

اثربخشی آموزش روان‌درمانی جامع دینی بر تقویت ارتباط بین فردی دانش‌آموزان و والدین در دوره دوم متوسطه

سیده نرگس پور عباس^۱ / ابوالقاسم عیسی مراد*^۲

تاریخ ارسال: ۹۷/۸/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۸/۹/۱۸

چکیده

ارتباط و تعامل با دیگران از مؤلفه‌های مؤثر در زندگی اجتماعی و تضمین سلامت و بهداشت روان آدمی محسوب می‌شود و با تمرکز بر رویکردهای پیشگیرانه و درمانی به تقویت ارتباط و در نهایت سلامت انسانها کمک می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی جامع دینی و تقویت ارتباط بین فردی دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم با والدین آنان انجام شد. هدف نهایی روان‌درمانی جامع دینی، حل مشکل و پیشگیری از آسیب‌ها و اختلالات و معرفی انسان سالم می‌باشد که در این پژوهش با تمرکز بر این مدل به پیشگیری از آسیب‌های مربوط به ارتباط معیوب و تقویت ارتباط و تعامل در خانواده و والد-فرزند و بالعکس می‌باشد. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه منطقه سه آموزش و پرورش شهر تهران که در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۲۴ نفر از دانش‌آموزان بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. به این صورت که با استفاده از پرسش‌نامه غربالگری، تعداد ۱۰۰ نفر را که بیشترین مشکل را در ارتباط بین فردی داشتند، انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه بر اساس پروتکل مبتنی بر روان‌درمانی جامع دینی تحت آموزش قرار گرفتند. از پرسش‌نامه‌های الف-

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

تهران. S.n_purabbas@yahoo.com

۲- *دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول). A_isamorad_s@yahoo.com

SCL90 (دروکاتیس و همکاران، ۱۹۷۳)، ب- الگوی ارتباطی خانواده (RFCP، ریچی و فیتز پاتریک، ۱۹۹۰) ج- GHQ (سلامت روان) برای جمع‌آوری‌های داده‌های پژوهش استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس نشان داد، اثر گروه آزمایش بر پس‌آزمون نمرات ارتباط بین فردی معنی‌دار است. نتایج این تحقیق نشانگر مؤثر بودن آموزش روان‌درمانی جامع دینی در تقویت ارتباط بین فردی والدین و دانش‌آموزان بود. لذا روان‌درمانی جامع دینی برای نوجوانان از سوی بسیاری از درمانگران مورد استفاده قرار گیرد. این پژوهش لزوم توجه و مؤثر بودن آموزش روان‌درمانی جامع دینی را خاطر نشان می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی جامع دینی- ارتباط بین فردی- والدین.

مقدمه

ارتباط مؤثر بین فردی یکی از مؤلفه‌های قابل توجه و تمرکز برای انسان‌ها محسوب می‌شود. ارتباط و تعامل در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، کلامی، غیرکلامی و با ابعاد متفاوت در جامعه پیشرفته و مدرن و پست‌مدرن فعلی حضور و ورود جدی‌تری دارد. انسان‌ها اگر ارتباط مؤثر و سالمی داشته باشند اختلالات آن‌ها به حداقل می‌رسد و زندگی بهنجار و قابل توجهی را تجربه می‌کنند و بالعکس اگر ارتباط مؤثر مناسبی نداشته باشند اختلالات، نابهنجاری و بسیاری از نگرانی‌ها از جمله استرس، اضطراب، افسردگی و سایر نابهنجاری‌ها آشکارتر می‌شوند. با عنایت به این موضوع که مردم ایران مسلمان و دارای باورها و عقاید مذهبی هستند، بنابراین به‌کارگیری مدل‌های دینی، مذهبی و معنوی برای برون‌رفت از نگرانی‌ها امری منطقی به نظر می‌رسد (عیسی مراد، ۱۳۹۳، ص ۲۸). تحقیق حاضر نظر به اهمیت آن و با توجه به تمرکز بر ابعاد عملیاتی بودن مبانی دینی در زندگی روزمره و سبک زندگی انسان، پیام‌های بلندی را به ارمغان می‌آورد. محقق قصد دارد با توجه به پیشینه تحقیقات داخلی و خارجی و نیز نظر به اهمیت و ضرورت موضوع با نگرش ابعادی و سیستمیک به ارتباط بین فردی و مخصوصاً روابط دختران با والدین به مسیر راه گشا با تأکید بر مبانی دین اسلام بپردازد. خداوند خطاب به پیامبر (ص) می‌فرماید: «بال‌های تواضع خویش را از روی محبت و لطف در برابر آنان (والدین) فرود آر!» (کاویانی، ۱۳۹۶، ص ۱۷۸).

اصالت‌های انسانی اموری فطری هستند و این اصالت‌ها آن وقت معنی و مفهوم و واقعیت پیدا می‌کند که یک سلسله امور فطری برای انسان باشد، مایه‌هایی در فطرت انسان باشد و خود این‌ها یک سلسله واقعیت‌ها باشد که انسان به واقعیت خودش به سوی آن واقعیت‌ها حرکت می‌کند، همین‌طور که در خیر محسوس انسان با واقعیت محسوسش به سوی واقعیت‌های محسوسی حرکت می‌کند آن‌ها هم یک واقعیت‌هایی باشد که انسان با واقعیت معقولش به سوی آن واقعیت‌ها حرکت می‌کند تکامل انسان هم فقط با این فرض قابل تصور است و اگر این را از انسان بگیریم تکامل در انسانیت معنا ندارد هرچند تکامل در ابزار معنا دارد (مطهری، ۱۳۵۸، ص ۱۵۴-۱۵۳).

ارتباط و تعامل عبارت است از سازمان‌دهی و استفاده از کلمات، حرکات، تظاهرات چهره‌ای، صداها و اعمال برای ایجاد انتظارات، تصاویر، توصیف احساسات و بیان معانی. تعامل نوعی رابطه دوسویه است که فرد با خود و غیرخود برای وصول به هدف بدان عمل می‌کند. وقتی حداقل دو نفر یا بیشتر از طریق رفتار کلامی یا غیرکلامی باهم ارتباط برقرار می‌کنند در حقیقت نوعی تعامل ایجاد کرده‌اند، تعامل نمی‌تواند یک‌سویه باشد بلکه دوسویه بودن نوعی قاعده می‌باشد. ارتباط و تعامل در زندگی روزمره انسان‌ها با رویکرد پیشگیرانه از آسیب‌شناسی روانی-اجتماعی به منظور ارتقای سطح کیفی زندگی انسان جهت تضمین نسبی سلامت آنان امری اجتناب‌ناپذیر است. اگر ارتباط و تعامل به بهداشت روانی منجر شود مفید و گرنه مضر است. نگاه و نگرش دینی معنوی بر لزوم تعامل انسان مورد توجه است (عیسی مراد، ۱۳۸۹، ۳۷). ارتباط غیرکلامی به برقراری ارتباط افراد با یکدیگر، بدون استفاده عمدی یا غیرعمدی از کلام اطلاق می‌شود. نشانه‌های غیرکلامی شامل بیانگرهای چهره‌ای، آهنگ صدا، ایما و اشاره‌ها، وضعیت و حرکت بدن، لمس کردن و خیره شدن، متداول‌ترین کانال‌های ارتباط غیرکلامی هستند (نپ، هال و هورگان، ۲۰۱۴) علت محبوب بودن شکلک‌ها این است که به پر کردن شکاف‌های ناشی از فقدان نشانه‌های غیرکلامی در چنین ارتباط‌هایی کمک می‌کنند (الیوت آرونسون و همکاران ترجمه صفاری نیا و حسن‌زاده، ۱۳۹۶، ص ۱۸۰). حضرت علی (ع) می‌فرماید: هر کس برای وصول به سعادت نهران خود را درست کند (یعنی اندیشه‌اش را پاک کند) خدا او را درست نماید و هر کس برای دینش کار کند خدا امر دنیای او را کفایت کند (یعنی از سختی‌ها برهاند) و هر کس نیکو سازد بین خود و خدا یعنی از غیر خدا چشم‌پوشد خدا آنچه را که بین او و مردم است نیکو گرداند، یعنی مردم را با او مهربان گرداند (نهج‌البلاغه، فیض الاسلام، خطبه ۴۱۵، ص ۲۸۴). راه‌های ایجاد ارتباط کلامی و غیرکلامی می‌باشد. ارتباط کلامی مجموعه‌ی گفتنی‌ها و شنیدنی‌ها که با سرعت، محتوا، نحوه جمله‌بندی و غیره در ارتباط است. ارتباط غیرکلامی به مجموعه‌ای از حالات و ارتباطی که به صورت غیرکلامی ارائه و منجر به ارتباط و تعامل می‌شود اطلاق می‌گردد. مؤلفه‌هایی مانند تماس چشمی، تن صدا، حرکات بدن، تماس بدنی، قیافه، شکل ظاهری و غیر آن که بعضاً تحت عنوان زبان بدن مورد مداخله قرار می‌گیرد. حدود ۶۵ درصد ارتباطات غیرکلامی اثربخش است که در مخاطب اثر می‌گذارد و

