

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و  
گروه‌درمانی شناختی- رفتاری کلاسیک بر کیفیت ارتباط زناشویی بانوان

## Comparison of the Efficacy of Cognitive-Behavior Group Therapy with Religious Advice and Classic Cognitive- Behavior Group Therapy on the Quality of Marital Relationship of Women

*S. Zadhoosh, Ms.C.*

سمیه زادهوش

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان

*H. T. Neshat Doust, Ph.D.*

دکتر حمید طاهر نشاط دوست

دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

*M. Kalantari, Ph.D.*

دکتر مهرداد کلانتری

دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

*S. K. Rasolzade Tabatabaee, Ph.D.*

دکتر سید کاظم رسول زاده طباطبایی

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس

دریافت مقاله: ۸۷/۶/۱۲

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۸/۱۲/۳

پذیرش مقاله: ۸۹/۱/۲۶

### Abstract

The Purpose of this study is to compare the efficiency of cognitive behavior group therapy incorporating with religious advices with that of classic cognitive behavior group therapy on the quality of marital relationship in women a sample of 33 women who were recruited through clinical practices of psychotherapists was selected

### چکیده:

هدف از اجرای پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک بر کیفیت ارتباط زناشویی بانوان بود. نمونه پژوهش شامل ۳۳ نفر از بانوان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر تهران بود که به شیوه در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند.

Corresponding author: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran.

Tel: +98311-6683107

Email: [s.zadhoosh@gmail.com](mailto:s.zadhoosh@gmail.com)

نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی

و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی

تلفن: ۰۳۱۱-۶۶۸۳۱۰۷

پست الکترونیکی: [s.zadhoosh@gmail.com](mailto:s.zadhoosh@gmail.com)

by means of on-hand-sampling and randomly assigned to intervention and control groups. One of the intervention groups received 8 sessions of CBRA techniques and the other received 8 sessions of ICBT techniques. Patients were assessed repeatedly through self report measures, including quality of marital relationship Inventory and attitude religious Inventory. Result indicate that CBRA group proved to be more significantly more efficient on the quality of marital relationship than the CBT control group ( $p < 0/0001$ ). There were significant differences between groups in the style of communicative subscale in the quality of marital relationship questionnaire ( $p < 0/0001$ ), but on the other subscale there were no significant differences ( $p > 0/05$ ).

**Keyword:** Cognitive-Behavior Therapy, Religious Advices, Quality of Relationship.

یکی از گروه‌های آزمایش ۸ جلسه درمان شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و دیگری ۸ جلسه درمان شناختی - رفتاری کلاسیک دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای به‌کار رفته در این پژوهش عبارتند از: پرسشنامه کیفیت ارتباط زوجین و پرسشنامه نگرش مذهبی، که هر دو ابزار از روایی و پایایی خوبی برخوردارند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی در مقایسه با گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک و گروه کنترل در افزایش کیفیت ارتباط زناشویی بانوان به‌طور معناداری مؤثرتر بوده است ( $p < 0/0001$ ). هم‌چنین در خرده‌مقیاس سبک‌های ارتباطی بین سه گروه تفاوت معناداری مشاهده شد ( $p < 0/0001$ ). به این معنا که در گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی، نسبت به دو گروه دیگر بهبود بیشتری در سبک‌های ارتباطی حاصل شده است. تفاوت بین سه گروه در سایر خرده‌مقیاس‌ها معنادار نبود ( $p > 0/05$ ).

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی - رفتاری، توصیه‌های مذهبی، کیفیت ارتباط

#### مقدمه

هر خانواده در حکم سلولی برای تشکیل پیکره جامعه است و حیات و سلامت مجموعه این سلول‌ها ضامن سلامت و حیات اجتماعی جامعه می‌باشد، از این‌رو بسترسازی مناسب برای موفقیت خانواده، مهم‌ترین گام برای سلامت و ارتقاء جامعه می‌باشد (نیلی‌پور، ۱۳۸۵). دو رکن اساسی خانواده زن و شوهر هستند که دارای تعاملات منحصر به فردی با یکدیگر می‌باشند بطوری‌که در این شکل از ارتباط تمام ابعاد زیستی، معنوی، اجتماعی مورد توجه قرار می‌گیرد، لیکن عوامل متعددی

کارکرد این نهاد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. از جمله این عوامل عبارتند از: تعامل‌های ناخوشایند مثل: خشم، سرزنش و یا تنبیه، رفتار منفی متقابل<sup>۱</sup>، فقدان مهارت در حل مسأله (گاتمن، ۱۹۷۹؛ به نقل از هاوتون<sup>۲</sup>، کرک<sup>۳</sup>، سالکووس<sup>۴</sup> و کلارک<sup>۵</sup>، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۳)، الگوهای ارتباطی و رفتاری ناقص (کار، ۲۰۰۴)، ناتوانی در درک دیدگاه دیگری (گاتمن ۱۹۹۳) و تفکرات غیرمنطقی (الیس، ۱۹۹۴). در مقابل از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر بر خشنودی زناشویی، ارتباط مؤثر می‌باشد که لازمه آن یادگیری شریک شدن در افکار و احساسات دیگری می‌باشد (سیلیمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱ به نقل از احمدی، فتحی‌آشتیانی و نوابی‌نژاد، ۱۳۸۴). در واقع ارتباط سالم و مؤثر عبارتست از توانایی افراد در توضیح و تصریح نیازها، خواسته‌ها و تمایلات و نیز توانایی توجه کردن به دیگری و دعوت کردن از وی برای روشن‌سازی مطالب و موقعیت‌ها، که از طریق تبدلات کلامی مستقیم و صریح حاصل می‌شود (برای، ۱۹۹۵). پژوهش‌های مختلف مؤید تأثیر رابطه مثبت بر رضایت زناشویی می‌باشد (نظری و نوابی‌نژاد، ۱۳۸۴ و شعبانی، ۱۳۸۵).

