان در جهان بینی های شرقی قرنهایست که پذیرفته شده است (کینگ^۲، ۱۹۹۸)، اما شکاف تاریخی میان مذهب و علم در غرب اخیراً به علاقه نسبی به سمت و سوی این ارتباط کشیده شده است، چنانکه پژوهشگران رشته های مختلف در حال بررسی ارتباط بین عناصر مختلف این بعد از وجود انسان و اثر آن بر سلامت روان هستند (آبلا، بروزینا و سلیگمن^۳، ۲۰۰۴، آبی و پارک^۴، ۲۰۰۵، باتز^۵ و همکاران، ۲۰۰۴، فوسکت^۶،

1- Prochaska & Norcross

2 - King

3 -Abela , Brozina & Seligman

4 - Ai & Park

5 - Baetz

6 - Foskett

رابرتس^۱، ماتیز^۲، ماسمین^۳، کراکنل^۴ و نیکلز^۵، ۲۰۰۴ و مک شری^۶، ۲۰۰۴). از سوی دیگر براساس تحقیقات، معنویت بخش مهمی از زندگی انسان ها در فرهنگ ملل و قومیت های مختلف می باشد و تأثیر بسزائی بر سلامت و بهزیستی افراد و خانواده ها دارد، معنویت برای جمعیت قابل توجهی از مردم جهان مهم و حیاتی است حتی در جوامع صنعتی و فرا مدرن بر خلاف انتظار، معنویت طالبان زیادی دارد و از عناصر مهم زندگی افراد جامعه می باشد.

این پژوهش ها نشان می دهند که معنویت فهم بهتری از گوناگونی و چالش های زندگی به انسان می دهد و به او کمک می کند تا برای موقعیت های سخت دلایل بزرگ بیابد که ماوراء نیازها و نگرانی های آنی باشد (چراغی، ۱۳۸۴).

در واقع رسیدن به این سطح از بینش، زندگی فرد را به سمت هدف کلی تری سوق می دهد که می تواند خود منشاء رشد شخصی برای فرد باشد و رضایت او از زندگی را افزایش دهد (کروز^۷، ۲۰۰۳). بنابراین در کنار بهره جستن از روش های شناختی- رفتاری و با در نظر گرفتن استعدادهای این رویکرد برای بهبود روابط زوجین به نظر می رسد بدون توجه به ساختار وجودی انسان ها و بدون لحاظ کردن بعد معنوی در زوج ها به نتیجه کامل درمانی دست نمی یابیم. امروزه بنابر تجربه برلزوم استفاده از درمان های التقاطی بیش از پیش تأکید می شود (مور، کلوس و راس موسن^۸، ۲۰۰۱). لیکن در این میان جای خالی رویکردهای مذهبی در کنار دیگر تکنیک های درمانی بخصوص در کشورهایی که به اعتقادات مذهبی پایبندی بیشتری دارند، محسوس می باشد.

از آن جا که خانواده یک نهاد معنوی است، اضافه شدن رویکرد معنوی به رویکرد شناختی- رفتاری می تواند موجب افزایش اثربخشی درمان شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری با جهت گیری مذهبی در مقایسه با گروه درمانی شناختی- رفتاری کلاسیک در بهبود روابط و رضایت زناشویی بانوان انجام گرفت.

¹ - Roberts

² - Mathews

³ - Macmin

⁴ - Cracknell

⁵ - Necholls

⁶ - Mc shery

⁷ - Krause

⁸ - Moore, Kloos & Rasmussen