

روان شناسی و دین

سال نهم، شماره اول، پیاپی ۳۳، بهار ۱۳۹۵



مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

فصل نامه «روان شناسی و دین» به استناد ماده واحده مصوب ۱۳۸۷/۳/۲۱ شورای عالی انقلاب فرهنگی و بر اساس نامه شماره ۱۰۴/الف مورخ ۱۳۹۰/۳/۲۱ شورای اعطای مجوزها و امتیازهای علمی وابسته به شورای عالی حوزه‌های علمیه، از شماره ۹ حائز رتبه «علمی - پژوهشی» گردید.

مدیر مسئول

محمدناصر سقایی بی‌ریا

سر دبیر

محمدرضا احمدی

مدیر اجرایی

سجاد سلگی

صفحه آرا

مهدی دهقان

ناظر چاپ

حمید خانی

سامانه ارسال و پیگیری مقالات

Nashriyat.ir/SendArticle

اعضای هیئت تحریریه

محمد رضا احمدی

استاد یار روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

علی رضا اعرافی

دانشیار علوم تربیتی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

غلامعلی افروز

استاد روان‌شناسی دانشگاه تهران

محمد کریم خداپناهی

استاد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

محمد جواد زارعان

استاد یار علوم تربیتی جامعه المصطفی العالمیه

محمد ناصر سقایی بی‌ریا

استاد یار علوم تربیتی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

عباسعلی شاملی

استاد یار علوم تربیتی جامعه المصطفی العالمیه

سید محمد غروی

استاد یار روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

علی فتحی آشتیانی

استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی بقیة الله

نشانی: قم، بلوار امین، بلوار جمهوری اسلامی، مؤسسه آموزشی و پژوهشی

امام خمینی، طبقه چهارم، اداره کل نشریات تخصصی

تحریریه ۳۲۱۱۳۴۷۹ - مشترکان ۳۲۱۱۳۴۷۴ - دورنگار ۳۲۹۳۴۴۸۳ (۰۲۵)

صندوق پستی ۱۸۶-۳۷۱۶۵

پایام: ۱۰۰۰۲۵۳۲۱۱۳۴۷۳

www.iki.ac.ir & www.nashriyat.ir

فروشگاه اینترنتی: http://eshop.iki.ac.ir

نمایه در:

sid.ir & isc.gov.ir & magiran.com & noormags.ir

راهنمای تهیه و تنظیم مقالات

الف) شرایط عمومی

۱. مقالات ارسالی باید برخوردار از صبغه تحقیقی - تحلیلی، ساختار منطقی، انسجام محتوایی، و مستند و مستدل بوده و با قلمی روان و رسا به زبان فارسی نگارش یافته باشند.
۲. مقالات خود را در محیط WORD با پسوند Doc از طریق وبگاه نشریه به <http://nashriyat.ir/SendArticle> ارسال نمایید.
۳. حجم مقالات حداکثر در ۲۵ صفحه (۳۰۰ کلمه‌ای) تنظیم شود. از ارسال مقالات دنباله‌دار جدا خودداری شود.
۴. مشخصات کامل نویسنده شامل: نام و نام خانوادگی، مرتبه علمی / تحصیلات، نشانی کامل پستی، نشانی صندوق الکترونیکی، شماره تلفن تماس، شماره دورنگار، مؤسسه علمی وابسته، همراه مقاله ارسال شود.
۵. مقالات ارسالی نباید قبلاً در نشریات داخلی و یا خارجی و یا به‌عنوان بخشی از یک کتاب چاپ شده باشند. و نیز همزمان برای چاپ به سایر مجلات علمی ارسال نشده باشند.
۶. از ارسال مقالات ترجمه شده خودداری شود. نقد مقالات علمی و یا آثار و کتاب‌های منتشر شده، که حاوی موضوعات بدیع یا نکات علمی ویژه، که با مقتضیات و نیاز جامعه علمی تناسب داشته باشد، امکان چاپ دارند. البته، چاپ مقالات پژوهشی و تألیفی بر این‌گونه مقالات اولویت خواهد داشت.

ب) نحوه تنظیم مقالات

- مقالات ارسالی باید از ساختار علمی برخوردار باشند؛ یعنی دارای عنوان مشخصات نویسنده، چکیده، کلیدواژه‌ها، مقدمه، بدنه اصلی، نتیجه و فهرست منابع باشند.
۱. چکیده: چکیده فارسی مقاله (در صورت امکان به همراه چکیده انگلیسی) حداکثر ۱۵۰ کلمه تنظیم گردد و به اختصار شامل: بیان مسئله، هدف پژوهش، روش و چگونگی پژوهش و اجمالی از یافته‌های مهم پژوهش باشد. در چکیده از طرح فهرست مباحث یا مرور بر آنها، ذکر ادله، ارجاع به مأخذ و بیان شعاری خودداری گردد.
 ۲. کلیدواژه‌ها: شامل حداکثر ۷ واژه کلیدی مرتبط با محتوا که ایفاکننده نقش نمایه موضوعی مقاله باشد.
 ۳. مقدمه: در مقدمه مقاله، مسئله تعریف، به پیشینه پژوهش اشاره، ضرورت و اهمیت پژوهش طرح، جنبه نوآوری بحث، سؤالات اصلی و فرعی، تصویر اجمالی ساختار کلی مقاله بر اساس سؤالات اصلی و فرعی مطرح و مفاهیم و اصطلاحات اساسی مقاله تعریف گردد.
 ۴. بدنه اصلی: در سامان‌دهی بدنه اصلی مقاله، یکی از شرایط زیر لازم است:
 - الف - ارائه‌کننده نظریه و یافته جدید علمی؛
 - ب - ارائه‌کننده تقریر و تبیین جدید از یک نظریه؛
 - ج - ارائه‌کننده استدلال جدید برای یک نظریه؛
 - د - ارائه نقد جامع علمی یک نظریه.
 ۵. نتیجه‌گیری: نتیجه‌گیری بیانگر یافته‌های تفصیلی تحقیق است که به صورت گزاره‌های خبری موجز بیان می‌گردد. از ذکر بیان مسئله، جمع‌بندی، مباحث مقدماتی، بیان ساختار مباحث، ادله، مستندات، ذکر مثال یا مطالب استطرادی در این قسمت خودداری شود.
 ۶. فهرست منابع: اطلاعات کتاب‌شناختی کامل منابع و مأخذ تحقیق (اعم از فارسی، عربی، و لاتین) در انتهای مقاله بر اساس شیوه زیر آورده می‌شود:
 - نام خانوادگی و نام نویسنده، (سال نشر) نام کتاب، (ترجمه یا تحقیق)، نوبت چاپ، محل نشر، ناشر.
 - نام خانوادگی و نام نویسنده، (سال و ماه یا فصل نشر) «عنوان مقاله»، نام نشریه، شماره نشریه، صفحات ابتدا و انتهای مقاله.
 - آدرس‌دهی باید بین متنی باشد: (نام نویسنده، سال نشر، صفحه)

ج). یادآوری

۱. حق رد یا قبول و نیز ویرایش مقالات برای مجله محفوظ است.
۲. مجله حداکثر پس از چهار ماه از دریافت مقاله، نتیجه پذیرش یا عدم پذیرش را به نویسنده اطلاع خواهد داد.
۳. حق چاپ مقاله پس از پذیرش برای مجله محفوظ و امکان نقل مطالب در جای دیگر با ذکر نشانی نشریه بلامانع است.
۴. مطالب مقالات مبین آراء نویسندگان آنهاست و مسئولیت آن نیز بر عهده آنهاست.
۵. مقالات دریافتی، نرم‌افزارها، و... در صورت تأیید یا عدم تأیید بازگردانده نمی‌شود.

ساخت و اعتباریابی آزمون اولیه مهارت حل مسئله بر اساس منابع اسلامی / ۵

محمد رضا احمدی / رحیم میردریکوندی / کج جعفر علی گلی فیروزجانی

مقایسه کارآمدی مداخلات اسلامی و درمان شناختی - رفتاری توسعه یافته ... / ۲۷

کج محمد رضا سالاری فر / سید جلال یونسی / محمد حسین شریفی نیا / حمید رضا حسن آبادی

الگوی اسلامی روان درمانگری / آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی / ۵۱

کج محمد یاسین سیفی گندمانی / مسعود جان بزرگی / احمد علیپور / مهناز علی اکبری دهکردی

رابطه دلبستگی به خدا با سلامت روان و هدف در زندگی دانشجویان پسر / ۶۹

کج منیژه احیاءکننده / محمد مزیدی شرف آبادی

رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب آوری دانشجویان دانشگاه کاشان / ۸۵

علی حسین زاده / فریبرز صدیقی ارفعی / علی یزدخواستی / کج محمد نور محمدی نجف آبادی

رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی ... / ۱۰۷

شهرام نوری ثمرین

بررسی رابطه دینداری، هوش معنوی و بخشش با سازگاری اجتماعی در دانشجویان سال اول / ۱۲۳

کج فرزانه میکائیلی منیع / زینب بابایی / محمد حسینی

بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی با شادکامی و کیفیت زندگی / ۱۴۳

علیرضا رشیدی / فاطمه ملک محمدی / کج سارا شریفی

ملخص المقالات / ۱۵۵

۱۷۰ / Abstracts

ساخت و اعتباریابی آزمون اولیه مهارت حل مسئله بر اساس منابع اسلامی

محمد رضا احمدی / استادیار گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی ✉
 رحیم میردریکوندی / استادیار گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی ✉
 جعفر علی گلی فیروزجائی / دانشجوی دکتری قرآن و روان‌شناسی جامعه‌المصطفی ✉
 دریافت: ۱۳۹۳/۳/۲۷ - پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۲۸

چکیده

این پژوهش با هدف ساخت آزمون اولیه مهارت حل مسئله، بر اساس مبانی نظری اسلامی انجام گرفت. همچنین از روش تحلیل محتوا و از روش پیمایشی با انتخاب تصادفی طبقه‌ای، نمونه ۱۰۰ نفری از میان طلاب علوم دینی بهره گرفت. ساختار متغیرهای به دست آمده از منابع اسلامی برای حل مسئله عبارتند از: کنترل هیجان، شناخت و تعریف مسئله، شناسایی اهداف و موانع، تفکر خلاق و مشورت، تصمیم‌گیری، توکل و توسل، ارزیابی فرایند، سبک‌های ناکارآمد عجله‌ای و اجتنابی، اعتقاد به آزمایش یا تهدید دانستن مسائل و خوش‌بینی یا بدبینی. روایی این ساختار از نظر کارشناسان دین و روان‌شناسی، طبق ساختار لیکرت چهار گزینه‌ای با میانگین کل ۳/۶۲ و واریانس ۰/۲ محاسبه شد. روایی گویه‌ها با میانگین ۳/۵۱ و واریانس ۰/۳۷ به دست آمد. نتیجه همبستگی ۰/۸۸ با معناداری ۰/۰۱ را نشان داد. اعتبار آزمون بواسطه بررسی همسانی درونی پرسش‌نامه، با ضریب آلفای کرونباخ در سطح ۰/۹۶ به دست آمد. دونیمه‌سازی نیز اعتباری در حد ۰/۹۳ و ۰/۹۵ برای دونیمه را نشان داد، که بیانگر اعتبار و روایی مناسب این آزمون است.

کلیدواژه‌ها: حل مسئله، ساختار اسلامی، مهارت، آزمون، روایی و اعتبار.

مقدمه

آفریده‌های الهی مانند این دنیا و همه انسان‌ها، به جهت معلول و مخلوق بودن، همواره با محدودیت‌هایی مواجه هستند و هر جا که محدودیتی باشد، مسئله و تضادی به دنبال خواهد داشت (مصباح، ۱۳۸۳، ج ۲، ص ۴۵۹). بنابراین، زندگی انسان در این دنیا همراه با مشکل است، اما این بدان معنا نیست که زندگی کردن مشکل است، بلکه بدین معناست که «در زندگی» مشکل وجود دارد و انسان‌های موفق «با زندگی» خود مشکل ندارند، ایشان از زندگی خویش رضایت دارند (پسندیده، ۱۳۹۰، ص ۷). این رضایت را به واسطه مهارت‌هایی کسب کرده، و سعی در تقویت آن دارند. یکی از مهم‌ترین این مهارت‌ها، مهارت حل مسئله است که بالاترین سطح فعالیت‌های شناختی-رفتاری را در بین مهارت‌های زندگی به خود اختصاص داده است. برای حل صحیح مسائل، پیش‌نیازهای زیادی ضروری است. هرچه این پیش‌نیازها، سالم‌تر و بیشتر فراهم باشند، مراتب سالم‌تری از حل مسئله امکان‌پذیر خواهد بود (هپنر و همکاران، ۲۰۰۴؛ کوک و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۶۱).

متیر و سولبرگ، حل مسئله را سطح بالایی از فعالیت شناختی می‌دانند که در موقعیت‌هایی ایجاد می‌شود که فرد پاسخ حاضر یا در دسترسی برای آن ندارد (راث و همکاران، ۲۰۱۱). نزو و دیزوریلا (۲۰۱۲)، تحقیقات گسترده‌ای در این موضوع ارائه نموده‌اند. ایشان حل مسئله را فرایندی می‌دانند که فرد یا افراد سعی می‌کنند مشکلات گذرا یا زمانبری را که روزمره با آن مواجه هستند، تعریف کرده و با تولید یا توسعه راه‌حل‌هایی، به طور مؤثر با آنها مقابله کنند (نزو و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۸). به این ترتیب، حل مسئله فرایندی هشیارانه، منطقی، تلاش‌بر و فعالیتی هدفمند است که به منظور بهتر شدن وضعیت در موقعیت‌های پیچیده، تغییر یا کاهش هیجان‌های منفی و یا هر دو نتیجه، طراحی می‌شود (واکلینگ، ۲۰۰۷).

یک «مسئله» یا موقعیت مسئله‌دار، به ناهماهنگی و تفاوت بین پاسخ‌های مفید در دسترس فرد و درخواست انطباق از سوی محیط گفته می‌شود و یا به هر وظیفه یا موقعیت زندگی حاضر، یا مورد انتظار اطلاق می‌شود که نیازمند پاسخی مؤثر برای رسیدن به یک هدف، یا حل تعارض است و فرد اکنون پاسخی حاضر یا در دسترس ندارد (لامانا و استرن، ۲۰۱۲، ص ۷). مسائل به دو دسته مشخص (خوب تعریف شده) و مبهم (سخت تعریف شده) تقسیم می‌شوند. در دسته اول، موانع، اهداف و شیوه حل آنها مشخص است. مانند کاهش هزینه رفت و آمد. برخلاف مسائل دسته دوم، که راه‌حل مشخصی برای پاسخ در دست نیست، یا چندین پاسخ متنوع و متضاد وجود دارد. مانند انتخاب همسر، مواجهه با طلاق یا مشکلات شغلی و مانند اینها (استرنبرگ و دیویدسون، ۲۰۰۳، ص ۵).

حل مسئله، غیر از اجرای راه حل است، مفهوم این دو فرایند و همچنین مهارت‌های آنها، متفاوت از یکدیگر هستند. حل مسئله به فرایند کشف راه حل برای یک مسئله خاص اشاره دارد، اما اجرای راه حل به فرایند اجرای راه حل‌ها در موقعیت واقعی برای حل یک مسئله خاص تعریف می‌شود (مایدو و همکاران، ۲۰۰۲). علاوه بر این، با حل مسئله آزمایشگاهی که در علوم پایه به کار برده می‌شود، متفاوت است. حل این نوع مسائل، به منظور یادگیری مواد آموزشی کاربرد دارند، اما در اینجا آموزش مهارت حل مسئله فرایندی فراشناختی است که به چگونگی اندیشیدن و چگونگی پاسخ برای مقابله مؤثر با مسائل زندگی توجه دارد (بیانی و بیانی، ۱۳۸۹).

حل کارآمد مسائل بزرگ و کوچک زندگی، در سطح فردی بر بهزیستی و کاهش استرس مؤثر است (سو و شک، ۲۰۰۵، ۲۰۱۰). فراتحلیل‌ها و تحقیقات نشان داده‌اند که آموزش حل مسئله اثر مثبتی بر، سلامت فیزیکی و روان‌شناختی (مالوف و همکاران، ۲۰۰۵)، انگیزه پیشرفت (کسیدی، ۲۰۰۲)، تنظیم توجه (نشاطدوست و همکاران، ۱۳۸۰)، کاهش وزن (پری و همکاران، ۲۰۰۱)، مقابله مؤثر با سرطان (آلن و همکاران، ۲۰۰۲؛ می‌پرز و همکاران، ۲۰۱۱)، هوش هیجانی (زارعان و همکاران، ۱۳۸۶) و به صورت کلی، بر سلامت عمومی دارد (محمدی، ۱۳۸۳).

همچنین تحقیقات بسیاری، کارآمدی درمان مبتنی بر حل مسئله را برای دامنه‌ای از اختلالات روان‌شناختی نشان داده‌اند (دیزوریلا و نزو، ۲۰۱۰، ص ۲۳۷). آزمودنی‌های بالینی در این تحقیقات، دامنه گسترده‌ای از اختلالات را نشان داده‌اند، از قبیل شیزوفرنی (لیبرمن و همکاران، ۲۰۰۱؛ گلین و همکاران، ۲۰۰۲)، افسردگی (بل و دیزوریلا، ۲۰۰۹؛ مک‌کلور و همکاران، ۲۰۱۰)، اختلال دوقطبی (حجاری و همکاران، ۱۳۸۵)، اختلالات اضطراب و استرس (دوگاس و همکاران، ۲۰۰۳)، افکار و انجام خودکشی (پری و همکاران، ۲۰۰۳)، اختلال پس‌ضربه (احمدی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱)، سوءاستفاده و اعتیاد به مواد (ر.ک: دریر و همکاران، ۲۰۰۵)، اختلالات شخصیت (علیلو و همکاران ۱۳۸۸؛ مک‌موران و همکاران، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۸) و سایر مشکلات طبی و روان‌شناختی (نزو و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۴۱).

همچنین در سطح بین‌فردی، تحقیقات نشان داده‌اند که توانمندی افراد در حل مسئله، موجب بهبود در موارد زیر خواهد بود: میزان سازگاری زناشویی (احمدی و همکاران، ۱۳۸۳)، سازگاری اجتماعی (بیکر، ۲۰۰۳)، کفایت اجتماعی (معتمدی و همکاران، ۱۳۹۱)، کاهش رفتار مجرمانه (مک‌موران و مک‌گور، ۲۰۰۵؛ نزو و همکاران، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۹)، روابط مثبت خانوادگی (شکوهی‌یکتا و پرنده، ۱۳۸۷)،

افزایش توان مواجهه با معضلات فردی و اجتماعی (محمودی‌راد، ۱۳۸۱)، روابط اعضا و بهزیستی خانواده (سو و شک، ۲۰۰۵)، افزایش سطح سلامت روان‌شناختی (رسول‌زاده و همکاران، ۱۳۸۲) و ارتقاء مهارت‌های اجتماعی (خوشکام و همکاران، ۱۳۸۷).

حل یک مسئله یا مشکل، در متون شیعه از دو جهت قابل بررسی است: نخست، مراحل حل توصیه شده تا طبق آن یک مسئله حل گردد. دوم، جهت‌گیری فکری نسبت به مسائل که بر حل آن تأثیر مستقیم دارد. دورنمایی از این مستندات فراوان، در ادامه فهرست می‌شوند. مراحل حل مسئله از این قرار است:

۱. کنترل هیجان، «فرد دیندار می‌اندیشد، به آرامش دست می‌یابد، ... و پایان کار را می‌نگرد، از پشیمانی در امان می‌ماند» (مفید، ۱۳۸۳ق، ص ۵۲)؛ «زمانی که مشکلی بر تو رسید، پس بنشین که برخواستن تو در مشکل موجب زیادی آن خواهد بود» (تمیمی‌آمدی، ۱۴۱۰ق، ص ۲۹۲).

۲. شناخت مسئله، «قبل از اینکه وارد مسئله‌ای شوی، توقف کن تا محل ورود و خروج آن را بشناسی و گرنه پشیمان می‌شوی» (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۳۳۳، ص ۳۰۴)؛ «تا کاری را نشناختی، شروع نکن» (تمیمی‌آمدی، ۱۴۱۰ق، ص ۷۴۳)؛ «اندیشه‌های خود را (نسبت به مسائل) متهم کنی که اعتماد به آن خطاست» (همان، ص ۱۵۸).

۳. توجه به اهداف و تشخیص موانع مسئله. توجه به اهداف نهایی در حل مسائل زندگی: «ای کسانی که ایمان آوردید خدا را یاری کنید نه هوای نفس و شیطان» (دیلمی، ۱۴۱۲ق، ج ۱، ص ۷۵). توجه به اهداف مسئله: «آنچه را که مهم نیست رها کن و مشغول امور مهم شو» (تمیمی‌آمدی، ۱۴۱۰ق، ص ۸۱۸). تشخیص موانع: «کسی که مشکل کاری را نداند، نمی‌تواند از آن دوری کند» (همان، ص ۶۵۴).

۴. تفکر و مشورت، «هرگاه خواستی کاری انجام دهی، با علم و اندیشه باشد» (طبرسی، ۱۳۷۰، ص ۴۵۸). «ایده‌های صحیح با پرواز فکر به دست می‌آید» (تمیمی‌آمدی، ۱۴۱۰ق، ص ۵۷)، «ایده‌های دیگران را با هم مخلوط کن تا نظر صحیح از آن بیرون آید، کسی که خودرأی باشد، خود را به خطر انداخته» (نوری، ۱۴۰۸ق، ج ۱۲، ص ۴۶).

۵. تصمیم‌گیری، «زمانی که بر کاری تصمیم گرفتی، به پیامدهای آن فکر کن. اگر خوب بود، سریع اقدام کن و اگر مناسب نبود، دست نگه‌دار» (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۸، ص ۱۵۰). «بشارت بده به بندگانی که نظرات را می‌شنوند و بهترین آنرا پی‌گیری می‌کنند» (زمر: ۱۷).

۶. توکل و توسل، «در امور مهم از خدا مدد بگیر» (نهج البلاغه، ص ۴۲۱). توکل درجاتی دارد. از حضرت علیؓ درباره معنای آیه «کسی که بر خدا توکل کند، خدا او را بس است» (طلاق: ۳) پرسیدند، ایشان مقام «رضا» و «تفویض» را ذکر کردند (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۴۶۷). همچنین مقام «استعانت» از دیگر درجات آن است (جوادی آملی، ۱۳۸۶، ص ۳۷۳)، امام رضاؓ درباره توسل می فرماید: «زمانی که مشکلی بر شما روی آورد با توسل به اهل بیتؓ از خداوند یاری بخواهید» (مفید، ۱۴۱۳ق، ص ۲۵۲).

۷. ارزیابی فرایند، «حفظ تجربیات گذشته (و به کار گرفتن آنها نوعی)، دوراندیشی است» (تمیمی آمدی، ۱۴۱۰ق، ص ۴۴۴).

در مقابل مراحل فوق، برخی با سبک اجتنابی مسائل را از خود دور می کنند که در متون اسلامی چند نشانه دارد: الف. سستی و تأخیر: «زمانی که سختی به تو رسید، اگر چاره‌ای داشتی از خود سستی نشان نده و اگر چاره‌ای نداشتی، بی طاقتی نکن» (ابن ابی الحدید، ۱۴۰۴ق، ج ۲۰، ص ۳۱۰). ب. نگرانی و غصه: «از دو خصلت پرهیز: بی حوصلگی و ناراحتی؛ زیرا اگر بی حوصله باشی، بر حق شکیبایی کنی و اگر ناراحتی نشان دهی، نمی توانی حقوق را ادا کنی» (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۵، ص ۸۵). ج. وابستگی، «باید در قلب تو نیازمندی به مردم و بی نیازی از ایشان هر دو با هم جمع باشد: نیازمندی به این معنی که با آنان نرم سخن گویی و گشاده‌رو باشی و بی نیازی به این معنی که عرض خویش نبری و عزت خود را پاس داری» (همان، ج ۲، ص ۱۴۹).

همچنین برخی با سبک عجله‌ای، همواره مسائل را از خود دور می کنند که در متون اسلامی نسبت به آن نیز هشدار داده شده است: «پرهیز کن از اینکه پیش از موعد در کارها شتاب کنی، یا در موعد انجام آن را ناتمام گذاری، یا در کارهایی که راه راست در آنها آشکار نیست، لجاجت به خرج دهی، یا چون وضع روشن شد سستی کنی. بنابراین، هر چیز را در جای خود قرار ده، و هر کار را در هنگام خود به انجام رسان» (نهج البلاغه، ص ۴۴۴).

با این حال، جهت گیری نسبت به مسائل زندگی، بر شیوه حل آن تأثیرگذار است. در متون اسلامی، نوع نگاه به مسائل در دو بعد قابل جمع است:

۱. اعتقاد به آزمایش یا تهدید دانستن مشکلات زندگی، قرآن کریم خوشی‌ها و سختی‌های زندگی را آزمایش الهی معرفی می کند (بقره: ۱۵۵) که موقتی هستند، نه دائمی (شرح: ۶) و با توجه دادن به اراده الهی در تقدیر آنها، تحمل آن را برای مؤمنان امکان پذیر می داند (توبه: ۵۱). البته آزمایش‌های الهی،

با در نظر گرفتن توان وجودی انسان است (بقره: ۲۸۶)؛ هر چه ایمان فرد افزایش می‌یابد، بر آزمایش‌های او نیز افزوده می‌شود (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۲۵۲). همه انسان‌ها دچار مشکل می‌شوند، اما تحمل آن برای انسان مؤمن پاداش و حمایت الهی را به همراه دارد (آل‌عمران: ۱۴۰). هدف از این آزمایش‌ها، از یک سو، رسیدن به سعادت در آخرت است (آل‌عمران: ۱۸۶) و از سوی دیگر، حل این مسائل در دنیا برای انسان‌ها سودهایی به دنبال دارد (نهیج‌البلاغه، ص ۴۱۸).

۲. خوش‌بینی یا بدبینی نسبت به مسائل، آنها که به خداوند ایمان دارند و مسائل زندگی را آزمایش الهی می‌دانند، خود را تنها ندانسته و نسبت به حمایت الهی خوش‌بین هستند (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۷۲). همچنین آنها نسبت به قول و کار مؤمنان و افرادی که خیانت نمی‌کنند، خوش‌بین هستند (تمیمی‌آمدی، ۱۴۱۳ق، ص ۲۸۳). امام علیؑ دربارهٔ خوش‌بینی نسبت به توان خود، می‌فرماید: «دانش خود را کم ندانید، در یقین خود تردید نکنید، زمانی که می‌دانید انجام دهید و زمانی که یقین دارید اقدام کنید» (نهیج‌البلاغه، ص ۵۲۴). در متون اسلامی، با عبارات مختلف بیان شده که «برای هر مشکلی راه‌حلی هست» (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۶۱۵)، اما جایی که راه‌حلی وجود ندارد، چگونگی صبر بر این مسائل خود نیز نوعی حل مسئله است (محمد بن محمد، بی‌تا، ص ۲۳۴).

پیشینهٔ تحقیقات جدید پیرامون مهارت حل مسئله، به اواخر قرن نوزدهم برمی‌گردد. در این سال‌ها، ویلیام جیمز و جان دیویی، هر یک به‌طور مستقل به مطالعه پیرامون حل مسئله پرداخته‌اند. دیویی، فرآیند برخورد با شرایط زندگی را «حل مسئله» نامید. کتاب مستقل او درباره حل مسئله در سال ۱۹۳۳ و مرحله‌ای که برای حل مسئله برشمرد، سرآغازی بر تحقیقات بعدی شد (بوتیا و اورزکو، ۲۰۰۹؛ هپنر و همکاران، ۲۰۰۴). پس از آن، مراحل مختلفی برای حل مسئله در تحقیقات مدیریتی، تربیتی و روان‌شناسی مطرح شد. اما رویکرد شناختی-رفتاری دیزورریلا و گلدفرید (۱۹۷۱) درباره حل مسئله، به دو جهت مورد پذیرش محققان و درمانگران واقع شد: نخست اینکه، پیش از ایشان تحقیقات جنبه‌های هیجانی و انگیزشی در حل مسئله را مدنظر قرار نمی‌دادند، اما از این تاریخ و به وسیله این دو روان‌شناس، ابتدا به صورت مقدمه و بعداً به عنوان یکی از ابعاد مقدم و مهم برای حل مسئله تحت عنوان «جهت‌گیری نسبت به حل مسئله» منظور شد (دانشنامه ویکی‌پدیا، ۲۰۱۳). دوم اینکه، مرحله‌ای که توسط این دو روان‌شناس پایه‌ریزی و پس از آن توسط دیزورریلا و نزو (۱۹۸۲) برای حل مسئله طراحی و تکمیل گردید، به واسطه تخصصی و مجزا بودن مراحل آن و همراه داشتن مهارت‌هایی برای هر مرحله، مورد توجه درمانگران و محققان قرار گرفت، تا بر اساس این مدل، آزمون‌های حل مسئله و تحقیقات بعدی را به جامعه علمی و درمانی عرضه کنند (هپنر و همکاران، ۲۰۰۴).

الگوی اولیه مهارت حل مسئله (دیزوریل و گلدفرید، ۱۹۷۱؛ دیزوریل و نزو، ۱۹۸۲)، دارای دو بعد مهم و تقریباً مستقل بود: ۱. نوع جهت‌گیری نسبت به مسئله. ۲. مهارت‌های حل مسئله (بعداً به نام «حل مسئله صحیح» (دیزوریل و نزو، ۱۹۹۹) و اخیراً «سبک حل مسئله» نامیده شده که شامل سبک‌های تکانشی/بی‌دقتی، اجتنابی و سبک حل مسئله منطقی است (دیزوریل و نزو، ۲۰۱۰، ص ۲۰۰).

نوع جهت‌گیری به مسئله، فرایندی فراشناختی است که در درجه اول، نقش انگیزشی - هیجانی در حل مسئله دارد و شامل مجموعه‌ای از طرحواره‌های شناختی - رفتاری مرتبط به هم است که میزان آگاهی و ارزیابی‌های فرد از مسائل موجود در زندگی او و همچنین درک و واکنش فرد را نسبت به مشکل نشان می‌دهد. در حقیقت، نشان‌دهنده جهان‌بینی فرد نسبت به مسئله است (نزو، ۲۰۰۴).

- «جهت‌گیری مثبت به مسئله»، مجموعه‌ای از شناخت‌های سازنده است که تمایل عمومی فرد را به این موارد نشان می‌دهد، ارزیابی مبارزه‌طلبی از مسئله، باور به قابل حل بودن مسئله یا خوش‌بینی به نتایج، باور خود کارآمدی در حل مسئله، باور به اینکه حل مسئله موفقیت‌آمیز نیازمند زمان، تلاش و پایداری است، تلقین خود به تعهد بر حل مسئله، به جای رهاکردن موضوع.

- «جهت‌گیری منفی نسبت به مسئله»، مجموعه‌ای از شناخت‌های ناکارآمد و بازدارنده است که همراه با گرایش‌های زیر است: مسئله را یک خطر بزرگ اجتماعی، رفتاری و یا بهزیستی ببیند، در توانایی خود و دیگران برای حل موفقیت‌آمیز مسئله تردید دارد، هیجانات منفی و آشفتگی در رؤیاریی با مسائل زندگی نشان می‌دهد و تحمل بلا تکلیفی و ناامیدی را ندارد (مک‌موران و مک‌گور، ۲۰۰۵، ص ۱۰۶).

- «سبک تکانشی/بی‌دقتی»، الگویی از حل ناکارآمد مسئله است، با این ویژگی که فرد تمایل زیادی برای اجرای تکنیک‌ها و فنون حل مسئله دارد، اما این تلاش‌ها همراه با بی‌دقتی، بی‌فکری، شتاب‌زدگی، نقص و سطح پایین هستند (رودریگز و مایدو، ۲۰۰۰).

- «سبک اجتنابی»، از دیگر الگوهای ناکارآمد است که با طفره رفتن، منفعل یا معطل ماندن و وابستگی شناخته می‌شود. افراد اجتناب‌گر، ترجیح می‌دهند تا به سمت مسئله نروند و تا جایی که امکان دارد از مسائل شخصی یا عمومی که انتظار پاسخ از ایشان می‌رود، دور شوند. ایشان به جای اینکه به سرعت به حل آن بپردازند، منتظر می‌شوند تا مسائل خودبه‌خود حل شوند و تلاش می‌کنند مشکلاتشان را به دیگری حواله کنند (واکلینگ، ۲۰۰۷).

- «حل مسئله منطقی»، شامل تلاش فرد برای تشخیص مسئله و یافتن راه‌حل‌های مؤثر یا روش‌های مقابله با آنها می‌شود. در این الگو، چهار مهارت حل مسئله معرفی می‌شود:

۱. تعریف و فرمول‌بندی مسئله با اجزاء: جست‌وجوی واقعیت‌های در دسترس، توصیف واقعیت‌ها به زبان ساده، جداسازی فرضیات از واقعیات، هدف‌گذاری واقع‌گرا و قابل دست‌یابی و تشخیص موانع؛

۲. تولید راه‌حل جایگزین به کمک تفکر خلاق و تکنیک بارش فکری؛

۳. تصمیم‌گیری با استفاده از تفکر وسیله و هدف یا تحلیل سود و زیان؛

۴. پیاده‌سازی و ارزیابی راه‌حل با چهار جزء: ترسیم نقشه اجرا، بازبینی پیامدها، ارزیابی میزان موفقیت، پاداش به خود، در صورت موفقیت و یافتن مشکل فرایند حل مسئله در صورت عدم موفقیت (گلدفرید و دیویسون، ۱۳۷۱، ص ۷۴؛ نزو و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۱۹۸).

برای سنجش این مهارت، آزمون‌های متعددی تدوین شده‌اند، به یک لحاظ، می‌توان آنها را به آزمون‌های پیامدسنج یا فرایندسنج تقسیم کرد (دیزوربلا و میدو، ۱۹۹۵). آزمون‌های فرایندی، توانمندی یا ناکارآمدی فرد را در گرایش‌های یا مهارت‌های او در حل مسئله را می‌آزمایند، اما آزمون‌های پیامدسنج، کارکرد راه‌حل‌های فرد را در موقعیت خاص و برای مسائل خاص می‌سنجند. آزمون‌هایی مانند حل مسئله اجتماعی تجدیدنظر شده (SPSI-R) نزو و دیزوربلا (۲۰۰۲)، پرسش‌نامه حل مسئله هینر و پترسون (۱۹۸۲)، جزو دسته اول به حساب می‌آیند. آزمون حل مسئله وسیله-هدف پلت و اسپرواک، جزو آزمون‌های پیامدسنج‌ها شمرده می‌شوند.

پرسش‌نامه حل مسئله مذهبی پارگامنت، پارگامنت و همکاران (۱۹۸۸) برای سنجش سه نوع سبک حل مسئله، مشارکتی با خدا، خودهدایتی و واگذاری به خدا، آزمون حل مسئله مذهبی (RPSS) را تدوین کردند. آلفای کرونباخ، برای سبک اشتراکی و خود هدایتی ۰/۹۴ و برای سبک واگذاری ۰/۹۱ به دست آمده است. در سبک حل مسئله اشتراکی، حل کننده مسئله و خداوند به صورت اشتراکی مسئله را حل می‌کنند و مسئولیت آن نیز بر هر دو خواهد بود. در مقابل، با سبک واگذاری فرد حل مسائل خود را به خداوند واگذار می‌کند و خود منتظر نتیجه می‌شود. فیلیپس و همکاران (۲۰۰۴)، سبک خودهدایتی را به دو عامل تجزیه کردند؛ ۱. «باور به رها بودن از طرف خدا»؛ ۲. «سبک حمایتی اما غیرمداخله‌ای خدا»، آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۶ و برای عامل دوم ۰/۸۷ به دست آمد. نتیجه همبستگی آزمون، باز آزمون بعد از ۱۸ روز نیز ۰/۶۳ و ۰/۷۷ برای هر یک گزارش شده است.

از سوی دیگر، برخی از این آزمون‌ها برای سنجش حل مسئله در محدوده‌های خاصی طراحی شده‌اند. مانند پرسش‌نامه حل مسئله اجتماعی برای نوجوانان، نکت و بلیک (۱۹۹۵، ۲۰۰۳)، پرسش‌نامه تکنیک‌های حل مسئله بین‌فردی، گتر و نویسکی (۱۹۸۱)، پرسش‌نامه مسائل جوانان (هولین و پالمر، ۲۰۰۶)، ارزیابی مهارت‌های حل مسئله بین‌فردی؛ دوناوه و همکاران (۱۹۹۰) و یا برای پوشش همه فرایندهای حل مسئله، مانند حل مسئله اجتماعی تجدیدنظر شده نزر و دیزوریلا، پرسش‌نامه حل مسئله هینر و پترسون و سبک‌های حل مسئله کسیدی و لانگ (۱۹۹۶).

هینر و پترسون، برای طراحی پرسش‌نامه حل مسئله، از الگوی حل مسئله گلافرید و دیزوریلا (۱۹۷۱) استفاده کرده و پنج مؤلفه را در طراحی آزمون در نظر گرفتند: جهت‌گیری نسبت به حل مسئله، تعریف مشکل، ارائه راه‌حل جایگزین، تصمیم‌گیری و ارزیابی، اما نتیجه تحلیل عاملی برای این آزمون، سه عامل نشان داد: کفایت حل مسئله، کنترل شخصی، گرایش یا اجتناب نسبت به مسئله (هینر و همکاران، ۱۹۹۷). پرسش‌نامه سبک‌های حل مسئله کسیدی و لانگ نیز تمام مؤلفه‌های حل مسئله را پوشش نمی‌دهد. همچنین به عقیده چنگ و همکاران (۲۰۰۴)، سایر آزمون‌های موجود برای سنجش حل مسئله، از ویژگی‌های روان‌سنجی کافی به‌عنوان یک ابزار مؤثر برخوردار نیستند.

باتوجه به اهمیت موضوع مهارت حل مسئله، تاکنون با توجه به منابع اسلامی، تحقیقی در رابطه با تشخیص مؤلفه‌های سازه حل مسئله و تدوین پرسش‌نامه‌ای که توانمندی افراد را در حل مسائل نشان دهد، صورت نگرفته است. بر این اساس، مسئله اساسی این پژوهش عبارت است از: ساخت پرسش‌نامه اولیه مهارت حل مسئله، مبتنی بر منابع اسلامی و بررسی روایی و اعتبار آن. ازاین‌رو، این سؤال‌ها در مورد این پرسش‌نامه بررسی شده است: از منابع اسلامی چه ساختاری برای حل مسئله برداشت می‌شود؟ پرسش‌نامه اولیه مهارت حل مسئله از دیدگاه اسلام از چه میزان روایی و اعتبار برخوردار است؟

روش پژوهش

این تحقیق، در تقسیم با ملاحظه هدف تحقیق، از نوع تحقیقات بنیادی و نظری (در مقابل کاربردی) به حساب می‌آید (دلاور ۱۳۸۰، ص ۴۸). از روش تحلیل محتوا برای بررسی، توصیف، دسته‌بندی، مقایسه، و تجزیه و تحلیل مفاهیم محتوای آشکار پیام‌های موجود در متون دینی مرتبط با «حل مسئله» به کار گرفته شده است (شریعتمداری، ۱۳۸۸، ص ۷۷). از سوی دیگر، از آنجاکه

هدف نهایی این پژوهش، ساخت یک آزمون در زمینه حل مسئله است، مستلزم ارزیابی روایی و اعتبار آن به صورت میدانی است؛ روش تحقیق در بخش دوم پژوهش، «زمینه‌یابی» «پیمایشی» خواهد بود (دلاور، ۱۳۸۴، ص ۱۷۳-۱۷۵).

افزون بر این، برای بررسی روایی و اعتبار سازه حل مسئله اسلامی، از خبرگان علوم اسلامی استفاده شده و برای تحلیل نظرات آنها از شاخص‌های آمار توصیفی و روش همبستگی استفاده شده است.

جامعه آماری این پژوهش، دانش‌پژوهان مؤسسه امام خمینی^ع در تمامی مقاطع سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳ بودند. حجم این جامعه، به‌طور تقریبی برابر ۳۰۰۰ نفر است. با توجه به اینکه این تحقیق، مراحل ابتدایی ساخت آزمون مهارت حل مسئله را پی‌گیری می‌کند و اساس روش تحلیل داده‌های این تحقیق بر همبستگی است لذا تعداد ۱۰۰ نفر از این جامعه برای این منظور کفایت می‌کند (هومن، ۱۳۸۶، ص ۲۹۹). این تعداد آزمودنی به شکل تصادفی طبقه‌ای با میانگین سنی ۲۷/۶۴ و انحراف استاندارد ۴/۰۸۶ در تحقیق شرکت کردند.

ابزار پژوهش این تحقیق، آزمون محقق ساخته‌ای است که در فرایند تحقیق اعتبار و روایی آن محاسبه می‌شود. علاوه بر این، برای محاسبه روایی ملاک برای این آزمون از نسخه تجدیدنظر شده پرسش‌نامه حل مسئله اجتماعی دیزوریل و نرو (۱۹۹۰ و ۲۰۰۲) نیز استفاده می‌شود. این آزمون از پذیرفته‌ترین پرسش‌نامه‌ها برای سنجش حل مسئله است (صالحی و همکاران، ۱۳۸۸؛ واکلینگ، ۲۰۰۷). صحت اعتبار پنج بعد SPSS-R، در نمونه‌ای از بزرگسالان (دیزوریل و همکاران، ۲۰۰۲) و نوجوانان (سادوسکی و همکاران، ۱۹۹۴) ارزیابی شد. صحت اعتبار نسخه ترجمه شده نیز با آزمودنی‌هایی از اسپانیا (رودریگز و همکاران، ۲۰۰۰) آلمان (گراف، ۲۰۰۳)، بزرگسالان چینی (سو و شک، ۲۰۰۵) به دست آمد. نسخه کامل این آزمون در ایران، توسط ثابت و همکاران (۱۳۹۰)، با آزمون همتای سبک‌های حل مسئله کسیدی اجرا شد. نتیجه این تحقیق نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ، برای عامل‌های جهت‌گیری مثبت به مسئله، جهت‌گیری منفی به مسئله، حل منطقی مسئله، سبک اجتنابی و سبک تکانشی/بی‌دقتی، به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۹۰، ۰/۸۴ و ۰/۷۱ به دست آمده است. نتایج این پژوهش، ثبات ساختار عاملی پرسش‌نامه حل مسئله اجتماعی و اعتبار آن برای سنجش حل مسئله اجتماعی در دانشجویان ایرانی را نشان می‌دهد. در تحقیق شاطریان و همکاران (۱۳۹۱)، همسانی درونی این پرسش‌نامه بالای ۰/۷ به دست آمد و نتیجه تحلیل عاملی نیز همین عوامل را نشان داده‌اند که با ترتیب بالا و با آلفای ۰/۷۲، ۰/۹۲، ۰/۹۵، ۰/۷۲ و ۰/۹۲ گزارش شده است.

برای گردآوری اطلاعات، ابتدا به شیوه توصیفی-تحلیلی در منابع اسلامی، به تشکیل پرونده علمی اقدام شد. به دلیل اهمیت و نو بودن موضوع در بخش اسلامی و نیاز به تحلیل مبنایی این سازه، با بررسی آیات روایات و تفاسیر موجود، توصیه منابع دینی به چگونگی جهت گیری و مواجهه با مسائل زندگی مورد تجزیه و تحلیل دقیق قرار گرفت و به صورت جامع ملاحظه و خانواده قرآنی- حدیثی تشکیل، سپس با استفاده از روش های تفسیری و اجتهادی مورد بررسی و تحلیل و پردازش قرار گرفت. مطابق با مستندات منابع دینی و در پاسخ به پرسش اول پژوهش، مؤلفه ها و خرده مؤلفه های زیر برای مراحل و ابعاد مهارت حل مسئله تدوین شد.

جدول ۱. فهرست مؤلفه ها و خرده مؤلفه های حل مسئله و مراحل حل مسئله بر اساس آیات و روایات

مؤلفه	خرده مؤلفه
آرام سازی: کنترل هیجانات مخرب و حفظ آرامش برای حل مسئله.	
شناخت و تعریف مسئله: منظور درک حقیقت مسئله، ارائه تعریفی دقیق از آن و شناسایی مسئله اصلی، پیش فرض های فرد و حقایق مخصوص به مسئله مورد نظر است.	تشخیص و تعریف مسئله شناسایی علل شناسایی پیش فرض ها جمع آوری اطلاعات
توجه به اهداف و تشخیص موانع مسئله: شناسایی و تعیین اهدافی که بهتر است مسئله به سمت آنها حرکت کند و همچنین موانعی که ممکن است در این مسیر وجود داشته باشد.	توجه به اهداف نهایی توجه به اهداف مسئله خاص تشخیص موانع
تفکر و مشورت: گذاشتن وقت کافی و مفید برای یافتن ایده های متنوع، نو و زیاد برای مسئله و استفاده از نقطه نظر افراد خبره.	تفکر خلاق و ارائه ایده های متنوع مشورت
تصمیم گیری: روشی منطقی برای دست یابی به راه حل نهایی با کمترین پیامد نامطلوب و تنظیم فرایند اجرایی راه حل انتخاب شده.	ارزیابی پیامد ترکیب ایده ها و انتخاب برنامه ریزی
توکل و توسل: اعتماد، اطمینان و سپردن موضوع به خداوند و استمداد از خدا و مقربین به او برای رسیدن به هدف است.	توکل دعا و توسل
ارزیابی فرایند: یافتن نقاط مثبت و منفی و پی گیری چگونگی اجرای فرایند حل مسئله.	
سبک اجتنابی: راهبردی مختل کننده و ناکارآمد در حل مسئله است که با تعلل، انفعال، وابستگی و نگرانی مشخص می شود.	سستی، اجتناب و تأخیر وابستگی نگرانی و غصه
سبک عجله ای: راهبردی ناکارآمد در حل مسئله است که با تلاش های فعلا نه برای رسیدن به هدف همراه است، اما این تلاش ها به شتاب، بی احتیاطی، و اجرای ناقص کار و مراحل منجر می شود.	

مؤلفه	خرده مؤلفه
اعتقاد به آزمایش یا تهدید دانستن مسائل زندگی: مسائل زندگی را به اراده الهی و آزمایشی برای دست یابی به فرصتهای دنیوی و اخروی بداند و یا اینکه تهدید به حساب آورد.	باور به آزمایش بودن مسائل زندگی
	باور به اراده الهی در آزمایشها (قضا و قدر)
	باور به عمومیت آزمایشها
	باور به موقتی دانستن آزمایشها
	باور به برابری آزمایشها با توان
	توجه به خیر اخروی در آزمایشها
خوش بینی یا بدبینی: داشتن نگاهی مثبت یا منفی به خود، خداوند، آینده، دیگران و نتیجه کار	خوش بینی نسبت به حمایت الهی
	خوش بینی نسبت به عمل مؤمنین و افراد غیرخائن
	خوش بینی نسبت به توان خود
	خوش بینی نسبت به حل شدن یا کنار آمدن با مسئله

دو مؤلفه آخر به عنوان جهت گیری نسبت به حل مسئله معرفی شدند، دو سبک ناکارآمد برخورد عجله‌ای با مسئله و اجتناب از مسئله و همچنین برای فرایند صحیح حل مسئله، مؤلفه‌های هفت گانه معرفی شد. برای سنجش درستی تنظیم مؤلفه‌ها و خرده مؤلفه‌ها و همخوانی با مستندات این قسمت، به همراه گویه‌ها برای ارزیابی برای هشت کارشناس علوم اسلامی و روان‌شناسی ارسال شد، تا نظر خود را در دو قسمت: الف. مطابقت مستندات با مؤلفه‌ها و خرده مؤلفه‌ها؛ ب. مطابقت گویه‌ها با مستندات ذکر شده در یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای اعلام نمایند.

یافته‌های پژوهش

هدف از این تحقیق، ساخت آزمونی است که به صورت کمی بتواند مهارت حل مسئله را براساس معیارهای مستفاد از منابع اسلامی اندازه گیری نماید. برای رسیدن به این هدف، دو پرسش: بررسی میزان روایی و اعتبار مقیاس مطرح شد. در ادامه، یافته‌های مربوط به دو پرسش مذکور ارائه می‌شود. برای بررسی روایی آزمون، از سه روش روایی محتوا، روایی وابسته به ملاک و روایی سازه استفاده شده است.

ارزیابی کارشناسان برای سنجش روایی صوری - محتوایی این پرسش‌نامه، در قسمت اول طبق ساختار لیکرت با میانگین کل ۳/۶۲ (۹۰٪)، واریانس ۰/۲ و با انحراف استاندارد ۰/۲۷۹ نشان داد که از نظر کارشناسان دین، مؤلفه‌های نظری مهارت حل مسئله اسلامی، در حد «خیلی زیاد» با آموزه‌های دینی مطابقت دارد. ضریب تطابق کندال ۰/۱۸۹، با مقدار مجذور کای ۴۵/۴۴، درجه آزادی ۳۰، در سطح

معناداری $p < 0/05$ ، $0/035$ بیانگر توافق مناسب و معنادار کارشناسان خبره، در مورد موافقت مؤلفه‌ها و خرده مؤلفه‌ها با مستندات اسلامی است و روایی بالای محتوای آزمون را می‌رساند.

میانگین نمرات کارشناسان برای قسمت دوم، یعنی مطابقت گویه‌ها با مستندات برابر با $3/51$ ($0/87$) محاسبه شد، با انحراف استاندارد $0/58$ و واریانس $0/37$. بنابراین، این گویه‌ها از نظر کارشناسان در حد «خیلی زیاد» با مستندات تطبیق دارند. ضریب کندال برای این گویه‌ها $0/170$ و مقدار χ^2 دو $134/321$ با درجه آزادی ۹۹ و در سطح معناداری $P < 0/01$ ، $0/01$ بیانگر معناداری روایی محتوای گویه‌های آزمون از نظر کارشناسان است. در این ارزیابی، تعداد ۶ گویه از ۱۰۰ گویه، نمره‌ای کمتر از ارزش ۸۰ درصد را کسب کرده و حذف شدند. پس از اعمال نظرات کارشناسان، اصلاح و جابجایی در گویه‌ها، پرسش‌نامه ۸۰ سؤالی برای اجرای اولیه آزمون آماده شد.

برای بررسی روایی وابسته به ملاک، از آزمون حل مسئله اجتماعی (SPSI-R) نرو و دیزوریل استفاده شد. با اجرای همزمان این آزمون، با آزمون محقق ساخته، به بررسی میزان همبستگی بین دو آزمون اقدام شد. نتایج نشان از همبستگی معنادار این دو آزمون در سطح $0/01$ برابر با $0/88$ دارد.

برای برآورد روایی سازه، از روش محاسبه همبستگی بین آزمون و مؤلفه‌ها استفاده شد. به لحاظ نظری، آزمون باید با مؤلفه‌ها همبستگی بالایی داشته باشد و مؤلفه‌ها با هم همبستگی اندکی داشته باشند. همان‌گونه که جدول ۵ نشان می‌دهد، این شرط تأمین شده است.

جدول ۲. محاسبه ضریب همبستگی بین آزمون و مؤلفه‌ها

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. کل آزمون	۱											
۲. کنترل هیجان	**۰/۸۱۱	۱										
۳. تعریف و تشخیص	**۰/۸۳۳	**۰/۵۹۲	۱									
۴. اهداف و موانع	**۰/۸۰۹	**۰/۶۲۰	**۰/۷۰۱	۱								
۵. تفکر و مشورت	**۰/۷۴۳	**۰/۴۷۶	**۰/۸۳۳	**۰/۵۶۲	۱							
۶. تصمیم‌گیری	**۰/۷۹۳	**۰/۵۷۲	**۰/۸۴۲	**۰/۶۶۲	**۰/۷۶۰	۱						
۷. توکل و توسل	**۰/۷۱۱	**۰/۵۰۳	**۰/۵۴۸	**۰/۵۹۶	**۰/۵۰۰	**۰/۴۷۹	۱					
۸. ارزیابی فرایند	**۰/۶۱۹	**۰/۴۵۰	**۰/۵۲۷	**۰/۵۴۱	**۰/۴۲۲	**۰/۵۲۰	**۰/۴۵۸	۱				
۹. سبک اجتنابی	**۰/۷۵۷	**۰/۶۸۴	**۰/۵۱۴	**۰/۵۴۳	**۰/۳۸۹	**۰/۴۸۱	**۰/۳۷۴	**۰/۴۵۶	۱			
۱۰. سبک عجله‌ای	**۰/۷۸۲	**۰/۶۹۱	**۰/۷۱۰	**۰/۶۱۱	**۰/۶۷۲	**۰/۷۲۴	**۰/۴۱۳	**۰/۵۱۸	**۰/۵۶۵	۱		
۱۱. آزمایش یا تهدید	**۰/۸۵۳	**۰/۶۴۹	**۰/۶۶۱	**۰/۶۵۳	**۰/۶۸۵	**۰/۶۳۴	**۰/۵۷۲	**۰/۴۰۸	**۰/۶۱۲	**۰/۶۲۲	۱	
۱۲. خوش بینی یا بدبینی	**۰/۸۶۵	**۰/۷۲۱	**۰/۵۴۱	**۰/۶۱۹	**۰/۴۶۵	**۰/۴۹۰	**۰/۶۶۹	**۰/۵۱۵	**۰/۶۹۷	**۰/۵۳۸	**۰/۸۶۵	۱

نتایج جدول فوق، بیانگر رابطه نسبتاً قوی مؤلفه‌ها با کل آزمون است. همبستگی مؤلفه‌ها با یکدیگر نسبتاً کم است که بیانگر استقلال مؤلفه‌ها از یکدیگر و اعتبار آزمون است. برای سنجش قابلیت اعتبار آزمون، از روش همسانی درونی استفاده شد. برای برآورد همسانی درونی آزمون در این پژوهش، از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد. جدول ۳، نتایج ضرایب آلفای کرونباخ آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ضرایب آلفای کرونباخ برای آزمون مهارت حل مسئله مبتنی بر منابع اسلامی

آزمون و مؤلفه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ
کل آزمون مهارت حل مسئله مبتنی بر منابع اسلامی (۷۸ گویه)	۰/۹۶
کنترل هیجان (۴ گویه)	۰/۸۳
تعریف و تشخیص (۸ گویه)	۰/۸۴
توجه به اهداف و تشخیص موانع (۶ گویه)	۰/۷۰
تفکر و مشورت (۶ گویه)	۰/۷۷
تصمیم‌گیری (۶ گویه)	۰/۸۳
توکل و توسل (۵ گویه)	۰/۷۹
ارزیابی فرایند (۲ گویه)	۰/۳۴
سبک اجتنابی (۷ گویه)	۰/۷۷
سبک عجله‌ای (۴ گویه)	۰/۶۶
اعتقاد به آزمایش یا تهدید دانستن مشکلات زندگی (۱۶ گویه)	۰/۸۵
خوش‌بینی یا بدبینی (۱۲ گویه)	۰/۸۶

تعداد دو گویه، اگرچه بر اعتبار کل آزمون بی‌اثر بودند، اما با توجه به تأثیری که بر آلفای مؤلفه «اعتقاد به آزمایش یا تهدید» داشتند از آزمون حذف گردیدند.

روش دیگر برای محاسبه اعتبار این آزمون، استفاده از روش دونیمه‌سازی اسپیرمن-براون و گاتمن بوده در جدول زیر مقادیر به دست آمده را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نمرات دونیمه‌سازی آزمون حل مسئله مبتنی بر منابع اسلامی

آلفای کرونباخ	نیمه اول	
	مقدار	تعداد گویه‌ها
۰/۹۱	۰/۹۳	۳۹
	مقدار	تعداد گویه‌ها
۰/۹۰	۰/۹۵	۳۹
	مجموع تعداد گویه‌ها	
همبستگی بین دو فرم		
ضریب اسپیرمن - براون	تساوی تعداد گویه‌ها	
	عدم تساوی تعداد گویه‌ها	
ضریب دو نیمه سازی گاتمن		

همچنین، در این تحقیق ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه حل مسئله اجتماعی نوز و دیزوریا، با داده‌های زیر به دست آمده است.

جدول ۵. ضرایب آلفای کرونباخ برای آزمون حل مسئله اجتماعی تجدیدنظر شده

ضریب آلفای کرونباخ	آزمون و مؤلفه‌ها
۰/۹۳	کل آزمون حل مسئله اجتماعی تجدیدنظر شده (۵۲ گویه)
۰/۸۶	جهت‌گیری منفی به مسئله (۱۰ گویه)
۰/۳۵	جهت‌گیری مثبت به مسئله (۳ گویه)
۰/۸۳	سبک تکانشی بی‌دقتی (۱۰ گویه)
۰/۸۰	سبک اجتنابی (۷ گویه)
۰/۹۰	حل مسئله منطقی (۲۲ گویه)

ضریب دونیمه‌سازی برای آزمون حل مسئله اجتماعی نوز و دیزوریا، برای هر دو نیمه ۰/۸۸ نشان داده شد. همچنین ضریب اسپیرمن‌براون و گاتمن نیز ۰/۸۹ به دست آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه «مهارت حل مسئله مبتنی بر منابع اسلامی» بود. نتایج سنجش روایی محتوا، ملاکی و سازه نشان داد که این آزمون روایی لازم برای سنجش مهارت حل مسئله - مطابق با آنچه از اسلام برداشت شده - را داراست. به عبارت دیگر، این آزمون برای استنباط نمره حل مسئله پاسخ‌دهنده‌گان ابزاری مفید، بامعنا و مناسب به حساب می‌آید.

اعتبار آزمون نیز با روش همسانی درونی یا ضریب آلفای کرونباخ و روش دونیمه‌سازی مورد محاسبه قرار گرفت نتایج فوق نشان دادند که پرسش‌نامه از اعتبار بالایی برخوردار است. به عبارت دیگر، ثبات، پایایی و قابلیت پیش‌بینی و دقت آزمون مورد تأیید است.

با توجه به نوع نگاه متون دینی به موضوع حل مسئله و ساختار و مراحل آن، تعریفی که برای آن برگزیده می‌شود، عبارت است از: «فرایند تنظیم خلق و مقابله مؤثر با چالش‌های پیش‌رو بدون شتاب یا اجتناب، که طی این فرایند فرد یا افراد مسئله را آزمایش الهی دانسته و با خوش‌بینی منطقی برای رسیدن به هدف مورد نظر اقدام می‌کنند». تفاوت فرایند حل مسئله در اسلام، با حل مسئله در دیدگاه شناختی رفتاری دیزوریا در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۶. مقایسه مراحل حل مسئله از نگاه اسلام و دیدگاه شناختی رفتاری دیزوریلو و گلدفرید

حل مسئله شناختی رفتاری		حل مسئله بر اساس اسلام	
اجزا	مؤلفه	خرده مؤلفه	مؤلفه
		کنترل هیجان	
جست‌وجوی واقعیت‌های در دسترس	تعریف و فرمول‌بندی مسئله	تشخیص و تعریف مسئله	شناخت و تعریف مسئله
توصیف واقعیت‌ها به زبان ساده		شناسایی علل	
جداسازی فرضیات از واقعیات		شناسایی پیش‌فرض‌ها	
هدف‌گذاری واقع‌گرا و قابل دست‌یابی		جمع‌آوری اطلاعات	
تشخیص موانع			
		توجه به اهداف نهایی	توجه به اهداف و تشخیص موانع مسئله
		توجه به اهداف مسئله خاص	
		تشخیص موانع	
تولید راه‌حل جایگزین		تفکر خلاق و ارائه ایده‌های متنوع	تفکر و مشورت
		مشورت	
تصمیم‌گیری ارزیابی پیامدهای مثبت و منفی		ارزیابی پیامد	تصمیم‌گیری
		ترکیب ایده‌ها و انتخاب	
		برنامه‌ریزی	
		توکل	توکل و توسل
		دعا و توسل	
ترسیم نقشه اجرا	پیاده‌سازی و ارزیابی راه‌حل		
بازبینی پیامدها			
ارزیابی میزان موفقیت			
پاداش یا جریمه			

به عقیده فیلیپس، پارگامنت و همکاران (۲۰۰۴)، سبک صحیح حل مسئله - طبق باورهای مسیحیت - «سبک مشارکتی» است که با اعتماد به نفس و رضایت از زندگی رابطه مثبت داشته و با اضطراب و افسردگی همبستگی منفی نشان داده است. این نتایج، برای «سبک‌های واگذاری به خداوند و اعتقاد به رهاشده‌گی» از سوی خداوند برعکس به دست آمده است.

این ادعا که خداوند در افعال انسان به صورت عرضی شراکت دارد، شرک به خدا بوده و این مدعا بر خداوند محال است (جوادی‌آملی، ۱۳۸۳، ص ۵۸۱). همچنین طبق این دیدگاه، انسان مجبور به اراده خدا نیست تا مسائل خویش را به خدا واگذارد (همان)، یا طبق سبک خودهدایتی و اجزاء آن، انسان در این دنیا رها شده نیست، چه با نظارت و حمایت الهی یا بدون آن، تا همه افعال او تنها به اراده انسان صورت بگیرد، بلکه علم و اراده خدا در طول اراده، انسانی بر وقوع فعل دخالت دارد (همان، ص ۴۴۷-۴۵۰).

بر اساس منابع اسلامی خداوند انسان‌ها را در معرض آزمایش‌های متنوع و متعددی قرار می‌دهد (انبیاء: ۳۵؛ بقره: ۱۵۵). ممکن است محکم‌ترین حل مسائل انسان‌ها را بی‌نتیجه کند تا میزان ایمان و توکل آنها را بیازماید (سیدرضی، ۱۴۰۴ق، ص ۵۵۶). در مقابل، خداوند تبارک و تعالی توصیه می‌کند با بهره‌گیری از توکل و خوش‌بینی واقع‌بینانه مسائل خویش را به بهترین و متقن‌ترین شکل حل کنند و نتیجه را به خداوند بسپارند (طلاق: ۳؛ کهف: ۲۳-۲۴؛ کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۷۲ و ج ۵، ص ۵۷).

از محدودیت‌های این پژوهش، عدم امکان بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در نمونه گسترده‌تر با جامعه آماری متفاوت، برای غنای ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون و سنجش عامل‌های آن در فرایند تحلیل عاملی بود.

پیشنهاد می‌شود تا تحقیقاتی پیرامون موانع حل مسئله، راهبردهای اجرایی حل مسئله و مقدمات حل مسئله با توجه به منابع اسلامی صورت گیرد، تا مهارت مهم حل مسئله برای فرایند درمان، آموزش و اجرا هرچه بیشتر تبیین شده و مورد استفاده قرار بگیرد.

منابع

نهج البلاغه، ۱۴۱۴ق، محقق فیض الاسلام، قم، هجرت.

ابن ابی الحدید، عبدالحمید بن هبه الله، ۱۴۰۴ق، شرح نهج البلاغه لابن ابی الحدید، محقق ابراهیم، محمد ابوالفضل، قم، کتابخانه آیت الله مرعشی نجفی.

