

## اثربخشی خانواده‌درمانی مذهبی با رویکرد اسلامی بر کارآمدی خانواده، رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط والدین دارای فرزند نوجوان

محمد ثناگویی زاده<sup>۱</sup>

### چکیده

مذهب به عنوان یک سازه روان‌شناختی مهم و تأثیرگذار در فرایند خانواده‌درمانی محسوب می‌شود و هنوز مداخلات خانواده‌درمانی مبتنی بر مذهب از الگوی منسجمی برخوردار نیست، از این رو پژوهش حاضر با هدف تدوین و اثربخشی خانواده‌درمانی مذهبی بر کارآمدی خانواده، رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط والدین دارای فرزند نوجوان انجام شد. روش پژوهش ترکیبی از نوع راهبرد متوالی است. در بخش کیفی خانواده‌درمانی مذهبی با استفاده از روش تحلیل مضامین تدوین و اعتباریابی شد و در بخش کمی با استفاده از روش نیمه‌تجربی با طرح خط پایه همراه گروه کنترل اثربخشی خانواده‌درمانی مذهبی بر متغیرهای وابسته پژوهش انجام شد. جامعه آماری پژوهش خانواده‌های دارای فرزند نوجوان بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۴ والد که معیارهای پژوهش را داشتند با اعلام موافقت خویش به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل کارآمدی خانواده، رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط بود. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در چهار مرحله ارزیابی شد و نتایج حاکی از تأثیر معنادار ( $p < 0/05$ ) خانواده‌درمانی مذهبی بر متغیرهای کارآمدی خانواده با ضریب تأثیر ۲۰٪، رضایت زناشویی ۸۳٪ و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط ۷۳٪ در گروه آزمایش بود. نتایج نشان داد این برنامه با استفاده از مهارت‌های مذهبی مانند اصلاح ادراک از خداوند و معنابخشی الهی به روابط توانسته است بر مداخلات مهرورزی، گفت‌وگوی خوب و رعایت حقوق همدیگر نقش ایفا کند. نتایج این پژوهش می‌تواند برای خانواده‌درمانگران برا استفاده از این الگو مفید باشد.

کلیدواژه‌ها: خانواده‌درمانی مذهبی، کارآمدی، رضایت زناشویی، غنی‌سازی ارتباط.

<sup>۱</sup> استادیار گروه مطالعات خانواده، پژوهشکده الهیات و خانواده، پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی؛

(نویسنده مسئول) m.sanagouezadeh@isca.ac.ir

## The effectiveness religious family therapy with Islamic faith on family efficiency, marital satisfaction and relationship enrichment indicators of parents with teenage children

Mohammad sanagoei zadeh<sup>1</sup>

### Abstract

Religion is considered in the process of family therapy as an important and influential psychological construct, and yet do not have models of family therapy integrate based on religious interventions, therefore the aim's of present study is developed religious family therapy and was effectiveness that on family efficiency, marital satisfaction, communication enrichment indicators in parents with teenager. The research method was mix method of Sequential strategy. In qualitative section was developed model of religious family therapy using of analysis thematic, and in quantitative section was effectiveness religious family therapy on dependent variables using method semi-experimentally with a baseline and control group. The statistical population was the families with teenager and sampling method was available. Twenty four Families randomly were placed in two control & experimental groups. The research tools included family efficiency, marital satisfaction, and relationship enrichment indicators, and the research data was evaluated using the repeated measure analysis of variance in four stages. The founding indicated this protocol have significant effect ( $p < 0.05$ ) on family efficiency ( $\beta = 20\%$ ), marital satisfaction ( $83\% = \beta$ ) and enrichment indicators ( $\beta = 73\%$ ). The results showed religious skills such as perception of God and giving divine meaning to relationships, has been effectiveness on kindness, good conversation and respect for each other's rights. The results of this research can be useful for family therapists.

**Keywords:** religious family therapy, family efficacy, marital satisfaction, relationship enrichment.

---

1. Assistant of Family Studies Department, Islamic Sciences and Culture Academy, Qom, Iran (correspond Author) Email: m.sanagouezadeh@isca.ac.ir

## مقدمه

در چرخه رشد خانواده، ورود فرزند به دوران نوجوانی دوران گذر برای خانواده محسوب می‌شود، به نحوی که یکی از مهم‌ترین مشکلات والدین دارای فرزند نوجوان، نحوه تعامل با اوست (ثناگویی زاده، اعتمادی، احمدی و جزایری، ۱۳۹۸). نظریه‌های خانواده‌درمانی معتقدند آسیب در خانواده به تعامل در نظام زوجی مربوط است و اگر نظام زناشویی کارکرد مثبت، پویا و دارای روابط غنی داشته باشد عملکرد سایر خرده‌نظام‌های درون خانواده نیز مثبت خواهد شد (گلدنبرگ و گلدنبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲: ۱۰۰-۱۰۲). در صورتی نظام زوجی دارای کارکرد مثبت، پویا و غنی است که زوج‌ها از رابطه با همدیگر احساس رضایت داشته باشند (پدرو، ریبیرو و شلتون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵).

رضایت زناشویی احساس رضامندی زوج‌ها نسبت به توافق و تفاهم در حیطه‌های مختلف زندگی زناشویی است و اگر زوج‌ها احساس رضایت کنند، می‌توان انتظار داشت که ازدواج آنان موفق و سازگار است (ثناگویی زاده، ۱۴۰۰ الف). پژوهشگران حیطه رضایت زناشویی معتقدند عوامل درونی نظام زناشویی و بیرونی آن در تحقق رضایت تأثیرگذارند، از نظر آن‌ها عواملی نظیر شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط به نسبت دیگر عوامل تأثیرگذاری بیشتری بر رضایت دارند (نیلفروشان، عابدی و احمدی، ۱۳۹۳: ۸۷).

شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط اصول و مهارت‌هایی هستند که به روابط رضایت‌مند، حمایت‌کننده و پایدار منجر می‌شود (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۷) و برنامه‌های غنی‌سازی ازدواج با هدف تحقق شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط، مداخلات را تنظیم می‌کنند (برگر و هانا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). شاخص‌های غنی‌سازی مبتنی بر بافت فرهنگی مذهبی خانواده‌ها متفاوت است (ساتکین و همکاران، ۱۴۰۰). از این رو در مطالعه‌ای شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط با نگرش به منابع اسلامی بررسی شد و مؤلفه‌های مدارا و سازگاری، همدلی و گفت‌وگوی خوب، جذابیت، مشارکت و مهرورزی، دوستداری، مسئولیت‌پذیری، رعایت حقوق همدیگر، وفاداری، پرهیز از استبداد و ارتباط بد یافت شد (ثناگویی زاده، هادی و اعتمادی، ۱۴۰۰ ب). در مطالعه‌ای دیگر مؤلفه‌های مؤثر در غنی‌سازی زندگی زناشویی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی شامل زیرساخت‌ها، ابزارها و قوا، قالب‌ها و عملکردها معرفی شد (ساتکین و همکاران، ۱۴۰۰).

1. Goldenberg, & Goldenberg
2. Pedro, Ribeiro, & Shelton.
3. Berger & Hannah.

به کارگیری مدل‌های مرسوم خانواده‌درمانی برای تقویت روابط در خانواده ایرانی باید با در نظر گرفتن فرهنگ و بافت آن خانواده باشد، زیرا از نظر روان‌شناسی فرهنگی تعاملات درون خانواده، نقش‌ها و وظایف و الگوهای ارتباطی را فرهنگ مراجع و منابع خانواده معین می‌کند (دانشپور<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). در خانواده‌های ایرانی مردان انتظار دارند که زنانشان از خانه و فرزندانشان مراقبت کنند و فعالیت‌های آنان در خانه و جامعه باعث تقویت موقعیت خانوادگی و شوهر شود، از مردان انتظار می‌رود که مقتدر سخت‌گیری باشند و در عین حال محبت و عشق را برای خانواده‌شان فراهم کنند. در روابط زناشویی در خانواده مسلمان سنتی معمولاً زنان به طور آشکار مخالفت نمی‌کنند و از طریق ارتباطی که با مادر شوهر یا فرزندان دارند مخالفت خود را به همسرانشان ابراز می‌کنند (دانشپور، ۲۰۱۸).

وقتی بین پدر و فرزندان تعارضی رخ دهد معمولاً مادران میانجی‌گری می‌کنند و رابطه بین پدر و پسر ممکن است سخت‌ترین رابطه باشد، رابطه بین پدر و پسر الگوی تضاد را تحریک می‌کند، زیرا هم تسلیم و هم رقابت در این الگو وجود دارد. همچنین صنعتی شدن و شهرنشینی اختیارات والدین را تضعیف کرده است و نوجوانان غالباً بین تمایلات خود برای استقلال و احساس وظیفه قوی خود در قبال پدران و مادران خود تضاد دارند (دانشپور، ۲۰۱۸). از این رو در خانواده‌ای که دارای فرزند نوجوان است، به دلیل آنکه نوجوان مسائل مختلف و متعددی را برای تعارضات والدینی فراهم می‌کند، تعارضات نظام زوجی بیشتر می‌شود.

بنابراین در مداخلات خانواده‌درمانی توجه به بافت فرهنگی خانواده، از جمله بافت مذهبی و معنوی می‌تواند روند مداخلات را تسریع و مؤثر کند، زیرا از یک دهه پیش تاکنون معنویت و مذهب در خانواده‌درمانی به عنوان یکی از منابع مؤثر برای تقویت روابط خانوادگی، کاهش اختلافات و تعارضات زناشویی، افزایش سازگاری و صمیمیت در روابط زوجین و افزایش رضایت زناشویی مطرح شده است (هو کو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ شاهین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷؛ بولوت<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰؛ تورگوت و فوسون<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰؛ ماهونی، فلینت، مک‌گراو<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰؛ ثناگویی زاده، ۱۴۰۰ الف؛ قشلاقی و همکاران، ۱۳۹۸؛ بیان فر و پریمی، ۱۴۰۱؛ جان بزرگی، ۱۳۹۵).