به صورت نامرئی عمل می‌شود و زبان علامت‌ها، زبان عملی، زبان اشیاء، زبان حرکات و اشارات و زبان عاطفی و ارتباطی از جمله ارتباطاتی هستند که در ارتباطات غیرکلامی ملحوظ هستند. ارتباط در روابط بین فردی شامل ارتباط انسان با خود، ارتباط انسان با منشأ هستی یعنی خدا، ارتباط انسان با انسان‌ها، ارتباط انسان با طبیعت و حتی جمادات از جمله ارتباطات معروفی هستند که هر کدام در جایگاه خود به سلامت انسان کمک می‌کند. از آنجایی که خودشناسی معروف‌ترین معارف محسوب می‌شود، شناخت خویشتن نافع‌ترین معرفت‌ها محسوب می‌شود بنابراین شناخت و معرفت نسبت به خدا و از طرفی ایجاد ارتباط با خود و دیگران مقدم بر ارتباط فرد در رفتار و موقعیت‌های اجتماعی است.

انواع ارتباط:

۱- ارتباط مستقیم و شخصی، ارتباطی که بدون واسطه بین شخص پیام‌دهنده و شخص پیام‌گیرنده ایجاد می‌شود که می‌تواند به صورت بیان شفاهی، ایما و اشاره و با حالات بدن همراه باشد.

۲- ارتباط غیرمستقیم و غیرشخصی و با واسطه، این ارتباط به دلیل پیچیدگی جوامع بشری ایجاد می‌شود و جنبه شخصی ندارد و پیام‌دهندگان و پیام‌گیرندگان همدیگر را نمی‌شناسند.

۳- ارتباط جمعی، ارتباط غیرمستقیمی که از طریق وسایل ارتباط جمعی نوین مانند رادیو، تلویزیون بین گروه‌های مختلف انسانی ردوبدل می‌شود. هر چند از جنبه‌ای ارتباط رادیو و تلویزیون که به صورت ارتباط توده‌ای است جنبه مستقیم دارند چرا که فوری و مستقیم به گوش شنوندگان و بینندگان می‌رسانند ولی مستقیم کامل نیست چون رودرو نمی‌باشد.

موانع ارتباط: گاهی ارتباط و تعامل انسان‌ها با خود، خدا و دیگران دچار اشکال می‌شود که به موانع ارتباطی معروف است. موانعی مانند تفکر قالبی و کلیشه‌ای، پیش‌داوری‌ها، نتیجه‌گیری‌های عجولانه و شتاب‌زده، حدس و گمان، فشارهای روانی فقدان مهارت گوش دادن، دشواری سمعی و بصری، بی‌توجهی‌ها، شنیدن گزینشی، طمع ثانویه و سایر مؤلفه‌ها هر یک از موانع اصلی قطع ارتباط و از موانع در ارتباط و انتقال پیام می‌شود، همچنین انکار احساسات، خودداری از ارتباط، پاسخ انتخابی، اعتراف به بی‌اطلاعی، تغییر دادن موضوع، ارجاع دادن‌ها، معوق‌گذاردن دیگران، بستن در ارتباط، منجر به انقطاع در ارتباط می‌شود (عیسی مراد، ۱۳۸۹، ص ۱۱۹).

آسیب‌شناسی روانی- اجتماعی؛ بسیاری از اختلالات روانی- اجتماعی از محدودیت‌ها و محرومیت‌ها ارتباط و تعامل و عدم وجود آن در زندگی روزمره انسان‌ها می‌شوند (دادستان، ۱۳۸۵، ص ۲۷). در پژوهشی نشان داده شد همبستگی مثبت بین عوامل صله‌رحم، قطع رحم و اهمیت شناختی صله‌رحم وجود دارد و نیز با قطع رحم و افسردگی رابطه منفی داشتند و تأیید شد. نظام‌های حمایتی قدرتمند می‌تواند از موانع مهم در گسترش اختلالات اضطرابی و پیش‌ضربه‌ای شود (دانشور و همکاران، ۱۹۹۲). رابطه مستقیمی بین بهداشت روانی و دین است چرا که دین باعث می‌شود آدمی احساس آرامش بیشتری داشته باشد. دین ملجأ یا پناهگاهی برای گریز از فشارهای زندگی می‌باشد (برنارد اسپیلکا^۱ و پاول ورم، ۱۹۷۱). تحقیقات نشان می‌دهد که اصول‌گرایان دین خوش‌بین‌تر هستند (ارگیل، ۲۰۰۰) بنابراین مؤلفه‌های مذکور می‌توانند در رفتار، عملکرد و ارتباط و تعامل انسان که بخشی از رفتار اجتماعی است مؤثر واقع شود. همچنین با توجه به اینکه رابطه قوی بین دین درون سو از منظر آلپورت^۲ که در یک مطالعه، نتایج تحلیل و بررسی ۱۱۵ موردی همستگی دینداری و بهداشت روانی مورد توجه قرار گرفته است و با مطالعات بعدی جنیا^۳ (۱۹۹۶) نیز اثبات شده است (وولف، ۱۹۹۱) که شواهدی بر اثبات ادعای تأثیرات مؤلف‌های مختلف از جمله ارتباط و تعامل می‌باشد که در فرهنگ دینی به صله‌رحم یا صله ارحام یاد شده است، همخوانی دارد و بر اثبات مدعا تأکید می‌شود انسان در ارتقای سلامت خود لاجرم باید به برخی از نیازها بپردازد و پاسخ مناسب بدهد مانند نیاز به معاشرت و ارتباط با دیگران که در فهرست نیازهای روان‌شناختی و معنوی کوئینگ^۴ (۱۹۹۸، ص ۳۲۵) آمده است. بین روابط اجتماعی و سلامت روانی رابطه مستقیمی وجود دارد چرا که تأمین نیاز انسان می‌شود، همچنین حمایت اجتماعی که در ارتباط نهفته است و عوارض فقدان روابط اجتماعی متوجه انسان می‌کند، نشانه آثار مثبت روابط در سلامت انسان است.

^۱ Bernard Spilka

^۲ Argyle

^۳ Alport

^۴ Jenia

^۵ Wulff

صیدی و دیگران (۱۳۹۴) در یک نمونه ۳۵۸ نفری دریافتند که باورهای مقدس و الهی در خرسندی روابط مؤثر بوده در حالی که باورهای نامعقول ارتباطی به تخریب ارتباط منجر می‌شود.

لذا پژوهش حاضر درصدد است تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا آموزش پروتکل روان‌درمانی جامع دینی می‌تواند موجب تقویت ارتباط بین فردی دختران و والدین آنان باشد؟

روابط بین فردی یکی از روابط پنج‌گانه مانند رابطه انسان با خود رابطه انسان با خدا، رابطه انسان با دیگران، رابطه انسان با طبیعت، رابطه با امور ما دارایی مانند آخرت و دعا می‌باشد که نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی انسان‌ها دارند. اهمیت تحقیق شامل اختلاف‌نظرها، خلأهای تحقیقاتی موجود، میزان نیاز به موضوع، فواید احتمالی نظری و عملی آن و همچنین مواد، روش و با فرایند تحقیقی احتمالاً جدیدی که در این تحقیق مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌باشد. هدف پژوهش: تعیین میزان اثربخشی روان‌درمانی جامع دینی در تقویت ارتباط بین فردی دانش‌آموزان با والدین خود در منطقه سه شهر تهران است. الگوی روان‌درمانی جامع دینی: در الگوی روان‌درمانی جامع دینی به دودسته از دیدگاه‌ها توجه شده است که عبارت‌اند از: الف- دیدگاه‌های روان‌شناختی مانند: درمان‌های شناختی، معنوی، شناختی-رفتاری و معنا‌درمانی ب- دیدگاه‌های اسلام برگرفته از قرآن (تفاسیر و علوم قرآنی)، نهج‌البلاغه، صحیفه‌ی سجادیه، احادیث و روایات پیامبر اسلام و ائمه‌ی معصومین علیه‌السلام (عیسی مراد، ۱۳۹۴). روان‌درمانی‌های اسلامی بهترین نسخه برای درمان انسان‌هاست. مسلمانان کم‌وبیش معتقداتی دارند که مشاوران و درمان‌گران می‌توانند از این اعتقادات در درمان و مشاوره استفاده کنند (حسینی، ۱۳۹۲).

