

# روان شناسی و دین

سال یازدهم، شماره چهارم، پیاپی ۴۴، زمستان 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 حوزه های علمیه، از شماره ۹ حائز رتبه «علمی - پژوهشی» گردید.

مدیر مسئول

محمدناصر سقایی

سر دبیر

محمد رضا احمدی

مدیر اجرایی

سجاد سلگی

صفحه آرایی

سجاد سلگی

ناظر چاپ

حمید خانی

چاپ

زرم

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 آشتیانی

استاد روان شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی بقیة الله

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

امام خمینی، طبقه چهارم، اداره کل نشریات تخصصی

تحریریه ۳۲۱۱۳۴۷۹ - مشترکان ۳۲۱۱۳۴۷۴ - دورنگار ۳۲۹۳۴۴۸۳ (۰۲۵)

صندوق پستی ۱۸۶-۳۷۱۶۵

پيامک: ۰۱۰۰۲۵۳۲۱۱۳۴۷۳

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

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

نمایه در:

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

## راهنمای تهیه و تنظیم مقالات

### الف) شرایط عمومی

۱. مقالات ارسالی باید برخوردار از صبغه تحقیقی-تحلیلی، ساختار منطقی، انسجام محتوایی، و مستند و مستدل بوده و با قلمی روان و رسا به زبان فارسی نگارش یافته باشند.
۲. مقالات خود را در محیط WORD با پسوند Doc از طریق وبگاه نشریه به <http://nashriyat.ir/SendArticle> ارسال نمایید.
۳. حجم مقالات حداکثر در ۲۵ صفحه (۳۰۰ کلمه‌ای) تنظیم شود. از ارسال مقالات دنباله‌دار جدا خودداری شود.
۴. مشخصات کامل نویسنده شامل: نام و نام خانوادگی، مرتبه علمی / تحصیلات، نشانی کامل پستی، نشانی صندوق الکترونیکی، شماره تلفن تماس، شماره دورنگار، مؤسسه علمی وابسته، همراه مقاله ارسال شود.
۵. مقالات ارسالی نباید قبلاً در نشریات داخلی و یا خارجی و یا 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: نتیجه‌ی بیانگر یافته‌های تفصیلی تحقیق است که به صورت گزاره‌های خبری موجز بیان می‌گردد. از ذکر بیان مسئله، جمع‌بندی، مباحث مقدماتی، بیان ساختار مباحث، ادله، مستندات، ذکر مثال یا مطالب استطرادی در این قسمت خودداری شود.
  ۶. فهرست منابع: اطلاعات کتاب‌شناختی کامل منابع و مأخذ تحقیق (اعم از فارسی، عربی، و لاتین) در انتهای مقاله بر اساس شیوه زیر آورده می‌شود:
    - نام خانوادگی و نام نویسنده، (سال نشر) نام کتاب، (ترجمه یا تحقیق)، نوبت چاپ، محل نشر، ناشر.
    - نام خانوادگی و نام نویسنده، (سال و ماه یا فصل نشر) «عنوان مقاله»، نام نشریه، شماره نشریه، صفحات ابتدا و انتهای مقاله.
    - 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.

**مدل مفهومی «سلامت روان» بر اساس ارتباط‌شناسی مفاهیم «سلامت» و ... / ۵**

حمید رفیعی‌هنر

**اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر شادکامی و ... / ۲۷**

مهناز مهرابی‌زاده هنرمند / کج مهرزاد شهروز / علی‌همت بناری / مهدی ترابی‌زاده

**نسخه کوتاه‌مقیاس سنجش دینداری برای جامعه دانشجویی ایران: ساخت و ... / ۵۳**

کج محمد خدایاری‌فرد / سعید اکبری زردخانه / محسن شکوهی‌یکتا / باقر غباری‌بناب / محسن پاک‌نژاد

**مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت؛ ... / ۶۹**

اکرم امامیان‌ریزی / کج زهره لطیفی

**رابطه توکل به خدا و تحمل پریشانی با کیفیت زندگی / ۸۷**

کج خدیجه دروگر / محمدمهدی صفورایی پاریزی

**پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس عمل به اعتقادات دینی و بخشودگی / ۹۷**

ابوالقاسم یعقوبی / اکبر عروتی موفق / کج صفدر نبی‌زاده

**رابطه سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی با امیدواری در بیماران قلبی - عروقی / ۱۰۹**

حسین شاره

**نمایه الفبایی مقالات و پدیدآورندگان سال یازدهم (شماره ۴۱-۴۴) / ۱۲۳**



## مدل مفهومی «سلامت روان» بر اساس ارتباط‌شناسی

### مفاهیم «سلامت» و «مرض» در منابع اسلامی

حمید رفیعی هنر / دکتری روان‌شناسی عمومی، پژوهشگر پژوهشگاه قرآن و حدیث، گروه روان‌شناسی اسلامی hamidrafii2@gmail.com  
دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۱۰ - پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۱۷

#### چکیده

«سلامت روان»، مفهومی روان‌شناختی است که مورد توجه پژوهش‌های دینی قرار گرفته است. هدف این پژوهش، ارائه یک مدل مفهومی در سلامت روان از طریق شناسایی و بررسی مفاهیم مرتبط به حوزه سلامت و مرض در منابع اسلامی بود که با روش تحلیل مفهومی - محتوایی انجام شد. ده مفهوم مرتبط شناسایی شد. برای مقایسه بین مفاهیم، ابتدا هر یک از آنها در هفت شاخص تحلیل شد، سپس ارتباط آنها مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، با شناسایی عناصر کلیدی، مدل پیشنهادی سلامت روان ارائه شد. یافته‌ها نشان داد که از تحلیل و ارتباط‌شناسی پنج مفهوم حوزه سلامت و شش مفهوم حوزه بیماری، سه عنصر کلیدی «توانمندی»، «معیارپذیری توحیدی»، و «سازش‌پذیری توحیدی» به دست می‌آید که از ترکیب دو عنصر اخیر، با محوریت توانایی؛ به چهار سنخ در سلامت می‌توان دست یافت که عبارتند از: «عدم سلامت»، «سلامت ناکامل»، «سلامت»، و «سلامت کامل». هر یک از سنخ‌ها با بخشی از مفاهیم اسلامی حوزه سلامت و بیماری قابل تبیین خواهند بود.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت روان، عافیت، بلا، اختلال، روان‌شناسی اسلامی، مدل مفهومی.

## مقدمه

تا اواخر قرن بیستم، معیار روشنی برای تشخیص و مطالعه «سلامت روان» وجود نداشت و دانش تجربی به‌طور پیش‌فرض، سلامت روانی را به‌عنوان «فقدان آسیب روانی» قلمداد کرده بود (کیز، ۲۰۰۵). البته پیش از این، سلامت روان در قالب «بهنجاری» مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته بود و چهار برداشت از بهنجاری - نابهنجاری معرفی شده بود که عبارت بود از: دیدگاه آماری، دیدگاه آرمانی، حضور رفتارهای خاص، و شناخت‌های تحریف‌شده (راجرز و پیلگرایم، ۲۰۱۴، ص ۳). با این حال، اولین بار خدمات بهداشت عمومی ایالات متحده در سال ۱۹۹۹، با تأکید بر سلامت روان به‌جای سلامت جسم، تعریفی از سلامت روان ارائه داد (کیز و میچالک، ۲۰۰۹، ص ۶۱۴). در سال ۲۰۰۴، سازمان بهداشت جهانی (WHO) با تمرکز بر موضوع «توانمندی افراد» در تعریف سلامت روان، آن را به‌عنوان «وضعیت بهزیستی که فرد توانایی‌های خود را محقق کند، بتواند با فشارهای عادی زندگی مقابله کند، بتواند به‌طور مولد و کارآمد کار کند، و بتواند با جامعه خود مشارکت کند» تعریف کرد (کیز و میچالک، ۲۰۰۹، ص ۶۱۴). علاوه بر تعریف سلامت روان، روان‌شناسان به موضوع دوقبولگی یا پیوستاری بودن سلامت - بیماری نیز توجه کرده‌اند (شید و برون، ۲۰۱۰). رویکردهای روان‌شناختی، در سال‌های اخیر به سمت مدل پیوستاری در سلامت روانی حرکت کرده است؛ عموماً سلامت و بیماری را دو قطب متضاد یک پیوستار تلقی کرده‌اند (نولن هوکسما، ۲۰۱۱، ص ۲۹). البته جنبش‌های جدید در روان‌شناسی، همچون روان‌شناسی مثبت‌نگر با رد تک پیوستاری بودن، سلامت روان را حالتی مرکب از دو بُعد فقدان بیماری روانی و حضور بهزیستی سطح بالا دانسته‌اند (کیز و همکاران، ۲۰۰۲، ص ۴۸). با این حال، در دهه گذشته نقش دین و معنویت در تبیین سلامت روان، مورد توجه ویژه قرار گرفته است (کوئینگ و الشهب، ۲۰۱۴). سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد کرده که در ارزیابی سلامت روانی، سلامت معنوی نیز گنجانده شود (ویوین، ۲۰۱۵، ص ۱). روان‌شناسان دین نیز معتقدند: ادیان از جمله دین اسلام تبیین‌هایی در زمینه سلامت روان داشته و اندیشه‌های دینی با استفاده از مبانی خود، به طرح ایده‌ها و مدل‌هایی در این زمینه پرداخته‌اند. از این‌رو، بررسی مفهوم سلامت روان از نگاه دین اسلام، موضوع مورد توجهی خواهد بود (نلسون، ۲۰۰۹، ص ۳۲۷).