1. Daneshpour
2. Hook
3. Şahin
4. Bulut
5. Turgut & Fusun
6. Mahoney, Flint & McGraw

بافت فرهنگی خانواده‌های ایرانی بافت مبتنی بر باورها، سنت‌ها و مناسک اسلامی است (دانشپور، ۲۰۱۸). بنابراین در ادبیات اسلامی، نقش‌ها و وظایف و الگوهای ارتباطی بین اعضای خانواده مشخص و روشن شده است و فاصله‌گیری از آن می‌تواند در افراد توقع ایجاد کند. از این رو متغیر کارآمدی خانواده به‌عنوان یک سازه پویا در خانواده مبتنی بر ادبیات اسلامی تعریف می‌شود و خانواده کارآمد خانواده‌ای است که اعضای آن بتوانند مطابق با معیارهای اسلامی بینش‌ها و باورهای دینی، اخلاقی و حقوقی خود را تنظیم کنند (هشیاری، تقیان و صفورایی، ۱۳۹۵) و مبتنی بر آن، تعاملات و روابط بین‌فردی خود را براساس باورها، اخلاق و حقوق اسلامی تقویت کنند، نقش‌ها و وظایف خود را به درستی انجام دهند و به تعهدات بین‌فردی خود پایبند باشند.

با توجه به استقبال مراجعان و مطالبه آن‌ها از مشاوران برای استفاده از مذهب در مداخلات روان‌درمانی و خانواده‌درمانی، تلفیق مذهب با خانواده‌درمانی در پژوهش‌های رایج روان‌شناسی معمولاً امر مبهم و غیرحرفه‌ای تلقی شده است، زیرا هنوز نحوه استفاده از مذهب در مداخلات خانواده‌درمانی مشخص نیست (هولومبرگ، جنسن و وتری<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). این موضوع از چند جهت قابل بررسی است: ۱) تاریخچه تحولی استفاده از مذهب در مشاوره و روان‌درمانی نشان از ستیزه‌جویی روانکاوان و روان‌شناسان برجسته‌ای مانند فروید، الیس و اسکینر به مذهب دارد (کائو، پتیت و کوک<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). آموزش‌های تخصصی و حرفه‌ای برای مشاوران و روان‌شناسان برای استفاده از مذهب در مداخلات خانواده‌درمانی صورت نگرفته است، ۳) الگو و مدل منسجم و مشخصی برای استفاده از مذهب در مداخلات خانواده‌درمانی وجود ندارد (ماهونی و همکاران، ۲۰۲۰). از این رو تدوین الگوی خانواده‌درمانی مذهبی و بررسی اثربخشی آن بر سازه‌های مرتبط با روابط خانوادگی یک ضرورت است.

در روانشناسی، مذهب به‌معنای دین به‌عنوان یک نظام ایمانی سازمان‌یافته و نهادینه‌شده با سنت‌ها، آموزه‌ها، اعمال و جامعه‌ای از پیروان مشترک، تعریف شده است (اوکساندلر و پریش<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). هرچند مطابق تعریف برخی روان‌شناسان بین مذهب و معنویت تفاوت ایجاد شده است و معنویت به‌معنای آن است که مردم به‌دنبال امر مقدس در زندگی خود می‌گردند و از طریق آن د پی کشف، نگه‌داشتن و در صورت لزوم تغییر

1. Holmberg, Jensen, & Vetere.  
2. Kao, Petet, & Cook.  
3. Oxhandler & Parrish.

امر مقدس در زندگی خود هستند (اشتاین‌هاوزر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷)، از نظر قرآن کریم و احادیث معصومین (ع) - که دو منبع اصیل اسلامی هستند - هیچ تمایزی بین دین و معنویت وجود ندارد و مفهوم دین در چتر معنویت قرار گرفته است؛ یعنی دین مسیر معنوی را برای نجات و راهی برای زندگی فراهم می‌کند (رسول<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵: ۲۷).

پژوهش‌های جدید خانواده‌درمانی نشان از علاقه‌مندی پژوهشگران به تلفیق مذهب با خانواده‌درمانی دارد؛ برای نمونه در پژوهشی به تلفیق خانواده‌درمانی بین‌نسلی بوئن<sup>۳</sup> با مذهب پرداخته شد؛ از نظر او، آموزش‌هایی درباره‌ی خداوند به صورت منحصر به فرد می‌تواند به حل سیستم‌های معیوب در خانواده کمک کند و تمایز یافتگی از خداوند می‌تواند در روند ارتباط با سایر اعضا و سطح اضطراب فرد تأثیرگذار باشد، به صورتی که در روابط زوج‌ها، مثلث‌سازی با خداوند و ارتباط با او می‌تواند اضطراب را کاهش دهد و به حل تعارضات و مشکلات زناشویی زوجین کمک کند (بالوت<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰).

همچنین نتایج یک فراتحلیل نشان داد که درمانگران در مداخلات درمانی از روش‌های مذهبی خاص مانند رجوع به کتاب مقدس در ۳۹ درصد، استفاده از دعا در ۲۹ درصد و استفاده از تصاویر مذهبی در ۱۸ درصد موارد استفاده کردند (هوک و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهش‌هایی نیز تلاش کردند تا معنویت را با خانواده‌درمانی ستیر (فلویت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵) و با خانواده‌درمانی شناختی-رفتاری (تورگوت و فوسون، ۲۰۲۰)، اسلام را با خانواده‌درمانی (دانشپور، ۲۰۱۸) و با زوج‌درمانی (سالاری‌فر و همکاران، ۱۳۹۲؛ محمودزاده و همکاران، ۱۳۹۳؛ جدیری و همکاران، ۱۳۹۶؛ مهدی نژاد قوشچی و همکاران، ۱۴۰۰) تلفیق کنند.

اسلام با داشتن ادبیات غنی و تأثیرگذار بر سه حوزه‌ی شناخت‌ها، گرایش‌ها و رفتارها در سه بخش توصیف، ارزش‌گذاری و تجویز یا دستورالعمل، اعضای خانواده را برای داشتن ارتباط مؤثر و معنوی هدایت می‌کند (ثناگویی زاده، ۱۴۰۰ ج؛ می‌یر و میر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). اسلام با ارائه‌ی توصیف‌ها، ارزش‌ها و تجویزها در بیان است که روابط بین زوج‌ها و خانواده تقویت شود و با توانمند شدن خانواده، از شکل‌گیری آسیب در خانواده پیشگیری کند. مطالعات و

---

1. Steinhäuser  
2. Rassool  
3. Bowen  
4. BULUT  
5. Fluit  
6. Meer & Mir.

پژوهش‌های مختلفی نیز به تأیید این موضوع پرداخته است، از جمله آن‌ها می‌توان به الگوی خودمراقبتی منظم در صمیمیت زناشویی (ثناگویی زاده، ۱۴۰۰)، غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی (ساتکین و همکاران، ۱۴۰۰) مشاوره خانواده با رهیافت مبتنی بر فرهنگ ایرانی اسلامی (کاوه فارسانی، صفی و بهمنی، ۱۳۹۸) اشاره کرد.

به نظر می‌رسد پژوهش‌هایی که به تلفیق اسلام با مداخلات خانواده یا زوج‌درمانی پرداخته‌اند درصددند آموزه‌های اسلامی را با نحوه ارتباط، نقش‌ها و ساختار خانواده یا نظام زوجی یکپارچه کنند و کمتر به بعد مذهبی و معنوی یا مداخلات مذهبی در خانواده‌درمانی پرداخته‌اند، در حالی که خانواده‌درمانی مذهبی همانند سایر نظریه‌های خانواده‌درمانی می‌تواند یک نظریه باشد و با آموزه‌های اسلامی یا سایر ادیان و مذاهب نیز تلفیق شود. بنابراین با توجه به مطالعات نظری و شواهد تجربی که نشان می‌دهد بعد معنوی مذهبی تجربه انسانی در درمان و بهبود روابط بین فردی اعضای خانواده نادیده گرفته شده است و معنویت اسلامی می‌تواند منبع حیاتی برای تقویت روابط، شفا و انعطاف‌پذیری در خانواده باشد و ازسوی دیگر الگوی خانواده‌درمانی باید مبتنی بر فرهنگ ایرانی باشد، پژوهش حاضر درصدد است که با توجه به فرهنگ ایرانی و منابع اسلامی خانواده با تأکید بر بعد معنوی مذهبی آن اثربخشی برنامه خانواده‌درمانی مذهبی با رویکرد اسلامی را بر کارآمدی خانواده، رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط به‌عنوان سه متغیری که حاکی از بهبودی روابط بین اعضای خانواده است برای والدین دارای فرزند نوجوان بسنجد.

فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر است:

۱. برنامه خانواده‌درمانی مذهبی با رویکرد اسلامی بر کارآمدی خانواده تأثیر معناداری دارد.
۲. برنامه خانواده‌درمانی مذهبی با رویکرد اسلامی بر رضایت زناشویی تأثیر معناداری دارد.
۳. برنامه خانواده‌درمانی مذهبی با رویکرد اسلامی بر شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط تأثیر معناداری دارد.

