

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب محور بر تابآوری و شادکامی در دانشجویان

n.hamid@scu.ac.ir

نجمه حمید / دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

یاسر بولاغی / دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

m_mehrabizadeh@yahoo.com

مهناز مهرابی‌زاده هنرمند / استاد روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۳۰ - پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۱۷

چکیده

این پژوهش، با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، بر تابآوری و شادکامی دانشجویان اجرا شد. ۳۷۵ دانشجو به پرسش نامه تابآوری کانتر و دیویدسون و شادکامی آکسفورد پاسخ دادند. از میان افرادی که در پرسش نامه تابآوری و شادکامی یک انحراف معیار پایین تر از میانگین کسب کردند، به طور تصادفی تعداد ۴۰ نفر انتخاب شدند. به دلیل ریزش ۶ آزمودنی در گروه آزمایش، گروه کنترل هم به همان اندازه همتاسازی گردید. سپس، آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل (۱۴ نفری) تقسیم شدند. درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش ارائه شد، در این مدت، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. یافته‌های پژوهش نشان داد که میان گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ تابآوری و شادکامی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$)؛ یعنی میزان تابآوری و شادکامی در گروه آزمایش، نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته بود. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که کاربرد روان‌درمان گرانه، به ویژه مداخلات شناختی - رفتاری مذهب محور، در کنار درمان‌های پزشکی، موجب افزایش میزان تابآوری و شادکامی دانشجویان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، تابآوری، شادکامی، دانشجویان.

مقدمه

«تاب آوری»، به عنوان توانایی تحمل، «جبران»، بهبود یا مقابله با واقعه آسیب‌زا یا سختی تعریف شده است (راتن (Rutten) و همکاران، ۱۳؛ سوت‌ویک (Southwick) و همکاران، ۲۰۱۱). افراد با داشتن تاب‌آوری نسبتاً خوب، تجربه‌های دشوار را نسبت به کسانی که از تاب‌آوری پایینی برخوردارند و با همان مشکلات مشابه روبرو هستند، بهتر تحمل کرده و از عملکرد مطلوب‌تری برخوردارند (راتن (Rutter)، ۲۰۱۳). اگرچه، در زمینه تعریف تاب‌آوری هنوز مباحث قابل توجهی وجود دارد، اما برخی مطالعات، تاب‌آوری را به عنوان یک ویژگی شخصیتی معروفی می‌کنند که به افراد کمک می‌کند تا با دشواری‌های زندگی مقابله کنند و به رشد و تعادل سازگارانه‌ای در زندگی دست یابند (هو (Hu) و همکاران، ۲۰۱۵). تحقیقات نشان داده است که تاب‌آوری به طور قابل توجهی خطر ابتلا به اختلالات روانی از جمله افسردگی، اختلالات اضطرابی و استرس پس از سانحه را کاهش می‌دهد (داویدوف (Davydov) و همکاران، ۲۰۱۰). فردی که دارای تاب‌آوری است، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی خود را سازگار می‌کند و پس از برطرف شدن عوامل فشارزا، به سرعت به حالت بهبود باز می‌گردد. افرادی که از سطح تاب‌آوری کمتری برخوردارند، به مقدار ناچیزی خود را با موقعیت‌های جدید وفق می‌دهند. این افراد، به کندي از موقعیت‌های فشارزا، به حالت عادی و طبیعی بهبود می‌یابند (Siebert (Siebert)، ۲۰۰۶). مطالعات نقش عوامل محافظتی و خطرزا را در تاب‌آوری شناسایی کرده‌اند. از میان این عوامل، می‌توان به عوامل بیولوژیکی (Feder) و همکاران، ۲۰۰۹؛ روان‌شناختی (Tugade & Fredrickson (Fredrickson)، ۲۰۰۴؛ Haskett (Haskett) و همکاران، ۲۰۰۶) و عوامل محیطی (Bonanno (Bonanno) و همکاران، ۲۰۰۷) مجمعیت‌شناختی (بونانو (Bonanno) و همکاران، ۲۰۰۷) اشاره کرد. عوامل استرس‌زای زندگی گذشته، به عنوان پیش‌بینی کننده منفی تاب‌آوری بزرگسالان معرفی شده است (بونانو و همکاران، ۲۰۰۷). امروزه، مشخص شده است از جمله عواملی که بر تاب‌آوری تأثیر دارد، باورهای مذهبی است. آثار بالقوه باورهای مذهبی، منجر به کنار آمدن و مقابله با حوادث آسیب‌زا می‌شود (نوابخش و همکاران، ۱۳۸۵). نتایج بدست آمده از پژوهش‌ها، بیانگر رابطه مثبت و معنادار بین جهتگیری مذهبی و تاب‌آوری است (Teetmuis (Teetmuis)، ۱۳۸۹؛ آقایانی چاوشی و همکاران، ۱۳۸۷؛ بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳؛ تیتمیس (Teetmuis)، ۲۰۰۶؛ Fountoulakis (Fountoulakis) و همکاران، ۲۰۰۸؛ جوکار و همکاران، ۱۳۸۹).

شادکامی، از جمله متغیرهایی است که ارتباط نزدیکی با تاب‌آوری دارد. همچنین، از دیگر شاخص‌های سلامت روان و از جمله مفاهیمی است که در سال‌های اخیر، در رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر مورد توجه قرار گرفته است. در مباحث روان‌شناختی، شادی به عنوان یکی از هیجانات مثبت طبقه‌بندی شده است که انسان‌ها، در فعالیت‌های روزمره خود آن را تجربه می‌کنند. شادی افزایش‌دهنده آگاها، خلاقیت و فعالیت فرد است، تسهیل گر روابط اجتماعی است و موجب حفظ سلامت و افزایش طول عمر افراد می‌گردد. فرد شادکام، معمولاً سالم، فرهیخته، برون‌گرا، و خوش‌بین است. همچنین، افراد شاد دارای روابط دوستانه با ثبات و نگرش‌های معنوی پایداری هستند.

برخی نظریه‌پردازان، رسیدن به شادکامی را از طریق توجه به ارزش‌ها و اهداف معنوی، نیازهای اساسی، معنادار بودن زندگی و عشق به خدا امکان‌پذیر می‌دانند. مالهرب (۲۰۰۱)، با طرح این پرسش که آیا راهی وجود دارد که به فهمیم چگونه بهترین و پایدارترین شادکامی به دست می‌آید، شادکامی معنوی را یگانه شادکامی می‌داند که در همهٔ شرایط به انسان کمک نموده، پابرجا و زوال ناپذیر است (صدقی‌ارفعی و همکاران، ۱۳۹۱). از نظر وی، این احساس شادکامی با سختی‌ها و فشارهای روانی زندگی، هم‌بیستی مطلوبی دارد. افراد مذهبی، با داشتن این عقیده که در جهان هدف و مقصد والایی وجود دارد، می‌توانند شادکامی خود را ارتقا بخشنند. بنابراین، بین شادکامی و باورهای مذهبی افراد، ارتباط تنگاتنگی وجود دارد (صدقی‌ارفعی و همکاران، ۱۳۹۱).

