

تقدیم به :

فاطمه زهرا (س) و علی (ع) بهترین الگوی زن و شوهری در عالم هستی

و

همه زن و شوهرهایی که با شرکت پیگیرانه خود در جلسات درمان، انجام

چنین پژوهشی را فراهم آوردند.

و

به همه انسانهای خودآگاهی که با تلاش در افزایش خودشناسی در پی کشف

راز خلقت و معنا بخشیدن به زندگی خویش هستند.

و

سرانجام به آنهایی که مشوق و تسهیل کننده روش های بدیع و نوین در حیطه

حل مسائل خانواده ها و جوامع بشری هستند.



معاونت پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

تأثیر زوج درمانگری اسلامی در افزایش خودشناسی،

جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی زوج های ناسازگار

مجری:

دکتر عصمت دانش

اسفند ۱۳۸۱

تشکر و قدردانی:

به استناد «من یشکر المخلوق لم یشکر الخالق» بر خود لازم می دانم از الطاف انسان های متعهدی که در تصویب طرح این پژوهش که در آن از روش بدیع «زوج درمانگری اسلامی» سود جسته بودم مرا یاری کردند سپاسگزاری می کنم؛
بیش از همه به استاد عالی رتبه و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه سرکار خانم دکتر صباغیان مدیونم که همواره مشوق من در پیگیری برای تصویب طرح بودند.
از آقای دکتر پرداختچی ریاست محترم دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی به ویژه از آقای دکتر یمنی معاونت محترم پژوهشی دانشکده نیز که همواره مرا مرهون الطاف خود نموده اند سپاسگزارم.

همچنین ضروری است از همکاری و زحمات آقای مهندس سلیمی نیا که با ورود و پردازش کامپیوتری داده ها، انجام ماهرانه محاسبات آماری و ترسیم جدول ها و نمودارها بر سرعت و غنا و جذابیت پژوهش افزودند، تشکر کنم.
سرانجام لازم است که از زحمات و همکاری های دانشجویان عزیزم به ویژه خانم ها مریم طاوول و آزاده بهرامفر تشکر کنم که بیش از دیگر دانشجویان مرا در استخراج نتایج از پرسشنامه ها و جمع آوری مطالب یاری دادند.

۳-۲ روی آورد صفات

• گوردون آلپورت

۴-۲ روی آورد انسان نگری

• آبراهام مازلو

۵-۲ روی آورد هستی نگر

• ویکتور فرانکل

۶-۲ روی آورد کنش نگر

• ویلیام جیمز

۷-۲ روی آورد شناختی نگر

• آلبرت ایس

۳- همسر گزینی و تشکیل خانواده

۱-۳ تعریف خانواده

۲-۳ مرور کوتاهی بر تاریخچه خانواده درمانگری

۳-۳ نحوه شکل گیری زوج درمانگری

• الگوی کارکردی و درمان خانوادگی مک ماستر

• الگوی منحنی اولسون

• الگوی سیستمی بیورز

۱. خانواده هایی با کارکرد بد

۲. خانواده های مرزی

۳. خانواده های متوسط

۴. خانواده های با کفایت

۵. خانواده های مطلوب

۳-۴ الگوهای بالینی القاطی در خانواده درمانی

• خانواده درمانی چند سطحی التقاطی فلدمن

- روی آورد خانواده درمانی التقاطی والش
- روی آورد زناشویی درمانگری التقاطی نیکلز
- خانواده درمانگری التقاطی: خانواده درمانگری روان پویایی متمرکز بر

مشکل

۴- یافته های پژوهشی در قلمرو خانواده / زوج درمانگری

۵- روش زوج درمانگری اسلامی

۶- خلاصه

□ فصل سوم: فرایند روش شناختی بررسی تجربی موضوع

۱- انتخاب نمونه

۱-۱ جامعه مورد بررسی

۱-۲ روش نمونه گیری

۱-۳ اندازه نمونه

۲- ابزار و روش اجرای پژوهش

۲-۱ پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت

۲-۲ پرسشنامه دو عضوی اسپانیر

۲-۳ پرسشنامه سازگاری خودشناسی

۲-۴ روش زوج درمانگری اسلامی

۳- طرح پژوهش و روش های آماری

۳-۱ معرفی طرح های پژوهش

۳-۲ روش های آماری تحلیل داده ها

۴- خلاصه

□ فصل چهارم: ارائه و تحلیل نتایج کلی

۱- یافته های توصیفی

۲- یافته های مربوط به تحلیل نتایج در چارچوب فرضیه ها

۳- خلاصه

□ فصل پنجم: بحث و نتایج نهایی

۱- بحث و بررسی درباره یافته ها

۲- تفسیر نهایی و پیامدها

۳- محدودیت ها

۴- پیشنهادها

منابع و مآخذ

پیوست ها

پیوست الف- پرسشنامه جهت گیری مذهبی آلپورت

پیوست ب- پرسشنامه سازگاری دو عضوی اسپاینر

پیوست پ- پرسشنامه خودشناسی و محاسبه آلفای کرونباخ آن

پیوست ت- روش زوج درمانگری اسلامی

چکیده پژوهش به زبان انگلیسی

چکیده پژوهش

در این پژوهش که از نوع پژوهش شبه آزمایشی است به منظور دستیابی به داده های علمی در جنبه کاربردی، اثر بخشی روش زوج درمانگری اسلامی به عنوان متغیر مستقل در افزایش جهت گیری مذهبی، خودشناسی و سازگاری زناشویی زوجهای ناسازگار به عنوان متغیرهای وابسته مورد آزمایش قرار گرفت. بدین منظور از میان زوجهایی که از طریق اطلاعیه ای داوطلب شرکت در این پژوهش برای حل اختلاف های زناشویی خود شدند، ۱۴ زوج (۲۸ زن و شوهر) پس از ردیف شدن نمراتشان همتا شده و به طور تصادفی به دو گروه - آزمایشی و گواه- اختصاص یافتند.

ابزارهای پژوهش شامل: (۱) مقیاس ۲۱ سوالی جهت گیری مذهبی آلپورت، برای اندازه گیری سطح کلی مذهب، جهت گیری مذهب بیرونی و درونی آزمودنیها، (۲) مقیاس ۳۲ سوالی سازگاری دو عضوی (زناشویی) اسپانیر و (۳) پرسشنامه ۲۹ سوالی خودشناسی برای تعیین سطح حالت های خودآزمودنی ها (نابالغانه / \bar{D} والدینی / \bar{G} کودکانه \bar{P}) بود. کلیه آزمونها در مرحله قبل و بعد از درمانگری اسلامی به طور انفرادی در شرایط کنترل شده در مورد هر دو گروه اجرا شدند.

نتایج حاصل با استفاده از آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس تکرار سنجش، آزمون T وابسته و مستقل، آزمون توکی (HSD) و رسم نمودار مورد تحلیل قرار گرفت. یافته ها در پرتو پژوهش های گذشته و پنج فرضیه پژوهش حاضر نکات زیر را برجسته ساخت:

(۱) با استفاده از روش زوج درمانگری اسلامی در گروه آزمایشی خودشناسی منفی نسبت به قبل از درمانگری ($F = ۲۴۸/۶۹$) و نسبت به گروه گواه ($F = ۳۹/۲۸$)

کاهش، و همچنین سازگاری زناشویی آنها نسبت به قبل از درمانگری (F = ۱۱۶/۰۷) و نسبت به گروه گواه (F = ۱۴/۲۸) در سطح ۹۹ درصد اطمینان افزایش یافت.

۲) زوج درمانگری اسلامی بر «خودبالغانه / \bar{D} » گروه آزمایشی (t = ۱۰/۶۲) بیشتر از حالت های دیگر خود یعنی «خودوالدینی / \bar{G} » (t = ۶/۴۵) و «خودکودکانه / \bar{P} » (t = ۸/۲۱) در سطح ۹۹ درصد اطمینان تأثیر گذاشت.

۳) سازگاری زناشویی گروه آزمایشی با کاهش «خودبالغانه منفی / \bar{D} » (t = -۰/۷۶) و بیشتر از کاهش حالت های دیگر خود یعنی «والدینی / \bar{G} » (t = -۰/۴۷) و «کودکانه / \bar{P} » (t = -۰/۵۷) رابطه داشت.

۴) در سطح ۹۹ درصد اطمینان با روش زوج درمانگری اسلامی در گروه آزمایشی جهت گیری کلی مذهبی نسبت به قبل از درمان (F = ۱۰۳/۱۷) و نسبت به گروه گواه (F = ۱۲/۲۶) و همچنین جهت گیری مذهبی درونی آنها نسبت به قبل از درمان (t = ۱۳/۵۲) و به گروه گواه (t = ۸/۹۳) افزایش یافت.

مقدمه:

خانواده، مهمترین واحد اجتماعی هر جامعه است که با بستن پیمان زناشویی بین زن و مرد تشکیل می شود. خداوند در سوره نساء آیه ۲۰ می فرماید: «و زنان از شما میثاق محکمی گرفته اند» این آیه می رساند که پیمان ازدواج میان زن و مرد در قرآن میثاق محکمی است. در قرآن کلمه میثاق به معنی پیمان میان خدا و بندگان درباره توحید و احکام است و در هر جای قرآن کلمه میثاق با فعل

«گرفتن» به کار رفته، نمایشگر پیمان الهی است. از این آیه می فهمیم که چقدر پیمان ازدواج در اسلام محکم و استوار است، و ازدواج نه تنها پیمانی میان زن و مرد بلکه پیمانی بین زوجین با خدا است که طبق آن با خدا عهد می بندند به دستورات قرآن در وظایف همسری و حقوق خانواده که جزئیات آن در سوره های مختلف قرآن و روایات معتبر آمده است عمل کنند (بی آزار شیرازی، ۱۳۶، صفحه ۶۴).

اما متأسفانه شواهد بسیار زیادی وجود دارد که زوج ها در جامعه کنونی - به خاطر تغییرات سریع و بی سابقه در تمام جنبه های زندگی منجمله در باور ها و ارزش ها - مشکلات شدید و فراگیری را هنگام برقراری و حفظ روابط صمیمی و سازگاران تجربه می کنند. افزایش روز افزون طلاق در دنیای کنونی، هر چند در مقیاسی بسیار کمتر، متأسفانه جامعه فعلی ما را نیز در بر گرفته است؛ و نارضایتی زن و شوهر از یکدیگر و نیز از هم گسیختگی کانون های گرم بسیاری از خانواده ها و تأثیرات سوء این جدایی بر افراد خانواده نیاز به رسیدگی و رفع این مشکل را مطرح ساخته است (سهرابی، ۱۳۷۷، صفحه ۳).

با آنکه انجام پژوهش های متعددی پیرامون بررسی کارآمدی رواندرمانگری های مختلف برای درمان اختلافهای زناشویی در خور توجه و تحسین است؛ اما با استفاده از روش های زوج درمانگری غربی که غالباً روش های جزئی نگر و موضعی نگر هستند. بعید به نظر می رسد که بتوان به شناخت همه جانبه «شخصیت انسانی انسان» و حکم و ضابطه ای مطابق با واقع دست یافت. بنابراین برای دستیابی به ریشه و علت ناسازگاری های زن و شوهرها و نیز حل و فصل این ناسازگاریها باید به منبع فیاض الهی روی آوریم و با الهام از مضامین آسمانی

و با واقع بینی علت همه گرفتاریهای بشر را و تمام ناسازگاریهای فردی، زناشویی و اجتماعی را و تمام بیماریهای روانی را به غفلت نسبت دهیم، غفلتی که برای نفس فطری است و هیچ کس به اندازه خداوند به نفس و وسوسه گری های آن آگاه نیست (اسرا/ ۲۵؛ ق/ ۱۶)؛ و به اندازه او راه های تزکیه، اعتدال و درمان آن را اعلام نکرده است. (حجتی، ۱۳۶۶). همه این راه ها چیزی جز شناخت حالتهای نفسانی / خود نیست. شناختی که در همه ادیان الهی و به ویژه دین اسلام به آن تأکید شده و حتی در تمامی مکاتب رواندرمانگری غربی به صورت «ایجاد بینش در بیمار» به عنوان مهمترین اصل تغییر و درمان بر آن صحه گذاشته شده است. هر چند کسب بینش از سوی بیمار نسبت به حالتها و رفتارهای خود در جریان رواندرمانگری غربی، عمق خودشناسی در ادیان الهی را ندارد. با این همه پژوهش ها نشان داده اند رواندرمانگرانی که ایجاد بینش در بیمار را سرلوحه کار خود قرار داده اند توانسته اند تغییرات چشمگیر و با ثباتی را در شخصیت مراجعان خود نمایان سازند. انسان تنها با شناخت و هشیاری نسبت به حالت های نفسانی خود (به تعبیر اسلام: اماره، لوامه، مطمئنه و به تعبیر روانشناسان غربی: کودکانه، والدینی، بالغانه) است که می تواند به تعمق و تفکر درباره راز آفرینش پردازد و راه های ارتباط با خود خداوند را و دیگران را بشناسد. در چنین حالتی است که هیچ اثری از خود خواهی ترس و اضطراب، تباهی و آزدگی مشاهده نمی شود و آنچه به چشم می خورد رضای خداست.

بنابر آنچه ذکر شد و با توجه به اهمیت شناخت و تدوین روش های مؤثر در درمان اختلاف های زناشویی از یکسو و استفاده از روشی که کاملاً مبتنی بر روانشناسی اسلامی باشد و برای خود شناسی و شناخت حالت های خود/ نفس، از

منابعی چون قرآن کریم، و سیره رسول اکرم (ص)، ائمه معصومین (ع) و احادیث معتبر - به سبکی که پژوهشگر بر اساس تجارب بالینی خود سازمان داده - مدد بگیرد، از سوی دیگر پژوهش حاضر طرح و اجرا گردید. تا اثر بخشی زوج درمانگری، اسلامی بر خودشناسی و حل اختلاف های زناشویی و افزایش جهت گیری مذهبی بررسی شود.

گفتنی است که طرح پژوهش حاضر در قالب دو طرح تصویب گردیده است. این گزارش مربوط به طرح اول است که در آن روش زوج درمانگری اسلامی است. در طرح دوم از روش زوج درمانگری تحلیل ارتباط محاوره ای استفاده می شود و در گزارش نهایی نتایج دو روش از نظر افزایش جهت گیری مذهبی، خود شناسی و سازگاری زناشویی زوج های ناسازگار مورد مقایسه و تحلیل قرار می گیرد.

□ فصل اول

گستره علمی موضوع مورد پژوهش

این نوشته حاصل مطالعه و پژوهشی است که در راه دستیابی به داده های علمی در جنبه های کاربردی و توسعه ای در قلمرو تأثیر زوج درمانگری اسلامی در افزایش خودشناسی، جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی زوج های ناسازگار به عمل آمده است.

آنچه در این فصل تصریح میشود، موضوع، ابعاد و هدفهای پژوهش، امکان بررسی مؤلفه های مورد نظر و ارتباط بین آن ها، اهمیت بررسی آن ها، سؤال ها و فرضیه های پژوهش، متغیرها و تعاریف عملیاتی آنها خواهد بود.

۱- موضوع و زمینه

موضوع این پژوهش «تأثیر زوج درمانگری اسلامی در افزایش خودشناسی و جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی زوج های ناسازگار» است.

ازدواج به عنوان سنگ بنای تشکیل خانواده با بستن پیمان زناشویی بین زن و مرد صورت انجام می گیرد. پایه و اساس تداوم و سلامت نسل های آینده و انتقال ارزش ها و اعتلای فرهنگ و پیشرفت هر جامعه ای در گرو روابط منطقی و

سازگاران زن و شوهرها نهفته است. ناسازگاری های زن و شوهرها با یکدیگر چه به طلاق بیانجامد و چه به صورت فرسایشی کشمکش های طاقت فرسایی را به بار آورد آثار روانی - اجتماعی آن هم برای زن و شوهر و هم برای فرزندان آنها به صورت افسردگی، احساس پوچی، ناامیدی و از خود بیگانگی تجربه می شود، و ضربات مهلکی بر پیکر جامعه وارد می آورد. به همین جهت است که شناخت و درمان اختلاف های زناشویی برای هر جامعه ای با هر ایدئولوژی و مکتبی در درجه اول اهمیت قرار دارد. روان شناسان و اندیشمندان هم از دیر باز با توجه به اهمیت مسأله روشهای متفاوت و حتی رواندرمانیهای چند بعدی را بر اساس چشم انداز خود به انسان، ابداع کرده اند و در این قلمرو کم و بیش موفق بوده اند.

اما از سوی دیگر همانطور که خداوند در سوره اسراء آیه ۲۵ می فرماید: «هیچکس به اندازه خداوند متعال به نفس و روان انسان آگاه نیست زیرا او موجد و آفریننده نفس است» خداوند در سوره ق آیه ۱۶ می فرماید: «این ما هستیم که انسان را آفریدیم و از وسوسه گری های نفس او آگاه هستیم» بنابراین انسان در تمام احوال، شخصیتی است که کاملاً بر خدا مکشوف و معلوم است. خداوند برای ارشاد، توفیق و رستگاری انسان در طی آیات کریمه روشن فرموده که تمام ناسازگاری ها، بیماری های روانی و نقایص انسان از غفلت بر می خیزد و غفلت برای نفس فطری است. اما نفس در حین شرایطی توانایی آن را دارد که بر عیوب و نقائص خود آگاه شود و از رهگذر خودشناسی به خداشناسی برسد و از راه تربیت، تخلق و تمرین روانی به توحید برسد و از این طریق از آلودگی ها، هوس ها و جرم های خود پاکیزه شود. به مصداق «من عرف نفسه عرف به» انسان با

شناخت حالت های نفسانی خود (اماره، مطمئنه، لوامه) می تواند خدای خود را انسان های دیگر را و راه های ارتباط با خود را، خدا را و دیگران را بشناسد. در چنین حالتی است که هیچ اثری خودخواهی، حرص و طمع، کشمکش و غفلت مشاهده نمی شود و آنچه به چشم می خورد امید و آرزو در خدا، برای خدا، به خدا، و از خداست.

بنابراین گفته شد با توجه به اهمیت شناخت روش های مؤثر برای درمان و حل و فصل اختلاف های زناشویی از یکسو و پیروی از آیات قرآن و کلام روشننگر الهی از سوی دیگر کوشش پژوهش حاضر بر آن است تا تأثیر روش زوج درمانگری اسلامی را در حل اختلاف های زناشویی از طریق افزایش خود شناسی، جهت گیری مذهبی و رضایت زناشویی آنها مورد بررسی و تحقیق قرار دهد.

۲- ابعاد موضوع

با تحلیل موضوع مورد پژوهش که در نظر دارد تأثیر روش زوج درمانگری اسلامی را برای حل اختلاف های زناشویی از طریق افزایش خود شناسی، جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی مورد بررسی قرار دهد، می توان ابعاد زیر را از یکدیگر متمایز ساخت و درصد پاسخگویی به آنها برآمد:

- چون روش زوج درمانگری اسلامی برای خودشناسی و شناخت حالت های «خود» (اماره / کودکانه، لوامه / والدینی، مطمئنه / بالغانه) از منابعی چون قرآن کریم، سیره رسول اکرم (ص)، ائمه معصومین (ع) و احادیث معتبر که مطابق با فطرت انسان ها است مدد می گیرد، به نظر می رسد بتواند خودشناسی زوج های ناسازگار را افزایش دهد.

- تصور می شود با افزایش خودشناسی، جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی زوج های ناسازگار افزایش یابد.
- به نظر می رسد زوج درمانگری اسلامی بر خود بالغانه تأثیر می گذارد.
- تصور می شود خود بالغانه پیش از حالت های دیگر خود (کودکانه، والدینی) با سازگاری زناشویی و جهت گیری مذهبی رابطه دارد.
- به نظر می رسد با زوج درمانگری اسلامی جهت گیری مذهبی درونی بیش از جهت گیری مذهبی برونی افزایش می یابد.
- به نظر می رسد جهت گیری مذهبی درونی بیش از جهت گیری برونی با سازگاری زناشویی رابطه دارد.

۳- امکان بررسی موضوع و اهمیت آن

واضح است برای آنکه نتایج حاصل از بررسی ابعاد مختلف موضوع مورد پژوهش، واجد اعتبار و پویایی های لازم باشند باید به صورت علمی و در قالب عوامل قابل واری و کنترل مورد تحقیق قرار گیرند. خوشبختانه امروزه با پیشرفت فن آوری ها و ابداع انواع آزمون های روان شناختی می توان به طور دقیق و علمی به اندازه گیری و سپس بررسی ابعاد مختلف موضوع مورد پژوهش پرداخت. اندازه گیری میزان خودشناسی و حالت های مختلف آن در زن ها و شوهر های ناسازگار قبل و بعد از زوج درمانگری اسلامی برای تبیین تأثیر روش های فوق در افزایش خود شناسی و سپس تبیین روابط بین خودشناسی و حالت های مختلف آن (کودکانه، والدینی، بالغانه) با جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی از یکسو و با سازگاری زناشویی از سوی دیگر می تواند یافته های پرارزش و جالب توجه و مهمی به دست دهد و گستره دانش و اطلاعات ما را در قلمرو روش ها و شیوه های

رواندرمانی و زوج درمانگری و همچنین روان شناسی خانواده نه تنها در سطح محلی بلکه در سطح کشوری افزایش دهد و افزون بر این ها زمینه مطالعات میان فرهنگی را نیز هموار سازد.

نتایجی که از پژوهش هایی نظیر پژوهش حاضر به دست می آید می تواند راه کارهای پرارزشی را برای بخش پژوهشی و آموزشی دانشکده هایی که دارای گروه روانشناسی و مشاوره هستند، دانشکده های روانپزشکی و مراکز خدمات مشاوره آن ها ارائه نماید و آنها را قادر سازد تا با بررسی این روش و ابداع روش های نوین دیگر به شیوه های مؤثرتری برای حل اختلاف های زناشویی در زوج درمانگری و پیشگیری از طلاق با توجه به فرهنگ جامعه اسلامی ما دست یابند.

افزون بر این می توان این اطلاعات مفید را در اختیار کلیه مراکزی که با مسایل پیشگیری و درمان اختلافهای زناشویی سرو کار دارند، نظیر هسته های مشاوره آموزش و پرورش مراکز آموزش خانواده و کلینیک ها گذاشت؛ و بدین ترتیب بهداشت روانی خانواده ها را در سطح کلان تأمین کرد و از پیامدهای نامطلوب اختلاف های زناشویی چون بیماریهای روانی زن و شوهر هایی که اختلاف دارند و باهم زندگی می کنند یا از هم جدا شدند، سردرگمی و انحرافات فرزندان یک چنین خانواده هایی، طلاق و از هم گسستگی خانواده ها و در نهایت از هم گسستگی جامعه جلوگیری کرد. از سوی دیگر با توجه به اینکه بیش از ۹۸ درصد جمعیت ایران معتقد به دین اسلام هستند ممکن است در پاره ای از موارد روش هایی که با نظام اعتقادی آنها انطباق زیادی ندارد نتواند کاملاً مؤثر واقع شود. بنابراین لازم است در کنار روش های دیگر از روش هایی که از روان شناسی اسلامی نشأت می گیرد نیز استفاده کنیم. و کارآمدی روش های اسلامی را در

مقایسه با روش های دیگر مورد بررسی قرار دهیم. تا هم بدین وسیله حوزه وسیع و مفیدی از راهبردهای اسلامی را برای درمان اختلاف های زناشویی بگشاییم و هم با آموزش این شیوه ها به رواندرمانگران و مشاوران آنها را به ابزارهای دیگری هم مجهز کنیم که بر حسب موقعیت بتوانند به طور مناسب از شیوه های مؤثر سود جویند.

بنابراین پژوهش حاضر از نوآوری و ابعاد خاصی برخوردار است و می تواند پژوهش های گسترده تری را در این زمینه به راه اندازد.

۴-اهداف پژوهش

هدف هایی را که پژوهش حاضر به دنبال می کند عبارتند از:

۱) بررسی درجه تأثیر روش زوج درمانگری اسلامی در رفع اختلافهای زناشویی از طریق افزایش سطح خودشناسی، جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی.

۲) بررسی رابطه بین خود شناسی و جهت گیری مذهبی، و رضایت زناشویی زوج های ناسازگار.

۳) دستیابی به فنون مؤثر و منطبق با فرهنگ اسلامی مردم ایران.

۴) ایجاد و انشاء برنامه های درمانی جدید برای حل اختلاف های زناشویی زوج

های ناسازگار که آن ها را با مهارت های جدیدی در زمینه بهتر کردن روابط زناشویی خویش آشنا و مجهز سازد.

۵) آموزش این شیوه به رواندرمانگران و مشاوران علاقمند برای تجهیز آن ها به

ابزار درمانی دیگری که بر حسب موقعیت بتوانند جهت پیشگیری از اختلافهای

زناشویی، مشاوره قبل از ازدواج و رفع اختلاف های زناشویی از آن سود

جویند و مانع از هم گسیختگی خانواده ها شوند و با ایجاد محیطی سالم و سازنده موجبات شکوفایی و پیشرفت افراد خانواده را فراهم آورند.

۵- سوال های پژوهش

سوال هایی که در این پژوهش مطرح شده اند و پژوهش حاضر برای پاسخگویی به آنها اجرا شده است عبارتند از:

(۱) آیا با استفاده از روش های زوج درمانگری اسلامی سطح خودشناسی زوج های ناسازگار نسبت به قبل از زوج درمانگری و در مقایسه با گروه گواه

افزایش می یابد؟

(۲) آیا خودشناسی با سازگاری زناشویی رابطه دارد؟ آیا با افزایش سطح

خودشناسی میزان سازگاری زناشویی نیز افزایش می یابد؟

(۳) آیا با افزایش سطح خودشناسی میزان جهت گیری مذهبی افزایش می یابد؟

(۴) زوج درمانگری اسلامی بر کدام یک از حالت های سه گانه خود (کودکانه،

والدینی، بالغانه) مقیاس خودشناسی بیشتر تأثیر می گذارد؟

(۵) کدامیک از حالت های «خود» با سازگاری زناشویی رابطه بیشتری دارد؟

(۶) زوج درمانگری اسلامی سطح جهت گیری مذهبی درونی را بیشتر افزایش می

دهد یا سطح جهت گیری مذهبی بیرونی را؟

(۷) کدامیک از جهت گیری های مذهبی (درونی یا بیرونی) با سازگاری زناشویی

بیشتر رابطه دارد؟

۶- فرضیه ها

با در نظر گرفتن تحقیقات پیشین در قلمرو موضوع بررسی و با توجه به سوال هایی که طرح شدند فرضیه های زیر تدوین گردیده اند:

(۱) روش زوج درمانگری اسلامی خودشناسی، جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی زوج های ناسازگار را نسبت به قبل از زوج درمانگری و در مقایسه با گروه گوا، افزایش می دهد.

(۲) خودشناسی با سازگاری زناشویی و جهت گیری مذهبی زوج های ناسازگار رابطه دارد.

(۳) زوج درمانگری اسلامی بر «خود بالغانه / \bar{D} » بیش از حالت های دیگر خود (کودکانه / \bar{P}) والدینی / \bar{G}) مقیاس خود شناسی در گروه آزمایشی نسبت به قبل از زوج درمانگری اسلامی و نسبت به گروه گواه تأثیر می گذارد.

(۴) خودبالغانه مقیاس مذکور بیش از حالت های دیگر خود با جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی رابطه دارد.

(۵) زوج درمانگری اسلامی سطح کلی جهت گیری مذهبی و زوج های ناسازگار را نسبت به قبل از درمان نسبت به گروه گواه و جهت گیری مذهبی درونی را بیش از بیرونی افزایش میدهد.

(۶) جهت گیری مذهبی درونی با سازگاری زناشویی بیش از جهت گیری مذهبی بیرونی رابطه دارد.

۱۷) متغیرها و تعریف عملیاتی آن ها

در سطور زیر به تعریف نظری و عملیاتی متغیرهایی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته اند می پردازیم:

متغیر مستقل: متغیرها شرایط با خصائصی هستند که محقق آنها را کنترل، دستکاری یا مشاهده می کند. متغیر مستقل شرایط یا خصائصی هستند که محقق در عمل آنها را برای اثبات ارتباطشان با پدیده مورد مشاهده دستکاری می کند (شریفی و طالقانی، ۱۳۷۹، صفحه ۸۴). در این پژوهش متغیرها مستقل یک عضویت آزمودنی ها در گروه آزمایشی و گوا و دیگری روش زوج درمانگری اسلامی است که اثر آنها بر متغیرهای وابسته اندازه گیری خواهد شد.

متغیر وابسته: شرایط یا خصائصی هستند که با وارد کردن، از میان برداشتن، یا تغییر متغیرهای مستقل ظاهر می شوند، از بین می روند و یا تغییر می کنند (همان منبع). در این پژوهش متغیر وابسته، میزان خودشناسی، جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی است که سطوح آنها در هر دو گروه- آزمایشی و گواه- زوج های ناسازگار قبل و بعد از زوج درمانگری اندازه گیری خواهد شد.

متغیر مزاحم: علاوه بر متغیر مستقل و متغیر وابسته که متغیرهای اصلی آزمایش هستند، متغیرهای مزاحم در تمام وضعیت های آزمایشی وجود دارند که می توانند بر متغیر وابسته تأثیر بگذارند. این متغیرها را غالباً متغیر مزاحم متغیر نامربوط، ثانویه و متغیر آزار دهنده و جز آن می گویند. پنج روش اساسی برای کنترل منابع واریانس مزاحم وجود دارد که عبارتند از: (۱) انتخاب و گمارش تصادفی (۲) حذف (۳) همتا کردن (۴) متغیر مستقل اضافی (۵) کنترل آماری (بورتا، ۱۹۸۹، صفحه ۴). در این پژوهش از طریق همتا کردن و گمارش تصادفی آزمودنی ها در

گروه آزمایشی و گواه متغیرهای مزاحم که سطح مذهبی، سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، مدت ازدواج، میزان درآمد خانواده، فاصله سنی زن و شوهر، و عدم ابتلا زن و شوهرها به بیماریهای شدید روانی - نظیر اسکیز و فرنیسک و سایر حالات پسیکوتیک - بود کنترل شدند.

روش زوج درمانگری اسلامی: روشی که کاملاً مبتنی بر روان شناسی اسلامی است و برای خود شناسی و شناخت حالات های خود از منابعی چون قرآن کریم، سیره رسول اکرم (ص)، ائمه معصومین (ع) و احادیث به سبکی که پژوهشگر بر اساس تجارب بالینی خود در طی سه مرحله تدوین و اجرا خواهد کرد مدد می گیرد.

