©2019 ASP Ins., Afarand Scholarly Publishing Institute, Iran
ISSN: 2322-2166; Islamic Life Style Centered on Health. 2019;3(2):67-73

Effectiveness of Islam-Based Couple Therapy on the Psychological Well-Being and Quality of Life of Couples

ARTICLE INFO

Article Type
Original Research

Authors
Nooripour Liavoli R.[1] *PhD,*
Pourhossein R.[2] *PhD,*
Maleki N.*[2] *PhD,*
Hoseinian S.[1] *PhD,*
Ghadami Jouybari H.[3] *PhD*

How to cite this article
Nooripour Liavoli R, Pourhossein R, Maleki N, Hoseinian S, Ghadami Jouybari H. Effectiveness of Islam-Based Couple Therapy on the Psychological Well-Being and Quality of Life of Couples. Islamic Life Style Centered on Health. 2019;3(2):67-73.

[1]Counseling Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, Alzahra University, Tehran, Iran
[2]Psychology Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, University of Tehran, Tehran, Iran
[3]Quran & Hadith Sciences Department, Payame Noor University, Tehran, Iran

Correspondence
Address: Educational Sciences & Psychology Faculty, Dr. Kardan Street, Jalal-Al-Ahmad Street, Shahid Chamran Highway, Tehran, Iran. Postal Code: 1445983861
Phone: +98 (21) 88234162
Fax: -
malekineda59@yahoo.com

Article History
Received: April 14, 2019
Accepted: May 16, 2019
ePublished: June 20, 2019

ABSTRACT

Aims The culture and personality of each person rooted in family and any harm to it will make trouble for the next generation. The aim of this study was to investigate the effectiveness of Islam-based couple therapy on psychological well-being and quality of life of couples.
Materials & Methods The present study was a semi-experimental design with pre-test, post-test, and control group. This research was carried out among 16 couples, who referred to the counseling center of Rasht city in 2017. The subjects were selected using the convenience sampling method and they were divided into two groups of experimental (N=8) and control (N=8). The research tools were a short form of quality of life questionnaire (36-SF) and personality wellbeing index of adults (PWI-A). Islam-centered couple therapy protocol included a one-hour training program (8 sessions) that for the experimental group was implemented in a workshop with power point, lecture, question, and answer. Data analysis was conducted using SPSS 22 software through a multivariate analysis of variance and independent t-tests.
Findings There was a significant difference between the mean scores of the post-test step of experimental and control groups in the psychological well-being variable and components of quality of life ($p<0.05$).
Conclusion Islam-based couple therapy is effective in promoting the psychological well-being and quality of life of couples.
Keywords Couple Therapy; Islam; Well-Being; Quality of Life

CITATION LINKS

[1] Individual consequences of having work and family roles simultaneously in Iranian married ... [2] Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: a systematic review and ... [3] Mindfulness, physical impairment and psychological well-being in people with amyotrophic lateral ... [4] Mindfulness training for health profession students-the effect of mindfulness training on psychological well-being, learning and clinical performance of health professional students: a systematic review of randomized and non-randomized controlled ... [5] Positive ... [6] The optimistic child: a proven program to safeguard children against depression and build lifelong ... [7] How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation ... [8] Quality of life: its definition and ... [9] Psychotherapists in independent practice: some findings and ... [10] The typological approach in child and family psychology: a review of theory, methods, and ... [11] Reasonable relationship between religious views, optimism, physical health and mental health among students of Shahid Chamran University of ... [12] The effectiveness of short-term psychotherapy "self-control training" with and without religious (Islamic) orientation on anxiety and stress ... [13] The effect of Islamic self-knowledge on increasing marital ... [14] The effectiveness of psychological training based on Islamic traditions on marital satisfaction of ... [15] Religious coping, symptoms of depression and anxiety, and well-being among Somali college ... [16] "Wearing my spiritual jacket": the role of spirituality as a coping mechanism among African American ... [17] The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly ... [18] Incorporating religion and spirituality into teaching and practice: the Drexel School of public health ... [19] The relationship between spirituality, health and life satisfaction of undergraduate students in the UK: an online questionnaire ... [20] Translation, reliability and validity of Persian version of SF-36 ... [21] Subjective wellbeing ... [22] The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical ... [23] A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of ... [24] Religion, social networks, and life ...

Copyright© 2019, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms.

اثربخشی زوج‌درمانی اسلام‌محور بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زوجین

رقیه نوری‌پور لیاولی PhD
گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
رضا پورحسین PhD
گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
ندا ملکی* PhD
گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
سیمین حسینیان PhD
گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران
هاجرخاتون قدمی‌جویباری PhD
گروه علوم قرآن و حدیث، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

چکیده
اهداف: فرهنگ و شخصیت هر فرد در خانواده پایه‌ریزی می‌شود و هر گونه آسیبی به آن، نسل آینده را دچار مشکل خواهد کرد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی اسلام‌محور بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زوجین انجام شد.
مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه در سال ۱۳۹۶ بین ۱۶ زوج مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شهر رشت انجام شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۸ زوج) و گواه (۸ زوج) جای گرفتند. ابزار تحقیق، فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) و شاخص بهزیستی شخصی بزرگسالان (PWI-A) بود. پروتکل زوج‌درمانی اسلام‌محور شامل یك برنامه آموزشی یک‌ساعته (۸ جلسه) بود که برای گروه آزمایش به‌صورت کارگاهی با پاورپوینت، سخنرانی، پرسش و پاسخ و ایفای نقش اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 22 و با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیره و T مستقل صورت گرفت.
یافته‌ها: بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه در متغیر بهزیستی روان‌شناختی و نیز مولفه‌های کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p<0/05$).
نتیجه‌گیری: زوج‌درمانی اسلام‌محور بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زوجین موثر است.
کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی، اسلام، بهزیستی، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۲۵
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۶
*نویسنده مسئول: malekineda59@yahoo.com