ابن شعبه حرانی، حسن بن علی، ۱۳۶۳، تحف العقول، تصحیح علی غفاری، قم، جامعه مدرسین.

احدی، بتول و همکاران، ۱۳۸۸، «تأثیر آموزش حل مسئله اجتماعی بر سازگاری اجتماعی و عملکرد تحصیلی

دانش آموزان کم‌رو»، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال نهم، ش ۳، ص ۱۹۳-۲۰۲.

احمدی، خدابخش و همکاران، ۱۳۸۳، «بررسی تأثیر حل مشکل خانوادگی بر کاهش ناسازگاری زوجین»،

روان‌شناسی، سال هشتم، ش ۳۲، ص ۳۸۹-۴۰۳.

احمدی زاده، محمدجواد و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی درمان حل مسئله، مواجهه‌سازی و ترکیبی بر سازگاری جانبازان

مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ»، طب نظامی، دوره چهاردهم، ش ۳، ص ۱۷۸-۱۸۵.

بیانی، علی اصغر و علی بیانی، «ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه سیاهه حل مسئله اجتماعی (SPSI, RS)،

روان‌شناسی تحولی، سال هفتم، ش ۲۶، ص ۱۴۷-۱۵۴.

پسندیده، عباس، ۱۳۹۰، رضایت از زندگی، چ دهم، قم، دارالحدیث.

تیمی آمدی، عبدالواحد، ۱۴۱۰ق، غررالحکم و دررالکلم، تحقیق سیدمهدی رجایی، قم، دارالکتب.

ثابت، مهرداد و همکاران، ۱۳۹۰، «ساختار عاملی روایی و اعتبار مقیاس سنجش حل مسئله اجتماعی فرم بلند تجدید

نظر شده»، پژوهش اجتماعی، سال چهارم، ش ۱۳، ص ۱۴۳-۱۵۶.

جوادی آملی، عبدالله، ۱۳۸۳، توحید در قرآن، قم، اسراء.

_____، ۱۳۸۶، مراحل اخلاق در قرآن، قم، تحقیق علی اسلامی، چ هفتم، قم، اسراء.

حجاری، سارا و همکاران، ۱۳۸۵، «بررسی اثربخشی گروهی حل مسئله بر میزان سازگاری زنان مبتلی به اختلال

دوقطبی»، تحقیقات علوم رفتاری، دوره چهارم، ش ۲، ص ۵۲-۵۸.

خوشکام، زهرا و همکاران، ۱۳۸۷، «اثربخشی حل مسئله گروهی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با آسیب بینایی»،

پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال هشتم، ش ۲، ص ۱۴۱-۱۵۶.

دلاور، علی، ۱۳۸۴، احتمالات و آمار کاربردی در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران، رشد.

_____، ۱۳۸۰، مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران، رشد.

دیلمی، حسن بن محمد، ۱۴۱۲ق، ارشاد القلوب إلی الصواب، قم، الشریف الرضی.

رسول‌زاده طباطبائی، سیدکاظم و همکاران، ۱۳۸۲، «بررسی رابطه شیوه‌های حل مسئله و سلامت روان‌شناختی»،

روان‌شناسی، ش ۲۵، ص ۳-۱۶.

زارغان، مصطفی و همکاران، ۱۳۸۶، «رابطه هوش هیجانی سبک‌های حل مسئله و سلامت عمومی»، روان‌پزشکی و

روان‌شناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، ش ۲، ص ۱۶۶-۱۷۲.

- سرمد، بازرگان، حجازی، ۱۳۸۵، *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*، تهران، آگه.
- شاطریان، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم تجدیدنظر شده پرسش‌نامه حل مسئله اجتماعی در میان دانشجویان رشته ریاضی»، *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، دوره دوم، ش ۸، ص ۱-۱۲.
- شریعتمداری، مهدی، ۱۳۸۸، *تحقیق و پژوهش در علوم رفتاری*، تهران، کوهسار.
- شکوهی یکتا، محسن و اکرم پزند، ۱۳۸۷، «آموزش حل مسئله به مادران و تأثیر آن بر روابط خانوادگی»، *خانواده پژوهی*، سال چهارم، ش ۱۳، ص ۵-۱۶.
- صالحی، مهدیه و همکاران، ۱۳۸۸، «تعیین ساختار عاملی مقیاس سنجش حل مسئله اجتماعی فرم کوتاه تجدیدنظر شده»، *تحقیقات روان‌شناختی*، دوره اول، ش ۳، ص ۲۵-۳۹.
- طبرسی، حسن‌بن فضل، ۱۳۷۰، *مکارم الأخلاق*، چ چهارم، قم، شریف رضی.
- علیلو، مجید محمود و همکاران، ۱۳۸۸، «بررسی ارتباط ویژگی‌های شخصیتی (اختلالات شخصیت) و سبک‌های حل مسئله در زندانیان مجرم»، *دانشور رفتار*، سال شانزدهم، ش ۳۴، ص ۶۱-۶۹.
- قورچیان، نادر قلی، ۱۳۷۹، *جزئیات روش‌های تدریس*، تهران، اندیشه.
- کلینی، محمدبن یعقوب، ۱۴۰۷ق، *اصول کافی*، تهران، دارالکتب الاسلامیه.
- گلدفرید، ماروین آر. و جرالده سی دیویسون، ۱۳۷۱، *رفتار درمانی بالینی*، ترجمه سیداحمد احمدی علون‌آبادی، تهران، نشر دانشگاهی.
- محمدبن محمد، ابن‌اشعث، بی‌تا، *جعفریات*، تهران، مکتبه نینوی.
- محمدی، نوراله، ۱۳۸۳، «رابطه سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی»، *روان‌شناسی*، سال هشتم، ش ۳۲، ص ۳۲۲-۳۳۶.
- محمدی و صاحبی، ۱۳۸۰، «بررسی سبک‌های حل مسئله در بیماران افسرده و مقایسه آن با افراد نرمال»، *علوم روان‌شناختی*، ش ۱، ص ۲۴-۴۲.
- محمودی‌راد، مریم، ۱۳۸۱، «بررسی نقش آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله اجتماعی در ارتقای سطح عزت‌نفس و رابطه آن با کارکردهای هوشی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان»، *بیماری‌های کودکان ایران*، ش ۱۳، ضمیمه.
- مصباح، محمدتقی، ۱۳۸۳، *آموزش فلسفه*، چ ششم، تهران، بین‌الملل.
- معمتمدی، سیدهادی و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر آموزش مهارت‌های حل مسئله بر افزایش کفایت اجتماعی نوجوانان دختر»، *پژوهش اجتماعی*، سال چهارم، ش ۱۴، ص ۱۸-۲۹.
- مفید، محمدبن محمد، ۱۴۱۳ق، *امالی*، تحقیق استاد ولی و غفاری، بی‌جا، نشر کنگره شیخ‌مفید.
- نشاط‌دوست، حمیدطاهر و همکاران، ۱۳۸۰، «اثربخشی آموزش روش حل مسئله در کاهش علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی»، *تازه‌های علوم شناختی*، سال سوم، ش ۳، ص ۴۶-۵۲.
- نوری، حسین‌بن محمدتقی، ۱۴۰۸ق، *مستدرک الوسائل*، قم، آل‌البیت ع.
- هومن، حیدرعلی، ۱۳۸۶، *شناخت روش علمی در علوم رفتاری*، تهران، سمت.

- Allen, S. M, & et al, 2002, A problem solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma: A randomized controlled trial, *Cancer*, v. 94, p. 3089-3100.
- Baker. Sarah, 2003, A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health, and academic motivation and performance, *Personality and Individual Differences*, v. 35, p. 569-591.
- Bell, A. C, & D’Zurilla, T. J, 2009, Problem- solving therapy for depression: A meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, v. 29, p. 348-353.
- Belzera, D’Zurilla, Maydeu-Olivares, Social problem solving and trait anxiety as predictors of worry in a college student population, *Personality and Individual Differences*, 33, 2002.
- Black, Frauenknecht, 1995, Social Problem-Solving Inventory for Adolescents (SPSI-A): development and preliminary psychometric evaluation, *Journal of Personality Assessment*, v. 12, p. 145-157.
- Botía, M. L, & Orozco, L. H, 2009, Critical Review of Problem Solving Processes Traditional Theoretical Models, *International Journal of Psychological Research*, v. 2, N. 1, P. 67-72.
- Cassidy Tony, and Clive Long, 1996, Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure, *British Journal of Clinical Psychology*, Volume 35, Issue 2, pages 265–277.
- Cassidy, T, 2002, Problem solving style, achievement motivation, psychological distress and response to a simulated emergency, *Counseling Psychology Quarterly*, v. 15, N. 4, p. 325-332.
- Chang, E. C, & et al, 2004, (eds), Social problem solving: Theory, research and training, Washington, DC: American Psychological Association.
- Cook. Bryan G, 2012, *Classroom behavior, contexts, and interventions*, Bingley, UK: Emerald.
- D’Zurilla, & Nezu, 2010, problem-solving therapy, Handbook of Cognitive behavior Therapy, Dobson, Third Edition, Guilford press.
- D’Zurilla, & Thomas J, 2011, Alberto Maydeu-Olivares, David Gallardo-Pujol, Predicting social problem solving using personality traits, *Personality and Individual Differences*, v. 50, 142–147.
- D’Zurilla, T. J, & et al, 2002, "Social Problem- Solving Inventory Revised: Technical manual", North Tonawanda, NY: Multi- Health Systems
- D’Zurilla, T. J, & Nezu, A, 1982, "Social problem solving in adults", *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, v. 1, p. 202–274.
- D’Zurilla, T. J, & Nezu, A. M, 1999, "Problem- solving therapy: A social competence approach to clinical intervention", 2nd ed, New York: Springer.
- Donahoe, Clyde P, & et al, 1990, Assessment of interpersonal problem-solving skills, *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, v. 53, p. 329-339.
- Dreer, L. E, & et al, 2005, *Social problem solving, personality disorder, and substance abuse*, Chichester, UK: Wiley.
- Dugas, M. J, & et al, 2003, Group cognitive- behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 71, p. 821-825.
- D’Zurilla, T. J, & Goldfried, M. R, 1971, Problem-solving and behavior modification, *Journal of Abnormal Psychology*, V. 78, P. 107-126.

- Frauenknecht, M., & Black, D.R., 2004, Problem-solving training for children and adolescents, In E. C. Chang, T. J. D’Zurilla, & L. J. Sanna (Eds.), ***Social problem solving: Theory, research, and training*** (pp. 153–170), Washington, DC: American Psychological Association.
- Getter, H., & Nowinski, J.K., 1981, A free response test of interpersonal effectiveness, ***Journal of Personality Assessment***, v. 45, p. 301-308.
- Glynn, S. M., & et al, 2002, Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: Effects on social adjustment of patients with schizophrenia, ***American Journal of Psychiatry***, v. 159, p. 829-837.
- Graf, A., 2003, "A psychometric test of a German version of the SPSI-R". ***Diagnostische Psychologie***, v. 24, p. 277–291.
- Helen C. Wakeling, The Psychometric Validation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised with UK Incarcerated Sexual Offenders, ***Sex Abuse***, 19, 2007.
- Heppner Paul, & et al, 2004, Problem-Solving Appraisal and Human Adjustment A Review of 20 Years of Research Using the Problem Solving Inventory, ***The Counseling Psychologist***, v. 32, N. 3, p. 344-428
- Heppner, P., & ET AL, 1997, Applications of the Problem Solving Inventory, ***Measurement and Evaluation in Counseling and Development***, v. 29, N. 4, p. 229-241.
- Hollin Clive R., & Emma J. Palmer, 2006, Criminogenic need and women offenders: A critique of the literature, ***Legal and Criminological Psychology***, v. 11, p. 179–195.
- Lamanna & Marilyn Stern, 2012, A brief problem solving intervention for caregivers of children with cancer, Virginia Commonwealth University.
- Lieberman, R. P., & et al, Training in social problem solving among persons with schizophrenia, ***Psychiatric Services***, v. 52, p. 31-33.
- Malouff, J. M., & et al, 2007, The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis, ***Clinical Psychology Review***, v. 27, p. 46-57.
- Maydeu-Olivares, A., & et al, 2000, Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory— Revised (SPSI-R), ***Personality and Individual Differences***, v. 29, p. 699–708.
- McClure. Kelly S., & et al, 2010, Social problem solving and depression in couples coping with cancer, ***Psycho-Oncology***, v. 21, p. 11-19.
- McFillin, & Roger K, 2009, The Social Problem-solving Approach of Adolescent Females Diagnosed with an Eating Disorder: Toward a Greater Understanding of Control PCOM Psychology Dissertations.
- McMurrin Mary, & et al, 2001, Conor Duggan and Andrew Latham Stop & Think: social problem solving therapy with personality disordered offenders, ***Criminal Behavior and Mental Health***, v. 11, P. 273–285.
- McMurrin Mary, & et al, 2008, The role of social problem solving in improving social functioning in therapy for adults with personality disorder, ***Personality and Mental Health***, v. 2, p. 1–6.
- McMurrin, M., & McGuire, J, 2005, (Eds), Social problem solving and offending: Evidence, evaluation and evolution, Chichester, UK: Wiley.
- Meyers Frederick J., & et al, 2011, Effects of a Problem-Solving Intervention (COPE) on Quality of Life for Patients with Advanced Cancer on Clinical Trials and their Caregivers: Simultaneous Care Educational Intervention (SCEI) linking Palliation and Clinical Trials, ***Journal of palliative medicine***, v. 14, N. 14, p. 465-473.

- Nezu, C. M, & et al, 2009, Problem- solving therapy for sexual offenders: A randomized clinical trial, Manuscript submitted for publication.
- Nezu. A. M, & et al, 2012, ***Problem-Solving Therapy A Treatment Manual***, Springer.
- Nezu. A. M, 2004, Problem Solving and Behavior Therapy Revisited, ***Behavior therapy***, v. 35, p. 1-33.
- Nezu. C. M, & et al, 2005, Social problem solving correlates of sexual deviancy and aggression among adult child molesters, ***Journal of Sexual Aggression***, v. 11, p. p. 27-36.
- Pargament. Kenneth I, Joseph Kennell, William Hathaway, Nancy Grevengoed, Jon Newman and Wendy Jones, Religion and the Problem-Solving Process: Three Styles of Coping, ***Journal for the Scientific Study of Religion***, v. 27, No. 1, pp. 90-104, 1988
- Perri, M. G, & et al, 2001, Relapse prevention training and problem- solving therapy in the long-term management of obesity, ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, v. 69, p. 722-726.
- Perry. S, & et al, 2003, Risk of suicide ideation associated with problem-solving ability and attitudes toward suicidal behavior in university students, ***Crisis***, v. 24, p. 160-167.
- Phillips. Russell E, & et al, 2004, Self-Directing Religious Coping: A Deistic God, Abandoning God, or No God at All?, ***Journal for the Scientific Study of Religion***, v.43, N. 3, p. 409-418.
- Rath. Joseph. F, & et al, 2011, Clinical Applications of Problem-Solving Research in Neuropsychological Rehabilitation: addressing the Subjective Experience of Cognitive Deficits in Outpatients with Acquired Brain Injury, ***Rehabilitation Psychology***, v. 56, N. 4, p. 320–328.
- Rodríguez Antoni, & Albert Maydeu-Olivares, 2000, Impulsive/careless problem solving style as predictor of subsequent academic achievement, ***Personality and Individual Differences***, v. 28, p. 639-645.
- Sadowski, C, 1994, Psychometric properties of the Social Problem- Solving Inventory (SPSI) with normal and emotionally disturbed adolescents, ***Journal of Abnormal Child Psychology***, v. 22, p. 487–500.
- siu Andrew, M. H, shek. anddaniel T, 2005, Relations between social problem solving and indicators of interpersonal and family well-being among chinese adolescents in hong kong, ***social indicators research***, v. 71, p. 517-539.
- Siu, A.M.H, & Shek, D.T.L, 2010, "Social problem solving as a predictor of well-being in adolescents and young adults", ***Social Indicators Research***, v. 95, p. 393-406.
- Sternberg Robert, & Davidson Janet, 2003, ***The Psychology of Problem Solving***, Cambridge University Press.
- Wakeling. Helen C, 2007, "The Psychometric Validation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised with UK Incarcerated Sexual Offenders", ***Sex Abuse***, v. 19, N. 3, p. 217-236.

مقایسه کارآمدی مداخلات اسلامی و درمان شناختی - رفتاری توسعه یافته در افزایش رضایت زناشویی زوجها

msalarifar@rihu.ac.ir

محمد رضا سالاری فر / استادیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

سیدجلال یونسی / استادیار دانشگاه علوم بهزیستی تهران

محمدحسین شریفی نیا / استادیار روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

حمیدرضا حسن‌آبادی / استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی

دریافت: ۱۳۹۳/۹/۸ - پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۹

چکیده

این تحقیق درصدد مقایسه کارآمدی مداخلات اسلامی در زوج‌درمانی با زوج‌درمانی شناختی - رفتاری توسعه یافته در افزایش رضایت زناشویی زوج‌هاست. تدوین زوج‌درمانی اسلامی بر اساس روش اجتهادی رایج در علوم اسلامی صورت گرفته است. روش «شناختی - رفتاری» از آثار ایشاتین و باکوم برگرفته شده است. در مقایسه آماری دو رویکرد، از آزمون تحلیل «واریانس مکرر یا اندازه‌های وابسته» استفاده شد. زوج‌درمانی اسلامی در پنج بخش مداخله‌های شناختی، عاطفی، رفتاری، ساختاری (توزیع قدرت، حقوق زوجین و مرزها بر اساس فقه اسلامی) و معنوی (توصیه‌های اعتقادی، اخلاقی و عبادی) ارائه گردید. بررسی آماری نشان داد که هر دو روش تأثیر معناداری در افزایش رضایت زناشویی زوجها دارند، ولی تفاوت معناداری بین کارآمدی دو روش به دست نیامد. همچنین زیرمقیاس‌های سازگاری شخصیتی، ارتباط همسری، تعارض، و اوقات فراغت در اثر دو روش تغییر معنادار داشتند، ولی بین دو روش تفاوت معناداری مشاهده نشد.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی اسلامی، روش شناختی - رفتاری توسعه یافته، رضایت زناشویی.

روابط زن و شوهر به عنوان ارکان خانواده، سامان‌دهنده روابط سایر اعضای خانواده است و رضایت این دو از روابط خویش، نه تنها بر سلامت روانی همسران و فرزندان، بلکه بر بهداشت روانی جامعه اثر فراوان دارد. اختلافات زوجین و افزایش طلاق امری نگران‌کننده در همه جوامع، از جمله ایران است. امروزه شیوه‌های متعددی برای درمان مشکلات ارتباطی زوجها ارائه شده است (هاروی، ۱۳۸۸، ص ۲۴). رویکرد «شناختی - رفتاری» یکی از این روش‌هاست که از نظریه‌های رفتاری و دیدگاه‌های شناختی برخی مانند الیس منشعب شده است (داتیلیو، ۱۳۹۰، ص ۲۰). این نظریه بر هر دو جنبه شناخت و رفتار تأکید دارد و بر الگوهای تعاملی خانواده متمرکز می‌شود. در این رویکرد، شناخت‌های افراد نسبت به اعضای خانواده، و نقش‌ها و مسئولیت‌های افراد در خانواده بررسی می‌شود. همچنین اسنادها و باورهای افراد درباره رویدادهای خانواده تجزیه و تحلیل می‌شود. این روش از عناصر معمول در رفتاردرمانی مانند آموزش تقابل تقویت، برقراری ارتباط، حل مسئله، توافق در تغییر رفتار و تعیین تمرین‌ها استفاده می‌کند. مداخلات شناختی نیز به منظور ارزیابی شناخت‌های آنها به کار گرفته می‌شود (نیکولز، ۱۳۸۷، ص ۵۰۸). / اپشتاین و باکوم (۲۰۰۲) روش شناختی - رفتاری توسعه‌یافته‌ای برای درمان مشکلات زوجها به کار برده‌اند که به عواطف در ردیف رفتار و شناخت، اهمیت داده می‌شود.

به کارگیری این روش در ایران با وجود موفقیت، چالش‌هایی را نیز در بر دارد. قواعد و اصول زندگی زوجها ایرانی معمولاً بر اساس فرهنگ اسلامی است. روش شناختی - رفتاری در جامعه آمریکا شکل گرفته است و نمی‌توان آن را آزاد از فرهنگ تلقی کرد. البته نکته مهم‌تر در همه جوامع انسانی، امر دین و معنویت است که روش شناختی - رفتاری اصلاً به آن نپرداخته است. از دهه ۹۰ میلادی، محدودیت‌های روان‌پزشکی نوین متخصصان را علاقه‌مند به معنویت در روان‌درمانی کرد و نقش معنویت در روان‌شناسی و درمان خانواده و مشاوره زوج‌ها، توجه بسیاری را به خود جلب کرد (سرلاین (Serlin)، به نقل از هاروی، ۱۳۸۸، ص ۵۰۱).

با توجه به نقش مهم معنویت و دین در ازدواج و روابط زناشویی و نیز پای‌بندی بیشتر زوجها ایرانی به دین اسلام، لازم است نگاه اسلامی در مداخلات تضمین شود. دین اسلام برای مسائل مهم زندگی، از جمله تلقی زن و مرد از پیوند زناشویی؛ اهداف ازدواج از نظر آنان؛ معنا، قواعد و قوانین زندگی زناشویی؛ و حقوق زن و شوهر و وظایف آنها؛ و رفتارها و روابط همه‌جانبه زن و شوهر، که اخلاقیات در آن تعیین‌کننده است، پاسخ‌های اساسی دارد. معنویت منظور نظر اسلام با اجرای

آموزه‌های این دین در همه ابعاد فوق دست یافتنی است. این تحقیق با استفاده از مداخلات اسلامی، برای حل مشکلات زوج‌ها (سالاری فر و همکاران، ۱۳۹۲)، به دنبال بررسی کارآمدی این روش در مقایسه با زوج درمانی شناختی - رفتاری توسعه یافته و پاسخ به این پرسش است که کدام یک از دو روش اسلامی و شناختی - رفتاری، در افزایش رضایت زناشویی زوج‌ها مؤثرتر است؟

پژوهش‌های متعددی نیز درباره زوج درمانی شناختی - رفتاری در ایران صورت گرفته است. برخی از این تحقیقات عبارتند از: اعتمادی (۱۳۸۵)، آتش‌پور و آقایی (۱۳۸۳)، امانی یونسی و طالقانی (۱۳۸۳)، فرقانی (۱۳۸۰)، نیکخواه و محمدیان (۱۳۸۳) و زاده‌شوش و همکاران (۱۳۹۰). وکیل نظری (۱۳۹۰) روش اِپستاین و باکوم را در تحقیق خود، تحت عنوان «زوج درمانی شناختی - رفتاری غنی شده برای درمان زوج‌ها» به کار گرفت و اثربخشی آن را با روش «زوج درمانی تلفیقی - رفتاری» مقایسه کرد. برخی تحقیقات روش «شناختی - رفتاری» را با روش اسلامی تلفیق کرده یا به مقایسه این دو پرداخته‌اند. فتوحی بناب (۱۳۸۸) اثربخشی آموزش رویکردهای زوج درمانی شناختی - رفتاری اسلامی و تحلیل رفتار متقابل را بر سازگاری زوج‌های ناسازگار بررسی کرده است. جمشیدی (۱۳۹۰)، به بررسی اثربخشی توانمندسازی کارکردی زوجین به صورت گروهی بر رضایتمندی زناشویی مبتنی بر رویکرد اسلامی پرداخته است.

در برخی تحقیقات، از آموزه‌های اسلامی در زوج درمانی استفاده شده است. یونسی و شیرینی (۱۳۸۷) برای اصلاح نگرش‌های منفی زوج‌ها، از آیات قرآن در خصوص بدگمانی بهره برده‌اند. همچنین از آیات قرآنی برای کاهش قدرت‌طلبی و مسابقه قدرت بین زوجین و مقابله با تفکر قطعی‌نگر، که از عوامل مهم تعارض‌های زناشویی است، می‌توان بهره برد (همان). سالاری فر (۱۳۸۹) در درمان خشونت خانگی مردان، شیوه شناختی - رفتاری ویژه‌ای با استفاده از آموزه‌های اسلام ارائه کرده است. در خصوص رضایتمندی زناشویی نیز پژوهش‌هایی با ابعاد اسلامی صورت گرفته که برخی از آنها عبارت است از: دانش (۱۳۸۳)، احمدی و فاتحی زاده (۱۳۸۴)، اولیا (۱۳۸۷)، روحانی و معنوی پور (۱۳۸۷)، نیکویی و سیف (۱۳۸۴)، پورمحسنی (۱۳۸۹). صفوری (۱۳۸۸) درباره کارآمدی خانواده از دیدگاه اسلام آزمون ساخته است. حسن زاده (۱۳۸۸) به تدوین زوج درمانی گروهی معنوی - مذهبی با تکیه بر مفاهیم اسلامی پرداخته و تأثیر آن را با الگوی مک مستر (Mc Master) با تکیه بر روش شناختی - رفتاری در افزایش عملکرد خانواده مقایسه کرده است. او با استفاده از ۱۷ اصل از اصول بهداشت روانی (ر.ک: حسینی، ۱۳۸۰)، روشی برای آموزش

گروهی زوجین ابداع کرده است. این تحقیق روش اسلامی جدیدی را، که دارای ابعاد شناختی، رفتاری، عاطفی، ساختاری و معنوی است برای درمان مشکلات ارتباطی زوج‌ها به کار گرفته است (سالاری فر و همکاران، ۱۳۹۲). پژوهش‌های قبلی از چند بعد محدود از آموزه‌های اسلامی، مانند اخلاق یا اعتقادات استفاده کرده است، ولی این تحقیق بر ابعاد مهم دیگری مانند حقوق زوجین و رفتارهای عبادی در خانواده تأکید دارد. مداخلات اسلامی در این تحقیق، عبارت از هرگونه آموزه‌ای در متون اسلامی (قرآن و کلمات معصومان علیهم‌السلام) است که می‌تواند در بهبود روابط زوجین و اصلاح مشکلات ارتباطی آنان مؤثر باشد. لازم بود این روش با روشی که کارآمدی‌اش در تحقیقات ثابت شده است، مقایسه شود. بدین منظور، روش «شناختی - رفتاری توسعه یافته» باکوم و /پشتاین (۲۰۰۲) در نظر گرفته شد که از کتاب و آثار ایشان برداشت گردید.

روش پژوهش

برنامه زوج‌درمانی شناختی - رفتاری توسعه یافته با استفاده از آثار /پشتاین و باکوم و عمدتاً کتاب دوم آنها (۲۰۰۲)، به علاوه آثار داتلیو، که به این دو نزدیک است، تدوین گردیده. برای مقایسه «زوج‌درمانی اسلامی» و «زوج‌درمانی شناختی - رفتاری توسعه یافته» از روش‌های کمی استفاده شده است. طرح تحقیق در این پژوهش، طرح میان‌گروهی از نوع «آزمایشی» است که شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه مقایسه می‌شود. با این طرح، می‌توان برخی عوامل تهدیدکننده اعتبار درونی مانند پیشینه، آزمون و رشد را مهار کرد (گال و همکاران، ۱۳۸۳، ص ۸۵۸). متغیر مستقل به صورت مقوله‌ای و در دو سطح است. این دو سطح همان دو روش «زوج‌درمانی اسلامی» و «زوج‌درمانی شناختی - رفتاری توسعه یافته» /پشتاین و باکوم است. متغیر وابسته سطح رضایت زناشویی است که با شیوه کوتاه آزمون رضایت زناشویی (۴۷ سؤالی) سنجیده می‌شود.

زوج‌ها به طور تصادفی در دو گروه مستقل (دو گروه کاربندی) جا داده شدند و با مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون، کارآمدی هر روش تعیین و سپس با تحلیل آماری، میانگین دو گروه مقایسه گردید. با در نظر گرفتن دو روش درمان، عامل «جنسیت» (متغیرهای مستقل) با اندازه‌گیری رضایت زناشویی، می‌توان طرح این تحقیق را p.q.r با تکرار روی یک عامل دانست. البته به اعتبار اینکه هر زن و مرد به صورت یک زوج وارد درمان شدند، می‌توان طرح را به صورت دو گروه و دوبار اندازه‌گیری عنوان کرد.

جامعه آماری عبارت از زوج‌های دارای مشکلی که به مراکز مشاوره قم مراجعه می‌کردند و محقق در آنها به مشاوره می‌پرداخت. برای اجرای دو روش زوج‌درمانی، ۱۰ زوج داوطلب (زن و شوهر) که هر دو موافق به شرکت در برنامه زوج‌درمانی بودند و از مشکلات ارتباطی رنج می‌بردند، انتخاب گردید. این زوج‌ها با اعلام عمومی در مراکز روان‌درمانگری در قم، که محقق با آنان همکاری دارد، از میان داوطلبان، به عنوان نمونه در دسترس انتخاب شدند. زوج‌های دارای اختلال شخصیت در برنامه وارد نشدند و فقط زوج‌هایی که مشکلات رفتاری و ارتباطی داشتند و نمره‌شان نشان از نارضایتی زناشویی داشت، انتخاب شدند. سطح تحصیلات زوج‌ها نزدیک به دیپلم و بالاتر و مدت ازدواج آنها از ۱ سال تا ۱۰ سال بود. سپس زوج‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی ۵ زوجی جا داده شدند.

در این پژوهش، برای نحوه روابط زوجین و نوع ارتباط آنها، از شاخص رضایت زناشویی استفاده شد. الگوهای ارتباطی می‌تواند میزان رضایت زناشویی را تعیین کند، تا جایی که بیش از ۹۰ درصد زوج‌های آشفته این مشکلات را مسئله اصلی در رابطه خود بیان می‌کنند (برنشتاین، ۱۳۸۰، ص ۱۴۵). علاوه بر این، برای تعریف و سنجش مشکلات ارتباطی، رضایت زناشویی به عنوان معیار نهایی در نظر گرفته می‌شود (هالفورد، ۱۳۸۷، ص ۱۸). به علتی که ذکر شد، آزمون «رضایت‌مندی زناشویی» (ENRICH)، که برای سنجش پربارسازی و تقویت رابطه و خشنودی زوجین به کار می‌رود، برای اندازه‌گیری سطح رضایت زناشویی قبل و بعد از انجام دو برنامه زوج‌درمانی انتخاب شد. در جلسه اول و پس از پایان جلسات، سطح رضایت زناشویی هر یک از زوجین با آزمون رضایت زناشویی (۴۷ سؤالی) سنجیده شد. در هنجاریابی این آزمون در ایران، همبستگی درونی این شیوه ۰/۹۵ محاسبه و گزارش شد (رک: سلیمانیان و نوابی‌نژاد، ۱۳۷۳). ضریب آلفای این آزمون برای خرده‌مقیاس‌ها در چندین تحقیق، دارای ۰/۷۹ و در پژوهش مهدویان ضریب همبستگی پیرسون برای گروه مردان ۰/۹۳۷ و برای زنان ۰/۹۴۴ به دست آمده است. ضریب همبستگی این آزمون با مقیاس‌های رضایت زندگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ بوده که نشانه روایی سازه آن است. همچنین این آزمون از روایی ملاک خوبی برخوردار است (ثنایی، ۱۳۸۷، ص ۲۲). برنامه زوج‌درمانی در گروه‌های آزمایشی به صورت درمان زوجی بود که برای هر زوج ۸ جلسه برگزار شد.

پس از بررسی متون و آثار مربوط به زوج‌درمانی توسعه یافته، بسته‌های درمانی از این آثار برداشت شد. شیوه اجرای این روش مطابق فهرست جدول (۱) بود. در بیشتر اوقات، متنی برای زوجین خوانده می‌شد. سپس با گفت‌وگو، آموزش‌های کوتاهی ضمن جلسات ارائه می‌گردید. تکلیف خانگی

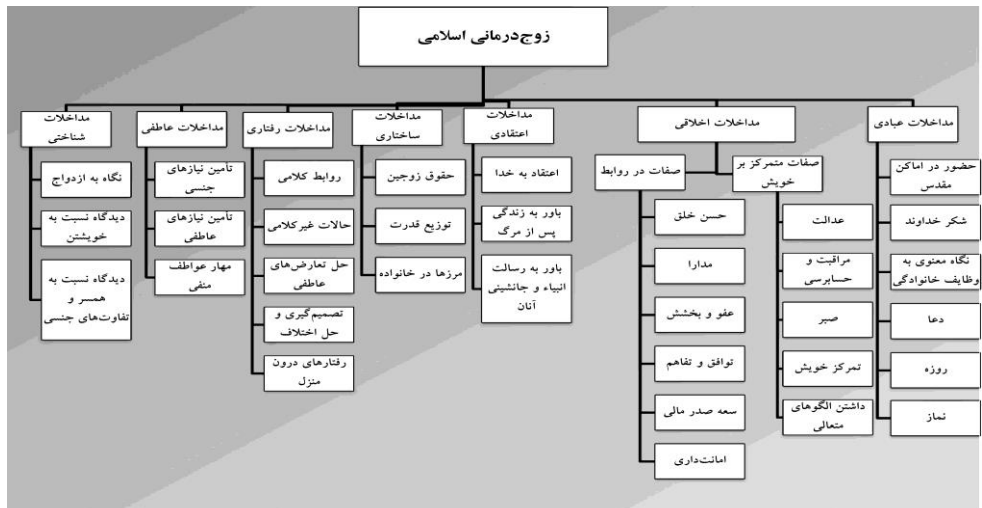
درخصوص مباحث جلسه با توافق زوجین تعیین می‌شود. در جلسه بعد، با مرور مباحث قبلی، تکلیف منزل بررسی می‌گردد و سپس مرحله بعد شروع می‌شود.

جدول ۱. برنامه جلسات زوج درمانی شناختی - رفتاری

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه	تکلیف منزل
اول	تشخیص اولیه	برقراری ارتباط، تشخیص ابتدایی، تفسیر آزمون و آشنایی با برنامه و الگوی شناختی - رفتاری، نقش فرد در مشکلات زوجی	تهیه فهرست توقعات از همسر و زندگی زناشویی
دوم	آموزش ارتباطات	مهارت‌های ارتباط کلامی و شنونده و گوینده خوب بودن	انجام دو جلسه تبادل احساسات زوجین
سوم	ایجاد بینش زوجین به عواطف	تعیین عواطف مثبت و منفی در رابطه زوجین، کاهش عواطف منفی و افزایش مثبت‌ها	ثبت هرروزه عواطف مثبت همسر
چهارم	آموزش تصمیم‌گیری و حل مسئله	بررسی مشکلات زوجین در حل مسئله و توافق و تصمیم‌گیری	تصمیم‌گیری در یک موضوع مشترک
پنجم	اصلاح الگوهای ارتباطی و رفتار	توضیح انواع الگوهای ارتباطی و تعیین رفتارهای مشکل‌زا، بررسی تقویت‌ها در روابط و قراردادهای رفتاری	ثبت رفتارهای الگوی ارتباطی خود و توافق برای کاهش چند رفتار
ششم	آشنایی با تحریفات شناختی	بررسی شناخت‌های زوجین و تحریفات (مانند اسنادها، ذهن‌خوانی، تعمیم افراطی)	ثبت نمونه‌هایی از تحریف شناختی خود و زوج
هفتم	اصلاح شناخت‌ها	اصلاح شناخت‌ها با فنون «تخیل، یادآوری، ایفای نقش، سنجش مزایا و معایب شناخت»	گفت‌وگو درباره یکی از معیارهای زناشویی
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری	مرور مباحث گذشته و رهنمودهایی برای تداوم اثرات درمان	برنامه‌های هفتگی

روش اجرای زوج‌درمانی اسلامی مبتنی بر برداشت از متون اسلامی بود. پس از تدوین ساختار مداخلات اسلامی (سالاری فر و همکاران، ۱۳۹۲)، درباره اعتبار آن، از ۲۰ مشاور، که تحصیلات حوزوی و تحصیلات روان‌شناسی در سطح کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند، نظرسنجی صورت گرفت. ساختار از سوی آنان تأیید شد و نکات اصلاحی اعمال گردید. شکل (۱) این ساختار را نشان می‌دهد:

شکل ۱. ساختار زوج‌درمانی اسلامی (سالاری فر، ۱۳۹۳، ص ۲۶۹)



سپس دو روش زوج‌درمانی با ۴ زوج، طی ۸ جلسه به‌طور آزمایشی اجرا شد. در جلسه اول و هشتم، ۴ زوج به آزمون رضایت زناشویی پاسخ دادند که افزایش رضایت زناشویی در هر دو گروه محسوس بود. مصاحبه بالینی نیز نشان از بهبود روابط زناشویی آنان داشت. تغییرات لازم در ساختار و محتوای برنامه زوج‌درمانی صورت گرفت. سپس برنامه زوج‌درمانی اسلامی و شناختی- رفتاری طبق جدول ۱ و ۲ اجرا گردید.

جدول ۲. برنامه زوج‌درمانی اسلامی

موضوع	خلاصه محتوای جلسه	تکلیف منزل
اول	تشخیص و ایجاد آمادگی	نوشتن توقعات از همسر و زندگی زناشویی
دوم	شناخت خود، ازدواج و همسر	ثبت ویژگی‌های مثبت و منفی خود و همسر در روابط زناشویی
سوم	اصول روابط کلامی و غیرکلامی زوجین	۲ جلسه گفت‌وگوی تبادل احساسات زوجین و گزارش آن
چهارم	فنون اصلاح رفتار و منش‌های ناکارآمد	مطالعه دو نمونه از رفتار زوج‌های الگو و بیان آن در جلسه
پنجم	مهارت‌های اداره خانه و تصمیم‌گیری	تدوین برنامه اداره خانه و گزارش یک هفته اجرایی آن
ششم	فنون حل تعارض و ناسازگاری	سعی برای پیش‌قدمی در حل تعارض و عفو و گذشت از همسر
هفتم	فنون معنوی شناختی و رفتاری مقابله و تنظیم عواطف	تعیین رفتارهای ارتباطی متأثر از اعتقادات دینی، دو برنامه عبادی مشترک و تذکر امور معنوی به هم
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری	انجام تکالیف بالا در هر هفته و ارزیابی ماهانه خویش

یافته‌های پژوهش

در مقایسه اثرات دو روش زوج‌درمانی با یکدیگر، از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون استفاده شد. برای انجام تحلیل واریانس مکرر یا اندازه‌های وابسته، داده‌ها را وارد spss کردیم و پس از تعریف متغیرهای پیش‌آزمون - پس‌آزمون درباره کل رضایت زناشویی و زیر مقیاس‌های آن، جنسیت و دو روش مداخله

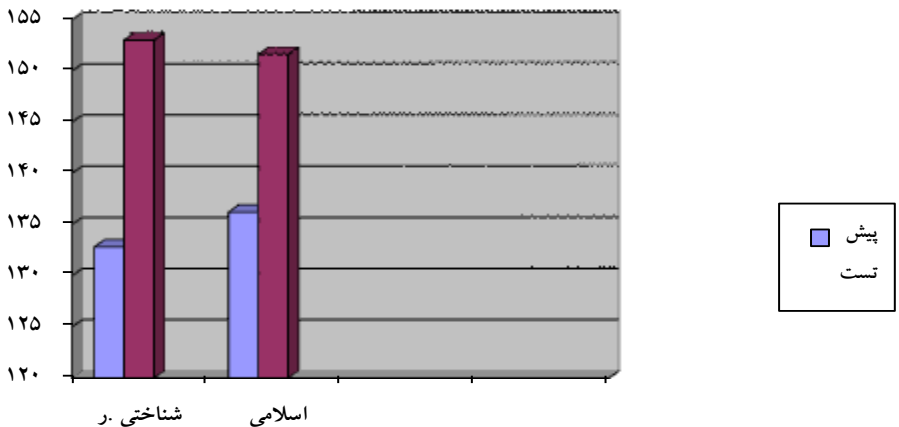
اسلامی و شناختی - رفتاری تحلیل آماری انجام شد. تحلیل واریانس درخصوص تأثیر دو روش بر کل رضایت زناشویی نشان می‌دهد که به‌طور کلی، دو روش زوج‌درمانی دارای تأثیر معناداری هستند. در جدول (۳) این موضوع مشهود است: ($F_{1,18} = 15/445 \text{ } p = 0/001$). به عبارت دیگر، به‌طور کلی، بین میانگین‌های رضایت زناشویی پیش از اجرای دو برنامه زوج‌درمانی و پس از آن، تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین، دو روش زوج‌درمانی «شناختی- رفتاری» و «اسلامی» در افزایش رضایت زناشویی مؤثر بوده‌اند.

جدول ۳. تحلیل واریانس تأثیر دو روش بر کل رضایت زناشویی

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
رضایت زناشویی (زمان)	۳۳۱۲/۴۰۰	۱	۳۳۱۲/۴۰۰	۱۵/۴۴۵	۰/۰۰۱
رضایت زناشویی- روش درمانی	۷۸/۴۰۰	۱	۷۸/۴۰۰	۰/۳۶۶	۰/۵۵۴
رضایت زناشویی- جنسیت	۵۲/۹۰۰	۱	۵۲/۹۰۰	۰/۲۴۷	۰/۶۲۶
رضایت زناشویی- روش درمانی- جنسیت	۲۸/۹۰۰	۱	۲۸/۹۰۰	۰/۱۳۵	۰/۷۱۸
خطای کل	۳۴۳۱/۴۰۰	۱۶	۲۱۴/۴۶۲		

البته در این آزمون، بین دو گروه تفاوت معناداری بین دو روش به دست نیامد. همچنین عامل «جنسیت» تأثیری در اثرگذاری دو روش نداشت و نیز تعاملی بین این دو وجود نداشت. نمودار (۱) تفاوت میانگین‌های نمرات رضایت زناشویی گروه اسلامی و شناختی- رفتاری را قبل و بعد از اجرای برنامه نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین رضایت زناشویی در هر دو گروه افزایش داشته است:

نمودار ۱. مقایسه میانگین رضایت زناشویی دو گروه



به سبب آنکه عامل «جنسیت» تأثیر معناداری در تفاوت میانگین رضایت زناشویی نداشت، با میانگین گرفتن از نمرات هر زوج، داده‌ها را برای نتیجه کل آزمون و زیرمقیاس‌ها وارد SPSS کردیم. تحلیل واریانس مکرر برای نمرات کل آزمون و زیرمقیاس‌های آزمون رضایت زناشویی انجام شد. در کل

آزمون، نتیجه مانند نمرات فردی بود. هر دو روش به افزایش رضایت زناشویی زوجها منجر شد. با وجود این، دو روش «اسلامی» و «شناختی- رفتاری» تفاوت معناداری در افزایش رضایت زناشویی زوجها نداشتند. جدول (۶) معناداری کل آزمون و زیرمقیاس های سازگاری شخصیتی، ارتباط همسری، و حل تعارض را نشان می دهد.

سازگاری شخصیتی: تحلیل واریانس مکرر برای زیرمقیاس سازگاری شخصیتی در جدول (۶) نشان می دهد که به طور کلی، میانگین های رضایت زناشویی در زیرمقیاس سازگاری شخصیتی تغییر معناداری داشته است و اجرای دو روش به افزایش رضایت زناشویی در این زیرمقیاس منجر گردیده است ($F=6.061, P=0.039$). تحلیل واریانس برای مقایسه اثربخشی دو روش زوج درمانی در زیرمقیاس سازگاری شخصیتی در ذیل آمده است. این دو روش تفاوت معناداری در این زیرمقیاس نداشته اند ($F=.353, P=0.569$).

ارتباط همسری: جدول ۴ تحلیل واریانس درون آزمودنی ها نشان می دهد که به طور کلی، میانگین های رضایت زناشویی در زیرمقیاس ارتباط همسری تغییر معناداری داشته و اجرای دو روش طی زمان، به افزایش رضایت زناشویی در زیرمقیاس ارتباط همسری منجر گردیده است ($F=10.109, P=0.013$). تحلیل واریانس برای مقایسه اثربخشی دو روش زوج درمانی در زیرمقیاس ارتباط همسری نشان می دهد این دو روش تفاوت معناداری در این زیرمقیاس نداشته اند ($F=0.424, P=0.533$).

حل تعارض: تحلیل واریانس در این زیرمقیاس نشان می دهد که به طور کلی، میانگین رضایت زوجها در حل تعارض در هر دو روش «اسلامی» و «شناختی- رفتاری» تغییر معناداری نداشته است ($F=22.757, P=0.001$). البته دو روش زوج درمانی با وجود ایجاد تأثیر معنادار، تفاوتی در میزان اثربخشی در زیرمقیاس حل تعارض ندارند.

جدول ۵. تغییر معناداری میانگین های رضایت زناشویی در زیرمقیاس ها

میانگین مجزورات	F	درجه آزادی	منبع واریانس
۱۵۴/۰۱۳	۹/۱۹۴	۱	رضایت زناشویی (زمان)
۸۶/۱۱۳	۰/۵۱۴	۱	رضایت زناشویی - روش درمان
۴۲/۰۵۰	۶/۰۶۱	۱	سازگاری شخصیتی (زمان)
۲/۴۵	۰/۳۵۳	۱	سازگاری شخصیتی - روش درمان
۸۶/۱۱۲	۱۰/۱۰۹	۱	ارتباط همسری (زمان)
۳/۶۱۲	۰/۴۲۴	۱	ارتباط همسری - روش درمان
۲۲۲/۱۱۳	۲۲/۷۰۷	۱	حل تعارض (زمان)
۱۷/۰۱۱	۱/۷۵۷	۱	حل تعارض - روش درمان

از ۱۰ زیرمقیاس، مسائل مالی، رابطه جنسی، والدین و فرزندان، اوقات فراغت، بستگان و دوستان، و جهت‌گیری مذهبی در اثر اجرای دو روش مداخله، تغییر معناداری نداشت. جدول (۶) سطح معناداری این زیرمقیاس‌ها را نشان می‌دهد:

جدول ۶. تحلیل واریانس زیرمقیاس‌های رضایت زناشویی

متغیر معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	منبع واریانس
۰/۲۵۴	۱/۵۰۸	۵/۵۱۳	۱	مسائل مالی (زمان)
۰/۱۵۳	۲/۴۹۲	۹/۱۱۲	۱	مسائل مالی - روش درمانی
۰/۰۷۱	۴/۳۳۶	۱۵/۳۵۳	۱	اوقات فراغت (زمان)
۰/۷۷۴	۰/۰۸۸	۰/۳۱۳	۱	اوقات فراغت - روش درمانی
۰/۲۹۱	۱/۲۷۸	۵/۵۱۲	۱	روابط جنسی (زمان)
۰/۵۰۴	۰/۴۳	۲/۱۱۳	۱	روابط جنسی - روش درمانی
۰/۷۵۳	۰/۱۰۶	۰/۸	۱	والدین و فرزندان (زمان)
۰/۶۳۸	۰/۲۳۸	۱/۸	۱	والدین و فرزندان - روش درمانی
۰/۴۱۲	۰/۷۵	۱/۰۱۲	۱	دوستان (زمان)
۰/۱۸۷	۲/۰۸۳	۲/۸۱۲	۱	دوستان - روش درمانی
۰/۶۳۸	۰/۲۳۹	۰/۴۵	۱	جهت‌گیری دینی (زمان)
۰/۴۳۹	۰/۶۶۴	۱/۲۵	۱	جهت‌گیری دینی - روش درمانی

اوقات فراغت: هرچند تحلیل واریانس مکرر برای نمره‌های زوج‌ها در زیرمقیاس اوقات فراغت طبق جدول (۶) معنادار نیست ($F=۴/۳۳۶$, $P=۰/۰۷۱$)، ولی سطح معناداری آن نزدیک به ۵ درصد است. به همین سبب در تحلیل نمرات فردی آزمودنی‌ها، به‌طور کلی، میانگین‌های رضایت زناشویی در زیرمقیاس اوقات فراغت تغییر معناداری داشته و اجرای دو روش به افزایش رضایت زناشویی در این زیرمقیاس منجر گردیده است ($F=۴/۸۶۸$, $P=۰/۰۴۱$).

بحث و تفسیر

روش «شناختی - رفتاری توسعه‌یافته» به‌طور معناداری در افزایش رضایت زناشویی زوج‌ها مؤثر بود. این نتیجه هماهنگ با پژوهش وکیل نظری (۱۳۹۰) است که نشان داد زوج‌درمانی شناختی - رفتاری در افزایش رضایت زناشویی مؤثر است. همچنین نتیجه تحقیق همسو با تحقیقات رفیعی (۱۳۸۴)، رجبی (۱۳۸۹) و حافظی (۱۳۹۰) است که نشان دادند به کارگیری روش «شناختی - رفتاری» در افزایش رضایت زناشویی زوج‌ها مؤثر است. همچنین برخی پژوهش‌های خارجی تأثیر روش مزبور را تأیید کرده است (وکیل نظری، ۱۳۹۰، به نقل از: باکوم و همکاران، ۱۹۹۸ و ۱۹۹۰؛ داتیلو و اپشتاین، ۲۰۰۵؛ باتلر و همکاران، ۱۹۹۸).

مروری بر مطالعات اثربخشی، نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در کاهش پریشانی ارتباطی مؤثر است (باکوم و همکاران، ۱۹۹۸). البته بوستانی‌پور و همکاران (۱۳۸۸) در یک فراتحلیل، میانگین اندازه اثر ۱۷ درصد را برای درمان شناختی - رفتاری در ۱۰ پژوهش به دست آوردند که این با فراتحلیل دان و شوبل (۱۹۹۵) مبنی بر میزان بهبود شناختی ۷۸ درصد و بهبود رفتاری در روابط ۵۴ درصد ناهمخوان است. در پژوهش حاضر، بیشترین تأثیر این روش به آموزش مهارت‌های کلامی مربوط می‌شد. طی درمان، روشن شد که نگرش‌های زوج‌ها با برقراری ارتباط کلامی مناسب، به هم نزدیک می‌شد و به راحتی، آنها به حل اختلافات می‌پرداختند. این یافته همسو با پژوهش‌هایی است که اصلاح روابط کلامی را هدف قرار داده‌اند (حمید و همکاران، ۱۳۹۱). در ضمن این مهارت‌ها، آموزش تصمیم‌گیری پنج مرحله‌ای در مسائل خانواده برای بیشتر زوج‌ها جالب توجه و مؤثر بود. این نتیجه همسو با تحقیقات نجاریان‌پور (۱۳۹۰) و رحمانی (۱۳۹۰) است. نتایج پژوهش خسرو جاوید (۱۳۸۹) نیز نشان داد که درمان شناختی - رفتاری موجب بالا رفتن عملکرد زوجین در حل مسئله، همراهی عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد خانواده شده است. توصیه به رفتارهای تقویت‌کننده و برنامه‌ریزی برای آن در جلسات درمان و توافق بر تکلیف خانگی در این زمینه، در اصلاح رفتارهای زوج‌ها مؤثر بود. بسیاری از زوج‌ها برداشت‌ها و معیارهای نادرستی در ازدواج و روابط زناشویی دارند و انتظارات خود را بر اساس آن تنظیم می‌کنند. مداخله‌های شناختی برای اصلاح این امور بسیار مؤثر بود. این نتیجه هماهنگ با پژوهش‌های پیشین در خصوص مداخله‌های شناختی بود. یافته‌های شایسته (۱۳۸۵) نشان داد که تمامی عوامل شناختی روی هم رفته ۴۴ درصد واریانس‌های رضایتمندی زناشویی را تبیین می‌کنند که از این میان، ۴۱ درصد سهم دو باور ارتباطی «عدم توافق تخریبگر است» (۱۹ درصد) و «همسر نمی‌تواند تغییر کند» (۲۲ درصد) بوده است. یونسی و بهرامی (۱۳۸۸) نیز نشان داده‌اند که تفکر قطعی‌نگر با رضایت زناشویی رابطه منفی دارد و کاهش دادن این تفکر را در زوج‌درمانی لازم می‌دانند. مداخله‌های عاطفی، از جمله مهار عواطف منفی و تقویت عواطف مثبت، بخش دیگری از مسائل زوج‌ها را حل و فصل می‌کرد. مهار خشم به شیوه‌های شناختی - رفتاری و عاطفی تا حدی میزان خشونت را کاهش می‌دهد. در مجموع، بسیاری از مطالعات در خصوص آموزش برقراری ارتباط، حل مشکل و قراردادهای رفتاری، نشان داده است که نوع این مداخلات در کاهش پریشانی مؤثرتر از گروه «دارونما» است. البته تعداد کمی مطالعات اثر افزودن مداخله‌های بازسازی شناختی را بر طرح‌های رفتاری آزمایش کرده‌اند. مطالعات زوج‌درمانی پراکنده داتیلیو CBT ترکیبی را مؤثر اعلام نموده است (داتیلیو و بیرشک، ۱۳۸۵).

رضایت زناشویی در گروه «مداخله اسلامی» نیز افزایش معناداری داشت. نتایج این تحقیق همسو با پژوهش رضایی (۱۳۹۱) است که نشان می‌دهد آموزش «زوج‌درمانی اسلام‌محور» تعهد زناشویی زوجین شهر اراک را افزایش داده است. اعتقادات مذهبی و حضور در کلیسا یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های تعهد زناشویی است (لارسون و گالتز ۱۹۸۹). کاجلین و جانسون (۱۹۹۹) بین تعهد زناشویی و اعتقادات مذهبی، همبستگی بالایی گزارش کردند. شکستن تعهد زناشویی در افرادی که اعتقادات مذهبی ضعیف دارند، مشاهده می‌شود (گرین و بوئر، ۱۹۹۵). کاجلین و جانسون (۱۹۹۹) در پژوهش خود دریافتند که دین‌داری و اعتقادات مذهبی عمدتاً همبستگی بالایی با تعهد اخلاقی زوجین دارد. به نظر می‌رسد که اعتقادات مذهبی و گرایش به معنویت از طریق ارزش‌گذاری بر حفظ نهاد خانواده و فراهم‌سازی حمایت‌های معنوی، موجب تقویت تعهد اخلاقی زوجین در ازدواج می‌شود.

از مداخله‌های عاطفی، تقویت دل‌بستگی و محبت زن و شوهر است که قرآن فلسفه دو جنسی بودن انسان را همین اعلام می‌کند (روم: ۲۱). «مودت» به معنای محبتی است که اثرش در مقام عمل ظاهر باشد (طباطبائی، ۱۳۷۴، ج ۱۵، ص ۲۵۰). آیه به این معناست که خداوند بین زن و شوهر، چنان دوستی و مهربانی قرار داد که آنان مهرورزی شدیدی به یکدیگر دارند و هر یک دومی را بیش از هر کس دوست دارد و مودت و رحمت همان مهربانی و شفقت است (طبرسی، ۱۹۸۸، ج ۸، ص ۴۷۱). ایجاد این برداشت، که محبت شدید زن و شوهر به هم‌خدایی است، در تقویت محبت زوجین بسیار مؤثر است و نگاه صرفاً مادی به محبت را تغییر می‌دهد. پژوهش‌ها در زوج‌درمانی اسلامی نیز تقویت محبت زوجین نسبت به همدیگر را تأکید کرده‌اند (منجری و همکاران، ۱۳۹۱؛ دانش، ۱۳۸۹).

گفت‌وگو برای تصمیم‌گیری در کارهای خانه و حل اختلافات زوج‌درمانی اسلامی در این تحقیق است. نتیجه تحقیق نشان از تأثیر زیاد این زمینه در اصلاح مشکلات زوج‌ها دارد. این امر با نتایج تحقیقات باقریان (۱۳۹۰)، منجری (۱۳۹۱) و زادهوش (۱۳۹۰) هماهنگ است. بر اساس نتایج تحقیق حمید (۱۳۹۱) آموزش تحلیل محاوره‌ای مذهب‌محور، در کاهش عوامل آسیب‌زا در روابط زوجین مؤثر است. نتیجه مداخله رفتاری در پژوهش، همسو با تحقیقات رضایی (۱۳۹۱) و باقریان (۱۳۹۰) است. گواهی‌جهان (۱۳۸۷) و قبادی (۱۳۹۰) نیز نشان دادند میان عدالت ادراک شده از کار خانگی و رضایت زناشویی رابطه‌ای قوی وجود دارد.

متناظر با دو شیوه «مسئله‌محور» و «عاطفه‌محور» برای مقابله با تنیدگی‌ها (دیلماتو، ۱۳۷۸، ص ۳۱۷)، روش «حل تعارض‌های عاطفی» از متون اسلامی برداشت شده است. برای تعدیل عواطف، مردان به

خویشترن داری، مدارا، گذشت و بخشیدن خطاهای همسر ترغیب می‌شوند. زنان نیز به تماس بدنی با همسر و بیان کلمات محبت‌آمیز توصیه می‌شوند. این رفتارهای عاطفی در مرحله اول، فضای تنش و تفر را به آرامش و خیرخواهی تبدیل می‌کند. پس از آن، گفت‌وگوی مناسب برای حل مشکلات راهگشا خواهد بود. زوج‌ها خبر از به کارگیری این شیوه و مؤثر بودن آن می‌دانند. این نتیجه با پژوهش زادهوش و همکاران (۱۳۹۰) هماهنگ است که از این مفاهیم برای حل اختلافات زوج‌ها استفاده کرده‌اند.

توزیع قدرت و تصمیم‌گیری‌های مهم در مسائل خانوادگی یکی از چالش‌های زناشویی در بین زوج‌های ایرانی است (مهدوی و صبوری، ۱۳۸۲؛ کیانی و همکاران، ۱۳۸۹؛ ایازی، ۱۳۸۹). از یک سو، سطح تحصیلات و درک اجتماعی زنان پیوسته در حال رشد است و زنان با حقوق خود آشنا تر شده و توانایی بیشتری برای دفاع از خود پیدا کرده‌اند. از سوی دیگر، مردان با وجود سعی برای بهتر اداره کردن خانواده، احساس ضعف می‌کنند. در تقابل این دو حرکت فردی-اجتماعی، شاهد بحران‌های بیشتر در روابط زوج‌ها در ایران هستیم. این دغدغه سال‌هاست محقق را با پرسشی مواجه کرده که اگر شیوه رفتار و اخلاق مردان در جامعه ایران طی ۳۰ سال گذشته بهتر شده و نیز سطح درک زنان بالا رفته، چرا آمار طلاق رو افزایش است؟ محقق پاسخ این پرسش را در به هم خوردن ساخت قدرت در خانواده‌های ایرانی می‌داند. پژوهش‌هایی نیز این فرضیه را تأیید می‌کند. برای نمونه، پژوهش سعیدیان (۱۳۸۷) ثابت کرده است که بین ساختار قدرت در خانواده و تعارض‌های زناشویی ارتباط وجود دارد. در جلسات زوج‌درمانی، ابتدا درباره اصل «سرپرستی مرد و پذیرش زن» گفت‌وگو می‌شود. پس از پذیرش کلی زوجین، حدود این سرپرستی و شیوه‌های اجرای آن بررسی می‌شود. این مداخله، زیاده‌خواهی مردان و شیوه‌های نادرست آنان را به چالش می‌کشد و آنان را به اصلاحات نگرشی و رفتاری ترغیب می‌کند. علاوه بر آن، حوزه‌های مدیریت و اعمال قدرت زنان نیز مشخص می‌شود. با بررسی نقش مردان و زنان در خانواده، می‌توان به این نتیجه رسید که از میان سه الگوی «حاکمیت در خانواده»، «مرد - زن» یا «مشارکتی» (تاورمینا، ۱۹۸۷)، آموزه‌های اسلامی نوعی مشارکتی بودن تصمیم‌گیری را می‌پذیرد، هرچند قدرت مرد بیشتر است. اجرای موفقیت‌آمیز این مداخله به جنگ قدرت بین زوج‌ها پایان می‌دهد و احساس عدالت را در آنان بروز می‌دهد. مجموعه این شرایط به حل مشکلات و رضایت زناشویی زوج‌ها منتهی می‌شود. نتایج تحقیق حاضر، همسو با پژوهش ذوالفقارپور و همکاران (۱۳۸۳) است که نشان دادند هر قدر قدرت زن در خانواده بیشتر شود، رضایت زناشویی او کاهش می‌یابد.

بخش مهمی از مداخلات در زوج‌درمانی اسلامی به باورهای دینی زوجین مربوط می‌شود. یک پرسش وجودی مهم، هدف زوجین از زندگی مشترک است که تا حد زیادی به باورهای اساسی و عمیق آنان مربوط می‌شود. اگر اهداف زندگی زناشویی، اموری پایدار و فرامادی باشد، کوشش مشترک زوجین برای تحقق آنها، مانع بسیاری از تنش‌ها و اختلافات می‌گردد. روشن است که اگر هدف به یک نیاز جسمی محدود گردد، استمرار این پیوند به کثتش این احساس بستگی دارد. آیا محرک‌های جسمی و جنسی جدید و جالب‌تر، این‌گونه ازدواج‌ها را متزلزل نخواهد کرد؟ پژوهش‌ها پاسخ به این پرسش را منفی اعلام می‌کنند. معمولاً ازدواج‌های مبتنی بر تنها عشق جنسی ناپایدار است (برنشتاین، ۱۳۸۰، ص ۱۹). هر قدر اهداف پایدارتر باشد، زندگی زناشویی استحکام بیشتری خواهد داشت.

در ازدواج بر اساس اعتقاد دینی، هدف بلندمدت و متعالی در نظر گرفته می‌شود که غالباً تا پایان عمر زوجین استمرار دارد. از نگاه اسلامی، هدف کلیدی همه زندگی، از جمله ازدواج، جلب رضایت خداوند است (انعام: ۱۶۲). «رضایت خدا» به این معناست که همه رفتارها، حالات عاطفی و نیازهای خود را در چارچوب آموزه‌های الهی تنظیم کنیم و به دنبال آن باشیم که زندگی پاک و متعالی داشته باشیم. حرکت زوجین برای رسیدن به این هدف، ادامه‌دار و همگرا خواهد بود. وقتی در زوج‌درمانی اسلامی زوجین را متوجه این هدف متعالی می‌کنیم، معنای عمیق و طولانی مدتی به درازای عمر، بلکه پس از مرگ، به زندگی آنان می‌بخشیم.

فنل (۲۰۰۷) در مطالعه طولی ده ساله، داشتن «ارزش‌های مذهبی» را از مؤلفه‌های رضایت زناشویی طولانی مدت و تعهد زناشویی دانسته است. دین و معنویت بر پایداری زناشویی مؤثر است و روابط زناشویی را تقویت می‌کند (کال (Call) و هیتون (Heaton)، ۱۹۹۷). یافته‌های نصر اصفهانی (۱۳۹۲) نیز نشان می‌دهد داشتن معنای مشترک در زندگی زناشویی می‌تواند به عنوان روشی برای افزایش روابط صمیمانه بین همسران به کار رود. گواهی جهان (۱۳۸۷) نیز نشان داده که تفاهم و معنای مشترک در زندگی در رضایت زناشویی مؤثر است.