روش پژوهش: در این بخش روند انجام پژوهش که شامل موضوع طرح پژوهشی، متغیرهای پژوهشی، جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه، روش گردآوری داده‌ها، ابزارهای پژوهش و روش اجرای پژوهش و تحلیل آماری می‌باشد، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

طرح پژوهش: طرح پژوهش به روش نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون انجام شد.

دیاگرام طرح نیمه آزمایشی

گروه	پیش‌آزمون	مداخله	پس‌آزمون
------	-----------	--------	----------

T ₂	X	T ₁	آزمایش
T ₂	-	T ₁	گروه کنترل

جامعه آماری: جامعه آماری در این پژوهش دانش آموزان دختر در مقطع دوم متوسطه در یکی از دبیرستان‌های منطقه ۳ شهر تهران که در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ در پایه یازدهم و در گروه سنی ۱۷-۱۸ سال مشغول به تحصیل هستند می‌باشند. گروه نمونه و روش نمونه‌گیری: برای انجام این پژوهش از جامعه موردنظر، نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی در نظر گرفته شد؛ که از همه آنان تست RFCP و SCL-90 به عمل آمد و ۲۴ نفر که نمره پایین تری در ارتباطات بین فردی داشتند انتخاب شدند. پس از کسب رضایت از آن‌ها برای حضور در پژوهش ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش: در پژوهش حاضر از دو پرسشنامه الگوی ارتباطی RFCP و آزمون غربالگری SCL-90 جهت گردآوری داده استفاده شد. استفاده از مقیاس الگوهای ارتباطی خانواده (RFCP): این آزمون یک پرسشنامه خودسنجی است که توسط ریچی و فیتزپاتریک (۱۹۹۰) طراحی شده و میزان موافقت و عدم موافقت پاسخ‌دهنده را با ۲۶ گویه که در مورد وضعیت ارتباطات خانواده وی هستند را می‌سنجد. این پرسشنامه در مقیاس ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف طراحی شده است. پرسشنامه حاضر در ۲ زیرمقیاس کلی ارتباطات بین فردی را می‌سنجد. الف- بعد جهت‌گیری گفت‌و شنود (۱۵ گویه) ب- بعد جهت‌گیری همنوایی (۱۱ گویه). هرچه نمره آزمودنی در جهت‌گیری گفت‌و شنود بیشتر باشد نشانه ارتباطات بیشتر است و بالعکس هرچه نمره آزمودنی در جهت‌گیری همنوایی کمتر باشد ارتباطات بین فردی بهتر است و بالعکس. اعتبار و پایایی: ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در خارج ایران توسط کوئرنر و فیتزپاتریک (۲۰۰۲) ۸۹٪ برای بعد گفت‌و شنود و ۷۹٪ برای بعد همنوایی گزارش کرده است. در ایران توسط کوروش نیا (۱۳۸۶) روایی مطلوبی را برای نسخه فارسی این مقیاس گزارش کرده است. او همچنین همسانی درونی این آزمون را بر اساس آلفای کرونباخ برای بعد گفت‌و شنود ۸۷٪ و برای بعد همنوایی ۸۱٪ اعلام نموده است. استفاده از آزمون SCL-90:

۱ Revised Family Communication Patterns

۲ Fitzpatrick

۳ Symptom Check List

این آزمون اختصاصاً برای سنجش آن دسته ناراحتی‌های جسمی و روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که پاسخ‌دهندگان اخیراً تجربه نموده‌اند. این پرسشنامه ۹ بعد روانی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارت است از: اضطراب، جسمانی سازی، وسواس فکری - عملی، روان‌پریشی، فوبیا، افسردگی، افکار پارانوئیا، حساسیت بین فردی و پرخاشگری. این پرسشنامه در سال ۱۳۵۹ در ایران توسط میرزایی مورد هنجاریابی قرار گرفت. این فهرست شامل ۹۰ سؤال پنج‌درجه‌ای (هیچ، کمی، تا حدی، زیاد، خیلی زیاد) است. امتیازبندی سؤال‌های فهرست مذکور به این صورت است به هیچ (امتیاز صفر)، کمی (امتیاز یک)، تا حدی (امتیاز دو)، زیاد (امتیاز سه) و خیلی زیاد (امتیاز چهار) تعلق می‌گیرد (ناظمی، ۱۳۹۱). پایایی و روایی آزمون SCL-90: سنجش پایایی ابعاد ۹ گانه این آزمون با دو روش محاسبه پایایی درونی و پایایی به روش آزمون مجدد صورت گرفته است. پایایی به روش آزمون مجدد که ثبات آزمون را در طول آزمون می‌سنجد صورت گرفت. اکثر ضرایب دارای همبستگی بالا بین ۰.۷۷ تا ۰.۹۰ بوده است. شیوه نمره‌گذاری SCL-90: شیوه نمره‌گذاری الف) علامت‌شناسی تک اختلالی یا شاخص ضریب ناراحتی: در این روش جمع نمره‌های به‌دست‌آمده از سؤال‌های مربوط به هر اختلال بر تعداد سؤال‌های مربوط به همان اختلال تقسیم می‌گردد. به‌این ترتیب، میانگین نمره مربوط به هر اختلال به دست می‌آید. اگر میانگین نمره فرد در هر اختلال بیشتر از ۲/۵ باشد فرد در آن اختلال دارای مشکل قابل توجه است و اگر میانگین ۳ و یا بیش تر باشد مشکل فرد در ارتباط با آن اختلال جدی است.

اجرای پژوهش: بعد از انتخاب دانش‌آموزان دختر در دبیرستان ابزارهای پژوهش بر روی ۱۰۰ از آن‌ها اجرا شد و از بین ۴۰ نفری که نمره ملاک را برای حساسیت در روابط بین فردی کسب کردند به‌صورت تصادفی ۲۴ نفر انتخاب شدند و در دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و کنترل به‌طور تصادفی قرار گرفتند. بعد از تشریح اهداف و اهمیت جریان پژوهش برای گروه و اطمینان از محرمانه بودن در آموزش ده جلسه‌ای که در جریان یک طرح پژوهشی در مدرسه برگزار می‌شود شرکت کنند. درنهایت گروه موردنظر با ابراز علاقه برای حضور در جلسات اعلام آمادگی کردند و جلسات آغاز شد. با گروه کنترل نیز تماس گرفته شد که در راستای یک طرح پژوهشی لازم است تعدادی پرسشنامه را در هفته‌های آتی پر کنند و یک‌بار دیگر به پرسشنامه پاسخ بدهند.

مداخله آزمایشی: مداخله‌ای که در این پژوهش صورت گرفت پروتکل روان‌درمانی جامع دینی (عیسی مراد، ۱۳۹۴) بود که ده جلسه گروهی و ۲ بار در هفته برگزار شد. در جلسه اول پس از اجرای پیش‌آزمون، آموزش اختصاصی در این پژوهش که به تقویت ارتباط بین فردی دانش‌آموزان با والدینشان مرتبط می‌شود و با تمرکز بر روان‌درمانی جامع دینی صورت می‌گیرد و آموزش عمومی که در سه مؤلفه باور و شناخت، احساس و هیجان و عاطفه، رفتار و عملکرد مورد توجه می‌باشد، به تبیین مراحل آموزش و درمان و شیوه آن و طول جلسات و تشریح مباحث الگوی روان‌درمانی دینی، اهداف، تکالیف، خود گزارش دهی و خودشناسی پرداخته شد. از آن پس هر جلسه با خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل آغاز می‌شد و پس از آن اعضا در مورد نحوه انجام تکالیف خود گزارش می‌دادند. سپس ساختار اصلی هر جلسه که محتوای آن بر اساس پروتکل یاد شده توسط درمانگر ارائه شد. در آخر هر جلسه با ارائه تکلیف جلسه بعد و بیان ارزیابی و بازخورد اعضا به گروه، جلسه خاتمه می‌یافت. با گرفتن پیش‌آزمون جلسات به اتمام رسیدند. در نهایت یک جلسه برای پی‌گیری با توافق برای ۳۰ روز بعد تعیین شد تا در این مدت اعضا تلاش بیشتری در جهت پیاده‌سازی تکنیک‌ها در خودشان به کار گیرند و یک‌بار دیگر گروه به بررسی روند پیشرفت افراد در طول این مدت بپردازند.

