

تأثیر سبک زندگی مبتنی بر الگوی نماز در بهبود رضایت مندی و بهداشت روانی زوجین

محمدامین کشاورزی^۱، علی محمد رضایی^۲، امیرحسین کشاورزی^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، مدیریت آموزش و پرورش شهرستان خرامه، خرامه، ایران. Ramin33vvs@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران. Ramin33vvs@yahoo.com

۳. کارشناس علوم تربیتی دانشگاه فرهنگیان، مدیریت آموزش و پرورش شهرستان خرامه، خرامه، ایران. Ramin33vvs@yahoo.com

چکیده

آگاهی از عواملی که به ارتقای سلامت انسان کمک می کند، ضرورتی اجتناب ناپذیر است. بر مبنای این آگاهی آدمی می تواند از هر عامل مضر، سلامت و شادابی خود را برهاند و همواره از جسم و روانی برخوردار از تعادل و سلامت و همراه با شادابی واقعی داشته باشد. آن چه در اسلام بر آن تأکید شده این است که انسان نباید با رفتارهای خود زمینه گرفتار شدن در دام مشکلات را فراهم کند. پژوهش های زیادی نشان داده اند نماز و دعا می تواند مسائل و مشکلات روحی و روانی انسان را کاهش دهد؛ بر این اساس هدف پژوهش حاضر تعیین نقش پیش بینی کنندگی بسته آموزشی مبتنی بر الگوی نماز بر رضایت مندی و بهداشت روانی زوجین می باشد. طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افرادی بود که در سال ۱۴۰۱ برای بهبود کیفیت زندگی و افزایش سلامت روانی به یکی از مراکز مشاوره شهر شیراز مراجعه نموده اند. به منظور انجام نمونه گیری، ابتدا لیستی از مراکز مشاوره با همکاری مرکز مشاوره قوه قضاییه استان فارس تهیه و از طریق قرعه کشی، یکی از مراکز انتخاب و ۱۰۰ نفر از آزمودنی های به صورت تصادفی و بر اساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب و به پرسشنامه های، سلامت روان و رضایت از زندگی پاسخ دادند. سپس ۵۰ نفر که بالاترین نمرات را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۲۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. افراد گروه آزمایش ۸ جلسه گروه درمانی بسته آموزشی تولید شده مبتنی بر الگوی نماز توسط پژوهشگر را گذراندند و کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که تحلیل یافته های به دست آمده نشان داد پس از تعدیل پیش آزمون، تفاوت میانگین نمرات سلامت روان و رضایت زندگی در گروه کنترل و آزمایش معنادار بود ($p < 0/01$) و گروه آزمایش پس از دریافت آموزش رضایت مندی بیشتری را نشان دادند.

واژه های کلیدی: سبک زندگی، الگوی نماز، رضایت مندی، بهداشت روانی.

ازدواج و تشکیل خانواده پیوندی مقدس، میثاقی محکم، بنایی محبوب نزد خداوند و عاملی موثر در حفظ دین، پذیرش عبادت انسان، تکوین مودت در رحمت، پاسداری از حریم عفت، تضمین رزق و روزی و تعظیم سنت نبوی است. مکتب متعالی اسلام ازدواج را وسیله ای برای رشد و کمال و بقای دین، تکامل اخلاق، تشکیل نهاد خانواده، تأمین سلامت جامعه و دوام و بقای نسل می داند و پیروان خود را به تسریع در امر ازدواج دعوت می کند و آن را گامی مثبت در انجام مسئولیت عبادی و اجتماعی انسان به شمار می آورد (فاتحی دهاقانی، ۱۳۸۹). خانواده تنها نهاد اجتماعی است که در همه جوامع، اعم از مذهبی و غیر مذهبی، پذیرفته شده و توسعه یافته است. خانواده در جوامع مختلف از نقش، پایگاه و منزلت های گوناگون برخوردار بوده و با اینکه هسته ای کوچک از اجتماع محسوب می شود، در حیات اجتماعی مردم تأثیری فوق العاده دارد (خارستانی و ویسی، ۱۳۹۳). خانواده یک واحد اجتماعی است که بر پایه ی روابط انسانی شکل گرفته و بر اساس آن مرد و زن آزادانه و به صورت کامل خود را به یکدیگر می سپارند و از این طریق شکل فعالی که خانواده نامیده می شود، می سازند (آسوده^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). خانواده به عنوان اولین نهاد جامعه پذیری و کهن ترین هسته ی طبیعی، در همه ی جوامع انسانی از ابتدای تاریخ وجود داشته و بشر تاکنون نتوانسته است جایگزینی برای آن بیابد. این موضوع حضور همیشگی این نهاد اجتماعی و ضرورت وجودی آن را نشان میدهد. ازدواج مبنای شکل گیری خانواده و قطب مقابل آن طلاق است که سبب اضمحلال آن می شود. طلاق فروپاشی فردی، خانوادگی و اجتماعی را در پی داشته و برای زنان نسبت به مردان اثرات منفی بیشتری دارد (موسای، توصلی و مهر آرا^۲، ۲۰۱۱). خانواده کوچک ترین واحد اجتماعی است که به واقع ثبات هر جامعه وابسته به آن است (ستیر، ۱۳۷۶) و از آن رو اهمیت دارد که نخستین نهاد اجتماعی است که با آن روبه رو می شویم و از درونش حیات اجتماعی را تجربه و آغاز می کنیم. خانواده به تعبیر کلودلوی استر اوس، موجبات برخورد طبیعت و فرهنگ را فراهم می آورد؛ یعنی از طریق فرایند جامعه پذیری، خانواده موجبات فرهنگی شدن انسان را فراهم می آورد. در طول تاریخ مشخص شده است که هر زمان خانواده دچار آسیب شده است، هرگز نمی توان انتظار جامعه ای سالم را داشت (ساروخانی، ۱۳۸۶).