در خودشناسی: منظور کسب دانش و شناخت نسبت به حالت های خود به صورت آماره، لوآمه و مطمئنه در روانشناسی اسلامی است. این حالت ها را می توان تقریباً با حالت های خود به ترتیب به صورت کودکانه، والدینی و بالغانه در روانشناسی غربی معادل دانست. در این پژوهش میزان خودشناسی و حالت های خود در گروه آزمایشی و گواه با مقیاس ۲۹ سوالی خود شناسی قبل و بعد از زوج درمانگری اسلامی اندازه گیری شد. گفتنی است مقیاس خود شناسی به گونه ای تدوین شده است که هر چه نمره فرد بیشتر باشد میزان خودشناسی وی کمتر خواهد بود. بنابراین نمره زیاد در \bar{P} , \bar{G} , \bar{D} به ترتیب نشان دهنده حالت های خود بالغانه و خودوالدینی، خود کودکانه منفی خواهد بود.

جهت گیری مذهبی: منظور گرایش به انجام اعمال و تفکرات مذهبی است که در این پژوهش میزان جهت گیری مذهبی و نوع جهت گیری از نظر درونی و برونی

از طریق آزمون ۲۱ سوالی آپورت در گروه آزمایشی و گواه قبل و بعد از زوج درمانگری اسلامی اندازه گیری می شود.

سازگاری زناشویی: منظور سازگاری و توافق زن و شوهر در جنبه های مختلف

زندگی زناشویی است. در این پژوهش با استفاده از مقیاس ۳۲ سوالی سازگاری دو

عضوی اسپانیر میزان سازگاری زناشویی گروه آزمایشی و گواه قبل و بعد از زوج

درمانگری اسلامی اندازه گیری می شود.

۸- خلاصه:

در فصل اول تحت عنوان گستره علمی موضوع مورد پژوهش هفت مقوله را مورد

بررسی و تبیین قرار دادیم. در بخش موضوع و زمینه با ذکر موضوع تحت عنوان

«تأثیر زوج درمانگری اسلامی در افزایش خودشناسی، جهت گیری مذهبی و

سازگاری زناشویی زوج های ناسازگار» زمینه پژوهش مورد تحلیل قرار گرفت.

سپس ابعاد موضوع، امکان بررسی موضوع و اهمیت آن تشریح شد. بعد اهداف و

سوال های پژوهش مطرح گردید و با توجه به سوال های پژوهش و در نظر گرفتن

نتایج تحقیقات پیشین ۶ فرضیه عنوان گردیده. در انتها متغیرهای پژوهش با تمرکز

بر متغیر مستقل، وابسته، مزاحم، زوج درمانگری اسلامی، خودشناسی، جهت گیری

مذهبی و سازگاری زناشویی به صورت نظری و عملیاتی تعریف شد.

اکنون در ادامه این فصل در فصل دوم دیدگاه های نظری به همراه یافته های

پژوهشی در مورد تأثیر رواندرا مانگریهای مختلف بر حل اختلاف های زناشویی

مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

فصل دوم

مرور و تحلیل یافته های پیشین در این قلمرو

در این فصل به تبعیت از موضوع پژوهش ابتدا اهمیت دین و مذهب در خود شناسی گستره مذهب و فطرت و مبانی نظری مربوط به مذهب را مورد بحث قرار میدهیم؛ آنگاه در قسمت خانواده درمانگری / زوج درمانگری یا تعریف همسرگزینی و تشکیل خانواده پس از مرور کوتاهی بر تاریخچه خانواده درمانگری الگوهای رایج خانواده و زوج درمانگری را بررسی میکنیم. بعد به پاره ای از یافته های پژوهشی در زمینه خانواده درمانگری اشاره میکنیم و سرانجام فصل را با اشاره به زوج درمانگری اسلامی - به پایان می بریم.

۱- مذهب

۱-۱ اهمیت دین و مذهب در خود شناسی

انسان در جهان هستی از مسئولیت خطیر جانشینی خداوند در روی زمین و از موهبت ارزشمند تفکر، و شعور، ادراک، اختیار و انتخاب برخوردار است که تمامیت وحدت، تعالی و خود شکوفایی و در نهایت خدا گونه شدنش با احیای رسالت عظیم خلیقه الهی به بار می نشیند. بر همین اساس عمیقاً در قبال ذات

احدیت، خویشتن و جهان هستی مسئول است و با وجود تعهد، مسئولیت و آگاهی از آن است که آدمی همواره در دلهره و اضطراب «چگونه زیستن» و «چگونه بودن» به سر می برد تا اینکه در راستای رشد و سلامت روانی و واصل شدن به مبدأ حیات و دست یافتن به مأو مأمنی که شایسته مقامش باشد گام نهاده و به ندای درونیش که همواره به حرکت و پویایی فرایش می خواند، گوش جان بسپارد تا «شدن» را برای اعتلا و شکوفایی و توحید یافتگی تجربه نماید تا آن زمانی که به ندای درونی متعهدانه و مخلصانه و با تمام وجود گوش دل نسپریم، ترغم دل انگیز و روح نوازش را بی عشق و مهر بگذاریم و خواسته های به حقش را سیراب نگردانیم، فطرت و وجدان را چنان حجاب و هاله ای ضخیم فرا می گیرد که دنیای صیقل یافته و آینه وارش را گرد و غبار گرفته و دیگر توان فریادش به ناتوانی قدرت و راهبری و امامتش به تخریب و تهدید میل به شکوفایی و به بار نشستن به فساد تجربه وحدت و یکپارچگی اش به گسستگی و خلاقیتش به بی ثمری پویایی و تکاپویش به درجا ماندن و جمود محبت و عشقش به بی تفاوتی و عناد و ایمان و معنایش به پوچی و سردرگمی و تباهی و غیره مبدل می شود (صادقی جانبهان، ۱۳۷۸، ص ۱۰۴-۱۰۳).

انسانها همیشه و در همه زمانها به اهرم بازدارنده و سازنده ای به نام دین نیازمند بوده اند و امروزه بیش از هر زمان دیگر به پرستش و ایمان احتیاج دارند و این ادراک و اصل جدیدی نیست بلکه با گسترش صنعت و ایجاد اخلاق صنعتی که رابطه انسانها را به صورت میکائیکی و ماشینی درآورده و آنان را به تأمین نیازهای اولیه زندگی و تلاش برای لذتبخش نمودن زندگی خصوصی ترغیب و محدود نموده در هر زمان بیش از گذشته احساس می شود. از این رو ادیان و مذاهب به

ویژه در چند دهه اخیر سعی نموده اند با تقویت ایمان مذهبی در مردم زمینه های انحطاط اخلاقی جامعه را کم و از انحراف افراد اجتماع جلوگیری کنند اما به دلایل چندی از جمله کامل نبودن و نپرداختن نیازهای فطری انسان در این خصوص ناتوان مانده اند (رضا زاده، ۱۳۷۶، ص ۱۲۴).

پاره ای از روانشناسان نظیر یونگ^۱ بر این باور هستند که مذهب خلأهای بسیاری را در انسان پر نمودن و نیازهای روانی را ارضاء میکند. یکی از بزرگترین نیازهای روانی امنیت خاطر می باشد که مذاهب به طور عام و اسلام به طور خاص بر تأمین امنیت روانی از طریق ذکر خداوند تأکید دارد. (روحانی، ۱۳۵۴، ص ۲۴).

در بعد فردی دین همچون آینه ای خویش را به خویشتن می نمایاند و در بعد اجتماعی سبب انسجام جامعه می شود، یعنی اینکه کردار اجتماعی افراد را معین و مشخص کرده، آن را جهت و معنی می بخشد و لذا به مدد دین و ایمان می توان بسیاری از آلام و دشواریهای بشر و ناهنجاری های روان را تسکین بخشید و از بروز آنها جلوگیری کرد. (یزدی، ۱۳۷۵، ص ۳۲).

وقتی انسان توانست به مدد دین معرفت به خویشتن و خودشناسی را افزایش دهد در نتیجه قادر خواهد بود با هشیاری و بصیرت زیادتری خود را به جریان عام خلقت وابسته و مربوط سازد و هدف از خلقت را کشف کند و در نهایت اینکه مذهب می تواند با معنا بخشیدن به زندگی در ایجاد احساس امید، احساس صمیمیت، با دیگران، آرامش عاطفی، فرصت خودشکوفایی، احساس راحتی

¹ - Carl Gustave Jung

کنترل امیال، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکل فردی و اجتماعی و خانوادگی
مؤثر باشد. نیومن و (پارگامنت، ۱۹۹۰).

۲-۱ گستره مذهب

دین از جمله قدرتمندترین پدیده های تاریخ بشری بوده است. جنبه های دیگر زندگی بشر نیز حقیقتاً مهم بوده اند، اما خصیصه برجسته و سرآمد تمام تاریخ همان «دین» است. آن چنان که از مطالعات باستان و انسان شناسی از اعصار بسیار دور بر می آید دین به عنوان جزء لاینفک زندگی بشری در تمامی اعصار بوده است (صادقی جانبهان، ۱۳۷۸ ص ۱۱۴ و ۱۱۸).

توجه و پژوهش های علمی مربوط به دین و رفتارهای دینی ثابت میکند که انسان «دین ورز» قدمتی دیرینه تر از انسان «هوش ورز» دارد. (همان منبع، ص ۱۱).

ویل دورانت می نویسد: دین به اندازه ای غنی و فراگیر و پیچیده است که جنبه های مختلف و متفاوت آن برای دیدگاه ها و نگرش های مختلف به گونه ای متفاوت جلوه میکند، اما آنچه مهم می نمایاند این است که هیچ دوره ای در تاریخ بشری خالی از اعتقادات دینی نبوده است. (همان منبع ص ۱۱۶).

فطری بودن دین فراگیری و گسترش گرایش انسان به مذهب را در تمام اعصار توجیه می نماید.

۳-۱ مذهب و فطرت

در باب فطرت آنچه مسلم است و از تصریح آیات و روایات به دست می آید این است که انسان در گیرودار خلق شدن با معرفتی نسبت به رب خویش سرشته شده است (خسرو باقری، ۱۳۷۰ ص ۱۰).

¹ - Homo religiosus

² - Homo sapiens

وجود مذهبهای مختلف و عقاید گوناگون در تمام ادوار بین کلیه ملل و اقوام دلالت بر این دارد که خمیر مایه اصلی مذهب در سرشت بشر وجود دارد و همه در پی گم گشته خود می گردند و به مصداق آیه فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفاً فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا^۱.

دین فطری است و در فطرت بشر قرار دارد (فلسفی، ۱۳۶۴، ص ۳۰۲)

در آدمی انگیزه قوی، پایدار، هدفمند و جهت دار میل به تعالی و تکامل به صورت بالقوه بدان جهت شکل گرفته تا هماهنگ با نظام خلقت با پدید آوردن ساختاری پویا و با خلق سیستمی خلاق و خودانگیخته فرایند تحقق خود را تسهیل نموده و شوق پیوستن به مبدأ حیات را امکان پذیر نماید، حال بدون انقلاب درونی و پویایی و حرکتی اصیل و مبتنی بر مبنای اعتقادی، واصل شدن به چنین مقام و منزلت عظیمی امکان ناپذیر می نمایاند. (صادقی جانبهان، ۱۳۷۸، ص ۱۰۵)

ایمان به خدا یکی از ابعاد روحی ما را تشکیل می دهد و بعد مذهبی یکی از ابعاد چهارگانه روح انسان می باشد و این ابعاد عبارتند از:

(۱) بعد علمی و آگاهی

(۲) بعد اخلاق نیکو و نیکوکاری

(۳) بعد زیبایی

(۴) بعد مذهبی و علاقه به ماوراء طبیعت

و تمدن انسان در تمام ادوار بر این چهار اصل استوار بوده است. (باقری ۳۷۷، ص

۸۳)

^۱-سوره روم آیه ۳۰

لازم است علاوه بر نیازها و انگیزه های «بدنی» و «روانی» نیازهای دیگری در انسان مورد بحث قرار گیرد که ریشه روحی و فطری دارند، از پر اهمیت ترین آنها می توان به نیازهای اعتقادی و الهی اشاره داشت. این نیازها به تصریح آیاتی از قرآن کریم و بعضی از احادیث به عنوان نیازهای فطری درونی شناخته شده اند. این امور گرچه عمدتاً توسط اندیشمندان مذهبی و اسلامی مورد توجه و بررسی قرار گرفته است ولی عده ای از دیگراندیشمندان از جمله روانشناسان و روان تحلیل گران نیز در ضرورت شناخت و توجه مناسب به آن تحقیقات و نظرات متعددی داشته اند. (میرزا بیگی، ۱۳۶۸، ص ۱۶-۱۵).

چنانچه یونگ می نویسد: انسان به تجربه و استنباط تصویر خدا در اندرون خود و احساس ارتباط آن اشکالی که مذهبش عرضه میدارد، نیازمند است. اگر چنین چیزی پیش نیاید تجزی و گسستگی در فطرت وی پدیدار می شود، او ممکن است به ظاهر متمدن و در باطن وحشی بی باشد که تحت سلطه یک خدای کهن و باستانی است (فورد هام، به نقل از میربهاء ۱۳۵۲، ص ۱۳۳).

دین انسانها اساساً بر مبنای نیازهای فطری انسان شکل می گیرند و هر چند که محتوای آنها تطابق کامل با فطرت آدمی نداشته باشد. فطرت ساخت روانی اولیه ای در اختیار انسان می گذارد تا در برخورد با محرکهای محیطی به شکل انفعالی صرف، پذیرنده تمامی آنها نباشد. بدین ترتیب دین بر اساس هیئت و ساخت روانی انسان (فطرت) شکل گرفته است و به سهم خود موجب پیدایش ساخت و هیئت روانی خاص می شود که انسان را وادار به اعمال خاصی می کند (اسلامی نسب، ۱۳۷۳، ص ۱۳۰).

احمدی می گوید دین که دستورالعمل چگونه زیستن است به گونه ای ساخته شده است که منطبق با ساخت حیاتی و روانی انسان می باشد. (احمدی، ۱۳۷۴، ص ۱۰۱).

از دیدگاه اسلام در فطرت انسان پرستش مبدأ و مرکزی که آدمی برای رسیدن به کمال به سوی آن در حرکت است، یکی از اصیل ترین ابعاد وجودی می باشد که از قدیمی ترین جوانب روح انسان است، اما در حیوانات این حس و فطرت را ندارند. (اسلامی نسب، ۱۳۷۳، ص ۱۲۶).

۲- مبانی نظری مربوط به مذهب

محققان و نظریه پردازان از دیرباز تأثیر دین و مذهب را در زندگی و رفتار انسان مورد بررسی قرار داده اند و پاره ای از آنها مذهب را به عنوان یک وسیله دفاعی در برابر فشارهای زندگی تلقی نموده اند که تنها افرادی که در برابر مسائل روانی آسیب پذیر هستند از آن استفاده می کنند. (آدزین ولارنس، ۱۹۹۲). در واقع برخی از با نفوذترین متفکرین در قلمرو روانشناسی بالینی در قرن گذشته از جمله فروید ۱۹۶۴، والیس ۱۹۸۰، مذهب را با بیماری روانی مرتبط دانسته اند (نیومن و پارگامنت ۱۹۹۰).

در سطور زیر به بررسی پاره ای از موضع گیری نظری درباره مذهب می پردازیم.

۲-۱ روی آورد روان تحلیل گری

زیگموند فروید: فروید برای مذهب اسمهای مختلفی به کار برده است. نوروزوسواس جهانی، نوروز کودکی، شکلی از ساز و خیسیم، یک خطای ادراکی و یک هندیان (کالدسته ۱۹۹۵).

دین به عقیده فروم تکرار تجربی کودکی است. همانطور که کودک می فهمد که با اتکا به پدر خود و ستایش و ترس از او می تواند به مقابله با وضع ناامن خود پردازد. انسان نیز به همین شیوه با نیروهای خطرناک دور و بر خویش به مقابله بر می خیزد. فروید دین را با تشویقهای عصبی کودکان مقایسه میکند. به نظر او دین یک بیماری عصبی جمعی است که حلول شرایطی است که مشابه با شرایط موجد بیماری عصبی در کودکان (فروم به نقل از نظریان، ۱۳۵۴، ص ۲۷).

فروید در کتاب «آینده یک توهم» می نویسد: مذهب، روان رنجوری و سواسی (عملی) جهانی بشریت است. که شبیه آن در کودک از عقده اودیپال، از ارتباط با پدر سرچشمه می گیرد (فرانکل به نقل از یزدی ۱۳۷۵ ص ۱۱۰). او می گوید:

«مفهوم خدا» تلاشی است از طرف نوع انسان برای کاهش احساس ناامیدی و چیزی جز فرافکنی «پدر متعال» نیست. (کالدسته، ۱۹۹۵)

فروید خدا را والدی می بیند که کودک وابسته او را می طلبد و این وابستگی شدید به دیگران از محرومیت و ناکامی دوران دهانی رشد در اولین سال زندگی سرچشمه می گیرد. فرانکل به نقل از یزدی، ۱۳۷۵، ص ۲۷۴).

۲-۲ روی آورد روان تحلیل گری جدید:

کارل گوستاو یونگ: یونگ اولین تحلیل گری بود که فهمید افکار و عقاید مذهبی و افسانه مظاهر بینش ها و اندیشه های ژرفی هستند. (فروم به نقل از نظریان ۱۳۵۴، ص ۱۸).

او می گوید دین عبارت است از رابطه انسان با عالیترین و یا توانا ترین ارزش خواه مثبت، ارزش خواه منفی است. این رابطه هم عمدی است و هم غیر عمدی. به این معنی که در انسان می تواند آن ارزش، یعنی عامل روانی بسیار توانایی را که

به صورت ناهشیار بر او حکم فرماست. به طور هشیارانه بپذیرد. (پونگ به نقل از روحانی، ۱۳۵۴، ص ۱۶۲).

یونگ مذهب را همچون یک گرایش خاص ذهن انسانی تعریف میکند که آن را می توان مطابق استعمال اصلی ریشه لاتین این کلمه Religio معنی کرد، این کلمه در اصل به مفهوم ملاحظه و مشاهده دقیق. برخی عوامل یونانی است که خود به مشابه «قدرت» هایی ادراک گشته اند که از اینگونه ارواح، شیاطین خدایان، قوانین، آرمانها و یا هر نامی که انسان به پدیده هایی که آنها را در دنیای خود همچون عواملی قدرتمند خطرناک، مددکار و به قدر کافی قابل توجه و ملاحظه یافته، داده است. همچنین پدیده هایی که برای او به قدر کافی زیبا و با معنی از نظر بحث و پرسش هستند در وصف اینگونه مفاهیم قرار گرفته اند. فرود جام به نقل از میربهاء، ۱۳۵۶، ص ۱۲۹)

او در کتاب «روانشناسی و دین» تصریح می کند که از استعمال کلمه دین اعتقاد به مسلک دینی را در نظر ندارد و می گوید: «اصطلاح دین» معرف حالت خاص وجدانی است که بر اثر درک کیفیت قدسی و نورانی تغییر یافته باشد. (همان منبع، ص ۱۰۹).

یونگ دین را یکی از قدیمیترین و عمده ترین تظاهرات روح انسان می داند. او می گوید: علیرغم آنچه دنیا درباره تجربه دینی فکر می کند کسی که این تجربه به او دست داده صاحب گوهر گرانبهائی است. یعنی صاحب چیزی است که به زندگی معنا می بخشد. فرانکل به نقل از ایزدی، ۱۳۷۵، ص ۲۷۵).

او همچنین عقیده داشت که خود در تصور ما از «خدا» سهم دارد. (کالدسته ۱۹۹۸). به نظر یونگ تجربه دینی خصلتاً نوع ویژه ای از تجربه عاطفی است و به معنی

تسلیم در برابر یک قدرت برتر است، خواه این قدرت خدا نامیده شود خواه ناهشیار. (فروم به نقل از نظریان، ۱۳۵۴، ص ۲۸).

اریک فروم:

فروم معتقد است: از آنجائیکه نیاز به یک نظام جهت گیری و اعتقاد جزء ذات هستی انسان است می توان به وحدت و شدت این نیاز پی برد و می گوید: به راستی هیچ منبع قدرتی قویتر از آن در بشر وجود ندارد. انسان در انتخاب بین داشتن یا نداشتن «آرمانها» آزاد نیست بلکه در انتخاب بین آرمانهای بین پرستش و قدرت و نیروی تخریب از یکسو و اعتقاد به نیروی خرد و عشق از سوی دیگر آزاد است. همه انسانها ایده آلیست هستند و هدفشان دستیابی به چیزی بالاتر از اقناع جسمی است. آنها در نوع آرمانها و ایده آل هایی که بدان اعتقاد می ورزند و با هم اختلاف دارند. (فروم به نقل از نظریان ۱۳۵۴ ص ۳۶) در مورد ناهشیار آدمی نظر فروم با عقاید فروید و یونگ هر دو متفاوت است. ناهشیار فردوم آن قسمت از وجود آدمی است که از من سازمان یافته یعنی «خویشتن» جدا شده است. هم حاوی پست ترین جنبه های فکر و عاطفه است و هم شامل عالیترین و بهترین آنها. از این رو نظر به فهم به این بیان قرآنی در مورد انسان نزدیک شده است که «و نفس و ما سویها- فالمها فجورها و تقویها» (فرانکل به نقل از یزدی، ۱۳۷۵، ص ۲۸۰).

فروم عشق به خدا را ناشی از احساس تنهایی می داند. او ادیان را به ادیان خودکامه و نوع خواهانه تقسیم می کنند. می گوید: عنصر اصلی در ادیان خودکامه و تجربه دینی خودکامه تسلیم در برابر قدرت مافوق انسان است. در این ادیان فرمانبرداری «تقوای اصلی» و «نافرمانی» بزرگترین معصیت به شمار می رود. همانقدر که خدا قادر مطلق و همه دان تصور می شود که انسان ناتوان و پست

انگاشته می شود و تنها موقعی می تواند احساس نیرومندی کند که با تسلیم در برابر این قدرت فیض یا لطف او را شامل حال خود سازد. تسلیم و تمکین در برابر یک مرجع نیرومند یکی از راههایی است که انسان را احساس تنهایی و محدودیت خویش قرار می کند. او ضمن تسلیم، استقلال و تمامیت خود را به عنوان یک فرد از دست می دهد، اما احساس حمایت شدن به وسیله یک نیروی پر هیبت و شوکت در او بوجود می آید و خود جزئی از آن می شود. **ادیان نوعخواهانه** برخلاف ادیان خودکامه بر محور انسان و توانایی او بنا شده است. انسان باید نیروی منطق خود را جهت شناسایی خویشتن رابطه اش با هموعان و همچنین موقعیت خود را در جهان توسعه دهد اما باید حقیقت را با توجه به محدودیتها و همچنین استعدادهای بالقوه خود بشناسد. همچنین باید نیروی عشق ورزیدن را چه نسبت به دیگران و چه نسبت به خویشتن توسعه بخشیده، همبستگی با همه موجودات زنده را تجربه نماید. باید اصول و هنجارهایی را جهت رسیدن به این هدف راهنما قرار دهد. تجربه دینی در این نوع ادیان تجربه یگانگی با همه بر اساس پیوستگی فرد با جهان است که از راه تفکر و عشق حاصل می شود. هدف انسان در ادیان نوعخواهانه نیل به حداکثر قدرت است. نه حداکثر عمر و ناتوانی، تقوی و فضیلت به معنی تحقق نفس است نه اطاعت و فرمانبرداری. ایمان عبارت است از قطعیت یافتن تعهدات شخص بر اساس تجربه فکری و عاطفی او، نه پذیرش القائاتی به اعتبار شخص القاء کننده. در اینجا فرد در حالتی توأم با خوشی و شادمانی به سر می برد. حال آنکه در **ادیان خودکامه** این حالت توأم با اندوه و احساس گناه است. در ادیان توحیدی نوعخواهانه خدا سمبل

نیروهای خود انسان است. که بشر می کوشد در زندگی خود به آنها تحقق بخشد، نه سمبل قدرت و نیوری برتر از انسان. (فروم به نقل از نظریان ۱۳۵۴، ص ۴۷ و ۴۹)

در ذات انسان به نظر فروم نوعی از یک ناهماهنگی وجودی دیده می شود که موجب نیازهایی است که به مراتب والاتر و عالی تر از نیازهای حیوانی اوست. نیاز انسان به کمال. و این نیازها هستند که در انسان به صورت یک انگیزه قوی عمل میکنند. این انگیزه مسبب حرکت انسان در جهت ایجاد وحدت و تعادل بین خود و طبیعت می گردد. آغاز و مبدأ این حرکت، در فکر انسان از طریق ساختن یک تصویر ذهنی کامل از جهان می باشد. سر سپردگی به یک هدف یا فکر و یا نیرویی برتر از انسان. نظیر خدا، جلوه هایی است از این نیاز انسان به کمال، در فراگرد هستی او. (فرانکل به نقل از ایزدی، ۱۳۷۵، ص ۲۸۲).

۲-۳ روی آورد صفات:

- **گوردن آلپورت:** آلپورت روانشناس بزرگ «شخصیت» در کتاب «آدمی و دین» در مورد احساس دینی می گوید: همه زندگی آدمی پیرامون نیاز می چرخد. نیاز به غذا، آب و امثال آن. اما دین سر سبد نیازهاست و احساس دینی بشر احساس بسیار ارزنده ای است که برای همیشه زنده باقی می ماند. زیرا ریشه این احساس دینی، ژرف و عمیق بوده و این احساس یک احساس نیاز، وابستگی و تسلیم است. (صادقی جانبهان، ۱۳۶۸، ص ۲۱۳).

آلپورت در ارتباط با نظامهای ارزشی و مذهب معتقد است که کارکرد وظیفه یک نظام ارزشی، وحدت دادن به حیات انسان است. نظام ارزشی است که به

انسان وحدت می دهد. نظام ارزشی مذهبی است. این نظام ارزشی بر تمام وجوه زندگی انگشت گذاشته و با همه برخورد دارد که عبارتند از: جهت گیری مذهبی بیرونی و جهت گیری مذهبی درونی. (همان منبع، ص ۱۴۹).

افرادی که دارای جهت گیری مذهبی درونی هستند تعالیم مذهبشان صادقانه اعتقاد دارند و اعمال مذهبی شان از عقیده و علم باطنی آنها ناشی می شود. برعکس افرادی که جهت گیری مذهبی بیرونی خارجی دارند، برای کسب منافع شخصی رفتار مذهبی شان نشان می دهند. (آپورت و راس ۱۹۶۷، ص ۲۹). به عبارت دیگر معنای کلی جهت گیری مذهبی برون‌گرایانه این است که مذهب در خدمت نیازها و عقده‌ها وجود ناسالم فرد است ولی مذهب درونی با فرد زندگی می کند و این طور نیست که او از این مذهب (دورنی) استفاده کند. (صادقی جهانپهان، ۱۳۷۸، ص ۱۵۰).

۲-۴ روی آورد انسان نگری:

-آبرهام مزلو: مزلو مانند آپورت در مورد انواع تجربیات مذهبی که برای رفاه افراد مفید یا زیان آور باشد تمرکز کرد و بین دو نوع افراد خودشکوفاتمیز قائل شد: افرادی که به اوج می رسند و افرادی که به اوج نمی رسند. این دو نوع سنخ از نظر روان شناختی سالم هستند، برحسب کیفیت و کمیت تجربه های اوج خود باهم تفاوت دارند. (شولتز به نقل از کریمی و همکاران ۱۳۷۷، ص ۲۷۲).

افرادی که به اوج می رسند طی این تجربیات خارج از جهان مادی، این جهان را به عنوان یک کل یکپارچه درک کرده و یک وجود شناختی هستند و هیچ چیز را به طور کلی و جامع و مستقل از تجربه بشر دریافت کرده اند. این تجربیات باعث

تضاد می شود. تضاد قطبهای زندگی کاهش یابند و به تعالی برسند. (متوس تردوی، ۱۹۹۶).

این افراد، تجربه های اوج بیشتری دارند و این تجربه ها، بیشتر از تجربه های افرادی که به اوج نمی رسند عرفانی و مذهبی است. افرادی که به اوج نمی رسند، همچنین بیشتر حالت تقدس و شاعرانه دارند و کمتر از افرادی که به اوج نمی رسند، اهل عمل هستند. افرادی که به اوج نمی رسند، بیشتر خاکی بوده و به موضوعهای دنیوی توجه دارند. مزلو همچنین گفته است که بعضی از افرادی که خود شکوفا نیستند می توانند تجربه های اوج داشته باشند، هر چند نه به اندازه افراد خود شکوفا. (شولتز به نقل از کریمی و همکاران، ۱۳۷۷، ص ۲۷۳ و ۲۷۲).

۲-۵ روی آورد هستی نگری

-ویکتور فرانکل: فرانکل به این نکته مهم دست یافت که انسانها در هر وضعیت و شرایطی در انتخاب اعمال خویش متمایزند، بدین معنا که حتی در تاریکترین لحظه ها می توانیم نشانه های آزادی معنوی و پاره ای از استقلال خود را حفظ کنیم. او پی برد که انسان ها می توانند هر چیز ارزشمندی را از دست بدهند مگر بنیادی ترین آزادی بشری یعنی آزادی انتخاب را. (صادقی جانبهان، ۱۳۷۸، ص ۴۵).

«فرانکل» انسان را موجودی آزاده و مسئول در قبال شکوفایی و تحقق ارزشها و معنای هستی اش می داند. به اعتقاد فرانکل، سه عامل، جوهر انسان را تشکیل می دهد: معنویت، آزادی و مسئولیت. (همان منبع ص ۴۶).

فرانکل نیز مانند فروم معتقد است که انسان هر دو استعداد خیر و شر را دارد. اینکه کدام استعداد شکوفا شود و تحقق پذیرد بیشتر بستگی به تصمیم فرد دارد و می گوید: در واقع یک احساس مذهبی عمیق ریشه دار، در اعماق ضمیر ناهشیار (پاشعور باطنی) هر انسانی، وهمه انسانها وجود دارد. (فرانکل به نقل از یزدی، ۱۳۷۵، ص ۱۹). او در میان ابعاد پدیده های ویژه کاملاً انسانی پدیده ای را که بیشترین واقعیت انسانی میدانند در واژگان «انسان در جستجوی معنی» تعریف کرده و می گوید: حال اگر این درست باشد ممکن است ما در تعریف به عنوان تکاپوی بشر برای یافتن معنای نهایی و غایی محق باشیم. آلبرت اینشتن زمانی پیشنهاد کرد که مذهبی بودن به معنای یافتن پاسخ به سؤال «معنای زندگی چیست؟» باشد. اگر ما این نظر را بپذیریم، آنگاه ممکن است اعتقاد و ایمان را اعتقاد به معنای غائی و نهایی تعریف نمائیم.