از نگاه دین اسلام، انسان موجودی دو بُعدی، متشکل از روح و جسم، یا نفس و بدن است (مؤمنون: ۱۴). همان‌طور که جسم می‌تواند سلامتی و بیماری داشته باشد، نفس نیز چنین شرایطی را می‌تواند داشته باشد (صدوق، ۱۳۹۸ق، ص ۳۰۰). موضوع سلامت روان، در اندیشه اسلامی را می‌توان در قالب مفاهیمی چون «سلامت نفس» و «سعادت انسان» جست‌وجو کرد. در قرآن کریم، حدود ۳۰۰ بار واژه «نفس» و مشتقات آن به‌کار رفته است. روان‌شناسان مسلمان، معانی مختلفی همچون شخص انسان، درون انسان، نوع انسانی، بُعدی از درون انسان را برای واژه نفس بیان کرده‌اند (عبدالکریم، ۱۹۶۲). البته طبق تبیین مفسران قرآن کریم، نفس در قرآن ضمن استفاده در معنای اصلی، یعنی معنای لغوی آن (نفسُ الشَّیء به‌معنای خود شیء)؛ تنها در دو معنای شایع (اول، شخص انسانی که موجودی مرکب از روح و بدن است؛ دوم، روح انسانی به دلیل اینکه علم، حیات، و قدرت انسان،

تشخیص انسان به اوست) به کار رفته است (طباطبائی، ۱۳۷۴، ج ۱۴، ص ۴۰۳). معنای دوم از نفس، که گاهی از آن به «قلب» نیز تعبیر می‌شود (همان، ج ۹، ص ۵۸؛ مطهری، ۱۳۹۰، ص ۲۰)، بر اساس آیات قرآن کریم استعداد کمال و نقصان در او نهفته، و عوامل نقص و کمال نفس نیز به انسان شناسانده شده (شمس: ۷-۱) و انسان با اراده خود، می‌تواند این عوامل را به کار گرفته (انسان: ۳) و به اهداف تعیین شده الهی که همان «سعادت» و «فلاح» است، دست یابد (جوادی آملی، ۱۳۸۳، ج ۲، ص ۲۱۰).

در سیر اندیشه دینی، اندیشمندان مسلمان نیز در قالب صحت و سلامت نفس، سلامت اخلاق، و سعادت به موضوع سلامت روان توجه کرده‌اند. برخی اندیشمندان (فارابی، ۱۴۰۵ق، ص ۲۳) با اعتقاد به امکان برخورداری نفس از سلامتی و بیماری، با نگاه دومقولگی به سلامت نفس، معتقدند: سلامت نفس (صحة النفس) این است که ساختار نفس و ساختار اجزاء و قوای نفس، به گونه‌ای باشد که دائماً به انجام امور مطلوب و نیکو رو آورده، اعمال زیبا انجام دهد و بیماری نفس هم در این است که ساختار و شاکله آن، به گونه‌ای باشد که دائماً مبتلا به انجام امور نامطلوب باشد. از نگاه/بن‌سینا، «نفس سالم» (النفس السلیمه) نفسی است که بر طبق فطرت پاک انسانی باقی مانده، در پذیرش حق مناقشه نکرده، و به باورهای خلاف حق آلوده نگشته، و همراهی با امور مادی، آن را از لطافت و انعطاف معنوی خارج نکرده باشد (طوسی، ۱۴۱۸ق، ج ۳، ص ۳۵۴). در واقع به نظر می‌رسد، نگاه/بن‌سینا به سلامت نفس (صحة النفس)، پیوستاری است (ابن‌سینا، ۱۴۰۴ق، ص ۲۱۵). او سلامت نفس را دارای دو مؤلفه می‌داند: مؤلفه اول، باقی ماندن بر فطرت اولیه، و مؤلفه دوم شکوفاسازی امور کمالیه‌ای که نفس مستعد آن است. از این رو، زمانی که نفس خالی از باور باشد، بیمار بوده، و زمانی که بر باورهای باطلی که خلاف فطرت اصلی اوست، پایبند گردد، بیمارتر خواهد شد. در دو دهه گذشته، روان‌شناسان مسلمان با تکیه بر آموزه‌های اسلامی، در پی تبیین سلامت روان بوده‌اند. مرسی (۱۹۹۲)، با استناد به موضوع «قلب سلیم»، تعادل روحی و میانه‌روی را مبنای سلامت روان، از نگاه اسلامی قرار داده است (عانی، ۱۳۸۵، ص ۲۶۴). شناوی (۱۹۹۳)، منشأ اختلالات روانی از نگاه اسلامی را انحراف در عقیده و ناکارآمدی عقل، پیروی از شهوت‌ها، و مهار نکردن عواطف و احساسات دانسته است (همان، ص ۲۸۷). حسین (۱۹۹۸)، در بررسی سلامت روان از منظر مسلمانان، بدون ارائه تعریف از سلامت روان، مدعی است برای ارتقای سلامت روان، فرد باید تقایص ذاتی خود، به‌عنوان یک انسان را شناخته و تلاش نظام‌مند و عملکرد سازنده‌گر، در جهت فائق آمدن به آنها داشته باشد. حق (۲۰۰۴)، در تبیین مفهوم سلامت روان از نگاه اسلام، آن را استفاده از استعدادهای فطری برای دستیابی به حقیقت نهایی می‌داند. از نگاه وی، دستیابی به واقعیت درست و متخلق شدن به فضایل اخلاقی، مقدمه دستیابی به حقیقت نهایی است. او معتقد است: انحراف از فطرت که در قالب تبعیت از هواهای نفسانی نمود می‌یابد، منجر به مشکلات سلامت روان می‌شود. تبیین او از سلامت روان در اسلام، مشابه روان‌شناسان مثبت‌نگر دین‌دوستان بوده، سلامت روان را نه تنها نبود آسیب‌ها دانسته، بلکه حضور فضایی می‌داند که می‌تواند انسان را به بهزیستی رهنمون شود.

در ایران، *ابوترابی* (۱۳۸۳) و *ساجدی* (۱۳۸۷)، سلامت روان را در دیدگاه اسلام عبارت از: دریافت درست از ابعاد وجودی خویش و واقعیت‌های هستی و بهره‌برداری حداکثری از استعدادها و ظرفیت‌های خود و محیط، در جهت کسب کمال و شکوفایی فطرت و نیل به سعادت انسان که در واقع همان دستیابی به لذت‌های برتر و پایدار اخروی است، دانسته‌اند.

بالاخره *شجاعی و حیدری* (۱۳۸۹)، با هدف تبیین ویژگی‌های شخصیت سالم با نگرش اسلامی، با اشاره به سه مفهوم «صحت»، «سلامت»، و «عافیت» در متون اسلامی، تعریف سلامت را بهره‌مندی فرد از وضعیت مطلوب جسمانی، عاطفی، عقلانی، و معنوی می‌دانند، به گونه‌ای که برای فرد امکانی فراهم شود تا بتواند به یک زندگی خلاق، رضایت‌بخش و سعادتمند دست یابد.