مقدمه

خانواده کانونی است که بذر هویت، فرهنگ و شخصیت هر فرد در آن پایه‌ریزی می‌شود و هر گونه آسیبی به آن، نسل آینده را از آثار سوء خود مصون نخواهد گذاشت و سازمان‌های اجتماعی زیادی را درگیر خود خواهد ساخت. یکی از آسیب‌هایی که ممکن است برای هر خانواده‌ای پیش آید طلاق است که مهم‌ترین و جدی‌ترین معضل اجتماعی و یک بحران عاطفی است که پیامدهای ناگواری را به بار می‌آورد[1]. در سال‌های اخیر، با افزایشِ آمار طلاق، این مساله به یك معضل مهم اجتماعی تبدیل شده است و هم‌اکنون ایران از نظر آمار طلاق در رتبه چهارم دنیا قرار دارد[2].

مطالعات نشان داده‌اند که یک ازدواج ناموفق و طلاق که ویژگی‌های آن شامل خشم، استرس و ناسازگاری است، تاثیراتی منفی بر بهزیستی روان‌شناختی دارد، به‌طوری که افرادی که ازدواج موفقی داشته‌اند بهزیستی روان‌شناختی بیشتری نسبت به کسانی که ازدواج نکرده‌اند یا طلاق گرفته‌اند یا بیوه‌اند دارند[3].

بهزیستی روان‌شناختی بیانگر این است که افراد چه احساسی از خودشان دارند و شامل پاسخ‌های هیجانی افراد، رضایتمندی از زندگی و قضاوت درباره کیفیت زندگی می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی شخص دارای هفت قلمرو مهم است که عبارت از: ۱) استانداردهای زندگی، ۲) سلامت، ۳) موفقیت در زندگی، ٤) نسبت خویشی، ٦) تعاملات اجتماعی و ۷) آینده ایمن هستند. افراد دارای بهزیستی روان‌شناختی بالا از زندگی خانوادگی و زناشویی خود رضایت دارند و روابط درستی را برقرار می‌نمایند. به علاوه این افراد شاد، خوش‌بین و مثبت‌نگرند و برای حل مسایل زندگی تلاش کرده و رضایت از زندگی بالایی دارند[4].

همچنین کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از شاخص‌های بهداشتی یا ترکیبی از شناخت‌های هر فرد در جنبه‌های مختلف زندگی و عملکرد در روابط انسانی، کاری و اجتماعی است که برای ادامه بهینه حیات بهزیستی فرد ضروری می‌نماید، به‌طوری‌که امروزه کیفیت زندگی را با امید به زندگی مقایسه کرده و اولی را شاخصی برای عرض زندگی و دومی را شاخص طولی آن می‌دانند. امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی، تعریف می‌شود و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت‌بخشی است[5]. بر طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی مطلوب باید چند بعد فیزیکی، عاطفی- روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را در بر گیرد[6]. *گو* و همکاران[7] دریافتند که رابطه‌ای متقابل و دوسویه میان سلامت و کیفیت زندگی وجود دارد. اهمیت وضعیت سلامت و کیفیت زندگی تا حدی است که صاحب‌نظران تمرکز مراقبت‌های بهداشتی قرن حاضر را بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بیان کرده‌اند و سلامتی را یکی از مجموعه‌ها و اجزای کیفیت زندگی می‌دانند. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به‌عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند در ارتباط با اهداف و انتظارات، معیارها و امور تلقی می‌کند. کیفیت زندگی چهار حیطه مرتبط با سلامت یعنی: الف) حیطه جسمانی، ب) حیطه روان‌شناختی، ج) حیطه روابط اجتماعی، و د) حیطه محیط زندگی را مورد بررسی قرار می‌دهد.

فلس و *پری*[8] کیفیت زندگی را خشنودی از زندگی توصیف نموده‌اند، بنابراین سنجش خشنودی افراد از طریق بررسی تجربه افراد از میزان حصول به آمال و آرزوهایشان انجام می‌پذیرد. این تجربه ممکن است برای افراد دیگر همین معنا و مفهوم را نداشته باشد. امروزه کیفیت زندگی به‌عنوان یک شاخص مهم در برآورد سطح