به اعتقاد فرانکل روند و گرایش مذهبی مطمئناً از آن مذهبی که چهارچوب فرقه ای محدود و خاص درک شده است. فاصله دارد. معذالک به این معنی نیست که در نهایت یک مذهب جهانی به وجود خواهد آمد. برعکس اگر قرار است مذهب زنده بماند، بایستی کاملاً شخصی بشود. به اعتقاد وی یک ایمان ضعیف در اثر ناگواری ها و فاجعه ها ضعیف می شود. اما ایمان قوی با این بالایا قوی تر می شود. (همان منبع، ص ۲۵-۲۱). فرانکل ضمن آنکه ناهشیار و نقش آن را در شکل گیری شخصیت انسان می پذیرد و از مفهوم ناهشیار جمعی یونک به عنوان یک ناهشیار وجودی ویژه تمام انسانها و مشترک در تمام آدمیان، استقبال می کند، به

عمیق ترین لایه های این ناهشیار وارد می شود و خدا را در آنجا می یابد. (همان منبع، ص ۳۱۳).

۲-۶ روی آورد کنش نگری:

-ویلیام جیمز: از دیدگاه جیمز مذهب عبارت است از تأثرات و احساسات و رویدادهایی است که برای هر انسانی در عالم تنهایی و دور از همبستگی ها روی می دهد. به طوری که انسان از این مجموعه در می یابد که او و آن چیزی که آن را «امر خدایی» می نامند، رابطه ای برقرار است از آنجایی که این ارتباط یا از راه قلب و یا از روی عقل و یا بوسیله اجرای اعمال مذهبی برقرار می گردد، مذهب در عالیترین پرواز خود بسمی شورانگیز است. مذهب هم مانند عشق، غضب، امید و آرزو و حسد و سایر عواطف و تحریکات درونی به زندگی چنان درخشندگی سحرانگیزی می دهد که به هیچ وجه نمی توان آن را بیان و وصف کرد. مگر با خود آن. هر کس آن را دارد که دارد و هر کس از آن بی بهره است، نمی تواند به زور به خود ببیند، (صادقی جانبهان، ۱۳۷۸، ص ۱۵۶)

جیمز برای دین دو شاخه قائل است، یک قسمت خارج از انسان است و عبارت است از اعمالی که آدمی برای جلب عنایت و رحمت خداوندی انجام می دهد، دیگری قسمت درونی انسان است که مربوط به باطن انسان است. و آنجاست که همه آن چیزها که مربوط به خود انسان است جای دارد و آرزوها و ناامیدی ها، کمال ها و نقص ها آنجاست. گرچه جلب عنایت و مرحمت خداوندی یکی از عوامل مهم این داستان است. (امید، ۱۳۷۳، ص ۹).

جیمز طرز فکر دینی را یک طراز فکر عاجزانه و فداکارانه می شناسد و می گوید فرد اجباراً برای مصونیت نسبت به آنچه بیم دارد به خدا روی می آورد و به چنین طرز فکری گرایش پیدا می کند. (فروم به نقل از نظریان، ۱۳۵۴، ص ۲۹).

۲-۷ روی آورد شناختی نگری

-آلبرت الیس: الیس معتقد است که مذهب همراه و مرتبط با باورهای غیر منطقی و نامعقول است که باعث تضعیف سلامت روانی می شود. همچنین او در سال ۱۹۸۹، مذهبی بودن را معادل از هم گسیختگی هیجانی و روانی می داند. (خلجی، ۱۳۷۸، ص ۱۵). برای الیس و پیروانش دیدگاه مبتنی در انکار وجود خدا، راه رسیدن به کمال مطلوب سلامت و خوب بودن است (جان بزرگی، ۱۳۷۸، ص ۴۱).

۳-همسرگزینی و تشکیل خانواده

همسرگزینی مرد و زن برای تشکیل خانواده است. اظهار علاقه زن و مرد به یکدیگر نهایتاً به پیوند نظام های ارزشی آنها ویژگیهای مزاجی و شخصی و ظرفیت آنها در عشق ورزیدن و ورود به یک رابطه مشترک می انجامد. هر طرف احتیاجاتی دارد و برای برآوردن آنها معمولاً بدون آگاهی هوشیارانه از این نیازها به دیگری چشم می دارد. جریان همسرگزینی باید به قدر کافی طول بکشد تا هر یک از طرفین واقف شوند که آیا دیگری واقعاً نیازهای آنها را برآورد می سازد یا خیر. گاهی ازدواج و تشکیل خانواده و پدر و مادر شدن پیش از آن که این فرایند آشنایی کامل شود روی می دهد که آشکارا خطرناک است. در اکثر موارد وقتی زن و شوهر متوجه می شوند که نمی توانند با یکدیگر به تفاهم داشته باشند رابطه

همسر و خانواده گسسته و رها می شود، اما برای زوجی که در نهایت و پس از طی کامل دوره تا آشنایی تصمیم می گیرند. با هم زندگی می کنند و طبیعی است که در مراسم ازدواج رسمی شرکت می کنند و به این تصمیم تشکیل خانواده تحقق می بخشد (بارکر، به نقل از دهقانی و دهقانی، ۱۳۷۵، ص ۳۶)

۱-۳ تعریف خانواده:

خانواده را به عنوان یک نظام و سیستم^۱ اینطور تعریف می کنیم: موجودی که اجزاء آن با هم تغییر می کند و با انحراف برای حفظ تعادل خود فعال می شود. یعنی اگر رفتار عضوی از خانواده غیر عادی است همین رفتار غیر عادی، جزء لازم تعادل خانواده است و اگر درمان یا هر عامل دیگری این رفتار را تغییر دهد، خانواده با آن مقابله می کند تا مجدداً تعادل اولیه برقرار شود. (ثنایی، ۱۳۷۳، صفحه ۱۶). شروع سیستم اجتماعی خانواده است که مباحث و شاخه های دیگری در اجتماع شکل گیری و راه اندازی می شوند و آیکونهای جدیدی پایه عرصه و باز شدن می گذارند. تا بتوانند هر چه بیشتر به خانواده این هسته مرکزی اجتماع کمک فعالانه تر و مفید تری بنمایند. مکاتب مختلف در مورد نقش خود شناسی، نقش دین و مذهب بر بهداشت روانی و سازگاری افراد خانواده و زوجها صحبتها و بحث هایی را پیش می کشند تا بتوانند هر چه بیشتر در سالم سازی و تعادل این سیستم مهم و جامع اجتماع مؤثر واقع شوند. (ستیر، به نقل از بیرشک، ۱۳۸۰).

۲-۳ مرور کوتاهی بر تاریخچه خانواده درمانگری

خانواده درمانگری از زمان جنگ جهانی دوم به عنوان راهی جدید برای رویارویی با آن دسته از مشکلات انسان که قبلاً به وسیله یکی از اشکال گوناگون و روان

¹-System

درمانی فردی با آنها برخورد می شد، شکل گرفت و اکنون بر یک شیوه تبیین تازه و مفهوم سازی جدید از نحوه بوجود آمدن این مشکلات استوار است. پیش از این تصور می شد که مشکلات مذکور عمدتاً نتیجه فرایندهای درونی روانی به آسیب شناسی روانی و فرد باشند. لذا عقیده بر آن بود که ریشه اغلب این مشکلات در تجارب اوایل کودکی است. در حالی که رویکرد خانوادگی بر این باور استوار گشته که این مشکلات به تعاملات فعلی موجود میان افراد خانواده و گاهی اوقات میان افراد و دیگر نظام های اجتماعی مربوط هستند. در واقع علت مشکلات افراد در نظام های اجتماعی از وضعیت حال حاضر آنها فهمیده می شود و از تاریخچه و شرح حال گذشته آنها (تصادفی و هقانی ۱۳۷۵، ص ۲۶).

خانواده درمانگری در اواخر دهه ۴۰ و اوایل دهه ۵۰ در مراکز معدودی در آمریکا آغاز گشت. در ابتدا این مراکز عمدتاً متوجه بیماران اسکیز و فرن و خانواده های آن ها بودند اما سال ها بعد از آن شاهد رواج و اشاعه خانواده درمانگری در دنیای غرب و کاربرد آن در طیف وسیعی از اختلافات روانشناختی بوده ایم. این رشته در سال های آغازین خود آشکارا به مکاتب نظری و عملی تقسیم می گردید که اغلب توسط رواندرمانگران پر جاذبه و با نقطه نظرانی پایدار هدایت می شوند. اما اکنون فرایند همسان شدن و وحدت مکاتب مختلف وقوع یافته است و تنه مشترکی از دانش مربوط به این حیظه در شرف تکوین است. این رویکرد نظامدار در مواجه و حل مشکلات بر سایر بخش های کمک رسانی حرفهای نظیر طب خانوادگی و پرستاری نیز تأثیر گذارده است. (نیکلز، ۱۹۸۴، ص ۱۷).

اکنون در مقایسه با زمانی که هر یک از مکاتب ایده های بسیار متفاوتی داشتند، به نقاط مشترک بیشتری در خانواده درمانگری دست یافته اند. با این وجود

رویکردهای متفاوتی در کمک به خانواده ها که می خواهند خود را تغییر دهند وجود دارد. گاهی به نظر می رسد تفاوت مکاتب درمانگری خیلی بیشتر از آن چیزی است که واقعاً می توان تصور کرد. ممکن است تفاوت چشمگیری در روی آوردهای نظری حداقل تا حدی دستخوش ویژگی های شخصیتی و جهان بینی متفاوت و اغلب جاذبه رهبران آن مکتب باشد (دهقانی و دهقانی، ۱۳۷۵، ص ۷۱).

رویکرد های سنتی خانواده درمانی با کارهای بالینی در مورد زوجین آغاز گردید. به طور معمول متخصصان بالینی که بنیانگذار یک رویکرد جدید بودند از روشهایی که قبلاً مورد استفاده قرار می گرفت، اظهار نارضایتی می کردند. و به همین دلیل به تدریج رویکردهای خاص خود را گسترش دادند. گسترش رویکرد آنها غالباً در پی عمل گرایی و تجربه گرایی صورت می گرفت تا بدنبال یک سلسله بررسیهای آزمایشی. در بیشتر موارد پژوهش در مراحل اولیه رشد نظریه یک امر مهم یا دارای اولویت نبوده است، بلکه معمولاً پس از آنکه نظریه رویکردی کاملاً گسترش می یافت، پژوهش انجام میگرفت. در آن هنگام بود که پژوهش در زمینه کارایی یک رویکرد در مقایسه با رویکردهای دیگر یک امر مهم تلقی می شد. (کارلسون و اسپری، ۱۹۹۷، صفحه ۸۰).

از میان الگوها و روش های گوناگون خانواده درمانگری / زوج درمانگری به پاره ای مهمترین آنها در سطور زیر اشاره می کنیم:

-الگوی کارکرد و درمان خانوادگی مک ماستر:

الگوی کارکردی خانواده مک ماستر در اوایل دهه ۱۹۶۰ توسط اپستین^۱، بیشاب^۲، لوین^۳ ۱۹۷۸، در دانشگاه مک ماستر ریشد یافت. الگوی درمانی مشابه آن، درمان سیستمی مشکل مدار خانواده^۴ نامیده می شود. که هر دو این قسمت تعریف می شود. نخست از الگوی کارکردی شروع می کنیم. که ابزار مفیدی برای ارزشیابی ازدواجها و خانواده ها و مبتنی بر یک رویکرد سیستمی است. به این ترتیب که این الگو ساختار، سازمان و الگوهای تبادلی (ارتباط محاوره ای) خانواده و واحد زناشویی را توصیف می کند. و اجازه میدهد که روابط خانوادگی یا زناشویی طول یک پیوستار از روابط سالم به شدت مختل شده مورد آزمایش قرار گیرد. برخلاف الگوهای دیگری که رفتار خانواده را بر حسب یک بعد منفرد سازند ارتباط قدرت، مرزها و یا صمیمیت مفهوم سازی می کنند و الگوی مک استر شش جنبه از کارکرد خانواده را مورد توجه قرار میدهد:

- ۱- حل مسأله
- ۲- ارتباط
- ۳- نقش ها
- ۴- پاسخگویی عاطفی
- ۵- درگیری عاطفی
- ۶- کنترل رفتاری

¹ - N , Epstein.

² - D, Bishop

³ - D, Levin

⁴ - Problem - centred family systems therapy

این الگوها با کارکرد فعلی خانواده سرو کار دارد، نه با رشد قبلی یا مرحله تحولی کنونی آن (دهقانی و دهقانی، ۱۳۷۵، ص ۹۸).

درمان سیستمی مشکل مدار خانواده (Pcfst) دارای دو مرحله است: مراحل بزرگ و حرکات کوچک. مراحل بزرگ پشت سر هم فرایند درمانی نظیر ارزیابی یا پایان دادن اطلاق می شود. حرکات کوچک شامل مداخلات متعددی است که درمانگر در ضمن مراحل بزرگ انجام می دهد و شامل فنون نظیر برچسب زدن و تمرکز و روشن سازی است. فرایندهای Pcfst مقدماتاً بر مراحل بزرگ درمان یعنی بر مشکلات ویژه سیستم خانواده است که مستلزم درگیری مستقیم فرد فرد خانواده اعضاء در شناسایی، روشن گری، و حل این مشکلات است تمرکز دارد. این رویکرد بر نیاز به همکاری خانواده با درمانگر در هر یک از این مراحل تضمین درک و پذیرش افراد خانواده و آمادگی هر یک از افراد خانواده برای هر یک از اقدامات درمانی تأکید دارد. این فرایند به ارائه پاسخ مثبت به درمان منتهی می شود. درمان معمولاً کوتاه مدت است و شامل تقریباً ۶ الی ۱۲ جلد است. این الگو برای زوجین یک رویکرد ضمن حل مشکل را که می تواند رحل مشکلات آتی نیز قابل تعمیم و استفاده باشد فراهم می سازد. (اسپری و کالسون، ۱۹۹۱، ص ۶۲).

چهار مرحله بزرگ در درمان وجود دارد: ارزیابی، قرارداد بستن، درمان و پایان دادن. به هر مرحله شامل مجموعه ای مراحل زیر است:

مرحله نخست: جهت یابی است پس از یک جهت یابی کلی درمانگر که فرایند را هدایت می کند. به طور سیستماتیک به هر زیر مرحله می پردازد. در تکمیل فرایند درمانگر و زوجین پیش از حرکت به سوی مرحله بعدی مرحله را مرور کرده و به توافق می رسند. اسپتین و همکارانش نشان می دهند که مفید بودن این الگو در

موقعیتهای گوناگون بالینی برنامه های آموزش و طرح های تحقیقاتی به ثبوت رسیده است. گروه مک ماستر ابزار ارزیابی خانواده FAD¹ درست کرده اند. پرسشنامه ای که برای ارزیابی خانواده بر طبق الگوی کارکرد خانواده طرح ریزی شده است. این پرسشنامه از هفت مقیاس که شامل شش زمینه کارکرد به اضافه کارکرد عمومی است تشکیل شده است. (همان منبع).

-الگوی منحنی اولسون:

اولسون و همکارانش (۱۹۷۹-۱۹۸۳) یک الگوی چرخشی را برای شناخت و ارزیابی زوجین و خانواده توصیف می کنند. این الگو بر اساس روابط میان فردی چرخشی «یک نظام طبقه بندی» مدور از ویژگیهای شخصیتی است و از مطالعه تحلیل عاملی به دست آمده است و تهیه و تنظیم شده است.

پژوهشهای اولسون در مؤسسه ملی بهداشت روانی، با مطالعه در مورد خانواده های بهنجار آغاز گردید. در مراحل حاضر گروه اللسون رویکرد درمانی خاصی ارائه نکرده است. به همین جهت در این بخش الگوی پژوهشی و نظام ارزیابی توصیف خواهد شد. (کارلسون و همکارانش، ۱۹۹۷، صفحه آخر ۸۴).

اولسون و همکارانش پس از بررسی و مرور گسترده ای بر ادبیات مربوط به دو جنبه رفتار زناشویی و خانوادگی به هم پیوستگی و انطباق پذیری که معتقد بودند اساس درک و شناخت فرایندهای خانوادگی و زناشویی است، شناسایی کردند.

به هم پیوستگی عبارت از سنجش پیوند عاطفی است که میان اعضای خانواده وجود دارد. بهم پیوستگی در یک پوستار از کارکرد بالا تا پایین نشان داده می شود و در انتهای مربوط به کارکرد بالا، خانواده از لحاظ هوشی و عاطفی و یا سلامت

¹ - Family Assessment Device (FAD)

جسمانی در سطح بالاست و به بیان دیگر خانواده یک سیستم درهم تنیده است. در انتهای دیگر این پیوستار. به هم پیوستگی پایینی بین اعضاء وجود دارد. و افراد از هم مجزا هستند. اولسون و همکارانش معتقدند که وجود درجه متوسطی از هم پیوستگی بین زن و شوهر یا خانواده به بارآورترین و مؤثرترین کارکرد می انجامد. این مفهوم شبیه پیوستار در هم تنیده- از هم مجزا است که توسط مینوچین توصیف گردید.

انطباق پذیری عبارت است از توانایی نظام خانوادگی و زناشویی در تغییر ساختار قدرت یا روابط تنشها و قواعد و روابط در پاسخ به استرسهای زشت یا موقعیتی است. انطباق پذیری مقیاسی است که میزان تحمل خانواده را نسبت به تغییرات و گسترش می سنجد که نیازمند ثبات است. شایسته هم به مؤلفه ثبات مرسوم به ظرفیت تغییر نیاز دارد. (همان منبع، صفحه ۸۵).

-الگوی سیستمی بیورزا:
این الگو که بدواً توسط بیورز در ۱۹۸۱ توصیف شده است. حاصل پژوهش در زمینه کارکرد خانواده های بهنجار است که بوسیله گروه تیمبرلان^۲ اجرا شده است. این الگو به منظور تهیه یک سیستم طبقه بندی برای درمانگران بر اساس انسجام در سیستم ها، شیوه ها و شایستگی های زوجین و خانواده های سالم و ناسالم گسترش یافته است. بنابراین دارای دو محور است. یک محور شامل کیفیت و شیوه تعامل خانوادگی که به سه طبقه مرکز گرا، مختلط و مرکز گریز تقسیم می شوند. این طبقه بندی یک پیوستار منحنی ارائه می دهد که در امتداد آن زوجهای

¹ - W. Beavers

² - Timberlan

مطلوب و کارکردهای خانوادگی قرار دارند که بیشتر شامل ترکیبی از تعاملهای مرکز گرا و مرکز گریز قرار دارند تا تعاملهای افراطی مرکز گرا و مرکز گریز. محور دیگر بعد شایستگی سالم نامیده می شود که شامل پیوستاری است که در دو انتهای آن یکی انتها خانواده سالم و انتهای دیگر به شدت دارای کارکرد بدقرار دارند. پنج نوع شایستگی مطرح می گردد که عبارتند از خانواده هایی با کارکرد بسیار بد، مرزی، مناسب، درجه متوسط و مطلوب. (بیورزها و هامپسون، ۱۹۹۰).

در خانواده های موفق برای ارزیابی مداخله بیورز و هامپسون توصیف جدیدی از انواع خانواده های بر اساس گسترده خود می پردازند. ۹ گروه بندی خانوادگی بر حسب ابعاد مرکز گریزی در هم تنیده. با مرکز گرا. فاخذ به هم پیوستگی. پنج سطح کارکرد شرح داده می شود. به علاوه آنها توجه دارند که افراد تمایل به ازدواج با کسانی را دارند که دارای قواعد خانوادگی مشابه در زمینه نزدیکی و صمیمیت دوری و فاصله گذاری باشند. این پنج سطح کارکرد خانواده به اختصار توصیف می شوند. (کارلسون و همکارانش، ۱۹۹۷، ص ۸۷).

۱- خانواده های با کارکرد بد:

بیروز معتقد است که این گروه حدود ۲۰ درصد خانواده هایی را که در مطب خصوصی خود به درمان آنها می پرداخت تشکیل می دهد. اما به نظر می رسد که تعداد آنها در مراکز عمومی خیلی بیشتر از این ها باشد. در بیان این خانواده ها به هم پیوستگی و امید نخستین کمبودهاست. به هم تنیدگی نبود عوامل کامرواسازی، نبود قدرت انتخاب گری و تناقضهای حل نشده از ویژگیهای این زوجهاست. خانواده های ناسالم مرکز گریز به عنوان خانواده هایی که نیاز به گرمی و نزدیکی

را منکر هستند در مقابل خانواده هایی مرکز گرا که خشم خود را انکار می کنند و تمایل به جدایی دارند قرار دارند و در نزد خانواده های مرکز گرا عشق و دوست داشتن به معنای آن است که زن و شوهر یکسان بیندیشند و احساس کنند روان پریشی گهگاه از مشکل خانواده های ناسالم و مختل است. در مورد اختلال دو قطبی بیماری «آشفته‌گی - افسردگی» و اسکیزوفرنی، بیورز بیماران را در متن زندگی زناشویی و یا خانوادگی درمان می کند. علاوه بر درمان پزشکی بیورز پی برد که تمرکز رویکرد کلی بر روابط تبادل مرزها و یا انتخاب، رویکردی مؤثر و نسبتاً سالم و کارآمد با زوجها و خانواده هاست. سرانجام او متوجه شد که رابطه سه تایی یا مثلی که به خصوص والدین و کودک را درگیر می سازد معمولاً سرانجام سرسختانه و به طور پایدار در خانواده های دارای اختلال شدید وجود دارد.

۲- خانواده های مرزی:

این خانواده ها حدود ۴۰ درصد از خانواده های تحت مشاوره و درمان بیورز را تشکیل می دهند او خاطر نشان می کند که این خانواده ها دشوارترین گروهها برای درمان هستند. بسیاری از آنها قبلاً تجربه های متعدد درمانی داشته اند. آنان از طریق نگرانی افراطی برای کنترل که اغلب ماهیتی عجیب دارند شناسایی می شوند. بیورز پی برد که تعداد نسبتاً کلی از خانواده های مرزی مرکز گریز، به ویژه پس از یک بحران به درمان ادامه می دهند. او خاطر نشان می کند که این گروه غالباً تمایل دارند به کلینیکهای عمومی و معمولاً هم به صورت فردی مراجعه کنند و علاقه ای به روشهای درمانی زناشویی ندارند مسأله اصلی خانواده های مرزی

مرکز گرا در درمان مبارزه قدرت است. به علت وجود این وضع بیورز احتمالاً از روشهایی غیر مستقیم مانند داستان سرایی و معما استفاده می کند. (همان منبع)

۳- خانواده های متوسط

بیورز خاطر نشان می سازد که افراد این گروه بیش از ۴۰ درصد بیماران را تشکیل می دهد. به نظر او آنها آسانترین و کامل ترین خانواده ها برای درمان هستند. انواع دیگر خانواده ها یعنی خانواده های مرکز گریز متوسط به ندرت به درمان ادامه می دهند. خانواده های مرکز گرای متوسط کمتر دارای مشکلات اخلاقی هستند و تجربه های موفقیت آمیز بیشتری در مورد صمیمیت نزدیکی در مقایسه با زوجها و خانواده ها که قبلاً به آن اشاره شد دارند. در مورد این خانواده ها بیورز مسأله کنترل را با مسأله صمیمیت نزدیکی پیوند می دهد و به افراد کمک می کند که ارباب را به عنوان روشی که در نهایت هر نزدیکی احتمالی را کاهش میدهد یا از بین می برد بشناسد (همان منبع، ص ۸۹).

۴- خانواده های باکفایت

خانواده های با کفایت به علت اینکه بیشتر ویژگیهای خانواده های مطلوب را دارند، وقوع نسبتاً کمتری از بیماری های فردی روانی را نشان می دهند. به هر حال آنها مهارتهای مذاکره و ارتباط کمرنگ کاهش یافته است. بیشتر کنترل محورند و تمایل دارند تعارضها را با ارباب و یا فشارهای مستقیم حل کنند. مرحله های درمانی، اعتماد و صمیمیت و احترام را در این نوع خانواده ها کاهش می دهد. مردان نوعاً به عنوان افراد قدرتمند و غیر عاطفی قرار داده میشوند، در حالی که زنان به عنوان افراد عاطفی، با قدرت کمتر و ایجاد کننده مبحث و

جست و جوی مهرورزی مشاهده می گردند. والدین در خانواده های با کفایت، به نقش والدینی خود و کار و تلاش سخت توجه دارند.

۵- خانواده های مطلوب:

این خانواده ها دارای کارکرد بسیار خوبی هستند و از حس قوی فردیت همراه با مرزهای روشن برخوردارند. سلسله مراتب در آنها دارای ساختار انعطاف پذیر تعریف شده، مورد قبول اعضای خانواده است. در این خانواده های انطباق یافته، همه در جستجوی نزدیکی و صمیمیت هستند و معمولاً با احترام، قابلیت مذاکره و ارتباط روشن با یکدیگر مرتبند. تعجب آور نیست که چنین خانواده هایی به ندرت نزد درمانگران و در کلینیک ها مشاهده شوند. (همان منبع، ص ۸۹).

۳-۴- الگوهای بالینی التقاطی در خانواده درمانی:

یک درمان مهم دهه اخیر نزدیکی شدن درمانگران مکاتب و آگاهی روز افزون آنها به این نکته است که هیچ الگو یا روی آورد و اهدافی برای درمان همه خانواده ها مناسب نیست. بسیاری از درمانگران از نظرات و فنون مکاتب گوناگون به صورت التقاطی استفاده می کنند. چهار روی آوری که درسطور زیر توصیف میشوند، مثالهایی از تلاش برای ادغام چندین روی آوردی و سختی در خانواده از زوج درمانگری است.

خانواده درمانی چند سطحی التقاطی فلدرن^۱:

فلدرن درمان چند سطحی التقاطی را پیشنهاد می کند. از دیدگاه نظریه ای فلدرن یک دیدگاه جامع التقاطی از فرایندهای میان فردی و درونی روانی را با ترکیب

¹ - L, Feldran

نظریه های روان پویایی شناختی، رفتاری و سیستمی خانواده را ارائه می دهد. از دیدگاه بالینی فلدمن الگویی برای تعیین نحوه استفاده بهینه از روشهای درمان فردی و خانواده درمانی را به ویژه برای افراد زوجها و خانواده های آشفته ارائه می دهد.

فلدمن معتقد است مشکلاتی که توسط افراد و خانواده ها تجربه می شود، نتیجه تعامل همزمان فرایندهای بیان فردی و درون روانی است که باعث می شود فرایندهای مربوط به درک ناقص کارکرد به فرد یا خانواده نادیده گرفته شود و یا کوچک شمرده شود و او اعتقاد دارد که فرایندهای درون روانی از طریق دیدگاههای روان تحلیل گری و شناختی بهتر درک می شود، در حالیکه فرایندهای میدان فردی با دیدگاه رفتاری و خانوادگی بهتر درک می گردد.

از دیدگاه روان تحلیلی مشکلات بالینی و اکنشهای دفاعی نسبت به اضطراب ناهشیار اضطراب نشانه ای اضطراب جدایی یا اضطراب صمیمیت است که با تصاویر درونی افراد مهم در زندگی فرد و خود فرد تداعی می شود. این خیال پردازیهای ناشی از اضطراب به دیگران فرافکنی می شود، یعنی به روابط جاری از جمله رابطه خانوادگی و زناشویی انتقال می یابد.

از دیدگاه شناختی، مشکلات بالینی نتیجه کارکرد بدشناخت ها است. این ادراکهای تحریف شده و کارکرد بدافکار عمدتاً از انتظارات غیر واقع بینانه که مبتنی بر پیش فرضهای ضمنی درباره خود جهان است نشأت می گیرد.

از دیدگاه رفتاری مشکلات فردی و میان فردی اساساً نتیجه محرکهای میان فردی و فرآیندهای تقویت شدن مشکل است. محرکهایی که مشکل میان فردی را به وجود می آورند رفتارهای یک نفر یا افرادی است که به برانگیختن کارکردهای

بدشناختی عاطفی و رفتاری در فرد دیگر منجر می شود و فقدان پاسخ دهی مثبت، ناکام شدن و کم رنگ شدن ارزشها را به دنبال دارد و احتمالاً به کاگرد بدر رفتاری منتهی می شود.

از دیدگاه سیستمی خانواده مشکلات بالینی برحسب کاربرد الگوهای تعاملی خانواده نگریسته می شود، که از مرزنیها، قدرت و صمیمیت و نزدیک و نیز قواعد نقش ها و ساختار خانواده شامل می شود.

نارسا کنش وری رفتاری اساساً از طریق فرایندهای درون روانی یعنی عواطف آگاهانه که ناشی از انحرافهای شناختی و ادراکی ناهشیار است برانگیخته می شود. آنها رفتارهای میان فردی را بوسیله رفتارهای دیگر اعضای خانواده بر می انگیزند.

این رفتارها ممکن است به شکلهای بسیار سخت و یا به صورت مرزبینیها یا نقشهای گسترده مانند تقویت ناکافی رفتارهای سازنده، ارتباط ناسازگر یا مبهم رفتارهای افراطی حمایتی یا تجاوز گرانه سوءاستفاده کلامی جسمانی و یا جنسی بروز می کند.

در خانواده درمانی چند سطحی التقاطی، تغییر به عنوان فرایندی چند سطحی مفهوم می گردد. در سطح درون روانی فرایندهای اصلی تغییر، همانند سازی و بازسازی شناختی، مواجه سازی و بینش و کارکردن روی خود است. در سطح میان فردی، فرایندهای تغییر اصلی عبارت است از ملحق شدن، آفرینندگی آموزش حل مسأله از نوقاب دیگری تناقضها، ارائه پیشنهادها و تقویت است. فلدمن معتقد است که هر دو سطح فرایندهای تغییر اساسی است و اگر هر یک نادیده گرفته شده یا کوچک شمرده شود، قدرت درمانی به طور محسوسی کاهش می یابد. (فلدمن، ۱۹۹۲، ص ۹۲).

به منظور پیشبرد فرآیندهای تغییر درون روانی و بین فردی جلسات فردی و مشترک ترکیب می شود. به این ترتیب می توان کارآیی مطلوب درمانگر را تسهیل کرد. درمان به عنوان جلسات ترکیبی متقارن و یا نامتقارن تنظیم می گردد.

