

پیش بینی الگوهای ارتباطی زناشویی به وسیله عمل به باورهای دینی و

سلامت روان در زنان شاغل

حسین امیری^۱، محسن رسولی^۲، عبدالرحیم کسائی^۲ و محمود بهرامی^{۱*}

چکیده

بی گمان، شناخت و استفاده درست از روش‌های دست‌یابی به برقراری رابطه سالم در زندگی زناشویی می‌تواند نقشی مهم در رضایت زوج‌ها و بهبود کیفیت زندگی به همراه داشته باشد. از این رو، این پژوهش با هدف بررسی پیش بینی الگوهای ارتباطی زوج‌ها به وسیله عمل به باورهای دینی و سلامت روان در زنان شاغل دانشگاه خوارزمی تهران انجام گرفته است. نمونه پژوهش را ۱۶۲ از کارکنان زن متاهل دانشگاه خوارزمی که در سال ۹۳-۹۲ مشغول به کار بودند و به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند، تشکیل می‌دهد و سه پرسش‌نامه الگوهای ارتباطی (CPQ) و عمل به باورهای دینی و سلامت روان (GHQ-28) در مورد آن‌ها اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آمار توصیفی و آزمون رگرسیون گام به گام و از روش نرم افزار spss21 انجام گرفت. یافته‌ها نشان دادند که عمل به باورهای دینی و سلامت روان با الگوی ارتباطی سازنده متقابل رابطه مثبت و معنا دار ($p < 0/01$) و با الگوهای ارتباطی اجتنابی و توقع / کناره گیر رابطه‌ای منفی و معنادار داشت. بر اساس نتایج این پژوهش، می‌توان به اهمیت نقش عمل به باورهای دینی و سلامت روان در زندگی زناشویی و ارتباطات زوج‌ها در کارکنان زن دانشگاه خوارزمی به عنوان عاملی مهم برای رویارویی با تعارضات و اختلافات در زمینه الگوهای ارتباطی پی برد.

واژه‌های کلیدی: الگوهای ارتباطی، عمل به باورهای دینی، سلامت روان.

۱- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی تهران.

۲- استادیار گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران.

*- نویسنده مسئول مقاله: bahrami201367@gmail.com

پیشگفتار

خانواده^۱ سیستم ارتباطی منحصر به فردی است که با روابط دوستی و کاری متفاوت است. ورود به چنین سیستم ارتباطی سازمان یافته‌ای، از راه تولد، ازدواج و یا فرزند خواندگی صورت می‌گیرد. ارزش اصلی خانواده، حاصل شبکه روابطی است که به وسیله اعضای آن بوجود آمده است (Goldenberg & Goldenberg, 2000). در نظام خانواده، عنصر ارتباط، بسیار تعیین کننده است. خانواده‌های بالنده، روش برقراری ارتباط و ارسال پیام را به خوبی یاد گرفته‌اند و بنابراین، الگوهای سالمی دارند (Settir, 2012). یکی از راههای نگرستن به ساختار خانواده توجه به الگوهای ارتباطی زوجها^۲، یعنی کانال‌های ارتباطی است که از راه آن‌ها زن و شوهر با یکدیگر به تعامل می‌پردازند (Trenholm & Yensen, 1996) و به آن دسته از کانال‌های ارتباطی که به فراوانی در یک خانواده رخ می‌دهد، الگوهای ارتباطی گفته می‌شود که مجموعه این الگوها شبکه ارتباطی خانواده را شکل می‌دهند (Fatehizade & Ahmadi, 2005). هم‌چنین، ارتباط زناشویی^۳ عبارتست از فرایندی که در طی آن زن و شوهر چه به صورت کلامی در قالب گفتار و چه به صورت غیر کلامی در قالب گوش دادن، مکث، حالت چهره و ژست‌های گوناگون با یکدیگر به تبادل احساسات و افکار می‌پردازند (Rasouli, 2001). تعامل در رابطه زوجی به معنای دادن و گرفتن میان دو شخص است که شامل الگوهای رفتاری منظم و تکرار شونده می‌باشد (Sanagoi, Johnbozorgi, Mahdavian, 2011). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ارتباط باز، مداوم و روشن، یکی از ویژگی‌های اساسی خانواده‌هایی است که سالم و روشن‌اند. خانواده‌ای که اعضای آن ارتباط صحیح با یکدیگر برقرار می‌کنند بهتر می‌توانند مسایل خود را حل کنند و رضایت بیشتری از ارتباط خود دارند (Long & Yang, 2013). بخشی (Bakhshi, 2011) در پژوهشی دریافت زوج‌هایی که مهارت‌های ارتباطی بهتری در روابطشان دارند، پریشانی کم‌تری را تجربه می‌کنند تا زوج‌هایی که مشکلات ارتباطی دارند. واقعیت‌های موجود نشان می‌دهد که مسایل و مشکلات خانوادگی در جوامع گوناگون روز به روز در حال افزایش است. آمار طلاق^۴ در آمریکا به بیش از ۵۰ درصد رسیده است، افزایش روز افزون طلاق در دنیای کنونی متأسفانه جامعه ما را نیز در بر گرفته است و نارضایتی زن و شوهر از یکدیگر و نیز از هم گسیختگی کانون‌های گرم بسیاری از خانواده‌ها و تاثیرات سوء این جدایی بر افراد خانواده نیاز به رسیدگی و رفع این مشکل را مطرح ساخته است (Kalantari, Roshanfekar, 2011). بر اساس داده‌های سایت سازمان ثبت احوال کشور، آمار طلاق از ۱۰/۲ درصد در

