

# اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی بر گفتگوی مؤثر زوجین

مهناز رحمان مهدی نژاد قوشچی<sup>۱</sup>، دکتر معصومه اسمعیلی<sup>۲</sup>، دکتر عبدالله شفیع‌آبادی<sup>۳</sup>

## چکیده

زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک اسپرینکل و همکاران از رویکردهای یکپارچه نگر زوج درمانی بوده که در آن به نقش انگیزه واتحاد درمانی، مفهوم سازی مشترک در درمان تأکید می‌گردد و این پژوهش به بررسی اثربخشی روش زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی بر گفتگوی مؤثر زوجین پرداخته است.

---

۱ دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، گروه مشاوره، تهران، ایران  
rmehdinezhad@gmail.com

۲ دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳ استاد، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ashafiabady@yahoo.com

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی بود و از طرح آزمایشی آمیخته استفاده شد. جامعه آماری شامل زوجینی بود که به دلیل عدم توانمندی گفتگوی مؤثر به مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره آرامش ارومیه در سال ۱۳۹۴ مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۱۶ زوج بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان جامعه آماری انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و گروه کنترل (۱۶ نفر) جایگزین شده بودند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی شرکت کردند و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند، ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه «مقیاس ارزیابی گفتگوی مؤثر زوجین» بود و از آزمون آماری تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای آزمون سؤال تحقیق استفاده شد.

نتایج تحقیق نشان داد که میزان گفتگوی مؤثر زوجین گروه آزمایش در مقیاس‌های مهارت‌های کلامی، غیرکلامی و فرایند گفتگوی مؤثر در مرحله قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری داشته است ( $p < 0/001$ )، همچنین بین گروه آزمایش و گروه کنترل در میزان گفتگوی مؤثر زوجین در مقیاس‌های گفتگوی مؤثر تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). بنا براین می‌توان گفت زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی گفتگوی مؤثر زوجین را بهبود داده است و این نتیجه لزوم توجه زوج درمانگران به عوامل مشترک در زوج درمانی را نشان می‌دهد.

**کلیدواژه‌ها:** زوج‌درمانی، زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های

اسلامی، گفتگوی مؤثر زوجین

## مقدمه

گفتگوی مؤثر، قلب روابط صمیمی زوجین بوده و پایه‌ای است که سایر جنبه‌های ارتباط بر آن نهاده می‌شود، زیرا زوجین از طریق گفتگو راحت‌تر و بهتر می‌توانند پیام و احساسشان را به همدیگر منتقل کرده و به یکدیگر نزدیک‌تر شوند (دانکزاک ۲۰۱۱، ۱). گفتگوی مؤثر با برنامه‌ریزی زوجین برای زمان و مکان گفتگو، بیان موضوع و هدف آغاز می‌شود و زوجین در حین گفتگو با استفاده از مهارت‌های کلامی و غیرکلامی و با گفتگوی آگاهانه مبتنی بر گوش دادن فعال، انعکاس و ارزش دادن و همدلی کردن می‌توانند تفکر و احساس همدیگر را بشناسند. این گفتگو یک مهارت است که باعث ارضاء نیازهای عاطفی، روانی و رضایت زوجین از زندگی‌شان شده و بر سلامت روانی آنان مؤثر است (هندریکس و هانت ۲۰۱۳، ۲؛ مورو و همکاران ۲۰۱۵، ۳). طبق مطالعه اولسون مشخص شد، همسران خرسند بیش از همسران ناخرسند از نحوه گفتگو با یکدیگر خشنودند (ویکز و تریت ۲۰۰۱، ۴). ناتوانی زوجین در گفتگوی مؤثر یکی از مهم‌ترین عوامل بروز تنش، سردی روابط و از علل مهم طلاق در سالهای اول ازدواج است. لذا زوج درمانگران همواره درصدد ارائه راهکاری برای

- 
1. Danczak A
  2. Hendrix & Hunt
  3. Muro, Holliman & Luquet
  4. Weeks & Treat

پیشگیری و درمان این ناسازگاری‌ها بوده‌اند. کاراهان (۲۰۰۹) در تحقیق خود برنامه آموزش ارتباط زوجین را در کاهش منازعات زناشویی مؤثر دانستند. براک و جوانینیگ (۱۹۸۳) در تحقیق خود نتیجه گرفتند که غنی‌سازی روابط در بهبود تعامل و رضایت زوجین مؤثر است. همچنین اتکینز و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که آموزش مهارت‌های رفتاری با تأکید برسازدهای شناختی و عاطفی، باعث بهبود ارتباط زوجین می‌شود.

رویکردهای روانی-آموزشی ذکرشده برای پربار ساختن رابطه زناشویی پدیدار گشته و بیشتر جنبه پیشگیری دارند. لذا به نظر می‌رسد بایستی رویکردی کوتاه‌مدت و کارآمد آموزشی-درمانی یافت تا به زوجین در ایجاد و حفظ گفتگوی مؤثر کمک کرد. درسالهای اخیر پارادایم حرکت به سمت یکپارچه‌سازی بخش مهمی از کار زوج درمانگران بوده و جنبش وسیعی در جهت تلفیق رویکردهای زوج‌درمانی شکل گرفته است. در این پژوهش رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک از رویکردهای یکپارچه نگر مدنظر قرار گرفته است، این رویکرد، ویژگی‌های مشترک درمان‌ها را مشخص کرده و هدف نهایی آن ایجاد کوتاه‌ترین و مؤثرترین درمان بر اساس این ویژگی‌های مشترک است، زیرا این ویژگی‌ها در توجیه نتیجه درمان، از عوامل متمایزکننده درمان‌ها، مهم‌ترند (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹، ۴)

در این رویکرد درمانگر و زوجین، ارتباط درمانی و انگیزه آنان از مهم‌ترین عوامل تسهیل‌کننده درمان هستند، سودمندی و صمیمیت درمانگر به‌طور پیوسته با نتایج مطلوب در زوج‌درمانی همراه بوده است. مراجعین در این رویکرد، در جایگاهی هستند که فعالانه تمام توصیه‌های درمانی را برای دستیابی به اهدافشان به کار می‌گیرند، طی مطالعه‌ای درزمینه زوج‌درمانی مشخص شد که ۴۵ درصد از تغییرات مراجع، قابل انتساب به مهارت‌های ارتباطی درمانگر است، نتایج فرا تحلیل روان‌درمانی‌ها به‌وسیله لوبورسکی نشان داد که علت بیشترین نوسان در نتیجه درمان، عامل انگیزه تغییر و اتحاد درمانی بوده است (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹). لمبرت و برگین معتقدند که عوامل مشترک درمانی شامل عوامل حمایتی مثل اعتماد مراجع به درمانگر، عوامل یادگیری مثل ایجاد تغییر در عقاید زوجین و عوامل کنشی مانند ایجاد تغییر رفتار است (بلو و همکاران، ۲۰۰۷، ۵).

متغیرهای تسهیل‌کننده با مراحل سه‌گانه رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک در اثربخش بودن درمان تعامل دارند. در مرحله اول زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک بر مفهوم‌سازی

- 
1. Karahan
  2. Brock & Joanning
  3. Atkins, Doss, Thum, Sevier & Christensen
  4. Douglas Sprenkle, Sean Davis & Jay Lebow
  5. Blow, Sprenkle & Davis

مشکلات، افزایش خودآگاهی، شناخت وضعیت موجود تأکید می‌شود و در مرحله دوم بر اجرای مداخلات درمانی و متوقف سازی الگوهای ارتباطی ناکارآمد و در مرحله سوم نتیجه‌گیری مشترک و پیگیری درمان مطرح است. اسپرینکل و همکاران (۲۰۰۹) بر مبنای تحقیقات خود، مفهوم‌سازی مشترک درمانگر و زوجین در مورد مشکل، متوقف سازی چرخه‌های ارتباطی ناکارآمد، ایجاد سیستم درمانی رهنمودی و اتحاد درمانی را از عوامل مشترک درمان می‌دانند. بر اساس انجام مطالعات و پژوهش‌های مختلف، کارایی رویکرد عوامل مشترک روان‌درمانی مورد تأیید بوده است و بسیاری از رویکردهای زوج‌درمانی بر حل مشکلات ارتباطی و گفتگوی مؤثر زوجین تأکید می‌کنند. بر اساس انجام مطالعات و پژوهش‌های مختلف، کارایی رویکرد عوامل مشترک درمان مورد تأیید بوده است. در این رویکرد اعتقاد بر این است که درمان‌ها بایستی فرهنگ محور باشد و وجود تشابه بین فرهنگ مشاور و مراجع برای ایجاد رابطه درمانی مهم و عامل حیاتی در جهت تقویت اتحاد درمانی است.

با توجه به اینکه اکثریت جامعه ایران معتقد به دین اسلام می‌باشند و در زندگی خود از فرهنگ انسان‌ساز اسلام تبعیت می‌کنند، می‌توان زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک را با محتوای آموزه‌های اسلامی تلفیق نمود تا اثربخشی بیشتری داشته باشد، این آموزه‌ها در ابعاد مختلف می‌تواند در شخصیت مشاور و کیفیت رابطه درمانی و ایجاد و افزایش انگیزه زوجین و چگونگی ارتباط و مسئولیت‌های متقابل آن‌ها، توصیه‌های اخلاقی فراوانی دارد (سالاری فر، ۱۳۸۷).