ساختار درونی با فرآیند همکاری نزدیک بین درمانگر و زوج یا خانواده آغاز می گردد. پس از اینکه هر دو با یک ساختار درمائی مورد رضایت طرفین موافقت کردند. شیوه درمانی بر مبنای یک محدودیت زمانی به اجرا در می آید. که معمولاً یک ماه است و به دقت مورد ارزیابی نیز واقع می شود. در لزوم بر اساس تصمیم مشترک فراوانی جلسات به طور هفتگی و در طول درمان از ۱ تا ۶ ماه تعیین خواهد شد. گاه نیز به دلیل نیاز درمانی زوج یا خانواده خاصی مدت درمان تا ۱ سال طول خواهد کشید.

- روی آورد خانواده درمانی التقاطی والش: ۱-

این رویکرد مشکل ساختاری برای کارکردن با خانواده را از اولین تماس تلفنی تا نخستین تماس برای پی گیری، شامل می شود. والش برای ارزشیابی پویایی های خانواده ارزیابی عملی همراه با توصیه های درمانی ویژه فرم و شکلی را طرح ریزی می کند. او یک «نظریه جامع شخصیت» را به عنوان ویژگیهای مشترک همه خانواده ها پیشنهاد می کند. والش خانواده درمانی یکپارچه را به عنوان یک الگوی نظریه دوم و آینده ای از چندین الگوی بیان فردی با عنصر درون روانی توصیف می کند. والش معتقد است زمانی که زمینه های رفتار اولیه خانواده با کارکرد مطلوب شناخته می شود انحراف از آن هنجار را می توان درمان کرد.

¹ - W, Walsh

این نظریه مبتنی بر ارزشیابی یکپارچه است. این ارزشیابی توسط پنج عامل هدایت می شود: موضوعهای ساختار، نقشها، ارتباطات و ادراکهای خانوادگی و پویای شخصیتی افراد مهم. درمانگر تشویق می شود که این پنج مورد در یک صفحه خلاصه کند.

عامل ساختار خانواده مبتنی بر کار نیوچین است و شامل آزمایش کارکرد سه زیر منظومه (زناشویی والدین، خواهر و برادری) و نیز ماهیت مرزهای زیر منظومه خانوادگی است.

عامل ارتباط و ادراک: از کارستیر در ارتباطها و بارن هیل در فرایندسازی اطلاعات و بسط کارستیر عامل ادراکی را در بر می گیرد. تشکیل یافته است.

ارتباط به عنوان انتقال پیام و ادراک عمل دریافت آن است. ادراکهای غلط در ۹۰ درصد ارزشیابی های درمان خانواده ها رخ می دهد، در حالی که ارتباط ضعیف در ۵۰٪ موارد وجود دارد (والش، ۱۹۹۱، ص ۵۴).

عامل مسئولیت نقش: عنصر بسیار مهم خانواده درمانی یکپارچه است. نقش به عنوان هویت فردی و مجموعه انتظارات از یک عضو خانواده ها در تکمیل تکلیف وظیفه خود توصیف می شود. از آنجا که تکمیل وظیفه اساس نیل به کارکردهای مختلف است، مسئولیت نقش مرکز نقل کارکردهای کارآمد است. نبود تعریف روشنی از انتظارات و توقعات از اعضای خانواده علت اصلی جدایی به ویژه در مورد نوجوانان است. انتظارات روشن و پی آمدهای شکست در برآوردن انتظارات کانون توجه مهمی در این رویکرد خانواده درمانی است. والش این را مسئولیت ناپذیری «نقش» می نامد.

موضوعهای خانوادگی: باید توسط درمانگر خانواده شناسایی شود. این موضوعها مسایلی است که اغلب در خانواده هایی که بر رغبتها توجه و انرژی خود متمرکز می شوند. رخ می دهد. آنها ممکن است مثبت یا منفی باشند. والش ملاحظه میکند که موضوعها به مفهوم وسواس تکراری در روان تحلیلی گری مربوط می باشد. موضوعهای مثبت شامل سهیم شدن خانواده در فعالیتهای سازنده که منجر شده می شود ویژگی آنها حل هر چه زودتر تعارضها و کانالیزه کردن تنشها برای تحقق هدف است. موضوعهای منفی شامل حل شدن تمدن تعارضها و افزایش تنش هاست. کلیه خانواده ها دارای چندین موضوع مهم موضوع های منفی شامل حل شدن تعارضها و افزایش تنش هاست. کلیه خانواده ها دارای چندین موضوع مهم و قابل شناسایی بعد مثبت و هم در بعد منفی هستند، والش ملاحظه می کند که وجود سه تا پنج موضوع منفی در خانواده های با کارکرد بسیار نامطلوب کاملاً طبیعی است. آگاه ساختن این گونه خانواده ها از موضوعهای مثبت بسیار مهم است. مثال این موضوعها برای خانواده ای که به تازگی در آن ازدواج واقع شده است، مسئولیت ناپذیری همسران نسبت به نقشهای والدی، نبود وقت برای باهم بودن در خانواده و استقلال در برابر وابستگی است.

پویایی های فردی شخصیت: به راهبردهای فرد فرد اعضای خانواده در سازماندهی، درک و شناخت و تکمیل وظایف زندگی روزانه آنها اطلاق می شود. پویایی های شخصیت که تا حدودی مبتنی بر کارهای آکرمن^۱ است، در خانواده درمانی التقاطی بسیار مهم است. والش معتقد است درمانگرانی که از این رویکرد

¹ - Akerman

استفاده می کنند، باید یک رویکرد روان درمانگری فردی را انتخاب کنند، این رویکرد می تواند روان تحلیلی، آدلری، منطقی و عاطفی و پایدارشناسی باشد، تا اثرهای درون فردی رفتار هر یک از اعضای خانواده را شناسایی کنند و بتوانند به یک تشخیص جامع دست یابند. والش (۱۹۹۱). ملاحظه می کند که پویایی های فردی برای ایجاد تغییر در ۵۰ درصد از خانواده ها، مورد درمان کانون اصلی توجه است.»

عوامل پنج گانه ای که مورد بحث قرار گرفت چهارچوب نظریه ای خانواده درمانی یکپارچه را که از آن کلیه راهبردهای تغییر به دست می آید. تشکیل می دهد. هدفها و روشهای مداخله درمانی مستقیماً بر مبنای ارزشیابی پنج بخشی

استوار است، والش معتقد است که بخش زیادی از این ارزشیابی با خانواده در میان گذاشته می شود و درگیری خانواده با آن فعالانه درخواست می گردد تا اینکه فرآیند تغییر که توسط هر دو برانگیخته شده است بتواند آغاز شود. این کار معمولاً تا جلسه دوم یا سوم اتفاق می افتد. در خانواده درمانی یکپارچه متوسط تعداد جلسات ۱۰ جلسه است. درمانگر براساس مراحل و وظایف مراجعه های درمانی را سازماندهی می کند. این مراحل تکاملی است و برای هر مرحله درمانگر

خانواده را آماده می سازد که در جهت تکالیف مرحله بعد حرکت کند. مراحل پنجگانه عبارتند از: (۱) ساختار سازی (۲) مشاهده و ارزیابی (۳) مداخله (۴) حفظ تغییرات (۵) مرور و نتیجه گیری. مداخله های عمده شامل بحث و آفرینش موقعیتهای شکلات ویژه، فنون مواجهه رویایی در کمک به ارتباط کارآمد، بررسی ارتباط برای اطمینان یافتن از ادراکهای دقیق. روش سازی نقش ها و انتظارات کمک به خانواده ها در ایجاد قواعد حاکم بر تعاملهای روزانه تشویق جلسات

منظم خانوادگی به عنوان مکمل تماسهای درمانی است. مراحل پنجگانه به منظور تسهیل در نیل به دو هدف عمده درمانی برای حل مشکلات وسایل ویژه و فرایند کارآمد مسأله برای افراد و واحد خانواده سازماندهی شده است.

روی آورد زناشویی درمانگری التقاطی نیکلز: ۱

ویلیام نیکلز شکلی از درمان زناشویی را ارائه می دهد که نه فقط رویکرد سیستمی را با جهت یابی های روانی تحلیلی و رفتاری ادغام می کند، بلکه درک و شناخت همسر را با زیرمنظومه سیستم زناشویی و خانواده یکی می سازد. این کار بدون تردید از مهمترین جاه طلبی های رویکرد های یکپارچه و التقاطی در درون زناشویی است. نیکلز معتقد است که مبنای نظریاتی برای رویکرد درمانی کاملاً

یکپارچه باید با زمینه های شخصیت و ازدواج در آن تکامل می یابد. و عمل می کند، با فرایند های نزدیکی و صمیمیت و با فرایندهای انگیزش تغییر و یادگیری سر و کار داشته باشد. نیکلز احضار میدارد که تلاشهای او در گسترش دیدگاه نظریه ای قابل اجرایی در تعاملهای زناشویی، از کارهای بالینی او با زوجها تکامل یافته و با پژوهشهای تجربی و نظریه ای در زمینه تعاملهای زناشویی و ازدواج تأیید شده است. نیکلز اشاره می کند که در ترکیب مفاهیم روی آورد برای بیان تعامل زناشویی دشوار است. او معتقد است که مفاهیم گوناگون الزاماً به صورت یک شکل همگون ترکیب نمی شود. یک ترکیب صاف و همگون تنها به بهای خارج کردن برخی داده ها و تحریفها و برخی واقعیتها که در عمل پژوهش و کارهای نظریه ای خود را نشان می دهد بدست می آید.

¹ - W, Nichols.

نیکلز مفاهیم از نظریه سیستمها نظریه ارتباط با اشیاء و نظریه یادگیری اجتماعی را ترکیب می کند، نظریه سیستمها تبیین زمینه مهمی را برای اجرای درمان زناشویی فراهم می سازد. نیکلز هشت مفهوم را در نظریه سیستمها توضیح می دهد که عبارتند از: تمامیت، مرزبندیها، سلسله مراتب. در استخراج مداخله های درمانی و فنون راهبردی و روشهای روشن سازی، تقویت یا از نو کارکردن روی مرزها و اتحادیه های قدرت برای بیشتر زوجها می تواند مفید واقع شود. او روی کل سیستم و یا بخشهای آن ساختار، فرآیندها یا همه اینها متناسب با نیازهای سیستم زناشویی تأیید می کند فنون ویژه درمانی از مجسمه سازی، شجره نامه، شعائر و مراسم خانوادگی و از نوقاب گیری تا مانورهای متناقض میتواند به کار گرفته شود. روابط با اشیاء به روابط اولیه میان فردی که توسط کودک درونی می شود اطلاق می شود و به عنوان یک الگو بعدها در روابط میان فردی مورد استفاده قرار می گیرد. عوامل روابط با اشیاء که بالاترین کاربرد را برای درمان زناشویی دارد عبارت است از درک و شناخت چگونگی انتخاب همسر، چگونگی باهم بودن در حال حاضر و چگونگی عدم ارضای نیازهای آنان در رابطه با یکدیگر. برای نیکلز رویکر در ارتباط با اشیاء پلی است بین سیستمهای فردی و سیستمهای زناشویی. نیکلز ملاحظه می کند که مفاهیم نه گانه به ویژه برای درمانگر زناشویی بسیار مفید است. آنها شامل دو نیمه کردن همانندسازی فرافکن، تبانی و سازش، دوگانگی عاطفی و الگوی روابط است. اصطلاح الگوی روابط از اسکینر ۱۹۷۶ گرفته شده است. و به الگوهای درونی شده که هر زوج با خود به روابط زندگی زناشویی می آورند، اطلاق می شود. این الگوها نشان می دهد که پدر و مادر چگونه باید عمل کنند، الگوهای تعامل کار آمد

بین زن و شوهر چه باید باشد و والدین چگونه باید به عنوان یک سیستم عمل کنند. چنین الگوهایی از طریق تجربه مستقیم مشاهده کردن رفتار دیگران و همانند سازی با آنها فراگرفته می شود.

نیکلز سه روش مداخله درمانی را که از رویکرد در روابط با اشیاء و روان تحلیل گری مشتق شده است. به کار می برد. آنها عبارت است از تعبیر و تفسیر ترسهای ناهشیار (مانند ترس موجود در واکنش دفاعی همسر) مواجهه با مفاهیم غلط موجود در ذهن همسر والدین و دیگر اعضای خانواده باهدف تغییر ادراکهای درونی از گذشته است.

سومین شاخه که در رویکرد یک پارچه نیکلز سهیم است. نظریه یادگیری اجتماعی است. این رویکرد بر محیط و اهمیت یادگیری در درمان تأکید دارد. هدف، تعریف روشن مشکل برحسب رفتار و توسعه راه حلهای مشکل است. نیکلز چهار مفهوم از نظریه یادگیری اجتماعی را به کار می برد. این چهار مفهوم عبارت است از تبادل و تقابل رفتار، وابستگیها، الگوسازی و تقویت مثبت. تبادل رفتار اساساً یک نظریه شبه اقتصادی است که در روابط زناشویی بکار می رود. رفتار همسر را می توان به عنوان کارکرد پیامدهایی با هزینه و سود ویژه مورد ملاحظه قرار داد. نسبت پاداش به هزینه میزان رضایت زناشویی را که توسط هر یک از زوجین تجربه می شود، تعیین می کند. مفهوم تقابلی شامل درگیر شدن زن و شوهر هر دو ایجاد تغییر و همکاری زوجین تجربه می شود، تعیین می کند. نیکلز معتقد است که درمانگر زناشویی یکپارچه می تواند مداخله های درمانی زیادی را از رویکرد یادگیری اجتماعی بگیرد و بکار برد.

اینها عبارتند از: وابستگی ها، قرارداد بستن، ارتباط و آموزش حل مسأله. او همچنین خاطر نشان کرد که توانایی درمانگر با ایجاد تناسب بین مداخله های درمانی و نیازهای ویژه بوسیله اصول علم نظریه یادگیری اجتماعی شدید افزایش می یابد (کارلسون و همکاران، ۱۹۹۷، ص ۹۷).

خانواده درمانگری التقاطی: خانواده درمانگری روان پویایی متمرکز بر مشکل ۱
این روی آورد آمیزه ای از الگوی روابط با اشیاء و دو الگوی سیستمی است. ویل ۲ و رایت ۳ ۱۹۸۵، الگوی ساختاری مینوچین را با الگوی سیستم های متمرکز به شکل مک ماستر ترکیب می کنند. هدف ایجاد روی آوردی است که در آن درمانگری می تواند با زوجها یا خانواده ها همکاری نزدیک داشته باشند تا به کاوش آشکار، درک و شناخت و ایجاد تعادل حیاطی در سیستم زناشویی یا خانوادگی بپردازد. آنان تمرکز بر همکاری نزدیک را به عنوان خانواده درمانگری باز و مستقیم توصیف می کنند، برعکس درمان راهبردی که در آن اغلب هیچ تلاش برای ایجاد یک مذاکره روابط همکارانه و تعاونی با زوجها و یا خانواده صورت نمی گیرد.

مخلوط کردن مفاهیم و فنون روابط با اشیاء به درمانگر اجازه می دهد که بین خانواده به عنوان یک سیستم و اعضای آن به عنوان اشخاص پلی بزند. مخلوط کردن سرالگو باعث شناخت عمیق می شود که در یکایک روی آوردهای سیستمی

¹ - Problem - Centred Psychodynamic Family therapy (PCPFT)

² - Will

³ - Wrate

به تنهایی امکان پذیر نیست. دامنه فنون درمانی موجود در روی آورد خانواده درمانگری ارائه گردد. انتخاب و تأکید بر فنون درمانی ویژه بستگی به ویژگی های کلی خانواده و نیز ماهیت معنا و علل مشکلات خانوادگی دارد. در این روی آورد درمانگر می تواند در طول یک پیوستار فنی حرکت کند و از این عمل گرانتترین فنون تا تعبیر و تفسیر برای پیوستن زمان حال با گذشته دور استفاده نماید. (همان منبع، صفحه ۹۹).

۴- یافته های پژوهشی در قلمرو خانواده / زوج درمانگری

در این قسمت به نتایج پاره ای از پژوهش ها که به منظور بیورز هر دو مقطعی و فرآیند مدار هستن و بدین جهت قادر به ایجاد ساختار برای پژوهش های نظریه خانواده و خانواده درمانگری می باشند. هر دو الگو از سوی گروه های پژوهشی متعددی مورد ارزیابی قرار گرفته اند. بیورز و ولر (۱۹۸۳)، گرین، کلوزون و واسلر (۱۹۸۵)، گرین، هاریس و فرت در رابینسون (۱۹۹۱)، از الگوی منحنی انتقادهایی کرده اند. این پژوهشگران خاطر نشان می سازند که الگوی بیورز بهتر از الگوی منحنی اولسون با واقعیت های بالینی تطابق دارد. افزون بر این آنها معتقدند که الگوی بیورز به آسانی با نظریه سیستمی هم خوان است، در حالیکه الگوی دو بعدی منحنی السون چنین نیست. در نهایت آنها دریافتند که مقیاس انعطاف پذیری منحنی است نه خطی.

به بیان کوتاه آنها اعتقاد دارند که الگوی بیورز به گونه ای طراحی شده است که پتانسیل عملکردی افزایش یافته زوجه را به حساب می آورد، در حالی که الگوی منحنی اولسون فقط برای سازگاری طراحی شده است.

در پژوهش های دیگری که در مورد سه الگوی مک ماستر منحنی اولسون و بیورز انجام شده است. نتایج نشان می دهد که با کاربرد آنها در خانواده / زوج درمانگری

پیشرفتهای زیادی در زمینه پویایی های خانواده درمان و پژوهش صورت گرفته است. افزون بر این تفسیرهای متعددی که درباره این الگوها به چاپ رسیده است باعث بهبود کیفی هر یک از آنها شده است. به عنوان مثالی، لی (۱۹۹۸) به توصیف یک الگوی القاطی که ترکیبی از الگوهای بیورز و اولسون است، می پردازد. لی بر مفهوم «انطباق پذیری» همانگونه که توسط الگوی بیورز و اولسون اندازه گیری شده متمرکز کرده و نتیجه می گیرد که چند سطح از انطباق پذیری به طور منحنی در الگوی منحنی اولسون وجود دارد.

بولتر، وامپلر (۱۹۹۹) در یک پژوهش فراتحلیلی، ۱۶ پژوهش مربوط به زوج درمانگری از طریق برنامه آموزش مهارتهای ارتباطی (CC) را مورد بررسی قرار دادند. برنامه ارتباط زوجها (CC) یک برنامه آموزش مهارتهای ارتباطی است که از برنامه آموزش کوتاه مدت تمرین هدایت شده یا بازی نقش و تمرین های سود می جوید. مهارتها شامل خود آگاهی به مهارتهای صحبت کردن مهارتهای گوش دادن مهارتهای حل تعارض و سبکهای ارتباط است. نتایج مقیاس ها در دو دسته تحت عنوان مشاهده ای یا نگرشی طبقه بندی شدند. و مقیاس های نگرشی بیشتر شامل مقیاس های رضایت زناشویی، مهارتهای ارتباطی یا سایر کیفیت های رابطه ای بود. معنی داری اثر برنامه آموزشی ارتباط زوجها در تمام مقیاس ها مورد آزمون قرار گرفت که حاکی از آن است بود که آموزش مهارتهای ارتباطی به پیشرفتهای چشمگیری در ارتباط زوجها با یکدیگر و نیز به تغییرات متوسط و درک زوجها از یکدیگر منتهی می شود، اما مؤثرتر از سایر برنامه های آموزش ارتباط نیست. راگ و برادبوری (۱۹۹۹) در پژوهشی تفاوت نقش ارتباط و نقش پرخاشگری را در

¹ - Couple Communication

ایجاد پیامدهای منفی و مضرر در روابط زناشویی مورد مطالعه قرار دادند. بدین منظور میزان ارتباط و پرخاشگری را که در ۵۶ زوج تازه ازدواج کرده اندازه گیری کرده بودند برای پیش بینی پیامدهای زندگی چهار سال بعد آنها مورد استفاده قرار دارند. نتایج حاکی از آن بود که پرخاشگری متمایز کننده زوجهای جدا شده یا طلاق گرفته از زوجهایی بود که متأهل باقی مانده بود اما رضایت نداشتند متمایز میکرد. تحلیل های اضافی این پژوهشگران نشان می دهد که ۶۸ درصد ازواجها را میتوان به طور دقیقی بر اساس متغیرهای میزان ارتباط و پرخاشگری و پیامدهای آنها طبقه بندی کرد. بنابراین پیشنهاد می کنند در زوج درمانگری تمرکز بر هر دو عامل در تلاشهای مربوط به استحکام زناشویی و جلوگیری از اطلاق ضرورت دارد.

در پژوهش دیگر سودمندی برنامه شناختی- رفتاری در زوج درمانگری مورد بررسی قرار گرفت. ۲ آموزش دهنده برای فوق را در یک تعطیل آخر هفته به زن و شوهر در گروههایی متشکل از ۴ زوج آموزش دادند. زوجهای ($n=67$) از طریق آگهی روزنامه مراجعه کردند و سپس انتخاب شدند و به طور تصادفی به برنامه درمانی یا گروه گواه در فهرست انتظار تخصیص یافتند. برنامه درمانی شامل آموزش ارتباط و حل مسأله بحث کردن زوجها با یکدیگر برای روش شدن انتظاراتی که از روابطشان دارند و تمرینهای برای روشن شدن انتظاراتی که از روابطشان دارند و تمرینهایی برای بهبود در روابط جنسی شان بود. در پس آزمون و یکسال بعد در دوره پیگیری زوجهای گروه آزمایشی رفتارهای ارتباطی کلامی و غیر کلامی مثبت تری را در خلال یک تکلیف «بحث بر سر تعارض» نسبت به زوجهای گروه گواه به طور معنی داد مشکلات بیشتری در حیطه های رابطه ای

داشتند و رفتارهای ارتباطی منفی تری از خود نشان دادند (کایسر و همکاران، ۱۹۹۸).

در جستجوی روش زوج درمانگری مؤثر لیمبوک (۱۹۹۵) در یک تک بررسی از روش رواندرمان تحلیل گری کوتاه مدت سود جست که شامل رابطه انتقالی/ انتقال متقابل بود. این روش برای موقعیت های بحرانی حاد تدوین شده و مفید بودن برای تمرین روان تحلیل گری مورد تأیید قرار گرفته است. این روش بر ناتوانی بیماران در تصمیم گیری در موقعیت بحرانی زندگی متمرکز می شود. در این دیدگاه یک ناتوانی با مفاهیم و معانی ناهشیار با موفقیت خاصی پیوند خورده است. لیمبوک در تک بررسی خود با استفاده از روش فوق توانست در ظرف ۱۰

ساعت این معنی ناهشیار را از طریق رابطه انتقالی/ انتقال متقابل به سطح هشیار بیاورد و به درمان زن و شوهری که از نظر سازگاری در موقعیت بحرانی حادی قرار گرفته بودند پردازد.

کانتون و کانتونی (۱۹۹۱) در پاسخ به این سوال که کدامیک از نظریه های مشاوره و رواندرمانگری در خانواده درمانگری/ زوج درمانگری مؤثر است، یک تحقیق پیمایشی انجام دادند. این پژوهشگران در ۱۲۳ مرکز مشاوره ای خانواده، ۱۳۳۴

مشاور را مورد بررسی قرار دادند. گزارش مشاوران مراکز فوق نشان داد ۱۲ نفر از آنها فقط از یک نظریه در خانواده درمانگری، روش حل مسأله روانشناسی من است سود می جویند. نظریه های کاراجتماعی (کنشی، بحرانی، و تکلیف محور، زیستی- روانی- اجتماعی و بوم شناسی انسان والگوی زندگی) نیز در روش التقاطی آنها سهم داشتند و همچنین از مفاهیم مربوط به تغییرات شناختی، انسان

نگری و رفتاری سود جسته بودند، اما از روش تحلیل ارتباط محاوره ای ندرتاً استفاده کرده بودند.

جستجو برای دستیابی به الگوی برای خانواده/ زوج درمانگری که از نظر مفهوم رشد یافته و مبتنی بر پژوهش باشد همچنان ادامه دارد. هدف ایجاد یک روش ارزیابی است که بهترین همخوانی را با واقعیت کنش وری و نارساکنش وری خانواده دانسته باشد. (کارلسون، ۱۹۹۷، ص ۹۰).

برای دستیابی به این هدف یک ویژگی مهم دهه اخیر نزدیک شدن درمانگران مکاتب مختلف به یکدیگر و آگاهی روز افزون آنها به این نکته است که هیچ رویکرد واحدی برای درمان همه خانواده ها مناسب نیست. بسیاری از نظرات و فنون مکاتب گوناگون استفاده می کنند. اگرچه اساساً ممکن است آموزش مکتب خاصی طراحی خوب و در حقیقت ضروری باشد. اما به همان اندازه ضرورت دارد که درمانگران مهارت‌های خویش را وسعت بخشیده و فنون برگرفته از مکاتب گوناگون را به موازات ابداع روش های جدید و تحول مکاتب است و بنابراین همپوشی میان مکاتب افزایش می یابد. چنانچه التقاط گرایی برپیکره استواری از دانش و گنجینه ای غنی از مهارت‌های بالینی استوار باشد بر همه روشها ارجعیت دارد (دهقانی و دهقانی، ۱۳۷۵، ص ۹۵).

به همین جهت پژوهشگر طرح حاضر نیز بر اساس سالها تجارب بالینی خویش که حاصل استفاده از روشهای رواندرمانگری به تنهایی یا التقاطی است از یکسو و با توجه به اعتقادات مذهبی مردم مسلمان ایران از سوی دیگر، روش زوج درمانگری اسلامی را که محور اصلی آن خودشناسی و شناخت حالتهای نفس/ خود است تدوین نموده است، تا در کنار روش های دیگر رواندرمانگری غربی که

ممکن است در پاره ای از موارد با نظام اعتقادی مردم ایران انطباق زیادی نداشته باشد. روشی که از روانشناسان اسلامی نشأت گرفته است در دست داشته باشیم تا هم بین وسیله حوزه وسیع و مفیدی از راهبردهای اسلامی را برای درمان اختلاف های زناشویی بگشاییم و هم روانگران و مشاوران را به ابزارهای دیگری مجهز کنیم که بر حسب ضرورت بتوانند به طور مناسب از آن سود جویند.

در سطور زیر خلاصه به روش زوج درمانگری اسلامی که کارآیی آن در حل اختلافهای زناشویی در پژوهش حاضر مورد آزمون قرار گرفته است. اشاره خواهد شد و در پیوست ت روش مذکور با توضیحات مفصل تر خواهد آمد.

۵- روش زوج درمانگری اسلامی

روش های اسلامی برای زوج درمانگری به گونه ای سازمان یافته است که هم به عنوان یکی نظریه شخصیت ساختار روان شناختی شخصیت انسان ها را توضیح می دهد.

و هم روش نظام داری برای زوج درمانی برای را در طی سه مرحله به صورت زیر ارائه می کند.

مرحله (۱) آماده سازی برای شناخت حالت های نفس (خود)

مرحله (۲) مرحله اکتساب و تمرین ایمانی برای رسیدن به نقس مطمئن و خودسازی

مرحله (۳) کاربرد و پیگیری مستمر مهارتهای آموخته شده.

هدف از فعالیتهایی که در مرحله نخست از طریق روش های مختلف ارزیابی، آموزشی حالت های نفس اماره / کودکانه، والدینی / بالغانه، و بحث گروهی در مورد

آن تحلیل موقعیت های تعارض آمیز و تخصیص تکالیف خانگی انجام می شود، کسب اطمینان از جمع آوری اطلاعات درباره اختلافات زوجین است، به گونه ای که زمینه لازم را برای درمانگر و زوجین به منظور شناخت حالتهای نفس فراهم کند و تصمیم های اتخاذ شده بر مبنای اهداف مداخلات درمانی را نیز با دقت و صحت همراه سازد.

در مرحله دوم در هر جلسه چند اصل از دوازده اصل روشهای ایمانی برای وصول به بهداشت روانی و رسیدن به نفس مطمئنه/خود بالغانه ارائه خواهد شد. در انتهای هر جلسه تکالیف خانگی در مورد انجام و واری اصول فوق در زندگی زوجها تعیین خواهد شد. حتی موضوعی تعارض آمیز برای آنها تعیین خواهد شد

که در خانه تمرین کنند و در جلسه بعد به بحث و نمایش بگذرانند.

در مرحله آخر روش های مشارطه و مراقبه به زوج ها آموزش داده می شود. در این مرحله و همچنین مراحل قبلی برگه هایی برای خود هدایتگری (خود محاسبه گری) و همچنین کتابها و متون اسلامی برای فهم بهتر به زوجها داده خواهد شد.

۶- خلاصه

در این فصل در اهمیت دین و مذهب در خودشناسی گفته شد که انسانها همیشه در همه زمانها به اهرم بازدارنده و سازنده ای به نام دین نیازمند بوده اند و امروز پیش از هر زمان دیگر جلوگیری از مکانیک و ماشینی شدن و انحطاط اخلاقی به پرستش و ایمان احتیاج دارند. زیرا وقتی انسان توانست به مدد دین و معرفت به خویشتن خودشناسی را افزایش دهد، قادر خواهد شد با هشیاری و بصیرت زیاد تری خود را به جریان عالم خلقت مربوط سازد و هدف از خلقت را کشف کند. دین از جمله قدرتمندترین پدیده های تاریخ بشری بوده است. و در تمامی جنبه های زندگی انسان نفوذ و گسترش یافته است. فطری بودن دین فراگیری و گسترش گرایی انسان به مذهب را در تمام اعصار توجیه می نماید. به خاطر تأثیر دین و مذهب در زندگی و رفتار انسان اکثر محققان و نظریه پردازان درباره آن سخن گفته اند. پاره ای از آنها از جمله فروید و ایس مذهب را با بیماری روانی مرتبط دانسته اند. فروید می گوید: «مفهوم خدا» تلاش است از طرف نوع انسان برای کاهش احساس ناامیدی و چیزی جز فرانکی «پداری متعال» نیست. ایس نیز معتقد است مذهب با باروهای غیر منطقی و نامعقول همراه و مرتبط است و باعث تضعیف سلامت روانی می شود. او مذهبی بودن را معادل از هم گسیختگی هیجانی و روانی می داند. در مقابل یونگ مذهب را همچون یک گرایش خاص ذهن انسان تعریف می کند. به اعتقاد او کلمه مذهب در اصل به مفهوم ملاحظه و مشاهده دقیق برخی عوامل پویایی است که خود به مثابه «قدرت»هایی ادراک میگردند. یونگ دین را یکی از قدیمترین و عمده ترین

تظاهرات روح انسان می داند و معتقد است علیرغم آنچه دنیا درباره تجربه دینی فکر میکند، کسی که این تجربه به او دست داده صاحب گوهر گرانبهایی است. یعنی صاحب چیزی است که به زندگی معنا می بخشد. فروم معتقد است چون نیاز به یک نظام جهت گیری و اعتقادی جزء ذات هستی انسان است میتوان به وحدت و شدت این نیاز پی برد. او ادیان را به ادیان خودکامه که خدا قادر مطلق و همه دان و انسان ناتوان و پست انگاشته می شود و ادیان نوع خواهانه که تجربه فرد در این ادیان تجربه یگانگی «با همه» بر اساس پیوستگی فرد با جهان است که از راه تفکر و عشق حاصل می شود تقسیم می کند. آلپورت این را سرسبد نیازها و احساس دینی بشر را احساس بسیار ارزنده ای می داند که برای همیشه زنده می ماند. مزلو روانشناس انسان نگر نیز مانند آلپورت در مورد انواع تجربیات مذهبی که برای رفاه افراد مفید یا زیان آور باشد تمرکز کرده است. فرانکل معتقد است یک احساس مذهبی عمیق ریشه دار در اعماق ضمیر ناهشیار هر انسانی و همه انسانها وجود دارد. او می گوید اگر اصطلاح «انسان در جستجوی معنی» درست باشد ممکن است ما در تعریف مذهب به عنوان تکاپوی بشر برای یافتن معنای نهایی و غایی ملحق باشیم. جیمز از چشم انداز کفش نگری مذهب را عبارت از تأثرات و احساسات و رویدادهایی می داند که برای هر انسانی در عالم تنهایی و دور از همه بستگی ها روی می دهد. جیمز طرز فکر دینی را یک طرز فکر عاجزانه و فداکارانه می شناسد و معتقد است فرد اجباراً برای تصویب نسبت به آنچه که از آن بیم دارد به خدا روی می آورد.