¹ - Family

² - Couple Communication Patterns

³ - Marital Communication

⁴ - Divorce

سال ۱۳۸۳ به ۱۶/۳۹ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده است و نرخ طلاق به ازدواج در سال ۱۳۹۱ تقریباً ۱ به ۵ می باشد (Kalantari, Roshanfekr, Javaheri, 2011). گزارش‌های بالینی نشان داده است که علت اصلی و مشترک مراجعه حرفه‌ای مردم به زوج درمانی، مشکلات ارتباطی است (Christensen & Shenk, 1991). ارتباط زناشویی می‌تواند دست‌مایه شادی یا منبع بزرگ رنج و تألم باشد. ارتباط، به زن و شوهر این امکان را می‌دهد که با یکدیگر به بحث و تبادل نظر بپردازند و مشکلاتشان را حل کنند، زوج‌هایی که نتوانند با یکدیگر ارتباط برقرار کنند، در یک وضعیت نامشخص قرار می‌گیرند (Long & Yang, 2013). خانواده درمانگران بر این باورند که تغییر الگوهای ارتباطی در مقایسه با دیگر عوامل تاثیرگذار در ناسازگاری زناشویی، مانند ویژگی‌های شخصیتی و شرایط اجتماعی و اقتصادی عملی‌تر است (Sanagoi & et al, 2011). بر این اساس، ضرورت توجه به الگوهای ارتباطی زوج‌ها، امری است که در چند دهه اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته تا جایی که گاتمن (Gottman, 2000) با توجه به الگوهای ارتباطی زوج‌ها، به پیش‌بینی وقوع طلاق می‌پردازد. از ویژگی‌های الگوهای ارتباطی امکان تغییر و قابلیت یادگیری آن‌هاست. در الگوهای ارتباطی ناسالم هریک از زوجها دیگری را نیمه خود می‌پندارد که باید نیازهای ارضا نشده وی در دوران کودکی را ارضا نماید. این الگوها حالت تکرار شونده دارند و از خانواده اصلی به فرزندان منتقل می‌شوند و تا زمانی که شناسایی و اصلاح نشوند، امکان تکرار این الگوها در نسل‌های بعدی وجود دارد (Rasouli, 2001). پژوهشگران در دهه‌های اخیر، به مذهب^۱ و پایبندی مذهبی^۲ به مثابه یک متغیر کنترل‌کننده عوامل هیجانی و شناختی توجه کرده‌اند (Kiani, Farahbakhsh, Asadi, Shiri, 2010). مذهب سیستم سازمان یافته‌ای از باورها شامل سنت، ارزش‌های اخلاقی، رسومات، مشارکت در یک جامعه دینی برای اعتقاد راسخ‌تر به خدا یا یک قدرت برتر است (Kiani & et al, 2010). پایبندی و تعهد مذهبی نشان‌دهنده این است که یک فرد تا چه حد درگیر امور مذهبی است. فردی که تعهد مذهبی دارد به ارزش‌ها، باورها و تکالیف مذهبی خود پایبند و وفادار است و از آن‌ها در زندگی روزمره‌اش بهره می‌گیرد. باورهای مذهبی شیوه‌هایی موثر برای رویارویی با سختی‌ها، تجارب دردناک و نشانه‌های بیماری است و همچنین، در زمان مشکلات و ناراحتی‌ها بر چگونگی روابط انسانی اثر می‌گذارد (Kiani & et al, 2010). پایبندی مذهبی می‌تواند عوامل هیجانی و شناختی^۳ را کنترل کند. همچنین، در پژوهش‌هایی نشان داده شد که زوج‌های پایبند به مذهب بیش‌تر از الگوهای ارتباطی سازنده^۴ در روابط خود استفاده می‌کنند

¹ - Religion

² - Religious adherence.

³ - Emotional and cognitive

⁴ - Constructive communication patterns

(Sanagoi & et al, 2011). افزون بر این، بر اساس پژوهش‌های انجام گرفته تمایلات معنوی و مذهبی بودن باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روان (Hales, 1999)، تحمل حوادث فشارزای زندگی (Yang & Mao, 2007) و مصونیت بیش‌تر در برابر تنش و بهبود روابط بین زوجها می‌گردد (Graham, Furr, Flowers & Burke, 2001). بنابراین، پایبندی مذهبی و عمل کردن به باورهای مربوط به آن می‌تواند پیش‌بینی کننده الگوی ارتباطی سازنده و پایبند نبودن به مذهب پیش‌بینی کننده الگوهای ارتباطی معیوب خواهد بود و میان عمل به باورهای دینی زوجها و الگوهای ارتباطی آنان، رابطه‌ای معنا دار وجود دارد (Hales, 1999). به این صورت که دین از راه رفتار فرد در ارتباط با دیگران و نیز از راه ارزشی که ادیان برای ارتباط‌ها قایل‌اند، بر سلامتی الگوهای مرآه ای تاثیر مثبت می‌گذارند (Trensen, 1999; Quoted by, Bahrami ehsan, 2005). جریگان و ناک (Jerrigan & Nack, 1978) دین را بهترین عامل ثابت در ازدواج و زندگی زناشویی می‌دانند و در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که عمل به باورهای دینی، موجب افزایش میزان شادکامی، کاهش چشمگیر پرخاشگری کلامی و تعارض‌ها و اختلاف‌های زناشویی می‌شود و در نهایت، سبب فزونی رضایت زناشویی^۱ می‌شود. لامبرت و دولاهیت (Lambert & Dollahite, 2006) در پژوهشی به بررسی چگونگی تاثیر مذهب بر پیشگیری، حل و مغلوب ساختن تعارض زناشویی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که باورهای مذهبی می‌تواند در سه جهت: حل تعارض، پیشگیری از وقوع مشکل و آشتی در روابط به فرایند حل تعارض کمک کند. ثناگویی و همکاران (Sanagoi & et al, 2011) در پژوهشی با عنوان رابطه پایبندی مذهبی با الگوهای ارتباطی زوجین، به این نتیجه رسیدند که بین پایبندی مذهبی و الگوهای ارتباطی زوجین رابطه‌ای معنادار وجود دارد و می‌توان از راه پایبندی مذهبی، الگوهای ارتباطی زوجین را پیش‌بینی کرد و به احتمال زیاد، با تغییر آن، الگوهای ارتباطی را نیز تغییر داد. غفوری و همکاران (Ghafouri & et al, 2011) در مطالعه‌ای با عنوان "سبک‌های دلبستگی و نگرش‌های مذهبی به عنوان پیش‌بین‌های موفقیت و شکست رابطه زناشویی" دریافتند که موفقیت و شکست در رابطه زناشویی از راه متغیرهای سبک دلبستگی و نگرش مذهبی قابل پیش‌بینی هستند. هم‌چنین، اروین (Irvine, 2008) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که مذهب همبستگی معناداری با روابط اعضا در خانواده دارد. یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند بر الگوهای ارتباطی تاثیر بگذارد، سلامت روان^۲ است. سازمان بهداشت جهانی^۳، سلامت روان‌شناختی را به‌عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای روانی بهنجار زندگی