روابط مطلوب میان اعضا در یک خانواده از طریق علایق متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش، درک یکدیگر و ارضای نیازها موجب به وجود آمدن رضایت و آرامش در میان اعضای خانواده می گردد (خسروی، آژنگ و اسماعیلی^۳، ۲۰۰۹). همچنین وجود چنین روابط موفقیت آمیزی در محیط خانواده بهزیستی فرزندان را افزایش می دهد (کوی و فینچام، ۲۰۱۰). حفظ و تداوم خانواده از اهمیت زیادی برخوردار است. خانواده به عنوان واحد اجتماعی، هم کانون رشد، تکامل، التیام و شفادهنگی و هم بستر فروپاشی روابط میان اعضایش است (شعاع کاظمی و سیف، ۱۳۸۹). زمانی می رسد که یکی از سخت ترین حوادث زندگی افراد یعنی طلاق به وقوع می پیوندد و این اتفاق برای بعضی افراد مانند مرگ، تلخ است، هرچند که خود فرد تمایل به پایان دادن رابطه داشته باشد (خوشابا، ۲۰۱۶). طلاق یکی از آسیب های اجتماعی است که در جوامع امروزی به شدت رواج یافته است، میزان این پدیده در دهه های ۱۹۹۰ و ۱۹۷۰ به سرعت افزایش یافت. رویدادی پیچیده است که از جنبه های مختلف روانی، اجتماعی و فرهنگی به آن نگریسته می شود (آمانو و پرویتی^۴، ۲۰۰۳)، و وقوع آن برای افراد، به ویژه برای زنان که طلاق را به عنوان یک مشکل اساسی در روابط بعدی خود می یابند، بسیار دشوار می نماید (برایان^۵، ۲۰۰۰، سکلکوک^۶، ۲۰۰۵). دین کهن ترین، نافذترین و اثرگذارترین نهاد اجتماعی بشر است و تحقیقات فراوانی ارتباط تنگاتنگ دین را با تعلیم و تربیت در خانواده نشان داده است؛ بنابراین می توان عنوان کرد که به طور کلی دین و حضور در مناسک دینی تأثیر شگرفی بر روی خانواده دارد. خانواده ای که اعضای آن حضور در نماز به طهارت درونی خود می پردازند، پشتوانه محکمی برای معنویت است که در مقابل نامالایمات زندگی آنها را حمایت می کند. چنین افرادی از نظر روحی، توکل به خدا و اعتماد به نفس دارند و در مقابل مصائب و مشکلات خود را نمی بازند (تقیان فینی و عطارزاده، ۱۳۹۴). هر دین و مذهبی پیروان خود را ملزم به ادای مجموعه ای از آیین ها و عبادت ها می کند. اشکال برخی از این عبادت ها در مذاهب گوناگون متفاوت است. یکی از این عبادت ها، ادای نماز است (اسپیلکا، هود و هانبرگر^۷، ۲۰۰۳). اگر چه در کیفیت و نحوه ادای آن تفاوت هایی در میان مذاهب به چشم می خورد (وولف، ۱۳۹۰)؛ اما به نظر می رسد در تاریخ مذاهب، هیچ شریعت و دینی بدون فریضه نماز نبوده است. در دین اسلام به عنوان کامل ترین دین الهی نیز نماز به عنوان ستون و زیربنای پذیرش کلیه اعمال خیر انسان یاد شده است. در ضمن، خداوند اقامه نماز را وظیفه لا یتغیر و ثابت هر انسان در هر شرایط محیطی و فردی قرار داده است؛ به طوری که بیش از ۱۲۲ آیه قران کریم به این موضوع اختصاص دارد. در این آیه ها، خداوند نماز را نشانه حکومت صالحان (حج، ۴۱) و نهی کننده از فحشا و منکر (عنکبوت، ۴۵) معرفی کرده است؛ بنابراین، کلیه اثرات ذکر شده برای مذهب را می توان به نماز (به عنوان هسته اصلی ادیان

۱ . Asoode

۲ . Musai, Tavasoli, & Mehrara

۳ . Khosravi & Aganj & Esmaili

۴ . Amato & Previti

۵ . Brayan

۶ . Schalkwyk

۷ . Spilka, Hood, Hansberger

توحیدی به خصوص دین اسلام انتساب کرد (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۲). اثرات نماز بر حوزه های بهداشت روان نیز بر کسی پوشیده نیست. نماز به عنوان ایجاد کننده روابط سازنده در اجتماع و جلوگیری کننده از بسیاری از انحرافات اخلاقی و رفتاری شناخته شده است (طالبان، ۱۳۷۸، به نقل از یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۲).

تأثیر نماز در بحران های خانوادگی غیرقابل اجتناب است. برخی پژوهش ها نشان می دهد که ریشه آسیب اجتماعی از جمله طلاق در ضعیف بودن ارتباط انسان با خدا، دوری از فرایض دینی و اقامه نکردن نماز است. امروزه بسیاری از روانشناسان دریافته اند که دعا، نماز و ایمان قری افسردگی و اضطراب را رفع می کند و منجر به احساس طراوت و نشاط در همه وجود انسان می شود (افروز، خانابانی و چینی، ۱۳۸۵). نماز عملی است که نشان دهنده رابطه ای میان انسان و پروردگار است. قیام خاشعانه و خاضعانه انسان در نماز، در برابر خداوند متعال به او نیرویی معنوی می بخشد که حس صفای روحی و آرامش قلبی، امنیت روانی و سلامت روانی را در او پدید می آورد. انسان در نماز با همه اعضای بدن و حواس خود متوجه خدا می شود و از همه اشتغالات و مشکلات زندگی روی برمی گرداند و همین حالت روی گردانی کامل از مشکلات زندگی و نیندیشیدن به آن در میان نماز، موجب آرامش روان و سلامت روانی می شود (افروز و همکاران، ۱۳۸۵). نماز در اسلام ارزش و جایگاه بسیار بالایی دارد، به طوری که در قرآن آیات متعددی از نماز سخن گفته اند و بیش از ۸۶ مرتبه کلمه صلوه و مشتقات آن به کار برده شده و نشان دهنده آن است که این عبادت مهم ملازم با اسلام بوده و اولین فریضه ای است که پیامبر اکرم (ص) به مردم ابلاغ کرده است و آخرین فریضه است که تا هنگام مرگ از انسان ساقط نمی شود. قرآن و روایات نماز را وسیله کمک به مؤمنان در هنگام مصائب و بازدارنده مؤمنان از کارهای زشت، وسیله رستگاری و مایه آرامش قلوب مؤمنان می دانند (فهری^۸، ۲۰۰۰). برترین جلوه طاعت و پرستش و نخستینشان ایمان و کمال نماز است. این تنها بدان معنا نیست که بهترین عمل نماز است که نماز زادگاه همه اعمال خوب و پسندیده نیز است. نماز بهترین کارهاست، چون همه کارهای خوب از آن شروع می شود (امیر محمدی و محمدی، ۱۳۹۶).