گوردون، بیکام، اپیستن و بورنت (۱۹۹۱) نشان دادند تعاملات مثبت بین زوجین پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی می‌باشد. اسوارتز (۲۰۰۰) نیز اظهار نمود ابراز احساسات که از جمله مهارت‌های ارتباطی می‌باشد بر رضایت زناشویی مؤثر است. شواهد بسیار واضحی در این زمینه وجود دارد که زوجها در جامعه معاصر مشکلات شدید و فراگیری هنگام برقراری ارتباط و حفظ آن تجربه می‌کنند (عباسی، ۱۳۸۴). کمبود مهارت‌های ارتباطی با بسیاری از مشکلات زوجها ارتباط دارد و به نوعی می‌توان گفت، اشکال در مهارت‌های بیان و دریافت با بسیاری از شکایات‌های متداول زوجها ارتباط پیدا می‌کند (برنشتاین<sup>۷</sup>، ترجمه پورعابدینی). بطوری‌که شایع‌ترین مشکلی که توسط زوجها مطرح می‌شود عدم موفقیت در برقراری ارتباط می‌باشد. چنان‌که تقاضاهای فزاینده زوجین برای حل این مشکلات موجب شکل‌گیری الگوهای درمانی متعددی شده‌است که هدف این‌گونه از خدمات روان‌شناسی برای زوجها روشی مناسب برای افزایش رضایت زناشویی، بالابردن احساس همبستگی زوجین و ارائه راهبردهای مناسب ارتباطی و فعال کردن نقش خود التیام‌بخشی خانواده‌ها می‌باشد (عامری، ۱۳۸۳). تا بدینوسیله با آگاهی از مشکلات میان فردی، شیوه‌های حل مسأله و روش‌های رفتاری مناسب، روابط مطلوب ایجاد و احساس رضایت از زندگی مشترک افزایش یابد (جانسن و کوهن، ۲۰۰۵). در حال حاضر دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل تعارض‌های زناشویی هستند، از جمله این رویکردها، رویکرد شناختی - رفتاری می‌باشد، چنان‌که در این رویکرد بر نقش فرایندهای رفتاری و شناختی در شکل‌گیری مشکلات زناشویی و بر استفاده از تدابیر رفتاری و شناختی برای تغییر الگوی پاسخ ناکارآمد بهره می‌جویند به‌گونه‌ای که هم رفتارهای ناخواسته کاهش یابد و هم رفتارهای سازگارانه افزایش یابد (زارب<sup>۸</sup>، ترجمه خدایاری‌فرد و عابدینی، ۱۳۸۳). لیکن هیچ یک از نظام‌های نظری موجود برای همه مراجعان و مشکلات آن‌ها

کارآیی کامل را ندارد، با توجه به برخی از محدودیت‌های این رویکردها پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند از طریق رویکردهای التقاطی<sup>۹</sup> می‌توان درمان‌های متفاوت و یا ترکیبی از درمان‌ها را برای مشکلات خاص مراجعان تجویز کرد) پروچاسکا<sup>۱۰</sup> و نوراکراس<sup>۱۱</sup>، ترجمه سیدمحمدی، (۱۳۸۱). پژوهشگران متعددی لزوم پرداختن به این‌گونه از روش‌ها را به اثبات رسانیده‌اند (مور، کلوس وراس موسن، ۲۰۰۱)، چنان‌که گارفیلد و برگین (۱۹۹۴) هدف از درمان‌های التقاطی را بهبود بخشیدن به اثربخشی و کارآیی روان‌درمانی می‌دانند. لیکن در این میان انتخاب مدل درمانی کارآمد و متناسب با نیاز و ویژگی‌های زوجین اهمیت زیادی دارد (پین<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۲؛ به‌نقل از وست<sup>۱۳</sup>، ۱۳۸۳؛ ترجمه شهیدی و شیرافکن) در این خصوص ساکسنا (۲۰۰۶) در مطالعه بین فرهنگی از معنویت در ۱۸ کشور جهان معنویت را به عنوان یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی می‌داند. بنابراین علاوه بر توجه به متغیرهای اثرگذار مختلف در ایجاد مشکل شرایط فرهنگی، مذهبی، اجتماعی و بومی نیز در اثربخشی درمان مؤثر می‌باشد (پدرسن، ۱۹۹۶). چنان‌که خدایاری‌فرد، شهابی و اکبری (۱۳۸۶) رابطه نگرش مذهبی و رضامندی زناشویی را مثبت دانسته‌اند. هم‌چنین احمدی، فتحی‌آشتیانی و عرب‌نیا نیز در پژوهش خود نشان دادند اعتقادات دینی و تقیدات مذهبی بر تمامی ابعاد زندگی انسان از جمله روابط خانوادگی اثرگذار است، بطوری‌که خانواده درمانگرها می‌توانند نقش باورهای مذهبی را هم در بروز و هم در حل اختلافات زناشویی بعنوان عاملی مهم در نظر بگیرند. با توجه به این دیدگاه ریچاردز و برگین (۱۹۹۷) نوعی راهبردهای معنوی برای استفاده در مشاوره و روان‌درمانی مطرح کرده و شواهدی حاکی از اثر بخشی این روش‌ها بر بهبود روابط و سلامت افراد بیان کرده‌اند، از جمله این راهبردها عبارتند از دعا کردن برای مراجعان و ترغیب آن‌ها به دعا کردن، بحث در مورد مسائل الهی، استفاده از نوشته‌های کتاب‌های مقدس در امر درمان، استفاده از فنون تن‌آرامی بر اساس تصویرسازی ذهنی مکان‌های مقدس، ترغیب مراجعان به بخشش و ایثار، کمک کردن به مراجعان برای هماهنگ شدن با ارزش‌های معنوی، مشاوره با رهبران مذهبی و استفاده از کتاب درمانی مذهبی می‌باشد. لارنس و لارسن (۱۹۹۸)، سیبولد و هیل (۲۰۰۱) و هیل و پارگامنت (۲۰۰۳) در پژوهش‌های خود، مکانیزم‌های مؤثر معنویت بر سلامت را نشان دادند (ماه‌نی، پارگامنت، جیول، اسکوت، اسوارکوریو، ۲۰۰۳) و به بررسی نقش سازه‌های دوری و نزدیکی مذهبی در کنش‌های زناشویی پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که هم در زنان و هم مردان متغیرهای سازه‌های نزدیکی به مذهب مستقیماً در انسجام ازدواج منعکس شده و با سازگاری کلی‌تری در ازدواج، منافع دریافتی، تعارضات زناشویی کمتر، همکاری و نزدیکی کلامی بیشتر، استفاده کمتر از پرخاشگری کلامی و به‌بن‌بست نرسیدن در مواقع عدم توافق، همبستگی دارد. پراپست، آستروم، وانکین، دین و ماسبرن، ۱۹۹۲ و پراپست، ۱۹۸۸؛ به‌نقل از جیمز و ولز (۲۰۰۳) در مطالعات خود به مقایسه درمان‌های شناختی - رفتاری همراه با فاکتورهای مذهبی در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری بر