در دهه‌های اخیر، پژوهشگران نقش عقاید و باورهای مذهبی را بر سلامت روان نشان دادند (تورسن و هریس ۱۳۸۸؛ Thoresen & Harris ۲۰۰۲؛ بربان ۲۰۰۴؛ احرمی طهران و همکاران، ۱۳۸۸). اعتقادات دینی و مذهب، به عنوان یک عامل برای آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود. نداشتن مذهب، با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی همراه است (آکس لاین (Exline)، ۲۰۰۸). از سوی دیگر، میان نگرش مثبت به دعا و نیایش فردی، با میزان اضطراب رابطهٔ معکوس معناداری وجود دارد و ذکر خدا به عنوان نیرویی برای مقابله با استرس شناخته شده است (همان). بر اساس این پژوهش‌ها، مذهب می‌تواند به عنوان یک متغیر میانجی عمل نموده، در مواجهه با استرس، امیدواری و معنی‌جویی بیشتری را در فرد ایجاد کند. همچنین، توکل به خدا، اضطراب را کاهش داده و در مواردی، اضطراب بالا موجب می‌شود تا فرد به خدا توکل کند، به عبارت دیگر، اضطراب موجب می‌شود تا فرد بیشتر از توکل به خدا، به عنوان یک مکانیسم مقابله مذهبی استفاده کند. افراد با اعتقادات مذهبی ضعیف، از این مکانیسم کمتر استفاده می‌کنند. بنابراین، مذهب به عنوان یکی از متغیرهای واسطه‌ای، اثرات منفی عوامل استرس‌زا را تعدیل می‌کند (پارگامنت (Pargament)، ۱۹۹۰).

در درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به بیمار کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه نماید (حمدی و همکاران، ۱۳۹۱ الف). همچنین، «توکل به خدا» و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود امید به زندگانی افزایش یابد. در جلسات روان‌درمانگری، این باور در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد، بی‌فایده نبوده، بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطح گوناگون زندگی تواأم است. با ایجاد چنین طرز تفکری، بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد. همچنین، در این رویکرد درمانی به آیات قرآن کریم و احادیث و تأثیر آنها در درمان تأکید می‌شود. در رویکرد مذهبی این باورداشت، که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده خالق هستی، برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگترین

حافظ و تکیه‌گاه آنها است، تقویت می‌شود (حمید، ۱۳۸۸). روان‌درمانی شناختی، به شدت متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی است و کارایی آن، متأثر از زمینه‌های فرهنگی و اعتقادات افرادی است که این درمان در ارتباط با آنها به کار برده می‌شود (Haffman)، (۲۰۰۸). بنابراین، در درمان‌های روانی، علاوه بر شرایط بیولوژیکی مراجع، باید به اعتقادات فرهنگی وی توجه ویژه‌ای شود.

پژوهش‌ها نشان دادند که روان‌درمانی تلفیقی شناختی - رفتاری، با تأکید بر مذهب و معنویت، در ۱۲ جلسه مداخله بر روی افراد سالم‌داری اختلال اضطراب، موجب کاهش علائم اضطراب و نفع ثانویه، ناشی از این اختلال در آنان می‌شود (باررا) (Barrera) و همکاران، (۲۰۱۲). همچنین، کارآمدی مداخلات مبتنی بر معنویت در درمان اختلال اضطرابی مؤثر بوده، موجب کاهش معنادار نگرانی و علائم اختلال اضطرابی، در مبتلایان می‌شود (Koszycki) (Koszycki) و همکاران، (۲۰۱۰). پژوهشگران با استفاده از تلفیق رویکرد درمان شناختی - رفتاری با مذهب و معنویت، نشان دادند که این رویکرد درمانی موجب بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب متشر می‌شود (Paukert) (Paukert) و همکاران، (۲۰۰۹). پرایپست (Propst) و همکاران (۱۹۹۲)، پرایپست (Propst) و همکاران (۱۹۸۸)، در مطالعات خود به مقایسه درمان‌های شناختی - رفتاری بر روی اختلالاتی چون افسردگی پرداختند، نتایج تأثیر مثبت بیشتر درمان شناختی - رفتاری، همراه با فاکتورهای مذهبی را در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری کلاسیک نشان داد. ریچارذر و برگین (Richards & Bergin) (۱۹۹۷)، نوعی راهبردهای معنوی برای استفاده در مشاوره و روان‌درمانی مطرح کرده و شواهدی اثربخشی این روش‌ها بر بهبود روابط و سلامت افراد را گزارش نموده‌اند. این راهبردها عبارتند از: ترغیب مراجعان به نیایش و دعا کردن، بحث در مورد نظم و ترتیب جهان هستی و مشیت الهی، استفاده از نوشته‌های کتاب‌های مقدس در امر درمان، استفاده از فنون تن آرامی بر اساس تصویرسازی ذهنی مکان‌های مقدس و ارتباط با خالق هستی و پی‌بردن به عظمت وی، از طریق تمکز بر کائنات و راز شگفت انگیز خلقت برای توجه گردانی‌ها و ایجاد امید به رحمت الهی در شفای بیمار، ترغیب مراجuan به بخشنش و ایثار، کمک به مراجعن برای هماهنگ شدن با ارزش‌های معنوی، مشاوره با رهبران مذهبی و استفاده از روایات در زمینه تأثیر مذهب و معنویت در شفای بیماران می‌باشد. مطالعه فراتحلیلی آنو و واسکنسلز (Ano & Vasconcelles) (۲۰۰۵)، نشان می‌دهد که مداخله‌های مذهبی، با تجربه آشفتگی و تعارض کمتر، و نیز افسردگی و اضطراب پایین‌تر ارتباط دارند. جوشی (Joshi) و همکاران (۲۰۰۸)، ارتباط بین عقاید مذهبی افراد را با بهزیستی روان‌شناختی بررسی کردند. آنها به این نتیجه رسیدند که بهزیستی روان‌شناختی، ارتباط تنگاتنگ و عمیقی با عقاید مذهبی افراد دارد. فرارو و کیم (Ferraro & Kim) (۲۰۱۴)، به بررسی فواید مذهب و باورهای مذهبی بر سلامتی سالخوردگان سیاه و سفیدپوست آمریکایی پرداختند. نتایج حاصل نشان داد که داشتن باورها و تعاملات مذهبی در کاهش التهاب مزمن افراد سالخوردگان سیاه و سفیدپوست آمریکایی مفید واقع شود. فلچر و کومار (Kumari & Fletcher) (۲۰۱۴)، به بررسی عروقی سالخوردگان سیاهپوست آمریکایی مفید واقع شود.

مذهب و رفتارهای مضر سلامتی، در میان نوجوانان و جوانان آمریکایی پرداختند. نتایج نشان داد که جوان و نوجوانانی که خود را مذهبی می‌دانند، در طول دوره نوجوانی و جوانی، کمتر دچار استفاده و سوءصرف مواد مخدر می‌شوند. در کشورمان ایران نیز به تأثیر مذهب، به ویژه در روان درمانی توجه شده و درمان شناختی - رفتاری مذهب محور در درمان، اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. یوسفی (۱۳۹۱)، در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مذهب محور و معنادرمانگری، بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان مؤثر است. کاویانی و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، بر افزایش تاب آوری و کاهش نگرش ناکارآمد زوجین مؤثر است. حمید و همکاران (۱۳۹۱ ب) در پژوهش خود نشان دادند که روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور، توأم با بازآموزی بخشدگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی در زوجین مؤثر است. همچنین، حمید و همکاران (۱۳۹۱ ب) در پژوهشی دیگر نشان دادند خانواده درمانی با الگوی شناختی - رفتاری مذهب محور بر عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانشآموزان پسر متوسطه شهر اهواز، نتایج مثبت و مؤثری را در پی دارد. در پژوهشی دیگری، بوالهری و همکاران (۱۳۹۱)، به بررسی اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سلطان سینه مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر شیراز پرداختند. نتایج نشان داد که معنویت درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سلطان سینه مؤثر بوده است. همچنین، موجب بهبود سلامت معنوی در این بیماران گردیده است.

