

# روان شناسی و دین

سال یازدهم، شماره سوم، پیاپی ۴۳، پاییز ۱۳۹۷



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

سر دبیر

محمد رضا احمدی

مدیر اجرایی

سجاد سلگی

ناظر چاپ

حمید خانی

چاپ

زمزم

سامانه ارسال و پیگیری مقالات

Nashriyat.ir/SendArticle

اعضای هیئت تحریریه

محمد رضا احمدی

استاد یار روان شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

علیرضا اعرافی

دانشیار علوم تربیتی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

غلامعلی افروز

استاد روان شناسی دانشگاه تهران

محمد کریم خداپناهی

استاد روان شناسی تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

محمد جواد زارعان

دانشیار علوم تربیتی جامعه المصطفی العالمیه

محمد ناصر سقایی

استاد یار علوم تربیتی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

عباسعلی شاملی

دانشیار علوم تربیتی جامعه المصطفی العالمیه

سید محمد غروی

دانشیار روان شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

علی فتحی آستینانی

استاد روان شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی بقیه 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

پيامک: 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 یا 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 به عنوان 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 این گونه 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 - ارائه کننده نظریه و یافته جدید علمی؛
    - ب - ارائه کننده تقریر و تبیین جدید از یک نظریه؛
    - ج - ارائه کننده استدلال جدید برای یک نظریه؛
    - د - ارائه نقد جامع علمی یک نظریه.
  ۵. نتیجه‌گیری: نتیجه 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 (عم 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.
    - ۷. 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 شش 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.

**تدوین مدل مفهومی تقرب به خدا؛ بر اساس اندیشه علامه طباطبائی و اعتباریابی آن / ۵**

کجه عباس آینه‌چی / مسعود جان‌بزرگی / سیدمحمد غروی

**خوانش روان‌شناختی «خوف از خدا» مبتنی بر اندیشه علامه طباطبائی: ارائه مدل پدیدآیی / ۲۳**

کجه محمود خلیلیان شلمزاری / حمیدرضا حسن‌آبادی / محمدناصر سقایی بی‌ریا / فرید براتی سده

**اثربخشی درمان وجودی بر اساس قرآن کریم (با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی)؛ بر ... / ۳۹**

کجه پریسا پرن / مسعود آذربایجانی / علی دلاور

**اثربخشی آموزش صبر بر امید و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی / ۵۷**

راضیه زارع بوانی / کجه فریده حسین‌ثابت

**اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری، بر شاخصه‌های مدل فرایند ... / ۷۵**

کجه داود فتحی / مرتضی مرادی / ناهید حسینی‌نژاد / حسین قمری کیوی / محسن علیپور

**اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری و شادکامی در دانشجویان / ۸۵**

کجه نجمه حمید / یاسر بولاغی / مهناز مهرابی‌زاده هنرمند

**رابطه سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و هوش هیجانی با سلامت روان دانشجویان / ۱۰۳**

سیدحسن عبدی سادات / عباس ابوالقاسمی / کجه مینا طاهری فرد پيله رود



## تدوین مدل مفهومی تقرب به خدا؛ بر اساس اندیشه علامه طباطبائی و اعتباریابی آن

ab.ayenehchi@yahoo.com

psychjan@gmail.com

عباس آینه‌چی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره) قم، ایران

مسعود جان‌بزرگی / استاد گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران

سیدمحمد غروی / استاد گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران

دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۸ - پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۰۳

چکیده

مفهوم‌پردازی مفاهیم دینی، زمینه‌ساز کاربست آنها در سطوح مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی است. هدف این پژوهش، تدوین مدل مفهومی تقرب به خدا، بر اساس اندیشه علامه طباطبائی و اعتباریابی آن است. روش این پژوهش بنیادی، در بخش تدوین مدل، توصیفی - تحلیلی از نوع تحلیل محتوای کیفی و در بخش اعتباریابی، به روش دلفی با استفاده از دو ضریب نسبت روایی و شاخص روایی محتوا است. با تأمل در واژه‌شناسی «تقرب» و واکاوی آن در اندیشه علامه طباطبائی، سه مؤلفه پویا و شاخص روایی محتوا است. با انتخاب تعالی‌جویانه و برنامه‌مندی و هشت زیرمؤلفه آگاهی‌افزایی، رغبت‌پالایی، وحدت‌بخشی، عمل‌گرایی، انتخاب هدف متعالی، مسیریابی، هشیاری و پابندی شناسایی شد. بر اساس این مؤلفه‌ها، تقرب به خدا پویایی تدریجی است که نفس با انتخاب هدف متعالی قرب خداوند و مسیر عبودیت، به تنظیم باورها، عواطف، انگیزه‌ها و رفتارهای خود پرداخته، با هشیاری و پابندی به قوانین الهی، به تدریج مراتب کمال را کسب می‌کند. بنابراین، می‌توان گفت: آموزه‌های دینی ظرفیت تبیین روان‌شناختی و طراحی مدل مفهومی را دارند و از این بستر، می‌توان باب گفت‌وگو برای کاربست مفاهیم دینی در سلامت فردی و اجتماعی را فراهم آورد.

**کلیدواژه‌ها:** مدل مفهومی، تقرب به خدا، علامه طباطبائی، اعتباریابی.

مفهوم «خدا»، نشانه‌ای از سطح تحول معنوی و شکل‌گیری دینداری افراد است. این مفهوم، در دهه‌های گذشته بیش از هر مفهوم مذهبی دیگر، مورد بررسی روان‌شناسان قرار گرفته است. عده‌ای از پژوهشگران، «تصویر ذهنی از خدا» را به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم دینداری و معنویت مورد تحلیل قرار دادند. تصویر ذهنی از خدا، یک الگوی درونی روان‌شناختی از تصورات فرد در مورد خدا می‌باشد که در واقع، یک فرایند ترکیب محفوظات و تنظیم خاطراتی از منابع مختلف و در ارتباط با خداست (لارنس (Lawrence)، ۱۹۹۷، ص ۲۱۴-۲۲۶). تامین، عوامل زیادی را مسئول فهم انسان و تصویر ذهنی از خدا می‌داند. از آن جمله، می‌توان به عوامل بیرونی (خانواده و اماکن مذهبی) و عوامل درونی (فهم فطری و روح پاک) اشاره کرد (اسلاتر (Slater)، ۲۰۰۵). این تصویر، اساسی‌ترین جزء اعتقادات انسان در مورد خداست. کیفیت و نوع این تصویر، همه جنبه‌ها و زوایای زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وونگ و همکاران (۲۰۰۴)، نشان دادند که رابطه با خداوند، وابسته به شناخت و مفهوم خداوند است و در نظر گرفتن خداوند به‌عنوان نیک‌خواه، لایتناهی، هدایت‌گر، پایدار، قدرتمند، و حافظ موجب می‌شود افراد رابطه نزدیک‌تری با خداوند تصور کنند.

برخی دیگر از پژوهشگران، مفهوم «دلبستگی به خدا»، که بسط مفهوم دلبستگی بالبی است را مورد بررسی قرار داده‌اند. کرک‌پاتریک (Kirkpatrick) (۱۹۹۴)، نظریه بالبی را به قلمرو دین تعمیم داد. او نشان داد که این مبنای نظری، ممکن است به تبیین تفاوت‌های فردی در دینداری کمک کند. کرک‌پاتریک (۱۹۹۴)، خاطرنشان کرد برای بسیاری از مردم، خداوند چهره مهم دلبستگی است؛ زیرا برداشت اصلی اکثر افراد از دین و مذهب، داشتن رابطه‌ای نزدیک با خداوند است و نه صرفاً مجموعه‌ای از باورها و اعمال (کرک‌پاتریک، ۱۹۹۹؛ آرگیل (Argyel)، ۲۰۰۰؛ روات (Rowatt) و کرک‌پاتریک، ۲۰۰۲). بنابراین، دلبستگی به خدا تحت عنوان «ارتباط و گرایش فرد به خداوند» تعریف می‌شود. در این تعلق خاطر، خداوند به‌عنوان پایگاه امن شناخته می‌شود که در همه شرایط، می‌توان او را جست‌وجو کرد (گرانکوویست (Granqvist) و همکاران، ۲۰۱۰).

بحث پیرامون خدا، نه تنها در روان‌شناسی معاصر، بلکه از نخستین موضوعات اندیشه بشر بوده است؛ زیرا خلقت انسان به گونه‌ای است که همواره در جست‌وجوی خدا بوده است. در همه اعصار، ادیان و مکاتب گوناگون، به بحث پیرامون این موضوع پرداخته‌اند. ادیان توحیدی نیز در پاسخ به این نیاز بشر، با معرفی خدا و صفات او، سعادت بشر را به این موضوع گره زده و شناخت درست خدا و نزدیک شدن به او را تنها راه سلامت و سعادت بشر می‌دانند. از این رو، اصطلاح «تقرب به خدا»، همواره مورد تأکید ادیان الهی بوده است. انسان همواره سعادت و کمال خود را در نزدیک شدن به خداوند می‌داند به گونه‌ای که بنا بر تصریح قرآن کریم، حتی مشرکان نیز بر این باورند که باید به خداوند نزدیک شوند (زمر: ۳)، اما آنان چون از راه فطری تقرب به خداوند غافل بودند، در تحریفی آشکار غیر خدا را واسطه تقرب به خداوند قرار دادند.

با مراجعه به منابع اسلامی درمی‌یابیم که آیات و روایات، سرشار از آموزه‌هایی هستند که به معرفی خدا، صفات خدا، راه‌های نزدیک شدن به خدا و توصیه‌های مکرر در این زمینه و بیان ارتباط کمال انسان با این مسئله پرداخته‌اند. موضوع نزدیک شدن به خدا، با واژه «تقرب» و مشتقاتی از ریشه «قرب» و واژگان مرتبط با آن، در منابع اسلامی منعکس شده است. این موضوع، بیشتر در کتب عرفانی و اخلاقی تحت عنوان «قرب نوافل» و «قرب فرائض» یا بحث «فناء» مطرح شده است. اگر چه در کتاب‌های کلامی، تفسیری و روایی نیز اشاراتی به این موضوع شده است. دربارهٔ چیستی تقرب به خدا، نظرات مختلفی بیان شده است. برخی معتقدند: منظور از «تقرب به خدا» افزایش علم، قدرت و کمال انسان و کاسته شدن از اختلاف و فاصله بین کمال انسان، با کمال خداست. گروهی گفته‌اند: معنای تقرب به خدا این است که شخص منزلتی نزد خدا یافته است که هرچه بخواهد، خدا به او عنایت می‌کند. نظر سوم اینکه تقرب به خدا، امری حقیقی و واقعی است و به مقولهٔ علم و شهود مربوط می‌گردد (مصباح‌یزدی، ۱۳۹۰، ص ۳۳۳).

بررسی ادبیات پژوهش، نشان می‌دهد این مفهوم مورد تحلیل روان‌شناختی قرار نگرفته است. آنچه در این حوزه مشاهده می‌شود، تنها تبیین فلسفی، عرفانی و اخلاقی این مفهوم توسط محیی‌الدین (۱۳۸۳)، طباطبائی (۱۳۸۴)، مصباح‌یزدی (۱۳۸۷) و مطهری (۱۳۸۵) است. کمبودی که در این حوزه به چشم می‌خورد، این است که بسیاری از آموزه‌های دینی، از جمله مفهوم تقرب به خدا، مورد تحلیل و تبیین روان‌شناختی قرار نگرفته‌اند. بنابراین، پژوهشگر با این مسئله روبرو است که چه مؤلفه‌های روان‌شناختی در مفهوم تقرب به خدا، به‌عنوان یکی از آموزه‌های دینی وجود دارد؟ آیا می‌توان با کشف روابط بین این مؤلفه‌ها، یک مدل مفهومی از تقرب به خدا ارائه کرد. برای دستیابی به این هدف، به بررسی اندیشهٔ علامه طباطبائی برای مفهوم‌پردازی تقرب به خدا و تبیین روان‌شناختی آن پرداخته خواهد شد که جنبهٔ نوآورانهٔ این پژوهش را تأمین می‌کند. از آنجاکه علامه طباطبائی، دارای هماهنگی و انسجام فکری همراه با مبانی و اصول نظری می‌باشد و به‌عنوان یک اندیشمند مسلمان، مورد توجه سایر اندیشمندان قرار دارد، به نظر می‌رسد می‌توان پاسخ به سؤالات زیر را در اندیشهٔ علامه طباطبائی جست‌وجو کرد:

- مفهوم تقرب به خدا در اندیشهٔ علامه طباطبائی، از چه عناصری تشکیل شده است؟

- مدل مفهومی «تقرب به خدا»، بر اساس اندیشهٔ علامه طباطبائی چگونه است؟

## روش پژوهش

در روش‌شناسی علمی، اصطلاح «مدل» مفهومی است که به مفهوم تئوری، به‌عنوان یک سازمان ادراکی نظام‌دار بسیار نزدیک و وابسته است. مدل، نمایشگری است که دارای ساختار ضروری و اساس یک چیز، یا رویداد در دنیای واقعی است. مؤلفه‌ها و روابط بین آن، با استفاده از همین مدل‌ها، به صورت ترکیباتی منطقی در میان شبکه‌ای از مفاهیم ارائه می‌شود (هومن، ۱۳۹۰، ص ۶۷). تدوین مدل در پژوهش، گام عمده‌ای است که در فرایند

آن، باید پدیده‌های مربوطه، هم‌مکنون، و روابط بین سازه‌ها مشخص شود (همان، ص ۷۰). روش تحقیق در بخش تدوین مدل، توصیفی - تحلیلی از نوع تحلیل محتوا است. در این روش، اطلاعاتی که از طریق بررسی اسناد، مدارک و کتاب‌ها به دست آمده، به گونه‌ای سامان داده می‌شود که بتوان به پرسش‌های پژوهش پاسخ داد (سرمد و همکاران، ۱۳۹۴، ص ۱۳۳). در بخش بررسی روایی محتوای مدل مفهومی تقرب به خدا، از روش دلفی استفاده شد. فرم روایی محتوای مدل مفهومی، در اختیار کارشناسان قرار گرفت و از نظرات آنان، به دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در بررسی کیفی روایی محتوا، از متخصصان در حوزه دین و روان‌شناسی درخواست شد دیدگاه‌های اصلاحی خود را به صورت مبسوط و کتبی ارائه نمایند. در بررسی کمی روایی محتوا، از دو ضریب نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. جامعه متنی پژوهش برای تدوین مدل مفهومی تقرب به خدا، همه آثار علامه طباطبائی است که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند، آثار مرتبط با بحث تقرب به خدا انتخاب شده و مورد تحلیل قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش، برای اعتباریابی مدل مفهومی استنباط شده از آثار علامه طباطبائی، همه متخصصان روان‌شناس و متخصصان حوزه علوم دینی هستند که تعداد ۹ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

### یافته‌های پژوهش

برای پاسخگویی به سؤالات پژوهش، یعنی اکتشاف عناصر تشکیل‌دهنده مفهوم تقرب به خدا و تدوین مدل مفهومی آن به آثار علامه طباطبائی مراجعه شد. با تعیین کلیدواژه‌های مرتبط، کدگذاری و دسته‌بندی اطلاعات به دست آمده از آثار علامه، مؤلفه‌ها و روابط بین آنها و مدل مفهومی تقرب به خدا حاصل شد که در ذیل به تبیین یافته‌ها می‌پردازیم.

### واژه‌شناسی «تقرب» و واژگان مرتبط

فراہیدی بیان می‌کند که تقرب از ریشه «قرب» به معنای نزدیکی و در مقابل «بُعد»، به معنای دوری بوده که در باب تَفَعُّل قرار گرفته است (فراہیدی، ۱۴۰۹ق، ج ۵، ص ۱۵۳). در واژه‌شناسی «تقرب» می‌توان از دو منظر به آن نگریست: از منظر وزن فعلی، یعنی باب «تَفَعُّل»؛ یکی از معانی باب تَفَعُّل، تدریج است. تدریج به هرگونه عملی می‌گویند که چند دفعه پی‌درپی صورت گیرد و یک عمل محسوب شود. معنای دیگر باب تَفَعُّل، صیوروت به معنای «شدن» است و مقصود این است که فاعل، چیزی که نیست، بشود (حسینی‌طهرانی، ۱۳۶۴، ص ۵۸). تقرب در معنای اول، نزدیک شدن تدریجی است و در معنای دوم، به معنای کسی است که مَقْرَب نیست و مَقْرَب بشود. به نظر می‌رسد، معنای تدریج برای تقرب صحیح باشد؛ زیرا معنای صیوروت در این باب، شدن دفعی است و حال آنکه در تقرب، انسان با اعمالی که به تدریج انجام می‌دهد، به تدریج و گام‌به‌گام به خدا نزدیک می‌شود.



## از منظر ریشه فعل یعنی «قرب»

معنای اصلی واژه «قرب»، نزدیکی مادی و کنار هم قرار گرفتن دو چیز است. به صورت معمول، هنگامی که سخن از نزدیکی به میان می‌آید، این معنا به ذهن خطور می‌کند. درست نقطه مقابل بُعد، که به معنای دوری مادی است. این معنا، معنای اصلی کلمه است. اما این کلمه معنای دیگری نیز دارد که معنای نسبی آن به حساب می‌آیند. چنان که شواهدی در قرآن کریم، برای این معنای مشاهده می‌شود. *راعب اصفهانی*، شش کاربرد قرآنی برای قرب بیان کرده است که عبارتند از: قرب مکانی (توبه: ۲۸)، قرب زمانی (انبیاء: ۱۰۹؛ قمر: ۱؛ هود: ۸۱؛ صف: ۱۳)، قرب نسبی (بقره: ۸۳)، قرب رعایتی (اعراف: ۵۶)، قرب به معنای قدرت (ق: ۱۶)، قرب به معنای مقام و منزلت (آل عمران: ۴۵؛ *راعب اصفهانی*، ۱۴۱۲ق، ص ۶۶۳). *راعب اصفهانی*، آیاتی را بیان می‌کند که در آنها، قرب به معنای مقام و منزلت است (نساء: ۱۷۲؛ مطفین: ۲۸؛ واقعه: ۸۸؛ اعراف: ۱۱۴؛ مریم: ۵۲؛ توبه: ۹۹؛ سبأ: ۳۷؛ واقعه: ۱۱؛ شعراء: ۴۲).

علامه طباطبائی معتقد است: «دوری و نزدیکی نسبت به خداوند متعال، دوری و نزدیکی مکانی نیست؛ زیرا خداوند مکانی از سنخ مکان‌های جسمانی که اجسام و جسمانیات در آن قرار می‌گیرند، ندارد» (طباطبائی، ۱۳۹۴، ج ۳، ص ۲۰۷). بنابراین، تعبیرات قرآنی از قبیل «... ای عیسی من تو را خواهم گرفت و به سوی خود بالا خواهم برد» (آل عمران: ۵۵)، منظور رفع و تقرب معنوی؛ یعنی ترفیع درجه و منزلت نزد خداوند متعال است. علامه در تفسیر «... او را درحالی که با وی راز گفتیم، مقرب خود قرار دادیم» (مریم: ۵۲) نیز می‌فرماید: منظور از «قربناه»، نزدیکی معنوی است نه مکانی. بنابراین، «قرب» به معنای نزدیکی معنوی و جایگاه و منزلت انسان نزد خداوند متعال است. بنا بر آنچه گفته شد، می‌توان تفاوت بین دو واژه «قرب» و «تقرب» را آشکار کرد. قرب، جایگاه و موقعیتی است که بر اثر تقرب حاصل می‌شود. انسان برای رسیدن به قرب، یعنی نزدیکی به خداوند متعال، برنامه و فعالیت‌هایی را برنامه‌ریزی کرده و انجام می‌دهد تا با طی مراحل به خدا نزدیک شود. برای اشاره به این فعالیت تدریجی، که در هر مرحله به سطحی از سطوح هدف منجر می‌شود، از واژه «تقرب» استفاده می‌شود.

## تقرب به خدا در اندیشه علامه طباطبائی

با تأمل در واژه‌شناسی «تقرب» و واکاوی این مفهوم در اندیشه علامه طباطبائی، سه مؤلفه و هشت زیرمؤلفه سازنده معنایی، در این مفهوم قابل شناسایی است (شکل ۱). بر اساس این مؤلفه‌ها می‌توان تقرب به خدا را چنین تعریف کرد: «تقرب به خدا، پوششی تدریجی است که نفس با انتخاب هدف متعالی قرب خداوند و مسیر عبودیت به تنظیم باورها، عواطف، انگیزه‌ها و رفتارهای خود پرداخته و با هشیاری و پایبندی به قوانین الهی به تدریج مراتب کمال را کسب می‌کند» (آینه‌چی، ۱۳۹۷).

شکل ۱. دیاگرام اجمالی مؤلفه‌های تقرب به خدا



در تدوین مدل مفهومی تقرب به خدا، ابتدا به تبیین مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌ها و روابط بین آنها پرداخته و در نهایت، الگوی تقرب به خدا بر اساس اندیشه علامه طباطبائی ارائه خواهد شد.

### پویش تدریجی

«پویش»، به این معنا اشاره دارد که انسان در مسیر نزدیک شدن و دستیابی به یک هدف، در یک تلاش و فعالیت مستمر قرار دارد. با توجه به تعریف لغوی واژه «تقرب» و بیان علامه در تبیین تقرب و تلاش انسان در مسیر رسیدن به قرب الهی، می‌توان مؤلفه «پویش» را استنباط کرد. علامه بر اساس آموزه‌های قرآنی، اظهار می‌دارد که نفس هر آنی در حال طی کردن مسافت است و در طول زندگی، در یک مسیر مشخص به سمت یک هدف مشخص در تکاپو است (طباطبائی، ۱۳۹۴، ج ۶ ص ۱۶۵). طبق آموزه‌های دینی همه انسان‌ها در حرکت به سمت خدا هستند. واژگان «انقلاب»، «هجرت»، «صیروت»، «رجعت» و «کدح» بیانگر این است که همه انسان‌ها، به طور عام به سمت خدا در حرکت اجباری هستند و خدا را می‌یابند. چنان‌که قرآن کریم می‌فرماید: «ای انسان! یقیناً تو با کوشش و تلاشی سخت به سوی پروردگارت در حرکت هستی، پس او را دیدار می‌کنی» (انشقاق: ۶). نکته مهم این است که با وجود اینکه مقصد همه انسان‌ها به خداوند متعال ختم می‌شود (نجم: ۴۲)، اما از دو مسیر متفاوت حرکت می‌کنند که یکی به قرب خدای سبحان (ق: ۴۱) و دیگری به بُعد و دوری (فصلت: ۴۴) از او منتهی می‌شود. نفس با توجه و التفات به هدف و مسیری که در حال طی کردن آن است و مراقبت از نفس (مأئده: ۱۰۵)، می‌تواند به سعادت کمال قرب الهی برسد (همان، ج ۶ ص ۱۶۳-۱۶۶). اگر نفس در فعالیت و حرکتی مستمر برای رسیدن به کمال نهایی، که همان قرب خدای سبحان است، قرار بگیرد؛ آنگاه مورد لطف خداوند نیز قرار خواهد گرفت و به سوی منزلت و جایگاه قرب هدایت خواهد شد. چنان‌که قرآن کریم می‌فرماید: «و کسانی که برای [به دست آوردن خشنودی] ما کوشیدند، بی‌تردید آنان را به راه‌های خود [راه رشد، سعادت، کمال، کرامت، بهشت و مقام قرب] راهنمایی می‌کنیم؛ و یقیناً خدا با نیکوکاران است» (عنکبوت: ۶۹). با توجه به آنچه بیان شد، تقرب نوع خاصی از حرکت، به سمت خداست که با ویژگی استکمال نفس و رسیدن به هدف متعالی کمال، منزلت و جایگاه قرب الهی مشخص می‌شود. پویش تقریبی نفس به سمت هدف متعالی، در چهار حوزه شناخت، عاطفه، رفتار و

انگیزش تحقق می‌یابد. از این‌رو، چهار زیرمؤلفه آگاهی‌افزایی، رغبت‌پالایی، عمل‌گرایی و وحدت‌بخشی انگیزشی، در تحقق پویش نفس به سمت کمال نقش مهمی دارند.

#### آگاهی‌افزایی

پویش انسان به سمت جایگاه قرب الهی، از سنخ حرکت ادراکی است. انسان موجودی است که در سایه ادراکات خود، به سمت کمال حرکت می‌کند. تکامل انسانی او در پرتو تلاش و تکاپوی شناختی او صورت می‌گیرد (طباطبائی، ۱۳۹۴، ج ۱، ص ۲۰۶). اگرچه ادراکات انسانی نیز ابتدا ادراکاتی غریزی است، اما تفاوت انسان با سایر موجودات، در این است که انسان ظرفیت ادراک اکتسابی و پیشرفته‌تر را نیز دارد که این ادراک اکتسابی و تکاملی، به تدریج و در پرتو تلاش به دست می‌آید. در سایه همین ادراکات اکتسابی، انسان‌ها در مراتب مختلف از شناخت قرار می‌گیرند. با مراجعه به آیات قرآن کریم، درمی‌یابیم که خداوند سبحان بین افراد به لحاظ علم و جهل تفاوت قائل شده است (زمر: ۹). بنا بر عقیده علامه طباطبائی، مردم بر حسب مراتب مختلفی از علم، مراتبی از قرب و بُعد نسبت به خدای تعالی دارند (همان، ج ۳، ص ۶۶؛ مجادله: ۱۱). علامه معتقد است: «هریک از طایفه‌های گوناگون، که در قرآن از آنها یاد شده است، مانند مخلصین، موقنین، عالمین، مطهرین و متقین و سایر طایفه‌ها، مرتبه‌ای از علم و ادراک، و در مقابل، «کافرین»، «منافقین»، «فاسقین» و «ظالمین» نشانه‌هایی از سوءفهم و خطای ادراک نسبت به آیات خدا و معارف صحیح را دارا می‌باشند».

علامه بر اساس این اندیشه، کانون توجه و نقطه آغاز حرکت به سمت منزلگاه قرب را شناخت دانسته و معتقد است: بین شناخت و قرب یک رابطه دوسویه برقرار است که این حلقه پسخوراندی، موجب تقویت هر دو می‌شود. آغاز حرکت تقرب، با یک پویش شناختی همراه است که پیامد آن درجه‌ای از قرب است. همین قرب موجب افزایش آگاهی می‌شود؛ چراکه علامه معتقد است: انسان با تقرب به خدا می‌تواند به آگاهی‌هایی دست یابد که با منطبق و فلسفه نمی‌توان کسب کرد (همان، ج ۵، ص ۲۷۰). به عقیده او، اگر انسان تحت ولایت الهی و تقرب به ساحت قدس خداوند قرار بگیرد، دری به روی انسان از ملکوت آسمان‌ها و زمین باز می‌شود که از آن در، حقائق را می‌بیند که دیگران نمی‌توانند آنها را ببینند. آیات زیادی به این معنا اشاره نموده، هدایت را محصول تلاش نفس (عنکبوت: ۶۹) و یقین را نتیجه عبادت (حجر: ۹۹) و رؤیت ملکوت آسمان‌ها و زمین و اهل یقین بودن و مشاهده را وصف مقربین (انعام: ۷۵؛ مطففین: ۲۱) می‌داند. بنابراین، یک چرخه تقویت‌دهی بین شناخت و تقرب قابل مشاهده است. اگر انسان خود را در این چرخه سالم و پیش‌رونده قرار دهد، در یک سیر تکاملی قرار گرفته، به تدریج به سمت کمال نهایی قرب حرکت خواهد کرد. آنچه در این پویش‌شناختی از اهمیت بالایی برخوردار است، شناخت نفس، شناخت خدا، شناخت رابطه بین نفس، خدا و دنیا است. انسان با این شناخت، گرایش و انگیزه برای حرکت استکمالی پیدا می‌کند. البته شناخت ابزارها و موانع این حرکت استکمالی نیز قابل توجه است.

### رغبت‌پالایی

یکی دیگر از جنبه‌های پویش تقریبی انسان به سمت خداوند متعال، رغبت‌پالایی است. علامه طباطبائی، بین شناخت و عاطفه در انسان ارتباط برقرار کرده و معتقد است: ادراک کمال خدا و نقص نفس، محبت خدا را به دنبال دارد. بنا به عقیده علامه، محبت در حقیقت، تنها وسیله‌ای است برای اینکه میان هر طالبی با مطلوبش رابطه برقرار کند و هر مریدی را به مرادش برساند (طباطبائی، ۱۳۹۴، ج ۳، ص ۱۵۸). محبت، اگر محب را به محبوب می‌رساند، برای این است که نقص محب را به وسیله محبوب برطرف سازد تا آنچه را ندارد، دارا شود و کمبودش تمام و کامل گردد. نفس در پویش استکمالی خود، باید به تنظیم عواطف خود پرداخته و به تدریج محبت خدا را در خود تقویت نماید. چنان که خداوند محبت خود را دارای شدت و ضعف دانسته و مؤمنان را دارای محبت شدید توصیف می‌کند (بقره: ۱۶۵) و به انسان توصیه می‌کند که مراقب نفس خود بوده، به خودتنظیمی در محبت خدا و پالایش از محبت غیر از خدا بپردازد (توبه: ۲۴). محبت از چهار طریق موجب تقرب می‌شود: محبت و باور تعالی بخش؛ محبت و رفتار تعالی بخش؛ محبت و انگیزه تعالی بخش؛ محبت و دفع موانع تعالی.

### عمل‌گرایی

پویش تقریبی انسان به سمت خداوند متعال، از سنخ عمل و رفتار است. حرکت استکمالی نفس بر اساس رفتارهای او، به تدریج محقق می‌شود. چنان که قرآن کریم می‌فرماید: «و برای هر کدام [از دو گروه جن و انس] بر اساس آنچه انجام می‌دادند، درجاتی است؛ و پروردگارت از آنچه انجام می‌دهند، بی‌خبر نیست» (انعام: ۱۳۲). در جایی دیگر می‌فرماید: «برای هر کدام [از گروه مؤمنان و کافران] بر پایه اعمالی که انجام داده‌اند درجاتی است [که در آن قرار می‌گیرند]» (احقاف: ۱۹). بر این اساس، علامه طباطبائی معتقد است: تقرب انسان از راه عمل و مجاهده با نفس به دست می‌آید (طباطبائی، ۱۳۹۴، ج ۳، ص ۱۹۵). بنابراین، تنظیم رفتار، عامل مهمی در تکامل نفس و رسیدن به جایگاه و منزلت قرب الهی است.

نکته مهمی که در مفهوم «تقرب» باید به آن اشاره کرد، حلقهٔ پس‌خوراندی میان دو زیرمؤلفهٔ آگاهی و عمل می‌باشد. بر اساس آموزه‌های قرآنی، شناخت و ادراک موجب تقرب و ترفیع درجه نفس انسان می‌شود. چنان که قرآن کریم می‌فرماید: «... خدا مؤمنان از شما را به درجه‌ای و دانشمندان تان را به درجاتی [عظیم و بالارزش] بلند گرداند، و خدا به آنچه انجام می‌دهید، آگاه است» (مجادله: ۱۱). همان‌طور که در این آیه مشاهده می‌شود، بین علم و عمل ارتباط برقرار شده است. در جایی دیگر می‌فرماید: «... حقایق پاک [چون عقاید و اندیشه‌های صحیح] به سوی خدا بالا می‌رود و عمل شایسته آن را بالا می‌برد...» (فاطر: ۱۰). طبق نظر علامه «کلمه طیب» آن سخنی است که با نفس شنونده و گوینده سازگار باشد، به‌طوری که از شنیدن آن انبساط و لذتی در او پیدا شود و نیز کمالی را که نداشت، دارا گردد (همان، ج ۱۷، ص ۲۳). این در صورتی است که کلام، معنای حقی را افاده کند که مضمن سعادت و رستگاری

نفس باشد. بنابراین، مراد از «کلمه طیب»، عقاید حقی می‌شود که انسان اعتقاد به آن را زیربنای اعمال خود قرار دهد. صعود کردن «کلمه طیب»، به سوی خدای تعالی، عبارت است از: تقرب آن به سوی خدا؛ چون چیزی که به درگاه خدا تقرب یابد، اعتلا یافته است. از سوی دیگر، چون اعتقاد، قائم به معتقدش می‌باشد، در نتیجه تقرب اعتقاد به خدا، تقرب معتقد نیز هست. پس معلوم می‌شود که عمل از فروع علم و آثار آن است، آثاری که هیچ‌گاه از آن جدا شدنی نیست، و هر چه عمل مکرر شود، اعتقاد راسخ‌تر و روشن‌تر، و در تأثیرش قوی‌تر می‌گردد.

#### وحدت‌بخشی به انگیزه

یکی دیگر از جنبه‌های پویش تقریبی انسان به سمت خداوند متعال، وحدت‌بخشی انگیزشی است. انسان در حرکت خود به سمت کمال، باید یک هدف داشته باشد و همه گرایش‌ها و کنش‌های خود را با انگیزه رسیدن به آن هدف نهایی تنظیم نماید. کمال و هدف نهایی انسان، قرب به خداوند است. از این رو، انسان باید به تدریج انگیزه‌های خود را برای خدا خالص نماید و گرایش‌ها و کنش‌های خود را تنها برای خدا انجام دهد. چنان‌که خداوند متعال، این وحدت انگیزه را مورد ستایش قرار داده و فرموده است: «... انفاق جز برای رضای خدا نکند...» (بقره: ۲۷۲). علامه طباطبائی معتقد است: «معنای اینکه عملی به خاطر وجه‌الله انجام شود، این است که در انجام عمل، فقط رحمت خدای تعالی و خشنودی او مورد توجه باشد، انگیزه انسان تنها و تنها همین باشد و ذره‌ای از پاداش‌هایی که در دست غیر خداوند است منظور نباشد» (همان، ج ۲۰، ص ۱۲۷). به عبارت دیگر، برگشت چنین عملی به این است که انسان خدا را تنها به این جهت عبادت کند که او اهلیت عبادت و استحقاق آن را دارد. هدف واقع شدن وجه‌الله، و آن را غایت و انگیزه اعمال قرار دادن در سیرهٔ مقربان درگاه الهی بوده و خداوند آنها را به‌عنوان الگوی عملی وحدت‌بخشی انگیزشی معرفی می‌کند: «و (گویند) ما فقط برای رضای خدا به شما طعام می‌دهیم و از شما هیچ پاداش و سپاسی هم نمی‌طلبیم» (انسان: ۹). بنابراین، انسان باید به تدریج درصد خالص کردن انگیزه خود باشد.

#### انتخاب تعالی‌جویانه

یکی از مؤلفه‌های اصلی مفهوم تقرب به خدا، «انتخاب تعالی‌جویانه» است. علامه طباطبائی معتقد است: انسان مجهز به قدرتی است که زندگی معنوی او را که حقیقت وجود او است، تأمین می‌کند. همان طوری که تمامی انواع موجودات مسلح به سلاحی هستند که حافظ وجود و بقایشان باشد (همان، ج ۹، ص ۴۳). سلاح انسان، اراده و اختیار اوست که خیر و شر او را مشخص نموده، او را به خیر سوق و از شر زنه‌ار می‌دهد. طبق نظر علامه، ویژگی‌های نفس از راه افعال اختیاری ایجاد می‌شود (همان، ج ۳، ص ۲۸۲). علامه، در توصیف صفات مقربان الهی، صفات آنان را به دو دستهٔ اکتسابی و موهبتی تقسیم کرده، اظهار می‌دارد که رسیدن به کمال قرب در انسان، خصیصه‌ای اکتسابی بر اساس بهره‌گیری درست از قدرت اختیار است.

## انتخاب هدف متعالی

علامه طباطبائی معتقد است: همهٔ انسان‌ها به سوی هدف مشخصی که همانا خداوند متعال باشد، در حرکت هستند. اما رسیدن به قرب الهی یا بُعد از خداوند در اختیار و اراده انسان است. بنابراین، اگرچه در حقیقت نفس انسان، بر اساس قوانین تکوینی و بیان قرآن کریم در حرکتی اجباری به سمت خداوند متعال قرار دارد (انشقاق: ۶)؛ اما این حرکت عمومی و اجباری، غیر از رسیدن به کرامت و جایگاه قرب نزد خداوند متعال است که نیازمند پویایی اختیاری می‌باشد. پوییش تقریبی، نیازمند هدف‌گذاری برای حرکت و تلاش در زندگی است. آموزه‌های دینی، به تفاوت انسان‌ها در انتخاب هدف نهایی اشاره کرده، آنها را از یکدیگر متمایز نموده (آل عمران: ۱۶۲) و پس از ایجاد تمایز بین دو نوع هدف‌گذاری، از طرفی هدف نهایی مطلوب را برای انسان توصیف نموده، انسان را به تلاش در رسیدن به آن هدف ترغیب می‌کند؛ همان‌گونه که می‌فرماید: «... پس کسی که دیدار [پاداش و مقام قرب] پروردگارش را امید دارد، پس باید کاری شایسته انجام دهد و هیچ‌کس را در پرستش پروردگارش شریک نکند» (کهف: ۱۱۰). در جایی دیگر می‌فرماید: «هر که امید دیدار [پاداش و مقام قرب] خدا را دارد [باید در عرصه طاعت و عبادت بکوشد]؛ زیرا زمان معین شده [از سوی] خدا [که روز قیامت است] حتماً آمدنی است؛ و او شنوا و داناست» (عنکبوت: ۵). از سوی دیگر، هدف نهایی نامطلوب را برای انسان توصیف نموده و نسبت به پوییش به سمت آن به او هشدار داده و می‌فرماید: «مسلماً کسانی که دیدار ما را امید ندارند و به زندگی دنیا خشنود شده‌اند و به آن آرام یافته‌اند و آنان که از آیات ما بی‌خبرند، آنان جایگاهشان آتش خواهد بود، به خاطر اعمالی که انجام می‌دادند» (یونس، ۷-۸). بنابراین، تقرب به خدا، مستلزم انتخاب آگاهانه هدف نهایی می‌باشد. نکتهٔ دیگری که از کلام علامه استفاده می‌شود، این است که طبق نظر علامه، انتخاب هدف و افعال اختیاری انسان، از راه اعتقاد به درستی و نادرستی، خوف از نادرستی و رجاء به درستی و نیز از راه رغبت به منافع و ترس از ضررها منشأ می‌گیرد. به این ترتیب، علامه به ارتباط وثیق بین بینش، گرایش و رفتار اختیاری یعنی مؤلفه‌های تقرب معتقد است (همان، ج ۲، ص ۱۴۸).

## مسیریابی

پوییش تقریبی نفس، علاوه بر انتخاب هدف، نیازمند انتخاب مسیر می‌باشد. علامه طباطبائی راه به سمت خداوند را به دو نوع نزدیک و دور تقسیم می‌کند (همان، ج ۱، ص ۲۹). راه نزدیک در ادبیات قرآنی، به «صراط مستقیم» توصیف شده است. خداوند متعال، به شیوه‌های گوناگون به توصیف این دو مسیر پرداخته است. چنان که می‌فرماید: «مگر با شما عهد نبستم ای فرزندان آدم، شیطان را اطاعت مکنید که او برای شما دشمنی آشکار است، و مگر نگفتم که مرا بپرستید که صراط مستقیم تنها همین است» (یس: ۶۰-۶۱). نزدیک‌ترین راه، راه ایمان به خدا، عبادت و پرهیز از استکبار در برابر خداوند است. در مقابل، راه غیرخدا را دور معرفی کرده و فرمود: «... آنان را از نقطه‌ای دور صدا می‌زنند» (فصلت: ۴۴). این امر نشان می‌دهد غایت و هدف نهایی کسانی که ایمان به خدا ندارند

و مسیر ایمان را نمی‌پیمایند، غایتی دور است. طبق بیان علامه، انسان‌ها در پویش به سمت خدا، سه دسته هستند: گروهی که به سمت کمال در حرکتند. آنها کسانی هستند که ایمان به آیات خدا دارند و از عبادت او استکبار نمی‌کنند (صراط‌الذین انعمت علیهم). گروهی که به سمت سقوط و پستی در حرکتند و آنها کسانی هستند که مورد غضب خدا واقع شده‌اند (مغضوب علیهم). گروهی نیز راه را گم کرده و دچار حیرت شده‌اند (ضالین). بنابراین، یکی از مؤلفه‌های اصلی در حرکت به سمت منزلت و کمال قرب خدا، تشخیص و انتخاب مسیر به سمت هدف نهایی است. علامه در تفسیر آیه شریفه «ما به حقیقت راه را به انسان نشان دادیم، حالا خواهد هدایت پذیرد و شکر این نعمت گوید و خواهد آن نعمت را کفران کند» (همان، ج ۲۰، ص ۱۲۲؛ انسان: ۳) می‌فرماید: مراد از «راه»، سنت و طریقه‌ای است که بر هر انسانی واجب است که در زندگی دنیایی خود آن را بپیماید و با پیمودن آن، به سعادت دنیا و آخرت برسد، که این راه، او را به کرامت زلفی و قرب پروردگارش سوق می‌دهد، کرامتی که حاصل آن دین حق است که نزد خدای تعالی همان اسلام است. راهی که خدا بدان هدایت کرده، راهی اختیاری است. شکر و کفری که مترتب بر این هدایت است، در فضای اختیار انسان قرار گرفته است.

### برنامه‌مندی

علامه طباطبائی معتقد است: پویش تقریبی انسان باید دارای برنامه‌ای مشروع باشد و بر اساس آموزه‌های قرآنی می‌فرماید: «مراد از خطوات شیطان، اعمالی است که کسی بخواهد با انجام آن به خدا تقرب جوید، درحالی‌که مقرب نباشد، چون شرع آن را معتبر نشمده است» (همان، ج ۱، ص ۴۲۱). بنابراین، یکی از مؤلفه‌های مفهوم تقرب، برنامه‌مندی است؛ یعنی باید این پویش به سمت کمال نفس، بر اساس دین اسلام و قوانین تشریحی باشد. با بررسی دستورالعمل دینی برای تقرب، می‌توان به دو برنامه اصلی هشیاری و پایبندی به دین اشاره کرد.

### هشیاری

علامه طباطبائی معتقد است: قرب به خدا، تنها به وسیله یاد و ذکر او حاصل می‌شود (همان، ج ۸، ص ۳۸۳). به وسیله ذکر است که حجاب‌های حائل میان خدا و بنده برطرف می‌گردد. اگر ذکری در کار نباشد جمیع موجودات نسبت به نزدیکی به او و دوری از او، یکسان می‌بودند. از این نظر، هیچ اختلافی میان موجودات نمی‌بود که یکی به او نزدیکتر و یکی دورتر باشد. علامه بر اساس آموزه‌های قرآنی، ذکر را به دو نوع «ظاهری» و «باطنی» تقسیم می‌کند. در ذکر باطنی، امور سه‌گانه عدم استکبار، تسبیح و سجده را نام می‌برد و مقربین درگاه الهی را به سه وصف «استکبار نکردن»، «تسبیح نمودن» و «سجده کردن» توصیف می‌کند (اعراف: ۲۰۶). بنابراین، پویش تدریجی نفس انسان به سمت کمال قرب، با شرط استمرار در این برنامه تحقق یافته و انسان را به هدف نهایی می‌رساند (انبیاء: ۱۹-۲۰).

علامه اختلاف درجات انسان‌ها در مراتب قرب را به این مؤلفه، هشیاری نسبت داده و معتقد است: نفس انسان بر اساس میزان هشیاری و توجه به هدف، مسیر و حرکت اختیاری خود، در مراتب مختلف قرب به خداوند متعال

قرار می‌گیرند (همان، ج ۶ ص ۱۶۷). این اختلاف برای این است که انسان هشیار، هر لحظه که متوجه می‌شود نسبت به خدای خویش، در چه موقفی قرار دارد و نسبت او با سایر اجزای عالم چه نسبتی است، در ادراک، گرایش، انگیزش و رفتار او تأثیر می‌گذارد. حال آنکه انسان ناهشیار چنین درکی ندارد. خداوند متعال، کسانی که دچار فراموشی شدند را سرزنش کرده و کور توصیف می‌کند که آنها از جایگاه منزلت و قرب دور هستند (طه: ۱۳۴-۱۳۶). خداوند متعال انسان را از غفلت و ناهشیاری نهی کرده، به ذکر و هشیاری مستمر امر می‌کند (اعراف: ۲۰۵). بنابراین، طبق نظر علامه طباطبائی، قرب به خدا فقط به وسیله یاد و ذکر او حاصل می‌شود.

#### پایبندی به دین

علامه طباطبائی معتقد است: هر انسانی با فطرت خود، درک می‌کند که اگر بخواهد به مقام بلند کمال و قرب ارتقاء یابد، اولین چیزی که باید بدان ملتزم شود، این است که خود را مهار کند و خود را بزرگتر از آن بداند که زندگی مادی را هدف بیندارد (همان، ج ۲، ص ۸). سخن کوتاه اینکه از هر چیزی که او را از هدف نهایی دور سازد، بپرهیزد. این همان تقوا است که در آموزه‌های دینی تأکید زیادی بر آن شده است. هدف از تشریح قوانین الهی، به فعلیت رساندن استعدادهای نفس انسان است و می‌خواهد با تمرین روزانه، نفس انسان را در مسیر رشد و کمال قرار دهد. طبق نظر علامه، علم، رفتار و صفات نیکو به نفس انسان صورتی می‌دهد که یا هم‌سنخ با سعادت و کمال او است و یا مایه شقاوت او. تعیین راه سعادت و شقاوت انسان و قرب و بعدش از خدای سبحان، به عهده همین صورت‌ها است. بنابراین، این صورت‌ها که بر اثر تکرار عمل پیدا می‌شود، صورت‌هایی برای نفس انسان هستند؛ انسانی که در راه استکمال قرار گرفته است (همان، ج ۲، ص ۱۴۷). طبق نظر علامه، دین تنها ملاک سعادت و شقاوت انسان و تنها عامل برای ایجاد این قرب و بُعد است (همان، ج ۳، ص ۲۹۹). با این بیان، روشن می‌شود که رسیدن به هر درجه از کمال، از راه مراقبت از نفس و تنظیم خود بر اساس قوانین دینی حاصل می‌شود.

#### اعتباریابی مدل مفهومی

در بررسی روایی محتوا، از دو ضریب نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) برای اعتباریابی مدل مفهومی تقرب به خدا استفاده شد. برای محاسبه ضریب نسبت روایی محتوا، از کارشناسان خواسته شد تا نظرات خود را در پاسخ به سؤال اول، یعنی میزان ضرورت هر مؤلفه، در مفهوم تقرب به خدا در قالب طیف سه قسمتی: ۱. ضروری است؛ ۲. مفید ولی غیرضروری است؛ ۳. ضروری نیست، مشخص نمایند. برای محاسبه شاخص روایی محتوا، از کارشناسان خواسته شد تا نظرات خود را در پاسخ به سؤال دوم، یعنی میزان مطابقت هر مؤلفه با مستندات، در قالب طیف سه قسمتی: ۱. کاملاً مرتبط؛ ۲. مرتبط، اما نیاز به بازبینی دارد؛ ۳. نامرتب ارائه نمایند که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.