سلامت در جوامع مختلف مورد توجه قرار گرفته و اثربخشی بسیاری از مداخلات بهداشتی و درمانی با این شاخص ارزشیابی می‌شود.
هم‌اکنون دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به‌دنبال تبیین و حل تعارض‌های زناشویی هستند که از جمله آنها می‌توان دیدگاه شناختی- رفتاری، سیستمی، درمان هیجانی و غیره را نام برد. لیکن هیچ یك از نظام‌های نظری موجود به‌تنهایی برای همه بیماران و مشکلات آنها کارآیی کامل را ندارد. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند از طریق رویکردهای التقاطی می‌توان درمان‌های متفاوت یا ترکیبی از درمان‌ها را برای مشکلات خاص مراجعان به‌صورت انتخابی تجویز کرد[9]. در دو دهه اخیر، رویکرد کل‌گرایانه‌ای در شناخت بشر، راه را برای انجام بررسی‌های بیشتر در زمینه‌های مختلف هموار کرده است. در این رویکرد، معنویت به مثابه بعدی از ابعاد وجودی انسان، همچون بعد شناختی، هیجانی و رفتاری که سازنده ماهیت انسان است، در نظر گرفته می‌شود[10]. علی‌رغم تحقیقات گوناگونی که درباره رابطه مذهب و دینداری با متغیرهای متعدد روان‌شناختی- چه در حوزه فردی و چه در حیطه زناشویی- صورت گرفته است، ضرورت استفاده از رویکردهای مذهبی در کنار دیگر تکنیك‌های درمانی، به‌خصوص در کشورهایی که به اعتقادات مذهبی پایبندی بیشتری دارند، محسوس‌تر است. *شهنی ییلاق* و همکاران[11] پژوهشی با هدف بررسی برازش مدل رابطه بین متغیرهای نگرش‌های مذهبی، خوشبختی، سلامت روانی و سلامت جسمانی انجام دادند. براساس نتایج این پژوهش، مسیرهای مستقیم از نگرش‌های مذهبی به خوش‌بینی، از خوش‌بینی به سلامت روانی و از سلامت روانی به سلامت جسمانی معنی‌دار بود. همچنین مسیرهای غیرمستقیم از نگرش‌های مذهبی به سلامت روانی و جسمانی و از خوش‌بینی به سلامت جسمانی معنی‌دار بود. نتایج تحقیق *جان‌بزرگی*[12] نشان داد درمانگری با جهت‌گیری مذهبی بر تمامی عوامل اضطرابی شخصیت در جهت کاهش اضطراب حداقل در سطح ۹۵% تاثیر گذاشته است.
دانش[13]، میزان تاثیر خودشناسی اسلامی در درمان اختلاف‌های زناشویی را بررسی کرده است. نتایج حاکی از آن بود که افزایش خودشناسی به‌طور معنی‌داری باعث افزایش سازگاری زناشویی می‌شود. در جامعه اسلامی چنانچه خانواده بر پایه دستورات اسلامی بنا شود و زن و شوهر حقوق و وظایف دینی خود ر ا در قبال یکدیگر بشناسند و اصول رفتاری و ارتباطی را که توسط آیات و روایات ارایه شده رعایت کنند، می‌توانند به نهایت آرامش و سکینه‌ای که خداوند در ازدواج به ودیعه گذاشته است، نایل شوند و شیرینی دنیوی و اخروی یك زندگی شاد و سالم را بچشند. *فقیهی* و *رفیعی‌مقدم*[14] از رویکرد رفتار درمانی- شناختی با جهت‌گیری اسلامی برای درمان نوجوانان ۱۷ تا ۱۹ساله مبتلا به وسواس فکری- عملی استفاده کرده و کارآیی قابل توجه آن را گزارش نموده‌اند.
پژوهش‌های مختلفی نقش عقاید و باورهای مذهبی را بر بهداشت جسم و روان نشان می‌دهند. برای مثال، پژوهش‌ها از تاثیر مستقیم معنویت و دین بر افسردگی[15]، سلامت عمومی[15]، رفتار مقابله‌ای سالم[16]، کیفیت زندگی[17]، هویت[18] و رضایت از زندگی[19] حکایت دارند.
با توجه به اهمیت ویژه خانواده و نارسایی‌ها و نارضایتی‌هایی که در سیستم خانواده وجود دارد و مفیدنبودن روش‌های برخواسته از غرب و با درنظرگرفتن تاثیر بالای فرهنگ و دین در غنی‌سازی خانواده، این پژوهش در صدد مداخله‌ای است که بر مبنای آموزه‌های اسلامی باشد. بنابراین، پژوهش حاضر در راستای چنین اهدافی با تنظیم جلساتی با عنوان زوج‌درمانی اسلام‌محور که در ادامه توضیح داده خواهد شد، انجام گرفت و سعی شد با استفاده از آیات، روایات، مباحث فقهی و متون مذهبی مرتبط با خانواده و زوجین، فنون و تکنیك‌هایی بر پایه تعالیم اسلامی در کنار مباحث علمی به زوجین آموزش داده شود تا با استفاده از آن همسران با نگاهی مثبت و سرشار از امید و خوش‌بینی زندگی سالم و سازگاری را سپری کنند. با توجه به جامعیت نسبی مدل زوج‌درمانی اسلام‌محور انتظار می‌رود آموزش آن به‌طور کلی وضعیت موجود زوج‌ها را در زمینه‌های متفاوت ارتقا ببخشد.
این مطالعه، به رهنمودهای دین اسلام در زمینه نقش‌ها، کارکردها، حقوق و وظایف زوجین، مولفه‌های دخیل در کیفیت زندگی و بهینه‌سازی بهزیستی روان‌شناختی، توجه ویژه‌ای داشت که احتمالاً آموزش کاربردی این دستورات و رهنمودها برای برخوردارشدن از زندگی سالم و رسیدن به سلامت زندگی زناشویی تاثیر مثبتی خواهد داشت.
لذا با توجه به مطالب گفته‌شده، هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر زوج‌درمانی اسلام‌محور بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین بود.

مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش شبه‌آزمایشی به‌صورت دو گروه آزمایش و گواه با پیش‌آزمون- پس‌آزمون است. جامعه آماری پژوهش را کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شهر رشت در سال ۱۳۹۶ تشکیل داد که پس از فراخوان و آگهی مراجعه کرده بودند. در واقع روش نمونه‌گیری در دسترس بود و گروه نمونه، زوجینی بودند که در پی فراخوان پژوهشگران و به‌صورت داوطلبانه آمادگی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند و بعد از اعمال ملاک‌های ورود و خروج، از بین افراد واجد شرایط، ۱۶ زوج به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند که به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۸ زوج) و گواه (۸ زوج) جای گرفتند. گروه نمونه بین ۲۵ تا ٤٥ سال داشته و میزان پایبندی مذهبی‌شان در حد متوسط و خوب ارزیابی شد. آنها تاکنون برای مشکلات زناشویی به دادگاه مراجعه نکرده بودند و سابقه طلاق یا جدایی نداشتند.
برای هر دو گروه، پیش‌آزمون یك هفته قبل از اجرای روش مشاوره‌ای و پس‌آزمون دو هفته بعد از پایان جلسات به عمل آمد. گروه دوم (گواه) در لیست انتظار قرار گرفتند تا در دوره بعدی جلسات شرکت نمایند.

ملاک‌های ورود به درمان شامل حضور همزمان زن و شوهر در کلیه جلسات، تحصیلات حداقل دیپلم، مدت ازدواج ۳ تا ۱۰ سال، نداشتن مشکلات زناشویی ناشی از بیکاری یا مشکلات اقتصادی یا خیانت زوجین یا گمان خیانت، نداشتن ازدواج دوم یا چندم، زندگی‌کردن در یک خانه و با هم، نداشتن اختلال روان‌شناختی بارز و عدم درمان در مراکز دیگر به‌طور همزمان به‌صورت فردی یا گروهی بود. معیارهای خروج نیز اعتیاد به مواد مخدر یا الکل حداقل یکی از زوج‌ها در زمان درمان، استفاده از داروهای روان‌پزشکی یا مداخله‌های روان‌درمانی در زمان درمان و سابقه بستری‌شدن در بیمارستان روان‌پزشکی در نظر گرفته شد.

برای انجام مطالعه از ابزار زیر استفاده شد:

۱- فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36): این پرسش‌نامه توسط *وِیر* و همکاران در سال ۱۹۹۳ ساخته شده و مشتمل بر ۳۶ آیتم است که به‌طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به کار برده می‌شود. این پرسش‌نامه ۸ مولفه کیفیت زندگی شامل سلامت عمومی، کارکرد فیزیکی، بهزیستی، درد بدنی، محدودیت‌های نقش به‌علت سلامت فیزیکی (نقش فیزیکی)، محدودیت‌های نقش به‌علت سلامت هیجانی (نقش هیجانی)، کارکرد اجتماعی و سلامت روانی را ارزیابی می‌کند. در ایران این فرم توسط *منتظری* و همکاران[20] با روش ترجمه و ترجمه مجدد به فارسی برگردانده و روی ٤١٦٣ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا (میانگین سنی ۳۵/۱ سال) که ۵۲% آنها زن بودند هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارش‌شده برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ است، به‌غیر از خرده‌مقیاس سرزندگی که ۰/٦٥ بود. در مجموع یافته‌ها نشان دادند که نسخه ایرانی این پرسش‌نامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است[20].

۲- شاخص بهزیستی شخصی بزرگسالان (PWI-A): شاخص بهزیستی شخصی بزرگسالان در سال ۲۰۰٦ توسط *کامینز* و همکاران[21] به‌منظور ارزیابی بهزیستی شخصی ساخته شد. این ابزار دارای ۹ گویه است که گویه اول آن بهزیستی فردی را به‌طور کلی اندازه می‌گیرد، ولی ۸ گویه آن میزان رضایت فرد از یکی از ابعاد اصلی زندگی از جمله استاندارد زندگی، سلامت شخصی، موفقیت در زندگی، روابط شخصی، امنیت شخصی، پیوند با جامعه و امنیت آینده و معنویت- مذهب را ارزیابی می‌کند. برای پاسخگویی به گویه‌های این ابزار، فرد میزان موافقت خود با هر کدام از آنها را با انتخاب یکی از اعداد صفر تا ۱۰ مشخص می‌کند. در این طیف نمره صفر نشان‌دهنده کاملاً ناراضی و عدد ۱۰ به معنی کاملاً راضی است. نتایج این پرسش‌نامه در استرالیا و دیگر کشورها حاکی از پایایی مطلوب این آزمون است. ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. پایایی حاصل از روش بازآزمایی نیز در فاصله بین یک تا دو هفته ۰/۸٤ گزارش شده است. همبستگی معنی‌دار (۰/۷۸) بین شاخص بهزیستی شخصی و مقیاس رضایت از زندگی، بیانگر اعتبار همگرای شاخص بهزیستی شخصی است[21].

متغیر مستقل، آموزش زوج‌درمانی اسلام‌محور بود که ابتدا با استفاده از آیات، روایات، منابع، کتاب‌ها و نرم‌افزارهای معتبر اسلامی در این زمینه به روش توصیفی تحلیلی جمع‌آوری، دسته‌بندی و تجزیه و تحلیل شد و سپس برنامه مداخلاتی با محوریت مهارت‌های ارتباطی، مهار خشم، حل تعارض، رفتار جنسی و مسایل مذهبی که شامل یك برنامه آموزشی یک‌ساعته (۸ جلسه) بود توسط پژوهشگران تحقیق برای گروه آزمایش به‌صورت کارگاهی با پاورپوینت، سخنرانی، پرسش و پاسخ و ایفای نقش اجرا شد (جدول ۱).

