

اثربخشی آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی بر صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی و عملکرد خانواده

حسین کشاورز افشار / استادیار گروه مشاوره و علوم تربیتی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران keshavarz1979@ut.ac.ir
 ابراهیم نامنی / استادیار گروه مشاوره دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه حکیم سبزواری سبزواری a.nameni@hsu.ac.ir
 فهیمه باهنر / دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه اصفهان fahime.bahonar@ut.ac.ir
 هادی شیدفر / کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه حکیم سبزواری سبزواری hadi.shidfar@gmail.com
 دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۲۸ - پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۰۲

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی «آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی» بر صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی و عملکرد خانواده است. روش این پژوهش «نیمه‌آزمایشی» با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بوده است. جامعه آماری مطالعه والدین دانش‌آموزان یکی از مدارس پسرانه دوره ابتدایی در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ شهر سبزواری بود که با استفاده از روش «نمونه‌گیری در دسترس» تعداد سی تن انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ تن) و کنترل (۱۵ تن) قرار گرفتند. برای گروه آزمایش هشت جلسه گروه‌درمانی ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه «یکپارچه‌نگری توحیدی» برگزار شد، ولی برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزار پژوهش سه مقیاس «صمیمیت زناشویی»، «باورهای ارتباطی» و «عملکرد خانواده» بود که در جلسات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه اجرا شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون «بن‌فرونی» استفاده گردید. نتایج نشان داد «آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی» موجب بهبود صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی و عملکرد خانواده گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد ($P < 0/005$). بنابراین، می‌توان از «آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی» برای ارتقای صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی و عملکرد خانواده استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی، عملکرد خانواده، یکپارچه‌نگر توحیدی.

خانواده کانونی شکل گرفته بر پایه پیمان مقدس ازدواج است و از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر روابط و محیطی امن برای دستیابی به اهداف عالی انسانی است (حسینی، ۱۳۹۳، ص ۳۸). خانواده از نگاه اسلام و آموزه‌های دینی نهادی مقدس، سازمانی حرکت‌آفرین، ساحلی برای آرامش و بستری برای رشد و تربیت، جایگاه پیشرفت مادی و معنوی و تجلیگاه شکوفایی و بالندگی است (عربیان، ۱۳۹۱).

خداوند از ابتدای حیات بشر، پیامبرانی را از میان انسان‌ها برای هدایت آنها برگزیده تا به‌تدریج آداب زندگی اجتماعی مطلوب و از جمله تشکیل خانواده را به آنها بیاموزند. از این‌رو، بخش عمده‌ای از قوانین و توصیه‌ها را در متون دینی در قالب آیات و روایات به خانواده اختصاص داده است؛ از جمله در قرآن کریم می‌فرماید: «و از نشانه‌های خدا این است که برای شما همسرانی آفرید که با آنها آرامش پیدا کنید و در میانتان دوستی و مهربانی قرارداد» (روم: ۲۱).

همچنین در روایات نیز پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله می‌فرماید: «هیچ بنیانی در اسلام محبوب‌تر از ازدواج در نزد خدا نیست» (صدوق، ۱۳۶۳، ج ۳، ص ۳۸۳). امیرمؤمنان علی علیه السلام نیز می‌فرماید: «ازدواج کنید که ازدواج کردن سنت پیامبر خداست» (حرعاملی، ۱۴۱۶ق، ج ۲، ص ۱۵). رسول خدا صلی الله علیه و آله بارها فرمودند: «هر که می‌خواهد از سنت من پیروی نماید، ازدواج کند؛ زیرا ازدواج کردن از سنت من است» (عربیان، ۱۳۹۱).

بنابراین سلامت جامعه وابسته به ساختار خانواده سالم است؛ زیرا واحدهای خانواده هسته جامعه را تشکیل می‌دهند. خانواده واحد زیستی، اجتماعی و بنیادی در جامعه است که از افراد بزرگسالی تشکیل شده است که با هم زندگی می‌کنند و در زمینه مراقبت و تربیت فرزندان (چه فرزندان زیستی، چه فرزندخوانده‌ها) با یکدیگر همکاری دارند (تامپسون و هندرسون، ۲۰۱۴، ص ۸۴۲).

اعضای خانواده در حین رشد به هویت اختصاصی و یکتای خود دست می‌یابند. اما باز هم به گروه خانوادگی دلبستگی دارند و از این‌رو، هویت یا تصویر جمعی خاص خود را حفظ خواهند کرد. در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا و تعاملات داخل خانواده براساس نزدیکی، صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضا علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند.

همان‌گونه که خانواده‌ها می‌توانند عملکردی مثبت داشته باشند، مطالعات فراوانی نشان می‌دهند که مشکلات رفتاری و انحرافات افراد بیشتر ریشه در خانواده‌هایشان دارد (اکرودیدویو، ۲۰۱۰، ص ۷۲). منظور از عملکرد خانواده توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرات ایجادشده در طول حیات، حل تعارض‌ها و تضادها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد، اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده است. عملکرد سالم در یک محیط خانوادگی با ارتباطات شفاف، نقش‌های واضح و

روشن، پیوستگی و انسجام و تنظیم احساسی مناسب مشخص می‌شود و این در حالی است که عملکرد نامناسب در یک خانواده با سطوح بالای تعارض، آشفتگی و کنترل رفتاری و احساسی ضعیف خود را نشان می‌دهد (لواندوسکی و همکاران، ۲۰۱۰، ص ۱۰۳۰).

در این میان روابط زناشویی اساسی‌ترین و مهم‌ترین روابط بین‌فردی است که ساختاری بنیادی برای برقراری و ایجاد ارتباط خانوادگی و تربیت کودکان را تأمین می‌کند (برگر و همکاران، ۲۰۱۳، ص ۷۵). چنانچه روابط زناشویی سست باشد، پایه‌های موفقیت و عملکرد مطلوب واحد خانواده لرزان و ضعیف خواهد بود (زارعی و همکاران، ۱۳۹۷).

عوامل گوناگونی در ایجاد رابطه رضایت‌بخش زناشویی مؤثرند. چهار عامل عشق‌ورزی، وفاداری، صمیمیت و احترام متقابل و همچنین مهارت‌های ارتباطی^۵ پیش‌بینی‌کننده خوبی برای رضایت زناشویی است (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۴، ص ۸۶). همان‌گونه که گفته شد، در ایجاد رابطه رضایت‌بخش، صمیمیت دخالت دارد. درواقع صمیمیت عاشقانه یکی از بالاترین ارزش‌های وجودی انسان و امری ضروری برای عملکرد سالم در نظر گرفته شده است (دندوراند و لفتاین، ۲۰۱۳، ص ۷۵).

واژه «صمیمیت» بیشتر برای اشاره به حس کلی همسران در نزدیکی به یکدیگر استفاده شده است (یو و همکاران، ۲۰۱۳، ص ۲۷۶). پایه صمیمیت زمانی گذاشته می‌شود که زن و شوهر علاوه بر رسیدن به خودآگاهی یا خودافشایی راحت باشند (دوبا و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۴۱). «صمیمیت» یک مفهوم پیچیده و چندبُعدی است (دوبا، ۲۰۱۰، ص ۳۵۷). همچنین نقش محافظت‌کنندگی آن در بهزیستی جسمانی و روانی زوجین در ازدواج به‌طور گسترده تأیید شده است (کار و اسپرینگر، ۲۰۱۰، ص ۷۴۴).

صمیمیت یکی از نیازهای مهمی است که *ابراهام مزلو* در طبقه‌بندی خود از نیازهای عشق و تعلق خاطر به آن اشاره کرده و آن را قبل از نیازهای عزت نفس، آگاهی و شناخت، زیبایی و خودشکوفایی و پس از نیازهای زیستی و ایمنی قرار داده است (سیاسی، ۱۳۹۵، ص ۱۸۶).

مطالعات نشان می‌دهد که بر خورداری از صمیمیت در میان زوج‌های متأهل، از عوامل مهم ایجاد ازدواج‌های پایدار است (کرایبی و همکاران، ۱۳۹۵؛ خدادای و همکاران، ۱۳۹۴) و اجتناب از برقراری روابط صمیمانه از عواملی است که موجب شکست در زندگی خانوادگی می‌شود (اسدپور و همکاران، ۱۳۹۱). تحقیقات نشان داده‌اند که یکی از مهم‌ترین عوامل مشکل‌ساز در ارتباط یا به عبارت دیگر، اختلال در فرایند کاهش صمیمیت بین زوجین، داشتن باورهای غلط ارتباطی است (جمشیدی و حقیقی، ۱۳۹۶، ص ۷).

باورهای ارتباطی صحیح موجب ارتقای سلامت روان می‌گردند؛ زیرا سازگاری افراد را در ارتباطاتشان تسهیل کرده، موجب رشد شخصی می‌شوند (همامس و ایسن - کوبان، ۲۰۱۰، ص ۳۰۱).

در مقابل، باورهای ارتباطی ناکارآمد، باورهای اغراق‌آمیز، خشک و غیرمنطقی درباره خودمان و ارتباط با دیگران وجود دارند (الیس، ۲۰۰۳، ص ۱۲). باورهای غیرمنطقی مقاومت فرد را در مقابل مشکلات کاهش داده، هنگام مشکلات بیشترین سرخوردگی‌ها و ناکامی‌ها را ایجاد می‌کنند. باورهای ناکارآمد علت اصلی بسیاری از اختلاف‌های اجتماعی، به‌ویژه روابط زوج‌هاست. منظور از چنین باورهایی وجود افکار نادرست و نامنتطب با واقعیت درباره خود، رابطه زناشویی، همسر و به‌طور کلی جهان است (مشتاکی و همکاران، ۱۳۹۲، ص ۳۳، به نقل از: الیس، ۲۰۰۱).

الیس (۲۰۰۱) معتقد است: آشفته‌گی روابط یک زوج به‌طور مستقیم به رفتارهای طرف دیگر یا شکست‌های سخت زندگی مربوط نمی‌شود، بلکه بیشتر به سبب باور و عقیده‌ای است که این زوج در خصوص چنین رفتارها و شکست‌هایی دارند. تفکر غیرمنطقی در بسیاری از موارد به بروز اختلال ارتباطی می‌انجامد و منجر به الگوی ارتباطی می‌شود که ادامه رابطه را مشکل می‌سازد و موجب کاهش صمیمیت بین زوجین می‌گردد (ادیب‌راد و مهدوی، ۱۳۸۴).