¹ - Marital Satisfaction

² - Mental Health

³ - The World Health Organization

کنار بیاید، می‌تواند به گونه‌ای پرثمر و مولد کار کند و قادر است برای اجتماع مفید باشد، تعریف می‌کند (Diener, 2001). سلامت به این معناست که یک شخص چگونه می‌تواند از توانایی‌ها و استعدادهایش بیش‌ترین استفاده و بهره را ببرد (Waterman, 1993). در این تعریف، سخن از انسان سالمی است که در مسیر درست زندگی قرار گرفته است. برخی دیگر سلامتی را مترادف با کیفیت زندگی^۱ آوردند (Nouzari, Gholami, 2010). سلامت روان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به گونه عادلانه و مناسب است. به بیان دیگر، سلامت روانی به آن حالت نسبتاً ثابت شخص گفته می‌شود که می‌تواند خوب سازش کند، رغبت و شوق زندگی دارد و در مسیر خود تحقیقی یا خوسازی قرار دارد (Rajabi, 2007). سلامت روان تنها نبود آسیب‌های روان‌شناختی نیست بلکه بیش‌تر مربوط به وجود ابعادی همچون احساس مثبت، هدف در زندگی و همکاری اجتماعی است (Keyes, 2007). افرادی که از سلامت روان‌شناختی برخوردارند، توانایی مقاومت و ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی برای فکر کردن و عمل کردن به یک شیوه خاص را دارند، فشارهای اجتماعی را تنظیم و کنترل می‌کنند و خود را بر اساس معیارهای شخصی ارزیابی می‌کنند (Dastjerdi, 2011). علیپور و همکاران (Alipour & et al, 2013) در مطالعه‌ای نشان دادند که سلامت روان قادر به پیش‌بینی رضایت زناشویی است و در رضایت زناشویی زوجها نقش اساسی ایفا می‌کند. بر اساس برآوردی که سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ انجام داد، مشکلات سلامت روان سهمی بزرگ در بیماری‌ها و ناتوانی‌ها در کل دنیا دارد (Ghasemi, Delavar, Karimizarchi, 2012). نتایج پژوهش‌های شاکلفورد و همکاران (Shackelford & et al, 2007) نشان داده است که سطح آسیب‌شناختی روانی با مقدار رضایت از زندگی زناشویی، رابطه‌ای معنادار دارد. در نتیجه، می‌توان گفت عمل به باورهای دینی و سلامت روان با فراهم کردن شرایط رشد شخصی و کاهش عوامل آسیب‌زای زندگی محیطی سالم و پویا ایجاد و تأثیری مهم بر الگوهای ارتباطی زناشویی می‌گذارد. از مهم‌ترین عوامل و سازوکارهای بالقوه و مفروض بر تأثیرگذاری عمل به باورهای دینی و سلامت روان بر پیشگیری از تعارضات زناشویی می‌توان به شبکه‌های اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی و عوامل و سازوکارهای روانی و فیزیولوژیکی اشاره کرد. مطالعه عمل به باورهای دینی و سلامت روان در جوامع غربی تازه آغاز شده است و پژوهش‌های زیادی در این زمینه انجام گرفته (Beck, 2006)، ولی در جوامع اسلامی پژوهشی که جنبه‌های گوناگون این موضوع را مورد ارزیابی قرار داده باشد بسیار اندک است (Zahedbabolan, Rezaijamaloi, Haraftisobhani, 2012). بویژه در زمینه

^۱ - Quality of Life

بررسی رابطه آن با الگوهای ارتباطی فقر پژوهشی وجود دارد. لذا هدف از این پژوهش پیش‌بینی الگوهای ارتباطی زوج‌ها بر اساس عمل به باورهای دینی و سلامت روان است.

فرضیه‌های پژوهش

۱. عمل به باورهای دینی توان پیش‌بینی الگوی ارتباط سازنده متقابل را دارد.
۲. سلامت عمومی توان پیش‌بینی الگوی ارتباط سازنده متقابل را دارد.
۳. عمل به باورهای دینی توان پیش‌بینی الگوی ارتباط اجتنابی متقابل را دارد.
۴. سلامت عمومی توان پیش‌بینی الگوی ارتباط اجتنابی متقابل را دارد.
۵. عمل به باورهای دینی توان پیش‌بینی الگوی ارتباط توقع / کناره‌گیر را دارد.
۶. سلامت عمومی توان پیش‌بینی الگوی ارتباط توقع / کناره‌گیر را دارد.

روش پژوهش

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان متأهل شاغل در دانشگاه خوارزمی که در سال ۹۳-۹۲ مشغول به کار بودند تشکیل می‌دهند که تعداد کل آن‌ها ۲۸۰ نفر است (اداره امور اداری دانشگاه خوارزمی). در این پژوهش شیوه نمونه‌گیری از نوع تصادفی ساده می‌باشد که بر اساس جدول مورگان تعداد ۱۶۲ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. گفتنی است که از تعداد ۱۶۲ پرسش‌نامه ۴ عدد بخاطر گم شدن برگشت داده نشد و به گونه تصادفی ۴ نفر دیگر از جامعه مورد نظر انتخاب شد.

پرسش‌نامه الگوهای ارتباطی (CPQ)^۱

این پرسش‌نامه یک ابزار خود سنجی است که به وسیله کریستین و سالوی (۱۹۸۴) تهیه شده و بمنظور برآورد ارتباط زناشویی زوج‌ها و این‌که بدانیم همسران چگونه با مشکلاتی که در روابطشان ایجاد می‌شود کنار می‌آیند، طراحی شده است و از ۳۵ پرسش تشکیل شده که رفتارهای زوج‌ها را در طی سه مرحله از تعارض زناشویی،

۱- هنگامی که مشکل در رابطه زوجین وجود می‌آید، ۲- مدت زمانی که درباره مشکل بحث می‌شود، ۳- پس از بحث درباره مشکل ارتباطی، مشخص می‌کند. زوجین هر رفتار را روی یک مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت از ۱ (اصلاً امکان ندارد) تا ۹ (خیلی امکان دارد) درجه بندی می‌کنند. این پرسش‌نامه از سه خرده مقیاس تشکیل شده است: مقیاس ارتباط سازنده متقابل، مقیاس ارتباط