جدول آموزش الگوی روان‌درمانی جامع دینی

جلسات	هدف	روش و محتوا
اول (معارفه و پیش‌آزمون)	آشنایی گروه با اهداف مدل و چگونگی دوره	۱- تبیین مراحل آموزش و درمان و شیوه‌های آن: ۲- معارفه زمان، مکان، طول جلسات ۳- تشریح مباحث الگوی روان‌درمانی، هدف تمرینات، مراحل خود گزارش دهی، انجام کار ۴- خودشناسی ۵- پیش‌آزمون ۶- پرسش و پاسخ.
دوم (عبادات و مناسک)	آشنایی گروه با آثار عبادات و انواع آن در انسان	۱- آموزش و تمرین (عبادت و مناسک): (ذکر دعا، مناجات، نیایش، نماز، توبه، تضرع، استغفار و زیارت، نذر و...). ۲- پرسش و پاسخ ۳- بررسی تکالیف قبلی ۴- تکلیف جدید
سوم (صبوری و شرح صدر)	آموزش آثار صبر بر انسان	۱- آموزش و تمرین صبوری، شکیبایی، تحمل‌پذیری، خودکنترلی، خویش‌داری، شرح صدر ۲- پرسش و پاسخ ۳- بررسی تکالیف قبلی ۴- تکلیف جدید.

۱- آموزش و تمرین و توکل، توسل، خوش‌بینی، امیدواری و ... ۲- پرسش و پاسخ ۳- بررسی تکالیف قبلی ۴- تکلیف جدید.	درک توکل و توسل و ایجاد امیدواری	چهارم (توکل، توسل و امیدواری)
۱- آموزش و تمرین عفو، گذشت، بخشش، ایثار و ... ۲- پرسش و پاسخ ۳- بررسی تکالیف قبلی ۴- تکلیف جدید.	آموزش عفو و گذشت	پنجم (عفو و گذشت و بخشش)
۱- آموزش و تمرین یاری‌رسانی، کمک، تعاون، همکاری و ... ۲- پرسش و پاسخ ۳- بررسی تکالیف قبلی ۴- تکلیف دید.	آشنا شدن با مهارت تعاون	ششم (یاری، تعاون و همکاری)
۱- آموزش و تمرین صلہ‌رحم، رابطه سازگارانہ، تعامل، معاشرت، عبادت بیمار ۲- پرسش و پاسخ ۳- بررسی تکالیف قبلی ۴- تکلیف جدید.	شناخت ابعاد صلہ‌رحم	هفتم (صلہ‌رحم و معاشرت)
۱- آموزش احترام، تکریم، محبت و مهربانی ۲- پرسش و پاسخ ۳- بررسی تکالیف قبلی ۴- تکلیف جدید.	تکریم و احترام	هشتم (تکریم و احترام)
۱- آموزش شکرگزاری، سپاس، قدردانی ۲- پرسش و پاسخ ۳- بررسی تکالیف قبلی ۴- تکلیف جدید.	درک شکرگزاری و آثار آن	نهم (شکرگزاری و قدردانی)
۱- مروری بر چکیده جلسات قبلی ۲- بررسی تکالیف قبلی ۳- پرسش و پاسخ ۴- نتیجه‌گیری ۵- اجرای پس‌آزمون.	نتیجه‌گیری	دهم (نتیجه‌گیری پس‌آزمون)

گروه کنترل: افرادی که در این گروه جای گرفتند یک‌بار پیش‌آزمون را اجرا کردند و هم‌زمان با گروه آزمایش مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. شیوه تجزیه و تحلیل: در پژوهش حاضر روش توصیف و استنباط آماری کمی می‌باشد و نظر به اجرایی شدن پروتکل که داده‌ها مورد توصیف و تحلیل قرار گرفت. روش تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌های مستخرج از پرسشنامه‌ها استفاده شد. تعداد آزمونی‌های پژوهش حاضر را ۲۴ نفر از دانش‌آموزان دختر در مقطع متوسطه دوم و پایه یازدهم در دبیرستان محدثه منطقه ۳ تهران تشکیل دادند. حضور در این پژوهش به صورت داوطلبانه بود و امکان انصراف از آن وجود داشت. رده سنی آزمودنی‌ها ۱۷-۱۸ سال بود و توزیع نمونه‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک یکسان بودند.

یافته‌ها و تفسیر داده‌ها

فرضیه اول "آموزش روان‌درمانی جامع دینی موجب کاهش مشکلات ارتباطی دانش‌آموزان می‌شود".

برای آزمون این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. در این روش ابتدا اثر نمرات پیش‌آزمون علائم مرضی بر پس‌آزمون علائم مرضی کنترل می‌شود و سپس نمرات پس‌آزمون علائم مشکلات ارتباطی در گروه آزمایش و کنترل مقایسه می‌شود.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون علائم مشکلات ارتباطی

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱/۹۲	۰/۸۴	۱/۳۲	۰/۹۷
کنترل	۱/۶۱	۰/۵۴	۱/۶۸	۱/۵

ابتدا مفروضه‌های آزمون تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون علائم مرضی نرمال است. همچنین بررسی نمودار پراکنندگی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان‌دهنده‌ی روابط خطی نمرات دو متغیر است. نتایج آزمون لوین در مورد بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها نشان داد که واریانس متغیر وابسته بین گروه برابر نیست $P > 0/001$ و $F(1, 22) = 9/40$ ؛ اما از آنجایی که تعداد افراد دو گروه آزمایش و کنترل برابر است. آزمون تحلیل کواریانس نسبت به نقض این مفروضه مقاوم است. نظر به اینکه اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون معنی‌دار نبود $P = 0/70$ و $F(1, 20) = 0/18$ مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون نیز رعایت شد.

جدول ۲ نتایج آزمون آنکوا برای مقایسه نمرات پس‌آزمون علائم مشکلات ارتباطی

منابع تغییر	مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	F	P	η^2
پیش‌آزمون	۱۲/۰۷	۱	۱۲/۰۷	۹۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱
گروه	۲/۶۳	۱	۲/۶۳	۱۹/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸
خطا	۲/۸۱	۲۱	۰/۱۳	—	—	—
کل	۱۵/۶۶	۲۳	—	—	—	—

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود اثر گروه آزمایش بر نمرات پس‌آزمون معنی‌دار است $\eta^2=0/48$ و $P=0/001$ و $F(1, 21)=2/63$ ؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش روان‌درمانی جامع دینی به‌طور معنی‌داری موجب کاهش علائم مشکلات ارتباطی دانش‌آموزان شده است. میانگین نمرات پس‌آزمون علائم مرضی گروه آزمایش بعد از حذف اثر پیش‌آزمون برابر با $1/16$ است که به‌طور معنی‌داری از میانگین علائم مشکل ارتباطی گروه کنترل که برابر با $1/84$ است کمتر است. پس فرضیه اول مبنی بر این که آموزش روان‌درمانی جامع دینی موجب کاهش مشکلات ارتباطی دانش‌آموزان می‌شود، تأیید گردید. نتیجه پژوهش حاضر با تحقیقات ذیل همراه و همسو می‌باشد:

غباری بناب و حدادی (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان رابطه تصویر ذهنی از خدا با خصومت و حساسیت در روابط بین فردی در دانشجویان پرداختند. بدین منظور تعداد ۴۶۷ نفر از دانشجویان با استفاده از روش نمونه‌گیری سهمی انتخاب شدند. سیاهه تصویر ذهنی از خدا (لارنس، ۱۹۹۷) و مقیاس‌های خصومت و حساسیت در روابط بین فردی در چک‌لیست نشانگان رفتاری (دراگوتیس و همکاران، ۱۹۷۳) بر روی آنان اجرا گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون چندگانه نشان داد که خصومت و حساسیت در روابط بین فردی دانشجویان را می‌توان از روی نوع تصویر ذهنی‌شان از خدا پیش‌بینی کرد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد، دانشجویانی که تصویر پذیرنده و مثبتی از خدا داشتند از خصومت و حساسیت در روابط بین فردی کمتری برخوردار بودند، ولی دانشجویانی که تصویر ذهنی منفی و چالش‌گرانه از خدا داشتند از خصومت و حساسیت در روابط بین فردی بیشتری برخوردار بودند، پژوهشگران همچنین به این نتیجه رسیدند که تصویر ذهنی مثبت و پذیرنده از خدا با خصومت و حساسیت در روابط بین فردی دانشجویان علوم پزشکی توأم بوده است.