از سوی دیگر، می‌توانیم ارتباط زناشویی را فرایندی نام‌گذاری کنیم که طی آن زن و شوهر، چه به صورت کلامی در قالب گفتار و چه به صورت غیرکلامی در قالب گوش دادن، مکث، حالت چهره و اطوار گوناگون با یکدیگر به تبادل احساسات و افکار می‌پردازند. تحقیقات نشان داده است که برای ازدواج رضایت‌بخش، برقراری و تداوم ارتباط اثربخش ضروری است. برقراری ارتباط یکی از مهارت‌های اصلی زندگی است (گاتمن و نوتریس، ۲۰۰۰، ص ۹۲۸؛ مارکمن و هالفورد، ۲۰۰۵، ص ۱۴۰).

به اعتقاد سیتیر (Satir) فنون ارتباطی که مردم در ارتباط با دیگران به‌کار می‌برند، نشانگرهای قابل اعتبار کارکرد بین فردی است و اهمیت این امر، به‌ویژه در تعاملات زناشویی و رضایت‌مندی از رابطه محرز است (ر.ک: سیتیر، ۱۹۸۸)، به‌گونه‌ای که پژوهش‌های کوردوا و وارن (Cordova & Warren) (۲۰۱۴)، شهرستانی و همکاران (۱۳۹۱) نیز آن را تأیید می‌کنند.

در همین زمینه، کلمات معصومان علیهم‌السلام و سیره خانوادگی آنان ظرافت رفتاری جالب توجهی دارد که هرچند جزئی به نظر می‌رسد، ولی در تحکیم پایه‌های خانواده نقش اساسی دارد (سالاری‌فر، ۱۳۹۰، ص ۲۲). براساس مطالعات انجام‌شده، نگرش مذهبی می‌تواند در زندگی شخصی بسیار مؤثر باشد؛ زیرا مذهب شامل رهنمودهایی برای زندگی و نشان‌دهنده باورها و ارزش‌هاست. این ویژگی می‌تواند زندگی زناشویی را به‌خوبی متأثر سازد (هانلر و جینس، ۲۰۰۵، ص ۱۲۳). ایمان به خدا موجب می‌شود نگرش فرد به کل هستی هدفدار و دارای معنی باشد. نبود ایمان به خدا موجب می‌شود فرد انسجام و آرامش نداشته باشد و همین موجب ضعف زندگی خانوادگی و منشأ اختلاف‌های بسیاری در آن می‌گردد.

انجمن روان‌شناسی امریکا نیز در بررسی اختلالات روانی، به عامل مذهب توجه بالینی ویژه‌ای داشته؛ زیرا بُعد معنوی در کنار دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی قابل اهمیت است (لوین و کوری، ۲۰۱۰، ص ۱۵۳).
متناسب با ریشه‌یابی مشکلات روانی و از آن‌رو که شخصیت انسان یک کل منسجم و تجزیه‌ناپذیر است، یکی از راه درمان شیوه «گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی» است (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷). «درمان یکپارچه توحیدی» که تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های گوناگون، به‌ویژه فنون انسانی‌نگر و وجودی از یک‌سو، و آموزه‌های توحیدی و عرفانی اسلام از سوی دیگر است، با عنوان «روش توحیددرمانی» در کتابنامه *روان‌درمانی‌های نوین* توسط ریموند کرسینی (۲۰۰۱) معرفی گردید. در ایران این رویکرد اولین بار توسط *جلالی تهرانی* (۱۳۸۳) معرفی شد و پس از آن توسط *شریفی‌نیا* (۱۳۸۶) بازنگری شد.

این روش با تأکید بر ارتقای رشد و تحول انسانی، به فرد امکان می‌دهد تا با جست‌وجوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشتن خویش، به توسعه روشی برای زندگی خود بپردازد. به گفته کرسینی (۲۰۰۱) «توحیددرمانی» که از ادغام و یکپارچه‌سازی نگرش اسلام نسبت به سرشت انسان، نظریه و روش درمان انسان‌گرا به وجود آمده، برای اولین بار اسلام را به‌منزله شیوه درمانی مطرح کرده است (هادی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۸).

در این روش سعی می‌شود با ادغام چندین روش درمانی و درون‌مایه‌های دینی - الهی ارزش‌هایی در فرد احیا گردد که توان یکپارچه‌سازی و توحید بخشیدن به کل شخصیت فرد را داشته باشد. مفهوم «توحید» در این روش اشاره به یک نظام ارزشی وحدت‌بخش دارد که جهت حرکت زندگی انسان را مشخص می‌کند و او را از چندگانگی شخصیت و گم‌گستگی در مسیر حیات نجات می‌دهد. هدف این نوع درمان علاوه بر حذف یا کاهش نشانه‌های اختلال، تقویت مقام و موقعیت عقل، حیات نو بخشیدن به عشق، ابعاد جذبیه نسبت به سرچشمه وحدت و دست یافتن به توحید است. از میان برداشتن موانع این جذبیه و برانگیختن آگاهی و تعهد و التزام به رفتارهای فضیلت‌آمیز اجزای اصلی طرح درمان هستند.

بدین‌سان، درمان با توجه به مراحل آن دارای سه بُعد اساسی است: ۱. حل مشکل؛ ۲. برملاسازی عقل و فعال‌سازی فضایل؛ ۳. وحدت‌بخشی و یکپارچه‌سازی معنا. این مراحل غالباً همزمان روی می‌دهند، گرچه نسبت‌هایشان در طول دوره درمان تغییر می‌کند. در جلسات آغازین درمان، حل مشکل اهمیت بیشتری می‌یابد. پس از آن، نوبت به بیدارسازی قوه عقل و فعال‌سازی هدایت درونی و فضایل می‌رسد. در مراحل بعدی، یکپارچه‌سازی و یا وحدت دادن به معنا از راه ارتباط با خداوند برای مراجع، درجه اول اهمیت را دارد.

فرانکل (۱۹۶۹) معتقد است: خودشکوفایی مشروط به تعالی نقش است و بُعد معنوی انسان از این طریق قابل دسترسی است. وقتی انسان از محدوده خویشتن زیست‌شناختی و روان‌شناختی خود فراتر رفته، دارای ارزش‌های خاص شود معنای زندگی خویش را می‌یابد. از نظر او درمان در صورتی موفق است که مراجعان برای وجودشان هدفی بیابند و آن را دنبال کنند. به همین سبب، درمانگر باید به مراجعان کمک کند تا به عالی‌ترین سطح فعالیت وجودی‌شان برسند.

در دیدگاه اسلامی، چون فطرت انسان مبتنی بر خوبی و نیکی است (روم: ۳۰)، اگر فرایند درمان به گونه‌ای تدارک شود که بیمار به فطرت الهی و هسته درونی وجودش نزدیک گردد، بی‌شک تمایل به خوبی و رفتار مطلوب در او احیا می‌شود و سلامت روانی وی به دست می‌آید.

«درمان یکپارچه توحیدی» اساساً هدف‌مدار است و بر مسئولیت‌پذیری شخص در برابر خود، خدا و جامعه تأکید می‌کند. در این روش که به‌مثابه درمان کل فرد توصیف شده است، ابعاد چهارگانه زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی مدنظر درمانگر قرار می‌گیرد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷).

این درمان از لحاظ فلسفی و مبانی روان‌شناختی و بالینی، بر اصول و مبانی خاصی استوار است؛ از جمله:

- انسان‌ها در برابر سرنوشت خویش مسئول‌اند؛ زیرا انسان پیوسته در حال تحول و پویایی است.

- هر کس می‌تواند در هر زمانی که اراده کند خود را تغییر دهد.

- عشق به خداوند متعال یک عامل نیرومند و شفافبخش است که برای غلبه بر بیماری و اختلال رفتاری انرژی زیادی دارد و برای دستیابی به بهبودی به همه ابعادچندگانه توجه می‌شود.

همچنین از مهم‌ترین اهداف این روش درمانی، بهبودی کامل و بدون بازگشت اختلالات روانی و ناپهنجاری‌های رفتاری است. از سوی دیگر، چون این رویکرد عمدتاً یک فعالیت ایمانی مبتنی بر عشق است، نه کاربرد خشک روش‌های علمی و فنون درمانی، درمانگران یکپارچه‌نگر باید علاوه بر دانش روان‌شناسی، ایمان به خدا، عطاوت و عشق عمیق به انسان‌ها داشته باشند. به همین سبب لازم است همه درمانگران در دوره آموزش خود، با اطلاعات اساسی مربوط به معنویت و خدا آشنا شوند تا راه‌های گوناگون شناسایی رشد معنوی انسان‌ها را بشناسند (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷).

استدلال‌های بیان‌شده درباره تدوین این رویکرد نظری و کاربردی آن است که اگر تعالیم الهی و معنوی ادیان، به‌ویژه مؤلفه اساسی «توحید» با یافته‌های روان‌درمانی ادغام شوند، کارآمدی و پایداری درمان افزایش چشمگیری خواهد یافت (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۳؛ کریمی‌ثانی و احيائی، ۱۳۹۲).

مرور پیشینه تحقیق در رابطه با «درمان یکپارچه‌نگری توحیدی»، نشانگر آن است که هرچند در زمینه اثربخشی درمان‌های یکپارچه‌نگر و چندبُعدی تحقیقات زیادی انجام شده، اما چون «درمان یکپارچه‌نگر توحیدی» روشی نوپا محسوب می‌شود، هنوز تحقیقات زیادی درباره آن پیرامون مؤلفه‌های خانواده منتشر نشده است. پژوهش‌ها در زمینه «بررسی اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر توحیدی بر میزان پرخاشگری زندانیان قم» به اثربخشی بودن این درمان پی بردند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۳).

در تبیین نتیجه این فرضیه می‌توان گفت: آموزه‌های اسلامی از طریق نهی افراد از پرخاشگری و توصیه به اموری که در جهت مخالف پرخاشگری هستند (مثل شکیبایی و کنترل خشم)، به تهییج عاطفی و تحریک هیجانی افراد به ترک پرخاشگری اقدام می‌کنند (همان).