با این حال، باید گفت: هرچند روان‌شناسان مسلمان در تبیین سلامت روان، با تأکید بر «توانمندی» فرد، شناخت استعدادهای فطری خود، حفظ رابطه با خدای متعال، و توجه به سعادت نهایی را به عنوان مؤلفه‌ها، یا پیش شرط‌های سلامت روان در نگاه اسلامی دانسته‌اند، اما مطالعات مذکور اولاً، با یک روش‌شناسی مشخص و منسجمی، وارد تبیین حوزه سلامت روان در اسلام نشده، به طوری که در نوع ورود به مفاهیم دینی، استفاده از آنها، نحوه تنظیم آنها، و تنظیم ملاک‌های سلامت روان تفاوت نظر مشاهده می‌شود. ثانیاً، مدلی در سلامت روان ارائه نداده‌اند. ثالثاً، منابع اسلامی مطالعات، بخصوص مطالعات غیرایرانی نیز صرفاً آیات قرآن کریم و در نهایت، روایات نبوی بوده و از منابع غنی روایی شیعی استفاده نشده است. در تحقیقات ایرانی نیز برخی از مطالعات (*ابوترابی*، ۱۳۸۳؛ *ساجدی*، ۱۳۸۷)، با استفاده از تنوعی از مفاهیم غیر همسو به عنوان مؤلفه‌های سلامت روان، در پی ارائه تعریف سلامت روان برآمده‌اند. برخی دیگر، با اشاره مختصری به سه مفهوم «صحت»، «سلامت»، و «عافیت» در سلامت روان، صرفاً بر مفهوم «سلامت» تکیه کرده‌اند (*شجاعی و حیدری*، ۱۳۸۹). اگرچه تحقیق اخیر، در مقایسه با تحقیقات پیشین، بررسی‌های مفصل‌تری در منابع اسلامی داشته، اما به نظر می‌رسد جست‌وجوی جامعی در مفاهیم حوزه سلامت - بیماری انجام نشده است. در نتیجه، به یافته‌های غیرکاملی دست یافته است، به طوری که «سلامت در نفس»، معادل سلامت عاطفی، و «سلامت در دین» معادل سلامت معنوی تلقی شده، و مفهوم معادلی برای سلامت ذهنی، یا عقلانی معرفی نشده است. البته در جای دیگر این پژوهش، تعریف متفاوتی از سلامت و ملاک‌های متفاوتی برای بهنجاری ارائه شده، و ارتباط آن با تعریف پیشین مشخص نشده است، به طوری که فهم منطق بنیادین پژوهش را دچار ابهام کرده که ضرورت انجام پژوهش‌های دیگر را آشکار می‌سازد (*شجاعی و حیدری*، ۱۳۸۹، ص ۶۵ - ۷۹). به نظر می‌رسد، تبیین مفهوم سلامت روان از نگاه اسلام و ارائه مدل مفهومی در این زمینه، نیازمند بررسی نسبتاً جامع مفاهیم مرتبط به حوزه سلامت در منابع اسلامی می‌باشد، موضوعی که هدف این پژوهش قرار گرفته است. بنابراین، سؤال اکتشافی این پژوهش، این است که ویژگی‌های مدل مفهومی سلامت روان، بر اساس تحلیل مفاهیم حوزه سلامت و مرض در منابع اسلامی چیست؟

## روش پژوهش

روش پژوهش، کیفی بوده و روش آن تحلیل مفهومی - محتوایی است. این روش که در پی توصیف عینی، واقعی، و منظم خصوصیات یک مفهوم یا یک موضوع است، با استفاده از متون مورد نظر، مفاهیم موضوع پژوهش جمع‌آوری، دسته‌بندی اولیه، تلفیق و تجزیه و تحلیل شده و روابط فرضی آنها، در قالب یک مدل مفهومی ارائه می‌گردد. در واقع، روش تحلیل مفهومی - محتوایی، وجه مشترک روش‌های مختلفی است که عموماً به‌عنوان روش‌شناسی علوم انسانی اسلامی، معرفی شده است. از جمله می‌توان روش اجتهاد دینی (ر.ک: علیپور و حسنی، ۱۳۹۴)، و روش فقه‌الحدیث (ر.ک: مسعودی، ۱۳۹۵) را نام برد. در این پژوهش، این کار در چند مرحله انجام گرفته است: ابتدا با «تشکیل خانواده حدیث» (همان)، اصطلاحات سلامت‌شناختی و بیماری‌شناختی در منابع اسلامی مورد شناسایی قرار گرفته، سپس مهم‌ترین مفهوم در حوزه سلامت، انتخاب شده و به همراه مفاهیم مرتبط به آن، مورد بررسی لغوی و اصطلاحی قرار گرفته است. پس از آن، مهم‌ترین مفاهیم حوزه بیماری انتخاب و تحلیل شده است. برای مقایسه، مفاهیم شناسایی شده در قالب شاخص‌های هفت‌گانه ذیل مورد بررسی قرار گرفته‌اند: معنای لغوی، قلمرو مفهوم در ابعاد جسمی و روانی، گستره مفهوم در دنیا و آخرت، تعامل مفاهیمی، تقابل مفاهیمی، معنای اصطلاحی بر اساس تحلیل دینی، و نقش تبیینی مفهوم در سلامت یا بیماری. پس از بررسی‌های مذکور، ارتباط‌شناسی مفاهیم مذکور مورد توجه قرار گرفته، عناصر کلیدی حاصل از ارتباط مفاهیم، مورد شناسایی قرار گرفته؛ و در نهایت، مدل مفهومی در سلامت روان بر اساس منابع اسلامی ارائه شده است. منابع مورد استفاده در این مطالعه علاوه بر قرآن کریم، کتاب‌های حدیثی رتبه‌الف (کتاب‌های مقبول و مورد اعتماد شیعیان) و رتبه‌ب (کتاب‌هایی که برای استناد، صلاحیت نسبی دارند)، بر اساس رتبه‌بندی کتب روایی (بر اساس ۱۲ ملاک مطرح در رد و قبول کتب روایی؛ طباطبایی، ۱۳۹۰) بوده است. البته، گاهی اوقات از کتب رتبه ج (کتبی که مستقلاً قابل استناد نیستند؛ طباطبایی، ۱۳۹۰)، به‌عنوان شاهد یا مؤید نیز استفاده شده است.

## یافته‌های پژوهش

### اصطلاح‌شناسی سلامت

اصطلاحات شناسایی شده مربوط به حوزه سلامت، شامل موارد ذیل است: «صحت»، «سلامت»، «عافیت»، «نجات»، و «طهارت». در ادامه، به تحلیل هر یک از این مفاهیم می‌پردازیم. البته مفاهیمی چون «راحت»، «سکینه» و «امنیت» نیز در ابتدا مورد توجه قرار گرفت که در ضمن مطالعه آشکار شد. مفاهیم اخیر، می‌توانند از نشانه‌ها یا نتایج سلامت باشند و کمتر به هسته مفهومی سلامت ارتباط دارند. یافته‌های مفاهیم سلامت‌شناختی، به همراه شاخص‌های هفت‌گانه مورد مطالعه در جدول ۱ به نمایش گذاشته شده است.

## صحت

«صحت»، در لغت به معنای بری‌شدن از هر عیب، مرض، و بیماری بوده (فراهیدی، ۱۴۲۶ق، ج ۳، ص ۱۴) و نقیض آن، بیمار بودن (سَّقَم) (جوهری، ۱۳۷۶، ج ۱، ص ۳۸۱) یا آفت ناشی از مرض و شکستن (عسکری، ۱۴۰۰ق، ص ۱۰۳) است. مفهوم «صحت» در منابع اسلامی، با سه مفهوم سلامت، عافیت، و اَمَن در ارتباط بوده و با دو مفهوم سَقَم و مرض در تقابل است. در ادعیه دینی، صحت، سلامت، و عافیت هر سه با هم از خداوند طلب شده (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۱، ص ۲۹۶)، و سَقَم (ابن طاووس، ۱۴۱۸ق، ج ۱، ص ۲۱۹) و مرض (صدوق، ۱۳۹۸ق، ص ۳۰۰)، از مفاهیم مقابل صحت تلقی شده‌اند. مفهوم «صحت» در متون اسلامی، در هر دو قلمرو جسمانی و روانی به کار رفته است (همان). در قلمرو روانی، ابعاد معنویِ روان بیشتر مورد توجه قرار گرفته، به‌طوری که به صحت در دین (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۲۵۹)، و صحت در ایمان (همان، ص ۲۵۲)، اشاره شده است. داشتن یقین ملاک صحت، و شک و تردید، ملاک مرض برشمرده شده است (صدوق، ۱۳۹۸ق، ص ۳۰۰). با این حال، گستره دنیوی صحت، بیشتر مورد تأکید بوده است، به‌طوری که نبودِ صحت، لذت زندگی را از افراد خواهد گرفت (همو، ۱۴۰۰ق، ص ۲۹۱).

بنابراین، می‌توان گفت: صحت جسمانی همان معنای لغویِ جدا شدن از بیماری‌ها و امراض بدنی بوده و صحت روانی - معنوی که نمود آن در همین دنیا خواهد بود، جدا شدن از عیب‌ها و آفاتی است که به باورهای شخص نسبت به خداوند و ایمان به او آسیب وارد کرده است. او را دچار شک و تردید کرده، و از دستیابی به یقین محروم می‌گرداند. از این رو، برای دستیابی به صحت روانی - معنوی، لازم است ابعاد شناختی معطوف به امور معنوی مورد بازبینی قرار گرفته، عوامل آسیب‌زای آن شناسایی شده، و در مسیر برطرف شدن قرار گیرد.

## سلامت

«سلامت»، به لحاظ لغوی، با دو مفهوم صحت و عافیت در ارتباط است (ابن فارس، ۱۴۰۴ق، ج ۳، ص ۹۰). در اصل، به خلاص شدن از بیماری یا مشکلی اشاره دارد که می‌توانست زمینه هلاکت فرد را فراهم کند. از این رو، نقیض سلامت را هلاکت دانسته‌اند (عسکری، ۱۴۰۰ق، ص ۱۰۳). با این حال، در اثر کثرت استعمالات، واژه «سلامت»، به معنای جدا شدن یا جدا بودن از هر نوع آفت بیرونی و درونی (راغب‌اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ص ۴۲۱) و بری‌شدن از عیوب به کار رفته است (جوهری، ۱۳۷۶، ج ۵، ص ۱۹۵۱).