جدول ۱. ارزیابی روایی محتوای مؤلفه‌های مفهوم تقرب به خدا

CVR		ضرورت			CVI		مطابقت			تعداد کارشناسان	مؤلفه / زیرمؤلفه
مؤلفه	سطح معناداری	ندارد	مؤید، ولی غیر ضروری	دارد	مؤلفه	سطح معناداری	نام ربط	مربوط، نیازمند بازبینی	مربوط		
۱	۰/۷۵	۰	۰	۹	۱	۰/۷۹	۰	۱	۸	۹	پوشش تدریجی
۰/۷۷۷	۰/۷۵	۰	۱	۸	۱	۰/۷۹	۰	۱	۸	۹	آگاهی‌افزایی
۰/۷۷۷	۰/۷۵	۰	۱	۸	۱	۰/۷۹	۰	۱	۸	۹	رغبت‌پالایی
۱	۰/۷۵	۰	۰	۹	۱	۰/۷۹	۰	۱	۸	۹	عمل‌گرایی
۰/۷۷۷	۰/۷۵	۱	۰	۸	۱	۰/۷۹	۰	۲	۷	۹	وحدت‌بخشی به انگیزه
۱	۰/۷۵	۰	۰	۹	۱	۰/۷۹	۰	۲	۷	۹	انتخاب تعالی‌جویانه
۱	۰/۷۵	۰	۰	۹	۱	۰/۷۹	۰	۱	۸	۹	انتخاب هدف
۰/۷۷۷	۰/۷۵	۰	۱	۸	۱	۰/۷۹	۰	۱	۸	۹	انتخاب مسیر
۱	۰/۷۵	۰	۰	۹	۱	۰/۷۹	۰	۰	۹	۹	برنامه‌مندی
۰/۷۷۷	۰/۷۵	۰	۱	۸	۰/۸۸۸	۰/۷۹	۱	۱	۷	۹	هشیاری
۱	۰/۷۵	۰	۰	۹	۱	۰/۷۹	۰	۰	۹	۹	پایبندی به دین

با توجه به اینکه در این پژوهش، تعداد ۹ کارشناس در اعتباریابی روایی محتوا شرکت داشتند، حداقل سطح معناداری در ضریب نسبت روایی محتوا ۰/۷۵ در نظر گرفته شد. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، برای پنج مؤلفه ضریب  $CVR=0.777$  و برای شش مؤلفه ضریب  $CVR=1$ ، به دست آمد که بیانگر تأیید نسبت روایی محتوا می‌باشد. همچنین، با توجه به اینکه حداقل میزان قابل قبول برای شاخص روایی محتوا، برابر ۰/۷۹ می‌باشد تا آن مؤلفه مناسب تشخیص داده شود (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵، ص ۳۰)؛ بر اساس محاسبه صورت گرفته برای همه مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌ها، میزان CVI بالاتر از ۰/۷۹ حاصل شد که بیانگر تأیید شاخص روایی محتوا می‌باشد.

## نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، تبیین روان‌شناختی مفهوم «تقرب به خدا»، کشف عناصر سازنده معنایی و روابط فرضی میان مؤلفه‌های آن بود. از یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود که مفهوم تقرب به خدا، ظرفیت مفهوم‌پردازی و تحلیل روان‌شناختی برای تسهیل در کاربست این مفهوم را دارد. با استفاده از روش تحلیل محتوای آثار علامه طباطبائی، سه مؤلفه و هشت زیرمؤلفه استنباط گردید که در شکل ۱ ارائه شده است.

مدل مفهومی تقرب به خدا، متضمن حرکت استکمالی انسان است. این مدل نشان می‌دهد که تقرب به خدا، از سنخ حرکت و تغییر تدریجی است. نفس انسان هر آنی در یک مسیر مشخص و به سمت یک هدف مشخص، در تکاپو و حرکت است. نکته مهم که در مفهوم تقرب به خدا نهفته است، این است که با وجود اینکه مقصد همه

انسان‌ها، به خداوند متعال ختم می‌شود (نجم: ۴۲)، اما از دو مسیر متفاوت حرکت می‌کنند که یکی، به رضوان و قرب خدای سبحان (ق: ۴۱) و دیگری، به سخط و بُعد (فصلت: ۴۴) از او منتهی می‌شود. بنابراین، اولین مؤلفه‌ای که در فهم و تبیین مفهوم تقرب به خدا قابل استنباط است، پویش تدریجی به معنای تلاش و فعالیت مستمر برای دستیابی به یک هدف مشخص است. فعالیت مستمر انسان، در چهار حوزه اصلی که مورد پذیرش منابع فلسفی، دینی، و روان‌شناختی است، اتفاق می‌افتد: ۱. شناختی، ۲. عاطفی، ۳. انگیزشی، ۴. عملی.

نقطه آغاز فعالیت تدریجی انسان و حرکت به سمت کمال قرب خدا، شناخت و معرفت نفس است. علامه، بر اساس تعالیم اسلامی، بر معرفت نفس تأکید کرده، تقرب به خدا را در گرو آن می‌داند؛ چراکه نفس همان طریق و خط سیری است که به پروردگار منتهی می‌شود. همین نفس انسان است که در این خط سیر، با اعمال قلبی که عبارت است از: اعتقادات و امور قلبی دیگر و همچنین، با اعمال بدنی، قرب و بعدش از ساحت قدس ربوبی را مشخص می‌کند. عناصر شناختی در مسیر قرب و کمال نفس، در شکل ۲ ترسیم شده است.

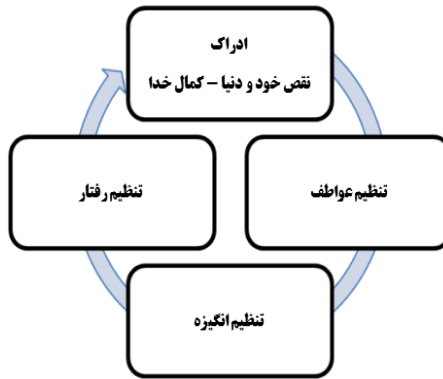


شکل ۲. عناصر شناختی

در تبیین مدل مفهومی تقرب به خدا، حلقه‌های پسخوراندی متعددی آشکار می‌شود. یکی از حلقه‌های پسخوراندی در این مدل، بین شناخت و عاطفه شکل می‌گیرد. علامه طباطبائی، بین شناخت و عاطفه در انسان ارتباط برقرار کرده و معتقد است: ادراک کمال خدا و نقص نفس، محبت خدا را به دنبال دارد. در تحلیل این رابطه می‌توان گفت: علت محبت محب به محبوب، این است که نقص محب به وسیله محبوب برطرف می‌شود و آنچه را ندارد، دارا می‌شود و کمبودش تمام و کامل می‌گردد. بنابراین، نفس در پویش استکمالی خود، باید با تقویت شناخت و معرفت خود، به تنظیم عواطف پرداخته، به تدریج محبت خدا را در خود تقویت نماید. چنان که خداوند، محبت خود را دارای شدت و ضعف دانسته، مؤمنان را دارای محبت شدید توصیف می‌کند (بقره: ۱۶۵) و به انسان توصیه می‌کند مراقب نفس خود بوده و به خودتنظیمی در محبت خدا و پالایش نفس از محبت غیرخدا بپردازد (توبه: ۲۴).

انسان با شناخت و محبت خالص، به انگیزه‌های تعالی بخش دست خواهد یافت؛ زیرا دین خدا جز به اخلاص تحلیل نمی‌شود. اخلاص این است که انسان برای خود، صفات، و افعال خود زیربنایی به غیر از خدای متعال سراغ نداشته باشد. با این توضیح، آشکار می‌شود که انسان در یک چرخه افزایشی شناخت، عاطفه، انگیزش و رفتار،

به تدریج به سمت کمال حقیقی خود حرکت می‌کند؛ به این صورت که عبودیتی که ناشی از محبت پروردگار است، فرد را به درجات قرب و کمال می‌رساند. در چنین حالتی بین شناخت، عواطف، انگیزش و رفتار فرد، یکپارچگی و انسجام ایجاد می‌شود و همه ابعاد وجودی او بر یک هدف متعالی متمرکز می‌گردد و به تدریج، به کمال نهایی خود نزدیک می‌شود. از این رو، در تبیین و مفهوم‌پردازی تقرب به خدا، به مفهوم پوشش تدریجی دست می‌یابیم که این حرکت و فعالیت مستمر تدریجی، در قالب چهار حوزه وجود انسان تحقق می‌یابد و انسان را در مسیر کمال و شکوفایی استعدادهای خویش قرار می‌دهد.



شکل ۳. فرایند پوشش و تغییر تدریجی

همان‌طور که در شکل ۳ مشاهده می‌شود، انسان با یک حرکت ادراکی وارد چرخه پسخوراندی افزایشی میان شناخت، عاطفه، تنظیم انگیزه و تنظیم رفتار می‌شود. این چرخه، تبیین‌کننده اولین مؤلفه از مفهوم تقرب به خدا؛ یعنی پوشش تدریجی است که در ذیل آن، چهار زیرمؤلفه آگاهی‌افزایی، رغبت‌پالایی، وحدت‌بخشی انگیزشی و عمل‌گرایی با یکدیگر در تعامل بوده و انسان را در مسیر کمال‌گرایی قرار می‌دهد. انسان با هماهنگ کردن این چهار عنصر، می‌تواند در حرکت به سمت کمال نفس قرار بگیرد.

حرکت و پوششی که مفهوم تقرب متضمن آن است، حرکتی اختیاری است. انسان با انتخاب هدف متعالی و مسیر دستیابی به آن، می‌تواند حرکت خود را متمایز کرده و نفس خود را در یک حرکت استکمالی قرار دهد. از این رو، دومین مؤلفه‌ای که در فهم و تبیین تقرب به خدا استنباط می‌شود، انتخاب تعالی‌جویانه است. انسان مجهز به قدرت اختیار و اراده است که زندگی معنوی او را که حقیقت وجود او است، تأمین می‌کند. طبق نظر علامه، ویژگی‌های نفس از راه افعال اختیاری ایجاد می‌شود. او در توصیف صفات مقربان الهی، صفات آنان را به دو دسته اکتسابی و موهبتی تقسیم کرده، اظهار می‌دارد که رسیدن به کمال قرب در انسان، خصیصه‌ای اکتسابی بر اساس بهره‌گیری درست از قدرت اختیار است. آموزه‌های دینی، به تفاوت انسان‌ها در بهره‌گیری درست و نادرست از اختیار و انتخاب هدف نهایی اشاره کرده است (آل عمران: ۱۶۲). پس از ایجاد تمایز بین دو نوع هدف‌گذاری، هدف نهایی

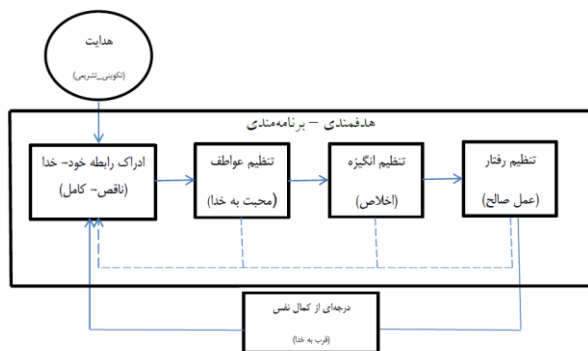
مطلوب را برای انسان توصیف نموده و انسان را به تلاش برای رسیدن به آن هدف ترغیب می‌کند (کهف: ۱۱۰). از سوی دیگر، هدف نهایی نامطلوب را برای انسان توصیف نموده، نسبت به پویش به سمت آن هشدار داده (یونس: ۷-۸) و با زبان تهدید، انسان را از آن بر حذر می‌دارد (اعراف: ۵۱). بنابراین، تقرب به خدا، مستلزم انتخاب آگاهانه هدف نهایی می‌باشد. پویش تقریبی نفس، علاوه بر انتخاب هدف، نیازمند انتخاب مسیر می‌باشد. علامه، با استناد به آیاتی که صراط مستقیم (یس: ۶۰-۶۱) و به طور عام صراط (فاتحه: ۷) را مطرح و توصیف می‌نماید.

مؤلفه دیگری که در تبیین مفهوم تقرب به خدا نقش مهمی دارد، برنامه‌مندی است؛ زیرا علامه طباطبائی معتقد است: پویش تقریبی انسان باید دارای برنامه‌ای مشروع باشد. بر اساس آموزه‌های قرآنی، مراد از خطوات شیطان، اعمالی است که کسی بخواهد با انجام آن، به خدا تقرب جوید. درحالی‌که مقرب نباشد، چون شرع آن را معتبر نشمده است. بنابراین، با هر برنامه‌ای نمی‌توان به سمت خداوند متعال حرکت تقریبی داشت، بلکه باید این پویش به سمت کمال نفس، بر اساس دین اسلام و قوانین تشریحی باشد. با بررسی دستورالعمل دینی برای تقرب، می‌توان به دو برنامه اصلی هشیاری و پابندی به دین اشاره کرد. علامه طباطبائی، اختلاف درجات انسان‌ها در مراتب قرب را به مؤلفه هشیاری نسبت داده و معتقد است: نفس انسان بر اساس میزان هشیاری و توجه به هدف، مسیر و حرکت اختیاری خود، در مراتب مختلف قرب به خداوند متعال قرار می‌گیرد. این اختلاف، برای این است که انسان هشیار، هر لحظه که متوجه می‌شود نسبت به خدای خویش، در چه موقعی قرار دارد و نسبت او با سایر اجزای عالم چه نسبتی است، در ادراک، گرایش، انگیزش و رفتار او تأثیر می‌گذارد. حال آنکه انسان ناهشیار چنین ادراکی ندارد. از این‌رو، خداوند متعال انسان را از غفلت و ناهشیاری نهی و سرزنش کرده (طه: ۱۲۴-۱۲۶) و به ذکر و هشیاری مستمر امر می‌کند (اعراف: ۲۰۵). علامه طباطبائی معتقد است: هر انسانی با فطرت خود درک می‌کند که اگر بخواهد به مقام بلند کمال و قرب ارتقاء یابد، اولین چیزی که باید بدان ملتزم شود، این است که خود را مهار کند و خود را بزرگتر از آن بداند که زندگی مادی را هدف بیندارد و از هر چیزی که او را از هدف نهایی دور سازد، بپرهیزد. بنابراین، انسان قرب و بُعدی نسبت به خدای سبحان دارد و ملاک در سعادت و شقاوت او، همین قرب و بُعد است. دین تنها عامل برای ایجاد این قرب و بُعد است. از این‌رو، رسیدن به هر درجه از کمال نفس، از راه مراقبت و تنظیم خود بر اساس قوانین دینی حاصل می‌شود.

بنا بر آنچه گفته شد، سه مؤلفه اصلی برای تبیین مفهوم تقرب به خدا، از اندیشه علامه طباطبائی استخراج شد که عبارتند از: پویش تدریجی، انتخاب تعالی‌جویانه و برنامه‌مندی. آنچه در مدل مفهومی تقرب به خدا مورد تأکید است، نگاه توحیدی می‌باشد. شروع حرکت تقریبی با ادراک رابطه نقص نفس و کمال خدا آغاز می‌شود و با جهت‌دهی همه ابعاد وجودی نفس به سمت خداوند متعال ادامه می‌یابد. شناخت خدا، که اولین مرحله از مراحل کمال‌یابی است، بر اساس موهبت الهی و فطرت خدایی تحقق می‌یابد و در طول مسیر، با هدایت تشریحی و افزاه

الهی کامل می‌شود. بر اساس این مؤلفه‌ها می‌توان تقرب به خدا را پویای تدریجی انسان دانست که نفس با انتخاب هدف متعالی قرب و رضوان خداوند و مسیر عبودیت و نیز با هشیاری و پابندی به قوانین الهی، به تدریج به تنظیم باورها، عواطف، انگیزه‌ها و رفتارهای خود پرداخته و به درجات و مراتب کمال تقرب به خدا دست می‌یابد.

بر اساس آنچه گفته شد، می‌توان فرایند تقرب به خدا بر اساس اندیشه علامه طباطبائی را به شرح ذیل تبیین کرد که در شکل ۴، نمودار شماتیک آن ترسیم شده است. نفس انسان در یک فضای انتخاب تعالی جویانه (انتخاب هدف متعالی و مسیر به سمت هدف متعالی) و برنامه‌مند، وارد یک فرایند پویای تدریجی می‌شود. همان‌طور که قبلاً توضیح داده شد نفس در این فعالیت مستمر ابتدا به ادراک رابطه خود - خدا - دنیا تحت هدایت فطری و تشریحی الهی پرداخته که این فعالیت شناختی روی حوزه عاطفی فرد تأثیر گذاشته و محبت فرد نسبت به خدا افزایش می‌یابد. این محبت برون‌زا از شناخت صحیح، موجب وحدت‌بخشی به انگیزه شده و فرد را در جهت تنظیم فرایندهای انگیزشی و رفتاری قرار می‌دهد. این چرخه افزایشی شناختی - عاطفی - انگیزشی - رفتاری موجب استکمال نفس و تقرب به سمت خداوند متعال می‌شود. نکته قابل توجه اینکه، این مرتبه از کمال نفس، زمینه برای حرکت و رشد و تعالی بیشتر است. بنابراین، اگر کسی خود را در این چرخه افزایشی تقریبی قرار دهد، به طور مستمر در حرکت استکمال نفس و نزدیک شدن به جایگاه قرب و منزلت نزد خداوند متعال قرار خواهد گرفت.



شکل ۴. فرایند پدیدآیی قرب به خدا

## منابع

- آینه‌چی، عباس، ۱۳۹۷، *تدوین مدل مفهومی و بسته مداخله‌ای تقرب به خدا بر اساس اندیشه علامه طباطبائی و امکان‌سنجی آن در کاهش اضطراب*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
- حسینی طهرانی، هاشم، ۱۳۶۴، *علوم العربیه*، تهران، مفید.
- راغب اصفهانی، حسین‌بن محمد، ۱۴۱۲ق، *مفردات الفاظ القرآن*، تحقیق: صفوان عدنان داوودی، دمشق، دارالقلم.
- سرمه، زهره و همکاران، ۱۳۹۴، *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*، تهران، آگه.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۳۸۴، *الانسان و العقیده، رساله الولایه*، قم، باقیات.
- ، ۱۳۹۴، *المیزان فی تفسیر القرآن*، قم، اسماعیلیان.
- فتحی آشتیانی، علی، ۱۳۸۹، *آزمون‌های روان‌شناختی*، تهران، بعثت.
- فراهیدی، خلیل‌بن احمد، ۱۴۰۹ق، *العین*، قم، مؤسسه دارالهیجره.
- محبی‌الدین، اکبر، ۱۳۸۳، *فتوحات مکیه*، ترجمه محمد خواجهی، تهران، مولی.
- مصباح‌یزدی، محمدتقی، ۱۳۸۷، *به سوی خودسازی*، نگارنده: کریم سبحانی، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
- ، ۱۳۹۰، *سجاده‌های سلوک*، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
- مطهری، مرتضی، ۱۳۸۵، *مجموعه آثار*، قم، صدرا.
- هومن، حیدرعلی، ۱۳۹۰، *شناخت روش علمی در علوم رفتاری*، تهران، سمت.
- Argyle, M, 2000, *Psychology and religion*, London, Routledge.
- Granqvist P, Mikulincer M, & Shaver PR, 2010, Religion as attachment: Normative processes and individual differences, *Personality and Social Psychology Review*, n. 14, p. 49-59.
- Kirkpatrick LA, 1994, The role of attachment in religious belief and behavior, *Advances in personal relationship*, n. 5, p. 239-256.
- Kirkpatrick, L. A, & Shaver, P. R, 1996, An attachment theoretical approach to romantic love and religious belief, *Personality and Social Psychology Bulletin*, n. 18, p. 266-275.
- Kirkpatrick, L. A, 1999, *Attachment and religious representation and behavior*, In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds), *Handbook of Attachment*. New York, Gillford Press.
- Lawrence, Richard, 1997, Measuring the image of God: the God image inventory and the God image scales, *Journal of psychology and theology*, v 25(2), p. 214-226.
- Rowatt, W. C, & Kirkpatrick, L. A, 2002, Two dimensions of attachment to God and their relation to affects, religiosity and personality constructs. Faculty. Wm. Edu/lakirk/roatt.html.
- Slater, T (n.d), The developos of children's concept of God. Retrieved April10, 2005, from <http://www.ijot.com/papers/slater-children-god-concept.pdf>.
- Wong-Mcdonald, A, & Gorsuch, R.H, 2004, A Multivariate Theory of God Concept, Religious Motivation, Locus of Control, Coping and Spiritual Well-being, *Journal of Psychology and Theology*, n. 32, p. 318-334.

## خوانش روان‌شناختی «خوف از خدا» مبتنی بر اندیشه علامه طباطبائی: ارائه مدل پدیدآیی

محمود خلیلیان سلمزاری / دانشجوی دکتری روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

mahmood.20959@yahoo.com

hrhassanabadi@gmail.com

biria1390@gmail.com

Barati.f@qhu.ac.ir

حمیدرضا حسن‌آبادی / استادیار روان‌شناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی

محمدناصر سقایی بی‌ریا / استادیار گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

فرید براتی سده / استادیار روان‌شناسی دانشگاه قرآن و حدیث

دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۵ - پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۰۹

### چکیده

اندیشمندان در رویکردهای مختلف در روان‌شناسی، به مطالعه دین و سازه‌های هیجانی آن پرداخته‌اند و سرآغازی برای مطالعه روان‌سنجی در خصوص دین و پدیده‌های دینی ایجاد نموده‌اند. هدف این پژوهش، تدوین مدل پدیدآیی خوف از خدا، مبتنی بر دیدگاه علامه طباطبائی است. برای تدوین مدل پدیدآیی، از روش تحلیل محتوای استنباطی استفاده شد. جامعه‌متنی پژوهش، آثار مکتوب علامه طباطبائی و نمونه‌متنی تحقیق، ۱۲ جلد از تفسیر المیزان است. یافته‌های پژوهش نشان داد که مدل پدیدآیی هیجان خوف از خدا، مبتنی بر دو حیطة کلی هستی‌شناختی و روان‌شناختی است و دارای چهار سطح (آگاهی، شناخت، هیجان و رفتار) است. همچنین، در فرایند پدیدآیی خوف از خدا، عنصر شناختی شامل شناخت هدف، شناخت ویژگی‌های خدا و آگاهی از خصوصیات انسان؛ عنصر انگیزشی شامل انگیزه دفع ضرر و عنصر رفتاری شامل اجتناب از منشأ ترس و پیشروی به سمت هدف می‌شود. بنابراین، هیجان خوف از خدا، مبتنی بر اندیشه علامه طباطبائی از تعریف و دارای مدل پدیدآیی روان‌شناختی برخوردار است.

**کلیدواژه‌ها:** خوف از خدا، ترس، اندیشه علامه طباطبائی، مدل پدیدآیی.

بحث از هیجان‌ها همواره از سوی اندیشمندان مورد توجه بوده است؛ زیرا در هر تلاش و در هر اقدام مهم بشری، هیجان‌ها به طریقی دخالت دارند. تقریباً همه فیلسوفان بزرگ از جمله *ارسطو*، *اسپینوزا*، *کانت*، *دیوئی*، *برگسون*، *راسل* و... همگی در ماهیت هیجان‌ها اندیشیده و در مورد ریشه‌ها، نموده‌ها، اثرات و جایگاه آنها در نظام طبیعی زندگی انسان تفکر کرده و نظریه‌هایی ارائه داده‌اند. حکمای الهی به اهمیت برخی از هیجان‌های خاص، مرتبط با تجربه مذهبی افراد، پی برده‌اند و پرورش این هیجان‌ها را به‌طور غیرمستقیم، در رأس برنامه تربیت مذهبی قرار داده‌اند (پلاچیک، ۱۳۷۱، ص ۱۳). علامه طباطبائی از جمله فیلسوفان و حکمای الهی است که در زمینه هیجان‌ها مطالب مهمی طرح و دیدگاه خود را نسبت به برخی از هیجان‌های دینی مانند «خوف از خدا» ارائه نموده‌اند.

توجه به تأثیرگذاری سازه خوف در تعالی فرد و پالایش نفس، و نقش آن به‌عنوان عاملی مهم برای درمان مشکلات نفس، حکایت از اهمیت آن در تعالیم دینی دارد (موسوی خمینی، ۱۳۸۳، ص ۲۲۷). علامه طباطبائی، دو ویژگی اساسی برای هیجان خوف مطرح می‌کند که بیانگر اهمیت این مفهوم در اندیشه ایشان است. ۱. عاملی بازدارنده از ارتکاب اشتباه (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۱۰، ص ۲۸)؛ ۲. نیروی انگیزه‌بخش در جهت رسیدن به هدف (همو، ج ۷، ص ۱۴۳). به‌طور کلی، بازدارنده بودن و انگیزه‌بخشی هیجان خوف، نشانگر اهمیت روان‌شناختی این مفهوم در آثار علامه طباطبائی است.

در بررسی عوامل تأثیرگذار بر ترس در انسان، دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد. برخی روان‌شناسان، انسان‌شناسان و اسطوره‌شناسان ... در [بررسی] واکنش‌های انسان‌های اولیه و اساطیری معتقدند: عوامل طبیعی (همچون رعد و برق، باد و باران و...) علت اصلی ایجاد ترس در انسان شده و این ترس، در ادامه حیات روانی انسان زیربنای گرایش دینی‌اش را نیز ساخته است (پیرحیاتی، ۱۳۹۰، ص ۳۲۶). به‌عنوان مثال، وجود خدا در نگاه فروید (۱۳۶۲) برآمده از یک تابوی وجدانی و یا تابوی احساس گناه است. در واقع، از نگاه فروید نه‌تنها منشأ پیدایش خداوند، بلکه منشأ عقاید دینی در ذهن انسان‌ها، آرزوی محفوظ ماندن از آسیب عوامل طبیعی بوده است. انسان‌های اولیه، برای فرار از ترس و دلهره در برابر عوامل آسیب‌رسان، به تدریج به موجوداتی صاحب قدرت و شعور و مسلط بر طبیعت قائل شدند تا بتوانند از طریق خواهش، قربانی، عبادت، دعا و کارهایی از این قبیل، مهر و محبت آن موجودات را بر انگیزند و خود را از خطر برهانند. از نظر فروید، انگیزه گرایش انسان به خداوند، نه تنها در دوران اولیه تاریخ «مسئله ترس» بوده است، بلکه امروزه نیز این دیدگاه همچنان به قوت خود باقی است. همسو با دیدگاه فروید، نگاه *راسل* است که ترس را عامل پیدایش دین و گرایش به خدا مطرح می‌کند. او معتقد است: «مذهب قبل از هر چیز اساساً بر مبنای ترس استوار گردیده است. ترسی ناشناخته، و از این راه، احساسی به وجود می‌آید که هر کس تصور می‌کند در مشکلات و مشاجرات پشتیبانی دارد» (راسل، ۱۳۴۹، ص ۳۷). او با طرح خطر زوال و نابودی انسانیت و تمایل انسان‌ها نسبت به دستیابی به پناهگاهی امن، به این نتیجه می‌رسد که انسان‌ها به



علت ترس، متمایل شده‌اند تا با ایجاد موجودی به‌عنوان خدا به جست‌وجوی آرامش برآیند. راسل در این خصوص می‌گوید: «بشر در مخاطره اخلاق قرار گرفته، و در حال حاضر ترس مانند گذشته بشر را مستند به جست‌وجوی پناهگاهی که خداوند آن را ارزانی داشته می‌نماید» (همان، ص ۲۵۵).

درست عکس نگاه فروید و راسل، در نظام هستی‌شناختی علامه طباطبائی، انسان و ماسوی الله همه معلول خدا بوده و خداوند به‌عنوان یک موجود حقیقی علت تامه هستی است. در این نگاه، آنچه عامل اصلی پدیدآیی ترس است، فقر ذاتی و ضعف وجودی در برابر علت هستی‌بخش است؛ چراکه نسبت بین معلول و علت در منشور فکری ایشان، نسبتی یک طرفه است؛ یعنی هر چه هست، علت است و معلول عین فقر است، نه فقیر (مصلح و موسوی‌مقدم، ۱۳۹۰). طبق دیدگاه علامه طباطبائی، انسان با عقل سلیم، معلولیت خود و جهان و نیز فقر ذاتی و ربط محض بودن خود با خالق را بنا به فطرت خویش در می‌یابد. از این رو، نمی‌توان انسان را به‌عنوان موجودی خودبنیاد یا سوژه تعریف کرد، بلکه معلولی است که از طریق مسیری طبیعی، که همان قانون فطرت است به هدف غایی خود که قرب الهی است می‌رسد (همان).

اگر چه علامه انسان را موجودی نیازمند معرفی می‌کند، اما در تحلیل رفتار و صفات هیجانی، برخلاف روان‌شناسان مکتب انسان‌گرا و مکتب روان‌تحلیل‌گری، فقط بر سلسله‌نیازها و نیازهای جنسی متمرکز نمی‌شود (طباطبائی، ۱۳۳۰ق، ج ۴، ص ۷)؛ بلکه همان‌طور که خلیلیان شلمزاری و خسروپناه (۱۳۹۶) تبیین نموده‌اند، طبیعت از نگاه علامه هدفمند است و انسان به‌عنوان یک موجود طبیعی به‌طور بنیادین در جست‌وجوی هدف است. بر این اساس، تحلیل رفتار و صفات هیجانی در اندیشه ایشان، بر اساس اصل جهت‌مندی صورت می‌گیرد. این تمرکز بنیادین علامه بر هدفمندی، برخلاف تمرکز روان‌شناسان انسان‌گرا و روان‌تحلیل‌گر، در خصوص اصل نیازمندی انسان است. به عبارت دیگر، در اندیشه علامه طباطبائی نیازهای انسان جهت‌دار هستند و جهت آنها به سوی یک هدف واقعی است؛ این‌گونه نیست که صرف نیاز داشتن بدون در نظر گرفتن جهت آن راه‌انداز هیجان باشد، بلکه در دیدگاه علامه برای جلوگیری از بروز هیجانات کاذب، تعیین جهت و هدف‌داری به‌عنوان یک واقعیت، زیربنای شکل‌گیری هیجان قرار دارد.

در این مقاله، با توجه به ویژگی‌های سازه «خوف» در نگاه علامه طباطبائی و تفاوت نظام هستی‌شناسی علامه در تحلیل پدیدآیی خوف، همچنین تمرکز بنیادین بر اصل جهت‌مندی در تحلیل سازه‌های هیجانی، از جمله خوف از خدا، مسئله پیش‌رو شناسایی مدل پدیدآیی خوف از خدا، بر اساس دیدگاه علامه طباطبائی است. منظور از «مدل»، نمایش گرافیکی، نظری یا نوع دیگری از نمایش یک مفهوم، یا فرایندهای رفتاری پایه یا بدنی است که برای اهداف تحقیقاتی مختلف، مانند افزایش آگاهی از یک مفهوم، ارائه فرضیه‌ها، نشان دادن روابط، یا شناسایی الگوهای تخصصی به کار گرفته می‌شود (فرهنگ لغت روان‌شناسی، ۲۰۰۹، ص ۲۴۷). بر این اساس، منظور از

«مدل پدیدآیی خوف از خدا»، مجموعه‌ای از متغیرها و ارتباط میان آنهاست که در شکل‌گیری مفهوم خوف از خداوند دخالت دارند. بنابراین، رسالت این مقاله در راستای مفهوم‌سازی سازه «خوف از خدا» از دیدگاه علامه طباطبائی است و درصدد پاسخگویی به این سؤال است که مدل پدیدآیی خوف از خدا در اندیشه علامه طباطبائی شامل چه عناصر روان‌شناختی می‌شود؟

## روش پژوهش

این پژوهش با توجه به نوع مطالعه، کیفی است و برای دستیابی به اطلاعات، روش تحلیل محتوای کیفی، با تمرکز بر توصیف و تحلیل به کار گرفته شده است. در این روش، محقق علاوه بر تصویرسازی آنچه هست، به تشریح و تبیین دلایل چگونگی بودن و چرایی وضعیت مسئله و ابعاد آن می‌پردازد. از این رو، برای دستیابی به مدل پدیدآیی خوف از خدا، با استفاده از گزاره‌هایی موجود در آثار علامه طباطبائی، ابعاد و جنبه‌های مهم و روابط میان آنها در خصوص سازه خوف از خدا استخراج و سپس، تبیینی مستدل و مدلی گرافیکی از آنها طراحی می‌شود. جامعه متنی پژوهش، آثار مکتوب علامه طباطبائی است، گروه نمونه ۱۲ جلد از *تفسیر المیزان* است که به صورت هدفمند انتخاب شده‌اند.

## یافته‌های پژوهش

یافته‌های این مقاله در ذیل عناوین انواع خوف و مدل پدیدآیی آن ارائه می‌شود.

### انواع خوف

بر اساس دیدگاه علامه طباطبائی، می‌توان خوف را به دو نوع «خوف حزم» و «خوف جبن» تقسیم نمود. علامه، پس از تبیین جبن به عنوان یک صفت مرضی (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۱۰، ص ۳۲۲) خوف حزم (خوف احتیاطی) را در مقابل خوف جبن مطرح می‌کند. خوف حزم، به هرگونه ترس، بیم و دلواپسی به خاطر خدا که برآمده از احتیاط باشد، اشاره دارد. ایشان دامنه خوف حزم را شامل ترس فرد نسبت به جان یا آبرو یا مال معرفی و بیان می‌کند که اگر فرد از چیزی بر جان یا آبرو یا مالش، به خاطر خدا ترسد؛ نه به خاطر هوای نفس؛ این نوع ترس، خوف حزم در برابر خوف جبن است (همان، ج ۱۰، ص ۳۲۳)، مبتنی بر اندیشه علامه طباطبائی خوف جبن، ناپهنجار و مرضی و خوف حزم، پهنجار و غیرمرضی است. در ادامه، ملاک تقسیم‌بندی به مرضی و غیرمرضی بودن خوف، بر اساس اندیشه علامه ارائه می‌شود.

علامه علاوه بر اینکه واژه «خوف» را در ترس غیرمرضی استعمال نموده، این واژه را در ترس مرضی نیز به کار برده است (همان، ج ۹، ص ۲۷۹) و به مصادیقی از آن اشاره نموده است. به نظر ایشان، مطلق خوف، هیجان مرضی نیست، بلکه خوف زمانی مرضی می‌شود که موجب از بین رفتن مقاومت نفس [ضعف اراده] شود و دارای سه نشانه باشد: ۱. ایجاد حالت گیجی در فرد؛ ۲. ناله (الفرع)؛ ۳. از بین رفتن تدبیر نسبت به برطرف کردن منبع ایجادکننده ترس (همان، ج ۱۰، ص ۳۲۱). علامه برای اشاره به خوف مرضی، از واژه «جبن» استفاده می‌کند

(همان). ایشان، خوف ضعیفان بنی‌اسرائیل از فرعون (همان، ج ۱۰، ص ۱۱۳) و خوف از فاش شدن نیت‌های باطنی منافقین را از مصادیق خوف مرضی معرفی می‌کند (همان، ج ۹، ص ۳۲۷ و ۴۱۱).

## انواع خوف از خدا

بر اساس دیدگاه علامه طباطبائی، اصل توحید یک اصل اساسی در شکل‌گیری شناخت، هیجان و رفتار است (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۱۰، ص ۱۳۵). براین اساس، اصل محوری توحید، در همه مصادیق خوف غیرمرضی، با مراتب (شدت و ضعف) مختلف جاری است. ملاک تقسیم‌بندی خوف از خدا، مبتنی بر تفاوت افراد در میزان شناخت و معرفتی است که نسبت به توحید دارند. از این رو، کسانی که در عالی‌ترین درجات توحیدند، فقط از خدا می‌ترسند و کسانی که مراتب پایین‌تری از معرفت را دارند، متعلق خوفشان متفاوت می‌شود. اما باید در نظر داشت که همه مصادیق خوف غیرمرضی، به اصل توحید بازگشت دارند. به عبارت دیگر، با توجه به مراتب شناخت و معرفت نسبت به توحید، همه مصادیق خوف غیرمرضی، خوف از خداوند است؛ با این تفاوت که افراد به حسب میزان شناخت و معرفتی که از خداوند دارند، در مصادیق خوف از خداوند متفاوت می‌باشند.

به‌طور کلی، علامه در خصوص اینکه خوف غیرمرضی شامل چه مصادیقی می‌شود، معیاری با دو ویژگی مطرح می‌کند: از نظر ایشان مصادیق خوف غیرمرضی اولاً، باید ممکن و محتمل‌الوقوع باشد. ثانیاً، در صورت وقوع، مقداری از سعادت انسان را از بین ببرد؛ سعادتی که فرد توقع دارد واجد آن باشد و خود را واجد آن فرض می‌کند (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۴، ص ۶۱). براین اساس، علامه در تفسیر آیه ۵۰ سوره نحل، خوف در برابر رجا و خوف در برابر مقام خدا را از مصادیق خوف از خدا معرفی می‌کند. در خوف در برابر رجا، فرد خائف انتظار دریافت امر ناخوشایند دارد. این انتظار امر ناخوشایند، موجب بروز خوف می‌شود. مثال این نوع خوف از خدا، خوف از عذاب است (همان، ج ۱۲، ص ۲۶۸؛ ج ۱۹، ص ۱۰۸). در خوف از عذاب، چون فرد انتظار دریافت عذاب، به‌عنوان یک امر ناخوشایند دارد، نگران و خائف می‌شود. اما در خوف در برابر مقام خدا، احتمال و انتظار امر ناخوشایند، موجب بروز خوف نمی‌شود، بلکه شناخت مقام جلال، عظمت، قاهریت و کبریایی خداوند و اینکه خداوند آگاه از اعمال انسان است (همان، ج ۱۹، ص ۱۰۸)، موجب پدیدآیی خوف در انسان می‌شود. در کلام علامه، به حقیقت این نوع از ترس از خدا چنین اشاره شده است: «حقیقت [این نوع از] ترس عبارت است از: تأثر و انکسار و کوچک شدن، و خلاصه پریدن رنگ روی ضعیف در مقابل قوی‌ای که با قوتش ظهور یافته و شناخته شده، و تپش قلب زیردست در قبال بالادست کبیر متعال که با کبریائیش بر همه چیز قاهر شده است» (طباطبائی، ۱۳۷۴، ج ۱۲، ص ۳۸۷).

مواجهه فرد در این نوع خوف (خوف از مقام)، موجب بروز آثاری از جمله مذلت، خواری، اندکاک و عبادت، همراه با خضوع در برابر مقام عزت و جبروت الهی می‌شود (همو، ۱۴۳۰ق، ج ۱۹، ص ۱۰۸).

**مدل اجمالی پدیدآیی خوف از خدا**

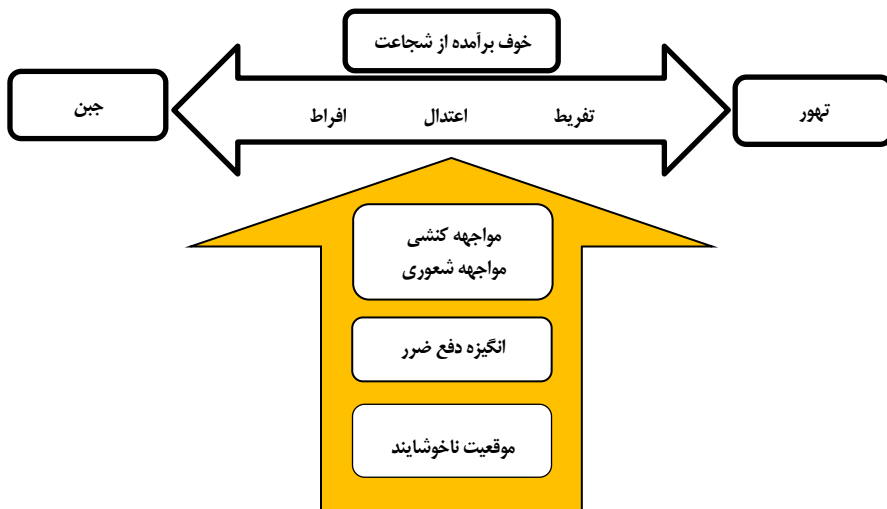
علامه، بر اساس دو انگیزه دفع ضرر و جلب منفعت، دو موقعیت روانی ترسیم می‌کند، که در هریک از این موقعیت‌ها، برخی از صفات شخصیتی شکل می‌گیرد. توضیح بیشتر اینکه، ایشان ابتدا موقعیت‌هایی را که انسان با آنها رُویاروی می‌شود، به دو موقعیت «ناخوشایند» و موقعیت «خوشایند» تقسیم می‌کند. سپس، بر اثر مواجهه شعوری (شناختی) فرد با موقعیت ناخوشایند، صفت خوف و وَجَل در درون فرد پدید می‌آید. همچنین، ربرو شدن شعوری فرد با موقعیت خوشایند، موجب شکل‌گیری میل و شهوت در انسان می‌شود. در ادامه، ایشان بر رعایت اعتدال در شکل‌گیری صفات شخصیتی - برآمده از این موقعیت‌های روانی - تأکید می‌کند. از این‌رو، «صفت شجاعت» را حد میانه در موقعیت روانی ناخوشایند و برآمده از انگیزه دفع ضرر و «صفت عفت» را حد میانه در موقعیت روانی خوشایند و برآمده از انگیزه جلب منفعت معرفی می‌کند (همو، ۱۴۳۰ق، ج ۱۰، ص ۳۲۲).

دو سر طیف، در موقعیت روانی برآمده از انگیزه دفع ضرر، ایجادکننده صفات تهور و جبن است. تهور، حالت تفریط در موقعیت روانی ناخوشایند و برآمده از انگیزه دفع ضرر است؛ یعنی جایی که فرد در آن، هیچ‌گونه تأثیری در برابر موقعیت‌های ناخوشایند (ترسناک) نداشته باشد. از سوی دیگر صفت «جبن»، حالت افراط در موقعیت روانی ناخوشایند و برآمده از انگیزه دفع ضرر است که فرد، از هر خطر موهوم و هر شبحتی، که نمی‌داند چیست، آنچنان به وحشت بیفتد که قدرت شناخت را از دست بدهد (همان).

دو سر طیف، در موقعیت روانی خوشایند و برآمده از انگیزه جلب منفعت، ایجادکننده صفات خمول (بی سروصدا) و شره (آزمند و حریص) است. صفت «خمول»، حالت تفریط در موقعیت روانی برآمده از انگیزه جلب منفعت است. چنین فردی دلش در برابر هیچ محبوب و مطلوبی متأثر نمی‌شود و در مقام جلب آن محبوب بر نمی‌آید. در جهت مخالف خمول، صفت «شره» (آزمند و حریص) قرار دارد. حالت افراط در موقعیت روانی برآمده از انگیزه جلب منفعت است. افراد دارای این ویژگی، هر چیزی که مورد علاقه ایشان قرار گیرد، آنچنان دلباخته آن می‌شوند که در قدرت شناخت و تدبیرش اختلال به وجود آید، به گونه‌ای که ممکن است خود را فراموش کند (همان). در هر دو موقعیت روانی (برآمده از انگیزه دفع ضرر و جلب منفعت)، حالت تفریط هر کدام از این موقعیت‌ها، کنش‌وری فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در «تهور»، هیچ‌گونه واکنش رفتاری نسبت به برطرف کردن منشأ دفع ضرر و در صفت «خمول»، هیچ‌گونه عملکرد رفتاری نسبت به متأثر شدن از منشأ جلب منفعت در فرد مشاهده نمی‌شود. همچنین، حالت افراط هریک از این موقعیت‌ها، وضعیت‌شناختی افراد را مختل می‌کند. ویژگی جبن و شره، فرایندشناختی افراد را از موقعیت طبیعی، خارج کرده و فرد را دچار توهم می‌کند.

علامه، بر رعایت اعتدال در شکل‌گیری صفات شخصیتی - برآمده از این موقعیت‌های روانی - تأکید می‌کند (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۱۰، ص ۳۲۲). همان‌طور که شکل ۱ نشان می‌دهد، صفت «شجاعت» ویژگی افرادی

است که در موقعیت روانی ناخوشایند و با انگیزه دفع ضرر قرار گرفته‌اند و به صورت متعادل، با وضعیت پدید آمده برخورد کنند. با این ویژگی، فرایندهای شناختی متناسب با موقعیت روانی فعال می‌شود و فرد دچار توهم نمی‌شود. همچنین، با ویژگی شجاعت، سطح کنش‌وری مطلوب است و واکنش‌های مناسب موقعیت از فرد صادر می‌شود. از سوی دیگر، صفت ترس مرضی (جبن)، ویژگی افرادی است که در موقعیت روانی ناخوشایند قرار گرفته‌اند، اما به صورت افراطی با موقعیت برخورد می‌کنند. در این وضعیت، در فعالیت شناختی آنها اختلال ایجاد شده و به صورت افراطی، از موقعیت و اشیاء ترسناک وحشت می‌کنند. در مقابل، «تهور»، ویژگی افرادی است که در موقعیت ناخوشایند قرار دارند و به صورت تفریطی، با این وضعیت رؤیاری می‌شوند. از آنجاکه خوف از خدا، در پی انتظار امر ناخوشایند رخ می‌دهد (همان، ج ۹، ص ۱۱۳؛ ج ۱۲، ص ۲۶۷ و ۲۶۸؛ ج ۱۰، ص ۱۹۹) و در پی آن، عملکرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به گونه‌ای که فرد از منشأ خوف اجتناب (همان، ج ۱۴، ص ۱۴۴؛ ج ۹، ص ۱۱۳؛ ج ۱۷، ص ۱۹۱ و ج ۲۰، ص ۱۹۲) و نسبت به دستیابی به هدف استقامت (همان، ج ۱۰، ص ۳۲۱) می‌کند؛ خوف از خدا حد تعادل میان دو ویژگی تهور و جبن است. در مجموع، هیجان خوف از خدا برخاسته از فضیلت شجاعت و حد اعتدال در رؤیاری با موقعیت روانی ناخوشایند است.



شکل ۱. موقعیت روانی ناخوشایند در شکل‌گیری صفت خوف

### مدل تفصیلی پدیدآیی خوف از خدا

از آنجاکه علامه اندیشمندی غایتگرا است، تحلیل رفتار و هیجانات در اندیشه ایشان، بر اساس اصل توحید جهت‌مند است. این تمرکز بنیادین علامه، موافق با دیدگاه ایشان در خصوص هدفمندی طبیعت هستی و طبیعت انسان است (خلیلیان شلمزاری و خسروپناه، ۱۳۹۶). پذیرش مؤثر بودن انتخاب هدف، در شکل‌گیری فرایندهای هیجانی و

رفتاری از ناحیه علامه، بیانگر اهمیت تعیین هدف در پدیدآیی فرایندهای روانی است. علامه، سه نوع هدف را عامل تأثیرگذار در بروز رفتار و صفات نفسانی معرفی می‌کند:

۱. دستیابی به فوائد دنیوی و دریافت تحسین از ناحیه افکار عمومی؛ ۲. دستیابی به فوائد اخروی؛ ۳. دستیابی به قرب الهی (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۱، ص ۳۷۳).

ایشان با اشاره به اشتراکات و تفاوت‌های میان هریک از این اهداف، تعیین هریک از آنها را به میزان بهره‌گیری از ظرفیت‌های شناختی افراد منوط می‌نماید. از این‌رو، پدیدآیی هیجان خوف، بر اساس هریک از اهداف ذکر شده، متفاوت است. چنان‌که ایشان هیجان خوف را بر اساس هریک از این اهداف، متفاوت توصیف نموده است (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۱، ص ۳۷۳). با توجه به مصادیق خوف از خدا، از سوی علامه (خوف در توازن با رجا و خوف از مقام الهی) (همان، ج ۱۲، ص ۲۶۸) خوف در توازن با رجا، بر اساس هدف دوم و خوف از مقام الهی، بر اساس هدف سوم پدید می‌آید. همچنین، هدف در پدیدآیی خوف در معنای «جبن»، از نوع هدف اول است. هدف این مقاله، ارائه مدل پدیدآیی خوف در توازن با رجا است.

علاوه بر نقش تعیین‌کنندگی هدف، ویژگی‌های انسان‌شناختی و عامل‌انگیزه در پدیدآیی حالات نفسانی از سوی علامه طباطبائی مورد تأکید قرار گرفته است. علامه، در موضوع هدفِ خلقت انسان، شناخت از ظرفیت‌های وجودی انسان را مسیر دستیابی به هدف معرفی می‌کند (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۳، ص ۵۸). همچنین، با توجه به نقش اراده و شعور، علامه به انگیزه جلب منفعت و دفع ضرر در پدیدآیی حالات نفسانی اشاره نموده است (همان، ج ۱۰، ص ۳۲۱-۳۲۲). از این‌رو، برای دستیابی به مدل پدیدآیی هیجان خوف از خدا، توجه به ویژگی‌های انسان‌شناختی و عامل‌انگیزه، در کلام علامه طباطبائی لازم است. بر این اساس، با توجه به تأکید علامه، نسبت به نقش تعیین هدف، شناخت ویژگی‌های انسان و انگیزه‌های مؤثر، مدل پدیدآیی خوف از دیدگاه علامه را در سه محور کلی بررسی می‌کنیم. ابتدا به موضوع شناخت هدف و آگاهی از ویژگی‌های انسان‌شناسی خوف پرداخته، در ادامه انگیزه پدیدآیی و سپس، نتیجه پدیدآیی خوف در عملکرد رفتاری بررسی می‌شود. پس از توصیف این سه مرحله، مدل پدیدآیی خوف از خدا به صورت تصویری ارائه می‌شود.