پورستار و همکاران (۱۳۹۰) مطالعه‌ای با عنوان پیش‌بینی علائم اختلالات روانی بر اساس باورها و رفتارهای دینی در بین دانشجویان انجام دادند. بدین منظور ۲۷۴ دانشجوی دختر از بین دانشجویان دانشگاه آزاد تبریز به روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. ابزارهای مطالعه شامل پرسشنامه معبد و چک لیست علائم مرضی (SCL-90) بود. نتایج به دست آمده نشان داد که عمل به واجبات با تمامی علائم روانی، به‌غیر از اضطراب و وسواسی رابطه منفی معنادار است. همچنین عمل به مستحبات و دخالت دادن مذهب در تصمیم‌گیری و انتخاب، به‌غیر از بعد وسواسی، با تمامی ابعاد سلامت روانی رابطه منفی معنادار دارد و در نهایت بعد فعالیت مذهبی با ابعاد افسردگی، خودبیمارانگاری و حساسیت بین فردی رابطه منفی معنادار نشان می‌دهد. به‌طور کلی نمرات بیشتر در ابعاد دین‌داری با سلامت روانی بهتر و علائم روانی کمتر همراه می‌باشد. نتایج مطالعات کوئینگ، مک کلاف و لارسن (۲۰۰۱)، بر روی افرادی که تجربیات معنوی داشته‌اند و کسانی که چنین تجربیاتی نداشته‌اند نشان داد که تجربیات معنوی در افزایش سلامتی مؤثر است (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۴).

غباری بناب و همکاران (۱۳۸۷)، در پژوهش نشان داد که دانشجویان دارای عفو گذشت بالا در بعد رفتاری از افسردگی، اضطراب و مشکلات روابط بین فردی پایین‌تری در مقایسه با گروه دیگر برخوردار بودند. صبحی قراملکی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی رابطه و پیش‌بینی شادکامی و سلامت عمومی دانش‌آموزان را از طریق سلامت معنوی مورد بررسی قرار دادند. تحلیل نتایج نشان داد که بین سلامت معنوی و سلامت عمومی، همچنین بین سلامت معنوی و میزان شادکامی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد.

فرضیه دوم: آموزش روان‌درمانی جامع دینی موجب بهبود ارتباط بین فردی دانش‌آموزان با والدین می‌شود.

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد مرآت پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارتباط بین فردی

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۸/۸۵	۱۱/۳۴	۲۸/۳۳	۱۳/۱۴
کنترل	۱۳/۴۲	۶/۵۸	۱۳/۳۳	۶/۱۷

نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مهارت‌های بین فردی نرمال است. همچنین مفروضه ارتباط خطی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارتباط بین فردی از طریق نمودار پراکندگی بررسی شد که نتایج نشان دهنده روابط خطی بین دو متغیر بود. هرچند نتایج آزمون لوین نشان دهنده عدم همگنی واریانس نمرات پس‌آزمون بین دو گروه بود. $P=0/001$ و $F(1, 22)=14/93$ اما چون حجم دو گروه برابر است آزمون آنکوا نسبت به این مفروضه مقاوم است. همچنین مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون نیز رعایت شد $P=0/45$ و $F(1, 20)=0/59$.

جدول ۴ نتایج آزمون آنکوا برای مقایسه نمرات پس‌آزمون ارتباط بین فردی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	P	η^2
پیش‌آزمون	۱۹۷۰/۹۸	۱	۱۹۷۰/۹۸	۱۱۹/۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵
گروه	۵۲۳/۳۱	۱	۵۲۳/۳۱	۳۱/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰
خطا	۳۴۶/۳۶	۲۱	۱۶/۴۹	—	—	—
کل	۳۶۶۷/۳۳	۲۳	—	—	—	—

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود اثر گروه آزمایشی بر پس‌آزمون نمرات ارتباط بین فردی معنی‌دار است $\eta^2 = 0/60$ و $P=0/001$ و $F(1, 21)=31/83$ بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود؛ یعنی آموزش روان‌درمانی جامع دینی موجب بهبود ارتباط بین فردی دانش‌آموزان با والدین می‌شود. میانگین نمرات پس‌آزمون ارتباط بین فردی گروه آزمایش بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون ۲۵/۷۰ است که به‌طور معنی‌داری بیشتر از نمرات ارتباط بین فردی گروه کنترل که ۱۵/۹۷ است، می‌باشد. پس فرضیه دوم نیز تأیید می‌شود یعنی آموزش روان‌درمانی جامع دینی موجب بهبود ارتباط بین فردی دانش‌آموزان با والدین می‌شود.

نتیجه پژوهش حاضر با تحقیقات ذیل همراه و همسو می‌باشد: ملتفت و آذریون (۱۳۹۴) پژوهشی با هدف پیش‌بینی رضایت از زندگی بر اساس الگوی ارتباطی خانواده با میانجیگری انگیزش مذهبی در دانشجویان انجام دادند. بدین منظور نمونه‌ای مشتمل بر ۳۵۰ دانشجو (۱۵۰ پسر و ۲۰۰ دختر) از بین دانشکده‌های (علوم تربیتی، مهندسی، علوم پایه و حقوق) دانشگاه شیراز به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب گردید و به مقیاس‌هایی از قبیل، مقیاس رضایت از زندگی دینر و همکاران (۱۹۸۵)، مقیاس الگوی ارتباطی خانواده ریچی و فیتزپاتریک (۱۹۹۴) و مقیاس انگیزش موقعیتی گی، والرند و بلانچارد (۲۰۰۰) پاسخ

دادند، قابلیت اعتماد و روایی مقیاس‌ها نیز محرز گردید. برای تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که بین الگوی ارتباطی خانواده و رضایت از زندگی ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد. بدین صورت که بُعد گفت‌و شنود به‌طور مثبت و بُعد هم‌نوایی به‌طور منفی پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی بودند. همچنین نتایج نشان داد که الگوی ارتباطی خانواده بر انگیزش درونی مذهبی و بیرونی مذهبی اثر دارد. در نهایت اینکه انگیزش بیرونی نسبت به مذهب توانسته بین الگوی ارتباطی خانواده و رضایت از زندگی نقش واسطه‌ای ایفا کند.

موسوی و اکبری (۱۳۸۹) بر روی ۱۵۰ دانشجوی دختر و پسر با آزمون نگرش مذهبی خدایاری فرد نشان دادند، اضطراب و افسردگی کاهش و روابط و حمایت اجتماعی تقویت و سلامتی انسان بیشتر می‌شود.

کوروش نیا و لطیفیان (۱۳۸۶) در پژوهشی رابطه ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده با میزان اضطراب و افسردگی فرزندان را بررسی کردند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه حاکی از آن بود که جهت‌گیری گفت‌و شنود خانواده پیش‌بینی‌کننده معنادار اضطراب و افسردگی فرزندان است و اضطراب و افسردگی آن‌ها را به‌طور منفی پیش‌بینی می‌کند. همچنین جهت‌گیری هم‌نوایی خانواده به‌طور معنادار و مثبت اضطراب فرزندان را پیش‌بینی می‌کند اما پیش‌بینی‌کننده معناداری برای افسردگی آن‌ها نیست. طالب‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان داد که بین معنویت والدگری با کیفیت ارتباط در خانواده و سرسختی روان‌شناختی دانش‌آموزان همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد، چنانکه میزان بالای معنویت والدین، کیفیت بهتر ارتباط خانواده و در نتیجه سرسختی روان‌شناختی بیشتری را در نوجوانان در پی داشت. امیری و هاشمیان (۱۳۸۹) در پژوهشی توصیفی به بررسی رابطه عمل به باورهای دینی و میزان صمیمیت زنان دانشجوی تهرانی با همسرانشان پرداخته است. با روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۰۰ زن دانشجوی مشغول به تحصیل دعوت به همکاری شدند. برای تحلیل داده‌ها نیز، آزمون همبستگی پیرسون و شاخص‌های آمار توصیفی مورد استفاده قرار گرفت. نتایج به‌دست آمده، همبستگی مثبت معناداری را بین میزان عمل به باورهای دینی و میزان صمیمیت، توافق، صادق بودن، علاقه و محبت و پایبندی به تعهدات نشان داد. به این معنی که هر چه میزان عمل به باورهای دینی در زنان دانشجو بالاتر بوده، آن‌ها صمیمیت بیشتری را با همسران خود تجربه کردند. بختیاری و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان

داد که زیارت به کاهش اضطراب، افسردگی و نگرانی و همچنین افزایش عملکرد اجتماعی و معنادر زندگی منجر می‌شود.