به نظر ماهونی<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) دین و معنویت پیامدهای مثبت مهمی در روابط زندگی، سطوح پایین تعارض‌های زناشویی، حمایت معنوی بالاتر داشته است، کیم و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) دین را بهترین عامل ثبات و پایداری در زندگی زناشویی می‌دانند، زیرا عمل به باورهای دینی، موجب افزایش مشارکت کلامی و شادکامی، کاهش پرخاشگری کلامی و اختلافات زناشویی شده می‌شود.

اثرگذاری دین بر روابط زوجین، به ماهیت دین برمی‌گردد، زیرا دین یک نیروی روان‌شناختی مؤثر بر زندگی انسان و یک سیستم اعتقادی سازمان‌یافته است و شامل ارزش‌های اخلاقی و معنوی، آیین‌ها، عبادات دسته‌جمعی، اعتقاد به خداوند، آموزه‌ها و کتاب آسمانی است. دین، دستورات و استانداردهایی برای زندگی خانوادگی فراهم می‌کند و با خلق وابستگی گروهی در زمان‌های بحرانی، اجتماع ایمانی را به‌خوبی حمایت نموده، با برپایی مناسک و مراسم معنادار، به تقویت ارتباطات میان اشخاص و خانواده‌ها کمک می‌کند، از این‌رو به یکپارچگی و انسجام اعضای خانواده پرداخته، روابط میان فردی آن‌ها را اصلاح می‌کند (والش<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹).

---

1. Mahoney  
2. Kim & et al  
3. Walsh

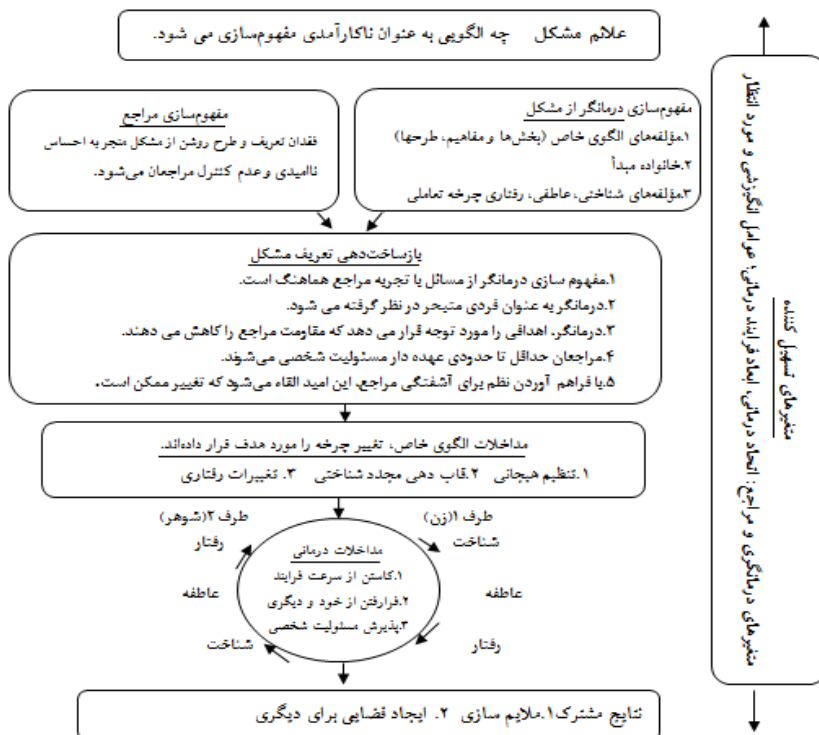
در راستای ضرورت توجه به آموزه‌های دینی و اسلامی در زوج‌درمانی و اصلاح روابط تنیده زوجین تلاش‌های زیادی انجام شده است، دانش (۱۳۸۹)، به استناد آیات قرآن و احادیث، زوج‌درمانی اسلامی را سازمان داده است که روشی نظام‌دار برای رشد و تصحیح ارتباط زوجین به دست می‌دهد، در این رویکرد زوجین برای شناخت و آگاهی از حالت‌های نفس و تأثیران بر روابطشان آماده می‌شوند و با اکتساب و تمرین مهارت‌های ایمانی به نفس مطمئنه نائل شده و با خودسازی و پی‌گیری مستمر، مهارت‌های فراگرفته شده را تثبیت و تحکیم می‌کنند. این مراحل سه‌گانه با مراحل زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان همخوانی دارد. بنابراین با توجه به گرایش کلی به یکپارچه‌سازی رویکردهای زوج‌درمانی، پژوهش حاضر به دنبال جوابگویی به این سؤال است «اثر زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان با محتوای دینی بر میزان گفتگوی مؤثر زوجین چگونه است؟».

### رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک

برای درمان اختلالات رفتاری و روانی انسانها، رویکردهای گوناگونی از سوی روانشناسان ارائه شده است (شریفی نیا، ۱۳۹۱) و به اعتقاد بسیاری از متخصصان بالینی یک رویکرد منفرد به‌تنهایی نمی‌تواند پاسخگوی همه مشکلات و مسائل روانی انسان‌ها باشد و بیشترین امید برای دستیابی به نظام درمانی جامع در رویکرد یکپارچه نگر نهفته است (نورکراس، کارگ و پروچاسکا، ۱۹۹۷).

رویکرد عوامل مشترک ۲ از رویکردهای یکپارچه نگر بوده و به دنبال عناصر مشترک در بین سیستم‌های نظری مختلف است (جرالد کوری ترجمه: سید محمدی، ۱۳۸۸). این رویکرد معتقد است که عناصر مشترک در توجیه نتیجه درمان، از عوامل منحصربه‌فرد و متمایزکننده رویکردهای روان‌درمانی، مؤثرترند (پروچاسکا و نورکراس ترجمه: سید محمدی، ۱۳۸۱). به نظر دیویس و پیرسی (۲۰۰۷) در زوج‌درمانی، درمانگر باید بر درمانهای گوناگون مسلط بوده تا بتواند از زبان خاص الگوها برای مفهوم‌سازی‌های مشترک، راهکارهای مشترک اختصاصی و مسیرهای پایان مشترک بهره‌بردارد. از این رو اسپرینکل و همکاران در سال ۲۰۰۹ یک دیدگاه میانه از عوامل مشترک را ارائه کردند که اجازه می‌دهد تا ارزش مدل‌های درمانی بر اهمیت عوامل مشترک تأکید نمایند. این فرا‌الگو به ترتیبی زنجیره‌ای ترسیم شده است یعنی از مفهوم‌سازی به مداخلات و سپس به نتایج ختم می‌شود (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹).

1. Norcross, Karg & Prochaska
2. Common factors approach
3. Davis & Piercy



شکل ۱. فرا الگوی زوج درمانی مبتنی بر عوامل مشترک درمان (به نقل از اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹، ترجمه: اسمعیلی، ۱۳۹۲)

همانطوریکه در شکل ۱ مشخص است، رویکرد زوج درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با تعامل متغیرهای تسهیل کننده درمان با مراحل سه گانه مفهوم‌سازی مشکلات، افزایش خودآگاهی، شناخت وضعیت موجود؛ اجرای مداخلات درمانی و متوقف سازی الگوهای ارتباطی ناکارآمد و نتیجه‌گیری مشترک و پیگیری درمان باعث درمان مشکلات ارتباطی زوجین می‌شود. همچنین با توجه به تأکید رویکرد زوج درمانی مبتنی بر عوامل مشترک بر تأثیر آموزه های فرهنگی در درمان زوجین، در این پژوهش تمامی متغیرهای تسهیل کننده و مداخله کننده رویکرد عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی تلفیق شده است که در ادامه به بررسی آن پرداخته می‌شود.

## رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی

با وجود تأثیرات درمانی انکارناپذیر همه رویکردهای درمانی ارائه‌شده در عصر حاضر، از آنجاکه اغلب آن‌ها به یک یا چند بخش از ابعاد وجودی انسان توجه نموده‌اند، در حل معضلات روانی فراگیر شخصیتی که همه ابعاد وجودی فرد را از فلسفه، هدف و معنای زندگی گرفته تا روابط اجتماعی، ارتباطات میان فردی و الگوهای رفتاری دربرمی‌گیرد، توفیق چندانی نداشته‌اند و یکی از مهم‌ترین دلایل شکست شیوه‌های تک‌مکتبی در درمان کامل اختلالات روانی، ناتوانی آن‌ها از توجه هماهنگ و یکپارچه به ابعاد چندگانه انسان به ویژه بعد معنوی او مواجهه با مشکلات روانی و ناهنجاری‌های رفتاری است (شریفی نیا، ۱۳۹۰).

به اعتقاد تورن (۱۹۹۸ به نقل از شریفی نیا، ۱۳۹۱) درمانگر باید آگاه باشد که معنویت یکی از ابعاد مهم زندگی مراجعان اوست و فعال کردن علائق معنوی می‌تواند نقش مؤثری در حل پاره‌ای از مشکلات آن‌ها داشته باشد.