¹ - Communication Patterns Questionnaire

اجتنابی متقابل، مقیاس ارتباط توقع/کناره‌گیری. ارتباط توقع کناره‌گیری از دو بخش تشکیل شده است: مرد متوقع/ زن کناره‌گیر و زن متوقع/مرد کناره‌گیر. پژوهش‌های پیشین که از پرسش‌نامه CPQ استفاده کرده‌اند، کریستنسن و هیوی^۱ (Christensen, A. & Heavey, 1990) و هیوی و همکاران (Heavey, et al, 1996) پایایی این پرسش‌نامه را برآورد کردند و آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه از ۰/۵۰ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. شرفی نیز (Sharafi, 2003) پایایی پرسش‌نامه الگوهای ارتباطی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای مقیاس‌های ارتباط سازنده متقابل^۲، ارتباط اجتنابی متقابل^۳، ارتباط توقع زن/کناره‌گیر مرد، ارتباط توقع مرد/کناره‌گیر زن و ارتباط توقع/کناره‌گیر^۴ رابه ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۴، ۰/۶۲، ۰/۵۹، ۰/۷۲ بدست آورده است. در ایران عبادت پور (Ebadatpour, 2000) بمنظور برآورد روایی این پرسش‌نامه، همبستگی بین مقیاس‌های این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه رضایت زناشویی ENRICH را بدست آورد. ضرایب همبستگی بدست‌آمده برای سه خرده مقیاس ارتباط سازنده متقابل (۵ پرسشی)، ارتباط اجتناب متقابل و ارتباط توقع / کناره‌گیری به ترتیب عبارت بودند از ۰/۵۸، ۰/۵۸ و ۰/۳۵ که همگی در سطح آلفای ۰/۱. معنی‌دار بودند. در این مطالعه اعتبار مقیاس‌های پرسش‌نامه الگوهای ارتباطی با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب در مقیاس ارتباط سازنده متقابل برابر ۰/۸۲، ارتباط اجتنابی متقابل ۰/۶۸، و ارتباط توقع/کناره‌گیری ۰/۸۶ گزارش شد.

پرسش‌نامه معبد

پرسش‌نامه معبد در سال ۱۳۷۹ به وسیله گلزاری^۵ ساخته شده است و دارای ۲۵ پرسش است که عمل (نه باور و نگرش) به باورهای دینی را اندازه‌گیری می‌کند. مواد آزمون در چهار حوزه عمل به واجبات، عمل به مستحبات، فعالیت‌های دینی (عضویت در گروه‌های دینی و غیره) و در نظر گرفتن دین در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های زندگی قرار دارد. پرسش‌های آزمون با توجه به رفتارهای دینی رایج در جوانان متدین به اسلام انتخاب شده است. هر پرسش پنج گزینه دارد که از صفر تا چهار و بر اساس طیف لیکرت نمره گذاری می‌شود. بدین ترتیب کم‌ترین نمره صفر است که به معنی عمل نکردن به هیچ کدام از باورهای دینی و بیش‌ترین نمره صد است که نشان دهنده عمل به همه باورهای دینی بشمار می‌آید. پایایی این آزمون از روش بازآزمایی ۰/۷۶ گزارش شده است و از روش دو نیمه کردن ۰/۹۱ و از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است

¹ - Christensen & Heavey

² - Mutual constructive communication

³ - Mutual avoidance communication

⁴ - Related demand / withdrawn

⁵ - Golzari

(Golzari, 2000). هم‌چنین، در مطالعه‌ای دیگر مقدار آلفای کرونباخ برای این مقیاس را ۰/۹۱ گزارش کرده اند (Rasouli, Soltani, 2012). بر اساس نتایج پژوهش‌های گلزاری (Golzari, 2000) این آزمون دارای اعتبار محتوا صوری و منطقی بالاست، اعتبار وابسته به ملاک آن از راه مقایسه افراد دینی و غیر دینی با ضریب اعتبار ۰/۸۴ و بالاتر بدست آمده است (Golzari, 2000). در این مطالعه پایایی این پرسش‌نامه به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد.

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28)^۱

پرسش‌نامه سلامت عمومی یک «پرسش‌نامه سرندی» مبتنی بر خود گزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسش‌نامه سلامت عمومی را می‌توان به عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های گوناگون روانی وجود دارد، تشکیل شده است و بدین ترتیب می‌توان بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی از آن‌هایی که سالم می‌پندارند، متمایز کند. بنابراین، هدف این پرسش‌نامه دست‌یابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری و سلامت است. فرم ۲۸ ماده‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است. این پرسش‌نامه به عنوان یک ابزار سرندی می‌توان احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین کند. این پرسش‌نامه در سال (۱۹۷۹) به وسیله گلدبرگ و هیلر^۲ طراحی و تدوین شده است. پرسش‌های آن براساس روش تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده‌ای اولیه استخراج شده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۸ پرسش چهار گزینه‌ای است و دارای چهار مقیاس است که هر کدام از مقیاس‌ها ۷ پرسش دارد. مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی عبارتند از «علائم جسمانی»، «اضطراب و اختلال خواب»، «اختلال در عملکرد اجتماعی» و «افسردگی شدید» (Homan, 1997). گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۲) همبستگی بین داده‌های بدست‌آمده از اجرای دو پرسش‌نامه (GhQ-28) و scl-90-R را بر روی ۲۴۴ آزمودنی به میزان ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. یعقوبی (Quoted by, Sanagoi & et al, 2011) ضریب پایایی کلی این پرسش‌نامه را ۰/۹۱ و ضریب پایایی خرده آزمون‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. روایی این مقیاس در پژوهش نیکوگفتار (Nikoogoftar, 2009) از روش محاسبه ضریب همبستگی بین نمره‌های GHQ و SCL-25-R به عنوان دو اندازه عمومی محاسبه شد که برابر با (۰/۳۹، $r^2=$ ۰/۰۵) بود. در این مطالعه نیز مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

1- General Health Questionnaire

2- Goldberg & Hiller

یافته‌ها

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌ها در خرده مقیاسهای آزمون الگوهای ارتباطی، عمل به باورهای دینی و سلامت روان.

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
الگوی سازنده	۳۳/۱۵	۷/۷۵	۱۵	۴۵
متقابل	۱۷/۹۶	۷/۶۸	۵	۴۱
الگوی اجتناب	۴۰/۹۸	۱۶/۰۸	۱۳	۸۹
متقابل	۳۵/۶۰	۱۲/۵۱	۱۳	۶۷
الگوی توقع مرد				
الگوی توقع زن				
نشانه‌های بدنی	۶/۲۷	۴/۱۲	۰	۱۸
اضطراب و بیخوابی	۵/۳۰	۴/۰۷	۰	۱۵
اختلال کارکرد اجتماعی	۶/۳۲	۳/۴۱	۰	۱۷
افسردگی	۱/۵۹	۲/۲۷	۰	۱۱
سلامت عمومی	۱۹/۴۸	۱۱/۷۸	۰	۵۳
انگیزه و روابط	۴۷/۲۲	۱۰/۸۳	۱۷	۶۸
واجبات	۹/۹۱	۱/۸۷	۴	۱۲
مستحبات	۵/۵۲	۲/۴۸	۰	۱۴
عمل به باورهای دینی	۶۲/۶۵	۱۳/۷۷	۲۳	۹۴

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش.