هرچند در ایران پژوهش‌هایی در زمینه تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، بر اختلالات روان شناختی انجام شده است، اما در زمینه تأثیر این درمان، در میان اقسام دانشجویان که به عنوان یکی از اصلی‌ترین قشرهای تأثیرگذار بر تحولات هر کشوری محسوب می‌شوند، پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است. همچنین، مطالعات پیشین در حوزه مداخلات شناختی - رفتاری مذهب محور، بر بعد آسیب‌شناختی افراد تمرکز داشته، کمتر بر ابعاد روانی مثبت مانند تاب آوری و شاد کامی تأکید کرده‌اند. از این‌رو، در این پژوهش این سؤال مطرح می‌شود که آیا درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، بر تاب آوری و شاد کامی دانشجویان تأثیر دارد؟

روش پژوهش

روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون، با گروه کنترل همراه با پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز (۳۷۵ نفر) که در نیمسال دوم تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳، به تحصیل اشتغال داشتند. در این پژوهش، برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شده است؛ به این صورت که از میان ده دانشکده شهید چمران، پنج دانشکده و از هر دانشکده چهار گروه و از هر گروه چهار کلاس و از هر کلاس، نیمی از دانشجویان به صورت تصادفی انتخاب و به

آنها پرسش‌نامه داده شد. دانشجویانی که در پرسش‌نامه تاب‌آوری و شادکامی یک انحراف معیار بایین‌تر از میانگین کسب کردند، انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۴ نفر). این افراد از لحاظ سن، جنس، وضعیت اقتصادی، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی و روانی و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش، کاملاً همتاسازی شده بودند. گروه آزمایش تحت درمان شناختی - رفتاری مذهب محور قرار گرفتند. اما گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به طور هفتگی روی گروه آزمایش انجام شد. یک هفته پس از پایان مداخله شناختی - رفتاری مذهب محور، در مرحله پس‌آزمون آزمودنی‌های، دو گروه با استفاده از ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

خلاصه‌ای از جلسات شناختی - رفتاری مذهب محور

جلسه اول: معرفی افراد گروه به یکدیگر و با درمانگر، توضیح در مورد اهداف گروه، قوانین، ضرورت‌ها و روش درمان، توضیح در مورد تاب‌آوری و شادکامی، تبادل نظر در مورد باورهای شناختی، تبادل نظر در مورد باورهای ناکارآمد شناختی و معایب آن، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه دوم و سوم: مرور تکالیف خانگی، آموزش باورهای شناختی، آموزش مدل C-A-B//یس، همراه با مثال‌های متعدد و تبادل نظر در مورد آن، آموزش باورهای ناکارآمد شناختی بک، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره تاب‌آوری، شادکامی و حل مشکلات و مواجهه صحیح با رویدادها، بحث گروهی در مورد خطاهای شناختی، همراه با مثال‌هایی از افراد گروه، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه چهارم: مرور تکالیف خانگی، بحث در مورد افکار و باورهای غیرمنطقی اعضای گروه، مقابله و چالش با افکار منفی و ناکارآمد و آموزش این فنون به درمانجویان، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره خطاهای شناختی، تاب‌آوری و شادکامی و بحث گروهی، در مورد فنون آموخته شده و آیات و احادیث بیان شده طی جلسه، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه پنجم: مروری کوتاه بر جلسات قبل، بررسی تکالیف خانگی، استناد به آیات و احادیث در مورد تاب‌آوری و شادکامی، ارائه راه حل‌هایی برای مواجهه صحیح، با باورهای ناکارآمد شناختی، بحث گروهی در مورد راه حل‌های بیان شده، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه ششم و هفتم: مرور تکالیف خانگی، ارائه چند تکنیک رفتاری، برای مقابله با افکار و باورهای ناکارآمد شناختی، با توجه به آیات و احادیث، آموزش فنون حل مسئله، آموزش فنون توجه برگداشی از مشکلات خود، به کائنات و خلقت خدا و نظام آفرینش، بحث گروهی در مورد فنون آموخته شده طی جلسه، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه هشتم: مرور تکالیف خانگی، آموزش آرامش با توجه به یاد خدا در زندگی و تلاوت قرآن، آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق، با هدف مقابله با اضطراب و افسردگی، ناشی از باورهای نادرست و ناکارآمد شناختی، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه نهم: مروری بر تکالیف خانگی، آموزش فن تجسم ذهنی و توجه به پدیده‌های هستی، برای کسب انرژی مثبت و توان مضاعف در بررسی افکار با کمک درمان‌جویان، آموزش توکل به خدا، تقویت توکل و بحث در مورد تأثیر نیایش، در تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی، برای افزایش شادکامی و تحمل رنج‌ها و سختی‌های زندگی، اشاره به آیات و احادیث مربوط به توکل و تقرب الهی و موفقیت در امور، بررسی مزایا و معایب توکل به خدا، ارائه تکالیف خانگی به درمان‌جویان.

جلسه دهم: مرور تکالیف خانگی، بیان احساسات توسط درمان‌جویان و بحث در مورد این احساسات، مروری کلی بر جلسات گذشته، بررسی تغییراتی که درمان‌جویان در خود احساس می‌کنند، ارائه توصیه‌های کلی در مورد چگونگی عمل کردن پس از اتمام جلسات گروه، اطمینان خاطر درمان‌گر به درمان‌جویان، نسبت به اینکه با به کارگیری آنچه تاکون یاد گرفته‌اند، مشکلی برای آنها پیش نخواهد آورد، اجرای پس آزمون.

ابزارهای پژوهش

مقیاس تاب آوری کانتر و دیویلسون (CD-RISC): در این پژوهش، از مقیاس تاب آوری کانتر و دیویلسون (۲۰۰۳) که در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) ترجمه و هنجاریابی شده است، استفاده شده است. یک نمونه از سؤالات این مقیاس عبارت است از: «وقتی تغییری رخ می‌دهد، می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم». این مقیاس، شامل ۲۵ ماده می‌باشد و آزمودنی باید به هر یک از ماده‌های مقیاس که در یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (پاسخ کاملاً مخالف نمره صفر و پاسخ کاملاً موافق نمره چهار) تنظیم شده است، پاسخ دهد. کمترین و بیشترین نمره در مقیاس تاب آوری، به ترتیب صفر و ۱۰۰ می‌باشد. اگر چه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شاخصی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی / تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف / روابط ایمن، مهار و معنویت) را برای مقیاس تاب آوری تأیید کرده است، اما به دلیل عدم تأیید پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها، فقط نمره کلی تاب آوری، برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (فرهادی مطلق، ۱۳۹۱، ص. ۸۰). کانتر و دیویلسون (۲۰۰۳)، پایایی مقیاس تاب آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و با روش بارآزمایی ۰/۷۸ گزارش نمودند. درس سرانو-پرا (Dolores Serrano-Parra) و همکاران (۲۰۱۳)، پایایی این مقیاس را در زبان اسپانیایی، با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند. یک (Baek) و همکاران (۲۰۱۰)، پایایی این مقیاس را در نمونه کره‌ای، با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش نمودند. سینگ و یو (Singh & Yu) (۲۰۱۰)، ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۹ گزارش نمودند. محمدی (۱۳۸۴)، برای تعیین پایایی مقیاس کانتر و دیویلسون (۲۰۰۳)، از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته است. او ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۹ گزارش نمود. شاکری‌نیا و محمدپور (۱۳۸۹) نیز پایایی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش نمودند. جعفری و همکاران (۱۳۸۹)، پایایی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش داده‌اند. در این پژوهش، پایایی این مقیاس، با توجه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. کانتر و دیویلسون (۲۰۰۳)، روایی همزمان مقیاس تاب آوری را با