در عصر حاضر که تجدید حیات تفکر اسلامی، به سرعت در سراسر جهان، در حال گسترش است، این حقیقت آشکار گردیده که اسلام بسیار فراتر از مجموعه‌ای مناسک و رفتارهای دینی است. دانشمندان اسلامی با استفاده از آموزه‌های اسلامی و ارائه رهنمودهای شناختی، عاطفی و رفتاری سعی کرده‌اند که اسلام را یک روش زندگی هماهنگ با جهان آفرینش معرفی کنند (طباطبایی، ۱۳۷۴؛ مطهری، ۱۳۶۸؛ حیرت، شریفی، فاتحی زاده و احمدی، ۱۳۹۰).

در کار بالینی با زوجین مسلمان، باورهای معنوی آنان به‌عنوان منبع قدرتمند درمان در نظر گرفته می‌شود. برای اینکه در بسیاری از موارد مشکل مراجعان با مسائل مذهبی هم بافته است و بدون مداخله معنوی درمان کامل نمی‌شود. در راستای ضرورت توجه به آموزه‌های اسلامی در زوج‌درمانی تلاش‌های زیادی انجام شده است، دانش (۱۳۸۲)، به استناد آیات قرآن و احادیث، زوج‌درمانی اسلامی ۱ را سازمان داده است که بیشترین شباهت را به مراحل رویکرد عوامل مشترک دارد، این سه مرحله عبارتند از: ۱) آماده‌سازی زوجین برای شناخت حالت‌های نفس؛ ۲) اکتساب و تمرین مهارت‌های ایمانی برای رسیدن به نفس مطمئنه و خودسازی؛ ۳) کارکرد و پی‌گیری مستمر مهارت‌های فراگرفته‌شده.

در این پژوهش سعی می‌شود با توجه به ضرورت ادغام رویکردهای روان‌درمانی با آموزه‌های اسلامی، رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی ادغام‌شده و با همان ساختار کلی فرا الگوی زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک ارائه شود، بنابراین ابتدا متغیرهای



تسهیل‌کننده و سپس مراحل زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی ارائه شده است.

متغیرهای تسهیل‌کننده در زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی (الف) ویژگی‌های درمانگر و زوجین: مشاوره و نظرخواهی و هم‌فکری که در دستورات دینی به آن توصیه شده است، مشمول قوانین اسلامی بوده و شرایط و خصوصیات مشاور در آن بیان گردیده است (پناهی، ۱۳۸۶). خداوند در قرآن می‌فرماید: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لِمَ تَقُولُونَ مَا لَا تَفْعَلُونَ» (صف: ۲)؛ یعنی اگر راهکاری که مشاور به مراجع پیشنهاد می‌دهد، درست است، خود برای حل مشکلش آن را انجام دهد، یعنی بین گفته‌ها و عمل مشاور نباید تناقضی وجود داشته باشد. به دلیل اهمیت فراوان رازداری در مشاوره، مشاور آگاه باید بداند آنچه مراجع به او می‌گوید به‌عنوان امانت تلقی می‌شود و باید از افشای آن خودداری کند. امام صادق (ع) در این باره می‌فرماید: «سخن گفتن با کسی به‌طور خصوصی حکم امانت داشته و باید از آن محافظت کرد» (کلینی، ۱۴۰۷). به نظر وست (۲۰۰۰)، به نقل از شریفی‌نیا، (۱۳۹۱) درمانگر متمایل به معنویت برای فراهم آوردن امکان تغییر و رشد بیشتر مراجع راه توفیق یافتن از جانب خداوند را باز می‌گذارد و بسیاری از درمانگران معنوی، قبل از جلسات درمان یا در بین آن‌ها، به دعا و نیایش، تفکر عمیق، مراقبه و دیگر تدابیر معنوی می‌پردازند. همچنین زوجین و مراجعان دارای حرمت و احترام هستند و یکی از مهم‌ترین اصول اخلاقی مشاوره در اسلام، ارزش قائل شدن به کرامت انسانی آن‌هاست؛ خداوند در آیه ۷۰ سوره اسراء می‌فرماید: «و به‌راستی ما فرزندان آدم را گرامی داشتیم»، در این آیه، خداوند از همه خواسته است کرامت انسان‌ها را از بین نبرند.

ب: امید و انتظار مثبت زن و شوهر: ایجاد امید به زندگی و حل مشکلات و خوش‌بینی در مراجعان یکی از جنبه‌های مهم در روان‌درمانی اسلامی است. مشاوران متعهد و آگاه به مبانی دینی می‌توانند تا حد زیادی بر انتظارات مراجعان تأثیرگذار باشند (حسینی، ۱۳۸۳). اسلام به انسان‌ها می‌آموزد که خدا انسان را به حال خود وانگذاشته و دائم با اوست. قرآن یأس از رحمت خداوند را به‌شدت مورد نکوهش قرار داده، این کار را مساوی کفر و گمراهی معرفی می‌کند: «مَنْ يَقْنُطْ مِنْ رَحْمَةِ رَبِّهِ إِلَّا الضَّالُّونَ» (حجر: ۵۶) «جز گمراهان، چه کسی از رحمت پروردگارش مأیوس می‌شود» یا درجایی می‌فرماید: «وَلَا يَيْأَسُ مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ» (یوسف: ۸۷) «از رحمت خدا مأیوس نشود، جز گروه کافران».

ج: اتحاد درمانی: اولین مرحله درمان، با برقراری ارتباط حسنه با مراجع شروع می‌شود، در سیره معصومان (ع) نحوه اعمال ارتباط حسنه به این صورت است؛ آغاز کردن به سلام، با لبخند

روبه‌رو شدن، آغاز به مصافحه کردن (دست دادن باهم)، پرهیز از ابتدا به دست کشیدن پس از مصافحه، معطل نکردن و به انتظار نگذاشتن مراجع و حتی زود تمام کردن نماز به این دلیل، اکرام و احترام مراجع و بادب در برابر مراجع نشستن، پس از اتمام جلسه مشاوره آغاز نکردن به ترک جلسه، پرهیز از عتاب و ملامت، (فقیهی، ۱۳۸۴).

## مراحل زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی

### مرحله اول

الف) مفهوم‌سازی مشکلات: در درمان‌های معنوی سنجش پیشینه و جایگاه معنوی مراجع در کنار سایر جنبه‌های دیگر ضروری است، مهم‌ترین دلایل ضرورت سنجش‌ها عبارت‌اند از: درک جهان‌بینی مراجع در جهت افزایش درک همدلانه و افزایش دقت و حساسیت نسبت به مراجع؛ تعیین سلامت یا عدم سلامت جهت‌گیری مذهبی - معنوی مراجع و تأثیر آن بر مشکلات وزندگی مراجع؛ تعیین نوع مداخلات معنوی برای کمک به مراجع. در این مرحله بایستی مشکل از دیدگاه زوجین و درمانگر به صورت کامل تعریف و هدف از جلسات درمانی مورد توافق قرار بگیرد و همین مفهوم‌سازی مشترک از مشکل می‌تواند در افزایش اتحاد درمانی زوجین و درمانگر مؤثر باشد (اعتمادی، ۱۳۸۴).

ب) افزایش خودآگاهی و شناخت وضعیت موجود: به نظر دانش (۱۳۸۲) زوج‌درمانی اسلامی، با کاوش درمانگر درباره وسعت اختلافات زن و شوهر آغاز می‌شود و در چارچوبی که به ارزیابی موقعیت خاص و کشمکش‌ها منتهی می‌شود، شرکت فعال زن و شوهر را در بحث و یادگیری می‌طلبد. درمانگر در راستای حدیث که از حضرت محمد (ص) نقل شده است «مَنْ عَرَفَ نَفْسَهُ فَقَدْ عَرَفَ رَبَّهُ»، به زوجها کمک می‌کند تا بتوانند حالت‌های نفس‌آماره، مطمئننه و لوامه خود را به‌خوبی درک کرده و مورد شناسایی قرار دهند (دانش، ۱۳۸۲) و بتوانند ارتباط این حالت‌ها را با تصوراتشان از خود، زوج خود و با مسئله کنونی خویش و معنایی که به زندگی می‌دهند، کشف نمایند. به‌عبارت‌دیگر هدف این مرحله، هشیار کردن زن و شوهر به حالت‌های من و رابطه آن با مفاهیم ذهنی، عادات، تجربه‌ها، سبک زندگی، اسناد و علائمشان و سپس تغییر دادن و اصلاح کردن آن‌هاست (دانش، ۱۳۸۹).