در پژوهشی دیگر با عنوان «اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی بر تغییر پاسخ‌های مقابله‌ای دانشجویان دختر مضطرب دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر»، نتایج پژوهش نشان می‌دهد که آموزش رویکرد گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی تأثیر معناداری بر تغییر پاسخ‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار، پاسخ‌های مقابله‌ای رفتاری، پاسخ‌های مقابله‌ای اجتنابی و پاسخ‌های مقابله‌ای شناختی دانشجویان دختر دارد. بر این اساس، آموزش رویکرد گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی می‌تواند برای تغییر پاسخ‌های مقابله با استرس در بین دانشجویان مؤثر باشد و در مراکز مشاوره مفید قرار گیرد (کریمی‌ثانی و احیائی، ۱۳۹۲).

از سوی دیگر، در مطالعه‌ای که بر روی همسران جانباز با عنوان «مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی» انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که هر دو «درمان یکپارچه‌نگر توحیدی» و «شناختی - رفتاری» در کاهش فشار روانی اثربخش بوده‌اند؛ زیرا هر دو درمان تا حدی به هم شباهت دارند و بخشی از جلسات را به آموزش و همچنین دادن تکالیف رفتاری برای منزل اختصاص می‌دهند (طیعی و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۹۰).

در پژوهشی دیگر که بر روی نمونه مردان به بررسی تأثیر گروه‌درمانی یکپارچه‌نگر توحیدی و شناختی - رفتاری بر عزت نفس و نگرش زناشویی پرداخت، نتایج بیانگر معنادار بودن و افزایش عزت نفس و نگرش‌های زناشویی بود و تفاوت معناداری بین دو روش مشاهده نشد (چوپانی صوری، ۱۳۸۸، ص ۸).

همچنین پژوهش‌های هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۸) و شریفی‌نیا (۱۳۸۷) به اثربخش بودن این درمان رسیدند. با توجه به اهداف رویکرد برنامه یکپارچه‌نگر توحیدی و اثربخشی این درمان در تحقیقات صورت گرفته و البته کمبود وجود پژوهشی کاربردی در خصوص آموزش، براساس این رویکرد بر روی زوج، برای رفع خلأ تحقیقاتی موجود، پژوهش حاضر بر آن شد تا با کاربرد این رویکرد در آموزش خانواده به سؤال ذیل پاسخ دهد: آیا آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی بر تقویت صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی و عملکرد خانواده مؤثر است؟

روش پژوهش

روش این پژوهش از نوع «تیمه‌آزمایشی» است و با کاربست طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل به انجام رسید. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام والدین دانش‌آموزان پسر مشغول به تحصیل در مدارس ابتدایی شهر سبزوار بود که براساس فراخوان، در مدرسه با مضمون انجام یک پژوهش آزمایشی دربرگیرنده نشست‌های دوماهه مشاوره گروهی یکپارچه‌نگر توحیدی انتخاب شدند. نمونه آماری این پژوهش را والدین دانش‌آموزان دبستان ابتدایی «صاحب‌الزمان» شهر سبزوار تشکیل دادند.

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارتند از: ۱. عدم ابتلا به بیماری‌های شدید روانی براساس نظر روان‌پزشک؛ ۲. داوطلب بودن برای شرکت در کلاس‌های آموزشی؛ ۳. حداقل سواد خواندن و نوشتن.

ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها نیز عبارت بود از: ۱. عدم شرکت در گروه‌های آموزشی و درمان‌های دیگر در حین مطالعه؛ ۲. عدم همکاری لازم برای شرکت در کلاس‌ها در زمان اجرای پژوهش و یا بیش از دو جلسه غیبت.

روش نمونه‌گیری هدفمند: براساس نمرات سه پرسشنامه «صمیمیت زناشویی»، «باورهای ارتباطی»، و «عملکرد خانواده» تعداد ۳۰ تن انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ تن) و در گروه کنترل (۱۵ تن) قرار گرفتند. گروه آزمایش مورد مداخله و آموزش مبتنی بر رویکرد یکپارچه‌نگر توحیدی به صورت گروهی براساس شیوه‌نامه آموزشی مطابق الگوی «درمان یکپارچه‌نگر توحیدی» طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ماه‌های دی و بهمن قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت و هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد و به فعالیت‌های معمولی زندگی خود ادامه داد. به علت محرمانه و ناشناس بودن آزمودنی‌ها با یکدیگر، در حین انجام پژوهش گروه آزمایش با گروه کنترل ارتباطی نداشت و تجربیات گروه آزمایش در انتقال با گروه کنترل قرار نگرفت.

پس از اتمام دوره، پرسشنامه‌های «صمیمیت زناشویی»، «باورهای ارتباطی» و «عملکرد خانواده» به‌عنوان پس‌آزمون به هر دو گروه کنترل و آزمایش داده شد. همچنین پس از گذشت سه ماه، هر دو گروه کنترل و آزمایش در یک ارزیابی پیگیری سنجیده شدند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس صمیمیت زناشویی: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط *والکر و تامپسون* (باقری، ۱۳۸۹) تهیه شده که دارای ۱۷ ماده است و برای سنجش مهر و صمیمیت تدوین گردیده است. این مقیاس جزئی از یک ابزار بزرگ‌تر است که چندین بُعد صمیمیت را دربر می‌گیرد. این مقیاس توسط *ثنایی* در سال ۱۳۸۰ ترجمه شده است. دامنه این نمرات بین ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) است که نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است. *ثنایی* ضریب پایایی این پرسشنامه را بر اساس داده‌های ۱۰۰ زوج اصفهانی ۹۶ درصد به دست آورد و این حاکی از پایایی قابل قبول پرسشنامه است.

نعیم (۱۳۸۷) برای تعیین ضرایب پایایی پرسشنامه «صمیمیت» از دو روش «آلفای کرونباخ» و «تتصیف» استفاده کرد که - به ترتیب - $0/92$ و $0/96$ به دست آمد. در این پژوهش، ضرایب پایایی پرسشنامه «صمیمیت» با استفاده از روش «آلفای کرونباخ» و «تتصیف» محاسبه گردید که - به ترتیب - $0/96$ و $0/95$ حاصل شد که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه یادشده است.

مقیاس باورهای ارتباطی: مقیاس باورهای ارتباطی اولین بار توسط *پشتاین و بیدلسون* (۱۹۸۲) ساخته شد. در این مطالعه از پرسشنامه ۴۰ سؤالی استفاده شد که هر سؤال در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و هدف

آن ارزیابی میزان باورهای ارتباطی غیرمنطقی در رابطه زناشویی از ابعاد گوناگون (باور به مخرب بودن مخالفت، باور به تغییرناپذیری همسر، توقع ذهن خوانی، کمال گرایی جنسی، باور درباره تفاوت‌های جنسیتی) است.

این مقیاس پنج باور ارتباطی ناکارآمد (سه مفروضه و دو استاندارد) را می‌سنجد. هرچه نمره فرد کمتر باشد، بهتر است و بعکس. فرد برای هر سؤال یک نمره از ۱ تا ۵ می‌گیرد. پرسشنامه مزبور دارای پنج بُعد است که برای به دست آوردن امتیاز هر بُعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد با هم جمع می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌گردد. *آیلسون و اپشتاین* (۱۹۸۲) در تحقیق خود نشان دادند که پایایی این آزمون با «آلفای کرونباخ» برای خرده‌مقیاس‌ها از دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ است و این پنج خرده‌مقیاس رابطه معناداری با سازگاری زناشویی دارند.

پرسشنامه عملکرد خانواده: پرسشنامه عملکرد خانواده که به همت *اپشتاین و بالدوین* و *بیشارب* در سال ۱۹۸۳ تهیه شده و هدف آن سنجیدن عملکرد خانواده براساس الگوی مک‌مستر بوده، اولین بار در ایران توسط *نجاریان* در سال ۱۳۷۴ استفاده گردیده و دارای ۶۰ سؤال است و توانایی خانواده در سازش با حوزه وظایف خانوادگی را بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت رمزگذاری شده از ۱ تا ۴ به صورت «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» نشان می‌دهد و دارای شش خرده‌مقیاس به علاوه یک خرده‌مقیاس هفتم مربوط به عملکرد کلی خانواده است (ثناپی، ۱۳۸۰). نمرات مواد هر خرده‌مقیاس بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) خواهد بود.

در مطالعه *ثناپی* بر روی دانشجویان ایرانی در دامنه ۰/۴۲ و نقش‌ها تا ۰/۷۴ کارکرد کلی و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش گردیده است (اسلامی، ۱۳۸۴). در این پژوهش ضرایب آلفا برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب - ۰/۹۱، ۰/۶۷، ۰/۶۳، ۰/۴۲، ۰/۶۱، ۰/۳۸، ۰/۷۳ گزارش شده است.

در آغاز با هماهنگی مسئول مدرسه، فراخوانی با مضمون انجام یک پژوهش آزمایشی انجام شد. از میان افراد فراخوانده ۴۵ تن آمادگی خود را برای شرکت همراه با رضایت آگاهانه در پژوهش نشان دادند. از این ۴۵ تن پس از انجام مصاحبه و کنترل معیار ورود و خروج، سی تن انتخاب شدند. پس از گماردن تصادفی آنان در دو گروه، پژوهشگران در جمع اعضای هر دو گروه، پرسشنامه‌ها پخش شد. گردآوری داده‌ها با حضور مسئول مدرسه و درمانگران و پس از روشن‌سازی اطلاعات لازم درباره پژوهش با استفاده از اصول روان‌سنجی، از جمله استانداردسازی وضعیت برگزاری آزمون و پیش‌روگیری اصول اخلاقی، از جمله روشن‌سازی، حفظ محرمانگی مشخصات و حریم خصوصی آزمودنی‌ها انجام گرفت و سپس کار آموزش درمان یکپارچه نگر توحیدی در مدرسه آغاز شد. در این نوع مداخله آموزشی که در ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد، با استفاده از این درمان بر ایجاد انسجام و یکپارچگی در ابعاد چهارگانه زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی مراجع تأکید گردید. این الگو با تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در ناهنجاری‌های رفتاری، ضمن بررسی ویژگی‌ها و صفات درون‌فردی، سعی می‌کند با بهبود بخشیدن به روابط بین‌فردی و آموزش شیوه‌های مقابله با فشارها و تنش‌های اجتماعی، خشنودی

وی از تعامل مثبت با محیط را افزایش داده، از این راه به تقویت درونی دست یابد. لازم به ذکر است که پس از گذشت سه ماه، هر دو گروه کنترل و آزمایش در یک ارزیابی پیگیری سنجیده شدند.