الگوی توقع زن	الگوی توقع مرد	الگوی اجتناب متقابل	الگوی سازنده متقابل	
۰/۱۹ *	۰/۲۶ **	۰/۳۵ **	-۰/۴۶ **	نشانه های بدنی
۰/۳۰ **	۰/۴۲ **	۰/۳۵ **	-۰/۳۶ **	اضطراب و بیخوابی
۰/۲۱ **	۰/۱۳	۰/۱۲	-۰/۳۰ **	اختلال کارکرد اجتماعی
۰/۳۱ **	۰/۴۰ **	۰/۳۱ **	-۰/۳۵ **	افسردگی
۰/۲۹ **	۰/۳۵ **	۰/۳۳ **	-۰/۴۴ **	سلامت عمومی
-۰/۲۵ **	-۰/۲۹ **	-۰/۴۱ **	۰/۳۹ **	انگیزه و روابط
-۰/۲۴ **	-۰/۲۰ **	-۰/۳۶ **	۰/۲۳ **	واجبات
-۰/۲۲ **	-۰/۳۴ **	-۰/۲۷ **	۰/۲۲ **	مستحبات
-۰/۲۷ **	-۰/۳۲ **	-۰/۴۲ **	۰/۳۸ **	عمل به باورهای دینی

$$P < ۰/۰۵ * \quad P < ۰/۰۱ **$$

با توجه به نتایج جدول بالا که همبستگی میان متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد، سلامت عمومی با الگوی سازنده متقابل همبستگی منفی و معنادار دارد ($r = -۰/۴۴$ و $P < ۰/۰۱$)، از آنجایی که هرچه نمره فرد در پرسش‌نامه سلامت عمومی کم‌تر باشد، از سلامت بیشتری برخوردار است، بنابراین این نتیجه نشان می‌دهد که افرادی که از سلامت روانی بالاتری برخوردارند از الگوی سازنده متقابل استفاده می‌کنند. همچنین، همبستگی مثبت و معنادار سلامت عمومی با الگوی اجتناب متقابل ($r = ۰/۳۳$ و $P < ۰/۰۱$)، الگوی توقع مرد ($r = ۰/۳۵$ و $P < ۰/۰۱$) و الگوی توقع زن ($r = ۰/۲۹$ و $P < ۰/۰۱$) نشان می‌دهد، افرادی که از این الگوها بیش‌تر استفاده می‌کنند از سلامت روانی کم‌تر برخوردارند. همبستگی مثبت و معنادار عمل به باورهای دینی با الگوی سازنده متقابل ($r = ۰/۳۸$ و $P < ۰/۰۱$) نشان می‌دهد که افرادی که نمره بالاتری در متغیر عمل به باورهای دینی کسب می‌کنند، به احتمال زیاد، از الگوی سازنده متقابل، بیش‌تر استفاده می‌کنند و همبستگی منفی و معنادار عمل به باورهای دینی با الگوی اجتناب متقابل ($r = -۰/۴۲$ و $P < ۰/۰۱$)، الگوی توقع مرد ($r = -۰/۳۲$ و $P < ۰/۰۱$) و الگوی توقع زن ($r = -۰/۲۷$ و $P < ۰/۰۱$) نشان می‌دهد افرادی که در متغیر عمل به باورهای دینی نمره بالاتری کسب می‌کنند به احتمال زیاد، از این الگوها کم‌تر استفاده می‌کنند.

جدول ۳ - تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی الگوی ارتباط سازنده متقابل به وسیله عمل به باورهای دینی و سلامت عمومی.

گام	پیش بین	R	R ²	F	B	β	T	p
۱	سلامت عمومی	۰/۴۴	۰/۱۹	۰/۳۹	-۰/۲۹	-۰/۴۴	-۲/۶	۰/۰۰۱
	سلامت عمومی				-۰/۲۲	-۰/۳۳	-۲/۴	۰/۰۰۱
۲	عمل به باورهای دینی	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۲۴	۰/۱۲	۰/۲۲	۲/۸	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۴ با استفاده از روش گام به گام نشان می‌دهد که سلامت عمومی در گام نخست توانسته است ۱۹ درصد از تغییرات الگوی سازنده متقابل را تبیین کند که این مقدار با توجه به آماره F و سطح معناداری آن ($F = ۰/۳۹$ و $p < ۰/۰۰۱$) معنا دار می‌باشد. در این جدول مقادیر B و β نیز به ترتیب نشان دهنده ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد می‌باشد که مشخص می‌کنند با تغییر یک واحد در عمل به باورهای دینی و سلامت عمومی به چه مقدار متغیر ملاک یا الگوی سازنده متقابل تغییر خواهد کرد. با توجه به نمره گذاری پرسش‌نامه سلامت روان که هر چقدر نمره آزمودنی بالاتر باشد، مقدار سلامت روان فرد کم‌تر است، بررسی مقدار بتا نشان می‌دهد که با هر واحد افزایش انحراف استاندارد در متغیر سلامت روان الگوی سازنده متقابل ۰/۴۴ - کاهش می‌یابد.

در گام دوم سلامت عمومی با عمل به باورهای دینی وارد معادله رگرسیونی شدند که این دو متغیر با هم ۲۳ درصد از واریانس الگوی سازنده متقابل را تبیین می‌کنند که این مقدار از نظر آماری معنادار است ($F = ۰/۲۴$ و $p < ۰/۰۰۱$). ضریب رگرسیونی (بتا) نشان می‌دهد که سلامت روان با ضریب رگرسیونی ($\beta = -۰/۳۳$ و $p < ۰/۰۱$) به گونه منفی و عمل به باورهای دینی با ضریب رگرسیونی ($\beta = ۰/۲۲$ و $p < ۰/۰۱$) به گونه مثبت الگوی ارتباط سازنده را پیش بینی نموده‌اند. به گونه‌ای که هر اندازه نمره فرد در متغیر سلامت عمومی بالاتر باشد که نشان از سلامت روان کم‌تر است، در زوجها مقدار استفاده از الگوی سازنده متقابل کاهش می‌یابد و با افزایش عمل به باورهای دینی مقدار الگوی ارتباط سازنده در آن‌ها افزایش می‌یابد.

جدول ۴- تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی الگوی ارتباط اجتناب متقابل به وسیله عمل به باورهای دینی و سلامت عمومی.