#### محور اول. شناخت و پدیدآیی خوف از خدا

با توجه به اینکه علامه از تقدم شناخت بر هیجان سخن به میان آورده، تحلیلی شناختی از مبانی انگیزشی خوف، بر اساس دیدگاه ایشان ارائه می‌شود. علامه، با اشاره به تفاوت در ادراک و نوع فکر افراد، بر عنصر شناختی در پدیدآیی هیجان ترس تأکید می‌کند (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۱، ص ۳۷۴) و به پدیدآیی هیجان ترس، برآمده از تلقین شناختی تصریح می‌کند (همان، ص ۳۷۳). چنان‌که *راغب اصفهانی*، در ذیل واژه «خوف»، در تفسیر آیه ۳۵ سوره نساء، به وقوع هیجان خوف، بعد از شناخت اشاره می‌کند. بنابراین، مواجهه شعوری فرد، مقدمه پدیدآیی خوف

در درون فرد است (همان، ج ۱۰، ص ۳۲۲). متعلق شناخت در پدیدآیی خوف از خدا، از دیدگاه علامه طباطبائی شناخت هدف، شناخت ویژگی‌های خدا و آگاهی از خصوصیات انسان است که در بروز هیجان خوف از خدا، نقش تعیین‌کننده دارند. در ادامه، توصیف هر یک از این موارد ارائه می‌شود.

هدف و معنای متعالی، همه رفتارها را متوجه خود می‌کند، قرب الهی است و فراتر از اهداف فردی است؛ هرچند اهداف فردی، از عمق زیادی برخوردار باشد. همان‌طور که بیان شد، هدف در خوف از خدا در توازن با رجا، دستیابی به فوائد اخروی است که مرتبه‌ای از کمال و سعادت انسانی را تأمین می‌کند. اما در خوف از خدا، به معنای خوف از مقام الهی، هدف قرب الهی است.

علاوه بر شناخت هدف، علامه شناخت دو جنبه از عاملیت الهی را در پدیدآیی خوف مؤثر می‌داند: ۱. شناخت نسبت به مؤثر بودن عاملیت الهی؛ ۲. توجه نسبت به ویژگی‌های عاملیت الهی. علامه، در تفسیر آیه ۲۶ سوره هود، آگاهی نسبت به علت و مؤثر بودن خداوند در امور طبیعی را از عوامل ایجادکننده خوف بیان می‌کند. با اشاره به داستان مقابله حضرت نوح<sup>ع</sup> با بت‌پرستان، بیان می‌کند که حضرت نوح برای ایجاد خوف در دل بت‌پرستان، برخی از تأثیرات خداوند در نظام طبیعت را مطرح می‌کند (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۱۰، ص ۱۹۹).

نوح<sup>ع</sup> در مقام مقابله با بت‌پرستان که از خشم بت‌ها می‌ترسیدند [به هدف ایجاد ترس در بت‌پرستان ویژگی‌هایی را برای خداوند برشمرد]، در مقام مقابله با آنان گفت: این الله سبحان است که خالق شما و مدبر شؤون زندگی شما و امور معاش شما است. به همین منظور، هم آسمان‌ها و زمین را آفرید، خورشید را تابنده و قمر را نورانی کرد، باران‌ها را از آسمان بارانید، زمین را رویانید و باغ‌ها را ایجاد کرده، نهرها را به جریان در آورد ... و چون الله سبحان، چنین خدایی است و چون پروردگار شما است، پس باید تنها از او بترسید (طباطبائی، ۱۳۷۴، ج ۱۰، ص ۲۹۷).

همچنین، با توجه به تفاوت میان منشأ و عاملیت الهی در خوف، شناخت ویژگی‌های متعددی از ناحیه خداوند، موجب پدیدآیی خوف از خدا در فرد می‌شوند (همو، ۱۴۳۰ق، ج ۱۲، ص ۲۶۷). همان‌طور که نراقی (۱۳۸۱)، عظمت و جلال کبریایی خداوند را عامل خوف از خدا معرفی می‌کند، در نگاه علامه طباطبائی، این ویژگی‌ها شامل ویژگی جلال الهی، عظمت الهی و ملاقات با خداوند است. علامه، آگاهی از ویژگی جلال الهی را عامل ایجاد خوف از خدا در خیفه (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۸، ص ۳۸۳)، شناخت امر عظیم را عامل ایجادکننده خوف از خدا در خشیت (همان، ج ۴، ص ۲۰۰) و آگاهی از ملاقات با خداوند را موجب برانگیختن خوف از خدا، نسبت به عذاب الهی معرفی می‌کند (همان، ج ۱۰، ص ۲۸). بنابراین، شناخت ویژگی‌های سه‌گانه عاملیت الهی، به‌عنوان تکیه‌گاه خوف (علو و برتری، استقلال و قادر بودن)، در پدیدآیی خوف از خدا تأثیرگذار است. از آنجاکه خوف از عذاب، یکی از اقسام خوف از خدا در توازن با رجا است و این مقاله عهده‌دار مفهوم‌سازی خوف از خدا، در توازن با رجا است، شناخت ویژگی قادر بودن خداوند، عامل پدیدآیی خوف از خدا است.

علامه طباطبائی، از ویژگی انسان شناختی افراد، به «ضعف وجودی انسان» در پدیدآیی خوف از خدا توجه نموده است. در انسان‌شناسی خوف از دیدگاه علامه، ضعف وجودی برآمده از نیازمندی و عین ربط بودن انسان به فاعل هستی‌بخش (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۴، ص ۷؛ ج ۸، ص ۳۴۹)، از ویژگی‌های وجود انسان است. بر اساس نگاه انسان‌شناختی علامه، توجه فرد به ویژگی نیازمندی و عین ربط بودن، موجب شکل‌گیری خوف می‌شود. فهم روان‌شناختی دو ویژگی انسان‌شناختی، «نیازمندی» و «عین ربط بودن» در توصیف ویژگی «عدم استقلال» امکان‌پذیر است.

در کلام علامه طباطبائی، دو ویژگی ضعف و عین ربط بودن انسان به منبع هستی‌بخش، با ویژگی «واسطه بودن خدا میان قلب انسان»، در پدیدآیی هیجان‌ات از جمله خوف مطرح شده است. علامه در ذیل آیه ۲۴ سوره انفال، با اشاره به واسطه بودن خدا میان آدمی و قلب‌اش، به تبیین این مسئله می‌پردازد که زمام قلب مؤمن به دست خداست. در نتیجه، خود مؤمنین نسبت به در اختیار داشتن و مالک بودن قلب‌هایشان مستقل و بی‌نیاز از خداوند نیستند (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۹، ص ۴۶). از این‌رو، توجه فرد مؤمن به این عدم استقلال، عاملی برای ترس از خداوند به حساب می‌آید. در تبیین عدم استقلال و واسطه بودن خداوند میان محل ادراک خوف و فرد، علامه طباطبائی چنین بیان می‌کند:

از آنجایی که خداوند بر اجزاء وجودی [قلب] و توابع اجزای وجودی [عواطف باطنی] انسان احاطه دارد ... مالک انسان و تصرفاتش است و در آنها به هر صورت که بخواهد تصرف می‌کند. ... البته خداند از مُلک خود و تصرفاتش هر مقدار که بخواهد به خود انسان واگذار می‌کند. ... [اما در این واگذاری] خدا، میان انسان و جزء جزء وجودش و تمامی توابعش حایل است، بین او و قلبش، بین او و گوشش، ... حایل است و تصرف می‌کند. ... [از این‌رو] وقتی خدا میان انسان و قلب [محل درک خوف] او حایل باشد، و با در نظر گرفتن اینکه، او مالک حقیقی قلب نیز هست، پس قبل از اینکه انسان در قلبش تصرف کند، او در قلب انسان به هر نحوی که می‌خواهد تصرف نموده، آنچه را که انسان از ایمان و یا شک، خوف و یا رجا و ... به خود نسبت می‌دهد همه به خدای تعالی نیز انتساب دارد. ... بنابراین، اینکه انسان به ایمان درونی و یا حسن نیت خود وثوق داشته باشد و از تصمیمش بر کار نیک کردن و به صلاح و تقوا گراییدن مغرور شود، از کمال جهل انسان است. ... از این‌رو، جا دارد که آدمی به جای مغرور شدن، همیشه از اینکه خداوند دلش را واژگون کند در حذر و ترس باشد چون خدا در هر لحظه می‌تواند دل انسان را از سعادت به شقاوت و از استقامت به واژگونی و انحراف برگرداند (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۹، ص ۴۶-۴۹).

با توجه به آنچه در محور اول (شناخت و پدیدآیی خوف) بیان شد، توجه و شناخت انسان به چند جنبه وجودی موجب پدیدآیی خوف می‌شود.

جنبه اول، طبیعت انسان هدفمند است. هدف در خوف از خدا، در توازن با رجا دستیابی به فوائد اخروی است. جنبه دوم، دستیابی به هدف، نیازمند تلاش جدی است. در صورت اهمال‌کاری، احتمال دریافت تنبیه جدی (مجازات) وجود دارد (احتمال شکست در دستیابی به هدف).



جنبه سوم، انسان موجودی ضعیف و نیازمند به فاعل هستی‌بخش است (ضعف و وابستگی وجودی انسان به خداوند). جنبه چهارم، خداوند به‌عنوان تکیه‌گاه وجودی انسان از عظمت، برتری، استقلال و قدرت برخوردار است (جایگاه رفیع خداوند).

از آنجاکه انسان به‌عنوان موجودی طبیعی (همان، ج ۲، ص ۲۱۳)، در پی هدفی والاست (همان، ج ۱، ص ۳۳۷)، از سوی دیگر، از ضعف وجودی برخوردار است و این ضعف وجودی، امکان عدم موفقیت نسبت به دستیابی به هدف را افزایش می‌دهد. همچنین، بر اساس مؤلفه خود‌اصلاح‌گری طبیعت از دیدگاه علامه طباطبائی، در صورت عدم موفقیت انسان در دستیابی به هدف، از ناحیه خداوند مورد تنبیه قرار خواهد گرفت (خلیلیان شلمزاری و خسروپناه، ۱۳۹۶). خداوندی که علاوه بر اینکه قادر است، وجود و هستی فرد نیازمند دریافت توجه از ناحیه ایشان است. آگاهی نسبت به شرایط مذکور، زمینه پدیدآیی خوف از خدا در انسان را ایجاد می‌کند. چنان‌که علامه، پدیدآیی خوف را در پی منفعل شدن فرد ضعیف در برابر عامل قدرتمند و قاهر تصور می‌کند (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۲۰، ص ۱۹۲).

#### محور دوم. انگیزه پدیدآیی خوف از خدا

علامه طباطبائی، دفع ضرر و جلب منفعت را به‌عنوان دو انگیزه درونی در پدیدآیی رفتار مطرح می‌کند. از آنجاکه انسان موجودی دارای شعور و اراده است، در فعلیت‌بخشی به انگیزه‌های جلب منفعت و دفع ضرر، به صورت شناختی دخالت می‌کند (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۱۰، ص ۳۲۲). خوف از خدا، با عامل انگیزشی دفع ضرر به‌عنوان یک انگیزه درونی (فطری) در فرد به وجود می‌آید. علامه طباطبائی، در تفسیر آیه ۷۰ سوره هود، به دفع ضرر به‌عنوان عامل انگیزشی در شکل‌گیری خوف تصریح می‌کند (همان، ص ۳۲۲) و از نگاه ایشان، سرچشمه پدیدآیی خوف احتمال ضرری است که متوجه نفس می‌شود (همان، ص ۹۰).

#### محور سوم. جهت رفتار در مدل پدیدآیی خوف از خدا

کمف (۱۹۵۳)، الگوی رفتاری در هیجان ترس را «اجتناب» توصیف می‌کند. اما جهت رفتار بر اساس نگاه علامه، در هیجان خوف از خدا دارای دو سمت است: ۱. اجتناب از منشأ ترس؛ ۲. پیشروی به سمت هدف. برای روشن شدن تفاوت جهت‌گیری رفتار، بر اساس دیدگاه علامه، با دیدگاه کمف و نظریه میدانی لوین، توجه به دو جهت از رفتار در پدیدآیی خوف از خدا لازم است.

در دیدگاه علامه طباطبائی، در پدیدآیی خوف از خدا، دو جهت از رفتار مشاهده می‌شود. اگر چه علامه طباطبائی بازدارندگی را به‌عنوان ویژگی خوف از خدا را طرح می‌کند (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۲۰، ص ۱۹۸) و اثر خوف را در راستای پرهیز از گرایش به دنیا و هوای نفس معرفی نموده (همان، ص ۱۹۲)؛ اما ویژگی بازدارندگی، تنها کنش رفتاری خوف از خدا نیست، بلکه با توجه به اینکه خوف از خدا حد، اعتدال موفقیت روانی ناخوشایند و برخاسته از فضیلت شجاعت است (همان، ج ۱۰، ص ۳۲۲)، یک حرکت رو به جلو و در راستای دستیابی به هدف، در کنش

رفتاری خوف از خدا وجود دارد. از این رو، یک جهت از رفتار در هیجان خوف از خدا، به سمت هدف و جهت دوم رفتار نسبت به منشأ تهدید است؛ به این معنا که با پدیدآیی هیجان خوف، جهت رفتار نسبت به منشأ تهدید، در قالب اجتناب و گریز بروز پیدا می‌کند. با توجه به آنچه گفته شد، الگوی رفتار در هیجان خوف از خدا، بر اساس در دیدگاه علامه طباطبائی در جهت اول رفتار، «به سمت هدف» و در جهت دوم رفتار، «اجتناب و گریز» است.

بر اساس آنچه بیان شد، با توجه به دیدگاه علامه طباطبائی در خصوص ویژگی هدفمندی، به‌عنوان نیازی بنیادین و یکی از مؤلفه‌های طبیعت انسان، تأمین این نیاز از ارتباط میان انسان با خداوند تأمین می‌شود. همان‌طور که در تعریف لغوی «خوف» آمده (صاحب، ۱۴۱۴ق، ج ۴، ص ۴۲۳؛ ازدی، ۱۳۸۷، ج ۲، ص ۴۳۴؛ قرشی، ۱۳۷۱، ج ۲، ص ۳۱۳)، در حین عارض شدن خوف، نفس انتظار رسیدن ضرری را دارد. منشأ این احتمال ضرر، در رابطه میان انسان و خدا، تهدیداتی است که از ناحیه هریک از آنها نسبت به دستیابی به هدف (منافع اخروی یا قرب الهی) تصور می‌شود. این تهدیدات، از ناحیه خداوند در قالب انتظارات و وعده‌های مجازات است؛ یعنی در صورت عدم موفقیت نسبت به دستیابی به هدف، فرد با مجازات از ناحیه خداوند روبرو است. وجود وعده مجازات، عاملی تهدیدکننده برای دستیابی به هدف است. مثلاً، وعده عذاب و وعده فراق، از مواردی است که دستیابی به هدف را تهدید می‌کند. همچنین، تهدیداتی از ناحیه خود انسان، در قالب رفتارهای توأم با خطا یا کاستی و ضعف وجودی، تهدیدکننده هدف است. وضعیت گفته شده، در خصوص رابطه میان انسان و خدا، در نفس انسان، ابتدا از طریق یک فرایند شناختی و سپس، با به‌کارگیری ظرفیت انگیزشی، به پدیدآیی خوف از خدا منجر می‌شود. همان‌طور که بیان شد، تأثیرگذاری هدف در پدیدآیی هیجان ترس، مبتنی بر فرض تقدم شناخت بر هیجان است. بنابراین، از آنجاکه علامه طباطبائی انسان را موجودی دارای اراده و اختیار معرفی می‌کند، پدیدآیی رفتار ارادی را ابتدا منوط به تحقق مجموعه عوامل مقدماتی شناختی (تصور، تصدیق) و سپس، عوامل هیجانی (اشتیاق) نموده است (ربانی گلپایگانی، ۱۳۷۱، ج ۲، ص ۲۸۰).

براین اساس، در موقعیت ناخوشایند، نفس فرد در گام نخست، در یک فرایند شناختی در دو مرحله (تصور و تصدیق)، فعال می‌شود. در مرحله اول (تصور)، سه تصور در ذهن انسان شکل می‌گیرد.

۱. تصور هدف و تهدیدات آن؛ ۲. تصور مؤثر بودن و ویژگی‌های عاملیت الهی (علو و برتری، استقلال و قادر بودن)؛ ۳. تصور ویژگی‌های خود (ضعف و نیازمندی، عین‌الربط بودن و واسطه بودن خدا میان قلب).  
در مرحله دوم (تصدیق)، باور فرد در خصوص موضوعات تصور شده سه‌گونه است:

۱. باور افراطی نسبت به تهدید هدف؛ ۲. باور منطقی نسبت به تهدید هدف؛ ۳. باور به عدم تهدید نسبت به هدف.  
در گام دوم، ظرفیت انگیزشی متناسب با هریک از این باورهای سه‌گانه فعال می‌شود. اگر فرد باور افراطی نسبت به تهدید هدف داشته باشد، انگیزه دفع ضرر به صورت افراطی فعال می‌شود و موجب پدیدآیی هیجان جبن (ترس مرضی) می‌شود. اما اگر فرد باور منطقی نسبت به تهدید هدف داشته باشد، انگیزه دفع ضرر به صورت

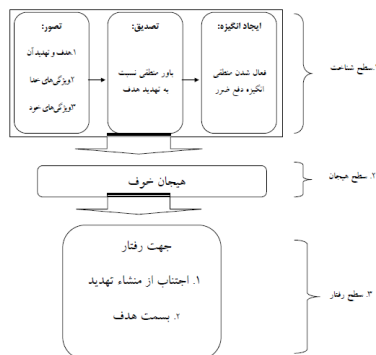
منطقی فعال شده، موجب پدیدآیی هیجان خوف می‌شود. از سوی دیگر، اگر فرد باور به عدم تهدید نسبت به هدف داشته باشد، وجود این باور، راه‌انداز انگیزه دفع ضرر نیست و موجب پدیدآیی هیجان تهور (بی‌باکی) می‌شود (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۱۰، ص ۳۲۲).

در گام سوم، واکنش رفتاری متناسب با هریک از هیجان‌های ایجاد شده شکل می‌گیرد. از آنجاکه واکنش رفتاری، در هیجان خوف در دو سطح رفتار بروز پیدا می‌نمود؛ هریک از هیجان‌های جبن (ترس مرضی)، خوف (ترس غیرمرضی) و تهور (بی‌باکی)، در جهت‌دهی رفتار با یکدیگر متفاوت هستند. جهت رفتار در هیجان جبن در سطح اول، به سمت هدف نیست و در سطح دوم، از رفتار نسبت به منشأ جبن اجتناب صورت می‌گیرد و هیجان جبن نسبت به منشأ ترس بازدارندگی ایجاد می‌کند. در هیجان خوف (ترس غیرمرضی)، جهت رفتار در سطح اول، به سمت هدف است. در سطح دوم، جهت رفتار در خصوص منشأ تهدید، اجتناب از منشأ تهدید است. از این رو، هیجان خوف (غیرمرضی)، موجب بازدارندگی از تهدید است. در هیجان تهور (بی‌باکی)، جهت رفتار به سمت هدف قرار دارد؛ اما در سطح دوم از عملکرد، جهت رفتار موجب اجتناب از منشأ تهدید نمی‌شود. تفاوت دو جهت رفتار در هیجان ترس، خوف و تهور در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. تفاوت جبن، خوف و تهور در سطوح عملکرد

سطوح رفتار	نسبت به هدف	جبن	خوف	تهور
		نسبت به منشأ تهدید	غیر سمت هدف اجتناب	به سمت هدف اجتناب

شکل ۲. مدل تفصیلی پدیدآیی خوف از خدا



## تعریف خوف از خدا

با توجه به مدل پدیدآیی تعریف روان‌شناختی خوف از خدا، مبتنی بر اندیشه ایشان عبارت است از: «خوف از خدا نگرانی فرد نسبت به تهدید هدف است که به موجب آن، انگیزه فرد در خصوص دستیابی به هدف تقویت و در خصوص ارتکاب و نزدیکی به منشأ تهدید بازدارنده می‌شود».

در این تعریف، سازه خوف از خدا به‌عنوان نگرانی مطرح شده است که منشأ این نگرانی، عوامل داخلی و خارجی تهدیدکننده هدف است. از این‌رو، نگرانی که برآمده از عوامل غیر تهدیدکننده هدف انسان باشد، موجب پدیدآیی خوف از خدا نمی‌شود. همچنین، در این تعریف منظور از «هدف»، رسیدن به منافع اخروی و قرب الهی است. از این‌رو، در زندگی سعادت‌مندان انسان، اگر اهداف دنیوی مورد تهدید قرار گیرند، خوف از خدا در سازمان روانی انسان پدید می‌آید. یکی از مهم‌ترین اجزای این تعریف، ویژگی انگیزه‌سازی سازه خوف از خداست که با پدیدآیی خوف از خدا، فرد دارای نیرو و توان لازم جهت مقابله با منشأ تهدید و همچنین، انگیزه بیشتری نسبت به پیگیری و رسیدن به هدف را دارد.

### نتیجه‌گیری

در تبیین مدل پدیدآیی خوف از خدا، اندیشه علامه طباطبائی بر ابعاد هستی‌شناسی و انسان‌شناسی متوقف است. علامه طباطبائی، در بُعد هستی‌شناسی خوف از خدا، برخلاف فروید (۱۳۶۲) و راسل (۱۳۴۹)، قائل به وجود حقیقی خداوند با ویژگی‌های همچون قادر بودن، استقلال و برتری است. همچنین، علامه به ویژگی انسان‌شناختی ضعف وجودی برآمده از نیازمندی انسان، در پدیدآیی خوف توجه نموده است. همسو با این یافته، نگاه راعب/اصفهان‌ی (۱۴۱۲ق)، مصباح‌زیدی (۱۳۸۵) و وولف (۱۳۸۶) است که ترس را اقتضای نقص و نیازمندی می‌دانند.

البته، اگر چه ابعاد نیازمندی انسان در پدیدآیی حالات و سازه‌های روانی مورد توجه علامه است، اما وی به‌عنوان یک اندیشمند غایت‌گرا، به‌طور بنیادین بر نقش هدفمندی در شکل‌گیری انگیزه و جهت‌گیری رفتار تأکید نموده است. همسو با این نتیجه، یافته‌های باقری (۱۳۹۴) است که بر توجه به اصل هدفمندی در مدل‌سازی و نظریه‌پردازی، مبتنی بر نگرش اسلامی تأکید نموده است. به اذعان این پژوهشگر، تفاوت رویکردهای دانش روان‌شناسی در تعریف دو اصطلاح هستی‌شناسی و انسان‌شناسی، نشان‌گر اختلاف تاریخی مطالعات روان‌شناختی بین تلقی‌های مختلف از ساختار و نحوه کارکرد طبیعت و انسان است؛ به این معنا که آیا یک شعور فراتجربی در هستی و در انسان وجود دارد، یا نه؟ مهم‌ترین حاصل باور به وجود و یا عدم وجود این شعور فراتجربی، لحاظ کردن متغیرهای اراده، برنامه و هدف در حرکت و افعال انسان و همچنین، وجود یک اراده، برنامه و هدف و وجود یک برنامه‌ریز در عالم طبیعت است. از این‌رو، به اعتقاد باقری (۱۳۹۴)، لحاظ کردن هدف در مدل‌های نظری علمی جزء نتایج باور به شعور فراتجربی است. همچنین، در تأیید توجه به اصل غایتمندی از سوی علامه طباطبائی، روان‌شناسان دو رویکرد اگزیستانسیالیسم (مانند فرانکل، ۱۹۶۲) و مثبت‌نگر (مانند سلیگمن، ۲۰۱۱) بر اهمیت معنا و هدف تأکید کرده‌اند. البته تمرکز بر اهداف فردی، در برابر اهداف متعالی، وجه تمایز دیدگاه علامه طباطبائی و نظریه‌های وجودی و مثبت‌گرا است. بر این اساس، خوف از خدا از دیدگاه علامه، هیجانی در راستای تقرب به خدا معرفی می‌شود. همسو با این نتیجه، دیدگاه کی‌یرک‌گارد در سازه ترس آگاهی است. کی‌یرک‌گارد قائل است: «ترس آگاهی اصلی‌ترین عنصر محرک در رسیدن به درجه ایمان به‌شمار می‌آید و یکی شدن فردیت بشر، با فردیت مطلق الهی را هموار می‌سازد» (هوشنگی و غلامحسین‌زاده، ۱۳۹۱، ص ۱۴۶).

علامه طباطبائی، دفع ضرر را به‌عنوان یک عامل درونی، منشأ انگیزه در پدیدآیی خوف معرفی می‌کند. همسو با این یافته، تعریف تلبیش (۱۳۷۵) از ترس به‌عنوان یک عامل هشداردهنده است. در تفسیر این نتیجه، باید گفت: منشأ درونی بودن انگیزه در دیدگاه علامه طباطبائی ویژگی اختیار انسان است. علامه، انسان را موجودی مختار معرفی می‌کند (طباطبائی، ۱۴۳۰ق، ج ۱۰، ص ۳۷۰)، که با قدرت اختیار و انتخاب خود تصمیم‌گیری می‌کند. از مهم‌ترین خصوصیات اختیار، عدم تأثیرپذیری از غیر است (طباطبائی، ۱۳۸۷، ج ۳، ص ۱۶۳)؛ به این معنا که انسان در کنش‌های برآمده از اختیار، تحت تأثیر هیچ واحدی (چه ارگانیسم زنده یا محیط)، غیر از خودش قرار نمی‌گیرد. براین‌اساس، انگیزه دفع ضرر و جلب منفعت، به‌عنوان دو عامل دورنی انگیزشی تحت عوامل ارادی و شناختی انسان در پدیدآیی حالات نفسانی دخیل‌اند (همو، ۱۴۳۰ق، ج ۱۰، ص ۳۲۱-۳۲۲).

اگر چه تبیین‌های متفاوتی در تقدم و تأخر هریک از شناخت و هیجان در دانش روان‌شناسی وجود دارد، اما علامه بر تقدم شناخت در هیجان ترس تصریح می‌کند. در تأیید این نتیجه، موضع اسمیت و کریپی (۲۰۰۰) و شکتر و سییگر (۱۹۶۲) است که قائل به تقدم ارزیابی شناختی، قبل از پاسخ هیجانی هستند. درست بر خلاف بلس و فیلدر (۲۰۰۶) و زاینس (۱۹۸۰)، که بر تقدم عواطف بر جنبه‌های شناختی، همچون افکار و قضاوت‌ها قائل هستند.

در مدل پدیدآیی خوف از خدا، توجه علامه به دو جهت رفتاری در پدیدآیی خوف از خدا معطوف شده است. در راستای این نتیجه، ریو قائل است: ترس دارای انگیزش محافظت است که معمولاً به صورت گریختن و کناره‌گیری از منبع ترس، یا به صورت پاسخ‌های کنار آمدن برای روبرو شدن با منبع ترس آشکار می‌شود (ریو، ۱۳۸۱، ص ۳۶۱). همچنین، ترس از نگاه ریو، از دید مثبت می‌تواند برای فرد، حمایت انگیزشی فراهم کند. این نتیجه، همسو با نگاه کمف (۱۹۵۸) است که ترس را آمادگی برای بروز واکنش‌های اجتنابی و واکنش‌های اکتسابی معرفی می‌کند. البته تفاوت دیدگاه علامه با کمف، همسان بودن اهمیت هر دو جهت رفتار (تقویت هدف و اجتناب از تهدید)، در پدیدآیی خوف از خدا در دیدگاه علامه است درحالی‌که در نگاه کمف، حالت فشار و تخریب (واکنش اجتنابی)، به طور بالقوه از نظر مقدار و اهمیت بر حالت سازندگی (واکنش اکتسابی) تفوق دارد. اما با توجه به مهم بودن اصل جهت‌مندی و توجه علامه طباطبائی، در تبیین خوف از خدا به ویژگی هدفمندی هر دو لایه رفتار (اجتناب و حرکت رو به جلو)، در خوف از خدا دارای اهمیت یکسان است. همسو با این نتیجه، یافته‌های مظاهری و پسندیده (۱۳۹۰) است که علاوه بر جنبه‌ی بازدارندگی، به جنبه‌ی رو به جلو بودن رفتار در خوف از خدا توجه نموده‌اند. این پژوهشگران، در تبیین نتیجه ترس از خدا چنین بیان کرده‌اند: «نتیجه ترس از خدا، «بازداری» رفتار، یعنی احتیاط است و پرهیز از آنچه وی منع کرده است، و نیز مبادرت به آنچه وی خواسته یا فرمان داده است» (مظاهری و پسندیده، ۱۳۹۰، ص ۱۱۲).

به‌طور کلی، در مرحله مدل پدیدآیی مشخص شد که پدیدآیی هیجان خوف از خدا، مبتنی بر دو حیطه کلی است: در حیطه اول، ابعاد هستی‌شناسی (رابطه انسان با خدا) و انسان‌شناسی (هدفمندی، نیازمندی و عدم استقلال) و در حیطه دوم، ابعاد روان‌شناختی (ساحت شناخت، ساحت هیجان و ساحت رفتار) مطرح شده است.

## منابع

- ازدی، عبدالله‌بن محمد، ۱۳۸۷، *الماء*، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- باقری، فریبرز، ۱۳۹۴، «*فقه مفهوم غایت‌مندی در تعیین ملاک ناپهنجاری در روان‌شناسی مبتنی بر نگرش ساده‌گرایی و بر مبنای رویکرد اسلامی به انسان و هستی*»، مجموعه مقالات کنگره بین‌المللی علوم انسانی اسلامی، دوره اول، ش ۳، ص ۶۸-۷۶.
- پلاچیک، روبرت، ۱۳۷۱، *هیجان‌ها حقایق، نظریه‌ها و یک مدل جدید*، ترجمه محمود رمضان‌زاده، چ سوم، مشهد، آستان قدس رضوی.
- پیرحیاتی، محمد، ۱۳۹۰، *اسطوره و دین رویکردی پژوهشی و عرفانی به دین*، تهران، دفتر پژوهش و نشر سهروردی.
- تلیش پل، ۱۳۷۵، *تسجاعت بودن*، ترجمه مراد فرهادپور، چ دوم، تهران، علمی و فرهنگی.
- خلیلیان شلمزاری، محمود و عبدالحسن خسروپناه، ۱۳۹۶، «*خوانشی نو در توصیف و تحلیل خاستگاه تفاوت‌های جنسیتی از نگاه علامه طباطبائی*»، *مطالعات جنسیت و خانواده*، سال پنجم، ش ۱، ص ۶۱-۸۱.
- راسل، برتراند، ۱۳۴۹، *چرا مسیحی نیستیم؟*، ترجمه طاهری، تهران، آسمان.
- راغب اصفهانی، حسین‌بن محمد، ۱۳۷۴، *ترجمه و تحقیق مفردات الفاظ قرآن*، ترجمه غلامرضا خسروی حسینی، چ دوم، تهران، مرتضوی.
- \_\_\_\_\_، ۱۴۱۲ق، *مفردات الفاظ القرآن*، بیروت، دارالعلم.
- ربانی گلپایگانی، علی، ۱۳۷۱، *ایضاح الحکمه ترجمه و تشرح بدایه الحکمه حکیم الهی علامه طباطبائی*، قم، مرکز جهانی علوم اسلامی.
- ریو، جان مارشال، ۱۳۸۱، *انگیژنس و هیجان*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، چ چهارم، تهران، ویرایش.
- صاحب، اسماعیل‌بن عباد، ۱۴۱۴ق، *المحیط فی اللغة*، بیروت، عالم‌الکتب.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۳۸۷، *اصول فلسفه رئالیسم*، چ دوم، قم، بوستان کتاب.
- \_\_\_\_\_، ۱۳۷۴، *ترجمه تفسیر المیزان*، ترجمه سیدمحمدباقر موسوی همدانی، چ پنجم، قم، جامعه مدرسین.
- \_\_\_\_\_، ۱۴۳۰ق، *المیزان فی تفسیر القرآن*، چ نهم، قم، جامعه مدرسین.
- فروید، زیگموند، ۱۳۶۲، *توتم و تابو*، ترجمه باقر ایرج‌پور، تهران، آسیا.
- قرشی، علی اکبر، ۱۳۷۱، *قاموس قرآن*، چ ششم، تهران، دارالکتب الاسلامیه.
- مصباح‌یزدی، محمدتقی، ۱۳۸۵، *پندهای الهی*، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی علیه السلام.
- مصلح، علی اصغر و رحمت‌الله موسوی‌مقدم، ۱۳۹۰، «*نسبت انسان با خدا در فلسفه دکارت و نقد آن از دیدگاه سیدمحمدحسین طباطبائی*»، *فصل‌نامه علمی- پژوهشی دانشگاه قم*، سال دوازدهم، ش ۴، ص ۹۱-۱۱۲.
- مظاهری، محمدعلی و عباس پسندیده، ۱۳۹۰، *مثلت ایمان الگوی ابعادی رابطه انسان با خدا*، قم، دارالحدیث.
- موسوی خمینی، سیدروح‌الله، ۱۳۸۳، *چهل حدیث*، تهران، مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی علیه السلام.
- نراقی، ملاحمد، ۱۳۸۱، *معراج السعاده*، قم، هجرت.
- وولف، دیوید، ۱۳۸۶، *روان‌شناسی دین*، ترجمه محمد دهقانی، تهران، رشد.
- هوشنگی، مجید و غلامحسین غلامحسین‌زاده، ۱۳۹۱، «*تحلیل مفهوم ترس در رساله قشیریه بر اساس ملاحظات کرگکور*»، *حکمت معاصر*، سال سوم، ش ۲، ص ۱۴۵-۱۶۲.
- APA College Dictionary of Psychology, 2009, 1st ed. American Psychological Association, Model.
- Bless, H., & Fiedler, K, 2006, *Mood and the regulation of information processing and behavior*, In J.P. Frankl, E, 1962, *Man's search for meaning; an introduction to logotherapy*, Boston, Beacon Press.
- Kempf, E. J, 1953, Neuroses as conditioned, conflicting, holistic, attitudinal, acquisitive-avoidant reactions, *Annals of the New York Academy of Sciences*, n. 56, p. 307-329.
- Kempf, E. J, 1958, Basic biodynamics, *Annals New York Academy of Sciences*, n. 73, p. 869-910.
- Schachter, S, & Singer, J. E, 1962, Cognitive, social and physiological determinants of emotional state, *Psychological Review*, n. 69, p. 379-399.
- Seligman, M.E.P, 2011, *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being*, New York, Free Press.
- Smith, C. A, & Kirby, L, 2000, *Consequences require antecedents: Toward a process model of emotion elicitation*, In J. P. Forgas (Ed), *Feeling and Thinking: The role of affect in social cognition*: Cambridge University Press.
- Zajonc, R. B, 1980, Feeling and thinking: Preferences need no inferences, *The American Psychologist*, n. 35, p. 151-175.

## اثربخشی درمان وجودی بر اساس قرآن کریم (با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی)؛ بر تغییر مثبت باورهای وجودی بیماران ام اس

parisa.paran52@gmail.com

Mazarbayerjani110@yahoo.com

پریسا پرن / دکتری مشاوره دانشگاه علوم تحقیقات

مسعود آذربایجانی / دانشیار روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

علی دلاور / عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۳۰ - پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱۴

### چکیده

این پژوهش، به‌منظور تعیین اثربخشی درمان وجودی، بر اساس قرآن کریم، بر تغییر مثبت باورهای مبتلایان به ام‌اس ارائه شده است. جامعه آماری این تحقیق، کلیه بیماران ام‌اس تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی بودند. برای بررسی باورهای وجودی مبتلایان به ام‌اس و بررسی اثربخشی درمان استخراجی از قرآن کریم، پرسش‌نامه‌ای طراحی شد و در اختیار مبتلایان به ام‌اس قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه محقق ساخته و پس از طی مراحل تحلیل عاملی، استخراج عوامل تشکیل‌دهنده باورهای وجودی مبتلایان انجام شد که به ترتیب شامل، باورهای وجودی در رابطه با: ۱. بودن در جهان معنادار؛ ۲. ایمان و حقیقت؛ ۳. خودآگاهی و مسئولیت؛ ۴. بخشش و عشق به دیگران بودند. در مرحله نهایی پرسش‌نامه اصلاح شده، برای بررسی تغییر مثبت باورها، در اختیار دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت. نتیجه تحقیق نشان داد که درمان وجودی بر تغییر مثبت بیماران ام‌اس مؤثر است.

**کلیدواژه‌ها:** رویکرد وجودی، درمان وجودی بر اساس قرآن کریم، باورهای وجودی.

## مقدمه

باورها دارای ابعاد شناختی، روانی و رفتاری‌اند. بُعد شناختی عبارت است از: اطلاعاتی که آن باور مبتنی بر آن می‌باشد و اساسی است، برای قضاوت در مورد آنچه خوب یا بد، درست یا اشتباه می‌باشد. بُعد روانی عبارت است از: هیجان، احساس یا شدت تغییر حالت. بُعد رفتاری، عملی است که یک فرد انجام می‌دهد و با بُعد شناختی افکار و باورها سازگار است. چنین اعمالی با محتوای تفکر مطابقت دارند (فاطمی، ۱۳۸۶، ص ۳۹).

اهمیت باور در این است که وقتی چیزی مورد پذیرش قرار می‌گیرد، و به جزیی از خود انسان بدل شود، در همه افعال و رفتار و احساسات وی تأثیر می‌گذارد. از این رو، زندگی آدمی را به مسیر خاصی هدایت خواهد کرد. در واقع، از آنجایی که واقعی‌ترین چیز برای انسان خود اوست و خود نیز از باورها تغذیه کرده و می‌کند، می‌توان یک انسان را مجموعه‌ای از باورها دانست (ترابی، ۱۳۸۸، ص ۸۳).

باورها به حدی قوی هستند که می‌توانند در رابطه با بروز بیماری نقش ایفا کنند. مثلاً، باورهایی که فرد در رابطه با علت بیماری خود دارد، می‌تواند در سراسر دوره بیماری، تصمیمات او و رفتارهای خود را هدایت کنند (پتری (Petrie) و همکاران، ۲۰۱۵).

آنچه به‌عنوان نظام باورهای وجودی مطرح است، شامل ساختارهای شناختی، جهان‌بینی، فرضیات، منطق، ویژگی‌ها و تبیین‌هایی می‌باشد که به ابعاد مختلف چالش‌های وجودی مربوط است و مثل سایر ساختارهای ذهنی، باورها قدرتمندند، چون داربست ذهنی ما را تشکیل می‌دهند. باورها عوامل درونی هستند که رفتار یک فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (رفتار را توصیف و پیش‌بینی می‌کنند). وقتی کسی چیزی را باور می‌کند، یعنی در راهی معین و با شرایطی ویژه حرکت خواهد کرد (هالیگان (Halligan)، ۲۰۰۶).

تحقیقات نشان می‌دهد که مداخله در رابطه با معنویت و باورهای مذهبی، عاملی است که تأثیرات مثبت بر سلامت روان و جسم داشته است. مطالعات پس از سال‌های ۲۰۱۰، اثربخشی معنویت و باورهای مذهبی در مداخلات روان‌درمانی و مشاوره را ثابت کرده است. به‌طوری‌که نتایج مثبتی بر انواع نگرانی‌های درمان‌جو، از جمله افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی و مقابله با بیماری‌های جسمی داشته است. مسائل مربوط به معنویت و دین، به شدت ممکن است درک فرد از خویش، جهان‌بینی، تفسیرهای وی از تجارب و رفتارش را تحت تأثیر قرار دهد (کندی (Kennedy) و همکاران، ۲۰۱۵). شناخت رو به رشدی از تأثیر مثبت معنویت و باورهای مذهبی و تجارب در این رابطه، بر سلامت روان و جسم افراد وجود دارد. مطالعات متعدد، ارتباط معنادار بین این عامل و ویژگی‌های مثبت و سلامت روان، مانند رفاه، امید، خوش‌بینی، معنا و هدف، کاهش سطح اضطراب و افسردگی و مهارت‌های سازگاری را نشان داده است (کندی و همکاران، ۲۰۱۵). این مداخلات شامل بحث در اطراف مسائل خاص از قبیل ایمان، هدف و معنا می‌باشند (همان).



مداخله‌های معنوی شامل برنامه‌هایی است که به نوعی از مذهب یا معنویت، به‌عنوان یک مؤلفه درمانی و یا به‌عنوان یک مداخله مستقل استفاده می‌گردد. مداخله‌های معنوی، پرداختن به مذهب و معنویت را امری ضروری و شیوه‌ای مؤثر برای مهار مشکلات روان‌شناختی می‌دانند. این مداخله‌ها، پرداختن به امری مقدس است که اساس سلامت روانی بیان می‌شود و به هم ریختگی معنوی که شامل ارزش‌ها، شیوه معنادهی و هدف‌گایی زندگی است، اساس تبیین آسیب روان‌شناختی فرض می‌گردد (جان‌بزرگی و داستانی، ۱۳۹۳).

سلامتی معنوی و مداخله، در زمینه معنویت و باورهای مذهبی، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های درمانی مهم در بیماری‌های مزمن و سخت شناخته شده است. کرامر و همکاران (۲۰۱۱)، با تأکید بر این مطلب سه جنبه این درمان را بررسی کرده‌اند. ایمان، آرامش و معنادهی اهمیت ویژه‌ای داشته‌اند. جرلیک و همکاران (۲۰۱۱)، درمان یکپارچه روانی - معنوی را برای زنانی که به کار برده‌اند که به سرطان سینه مبتلا بودند. ایشان دریافتند که آنها علاوه بر بهبودی از نظر افسردگی، خشم و خستگی از نظر سلامتی جسمی، سلامتی هیجانی و سلامتی کنش‌وری بهبودی معناداری یافته‌اند. علاوه بر آن، از نظر تشخیصی قوی‌تر شده‌اند و سلامت معنوی (احساس معناداری و آرامش) بیشتری داشته‌اند. در این روش، محققان از جهان‌بینی و هدف‌یابی برای زندگی، معنادهی و تمرین‌های معنوی برای عبور از نشانه‌های بیماری بیشتر استفاده کرده‌اند. این مؤلفه‌های درمانی، به جنبه‌های روانی - معنوی افراد مربوط هستند (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰).

یکی از اختلالات ناتوان‌کننده عصب‌شناختی، مولتیپل اسکلوروزیس (ام‌اس) می‌باشد که علاوه بر اختلالات عصبی - حرکتی، با علائمی چون اضطراب بروز می‌کند. ضایعات ام‌اس پس از تروما، دومین علت شایع ناتوانی عصبی در اوایل و اواسط بزرگسالی است و تظاهرات آن از یک بیماری خوش‌خیم، تا یک معضل به سرعت پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر است (هاریسون (Harison)، ۱۳۸۴). از آنجاکه ارتباط بُعد مادی و معنوی انسان، تعادل و سلامت وی را شکل می‌دهد، توجه به بُعد معنوی از اهمیت بسیار برخوردار است. روح بشر نمی‌تواند بیمار باشد. علی‌رغم بیماری جسمی، یک هسته سالم در وجود بشر قرار گرفته است. با اینکه رسیدن به حالت موازنه و تعادل، در ابعاد جسمی و فکری پسندیده است، اما در بُعد روحی، شادی نتیجه رشد و توسعه نیروی بالقوه فرد است که مشروط به معناخواهی بشر است (قدرتی و همکاران، ۱۳۸۹).

روش‌های درمانی رایج اصولاً شناختی، رفتاری یا زیست‌شناختی هستند و عموماً فلسفه را فرو گذارده‌اند. درمان‌گران، اکثراً به عوامل درون‌روانی یا میان‌فردی متمرکزند. درحالی‌که درمان وجودی، علاوه بر این ابعاد، زمینه دید وسیع‌تری داشته و تمرکز آن به ذات حقیقت و واقعیت بوده و به توانایی شخصی برای مقابله با چالش‌هایی که زندگی به‌طور اجتناب‌ناپذیر به ما عرضه می‌کند، اشاره می‌نماید. درمان وجودی، یک مؤلف یا نظریه‌پرداز واحد ندارد که با او بتوان نظریه را شناخت (مانند فروید، راجرز، پرز یا پاولوف). این درمان، ریشه در فلسفه دارد و برخلاف پیوندهای پرمعنائیش، با سؤالات زندگی و تاریخ طولانی‌اش، اصولاً فقط به صورت یک رشته علمی تحصیلی بوده

است. به دلیل آموزش صرفاً علمی، اکثر درمان‌گران و مشاوران، به کشف سوالات به روش فلسفی عادت نکرده‌اند. آنها اغلب بر روی نشانه‌های روان‌شناختی و رفتاری، یا بر ابعاد محسوس تعامل درمانی تمرکز می‌کنند (دورزن (Deurzen)، ۲۰۱۰). درمان‌های وجودی، با تناقضاتی که انسان در تعامل با زندگی با آنها روبرو می‌شود، پتانسیل‌ها و امکانات درگیر می‌شوند.

همهٔ تناقضات زندگی، به یکی از چهار بُعد وجودی یا بیشتر مرتبط هستند (ما هم‌زمان در چهار بُعد مختلف زندگی می‌کنیم: فیزیکی، اجتماعی، روان‌شناختی و معنوی) (همان). آنها مرزهایی را برای زندگی مان مشخص می‌کنند. بنابراین، تنش حاصل از آنها روش‌های مختلفی برای فرد ایجاد می‌کند تا او با انگیزه و با روش‌های مختلف سعی کند، امکانات و نیروهای خود را کشف کند (جدول ۱). اضطراب در همهٔ ابعاد وجود پخش شده و نسبت به اجتناب یا انکار آن، به زندگی هیجان و معنی می‌دهد. اگر با چالش‌های وجودی، در هر مرحله روبرو شویم، قدرت تازه‌ای به دست می‌آوریم. اما اگر سعی کنیم از آن اجتناب کنیم بیش از آنکه به دست آوریم، از دست می‌دهیم. از آنجایی که این اضطراب‌ها را نمی‌توان پاک کرد و فقط می‌توان از آنها طفره رفته یا انکارشان کرد، تکلیف ما این است که آنها را درک کرده، بتوانیم با آنها زندگی کنیم. هایدگر می‌گوید: اگر ما در مقابل حقایق زندگی از اضطراب‌ها مان دور شویم، با ندای وجدان دوباره به سمت آنها کشیده می‌شویم. زندگی کردن، «هرگز کامل ایمن نبودن» است (همان).

چالش‌های وجودی انسان همواره، زمینه‌ساز تأملات وی بوده و اغلب در صورتی که باورهای اساسی درستی در کوله آدمی نباشد، سردرگمی در جریان حل آنها، وی را بیش از پیش خسته و درمانده می‌سازد.

جدول ۱. تناقض‌های وجود انسان

پتانسیل‌های از دست رفته	پتانسیل‌های به‌دست‌آمده	چالش‌های مواجه شده	ابعاد وجود
یک زندگی زندگی نشده یا ترس همیشگی	زندگی کامل کردن {هدفمند}	مرگ	فیزیکی
تحکم کردن و یا مورد تحکم واقع شدن - ترس - وابستگی	درک کردن و درک شدن	جدایی و تنهایی	اجتماعی
خودمحوری - خودپرستی - خودتخریبی	کشف تحمل و قدرت	آسیب‌پذیری و ضعف، رنج	شخصی
تعصب - بنیادگرایی - بی‌معنایی	استنتاج یک سیستم اخلاقی برای زندگی	معنا	معنوی

مثلاً آزادی، مسئولیت و انتخاب، به‌عنوان منبع هرج‌ومرج وجودی فرد، در درمان‌های وجودی مطرح می‌گردد. اصولاً اجتناب از رویارویی با سه رأس مثلث، بخصوص مسئولیت، دیده می‌شود. هدایت فرد به سوی توجه به پتانسیل‌های فردی، یافتن راه‌هایی برای پذیرش و کنار آمدن با چالش‌های وجودی اجتناب‌ناپذیر، مسئولیت فردی، شکستن روزمرگی و الگوهای ثابت و عمل کردن، با توجه به خودآگاهی و اراده شخصی، از مهم‌ترین اهداف درمان‌های وجودی است (هانگ (Huang)، ۲۰۱۵).