جدول ۱) پروتکل زوج‌درمانی اسلام‌محور

جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر، معرفی برنامه آموزشی درمانی، آشنایی با قوانین جلسات درمانی، آشنایی با تعریف ارتباط، تبیین اهمیت ارتباط در زندگی زوجین، شناسایی مولفه‌های ارتباط و اهمیت آنها، آشنایی با سبک‌های مختلف ارتباط کلامی و شناسایی و کاربرد بهترین سبک
جلسه دوم: تشریح نمای کلی خانواده از منظر اسلام و دستورات الهی مبنی بر وظایف و اختیارات هر یك از همسران برای زوجین، بحث و تبادل نظر درباره مهرورزی زن نسبت به شوهر در دو حوزه: الف) ارضای جنسی شوهر و تمکین کامل برای ایشان و ب) اطاعت و احترام به شوهر، تقسیم نقش‌ها با توجه به تفاوت‌های فردی، توانمندی‌ها، علایق، همکاری زوجین و فرهنگ ایثار
جلسه سوم: آموزش اصول ارتباطی زن و شوهر از دیدگاه اسلام و موانع و تسهیل‌گرهای ارتباطی با نگاه دینی و سپس با نگاه علمی، بحث و مذاکره در مورد علایق متفاوت یکدیگر و احترام‌گذاشتن به این علایق، مشخص‌کردن و طرح‌ریزی فعالیت‌های مثبت به‌منظور لذت‌بردن از فعالیت‌های تفریحی مشترک و انفرادی، آشنایی با اصول برنامه‌ریزی و مدیریت زمان در جهت ایجاد اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت تفریحی، برنامه‌ریزی برای فرصت‌های تعطیلی با هدف به‌حداکثررساندن لذت و به‌حداقل‌رساندن تعارض، استفاده از مهارت‌های حل مساله برای توافق روی نحوه لذت‌بردن هر دو زوج از یک موقعیت تفریحی
جلسه چهارم: بحث درباره لزوم خودشناسی و خودسازی و این که برای یك زندگی ایده‌آل‌تر و رسیدن به کمال والاتر، تغییراتی هم در زن و هم در شوهر لازم است که مقدمه آن شناخت ویژگی‌های مثبت و منفی خود و تلاش بیشتر برای بهترشدن است، برنامه‌ریزی و طراحی قوانینی برای رفت‌وآمد با اعضای فامیل، چگونگی تکریم شخصیت و احترام به اعضای فامیل همدیگر، تلاش برای ایجاد تصویر مثبت از زندگی مشترک در بین اعضای فامیل زوجین و ارایه تکلیف
جلسه پنجم: آشنایی با ماهیت و تعریف خشم، اهمیت کنترل پرخاشگری، شیوه‌های مدیریت خشم، آرام‌سازی، شیوه صحیح ابراز آن و نهایتاً رسیدن به عفو و گذشت و حتی احسان طبق مدل اسلامی "والکاظمین الغیظ"
جلسه ششم: مرور تمرینات جلسه قبل، آشنایی زوجین با ویژگی‌های والد و مربی سالم از نگاه تربیتی اسلام، مذاکره در مورد راهبردهای تربیتی به شیوه‌ای سازنده و با توجه به وضعیت موجود، تبادل نظر درباره راهبردهای تربیتی و پشتیبانی از رفتار تربیتی یکدیگر
جلسه هفتم: شرح آموزه‌های دینی برای تحکیم و استقرار معنویت در بین زن و شوهر، بحث و مذاکره در مورد برنامه‌های فردی و مشترک مذهبی، بحث و برنامه‌ریزی در مورد مسافرت‌ها و مراسم‌های مشترک و فردی مذهبی
جلسه هشتم: بررسی مجدد موضوعات قبلی، گرفتن بازخورد از زوجین در مورد تاثیر جلسات آموزشی، پاسخ به سئوال‌های زوجین و رفع ابهام‌های موجود، جمع‌بندی نهایی

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، با توجه به هدف پژوهش از آماره‌های توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، از آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها و از تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون

T مستقل برای بررسی اثربخشی مداخله با کمک نرم‌افزار SPSS 22 استفاده شد.

یافته‌ها

۸ زوج با میانگین سنی ۲۸/۳۲±۳/۹۵ سال در گروه آزمایش و ۸ زوج با میانگین سنی ۳۰/۱۵±٤/۰۸ سال در گروه گواه در پژوهش شرکت داشتند. در گروه گواه، ۵ نفر (۳۱/۲%) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۷ نفر (٤۳/۸%) دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ٤ نفر (۲۵/۰%) دارای مدرک تحصیلی بالاتر از لیسانس بودند. در گروه آزمایش نیز ۵ نفر (۳۱/۲%) مدرک تحصیلی دیپلم، ۲ نفر (۱۲/۵%) مدرک تحصیلی فوق‌دیپلم، ٦ نفر (۳۷/۵%) مدرک تحصیلی لیسانس و ۳ نفر (۱۸/۸%) مدرک تحصیلی بالاتر از لیسانس داشتند.

بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه در متغیر بهزیستی روان‌شناختی و نیز مولفه‌های کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار وجود داشت (جدول ۲).