دومین تأثیر باور به خدا، بازدارندگی آن است. انسان خداپرست ناظری دایمی بر زندگی خویش احساس می‌کند (حدید: ۴؛ قاف: ۱۶). این مهار درونی بهتر از هر مهار بیرونی در مقابله با رفتارهای نابهنجار عمل می‌کند. این تبیین با نتایج تحقیق *خدا یاری فرد* (۱۳۸۶) همسو بوده است که نشان می‌دهد بین نگرش مذهبی و رضایتمندی زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، خانواده درمانگرها می‌توانند نقش باورهای مذهبی را، هم در بروز و هم در حل اختلافات زناشویی، به عنوان عاملی مهم در نظر بگیرند.

اثر دیگر اعتقاد به خدا، روحیه رضایت از زندگی است. همسران معتقد به اینکه همه رویدادها از سوی خداست، رزق به دست اوست و خیر توسط او جاری می‌شود بیشتر از زندگی رضایت خواهند داشت و با حوادث مانع رابطه مؤثر سازنده، بهتر کنار می‌آیند.

در جلسات زوج‌درمانی، باور به خدا بر اساس آثار آن در زندگی، به صورت گفت‌وگوی سقراطی تحلیل گردید و تجارب معنوی همسران برای تثبیت این باور به کار گرفته شد. در جلسات بعد، نتایج این مداخله به صورت عینی مشهود بود و از سوی زوج‌ها ابراز می‌شد. تأثیر این بعد از مداخلات اسلامی، همسو با پژوهش‌های دیگر است. ماهونی و همکاران (۲۰۰۲) در پژوهش خود، به این نتیجه رسیدند که عمل به باورهای دینی، موجب مشارکت کلامی، افزایش شادکامی، کاهش چشمگیر پرخاشگری کلامی و تعارض‌ها و اختلافات زناشویی شده، در نهایت، سبب فزونی رضایت زناشویی می‌گردد. میزان سازگاری زناشویی در بین زوج‌هایی که تقیدات مذهبی زیادی دارند به‌گونه‌ای معنادار، بیش از کسانی است که تقیدات مذهبی کمتری دارند (احمدی، ۱۳۸۶). پای‌بندی مذهبی به حل تعارض زناشویی و پیش‌گیری از آن و آشتی کمک می‌کند (ماهونی (Mahoney)، ۲۰۰۵) و به افزایش کیفیت زناشویی، حتی در زوجین کم‌درآمد، منجر می‌شود (لیچر (Lichter)، ۲۰۰۹). تأثیر این مداخله اعتقادی در پژوهش‌های ذیل تأیید شده است: دانش (۱۳۸۲ و ۱۳۸۹)، فتوحی‌ناب (۱۳۹۰)، زاده‌وش (۱۳۹۰)، و حسن‌زاده (۱۳۸۸). بر اساس پژوهش رسولی (۱۳۹۱)، افراد مذهبی به سبب باورهای مذهبی از رضایتمندی زناشویی و سازگاری بالاتری برخوردارند.

مداخله‌های عبادی در زوج‌درمانی اسلامی در بعد پیش‌گیری و ارتقا بر روابط زوج‌ها اثرگذار است. انجام عبادات می‌تواند هر یک از زوجین را از خودمحوری شناختی و عاطفی وارهاوند و آنها را متوجه درون خویش و ضعف‌ها و مشکلات خود در رابطه با همسر کند. استمرار این حالت به پیش‌گیری از اختلافات و تحکیم روابط زناشویی می‌انجامد. برای نمونه، بر این تأثیر عبادات در خصوص نماز (عنکبوت: ۴۵) و روزه (بقره: ۱۸۳) تصریح شده است. تحقیقات متعدد این اثر را تأیید کرده است. باتلر (۱۹۹۸) با بررسی اثربخشی نیایش بر زوج‌های مذهبی، دریافت که این زوج‌ها عبادت و گرایش‌های مذهبی را پدیده‌ای آرامش‌بخش و مهم می‌دانند و برای حل مشکلات سازشی خود در زندگی، از عقاید مذهبی کمک می‌گیرند. این زوج‌ها همچنین اظهار نمودند که انجام عبادات موجب کاهش احساسات خصمانه و واکنش‌های هیجانی منفی آنان می‌گردد. کورتیس و الیسون (۲۰۰۲) نشان دادند هر قدر زوج‌ها زمان بیشتری در عبادت سپری کنند، تعهد خانوادگی و رضایت زناشویی آنها افزایش می‌یابد و

به منازعات زناشویی کمتری دچار می‌شوند. هنگام تشدید اختلافات و برانگیختگی هیجانی زوجین، یاد خدا و استفاده از ذکرهای مخصوص می‌تواند در دست یافتن به آرامش کمک کند (رعد: ۲۸). تشویق زوجین به طلب آموزش از خدا و توبه، برای ترمیم احساس گناه و ضربه‌های عاطفی خود و همسر مؤثر خواهد بود. در پژوهش‌های زوج‌درمانی اسلامی، در نمونه‌های متعددی از این آموزه استفاده شده است. دانش (۱۳۸۹ و ۱۳۸۲)، فتوحی‌ناب (۱۳۸۸ و ۱۳۹۰)، زادهوش (۱۳۹۰) و منجزی (۱۳۹۱) اثر این مداخله را در زوج‌درمانی اسلامی نشان داده‌اند.

بعد دیگر تأثیر عبادات مربوط به مقابله با فشارهای روانی است که به خانواده وارد می‌شود؛ مانند مشکلات اقتصادی، بیماری‌ها و فقدان‌ها. تأثیر معنویت بر تعادل عاطفی و برون‌ریزی در تحقیقات گوناگون تأیید شده است (شریفی‌نیا، ۱۳۹۱، ص ۲۸۳).

معمولاً پژوهش‌های زوج‌درمانی اسلامی بر اخلاق مبتنی است. به نظر می‌رسد نکات اخلاقی بیش از جنبه‌های حقوقی بر روابط خانواده اثر دارد. امروزه خانواده بیش از گذشته نیاز به یک زیربنای معنوی اخلاقی دارد (ساگر (Sager)، ۲۰۰۵). یک نکته مهم این است که رفتارها و صفات اخلاقی منبع درونی دارند و به همین سبب، انسان در رعایت امور اخلاقی، احساس خودمختاری و آزادی اراده دارد. این بخلاف توصیه‌های حقوقی است که از منبع بیرونی صادر می‌شود و افراد ملزم به اجرای آن هستند. استناد اخلاق اسلامی به آموزه‌های وحیانی، انگیزه افراد را در انجام آن تقویت و متعالی می‌کند. اسپرنگر (۱۹۸۲) معتقد است: اخلاق مذهبی بهترین یکپارچگی و متعالی‌ترین معنا را به زندگی می‌دهد. بر اساس آموزه‌های اسلام، همه انسان‌ها به خوبی‌ها و رفتارهای مطلوب گرایش دارند و از بی‌عدالتی و رفتار ناخوشایند در درون بیزارند (حجرات: ۷). همین علاقه فطری مداخله‌های اخلاقی را اثرگذارتر می‌کند.

یکی از مداخلات اخلاقی، ترغیب زوجین به رعایت عدالت و اعتدال در زندگی است. بر اساس نگاه اسلامی، عدالت اساس همه نظام‌های انسانی است (مجلسی، ۱۹۸۳، ج ۷۸، ص ۸۳). به عبارت دیگر، رعایت عدالت، رکن همه روابط انسانی از جمله زناشویی است. رعایت عدالت در خانواده، ملاک همه روابط و برنامه‌هاست (نساء: ۳). با رعایت عدالت، زن و شوهر احساس می‌کنند به حق خود رسیده‌اند و همین باعث احساس رضایت آنان می‌گردد. تأثیر عدالت در زوج‌درمانی در تحقیقات دانش (۱۳۸۹) و قبادی (۱۳۹۰) نشان داده شده است.

تمرکز بر اصلاح خود، مراقبت از خویش و محاسبه نفس از توصیه‌های مهم در اخلاق اسلامی است که روابط زناشویی را بهبود می‌بخشد و در زوج‌درمانی اسلامی، در این تحقیق از آنها استفاده شده

است. خودشناسی موجب می‌شود هر فرد توجه به خویش و اصلاح خود را مقدم بر اصلاح دیگری بداند (نهج البلاغه، ص ۴۸۰). پژوهش‌های متعددی نقش خودشناسی را بر درمان مشکلات زناشویی تأیید کرده است. نتایج تحقیق دانش (۱۳۸۳) نشان می‌دهد خودشناسی به طور معناداری موجب افزایش سازگاری زناشویی زوج‌ها گردیده است. اعتمادی (۱۳۸۵) و فتوحی‌نایب (۱۳۸۸) نیز تأثیر مداخله‌های اسلامی را بر افزایش خودشناسی و سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار نشان داده‌اند.

دو توصیه مهم اخلاقی به زوجین «حسن خلق» و «مدارا» است. سعی زوجین برای رعایت حسن خلق از اختلافات و تشدید آن پیش‌گیری می‌کند. اصل «مدارا» در هنگام تنش‌ها، به آرامش عاطفی زوجین کمک می‌کند. این سخن معصومان علیهم‌السلام که «در هر شرایط با همسران مدارا کنید» (ابن بابویه، ۱۴۱۳ق، ج ۳، ص ۵۵۶)، عبارتی کلیدی در جلسات زوج‌درمانی اسلامی بود که به‌ویژه بر مردان تأثیر زیادی داشت. تأثیر این دو توصیه در تحقیقات دانش (۱۳۸۹)، و زاده‌هوش و باقریان (۱۳۹۰) نیز تأیید شده است.

بخشش یک اصل مهم اخلاقی و جزو روش‌های هیجان‌مدار است که فرد با بخشیدن، یک فرایند انطباقی را طی می‌کند و در نگرش و کیفیت رابطه او تغییر پدید می‌آید (مالتی (Maltby)، ۲۰۰۴). حمید و همکاران (۱۳۹۱) اثربخشی روش شناختی رفتاری مذهب‌محور همراه با بازآموزی بخشودگی بر کاهش تعارض‌های زناشویی و افزایش رضایت از زندگی در زوجین را بررسی کردند. نتیجه تحقیق نشان داد که پس از اجرای مداخله مزبور میزان تعارض‌های زناشویی گروه آزمایشی کاهش معنادار داشته و رضایت آنان از زندگی نیز افزایش یافته است.

ری و همکاران (۲۰۰۰) با بررسی دیدگاه مذاهب گوناگون درباره بخشودگی، دریافتند که عفو در همه مذاهب (اسلام، مسیحیت، هندو و بودائیسیم) ارزشمند و مثبت شمرده شده است. یادگاری (۲۰۰۵) نشان داد بین بخشودگی و رضایت زناشویی و رضایت از زندگی رابطه‌ای معنادار و مثبت وجود دارد. فینچام و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند زنانی که در عامل بخشودگی نمره بالایی داشتند، همسرانشان میزان تعارض‌های زناشویی کمتری را گزارش کردند. تحقیقات افخمی (۱۳۸۶)، زاده‌هوش (۱۳۹۰)، دانش (۱۳۸۹) و خلدیاری (۱۳۸۱)، تأثیر بخشش در بهبود روابط زوجین را تأیید کرده است.

مقایسه دو روش

دو روش «زوج‌درمانی اسلامی» و «شناختی- رفتاری» با وجود اثربخشی، تفاوت معناداری با هم نداشتند. این نتیجه همسو با تحقیق مجاهد و همکاران (۱۳۸۸) است که تفاوت معناداری بین دو روش

«شناختی- رفتاری» با و بدون توصیه‌های اسلامی در ارتقای سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان به دست نیاوردند. همچنین تحقیق فتوحی‌بناب و همکاران (۱۳۸۸) تأثیر زوج‌درمانی شناختی- رفتاری را بیش از «زوج‌درمانی اسلامی» و «تحلیل رفتار متقابل» گزارش کرده‌اند. وکیل نظری (۱۳۹۰) نیز تفاوتی در اثربخشی دو روش «شناختی- رفتاری توسعه‌یافته» و «تلفیقی- رفتاری» به دست نیاورد. البته نتیجه پژوهش حاضر با تحقیق زاده‌وش و همکاران (۱۳۹۰) ناهمسو می‌نماید که نشان دادند «گروه‌درمانی شناختی- رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی» در مقایسه با «گروه‌درمانی شناختی- رفتاری سنتی و گروه‌گواه» در افزایش کیفیت ارتباط زناشویی بانوان به‌طور معناداری مؤثرتر بوده است. شاید ابزاری که تناسب بیشتری با مداخلات این دو روش دارد، بهتر بتواند تفاوت این دو روش را نشان دهد. آزمون «پی‌گیری» نیز می‌تواند تفاوت دو روش را بهتر نشان دهد.

مسئله دیگر شباهت و همپوشی محتوایی و روشی این دو رویکرد است؛ مثلاً، آموزش روابط کلامی و ارتقای مهارت‌های ارتباطی بر همه ابعاد رابطه زناشویی اثر می‌گذارد. این در حالی است که محتوای این آموزش در دو روش مزبور، مشابه است. تأکید بر مسئولیت شخصی زوجین و اهتمام به اصلاح خود، نکته‌ای مهم و کلیدی است که در هر دو روش آمده، هرچند در روایات اسلامی به آن اهمیت بیشتری داده شده است. نحوه تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای زندگی زناشویی نیز در دو روش شباهت دارد.

از تحلیل آماری زیرمقیاس‌ها، روشن شد که دو روش سطح رضایت زناشویی آزمودنی‌ها را در چهار زیرمقیاس سازگاری شخصیتی، ارتباط همسری، حل تعارض و اوقات فراغت (در سطح فردی) به‌طور معناداری افزایش داده‌اند. البته تفاوت معناداری بین دو روش در سایر زیرمقیاس‌ها به دست نیامد. اینکه برخی زیرمقیاس‌ها تغییری معنادار داشتند، اصولاً مطابق هدف اساسی زوج‌درمانی در دو روش بود و به همین سبب، انتظار آن بود که زوج‌ها در این حالات، تغییر معناداری را در نتایج آزمون نشان دهند.

نمره جهت‌گیری مذهبی آزمودنی‌ها تغییر معناداری نداشته است. البته میانگین نمرات آزمودنی‌ها در دو گروه، از ۶۹ درصد کل نمره این زیرمقیاس تا ۷۸/۵ بوده است که این به سبب رضایت زوج‌ها در بعد مزبور بوده است. در مسائل مالی، میانگین از ۶۸/۵ تا ۷۸/۵ کل نمره این زیرمقیاس افزایش داشته که هرچند معنادار نیست، ولی نمره نسبتاً خوبی است. نمره رضایت جنسی آزمودنی‌ها نیز از ۶۲/۵ به ۷۱ درصد رسیده که سطح مطلوبی است. زیرمقیاس والدین و فرزندان رشدی نداشته است؛ شاید به این علت که برخی زوج‌ها فرزند نداشتند و به پرسش‌های این زیرمقیاس پاسخ ندادند.

منابع

- نهج البلاغه، ۱۴۱۴ق، ترجمه محمد دشتی، قم، هجرت.
- آقایی، اصغر و سیدحمید آتش‌پور، ۱۳۸۳، «تأثیر آموزش گروهی به شیوه شناختی - رفتاری بر روابط زناشویی مراجعین کلینیک مشاوره»، در: مقالات نخستین کنگره آسیب‌شناسی خانواده، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- ابن‌بابویه، محمدبن علی، ۱۴۱۳ق، *من لا یحضره الفقیه*، قم، دفتر انتشارات اسلامی.
- احمدی، خدابخش، ۱۳۸۶، «نقش اعتقادات دینی در آسیب‌شناسی فرهنگی خانواده»، *علوم رفتاری*، ش ۱، ص ۹-۱۶.
- اعتمادی، عذرا و همکاران، ۱۳۸۵، «بررسی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در اصفهان»، *مطالعات روان‌شناختی*، ش ۱ و ۲، ص ۶۹-۷۸.
- افخمی، ایمانه و همکاران، ۱۳۸۶، «بررسی رابطه بین میزان بخشودگی و تعارض زناشویی زوجین در استان یزد»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۳ (۹)، ص ۴۴۲-۴۳۱.
- امانی، حسین و جلال یونسی، ۱۳۸۳، «مطالعه درمان‌شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر رضایت زناشویی زنان»، در: خلاصه مقالات سومین کنگره آسیب‌شناسی خانواده، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- اولیا، نرگس و همکاران، ۱۳۸۷، «تأثیر آموزش برنامه غنی‌سازی بر افزایش رضایت زناشویی زوج‌ها»، *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ص ۱۱۹-۱۳۵.
- ایازی، سیدمحمدعلی و محمد ناصحی، ۱۳۸۹، «بررسی ساختار توزیع قدرت در رابطه زن- شوهر در خانواده از نگاه آیات و روایات»، *زن در فرهنگ و هنر*، ش ۲ (۱)، ص ۱۱۳-۱۳۳.
- باقریان، مهنوش و سعید بهشتی، ۱۳۹۰، «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی زناشویی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر سازگاری زناشویی زوجین»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، سال دوم، ش ۶، ص ۷۳-۹۰.
- برنشتاین، فلیپ، ۱۳۸۰، *زناشویی درمانی*، ترجمه حسن پورعابدی و غلامرضا منشی، تهران، رشد.
- بوستانی‌پور علیرضا و همکاران، ۱۳۸۸، «فرا تحلیل اثربخشی الگوهای شناختی رفتاری در درمان مشکلات زناشویی»، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ش ۲۲، ص ۷-۲۷.
- پورمحسنی، فرشته، ۱۳۸۹، طراحی برنامه توانمندسازی زوجین بر مبنای الگوی رضایت‌مندی زناشویی و مقایسه آن با برنامه توانمندسازی انریچ، به راهنمایی عباسعلی اللهیاری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- ثنائی، باقر، ۱۳۸۷، *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*، تهران، بعثت.
- جمشیدی، محمدعلی، ۱۳۹۰، *اثربخشی توانمندسازی کارکردی زوجین به صورت گروهی بر رضامندی زناشویی مبتنی بر رویکرد اسلامی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، قم، مؤسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی.
- حافظی کن‌کت، حسین و سیدامیر قدمی، ۱۳۹۰، «بررسی مقایسه‌ای تأثیر مشاوره گروهی با دو رویکرد انتخاب و شناختی رفتاری بر میزان رضایت زناشویی زوج‌های شهر نورآباد»، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ش ۱۰ (۳۸)، ص ۵۱-۸۰.

حسن‌زاده، محمدحسن، ۱۳۸۸، *زوج‌درمانی گروهی معنوی - مذهبی با تکیه بر مفاهیم و فنون اسلامی و مقایسه آن با الگوی مک‌مستر با تکیه بر روش شناختی رفتاری در افزایش عملکرد خانواده*، پایان‌نامه دکتری مشاوره، تهران، دانشگاه تربیت معلم.

حسینی، سیدابوالقاسم، ۱۳۸۰، *اصول بهداشت روانی*، مشهد، دانشگاه علوم پزشکی.

حمید، نجمه و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی روان‌درمانی شناختی رفتاری مذهب‌محور توأم با بازآموزی بخشودگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی در زوجین»، *روان‌شناسی و دین*، سال پنجم، ش ۲، ص ۳۵-۵.

حمید، نجمه، ۱۳۹۱، «بررسی اثربخشی آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای مذهب‌محور بر میزان عشق و علاقه، احترام به همسر و رضایت زناشویی»، *روان‌شناسی و دین*، سال پنجم، ش ۴، ص ۴۰-۲۳.

خدایاری‌فرد، محمد و همکاران، ۱۳۸۱، «روش درمانی عفو با تأکید بر دیدگاه اسلامی»، *اندیشه و رفتار*، ش ۲۹، ص ۴۸-۳۹.

خسروجاوید، مهناز و همکاران، ۱۳۸۹، «تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر رشت»، *زن و بهداشت*، ش ۱ (۳)، ص ۷۲-۵۵.

داتیلیو، فرانک، ۱۳۹۱، *درمان شناختی رفتاری با زوجها و خانواده‌ها*، ترجمه نبی‌الله خواجه و همکاران، تهران، کتاب ارجمند.

داتیلیو، فرانک، و بهروز بیرشک، ۱۳۸۵، «رفتاردرمانی شناختی زوجها»، *تازه‌های علوم شناختی*، سال هشتم، ش ۳۱، ص ۸۰-۷۱.

دانش، عصمت، ۱۳۸۳، «تأثیر خودشناسی در افزایش میزان سازگاری زناشویی»، *پژوهش‌های مشاوره*، ش ۳ (۱۱)، ص ۳۰-۸.

دانش، عصمت، ۱۳۸۹، «افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار با مشاوره از چشم‌اندازی اسلامی»، *مطالعات روان‌شناختی*، دوره ششم، ش ۲، ص ۱۶۷-۱۸۶.

ذوالفقارپور، محبوبه و همکاران، ۱۳۸۳، «بررسی رابطه میان ساختار قدرت در خانواده با رضامندی زناشویی زنان کارمند و خانه‌دار شهر تهران»، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ش ۱۱، ص ۴۶-۳۱.

رجبی، غلامرضا و همکاران، ۱۳۸۹، «تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش خشنودی زناشویی در زنان»، *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان (مطالعات زنان)*، ش ۲۴، ص ۴۲-۲۵.

رحمانی، محمدعلی و همکاران، ۱۳۹۰، «مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی گروهی شناختی رفتاری و گروه درمانی شناختی رفتاری بر میزان رضایت زناشویی و افسردگی جانبازان»، *روان‌شناسی تربیتی*، ش ۶، ص ۶۳-۴۷.

رسولی، رویا و همکاران، ۱۳۹۱، «مقایسه و بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و عمل به باورهای دینی با سازگاری زناشویی در طلاب و دانشجویان»، *خانواده‌پژوهی*، سال هشتم، ش ۳۲، ص ۴۲۷-۴۴۰.

رضایی، جواد و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر آموزش زوج‌درمانی اسلام‌محور بر تعهد زناشویی زوجین»، *روان‌شناسی و دین*، سال پنجم، ش ۱، ص ۳۷-۶۰.

رفیعی‌بندری، فرحناز و رحمت‌الله نورانی‌پور، ۱۳۸۴، «تأثیر آموزش شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی زوج‌های دانشجوی مستقر در خوابگاه متأهلین دانشگاه تهران»، *نازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ش ۴(۱۴)، ص ۲۵-۴۰.

روحانی، عباس و داوود معنوی‌پور، ۱۳۸۷، «رابطه عمل به باورهای دینی با شادکامی و رضایت زناشویی در دانشگاه مبارکه»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ش ۱۰ (۳۵-۳۶)، ص ۱۸۹-۲۰۶.

زادهوش، سمیه و همکاران، ۱۳۹۰، «مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و گروه درمانی شناختی رفتاری کلاسیک بر کیفیت ارتباط زناشویی بانوان»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۷(۱)، ص ۵۵-۶۹.

سالاری‌فر، محمدرضا، ۱۳۸۹، *مقابله با خشونت خانگی علیه زنان*، قم، دفتر مطالعات زنان.

_____، ۱۳۸۵، *خانواده در نگرش اسلام و روان‌شناسی*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

_____، ۱۳۹۳، *طراحی زوج‌درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر متون اسلامی و مقایسه کارآمدی آن با زوج‌درمانی شناختی رفتاری توسعه یافته در افزایش رضایت زناشویی زوجها*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

سالاری‌فر، محمدرضا و همکاران، ۱۳۹۲، «مبانی و ساختار زوج‌درمانی اسلامی»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۱۲، ص ۳۷-۶۹.

سعیدیان، فاطمه و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی ساختار قدرت در خانواده با تعارضات زناشویی»، *پژوهش‌های مشاوره*، ش ۷(۲۸)، ص ۳۵-۵۲.

سلیمانیان، علی‌اکبر و شکوه نوبی‌نژاد، ۱۳۷۳، *بررسی تأثیر تفکرات غیرمنطقی بر اساس رویکرد شناختی بر ناراضایتی زناشویی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تربیت معلم.

شایسته، گلناز و همکاران، ۱۳۸۵، «رابطه رضایت‌مندی زناشویی با باورهای ارتباطی و انتظارات غیرمنطقی زوجین»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۲(۷)، ص ۲۲۳-۲۳۸.

شریفی‌نیا، محمدحسین، ۱۳۹۱، *الگوهای روان‌درمانی یکپارچه با معرفی درمان یکپارچه توحیدی*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

صفورایی، محمدهدی، ۱۳۸۸، *ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه سنجش کارآمدی خانواده از دیدگاه اسلام*، پایان‌نامه دکتری، روان‌شناسی، مؤسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی.

طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۳۷۴، *تفسیر المیزان*، قم، جامعه مدرسین.

طبرسی، فضل‌بن‌حسن، ۱۹۸۸، *مجمع‌البیان فی تفسیر القرآن*، بیروت، دارالمعرفه.

فاتحی‌زاده، مریم‌السادات و سیداحمد احمدی، ۱۳۸۴، «بررسی الگوهای ارتباطی ازدواج و میزان رضایت‌مندی زناشویی زوجین شاغل در دانشگاه اصفهان»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۱(۲)، ص ۱۰۹-۱۲۰.

- فتوحی بناب، سکینه و همکاران، ۱۳۹۰، «اثربخشی زوج درمانگری شناختی رفتاری اسلامی و تحلیل رفتار متقابل بر خودشناسی زوج‌های ناسازگار»، *مطالعات روان‌شناختی*، ش ۲۷(۲)، ص ۳۷-۶۴.
- فتوحی بناب، سکینه، ۱۳۸۸، «بررسی اثربخشی آموزش رویکردهای زوج‌درمانی شناختی- رفتاری اسلامی و تحلیل رفتار متقابل بر سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار»، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ش ۸(۳۲)، ص ۱۰۹-۱۲۷.
- قبادی، کاوه و همکاران، ۱۳۹۰، «تقسیم کار خانگی میان زوجین، عدالت ادراک شده از آن و رضایت زناشویی»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۷(۲۶)، ص ۲۰۷-۲۳۳.
- کیانی، مزده و همکاران، ۱۳۸۹، «مطالعه چگونگی توزیع قدرت در خانواده: مدلی بر اساس نظریه مبنایی»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۶(۲۲)، ص ۱۷۵-۱۹۲.
- گال، مردیت و همکاران، ۱۳۸۴، *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ترجمه احمدرضا نصر و همکاران، تهران، سمت.
- گواهی جهان، فاطمه، ۱۳۸۶، «رابطه بین داشتن معنا در زندگی و رضایت از زندگی زناشویی»، *روان‌شناسی تربیتی*، ش ۲(۸۱)، ص ۴۹-۶۸.
- مجاهد، عزیزالله و همکاران، ۱۳۸۸، «مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان»، *اصول بهداشت روانی*، ش ۴۴، ص ۲۸۲-۲۹۱.
- مجلسی، محمداقبر، ۱۹۸۳، *بحار الانوار*، بیروت، موسسه الوفا.
- منجزی، فرزانه و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد اسلامی بر رضامندی زناشویی زوج‌ها»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، سال سیزدهم، ش ۳۷، ص ۳-۱۰.
- مهدوی، محمدصادق و حبیب صبوری، ۱۳۸۲، «بررسی ساختار توزیع قدرت در خانواده»، *مطالعات اجتماعی - روان‌شناختی زنان*، ش ۱(۲)، ص ۲۷-۶۷.
- نجاریوریان، سمانه و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی تأثیر شناخت درمانی معنوی بر سازگاری زناشویی زوجین پارانوئید در اصفهان»، *فرهنگ مشاوره*، ش ۶، ص ۹۱-۱۰۰.
- نصر اصفهانی، نرگس و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی تأثیر آموزش معنامحور بر صمیمیت زناشویی زنان»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ش ۱۷(۱)، ص ۴۷-۴۳.
- نیکخواه، زهرا و حمیدرضا آقامحمدیان، ۱۳۸۳، «بررسی میزان اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی رفتاری در رضایت‌مندی زناشویی»، در: نخستین کنگره آسیب‌شناسی خانواده، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- نیکویی، مریم و سوسن سیف، ۱۳۸۴، «بررسی رابطه دین‌داری با رضایت‌مندی زناشویی»، *پژوهش‌های مشاوره*، ش ۴(۱۳)، ص ۶۱-۸۰.

نیکولز، مایکل و ریچارد سی شوارتز، ۱۳۸۷، *خانواده درمانی مفاهیم و روش‌ها*، ترجمه محسن دهقانی و همکاران، تهران، دانژه.

وکیل نظری، آلیله، ۱۳۹۰، «مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری غنی شده و زوج درمانی تلفیقی رفتاری در افزایش رضایت زناشویی»، *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، سال ششم، ش ۲۲، ص ۱۴۹-۱۷۵.

هاروی، مایکل، ۱۳۸۸، *زوج درمانی*، ترجمه خدابخش احمدی و همکاران، تهران، دانژه.

هالفورد، کیم، ۱۳۸۷، *زوج درمانی کوتاه مدت*، ترجمه مصطفی تبریزی و همکاران، تهران، فراروان.

یونسی، سیدجلال و زهره شیری، ۱۳۸۷، *درمان ناهنجاری‌های روانی در کودکان نوجوانان و خانواده‌ها*، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

یونسی، سیدجلال و فاضل بهرامی، ۱۳۸۸، «پیش‌بینی رضایت زناشویی و تفکر قطعی‌نگر در زوجین»، *روان‌شناسان ایرانی*، سال پنجم، ش ۱۹، ص ۲۴۱-۲۵۰.

Baucom, D.H. & Shoham. V, 1998, Empirically supported couple and family therapies for adult problem, *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 66, p. 53-88

Bisch, G. h, & Helmeke, K, B, 2007, Couple Therapy and Religion and Spirituality, *Journal of couple and Relationship, Therapy*, v. 6, p. 167-179

Butler, M, 1998, Not just a time out: change dynamics of prayer for religious couple in conflict situations, *Family process*, v. 37(4), p. 451-457.

Call, V. R. A, & Heaton, T. B, 1997, Religious influence on marital stability, *Journal forthe Scientific Study of Religion*, v. 36, p. 382-392.

Caughlin, J. P, & Johnson, M. P, 1999, The tripartite nature of marital commitment: Personal, moral, and structural reasons to stay married, *Journal of Marriage and the Family*, v. 61, p. 160-177.

Curtis, K. T, & Ellison. C. G, 2002, Religious Heterogamy and Marital Conflict: Findings from the National Survey of Families and Households, *Journal of Family*, v. 23, p. 551-576.

Dattilio, Frank. M, 2010, *Cognitive Behavioral Therapy with Couples and families* "The Guilford PreSS

DiMatteo, M.Robin, 1991, *The Psychology of Health, Illness and Medical Care*, California: Wadsworth.

Epstein, B. N, & Baucom, D. H, 2002, *Enhanced Cognitive-Behavior Therapy for Couples*, Washington DC: APA.

Fennel, D. L, 2007, Characteristics of long- term first marriage, *Journal of mental counseling*, v. 15, p. 445-460.

Fincham, F. D, & et al, 2007, "Longitudinal Relations between Forgiveness and Conflict Resolution in Marriage", *Journal of Family Psychology*, v. 21(3), p: 542-545.

Green, S. G, & Bauer, T. N, 1995, Supervisory mentoring by advisers: Relationships with doctoral student potential, *productivity, and commitment: Personnel Psychology*, v. 48(3), p. 537-561.

Gurman, Alan S, & et al, 2002, *Clinical Handbook of Couple Therapy*, New York: The Guilford Press.

Larson, L. E, & Goltz, J. W, 1989, Religious participation and marital commitment, *Review of Religious Research*, v. 30, p. 387-400.

- Lichter, D. T, & Carmalt, J. H, 2009, Religion and marital quality among low-income couples, *Social Science Research*, 38, 168-187.
- Mahoney, A, & et al, 2002, Marriage and the spiritual realm: the role of primal and distal religious constructs in marital functioning, *Journal of family psychology*, v. 13(3), p. 17.
- Mahoney, A, 2005, Religion and Conflict in Marital and Parent-Child Relationships, *Journal of Social Issues*, v. 61, N. 4, p. 689-706.
- Maltby, & et al, 2004, "Forgiveness and Mental Health Variables: Interpreting the Relationship Using an Adaptational-Continuum Model of Personality and Coping", *Personality and Individual Differences*, v. 37(8), p. 1629-1641.
- Rye, M, & et al, 2000, *Religious perspective on forgiveness: Forgiveness, Theory, research, and Practice*, New York, the Guilford Press, p. 17-40.
- Sager, D. E, & Sager, W. G, 2005, Sanctus marriage enrichment, *Counseling and Therapy for Couples and Families*, v. 2, p. 212-218.
- Speranger, E, 1982, *Types of Men: The Psychology and Ethics of Personality*, Translate by P. J. W.
- Tavermina, J, 1987, Power relationships in families: A social exchange perspective, *Journal of family process*, v. 7, p. 423-436
- Walsh, F, 2009, *Spiritual Resources in family Therapy*, New York :The Guilford Press.
- Yadegari, Hajar, 2005, "Forgiveness and Its Relationship with Life Satisfaction between Married Men and Women", Paper presented at the Women's Worlds 2005: 9th International Interdisciplinary Congress on Women, Seoul, South Korea, p. 19-24.

الگوی اسلامی روان‌درمانگری / آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

mseifi79@gmail.com

محمدیاسین سیفی گندمانی / مربی گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور

مسعود جان‌بزرگی / دانشیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

احمد علیپور / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور

مهناز علی‌اکبری دهکردی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور

دریافت: ۱۳۹۳/۶/۲۶ - پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۱۸

چکیده

روان‌درمانگری / آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی با هدف افزایش غنای درونی، بهزیستی روان‌شناختی و ارتقا رضایت از زندگی تدوین شده است. این پژوهش، به روش توصیفی-تحلیلی و با هدف تدوین الگوی اسلامی روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی سامان یافته است. روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، برای ارتقای آن در هر عرصه زندگی، از مدل پنج‌راهه CASIO استفاده می‌کند. بر اساس یافته‌های این پژوهش، در الگوی اسلامی روان‌درمانگری / آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، با تغییر نگرش‌های فرد با جهت‌گیری توحیدی (A)، تغییر در معیارهای زندگی در هر حوزه از زندگی، با جهت‌گیری توحیدی (S)، تغییر اولویت‌های فرد در زندگی و اتخاذ اولویت‌های توحیدی (I) و تمرکز بر حوزه‌های مغفول زندگی (O)، و در نهایت، هماهنگ‌سازی آنها با واقعیت‌های توحیدی، زمینه ارتقای کیفیت زندگی، رضایتمندی و شادکامی فرد فراهم می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانگری، کیفیت زندگی، روان‌شناسی مثبت‌نگر، اسلام، واقعیت‌های توحیدی.

مقدمه

کیفیت زندگی مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده است. با وجود این، به عقیده سلینگمن، روان‌شناسی تا پیش از یکی دو دهه اخیر، توجه چندانی به این آرزوی دیرین انسان‌ها نداشته است. به عقیده وی، روان‌شناسی سه مأموریت ذاتی دارد: درمان بیماری‌ها، کمک به مردم برای دستیابی به زندگی مولدتر و پربارتر، و شناختن و پرورش استعداد‌های عالی انسانی. وی بر این باور بود که پیش از جنگ جهانی دوم، روان‌شناسی تا حد زیادی، دو مأموریت آخر خود را مورد غفلت قرار داده است (سلینگمن، ۱۳۸۸، ص ۷۶). به بیان استعاره‌ای، روان‌شناسی در صدد بود تا انسان منفی یک را به صفر تبدیل کند، ولی نمی‌گفت چگونه این انسان را از صفر به مثبت یک برسانیم (فریش و همکاران، ۲۰۰۶، ص ۴۴). در پنجاه سال گذشته، بیشتر تلاش روان‌شناسان بالینی بر شناخت قربانیان و درمان کمبودها و رفع ناتوانی‌ها متمرکز بوده است. به همین دلیل، سلینگمن و سیکزنت می‌هالی با این ادعا که روان‌شناسی موجود چیزی برای ساختن یک زندگی بهتر ارائه نمی‌دهد، مبحثی مهم به نام روان‌شناسی مثبت‌نگر را در انجمن روان‌شناسی آمریکا گشودند (سلینگمن و همکاران، ۲۰۰۵).

امروزه رهبران مکاتب نظری جایگزین در روان‌شناسی بالینی، روان‌پزشکی، روان‌شناسی سلامت و پزشکی عمومی، رشد و تحول معیارهای غیرآسیب‌شناختی کیفیت زندگی، سلامت‌ذهنی، رضایت‌مندی از زندگی، روان‌شناسی مثبت‌نگر و سلامت روانی مثبت را ترغیب می‌کنند و درصددند تا تأکید بر عواطف و علایم منفی را کاهش دهند (ر.ک: دینر و همکاران، ۲۰۰۴؛ هوپر، ۲۰۰۹؛ کی یس، ۲۰۰۵). امروزه برخی نظریه‌پردازان شناختی رفتاری، روان تحلیل‌گری و انسان‌گرا معتقدند که شادمانی یا رضایت‌مندی مراجع از زندگی، معیار اصلی سلامت روانی و بازده مثبت در روان‌درمانی است (فریش و همکاران، ۲۰۰۵؛ سلینگمن و همکاران، ۲۰۰۵). در واقع ظهور دو جریان، یکی توجه به ارتقای روان‌شناختی و سلامت و دیگری، روان‌شناسی مثبت‌نگر موجب تغییر رویکرد روان‌شناسان از مدل پزشکی یا آسیب‌شناختی، به مدل‌های مثبت‌نگر در موضوع سلامت شده است (کامپتون، ۲۰۰۱).

اگرچه به نظر می‌رسد ظهور روان‌شناسی مثبت‌نگر راه را برای رسیدن انسان به زندگی مطلوب‌تر گشود، اما در ابتدا متأثر از پارادایم‌های غالب در دنیای روان‌شناسی بود. پارادایم غالبی که در درمان و مراقبت از بیماران روان‌پزشکی مدنظر بوده است، مدل زیستی-روانی-اجتماعی است که هدف آن در نظر گرفتن انسان به عنوان یک کل است. این مدل، بر نیاز توجه به بیماری‌ها از یک منظر کل‌گرایانه صحنه می‌گذارد (هاگلت و کویینگ، ۲۰۰۹). به کارگیری این مدل، به طور طبیعی مستلزم پرداختن به

معنویت به عنوان یکی از پرنفوذترین مؤلفه‌های مؤثر بر کیفیت زندگی است؛ خواه با یکپارچه‌سازی مذهب/ معنویت در بُعد اجتماعی این مدل و یا ترجیحاً گنجاندن معنویت در هر سه بعد زیستی، روانی، اجتماعی و در نتیجه، پرداختن به انسان در یک مدل زیستی- روانی- اجتماعی- معنوی/ مذهبی. به عقیده برگین (۱۹۸۸)، اکنون زمان آن فرا رسیده است که بُعد معنویت را به ابعاد ساختاری رویکردهای درمانی بیفزاییم.

بر اساس پارادایم جدید (چهار بعدی) و همچنین بر اساس نظریه میدانی لویز، رفتار انسان تابعی از فرد و محیط است. آنچه در محیط پیرامون ما در جامعه ایرانی می‌گذرد، با آنچه بر دیگران در جای‌جای جهان می‌گذرد، متفاوت است. به طریق اولی، آنچه در محیط یک انسان موحد می‌گذرد، با دیگران متفاوت است. مشاوره و روان‌درمانی برای هر گروه دارای فرهنگ خاص، دارای معانی متفاوتی است که عمیقاً وابسته به ارزش‌های فرهنگی آنهاست (شریفی‌نیا، ۱۳۹۱، ص ۱۳۶). بنابراین، تدوین یا بومی‌سازی برنامه‌های درمانی و آموزشی با الگوی اسلامی برای جامعه مسلمان ایرانی، امری ضروری به نظر می‌رسد.

تأثیر مثبت رویکردهای گوناگون روان‌درمانگری، با جهت‌گیری مذهبی در افزایش سلامت روان افراد جوامع و فرهنگ‌های مختلف و با موقعیت‌های اجتماعی متفاوت و آشنفگی‌های روانی گوناگون، طی تحقیقات متعدد نشان داده شده است. مطالعه بوراس و همکاران (۲۰۰۷)، با عنوان «عقاید مذهبی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا»، هاگلت و همکاران (۲۰۰۷)، در مورد «تأثیر مذهب بر خودکشی بیماران اسکیزوفرنیا»، موهر و همکاران (۲۰۰۶)، با عنوان «تلفیق معنویت و مذهب در بُعد روانی اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک»، رندال (۲۰۰۳)، با هدف تأثیر درمان چندمدلی بهبودی محور با رویکرد معنویت بر علایم و نشانه‌های بیماران اسکیزوفرنیک مزمن از این دسته‌اند. در ایران نیز در سال‌های اخیر، علاقه فزاینده‌ای به درمان با جهت‌گیری مذهبی ایجاد شده است. از آن جمله می‌توان به پژوهش‌های عرب (۱۳۷۸) در مورد اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مذهبی، بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی معنادار خود معرف؛ مرادی و همکاران (۱۳۸۳)، با هدف بررسی تأثیر گروه‌درمانی شناختی مذهبی بر نیمرخ روانی معلولان جسمی زن؛ یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱)، با موضوع مقایسه اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری و درمان معنوی مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، بر اضطراب آشکار دانشجویان پسر خوابگاهی و غلامی و بشلیده (۱۳۹۰)، با هدف اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت‌روان زنان مطلقه اشاره نمود.

همچنین سیفی و همکاران (۱۳۹۱)، تأثیر مداخله مبتنی بر خودمعنوی و خودخانوادگی، بر کاهش علایم افسردگی دانشجویان را مورد بررسی قرار داده‌اند. در پژوهش دیگری موحّدی و همکاران (۱۳۹۳)، کارایی مدل آموزشی مبتنی بر معنویت بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دانش‌آموزان را مورد بررسی قرار داده‌اند. جان‌بزرگی (۱۳۸۶)، در پژوهشی دریافت که بین مذهب یا مذهبی بودن، با سلامت روان رابطه مستقیم وجود دارد؛ هرچه جهت‌گیری مذهبی در فرد درونی‌تر می‌شود، سلامت روانی بالاتر می‌رود. نوری و جان‌بزرگی (۱۳۹۲)، رابطه خوش‌بینی از دیدگاه اسلام، با افکار اضطرابی و افکار فراشناختی نگرانی (فرانگرانی) را مطالعه نموده‌اند. در پژوهشی دیگر نیز هادی و جان‌بزرگی (۱۳۸۸)، اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های بالینی و شخصیت در مددجویان زندان مرکزی قم را مورد مطالعه قرار دادند. همه این پژوهش‌ها بر تأثیر مذهب و معنویت، در درمان و ارتقای سلامت روان شرکت‌کنندگان در پژوهش‌ها تأکید دارند.

امروزه با پیدایش و گسترش روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی مثبت، نگرش درباره اختلالات، از چارچوب پزشکی و مدل تک‌عاملی خارج شده است. محققان معتقدند که شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روانی ناشی از سبک‌های زندگی معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد است و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود (سلیگمن و سیکزنت میهالی، ۲۰۰۰). در ابتدا رفاه و طول عمر بیشتر، معنی کیفیت زندگی بهتر را داشت (هارنکویس، ۱۹۸۲)، اما امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت، قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی، تعریف می‌شود. منظور از آن، سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت‌بخشی باشد (سلیگمن، ۱۹۹۸). کیفیت زندگی، مفهومی پویا و وسیع‌تر از سلامتی است (عبداللهی و محمدپور، ۱۳۸۴). بر طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی مطلوب باید چند بعد فیزیکی، عاطفی-روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را دربر گیرد (مونتگان و همکاران، ۲۰۰۲). تعریف و مفهوم‌پردازی «کیفیت زندگی»، فرایندی است که شامل دشواری‌های فراوان فنی و فلسفی است. این وضعیت، شالوک (۱۹۹۶) را بر آن داشت تا دنبال تعریف واحدی از کیفیت زندگی نباشد، بلکه باید به جای آن، به کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم سازمان‌دهنده بیان‌دیشیم؛ ایده‌ای که می‌تواند به توسعه کیفیت زندگی و ارزیابی حوزه‌های اصلی مرتبط با آن کمک کند. گود (۱۹۹۷)، برای نمونه هفت تعریف برگزیده را از ادبیات پژوهشی مربوط در سراسر جهان ارائه نموده است. وی مشاهده نمود که تمامی این تعاریف در سه مؤلفه مشترکند: احساس کلی بهزیستی، فرصت‌هایی برای

شکوفایی استعدادها و احساس مشغله اجتماعی مثبت. از نظر وی برخی پژوهشگران بر این باورند که کیفیت زندگی نمی‌تواند به دقت و صراحت تعریف و اندازه‌گیری شود. اکنون پژوهشگران برای ارائه تعریفی تخصصی از کیفیت زندگی تلاش کمتری می‌کنند و بیشتر سعی دارند سطوح و عوامل آن را مورد مطالعه قرار دهند؛ اگرچه این کار نیز خود به ناچار مستلزم تعریف عملی مفاهیم است.

نظریه کیفیت زندگی

بزرگ‌ترین چالش علمی نسل‌ها، روان‌شناسی شادی است؛ چراکه افزایش ثروت، پیشرفت‌های فناوری و پزشکی و علوم طبیعی، مثل فیزیک و شیمی، نتوانسته است بر شادمانی انسان تأثیر قابل ملاحظه‌ای بگذارد (دینر و همکاران، ۲۰۰۴؛ ایستروک، ۲۰۰۴؛ مایرز، ۲۰۰۰؛ فریش و همکاران، ۲۰۰۶، ص ۸۵).

فلسفه، کیفیت زندگی را خشنودی از زندگی توصیف نموده است (امین‌جعفری، ۱۳۸۸). به نظر او، سنجش خشنودی از طریق بررسی تجربه افراد از میزان حصول به آمال و آرزوهایشان انجام‌پذیر است. این تجربه ممکن است برای افراد دیگر، معنی و مفهوم مشترک نداشته باشد. ریف، کیفیت زندگی را شامل شش مؤلفه پذیرش خود، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران می‌داند (همان). در نتیجه این تعاریف و طبقه‌بندی‌های متعدد و متفاوت، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که اختلاف تعاریف را کنار بگذارند و تعریف سازمان بهداشت جهانی را به عنوان یک تعریف، ملاک مورد پذیرش قرار دهند و چهار الی پنج قلمرو اصلی را به منظور عملیاتی کردن آن در نظر بگیرند. تعریف سازمان بهداشت جهانی از کیفیت زندگی عبارت است: کیفیت زندگی، ادراک افراد از وضعیتی است که در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و نظام ارزشی است که در آن هستند، این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق آنها شکل می‌گیرد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸).

به عقیده آلبرت بندورا و بر اساس نظریه کیفیت زندگی، که اساس درمان را مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌داند، کنترل آگاهی، افکار، احساسات و حواس جسمانی بزرگ‌ترین چالش برای روان‌شناسان بالینی است. با تأکید نظریه کیفیت زندگی بر رضایتمندی از زندگی و تجربه ذهنی سلامت، کیفیت زندگی تا حد زیادی به کیفیت آگاهی، یعنی به میزان مثبت بودن تجربه درونی انسان، اشاره می‌کند. تعریف کیفیت زندگی، بر حسب تجربه درونی، ذهنی و شخصی، شاخص پژوهش‌های سلامت ذهنی، به‌طورکلی و نظریه کیفیت زندگی به‌طور اختصاصی است. نتایج حاصل از این رویکرد، ذهنی - درونی به کیفیت زندگی، از نتایج حاصل از رویکرد کاملاً «عینی» به کیفیت زندگی، سلامت و

اندازه‌گیری آنکه بر حسب رفاه صرفاً مادی تعریف می‌شود، متفاوت است (فریش، ۲۰۰۶، ص ۹۲). در عین حال، رویکرد تجربه‌درونی یا ذهنی، هرگز ارتباط شرایط عینی زندگی را انکار نمی‌کند و شرایط عینی، تنها بخشی از معادله شادکامی است. در نظریه کیفیت زندگی، عواطف و هیجانات - و قضاوت‌های مربوط به رضایتمندی - جنبه انطباقی دارند و پس‌خوراند دایمی برای اهداف فردی فراهم می‌سازند. بر حسب نظریه کیفیت زندگی، سلامت ذهنی و احساس بهزیستی و سعادت‌مندی و سلامت مترادف با شادمانی فردی است. شادمانی فردی نیز به نوبه خود، سه جزء دارد: رضایتمندی از زندگی، عواطف و هیجانات مثبت و عواطف و هیجانات منفی (دینر، ۲۰۰۸). در نظریه کیفیت زندگی، مانند نظریه‌های شناختی با رویکرد رضایتمندی از زندگی، رضایتمندی از زندگی، ارزیابی ذهنی فرد از میزان برآورده شدن نیازها، اهداف و آرزوهای اوست. بنابراین، تفاوت موجود میان آنچه که فرد دارد و با آنچه که خواهان آن است، تعیین‌کننده میزان رضایتمندی یا عدم رضایتمندی فرد است. به‌طور خلاصه می‌توان گفت: در نظریه کیفیت زندگی، کیفیت زندگی معادل با رضایتمندی از زندگی است (فریش، ۲۰۰۰). در این پژوهش، همین معنا از کیفیت زندگی مدنظر است.

روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی (QOLT)

روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت می‌باشد که با هدف ایجاد بهزیستی روان‌شناختی، ارتقای رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی نظیر افسردگی و... در بافت زندگی تدوین شده است. این درمان، توسط مایکل فریش (۲۰۰۶) و با ترکیب رویکرد شناختی آرون. تی. بک در حوزه بالینی و تئوری فعالیت سبک‌زنت میهالی با روان‌شناسی مثبت سلینگمن، به همراه استفاده از استعاره، آموزش آرمیدگی و مراقبه بنا نهاده شده است. هدف درمان‌گری مبتنی بر کیفیت زندگی عبارت است از: «افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی» (فریش، ۲۰۰۶، ص ۱۰۲). این برنامه، برای ارتقای کیفیت زندگی، هم در گروه‌های بالینی (بیمار) و هم در گروه‌های غیربالینی به کار می‌رود. از این رو، در مورد گروه اول «درمان» و در مورد گروه دوم «آموزش» نامیده می‌شود (همان، ص ۱۰۶). بهبود کیفیت زندگی، یکی از رویکردهای مختلف در روان‌شناسی مثبت‌نگر است که نسبت به افزایش شادمانی و کیفیت زندگی انسانی، طرفدار رویکرد رضایت‌مندی از زندگی است. این رویکرد، نوعی معنادرمانی است. به‌طوری‌که به مراجعان کمک می‌کند تا معنادارترین چیزی که برای شادمانی و سلامت آنها لازم است، بیابند. به‌طورکلی، این برنامه دیدگاهی کلی به زندگی، یا دیدگاهی کل‌نگر به اهداف زندگی دارد که در آن، هر مرحله از مداخله با اهداف کلی زندگی مراجع در حیطه‌های ارزشمند و مهم زندگی مرتبط

است. این رویکرد درمانی بر این باور است که کیفیت زندگی کلی یا رضایتمندی کلی فرد از زندگی، حاصل جمع رضایت فرد از هریک از حیطه‌های شانزده‌گانه زندگی است.

عناصر اصلی روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی

۱. حیطه‌های کیفیت زندگی و رضایتمندی: به عقیده فریش (۲۰۰۶)، سرخط روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، شامل شانزده حوزه اصلی زندگی است که از توسعه معنویت و خودپنداره شروع شده، تا همسایگان، اجتماعات و اینکه چگونه رضایت از زندگی و شادی را در هریک از این حوزه‌ها افزایش دهیم، ادامه می‌یابد. این شانزده حوزه اصلی، که مداخلات بر آن تمرکز پیدا می‌کند، عبارتند از: سلامتی، عزت نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول و استانداردهای زندگی، کار، بازی، یادگیری، خلاقیت، کمک و یاریگری، عشق، دوستان، فرزندان، خویشاوندان، خانه، اطرافیان و جامعه.

لازم به یادآوری است که فریش، از معنویت غافل نبوده است و آن را یکی از مؤلفه‌های حوزه «اهداف و ارزش‌ها» برشمرده است. با وجود این، نکته قابل تأمل در نگاه فریش به معنویت این است که وی معنویت را با نگاهی سکولار در برنامه خود گنجانده است؛ زیرا اولاً، معنویت را اعم از همراه با مذهب و یا بدون پایبندی مذهبی، یکی از عوامل کیفیت زندگی می‌داند. ثانیاً، معتقد است معنویت و مذهب می‌تواند بخش مهمی از اهداف و ارزش‌های فرد باشد و یا نباشد.

۲. مدل CASIO: مدل یا دستورالعمل پنج مرحله‌ای درباره رضایتمندی از زندگی است که طرح و نقشه‌ای را برای کیفیت زندگی و مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر ارائه می‌دهد. این مدل پنج مرحله‌ای، حاکی از این است که رضایتمندی در هریک از حیطه‌های شانزده‌گانه زندگی، دارای چهار جزء است: ۱. شرایط یا ویژگی‌های یک حیطه (Circumstance)؛ ۲. نگرش، ادراک و تفسیر فرد از آن حیطه، بر حسب خرسندی او (Attitude)؛ ۳. ارزیابی فرد از میزان رضایتمندی خود در آن حیطه خاص، مبتنی بر کاربرد معیارهای رضایتمندی و پیشرفت (Standard)؛ ۴. ارزش یا اهمیتی که فرد به دلیل شادمانی و خرسندی کلی که کسب کرده است، به آن حیطه می‌دهد (Importance). این چهار جزء، با عامل دیگری به نام «رضایتمندی کلی»، در سایر حیطه‌های زندگی که مورد توجه فوری نیستند (Overall satisfaction)، ترکیب می‌شود و مدل پنج مرحله‌ای را تشکیل می‌دهد که موجب افزایش رضایتمندی و شادکامی می‌شود.

۳. فرایندها و ابزارهای تغییر: برای ایجاد تغییر و افزایش رضایت و خرسندی فرد در هریک از حیطه‌های زندگی، باید به محورهای پنج‌گانه مدل CASIO بازگشت؛ یعنی یا شرایط آن حیطه را تغییر

داد و یا نگرش فرد را نسبت به آن تغییر نمود و یا در استانداردها و معیارهای رضایت در آن حیطه تجدیدنظر نمود و یا اینکه اولویت‌های فرد را تغییر داد و یا به سراغ سایر حیطه‌هایی رفت که می‌تواند برای فرد ایجاد خرسندی کند، اما فعلاً مورد غفلت واقع شده‌اند. برای ایجاد این تغییرات، از ابزارهایی مثل شناخت‌درمانی، آرام‌سازی عضلانی، مراقبه، استعاره، تکالیف خانگی و... استفاده می‌شود (فریش، ۲۰۰۶ الف، ص ۲۰۳).

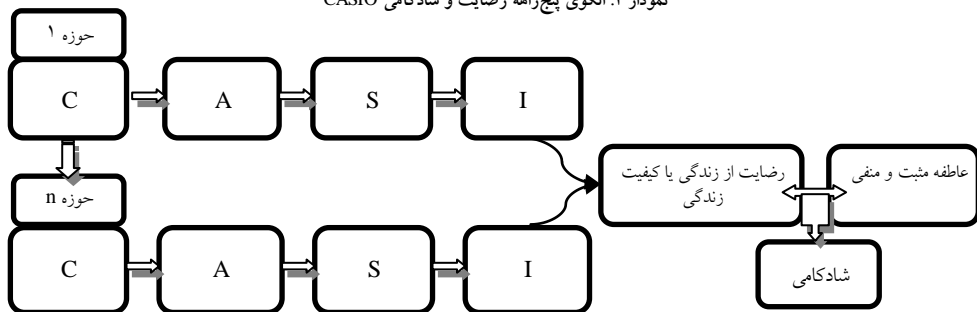
۴. الگوی تغییر: الگوی (ACT): ارزیابی / مفهوم‌سازی / درمان: مفهوم‌سازی مسئله در درمان، مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی براساس مدل ACT، دارای سه مرحله است که عبارتند از: ارزیابی کامل مسئله که شامل تشخیص / علایم، توانمندی‌ها، مسائل و مشکلات زندگی و مسائل مبتنی بر نظریه‌هاست. مفهوم‌سازی مسئله و تعیین اولویت‌های درمانی؛ و طرح دقیق درمان که اولویت‌های درمانی در چارچوب آن قرار می‌گیرد (فریش، ۲۰۰۶ ب). به زبان ساده، می‌توان گفت: در این برنامه درمانی، ابتدا با استفاده از ابزارهای موجود، کیفیت زندگی فرد در هر یک از حیطه‌های شانزده‌گانه سنجیده می‌شود. سپس، بر اساس نیم‌رخ که از این سنجش به دست می‌آید و نیز اطلاعات تکمیلی حاصل از مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-IV، مفهوم‌پردازی مسئله شکل می‌گیرد و اولویت‌های درمانی مشخص می‌شود. در نهایت، طرح درمان تدوین و اجرا می‌گردد (سیفی‌گندمانی، ۱۳۹۴، ص ۳۱۷).

همان‌گونه که گفته شد، هدف از روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی، افزایش غنای درونی، شادمانی و رضایت فرد است. نگاهی اجمالی به آموزه‌های اصیل دین مبین اسلام، ما را با انبوهی از توصیه‌ها و راهکارهایی آشنا می‌کند که در دستیابی به اهداف فوق، یعنی غنای درون و شادمانی و رضایت واقعی و اصیل، کارساز و مؤثر می‌باشند. از این رو، هدف این پژوهش، تدوین الگوی اسلامی روان‌درمانگری / آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال اساسی است که آیا اسلام به عنوان کامل‌ترین دین الهی، برنامه‌ای برای ارتقای کیفیت زندگی انسان دارد؟ اگر چنین برنامه‌ای وجود دارد، الگوی علمی و عملی آن چگونه است.

کیفیت زندگی از دیدگاه اسلام

گفته شد که در نظریه کیفیت زندگی، کیفیت زندگی، معادل رضایت از زندگی و شادمانی است. پس می‌توان کیفیت زندگی را از منظر اسلام، به واسطه متغیرهای همبسته و هم‌معنی‌اش تعریف و تحلیل نمود. اما پیش از پرداختن به موارد فوق، نگاهی اجمالی به الگوی بهبود کیفیت زندگی فریش (۲۰۰۶) می‌تواند در ادامه بحث راهگشا باشد.

نمودار ۱. الگوی پنج‌راهه رضایت و شادکامی CASIO



بر اساس الگوی فوق، شادکامی شامل رضایت از زندگی یا کیفیت زندگی، به علاوه عاطفه مثبت و منفی است. رضایت از زندگی، حاصل جمع رضایت فرد از حوزه‌های شانزده‌گانه زندگی است. رضامندی، یعنی احساس خرسندی و خشنودی از زندگی که شامل گذشته نیز می‌شود؛ اما این مسئله که آنچه موجب این احساس می‌شود، لذت و راحتی است یا عوامل دیگر، مسئله‌ای است که از قلمرو ماهیت این احساس جداست. بنابراین، گاه ممکن است شرایط عینی زندگی، سخت باشد، اما در همین شرایط، می‌توان در چارچوب بهزیستی ذهنی، دارای احساس خرسندی و رضامندی بود (پسندیده، ۱۳۹۰). با وجود این شباهت، بین نگاه اندیشمندان غرب، به‌طور ویژه فریش، و نگاه اسلام به کیفیت زندگی، تفاوت‌های اساسی وجود دارد.

اولین تفاوت عمده این است که از نظر اسلام، شادکامی دارای مبانی چهارگانه خداشناختی، انسان‌شناختی، دین‌شناختی و جهان‌شناختی است. در این میان، مبانی خداشناختی در رأس عوامل دیگر قرار دارد و سایر مبانی شادکامی، متأثر از مبانی توحیدی است. این بدین معناست که برخلاف دیدگاه فریش، در نظر اسلام، معنویت که نماد آن توحید و باور به یگانگی خداوند در تکوین و تشریح است، در عرض سایر عوامل قرار ندارد. بنابراین، در دیدگاه اسلام، رضایت و شادمانی در همه حوزه‌های شانزده‌گانه کیفیت زندگی زمانی، به معنای واقعی خود محقق می‌شود که همسو با مبانی خداشناختی اسلام باشد. به عنوان نمونه، در این دیدگاه، فرد زمانی در حوزه خانواده، شغل، پول و... احساس رضایت و شادمانی اصیل خواهد داشت که شرایط حوزه‌های فوق (C)، نگرش فرد نسبت به هر حوزه (A)، استانداردهای هر حوزه (S) و ترجیحات هر حوزه (I)، همه بر اساس مبانی خداشناختی ارزیابی و تحلیل شوند. پس در دیدگاه اسلام، معنویت و مذهب فقط یک حوزه از حوزه‌های کیفیت زندگی نیست، بلکه عاملی فرادستی است که سایر حوزه‌های دیگر را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد.

تفاوت دوم این است که اسلام، معنویت بدون مذهب و بدون حضور خداوند را به رسمیت نمی‌شناسد. آنچه در نظر اسلام به عنوان تجربه‌ای معنوی شناخته می‌شود، فقط و فقط حاصل ایمان به خداوندی است که انسان را آفریده است. اگر جز این باشد، معنویتی که جنبه تجربی و شخصی داشته باشد و انسان را متصل به کسی که منشأ آفرینش است نکند و تمام رمز و رموز خلقت و هستی انسان را می‌داند و به هدایت و گمراهی او آگاه است، راه سعادت او را می‌داند و برای دستیابی به این سعادت برنامه‌ای مدون دارد، نمی‌تواند برای شادکامی انسان در تمامی حوزه‌های مورد بحث برنامه داشته باشد (سیفی‌گندمانی، ۱۳۹۴، ص ۳۱۵). به عبارت دیگر، تفاوت در «سکولار» بودن رضامندی در روان‌شناسی، و «الهی بودن» آن در فرهنگ اسلامی است. در روان‌شناسی، بحث درباره رضایت از زندگی است. اما در فرهنگ اسلامی، رضایت از زندگی سطحی بالاتر قرار دارد. در حقیقت، رضایت از تقدیر خدا برای زندگی است؛ رضایت از تقدیر خداست که احساس رضایت از زندگی را به وجود می‌آورد. تفاوت دیگر، در مؤلفه‌های رضامندی است و تفاوت سوم، در پایه نظری رضامندی اسلامی است. هرچند با رویکرد جدید روان‌شناسی هماهنگ‌تر به نظر می‌رسد، اما در نوع با آن تفاوت دارد (پسندیده و همکاران، ۱۳۹۱).