در ادامه فصل دوم در مبحث همسرگزینی و تشکیل خانواده ازدواج زن و مرد مقدمه تشکیل خانواده و خانواده به عنوان یک سیستم در نظر گرفته شد. خانواده

درمانگری از زمان جنگ دوم جهانی شکل گرفت و از آن زمان تا کنون شیوه های مختلف خانواده درمانگری بر اساس ویژگی های شخصیتی و جهان بینی متفاوت نظریه پردازان مکاتب گوناگون به وجود آمد. در ابتدا از رویکردهای سنتی خانواده درمانی برای زوج درمانگری های استفاده می شد اما با اظهار نارضایتی متخصصان بالینی از رویکردهای قدیمی به تدریج رویکردهای جدید خانواده/زوج گری بر اساس پژوهش و آزمایش شکل گرفت.

از میان رویکردهای گوناگون خانواده/زوج درمانگری در این فصل به الگوی کار کرد و درمان خانوادگی مک ماستر اشاره شد که ۶ جنبه از کارکرد خانواده را درمان مدنظر قرار می دهد. سپس دو مرحله اصلی درمان سیستمی مشکل مدار

خانواده توصیف شده بعد الگوی منحنی اولسون و الگوی سیستمی بیورز بررسی شده و پنج سطح کارکرد خانواده بر اساس الگوی بیورز توضیح داده شد.

در مبحث الگوهای بالینین التقاطی ابتدا خانواده درمانی چند سطحی التقاطی فلدس مورد بررسی قرار گرفت و گفته شد که در این روش درمانگر با استفاده از یک دیدگاه جامع نگر القا به فرایند های میان فردی روانی، ترکیبی از روشهای روان پویایی، شناختی و رفتاری و سیستمی خانواده را به کار می برد.

در روی آمد خانواده درمانی التقاطی والش ارزشیابی توسط پنج عامل هدایت می شود که شامل عامل ساختار خانواده، عامل ارتباط و ادراک عامل مسئولیت نقش موضوعهای خانوادگی و پویایی های فردی شخصیت می باشد. روی آورد زناشویی درمانگری التقاطی نیکلز سومین رویکرد التقاطی بود که در این فصل مورد بررسی قرار گرفت. و گفته شد نیکلز شکلی از درمان زناشویی را ارائه می دهد که نه فقط رویکرد سیستمی را با رویکردهای روان تحلیل گری و رفتاری

ادغام می کند بلکه درک و شناخت همسر را با زیر منظومه سیستم زناشویی و خانواده یکی می سازد. در انتهای رویکرد های التقاطی، خانواده درمانگری التقاطی روان پویای متمرکز بر مشکل مورد بررسی قرار گرفت. که در آن ویل و رایت الگوی ساختاری مینوچین را با الگوی سیستم های متمرکز بر مشکل مک ماستر ترکیب کرده اند تا به کاوش آشکار درک و شناخت و ایجاد متعادل حیاتی در سیستم زناشویی یا خانوادگی بپردازد.

در بخش چهارم این فصل به نتایج پاره ای از یافته های پژوهشی در قلمرو خانواده/ زوج درمانگری اشاره و نتیجه شد که جستجو برای دستیابی به الگویی برای خانواده/ زوج درمانگری که در نظر مفهومی رشد یافته بر پژوهش باشد همچنان ادامه دارد.

در انتهای این فصل روش زوج درمانگری اسلامی به اختصار شرح داده شد و هدف از تدوین روش مذکور توسط پژوهشگر در اختیار گذاشتن روش بدیعی مبتنی بر روانشناسی اسلامی فرهنگ و باورهای دینی مردم ایران عنوان شد تا رواندرمانگران بتوانند مهارت های خویش را وسعت بخشند و عنوان برگرفته از مکاتب گوناگون را به موازات روش جدیدی که در پژوهش حاضر مورد آزمون قرار می گیرد بیاموزد.



فصل سوم: فرایندهای روش شناختی بررسی تجربی موضوع

در ادامه فصل های ۱ و ۲، اکنون در این فصل فرایند طرح تجربی به منظور مورد پژوهش بیان خواهد شد.

۱- انتخاب نمونه

هدف اصلی این تحقیق کشف اصولی است که در همه موارد صادق باشد، اما مطالعه تمامی جامعه به گونه ای است که به یک قاعده بیانجامد، اگر محال نباشد، دست کم عملی نیست. برخی از جامعه ها به اندازه ای بزرگ هستند که نمی توان مشخصات آنها را اندازه گرفت. زیرا قبل از اینکه اندازه گیری پایان پذیرد تغییر خواهد یافت.

خوشبختانه فرآیند نمونه گیری استخراج نتایج و استنباط قواعد کلی متغیر بر اساس مشاهده دقیق متغیرها در گروه نسبتاً کوچکی از جامعه میسر ساخته است (شریفی و طالقانی، ۱۳۷۹، ص ۲۳).

۱-۱ جامعه مورد بررسی

جامه شامل گروهی از افراد است که یک یا چند صفت مشترک دارند که این صفات مورد توجه محقق است. جامعه ممکن است همه افراد یک نوع خاص و یا

عده محدودتری و یا عده محدودتری از همان گروه را در بر می گیرد. (همان منبع، ص ۲۴).

جامعه آماری این پژوهش کلیه زن و شوهر هایی بودند که با یکدیگر اختلاف داشتند و از طریق اطلاعیه ای که در مرکز مشاوره و دانشکده های دانشگاه شهید بهشتی نصب شده داوطلب شرکت در این پژوهش شدند تا اختلافهای زناشویی آنها حل شود.

۲-۱ روش نمونه گیری

در این پژوهش چون دسترسی کل جامعه و نمونه گیری تصادفی ممکن نبود از روش نمونه گیری غیر احتمالی جامعه داوطلب استفاده شد. جامعه داوطلب ۳۴ زوج (۶۸ زن و شوهر) بود. بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به افراد دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

۳-۱ اندازه نمونه

برای گزینش نمونه بالینی مناسب در حین ثبت نام، ۳۴ زوج به پرسشنامه جهت گیری مذهبی خودشناسی و سازگاری زناشویی و همچنین به سوالات پاسخ دادند که اطلاعاتی در مورد پاره ای از مشخصان آنها به دست می داد. پس از استخراج نتایج و انجام مصاحبه بالینی با ۳۴ زوج داوطلب، از میان آنها ۱۴ زوج (۲۸ زن و شوهر) انتخاب شدند که از نظر سطح مذهبی، سن و تحصیلات، تعداد فرزندان طول مدت زندگی زناشویی میزان درآمد خانواده فاصله سنی زن و شوهر سطح خودشناسی و سازگاری زناشویی بیشترین تشابه را با یکدیگر داشتند و به بیماریهای شدید روانی نظیر اسکیزنر و فرنیسک و سایر حالات پسیکوتیک - نیز مبتلا

نبودند. پس از ردیف کردن نمرات ۱۴ زوج در پیش آزمونها زوج هایی که نمرات نزدیک به هم داشتند انتخاب و آزمودنیهای همتا شده به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه در هر دو گروه ۷ زوج اختصاص یافتند جدول ها و نمودارهای ۱-۳ و ۲-۳ مشخصات آزمودنی ها را نشان می دهد.

همانطور که جدول و نمودار ۱-۳ نشان می دهد طول مدت زناشویی گروه آزمایشی ۸/۱۴ و گروه گواه ۸ سال است میانگین تعداد فرزندان گروه آزمایشی ۱/۵۷ گروه گواه ۱/۷۱، و هر دو گروه در محدوده ۱ تا ۳ فرزند قرار دارند. میانگین سن زنها در گروه آزمایشی ۲۹ سال در محدوده ۲۳ تا ۴۴ سال قرار دارد، و میانگین سن زنها در گروه گواه ۳۰/۴۳ سال در محدوده ۲۸ تا ۴۷ سال قرار دارد. میانگین سن شوهرهای گروه آزمایشی ۳۴ سال در محدوده ۲۸ تا ۴۷ سال و میانگین سن شوهرهای گروه گواه ۳۵/۸۶ سال در محدوده ۲۸ تا ۵۰ سال قرار دارد. جدول شماره ۲-۳ تحصیلات و شغل آزمودنیها را در گروه آزمایشی و گواه نشان می دهد. همانطور که جدول مذکور نشان می دهد ۲۸/۶ درصد زنها و ۴۲/۹ درصد شوهرهای گروه آزمایشی دارای مدرک دیپلم هستند. در مورد زنهای گروه گواه ۲۸/۶ درصد آنها اما ۵۷/۶ درصد شوهرها دارای مدرک دیپلم هستند. از نظر دارا بودن مدرک لیسانس ۱۴/۳ درصد زنها و ۱۴/۳ درصد شوهرها چه در گروه آزمایشی و چه در گروه گواه این میزان از تحصیلات را دارا هستند. در گروه آزمایشی و گروه گواه هیچیک از زنها مدرک فوق لیسانس ندارند، اما ۴۲/۹ درصد شوهرها در گروه آزمایشی و ۲۸/۶ درصد آنها در گروه گواه دارای مدرک فوق لیسانس هستند.

از نظر اشتغال تعداد و درصد کارمندان زن چه در گروه آزمایشی چه در گروه گواه یکسان بوده و برابر ۵۷/۱ درصد است. اما این درصد در مورد شوهرهای دو گروه متفاوت است به گونه ای که ۴۲/۹ درصد شوهرها در گروه آزمایشی و ۵۷/۱ درصد آنها در گروه گواه کارمند هستند. از نظر تعداد و درصد دانشجویان زن گروه آزمایشی و گروه گواه یکسان هستند. یعنی در هر دو گروه ۴۲/۹ درصد زنها دانشجو هستند در حالی که هیچیک از شوهرها چه در گروه آزمایشی و چه در گروه گواه دانشجو نیستند و سرانجام از نظر مشاغل آزاد، هیچیک از زنهای گروه آزمایشی و گروه گواه شغل آزاد ندارند، اما ۵۷/۱ درصد شوهرها در گروه آزمایشی و ۴۲/۹ درصد آنها در گروه گواه دارای شغل آزاد هستند. نمودار ۴-۲ اطلاعات فوق را به تصویر کشیده شده است.

۲- ابزار و روش اجرای پژوهش

وسایل و ابزار اندازه گیری متغیرهای مورد نظر در این پژوهش عبارتند از: مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت، مقیاس سازگاری زناشویی دو عضوی اسپاینر و مقیاس خودشناسی. افزون بر این ها برای حل اختلاف زن و شوهرها زوج درمانگری اسلامی نیز استفاده شده است. در سطوری که در پی می آیند به شرح دقیق هر یک از ابزارها می پردازیم.

۱-۲ مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت

در این پژوهش به منظور تعیین میزان جهت گیری مذهبی بیرونی و درونی زوجها از مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت سود جستته ایم.

۱- معرفی آزمون

بر اساس نظریه آلپورت مذهب درونی، مذهبی فراگیر و دارای اصول سازمان یافته و درونی شده است. در حالی که مذهب برونی امری است خارجی و ابزاری که برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام را و امنیت مورد استفاده قرار می گیرد، منظور آلپورت از جهت گیری مذهبی درونی عبارت است از یک تعهد انگیزشی فراگیر که غایت و هدف است نه وسیله ای برای دستیابی به اهداف فردی. (جان بزرگی، ۱۳۷۸، صفحه ۴۹).

آلپورت وراس در سال ۱۹۵۰ این مقیاس را برای سنجش جهت گیری های درونی و بیرونی مذهب تهیه کردند. در مطالعات اولیه ای که بر این مبنای صورت گرفت، مشاهده گردید که همسبستگی جهت گیری برونی با درونی ۰/۲۱ است. (آلپورت وراس، ۱۹۶۷).

این آزمون در سال ۱۳۷۸ ترجمه و ناهنجاری یابی شده است. همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی باز آزمایشی آن ۰/۷۴ است. (مختاری، ۱۳۷۹، صفحه ۷۷).

در این مقیاس، گزینه های عبارات ۱ تا ۱۲، که جهت گیری مذهبی برونی را می سنجد از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق می باشند، به این صورت که گزینه اول (الف) کاملاً مخالف، گزینه دوم (ب) تقریباً مخالف، گزینه سوم (ج) را تقریباً موافق و گزینه چهارم (د) کاملاً موافق را تشکیل می دهد و در ۹ ماده بعدی یعنی شماره های ۱۳ تا ۲۱، که جهت گیری مذهبی درونی را اندازه گیری می کند، پاسخها برعکس است یعنی گزینه اول (الف) را کاملاً موافق، گزینه دوم (ب) را تقریباً موافق، گزینه سوم (ج) را تقریباً مخالف و گزینه چهارم (د) را کاملاً مخالف در بر می گیرد. (سگین، ۱۹۶۴).

۲- روش اجرای آزمون

این آزمون که شامل ۲۱ جمله است به آزمودنی داده می شود و پس از اطمینان بخشیدن به وی در حفظ و امانتداری پاسخهای ارائه شده از طرف آزمودنی، از او خواسته می شود با کمال صداقت، احساس و میزان تمایل خود به هر یک از عبارات را با علامت زدن و انتخاب یکی از گزینه ها مشخص کند به عنوان مثال در مقابل این عبارت که «فکر می کنم مذهب تنها در هنگام غمها و بدبختیها است که به من بیشترین آسودگی و آرامش را می بخشد»، آزمودنی یکی از چهار زیر گزینه را برای بیان احساس خود انتخاب می کند:

الف- کاملاً مخالفم

ب- تقریباً مخالفم

ج- تقریباً موافقم

د- کاملاً موافقم

این آزمون نیز محدودیت زمانی ندارد و به صورت گروهی اجرا می شود (سگین، ۱۹۶۴).

۳- روش تصحیح و نمره گذاری

این مقیاس بر مبنای نمره گذاری لیکرت نمره گذاری می شود که دامنه آن از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف می باشد و به پاسخها، نمره ۱ تا ۵ تعلق می گیرد، به این ترتیب که گزینه «الف» نمره یک می گیرد، گزینه «ب» نمره دو گزینه «ج» نمره چهار، گزینه «د» نمره پنج و عبارات بدون پاسخ نمره ۳ و جمع امتیاز جمله های ۱ تا ۱۲ میزان جهت گیری مذهبی برونی آزمودنی و مجموع نمرات عبارتهای ۱۳ تا ۲۱ نمره جهت گیری مذهبی درونی او را مشخص می نماید. به عنوان مثال در

جمله زیر که جهت گیری برونی فرد را تعیین می کند، نمره گذاری به این شکل است:

- هدف از طاعات مذهبی تأمین یک زندگی شاد و آرام است.

الف- کاملاً مخالفم ۱

ب- تقریباً مخالفم ۲

ج- تقریباً موافقم ۴

د- کاملاً موافقم ۵

و جمله زیر مربوط به عباراتی است که میزان جهت گیری درونی فرد را مشخص می کند.

و نمره گذاری به شکل زیر صورت می گیرد:

-برای من مهم است که اوقاتی از وقت خود را صرف تأمل و تفکر در مورد مذهب بکنم:

الف- کاملاً موافقم ۵

ب- تقریباً مخالفم ۴

ج- تقریباً موافقم ۲

د- کاملاً موافقم ۱

به گزینه هایی که آزمودنی به آنها پاسخ نداده است، نمره ۳ تعلق می گیرد و حداکثر نمره ای که آزمودنی می تواند در جهت گیری مذهبی برونی کسب کند

۶۰، در جهت گیری مذهبی درونی ۴۵ و در جهت گیری مذهبی کلی ۱۰۵ است (همان منبع). در پیوست الف مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت ارائه شده است.

۲-۲ مقیاس سازگاری زناشویی دو عضوی اسپانییر

در این پژوهش برای تعیین میزان سازگاری زناشویی زوجها از مقیاس سازگاری زناشویی دو عضوی اسپانیر استفاده کرده ایم.

۱- معرفی آزمون

مقیاس ۳۲ سوالی سازگاری دو عضوی اسپانیر (DAS) یک پرسشنامه خود سنجی و بسیار پر استفاده است که می توان به وسیله آن شاخص های کلی درمانگدگی زناشویی را تعیین کرد. مطالعات مربوط به پایایی و اعتبار این مقیاس همواره مثبت بوده و اسپانیر در سال ۱۹۷۶ ضریب همسانی درونی ۰/۹۶ و اعتبار بالایی برای این مقیاس پر استفاده گزارش می کند. (برنشتاین و همکاران به نقل از سهرابی، ۱۳۷۷، ص ۸۰).

در این مقیاس عبارات ۱ تا ۱۵ که توافق یا اختلاف نظر همسران را در کنترل امور مالی، تفریحی و مذهبی، ابراز محبت، دوستان، روابط جنسی، سنت گرایی، فلسفه زندگی، شیوه های برخورد با والدین، اهداف و آرزوها، مقدار زمانی که زن و شوهر با هم به سر می برند، اتخاذ تصمیم های مهم، وظایف خانه داری، علایق و فعالیت های اوقات فراغت و بالاخره تصمیم گیریهای شغلی می سنجد، دارای گزینه های ۶ درجه ای از همیشه موافق «پنج امتیاز» تا همیشه موافق «صفر امتیاز» است. در سوالات ۱۶ تا ۲۲ که مسائلی مانند بحث راجع به طلاق، ترک منزل پس از دعوا، خوش بینی نسبت به بهتر شدن اوضاع، اعتماد به همسر، پشیمان شدن از ازدواج، میزان دعوا و عصبانی کردن یکدیگر مورد ارزیابی می گیرد، گزینه های ۶ درجه ای به صورت همیشه «صفر امتیاز» تا هرگز «پنج امتیاز» است. گزینه های

سوال ۲۳ که راجع به بوسیدن همسر است، ۵ درجه ای و به صورت هر روز چهار امتیاز تا هرگز «صفر امتیاز» است. گزینه های سوال ۲۴ که انجام فعالیت های مورد علاقه همسر را در بیرون از منزل ارزیابی می کند، نیز ۵ درجه ای و به صورت در همه موارد «چهار امتیاز» تا در هیچ یک از موارد «صفر امتیاز» است.

در عبارات ۲۵ تا ۲۸ که مقوله هایی چون تبادل نظر هیجان انگیز با هم خندیدن باملايمت بحث کردن و با هم کار کردن مورد ارزیابی قرار می گیرد، گزینه ها ۶ درجه ای و به صورت هرگز «صفر امتیاز» تا بیشتر اوقات پنج امتیاز است. سوالات ۲۹ و ۳۰ که میزان خستگی در رابطه جنسی و عدم ابراز عشق و علاقه را می سنجد پاسخ بله «صفر امتیاز» و پاسخ خیر «یک امتیاز» را به خود اختصاص داده است. سوال ۳۱ دارای گزینه ۷ درجه ای و به صورت شدیداً ناخوشنود «صفر امتیاز» تا کاملاً خوشنود «شش امتیاز» است. این سوال میزان خوشنودی زن و شوهر ها را از روابط با یکدیگر به طور کلی می سنجد. سرانجام سوال ۳۲ شامل ۶ جمله است که احساس زن و شوهرها را در مورد آینده روابطشان ارزیابی می کند.

۲- روش اجرای آزمون سازگاری زناشویی

آزمون به آزمودنی داده می شود و پس از اطمینان بخشیدن به وی در محرمانه ماندن اطلاعاتی که از وی گرفته می شود از او خواسته می شود با دقت عبارات را بخواند و با کمال صداقت دور گزینه ای را که با احساس، فکر و وضعیت زندگی زناشویی وی بیشترین مطابقت را دارد دایره بکشد. به عنوان مثال به سوال ۱۷ که «چند بار با پس از دعوا منزل را ترک کرده اید؟» دور یکی از گزینه های زیر را که مناسب با وضعیت خود می داند دایره بکشد.

همیشه	بیشتر اوقات	کمی	بعضی اوقات	به ندرت	هرگز
0	1	2	3	4	5

این مقیاس محدودیت زمانی ندارد و هم به صورت انفرادی و هم به صورت گروهی قابل اجراست. باید از آزمودنیها خواست که هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارند.

۳- روش تصحیح و نمره گذاری

مقیاس سازگاری زناشویی دو عضوی اسپانیر بر اساس درجه بندی لیکرت نمره گذاری می شود. حداکثر نمره ای که آزمودنی می تواند در هر عبارت بگیرد در اکثر موارد ۵ فقط در سوال ۳۱، شش نمره و حداقل نمره صفر است. حداکثر نمره سازگاری در کل مقیاس ۱۵۱ و حداقل نمره صفر است.

گفتنی است هرچه نمره آزمودنی در این مقیاس بیشتر باشد سازگاری بیشتری با همسر خود دارد و برعکس. بدین ترتیب نمره کم بیانگر عدم سازگاری زناشویی است. در پیوست ب مقیاس سازگاری دو عضوی اسپانیر ارائه شده است.

۳-۲ پرسشنامه خود شناسی

برای اندازه گیری میزان خودشناسی آزمودنیها در این پژوهش از پرسشنامه خودشناسی سواد جسته ایم.

۱- معرفی آزمون

پرسشنامه خودشناسی که توسط ضیاءالدین رضاخانی در سال ۱۳۷۷ ترجمه و تنظیم شده یک پرسشنامه خودسنجی ۲۹ سوالی است. به وسیله این پرسشنامه می توان میزان خودشناسی آزمودنی را در کل و همچنین میزان شناخت وی را نسبت به حالت های خود در سه مقوله D / اطمینان به خود، G / خود والدینی، P / خود کودکانه ارزیابی کرد. روان شناسان پی برده اند که اعتبار خود انگاره یک فرد تابعی از سه عامل اساسی مذکور است که در سطور زیر به توضیح هر یک می پردازیم:

امتیاز D

این امتیاز نشانگر اختلاف اساسی بین ادراک آزمودنی از خود و ادراک دیگران از اوست. به عبارت ساده تر این امتیاز وجه تمایز آزمودنی را درباره خودش و نظر دیگران درباره وی را نشان می دهد. روانشناسان دریافته اند افرادی که به خود اطمینان ندارند، خود انگاره ضعیفی دارند و از درک تصویر ذهنی دیگران درباره خود ناتوانند. این افراد قدر و منزلت خود را نمی شناسند و خود را بی ارزش می پندارند. از طرف دیگر ممکن است چنین افرادی به علت عدم بلوغ فکری تصویر اغراق آمیزی از خود داشته باشند و خود را ارجمندتر و با منزلت تر از دیگران بدانند، اما به ندرت می توانند این تصویر را حفظ می کنند، زیرا میدان زندگی آنها را به مبارزه می طلبد و آنها را مجبور می کند تا نگاهی دوباره به خود داشته باشند. برای مثال فردی با هوشبهر متوسط که خود را نابغه می پندارد، وقتی در مقابل فردی با هوشبهر بالاتری قرار می گیرد در نمایش مهارتهای ذهنی خود در می ماند و نمی تواند این سند غیر قابل تردید را انکار کند و دچار احساس حقارت می شود. از طرف دیگر فردی با اعتماد به نفس پایین و خود انگاره ضعیف معمولاً گوشه گیری اختیار می کند و تصویر ذهنی اش را در بوته آزمایش قرار نمی دهد و به همین جهت احساس نابسندگی (حقارت) در وی تقویت می شود نمره بالا در این عامل نشانه عدم بلوغ، عدم اعتماد به نفس (خود انگارنده منفی) یا به عبارتی خود بالغانه منفی است.

امتیاز G

این امتیاز نشانگر پایداری احساسات گناه، ناتوانی و ترس از تنبیه دوران کودکی است. با بزرگ شدن و رشد شخصیت، کمال مطلوب آن است که بتوان افکار

کودکانه، عادات و الگوهای رفتاری آن دوران را کنار گذاشت. موفقیت در این زمینه نشان از بلوغ فرد دارد. در حالت دیگر اگر خود انگاره دوران کودکی حفظ شود، بدیهی است تفاوت فاحشی بین ادراک فرد از خود و ادراک دیگران از او وجود دارد. در دوران کودکی احساس وابستگی کامل و ناتوانی در مقابل احساس قدرت مطلق و فراطمینان به تناوب تجربه می شوند. امتیاز G مربوط به احساس گناه، ناتوانی و تنبیه است که به علت امر و نهی والدین در ذهن نقش می بندد، نمره بالا در این عامل نشانه اسارت آزمودنی در قید و بندهای گذشته یه به عبارت دیگر خود سرزنشگری نابجا (خود والدینی منفی) است.

امتیاز P

این امتیاز نشانه پایداری احساسات کودکانه قدرت مطلق و غیر واقعی است. از آنجا که کودکان در سال های اولیه زندگی خود کم و بیش به طور کامل مورد حمایت قرار می گیرند، به صورت ناهشیار این احساس را به دست می آورند که دنیا به طور کامل تحت اراده آنان است. همین امر به پندار خیالی قدرت منجر می شود و این باور در کودک شکل می گیرد که آرزو ها و رویاهای او بلافاصله برآورد خواهد شد. با پا گذاشتن به سنین نوجوانی و بلوغ این اوهام درهم می شکند. اما همه افراد به گونه ای پیوندشان را با گذشته حفظ می کنند و شاید خاطرات آن دوران را که قدرت مطلق داشتند در ذهن خود زنده نگاه دارند. به هر حال هر چه این پیوند در فرد قوی باشد خود انگاره او عینیت کمتری می یابد و خود کودکانه وی قوی تر خواهد بود. نمره بالا در این مقوله نشانگر خود کودکانه منفی یعنی کودک ماندگی آزمودنی خواهد بود.

۲- روش اجرای پرسشنامه

پس از دادن پرسشنامه به آزمودنی و اطمینان بخشیدن به وی از نظر محرمانه ماندن پاسخهایش به پرسشنامه، از وی خواسته می شود جملات پرسشنامه را به دقت بخواند و گزینه ای را که بیشترین مطابقت را با او دارد علامت بزند. و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارد. مثلاً در پاسخ به سوال پرسشنامه که «آیا احساس می کنید که دیگران قدر خصایص خوب شما را نمی دانند؟» یکی از گزینه های زیر را علامت بزند:

- الف - خیر ب - گاهی ج - اغلب

۳- روش تصحیح و نمره گذاری

حداکثر نمره ای که آزمودنی می تواند در هر عبارت بدست آورد نمره ۲ و در کل پرسشنامه نمره ۵۸ و حداقل نمره صفر است. حداکثر نمره در سه عامل اساسی خود شناسی: D / خود بالغانه، G / خود والدینی، P / خود کودکانه به ترتیب عبارت از ۱۸، ۱۸ و ۲۲ است. نمره زیاد در کل آزمون نشانگر عدم خودشناسی و در هر یک از سه عامل D و G و P به ترتیب نشانگر خود بالغانه، خود والدینی، و خود کودکانه منفی است. نمره «۴-۰» در D نشانگر بلوغ فرد متناسب منطقی بین ادراک وی از خودش و ادراک دیگران از وی می باشد. نمره «۴-۰» در G نشانگر خود والدینی متناسب است که مشخص می کند آزمودنی کاملاً از احساس گناه دوران کودکی رها شده و خودانگاره وی متناسب با تصاویر ذهنی دیگران از او می باشد. نمره «۴-۰» در P نشانه خود کودکانه متناسب آزمودنی و رهایی متعادل او از پیوندهای اوهم و تمایلات غیر واقعی کودکی می باشد.

نمره کل آزمودنی و مقیاس خود شناسی از جمع نمره سه عامل مذکور به دست می آید. اگر این نمره بین «۰-۱۵» باشد نشان می دهد که اعتماد به نفس و خودشناسی آزمودنی در حد مطلوب است و خود انگاره او و تصویر ذهنی دیگران از او بسیار نزدیک به هم است. در پیوست پ پرسشنامه خودشناسی، کلید تصریح و محاسبات آلفای کرونباخ برای تعیین ضریب همسانی درونی که برابر ۰/۷۸ بود ارائه شده است.

۲-۴ روش زوج درمانگری اسلامی

روش زوج درمانگری اسلامی که توسط پژوهشگر برای خود شناسی و هشیاری به حالت های خود زوجها تدوین شده است. در سه مرحله در طی ۱۰ جلسه دو ساعته اجرا گردید. مرحله اول مرحله آماده سازی برای شناخت حالتهای نفس/ خود، مرحله دوم مرحله اکتساب و تمرین مهارتهای ایمانی برای رسیدن به نفس مطمئنه و خودسازی از طریق آموزش ۱۰ اصل به زوجها و مرحله سوم مرحله کاربرد و پیگیری مستمر مهارتهای آموخته شده است. در پیوست ت شرح کامل روش زوج درمانگری اسلامی گزارش شده است.