این شیوه‌نامه درمان پنج مرحله دارد: پذیرش، مشاهده بالینی، آموزش مهارت‌های زندگی، گروه‌درمانی، پیگیری درمان. در هریک از مراحل، با مداخلات و اقدامات درمانی تلاش می‌شود فرد دارای معیارهایی از پیشرفت در درمان شده، از یک مرحله به مرحله بعد انتقال یابد. در این پژوهش در مرحله پذیرش، والدین مدارس که بر اثر تبلیغات داخل مدرسه با طرح گروه‌درمانی آشنا شدند، با درخواست همکاری از سوی درمانگر با ایجاد انگیزه قوی و پذیرش بی‌قید و شرط و رابطه نیکو وارد فرایند گروه‌درمانی گردیدند.

در مرحله دوم که مشاهده بالینی با همکاری استاد راهنما به مشاهده وضعیت جسمی، روحی و روانی تبدیل شد، مورد خاصی مشاهده نگردید.

در مرحله سوم در باب آموزش مهارت‌های زندگی بر ایجاد نگرش‌ها و باورهای مثبت و آموزش رفتارهای مناسب دینی و روان‌شناختی تأکید شد. در مرحله بعد گروه‌درمانی طبق شیوه‌نامه تدوین شده توسط جلالی تهرانی (۱۳۸۳) و شریفی‌نیا (۱۳۸۶) صورت گرفت.

در مرحله آخر پیگیری و درمان گروه آزمایش سه‌ماهه انجام شد و این فرصت مناسبی بود که افراد این برنامه‌های آموزشی را در زندگی خود اجرا کنند و در صورت داشتن پرسش، از درمانگر بپرسند.

مؤلفه‌های معنوی و دینی در مداخلات درمانی شامل ایجاد فضای حمایتی، آیین‌ها و نمادها، دعا و مناجات، اعتراف و توبه، تقوا و خودمهارگری، مراقبه و هشیارافزایی و ذکر و احساس حضور است. همچنین نگرش درمانگر کارآمد در توجیددرمانی بر این است که انسان سرشتی پاک دارد و به سوی کمال برانگیخته شده و مخیر است که فعالیت در مسیر این انگیزش را انتخاب نماید و یا از این مسئولیت‌شانه خالی کند. این درمانگر همچنین باور دارد که توانایی و انگیزش برای تغییر - با اینکه به وسیله نفس انجام می‌پذیرد، ولی در واقع - از منبعی متعالی سرچشمه می‌گیرد. از نظر مسلمانان، این منبع متعالی با نام مقدس «الله» سبحانه و تعالی مشهور است. توجیددرمانگر بر این باور است که انسان ذاتاً درصدد تحصیل رشد، شکوفایی و کمال خویش است و مراجع کسی است که برای به فعلیت رساندن و شکوفایی خود درمان را انتخاب کرده است. بنابراین رویکرد درمانگر در درمان شامل سه قسمت «حضوردرمانی»، «همدلی» و «علاقه‌مندی عمیق شخصی» است (هادی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۸).

در هر جلسه، ابتدا تمرین‌های جلسه قبل مرور و دیدگاه مراجعان در این رابطه بررسی شد. سپس مطالب اصلی جلسه مطرح گردید. مطالب آموزش داده‌شده توسط مراجعان و با نظارت درمانگر بحث و بررسی گردید و مهارت‌های آموخته‌شده تمرین شد.

روایی این شیوه‌نامه در تحقیقات جلالی تهرانی (۱۳۸۳)، شریفی‌نیا (۱۳۸۶)، هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۸) با نمره $(P < 0.005)$ تأیید شده است.

اثر بخشی آموزشی یکپارچه نگر توحیدی بر صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی ... ۷۹

جدول ۱: شیوه‌نامه آموزشی گروهی (تعداد و محتوای جلسات آموزشی)

<p>جلسه اول</p>	<p>معارفه و بیان منطق جلسات؛ تبیین هدف و روش جلسات؛ ذوب یخ اعضای گروه؛ تعریف نظریه «یکپارچه‌نگر توحیدی» به‌طور کلی و کاربرد آن در نظام خانواده درباره تحولات دوران کودکی و نقش عمده آن در شکل‌گیری نگرش‌های کلی حاکم بر زندگی. بیشترین تأکید در این جلسه بر نقش باورهای دینی در تحکیم خانواده است.</p>
<p>جلسه دوم</p>	<p>خودآگاهی و هشیارافزایی براساس پذیرش نقش خود در سعادت فردی و اجتماعی خود و دیگران؛ نگرش کلی اسلام در رفتارهای زندگی روزمره درباره تعریف «صمیمت» و ابعاد و نقش آن در تداوم روابط زوجین؛ همچنین تقویت باورهای ارتباطی کارآمد و تبیین نقش آنها در رشد شخصی و ارتقای سلامت روان خانواده و حفاظت از کل نظام خانواده.</p>
<p>جلسه سوم</p>	<p>ذکر و احساس حضور خداوند و پردازش اطلاعات با تأکید بر آیین‌ها و نمادهای دینی و معنوی؛ احساس حضور خداوند به‌عنوان یک عامل نیرومند و شفاف‌بخش همیشه در دسترس که موجب کاهش تنش‌ها و رهایی از پریشانی‌های عاطفی می‌گردد؛ توکل بر خداوند که همواره باعث ایجاد امید و انگیزه در فرد می‌شود.</p>
<p>جلسه چهارم</p>	<p>تقوا و خودمهارگری؛ خودآزمایی و اصلاح طرحواره‌های ذهنی و ارزیابی مجدد خود؛ تبیین حقوق زن و مرد در خانواده؛ نقش گفتار و رفتار در افزایش صمیمیت زناشویی؛ توقعات و انتظارات زوجین از روابط زناشویی از دیدگاه اسلام و قرآن.</p>
<p>جلسه پنجم</p>	<p>دعا و مناجات؛ تأکید بر نقش نماز، قرآن و پاکدامنی در زندگی زناشویی؛ بیان راه‌های رسیدگی به آرامش در خانواده از نظر اسلام و تأکید بر دعا و مناجات که موجب تخلیه هیجانی و احساس لذت معنوی و دلپذیری فرد می‌شود. در دعا و مناجات، اعتراف به ضعف، ناتوانی و گناهان خود وجود دارد. از احساس گناه فرد کاسته می‌شود و این نقش مهمی در آرامش زندگی دارد.</p>
<p>جلسه ششم</p>	<p>اعتراف و توبه؛ هشیاری نسبت به اینکه امکان تغییر بسیاری از چیزها وجود ندارد و راه کنار آمدن با آن را باید آموخت و در برخورد با آنها نباید احساس یأس کرد و خود را گرفتار نهاد و نفس اماره نمود و انسجام و سازمان‌یافتگی شخصیت خود را در معرض خطر قرار داد. توبه راهی است که بار گناه فرد را سبک می‌کند و اضطراب او را کاهش می‌دهد و فعالیت و عزم را برمی‌انگیزاند.</p>
<p>جلسه هفتم</p>	<p>مراقبه و مثبت‌نگری در اسلام، خود را پاس داشتن و مراقب خود بودن روشی برای حفظ آدمی و ارزش‌های والای انسانی است. تداوم عمل ایمانی و بازگشت از اشتباهات و گناهان و تصحیح به موقع کردار و رفتارها؛ ایستادن بر عهد و پیمان؛ تشویق خود به استمرار اعمال نیک؛ بررسی علل ناکامی‌ها و شکست‌ها و اصلاح روش خود با این دید که احساس تابعی از افکار نادرست است. پس افکار خود را اصلاح کنیم و مثبت‌نگر باشیم تا احساس رضایتمندی از زندگی داشته باشیم.</p>
<p>جلسه هشتم</p>	<p>پایان دوره و جمع‌بندی؛ بررسی راهکارهای اسلام برای کارایی و رشد مطلوب زوجین و داشتن عملکرد بهتر خانواده؛ ارائه توصیه‌های اخلاقی اسلام درباره حل مسائل و اختلافات؛ نتیجه‌گیری از مباحث مطرح‌شده در جلسات قبل؛ معرفی چند کتاب درباره موضوعات مطرح‌شده در جلسات. در تمام جلسات از وسائل آموزشی، نظیر فیلم و پاورپوینت استفاده شد و همچنین هر جلسه با اهداف آموزشی همان جلسه، تمریناتی برای اجرا در منزل داده شد.</p>

یافته‌های پژوهش

۳۰ آزمودنی شرکت‌کننده در این پژوهش، زن و مرد و در رده سنی ۲۵ تا ۶۰ سال بودند. توزیع فراوانی پاسخ‌دهندگان بر حسب سن، شامل ۱۰ تن در رده سنی ۲۵ تا ۳۵ (۳۳/۳ درصد)، ۱۱ تن ۳۵ تا ۴۵ (۳۶/۶ درصد)، ۵ تن ۴۵ تا ۵۵ (۱۶/۸ درصد) و ۴ تن ۵۵ تا ۶۰ سال (۱۳/۳ درصد) بود. توزیع فراوانی پاسخ‌دهندگان بر حسب

تحصیلات نیز نشان داد ۱۱ تن (۳۶/۶ درصد) دارای دیپلم، ۱۰ تن (۳۳/۳ درصد) کارشناسی، ۵ تن کارشناسی ارشد (۱۶/۸ درصد) و ۴ تن دکتری (۱۳/۳ درصد) بودند.