پرسش نامه سرسختی کوباسا، ۸۳/۰ گزارش نمودند. علاوه بر این، بین این مقیاس با مقیاس استرس ادراک شده، ارتباط منفی معناداری مشاهده شد. درس سرانو-پرا و همکاران (۲۰۱۳)، روایی این مقیاس را در زبان اسپانیایی بررسی نمودند. نتایج حاصل از تحلیل عامل تأییدی، نشان داد که یک مدل تک عاملی از برازش خوبی در هر دو گروه مردان و زنان برخوردار است. سینگ و یو (۲۰۱۰)، در بررسی روایی مقیاس تابآوری، روابط معناداری را بین این مقیاس با پرسش نامه پنج عامل بزرگ شخصیتی، عاطفه مثبت و منفی، رضایت از زندگی به دست آوردند. محمدی (۱۳۸۴)، برای بررسی روایی این مقیاس از روش همبستگی هر گویه با نمره کل پرسش نامه استفاده نمود. همبستگی به دست آمده بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ گزارش شد. تاری و همکاران (۱۳۸۸)، برای بررسی روایی این مقیاس، از همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز استفاده نمود. همبستگی به دست آمده، بین این دو متغیر ۰/۶۴ به دست آمد که در سطح (۰/۰/۱) معنادار بود.

پرسش نامه شادکامی آکسفورد (OHI): پایه نظری این پرسش نامه، تعریف آرجیل و کروس‌لند (Argyle & Crossland) (۱۹۸۷) از شادکامی بود. به باور آرجیل و همکاران (۱۹۸۹)، این پرسش نامه نقطه مقابل پرسش نامه افسردگی بک است. ۲۱ پرسش از پرسش‌های این پرسش نامه از BDI برگرفته شده است تا سایر جنبه‌های سلامت ذهنی را پوشش دهد. فرم نهایی پرسش نامه، با ۲۹ پرسش چهارگزینه‌ای آماده شد که در هر پرسش، فرد درباره خود از احساس ناشادی تا احساس شادی بسیار زیاد قضاوت می‌کند (فرانسیس Francis و همکاران، ۱۹۹۸). آرجیل و همکاران (۱۹۸۹)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ را با ۳۴۷ آزمودنی و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته، ۰/۷۸ گزارش کرداند. فارزهاییم و بوریگ (Furnham & Brewing) (۱۹۹۰)، آلفای ۰/۸۷ را با ۱۰۱ آزمودنی و نور (۱۹۹۳)، با فرم کوتاه‌تری از این پرسش نامه، آلفای ۰/۸۴ را با ۱۸۰ آزمودنی به دست آوردند. در بررسی فرانسیس و روینز (Francis & Robbins) (۲۰۰۳)، آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است. در ایران، برای محاسبه پایایی پرسش نامه شادکامی آکسفورد، در پژوهشی مقدماتی توسط علی‌پور و نوری‌لا (۱۳۷۸)، ۱۰۱ دانشجوی دانشگاه‌های علامه طباطبائی و شاهد با میانگین سنی ۲۲/۵ مورد بررسی قرار گرفتند. رئیسی (۱۳۸۳) نیز در پژوهش خود، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه را ۰/۸۷ گزارش کرد. در این پژوهش، پایایی این مقیاس، با توجه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. آرجیل و همکاران (۱۹۹۵)، برای بررسی روایی این پرسش نامه، از دانشجویان خواستند تا دوستانشان را بر اساس یک مقیاس ۱۰ درجه‌ای شادمانی درجه‌بندی کنند. همبستگی بین این درجه‌بندی و پرسش نامه شادکامی آکسفورد ۰/۴۳ بود. همچنین، از آنجاکه شادمانی دارای سه بخش عاطفه مثبت، رضایت و نبود عاطفه منفی دانسته شد، همبستگی پرسش نامه شادکامی آکسفورد، با مقیاس عاطفه مثبت برادران ۰/۲۲، با شاخص رضایت از زندگی آرجیل ۰/۵۷ و با پرسش نامه افسردگی بک ۰/۵۲ - محاسبه شد (فرانسیس و همکاران، ۱۹۹۸). همچنین، والیانت (Valiant) (۱۹۹۳) در پژوهشی مشابه همبستگی بین درجه‌بندی دوستان و نمره پرسش نامه شادکامی آکسفورد را ۰/۶۴ و ۰/۴۹ گزارش کرداند. پرسش نامه شادکامی آکسفورد، در بسیاری از پژوهش‌های مربوط

به شادکامی به کار برده شده، نسبت به BDI دارای پایایی بازآزمایی قوی‌تری گزارش شده است. همچنین، افزون بر همبستگی بالا با ارزیابی دوستان، با ابعاد شخصیتی، فشار روانی و حمایت اجتماعی رابطه قوی داشته است (آرجیل، ۲۰۰۱). فرانسیس و همکاران (۱۹۹۸)، در پژوهشی بین فرهنگی، برای روانی و پایایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان انگلیسی، آمریکایی، استرالیایی و کانادایی، ضریب آلفای این پرسشنامه را بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ گزارش نمودند. در پژوهش علی پور و نورپرلا (۱۳۸۷)، همسانی درونی مواد پرسشنامه نشان داد که همه موارد ۲۹ کانه آن، با نمره کل همبستگی بالایی دارد. همچنین، برای بررسی روانی صوری پرسشنامه، از ۱۰ کارشناس نظرخواهی شد که همگی توان سنجش شادکامی را توسط این آزمون تأیید کردند.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱، یافته‌های توصیفی حاصل از متغیرهای تابآوری و شادکامی دانشجویان را در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین گروه آزمایش در متغیر تابآوری و شادکامی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. اما در گروه کنترل، چنین تغییری مشاهده نمی‌شود.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تابآوری و شادکامی دانشجویان در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
	آزمایش	تابآوری	M	SD	M	SD	
تابآوری	آزمایش	کنترل	۵۸/۱۴	۱۶/۶۸	۷۲/۰۷	۱۵/۶۳	۶۸/۲۱
	کنترل	آزمایش	۵۶/۸۶	۱۳/۰۶	۵۴/۴۳	۱۳/۸۲	۵۰/۰۷
شادکامی	آزمایش	کنترل	۳۷/۰۷	۱۵/۲۳	۵۰/۶۴	۱۶/۴۱	۵۸/۲۹
	کنترل	آزمایش	۳۴/۵۰	۱۰/۷۸	۳۳/۹۳	۱۶/۹۵	۳۵/۸۶