جدول ۲) میانگین آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه و مقایسه نمرات پس‌آزمون دو گروه

متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	مقدار F	سطح معنی‌داری
بهزیستی روان‌شناختی				
گروه آزمایش	٤۷/٤٦±۱۲/۷۱	۷۰/۱۶±۱۵/۸۲	۴۴/۲۵	۰/۰۴۱
گروه گواه	٤۲/٦۵±۱۱/۸۰	۴۱/۹۴±۱۱/۹۵		
سلامت روانی				
گروه آزمایش	٤۲/۷٦±۱۱/۶۶	۶۸/۳۶±۱۳/۰۸	۲۵/۳۸	۰/۰۰۱
گروه گواه	٤۱/۰۱±۱۰/۵۲	۴۰/۹۵±۱۰/۱۱		
عملکرد جسمانی				
گروه آزمایش	٤۵/٦۳±۹/۷۳	۴۶/۴۹±۱۰/۱۳	۲۲/۴۳	۰/۰۱۷
گروه گواه	٤٤/۱۸±۸/۸۲	۴۳/۹۸±۷/۱۸		
محدودیت به‌دلیل جسمانی				
گروه آزمایش	٤۳/۵۲±۱۰/۵۴	۴۰/۷۴±۹/۱۶	۲۳/۶۷	۰/۰۰۵
گروه گواه	٤٦/۸۷±۱۰/۱٦	۴۶/۵۳±۱۰/۰۳		
محدودیت به‌دلیل روانی				
گروه آزمایش	٤۷/۳۹±۱۱/۹۶	۴۵/۸۳±۹/۱۷	۲۴/۵۹	۰/۰۰۱
گروه گواه	٤٤/۷۳±۱۰/۱۲	۴۰/۲۷±۹/۲۶		
سلامت عمومی				
گروه آزمایش	٤۳/۹۰±۱۰/۲۵	۶۰/۷۴±۱۲/۴۷	۱۴/۴۶	۰/۰۰۱
گروه گواه	٤٦/۱۱±۹/۵۸	۴۵/۸۳±۹/۷۶		
درد				
آزمایش	٤۳/۵۳±۱۰/۴۶	۴۲/۸۲±۹/۱۸	۱۲/۷۵	۰/۰۱
گواه	٤۳/۱۸±۱۰/۵۸	۴۳/۰۴±۱۰/۱۷		
خستگی				
آزمایش	٤۳/۳۹±۸/۵۷	۴۸/۱۵±۱۰/۷۵	۱۰/۸۱	۰/۰۲
گواه	٤۲/۱۲±۷/۹۳	۴۱/۳۵±۷/۲۷		
عملکرد اجتماعی				
آزمایش	٤۱/۹٤±۱۰/۵۱	۷۰/۱۵±۱۴/۲۷	۲۲/۹٦	۰/۰۰۱
گواه	٤۳/۷٦±۹/۹۸	٤۲/۰۹±۹/۰۱		
نمره کلی کیفیت زندگی				
آزمایش	٤۱/٤٦±۱۲/۸۳	۷۰/۳۲±۱۵/۱۷	-	-
گواه	٤٦/۸۹±۱۲/۰٤	۴۵/۳۶±۱۱/۸۹		

بین نمرات پس‌آزمون دو گروه در نمره کلی بهزیستی شخصی (t=۲۵/۸۳؛ p<۰/۰۰۱) و کیفیت زندگی (t=۳۸/۵۹؛ p<۰/۰۰۱) نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده شد.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی اسلام‌محور بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و نیز بهبود مولفه‌های کیفیت زندگی زوجین در شهر رشت موثر بوده است. در تبیین تاثیر زوج‌درمانی اسلام‌محور می‌توان چند نکته مهم را اظهار داشت:

الف) آموزه‌های دینی با تغییر نگرش افراد به مشکلات و تعارضات زندگی، می‌توانند به افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی کمک کنند. در پروتکل تدوین‌شده، تغییر نگرش مراجعان به مشکلات زندگی مد نظر بود. در تبیین مشکلات گفته شد که زندگی دنیوی بدون مشکل نیست، اما این مشکلات (برای مثال، بدخلقی یکی از همسران، یا درآمد کم) امتحانی است که خداوند برای بنده‌اش مقدر کرده است (سوره بقره، آیه ۱۵۵) و این امتحان خارج از توان فرد نیست (سوره بقره، آیه ۲۸۶) و لازمه امتحان و بلا، صبر و شکیبایی است (سوره فرقان، آیه ۲۰). امام صادق(ع) می‌فرماید: هیچ مومنی نیست، مگر این که به بلایی گرفتار شود و بلای بزرگ‌تر و گرفتاری شدیدتری هم به‌دنبال او در انتظار است. اگر در همان بلا صبر و شکیبایی داشته باشد، خداوند آن بلای بزرگ‌تر را برطرف می‌کند و اگر صبر نکرده و بی‌تابی کند، بلای بزرگ‌تر که در انتظار اوست، فرا می‌رسد و مرتب گرفتاری‌ها بیشتر می‌شود تا وقتی که صبر نیکو و شکیبایی را انتخاب کند. البته خداوند، برای صبر و تحمل فرد هم پاداش و درجه در نظر می‌گیرد و هم به‌دنبال هر سختی، وعده گشایش و راحتی می‌دهد (سوره انشراح، آیه ۵). پس در مشکلات، به‌جای سرزنش همدیگر یا لعن و نفرین به دنیا، به‌دنبال غلبه بر مشکل بوده و در مواردی با صبر و شکیبایی زمینه رشد و تعالی خود را فراهم کنیم.