روی اختلالاتی چون افسردگی پرداختند، نتایج تأثیر مثبت بیشتر درمان شناختی - رفتاری همراه با فاکتورهای مذهبی را در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری نشان داد.

تحقیق حاضر نیز به منظور تعیین میزان اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی، در مقایسه با گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک در بهبود روابط زناشویی بانوان انجام گرفته است. با این فرضیه که با توجه به پیشینه پژوهش گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی در مقایسه با گروه درمانی شناختی - رفتاری در بهبود روابط زناشویی بانوان مؤثرتر می‌باشد.

## روش

طرح تحقیق در این پژوهش شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد پژوهش زنان مراجعه کننده با گرایش مذهبی بالا به کلینیک‌های شهر تهران در سه ماهه آخر سال ۱۳۸۶ می‌باشد به منظور انتخاب نمونه به شیوه در دسترس در چند کلینیک منطقه ۷ شهر تهران اطلاعیه برای شرکت در گروه با هدف بهبود روابط زناشویی زده شد، مراجعین در هنگام ثبت‌نام پرسشنامه کیفیت ارتباط زوجین را تکمیل کردند. پرسشنامه نگرش مذهبی نیز به منظور همسان شدن آزمودنی‌ها از نظر مذهبی اجرا شد. ۳۶ نفر از داوطلبینی که نمره نگرش مذهبی بالا تر از نقطه برش داشتند انتخاب شدند و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش (شناختی - رفتاری، مذهبی و شناختی - رفتاری کلاسیک) و یک گروه کنترل جایگزین شدند.

مدت جلسات برای گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی ۸ جلسه ۲ ساعته و برای گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که در طول یک دوره ۲ ماهه برگزار گردید، به منظور حذف نقش خستگی درمانگر، دو درمان مذکور در دو روز متفاوت انجام پذیرفت. در گروه آزمایشی شناختی - رفتاری، مذهبی در پایان هر جلسه تصویرسازی ذهنی با محتوای مذهبی تمرین و علاوه بر تکالیف شناختی - رفتاری هر جلسه به عنوان تکلیف به آزمودنی‌ها داده می‌شد. پرسشنامه‌هایی که آزمودنی‌ها هنگام مراجعه تکمیل کرده بودند به عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد و در پایان آخرین جلسه نیز پس از آزمون اجرا گردید. از ۱۲ نفر گروه آزمایشی شناختی - رفتاری یک نفر به دلیل تصادف، در جلسات درمانی به طور کامل شرکت نکرد و از گروه حذف شد، در نتیجه به منظور رعایت تساوی حجم نمونه از دیگر گروه‌ها (گروه درمان شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و گروه کنترل) نیز ۱ نفر به تصادف حذف شد و نهایتاً در هر گروه

حجم گروه به ۱۱ نفر کاهش یافت. روش درمانی مورد استفاده در این پژوهش برگرفته از روش درمانی مورد استفاده جناب آقای دکتر جان بزرگی در رساله دکتری ایشان با عنوان بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی در دانشگاه تربیت مدرس، استفاده از کتاب‌های معتبر در این زمینه و زیر نظر اساتید مجرب در حوضه دینی و مداخلات مذهبی می‌باشد. خلاصه‌ای از محتوای جلسات گروه‌های آزمایشی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱: خلاصه‌ای از محتوای جلسات گروه‌های آزمایشی