جدول ۲، نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لوین، مربوط به متغیرهای کمکی پژوهش (تابآوری و شادکامی) را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که از جدول ۲ استنباط می‌شود، نتایج آزمون لوین در متغیر تابآوری، در مرحله پیش‌آزمون ($F=0/41$ و $P=0/68$) و در مرحله پیگیری ($F=0/63$ و $P=0/22$) و در متغیر شادکامی، در مرحله پیش‌آزمون ($F=0/31$ و $P=0/05$) و در مرحله پیگیری ($F=0/26$ و $P=0/08$) معنادار نمی‌باشند. بنابراین، واریانس گروه کنترل، در متغیر تابآوری و شادکامی، در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری، به‌طور معناداری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لوین بین متغیرهای کمکی برای مقایسه پیش‌آزمون و پیگیری گروه‌ها

متغیر	آزمون	F	df1	df2	سطح معناداری
تابآوری	پیش - پس‌آزمون	۰/۶۸	۱	۲۶	۰/۴
	پیش - پیگیری	۰/۲۲	۱	۲۶	۰/۶
شادکامی	پیش - پس‌آزمون	۱/۰۵	۱	۲۶	۰/۳
	پیش - پیگیری	۳/۲۶	۱	۲۶	۰/۰۸

جدول ۳، نتایج همگنی شبیه‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها)، در سطوح عامل (گروه آزمایش و گروه گواه) را در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های همگنی شبیه رگرسیون بین متغیرهای کمکی برای مقایسه پیش‌آزمون و پیگیری گروه‌ها

متغیر	آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تاب‌آوری	پیش - پس‌آزمون	۵۰۰/۳۹۲	۲	۲۷۵/۱۹۶	۱/۶۸	۰/۲
	پیش - پیگیری	۳۳۳/۸۶۹	۲	۱۶۶/۹۳۵	۰/۷۵	۰/۴
شادکامی	پیش - پس‌آزمون	۷۵۵/۱۲۷	۲	۳۷۷/۵۶۴	۲/۵۱	۰/۱
	پیش - پیگیری	۳۰۱/۶۲۶	۲	۱۵۰/۸۱۳	۰/۸۸	۰/۴

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تعامل متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه آزمایش و گروه گواه)، در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری معنادار نیست. بنابراین، فرض همگنی رگرسیون‌ها رعایت شده است.

برای بررسی مفروضه‌های طرح و جهت کنترل اثر پیش‌آزمون، در بررسی اینکه آیا دریافت مداخله شناختی - رفتاری مذهب محور در گروه آزمایش، بر مقیاس‌های تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان اثر معنادار داشته است، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. در این حالت، نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری و شادکامی، به عنوان متغیرهای وابسته، مداخله به عنوان متغیر مستقل و نمرات پیش‌آزمون تاب‌آوری و شادکامی، به عنوان متغیرهای کمکی وارد تحلیل شدند. همان‌گونه که در جداول ۲ و ۳ مشاهده می‌شود، پس از کسب اطمینان از رعایت مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و همگنی خطوط رگرسیون، اثر مداخله بر متغیرهای وابسته بررسی شد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله انجام شده بر گروه آزمایش، در مورد مقیاس تاب‌آوری ($F=11/76$ و $p=0/02$) و شادکامی ($F=5/64$ و $p=0/26$) از لحاظ آماری معنادار است. در نتیجه، می‌توان گفت: مداخله منجر به ایجاد تفاوت در این مقیاس‌ها، بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است. از سوی دیگر، ضریب اثای به دست آمده در این مقیاس‌ها، به ترتیب برابر با $0/33$ و $0/19$ است که به عنوان اندازه اثرهای این پژوهش، بیانگر مداخله شناختی - رفتاری مذهب محور می‌تواند $0/19$ تا $0/33$ درصد، تغییرات حاصل در متغیرهای تاب‌آوری و شادکامی گروه آزمایش را پیش‌بینی کند. همچنین، مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد، اثر مداخلات انجام شده در مرحله پیگیری بر گروه آزمایش، در مورد مقیاس تاب‌آوری ($F=13/24$ و $p=0/002$) و شادکامی ($F=11/92$ و $p=0/001$) از لحاظ آماری معنادار است. در نتیجه، می‌توان گفت: اثربخشی شناختی - رفتاری مذهب محور در مقیاس‌های تاب‌آوری و شادکامی، بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری حفظ شده است. از سوی دیگر، ضریب اثای به دست آمده در این مقیاس‌ها، در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با $0/36$ و $0/34$ است که به عنوان اندازه اثرهای این پژوهش، بیانگر اثر مداخله شناختی - رفتاری مذهب محور، در مرحله پیگیری می‌تواند $0/34$ تا $0/36$ درصد تغییرات حاصل در متغیرهای تاب‌آوری و شادکامی گروه آزمایش را پیش‌بینی کند.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری تابآوری و شادکامی دانشجویان (df=1)

متغیر	پیش- پس آزمون	آزمون	F	معناداری	ضریب بتا
تابآوری	پیش- پیگیری	۱۳/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۰۰۲
	پیش- پس آزمون	۵/۶۴	۰/۰۲۶	۰/۱۹	۰/۰۰۲
شادکامی	پیش- پیگیری	۱۱/۹۲	۰/۰۰۲	۰/۳۴	۰/۳۳
	پیش- پس آزمون	۱۱/۷۶			

مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش، در متغیرهای تابآوری و شادکامی، حاکی از افزایش نمره تابآوری و شادکامی است. از این‌رو، بهبود دانشجویان دریافت کننده مداخله شناختی - رفتاری مذهبمحور، در مقایسه با دانشجویانی که هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرده بودند، در شاخص‌های تابآوری و شادکامی معنادار است و می‌توان این افزایش معنادار را به متغیر مستقل؛ یعنی درمان شناختی - رفتاری مذهبمحور مربوط دانست. همچنین، اثر درمان در مرحله پیگیری باقی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پیرو هدف این مطالعه، مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مذهبمحور، بر افزایش تابآوری و شادکامی، یافته‌های این مطالعه نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مذهبمحور موجب بهبود و افزایش معنادار در تابآوری و شادکامی دانشجویان، پس از مداخله شده است. این یافته‌ها، همسو با یافته‌های قبلی است که نشان داده‌اند ترکیب درمان شناختی- رفتاری، با مذهب و معنویت، می‌تواند یک مداخله روان‌درمانی مؤثر برای حالات روان‌شناختی باشد (پاکوت و همکاران، ۲۰۰۹؛ حمید و همکاران، ۱۳۸۸؛ ترقی جاه و همکاران، ۱۳۸۶)، پرپست و همکاران (۱۳۹۲)، حیمنز و ولز (۲۰۰۳)، در مطالعات خود به مقایسه درمان‌های شناختی- رفتاری بر اختلالاتی چون افسردگی پرداختند. نتایج تأثیر مثبت بیشتر درمان شناختی- رفتاری همراه با فاكتورهای مذهبی را در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری، کلاسیک نشان داد (یوسفی ۱۳۹۱)، در پژوهشی نشان داد که روی‌آورد درمان شناختی- رفتاری مذهبمحور و معنا درمانگری، در کاهش نشانگان پرخاشگری، اضطراب و افسردگی مؤثرند؛ اثر آنها در مرحله پیگیری ماندگار است. در مطالعه‌ای دیگر حمید و همکاران (۱۳۹۱ ب)، نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری مذهبمحور، بر بهبود و کاهش میزان تعارض‌های زناشویی مؤثر است. کاویانی و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری مذهبمحور، بر افزایش تابآوری و کاهش نگرش ناکارآمد زوجین مؤثر است. در پژوهشی که توسط حمید و همکاران (۱۳۹۲) انجام شد، نتایج حاصل آشکار ساخت که درمان شناختی رفتاری مذهب بر زوجین، موجب افزایش سازگاری آنها و متقابلاً افزایش سازگاری و عملکرد تحصیلی فرزندان آنها شده است.