سلامت در متون دینی، با مفاهیم صحت (حلی، ۱۴۰۸ق، ص ۲۳)، عافیت (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۸، ص ۱۸)، و نجات (تمیمی‌آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۲۱۶، ح ۴۲۵۰) تعامل داشته، و با مفاهیم بلا و هلاکت (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۱، ص ۲۲ و ۴۶) تقابل دارد. در قلمرو جسمی، ما شاهد به‌کارگیری تعابیر سلامت کامل بدنی (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۱، ص ۲۳۰)، کل اعضاء و جوارح (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۶۵۴)، و برخی از اعضای بدن هستیم (مفضل‌بن عمر، ۱۳۷۲ق، ص ۵۳). در این قلمرو، جدا بودن یا جدا شدن از بیماری‌ها و آفات لحاظ شده است (صدوق، ۱۴۰۵ق، ج ۲، ص ۵۴۵).

اما در قلمرو روانی که با تعابیر سلامت نفس (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۵۴۹)، قلب (ابن شعبه حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۲۸۴)، و صدر به کار رفته (ابن طاووس، ۴۱۸ق، ج ۱، ص ۱۲۶)؛ و منابع اسلامی اهمیت بیشتری برای آن قائل شده (ابن شعبه حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۲۸۴) ابعاد متنوع تری دارد. در منابع روایی، گاه از سلامت دین و دنیا (صدوق، ۱۴۰۰ق، ص ۵۶۹) و گاهی از سلامت دنیا و آخرت (ابن طاووس، ۱۴۱۸ق، ج ۲، ص ۶۶۷) سخن گفته شده است. به نظر می‌رسد، سلامت در دین و سلامت در آخرت، به یک معنا اشاره داشته که می‌توان از آن، به «سلامت معنوی» یاد کرد که آثار آن تا آخرت ادامه خواهد داشت. در آیات قرآن کریم، به این موضوع تصریح شده است که تنها ملاک مورد پذیرش در روز قیامت، برخورداری از «قلب سلیم» بوده و سرمایه‌های مادی، اعم از ثروت و فرزند، برای افراد سودی نخواهد داشت (شعراء: ۸۹-۸۸). اما سلامت در دنیا که مصادیق آن شامل سلامت خود، سلامت خانواده، مال، برادران، خویشاوندان (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۱، ص ۳۹۶)، و حتی سلامت محیط، و زمان می‌باشد (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۴، ص ۷۰)، سایر ابعاد سلامت، غیر از سلامت معنوی را مورد توجه قرار داده است. بنابراین، می‌توان سلامت در قلمرو بدنی را جدا بودن از بیماری‌ها و آفات، و در قلمرو روانی - معنوی، جدا بودن از امیال، رفتار، و باورهایی که با اهداف متعالی فرد در تعارض است، تلقی نمود. با این حال، برای تبیین دقیق‌تر مفهوم «سلامت»، باید منتظر تحلیل مفاهیم دیگر باشیم.

## عافیت

برخی لغت‌شناسان (ابن منظور، ۱۴۱۴ق، ج ۱۲، ص ۲۸۹)، عافیت را هم‌معنای سلامت دانسته‌اند. برخی دیگر (ابن اثیر، ۱۳۶۷، ج ۳، ص ۲۶۵)، آن را مطلق سالم شدن از بیماری‌ها و بلاها و هم‌معنای صحت تلقی کرده‌اند. اما اکثر لغت‌شناسان (فراهیدی، ۱۴۲۶ق، ج ۲، ص ۲۵۸؛ ابن فارس، ۱۴۰۴ق، ج ۴، ص ۵۶)، با انتساب این امر به خداوند، آن را به‌معنای دفع شدن و ترک یک امر نامطلوب، از عبد توسط خداوند می‌دانند.

در منابع اسلامی، عافیت با مفاهیم صحت و سلامت (صحیفه سجادیه، ص ۱۱۲) ارتباط داشته و با مفاهیمی چون ألم (مفصل بن عمر، ۱۳۷۲ق، ص ۸۹)، و سقم تقابل دارد (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۸، ص ۲۰۴). نکته قابل توجه در اینجا، اینکه در روایات اسلامی، عافیت نیز همچون سلامت ضدیلا تلقی شده است (همان، ج ۱، ص ۲۲). این سؤال مطرح می‌شود که چگونه یک مفهوم (بلا)، در مقابل دو مفهوم (سلامت و عافیت) قرار گرفته است؟ این موضوع، در بخش نتیجه‌گیری در ارتباط‌شناسی مفاهیم سلامت - بیماری، مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

قلمرو مفهوم «عافیت»، هم جسم است (همان، ج ۲، ص ۶۵۶) و هم روان (همان، ص ۴۱۳) و گستره آن، هم در دنیا است و هم در آخرت، که گاهی با تعبیر «عافیت در دین و دنیا» آورده شده است (همان، ص ۹۹). با توجه به سایر روایات، عافیت در دنیا را باید نجات یافتن از امور نامطلوب و شر تلقی کرد (همان، ص ۵۲۵). این امور نامطلوب را می‌توان تحت عنوان بلا (همان، ص ۵۸۷) دانست که بر ابعاد روانی، بدنی، و ارتباطی (مال و فرزند) (همان، ص ۴۱۳) آسیب وارد می‌کند. از سوی دیگر، عافیت در آخرت را باید نجات از عذاب (همان، ج ۳، ص ۳۰۱) و شقاوت اخروی دانست (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۱، ص ۶۴).

اساساً تعبیر «عافیه» بیشتر در روایات دعایی و مناجات صادره از معصومان علیهم‌السلام آمده است (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۳۳۰). از این رو، به نظر می‌رسد در عافیت، نگاه توحیدی محض حاکم است (صدوق، ۱۳۷۸ق، ج ۲، ص ۱۶). با این حال، اسباب و زمینه‌های آن در دست خود افراد است؛ چرا که از یک سو، عافیت از شئون علم (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۱، ص ۴۸) و عقل (همان، ص ۲۲) تلقی شده که خود افراد فراهم‌کننده آن هستند. از سوی دیگر، از بین رفتن عافیت نیز به دست خود افراد می‌باشد (همان، ج ۲، ص ۲). همچنین، عافیت یک امر پیوستاری است که از درجات شدت و ضعف برخوردار بوده، افراد می‌توانند به درجات کامل‌تر آن دست یابند (صدوق، ۱۳۷۸ق، ج ۲، ص ۱۶).

### نجات

«نجات» در لغت به کنده شدن و جدا شدن از یک چیز، یا از یک مکان دلالت دارد (ابن فارس، ۱۴۰۴ق، ج ۵، ص ۳۹۷). برخی دیگر از لغت‌شناسان (عسکری، ۱۴۰۰ق، ص ۲۰۵)، نجات را خلاص شدن و جدا شدن سریع از امور ناخوشایند و رنج‌آور تلقی کرده‌اند. در منابع اسلامی، مفهوم «نجات» هم در امور دنیوی (صدوق، ۱۴۰۰ق، ص ۶۸) و هم در اموری اخروی (طبرسی، ۱۴۱۲ق، ص ۴۲۰) کاربرد دارد، البته نمود آن بیشتر در قلمرو روانی است (همان). مفهوم نجات با مفاهیم سلامت (تمیمی‌امدی، ۱۴۰۸ق، ص ۲۱۸، ح ۴۳۲۹)، عقل و علم (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۱، ص ۱۳) تعامل داشته، و با مفاهیم شر (همان، ج ۸، ص ۸۱) و آفت (طوسی، ۱۴۱۴ق، ص ۳۱۸) تقابل دارد. از این رو، نجات را می‌توان خارج شدن از امور نامطلوبی (شر) دانست که فرد گرفتار آن شده است که می‌تواند به صورت خفیف (آفت) یا شدید (هلاکت، ورطه) باشد. پس مفهوم نجات، همانند مفهوم عافیت، نوعی خروج از امور نامطلوب بوده و می‌تواند با مفهوم عافیت (خروج از بلا) رابطه داشته باشد؛ با این تفاوت که نجات، خروج از شر است و عافیت، خروج از بلا است و لزوماً همه بلاها شر تلقی نمی‌شوند، موضوعی که در بخش نتیجه‌گیری بیشتر مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

### طهارت

«طهارت»، به معنای پاک شدن از کثیفی و نجاست است (جوهری، ۱۳۷۶، ج ۲، ص ۷۲۷). ضد آن، «دَس»؛ کثیفی (ابن‌درید، ۱۴۱۰ق، ج ۲، ص ۷۶۱) یا «نجاست» است (حمیری، ۱۴۲۰ق، ج ۷، ص ۴۱۷۱). طهارت هم در مورد جسم و هم در مورد نفس به کار رفته است (راغب‌اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ص ۵۲۵). به نظر می‌رسد، در امور معنوی کاربرد بیشتری داشته باشد (عسکری، ۱۴۰۰ق، ص ۲۵۹) که در این صورت با مفهوم «قداست» که به پاک بودن از هر نوع عیب و نقص اشاره دارد، ارتباط خواهد داشت (جوهری، ۱۳۷۶، ج ۳، ص ۹۶۱).