شادکامی از دیدگاه اسلام

شادکامی مبتنی بر «واقعیت‌های توحیدی» است که اگر شناخته شوند و فرد خود را با آنها تنظیم کند، به شادکامی دست می‌یابد. در توضیح و تبیین این عبارت، باید گفت: نظام هستی به معنای عام آن، واقعیت‌هایی دارد که از توحید سرچشمه می‌گیرد. به همین دلیل، «واقعیت‌های توحیدی» نامیده می‌شوند. این واقعیت‌ها، مجموعه مبانی را تشکیل می‌دهند که همه آنها بر محور توحید دَوْران دارند، که می‌توان آنها را «مبانی توحیدی» نیز نام نهاد (پسندیده، ۱۳۹۲، ص ۵۰۵). آنچه شادکامی را تحقق می‌بخشد، شناخت این واقعیت‌های توحیدی و تنظیم خود و زندگی با آنهاست. در واقع، شادکامی حقیقتی است موجود که با توجه به انواع چهارگانه مبانی، تعریف شده و به دست می‌آید. این خود، یکی از قوانین و واقعیت‌هاست. بنابراین، تحقق شادکامی وابسته به «واقعیت‌شناسی توحیدی» و «هماهنگ‌سازی با واقعیت‌های توحیدی» است. اگر همه ابعاد انسان و زندگی او بر اساس توحید تنظیم شود، شادکامی تحقق می‌یابد (پسندیده، ۱۳۹۰).

مبانی توحیدی، دارای چهار نوع و عبارتند از: مبانی خداشناسی، جهان‌شناختی، دین‌شناختی و انسان‌شناختی. علت چهارگانه بودن مبانی، این است که شادکامی مربوط به «انسان» است. انسان در

محیطی به نام «جهان» زندگی می‌کند و برنامه‌ای به نام «دین» دارد. تا ویژگی‌های جهان به عنوان محیط زندگی انسان و ظرف تحقق شادکامی - ویژگی‌های انسان - به عنوان موجودی که شادکامی او مورد بحث قرار می‌گیرد، ویژگی‌های دین - به عنوان برنامه‌ای زندگی انسان - شناخته نشوند، تحقق شادکامی ناممکن است. سرانجام، همه این امور سه‌گانه را «خداوند متعال» تنظیم و تقدیر می‌کند. البته میان مبانی چهارگانه شادکامی، که مجموعه «توحید» را تشکیل می‌دهند، نظام خاصی برقرار است. در این مجموعه، مبانی خداشناختی در رأس قرار دارد و مبانی جهان‌شناختی، انسان‌شناختی و دین‌شناختی از آن سرچشمه می‌گیرند (پسندیده، ۱۳۹۲، ص ۵۰۵).

سعادت در اسلام، که برحسب تعاریف می‌تواند معادل کیفیت زندگی و شادکامی باشد، دارای ساختاری دو مؤلفه‌ای «نشاط» و «رضا» است. به بیان دیگر، در ماهیت سعادت، دو مفهوم اساسی وجود دارد: یکی، «خیر» و دیگری، «سرور». بنابراین، می‌توان گفت: سعادت، ترکیبی از خیر و سرور است. براین‌اساس، سعادت وقتی حاصل می‌شود که روند زندگی، بر خیر مبتنی باشد و با سرور و خرسندی همراه باشد. پس سعادت، حالتی است پایدار از زندگی خوب (خیر) و شاد (سرور) (پسندیده، ۱۳۹۰).

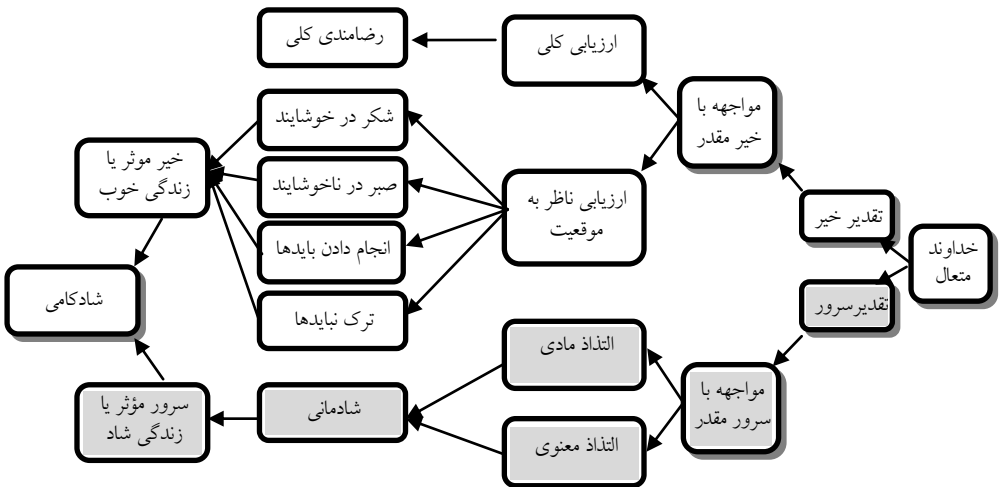
مبنای رضامندی از دیدگاه اسلام، «خیرباوری» است که از یک‌سو، مبتنی بر این واقعیت خداشناختی است که همه امور به «تقدیر» خداوند رقم می‌خورد و همه تقدیرهای او «خیر» است. از سوی دیگر، مبتنی بر این رفتار انسانی است که اگر انسان به آن واقعیت خداشناختی باور پیدا کند، به رضامندی دست می‌یازد. نتیجه اینکه، برای رسیدن به رضامندی، باید باور به خیر بودن تقدیر را به وجود آورد (پسندیده و همکاران، ۱۳۹۱). افزون بر رضامندی، ثمربخشی خیر در زندگی، متوقف بر شکر در خوشایند، صبر در ناخوشایند، انجام بایدها و ترک نبایدها نیز می‌باشد. تا این امور تحقق نیابند، خیر بودن زندگی، و یا به تعبیری، خیر مقدر توسط خداوند متعال نیز تحقق نمی‌یابد. ازاین‌رو، تحقق خیر در زندگی، مشروط به واکنش مثبت انسان به تقدیر است. در رضامندی، دو مقام هست: مقام تقدیر، و مقام تحقق. مقام تقدیر، با مقام تحقق تفاوت دارد. درست است که همه چیز توسط خداوند متعال تقدیر می‌شود، اما الزاماً هرچه تقدیر می‌شود، در زندگی انسان محقق نمی‌گردد، بلکه گاه مشروط است (تقدیر مشروط)؛ و شرط آن نیز واکنش مناسب انسان می‌باشد. بنابراین، ما با مراحل سه‌گانه «تقدیر»، «واکنش» و «تحقق» روبه‌رو هستیم. نوع واکنش انسان، تعیین‌کننده تحقق یا عدم تحقق خیر است. واکنش مناسب، موجب تحقق تقدیر، و واکنش نامناسب، موجب عدم تحقق آن می‌شود. واکنش مناسب به خیر مقدر، دارای دو سطح است: یک سطح آن، واکنش کلی به تقدیر خداوند، و سطح دیگر

آن، واکنش ناظر به موقعیت‌های چهارگانه (خوشایند و ناخوشایند/ باید و نباید) است. واکنش کلی، «رضامندی»، و واکنش‌های ناظر به موقعیت، به ترتیب عبارتند از: «شکر در خوشایند»، «صبر در ناخوشایند»، «رغبت به طاعت و انجام آن در مورد بایدها» و «کراهت از معصیت و ترک آن در مورد نبایدها». آنچه دوسطحی بودن واکنش را تبیین می‌کند، نوع مناسبات قضا و قدر، با ابعاد چهارگانه آن است. این نوع، دارای دو گونه ارزیابی است. وقتی خیرِ مقدر به عنوان یک کل و بدون توجه به ابعاد، ارزیابی می‌شود، رضامندی از تقدیر به وجود می‌آید؛ و هنگامی که ابعاد چهارگانه آن ارزیابی می‌شوند، شکر، صبر، رغبت به طاعت و انجام آن، و کراهت از معصیت و ترک آن به وجود می‌آیند. در این صورت، خیرِ مقدر به خیرِ مؤثر تبدیل می‌شود. خیرِ مؤثر، زندگی خوب را رقم می‌زند. در نتیجه، رضایت ثانویه از زندگی به وجود می‌آید. رضایت نخست، رضایت از تقدیر خیر، و رضایت دوم، رضایت از تحقق خیر (یا زندگی خوب) است (پسندیده، ۱۳۹۲، ص ۵۰۷).

به‌طورکلی، می‌توان مناسبات کلی کیفیت زندگی، رضایتمندی و شادی را از نگاه اسلامی، چنین

ترسیم نمود:

نمودار ۲. شادکامی از دیدگاه اسلام (برگرفته از پسندیده، ۱۳۹۲، با اندکی تغییرات)

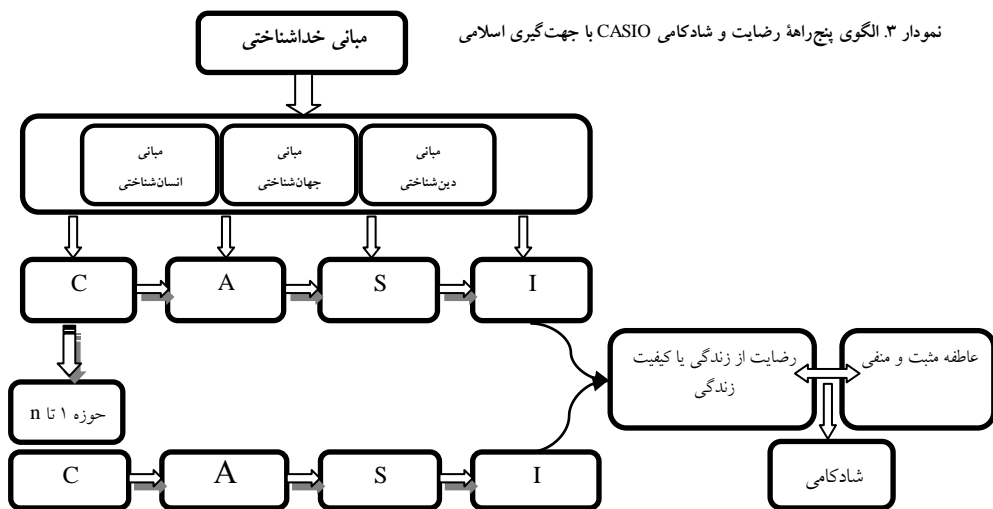


نظریه کیفیت زندگی با الگوی اسلامی

اگر الگوی پنج راهه فریش (۲۰۰۶) را به عنوان الگوی پیش‌فرض بپذیریم، و بخواهیم آن را با مبانی اسلامی مقایسه کنیم، باید تغییری اساسی در آن اعمال کنیم که این تغییر، الگوی فریش را چه به لحاظ شکلی و محتوایی دگرگون خواهد کرد. تغییر اساسی موردنظر این است که از منظر اسلام، نگرش فرد

به هر حوزه از زندگی (A)، معیارها و استانداردهای رضایت و پیشرفت (S) و اولویت‌ها و ترجیحات فرد (I)، همگی از مبانی توحیدی سرچشمه می‌گیرند. از این رو، در حوزه‌ای مانند «پول و دارایی مادی»، نگرش فرد نسبت به پول، معیارهای فرد در مورد موفقیت مالی و اولویت پول در زندگی فرد، همه باید با مبانی توحیدی تنظیم می‌شوند. از سوی دیگر، با نگاه توحیدی ممکن است فرد حوزه‌هایی از زندگی را بیابد که ممکن است بسیار پاداش‌دهنده و نشاط‌آور باشند، اما آنها را به دست فراموشی سپرده است (O). برای مثال، حوزه کمک و یاری‌رسانی حوزه‌ای است که اگر با نگاهی توحیدی به آن بنگریم، می‌تواند یکی از اولویت‌های مهم زندگی فرد (I) باشد که میزان بالایی از رضایت و خرسندی را به همراه دارد. پرداختن به آن، کیفیت کلی زندگی فرد را بهبود می‌بخشد. به همین دلیل، تغییر شکل مزبور این است که در الگوی اسلامی CASIO، معنویت، که در دین و مبانی خداشناسی تجلی می‌یابد، عاملی فرادستی است که تمامی حوزه‌های شانزده‌گانه کیفیت زندگی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (نمودار ۳). به لحاظ ماهوی نیز نگرش‌ها (A)، استانداردها (S) و اولویت‌های فرد (I)، همگی با درونمایه الهی شکل می‌گیرند. لذا می‌توان الگوی اسلامی CASIO را بدین صورت ترسیم نمود:

نمودار ۳. الگوی پنجره‌راه رضایت و شادکامی CASIO با جهت‌گیری اسلامی



نتیجه‌گیری

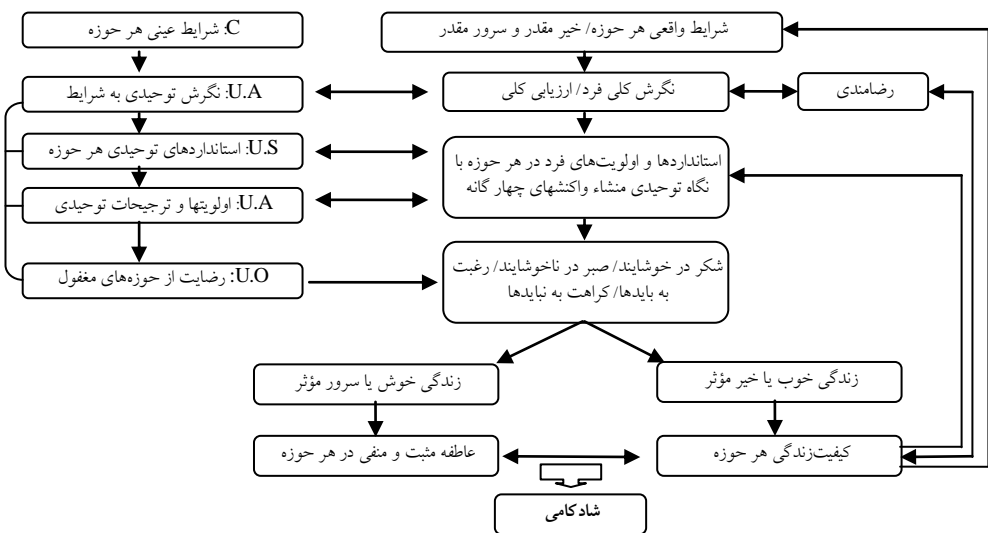
با عنایت به آنچه در مورد الگوی اسلامی شادکامی و نظریه کیفیت زندگی گفته شد، ارتقای کیفیت زندگی کلی از دیدگاه اسلام، در گرو حرکت از خیر و سرور مقدر به سوی «زندگی خوب/ خیر مؤثر» و «زندگی شاد/ سرور مؤثر» در هریک از حوزه‌های شانزده‌گانه زندگی، یعنی بهداشت و سلامت جسمانی، عزت

نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول و دارایی‌های مادی، کار، بازی، یادگیری، خلاقیت، کمک به دیگران، عشق، دوستان، فرزندان، خویشاوندان، خانه و همسایه‌ها، جامعه و همسر است. خیر و سرور مقدر، همان شرایط واقعی زندگی فرد در هر حوزه (C) است که در صورت واکنش توحیدی فرد، می‌تواند او را به کیفیت زندگی برتر رهنمون کند. اما این واکنش توحیدی یعنی صبر، شکر، رغبت به طاعت و کراهت از معصیت، خود مستلزم داشتن نگرش‌های توحیدی (A)، استانداردها و معیارهای توحیدی برای هر حوزه از زندگی (S) و اولویت‌ها و ترجیحات توحیدی (I) است. افزون بر این، نگاهی توحیدی به سایر حوزه‌های زندگی (O) و توجه به حوزه‌های مغفول زندگی نیز به ارتقای کیفیت زندگی فرد کمک خواهد کرد. بنابراین در این برنامه، الگوی ارزیابی، مفهوم‌پردازی و درمان (ACT)، که بیان شد، مورد استفاده قرار خواهد گرفت، اما طرح درمانی این برنامه، یک اولویت اساسی دارد و آن عبارت است از: «هماهنگ‌سازی شرایط واقعی زندگی (C)، نگرش‌ها (A)، استانداردها (S) و اولویت‌های فرد (I) با واقعیت‌های توحیدی». بنابراین، ارزیابی و مفهوم‌پردازی مسائل فرد (مراجع)، مطابق با الگوی درمانی فریش، انجام خواهد شد. اما مداخلات درمانی با محوریت شناخت واقعیت‌های توحیدی پیش‌گفته و هماهنگی فرد با این واقعیت‌ها انجام خواهد گرفت. به بیان روشن‌تر، در این الگو، فرض بر این است که واکنش فرد به شرایط واقعی زندگی، یا خیر مقدر الهی، مستلزم نگرش توحیدی (Unitarianismic Attitude) (U.A)، به زندگی و حوزه‌های شانزده‌گانه آن است. بدون نگرش توحیدی، رضایت کلی از تقدیر الهی و هیچ‌یک از واکنش‌های توحیدی ناظر به موقعیت‌های چهارگانه یعنی شکر، صبر، رغبت و کراهت محقق نخواهد شد. پس، نخستین و بنیادی‌ترین گام در این برنامه آموزشی/درمانی، معرفی و شناخت نگرش توحیدی به زندگی است. اما علاوه بر نگرش توحیدی کلی نسبت به تقدیر الهی، رضایت از زندگی، مستلزم این است که فرد معیارهای موفقیت و رضایت در هریک از حوزه‌های شانزده‌گانه مانند پول، سلامت، خانواده، همسایه، کار و... را بر مبنای نگرش توحیدی بنا نهد. لذا گام دوم در الگوی اسلامی این برنامه، شناخت استانداردهای الهی (Unitarianismic Standard) زندگی در هریک از حوزه‌های زندگی است. شناخت این استانداردها، خود متوقف بر واقعیت‌شناسی انسان و زندگی از منظر دین خواهد بود. در سومین گام، فرد باید زندگی را به عنوان یک کل ملاحظه کند: هم از حیث اینکه رضایت از زندگی شامل همه حوزه‌های زندگی است، و هم از این حیث که رضایت از زندگی، محدود به رضایت در زندگی دنیا نیست. از این‌رو، با نگرشی الهی نسبت به همه گستره زندگی، باید حوزه‌هایی از زندگی را که تاکنون مورد غفلت قرار داده، ولی پرداختن به آنها می‌تواند موجبات رضایت بیشتر انسان را فراهم کند، بیشتر مورد توجه قرار دهد و اولویت‌های جدیدی برای خود بیافریند (Unitarianismic Importance). برای نمونه، در این گام فرد می‌آموزد

که از منظر اسلام، رضایت انسان از زندگی صرفاً با شادمانی و لذت شخصی او به دست نمی‌آید. لذا چه‌بسا پرداختن به رضایت خانواده، همسایه، فرزندان و کمک‌رسانی به دیگران و... که حوزه‌های ارزشمندی از زندگی هستند، بتواند به رضایتمندی کلی فرد از زندگی کمک کند. مجموعه گام‌های فوق، فرد را به رضایت بیشتر از زندگی، یا همان خیر و سرور مؤثر رهنمون می‌کند.

از سوی دیگر، چنانچه در نمودار ۴ آمده است، دستیابی به رضایت و شادمانی، که همان تحقق خیر و سرور مؤثر است، در یک چرخه، از یک‌سو، بر نگرش اولیه فرد، استانداردها و اولویت‌های فرد تأثیر می‌گذارد و آنها را استحکام بیشتری می‌بخشد. از سوی دیگر، مطابق با وعده راستین الهی در آیه هفتم از سوره مبارکه ابراهیم «وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِن كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ»، موجب تغییر در شرایط عینی و واقعی زندگی فرد (C) خواهد شد.

نمودار ۴. الگوی اسلامی روان‌درمانگری مبتنی بر کیفیت زندگی



با توجه به آنچه در تعریف شادکامی و کیفیت زندگی از دیدگاه اسلام گفته شد، می‌توان نظریه کیفیت زندگی با الگوی اسلامی را تبیین نموده، بر مبنای این نظریه، الگوی اسلامی روان‌درمانگری/ آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی را تدوین کرد. در واقع در این بخش از ترکیب، نظریه کیفیت زندگی فریش، با الگوی اسلامی کیفیت زندگی و شادکامی، نظریه کیفیت زندگی با الگوی اسلامی ارائه شد. در پایان، این نظریه در قالب الگوی پنجاهه فریش مقاله و با برخی تغییرات ساختاری و محتوایی، الگوی اسلامی روان‌درمانگری/ آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی ارائه گردید.

منابع

- امین‌جعفری، امیر، ۱۳۸۸، *مقایسه کیفیت زندگی در خانواده‌های دو سر شاغل و خانواده‌های تک‌نار آور و ارائه الگو در خانواده‌های دو سر شاغل کارمندان دانشگاه اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- پسندیده، عباس و همکاران، ۱۳۹۱، «پایه نظری رضامندی از دیدگاه اسلام»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۴، ص ۸۵-۱۰۴.
- پسندیده، عباس، ۱۳۹۰، «نظریه توحید در شادکامی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۳، ص ۱-۳۰.
- ، ۱۳۹۲، *الگوی اسلامی شادکامی با رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا*، قم، دارالحدیث.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۸۶، «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، *پژوهش در پزشکی*، ۳۱(۴)، ص ۳۴۵-۳۵۰.
- سلیگمن، مارتین، ۱۳۸۸، *شادمانی درونی: روان‌شناسی مثبت‌گرا در خدمت خوشنودی پایدار*، ترجمه مصطفی تبریزی و همکاران، تهران، دانژه.
- سیفی، محسن و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر مداخله مبتنی بر خودمعنوی و خودخانوادگی بر کاهش علائم افسردگی دانشجویان»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۳، ص ۱۱۷-۱۳۴.
- سیفی‌گندمانی، محمدیاسین، ۱۳۹۴، *تدوین روان‌درمان گری مبتنی بر کیفیت زندگی با جهت‌گیری اسلامی و بررسی اثربخشی آن بر کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی معنوی در دانشجویان افسرده و بهنجار دانشگاه پیام‌نور استان چهارمحال و بختیاری*، تهران، دانشگاه پیام‌نور.
- شریفی‌نیا، محمدحسین، ۱۳۹۱، *الگوهای روان‌درمانگری یکپارچه با معرفی درمان یکپارچه توحیدی*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- عبداللهی، فهیمه و علیرضا محمدپور، ۱۳۸۵، «بررسی کیفیت زندگی سالمندان مقیم در منزل و سرای سالمندان در شهرستان ساری»، در: دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران، دانشکده شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده.
- عرب، مهدی، ۱۳۷۸، *بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - مذهبی بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی معنادار خود معرف شهر یزد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- غلامی، علی، و کیومرث بشلیده، ۱۳۹۰، «اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه»، *مشاوره و روان‌درمانگری خانواده*، سال اول، ش ۳، ص ۳۳۱-۳۴۸.
- مرادی، اعظم و همکاران، ۱۳۸۳، «اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - مذهبی بر نیم‌رخ روانی معلولان جسمی زن در شهرضا»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ش ۲۱ و ۲۲، ص ۱۳۵-۱۵۴.
- موحدی، یزدان و همکاران، ۱۳۹۳، «کارآیی مدل آموزشی مبتنی بر معنویت بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دانش‌آموزان»، *روان‌شناسی و دین*، دوره هفتم، ش ۲۵، ص ۱۶-۵.

نوری، نجیب‌الله و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۹۲، «رابطه خوش‌بینی از دیدگاه اسلام با افکار اضطرابی و افکار فراشناختی نگرانی (فرانگرانی)»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۲۴، ص ۶۳-۷۹.

هادی، مهدی و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۸۸، «اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی»، *روان‌شناسی و دین*، سال دوم، ش ۲، ص ۷۱-۱۰۴.

یعقوبی، حسن و همکاران، ۱۳۹۱، «مقایسه اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری و درمان معنوی مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر اضطراب آشکار دانشجویان»، *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۲)، ص ۹۹-۱۰۷.

Borras, L, & et al, 2007, Religious Beliefs In Schizophrenia: Their Relevance For Adherence To Treatment, *Schizophrenia Bulletin*, v. 9, p. 1-9.

Campton, D, 2001, A social connective perspective on religious believe, *Jurnal of clinical psychology*, v. 21(7), p. 989-1003.

Diener, E, & et al, 2004, The evolving concept of subjective well- being: The multifaceted nature of happiness, *The psychology of aging*, v. 25, p. 132-151.

Diener, E, 2008, Myths in the science of happiness, and directions for future research. In The science of subjective well-being, edited by M. Eid and R. J. Larsen. New York: Guilford Press.

Eid, M, & Larson, R. J, 2008, *The Science Of Subjective Well-Being*, New York: Guilford Press.

Frisch, M. B, & et al, 2005, Predictive and treatment validity of life satisfaction and the Quality of Life Inventory, *Assessment*, v. 12 (1), p. 66-78.

Frisch, M. B, 2000, Improving mental and physical health care through quality of lif therapy and assessment. In E. Diener& D. R. Rahtz (Eds.), *Advances in Quality of Life Theory and Research* (pp. 207-241). New York: Kluwer Academic.

Frisch, M. B, 2006, *Finding happiness with Quality of Life Therapy: Appositive psychology approach*. Wood way, TX: Quality of Life Press. E- mail contact: Michael- Frisch@ Baylor. Edu.

Frisch, M. B, 2006, *Quality Of Life Therapy*, New Jersey: John Wiley & Sons Press.

Goode, D, 1997, Quality of life as international disability policy: Implications for international research. In R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life. Volume II. Application to persons with disabilities*(pp. 211-221). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Hornquis, J, 1982, The Concept Of Quality Of Life In Scandinavian, *Journal of Social Medicine*, v. 10, p. 760-771.

Huguelet, P, & et al, 2007, Effect Of Religion On Suicide In Outpatient With Schizophrenia Or Schizo-Affective Disorders Coppared With Inpatients With Nonpsychotic Disorders, *European Psychiatry*, v. 22, p. 188-194.

Huguelet, P, & Koenig, M. D, 2009, *Sprituality and religion in psychiatry*, New York, Cambridge University Press.

Huppert, F. A, 2009, Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences, *Applied Psychology: Health and Well-Being*, v. 1, p. 137-164.

- Keyes, C. L. M, 2005, Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of mental health, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 73, p. 539–548.
- Mohr, S, & et al, 2006, Toward An Integration Of Religiousness And Spirituality Into The Psychosocial Dimension Of Schizophrenia, *Am J Psychiatry*, v. 163, p. 1952-1959.
- Montagne, J, & et al, 2002, The Wellenss Solution, *Journal of Active Aging*, v. 18, p. 67-81.
- Randal, P, & et al, 2003, Can Recovery-Focused Multimodel Psychotherapy Facilitate Symptom And Function Improvement In People With Treatment-Resistant Psychotic Illness, *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, v.37, p. 720-727.
- Schalock, R. L, 1996, Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. In R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Volume I. Conceptualization and measurement* (pp. 123-139). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Seligman, M. E. P, & Csikszentmihaly, M, 2000, Positive Psychology: An Introduction, *Journal of American Psychology*, v. 55, p. 5-14.
- Seligman, M. E. P, & et al, 2005, Positive psychology progress - empirical validation of interventions, *American Psychology*, v. 60, p. 410–421.
- Seligman, M. E. P, 1998, What Is The Good Life, *American Psychology Association*, v. 29, p. 121-135.

رابطه دل‌بستگی به خدا با سلامت روان و هدف در زندگی دانشجویان پسر

mannizheheyakonandeh@yahoo.com

کنیزه احیاء‌کننده / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شیراز

محمد مزیدی شرف‌آبادی / دانشیار مبانی تعلیم و تربیت، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز

دریافت: ۱۳۹۳/۴/۱۲ - پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۱۱

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی نقش دل‌بستگی به خدا در سلامت روان و هدف در زندگی دانشجویان پسر دانشگاه اجرا شد. پژوهش از نوع همبستگی و جامعه آماری پژوهش، کلیه دانشجویان پسر مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان بود. برای انجام پژوهش، ۱۷۲ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای سنجش شامل پرسش‌نامه دل‌بستگی به خدا، پرسش‌نامه سلامت عمومی و پرسش‌نامه هدف در زندگی بود. داده‌ها از طریق ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین دل‌بستگی دانشجویان به خدا با سلامت روان و هدف در زندگی آنها رابطه معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون به شیوه همزمان نیز نشان داد که ۱۷ درصد از واریانس سلامت روان و ۲۹ درصد از واریانس هدف در زندگی به‌وسیله متغیر دل‌بستگی به خدا تبیین می‌شود.

کلیدواژه‌ها: دل‌بستگی به خدا، سلامت روان، هدف در زندگی، دانشجویان.

مقدمه

از ضروریات اساسی زندگی دانشجویی، که توجه به آن در رشد و توسعه جامعه اثر مستقیم دارد و پرداختن به آن شرط اساسی در بهره‌وری بهینه از نیروهای کارآمد و تحصیل کرده می‌باشد، سلامت روان دانشجویان است. دوران دانشجویی، به دلایلی از جمله دوری از خانواده، مشارکت در مسئولیت‌پذیری اجتماعی، ارتباط زمانی این دوره با شرایط نوجوانی و جوانی، فشارهای درسی و تحصیلی، دوره‌ای خاص تلقی می‌شود (به و آینوز، ۲۰۰۳). ورود به دانشگاه با بروز تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی همراه است. در کنار این تغییرات، به انتظارات و نقش‌های جدید نیز باید اشاره کرد که همزمان با ورود به دانشگاه در دانشجویان شکل می‌گیرد که قرار گرفتن در چنین شرایطی، اغلب با فشار و نگرانی توأم است و عملکرد و بازدهی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اور و وستمن، ۱۹۹۰).

یکی از عوامل اساسی مشخص شده در سلامت روانی، که پایه‌های نظری آن پی‌ریزی شده (بالبی، ۱۹۶۹، ص ۱۷۹) و همچنین پژوهش‌های متعدد (شمس اسفندآباد و همکاران، ۱۳۹۰)، رابطه آن را با سلامت روان تأیید کرده است، کیفیت دلبستگی انسانی نسبت والدین و بزرگسالان می‌باشد.

نظریه دلبستگی، اولین بار به وسیله بالبی (۱۹۶۹) مطرح شد. او معتقد است: دلبستگی پیوند عاطفی عمیقی است که با افراد خاص در زندگی برقرار می‌شود، به گونه‌ای که وقتی فرد با این افراد خاص تعامل می‌کند، احساس نشاط، شغف و امنیت کرده و به هنگام استرس از اینکه آنها را در کنار خود دارد، احساس آرامش می‌کند. مفهوم «دلبستگی» منبعث از نظریه بالبی، گستردگی زیادی دارد، از جمله دین و باورهای مذهبی (کیرک پاتریک، ۲۰۰۵، ص ۲۱۱).

کیرک پاتریک (۱۹۹۹)، به عنوان یکی از نخستین نظریه پردازان در زمینه دلبستگی به خدا، معتقد است: دلبستگی به مراقب اولیه در دوران کودکی، با گذشت زمان، به شکل دلبستگی به خدا و وطن ادامه می‌یابد. وی مدعی است که مؤمنان ارتباط متقابل شخصی با یک خدای محبوب، دانا و نیرومند برقرار می‌کنند و این ارتباطات را ارتباطات دلبستگی در نظر گرفته است (اوکوزی، ۲۰۱۰، ص ۲۴). البته روابط نزدیک و عشق و عاطفه‌ای که فرد با چهره دلبستگی تجربه می‌کند، در ارتباط با خدا نیز با میزانی از تفاوت وجود دارد (کیرک پاتریک، ۱۹۹۴). رابطه بین فرد و خدا به عنوان رابطه دلبستگی درک شده، فرای محدودیت‌های حضور فیزیکی است (کیرک پاتریک و شیور، ۱۹۹۰).

خدا به عنوان چهره دلبستگی، پناهگاهی ایمن در زمان پریشانی یا تهدید برای مؤمنان است. زمانی که مؤمنان از خدا دور یا جدا می‌شوند، احساس اضطراب می‌کنند (همان). مؤمنان خواستار نزدیکی به خدا

هستند. این تماس برای آنان در میان ارتباط با خدا در شکل‌های دعا و مشارکت در فعالیت‌های مذهبی دلبذیر است (کیرک پاتریک و شیور، ۱۹۹۲). همچنین زمانی که مؤمن خیرهایی در مورد مرگ و از دست دادن عزیز خود دریافت می‌کند، تمایل دارد که به خدا به عنوان پناهگاه امن، نزدیک شود تا دوباره حس امنیت و آرامش را به دست آورد (اوکوزی، ۲۰۱۰، ص ۲۴). فرد با اعتقاد به اینکه خدا اساس ایمنی است، احساس قدرت نموده، اعتماد به نفسش هنگام اضطراب و ترس افزایش می‌یابد. این احساس ایمنی به آرامش درونی در فرد منجر شده، وی را برای مقابله با مشکلات و چالش‌های زندگی آماده می‌کند. بنابراین، این احساس ایمنی، پادزهری در برابر ترس و اضطراب است (سپاه منصور و همکاران، ۱۳۸۷). جوهر اساسی نظریه‌های دینی در باب معنای زندگی، عبارت است از: تأکید بر اینکه که بدون وجود خداوند و فناپذیری، زندگی معنایی نخواهد داشت (مهدوی آزادبنی، ۱۳۸۶). اسلام به هدف و غایت در زندگی اهمیت می‌دهد و انسان را به سمت کمال در حرکت می‌داند (کرمانی و جلوانی، ۱۳۸۸). از نظر بسیاری از افراد، برجسته‌ترین عملکرد روان‌شناختی مذهب، ارائه حس معنا و هدف در زندگی است (مارتوس و همکاران، ۲۰۱۰).

معناداری زندگی عبارت است از ادراک نظم، انسجام و هدف در هستی و دنبال کردن اهداف ارزشمند و نیل به آنها، همراه با حس رضایت‌مندی (رکر، ۲۰۰۰). این اصطلاح، شامل دو مؤلفهٔ «داشتن معنا در زندگی» و «تلاش برای جست‌وجوی معنا» است. داشتن معنا در زندگی، به حالتی اطلاق می‌شود که براساس آن، دریافت شخص از تجارب زندگی بر این حس متکی است که رویدادهای زندگی هدفمند هستند و در راستای آن هدف شکل می‌گیرند. درحالی‌که تلاش برای جست‌وجوی معنا، به فعالیت و شدت تمایل افراد به یافتن، ساختن و یا بحث در مورد معنای زندگی اطلاق می‌شود (استیجر و همکاران، ۲۰۰۶).

مذهب فرصت‌هایی را در اختیار افراد برای کشف هدف یا معنا در زندگی‌شان قرار می‌دهد (استیجر و فرازیر، ۲۰۰۵). همچنین مهم‌ترین سود تجربه‌های مذهبی این است که مذهب به شخص، احساس معناداری و ارتباط با حقیقت نهایی اعطا می‌کند (اکسلین، ۲۰۰۲؛ سیمپسون، ۲۰۰۲).

ناوارا و جیمز (۲۰۰۵)، استوارد و جو (۱۹۹۸) و اوکوزی (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که بین سلامت روان و اعتقاد به خدا رابطه مثبت وجود دارد. نتایج تحقیق الیسون و همکاران (۲۰۰۹)، نیز نشان می‌دهد که توجه به مذهب و دعا موجب کاهش آثار زیان‌آور بیماری‌ها و اضطراب می‌شود. همچنین تحقیق ریپتروپ و همکاران (۲۰۰۵)، حاکی از این است که اعتقادات و باورهای مذهبی و معنوی تأثیرات مثبت و مؤثری بر سلامتی و بهبود بیماری‌های جسمانی دارد.

برام و همکاران (۲۰۰۸)، در تحقیقی پیرامون افراد سالخورده، به این نتیجه رسیدند که احساس نارضایتی از خدا با ناامیدی، احساس افسردگی، احساس گناه و همچنین با نشانگان افسردگی، ارتباط معناداری دارد.

وایلد و جوزف (۱۹۹۷)، معتقدند ۲۰ تا ۶۰ درصد از متغیرهای سلامت روانی افراد با باورهای مذهبی تبیین می‌شود. در همین راستا، طبق نظر گراهام و همکاران (۲۰۰۱)، کسانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، در برابر تنش و فشار مصونیت بیشتر و سلامت بالاتری دارند. پولنر (۱۹۸۹) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که از بین متغیرهای مختلف مذهبی، ارتباط با وجود متعالی، بالاترین میزان در پیش‌بینی بهزیستی روانی را به خود اختصاص داده است. در این پژوهش، ارتباط با وجود متعالی، داشتن رابطه عمیق روانی با خدا تعریف شده بود. همچنین کیرک پاتریک و شیور (۱۹۹۲)، دریافته‌اند افرادی که دلبستگی ایمن به خدا دارند، در مقایسه با افرادی که دلبستگی نایمن به خدا دارند، رضایت زندگی بیشتر و اضطراب و افسردگی و بیماری جسمانی کمتری دارند. نتایج پژوهش بزرگی (۱۳۸۳)، نشان داد که میان دلبستگی به خدا با صبر ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین دلبستگی به خدا، پیش‌بینی‌کننده خوبی برای میزان عزت نفس دانشجویان می‌باشد. در پژوهش دیگری که توسط بردشو (۲۰۱۰) صورت گرفته، مشخص شده است که رابطه منفی معناداری بین دلبستگی ایمن به خدا و پریشانی روانی وجود دارد. در حالی که، پژوهش بلاویچ و پارگامنت (۲۰۰۲) حاکی از این است که بین دلبستگی ایمن به خدا با سازگاری هیجانی رابطه مثبت وجود دارد. اورلینگز - بانکو و همکاران (۲۰۰۵)، در تحقیقات خود، به این نکته پی‌بردند که دلبستگی نایمن با آسیب‌پذیری فرد و آسیب‌های روانی در ارتباط است. همچنین نتایج پژوهش مت بردزهاو و همکاران (۲۰۱۰) که روی اعضای کلیسا صورت گرفت، نتایج نشان داد که دلبستگی ایمن به خدا به طور معکوس، با ناراحتی ارتباط دارد. در صورتی که دلبستگی اضطرابی به خدا و وقایع استرس‌آور زندگی، به طور مثبت با ناراحتی ارتباط دارد.

نتایج پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۹۱)، نشان داد که بین دلبستگی ایمن به خدا با تاب‌آوری و سلامت روان ارتباط مثبت و معنادار و بین دلبستگی اجتنابی و اضطرابی به خدا، با تاب‌آوری و سلامت روان ارتباط منفی و معنادار دارد. در تحقیقی هم که غباری‌بناب و همکاران (۱۳۹۱) انجام دادند، نتایج حاکی از این بود که سلامت روانی والدین کودکان استثنایی، از روی نوع دلبستگی به خدا و تصور فرد از خدا پیش‌بینی‌پذیر است.

تیلیون و بلوگمیدی (۲۰۰۹)، به بررسی ارتباط مذهب، معناداری زندگی و بهزیستی ذهنی در میان دانشجویان پرداختند. نتایج نشان داد که عقاید مذهبی و نوع دوستی، به صورتی معنادار در ایجاد حس

معنی در زندگی مؤثر هستند. همچنین نتایج نشان داد که اعتقادات مذهبی، سهم عمده‌ای در بهزیستی ذهنی و بهزیستی فردی دارد. این بهزیستی از طریق معناداری زندگی تبیین می‌شود. کیرک پاتریک (۱۹۹۹) بر این باور است که دلبستگی مضطرب - اجتنابی با خدا، در نهایت موجب بی‌اعتقادی، لامذهب شدن و ارتداد فرد می‌شود. هیل و پارگامنت (۲۰۰۳)، معتقدند معنویت و ارتباط با خدا، به افراد احساس داشتن جهت و معنا در زندگی می‌دهد. چامبرلین و زیکا (۱۹۸۸)، ارتباط مثبتی را بین معناداری زندگی و مذهب گزارش کرده‌اند.

نتایج پژوهش خاکشور و همکاران (۱۳۹۲)، حاکی از این بود که هویت مذهبی زودرس و کسب شده، ارتباط بین تعلق‌پذیری و حضور معنا در زندگی را میانجی‌گری می‌کنند. نتایج همچنین نشان داد که پایگاه‌های هویت مذهبی، تنها پیش‌بینی‌کننده حضور معنا در زندگی می‌باشند. جمالی (۱۳۸۱)، در تحقیق خود به این نتیجه دست یافت که بین نگرش مذهبی و احساس معنا بخش بودن زندگی، رابطه معنی‌داری وجود دارد. زاهد بابلان و همکاران (۱۳۹۱)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین دلبستگی به خدا و تاب‌آوری با معناداری در زندگی رابطه وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که معناداری زندگی توسط متغیرهای دلبستگی به خدا و تاب‌آوری پیش‌بینی می‌شوند.

در دوره دانشجویی نیز با توجه به مسائل و مشکلات خاص این دوره، سلامت روان و داشتن هدف در زندگی، اهمیت بیشتری می‌یابد. با تشخیص عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روان و هدفمند بودن زندگی، می‌توان به دانشجویان کمک کرد تا بر مسائل و مشکلات خود غلبه کنند. از این‌رو، بررسی پیش‌بینی سلامت روان و هدف در زندگی دانشجویان، با توجه به دلبستگی آنها به خدا مورد هدف قرار گرفت. با این هدف و با توجه به زیر بنای نظری و نتایج پژوهش‌های پیشین، فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از: ۱. بین دلبستگی به خدا با سلامت روان دانشجویان پسر رابطه وجود دارد؛ ۲. بین دلبستگی به خدا با هدف در زندگی دانشجویان پسر رابطه وجود دارد؛ ۳. مؤلفه‌های دلبستگی به خدا، می‌توانند بخش معناداری از واریانس سلامت روان دانشجویان پسر را پیش‌بینی کنند؛ ۴. مؤلفه‌های دلبستگی به خدا، می‌توانند بخش معناداری از واریانس هدف در زندگی دانشجویان پسر را پیش‌بینی کنند.

روش پژوهش

روش این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. دلبستگی به خدا به عنوان متغیر پیش‌بین و سلامت روان و معناداری زندگی، به عنوان متغیرهای ملاک، مورد بررسی قرار گرفت.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی بهبهان، در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بودند. نمونه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای و به حجم ۱۸۶ دانشجوی پسر، بر حسب جدول تعیین حجم نمونه مورگان (نادری و سیف نراقی، ۱۳۹۰، ص ۷۲) انتخاب شد. نمونه‌گیری به این صورت بود که از رشته‌های موجود در دانشگاه، دو رشته علوم انسانی و فنی مهندسی به تصادف انتخاب شد. سپس، از زیر مجموعه رشته‌های علوم انسانی و فنی مهندسی، دو رشته (از گروه علوم انسانی رشته‌های تربیت‌بدنی و حسابداری و از گروه فنی مهندسی رشته‌های عمران و کامپیوتر)، به طور تصادفی انتخاب شدند و از هر رشته، دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب گردید. تعداد ۱۴ پرسش‌نامه، به دلیل نقص در پاسخ‌گویی از نمونه مورد بررسی کنار گذاشته شد و در نتیجه تعداد آزمودنی‌ها به ۱۷۲ نفر رسید.

ابزار پژوهش

برای اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر در این پژوهش، از سه پرسش‌نامه به شرح زیر استفاده شد:

۱. پرسش‌نامه دل‌بستگی به خدا (AGI): این پرسش‌نامه برگرفته از مدل کیرک پاتریک (۱۹۹۹)، توسط بک و مک‌دونالد در سال ۲۰۰۴ ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۸ پرسش پنج‌گزینه‌ای است. این پرسش‌نامه، دو بعد «اجتناب از صمیمیت به خدا» (۱۴ پرسش) و «اضطراب از طرد شدن از سوی خدا» (۱۴ پرسش) را ارزیابی می‌کند.

بک و مک‌دونالد (۲۰۰۴)، ضریب پایایی ۱۴ سؤال اضطراب از طرد را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و ۱۴ سؤال اجتناب از نزدیکی را ۰/۸۳ برآورد کرده‌اند. نصیری و لطیفیان (۱۳۸۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای بعد اجتناب از صمیمیت و اضطراب از طرد را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۱ گزارش نمودند. در این پژوهش، برای احراز پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که ضرایب آلفای کرونباخ برای دو بعد اجتناب از صمیمیت و اضطراب از طرد، به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۱ و برای کل مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد.

روایی پرسش‌نامه دل‌بستگی به خدا، توسط سازندگان آن، به روش همبستگی هر سبک با نمره کلی مقیاس، برای سبک‌های اجتناب از صمیمیت و اضطراب از طرد، با کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۴ گزارش شده است (بک و مک‌دونالد، ۲۰۰۴). نصیری و لطیفیان (۱۳۸۷)، میزان همبستگی سبک اضطراب از طرد و سبک اجتناب از صمیمیت را با کل مقیاس، به ترتیب

برابر با ۰/۶۸ و ۰/۷۴ به دست آوردند. در این پژوهش، به منظور بررسی روایی پرسش‌نامه دلبستگی به خدا، همبستگی بین هر سبک دلبستگی به خدا، با نمره کل پرسش‌نامه محاسبه شد. نتایج نشان داد، ضریب همبستگی سبک اضطراب از طرد با کل مقیاس ۰/۷۶ و سبک اجتناب از صمیمیت با کل مقیاس ۰/۸۱ می‌باشد.

۲. پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ): این پرسش‌نامه، که اولین بار توسط گلاسرگ (۱۹۷۲) تنظیم گردید، دارای سه فرم ۱۲، ۲۸ و ۶۰ سؤالی است. فرم ۲۸ سؤالی آن، چهار دسته از اختلالات غیرسایکوتیک، شامل نشانگان جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. زیر مقیاس‌ها جنبه علامت‌شناسی را نشان می‌دهند و لزوماً برابر با تشخیص‌های روانی نیستند. در سیستم نمره‌گذاری لیکرت، شدت علائم ارزیابی می‌گردد و نمره بیشتر، افزایش علائم را نشان می‌دهد (تقوی، ۱۳۸۰).

تقوی (۱۳۸۰)، ضرایب پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش باز آزمایی، تصفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش نمود. در این تحقیق، برای تعیین پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۳ و برای مؤلفه‌های نشانگان جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی، به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۵، ۰/۷۵ و ۰/۹۲ به دست آمد.

تقوی (۱۳۸۰)، همچنین برای مطالعه روایی این پرسش‌نامه، از روش‌های روایی همزمان و همبستگی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه با کل استفاده کرد. ضریب همبستگی پرسش‌نامه سلامت عمومی، با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس (کراون و کریسب، ۱۹۶۶) ۰/۵۵ و ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه، با نمره کل، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بوده است. در این پژوهش، برای تعیین روایی پرسش‌نامه سلامت عمومی، همبستگی هر خرده‌مقیاس با نمره کل مقیاس محاسبه شده است. نتایج حاصله دامنه میان ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ را در برگرفت.

۳. پرسش‌نامه هدف در زندگی (PIL): توسط کرامباف و ماهولیک در سال ۱۹۶۹ ساخته شد. این پرسش‌نامه، برای سنجش احساس فردی معنا ساخته شده است. در واقع، هدف اصلی از ساختن این پرسش‌نامه ایجاد ابزاری برای سنجش تأثیر معنادرمانی بوده است. این پرسش‌نامه، شامل ۲۰ سؤال است که آزمودنی برای پاسخ به هر سؤال عددی از ۱ تا ۷ را در پاسخ‌نامه علامت می‌زند که بیانگر دیدگاه آن نسبت به موضوع مورد پژوهش است. نمره بالاتر، بیانگر هدف در زندگی و معنای قوی‌تری می‌باشد.

البته کسب نمره کامل از سوی آزمودنی‌ها، غیر واقع‌بینانه است و به معنای احتمال اغراق در معنادار جلوه دادن زندگی خود می‌باشد (کرامباف و ماهولیک، ۱۹۶۹).

این پرسش‌نامه، برای اولین بار در ایران توسط چراغی و همکاران (۱۳۸۷)، ترجمه و بر روی ۲۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان اجرا و هنجاریابی شد. ضریب پایایی این پرسش‌نامه، با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. در این تحقیق، برای تعیین پایایی پرسش‌نامه هدف در زندگی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۰ به دست آمد. این امر بیانگر پایایی مطلوب پرسش‌نامه یاد شده است. همچنین چراغی و همکاران (۱۳۸۷) برای بررسی روایی این پرسش‌نامه میزان همبستگی نمرات آن را با نمرات مقیاس‌های رضایت از زندگی (دینر، ۱۹۸۴)، سرزندگی (ریان و دسی، ۲۰۰۰) و عاطفه مثبت و منفی (واتسون و کلارک، ۱۹۹۴، ص ۱ و ۲) محاسبه نمودند. نتایج آنها نشان داد که همبستگی نمرات هدف در زندگی با نمرات رضایت از زندگی ۰/۶۸، سرزندگی ۰/۷۱، عاطفه مثبت ۰/۵۸ و عاطفه منفی ۰/۴۴- می‌باشد. تحلیل عاملی پرسش‌نامه نشان داد که ساختار نظری پرسش‌نامه، از یک عامل تشکیل شده است. نمرات خام ۱۲۱ و ۷۱ نیز به عنوان نقاط برش ۹۰٪ و ۱۰٪ تعیین شدند. در این پژوهش، روایی پرسش‌نامه هدف در زندگی از طریق تحلیل عاملی، به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس بررسی شد. مقدار ۰/۷۸ ضریب KMO (شاخص کفایت نمونه‌گیری) و معناداری آزمون کرویت بارتلت (شاخص کفایت ماتریس همبستگی)، نشان از وجود شواهد کافی برای انجام تحلیل عوامل دارد. نتایج تحلیل عاملی در کل، یک عامل با ارزش‌های ویژه بالاتر از یک مشخص می‌کند که با پرسش‌نامه اصلی همسو است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش، که با استفاده از نسخه هجدهم نرم افزار آماری SPSS انجام گرفت، از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و از روش‌های آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری همزمان استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

در اینجا با استفاده از روش‌های آماری مناسب، داده‌های جمع‌آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و یافته‌های پژوهش در دو قسمت ارائه می‌شوند.

یافته‌های توصیفی پژوهش، حاکی از این است که آزمودنی‌ها بر حسب وضعیت تأهل ۱۴۳ نفر (۸۳٪) مجرد و ۲۹ نفر (۱۷٪) متأهل، بر حسب گروه سنی ۹۸ نفر (۵۷٪) ۱۸ تا ۲۰ سال، ۴۸ نفر (۲۸٪) ۲۱ تا ۲۳ سال و ۲۶ نفر (۱۵٪) ۲۴ سال و بالاتر سن داشتند. همچنین ۴۶ نفر (۲۷٪) در رشته تربیت بدنی، ۴۳ نفر (۲۵٪) در رشته حسابداری، ۴۳ نفر (۲۵٪) در رشته عمران و ۴۰ نفر (۲۳٪) در رشته کامپیوتر مشغول به تحصیل بودند. شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره آزمودنی‌ها در متغیرهای تحقیق (n=۱۷۲)

متغیر	شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
دلبستگی به خدا (نمره کل)	۷۱/۸۳	۱۱/۸۹	۴۲	۹۶	
اضطراب طرد	۴۲/۵۸	۹/۱۷	۲۴	۷۰	
اجتناب از صمیمیت	۲۹/۲۵	۷/۴۷	۱۷	۴۸	
سلامت روان (نمره کل)	۲۹/۵۶	۱۵/۲۶	۱۸	۷۲	
نشانه‌گان جسمانی	۷/۶۰	۴/۳۷	۰	۲۱	
اضطراب و اختلال خواب	۸/۳۳	۵/۱۰	۰	۲۱	
اختلال در عملکرد اجتماعی	۷/۸۳	۳/۱۳	۴	۲۱	
افسردگی	۵/۶۲	۵/۸۹	۰	۲۱	
هدف در زندگی (نمره کل)	۹۵/۹۹	۲۴/۰۰	۳۷	۱۴۰	

در جدول ۲، ماتریس همبستگی برای بررسی ارتباط میان دلبستگی به خدا، سلامت روان، هدف در زندگی و زیر مقیاس‌های آنها ارائه شده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی میان دلبستگی به خدا، سلامت روان و هدف در زندگی (n=۱۷۲)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. دلبستگی به خدا (نمره کل)	۱							
۲. اضطراب طرد	*۰/۸۶	۱						
۳. اجتناب از صمیمیت	*۰/۸۱	*۰/۶۲	۱					
۴. سلامت روان (نمره کل)	*۰/۳۹	*۰/۳۷	*۰/۱۷	۱				
۵. نشانه‌گان جسمانی	*۰/۳۱	*۰/۳۶	*۰/۳۷	*۰/۷۲	۱			
۶. اضطراب و اختلال خواب	*۰/۳۱	*۰/۳۳	*۰/۲۱	*۰/۷۸	*۰/۶۹	۱		
۷. اختلال در عملکرد اجتماعی	*۰/۱۷	*۰/۱۷	*۰/۱۸	*۰/۷۱	*۰/۶۸	*۰/۷۱	۱	
۸. افسردگی	*۰/۴۳	*۰/۳۳	*۰/۲۸	*۰/۸۳	*۰/۷۸	*۰/۸۲	*۰/۸۶	۱
۹. هدف در زندگی (نمره کل)	*-۰/۵۳	*-۰/۴۴	*-۰/۳۱	*-۰/۶۱	*-۰/۳۸	*-۰/۵۳	*-۰/۲۹	*-۰/۷۰

** p<۰/۰۵ * p<۰/۰۰۰۱

همان‌گونه که در جدول منعکس شده است، میان دلبستگی به خدا و سلامت روان، همبستگی‌های مثبت و معنادار در دامنه‌ای از $r=۰/۱۷$ تا $r=۰/۴۳$ وجود دارد. همچنین میان دلبستگی به خدا و هدف در

زندگی، همبستگی‌های منفی و معنادار در دامنه‌ای از $r = -0.31$ تا $r = 0.53$ وجود دارد. بنابراین، فرضیه‌های ۱ و ۲ مورد تأیید قرار می‌گیرد.

برای بررسی توان پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان به وسیله مؤلفه‌های دلبستگی به خدا، از تحلیل رگرسیون ورود استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون همزمان (ورود) مربوط به پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان پسر از روی مؤلفه‌های دلبستگی به خدا

متغیرهای پیش‌بین	R	R2	F	β	T	p
اضطراب طرد	0/41	0/17	17/41	0/37	5/33	0/0001
اجتناب از صمیمیت				0/17	2/47	0/014

همان‌طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، رگرسیون پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان پسر، از روی متغیرهای مؤلفه‌های دلبستگی (ناایمن) به خدا «اضطراب طرد، اجتناب از صمیمیت» معنادار می‌باشد. بنابراین، فرضیه ۳ تأیید می‌گردد. متغیر دلبستگی (ناایمن) به خدا، در زمینه اضطراب طرد با ضریب بتای 0.37 ($p = 0.0001$) و متغیر دلبستگی (ناایمن) به خدا در زمینه اجتناب از صمیمیت با ضریب بتای 0.17 ($p = 0.014$)، می‌توانند به‌طور مثبت و معناداری سلامت روان دانشجویان پسر را پیش‌بینی کنند. همچنین، مقدار $R2$ نشان می‌دهد 17% از واریانس سلامت روان دانشجویان پسر توسط متغیرهای یاد شده تبیین می‌شود. در ادامه برای بررسی توان پیش‌بینی هدف در زندگی دانشجویان به وسیله مؤلفه‌های دلبستگی به خدا، از تحلیل رگرسیون ورود استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون همزمان (ورود) مربوط به پیش‌بینی هدف در زندگی دانشجویان پسر از روی مؤلفه‌های دلبستگی به خدا

متغیرهای پیش‌بین	R	R2	F	β	t	p
اضطراب طرد	0/53	0/29	34/46	-0/44	-6/81	0/0001
اجتناب از صمیمیت				-0/30	-6/68	0/0001

همان‌طوری که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، رگرسیون پیش‌بینی هدف در زندگی دانشجویان پسر، از روی متغیرهای مؤلفه‌های دلبستگی (ناایمن) به خدا «اضطراب طرد، اجتناب از صمیمیت» معنادار می‌باشد. بنابراین، فرضیه ۴ تأیید می‌گردد. متغیر دلبستگی (ناایمن) به خدا، در زمینه اضطراب طرد با ضریب بتای 0.44 ($p = 0.0001$) و متغیر دلبستگی (ناایمن) به خدا در زمینه اجتناب از صمیمیت با ضریب بتای 0.30 ($p = 0.0001$)، می‌توانند به‌طور منفی و معناداری هدف در زندگی دانشجویان پسر را پیش‌بینی کنند. همچنین، مقدار $R2$ نشان می‌دهد 29% از واریانس هدف در زندگی دانشجویان پسر توسط متغیرهای یاد شده تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش، بررسی نقش دلبستگی به خدا در سلامت روان و هدف در زندگی دانشجویان پسر دانشگاه بود. یافته‌ها گویای تأیید فرضیه‌های چهارگانه پژوهش است. پژوهش‌هایی چون غباری‌ناب و همکاران (۱۳۹۱)، احمدی و همکاران (۱۳۹۱)، استوارد و جو (۱۹۹۸)، ناوارا و جیمز (۲۰۰۵)، و اکوزی (۲۰۱۰)، برام و همکاران (۲۰۰۸)، اورلینگز - باننکو و همکاران (۲۰۰۵)، پولنر (۱۹۸۹)، مت برادزهاو و همکاران (۲۰۱۰)، تیلیون و بلوگمیدی (۲۰۰۹)، گراهام و همکاران (۲۰۰۱) و وایلد و جوزف (۱۹۹۷)، همسو با یافته‌های مرتبط با فرضیه‌های ۱ و ۳ است. در تبیین یافته‌های این دو فرضیه، می‌توان گفت: این منبع دلبستگی ایمن (خداوند)، پناهگاهی است مطمئن که فرد در مشکلات زندگی می‌تواند به او رجوع کند و به‌عنوان منبعی قدرتمند و ایمن موجب بالا بردن تحمل فرد در مقابل مشکلات و در نتیجه آن، حفظ سلامت روانی و درمان و بهبود اختلالات روانی احتمالی در فرد شود.

دلبستگی ایمن به خدا، با شاخص‌های سلامتی و بهزیستی از قبیل خوش‌بینی، رضایت از زندگی، کاهش اضطراب و افسردگی و کاهش در نشانگان بیماری‌های جسمانی همراه است (کیرک پاتریک و شیور، ۱۹۹۲؛ سیم و لوح، ۲۰۰۳) و دلبستگی نایمن به خدا، با سلامت روان پایین و مشکلات سازگاری، کاهش در سلامت و بهزیستی مذهبی و وجودی، نوروگرایی، و افزایش هیجان‌های منفی توأم می‌باشد (بک و مک دونالد، ۲۰۰۴؛ روات و کیرک پاتریک، ۲۰۰۲). افرادی که دلبستگی آنان به خداوند ایمن است، برای خود ارزش قائل هستند و می‌دانند که خداوند، علی‌رغم اشتباهشان، آنان را دوست می‌دارد و الگوی درونی‌ای که از خداوند دارند، خدای پذیرنده، در دسترس، جواب دهنده به خواسته‌ها و دعاها و آنان و کمک‌کننده در شرایط سختی و بحرانی است. همین عملکرد دلبستگی ایمن به خداست که با سلامت روانی فرد ارتباط تنگاتنگ دارد. نقطه مقابل آنها افراد اجتنابی هستند که خدا را دور از دسترس تلقی می‌کنند و یا اینکه از لحاظ عاطفی، آمادگی نزدیک شدن به خداوند را ندارند و از او دوری می‌گزینند و به دنبال آن سلامت روان آنها به خطر می‌افتد.

همچنین پژوهش‌هایی چون جمالی (۱۳۸۱)، زاهد بابلان و همکاران (۱۳۹۱)، تیلیون و بلوگمیدی (۲۰۰۹)، هیل و پارگامنت (۲۰۰۳) و چامبرلین و زیکا (۱۹۸۸)، با یافته‌های مرتبط با فرضیه‌های ۲ و ۴ همسو است. در تبیین یافته‌های این دو فرضیه، می‌توان گفت: اغلب افراد مؤمن ارتباط خود را با خداوند مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی توصیف می‌کنند و معتقدند: از طریق اتکاء و توسل

به خداوند و پذیرفته شدن از جانب خداوند از یک سو، و احساس ارزشمند بودن زندگی از سوی دیگر، موجب می‌شود احساس کنند که خداوند حامی آنهاست و نظام هستی بی‌معنا و پوچ نیست و برای هر کسی، هدف و معنایی وجود دارد. این یافته، با سخن امیرمؤمنان علی علیه السلام همخوان است. آن حضرت در ارتباط با هدفمندی انسان و زندگی وی می‌فرمایند: «ای مردم! از خدا بترسید هیچ کس بیهوده آفریده نشده تا به بازی پردازد و او را به حال خود و انگذاشته‌اند تا خود را سرگرم کارهای بی‌ارزش نماید...» (دشتی، ۱۳۷۹، ح ۳۷۰). بنابراین، وقتی فرد احساس کند خداوند در همه شرایط حاضر و حامی اوست، به خداوند توکل می‌کند.

محدودیت‌ها: با توجه به اینکه نمونه این پژوهش، دانشجویان بودند، یافته‌های به دست آمده قابل تعمیم به دیگر قشرها و گروه‌های سنی نیست.

پیشنهادها: انجام پژوهش روی نمونه‌های معرف‌تر، همچنین جمعیت‌های غیر دانشجویی، می‌تواند تعمیم‌پذیری بیشتری ایجاد کند. براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش و مشخص شدن رابطه دلبستگی به خدا با سلامت روان و هدف در زندگی به مسئولین دانشگاه‌ها برگزاری کارگاه‌های آموزشی، جلسات هم‌اندیشی با دانشجویان و ایجاد فعالیت‌های فوق برنامه جانبی به شکل گروهی از اماکن مذهبی و به دانشجویان، حضور در جلسات روحانی معنوی، مناسبت‌ها برای تقویت دلبستگی به خدا یا خداجویی پیشنهاد می‌شود.