### مرحله دوم

الف) مداخله در شناخت و باورهای زوجین: از عوامل بروز مشکلات روانی در فرد، شناخت ناقص و نادرست از جهان، خدا، هدف زندگی، محیط پیرامون، اشخاص و خودش است. در آموزه‌های دینی،

ضمن تأکید بر مثبت نگری، از افراد خواسته شده است که هنگام برقراری ارتباط با برادران دینی خود همواره بهترین تفسیر را از سخنان آنان داشته باشند (کلینی، ۱۴۰۷). اولین مداخله مهم شناختی، کمک به زن و شوهر در خودشناسی است، شناخت خویشتن در متون اسلامی سودمندترین شناخت‌ها اعلام شده است (آمدی، شرح خوانساری، ۱۳۷۳) زیرا با افزایش خودشناسی، زن و شوهر به تدریج کشف می‌کنند که اختلافات آن‌ها، فقط ریشه در رویدادهای بیرونی و نقایص همسرشان نیست، بلکه زائیده حالت نفسانی «آماره» آن‌هاست (دانش، ۱۳۸۲).

دومین مداخله، آگاه‌سازی فرد برای شناسایی افکار نادرست، بینش‌های نامعقول، صفات اخلاقی نامناسب است (محمدی ری شهری، ۱۳۹۷ ق، ترجمه: شیخی، ۱۳۸۵)، لازم است زوجین بینش پیدا کنند که همه انسان‌ها، غیر از انبیاء و اولیای الهی، دچار رفتارهای اشتباه می‌شوند، سومین مداخله فراهم آوردن موقعیت مناسب برای اندیشیدن و مرور اندیشه‌های پیشین، در زدودن حالت تردید و ناراحتی‌های روانی ناشی از آن مؤثر است. حضرت علی (ع) فرمود: «بتکرر الفکر ینجاب الشک» «با تکرار اندیشه، شک از بین می‌رود» همچنین فرمودند: «من اکثر الفکر فیما تعلم أتقن علمه و فهم ما لم یکن یفهم» «کسی که در آنچه یاد می‌گیرد، زیاد بیندیشد، علمش محکم می‌گردد و آنچه را نفهمیده بود، می‌فهمد» (آمدی، ترجمه خوانساری، ۱۳۷۳).

ب) مداخله در رفتارهای زوجین: دانش (۱۳۸۲) پس از مرحله آماده‌سازی زن و شوهر برای شناخت حالت‌های نفس و افزایش خودشناسی، مرحله اکتساب و تمرین مهارت‌های ایمانی برای رسیدن به نفس مطمئنه و خودسازی را مطرح می‌سازد. از مؤلفه‌هایی که اسلام در زندگی زناشویی بر آن‌ها تأکید دارد می‌توان به ضرورت محبت متقابل بین آن‌ها (بقره: ۱۸۷)، بخشش در زندگی (آل عمران: ۱۳۴)، استمرار روابط مطلوب (نساء: ۱۹)، عبادت خدا (رعد: ۲۸)، داشتن انتظارات معقول (نساء: ۱۹)، مشورت (شوری: ۳۸-۳۶)، صداقت (نحل: ۱۰۵)؛ خوش‌بینی (حجرات: ۱۲) و صبر (بقره: ۱۵۵) اشاره کرد.

ج) مداخله در هیجانهای زوجین: توجه به زمان گفتگو، حالات روحی خود و همسر، شرایط فضای گفتگو و حضور یا عدم حضور دیگران، می‌تواند در اثربخشی ارتباط، نقش داشته باشد (مجلسی، ۱۴۰۴). در این مرحله به زوجین مهارت کنترل خشم آموخته می‌شود (ابن بابویه، ۱۴۱۷). راهکار دیگر برای کنترل خشم این است که زن و شوهر، خدا را ناظر بر خود ببینند، بخشش نیز می‌تواند یکی از راه‌های مدیریت خشم باشد، لذتی که انسان به دنبال عفو و گذشت احساس می‌کند با آتشی که به هنگام خشم سراسر وجود او را فرامی‌گیرد قابل مقایسه نیست (آمدی، شرح خوانساری، ۱۳۷۳).

## مرحله سوم

در این مرحله به زن و شوهر روش‌های محاسبه و مراقبه آموزش داده می‌شود تا به آن‌ها در کاربرد و پی‌گیری مداوم آن‌ها کمک کند. ابتدا زوجین باید برای انجام مهارت آموخته‌شده با خود «مشارطه» نمایند یعنی با خودشان قراردادی امضا کنند، بعد «محاسبه» نمایند یعنی در زمان مشخصی به بررسی رفتار و حالات مثبت و منفی خود بپردازند و از خودش حساب بکشند که آیا مطابق پیمان خود، عمل نموده‌اند، در صورت عمل خود را تشویق نموده و سپاس الهی را به‌جای آورد و اگر عمل نکرده و تخلف کم بود خود را «معاتبه» یا ملامت نمایند و اگر تخلف زیاد بود خود را «معاقبه» یا عقوبت کرده و کارهای سخت بر خود تحمیل نمایند (دانش، ۱۳۸۲؛ نراقی، ۱۳۸۴).

## روش بررسی

طرح تحقیق حاضر از نوع نیمه آزمایشی «پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل» در قالب یک طرح تحقیقی آمیخته بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زوجین دارای مشکلات ارتباطی مراجعه‌کننده به مرکز خدمات روانشناسی آرامش ارومیه وابسته به معاونت اجتماعی ناجا بود. داشتن علاقه و تعهد جهت حضور منظم در جلسات درمانی، نداشتن اختلالات روانی، خلقی و نداشتن اعتیاد از شرایط نمونه آماری بود. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس و تصادفی استفاده شده است. پس از ثبت‌نام متقاضیان، از طریق مصاحبه مقدماتی ۴۵ زوج واجد شرایط انتخاب شدند، سپس از بین ۱۶ زوج انتخاب‌شده ۸ زوج با روش جایگزینی تصادفی در هر گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند و در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه «مقیاس ارزیابی توانمندی گفتگوی مؤثر زوجین» را تکمیل نمودند. بعدازآن گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک شرکت کردند. سپس اعضای دو گروه در مرحله پس‌آزمون، پرسشنامه مذکور تکمیل کردند. در این پژوهش جهت پیگیری پایداری اثربخشی جلسات درمانی، دو گروه بعد از گذشت ۲ ماه مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته «مقیاس ارزیابی توانمندی گفتگوی مؤثر زوجین» بود. در این پژوهش از روش کیفی پدیدارشناسی جهت ساختن پرسشنامه استفاده شده است و جامعه آماری آن، کلیه زوجین با عملکرد سالم ازدواج در شهرستان ارومیه بود. طبق روش نمونه‌گیری هدفمند با همکاری اداره آموزش و پرورش ارومیه، ۲ مدرسه در مقطع متوسطه اول، انتخاب و خانواده‌های با عملکرد سالم شناسایی شدند. معیارهای ورود به این مطالعه، دارا بودن حداقل ۱۰ سال سابقه زندگی مشترک و کسب نمره در آزمون سنجش عملکرد سالم ازدواج بود. روش جمع‌آوری

داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختاری عمیق بود. پژوهشگر برای شناسایی ویژگی‌های گفتگوی مؤثر زوجین با کارکرد سالم چند سؤال باز و گسترده را بر اساس بررسی فرایند و مهارت‌های گفتگوی مؤثر مطرح نمود و روایی صوری و محتوایی سؤالات با نظر متخصصان روانشناسی سنجیده شد. سپس مصاحبه‌ها آغاز شد و نمونه‌گیری تا ۱۰ زوج ادامه یافت تا اینکه اشباع نظری حاصل شد. سپس از مجموع ۱۰ مصاحبه، بیانات مهم استخراج شده و با کنار هم قرار دادن و مقایسه مشترکات و ادغام کردن، ۵ مضمون اصلی و ۲۰ مضمون فرعی پدیدار شدند. گویه‌های خام پرسشنامه با استفاده از مضمونهای اصلی و فرعی طرح شد و روایی صوری و محتوایی آن بوسیله ۵ نفر از استادان مشاوره و روانشناسی تأیید شد. پرسشنامه طراحی شده در بین ۱۵۰ زوج اجرا شد و برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی تأییدی استفاده و گویه‌هایی که بار عاملی‌شان کمتر از حد مجاز ۰/۴۰ بود، حذف شدند. برای تعیین همسانی درونی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس مهارت‌های کلامی در گفتگوی مؤثر ۰/۸۶ و خرده مقیاس‌های ادبیات کلامی ۰/۷۸، بیان احساسات ۰/۷۷، بیان نیازها ۰/۷۹ و ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس مهارت‌های غیرکلامی ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های ارتباط غیر کلامی هماهنگ بامهارت‌های کلامی ۰/۷۸ و ارتباط غیر کلامی ناهماهنگ بامهارت‌های کلامی ۰/۸۰ و ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس فرایند گفتگوی مؤثر ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های مهارت گوش دادن ۰/۷۱، مهارت انعکاس دادن ۰/۸۰، مهارت تأیید کردن ۰/۸۷، مهارت همدلی ۰/۷۹ گزارش شده است و پایایی آزمون با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۴۹ است.