با توجه به جایگاه نماز در جامعه مذهبی ایران که مذهب به عنوان عامل تأثیرگذار فردی و اجتماعی در آن مطرح است و نیز نقش نماز در تربیت و تأمین بهداشت روانی، با توجه به تأثیر انگیزه های افراد بر ادراک، تفکر و رفتار آنان و نیز با توجه به اینکه تاکنون پژوهش مشابهی در این راستا گزارش نشده است و از طرفی دیگر با توجه به این که آمار طلاق در حال افزایش است و این پدیده (طلاق) در جامعه امروز به عنوان یکی از آسیب های اجتماعی مطرح می شود که ریشه در تغییر و تحولات گوناگون فرهنگی، اجتماعی، زیستی و ... دارد که با پیچیده تر شدن زندگی امروز، سطح آن نیز شدت یافته است؛ لذا این سوال مطرح می گردد که آیا سبک زندگی مبتنی بر الگوی نماز موجب بهبود رضایت مندی و بهداشت روانی زوجین می گردد؟

روش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افرادی بود که در سال ۱۴۰۱ برای بهبود کیفیت زندگی و افزایش سلامت روانی به یکی از مراکز مشاوره شهر شیراز مراجعه نموده اند. به منظور انجام نمونه گیری، ابتدا لیستی از مراکز مشاوره با همکاری مرکز مشاوره قوه قضایه استان فارس تهیه و از طریق قرعه کشی، یکی از مراکز انتخاب و ۱۰۰ نفر از آزمودنی های به صورت تصادفی انتخاب و به پرسشنامه های، سلامت روان^۹ و رضایت از زندگی^{۱۰} پاسخ دادند. سپس ۵۰ نفر که بالاترین نمرات را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۲۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک های ورود: رضایت جهت همکاری در پژوهش، گذشت ۵ سال از زندگی مشترک، زوجینی که درگیر تعارضات زناشویی هستند که به این علت به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر شیراز مراجعه نموده و ملاک های خروج: عدم تمایل به همکاری، عدم تکمیل پرسشنامه ها و غیبت بیش از ۲ جلسه در برنامه های آموزشی بود.

ابزار

۱. پروتکل اجرایی بسته آموزشی شادمانی مبتنی بر معنویت (تلفیق آموزش شادمانی فوردایس و مهارت های معنوی)

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه- معرفی برنامه آموزشی- بحث پیرامون تعداد و زمانات جلسات بعدی انجام خواهد گرفت. ضرورت شادکامی در زندگی همراه با الگوهای معنویت مطالبی ارائه و شرح خواهد شد.
دوم	در این جلسه به آموزش و معرفی فن بیان احساسات شامل نوع احساس، شناسایی محل احساس و فضای دربرگیرنده احساس در بدن، نامگذاری صحیح برای آن و توانایی بروز احساسات پرداخته خواهد شد و بعد از این فن فن افزایش خوش بینی و

^۸ . Fahari

^۹ GHQ-۲۸

^{۱۰} SWLS

<p>تفاوت آن با خوش بینی خیالی، ارائه راهکارهای لازم برای دستیابی به این اهداف تشریح خواهد شد. همچنین مباحثی پیرامون ویژگی انسان معنوی، بحث درباره دین و الگوهای معنویت، رابطه معنویت، خودآگاهی و سلامت و نیاز به معنویت و کارکرد آن در زندگی ارائه خواهد شد. در نهایت بعد از اخذ بازخورد از اعضای گروه در زمینه مهارت های آموزش داده شده تکالیف خانگی داده خواهد شد.</p>	
<p>در این جلسه ضمن بررسی تکالیف منزل و بررسی مشکلات آنان در امر اجرای تکالیف به آموزش فن افزایش فعالیت جسمانی و آموزش فن افزایش روابط اجتماعی و ارائه راهکار پرداخته شد و انجام فعالیت های معنادار و سودمند و ارائه راهکارهای لازم به اعضاء توصیه خواهد شد، همچنین استفاده از الگوهای معنویت با محوریت نماز و روایات و اینکه فرد خود را جای قهرمان روایت تصور کند و بگوید در چنین شرایطی چه احساسی دارد سپس آن را بیان نماید. در نهایت بعد از اخذ بازخورد از اعضای گروه در زمینه مهارت های آموزش داده شده تکالیف خانگی داده خواهد شد.</p>	سوم
<p>در این جلسه ضمن بررسی تکالیف منزل و بررسی مشکلات آنان در امر اجرای تکالیف به آموزش دوری از افکار نگران کننده و راهبردهای مقاله با استرس آموزش داده خواهد شد همچنین در راستای الگوی معنویت به آموزش مهارت بخشایش گری و ارتباط آن با دوری از افکار نگران کننده آموزش داده می شود. در نهایت بعد از اخذ بازخورد از اعضای گروه در زمینه مهارت های آموزش داده شده تکالیف خانگی داده خواهد شد.</p>	چهارم
<p>در این جلسه ضمن بررسی تکالیف منزل و بررسی مشکلات آنان در امر اجرای تکالیف به آموزش فن برنامه ریزی و سازمان دهی (مدیریت زمان) و فن زندگی کرن در زمان حال آموزش داده شد و به ارائه راهکارهای مفید و عملی پرداخته خواهد شد. همچنین بیان و تعریف ذکر، مراتب ذکر، آثار و موانع ذکر گفتن بیان خواهد شد و در نهایت بعد از اخذ بازخورد از اعضای گروه در زمینه مهارت های آموزش داده شده تکالیف خانگی داده خواهد شد.</p>	پنجم
<p>در این جلسه ضمن بررسی تکالیف منزل و بررسی مشکلات آنان در امر اجرای تکالیف به آموزش فن خود واقعی بودن به منظور حرکت به سمت خود مثبت آموزش داده خواهد شد و در این ارتباط به بررسی مصادیق و شیوه های صلح رحم، آثار و موارد آن و ارتباط به سمت خود مثبت حرکت کردن بیان خواهد شد و در نهایت بعد از اخذ بازخورد از اعضای گروه در زمینه مهارت های آموزش داده شده تکالیف خانگی داده خواهد شد.</p>	ششم
<p>در این جلسه ضمن بررسی تکالیف منزل و بررسی مشکلات آنان در امر اجرای تکالیف به آموزش آشنایی با نمونه هایی از شخصیت سالم و ناسالم و معرفی ویژگی های شخصیت سالم پرداخته خواهد شد همچنین به بیان مباحثی پیرامون توکل و صبر، بررسی آثار آن، زمینه و شرایط و فواید آن بررسی و بیان خواهد شد و در نهایت بعد از اخذ بازخورد از اعضای گروه در زمینه مهارت های آموزش داده شده تکالیف خانگی داده خواهد شد.</p>	هفتم
<p>در این جلسه ضمن بررسی تکالیف منزل و بررسی مشکلات آنان در امر اجرای تکالیف به آموزش فن کاهش توقعات و آرزوها و آموزش اولویت دادن به شادی پرداخته خواهد شد. همچنین باتوجه به مباحث بیان شده الگوی معنویت به بیان نماز و دعا، آثار دنیوی و اخروی آن، اهمیت و آثار تربیتی و آثار بر روح و روان انسان و فواید طبی و درمانی آن مورد بررسی قرار خواهد گرفت و سپس درباره پرسشنامه ها از آزمودنی ها آزمون گرفته خواهد شد و در آخر از همکاری همه تشکر و تقدیر خواهد شد.</p>	هشتم