## روش پژوهش

روش پژوهش حاضر ترکیبی از روش کیفی و کمی از نوع راهبرد متوالی است. در بخش

کیفی، روش پژوهش مبتنی بر تحلیل مضامین<sup>۱</sup> انجام شد. تحلیل مضامین روشی است برای شناسایی، تحلیل، سازمان‌دهی، توصیف و گزارش‌دهی مضمون‌هایی که از میان مجموعه‌ای از داده‌ها استخراج می‌شوند (براون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). با کمک تحلیل مضامین، مضمون‌های پایه<sup>۳</sup>، سازمان‌دهنده<sup>۴</sup> و فراگیر<sup>۵</sup> مبتنی بر روش استرلینگ<sup>۶</sup> به منظور دسترسی به شبکه مضامین<sup>۷</sup> از میان داده‌ها، یعنی آیات و روایات مرتبط با صمیمیت زناشویی استخراج شد (آترید استرلینگ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱). بدین منظور برای دستیابی به الگوی خانواده‌درمانی مذهبی مبتنی بر منابع اسلامی و فرهنگ ایرانی مراحل زیر انجام شد:

۱. منابع اسلامی شامل آیات قرآن و منابع حدیثی شامل *تحف العقول*، *الجعفریات*، *مسند زید بن علی*، *جامع الاخبار (لشعیری)*، *من لایحضره الفقیه*، *الخصال*، *مکارم الاخلاق*، *الکافی*، *بحار الانوار*، *مستدرک الوسائل*، *کنز العمال* بود که با جست‌وجوی کلیدواژه‌های مرتبط مانند زوج، زوجه، رجال، نساء، مرأه، ولد، والد، صبی، صبیان، ابن، بنت، بنی، اهل، اسره، عیال، مرء، ود، حب، نشز، نزع، صلح در نرم‌افزارهای نور الاحادیث، کتابخانه فقاهت و جامع التفاسیر داده‌ها استخراج شد.

۲. داده‌ها توسط پژوهشگر و همکاران او با توجه به سه نوع گزاره اسلامی یعنی توصیف‌ها، ارزش‌ها و تجویزهای دینی در حیطه تعاملات در خانواده طبقه‌بندی و مضمون‌یابی شد.

۳. مقالات علمی-پژوهشی در ۲۰ سال گذشته در حیطه شاخص‌های کیفیت زناشویی و کارآمدی خانواده با استفاده از موتورهای جست‌وجوی Magiran، SID، Noormags، Google scholar و پرتال علوم انسانی بررسی شد. مقالات بازبینی و شاخص‌های مورد نظر مقالات طبقه‌بندی و مضمون‌یابی شد.

۴. با ۲۰ خانواده ایرانی برای کشف شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط و تأثیرگذاری مذهب بر روابط آن‌ها مصاحبه و داده‌ها تحلیل و مضمون‌یابی شد.

۵. با ده کارشناس خانواده با تخصص‌های روان‌شناسی و مشاوره، اخلاق و تربیت،

1. thematic analysis
2. Braun
3. basic theme
4. organizing theme
5. global theme
6. stirling
7. theme network
8. Attride-Stirling



فقه و حقوق، جامعه‌شناسی، حدیث و قرآن مصاحبه و داده‌ها تحلیل شد.

۶. داده‌ها پس از اشباع نظری تحلیل شدند.

۷. داده‌هایی که از تمامی مراحل تحلیل شده بود، مقایسه شد و کدگذاری مجدد، به‌عنوان کدگذاری نهایی به‌منظور دستیابی به مضامین اصلی الگوی خانواده‌درمانی مذهبی انجام شد.

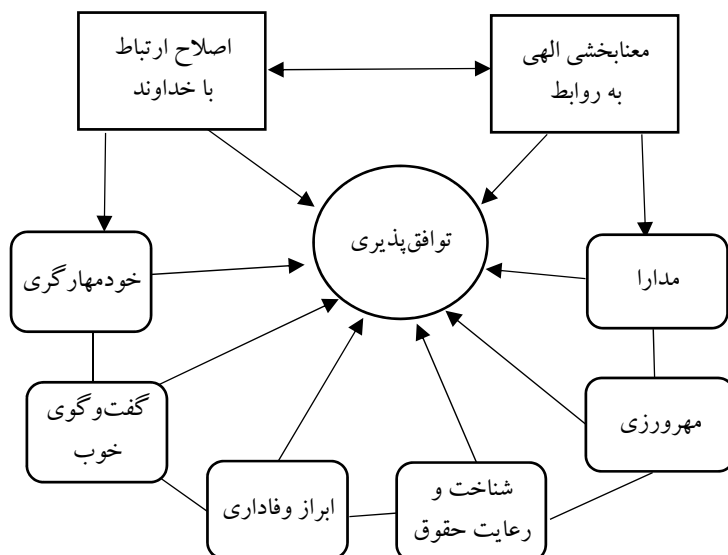
۸. به‌منظور اعتباریابی داده‌ها توسط کارشناسان حوزه خانواده یک جلسه متشکل از ۸ نفر از متخصصان خانواده با گرایش‌های روان‌شناسی، اخلاقی، حقوقی و فقهی، جامعه‌شناسی، حدیثی و قرآنی تشکیل شد. در این جلسه مضامین حاصل از منابع مختلف که شامل اصلاح ارتباط با خداوند، معنابخشی الهی به روابط، مدارا، مهرورزی، رعایت حقوق، ابراز وفاداری، گفت‌وگوی خوب و خودمهارگری بود در اختیار اعضا قرار گرفت و اعضا آن را تأیید کردند.

۹. به‌منظور سنجش روایی محتوایی الگوی مورد نظر، این الگو در قالب برنامه خانواده‌درمانی مذهبی شامل مبانی، هدف اصلی، فرایند، ارزیابی، مهارت‌ها، روش‌ها و تمرینات تنظیم و تدوین شد و به ۸ نفر از مشاوران خانواده با رویکرد مذهبی ارائه شد. ضرایب CVR<sup>۱</sup> و CVI<sup>۲</sup> به ترتیب برابر ۰/۷۹ و ۰/۸۷ بود که نشان داد الگوی مزبور مورد تأیید متخصصان است.

۱۰. همچنین اعتبار این برنامه، از طریق اجرای آن بر تعدادی از والدین دارای فرزند نوجوان و بررسی اثربخشی آن انجام شد که نتایج آن در پژوهش حاضر آمده است. شکل ۱، الگوی مزبور را نشان می‌دهد.

روش پژوهش در قسمت کمی روش نیمه‌تجربی از نوع طرح اندازه‌گیری مکرر همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل خانواده‌های دارای حداقل یک فرزند نوجوان بود که برای بهبود روابط و حل تعارضات و ناسازگاری‌های بین‌فردی به مشاوره مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و داوطلبانه بود. همه خانواده‌ها ایرانی بودند و در شهر اصفهان سکونت داشتند. معیارهای ورود خانواده‌ها به پژوهش عبارت بود از: هر دو والد در جلسات شرکت داشته باشند، والدین دارای حداقل یک فرزند نوجوان باشند، همراه نوجوانشان زندگی کنند و معیارهای خروج عبارت بود از:

1. Content Validity Ratio  
2. Content Validity Index



شکل ۱ الگوی خانواده‌درمانی مذهبی مبتنی بر منابع اسلامی و فرهنگ ایرانی

وجود اعتیاد در یکی از والدین، وجود اختلالات بالینی در یکی از والدین، طلاق و متارکه. معیارهای پژوهش از طریق خوداظهاری و مصاحبه بالینی اولیه که پژوهشگر انجام داد، ارزیابی شد و از مجموع ۳۰ والدی که قصد شرکت در پژوهش داشتند، ۲۴ نفر از والدین دارای معیارهای پژوهش در جلسات به صورت داوطلبانه شرکت کردند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه در جدول ۱ آمده است.

مبتنی بر جدول ۱، میانگین سنی گروه آزمایش تقریباً برابر ۴۳ سال و میانگین سنی گروه کنترل تقریباً برابر ۳۳ سال بود. میانگین تعداد فرزندان در گروه آزمایش برابر دو فرزند و در گروه کنترل برابر یک فرزند بود. سطح تحصیلات در گروه آزمایش در تمامی مقاطع تحصیلی پراکنده بود و بیشترین سطح تحصیلات در مقطع دیپلم و کارشناسی بود (۸ نفر) و در گروه کنترل نیز افراد در تمامی مقاطع، تحصیل کرده بودند و بیشترین سطح تحصیلات در مقطع کارشناسی (۵ نفر) بود.

نحوه اجرای پژوهش بدین شکل بود که خانواده‌های هر دو گروه که شامل ۲۴ نفر زن و شوهر والد بودند (۱۲ والد گروه آزمایش و ۱۲ والد گروه کنترل) پیش از برگزاری جلسات و بعد از جلسه چهارم، هشتم و دهم پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. دلیل اندازه‌گیری داده‌ها به شکل مکرر تعیین روند تغییرات در بین جلسات بود تا بتوان

مقایسه‌ای بین جلسات داشت و ازسوی دیگر این تغییرات را به شکل عینی به خانواده‌ها نشان داد. جلسات به صورت گروهی و به شیوه مداخلات روانی-آموزشی برگزار شد.

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

گروه‌ها	جنسیت	تعداد	میانگین سن	تعداد فرزندان	تحصیلات				
					زیر دیپلم	دیپلم	کاردانی	کارشناسی	کارشناسی ارشد
آزمایش	مردان	۱۲	۴۴/۵۰	۲	-	۸	-	۲	۲
	زنان	۱۲	۴۰/۶۶	۲	-	۲	۴	۶	-
	مجموع	۲۴	۴۲/۵۸	۲	۲	۸	۴	۸	۲
کنترل	مردان	۱۲	۳۴/۸۳	۱	-	۸	-	۲	۲
	زنان	۱۲	۳۱/۸۳	۱	۲	۲	۴	۲	۲
	مجموع	۲۴	۳۳/۳۳	۱	۲	۱۰	۴	۴	۴

معیارها و ضوابط اخلاق پژوهش رعایت شد، به نحوی که شرکت خانواده‌ها به صورت داوطلبانه بود، قوانین رازداری و عدم افشای اسرار شرکت کنندگان اعلام شد و آن‌ها و تیم اجرایی متعهد به انجام آن شدند. همچنین خانواده‌ها متعهد شدند که طی فرایند پژوهش از هرگونه شرکت در مداخلات خانواده‌درمانی یا روان‌درمانی پرهیز کنند و تمرینات و کاربرگ‌های هر جلسه را انجام دهند.

هدف اصلی خانواده‌درمانی مذهبی دستیابی به توافق‌پذیری در خانواده بود که جدول ۲، اهداف جلسات، محتوا و تمرینات آن را نشان می‌دهد.