گام	پیش بین	R	R ²	F	B	β	T	p
۱	عمل به باورهای دینی	۰/۴۲	۰/۱۸	۰/۳۵	-۰/۲۳	-۰/۴۲	-۵/۹	۰/۰۰۱
۲	عمل به باورهای دینی	۰/۴۵	۰/۲۰	۰/۲۰	-۰/۱۹	-۰/۳۴	-۲/۴	۰/۰۰۱
	سلامت عمومی				۰/۱۱	۰/۱۷	۲/۱	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۴ نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش بین به ترتیب، دو متغیر عمل به باورهای دینی و سلامت روان وارد معادله رگرسیون شدند که با توجه به جدول عمل به باورهای دینی ۱۸ درصد از واریانس الگوی ارتباط اجتناب متقابل را تبیین می‌کند ($R = 0/42$) و $R^2 = 0/18$ مقدار بتا نشان می‌دهد که عمل به باورهای دینی با الگوی ارتباط اجتنابی رابطه‌ای منفی و معنادار ($\beta = -0/42$ و $p < 0/01$) دارد، به گونه‌ای که با کاهش عمل به باورهای دینی میزان الگوی ارتباط اجتنابی افزایش می‌یابد. آزمون آماری F برای معنی داری ضریب همبستگی برابر ۰/۳۵ است که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. در مرحله بعدی عمل به باورهای دینی همراه با سلامت عمومی وارد معادله شد که با همدیگر توانستند ۲۰ درصد از واریانس ارتباط اجتنابی را پیش بینی کنند ($R = 0/45$ و $R^2 = 0/20$). همان گونه که مشاهده می‌شود، عمل به باورهای دینی بیش‌تر از سلامت روان الگوی ارتباط اجتنابی را پیش‌بینی می‌کند و سلامت روان به تنهایی فقط ۲ درصد از واریانس متغیر وابسته را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۵- تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی الگوی ارتباط توقع / کناره گیر به وسیله عمل به باورهای دینی و سلامت عمومی.

گام	پیش بین	R	R ²	F	B	β	T	p
۱	سلامت عمومی	۰/۳۹	۰/۱۵	۰/۲۸	۰/۸۲	۰/۳۹	۵/۳	۰/۰۰۱
	سلامت عمومی				۰/۵۸	۰/۲۷	۳/۳	۰/۰۰۱
۲		۰/۴۴	۰/۱۹	۰/۱۹				
	عمل به باورهای دینی				-۰/۴۴	-۰/۲۴	-۳/۰۵	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۵، نشان می دهند که در گام نخست سلامت عمومی به پیش‌بینی ۱۵ درصد از واریانس الگوی ارتباط توقع / کناره‌گیر پرداخته است ($R = 0/39$ و $R^2 = 0/15$). بررسی مقدار بتا نشان می‌دهد که با هر واحد افزایش انحراف استاندارد در متغیر سلامت عمومی (که هر چه نمره آزمودنی بالاتر باشد، مقدار سلامت روان او کم‌تر است) الگوی ارتباطی توقع / کناره‌گیر ۳۹ واحد تغییر می‌یابد. آزمون آماری F برابر ۰/۲۸ است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. در گام دوم سلامت عمومی و عمل به باورهای دینی ۱۹ درصد از واریانس الگوی ارتباط توقع / کناره‌گیر را پیش‌بینی می‌کنند ($R = 0/44$ و $R^2 = 0/19$). بررسی بتا در گام دوم نشان می‌دهد که هر میزان که سلامت عمومی و عمل به باورهای دینی کم‌تر باشد، زوج‌ها بیش‌تر از الگوی ارتباط توقع کناره‌گیر استفاده خواهند کرد.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش نقش عمل به باورهای دینی و سلامت عمومی در پیش بینی الگوهای ارتباطی زناشویی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج این مطالعه، عمل به باورهای دینی و سلامت روان، توان پیش‌بینی الگوهای ارتباطی زناشویی را دارند و واریانس انواع الگوهای ارتباطی زوج‌ها را به گونه‌ای معنادار تبیین می‌کنند. با افزایش مقدار عمل به باورهای دینی و سلامت روان زوج‌ها، از الگوی ارتباط سازنده متقابل بیش‌تر استفاده خواهد شد و با کاهش مقدار عمل به باورهای دینی و سلامت روان، از الگوهای ارتباط اجتنابی و توقع / کناره‌گیر در روابط بین زوج‌ها استفاده خواهد شد. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله ثناگویی و همکاران (Sanagoi & et al, 2011)، غفوری و همکاران (Ghafouri & et al, 2011)، حسینی نسب و همکاران (Hoseeninasab & et al, 2009)، احمدی (Ahmadi, 2007)، لامپرت و دولاویت (Lambert & Dollahite, 2006)، شاکلفورد

و همکاران^۱ (Shackelford & et al, 2007)، مافیت و همکاران (Mafit & et al, 1986, Quoted by)، و کال وهیتون (Wilson, & Richard, 1993) و لامبرت و دولاهیت (Lambert & Dollahite, 2006) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که باورهای مذهبی^۲ می‌تواند در سه جهت: حل تعارض، پیشگیری از وقوع مشکل و آشتی در روابط به فرایند حل تعارض کمک کند. و جریگان و ناک (Jerrigan & Nack, 1978) دین را بهترین عامل ثبات در ازدواج و زندگی زناشویی می‌دانند و در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که عمل به باورهای دینی، موجب افزایش مقدار شادکامی^۳، کاهش چشمگیر پرخاشگری کلامی^۴ و تعارض‌ها و اختلافات زناشویی^۵ می‌شود و در نهایت، سبب فزونی رضایت زناشویی می‌شود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزه‌های دینی امکان شکل‌گیری الگوهای شخصیتی تکامل یافته‌تری را فراهم می‌آورند. نمونه این تبیین را می‌توان در دیدگاه مک کری (۱۹۹۱) در مورد غلبه بر احساس‌های کینه توزانه و ایجاد خلق‌های شخصیتی جدید یافت (Bahrami ehsan, et al, 2005). در واقع، رفتارهای مذهبی از راه ایجاد و امید به نگرش‌های مثبت باعث آرامش درونی فرد می‌شوند. باور به این‌که خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد به گونه‌ای که افراد مومن باور دارند که از راه اتکا و توسل به خداوند، می‌توان اثر موقعیت‌های مهارناشدنی را کنترل کرد. هم‌چنین، عمل کردن به باورهای دینی زوجها را ملزم به رعایت حقوق یکدیگر و احترام گذاشتن به همدیگر می‌کند و با قرار دادن استانداردهایی برای زندگی مشترک باعث اصلاح روابط آن‌ها می‌شود زیرا همواره به توصیه‌های دین در مورد خانواده و مسایل خانوادگی پایبند هستند و با توجه به نظریه سیستمی^۶ که زیر منظومه زن و شوهری باید الگوهایی بوجود آورند که در آن هر کدام عملکرد دیگری را در بسیاری از زمینه‌ها حمایت کند و باید الگوهای مکملیتی بوجود آورند که به هر کدام از آن‌ها این امکان را بدهد که تسلیم شود بی آن‌که احساس کند تسلیم شده است، دین و عمل به باورهای دینی، این موارد را امکان پذیر می‌کند زیرا دین شامل رهنمودهایی برای زندگی و ارایه دهنده سامانه باورها و ارزش‌هایی است که این ویژگی‌ها می‌توانند زندگی زناشویی و در پی آن کل خانواده را متأثر سازند. از سوی دیگر، سلامت روان نقشی بسزا در ایجاد مهارت‌های لازم و ضروری جهت برقراری تعامل و ارتباط موثر با دیگران، سازگاری اجتماعی، حل مسئله و مقابله با مشکلات پیرامونی دارد. سلامت روان به معنای وجود رفتار