پرسشنامه سلامت روان

به وسیله پرسش نامه ۲۸ پرسشی سلامت روان گلدبر و هیلر (۱۹۷۹) نتایج سنجش اعتبار آزمون سلامت عمومی که در سال ۱۹۷۹ به وسیله گلدبر و هیلر ارائه شده است می تواند احتمال وجود یک اختلال روانی در فرد را پیش بینی کند. فرم میزان شده ۲۸ ماده ای پرسشنامه سلامت دارای ۴ مقیاس فرعی میباشد که هر مقیاس ۷ ماده دارد. این مقیاسها عبارتند از: الف: نشانه های جسمانی ب: نشانه های اضطرابی ج: کارکرد اجتماعی د: نشانه های افسردگی در این پرسشنامه فرد وضعیت فعلی خود را در یک ماه اخیر با وضعیت عادی روانی خود مقایسه می کند. برای هر ماده به روش نمره گذاری لیکرت ۴ گزینه از صفر تا سه نمره در نظر گرفته شده است. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر ۸۴ میباشد. کسانی که نمره بالاتر از نقطه برش را کسب کنند به عنوان گروه بیمار، و کسانی که نمره پایین تر از نقطه برش داشته باشند به عنوان گروه سالم دسته بندی میشوند. نتایج سنجش اعتبار آزمون سلامت عمومی نشان می دهد که متوسط حساسیت پرسش نامه برابر با ۸۴٪ (در بین ۷۷٪ تا ۸۹٪) و متوسط ویژگی آن برابر با ۸۳٪ (بین ۷۸٪ تا ۸۵٪) است. در پژوهشی دیگر حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۸۴٪ و ۸۲٪ گزارش شده است (ویلیموت)

۱۹۸۹). ویلکینسون^{۱۱} (۱۹۸۹) روی ۴۳ پژوهش که این ابزار را به کار برده بود فراتحلیل انجام داد و به حساسیت ۸۴٪ و ویژگی ۸۴٪ دست یافت (پالاهانگ، ۱۹۹۵). در کشور ایران پالاهانگ در سال ۱۳۷۵ این پرسشنامه را روی ۶۱۹ نفر از ساکنان بالاتر از ۱۵ سال در شهر کاشان انجام دادند و حساسیت و ویژگی و کارایی آنرا بررسی نمودند که برای زنان ۸۸٪ حساسیت و ۷۹٪ ویژگی و ۸۴٪ کارایی داشته است (گلدبرگ، ۱۹۹۷). هم چنین یعقوبی در ایران به اعتبار سازی آزمون سلامت عمومی روی ۶۲۵ نفر از ساکنان مناطق شهری و روستایی صومعه سرا پرداخته است و حساسیت و ویژگی این مقیاس آزمون را در بهترین نقطه برشی به ترتیب ۸۶/۵٪ و ۸۲٪ درصد گزارش نموده است (هاشمیان، ۱۳۷۹). به اعتقاد گلدبرگ (۱۹۸۹) با مرور پژوهش های انجام شده در این زمینه که به دو صورت بازآزمایی و نیز محاسبه آلفای کرونباخ به انجام رسده، مقدار پایایی را بالا و قابل قبول گزارش کرده است.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ

این پرسشنامه که به وسیله السون (۱۹۹۸) در آمریکا طراحی شده است فرم کوتاه آن یک پرسش نامه ۴۷ پرسشی است که ۱۲ خرده مقیاس را می سنجد. این خرده مقیاس ها عبارتند از: تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان، خانواده و دوستان، نقش های مساوات طلبی و جهت گیری مذهبی به پاسخ هر کدام از پرسش ها نمره ۱ تا ۵ تعلق می گیرد: کاملاً مخالفم = ۱ مخالفم = ۲ نظری ندارم = ۳ موافقم = ۴ کاملاً موافقم = ۵ نمره کمتر از ۳۰ نشان دهنده نارضایتی شدید، ۳۰ تا ۴۰ نشانگر عدم رضایت، نمره های بین ۴۰ تا ۶۰ نشانگر رضایت نسبی، نمره های بین ۶۰ تا ۷۰ نشانگر رضایت شدید و نمره های بیشتر از ۷۰ نشانگر رضایت فوق العاده از روابط زناشویی است. کمترین و بیش ترین نمره در این پرسشنامه به ترتیب ۴۷ و ۲۳۵ نمره است. السون (۱۹۸۹) پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ در خرده مقیاس های آن بین ۴۸ تا ۹۰ درصد گزارش کرد. معتمدین (۱۳۸۳) با استفاده از هم بسته نمودن با پرسشنامه سازگاری زناشویی $r=65\%$ را به دست آوردند. عبدالله زاده (۱۳۸۲) در پژوهش خود در شهر دامغان بر روی ۱۸۰ زوج ضریب آلفای کرونباخ پرسش نامه را ۹۳ درصد گزارش کرد، وی این آزمون را با فاصله ۱۲ روزه بر روی ۳۵ زوج دوباره اجرا کرد. هم بستگی اجرای اول با اجرای مجدد این آزمون ۷۸ درصد برای مردان و ۸۳ درصد برای زنان گزارش شد. در پژوهش عطاری ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف این پرسش نامه به ترتیب ۹۲ و ۸۷ درصد گزارش شده است. روشن و نریمانی اعتبار در نیمه این پرسشنامه را ۹۳٪ و روایی آنرا ۷۳٪ گزارش کرده اند. در مورد اعتبار مقیاس ۴۷ پرسشی رضایت زناشویی انریچ، ثنایی (۱۳۷۹) بیان می دارد که این پرسشنامه به عنوان یک ابزار معتبر در پژوهش های متعددی برای بررسی رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است و سلیمانیان ضریب اعتبار و اعتماد ۹۵ را برای آن گزارش کرده است. شریف نیا (۱۳۸۱) هم بستگی پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ را با پرسش نامه سازگاری زوجی ۹۲ درصد به دست آورده است.