داده‌های به‌دست‌آمده از نمرات این پژوهش، در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل گردید. برای توصیف داده‌های مربوط به نمونه، ابتدا شاخص‌های مرکزی متغیرهای پژوهش محاسبه شد که به شرح ذیل است:

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی و عملکرد خانواده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	ابعاد	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
حل مشکل		آزمایش	۲/۸۰	۱۰/۲۰	۳/۱۳	۱۳/۶۰	۳/۳۳	۱۳/۵۹
		کنترل	۱/۴۳	۱۱/۹۳	۱/۵۳	۱۲/۰۶	۱/۶۸	۱۱/۶۰
آمیزش عاطفی		آزمایش	۵/۲۰	۲۰/۵۳	۴/۷۸	۲۷/۲۰	۵/۳۱	۲۴/۶۰
		کنترل	۴/۰۱	۳۱/۰۶	۳/۸۷	۲۱/۸۶	۳/۸۳	۲۰
نقش		آزمایش	۳/۷۵	۱۸/۴۰	۲/۴۱	۲۱/۴۶	۳/۸۳	۱۶/۲۰
		کنترل	۲/۳۹	۳۰/۸۰	۲/۵۴	۲۱/۷۳	۲/۲۸	۲۰/۶۰
کنترل رفتار		آزمایش	۶/۱۲	۱۹/۰۶	۲/۸۷	۲۳/۱۳	۶/۲۰	۱۷/۲۶
		کنترل	۳/۴۴	۳۳/۸۶	۳/۲۹	۲۴/۴۶	۲/۴۰	۲۳/۰۶
همراهی عاطفی		آزمایش	۳/۰۹	۱۳/۱۳	۱/۴۸	۱۶/۲۶	۳/۱۳	۲۴/۲۰
		کنترل	۱/۶۵	۱۶/۸۰	۱/۴۸	۱۷/۰۶	۲/۱۹	۱۶/۸۶
ارتباط		آزمایش	۲/۴۰	۱۴/۲۶	۱/۶۸	۱۷/۸۶	۱/۵۲	۱۸/۸۰
		کنترل	۱/۶۶	۱۵/۰۶	۲/۰۷	۱۶	۱/۸۳	۱۵/۰۶
عملکرد کلی		آزمایش	۳/۷۸	۲۵/۹۳	۲/۲۸	۳۲/۱۳	۲/۸۶	۲۸/۹۳
		کنترل	۲/۴۷	۳۱/۶۰	۲/۱۹	۳۱/۸۶	۱/۳۹	۳۰/۶۰
باور تخریب‌کنندگی مخالفت		آزمایش	۴/۲۹	۱۸/۸۶	۳/۵۴	۱۵/۸۰	۴/۳۳	۱۷/۶۰
		کنترل	۳/۱۱	۱۸/۶۰	۴/۳۴	۱۸/۲۰	۳/۱۷	۱۷/۶۶
باور به عدم تمییزپذیری همسر		آزمایش	۳/۳۳	۲۵/۱۳	۳/۵۵	۲۰/۳۳	۲/۷۹	۲۰/۳۳
		کنترل	۴/۸۱	۱۸/۲۶	۴/۱۷	۲۰/۴۰	۳/۰۸	۲۰/۴۰
توقع ذهن‌خوانی		آزمایش	۴/۶۲	۳۴/۶۶	۳/۶۵	۱۸/۳۳	۳/۸۲	۲۰/۳۳
		کنترل	۴/۲۸	۳۱/۶۰	۴/۷۷	۲۰/۸۶	۴/۶۲	۲۰/۳۳
کمال‌گرایی جنسیتی		آزمایش	۴/۲۱	۲۰/۰۶	۳/۳۰	۱۴/۶۶	۴/۸۹	۱۶/۲۶
		کنترل	۴/۲۶	۲۰/۲۰	۳/۹۷	۱۹/۵۳	۳/۱۱	۱۹/۱۳
باور به تفاوت‌های جنسیتی		آزمایش	۴/۷۱	۲۶/۴۶	۴/۸۶	۱۷/۷۳	۴/۷۱	۱۷/۶۰
		کنترل	۵/۸۹	۲۵/۷۳	۶/۹۸	۲۴/۲۶	۶/۲۴	۲۵/۳۳
صمیمیت زناشویی	صمیمیت	آزمایش	۳۱/۸۹	۵۹/۴۰	۱۵/۰۵	۸۰/۷۳	۱۳/۴۵	۷۸/۶۶
		کنترل	۱۴/۵۱	۸۶/۴۰	۱۱/۰۳	۸۴	۱۱/۸۷	۸۱/۴۶

همان گونه که در جدول (۲) مشاهده می شود، میانگین نمرات «صمیمیت زناشویی»، «باورهای ارتباطی» و «عملکرد خانواده» اعضای گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون، تغییر چشمگیری داشته است ($P < 0.0005$)، اما این تغییر در گروه گواه مشاهده نمی شود. ملاحظه می شود که مقایسه میانگین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری بیانگر تأثیر متغیر مستقل آموزش یکپارچه نگر توحیدی بر افزایش و بهبود «صمیمیت زناشویی»، «باورهای ارتباطی» و «عملکرد خانواده» است.

یکی از پیش فرض های آزمون های مؤلفه محور (پارامتریک) برای مقایسه میانگین ها، فرض متعادل بودن توزیع نمرات گروه های نمونه در جامعه بود که برای این مفروض از آزمون «کالموگراف اسمیرنوف» استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است:

جدول ۳: آزمون کالموگراف اسمیرنوف برای پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه های نمونه

متغیر	ابعاد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		مقدار Z	معناداری	مقدار Z	معناداری	
صمیمیت زناشویی	صمیمیت زناشویی	۰/۷۵	۰/۶۱۸	۰/۵۸	۰/۸۷۹	۰/۷۶
						۰/۶۱۰
باورهای ارتباطی	باور تخریب کنندگی	۰/۵۴	۰/۹۳۸	۱/۰۹	۰/۱۸۱	۰/۹۶
	عدم تغییر پذیری همسر	۰/۸۱	۰/۵۲۶	۰/۵۴	۰/۹۳۹	۱/۱۹
	توقع ذهن خوانی	۰/۷۱	۰/۶۹۵	۰/۷۹	۰/۵۴۹	۰/۷۹
	کمال گرایی جنسیتی	۰/۷۰	۰/۷۰۰	۰/۵۹	۰/۱۸۷	۰/۶۸
	تفاوت های جنسیتی	۰/۷۸	۰/۵۷۵	۰/۶۳	۰/۱۸۱	۰/۶۰
عملکرد خانواده	حل مشکل	۰/۶۸	۰/۷۳۹	۱/۲۵	۰/۱۰۸	۱/۰۱
	آمیزش عاطفی	۰/۸۹	۰/۴۰۲	۰/۵۰	۰/۹۶۳	۰/۹۵
	نقش	۰/۸۱	۰/۵۲۱	۰/۹۰	۰/۳۸۸	۱/۰۶
	کنترل رفتار	۰/۹۰	۰/۳۸۱	۰/۶۴	۰/۷۹۳	۱/۵۷
	همراهی عاطفی	۰/۹۶	۰/۳۰۸	۰/۷۴	۰/۶۳۰	۱/۱۹
	ارتباط	۰/۸۹	۰/۳۹۶	۰/۸۸	۰/۴۰۸	۱/۲۴
						۰/۱۰۵
						۰/۱۰۹۰
	عملکرد کلی	۰/۶۶	۰/۷۶۵	۰/۷۹	۰/۵۵۱	۱/۰۷
						۰/۱۹۶

همان گونه که در جدول (۳) مشاهده می شود، سطح معناداری مربوط به آزمون در تمام مؤلفه ها به استثنای مؤلفه «کنترل رفتار» در مرحله پیگیری بزرگ تر از ۰/۰۵ است. بنابراین فرض متعادل بودن توزیع نمرات پذیرفته خواهد شد. چون علاوه بر اعمال مداخله برای گروه آزمایش، از متغیر زمان نیز استفاده گردید، روش «تحلیل واریانس» با اندازه گیری مکرر برای تحلیل داده ها به کار رفت که در این روش از آزمون «ماچلی» برای بررسی کرویت (همسانی ماتریس کواریانس) استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) آمده شده است:

جدول ۴: آزمون ماچلی برای بررسی کرویت واریانس درون گروهی

متغیر	ابعاد	آماره ماچلی	X2 تقریبی	درجه آزادی	معناداری	روش تخمینی Greenhouse-Geisser	
صمیمیت زناشویی	صمیمیت زناشویی	۰/۲۸	۳۴/۲۸	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	
	باورهای ارتباطی	باور تخریب‌کنندگی	۰/۹۶	۰/۹۷	۲	۰/۶۱۶	۰/۹۷
		عدم تغییرپذیری همسر	۰/۸۴	۴/۴۳	۲	۰/۱۰۹	۰/۸۷
		توقع ذهن‌خوانی	۰/۴۶	۲۰/۷۷	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵
		کمال‌گرایی جنسیتی	۰/۷۵	۷/۵۸	۲	۰/۰۲۳	۰/۸۰
تفاوت‌های جنسیتی	۰/۰۹	۶۴/۳۷	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲		
عملکرد خانواده	حل مشکل	۰/۹۷	۰/۷۷	۲	۰/۶۷۸	۰/۹۷	
	آمیزش عاطفی	۰/۵۹	۱۳/۴۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱	
	نقش	۰/۹۴	۱/۵۹	۲	۰/۴۵۰	۰/۹۴	
	کنترل رفتار	۰/۷۵	۷/۷۴	۲	۰/۰۲۱	۰/۸۰	
	همراهی عاطفی	۰/۰۴	۸۶/۱۵	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	
	ارتباط	۰/۴۲	۲۳/۴۸	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	
	عملکرد کلی	۰/۸۱	۵/۵۵	۲	۰/۰۶۲	۰/۸۴	

با توجه به جدول (۴) می‌توان گفت: فرض کرویت برای متغیرهای باور تخریب‌کنندگی، تغییرناپذیری همسر، حل مشکل، نقش و عملکرد کلی برقرار است ($P > 0.05$). برای متغیرهای صمیمیت زناشویی، توقع ذهن‌خوانی، کمال‌گرایی جنسیتی، تفاوت‌های جنسیتی، کنترل رفتار، همراهی عاطفی و ارتباط برای استفاده از آزمون F از روش تخمینی «Greenhouse-Geisser» استفاده شد. پس از بررسی متعادل بودن و یکنواختی کواریانس‌ها، به تحلیل واریانس با یک عامل اندازه‌گیری مکرر در گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرداخته شد.