دلایل متعددی وجود دارد مبنی بر اینکه درمان شناختی - رفتاری مذهبمحور، بر افزایش تابآوری و شادکامی دانشجویان در این پژوهش مؤثر است. در رابطه با اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهبمحور، بر تابآوری می‌توان گفت: برقراری ارتباط معنی با یگانه قدرت ب انتهای، به فرد این اطمینان را می‌بخشد که نیرویی قوی حامی و پشتیبان اوست. از این‌رو، فرد رویدادها و پستی و بلندی‌های زندگی را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود، راحت‌تر طی می‌کند و کمتر دستخوش

اضطراب و استرس می‌شود. به تبع آن، نسبت به آینده امیدوارتر و خوشبین تر خواهد بود. همچنین، قدرت فزاینده دین در تعديل بحران‌های زندگی، امری انکارناپذیر است که در تحقیقات متعدد به اثبات رسیده است (دهقان‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). از سوی دیگر، تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، شاید به این دلیل باشد که فرد با افزایش گرایش مذهبی، به نوعی خودکنترلی دست پیدا می‌کند که مانع از اثریخشی شرایط بیرونی می‌شود. در نتیجه، کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار می‌گیرد و سلامت روان خود را حفظ می‌کند. افرادی که از نظر مذهبی در سطح بالاتری قرار دارند، سعی می‌کنند مسائل خود را به شیوه حل مسئله و با حمایت اجتماعی مرتفع کنند. باور به اینکه خدایی هست که بر موقعیت‌ها نظارت می‌کند و ناظر بر اعمال بندگان است، تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد. بهطوری که معتقدند: می‌توان با اتکا به خداونه موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی را تحت سلطه خود درآورد. در نتیجه، این نوع تفکر، که در پرتو درمان شناختی - رفتاری مذهب محور ایجاد شده است، تاب آوری دانشجویان شرکت‌کننده در این درمان، افزایش یافته است. در حقیقت، اغلب افراد مومن، ارتباط با خدا را مانند ارتباط با یک دوست صمیمی دانسته، بر این باورند که اتکا و توکل به خدا، به عنوان یک شیوه مقابله مؤثر، در رویارویی با رخدادهای ناگوار، به آنها کمک زیادی می‌کند. این امر موجب افزایش عزت نفس، آرامش، بی‌نیازی از خلق، امیدواری و رفع منفی گری، نگرش‌های ناکارآمد و انفعال، کفایت، مشکل‌گشایی و راهیابی به امور و تقویت صبر و تاب آوری می‌شود. مجموعه این عوامل موجب می‌شود تا احساس ناخوشایندی برطرف گردد. از آنجاکه تاب آوری، به عنوان ظرفیت افراد برای مقاومت در برابر سختی‌ها، برای برگشتن از نامالیات و حرکت برای زندگی سالم، همراه با رفاه و امیدواری به آینده تعریف شده است، درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، می‌تواند به عنوان یک متغیر میانجی در زندگی فرد نقش ایفا کند و ضمن کاهش و تعديل تأثیرات مخرب عوامل تنش‌زا و فشارهای زندگی، بر سلامت روان و تاب آوری فرد تأثیر مثبت بگذارد و موجب بهبود عملکرد وی، در حوزه‌های گوناگون زندگی شود. باورهای مذهبی، می‌تواند توانایی فرد را در زمینه تطابق با شرایط ناگوار و پیش‌بینی ناپذیر محیطی، تا حد امکان افزایش دهد. اعتقادات دینی و مذهب به انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین و فرد را در برابر خلاصهای اخلاقی، عاطفی و معنوی استحکام می‌بخشد و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (اسدی‌نوقانی و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۳۹).

در رابطه با تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب محور بر شادکامی، می‌توان گفت: مذهب به اعتقاد برخی پژوهشگران، با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی، به دو سؤال اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیتها و استعدادهای او پاسخ می‌دهد. به این ترتیب، به وحدت یافتنگی سازمان روان‌شناختی و معنوی و خودنظم‌دهی انسان و به تبع آن، شادکامی کمک می‌کند. به عبارت دیگر، سازش یافتنگی انسان، با مسائل زندگی مستلزم پاسخ به خواسته‌های مهمی است که انسان دری ی پاسخگویی به آنها است. مذهب، بستر مناسبی برای پاسخ به خواسته‌ها و مواضع مبهم فراهم می‌کند. از جمله این خواسته‌ها و نیازهای، می‌توان به مشکل انسان در رابطه با زمان، جاودانگی، اجتماعی شدن، اجتماعی ماندن، الگوی دلیستگی و جدایی، تشویق و تنبیه (مجازات)، معناده‌ی به فعالیت‌ها، عقل، جایگاه فرد در جهان، غلبه و معناده‌ی به تعارض‌های اساسی زندگی اشاره کرد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸، ص ۳۴۶). مذهب، برای افراد