در حوزهٔ شناختی، گاه ممکن است آرمان‌ها، باورها و شناخت‌های ما با وضعیت عینی محیط زندگی تعارض پیدا کند. در چنین موقعیتی، زندگی ناممکن می‌شود و یکی از این دو راه در پیش آدمی قرار می‌گیرد: یا باید واقعیت را تغییر دهد؛ یعنی عین را به‌گونه‌ای تغییر دهد که با ذهن وی موافق افتد. یا باید ذهن را تغییر دهد و با عین همراه سازد. من

کیستم؟ چرا به اینجا آمده‌ام؟ به کجا می‌روم؟ چه باید بکنم؟ از کجا آمده‌ام؟ آمدنم بهر چه بود؟ پرسش‌هایی زندگی‌ساز و زندگی‌سوز می‌باشند. عمده این مسائل، تعادل در حوزه شناختی را که نتیجه‌اش سازگاری بیرونی است، بر هم می‌زند (آذربایجانی، ۱۳۸۷، ص ۱۶). بررسی باورهای فرد، بخصوص در زمینه مفاهیم وجودی، می‌تواند راهگشای مشاوران برای کمک به درمانجو باشد، تا وی بتواند ضمن تفکر در مورد ساختارهای شناختی، فرضیات و جهان‌بینی به اصلاح باورهای نادرست خود پرداخته و با افزایش آگاهی از امکانات و نیروهای بالقوه خود، به رشد معنوی و سلامت دست یابد. بنابراین، سؤال این است که باورهای وجودی بیماران ام‌اس کدامند و از چه مؤلفه‌هایی تشکیل شده‌اند؟

از سوی دیگر، اگرچه تمامی متفکران وجودی دیدگاه فلسفی دارند، اما آنها می‌توانند نقطه‌نظرهای کاملاً متفاوت داشته باشند (دورزن، ۲۰۱۰). فلاسفه و درمانگران وجودی، هریک گرایشات و دیدگاه‌های خاص خود را دارند؛ گرایشات باوری و مذهبی افرادی که در این حوزه کارآمد بوده‌اند، گویی بر پیوستاری قرار گرفته است. به‌عنوان مثال، سارتر ملحد و کی یرکگارد و تیلیش خداپرست بوده‌اند. این دو دستگی، گاهی افراد با فرهنگ‌ها و مذاهب گوناگون را در ارتباط با مفاهیم وجودی دستخوش تردید می‌گرداند.

قرآن منبع معرفت است. تنها از طریق شناخت و تفکر در آن و پیمودن راه راستی که انسان را به خداوند متصل می‌کند، می‌توان به سلامت و آرامش رسید (یونس: ۲۵). در جای‌جای قرآن کریم، می‌توان رد پای مفاهیم وجودی را که همواره مبنای تأمل درمان‌های وجودی بوده‌اند، شناسایی کرد. موضوعاتی مانند ایمان، حقیقت، وجود، مرگ و جاودانگی، اضطراب، ترس، غم، رنج، آرامش، امنیت، آزادی، مسئولیت، اینها مواردی هستند که می‌توان از طریق تفکر و تأمل در آنها و همگام با یافتن مسیر فطرت، ظرفیت‌های وجود را در جهت رشد و شکوفایی بارور کرده، علاوه بر کاهش اضطراب ناشی از روبرو شدن با بالا و پایین‌های زندگی و تغییر باورهای منفی و انحرافی در رابطه با تعارضات وجودی، به کمال والای انسانی و سلامت دست یافت. از آنجاکه درمان‌های وجودی هریک بر مبنای پایه فلسفی خاص بنا شده‌اند که شالوده آن را آبیاری می‌کند، این تحقیق سعی دارد درمان وجودی بر اساس فرهنگ قرآنی را بر بیماران بی‌ام‌اس کاربرد بسته روان‌درمانگری استخراج شده از قرآن کریم، در تغییر مثبت باورهای وجودی بیماران MS مؤثر است؟

### اصول بنیادین درمان وجودی بر اساس آیات قرآن کریم؛ با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی

با توجه به مفاهیم وجودی، چهار بُعد وجودی انسان و مؤلفه‌های استخراج شده از قرآن کریم، بسته درمانی تحقیق، شامل چهار میدان می‌شود.<sup>۱</sup>

#### میدان اول: ایمان

ایمان، اولین میدانی است که برای رسیدن به میادین دیگر، باید از آن گذشت و ضامن رسیدن به شاهراه درمانی است. برای پرداختن به موضوع ایمان، تفکر بر برخی حقایق که پیش‌زمینه درک موضوع هستند، ضروری است. در این بحث، توجه دادن مراجع به موضوعات وجود، حقیقت، صفات خدا و در نهایت، کشاندن وی به فضای که غنای حق و

افتقار انسان را روشن می‌کند، زمینه ورود به میدان اول؛ یعنی ایمان را برای وی فراهم می‌کند. ایمان، اصلی‌ترین واژه برای رشد و تکامل روح بشری است. توجه دادن مراجع به این مفهوم و پیامدهای عملی آن، مثل صبر، توکل، توبه، دعا، نیایش و ذکر، کلید یک درمان موفق است. هر میدان دو بُعد شناختی و رفتاری دارد. لازم به یادآوری است که مراجع به ایمان و پیامدهای رفتاری آن، اجبار نخواهد شد؛ زیرا فرض بر این است که وی از نخستین روز هستی و هنگامه پیمان «الست»، با خداوند آشناست. بنابراین، در این درمان ضمن کار با مراجع و چالش حول مفاهیم وجودی، مفاهیم و مؤلفه‌های درمان قرآنی یادآوری خواهند شد؛ زیرا حقیقت این است که روح آدمی بر اثر قرار گرفتن در حجاب تن و به خاطر رهایی از اضطراب وجودی و تفکر در معنای وجود، راه غفلت پیش گرفته و راه‌های آسان‌تری چون روزمرگی را پیشه خود ساخته است و چنان می‌نماید که گویی، هرگز عهدی با خدای خویش نبسته است. غبار فراموشی را فقط با یادآوری می‌توان زبود، نه با جبر. همین دلیل هم موجب می‌گردد که افراد در کنار بحث و چالش درمانی، با شنیدن حقایق قرآنی، به طرز شگفت‌انگیزی توجهشان جلب معانی می‌گردد.

#### میدان دوم: خودآگاهی

برای رسیدن به مفهوم خودآگاهی، بالا رفتن از چند پله ضروری است. بهترین مؤلفه برای شروع درمان، خودشناسی است؛ یعنی تقویت شناخت درمانجو و آگاهی او از چستی خود به‌عنوان انسان. در پی این شناخت، بحث و بررسی تناقضاتی که در پی می‌آیند و چگونگی حل آنها، در رشد خودآگاهی و شکوفاسازی توانایی‌های بالقوه‌اش، سهم عمده‌ای ایفا می‌کنند. شناخت انگیزه‌ها، باورها و نیت آدمی و شناخت چستی و چگونگی آنها، از پایه‌های اصلی رشد خودآگاهی هستند. آشکار شدن مظاهر خودآگاهی در متن زندگی، از مشخصه‌های یک انسان اصیل است. بنابراین، در بررسی بُعد رفتاری، به چالش‌های انسانی در رابطه با انتخاب، آزادی و مسئولیت اشاره می‌گردد. درمانجو نیز در زندگی روزمره خود، در رابطه با این مفاهیم، به تعاریف تازه‌ای دست می‌یابد.

از نظر یونگ، رسیدن به خویشتن یعنی نائل شدن به وحدت کامل شخصیت هدف زندگی است؛ هدفی که مردم دائماً برای رسیدن به آن تلاش می‌کنند، ولی به‌ندرت به آن می‌رسند. رسیدن به خویشتن، یکی از مهم‌ترین انگیزه‌های رفتار بشر و سبب جست‌وجوی او برای رسیدن به وحدت و تمامیت شخصیت، بخصوص از راه‌های مذهبی است. تجارب مذهبی، نزدیک‌ترین تجربه‌ها برای رسیدن به مفهوم خویشتن است (فقیهی و همکاران، ۱۳۹۰).

#### میدان سوم: جهان هدفدار

در این میدان، توجه دادن درمان‌جویان به مفاهیم شناختی از هستی، جهانی که در آن زندگی می‌کنیم، حس، تعقل، مفهوم مرگ، قیامت، دنیای غیرمادی و سوق دادن آنها به بُعد رفتاری ناشی از این شناخت و تشویق درمان‌جو به سیر و تفکر در طبیعت، خوب دیدن، خوب شنیدن، تفکر و ادراک نشانه‌های خداوند، رشد وجودی را در آنها موجب می‌گردد. سنت عرفانی شرقی، همواره به جریان جاری حیات، به دیده یک کل نگریسته است. همه چیز از حیوانات و پرندگان و گیاهان، زمینی که بر آن پای می‌گذاریم، اقیانوس‌ها، کوه‌ها و حتی هوایی که تنفس می‌کنیم، زنده تلقی

می‌شوند و به یک روح واحد متصل و در پیوند با یکدیگرند (طلایی مینایی، ۱۳۸۲، ص ۹ و ۲۳).

میدان چهارم: عشق به دیگران

در این میدان، ابتدا معنای شناختی «دیگران»، برای درمان جویان روشن شده، آنها با مفهوم دیگران و تناقضات رو در رو با آن آشنا می‌شوند. در نهایت، به افق تازه‌ای راه می‌یابند که آنها را به مسیر رفتاری تازه‌ای از پذیرش، بخشش و عشق به دیگران هدایت خواهد کرد.

### روش پژوهش

این پژوهش، از جمله طرح‌های پژوهشی مرکب از دو بخش کیفی و کمی می‌باشد. بر حسب هدف، در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. مرحله کیفی: روش پژوهش مورد استفاده در مرحله اول تحقیق، طی فرایندی شکل گرفت: ۱. مطالعه آثار فلاسفه و روان‌شناسان در حوزه وجودی و بررسی مؤلفه‌های مشترک و غیرمشترک آنان؛ ۲. بررسی و مطالعه آثار علامه طباطبائی، با تأکید بر مطالعه کتب فلسفه آن فیلسوف عالی‌قدر به‌عنوان پایه فلسفی تحقیق؛ ۳. مطالعه عمیق و چندباره قرآن کریم و گردآوری و استخراج مفاهیم وجودی؛ ۴. مراجعه به کتب ترجمه تفسیر المیزان علامه طباطبائی برای بررسی عمیق‌تر و صحت درک محقق؛ ۵. به موازات موارد مزبور، مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته، با افراد مبتلا به ام‌اس برای بررسی پاسخ‌هایشان به سؤالاتی که بر اساس محتوای درمان استخراج شده از قرآن کریم، تنظیم شده بودند و مبنای ساخت پرسش‌نامه قرار گرفت. مرحله کمی: در مرحله بعد، همراه با ساخت پرسش‌نامه تحقیق، تحلیل عاملی و استخراج مؤلفه‌های باورهای مبتلایان به ام‌اس انجام شد. سپس، با کمک پرسش‌نامه، اثر بخشی درمان بر تغییر مثبت باورها، به طریق نیمه‌آزمایشی سنجیده شده و تحقیق در مجرای کمی قرار گرفته است. طرح تحقیق، پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. در مرحله اول، برای بررسی باورهای مبتلایان به ام‌اس و تحلیل عاملی، با روش تصادفی ساده از بین چهار داروخانه هلال احمر، ۱۳ آبان، ۲۹ فروردین و شهید کاظمی که مبتلایان به ام‌اس بیمه شده تأمین اجتماعی برای تأیید نسخه دارو به آنها مراجعه می‌کنند، داروخانه ۱۳ آبان انتخاب شد. افراد مراجعه‌کننده، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال داشتند. مدرک تحصیلی آنها بین سیکل تا دکتری بود.

در مرحله دوم، برای تعیین دو گروه آزمایش و کنترل، مشارکت‌کنندگان، از بین افرادی که پرسش‌نامه را پاسخ داده بودند و مایل به شرکت در گروه بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند که دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و حداقل میزان تحصیلات لیسانس، همه زن و مسلمان بودند. متغیر مستقل در این پژوهش، درمان وجودی بر اساس قرآن کریم، با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی بود. متغیر وابسته، باورهای وجودی مبتلایان به ام‌اس بود که با کمک پرسش‌نامه محقق ساخته سنجیده شد.

جامعه آماری در این پژوهش، شامل کلیه مبتلایان به ام‌اس بیمه شده تأمین اجتماعی مراجعه‌کننده به داروخانه ۱۳ آبان، ۲۹ فروردین و هلال احمر و شهید کاظمی بوده‌اند، که برای تأیید نسخه دارویی خود، به آنها مراجعه می‌کنند. برای انتخاب مشارکت‌کنندگان از میان این چهار مرکز، داروخانه ۱۳ آبان به روش تصادفی ساده انتخاب شد. محقق به مدت دو ماه پرسش‌نامه‌ها را در اختیار مبتلایان به ام‌اس مراجعه‌کننده به داروخانه ۱۳ آبان که بیمه شده تأمین اجتماعی بودند و شخصاً برای تأیید دارو مراجعه کرده بودند، قرار داد. سپس، در بخش کمی از بین ۱۵۰ نفر از افرادی که پرسش‌نامه را به‌طور درست و کامل پر نمودند و تمایل به شرکت در گروه درمانی داشتند، به روش تصادفی ساده، ۱۶ نفر انتخاب شدند. سپس، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. ملاک‌های ورود به گروه، به این صورت بود که مشارکت‌کنندگان دارای حداقل مدرک لیسانس بودند، دامنه سنی آنها بین ۲۰ تا ۴۵ بود، مسلمان بوده و همگی مبتلا به ام‌اس بودند. در بخش کیفی، بررسی کل قرآن کریم و کدگذاری آیات مرتبط با مؤلفه‌های وجودی و استخراج ابعاد وجودی قرآن کریم و ساخت درمان، مبتنی بر آموزه‌های قرآنی صورت گرفت. سپس، برای ساخت پرسش‌نامه، از مصاحبه با مبتلایان به ام‌اس و محتوای جلسات درمانی، مبتنی بر آموزه‌های قرآنی استفاده گردید.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش، برای سنجش باورهای وجودی مبتلایان به ام‌اس، با توجه به تعریف این سازه، پرسش‌نامه‌ای طراحی شد. محقق سعی داشته پرسش‌نامه‌ای تهیه کند تا بتواند باورهای وجودی مبتلایان را سنجیده و مؤلفه‌های آن را تعیین کند؛ زیرا محقق درصدد بود که درمان وجودی بر اساس آیات قرآن کریم و دیدگاه علامه طباطبائی را بر جامعه آماری خویش سنجیده، اثربخشی آن را در جامعه‌ای با فرهنگ دینی و اسلامی بیازماید. برای رسیدن به چنین مقصدی، یافتن سطح باورهای وجودی افراد گروه و استخراج عوامل تشکیل‌دهنده باورها ضروری می‌نمود. با توجه به اینکه چنین پرسش‌نامه‌ای در دسترس محقق نبود، در این زمینه، پس از استفاده از قرآن کریم، به‌عنوان منبع معتبر و کتب علامه طباطبائی و **تفسیر المیزان** که برای ساخت درمان وجودی، بر مبنای فرهنگ قرآنی از آنها استفاده شد، با استفاده از محتوای درمان استخراج شده از قرآن کریم، سوالات تحقیق بر اساس چهار محور انتخاب شدند.

برای استخراج باورهای وجودی، یک سؤال در نظر گرفته شد. در ذیل آن در پرسش‌نامه اولیه، ۳ گزینه که می‌توانست باورهای فرد را روی محور درجه‌بندی شده روبروی آن بر اساس ۱-۱۰ نمره دهد، قرار گرفت. گزینه‌ها طی مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته حاصل شد. به‌عنوان نمونه، یکی از محورهای درمانی تحقیق «معنادار بودن جهان» و در نتیجه، عدم بازیچه بودن یا پوچ بودن آن بوده است. در این محور درمانی، تأمل و بحث گروهی، حول مسائل «بودن» در ارتباط با هستی و گستردگی آن، به وسعت جهان غیب و شهادت جای می‌گرفت. در این زمینه،

این سؤال از مبتلایان به اماس پرسیده شد، به نظر شما چه چیز در این دنیا بازیچه است؟ آنها پاسخ‌های متفاوتی بیان می‌کردند. رایج‌ترین آنها، همه جهان و موجوداتش، انسان، حیوانات بود. بنابراین، سؤالی مطرح شد که تحت عنوان (به نظر شما چه چیز بازیچه آفریده شده است؟) و گزینه‌ها، پاسخ‌های ذکر شده فوق بود.

### یافته‌های پژوهش

روایی و پایایی: برای تعیین اعتبار صوری پرسش‌نامه، به ۵ نفر از استادان مجرب داده شد و اصلاحات لازم صورت گرفت. پس از اصلاح سؤالات و تغییرات لازم، روی گروه پایلوت ۴۰ نفری اجرا شد. برای تعیین ضریب پایایی سؤالات، از ضریب آلفای کرونباخ و روش لوپ؛ یعنی ضریب آلفا در صورت حذف هر سؤال استفاده شد. به علاوه، همبستگی سؤال با کل آزمون نیز مورد استفاده قرار گرفت. در این مرحله، ضریب آلفای پرسش‌نامه ۳۹ سؤالی که به صورت مقدماتی اجرا شده بود، محاسبه و نشان داده شد که در کل، سؤالات پرسش‌نامه از همسانی درونی مناسبی برخوردارند ( $\alpha=0/97$ ) و در صورت حذف هر سؤال، پایایی پرسش‌نامه بالاتر نرفته و تفاوت فاحشی در ضریب آلفای کرونباخ مشاهده نمی‌شود. بنابراین، پرسش‌نامه با ۳۹ سؤال برای اجرا روی گروه نمونه اصلی در نظر گرفته شد. برای اعتبار محتوایی پرسش‌نامه نیز از تحلیل عاملی استفاده شد. پس از انجام مراحل تحلیل عاملی و حذف گزینه‌ها، پرسش‌نامه نهایی، با ۵۰ آیتم به جا ماند و از این پرسش‌نامه برای بررسی اثربخشی بر دو گروه آزمایشی و کنترل استفاده شد.

تحلیل عاملی: اگر این تست به‌عنوان وسیله‌ای برای سنجش شناخت ابعاد وجودی و معنوی بیماران اماس طراحی شده، طرح این پرسش منطقی است که آیا واقعاً این تست، سازه ابعاد وجودی و معنوی را می‌سنجد، یا نه؟ برای پاسخ به این پرسش، که آیا مجموعه سؤال‌های پرسش‌نامه از روایی مناسبی برخوردار است، در قلمرو روایی سازه از تحلیل عاملی استفاده می‌شود و از این طریق، ساختار عاملی پرسش‌نامه معلوم می‌شود.

تحلیل گران عاملی توافق دارند که آزمون اسکری تقریباً بهترین راه‌حل جهت انتخاب تعداد درست عامل‌هاست (به نقل از: فصیح‌فر، ۱۳۸۶).

Scree Plot



نمودار ۱. نمودار اسکری جهت تعیین عوامل

۳۴/۱۴ درصد واریانس این پرسش‌نامه، توسط ۴ عامل تبیین می‌گردد. عامل اول، ۹/۹۰ درصد واریانس کل، عامل دوم ۹/۴۲ درصد واریانس کل، عامل سوم ۸/۱۳ درصد واریانس کل و عامل چهارم ۶/۶۸ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند. بعد از تعیین تعداد عامل‌ها، پرداختن به این نکته ضروری است که هر عامل، چه سؤال‌هایی را دربر می‌گیرد. سؤال‌اتی که روی هر عامل، بار عاملی قابل ملاحظه‌ای داشتند و سؤال‌ات ضعیف (یعنی سؤال‌اتی که روی هیچ عاملی بار عاملی مطلوب نداشته‌اند) مشخص شد. در نهایت، پرسش‌نامه‌ای با ۵۰ آیتم آماده شد. پس از محاسبه نمره خام هر یک از آزمودنی‌ها، در خرده‌مقیاس‌ها مجدداً ضریب پایایی پرسش‌نامه، با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ و نمرات خرده‌مقیاس‌ها، محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ، برابر ۰/۷۰، تعداد آیتم‌ها برابر ۵۰ و تعداد آزمودنی‌ها برابر ۱۵۰ می‌باشد.

پس از مشخص کردن سؤال‌ات نهایی و در ضمن عامل‌های مربوطه، با توجه به مبانی نظری جهت نامگذاری عامل‌ها اقدام شد که در نهایت، عامل‌ها بدین صورت نامگذاری شدند: عامل اول: بودن در جهان معنادار؛ عامل دوم: ایمان به خداوند و حقیقت مطلق؛ عامل سوم: خودآگاهی و مسئولیت؛ عامل چهارم: بخشش و عشق به دیگران. ضریب همبستگی بین عوامل به‌دست‌آمده، با یکدیگر و نمره کل پرسش‌نامه نشان داد که این ضریب بین تمامی عوامل با یکدیگر و نمره کل پرسش‌نامه در سطح مطلوب قرار دارد، به‌طوری‌که با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت: تمامی ضرایب به‌دست‌آمده معنادار و در جهت مثبت هستند. بنابراین، این خود نشان‌دهنده روایی بالای سؤال‌ات پرسش‌نامه پس از انجام تحلیل عاملی است.

بر اساس سؤال مطرح شده مبنی بر اینکه آیا روان‌درمانگری وجودی بر اساس قرآن کریم، بر تغییر مثبت باورهای وجودی بیماران ام‌اس تأثیر دارد؟ فرض تحقیق این بود که روان‌درمانگری وجودی بر اساس قرآن کریم، بر تغییر مثبت باورهای بیماران ام‌اس مؤثر است. برای آزمون فرضیه مورد نظر، از آنجا که پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش مورد بررسی قرار گرفته بود، با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، نمرات پس‌آزمون باورهای وجودی، در دو گروه مورد مقایسه قرار می‌گیرد. همچنین، چون هدف مقایسه میانگین چند گروه، نمره از متغیرهای وابسته در دو گروه می‌باشد، پیش از انجام این آزمون، پیش‌فرض آنها را مبنی بر تساوی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس دو گروه با استفاده از آزمون باکس بررسی شد.

جدول ۲. نتایج آزمون باکس مبنی بر پیش‌فرض تساوی ماتریس واریانس - کوواریانس دو گروه

شاخص	ضریب F	معناداری (p)	باکس
مقدار	۱/۵۲	۰/۱۲۵	۲۲/۳۴



با توجه به نتایج آزمون باکس، مشخص است که چون مقدار سطح معناداری این آزمون برابر  $0/125$  می‌باشد و این مقدار بیش از سطح معناداری ملاک  $0/05$  است، می‌توان نتیجه گرفت که این پیش فرض برای انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره رعایت شده است. به عبارت دیگر، تساوی ماتریس واریانس - کوواریانس دو گروه، از نظر متغیرهای پژوهش برقرار است و دو گروه از نظر ماتریس واریانس - کوواریانس، تفاوت معناداری با هم ندارند.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری (P)
بودن در جهان معنادار	۰/۰۳۹	۱	۱۴	۰/۸۴۶
ایمان به خداوندو حقیقت مطلق	۱/۷۳۷	۱	۱۴	۰/۲۰۹
خودآگاهی و مسئولیت	۳/۴۹۶	۱	۱۴	۰/۰۸۳
بخشش و عشق به دیگران	۰/۰۳۴	۱	۱۴	۰/۸۵۷

نتایج این آزمون نشان می‌دهد که چون سطح معناداری به‌دست‌آمده در متغیرهای پژوهش، بزرگ‌تر از  $0/05$  می‌باشد، دو گروه از نظر واریانس در نمرات متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در متغیرهای پژوهش

شاخص	ضریب F	معناداری (p)	ویلز لامبدا
مقدار	۴۰/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۴۱

از آنجایی که سطح معناداری ( $0/0001$ ) کمتر از  $0/01$  می‌باشد، با  $0/99$  اطمینان می‌توان به‌طور کلی گفت: بین دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون اثرات بین گروهی در دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش پس از کنترل پیش‌آزمون

توان آماری	PES (مجذور اتا)	sig	F	MS	df	SS	شاخص
							متغیر وابسته
۰/۹۶۳	۰/۶۳۵	۰/۰۰۲	۱۷/۴۱۷	۲۱۸۳/۲۳۶	۱	۲۱۸۳/۲۳۶	بودن در جهان معنادار
۱	۰/۹۱۴	۰/۰۰۰۱	۱۰۶/۱۸۳	۷۵۳۸/۳۰۳	۱	۷۵۳۸/۳۰۳	ایمان به خداوندو حقیقت مطلق
۰/۸۳	۰/۵۱۲	۰/۰۰۹	۱۰/۴۸۴	۲۳۸۸/۲۷۹	۱	۲۳۸۸/۲۷۹	خودآگاهی و مسئولیت
۰/۴۷۹	۰/۳۰۸	۰/۰۶۱	۴/۴۵۷	۱۰۴۳/۶۱۳	۱	۱۰۴۳/۶۱۳	عشق به دیگران

تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته به تنهایی، با استفاده از آلفای میزان شده بنفرونی ( $0/012$ ) که از تقسیم آلفا ( $0/05$ ) بر تعداد متغیرهای وابسته (۴ متغیر اصلی) به‌دست‌آمده است، نشان داد که دو گروه کنترل و آزمایش، در متغیرهای «بودن در جهان معنادار»، «خودآگاهی و مسئولیت» و «ایمان به خداوند و حقیقت مطلق»، با یکدیگر اختلاف معنادار دارند؛ زیرا سطح معناداری به‌دست‌آمده، کمتر از مقدار ملاک  $0/012$  می‌باشد.

همچنین، مقایسه میانگین بین نمرات پس‌آزمون متغیرهای (بودن در جهان معنادار)، (خودآگاهی و مسئولیت) و (ایمان به خداوند و حقیقت مطلق)، در دو گروه نشان می‌دهد که گروه آزمایش، نمرات بالاتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده‌اند. بنابراین، در پاسخ به سؤال پژوهش می‌توان گفت: روان‌درمانگری وجودی بر اساس قرآن کریم بر تغییر مثبت باورهای وجودی بیماران ام‌اس تأثیر دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در متغیر عشق به دیگران، از آنجاکه

سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از سطح معناداری ملاک است، بنابراین تأثیر متغیر مستقل بر آن معنادار نیست.

## بحث و نتیجه‌گیری

انسان همواره برای رسیدن به پروردگار در تب و تاب است؛ زیرا از لحظه عهد «الست»، آگاهانه خداوند را می‌شناسد، اما با هبوط به زمین و قرارگیری روح در حجاب تن، گرفتار گرداب غفلت و فراموشی گشت. افسردگی و اضطراب بیمارگون در اصل، به این موضوع اشاره دارند. روح آدمی، پیوسته این نیاز را دانسته و او را به مسیر حق اشاره می‌دهد. در صورتی که باورها، اهداف و اعمال در جهت خداوند باشند، انسان دلشاد و آرام است. در غیر این صورت، همچنان حتی با رسیدن به هدف‌های انتخابی، ولع رسیدن به چیز دیگری را دارد که خود هم نمی‌داند چیست. همین امر، پیش‌زمینه سقوط وی به ورطه اندوه و ناامیدی می‌گردد.

نتیجه تحقیق، چهار عامل را از میان باورهای وجودی بیماران، استخراج کرد. عامل اول، شامل باورهای فرد در رابطه با جهان معنادار است. لزوم بودن در جهانی معنادار و هدفمند، اعتقاد به پروردگار عالم است. تجربه احساساتی که منعکس کننده عدم اطمینان در مورد جهان هستند (نگرانی، تعجب، ترس، امید)، در مقایسه با احساسات خاص (خشم، شادی، نفرت، قناعت)، نیاز به میزان «در جهان بودن»، به علاوه فعال شدن ساختارهای ذهنی دارد (ویتسون (Whitson) و همکاران، ۲۰۱۵).

جهان، دربر گیرنده ما، دیگران، همه موجودات زنده و همه آفریده‌های پروردگار است. ما از طریق جسممان، افکار و باورهایمان، ارتباط با زنجیره تمام آدمیان و کل جهان اطرافمان، «بودن» را تجربه می‌کنیم. دیدن، شنیدن، درک کردن و تعقل، راه‌هایی هستند که وجودمان را توسعه بخشیده، رشدان می‌دهند. پذیرش خود، دیگران و ارتباط معنوی با کل هستی، رگه‌هایی از عشق را در وجودمان می‌پرورد و ما را هرچه بیشتر، به احساس امنیت نزدیک می‌کند. تعقل و تأمل در معنای زندگی، ما را در پذیرش معنای مرگ و رنج و تمام آن چیزهایی که تحملشان بفرنج می‌نماید، یاری می‌کند.

ون دورزن (۲۰۱۰)، نیز در تعریف پارامترهای وجودی انسان، لایه فیزیکی را به عنوان لایه اول عنوان می‌کند که شباهت به «بودن در جهان» دارد. او می‌گوید:

در بُعد فیزیکی، ما به محیط اطرافمان و جهان طبیعی مسلم اطرافمان، مرتبط هستیم. این حلقه بیرونی، روابط جهان ماست و شامل جسمی که داریم نیز می‌شود. محیط محسوس می‌شود که خود را در آن می‌یابیم، آب و هوا، اشیا و دارایی‌های مادی و ظرفیت سلامت و بیماری. افراد عموماً به دنبال امنیت در این بعد هستند - از طریق سلامتی و دارایی - اما گاهی یک سرماخوردگی باعث درکی تدریجی به این موضوع می‌شود که چنین امنیتی می‌تواند موقت باشد. بیماری جسمی چه حاد و چه مزمن، به ما ضعف و میرایی مان را یادآور می‌گرداند (دورزن، ۲۰۱۰).

نقش اصلی بُعد فیزیکی را جسم بازی می‌کند. به گفته *ون دورزن* (۱۹۹۷)، سراسر زندگی مادی مبارزه‌ای است برای حل مشکلات ظاهری و اولیه مربوط به زندگی. او معتقد است: ما ابتدا با مشکلات فیزیکی روبرو شده و بعد به سمت مشکلات روانی سوق داده می‌شویم (ساداوی (Sadavoy)، ۱۹۹۷). تحت تأثیر مرگ یک عزیز، یا شرایط گوناگون دیگر در زندگی، می‌توان آثار انزوای شخصی را در فرد مشاهده کرد. یک آسیب روانی، می‌تواند در احساسات شخص، یک حالت پیش رونده داشته و او را تحت تأثیر قرار دهد که می‌تواند بر پتانسیل جسم هم تأثیر بگذارد. *کندال* (Kendall) (۲۰۰۹)، بر اساس این یادداشت بیان می‌کند که تجربیاتی از این قبیل می‌تواند موجب بروز مشکلات جسمی از قبیل دیابت، مشکلات گوارشی و تحریک‌پذیری در افراد شود (کوربت (Corbett) و همکاران، ۲۰۱۱).

عامل دوم، ایمان به خداوند و حقیقت مطلق است. باور به دنیای غیرمادی، لازمهٔ نزدیک شدن به معنای حقیقت است و در این راه، تکیه بر عقل به تنهایی، جز درماندگی و ابهام چیزی در پی نخواهد داشت. باور به خداوند که وجود مطلق است، امید را در ما رشد می‌دهد. در سایهٔ ایمان به حقیقت مطلق، تحمل سختی‌ها، آسان‌تر است. توکل به او، توانمندمان می‌کند و اضطراب را از دل‌هامان می‌زداید و توبه از همهٔ آن چیزهایی که بر شانه‌هامان سنگینی می‌کند، اندوهمان را کاهش می‌دهد. ایمان به خداوند، ارزش‌گذاری‌هامان را در جهت حقیقت سوق می‌دهد، باورمان را شفاف، ذهنمان را زیبا و قلبمان را آرام کرده، هر روز رنگی زیباتر به زندگی‌مان می‌زند. پارامتر چهارم از ابعاد وجودی *ون دورزن* (۲۰۱۰)، به بُعد معنوی اشاره دارد، اما او در این راستا از ارزش‌ها سخن می‌گوید که ممکن است توسط خود شخص تعریف شود. این بُعد، مختص به رابطه با پروردگار و ایمان نیست. به نظر وی، ایمان و رابطه با خداوند، یکی از چند تعریف ممکن از ارزش است و این نقیصه است که در این رابطه، احساس می‌شود.

عامل سوم، بخشش و عشق به دیگران است. عشق به انسان‌ها، پذیرش، بخشش و صمیمیت را می‌پرورد. در این صورت، وابستگی، ترس، نفرت، انزوا و اجتناب مفهومی نمی‌یابند. *ایمانی‌فر* و همکاران (۱۳۹۱)، در مقاله‌ای تحت عنوان «بخشش از دیدگاه روان‌شناسی و قرآن کریم»، بر موضوع بخشش تأکید کرده‌اند. در روان‌شناسی، بخشش به انواع گوناگونی تقسیم می‌شود. *والروند/اسکینر* (۱۹۹۸)، در بررسی‌های خود انواع بخشش را عبارت می‌داند از: ۱. بخشش عجولانه؛ ۲. بخشش با اکراه؛ ۳. بخشش مشروط؛ ۴. بخشش کاذب متقابل؛ ۵. بخشش مزورانه؛ ۶. بخشش بی‌وقفه؛ ۷. بخشش اصیل. در نگاه قرآنی، تنها یک بخشش وجود دارد؛ آن هم بخشش اصیل است (آل‌عمران: ۱۵۲؛ بقره: ۲۳۷) و به سایر بخشش‌ها، نام‌های دیگری مثل ربا، شرک، نفاق و... می‌دهد.

پارامتر ارتباط با دیگران، در نظر *ون دورزن* (۲۰۱۰)، نیز بیان می‌کند، که در بُعد اجتماعی، ما به دیگران و تعامل با جهان عمومی اطرافمان مربوط هستیم. این بُعد، در مورد حضور دیگر افراد در جهان و لزوم با آنها کار کردن است. علی‌رغم اینکه بعضی اوقات ساده‌تر به نظر می‌رسد با دیگران سروکار نداشت، اما از سوی دیگر، ما

به دیگران برای بقای جسمی و احساسی‌مان نیاز داریم. اغلب اوقات دلمان برایشان تنگ شده، بدون آنها احساس تنهایی می‌کنیم؛ دیر یا زود همه ما با تنهایی و دانستن اینکه هیچ کس نمی‌تواند بداند «من بودن» به چه شکل است، روبرو می‌شویم. آگاهی که گذشته من، حال و آینده من به این افراد مقید است. گرچه همه ما بسیار به همه شبیه هستیم، هریک از ما، به‌طور ثابت از دیگران مجزا هستیم. با این حال، می‌دانیم به دیگران نیاز داریم و می‌بایست فهمیده و توسط دیگران فهمانده شویم. مسئله غامض، تناقض است که آگاهی مجزا بودن من می‌تواند به من برای درک و احترام به دیگران کمک کند. مسئله غامض دیگر، وجود نیازمان برای فردیت ترکیب شده با نیازمان جهت جزیی از جهان بودن است (دورزن، ۲۰۱۰). بر اساس تحقیقات، همسلی (Hemsley) (۲۰۱۰) و مک‌فارلن (McFarlane) و ون درکولک (Van derkolk)، (۱۹۹۶) به اتفاق موافقت که سرکوب شدن و نادیده گرفته شدن در اجتماع، بهتر از انزوا و دور بودن از اجتماع است (کوربت و همکاران، ۲۰۱۱).

عامل چهارم، که باورهای بیماران در رابطه با آن استخراج شدند، عامل خودآگاهی و مسئولیت است. انسان با شناخت خود، نیرومند می‌شود و در پی این نیرومندی، با درک بیشتری از آزادی‌های خود، انتخاب‌هایی می‌کند که او را به حقیقت وجودی‌اش رهنمون می‌شود؛ هرچقدر که قدرتمندتر باشد، بر مسئولیت‌هایش بیشتر پافشاری می‌کند. با افزایش خودآگاهی، خدا آگاهی رشد می‌کند.

سومین متغیر وجودی در نظریه ون دورزن نیز سطح ارتباطی با خود را شامل می‌گردد که تأییدکننده مطالب بیان شده است. او می‌گوید: رابطه با خود، داشتن یک جهان درونی با دیدگاه‌های شخصی، تجربه گذشته و احتمالات آینده است. افراد در جست‌وجوی مورد توجه بودن و دوست داشتن هستند، اما حوادث زندگی به ما ضعف‌های شخصی را یادآوری کرده و می‌تواند ما را در ابهام فرو برد. ممکن است برای تسکین این امر، به حواس‌پرتی و دارو پناه ببریم، اما بعد از طفره رفتن و انکار، بالاخره کشف می‌کنیم که اگر بخواهیم حس واقعی بیدار شدن را گرفته و در قبال زندگی‌مان مسئول باشیم، به عهده گرفتن مسئولیت شخصی برای تصمیم‌هایمان، در حقیقت تنها راه به سمت جلو می‌باشد (دورزن، ۲۰۱۰).

روان‌درمانی وجودی، درمانی عمیق است که بیماران در سطوح مختلف، از درجه عاطفی و تجارب مختلف را به چالش می‌طلبد (استفن (Stephen)، ۲۰۱۴). وس (Vos) و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیقی نشان دادند که با وجود مقدار نمونه کوچک و حتی کیفیت پایین مطالعات، درمان‌های وجودی برای جمعیت‌های خاص مفید بوده است. درمان وجودی به دلیل درگیری با چالش‌های انسانی، در صورتی که بر اساس فلسفه درستی بنا شده باشد، می‌تواند مؤثر باشد. در بخش کمی و پیرامون آزمون درمان وجودی بر مبنای قرآن کریم، همان‌طور که پیشتر اشاره شد، رابطه معنادار بین اعمال روش پیشنهادی درمان وجودی، بر اساس قرآن کریم با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی و تغییر مثبت باورهای بیماران ام‌اس وجود دارد. به‌طور کلی، گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل،

تفاوت معناداری نشان داده‌اند. دستیابی به این نتایج، به دلیل سهم مهم باورها در زندگی فرد و عملکرد انسان در جهت سلامت، رشد سطح معنوی افرادی با مشکلات خاص، که ممکن است دچار ناتوانی‌هایی در جسم باشند و نقش درمان‌هایی با رنگ معنوی و فرهنگ قرآنی، در آرامش روح و سلامت ذهن، قابل توجه می‌باشد.

در این تحقیق، نتایج تحلیل هریک از متغیرهای وابسته به تنهایی، با استفاده از آلفای میزان شده بنفرونی (۰/۰۱۲)، که از تقسیم آلفا (۰/۰۵) بر تعداد متغیرهای وابسته (۴ متغیر اصلی) به دست آمده است، نشان داد که دو گروه کنترل و آزمایش، در متغیرهای (ایمان به خداوند و حقیقت مطلق)، (بودن در جهان معنادار)، (خودآگاهی و مسئولیت)، با یکدیگر اختلاف معنادار دارند؛ زیرا سطح معناداری به دست آمده، کمتر از مقدار ملاک ۰/۰۱۲ می‌باشد. اما در عامل (بخشش و عشق به دیگران)، تفاوت معناداری را نشان ندادند. این مورد، می‌تواند به عوامل متعددی اشاره کند. در مصاحبه‌های بالینی با بیماران ام‌اس، به نظر می‌رسید که این بیماران، اغلب در رابطه با دیگران دچار تناقض هستند. گذشته آنها اغلب تجاربی را شامل می‌شد که در تعامل با دیگران اعم از مادر، پدر و همسر، دوستان یا همکاران مشکل‌دار بود. آنها از به یاد آوردن این تجارب، اجتناب می‌کردند. اغلب دیگران را به نوعی مقصر دانسته و گناهشان را نابخشودنی می‌دانستند. آنان اغلب عنوان می‌کردند که اگر موقعیتشان با آنها عوض می‌شد، هرگز مرتکب آن خطا نمی‌شدند. آنان به نوعی، اجتناب و کناره‌گیری را تنها راه تحمل وضع موجود می‌دانستند و این در شرایطی است که آنها در رشد خودآگاهی، تغییر مثبت نشان دادند. کوریت و میلتون (۲۰۱۱)، نیز در رابطه با درمان وجودی بر تروما تحقیق کردند. آنها آورده‌اند که یک واقعه آسیب‌زا، وضعیت احساسی و طاقت‌فرسایی است که طی آن یک تجربه یا درک تهدیدآمیزی برای فرد یا اطرافیان او به وجود می‌آید (لودریک (Lodrick)، ۲۰۰۷؛ روت اسپچیلد (Rothschild)، ۲۰۰۰). آشکار است که چنین تجربیاتی می‌تواند به مشکلات روانی منجر شود. وندر (۱۹۹۶)، بیان می‌کند افرادی که دچار آسیب روانی می‌شوند، این آسیب‌زدگی آنها را تحت تأثیر قرار خواهد داد. زمینه‌های تکراری موقعیت ناخوشایند، در واقع در مرکز قرار داشته و ممکن است فرد، واقعه اصلی را به‌طور مرتب تکرار و یادآوری نماید (لودریک، ۲۰۰۷). *تاتون (Totton)* (۲۰۰۵) می‌گوید: آسیب‌های روانی دوران کودکی، می‌تواند عمیقاً به آسیب‌های روانی دوران بزرگسالی، با سطحی از تحریک‌پذیری بالا و ازهم‌گسیختگی منجر شود. این تجربیات، می‌تواند فرد را نسبت به حوادث آینده حساس کند. با توجه به اهمیت مشکلات ارتباطی و تجاربی که فرد در تعامل با دیگران کسب کرده، احتمالاً وجود تفاوت‌ها، سوءتعبیرها و وجود بسیاری نکات و مسائل مطرح نشده، به نظر می‌رسد، در کنار درمان گروهی، در میدان چهارم، مشاوره فردی و درپی آن مشاوره، در کنار فرد یا افرادی که درمانجو تجارب نه‌چندان خوشایندی را در تعامل با وی داشته است و سبب اجتناب و کناره‌گیری‌اش شده، مفید باشد. همچنین، افزایش جلسات درمان گروهی، در مرحله چهارم و تمرکز بیشتر بر مسئله‌پذیرش، می‌تواند این رابطه را از نظر آماری معنادار نماید. نکته قابل تأمل دیگر آنکه، درمانگر در کار با چنین رویکردی،

علاوه بر قدرت علمی، نیاز به تلاش عملی برای مرمت درونی و حل تعارضات خویش دارد. این نکته‌ای است که نباید از نظر مشاوران دور بماند.

---

### پی‌نوشت‌ها

۱. واژه «میدان»، برگرفته از کتاب صد میدان خواجه عبدالله انصاری می‌باشد. انتخاب این واژه، عطر و بویی عرفانی، الهی، معنوی و روحانی به فضای درمانی می‌بخشد.

## منابع

- ایمانی فر، حمیدرضا و همکاران، ۱۳۹۱، «بخشش از دیدگاه روان‌شناسی و قرآن کریم»، *انسان پژوهی*، دوره نهم، ش ۲۷، ص ۱۴۹-۱۷۵.
- آذربایجانی، مسعود، ۱۳۸۷، *مقیاس سنجش دینداری، تهیه و ساخت آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- پرن، پریسا، ۱۳۹۵، *تهیه و ساخت بسته روان‌درمانگری وجودی بر اساس قرآن کریم (با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی) و اثربخشی آن بر تغییر مثبت باورهای وجودی مبتلایان به ادم‌اس، پایان‌نامه دکتری، تهران، دانشگاه علوم تحقیقات.*
- ترابی، منوچهر، ۱۳۸۸، *نیچه (زندگی، آثار، اندیشه)*، تهران، مجید.
- جان‌بزرگی، مسعود و محبوبه داستانی، ۱۳۹۳، «مروری بر وضعیت تجربی روان‌درمانگری در ایران»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۱۵، ص ۱۴۵-۱۹۰.
- جان‌بزرگی، مسعود و همکاران، ۱۳۹۰، «ارزیابی تحول روانی - معنوی در درمانگری مراجعان مذهبی»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال پنجم، ش ۸، ص ۴۹-۷۰.
- دلاور، علی، ۱۳۸۰، *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی*، تهران، رشد.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۳۹۰، *تفسیر المیزان*، ترجمه سیدمحمدباقر موسوی همدانی. چ سی‌ویکم، قم، جامعه مدرسین.
- ، ۱۳۹۱، *اصول فلسفه و روش رئالیسم*، به کوشش سیدهادی خسروشاهی، چ سوم، قم، بوستان کتاب.
- طلایی مینائی، اصغر، ۱۳۸۲، *عرفان، زیبایی‌شناسی و شعور کیهانی*، ترجمه سیدرضا افتخاری، تهران، مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- فاطمی، آزاده سادات، ۱۳۸۶، *مقایسه افکار ناکارآمد و سازگاری اجتماعی در زنان ناباور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.*
- فصیح‌فر، الهه، ۱۳۸۶، *ساخت و هنجارایی مقیاس بلوغ اجتماعی در دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستانی شهرستان سبزوار*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌سنجی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- فقیهی، علی‌نقی و همکاران، ۱۳۹۰، «نگرش انسان‌شناختی اسلامی و بازتاب آن در سلامت روانی، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره»، *انجمن مشاوره ایران*، ش ۳۷، ص ۶۱-۸۶.
- قدرتی، سیما و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر دیدگاه فرانکل بر افزایش سلامت عمومی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس»، *انجمن مشاوره ایران*، ش ۳۴، ص ۷-۲۴.
- Corbett, et al, 2011, Existential therapy: A useful Approach to trauma? *Counseling Psychology*, 26, N. 1, The British psychological society-ISSN 0269-6975
- Halligan, P, 2006, The power of belief. *Psychological Influences of illness/ disability and Medicine.*
- Hemsley, C, 2010, Why this trauma and why now? the contribution that psychodynamic theory can make to the understanding of post-traumatic stress-disorder, *counselling psychology review*, v. 25 (2), p. 13-20.
- Huang, Yen-chi, 2015, An Existential psychoanalyst in the Literary therapy aenre: the Representation of a psychoanalytic Encounter in Irvin Yalom's the Schopenhauer cure, *Ars Aeterna*, n. 7, p. 23-34.
- Kendall-tackett, K, 2009, psychological trauma and physical health: Apsychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions, *psychological Trauma: Theory, Research, practice and policy*, v. 1(1), p. 35-48.

- Kennedy, G. A, et al, 2015, *The effectiveness of spiritual religious interventions in psychotherapy and counseling: a review of the recent literature*, Melbourne, PACFA.
- Lodrick, Z, 2007, Psychological trauma-what every trauma worker should know, *The British journal of psychotherapy Integratipn*, v. 4(2), p. 24-31.
- McFarlane, A.C, & Van der kolk, B.A, 1996, *Trauma and its challenge to society*, in B.van der kolk, A. McFarlane & L.Weisaeth (Eds), Traumatic stressa, Neew York, Guilford press Ms Center.ir
- Petrie, et al, 2015, The Relationship between the belief in a genetic cause for breast cancer and bilateral mastectomy, *Healt psychology*, v. 34(5), p. 473-476.
- Rothschild, B, 2000, *The body remember: The psychophysiology of trouma*, New York, Norton.
- Sadavoy, J, 1997, Survival:A review of the late-life effects of prior psychological trauma, *American journal*, n. 5, p. 4.
- Stephen, A, 2014, Diamond, secrets of existential, psychotherapy – Prt II , *jornal Dasein*, n. 2, p.64-65.
- Tarrier, N, 2010, The cognitive and behavioural treatment of PTSD, what is known and what is practice gap, *Clinical psychology: Science and practice*, v. 17(2), p. 134-143.
- Totton, N, 2005, Can psychotherapy help make a better future? *psychotherapy and politics international*, v. 3(2), p. 83-95.
- Van Deurzen, E, 2010, *The framework of Existential therapy*, 4030-ch-01.indd, p. 7-26.
- Vos, Joel, et al, 2015, Existential therapies: Ameta- analysis of their effects on psycgological out vones, *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 83(1), p. 115-128.
- Whitson, et al, 2015, The emotional roots of conspiratorial perceptions,system justification, and belief in the paranormal, *Journal of Experimental Social Psychology*, v. 56, p. 89-95.