جلسه	موضوع	گروه درمانی شناختی- رفتاری	گروه درمانی شناختی- رفتاری با جهت‌گیری مذهبی
۱	ارتباط مؤثر	خوشامدگویی و بحث پیرامون تعریف ارتباط انواع ارتباط و ارتباط صحیح و تمرین تکنیک مبادله رفتار	مباحث مطرح شده در گروه درمانی شناختی- رفتاری همراه بحث پیرامون نظم، اثرات آن بر زندگی و رعایت حقوق دیگران در رابطه زناشویی از منظر دین
۲	فکر احساس رفتار	خوشامدگویی بحث پیرامون رابطه فکر، احساس و رفتار	مباحث مطرح شده در گروه درمانی شناختی- رفتاری همراه بحث پیرامون اثرات دعا و استغفار و در مقابل اثرات بدگویی در مورد همسر
۳	ادراک‌گزینشی	خوشامدگویی و بحث پیرامون خطاهای شناختی مؤثر در اختلافات زناشویی و بیان یکی از آن‌ها (ادراک‌گزینشی)	مباحث مطرح شده در گروه درمانی شناختی- رفتاری همراه بحث پیرامون اثرات صبر، گذشت و تغافل در زندگی زناشویی
۴	اسنادها	خوشامدگویی و بحث پیرامون اسنادها به عنوان یکی از خطاهای شناختی مؤثر در اختلافات زناشویی	مباحث مطرح شده در گروه درمانی شناختی- رفتاری همراه بحث پیرامون مثبت‌نگری و خوش‌بینی نسبت به دیگران
۵	انتظارات	خوشامدگویی و بحث پیرامون انتظارات به عنوان یکی از خطاهای شناختی مؤثر در اختلافات زناشویی	مباحث مطرح شده در گروه درمانی شناختی- رفتاری همراه بحث پیرامون توکل و امیدواری و آثار آن در زندگی
۶	موانع ارتباطی	خوشامدگویی و بحث پیرامون موانع ارتباطی در رابطه زناشویی	مباحث مطرح شده در گروه درمانی شناختی- رفتاری همراه بحث پیرامون موانع ارتباطی از دیدگاه دینی (خشم، عجله، تندخویی، بداخلاقی و ناسزاگویی)
۷	مهارت‌های ارتباطی	خوشامدگویی و بحث پیرامون مهارت‌های ارتباطی در زندگی زناشویی	مباحث مطرح شده در گروه درمانی شناختی- رفتاری همراه بحث پیرامون مهارت‌های ارتباطی از دیدگاه مذهبی (احترام، ابراز محبت، صداقت، خوش‌خلقی، آراستگی ظاهری)
۸	حل مساله	خوشامدگویی و بحث پیرامون مهارت حل مسئله	مباحث مطرح شده در گروه درمانی شناختی- رفتاری همراه بحث پیرامون سبک‌های مقابله مذهبی و اثرات شادکامی در زندگی از دیدگاه مذهبی

## ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت ارتباط زوجین: این پرسشنامه توسط خوشکام (۱۳۸۵) با استفاده از چارچوب نظری میلر<sup>۱۴</sup>، نانالی<sup>۱۵</sup> و واکمن<sup>۱۶</sup> (برنامه ارتباط زوجین، ۱۹۷۵) طراحی شده است و شامل ۳۳ سؤال در چهار حیطه می‌باشد. حیطه اول با نام «توجه کردن به خود» دارای ۵ گزاره، حیطه دوم «توجه کردن به همسر» دارای ۷ گزاره، حیطه سوم «برنامه‌ریزی برای حل مشکلات» شامل ۶ گزاره و حیطه چهارم «سبک‌های ارتباطی» شامل ۱۵ گزاره است. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر نمره ۱۶۵ می‌باشد. پاسخ به سؤالات بصورت ۶ گزینه‌ای (اصلاً- بسیار کم- کم- تا اندازه‌ای- زیاد- بسیار زیاد) می‌باشد. نمره بیشتر فرد در این آزمون نشانگر کیفیت ارتباط زناشویی بالاتری در او می‌باشد. ضریب اعتبار پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شده است (خوشکام، ۱۳۸۵).

پرسشنامه سنجش نگرش مذهبی: این پرسشنامه توسط خدایاری‌فرد، غباری‌بناب، شکوهی‌یکتا و نصفت (۱۳۷۸) تهیه شده است و یک نگرش‌سنج نوع لیکرت شامل ۴۰ سؤال می‌باشد. در پایان پرسشنامه ۴۰ سؤالی یک پرسشنامه خودسنجی اضافه شده است که در آن آزمودنی میزان مذهبی بودن خود را از نظر خود، خانواده، همکلاس‌ها، آشنایان افراد غیرآشنا و افراد کاملاً غریبه در یک مقیاس پنج گزینه‌ای از کاملاً مذهبی تا کاملاً غیرمذهبی ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه خودسنجی با هدف افزودن به صحت و دقت پاسخ‌های آزمودنی، به مواد پرسشنامه اصلی اضافه شده است. نمره-گذاری پرسشنامه براساس پاسخ‌های آزمودنی‌ها به مواد مختلف آن و در مقیاس پنج تایی، صفر برای کاملاً مخالف تا ۴ برای کاملاً موافق انجام می‌شود. با جمع نمرات، نمره کلی آزمودنی در مورد نگرش مذهبی وی بدست می‌آید، نمرات بالا، نشان‌دهنده گرایش‌های مذهبی قوی‌تر است. خدایاری‌فرد و همکاران (۱۳۷۸) شاخص‌های پایایی و روائی پرسشنامه را در دو مطالعه ۰/۹۶ و ۰/۹۴ گزارش کردند. ضریب پایایی از روش با زآزمون ۰/۹۱ و به روش دو نیمه کردن به روش اسپیرمن- براون برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و به روش گاتمن ۰/۸۰ بدست آمده است. روائی محتوای بالائی نیز خدایاری‌فرد و همکاران (۱۳۷۸) برای پرسشنامه گزارش کرده‌اند. هم‌چنین خدایاری‌فرد (۱۳۷۸) روائی سازه این آزمون را تأیید کرده‌است.

## یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه می‌شود، یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه کیفیت ارتباط زوجین و زیر مقیاس‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. این یافته‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر یک از متغیرها

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیر	گروه‌ها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۴/۷۹	۱۲۲/۲۷	۶/۶۹	۳۸/۴۵	کیفیت ارتب ل	شناختی رفتاری
۱/۲۷	۱۸/۲۷	۱/۳	۵/۰۹	توجه به خ	
۲/۵۷	۲۶	۱	۶/۲۸	توجه به هم ر	
۱/۷۵	۱۱/۴۵	۱/۵۷	۶/۶۴	برنامه‌ریزی برای > مشکل	
۲/۶۴	۵۵/۱۸	۴/۱۱	۲۰/۴۵	سبک‌های ارتب طی	
۵/۹	۱۳۲/۹۱	۸/۹۷	۳۳	کیفیت ارتب ل	شناختی رفتاری مذهبی
۲/۲۳	۱۹/۱۸	۱/۶۳	۴/۵۴	توجه به خ	
۲/۷	۲۷/۹۱	۲/۴۳	۷/۰۹	توجه به هم ر	
۱/۷	۱۱/۹۱	۲/۷۶	۶/۲۷	برنامه‌ریزی برای > مشکل	
۲/۷	۶۱/۳۶	۴/۷۲	۱۵/۰۹	سبک‌های ارتب طی	
۶/۰۵	۶۲/۲۸	۶/۰۵	۴۵/۳۶	کیفیت ارتب ل	کنترل
۴/۵	۹/۹	۳/۶۸	۶/۱۸	توجه به خ	
۴/۵۸	۱۳/۲۷	۳	۷/۶۴	توجه به هم ر	
۱/۳۳	۱۴/۸۲	۲/۸۳	۷/۲۷	برنامه‌ریزی برای > مشکل	
۶/۲	۳۱/۷۲	۴/۱۷	۲۳/۲۷	سبک‌های ارتب طی	

همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود میانگین نمرات تمامی متغیرهای مورد بررسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است. به منظور بررسی تفاوت‌های مشاهده شده بین گروه‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر بهبود روابط زناشویی بانوان

توان آماری	میزان تأثیر	معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر	پیش‌آزمون
۰/۶۱	۰/۱۶	۰/۰۲۸	۵/۳۷	۴۹۳/۰۷	۱	۴۹۳/۰۷	کیفیت ارتباط	پیش‌آزمون
۰/۱۶	۰/۳۳	۰/۰۰۱	۱۴/۵۳	۸۹/۷۱	۱	۸۹/۷۱	توجه به خود	
۰/۵۲	۰/۱۳	۰/۰۴۶	۴/۳۴	۴۵/۴۵	۱	۴۵/۴۵	توجه به همسر	
۰/۰۷	۰/۰۰۷	۰/۶۶	۰/۱۹	۰/۵۱	۱	۰/۵۱	برنامه‌ریزی برای حل مسئله	
۰/۷	۰/۱۹	۰/۰۱۵	۶/۶۲	۹۸/۸۹	۱	۹۸/۸۹	سبک‌های ارتباطی	
۱	۰/۷	۰/۰۰۰۱	۳۴/۸۱	۳۱۹۵/۶۵	۲	۶۲۹۱/۲۹	کیفیت ارتباط	عضویت گروهی
۱	۰/۷۱	۰/۰۰۰۱	۴۷/۵۱	۲۹۳/۲۶	۲	۵۸۶/۵۳	توجه به خود	
۱	۰/۶	۰/۰۰۰۱	۲۲/۱	۲۳۱/۴۱	۲	۴۶۲/۸۱	توجه به همسر	
۰/۹۹	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱	۱۴/۰۴	۳۷/۱۶	۲	۷۴/۳۲	برنامه‌ریزی برای حل مسئله	
۱	۰/۷۲	۰/۰۰۰۱	۵۷/۴۱	۸۵۸/۱۸	۲	۱۷۱۶/۳۷	سبک‌های ارتباطی	

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات کیفیت ارتباط و چهار زیرمقیاس آن (توجه به خود، توجه به همسر، برنامه‌ریزی برای حل مشکلات و سبک‌های ارتباطی) در سه گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت ارتباط بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/0001$ ) و میزان این تأثیر ۰/۷ می‌باشد. همچنین در این جدول مشاهده می‌گردد که بین میانگین تعدیل شده نمرات توجه به خود بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/0001$ ) و میزان این تأثیر ۰/۷۱ بوده است. یافته‌های حاصل همچنین مبین آن است که بین میانگین تعدیل شده نمرات توجه به همسر بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/0001$ ) و اندازه اثر آن ۰/۶ می‌باشد. این جدول همچنین نشان می‌دهد که بین میانگین تعدیل شده نمرات برنامه‌ریزی برای حل مشکل بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/0001$ ) و میزان این تأثیر ۰/۴۹ می‌باشد. این جدول همچنین نشان می‌دهد که بین میانگین تعدیل شده نمرات سبک‌های ارتباطی بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/0001$ ) و اندازه اثر آن ۰/۷۲ می‌باشد. با توجه به نتایج جدول ۳ توان آماری در همه آزمون‌ها تقریباً برابر ۱ بوده و بیانگر کفایت حجم نمونه برای بررسی این فرضیه‌ها می‌باشد. نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی میانگین گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج مقایسه‌های زوجی (آزمون توکی) گروه کنترل و گروه‌های درمان شناختی - رفتاری