فرضیه سوم: آموزش روان‌درمانی جامع دینی موجب کاهش هم‌نوایی (تابعیت) دانش آموزان می‌شود.

جدول ۵ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون هم‌نوایی

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۲۷/۰۸	۸/۷۷	۱۵/۵۷	۸/۶۳
کنترل	۲۷/۷۵	۵/۰۸	۲۷/۴۲	۴/۵۲

مطابق با نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون هم‌نوایی نرمال است. همچنین بررسی الگوی نمودار پراکندگی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان‌دهنده روابط خطی بین دو متغیر است. علیرغم معنی‌دار شدن نتایج آزمون لوین $P=۰/۰۴$ و $F(۱ و ۲۲)=۴/۵۳$ برابر بودن حجم دو گروه موجب چشم‌پوشی از مفروضه همگنی واریانس‌ها شد. نبود تعامل معنی‌دار بین گروه و پیش‌آزمون نیز بیانگر تأیید مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون بود. $P=۰/۸۱$ و $F(۱ و ۲۰)=۰/۰۶$

جدول ۶ نتایج آزمون آنکوا برای مقایسه نمرات پس‌آزمون هم‌نوایی

منابع تغییر	مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	F	P	η^2
پیش‌آزمون	۷۸۱/۹۷	۱	۷۸۱/۹۷	۶۲/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۵
گروه	۷۳۹/۱۷	۱	۷۳۹/۱۷	۵۸/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴
خطا	۲۶۳/۱۹	۲۱	۱۲/۵۳	—	—	—
کل	۱۸۶۱/۸۳	۲۳	—	—	—	—

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود اثر گروه بر پس‌آزمون نمرات هم‌نوایی معنی‌دار است $\eta^2=۰/۷۴$ و $P=۰/۰۰۱$ و $F(۱ و ۲۱)=۵۸/۹۸$ ؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به این که میانگین تعدیل شده نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش که برابر با $۱۶/۰۳$ است به‌طور معنی‌داری کمتر از میانگین تعدیل شده گروه کنترل که $۲۷/۱۴$ است می‌باشد می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی جامع دینی به‌طور معنی‌داری موجب کاهش هم‌نوایی دانش آموزان

می‌شود. می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی جامع دینی به‌طور معنی‌داری موجب کاهش هم‌نوایی دانش‌آموزان می‌شود و فرضیه سوم نیز مورد تأیید است. نتیجه پژوهش حاضر با تحقیقات ذیل همراه و همسو می‌باشد.

حمید نجمه و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی اثربخشی خانواده‌درمانی با الگوی شناختی - رفتاری مذهب محور بر عملکرد خانواده بر سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر متوسطه شهر اهواز را بررسی کرد. نتایج حاصل آشکار ساخت که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان وجود دارد. در گروه آزمایش، در مقایسه با پیش‌آزمون و گروه کنترل عملکرد خانواده به‌طور معنی‌داری افزایش یافته بود. همچنین میزان سازگاری رفتاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان گروه آزمایش، به‌طور معنی‌داری در مقایسه با پیش‌آزمون و گروه کنترل افزایش یافت. نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی شناختی - رفتاری مذهب محور، بر بهبود عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهر اهواز مؤثر بوده است.

شهرکی و همکاران (۱۳۹۰) پژوهشی با عنوان بررسی رابطه‌ی الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی نوجوانان انجام داد. بر طبق نتایج، هر چه محیط خانواده شرایط گفتگوی راحت را بیشتر فراهم آورد، سلامت و زندگی غنی‌تر فرزندان را در پی دارد.

شرفی و حسینی‌چاری (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف بررسی رابطه جهت‌گیری دینی پدر با ادراک فرزندان از الگوهای ارتباطی خانواده در دانش‌آموزان دختر و پسر دوره متوسطه انجام دادند. نتایج کلی حاکی از آن بود که جهت‌گیری دینی پدر به‌صورت مثبت، ادراک فرزندان از الگوهای ارتباطی خانواده را پیش‌بینی می‌کند. ابعاد عقاید - مناسک و اخلاق از جهت‌گیری دینی پدر به‌صورت مثبت ادراک فرزندان از بعد گفت‌و‌شنود الگوهای ارتباطی خانواده را

پیش‌بینی می‌کنند. همچنین ابعاد عقاید- مناسک و اخلاق از جهت‌گیری دینی پدر به‌صورت مثبت ادراک فرزندان از بعد هم‌نویایی الگوهای ارتباطی خانواده را پیش‌بینی می‌کنند. بین دانش‌آموزان دختر و پسر از نظر الگوهای ارتباطی خانواده تفاوتی مشاهده نشد. اینکه پدر دارای کدام جهت‌گیری دینی باشد در ادراک فرزندان وی از الگوهای ارتباطی خانواده مؤثر است.

کوروش نیا و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی رابطه ابعاد الگوهای ارتباطات ادراک شده در خانواده و جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد جهت‌گیری هم‌نویایی خانواده به‌طور مثبت جهت‌گیری مذهبی همانندسازی شده و جهت‌گیری مذهبی درون‌فکنی شده را پیش‌بینی می‌کند و قدرت پیش‌بینی کنندگی آن درباره جهت‌گیری درون‌فکنی شده بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری نهایی در این پژوهش بیانگر آن است که آموزش روان‌درمانی جامع دینی بر بسیاری از رفتارها و عملکرد انسان مؤثر می‌باشد. اختصاصاً در این پژوهش در رابطه بین فردی دختران دانش‌آموز بر رابطه با والدین آنان مؤثر است. یافته‌های حاصل از تحقیق انجام شده پس از استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس نشان داد، اثر گروه آزمایش بر پس‌آزمون نمرات ارتباط بین فردی معنی‌دار است. نتایج این تحقیق نشانگر مؤثر بودن آموزش روان‌درمانی جامع دینی در تقویت ارتباط بین فردی والدین و دانش‌آموزان نوجوان می‌باشد. درمان‌های دینی در ارتباط با نوجوانان از سوی بسیاری از درمانگران مورد توجه واقع شده، این پژوهش لزوم توجه به آموزش روان‌درمانی جامع را خاطر نشان می‌سازد.

نظر به محدودیت‌های پژوهش حاضر محقق تلاش کرد بسیاری از آنان را به فرصت تبدیل نماید و با اهتمام و علایق دوسویه آموزش‌های لازم را انتقال و آثار مؤثرش قابل وثوق گردید. برخی از نتایج به شرح ذیل مورد توجه می‌باشد. در پژوهش حاضر به تعیین اثربخشی روان‌درمانی جامع دینی در تقویت ارتباط بین فردی دانش‌آموزان با والدین پرداخته شد. آموزش عمومی پروتکل روان‌درمانی جامع دینی مباحث عام آموزشی است که در سه مؤلفه شناخت و باور، احساس و هیجان و عاطفه و رفتار و عملکرد مورد توجه قرار گرفته است یعنی

مواردی که مستقیماً به ارتباط مرتبط نیست. آموزش اختصاصی در این پژوهش به تقویت ارتباطات بین فردی دانش آموزان با والدینشان که با تمرکز بر روان‌درمانی جامع دینی صورت می‌گیرد مرتبط است و به گروه آموزش داده می‌شود مثلاً مفاهیم صله‌رحم و رفتار سازگارانه و تعاملی و امثال آن، فرد را چگونه به بهبود وضعیت نزدیک‌تر می‌کند. با توجه به تأثیر آموزش مبتنی بر رویکرد روان‌درمانی جامع دینی بر ارتباطات میان فردی دانش آموزان از این رویکرد می‌توان برای بهبود وضعیت روان‌شناختی دانش آموزان و تقویت ارتباطات بین فردی از اعتقادات دینی خود بهره‌برند و تحول متناسب پیدا کنند. همچنین این رویکرد توانست منجر به کاهش مشکلات رفتاری، احساس خوب، تغییر حال و افزایش گفت‌و شنود، کاهش همنوایی و تبعیت - با توجه به مؤلفه‌های آزمون - و نهایتاً تقویت ارتباط بین فردی دانش آموزان دختر نوجوان شود؛ بنابراین محقق با توجه به آثار آن آموزش محتوای پروتکل حاضر را برای جوامع مختلف پیشنهاد می‌کند.