به‌منظور بررسی فرضیه تحقیق مبنی بر بررسی اثربخشی آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی بر صمیمیت زناشویی در والدین کودکان دبستانی از روش آماری «تحلیل واریانس» با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول (۵) ارائه گردیده است:

جدول ۵: اثرات بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی میانگین صمیمیت زناشویی در گروه کنترل و آزمایش

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین آزمودنی	۲۷۳۳/۵۱	۱	۲۷۳۳/۵۱	۴/۸۵	۰/۰۳۶	۰/۱۴۸
درون آزمودنی	۶۹۲/۲۷	۱	۶۹۲/۲۴	۲۲/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۵
	۶۷۶/۶۷	۱	۶۷۶/۶۷	۲۱/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۷
	۸۶۲/۵۵	۲۸	۳۰/۸۱			

بر اساس جدول (۵) می‌توان گفت: در متغیر «صمیمیت زناشویی» مقدار F مشاهده شده در سطح 0.05 تفاوت

معناداری بین گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همچنین براساس تحلیل درون آزمودنی، می‌توان گفت: اثر تعامل زمان در گروه نیز معنادار بوده است. با عنایت به مطالب عنوان شده، می‌توان گفت: فرضیه تحقیق مبنی بر بررسی اثربخشی آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی بر صمیمیت زناشویی در والدین کودکان دبستانی تأیید گردید.

به‌منظور بررسی فرضیه تحقیق مبنی بر بررسی اثربخشی آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی بر باورهای ارتباطی در والدین کودکان دبستانی از روش آماری «تحلیل واریانس» با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول (۶) ارائه شده است:

جدول ۶: اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی میانگین باورهای ارتباطی در گروه کنترل و آزمایش

متغیر	اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	
بین آزمودنی	باور تخریب‌کنندگی	۱۲/۱۰	۱	۱۲/۱۰	۰/۳۵	۰/۵۶۰	۰/۰۱۲	
	عدم تغییرپذیری همسر	۱۱۳/۳۴	۱	۱۱۳/۳۴	۴/۳۲	۰/۰۴۹	۰/۱۳۱	
	توقع ذهن‌خوانی	۰/۷۱	۱	۰/۷۱	۰/۱۷	۰/۸۹۸	۰/۰۰۱	
	کمال‌گرایی جنسیتی	۱۵۴/۷۱	۱	۱۵۴/۷۱	۴/۳۲	۰/۰۴۷	۰/۱۳۴	
	تفاوت‌های جنسیتی	۴۵۷/۸۷	۱	۱۵۴/۸۷	۷/۰۰۴	۰/۰۱۳	۰/۲۰۰	
درون آزمودنی	باور تخریب‌کنندگی مخالفت	زمان	۱	۱۸/۱۵	۳/۴۱	۰/۰۷۵	۰/۱۰۹	
		زمان & گروه	۱	۰/۴۲	۰/۰۸	۰/۷۸۲	۰/۰۰۳	
	خطا		۲۸	۵/۳۱				
			۱۴۸/۹۳					
	عدم تغییرپذیری همسر	زمان	۱	۲۸/۰۰۶	۶/۷۶	۰/۰۱۵	۰/۱۹۵	
		زمان & گروه	۱	۳۱/۲۵	۷/۵۴	۰/۰۱۰	۰/۲۱۲	
	خطا		۲۸	۴/۱۴				
			۱۱۵/۹۱					
	توقع ذهن‌خوانی	زمان	۱	۹۱/۰۲	۸/۲۶	۰/۰۰۸	۰/۲۲۸	
		زمان & گروه	۱	۸۲/۶۶	۷/۵۱	۰/۰۱۱	۰/۲۱۱	
		خطا	۲۸	۳۰۸/۲۸	۱۱/۰۱			
	کمال‌گرایی جنسیتی	زمان	۱	۶۶/۰۰۶	۶۶/۰۰۶	۷/۲۱	۰/۰۱۲	۰/۲۰۵
		زمان & گروه	۱	۵۶/۶۷	۵۶/۶۷	۶/۱۸	۰/۰۱۹	۰/۱۸۱
		خطا	۲۸	۲۵۶/۴۸	۹/۱۶			
	باور به تفاوت‌های جنسیتی	زمان	۱	۱۵۴/۹۴	۱۵۴/۹۴	۱۵/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲
زمان & گروه		۱	۴۶/۰۰۶	۴۶/۰۰۶	۴/۵۱	۰/۰۴۳	۰/۱۳۹	
خطا		۲۸	۲۸۵/۲۲	۱۰/۱۸				

براساس جدول (۶) می‌توان گفت: در بین باورهای ارتباطی، مقدار F مشاهده شده باورهای ارتباطی تغییرناپذیری همسر، کمال‌گرایی جنسیتی و باور به تفاوت‌های جنسیتی در سطح ۰/۰۵ تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همچنین براساس تحلیل درون آزمودنی، می‌توان گفت: اثر تعامل زمان در گروه نیز در خصوص این مؤلفه‌ها معنادار بوده است. با عنایت به مطالب عنوان شده، می‌توان گفت: فرضیه تحقیق مبنی بر

بررسی اثربخشی آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی بر باورهای ارتباطی (تغییرناپذیری همسر، کمال‌گرایی جنسیتی و تفاوت‌های جنسیتی در والدین کودکان دبستانی) تأیید گردید.

به‌منظور بررسی فرضیه تحقیق مبنی بر بررسی اثربخشی آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی بر عملکرد خانواده در والدین کودکان دبستانی از روش آماری «تحلیل واریانس» با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج در جدول (۷) ارائه شده است: جدول ۷: اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر روی میانگین عملکرد خانواده در گروه کنترل و آزمایش

متغیر	اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بین آزمودنی	حل مشکل	گروه	۱	۸/۱۰	۰/۵۲	۰/۴۷۷	۰/۰۱۸
	آمیزش عاطفی	گروه	۱	۲۲/۹۰	۴/۰۹	۰/۰۵۳	۰/۱۲۸
	نقش	گروه	۱	۱۲۴/۸۴	۶/۵۰	۰/۰۱۷	۰/۱۸۸
	کنترل رفتار	گروه	۱	۳۵۶/۰۱	۹/۳۹	۰/۰۰۵	۰/۲۵۱
	همراهی عاطفی	گروه	۱	۲۰/۵۴	۰/۰۹	۰/۱۶۵	۰/۰۰۳
	ارتباط	گروه	۱	۵۷/۶۰	۶/۹۴	۰/۰۱۴	۰/۱۹۹
	عملکرد کلی	گروه	۱	۱۲۴/۸۴	۱۰/۸۰	۰/۰۰۳	۰/۲۷۸
	درون آزمودنی	حل مشکل	زمان	۱	۳۵/۲۶	۲۵/۶۷	۰/۰۰۱
زمان & گروه			۱	۵۲/۲۶	۳۸/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۶
خطا			۲۸	۱/۳۷			
آمیزش عاطفی		زمان	۱	۱۷۸/۰۱	۲۷/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۳
		زمان & گروه	۱	۵۴/۴۵	۸/۲۳	۰/۰۰۷	۰/۲۳۹
		خطا	۲۸	۱۸۳/۰۴	۶/۵۳		
نقش		زمان	۱	۲۱/۶۰	۷/۸۱	۰/۰۰۹	۰/۲۱۸
		زمان & گروه	۱	۱۵	۵/۴۲	۰/۰۳۷	۰/۱۶۲
		خطا	۲۸	۷۷/۴۰	۲/۷۶		
کنترل رفتار		زمان	۱	۱۷۸/۰۱	۱۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵
		زمان & گروه	۱	۷۸/۶۷	۵/۷۰	۰/۰۳۴	۰/۱۶۹
		خطا	۲۸	۳۸۶/۴۸	۱۳/۸۰		
همراهی عاطفی	زمان	۱	۲۳/۴۷	۰/۲۲	۰/۶۳۹	۰/۰۰۸	
	زمان & گروه	۱	۳۴/۶۷	۰/۳۳	۰/۵۶۹	۰/۰۱۲	
	خطا	۲۸	۲۹۲۹/۶۸	۱۰۴/۶۳			
ارتباط	زمان	۱	۲۵/۶۸	۳۴/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۲	
	زمان & گروه	۱	۷۷/۰۶	۴۷/۰۴	۰/۰۰۰۴	۰/۶۳۷	
	خطا	۲۸	۴۵/۸۶	۱/۶۳			
عملکرد کلی	زمان	۱	۱۵	۵/۰۶	۰/۰۳۳	۰/۱۵۳	
	زمان & گروه	۱	۶۰	۲۰/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۰	
	خطا	۲۸	۸۳	۲/۹۶			

بر اساس جدول (۷)، در بین مؤلفه‌های عملکرد خانواده، مقدار F مشاهده‌شده نقش، کنترل رفتار، ارتباط و عملکرد کلی در سطح ۰/۰۵ تفاوت معناداری را بین گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همچنین براساس تحلیل درون آزمودنی، می‌توان گفت: اثر تعامل زمان در گروه نیز در خصوص این مؤلفه‌ها معنادار بوده است. با عنایت به مطالب عنوان‌شده می‌توان گفت: فرضیه تحقیق مبنی بر بررسی اثربخشی آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی بر عملکرد خانواده (نقش، کنترل رفتار، ارتباط و عملکرد کلی) در والدین کودکان دبستانی تأیید گردید.

نتایج آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیره بر صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی و عملکرد خانواده در گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد کنترل نمرات پیش‌آزمون، موجب تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل بر صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی و عملکرد خانواده شده است. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه آموزش مبتنی بر روش درمان یکپارچه‌نگر توحیدی بر صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی و عملکرد خانواده مؤثر است، تأیید شد. این نتیجه با تحقیق زارعی محمودآبادی و همکاران (۱۳۹۷) همسو می‌باشد.

در زمینه اثربخشی درمان یکپارچه‌نگری توحیدی تحقیقات جلالی تهرانی (۱۳۸۳)، شریفی‌نیا (۱۳۸۷)، ابراهیمی (۱۳۸۶)، هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۷)، چوپانی (۱۳۸۸)، طیبی و قنبری هاشم‌آبادی (۱۳۹۰)، محمدی و همکاران (۱۳۹۳)، کریمی‌ثانی و/احیائی (۱۳۹۲) یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخش بودن درمان را تأیید می‌کنند.

چون «درمان یکپارچه‌نگر توحیدی» روشی نوپاست و هنوز مطالعات زیادی درباره آن در ایران صورت نگرفته، اولین بار است که اثربخشی این روش به‌طور خاص بر روی صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی و عملکرد خانواده مطالعه می‌گردد. بنابراین پیشینه‌ای مبنی بر اثربخش بودن این درمان در این سه متغیر در دسترس نیست.