در مواجهه با مشکلات، منبعی حمایتی است و باورها و فعالیتها به عنوان روشنی تعریف شده است که منابع مذهبی مانند دعا، نیایش، توکل و توسل به خداوند را برای مقابله به کار می برد درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، از طریق ایجاد امید و تشویق در جهت ایجاد دیدگاه مثبت، نسبت به شرایط موجود و بیرون کشیدن فرد از یک بحران مأیوس کننده، که بر آنها تسلط چندانی هم ندارد، نوعی آرامش درونی ایجاد می کند. در درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، تلاش می شود بعد اعتقادی و توکل فرد تقویت شود. منظور از «توکل»، اعتماد به خداوند در انجام دادن امور و واگذاری آنها به او، طوری که فعالیت شخصی و تعامل روانی را افزایش دهد و از اضطراب نرسیدن به هدف بازدارد. علاوه بر این، توکل آثار فراوانی از جمله عزت، آرامش و بی نیازی از خلق، امیدواری و رفع منفی نگرانی و افعال، کافیت، مشکل گشایی و راهیابی به امور، تقویت صبر و موارد متعدد دیگر دارد که مجموع آنها موجب می شود تا احساس فraigیر بسیار خوشایند، اغلب مبهم و تنشی زا بر طرف شود و زمینه شادکامی را فراهم کند. بنابراین، شادی و مذهب در زندگی فردی مؤثر است. بین آنها روابط مستقیم وجود دارد؛ یعنی کسی که در ظاهر و باطن شاد است، چهره ای گشاده دارد. امیدواری، پویایی و تفکر منطقی، بر وجودش حکم فرماست. احساس مثبت به زندگی دارد. تصمیم گیری را برای او آسان می سازد و تلاش و قدرت بهره مندی از فکر و عقل را برای او راحت می نماید. اتکا به خداوند، موجب احساس برخورداری دائمی او از حمایت های خدا می شود. در نتیجه، از زندگی کردن لذت می برد و وجودش برای خود و دیگران ارزشمند می گردد (رجیمی یگانه، ۱۳۸۸، ص ۵۵). مذهب، می تواند به عنوان یک اصل وحدت بخش و یک نیروی عظیم برای سلامت روان مفید و کمک کننده باشد. اعتقادات افراد مذهبی، به آنان در مقابله با فشار روانی کمک می کند. اعتقادات و رفتارهایی مانند توکل به خدا، صبر و انجام رفتارهای مذهبی همچون دعا، نماز، روزه و نیایش، می توانند از طریق ایجاد امید و تشویق، به نگرش های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شود. کسانی که از اعتقادات مذهبی قوی تری برخوردارند، نسبت به مقابله با فشارهای روانی، شخصی، تحصیلی و سایر موارد، از نیروی بیشتری برخوردار بوده، کمتر دچار بیماری می شوند. در واقع، این افراد از سلامت روان بالاتری برخوردارند. بنابراین، انسان وقتی به لذت و شادکامی و نشاط درونی می رسد که خود را به خداوند یگانه بسپارد و او را محور همه امور دانسته و تسلیم او شود. پس هیچ کس و هیچ چیز، موجب وحشت و نگرانی او نمی شود.

از جمله محدودیت های این پژوهش، این است که با توجه به اینکه پژوهش حاصل فقط روی دانشجویان انجام گرفته، نتایج حاصل از آن، قابل تعمیم به سایر گروه های سنی نمی باشد. از نظر پژوهشی، توصیه می شود که این پژوهش بر سایر گروه های سنی نیز انجام شود. همچنین توصیه می شود اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، بر تاب آوری و شادکامی در مناطق مختلف کشور مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد. از سوی دیگر، با توجه به اهمیت درمان های ترکیبی، توصیه می شود علاوه بر گروه های آزمایشی و کنترل، گروهی نیز برای تأثیر درمان های تلفیقی در نظر گرفته شود. با توجه به اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب محور، پیشنهاد می شود که این روش درمانی، توسط روان درمانگران در مورد بیماران و دانشجویان اعمال گردد.

منابع

- آقایانی چاوشی، اکبر و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی رابطه نماز با جهتگیری مذهبی و سلامت روان»، علوم رفتاری، دوره دوم، ش، ۲، ص ۲۲-۱۳.
- احمری طهران، هدی و همکاران، ۱۳۸۸، «همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پژوهشی قم»، مجله دانشگاه علوم پژوهشی قم، دوره سوم، ش، ۳، ص ۵۱-۵۶.
- اسدی نوقانی، احمدعلی و همکاران، ۱۳۸۴، روان‌پرستاری، تهران، پسری.
- بهرامی احسان، هادی و آناهیتا تاشک، ۱۳۸۳، «ابعاد رابطه میان جهتگیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهتگیری مذهبی»، روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره سی و چهارم، ش، ۳، ص ۴۱-۶۳.
- بولهیری، جعفر و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سلطان سینه»، جامعه‌شناسی زنان، سال سوم، ش، ۱، ص ۸۵-۱۱۶.
- ترقی‌جا، صدیقه و همکاران، ۱۳۸۶، «مقایسه تأثیر روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران»، پژوهش‌های مشاوره، دوره ششم، ش، ۲۱، ص ۱۱۱-۱۲۵.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۷۸، بررسی اثربخشی روان درمانگری کوتاه‌مدت آموزش خودمهارگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی در سطح دانشجویان دانشگاه تهران، رساله دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- جعفری، عیسی و همکاران، ۱۳۸۹، «اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مدل مارلات در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری در افراد واپسنه به مواد»، روان‌شناسی بالینی، دوره اول، ش، ۳، ص ۷۷-۸۷.
- جوکار، بهرام و همکاران، ۱۳۸۹، «پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان»، در: مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه شاهد.
- حمید، نجمه و همکاران، ۱۳۹۱ الف، «اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور بر سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین»، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، دوره ششم، ش، ۱۰، ص ۸۵-۱۰۳.
- ، ۱۳۹۱ ب، «اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور توأم با بازآموزی بخودگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی زوجین»، روان‌شناسی و دین، سال پنجم، ش، ۲، ص ۵-۳۴.
- ، ۱۳۹۲، «اثربخشی خانواده درمانی با الگوی شناختی - رفتاری مذهب محور بر عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر متوسطه شهر اهواز»، روان‌شناسی و دین، سال سوم، ش، ۳، ص ۳۹-۵۲.
- حمید، نجمه، ۱۳۸۸، «مقایسه روان درمانگری شناختی - رفتاری با شناخت درمانی توأم با رویکرد مذهبی بر افسردگی در زنان افسرده»، پژوهش‌های روان‌شناسی، دوره اول، ش، ۱۲، ص ۳۶-۴۹.
- صدیقی ارفی، فریز و همکاران، ۱۳۹۱، «زمینه‌بیانی تجارت تفسیری (دعا، استخاره، روایی صادقه، لقمة حلال، چشم زخم) از دریافت‌های معروفی در اقسام مردم کاشان»، علوم پژوهشی فرهنگی، سال سوم، ش، ۲، ص ۵۵-۷۸.
- دهقان‌زاده، حسین و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با تاب‌آوری و سلامت روان در دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه علامه طباطبائی»، در: تختین همایش ملی شخصیت و زندگی نوین.
- رحیمی، چنگیز، ۱۳۸۹، «اعتقادات مذهبی، سلامت روان و رفتارهای پر خطر در دانشجویان»، در: مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه شاهد.
- رحیمی‌یگانه، زهرا، ۱۳۸۸، خانواده شاد و بنشاط، اصفهان، حدیث راه عشق.