منابع

- قرآن، نهج البلاغه، مفاتیح الجنان، نهج الفصاحه، تفاسیر قرآن، احادیث و روایات. احمدی، صدیقه. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح معنویت‌درمانی با رویکرد دینی و درمان روایت‌دلبستگی به زنان بر کاهش تعارضات زناشویی.
- احمدی، علی اصغر. (۱۳۸۴). روان‌شناسی روابط درون خانواده. تهران: انتشارات مهدی رضایی.
- امیدواری، سپیده. (۱۳۸۷). سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها، پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآنی. سال اول، شماره اول، ۵ تا ۱۷.
- امیری، ربابه و هاشمیان، کیانوش. (۱۳۸۹). بررسی رابطه عمل به باورهای دینی و میزان صمیمیت زنان دانشجوی تهرانی با همسرانشان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، دوره جدید، سال اول، شماره ۱.
- آذربایجانی، مسعود و موسوی اصل، سید مهدی. (۱۳۸۵). روان‌شناسی دین. تهران: انتشارات سمت.
- آرونسون، الیوت، ویلسون، تیموتی، آکرت، رایین، سامرس، ساموئل. (۱۳۹۶). روان‌شناسی اجتماعی. مترجمان مجید صفاری نیا و پرستو حسن زاده. تهران: نشر ارسباران.
- بکلو، اقدس. (۱۳۸۷). شرح صدر افزایش ظرفیت روانی. اخلاق و معنویت، سال پانزدهم، شماره ۵۸: ۱۴۰ تا ۱۵۹.
- بولتون، رابرت. (۱۳۸۶). روان‌شناسی روابط انسانی. حمیدرا سهرابی، تهران: رشد.
- پروچسکا، اوجیمز و نورکراس، سی جان. (۱۳۸۱). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه سید محمدی، یحیی. تهران: انتشارات رشد.
- پورسینا، مریم، احمدی، خدابخش و شفیق‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۲). اثربخشی شادکامی و مثبت‌اندیشی بر اضطراب پیشرفت تحصیلی و ارتباط والد-فرزندی در دانش‌آموزان دختر. فصلنامه علمی-پژوهشی خانواده و پژوهش، سال دهم، شماره ۳.
- جری میلر. (۱۳۹۳). پیوند معنویت به مشاوره و روان‌درمانی (نظریه و اصول). ترجمه ابوالقاسم خوش‌کنش. تهران: آوای نور.
- جوادی آملی، عبدالله. (۱۳۸۷). دین‌شناسی. قم: انتشارات اسراء.

- حسین ثابت، فریده. (۱۳۸۶). تعیین اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب، افسردگی و شادکامی. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- حسینی، سیدمهدی. (۱۳۹۴). *روان‌درمانی و مشاوره با رویکرد اسلامی*. تهران: انتشارات آوای نور.
- خسروپور، فرشید. (۱۳۸۰). *اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان*. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۳). *ارزش‌یابی شخصیت کودکان*. تهران: انتشارات رشد.
- دویری، مروان ادیب. (۱۳۸۹). *روان‌درمانی و مشاوره با مسلمانان؛ رویکرد فرهنگ محور*. مترجمان فرید براتی سده، افسانه صادقی. تهران، انتشارات رشد.
- دهشیری، غلامرضا، سهرابی، فرامرز، جعفری، عیسی، نجفی، محمود. (۱۳۸۷). *بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان*. مطالعات روان‌شناختی، شماره ۱۶: ۱۲۹ تا ۱۴۵.
- رضایی فرح‌آبادی، سمانه. (۱۳۸۸). *بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سبک‌های هویت و مقایسه آن‌ها در دانش‌آموزان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
- رک، جerald. (۱۳۸۵). *نظریه‌ها و کاربردهای مشاوره روان‌درمانی*. یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ارسباران، ص ۴۶۷.
- رودگر، محمدجواد. (۱۳۸۸). *معنویت‌گرایی در قرآن (مبانی، مؤلفه‌ها و کارکردهای معنویت قرآنی)*. فصلنامه علمی-پژوهشی علوم انسانی، سال چهارم، شماره ۱۴، ص ۱۵-۳۲.
- روشنی نژاد، مهین دخت. (۱۳۷۹). *رابطه بین اعتقادات مذهبی و سلامت روان*. مجله پرستاری و مامایی، دوره ۱۳، شماره ۶۱، ص ۹۳.
- ریچاردسون، جری. (۱۳۸۳). *معجزه ارتباط*. ترجمه مهدی قراچه داغی، تهران: انتشارات سمت.
- زهراکار، کیانوش و جعفری، فروغ. (۱۳۹۰). *مشاوره خانواده (مفاهیم، تاریخچه، فرایندها، نظریه‌ها)*. تهران: ارسباران.

- سالاری فر، محمدرضا. (۱۳۸۴). *خانواده در نگرش اسلام و روان‌شناسی*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین علوم انسانی دانشگاهی، (سمت)، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- سالوادور مینوچین، اچ. رز، فیلمن. فنون خانواده درمانی، ترجمه فرشاد بهادری، فرخ نیا (۱۳۸۴). نشر رشد.
- شجاعی، محمدصادق. (۱۳۸۸). *درآمدی بر روان‌شناسی تنظیم رفتار با رویکرد اسلامی*. تهران: سازمان چاپ و نشر دارالحديث.
- شرفی، محمدرضا. (۱۳۸۰). *دنیای نوجوان، تهران: وزارت آموزش و پرورش*. موسسه فرهنگی منادی تربیت.
- شهرکی، فریبا، نویدیان، انصاری مقدم، علیرضا و فرجی، مهدی. (۱۳۹۰). *بررسی رابطه الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی نوجوانان*. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، دوره ۱- شماره ۱- ص ۱۱۴-۱۰۱.
- صادقی، منصوره السادات. (۱۳۸۹). *الگوی تعاملی زناشویی در فرهنگ ایرانی و اثرمندی آموزش مهارت‌های مبتنی بر فرهنگ بر افزایش سازگاری زوجین ناسازگار*. پایان‌نامه دکتری، دانشکده، روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی.
- صحیفه سجادیه. (۱۳۹۴) ترجمه و شرح فیض الاسلام، انتشارات فقیه، تهران.
- صفایی راد، ایرج، لطف الله، محسن احمدی طهور. (۱۳۸۹) *رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان دانشجویان*. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات پزشکی درمانی سبزوار، دوره ۱۷، شماره ۴: ۲۷۴ تا ۲۸۰.
- صیدی، حسن و دیگران. (۱۳۹۴). *نقش باورهای ارتباطی و معنوی در خرسندی زناشویی*. فصلنامه علمی- پژوهشی فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. سال ششم، شماره ۲۴. زمستان ۱۳۹۴.
- طالب‌زاده نوبریان، محسن، صیدی، محمدسجاد، موسوی، سید حسین، میرلو، محمد مهدی. (۱۳۹۲). *رابطه معنویت والدگری با کیفیت ارتباط در خانواده و سرسختی روان‌شناختی دانش آموزان: تعیین نقش واسطه‌ای کیفیت ارتباط، فصلنامه علمی پژوهشی خانواده و پژوهش، سال دهم، شماره ۳، پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش*.
- عیسی مراد، ابوالقاسم. (۱۳۹۳). *روان‌شناسی اجتماعی*. تهران: موسسه منادی تربیت.