جدول ۲ اهداف و محتوای جلسات خانواده‌درمانی مذهبی

جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسات	تمرینات
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی	بررسی انگیزه‌های افراد برای شرکت در جلسه، بیان اهداف جلسات، تقویت مشارکت افراد در جلسه، بیان قوانین جلسات، تبیین شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط، تشخیص الگوی ارتباطی آن‌ها (توافق، مخالفت، خصومت)، طبقه‌بندی کردن والدین براساس الگوی ارتباطی شان (زوجین صمیمی، سازگار، ناسازگار، ستیزه‌گر)	تکمیل کاربرگ تشخیص الگوی ارتباطی مبتنی بر شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط

جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسات	تمرینات
جلسه دوم	بررسی راهبردهای مقابله‌ای خانواده برای حل تعارض و ناسازگاری	تیین راهبردهای مقابله‌ای برای حل تعارض شامل (راهبردهای تحمل و درماندگی، زورگویی، بی‌خیالی، دفاعی، مدارا و سازگاری)، بررسی پیامدهای هر یک از راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته شده توسط هر خانواده، بررسی عوامل مؤثر در به کارگیری راهبردهای دارای پیامد منفی، شناسایی منابع مؤثر در به کارگیری راهبردهای دارای پیامد مثبت	تکمیل کاربرگ سبک‌های مقابله‌ای برای حل تعارض، تکمیل کاربرگ پیامدهای مقابله‌ای برای حل تعارض، تکمیل کاربرگ عوامل مؤثر بر راهبردهای دارای پیامد منفی، تکمیل کاربرگ شناسایی منابع مؤثر برای انجام راهبرد دارای پیامد مثبت، آمادگی برای استفاده از راهبرد مدارا با مشورت با همدیگر
جلسه سوم	مداخله آموزشی-روانی برای به کارگیری راهبرد مدارا	آموزش مفهوم مدارا، استفاده از یک استعاره دینی برای تییین مدارا، به کارگیری شواهد دینی برای استفاده از مدارا در روابط، بررسی تجربیات خانواده‌ها برای استفاده از راهبرد مدارا هنگام وقوع تعارضات زناشویی یا والد-فرزندی به منظور افزایش انگیزه برای به کارگیری مدارا، آموزش کیفیت انجام مدارا در روابط بین‌فردی، تعیین مصادیق رفتاری مدارا	به کارگیری راهبرد مدارا برای حل تعارضات و تکمیل کاربرگ مربوط به آن
جلسه چهارم	مداخله آموزشی-روانی مبتنی بر خودمهارگری و کنترل خشم	تیین مفهوم خودمهارگری - استفاده از یک استعاره دینی برای تییین خودمهارگری و کنترل خشم-بیان ویژگی‌های افراد خودمهارگر - به کارگیری شواهد دینی (تقوا و حیا) برای بکارگیری خودمهارگری-آموزش مهارت خودمهارگری	مرور فرآزی از دعای مکارم‌الاخلاق برای کسب خودمهارگری در برابر رفتارهای ناسازگارانه دیگران (همسر یا فرزند)- به کارگیری مهارت خودمهارگری با استفاده از کاربرگ مربوط به آن

جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسات	تمرینات
جلسه پنجم	مداخله آموزشی-روانی مبتنی بر گفت‌وگوی خوب	بررسی سناریوی گفت‌وگوی آن‌ها، بیان ویژگی‌های گفت‌وگوی خوب، آموزش خوب حرف‌زدن و خوب شنیدن، اجرای دو سناریو برای گفت‌وگو: (۱) اجرای سناریوی گفت‌وگوی بد با هدف یادگیری چگونه گفت‌وگو بد می‌شود؛ (۲) اجرای سناریوی گفت‌وگوی خوب (محترمانه، صادقانه و منصفانه) با هدف پرورش خلاقیت و مدیریت فردی برای شکل‌دهی یک گفت‌وگوی خوب	روزی ۲۰ دقیقه گفت‌وگوی خوب با کمک مهارت گفت‌وگوی خوب و انجام سناریوی گفت‌وگوی خوب با استفاده از کاربرگ تمرین گفت‌وگوی خوب
جلسه ششم	مداخله آموزشی-روانی مبتنی بر مهرورزی	استفاده از یک استعاره دینی برای مهرورزی در خانواده، پیامدهای مهرورزی در خانواده، آموزش مهارت مهرورزی در خانواده، توجه به علائق و انتظارات بین‌فردی برای ایجاد مهرورزی در خانواده، آموزش عواطف و احساسات مثبت	تکمیل کاربرگ ابراز محبت و علاقه، تکمیل کاربرگ بیان انتظارات و برنامه‌ریزی برای انجام آن
جلسه هفتم	مداخله آموزشی-روانی مبتنی بر ابراز وفاداری	تبیین مفهوم تعهد در خانواده، استفاده از یک استعاره دینی برای پردازش مفهوم تعهد، بیان ابعاد وفاداری در خانواده از سوی والدین، اولویت‌دهی به تعهدات، به‌کارگیری برای راه‌حل تعهدات، تکمیل فرم قرارداد وفاداری به تعهدات، شاهد قرارداد خداوند در فرم و امضا کردن آن	تکمیل کاربرگ تعهدات زن و مرد یا والدین و فرزندان، تکمیل قرارداد وفاداری به تعهدات
جلسه هشتم	مداخله آموزشی-روانی مبتنی بر شناخت و رعایت حقوق همدیگر	بیان وظایف، نقش‌ها و حقوق زن و مرد، والدین و فرزندان در خانواده، بررسی حقوق اختصاصی مرد، زن و والدین و فرزندان و حقوق مشترک آن‌ها، بررسی برابری حقوق یا برتری حقوق در خانواده، ارائه راهکار برای تراحم در حقوق در خانواده	تکمیل کاربرگ تراحم در حقوق و بیان راه‌حل‌های خلاقانه مبتنی بر رعایت حقوق همدیگر

جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسات	تمرینات
جلسه نهم	اصلاح ادراک از خداوند و رابطه آن با راهبردهای مقابله‌ای	تعیین نوع و تصور و ادراک اعضا از خداوند (خدای بی توجه، خدای مجازات‌گر، خدای منتقم، خدای مهربان و بخشنده)، بررسی رابطه بین ادراک از خداوند با راهبردهای مقابله‌ای، اصلاح ادراک از خداوند به منظور به کارگیری راهبرد مدارا در روابط، به کارگیری شیوه‌های معنوی برای اصلاح ادراک از خداوند	تکمیل کاربرگ ادراک شما از خداوند، خواندن دعای ستایش صحیفه سجادیه بعد از هر نماز، بیان فهرستی از نعمت‌های خداوند، یادآوری تجربیات مثبت از خداوند در زندگی شخصی یا خانوادگی و اجتماعی
جلسه دهم	معنابخشی الهی به روابط	تبیین معنای الهی، استفاده از استعاره دینی برای تأثیرگذاری معنای الهی در زندگی، کشف معنای الهی در روابط خانوادگی، به کارگیری معنای الهی در روابط	تکمیل کاربرگ معنابخشی الهی در زندگی، برگزاری مراسم هم‌نوایی معنوی

### ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه کارآمدی خانواده (صفورایی و همکاران، ۱۳۹۴). این پرسش‌نامه ۶۰ سؤالی است که سه مؤلفه کارآمدی خانواده را براساس دیدگاه اسلام می‌سنجد. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: بینشی (۲۰ گویه)، حقوقی (۱۴ گویه) و اخلاقی (۲۶ گویه). اعتباریابی آزمون در پژوهش صفورایی و همکاران (۱۳۹۴) برابر ۰/۹۶ بود و بنا بر گزارش هوشیاری، تقیان و صفورایی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون برابر ۰/۸۹، برای شاخص بینشی ۰/۸۵، شاخص اخلاقی ۰/۸۹ و حقوقی ۰/۷۶ به دست آمد که نشان از اعتبار بالای آزمون دارد.

پرسش‌نامه رضایت زناشویی (جدیری و جان بزرگی، ۱۳۸۸). این پرسش‌نامه ۵۰ سؤالی است که ده مؤلفه رضامندی زناشویی را براساس دیدگاه اسلام می‌سنجد. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: ارتباط کلامی، پابندی‌های مذهبی، حل تعارض، مدیریت مالی، روابط جنسی، فعالیت‌های اوقات فراغت، مسائل شخصیتی، فرزندان و فرزندپروری، نقش زن و مرد، صله ارحام. هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها نیز دارای ۵ گویه است. اعتباریابی آزمون

توسط پژوهش جدیری و جان بزرگی انجام شد که اعتبار آزمون برابر ۰/۸۷ و حاکمی از اعتبار بالای آن بود (جدیری و جان بزرگی، ۱۳۸۸).

شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط (ثناگویی زاده، ۱۴۰۰). یک پرسش‌نامه ده‌سؤالی خوداظهاری زوج‌هاست. شاخص‌های این پرسشنامه براساس پرسشنامه الگوهای ارتباطی زوجین با نگرش به منابع اسلامی (ثناگویی زاده، هادی و اعتمادی، ۱۴۰۰) تدوین شد و یافته‌های پژوهش نشان داد که اعتبار کل آزمون برابر ۰/۹۱، و برای شاخص‌های مورد ارزیابی شامل مدارا و سازگاری برابر ۰/۹۰، دوستداری ۰/۷۲، پرهیز از استبداد ۰/۸۰، ابراز وفاداری ۰/۸۴، مسئولیت‌پذیری ۰/۷۶، پرهیز از ارتباط بد ۰/۸۶، جذابیت ۰/۸۷، مشارکت و مهرورزی ۰/۷۸، گفت‌وگوی خوب ۰/۹۳ و رعایت حقوق همدیگر برابر ۰/۴۷ بود که حاکمی از اعتبار بالای آزمون بود. هر شاخص نیز دارای یک سؤال بود.

#### یافته‌ها

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار نمرات کارآمدی خانواده، رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط و خرده‌مقیاس‌های آنها را در دو گروه آزمایش و کنترل در چهار مرحله خط پایه، جلسه چهارم، جلسه هشتم و جلسه دهم نشان می‌دهد.