یافته ها

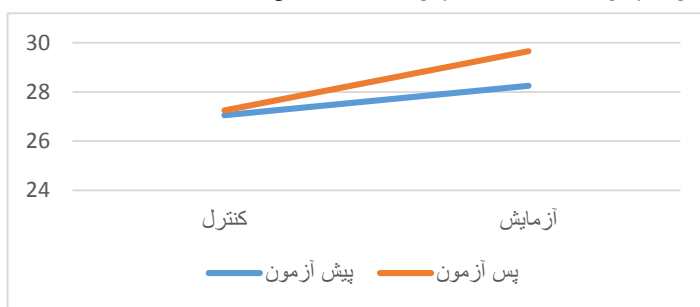
جدول ۱. جدول مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش

شاخص / آماري گروه	تعداد		میانگین سن		دفعات ازدواج			تحصیلات		میانگین		انحراف معیار
	درصد	فراوانی	مرد	زن	یک بار	بیش از یک بار	دیپلم و کارشناسی و کارشناسی ارشد و بالاتر	کارشناسی	سن	سن		
کنترل	۲۵٪	۲۵	۴۰	۲۵	۱۹	۶	۸	۱۳	۴	۳۲/۶۵	۷/۶۵	
گروه درمانی	۲۵٪	۲۵	۳۵	۲۵	۱۶	۹	۷	۱۴	۴	۲/۳۹	۴/۹۹	
کل	۵۰	۵۰	۴۰-۲۵	۲۵-۲۵	۵۰	۱۵	۱۵	۲۷	۸	۲۷/۶۵	۴/۹۸	

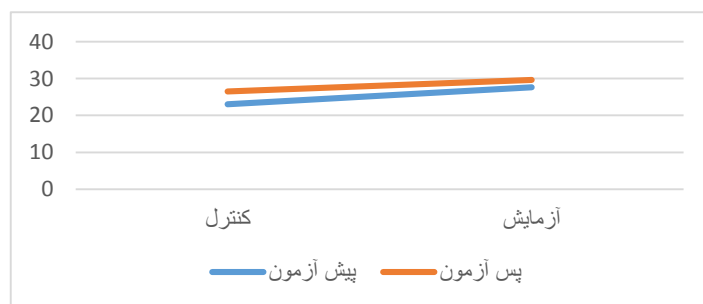
جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ی سلامت روان و رضایت از زندگی به تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	کنترل	۲۷/۰۵	۱/۳۵	۲۷/۲۵	۱/۷۷
	آزمایش	۲۸/۲۵	۱/۴۴	۲۹/۶۵	۱/۱۳
رضایت از زندگی	کنترل	۲۳/۰۳	۳/۶۸	۲۶/۵۰	۲/۶۵
	آزمایش	۲۷/۶۵	۲/۲۶	۳۵/۱۰	۱/۸۸

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیر سلامت روان به تفکیک گروه‌ها و مراحل ارائه شده است. با توجه به نمراتی که در جدول بالا مشاهده می‌شود بیانگر میانگین نمره سلامت روان گروه کنترل در پیش آزمون ۲۷/۰۵ و در پس آزمون ۲۷/۲۵ می‌باشد. همچنین میانگین گروه آزمایش در پیش آزمون ۲۸/۲۵ و در پس آزمون ۲۹/۶۵ می‌باشد. با توجه به نمراتی که در جدول بالا مشاهده می‌شود بیانگر میانگین نمره رضایت از زندگی گروه کنترل در پیش آزمون ۲۳/۰۳ و در پس آزمون ۲۶/۵۰ می‌باشد. همچنین میانگین گروه آزمایش در پیش آزمون ۲۷/۶۵ و در پس آزمون ۳۵/۱۰ می‌باشد.



نمودار ۱. میانگین نمره‌ی سلامت روان در گروه‌های کنترل و آزمایش در مراحل مختلف



نمودار ۲. میانگین نمره‌ی رضایت از زندگی در گروه‌های کنترل و آزمایش در مراحل مختلف

جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش با توجه به نوع طرح پژوهش که از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

فرضیه اصلی: بسته آموزشی مبتنی بر الگوی نماز بر بهبود رضایت مندی و بهداشت روانی زوجین تاثیر دارد.

در این پژوهش برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون اسمیرنوف-کولموگروف استفاده شد.

جدول ۳. خلاصه نتایج بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	مرحله	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون اسمیرنوف-کولموگروف	
		آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
سلامت روان	پیش آزمون	۰/۹۵۴	۰/۲۸۶	۰/۱۲۷	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۸۸۹	۰/۴۸۳	۰/۲۱۳	۰/۱۰۷
رضایت از زندگی	پیش آزمون	۰/۹۷۹	۰/۲۱۸	۰/۰۸۸	۰/۱۹۱
	پس آزمون	۰/۹۳۷	۰/۱۰۹	۰/۰۹۲	۰/۱۰۶

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول ۳ سطح معناداری در مورد هیچ‌یک از متغیرهای تحلیل شده معنادار نبود. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که توزیع نمرات نرمال هستند.

بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها

در این پژوهش برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها بین متغیرهای وابسته از آزمون لون استفاده شد.

جدول ۴. نتایج بررسی پیش فرض همگنی برابری واریانس‌ها با آزمون لون

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
سلامت روان	پیش آزمون	۱/۱۷۵	۲	۴۸	۰/۱۹۱
	پس آزمون	۰/۹۲۵	۲	۴۸	۰/۶۰۱
رضایت از زندگی	پیش آزمون	۱/۷۶۸	۲	۴۸	۰/۲۴۷
	پس آزمون	۰/۹۶۹	۲	۴۸	۰/۴۱۲

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول ۴ در مورد متغیر سلامت روان آزمون لون معنادار نبود و لذا نتیجه گرفته می‌شود که پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است.

جدول ۵. خلاصه تحلیل کواریانس یک طرفه برای بررسی تاثیرات بین بسته آموزشی مبتنی بر الگوی نماز و بهداشت روانی

زوجین

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig
هم‌پراش	۳۵۰/۴۳۱	۱	۳۵۰/۴۳۱	۰/۷۲۲	/۷۸۰
گروه	۳۳۸/۹۷۸	۱	۳۳۸/۹۷۸	۰/۵۳۵	/۶۰۵
خطا	۷۱۶۵/۵۴۶	۴۸	۶۱/۲۴۴		

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که با توجه به سطح معنی داری $F=۰/۷۲۲$ و $/۷۸۰$ در هم‌پراش فرض ما که تاثیر بسته آموزشی مبتنی بر الگوی نماز بر بهداشت روانی زوجین مورد تایید است.