## و شناختی - رفتاری مذهبی

متغیرها	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
کیفیت ارتباط	شناخت رفتاری کلاسیک	شناخت رفتاری مذهبی	-۱۳/۶۵	۴/۲۹	۰/۰۰۳
	شناخت رفتاری مذهبی	کنترل	۶۷/۶	۸/۶۳	۰/۰۰۰۱
		کنترل	۸۱/۲۵	۹/۷۹	۰/۰۰۰۱
توجه به خود	شناخت رفتاری کلاسیک	شناخت رفتاری مذهبی	-۱/۲۹	۱/۰۶	۰/۳۳
	شناخت رفتاری مذهبی	کنترل	۱۱/۲۶	۳/۱	۰/۰۰۰۱
		کنترل	۱۲/۵۵	۱/۳۷	۰/۰۰۰۱
توجه به همسر	شناخت رفتاری کلاسیک	شناخت رفتاری مذهبی	-۱/۴۷	۱/۳۹	۰/۳
	شناخت رفتاری مذهبی	کنترل	۱۵/۷۲	۲/۷۷	۰/۰۰۰۱
		کنترل	۱۷/۱۹	۲/۵۸	۰/۰۰۰۱
برنامه ریزی برای حل مشکل	شناخت رفتاری کلاسیک	شناخت رفتاری مذهبی	-۰/۴۷	۰/۶۹	۰/۵
	شناخت رفتاری مذهبی	کنترل	-۵/۰۶	۰/۹۷	۰/۰۰۰۱
		کنترل	-۴/۵۸	۱/۰۰۴	۰/۰۰۰۱
سبک‌های ارتباطی	شناخت رفتاری کلاسیک	شناخت رفتاری مذهبی	-۸/۲۴	۱/۸۷	۰/۰۰۰۱
	شناخت رفتاری مذهبی	کنترل	۲۶/۸۱	۲/۶۶	۰/۰۰۰۱
		کنترل	۳۵/۲۳	۳/۳۸	۰/۰۰۰۱

## بحث

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که اولاً گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک در افزایش کیفیت ارتباط زناشویی بانوان مؤثرتر از عدم درمان بوده‌است و ثانیاً میزان تأثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی در مقایسه با گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک در افزایش کیفیت ارتباط زناشویی بانوان بیشتر می‌باشد، که این نتیجه با نتیجه پژوهش پراپست، آستروم، وانکین، دین و ماسبرن (۱۹۹۲) همخوان می‌باشد. پراپست و همکاران به مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری همراه با تصویرسازی ذهنی مذهبی و مشاوره مذهبی با درمان شناختی - رفتاری صرف بر افسردگی پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که افراد گروه درمان شناختی - رفتاری همراه با تصویرسازی ذهنی مذهبی و مشاوره مذهبی افسردگی کمتر و نمره‌های سازگاری بیشتری کسب کردند.

هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های لارنس و لارسن (۱۹۹۸) و پراپست، ۱۹۸۸؛ به نقل از جیمز و ولز، ۲۰۰۳، فوسکت، ربرتس، ماتیز، ماسمین، کراکل و نیکلز، ۲۰۰۴) مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان شناختی - رفتاری به همراه تصویرسازی ذهنی مذهبی در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری صرف در کاهش استرس همخوان می‌باشد. همان‌طور که پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد، درمان شناختی - رفتاری، مذهبی در کاهش مشکلات روانی مؤثرتر از درمان شناختی - رفتاری کلاسیک می‌باشد. چرا که علاوه بر اصلاح خطاهای شناختی و عادت‌های نادرست رفتاری به طور خاص به اصلاح عقاید و عواطف مذهبی نیز می‌پردازد. هم‌چنین با نتایج مطالعه دانش (۱۳۸۱) که تأثیر روش زوج درمانگری اسلامی بر افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار را تأیید کرده است، تکنیک‌های مذهبی به‌کار رفته در این پژوهش نیز بر افزایش کیفیت ارتباط زناشویی بانوان در گروه آزمایش شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی نسبت به گروه کنترل مؤثر بوده است. افزایش بیشتر میانگین کیفیت ارتباط در گروه مذهبی نسبت به گروه شناختی - رفتاری کلاسیک به این دلیل است که در این گروه علاوه بر تکنیک‌های شناختی - رفتاری مطرح شده در گروه اول، مباحث مذهبی همسان در گروه دوم ارائه شده است بنابراین طبیعی است که افزایش بیشتری در میانگین کیفیت ارتباط زناشویی بانوان در گروه مذهبی دیده شود. میزان قابل توجه تفاوت میانگین‌ها در این دو گروه موید نقش گرایش‌های مذهبی در ثبات و استمرار زندگی زناشویی است. همان‌طور که کلانتری (۱۳۸۳) بیان کرده، می‌توان با اصلاح و تقویت نگرش‌های مذهبی، در کنار تکنیک‌های شناختی - رفتاری برای کمک به حل مشکلات زوج‌ها و هم‌چنین افزایش کیفیت ارتباط آنان استفاده کرد.

علاوه بر این نتایج پژوهش حاضر نشان داد میزان تأثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی در مقایسه با گروه درمانی شناختی - رفتاری در خرده مقیاس سبک‌های ارتباطی