^۱ - Shackelford & et al

^۲ -Religious beliefs

^۳ - Welfare

^۴ - Verbal aggression

^۵ - Conflict and marital discord

^۶ - System theory

سازگاران و عدم رفتار ناسازگارانه است. وقتی صحبت از سلامت روانی می‌شود، منظور رساندن فرد به انسانی شایسته و لایق که دارای انسجام شخصیتی^۱ و روانی بوده و قادر باشد، کارکردها و مسئولیت‌های خویش را به گونه‌ای مطلوب انجام دهد و تاکید بر سطح بالای سازگاری احساسی^۲، عاطفی در رفتار فرد با جهان اطراف و خلق راههای انعطاف‌پذیر و پخته با استفاده از استعدادها و ظرفیت‌ها دارد. از نظر روان‌شناسی، فردی که دارای سلامت روان است می‌تواند به دیگران اعتماد کند، احساس امنیت دارد، قادر به حل تعارض‌های خود می‌باشد، جنبه‌های گوناگون شخصیت او یکپارچه و وحدت یافته است، می‌تواند بحران‌های عاطفی را به شکل بالغانه پشت سر بگذارد، می‌تواند دوست داشته باشد و عشق بورزد. قادر به کنترل پرخاشگری خود می‌باشد، بدون این که منفعل باشد، قادر به لذت بردن از کار و همکاری با دیگران است و با دیگران تعامل دارد. مسئولیت‌پذیر است و می‌تواند به خود اتکا کند. پس می‌توان نتیجه گرفت زوج‌هایی که به باورهای دینی خود عمل می‌کنند و از سلامت روان بالایی برخوردارند، از الگوهای ارتباطی سالم و سازنده استفاده خواهند کرد و از کیفیت زندگی بهتر و رضایت زناشویی بالاتری برخوردارند. بنابراین، از راه افزایش عمل به باورهای دینی و سلامت روان به گونه غیر مستقیم می‌توان الگوهای ارتباطی زناشویی را تغییر داد و این مهم از راههای همچون: عمل کردن به آموزه‌های دینی و مذهبی و پایبند بودن به آن‌ها و آگاهی دادن به زوجها در این زمینه، داشتن برنامه مناسب برای تفریح و اوقات فراغت خود و اعضای خانواده و توجه به نیازهای روانی اعضای خانواده؛ ایجاد فضایی آرام و سرشار از عواطف، بدون تنش در خانه و دریافت مشاوره‌های مربوط به سلامت روان و توجه به این بعد امکان‌پذیر است.

هر پژوهشگری ممکن است در مراحل گوناگون فرایند پژوهشی خود، با مشکلاتی روبه‌رو شود که انجام کار را برای وی دشوار سازد. مانند بیش‌تر پژوهش‌هایی که در علوم رفتاری انجام می‌گیرد، این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: از آنجایی که جامعه آماری این پژوهش زنان شاغل دانشگاه خوارزمی کرج بودند، در تعمیم نتایج به سایر افراد و دیگر مناطق کشور بایستی جانب احتیاط را رعایت کرد. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش فقط پرسش‌نامه بود و از استفاده از یک ابزار ممکن است نتواند داده‌هایی دقیق گردآوری کند. این پژوهش فقط به بررسی و تاثیر دو متغیر عمل به باورهای دینی و سلامت روان در پیش‌بینی الگوهای ارتباطی پرداخته است و مجموعه‌ای گسترده از عوامل بر الگوهای ارتباطی تاثیر می‌گذارد. بنابراین به طور قطع نمی‌توان گفت افرادی که به باورهای دینی خود عمل می‌کنند و سلامت روان مطلوبی دارند حتماً از الگوهای ارتباطی سالم و سازنده استفاده خواهند کرد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش

¹ - Personal integrity

² - Emotional adjustment

وجود متغیرهای کنترل نشده و تاثیر آن در پژوهش مورد نظر است. تشکیل کلاس های آموزشی پیش از ازدواج با تاکید بر آموزش مهارت های ارتباطی به عنوان یک عامل اثر گذار بر روابط زناشویی با هدف پیشگیری از بروز تعارضات مخرب در روابط زناشویی و همچنین، تاثیر دو بعد مهم سلامت عمومی و باورهای مذهبی در پیشگیری از ارتباطات ناکارآمد زوجها توصیه می شود.

References

- Ahmadi, Kh. (2007). The role of religious belief in family, cultural pathology, behavioral sciences; 1, 9-16. [Persian]
- Alipour, A. Rahimi, A. Zare, H. (2013). A Survey on relationship between mental health and marital satisfaction of married students in University of Tehran Payam Noor, Medical Journal of Urmia; 24(7): 557-565. [Persian]
- Bahrami Ehsan, H. Tamanaifar, Sh. & Bahrami Ehsan, Z. (2005). The relationship between the dimensions of religious orientation, mental health and personality disorders. Journal Developmental Psychology/ Iranian Psychologists; 2(5): 35-42. [Persian]
- Bakhshi, H. (2011). The effect of communication skills training on communication patterns, irrational beliefs, and marital satisfaction Teachers; (M. A. thesis).University of Tarbiyat moalem,. [Persian]
- Beck, R. (2006). God as A secure base: Attachment to god and theological exploration. Journal of Psychology and Theology. La mirada: summer.34, 2, 125-8.
- Call, V.R. & Heaton, T.B. (1997). Religious influence on marital stability. Journal for the Scientific Study of Religios, 36: 382-392.
- Christensen, A. & Heavey, C.L. (1990). Gender and social structure in demand/withdraw patterns of marital conflict. Journal of personality and social psychology, 59: 73-81.
- Christensen, A. & Shenk, J. L. (1991). Communication, Conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. Journal of consulting and clinical psychology, 59, 458-463.
- Dastjerdi, R. (2011). A Survey on the role of personality traits, School of Social Welfare, academic identity, motivation and self-efficacy in predicting psychological well-being of students with high and low academic performance; (P.H.D. thesis).University of Tarbiyat moalem. [Persian]
- Diener, E. (2001). What is positive psychology: The curmudgeon and Pollyanna. Psychological Inquiry, 14: 115-120.
- Ebadatpour, B. (2000). Normalization of Marital Communication Patterns Questionnaire in Tehran in1999-2000. (MA / Thesis). Tehran: University of Trbyat moalem.[Persian].