## اثربخشی آموزش صبر بر امید و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی

rzareabavany@yahoo.com

farideh\_hosseinsabet@yahoo.com

راضیه زارع بوانی / کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

فریده حسین‌نابت / استادیار روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۱۶ - پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۰۹

### چکیده

هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش صبر بر بهزیستی روان‌شناختی و امید، در مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) با روش نمونه‌گیری در دسترس بود. آزمودنی‌های تحقیق ۲۰ نفر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر تهران بودند که با استفاده از مقیاس صبر، غیرصبور شناخته شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس پرسش‌نامه‌های بهزیستی روان‌شناختی و امید اجرا شد. آموزش صبر به‌عنوان مداخله‌ای در گروه آزمایش اجرا شد، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. پیش از شروع مداخله، بعد از پایان جلسات آموزشی و همچنین دو ماه بعد از مداخله، پرسش‌نامه‌های بهزیستی روان‌شناختی و امید اجرا شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس و t زوجی انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش صبر بر ارتقا امید و بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است. بنابراین، از آموزش صبر می‌توان برای ارتقا امید و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی استفاده نمود.

**کلیدواژه‌ها:** صبر، امید، بهزیستی روان‌شناختی، کم‌توان ذهنی.

## مقدمه

خانواده به‌عنوان یکی از ارکان مهم هر جامعه‌ای، با مسائل و ناملايمات بسياری مواجه است. یکی از مسائلی که می‌تواند به‌زیستی روانی را تحت تأثیر قرار دهد، تولد و مراقبت از کودکان کم‌توان ذهنی است، که می‌تواند در هر خانواده‌ای رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود. این رویداد، احتمالاً تنیدگی و سرخوردگی، غم و ناامیدی را به دنبال خواهد داشت و می‌تواند سلامت روان خانواده را به مخاطره اندازد (مفیدی، ۱۳۷۶، ص ۷۶).

فشارها و مشکلات وارد بر والدین کودکان کم‌توان ذهنی، به دلیل استمرار و شدت، علاوه بر سلامت جسمی و روانی آنها، سلامت و آرامش فرزندان سالم و فرزندان دارای کم‌توان ذهنی‌شان و در سطح گسترده‌تر، سلامت و بهداشت روانی خانواده و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاوه و همکاران، ۱۳۹۰). در چنین موقعیتی، گرچه همه اعضای خانواده آسیب می‌بینند، مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار والدین، به‌ویژه مادران را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می‌دهد (میکائیلی منیج، ۱۳۸۸). از آنجاکه مادر، نخستین فردی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند، رویارویی مادر با فرزند کم‌توان ذهنی، نیاز کودک به مراقبت دائمی، فراهم ساختن شرایط ویژه رشد، تجربه تنش ناشی از وجود رفتارهای آیینی، مشکلات زبانی، قشقرق و فقدان مهارت مراقبت از خود در این گروه از کودکان، همگی زمینه‌تضعیف کارکرد طبیعی مادر را فراهم می‌کند و سلامت او را به خطر می‌اندازد (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶).

یکی از مهم‌ترین منابع زمینه‌ساز این گروه از مشکلات روان‌شناختی برای مادران، ناامیدی است. «امید» به‌عنوان یکی از منابع مقابله‌ای انسان در سازگاری با مشکلات است (دوسارد (Doussard) و همکاران، ۲۰۰۳). *شنايدر* (Snyder) (۲۰۰۲)، امید را مجموعه‌ای شناختی می‌داند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرهای دستیابی به اهداف است. بنابراین، نظریه امید، اساساً یک نظریه شناختی است و یک هیجان انفعالی نیست. امید از سه مؤلفه مرتبط به هم، یعنی تفکر هدف، تفکر عامل و تفکر گذرگاه تشکیل شده است. «تفکر هدف»، شامل چیزی است که فرد مایل است به آن دست یابد، یا آن را تجربه و یا ایجاد کند. بهترین اهداف، اهدافی هستند که انگیزه فرد را افزایش می‌دهد و پایدار می‌باشد. «تفکر عامل»، بسیار شبیه به انگیزه است و منجر به حرکت انسان در مسیرهای در نظر گرفته شده است. «تفکر گذرگاه»، توانایی ادراک شده فرد برای شناسایی و ایجاد مسیرهایی به سمت هدف است. از آنجاکه برخی طرح‌ها و نقشه‌ها، ممکن است با شکست مواجهه شوند، افراد دارای امید بالا، برای مقابله با موانع احتمالی، چندین گذرگاه را در نظر می‌گیرند (اشنايدر، ۲۰۰۲).

«تفکر هدف» از منظر قرآن کریم، هدف اساسی زندگی آدمی، همواره در ارتباط با خداست. هیچ مفهوم عمده‌ای جدای از خدا، در قرآن وجود ندارد؛ چراکه امید در راستای تکامل انسان است و تکامل انسان در قرآن، به سوی خلیفة‌الله (بقره: ۳۰) و مظهر تجلی اسماء الهی است. بنابراین، از منظر قرآن، اهداف مطلوب اهدافی هستند که آدمی را به سوی خداوند و معنویت سوق دهند. اهداف نامطلوب، اهدافی هستند که حاصل القابات شیطان می‌باشند

و موجب گمراهی آدمی می‌گردند (طباطبائی، ۱۴۱۷ق، ج ۵، ص ۱۳۸). تفکر عامل از منظر قرآن، انگیزه یا انرژی روانی لازم برای تعقیب هدف، یکی دیگر از مؤلفه‌های امید است. این انگیزش روانی در قرآن، ایمان و افزایش روح معنوی است (مجادله: ۳۲؛ طباطبائی، ۱۴۱۷ق، ج ۱۹، ص ۱۹۶). تفکر گذرگاه از منظر قرآن کریم، عبارت است از: کلیه تلاش‌های آدمی برای نیل به اهداف دنیوی و اخروی خویش (البته با فرض رعایت تقوا و اخلاص در انجام امور) (همان، ج ۱۳، ص ۴۰۶) و به‌طور کلی انجام کلیه اموری که موجب خشنودی خدا و پیامبرش می‌شود. همچنین، پرهیز از ارتکاب معاصی و گناهان و هر آنچه که موجب خشم خدا و رسول او می‌گردد.

آثار سودمند امید بر سلامت جسمانی و روانی در پژوهش‌های مختلفی تأیید شده است (کاترین (Catherine) و همکاران، ۲۰۰۳). سطح پایین امید، پیش‌بینی‌کننده سطح افسردگی و کاستی‌های روانی اجتماعی است (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). امیدواری، با بهزیستی روان‌شناختی نیز رابطه نزدیکی دارد. رودریگز (Rodriguze) (۲۰۰۶) نشان داد که بین امید و رضایت از زندگی (از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی) رابطه مثبت وجود دارد. جورج (George) (۲۰۱۰)، در پژوهشی نشان داد که بین امیدواری و رضایت از زندگی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. به عقیده استااس (Staas) (۱۹۸۶) بین امید و بهزیستی روانی یک رابطه تعاملی وجود دارد که افزایش امید، موجب بهزیستی روانی، بیشتر در زندگی می‌شود. با امیدواری، شخص می‌تواند احساس بهزیستی و رضایت از زندگی داشته باشد (اشنایدر، ۲۰۰۲). ناامیدی، شخص را در برابر عوامل تنش‌زا، و بی‌دفاع‌ها می‌کند. شخص با گذشت زمان، همه امید خود را از دست می‌دهد. مفهوم «امید» با متغییر مشابه صبر (تاب‌آوری) نیز در ارتباط می‌باشد که در تحقیقات کولینس (Collins) (۲۰۱۳)، اجرمن (Eggerman) و همکاران (۲۰۱۲)، هو (Ho) و همکاران (۲۰۱۱) نادری و حسینی (۱۳۸۹)، زاهدبالان و همکاران (۱۳۹۰) این مسئله نشان داده شده است.

بسیاری از متخصصان سلامت روانی بر این باورند که به رغم فعالیت‌هایی که برای ارتقا سلامت روانی خانواده‌های کودکان دارای ناتوانی صورت گرفته است، بسیاری از آنها همچنان از بیماری‌های مرتبط با استرس رنج می‌برند. این امر ناشی از شرایط ویژه این کودکان، ویژگی‌های والدین و محیط می‌باشد (پرند و شکوهی‌یکتا، ۱۳۹۰). روان‌شناسان فشار روانی (استرس) را این‌گونه تعریف کرده‌اند: «فشار روانی شرایطی است که در نتیجه تعامل میان فرد و محیط به وجود می‌آید و موجب ایجاد ناهماهنگی - چه واقعی و چه غیرواقعی - بین توانایی‌های زیستی، روانی و اجتماعی فرد با پیامدهای یک موقعیت می‌گردد» (سارافینو (Sarafeno)، ۱۳۸۴، ص ۱۰۵). در این تعریف، توازن بین منابع درونی و الزامات محیط در نظر گرفته شده است؛ یعنی استرس زمانی ایجاد می‌شود که فشار موقعیتی بیش از منابع درونی فرد باشد. اما اگر تعادل برقرار باشد؛ یعنی در عین اینکه فشار موقعیتی زیاد است، ولی فرد منابع درونی (بردباری) کافی در اختیار داشته باشد، فشار روانی به وجود نمی‌آید. بنابراین، اگر فردی صبور باشد، کمتر به فشار روانی مبتلا می‌شود و بهزیستی روان‌شناختی در او بیشتر می‌شود (نوری، ۱۳۸۷).

در کمک به این‌گونه خانواده‌ها می‌توان به آموزش‌های مدیریت استرس و راهبردهای مقابله‌ای مناسبی پرداخت که هدف از آنها، کاهش تأثیرهای مخرب استرس است. از آنجاکه، برای استرس سطح بهینه‌ای وجود دارد، می‌توان گفت: هدف از مدیریت آن، دانش‌افزایی و مهارت‌آموزی برای کنترل استرس‌ها و ماندن در سطح بهینه است (پرند و شکوهی‌یکتا، ۱۳۹۰).

برای کمک به این خانواده‌ها، اگر راهکارهای مورد استفاده متناسب با بسترهای اجتماعی‌شان باشد، کار درمان و آموزش اثربخش‌تر می‌شود. با توجه به جامعه دینی‌مان، دین شامل راهکارهایی بسیار مناسبی است و می‌تواند یکی از عوامل مؤثر بر همه ابعاد وجودی انسان، از جمله سلامت و بهزیستی روانی باشد. بسیاری از مردم به اعتقادات و نهادهای دینی روی می‌آورند تا در مقابله با بحران‌ها، ایجاد امیدواری و تأمین سلامت از آنها استفاده مثبت کنند (زهراکار، ۱۳۸۴).

از جمله مفاهیم دینی که توسعه و تقویت آن برای بهره‌مندی از یک زندگی مؤمنانه ضروری است، «صبر» است. صبر از جمله مهم‌ترین ارکان ایمان است و پیامبر اکرم ﷺ آن را نیمی از ایمان دانسته‌اند. در قرآن کریم، واژه «صبر»، بیش از هفتاد بار تکرار شده است. جالب اینکه هیچ‌یک از سایر فضیلت‌های دینی به این اندازه در قرآن تکرار نشده است (حسین‌ثابت، ۱۳۸۶، ص ۱۴). صبر و بردباری، مفهومی است که متخصصان تعلیم و تربیت اسلامی با آن بیگانه نیستند و آن را ابزاری برای کاهش میزان آسیب‌پذیری افراد و حفظ آرامش روانی می‌دانند (خوشحال دستجردی، ۱۳۸۳). اگر انسان با مفهوم صبر آشنا نشود و یا راه‌های تحصیل صبر را نداند و در یک کلام صبور نباشد، نمی‌تواند در برابر حوادث و نامایمات زندگی دوام آورده و سلامت روان خود را حفظ کند و در معرض اختلالات روانی قرار می‌گیرد (حسین‌ثابت، ۱۳۸۷، ص ۱۱۸).

علی‌رغم اهمیت غیرقابل انکار صبر در بهزیستی و رضایت روانی افراد، در ارتباط با اثربخشی این متغیر بر سلامت روان، ادبیات قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد. اندک پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه، بر نقش رضایت‌بخش صبر در کاهش و مهار آسیب‌های روانی تأکید کرده‌اند (شکوفه‌فرد و خرماپی، ۱۳۹۱). از جمله خدا/یاری‌فرد و همکاران (۱۳۸۰)، در خصوص رابطه بین میزان توکل به خدا و صبر با اضطراب، رابطه معنادار بین صبر و امیدواری در شرایط ناگوار را گزارش نموده‌اند. براین اساس، صبر و توکل بر کاهش اضطراب در موقعیت‌های ناگوار تأثیر قابل توجهی دارد. یکی از قلمروهای پژوهشی کاربردی در این خصوص، بررسی اثربخشی آموزش صبر است. چنان که حسین‌ثابت (۱۳۸۶)، طی پژوهشی به این نتیجه دست یافت که آموزش صبر، بر افزایش شادکامی و کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است.

با توجه به نتایج مطالعات موجود، که بیانگر ارتباط میان صبر و کاهش ناسازگاری‌های روانی و رفتاری است، و وجود اضطراب و فشار ناشی از ناکامی‌ها و مسائل زندگی، لزوم بهره‌گیری از مؤلفه‌های مذهبی همچون صبر را در

ایجاد و پررنگ‌تر نمودن نقش منطق و آرامش در برخورد با مشکلات و ایجاد رضایت روانی مطرح می‌شود (شکوفه‌فرد و خرمایی، ۱۳۹۱). مفهوم دینی «صبر» در مادران کودکان کم‌توان ذهنی نیز کمتر مورد توجه قرار گرفته است. ادبیات تحقیقی کمی در این زمینه وجود دارد، تنها متغیرهای مشابه آن مثل تاب‌آوری و ارتباط آن با سلامت روان در مادران کودکان استثنایی بررسی شده است. در بیشتر این تحقیقات، متغیر تاب‌آوری در حد همبستگی بررسی شده است. از جمله در تحقیقی از میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱)، مشخص شد که همبستگی معناداری بین تاب‌آوری روان‌شناختی با رضایت از زندگی و سلامت عمومی وجود دارد. کلاه و همکاران (۱۳۹۰)، به این نتیجه رسیده‌اند که برنامه‌های مداخله‌ای تاب‌آوری موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی در والدین کودکان کم‌توان می‌شود. اما صبر مفهومی گسترده‌تر از تاب‌آوری است و با فرهنگ دینی ما، تناسب بیشتری دارد. انسان تاب‌آور، به هنگام روبرو شدن با سختی‌ها، از حمایت و کمک دیگران استفاده می‌کند، اما در صبر انسان به ذکر، تسبیح، تلاش و کوشش روی می‌آورد و توان خویش را ارتقا بخشیده، حتی فرد حامی دیگران می‌گردد (حسین‌ثابت، ۱۳۸۶، ص ۵۲).

این پژوهش، از نظر کاربردی در زمینه آموزش صبر در مادران با کودک ناتوان حائز اهمیت است. اگر برنامه آموزش صبر، بتواند امید و بهزیستی روانی مادران را ارتقا بخشد، نتایج حاصل از آن، برای مشاوران و روان‌شناسان و متخصصان این عرصه قابل استفاده و مفید خواهد بود و موجب افزایش آگاهی آنها از حیطه‌های تأثیرگذار صبر بر مسائل این گروه از مادران، افزایش دانش موجود و اجرای پژوهش‌هایی در زمینه مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌گردد. علاوه بر این، با تأثیر بر سلامت و بهزیستی روانی مادر به‌عنوان فردی مهم و مرکزی در خانواده، می‌تواند سلامت جامعه را نیز تحت تأثیر قرار دهد. در این پژوهش، آموزش صبر که مفهومی دینی و بومی در فرهنگ کشور ماست، در مادران کودکان کم‌توان مورد بررسی قرار می‌گیرد. فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از:

۱. آموزش صبر، موجب افزایش امید در مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود.
۲. آموزش صبر، موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود.
۳. آموزش صبر، موجب افزایش زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی (رضایت از زندگی، معنویت، شادی و خوش‌بینی، رشد و بالندگی، ارتباط مثبت، خود پیروی) در مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود.

## روش پژوهش

طرح این پژوهش، یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، شامل مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ می‌باشد. نمونه آماری، شامل ۲۰ نفر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌باشد که به طور تصادفی و مساوی در گروه‌های کنترل و آزمایش قرار گرفتند، ۱۰ نفر در گروه کنترل و ۱۰ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری، به صورت در دسترس (با توجه به

همکاری در پر کردن پرسش‌نامه‌ها) از میان مادران کودکان کم‌توان ذهنی در دو مرکز کاردرمانی بود و برای جایگزینی آنها، از روش تصادفی استفاده می‌شود.

برای حضور در نمونه و اجرای مداخلات، ملاک ورود زیر مورد توجه قرار گرفت:

داشتن حداقل مدرک سوم راهنمایی برای درک و انجام تکالیف خانگی، نمره پایین در مقیاس سنجش صبر (وین (Wayne)، ۱۳۸۷، ص ۱۶۴)، با احتمال ۹۵٪، نسبت انتخاب ۶۳٪ گردید. بنابراین، ۳۷٪ کسانی که در مقیاس سنجش صبر نمره پایین به دست آوردند، به‌عنوان افراد کم صبر انتخاب شدند و در گروه کنترل و آزمایش، به صورت تصادفی جایگزین شدند، داشتن حداقل یک فرزند کم توان ذهنی.

ملاک خروج: دو جلسه غیبت در جلسات آموزشی، عدم رضایت به شرکت در این پژوهش و وجود اختلالات شخصیت، سایکوز بر اساس مصاحبه ساختار یافته تشخیصی مبتنی بر DSM4-TR.

### ابزار پژوهش

مقیاس سنجش صبر: این مقیاس دارای ۴۸ سؤال است که بر اساس سه مقوله (صبر بر سختی، صبر بر گناه، صبر بر طاعت) مطرح شده است که توسط حسین‌ثابت در سال ۱۳۸۶، با استفاده از کتب حدیثی و اخلاقی شیعه و سنی ساخته شده است. پاسخ‌ها به صورت پنج‌گزینه‌ای (همیشه - اغلب - معمولاً - گاهی - به‌ندرت) تنظیم شده است. سه مقوله مورد نظر در این مقیاس، شامل صبر در سختی‌ها ۲۴ سؤال، صبر در برابر گناه ۱۰ سؤال، صبر بر طاعت ۱۴ سؤال می‌باشد.

مقیاس سنجش صبر حسین‌ثابت، دارای اعتبار محتوا و اعتبار ملاکی ۰/۷ می‌باشد. برای تعیین پایایی این مقیاس، از آلفای کرونباخ استفاده گردید که آلفای کرونباخ، مقیاس سنجش صبر ۰/۸۶۶ به دست آمد (حسین‌ثابت، ۱۳۸۶، ص ۱۲۶). مقصودی (۱۳۹۲)، در پژوهش خود آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۲ به دست آورد. آلفای کرونباخ مقیاس سنجش صبر در این پژوهش، پس از اجرا روی ۱۰۰ نفر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی ۰/۷۷۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۹ توسط ریف ساخته شده است و توسط طبسی زنجانی (۱۳۸۳)، نرم گردید. این مقیاس، یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای است که به هر گزینه نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. پایایی مقیاس از طریق دو روش همسانی درونی و باز آزمایی مورد سنجش قرار گرفت. ضرایب به‌دست‌آمده از طریق روش:

۱. همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ در کل مقیاس ۹۴ درصد و در آزمون‌های فرعی (خرده‌مقیاس‌ها)، ۶۲ درصد تا ۹۰ درصد به دست آمد.

۲. بازآزمایی: ضریب همبستگی به دست آمده برای کل مقیاس، ۷۶ درصد و خرده‌مقیاس‌ها ۶۷ درصد تا ۷۳ درصد بود که همگی در سطح  $\alpha: 0/01$  معنادار است. نتایج هر دو روش نشان داد که مقیاس از پایایی نسبتاً خوبی برخوردار است. اعتبار آن نیز با محاسبه ضریب همبستگی کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها برای رضایت از زندگی، ۵۱٪ - شادی و

خوش‌بینی ۶۶٪- معنویت ۶۳٪- ارتباط مثبت با دیگران ۴۸٪- رشد بالندگی فردی ۵۹٪- خود پیروی ۴۶٪ که در سطح  $\alpha: 0/01$  معنادار است (طیسی‌زنجانی، ۱۳۸۳، ص ۱۰۵). پایایی پرسش‌نامه بهزیستی، با استفاده از آلفای کرونباخ، در این پژوهش، پس از اجرا روی ۱۰۰ نفر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی ۵۶۸٪ به دست آمد.

مقیاس سنجش امید: *اشنایپر و همکاران* (۱۹۹۱)، برای سنجش امید در نوجوانان و بزرگسالان سنین ۱۵ و بالاتر، مقیاس امید را توسعه دادند. نمره امید، حاصل جمع دو خرده‌مقیاس عامل و گذرگاه می‌باشد. بنابراین، مجموع نمرات می‌توانند بین ۸ تا ۳۲ قرار گیرد (کمالی، ۱۳۹۱، ص ۹۳). برای هر سؤال، پیوستاری از ۱ کاملاً غلط تا ۴ کاملاً درست در نظر گرفته شده است (چوخاجی‌زاده مقدم، ۱۳۸۹، ص ۷۴).

برای بررسی مقدماتی روایی و پایایی این پرسش‌نامه، *علاء‌الدینی* (۱۳۸۷) آن را بر روی ۶۰ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان اجرا نمود. پرسش‌نامه دارای همسانی درونی، با آلفای ۶۸ درصد است. به علاوه طبق نظر متخصصان بالینی روایی این مقیاس به روش روایی، محتوایی نیز مورد تأیید قرار گرفته است (بیجاری، ۱۳۸۷، ص ۸). آلفای کرونباخ پرسش‌نامه امید در این پژوهش، پس از اجرا بر ۱۰۰ نفر از مادران کودکان کم‌توان ذهنی ۶۶/۸ درصد به دست آمد.

#### شیوه اجرای پژوهش

پس از انتخاب گروه نمونه و جایگزینی تصادفی آنها در دو گروه کنترل و آزمایش، مقیاس سنجش صبر و پرسش‌نامه امید و بهزیستی روان‌شناختی (اجرای پیش‌آزمون) در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد، جلسات درمانی شامل ۸ جلسه در طول ۴ هفته متوالی، به صورت ۲ بار در هفته و به مدت یک ساعته ارائه شد. جلسات آموزش صبر عبارتند از:

جلسه اول: برقراری ارتباط با مخاطبان و آشنا کردن آنها، با مفهوم صبر و قوانین شرکت در جلسات آموزشی - آشنایی با انواع صبر (بر طاعت- در گناه - در سختی‌ها).

جلسه دوم: شناخت یکی از نشانه‌های صابران (چالش و تلاش) با هدف، ایجاد نگاهی نو به رویدادهای زندگی - ارزشمندی کوشش در مسیر هدف تا رسیدن به هدف و مدیریت مسائل.

جلسه سوم: آشنایی با یکی دیگر از ویژگی‌های افراد صابر (خودآگاهی) با هدف، آگاهی بر نقاط ضعف و قوت خویش.

جلسه چهارم: شناخت ویژگی سایر صابران (معاشرت با دیگران)، به معنای ارتباط صحیح و بدون تنش با دیگران.

جلسه پنجم: آشنایی با یکی دیگر از نشانه‌ها (کنترل خشم)، شامل آشنایی با خشم، انواع آن، راه‌های کنترل آن و اثرات آن.

جلسه ششم: صبر بر سختی‌ها با هدف، شناخت علل رنج و سختی‌های زندگی.

جلسه هفتم: صبر بر طاعت با هدف، ایجاد انگیزه در صبر بر طاعت.

جلسه هشتم: صبر بر گناه، با هدف شناخت نقاط ضعف و قوت خویش در صبر بر گناه (صبر بر دیدن، گفتن و

شنیدن) اجرا گردیدند.

پس از پایان یافتن دوره آموزشی، مجدداً پرسش‌نامه‌های امید و بهزیستی روان‌شناختی، به‌عنوان پس‌آزمون روی هر دو گروه اجرا شد. دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون، پیگیری انجام گرفت. جلسات آموزش صبر در مکان کاردرمانی اجرا گردید. در همهٔ جلسات با روش پرسش و پاسخ، جوی چالش‌برانگیز ایجاد شد و با بحث گروهی، سعی شد تا شرکت‌کنندگان حضور فعالی داشته و کسی غیرفعال نباشد. هر جلسه شامل سؤالات هدفمند در راستای موضوع جلسه و برای آشنایی مادران با مفاهیم مورد نظر و نگاهی جدید به شرایط زندگی خود، الگوبرداری از یکدیگر و داستان‌های مرتبط با موضوع جلسه، کمک به دستیابی به شناختی از خود و در کل، رسیدن به اهداف آموزشی بود و در انتهای هر جلسه، تکلیفی را معین کرده و در ابتدای جلسه بعد، حداکثر ۱۰ دقیقه در مورد آن و نظرات برخی از مادران صحبت گردید. هدف از انجام تکالیف، تداوم آموزش بود. جلسات آموزش صبر را حسین‌ثابت (۱۳۸۶) طراحی کرد. اثربخشی آن را در کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش شادکامی نشان داد. مقصودی (۱۳۹۲) نیز اثربخشی این برنامه آموزشی را در افزایش توانمندی‌های شخصیتی نشان داد.

### یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف استاندارد سن گروه نمونه به ترتیب ۳۵/۳۱ و ۸/۰۶ می‌باشد.

جدول زیر میانگین و انحراف معیار، دو متغیر امید و بهزیستی روان‌شناختی، در گروه کنترل و آزمایش را نشان می‌دهد. در گروه آزمایش، در پس‌تست و پیگیری میانگین تمام متغیرها افزایش یافته است. جدول ۲. بررسی توصیفی مقایسه امید و بهزیستی روان‌شناختی (خرده‌مقیاس‌های آن)

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل و آزمایش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
امید	پیش‌آزمون	۲۵/۱
	گروه کنترل	۲۸/۴
	پس‌آزمون	۲۴
	پیگیری	۲۴/۴
	گروه آزمایش	۳۰/۸
	پیش‌آزمون	۲۷/۲
بهزیستی روان‌شناختی	پس‌آزمون	۱۹۹
	گروه کنترل	۱۹۹/۶
	پیش‌آزمون	۲۰۰/۹
	گروه آزمایش	۲۰۳/۸
	پس‌آزمون	۲۱۸
	پیگیری	۲۰۷/۹
رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	۵۰/۸
	گروه کنترل	۵۳/۳
	پس‌آزمون	۵۱/۶



۴/۳۷	۵۳	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	معنویت	
۴/۹۴	۵۹/۴	پس‌آزمون			
۳/۴۳	۵۳	پیگیری			
۲/۳۴	۳۳/۲	پیش‌آزمون	گروه کنترل		
۱/۹۵	۳۳/۶	پس‌آزمون			
۳/۷۱	۳۳/۳	پیگیری			
۴/۰۱	۳۲/۹	پیش‌آزمون	گروه آزمایش		
۲/۴۸	۳۵/۸	پس‌آزمون			
۳/۱۳	۳۴/۵	پیگیری			
۴/۱۴	۴۷/۱	پیش‌آزمون	گروه کنترل		شادی و خوش بینی
۳/۸	۴۵	پس‌آزمون			
۲/۷۵	۴۷/۵	پیگیری			
۴/۱۳	۴۵/۸	پیش‌آزمون	گروه آزمایش		
۳/۰۷	۴۸/۹	پس‌آزمون			
۶/۲۷	۴۷/۹	پیگیری			
۲/۷۸	۲۰	پیش‌آزمون	گروه کنترل	رشد و بالندگی فردی	
۲/۴	۲۱	پس‌آزمون			
۲/۹۸	۲۲	پیگیری			
۲/۶۲	۲۱/۳	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	رشد و بالندگی فردی	
۲/۲۸	۲۳/۹	پس‌آزمون			
۳/۴۶	۲۳/۳	پیگیری			
۲/۷	۲۳/۳	پیش‌آزمون	گروه کنترل	ارتباط مثبت	
۳/۱	۲۳/۵	پس‌آزمون			
۳/۱	۲۳/۱	پیگیری			
۲/۲۹	۲۳/۲	پیش‌آزمون	گروه آزمایش		
۱/۹۴	۲۲	پس‌آزمون			
۳/۲۹	۲۶	پیگیری			
۳/۱۷	۲۷/۱	پیش‌آزمون	گروه کنترل	خودپروی	
۳/۰۴	۲۸/۸	پس‌آزمون			
۱/۲۸	۲۷/۹	پیگیری			
۱/۵۴	۲۹/۸	پیش‌آزمون	گروه آزمایش		
۱/۵۸	۳۲/۵	پس‌آزمون			
۲/۱۳	۲۹/۹	پیگیری			

برای بررسی تأثیر متغیر مستقل بر وابسته، از تحلیل کواریانس و برای بررسی پایداری اثربخشی آموزش صبر در دوره پیگیری، از آزمون t همبسته استفاده شده است. در انجام تحلیل کواریانس، ۶ پیش‌فرض بررسی شد که شامل فرض استقلال مشاهدات (پاسخ آزمودنی‌ها مستقل از یکدیگر بوده و تأیید می‌شود). فرض نرمال بودن مشاهدات (آزمون کولموگروف اسمیروف که در تمام متغیرها سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ و تأیید می‌شود). فرض همگونی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین که در تمام متغیرها سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ و تأیید می‌شود). اجرای

پیش‌آزمون پیش از شروع آزمون انجام گرفت. همبستگی متعارف پیش‌آزمون‌ها با یکدیگر، که این پیش‌فرض با توجه به تنها یک پیش‌آزمون در این پژوهش محقق نشد. همگونی شیب رگرسیون (که در تمام متغیرها سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ و تأیید می‌شود). نتایج تحلیل کواریانس در جدول زیر آمده است.

جدول ۴. آزمون تحلیل کواریانس تأثیر آموزش صبر بر متغیر امید و بهزیستی روان‌شناختی (زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی)

متغیر	منبع تغییر	SS	df	MS	F	p	$\eta^2$
امید	شرایط آزمایشی	۲۳/۴۱	۱	۲۳/۴۱	۷/۸۹	۰/۰۱۲	۰/۳۱۷
	خطا	۵۰/۴۵	۱۷	۲/۹۶			
بهزیستی روان‌شناختی	شرایط آزمایشی	۳۴۹/۲۹۵	۱	۳۴۹/۲۹۵	۴/۸۶۹	۰/۰۴۱	۰/۷۵۱
	خطا	۱۲۱۹/۶۷۴	۱۷	۷۱/۷۴			
رضایت از زندگی	شرایط آزمایشی	۱۲۵/۰۸۳	۱	۱۲۵/۰۸	۶/۳۲۲۲	۰/۰۲۲	۰/۳۷۱
	خطا	۳۳۶/۲۳۱	۱۷	۱۹/۷۹			
معنویت	شرایط آزمایشی	۲۵/۱۲۲	۱	۲۵/۱۲۲	۴/۹۷۸	۰/۰۳۹	۰/۲۲۶
	خطا	۸۵/۷۹۵	۱۷	۵/۰۴۷			
شادی و خوش‌بینی	شرایط آزمایشی	۶۶/۲۱	۱	۶۶/۲۱	۵/۴۴۵	۰/۰۳۲	۰/۲۴۳
	خطا	۲۰۶/۷۳۱	۱۷	۱۲/۱۶۱			
رشد و بالندگی فردی	شرایط آزمایشی	۳۶/۵۱۸	۱	۳۶/۵۱۸	۵/۸۲۵	۰/۰۲۷	۰/۳۵۵
	خطا	۷۷/۳۹۴	۱۷	۴/۵۵۳			
ارتباط مثبت	شرایط آزمایشی	۳۳/۵۸۳	۱	۳۳/۵۸۳	۶/۷۵۸	۰/۰۱۹	۰/۲۸۴
	خطا	۸۴/۴۸۱	۱۷	۴/۹۶۹			
خود پیروی	شرایط آزمایشی	۲۳/۸۳۵	۱	۲۳/۸۳۵	۵/۵۵۵	۰/۰۳۱	۰/۲۴۶
	خطا	۷۲/۹۴۳	۱۷	۴/۲۹۱			

نتایج جدول ۴ نشان داد که سطح معناداری در همه متغیرها، از ۰/۰۵ (مقدار سطح خطا) کوچک‌تر است، بنابراین با اطمینان می‌توان گفت: آموزش صبر بر افزایش امید، بهزیستی روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است. با توجه به داده‌های آماری به‌دست‌آمده، با درصد اطمینان نسبتاً بالایی می‌توان گفت: آموزش صبر بر افزایش امید، بهزیستی روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی تأثیر داشته است. همچنین، ضریب اتا نشان می‌دهد آموزش صبربخشی از تغییرات نمرات امید، بهزیستی روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی را تبیین می‌کند.

برای بررسی پایداری اثربخشی آموزش صبر، بر افزایش امید و بهزیستی روان‌شناختی (زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی)، یک آزمون t زوجی بین نمرات پس‌تست و پیگیری انجام شده است. اگر آموزش صبر تأثیر پایداری داشته باشد، نباید افزایش نمرات در دوره پیگیری تفاوت معناداری با پس‌آزمون داشته باشد.

جدول ۵. جدول آزمون t مقایسه پیگیری و پس‌آزمون متغیر امید و بهزیستی روان‌شناختی (زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی)

متغیر	منبع تغییر	t	df	p
امید	پس‌آزمون	۱/۲۹۳	۱۹	۰/۲۱۳
	پیگیری			
بهزیستی روان‌شناختی	پس‌آزمون	۱/۲۹۸	۱۹	۰/۲۱
	پیگیری			
رضایت از زندگی	پس‌آزمون	۱/۸۱۵	۱۹	۰/۱۲
	پیگیری			
معنویت	پس‌آزمون	۱/۰۰۴	۱۹	۰/۳۲۸
	پیگیری			
شادی و خوش‌بینی	پس‌آزمون	-۰/۲۲۹	۱۹	۰/۸۲۱
	پیگیری			
رشد و بالندگی	پس‌آزمون	-۰/۳۶۳	۱۹	۰/۷۲
	پیگیری			
ارتباط مثبت	پس‌آزمون	۱/۶۱۱	۱۹	۰/۶۲۱
	پیگیری			
خود پیروی	پس‌آزمون	۱/۳۲۱	۱۹	۰/۴۵
	پیگیری			

با توجه به اینکه سطح معناداری در همه متغیرها، از ۰/۰۵ (مقدار سطح خطا) بیشتر است، می‌توان گفت: تأثیر آموزش صبر بر امید، بهزیستی روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی پایدار بوده است. همچنین، با توجه به اینکه سطح معناداری در همه زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی از ۰/۰۵ (مقدار سطح خطا) بیشتر است، می‌توان گفت: تأثیر آموزش صبر بر تمام آنها پایدار بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، نشان داد که آموزش صبر موجب افزایش امید در مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌گردد. پژوهش دیگری که اثربخشی آموزش صبر بر امید را مورد مطالعه قرار دهد، توسط محققان یافت نشد. اما تحقیقاتی در زمینه تاب‌آوری متغیری مشابه صبر وجود دارد. این یافته، مطابق با یافته‌های تحقیقات کولینس (Collins) (۲۰۱۳)، جبرمن و همکاران (۲۰۱۲)، هو و همکاران (۲۰۱۱) نادری و حسینی (۱۳۸۹)، زاهدی‌بالان و همکاران (۱۳۹۰)، مینی بر رابطه تاب‌آوری با امید می‌باشد. در تبیین این نتایج، می‌توان گفت: امید به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر، در آینده بوده و امید با نیروی نافذ خود، تحریک‌کننده فعالیت فرد است، تا بتواند تجربه‌های نو کسب کند و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند (دارودی، ۱۳۸۹، ص ۵۶). «صبر» به‌عنوان مفهوم دینی، رابطه نزدیکی با امید دارد (حسین‌ثابت، ۱۳۹۱). افراد صبور، با وجود پیشامدهای ناگوار به رویارویی موفق و کارآمد در برابر مسائل امیدوارند، فرد صبوری که صاحب تفکر فرایند محور و احساس کارآمدی است (همان) امیدوار است که بر موانع درونی و بیرونی غلبه

کند. همچنین، صبر با بازداری از ارزیابی‌های منفی و در کل تصحیح طرح‌واره شناختی فرد موجب می‌شود فرد امید، انتظار و توان تلاش برای رسیدن به هدف‌های خود را داشته باشد. با توجه به تفکر فرایند محور در صورت نرسیدن به هدف، طی کردن مسیر رسیدن تا هدف هم برای وی ارزشمند و امیدبخش باشد (همان).

گاهی اوقات، انسان در شرایطی قرار می‌گیرد که امکانات یا اطلاعات لازم برای تغییر یا کنترل حوادث را ندارد و تا فراهم شدن امکانات، یا به دست آوردن اطلاعات، هرگونه تلاشی بی‌فایده است. به نظر می‌رسد، انسان صابر در این مدت زمان که شاید طولانی هم باشد، چاره‌ای جز تحمل و توکل بر خدا ندارد. البته این توکل، می‌تواند مقدمه‌ای برای رسیدن به هدف باشد (مانند حضرت یعقوب که در فراغ فرزندش یوسف صبر کرد). چنانچه ملاحظه می‌شود، گاهی انسان برحسب شرایط، توان تغییر موقعیت‌ها را ندارد. در عین حال، با بهره‌گیری از قدرت صبر می‌تواند کنترل نظام روانی خود را در دست گرفته و از اشتباه در فکر و چندگانگی در تدبیر و اندیشه جلوگیری نماید. در عین حال، برای رسیدن به هدف و رفع مشکل به قدرت پروردگار نظر داشته و به او توکل می‌جوید و از این طریق، باورهای فرد تغییر می‌کند.

کینگ (King) و همکاران (۲۰۰۹) نیز بر این باورند که تغییر در باورها و نگرش‌های والدین کودکان کم‌توان ذهنی، تاب‌آوری و سازگاری آنها با این پدیده را بیشتر می‌کند. این تغییر نظام باورها، هنگام رویارویی با شرایط ناگوار در فرد یا خانواده، احساس امید و خوش‌بینی و در زندگی احساس معنا ایجاد می‌کند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش صبر موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود. پژوهش دیگری که اثربخشی آموزش صبر را بر بهزیستی روان‌شناختی مورد مطالعه قرار دهد، توسط محقق یافت نشد. اما نتایج این پژوهش، مشابه با پژوهش‌های دیگری که اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی (کاوه و همکاران، ۱۳۹۰؛ شجاعی، ۱۳۹۰؛ روس (Rose) و همکاران، ۲۰۱۰؛ بورتون (Burton) و همکاران، ۲۰۰۹؛ گریفیس و وست (Griffith & West)، ۲۰۱۳؛ یو (Yu) و همکاران، ۲۰۱۲؛ بوون (Bowen) و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین پژوهش‌هایی که اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان را مورد مطالعه قرار داده‌اند (هو و همکاران، ۲۰۱۱؛ مک کالیستر و مک کینون (McAllister & McKinnon)، ۲۰۰۹؛ مین (Min) و همکاران، ۲۰۱۲؛ لوپرنیزی (Loprinzi) و همکاران، ۲۰۱۱؛ گایتون (Gayton) و همکاران، ۲۰۰۹؛ آگر (Ager)، ۲۰۱۳؛ اجرمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ اربیس (Erbes) و همکاران، ۲۰۱۱؛ دلاهیج (Delahajj) و همکاران، ۲۰۱۰؛ زانگ (Zhang)، ۲۰۱۰؛ میکائیلی، ۱۳۹۱؛ پورسدر و همکاران، ۱۳۹۱؛ کاوه و همکاران، ۱۳۹۰؛ سامانی و همکاران، ۱۳۸۶؛ حدادی و بشارت، ۲۰۱۰، شجاعی، ۱۳۹۰) می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت: به‌طور کلی باورهای مذهبی می‌توانند نگرش فرد به دنیا را تغییر داده و افق‌های گسترده‌ای را فراروی افراد بگشایند (حسین‌ثابت، ۱۳۹۱). باورهای مبتنی بر مفاهیم دین، می‌تواند توانایی

فرد را در زمینه تطابق با شرایط ناگوار و پیش‌بینی‌ناپذیر محیطی را افزایش دهد. این امر می‌تواند موجب افزایش بهزیستی در افراد می‌شود (همان). مذهب نقش درمانگرانه و پیشگیرانه اساسی را در برخورد با مشکلات دارد. مذهب یک منبع عاطفی است که می‌تواند به‌عنوان یک عامل، برای تفسیر رویدادی فشارزا، یا به‌عنوان یک مهارت مقابله فعال با محرک فشارزا عمل کند و به هنگام رویارویی با مشکلات و حوادث، به جای هراس و وحشت، فرد در پی یافتن راه‌حل‌های یا صبر بر آنها باشد. با این کار در نهایت، خدا نیز به آنها یاری می‌رساند و پاداش صبر آنها را می‌دهد (ایزدی‌طامه، ۱۳۸۸، ص ۸۴). همچنین، به آنها آموزش داده می‌شود که تسلیم مشکلات ناشی از مراقبت از فرزندشان نشوند و اجازه ندهند این مسائل زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد.

همچنین، در آموزش صبر افراد می‌آموزند هنگام برخورداری از امکانات و نعمت‌های الهی نیز صبور باشند؛ یعنی دیگران را در آرامش و نعمت از طریق انفاق، یاری رساندن و ایثار سهیم نمایند. این رفتارها، به بالا رفتن هیجانات مثبت کمک می‌کند. در نتیجه، فرد احساس شادکامی بیشتری می‌کند. همچنین، در این آموزش افراد با کنترل خود در برابر برخی از گناهان شنیداری و گفتاری، روابط خود با دیگران را بهبود می‌بخشند؛ چرا که بدگویی، تهمت، ناسزاگویی و افشای اسرار دیگران، منجر به کینه‌توزی شده و مهرورزی بین انسان‌ها بیشتر شده و افراد احساس شادکامی و رضایت بیشتری از زندگی می‌کنند (حسین‌ثابت، ۱۳۸۷، ص ۱۲۱). همچنین، صبر بر خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی نیز مؤثر است. در تبیین این امر می‌توان گفت: تفکر فرایند محور صبر نتایج‌ی را به دنبال دارد که از جمله آنها، بهبود در روابط اجتماعی و حس نوع‌دوستی، افزایش شادکامی و کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش کنترل و کارآمدی شخصی و کاهش درماندگی، رفع موانع درونی و بیرونی، تصحیح طرح‌واره شناختی (جلوگیری از ارزیابی منفی و کمک به ارزیابی مثبت و درست از محیط) و... می‌باشد. هر یک از این نتایج، با مؤلفه‌های بهزیستی مرتبط گردیده و بر آن تأثیر می‌گذارند (همان). بهبود در روابط اجتماعی و حس نوع‌دوستی با مؤلفه روابط مثبت با دیگران - افزایش کنترل و کارآمدی شخصی و کاهش درماندگی با مؤلفه‌های خویش‌پذیری و رشد و بالندگی فردی - رفع موانع درونی و بیرونی و تصحیح طرح‌واره شناختی با مؤلفه‌های رشد و بالندگی فردی، تسلط بر محیط و افزایش حس استقلال و خودمختاری فردی - افزایش شادکامی و کاهش اضطراب و افسردگی که به‌طور کلی با افزایش بهزیستی روانی همراه است (حسین‌ثابت، ۱۳۹۱). آموزش صبر، می‌تواند با بالا بردن هیجانات مثبت همچون شادکامی (که از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی هم می‌باشد)، رابطه نزدیکی با بهزیستی روان‌شناختی داشته و می‌تواند آن را ارتقا بخشد (حسین‌ثابت، ۱۳۸۷، ص ۱۲۰).

در این مطالعه، با مدت زمان پیگیری دو ماه، نمرات آزمودنی‌ها در بعضی از خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و امید کاهش پیدا کرد، اما این کاهش از نظر آماری معنی‌دار نبود. همچنین، نمرات بعضی از خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی افزایش پیدا نمود، اما این افزایش از نظر آماری معنادار نبود.

## محدودیت‌های پژوهش

- اجرای آموزش‌های همزمان با آموزش صبر (مشاوره در مراکز، جلسات آموزشی دیگر و...)  
- در نظر نگرفتن عامل‌هایی همچون سطح مذهبی بودن مادران، چگونگی ارتباط مادران با اعضای دیگر خانواده و سطح کم‌توانی و چند معلولیتی بودن کودک آنها که هر یک می‌تواند یک عامل مهم و تأثیرگذار بر تحقیق باشد؛  
- کوتاه بودن دوره پیگیری.

### پیشنهادات:

- در نظر گرفتن متغیرهای تأثیرگذار دیگر از جمله چگونگی ارتباط مادران با اعضای دیگر خانواده و اجتماع و بعکس، سطح کم‌توانی و چند معلولیتی بودن کودک وی، سطح مذهبی بودن مادران، گروه‌های سنی مختلف کودکان. همچنین، در نظر گرفتن این مسئله که کودکان ساکن در مراکز بهزیستی و کاردرمانی تفاوت‌هایی دارند (از جمله به نظر می‌رسد که مادران مراکز کاردرمانی امید بیشتری به بهبودی فرزندان خود دارند) که می‌توان به‌عنوان عامل‌های تأثیرگذار به آنها نیز پرداخت.

- یافته‌های این تحقیق، می‌تواند به مراکز نگهداری و کاردرمانی در جهت کارهای مشاوره‌ای کمک کند. همچنین، منجر به شناخت راهکارهای مقابله‌ای دینی متناسب با جامعه و خانواده‌های این گروه از کودکان، به‌ویژه مادران گردد.  
- از آنجاکه صبر قابل آموزش است پیشنهاد می‌گردد، روان‌شناسان و همچنین مسئولان آموزش و پرورش کودکان کم‌توان ذهنی، از این پروتکل برای آموزش خانواده‌ها استفاده کنند. همچنین، نتایج حاصل از این تحقیق می‌تواند، برای مشاوران و روان‌شناسان و متخصصان روان‌شناسی دین قابل استفاده و مفید باشد و موجب افزایش آگاهی آنها از حیطه‌های تأثیرگذار صبر بر مسائل این گروه از مادران، افزایش دانش موجود و اجرای پژوهش‌هایی در زمینه مادران کودکان کم‌توان ذهنی گردد.

- دوره پیگیری طولانی‌تر در پژوهش‌های بعدی لحاظ شود.