پرسشنامه کیفیت ارتباط زوجین، بیشتر بوده است. این نتیجه با توجه به استفاده از راهبردهای کاربردی و متعدد دینی در محتوای جلسات درمانی قابل توجیه می‌باشد. چرا که در تنظیم محتوای جلسات به طور مفصل به موانع، مهارت‌ها و روش‌های متعدد مذهبی ارتباط پرداخته شده است، که همه این مباحث تغییر و اصلاح سبک‌های ارتباطی زوجین را به همراه دارد. این نتیجه مطابق با پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۸۳) می‌باشد که زوج‌درمانی مذهبی را حقیقتی ارزنده و کاربردی در بهبود سبک و کیفیت ارتباط زوجین می‌داند، هم‌چنین این نتیجه با نتایج پژوهش ماهنی، پارگامنت، جیول، اسکوت، اسوارک و ریو (۲۰۰۳) که به بررسی نقش سازه‌های دوری و نزدیکی مذهبی در کنش‌های زناشویی پرداختند، همسو می‌باشد چنان‌که این پژوهش‌ها حاکی از آن بود که هم در زنان و هم مردان متغیرهای سازه‌های نزدیکی به مذهب مستقیماً در انسجام ازدواج منعکس شده و با سازگاری کلی‌تری در ازدواج، منافع دریافتی، تعارضات زناشویی کمتر، همکاری و نزدیکی کلامی بیشتر، استفاده کمتر از پرخاشگری کلامی و به بن‌بست نرسیدن در مواقع عدم توافق منعکس می‌گردد. در دیگر خرده مقیاس‌ها که شامل توجه به خود، توجه به همسر و برنامه‌ریزی برای حل مشکلات می‌باشد بین دو روش درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد اگرچه میانگین گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی در این خرده مقیاس‌ها در پس‌آزمون بالاتر از گروه درمانی شناختی - رفتاری می‌باشد. در توجیه عدم افزایش معنادار میانگین این خرده مقیاس‌ها می‌توان به توجه کمتر درمانگر در انتخاب موضوعات مذهبی مرتبط با این خرده مقیاس‌ها اشاره کرد. محدودیت زمانی با توجه به گستردگی مطالب نیز عامل مهم دیگری در معنادار نبودن افزایش میانگین‌ها می‌باشد. مباحث گسترده مطرح شده در جلسات درمانی نیاز به زمان زیادی برای عنوان شدن و تمرین دارد بطوری‌که کاملاً برای افراد گروه روشن و مشخص شود. هم‌چنین تثبیت و تداوم تأثیر این تکنیک‌ها به گذر زمان و پیگیری‌های درازمدت‌تر نیاز دارد، زیرا اصلاحات شناختی به تدریج در افراد ایجاد می‌گردد و تغییرات رفتاری نیز نیاز به تمرین و مداومت دارد. بنابراین توجه به محدودیت زمانی عامل مهمی در توجیه نتایج پژوهش حاضر می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۴ دیده شد، میانگین خرده مقیاس برنامه‌ریزی برای حل مشکل در گروه کنترل بیشتر از دو گروه آزمایشی است. در توجیه این مطلب هم‌چنان باید به محدودیت زمان و مطرح شدن تکنیک‌های حل مسئله در آخرین جلسه اشاره کرد. به عبارت دیگر اعضای دو گروه آزمایش برای تثبیت و تمرین این تکنیک هیچ زمانی نداشتند بنابراین همان‌طور که در خرده مقیاس‌های دیگر دیده می‌شود گذشت زمان می‌تواند اثربخشی تکنیک‌ها را در افزایش میانگین خرده مقیاس‌ها، بالا ببرد بنابراین می‌توان امیدوار بود که در پیگیری‌های بعدی نتایج بهتری حاصل شود. به‌طور کلی به رغم تلاش‌های گسترده برای تصریح جنبه‌های مذهبی و بررسی مؤلفه‌های مذهبی بر رفتار و ارتباطات و با در نظر گرفتن استعدادهای بی‌نظیر رویکردهای مذهبی هنوز ابزارها و روش‌های

کافی و کاملاً معتبری در داخل و خارج از کشور در این زمینه تدوین نگردیده است، این مسئله احتمالاً هم به ماهیت مذهب و هم تنوع تأثیرات و ابعاد مختلف آن مربوط است (براون، ۲۰۰۵؛ به نقل از ساعد و روشن، ۱۳۸۷). با توجه به تحقیقات صورت گرفته در خارج از کشور و با در نظر گرفتن لزوم پرداختن به این شیوه درمانی در کنار سایر روش‌ها با علم به پایبندی اعضای جامعه ما به اصول مذهبی، پژوهش‌های وسیعی در این زمینه لازم است صورت گیرد. در واقع با تدوین یک برنامه همه جانبه درمانی برای اصلاح مشکلات ارتباطی زوجها و با در نظر گرفتن ویژگی‌های مذهبی، عمق و انسجام این اعتقادات در زوجها می‌توان به بالا بردن سطح رضایت زناشویی زوجین کمک شایانی کرد.

### پی‌نوشت‌ها

- |                                   |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| 1. Negative behavior reciprocated | 9. Eclectic approaches |
| 2. Howton                         | 10. Prochaska          |
| 3. Kirk                           | 11. Norcross           |
| 4. Salkorskis                     | 12. Pin                |
| 5. Clark                          | 13. West               |
| 6. Siliman                        | 14. Miller             |
| 7. Bernstein                      | 15. Nanaly             |
| 8. Zarb                           | 16. Vakman             |

### منابع

- احمدی، خ.، فتحی‌آشتیانی، ع. و عرب‌نیا، ع.ر. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین تقیدات مذهبی و رضایت زناشویی. *فصلنامه خانواده‌پژوهشی*، ۲ (۵)، ۵۵-۶۷.
- احمدی، خ.، فتحی‌آشتیانی، ع. و نوابی‌نژاد، ش. (۱۳۸۴). بررسی عوامل زمینه‌ای، فردی و ارتباطی دو جانبه‌ای مؤثر بر سازگاری زناشویی. *فصلنامه خانواده‌پژوهشی*، ۱ (۳)، ۲۳۷-۲۲۱.
- برنشتاین، ف. و برنشتاین، م. (۱۳۸۴). *زناشویی درمانی: از دیدگاه رفتاری - ارتباطی* (ترجمه ح. پورعابدینی نائینی و غ. منشئی). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).
- پروچاسکا، ج. و نوراکراس، ج. (۱۳۸۱). *نظریه‌های روان‌درمانی* (ترجمه سیدمحمدی). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۹).
- جان‌بزرگی، م. (۱۳۷۸). *بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت با وبدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی*. رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- خدایاری‌فرد، م.، شهابی، ر. و اکبری، س. (۱۳۸۶). رابطه نگرش مذهبی با رضامندی زناشویی در دانشجویان متأهل. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳ (۱۰): ۶۱-۶۲.