جدول ۶. خلاصه تحلیل کواریانس یک طرفه برای بررسی تاثیرات بین بسته آموزشی مبتنی بر الگوی نماز و رضایت از زندگی

زوجین

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig
هم‌پراش	۳۱۱/۹۴۵	۱	۳۱۱/۹۴۵	۰/۰۶۶	۰/۰۲۶
گروه	۹۱۹/۶۳۸	۱	۹۱۹/۶۳۸	۰/۹۳۶	۰/۰۰۰
خطا	۷۲۰۴/۰۳۳	۱۱۷	۶۱/۵۷۳		

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که با توجه به سطح معنی داری ۰/۰۲۶ و $F=۰/۰۶۶$ در همپراش فرض ما که تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر الگوی نماز بر رضایت زندگی زوجین مورد تأیید است.

بحث و نتیجه‌گیری

در فرضیه اول این پژوهش بیان گردیده بود که بسته آموزشی مبتنی بر الگوی نماز بر بهبود بهداشت روانی در زوجین تأثیر دارد. نتایج تحلیل کواریانس یکطرفه نشان از معناداری تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر الگوی نماز بر بهبود بهداشت روانی در زوجین را دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های جداری و همکاران (۱۴۰۰)، خانجانی و همکاران (۱۳۹۷)، قدمی کارمزدی (۱۳۹۷)، عرب نگار و همکاران (۱۳۹۴)، بودهبیراجا و میدها (۲۰۱۷) و دادفر و لستر (۲۰۱۷) همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج حاصله برای فرضیه اول می‌توان اذعان نمود بنا به نظر طهرانی (۱۹۹۶)، هدف اصلی و نهایی درمان معنوی - مذهبی همان چیزی است که در متون دینی برای خلقت مطرح شده است، یعنی ایمان به خداوند و پرستش او. مطابق این دیدگاه، تمام مخلوقات برای عبادت خداوند آفریده شده‌اند که انسان ذاتاً به آن تمایل دارد ولی آن را نادیده گرفته و به فراموشی سپرده است و خداوند از انسان می‌خواهد که دوباره به سمت دین که از طریق آن می‌تواند به پرستش خداوند نایل شود، بازگردد. رسیدن به این هدف که در درمان معنوی - مذهبی به حکم یک هدف نهایی و غایی دنبال می‌شود به آشکار شدن درون مایه زندگی و یافتن انگیزش محوری در زندگی می‌انجامد که وحدت بخش وجود فرد خواهد شد.

محمدمدی (۱۳۹۰) نیز مطرح می‌کند که معنویت اسلامی بدون انکار واقعیت درد و رنج، با ارتقای بینش افراد و باز کردن پنجره‌های جدید بر افق ذهن افراد و تبیین حکمت اجزای مختلف زندگی، تحمل دردها و رنج‌های زندگی را که بخشی از واقعیت‌اند برای فرد آسان می‌کند. معنویت اگر مبنای توحیدی و وحیانی نداشته باشد، امری بیش از توهم معنویت نخواهد بود. همچنین یکی از مهم‌ترین علت‌های این تأثیرات حمایت‌های اجتماعی ایجاد شده توسط گروه‌های مذهبی می‌باشد که باعث فراهم کردن انواع کمک‌های عاطفی و عملی برای افراد می‌شود. تغییر در باورها و نگرش‌های افراد و ایجاد معنا و هدف در زندگی جاری و پس از مرگ، از جمله تأثیرات دیگر مذهبی بودن می‌باشد. رابطه داشتن و وصل بودن به خداوند که در تجربه‌های مذهبی و عبادت تجربه می‌شود به عنوان نوعی رابطه اجتماعی حمایت و ایجاد امنیت و آرامش برای افراد عمل می‌کنند. تشریفات و مناسک مذهبی احساس اتحاد و همبستگی با دیگران را برای افراد فراهم می‌کند. همچنین مذهب و معنویت با ایجاد آرامش، امید و هیجان مثبت باعث بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن و پیشگیری و افزایش بهبودی از انواع بیماری‌های جسمانی و روانی می‌شود، همه این عوامل در بهزیستی و ایجاد سلامت روان افراد و به تبع آن در زندگی زناشویی آنان نقش بسزایی دارد (دباغی، ۱۳۸۸). از طرفی با جستجو و دقت در منابع اسلامی یعنی قرآن و احادیث می‌توان جایگاه و اهمیت بهداشت روانی را یافت. اسلام برای سلامتی و زندگی با معنا اهمیت فوق‌العاده‌ای قائل است. قرآن علاوه بر برنامه زندگی، شفاف‌بخش خواننده شده و راهکارهایی برای جلوگیری و مقابله با استرس و فشارهای روحی و تأمین بهداشت روانی انسان مطرح کرده است. تحقیقات روان‌شناسان معاصر در خصوص نقش دین در تأمین بهداشت روان بیانگر این موضوع است که انجام وظایف دینی و عبادات، سپر ایمنی در مقابل بیماری‌هاست. انسان دین‌دار آرامش و عمر طولانی تری دارد و از سیستم دفاعی بدن قوی تری برخوردار است. این امر جز به واسطه‌ی ایمان، ارتباط با خدا و دعا و نیایش میسر نیست (قدمی کارمزدی، ۱۳۹۷).

در فرضیه دوم این پژوهش بیان گردیده بود که بسته آموزشی مبتنی بر الگوی نماز بر بهبود رضایت مندی در زوجین تأثیر دارد. نتایج تحلیل کواریانس یکطرفه نشان از معناداری تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر الگوی نماز بر بهبود رضایت مندی در زوجین را دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های زارع مقدم و گننام (۱۳۹۷)، خانجانی و همکاران (۱۳۹۷)، موسوی و همکاران (۱۳۹۷)، آذرگون و همکاران (۱۳۹۷)، علیزاده (۱۳۹۶) و آهنچیان و همکاران (۱۳۹۶) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان نمود اصول اعتقادی شامل باور به یگانگی خداوند، نبوت و آخرت، بنیادی‌ترین محور تعالیم اسلام و زیربنای نظامواره اندیشه انسان را تشکیل می‌دهد. جهان بینی الهی، رفتار و گفتار انسان را تنظیم کرده، مانند فرمان اتومبیل که با چرخیدن خود جهت حرکت