## منابع

- ایزدی‌طامه، احمد، ۱۳۸۸، *بررسی مقایسه میزان تأثیر آموزش صبر بر حل مسئله و ترکیبی بر مؤلفه‌های سخت‌رویی، میزان پرخاشگری و انتخاب راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- بیجاری، هانیه، ۱۳۸۷، *بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، مشهد، دانشگاه فردوسی.
- پزند، اکرم و محسن شکوهی یکتا، «طراحی برنامه مدیریت استرس و مطالعه اثربخشی آن در بهبود سلامت روانی مادران کودکان دارای نارسایی توجه / فزون کنشی»، *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، سال دوم، ش ۴، ص ۱-۱۵.
- پورسردار، فیض‌اله و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر تاب‌آوری بر سلامت روانی و رضایت از زندگی، یک الگوی روان‌شناختی از بهزیستی»، *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، سال چهاردهم، ش ۱، ص ۵۱.
- چوخاچی‌زاده مقدم، نسا، ۱۳۸۹، *بررسی اثربخشی امید درمانی در کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی زنان مطلقه جوان زیر ۳۵ سال شهر تهران*، پایان‌نامه ارشد بالینی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- حسین‌نابت، فریده، ۱۳۸۶، *تعیین اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب، افسردگی و ناسادگامی*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- \_\_\_\_\_، ۱۳۸۷، *مبانی دینی و روان‌شناختی صبر به همراه مقیاس سنجش صبر*، تهران، تندیس علم.
- \_\_\_\_\_، ۱۳۹۱، «مبانی دینی و تحلیل روان‌شناختی صبر با تکیه بر آیات قرآن کریم»، *سراج منیر*، سال دوم، ش ۸، ص ۹۷-۱۱۵.
- خدایاری‌فرده، محمد و همکاران، ۱۳۸۰، «گستره پژوهش‌های روان‌شناسی در حوزه دین»، *اندیشه و رفتار*، سال ششم، ش ۴، ص ۴۵-۵۳.
- خوشحال دستجردی، طاهره، ۱۳۸۳، «نقش صبر در تکامل انسان از دیدگاه عرفا»، *زبان و ادب فارسی دانشگاه سیستان و بلوچستان*، ش ۲، ص ۶۳-۸۳.
- دارودی، حمید، ۱۳۸۹، *زوج‌درمانی گروهی بر امید به افزایش رضایت زناشویی در زوج‌های سالم و معنادار*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- زاهد بابلان، عادل و همکاران، ۱۳۹۰، «نقش بخشش و سرسختی روان‌شناختی در پیش‌بینی امید»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، سال دوازدهم، ش ۳، ص ۱۲-۱۹.
- زهرارکار، کیانوش، ۱۳۸۴، «بررسی رابطه دینداری و سلامت روان در دانش‌آموزان شاهد دبیرستان‌های شهر تهران»، *اندیشه ناساهد*، ش ۱، ص ۲۷۹-۲۹۰.
- ساراقینو، ادوارد، ۱۳۸۴، *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه گروهی از مترجمان زیر نظر الهه میرزایی، تهران، رشد.
- سامانی، سیامک و همکاران، ۱۳۸۶، «تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی»، *روان‌پژوهی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم، ش ۳، ص ۲۹۰-۲۹۵.
- شجاعی، ستاره، ۱۳۹۰، «پیش‌بینی نشانه‌های سلامت روانی بر اساس تاب‌آوری در خواهران و برادران نوجوان دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰»، *افراد استثنایی*، دوره دوم، ش ۶، ص ۲۱-۴۶.
- شکوفه‌فرده، شایسته و فرهاد خرمایی، ۱۳۹۱، «صبر و بررسی نقش پیش‌بین مؤلفه‌های آن در پرخاشگری دانشجویان»، *روان‌شناسی و دین*، سال پنجم، ش ۱۸، ص ۹۹-۱۱۲.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۴۱۷ق، *المیزان فی تفسیر القرآن*، چ پنجم، قم، جامعه مدرسین.
- طیسی زنجانی، رضا، ۱۳۸۳، *ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روان‌شناختی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تهران.

علاءالدینی، زهره، ۱۳۸۷، *بررسی تأثیر امیددرمانی بر میزان افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.

کاوه، منیژه و همکاران، ۱۳۹۰، «تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف»، *کودکان استثنایی*، سال بیست و دوم، ش ۴۰، ص ۱۱۹-۱۴۰.

کمالی، فروغ، ۱۳۹۱، *اثربخشی امیددرمانی در افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به ام. اس*، پایان‌نامه ارشد روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.

مفیدی، فرخنده، ۱۳۷۶، *آموزش خانواده، راهنمای عملی والدین و مربیان کودکان استثنایی*، تهران، سرآمد کاوش.

مقصودی، سمیرا، ۱۳۹۲، *تعیین اثربخشی آموزش صبر بر توانمندی‌های شخصیت و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.

میکائیلی منبع، فرزانه، ۱۳۸۸، «مقایسه بهزیستی روان‌شناختی مادران دانش‌آموزان دبستانی دارای کم‌توانی ذهنی و عادی»، *تعلیم و تربیت استثنایی*، سال اول، ش ۲۷، ص ۵۳-۶۸.

میکائیلی، نیلوفر و همکاران، ۱۳۹۱، «مقایسه تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی»، *ناتوانی‌های یادگیری*، سال دوم، ش ۱، ص ۱۲۰-۱۳۷.

نادری، فرح و سیده‌منون حسینی، ۱۳۸۹، «رابطه امید و سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران»، *زن و جامعه*، سال اول، ش ۲، ص ۱۲۳-۱۴۱.

نریمانی، محمد و همکاران، ۱۳۸۶، «مقایسه سلامت روان در مادران کودکان دارای عقب‌ماندگی ذهنی و کودکان عادی»، *اصول بهداشت روانی*، سال نهم، ش ۲، ص ۱۵-۲۴.

نوری، نجیب‌الله، ۱۳۸۷، «پیش‌بررسی پایه‌های روان‌شناختی و نشانگان صبر در قرآن»، *روان‌شناسی و دین*، سال اول، ش ۴، ص ۱۴۳-۱۶۸.

وین، آلن، ۱۳۸۷، *مقدمه‌ای بر نظریه‌های اندازه‌گیری*، ترجمه علی دلاور، تهران، سمت.

- Ager, A, 2013, "Annual Research Review: Resilience and child well-being public policy implications", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 4, p. 488-500.
- Bowen, A, et al, 2012, "Positive maternal mental health: promoting resilience and wellbeing in perinatal women", *European Psychiatry*, v. 1, p.1.
- Burton, et al, 2009, "Evaluating the effectiveness of psychosocial resilience training for heart health, and the added value of promoting physical activity: a cluster randomized trial of the READY program", *BMC Public Health*, v. 23, p.:427.
- Catherine, C. L, et al, 2003, "Supportive expressive group therapy and distress in patient with metastatic breast cancer", *J Med Psychol*, v. 122, p. 52-57.
- Collins, A. B, 2013, *Life experiences and resilience in college students: A relationship influenced by hope and mindfulness*, Doctoral dissertation, Texas A & M University.
- Delahajj, R, et al, 2010, "Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes", *Original Research Article, Personality and Individual Differences*, v. 49, p. 386-390.
- Doussard-Roosevelt J. A, et al, 2003, "Mother-child interaction in autistic and nonautistic children: Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses", *Development and Psychopathology*, v. 15, p. 277-295
- Eggerman, et al, 2012, "Suffering, hope, and entrapment: Resilience and cultural values in



- Afghanistan", *Original Research Article Social Science & Medicine*, v. 71, p. 71-83.
- Erbes, C. R, et al, 2011, "The distinctiveness of hardiness, positive emotionality, and negative emotionality in National Guard soldiers", *Journal of Research in Personality*, v. 45, p. 508-512.
- Gayton, et al, 2009, "Resilience in Ambulance Service Paramedics and Its Relationships With Well-Being and General Health", *Truamatology*, v. 18, p. 58-64.
- George, & Linda. K, 2010, "Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in Later Life", *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, v. 65, p. 331-339.
- Griffith james.e, & West C, 2013, "Master Resilience Training and Its Relationship to Individual Wellbeing and Sress Buffering Among Army National Guard Soldiers", *Journal of Behavioral Health Services &Reearch*, v. 5, p. 140-155.
- Haddadia, P, & Besharat, M A, 2010, "Resilience vulnerability and mental health", *Procedia Social and Behavioral Sciences*, v. 25, p. 639-642.
- Ho S, et al, 2011, "The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients", *Oral Oncol*, v. 47. P. 121-124.
- King, G. A, et al, 2009, "Belief Systems of Families of Children with autism spectrum disorders or Down syndrome", *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, v. 24, p. 50-64.
- Loprinzi C. E, et al, 2011, "Stress Management and Resilience Training (SMART) Program to Decrease Stress and Enhance Resilience Among Breast Cancer Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial", *Clinical Breast Cancer*, v. 11, p. 364-368.
- McAllister M, & McKinnon J, 2009, "The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature, Original Research Article", *Nurse Education Today*, v. 29, p. 371-379.
- Min J. A, et al, 2012, "Low trait anxiety, high resilience, and their interaction as possible predictors for treatment response in patients with depression", *Journal of Affective Disorders*, v. 137, p. 61-69.
- Rodriguze, D, 2006, "Colombian happiness, hope on interdisciplinary look at the correlation between explanatory style, cultural and satisfaction", *Journal of personality and social psychology*, v. 52, p. 1260-1284.
- Rose, H, et al, 2010, "Friends for Life: The Results of a Resilience-Building, Anxiety-Prevention Program in a Canadian Elementary School", *Professional School Counseling*, v. 12, p. 400-407.
- Snyder, C. R, et al, 1991, "The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope", *J Pers Soc Psychol*, v. 60, p. 570-585.
- Snyder, C. R, 2002, "Handbook of hope", *Orlando. Academic Press*, v. 1, p. 123-148.
- Staats, peter. S, 1986, "Hope: Expected Positive Affect in an Adult Sample", *Journal of Genetic Psychology*, v. 148, p. 357-364.
- Yu X, et al, 2012, "A Pilot Theory-Based Intervention to Improve Resilience, Psychosocial Well-Being, and Quality of Life Among People Living With HIV in Rural China", *Journal of Sex & MaritalTherapy*, v. 40, p. 1-16.
- Zhang, Li. Fang, 2011, "Hardiness and the Big Fivepersonality traits among Chinese universitystudents, *Learning and Individual Differences*, v. 21, p. 109-113.



## اثر بخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری، بر شاخصه‌های مدل فرایند دوگانه کنار آمدن با فقدان؛ امیدواری و سلامت معنوی

davodfathi69@gmail.com

داود فتحی / دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی  
 مرتضی مرادی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز  
 ناهید حسینی‌نژاد / کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران  
 حسین قمری کیوی / استاد مشاوره خانواده دانشگاه محقق اردبیلی  
 محسن علیپور / کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه شهید چمران اهواز  
 دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۱۸ - پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۰۲  
**چکیده**

هدف این پژوهش، مطالعه اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری، بر شاخصه‌های مدل کنار آمدن با فقدان امیدواری و سلامت معنوی در دانشجویان سوگ‌دیده است. پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از دانشجویان سوگ‌دیده در دانشگاه محقق اردبیلی، ۳۰ دانشجوی سوگ‌دیده، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از پرسش‌نامه امیدواری اشنايدر و پرسش‌نامه سلامت معنوی، به‌عنوان پیش‌آزمون - پس‌آزمون در این پژوهش استفاده شد. داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که درمان شناختی - رفتاری گروهی بر افزایش امیدواری و سلامت معنوی افراد سوگ‌دیده سودمند می‌باشد و بین دو گروه مورد مطالعه، تفاوت معناداری حاصل شده است ( $P < 001$ ). براین اساس، می‌توان گفت: گروه‌درمانی به شیوه شناختی - رفتاری، در بهبود شاخصه‌های مدل کنار آمدن با فقدان اثربخش است و با کمک به افراد سوگ‌دیده، در تخلیه هیجانی و پذیرش مرگ، امیدواری و سلامت معنوی آنان را می‌توان افزایش دهد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی - رفتاری، امیدواری، سلامت معنوی، سوگ.

مرگ، سرنوشت محتوم تمامی افراد، گروه‌ها و جوامع می‌باشد که ممکن است به اشکال گوناگون رخ دهد. مثلاً، ممکن است ناگهانی، تدریجی، فجیع یا مبهم باشد. در این میان، آنچه مهم است نوع واکنش به مرگ و اشکال آن، بخصوص مرگ عزیزان است که می‌تواند در پیوستاری از بهنجار تا نابهنجار رخ دهد. از جمله واکنش‌های نابهنجار، به فقدان و مرگ یک عزیز، واکنش سوگ می‌باشد. سوگ، حالت غم و اندوه و ناراحتی شدید درونی در واکنش به از دست دادن شخص یا عقیده‌ای خاص است که آثار فراگیری بر فرد داغدار دارد (شاپتر و زیسوک (Shuchter & Zisook)، ۱۹۹۳؛ بایلی (Bailey) و همکاران، ۲۰۰۰)؛ به طوری که شخص سوگوار هم از نظر جسمانی و هم از نظر روان‌شناختی، به مصیبت وارده پاسخ می‌دهد و علائمی را آشکار می‌سازد (لورابگ (Loraberg)، ۲۰۰۷، ص ۴۲۹).  
واردن (Vorden) (۲۰۰۹) علائم حاصل از سوگ را در پنج دسته قرار می‌دهد:

۱. علائم جسمانی: مثل اختلال در خواب و خوراک، کاهش شدید وزن، گرفتگی عضلات سینه، احساس فشار در گلو، سردرد، میگردن و غیره؛
  ۲. علائم شناختی: مانند سردرگمی، مشغولیت ذهنی و سواس گونه نسبت به متوفی، بروز مشکلات حافظه و کاهش تمرکز، تأکید بیش از حد بر خاطرات گذشته با متوفی و انکار؛
  ۳. علائم عاطفی: همچون شوک و ناباروری، اندوه عمیق، خشم، درماندگی (ناامیدی)، غم، اضطراب، افسردگی، تنهایی، خستگی، بی‌حوصلگی و کرختی و گنجی؛
  ۴. علائم معنوی: از جمله شک در اعتقادات، باورها و تلاش برای معنایی؛
  ۵. علائم رفتاری: همانند گوشه‌گیری، گریه کردن، آه کشیدن، بی‌قراری، مشکل در تصمیم‌گیری، افزایش نیاز به محبت، دیدن متوفی در خواب، تحریک‌پذیری و بروز رفتارهای خود - تخریب.
- در این میان با توجه به مدل فرایند دوگانه کنار آمدن با فقدان، توجه به علائم عاطفی و معنوی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و تأثیرات ترمیم‌کننده و شفا بخش دارد (استروب و شات، ۱۹۹۹). این مدل معتقد است: کنار آمدن مؤثر با سوگ، مستلزم این است که افراد هم به پیامدهای هیجانی فقدان و هم به تغییرات زندگی خود واکنش نشان می‌دهند. مطابق مدل یاد شده در این پژوهش، به نمایندگی از علائم عاطفی - شناختی و پیامدهای هیجانی، مفهوم «امید» و به نمایندگی از علائم معنوی و توجه به تغییرات (مثلاً در اعتقادات)، مفهوم «سلامت معنوی» گزینش شده است.
- امید، شرط حرکت است. نقش مؤثر امید در زندگی، چه پیش از بروز مشکل و یا پس از آن، به کرات تأیید شده است (اشنایدر Snyder) و همکاران، ۲۰۰۲). *اشنایدر*، به‌عنوان خالق نظریه امید، معتقد است: «امید حاوی مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت، ناشی از گزینش منابع گوناگون، تصمیم‌های جهت‌دار و مسیرهای انتخاب شده، برای نیل به اهداف است» (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). همچنین، *اشنایدر* (۲۰۰۲) امیدواری را درخواستی می‌داند که یک فرد برای آینده خود تعریف می‌کند.

در نظریه/اشنایدر، اهداف منبع اصلی هیجان هستند. هیجان مثبت، ناشی از دستیابی به هدف یا تصور نزدیک شدن به آن است، درحالی‌که هیجان منفی، ناشی از شکست در دستیابی به هدف یا تصور دور شدن از آن است (علاءالدینی و کجباف، ۱۳۸۶). مطابق تئوری/اشنایدر، سوگ‌دیدگی و فقدان (که برخلاف برنامه‌ریزی و اهداف فرد است)، نوعی احساس شکست در فرد ایجاد می‌کند و فرد را به ناامیدی و ناکامی دچار می‌سازد. در نظریه مذکور، ناامیدی حالت تکان‌دهنده‌ای است که با احساسی از ناممکن بودن، ناتوانی و فقدان علاقه به زندگی مشخص می‌شود؛ به طوری که فرد مبتلا به ناامیدی، به شدت غیرفعال شده و نمی‌تواند موقعیت‌ها و شرایط مختلف خود را برای اخذ تصمیم واری کند (حسینیان و همکاران، ۱۳۸۸). پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که مواجه شدن با سوگ و حالات ناشی از سوگ از جمله ناامیدی، بدون رهایی و تسکین، عواقب جدی برای سلامت جسمانی و روانی دارد (لورابراک، ۲۰۰۷، ص ۵۰۰). بنابراین، مداخلات درمانی مبتنی بر تغییر دیدگاه افراد و جایگزینی افکار منطقی، به جای افکار ناکارآمد و ناکام‌کننده، می‌تواند در بهبود سلامتی فرد مؤثر باشد. مثلاً با گذردن روزه‌های جدید و کمک به تعریف اهداف تازه در زندگی فرد سوگوار، می‌توان به کاهش علائم سوگ و تخلیه هیجانی حاصل از آن، کمک کرد و وی را به انجام مسئولیت‌های روزمره رهنمون کرد (همان). در تأیید مطلب بیان شده، علاءالدینی و همکاران (۱۳۸۶)، نشان دادند که امیددرمانی گروهی، موجب افزایش امیدواری و سلامت روانی در افراد می‌شود.

همان‌طور که گذشت، مطابق مدل فرایند دوگانه کنار آمدن با فقدان، به نمایندگی از علائم معنوی و توجه به تغییرات، مفهوم سلامت معنوی گزینش شده است. در سال‌های اخیر، معنویت به‌عنوان یک جنبه مهم از کنش انسان‌گرایانه که با سلامت و بهبودی ارتباط دارد، مورد توجه قرار گرفته و حتی مفهوم جدیدی به نام «سلامت معنوی» تشکیل داده است. سلامت معنوی، به‌عنوان چهارمین بُعد سلامت انسان، ارتباط هماهنگ و یکپارچه با نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (کراون و هیرنل (Craven & Hirml)، ۲۰۰۳). سازمان جهانی بهداشت در تقسیم‌بندی بیماری‌ها در ICD\_10، «بُعد روحی» را اضافه کرده است. به عبارت دیگر، همان‌گونه که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی با هم ارتباط دارند و بر هم تأثیر می‌گذارند، ابعاد روحی انسان و سلامت معنوی او، با سایر ابعاد سلامت در ارتباط و تأثیرگذار است و برای ارتقای سلامت، بهتر است به آن توجه شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵). سلامت معنوی در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، موجب ارتقا سلامت عمومی شده و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ کرده، موجب افزایش توان‌سازگاری و کارکرد روانی شخص می‌شود (عصارودی و همکاران، ۱۳۹۰). تجربه معنوی انسان، در دو چشم‌انداز نمودار می‌شود:

الف. سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است؛

ب. سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی در مورد چگونگی سازگاری انسان با خود و محیط بحث می‌کند (هاوکس و همکاران، ۱۹۹۵).

پژوهش‌های بسیاری بر نقش معنویت در ارتقای سلامت افراد به انجام رسیده است. برای نمونه، لایونه (Livneh) و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که معنویت، نقش مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌ها دارد. همچنین، از نظر حمید و همکاران (۱۳۹۱) فراهم کردن عوامل حمایتی مانند مذهب و معنویت، می‌تواند منجر به تاب‌آوری در برابر ناملایمات زندگی شود.

وجود علائم حاصل از سوگ، در کنار جانکاه بودن سوگ، فرهنگ‌های مختلف را بر آن داشته تا راه‌هایی را به وجود آورند و بدان‌وسیله به اعضای خود کمک کنند تا سوگ را پشت سر گذاشته و با زندگی پس از مرگ فرد عزیز کنار آیند (واردن، ۲۰۰۹). مراسم‌هایی همچون جمع شدن اعضای خانواده و دوستان، پوشیدن لباس سیاه، شرکت در تشییع جنازه و انجام یک دوره سوگواری مقرر شده با تشریفات خاص، در بین جوامع و گروه‌های قومی، بسیار متنوع است. اما هدف مشترک همه آنها، این است که به افراد کمک کنند تا سوگ خود را پشت سر بگذارند و در دنیای بدون متوفی، با زندگی کنار بیایند (لورابراگ، ۲۰۰۷، ص ۴۹۹). در واقع، نقطه اشتراک فرهنگ‌های گوناگون، در کمک به افراد برای بهبودی و برگشت به زندگی رضایت‌بخش، به صورت یک رشته تکالیف شامل پذیرفتن واقعیت فقدان، پایان دادن به عذاب سوگ، سازگار شدن با دنیای بدون فرد عزیز و برقراری پیوند درونی با متوفی و ادامه دادن به زندگی می‌باشد (همان).

حمایت‌های ناشی از بافت فرهنگی و شبکه‌های اجتماعی، در کاهش استرس و ناراحتی‌های حاصل از سوگ، بسیار مؤثر است و به سازگاری اکثر افراد سوگ‌دیده، با تغییرات پس از فقدان و بازگشت به زندگی کمک شایانی می‌کند (هافمن (Hofmann)، ۲۰۰۶). در این میان، برخی افراد سوگ‌دیده، حمایت‌های یاد شده به زندگی عادی بر نمی‌گردند و ممکن است فرایند سوگ را یک عمر ادامه دهند و پاسخی طولانی‌مدت به فقدان عزیز از دست رفته بدهند (ساندرز (Sanders)، ۱۹۹۹). براین اساس، به‌کارگیری روش‌های درمانی دیگر برای متعادل‌سازی زندگی فرد سوگوار و انطباق او با شرایط جدید ضرورت می‌یابد. از جمله این درمان‌ها، درمان شناختی - رفتاری (CBT) است.

رویکرد روان‌درمانی شناختی - رفتاری، یکی از معروف‌ترین درمان‌های شناخته شده است که حجم عظیمی از تحقیقات را به خود اختصاص داده است. در این رویکرد، به مراجعان در پرورش مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسئله، کشف افکار تحریف شده، به چالش کشیدن باورها و نگرش‌های غیرمنطقی، و بازسازی شناختی کمک می‌شود (بک، ۲۰۰۸). نخستین اقدام درمانی در درمان‌های شناختی - رفتاری، این است که به مراجعان کمک شود تا با دقت سازگارانه‌ترین و معقول‌ترین تفسیر را از یک موقعیت برداشت کرده و رفتارهایی را پیشه خود سازند تا با زاویه دید جدید، هماهنگ باشد. ماهیت رویکرد شناختی - رفتاری این است که محصولات شناختی آن، میان موقعیت‌ها و پاسخ‌های عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیکی واسطه می‌شود. بدین ترتیب، این رویکرد، یک بسط مهم از الگوی محرک - پاسخ رفتار انسان است (اسکات و همکاران، ۱۹۹۵). همسو با این مطالب، آفاباقری و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی مبتنی بر حضور

ذهن، بر افزایش امیدواری و بهزیستی بیماران مؤثر است. همچنین، پژوهش پدرام و همکاران (۱۳۸۹) بیانگر اثربخشی این درمان، در افزایش امید به زندگی بیماران بود.

در مجموع، می‌توان گفت: سوگ آثار مخرب بسیاری بر افراد گذاشته، موجب کاهش عملکرد کلی فرد می‌شود و بدون رهایی و تسکین آن، عواقب جدی برای سلامت جسمانی و روانی دارد (لورابکر، ۲۰۰۷، ص ۵۰۰). مطابق برخی پژوهش‌ها (از جمله اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۲؛ لایونه و همکاران، ۲۰۰۴)، تریق امید و ارتقای سلامت معنوی افراد، موجب انگیزه‌دهی به فرد برای حرکت و افزایش بهبودی وی، جهت مقابله با شرایط ناگوار زندگی می‌شود. از آنجاکه افراد سوگ‌دیده در مؤلفه‌های امید و سلامت معنوی دچار مشکل می‌شوند، و این مشکل بر تحلیل رفتن بیشتر فرد در فرایند سوگ می‌افزاید، هدف این پژوهش، مطالعه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر شاخصه‌های مدل کنار آمدن با فقدان امیدواری و سلامت معنوی در دانشجویان سوگ‌دیده می‌باشد.

## روش پژوهش

این پژوهش، از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه پژوهش شامل همه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۹۴-۱۳۹۳ است. از این تعداد، ۳۰ دانشجوی دارای تجربه سوگ، با مصاحبه تشخیصی بر اساس راهنمای تشخیص بیماری‌های روانی (DSM-IV) و پرسش‌نامه تجربه سوگ (GSQ)، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به شکل تصادفی، در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. در اندازه‌گیری اول پرسش‌نامه امید/اشنایدر (۱۹۹۱) و پرسش‌نامه سلامت معنوی (SWB)، به‌عنوان پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. سپس، گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل، یعنی برنامه درمانی شناختی-رفتاری در هشت جلسه قرار گرفت (جدول ۱). در پایان و اندازه‌گیری دوم، پس‌آزمون یعنی تکمیل پرسش‌نامه‌های مزبور توسط دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. آزمودنی‌ها بر اساس جنسیت، سن و مقطع تحصیلی، هم‌تاسازی شده‌اند و دانشجویان پسر ۲۰ تا ۲۵ سال در دوره کارشناسی به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک ورود به پژوهش، داشتن تجربه فقدان و سوگ، نداشتن اختلال روان‌پزشکی و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. ملاک خروج از پژوهش نیز عدم رضایت اعضا از ادامه شرکت در پژوهش و ناتوانی درمان‌جویان از انجام برنامه‌های طرح درمانی بود. همچنین، پیش از اجرای درمان، هدف از اجرای طرح پژوهش با آزمودنی‌ها مطرح و آزمودنی‌ها، آزادانه وارد پژوهش شدند. همچنین محیط مناسبی برای اجرای درمان در نظر گرفته شد. در این پژوهش، از ابزارهای زیر بهره گرفته شد.

پرسش‌نامه امید: نوعی مقیاس خودگزارشی و دارای ۱۲ گزاره می‌باشد که ۶ گزاره آن مربوط به مؤلفه کارگزار و ۶ گزاره دیگر مربوط به مؤلفه گذرگاه است. این مقیاس، دارای طیف لیکرتی از یک (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) است. دامنه نمرات آن از ۸ تا ۳۸ می‌باشد. همسانی درونی کل آزمون، از ضریب ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ می‌باشد.

اعتبار آن ۰/۸۰ گزارش شده است (اشنایدر و لوپز (Lopez)، ۲۰۰۷). همچنین، پایایی این مقیاس توسط شیرین‌زاده و میرجعفری (۱۳۸۵) محاسبه شد و ضریب آلفا برای مؤلفه کارگزار ۰/۷۱ و برای مؤلفه گذرگاه ۰/۶۷ به دست آمد. پرسش‌نامه سلامت معنوی (SWB): این پرسش‌نامه، دارای ۲۰ سؤال است که توسط بافورد و همکاران (۱۹۹۱) طراحی شده و دو بُعد را می‌سنجد. پاسخ به پرسش‌نامه مذکور، مبتنی بر طیف لیکرت شش درجه‌ای، از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) می‌باشد. ۱۰ گویه آن، بُعد سلامت مذهبی و ۱۰ گویه دیگر آن، بُعد سلامت وجودی را اندازه می‌گیرد. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هریک به تفکیک بین ۱۰ تا ۶۰ می‌باشد و برای این دو زیرگروه، سطح‌بندی وجود ندارد. قضاوت بر اساس نمره به‌دست‌آمده صورت می‌گیرد. نمره سلامت معنوی که از جمع این دو نمره به دست می‌آید، در دامنه بین ۲۰ تا ۱۲۰ مشخص می‌شود. پائولترین و بافر (۲۰۰۹)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹، بُعد سلامت مذهبی ۰/۸۷ و برای بُعد سلامت وجودی ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین، در مطالعه سیلفاطمی و همکاران (۱۳۸۵)، بر روی بیماران سرطانی، روایی این پرسش‌نامه از طریق اعتبار محتوا مشخص و پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است.

جدول ۱. محتوای جلسه‌های گروه درمانی شناختی- رفتاری

جلسه	محتوا
اول	مصاحبه اولیه بالینی با افراد سوگ‌دیده و ایجاد ارتباط در یک محیط امن و حمایت‌کننده با احساس همدردی، و توضیح درباره اهداف، بررسی وضعیت و شرایط فعلی به صورت کیفی و بیان احساسات و هیجانات.
دوم	بازگویی روان‌شناختی به مدت یک ساعت که شامل عادی‌سازی پاسخ‌ها، تعدیل و تخلیه هیجانات در یک محیط حمایت‌شده و بیان احساسات، هیجانات و واکنش‌ها به هنگام مواجهه.
سوم	آشنایی با مفهوم «هیجان» و آشنایی با مفهوم و علائم افسردگی، به صورت ساده و تأثیر آن بر تشدید علائم داغ‌دیدگی و ارائه تکلیف خانگی. در تمام جلسات بعدی که ابتدا موارد مطرح شده در جلسه قبل مرور می‌شود، موفقیت و یا عدم موفقیت در انجام تکلیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل بررسی می‌گردد. در ضمن تمام جلسات همراه با تکلیف خانگی می‌باشند.
چهارم	آموزش و آرامش‌بخشی عضلانی به‌منظور کاهش نشانه‌های برانگیختگی.
پنجم	استفاده از روش‌های تجسمی شامل روش جایگزینی ذهنی افکار و خاطرات خوشایند به هنگام یادآوری خودبه‌خودی افکار و خاطرات مزاحم در رابطه با فرد از دست رفته و نیز روش کوچک کردن و دور کردن تصویر خاطرات به‌منظور مقابله با افکار مزاحم یا توقف فکری.
ششم	تکنیک‌های مربوط به اجتناب از خاطرات و واقعه ناراحت‌کننده شامل حساسیت‌زدایی تدریجی و تزریق امید.
هفتم	اجرای روش جابجایی نقش، به صورتی که فرد داغ‌دیده خود را به جای فرد از دست رفته بگذارد و حرف‌ها، خواسته‌ها و هیجان‌اتش را با فرد از دست رفته بیان کند و همچنین، کامل کردن جملات ناتمام، سرانجام بحث در مورد معنویت، لزوم و راه‌های ارتقای آن و معنای مرگ.
هشتم	آموزش مهارت‌ها و از سرگیری فعالیت‌های روزمره و هنردرمانی (تجسم و سمبل قرار دادن متوفی در نقاشی و ...) که موجب می‌شود فرد داغ‌دیده از نظر عاطفی، متوفی را با خود جایگزین نماید.

### یافته‌های پژوهش

این پژوهش، بر روی ۳۰ دانشجوی پسر سوگوار مقطع کارشناسی، با دامنه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال و میانگین سنی ۲۳ سال انجام شد. در جدول ۲، میانگین و انحراف‌معیار وضعیت امید و سلامت معنوی، در دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است. طبق نتایج جدول ۲، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش، در هر دو متغیر امیدواری و سلامت معنوی نسبت به گروه گواه بیشتر بوده است.



جدول ۲. میانگین و انحراف معیار وضعیت امید و سلامت معنوی در دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون - پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
امیدواری	آزمایش	۱۷/۵۰	۳/۳۰	۳۰/۱۰	۳/۶۵
	گواه	۱۸/۱۰	۳/۲۰	۲۱	۳/۵۵
سلامت معنوی	آزمایش	۶۷/۰۳	۳/۳۵	۷۱/۴۱	۲/۲۳
	گواه	۶۷	۱/۸۷	۶۷/۶۰	۲/۸۲

پیش از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری، برای رعایت پیش‌فرض‌های آن، از آزمون لوین، برای سنجش همگنی واریانس‌ها استفاده شد (جدول ۳). نتایج نشان داد که با توجه به عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط همسانی واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است. بنابراین، آزمون تحلیل کوواریانس قابل اجرا می‌باشد (جدول ۴).

جدول ۳. نتایج آزمون لوین جهت سنجش همگنی واریانس‌های دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای امیدواری و سلامت معنوی

متغیر	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
امیدواری	۵/۹۴	۱	۲۸	۰/۰۷
سلامت معنوی	۱/۲۸	۱	۲۸	۰/۳۶

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین نمره متغیرهای امیدواری و سلامت معنوی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	توان آزمون
اثر پیش‌آزمون امیدواری	۱۲/۵۹	۱	۱۲/۵۹	۱/۳۷	۰/۳۵	۰/۰۴۹
اثر مداخله	۶۵۸/۰۷۵	۱	۰۷۵/۶۵۸	۷۲/۰۰۸	۰/۰۰	۰/۷۲
اثر پیش‌آزمون سلامت معنوی	۱۴۱/۷۱	۱	۱۴/۷۱	۲/۳۸	۰/۱۳	۰/۰۸
اثر مداخله	۱۸۶/۲۴۸	۱	۱۸۶/۲۴۸	۳۰/۱۳	۰/۰۰	۰/۵۲

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره، نشان داد که میانگین نمرات متغیرهای امیدواری ( $F=۷۲/۰۰۸$ ) و سلامت معنوی ( $F=۳۰/۱۳$ )، به‌طور معناداری در گروه آزمایشی بیش از گروه گواه است و بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت آماری معناداری وجود دارد ( $P<۰/۰۰۱$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی، بر شاخصه‌های مدل کنار آمدن با فقدان؛ امیدواری و سلامت معنوی دانشجویان سوگ‌دیده انجام شد. نتایج حاکی از اثربخشی این نوع درمان، بر شاخصه‌های مدل کنار آمدن با فقدان بود.

نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری، موجب افزایش امیدواری در دانشجویان سوگ‌دیده شده است. این نتایج، با یافته‌های علاء‌الدینی و همکاران (۱۳۸۷)، آقاباقری و همکاران، (۱۳۹۱)، پاتریزیا (Patrizia) و همکاران (۲۰۰۸) و مهری‌نژاد و رجیبی‌مقدم (۱۳۹۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: تجربه جدایی و از دست دادن یک عزیز که در زندگی فرد نقش تأثیرگذاری داشته، فرد را با یک شوک ناگهانی روبرو می‌کند و تعادل روانی فرد را بر هم می‌زند. در نهایت، فرد دوره‌ای از افسردگی را که از مراحل سوگ است، تجربه می‌کند. احساس ناامیدی و بی‌معنایی بر فرد حاکم می‌شود. درمان شناختی-رفتاری، با تغییر در شناخت و رفتار فرد، موجب ایجاد

ظرفیت شناختی برای پذیرش سوگ و افزایش امیدواری در سوگواران می‌شود. فنون شناختی، باورهای مربوط به افکار خودآیندی را که در کشمکش‌ها نقش دارند، مورد توجه قرار می‌دهند. درحالی‌که فنون رفتاری بر اعمالی تمرکز دارند که از نظر علی با فرایند شناختی در تعامل هستند (بک و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۸۷). با توجه به ماهیت درمان شناختی - رفتاری در تغییر و اصلاح افکار و رفتار فرد، در مواقع برخورد با سوگ، همچنین، مشارکت مراجع در انجام فعالیت‌ها و موفقیت‌های او در انجام این فعالیت‌ها، می‌تواند توجیه‌کننده این یافته باشد که درمان شناختی - رفتاری، موجب افزایش امیدواری در دانشجویان سوگ دیده است.

همچنین، نتایج پژوهش حاکی از این است که درمان شناختی - رفتاری، موجب افزایش نمره سلامت معنوی در دانشجویان سوگ‌دیده شده است. یافته‌های پژوهش، با یافته‌های کوزایسکی (Koszycki) و همکاران (۲۰۱۰)، عصارودی و همکاران (۱۳۹۱)، باررا (Barrera) و همکاران (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. این نتایج، به نوعی با تأکید مدل درمان شناختی - رفتاری، بر تغییر شناخت، هیجان و رفتار همسو می‌باشد. تغییر و اصلاح این ابعاد، می‌تواند در سنجش سلامت معنوی افراد مؤثر باشد. درمان شناختی - رفتاری با کمک به پذیرش سوگ، تأکید بر عوامل حمایتی و تقویت شناخت‌ها و باورهای فرد سوگوار، می‌تواند نگاه او را نسبت به تجربه سوگ تغییر دهد و سلامت معنوی را در فرد سوگوار تقویت کند. از سوی دیگر، سوگواری در فرهنگ ما به نحوی با معنویت پیوند خورده است. انجام مراسم مذهبی مانند ختم قرآن، برگزاری مراسم دعا، نماز میت، قرائت فاتحه، حلالیت خواستن برای فرد متوفی و... نشان از پیوند میان سوگواری و معنویت، در فرهنگ ما ایرانیان می‌باشد. اعتقاد به جهان پس از مرگ و باور به زنده شدن پس از مرگ، موجب می‌شود که سوگواران ارتباط معنوی با خداوند را در خود تقویت کنند. درمان شناختی - رفتاری با تمرکز بر این باورها و تقویت آنها، به مقابله با افکار غیرمنطقی می‌پردازد و از این راه، به تعدیل هیجانات منفی و کاهش علائم سوگ کمک کند. همچنین، با توجه به پیوند سوگ با مسائل معنوی در فرهنگ ما (مانند قضا و قدر، خواست خداوند و...)، به نظر منطقی می‌رسد که درمان شناختی - رفتاری، با افزایش سازگاری فرد با سوگ و پذیرش آن، سلامت معنوی را در افراد افزایش دهد. در مجموع، احتمال می‌رود به‌کارگیری گروه درمانی به شیوه شناختی - رفتاری، در بهبود علائم افراد دارای تجربه سوگ و افزایش امیدواری و سلامت معنوی آنان، برای کنار آمدن با فقدان و صبوری بیشتر در مقابل اثرات سوگ سودمند باشد.

محدودیت‌های پژوهش: عدم دسترسی به تمامی جامعه پژوهش، عدم تمایل تعدادی از دانشجویان سوگ‌دیده به شرکت در پژوهش و انتخاب غیرتصادفی، از جمله محدودیت‌های این مطالعه است. همچنین، تحقیقی در ایران با زمینه بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری، بر امیدواری و سلامت معنوی در دانشجویان سوگ‌دیده انجام نشده است که نتایج این پژوهش با آن مقایسه شود. نتایج این تحقیق، ضمن پر کردن خلأ نظری موجود در این حوزه، می‌تواند برای مراکز بالینی، بیمارستان‌های روانی، درمان‌گران و پژوهشگران نیز مفید و سودمند باشد.

پیشنهادات: توصیه می‌شود ضمن اجرای پژوهش در سایر گروه‌های جمعیتی، در پژوهش‌های آینده نقش درمان‌های شناختی - رفتاری در درمان سایر علائم سوگ مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع

- اسکات، مایکل جی و همکاران، ۱۹۹۵، *مشاوره شناختی- رفتاری*، ترجمه محمد خدایاری فرد، تهران، دانشگاه تهران.
- انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۱۹۹۵، *راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی (DSM-IV)*، ترجمه محمدرضا نیکخو و همکاران، تهران، سخن.
- آقاباقری، حامد و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش پهنیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس»، *روان‌شناسی بالینی*، سال چهارم، ش ۱، ص ۲۳-۳۱.
- بک، آرون تی و همکاران، ۱۳۸۰، *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*، ترجمه محمدعلی گودرزی، شیراز، راهگشا.
- پدرام، محمد و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اضطراب، افسردگی و امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه جامعه‌شناسی زنان»، *زن و جامعه*، سال اول، ش ۴، ص ۴۹-۶۱.
- حسینیان، الهه و همکاران، ۱۳۸۸، «اثربخشی معنی‌درمانی گروهی بر امید به زندگی بیماران سرطانی»، *علوم رفتاری*، سال سوم، ش ۴، ص ۲۸۷-۲۹۲.
- حمید، نجمه و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی رابطه سلامت روان و هوش معنوی با تاب‌آوری دانشجویان در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، *جنتا سایبر*، سال سوم، ش ۲، ص ۳۳۱-۳۳۸.
- سیدفاطمی، نعیمه و همکاران، ۱۳۸۵، «اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان»، *پایش*، سال پنجم، ش ۴، ص ۲۹۵-۳۰۴.
- عصارودی، عبدالقادر و همکاران، ۱۳۹۰، «ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پرستاران»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، سال سوم، ش ۴، ص ۸۱-۸۸.
- علاءالدینی، زهره و محمدباقر کجباف، ۱۳۸۶، «اثربخشی امیددرمانی گروهی بر سلامت روان خانواده دانشجویان دانشگاه اصفهان»، *تحقیقات سلامت روان*، ش ۱، ص ۶۷-۷۶.
- لورا، برگ، ۲۰۰۷، *روان‌شناسی رشد*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران.
- مهری‌نژاد، ابوالقاسم و سارا رجیبی‌مقدم، ۱۳۹۱، «اثربخشی معنادرمانی بر امید به زندگی معنادان با ترک کوتاه‌مدت»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، سال دوم، ش ۸، ص ۲۹-۴۱.
- Bailey, S. E, et al, 2000, Factor structure of the griever experience questionnaire (GEQ), *Death studies*, n. 24, p. 721-738.
- Barrera, T. L, et al, 2012, Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies, *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 19(2), p. 346-358.
- Beck, J, 2008, Questions and Answers about Cognitive Therapy, *Beck Institute for Cognitive Therapy and Research*, n. 3, p. 75-134.
- Bufford, R. K, et al, 1991, Norms for the spiritual well-being scale, *Journal of Psychology and Theology*, v. 19 (1), p. 56-70.
- Craven, R.F, & Hirnle, C. J, 2003, *Fundamental of nursing: human health and function*, 4th ed, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, p. 1383-1392.
- Hawks, S. R, et al, 1995, Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion, *Am J Health Promot*, v. 9 (5), p. 371-378.
- Hofmann, S.G, 2006, The importance of culture in cognitive and behavioral practice, *Cognitive and behavioral practice*, n. 13, v. 4, p. 243-254.
- Koszycki, D, et al, 2010, A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilorandomized trial, *J Clin Psychol*, v. 66(4), p. 430-441.
- Livneh, H, et al, 2004, Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a

- cluster analytic approach, *Psychology, Health & Medicine*, n. 9, p. 411-430.
- Patrizia, C, et al, 2008, Teaching Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) to students: The effect of MBCT on The Levels of mindfulness and Subjective Well-being, *J couns Psychol Q*, v. 4, p. 323-336.
- Shuchter, S. R, & Zisook, S, 1993, The course of normal grief. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 23-43). New York: Cambridge University Press.
- Snyder, C. R, et al, 1991, "The Wills and the Ways: Development and Validation of an Individual Differences Measure of Hope", *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 60, p. 570-585.
- Snyder, C. R, & Lopez, S. J, 2007, *Positive psychology: The scientific and practical exploration of human strengths*, Newyork, Sage Pablication Inc.
- Sanders, M.R, 1999, Triple p-positive parenting program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children, *Clinical Child and Family Psychology Review*, n. 2, p. 71-90.
- Snyder, C.R, et al, 2002, Hope and academic success in college, *Journal of educational psychology*, n. 97, p. 820-826.
- Varricchio, C. G, & Ferrans, C. E, 2010, Quality of life assessments in clinical practice, *Seminars in Oncology Nursing*, v. 26 (1), p. 12-17.
- Worden, J. W, 2009, *Grief counseling and grief therapy, a handbook for the mental practitioner*, springerPublisher Company, LLC.
- WHO, 2005, *International Statiscial Classification of Diseases and Health Related Problems ICD-10*, 2nd Edition, Geneva, Switzerland.

## اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری و شادکامی در دانشجویان

n.hamid@scu.ac.ir

نجمه حمید / دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

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

m\_mehrabizadeh@yahoo.com

مهناز مهربابی‌زاده هنرمند / استاد روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

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

### چکیده

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

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، تاب‌آوری، شادکامی، دانشجویان.

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

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

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

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

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

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

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



مذهب و رفتارهای مضر سلامتی، در میان نوجوانان و جوانان آمریکایی پرداختند. نتایج نشان داد که جوان و نوجوانانی که خود را مذهبی می‌دانند، در طول دوره نوجوانی و جوانی، کمتر دچار استفاده و سوء‌مصرف مواد مخدر می‌شوند.

در کشورمان ایران نیز به تأثیر مذهب، به‌ویژه در روان‌درمانی توجه شده و درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور در درمان، اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. یوسفی (۱۳۹۱)، در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور و معنادرمانگری، بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان مؤثر است. کاویانی و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش ناکارآمد زوجین مؤثر است. حمید و همکاران (۱۳۹۱) ب) در پژوهش خود نشان دادند که روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور، توأم با بازآموزی بخشودگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی در زوجین مؤثر است. همچنین، حمید و همکاران (۱۳۹۱) ب) در پژوهشی دیگر نشان دادند خانواده‌درمانی با الگوی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر متوسطه شهر اهواز، نتایج مثبت و مؤثری را در پی دارد. در پژوهشی دیگری، بوالهروی و همکاران (۱۳۹۱)، به بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر شیراز پرداختند. نتایج نشان داد که معنویت‌درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است. همچنین، موجب بهبود سلامت معنوی در این بیماران گردیده است.

هرچند در ایران پژوهش‌هایی در زمینه تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر اختلالات روان‌شناختی انجام شده است، اما در زمینه تأثیر این درمان، در میان اقشار دانشجویان که به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین قشرهای تأثیرگذار بر تحولات هر کشوری محسوب می‌شوند، پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است. همچنین، مطالعات پیشین در حوزه مداخلات شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر بُعد آسیب‌شناختی افراد تمرکز داشته، کمتر بر ابعاد روانی مثبت مانند تاب‌آوری و شادکامی تأکید کرده‌اند. از این رو، در این پژوهش این سؤال مطرح می‌شود که آیا درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان تأثیر دارد؟

## روش پژوهش

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

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

### خلاصه‌ای از جلسات شناختی - رفتاری مذهب‌محور

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

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

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

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

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

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

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

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

### ابزارهای پژوهش

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

پرسش‌نامهٔ سرسختی *کوباسا*، ۰/۸۳ گزارش نمودند. علاوه بر این، بین این مقیاس با مقیاس استرس ادراک شده، ارتباط منفی معناداری مشاهده شد. *دلرس سراتو-پیر* و همکاران (۲۰۱۳)، روایی این مقیاس را در زبان اسپانیایی بررسی نمودند. نتایج حاصل از تحلیل عامل تأییدی، نشان داد که یک مدل تک عاملی از برآزش خوبی در هر دو گروه مردان و زنان برخوردار است. *سینگ* و *یو* (۲۰۱۰)، در بررسی روایی مقیاس تاب‌آوری، روابط معناداری را بین این مقیاس با پرسش‌نامه پنج عامل بزرگ شخصیتی، عاطفه مثبت و منفی، رضایت از زندگی به دست آوردند. *محمدی* (۱۳۸۴)، برای بررسی روایی این مقیاس از روش همبستگی هر گویه با نمرهٔ کل پرسش‌نامه استفاده نمود. همبستگی به‌دست‌آمده بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ گزارش شد. *نادری* و همکاران (۱۳۸۸)، برای بررسی روایی این مقیاس، از همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز استفاده نمود. همبستگی به‌دست‌آمده، بین این دو متغیر ۰/۶۴ به دست آمد که در سطح ( $p < ۰/۰۱$ ) معنادار بود.

پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (OHI): پایهٔ نظری این پرسش‌نامه، تعریف *آرجیل* و *کروسلند* (Argyle & Crossland) (۱۹۸۷) از شادکامی بود. به باور *آرجیل* و همکاران (۱۹۸۹)، این پرسش‌نامه نقطه مقابل پرسش‌نامه افسردگی بک است. ۲۱ پرسش از پرسش‌های این پرسش‌نامه از BDI برگرفته شده است تا سایر جنبه‌های سلامت ذهنی را پوشش دهد. فرم نهایی پرسش‌نامه، با ۲۹ پرسش چهارگزینه‌ای آماده شد که در هر پرسش، فرد دربارهٔ خود از احساس ناشادی تا احساس شادی بسیار زیاد قضاوت می‌کند (فرانسیس (Francis) و همکاران، ۱۹۹۸). *آرجیل* و همکاران (۱۹۸۹)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ را با ۳۴۷ آزمودنی و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته، ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. *فارنهایم* و *بورینگ* (Furnham & Brewing) (۱۹۹۰)، آلفای ۰/۸۷ را با ۱۰۱ آزمودنی و *نور* (۱۹۹۳)، با فرم کوتاه‌تری از این پرسش‌نامه، آلفای ۰/۸۴ را با ۱۸۰ آزمودنی به دست آوردند. در بررسی *فرانسیس* و *روبینز* (Francis & Robbins) (۲۰۰۳)، آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست‌آمده است. در ایران، برای محاسبه پایایی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد، در پژوهشی مقدماتی توسط *علی‌پور و نوربالا* (۱۳۷۸)، ۱۰۱ دانشجوی دانشگاه‌های علامه طباطبائی و شاهد با میانگین سنی ۲۲/۵ مورد بررسی قرار گرفتند. *رئیس* (۱۳۸۳) نیز در پژوهش خود، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۷ گزارش کرد. در این پژوهش، پایایی این مقیاس، با توجه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. *آرجیل* و همکاران (۱۹۹۵)، برای بررسی روایی این پرسش‌نامه، از دانشجویان خواستند تا دوستانشان را بر اساس یک مقیاس ۱۰ درجه‌ای شادمانی درجه‌بندی کنند. همبستگی بین این درجه‌بندی و پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد ۰/۴۳ بود. همچنین، از آنجاکه شادمانی دارای سه بخش عاطفه مثبت، رضایت و نبود عاطفه منفی دانسته شد، همبستگی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد، با مقیاس عاطفه مثبت برادبرن ۰/۳۲، با شاخص رضایت از زندگی *آرجیل* ۰/۵۷ و با پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ۰/۵۲ - محاسبه شد (فرانسیس و همکاران، ۱۹۹۸). همچنین، *وایلانت* (Valiant) (۱۹۹۳) در پژوهشی مشابه همبستگی بین درجه‌بندی دوستان و نمره پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد را ۰/۶۴ و ۰/۴۹ گزارش کرده‌اند. پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد، در بسیاری از پژوهش‌های مربوط

به شادکامی به کار برده شده، نسبت به BDI دارای پایایی بازآزمایی قوی‌تری گزارش شده است. همچنین، افزون بر همبستگی بالا با ارزیابی دوستان، با ابعاد شخصیتی، فشار روانی و حمایت اجتماعی رابطه قوی داشته است (آرجیل، ۲۰۰۱). فرانسویس و همکاران (۱۹۹۸)، در پژوهشی بین فرهنگی، برای روایی و پایایی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان انگلیسی، آمریکایی، استرالیایی و کانادایی، ضریب آلفای این پرسش‌نامه را بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ گزارش نمودند. در پژوهش علی‌پور و نوربالا (۱۳۸۷)، همسانی درونی مواد پرسش‌نامه نشان داد که همهٔ موارد ۳۹‌گانه آن، با نمره کل همبستگی بالایی دارد. همچنین، برای بررسی روایی صوری پرسش‌نامه، از ۱۰ کارشناس نظرخواهی شد که همگی توان سنجش شادکامی را توسط این آزمون تأیید کردند.

### یافته‌های پژوهش

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

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
تاب‌آوری	آزمایش	۱۶/۶۸	۵۸/۱۴	۱۵/۶۳	۷۲/۰۷	۱۷/۴۱	۶۸/۲۱
	کنترل	۱۳/۰۶	۵۶/۸۶	۱۳/۸۲	۵۴/۴۳	۱۳/۲۴	۵۰/۵۷
شادکامی	آزمایش	۱۵/۲۳	۳۷/۰۷	۱۶/۴۱	۵۰/۶۴	۱۸/۶۲	۵۸/۲۹
	کنترل	۱۰/۷۸	۳۴/۵۰	۱۶/۹۵	۳۳/۹۳	۱۵/۵۱	۳۵/۸۶

جدول ۲، نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لوین، مربوط به متغیرهای کمکی پژوهش (تاب‌آوری و شادکامی) را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که از جدول ۲ استنباط می‌شود، نتایج آزمون لوین در متغیر تاب‌آوری، در مرحله پیش‌آزمون ( $F=۰/۴۱$  و  $P=۰/۶۸$ ) و در مرحله پیگیری ( $F=۰/۶۳$  و  $P=۰/۲۲$ ) و در متغیر شادکامی، در مرحله پیش‌آزمون ( $F=۱/۰۵$  و  $P=۰/۳۱$ ) و در مرحله پیگیری ( $F=۳/۲۶$  و  $P=۰/۰۸$ ) معنادار نمی‌باشند. بنابراین، واریانس گروه کنترل، در متغیر تاب‌آوری و شادکامی، در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری، به‌طور معناداری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

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

متغیر	آزمون	F	df1	df2	سطح معناداری
تاب‌آوری	پیش - پس‌آزمون	۰/۶۸	۱	۳۶	۰/۴
	پیش - پیگیری	۰/۲۲	۱	۳۶	۰/۶
شادکامی	پیش - پس‌آزمون	۱/۰۵	۱	۳۶	۰/۳
	پیش - پیگیری	۳/۲۶	۱	۳۶	۰/۰۸

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

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

متغیر	آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تاب‌آوری	پیش - پس آزمون	۵۵۰/۳۹۲	۲	۲۷۵/۱۹۶	۱/۶۸	۰/۲
	پیش - پیگیری	۳۳۳/۸۶۹	۲	۱۶۶/۹۳۵	۰/۷۵	۰/۴
شادکامی	پیش - پس آزمون	۷۵۵/۱۲۷	۲	۳۷۷/۵۶۴	۲/۵۱	۰/۱
	پیش - پیگیری	۳۰۱/۶۲۶	۲	۱۵۰/۸۱۳	۰/۸۸	۰/۴

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

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

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله انجام شده بر گروه آزمایش، در مورد مقیاس تاب‌آوری ( $p=0/002$  و  $F=11/76$ ) و شادکامی ( $p=0/026$  و  $F=5/64$ )، از لحاظ آماری معنادار است. در نتیجه، می‌توان گفت: مداخله منجر به ایجاد تفاوت در این مقیاس‌ها، بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است. از سوی دیگر، ضریب اتای به‌دست‌آمده در این مقیاس‌ها، به ترتیب برابر با  $0/33$  و  $0/19$  است که به‌عنوان اندازه اثرهای این پژوهش، بیانگر مداخله شناختی - رفتاری مذهب‌محور می‌تواند  $19$  تا  $33$  درصد، تغییرات حاصل در متغیرهای تاب‌آوری و شادکامی گروه آزمایش را پیش‌بینی کند. همچنین، مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد، اثر مداخلات انجام شده در مرحله پیگیری بر گروه آزمایش، در مورد مقیاس تاب‌آوری ( $p=0/001$  و  $F=13/24$ ) و شادکامی ( $p=0/002$ ) از لحاظ آماری معنادار است. در نتیجه، می‌توان گفت: اثربخشی شناختی - رفتاری مذهب‌محور در مقیاس‌های تاب‌آوری و شادکامی، بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری حفظ شده است. از سوی دیگر، ضریب اتای به‌دست‌آمده در این مقیاس‌ها، در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با  $0/36$  و  $0/34$  است که به‌عنوان اندازه اثرهای این پژوهش، بیانگر اثر مداخله شناختی - رفتاری مذهب‌محور، در مرحله پیگیری می‌تواند  $34$  تا  $36$  درصد تغییرات حاصل در متغیرهای تاب‌آوری و شادکامی گروه آزمایش را پیش‌بینی کند.

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

متغیر	آزمون	F	معناداری	ضریب بتا
تاب‌آوری	پیش- پس‌آزمون	۱۱/۷۶	۰/۰۰۲	۰/۳۳
	پیش- پیگیری	۱۳/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶
شادکامی	پیش- پس‌آزمون	۵/۶۴	۰/۰۳۶	۰/۱۹
	پیش- پیگیری	۱۱/۹۲	۰/۰۰۲	۰/۳۴

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

### بحث و نتیجه‌گیری

پیرو هدف این مطالعه، مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور، بر افزایش تاب‌آوری و شادکامی، یافته‌های این مطالعه نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور موجب بهبود و افزایش معنادار در تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان، پس از مداخله شده است. این یافته‌ها، همسو با یافته‌های قبلی است که نشان داده‌اند ترکیب درمان شناختی- رفتاری، با مذهب و معنویت، می‌تواند یک مداخله روان‌درمانی مؤثر برای حالات روان‌شناختی باشد (پاکرت و همکاران، ۲۰۰۹؛ حمید و همکاران، ۱۳۸۸؛ ترقی‌جاه و همکاران، ۱۳۸۶). پراپست و همکاران (۱۹۹۲)، جیمز و ولز (۲۰۰۳)، در مطالعات خود به مقایسه درمان‌های شناختی- رفتاری بر اختلالاتی چون افسردگی پرداختند. نتایج تأثیر مثبت بیشتر درمان شناختی- رفتاری همراه با فاکتورهای مذهبی را در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری، کلاسیک نشان داد. یوسفی (۱۳۹۱)، در پژوهشی نشان داد که روی‌آورد درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور و معنا درمانگری، در کاهش نشانگان پرخاشگری، اضطراب و افسردگی مؤثرند؛ اثر آنها در مرحله پیگیری ماندگار است. در مطالعه‌ای دیگر حمید و همکاران (۱۳۹۱ ب)، نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر بهبود و کاهش میزان تعارض‌های زناشویی مؤثر است. کاویانی و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش ناکارآمد زوجین مؤثر است. در پژوهشی که توسط حمید و همکاران (۱۳۹۲) انجام شد، نتایج حاصل آشکار ساخت که درمان شناختی رفتاری مذهب بر زوجین، موجب افزایش سازگاری آنها و متقابلاً افزایش سازگاری و عملکرد تحصیلی فرزندان آنها شده است.

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

اضطراب و استرس می‌شود. به تبع آن، نسبت به آینده امیدوارتر و خوشبین‌تر خواهد بود. همچنین، قدرت فزاینده دین در تعدیل بحران‌های زندگی، امری انکارناپذیر است که در تحقیقات متعدد به اثبات رسیده است (دهقان‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱).

از سوی دیگر، تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، شاید به این دلیل باشد که فرد با افزایش گرایش مذهبی، به نوعی خودکنترلی دست پیدا می‌کند که مانع از اثربخشی شرایط بیرونی می‌شود. در نتیجه، کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار می‌گیرد و سلامت روان خود را حفظ می‌کند. افرادی که از نظر مذهبی در سطح بالاتری قرار دارند، سعی می‌کنند مسائل خود را به شیوه حل مسئله و با حمایت اجتماعی مرتفع کنند. باور به اینکه خدایی هست که بر موقعیت‌ها نظارت می‌کند و ناظر بر اعمال بندگان است، تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد. به‌طوری‌که معتقدند: می‌توان با اتکا به خداوند، موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی را تحت سلطه خود درآورد. در نتیجه، این نوع تفکر، که در پرتو درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور ایجاد شده است، تاب‌آوری دانشجویان شرکت‌کننده در این درمان، افزایش یافته است. در حقیقت، اغلب افراد مؤمن، ارتباط با خدا را مانند ارتباط با یک دوست صمیمی دانسته، بر این باورند که اتکا و توکل به خدا، به‌عنوان یک شیوه مقابله مؤثر، در رویارویی با رخداد‌های ناگوار، به آنها کمک زیادی می‌کند. این امر موجب افزایش عزت‌نفس، آرامش، بی‌نیازی از خلق، امیدواری و رفع منفی‌گری، نگرش‌های ناکارآمد و انفعال، کفایت، مشکل‌گشایی و راهیابی به امور و تقویت صبر و تاب‌آوری می‌شود. مجموعه این عوامل موجب می‌شود تا احساس ناخوشایندی برطرف گردد. از آنجاکه تاب‌آوری، به‌عنوان ظرفیت افراد برای مقاومت در برابر سختی‌ها، برای برگشتن از ناملایمات و حرکت برای زندگی سالم، همراه با زاف و امیدواری به آینده تعریف شده است، درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، می‌تواند به‌عنوان یک متغیر میانجی در زندگی فرد نقش ایفا کند و ضمن کاهش و تعدیل تأثیرات مخرب عوامل تنش‌زا و فشارهای زندگی، بر سلامت روان و تاب‌آوری فرد تأثیر مثبت بگذارد و موجب بهبود عملکرد وی، در حوزه‌های گوناگون زندگی شود. باورهای مذهبی، می‌تواند توانایی فرد را در زمینه تطابق با شرایط ناگوار و پیش‌بینی‌ناپذیر محیطی، تا حد امکان افزایش دهد. اعتقادات دینی و مذهب به انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین و فرد را در برابر خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی استحکام می‌بخشد و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (اسدی‌نوقانی و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۳۹).

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



در مواجهه با مشکلات، منبعی حمایتی است و باورها و فعالیت‌ها به‌عنوان روشی تعریف شده است که منابع مذهبی مانند دعا، نیایش، توکل و توسل به خداوند را برای مقابله به کار می‌برد. درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، از طریق ایجاد امید و تشویق در جهت ایجاد دیدگاه مثبت، نسبت به شرایط موجود و بیرون کشیدن فرد از یک بحران مایوس‌کننده، که بر آنها تسلط چندانی هم ندارد، نوعی آرامش درونی ایجاد می‌کند. در درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، تلاش می‌شود بُعد اعتقادی و توکل فرد تقویت شود. منظور از «توکل»، اعتماد به خداوند در انجام دادن امور و واگذاری آنها به او، طوری که فعالیت شخصی و تعادل روانی را افزایش دهد و از اضطراب نرسیدن به هدف بازدارد. علاوه بر این، توکل آثار فراوانی از جمله عزت، آرامش و بی‌نیازی از خلق، امیدواری و رفع منفی‌نگری و انفعال، کفایت، مشکل‌گشایی و راهیابی به امور، تقویت صبر و موارد متعدد دیگر دارد که مجموع آنها موجب می‌شود تا احساس فراگیر بسیار ناخوشایند، اغلب مبهم و تنش‌زا برطرف شود و زمینه شادکامی را فراهم کند. بنابراین، شادی و مذهب در زندگی فردی مؤثر است. بین آنها روابط مستقیم وجود دارد؛ یعنی کسی که در ظاهر و باطن شاد است، چهره‌ای گشاده دارد. امیدواری، پویایی و تفکر منطقی، بر وجودش حکم فرماست. احساس مثبت به زندگی دارد. تصمیم‌گیری را برای او آسان می‌سازد و تلاش و قدرت بهره‌مندی از فکر و عقل را برای او راحت می‌نماید. اتکا به خداوند، موجب احساس برخوردار دایمی او از حمایت‌های خدا می‌شود. در نتیجه، از زندگی کردن لذت می‌برد و وجودش برای خود و دیگران ارزشمند می‌گردد (رحیمی‌یگانه، ۱۳۸۸، ص ۵۵). مذهب، می‌تواند به‌عنوان یک اصل وحدت‌بخش و یک نیروی عظیم برای سلامت روان مفید و کمک‌کننده باشد. اعتقادات افراد مذهبی، به آنان در مقابله با فشار روانی کمک می‌کند. اعتقادات و رفتارهایی مانند توکل به خدا، صبر و انجام رفتارهای مذهبی همچون دعا، نماز، روزه و نیایش، می‌تواند از طریق ایجاد امید و تشویق، به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شود. کسانی که از اعتقادات مذهبی قوی‌تری برخوردارند، نسبت به مقابله با فشارهای روانی، شخصی، تحصیلی و سایر موارد، از نیروی بیشتری برخوردار بوده، کمتر دچار بیماری می‌شوند. در واقع، این افراد از سلامت روان بالاتری برخوردارند. بنابراین، انسان وقتی به لذت و شادکامی و نشاط درونی می‌رسد که خود را به خداوند یگانه بسپارد و او را محور همه امور دانسته و تسلیم او شود. پس هیچ‌کس و هیچ‌چیز، موجب وحشت و نگرانی او نمی‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، این است که با توجه به اینکه پژوهش حاصل فقط روی دانشجویان انجام گرفته، نتایج حاصل از آن، قابل تعمیم به سایر گروه‌های سنی نمی‌باشد. از نظر پژوهشی، توصیه می‌شود که این پژوهش بر سایر گروه‌های سنی نیز انجام شود. همچنین توصیه می‌شود اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر تاب‌آوری و شادکامی در مناطق مختلف کشور مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد. از سوی دیگر، با توجه به اهمیت درمان‌های ترکیبی، توصیه می‌شود علاوه بر گروه‌های آزمایشی و کنترل، گروهی نیز برای تأثیر درمان‌های تلفیقی در نظر گرفته شود. با توجه به اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی، توسط روان‌درمانگران در مورد بیماران و دانشجویان اعمال گردد.

## منابع

- آقایی چاوشی، اکبر و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، *علوم رفتاری*، دوره دوم، ش ۲، ص ۱۳-۲۲.
- احمری طهران، هدی و همکاران، ۱۳۸۸، «همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، دوره سوم، ش ۳، ص ۵۱-۵۶.
- اسدی نوقانی، احمدعلی و همکاران، ۱۳۸۴، *روان‌پرستاری*، تهران، بشری.
- بهرامی احسان، هادی و آناهیتا تاشک، ۱۳۸۳، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، دوره سی و چهارم، ش ۲، ص ۴۱-۶۳.
- بوالهروی، جعفر و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه»، *جامعه‌شناسی زنان*، سال سوم، ش ۱، ص ۸۵-۱۱۶.
- ترقی‌جاه، صدیقه و همکاران، ۱۳۸۶، «مقایسه تأثیر روان‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران»، *پژوهش‌های مشاوره*، دوره ششم، ش ۲۱، ص ۱۱۱-۱۲۵.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۷۸، *بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت آموزش خودمهارگری یا بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنبذگی در سطح دانشجویان دانشگاه تهران*، رساله دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- جعفری، عیسی و همکاران، ۱۳۸۹، «اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مدل مارلات در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد»، *روان‌شناسی بالینی*، دوره اول، ش ۳، ص ۷۷-۸۷.
- جوکار، بهرام و همکاران، ۱۳۸۹، «پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان»، در: مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه شاهد.
- حمید، نجمه و همکاران، ۱۳۹۱ الف، «اثربخشی روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، دوره ششم، ش ۱۰، ص ۸۵-۱۰۳.
- \_\_\_\_\_، ۱۳۹۱ ب، «اثربخشی روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور توأم با بازآموزی بخشودگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی زوجین»، *روان‌شناسی و دین*، سال پنجم، ش ۲، ص ۵-۳۴.
- \_\_\_\_\_، ۱۳۹۲، «اثربخشی خانواده‌درمانی با الگوی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر متوسطه شهر اهواز»، *روان‌شناسی و دین*، سال سوم، ش ۳، ص ۳۹-۵۲.
- حمید، نجمه، ۱۳۸۸، «مقایسه روان‌درمانگری شناختی - رفتاری با شناخت درمانی توأم با رویکرد مذهبی بر افسردگی در زنان افسرده»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره اول، ش ۱۲، ص ۳۶-۴۹.
- صدیقی ارفعی، فریبرز و همکاران، ۱۳۹۱، «زمینه‌یابی تجارب تفسیری (دعا، استخاره، رؤیای صادقه، لقمه حلال، چشم زخم) از دریافت‌های معرفتی در اقدار مردم کاشان»، *جامعه‌پژوهی فرهنگی*، سال سوم، ش ۲، ص ۵۵-۷۸.
- دهقان‌زاده، حسین و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با تاب‌آوری و سلامت روان در دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه علامه طباطبائی»، در: نخستین همایش ملی شخصیت و زندگی نوین.
- رحیمی، چنگیز، ۱۳۸۹، «*عقادات مذهبی، سلامت روان و رفتارهای پرخطر در دانشجویان*»، در: مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه شاهد.
- رحیمی‌یگانه، زهرا، ۱۳۸۸، *خانواده‌شاد و یا نشاط*، اصفهان، حدیث راه عشق.

رئیس، حسین، ۱۳۸۳، بررسی اثربخشی آموزش شادمان بر کاهش فشار خون بیماران مبتلا به فشار خون تسهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.

شاکری‌نیا، ایرج و مهری محمدپورشاطری، ۱۳۸۹، «رابطه استرس شغلی و تاب‌آوری با فرسودگی شغلی در پرستاران زن»، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دوره چهاردهم، ش ۲، ص ۱۶۱-۱۶۹.

علی‌پور، احمد و احمدعلی نور بالا، ۱۳۷۸، «بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه تهران»، روان‌پزشکی و روان‌شناسی ایران، دوره پنجم، ش ۱ و ۲، ص ۵۵-۶۵.

فرهادی مطلق، لیلا، ۱۳۹۱، رابطه مستقیم و غیرمستقیم هوش هیجانی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی با میانجی‌گری تاب‌آوری و خودکارآمدی در دانشجویان مقطع علوم پایه رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اهواز، دانشگاه شهید چمران.

کاوایی، زینب و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زوجین»، پژوهش‌های نوین روان‌شناسی، دوره هشتم، ش ۳۲، ص ۱۸۹-۲۰۳.

محمدی، مسعود، ۱۳۸۴، بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض سوء‌مصرف مواد، رساله دکتری روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

نادری، فرح و همکاران، ۱۳۸۸، «رابطه انعطاف‌پذیری کنشی، عاطفه مثبت و منفی با خودکارآمدی در زنان»، زن و فرهنگ، دوره اول، ش ۲، ص ۴-۱۵.

نوابخش، مهرداد و حمید پوربوسفی، ۱۳۸۵، «نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان»، پژوهش دینی، ش ۱۴، ص ۷۱-۹۴. بوسفی، ناصر، ۱۳۹۱، «تأثیر شناخت درمانی مذهب‌محور و معنادارنگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان»، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال سوم، ش ۱۰، ص ۱۳۸-۱۵۸.

Ano, G.G, & Vasconcelles, E.B, 2005, Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta analysis, *Journal of Clinical Psychology*, n. 61, p. 461-480.

Argyle, M, & Crossland, J, 1987, Dimensions of positive emotions, *British Journal of Social Psychology*, n. 26, p. 127-137.

Argyle, M, 2001, Personality, Self-Esteem and Demographic Predictions of Happiness and Depression, *Journal of Personality & Social Psychology*, v. 32, n. 8, p. 912-920.

Argyle, M, et al, 1989, *Happiness as a function of personality and social encounters*, In J. P. Forgas & R. J. M. Innes (Eds.), Recent advances in social psychology: An international perspective, North Holand: Elsevier, p. 189-203.

Argyle, M, et al, 1995, *Testing for stress and happiness: The Roll of social and cognitive factors*, Stress and Emotion, Washington: Taylor and Francis, p. 87-173.

Baek, H. S, et al, 2010, Reliability and validity of the Korean version of the connor-davidson resilience scale, *Psychiatry Investig*, n. 2, p. 109-115.

Barrera, T. L, et al, 2012, Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: Three case studies, *Cognitive and Behavioral Practice*, n. 2, p. 346-58.

Bonanno, G. A, et al, 2007, What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n. 5, p. 671-682.

Brennan, M, 2004, Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle- aged and older adults, *The International Journal for the Psychology of Religion*, v. 14, n. 3, p. 193-214.

Connor, M. K, & Davidson, J. R. T, 2003, Development to a new resilience scale: The Connor-

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

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



## رابطه سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و هوش هیجانی با سلامت روان دانشجویان

سیدحسین عبدی سادات / کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل  
عباس ابوالقاسمی / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان

مینا طاهری فرد پبله رود / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تخصصی دانشگاه محقق اردبیلی  
taherifard70@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۴/۰۸/۲۳ - پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۹

### چکیده

هدف این پژوهش، تعیین رابطه سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و هوش هیجانی با سلامت روان دانشجویان بود. این پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی است. نمونه پژوهش ۲۳۸ دانشجوی مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی، سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و هوش هیجانی استفاده شد. این داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که سبک زندگی اسلامی و هوش هیجانی، با سلامت روان دانشجویان رابطه مثبت و معنادار دارد، اما بین معنای زندگی و سلامت روان دانشجویان رابطه معناداری به دست نیامد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که ۱۶/۷ درصد از واریانس سلامت روان توسط متغیرهای سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و هوش هیجانی تبیین می‌شود. بنابراین، این متغیرها در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان نقش مهمی دارند و با برنامه‌ریزی و آموزش‌های لازم می‌توان در جهت ارتقای سلامت روان دانشجویان اقدام نمود.

**کلیدواژه‌ها:** سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی، هوش هیجانی، سلامت روان.

**مقدمه**

سلامت روان، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. از آنجاکه دانشجویان، از اقشار مستعد برگزیده جامعه و سازندگان فردای هر کشور می‌باشند، سلامت روانی آنان، از اهمیت ویژه‌ای در یادگیری و افزایش آگاهی علمی برخوردار است (دادخواه، ۱۳۸۵). مشکلات ویژه دانشجویان، مانند مهاجرت و دوری از خانواده، تنیدگی ناشی از امتحانات، مشکلات مالی، قرار گرفتن در محیط جدید و عدم اطمینان به آینده شغلی، موجب مواجهه بیشتر آنان با عوامل تنش‌زا می‌گردد. افزایش تنیدگی نیز ممکن است بر سلامت روانی آنها تأثیر نامطلوبی داشته باشد. بررسی‌های متعدد نشان داده است که مشکلات بهداشت روانی در دانشجویان، بسیار شایع است (هیونت و آیزنبرگ، ۲۰۱۰). نتایج بررسی یوسفی و محمدخانی (۱۳۹۲) نشان داد که تعداد ۴۰/۲ درصد از دانشجویان مورد بررسی، فاقد سلامت روان هستند. میزان شیوع اختلالات روانی، در ۳۵/۴ درصد دانشجویان یزد و ۲۸/۶ درصد دانشجویان دانشگاه شاهد گزارش شده است (ادهم و همکاران، ۱۳۸۷؛ رفیعی و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین، طبق این گزارش‌ها، ۲۲/۷ درصد دانشجویان اردبیل و ۶۷/۹ درصد دانشجویان دانشگاه اراک، دارای علائم مرضی روانی بوده‌اند (قمری و همکاران، ۱۳۸۹؛ جهانی هاشمی و همکاران، ۱۳۸۸). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد، هنگامی که سبک زندگی دستخوش تغییر می‌شود، سلامت روان فرد هم به مخاطره می‌افتد؛ ابتدا به افسردگی، اضطراب و کاهش عزت‌نفس، از پیامدهای آن هستند (ملنیک و همکاران، ۲۰۰۶).

یکی از متغیرهایی مرتبط با سلامت روان دانشجویان، سبک زندگی اسلامی است. سبک زندگی اسلامی، یعنی در زندگی هر فرد، اعم از شخصی، خانوادگی و یا اجتماعی، قواعد، الگوها، قالب‌ها و ملاک‌های اسلامی نقش مهمی ایفا کند؛ یعنی روش‌ها را بر اساس آنچه اسلام گفته و خواسته است، به کار گیرد (شریعت‌پناه، ۱۳۹۲). برای داشتن یک سبک زندگی مطلوب، دو نوع جهت‌گیری لازم است: ۱. بایدها و نبایدهای مورد قبول در زندگی؛ ۲. شیوه‌های اجرا و به عینیت رساندن آن. جهت‌گیری اول، به طور غالب ارزشی و اخلاقی است و جهت‌گیری دوم مبتنی بر ارزش‌های عملی است و این مسائل هر دو در سبک زندگی اسلامی دیده شده است (شریعتی، ۱۳۹۲). در سبک زندگی اسلامی، عمق عواطف، نگرش‌های فرد و اعتقادات وی سنجیده نمی‌شوند، بلکه رفتارهای فرد مورد سنجش قرار می‌گیرند. اما هر رفتار با مبنای اسلامی، باید حداقل‌هایی از شناخت و عواطف اسلامی را پشتوانه خود قرار دهد. یکی از عوامل مؤثر در سبک زندگی اسلامی، این است که اسلام و سبک زندگی اسلامی، به صورت همه یا هیچ نمی‌باشد؛ بلکه یک پیوستار بزرگ است که مراتب پایین، متوسط و بالا دارد. پیوستاری بودن اسلام و سبک زندگی اسلامی، از آیات و روایات متعددی برمی‌آید. اخلاق و روان‌شناسی، به هر دو بُعد روانی و جسمانی سبک زندگی توجه دارد (کجباف و همکاران، ۱۳۹۰). یافته‌های پژوهش لیم و پوتنام (۲۰۱۰)، هدی و همکاران (۲۰۱۰)، نشان داد که افراد مذهبی رضایت بیشتری از زندگی دارند و بعکس، افرادی که از نظر مذهبی ضعیف‌ترند،



رضایت کمتری از زندگی دارند. دی (۲۰۱۱)، در تحقیقات خود نشان داده است که اعمال و باورهای دینی با سلامت اجتماعی افراد یک جامعه مرتبط است. *داوندی* و همکاران (۱۳۹۱)، در پژوهشی نشان دادند که انحراف از اعتدال فکری، اعتقادی و رفتاری به‌عنوان متغیر مرکزی، یا مشکل اساسی روانی - اجتماعی پدیده سبک زندگی سلامت‌محور، بر مبنای فرهنگ اسلامی تعیین گردید. همچنین، پژوهش *طولابی* و همکاران (۱۳۹۲)، در مورد جوانان شهر مشهد نشان می‌دهد، بین کارآمدی و عزت‌نفس، با سبک زندگی اسلامی رابطه وجود دارد و سبک زندگی اسلامی، موجب افزایش کارآمدی و عزت‌نفس می‌شود. یافته‌های پژوهش *تقیبی* و همکاران (۱۳۹۲)، نشان داد که بین سبک زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روانی نوجوانان، ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش *کجباف* و همکاران (۱۳۹۰)، بیانگر این بود که سبک زندگی اسلامی، رابطه معناداری با رضایت از زندگی دارد. همچنین، نتایج پژوهش *سلم‌آبادی* و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان، رابطه مثبت معناداری وجود دارد.

پژوهشگران متعددی نشان دادند، افرادی که اهداف معناداری در زندگی دارند و درگیر در فعالیت‌های ایجاد معنا هستند، خود هماهنگی بیشتری را تجربه می‌کنند. هرچه افراد بیشتر در این فعالیت‌ها یا دستیابی به اهداف درگیر باشند، انتظارات مثبت بیشتری خواهند داشت. در نهایت اینکه، هرچه افراد انتظارات مثبت بیشتری داشته باشند، از بهزیستی بیشتری برخوردار خواهند بود (پیهو و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین، معنای زندگی یکی دیگر از سازه‌هایی است که بهزیستی و سلامت روان انسان‌ها را به دنبال دارد. وجود معنا در زندگی، عنصری اساسی در بهزیستی روانی - عاطفی است و به صورت سیستماتیک، با ابعاد گوناگونی از شخصیت، سلامت جسمی و ذهنی، سازگاری و انطباق با استرس‌ها، مذهب و فعالیت‌های مذهبی و اختلالات رفتاری ارتباط دارد (اسکل و بکر، ۲۰۰۶). *ویکتور فرانکل* (۱۳۸۵)، بر معناجویی افراد در زندگی باور داشت. او معتقد بود که رفتار انسان‌ها، نه بر پایه لذت‌گرایی نظریه فروید و نه بر پایه نظریه قدرت‌طلبی *آدلر* است، بلکه انسان‌ها در زندگی، به دنبال معنا و مفهومی برای زندگی خود می‌باشند. اگر فردی نتواند معنایی در زندگی خویش بیابد، احساس پوچی به او دست می‌دهد و از زندگی ناامید می‌شود و ملامت و خستگی از زندگی همه وجودش را فرا می‌گیرد. الزاماً این حس، منجر به بیماری روانی نمی‌شود، بلکه پیش‌آگهی بدی برای ابتلا به اختلال‌ها است. بنابراین، *فرانکل* بهزیستی را در یافتن معنا و مفهوم زندگی می‌داند. *استیگر* و همکاران (۲۰۰۶) هم معتقد بودند که معنادار بودن زندگی، یک سازه تأثیرگذار روان‌شناختی است.

«معنا» در زندگی، می‌تواند شاخصی از رفتارهای سازگارانه مقابله با استرس باشد (پارک و فالکمن، ۱۹۹۷) و منجر به پایین آمدن سطح عواطف منفی (چون افسردگی و اضطراب) و کاهش خطر ابتلا به بیماری روانی شود (فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵). *طالب‌زاده شوشتری* و *پورشافی* (۱۳۹۰)، نشان دادند که بین داشتن هدف در زندگی و ابعاد سلامت عمومی، شامل علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی در

کارکنان دانشگاه، همبستگی معنادار وجود دارد. نتایج یافته‌ی کافتراس و پَسارا (۲۰۱۲) نشان می‌دهد، جوانانی که دارای معنی بیشتری در زندگی خود هستند، علائم افسردگی کمتری دارند. مطالعه‌ای که توسط دهلاری و همکاران (۱۳۹۲) انجام گرفت، ارتباط آماری معناداری بین اضطراب و معنای زندگی را نشان داد و داشتن معنا در زندگی، یکی از متغیرهایی است که بر میزان اضطراب دانشجویان تأثیر می‌گذارد. پژوهش باموتی و همکاران (۲۰۱۵)، نشان داد که تعامل معناداری بین معنویت و شدت نشانه‌های افسردگی، در معنادهی زندگی وجود دارد و ارتباط منفی معناداری بین شدت نشانه‌های افسردگی و معنای زندگی به دست آمد. کرس و همکاران (۲۰۱۵)، در پژوهشی نشان دادند که معنویت، مذهب، رضایت از زندگی و معنای زندگی، به‌عنوان عامل‌های پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودآسیبی غیرخودکشی‌گرایانه، در دانشجویان دانشگاه می‌باشد.

از دیگر موضوعاتی که در روابط بین فردی مهم و ارتباط آن با سلامت روان قابل بررسی است، «هوش هیجانی» می‌باشد. اصطلاح «هوش هیجانی»، اولین بار در سال ۱۹۹۰ و به‌عنوان نوعی هوش اجتماعی توسط مایر و سالوی مطرح شد. سالوی و مایر (۱۹۹۰)، هوش هیجانی را توانایی بازشناسی معنای عواطف و ارتباطات شمردند که فرد را قادر می‌سازد تا مشکلاتش را حل کند. هوش هیجانی، زیرمجموعه‌ای از هوش هیجانی - اجتماعی است که شامل توانایی تحت نظر گرفتن احساسات و هیجان‌ات خود و دیگران، برای تمایز قائل شدن میان آنها و به‌منظور استفاده از این اطلاعات برای عملکرد و تفکر بهتر می‌باشد. این تعریف، بهترین تعریف عملی قابل قبول هوش هیجانی است (لاندا و لویز - سافرا، ۲۰۱۰؛ مدنی‌پور و همکاران، ۱۳۹۲). گلمن، در کتاب خود درباره‌ی هوش هیجانی، چهار بُعد برای هوش بیان کرده است که مورد پذیرش بسیاری از محققان قرار گرفته است (گلمن، ۱۹۹۵، ص ۳۴). این چهار بُعد عبارتند از: خودآگاهی، خودتخلیلی، خودانگیزی و همدلی. بر اساس برخی مطالعات، مؤلفه‌های هوش هیجانی پیش‌بینی‌کننده عمده‌ای برای شاخص‌های بهزیستی روانی محسوب می‌شوند (سادوک و همکاران، ۲۰۰۷؛ کوب و مایر، ۲۰۰۰) و هریک از اجزای هوش هیجانی، به نحوی در کیفیت سلامت روان تأثیر دارند (اسلاسکی و کارترایت، ۲۰۰۶). با گنجانیدن مفهوم هوش هیجانی در مدارس و دانشگاه‌ها، می‌توان به فراگیران کمک کرد تا بهتر با فشارهای روانی و تحصیلی مقابله کنند و کمتر دچار مشکلات هیجانی و روانی شوند (دهشیری، ۱۳۸۵). در مطالعات آستین و همکاران (۲۰۰۵)، هوش هیجانی با میزان رضایت زندگی، گستره شبکه روابط اجتماعی و کیفیت آن رابطه مثبت و با پریشانی روان‌شناختی و افسردگی، رابطه منفی دارد. محققان نشان دادند که هوش هیجانی، با سلامت روانی همبستگی مثبت و با اختلال‌های روانی رابطه معکوس دارد (شات و همکاران، ۲۰۰۷). هوش هیجانی، با رضایت از زندگی و کیفیت آن و تعاملات اجتماعی نیز رابطه مثبت و با احساس تنهایی، رابطه منفی دارد (زیندر و همکاران، ۲۰۰۹). تحقیقات بسیاری بیانگر این است که ارتباط مثبت معناداری بین هوش هیجانی و سلامت روانی دانشجویان وجود دارد (فخری و همکاران، ۱۳۹۱؛ محمود فاخی و همکاران، ۲۰۱۴). اما در پژوهش حسین‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، رابطه معناداری بین

هوش هیجانی و سلامت روان به دست نیامد. *رویز/آراند* و همکاران (۲۰۱۳)، در مطالعه‌ای که بر روی دانشجویان پرستاری و علوم بهداشتی انجام دادند، نشان دادند که افرادی که دارای هوش هیجانی بالا بودند، استرس کمتر و رضایت از زندگی و شادی بیشتری دارند. نتایج مطالعات *سلیمی‌نژاد* و همکاران (۲۰۱۵)، نشان می‌دهد که هوش هیجانی و سلامت عمومی، با تعدادی از مکانسیم‌های دفاعی ارتباط مثبت معناداری دارد. اما بین هوش هیجانی و سلامت عمومی، ارتباط منفی معناداری وجود دارد.

اگرچه مطالعات متعددی در رابطه با بررسی سلامت روانی دانشجویان و عوامل مرتبط با آن انجام شده است، اما نقش سبک زندگی اسلامی و معناداری زندگی بر سلامت روان دانشجویان، به‌عنوان یکی از عوامل اصلی ارتقا سلامت روانی، کمتر مورد توجه قرار گرفته است (گارسینی و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به اینکه سبک زندگی به‌عنوان منبعی با ارزش برای ارتقا سلامت، سازش با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی می‌باشد (رفیعی‌فر و همکاران، ۱۳۸۴) و با توجه به اینکه هوش هیجانی نیز موجب افزایش سلامت روانی می‌شود (فرهادی و همکاران، ۱۳۸۷)، انجام این پژوهش ضروری و مهم به نظر می‌رسد. بنابراین، نتیجه این پژوهش می‌تواند راهگشای مداخلات روان‌شناختی مرتبط با سلامت روانی در دانشجویان باشد. از این‌رو، هدف این پژوهش تعیین ارتباط سبک زندگی اسلامی، معناخواهی و هوش هیجانی با سلامت روانی دانشجویان می‌باشد. بر این اساس، فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از:

- متغیرهای سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و هوش هیجانی، با سلامت روان دانشجویان رابطه معناداری دارند.
- سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و هوش هیجانی، می‌توانند سلامت روان دانشجویان را به صورت مثبت پیش‌بینی کنند.

## روش پژوهش

روش این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد و علوم و تحقیقات در شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بودند که تعداد آنها حدود ۳۰۰۰ نفر می‌باشد. نمونه پژوهش، ۲۳۸ دانشجوی مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. در تحقیقات همبستگی، تعداد نمونه حداقل ۳۰ نفر در نظر گرفته می‌شود (دلور، ۱۳۸۲). با توجه به سه متغیر پیش‌بین و افزایش اعتبار بیرونی تحقیق، ۲۸۰ نفر انتخاب شدند. اما به علت نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ۴۲ مورد از چرخه تحلیل حذف شدند و پرسش‌نامه‌های ۲۳۸ نفر از دانشجویان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸): این پرسش‌نامه، توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین و سؤال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج گردید. سؤال‌ها به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر

می‌پردازد. این پرسش‌نامه ۲۸ سؤال دارد و ۴ خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد. همهٔ سؤال‌ها دارای ۳ گزینه است و نمره‌گذاری به روش لیکرت انجام می‌گیرد. نوربالا و همکاران (۱۳۸۷)، اعتبار نسخه فارسی این پرسش‌نامه را با روش آزمون-بازآزمون ۰/۸۵ به دست آوردند. حساسیت، ویژگی و خطای کلی طبقه‌بندی آن بر روی نقطه برش ۶ به ترتیب ۸۴/۷ درصد، ۹۳/۸ درصد و ۸/۲ درصد به دست آمد. در پژوهش نظیفی و همکاران (۱۳۹۲)، ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه بالاتر از ۰/۷۴ گزارش شده است. در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶)، روایی ملاکی این پرسش‌نامه ۰/۷۸، ضریب پایایی تنصیف ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه سبک زندگی اسلامی (فرم کوتاه): این پرسش‌نامه را کلویانی/ارانی (۱۳۸۸) ساخته و روایی آن را تأیید کرده است. این پرسش‌نامه، ۷۵ آیتم دارد که پاسخگویان باید با توجه به وضعیت فعلی زندگی خود، به هر کدام، در یک طیف ۴ درجه‌ای «از خیلی کم تا خیلی زیاد» پاسخ دهند. نمرهٔ کل آزمودنی، حداقل ۱۴۱ و حداکثر ۵۷۰ خواهد بود. ضریب پایایی کل این آزمون، ۰/۷۱ است. نتایج تحلیل عوامل نیز روایی و ساختار عاملی مناسبی را برای آن نشان داده است. روایی همزمان آن با آزمون جهت‌گیری مذهبی ۰/۶۴ به دست آمده است. پایایی این پرسش‌نامه نیز ۰/۷۸ به دست آمده است (کلویانی/ارانی، ۱۳۸۸، ص ۱۶۰). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسش‌نامه معنای زندگی: پرسش‌نامه معنای زندگی، توسط ماهولیک و کرامباخ (۱۹۶۴) تهیه شده است. این پرسش‌نامه، شامل ۲۰ ماده پاسخ بسته بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای است. کرامباخ و ماهولیک (۱۹۶۴) بیان می‌کنند که این پرسش‌نامه بر اساس دیدگاه فرانکل دربارهٔ معنای زندگی و جست‌وجوی معنای زندگی تهیه شده است. کرامباخ و ماهولیک (۱۹۶۴)، با توجه به اینکه پرسش‌نامه مذکور قادر به تشخیص دو گروه افراد بیمار از غیربیمار می‌باشد، آن را دارای اعتبار دانستند. در ایران نیز پژوهشی برای بررسی اعتبار آن، توسط غباری و همکاران (۲۰۰۷) انجام شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند. استیگر و همکاران (۲۰۰۷) اعتبار درونی مطلوبی را برای مقیاس‌های فرعی وجود (۰/۸۶) و جست‌وجو (۰/۸۷) گزارش کرده‌اند. مصرآبادی و همکاران (۱۳۹۲)، گزارش دادند که پرسش‌نامه معنای زندگی از روایی سازه قابل قبولی در یک نمونه از دانشجویان ایرانی برخوردار است. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه هوش هیجانی (فرم کوتاه): پرسش‌نامه هوش هیجانی پتر/ایدرز و فارنهام (۲۰۰۱)، یک مقیاس خودسنجی است. این پرسش‌نامه از ۳۰ ماده تشکیل شده است که به هر سؤال، در یک مقیاس هفت درجه‌ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۷) نمره داده می‌شود. این پرسش‌نامه، شامل چهار مقیاس درک عواطف خود و دیگران، کنترل عواطف، مهارت‌های اجتماعی و خوش‌بینی می‌باشد. ضریب همسانی درونی، با

روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است (ر.ک: مارناتی، ۱۳۸۲). در پژوهش پتراینز و فارنهام (۲۰۰۱)، ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه، با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است. در پژوهش ساکوفسکی و همکاران (۲۰۰۳)، ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش احمدی/زغندی و همکاران (۱۳۸۵)، اعتبار پرسش‌نامه هوش هیجانی با روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۷۶ و ۰/۷۱۳ به دست آمده است. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

### یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان این پژوهش ۲۳۸ دانشجو، با میانگین سنی ۲۴/۳ سال (و با انحراف معیار ۲/۶۳) بودند. تعداد ۱۰۸ دانشجو (۴۵/۴ درصد) مرد و ۱۳۰ دانشجو (۵۴/۶ درصد) زن بوده‌اند. ۱۷۰ دانشجو (۷۱/۴ درصد) در مقطع لیسانس و ۶۸ دانشجو (۲۸/۶ درصد) در مقطع فوق لیسانس مشغول به تحصیل بوده‌اند. تعداد ۹۴ دانشجو (۳۹/۵ درصد) متأهل و ۱۴۴ دانشجو (۶۰/۵ درصد) مجرد بوده‌اند. تعداد ۱۴۴ نفر (۵۹/۶ درصد) فقط دانشجو بوده‌اند، ۸۰ نفر (۳۳/۶ درصد) همزمان با دانشجویی، کارمند نیز بوده‌اند و ۱۶ نفر (۶/۷ درصد) همزمان با دانشجویی شغل آزاد داشته‌اند.

جدول ۱. ماتریس همبستگی سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و هوش هیجانی با سلامت روان (و مؤلفه‌های آن)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. سبک زندگی اسلامی	۱	۰/۴۲**	۰/۶۵**	-۰/۳۰**	-۰/۲۷**	-۰/۴۳**	-۰/۲۶**	-۰/۳۵**
۲. معنای زندگی		۱	۰/۲۵**	-۰/۰۲	-۰/۰۶	-۰/۱۱	-۰/۰۶	-۰/۰۳
۳. هوش هیجانی			۱	-۰/۱۱	-۰/۰۸	-۰/۲۰**	-۰/۰۹	-۰/۱۴*
۴. شکایات جسمانی				۱	۰/۷۳**	۰/۶۳**	۰/۶۳**	۰/۸۶**
۵. اضطراب					۱	۰/۵۷**	۰/۵۹**	۰/۸۵**
۶. اختلال در عملکرد اجتماعی						۱	۰/۶۷**	۰/۸۳**
۷. افسردگی							۱	۰/۸۵**
۸. سلامت روانی								۱

\*\* $P < ۰/۰۱$  \* $P < ۰/۰۵$

چنان‌که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، یافته‌ها حاکی از این است که سلامت روان با سبک زندگی اسلامی و هوش هیجانی رابطه مثبت و معنادار دارد ( $P < ۰/۰۵$ )، اما بین سلامت روان و معنای زندگی رابطه معناداری به دست نیامد. سایر روابط، حاکی از این است که سبک زندگی اسلامی، با مؤلفه‌های سلامت روان شامل شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی رابطه منفی معنادار دارد. همچنین، هوش هیجانی با اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه منفی معنادار دارد ( $P < ۰/۰۱$ ).