منابع

- نهج البلاغه، ۱۳۷۹، ترجمه محمد دشتی، چ هفتم، قم، مشرق.
- احمدی، خدابخش و همکاران، ۱۳۹۱، «نقش دلبستگی به خدا در تاب‌آوری و سلامت روان والدین کودکان عقب مانده ذهنی آموزش‌پذیر»، *پژوهش در روان‌شناختی*، دوره ششم، ش ۱، ص ۱-۹.
- بزرگی، محمودرضا، ۱۳۸۳، *ارتباط میان سبک‌های دلبستگی به خدا، صبر و عزت نفس در میان دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، تهران، دانشگاه تهران.
- تقوی، سیدمحمدرضا، ۱۳۸۰، «بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی»، *روان‌شناسی*، دوره پنجم، ش ۴ (۲۰)، ص ۳۸۱-۳۹۸.
- جمالی، فریبا، ۱۳۸۱، *بررسی رابطه بین نگرش مذهبی، احساس معنا بخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تهران.
- چراغی، مونا و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی اعتبار، روایی، تحلیل عوامل و هنجاریابی پرسش‌نامه هدف در زندگی کرامباف و ماهولیک»، *روان‌شناسی*، دوره دوازدهم، ش ۴۸، ص ۳۹۶-۴۱۳.
- خاکشور، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۲، «نقش تصور از خدا و هویت مذهبی در معنای زندگی»، *روان‌شناسی و دین*، سال ششم، ش ۲، ص ۴۴-۵۸.
- زاهد بابلان، عادل و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه دلبستگی به خدا و تاب‌آوری با معناداری در زندگی دانشجویان»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ش ۴۹، ص ۷۵-۸۵.
- سپاه منصور، مژگان و همکاران، ۱۳۸۷، «ادراک دلبستگی کودکی، دلبستگی بزرگسال و دلبستگی به خدا»، *روان‌شناسان ایرانی*، سال چهارم، ش ۱۵، ص ۲۵۳-۲۶۵.
- شمس‌اسفندآباد، حسین و همکاران، ۱۳۹۰، «رابطه سبک‌های دلبستگی و هویت با سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی شهر قزوین»، *اندیشه‌های نوین تربیتی*، دوره هفتم، ش ۲، ص ۱۰۵-۱۲۶.
- غباری‌بناب، باقر و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه کیفیت دلبستگی به خدا و تصور فرد از خدا با سلامت روانی در والدین کودکان استثنایی»، *کودکان استثنایی*، سال دوازدهم، ش ۳، ص ۵-۱۴.
- کرمانی، نرگس و راضیه جلوانی، ۱۳۸۸، «بررسی و مقایسه معناداری زندگی از دیدگاه اسلام و روان‌شناسی فردنگر» در: همایش ملی معناداری زندگی، اصفهان، ص ۲۱۹-۲۳۱.
- مهدوی آزادبنی، رمضان، ۱۳۸۶، «معنای زندگی انسان و نقش خلاقیت‌زایی دین»، *اندیشه نوین دینی*، سال سوم، ش ۹، ص ۵۳-۷۱.
- نادری، عزت‌اله؛ و مریم سیف نراقی، ۱۳۹۰، *روش‌های تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی (با تأکید بر علوم تربیتی)*، تهران، ارسباران.

نصیری، حبیب‌اله و مرتضی لطیفیان، ۱۳۸۷، «دل‌بستگی به خدا، عواطف مثبت و رضایت از زندگی» در: مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه شیراز، ص ۴۵۹-۴۶۲.

- Beck, R, & McDonald, A, 2004, Attachment to God: The attachment to God inventory, tests of working model correspondence, and an exploration of faith group differences, *Journal of Psychology and Theology*, v. 32, p. 92-103.
- Belavich, T. G, & Pargament, K. I, 2002, The role of attachment in predicting spiritual loved one in surgery, *Journal of Adult Development*, v. 9 (1), p. 13-29.
- Bowlby, J, 1969, Attachment and loss: v. 1. Attachment. New York: Basic Books.
- Braam ,A. W, & et al, 2008, God image and mood in old age: Results from a community based pilot study in the Netherlands, Health, *Religion & Culture*, v. 11 (2), p. 221-237.
- Bradshaw, M, 2010, Attachment to God, image of God, and psychological distress in a nationwide sample of presbyterians, *The international journal for the psychology of the psychology of religion*, v. 20, p. 130-147.
- Chamberlain, K, & Zika, S, 1988, Religiosity, life meaning, and wellbeing: Some relationships in a sample of women, *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 27, p. 411-420.
- Crown, S, & Crisp, A. H, 1966, A short clinical diagnostic self-rating scale for psychoneurotic patients: The Middlesex Hospital Questionnaire(MHQ), *British Journal of Psychiatry*, V. 172, P. 917-923.
- Crumbaugh, J. C, & Maholick, L. T, 1969, Manual of instruction for the Purpose-In-Life Test, Retrieved June 20, 2004, From <http://www.denverpsychotherapy.com/purpose.html>
- Diener, E, 1984, Subjective well-being, *Psychological Bulletin*, v. 95, p. 542-575.
- Ellison, C. G, & et al, 2009, Blessed assurance: Religion, anxiety, and tranquility among US adults, *Social Science Research*, v. 38 (3), p. 656-667.
- Eurelings-Bontekoe, E.H. M, & et al, 2005, The association between personality, attachment, psychological distress, church denomination and the God concept among a non-clinical sample, *Mental Health, Religion and Culture*, v. 8, p. 141-154.
- Exline, J. J, 2002, The picture is getting clearer, but is the scope too limited? Three overlooked questions in the psychology of religion, *Psychological Inquiry*, v. 13, p. 245-247.
- Goldberg, D. P, 1972, *The detection of psychiatric illness by questionnaire*, London: Oxford University Press.
- Graham, S, & et al, 2001, Religion and Spirituality in Coping with Stress, *Counseling and Values*, v. 46(1), p. 2-13.
- Hill, P.C, & Pargament, K.I, 2003, Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality, Implications for physical and mental health research, *American Psychologist*, v. 58, p. 64-74.
- Kirkpatrick, L. A, & Shaver, P. R, 1990, Attachment theory and religion: childhood at attachments, religious beliefs and conversion, *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 29 (3), p. 314-335.
- Kirkpatrick, L. A, & Shaver, P. R, 1992, An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief, *Personality & Social Psychology Bulletin*, v. 18 (3), p. 266-275.

- Kirkpatrick, L. A, 1992, An attachment-theory approach to the psychology of religion, *International Journal for the psychology of Religion*, v. 2(1), p. 3-28.
- Kirkpatrick, L. A, 1994, The role of attachment in religious belief and behavior, advances in personal relationship, v. 5, p. 239-256.
- Kirkpatrick, L. A, 2005, *Attachment, evolution, and the psychology of religion*, New York: Guilford Press.
- Kirkpatrick, L.A, 1999, Attachment and religious representations and behavior, In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 803-822), New York: Guilford.
- Martos, T, & et al, 2010, It's not only what you hold, it's how you hold it: Dimensions of religiosity and meaning in life, *personality and Individual differences*, v. 49, p. 863-868.
- Matt Brdshaw, A, 2010, Attachment To God, Images of God, and psychological Distress in a Nationwide sample of Presbyterians, *International Journal for the psychology of Religion*, V. 20(2), P. 130-147.
- Navara, G. S, & James, S, 2005, Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious coping and adjustment? *International Journal of Intercultural Relations*, v. 29 (1), p. 39-58.
- Okozi, I. f, 2010, Attachment to God: its impact on the psychological wellbeing of persons with Religious vocation, unpublished Doctoral Dissertation, Seton Hall University.
- Orr, E, & Wstman, M, 1990, Does hardiness moderate stress and how? Areview. In M. Rosenbaum (ED). *Learned Resourcefulness: on coping skills, self control, and adaptive behavior* (pp. 64-94), New York: springer.
- Pollner, M, 1989, Divine relations, Social relations, and well-being, *Journal of Health and Social behavior*, v. 30, p. 92-104.
- Reker, G. T, 2000, Theoretical perspective, dimensions, and measurement of existential meaning. In G.T. Reker & K. Chamberlain, K. (Eds.), *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span* (pp 39-55), Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rippentrop, A. E, & et al, 2005, The relationship between religion/ spirituality and physical health, mental health, and a pain in a chronic pain population, *J of Pain*, v. 116, p. 311-321.
- Rowatt, W. C, & Kirkpatrick, L, 2002, Two Dimensions of Attachment to God and Their Relation to Affect, Religiosity, and Personality Constructs, *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 41 (4), p. 4638-4649.
- Ryan, R. M, & Deci, E. L, 2000, Self determination theory and the facilitat ion of intrinsic motivation, social development, and well-being, *American Psychologist*, v. 55, p. 68-78.
- Sim, T. N, & Loh, B. S. M, 2003, Attachment to God: Measurement and dynamics, *Journal of Social and Personal Relationships*, v. 20 (3), p. 373-389.
- Simpson, J. A, 2002, The ultimate elixir? *Psychological Inquiry*, v. 13, p. 226-229.
- Steger, M. F, & et al, 2006, The Meaningful life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaningful life, *American Psychological Association*, v. 53 (1), p. 80-93.
- Steger, M. F, & Frazier, P, 2005, Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well- being, *Journal of counseling psychology*, v. 52(4), p. 574-582.

- Steward, R. J, & Joe, H, 1998, Does spirituality influence academic achievement and psychological adjustment of Affrican-American urban adolescence, EDRS-MF/ plus postage, *Taught and behavior*, v. 6 (4), p. 45-53.
- Tiliouine, H, & Belgoumidi, A, 2009, An Exploratory Study of Religiosity, Meaningful life and Subjective Wellbeing in Muslim Students from Algeria, *Applied Research Quality Life*, v. 4, p. 109-127.
- Watson, D, & Clark, L. A, 1994, The PANAS-X: manual for the positive and negative affect schedule - expanded form, The University of Iowa.
- Wilde, A, & Joseph, S, 1997, Religiosity and personality in a Moslem context, *Personality and Individual Differences*, v. 23 (5), p. 899–900.
- Yeh, C. J., & Inose, M, 2003, International students' reported English fluency, social support satisfaction, and social connectedness as predictors of acculturative stress, *Counseling Psychology Quarterly*, v. 16(1), p. 15-28.

رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دانشگاه کاشان

hoseinzadeh1340@yahoo.com
fsa@mail.kashanu.ac.ir
yazdkhasty@kashanu.ac.ir
mnornajafabadi@yahoo.com

علی حسین زاده / استادیار گروه معارف اسلامی دانشگاه کاشان
فریبرز صدیقی ارفعی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه کاشان
علی یزدخواستی / استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه کاشان
محمد نورمحمدی نجف‌آبادی / کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه کاشان
دریافت: ۱۳۹۳/۴/۱۵ - پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۵

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی رابطه بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دانشگاه کاشان بود. از میان جامعه آماری دانشجویان، ۳۶۴ نفر به‌عنوان نمونه آماری، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه سبک زندگی اسلامی کویانی (ILST)، پرسش‌نامه سلامت روان GHQ-28 و پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون CD-RIS بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل رگرسیون استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دانشگاه کاشان، رابطه معنی‌دار وجود دارد. همچنین نتایج فرضیه‌های جزئی این پژوهش نشان داد که بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان، با جنسیت آنان رابطه وجود دارد، از سوی دیگر، بین سبک زندگی اسلامی، سلامت روان و تاب‌آوری دانشجویان با تأهل و مجرد آنها نیز رابطه معنادار مشاهده شد. از این‌رو، با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت: سبک زندگی اسلامی موجب ارتقا سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سبک زندگی اسلامی، سلامت روان، تاب‌آوری، درخت سبک زندگی، دانشجویان.

مقدمه

«سبک زندگی» شیوه‌ای نسبتاً ثابت است که فرد اهداف خود را به وسیله آن پی می‌گیرد. این شیوه‌ها حاصل زندگی دوران کودکی فرد است. هر رفتاری که بخواهد مبنای اسلامی داشته باشد، لازم است حداقل‌هایی از شناخت‌ها و عواطف اسلامی را پشتوانه خود قرار دهد (کاوایانی، ۱۳۹۲، ص ۶). به عبارت دیگر، سبک زندگی بُعد عینی و کمیت‌پذیر شخصیت افراد است. اولین بار، آلفرد آدلر از بین روان‌شناسان سبک زندگی را مطرح کرد سپس، توسط پیروان او گسترش یافت. آنان سبک زندگی، شکل‌گیری آن در دوران کودکی، نگرش‌های اصلی سبک زندگی، وظایف اصلی زندگی و تعامل آنها با یکدیگر را به تفصیل بحث کرده، آن را در قالب درخت سبک زندگی نشان داده، مفاهیم ارزشی و انسان‌شناسی و فلسفی را مطرح کرده و تمام زندگی را به صورت یک پارچه به تصویر کشیدند (ورنر، ۲۰۰۶). سبک زندگی اسلامی، از این جهت که «سبک» است، به رفتار می‌پردازد و با شناخت‌ها و عواطف ارتباط مستقیم ندارد و از این جهت که «اسلامی» است، نمی‌تواند بی‌ارتباط با عواطف و شناخت‌ها باشد (کاوایانی، ۱۳۹۲، ص ۷).

مهم‌ترین نوآوری در مفهوم سبک زندگی اسلامی، این است که به آموزه‌های اسلامی و کلیت اسلام نگاه شده است. «سبک زندگی اسلامی»، عنوانی است شناخته‌شده در اکثر علوم انسانی در سطح بین‌الملل، اما از زاویه‌های متعدد مورد مطالعه قرار می‌گیرد. سبک زندگی اسلامی، با تمام زندگی افراد و ابعاد آن مرتبط است. سبک زندگی اسلامی از جهتی، با دیگر سبک‌های زندگی متفاوت است. در جامعه‌شناسی، مدیریت، علوم پزشکی و روان‌شناسی بالینی و... نیز بحث از سبک زندگی مطرح است. اما در این قلمروها، فقط به رفتاری خاص می‌پردازند و با شناخت‌ها و عواطف ارتباط مستقیم برقرار نمی‌کنند. در سبک زندگی از دیدگاه روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و علوم پزشکی، تنها به رفتار نگریده می‌شود، اما در هیچ‌یک نیت افراد، شناخت‌ها و عواطف آنان محسوب نمی‌شود. سبک زندگی اسلامی، نمی‌تواند بی‌توجه به نیت‌ها باشد. مانند نماز، که اگر اعتقاد به خداوند و معاد را پشتوانه خود نداشته باشد، رفتار اسلامی محسوب نمی‌شود (کجباف و همکاران، ۱۳۹۰). برای معرفی سبک زندگی اسلامی، می‌توان به «درخت سبک زندگی» اشاره نمود. آدلر و پیروانش، سبک زندگی هر فرد را از شکل‌گیری تا پیامدها و آثار آن، به یک درخت تشبیه کرده‌اند: ۱. ریشه‌های این درخت، همان ریشه‌های سبک زندگی است که شکل‌گیری آن را بیان می‌کند؛ ۲. ساقه این درخت، درباره اعتقادات و نگرش‌های کلی افراد (شامل: اعتقادات و عواطف و حتی آمادگی رفتاری و غیره) است؛ ۳. شاخه‌ها و سرشاخه‌های این

درخت، وظایف زندگی هستند. در حقیقت، سبک زندگی واقعی همان شاخه‌ها و سرشاخه‌هاست. سبک زندگی اسلامی (سرشاخه‌ها)، در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی مطرح می‌شود. آنچه در این پژوهش مطرح است، سبک زندگی اسلامی فردی است (همان).

سبک زندگی اسلامی، هدف را برای فرد روشن می‌کند و مایه تسلی در شرایط دردناک و تهدیدکننده می‌شود. مؤلفه‌های شناخته شده سبک زندگی در دنیای علمی امروز، عبارت است از: فعالیت‌های فیزیکی، اوقات فراغت، خواب و بیداری، روابط اجتماعی، روابط خانوادگی، معنویت، ایمنی و آرامش تغذیه و غیره، که هریک به منزله بزرگراهی از راه‌های زندگی افراد شمرده می‌شوند (کاویانی، ۱۳۹۰). مذهب به‌عنوان نهادی جامع‌نگر و حافظ بهداشت جسمانی و روانی پیروان خود، سازوکارهای خاص خود را داراست. از جمله آنها می‌توان به روش‌های مقابله مذهبی، برقراری رابطه متعالی لذت‌بخش، ایفای نقش مذهبی، آیین‌ها و نهادها، فضای روان‌شناختی اماکن مقدسه و معماری مذهبی اشاره کرد. توانایی معناسازی و معنادهی مذهب، به سبک زندگی و ارائه چارچوب برای تفسیر پدیده‌ها و وقایع، از کنش‌های شناختی مذهب است. معنادهی و تفسیر مذهب از وقایع ناخوشایند در موقعیت‌های استرس‌زا و بحرانی زندگی، از عوامل مؤثر در کاهش اضطراب است (طالقانی و همکاران، ۱۳۸۵، ص ۲۵۶).

مذهب و معنویت، به‌عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار گرفته و به صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند و موجب کاهش اختلال روانی و ارتقا سطح سلامت روانی افراد می‌شود (حسن‌پور و همکاران، ۱۳۹۱). رفتارهای مذهبی در پرداختن به نکات معنی‌دار زندگی ارزش مثبتی دارند. رفتارهایی از قبیل عبادت و توکل به خداوند، می‌توانند با ایجاد امید و تشویق افراد به داشتن نگرش مثبت، به موقعیت‌های فشارزای روانی، موجب آرامش درونی آنان شوند (شاکری‌نیا، ۱۳۸۰). جان‌بزرگی (۱۳۸۶)، در تحقیق خود نشان داد که بین مذهبی بودن و سلامت روانی، رابطه مستقیم وجود دارد. صالحی (۱۳۸۶)، در پژوهش خود نشان دادند که عملکرد مذهبی بر سلامت روان تأثیر مثبت و مستقیم دارد. محمدی، مقایسه‌ای بین افراد مذهبی مسلمان و اقلیت‌های مذهبی و بیماران انجام داده است (محمدی، ۱۳۷۴، ص ۱۰۷). نتایج نشان داده است که بین مذهب و بیماری روانی، رابطه معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، افراد مبتلا به بیماری روانی از لحاظ مذهبی ضعیف‌تر از افراد سالم هستند. همچنین *وایلاتا* و همکاران (۲۰۰۸)، در پژوهش خود نشان دادند که اعتقادات مذهبی با سلامت روان و بهزیستی اجتماعی رابطه دارد.

از سوی دیگر، در ایران که نظام حکومتی بر مبنای اسلام پایه‌گذاری شده است، نیل به سلامت روانی که در احکام گوناگون اسلامی مورد تأکید بوده، از حساسیت‌های زیادی برخوردار است. به وجود آوردن جامعه ایدئال اسلامی و دستیابی به زندگی موردنظر اسلام، که ترکیبی از عشق به دنیا و همزمان پارسایی است باید از اولویت برخوردار باشد. روشن است که دستیابی به چنین جامعه ایدئال، نیاز به شناخت همه‌جانبه عوامل زمینه‌ساز آن دارد (پناهی میرشکار و مرزیه، ۱۳۸۴). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سلامت روانی عبارت است از: قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران در جهت تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب (میلانی فر، ۱۳۷۶، ص ۳۷). فرهنگ بزرگ روان‌شناسی لاروس، سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: استعداد برای هماهنگی، خوشایند و مؤثرتر کارکردن، برای موقعیت‌های دشوار انعطاف‌پذیر بودن و توانایی جهت ایجاد تعادل خود (گنجی، ۱۳۹۱، ص ۹). سلامت روان، تنها نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربه‌های زندگی به صورتی قابل انعطاف و معنی‌دار است (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴).

پذیرش خود و دوست داشتن خویش و تبدیل شدن به انسانی که از نظر جسمی سالم، از نظر فکری بی‌عیب، از نظر روانی شاد، از نظر اجتماعی متعادل، از نظر سیاسی آگاه، از نظر اقتصادی مولد و از نظر فرهنگی مسئول باشد، از خصوصیات سلامت روان است و در شمار موضوعاتی قرار دارد و به صورت مفهومی با سرسختی روان‌شناختی ارتباط می‌یابد (وایت، ۲۰۰۱، ص ۲۵). سلامت روان نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. از آنجاکه دانشجویان اقبال مستعد، و برگزیده جامعه و سازندگان فردای کشور می‌باشند، سلامت روان آنان از اهمیت ویژه‌ای در یادگیری و افزایش آگاهی علمی برخوردار است (ساکي و کیخانی، ۱۳۸۱). براساس متون اسلامی نیز التزام عملی به اعتقادات مذهبی می‌تواند بازدارنده بسیاری از بیماری‌های روانی باشد (پناهی میرشکار و مرزیه، ۱۳۸۴).

یکی از راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت روان در افراد، که رابطه تنگاتنگی با اعتقادات مذهبی و فرامعنوی دارد، تاب‌آوری است. «تاب‌آوری»، یکی از موضوعات مطرح در روان‌شناسی مثبت بوده و جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی دارد (کمپل سیلز و همکاران، ۲۰۰۶). تاب‌آوری به‌عنوان توانمندی فردی در برقراری تعادل زیستی-روانی، در شرایط خطرناک و شرکت فعال فرد در محیط تعریف شده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). والر

(۲۰۰۱)، تاب‌آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار ذکر می‌کند. مندل و همکاران (۲۰۰۶)، آن را انعطاف‌پذیری مؤثر در برابر حوادث زندگی می‌دانند و معتقدند که تاب‌آوری توانایی سازگاری مناسب در هنگام روبه‌رویی با زمینه‌های استرس‌زا و خطرناک، با تهدیدهای مهم است. به عبارت دیگر، آنها تاب‌آوری را توانایی و بهبود و جبران و انعطاف‌پذیری بعد از روبه‌رو شدن با حوادث استرس‌زا معرفی می‌کنند.

افراد تاب‌آور به احتمال بیشتری در رویارویی با شرایط ناگوار، در جست‌وجوی معنا هستند. ایمان، تحمل افراد در برابر سختی‌ها را افزایش داده و آنها را برای غلبه بر چالش‌ها و تغییرات زندگی یاری می‌دهد. همچنین ارتباطات فرامعنوی، یعنی به قدرت بزرگی ایمان داشتن، به‌عنوان عامل حمایتی فردی در جهت ایجاد و تسهیل تاب‌آوری یاد شده است و اعتقادات مذهبی به‌عنوان تکیه‌گاه و پشتیبان برای سازگاری بیشتر فرد عمل می‌کند. معنویت، عامل کلیدی برای پرورش تاب‌آوری دانسته شده است.

شاکر و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهش‌های خود نشان دادند که باورهای مذهبی نسبت به اصول دین اسلام، می‌تواند توانایی فرد را در زمینه تطابق با شرایط ناگوار و پیش‌بینی‌ناپذیر محیطی، تا حد زیادی افزایش دهد. همچنین آنان نشان دادند که باورهای مذهبی، با کاهش استرس‌های روان‌شناختی همراه است و فطرت خداجوی انسان و زمینه و بافت مذهبی، فرهنگی و قومی در کشور ما، و وجود ریشه‌های عمیق معنویت، باورهای مذهبی، سبیل‌ها و نمونه‌های صبر و استقامت، مانند حضرت زهرا[ؑ] و حضرت زینب[ؑ] و احادیث و آیه‌های مختلف در این زمینه، به‌عنوان نمونه آیه ۶ سوره «طلاق» و آیه ۸۷ سوره «یوسف» و آیه‌های ۱۵۴-۱۵۵ سوره «بقره» و آیه ۱۲۴ سوره «طه»، را می‌توان منابع حمایتی به حساب آورد که تأمین‌کننده سلامت روان و حفظ آرامش فردی است و توانایی افراد را برای مقابله با شرایط سخت زندگی افزایش می‌دهد. همچنین می‌توان دریافت که دین‌داری پایه اساس برای مقاومت در برابر مشکلات زندگی بشر است (حسینی قمی و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۷۸). به عبارت دیگر، تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند (ایزدیان و همکاران، ۲۰۱۰)، افسردگی را کاهش می‌دهد (وایت و همکاران، ۲۰۱۰)، توانایی سازگاری با درد (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹) و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (حقرنجبر و همکاران، ۱۳۹۰).

همان‌طور که فوتولاکیس و همکاران (۲۰۰۸)، بیان می‌کنند باور به اینکه خدایی هست که موقعیت را کنترل کند و ناظر بر بندگان است، تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد.

بنابراین، افراد با تاب‌آوری بالا در شرایط استرس‌زا موقعیت‌های ناگوار، سلامت روان‌شناختی خود را حفظ می‌کنند. پترسون و هوانگ (۲۰۰۳)، با مطالعه گروهی از مسلمانان پیشنهاد کردند که مذهبی بودن با مقابله مذهبی مرتبط است که خود، با خوش‌بینی ارتباط دارد. نتایج مطالعات ساندراجان (۲۰۰۶)، نشان داد که بین تاب‌آوری و معنویت رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد. همچنین یافته‌های پژوهش انجام‌شده توسط پاچویچ و همکاران (۲۰۰۵)، با هدف بررسی پیامدهای مذهب و رابطه آن با سلامت روان، حاکی از این بوده است که اطاعت و فرمانبرداری و عبادت خالصانه برای خدا، به شخص یک قدرت باور نکردنی و منبعی از انرژی اخلاقی و عاطفی و روحی می‌دهد که در مقابله با افسردگی روانی، ناشی از فشارهای محیطی به او کمک می‌کند. دین‌داری تمایل به انجام رفتارهای پرخطر را کاهش می‌دهد. فرانیس و همکاران (۲۰۰۴)، گزارش نمودند که نگرش مذهبی مثبت دانشجویان، نسبت به یک مذهب، می‌تواند رابطه قوی با بهداشت روان آنان داشته باشد. ماتیس و لکسی (۱۹۹۹)، به این نتیجه رسیدند که سرسختی، متغیر پیش‌بینی‌کننده بهتری برای سلامت روانی است تا سلامت جسمی. همچنین همبستگی منفی معناداری بین سرسختی و تعداد مراجعات به مرکز بهداشت وجود دارد. کارلتون و همکاران (۲۰۰۶)، در پژوهش خود نشان دادند افرادی که از تاب‌آوری بالاتری برخوردارند، سلامت روان‌شان نیز بهتر است.

پیرامون سبک زندگی اسلامی، به اصطلاح رایج امروزی به فارسی، به‌ویژه در تحقیقات روان‌شناختی کاری انجام نشده است. در جامعه‌شناسی می‌توان به کتاب *دین و سبک زندگی مهدوی‌کنی* اشاره کرد. در مطالعات عینی هم تحقیقات کمی در این زمینه انجام شده است. مطهری (۱۳۷۹)، به بررسی هدف در زندگی از دیدگاه اسلام، موسوی زنجان رودی (۱۳۷۱) به زندگی از نوع سیروسلوک اسلامی، پاک‌نیا (۱۳۸۲) به حقوق متقابل والدین و فرزندان، پسندیده (۱۳۸۴) رضایت از زندگی از دیدگاه احادیث اسلامی، مکارم شیرازی (۱۳۷۷)، به زندگی در پرتو اخلاق، نجفی قوچانی (۱۳۷۸) به زندگی برزخی با قلمی داستانی، قبیعی (۱۳۷۶) به هدف و مقصد زندگی اسلامی، مکارم شیرازی (۱۳۷۶)، به یکصد و پنجاه درس از دیدگاه اسلام، میبیدی‌فر (۱۳۷۹)، به نقش دعا در زندگی اجتماعی، جعفری (۱۳۸۶) به بررسی هدف و فلسفه زندگی، مظاهری (۱۳۶۹) به عوامل کنترل‌کننده غرایز از دیدگاه دینی پرداخته‌اند.

سلم‌آبادی و همکاران (۱۳۹۳)، در پژوهش خود نشان دادند که بین سبک زندگی اسلامی و تاب‌آوری رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. کربلایی هرفته و جناب‌آبادی (۱۳۸۶)، در پژوهش خود

نشان دادند رابطه معناداری بین سلامت روان و اعتقادات مذهبی دانشجویان وجود دارد. همچنین در متغیر سلامت روانی دانشجویان پسر، میانگین بالاتری از نظر آماری دارند، اما در متغیر اعتقادات مذهبی، تفاوت معناداری بین دانشجویان دختر و پسر مشاهده نشد. صفائی‌راد و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهش خود نشان دادند که بین بهزیستی معنوی و سلامت روان رابطه وجود دارد. هاشمی و همکاران (۱۳۹۰)، در پژوهشی نشان دادند که بین تاب‌آوری و مؤلفه‌های تعالی معنوی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، بین تاب‌آوری و معنویت رابطه معناداری وجود دارد. حمادی و همکاران (۱۳۹۱)، در پژوهش خود نشان دادند که بین دلبستگی ایمن به خدا با تاب‌آوری و سلامت روان، رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. یافته‌های پژوهش انجام‌شده توسط شیریم و همکاران (۱۳۸۸)، نشان داد که افزایش سلامت روان دانشجویان، با افزایش سرسختی روان‌شناختی آنان همراه است. سرسختی روان‌شناختی، به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلالات بدنی و روانی پیشگیری می‌کند. افرادی که از سلامت روانی بالایی برخوردارند، از سرسختی بالاتری نیز برخوردارند. پرهون و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهشی نشان دادند که بین تاب‌آوری و سلامت روان رابطه معنی‌دار وجود دارد. آزادی و آزاد (۱۳۹۰)، در پژوهش خود نشان دادند که بین تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر شهر ایلام رابطه معنی‌دار وجود دارد؛ به این معنا که افراد دارای تاب‌آوری بالا در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روان‌شناختی خود را حفظ می‌نمایند و دارای سازگاری روان‌شناختی هستند.

در مجموع، نتایج پژوهش‌های موجود، ارتباط بین هر یک از متغیرهای سلامت روان و میزان تاب‌آوری را با مذهب، معنویت، ارتباط با خدا، اطاعت و فرمانبرداری از خدا، دلبستگی به خدا، بهزیستی معنوی، عبادت خالصانه خدا و تعالی معنوی نشان می‌دهد، اما در زمینه رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری در دانشجویان دختر و پسر، مجرد و متأهل، پژوهشی انجام نگرفته است. از این رو، با توجه به اینکه دانشجویان از اقبال برگزیده و آینده‌ساز کشور هستند و مسلماً سلامت روان و میزان تاب‌آوری آنها در یادگیری و موفقیت تحصیلی و موفقیت در سایر عرصه‌های زندگی آنان تأثیرگذار خواهد بود، شناخت عواملی که بتواند سلامت روان و تاب‌آوری این قشر را افزایش دهد، مهم تلقی شده و لزوم پژوهش در این موارد ضروری است.

فرض اساسی این پژوهش عبارت است از: بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان رابطه وجود دارد. همچنین فرضیات جزئی پژوهش عبارتند از اینکه:

۱. بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان دانشجویان پسر و دختر رابطه وجود دارد؛
۲. بین سبک زندگی اسلامی با میزان تاب‌آوری دانشجویان پسر و دختر رابطه وجود دارد؛
۳. بین سلامت روان با میزان تاب‌آوری دانشجویان پسر و دختر رابطه وجود دارد؛
۴. بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان دانشجویان متأهل و مجرد رابطه وجود دارد؛
۵. بین سبک زندگی اسلامی با میزان تاب‌آوری دانشجویان متأهل و مجرد رابطه وجود دارد؛
۶. بین سلامت روان با میزان تاب‌آوری دانشجویان متأهل و مجرد رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

در این پژوهش، جامعه آماری موردنظر عبارت است از: کلیه دانشجویان دانشگاه کاشان در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ می‌باشد. گروه نمونه موردنظر شامل ۳۶۴ نفر می‌باشد. آزمودنی‌ها از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، متناسب با حجم انتخاب شدند. بدین ترتیب، ابتدا به صورت تصادفی چهار دانشکده انتخاب و سپس، به‌طور تصادفی از هر دانشکده دو گروه آموزشی انتخاب گردید. در نهایت، از هر گروه آموزشی ورودی‌های یک دوره تحصیلی، به صورت تصادفی انتخاب شده و پرسش‌نامه‌ها بر روی آنان اجرا شد. سپس داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه سبک زندگی اسلامی (ILST): پرسش‌نامه سبک زندگی اسلامی (ILST)، که توسط کاویانی (۱۳۸۸) ساخته شده است، دارای دو فرم کوتاه (۷۶ سؤالی) و فرم بلند (۱۳۵ سؤالی) می‌باشد. ضریب پایایی فرم بلند ۰/۷۸۶ و ضریب پایایی فرم کوتاه آن ۰/۷۱ می‌باشد. در این پژوهش، از فرم کوتاه آن استفاده شد. میان همه مؤلفه‌های آزمون سبک زندگی اسلامی با نمره کل آن، همبستگی وجود دارد. سؤالات این پرسش‌نامه، یک طیف چهار گزینه‌ای دارد. نمرات واقعی سؤالات یکسان نیست، بلکه ضریب‌های یک تا چهار دارند (کاویانی، ۱۳۹۲، ص ۳۴۱). مؤلفه‌هایی را که فرم کوتاه آن می‌سنجد عبارتند از: روشن‌فکری منفی، اجتماعی، نوع‌دوستی، لذت‌خواهی، کم‌همتی، عبادی، ویژگی‌های درونی، دنیاخواهی، گناهکاری (کاویانی، ۱۳۹۰). همچنین مؤلفه‌هایی را که فرم بلند آن می‌سنجد، عبارتند از: شاخص اجتماعی، شاخص عبادی، شاخص باورها، شاخص اخلاق، شاخص مالی، شاخص خانواده، شاخص سلامت، شاخص تفکر و علم، شاخص دفاعی امنیتی، شاخص زمان‌شناسی (کاویانی، ۱۳۹۲، ص ۲۳).

پرسش‌نامه تاب‌آوری (CD-RIS): برای سنجش میزان تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده می‌شود. این مقیاس، برای اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است (هاشمی و جوکار، ۱۳۹۰). سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسش‌نامه، به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود. برای به‌دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌گردد. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس، صفر و حداکثر نمره، ۱۰۰ است (کرمی و همکاران، ۱۳۹۱). هرچه امتیاز این آزمون برای فرد بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و بعکس. نقطه برش این پرسش‌نامه امتیاز ۵۰ می‌باشد. به عبارت دیگر، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود. هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و بعکس (حقرنجبر و همکاران، ۱۳۹۰). این مقیاس ۲۵ گویه‌ای پنج مؤلفه شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به‌غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/تحمل عواطف منفی، روابط ایمن، کنترل و معنویت دارد، که به صورت لیکرت پنج درجه‌ای، نمره‌گذاری می‌گردد. این مقیاس، اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد، ولی دارای یک نمره کل نیز می‌باشد. نتایج مطالعات مقدماتی پایایی و روایی این مقیاس را تأیید کرده‌اند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). این مقیاس در ایران، توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای اعتبار این پرسش‌نامه، محمدی از روش کرونباخ استفاده کرده است که برابر ۸۹ درصد بوده است (کیخانی و همکاران، ۱۳۹۱).

پرسش‌نامه سلامت روان (GHQ-28): پرسش‌نامه سلامت عمومی شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی می‌باشد. این پرسش‌نامه، به صورت فرم‌های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی می‌باشد (شیربیم و همکاران، ۱۳۸۸). نسخه ارائه‌شده در این پژوهش، ۲۸ سؤالی می‌باشد. نمره بالا در این آزمون، بیانگر وجود بیماری و نمره پایین در این آزمون بیانگر عدم بیماری و یا داشتن سلامت روان عمومی است. این پرسش‌نامه، از چهار خرده‌مقیاس که هر یک شامل ۷ سؤال در زمینه نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد، تدوین شده است. نشانه‌های جسمانی از سؤال ۱ تا ۷ که شامل سردرد، احساس ضعف و سستی، احساس نیاز به داروهای تقویتی و یا سردی بدن می‌باشد. نشانه‌های اضطراب شامل سؤال‌های ۸ تا ۱۴ است که مواردی چون اضطراب بی‌خوابی و تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره را مورد بررسی قرار می‌دهد. اختلال در کارکردهای اجتماعی شامل سؤال‌های ۱۵ تا ۲۱ است که

احساس رضایت و توانایی‌های فرد را در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت‌های روزمره را بررسی می‌کند و نشانه‌های افسردگی، از سؤال ۲۲ تا ۲۸ را شامل می‌شود و احساس بی‌ارزشی در خود و زندگی، ناامیدی و افکار خودکشی، آرزوی مرگ و ناتوانی در انجام کارها را مورد بررسی قرار می‌دهد. از این پرسش‌نامه، پنج نمره حاصل می‌شود که چهار نمره آن مربوط به خرده‌مقیاس‌های فوق و دیگری مربوط به کل پرسش‌نامه است. حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند در این پرسش‌نامه کسب کند، ۸۴ و حداقل نمره صفر است. نظام نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، براساس لیکرت می‌باشد که به هریک از موقعیت‌های چهارگانه نمره (۰-۱-۲-۳) داده می‌شود. ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ این مقیاس، برابر ۰/۸۸ به دست آمد (گلدنبرگ و هیلر، ۱۹۷۹). پایایی و روایی پرسش‌نامه سلامت عمومی، به وسیله تقوی (۱۳۸۰) بررسی شد. تقوی ضرایب پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش دوباره‌سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰، گزارش نموده است (شیخ‌الاسلامی و لطیفیان، ۱۳۸۱).

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش، اطلاعات به‌دست‌آمده از ۳۶۴ نفر وارد تحلیل شد. افراد مورد مطالعه، کلیه دانشجویان دانشگاه کاشان بودند. شاخص‌های توصیفی به صورت میانگین، انحراف استاندارد، جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سبک زندگی اسلامی به تفکیک جنسیت و تأهل

جنسیت و تأهل	N	M	SD	حداقل	حداکثر
دانشجویان دختر	۱۸۳	۳۲۸/۳۰	۳۸/۳۳	۱۶۲	۳۹۰
دانشجویان پسر	۱۸۱	۳۳۸/۱۱	۳۳/۲۳	۱۸۴	۴۳۰
دانشجویان مجرد	۱۵۶	۳۲۸/۴۸	۳۵/۸۱	۱۶۲	۳۸۰
دانشجویان متأهل	۲۰۸	۳۳۶/۷۰	۳۶/۱۲	۱۸۴	۴۳۰

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمرات سبک زندگی اسلامی در بین دانشجویان دانشگاه کاشان با توجه به جنسیت و تأهل آنها در دانشجویان دختر برابر با ۳۲۸/۳۰ و انحراف استاندارد آن برابر با ۳۸/۳۳ می‌باشد. میانگین نمرات سبک زندگی اسلامی دانشجویان پسر ۳۳۸/۱۱ و انحراف استاندارد آن برابر با ۳۳/۲۳ می‌باشد. همچنین، جدول بالا نشان می‌دهد میانگین نمرات سبک زندگی اسلامی دانشجویان مجرد برابر با ۳۲۸/۴۸ و انحراف استاندارد آن برابر با ۳۵/۸۱ می‌باشد و میانگین نمرات سبک زندگی اسلامی دانشجویان متأهل، برابر با ۳۳۶/۷۰ و انحراف استاندارد آن برابر با ۳۶/۱۲ است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت روان دانشجویان به تفکیک جنسیت و تأهل

جنسیت و تأهل	N	M	SD	حداقل	حداکثر
دانشجویان دختر	۱۸۳	۳۲/۰۸	۱۰/۳۴	۱۵	۶۲
دانشجویان پسر	۱۸۱	۲۷/۰۹	۷/۰۰	۱۳	۴۷
دانشجویان مجرد	۱۵۶	۲۸/۷۹	۸/۹۲	۱۴	۶۲
دانشجویان متأهل	۲۰۸	۳۰/۲۱	۹/۳۳	۱۳	۵۷

جدول ۲، میانگین نمرات سلامت روان را در بین دانشجویان دانشگاه کاشان با توجه به جنسیت و تأهل آنها نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول بالا دیده می‌شود، میانگین نمرات سلامت روان دانشجویان دختر برابر با ۳۲/۰۸ و انحراف استاندارد آن برابر با ۱۰/۳۴ می‌باشد و میانگین نمرات سلامت روان دانشجویان پسر، ۲۷/۰۹ و انحراف استاندارد آن برابر با ۷/۰۰ می‌باشد. همچنین جدول بالا نشان می‌دهد، میانگین نمرات سلامت روان دانشجویان مجرد برابر با ۲۸/۷۹ و انحراف استاندارد آن برابر با ۸/۹۲ می‌باشد و میانگین نمرات سلامت روان دانشجویان متأهل، برابر با ۳۰/۲۱ و انحراف استاندارد آن برابر با ۹/۳۳ می‌باشد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب‌آوری دانشجویان به تفکیک جنسیت و تأهل

جنسیت و تأهل	N	M	SD	حداقل	حداکثر
دانشجویان دختر	۱۸۳	۶۳/۰۷	۱۳/۸۸	۲۸	۸۸
دانشجویان پسر	۱۸۱	۶۷/۶۱	۱۵/۳۳	۳۰	۹۸
دانشجویان مجرد	۱۵۶	۶۳/۷۹	۱۳/۳۳	۳۳	۸۹
دانشجویان متأهل	۲۰۸	۶۶/۴۸	۱۵/۷۱	۲۸	۹۸

جدول ۳، میانگین نمرات تاب‌آوری را در بین دانشجویان دانشگاه کاشان با توجه به جنسیت و تأهل آنها نشان می‌دهد. براساس جدول فوق، میانگین نمرات تاب‌آوری دانشجویان دختر برابر با ۶۳/۰۷ و انحراف استاندارد آن برابر با ۱۳/۸۸ می‌باشد و میانگین نمرات تاب‌آوری دانشجویان پسر ۶۷/۶۱ و انحراف استاندارد آن برابر با ۱۵/۳۳ می‌باشد. همچنین جدول بالا نشان می‌دهد، میانگین نمرات تاب‌آوری دانشجویان مجرد برابر با ۶۳/۷۹ و انحراف استاندارد آن برابر با ۱۳/۳۳ می‌باشد و میانگین نمرات تاب‌آوری دانشجویان متأهل برابر با ۶۶/۴۸ و انحراف استاندارد آن برابر با ۱۵/۷۱ می‌باشد.

جدول ۴. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در کل دانشجویان

متغیرها	سبک زندگی اسلامی	سلامت روان	میزان تاب‌آوری
سبک زندگی اسلامی	۱	۰/۱۴ **	۰/۱۱ *
سلامت روان	۰/۱۴ **	۱	-۰/۳۲ **
میزان تاب‌آوری	۰/۱۱ *	-۰/۳۲ **	۱

** P < 0/01 * P < 0/05

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، سبک زندگی اسلامی با سلامت روان دانشجویان رابطه معنادار

(۰/۹۹) اطمینان) داشته و سبک زندگی اسلامی با میزان تاب‌آوری با (۰/۹۵) اطمینان) ارتباط معنادار داشته است. از سوی دیگر، بین سلامت روان و میزان تاب‌آوری با (۰/۹۹) اطمینان) رابطه معنادار مشاهده شد. فرضیه کلی: بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دانشگاه کاشان رابطه وجود دارد.

جدول ۵. تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای تعیین سلامت روان و میزان تاب‌آوری از طریق سبک زندگی اسلامی

متغیر پیش‌بینی‌کننده	R	R2	مجموع مجذورات	درجه آزادی	MS	F	سطح معنی‌داری
سلامت روان	۰/۱۴	۰/۰۲	۱۰۴۹۵/۰۲۳	۱	۱۰۴۹۵/۰۲۳	۸/۱۸	۰/۰۰۴
تاب‌آوری	۰/۱۱	۰/۰۱	۶۰۱۱/۸۵	۱	۶۰۱۱/۸۵	۴/۶۴	۰/۰۳

همان‌طور که یافته‌های حاصل از این تحلیل در جدول ۵ نشان می‌دهد، رابطه بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان برابر با ۰/۱۴ می‌باشد. واریانس مشترک بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان برابر با ۰/۰۲ می‌باشد. همچنین رابطه بین سبک زندگی اسلامی و میزان تاب‌آوری، برابر با ۰/۱۱ می‌باشد. واریانس مشترک بین سبک زندگی اسلامی و میزان تاب‌آوری برابر با ۰/۰۱ می‌باشد. لازم به یادآوری است براساس مقدار آزمون F و سطح معناداری آن برای هر گام ($p < ۰/۰۰۱$)، می‌توان گفت: میزان واریانس تبیین‌شده در هر دو مرحله تحلیل رگرسیون معنادار بوده است. بنابراین، می‌توان گفت: متغیر سبک زندگی اسلامی به صورت معنی‌داری می‌تواند سلامت روان و تاب‌آوری را مورد تبیین قرار دهد. فرضیه جزئی اول: بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان دانشجویان پسر و دختر رابطه وجود دارد. فرضیه جزئی دوم: بین سبک زندگی اسلامی با میزان تاب‌آوری دانشجویان پسر و دختر رابطه وجود دارد.

فرضیه جزئی سوم: بین سلامت روان با میزان تاب‌آوری دانشجویان پسر و دختر رابطه وجود دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون همبستگی پیرسون در خصوص رابطه بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری، و همچنین سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دختر و پسر

جنسیت	متغیر	سلامت روان	تاب‌آوری
دانشجویان دختر	سبک زندگی اسلامی	$r=۰/۱۷$ $sig=۰/۰۲$ $n=۱۸۳$	$r=۰/۱۵$ $sig=۰/۰۳$ $n=۱۸۳$
دانشجویان پسر	سبک زندگی اسلامی	$r=۰/۳۶$ $sig=۰/۰۰۰$ $n=۱۸۱$	$r=۰/۱۲$ $sig=۰/۰۴$ $n=۱۸۱$
دانشجویان دختر	سلامت روان	-	$r=-۰/۲۴$ $sig=۰/۰۳$ $n=۱۸۳$
دانشجویان پسر	سلامت روان	-	$r=-۰/۳۴$ $sig=۰/۰۰$ $n=۱۸۱$

بر اساس جدول ۶، می‌توان گفت: بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان دانشجویان دختر دانشگاه کاشان ضریب همبستگی به میزان $r=0/17$ وجود دارد ($p < 0/01$, $r=0/17$) و بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان دانشجویان پسر ضریب همبستگی به میزان $r=0/26$ وجود دارد ($p < 0/01$, $r=0/26$). به عبارت دیگر، براساس این جدول رابطه بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان در دانشجویان دختر و پسر، با ۹۹ درصد اطمینان معنادار بود. همچنین، براساس جدول ۶ می‌توان گفت: بین سبک زندگی اسلامی و میزان تاب‌آوری دانشجویان دختر دانشگاه کاشان، ضریب همبستگی به میزان $r=0/15$ وجود دارد ($p < 0/05$, $r=0/15$) و بین سبک زندگی اسلامی و میزان تاب‌آوری دانشجویان پسر، ضریب همبستگی به میزان $r=0/12$ وجود دارد ($p < 0/05$, $r=0/12$). بر این اساس، بین سبک زندگی اسلامی و میزان تاب‌آوری در دانشجویان دختر و پسر با ۹۵ درصد اطمینان رابطه معنادار مشاهده شد. از سوی دیگر، براساس جدول ۶ می‌توان گفت: بین سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دختر ضریب همبستگی به میزان $r=-0/24$ وجود دارد ($p < 0/01$, $r=-0/24$) و بین سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان پسر ضریب همبستگی به میزان $r=-0/34$ وجود دارد ($p < 0/01$, $r=-0/34$). بنابراین، بین سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دختر و پسر با ۹۹ درصد اطمینان، رابطه معنی‌دار وجود دارد.

فرضیه جزئی چهارم: بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان دانشجویان متأهل و مجرد رابطه وجود دارد.

فرضیه پنجم: بین سبک زندگی اسلامی با میزان تاب‌آوری دانشجویان متأهل و مجرد رابطه وجود دارد.

فرضیه ششم: بین سلامت روان با میزان تاب‌آوری دانشجویان متأهل و مجرد رابطه وجود دارد.

جدول ۷. نتایج آزمون همبستگی پیرسون در خصوص رابطه بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و تاب‌آوری،

و همچنین سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان متأهل و مجرد دانشگاه کاشان

جنسیت	متغیر	سلامت روان	تاب‌آوری
متأهل	سبک زندگی اسلامی	$r=0/17$ $sig=0/01$ $n=208$	$r=-0/05$ $sig=0/47$ $n=208$
مجرد	سبک زندگی اسلامی	$r=0/10$ $sig=0/21$ $n=156$	$r=-0/34$ $sig=0/000$ $n=156$
متأهل	سلامت روان	-	$r=-0/39$ $sig=0/000$ $n=208$
مجرد	سلامت روان	-	$r=-0/23$ $sig=0/03$ $n=156$

بر اساس جدول ۷ می‌توان گفت: بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان دانشجویان متأهل دانشگاه کاشان ضریب همبستگی به میزان $r = 0/17$ وجود دارد ($r = 0/17$ ، $p < 0/01$) و بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان دانشجویان مجرد، ضریب همبستگی به میزان $r = 0/10$ وجود دارد ($r = 0/10$ ، $p < 0/01$). بر این اساس، رابطه بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان در دانشجویان متأهل و مجرد با ۹۹ درصد اطمینان معنادار بود. همچنین براساس جدول ۷ می‌توان گفت بین سبک زندگی اسلامی و میزان تاب‌آوری دانشجویان متأهل دانشگاه کاشان ضریب همبستگی به میزان $r = -0/05$ وجود دارد ($r = -0/05$ ، $p < 0/05$) و بین سبک زندگی اسلامی و میزان تاب‌آوری دانشجویان مجرد ضریب همبستگی به میزان $r = -0/34$ وجود دارد ($r = -0/34$ ، $p < 0/05$). به عبارت دیگر، رابطه بین سبک زندگی اسلامی و میزان تاب‌آوری در دانشجویان متأهل و مجرد با ۹۵ درصد اطمینان معنادار مشاهده شد. از سوی دیگر، براساس جدول ۷ می‌توان گفت: بین سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان متأهل دانشگاه کاشان ضریب همبستگی به میزان $r = -0/39$ وجود دارد ($r = -0/39$ ، $p < 0/01$) و بین سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان مجرد، ضریب همبستگی به میزان $r = -0/23$ وجود دارد ($r = -0/23$ ، $p < 0/01$). بنابراین، بین سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان متأهل و مجرد با ۹۹ درصد اطمینان، رابطه معنی‌دار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، بررسی رابطه بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دانشگاه کاشان بود. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، این پژوهش نشان می‌دهد که بین سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دانشگاه کاشان رابطه معنی‌دار وجود دارد. مطالعه رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت روان و میزان تاب‌آوری، در هنگام ضربه‌ها و آسیب‌ها و سایر رویدادهای زندگی، می‌تواند فهم ما را از انطباق مثبت با حوادث افزایش دهد.

بر پایه یافته‌های فرضیه کلی این پژوهش، بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان دانشجویان رابطه معنادار مشاهده شد. از سوی دیگر، یافته‌های به‌دست‌آمده از فرضیه‌های جزئی پژوهش نشان داد که بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان دانشجویان دختر و پسر و همچنین دانشجویان متأهل و مجرد نیز رابطه معنادار وجود دارد. این نتایج، با نتایج به‌دست‌آمده توسط جان‌بزرگی (۱۳۸۶)، صالحی (۱۳۸۶)، کربلایی هرفته و جناآبادی (۱۳۸۶)، صفائی‌راد و همکاران (۱۳۸۹)، محملمی (۱۳۷۴)، گراهام

و همکاران (۲۰۰۱)، *وایلاتتا* و همکاران (۲۰۰۸)، *فوتولاکیس* و همکاران (۲۰۰۸)، *پاجویچ* و همکاران (۲۰۰۵)، *فرانسیس* و همکاران (۲۰۰۴)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: مذهب به‌عنوان نهادی جامع و همچنین حافظ بهداشت جسمانی و روانی می‌باشد. ابعاد مختلف مذهب و دین‌داری از طریق تقویت احساس‌ها و هیجان‌های مثبت (عشق، عزت‌نفس، امیدواری، شادمانی، خوش‌بینی) در افراد از یک‌سو، موجب پیشگیری از ابتلا به افسردگی و از سوی دیگر، موجب کاهش احساس‌ها و هیجان‌های منفی در افراد و افزایش سلامت روان آنها می‌شود. بنابراین، به نظر می‌رسد افراد دارای سبک زندگی اسلامی و پایبند به برنامه‌های دینی و دستورات آن، به بیماری‌های روانی مبتلا نمی‌گردند (رضایی، ۱۳۷۸، ص ۱۵). برخی از پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد، بین عملکرد اسلامی با بهداشت روانی همبستگی مثبت وجود دارد (آقایی چاوشی، ۱۳۸۷). در پژوهش *احمدی*، نتایج نشان داد که بین میزان افسردگی و نگرش اسلامی به زندگی، همبستگی منفی معنادار وجود دارد (احمدی، ۱۳۸۶، ص ۲۵). یافته‌های این پژوهش، با آموزه‌های دین اسلام نیز همسوست که در آن «ایمان به خدا و انجام اعمال دینی، مایه آرامش دل‌هاست» و مصداق آن نیز آیات شریفه «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد: ۲۸) و «وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ» (طلاق: ۳) است. اعتماد و توکل به خدا، آرامشی در دل انسان ایجاد می‌کند که بر اثر حوادث زندگی، دچار لغزش و شک و تردید نمی‌شود.

تجزیه و تحلیل دیگر یافته فرضیه کلی این پژوهش، نشان داد که بین سبک زندگی اسلامی و میزان تاب‌آوری دانشجویان رابطه وجود دارد. از سوی دیگر، یافته‌های حاصل از فرضیه‌های جزئی این پژوهش نشان می‌دهد که بین سبک زندگی اسلامی و میزان تاب‌آوری دانشجویان دختر و پسر و همچنین دانشجویان مجرد و متأهل نیز رابطه وجود دارد. نتایج این پژوهش، نیز با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط *سلم‌آبادی* و همکاران (۱۳۹۳)، *هاشمی* و *جوکار* (۱۳۹۰)، *احمدی* و همکاران (۱۳۹۱)، *پترسون* و *هوانگ* (۲۰۰۳)، *ساندراجان* (۲۰۰۶)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت: ایمان به خدا و داشتن سبک زندگی اسلامی، برای مقاومت در برابر فشارها و سختی‌ها و همچنین در درمان بیماری‌هایی همچون اضطراب، احساس عدم امنیت و انواع بیماری‌های روانی و نیز تحقق امنیت، کاملاً موفق بوده است (پناهی میرشکار و مرزیه، ۱۳۸۴). به اعتقاد حسینی قمی و سلیمی *بجستانی* (۱۳۹۰)، داشتن ایمان، تحمل افراد را در برابر سختی‌ها افزایش داده، آنها را برای غلبه بر چالش‌ها و تغییرات زندگی یاری می‌دهد. همچنین ارتباطات فرامعنوی (یعنی به قدرت بزرگی

ایمان داشتن)، به‌عنوان عامل حمایتی فردی در جهت ایجاد و تسهیل تاب‌آوری یاد شده است. همین‌طور معنویت، عامل کلیدی برای پرورش تاب‌آوری دانسته شده است. یانگ و ماو (۲۰۰۷) معتقدند: داشتن هدف و معنا در زندگی، احساس تعلق داشتن به معنای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آنها، می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند. همچنین هاشمی و همکاران (۱۳۹۰)، بیان کردند که بین تاب‌آوری و مؤلفه‌های تعالی معنوی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، بین تاب‌آوری و مذهب و معنویت رابطه معناداری وجود دارد. باورهای مذهبی نسبت به اصول دین اسلام، می‌تواند توانایی فرد را در زمینه تطابق با شرایط ناگوار و پیش‌بینی‌ناپذیر محیط، تا حد زیادی افزایش دهند (چاری و محمدی، ۱۳۹۰).

نتایج تحلیل دیگر داده‌های به‌دست‌آمده در فرضیه کلی این پژوهش، نشان می‌دهد که بین سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان رابطه معنی‌دار وجود دارد. همچنین نتایج فرضیه‌های جزئی پژوهش، نشان داد که بین سلامت روان و میزان تاب‌آوری دانشجویان دختر و پسر و دانشجویان متأهل و مجرد نیز رابطه معنی‌دار وجود دارد. نتایج این پژوهش، با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط شیریم و همکاران (۱۳۸۸)، آزادی و آزاد (۱۳۹۰)، پرهان (۱۳۸۹)، ماتیس و لکسی (۱۹۹۹)، کارلتون و همکاران (۲۰۰۶)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت: افراد تاب‌آور، به طرز خلاقانه و انعطاف‌پذیری به مسائل می‌نگرند، برای حل آنها طرح و برنامه‌ریزی می‌کنند و در صورت نیاز، نسبت به درخواست کمک از دیگران دریغ نمی‌ورزند و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند. این عوامل موجب می‌شود فرد از بهداشت روانی بالایی برخوردار باشد. تاب‌آوری با کم‌رنگ‌تر کردن عواملی همچون استرس و افسردگی، سلامت روانی افراد را تضمین می‌کند. بینکارت (۲۰۰۹)، در پژوهش‌های خود نشان داد که تاب‌آوری از مشکلات روان‌شناختی در جوانان پیشگیری می‌کند و از آنها در برابر تأثیرات روان‌شناختی، حوادث مشکل‌زا محافظت می‌کند. تاب‌آوری، نقش میانجی مهمی در جلوگیری از بروز بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی از خود نشان می‌دهد (آزادی و آزاد، ۱۳۹۰، ص ۵۱). بونانو (۲۰۰۴)، در پژوهش خود نشان داد که کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب و افسردگی همراه است. همچنین تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، موجب تقویت عزت نفس و مقابله موفق با تجربه‌های منفی و افزایش سلامت روان در افراد می‌شود. حمید و

همکاران (۱۳۹۱)، در پژوهش نیز با عنوان «بررسی رابطه سلامت روان و هوش معنوی با تاب‌آوری در دانشجویان» نشان دادند که بین سلامت روان و میزان تاب‌آوری رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

برای دستیابی به سبک زندگی مقبول از نظر اسلام، الگویی لازم است که از جهات گوناگون مورد تأیید دین باشد و مؤلفه‌های مختلف آن با یکدیگر تعامل داشته باشند. دیگر اینکه، با یافته‌های مسلم علمی مخالف نباشد و دنیا و آخرت را کنار هم ببیند و از هیچ‌یک از ابعاد مادی و معنوی انسان غافل نشوند. تدوین سبک زندگی اسلامی را می‌توان گامی در اسلامی‌سازی علوم انسانی ارزیابی کرد. هدف نهایی اسلامی‌سازی علوم انسانی نیز، دستیابی به سبک زندگی اسلامی است. دوری از یاد خدا، زندگی را دشوار و یاد خدا آن را آسان می‌سازد. تبیین روان‌شناختی آن ویژگی، این است که یاد خدا، فرد را از امیال و تکانش‌هایی که برای او تنیدگی‌زا است، بازمی‌دارد و موجب می‌شود که به جای توجه صرف به لذت‌های دنیوی، که معمولاً ناکامی در بهره‌گیری از آنها موجب تنیدگی است، به تقویت رابطه با خدا و تقرب به او بپردازد. از سوی دیگر، کسی که خدا را فراموش می‌کند، و از یاد او غافل است، ضرورتاً به دنیا دل می‌بندد و زندگی برای او راحت و آرام نیست؛ زیرا هیچ‌گاه نسبت به آن احساس رضایت نمی‌کند و پیوسته به دنبال رفاه بیشتر است. از این‌رو، دائماً در فشار و سختی به سر می‌برد. از جمله راه‌های معنوی عاطفی، یاری جستن از قدرت بی‌نهایت خداوند است (بقره: ۳۵ و ۱۳۵؛ اعراف: ۱۲۸). در تعالیم اسلامی، آن‌گاه که انسان در سختی‌ها از همه اسباب مادی قطع امید می‌کند، متوجه وجودی ماوراء طبیعت می‌شود (یونس: ۲۲؛ عنکبوت: ۶۵).

از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به مواردی از جمله کمبود منابع پژوهشی که مستقیماً در ارتباط با موضوع پژوهش باشد، فقدان پیشینه کافی پیرامون سبک زندگی اسلامی، محدود بودن نتایج مطالعه به دانشجویان دانشگاه کاشان، محدودیت‌های مربوط به ابزارهای خودگزارش‌دهی، که در آن همیشه امکان دادن پاسخ‌های غیرواقعی آزمودنی‌ها وجود دارد، و در برخی موارد عدم همکاری دانشجویان در تکمیل پرسش‌نامه‌ها اشاره نمود.

پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌هایی پیرامون سبک زندگی اسلامی در گروه‌های مختلف و با متغیرهای مختلف اجرا گردد. از سوی دیگر، به دانشگاه‌ها توصیه می‌شود که زمینه‌سازی فرهنگی لازم را برای تقویت و گسترش هرچه بیشتر سبک زندگی اسلامی دانشجویان را فراهم نمایند. به استادان، معلمان، مربیان پرورشی و مراکز مشاوره دانشجویی پیشنهاد می‌گردد در راستای تقویت سبک زندگی اسلامی و ارتقای سلامت روان و میزان تاب‌آوری فراگیران خود، با انجام برنامه‌ریزی‌های فرهنگی لازم توجه لازم را داشته باشند.

منابع

- آزادی، سارا و حسین آزاد، ۱۳۹۰، «بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روان دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های ایلام»، *طب جانپاز*، سال سوم، ش ۱۲، ص ۵۸-۴۸.
- آقایانی چاوشی، اکبر، ۱۳۸۷، «بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی»، *علوم رفتاری*، دوره دوم، ش ۲، ص ۱۵۶-۱۴۹.
- احمدی، خدابخش و همکاران، ۱۳۹۱، «نقش دلبستگی به خدا و سلامت روان والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر»، *پژوهش در سلامت روان شناختی*، دوره ششم، ش ۱، ص ۹-۱.
- احمدی، سیداحمد، ۱۳۸۶، *روان‌شناسی نوجوانان و جوانان*، تهران، ترمه.
- پاک‌نیا، عبدالکریم، ۱۳۸۲، *حقوق متقابل فرزندان و والدین*، قم، کمال‌الملک.
- پرهان، هادی، ۱۳۸۹، «*رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روان با سوء‌مصرف سیگار و الکل در دانشجویان*»، در: مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه شاهد.
- پسندیده، عباس، ۱۳۸۴، *رضایت از زندگی*، قم، دارالحدیث.
- پناهی میرشکار، غلامحسین و افسانه مرزیه، ۱۳۸۴، «بررسی رابطه بین افسردگی و میزان التزام عملی به اعتقادات مذهبی در میان دانش‌آموزان پایه دوم دبیرستان‌های شهر زاهدان در سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸»، *علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان*، سال دوم، ش ۳، ص ۱۱۱-۱۲۳.
- تقوی، محمدرضا، ۱۳۸۰، «بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ)»، *روان‌شناسی*، دوره پنجم، ش ۲۰، ص ۳۹۱-۳۹۸.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۸۶، «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، *پژوهش در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی*، دوره سی‌ویکم، ش ۴، ص ۳۴۵-۳۵۰.
- جعفری تبریزی، محمدتقی، ۱۳۸۶، *علم و دین در حیات معقول*، قم، مؤسسه تدوین و نشر آثار استاد علامه محمدتقی جعفری.
- چاری، حسین و مژگان محمدی، ۱۳۹۰، «پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی براساس اعتقادات مذهبی در دانشجویان شهری و روستایی»، *روان‌شناسی معاصر*، دوره ششم، ش ۲، ص ۴۵-۵۶.
- حسن‌پور، امین و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی رابطه دلبستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان استثنایی و عادی شهر همدان، سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷»، *روان‌شناسی افراد استثنایی*، سال دوم، ش ۶، ص ۱-۲۰.
- حسینی‌قمی، طاهره و حسن سلیمی‌بجستانی، ۱۳۹۰، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری در بین مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری»، *روان‌شناسی و دین*، سال چهارم، ش ۳، ص ۶۹-۸۲.
- حق‌رنجبر، فرخ و همکاران، ۱۳۹۰، «تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی»، *روان‌شناسی سلامت دانشگاه پیام‌نور*، دوره اول، ش ۱، ص ۱۷۷-۱۸۷.