طهارت، در منابع اسلامی هم در بُعد جسمانی و هم در بُعد روانی به کار رفته است. در بُعد جسمی، به طهارت کل بدن (صدوق، ۱۴۰۰ق، ص ۳۶۳) و طهارت جوارح اشاره شده است (ابن‌قولویه، ۱۳۹۹ق، ص ۱۸۶). در مقابل، در متون دینی، به طهارت روانی در یک گستره دنیوی و اخروی (صدوق، ۱۳۷۸ق، ج ۲، ص ۲۳۱) در قالب طهارت نفس (همان، ص ۲۷۵)، طهارت قلب (ابن‌قولویه، ۱۳۹۹ق، ص ۱۸۶)، و طهارت اعمال (صدوق، ۱۴۰۰ق، ص ۴) توجه شده است.

مفهوم «طهارت»، با عافیت و نجات از گناه (ابن طاووس، ۱۴۱۸ق، ج ۱، ص ۱۱۵) و با مفهوم «قداست» (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۱، ص ۱۹۸) ارتباط داشته، و با مفاهیم نجاست و تدنّس (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۲، ص ۵۴۲) تقابل دارد. می‌توان گفت: مفاهیم نجات، عافیت، و طهارت در یک پیوستار قرار گرفته‌اند که در بخش نتیجه‌گیری مورد بررسی قرار خواهد گرفت. نتایج بررسی مفاهیم سلامت‌شناختی، در قالب شاخص‌های هفتگانه در جدول ۱ منعکس شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، هر یک از مفاهیم مذکور، به نوعی در تبیین سلامت از نگاه اسلامی نقش دارند.

جدول ۱. اصطلاح‌شناسی سلامت و شاخص‌های مورد مطالعه بر اساس منابع اسلامی

| اصطلاح<br>شناسی<br>سلامت | معنای لغوی                                                                                                                         | قلمرو مفهوم                                                            | گستره<br>مفهوم | تامل<br>مفاهیمی           | تقابل<br>مفاهیمی     | معنای اصطلاحی                                                                                                                                                                                              | نقش تبیینی<br>در سلامت            |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| صحت                      | برئ‌شدن از هر عیب، مرض، و بیماری (سقم)                                                                                             | جسمی (بدن و اعضای بدن) - روانی (صحت در ایمان، یقین، دین، عقل)          | دنیا           | سلامت، عافیت، اُمن        | سقم - مرض            | جدا شدن از عیب‌ها و آفتی که به بدن فرد وارد شده یا به باورهای شخص در مورد خداوند آسیب وارده کرده است.                                                                                                      | تبیین‌گر مفهوم سلامت              |
| سلامت                    | خلاص شدن از بیماری یا مشکلی که زمینه هلاکت فرد را فراهم می‌کند؛ جدا شدن یا جدا بودن از هر نوع آفت بیرونی و درونی و برئ‌شدن از عیوب | جسمی (بدن، اعضاء و جوارح) - روانی (نفس، قلب، صدر، ارتباطی (مال، فرزند) | دنیا و آخرت    | صحت، عافیت، نجات          | بلا، هلاکت           | در قلمرو بدنی؛ جدا بودن از بیماری‌ها و آفات در قلمرو روانی - معنوی، جدا بودن از امیال، رفتار، و باورهایی که با اهداف متعالی فرد در تعارض‌اند.                                                              | اصل مفهوم سلامت                   |
| عافیت                    | سالم شدن از بیماری‌ها و بلاها؛ دفاع خداوند از عبد در برابر امور ناخوشایند، بیماری‌ها، و بلاها                                      | جسمی، روانی (نفس)، ارتباطی (مال و فرزند)                               | دنیا و آخرت    | صحت، سلامت، راحت          | بلا، آلم، سقم        | فرایند مقابله و خلاصی از عواملی که سلامت فرد را در زمینه‌های جسمی، روانی، و معنوی مختل کرده است. مقابله با بلاهای به وجود آمده و خلاصی مشاهده پذیر از آنها. این مقابله و خلاصی از جانب خداوند رقم می‌خورد. | جنبه بیرونی سلامت/ برگشت به سلامت |
| نجات                     | کنده شدن و جدا شدن از یک چیز یا از یک مکانی که عموماً ناخوشایند و رنج‌آور است.                                                     | روانی (نفس، روح)                                                       | دنیا و آخرت    | سلامت، عقل، علم           | شر، هلاکت، آفت، ورطه | خارج شدن از امور نامطلوبی (شر) که فرد خود را گرفتار آن کرده است؛ خروج از بلاهای خودساخته                                                                                                                   | زمینه‌ساز سلامت، برگشت به سلامت   |
| طهارت                    | پاک شدن از کثیفی و نجاست و پاک بودن از هر نوع عیب و نقص                                                                            | جسمی (بدن، جوارح) - روانی (قلب، نفس، اعمال)                            | دنیا و آخرت    | قداست، سلامت، عافیت، نجات | نجاست، تدنّس، آفت    | پاک بودن یا پاک شدن از هر نوع آفت یا آلودگی، که ارتباط فرد با منبع مقدس را به چالش می‌کشاند.                                                                                                               | سلامت کامل                        |

## اصطلاح‌شناسی بیماری

اصطلاحات شناسایی شده حوزه بیماری عبارتند از: «مرض»، «داء»، «سقم»، «آفه»، «بلا»، و «عجز». البته مفاهیم دیگری همچون وجع، آلم، تعب، ضرر، عیب، علّه، هلاکت، عَرَض، شده، اضطراب، و شُغْل نیز در ابتدای مطالعه مورد توجه قرار گرفت. اما در ادامه، روشن شد که مفاهیم مذکور یا آن‌قدر کلی‌اند که لزوماً در حوزه بیماری

نمی‌گنجند و یا آن قدر خاص بوده و جنبه نشانه‌ای داشته که در این مرحله ضرورتی برای بررسی آنها وجود ندارد. مفاهیم مربوط به حوزه بیماری، به همراه شاخص‌های مورد مطالعه، در جدول ۲ به نمایش داده شده است.

## مرض

«مرض»، در اصل به هر نوع ضعف اشاره داشته (ابن‌درید، ۱۴۱۰ق، ج ۲، ص ۷۵۲) و هم معنای سقم تلقی شده (جوهری، ۱۳۷۶، ج ۳، ص ۱۱۰۶) و ضدصحت دانسته شده است (ابن‌درید، ۱۴۱۰ق، ج ۲، ص ۷۵۲). همچنین، از نگاه اکثر لغت‌شناسان (فراهیدی، ۱۴۲۶ق، ج ۸، ص ۹۳) داء هم معنای مرض بوده و به تمام امراض ظاهری و باطنی اشاره دارد. مرض در منابع دینی، در دو قلمر جسمی (بدن) و روانی (قلب، نفس، روح) (طوسی، ۱۴۱۴ق، ص ۱۴۶-۱۴۷؛ تمیمی‌آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۳۲۱، ح ۷۴۵۰؛ صدوق، ۱۳۹۸ق، ص ۳۰۰) و گستره دنیوی کاربرد دارد. این مفهوم، مستقیماً در گستره اخروی به کار نرفته است (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۳، ص ۱۱۳). این مفهوم، با مفهوم سقم تعامل داشته و با مفاهیم صحت و عافیت تقابل دارد (همان، ص ۱۱۳). از ظاهر روایات بر می‌آید که در جایی که قرینه‌ای همچون مرض قلب، مرض نفس، و مرض روح در کلام نباشد، به مرض جسم انصراف دارد. در منابع اسلامی، سه معنا از «مرض روانی» قابل برداشت است: اول، پریشانی‌های روانی شناخته شده همچون غم و حزن، در قالب «مرض نفس» (تمیمی‌آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۳۲۱، ح ۷۴۵۰). دوم، آسیب‌های شناختی در قلمرو ارتباط انسان و خداوند در قالب «مرض روح» (صدوق، ۱۳۹۸ق، ص ۳۰۰). سوم، آسیب‌های عمیق شخصیتی همچون نفاق و ستیزه‌جویی هشیارانه، با یک آرمان مقدس در قالب «مرض قلب» (بقره: ۱۰؛ ابن‌ابی‌زینب، ۱۳۹۷ق، ص ۲۱). از آنجا که طبق نظر اندیشمندان اسلامی (طباطبائی، ۱۳۷۴، ج ۹، ص ۵۸؛ مطهری، ۱۳۹۰، ص ۲۰)، تعابیر قلب، نفس، و روح در متون اسلامی، از یک حقیقت واحد؛ یعنی بُعد غیرجسمی انسان حکایت دارند. بنابراین، می‌توان گفت: برداشت‌های سه‌گانه از مرض روانی، در واقع از آسیب بُعد روانی انسان حکایت داشته که در یک پیوستار خفیف، به شدید کشانده شده است. از سوی دیگر، مفهوم «مرض»، با مفهوم سلامت در بُعد روانی (و نه جسمی) تقابل دارد. به عبارت دیگر، مرض جسمی همواره با مرض روانی تلازم نداشته، و افراد علی‌رغم ابتلا به مرض جسمی، می‌توانند در سلامت روانی به سر ببرند (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۱۵).