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پرسش‌نامه‌های کارآمدی، رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط

متغیرها	خط پایه میانگین انحراف استاندارد	جلسه چهارم میانگین انحراف استاندارد	جلسه هشتم میانگین انحراف استاندارد	جلسه دهم میانگین انحراف استاندارد
کارآمدی خانواده	آزمایش ۱۲۵/۸۳ ۲۰/۲۳	۱۲۶/۵۰ ۲۰/۴۶	۱۴۱/۱۶ ۱۰/۹۹	۱۴۲/۰۰ ۸/۳۳
	کنترل ۱۴۴/۵۰ ۳۱/۳۳	۱۴۴/۵۰ ۶/۰۸	۱۴۴/۵۰ ۶/۷۲	۱۴۱/۰۰ ۶/۹۳
رضایت زناشویی	آزمایش ۱۸۲/۰۴ ۲۰/۶۵	۱۸۰/۸۳ ۱۶/۵۸	۱۹۴/۶۴ ۱۹/۰۸	۱۹۴/۰۴ ۲۰/۸۷
	کنترل ۱۳۵/۱۶ ۳/۱۳	۱۳۵/۱۶ ۳/۱۳	۱۳۵/۱۶ ۳/۱۳	۱۳۵/۵۰ ۱/۵۶

متغیرها				آزمایش	شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط
جلسه دهم میانگین انحراف استاندارد	جلسه هشتم میانگین انحراف استاندارد	جلسه چهارم میانگین انحراف استاندارد	خط پایه میانگین انحراف استاندارد		
۷۷/۱۶	۷۳/۹۱	۶۰/۵۰	۵۵/۰۰	کنترل	
۱۳/۱۸	۱۴/۳۵	۱۳/۶۰	۱۶/۰۷		
۵۹/۰۰	۶۰/۰۰	۶۰/۰۰	۶۰/۰۰	کنترل	
۱/۰۴	۱/۰۴	۱/۰۴	۱/۰۴		

مطابق جدول ۳، میانگین نمرات کارآمدی خانواده در گروه آزمایش در خط پایه برابر ۱۲۵/۸۳ است که این روند تا جلسه پایانی رو به افزایش گذاشته، به نحوی که در جلسه آخر میانگین آن برابر ۱۴۲ شده است. در خرده‌مقیاس اخلاقی، بینشی و حقوقی نیز نمرات میانگین حاکی از روند رو به رشد برای هریک از خرده‌مقیاس‌هاست. این در حالی است که در مقایسه با گروه کنترل نمرات کارآمدی خانواده تغییر محسوس نشان نمی‌دهد، به نحوی که در خط پایه میانگین نمرات برابر ۱۴۴ بوده و در جلسه آخر میانگین به عدد ۱۴۱ رسیده است که نشان از آن دارد که تغییر رو به رشد در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. برای متغیر رضایت زناشویی میانگین نمرات گروه آزمایش در خط پایه ۱۸۲ است که این روند در جلسه پایانی به عدد ۱۹۴ رسیده است که نشان از تغییرات در این گروه دارد. روند تغییرات مثبت در خرده‌مقیاس‌های کلامی، جهت‌گیری مذهبی، حل تعارض، مدیریت مالی، اوقات فراغت، فرزندان و فرزندپروری، مسائل شخصیتی و صلۀ ارحام دیده می‌شود، در حالی که در خرده‌مقیاس‌های رابطه جنسی، نقش‌های جنسیتی روند تغییرات قابل محسوس نیست. در مقایسه با گروه کنترل در نمرات رضایت زناشویی تغییر چندانی در روند زمانی مشاهده نمی‌شود. نمرات شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط در گروه آزمایش در خط پایه برابر ۵۵ بود که در جلسه پایانی به عدد ۷۷/۱۶ رسیده است. روند تغییرات مثبت در تمامی گویه‌های این مقیاس مشاهده می‌شود. این در حالی است که در گروه کنترل میانگین این نمرات تغییر چندانی طی زمان نشان نمی‌دهد. برای اینکه تغییرات مشخص شده در میانگین نمرات در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مورد آزمون معناداری قرار گیرد، داده‌های نمرات سه متغیر کارآمدی خانواده، رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در چهار مرحله تحلیل شد.



برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های نمرات سه متغیر از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج نشان داد ضریب ام باکس برای کارآمدی خانواده برابر ۱۴/۵۳ ( $F=۰/۷۹$ )، برای رضایت زناشویی برابر ۳۰/۸۸ ( $F=۱/۶۹۶$ ) و برای شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط برابر ۲۵۰/۷۲ ( $F=۱/۴۱$ ) که معنادار ( $P > ۰/۰۵$ ) نبود و فرضیه همگنی واریانس‌های نمرات تأیید شد. همچنین آزمون کرویت موخلی به همراه آزمون کای اسکوئر نشان داد ضرایب موخلی و کای اسکوئر به ترتیب برای متغیرهای کارآمدی خانواده (۰/۹۲، ۰/۹۵)، رضایت زناشویی (۰/۹۲، ۱/۴۷)، و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط (۰/۸۳، ۳/۵۵) معنادار نیست ( $P > ۰/۰۵$ )، بنابراین بین نمرات تمام متغیرها واریانس‌ها برابر و از همبستگی برخوردار است و نمرات در هر سه متغیر به صورت نرمال توزیع شده است. با توجه به تأیید پیش فرض‌های اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، این آزمون اجرا شد. برای اینکه بتوان ارزیابی دقیقی از روند تغییرات تحت تأثیر مداخلات را داشت، نمرات خط پایه در هر دو گروه کنترل و آزمایش همپراش شدند تا تغییرات در سه مرحله دیگر که مراحل اجرای مداخله بود به‌طور دقیق‌تری بررسی شد. جدول ۴، ارزش اثر لامبدای متغیرها در سه وضعیت عامل (زمان)، زمان در خط پایه و زمان در گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای اثرات بین گروهی و تعامل عامل و گروه

متغیرها	منبع	ارزش	آزمون F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
کارآمدی خانواده	عامل	اثر لامبدا	۱۲/۵۳	۲	۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹
	زمان در خط پایه	اثر لامبدا	۱۰/۱۵	۲	۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۷
	زمان در گروه	اثر لامبدا	۲/۱۶	۲	۲۰	۰/۱۴	۰/۱۷	۰/۳۹
رضایت زناشویی	عامل	اثر لامبدا	۱/۱۴	۲	۲۰	۰/۳۳	۰/۱۰	۰/۲۲

متغیرها	منبع	ارزش	آزمون F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
زمان در خط پایه	اثر لامبدا	۰/۹۲	۰/۷۹	۲	۲۰	۰/۴۶	۰/۰۷	۰/۱۶
	اثر لامبدا	۰/۶۷	۴/۷۷	۲	۲۰	۰/۰۲	۰/۳۲	۰/۷۲
شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط	عامل	اثر لامبدا	۰/۹۴	۲	۲۰	۰/۵۶	۰/۰۵	۰/۱۳
	زمان در خط پایه	اثر لامبدا	۱/۰۰	۲	۲۰	۰/۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵
	زمان در گروه	اثر لامبدا	۰/۳۵	۱۸/۰۳	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۰/۹۹

مطابق با نتایج جدول ۴، با همپراش کردن خط پایه، ارزش اثر لامبدا نشان می‌دهد که اثر زمان در متغیر کارآمدی خانواده معنی‌دار است، ولی اثر زمان در گروه معنی‌دار نیست. درحالی‌که در دو متغیر رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط اثر لامبدا نشان می‌دهد اثر زمان در گروه معنی‌دار است. جدول ۵، اثرات بین آزمودنی در گروه‌های آزمایش و کنترل را برای متغیرهای کارآمدی خانواده، رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی نشان می‌دهد.

جدول ۵ اثرات بین آزمودنی در گروه‌های کنترل و آزمایش برای هر سه متغیر پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون f	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
کارآمدی خانواده	خط پایه	۲۰۹/۱۰	۱	۲۰۹/۱۰	۱/۵۹	۰/۲۲	۰/۰۷	۰/۲۲
	گروه	۷۰۹/۱۷	۱	۷۰۹/۱۷	۵/۴۱	۰/۰۳	۰/۲۰	۰/۶۰
	خطا	۲۷۵۰/۷۵	۲۱	۱۳۰/۹۸				

متغیر	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آزمون f	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماري
رضایت زناشویی	خط پایه	۶۶۷۵/۸۴	۱	۶۶۷۵/۸۴	۴۰/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
	گروه	۳۰۱۳/۰۵۸	۱	۳۰۱۳/۰۵۸	۱۸/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳	۰/۹۸
	خطا	۳۵۰۰/۷۰	۲۱	۱۶۶/۷۰				
شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط	خط پایه	۴۹۱۵/۲۹	۱	۴۹۱۵/۲۹	۶۷/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰
	گروه	۳۵۱۰/۰۳	۱	۳۵۱۰/۰۳	۵۷/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
	خطا	۱۲۸۶/۳۴	۲۱	۶۱/۲۵				