- حمید، نجمه و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی رابطه سلامت روان و هوش معنوی با تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه»، *جستارهای پر، دوره سوم*، ش ۲، ص ۳۳۱-۳۳۸.
- رضایی، مجتبی، ۱۳۷۸، *شفا و درمان با قرآن*، تهران، بهینه.
- ساک، کوروش و ستار کیخانی، ۱۳۸۱، «بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان علوم پزشکی ایلام»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، سال دهم، ش ۳۴ و ۳۵، ص ۱۱-۱۵.
- سلم‌آبادی، مجتبی و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با تاب‌آوری دانش‌آموزان متوسطه اسلامی شهر»، در: مجموعه مقالات اولین کنگره علوم تربیتی و آسیب‌های اجتماعی، انتشارات کدیور.
- شاکر، جواد و همکاران، ۱۳۸۹، «ویژگی‌های شخصیتی، استرس، شیوه‌های مقابله و نگرش مذهبی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ش ۱۲، ص ۲۴۴-۲۵۰.
- شاکری‌نیا، ایرج، ۱۳۸۰، «تأثیر باورهای مذهبی بر سلامت روانی انسان»، *پیوند*، ش ۲۵۷، ص ۳۴-۳۹.
- شیخ‌الاسلامی، راضیه و مرتضی لطفیان، ۱۳۸۱، «بررسی ابعاد خودپنداره با سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در دانشجویان دانشگاه شیراز»، *تازه‌های علوم شناختی*، سال چهارم، ش ۱، ص ۶-۱۶.
- شیربیم، زهرا و همکاران، ۱۳۸۸، «رابطه سلامت روان و سرسختی روان‌شناختی دانشجویان»، *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، دوره چهارم، ش ۱۳، ص ۷-۱۶.
- صالحی، لیلا، ۱۳۸۶، «رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، سال یازدهم، ش ۱، پیاپی ۴۲، ص ۵۰-۵۵.
- صفائی‌راد، ایرج و همکاران، ۱۳۸۹، «رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، دوره هفدهم، ش ۴، ص ۲۷۴-۲۸۰.
- طالقانی، نرگس و همکاران، ۱۳۸۵، «رابطه جهت‌گیری مذهبی با بهداشت روان دانشجویان دانشگاه کرمان»، در: مجموعه مقالات سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، بی‌جا، بی‌تا.
- فقیهی، علی‌نقی، ۱۳۷۶، *مشاوره در آینه علم و دین*، قم، جامعه مدرسین.
- کاویانی، محمد، ۱۳۹۲، *سبک زندگی اسلامی و ابزار سنجش آن*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- _____، ۱۳۹۰، «کمی‌سازی و سنجش سبک زندگی اسلامی»، *روان‌شناسی و دین*، سال چهارم، ش ۲، ص ۲۷-۴۴.
- _____، ۱۳۸۸، «تربیت اسلامی، گذر از اهداف کلی به اهداف رفتاری»، *پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآن کریم*، سال اول، ش ۳، ص ۷۹-۹۳.
- کجباف، محمدباقر و همکاران، ۱۳۹۰، «رابطه سبک زندگی اسلامی با شادکامی در رضایت از زندگی دانشجویان شهر اصفهان»، *روان‌شناسی و دین*، سال چهارم، ش ۴، ص ۶۱-۷۴.
- کربلایی‌هرفته، فاطمه صغری و حسین جناآبادی، ۱۳۸۶، «رابطه بین اعتقادات اسلامی و سلامت روان دانشجویان»، *مطالعات علوم تربیتی*، سال اول، ش ۲، ص ۸۱-۹۰.

- کریمی، جهانگیر و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان تاب‌آوری و امیدواری در دانشجویان دانشگاه رازی»، *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، سال دوم، ش ۳، ص ۲۴۳-۲۵۶.
- کیخانی، ستار و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه تاب‌آوری و سلامت روان با آسیب‌پذیری در برابر مواد مخدر؛ مورد مطالعه: دانش‌آموزان مقطع تحصیلی متوسطه شهر ایلام، سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹»، *فرهنگ ایلام*، دوره سیزدهم، ش ۳۴ و ۳۵، ص ۱۹۴-۲۱۲.
- گنجی، حمزه، ۱۳۹۱، *بهداشت روانی*، تهران، ارسباران.
- محمدخانی، پروانه و همکاران، ۱۳۸۴، «ظهور رفتارهای پرخطر در سلامت روانی نوجوان»، *رفاه اجتماعی*، سال پنجم، ش ۱۹، ص ۷۵-۹۰.
- محمدی، سلطان، ۱۳۷۴، *بررسی نقش مذهب در کاهش مشکلات روانی دختران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- محمدی، مسعود، ۱۳۸۴، *بررسی متغیرهای خانوادگی و فردی در افراد معرض خطر سوء‌مصرف مواد*، رساله دکتری روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و توان بخشی.
- مطهری، مرتضی، ۱۳۷۹، *هدف زندگی*، قم، مؤسسه امام علی علیه السلام.
- مظاهری، حسین، ۱۳۶۹، *عوامل کنترل‌گرایی در زندگی انسان*، تهران، ذکر.
- مکارم شیرازی، ناصر، ۱۳۷۷، *زندگی در پرتو اخلاق*، قم، سرور.
- _____، ۱۳۷۶، *یکصد و پنجاه درس زندگی*، قم، امام علی علیه السلام.
- موسوی زنجان‌رودی، مجتبی، ۱۳۷۱، *ازدواج موقت و اثر آن در اصلاح جامعه*، تهران، حافظ نوین.
- میلانی‌فر، بهروز، ۱۳۷۶، *بهداشت روانی*، تهران، دانشگاه تهران.
- میبدی‌فر، عبدالله، ۱۳۷۹، *نقش دعا در زندگی اجتماعی*، قم، میثم‌تبار.
- نجفی قوچانی، محمدحسن، ۱۳۷۸، *سیاحت شرق*، تهران، شرکت به نشر.
- هاشمی، لادن و بهرام جوکار، ۱۳۹۰، «بررسی رابطه بین تعالی معنوی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه»، *مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، ش ۱۳، ص ۱۲۷-۱۴۶.

- Bonanno, G. A, 2004, Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *Journal of American Psychologist*, v. 59 (1), p. 20-28.
- Campbell-Sills, L, & et ak, 2006, Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults, *Behavior research and therapy*, v. 44, p. 585-599.
- Carlton, B. S, & et al, 2006, Adolescents Resilience, family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents, *International Journal of Social Psychiatry*, v. 52, p. 291-297.
- Catherin, Ann. Lesion, 2007, *Accountability for mental Health Counseling in schools*, Thesis the degree of mis Rochester: New York.

- Chan, & et al, 2008, *Religiousness and psychological distress of women after Hurricane Katrina*, University of Massachusetts, Boston, P 8.
- Connor, KM, & Davidson J.R.T, 2003, "Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD-RISC)", *Depress Anxiety*, v. 18 (2), p. 76-82.
- Cowan, P, & et al, 1996, "Thinking about Risk and Resilience in Families" in *Stress, Coping, and Resiliency in Children and Families* edited by E.M. Hetherington and E.A Blechman, Mahwah,NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fountoulakis, K,N, & et al, 2008, Late-Life depression, religiosity, cerebral vascular disease, Cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: *Interpreting the data, Medical hypotheses*, v. 70, p. 493-496.
- Francise. L. J, & et al, 2004, Religiosity and General Health Among Undergraduate Student: A Response to O- Connor, Cobb, and O-Conner. 2003, *Personality and Individual differences*, v. 37, p. 485-494.
- Garmezy, N, 1991, Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associate with poverty, *J AMBehav SCI*, v. 34 (4), p. p. 416-430.
- Goldberg, D. P, & Hillier, V. F, 1979, A scaled version of general health questionnaire, *Journal of Psychological Medicine*, v. 9, p. 131-145.
- Graham, S, & et al, 2001, Religion and Spirituality in Coping with Stress, *Counseling and Values*, v. 46 (1), p. 2-13.
- Grossman, F.K, & Moore, R.P, 1994, Against the odds: Resiliency in an adult survivor of childhood sexual abuse. In C.E. Franz &A.J.Stewart (Ed s.), *Woman creating lives* (pp71-82). San Francisco: West view Press. Karraki(Eds.), *Life span developmental psychology:perspectives on stress and coping* pp:151-174.
- Hawley. R.D, 2000, Clinical implications of family resilience, *The American journal of Family Therapy*, v. 8, p. 101-106.
- Izadian N, & et al, 2010, Astudy of relationship between suicidal ideas, depression, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students, *Proscenia Social and Behavioral Sciences*, v. 5, p. 1515-1519.
- Lim JW, Yi J, 2009, Effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: A comparision between Korean-American and Korean gynecologic cancer survivors, *J OncolNurs forum*, v. 36 (6), p. 699-708.
- Mandel, G, & et al, 2006, *Cultivating resiliency a guide for parent and school personnel*, published by scholastic press, www.Scholastic. Com.
- Mathis, M, & Lecci, L, 1999, Hardiness and college adjustment: Identifying students in need of services, *Journal of College Student Development*, v. 40 (3), p. 305-309.
- Pajević, & et al, 2005, *Religiosity and Mental Health, PsychiatriaDanubina*, v. 17, N. 1-2, p. 84-89.
- Peterson, & Huang, B, 2003, The effect of religious- spiritual coping on positive attitudes of adult Muslim refugees Kosovo and Bosnia, *The international Journal for the psychology of religion*, v. 13, p. 29- 47.
- Pinquart. M, 2009, Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and Psychological distress, *Journal of applied Developmental Psychology*, v. 30, p. 53-60.

- Smith, B,W, & et al, 2009, The Role of Resilience and Purpose in Life in Habituation to Heat and Pain, *The Journal or Pain*, v. 10, N. 5, p. 493-500.
- Smith, B. W, & et alm, 2000, Noah revisited: Relioious coping by church members and the impact of 1993 Midwest flood, *Journal of community psychology*, v. 28, p. 171-???
- Stein, h, 1999, *Similarities differences:Avable*:<http://www.consequence.com>.
- Sundararajan. S. H, 2006, *The relationship of spirituality to resilience in adolescent*, PhD. Thesis, Proquest site.
- Vaillanta, G; J, & et al, 2008, The natural history of male mental health: health and religious involvement, *social science & medicine*, v. 66, p. 221-231.
- Waller M.A, 2001, Resilience in ecosystem context: Evolution of the child, *J Ortho Psychol*, v. 71 (3), p. 290-297.
- Warren, R, & Malachy, B, 2006, *Adlerian Lifestyle Counseling*, New York, Routledge.
- Werner, E, 1996, Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood, Acta pediatric supplement, European, *Journal Child & Adolescent Psychiatry*, v. 5, p. 47-51.
- White, B, & et al, 2010, Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury, Department of kinesiology health promotion and recreation, University of north Texas, *Rehabilitation psychology*, v. 55, p. 23-32.
- White, J, 2001, *Mental health concepts and skill online*, "Salem-Keizer Public Schools.
- Yang, K.P, & Mao, X.Y, 2007, A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey, *Journal of Nursing Studies*, v. 144, p. 999-1010.

رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول

noorisamarin@yahoo.com

شهرام نوری ثمرین / عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول

دریافت: ۱۳۹۲/۴/۳۱ - پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۲۰

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول بود. این پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی بود. نمونه آماری شامل ۳۴۰ نفر بود که به روش تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه هوش معنوی، هوش هیجانی و خودکارآمدی عمومی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون به شیوه گام به گام و واریانس چندمتغیره تحلیل شد. نتایج نشان داد که هوش معنوی، رابطه مثبت و معناداری با خودکارآمدی دارند. بین هوش هیجانی و چهار مؤلفه آن (خودآگاهی، خودکنترلی، مهارت‌های اجتماعی و خودانگیزی)، با خودکارآمدی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین مؤلفه‌های خودکنترلی و مهارت‌های اجتماعی، رابطه مثبت و معناداری با هوش معنوی داشتند، اما بین مؤلفه‌های هوش معنوی با هوش هیجانی، رابطه معناداری وجود نداشت. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که به ترتیب، مؤلفه‌های خودآگاهی، خودکنترلی، تفکر وجودی انتقادی، مهارت‌های اجتماعی، معناسازی شخصی بهترین پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی هستند و بین دختران و پسران به لحاظ هم‌دلی و خودکنترلی تفاوت معناداری وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: هوش معنوی، هوش هیجانی، خودکارآمدی.

مقدمه

منشأ پیدایش خودکارآمدی، نظریه شناختی- اجتماعی بندورا است (بندورا، ۱۹۸۶، ص ۲۴). براساس این نظریه، انسان‌ها موجوداتی فعال هستند که قادر به خودنظم‌دهی و تنظیم رفتار خود هستند و به طور فعال در تحول خویشتن شرکت می‌کنند. می‌توانند با رفتارشان وقایع و رویدادها را کنترل کنند (همان). براساس نظر بندورا (۱۹۹۷) نگرش‌ها، توانائی‌ها و مهارت‌های شناختی هر فرد، تشکیل‌دهنده چیزی است که «سیستم خود» نامیده می‌شود. این سیستم، در چگونگی ادراک ما از شرایط مختلف و چگونگی رفتار ما در واکنش به آنها، نقش عمده‌ای ایفا می‌کند. در واقع، خودکارآمدی، بخش مهمی از این سیستم خود است (همان). به اعتقاد بندورا (۱۹۹۷)، باور خودکارآمدی پایه‌ای برای انگیزش و دستاوردهای فردی در زندگی و ترغیب انگیزش و منابع شناختی و اعمال کنترل بر رویدادی معین است (بندورا، ۱۹۹۷، ص ۶۸). خودکارآمدی را می‌توان به معنای باور فرد در مورد توانایی مقابله او در موقعیت‌های خاص دانست که به نوبه خود، می‌تواند الگوهای فکری، رفتاری و هیجانی را در سطوح مختلف تجربه انسانی تحت تأثیر قرار دهد (طهماسیان و همکاران، ۱۳۸۸). در همین راستا، افراد دارای خودکارآمدی بالا، دارای ویژگی‌های خاصی هستند که آنها را از دیگران متمایز می‌سازد. از جمله آنها می‌توان: ۱. انتخاب مسائل چالش برانگیز با امید غلبه بر آنها؛ ۲. علاقه عمیق‌تر به فعالیت‌های مشارکتی ۳. حس تعهد بیشتر نسبت به علائق و فعالیت‌ها، را نام برد (پاجارس، ۲۰۰۳). خودکارآمدی فردی، از طریق منابع مختلف (تجربیات موفق، مدل‌سازی اجتماعی، ترغیب اجتماعی و واکنش‌های روانی) تعیین می‌شود که به اعتقاد بندورا (۱۹۹۴) مؤثرترین راه برای رشد یک حس قوی خودکارآمدی، از طریق تجربیات موفق است. در واقع، انجام موفقیت‌آمیز یک فعالیت، حس خود-کارآمدی فرد را تقویت می‌کند. از سوی دیگر، ناکامی در مواجهه با یک فعالیت دشوار، می‌تواند به تضعیف حس خودکارآمدی منجر گردد (بندورا، ۱۹۹۴). خودکارآمدی به عنوان یک مفهوم، دارای ساحت‌های مختلفی از جمله خودکارآمدی اجتماعی (ادراک فرد از توانمندی خود در رسیدن به معیارهای اجتماعی)، آموزشی (ادراک فرد از توانمندی خود در یادگیری)، جسمانی (ادراک فرد از توانایی جسمی) و هیجانی (ادراک فرد از توانمندی خود در کنترل و مدیریت هیجان‌ها و افکار منفی) است (ر.ک: ریچاردسون، ۱۹۹۹؛ موری، ۲۰۰۷، ص ۱۰؛ طهماسیان و همکاران، ۱۳۸۸).

اهمیت و ضرورت طرح موضوع معنویت و مذهب، به‌ویژه هوش معنوی، از جهات مختلف در عصر جدید احساس می‌شود، یکی از این ضرورت‌ها در عرصه انسان‌شناسی، توجه به بُعد معنوی

انسان از دیدگاه دانشمندان، به‌ویژه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت است که اخیراً انسان را موجودی زیستی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌کند. همچنین ضرورت دیگر طرح این موضوع، گستره معنویت و مذهب در همه زوایای زندگی انسان و نیز لزوم ارزیابی مجدد نقش مذهب در بهداشت روانی است (سهرابی، ۱۳۸۷). در راستای این جهت‌گیری معنوی، و به موازات بررسی رابطه بین دین و معنویت و سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی (مانند سلامت روان)، در آستانه هزاره سوم، مفهوم هوش معنوی در ادبیات آکادمیک روان‌شناسی مطرح شد (همان).

امونز تلاش کرد که معنویت را بر اساس تعریف گاردنر (۲۰۰۰) از هوش، در چارچوب هوش مطرح نماید (امونز، ۲۰۰۰). وی معتقد است: معنویت می‌تواند شکلی از هوش تلقی شود؛ زیرا عملکرد و سازگاری فرد را پیش‌بینی می‌کند و قابلیت‌هایی را مطرح می‌کند که افراد را به حل مسائل قادر می‌سازد (همان). هوش معنوی، موجب افزایش قدرت انعطاف‌پذیری و خودآگاهی انسان می‌شود. به‌طوری‌که فرد در برابر مشکلات و سختی‌های زندگی، صبوری و تلاش بیشتری برای یافتن راه حل از خود نشان می‌دهد (الکینز، ۲۰۰۴). افراد دارای هوش معنوی بالا، به واسطه برخورداری از خودآگاهی و بینش عمیق‌تر نسبت به مسائل، به کارآمدی خود باور بیشتری دارند و برای غلبه بر آنها تلاش بیشتری می‌کنند (همان). در همین زمینه، کینگ معتقد است: هوش معنوی ظرفیت و توانایی منحصر به فردی را در شخص ایجاد می‌کند، تا معنا را در زندگی درک کند و به موقعیت‌های معنوی بالاتر راه یابد (کینگ، ۲۰۰۸، ص ۱۱). وی مدلی چهار عاملی از هوش معنوی ارائه می‌دهد. عناصر این مدل عبارتند از: ۱. تفکر انتقادی و جودی در مورد مسائل مربوط به هستی: ظرفیت تفکر انتقادی نسبت به مباحث متافیزیکی و هستی از جمله، حقیقت، جهان و مرگ؛ ۲. معناسازی شخصی: توانایی استفاده از تجارب فیزیکی و روحی برای ایجاد معنا و هدف شخصی؛ ۳. آگاهی متعالی: توانایی شناسایی جنبه‌های متعالی خویش، دیگران و جهان و با استفاده از هوشیاری؛ ۴. گسترش آگاهی: توانایی ورود به موقعیت‌های معنوی بالاتر، از جمله تفکر عمیق، نیایش، مراقبه و خروج از آن (همان).

نتایج تحقیقات پرشماری بیانگر ارتباط هوش معنوی و خودکارآمدی است. برای نمونه، پژوهش اسمیت نشان داد که هوش معنوی، لازمه سازگاری بیشتر با محیط است؛ افرادی که هوش معنوی بالاتری دارند، در مقابل فشارهای زندگی تحمل بیشتری دارند و توانایی بالاتری را برای سازگاری با محیط از خود بروز می‌دهند (اسمیت، ۲۰۰۵). همچنین در مطالعه آدگبولا (۲۰۰۷) پیرامون رابطه معنویت با خودکارآمدی و کیفیت زندگی، مشخص شد که بین این متغیرها، رابطه معنادار وجود دارد.

به طوری که افراد دارای باورهای معنوی بالا، از خودکارآمدی بالا و کیفیت زندگی مناسبی برخوردار هستند. پژوهش علی‌مهدی و همکاران (۱۳۹۱)، نشان داد که بین هوش معنوی و خودکارآمدی عمومی دانش‌آموزان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. اسماعیل‌پور و همکاران (۱۳۹۱)، ارتباط خودکارآمدی و هوش معنوی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر را بررسی کردند. نتایج پژوهش آنها بیانگر این بود که مراقبان دارای هوش معنوی بالاتر، به کارآمدی خود اعتقاد بیشتری دارند. گلچین و سنجری (۱۳۹۱) نیز نشان دادند که بین هوش معنوی و خودکارآمدی، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین بین ابعاد هوش معنوی، تفکر انتقادی وجودی، بیشترین رابطه را با خودکارآمدی داشته است. نتایج پژوهش عزیززی و همکاران (۱۳۹۱)، پیرامون ارتباط هوش معنوی و خودکارآمدی در دانشجویان، نشان داد که ارتباط بین دو متغیر مثبت و معنادار بود. پژوهش کویتا (۲۰۱۲) نیز بیانگر این بود که هوش هیجانی و هوش معنوی، رابطه مثبتی با خودکارآمدی و خودتنظیمی دانشجویان دارند.

عامل دیگری که در تعیین موفقیت فرد در زندگی اهمیت دارد، هوش هیجانی است. گلמן (۱۹۹۵) اظهار داشت که انسان در راستای موفقیت در زندگی، به چیزی بیش از بهره‌های هوشی بالا نیاز دارد و آن هوش هیجانی است. این اصطلاح، که اولین بار توسط مایر و سالووی (۱۹۹۷) مطرح شد، جدیدترین تحول در زمینه فهم ارتباط میان تفکر و هیجان به شمار می‌رود (حدادی کوهسار و همکاران، ۱۳۸۵). گلמן (۱۹۹۵)، زندگی روانی انسان را ناشی از تعامل دو کارکرد عقلانی - هیجانی می‌داند. وی معتقد است: جنبه‌های غیرشناختی نظیر توانایی‌های عاطفی - هیجانی، شخصی و اجتماعی، در پیش‌بینی توانایی‌های فرد برای موفقیت و سازگاری در زندگی اهمیت دارد (ر.ک: گلמן، ۱۹۹۵). هوش هیجانی، مشتمل بر توانایی درک، توصیف، دریافت و مهار هیجان‌ها است. هوش هیجانی، موجب پردازش مناسب اطلاعاتی می‌شود که بار هیجانی دارند و استفاده از آنها برای هدایت فعالیت‌های شناختی، مانند حل مسئله ضروری است (همان). هوش هیجانی، توانایی‌هایی از جمله توانایی برانگیختگی خود، پایداری در مواقع شکست، کنترل انگیزه‌های ناگهانی، توانایی کارآمدی و اصرار ورزیدن و امیدواری را به همراه دارد (تمنایی‌فر و همکاران، ۱۳۸۹). در خصوص رابطه هوش هیجانی و خودکارآمدی در گروه‌های مختلف، مطالعات زیادی انجام گرفته است. برای نمونه، بیرامی (۱۳۸۷)، در پژوهشی تحت عنوان بررسی اثر بخشی آموزش هوش هیجانی بر ابراز وجود، خودکارآمدی و سلامت روانی در میان دانش‌آموزان، نشان داد که آموزش هوش هیجانی، خودکارآمدی دانش‌آموزان را به طور معناداری

افزایش می‌دهد. پژوهش محمد/مینی و همکاران (۱۳۸۷)، پیرامون ارتباط هوش هیجانی با خودکارآمدی و سلامت روان در میان دانش‌آموزان عادی و ممتاز، نشان داد که در هر دو گروه دانش‌آموزان، هوش هیجانی با خودکارآمدی و سلامت روان رابطه معناداری دارد. سلیمانی و علی‌بیگی (۱۳۸۸)، رابطه هوش هیجانی با خودکارآمدی مدیران گروه‌های آموزشی را بررسی کردند. نتایج بیانگر این بود که بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های خودآگاهی، خودگردانی و مهارت‌های اجتماعی مدیران، با خودکارآمدی آنان رابطه معنادار وجود دارد. همچنین از بین مؤلفه‌های هوش معنوی، مؤلفه تولید معنای شخصی، پیش‌بینی‌کننده معناداری برای خودکارآمدی است. پژوهش رستمی و همکاران (۱۳۸۹)، پیرامون رابطه خودکارآمدی با هوش هیجانی و حمایت اجتماعی دانشجویان، نشان داد که هوش هیجانی ۲۳ درصد از واریانس خودکارآمدی دانشجویان را تبیین می‌کند. نتایج مطالعه مکتبی و همکاران (۱۳۹۰)، که برای بررسی رابطه هوش هیجانی و منبع کنترل درونی با خودکارآمدی دانشجویان انجام شد، نشان داد که بین ابعاد هوش هیجانی و خودکارآمدی دانشجویان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. مطالعه چان (۲۰۰۴)، در خصوص رابطه خودکارآمدی و هوش هیجانی در میان معلمان چینی نشان داد که مؤلفه تنظیم هیجان مثبت، پیش‌بینی‌کننده معنادار برای خودکارآمدی معلمان بود. پژوهش انیولامایک و بوساری (۲۰۰۷)، که با عنوان تأثیر هوش هیجانی در پیشرفت خودکارآمدی در دانشجویان نیجریه‌ای انجام گرفت، نشان داد که تفاوت‌های مهمی در سطح پیشرفت گروه تحت درمان و گروه کنترل وجود دارد. سلامی (۲۰۰۷)، در پژوهشی با عنوان بررسی روابط میان هوش هیجانی و خودکارآمدی، با نگرش‌های معلمان دوره متوسطه نسبت به کار، نشان داد که هوش هیجانی و خودکارآمدی معلمان منجر به ارتقا و بهبود نگرش‌های کاری آنها می‌شود. پژوهش راتی و راستوگی (۲۰۰۸)، نشان داد که هوش هیجانی با خودکارآمدی رابطه مثبتی دارد و هر دو، قابلیت پیش‌بینی همدیگر را دارند. براساس این یافته، افراد دارای هوش هیجانی بالا، در مقایسه با افراد دارای هوش هیجانی پایین، در همه موقعیت‌ها بهتر عمل می‌کنند. یافته‌های پژوهش هاشمی و غنی‌زاده (۲۰۱۱)، بیانگر این بود که بین هوش هیجانی و باورهای خودکارآمدی دانشجویان ارتباط مثبت وجود دارد. افزون بر این، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که دو مؤلفه هوش هیجانی (تحمل استرس و خودشکوفایی)، پیش‌بینی‌کننده مثبتی برای خودکارآمدی دانشجویان هستند. نتایج مطالعه عبدالوهابی و همکاران (۲۰۱۲)، در میان معلمان تربیت بدنی تهران نشان داد که مؤلفه‌های آگاهی هیجانی و همدلی، با

خودکارآمدی رابطه معناداری دارند. همچنین ابعاد هوش هیجانی، پیش‌بینی‌کننده معناداری برای خودکارآمدی معلمان بود. جمشیدی و همکاران (۲۰۱۲)، در مطالعه‌ای تحت عنوان **تحلیل اثرات مستقیم و غیرمستقیم هوش هیجانی بر خودکارآمدی کارکنان**، نشان دادند که هوش هیجانی و ابعاد آن (خودتنظیمی، همدلی، خودآگاهی و مهارت‌های اجتماعی)، اثر معنادار و مثبتی بر کارآمدی کارکنان دارند. با عنایت به اهمیت خودکارآمدی، به عنوان یک سازه روان‌شناختی مؤثر در حل مسائل و اینکه تاکنون این سه متغیر در کنار هم، مورد مطالعه قرار نگرفته است، این پژوهش در راستای فراهم‌سازی شواهدی از رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی در دانشجویان انجام گرفته است. براین اساس، فرضیه‌ها و سؤال زیر تدوین شد: ۱. بین مؤلفه‌های هوش معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی در دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد؛ ۲. هریک از مؤلفه‌های هوش معنوی و هوش هیجانی چه سهمی در پیش‌بینی خودکارآمدی دانشجویان دارند؛ ۳. بین دختران و پسران به لحاظ مؤلفه‌های هوش هیجانی، هوش معنوی و خودکارآمدی، تفاوت معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه دانشجویان (دختر و پسر) مشغول به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول در سال ۹۳-۹۲ است. با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش، در دانشکده‌های مختلف قرار داشتند و تعداد آنها نیز زیاد بود (۱۴۹۵۱ نفر)، با در نظر گرفتن تعداد جامعه آماری و مراجعه به جدول کرجسی - مورگان (نادری و سیف‌نراقی، ۱۳۹۰) نمونه‌ای به حجم ۳۴۰ نفر، از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. در این نمونه‌گیری، ابتدا از بین دانشکده‌ها، سه دانشکده علوم انسانی، کشاورزی و فنی به صورت تصادفی انتخاب و سپس از هر دانشکده، به صورت تصادفی سه کلاس (خواهران، مختلط، برادران) انتخاب و در نهایت، از هر کلاس به صورت تصادفی تعدادی دانشجو برای اجرای پرسش‌نامه انتخاب گردید.

ابزارهای پژوهش

الف. **مقیاس هوش معنوی کینگ**: این مقیاس، دارای ۲۴ گویه شامل چهار مؤلفه تفکر انتقادی و وجودی، معناسازی شخصی، آگاهی متعالی و گسترش آگاهی است که هوش معنوی را توصیف می‌کنند.

آزمودنی می‌باید پاسخ خود را بر روی یک طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از صفر (اصلاً درست نیست) تا ۴ (کاملاً درست است) مشخص کند. کینگ (۲۰۰۸)، در پژوهشی با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی، به بررسی پایایی مقیاس هوش معنوی پرداخت و شواهد روایی و پایایی مقیاس مذکور را مطلوب گزارش کرد. در ایران نیز معلمی و همکاران (۱۳۸۹)، روایی همگرایی پرسش‌نامه را با استفاده از پرسش‌نامه تجربه معنوی غباری‌بناب (۱۳۸۴) محاسبه کردند ($r=0/66, p<0/01$) و ضریب پایایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/85$ به دست آمد (مرعشی و همکاران، ۱۳۹۱).

ب. پرسش‌نامه هوش هیجانی سیبریا-شرینک: فرم اصلی این آزمون، دارای ۷۰ سؤال و شامل دو بخش است. بخش اول، دارای ۴۰ سؤال و بخش دوم ۳۰ سؤال است. در بخش دوم، یک داستان هیجانی ارائه و از آزمودنی خواسته شده است تا پاسخ خود را با توجه به داستان انتخاب کند. اما از آنجاکه این داستان‌ها، با فرهنگ ایرانی تطابق لازم را نداشته‌اند، در فرایند هنجاریابی حذف شدند. بنابراین، فقط بخش اول این ابزار در این پژوهش استفاده خواهد شد. همچنین در هنجاریابی فرم ایرانی مقیاس، به دلیل همبستگی پایین، تعداد ۷ سؤال با نمره کل از این قسمت حذف شدند. در نهایت، فرم نهایی مقیاس هوش هیجانی شرینک با ۳۳ سؤال اعتباریابی شد. این مقیاس، دارای پنج مؤلفه (خودانگیزی، خودآگاهی، خودکنترلی، همدلی و مهارت‌های اجتماعی) است. در پژوهش منصور (۱۳۸۰)، همسانی درونی پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ از ضریب $0/50$ (مهارت‌های اجتماعی) تا ضریب $0/64$ (خودکنترلی). همچنین روایی همگرایی پرسش‌نامه از طریق همبستگی نمرات افراد در این آزمون، با آزمون حرمت خود کوپراسمیت $0/63$ به دست آمد (حدادی کوهسار و همکاران، ۱۳۸۵).

ج. پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی: این مقیاس توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شد که دارای ۲۳ سؤال است؛ هفده سؤال آن به سلامت عمومی و شش سؤال دیگر آن، به تجربیات خودکارآمدی در موقعیت‌ها اختصاص دارد. دامنه پاسخ‌ها، به صورت پنج درجه‌ای و ترتیبی است. شرر و همکاران (۱۹۸۲)، میزان آلفای کرونباخ این مقیاس را $0/86$ گزارش کرده‌اند. در ایران، اصغرنژاد و همکاران (۱۳۸۳)، ضریب اعتبار این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/88$ به دست آوردند. نجفی و فولادچنگ (۱۳۸۶)، پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ $0/8$ و روایی همگرایی پرسش‌نامه را از طریق همبستگی آن با مقیاس عزت نفس $0/61$ گزارش کرده‌اند.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی متغیرهای این پژوهش، شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف در جدول (۱) ارائه شده است:

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات دانشجویان دختر (۱۷۲ نفر) و پسر (۱۶۸ نفر) در متغیرهای پژوهش

M(SD) کل دانشجویان	M(SD) دانشجویان دختر	M(SD) دانشجویان پسر	گروه - شاخص	
			مقیاس	
۱۴/۶۷(۳/۴۷)	۱۴/۲۹(۳/۶۵)	۱۵/۰۴(۳/۲۴)	آگاهی متعالی	هوش معنوی
۱۸/۵۸(۱/۲۱)	۱۸/۵(۱/۳۱)	۱۸/۶۶(۱/۰۹)	معناسازی شخصی	
۲۱/۸(۴/۴۷)	۲۱/۵۴(۴/۳۹)	۲۲/۰۴(۴/۵۴)	تفکر انتقادی وجودی	
۱۷/۲۴(۲/۴۱)	۱۷/۵۹(۲/۰۹)	۱۶/۹(۲/۶۶)	گسترش آگاهی	
۷۲/۲۵(۱۳/۰۹)	۷۱/۵۲(۱۳/۳)	۷۲/۹۷(۱۳/۰۹)	نمره کل	
۲۲/۱۷(۴/۵)	۲۱/۶۹(۴/۶۲)	۲۲/۶۴(۴/۳۲)	خودکنترلی	هوش هیجانی
۲۲/۷۵(۴/۰۲)	۲۲/۸۵(۳/۸۸)	۲۲/۶۵(۴/۱۷)	خودآگاهی	
۱۵/۰۸(۳/۵۸)	۱۵/۰۱(۳/۵۸)	۱۵/۱۴(۳/۵۸)	مهارت‌های اجتماعی	
۲۳/۶۶(۳/۶۶)	۲۳/۲۱(۳/۹۵)	۲۴/۱۲(۳/۳۷)	خودانگیزی	
۱۹/۴۵(۳/۵۶)	۱۹/۹۱(۳/۶)	۱۸/۹۸(۳/۴۹)	همدلی	
۱۰۶/۱۸(۱۴/۰۳)	۱۰۴/۹۷(۱۴/۳۵)	۱۰۷/۳۸(۱۳/۶۴)	نمره کل	خودکارآمدی
۵۳/۳۶(۷/۴۳)	۵۲/۶(۷/۴۴)	۵۳/۹۱(۷/۵۸)	نمره کل	

جدول ۱، مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها را برحسب نمره‌های هوش معنوی، هوش هیجانی و خودکارآمدی به تفکیک جنسیت دانشجویان نشان می‌دهد. در بررسی فرضیه اول، یعنی رابطه مؤلفه‌های هوش معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین مؤلفه‌های هوش معنوی، هوش هیجانی و خودکارآمدی دانشجویان

خودانگیزی	خودآگاهی	خودکنترلی	مهارت اجتماعی	همدلی	گسترش آگاهی	معناسازی شخصی	تفکر وجودی انتقادی	آگاهی متعالی	هوش هیجانی	هوش معنوی	خودکارآمدی
											۱
										۰/۱۷۶**	۱
									۰/۰۶	۰/۱۸۳**	۱
								۱	۰/۰۷	۰/۱۸۳**	۰/۳۰**
							۱	۰/۱۹**	۰/۰۳	۰/۱۶۴**	۰/۳۵**
						۱	۰/۳۴**	۰/۳۰**	۰/۰۸	۰/۲۳**	۰/۱۵۴**
					۱	۰/۰۴	۰/۳۱**	۰/۳۶**	۰/۱۰	۰/۱۹**	۰/۱۵۲**
				۱	۰/۲۰**	۰/۰۷	۰/۱۳	-۰/۱۱	۰/۱۷**	۰/۰۹	۰/۰۴۹
			۱	۰/۱۶**	۰/۱۱	۰/۰۳	-۰/۰۳	-۰/۰۴	۰/۱۳**	۰/۱۱	۰/۱۲۴**
		۱	۰/۱۱**	۰/۲۷**	-۰/۱۴*	-۰/۱۱	۰/۱۶**	۰/۰۲	۰/۱۴**	۰/۱۲	۰/۰۲۱**
	۱	۰/۱۵**	۰/۰۹	۰/۰۳	-۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۳۸**	۰/۰۲	۰/۱۷**
۱	۰/۰۶**	۰/۱۷**	۰/۱۲**	۰/۰۷	۰/۱۸**	۰/۱۲**	-۰/۰۵	۰/۱۹**	۰/۰۸	۰/۰۴	۰/۱۴۲**

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، بین نمره هوش معنوی ($r=0/176$)، مؤلفه تفکر وجودی ($r=0/164$)، آگاهی متعالی ($r=0/183$)، معناسازی شخصی ($r=0/154$) و گسترش آگاهی ($r=0/152$)، با خودکارآمدی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد. بین هوش هیجانی ($r=0/183$) و مؤلفه‌های خودکترلی ($r=0/21$)، خودآگاهی ($r=0/17$)، خودانگیزی ($r=0/142$) و مهارت‌های اجتماعی ($r=0/124$)، با خودکارآمدی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد. همچنین از بین مؤلفه‌های هوش هیجانی، خودکترلی ($r=0/12$) و مهارت‌های اجتماعی ($r=0/11$)، رابطه معناداری با هوش معنوی دارند. در مقابل، بین مؤلفه‌های هوش معنوی و هوش هیجانی رابطه معناداری وجود ندارد.

برای بررسی قدرت پیش‌بینی کنندگی مؤلفه‌های هوش معنوی و هوش هیجانی، بر خودکارآمدی دانشجویان، از رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی خودکارآمدی از طریق مؤلفه‌های هوش معنوی و هوش هیجانی

گام‌ها	شاخص آماری		R	R2	F	معناداری	β	t	معناداری	ضرایب غیراستاندارد	
	پیش‌بین									SEB	B
۱	خودآگاهی	۰/۳۵۸	۰/۱۶۹	۰/۲۹	۹/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۱۶۹	۳/۱۳	۰/۰۰۲	۰/۱۱۴	۰/۳۵۸
۲	خودآگاهی	۰/۲۷۶	۰/۱۳	۰/۰۶	۱۰/۷	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۲/۴	۰/۰۱۷	۰/۱۱۵	۰/۲۷۶
	خودکترلی	۰/۳۸۸	۰/۱۸۳	۰/۰۱		۰/۰۰۱	۰/۱۸۳	۳/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۱۱۵	۰/۳۸۸
۳	خودآگاهی	۰/۲۷۱	۰/۱۲۸	۰/۰۹	۱۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۱۲۸	۳/۳۹	۰/۰۱۸	۰/۱۱۴	۰/۲۷۱
	خودکترلی	۰/۳۹۵	۰/۱۸۶	۰/۰۱		۰/۰۰۱	۰/۱۸۶	۳/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۱۱۴	۰/۳۹۵
	تفکر وجودی انتقادی	۰/۲۷۶	۰/۱۶۶	۰/۰۰۲		۰/۰۰۲	۰/۱۶۶	۳/۱۸	۰/۰۰۲	۰/۰۸۷	۰/۲۷۶
۴	خودآگاهی	۰/۳۰۰	۰/۱۱۳	۰/۱۰۹	۱۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۱۱۳	۲/۶۵	۰/۰۰۸	۰/۱۱۳	۰/۳۰۰
	خودکترلی	۰/۳۹۲	۰/۱۸۵	۰/۰۰۱		۰/۰۰۱	۰/۱۸۵	۳/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۱۱۳	۰/۳۹۲
	تفکر وجودی انتقادی	۰/۱۸۲	۰/۰۸۶	۰/۰۱۷		۰/۰۰۱	۰/۰۸۶	۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۰۸۶	۰/۱۸۲
	مهارت‌های اجتماعی	۰/۲۷۵	۰/۱۰۰	۰/۱۴۴		۰/۰۰۶	۰/۱۰۰	۲/۷۶	۰/۰۰۶	۰/۱۰۰	۰/۲۷۵
۵	خودآگاهی	۰/۳۲۶	۰/۱۱۲	۰/۱۵۴	۹/۹	۰/۰۰۱	۰/۱۱۲	۲/۹	۰/۰۰۴	۰/۱۱۲	۰/۳۲۶
	خودکترلی	۰/۳۷۵	۰/۱۷۷	۰/۱۷۷		۰/۰۰۱	۰/۱۷۷	۳/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۱۱۲	۰/۳۷۵
	تفکر وجودی انتقادی	۰/۲۷۸	۰/۰۸۵	۰/۱۶۷		۰/۰۰۱	۰/۱۶۷	۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۰۸۵	۰/۲۷۸
	مهارت‌های اجتماعی	۰/۲۵۸	۰/۰۹۹	۰/۱۳۵		۰/۰۰۹	۰/۰۹۹	۲/۶۱	۰/۰۰۹	۰/۰۹۹	۰/۲۵۸
	معناسازی شخصی	۰/۹۱۳	۰/۳۱۷	۰/۱۴۹		۰/۰۰۴	۰/۳۱۷	۲/۸۸	۰/۰۰۴	۰/۳۱۷	۰/۹۱۳
۶	خودآگاهی	۰/۳۵۳	۰/۱۱۲	۰/۱۶۷	۹/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۱۱۲	۳/۱۵	۰/۰۰۲	۰/۱۱۲	۰/۳۵۳
	خودکترلی	۰/۴۰۹	۱۱۲	۰/۱۹۳		۰/۰۰۱	۰/۱۹۳	۳/۶۶	۰/۰۰۱	۱۱۲	۰/۴۰۹
	تفکر وجودی انتقادی	۰/۱۹۹	۰/۰۹۱	۰/۱۲۰		۰/۰۰۳	۰/۰۹۱	۲/۲۹	۰/۰۰۳	۰/۰۹۱	۰/۱۹۹
	مهارت‌های اجتماعی	۰/۲۲۳	۰/۰۹۹	۰/۱۱۷		۰/۰۲۵	۰/۰۹۹	۲/۲۵	۰/۰۲۵	۰/۰۹۹	۰/۲۲۳
	معناسازی شخصی	۰/۸۹۴	۰/۳۱۵	۰/۱۴۶		۰/۰۰۵	۰/۳۱۵	۲/۸۴	۰/۰۰۵	۰/۳۱۵	۰/۸۹۴
	گسترش آگاهی	۰/۴۲۴	۰/۱۷۱	۰/۱۳۸		۰/۰۱۴	۰/۱۷۱	۲/۴۷	۰/۰۱۴	۰/۱۷۱	۰/۴۲۴

در این تحلیل، متغیرهای پیش‌بین (مؤلفه‌های هوش معنوی و هوش هیجانی)، براساس میزان ضرایب همبستگی صفر مرتبه و تفکیکی هر یک از آنها، با خودکارآمدی در گام‌های متوالی وارد تحلیل شدند تا میزان پیش‌بینی هر مؤلفه، برای تغییرات خودکارآمدی مشخص شود. بنابراین، همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در گام نخست، فقط مؤلفه خودآگاهی وارد معادله شد؛ زیرا چون بیشترین همبستگی را با خودکارآمدی داشت ($r=0/169$). این مؤلفه توانست به تنهایی ۲/۹ درصد از خودکارآمدی را تبیین کند. در گام دوم، علاوه بر خودآگاهی، مؤلفه خودکنترلی نیز وارد معادله شد ($r=0/266$). در گام‌های سوم تا ششم نیز به ترتیب تفکر وجودی انتقادی ($r=0/276$)، مهارت‌های اجتماعی ($r=0/329$)، معناسازی شخصی ($r=0/361$) و گسترش آگاهی ($r=0/382$) به مؤلفه‌های موجود در معادله اضافه شدند. به استناد یافته‌های مندرج در جدول ۳، می‌توان گفت: مؤلفه‌های شش‌گانه فوق، به ترتیب بهترین پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی هستند. در مجموع، ۱۴/۶ درصد از واریانس خودکارآمدی دانشجویان را تبیین می‌کنند.

برای بررسی تفاوت دختران و پسران در خودکارآمدی، ابعاد هوش معنوی و هوش هیجانی و مؤلفه‌های آنها از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات دختران و پسران در خودکارآمدی، هوش معنوی و هوش هیجانی و مؤلفه‌های آنها

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معناداری
آزمون اثر پیلاهی	۰/۱۳۶	۱۲	۳۲۷	۴/۲۴	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۶۴	۱۲	۳۲۷	۴/۲۴	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۱۵۸	۱۲	۳۲۷	۴/۲۴	۰/۰۰۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۵۸	۱۲	۳۲۷	۴/۲۴	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری همه آزمودنی‌ها، بیانگر این هستند که بین دختران و پسران، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای خودکارآمدی، هوش معنوی یا هوش هیجانی و مؤلفه‌های آنها، تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج آثار بین آزمودنی‌ها در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی روی میانگین نمرات دختران و پسران در مؤلفه‌های هوش معنوی و هوش هیجانی

متغیرها	مجموع مجذورات	آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
خودکنترلی	۲۷۵/۲۳	۱	۲۷۵/۲۳	۱۷/۱۲	۰/۰۰۱
گسترش آگاهی	۴۱/۰۸	۱	۴۱/۰۸	۷/۱۵	۰/۰۰۸
همدلی	۳۹۲/۵۴	۱	۳۹۲/۵۴	۱۹/۸۴	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، بین دختران و پسران، به لحاظ خودکنترلی ($F=17/12, P< 0/001$) و همدلی ($F=19/84, P< 0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، با توجه به میانگین‌ها، دختران در مؤلفه همدلی و پسران در مؤلفه خودکنترلی، نمرات بالاتری کسب کرده‌اند. همچنین مشخص شد که بین دختران و پسران در زیرمقیاس‌های دیگر هوش هیجانی، هوش معنوی و خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف تعیین رابطه بین هوش معنوی و هوش هیجانی، با خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول انجام گرفت. براساس نتایج جدول (۲)، بین ابعاد هوش معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بنابراین، فرضیه اول پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. در واقع، یافته‌های این پژوهش، با نتایج پژوهش‌های دیگر (اسمیت، ۲۰۰۵؛ آدگبولا، ۲۰۰۷؛ گوپتا، ۲۰۱۲؛ گلچین و سنجرى، ۱۳۹۱؛ عزیزى و همکاران، ۱۳۹۱؛ علی‌مهدی و همکاران، ۱۳۹۱؛ اسماعیل‌پور و همکاران، ۱۳۹۱) همسو است. در تبیین این یافته، الکینز معتقد است: هوش معنوی موجب می‌شود که فرد در برابر رویدادها و حوادث زندگی، با صبر و تحمل و بینشی عمیق از سختی‌های زندگی نترسد و با خودکارآمدی بالا با آنها مقابله نموده، راه حل‌های منطقی برای آنها بیابد (الکینز، ۲۰۰۴). نتایج دیگر پژوهش حاضر، بیانگر این بود که بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و خودکارآمدی دانشجویان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته‌ها، ضمن تأیید فرضیه دوم پژوهش، تأییدی بر نتایج برخی تحقیقات پیشین (بیرامی، ۱۳۸۷؛ هاشمی و غنی‌زاده، ۲۰۱۱؛ جمشیدی و همکاران، ۲۰۱۲) بود. افزون بر این، در تبیین این یافته، می‌توان گفت: افراد با هوش هیجانی بالا در مواجهه با وقایع استرس‌زا، از توان مقابله‌ای مؤثرتری برخوردارند؛ زیرا هیجان‌ات خود را دقیق‌تر درک، ارزیابی و کنترل می‌کنند و می‌توانند حالات خلقی خود را به طور مؤثرتری مدیریت کرده و در شرایط سخت، از تضعیف خودکارآمدی جلوگیری کنند. از نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۳ نیز می‌توان گفت: از بین ابعاد هوش معنوی، سه مؤلفه تفکر وجودی انتقادی، معناسازی شخصی و گسترش آگاهی توانایی بیشتری در پیش‌بینی خودکارآمدی دارند. این یافته، نتایج پژوهش سلیمانی و علی‌بیگی (۱۳۸۸) و گلچین و سنجرى (۱۳۹۱) را تأیید کرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت: داشتن تفکر وجودی انتقادی،

موجب می‌شود که فرد از پذیرش منفعلانه واقعیات و رویدادها رهایی یافته و با افزایش آگاهی خود نسبت به علل رویدادها و واقعیات، موجب بهبود خودکارآمدی شود.

افزون براین، در تبیین یافته پژوهش در زمینه معناسازی شخصی و گسترش آگاهی، باید گفت: انجام اعمالی مانند نیایش یا مراقبه و افزایش آگاهی از جنبه‌های غیر مادی زندگی، می‌تواند در چگونگی تجربه رویدادهای زندگی تأثیرگذار باشد. در واقع، توانایی فرد برای یافتن معنی و هدف زندگی، کمک می‌کند تا فرد خود را با شرایط پراسترس منطبق کند. برای نمونه، افراد مختلف از یک تجربه شکست، معنا و مفهوم متفاوتی استنباط می‌کنند. این امر به نوبه خود، در تضعیف یا تقویت خودکارآمدی آنها نقش مهمی ایفا می‌کند. براساس آنچه در جدول ۳ نشان داده شده است، می‌توان گفت: مؤلفه‌های هوش هیجانی (به استثنای مؤلفه همدلی و خودانگیزی) پیش‌بینی‌کننده مهمی برای خودکارآمدی هستند. در خصوص عدم قدرت پیش‌بینی‌کنندگی مؤلفه همدلی باید گفت: با عنایت به حاکم بودن فضای آموزشی- رقابتی در بین دانشجویان و اینکه بیشتر افراد نمونه از دانشکده‌های فنی و مهندسی بود، یافته مورد نظر دور از انتظار نبود. خودانگیزی بر خودکارآمدی فرد، دارای اثرات مثبت و منفی است؛ بدین معنا که علی‌رغم اینکه خودانگیزی از طریق پشتکار فرد، موجب موفقیت و تقویت خودکارآمدی می‌شود، اما آرمان‌گرایی و پافشاری بر اموری که خارج از توان فرد است، منجر به شکست و در نهایت، موجب تضعیف خودکارآمدی فرد می‌شود. همچنین مؤلفه خودکنترلی از آنجاکه موجب اجتناب فرد از هیجانات منفی، مانند اضطراب، ناامیدی می‌شود، فرد را در برابر فراز و نشیب‌های زندگی کمتر آسیب‌پذیر می‌سازد و یا به سرعت فرد می‌تواند از موقعیت ناراحت‌کننده به شرایط مطلوب باز می‌گردد. از این رو، می‌تواند از تضعیف خودکارآمدی پیشگیری کند.

نتایج مندرج در جداول ۴ و ۵ نشان می‌دهد که بین دختران و پسران، در مؤلفه‌های همدلی و خودکنترلی تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، دختران در مؤلفه همدلی و پسران در مؤلفه خودکارآمدی نمرات بیشتری را به دست آوردند. در تبیین این یافته، می‌توان گفت: براساس عقاید نظریه‌پردازان، هوش هیجانی یک ظرفیت روانی برای معنابخشی و کاربرد اطلاعات هیجانی است که بخشی غریزی است و بخشی دیگر، از تجارب زندگی آموخته می‌شود (خسروجردی و خانزاده، ۱۳۸۶). با توجه به تأکید والدین بر نقش جنسی فرزندان و آموزش خودکنترلی به پسران و همدلی کردن به دختران، یافته این پژوهش دور از انتظار نمی‌باشد.

در مجموع، نتایج پژوهش شواهدی را برای حمایت از ارتباط هوش معنوی و هوش هیجانی با خودکارآمدی فراهم نمود. همچنین یافته‌ها، تمایز زیرمقیاس‌های هوش معنوی و هوش هیجانی دانشجویان را در پیش‌بینی خودکارآمدی تأیید کرد.

با توجه به نقش مهم دانشجویان در پیشرفت آینده هر کشور، درک توانایی‌ها و باور به آن، می‌تواند در سایه یک عنصر نیرومندی چون معنویت تحقق یابد. از این رو، تسهیل در جهت هر چه بیشتر شناخت ابعاد معنوی و هیجانی در سنین جوانی می‌تواند در رشد و گسترش هویتی دینی و معنوی گام بردارد و موجب رشد و گسترش خودباوری شود. محقق به رغم تلاش در انجام این پژوهش، با محدودیت‌هایی نیز روبرو بوده است. از آن جمله می‌توان به انتخاب نمونه پژوهش، از گروه دانشجویان و عدم استفاده از روش‌های آماری دقیق‌تر و پیچیده‌تر اشاره کرد. امید است در آینده پژوهش‌های مشابه با نمونه‌های دیگر و با استفاده از روش‌های آماری پیچیده‌تر (مانند معادلات ساختاری) نیز انجام شود. همچنین تدارک برنامه‌های آموزشی برای ارتقای هوش معنوی و مهارت‌های هیجانی، می‌تواند از راه‌کارهای مفید و مؤثر در زمینه بهبود خودکارآمدی دانشجویان باشد.

منابع

- اسماعیل‌پور، سیمین و همکاران، ۱۳۹۱، «ارتباط خودکارآمدی و هوش معنوی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر»، *فقه پزشکی*، ش ۴، ص ۱۳-۲۹.
- اصغرنژاد، طاهره و همکاران، ۱۳۸۳، «بررسی رابطه باورهای خودکارآمدی، مسئله مهارگذاری با موفقیت تحصیلی»، *روان‌شناسی*، ش ۳۱، ص ۲۱۸-۲۲۶.
- بیرامی، منصور، ۱۳۸۷، «اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر ابراز وجود، خودکارآمدی و سلامت روانی دانش‌آموزان»، *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ش ۳، ص ۵۴-۶۸.
- تمنایی‌فر، محمدرضا و همکاران، ۱۳۸۹، «رابطه هوش هیجانی، خودپنداره و عزت نفس با پیشرفت تحصیلی»، *پژوهش عالی*، ش ۱۵، ص ۹۹-۱۱۳.
- حدادی‌کوهسار، علی‌اکبر و همکاران، ۱۳۸۵، «مقایسه هوش هیجانی و سلامت روانی دانشجویان با روابط عاطفی آنان در خانواده»، *روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ش ۴، ص ۷۱-۸۷.
- خسروجردی، راضیه و علی‌خانزاده، ۱۳۸۶، «بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه تربیت معلم سبزوار»، *دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ش ۲، ص ۱۱۰-۱۱۶.
- رستمی، رضا و همکاران، ۱۳۸۹، «رابطه خودکارآمدی با هوش هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه تهران»، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد*، ش ۳، ص ۱۱-۲۵.
- سلیمانی، نادر و فرزانه‌علی‌بیگی، ۱۳۸۸، «بررسی رابطه هوش هیجانی با خودکارآمدی در مدیران گروه‌های آموزشی در واحدهای دانشگاه آزاد منطقه ده کشور»، *رهبری و مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد گرمسار*، ش ۳، ص ۱۳۷-۱۵۴.
- سهرابی، فرامرز، ۱۳۸۷، «مبانی هوش معنوی»، *سلامت روان*، ش ۱، ص ۱۴-۱۸.
- طهماسبیان، کارینه و همکاران، ۱۳۸۸، «اثر مستقیم و غیرمستقیم خودکارآمدی اجتماعی در احساس تنهایی نوجوانان»، *علوم رفتاری*، ش ۳، ص ۹۳-۱۱۶.
- عزیزی، سکینه و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی ارتباط هوش معنوی و خودکارآمدی در دانشجویان بجنوردی»، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی.
- علی‌مهدی، منصور و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی رابطه هوش معنوی با خودکارآمدی عمومی در دانش‌آموزان»، در: همایش ملی روان‌شناسی مشاوره و دین.
- غباری‌بناب، باقر و همکاران، ۱۳۸۴، «ساخت مقیاس تجربه معنوی دانشجویان»، *روان‌شناسی*، ش ۳، ص ۲۶۱-۲۷۸.
- گلچین، مجتبی و احمدرضا سنجر، ۱۳۹۱، «بررسی رابطه بین هوش معنوی و خودکارآمدی کارکنان (مطالعه موردی: سازمان آموزش و پرورش استان گلستان)»، *مطالعات رفتار سازمانی*، ش ۱، ص ۵۴-۶۶.
- محمدامینی، زرار و همکاران، ۱۳۸۷، «روابط هوش هیجانی با خودکارآمدی و سلامت روان و مقایسه آنها در دانش‌آموزان ممتاز و عادی»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ش ۱۰، ص ۱۰۷-۱۲۲.

مرعشی، سیدعلی و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب وجودی و هوش معنوی در دانشجویان دانشکده نفت اهواز»، *دستاوردهای روان‌شناختی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ش ۸، ص ۱۴-۳۳.

معلمی، صدیقه و همکاران، ۱۳۸۹، «مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیر معتاد»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ش ۳، ص ۲۳۵-۲۴۱.

مکتبی، غلامحسین و همکاران، ۱۳۹۰، «رابطه هوش هیجانی و منبع کنترل درونی با خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران»، در: اولین همایش علمی دانشجویان علوم تربیتی ایران.

منصوری، بهزاد، ۱۳۸۰، *هنجار یابی پرسش‌نامه هوش هیجانی سبیریا شرینگ در بین دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه‌های تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.

نادری، عزت‌الله و مریم سیف‌نراقی، ۱۳۹۰، *روش‌های تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی (با تأکید بر علوم تربیتی)*، چ دوم، تهران، ارسباران.

نجفی، محمود و محبوبه فولادچنگ، ۱۳۸۶، «بررسی رابطه خودکارآمدی و سلامت روانی در دانش‌آموزان»، *دانش و رفتار شاهد*، ش ۶، ص ۱۴-۲۳.

Abdolvahabi, Z, & et al, 2012, Relationship between emotional intelligence and self-efficacy in practical courses among research among physical education teachers, *European Journal of Experimental Biology*, v.5, p. 1778-1784.

Adegbola, M. A, 2007, *The relationship among spirituality self efficacy and quality of life in adults white siclle cell disease*, The university of Texas at Arlington, p. 43-44.

Bandura, A, 1986, *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hal.

Bandura, A, 1994, Self-efficacy. in v.S. Ramachauran(Ed. Encyclopedia of human behavior, *NewYourk Academic press*, v.4, p. 71-87.

Bandura, A, 1997, *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, New York: Freeman.

Chan, W.D, 2004, Perceived emotional intelligence and self- efficacy among Chinees secondary school teachers in Hong Kong, *Personality and individual Differences*, v. 36, p. 1781-1795.

Elkins, M. R, 2004, Developing a plan for pediatric spiritual care, *Holistic Nursing practice*, v. 18, N.4, p. 179-186.

Emmons, R. A, 2000, Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern, *The International Journal for the Psychology of Religion*, v. 10, p. 3-26.

Eniola- Mik, S, & Busari, A.O, 2007, Emotional intelligence in Promoting Self-Efficacy of the Visually Impaired Fresh Students of Federal College of Education (Special) Oyo, Nigeria, *The Social Sciences*, v.2, n. 2, p. 52-55.

Gardner, H, 2000, A case against spiritual intelligence, *International Journal for the Psychology of Religion*, v. 10, n. 1, p. 27-34.

- Gupta, M. G, 2012, Spiritual intelligence and emotion intelligence in relation to self efficacy and self regulation among college student, *Journal of social science*, p. 60-69.
- Hashemi, M.R, & Ghanizadeh, A, 2011, Emotional intelligence and self-efficacy: A case of Iranian EFL university students, *International Journal of Linguistics*, v. 3, n. 1, p. 123-135.
- Intelligenc\e: implications for educators (PP 3 – 31). New York: Basic Books.
- Jamshidi, H, & et al, 2012, Analyzing direct and indirect impacts of emotional intelligence on employees' self-efficacy using the SEM: A case study at the university of Esfahan, *Journal of basic and Applied Scientific Research*, v. 5, n. 4, p. 67-79.
- King, D. B, 2008, Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model and measure Canada, Master's thesis, Trent university.
- Mayer, J. D, & Salovey, P, 1997, *What is emotional intelligence?* emotional development and emotional intelligence, p. 3-31.
- Moree, B, 2007, The relationship among self-efficacy negative, self-statements, and social anxiety in children, A mediation, A thesis submitted to the graduate faculty of the Louisiana State University, 1-51, New York: Bantam Books. Published.
- Pajares, F, 2003, Self- efficacy beliefs, motivation and achievement in writing, A review of the literature, *Reading & Writtingly*, v. 19, p. 139-158.
- Rathi, N, & Rastogi, R, 2008, Effect of emotional intelligence on occupational self –efficacy, *Journal of Organization Behavior*, v. 7, n. 2, p. 46-56.
- Richardson, E. D, 1999, Adventure based theory and self -efficacy theory: Test of treatment model for late adolescents with depressive symptomatology, Dissertation of Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Salami, S, 2007, Relationships of emotional intelligence and self-efficacy to work attitudes among secondary school teachers in southwestern Nigeria, *Pakistan Journal of Social Sciences*, v. 4, p. 540-547.
- Salovey & Sluyter, D, (Eds.), *Emotional development and emotional*.
- Sherer, M, & et al, 1982, The self-efficacy scale: Construction and validation, *Psychological Reports*, v. 51, p. 663-671.
- Smith, S, 2005, Explaining the interaction of emotional intelligence and spirituality, traumatology, *Journal of social science*, v. 10, n. 4, p. 231-243.

بررسی رابطه دینداری، هوش معنوی و بخشش با سازگاری اجتماعی در دانشجویان سال اول

f.michaeli.manee@gmail.com

فرزانه میکائیلی منبع / دانشیار روان‌شناسی تربیتی دانشگاه ارومیه

زینب بابایی / کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه ارومیه

محمد حسنی / دانشیار مدیریت آموزشی دانشگاه ارومیه

دریافت: ۱۳۹۳/۴/۳۱ - پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۲۹

چکیده

هدف این پژوهش مطالعه رابطه هوش معنوی، دینداری و بخشندگی با سازگاری اجتماعی دانشجویان سال اول است. نمونه پژوهش ۳۲۷ نفر از دانشجویان کارشناسی سال اول دانشگاه ارومیه هستند که به صورت نمونه‌گیری «تصادفی خوشه‌ای» از بین جامعه دانشجویان سال اول انتخاب گردیدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس «سنجش دینداری» سراج‌زاده، مقیاس «سنجش هوش معنوی» بدیع و همکاران، مقیاس «سنجش بخشش» والکر و گارسوخ، مقیاس «سنجش سازگاری اجتماعی» بیکر و سیریاک استفاده شد. داده‌های به دست آمده با بهره‌گیری از ضریب همبستگی و رگرسیون سلسله مراتبی تجزیه و تحلیل شد. نتایج این مطالعه نشان داد هوش معنوی، دینداری، بخشش و مؤلفه‌های آنها با سازگاری اجتماعی رابطه‌ای مثبت معنادار داشته، قادرند سازگاری اجتماعی را پیش بینی و تبیین کنند ($R^2=0/37$) و ($P=0/01$). بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت متغیرهای دینداری، هوش معنوی و بخشندگی نقش تعیین‌کننده‌ای در تطابق دانشجویان سال اول با محیط دانشگاه و مسائل و مشکلات آن دارند. از این رو، می‌توان با تمرکز بر متغیرهای پیش‌بین این تحقیق برنامه‌هایی کارآمد برای ارتقای سازگاری اجتماعی فراهم کرد.

کلیدواژه‌ها: دانشجویان سال اول، دینداری، هوش معنوی، بخشش، سازگاری اجتماعی.