- عیسی مراد، ابوالقاسم. (۱۳۹۳). *روان‌شناسی کودک و نوجوان (دانش‌آموز‌شناسی)*. تهران: موسسه منادی تربیت.
- عیسی مراد، ابوالقاسم. (۱۳۹۴). *روان‌درمانی جامع دینی، تهران، موسسه فرهنگی منادی تربیت*.
- غباری بناب، باقر. (۱۳۸۶). *رابطه توکل با اضطراب و صبر. همایش دین و بهداشت روان*. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- غباری بناب، باقر. (۱۳۸۶). *رابطه توکل با اضطراب و صبر، همایش دین و بهداشت روان*. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- فرانکل، ویکتور. (۱۳۸۷) *انسان در جستجوی معنی، ترجمه مهین میلانی، دکتر صالحیان، انتشارات درسا*.
- فرحبخش، کیومرث، شفیق آبادی، عبدالله و دلاور، علی. (۱۳۸۳). *مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی به شیوه واقعیت‌درمانی، درمان منطقی عاطفی رفتاری آلپس و ترکیبی از آن در کاهش تعارض‌های زناشویی، دانشگاه علامه طباطبائی، پایان‌نامه دکتری*.
- کاپلان، هارولد و بنیامین، سادوک، چکیده روان‌پزشکی بالینی، ترجمه نصرت‌الله پور افکاری، تهران: آزاد، ج ۴.
- کاویانی، محمد. (۱۳۹۱). *سبک زندگی اسلامی و ابزار سنجش آن*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- کریمی، ابوالفضل. (۱۳۸۹). *اثربخشی دعا و نیایش بر کاهش اضطراب مردان میان‌سال اصفهانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- کلینی، محمد. (۱۳۶۰). *اصول کافی*. تهران: انتشارات چهارده معصوم.
- کوروش نیا، مریم و لطفیان، مرتضی. (۱۳۸۶). *بررسی رابطه ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده با میزان اضطراب و افسردگی فرزندان*. فصلنامه خانواده‌پژوهی-دوره ۳- شماره ۱۰-ص ۶۰۰-۱۸۸.
- کوروش نیا، مریم، فریدی، محمد و حسین چاری، مسعود. (۱۳۸۹). *رابطه ابعاد الگوهای ارتباطات ادراک شده در خانواده و جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان*. اندیشه‌های نوین تربیتی، دوره ۶، شماره ۳، ص ۶۵-۴۵.

- گری هارتز. (۱۳۸۷) *معنویت و سلامت روان (کاربردهای بالینی)*. مترجمان امیر کامکار، عیسی جعفری. تهران: نشر روان.
- مجلسی، محمدباقر. (۱۹۶۲). *بحارالانوار*، بیروت، وفاء، ج ۴۵.
- مصباح یزدی، محمد تقی (۱۳۷۶). *آموزش عقاید*. تهران: انتشارات سازمان تبلیغات اسلامی، ص ۱۸۱-۲۰۱.
- مصباح، مجتبی. (۱۳۹۲). *سلامت معنوی از دیدگاه اسلام*. موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
- مطهری، مرتضی. (۱۳۸۵). *فطرت*، تهران، انتشارات صدرا.
- معمد نژاد، کاظم. (۱۳۸۶). *وسایل ارتباط جمعی*. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
- موسوی، رقیه و اکبری، سعید. (۱۳۸۹). *الگوی رابطه دین‌داری و سلامت روان دانشجویان*. فصلنامه علمی - پژوهشی فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. سال اول. شماره ۲. تابستان ۱۳۸۹. ص ۱۶۷-۱۵۱.
- میرمهدی، سیدرضا، صفاری نیا، مجید و شریفی، احسان. (۱۳۹۳). *معنویت درمانی و رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر*. تهران: انتشارات آوای نور.
- ناظمی، زهرا. (۱۳۹۱). *بررسی و مقایسه اختلالات روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به فلج مغزی دختر و پسر ۱۴-۱۸ ساله شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- نجمه، حمید و سجادی، فاطمه. (۱۳۹۲). *اثربخشی خانواده‌درمانی با الگوی شناختی-رفتاری مذهب محور بر عملکرد خانواده بر سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش آموزان پسر متوسطه شهر اهواز*. نشریه روان‌شناسی دین، دوره ۶- شماره ۳- ص ۳۹-۵۳.
- نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۸۳). *خانواده و فرزندان در دوره دبیرستان*. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان، ص ۱۱.
- وست، ویلیام. (۱۳۸۸) *روان‌درمانی و معنویت*. ترجمه شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن. تهران: انتشارات رشد.
- وولف، دیوید و اسپیلکا، برنارد. (۱۳۸۶) *روان‌شناسی دین*. ترجمه محمد دهقانی. تهران: انتشارات رشد.

- هاری، اون. (۱۳۷۱) *مهارت‌های اجتماعی ارتباطات میان فردی*. ترجمه خشایار بیکی و مرداد فیروز بخت، تهران: انتشارات رشد.
- هاشمی، زهرا و جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). *نقش دین در بهداشت روان*. تهران، انتشارات آفتاب گرافیک.
- هربرت گلدنبک، آیرین گلدنبرگ. (۱۳۹۰) *مروری خانواده درمانی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران، انتشارات رسا. گل‌فند دونا ام و هارتمن،
- هیبتی، خلیل. (۱۳۸۱) *بررسی شیوه‌های فرزندپروری والدین و رابطه آن با شیوه‌های مقابله با استرس دانش آموزان دختر و پسر*. پایان‌نامه کارشناس ارشد. دانشگاه شیراز.
- یاری، فرشته. (۱۳۹۶) *اثربخشی روان‌درمانی جامع دینی بر ارتقا سلامت روان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، به استاد راهنمایی ابوالقاسم عیسی مراد، دانشگاه، علامه طباطبایی. یعقوبی، حمید؛ قاندي، غلامحسین، امیدی، عبدالله؛ کهنانی، شمس‌الدین و ظفر، مسعود. (۱۳۸۷). *مطالعه مقدماتی و اعتباریابی و تعیین نمره پرسشنامه جی اچ کیو بر روی دانشجویان جدیدالورود*. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.
- یوهانسن، ثور. (۱۳۹۱) *دین و معنویت در روان‌درمانی و مشاوره*. ترجمه فرید براتی. تهران، انتشارات رشد.

American Psychiatric Association (APA). (2000).

Argyle M. (2000). *Dictionary of Psychology*. London, Routledge.

Argyle, Michael(1998) *Religious Behaviour*. Routledge pub.

Baily, C.E. (2002). *The effect of spirituality beliefs and practices on family functioning: A qualitative study*. Journal of family psychotherapy, 13(1-2), ۱۲۷-۱۴۴.

Deslands, R. (2000). *Direction of influence between parenting style and parental involvement in schooling practices, and student autonomy: A short-term longitudinal design*. Retrieved November 13, 2001.

Dield, D. C., Bulik, C.M., Standy, M.A. (2013). *Abnormal psychology (2thed)*. Pearson

Duvall, J., Stevens-Watkins, D., Oser, C. B., Staton-Tindal, M. (2013). *The roles of spirituality in the relationship between traumatic life events, mental health, and drug use among African American women*. Subst Use Misuse, 48 (12): 10.

- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2009). *The British child and adolescent mental health survey*. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, in press.
- Frey, B. B., Daaleman, T. P., & Peyton, V. (2005). *Measuring a dimension of spirituality for health research*. Retrieved on March 13, (2009), from [http:// WWW. People. Ku. Edu/ bfrey /S/ WB Paper. PDF](http://WWW.People.Ku.Edu/bfrey/S/WB Paper. PDF).
- Hartz G W. (2005). *Spirituality and Mental Health: Clinical Applications*. New York: Haworth press.
- James, W. (2002). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. London, Routledge.
- Koeing, H. G. (2009). *Research on religion, culture and mental health*. Royal Holloway university of London (2006).
- Lovental, K., and Harold. (2006). *Religion, Culture and Mental Health*. Royal Holloway University of London, (2006)
- Mahoney, A., Pargament, K. I., Murray-Swank, A., & Murray-Swank, N. (2003). *Religion and the sanctification of family relationship*. *Review of Religious Research*, 44, 220-236.
- Marks, Loren. (2005). *A Review and Religion and Bio-Psycho-Social Health Conceptual Model*. *Journal of Religion and Health*, 44(2): 173-186
- Olson, D. H., & Barnes, H. (2004). *Family communication*. Minneapolis: Life Innovations, Inc.
- Rajae A. (2008). *Emotional Religious cognitive therapy*. Abstract of regional conference on new ways to promote mental health. Torbat jam: Torbat Islamic azad university publication. 17-19.
- Seligman, M.E.P. (2000). *The positive perspective*. *The Gallup Review*, 3(1), ۲-۷.
- WHO (World Health Organization). *Mental health gap action program, scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*. (cited ۲۰۱۲ ۰۰ ۲۳) [http://www.who.int/mhgap-final-English.pdf](#).
- Wulff, David M. (1940). *Psychology of religion: classic and contemporary*. ۲۰۰ ۰۰, ۱۹۹۷.