به هر حال، در متون دینی مرض، خواه جسمی و خواه روانی، مصداقی از بلا تلقی شده است. حضرت علی<sup>علیه السلام</sup> می‌فرماید: «فقر و نداری از جمله بلاهاست، و بالای شدیدتر از فقر، مرض بدن است، و بالای شدیدتر از مرض بدن، مرض قلب است» (طوسی، ۱۴۱۴ق، ص ۱۴۶-۱۴۷). این بلاها یا بدون دخالت مستقیم فرد؛ به خواسته الهی ایجاد شده (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۵۶۷) که در این پژوهش، از آن به «بلائی خدا خواسته» یاد می‌شود و یا بالای ناشی از اعمال و رفتار خود افراد است (همان، ص ۲۶۹) که در این پژوهش، از آن به «بلائی خودساخته» تعبیر می‌شود. بلا هرگونه که باشد، باید از آن عافیت یابیم (همان، ص ۵۶۷) و قبلاً اشاره شد که عافیت در جایی به کار می‌رود که سخن از بلا باشد.

## سقم

«سقم»، در لغت همان مرض است (ابن منظور، ۱۴۱۴ق، ج ۱۲، ص ۲۸۸). ولی از نگاه برخی لغت‌شناسان (راغب اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ص ۴۱۵)، سقم صرفاً به مرض بدن اشاره دارد. در منابع اسلامی، مفهوم «سقم»، اساساً در موارد جسمی (مفصل بن عمر، ۱۳۷۲ق، ص ۱۴۸) به کار رفته، ولی در صورت وجود قرینه لفظی، همچون توصیف شدن به کلمه «تَوَيَّه: درونی» (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۲، ص ۴۸۳). یا «قلب: روان» (تیمی آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۳۲۱، ج ۷۴۵۲) و یا قرینه‌های مقامی (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۵، ص ۵۳۷)، می‌توان بُعد روانی را از آن فهمید. قلمرو سقم، همچون مرض دنیا بوده، هرچند در موارد اندکی در قلمرو اخروی هم کاربرد دارد (قمی، ۱۴۰۴ق، ج ۲، ص ۵۳). مفهوم «سقم»، با مفاهیم مرض (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۴، ص ۲۷۳) و آفت (قمی، ۱۴۰۴ق، ج ۲، ص ۵۳) تعامل داشته و با مفاهیم صحت (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۴۵۵)، سلامت (صدوق، ۱۴۰۵ق، ج ۱، ص ۳۱) و عافیت (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۸، ص ۲۰۴) تقابل دارد.

سقم نیز در متون اسلامی، از مصادیق بلا شمرده شده است (صدوق، ۱۴۰۰ق، ص ۲۱۰). از این رو، در دعاها افراد از خداوند طلب عافیت از سقم می‌کنند (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۴، ص ۴۰۷). به هر حال، از بررسی مجموع روایات می‌توان به این نتیجه رسید که سقم، به بیماری جسمی اشاره دارد؛ اما با سلامت و بیماری روانی نیز در ارتباط است. بر اساس منابع اسلامی، زمینه‌های روانی موجب ایجاد سقم می‌شوند، به طوری که ناآرامی‌های روانی خودخواسته (طوسی، ۱۴۱۴ق، ص ۵۱۲)، یا رفتارهای غیرهمسو با هدف متعالی که پیامد آن، ایجاد بیماری است (صدوق، ۱۴۲۸ق، ج ۱، ص ۱۰۷)، زمینه‌ساز بیماری‌های جسمی هستند. بنابراین، هنگام بررسی رابطه سقم و سلامت روانی، سقم را می‌توان پیامد به هم خوردن سلامت روانی دانست.

## آفت

«آفت»، به هر شیء آسیب‌زننده و فاسدکننده‌ای گویند که بر چیزی عارض شده است (فراهیدی، ۱۴۲۶ق، ج ۸، ص ۴۱۰). در منابع اسلامی آفت هم در قلمرو جسم (مفصل بن عمر، ۱۳۷۲ق، ص ۱۷۱) و هم در قلمرو روان (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۴، ص ۷۲) به کار رفته است. این مفهوم، با مفاهیم عجز (نهج البلاغه، ج ۴۴۳)، و بلا (طبرسی، ۱۴۱۲ق، ص ۳۶۴) تعامل دارد. با توجه به قلمرو مفهوم آفت و تأکید برخی روایات می‌توان گفت: هر ضررزننده، آسیب‌رسان، و تهدیدکننده سلامت جسمی و روانی را «آفت» می‌گویند که می‌تواند از امور درون روانی ناشی شده (آفات درونی) (صدوق، ۱۳۹۸ق، ص ۳۷۵)، یا از بیرون به فرد وارد شده باشد (آفات بیرونی) (ابن طاووس، ۱۴۱۸ق، ج ۱، ص ۱۵۰؛ کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۴، ص ۷۲).

به هر حال، موضوع مهم این است که افراد می‌توانند خود را از شکل‌گیری یا ورود آفت حفظ کرده (طبرسی، ۱۴۱۲ق، ص ۳۶۴)، یا خود را از آن دور بدارند (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۱، ص ۷۷)، و کم‌توانی (یا نارسا - توانمندی؛

معنایی که از مفهوم عجز فهمیده می‌شود که در ادامه خواهد آمد) در برخورد با عوامل تهدیدکننده سلامت، خود آفت به‌شمار می‌آید (نهج البلاغه، ج ۴۴۳۲). از این رو، می‌توان گفت: اگرچه آفات بیرونی تهدیدکننده سلامت بوده، اما آنچه سلامتی را بیشتر به مخاطره می‌اندازد، ایجاد شرایط عجز و کم‌توانی در برخورد با آفات است؛ موضوعی که در بخش نتیجه‌گیری مورد توجه قرار خواهد گرفت.

## عجز

ابن‌فارس، برای «عجز» دو معنا قائل شده است: یکی، به‌معنای ضعف و دیگری، به‌معنای پشت یک چیز (ابن‌فارس، ۱۴۰۴ق، ج ۴، ص ۲۳۲). لغت‌شناسان، عجز در معنای اول را ضد قدرت تلقی کرده‌اند (فیومی، ۱۴۱۴ق، ج ۲، ص ۳۹۳). اما همان‌طور که برخی لغت‌شناسان (راغب‌اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ص ۵۴۷) تصریح کرده‌اند، اصل عجز به‌معنای «درنگ در یک چیز» است. وقتی در مورد درنگ در انجام یک عمل به کار رود، به‌معنای کوتاهی در انجام آن خواهد بود که این موضوع یا نشانه ضعف (کم‌توانی) بوده و یا سبب ضعف (کم‌توانی) می‌باشد. از این رو، برخی لغت‌شناسان (ابن‌اثیر، ۱۳۶۷، ج ۳، ص ۱۸۶)، عجز را به این معنا گرفته‌اند که فرد به واسطه تسویف، عملی که انجام آن لازم است، ترک کند. در این صورت، اینکه عجز نقیض حزم باشد (ابن‌فارس، ۱۴۰۴ق، ج ۴، ص ۲۳۲)، موضوع قابل توجیهی خواهد بود. این موضوع، یا از کم‌توانی فرد ناشی شده یا موجب کم‌توانی او خواهد شد. بنابراین، عجز در لغت را باید به‌معنای کم‌توانی ناشی از کوتاهی در انجام به موقع عمل دانست.

در منابع اسلامی، کاربرد عجز عموماً در قلمرو روان بوده (تمیمی‌آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۲۶۳، ج ۴۷۶۱) و گستره آن، در این دنیا است (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۸، ص ۸۲). مفهوم «عجز» با مفاهیم آفت (نهج البلاغه، ج ۴۴۳۲)، کسالت (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۵، ص ۸۶)، و اهمال (تمیمی‌آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۳۰۶، ج ۷۰۲۱) تعامل داشته و با مفاهیم عقل، کیاست (طوسی، ۱۴۱۴ق، ص ۵۳۰؛ تمیمی‌آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۳۳۳، ج ۷۶۷۳)، و صبر تقابل دارد (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۹۳). از دلالت التزامی روایات تعاملی و تقابلی بر می‌آید که عجز، آسیبی است که از عدم تحمل سختی‌ها و تلخی‌های انجام کار (همان) و عدم پیش‌بینی رویدادهای آینده (تمیمی‌آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۲۶۲، ج ۵۶۴۸) ناشی می‌شود که با سستی، اهمال کاری، و به تعویق انداختن کارها (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۵، ص ۸۶؛ صدوق، ۱۴۰۵ق، ج ۲، ص ۵۰۵) همراه خواهد شد، به‌طوری که فرد را به از دست دادن مهارگری سوق خواهد داد؛ موضوعی که با شناخت‌ها و بازدارنده‌های عقلانی تقابل دارد (طوسی، ۱۴۱۴ق، ص ۵۳۰). بر اساس متون دینی، عجز در جایی معنا پیدا می‌کند که فرد توانایی انجام کاری را داشته باشد، اما در مقام عمل، نارسایی نشان دهد. اگر فرد، قادر به انجام کاری که به آن علاقه دارد (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۶۷۱)، یا برطرف کردن نقصی که به آن مبتلاست (تمیمی‌آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۲۶۲، ج ۵۶۴۷)، یا تغییری که به آن احتیاج دارد (همان، ص ۲۳۶، ج ۴۷۶۱)، یا آماده‌سازی مورد نیاز (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۹۳) که در مقام عمل آن را محقق نسازد؛ عاجز است.