مقدمه

دانشگاه محیطی است که می‌تواند واکنش‌های متفاوتی را در تازه دانشجویان ایجاد کند. بنابراین، تجربه دانشگاه می‌تواند چالش‌زا یا هیجان‌انگیز باشد (حبیبه و همکاران، ۲۰۱۰). در این دروه، تکالیف جدیدی مانند تلاش برای آغاز روابط صمیمانه، ایجاد حس خودمختاری، شکل‌دهی یک هویت یکپارچه، گسترش مهارت‌های شناختی و عمق بخشیدن به آنها پدید می‌آید که با تکالیف دوره‌های پیشین متفاوت است (کلینچیو (Clinicu)، ۲۰۱۳؛ دایسون و رنک (Dyson & Renk)، ۲۰۰۶). طی نخستین سال تحصیل، دانشجویان با چالش‌های جدید اجتماعی (همانند آشنایی با افراد جدید و جدا شدن از خانواده)، هیجانی (احساس دل‌تنگی، افسردگی و غم غربت) و تحصیلی (تکالیف متفاوت و انتظار موفقیت) مواجه می‌شوند (بروهم (Brougham) و همکاران، ۲۰۰۹).

مطالعات نشان داده است دانشجویان سال اول در مقایسه با غیر دانشجویان همسال خود و دانشجویان سال‌های بالا، تنش، اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (ادواردز و همکاران، ۲۰۰۱؛ بایرام و بیگل (Bayram & Bilgel)، ۲۰۰۸). از این‌رو، سازگار شدن با دانشگاه و الزامات آن مهم‌ترین وظیفه دانشجویان در سال اول بوده، یکی از شاخص‌های موفقیت در زندگی دانشگاهی به‌شمار می‌آید (الخطیب و همکاران، ۲۰۱۰).

سازگاری با دانشگاه را می‌توان به‌عنوان توانایی فرد برای احساس درگیر شدن تحصیلی و اجتماعی در محیط دانشگاه، رشد حس بهزیستی هیجانی و شخصی بر پایه این احساسات و درگیری‌ها و در پی آن، احساس تعهد نسبت به مؤسسه و دریافت مدرک تحصیلی تلقی کرد (بیکر و سیریاک (Baker & Siryk)، ۱۹۹۹). از این‌رو، سازگاری با دانشگاه نقطه اوج تجربیات، ادراکات و احساسات دانشجویان درباره آن است که در عمل، از لحظه انتخاب دانشگاه آغاز می‌شود، با انتقال از دبیرستان به دانشگاه ادامه می‌یابد و در طول دوره تحصیل استمرار پیدا می‌کند (وایدمن (Weidman)، ۱۹۸۹).

سازگاری اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سازگاری کلی با دانشگاه، در قالب موفقیت دانشجویان در مقابله با الزامات بین شخصی - اجتماعی دانشگاه (مانند ارتباطات با دیگران) تعریف شده، میزان موفقیت فرد در فعالیت‌های اجتماعی گوناگون، میزان رابطه و درگیری فرد با اشخاص و افراد دانشگاه، تطابق با جابجایی اجتماعی و دور شدن از خانواده و رضایت از ابعاد اجتماعی زندگی در دانشگاه را دربر می‌گیرد. ابعاد این نوع سازگاری مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، موفقیت در فعالیت‌های جمعی، تعامل با سایر اعضای دانشگاه - مانند هم‌کلاسی‌ها، هم‌خوابگاهی‌ها، استادان و کارکنان - و کنار

آمدن با دوری از محیط آشنای خانواده یا محیط زندگی اولیه است (بیکر و سیریاک، ۱۹۹۹، ص ۱۷). برخی از دانشجویان فرایند سازگار شدن با الزامات اجتماعی و بین فردی دانشگاه را بدون مشکل طی می‌کنند، اما گروهی دیگر مشکلات متعددی مانند افسردگی، اضطراب و تنیدگی را تجربه می‌کنند (پراون، ۲۰۱۲؛ واسکوئز و بلانکو، ۲۰۰۸).

عوامل فردی، اجتماعی، هیجانی و سازمانی متعددی در شکل‌گیری و تحول سازگاری اجتماعی با دانشگاه دخالت دارند (دنیس و همکاران، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد باورهای دینی و دینداری به سبب نزدیکی و ارتباط مثبت با سلامتی و بهزیستی روان‌شناختی با سازگاری و ابعاد آن - که از مؤلفه‌های مهم سلامتی به‌شمار می‌رود- رابطه دارند (لارسن و کوئینگ (Koenig & Larson)، ۲۰۰۱؛ استگر و فریزر (Steger & Frazier)، ۲۰۰۵؛ استرنثال (Sterthal) و همکاران، ۲۰۱۰؛ هورد و سیلیبی (Hoverd & Sibley)، ۲۰۱۳).

«دینداری» صفت و حالت انسان درباره دین است. با توجه به سه عنصر اساسی عقاید، اخلاقیات و احکام، و ویژگی‌های شناختی، عاطفی و رفتاری دین، می‌توان «دینداری» را چنین تعریف کرد: برخورداری از شناخت و باور به پروردگار یکتا، انبیا، آخرت و احکام الهی و داشتن عواطف نسبت به خدا، اولیا و بندگان خدا، و التزام و عمل به وظایف دینی برای تقرب به خداوند. شناخت در این تعریف، شامل شناخت حصولی و حضوری- هر دو- است. شناخت حصولی علاوه بر درک انسان از وجود و صفات خداوند، ارسال رسل و وجود جهان پس از مرگ به‌عنوان اصول دین اسلام، دانش نسبت به احکام و آنچه را بر پیامبر ﷺ نازل شده است شامل می‌شود. عواطف به بعد عاطفی دینداری اشاره دارد و به‌طورکلی، حب و بغض در جهت تقرب به خدا را شامل می‌شود. ارتباط عاطفی با خداوند، خود دیگران و جهان هستی، بیان‌کننده ابعاد برنامه‌های تربیتی اسلام در زمینه دینداری است. التزام و عمل به وظایف دینی، به بعد رفتاری اشاره دارد، به‌گونه‌ای که دیندار پس از شناخت و احساس عاطفی نسبت به دستورات دینی، خود را ملزم به انجام آنها می‌داند. با توجه به تعریف مذکور، مؤلفه‌های دینداری در سه بعد شناخت و باور دینی، عواطف دینی، و التزام و عمل به وظایف دینی قابل دسته‌بندی هستند (خدایاری فر و همکاران، ۱۳۸۸).

در رابطه دین و مذهب با ابعاد روان‌شناختی، بیشترین توجه به سلامتی، سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی معطوف شده است (هوارد و سیلیبی، ۲۰۱۳). نتایج برخی مطالعات از

تأثیر مثبت دینداری و پایبندی مذهبی بر انواع سازگاری حکایت دارد (کینگ و همکاران، ۲۰۰۱؛ آنو و واسکونسلسز (Ano & Vasconcelles)، ۲۰۰۵؛ وینتر و همکاران، ۲۰۰۹، کاکس و ورهاگن (Cox & Verhagen)، ۲۰۱۱). در این زمینه، نتایج تحقیق مک کالو و ویلوگی (McCullough & Willoughby) (۲۰۰۹) نشان داد افراد دیندارتر دارای سازگاری بیشتری هستند. از نظر آنان، این گروه خودکنترلی بیشتری دارند که به آنها امکان می‌دهد رفتارها و شناخت‌های خود را مدیریت نموده، در نتیجه، شرایط را بهتر بپذیرند. این اثر در جوامع جمع‌گرا و دین‌محور، آشکارتر و بیشتر است (فرنج و همکاران، ۲۰۰۸).

باورهای دینی از جمله عوامل پیش‌بینی‌کننده و مرتبط با سازگاری اجتماعی دانشجویان است. نتایج پژوهش شلودرمن (Schludermann) و همکاران (۲۰۰۱) در خصوص ۴۴۳ دانشجوی دختر و پسر نیز حاکی از آن است که بین تعهد دینی، دینداری درونی و اعمال مذهبی با سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی دانشجویان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، به‌گونه‌ای که دینداری درونی و تعهد دینی از جمله بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های سازگاری اجتماعی در این دانشجویان بودند. در تبیین رابطه دینداری و سازگاری، هلیول (Helliwell) و همکاران (۲۰۱۱) اعتقاد دارند دین و باورهای مذهبی کارکرد محافظتی و سپرگونه داشته، می‌تواند از فرد در برابر تنش و اضطراب ناشی از رویدادهای ناخوشایند زندگی محافظت کنند. در حقیقت، ایمان به نیرویی ماورایی و قدرتمند می‌تواند به انسان راهبردهای مقابله‌ای اعطا کند و او را در گذر موفقیت‌آمیز از ورطه‌ها و بزنگاه‌های زندگی یاری رساند. علاوه بر این، دین با فراهم آوردن حس هویت، شبکه اجتماعی حمایت‌گر و یک چارچوب منسجم برای پاسخ‌گویی به سؤالات وجودی، می‌تواند به انسان برای مقابله با اثرات منفی حوادث ناخوشایند، محیط‌های جدید و چالش‌زا و بیماری‌های مزمن و سخت درمان‌یاری رساند (الیوت و هیوارد (Elliott & Hayward)، ۲۰۰۷؛ براون، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از متغیرهایی که در سال‌های اخیر زیاد توجه روان‌شناسان را به خود جلب کرده است و به نظر می‌رسد با نحوه رفتار و سازگاری فرد در اجتماع رابطه دارد، «هوش معنوی» است (سهرابی، ۱۳۸۸). این مفهوم سازه‌های «هوش» و «معنویت» را در یک سازه ترکیب نموده است. درحالی‌که معنویت جست‌وجو برای یافتن عناصر مقدس، معنایابی، هشیاری بالا و تعالی است، هوش معنوی توانایی برای استفاده از این موضوعات است که می‌تواند کارکرد و سازگاری فرد را پیش‌بینی نموده، نتایج و محصولات ارزشمندی به بار آورد (رجایی، ۱۳۸۹).

ویگل‌سورث (۲۰۰۶) معتقد است: هوش معنوی توانایی عملکرد خردمندانه و شفقت‌آمیز همراه با حفظ آرامش و صلح درونی بدون توجه به شرایط محیطی و حواشی است. او برای این توانایی، قایل ۲۱ مهارت است که آنها را در چهار گروه «خویشتن عالی / خویشتن آگاهی خود»، «آگاهی فراگیر (عمومی)»، «خویشتن عالی / خویشتن تسلطی ایگو»، و «حضور معنوی / تسلط اجتماعی» طبقه‌بندی می‌کند. کینگ (۲۰۰۸) هوش معنوی را مجموعه‌ای از ظرفیت‌های عقلی می‌داند که به آگاهی کامل و کاربرد انطباقی جنبه‌های معنوی و جهان فراوجودی فرد کمک کرده، منجر به تولید پیامدهایی مانند تفکر وجودی عمیق، افزایش معنا، توجه به عوالم ماورایی و اولویت یافتن حالت‌های معنوی می‌شود. وی برای این توانایی، چهار بعد تفکر وجودی انتقادی درباره مسائل هستی، ایجاد معنای شخصی، آگاهی متعالی، و بسط حالت آگاهی قایل است.

ایمونز (Emmons) (۲۰۰۰) معنویت را از زاویه هوش مطمح نظر قرار می‌دهد و بیان می‌کند که هوش معنوی چارچوبی برای شناسایی و سازمان‌دهی مهارت‌ها و توانمندی‌های مورد نیاز است، به گونه‌ای که با استفاده از معنویت، میزان انطباق‌پذیری فرد افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر، معنویت می‌تواند شکلی از هوش تلقی شود؛ زیرا به فرد امکان می‌دهد تا مسائل خود را حل کند و با محیط و رویدادهای زندگی مقابله نماید و سازگار گردد. زوهار و مارشال (Zohar, & Marshall) (۲۰۰۰) معتقدند: هوش معنوی موجب می‌شود فرد در برابر رویدادها و حوادث زندگی بینشی عمیق بیابد و از سختی‌های زندگی نترسد و با صبر و تفکر با آنها مقابله کند و راه‌حل‌های منطقی و انسانی برای آنها بیابد. در حقیقت، این هوش موجب می‌شود فرد از دیدگاه‌ها و رویکردهای گوناگون به مسئله پیش رو نظر کرده، به راه‌حل‌های متنوع دست یابد. علاوه بر این، هوش معنوی به فرد کمک می‌کند تا تشخیص دهد در هر زمان، مناسب‌ترین رفتار ممکن چیست (ووغان (Vaughan)، ۲۰۰۲) که یکی از مهم‌ترین پیش‌نیازهای سازگاری است.

از منظر اسلام، هوش معنوی ظهور حالت‌های عمیق درونی ایمان به یکتایی خداوند، همراه با توانایی ایجاد هیجان‌ها، اعمال و افکار مثبت است. در این دیدگاه، هوش معنوی بدون مراقبت رها نمی‌شود، بلکه راهنمایی، هدایت و حمایت شده و با ایمان و تقوا، اخلاق، احسان و فضیلت درهم تنیده است که نمودهای مثبت آن در زندگی شخصی و اجتماعی فرد دیده می‌شود (بنی‌سعید (Bensaid) و همکاران، ۲۰۱۴). توانایی‌هایی مانند خردمندی، خلاقیت و دلسوزی با آگاهی معنوی رشد یافته ناشی از مذهب همراه است. به همین سبب، شکل حقایق قدیمی - مثلاً، قانون طلایی سقراط که بیان می‌دارد

«خودت را بشناس» یا عبارت *تقراط* که می‌گوید: «آزار مرسان» - بعضی از ویژگی‌های اصلی افرادی را که از نظر معنوی باهوش هستند، نشان می‌دهد. بودا، مسیح، رسول گرامی ﷺ و مادر ترزا از جمله افراد بنامی هستند که دارای چنین مهارت‌هایی و کیفیاتی بودند و در واقع، هوش معنوی بالایی داشتند (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۶).

یافته‌های مطالعات گوناگون نشان داده است که هوش معنوی و معنویت با ابعاد گوناگون سلامتی روانی و بهزیستی روان‌شناختی مانند شادکامی (ضمیری نژاد و همکاران، ۱۳۹۲)، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی (حسین دخت و همکاران، ۱۳۹۲)، سلامت عمومی (باقری و همکاران، ۱۳۹۰)، بهزیستی روانی (رومرو (Romero)، ۲۰۰۶)، بهزیستی ذهنی (هادیانفرد، ۱۳۸۴)، معنا در زندگی، خودشکوفایی و رشد شخصی خودانگیخته (ایوتزان (Ivtzan) و همکاران، ۲۰۱۳) رابطه دارد.

در خصوص رابطه معنویت و هوش معنوی با سازگاری و ابعاد آن، مطالعات اندکی انجام گرفته است. نتایج مطالعه /سمیت (۲۰۰۴) نشان داده که هوش معنوی لازمه سازگاری بهتر با محیط است و افرادی که هوش معنوی بالاتری دارند، تحمل بیشتری در مقابل فشارهای زندگی دارند و توانایی بالاتری برای سازگاری با محیط از خود بروز می‌دهند. باقری و همکاران او (۲۰۱۴) نیز در بررسی خود نشان دادند که بین هوش معنوی و سازگاری اجتماعی رابطه‌ای مثبت و معنادار برقرار است و افراد با هوش بالاتر سازگاری بهتری با محیط و اطرافیان دارند. یافته‌های مطالعه سالسمن (Salsman) و همکاران (۲۰۰۵) نیز حاکی از این بود که معنویت می‌تواند تعیین‌کننده سازگاری روانی باشد.

«بخشش» یکی از مفاهیمی است که تمام ادیان الهی بر آن تأکید کرده‌اند. در دین مبین اسلام نیز بر این عمل مکرر تأکید شده است و حوزه وسیعی دارد. ویژگی‌های عفو و بخشش در آموزه‌های اسلامی را می‌توان به این شکل خلاصه نمود: عفو به‌عنوان نمادی از تقوا، گذشت از خطای مردم، نیکی کردن، زمینه ساز آمرزش و طلب محبت الهی، کسب پاداش الهی، برترین مکارم اخلاقی، جوهر انفاق، و تکمیل‌کننده قوانین (مانند گذشت از قصاص) (ایمانی فر و همکاران، ۱۳۹۱). بخشش از متغیرهای محل توجه روان‌شناسان در سال‌های اخیر بوده است. بخشش یکی از فرایندهای روان‌شناختی و ارتباطی برای افزایش سلامت و روان و التیام آزرده‌گی است که لازمه رشد ارتباطی، عاطفی، جسمانی و روحانی فرد بوده و بر بیشتر شاخص‌های سلامت روان و رضایت از زندگی مؤثر است (زندئ‌پور و یادگاری، ۱۳۸۶).

توسینت و وب (Toussaint & Webb) بخشش را ساختاری چندوجهی می‌دانند که دربرگیرنده ابعاد عاطفی، رفتاری و شناختی است (توسینت و وب، ۲۰۰۵، ص ۳۵۲). از نظر پینگل‌تون (۱۹۸۹) بخشش فرایند آزاد سازی روانی - عاطفی است که در درون انسان رنج دیده رخ می‌دهد و او را به گونه‌ای از عصبانیت، خشم و ترسی که احساس می‌کرده آزاد می‌کند تا دیگر علاقه‌ای به انتقام نداشته باشد و از حق جبران عمل بگذرد. اینرایت و کوایل (Enright & Coyle) (۱۹۹۸) بخشش را به عنوان تغییری اساسی در تصمیم‌گیری برای قطع رفتارهای بدخواهانه نسبت به خطاکار تعریف کرده‌اند. واکنش انسان‌ها در برخورد با رنجش، به سه صورت «اجتناب»، «انتقام» و «گذشت» نمایان می‌شود. «اجتناب» فاصله گرفتن از خاطی است؛ «انتقام» یافتن فرصت برای صدمه زدن به او، و «انتقام» بازتاب رنجش عمیق و احساس بی‌عدالتی و اشتباه در روابط بین فردی است که قدرتمندترین واکنش‌های هیجانی از خشم تا اهانت و پرخاشگری را برمی‌انگیزد (مک کلوگ (McCullough)، ۲۰۰۱). بخشش می‌تواند نسبت به خود، دیگری، خانواده، جامعه یا فرهنگ صورت گیرد. آنچه این مفهوم را از مفاهیم مشابهی مانند «انطباق یافتن یا مقابله» جدا می‌کند، وجود عوامل انگیزشی و ارادی در فرایند و یا فرآورده بخشش است (توسینت و وب، ۲۰۰۵).

نتایج مطالعات گوناگون حاکی از رابطه بخشش با سلامت روان‌شناختی (مانند وب و همکاران، ۲۰۱۳)؛ احساس درد کمتر و سلامت جسمی (سوالینا و وب (Svalina & Webb)، ۲۰۱۲)؛ رفتارهای عادلانه رویه‌ای (اکبری و همکاران، ۱۳۸۹)؛ رضایت از زندگی (لاولر - راو و پیفری (Lawler-Row & Piferi)، ۲۰۰۶)؛ و بهزیستی و سلامت هیجانی (مالونه (Malone) و همکاران، ۲۰۱۱) است. پژوهش‌های انگشت‌شماری درباره رابطه سازگاری و بخشش انجام شده است. تسی و ییپ (Tse & Yip) (۲۰۰۹) نیز در مطالعه خود دریافتند بخشش می‌تواند سازگاری بین فردی را ارتقا بخشیده، تسهیل سازد. توسینت و وب (۲۰۰۵) معتقدند: بخشش می‌تواند یک راهبرد مقابله‌ای با تنیدگی‌های بین شخصی و درون شخصی باشد که می‌تواند به سازگاری مثبت بینجامد. از این رو، به نظر می‌رسد بخشش خود و دیگران می‌تواند به عنوان یک شیوه مقابله‌ای مناسب و کارآمد عمل کند که در نهایت، سلامتی و سازگاری فرد را به دنبال داشته باشد.

بر اساس آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد متغیرهای دینداری، هوش معنوی و بخشندگی از عوامل تأثیرگذار بر سازگاری اجتماعی دانشجویان باشد. با توجه به اینکه کمتر پژوهشی در ایران

سازگاری اجتماعی دانشجویان سال اول و پیش‌بینی‌کننده‌های آن را مطالعه و بررسی کرده است، بنابراین، ضروری به نظر می‌رسد تا رابطه این عوامل با متغیر مزبور بررسی گردد. نتایج این تحقیق می‌تواند به دانش موجود در زمینه پیش‌بینی‌کننده‌های سازگاری اجتماعی افزوده، اطلاعات مناسبی در اختیار دست‌اندرکاران مراکز مشاوره دانشجویی قرار دهد تا برنامه‌های مداخله‌ای و پیشگیرانه مناسبی را با محوریت دینداری، هوش معنوی و بخشش برای ارتقای آن در دانشجویان، به‌ویژه دانشجویان سال اول، فراهم آورند.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر «توصیفی» از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمام دانشجویان سال اول دانشگاه بود که در دانشگاه ارومیه در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ مشغول به تحصیل بوده‌اند (N=2822). از بین این جامعه، ۳۲۷ نفر با استفاده از روش «نمونه‌گیری خوشه‌ای» انتخاب شدند. در این نمونه‌گیری، دانشکده‌ها به‌عنوان واحدهای بزرگ در نظر گرفته شد و تمام دانشکده‌ها و رشته‌ها جزء نمونه قرار گرفتند. سپس کلاس‌ها و در نهایت، دانشجویان به صورت تصادفی انتخاب گردیدند.

ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس «سنجش سازگاری اجتماعی» بیکر و سیریاک (SACQ): این آزمون یکی از خرده‌مقیاس‌های ابزار خودگزارشی سنجش سازگاری با دانشگاه است که توسط بیکر و سیریاک (۱۹۸۹) طراحی شده است. کل مقیاس ۶۷ ماده دارد و به شکل گسترده‌ای در امریکا، کشورهای اروپایی، چین و ژاپن به کار گرفته شده است (لانثیر و ویندهام (Lanther, & Windham), ۲۰۰۴). SACQ چهار خرده‌مقیاس سازگاری تحصیلی (۲۴ سؤال)، سازگاری اجتماعی (۲۰ سؤال)، سازگاری شخصی - هیجانی (۱۵ سؤال) و دلبستگی به مؤسسه/ دانشگاه دارد. خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی کیفیت روابط اجتماعی و تجربه‌های میان فردی دانشجو را می‌سنجد. ارتباطات گروهی و عضویت در گروه‌ها، کمیته‌ها و انجمن‌های دانشگاهی از آن جمله‌اند. این سنجح دارای ۲۰ سؤال است که در مقیاس پنج گزینه‌ای «درباره من اصلاً صدق نمی‌کند» تا «کاملاً درباره من صدق می‌کند» نمره‌گذاری می‌شود. در مطالعات دیگر (مانند مطالعه‌گری (Gray) و همکاران، ۲۰۱۳) نیز از خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی به صورت یک مقیاس مستقل به‌منظور سنجش آن استفاده

شده است. بیکر و سیریاک (۱۹۹۹) در راهنمای SACQ ضریب آلفای (ضریب همسانی درونی) خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی را ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. در یکی دیگر از مطالعاتی که پایایی آزمون مزبور در آن بررسی شده، ضرایب همسانی درونی برای سازگاری اجتماعی ۰/۸۹ بوده است (تیلور و پاستور (Taylor & Pastor)، ۲۰۰۷). ضریب آلفای مقیاس استفاده شده در این مطالعه در نمونه ایرانی ۰/۸۷ به دست آمده و ساختار عاملی آن نیز از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی و تأیید گردیده است (میکائیلی منیع، در دست چاپ).

۲. مقیاس «سنجش هوش معنوی» بدیع و همکاران: این مقیاس دارای ۴۲ سؤال بوده و ۴ حیطه تفکر کلی و بعد اعتقادی (۱۲ گویه)؛ توانایی مقابله و تعامل با مشکلات (۱۵ گویه)؛ پرداختن به سجایای اخلاقی (۸ گویه)؛ و خودآگاهی، عشق و علاقه (۷ گویه) را می‌سنجد. این آزمون در یک پیوستار پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و حداقل نمره برای کل آزمون ۴۲ و حداکثر آن ۲۱۰ است (بدیع و همکاران، ۱۳۸۹). برای تعیین پایایی پرسش‌نامه «هوش معنوی» از دو روش «آلفای کرونباخ» و «تنصیف» استفاده شد که ضریب به دست آمده برای کل پرسش‌نامه - به ترتیب - برابر با ۰/۸۵ و ۰/۷۸ بوده که بیانگر پایایی قابل قبول پرسش‌نامه یاد شده است.

۳. مقیاس «سنجش دینداری»: این ابزار توسط سراج‌زاده (۱۳۷۷) تدوین شده و دارای ۲۶ سؤال است و ۴ بعد دینداری را می‌سنجد که عبارتند از:

۱. بعد اعتقادی یا باورهای دینی؛ باورهایی که انتظار می‌رود پیروان آن دین به آنها اعتقاد داشته باشند؛
۲. بعد تجربی یا عواطف دینی؛ ناظر بر عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه با جوهری ربوبی؛ همچون خدا یا واقعیتی غایی یا اقتداری متعالی است؛
۳. بعد پیامدی یا آثار دینی (یا آثار دینی ناظر به اثرات باورها، اعمال، تجارب و دانش دینی بر زندگی روزمره پیروان)؛

۴. بعد مناسکی یا اعمال دینی؛ شامل اعمال دینی مشخصی همچون عبادت، نماز، شرکت در آیین‌های دینی خاص، روزه گرفتن و مانند آن که انتظار می‌رود پیروان هر دین آنها را بجا آورند (سراج‌زاده، ۱۳۷۷).

پاسخگو به هر سؤال براساس یک مقیاس پنج گزینه‌ای «کاملاً مخالف»، «مخالف»، «بی‌نظر»، «موافق» و «کاملاً موافق» پاسخ می‌گردد. ضریب آلفای کرونباخ مربوط به چهار بعد بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۳ گزارش شده است. یک نمره کل و چهار نمره برای ابعاد آن برای هر فرد به دست می‌آید که نمره بالاتر نشان‌دهنده دینداری بالاتر است (بهرامی چگنی، ۱۳۸۹).

۴. مقیاس «سنجش بخشش» والکر و گارسوخ: مقیاس ۱۰ سؤالی بخشش را والکر و گارسوخ در سال ۲۰۰۲ ساختند که شامل دو زیرمقیاس «بخشش به خود» و «بخشش به دیگران» می‌شود. هر کدام از این زیرمقیاس‌ها شامل پنج گویه است و پاسخگو به هر دو زیرمقیاس، روی مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ می‌دهد. والکر و گارسوخ (Walker & Gorsuch) (۲۰۰۲) آلفای کرونباخ زیرمقیاس بخشش نسبت به دیگران را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ زیرمقیاس بخشش نسبت به خود را ۰/۸۶ گزارش کردند. علاوه بر این، براساس نظر متخصصان بالینی، روایی این مقیاس به روش «روایی محتوایی» تأیید گردید. در ایران، آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۱ گزارش شده است (زاهد بابلان و همکاران، ۱۳۹۰). در مطالعه حاضر، ضریب به دست آمده با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۶۹ و از طریق دو نیمه کردن ۰/۶۴ بود که برای هدف پژوهشی مقدار مناسبی به شمار می‌رود.

یافته‌های پژوهش

در جدول (۱) اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای هوش معنوی، بخشش، دینداری و سازگاری اجتماعی ارائه شده است:

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک جنسیت و به صورت کلی

کل (n=۳۲۷)		پسر (n=۱۳۵)		دختر (n=۱۸۷)		گروه‌ها	متغیر
S.D	M	S.D	M	S.D	M	شاخص مؤلفه	
۶/۶۸	۲۶/۲۵	۷/۱۹	۲۸/۲۴	۵/۹۷	۲۴/۷۹	عاطفی	دینداری
۶/۱۰	۱۳/۸۳	۶/۶۰	۲۹/۱۲	۵/۲۲	۲۷/۵۳	اعتقادی	
۵/۴۰	۱۵/۵۰	۶/۷۸	۲۱/۷۴	۳/۹۹	۲۰/۹۳	مناسکی	
۴/۴۵	۲۴/۲۹	۷/۷۶	۲۲/۰۱	۴/۳۷	۲۰/۱۰	پيامدی	
۱۴/۴۶	۹۵/۶۹	۲۰/۱۸	۹۵/۹۳	۱۵/۱۲	۹۴/۵۶	نمره کل	
۶/۵۲	۲۸/۸۹	۷/۰۷	۳۱/۰۷	۵/۶۸	۳۳/۲۷	تفکر کلی و بعد اعتقادی	هوش معنوی
۷/۹۸	۴۴/۳۳	۷/۵۸	۴۵	۸/۳۶	۴۴/۴۷	توانایی مقابله با مشکلات	
۳/۳۶	۲۰/۷۸	۳۳/۰۲	۲۰/۸۵	۳/۵۹	۲۰/۸۶	پرداختن به سجایای اخلاقی	
۴/۵۱	۱۵/۷۵	۴/۴۸	۱۶/۳۶	۴/۵۰	۱۵/۳۲	خودآگاهی، عشق و علاقه	
۲۳/۲۲	۹۶/۳۳	۲۱/۶۵	۹۶/۸۹	۲۴/۲۱	۹۹/۰۱	نمره کل	
۵/۲۸	۱۹/۰۴	۵/۲۰	۱۹/۴۸	۴/۱۶	۱۸/۵۸	بخشش نسبت به خود	بخشش
۶/۲۰	۱۹/۹۸	۵/۵۸	۲۰/۰۵	۵/۵۹	۱۹/۹۱	بخشش نسبت به دیگری	
۱۲/۲۶	۳۷/۷۸	۱۳/۹۸	۳۸/۳۸	۱۲/۱۱	۳۷/۳۴	نمره کل	
۱۰/۶۴	۶۵/۵۴	۸/۶۱	۶۷/۰۵	۱۱/۸۹	۶۸/۳۴	سازگاری اجتماعی	

در ادامه جدول، همبستگی بین متغیرها آمده است:

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

مؤلفه / متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. عاطفی	۱											
۲. اعتقادی	**۰/۵۸	۱										
۳. مناسکی	**۰/۴۹	**۰/۵۷	۱									
۴. پیامدی	**۰/۴۶	**۰/۵۹	**۰/۴۱	۱								
۵. نمره کل	**۰/۴۷	**۰/۵۲	**۰/۴۹	**۰/۳۹	۱							
۶. توانایی مقابله با مشکلات	**۰/۲۲	**۰/۲۵	**۰/۱۸	**۰/۲۲	**۰/۲۱	۱						
۷. پرداختن به سجایای اخلاقی	**۰/۲۴	**۰/۱۹	**۰/۲۹	**۰/۲۲	**۰/۲۴	**۰/۲۱	۱					
۸. خودآگاهی، عشق و علاقه	**۰/۲۷	**۰/۲۶	**۰/۲۲	**۰/۲۱	**۰/۲۰	**۰/۳۷	۰/۳۱	۱				
۹. نمره کل	**۰/۲۹	**۰/۲۴	**۰/۱۹	**۰/۱۵	**۰/۴۰	**۰/۴۴	**۰/۴۰	**۰/۳۱	۱			
۱۰. بخشش نسبت به خود	**۰/۳۶	**۰/۳۷	**۰/۲۴	**۰/۴۰	**۰/۲۳	**۰/۱۹	**۰/۴۱	**۰/۲۰	**۰/۳۶	۱		
۱۱. بخشش نسبت به دیگری	**۰/۳۲	**۰/۴۱	**۰/۳۱	**۰/۳۹	**۰/۲۱	**۰/۲۶	**۰/۳۰	**۰/۲۵	**۰/۲۹	**۰/۴۱	۱	
۱۲. نمره کل	**۰/۴۰	**۰/۳۹	**۰/۳۰	**۰/۲۸	**۰/۲۵	**۰/۲۱	**۰/۲۸	**۰/۲۹	**۰/۴۲	**۰/۳۶	**۰/۳۳	۱
۱۳. سازگاری اجتماعی	**۰/۲۱	**۰/۴۵	**۰/۴۲	**۰/۱۷	**۰/۳۹	**۰/۵۵	**۰/۲۰	**۰/۳۳	**۰/۳۷	**۰/۳۰	**۰/۳۶	**۰/۳۸

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد بین تمام مؤلفه‌های دینداری، هوش معنوی و سازگاری اجتماعی رابطه‌ای معنادار وجود دارد؛ به این معنا که دانشجویان برخوردار از هوش معنوی بالا، که به اعتقادات دینی پایبند بوده و دیندارترند، مسائل شرعی را رعایت می‌کنند، نسبت به خود و دیگران بخشنده هستند، و در نتیجه، سازگاری اجتماعی بهتری با دانشگاه برخوردارند. بررسی ضرایب همبستگی نشان می‌دهد بزرگترین ضریب به رابطه مؤلفه توانایی مقابله با مشکلات هوش معنوی و سازگاری اجتماعی اختصاص دارد ($r=0/55$ و $P=0/01$). به عبارت دیگر، توانایی بالا در مقابله با مشکلات گوناگون می‌تواند به سازگاری اجتماعی بیشتر در فرد بینجامد. از بین مؤلفه‌های دینداری نیز بیشترین ضریب همبستگی به رابطه اعتقادات دینی (بعد اعتقادی) مربوط می‌شود ($r=0/45$ و $P=0/01$).

برای تعیین نقش هر یک از متغیرها و زیرمؤلفه‌های آنها، از رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد که نتایج حاصل در ادامه آورده شده است. لازم به توضیح است که فقط متغیرهای معنادار در جدول ارائه شده‌اند.

جدول ۳. رگرسیون سلسله مراتبی پیش‌بینی سازگاری اجتماعی از طریق متغیرهای دینداری، هوش معنوی و بخشش

مرحله	متغیرهای پیش‌بین	B	خطای استاندارد	β	R	R2	$\Delta R2$	F
دینداری	بعد اعتقادات دینی	۰/۸۵	۰/۳۵	۰/۲۹	۰/۴۶	۰/۲۱	۰/۱۹	**۲۵/۲۹
	بعد مناسکی	۰/۵۲	۰/۱۲	۰/۲۱				
	نمره کل	۰/۴۲	۰/۱۱	۰/۱۹				
هوش معنوی	توانایی مقابله با مشکلات	۰/۶۸	۰/۲۲	۰/۱۵	۰/۵۶	۰/۳۱	۰/۲۸	**۱۵/۱۱
	پرداختن به سجایای اخلاقی	۰/۴۴	۰/۳۴	۰/۱۲				
	نمره کل	۰/۳۰	۰/۲۰	۰/۱۰				
بخشش	بخشش نسبت به خود	۰/۲۳	۰/۱۵	۰/۰۹	۰/۶۱	۰/۳۷	۰/۳۴	**۱۲/۶۵
	نمره کل	۰/۱۳	۰/۱۰	۰/۰۴				

همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد متغیر دینداری در گام اول توانسته است ۲۱ درصد واریانس سازگاری را پیش‌بینی کند که مقدار قابل توجهی به‌شمار می‌آید. از بین این متغیرها نیز «پایبندی به اعتقادات دینی» بیشترین سهم را در تبیین واریانس متغیر ملاک دارد ($\beta=0/29, P<0/000$).

در گام دوم، با افزوده شدن متغیر «هوش معنوی» ۱۰ درصد به توان قدرت پیش‌بینی متغیر ملاک افزوده شده است ($P<0/000$). از بین مؤلفه‌های هوش معنوی نیز «توانایی مقابله با مشکلات» بیشترین سهم را در تبیین واریانس متغیر سازگاری اجتماعی داشته است ($\beta=0/15, P<0/001$).

در گام آخر، متغیر «بخشندگی» وارد تحلیل شده است که نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد نمره کل «بخشش» و «بخشش نسبت به خود» توانسته است ۶ درصد به قدرت پیش‌بینی بیفزاید ($P<0/01$). از بین این دو متغیر، «بخشش» نسبت به خود نقش بزرگتری در تبیین و پیش‌بینی سازگاری اجتماعی دارد ($\beta=0/09, P<0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی قدرت متغیرهای «دینداری»، «هوش معنوی» و «بخشش» برای پیش‌بینی سازگاری اجتماعی در دانشجویان سال اول دانشگاه بود. نتایج حاصل نشان داد متغیرهای مزبور و مؤلفه‌های آنها با سازگاری اجتماعی رابطه‌ای مثبت و معنادار داشته، می‌تواند به شکل معناداری آن را تبیین و پیش‌بینی کند. در این زمینه، شورتز و ورثینگتون (Shortz & Worthington) (۱۹۹۴) دریافتند دینداری و معنویت رابطه نیرومندی با هم دارند و هر دو تعیین‌کننده سبک مقابله فرد هستند که هر

قدر انسان دیندارتر باشد بیشتر از سبک‌های مقابله دینی مانند بخشش، مدارا، دعا و توسل به تفسیرها و شناخت‌های دینی بهره خواهد جست. علاوه بر این، باورهای دینی، ایمان دینی، مناسک دینی و رفتارها و اعمال مبتنی بر دین موجب گسترش بینش، هوشیاری و تعالی می‌شوند (والش، ۱۹۹۹) که اینها همان ابعاد هوش معنوی هستند. از این رو، دینداری، هوش معنوی را افزایش داده، می‌تواند تأثیرات مثبتی بر سازگاری و سلامتی روانی بگذارد (ووگن، ۲۰۰۲). در آموزه‌های اسلامی نیز افراد متدین و دیندار درک بالایی از ابعاد وجودی خود، جهان و آفریدگار دارند که موجب ارتقای درک شهودی آنها می‌گردد که هسته اصلی هوش معنوی به‌شمار می‌آید. بخشش نیز به‌عنوان یکی از ابعاد توصیه شده در اخلاق و اعمال اسلامی نیازمند درک مناسب از جهان و ظرفیت‌ها و محدودیت‌های انسانی است که باز هم نیازمند هوش معنوی است. علاوه بر این، توانایی فرد برای بخشیدن خود و دیگری نیازمند آن است که انسان از آلودگی‌ها و موانع خودبینانه و شخصی فراتر رفته، بتواند خود و دیگران را دوست بدارد. این نوع دوست داشتن، که ورای دوست داشتن‌های معمول و رایج است، فقط در کسانی پیدا می‌شود که بینش عمیقی نسبت به هستی دارند و در حقیقت، دارای هوش معنوی بالایی هستند (رونل (Ronel)، ۲۰۰۸). در تبیین این نتیجه، احتمالاً می‌توان گفت: ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی مانند دینداری، هوش معنوی و بخشندگی می‌تواند همانند سپر مقاومی عمل کنند که انسان را در برابر مشکلات، محیط‌ها و آسیب‌های ناپدید محافظت می‌کند. علاوه بر این، ویژگی‌هایی از این دست راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و متنوعی در اختیار فرد می‌گذارند که به وی امکان می‌دهد در هر زمان و مکان، مناسب‌ترین آنها را انتخاب کرده، به‌کار بندد.

نتایج به‌دست آمده نشان داد دینداری با سازگاری اجتماعی دارای رابطه‌ای مثبت و معنادار است. این یافته با نتایج مطالعه سالسمن و همکاران (۲۰۰۵) همسو است که نشان داده داشتن باورهای دینی می‌تواند موجب سازگاری بهتر افراد شود. یافته‌های مطالعه استمن و فیرینگ (Steffen & Fearing) (۲۰۰۷) نیز حاکی از این بود که سازگاری روان‌شناختی مثبت با دینداری رابطه دارد. علاوه بر این، تحقیقات متعدد نشان داده دینداری و ایمان مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی، رشد شخصی و سلامتی روانی همبستگی داشته و افراد دیندار از نظر روانی، سالم‌تر و دارای رضایت زندگی بیشتری هستند (حسین دخت و همکاران، ۱۳۹۲؛ ضمیری‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۲؛ رومرو و همکاران، ۲۰۰۶؛ ایوتزان و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر این، یافته‌های این مطالعه حاکی از این بود که از بین مؤلفه‌های دینداری، «پایبندی به اعتقادات دینی» و

«رعایت مسائل شرعی» (بعد مناسکی) با سازگاری اجتماعی رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار دارد. در این زمینه، یافته‌های چراغی و مولوی (۱۳۸۵) نیز نشان داد ابعاد اعتقادی، مناسکی و تجربه‌ای دینداری با ابعاد گوناگون سلامت عمومی رابطه دارد. قدرتی میرکوهی و خرمایی (۱۳۸۹) نیز در بررسی خود دریافتند التزام دینی، عواطف دینی و باورهای دینی - به ترتیب - پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی هستند. / سمیت و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داده‌اند پایبندی به باورهای دینی، مشارکت مستمر در اعمال دینی و رعایت موازین دینی نقش مهمی در حفظ سلامتی و سازگاری داشته، افراد دیندار سالم‌تر و سازگارترند. در تبیین این امر، احتمالاً بتوان گفت: دین، باورها و مناسک دینی منبعی غنی و تمام‌نشدنی از راهبردهای مناسب مقابله‌ای برای فرد فراهم می‌کنند که قادرند به فرد در تطابق با رویدادهای ناگوار یا سازگاری با محیط‌های جدیدی مانند دانشگاه کمک کنند. اسلام به عنوان دینی جامع و کامل، که برای همه و جوه زندگی فرد برنامه دارد، می‌تواند پشتوانه قوی و نیرومند عملی و اعتقادی برای فرد ایجاد کند که موجب سازگاری و تطابق بهتر و کارآمدتر وی گردد.

پژوهش کنونی نشان داد هوش معنوی با سازگاری اجتماعی رابطه دارد و مؤلفه‌های توانایی مقابله با مشکلات و پرداختن به سجایای اخلاقی به شکل معناداری می‌تواند آن را تبیین و پیش‌بینی نماید. در این راستا، تحقیق باقری و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد هوش معنوی با سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دبیرستانی ارتباط دارد. در تبیین این یافته، می‌توان گفت: هوش به عنوان یک توانایی اساسی برای سازگار شدن با محیط و هوش معنوی به‌مثابه یکی از زیرمجموعه‌های هوش کلی، مهم‌ترین نقش را در تطابق فرد با محیط و دیگران دارد. از این رو، افراد با هوش بالا در زندگی روزمره خود نیز سازگارتر بوده، بهتر می‌توانند با محیط‌ها و موقعیت‌های جدید زندگی سازگار شوند. مؤلفه «توانایی مقابله با مشکلات» هوش معنوی نشان‌دهنده ظرفیت فرد برای تعامل و حل کارآمد مسائل و مشکلات است و مشخصاً یکی از ضروریات سازگاری اجتماعی مناسب است. مؤلفه دیگر، «پرداختن به سجایای اخلاقی»، حالاتی مانند پذیرش افکار و عقاید مخالف، کمک گرفتن از دیگران، بخشندگی و عدم فرار از مواجهه با دشواری‌ها را دربر می‌گیرد که هر یک از جمله پیش‌نیازهای سازگاری اجتماعی و عملکرد مناسب در روابط بین شخصی به‌شمار می‌آیند. از این رو، افرادی که توجه بیشتری به سجایای اخلاقی دارند و تلاش می‌کنند آنها را در خود رشد و پرورش دهند به احتمال بیشتری با

محیط‌های جدید، مانند دانشگاه و مسائل و مشکلات این محیط‌ها تطابق می‌یابند. از این رو، هوش معنوی لازمه سازگاری بهتر با محیط است و افرادی که هوش معنوی بالاتری دارند، تحمل بیشتری در مقابل فشارهای زندگی داشته، توانایی بالاتری را برای سازگاری با محیط از خود بروز می‌دهند (اسمیت، ۲۰۰۴).

همچنین نتایج حاکی از این بود که بین بخشش نسبت به خود و دیگری با سازگاری اجتماعی رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد و بخشندگی می‌تواند بخشی از واریانس سازگاری اجتماعی در دانشجویان سال اول دانشگاه تبیین و پیش‌بینی نماید. پژوهش‌هایی که تاکنون در خصوص بخشش صورت گرفته است بیشتر به رابطه بخشش با سلامت روان و همچنین رابطه بخشش با طلاق و تأثیر آن در درمان بیماری‌های روانی و تأثیر بخشش در روابط بین زوجین پرداخته و کمتر این متغیر در دانشجویان بررسی شده است. مالتبی و همکاران (۲۰۰۴) در بررسی خود، دریافتند بخشش با سلامت روانی ارتباط مثبت دارد. آوری (Avery) (۲۰۰۸) در پژوهشی به بررسی ارتباط بخشش با سلامت انسان پرداخت. وی در این بررسی، میزان و تأثیر بخشش را در ۹۵ دانشجوی دانشگاه «هارتفورد» ارزیابی کرد و به این نتیجه رسید که عفو، بخشش و بخشیدن رابطه‌ای مستقیم با سلامت روان و همچنین ارتقای رفتارهای اجتماعی دارد. بیشتر پژوهشگران بخشش را نوعی رفتار انطباقی در نظر می‌گیرند که نبود آن به فشار روانی و آسیب به سلامت منجر می‌شود (ورثینگتون و همکاران، ۲۰۰۵).

فرایند گذشتن از خطا و محو عوارض آن است که در فرد با انگیزه آرامش درونی خویش، بهبود روابط با خاطی و یا به منظور انجام رفتار ارزشی صورت می‌گیرد و دارای پیامدهای ذیل است:

الف. رهایی از احساس منفی نسبت به خاطی؛

ب. غلبه بر رنجش حاصل از بدی؛

ج. پرهیز از عصبانیت، دوری، جدایی و تلافی نسبت به خاطی (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۱).

این پیامدها به نوعی با سازگاری افراد در ارتباط است و موجب می‌شود افراد در مواجهه با رنجش حاصل از خطای دیگران کمترین آسیب روحی و روانی را به خود وارد کنند. به نظر می‌رسد بخشش و گذشت نسبت به خود و دیگری با تأثیر بر آرامش روانی، کاهش خشم، کاهش نارضایتی یا تنفر از دیگران، آزادی از قضاوت‌ها و ادراکات گذشته، آزادی از پاسخ‌های آموخته و عادی نسبت به موقعیت‌ها و تلاش برای التیام زخم‌های گذشته موجب می‌گردد فرد احساس سلامتی بیشتری نموده، با دیگران و موقعیت‌های اجتماعی خوشایند و ناخوشایند راحت‌تر سازگار گردد.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد متغیرهای «دینداری»، «هوش معنوی» و «بخشنندگی» می‌توانند سازگاری اجتماعی را به شکل موفقیت‌آمیز و معناداری پیش‌بینی کنند. از این رو، می‌توان نتیجه گرفت باورهای دینی نیرومند پایبندی به شعائر دینی، اشتیاق به انجام عمل دینی، تفکر تأملی، هشیاری ذهنی، تشخیص فضیلت فراروندگی از رنج و خطا و به کارگیری عفو و گذشت در روابط بین فردی، تشخیص الگوهای معنوی و تنظیم رفتار بر مبنای الگوی معنوی، تشخیص کرامت و ارزش فردی و حفظ و رشد شکوفایی این کرامت، تشخیص فرایند رشد معنوی و تنظیم عوامل درونی و بیرونی در جهت رشد بهینه این فرایند معنوی، تشخیص معنای زندگی و حوادث مربوط به حیات، مرگ و برزخ، بهشت و دوزخ، درک حضور خداوند در زندگی معمولی، درک زیبایی‌های هنری و طبیعی و ایجاد حس قدردانی و تشکر، بخشش خود و دیگران می‌توانند به فرد در سازگاری با محیط دانشگاه در سال اول، که زمانی پرتنش برای دانشجو به‌شمار می‌رود، کمک کنند.

پیشنهادها: در سال‌های اخیر، برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر روش درمانی عفو و بخشش (خدایاری فر و همکاران، ۱۳۸۱) و آموزش‌های ارتقا و بهبود بخشیدن به هوش معنوی (مرعشی و همکاران، ۱۳۹۱) گسترش قابل‌اعتنایی پیدا کرده‌اند. بنابراین، می‌توان آموزش‌هایی از این دست را در کنار تقویت باورهای دینی اسلامی در قالب برنامه‌های گوناگون پیشگیری و مشاوره‌ای برای دانشجویان سال اول در نظر گرفت تا از طریق آنها، بتوان سازگاری اجتماعی و تطابق با محیط دانشگاه در این گروه را ارتقا بخشید و از به‌وجود آمدن مشکلات روان‌شناختی جدی پیشگیری کرد.

منابع

- اکبری، محمد و همکاران، ۱۳۸۹، «رابطه اعتماد بین فردی، خودکارآمدی، پایداری توزیعی و بخشش با باورهای دنیای عادلانه توزیعی و رویه‌ای»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، سال دهم، ش ۳۶ و ۳۵، ص ۸۰-۵۳
- اکبری‌زاده، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۰، «ارتباط بین هوش معنوی، سخت‌رویی و سلامت عمومی در بین پرستاران»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، سال پانزدهم، ش ۶، ص ۶۶۶-۴۷۲.
- ایمانی‌فر، حمیدرضا و همکاران، ۱۳۹۱، «بخشش از دیدگاه روان‌شناسی و قرآن کریم»، *انسان پژوهی دینی*، سال نهم، ش ۲۷، ص ۱۴۹-۱۷۵.
- بدیع، علی و همکاران، ۱۳۸۹، «ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه هوش معنوی»، در: اولین همایش ملی روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تبریز.
- بهرامی‌چگنی، ذبیح‌الله، ۱۳۸۹، «بررسی رابطه بین دینداری با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم‌آباد»، *روان‌شناسی و دین*، سال سوم، ش ۲، ص ۹۱-۱۰۲.
- چراغی، مونا و حسین مولوی، ۱۳۸۵، «رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان»، *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، سال دوم، ش ۶، ص ۱-۲۲.
- حسین‌دخت، آرزو و همکاران، ۱۳۹۲، «رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی»، *روان‌شناسی و دین*، سال ششم، ش ۲، ص ۵۷-۷۴.
- خدایاری‌فرد، محمد و همکاران، ۱۳۸۱، «روش درمانی عفو با تأکید بر دیدگاه اسلامی: بررسی موردی»، *اندیشه و رفتار*، سال هشتم، ش ۱، ص ۳۹-۴۸.
- خدایاری‌فرد، محمد، ۱۳۸۸، «آماده‌سازی مقیاس دینداری و ارزیابی سطوح دینداری اқشار مختلف جامعه ایران»، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- رجایی، علیرضا، ۱۳۸۹، «هوش معنوی: دیدگاه‌ها و چالش‌ها»، *پژوهش‌نامه تربیتی*، سال پنجم، ش ۲۲، ص ۲۱-۴۹.
- زاهد بابلان، عادل و همکاران، ۱۳۹۰، «نقش بخشش و سرسختی روان‌شناختی در پیش‌بینی امید»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، سال پانزدهم، ش ۴۵، ص ۱۲-۱۹.
- زندوی‌پور، طیبه و هاجر یادگاری، ۱۳۸۶، «ارتباط بخشش با رضایت از زندگی در بانوان دانشجوی متاهل غیربومی دانشگاه‌های تهران»، *مطالعات زنان*، سال پنجم، ش ۳، ص ۱۰۹-۱۲۲.
- سراج‌زاده، سیدحسین، ۱۳۷۷، «مقایسه تجربی سنجه‌های دینداری: دلالت‌های روش‌شناسانه کاربرد سه سنجه در یک جمعیت»، *جامعه‌شناسی ایران*، سال هشتم، ش ۴، ص ۳۷-۷۰.
- سهرابی، فرامرز، ۱۳۸۸، «هوش معنوی، هوش انسانی»، *روان‌شناسی نظامی*، ش ۱، ص ۶۳-۶۶.
- ضمیری‌نژاد، سمیه و همکاران، ۱۳۹۲، «پیش‌بینی شادکامی دانشجویان بر اساس هوش معنوی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، سال بیستم، ش ۵، ص ۷۷۳-۷۸۱.
- غباری‌بناب، باقر و همکاران، ۱۳۸۶، «هوش معنوی»، *اندیشه نوین دینی*، سال سوم، ش ۱۰، ص ۱۲۵-۱۴۷.

- قدرتی میرکوهی، مهدی و احسان خرمایی، ۱۳۸۹، «رابطه دینداری با سلامت روان در نوجوانان»، *علوم رفتاری*، سال دوم، ش ۵، ص ۱۱۵-۱۳۱.
- مرعشی، سیدعلی و همکاران، ۱۳۸۹، «تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب وجودی، و هوش معنوی در دانشجویان دانشکده نفت اهواز»، *دستاورد های شناختی*، سال چهارم، ش ۱، ص ۶۳-۸۰.
- میکائیلی منبع، فرزانه، (در دست چاپ)، «بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه سازگاری با دانشگاه در دانشجویان سال اول»، *مطالعات روان‌شناختی دانشگاه الزهرا*.
- هادیان‌فرد، حبیب، ۱۳۸۴، «احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال یازدهم، ش ۴۱، ص ۲۲۴-۲۳۳.
- Al-khatib, A. B, & et al, 2011, Student's Adjustment to College Life at Albalqa Applied University, *American International Journal of Contemporary Research*, v. 11, p. 7-16.
- Andrews, B, & Wilding J.M, 2004, Student mental health, life stress, and achievement, *British Journal of Psychology*, v. 95, p. 509-521.
- Ano, G. G, & Vasconcelles, E. B, 2005, Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis, *Journal of Clinical Psychology*, v 61, p. 461-480.
- Avery, C. M, 2008, The relationship between self-forgiveness and health: Mediating variables and implications for well-being, Unpublished dissertation, University of Hartford.
- Bagheri, H, & et al, 2014, The relationship between spiritual intelligence and resilience with social adjustment in junior high school students, *Golden Research Thoughts*, v. 11, p. 1-6.
- Baker, R. W, & Siryk, B, 1999, SACQ: Student Adaptation to College Questionnaire Manual, Los Angeles: Western Psychological Services.
- Bayram, N, & Bilgel, N, 2008, The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 43, p. 667-672.
- Bensaid, B, & et al, 2014, A Qur'anic Framework for Spiritual Intelligence, *Religions*, v. 5, p. 179-198.
- Brougham, R. R, & et al, 2009, Stress, sex differences, and coping strategies among college students, *Current Psychology*, v. 28, p. 85-97.
- Brown, T, 2012, A Psychological Examination of the Interface between Religion, Stress and Depression, *International Review of Social Sciences and Humanities*, v. 1, p. 59-73.
- Cinciuc, A. I, 2013, Adaptation and Stress for the First Year University Students, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, v. 78, p. 718-722.
- Cox, J, & Verhagen, P. J, 2011, Spirituality, Religion and Psychopathology: towards an integrative psychiatry, *The International Journal of Person Centered Medicine*, v. 1, p. 146-148.
- Dennis, J, & et al, 2005, The Role of Motivation, Parental Support, and Peer Support in the Academic Success of Ethnic Minority First-Generation College Students, *Journal of College Student Development*, V. 46, p. 223-236.
- Dyson, R, & Renk, K, 2006, Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping, *Journal of Clinical Psychology*, v. 62, p. 1231-1244.
- Edwards, K.J, & et al, 2001, Stress, negative social exchange, and health symptoms in university students, *Journal of American College Health*, v. 50, p. 75-79.
- Elliott, M, & Hayward, R. D, 2007, Religion and the search for meaning in life, *Journal of Counselling Psychology*, v. 53, p. 80-93.

- Emmons, R. A., 2000, Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern, *The International Journal for the Psychology of Religion*, v. 10, p. 3-26.
- Enright, R. D., & Coyle, C. T., 1998, Researching the Process Model of Forgiveness with Psychological Interventions, In *Dimensions of Forgiveness: Psychological Research & Theological Perspectives (Laws of Life Symposia Series)*, v. 1, p. 139-162.
- French, D. C., & et al, 2008, Religious involvement and the social competence and adjustment of Indonesian Muslim adolescents, *Developmental Psychology*, v. 44, p. 597-611.
- Gray, R., & ET AL, 2013, Examining social adjustment to college in the age of social media: Factors influencing successful transitions and persistence, *Computers & Education*, v. 67, p. 193-207.
- Habibah, E., & et al, 2010, Achievement motivation and self- efficacy in relation to adjustment among university students, *Journal of Social Sciences*, v. 6(3), p. 333-339.
- Helliwell, J.F., & et al, 2012, *World happiness report*, New York, The Earth Institute, Columbia University.
- Hoverd, W.J., & Sibley, C.G., 2013, Religion, deprivation and subjective wellbeing: Testing a religious buffering hypothesis, *International Journal of Wellbeing*, v. 3, p. 182-196.
- Ivtzan, I., & et al, 2013, Linking religion and spirituality with psychological well-being: examining self-actualisation, meaning in life, and personal growth initiative, *Journal of Religion and Health*, v. 52, p. 915-929.
- King, D. B., 2008, Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure. A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science, Peterborough, Ontario, Canada.
- King, M., & et al, 2001, The Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs: Development and Validation of a Self-Report Version, *Psychological Medicine*, v. 31, p. 1015-1023.
- Koenig, H. G., & Larson, D. B., 2001, Religion and mental health: Evidence for an association, *International Review of Psychiatry*, v. 13, p. 67-78.
- Lanthier, R. P., & Windham, R. C., 2004, Internet Use and College Adjustment: the Moderating Role of Gender, *Computers in Human Behavior*, v. 20, p. 591-606.
- Lawler-Row, K., & Piferi, R., 2006, The forgiving personality: Describing a life well lived, *Personality & Individual Differences*, v. 41, p. 1009-1020.
- Malone, A., & et al, 2011, The relationship between forgiveness and emotional well-being, Retrieved from <http://counselingoutfitters.com/> pdf.
- Maltby, J., & et al, 2004, Forgiveness and mental health variables: Interpreting the relationship using an adaptational-continuum model of personality and coping, *Personality and Individual Differences*, v. 37, p. 1629-1641.
- McCullough, M. E., & Willoughby, B. L., 2009, Religion, self regulation and self-control: Associations, explanations and implications, *Psychological Bulletin*, v. 135, p. 69-93.
- McCullough, M.E., 2001, Forgiveness: Who does it and how do they do it? *Current Directions in Psychological Science*, v. 10, p. 194-197.
- Romero C., & et al, 2006, Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer, *Journal of Behavioral Medicine*, v. 29, p. 29-36.
- Ronel, N., 2008, The Experience of Spiritual Intelligence, *The Journal of Transpersonal Psychology*, v. 40, p. 100-120.
- Salsman, J. M., & et al, 2005, The Link Between Religion and Spirituality and Psychological Adjustment: The Mediating Role of Optimism and Social Support, *Personality & social psychology bulletin*, v. 31, p. 522-535.

- Schludermann, E, & et al, 2001, Fear of Rejection Versus Religious Commitment as Predictors of Adjustment Among Reformed and Evangelical College Students in Canada, *Journal of Beliefs and Values*, v. 22, p. 209-222.
- Shortz, J. L, & Worthington, E. L, 1994, Young adults' recall of religiosity, attributions, and coping in parental divorce, *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 33, p. 172-179.
- Smith, S, 2004, Exploring the interaction of emotional intelligence and spirituality, *Traumatology*, v. 10, p. 231-243.
- Smith, T. B, & et al, 2003, Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events, *Psychological Bulletin*, v. 129, p. 614-636.
- Steffen, P. R, & Fearing, M, 2007, Does Defensiveness Account for the Relationship Between Religiosity and Psychosocial Adjustment? *The International Journal for The Psychology of Religion*, v. 17, p. 233-244.
- Steger, M. F, & Frazier, P, 2005, Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being, *Journal of Counseling Psychology*, v. 52, p. 574-582.
- Sternthal, M. J, & et al, 2010, Depression, anxiety, and religious life: A search for mediators, *Journal of Health and Social Behavior*, v. 51, p. 343-359.
- Svalina, S. S, & Webb, J. R, 2012, Forgiveness and health among people in outpatient physical therapy, *Disability and Rehabilitation*, v. 34, p. 383-92.
- Taylor, M.A, & Pastor, D.A, 2007, A confirmatory factor analysis of the Student Adaptation to College Questionnaire, *Educational and Psychological Measurement*, v. 67, p. 1002-1018.
- Toussaint, L, & Webb, J. R, 2005, Theoretical and empirical connections between forgiveness, mental health, and well-being. In E. L. Worthington, Jr. (Ed.), *Handbook of forgiveness* (pp. 349-362), New York: Routledge.
- Tse, W. S, & Yip, T. H. J, 2009, Relationship among dispositional forgiveness of others, interpersonal adjustment and psychological well-being: Implication for interpersonal theory of depression, *Personality and Individual Differences*, v. 46, p. 365-368.
- Vaughan, F, 2002, What is Spiritual Intelligence? *Journal of Humanistic Psychology*, v. 42, p. 16-33.
- Vazquez F.L, & Blanco, V, 2008, Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students, *Journal of American College Health*, v. 57, p. 165-172.
- Walker, D. F, & Gorsuch, R. L, 2002, Forgiveness within the Big Five personality model, *Personality and Individual Differences*, v. 32, p. 1127-1137.
- Walsh, R, 1999, *Essential Spirituality: The 7 central practices to awaken heart & Mind*, John Wiley & Sons, Inc. USA
- Webb, J. R, & et al, 2013, Forgiveness and health: assessing the mediating effect of health behavior, social support, and interpersonal functioning, *Journal of Psychology*, v. 47, p. 391-414.
- Weidman, J, 1989, Undergraduate socialization: A conceptual approach. In J. Smart (Ed.), *Higher education: Handbook of theory and research* (v. 5), New York, NY: Agathon.
- Wigglesworth, C, 2006, Why Spiritual Intelligence is Essential to Mature Leadership, *Integral Leadership Review*, v. 6, p. 2006-2008.
- Worthington, E. L, & et al, 2005, Forgiveness in health research and medical practice, *Explore(N.Y.)*, v. 1, p. 169-176.
- Zohar, D, & Marshall, I, 2000, *SQ: Connecting with our spiritual intelligence*, New York, NY: Bloomsbury.

بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی با شادکامی و کیفیت زندگی

alrashidi@razi.ac.ir

علیرضا رشیدی / استادیار فلسفه و تعلیم و تربیت دانشگاه رازی کرمانشاه

فاطمه ملک محمدی / کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز

sarasharif930@yahoo.com

سارا شریفی / کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز

دریافت: ۱۳۹۳/۴/۲۱ - پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۲۵

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی با شادکامی و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه انجام گرفت. ۳۷۳ دانشجوی (۱۹۴ زن و ۱۷۹ مرد) این دانشگاه با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. داده ها از طریق مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت (ROS)، پرسش نامه شادکامی آکسفورد (OHI) و پرسش نامه کیفیت زندگی، جمع آوری و توسط ضریب همبستگی ساده و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. یافته ها نشان داد که بین جهت گیری مذهبی درونی و کیفیت زندگی و شادکامی رابطه مثبتی وجود دارد، همچنین بین جهت گیری مذهبی کلی، با شادکامی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. اما بین جهت گیری مذهبی بیرونی، با شادکامی و کیفیت زندگی رابطه معناداری از لحاظ آماری وجود ندارد. بنابراین، می توان گفت: که افراد با جهت گیری مذهبی درونی، از شادکامی و کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند.