- دانش، ع. (۱۳۸۱). تأثیر خودشناسی اسلامی در افزایش سازگاری زناشویی. *فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۳ (۱۱)، ۳۸-۶۵.
- ساعد، ا. و روشن، ر. (۱۳۸۷). مکانیزم‌های اثر معنویت بر سلامت روان. *فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی*، ۱۳ (۴۸)، ۴۲-۵۹.
- شعبانی، ا. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر رضایتمندی زناشویی زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن.
- زارب، ژ. (۱۳۸۳). *ارزیابی و شناخت رفتار درمانی نوجوانان* (ترجمه م. خدایاری‌فرد و ی. عابدینی). تهران: انتشارات رشد. تاریخ انتشار به زبان اصلی، (۱۹۹۵).
- عامری، ف.، نوربالا، ا.، اژه‌ای، ج. و رسول‌زاده، س.ک. (۱۳۸۲). بررسی تأثیر مداخلات خانواده‌درمانی راهبردی در اختلاف‌های زناشویی. *مجله روان‌شناسی*، ۷ (۳)، ۶۵-۷۹.
- عباسی، ف. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی بر میزان صمیمیت و سازگاری زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن.
- نظری، ع.م. و نوایی‌نژاد، ش. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر برنامه بهبود بخشی ارتباط بر رضایت زناشویی زوجین هر دو شاغل. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۴ (۱۳)، ۳۵-۵۹.
- نیلی‌پور، م. (۱۳۸۵). *مدیریت خانواده* (جلد سوم). اصفهان: انتشارات سلسبیل.
- وست، و. (۱۳۸۳). *روان‌درمانی و معنویت* (ترجمه ش. شهیدی و س.ع. شیرافکن). تهران: انتشارات رشد. تاریخ انتشار به زبان اصلی، (۱۹۵۰).
- هاوتون، ک.، کرک، ج.، سالکوسکیس، پ. و کلارک، د. (۱۳۷۸). رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی (ترجمه ح. قاسم‌زاده، جلد دوم). تهران: انتشارات ارجمند. تاریخ انتشار به زبان اصلی، (۱۹۸۹).

- Bray, J. H. (1995). Family assessment: Current issues in families. *Journal of Family Relation*, 44(4), 469-477.
- Carr, A. (2004). Thematic review of family therapy journals in 2003. *The Association for Family Therapy and Systemic Practice*, 26, 430-445.
- Ellis, A. (1994). The future of cognitive- behavior and rational emotive behavior therapy. In S. Palmer & V. Varne (Eds.), *The future of counseling and psychotherap*, 142-165, New York, SAGE Pub.
- Foskett, J., Roberts, E., Mathews, R., Macmin, L., Cracknell, P., & Necholls, V. (2004). From research to practice: The first tentative steps, mental health. *Journal of Religion & Culture*, 7(1), 41-58.
- Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (1994). Introduction and historical overview. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychology and behavior change* 55-73, New York: Wiley.
- Gordon, K. C., Baucom, H., Epstein, N. B., Burnett, C. K., & Rankin, L. A. (1999). The interaction between marital standards and communication patterns: How does it contribute to marital adjustment? *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(2), 211- 223.
- Gottman, J. M. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of Family Psychology*, 7, 57-75.
- Hill, P. C., & Pargament, I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *American Journal of Psychology*, 58(1), 64-74.

- James, A., & Wells, A. (2003). Religion and mental health: Toward a cognitive behavioral framework. *British Journal of Health Psychology*, 8, 359-376.
- Johnson, D. M., Cohen, C. L. (2005). Problem-solving skills and affective expressions as predictors of in marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 15- 27.
- Larson, D. B., & Larson, S. S. (1998). Spirituality potential relevance to physical and emotional health: A brief review of quantitative research. *Journal of Psychology & Theology*, 37(1), 37.
- Mahoney, A., Pargament, K. I., Jewell, T., Swank, A. B., Scotte, E., Emery, E., & Rye, M. (2003). The role of proximal distal religious constructs in marital functioning. *Journal of Family Psychology*, 13(3), 321-338.
- McFadden, J. (1996). A transcultural perspective: Reaction to C. H. Patterson's multicultural counseling: From diversity to universality. *Journal of Counseling and Development*, 74, 232-5.
- Moore, T., & Kloos, R. R. (2001). Complementary inquiry and collaborative interventions of spirituality, religion, and psychology. *Journal of Community Psychology*, 29(5), 487-495.
- Pedersen, P. (1996). The importance of both similarities and difference in multicultural counseling: Reaction to C. H. Patterson. *Journal of Counseling and Development*, 74(1), 236-7.
- Propest, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashbum, D. (1992). Comparative efficacy of relations and non-religious cognitive behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individual. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 60, 94-103.
- Rechards, P. S., & Bergin, A. E. (1997). *A Spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Saxena, S. H., & WHO QOL SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497.
- Schwartz, R. C. (2000). Does couple and family have emotional intelligence. *International Journal of Family Therapy*, 19, 44-53.
- Sybold, K. S., & Hill, P. C. (2001). The role of religion and spirituality mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10(1), 21-24.
- Weeks, G. R., & Treat, S. R. (2001). *Couples in treatment techniques and approaches for effective practice*. New York: Brunner-Rutledge.