مطابق با جدول ۵، تغییرات معنی‌دار بین آزمودنی‌های گروه‌ها در هر سه متغیر کارآمدی خانواده، رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط مشاهده می‌شود. این تغییرات برای متغیر کارآمدی خانواده با  $(p < ۰/۰۵)$  و مجدور اتا ۰/۲۰ حاکی از توان آماری ۶۰ درصدی و کفایت حجم نمونه دارد. برای متغیر رضایت زناشویی سطح معنی‌داری برابر  $p=۰/۰۰۰۱$  و مجدور اتا ۰/۸۳ و توان آماری ۹۸ درصدی است و برای متغیر شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط نیز  $p=۰/۰۰۰۱$  با اندازه اثر ۰/۷۳ و توان آماری برابر ۱ نشان می‌دهد که تغییرات در دو گروه کنترل و آزمایش معنی‌دار است. برای اینکه میزان تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها مشخص شود از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج آن نشان داد که اختلاف میانگین در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل برای متغیر کارآمدی خانواده ۶/۳۶ است ( $p=۰/۰۳$ ). بدین معنا که با همپراش کردن نمرات میانگین خط پایه، نمرات گروه کنترل به اندازه ۶/۳۶ از گروه آزمایش بیشتر است. تبیین این مطلب آن است که هر چند عامل زمان در گروه آزمایش معنی‌دار بوده، به‌نحوی که میانگین از خط پایه تا جلسه پایانی رشد داشته است و در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری طی زمان بین میانگین‌های نمرات در مراحل چهارگانه مشاهده نمی‌شود، ولی میانگین‌های نمرات کارآمدی خانواده در گروه کنترل چون از ابتدای خط پایه در مقایسه با گروه آزمایش بالاتر بوده است. از این رو میانگین‌های گروه کنترل با نبود تفاوت معنی‌دار بین جلسات درمانی از میانگین‌های گروه آزمایش بالاتر بوده است. برای متغیر رضایت زناشویی عامل زمان در گروه آزمایش تغییر معناداری را نشان می‌دهد و تفاوت بین دو گروه حاکی از

تأثیرگذاری مداخلات طی زمان برای گروه آزمایش است، زیرا اختلاف میانگین بین دو گروه برابر ۲۴/۷۹ است ( $p=0/0001$ ) که نشان می‌دهد در مجموع میانگین‌های نمرات رضایت زناشویی در طول زمان از گروه کنترل بیشتر شده است. برای متغیر شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط نیز اختلاف میانگین برابر ۱۴/۳۲ با سطح معناداری  $p=0/0001$  که نشان می‌دهد عامل زمان به دلیل اجرای مداخلات توانسته تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش با کنترل ایجاد کند. برای اینکه مشخص شود تغییرات معنی‌دار در گروه آزمایش طی کدام جلسات درمانی برای متغیرهای رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط و برای چه خرده‌مقیاس‌هایی بوده است از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که مداخلات خانواده‌درمانی مذهبی برای کارآمدی خانواده از خط پایه تا جلسه دهم تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد. در دو خرده‌مقیاس اخلاقی و حقوقی نیز طی جلسات درمانی تفاوت معنی‌دار بوده، به نحوی که روند تغییرات مثبت است. برای خرده‌مقیاس بینشی تفاوت معنی‌داری بین جلسات مشاهده نشد. برای متغیر رضایت زناشویی نیز روند تغییرات از خط پایه تا جلسه پایانی حاکی از روند تغییرات مثبت معنادار است. برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، فقط در خرده‌مقیاس حل تعارض تفاوت معنی‌داری بین جلسات درمانی (جلسه چهارم و هشتم و جلسه هشتم و دهم) مشاهده شد. شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط نیز تحت تأثیر مداخلات خانواده‌درمانی مذهبی طی جلسات درمانی تفاوت معنی‌داری نشان دادند. تفاوت معنی‌دار به صورت مثبت در تمامی شاخص‌های غنی‌سازی طی جلسات مشاهده می‌شود، هرچند برای برخی خرده‌مقیاس‌ها این تفاوت معنی‌دار در تمامی چهار مرحله قابل مشاهده است و در برخی خرده‌مقیاس‌های دیگر مانند گفت‌وگوی خوب، مهرورزی و رعایت حقوق همدیگر فقط بین خط پایه و جلسه دهم تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی برنامه خانواده‌درمانی مذهبی بر کارآمدی خانواده، رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که فرضیه‌های پژوهش مورد تأیید است، به نحوی که مداخلات خانواده‌درمانی مذهبی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بر هر سه متغیر کارآمدی خانواده، رضایت

زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط تأثیر معناداری داشته است؛ با این تفاوت که برای متغیر کارآمدی خانواده در گروه آزمایش بین جلسات درمانی تغییرات مثبت معنادار مشاهده شد، ولی روند تغییرات در گروه آزمایش نتوانسته میانگین‌های نمرات کارآمدی خانواده را در مقایسه با میانگین‌های گروه کنترل افزایش دهد. همچنین نتایج نشان داد که خرده‌مقیاس‌های اخلاقی و حقوقی، حل تعارض و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط تحت تأثیر خانواده‌درمانی مذهبی در بین مراحل چهارگانه ارزیابی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری ( $P < 0/05$ ) داشت.

نتایج نشان داد این الگو بر خرده‌مقیاس‌های دیگر رضایت زناشویی مانند صله ارحام، مساوات‌طلبی، جهت‌گیری‌های مذهبی، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری در مقایسه با گروه کنترل و طی زمان تأثیر معناداری نداشت؛ همچنین در خرده‌مقیاس بینشی از خرده‌مقیاس‌های کارآمدی خانواده تحت تأثیر این الگو تفاوت معنی‌داری طی زمان در مقایسه با گروه کنترل مشاهده نشد. در تبیین عدم تأثیرگذاری این برنامه بر خرده‌مقیاس‌های یادشده می‌توان گفت: (۱) گروه آزمایش از نظر خرده‌مقیاس‌های مزبور در وضعیت پایداری قرار داشتند، همان‌طور که نمرات خرده‌مقیاس‌ها در خط پایه آن را نشان می‌دهد و (۲) الگوی مزبور به‌طور مستقیم بر خرده‌مقیاس‌های یادشده تأثیر نداشت، زیرا فاقد مهارت‌های مرتبط با آن بود.

روند تغییرات نیز حاکی از آن است که معمولاً از جلسه چهارم که مداخلات مبتنی بر مدارا شروع می‌شود تغییرات در گروه آزمایشی آغاز می‌شود. همچنین این تغییرات در جلسه هشتم معمولاً نسبت به جلسه چهارم بالاتر می‌رود و در جلسه دهم تثبیت می‌شود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت: طی جلساتی که مداخلات مبتنی بر رعایت حقوق همدیگر، مهرورزی و گفت‌وگوی خوب انجام شده است، روند تغییرات معنادار بین خط پایه و جلسه دهم مشاهده شد؛ یعنی با مداخلات مبتنی بر ادراک از خداوند و معنابخشی الهی به روابط تغییرات معنادار در گروه آزمایشی به‌دست آمد. در تأیید این نتیجه می‌توان به پژوهش چیچیدا، دولاهیت و کارول<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) اشاره کرد که نتیجه گرفتند روابط زوج‌ها با استفاده از ادراک مثبت از خداوند و استناددهی رفتارهایشان به خداوند بهبود یافت.

1. Shichida, Dollahite, & Carroll

بر اساس اهداف و فرایند خانواده‌درمانی مذهبی در پژوهش حاضر می‌توان هفت نوع مداخله مذهبی را معرفی کرد. ۱) مداخله مبتنی بر ادراکات و رفتارهای مذهبی، ۲) مداخله بر احساسات مذهبی، ۳) مداخله در گفت‌وگوی مذهبی، ۴) مداخله در کنترل گره‌های مذهبی، ۴) مداخله در تعهدات مذهبی، ۵) مداخله در معنویت مذهبی و ۶) مداخله در تنظیم گره‌های مذهبی.

مداخله مبتنی بر ادراکات و رفتارهای مذهبی: در این مداخله ادراک مراجع از خداوند بررسی و رابطه آن با راهبردهای حل مسئله مشخص می‌شود. در این مداخله سعی می‌شود با استفاده از منابع و تجربیات مذهبی مراجع، ادراک او از خداوند اصلاح شده، بر این اساس رفتارهای مذهبی نیز به‌عنوان تکلیف درمان برای اصلاح ارتباط با خداوند تجویز می‌شود. برخی رفتارهای مذهبی که در این برنامه از آن استفاده شد، عبارت بود از: خواندن دعا، نماز خواندن، تلاوت قرآن، یادآوری نعمت‌های الهی. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که این مداخله توانسته است بر خرده‌مقیاس اخلاقی کارآمدی خانواده تأثیر گذار باشد.

در مداخله مبتنی بر احساسات مذهبی، بر محبت، مهربانی و انس به‌عنوان مهم‌ترین احساس مذهبی در خانواده تمرکز شد و از اعضا خواسته شد بدون چشم‌داشتی به همدیگر ابراز محبت و عاطفه کنند. در مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی مذهبی از اعضا خواسته شد با همدیگر گفت‌وگویی صادقانه، محترمانه و منصفانه داشته باشند. در مداخله مبتنی بر کنترل گره‌های مذهبی به اعضا آموزش داده شد که بتوانند با استفاده از تقوا و حیا به‌عنوان کنترل گره‌های مذهبی، خشم و هیجانات منفی خویش را مهار کنند. در مداخله مبتنی بر تعهدات مذهبی بر تعهدات و حقوق شرعی اعضای خانواده تأکید شد و از آن‌ها خواسته شد به حقوق شرعی و تعهداتی که به همدیگر داده‌اند وفادار باشند. در مداخله مبتنی بر تنظیم گره‌های مذهبی، مدارا به‌عنوان یک تنظیم‌گر مذهبی به اعضای خانواده آموزش داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا توانایی‌های یکدیگر را بشناسند و بر اساس آن از همدیگر انتظار داشته باشند و در مداخله مبتنی بر معنویت مذهبی با استفاده از آیات و روایات اسلامی معناهای مذهبی به آن‌ها آموزش داده شد و آن‌ها یاد گرفتند به روابط با همدیگر نظیر گفت‌وگو، محبت، مدارا، کنترل خشم، کمک به همدیگر و حل تعارضات معنای الهی دهند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات مربوط توانسته است رضایت زناشویی و شاخص‌های غنی‌سازی ارتباط را افزایش دهد، همچنین تعارضات خانوادگی را حل کند و اعضای خانواده بیشتر به حقوق همدیگر پایبند و وفادار باشند.