در تبیین علل به‌کارگیری این درمان بر سه متغیر ذکر شده، می‌توان اشاره کرد که سبک زندگی معنوی و دینی دبردارنده آموزه‌ها و مبانی دینی و معنوی است (بشارت و همکاران، ۱۳۹۴). تجربیات معنوی قوی در زندگی عاملی محافظتی، مثبت و پیش‌آگاهی‌دهنده در سلامت روانی و جسمی افراد است. ابعاد مذهب - معنویت وقتی در مداخلات بالینی آمیخته شود، می‌تواند بسیار مفید باشد (مسترز و هوکر، ۲۰۱۳، ص ۲۶۷).

پس می‌توان گفت: زمانی که افراد احساس خلأ و ناامیدی کرده، با فشارهای روانی دست و پنجه نرم می‌کنند دین و معنویت می‌تواند آرامش روحی برای آنان ایجاد کند و هنگامی که انسان دردمند و تنها، ناامید از کمک دیگران است و برای کاهش دردهای جسمی و روانی‌اش راه به جایی نمی‌برد، او را یاری نماید.

از گفته‌های بالا این مطلب حاصل می‌شود که آموزش مبتنی بر یکپارچه‌نگری توحیدی می‌تواند باورهای ارتباطی ناکارآمد را کاهش دهد و موجب رضایت زناشویی شود. در آموزه‌های اسلامی، توصیه‌های اعتقادی، اخلاقی، عاطفی و معنوی متعددی برای ارتقای مناسبات زوجها و حل اختلافات آنان به چشم می‌خورد. در این میانه آموزش مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر آموزه‌های دینی از روش‌های مؤثری است که

مهم‌ترین ویژگی آن تأکید فراوانی است که دین مبین اسلام بر استحکام ازدواج دارد و اساس زندگی زناشویی را بر پایه محبت میان همسران و رمز سعادت زندگی زناشویی را در آرامش‌دهی زوجها به یکدیگر می‌داند (سالاری فر و همکاران، ۱۳۹۲).

از سوی دیگر، صمیمیت یکی از پیش‌نیازهای مهم ازدواج ماندگار است. ضعف صمیمیت علت بیشتر مراجعات به مشاور در زندگی زناشویی است و افزایش و یا بهبود صمیمیت یکی از راهکارهای درمان مشکلات زناشویی است (جمشیدی و حقیقی، ۱۳۹۶، ص ۸). تبادل‌های مناسب درون خانواده سالم به سازگاری باثبات‌تر اجتماعی و فردی اعضای خانواده کمک می‌کند (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۷، ص ۳۴). می‌توان انتظار داشت در اثر شرکت در این برنامه آموزشی، افراد به تغییراتی در کاربرد کلی خانواده خود دست یابند. محتوای دینی موجب می‌شود این آموزش برای شرکت‌کنندگان پذیرفتنی‌تر و ملموس‌تر باشد. زوجین سبزواری به علت داشتن حجب و حیای بیش از حد، که ناشی از فرهنگ بومی است، در بسیاری از موارد توانایی برقراری ارتباط مناسب با همسر را ندارند، ولی زمانی که این درمان با استفاده از سیره زندگی پیشوایان دینی ارائه گردد، باورها و عقاید نادرست آنها در ارتباط با همسر از بین می‌رود.

در تبیین علل معنادار نبودن نمرات در برخی مؤلفه‌های باورهای ارتباطی و عملکرد خانواده در مرحله پیگیری، نسبت به پس‌آزمون باید از دیدگاه نوین در موج دوم شناخت‌درمانی مدد جست. درواقع، آنچه در جلسات درمان یکپارچه توحیدی اتفاق می‌افتد، تمرکز بیش از حد درمانگر بر استدلالات ذهنی افراد است که با اصلاح و تغییر آن از غیرمنطقی به منطقی، سعی در نزدیک‌سازی تفکر فرد با واقعیت دارد. در این رویکرد درمانی، درمانگر نقش فعالی دارد و مدام با چالش‌های نظامدار، سعی در نشان دادن شیوه تفکر غیرمنطقی فرد به خود و در نتیجه، اصلاح آن دارد. ولی آنچه در برخی موارد می‌تواند مشکل‌ساز باشد دست نخوردن جنبه‌هایی از روان انسان است که دارای خصوصیات هیجانی و عاطفی است (روستایی و همکاران، ۱۳۹۰). در آموزه‌های دینی ما نیز همیشه بر مهار هیجانات و غرایز تأکید شده است. این نشان می‌دهد که کنترل هیجانات به طور کلی سخت است و به کندی صورت می‌گیرد (امیدیان و همکاران، ۱۳۹۱).

بحث و نتیجه‌گیری

فرهنگ کشور ما فرهنگی دینی و اسلامی است. در نتیجه، تربیت ما تربیتی دینی است. بنابراین سبکی که در زندگی انتخاب می‌کنیم، باید زندگی مذهبی و معنوی باشد (طولابی و همکاران، ۱۳۹۲). به نظر می‌رسد مداخله اسلامی از چند جهت موجب می‌شود زوجین در توانایی حل تعارض بهتر عمل کنند و در نتیجه، رضایت زناشویی خود را افزایش دهند: از یک سو، زوجین با مثبت‌اندیشی و حسن خلق و ایفای مسئولیت‌ها و وظایف همسری، زمینه

ایجاد تعارضات را به حداقل می‌رسانند و در صورت بروز مشکلات سعی می‌کنند با صبوری و کرامت نفس، از آنها چشم‌پوشی نمایند و راه عفو و گذشت را در زندگی در پیش بگیرند و زبان به سخنانی نگشایند که حاصلی جز پشیمانی ندارد. از سوی دیگر، این رویکرد با استفاده از شیوه «مشورت در خانواده» و با تأکید بر حل گام به گام مسائل، راه مناسبی در اختیار زوجین قرار می‌دهد (جمشیدی و همکاران، ۱۳۹۴).

باورهای مذهبی و ارتباط با خدا، از راه‌های گوناگون، مثل تقویت تقوا و پاکدامنی، عشق، بخشایش، مصالحه کردن و ایثار و فداکاری (الیسون و همکاران، ۲۰۱۰، ص ۹۶۳؛ هرماندز و همکاران، ۲۰۱۱، ص ۷۷۶) می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و بالا رفتن رضایت زناشویی شود. بر این‌گونه اعمال مبتنی بر تقوا، به‌جدا در آموزش‌های مذهبی و معنوی تأکید شده و می‌توانند پایه‌های سالمی برای یک زندگی زناشویی موفق بنا نهند.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت: مذهب به‌مثابه یک عامل محافظت‌کننده در ازدواج به‌شمار می‌آید و ارتباطی مثبت با رضایت زناشویی و استحکام و ثبات زندگی خانوادگی دارد (فولر و همکاران، ۲۰۱۵، ص ۱۲۰). در الگوی درمان یکپارچه توحیدی تلاش می‌شود با یکپارچه‌سازی روش‌های درمان انسان‌گرا و وجودی، فنون تحلیلی، شناخت‌درمانی، آموزش مهارت‌های زندگی، تمرین روش‌های مقابله‌ای کارآمد و ادغام آنها در آموزه‌های معنوی و توحیدی، بیمار از راه ایجاد ارتباط صمیمانه با خداوند به شناخت و پذیرش خود اصیل و الهی‌اش برسد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷).

استدلال پژوهشگران در کاربرد این الگوی نظری آن است که اگر تعالیم الهی و معنوی ادیان، به‌ویژه مؤلفه اساسی «توحید» و ارتباط با خداوند متعال با یافته‌ها و رویکردها و فنون گوناگون روان‌درمانی ادغام شوند، کارآمدی و پایداری درمان افزایش چشمگیری خواهد یافت؛ زیرا عنصر «توحید» بیش از هر عامل دیگری توان انسجام‌بخشی و یکپارچه‌سازی شخصیت را دارد.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد آموزش مبتنی بر رویکرد «یکپارچه‌نگر توحیدی» بر صمیمیت زناشویی، باورهای ارتباطی و عملکرد خانواده مؤثر است.

پیشنهاد می‌شود از یافته‌های این پژوهش به‌منظور گنجاندن این برنامه و برگزاری کارگاه‌های مشاوره گروهی در مراکز مشاوره ازدواج و خانواده، مراکز بهداشتی - روانی استفاده گردد. همچنین در پژوهش‌های دیگر تأثیر این برنامه آموزشی با رویکردهای دیگر و نمونه‌های متفاوت مقایسه شود.

از محدودیت‌های تحقیق می‌توان به این نکته اشاره کرد که از ابزار خودگزارش‌دهی استفاده شده است. در چنین ابزارهایی ممکن است افراد نسبت به پاسخ‌گویی سؤالات پرسشنامه‌ها جهت‌گیری داشته باشند که این عامل دقت نتایج را تا حدی کاهش می‌دهد. همچنین این پژوهش در شهر سبزوار و در مدرسه پسرانه انجام شده است و برای تعمیم نتایج باید با احتیاط عمل نمود.