اتومبیل را تعیین می کند، شیوه زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار می دهد. سبک زندگی اسلامی، کنش و رفتار مطابق با آموزه های اسلامی است؛ به طوری که منش اسلامی در وجود فرد به عنوان یک نظام معنایی پایدار شده و در همه شئون، رفتار و کردار مسلمانان نمود یابد. همچنین می توان گفت عمده ترین تأثیر به واسطه این نوع از مداخله، اثر آن بر بعد مرکزی وجود انسان که همان بعد معنوی است، بوده که بر دیگر جوانب زندگی فرد اثر بسزایی دارد. میتوان مداخله معنوی را به واسطه کمک در به دست آوردن یکپارچگی و تمامیت فردی از طریق بهبود ارتباط با خود، محیط و طبیعت و قدرتی برتر از خود، عنصری کلیدی در نظر گرفت. نجفی و همکاران (۱۳۹۴) بر این نکته تأکید دارند که بهزیستی معنوی یک زندگی مملو از یقین در ارتباط با خداست و یک ترکیب مذهبی، اجتماعی و روانی را شامل می شود. معنویت باعث می شود که فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرش های مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد. از آنجایی که ناراحتی های روانی معمولاً در سراسر عمر اتفاق می افتد، ایجاد و حفظ یک حسی از بهزیستی معنوی می تواند نقش حیاتی در سازگاری با فشارها داشته باشد. لذا بی شک مداخلات مبتنی بر بعد معنوی می توانند به تقویت این سازه و ایجاد حس رضایت در زندگی را منتهی شوند. بررسی پیشینه ها حاکی از آن است که زوج های دارای سطوح بالای پایبند مذهبی، دوام و بقای ازدواج خود را از برکت خداوند می دانند و خویشاوندی و پیامدهای مثبت ازدواج نیز در سایه مذهب، رنگ مقدسی به خود خواهد گرفت (مولینز، ۲۰۱۶)، صبر و تحمل و تاب آوری زوج ها در نتیجه پایبندی مذهبی افزایش خواهد یافت (مقتدر، ۱۳۹۶؛ کلانتر هرمزی و همکاران، ۱۴۹۴)؛ از این رو زوج ها در برابر مشکلات زود تسلیم نخواهند شد و همان طور که لامبرت و دولایت (۲۰۰۶) اشاره کرده اند، مذهب می تواند از بروز مشکلات پیشگیری کند، تعارضات را حل کند و آشتی و سازش را بعد از وقوع تعارضات رشد دهد. دین و پایبندی مذهبی با مشخص کردن بایدها و نبایدهای رفتاری، حد و حدود وظایف، نقش ها، تکالیف و حقوق زوج ها را مشخص می کند و با ایجاد الزام درونی به انجام وظایف و نقش ها از ایجاد تعارض جلوگیری می کند. همچنین دینداری به زوج ها کمک می کند تا در چهارچوب عقلی و شرعی به ارضای نیازهای عاطفی، جنسی و ... همدیگر بپردازند و از این طریق به ایجاد رضایت زناشویی کمک می کند؛ زیرا یکی از شاخص های رضایت زناشویی، ارضای نیازهای اساسی زوج ها است (اکبری امرغان و همکاران، ۱۳۹۴). افراد پایبند به مذهب به زندگی تعهد دارند و نسبت به همسر و زندگی مسئولیت پذیرترند و با الزام درونی به نقش ها و وظایف خود عمل می کنند. این نکته در پژوهش فولر (۲۰۱۴) نشان داده شد و گفته شد باورهای مذهبی با راهبردهای بقا و حفظ رابطه زناشویی رابطه دارد. شایان ذکر است که این پژوهش با محدودیت هایی از جمله: سوگیری و خودگزارشی در تکمیل پرسشنامه ها و همچنین عدم امکان یک مصاحبه تشخیصی جهت تعیین سلامت روان، جزء محدودیت های تحقیق می باشند، به دلیل ماهیت رابطه ای بودن این پژوهش نمی توان یک نتیجه گیری علی از آن استخراج کرد و جامعه آماری تحقیق حاضر صرفاً محدود به گروهی از زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز بود. لذا در تعمیم نتایج حاصله به سایر گروه ها بایستی احتیاط کرد بنابراین پیشنهاد می گردد که پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی جهت تعیین اثربخشی این رویکرد از دوره پیگیری نیز استفاده گردد، درمانگران و مشاوران خانواده و ازدواج، با آموزش، ترویج و اشاعه باورهای دینی به زوج ها، پایبندی به مذهب را در دوره های مختلف زندگی در قالب آموزش های پیشگیرانه در مراکز مختلف همچون دانشگاه ها، مراکز مشاوره خانواده و مساجد به طور مداوم در نظر داشته باشند، پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی از سایر روش های جمع آوری داده ها نظیر مصاحبه نیز استفاده شود، پیشنهاد می شود کارگاه های آموزش معنویت محور در مدارس و دانشگاه ها و خانه های سلامت و مراکز بهزیستی و مساجد و مراکز آموزشی به عنوان یک راهبرد درمانی برای زوجین و نیز عموم شهروندان برگزار شود.