این یافته نشان می‌دهد که خانواده‌درمانی مذهبی با توجه به نقش معنویت مذهبی و مقابله‌های مذهبی توانسته است به حل تعارضات پردازد، زیرا به نظر می‌رسد خانواده‌ها یاد گرفته‌اند با شناخت انتظارات و توقعات همدیگر و تعهد نشان دادن به یکدیگر، به درک متقابلی از یکدیگر برسند و بتوانند رفتارها و روابط خود را براساس درک متقابل تنظیم کنند. استفاده از مدار به عنوان یک تنظیم‌گر مذهبی باعث می‌شود نزاع درون خانواده کاهش یابد و معنابخشی الهی به مدارا و ادارک خدای مهربان، توبه‌پذیر و بخشنده به جای خدای سرزنشگر و توبیخ‌گر باعث می‌شود که اعضا بهتر بتوانند با یکدیگر مدارا کنند و رابطه خود را با یکدیگر بهبود بخشند.

یافته‌های این پژوهش هرچند با پژوهش‌های دیوید و استافورد<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) و بلوت (۲۰۲۰) همسو است، زیرا تأیید کردند که استناد به خداوند در تعارضات خانوادگی و تشکیل مثلث‌سازی معنوی (زن-شوهر-خداوند) باعث کاهش اضطراب، حل تعارضات خانوادگی و افزایش رضایت زناشویی می‌شود، ولی چون پژوهش حاضر مبتنی بر دیدگاه اسلام و تصور مسلمانان از خداوند است، با پژوهش آن‌ها تفاوت دارد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های قربان‌پور، حسن‌آبادی و هاشم‌پور (۱۳۹۲)، جانبرزگی (۱۳۹۵)، قشلاقی و همکاران (۱۳۹۸) و بیان‌فر، پریمی (۱۴۰۱) که نتیجه گرفتند گروه‌درمانی معنوی مذهبی اسلام‌محور بر شادمانی زناشویی و کیفیت رابطه ادراک شده، تاب‌آوری خانواده تأثیر معناداری دارد و پروتکل درمانی معنوی مذهبی و خانواده‌درمانگری سیستمی معنوی بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و صمیمیت و رضایت زناشویی تأثیر معناداری داشته است همسو است، ولی در مقایسه با آن‌ها مطابق با موارد زیر متفاوت است:

۱. الگوی پژوهش حاضر برخلاف پژوهش قربان‌پور و همکاران (۱۳۹۲) به صورت خانواده‌درمانی اجرا شد و هر دو والد در روند درمان حضور داشتند،
۲. این الگو هرچند از نظر محتوا و اهداف جلسات به نقش‌های جنسیتی توجه نکرده است، مانند برخی پژوهش‌ها (جانبرزگی، ۱۳۹۵) که در فرایند خانواده‌درمانی معنوی به الگوی مهرورزی مردان به زنان و قدرت‌دهی زنان به مردان توجه مستقیم نشان داده‌اند، ولی با استفاده از تنظیم‌گر مذهبی، یعنی مدارا، اعضای خانواده را از توانایی‌ها و

1. David, & Stafford.

استعدادهای خویش آگاه می‌کند تا بتوانند براساس آن رفتار خود با همدیگر را تنظیم کنند.

۳. برخلاف الگوی معنوی مذهبی که برای زوجین متقاضی طلاق (بیان فر و پریمی، ۱۴۰۱) بود و در ۱۶ جلسه تنظیم شد و به مضامینی همچون فلسفه و اهداف ازدواج در اسلام، ویژگی‌های شخصیتی و اخلاقی زوج‌ها، باورهای غیرمنطقی، مرزبندی، آگاه‌سازی زوجین از تجارب درونی ناکارآمد و مکانیسم‌های دفاعی پرداخته است، الگوی پژوهش حاضر در ۱۰ جلسه و با مضامینی متفاوت و با محوریت راهبردهای مذهبی مانند اصلاح ادراک از خداوند، معنابخشی الهی به روابط به صورت منسجم فرایند خانواده‌درمانی مذهبی را تعریف می‌کند. از سوی دیگر الگوی بیان فر و پریمی به نظر می‌رسد یک الگوی تلفیقی از آموزه‌های اسلامی و رویکردهای روان‌شناختی مانند رفتاردرمانگری عقلانی عاطفی، روانکاوی و خانواده‌درمانی ساختاری باشد.

مضامین الگوی پژوهش حاضر برخلاف پژوهش قشلاقی و همکاران (۱۳۹۸) که از مضامین الگوی برجین<sup>۱</sup> شامل خودآگاهی، اعتقاد به توانمندی، کاهش احساس گناه، درک مفهوم بخشش و توکل، درک آرامش روانی، غنا بخشیدن به زندگی و حس امید برای طراحی پروتکل گروه‌درمانی معنوی مذهبی اسلام محور استفاده می‌کنند، از منابع اسلامی و فرهنگ ایرانی استفاده کرده است، علاوه بر آنکه در الگوی گروه‌درمانی، ارتباط با خداوند و معنابخشی الهی به روابط و سایر مضامین مرتبط با خانواده‌درمانی نادیده گرفته شده است.

همچنین الگوی پژوهش حاضر با پژوهش افشاری (۱۳۹۸) از آن جهت که پروتکل مزبور بر ارتباط با خداوند و معنای زندگی متمرکز شده است، همسویی دارد، ولی از آن جهت که به مداخلات تنظیم‌گر و کنترل مذهبی، گفت‌وگوی مذهبی و احساسات مذهبی نپرداخته است با پژوهش حاضر متفاوت است.

به نظر می‌رسد الگوی خانواده‌درمانی مذهبی از آن جهت که توانسته است بین فرایندهای خانواده‌درمانی شامل تعاملات بین اعضای خانواده، مثلث‌سازی، ابراز احساسات و هیجانات، تمایز یافتگی، سلسله‌مراتب قدرت، راهبردهای حل مسئله و فرایندهای مذهبی شامل ادراکات و رفتارهای مذهبی، معنابخشی مذهبی، تنظیم‌گرها و کنترل‌های مذهبی،



گفت‌وگو و احساسات و تعهدات مذهبی تلفیق ایجاد کند، الگوی مناسب و یکپارچه‌ای برای خانواده‌درمانی مذهبی باشد.

زیرا اعضای خانواده با تشکیل مثلث بین خود-خداوند و فرد دیگر (همسر/ فرزند) می‌توانند اضطراب در روابط را کاهش دهند و خداوند را به‌عنوان داور و میانجی‌گر برای مسائل خود در نظر گیرند. از سوی دیگر ادراک بخشندگی و توبه‌پذیری خداوند باعث می‌شود رفتارهای فرد نیز تغییر یابد. همچنین ارتباط با خداوند و معنابخشی الهی به روابط زمینه‌ای برای تمایز یافتگی فراهم می‌کند و فرد می‌تواند بین فردیت و همبستگی با خانواده با ارتباط با خداوند تعادل برقرار کند. همچنین تنظیم گره‌های مذهبی رفتارهای فرد را متناسب با بافت خانواده تنظیم می‌کند و کنترل گره‌های مذهبی مانع از توقع خواهی و بروز هیجانات منفی می‌شود و گفت‌وگو، احساسات و تعهدات مذهبی نیز به خانواده کمک می‌کند که روابط بین فردی ارتقا یابد.

یافته‌های این پژوهش برای تعداد محدودی از خانواده‌ها با فرهنگ و جغرافیای محدود صورت گرفت و تعمیم‌پذیری آن با فرهنگ عام و جغرافیای گسترده نیاز به پژوهش‌های بیشتر و وسیع‌تر دارد. این الگو به‌صورت مشاوره‌ای گروهی انجام شد و مشاوره گروهی دارای نقاط قوت و ضعف است که هر یک از آن‌ها می‌تواند پژوهش را دچار محدودیت کند. در مشاوره گروهی نفوذ اجتماعی افراد، الگوگیری از یکدیگر و هم‌سنخی در مشکلات، بافتی را فراهم می‌کند تا افراد بهتر بتوانند روابط را بهبود بخشند. همچنین در مشاوره گروهی افراد ممکن است نتوانند خودافشاگری لازم را داشته باشند یا ممکن است تحت تأثیر گروه، مجبور باشند حرف‌ها و انتظارات خود را با گروه همخوان کنند. بنابراین این امور ممکن است در یافته‌های پژوهش تأثیر گذاشته باشد. از این رو تعمیم یافته‌های مطالعه حاضر باید با احتیاط صورت گیرد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده این الگو را برای سایر خانواده‌ها با فرهنگ‌های متفاوت و جغرافیای گسترده اجرا کنند، همچنین مداخلاتی به‌صورت مشاوره تک‌آزمودنی (تک‌زوجی یا تک‌خانواده) اجرا شود و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود، علاوه بر آن با توجه به اینکه خرده‌مقیاس‌های کارآمدی خانواده تحت تأثیر خانواده‌درمانی مذهبی بهبود یافتند می‌توان انتظار داشت خانواده‌درمانی مذهبی در انتقال ارزش‌های مذهبی به نوجوانان و پابندی آن‌ها به آن مفید و مؤثر باشد، به‌نحوی که والدین با انجام دادن فرایندهایی نظیر ادراکات، رفتارها، کنترل‌گرها و تنظیم‌گرهای مذهبی

می‌توانند در رشد مذهبی نوجوان در به‌کارگیری آن‌ها در رفتارها و روابط اجتماعی و بین‌فردی تأثیر معناداری داشته باشند، این فرضیه‌ای است که پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده آن را بررسی کنند. در پایان از پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی برای حمایت از این پژوهش قدردانی و تشکر می‌کنم.