پرسشنامه نهایی شامل ۴۳ سؤال و دارای ۳ مقیاس و ۹ خرده مقیاس است، اولین مقیاس، مهارت‌های کلامی در گفتگوی مؤثر با خرده مقیاس‌های ادبیات کلامی، بیان احساسات، بیان نیازها است. دومین مقیاس، مهارت‌های غیرکلامی در گفتگوی مؤثر با خرده مقیاس‌های ارتباط غیرکلامی هماهنگ و ناهماهنگ بامهارت‌های کلامی است و سومین مقیاس، فرایند گفتگوی مؤثر با خرده مقیاس‌های مهارت گوش دادن، مهارت انعکاس دادن، مهارت تأیید کردن و مهارت همدلی است. سؤالات این پرسشنامه به صورت طیف ۴ گزینه‌ای اغلب اوقات (۴ نمره)، گاهی اوقات (۳ نمره)، به ندرت (۲ نمره) و هرگز (۱ نمره) و حداکثر نمره در آن ۱۷۲ و حداقل نمره ۴۳ است. بر اساس اجرای آزمایشی پرسشنامه میانگین ۱۳۷/۱۱ و انحراف استاندارد ۱۵/۶۵ و خطای استاندارد ۱/۲۸ به دست آمد و جدول ۱ معرف میزان نمرات گفتگوی مؤثر است.

جدول ۱. میزان نمرات گفتگوی مؤثر

میزان گفتگو	خیلی زیاد	زیاد	نسبتاً زیاد	متوسط	نسبتاً کم	کم	خیلی کم
نمرات	بیشتر از ۱۶۷	۱۵۲ تا ۱۶۷	۱۴۰ تا ۱۵۲	۱۳۵ تا ۱۴۰	۱۲۰ تا ۱۳۵	۱۰۵ تا ۱۲۰	کمتر از ۹۰

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## روش مداخله

جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی دارای سه مرحله است، هدف مرحله اول از جلسه اول تا سوم بر مفهوم‌سازی مشکلات، افزایش خودآگاهی، شناخت وضعیت موجود و ریشه مشکل متمرکز است. شرح این جلسات بدین ترتیب است: برقراری و تداوم ارتباط درمانی با زوجین، مفهوم‌سازی مشترک از مشکل، مشخص کردن دقیق اهداف و تحکیم اتحاد درمانی، بررسی نقش آموزه‌های اسلامی در گفتگوی زوجین، ایجاد انگیزه و القای امید به رحمت الهی، ذکر آیات و احادیثی در زمینه نكوهش ناامیدی و تقویت انگیزه، تعیین معیار مشترک جهت حل مشکلات زندگی (خدا و دین، زندگی ائمه، عرف و جامعه)، مفهوم‌سازی مشترک از نقش علیت‌های دایره‌ای و حالت‌های نفس (آماره، مطمئننه، لوامه) در تفکرات، عواطف و رفتارهای زوجین در گذشته، ایجاد بینش در زمینه تأثیر ناکامی‌های زندگی گذشته در روابط فعلی، ترغیب خود افشایی عمیق در خلوت خود با خدا یا با همسر، بررسی موانع گفتگوی مؤثر در زمان حال ارزیابی درمانگر از عملکردش در جلسه و ارزیابی زوجین از جلسه و محیط درمان.

هدف مرحله دوم از جلسه چهارم تا هشتم بر اجرای مداخلات درمانی، متوقف سازی الگوهای ارتباطی ناکارآمد و ایجاد چرخه ارتباطی مثبت متمرکز است. شرح این جلسات بدین ترتیب است: تداوم اتحاد درمانی با بررسی تکالیف درمانی و تقویت تغییرات انجام‌شده، تحکیم امید و انگیزه به بهبودی گفتگوی زوجین با ارائه راهکارهای قرآنی، تقویت آگاهی از نقش مخرب تفکرات، احساسات و رفتارهای کلامی و غیرکلامی منفی (نفس اماره) در ارتباط با یکدیگر، ایجاد چرخه تعاملی مثبت با چهارچوب دهی مجدد شناختی و رفتارهای کلامی و غیرکلامی اسلامی و تمرین نقش‌ها، تمرین

روش گفتگوی آگاهانه مبتنی بر گوش دادن فعال و صبر و شکیبایی در گوش دادن، انعکاس دادن، تمرین اعتبار و ارزش دادن به سخنان همسر و همدلی کردن با توجه به آموزه‌های اسلامی، آموزش و تمرین مهارت کنترل خشم با توجه به آموزه‌های اسلامی، ارزیابی میزان اتحاد درمانی، تکمیل فرم خود تحلیلی منطقی.

هدف مرحله سوم از جلسه نهم تا دهم بر نتیجه‌گیری مشترک، تثبیت و تحکیم دستاوردها متمرکز است. شرح این جلسات بدین ترتیب است: تداوم اتحاد درمانی با تقویت انگیزه و امید زوجین؛ بررسی تکالیف درمانی و تقویت تغییرات انجام‌شده؛ ایجاد خودآگاهی نسبت به موضوعات قبلی گفتگو، پیشنهاد محتوا و موضوعات گفتگو، تمرین گفتگو بر اساس آموخته‌های قبلی، بررسی نقش آمادگی قبلی زوجین و انتخاب زمان و مکان مناسب در گفتگوی مؤثر از نظر اسلام؛ طراحی و اجرای برنامه افزایش تدریجی میزان گفتگو بین زوجین و افزایش فعالیت‌های پاداش‌دهنده؛ تقویت نقاط قوت و تقویت دستاوردهای قبلی؛ ملایم سازی رفتار و تشویق باز کردن فضای گفتگو برای همدیگر؛ تمرین مستمر مهارت‌ها با مشارطه، محاسبه، معاتبه، معاقبه از نظر رفتار درمانی اسلامی؛ توصیه به شرکت در جلسات معنوی ودعا، برقراری ارتباط نزدیک با الگوهای معنوی؛ اجرای مقیاس ارزیابی جلسات درمانی و مقیاس ارزیابی زوجین از محیط درمانی و وضعیت آن.

## یافته‌ها

در این تحقیق تعداد مساوی ۸ زوج (۸ نفر مرد و ۸ نفر زن) در گروه‌های آزمایش و کنترل بودند، میانگین متغیر طول مدت ازدواج گروه آزمایش ۶ سال با انحراف استاندارد ۳/۲۷ و میانگین متغیر طول مدت ازدواج گروه کنترل ۹ سال با انحراف استاندارد ۱۰/۰۴ بود. همچنین میانگین متغیر سن گروه آزمایش ۳۱ سال با انحراف استاندارد ۳/۷۱ و میانگین متغیر سن گروه کنترل ۳۵ سال با انحراف استاندارد ۳/۵۳ بود. توصیف متغیر مدرک تحصیلی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. توصیف متغیر مدرک تحصیلی آزمودنی‌ها

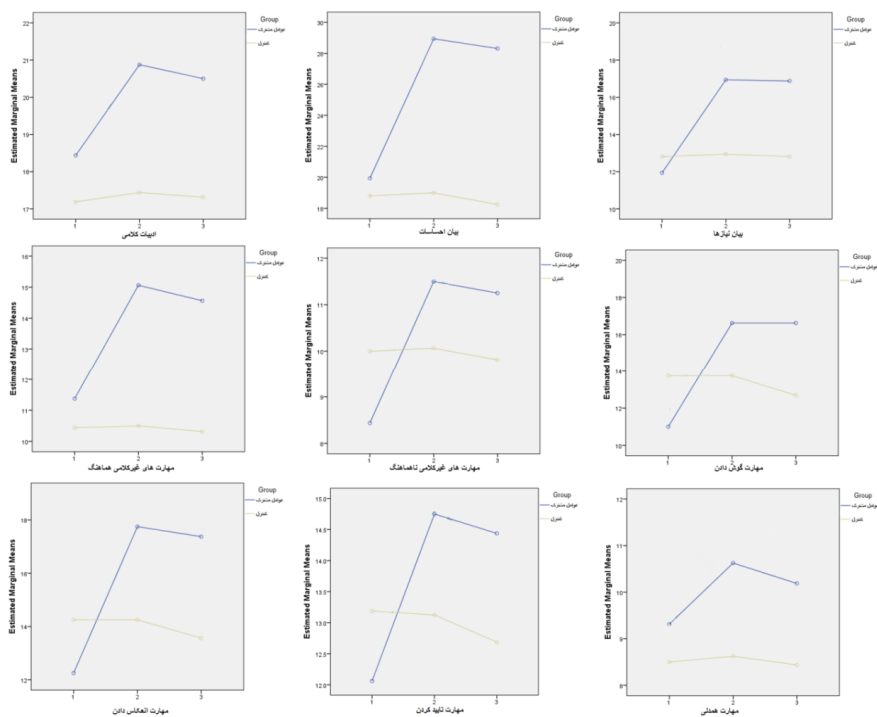
گروه	مقدار	زیر دیپلم	دیپلم	کاردانی	کارشناسی	کارشناسی ارشد	دکتری
آزمایش	فراوانی	۱	۷	۲	۳	۲	۱
	درصد	۶/۳	۴۳/۸	۱۲/۵	۱۸/۸	۱۲/۵	۶/۳
	فراوانی	۰	۳	۲	۱۰	۰	۱
	درصد	۰	۱۸/۸	۱۲/۵	۶۲/۵	۰	۶/۳
کنترل	فراوانی	۱	۷	۲	۳	۲	۱
	درصد	۶/۳	۴۳/۸	۱۲/۵	۱۸/۸	۱۲/۵	۶/۳
	فراوانی	۰	۳	۲	۱۰	۰	۱
	درصد	۰	۱۸/۸	۱۲/۵	۶۲/۵	۰	۶/۳

در پژوهش حاضر یک عامل درون آزمودنی یا زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش و یک عامل بین آزمودنی یا عضویت گروهی وجود داشت. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای گروه‌ها ارائه شده است. در شکل ۱ نیز نمودار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمایش داده شده است.



جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای بررسی تفاوت گروه ها در متغیر های پژوهش

مقدار p	پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	مؤلفه	متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
<۰/۰۰۱	۱/۴۱	۲۰/۵۰	۱/۶۷	۲۰/۸۸	۱/۵۹	۱۸/۴۴	آزمایش	ادبیات کلامی	مهارت های کلامی
۰/۱۶۴	۱/۶۶	۱۷/۳۱	۱/۸۲	۱۷/۴۴	۱/۸۰	۱۷/۱۹	کنترل		
<۰/۰۰۱	۲/۱۸	۲۸/۳۱	۲/۵۲	۲۸/۹۴	۵/۲۲	۱۹/۹۴	آزمایش	بیان احساسات	
۰/۰۷۴	۲/۵۷	۱۸/۲۵	۳/۴۸	۱۹	۳/۳۹	۱۸/۸۱	کنترل		
<۰/۰۰۱	۲/۳۶	۱۶/۸۸	۲/۴۳	۱۶/۹۴	۲/۴۳	۱۱/۹۴	آزمایش	بیان نیازها	
۰/۲۷۳	۱/۵۶	۱۲/۸۱	۱/۶۱	۱۲/۹۴	۱/۵۶	۱۲/۸۱	کنترل		
<۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱۴/۵۶	۱	۱۵/۰۶	۱/۲۰	۱۱/۳۸	آزمایش	مهارت های غیر کلامی	مهارت های غیر کلامی
۰/۲۳۱	۰/۹۵	۱۰/۳۱	۱/۱۵	۱۰/۵۰	۱/۱۵	۱۰/۴۴	کنترل	هماهنگ	
<۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱۱/۲۵	۰/۸۹	۱۱/۵۰	۱/۰۳	۸/۴۴	آزمایش	مهارت های غیر کلامی	
۰/۱۳۳	۰/۵۴	۹/۸۱	۰/۶۸	۱۰/۰۶	۰/۵۲	۱۰	کنترل	ناهماهنگ	
<۰/۰۰۱	۴/۲۲	۱۶/۶۳	۴/۲۲	۱۶/۶۳	۲/۶۱	۱۱	آزمایش	مهارت گوش دادن	مهارت گوش دادن
۰/۶۹۲	۰/۷۹	۱۲/۶۹	۱/۳۴	۱۳/۷۵	۱/۲۴	۱۳/۷۵	کنترل		
<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱۷/۳۸	۰/۹۳	۱۷/۷۵	۱/۷۷	۱۲/۲۵	آزمایش	مهارت انعکاس دادن	فرایند گفتگوی موثر
۰/۶۳۱	۱/۱۵	۱۳/۵۶	۱/۲۹	۱۴/۲۵	۱/۲۹	۱۴/۲۵	کنترل		
۰/۰۰۷	۱/۵۵	۱۴/۴۴	۲/۴۱	۱۴/۷۵	۱/۴۸	۱۲/۰۶	آزمایش	مهارت تأیید کردن	
۰/۳۱۳	۱/۱۴	۱۲/۶۹	۱/۳۶	۱۳/۱۳	۱/۲۸	۱۳/۱۹	کنترل		
۰/۰۲۳	۰/۶۶	۱۰/۱۹	۰/۹۶	۱۰/۶۳	۱/۱۴	۹/۳۱	آزمایش	مهارت همدلی	
۰/۰۷۳	۰/۸۱	۸/۴۴	۱/۰۲	۸/۶۳	۱/۰۳	۸/۵۰	کنترل		



شکل ۱: نمودار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

با توجه به جدول ۳ و شکل ۱، در مؤلفه ادبیات کلامی میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p < 0.001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ( $p = 0.164$ ). در مؤلفه بیان احساسات میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p < 0.001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ( $p = 0.074$ ). در مؤلفه بیان نیازها میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p < 0.001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ( $p = 0.273$ ). در مؤلفه مهارت‌های کلامی هم‌هنگ میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p < 0.001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ( $p=0.231$ ). در مؤلفه مهارت‌های کلامی ناهماهنگ بامهارت کلامی میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p<0.001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ( $p=0.133$ ). در مؤلفه مهارت گوش دادن میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p<0.001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ( $p=0.692$ ). در مؤلفه مهارت انعکاس دادن میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p<0.001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ( $p=0.631$ ). در مؤلفه مهارت تأیید کردن میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p<0.001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ( $p=0.313$ ). در مؤلفه مهارت همدلی میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است ( $p<0.001$ ). در این مؤلفه تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل وجود ندارد ( $p=0.073$ ).

بنابراین با توجه به یافته پژوهش می‌توان گفت که زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی بر مؤثر زوجین اثر مثبت و معنی‌داری دارد.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش با مطالعات محمودی، ادیب راد و زاده محمدی (۱۳۸۴)، گارلند (۱۹۸۱)، بلنگرو همکاران (۲۰۰۲)، دانش (۱۳۸۹)، رضایی، احمدی، اعتمادی، و رضایی. حسین. آبادی (۱۳۹۱)، ثناگویی، جان. بزرگی. و مهدویان (۱۳۹۰)، ویسی (۱۳۹۱)، حمیدی. و همکاران (۲۰۱۰)، باقریان و بهشتی (۱۳۹۰)، فتوحی. بناب. و همکاران (۱۳۹۰)، حیرت. و همکاران (۱۳۹۰)، محمود زاده و همکاران (۱۳۹۳)، باتلر. و همکاران (۲۰۰۵)، هانسون. ولندبلند (۲۰۰۶)، بروکس (۲۰۰۱)،

- 
1. Garland
  2. Belanger & et al
  3. Hamidi, Abbasi Makwand & Mohamad Hosseini
  4. Hansson & Lund Bland
  5. Brooks

ماهونی (۲۰۰۵) که نشان دادند عوامل مشترک درمان با محتوای اسلامی و دینی در رسیدن به اهداف درمانی مؤثر است، همسو است.

مداخلات این رویکرد توانسته‌اند میزان گفتگوی مؤثر همسران را افزایش دهند و متغیرهای تسهیل‌کننده و مداخله‌کننده آن توانسته‌اند بر گفتگوی مؤثر اثر بگذارند. مؤلفه‌های مختلف گفتگوی مؤثر زوجین با همدیگر ارتباط دارند و افزایش هر یک بر دیگری نیز مؤثر است یکی از این مؤلفه‌ها مهارت‌های ارتباط کلامی زوجین بوده که خود شامل ادبیات کلامی، بیان احساسات و بیان نیازها در گفتگوی مؤثر زوجین می‌شود. مؤلفه دیگر ارتباط غیر کلامی در گفتگوی مؤثر است که شامل ارتباط غیر کلامی هماهنگ و ناهماهنگ با ارتباط کلامی می‌شود و به جنبه‌هایی غیر از محتوای کلامی و فرایند بیان کلامی مربوط می‌گردد (کورنلیوس و همکاران، ۲۰۰۷، ۱).

هدف اصلی این رویکرد بر افزایش گفتگوی مؤثر زوجین متمرکز است و متغیرهای تسهیل‌کننده و مداخله‌کننده آن بر ایجاد چرخه‌های تعاملی مثبت تأکید دارند. در این پژوهش متغیرهای تسهیل‌کننده انگیزه، آگاهی، انتظارات و آمادگی زوجین باعث ارتباط کلامی و غیر کلامی بهتر با درمانگر و همسرشان شده است، همچنین درمانگر بانگیزه و امیدوار با اتحاد درمانی و رفتار کلامی و غیر کلامی خود، مهارت‌ها را به زوجین آموزش می‌دهد (داتیلیو و اپستین، ۲۰۰۵، ۲). زوجین امیدوار به لطف الهی مهارت‌های کلامی و غیر کلامی را بهتر یاد گرفته و بانگیزه بهتری این مهارت‌ها را بکار می‌گیرند و درمانگر امیدوار به رحمت الهی در برخورد با زوجین بانگیزه، آنان را به یک تکیه‌گاه عظیم و پایدار متوجه می‌سازد و نسبت به رحمت پروردگار امیدوار می‌کند (حسینی، ۱۳۸۳).

در مرحله اول زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک مفهوم‌سازی مشکلات و افزایش خودآگاهی زوجین مطرح است، درمانگر در کنار ابعاد جسمانی، روانی، عاطفی و اجتماعی به بعد معنوی زوجین نیز توجه می‌کند (اعتمادی، ۱۳۸۴). در راستای حدیث شریف «مَنْ عَرَفَ نَفْسَهُ فَقَدْ عَرَفَ رَبَّهُ»، زوجها به سمت شناخت حالت‌های نفس و خودشناسی و خودآگاهی هدایت می‌شوند، به عبارت دیگر هدف این مرحله، هشیار کردن زن و شوهر به حالت‌های من و رابطه آن با مفاهیم ذهنی، عادات، تجربه‌ها، سبک زندگی، اسناد و علائمشان و سپس تغییر دادن و اصلاح کردن آن‌هاست (دانش، ۱۳۸۹).