کلیدواژه ها: جهت گیری مذهبی، شادکامی، کیفیت زندگی.

دورهٔ دانشجویی، دوره‌ای سرشار از پویایی، تحول طلبی، نوآوری و مجموعهٔ تعاملی است که در نهایت، به توسعهٔ اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه می‌انجامد. در این دوره، پویایی بیشتری از این گروه‌های سنی و صنفی متبلور می‌گردد. در حالی که زندگی دانشجویان تحت تأثیر عواملی همچون دانش جدید، دستیابی به تحقیق و توسعه و علم و فناوری رو به تغییر است، کیفیت زندگی آنها نیز تغییر می‌یابد (رمضانی و نظریان مادوانی، ۱۳۹۲).

شاخهٔ جدید علم روان‌شناسی و دیدگاه نوین آن، تحت عنوان رویکرد «روان‌شناسی مثبت‌نگر»، درصدد بررسی ظرفیت‌ها و قدرت‌های روان‌شناختی است. در دیدگاه جدید اعتقاد بر این است که ویژگی‌های مثبت قابل اندازه‌گیری، می‌توانند به‌عنوان سپری افراد را در برابر حوادث نامطلوب خطرزا محافظت نمایند (سلیگمن و سکسینزنتر میهالی، ۲۰۰۰). از اهداف این رویکرد، شناسایی و تعریف مفاهیمی است که به تأمین سلامتی و شادکامی افراد و بهره‌مندی آنها از یک زندگی سالم کمک کند. یکی از مفاهیم اصلی این دیدگاه، کیفیت زندگی است (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۰). سازمان جهانی، کیفیت زندگی را عبارت می‌داند از: تصورات افراد از موقعیت خود با توجه به شرایط فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کنند. هر چه این تصورات مثبت‌تر و بهتر باشد، فرد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار است (ترخان، ۱۳۹۰). رویکرد عینی، کیفیت زندگی را به‌عنوان مواردی آشکار و مرتبط با استانداردهای زندگی می‌داند. این موارد، می‌توانند سلامت جسمی و شرایط شخصی ارتباطات و اقدامات شغلی و یا سایر عوامل اجتماعی و اقتصادی باشند. در مقابل، رویکرد ذهنی کیفیت زندگی را مترادف با شادی و یا رضایت فرد در نظر می‌گیرند. این منظر، بر عوامل شناختی در ارزیابی کیفیت زندگی تأکید می‌کند (لهتو و همکاران، ۲۰۰۵). بین رویکرد ذهنی و عینی، رویکرد جدیدی به نام رویکرد «کل‌نگر» وجود دارد. نظریه‌پردازان این رویکرد معتقدند که کیفیت زندگی، همانند خود زندگی، مفهومی پیچیده و چند بعدی است. در بررسی آن، هر دو مؤلفهٔ عینی و ذهنی را در نظر می‌گیرند (مالکینا پینچ و پینچ، ۲۰۰۸). رضایی آدریانی و همکاران (۱۳۸۶)، در تحقیق خود نشان دادند که ۳۳/۲ درصد از دانشجویان دارای کیفیت زندگی متوسط، ۴/۹ درصد دارای کیفیت زندگی پایین می‌باشند. در این میان، استرس و هیجان‌های منفی اغلب منجر به اضطراب، افسردگی و خشم می‌شود که کیفیت زندگی دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (پیترو و همکاران، ۲۰۰۸). متخصصان برای کیفیت زندگی دو مشخصهٔ اصلی در نظر گرفته‌اند که عبارتند از: شادی و رضایت. به عبارت دیگر، درک افراد

از شادی و رضایت در ابعاد زندگی، تعیین‌کننده سطح کیفیت زندگی افراد می‌اشد (کافمن و استرنبرگ، ۲۰۰۱). شادی و شادکامی، یکی از موضوعات جالب است که همواره و از قدیم‌الایام مورد توجه پژوهشگران، به‌یژه روان‌شناسان دنیا قرار داد، به‌طوری که در مورد آن، تا کنون پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است (آرگیل، ۲۰۰۱؛ سلیگمن و سکسیز منتهیالی، ۲۰۰۰). شادکامی به‌عنوان یک تجربه درونی مثبت و یکی از شاخص‌های سلامت روانی، ناشی از ارزیابی شناختی و عاطفی افراد از زندگی‌شان می‌باشد که مورد توجه روان‌شناسان بسیاری در سه دهه اخیر قرار گرفته است (دندر، ۲۰۰۰). اینکه چه چیزی به شادکامی منجر می‌شود، مورد بحث مجامع علمی می‌باشد. در این خصوص، ارسطو فیلسوف معروف معتقد است که شادکامی ترکیب یافته از عوامل هماهنگ درونی و بیرونی است (برنا و سواری، ۱۳۸۹). شادکامی در اسلام، دو جز دارد که عبارتند از: رضا و نشاط. رضا به چهار بخش «شکر، صبر، طاعت و ترک معصیت» و نشاط به دو بخش «لذت مادی» و «لذت معنوی» تحلیل می‌شود. بنابراین، شادکامی ابعاد شش‌گانه دارد (جمالی و رضوانی، ۱۳۹۱). براساس آنچه از متون دینی به‌ست می‌آید، شادکامی پایه نظری دینی دارد. مذهب، شادکامی را به چند طریق ارتقا می‌دهد. برای نمونه، اعمال مذهبی، مانند حضور در مساجد، تعامل و حمایت اجتماعی، شادی را افزایش می‌دهد و به زندگی شخصی معنا می‌دهد (عنایتی‌نویزین فرد و حیدری رفعت، ۱۳۸۹). مذهب، یکی از قسمت‌های مهم زندگی مردم، بخصوص افراد بزرگسال را تشکیل می‌دهد (لاودر و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین می‌تواند به نوعی در خدمت سبک و مکانیزم‌های مقابله باشد. علاوه بر این، محیط‌های مذهبی می‌تواند به‌عنوان یک مبانجی در خدمت کیفیت زندگی ایفای نقش کند (هانگ و همکاران، ۲۰۰۱). نخستین بار آلپورت و راس (۱۹۶۷)، با طرح دو نوع جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی، رفتارهای متمایز مذهبی را توصیف کردند. منظور از جهت‌گیری مذهبی، گرایش به انجام اعمال و تفکرهای مذهبی است. بر اساس این نظریه، در جهت‌گیری مذهبی درونی، مذهب در چارچوب خود مذهب مورد توجه قرار می‌گیرد. در حالی که، در جهت‌گیری بیرونی بر مذهب، به دلیل دستاوردهای ناشی از مذهبی بودن تأکید می‌شود (بهرامی، ۱۳۸۴). به عبارت دیگر، جهت‌گیری مذهبی مرجعیت بخشیدن به ساختار روابط و مناسبات انسان در تمام ابعاد آن، در پرتو رابطه انسان با خدا تعریف شده است (بهرامی، ۱۳۹۰). صحرائیان و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهشی به بررسی رابطه نگرش‌های مذهبی با شادکامی، در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز پرداختند نتایج نشان داد که بین نگرش‌های مذهبی و شادکامی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد. فرانسیس و همکاران (۲۰۰۰)، طی مطالعه‌ای

به این نتیجه رسیدند که حضور در کلیسا، تعهد مذهبی، معنویت، کسب رضایت از طریق فعالیت‌های کلیسا، باورهای مذهبی و نگرش نسبت به آیین مسیحیت، به‌طور مثبت با شادکامی در ارتباط است. بررسی‌های دینی انجام شده در ایالات متحده نشان داده است، مردمی که خود را معنوی‌تر و مذهبی‌تر می‌دانند، سطوح بالاتری از شادکامی را تجربه می‌کنند (جان‌بزرگی و علی‌محمدی، ۱۳۸۷). سلینگمن (۲۰۰۰) اظهار می‌دارد، افرادی که امور مذهبی را به‌جا می‌آورند، شادتر از سایر افراد هستند. لویس و کرویس (۲۰۰۶)، طی مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که بین مذهبی بودن و شادکامی همبستگی مثبت، اما ضعیف وجود دارد. هولدر و همکاران (۲۰۰۸)، طی مطالعه‌ای با عنوان گرایش به مذهب، نگرش‌های مذهبی و شادکامی در بین کودکان ۱۲-۸ ساله دریافتند که گرایش به مذهب، قویاً با شادکامی کودکان در ارتباط است و نه اعمال مذهبی. همچنین کودکانی که مذهبی‌ترند، شادکام‌ترند. کیم و همکاران (۲۰۰۴)، به این نتیجه دست یافتند که جهت‌گیری مذهبی با هیجان‌ات و عواطف مثبت، مانند خوش‌خوش‌خلقى، مهربانی، شادکامی، اعتماد به نفس توجه و آرامش رابطه مثبت دارد. انگلهارت (۲۰۰۰)، در پژوهشی دریافت که ۵۸ درصد از افرادی که یکبار یا بیشتر به کلیسا می‌روند، در مقایسه با ۲۸ درصد از کسانی که گاهی به کلیسا رفتند و ۱۴ درصد از افرادی که اصلاً به کلیسا نرفته‌اند، احساس رضایت و شادکامی بیشتری در زندگی خود تجربه می‌کنند و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. روحانی و معنوی‌پور (۱۳۸۷)، در پژوهش خود که بر روی ۲۶۹ دانشجوی متأهل و کارمند انجام دادند، دریافتند که بین دینداری و شادکامی و رضایت زناشویی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. آزموده و همکاران (۱۳۸۶)، در پژوهش خود، که بر روی ۲۰۰ دانشجوی دانشگاه شهید بهشتی انجام دادند، دریافتند که بین جهت‌گیری مذهبی و شادکامی رابطه وجود دارد. کندا و همکاران (۲۰۰۶) رابطه بین مذهب/معنویت با کیفیت زندگی را با واسطه‌مقابله در بیماران مبتلا به سرطان بررسی کردند و نتایج نشان داد که بین مذهب/معنویت، با کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد. بالجانی و همکاران (۱۳۹۰)، در پژوهشی با هدف بررسی ارتباط بین مذهب، سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دریافتند که بین مذهب و سلامت معنوی، با کیفیت زندگی در بیماران سرطانی ارتباط مثبتی وجود دارد. رحیمی و خیر (۲۰۰۷)، در پژوهش خود نشان دادند که عواملی مانند: جنسیت، هوش، خانواده و نیازهای معنوی می‌توانند در کیفیت زندگی افراد تأثیر بسزایی را داشته باشد. همچنین در پژوهش که توسط فیلیپس و همکاران (۲۰۱۴)، با هدف بررسی ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی با سبک‌های مقابله‌ای در بزرگسالان و جوانان انجام شد، نتایج نشان داد که مذهب، نه تنها می‌تواند به‌عنوان یک سبک مقابله‌ای

شناخته شود، بلکه عامل مهمی در رشد کیفیت زندگی و افزایش کیفیت معنوی آن باشد. ماهونی و همکاران (۲۰۰۲)، بعد از بررسی تحقیقات خود، به این نتیجه رسیدند که عمل به باورهای دینی موجب افزایش مشارکت اجتماعی، افزایش شادکامی و کاهش چشمگیر پرخاشگری خواهد شد. در پژوهشی که پیراسته‌مطلق و نیک‌منش (۱۳۹۱)، با هدف بررسی نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز انجام شد، نتایج نشان داده است که معنویت بر کیفیت زندگی مبتلایان به ایدز مؤثر بوده است و به‌عنوان یک روش مقابله‌ای، نقش مهمی در ارتقا سلامت روان و کیفیت زندگی آنان ایفا می‌کند.

همچنین کیفیت زندگی و ارتقا سطح سلامت افراد جامعه، موضوع بسیار مهمی است که مورد توجه صاحب نظران بهداشت روان قرار گرفته است، از یک سو، مذهب و معنویت نیز از ابتدای خلقت بشر، قسمت عمده زندگی او بوده است. بنابراین، انسان وقتی به لذت و شادکامی و نشاط درونی می‌رسد که خود را به خداوند یگانه بسپارد و او را محور همه امور بداند و خود را تسلیم در برابر او. از این رو، توجه به کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان و امور مذهبی آنها و عواملی که با کیفیت و شادکامی آنها در ارتباط است، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، هدف از این پژوهش، با توجه به موارد مزبور عبارت است از: بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با شادکامی و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه.

روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه است که ۳۷۳ دانشجوی (۱۹۴ زن و ۱۷۹ مرد) این دانشگاه انتخاب شدند. روش این پژوهش، مطالعات توصیفی - همبستگی و رگرسیون به روش ورود است.

در این پژوهش، از سه پرسش‌نامه استاندارد شده برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است:

الف. مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت (ROS): این پرسش‌نامه ۲۰ ماده‌ای، که ۱۱ ماده آن مربوط به جهت‌گیری مذهبی بیرونی و ۹ ماده مربوط به جهت‌گیری مذهبی درونی است. در سال ۱۹۶۳، فگین، یک نسخه ۲۱ ماده‌ای ساخت که همه گزینه‌های پرسش‌نامه آلپورت در آن انتخاب شده بود. علاوه بر این، یک گزینه دیگر نیز به آن افزود که این گزینه همبستگی بالایی (۰.۶۱) با جهت‌گیری مذهبی بیرونی داشت. از آن پس، این پرسش‌نامه بیشتر مورد استفاده قرار گرفت. برای سنجش روایی این آزمون در ایران، مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی فگین به فارسی ترجمه شد. صحت ترجمه آن، با

بازخوانی توسط متخصصان دیگر و ترجمه دوباره آن به انگلیسی تصحیح گردید. سپس، با بازنویسی‌های متعدد سعی در متناسب نمودن آن با بافت فرهنگی و مذهبی ایرانی گردید. گزینه‌ها، براساس مقیاس لیکرت تنظیم گردید. اعتبار این پرسش‌نامه، توسط جان‌بزرگی، با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و توسط مختاری و همکاران ۰/۷۱ گزارش شده است (جعفری، ۱۳۸۹).

ب. پرسش‌نامه شادکامی اکسفورد (OHI): این ابزار، در سال ۱۹۹۰ توسط آرگیل و لو تهیه شده است. این پرسش‌نامه ۲۹ ماده‌ای، چهار گزینه دارد که گزینه‌های آن به ترتیب، از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. جمع نمره مواد ۲۹ گانه، نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد. نمره کل آزمودنی از ۰ تا ۸۷ در نوسان است. آرگیل و همکاران، ضریب آلفای ۰/۹۰ را با ۳۴۷ آزمودنی گزارش کردند. علی‌پور و نوربالا، در مطالعه خود نشان دادند که همه موارد ۲۹ گانه آزمون با نمره کل، همبستگی بالایی دارند و آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی دو نیمه کردن آزمون، ۰/۹۲ گزارش شد (علی‌پور و نوری، ۱۳۹۰).

ج. پرسش‌نامه کیفیت زندگی: در این پژوهش، از فرم کوتاه شده پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده گردید. روایی و پایایی ترجمه فارسی این پرسش‌نامه، توسط نجات (۱۳۸۶) در جمعیت عمومی و بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در ایران ارزیابی شده است. این پرسش‌نامه، دارای ۲۶ ماده و ۴ بعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی می‌باشد که به‌عنوان یک مقیاس جامع مورد استفاده قرار می‌گیرد و در مجموع، شامل کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی می‌باشد. سؤالات پرسش‌نامه پنج گزینه‌ای هستند. حداقل نمره در این مقیاس، ۲۶ و حداکثر، نمره ۱۳۰ می‌باشد (کجباف و همکاران، ۱۳۹۰).

یافته‌های پژوهش

به‌طور کلی، در پژوهش مورد نظر ۳۷۳ نفر شرکت کرده‌اند که در این میان، ۱۹۴ نفر (معادل ۵۲ درصد) از آنها زن و ۱۷۹ نفر (معادل ۴۸ درصد) از آنها را شرکت‌کنندگان مرد تشکیل داده‌اند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیرهای مورد بررسی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
جهت‌گیری مذهبی درونی	۳۱/۵۴	۷/۵۵	۹	۴۵
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۳۲/۵۶	۵/۹۱	۱۱	۵۲
جهت‌گیری مذهبی کلی	۶۴/۱۰	۸/۰۸	۳۶	۸۵
کیفیت زندگی	۸۳/۹۴	۱۲/۶۳	۴۵	۱۱۸
شادکامی	۴۹/۸۳	۱۶/۴۱	۲	۸۶

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود میانگین جهت‌گیری مذهبی درونی ۳۱/۵۴ و انحراف معیار ۷/۵۵، جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۳۲/۵۶ و انحراف معیار آن ۵/۹۱، میانگین جهت‌گیری مذهبی کلی ۱۰/۶۴ و انحراف معیار آن ۸/۰۸، میانگین شادکامی ۴۹/۸۳ و انحراف معیار آن ۱۶/۴۱ و میانگین انحراف معیار کیفیت زندگی به ترتیب ۸۳/۹۴ و ۱۲/۶۳ می‌باشد.

جدول ۳. ماتریس ضرایب همبستگی میان متغیرها در گروه نمونه (n:۳۷۳)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
جهت‌گیری مذهبی درونی	-	-۰/۲۹"	۰/۷۱"	۰/۱۵"	۰/۲۶"
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	-۰/۲۹"	-	۰/۴۵"	۰/۰۷	-۰/۱۱
جهت‌گیری مذهبی کلی	۰/۷۱"	۰/۴۵"	-	۰/۲۰"	۰/۲۴"
کیفیت زندگی	۰/۱۵"	۰/۰۷	۰/۲۰"	-	۰/۸۶"
شادکامی	۰/۲۶"	۰/۰۷	۰/۲۴"	۰/۸۶"	-

P**=0/01

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و کیفیت زندگی (۰/۱۵) و شادکامی (۰/۲۶)، رابطه مثبتی وجود دارد که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. همچنین بین جهت‌گیری مذهبی کلی با شادکامی و کیفیت زندگی در سطح آماری ۰/۰۱ ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. اما بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی، با شادکامی و کیفیت زندگی رابطه معناداری از لحاظ آماری وجود ندارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی و کیفیت زندگی با روش ورود

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	RS	R تعدیل شده	نسبت F	جهت‌گیری مذهبی درونی	جهت‌گیری مذهبی بیرونی
کیفیت زندگی	جهت‌گیری مذهبی درونی	۰/۱۵	۰/۰۲۴	۰/۰۲۲	۹/۲۰۶ ۰/۰۰۳	B: ۰/۳۶ β : ۰/۱۵ T: ۳/۰۳۴ P: ۰/۰۰۳	
	جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۰/۲۰	۰/۰۴۱	۰/۰۳۵	۷/۸۴۳ ۰/۰۰۰	B: ۳/۳۲ β : ۰/۱۹ T: ۳/۱۹ P: ۰/۰۰۰	B: ۰/۲۸ β : ۰/۱۳۴ T: ۲/۵۱ P: ۰/۰۱۲

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیرهای جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی دانشجویان با کیفیت زندگی $R=۰/۲۰$ و ضریب تعیین $RS=۰/۰۴۱$ و نسبت $F=۷/۸۴۳$ که در سطح معناداری $P=۰/۰۰۰$ معنادار است و جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی ۰/۰۴۱ درصد واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند.

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و درونی با شادکامی با روش ورود

		نسبت F	R تعدیل شده	RS	R	متغیر پیش بین	متغیر ملاک
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	جهت‌گیری مذهبی درونی						
	B: ۰/۵۸۱ β: ۰/۲۳۷ T: ۵/۳۳۹ P: ۰/۰۰۰	۲۸/۵۰۹ ۰/۰۰۰	۰/۰۶۹	۷/۱	۰/۲۳۷	جهت‌گیری مذهبی درونی	شادکامی
B: ۰/۲۰۹ β: ۰/۵۷۵ T: ۱/۴۳۹ P: ۰/۱۵۱	B: ۶۳۰ β: ۰/۲۹۰ T: ۵/۵۳۳ P: ۰/۰۰۰	۱۵/۳۱۱ ۰/۰۰۰	۰/۰۷۲	۷/۷	۰/۲۷۷	جهت‌گیری مذهبی بیرونی	

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیرهای جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی دانشجویان با شادکامی $R=0/27$ و ضریب تعیین $RS=7/7$ و نسبت $F=15/311$ که در سطح معناداری $P=0/000$ معنادار است و جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی ۷/۷ درصد واریانس شادکامی را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با شادکامی و کیفیت زندگی انجام گرفت. بنابر یافته‌های موجود در جدول ۵، نتایج نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی کلی و درونی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. ایمان به خدا و قدرت بی‌نهایت، با کیفیت زندگی در ارتباط است. این نتیجه، با یافته‌های بالجانی و همکاران (۱۳۸۸)، کنلا و همکاران (۲۰۰۶)، فیلیپس و همکاران (۲۰۱۴)، دارلین و همکاران (۲۰۰۴)، پیراسته‌مطلق و نیک‌منش (۱۳۹۱) هسو است. در تبیین این نتیجه، می‌توان گفت: مذهب و اعمال مذهبی، مانند حضور در مساجد، نماز خواندن و ... در راستای اعتقاد به خدا به‌عنوان قدرت لایتناهی است که یاد خداوند موجب آرامش فرد می‌شود. این آرامش درونی و روحی موجب افزایش کیفیت زندگی شخص می‌شود. همچنین اعتقاد به خدا، باورهای توحیدی، توکل به خداوند و اعتقاد به معاد موجب می‌شود فرد در برابر نامایمات صبور باشد و آن را تحت قدرت باری تعالی بداند و باغث افزایش کیفیت زندگی وی شود. از سوی دیگر مذهب با هدف قرار دادن باورهای شناختی فرد، افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد که موجب افزایش کیفیت زندگی وی می‌شود.

همچنین، همان‌طور که در جدول ۵ آمده است، نتایج نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی کلی و شادکامی و جهت‌گیری مذهبی درونی، با شادکامی رابطه مثبت وجود دارد. نتایج این پژوهش، با تحقیقات سلینگمن (۲۰۰۰)، آرگیل (۲۰۰۱)، روحانی و معنوی‌پور (۱۳۸۷)، آزموده و همکاران (۱۳۸۶)، لویس و کرویس (۲۰۰۶)، فرانسیس و همکاران (۲۰۰۰) و... همخوانی دارد. در تبیین این موضوع، چنانکه ویلیام جیمز بیان کرده است، چنانچه احساسات مذهبی در زندگی باشد، نیروی روز افزونی در کار و زندگی او وارد می‌کند و هیجان و شور زندگی را زنده نگه می‌دارد. در نتیجه، احساسات مذهبی مانع از آن می‌شود که انسان در کلیه مراحل زندگی خود دچار ناامیدی شود و همیشه شوق به زندگی در او پایدار باشد و موجب ایجاد شادکامی در انسان شود. داشتن هدف‌های مذهبی، هدفمند بودن زندگی و عشق و علاقه به خدا، یکی از راه‌های اصلی برای رسیدن به شادکامی است. بنابراین، به این نتیجه می‌رسیم که ممکن است در زندگی شادکامی و نشاط موقتی وجود داشته باشد، اما اگر این نشاط همراه با ایمان به خداوند و اطاعت از فرامین او همراه گردد، این شادکامی دائمی خواهد بود و رضایت‌مندی مادی و معنوی را دربر خواهد گرفت (جمالی و عباسی، ۱۳۹۱).

روشن است که انجام هر پژوهش، به‌ویژه در حوزه علوم انسانی، که مخاطبان افرادی با ویژگی‌های منحصر به فرد هستند، با محدودیت‌ها و موانعی همراه است. این پژوهش نیز از این محدودیت‌ها و موانع مواجه است. این پژوهش، تحقیقی مقطعی می‌باشد که در یک دوره زمانی خاص شرکت‌کنندگان را مورد بررسی قرار داده است. این امر، نتیجه‌گیری کلی را دشوار می‌سازد. از آنجاکه جامعه آماری این پژوهش، دانشجویان رازی کرمانشاه است، تعمیم نتایج به سایر دانشجویان در دانشگاه‌های دیگر، باید با احتیاط صورت گیرد. مذهب و اعمال مذهبی و دینی، از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده احساس شادکامی است. از این رو، متولیان امور آموزش کشور، به هدف اینکه دانش‌آموزان و دانشجویان شادکام‌تر تربیت کنند، پیشنهاد می‌شود که همسو با برنامه‌های آموزشی خود، برنامه‌های مذهبی و دینی و معنوی بیشتری را در برنامه‌های خود بگنجانند. پیشنهاد می‌شود متغیرهای پژوهش و روابط بین آنها در دوره‌های زمانی مختلف مورد بررسی قرار گرفته، با یکدیگر مقایسه شوند تا با اطمینان بیشتری به نتیجه‌گیری و تعمیم درباره یافته‌ها پردازیم. علاوه بر استفاده از پرسش‌نامه خود گزارشی، از روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات استفاده شود. همچنین به بررسی کردن ویژگی‌های شخصیتی، شناختی، هیجانی و دیگر متغیرهای روان‌شناختی در بین این دانشجویان پرداخته شود.

منابع

- آزموده، پیمان و همکاران، ۱۳۸۶، «بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی در بین دانشجویان»، *روان‌شناسی*، ش ۱، ص ۶۰-۷۴.
- بالجانی، اسفندیار و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی ارتباط بین مذهب، سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان»، *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی مشهد*، دوره اول، ش ۱، ص ۵۱-۶۲.
- برنا، محمدرضا و کریم سواری، ۱۳۸۹، «ارتباط ساده و چندگانه نگرش‌های مذهبی، سلامت روانی، رضایت از زندگی و عزت نفس با احساس شادکامی در بین دانشجویان»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ش ۴، ص ۷۶-۸۷.
- بهرامی، فاضل، ۱۳۸۴، «نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان»، *فصلنامه توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی*، سال ششم، ش ۱، ص ۴۲-۴۷.
- پیراسته مطلق، علی‌اکبر و زهرا نیک‌منش، ۱۳۹۱، «نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، دوره بیستم، ش ۵، ص ۵۷۱-۵۸۱.
- ترخان، مرتضی، ۱۳۹۰، «اثربخشی درمان بین گروهی کوتاه مدت بر بهزیستی روانی کیفیت زندگی همسران افراد معتاد»، *روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن*، ش ۱، ص ۲۳-۳۶.
- جان‌بزرگی، مسعود و کاظم علی‌محمدی، ۱۳۸۷، «بررسی رابطه میان شادکامی با جهت‌گیری مذهبی و شادکامی روان‌شناختی و افسردگی در دانش‌پژوهان مؤسسه آموزش پژوهشی امام خمینی قم در سال تحصیلی ۸۵-۸۶»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۲، ص ۱۳۱-۱۴۶.
- جعفری، علیرضا، ۱۳۸۹، «بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با شیوه‌های مقابله با استرس»، *علوم رفتاری*، ش ۱، ص ۹۱-۱۱۴.
- جمالی، طیبه و رضوان عباسی، ۱۳۹۱، «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و شادکامی در دانشجویان دانشگاه پیام‌نور»، در: *کنگره بین‌المللی فرهنگ و اندیشه دینی*، ص ۱-۱۰.
- حسینیان، سیمین و همکاران، ۱۳۹۰، «پیش‌بینی کیفیت زندگی معلمان زن براساس هوش هیجانی و هوش معنوی»، *دوره سوم، مشاوره شغلی سازمانی*، ش ۹، ص ۴۲-۶۰.
- رضایی آدریانی، مرتضی و همکاران، ۱۳۸۶، «مقایسه میزان افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی دانشجویان دختر و پسر مقیم خوابگاه‌های دانشجویی»، *مجله پژوهش پرستاری*، ش ۲، ص ۳۴-۳۶.
- رضزانی، علیرضا و عباس نظریان مادوانی، ۱۳۹۲، «ارتباط بین هوش هیجانی، آمادگی جسمانی و کیفیت زندگی دانشجویان»، *پژوهش‌های کاربردی در مدیریت ورزشی*، ش ۲، ص ۸۵-۹۲.
- روحانی، عباس و داود معنوی‌پور، ۱۳۸۷، «رابطه عمل به باور دینی با شادکامی و رضایت زناشویی در دانشگاه آزاد واحد مبارکه»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ش ۳۵ و ۳۶، ص ۱۸-۲۰۶.
- صحراپیان، علی و همکاران، ۱۳۸۹، «رابطه نگرش مذهبی و شادکامی در بین دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز»، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی واحد گناباد*، ش ۱، ص ۶۹-۷۵.

- علی‌پور، احمد و ناهید نوری، ۱۳۹۰، «بررسی پایایی و روایی مقیاس افسردگی - شادکامی»، *اصول بهداشت روانی*، ش ۳۱ و ۳۲، ص ۶۴-۸۹
- عنایتی‌نوبین‌فرد، علی و ابوذر حیدری‌رفعت، ۱۳۸۹، «رابطه نگرش دینی و شادکامی در بین دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس»، *روان‌شناسی دین*، ش ۴، ص ۶۱-۷۲.
- کجباف، محمداقبر و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی تأثیر آموزش شادکامی بر کیفیت زندگی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان»، *خانواده پژوهی*، سال هفتم، ش ۲۵، ص ۶۹-۸۱.
- Allport, G. W, & Ross, J. M, 1967, Personal religious orientation and prejudice, *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 5, p. 432-433.
- Argle, M, 2001, *The psychology of happiness*, Routledge.
- Canda, & et al, 2006, Active coping mediate the associator between religon spirituality and quality of life in ovarian cancer, *Gynecologyiconcologycon lin*, v. 101, p. 102-107.
- Diener, E, 2000, Subjective well-being the science of happiness and a personal for national index-American psychologist, v. 55, p. 34-43.
- Francis, L J, & et al, 2000, Religiosity and happiness: During adolescence, young adulthood, and later life, *Journal of Psychology & Christianity*, v. 19, p. 245-257.
- Holder, & et al, 2008, Spirituality, Religiousness, and Happiness in Children Aged 8-12 Years.
- Huang, C.Y, & et al, 2011, An exploratory study of religious involvement as amoderatorbetween anxiety, depressive symptoms and quality of life outcomes of older adults, *Journal of Clinical Nursing*, v. 21, p. 609-619. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03412.x>.
- Iengelhart, R, 2000, *Culture shift in advanced industrial society*, Princeon, NJ:Prenceton University press.
- Kaufman, J, C, & Sternberg, R, J, 2001, Human ability, *Annual review of psychology*, v. 49, p. 479-502.
- Kim, Y. M, & et al, 2004, Spirituality and affect, Afuction of changes in religieuse affiliation, *Journal of family psychology*, v. 13, p. 3-17.
- Lauder,W, & et al, 2006, Socialcapital, age and religiosity in people who are lonely, 334-340.<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01192.x>.
- Lehto, S, & et al, 2005, Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patient, *Annals of oncology*, v. 16, p. 805-816.
- Lengelhart, R, 1990, *Culture shift in advanced industrial society*. Princeon, NJ:Prenceton University press.
- Lewis ,C, & Cruise, S, 2006, Religion and happiness: Consensus, contradictions, comments and concerns, *Mental Health, Religion & Culture*, v. 9 (3), p. 213-225.
- Mahoney, A, & Others, 2002, Marriage and the spiritual realm: the role of proimal and distal religious. constructs in marital functioning, *Journal of family psychology*, v. 13, n. 3 (17), p. 100-115.
- Malkina-Pskh, I. G, & Pykh, y. Q. A, 2000, Quality -of-life in catorsat dirfent scales: the orical background, *Ecological Indicators*, v. 8, p. 854-862.

- Michalos, A. (2007). Education, happiness & well-being. Paper written for the international conference on is happiness measurable and what do these measures mean for publicpolicy? At rom, 2-3. April 2007, University of romtor vergate.
- Peters, Y, & et al, 2008, Predictors of quality of life: Aquantiative investigation of the stress-coping model in children.
- Phillips, D, & et al, 2014, The Relationship between Religious Orientation and Coping Styles among Older Adults and Young Adults, *Journal of Psychology and Behavioral Science*, v. 2, N. 1, p. 29-43.
- Rahimy M, & Khayer, M, 2007, The pattern of communication and quality of life for high school students in Shiraz, *Journal of Educational Studies and Psychology University of Mashhad*, v. 1, p. 5-25.
- Seligman, M. E. P, & Csikszentmihaly, M, 2000, Ppsitive psychology: An introduction, *American psychologist*, v. 55, p. 5-14.
- Sligman, M, 2000, *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*, New York: ferr press.

ملخص المقالات

تصميم اختبار أولي لمهارة حل المسألة اعتماداً على المصادر الإسلامية والتحقق من صحتها

محمد رضا أحمدي / أستاذ مساعد في قسم علم النفس بمؤسسة الإمام الخميني عليه السلام للتعليم والبحث
رحيم ميردريكوندي / أستاذ مساعد في قسم علم النفس بمؤسسة الإمام الخميني عليه السلام للتعليم والبحث
جعفر علي غلي الفيروزجاني / طالب دكتوراه في فرع القرآن وعلم النفس بجامعة المصطفى العالمية

jafaraligoli@gmail.com

الوصول: ١٨ شعبان ١٤٣٥ - القبول: ٢٥ محرم ١٤٣٦

الملخص

كتبت سطور هذه المقالة في محاولة لتصميم اختبار أولي لمهارة حل المسألة اعتماداً على المبادئ النظرية للإسلام. أما عينة البحث، فقد شملت مائة طالب من بين طلاب العلوم الدينية حيث اختيروا من خلال الأسلوب العشوائي - الطبقي لأخذ العينات، كما تعتمد المقالة على منهج تحليل المحتوى والمنهج المسحي. أما هيكل المتغيرات التي استنبطناها لحل المسألة في ضوء استقصاء المصادر الإسلامية، فيتمثل في: السيطرة على الإثارات، والتعرف على المسألة والتعريف بها، ومعرفة الأهداف والعقبات التي تحول دون تحقيقها، والاستشارة والتفكير المبدع، ومهارة صنع القرار، والتوكّل والتوسّل، وتقييم عملية حلّ المسألة، وعدم فاعلية الأساليب التجنّبية والمتسرّعة، والإيمان بالإمتحان والأبتلاء الإلهي أو الاعتقاد بكون المسائل تحدياً، والتفاوض والتشاور. أما النتائج المتحصّلة بالاعتماد على اختبار مقياس ليكرت متعدد الخيارات تدلّ على صحّة هذا الهيكل بمعدّل يساوي $3/62$ وبتباين يعادل $0/2$. كما تشير النتائج إلى ترابط يعادل $0/88$ وإلى دلالة إحصائية تساوي $0/01$. إنّ ثبات الاختبار الذي حصلنا عليه من خلال دراسة مدى الاتساق الداخلي للاختبار باستخدام معامل ألفا كرونباخ يساوي $0/96$. كما أنّ معامل التجزئة النصفية للجزئين يساوي $0/93$ و $0/95$ ، ممّا يدلّ على أنّ الاختبار يحظى بمصدقية وثبات مطلوبيين.

كلمات مفتاحية: حلّ المسألة، الهيكل الإسلامي، المهارة، الاختبار، المصدقية والصحة.

مقارنة فاعلية التدخل الإسلامي بالعلاج المعرفي-السلوكي المتطور في رفع مستوى الرضا الزوجي بين الزوجين

محمد رضا سالاري فر / أستاذ مساعد في قسم علم النفس بمركز بحوث الحوزة والجامعة

msalarifar@rihu.ac.ir

السيد جلال يونسى / أستاذ مساعد في جامعة الرعاية الإجتماعية بطهران

محمد حسين شريفى نيا / أستاذ مساعد في قسم علم النفس بمركز بحوث الحوزة والجامعة

حميد رضا حسن آبادى / أستاذ مساعد في قسم العلوم التربوية بجامعة الخوارزمي

الوصول: ٥ صفر ١٤٣٦ - القبول: ٩ رجب ١٤٣٦

الملخص

جاءت المقالة التي بين يدي القارئ الكريم لهدف مقارنة مدى فاعلية التدخل الإسلامي في العلاج الزوجي بالعلاج الزوجي المعرفي-السلوكي المتطور في رفع مستوى الرضا الزوجي عند الزوجين، فقد تم تدوين أسلوب العلاج الزوجي الإسلامي اعتماداً على المنهج الاجتهادي الراجح في العلوم الإسلامية، في حين أن الأسلوب "المعرفي-السلوكي" يستنبط من آثار إِبِشْتائين وباكوم. استخدم الباحثون "اختبار تحليل التباين للقياسات المتكررة" من أجل مقارنة الأسلوبين من الناحية الإحصائية. وعُرض أسلوب العلاج الزوجي الإسلامي في خمسة أقسام هي: التدخل المعرفي، والعاطفي، والسلوكي، والبنوي (كتوزيع السلطة، وحقوق الزوجين، وحدودهما على أساس الفقه الإسلامي)، والمعنوي (كالنصائح الاعتقادية، والأخلاقية، والعبادية). كما تدلّ الدراسات الإحصائية على أن كلا الأسلوبين له أثر كبير وذو دلالة إحصائية في رفع مستوى الرضا الزوجي عند الزوجين؛ ولكن لم يكن هناك أيّ اختلاف ملحوظ بين فاعلية الأسلوبين. ناهيك عن أنّ المقاييس الفرعية كالملائمة الشخصية، والعلاقات الزوجية، والتعارض، وأوقات الفراغ تؤثر تأثيراً ملحوظاً في مدى فاعلية الأسلوبين دون أن يكون هناك اختلاف ملحوظ بينهما.

كلمات مفتاحية: العلاج الزوجي الإسلامي، الأسلوب المعرفي-السلوكي المتطور، الرضا الزوجي.

النمط الإسلامي للعلاج النفسي / التعليم المرتكز على تحسين جودة الحياة

mseifi79@gmail.com

محمد ياسين سيفي غندمانى / مدرس في قسم علم النفس بجامعة بيام نور

مسعود جان يزرغى / أستاذ مشارك في قسم علم النفس بمركز بحوث الحوزة والجامعة

أحمد عليبور / أستاذ في قسم علم النفس بجامعة بيام نور

مهناز على أكبرى الدهكردي / أستاذة مشاركة في قسم علم النفس بجامعة بيام نور

الوصول: ٢١ ذى القعدة ١٤٣٥ - القبول: ١٧ جمادى الأولى ١٤٣٦

الملخص

يهدف العلاج النفسي أو بعبارة أخرى التعليم المرتكز على جودة الحياة إلى رفع مستوى الغنى النفسى، والسعادة النفسية والرفق بمستوى الرضا عن الحياة. وجاءت المقالة التى بين يدي القارئ الكريم لهدف تصميم النمط الإسلامى للعلاج النفسى الذى يرتكز على جودة الحياة ويستخدم نموذج CASIO الخماسى الاتجاه لرفع مستوى الجودة فى جميع مجالات الحياة. فتدل نتائج الدراسة على أن العلاج النفسى أو التعليم المرتكز على جودة الحياة يمهد الأرضية لرفع مستوى جودة الحياة، والرضا عنها، والرفاهية للإنسان من خلال تغيير رؤى الشخص فى ضوء الاتجاه التوحيدى (A)، وتغيير معايير الحياة فى كل صعيد من أصعدة الحياة فى ضوء الاتجاه التوحيدى (S)، وتغيير أولوياته فى الحياة واختيار الأولويات التوحيدية (I)، والتركيز على الجوانب المغفول عنها فى الحياة (O)، وفى المرحلة الأخيرة من خلال تنسيق هذه الجوانب المغفول عنها مع الحقائق التوحيدية.

كلمات مفتاحية: العلاج النفسى، جودة الحياة، علم النفس الإيجابى، الإسلام، الحقائق التوحيدية.

علاقة نمط الحياة الإسلامي بالصحة النفسية ومدى التحمل النفسى عند طلاب جامعة كاشان

على حسين زاده / أستاذ مساعد فى قسم المعارف الإسلامية بجامعة كاشان

فريبرز صديقى أرفعى / أستاذ مشارك فى قسم علم النفس بجامعة كاشان

على يزد خواستى / أستاذ مساعد فى قسم العلوم التربوية بجامعة كاشان

mnornajafabadi@yahoo.com

محمد نور محمدى نجف آبادى / ماجستير علم النفس التربوى بجامعة كاشان

الوصول: ٧ رمضان ١٤٣٥ - القبول: ٣ ربيع الاول ١٤٣٦

الملخص

تهدف هذه المقالة إلى دراسة العلاقة بين نمط الحياة الإسلامى وبين الصحة النفسية ومدى التحمل النفسى عند طلاب جامعة كاشان. أمّا المجموعة الإحصائية للدراسة، فقد شملت ٣٦٤ طالباً من طلاب جامعة كاشان الذين تمّ اختيارهم عبر المنهج العنقودى لأخذ العينات. استخدم الباحثون استبيان نمط الحياة الإسلامية لكاويانى ILST واستبيان الصحة النفسية GHQ-28 واستبيان التحمل النفسى لكونور وديفيدسون CD-RIS لجمع البيانات، ومن ثمّ قاموا بتحليلها من خلال اختبار تحليل الانحدار. أمّا نتائج الدراسة، فتدلّ على أنّ هناك علاقة ملحوظة وذات دلالة إحصائية بين نمط الحياة الإسلامى وبين الصحة النفسية ومدى التحمل النفسى عند طلاب جامعة كاشان. كما كشفت نتائج بعض الفرضيات الفرعية للدراسة عن وجود علاقة بين نمط الحياة الإسلامى، والصحة النفسية، ومدى التحمل عند الطلاب وبين جنسهم. ناهيك عن أنّ هناك علاقة ملحوظة وذات دلالة إحصائية بين المؤشرات الثلاثة المذكورة آنفاً وبين كون هؤلاء الطلاب متزوجين أو عدم كونهم متزوجين، ولذلك، فيمكن القول فى ضوء نتائج هذه الدراسة: إنّ نمط الحياة الإسلامى يسبّب رفع مستوى الصحة النفسية وزيادة مدى التحمل النفسى عند الطلاب.

كلمات مفتاحية: نمط الحياة الإسلامى، الصحة النفسية، التحمل النفسى، شجرة نمط الحياة، الطلاب.

علاقة الذكاء المعنوى والذكاء العاطفى بالكفاءة الذاتية عند طُلاب جامعة آزاد الإسلامية-فرع دزفول

noorisamarin@yahoo.com

شهram نورى ثمرين / عضو الهيئة العلمية لجامعة آزاد الإسلامى-فرع دزفول

الوصول: ٢٣ رمضان ١٤٣٥ - القبول: ١٨ ربيع الاول ١٤٣٦

الملخص

تهدف هذه المقالة إلى دراسة علاقة الذكاء المعنوى والذكاء العاطفى بالكفاءة الذاتية عند طُلاب جامعة آزاد الإسلامية-فرع دزفول. وتعد هذه الدراسة من نوع الوصفى الترابطى. أما المجموعة الإحصائية للدراسة، فقد شملت ٣٤٠ شخصاً، حيث اختيروا وفق المنهج العشوائى فى عدة مراحل. استخدم الباحثان استبيان الذكاء المعنوى، والذكاء العاطفى، والكفاءة الذاتية العامة لجمع البيانات، فاعتمد على اختبار معامل الترابط لبيرسون، واختبار تحليل الانحدار المتدرج، واختبار تحليل التباين المتعدد المتغيرات لتحليلها. فتشير نتائج الدراسة إلى أن للذكاء المعنوى علاقة إيجابية وذات دلالة إحصائية بالكفاءة الذاتية. كما أن هناك علاقة إيجابية وملحوظة بين الذكاء العاطفى ومؤشراته الأربعة وهى: الوعى الذاتى، وضبط النفس، والمهارات الاجتماعية، والتحفيز الذاتى وبين الكفاءة الذاتية. إضافة إلى ذلك، فإن مؤشرى ضبط النفس والمهارات الاجتماعية لهما علاقة إيجابية وملحوظة بالذكاء المعنوى، وفى الحين نفسه لم تكن علاقة ذات دلالة إحصائية بين مؤشرى الذكاء المعنوى والذكاء العاطفى. فتدلّ نتائج تحليل الانحدار على أن مؤشرات الوعى الذاتى، وضبط النفس، والتفكير الذاتى الانتقادى، والمهارات الاجتماعية، وصناعة المعانى من أفضل المؤشرات المتنبئة بالكفاءة الذاتية وعلى أن هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية بين البنات والبنين من ناحية التقمص العاطفى وضبط النفس.

كلمات مفتاحية: الذكاء المعنوى، الذكاء العاطفى، الكفاءة الذاتية.

دراسة في علاقة التدوين، والذكاء المعنوي، والعمو بالتكيف الاجتماعي بين طلاب السنة الأولى في الجامعات.

f.michaeli.manee@gmail.com

كفرزانه ميكائيلي منيع / أستاذة مشاركة في فرع علم النفس التربوي بجامعة أرومية

زينب بابايي / ماجستير علم النفس التربوي بجامعة أرومية.

محمد حسني / أستاذ مشارك في قسم الإدارة التعليمية بجامعة أرومية

الوصول: ٢٣ رمضان ١٤٣٥ - القبول: ٢٦ صفر ١٤٣٦

الملخص

تهدف هذه المقالة إلى دراسة علاقة الذكاء المعنوي، والتدين، والعمو بالتكيف الاجتماعي عند طلاب السنة الأولى في الجامعات. أما عيّنات البحث، فقد شملت ٣٢٧ طالباً من بين طلاب السنة الأولى لمرحلة البكالوريوس بجامعة أرومية، حيث تمّ اختيارهم عبر المنهج "العشوائي العنقودي" لأخذ العيّنات. استخدم الباحثون استبيان "القياس البصري" لسراج زاده، واستبيان "قياس الذكاء المعنوي" لبديع وزملائه، واستبيان "قياس العمو" لوالكر وغارسوخ، واستبيان "قياس التكيف الاجتماعي" لبيكر وسيريياك من أجل جمع البيانات، كما اعتمدوا على اختبار معامل الترابط لبيرسون واختبار تحليل الانحدار الهرمي لتحليل البيانات المتحصّلة. فتدلّ نتائج الدراسة على أنّ هناك علاقة إيجابية وذات دلالة إحصائية بين الذكاء المعنوي، والتدين، والعمو ومؤشراتهما وبين التكيف الاجتماعي وبإمكانها تفسير التكيف الاجتماعي وتنبؤه ($R^2=0/37$) و ($P=0/01$). عليه، فيمكن أن نستنتج أنّ متغيّرات التدين، والذكاء المعنوي، والعمو تؤدّي دوراً حاسماً في توافق طلاب السنة الأولى مع البيئة السائدة على الجامعة ومشاكلها. لذلك، فيمكن تصميم برنامج ناجح لرفع مستوى التكيف الاجتماعي من خلال التركيز على المتغيّرات المتنبّئة لهذه الدراسة.

كلمات مفتاحية: طلاب السنة الأولى في الجامعة، التدين، الذكاء المعنوي، العمو، التكيف الاجتماعي.

دراسة فى علاقة التوجه الدينى بالبهجة وجودة الحياة

على رضا رشيدى / أستاذ مساعد فى فرع الفلسفة والتربية والتعليم بجامعة رازى فى مدينة كرمانشاه.

فاطمة ملك محمدي / ماجستير استشارة الأسرة من جامعة شهيد جمران بأهواز.

sarasharif930@yahoo.com

سارا شريفى / ماجستير استشارة الأسرة من جامعة شهيد جمران بأهواز

الوصول: ١٣ رمضان ١٤٣٥ - القبول: ٢٢ صفر ١٤٣٦

الملخص

جاءت المقالة التى بين يدى القارئ الكريم لهدف دراسة العلاقة بين التوجه الدينى وبين البهجة وجودة الحياة عند طلاب جامعة رازى بكرمانشاه. واختير ٣٧٣ شخصاً (بما فيهم ١٩٤ طالبةً و١٧٩ طالباً) كعينات البحث وفق المنهج العشوائى. قام الباحثون بجمع البيانات من خلال مقياس التوجه الدينى لآلبورت (ROS)، واستبيان البهجة لأكسفورد (OHI)، واستبيان جودة الحياة، حيث استخدموا معامل الارتباط البسيط لبيرسون واختبار تحليل الانحدار المتعدد لتحليل البيانات المتحصلة. فنذلت النتائج على وجود علاقة إيجابية بين التوجه الدينى الذاتى وجودة الحياة والبهجة، كما تشير النتائج إلى وجود علاقة ملحوظة وذات دلالة إحصائية بين التوجه الدينى العام وجودة الحياة، وفى الوقت نفسه لا توجد أى علاقة ملحوظة بين التوجه الدينى الخارجى وبين البهجة وجودة الحياة من الناحية الإحصائية، وعليه، فيمكن القول: إن الذين يتمتعون بالتوجه الدينى الذاتى يحظون بطبيعة الحال - بمستوى أرفع من البهجة وجودة الحياة.

كلمات مفتاحية: التوجه الدينى، البهجة، جودة الحياة.

The Relationship of Religious Orientation with Happiness and Quality of Life

Ali Reza Rashidi/ Assistant professor of philosophy and education, Razi University, Kermanshah

Fatemeh Malek Mohammadi/ MA student of Family counseling, Shahid Chamran University, Ahvaz

✉ **Sara Sharifi**/ MA student of Family counseling, Shahid Chamran University, Ahvaz

sarasharifi930@yahoo.com

Received: 2014/07/12 - Accepted: 2014/12/16

Abstract

This study aims to investigate the relationship of religious orientation with happiness and quality of life among the students of Razi University in Kermanshah. 373 students (194 females and 179 males) were randomly chosen by using a sampling method. The data were collected from Alport's Religious Orientation Scale (ROS), Oxford Happiness Inventory (OHI) and the questionnaire about quality of life, and simple correlation coefficient and Multiple Regression were used for analyzing the data. The findings show that the relationship of interior religious orientation with quality of life and happiness is positive, and the relationship of general religious orientation with happiness and quality of life is positive and significant. But, statistically, the relationship of outer religious orientation with happiness and quality of life is not significant. Therefore, we can say that the happiness and quality of life of those with inner religious orientation is greater.

Key words: religious orientation, happiness, quality of life.

The Relationship of Religiosity, Spiritual Intelligence and Forgiveness with Social Harmony among First Year Students

✉ **Farzaneh Mikaeili Mani** / Associate professor of educational psychology, Uromiyeh University
f.michaeli.manee@gmail.com

Zaynab Babai / MA student of educational psychology, Uromiyeh University

Muhammad Hassani / Associate professor of educational management, Uromiyeh University

Received: 2014/07/22 - Accepted: 2014/12/20

Abstract

This research aims to investigate the relationship of spiritual intelligence, religiosity and forgiveness with social harmony among first year students. The sample consists of 327 BA students who were randomly chosen by cluster sampling form among first year student in Uroomiya University. Seraj Zadeh's "religiosity scale" Badi'a and colleagues' "measure of spiritual intelligence" Walker and Gorsuch's, "forgiveness scale", and Baker and Siryk's "measure of social harmony scale were used for collecting the data. Correlation Coefficient and Hierarchical Regression were used for analyzing the data. The results of this paper show that spiritual intelligence, religiosity, forgiveness and their components have a significant relationship with social harmony, and they can predict and explain social harmony ($P=0.01$ and $R^2= 0.37$). Therefore, we can conclude that the variables of religiosity, spiritual intelligence and forgiveness have a decisive role in ensuring conformity between first year students and university environment, and its affairs and problems. Hence, concentration on the predicting variables of this research can contribute to developing efficient programs for promoting social harmony.

Key words: first year students, religiosity, spiritual intelligence, forgiveness, social harmony.

The Relationship of Spiritual Intelligence and Emotional Intelligence with Self Efficacy among the Students of Dezful Islamic Azad University

Shahram Nouri Samarin/ Faculty member of Islamic Azad University of Dezful

noorisamarin@yahoo.com

Received: 2014/07/22 - **Accepted:** 2015/01/10

Abstract

This research aims to investigate the relationship of spiritual intelligence and emotional intelligence with self-efficacy among the students of Dezful Islamic Azad University. The population sample consists of 340 students who were randomly chosen by using a multi-stage method. A questionnaire about spiritual intelligence, emotional and general self-efficacy was used for collecting the data. The data Pearson's correlation coefficient, step-by step Regression and multi-variable variance were used for analyzing the data. The results show that spiritual intelligence has a positive and significant relationship with self-efficacy. Emotional intelligence and its four elements (self-awareness, self-control, social skills, and self-motivation) have a positive and significant relationship with self-efficacy. Similarly the components of self-control and social skills have a positive and significant relationship with spiritual intelligence, but no significant relationship is detected between the components of spiritual intelligence and emotional intelligence. The results of Regression analysis shows that self-awareness, self-control, critical existential thought, social skills, and personal meaning-making, respectively, are the best predictors of self-efficacy, and there is a significant difference between males and females in terms of empathy and self-control.

Key words: spiritual intelligence, emotional intelligence, self-efficacy.

The Relationship of Islamic Lifestyle with Mental Health and Degree of Resilience among Kashan University Students

Ali Hossein Zadeh/ Assistant professor of Islamic thought department, Kashan University

Fariborz Sedighi Arfa'i/ Associate professor of psychology department, Kashan University

Ali Yazd Khasti/ Assistant professor of education department, Kashan University

✉ **Mohammad Noor Mohammadi Najaf Abadi**/ MA student of educational psychology, Kashan University
mnornajafabadi@yahoo.com

Received: 2014/07/06 - Accepted: 2014/12/26

Abstract

The aim of this research is to investigate the relationship of Islamic lifestyle with mental health and degree of resilience among Kashan University students. The population sample consists of 364 students who were chosen by using a cluster sampling method. Kaviani's lifestyle test ILST, a questionnaire about good mental health GHQ-28 and Conner and Davidson's questionnaire about Resilience CD-RIS were used in this survey. Regression Analysis was used for analyzing the data. The findings of research show that there is a significant relationship between Islamic lifestyle of Kashan University students and their mental health and degree of resilience. Also, the results of the particular propositions of this research show that there is relationship between the students' Islamic lifestyle, mental health and degree of resilience and their sex. On the other hand, a significant relationship is detected between the students' Islamic lifestyle, mental health and degree of resilience and their marital status. Considering the results of this research, we can conclude that Islamic lifestyle contributes to the promotion of the students' mental health and degree of resilience.

Key words: Islamic lifestyle, mental health, resilience, pedigree lifestyle, students.

The Relationship of Devotion to God with Sanity and Aim in Life among Male Students

✉ **Manijheh Ehya' Konandeh**/ PhD student of educational psychology, Shiraz University

mannizheheyakonandeh@yahoo.com

Mohammad Mazidi Sharaf Abadi/ Associate professor of Education Principles, college of Education and psychology, Shiraz University

Received: 2014/09/03 - **Accepted:** 2014/12/02

Abstract

This research aims to investigate the role of devotion to God in university students' sanity and aim in life. The research is of correlative kind and the population sample consists of all the BA male students of Behbahan Islamic Azad University. 172 students were chosen for this survey through a staged cluster sampling method. A questionnaire on devotion to God, a questionnaire on public health and a questionnaire on the aim in life were used in this survey. The data were analyzed by Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis. The results of Pearson's correlation coefficient showed that there is a significant relationship between students' devotion to God, on one hand, and their sanity and aim in life on the other. Furthermore, the results of the simultaneous regression analysis show that 17 percent of the variance in mental health and 29% of the variance in the aim in life are explained by the variable of attachment to God.

Key words: attachment to God, mental health, aim in life, students.

The Islamic Pattern of Psychotherapy/ Education Centered on Improving the Quality of Life

✉ **Mohammad Yasin Seifi Gandomani**/ instructor of psychology department, Payame Noor University
mseifi79@gmail.com

Masood Jan Bozorgi/ associate professor of psychology department, Hawzah and University research center

Ahmad Alipor/ professor of psychology department, Payame Noor University

Mahnaz Ali Akbari Dehkordi/ associate professor of psychology department, Payame Noor University

Received: 2014/09/17 - Accepted: 2015/03/09

Abstract

The psychotherapy/ education based on the quality of life is intended to increase essential richness and psychological wellbeing and promote one's contentment in life. Using a descriptive analytical method, this research aims at providing an Islamic pattern of psychotherapy based on the quality of life. The psychotherapy based on the quality of life uses the five-way CASIO model for promoting all aspects of life. The findings of this research show that the Islamic pattern of psychotherapy/ education based on improving the quality of life contributes to promoting one's quality of life, contentment and happiness by orientating individual views towards monotheism(A), orientating the standards of living in every aspect of life towards monotheism (S), changing one's priorities in life, adopting the monotheistic order of priorities(I), concentrating on the neglected aspects of life(O) and, finally, coordinating them with the monotheistic realities.

Key words: psychotherapy, quality of life, positive psychology, Islam, monotheistic realities.

A Comparison between the Islamic Interventions and Developed Cognitive-Behavioral Therapy and Their Effects on Increasing the Couples' Marital Satisfaction

✦ **Mohammad Reza Salarifar**/ Assistant professor of psychology department, Hawzah and University research center msalarifar@rihu.ac.ir

Seyyed Jalal Yunesi/ Assistant professor of Tehran welfare sciences University

Mohammad Hossein Sharifiniya/ Assistant professor of psychology, Hawzah and University research center

Hamid Reza Hassan Abadi/ Assistant professor of education, Kharazmi University

Received: 2014/11/29 - Accepted: 2015/04/29

Abstract

This research seeks to compare between the effects of Islamic interventions in couple therapy and that of the developed cognitive-behavioral couple therapy on increasing the couples' marital satisfaction. Islamic couple therapy is based on the method of independent judgment which is used in the Islamic sciences. The cognitive-behavioral method is drawn from the works of Epstein and Baucom. In the statistical comparison between the two approaches, the analysis-based test of "frequent variance or related measures" was used. The Islamic couple therapy consists of the five sections: cognitive, emotional, behavioral, structural interventions (power distribution, conjugal rights and limits according to Islamic fiqh) and spiritual interventions (doctrinal, moral and ritual instructions). The statistical investigation shows that both methods have significant effects on increasing the couples' marital satisfaction but no significant differences are detected between the efficiency of each of the two methods. Similarly, the sub-scales of personality adaptation, marital relations, conflict, and leisure time have significant change in the two methods but no significant difference is detected between the two methods.

Key words: Islamic couple therapy, developed cognitive-behavioral method, marital satisfaction.

Abstracts

Developing and Assessing the Validity of the Initial Test on Problem-Solving Skill on the Basis of Islamic Sources

Mohammad Reza Ahmadi / Assistant professor of psychology department, IKI

Rahim Mir Derikvandi / Assistant professor of psychology department, IKI

✉ **Ja'far Ali Goli Firozjai** / PhD student of the Qur'an and psychology, Al-Mustafa International University
jafaraligoli@gmail.com

Received: 2014/06/17 - Accepted: 2014/11/19

Abstract

This research aims at developing an initial test on problem-solving skill based on theoretical Islamic principles. A content analysis method and scaling method are used in this research in which 100 people were randomly chosen from among religious students. The structure of the variables for problem-solving drawn from Islamic sources is based on controlling excitement, identifying and defining the problem, recognizing the aims and impediments, creative thought and counselling, decision-making, trust and supplication, evaluating the process of inefficient, hasty and rejected styles, belief in testing or considering problems as threats and optimism or pessimism. Religious scholars and psychologists see that, the validity of this structure is calculated according to Likert Scale multiple choice with the overall average of 3.62 and variance of ./2. The research result shown that the average of validity of the statements is 3.51, the variance is 0.37, the correlation is 0.88 and the significance is 0.01. The validity of test was known as a result of investigating the identity of questionnaires with Cronbach's alpha coefficient at 0.96 level. Half-splitting, gives the two halves a validity of 0.93 and 0.95, which confirms the great reliability and validity of this test.

Key words: problem-solving, Islamic structure, skill, test, reliability and validity.

Table of Contents

Developing and Assessing the Validity of the Initial Test on Problem-Solving Skill on the Basis of Islamic Sources / Mohammad Reza Ahmadi / Rahim Mir Derikvandi / Ja'far Ali Goli Firozjai 5

A Comparison between the Islamic Interventions and Developed Cognitive-Behavioral Therapy and Their Effects on Increasing the Couples' Marital Satisfaction / Mohammad Reza Salarifar / Seyyed Jalal Yunesi / Mohammad Hossein Sharifiniya / Hamid Reza Hassan Abadi 27

The Islamic Pattern of Psychotherapy/ Education Centered on Improving the Quality of Life / Mohammad Yasin Seifi Gandomani / Masood Jan Bozorgi / Ahmad Alipor / Mahnaz Ali Akbari Dehkordi 51

The Relationship of Devotion to God with Sanity and Aim in Life among Male Students / Manijeh Ehya' Konandeh / Mohammad Mazidi Sharaf Abadi 69

The Relationship of Islamic Lifestyle with Mental Health and Degree of Resilience among Kashan University Students / Ali Hossein Zadeh Fariborz Sedighi Arfa'i / Ali Yazd Khasti / Mohammad Noor Mohammadi Najaf Abadi 85

The Relationship of Spiritual Intelligence and Emotional Intelligence with Self Efficacy among the Students of Dezful Islamic Azad University / Shahram Nouri Samarin 107

The Relationship of Religiosity, Spiritual Intelligence and Forgiveness with Social Harmony among First Year Students / Farzaneh Mikaeili Mani' / Zaynab Babai / Muhammad Hassani..... 123

The Relationship of Religious Orientation with Happiness and Quality of Life / Ali Reza Rashidi / Fatemeh Malek Mohammadi / Sara Sharifi 143

In the Name of Allah

Ravanshenasi va Din

A Quarterly Journal of Psychological inquiry

Vol.9, No.1

Spring 2016

Concessionary: *Imam Khomeini Educational and Research Institute (IKI)*

Manager: *Mohammad Naser Saqaie Bi-Ria*

Editor in chief: *Mohammad Reza Ahmadi*

Executive manager: *Sajad Solgi*

Translation of Abstracts: *Language Department of IKI*

Editorial Board:

☐ **Hujjat-ul Islam Dr. Mohammad Reza Ahmadi:** *Assistant Professor, IKI*

☐ **Hujjat-ul Islam Ali Reza Araf:** *Associate Professor, Research Institute of Hawza Wa Danishgah*

☐ **Dr. Qulam Ali Afruz:** *Professor, Tehran University*

☐ **Dr. Muhammad Karim Khoda panahi:** *Professor, Beheshti University*

☐ **Hujjat-ul Islam Dr. M. J. Zarean:** *Assistant Professor, Mustafa International University*

☐ **Hujjat-ul Islam Dr. N.Saghaye Biria:** *Assistant Professor, IKI*

☐ **Hujjat-ul Islam Dr. Abas Ali Shameli:** *Assistant Professor, Mustafa International University*

☐ **Hujjat-ul Islam Seyyid Muhammad Qaravi:** *Assistant Professor, Research Institute of Hawza Wa Danishgah*

☐ **Dr. Ali Fathi Ashtiani:** *Professor, Baqiat Allah Medical University*

Address:

IKI

Jomhori Eslami Blvd
Amin Blvd., Qum, Iran

PO Box: 37185-186

Tel: +982532113480

Fax: +982532934483

<http://nashriyat.ir/SendArticle>

www.iki.ac.ir & www.nashriyat.ir