منابع

- ابراهیمی، ابراهیم، ۱۳۸۶، «مقایسه اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه‌گرایی دینی، درمان شناختی - رفتاری و دارویی بر میزان افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به افسرده‌خویی»، رسالهٔ دکتری روان‌شناسی بالینی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- ادیب‌راد، نسرین و اسماعیل مهدوی، ۱۳۸۴، «مقایسه باورهای ارتباطی زنان مراجعه‌کننده به مراکز قضایی و زنان مایل به ادامه زندگی مشترک شهر تهران»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۱(۲)، ص ۱۳۱-۱۳۷.
- اسدپور، اسماعیل و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌محور بر افزایش صمیمیت زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران»، *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ش ۲(۱)، ص ۱۷-۳۲.
- اسلامی، منصوره، ۱۳۸۴، *ارتباط کیفیت زندگی با راهبردهای مقابله با استرس در بیماران قلبی و عروقی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء.
- امیدیان، مهدی و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر سطح پرخاشگری زندانیان مرد زندان مرکزی شهرکرد»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۷(۱)، ص ۱۷-۲۹.
- باقری، اشرف، ۱۳۸۹، *رابطه بخشودگی، کمال‌گرایی و صمیمیت بارضایت زناشویی در زوجین جانباز*، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاداسلامی اهواز.
- بشارت، محمدعلی و همکاران، ۱۳۹۴، «مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و سلامت قلبی»، *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ش ۱۷ (۵)، ص ۴۶۷-۴۹۲.
- بهرامی، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۷، *برنامه غنی‌سازی زندگی زناشویی*، چ چهارم، تهران، دانژه.
- تتایی، باقر، ۱۳۸۰، *مقیاس سنجش خانواده‌آزادواج*، تهران، بعثت.
- جلالی‌تهرانی، محمدحسن، ۱۳۸۳، «توحیددرمانی»، *نقد و نظر*، ش ۹(۳و۴)، ص ۴۶-۴۸.
- جمشیدی، فریبا و شیرین حقیقی، ۱۳۹۶، «رابطه باورهای ارتباطی و ناگویی هیجانی با صمیمیت زناشویی در کارکنان متأهل آموزش و پرورش»، در: *چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی*، تهران.
- جمشیدی، محمدعلی و همکاران، ۱۳۹۴، «اثربخشی توانمندسازی کارکردی زوجین مبتنی بر رویکرد اسلامی بر رضایتمندی زناشویی زنان»، *زنان و خانواده*، ش ۳۱(۱۰)، ص ۷-۳۵.
- چوپانی‌صوری، مراد، ۱۳۸۸، *بررسی تأثیر گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری بر عزت‌نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد زندان مرکزی قم*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- حرعاملی، محمدبن حسن، ۱۴۱۶ق، *وسائل‌الشمیعه*، تحقیق محمدرضا حسینی جلالی، قم، مؤسسه آل‌البیت.
- حسینی، سیدداوود، ۱۳۹۳، *روابط سالم در خانواده*، چ بیست و پنجم، قم، بوستان کتاب.
- خدادادی‌سنگده، جواد و همکاران، ۱۳۹۴، «پیش‌بینی ازدواج موفق: نقش عوامل زناشویی مؤثر مبتنی بر بافت فرهنگی - اجتماعی»، *مطالعات راهبردی ورزش و جوانان*، ش ۲۹، ص ۹۷-۱۰۶.
- روستایی، امین و همکاران، ۱۳۹۰، «مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت خشم و دارودرمانی بر کاهش پرخاشگری»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ش ۶(۲۱)، ص ۱۹-۳۱.
- زارعی محمودآبادی، حسن و همکاران، ۱۳۹۷، «اثربخشی آموزش صمیمیت با رویکرد اسلامی بر بهبود عملکرد خانواده»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۱۱(۴۱)، ص ۲۱-۳۰.
- سالاری‌فر، محمدرضا، ۱۳۹۰، *دوام‌دی بر نظام خانواده در اسلام*، چ ششم، قم، هاجر.
- _____ و همکاران، ۱۳۹۲، «مبانی و ساختار زوج‌درمانی اسلامی»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۷(۱۲)، ص ۳۷-۶۸.

- ستیر، ویرجینیا، ۱۹۸۸، *آدم‌سازی در روان‌شناسی خانواده*، ترجمه بهروز بیرشک، تهران، رشد.
- سرمه، زهرا و همکاران، ۱۳۸۳، *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*، چ سوم، تهران، آگه.
- سلیمی، هادی و همکاران، ۱۳۹۴، «پیش‌بینی رضایت زناشویی براساس عوامل فرایندی و محتوایی خانواده در معلمان ابتدایی شهر کرج»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ش ۱۶ (۲)، ص ۸۴-۹۲.
- سیاسی، علی اکبر، ۱۳۹۵، *نظریه‌های شخصیت یا مکاتب روان‌شناسی*، چ شانزدهم، تهران، دانشگاه تهران.
- شریفی‌نیا، محمدحسن، ۱۳۸۶، *ارزیابی تأثیر روش درمان یکپارچه توحیدی در کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر زندانیان زندان مرکزی قم*، تهران، سازمان زندان‌ها و اقدامات امنیتی و تأمینی کشور.
- _____، ۱۳۸۷، «مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه نگر توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتارهای مجرمانه و سوءمصرف مواد در زندانیان معتاد قم»، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ش ۳۷ (۳)، ص ۴۱-۷۲.
- شهرستانی، ملیحه و همکاران، ۱۳۹۱، «پیش‌بینی رضایتمندی زناشویی از روی متغیرهای باورهای ارتباطی و صمیمیت زناشویی در زنان متقاضی طالق و عادی شهر مشهد»، *زن و فرهنگ*، ش ۴ (۱۴)، ص ۱۹-۴۱.
- صدوق، محمدبن علی، ۱۳۶۳، *من لایحضره الفقیه*، تحقیق علی اکبر غفاری، قم، جامعه مدرسین.
- طولایی، زینب و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی نقش میانجی عزت‌نفس و خودکارآمدی در رابطه بین سبک زندگی اسلامی و سازگاری اجتماعی جوانان شهر مشهد»، *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، ش ۳ (۹)، ص ۱۱۵-۱۳۲.
- طیبی، هاجر و بهرام‌علی قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۹۰، «مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۴ (۱)، ص ۲۳-۳۵.
- عریبان، نسرين، ۱۳۹۱، «خانواده در غرب و مقایسه آن با اسلام»، *فرهنگ و پژوهش*، ش ۵ (۱۱)، ص ۱۲۵-۱۳۶.
- کرایبی، امین و همکاران، ۱۳۹۵، «شناسایی عوامل مؤثر در ازدواج‌های پایدار رضایتمند در زنان»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ش ۳۳، ص ۱۲۹-۱۶۴.
- کریمی‌ثانی، پرویز و کبری احمایی، ۱۳۹۲، «اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی بر تغییر پاسخ‌های مقابله‌ای دانشجویان دختر مضطرب دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیبستر»، *زنان و مطالعات خانواده*، ش ۴ (۱۵)، ص ۱۶۷-۱۸۲.
- محمدی، محمدعلی و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر میزان پرخاشگری زندانیان قم»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۷ (۳)، ص ۴۷-۶۴.
- مشتاقی، مرضیه و همکاران، ۱۳۹۲، «اثربخشی آموزش گروهی انسان‌گرایی بر باورهای ارتباطی مردان»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ش ۱۴ (۳)، ص ۳۲-۴۲.
- نعیم، سامیه، ۱۳۸۷، *رابطه بین دل‌زدگی زناشویی، روابط صمیمی باهمسر و تعارضات زناشویی با خشونت علیه زنان شهر ایلام*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- هادی، محمدمهدی و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۸۸، «اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۲ (۶)، ص ۷۱-۱۰۴.

Benish, S. G, et al, 2008, The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons, *Clinical Psychology Review*, 28, p. 746-758.

Berger, K. A, et al, 2013, "Mothers' perceptions of family health history and an online, parent-generated family health history tool", *Clinical pediatrics*, N. 52 (1), p. 74-81.

Carr, D, & Springer, K. W, 2010, "Advances in families and health research in the 21st century", *Journal of Marriage and Family*, N. 72, p. 743-761.

- Cordova, J. V., & Warren, L. Z., 2014, "Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction", *Journal Soc Clinical Psychology*, N. 24, p. 218-235.
- Dandurand, C., & Lafontaine, M.F., 2013, "Intimacy and Couple Satisfaction: The moderating Role of Romantic Attachment", *International Journal of Psychological Studies*, v. 5(1), p. 74-90.
- Duba, J. D., 2010, *Intimacy and the recovery of intimacy in religious and faith-based relationships*, In J. Carlson & L. Sperry (eds.), *Recovering intimacy in love relationships: A clinician's guide*.
- & et al, 2012, "Areas of marital dissatisfaction among long-term couples", *Adultspan Journal*, N. 11, p. 39-54.
- Ellis, A., 2001, *Feeling better, getting better, staying better: Profound self-help therapy for your emotions*, Impact Publishers.
- , 2003, "The relationship of rational emotive behavior therapy (REBT) to social psychology", *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, N. 21 (1), p. 5-20.
- Ellison, C. G., et al, 2010, "The couple that prays together: Race and ethnicity, religion, and relationship quality among working-age adults", *Journal of Marriage and Family*, N. 72, p. 963-975.
- Frankl, V., 1969, *The Will to Meaning New American Library* Frankl, V.E. (2004). Em busca de sentido: Um Psicologo Campo de concentracao (w.o.Schlupp & C. C. Aveline, Trads., 19a ed.) Petropolis, Rj: Vozes. (Original publicado em 1946).
- Fuller, J. N., et al, 2015, "Exploring the impact of religiosity and socioeconomic factors on perceived ideal timing of marriage in young adults", *Journal of Student Research*, N. 4, p. 120-129.
- Gottman, J. M., & Notarius, C. I., 2000, "Decade review: Observing marital Interaction", *Journal of Marriage and Family*, N. 62, p. 927-947.
- Hamamci, Z., & Esen-Coban, A., 2010, "Dysfunctional relationship beliefs of late adolescence in adjustment to university", *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, N. 2 (2), p. 300-304.
- Hernandez, K. M., et al, 2011, "Sanctification of sexuality: Implications for newlyweds' marital and sexual quality", *Journal of Family Psychology*, N. 25, p. 775-780.
- Hunler, O.S., & Genc, oz, T, I., 2005, "The effect of religiousness on marital satisfaction: testing the mediator role of marital problem solving between religiousness and marital satisfaction", *Contemporary Family Therapy*; N. 27 (1), p. 123-136.
- Levin, K., & Currie, C., 2010, "Family Structure, Mother-child Communication, Father-child Communication and Adolescent's Life Satisfaction: A Cross-sectional Multilevel Analysis", *Health Education*, N. 110 (3), p. 152-168.
- Lewandowski, A. S., et al, 2010, "Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain", *The Journal of Pain*, N. 11(11), p. 1027-1038.
- Markman, H. J., & Halford, W. K., 2005, "International perspectives on couple relationship education", *Family Process*, N. 44, p. 139-146.
- Masters, K. S., & Hooker, S. A., 2013, "Religiousness/Spirituality, Cardiovascular Disease, and Cancer: Cultural Integration for Health Research and Intervention", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, N. 81 (2), p. 206-216.
- Okorodudu, G. N., 2010, "Influence of parenting styles on adolescent delinquency in delta central senatorial district", *Edo Journal of Counselling*, N. 3 (1), p. 58-86.
- Thompson, C. L., & Henderson, D. A., 2014, *Counselling Children*, Belmont, CA: Brooks.
- Walker, A. J., & Thompson, L., 1983, Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters, *Journal of Marriage and the Family*,???, p. 841-849.
- Yoo, H., et al, 2013, "Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction", *Journal Of Sex & Marital Therapy*, N. 40 (4), p. 275-293.