در این پژوهش ۱۴ زوج (۲۸ زن و شوهر) طبق شرحی که در قسمت ۱-۳ این فصل ارائه شده به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه اختصاص یافتند. سه آزمون جهت گیری مذهبی، سازگاری دو عضوی و خود شناسی را زوجهای هر دو گروه یکبار قبل از اجرای زوج درمانگری و (عمل آزمایشی) تکمیل کردند. سپس روش زوج درمانگری اسلامی فقط در مورد ۷ زوج (۱۴ آزمودنی) گروه آزمایشی اجرا شد. ۷ زوج گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکرد و به آنها گفته شد، در

حال حاضر به دلیل کمبود امکانات لازم است در فهرست افراد منتظر درمان باقی بمانند. برای اطمینان از مراجعه بعدی آنها به منظور اجرای پس آزمونها به آنها گفته شد لازم است به محض اطلاع دادن به آنها به درمانگر مراجعه کنند تا با اجرای مجدد آزمونها اندازه گیری های قابل اعتمادی از میزان مشکلات زندگی زناشویی آنها به دست آید.

پس از اجرای زوج درمانگری اسلامی، ارزیابی های بعد از زوج درمانگری با همان پرسشنامه ها مجدداً در مورد زوجهای دو گروه انجام شد و اطلاعات قبل و بعد از عمل آزمایشی جمع آوری گردید.

۳- طرح پژوهش و روش های آماری

۱-۳ معرفی طرح های پژوهش

طرح این پژوهش از نوع طرح های شبه آزمایشی است، «شبه» است، زیرا انتخاب آزمودنیها به صورت تصادفی نبوده بلکه از میان زوجهای داوطلب بوده است. «آزمایشی» است، زیرا تأثیر روش زوج درمانگری اسلامی را به عنوان متغیر مستقل در متغیر وابسته که خودشناسی، سازگاری زناشویی و جهت گیری مذهبی است، برای کشف روابط علت و معلولی مورد بررسی قرار می دهد. طرح های آزمایشی یکی از صحیح ترین و قوی ترین روشهای کشف حقایق و گسترش علم هستند. در این طرح ها پژوهشگر می تواند محرکها، روشها یا شرایط محیطی را دستکاری کند تا چگونگی تغییرات را در شرایط یا رفتار گروه نمونه مطالعه و بررسی نماید.

۲-۳ روش های آماری تحلیل داده ها

پس از استخراج داده ها و وارد کردن آنها در کامپیوتر، با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل داده ها از طریق محاسبه کلیه میانگین ها، انحراف معیارها، ضرایب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس تکرار سنجش، آزمون t، آزمون توکی، رسم جدول و نمودار صورت گرفت. سطح معناداری برای آزمون فرضیه های پژوهش را ۰/۵ برگزیدیم.

۴- خلاصه

در این فصل تحت عنوان فرآیند روش شناختی بررسی تجربی موضوع، نخست در مبحث انتخاب نمونه، جامعه مورد بررسی، روش نمونه گیری و اندازه نمونه را توصیف کردیم سپس در مبحث ابزارها و روش اجرای پژوهش به معرفی، روش اجرا، تصحیح و نمره گذاری سه آزمون جهت گیری مذهبی آلپورت، سازگاری دو عضوی اسپانیر و خودشناسی پرداختیم. بعد روش زوج درمانگری اسلامی را مطرح کردیم و سرانجام در پایان فصل به طرح پژوهش و روش های آماری تحلیل داده ها اشاره نمودیم.

اکنون در ادامه این فصل در فصل چهارم به ارائه و تحلیل یافته های توصیفی و تحلیل نتایج در چهارچوب فرضیه ها خواهیم پرداخت.

فصل چهارم:

ارائه و تحلیل نتایج کمی

در این فصل نتایج کمی در دو بخش به صورت یافته ها و توصیفی و ۲) یافته های مربوط به بررسی نتایج در چهارچوب فرضیه ها ارائه می شود. برای انجام کلیه محاسبات از برنامه آماری کامپیوتری برای علوم اجتماعی ۱ و از برنامه کامپیوتری اکسل ۲ نیز برای رسم نمودارها سود جسته ایم.

۱- یافته های توصیفی

یافته های توصیفی پژوهش به ترتیب مراحل آزمایش (پیش آزمون- پس آزمون) در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه و هر گروه در مقایسه با خودش ارائه می شوند.

در جدول ۴-۱ یافته های توصیفی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه قبل از زوج درمانگری اسلامی ارائه شده است. یافته های جدول مذکور نشان می دهد که قبل از زوج درمانگری اسلامی میانگین نمره های گروه آزمایشی و گروه گواه بسیار به هم نزدیک است. میانگین مذهب پیرونی در گروه آزمایشی ۳۴/۴۳ در

¹ - Statistocal Package for social science (SPSS)

² - Excel

دامنه ۱۸ تا ۴۱ و در گروه گواه ۳۴/۳۶ در دامنه ۲۵ تا ۴۳ و تفاوت میانگین ها ۰/۰۷ می باشد.

میانگین مذهب درونی در گروه آزمایشی ۳۰/۵ در دامنه ۲۴ تا ۳۸ و در گروه گواه ۳۲ در دامنه ۲۴ تا ۳۷ و تفاوت میانگین ها ۱/۵ می باشد. میانگین جهت گیری مذهبی کل در گروه آزمایشی ۶۵/۶۴ در دامنه ۵۲ تا ۷۳ و در گروه گواه ۶۶/۰۷ در دامنه ۵۸ تا ۷۲ با اختلاف میانگین ۰/۴۳ است.

میانگین سازگاری زناشویی گروه آزمایشی بر اساس یافته های جدول ۴-۱ برابر ۷۸/۵ در دامنه ۵۰ تا ۱۰۱ و در گروه گواه ۷۹/۷۱ در دامنه ۵۳ تا ۱۰۷ و تفاوت میانگین های دو گروه در این متغیر قبل از زوج درمانگری های اسلامی برابر ۱/۲۱

می باشد. میانگین نمره خود بالغانه منفی در گروه آزمایشی ۱۱/۸۶ در دامنه ۹ تا ۱۴ و در گروه گواه ۱۲/۴۳ در دامنه ۱۰ تا ۱۵ و تفاوت میانگین ها ۰/۵۷ است.

میانگین خدوالدینی منفی در گروه آزمایشی ۱۱/۵ در دامنه ۸ تا ۱۵ و در گروه گواه ۱۱/۰۷ و در دامنه ۸ تا ۱۴ و تفاوت میانگین ها ۰/۴۳ است. میانگین خودکودکانه

منفی در گروه آزمایشی ۱۳ در دامنه ۱۰ تا ۱۴ و در گروه گواه ۱۲/۵۷ در دامنه ۱۰ تا ۱۵ و تفاوت میانگین ها ۰/۴۳ است. میانگین خود شناسی منفی در گروه آزمایشی

۳۶/۳۶ در دامنه ۳۱ تا ۴۲ و گروه گواه ۳۶/۰۷ در دامنه ۳۱ تا ۴۱ و تفاوت میانگین ها ۰/۲۹ است.

یافته های توصیفی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه قبل از زوج درمانگری اسلامی در نمودار ۴-۱ به تصویر کشیده شده است.

جدول ۴-۲ یافته های توصیفی گروه آزمایشی را در مقایسه با گروه گواه بعد از زوج درمانگری اسلامی نشان می دهد. در این جدول نمره میانگین مذهب بیرونی

گروه آزمایشی ۳۷/۴۳ در دامنه ۳۰ تا ۴۳ و میانگین مذهب بیرونی گروه گواه
۳۴/۷۱ در دامنه ۲۶ تا ۴۱ و تفاوت میانگینهای دو گروه در جهت گیری مذهبی
بیرونی ۲/۷۲ می باشد. نمره میانگین جهت گیری مذهبی درونی گروه آزمایشی
۴۱/۷۹ در دامنه ۳۹ تا ۴۴ و نمره میانگین گروه گواه در این متغیر ۳۱/۳۶ در دامنه
۲۵ تا ۳۸ و تفاوت میانگین ها ۱۰/۴۳ است. از نظر جهت گیری مذهبی کل نمره
میانگین گروه آزمایشی بعد از اجرای زوج درمانگری اسلامی در مورد آنها ۷۹/۲۱
در دامنه ۷۰ تا ۸۷ و گروه گواه ۶۵/۷۱ در دامنه ۵۷ تا ۷۳ و تفاوت میانگین دو
گروه ۱۳/۵ می باشد نمره میانگین سازگاری زناشویی گروه آزمایشی بعد از زوج
درمانگری اسلامی ۱۲۳/۵۷ در دامنه ۱۰۹ تا ۱۳۹، گروه گواه ۷۹/۲۱ در دامنه ۵۰ تا
۱۰۶ تفاوت میانگینهای دو گروه بعد از زوج درمانگری اسلامی در سازگاری
زناشویی ۴۴/۳۶ است.

نمره میانگین گروه آزمایشی بعد از اجرای روش زوج درمانگری اسلامی در متغیر
خود بالغانه منفی / D ۵/۲۹، در دامنه ۴ تا ۷، گروه گواه ۱۲/۴۳ در دامنه ۹ تا ۱۵
تفاوت میانگین های دو گروه ۷/۱۴- است. نمره میانگین گروه آزمایشی در
خود والدینی منفی / G ۸/۰۷ در دامنه ۵ تا ۱۱، گروه گواه ۱۱/۱۴ در دامنه ۸ تا ۱۴
و تفاوت میانگین ها ۳/۰۷- است. نمره میانگین گروه آزمایشی در خودکودکانه
منفی / \bar{P} ۸/۶۴ در دامنه ۵ تا ۱۳، گروه گواه ۱۲/۲۱ در دامنه ۱۰ تا ۱۴ و تفاوت
میانگینهای دو گروه در این متغیر پس از اجرای عمل آزمایشی ۳/۵۷- می باشد.
نمره میانگین خودشناسی منفی در گروه آزمایشی ۱۲/۸۶ در دامنه ۱۷ تا ۲۷ و گروه
گواه ۳۵/۷۹ در دامنه ۳۱ تا ۴۲ و تفاوت میانگین های گروه آزمایشی و گروه گواه
در این متغیرها ۲۲/۹۳- می باشد.

یافته های توصیفی دو گروه بعد از زوج درمانگری اسلامی در نمودار ۴-۲ به تصویر کشیده شده است. جدول ۴-۳ مربوط به یافته های توصیفی گروه آزمایشی در مرحله ۱ قبل از اجرای زوج درمانگری اسلامی در مقایسه با مرحله ۲ بعد از اجرای زوج درمانگری اسلامی در مورد آنهاست. همانطور که مشاهده می شود تفاوت میانگین های گروه آزمایشی در مرحله ۱ و ۲ در مذهب بیرونی ۳، در مذهب درونی ۱۱/۲۹، در مذهب کل ۱۳/۵۷، در سازگاری زناشویی ۴۵/۰۷، در خود بالغانه منفی ۶/۵۲، در خود والدینی منفی ۳/۴۳، در خودکودکانه منفی ۴/۳۶ و در خودشناسی منفی ۲۳/۵ است، که نشان دهنده تفاوت محسوس در متغیرهای فوق پس از اجرای عمل آزمایشی در مورد گروه آزمایشی است معنی داری این تفاوتها در قسمت مربوط به تحلیل نتایج در چهارچوب فرضیه ها مورد آزمون قرار می گیرد. نمودار ۴-۳ نیز این تفاوتها را به تصویر کشیده است.

جدول ۴-۴ مربوط به یافته های توصیفی گروه گواه در مرحله ۱ قبل از عمل آزمایشی و ۲ بعد از عمل آزمایشی است. تفاوت میانگین های گروه گواه در مرحله ۱ و ۲ در مذهب بیرونی ۰/۳۵، در مذهب درونی ۰/۶۴، در مذهب کل ۰/۳۶، در سازگاری زناشویی ۰/۵، در خودبالغانه منفی «۰» در خود والدینی منفی ۰/۰۷، در خودکودکانه منفی ۰/۳۶ و در خودشناسی منفی ۰/۲۸ می باشد. این تفاوتها در نمودار ۴-۴ به تصویر کشیده شده است.

۲- یافته های مربوط به تحلیل نتایج در چهارچوب فرضیه ها پژوهش حاضر شامل ۶ فرضیه است که در این قسمت تمامی این فرضیه ها مورد آزمون قرار گرفته و نتایج آن ارائه شده است.

آزمودن فرضیه ۱

روش زوج درمانگری اسلامی خود شناسی، جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی زوجهای ناسازگار را نسبت به قبل از زوج درمانگری و در مقایسه با گروه گواه افزایش می دهد.

برای آزمودن این فرضیه نخست از تحلیل پراکندگی چند عاملی تکرار سنجش برای مقایسه میانگین های دو گروه قبل و بعد از عمل آزمایشی سود جسته ایم، سپس در کلیه مواردی که F معنی دار بوده است، تمام مقایسه های ممکن بین میانگین ها را $\frac{k(k-1)}{2}$ با استفاده از آزمون بعد از تجربه ۱ توکی ۲ و رسم نمودار

انجام داده ایم. نتایج این قسمت در ۳ بخش به صورت زیر ارائه خواهند شد:

الف) تأثیر زوج درمانگری اسلامی بر خود شناسی و مؤلفه های آن در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در مرحله قبل و بعد از درمانگری (جدول و نمودار ۴-۵، ۴-۶ و نمودارهای ۴-۷ الی ۴-۱۳).

ب) تأثیر زوج درمانگری اسلامی بر جهت گیری مذهبی و مؤلفه های آن در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در مرحله قبل و بعد از درمانگری (جدول ۴-۷، ۴-۸ و نمودارهای ۴-۱۴ الی ۴-۲۱).

پ) تأثیر زوج درمانگری اسلامی بر سازگاری زناشویی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در مرحله قبل و بعد از درمانگری (جدول ۴-۹ نمودارهای ۴-۲۲ الی ۴-۲۴)

¹ - Post - Hoc

² - Honestly significant difference

الف) تأثیر روش زوج درمانگری اسلامی بر خودشناسی و مؤلفه های آن: در این بخش خودشناسی و مؤلفه های آن (\bar{D} و \bar{G} و \bar{P}) در مرحله پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون به تفکیک گروه آزمایشی و گروه گواه با استفاده از تحلیل پراکندگی تکرار سنجش مورد بررسی قرار گرفته است. برای آزمون این بخش از فرضیه ۱ لازم است به بررسی نتایج جدول و نمودار ۴-۵ پردازیم.

مقایسه ارزش F گروهها (۳۹/۲۸) در جدول ۴-۵ با نقطه بحرانی توزیع F (۴/۲۲) با درجه آزادی ۱ و ۲۶ بر تفاوت معنی دار بین دو گروه در خودشناسی و مؤلفه های آن در سطح ۹۵ اطمینان دلالت دارد. لذا فرض صفر رد شده و معنی داری اثر اصلی عامل A مشخص می شود. بر مبنای همان ملاک مقایسه F مراحل اندازه گیری (۲۴۸/۶۹) و مقایسه F اثر تعاملی گروهها و مراحل اندازه گیری (۲۸۵/۹۸) بر معنی دار بودن تفاوت حداقل دو میانگین از میانگین های پس آزمون و پیش آزمون گروهها و بر معنی دار بودن تفاوت اثر ترکیبات معینی از سطوح متغیر « A » و « C » با اثر ترکیبات دیگر این دو متغیر در سطح ۹۵ درصد اطمینان و بیشتر دلالت دارد. لذا فرض صفر رد می شود و نتیجه می شود که اثر اصلی C و اثر تعاملی AC معنی دار است. (نمودار ۴-۶).

مقایسه ارزش F خودشناسی و مؤلفه های آن (۱۵۹۰/۹۹) و نیز تعامل این عوامل با گروهها (۲۱/۹۵) با نقطه بحرانی F (۲/۷۲) با درجه آزادی ۳ و ۷۸ بر معنی دار بودن تفاوت حداقل ۲ میانگین از ۴ میانگین مؤلفه های خودشناسی خودشناسی و تفاوت اثر ترکیبات معینی از سطوح متغیر A و B با اثر ترکیبات دیگر این دو متغیر در سطح ۹۵ درصد اطمینان و بیشتر دلالت دارد. لذا فرض صفر رد می شود

و نتیجه می شود: (۱) تفاوت میانگین های اثر اصلی عامل B (مؤلفه های خودشناسی) حداقل در پاره ای از مؤلفه ها معنی دار است و (۲) ترکیبات مختلف عوامل خودشناسی با گروه ها اثر های متفاوت و معنی داری پدید می آورد (نمودار ۴-۷).

مقایسه اثر تعاملی مؤلفه های خود شناسی با مرحله پیش آزمون و پس آزمون (۴۷/۴۲) با نقطه بحرانی توزیع F (۲/۷۲) با درجه آزادی ۳ و ۷۸ بر معنی دار بودن تفاوت اثر ترکیبات معینی از سطوح متغیر «B و C» با ترکیبات دیگر این در متغیر در سطح ۹۵ درصد اطمینان و بیشتر دلالت دارد. بر مبنای همان ملاک، F مربوط به تعامل گروهها با مؤلفه های خودشناسی و اثر این تعامل با مراحل اندازه گیری (۵۵/۰۹) با درجه آزادی ۳ و ۷۸ در سطح ۹۵ درصد اطمینان و بیشتر معنی دار است و نتیجه می شود که اثر تعاملی BC و اثر تعاملی ABC معنی دار است. (نمودار ۴-۸).

چون اثر تعاملی AC و AB و BC و ABC معنی دار است لذا با استفاده از روش توکی و رسم نمودار معنی دار بودن تفاوت اثر ترکیبات مختلف سطح سه متغیر AC و AB، BC و ABC یا عبارت دیگر میانگین خانه های داخل طرح مورد بررسی و تفسیر قرار گرفته و بدین دلیل اثر اصلی متغیر A و B و C مورد آزمایش قرار نگرفته است.

اثر تعاملی AC متغیر خود شناسی و مؤلفه های آن

در تعامل گروهها (گروه آزمایشی a1، گروه گواه a2) با مراحل اندازه گیری (پیش آزمون C1، پس آزمون C2) با ۴ مؤلفه خودشناسی، محاسبه ارزشها q بر اساس معیار توکی و مقایسه آن با نقطه بحرانی $q0/95(r, 26)\sqrt{nmSE}$ با استفاده از

برنامه Post-Hoc نرم افزار SPSS صورت گرفته و نتایج در جدول و نمودار ۶-۴ ارائه شده است:

همانطور که در نمودار ۵-۴ و جدول ۶-۴ مشاهده می شود تفاوت میانگین های گروه آزمایشی قبل از درمانگری (a_{1c1}) با گروه آزمایشی بعد از درمانگری (a_{1c2}) بر اساس معیار توکی (۷/۱۶) و نمودار ۹-۴ تفاوت میانگین های گروه آزمایشی بعد از درمانگری (a_{1c2}) با گروه گواه قبل از درمانگری (a_{2c1}) و با گروه گواه بعد از درمانگری (a_{2c2}) بر اساس معیار توکی (۶/۷۳ و ۶/۹۸) و نمودار ۵-۴ در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی دار است. بر مبنای همان ملاک تفاوت میانگینهای گروه گواه قبل از عمل آزمایشی a_{2c1} و بعد از عمل آزمایشی a_{2c2} با خودش (نمودار ۴-۱۰) و با گروه آزمایشی قبل از عمل آزمایشی (a_{1c1}) معنی دار نیست. لذا فرض صفر رد می شود و نتیجه می شود که زوج درمانگری اسلامی تأثیرات معنی داری بر خود شناسی و مؤلفه های آن در گروه آزمایشی داشته است.

اثر تعاملی AB متغیر خود شناسی

در تعامل گروهها (گروه آزمایشی a_1 ، گروه گواه a_2) با خودشناسی و مؤلفه های آن b_1 و b_2 و b_3 و b_4 در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون با محاسبه ارزشهای q بر اساس معیار توکی و مقایسه آن با نقطه بهرانی $q_{0.95(r,78)}\sqrt{nmSE}$ مشخص شد که تفاوت میانگین های گروه آزمایشی در مرحله قبل از عمل آزمایشی a_{1c1} با میانگین های گروه گواه قبل (نمودار ۴-۱۰ و ۴-۱۱) و بعد از عمل آزمایشی در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی دار نیست.

بر مبنای همان ملاک تفاوت میانگین های گروه آزمایشی بعد از عمل آزمایشی با خودش قبل از عمل آزمایشی (نمودار ۴-۹) و با گروه گواه قبل و بعد از عمل

آزمایشی (نمودار ۴-۱۲)، معنی دار است. نمودار ۴-۵ تأثیر زوج درمانگری اسلامی را بر خود شناسی و مؤلفه های آن در گروه آزمایشی نسبت به خودش قبل از عمل آزمایشی و نسبت به گروه گواه قبل و بعد از عمل آزمایشی در یک تصویر نشان می دهد.

اثر تعاملی BC متغیر خودشناسی و مؤلفه های آن

در تعامل مؤلفه های خودشناسی (خودبالغانه منفی b_1 و خود والدینی منفی b_2 و خود کودکانه منفی b_3 و خود شناسی منفی b_4) با مراحل آزمایش (پیش آزمون C_1 و پس آزمون C_2) محاسبه ارزشهای q بر اساس معیار توکی و مقایسه آن با نقطه بحرانی $q_{0/95}(r,78)\sqrt{nmSE}$ بر معنی دار بودن تفاوت میانگین های خودشناسی و مؤلفه های آن در دو مرحله پیش آزمون در مقایسه با مرحله پس آزمون در سطح ۹۵ درصد اطمینان دلالت دارد. این اثر تعاملی در نمودار ۴-۱۳ میتوان مشاهده کرد.

اثر تعاملی AbC متغیر خودشناسی

بر اساس معیار اثر تعاملی A (گروه آزمایشی a_1 ، گروه گواه a_2) با خودشناسی و مؤلفه های آن (b_1 و b_2 و b_3 و b_4) و با مراحل عمل آزمایشی (پیش آزمون C_1 و پس آزمون C_2) در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی دار است. این اثر تعاملی در نمودار ۴-۱۸ ارائه شده است.

ب) تأثیر زوج درمانگری اسلامی در جهت گیری مذهبی و مؤلفه های آن: در قسمت ب فرضیه اول نیز با استفاده از تحلیل پراکنندگی تکرار سنجش جهت گیری مذهبی و مؤلفه های آن (جهت گیری مذهبی بیرونی، جهت گیری مذهبی درونی)

به تفکیک گروهها و مراحل آزمایشی مورد آزمون قرار گرفته است و نتایج در جدول ۴-۷ و نمودارهای ۴-۱۴ الی ۴-۲۱ ارائه شده است.

مقایسه ارزش F گروهها (۱۲/۲۶) در جدول ۴-۷ با نقطه بحرانی توزیع F (۴/۲۲)

با درجه آزادی ۱ و ۲۶ بر تفاوت معنی دار بین دو گروه در جهت گیری مذهبی و

مؤلفه های آن در سطح ۹۵ درصد اطمینان دلالت دارد. بر مبنای همان ملاک

مقایسه ارزش F مراحل اندازه گیری (۱۰۳/۱۷) در مقایسه f تعاملی گروهها و

مراحل اندازه گیری (۱۰۳/۱۷) بر معنی دار بودن تفاوت حداقل دو میانگین از

میانگینهای پس آزمون و پیش آزمون و بر معنی دار بودن اثر ترکیبات معینی از

سطوح متغیر «A و C» با اثر ترکیبات دیگر این دو متغیر در سطح ۹۵ درصد

اطمینان و بیشتر دلالت دارد. لذا فرض صفر رد می شود و نتیجه می شود که اثر

اصلی A و C و ... و اثر تعاملی AC معنی دار است (نمودار ۴-۱۴ و ۴-۱۵).

مقایسه ارزش F جهت گیری مذهبی و مؤلفه های آن (۱۰۸۵ /۹) و نیز تعامل این

عوامل با گروهها (۳/۴۳) با نقطه بهرانی F (۲/۷۲) با درجه آزادی ۳ و ۷۸ بر معنی

دار بودن تفاوت حداقل دو میانگین از سه میانگین جهت گیری مذهبی و تفاوت

اثر ترکیبات معینی از سطوح متغیر A و B با اثر ترکیبات دیگر این دو متغیر در

سطح ۹۵ درصد اطمینان و بیشتر دلالت دارد. لذا فرض صفر رد می شود و نتیجه

می شود: (۱) تفاوت میانگین های اصلی جهت گیری مذهبی (عامل B) حداقل در

پاره ای از مؤلفه های آن معنی دار است، (۲) ترکیبات مختلف مؤلفه های جهت

گیری مذهبی با گروه ها اثرهای متفاوت و معنی دار ایجاد می کند. (نمودار ۴-

۱۶).

مقایسه F اثر تعاملی مؤلفه های جهت گیری مذهبی با مرحله پیش آزمون و پس آزمون (۴۳/۸۷) با نقطه بحرانی توزیع F (۲/۷۲) با درجه آزادی ۳ و ۷۸ نشان دهنده تفاوت معنی دار اثر ترکیبات معینی از سطوح متغیر «B و C» با ترکیبات دیگر این دو متغیر در سطح ۹۵ درصد اطمینان و بیشتر است (نمودار ۴-۱۷)، بر مبنای همان ملاک، F تعامل گروهها با مؤلفه های جهت گیری مذهبی و اثر این تعامل با مراحل اندازه گیری (۳۸/۰۳) با درجه آزادی ۳ و ۷۸ در سطح ۹۵ درصد اطمینان و بیشتر معنی دار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت اثر تعاملی BC و اثر تعاملی ABC معنی دار است. (نمودار ۴-۱۶).

چون اثر تعاملی AC و AB و BC و AbC معنی دار است. بنابراین با استفاده از روش توکی و رسم نمودار معنی دار بودن تفاوت اثر ترکیبات مختلف سطوح سه متغیر AC و AB و BC و AbC یا به عبارت دیگر میانگین های خانه های داخل طرح مورد بررسی و تفسیر قرار گرفته است و بدین دلیل اثر اصلی سه متغیر A و B و C مورد بررسی قرار نگرفته است.

اثر تعاملی AC جهت گیری مذهبی و مؤلفه های آن در تعامل گروهها (گروه آزمایشی a1، گروه گواه a2) با مراحل اندازه گیری (پیش آزمون C1، پس آزمون C2) با سه مؤلفه جهت گیری مذهبی محاسبه ارزشها q بر اساس معیار توکی و مقایسه آن با نقطه بحرانی $q0/95(r,26)\sqrt{nmSE}$ و رسم نمودار صورت گرفته و نتایج در جدول ۴-۸ ارائه شده است:

همانگونه که در جدول ۴-۸ و نمودار ۴-۱۴ نمایانگر است تفاوت میانگین های گروه آزمایشی قبل از درمانگری (a1c1) با گروه آزمایشی بعد از درمانگری (a1c2)

بر اساس معیار توکی (۹/۰۵-) و نمودار ۴-۱۴ و تفاوت میانگین های گروه آزمایشی قبل از درمانگری (a_{1c1}) با گروه گواه بعد از درمانگری بر اساس معیار توکی (۸/۶۷ و ۸/۶۷) و نمودار ۴-۱۴ و ۴-۱۵ و ۴-۱۶ در سطح ۹۵ درصد اطمینان و بیشتر معنی دار است. بر مبنای همان ملاک تفاوت میانگینهای گروه گواه قبل از عمل آزمایشی a_{2c1} و بعد از عمل آزمایشی a_{2c2} با خودش (نمودار ۴-۱۷) و با گروه آزمایشی قبل از عمل آزمایشی معنی دار نیست (نمودار ۴-۱۴) لذا فرض صفر رد می شود و نتیجه می شود که زوج درمانگری اسلامی تأثیرات معنی داری بر جهت گیری برونی، درونی و کلی مذهبی در گروه آزمایشی ایجاد کرده است.

اثر تعاملی AB جهت گیری مذهبی و مؤلفه های آن

در تعامل گروهها (گروه آزمایشی a_1 ، گروه گواه a_2) با جهت گیری مذهبی و مؤلفه های آن (b_1 و b_2 و b_3) در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون با محاسبه ارزشهای q بر اساس معیار توکی و مقایسه آن با نقطه بحرانی $q_{0.95}(r, 78) \sqrt{nmSE}$ این نتیجه حاصل شد که تفاوت میانگین های گروه آزمایشی در مرحله قبل از عمل آزمایش a_{1c1} با میانگین های گروه گواه قبل (نمودار ۴-۱۷ و ۴-۱۸) و بعد از عمل آزمایشی (نمودار ۴-۱۴) در سطح ۹۵ درصد اطمینان و بیشتر معنی دار نیست.

بر مبنای همان ملاک تفاوت میانگین های گروه آزمایشی بعد از عمل آزمایشی با خودش قبل از عمل آزمایشی (نمودار ۴-۱۹) و با گروه گواه قبل و بعد از آزمایش (نمودار ۴-۲۰) معنی دار است. نمودار ۴-۱۴ تأثیر زوج درمانگری اسلامی را بر جهت گیری برونی و درونی و کلی در گروه آزمایشی نسبت به خودش قبل

و بعد از عمل آزمایشی و نسبت به گروه گواه قبل و بعد از عمل آزمایشی در یک تصویر نشان می دهد.

اثر تعاملی BC جهت گیری مذهبی و مؤلفه های آن

در تعامل مؤلفه های جهت گیری مذهبی (برونی b_1 ، درونی b_2 ، کل b_3) با مراحل آزمایش (پیش آزمون C_1 ، و پس آزمون C_2)، محاسبه ارزشهای q بر اساس معیار توکی و مقایسه آن با نقطه بحرانی $q0/95(r,78)\sqrt{nmSE}$ بر معنی دار بودن تفاوت میانگین های جهت گیری مذهبی برونی، درونی و کلی در مرحله پیش آزمون در مقایسه با مرحله پس آزمون در سطح ۹۵ درصد اطمینان دلالت دارد. این اثر تعاملی در نمودار ۴-۲۱ نشان داده شده است.

اثر تعاملی ABC جهت گیری مذهبی و مؤلفه های آن

با توجه به محاسباتی که بر اساس معیار توکی انجام شد، اثر تعاملی A (گروه آزمایشی a_1 ، گروه گواه a_2) با عامل B یعنی در جهت گیری مذهبی (برونی b_1 ، درونی b_2 ، کل b_3) و با مراحل عمل آزمایشی C (پیش آزمون C_1 ، پس آزمون C_2) در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی دار است. این اثر تعاملی را می توان در نمودار ۴-۶ مشاهده کرد.

ج) تأثیر زوج درمانگری اسلامی بر سازگاری زناشویی: در قسمت ج فرضیه اول نیز با استفاده از تحلیل پراکنندگی تکرار سنجش، سازگاری زناشویی به تفکیک گروهها (A) و مراحل آزمایشی (B) مورد آزمون گرفته است و نتایج در جدول ۴-۹ و نمودارهای ۴-۲۲ الی ۴-۲۴ ارائه داده شده است.