در مرحله دوم اکثر مداخلات این رویکرد، تغییر عناصر رفتاری، شناختی و عاطفی چرخه تعاملی منفی زوجین را مورد هدف قرار می‌دهند و در پی کند ساختن این چرخه‌ها هستند (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹؛ لجوی، ۲۰۱۴، ۳) تا زوجین را قادر سازند در گفتگوی خود از مهارت ارتباط کلامی و

غیرکلامی به نحوی مطلوب استفاده نمایند (داتیلیتو و اپستین، ۲۰۰۵). در این رویکرد ضمن تأکید بر مثبت نگری، از زوجها خواسته می‌شود که هنگام برقراری ارتباط با همسر خود همواره بهترین تفسیر را از سخنان آنان داشته باشند (کلینی، ۱۴۰۷) اصلاح شناخت‌ها، معیارها و شیوه تفکر آنان در مورد زناشویی و خویشتن و همسر، کمک به خودشناسی زوجین (آمدی، شرح خوانساری، ۱۳۷۳)، آگاه‌سازی زوجین برای شناسایی افکار نادرست، بینش‌های نامعقول (محمدی ری‌شهری، ۱۳۹۷ ق، ترجمه: شیخی، ۱۳۸۵)، بینش دهی نسبت به نقاط قوت و ضعف خویش (یونسی، ۱۳۸۷)، موعظه (طباطبائی، ۱۳۸۹ ق، به نقل از فقیهی، ۱۳۸۶)، فراهم آوردن موقعیت مناسب برای اندیشیدن و مرور اندیشه‌های پیشین (آمدی، ترجمه خوانساری، ۱۳۷۳) بر احساسات و رفتارهای کلامی و غیرکلامی زوجین اثر می‌گذارد. در جلسات زوج‌درمانی، بر تمرین گفتگوی مؤثر بر اساس آموزه‌های اسلامی توسط زوجها تأکید شده و بین آن‌ها قرارداد رفتاری منعقد می‌شود، زوجین با همدیگر ملایم و نرم (قَوْلًا لَيِّنًا) منطقی و مستدل (قَوْلًا سَدِيدًا)، روان و رسا بودن (قَوْلًا بَلِيغًا)، زیبا (قولوللناس حسنا)، شایسته و عقیف (قولا معروفًا)، ساده (قَوْلًا مَيْسُورًا)، منصفانه (قُلْتُمْ فَأَعْدِلُوا) سخن می‌گویند عملشان منطبق بر گفتارشان (لِمَ تَقُولُونَ مَا لَا تَفْعَلُونَ) است و همدیگر را با لقب خوب (قَوْلًا كَرِيمًا) صدا می‌زنند.

برای تنظیم هیجانی زوجین به آنان کمک می‌شود تا هیجانات اولیه خود مثل ترس و غم را جایگزین هیجانات ثانویه مانند خشم کرده و ابراز نمایند تا به این ترتیب همین حالت در طرف مقابل برانگیخته‌شده و تغییرات هیجانی شفافبخش در چرخه تعاملی‌شان آغاز شود (اسپرینکل و همکاران، ۲۰۰۹).

رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای اسلامی بر فرایند گفتگوی آگاهانه زوجین نیز مؤثر بوده است و متغیرهای تسهیل‌کننده آن در ایجاد فرایند گفتگوی زوجین اثر دارند، درمانگر اسلامی سعی دارد تمامی مراحل یک گفتگوی آگاهانه را در مشاوره خود اجرا نماید و به‌عنوان الگوی عملی، گوش دادن فعال را به زوجین آموزش دهد. درمانگر اسلامی با توجه به اهمیت گوش دادن توأم با احترام و ارزش گذاشتن و نقش آن در ارتباطات اسلامی، با تمرکز بیشتری به زوجین گوش فرا می‌دهد، اهمیت گوش دادن در آموزه‌های اسلامی به قدری است که قرآن کریم حضرت محمد (ص) را به خاطر خوب گوش دادن توأم با احترام و خوش‌بینی، می‌ستاید (توبه: ۶۱). در زوج‌درمانی اسلامی اکتساب و تمرین مهارت‌های ایمانی و رفتارهای سالم برای رسیدن به نفس مطمئنه و خودسازی مطرح می‌شود، آموزه‌های اسلامی درباره گوش دادن از ابتدای گفتگو تا پایان آن نکات ارزنده‌ای را در برمی‌گیرد و از مهارت‌های مهم در ارتباط زناشویی از دید آموزه‌های اسلامی گوش دادن با توجه کافی

است، تعبیر استماع در قرآن، به معنای گوش دادن با دقت و با تمام وجود است. قرآن به کسانی که سخنان را به خوبی می‌شنوند و سپس از بهترین آن پیروی می‌کنند بشارت می‌دهد «الَّذِينَ يَسْتَمِعُونَ الْقَوْلَ فَيَتَّبِعُونَ أَحْسَنَهُ أُولَئِكَ الَّذِينَ هَدَاهُمُ اللَّهُ وَأُولَئِكَ هُمْ أُولُوا الْأَلْبَابِ» (زمر: ۱۸) «آن بندگان که سخن بشنوند و به نیکوتر آن عمل کنند، آنان هستند که خدا آن‌ها را هدایت فرموده و هم آنان به حقیقت خردمندان عالم‌اند». بنابراین زن و شوهر در تمرینات رفتاری لازم است که موقع صحبت همسر، سکوت کنند و با همه وجود گوش کرده و خود را سرگرم کارهای دیگر نکنند. زن و شوهر با توجه به حدیث حضرت محمد (ص) «الْمُؤْمِنُ مِرْأَةُ الْمُؤْمِنِ» «مؤمن آینه مؤمن است» (مجلسی، ۱۴۰۴، ق) یاد می‌گیرند قبل از پاسخگویی، از کامل شدن سخن همسر، اطمینان حاصل کنند، سپس با خلاصه کردن سخن همسر، مانند آینه احساسات و نظرات او را انعکاس دهند و با توجه به آموزه‌های اسلامی به همدیگر احترام گذاشته و به حرف‌های همدیگر ارزش قائل می‌شوند. در مرحله سوم رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای اسلامی که مرحله نتیجه‌گیری و نتایج مشترک است زوجین با کاربرد و پیگیری مستمر مهارت‌های آموخته‌شده بر اساس آموزه‌های اسلامی در جلسات درمانی الگوهای ناکارآمدشان را متوقف می‌کنند و همین مهارت‌ها را به‌طور مستمر تمرین کرده تا جزئی از دایره رفتاری‌شان قرار گیرد. رفتارهای انسان در صورت تکرار، نخست به صورت «حالت» و آنگاه «عادت» درمی‌آید و به تدریج شکل «ملکه» و صفت پایدار نفسانی به خود می‌گیرد آن گونه که به راحتی و بی‌درنگ از انسان سر می‌زند (نراقی، ۱۳۸۴).

بنابراین با توجه به اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی برافزایش گفتگوی مؤثر زوجین پیشنهاد می‌شود تحقیقات تجربی بیشتری در زمینه زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی صورت گیرد و مشاوران خانواده و زوج درمانگران فنون و روش‌های کاربردی آن‌ها را فراگرفته و در مراکز مشاوره و محیط‌های بالینی جهت ارتقاء توانمندی گفتگوی مؤثر، صمیمیت و رضایت زناشویی و درمان مشکلات مربوط به صمیمیت و ارتباط زوجین به کار گیرند.

نتایج تحقیق نشان داد شرکت زوجین در جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی توانسته است میزان گفتگوی مؤثر آنان را افزایش دهد و مراحل سه‌گانه این رویکرد در تعامل با متغیرهای تسهیل‌کننده درمان مانند اتحاد درمانی و انگیزه بالای زوجین و درمانگر توانسته است تفکرات، احساسات و رفتارهای منفی زوجین را اصلاح و چرخه تعاملی مثبت را جایگزین آن نماید و بدین ترتیب زوجین بر مشکل عدم گفتگوی مؤثرشان غلبه نمودند.