بنابراین، باید گفت: ضعف و کم‌توانی در عجز، خودساخته و با اراده خود فرد بوده؛ و باید نام آن را «نارسا - توانمندی» گذاشت؛ موضوعی که افراد سالم و هدفمند از خدای متعال می‌خواهند که از آن دور باشند (مفید، ۱۴۱۳ق، ص ۲۴۴). طبق آنچه گفته شد، می‌توان گفت: مفهوم عجز در معنای کلی خود، یکی از مفاهیم کلیدی در تبیین مدل مفهومی سلامت روان است که در بخش نتیجه‌گیری، مورد توجه قرار خواهد گرفت.

## بلا

اگرچه مفهوم «بلا» را نمی‌توان به صراحت به‌عنوان یک مفهوم بیمارشناختی تلقی کرد، اما با توجه به تقابل معنایی آن با سلامت و عافیت در متون اسلامی (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۱، ص ۲۲)؛ طبیعی است که آن را در حوزه مفاهیم بیماری شناختی، مورد بررسی قرار دهیم.

اکثر لغت‌شناسان (ابن فارس، ۱۴۰۴ق، ج ۱، ص ۲۹۲؛ فراهیدی، ۱۴۲۶ق، ج ۸، ص ۳۴۰)، بلا را به‌معنای امتحان و آزمایش تلقی کرده‌اند که هم در امور مطلوب (خیر) و هم در امور نامطلوب (شر) رخ می‌دهد؛ و در جنبه خوشایند با فعل «یتلّی» و در جنبه ناخوشایند با فعل «بَلّی» به‌کار می‌رود (عسکری، ۱۴۰۰ق، ص ۲۳۵؛ طریحی، ۱۳۷۵، ج ۱، ص ۶۰). اما از کلام لغت‌شناسان، می‌توان استنباط کرد که در اصل مفهوم بلا، حتی اگر در امور خوشایندی چون ثروت، صحت بدنی، و جوانی باشد؛ معنای سختی، تلخی، و ناخوشایندی گنجانده شده است؛ چرا که امتحان و آزمایش، زمانی معنا خواهد داشت که به همراه خود، نوعی سختی و نیاز به تحمل رنج را به همراه داشته باشد. از این رو، برخی لغت‌شناسان (عسکری، ۱۴۰۰ق، ص ۲۳۵) تصریح کرده‌اند که اصل معنای بلا، آزمایش فرد به امور ناخوشایند (مکروه)، به قصد کشف میزان صبر فرد در برابر آن است. اساساً طبق کلام برخی دیگر از لغت‌شناسان (زمخشری، ۱۴۲۹ق، ص ۳۰۶) انتظار بر این است که افراد در مواجهه با بلا (امتحان و آزمایش)، چه در امور مطلوب و چه در امور نامطلوب، بدون آسیب از آن خارج شده و سالم باقی بمانند. بنابراین، همواره در مفهوم «بلا»، نوعی ایجاد سختی، دردسر، و آسیب‌زدگی وجود خواهد داشت.

«بلا»، در متون دینی در دو گستره دنیا (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۸، ص ۳۰۴) و آخرت (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۱، ص ۴۲)، استعمال فروانی داشته؛ و در دو قلمرو فردی با قلمرو بدنی، روانی، مالی، و قلمرو میان‌فردی (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۳۰۴) کاربرد دارد. در قلمرو بدن، امراض بدنی (طوسی، ۱۴۱۴ق، ص ۱۴۶؛ صدوق، ۱۴۰۶ق، ص ۱۹۲؛ همو، ۱۴۰۵ق، ج ۲، ص ۵۴۷) و مشکلات مالی (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۴۱۳)، همچون فقر (طوسی، ۱۴۱۴ق، ص ۱۴۶) بلا تلقی شده‌اند. در قلمرو روانی نیز به آسیب‌هایی چون مرض قلب (همان)، و نقص‌ها و کمبودهای روانی (تمیمی‌آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۲۳۴، ج ۴۶۸۲)، تعبیر «بلا» اطلاق شده است. مفهوم «بلا»، با مفاهیمی چون مرض (طوسی، ۱۴۱۴ق، ص ۱۴۶)، هم، غم، کرب (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۵۵۶)، و عجز (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۳۰۱) تعامل داشته و با مفاهیم سلامت، عافیت (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۱، ص ۲۲)، و صبر (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۳۰۱) تقابل دارد.

در بررسی‌های مختلف متون دینی آشکار شد که اساساً «بلا»، یک عنوان اسلامی است که به‌طور ثانوی، بر مفاهیم اولیه حوزهٔ سختی‌ها، بیماری‌ها، و مصیبت‌ها عارض شده است. همان‌طور که در لغت‌شناسی بلا استنباط شد، استعمال «بلا» در امور ظاهراً مطلوب نیز در مواردی است که به همراه خود سختی‌هایی را به همراه داشته باشد. اما آیا بلا را باید به‌معنای لغوی آن؛ یعنی صرف امتحان و آزمایش به قصد کشف میزان تحمل‌پذیری فرد تلقی کرد؟ از یک سو، در منابع اسلامی تعبیر «بلا» در امور اخروی نیز به کار رفته (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۱، ص ۴۲)؛ و بر اساس مبانی اعتقادی اسلام، جهان آخرت، دار حساب بوده؛ و نه مکان امتحان، آزمایش، و انجام عمل (صدوق، ۱۴۰۵ق، ج ۱، ص ۵۱). از سوی دیگر، اگر بلا صرفاً به‌معنای آزمایش باشد، فقط باید توصیه‌هایی برای تحمل آن، و درک معنای آن وجود داشته باشد؛ درحالی‌که آموزه‌های اسلامی افراد را به انجام اعمالی سوق می‌دهد که بلا از آنها دفع شده، یا رفع گردد (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۱۸۳ و ۴۷۱). در واقع، برای فهم بهتر معنای بلا، آن را باید با ملاحظه قبل و بعد از یک رویداد، مورد توجه قرار داد. مبتلا شدن فرد به یک بلا؛ بدون سابقه انجام عمل نامطلوب، می‌تواند آزمایش و امتحان الهی برای حرکت به سمت اهداف متعالی باشد. درحالی‌که بلا پس از انجام یک عمل یا رویداد نامطلوب لزوماً به‌معنای آزمایش نبوده، بلکه می‌تواند به‌معنای عقوبت، نعمت، و جزاء عمل خود فرد باشد. از این رو، درحالی‌که برخی روایات اسلامی بلا را با میزان ایمان و نزدیکی به خداوند پیوند زده (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۲۵۲). افراد با ایمان را به تحمل‌پذیری توحیدی در برابر بلا تشویق نموده (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۳۰۴). برخی دیگر، بلا را با رذائل اخلاقی گره زده؛ و آن را نتیجهٔ تبعیت از امیال و کشش‌های غیرهمسو با هدف متعالی معرفی کرده که فرد باید از ابتلای به آن، جلوگیری کند (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۳۹۴). جالب اینکه برخی لغت‌پژوهان (عسکری، ۱۴۰۰ق، ص ۲۳۵) نیز در تبیین فرق «بلا» و «نعمت»، خاطرنشان کرده‌اند که اگر بلا ابتدئاً برای فرد رخ دهد، به‌معنای آزمایش و امتحان بوده و اگر پس از یک رویداد باشد، هم معنای نعمت بوده و معنای عقوبت و جزاء را به خود خواهد گرفت. بنابراین، بلاها را باید به دو دستهٔ «خودخواسته» (خودساخته) و «خداخواسته» تقسیم کرد. طبق تبیین مفهوم عافیت و نجات که قبلاً گذشت، بلاهای خودساخته همچون گناهان را باید شر تلقی کرده، و بلاهای خداخواسته که بر اساس یک حکمت الهی شکل گرفته را نهایتاً باید خیر تلقی نمود، هرچند به ظاهر برای افراد ناخوشایند باشد. به هر حال، «بلا» چه آزمایش باشد و چه عقوبت، با خود سختی‌ها و رنج‌هایی را به همراه دارد؛ به هر حال، افراد در تلاش‌اند که با توانایی‌های خود یا در سلامت باقی مانده و گرفتار آن نشوند و یا از آن خلاصی یافته، به نجات یا عافیت برسند. در بخش نتیجه‌گیری، رابطهٔ بلا و سایر مفاهیم حوزه سلامت و بیماری بیشتر مورد بررسی قرار خواهد گرفت. جدول ۲، اصطلاح‌شناسی بیماری، در منابع اسلامی و نمودار ۲ چگونگی ارتباط مفاهیم بیماری‌شناختی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. اصطلاح‌شناسی بیماری و شاخص‌های مورد مطالعه بر اساس منابع اسلامی