مقایسه ارزش F گروهها در جدول ۴-۹ (۳۹/۱۳) با نقطه بحرانی توزیع F (۴/۲۲) با درجه آزادی ۱ و ۲۶ بر معنی دار بودن تفاوت بین میانگینهای گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در سطح ۹۵ درصد اطمینان دارد. لذا فرض صفر رد می شود و معنا داری اثر اصلی A آشکار می گردد. (نمودار ۴-۲۲).

بر مبنای همان ملاک F مربوط به مراحل اندازه گیری عامل B (۱۱۶/۰۷) بر تفاوت معنی دار میانگین های پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون دلالت دارد. لذا فرض صفر رد و نتیجه می شود که روش زوج درمانگری اسلامی منجر به تفاوت معنی دار میانگینها در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون شده است (نمودار ۴-۲۳).

بر مبنای همان ملاک F مربوط به تعامل AB (۱۱۱/۰۳) بر تفاوت معنی دار اثر ترکیبات معینی از سطوح متغیر A و B با اثر ترکیبات دیگر این دو متغیر دلالت دارد، لذا فرض صفر رد و نتیجه می شود که ترکیبات مختلف گروهها با مراحل اندازه گیری اثرهای متفاوتی در سطح ۹۵ درصد اطمینان و بیشتر ایجاد می کند (نمودار ۴-۲۴).

چون متغیر های A و B هر کدام فقط دو سطح دارند و آزمون F بیانگر معنی دار بودن تفاوت بین آنهاست و از سوی دیگر متقابل معنی دار است لذا فقط به تفسیر اثر متقابل از طریق نمودارهای ترسیم شده می پردازیم.

نمودار ۴-۲۲ افزایش معنی دار سازگاری زناشویی را در گروه آزمایشی (a₁) در مرحله پس آزمون (b₂) نسبت به مرحله پیش آزمون (b₁) که ناشی از روش زوج درمانگری اسلامی، است و همچنین عدم

تفاوت آن را در گروه گواه در مرحله پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون برجسته می سازد. نمودار ۳-۲۳ اثر اصلی مراحل اندازه گیری و نمودار ۴-۲۴ اثر متقابل A با B و همچنین اثرهای ساده B را در سازگاری زناشویی نشان می دهد. لذا فرض صفر رد می شود و می توان گفت که روش زوج درمانگری اسلامی منجر به افزایش سازگاری زناشویی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در سطح ۹۵ درصد اطمینان شده است.

به عنوان یک نتیجه کلی بر اساس تحلیل نتایج تکرار سنجش در چهارچوب فرضیه یک می توان گفت:

روش زوج درمانگری اسلامی از طریق تأثیر بر خود شناسی و مؤلفه های آن به طور معنی دار جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی زوج های ناسازگار گروه آزمایشی را نسبت به قبل از زوج درمانگری اسلامی و در مقایسه با گروه گواه در سطح ۹۵ درصد اطمینان افزایش می دهد.

آزمودن فرضیه ۲

(خود شناسی با سازگاری زناشویی و جهت گیری مذهبی زوجهای ناسازگار رابطه دارد.) برای آزمودن این فرضیه ازضریب همبستگی پیرسون سود جستیم تا معنی دار بودن رابطه و جهت رابطه خود شناسی و مؤلفه های آن را با متغیرهای زناشویی و جهت گیری مذهبی بیازماییم. نتایج این بررسی در جدول ۴-۱۰ ارائه گردیده و سپس در نمودارهایی رابطه و جهت همبستگی به تصویر کشیده شده است.

همان طور که جدول ۴-۱۰ نشان می دهد ضریب همبستگی خودشناسی با سازگاری زناشویی $r = -0/74$ و با جهت گیری مذهبی کل $r = -0/80$ است که در سطح ۹۵ درصد اطمینان و بیشتر معنی دار است. این ضرایب هر دو نشان دهنده همبستگی قوی و شدید بین متغیر و خودشناسی با سازگاری زناشویی و جهت گیری مذهبی است از یکسو و از سوی دیگر علامت منفی مبین رابطه معکوس بین خودشناسی (-) با سازگاری زناشویی و جهت گیری مذهبی است. بدین معنی که هر چه از میزان خود شناسی (-) کاسته شود بر میزان سازگاری زناشویی و جهت گیری مذهبی افزوده می شود. بنابراین فرض صفر رد و فرض تحقیق پذیرفته می شود. بدین معنی که بین خودشناسی و سازگاری زناشویی و جهت گیری مذهبی در سطح ۹۵ درصد اطمینان رابطه معنی داری وجود دارد. نمودار ۴-۲۵ و ۴-۲۶ همبستگی منفی خودشناسی را با سازگاری زناشویی و جهت گیری مذهبی نشان می دهد.

آزمون فرضیه ۳

(زوج درمانگری اسلامی بر «خود بالغانه» / \bar{D} بیش از حالت های دیگر خود
(کودکانه / \bar{P} والدینی / \bar{G}) مقیاس خودشناسی در گروه آزمایشی نسبت به

قبل از زوج درمانگری اسلامی و نسبت به گروه گواه تأثیری می گذارد.)

برای آزمودن این فرضیه بار دیگر به بررسی جدول و نمودار ۴-۵ می پردازیم
که نتایج تحلیل پراکندگی تأثیر روش زوج درمانگری بر خود شناسی و مؤلفه
های آن در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در مرحله قبل و بعد از زوج
درمانگری اسلامی درج شده است.

همانطور که جدول مذکور نشان می دهد F مربوط به تفاوت میانگین های

\bar{D} ، \bar{P} و \bar{G} و خود شناسی (-) (۱۵۹۰/۹۹) در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی دار

است. یعنی می توان گفت که روش زوج درمانگری اسلامی حداقل بر یکی از
مؤلفه های خود شناسی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه تأثیر گذاشته است.

بررسی جدول ۴-۶ مقایسه های چند گانه بین میانگین های گروهها با آزمون های
توکی نشان می دهد که میانگین کلیه مؤلفه های خودشناسی در گروه آزمایشی
بعد از درمان در سطح ۹۵ درصد اطمینان با گروه آزمایشی قبل از درمان (۷/۱۶) با

گروه گواه قبل (۶/۷۳) و بعد از درمان (۶/۹۸) تفاوت معنی دار دارد. همچنین

نمودار ۴-۵ نشان می دهد که روش زوج درمانگری اسلامی سطح خود بالغانه

منفی را بیشتر از سطح والدینی منفی، بیشتر از سطح خودکودکانه منفی و بیشتر از
سطح خودشناسی منفی کاهش می داده است.

همچنین بر اساس اطلاعات ارائه شده در جدول ۴-۱۱ که با استفاده از آزمون T مستق به بررسی معنی دار بودن تفاوت میانگین های گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه و خود شناسی و مؤلفه های آن بعد از زوج درمانگری پرداخته شده است می توان گفت که تأثیر زوج درمانگری اسلامی بر خود بالغانه گروه آزمایشی $t = -13/9$ بیشتر از خودوالدینی ($t = -4/14$) و خودکودکانه ($t = -5/5$) این گروه در مقایسه با گروه گواه بوده است.

بررسی جدول ۴-۱۲ که نتایج آزمون t وابسته مرحله پیش آزمون گروه آزمایشی در مقایسه با پس آزمون گروه آزمایشی در آن درج شده است، نشان می دهد که تأثیر زوج درمانگری اسلامی بر خودبالغانه گروه آزمایشی ($t = 10/62$) بیشتر از خودوالدینی ($t = 6/45$) و بیشتر از خودکودکانه ($t = 8/21$) این گروه است. بنابراین تحلیل هایی که در چهارچوب فرضیه ۳ با استفاده از نتایج جدولهای ۴-۵ و ۴-۶ و ۴-۱۱ و ۴-۱۲ صورت گرفت، فرض صفر رد و نتیجه می شود که زوج درمانگری اسلامی بر خود بالغانه بیش از حالتهای دیگر خود (والدینی، کودکانه) مقیاس خودشناسی در گروه آزمایشی نسبت به قبل از زوج درمانگری اسلامی و نسبت به گروه گواه در سطح معنی داری ۹۵ درصد اطمینان تأثیر گذاشته است.

آزمون فرضیه ۴

خود بالغانه مقیاس خودشناسی بیش از حالت های دیگر خودبا جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی رابطه دارد.

برای آزمون این فرضیه باردیگر به بررسی جدول ۴-۱۰ می پردازیم که در آن نتایج همبستگی بین خودشناسی و مؤلفه های آن با جهت گیری مذهبی و

سازگاری زناشویی ارائه شده است. همانطور که جدول ۴-۱۰ نشان می دهد ضریب همبستگی خود بالغانه منفی با جهت گیری مذهبی $r = -0.74$ و با سازگاری زناشویی $r = -0.76$ است. ضریب همبستگی خود والدینی (-) با جهت گیری مذهبی $r = -0.55$ و با سازگاری زناشویی $r = -0.47$ است ضرایب همبستگی خوئد والدینی (-) با دو متغیر مذکور از شدت کمتری برخوردار است. بر مبنای همین ملاک ضرایب همبستگی خودکودکانه (-) نیز با جهت گیری مذهبی $r = -0.70$ و با سازگاری زناشویی $r = -0.57$ در مقایسه با ضرایب همبستگی خود بالغانه (-) با دو متغیر جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی از شدت کمتری برخوردار است. بنابراین فرض صفر رد فرض تحقیق پذیرفته می شود و در سطح ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت که رابطه خود بالغانه (-) - مقیاس خودشناسی با جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی بیشتر از رابطه خود والدینی (-) و خود کودکانه (-) با دو متغیر مذکور است نمودارهای ۴-۲۷، ۴-۲۸، ۴-۲۹، ۴-۳۰، ۴-۳۱، ۴-۳۲ همبستگی منفی خود بالغانه (-) خود والدینی (-) و خود کودکانه (-) را با جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی نشان می دهد.

آزمون های فرضیه ۵

زوج درمانگری اسلامی سطح کلی جهت گیری مذهبی زوج های ناسازگار را نسبت به قبل از درمانگری و نسبت به گروه گواه، و جهت گیری مذهبی درونی را بیش از بیرونی افزایش می دهد.

برای آزمودن این فرضیه باردیگر به بررسی جدول ۴-۷ و نمودار ۴-۱۴ می پردازیم که نتایج تحلیل پراکنندگی تکرار سنجش تأثیر زوج درمانگری اسلامی بر

جهت گیری مذهبی و مؤلفه های آن در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در مرحله قبل و بعد از عمل آزمایشی ارائه شده است.

همانطور که جدول مذکور نشان می دهد F مربوط به تفاوت میانگین های

جهت گیری مذهبی برونی، درونی و جهت گیری کلی (۱۰۸۵/۹) در سطح ۹۵

درصد اطمینان معنی دار است یعنی می توان گفت روش زوج درمانگری اسلامی

حداقل بر یکی از مؤلفه های جهت گیری مذهبی گروه آزمایشی در مقایسه با

گروه گواه و در مقایسه با گروه خودش تأثیر گذاشته است.

بررسی جدول ۴-۸ مقایسه های چند گانه بین میانگین های گروهها با آزمون

توکی نشان می دهد که میانگین کلیه مؤلفه های جهت گیری مذهبی در گروه

آزمایشی بعد از درمانگری در سطح اطمینان با گروه آزمایش قبل از درمانگری

(۹/۰۵)، با گروه گواه قبل (۸/۶۷) و بعد از (۸/۶۷) تفاوت معنی دار دارد. همچنین

نمودار ۴-۱۴ نشان می دهد که روش زوج درمانگری اسلامی جهت گیری درونی

مذهبی را بیشتر از جهت گیری مذهبی برونی افزایش داده است.

در راستای آزمون فرضیه ۵ یکبار با استفاده از آزمون t مستقل معنی دار بودن

تفاوت میانگین های گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در جهت گیری مذهبی

و مؤلفه های آن بعد از زوج درمانگری اسلامی مورد آزمون قرار گرفت و نتایج در

جدول ۴-۱۳ ارائه شد بار دیگر با استفاده از آزمون t وابسته معنی دار بودن تفاوت

میانگین های گروه آزمایشی در مرحله پیش آزمون در مقایسه با پس آزمون

خودش در جهت گیری مذهبی و مؤلفه های آن بررسی شد و نتایج در جدول ۴-

۱۴ درج گردید..

همانطور که جدول ۴-۱۳ نشان می دهد تأثیر زوج درمانگری اسلامی بر مذهب برونی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه ($t=1/906$) در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی دار نیست. در حالیکه بر مبنای همین ملاک زوج درمانگری اسلامی جهت گیری مذهبی درونی گروه آزمایشی ($t=8/93$) و جهت گیری مذهبی کلی آنها را ($t=7/46$) در مقایسه با گروه گواه در سطح معنی داری ۹۵ درصد اطمینان و بیشتر تغییر داده است.

بازرسی جدول ۴-۱۴ نیز مشخص می شود که تأثیر زوج درمانگری اسلامی بر جهت گیری مذهبی درونی گروه آزمایشی ($t=13/52$) بیشتر از جهت گیری بیرونی ($t=-3/66$) در سطح ۹۵ درصد اطمینان بوده است. افزون بر این جهت گیری مذهبی کلی گروه آزمایشی در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون ($t=-16/75$) در اثر زوج درمانگری اسلامی تفاوت پیدا کرده است. بنابر تحلیل هایی که در چهار چوب فرضیه ۵ صورت گرفت، فرض صفر رد و فرض تحقیق پذیرفته و نتیجه می شود که در سطح ۹۵ درصد اطمینان زوج درمانگری اسلامی سطح کلی جهت گیری مذهبی زوج های ناسازگار گروه آزمایشی را نسبت به قبل از درمان و نسبت به گروه گواه و جهت گیری مذهبی درونی آنها را بیش از جهت گیری مذهبی بیرونی آنها را افزایش داده است.

آزمون فرضیه ۶

جهت گیری مذهبی درونی با سازگاری زناشویی بیش از جهت گیری مذهبی برونی رابطه دارد.

برای آزمودن این فرضیه باردیگر به بازنگری جدول ۴-۱۰ می پردازیم. همانطور که این جدول نشان می دهد همبستگی جهت گیری مذهبی درونی با سازگاری زناشویی ($r=0/56$) بیشتر از همبستگی جهت گیری مذهبی بیرونی با سازگاری زناشویی ($r=0/46$) است. لذا فرض صفر رد و فرض تحقیق پذیرفته می شود و می توان گفت که در سطح ۹۵ درصد اطمینان رابطه سازگاری زناشویی با جهت گیری مذهبی درونی بیشتر از جهت گیری مذهبی بیرونی است.

خلاصه

در این فصل یافته های پژوهش در دو بخش تحت عنوان: یافته های توصیفی و تحلیل یافته ها در چهارچوب فرضیه ها مورد آزمایش قرار گرفت. شش فرضیه با استفاده از طرح تحلیل پراکندگی چند عاملی تکرار سنجش، آزمون توکی، رسم نمودار، آزمون t نمونه های مستقل و وابسته و ضریب همبستگی پیرسون مورد آزمایش و تحلیل قرار گرفت و نتایج زیر به دست آمد:

- زوج درمانگری اسلامی در سطح ۹۵ درصد اطمینان خودشناسی زوجهای ناسازگار گروه آزمایشی را نسبت به قبل از زوج درمانگری و در مقایسه با گروه گواه افزایش می دهد

- جهت گیری مذهبی زوجهای ناسازگار گروه آزمایشی تحت تأثیر زوج درمانگری اسلامی در سطح ۹۵ درصد اطمینان نسبت به قبل از زوج درمانگری و نسبت به گروه گواه طور معنی داری افزایش می یابد.

- زوج درمانگری اسلامی سازگاری زناشویی زوجهای ناسازگار گروه آزمایشی را نسبت به قبل از زوج درمانگری و در مقایسه با گروه گواه در سطح ۹۵ درصد اطمینان به طور معنی داری افزایش می دهد.

- خودشناسی زوجهای ناسازگار با سازگاری زناشویی و جهت گیری مذهبی آنها در سطح ۹۵ درصد اطمینان رابطه معنی دار دارد.

زوج درمانگری اسلامی بر سطح خود بالغانه \bar{D} زوجهای ناسازگار گروه آزمایشی که معرف سطح اطمینان به نفس آنهاست در سطح ۹۵ درصد اطمینان بیش از سطح خودوالدینی \bar{G} و سطح خود کودکانه \bar{P} آنها تأثیر می گذارد.

- در سطح ۹۵ درصد اطمینان مشخص شد که خودبالغانه \bar{D} بیش از حالت های دیگر خود با جهت گیری مذهبی و سازگاری زناشویی رابطه دارد.
- تحت تأثیر زوج درمانگری اسلامی سطح کلی جهت گیری مذهبی زوجهای ناسازگار نسبت به قبل از درمانگری و نسبت به گروه گواه به ویژه سطح جهت گیری مذهبی درونی آنها بیش از سطح جهت گیری مذهبی بیرونی آنها در سطح ۹۵ درصد اطمینان به طور معنی داری افزایش یافت.
- و سرانجام با آزمودن فرضیه ششم مشخص شد که جهت گیری مذهبی درونی بیش از جهت گیری مذهبی بیرونی با سازگاری زناشویی زوجهای ناسازگار در سطح ۹۵ درصد اطمینان رابطه معنی دار دارد.

فصل پنجم

بحث و نتایج نهایی

در این فصل نتایج پژوهش را در پرتو نظریه های اندیشمندان و مؤلفان و نتایج پژوهش هایی که در قلمرو موضوع مورد بررسی انجام شده اند مورد بحث و واری قرار می دهیم. فرایند ارائه مطالب در این فصل به صورت زیر خواهد بود:

۱- بحث و بررسی درباره یافته ها

۲- تفسیر نهایی و پیامدها

۱- بحث و بررسی درباره یافته ها

ازدواج به عنوان مهمترین و عالی ترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی و امنیتی افراد بزرگسال، همواره مورد تأیید بوده است. ازدواج رابطه ای انسانی پیچیده، ظریف و پویا و دارای ویژگیهای خاصی است. افزون بر اینکه یکی از مهمترین اهداف و نیازهای ازدواج، تشکیل خانواده و ایجاد محیطی سالم و سازنده برای برقراری روابط گرم و تعاملات میان فردی صمیمی بین افراد خانواده است که می تواند موجبات رشد و پیشرفت اعضای خانواده را فراهم آورد.

(سهرابی، ۱۳۷۷، ص ۳)

از طریق ازدواج خانواده کوچکترین جز اجتماع تشکیل می شود. اجتماعی که از خانواده های سالم تشکیل شده باشد. مسلماً اجتماعی سالم است و شرط آنکه خانواده ای سالم باشد این است که افراد آن سالم باشند. لذا برای بهبود وضع اجتماع تلاش برای بهبود وضع خانواده و افراد آن مهمترین مسأله است. (پیرمشک، ۱۳۸۰، ص ۷).

از پهلوی هم قرار دادن تمام خانواده ها اجتماع به وجود می آید، هر نوع تربیتی که در خانواده به فرد تعلیم شود، هر نوع اجتماعی که به وجود آمده است. اثر خواهد گذاشت. مؤسساتی از قبیل مدارس، مساجد مراکز تجارתי و مراکز دولتی در حقیقت گسترشی از شکل خانوادگی به شکل غیر خانوادگی است. آری چنین

است، خانواده و اجتماع نمونه های کوچک و بزرگ یکدیگرند. هر دو از مردمی تشکیل شده اند که باید با یکدیگر کار کنند و سرنوشت شان به یکدیگر خورده است. اجزای ترکیب کننده هر دو یکی است: رابطه رهبری کنندگان با رهبری شوندگان جوانان با بزرگسالان، مردان و زنان و هر دو در تصمیم گیری استفاده از قدرت و جستجوی اهداف معمولی دخیل هستند. (همان منبع ص ۳۴۳).

از نظر وانشناسی اسلامی تأثیر شگرف ازدواج و تشکیل خانواده بر رشد تعالی شخصیت انسان و با کمال جامعه به اندازه ای است که «امام محمد باقر» به نقل از پیامبر اکرم (ص) می فرماید: هیچ بنیانی در اسلام نزد خدای عز و عجل محبوبتر از ازدواج نیست. (بی آزار شیرازی، ۱۳۶۱، ص ۶۶).

اما به رغم تمام مزایا و فوایدی که از ازدواج و تشکیل خانواده بر زندگی فرد و جامعه دارد، بر اساس داده های موجود نرخ کلی ازدواج افراد در میهن اسلامی ما کاهش یافته است. به عنوان مثال میزان ازدواج از ۶۲/۳ درصد در سال ۱۳۶۵ به

حدود ۵۶/۴ درصد در سال ۱۳۷۵ کاهش یافته است. اکنون نسبت به ده سال قبل افراد کمتری مایل به ازدواج هستند. از سوی دیگر آمارها بیانگر آنند که میانگین سن ازدواج و میزان طلاق افزایش یافته است (سهرابی، ۱۳۷۷، ص ۲۰۸).

کاهش میزان ازدواج از یک سو و افزایش نارضایتی زن و شوهر از یکدیگر و نیز همگسیختگی کانون های گرم بسیاری از خانواده ها تأثیرات سوء این جدایی ها را بر افراد خانواده از سوی دیگر چگونه می توان تفسیر کرد؟

عده ای از اندیشمندان از جمله ویرمنیا سیتز در پاسخ به سوال فوق اظهار می دارد: زندگی خانوادگی شبیه به کوه یخ در دریاست. بیشتر مردم فقط از یک دهم آنچه در زندگی خانوادگی می گذرد مطلع هستند - یک دهمی که می توانند ببینند یا بشنوند و گاهی فکر می کنند که این تمام زندگی است. عده ای نیز احساس کرده اند که شاید چیزهای دیگری نیز وجود داشته باشد اما شناختی از آنها ندارند و نمی دانند که چگونه آنها را کشف کنند. این ناآگاهی ها ممکن است خانواده را در وضع خطرناکی قرار دهد. همان طور که سرنوشت دریانورد بستگی به آگاهی او از باقی مانده کوه یخ در زیر آب دارد، سرنوشت خانواده نیز بستگی به آگاهی افراد از احساسات، احتیاجات و طرحهای زیر بنایی اتفاقات خانوادگی دارد. (بیرشک، ۱۳۸۰ ص ۹)

در روانشناسی اسلامی نیز که از خط سیر آیه های قرآن حرکت علمی پیش رانده می شود و با الهام از مضامین آسمانی و با واقع بینی کاوش ها و مطالعات آغاز می گردد، پاسخ سوال مذکور به غفلت که سرچشمه همه گرفتاری های بشر ناسازگاری های فردی، زناشویی، اجتماعی و تمام بیماریهای روانی او است نسبت داده می شود، غفلتی که برای نفس فطری است و هیچکس به اندازه خداوند به

نفس و سوسه گری های آن آگاه نیست و (اسرا/۲۵؛ ق / ۱۶)؛ و به اندازه او راههای تزکیه، اعتدال و درمان آن را اعلام نکرده است. از منظر روانشناسی اسلامی نفس انسان فطرتاً دارای چهارصفت ضعف - نجل شهوت و جهل است که لذات و هوس ها از آنها منشعب می شود و بدلیل غفلت این صفات می توانند به دلخواه انسان را به این سو و آن سو بکشانند. (حجتی، ۱۳۶۶).

بدین ترتیب طبق آیات قرآن و همچنین یافته های پژوهشگران مجربی چون ستیر میتوان علت ناسازگاریهای زناشویی را به نا آگاهی ها و غفلت آنها نسبت داد و از طریق ایجاد آگاهی و دانش در آنها نارضایتی ها و ناسازگاری های آنها را برطرف نمود.

انسان به مدد عقلی که خداوند به او موهبت فرموده است می تواند ذات خویش را بازیابد، یعنی می تواند در ذات خویش به تأمل و دقت پردازد و درک کند در چه نقطه ای از راه ایستاده است. خداوند می فرماید: البته انسان نسبت به خویشتن بینا و راه آشنا است (قیامت / ۱۴).

نظر قرآن به این است که انسان همه کمالات را بالقوه دارد و باید آنها را به فعلیت برساند و اوست که باید سازنده و معمار خویشتن باشد. این خود انسان است که باید درباره خود تصمیم بگیرد و سرنوشت نهایی خویش را تعیین کند. شرط اصلی وصول انسان به کمالاتی که بالقوه دارد «ایمان» است. (مطهری، ۱۳۵۸).

و شرط ایمان خودشناسی است. به مصداق «من عرف نفسه فقد عرف ربه» انسان با شناخت خود و حالتهای نفسانی خود می تواند خدای خود را بشناسد و هدف خلقت و زندگی را دریابد و صراط مستقیم را تشخیص دهد (امام خمینی، ۱۳۶۸؛ بهشتی، ۱۳۶۷).

درباره توانایی خودشناسی انسان ستیز بعد از کار کردن با نزدیک سه هزار خانواده و ده هزار انسان می نویسد: در عصر گسترش دانش بشری در مورد اتم و جهان خارج علم توارث انسانی و دیگر عجایب جهان ما نیز مطالب تازه ای را درباره روابط انسان با انسان می آموزیم. به عقیده من مورخان هزاره بعدی از زمان ما به عنوان شروع دوران جدیدی از لحاظ رشد انسان یاد خواهند کرد زمانی که بشر توانست با تکیه بر خودشناسی و انسان شناسی زندگی راحت تری را آغاز کند. طی سالهای متمادی تصویر انسانی را که با خوی مردمی زندگی کند ترسیم کرده ام. او کسی است که چون خود را بشناسد خود را زیبا و مفید می بیند خود را درک می کند و ارج می نهد و می پرورد، انسانی است واقعی که نسبت به خود و دیگران صادق است، انسانی مشتاق خطر کردن و خلاق بودن و اهلیت نشان دادن است و می تواند در صورت لزوم خود را تغییر دهد و برای تطبیق با آنچه تازه است و با سابق فرق دارد راهی می یابد و آنچه را از گذشته قابل استفاده است حفظ کند و باقی را کنار نهد. وقتی همه این خصوصیات را در هم ادغام کنید، آدمی خواهید داشت که از لحاظ جسمی سالم، از نظر عقلی، روحی هشیار، با عاطفه با محبت، بذله گو، قابل اعتماد و خلاق است، آدمی است که میتواند روی پای خود بایستد، عمیقاً دوست بدارد و منصفانه و به طور مؤثر مبارزه کند و با قهر و مهر خود، هر دو به نحوی کنار بیاید و تفاوت بین آن دور را تشخیص دهد و در نتیجه برای رسیدن به هدف های خود به طور مؤثری بکوشد (بیرشک، ۱۳۸۰، ص ۱۰).

همسو با تبیین های مذکور در مورد توانایی انسان در خود شناسی و تأثیر آن بر ابعاد مختلف زندگی در این پژوهش نیز نتایج تحلیل پراکندگی آزمون f، آزمون

توکی و آزمون t مستقل و وابسته بیانگر آن است که با استفاده از روش زوج درمانگری اسلامی که بر محور خود شناسی و شناخت حالتهای نفس خود تدوین شده است، خودشناسی زوجهای ناسازگار گروه آزمایشی افزایش یافت. (جدول و نمودار ۴-۵).

با افزایش خودشناسی بر سطح جهت گیری مذهبی (جدول ۴-۷ نمودار ۴-۱۴) و سازگاری زناشویی آنها (جدول ۴-۹) نمودار (۴-۲۲) نیز افزوده شد. افزون بر این با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون فرضیه ۲ پژوهش مورد آزمون قرار گرفت و مشخص شد که خودشناسی با سازگاری زناشویی و جهت گیری مذهبی زوجهای ناسازگار رابطه دارد (جدول ۴-۱۰، نمودارهای ۴-۲۵ و ۴-۲۶). همچنین مشخص شد زوج درمانگری اسلامی بر خود بالغانه / \bar{D} زوجهای ناسازگار تأثیر بیشتری نسبت به خود والدینی / \bar{G} و خود کودکانه \bar{P} آنها دارد.

اکنون باید دید ماهیت روش زوج درمانگری اسلامی چیست و چگونه بر خود شناسی و مؤلفه های آن به ویژه خود بالغانه زوجهای ناسازگار گروه آزمایشی اثر گذاشته که با تغییر آنها توانسته است از اختلافهای زناشویی آنها بکاهد و سازگاریهای زناشویی و جهت گیری مذهبی آنها را افزایش دهد؟

روش زوج درمانگری اسلامی توسط این پژوهشگر بر محور خودشناسی به گونه ای تدوین شده است که با تغییر نگرش انسانها و زوج های ناسازگار به هستی و هدف آفرینش و ایجاد فهم معنای زندگی، می تواند اختلافهای زناشویی آنها را حل و فصل نماید. این روش در طی سه مرحله به صورت متوالی اجرا می شود: در نخستین مرحله که به آماده سازی زوجین برای شناخت حالت های نفس / خود اختصاص دارد و به دنبال مصاحبه انفرادی با زوجین و کسب اطلاعات لازم در

مورد هر زوج از طریق روشهای ارزیابی آغاز می شود درمانگری سعی می کند زوجین به نقش جهان بینی و فرایندهای فکری خود که از حالت های نفس آنها نشأت می گیرد و علت به وجود آورنده اختلافات آنها است هشیار شوند. در این مرحله درمانگر به آموزش حالت های نفس به گونه ای می پردازد تا زوجین بتوانند مشکلات کنونی زندگی زناشویی خود را با اصطلاحاتی که از نظر حالتهای نفس برای درمانگر و زوجین قابل قبولند دوباره تعریف کنند.