ب) درمانگری مذهبی، زوجین را به دیدن نکات مثبت زندگی زناشویی به‌همراه مشکلات آن تشویق می‌کند. در این تکنیک عنوان شد که بسیاری از زوجین به‌خاطر خطاها و تحریف‌های شناختی تنها به‌دنبال دیدن عیوب و نقایص زندگی و مدام در حال شکوه و ناله هستند و خوبی‌ها و خوشی‌های زیادی که تا به حال داشته‌اند را فراموش می‌کنند و از همین رو از زندگی زناشویی‌شان ابراز نارضایتی می‌کنند. در حالی که درك بهتر و بیشتر نکات مثبت زندگی و خوشی‌ها، تصویر همسر و زندگی زناشویی را در نظر فرد بهبود بخشیده و موجب رضایت زناشویی بیشتر خواهد شد. دیدن خوشی‌ها به‌همراه ناخوشی‌ها تصویر واقع‌بینانه‌تری از زندگی زناشویی و همسر به دست می‌دهد.

ج) درمانگران در درمان‌های زناشویی با رویکرد اسلامی تلاش می‌کنند تا درك زوجین از مقدس‌بودن ازدواج را بالاتر ببرند. در مقدس‌سازی ازدواج، زوج‌ها انرژی بیشتری برای حفظ آنچه مقدس می‌دانند، صرف می‌کنند. زوج‌هایی که زندگی زناشویی خود را مقدس

می‌دانند، بیش از دیگران برای حفظ و نگهداری این رابطه می‌کوشند. چنین رفتارهایی به نوبه خود باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و نیز کیفیت زندگی آنها می‌شود.

ه) حیاتی‌ترین آموزه‌های دینی در درمان زناشویی تذکر زوجین به مرگ و نزدیک‌بودن آن است (سوره ق، آیه ۱۹). برای بسیاری از افراد ، یاد مرگ از مهم‌ترین عوامل بازدارنده رفتارهای نادرست در زندگی زناشویی است. در جلسات تدوین‌شده، در خصوص این مساله صحبت شد. بازخورد بسیار مثبت زوجین بعد از جلسه‌ای که در آن درباره مذهب و یاد مرگ گفت‌وگو شده بود، بیانگر این مساله است. نتایج این تحقیق همسو با پژوهش‌های فراوانی است که در رابطه با تاثیر نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی بر ابعاد مختلف زندگی زوجین صورت گرفته است که به چند مورد اشاره می‌شود:

کراگلو و همکاران[22] در پژوهشی نشان دادند اعتقاد به اصول دین و نگرش مذهبی، یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت از زندگی است. در هجده کشور جهان به‌منظور مشاهده چگونگی رابطه معنویت، مذهب و باورهای شخصی با کیفیت زندگی، پژوهشی انجام شد. نتایج همبستگی بالایی را بین این مولفه‌ها با همه حوزه‌های کیفیت زندگی نشان داد. همچنین نتایج حاکی از آن بود که زنان در مقایسه با مردان ایمان و احساس معنویت بیشتری را گزارش کردند[23].

لیم و *پوتنام*[24] در مطالعات خود در مورد مشارکت مذهبی زوجین نشان دادند که هر چه میزان زمان سپری‌شده زوجین در انجام عبادات بیشتر باشد، کاهش منازعات زناشویی را برای آنها به ارمغان خواهد آورد و شادمانی و رضایتمندی زناشویی بیشتر را تجربه خواهند کرد.

لذا به نظر می‌رسد راهبردهای درمانی متناسب با فرهنگ جامعه دینی و مذهبی (که البته با نیازهای وجودی انسان متناسب است)، مخصوصاً در زمینه زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی بسیار مورد نیاز است و غفلت از ارزش‌های مذهبی در شیوه‌های درمانگری را می‌توان ازدست‌دادن حوزه وسیع و غنی از راهبردهای مقابله‌ای و درمانی تلقی کرد.

در نتیجه‌گیری از پژوهش فوق این نکته را نباید نادیده گرفت که میزان تقیدات مذهبی و دغدغه افراد برای آگاهی و اجرای دستورهای دینی و میزان پذیرش آنها نسبت به بایدها و نبایدهای حکیمانه و دقیق اسلام در حیطه مسایل زناشویی در کاربردی‌ترکردن این شیوه درمانی دخیل است و با توجه به این که این تحقیق در جامعةالقرآن و بر نمونه‌ای که گرایش‌های مذهبی دارند، انجام گرفته است، در تعمیم آن به سایر افراد باید احتیاط شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتر در این زمینه و بر نمونه‌های مختلف انجام شود.

این پژوهش نیز همانند پژوهش‌های انسانی دیگر دارای محدودیت‌هایی است؛ اول این که متغیرهای پژوهش پس از اتمام آموزش زوج‌درمانی اسلام‌محور ارزشیابی شده و تداوم تاثیر برنامه‌ها بر بهزیستی روان‌شناختی پیگیری نشده است. دوم این که شرکت‌کنندگان در مداخله زوج‌درمانی اسلام‌محور تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند و این موضوع تعمیم نتایج را به گروه‌هایی با تحصیلات پایین‌تر محدود می‌کند و نیز این تحقیق در یک موقعیت جغرافیایی و یک استان انجام شده است و تعمیم نتایج آن به سایر شهر و فرهنگ‌ها باید با احتیاط انجام شود.

با توجه به یافته‌ها و محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان پیشنهادهایی ارایه داد که زمینه‌های پژوهشی و کاربردی تازه را فراهم می‌آورد؛ اول با توجه به این که اثربخشی این مداخله با مداخله‌های مشابه مقایسه نشده، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی اثربخشی این مداخله با مداخلات دیگری چون شناختی رفتاری یا تحلیلی ارزیابی و مقایسه شود. همچنین برای تعمیم‌پذیری بهتر پیشنهاد می‌شود که پروتکل برای افرادی با تحصیلات پایین‌تر و نیز زوجین در حال طلاق نیز اجرا و معنی‌داری آن بررسی شود.