### منابع

- آقایوسفی، علیرضا، شریفی ساکی، شیدا، احمدی، هادی، کریمی، رضا (۱۳۹۷)، تأثیر آموزش برنامه غنی‌سازی ارتباط بین فردی بر رضایت زناشویی همسران معتادین، *نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶(۱)، ۴۹-۵۶.
- افشاری، علی (۱۳۹۸)، اثر بخشی گروه‌درمانی معنوی-اسلامی بر افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی جانبازان اعصاب و روان، *نشریه طب جانباز*، ۱۱(۴)، ۱۷۵-۱۸۲.
- بیان‌فر، فاطمه و علی پریمی (۱۴۰۱)، تدوین پروتکل درمانی با طراحی «معنوی مذهبی» برای زوجین متقاضی طلاق و اثر بخشی آن بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و صمیمیت زناشویی، *نشریه روان‌شناسی و دین*، ۱۵(۱)، ۴۱-۶۲.
- ثناگویی‌زاده، محمد، اعتمادی، عذری، احمدی، سید احمد و جزایری، رضوان السادات (۱۳۹۸)، اثر بخشی مشاوره اسلامی کارکردی خانواده بر مشکلات بین نوجوان و والدین و نگرش نسبت به والدین، *نشریه پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۷(۱۵)، ۸۳-۱۰۴.
- ثناگویی‌زاده، محمد (۱۴۰۰الف)، تدوین برنامه اسلامی غنی‌سازی صمیمیت زناشویی و اثر بخشی آن بر صمیمیت و رضامندی زناشویی، *نشریه پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده*، ۹(۲)، ۹-۳۴.
- ثناگویی‌زاده، محمد، هادی، اصغر و عذری اعتمادی (۱۴۰۰ب)، ساخت و اعتباریابی مقیاس الگوهای ارتباطی زوجین با نگرش به منابع اسلامی، *فصلنامه روان‌شناسی و دین*، ۱۴(۲)، ۲۹-۴۴.
- ثناگویی‌زاده، محمد (۱۴۰۰ج)، الگوی غنی‌سازی صمیمیت زناشویی در دیدگاه اسلامی، *نشریه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۲(۴۵)، ۱-۳۲.
- ثناگویی‌زاده، محمد (۱۴۰۰د)، الگوی خودمراقبتی منظم در صمیمیت زناشویی برخاسته از دیدگاه اسلامی، *نشریه روان‌شناسی فرهنگی*، ۵(۱)، ۱۶۶-۱۹۴.
- جانبرزگی، مسعود (۱۳۹۵)، اثر خانواده‌درمانگری سیستمی معنوی بر رضایت زناشویی و کنشوری خانواده (الگوی مهر و قدرت)، *نشریه پژوهش‌های اسلامی زنان و خانواده*، ۴(۶)، ۹-۳۸.
- جدیری، مسعود، فتحی آشتیانی، علی، موتابی، فرشته، حسن آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۶)، اثر بخشی زوج‌درمانی با رویکرد اسلامی بر رضایت زناشویی، *نشریه مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۱۱(۲۰)، ۷-۳۷.
- حاتمی ورزنده، ابوالفضل. اسمعیلی، معصومه، فرحبخش، کیومرث و احمد برجعلی (۱۳۹۵)، بررسی مقایسه‌ای ازدواج‌های پایدار رضایتمند و ازدواج‌های در حال جدایی (مطالعه کیفی)، *نشریه فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده*، ۱۱(۳۵)، ۷-۳۹.

- خجسته مهر، رضا، محمدی، رزگار (۱۳۹۵)، تجربه خوشبختی در ازدواج‌های پایدار: یک مطالعه کیفی، *نشریه روانشناسی خانواده*، ۳(۲)، ۷۰-۵۹.
- خدادادی سنگده، جواد، نظری، علی محمد، احمدی، خدابخش و جعفر حسنی (۱۳۹۳)، شناسایی شاخص‌های ازدواج موفق: مطالعه‌ای کیفی و اکتشافی، *نشریه مطالعات راهبردی ورزش و جوانان*، ۱۳(۲۵)، ۴۶-۳۲.
- ساتکین، مجتبی، مهری نژاد، سید ابوالقاسم، ستوده اصل، نعمت و حسن اسدزاده (۱۴۰۰)، غنی‌سازی زندگی زناشویی بر مبنای آموزه‌های اسلامی: یک تحلیل محتوای کیفی، *نشریه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۲(۴۷)، ۴۵-۱.
- سالاری فر، محمدرضا، یونسی، سیدجلال، شریفی نیا، محمدحسین، وغروی، سید محمد (۱۳۹۲)، مبانی و ساختار زوج‌درمانی اسلامی، *نشریه مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۷(۱۲)، ۶۸-۳۷.
- صفورایی پاریزی، محمدمهدی، حیدری، سید حسین، هراتیان، عباس علی، و محمد زارعی توپخانه (۱۳۹۴)، بازشناسی ساختار عاملی مقیاس اسلامی کارآمدی خانواده-فرم تجدیدنظرشده، *نشریه اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱(۳)، ۴۳-۲۷.
- قربان‌پور قلعه شیر، نفیسه، حسن‌آبادی، حسین، قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی (۱۳۹۲)، بررسی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی-مذهبی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری خانواده‌های بیماران روان‌پریش، پایان‌نامه ارشد دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- قشلاقی، سعیده، علیوندی وفا، مرضیه، اسماعیل پور، خلیل و معصومه آزموده (۱۳۹۸)، اثربخشی گروه‌درمانی معنوی-مذهبی اسلام‌محور بر شادمانی زناشویی و کیفیت رابطه ادراک‌شده زناشویی در زنان دارای تجربه دلزدگی زناشویی، *پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده*، ۷(۱۶)، ۹۴-۷۱.
- کاوه فارسانی، ذبیح‌الله، صفی، سعید و ابوالحسن بهمنی (۱۳۹۸)، برنهادهای مقدماتی در زمینه مشاوره خانواده با رهیافت مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی، *نشریه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۹(۱)، ۷۴-۴۹.
- هوشیاری، جعفر، تقیان، حسن، و صفورایی پاریزی، محمدمهدی (۱۳۹۵)، هنجاریابی مجدد پرسش‌نامه سنجش کارآمدی خانواده با استفاده از نظریه سؤال-پاسخ، *نشریه مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۱۰(۱۹)، ۱۱۷-۹۹.
- محمودزاده، اعظم، حسینیان، سیمین، احمدی، سید احمد و فاتحی‌زاده، مریم (۱۳۹۳)، بررسی تأثیر زوج‌درمانی اسلامی بر صمیمیت زناشویی، *نشریه روانشناسی و دین*، ۲۵، ۷۲-۶۱.
- مهدی نژاد قوشچی، رحمان، اسدپور، اسماعیل، برقی، شیماسادات، سلیمانی، مهران (۱۴۰۰)، اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر با محتوای اسلامی بر میزان گفت‌وگوی مؤثر زوجین، *نشریه روانشناسی و دین*، ۲۳، ۵۴-۳۷.
- نیلفروشان، پریسا، عابدی، محمدرضا و احمدی، سید احمد (۱۳۹۳)، *آسیب‌شناسی خانواده*، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.

Attride-Stirling, J. (2001), Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405

Berger, R., & Hannah, M. T. (2013), *Preventive Approaches in Couples Therapy*, Routledge.

Braun V., Clarke V., Hayfield N., Terry G. (2019) Thematic Analysis. In: Liamputtong P.

- (eds) Handbook of Research Methods in Health Social Sciences, Springer, Singapore, p.843-860
- BULUT, Ö. A. (2020), The religious and spiritual dimensions of Bowen family therapy. *Spiritual Psychology and Counseling*, 5(1), 65-85.
- Daneshpour, M. (2016), *Family therapy with Muslims*. Routledge.
- David, P., & Stafford, L. (2015), A relational approach to religion and spirituality in marriage: The role of couples' religious communication in marital satisfaction. *Journal of Family Issues*, 36(2), 232-249.
- Fluit, D. V. (2015), Spiritual integration within Satir's transformational systemic therapy model, *Counselling and Spirituality/Counseling et Spiritualité*, 34(1), 31-41.
- Hook, J. N., Worthington Jr, E. L., Davis, D. E., & Atkins, D. C. (2014), Religion and couple therapy: Description and preliminary outcome data, *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(2), 94-101
- Holmberg, Å., Jensen, P., & Vetere, A. (2021), Spirituality—a forgotten dimension? Developing spiritual literacy in family therapy practice, *Journal of Family Therapy*, 43(1), 78-95.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012), *Family Therapy: An Overview*, Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Kao, L. E., Peteet, J. R., & Cook, C. C. (2020), Spirituality and mental health, *Journal for the Study of Spirituality*, 10(1), 42-54.
- Mahoney, A., Flint, D. D., & McGraw, J. S. (2020), Spirituality, religion, and marital/family issues. In *Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health* (pp. 159-177), Academic Press.
- Meer, S., & Mir, G. (2014), Muslims and depression: The role of religious beliefs in therapy. *Journal of Integrative Psychology and Therapeutics*, 2(1), 2-9.
- Oxhandler, H. K., & Parrish, D. E. (2018), Integrating clients' religion/spirituality in clinical practice: A comparison among social workers, psychologists, counselors, marriage and family therapists, and nurses. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 680-694.
- Pedro, M. F., Ribeiro, T., & Shelton, K. H. (2015), Romantic attachment and family functioning: The mediating role of marital satisfaction, *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3482-3495.
- Peteet, J. R., & Lu, F. G. (2022), Religion and Spirituality in the DSM and ICD, *Spirituality and Psychiatry*, 220-231
- Rassool, G. H. (2015), *Islamic Counselling: An Introduction to Theory and Practice*, Routledge.
- Şahin, Y. (2017), Using spiritual genograms in family therapies, *Spiritual Psychology and Counseling*, 3(1), 47-60.
- Shichida, T., Dollahite, D. C., & Carroll, J. S. (2015), How the perception of God as a transcendent moral authority influences marital connection among American Christians, *Journal of Psychology and Christianity*, 34(1), 40-52.
- Steinhauser, K. E., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., ... & Balboni, T. A. (2017), State of the science of spirituality and palliative care research part I: definitions, measurement, and outcomes, *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(3), 428-440.
- Turgut, T., & Füsün, E. K. Ş. İ. (2020), Spiritually-oriented cognitive-behavioral family therapy, *Spiritual Psychology and Counseling*, 5(1), 87-111.