درمانگر با آوردن مثال های متعدد و طرح سوال های مختلف زوجین را به طور فعال در بحث و آموزش شرکت می دهد و آنها را به تعمق و تفکر درباره نفس خود و همچنین شرکت فعال در بحث ترغیب می نماید، تا با بیدار ساختن فطرت زوجین به آنها کمک کند حالت ها و اغواگری های نفس خود را بپذیرند. بنابراین در این مرحله درمانگر کلیه اقداماتی را که انجام می دهد نظیر بحث درباره اختلافهای کنونی مورد مثالهایی که می آورد انواع سوالهایی که مطرح می کند انواع روشهایی که برای ارزیابی به کار می گیرد، فلسفه و منطق درمان و انواع تکالیف خانگی را که تعیین می کند همه برای شناخت و پذیرش حالت های نفس / خود و ویژگی های سه نفس اماره / کودکانه، لوامه / والدینی، مطمئنه / بالغانه توسط زوجین است. بدین ترتیب در این مرحله آنها از حالتهای نفس خود مطلع می شوند و رابطه آن را با سبک های تفکر و جهان بینی معیوب خود می شناسند و می توانند از طریق شناخت و هشیار شدن به حالتهای نفس خود به توصیف و تفسیر رفتار و اعمال خود که به ناسازگاری زناشویی منتهی شده است پردازند و درک کنند این اعمال و رفتار از کدام یک از حالتهای نفس آنها نشأت گرفت است. بدین ترتیب با آگاهی نسبت به خود خود را با همه نقاط قوت و ضعف خویش

به عنوان انسان و در مقام انسان پذیرند. به عنوان یک انسان خردمند نه احساسات خود را سرکوب کنند و نه کورکورانه از آن پیروی کنند بلکه بر اساس تشخیص عقلانی و اطمینان به خود در پرتو نفس / خودبالغانه خویش قادر شوند به آرامی افکار و احساسات خویش را شناسایی کنند و بهنجاری و توجیه آن را به کمک وجدان اخلاقی (نفس لوامه / خود والدینی) بدون ترس یا احساس گناه تعیین کنند و یک چنین افرادی دارای حرمت نفس به معنی دقیق و کلمه می شوند. همان حرمت و عزتی که خداوند می فرماید: منحصرأً از آن خدا پیامبر و مؤمنین است. (منافقون / ۷)

حرمت نفس یک نیاز بنیادی انسان و دارای دو جنبه وابسته به یکدیگر است. یکی حس سودمندی و دیگری حس ارزشمندی و در مجموع به معنی حس شرف نفس و حس اعتماد به نفس است که دلالت بر لیاقت و شخص برای زیستن در مقام انسان را دارد. خلاقیت بالاترین هدف عشق و علاقه چنین افرادی در زندگی است (هاشمی و، ۱۳۷۶، ص ۳۳۰).

در مرحله دوم که مرحله اکتساب تمرین مهارتهایی ایمانی است، زوجین علاوه بر اینکه از طریق تمرین به شناخت عمیق تر حالت های نفس و منطق در زمان دست می یابند به روشها و ابزارهایی برای مقابله با نفس اماره یا غفلت مجهز تر می شوند. این مهارتهای ایمانی شامل رعایت اعتدال در همه امور اغماض و عفو و گذشت توبه و بازگشت به خداوند متعال، بیکار نماندن و انجام کارهایی که در خود انسان، سکوت به جا، ذکر خدا، آزادی معقول، با آموزش این مهارتها، درمانگر به زوجین کمک می کند تا بفهمند واکنش های آنها تا چه اندازه با روش ها و اصول فوق فاصله دارد، عدم توجه به اصول فوق تا چه حد اعتماد به نفس

و حرمت نفس آنها را خدشه دار می کند، ارتباط آنها را با همسر و افراد خانواده را خشک و بی روح و پیوند آنها را با جامعه مشکل می سازد.

همخوان با مطالب فوق ویرچیناستیر می نویسد: پس از سال ها تجربه به عنوان درمانگر خانواده دریافته ام که در زندگی خانوادگی خانواده های آشفته که به من مراجعه کرده اند چهار سیما به چشم می خورد:

- احساسات و عقایدی را که فرد در مورد خود دارد که می توان آن را ناشی از ارزش خود نامید.

- روشهایی که افراد برای القای مقصود خود به دیگران استفاده می کنند که می توان آن را ارتباط نامید.

- قواعدی که افراد برای بیان احساسات و اعمال خود به کار می برند که میتوان آن را نظام خانوادگی نامید

- روشی که افراد خانواده با افراد دیگر و نمودارهای خارج از خانواده ارتباط پیدا می کنند که می توان آن را پیوند با اجتماع نامید.

خیلی زود دریافتم مسائلی که خانواده ها را برای اولین بار به دفتر کار من می کشاند هر چه هستند خواه زنی نق نقو و عیب جو یا شوهری بی وفا و پسری

خلافکار و دختری دچار دوگانگی شخصیت - همه شبیه یکدیگرند و تجویز نسخه همه آنها یکی است برای التیام ناراحتی خانوادگی باید راهی برای عوض کردن

چهار اصل فوق یافت. در خانواده های آشفته در مقایسه با خانواده های بالنده این چهار اصل به صورت زیر نمایان می شود:

خانواده های آشفته

- ارزش خود پایین است؛

- ارتباط غیر مستقیم مبهم و به راستی نادرست است.
- قواعد خشک و بی روح، ناسازگار یکنواخت است.
- پیوند با اجتماع بر اساس ترس و آرام کردن خشم و سرزنش است.

خانواده های بالنده و سرزنده

- ارزش خود بالاست:
 - ارتباط مستقیم ، واضح و صریح، و صمیمانه است:
 - قواعد قابل انعطاف، انسانی، مقتضی و دستخوش تغییر است،
 - پیوند با اجتماع باز و امید بخش است.
- وی می افزاید: یک جراح هر کجا تحصیل کرده باشد این آمادگی را دارد که در هر گوشه دنیا به عمل جراحی بپردازد، زیرا در همه انسان ها، اجزای داخلی و اندام بدن یکی است. من هم ضمن کار کردن با خانواده ها خواه آشفته خواه بالنده، خواه در آمریکا یا در اروپا یا مکزیک، آموخته ام که خانواده ها در هر گوشه دنیا نیز دارای اجزای فعال مشترکی هستند در همه خانواده ها:
- هر فرد احساس با ارزش بودن (خواه مثبت، خواه منفی) می کند. سوال این است که چه نوع ارزشی؟
 - هر فرد ارتباط برقرار می کند سوال این است چگونه؟ و چه روی میدهد؟
 - هر فرد از قاعده هایی پیروی می کند سوال این است چه نوع قاعده هایی؟ این قاعده ها تا چه حد به کار او می خورند؟
 - هر فرد با اجتماع پیوند دارد. سوال این است چگونه؟ و نتایج پیوند ها چیست؟ (پیرشک، ۱۳۸۰، ص ۱۳).
- بدین ترتیب می توان دریافت در این پژوهش با ایجاد خودشناسی در زوجها به عنوان اساسی ترین و مشترک ترین اصل فلاح و رستگاری انسان از منظر اسلام، ادیان الهی مکاتب انسان نگر و اکتساب و تمرین مهارتهای ایمانی از سوی آنها زوجین قادر شدند به تعمق درباره هدف از آفرینش بپردازد. و در نتیجه برای خود

ارزش مثبتی قائل شوند، روابطی انسانی و سازنده با همسر و افراد خانواده خود برقرار می سازند، از قواعدی منطقی و انعطاف پذیر و انسانی پیروی کنند و پیوندی بارز و امید بخش با اجتماع داشته باشند.

با نکات اصلی در آموزش روش های ایمانی در مرحله دوم برای رسیدن به نفس مطمئنه این است که زوجین بتوانند درباره ماهیت نفس اماره / کودکانه بحث کنند و واکنش های خود را هنگامی که نفس اماره، مسلط است مشخص نمایند، به مرور ذهنی مهارت های ایمانی و امتحان این مهارت ها تحت شرایط تعارض آمیز زناشویی بپردازند، به منظور مهار نفس اماره برخلاف میلی که دارند عمل کنند، و بنابر شناختی که از خود به دست آورده اند تا زمانی که برای رسیدن به نفس مطمئنه / خود بالغانه به تمرین مهارت ها بپردازند.

در مرحله سوم زمانی که زوجین مهارت کافی را در استفاده از روش ها و اصول خودشناسی به و مهارت نفس اماره به دست آوردند درمانگر برای آموزش و کاربرد پیگیری مستمر مهارت های فراگرفته شده روش های مشارطه، محاسبه و مراقبه را به زوجین آموزش می دهد؛ و از آنها می خواهد با به کار بستن آنها به طور دقیق در شرایط تعارض انگیز و چالش انگیز به تمرین مهارت ها و آزمون نفس خود بپردازند.

این آموزش ها همراه با منطق به کار آن به منظور مهار نفس اماره از طریق خودشناسی توانست همانگونه که در آزمون فرضیه چهارم پژوهش ملاحظه کردیم با تأثیر بر خودبالغانه، اعتماد به نفس و حرمت نفس را در زوجین افزایش دهد و از این طریق بر میزان جهت گیری مذهبی آنها و نیز سازگاری زناشویی آنها بیفزاید (جدول ۴-۱۰ و نمودارهای ۴-۲۷ الی ۴-۳۲).

با آزمون فرضیه پنجم مشخص شد که زوج درمانگری اسلامی نه تنها سطح کلی جهت گیری مذهبی زوجهای ناسازگار گروه آزمایش را نسبت به قبل از درمانگری و نسبت به گروه گواه افزایش داده است بلکه بر جهت گیری مذهب درونی آنها بیشتر از جهت گیری مذهبی بیرونی مؤثر واقع شده است. درحقیقت افزایش سطح کلی جهت گیری مذهبی گروه آزمایشی بعد از عمل آزمایشی به واسطه افزایش سطح جهت گیری مذهبی درونی آنها است. (جدول ۴-۷ و نمودار ۴-۱۴).

همانطور که پیشتر ذکر شد بنا به عقیده آلپورت افرادی که دارای جهت گیری مذهبی درونی هستند به تعالیم مذهبشان صادقانه اعتقاد دارند و اعمال مذهبی آنها از عقیده و علم باطنی آنها نشأت می گیرد. برعکس افرادی که جهت گیری مذهبی بیرونی دارند، برای کسب منافع شخصی رفتار مذهبی نشان می دهند.

به عبارت دیگر معنای کلی جهت گیری مذهبی برون‌گرایانه این است که مذهب در خدمت نیازها و عقده‌ها و وجوه ناسالم فرد است ولی مذهب دورنی با فرد زندگی می کند و این طور نیست که او از این مذهب (درونی) استفاده کند (آلپورت و راس، ۱۹۶۷، ص ۲۹).

در این پژوهش نیز زوجها توانستند با اکتساب و تمرین مهارتهای ایمانی اعتدال و توازن را در همه امور حفظ کنند (هود/ ۱۱۲)؛ با گذشتی زیبا و دلنشین و به جا همسر و افراد خانواده خود را مشمول عفو خود می سازد (فصلت/ ۳۴)؛ از طریق انابه توبه، تولدی نو یابند و داروی گناهان خود را بیابند و از این طریق موضع جایگاه جدیدی به دست آورند تا به کمک آن بتوانند از حالتها روندها و ستیزه‌گریها و جایگاه جدیدی بدست آورند؛ خود را با کاری که شایسته مأنوس سازند و کار خود را با آمیزه ای ایمان به انجام رسانند (نحل / ۹۷)؛ در مواقع ضروری با

نگاهداشتن زبان خود از سخنانی که هیچ نفعی عاید انسان نمی کند، سکوتی حکیمانه اختیار کنند که سکوت از نشانه های خداوند و یکی از حکمت‌های او است (مریم / ۱۰) با احساس حضور در پیشگاه خدا و ذکر او قلب خود را صفا و صیقل دهند و آماده پذیرفتن مفاهیم الهی و اسرار ربانی گردند و به عین ذکر الهی به آسایش و آرامش و اطمینان برسند (رعد / ۲۸)؛ با تفکر و تعمق از آزادی‌ها و حق انتخاب خود به طور معقول استفاده کنند (بقره / ۳۵۶)؛ با محبت دوستی و دلبستگی به خدا قادر شوند به انسانهای دیگر عشق بورزند و از این طریق مودت و رحمت را میان ارحام و افراد خانواده و همسر خویش غنا بخشند؛ پیامدهای اعمال خویش را ارزیابی کنند و در صورت ناسازگاری از کردار خود متأسف و محزون می شوند؛ احساس نیاز به خداوند را همواره در خود زنده نگه میدارند؛ و سرانجام به محاسبه نفس پردازند؛ و از طریق این مهارتها جهت گیری مذهبی درونی خویش را از طریق خودشناسی، افزایش اطمینان به نفس و وجدانی آگاه افزایش دهند.

و سرانجام با آزمون فرضیه ۶ پژوهش مشخص شد جهت گیری مذهبی درونی بیشتر از جهت گیری مذهبی بیرونی با سازگاری زناشویی رابطه دارد. در تبیین این یافته نیز ناگفته پیداست چون در جهت گیری مذهبی درونی فرد جز خدا چیزی را نمی بیند بنابراین با افزایش مذهبی درونی سازگاری زناشویی نیز افزایش می یابد و رفتار و کردار و گفتار فرد با همسرش از روی تفکر و ایمان درونی و در نتیجه رضایت خداوند است.

۲- تفسیر نهایی و پیامدها

می توان تفسیر ها و پیامدهای این پژوهش را به شرح زیر برجسته ساخت:

- چون هیچ کس به اندازه خداوند متعال به نفس و روان انسان آگاه نست، زیرا

موجد و آفریننده نفس است (شمس / ۷ و ۸). بنابراین برای درک و فهمی

پخته و پیشرفته از شخصیت انسان و تلاش برای بهبود وضع خانواده ها و افراد

آن به منبع فیاض الهی روی آوریم و از روش اسلامی که از عمل و آگاهی خدا

و آیات الهی مدد میگیرد در تحقیقات خود برای پیشگیری و درمان بیماریهای

روانی افراد خانواده درمانگری استفاده کنیم. لازم به ذکر است که در این راه

هیچ چیز را نباید نادیده گرفت. بنابراین باید از تمام دستاوردهای علمی در

زمینه خانواده درمانگری و از تجربیات همه کسانی که در این راه قدم برداشته

اند بهره بگیریم.

- اختلافهای زناشویی چه به طلاق بیانجامد و چه به صورت فرسایش کشمکش

های طاقت فرسایی را ببار آورد، آثار روانی - اجتماعی آن هم برای زن و شوهر

و هم برای فرزندان آنها به صورت افسردگی، احساس پوچی، ناامیدی و از

خودبیگانگی تجربه می شود و ضربات مهلکی بر پیکر جامعه وارد می آورد.

به همین جهت شناخت علل و درمان ناسازگاری های زناشویی برای هر جامعه

ای با هر ایدئولوژی و هر مکتبی در درجه اول اهمیت برقرار دارد.

- طبق تحقیقات به عمل آمده گرچه هزاران عامل می تواند به ناسازگاری زوجین

منتهی شود و بر تصمیم به جدایی و حتی در نهایت طلاق زوج تأثیر بگذارد،

اما عوامل مؤثر بر طلاق را میتوان به دلایل آموزشی درسه مقوله اجتماعی

مشخصی و رابطه ای طبقه بندی کرد.

عوامل اجتماعی نه تنها به پیچیدگی و غیر شخصی سازی جامعه در حال توسعه افزوده است بلکه به احساس بیگانگی انزوا و بدگمانی و فراگیر افراد نیز منتهی گردیده است. در جریان یک چنین تغییرات سریعی است که باورها و رسوم پیوسته به زیر سوال می روند و از هر سو تهدید می شوند.

عوامل شخصی فراوانی وجود دارند که میتوانند در نارضایتی زناشویی دخیل بوده و آن را تشدید کنند. ادراک های غلط و انتظارات غیر واقع بینانه که به درون ازدواج رسوخ می کنند، نمونه های اصلی عوامل شخص هستند.

تا زمانی که هر جامعه به پروراندن آرمانها و انتظارات خیالی و منطقی ادامه دهد و افراد نیز آنها را بپذیرند سرخوردگی زناشویی ادامه خواهد یافت. امیدهای اشتباه و

اهداف غیر واقع بینانه فقط زوجها را به سمت یأس، دلسردی، ناکامی و خشم سوق می دهد، افزون بر این ارزشها و اهداف شخصی افراد نیز جزء عوامل دیگر مشخص هستند که در افزایش نرخ طلاق دخالت دارند.

عوامل رابطه ای یا مشکلات رابطه ای هر قدر به نارضایتی بیشتری منتهی شود احتمال طلاق نیز افزایش می یابد. ممکن است مشکلات رابطه ای زمینه ساز اصلی همه مسائل باشند. زوجهای درمانده و تحت فشار، معمولاً مشکلاتی را

حیطه ارتباطها تجربه می کنند، آنان به ویژه شدیداً گرفتار الگوهای ارتباطی بی حاصل هستند و یا در ارتباط های خود بیشتر به نیت عمل به جای نتیجه آن توجه می کنند. (سهرابی، ۱۳۷۷، ص ۲۲).

- نیروهای واحدی در همه خانواده ها به صورت ارزش خود، ارتباط، قاعده ها و پیوندی با اجتماع از عوامل اجتماعی شخصی و در رابطه ای نشأت می گیرند. که در مورد تمام خانواده ها صادق است. خواه در خانواده طبیعی که در آن مرد و

زنی که صاحب فرزند شده اند از او مراقبت می کنند تا به سن رشد برسد، یا تک والدی که در آن پدر یا مادر به علت فوت، طلاق یا پشت پا زدن به خانه، خانواده خود را ترک کرده است و همه وظایف توسط ولی دیگر انجام می شود؛ یا مخلوط که در آن فرزندان توسط ناپدری یا نامادری یا پدر و مادر اختیاری و یا درحقیقت توسط شخص دیگری که جز آنها که به او موجودیت و حیات بخشیده اند و پرورش می یابند (بیرشک؛ ۱۳۸۰، ص ۱۳). بنابراین هر روش خانواده درمانگری فقط زمانی مؤثر است که ایجاد بینش و خویشن شناسی زوجین را در دستور کار خود قرار دهد. تا بدین وسیله آنها را قادر سازد ضمن حفظ ارزشها و عقاید انسانی خود خویشن را با پیشرفت ها و تغییرات اجتماع هماهنگ سازند، از تبعیت و هم‌رنگی کورکورانه بپرهیزند، شناخت ها و جهان بینی معیوب و تحریف شده و انتظارات نامعقول خود را بازنگری و در طرحی عقلانی مطابق با واقعیت های انسانی سازمان دهند؛ ارتباطات خویش را بر اساس تفکر با رفتار و کلام نیکو بیاریند و پیوند مطلوبی با اجتماع برقرار نمایند. در غیر این صورت و با کاربرد روشهای یک بعدی نگری خانواده درمانگری ممکن است موقعی ناسازگارهای زوجین تخفیف یابند ولی تجربه نشان داده است به علت تغییرات زیر بنایی در جهان بینی معیوب آنها، مشکلات و اختلافهای زناشویی با شدت بیشتری بروز می کند.

۳- محدودیت ها

این پژوهش دارای محدودیت هایی بود که در سطور زیر به چند مورد از آنها اشاره شود:

- چون نصب آگهی در مراکز مشاوره دانشگاه ها و مکانهای دیگر برای ثبت نام داوطلبان امکان پذیر نبود، جامعه آماری این پژوهش به مراجعان مرکز مشاوره دانشگاه شهید بهشتی و مرکز مشاوره پرتو دانش محدود شد.

- محدودیت مذکور منجر به محدودیت در نمونه گیری به صورت نمونه گیری در دسترس شد. اما تخصیص آنها به دو گروه آزمایشی و گواه به صورت تصادفی صورت گرفت.

- چون تعدادی از شوهرها اعتقادی به مشاوره نداشتند در جلسات زوج درمانگری اسلامی حضور نیافتند. به این جهت همسران آنها به رغم اشتیاقی که به درمان داشتند کنار گذشته شدند و درمانگری در مورد زوجینی که هر دو به جلسه آمدند انجام شد.

- سوالات مقیاس خودشناسی با فرهنگ مردم ایران چندان هماهنگ نبود. افزون بر این اعتبار و پایانی آن مشخص نشده بود.

- تصحیح استخراج داده ها از آزمونهای مورد استفاده این پژوهش بسیار وقت گیر و مشکل بود و نیاز به همکاران متخصص و مجرب داشت.

۴-پیشنهادها

در رابطه با محدودیتهایی که عنوان شد می توان پیشنهاد کرد:

- آگهی برای شرکت داوطلبان در چنین پژوهشی بهتر است در روزنامه های کثیرالانتشار صورت می گیرد تا پژوهشگر بتواند به گزیش های مناسب تری از میان زوجین دست بزند و بدین وسیله بر اعتبار درونی و بیرونی پژوهش افزوده گردد.

- پژوهش های آینده بهتر است در نمونه های بزرگتر و بودجه بیشتر انجام شود.

- از طریق رسانه های گروهی و سایر آموزش های مستمر باید نگرش مردان نسبت به مشاوره مثبت و از ناآگاهی های آنها کاسته شود.
- زوجیان علاقمند به مسائل روانشناسی و خانواده درمانگری به اتفاق روانشناسان مجرب و علاقمند به موضوعات اسلامی، مقیاس خودشناسی، جهت گیری مذهبی و نظایر آن را بر اساس آیات قرآن کریم و احادیث و روایات معتبر تدوین و تعییه کنند که با فرهنگ اسلامی مردم ایران هماهنگی داشته باشد.
- برای طرح های بدیعی چون طرح حاضر بودجه به گونه ای باشد که بتوان چنین پژوهشی با همکاری چند پژوهشگر مجرب انجام داد.

فهرست منابع فارسی

قرآن کریم

امام خمینی / ترجمه عبدالکریم بی آزار شیرازی. (۱۳۶۱). رساله نوین: ۳- مسائل

خانواده. انتشارات انجام کتاب.

امام خمینی /: (۱۳۶۸)، چهل حدیث، مرکز نشر فرهنگی رجا، تهران.

اسلامی نسب، علی. (۱۳۷۳). روانشناسی اعتماد به نفس. چاپ اول. انتشارات

مهرداد.

احمدی، علی اصغر. (۱۳۷۴). روانشناسی شخصیت از دیدگاه اسلامی. چاپ سوم.

انتشارات امیرکبیر.

امید مسعود. (۱۳۷۳). رابطه دین و اخلاق از نظر علامه طباطبایی (ره). پایان نامه

فوق لیسانس. دانشگاه تربیت مدرس. دانشکده علوم انسانی.

بارکر، فیلیپ، ترجمه محسن دهقانی و زهره دهقانی (۱۳۷۵). خانواده درمانی پایه

تهران. انتشارات رشد.

باقری، سیامک، (۱۳۷۷). عشق درمانی. چاپ اول. نشر میثاق.

باقری، خسرو، (۱۳۷۰). نگاهی دوباره به تربیت اسلامی. چاپ دوم. انتشارات

وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.

براندن، ن، ترجمه جمال هاشمی. (۱۳۷۶)، روانشناس حرمت نفس. انتشارات

جیحون.

برنشتاین، ف، اج، برنشتاین، م، تی، مترجم ح، ز، سهرابی. (۱۳۷۷). شناخت

جیهون.

بست، جان ترجمه حسن پاشاشریفی و نرگس طالقانی. (۱۳۷۹). روش های تحقیق در علوم تربیتی رفتاری، انتشارات رشد.

بهشتی، احمد. (۱۳۶۰). تربیت از دیدگاه اسلام. دفتر نشر پیام.

جان بزرگی، مسعود. (۱۳۷۸). بررسی اثر بخشی روان درمانگری کوتاه مدت «آموزش خود مهارگری» با و بدون جهت گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی. پایان نامه دکتری. دانشگاه تربیت مدرس. دانشکده علوم و روانشناسی.

حسین سروری، علی اکبر. (۱۳۷۸). مباحثی چند پیرامون مبانی تعلیم و تربیت اسلامی، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

خلجی موحد، امان الله، (۱۳۶۸). خود شناسی در آئینه مذهب و روان شناسی. چاپ اول. (دفتر نشر فرهنگ اسلامی).

رشید پور، مجید. (۱۳۶۸). مبانی اخلاقی و اسلامی. انجمن اولیا و مربیان جمهوری اسلامی ایران.

رضا زاده، حمید رضا. (۱۳۷۶). درآمدی به روانشناسی خود. چاپ اول. نشر آئینه. ستیر، ویرچینا، ترجمه بهروز بیرشک. (۱۳۸۰). آدم سازی در روانشناسی خانواده. تهران. انتشارات رشد.

نشر قاوی، ح. م، ترجمه محمد باقر حجتی. (۱۳۶۶). گامی فراسوی روانشناسی اسلامی با اخلاق و بهداشت روانی در اسلام. دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

شولتز، دوان. ترجمه یوسف کریمی، فرهاد جمهری، سیامق نقشبندی، بهزاد گودرزی، هادی بحیرانی، محمدرضا نیکخو. (۱۳۷۸). نظریه های شخصیت، چاپ اول. نشر ارسباران.

صادقی جانبهان، محمود با همکاری لعیانجم عراقی. (۱۳۷۸). جایگاه دین در سلامت روانی. چاپ اول. انتشارات طریق کمال.

کیمیای سعادت، مرکز انتشارات علمی و فرهنگی. تهران.

فرانلک ویکتوز. ترجمه و توضیحات از دکتر ابراهیم یزدی. (۱۳۷۵)، خدا در ناخودآگاه. چاپ اول. نشر رسا.

فروم، اریک. ترجمه آرسن نظریان. (۱۳۵۴). روانکاوی و دین. چاپ دوم. انتشارات چاپار.

فلسفی، محمد تقی. (۱۳۶۴). کودک از نظر وراثت و تربیت. چاپ بیست و یکم. نشر معارف اسلامی.

فوردهام فریدا، ترجمه دکتر مسعود میربهاء. (۱۳۵۶)، مقدمه ای بر روانشناسی یونگ. چاپ سوم، نشر گلشن.

مختاری، عباس. (۱۳۷۹). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی. (درونی - بیرونی) و مؤلفه های خود پنداشت با میزان تنیدگی در دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه تربیت مدرس. پایان نامه فوق لیسانس. دانشگاه تربیت مدرس. دانشکده علوم انسانی.

مطهری، مرتضی. (۱۳۵۸)، مقدمه ای بر جهان بینی اسلامی، انتشارات صدرا، قم. مطهری، مرتضی. (۱۳۷۲). اخلاق و تربیت اسلامی (۱). انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

میرزا بیگی، علی. (۱۳۶۸). نقش نیازهای روانی در بهداشت روانی و آموزش و پرورش. چاپ دوم. انتشارات اطلاعات.

مینوچین، سالوادو، ترجمه باقر ثنایی. (۱۳۷۳). خانواده و خانواده درمانی. تهران. انتشارات امیرکبیر.

نراقی، ملا احمد. (۱۳۶۲). معراج السعاده. انتشارات ندای اسلام. مشهد.

یونگ، کارل گوستاو، ترجمه فؤاد روحانی. (۱۳۵۴). روانشناسی و دین. چاپ دوم. نشر سکه.

بارکر، فیلیپ، ترجمه محسن دهقانی و زهره دهقانی. (۱۳۷۵). خانواده درمانی پایه. تهران. انتشارات رشد.

مینوچین، سالوادور. ترجمه باقر ثنایی. (۱۳۷۳). خانواده و خانواده درمانی. تهران. انتشارات امیرکبیر.

ستیر، ویرچنیا. ترجمه بهروز بیرشک. (۱۳۸۰). آدم سازی در روانشناسی خانواده. تهران. انتشارات رشد.

فهرست منابع خارجی

Adrian, F. & Laurence, B. (1992). A neglected aspect of the psychology of religion. International Joyrnal for the pasychology of religion, 2 (1). 37- 45.

Allport, G. W. & Ross, J.M (1967). Personal religious orientation and pehudice. Journal of presonality and socialk pshology, Vol 5. 432- 443.

Beavers , W. & HamPsan , R.(1990). Successfulfamilies: Assessment and intervention , Ne york : W.W Norton.

Beavers, W. , & Voeller , M.(1983). Family madels :Comparing and Contrasting the olson circumplex model with the Beavers , system model. Family Process , 22, 85- 98.

Broota , K. D. (1989). ExPerimental design in behavioural research. Iley. Eastren limited.

Bulter, M. H. , & Wampler, K. S. (1999). A meta-Analytical update of research on the couple

Communication Program. American Journal of family therapy. Jul . sep. Vol 27(3):233- 237

Carlson . I, sperry , L, & Lewis , I. A. (1997). Family therapy.

Contoni, L. E. , & Contoni , L. I. (1991). Theoretical under Pinning of practice in family servica agencies.

Psychological reports. Jon. , Vol 66(3, pt1). 739- 753.

Cloninger, S.C. (1996). Personality Description Dynamics and Development.

Feldman. L. (1992). Intedrating individual and family therapy. New york: Brunner/ Mazell.

Green , R. , Harris , R. , Forte, J. , & Rabinson , M.

(1991a). Evaluating FACE- III and the circumplex model :

2, 440families. Hamily Process , 30 , 55- 73.

Green , R. , Kolevzn , M. , & Vosler, N. (1985). The

Beavers- Timberlawn model of family competance and the circumpkex model of family adaptability and cohesion: separate but equal?

Family Process .24- 358- 398.

13- Gorsuch, R. L. (1988). Psychology of religion. Annual of psychology, Vol 39. 201- 221.

Kaaiser , A. , Hablweg, k. , Fefm- wolfsdorf, G. , & Groth , T.(1998). The officacy of a compact pyschoeducationalgroup Traning program formarried couples. Journal of consulting and clincal psychology. Oct. , Vol 66(5): 753- 760.

Kaldestad, E. (1995). The emprical relations of personality. Scandinavian Journal of psychology, Vol 36. 95- 108.

Kaldested . E. (1995). "Relationships among religiosity, personality and mental health, delopment of assessment instument. And emprical studies of sucf relationships." Thesis from university of ols. Norway.

Lee, C. (1988). Theories of family adaptibility: Toward a synthesesis of olson's circumplex and the Beaverssystem model. Family Pricess, 27, 73- 85.

Laimbock , A. (1995). Situational psychoavolytic short psychotherapt with a cuple zeitschrift – fuer.

Psychoanalytische-theorie and – praxis. Vollo(1): 82-92

Manthews Treadway, K.(1998). Religion and optimism.

Models of the relationship. The student Journal of Psychology. 1- 13.

Newman, J. S & paragment, K. I. (1990). The role of religion in the problem – solving prosses. Revie of

religiousresearch, Vol 31. 390-403.

Nichols , M. P. (1984). Family Therapy : concept and Methods New york : Gardner Press.

Park, C. Chohen, K. H. & Herb, L. (1990). Intrinsic and Religious coping as life stress mondrators for catcholics

versus protestant. Journal of personality and

sociapsycholics versus protestants. Journal of personality and sicialpsychology, Vol 59. 562- 574.

Rogge , R.D. , & Bradburrt . T.N . (1999). Till violence dose us Part: The dillering roles of Communication.

Journal of consulting and clinical psychology. Jun. , Vol
67(3) : 340-351.

Seagin, J. (1964). Prejudice and religious types: A focused
study of southern fundamentalists. Journal for the scientific
study of religion, 4. 3-13.

Sperry, I. , & Carlson, J. (1991). Psychopathy and
Psychotherapy: From diagnosis to treatment Muncie, In:
Accelerated Development .

Wallsh, W. (1991). Case studies in family therapy: An
integrated approach. Boston: Allyn and Bacon.