با توجه به جامعه مذهبی ایران و لزوم طراحی مداخله‌هایی متناسب با فرهنگ دینی برای اعتمادسازی و اطمینان بیشتر مراجعان، زوج‌درمانی با رویکرد اسلامی نشان‌دهنده پتانسیل بسیار بالای آموزه‌های دینی برای حل مشکلات جامعه، به‌ویژه در حوزه خانواده است و در پایان، به درمانگران پیشنهاد می‌شود تا بر مبنای پرسش‌نامه سبک زندگی مذهبی جدید و درمانگری بر پایه آموزه‌های سبک زندگی مذهبی، بسته درمانی تهیه نمایند تا بتوان از آن در مسیر درمانگری استفاده نمود.

نتیجه‌گیری

زوج‌درمانی اسلام‌محور بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زوجین موثر است.

تشکر و قدردانی: از کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و نیز کارکنان محترم کلینیک که در جمع‌آوری نمونه کمک شایانی داشته‌اند، کمال تشکر را داریم.

تاییدیه اخلاقی: موردی از سوی نویسندگان بیان نشده است.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان: رقیه نوری‌پور لیاولی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/تحلیلگر آماری (۲۵%)؛ رضا پورحسین (نویسنده دوم)، روش‌شناس (۲۰%)؛ ندا ملکی (نویسنده سوم)، پژوهشگر اصلی (۲۰%)؛ سیمین حسینیان (نویسنده چهارم)، نگارنده بحث (۲۰%)؛ هاجرخاتون قدمی جویباری (نویسنده پنجم)، نگارنده بحث (۱۵%)

منابع مالی: این تحقیق هیچ گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

منابع

1- Taghizadeh Z, Ebadi A, Mohammadi E, Pourreza A, Kazemnejad A, Bagherzadeh R. Individual consequences of having work and family roles simultaneously in Iranian married women. Women Health. 2017;57(1):52-68.

2- Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson

13- Danesh E. The effect of Islamic self-knowledge on increasing marital adjustment. J Couns Res. 2004;3(11):8-30. [Persian]
14- Faghihi AN, Rafiei Moghaddam F. The effectiveness of psychological training based on Islamic traditions on marital satisfaction of couples. J Psychol Relig. 2009;2(3):89-104. [Persian]
15- Areba EM, Duckett L, Robertson C, Savik K. Religious coping, symptoms of depression and anxiety, and well-being among Somali college students. J Relig Health. 2018;57(1):94-109.
16- Dill LJ. "Wearing my spiritual jacket": the role of spirituality as a coping mechanism among African American youth. Health Educ Behav. 2017;44(5):696-704.
17- Ali J, Marhemat F, Sara J, Hamid H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people. Holist Nurs Pract. 2015;29(3):128-35.
18- Epstein RNE. Incorporating religion and spirituality into teaching and practice: the Drexel School of public health experience. In: Oman, editor. Why religion and spirituality matter for public health. Cham: Springer; 2018. p. 421-33.
19- Anand V, Jones J, Gill PS. The relationship between spirituality, health and life satisfaction of undergraduate students in the UK: an online questionnaire study. J Relig Health. 2015;54(1):160-72.
20- Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M. Translation, reliability and validity of Persian version of SF-36 questionnaire. Payesh. 2006;5(1):49-56. [Persian]
21- Cummins RA, Lau ALD, Davern MT. Subjective wellbeing homeostasis. In: Land KC, Michalos AC, Sirgy MJ, editors. Handbook of social indicators and quality of life research. New York: Springer; 2011. p. 79-98.
22- Krägeloh CU, Henning MA, Billington R, Hawken SJ. The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students. Acad Psychiatry. 2015;39(1):85-9.
23- WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Soc Sci Med. 2006;62(6):1486-97.
24- Lim C, Putnam RD. Religion, social networks, and life satisfaction. Am Sociol Rev. 2010;75(6):914-33.
C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2017;56:13-24.
3- Pagnini F, Phillips D, Bosma CM, Reece A, Langer E. Mindfulness, physical impairment and psychological well-being in people with amyotrophic lateral sclerosis. Psychology Health. 2015;30(5):503-17.
4- McConville J, McAleer R, Hahne A. Mindfulness training for health profession students-the effect of mindfulness training on psychological well-being, learning and clinical performance of health professional students: a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. Explore. 2017;13(1):26-45.
5- Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. Am Psychol. 2006;61(8):774-88.
6- Seligman MEP. The optimistic child: a proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience. New York: Houghton Mifflin Company; 2007.
7- Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. Clin Psychol Rev. 2015;37:1-12.
8- Felce D, Perry J. Quality of life: its definition and measurement. Res Dev Disabil. 1995;16(1):51-74.
9- Norcross JC, Prochaska JO. Psychotherapists in independent practice: some findings and issues. Prof Psychol Res Pract. 1983;14(6):869-81.
10- Mandara J. The typological approach in child and family psychology: a review of theory, methods, and research. Clin Child Fam Psychol Rev. 2003;6(2):129-46.
11- Shahni Yeylagh M, Shekarkan H, Movahed A. Reasonable relationship between religious views, optimism, physical health and mental health among students of Shahid Chamran University of Ahvaz. J Behav Sci Psychol. 2004;11(1-2):19-34. [Persian]
12- Janbozorgi M. The effectiveness of short-term psychotherapy "self-control training" with and without religious (Islamic) orientation on anxiety and stress control [Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 1999. [Persian]