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه معنای زندگی، هوش هیجانی و سبک زندگی اسلامی بر سلامت روان

P	T	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		ARS	R2	R	متغیرهای پیش‌بین
		$\beta$	B	SE				
					-		-	Constant
۰/۰۰۱	۱۰/۶۲		۹۸/۰۸۵	۹/۲۳۳				
۰/۶۹	۰/۴۰	۰/۰۳۶	۰/۰۵۵	۰/۱۳۷	-۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۳۶	معنای زندگی
۰/۰۲	-۲/۴۰	-۰/۱۶۰	-۰/۲۳۲	۰/۰۹۶	۰/۰۱۶	۰/۰۲۵	۰/۱۵۷	هوش هیجانی
۰/۰۰۱	-۶/۳۱	-۰/۵۲۹	-۰/۳۸۷	۰/۰۶۱	۰/۱۵۶	۰/۱۶۷	۰/۴۰۸	سبک زندگی اسلامی
F=۱۷/۰۹, P=۰/۰۰۱								

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، برای تعیین نقش هریک از متغیرها، معنای زندگی، هوش هیجانی و سبک زندگی اسلامی، به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و سلامت روان، به‌عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. در جدول میزان F مشاهده شده، معنادار است ( $P < ۰/۰۱$ ).  $۱۶/۷$  درصد از واریانس سلامت روان، توسط متغیرهای سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و هوش هیجانی تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، به ازای هر واحد تغییر در انحراف معیار متغیر هوش هیجانی،  $-۰/۱۶۰$  تغییر در انحراف معیار متغیر سلامت روان ایجاد خواهد شد. همچنین، به ازای هر واحد تغییر در انحراف معیار متغیر سبک زندگی،  $-۰/۵۲۹$  تغییر در انحراف معیار متغیر سلامت روان ایجاد خواهد شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه معنای زندگی، هوش هیجانی و سبک زندگی اسلامی بر اضطراب و شکایات جسمانی

P	T	ضریب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		ARS	R	متغیرهای پیش‌بین	متغیر وابسته
		$\beta$	B	SE				
					-	-	Constant	اضطراب
۰/۰۰۱	۸/۲۰		۲۴/۳۰۱	۲/۹۶۵				
۰/۲۱	۰/۹۳	۰/۰۶۰	۰/۰۴۰	۰/۰۴۳	۰/۰۰۰	۰/۰۶۰	معنای زندگی	
۰/۱۷	-۱/۵۶	-۰/۱۰۵	-۰/۰۴۷	۰/۰۳۰	۰/۰۰۵	۰/۱۱۸	هوش هیجانی	
۰/۰۰۱	۵/۳۸	-۰/۴۶۳	-۰/۱۰۶	۰/۰۲۰	۰/۱۱۱	۰/۳۵۰	سبک زندگی اسلامی	
F=۱۱/۰۲, P=۰/۰۰۱								
					-	-	Constant	شکایات جسمانی
۰/۰۰۱	۸/۸۱		۲۳/۶۱۴	۲/۶۸۲				
۰/۶۳	۰/۳۷	۰/۰۲۴	۰/۰۱۴	۰/۰۳۹	-۰/۰۰۴	۰/۰۲۴	معنای زندگی	
۰/۱۴	-۱/۷۹	-۰/۱۲۰	-۰/۰۴۹	۰/۰۲۷	۰/۰۰۶	۰/۱۱۹	هوش هیجانی	
۰/۰۰۱	-۵/۴۱	-۰/۴۶۵	-۰/۰۹۷	۰/۰۱۸	۰/۱۱۳	۰/۳۵۲	سبک زندگی اسلامی	
F=۱۴/۳۲, P=۰/۰۰۱								

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، با توجه به معناداری میزان F،  $۱۱/۱$  درصد از واریانس اضطراب، توسط متغیرهای معنای زندگی، هوش هیجانی و سبک زندگی اسلامی تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، سبک زندگی اسلامی می‌تواند تغییرات مربوط به اضطراب در دانشجویان را به صورت معناداری پیش‌بینی نماید. همچنین، با توجه به میزان F معنادار،  $۱۱/۳$  درصد از واریانس شکایات جسمانی توسط متغیرهای معنای زندگی، هوش هیجانی

و سبک زندگی اسلامی تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، به ازای هر واحد تغییر در انحراف معیار، متغیر سبک زندگی،  $0/463$  - تغییر در انحراف معیار متغیر اضطراب ایجاد خواهد شد. همچنین، به ازای هر واحد تغییر در انحراف معیار متغیر سبک زندگی،  $0/465$  - تغییر در انحراف معیار متغیر شکایات جسمانی ایجاد خواهد شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه معنای زندگی، هوش هیجانی و سبک زندگی اسلامی بر افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی

P	T	ضریب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		ARS	R	متغیرهای پیش بین	متغیر وابسته
		$\beta$	B	SE				
					-	-	Constant	افسردگی
$0/001$	$7/05$		$22/403$	$3/175$			معنای زندگی	
$0/38$	$0/92$	$0/060$	$0/042$	$0/046$	$0/000$	$0/060$	هوش هیجانی	
$0/19$	$-1/68$	$-0/112$	$-0/054$	$0/032$	$0/007$	$0/124$	سبک زندگی اسلامی	
$0/001$	$-0/14$	$-0/443$	$-1/08$	$0/021$	$0/104$	$0/339$		
$F=10/49, P=0/001$								
					-	-	Constant	اختلال در کارکرد اجتماعی
$0/001$	$12/129$		$29/772$	$2/423$			معنای زندگی	
$0/18$	$-1/69$	$-0/109$	$-0/062$	$0/037$	$0/008$	$0/109$	هوش هیجانی	
$0/04$	$-2/76$	$-0/182$	$-0/071$	$0/026$	$0/035$	$0/207$	سبک زندگی اسلامی	
$0/001$	$-6/73$	$-0/553$	$-0/108$	$0/016$	$0/188$	$0/445$		
$F=19/27, P=0/001$								

چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با توجه به معناداری میزان  $F$ ،  $10/4$  از واریانس افسردگی، توسط متغیرهای معنای زندگی، هوش هیجانی و سبک زندگی اسلامی تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، سبک زندگی اسلامی می‌تواند تغییرات مربوط به افسردگی در دانشجویان را به صورت معناداری پیش‌بینی نماید. همچنین، با توجه به معناداری میزان  $F$ ،  $18/8$  درصد از واریانس اختلال در عملکرد اجتماعی، توسط متغیرهای معنای زندگی، هوش هیجانی و سبک زندگی اسلامی تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، به ازای هر واحد تغییر در انحراف معیار متغیر سبک زندگی،  $0/443$  - تغییر در انحراف معیار متغیر افسردگی ایجاد خواهد شد. همچنین، به ازای هر واحد تغییر در انحراف معیار متغیر هوش هیجانی،  $0/182$  - تغییر در انحراف معیار متغیر اختلال در کارکرد اجتماعی ایجاد خواهد شد. سرانجام، به ازای هر واحد تغییر در انحراف معیار متغیر سبک زندگی،  $0/553$  - تغییر در انحراف معیار متغیر اختلال در کارکرد اجتماعی ایجاد خواهد شد.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف تعیین رابطه سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و هوش هیجانی با سلامت روان در دانشجویان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که میان سبک زندگی اسلامی و سلامت روان دانشجویان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، بر اساس نتایج به‌دست‌آمده بین سبک زندگی اسلامی، با همه مؤلفه‌های سلامت روان (شامل: افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی) رابطه منفی معناداری وجود

داشت. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش طولایی و همکاران (۱۳۹۲)، مبنی بر ارتباط بین کارآمدی و عزت‌نفس با سبک زندگی اسلامی، پژوهش تقی‌بی و همکاران (۱۳۹۲)، مبنی بر ارتباط سبک و کیفیت زندگی با سلامت روان، و همچنین با نتایج پژوهش سلم‌آبادی و همکاران (۱۳۹۴)، مبنی بر ارتباط بین سبک زندگی اسلامی و سلامت روان، همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج این پژوهش، می‌توان گفت: سبک زندگی از دیدگاه اسلام، به مجموعه‌ای از موضوعات مورد قبول اسلام در عرصه زندگی اشاره دارد که بر اساس آن، معیار رفتار ما باید مبتنی بر اسلام و آموزه‌های اسلامی باشد. خدامحوری و حاکمیت ارزش‌های اسلامی در زندگی، از مهم‌ترین معیارهای سبک زندگی مورد تأیید اسلام است. در واقع، در این سبک زندگی، زندگی فردی و اجتماعی افراد، باید مبتنی بر اسلام و رهنمودهای قرآنی باشد (مصباح‌یزدی، ۱۳۹۲). اسلام با احکام جاودانه خود، سبکی آرمانی و در عین حال، واقع‌گرایانه را پیشنهاد نموده است و آدمی را موجودی مسئول و مختار می‌داند که سرنوشته او به دست خودش رقم می‌خورد (فیضی، ۱۳۹۲). بنابراین در این سبک از زندگی، انسان به‌طور طبیعی مدلی را که بیشترین هماهنگی را برای دستیابی به قرب الهی داراست، در زندگی فردی و اجتماعی خود مطلوب می‌داند و تقرب به خدا و لقاءالله را هدف نهایی خود می‌بیند. از این‌رو، همه شئون زندگی خود را؛ از نماز و عبادت تا کسب و کار، تحصیل، تفریح، معاشرت، بهداشت، خوراک، معماری، هنر، سخن گفتن، تولید، مصرف، آراستگی ظاهری و امثال آن را در مسیر این هدف قرار می‌دهد (شریفی، ۱۳۹۱، ص ۹۷). به نظر می‌رسد، زندگی بر اساس آموزه‌های اسلامی و پایبندی به آن، موجب کاهش میزان نشانه‌های جسمانی، افسردگی و اضطراب دانشجویان می‌شود؛ زیرا این افراد با امید به یک قدرت الهی و پیروی از احکام و دستورات دین اسلام، در حقیقت خود را از سبک زندگی ناسالم که عامل اساسی در ایجاد بسیاری از بیماری‌های روانی است؛ دور نگه می‌دارند. از آنجاکه دانشجویان با عوامل تنش‌زای بیشتری مواجه هستند و باید دارای سلامت جسمی و روانی باشند تا بتواند به پیشرفت و موفقیت تحصیلی دست یابند. بنابراین، رابطه بین فرد و خدا و عباداتی مثل نماز، روزه، تلاوت قرآن و رفتارهایی که رسماً عبادت نیست، ولی فرد به نیت اطاعت از خداوند انجام می‌دهند، در سلامت روان دانشجویان مؤثر است.

نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین معنای زندگی و سلامت روان دانشجویان، رابطه معناداری وجود ندارد. این یافته، با نتایج طالب‌زاده شوشتری و پورشافعی (۱۳۹۰)، دهرداری و همکاران (۱۳۹۲)، کافتراس و پسارا (۲۰۱۲) و باموتی و همکاران (۲۰۱۵)، مبنی بر ارتباط داشتن معنا و هدف در زندگی با سلامت روان، همسویی ندارد. معناداری زندگی و جایگاه و اهمیت آن، برای برخوردار بودن از یک زندگی خوب و شاد، امری انکارناپذیر و غیرقابل کتمان است (کینگ و همکاران، ۲۰۰۶). بر اساس اعتقاد بامیستر و نیومن (۱۹۹۱)، هنگامی فرد می‌تواند احساس کند که از یک زندگی معنادار برخوردار است که چهار نیاز او به معنا، ارضا شده باشد. این چهار نیاز عبارتند از: ۱. هدفمند بودن جهت زندگی؛ ۲. احساس کارآمدی و کنترل؛ ۳. برخوردار بودن از مجموعه‌ای از ارزش‌ها که بتواند به



وسیله آنها کنش‌هایش را توجیه کند؛ ۴. وجود یک مبنای با ثبات و استوار برای داشتن نوعی حس مثبت خود ارزشمندی. بنابراین، یکی از دلایل عدم ارتباط معناخواهی با سلامت روان دانشجویان، این است که چون دانشجویان هنوز در مسیر رسیدن به اهداف خود هستند، برای اینکه از یک زندگی معنادار برخوردار شوند، احتیاج به ارضای این چهار نیاز در طول گذشت زمان هستند. به نظر می‌رسد، شرایط زندگی و ویژگی‌های اخلاقی افرادی که کار پژوهشی بر روی آنها انجام گرفته و همچنین، ساختار فرهنگی حاکم بر جامعه هدف، در اختلاف نتایج تحقیقات انجام گرفته، نقش بسزایی داشته است. همچنین، در خصوص عدم همسویی نتایج مربوط به این فرضیه، می‌توان گفت: از آنجاکه بین معناخواهی در زندگی با نحوه زندگی، میزان تحصیلات، نوع نگرش به زندگی، ساختار فرهنگی جامعه و خانواده در افراد مختلف رابطه وجود دارد و نمونه پژوهشی فوق، صرفاً از دانشجویان تشکیل شده است؛ این عوامل نتایج به‌دست‌آمده را تحت تأثیر قرار داده است.

نتیجه دیگر این پژوهش، این بود که بین هوش هیجانی و سلامت روان دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج حسین‌پور و همکاران (۱۳۹۳)، مبنی بر عدم ارتباط هوش هیجانی با سلامت روان همسو نمی‌باشد. اما با نتایج زارعان و همکاران (۱۳۸۵)، فخری و همکاران (۱۳۹۱) و محمود فاعی و همکاران (۲۰۱۴)، مبنی بر ارتباط بین هوش هیجانی و سلامت روان همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت: قاعداً اگر فرد از هوش هیجانی مطلوبی برخوردار باشد، بهتر می‌تواند با چالش‌های زندگی مقابله کند، هیجان‌اتش را به طرز مؤثری کنترل نماید. در نتیجه، از سلامت روانی بهتری برخوردار باشد (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۱). از آنجاکه برخی مؤلفه‌های هوش هیجانی، افراد را از استرس محافظت می‌کند و به سوی سازگاری بهتر سوق می‌دهد. در این پژوهش، دانشجویانی که دارای هوش هیجانی بالا هستند به خود متکی‌ترند، نگرش مثبت‌تری دارند و تمایل بیشتری برای رویارویی با مشکلات دارند. این افراد، در موقعیت‌های تهدیدزا کمتر احساس تنهایی کرده، برای حل مشکلات از مقابله فردی - اجتماعی بیشترین سود را می‌برند. هوش هیجانی بالا، از دخالت عوامل نامطلوب درونی و بیرونی همچون یأس و نومیدی، خستگی و عوامل هیجانی منفی، فشار روانی اطرافیان و سایر عوامل محیطی جلوگیری کنند. این افراد، با هوش هیجانی بالا به سبب آگاهی از عواطف و هیجان‌های خود، مدیریت توانمند و سالم، خودتنظیمی و اطاف و خودانگیزی، همدلی و مهارت‌های اجتماعی، می‌توانند در برابر منابع مختلف استرس اعم از، تحصیلی، شغلی، خانوادگی و یا ارتباطی - اجتماعی مقاومت بهتری نموده و مشکلات را به صورت مؤثری حل و فصل نمایند (اشمیت و همکاران، ۲۰۰۰). در نهایت، آنچه اساس و سنگ بنای موفقیت انسان‌ها است، افزون بر دارا بودن هوشیهر مناسب، آموزش و به‌کارگیری مهارت‌های شتافت، ابراز و کنترل هیجان‌ات و توانایی همدلی با احساسات دیگران یا به صورت خلاصه، هوش هیجانی بالا است (سلطانی‌فر، ۱۳۸۶).

همچنین، نتایج نشان داد ۱۶/۷ درصد از واریانس سلامت روان، توسط متغیرهای معنای زندگی، هوش هیجانی و سبک زندگی اسلامی تبیین می‌شود. ۸۳/۳ درصد باقیمانده توسط سایر متغیرها (نظیر عوامل شناختی و هیجانی دیگر و عوامل زیست شیمیایی و غیره) تبیین می‌شود. نتایج این مطالعه، با نتایج حاصل از پژوهش بخشی سورشجانی (۱۳۸۷)، در ارتباط با نقش پیش‌بینی‌کننده هوش هیجانی در سلامت روان دانشجویان همخوانی دارد. این نتایج، نشان می‌دهد که نقش متغیرهای هوش هیجانی و سبک زندگی اسلامی در پیش‌بینی سلامت روانی معنادار بوده است. در تبیین یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت: دانشجویان برای حفظ سلامت روانی، به خودحرمی مثبت، خودآگاهی هیجانی بالا، توانایی حل مسئله مؤثر و جسارت نیاز دارند. آنها برای کمک به فرایند سلامت روانی و افزایش توانایی‌های خود، برای موفق شدن در زندگی نیازمند این هستند که مستقل باشند و به روشنی اهدافشان را بدانند. افرادی که توانایی تشخیص، کنترل و استفاده از توانش‌های هیجانی را دارند، از حمایت‌های اجتماعی، احساس رضایتمندی و سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند بود (باران و دارکر، ۲۰۰۰). بنابراین، سطح هوش هیجانی یک شخص در سلامت و رشد روانی و هیجانی او سهم بسزایی دارد. این فرض نیز وجود دارد که افراد در میزان درک، فهم و به‌کارگیری اطلاعات هیجانی از مهارت‌های متفاوتی برخوردار هستند (سالوی و اسلایتر، ۱۹۹۷). همچنین، این یافته با نتایج تحقیق صمیمی و همکاران (۱۳۸۵)، که نشان می‌دهد سبک زندگی با سلامت دانشجویان رابطه معناداری دارد، هماهنگ است. به نظر می‌رسد، افراد با انتخاب سبک زندگی دینی نه تنها کمتر درگیر مسائل نفسانی، انحرافات، جرم و جنایت و خودکشی می‌شوند، بلکه به‌طور کلی از سلامت اخلاق و رفتار و معنویات بیشتری برخوردار می‌شوند و در مقایسه با افرادی که از نظر اعتقادات دینی ضعیف‌ترند، احساس آرامش، امنیت و خوشبختی بیشتری می‌کنند. افرادی که سبک زندگی اسلامی‌تری دارند، با حضور بیشتر در مراسم و اماکن مذهبی و دریافت حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی بیشتر، مشکلات روانی کمتری دارند. در کل می‌توان گفت: افراد با انتخاب سبک زندگی اسلامی و هوش هیجانی بالا، نشانه‌های افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و نشانه‌های جسمانی خود را کاهش داده و به سلامت روان بیشتری دست می‌یابند.

نمونه در دسترس و استفاده صرف از پرسش‌نامه، به‌عنوان ابزار سنجش از محدودیت‌های عمده این مطالعه می‌باشند. لذا پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی مشابه روی دانشجویان سایر مناطق انجام گرفته و در مطالعات آتی از ابزارهای دیگری مانند مصاحبه نیز استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، این نتایج مورد توجه برنامه‌ریزان دانشگاهی قرار گیرد تا در کنار مطالب تخصصی هر رشته، با برنامه‌ریزی و آموزش‌های لازم، در جهت ارتقای سلامت روانی دانشجویان اقدام نمود. با ترویج سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و ارتقاء هوش هیجانی در نهایت می‌توان سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان را بهبود بخشید.

## منابع

- ابراهیمی، امراله و همکاران، ۱۳۸۶، «ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی»، *تحقیقات علوم رفتاری*، ش ۹، ص ۵-۱۲.
- احمدی ازغندی، علی و همکاران، ۱۳۸۵، «روایی و اعتبار پرسش‌نامه رگه هوش هیجانی پترایدز و فارنهام»، *روان‌شناسان ایرانی*، ش ۱۰، ص ۱۵۷-۱۶۸.
- ادهم، داود و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶ دانشگاه علوم پزشکی اردبیل»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ش ۳ (۸)، ص ۲۲۹-۲۳۴.
- بخشی سورشجانی، لیلا، ۱۳۸۷، «رابطه هوش هیجانی با سلامت روانی در عملکرد تحصیلی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان»، *دانش و پژوهش در علوم تربیتی برنامه‌ریزی درسی*، ش ۱۹، ص ۹۷-۱۱۶.
- جهانی هاشمی، حسن و همکاران، ۱۳۸۸، «سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های علوم پزشکی قزوین، زنجان و اراک (۱۳۸۶)»، *مجله علوم پزشکی قزوین*، ش ۴ (۱۳)، ص ۸۶-۸۳.
- حسین‌پور، حسن و همکاران، ۱۳۹۴، «بررسی چگونگی ارتباط هوش معنوی و هوش هیجانی با سلامت روان در دانشجویان»، *دانش و تندرستی*، ش ۳۴، ص ۱۰-۱۷.
- دادخواه، بهروز، ۱۳۸۵، «وضعیت سلامت روانی دانشجویان در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۳۸۳»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، سال ششم، ش ۶ ص ۳۱-۳۶.
- دالوندی، اصغر و همکاران، ۱۳۹۱، «تبیین سبک زندگی سلامت‌محور مبتنی بر فرهنگ اسلامی»، *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ش ۱ (۴)، ص ۳۳۲-۳۴۳.
- دلاور، علی، ۱۳۸۲، *روش تحقیق در علوم اجتماعی و انسان*، تهران، رشد.
- دهداری، طاهره و همکاران، ۱۳۹۲، «ارتباط بین داشتن معنا در زندگی با وضعیت استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۲»، *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ش ۳ (۱)، ص ۸۳-۹۲.
- دهشیری، غلامرضا، ۱۳۸۵، «بررسی رابطه هوش هیجانی، پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان»، *پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)*، ش ۱۸ (۵)، ص ۹۷-۱۰۶.
- رفیعی، محمد و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی شادکامی، سلامت روانی و ارتباط بین آنها در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۳۸۹»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ش ۱۵ (۳)، ص ۱۵-۲۵.
- رفیعی‌فر، شهرام و همکاران، ۱۳۸۴، *ارتقای سلامت*، تهران، مهرآوش.
- زارعان، مصطفی و همکاران، ۱۳۸۶، «رابطه هوش هیجانی و سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ش ۲ (۱۳)، ص ۱۶۶-۱۷۲.
- سلطانی‌فر، عاطفه، ۱۳۸۶، «هوش هیجانی»، *اصول بهداشت روانی*، ش ۳۵ و ۳۶ (۹)، ص ۸۳-۸۴.
- سلم‌آبادی، مجتبی و همکاران، ۱۳۹۴، «بررسی ارتباط سبک زندگی اسلامی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه بیرجند»، *دین و سلامت*، ش ۳ (۱)، ص ۱-۱۰.
- شریعت‌پناه، ۱۳۹۲، «قواعد و الگوها در سبک زندگی اسلام»، *پیامدهای انقلاب*، ش ۷۳، ص ۴۸-۵۲.
- شریعتی، سیدصدرالدین، ۱۳۹۲، «درآمدی بر سبک زندگی اسلامی در آیات و روایات»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ش ۱۳ (۴)، ص ۱-۱۰.
- شریفی، احمدحسین، ۱۳۹۱، *همیشه بهار: اخلاق و سبک زندگی اسلامی*، قم، نشر معارف.

صمیمی، رقیه و همکاران، ۱۳۸۵، «ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان»، *فصلنامه پرستاری ایران*، ش ۴۸ (۱۹)، ص ۸۳-۹۳.

طالب‌زاده شوشتری، لیلا و هادی پورشافی، ۱۳۹۰، «رابطه معنای زندگی با سلامت عمومی کارکنان دانشگاه بیرجند در سال ۹۰-۱۳۸۹»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ش ۱ (۱۸)، ص ۵۵-۶۱.

طولابی، زینب و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی نقش میانجی عزت‌نفس و خودکارآمدی در رابطه بین سبک زندگی اسلامی»، *مطالعات جامعه‌شناسختی جوانان*، ش ۹ (۳)، ص ۱۱۵-۱۳۳.

فخری، محمدکاظم و همکاران، ۱۳۹۱، «همبستگی سلامت عمومی با هوش هیجانی و خلاقیت در دانشجویان دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ش ۲ (۶)، ص ۵۳-۵۷.

فرانکل، ویکتور امیل، ۱۳۸۵، *بنیانگذار معادرماتی (افرادیدی بر روان‌شناسی و روان‌درمانی وجودی)*، ترجمه احمدرضا محمدپور، تهران، داتژ. فرهادی، مهران و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی نقش مشکلات سازگاری با مسائل روزمره در رابطه بین هوش هیجانی و سلامت عمومی»، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ش ۸۵، ص ۱۴۷-۱۶۳.

فیضی، مجتبی، ۱۳۹۲، «درآمدی بر سبک زندگی اسلامی»، *معرفت*، ش ۱۸۵ (۲۲)، ص ۲۷-۴۲.

قمری، فرهاد و همکاران، ۱۳۸۹، «ارتباط سلامت روانی و سایر ویژگی‌های فردی با موفقیت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه‌های اراک»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی یابل*، ش ۱۲ (۵)، ص ۱۱۸-۱۲۴.

کاوایی ارانی، محمد، ۱۳۸۸، *طرح نظریه سبک زندگی بر اساس دیدگاه اسلام و ساخت آزمون سبک زندگی اسلامی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی عمومی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.

کجیاف، محمدباقر و همکاران، ۱۳۹۰، «رابطه سبک زندگی اسلامی با شادکامی در رضایت از زندگی دانشجویان شهر اصفهان»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۱۶، ص ۶۱-۷۴.

مارناتی، مرضیه، ۱۳۸۲، *هنجارگزینی فهرست ویژگی‌های هوش هیجانی پترابند و فارنهام در بین دانشجویان و دانش‌آموزان شهر اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.

مدنی‌پور، نادیا و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی رابطه هوش هیجانی و رضایت شغلی پرستاران بیمارستان الزهرا اصفهان»، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ش ۲ (۱)، ص ۶۳-۶۹.

مصباح‌یزدی، محمدتقی، ۱۳۹۲، «سبک زندگی اسلامی، ضرورت‌ها و کاستی‌ها»، *معرفت*، ش ۱۸۵، ص ۵-۱۲.

مصرآبادی، جواد و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی روایی سازه و تشخیصی پرسش‌نامه معنا در زندگی در دانشجویان»، *علوم رفتاری*، ش ۷ (۱)، ص ۲۳-۲۴.

نظیفی، مرتضی و همکاران، ۱۳۹۲، «اعتبار، روایی و ساختار عاملی ترجمه فارسی پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ش ۴ (۳)، ص ۳۲۶-۳۴۲.

نقیبی، فوزیه و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی ارتباط سبک زندگی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دختران نوجوان دبیرستان‌های شهرستان مشهد در سال تحصیلی ۹۲-۹۱»، *زنان مامایی و نازایی ایران*، ش ۶۱ (۱۶)، ص ۹-۱۹.

نوربالا، احمدعلی و همکاران، ۱۳۸۷، «اعتباریابی پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت با عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان پزشکی در شهر تهران»، *حکیم*، ش ۴ (۱۱)، ص ۴۷-۵۳.

یوسفی، فایق و مونا محمدخانی، ۱۳۹۲، «بررسی میزان سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان و رابطه آن با متغیرهای سن، جنس و رشته تحصیلی آنان»، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ش ۶ (۵۶)، ص ۳۵۴-۳۶۱.

Austin, E. J., et al, 2005, "Personality, well-being and health correlates of trait emotional

- intelligence”, *Personality and Individual Differences*, v. 38 (3), p. 547-558.
- Bamonti, P, et al, 2015, “Spirituality attenuates the association between depression symptom severity and meaning in life”, *Aging & Mental Health*, n. 26, p. 1-6.
- Bar-on R, & Dar ker, D. A, 2000, *The hand book of Emotional in telliyence: theory Develop ment, Assessment and application at home*, School and work Place, Sanfran Cisco.
- Baumeister, R. F, & Newman, L. S, 1991, “How stories make sense of personal experience: motives that shape autobiographical narratives”, *Personality and Social Psychology Bulletin*, n. 20, p. 676-690.
- Ciarrochi, J, et al, 2001, “Measaring emotional intelligence in adolescents”, *Personality & Individual Difference*, v. 16(3), p. 14-23.
- Cobb, C, & Mayer, G, 2000, *Emotional Intelligence: What the Research Says*, Educational leadership, University of New Hampshire.
- Cooper, C. L, (Ed), 2000, *Theories of stress*, Oxford: Oxford University Press, p. 23-38.
- Crumbaugh, J.C, & Maholick, L.T, 1964, "An experimental study in existentialism: The Psychometric approach to frankl’s concept of noogenic nerurosis", *Journal of Clinical Psychology*, n. 20, p. 200-207.
- Day, J. M, 2011, "Religious factors in moral decision-making: Towards an integrated, socio-cultural developmental model", *Estudios de Psicología*, n. 32, p. 147-161.
- Feldman, D. B, & Snyder, C. R, 2005, “Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning”, *Journal of Social and Clinical Psychology*, n. 24, p. 401-442.
- Garcini, L.M, et al, 2013, “Affective and motivational predictors of perceived meaning in life among college students”, *The Journal of Happiness & Well- Being*, v. 1 (2), p. 47-60.
- Ghobary, B, et al, 2007, “Hope, purpos in life, and mental health in college students”, *International journal of the humanities*, v. 5 (5), p. 127-132.
- Goldberg, D.P, & Hillier V.F, 1979, “A scaled version of the general health Questionnaire”, *Psycho med*, v. 9 (1), p. 139-145.
- Goleman, D, 1995, *Emotional intelligence*, New York, Bantam Books.
- Headey, B, et al, 2010, "Authentic happiness theory supported by impact of religion on life satisfaction: A longitudinal analysis with data for Germany", *The Journal of Positive Psychology*, n. 1, p. 73-82.
- Hunt, J, & Eisenberg, D, 2010, "Mental health problems and help-seeking behavior among college students", *Journal of Adolescent Health*, v. 46(1), p. 3–10.
- King, A, et al, 2006, "Positive affect and the experience of meaning in life", *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 90 (1), p. 179-196.
- Kleftaras, G, & Psarra, E, 2012, “Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: A Comparative Study”, *Psychology*, v. 3(4), p. 337-345.
- Kress, V.E, et al, 2015, “Spirituality/religiosity, life satisfaction, and life meaning as protective factors for nonsuicidal self-Injury in college students”, *Journal of College Counseling*, v. 18(2), p.160–174.
- Landa, J. M. A, & López-Zafra, E, 2010, “The impact of emotional intelligence on nursing: An overview”, *Psychology*, v. 1(1), p. 50-58.
- Lima, C, & Putnam, P.D, 2010, "Religion, social networks and life satisfaction", *American*

- Sociological Review*, v. 75 (6), p. 914–933.
- Mahmoudfakhe, H, et al, 2014, “Investigating the relation between emotional intelligence and mental health of the students majoring in educational sciences in the year 2012 at the Mahabad's Payame Noor University”, *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, v. 15(2), p. 84-91.
- Melnyk, B. M, et al, 2006, "Mental health correlates of healthy lifestyle attitudes, beliefs, choices, and behaviors in overweight adolescents", *Journal of Pediatric Health Care*, n. 20, p. 401-406.
- Park, C. L, & Folkman, S, 1997. “Meaning in the context of stress and coping”, *Review of General Psychology*, v. 1(2), p. 115-144.
- Petrides, K.V, & Furnham, A, 2001, “Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies”, *European Journal of Personality*, n. 15, p. 425-488.
- Ruiz-Aranda, et al, 2013, “Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student health professionals: the mediating effect of perceived stress”, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v. 21(2), p. 106–113.
- Sadock, B, et al, 2007, *Kaplan & sadock's synopsis of & Wilkins, Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry*, Lippincott, Williams.
- Saklofske, D, et al, 2003, Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure, *Personality and Individual Differences*, n. 34, p. 707-721.
- Salevoy, P, & Sluyter, D.J, 1997, *Emotional development and emotional intelligence*, New York, Basic books.
- Salimynezhada, S, et al, 2015, “The relationships between general health and emotional intelligence with defence mechanisms on university students of Payame Noor University”, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, n. 205, p. 681–687.
- Salovey, P, & Mayer, J.D, 1990, “Emotional intelligence, imagination cognition and personality”, n. 9, p. 185-211.
- Schenell, T, & Becker, P, 2006, “Personality and meaning in life”, *Personality and Individual Differences*, v. 41 (1), p. 117-129.
- Schmidt, F.L, et al, 2000, Personnel selection, *Annual Review of Psychology*, n. 43, p. 627-670.
- Schutte, N.S, et al, 2007, “A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health”, *Personality and Individual Differences*, v. 42 (6), p. 921-933.
- Slaski, M, & Cartwright, S, 2006, “Health, performance and emotional intelligence: an exploratory study of retail managers”, *Personality and Individual Differences*, v. 18(2), p. 563-568.
- Steger, M. F, et al, 2006, "The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life", *Journal of Counseling Psychology*, v. 53(1), p. 80-93.
- Yee Ho, M, et al, 2010, “The role of meaning in life and optimism in promoting well-being”, *Personality and Individual Differences*, n. 48, p. 658–663.
- Zeinder, M, et al, 2009, “*What we know about emotional intelligence: how it acts learning, work, relationships, and mental health*”, Massachusetts Institute of Technology, The MIT Press, p. 182-190.

## راهنمای اشتراک نشریات تخصصی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

۱. اشتراک به صورت آبونمان پذیرفته می شود؛ ۲. در صورت تمایل به اشتراک وجه اشتراک را به حساب ۱۰۰۰۰۰۰۰۵۹۷۳۰۰۱ به نام مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی قدس سره واریز و اصل فیش بانکی یا فتوکی آن را به همراه فرم اشتراک و مشخصات کامل خود به نشانی مجله ارسال نمایید؛ ۳. در صورت تغییر نشانی، اداره نشریات تخصصی را از نشانی جدید خود مطلع نمایید؛ ۴. کلیه مکاتبات خود را با شماره اشتراک مرقوم فرمایید؛ ۵. بهای اشتراک خارج از کشور با احتساب هزینه پست سالانه ۲۰ دلار و با معادل آن می باشد؛ ۶. لطفاً در ذیل نوع نشریه و مبلغ واریزی و نیز مدت اشتراک خود را مشخص فرمایید.

فروشگاه الکترونیک <http://eshop.iki.ac.ir>

ردیف	عنوان نشریه	رتبه	تک شماره (ریال)	یک ساله (ریال)	از شماره تا شماره
۱.	دو فصل نامه «معرفت اقتصاد اسلامی»	علمی - پژوهشی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۲.	دوفصل نامه «تاریخ اسلام در آینه پژوهش»	علمی - پژوهشی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۳.	دوفصل نامه «قرآن شناخت»	علمی - پژوهشی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۴.	دوفصل نامه «معرفت سیاسی»	علمی - پژوهشی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۵.	دوفصل نامه «معرفت کلامی»	علمی - پژوهشی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۶.	فصل نامه «روان شناسی و دین»	علمی - پژوهشی	۷۰.۰۰۰	۲۸۰.۰۰۰	
۷.	فصل نامه «معرفت ادیان»	علمی - پژوهشی	۷۰.۰۰۰	۲۸۰.۰۰۰	
۸.	فصل نامه «معرفت فرهنگی اجتماعی»	علمی - پژوهشی	۷۰.۰۰۰	۲۸۰.۰۰۰	
۹.	فصل نامه «معرفت فلسفی»	علمی - پژوهشی	۷۰.۰۰۰	۲۸۰.۰۰۰	
۱۰.	دوفصل نامه «اسلام و پژوهش های تربیتی»	علمی - پژوهشی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۱۱.	دوفصل نامه «معارف منطقی»	علمی - پژوهشی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۱۲.	دوفصل نامه «اسلام و پژوهش های مدیریتی»	علمی - ترویجی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۱۳.	دوفصل نامه «معارف عقلی»	علمی - ترویجی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۱۴.	دوفصل نامه «معرفت اخلاقی»	علمی - ترویجی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۱۵.	ماهنامه «معرفت»	علمی - ترویجی	۷۰.۰۰۰	۸۴۰.۰۰۰	
۱۶.	دوفصل نامه «عیار پژوهش در علوم انسانی»	علمی - ترویجی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۱۷.	دوفصل نامه «انوار معرفت»	علمی - تخصصی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۱۸.	دوفصل نامه «اندیشه های حقوق عمومی»	علمی - تخصصی	۷۰.۰۰۰	۱۴۰.۰۰۰	
۱۹.	فصل نامه «پویایی در علوم انسانی»	علمی - تخصصی	۷۰.۰۰۰	۲۸۰.۰۰۰	
۲۰.	Semiannual «Horizons of Thought»	علمی - تخصصی	۱۵ دلار	۳۰ دلار	

نام نشریه: .....

مدت اشتراک: .....

مبلغ واریزی: .....

### فرم درخواست اشتراک

اینجاناب:..... استان:..... شهرستان:..... خیابان / کوچه:.....  
 پلاک:..... کد پستی:..... صندوق پستی:.....  
 تلفن: (ثابت)..... (همراه).....  
 ۰۹. مقاضی دریافت مجله / مجلات فوق می باشم.  
 لطفاً از شماره های ذکر شده مجلات به مدت..... به آدرس فوق ارسال فرمایید.  
 در ضمن فیش بانکی به شماره:..... مبلغ:..... ریال به پیوست ارسال می گردد.  
 امضا

## The Relationship between Islamic Life Style, Meaning of Life and Emotional Intelligence with University Students' Mental Health

Seyyed Hassan Abdi Sadat / MA in General Psychology, Islamic Azad University, Ardebil

Abbas Abolghasemi / Professor at Department of Psychology, University of Gilan,

✉ Mina Taherifard Pilehrood / PhD Student in Professional Psychology, University of Mohaghegh Ardabili

Received: 2015/11/14 - Accepted: 2015/03/09

taherifard70@yahoo.com

### Abstract

The Purpose of this research was to determine the relationship between Islamic lifestyle, meaning of life and emotional intelligence with university students' mental health. This descriptive study is correlational. A sample of 238 undergraduate and postgraduate students was selected through convenience sampling. The data were collected using the questionnaires of general health, Islamic lifestyle, meaning of life and emotional intelligence. The data were analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis. The results showed that Islamic lifestyle and emotional intelligence have a positive and significant relationship with students' mental health, but there is no significant relationship between meaning of life and mental health of students. Also, the results of multiple regression analysis showed that 16.7 percent of variance of mental health is explained by the variables of Islamic lifestyle, meaning of life and emotional intelligence. Therefore, these variables play a significant role in predicting the mental health of students, and mental health can be improved by providing necessary planning and training.

**Keywords:** Islamic lifestyle, meaning of life, emotional intelligence, mental health.



## **The Effectiveness of Religion-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience and Happiness in University Students**

✉ **Najmeh Hamid** / Associate Professor of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahwaz  
n.hamid@scu.ac.ir

**Yaser Bulaghi** / MA Student, Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahwaz

**Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand** / Professor of Psychology, Shahid Chamran University of Ahwaz

**Received:** 2016/02/19 - **Accepted:** 2016/07/07

m\_mehrabizadeh@yahoo.com

### **Abstract**

The aim of this study was to investigate the effectiveness of religion-based cognitive-behavioral therapy on students' resilience and happiness. 375 university students responded to Connor and Davidson Resilience Questionnaire and Oxford Happiness Questionnaire. From among those who scored a standard deviation below average in the resilience and happiness questionnaires, 40 were randomly selected. Due to the loss of 6 subjects in the experimental group, the control group was equally matched. Subjects were then divided into two experimental and control groups ( $n = 14$ ). Religion-based cognitive-behavioral therapy was presented to the experimental group in ten 90-minute sessions. During this time period, the control group did not receive any intervention. The findings of the study showed that there is a significant difference between the experimental and control groups in terms of resilience and happiness ( $P < .001$ ); the level of resilience and happiness in the experimental group was significantly higher than the pre-test and control group. The results of the study show that psychotherapy, especially religion-based cognitive-behavioral interventions, along with medical treatments increases the resilience and happiness of students.

**Keywords:** religion-based cognitive-behavioral therapy, resilience, happiness, university students.

## The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Parameters of the Dual Process Model of Coping with Loss; Hope and Spiritual Well-Being

✉ Davoud Fathi / PhD Student of Counseling, Mohaghegh Ardebili University      davodfathi69@gmail.com

Morteza Moradi / PhD Student of Psychology, Shahid Chamran University of Ahwaz

Nahid Hosseinejad / MA in Family Counseling, Tehran University

Hossein Ghamari Kivi / Professor of Family Counseling, Mohaghegh Ardabili University

Mohsen Alipour / MA in Public Psychology, Shahid Chamran University of Ahwaz

Received: 2015/09/09 - Accepted: 2016/02/21

### Abstract

The purpose of this research was to study the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the parameters of the model of coping with loss, hope and spiritual well-being in grieving students. The research was semi-experimental with pre-test, post-test design and control group. From among the grieving students at Mohaghegh Ardabili University, 30 undergraduate students were selected using convenience sampling method. Schneider Hope Questionnaire and Spiritual Health Questionnaire were used as pre-test and post-test in this study. The Data were analyzed using the statistical analysis of covariance. The results of the data analysis indicated that cognitive-behavioral group therapy is beneficial for increasing the hope and spiritual well-being of grieving individuals, and there is a significant difference between the two groups ( $P < /001$ ). Accordingly, it can be said that cognitive-behavioral group therapy is effective in improving the parameters of the model a coping with loss; it helps the grieving individuals in their emotional discharge and acceptance of death, and increases their hope and spiritual well-being.

**Keywords:** cognitive-behavioral therapy, hope, spiritual well-being, grief.

## The Effectiveness of Teaching Patience for Hope and Well-Being of the Psychology of the Mothers with Mentally Retarded Children

**Razieh Zare Bouani** / MA in Psychology, Allameh Tabataba'i University rzareabavany@yahoo.com

✉ **Farideh Hossein Sabet** / Assistant Professor of Psychology, Allameh Tabataba'i University

**Received:** 2015/09/07 - **Accepted:** 2016/01/29

farideh\_hosseinsabet@yahoo.com

### Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of teaching patience for the psychological well-being and hope among the mothers of mentally retarded children. The research method was semi-experimental, (pre-test, post-test design with control group) and convenience sampling method was used. The subjects were 20 mothers of mentally retarded children in Tehran, who were identified as being impatient by means of patience scale and randomly assigned to experimental and control groups. The mothers responded to the psychological well-being and hope questionnaires. Patience training was performed as an intervention in the experimental group, but the control group did not receive any intervention. Before the intervention, after the end of the training sessions, as well as two months after the intervention, the psychological well-being and hope questionnaires were completed. Data analysis was performed using covariance analysis and paired t-test. The results of this study showed that patience training is effective in promoting hope and psychological well-being. Therefore, the teaching of patience can be used to promote the hope and psychological well-being of the mothers of mentally retarded children.

**Keywords:** patience, hope, psychological well-being, mentally retarded.

## The Effectiveness of Existential Therapy Based on the Holy Qur'an (Emphasizing the Viewpoint of Allamah Tabatabai) On the Positive Change in Existential Beliefs of MS Patients

✉ **Parisa Paran** / PhD in Counseling, the University of Science and Research

parisa.paran52@gmail.com

**Massoud Azarbajani**/ Associate Professor of Psychology, Research Institute of Hawzah and University

Mazarbayejani110@yahoo.com

**Ali Delawar** / Faculty Member of Allameh Tabataba'i University

**Received:** 2015/09/21 - **Accepted:** 2016/02/03

### Abstract

The Present study is designed to determine the effectiveness of existential therapy based on the Holy Qur'an on the positive change in the beliefs of MS patients. The statistical population of this study included all MS patients covered by social security insurance. A questionnaire was developed for MS patients to assess their existential beliefs and investigate the effectiveness of existential therapy derived from the Holy Quran. After collecting the researcher-developed questionnaire and following the process of factor analysis, elicitation of the factors contributing to the existential beliefs of the patients was performed, which 'respectively, included existential beliefs regarding: 1. Being in the meaningful world; 2. Faith and truth; 3. Self-awareness and Responsibility; 4. Forgiveness and love for others. At the final stage, the questionnaire was modified and given to two experimental and control groups to examine the positive change in beliefs. The results of the study showed that existential therapy is effective in the positive change in MS patients.

**Keywords:** existential approach, existential therapy based on the Holy Qur'an, existential beliefs.

## **A Psychological Reading of "Fear of God" Based on Allameh Tabataba'i's Thoughts: Presenting the Model of Appearance**

✦ **Mahmoud Khalilian Shalamzari** / PhD Student of Psychology, IKI

**Hamid Reza Hassanabadi** / Assistant Professor of Educational Psychology, Kharazmi University  
hrhassanabadi@gmail.com

**Mohammad Naser Saghaye Biria** / Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Khomeini Institute of Education and Research biria1390@gmail.com

**Farid Barati Sadeh** / Assistant Professor of Psychology, The University of the Quran and Hadith

**Received:** 2018/05/15 - **Accepted:** 2018/10/01

Barati.f@qhu.ac.ir

### **Abstract**

Scholars have studied religion and its emotional structures in different approaches to psychology, and created the basis for psychometric study of religion and religious phenomena. The purpose of this research is to develop the model of the appearance of fear of God based on Allamah Tabatabai's view. Inferential content analysis method was used to develop the appearance model. The textual population of research is the written works of Allamah Tabatabai and the textual sample of the study is 12 volumes of the commentary of al-Mizan. The findings of the study showed that the emotional model of fear of God is based on two general aspects of ontology and psychology, and has four levels (consciousness, cognition, emotion and behavior). Also, in the process of the appearance of fear of God, the cognitive element includes the recognition of purpose, the recognition of the characteristics of God and the knowledge of human characteristics; the motivational element includes motive for the prevention of harm, and the element of behavior includes avoiding the source of fear and progress towards the goal. Therefore, the emotion of fear of God based on Allamah Tabatabai's thought has a clear definition and a psychological appearance model.

**Keywords:** fear of God, fear, Allamah Tabatabai's thought, model of appearance.

# Abstracts

## Development of a Conceptual Model of Nearness to God and its Validation; Based on Allameh Tabataba'i's Thoughts

✉ **Abbas Aynenchi** / PhD Student of Psychology, IKI, Qom, Iran      ab.ayenehchi@yahoo.com  
**Masoud Janbozorgi** / Professor at the Department of Psychology, Research Institute of Hawzah and University Qom, Iran      psychjan@gmail.com  
**Seyyed Mohammad Gharavi** / Professor at the Department of Psychology, Research Institute of Hawzah and University, Qom, Iran  
**Received:** 2018/05/18 - **Accepted:** 2018/09/25

### Abstract

Religious conceptualization is the basis for the application of religious ideas in different individual, family and social levels. The purpose of this research is to develop a conceptual model of nearness to God and its validation based on Allameh Tabataba'i's thoughts. In the development of the model, the methodology of this fundamental research is descriptive –analytical and in terms of content analysis, it is qualitative. In the validation section, the Delphi method with two coefficients of the ratio of validity and content validity index is used. With reflection on the terminology of "nearness" and its analysis in Allamah Tabataba'i's thoughts, the three components of gradual movement, transcendence-seeking selection and programming, and the eight sub-components of awareness-raising, rapprochement, unification, pragmatism, transcendental goal selection, routing, alertness and adherence were identified. Based on these components, nearness to God is a gradual movement through which the soul selects the transcendental goal of nearness to God in the path of devotion, modifies his beliefs, emotions, motives and behaviors, and gradually earns perfection with vigilance and adherence to the laws of God. Therefore, it can be said that religious teachings have the capacity for psychological explanation and the design of conceptual models, and prepare the ground for dialogue about the application of religious concepts in the individual and social health.

**Keywords:** conceptual model, nearness to God, Allameh Tabatabai, validation.

# Table of Contents

**Development of a Conceptual Model of Nearness to God and its Validation; Based on Allameh Tabataba'i's Thoughts / Abbas Aynenchi / Masoud Janbozorgi / Seyyed Mohammad Gharavi.....5**

**A Psychological Reading of "Fear of God" Based on Allameh Tabataba'i's Thoughts: Presenting the Model of Appearance / Mahmoud Khalilian Shalamzari / Hamid Reza Hassanabadi / Mohammad Naser Saghaye Biria / Farid Barati Sadeh.....23**

**The Effectiveness of Existential Therapy Based on the Holy Qur'an (Emphasizing the Viewpoint of Allamah Tabatabai) On the Positive Change in Existential Beliefs of MS Patients / Parisa Paran / Massoud Azarbajani/ Ali Delawa.....39**

**The Effectiveness of Teaching Patience for Hope and Well-Being of the Psychology of the Mothers with Mentally Retarded Children / Razieh Zare Bouani / Farideh Hossein Sabet .....57**

**The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Parameters of the Dual Process Model of Coping with Loss; Hope and Spiritual Well-Being / Davoud Fathi / Morteza Moradi / Nahid Hosseininejad / Hossein Ghamari Kivi / Mohsen Alipour..... 75**

**The Effectiveness of Religion-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience and Happiness in University Students / Najmeh Hamid / Yaser Bulaghi / Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand.....85**

**The Relationship between Islamic Life Style, Meaning of Life and Emotional Intelligence with University Students' Mental Health / Seyyed Hassan Abdi Sadat / Abbas Abolghasemi / Mina Taherifard Pilehrood..... 103**

*In the Name of Allah*

**Ravanshenasi va Din**

*A Quarterly Journal of Psychological inquiry*

Vol.11, No.3

Fall 2018

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

**Manager:** *Mohammad Naser Saqaie Bi-Ria*

**Editor in chief:** *Mohammad Reza Ahmadi*

**Executive manager:** *Sajad Solgi*

**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](http://www.iki.ac.ir) & [www.nashriyat.ir](http://www.nashriyat.ir)

---