- Fatehizade, M. & Ahmadi, S.A. (2005). A Survey on relationship between marital satisfaction and communication patterns Couples employed at University of Esfahan, *Journal of Family Studies*; 1(2): 109-120. [Persian].
- Ghafouri, M. Golparvar, M. & Mahdizadegan, A. (2005). Attachment styles and religious attitudes as predictors of success and failure Marriage relationship, *Behavioral Sciences*; 7(2): 143-153. [Persian]
- Ghafouri, S. Hassanabadi, H. Mahram, B. & Ghanbari Hashem Abady, B.A. (2011). A Survey on Effects of Forgiveness Method Based on Spiritual-Religious Therapies in Reduce Marital Conflict. *Journal of Modern Psychological Studies*; 6(24):123-142. [Persian]
- Ghasemi, SH. Delavar, A. & Karimizarchi, M. (2012). Comparison of the mental health of men and women Meta-analysis method, *Journal of Educational Measurement*; 3(10): 159-175. [Persian].
- Golzari, M. (2000). Construction Scale of religious characteristics and the relationship between these characteristics with their mental health, (P.H.D. thesis). University of Allame Tabatabai. [Persian]
- Gottman, J.M. & Levenson, R.W. (2000). The timing of divorce: predicting when a couple will divorce over a 14-year period, *Journal of Marriage and the Family*, 62, 737-745.
- Graham, S. Furr, S. Flowers, C. & Burke, M.T. (2001). Religion and spirituality in coping with Stress. *Counseling and values*, 46, 2-13.
- Hales, D. (1999). *An invitation to health*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole publishing company. U.S.A.
- Heavy, C. L. Larson, B. & Christensen, A. (1996). The communication patterns questionnaire: The reliability and validity of a constructive communication subscale. *Journal of marriage and family*. 63, 797-801.
- Hoseeninasab, S. D. Hasheminosratabadi, T. & Fotohibonab, S. (2009). The relationship between religious orientation and marital adjustment; *Journal Tabriz University Psychology*; 4(14): 35-42. [Persian]
- Homan, A. (1997). Standardized, Normalization General Health questionnaire for Undergraduate students daily University of Tarbiyat Moalem. Institute of Educational Research University of Tarbiyat Moalem. [Persian]
- Irvine, M.M.C. (2008). The relationship between religiosity and The Family dynamics of the circumplex model of marital and family system, California school of professional psychology, Aliant international university.
- Jerrigan, F.A. & Nack, N. (1978). *Emotion status measurement*. Abingdon, UK: Radcliffe medical press.
- Kalantari, A. Roshanfekar, P. & Javaheri, J. (2011). Consequences of the divorce, systematic review of the research conducted in the years 2011-1997, with an emphasis on gender considerations, *Women in Development & Politics*; 9(3): 111-113. [Persian]

- Keyes, C.L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist* .62 :95-108.
- Kiani, A.R. Farahbakhsh, K. Asadi, M. & Shirali, A. (2010). Dimension of religious orientation and The boundaries of family communication: a fundamental unity, *Psychology of Religion*; 3(3): 93-106. [Persian]
- Long, L. Yang M. (2013). Couple therapy and counseling. Translation: Nazari A M, Khodadadi J, Asadi M, Namvaran, K. Sahebdel H. Tehran: Avaye noor Publication. [Persian].
- Nikoogoftar, M. (2009). Teaching emotional intelligence, alexithymia, general health and academic achievement, *Journal of Developmental Psychology / Iranian Psychologists*; 5(19): 185-198. [Persian]
- Nouzari, J. & Gholami, Y. (2010). A Survey on relationship between religious orientation and Practical commitment to Islam beliefs with mental health of students, *Journal of Islamic Studies and Psychology*; 4(7): 21-41. [Persian]
- Rajabi, A. (2007). A Survey on the role of Woman covering in mental health, *Journal of Womens and Family Studies*; 4, 13-36. [Persian]
- Rasouli, M. (2001). A Survey on Relationship Between Communication Patterns Wife or Husband of Tehran of Universities and Communication Patterns of Their Parents. (MA / Thesis). Tehran: University of Tarbiyat moalem. [Persian].
- Rasouli, R. & Soltani, S. (2012). Compare religious orientation and practice of religious beliefs with marital adjustment in the scholars and students, *Journal of Family Research*; 8(32): 427-439. [Persian]
- Sanagoi, M. Johnbozorgi, M. & Mahdavian, A.R. (2011). A Survey on Relationship Between Religious Commitment With Couples Communication Patterns. *Journal of Psychology of Religion.*; 4(4): 103-120. [Persian]
- Settir, V. (2012). People making in family psychology. 6th ed. Translated by Birashk, B. Tehran: Roshd Publication. [Persian]
- Sharafi, A. (2003). The relationship between marital communication patterns and mental health of female primary school teachers and their Wives in Tehran City; (M. A. thesis). University of Tarbiyat moalem. [Persian]
- Trenholm, S. & Yensen, A. (1996). *Interpersonal communication*. New york: wads worth publishing company.
- Lambert, N.M. & Dollahite, D.C. (2006). How religiosity helps couples prevent, resolve, and overcome marital conflict, *family relations* .55 :439-449.
- Shackelford, R, Besser, M. & Goetz, D.F. (2007). Marital Well-being of newlyweds. *Journal of counseling psychology*, 14: 23-42.
- Waterman, A.S. (1993). Two conception of happiness: contrast of personal expressiveness (eudemonia) and hedonic enjoyment. *Journal of personality and social psychology*, 64: 678-691.

- Wison. & Richard. (1993). Husbands and wives, views of the communication in their marriages. *Journal of humanistic Education & Development*, 33(1), 11-21.
- Yang, K.P. Mao, X.Y. (2007). A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *Journal of Nursing Studies*, 144, 999-1010.
- Zahedbabolan, A. Rezaijamaloi, H. & Harafti Sobhani, R. (2012). A Survey on Relationship Attachment to God and resiliency with Significant in the lives of students, *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*;13(3): 75-85. [Persian]