- رئیسی، حسین، ۱۳۸۳، بروزی اثربخشی آموزش شادمان بر کاهش فشار خون بیماران مبتلا به فشار خون شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- شاکری نیا، ایرج و مهری محمد پور شاطری، ۱۳۸۹، «رابطه استرس شغلی و تاب آوری با فرسودگی شغلی در پرستاران زن»، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، دوره چهاردهم، ش. ۲، ص ۱۶۱-۱۶۹.
- علی پور، احمد و احمد علی نور بالا، ۱۳۷۸، «بررسی مقدماتی پایابی و روایی پرسش نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه تهران»، *روان پزشکی و روان شناسی ایران*، دوره پنجم، ش. ۱۰، ص ۵۵-۶۴.
- فرهادی مطلق، لیلا، ۱۳۹۱، «رابطه مستقیم و غیرمستقیم هوش هیجانی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی با میانجی گری تاب آوری و خودکارآمدی در دانشجویان مقطع علم پایه رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، اهواز، دانشگاه شهید چمران.
- کاویانی، زینب و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری مذهب محور بر تاب آوری و نگرش های ناکارآمد زوجین»، *پژوهش های نوین روان شناسی*، دوره هشتم، ش. ۳۲، ص ۱۸۹-۲۰۳.
- محمدی، مسعود، ۱۳۸۴، «بررسی عوامل مؤثر بر تاب آوری در افراد در معرض سوء مصرف مواد، رساله دکتری روان شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- نادری، فرج و همکاران، ۱۳۸۸، «رابطه انعطاف پذیری کنشی، عاطفه مثبت و منفی با خودکارآمدی در زنان»، *زن و فرهنگ*، دوره اول، ش. ۲، ص ۴-۱۵.
- نوایخش، مهداد و حمید پور یوسفی، ۱۳۸۵، «نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان»، *پژوهش دینی*، ش. ۱۴، ص ۷۱-۹۴.
- یوسفی، ناصر، ۱۳۹۱، «تأثیر شناخت درمانی مذهب محور و معنادار مانگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان»، *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، سال سوم، ش. ۱۰، ص ۱۳۸-۱۵۸.
- Ano, G.G., & Vasconcelles, E.B, 2005, Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta analysis, *Journal of Clinical Psychology*, n. 61, p. 461-480.
- Argyle, M, & Crossland, J, 1987, Dimensions of positive emotions, *British Journal of Social Psychology*, n. 26, p. 127-137.
- Argyle, M, 2001, Personality, Self-Esteem and Demographic Predictions of Happiness and Depression, *Journal of Personality & Social Psychology*, v. 32, n. 8, p. 912-920.
- Argyle, M, et al, 1989, *Happiness as a function of personality and social encounters*, In J. P. Forgas & R. J. M. Innes (Eds.), Recent advances in social psychology: An international perspective, North Holland: Elsevier, p. 189-203.
- Argyle, M, et al, 1995, *Testing for stress and happiness: The Roll of social and cognitive factors*, Stress and Emotion, Washington: Taylor and Francis, p. 87-173.
- Baek, H. S, et al, 2010, Reliability and validity of the Korean version of the connor-davidson resilience scale, *Psychiatry Investig*, n. 2, p. 109-115.
- Barrera, T. L, et al, 2012, Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: Three case studies, *Cognitive and Behavioral Practice*, n. 2, p. 346-58.
- Bonanno, G. A, et al, 2007, What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n. 5, p. 671-682.
- Brennan, M, 2004, Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle-aged and older adults, The International *Journal for the Psychology of Religion*, v. 14, n. 3, p. 193-214.
- Connor, M. K, & Davidson, J. R. T, 2003, Development to a new resilience scale: The Connor-

- Davidson, Resilience Scale (CD-RISK), *Depression and Anxiety*, n. 18, p. 76-82.
- Davydov, D.M, et al, 2010, Resilience and mental health, *Clinical Psychology Review*, n. 30, p. 479-495.
- Dolores Serrano-Parra, M, et al, 2013, Validity of the connor-davidson resilience scale (10 items) in a population of elderly, *Enfermer? a Cl? Nica*, n. 1, p. 14-21.
- Exline, J.J, 2008, Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample, *Journal of Psychology and Christianity*, n. 27, p. 131- 139.
- Falkai, P, et al, 2015, Neuroticism and extraversion as mediators between positive/negative life events and resilience, *Personality and Individual Differences*, n. 82, p. 193-198.
- Feder, A, et al, 2009, Psychobiology and molecular genetics of resilience, *Nat Rev Neurosci*, n. 10, n. 6, p. 446-457.
- Ferraro, F. F, & Kim, S, 2014, Health benefits of religion among black and white older adults? Race, religiosity, and C-reactive protein, *Social Science & Medicine*, n. 120, p. 92-99.
- Fletcher, J, & Kumar, S, 2014, Religion and risky health behaviors among U.S. adolescentsand adult, *Journal of Economic Behavior & Organization*, n. 104, p. 123-140.
- Fountoulakis, K. N, et al, 2008, Life depression, religiosity cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data, *Medical Hypotheses*, n. 70, p. 493-496.
- Francis, L, & Robbins, N, 2003, Christianity and dogmatism among under graguate students, *Journal of Belifes and Values*, n. 24, p. 89-950.
- Francis, L. J, et al, 1998, Happiness as stable extraversion: A cross-cultural exa-mination of the reliability and validity of the oxford happiness inventory among students in the U. K., U. S. A., Australian, and Canada, *Personality and Individual Differences*, n. 24, p. 167- 171.
- Furnham, A, Brewing, C, 1990, Personality and happiness, *Journal of Personality and Individual Differences*, p. 1093-1096.
- Garmezy, N, & Masten, A. S, 1994, Chronic adversities. In M. Rutter, L. Herzov, & E. Taylor (Eds.), Child and adolescent psychiatry, Oxford: Blackwell scientific, p. 191-208.
- Haskett, M. E, et al, 2006, Diversity inadjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning, *Clinical Psychology Review*, n. 26, p. 796-812.
- Hofmann, S. G, 2008, The importance of culture in cognitive and behavioral practice, *Cognitive Behavioral Practic*, n. 13, p. 243-54.
- Hu, T, et al, 2015, A meta-analysis of the trait resilience and mental health, *Personality and Individual Differences*, n. 76, p. 18-27.
- James, A, & Wells, A, 2003, Religion and mental health: Toward a cognitive behavioral framework, *British Journal of Health Psychology*, n. 8, p. 359-376.
- Joshi, S, et al, 2008, Religious belief and its relation to psychological well-being, *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, n. 2, p. 345-354.
- Koszycki, D, et al, 2010, Multifaith spiritually basedintervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial, *Journal Clinical Psychology*, n. 4, p. 430-41.
- Neenan , M, 2009, Developing resilience: A cognitive, *Behavioural Approach*, n. 2, p. 425-444.
- Pargament, k. I, 1990, Good help me: Toward a theoretiol fomework of coping for the psychology of religion, *Research in the Social Scientific Study of Religion*, n. 2, p. 195-224.
- Pukert, A.L, et al, 2009, Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression, *Journal Psychiatr Pract*, n. 2, p. 103-12.
- Richards, P.S, & Bergin, A.E, 1997, A Spiritual strategy for counseling and psychotherapy,

- Washington, DC, *American Psychological Association*, n. 11, p. 241-274.
- Rutten, B.P.F, et al, 2013, Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives, *Acta Psychiatr*, n. 128, p. 3–20.
- Rutter, M, 2013, Resilience – clinical implications, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n. 54, p. 474–487.
- Siebert. A. I, 2007, *How to develop resiliency strengths*. Available: www.resiliency center.com.
- Singh, K, & Yu, X, 2010, *Psychometric evaluation of the connor-davidson Resilience scale* (CD-RISC) in a sample of Indian students, *Journal of Psychology*, n. 1, p. 23-30.
- Southwick, S, et al, 2011, Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan, *Cambridge University Press, Cambridge*, pp. xi-xv. ISBN 978-0-521-89839-3.
- Thoresen, C. E, & Harris, H. S, 2002, Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Annual Behavioral Medicine*, n. 1, p. 3-13.
- Tugade, M. M, & Fredrickson, B. L, 2004, Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences, *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 86, p. 320–333.
- Valiant, G, 1993, Life events, happiness and depression: The Half empty cup, *Journal of Personality and Individual Differences*, n. 15, p. 447-453.