منابع

- ابراهیمیان قاجاری، رضا، توپه، مریم، بهبهانی، مریم، وکیلی، سمیرا، هاشمی رزینی، هادی (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر فرسودگی زناشویی، تاب آوری و سلامت معنوی زنان دارای همسر معتاد. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۳ (۴): ۲۸-۳۶.
- اتکینسون، ریتال، اتکینسون، ریچارد و هیلگارد، ارنست (۱۳۶۹). زمینه روانشناسی. ترجمه محمدتقی براهنی و همکاران. تهران: رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۳).
- آرمان، فاطمه (۱۳۹۰). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در شهروندان، پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه مازندران.
- آهنچیان و همکارانش (۱۳۹۶). تأثیر رهبری اخلاقی بر رضایت از زندگی و شادکامی با نقش میانجی رضایت شغلی مورد: بیمارستان های خصوصی شهر مشهد. پژوهش های مدیریت عمومی، دوره ۱۰، شماره ۳۸، صص ۱۷۱-۱۹۶.
- تقریبی، زهرا؛ شریفی، خدیجه؛ سوکی، زهرا؛ تقریبی، لیلیا (۱۳۹۱). روان سنجی فرم کوتاه پرسشنامه رضایت از زندگی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی کاشان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره ششم، شماره اول، بهار ۱۳۹۱، صص ۸۹-۹۸.
- رضاپورفردیان و همکارانش (۱۳۹۷). مقایسه میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت از زندگی در افراد مبتلا به بی‌قراری جنسیتی. جامعه‌شناسی کاربردی، دوره ۲۹، شماره ۳، صص ۸۷-۱۰۰.
- خانجانی و همکارانش (۱۳۹۷). بررسی تاثیر برنامه ارتقای تاب آوری و مدیریت استرس بر بهزیستی روانشناختی، معنای زندگی، خوش بینی و رضایت از زندگی زنان بی‌سرپرست. روان پرستاری، دوره ۶، شماره ۲، صص ۱-۱۰.
- آهنچیان و همکارانش (۱۳۹۶). تأثیر رهبری اخلاقی بر رضایت از زندگی و شادکامی با نقش میانجی رضایت شغلی مورد: بیمارستان های خصوصی شهر مشهد. پژوهش های مدیریت عمومی، دوره ۱۰، شماره ۳۸، صص ۱۷۱-۱۹۶.
- حیدری، مرضیه (۱۳۹۶). بررسی روابط چندگانه میان رضایت از زندگی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی با بهبود کیفیت زندگی زناشویی زنان متاهل شهرستان آباده. زن و جامعه، دوره ۸، شماره ۴، صص ۲۰۵-۲۲۸.
- عرب زاده، مهدی، نعیمی، قادر، پیرساقی، فهیمه (۱۳۹۶). پیش بینی رضایت از زندگی در دانشجویان براساس سبک زندگی اسلامی و هوش معنوی. رویش روانشناسی، دوره ۶، شماره ۱، صص ۲۵-۴۴.
- قاهری و همکارانش (۱۳۹۵). رابطه ی رضایت از زندگی، اضطراب و کیفیت زندگی ناباروری. کومش، دوره ۱۷، شماره ۴، صص ۹۵۷-۹۶۵.
- محمودیان و همکارانش (۱۳۹۴). بررسی رابطه جهت گیری زندگی و اهداف پیشرفت با رضایت از زندگی دانشجویان، روان شناسی تربیتی، دوره ۱۱، شماره ۳۵، صص ۱۲۳-۱۳۵.
- عرب نگار، رضائی، بادافشانی، فاطمه و رحیمی، مجتبی (۱۳۹۴). نقش میانجی گری کیفیت زندگی کاری بین سرمایه روان شناختی و رضایت از زندگی (سرمایه روان شناختی). دوره ۳، شماره ۱، صص ۴۹-۵۸.
- شفیع زاده، حمید و کامروا، هدی (۱۳۹۳). بررسی رابطه رضایت شغلی با رضایت از زندگی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان. مدیریت فرهنگی، دوره ۸، شماره ۲۴، صص ۷۹-۸۹.
- فرجی، طوبی و خادمیان، طلیعه (۱۳۹۲). بررسی نقش رضایت از زندگی بر میزان نشاط اجتماعی. جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، دوره ۴، شماره ۱۰، صص ۸۷-۱۰۲.
- اله قلی لو، کلثوم، ابوالقاسمی؛ عباس، دهقان، حسین و ایمانی، حسن (۱۳۹۱). ارتباط رفتار دوستانه و تصور از بدن با رضایت از زندگی در زنان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۲، شماره ۹۷، صص ۱-۱۰.
- آزادارمکی، نقی و کمالی، افسانه (۱۳۸۳). اعتماد، جنسیت، بررسی تطبیقی اعتماد متقابل بین دو جنس، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ۵ شماره ۲
- آقاپور، اسلام (۱۳۸۷). بررسی عوامل اقتصادی اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی مهاجران حصارک کرج، پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز
- اجتهادی، مصطفی (۱۳۸۶). سرمایه اجتماعی، پژوهشنامه علوم انسانی، شماره ۵، صص ۱-۱۲
- ادیبی سده، مهدی و همکاران (۱۳۸۷). سنجش سرمایه اجتماعی میان گروهی (طیف سام)، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۳۸
- ازکیا، مصطفی و غفاری، غلامرضا (۱۳۸۳). توسعه روستایی با تأکید بر جامعه روستایی ایران، تهران: نشر نی

اسداله پور، عهدیه (۱۳۹۰)، میزان اعتماد اجتماعی و عوامل موثر بر آن در شهر آمل، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه مازندران
اشرف، احمد (۱۳۸۰)، نگرشی در مفهوم کیفیت زندگی و اجزای آن، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دوم، شماره ۶، صص ۶۳-۵۶
الوانی، سیدمهدی (۱۳۸۷)، سرمایه اجتماعی: مفاهیم و نظریه‌ها، فصلنامه مطالعات مدیریت، شماره ۳۳ و ۳۴
انق، نازمحمد (۱۳۸۴)، بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی مردم گنبدکاووس، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته برنامه‌ریزی رفاه
اجتماعی دانشگاه تهران

- Bernardo, A. B. I. (۲۰۱۰). Extending hope theory: Internal and external locus of trait hope. *Personality and Individual Differences*, ۴۹, ۹۴۹-۹۴۴
- Campbell, A, etal. (۱۹۷۶). *"The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction"*. New York, Russell. Saye foundation
- Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin Sh. *The Satisfaction with Life Scale*. *J Pers Assess* ۱۹۸۵; ۴۹(۱):۷۱-۵.
- Easterlin, Angelescu. (۲۰۰۷). *"Modern Economic Growth and Quality of Life: Cross Sectional Time Service Evidence"* Institute for the Study of Labure
- Farkuhar, M. (۱۹۹۳) *"Definitions of Quality of Life a taxonomy"*. *Jurnal of Nursing*. ۴۵
- Hobbs, Graham, (۲۰۰۰) *"What is Social Capital? A Brief Literature Overview"*, Economic and Social Research Foundation
- Hendy, F, MCvittie, C. (۲۰۰۴) *"Is quality of life a Health concept? Qualitive Health research*, No. ۱۴: pp ۹۶۱-۹۷۵
- Grootaerd, C. (۱۹۹۸) *"Social Capital: the Missing Link; Social Capital Initiative Working"*, No: ۳
- Kim, D. Kawachi, I. (۲۰۰۷) *"U.S. Stat Level Social Capital and Health Related Quality of Life"*. *AER*, Vol ۱۷, No: ۴
- Kamp, I, K- and etal. (۲۰۰۳) *"Urban Environmental Quality on Human Well- being: Towards a Conceptual From Work and Demarcation ofer Concepts; a Literature Study*. ۶۵ (۱-۲)
- Leana & Van Buren. (۱۹۹۸) *"Organizational Social and Employment Practices"* *Academy of Mangement Review*. Vol ۲۴, NO: ۳
and Environment, ۴۳ (۷): pp ۱۲۰۵-۱۲۱۵
- Mccrean, S. Stimson, R. (۲۰۰۶) *"Whais the Strength of the Link Between Objective an Subjective Indicators of Urban of Life?" Applied Ressearch in Quality of Life*. ۱:
pp ۷۹. ۹۶.
- Moro, B and etal. (۲۰۰۸) *"Ranking Quality of Life Using Subjective Well-being Data, Economical Economics*, ۶۵ (۳): pp ۴۴۸- ۴۶۰
- Nilsson. J and etal. (۲۰۰۶) *"Social Capital and Quality of Life in the Oldage"* *Jurnal of Aging and Health*, No, ۳, pp ۴۱۹- ۴۳۴