## منابع

- ابن بابویه، محمد بن علی. (۱۴۱۷ ق). *من لا یحضره الفقیه*. قم: دفتر انتشارات اسلامی.
- اعتمادی، عذرا. (۱۳۸۴). ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی. *مجله تازه‌های روان‌درمانی*، ۱۰ (۳۶-۳۵)، ۱۳۱-۱۴۶.
- آمدی، عبد الواحد بن محمد. (). *غرر الحکم و درر الکلم*. (شرح محمدتقی خوانساری، ۱۳۷۳). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- باقریان، مهرنوش؛ بهشتی، سعید. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زناشویی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر سازگاری زناشویی زوجین. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۲ (۶)، ۸۹-۷۳.
- پناهی، علی احمد. (۱۳۸۶). ویژگی‌های مشاوره و مشاور از منظر دین. *مجله پژوهش و حوزه*، ۳۲ (۳۲)، ۵۷ تا ۷۴.
- ثناگویی، محمد؛ جان بزرگی، مسعود؛ مهدویان، علیرضا. (۱۳۹۰). رابطه الگوهای ارتباطی زوجین با رضامندی زناشویی. *دو فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۵ (۹)، ۷۷-۵۷.
- حسینی، داود. (۱۳۸۳). شناخت درمانی در منابع اسلامی. *ماهنامه علوم انسانی و اسلامی*، ۱۳ (۸۷)، ۶۶-۵۷.
- حسینی، بیتا (۱۳۸۹). *زمینه زوج‌درمانی*. تهران: انتشارات جنگل.
- حیرت، عاطفه؛ شریفی، احسان؛ فاتحی زاده، مریم السادات؛ احمدی، سید احمد. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی اسلام محور بر خوش‌بینی زوجین شهر اصفهان. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱ (۱)، ۲۲-۹.
- دانش، عصمت. (۱۳۸۹). افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار با مشاوره از چشم‌انداز اسلامی. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۶ (۲)، ۱۸۳-۱۶۷.
- دانش، عصمت. (۱۳۸۲). تأثیر خودشناسی اسلامی در افزایش سازگاری زناشویی. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۳ (۱۱)، ۳۰-۸.
- رضایی، جواد؛ احمدی، سید احمد؛ اعتمادی، عذرا؛ رضایی حسین‌آبادی، مریم. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش زوج‌درمانی اسلام محور بر تعهد زناشویی زوجین. *فصلنامه علمی و پژوهشی روانشناسی و دین*، ۵ (۱)، ۶۰-۳۷.
- سالاری فر، محمدرضا؛ یونسی، سید جلال؛ شریفی نیا، محمدحسین؛ غروی، سیدمحمد. (۱۳۹۲). مبانی و ساختار زوج‌درمانی اسلامی. *دو فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۷ (۱۲)، ۶۸-۳۷.

- شریفی‌نیا، محمدحسین. (۱۳۹۱). *الگوهای روان‌درمانی یکپارچه*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- طباطبایی، محمدحسین. (۱۳۷۴). *المیزان فی تفسیر القرآن*. قم: نشر جامعه مدرسین.
- فتوحی بناب، سکینه؛ حسینی نسب، داوود؛ هاشمی، تورج. (۱۳۹۰). اثربخشی زوج‌درمانگری شناختی رفتاری، اسلامی و تحلیل رفتار متقابل بر خودشناسی زوج‌های ناسازگار. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۷(۲)، ۳۷-۶۴.
- فقیهی، علی نقی. (۱۳۸۶). روش‌های مشاوره از منظر پیامبر اعظم (ص) و ائمه (ع). *مجله پژوهش و حوزه*، ۸(۳۲)، ۷۵-۹۴.
- کلینی، محمد بن یعقوب ابن اسحاق. (۱۴۰۷ ق). *اصول الکافی*، ۸ جلد. تهران: دارالکتب الإسلامیه.
- کوری، جerald (). *نظریه‌ها و کاربردها مشاوره و روان‌درمانی*. (ترجمه: یحیی سید محمدی، ۱۳۸۸). تهران: نشر اسباب‌اران.
- مجلسی، محمدباقر. (۱۴۰۴ ق). *بحار الانوار*. بیروت: انتشارات دار احیاء التراث العربی.
- مطهری، مرتضی. (۱۳۶۸). *انسان کامل*. تهران: انتشارات صدرا.
- محمدی ری شهری، محمد. (۱۳۹۷ ق). *میزان الحکمه*. (ترجمه: حمیدرضا شیخی، ۱۳۸۵). قم: دار الحدیث.
- محمودزاده، اعظم؛ حسینیان، سیمین؛ احمدی، سیداحمد؛ فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر زوج‌درمانی اسلامی بر صمیمیت زناشویی. *فصلنامه روان‌شناسی و دین*، ۷(۲۵)، ۷۰-۵۹.
- محمودی، حسین؛ ادیب راد، نسترن؛ زاده محمدی، علی. (۱۳۸۴). بررسی اثر توجه‌شنیداری و موسیقیایی بر میزان گوش‌دادن فعال و الگوهای ارتباطی زوجین. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱(۴)، ۳۴۹-۳۵۷.
- مکارم شیرازی، ناصر. (). *قرآن کریم*، ترجمه آیت‌الله مکارم شیرازی. نشر: مدرسه‌الامام علی بن ابیطالب (ع).
- نراقی، احمد. (۱۳۸۴). *معراج السعادت*. تهران: نشر بعثت.
- ویسی، اسداله. (۱۳۹۱). طراحی و مقایسه اثربخشی دو برنامه درمانی مبتنی بر اصول درمان روایتی و درمان مبتنی بر آموزه‌های قرآنی در کاهش تعارض‌های زناشویی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۳)، ۳۵۷-۳۴۰.
- یونسی، سیدجلال. (۱۳۷۸). کار با تصورات در شناخت درمانی. *فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی*، ۱۴(۱۳)، ۲۵-۳۹.



- Atkins, D.C., Doss, B.D., Thum, Y. M., Sevier, M & Christensen, A. (2005). Improving relationship: Mechanisms of change in couple therapy, *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73, 624-633.
- Belanger, Isabelle; Simard Marie – Claude; Lavoie, Stephanie; Chartrand, Elise. (2002). Fonction du geste interactif et du regard dans la régulation de la réponse d'écoute chez des conjoints conjuguement satisfaits et insatisfaits, from Canadian *Journal of behavioural science*. 34(4), 50-62.
- Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Lane, J. (2005). *Systemic treatment selection and prescriptive psychotherapy*. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 121–143). New York: Oxford University Press.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. S., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself?: The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 298–317.
- Brock GW, Joanning H. A (1983). comparison of the relationship enhancement program and the Minnesota couple communication program. *Journal of Marital and Family Therapy*. 9(4):413-421.
- Brooks, L.W. (2001). An investigation of relationship enhancement therapy in a group format with rural, southern couples: *Doctoral dissertation, The Florida State University*. Dissertation Abstracts International, 58-06A, 239.
- Cornelius Tara L, Galen Alessi and Ryan C. Shorey. (2007). The effectiveness of communication skills Training with Married couples. *The family journal*, (15)5, 124-132.
- Douglas H. Sprenkle, Sean D. Davis, Jay L. Lebow (2009). *Common Factors in Couple and Family Therapy*, The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc. 72 Spring Street, New York, NY 10012 www.guilford.com.
- Danczak, A. (2011). Dialogue as a Means of Building the Spirituality of a Married Couple. *Journal: INTAMS review* (17)1, 61-68.
- Dattilio, F. M., & Epstein, N. B. (2005). Introduction to the special section: The role of cognitive-behavioral interventions in couple and family therapy, *Journal of family therapy*; 31(1):7-13.

- Davis, S. D., & Piercy, F. P. (2007). What clients of Couple therapy model developers and their former students say about change, Part I: Model dependent common factors across three models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 318–343.
- Garland, R. (1981). Training married couples in listening skills, *Journal of family relations*, 30,30-39.
- Gottman, J.M., & Notarius, C.I. (2002). Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century. *Family Process Journal*, 41, 159-197.
- Hamidi F, Abbasi Makwand Z & Mohamad Hosseini Z. (2010). Couple therapy: forgiveness as an Islamic approach in counselling. *Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences* 5 (2) 1525–1530
- Hansson, K., & Lund Bland, A. (2006). Couple therapy effectiveness of treatment and long term follow up. *Journal of Family Therapy*, (28) 1,117-125.
- Hendrix, Harvile., Hunt, Helen. (2013). *Making marriage simple: Ten truths for changing the relationship you have into the one you want*. New York (NY): Crown publishers.
- Judith S. Beck(2011). *Cognitive Behavior Therapy,Basics and Beyond*.Second Edition, Published by The Guilford Press.Karahan, F. (2009). The Effects of a Couple Communication Program on the Conflict Resolution Skills and Active Conflict Tendencies of Turkish Couples. *Journal Marital Therapy*, 3 (35),220-229.
- Kim Y.M. (2004). Spirituality and affect. A Function of changes in Religious affiliation. *Journal of family psychology*.(13)3,17-25.
- Lebow,Jay(2014).Couple and family therapy:An integrative map of the territory. American Psychological Association. (pp.113-128).
- MahoneyA. (2005). Religion and Conflict in Marital and Parent-Child Relationships, *Journal of Social Issues*. (61) 4, 689-706.
- Muro, L., Holliman R & Luquet W. (2015). Imago Relationship Therapy and Accurate Empathy Development. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions Access options*,15(3),232-246.
- Norcross,J.C.,Karg,R.S.,&Prochaska,J.O. (1997).*Clinical psychologist in the 1990s*.clinical psychologist,50,4-9.

- Walsh, F. (2009). *Spiritual Resources In Family Therapy, New York: The Guilford.*
- Weeks, G. R., & L'Abate, L. (1979). A compilation of paradoxical methods. *Journal of Family Therapy, 7*, 61-76.