| اصطلاح<br>شناسی<br>بیماری | معنای لغوی                                                                                  | قلمرو<br>مفهوم                                   | گستره<br>مفهوم | تعامل<br>مفاهیمی                                | تقابل<br>مفاهیمی        | معنای اصطلاحی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | نقش تبیینی<br>در سلامت                                                                     |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| مرض                       | هر نوع ضعف                                                                                  | بدنی و<br>روانی                                  | دنیا           | سقم                                             | صحت،<br>عافیت           | در قلمرو روانی؛ همان بیماری بدن.<br>در قلمرو روانی؛ پیوستاری از آسیب‌های روانی که در یک سوی<br>آن پریشانی‌های روانی ابتدایی همچون غم و حزن قرار داشته؛<br>در میانه آن، آسیب‌های شناختی در قلمرو ارتباط انسان و خداوند<br>بوده؛ و در انتهای آن، آسیب‌های عمیق شخصیتی همچون<br>نفاق و ستیزه جویی هشیارانه با یک آرمان مقدس قرار دارد. | آسیب‌زننده<br>سلامت؛<br>مختل‌کننده<br>سلامت                                                |
| سقم                       | مرض بدنی                                                                                    | بدنی و<br>(در<br>صورت<br>وجود<br>قرینه)<br>روانی | دنیا           | مرض،<br>وَجع، زُمانه،<br>داء، آفت،<br>ضرر، بلاء | صحت،<br>سلامت،<br>عافیت | بیماری جسمی که منشأ جسمی یا روانی داشته باشد.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | پیامد به هم<br>خوردن<br>سلامت روانی<br>و در عین<br>حال زمینه‌ساز<br>سلامت روانی<br>- معنوی |
| آفت                       | هر چیز<br>آسیب‌زننده و<br>فاسدکننده‌ای که<br>بر شیء عارض<br>می‌شود.                         | بدنی و<br>روانی                                  | دنیا و<br>آخرت | عجز، بلاء                                       | صحت                     | هر عامل ضرر زننده آسیب‌رسان، و تهدیدکننده بدن و روان که از<br>امور درون روانی ناشی شده، و یا از بیرون عارض فرد شده باشد.                                                                                                                                                                                                            | تهدیدکننده و<br>آسیب‌رسان<br>سلامت                                                         |
| عجز                       | کم‌توانی ناشی از<br>کوتاهی در انجام<br>به موقع عمل                                          | روانی                                            | دنیا           | آفت،<br>کسالت<br>اهمال                          | عقل،<br>کیاست،<br>صبر   | هر نوع آسیب روانی که از عدم تحمل سختی‌ها و تلخی‌های<br>انجام کار قابل اجرا و یا عدم پیش‌بینی رویدادهای آینده ناشی<br>شده؛ و یا سستی، اهمال کاری، و به تعویق انداختن کارها همراه<br>بوده؛ و فرد را به از دست دادن مهار سوق دهد.                                                                                                      | تهدیدکننده<br>سلامت روانی<br>یا نشانه نبود<br>سلامت روانی                                  |
| بلا                       | آزمایشی فرد به<br>امور ناخوشایند،<br>مشقت آور، و<br>آسیب‌زا به قصد<br>کشف میزان<br>صبر فرد. | بدنی و<br>روانی                                  | دنیا و<br>آخرت | عجز،<br>مرض                                     | سلامت،<br>عافیت،<br>صبر | عنوان ثانوی عارض شده بر مفاهیم حوزه سختی‌ها، بیماری‌ها،<br>و مصیبت‌ها که یا خواسته الهی جهت آزمایش توانایی‌های فرد<br>و تمایلی بخشی او بوده؛ و یا بقویت الهی است که حاصل ناتوانی<br>فرد در مهار اعمال معارض با هدف متعالی، یا ناتوانی در واداشتن<br>خود به اعمال هم‌راستا با هدف متعالی است.                                        | تهدیدکننده<br>سلامت روانی<br>یا نشانه نبود<br>سلامت روانی                                  |

## نتیجه‌گیری

پس از بررسی پنج مفهوم حوزه سلامت و شش مفهوم بیماری، حال باید به چگونگی ارتباط مفاهیم مذکور پرداخت، تا از طریق آن بتوان به الگوی پیشنهادی سلامت دست یافت.

همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان داد، در بررسی مفاهیم پنجگانه حوزه سلامت، مشخص شد که دو مفهوم سلامت و عافیت، عام‌ترین مفاهیم این حوزه بوده که مفاهیم صحت، نجات، و طهارت، در ذیل آن قرار دارند. طبق بررسی‌های انجام شده، «سلامت» را باید یک مفهوم پیشینی و «عافیت» را یک مفهوم پسینی تلقی کرد. سلامت در قلمرو بدنی، جدا بودن از بیماری‌ها و آفات بوده، و در قلمرو روانی - معنوی، به جدا بودن از امیال، رفتار، و باورهایی که با اهداف متعالی فرد در تعارض‌اند، اشاره دارد. درحالی که عافیت به جدا شدن از امور مذکور، بعد از ابتلا به آنها اشاره دارد و می‌توان آن را

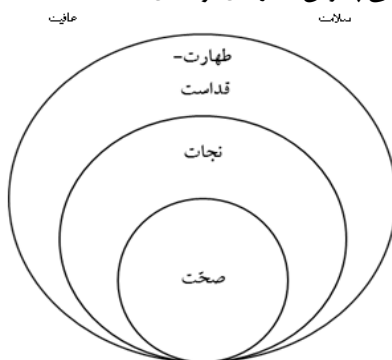
فرایند مقابله و خلاصی از عواملی دانست که سلامت فرد را در زمینه‌های جسمی، روانی، و معنوی مختل کرده است. با این حال، به دلیل پیوند دائم مفهوم سلامت دین و دنیا در منابع اسلامی، نمی‌توان این دو را از هم مجزا کرد، و باید به یکی از دو فرض ذیل قائل شد. یا باید با رویکرد مقوله‌ای به سلامت، سلامت معنوی (سلامت در دین / آخرت) را یک مقوله در کنار سایر مقوله‌های سلامت روان دانست. اما به دلیل پیوند محکم آن با سایر مقولات، از «سلامت روانی - معنوی» در اسلام سخن گفت، و یا با یک رویکرد پیوستاری، سلامت را در دامنه‌ای از سلامت در دنیا تا سلامت در آخرت (دین) گسترش یافته دیده، و سلامت معنوی را «سلامت کامل» تلقی کرد که دین اسلام، خواهان تلاش افراد در دستیابی به آن می‌باشد. این موضوع را مفهوم طهارت بیشتر می‌تواند تبیین کند.

اما مفهوم صحت، طبق یافته‌های جدول ۱، به جدا بودن یا جدا شدن از عیب‌ها و آفاتی اشاره دارد که به بدن فرد وارد شده، یا در حوزه روانی، باورهای شخص در مورد خداوند را مختل کرده است. از آنجاکه کاربرد صحت، عموماً در قلمرو بدنی است؛ باید آن را خاص‌تر از مفهوم سلامت دانسته، و در ذیل آن قرار داد. مفهوم نجات نیز خارج شدن از امور نامطلوبی (شر) است که فرد، خود را گرفتار آن کرده است، با این نگاه می‌تواند هم‌معنای عافیت باشد. اما از آنجاکه عافیت در منابع اسلامی، ضد بلا تلقی شده، و همان‌طور که گذشت، بلا اعم از امور خیر و شر است، بنابراین عافیت عام‌تر از مفهوم «نجات» خواهد بود. اما مفهوم «طهارت»، به پاک بودن یا پاک شدن از هر نوع آفت، یا آلودگی اشاره دارد که در امور معنوی ارتباط فرد با منبع مقدس را به چالش می‌کشد و گاهی با مفهومی به نام «قداست» استعمال می‌شود. از این رو، طهارت یک عنوان دینی است که فقط در امور روانی - معنوی، یا امور جسمی که منجر به امور معنوی می‌شود، به کار رفته است. درحالی که مفهوم «سلامت»، اعم از قلمرو جسمی و روانی است. بنابراین، سلامت مفهوم عامی است که شامل طهارت می‌شود. روابط مفاهیم حوزه سلامت در نمودار ۱، نشان داده شده است.

علاوه بر این، برای تحلیل دقیق‌تر مفهوم «سلامت»، باید توجه داشت که یکی از تعابیری که در منابع اسلامی در مورد سلامت به‌طور فراوان تکرار شده است، تعبیر «السَّامَةُ مِنْ: سالم ماندن از» می‌باشد. از این طریق، می‌توان به تبیین بهتر مفهوم سلامت روان دست یافت. مواردی که در روایات با تعبیر «السَّامَةُ مِنْ» به آنها اشاره شده، عبارتند از: سالم ماندن از گناه و خطا (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۱، ص ۶۱؛ ج ۲، ص ۴۴۳ و ۵۴۱)، سالم ماندن از بدزبانی، بددستی، و بدرفتاری (ابن شعبه حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۳۲۱) و سالم ماندن از وابستگی به دنیا، سالم ماندن از تبعیت امیال و کشش‌ها، سالم ماندن از تمایلات شدید در خوردن، سالم ماندن از تمایلات شدید جنسی (صدوق، ۱۴۰۵ق، ج ۱، ص ۲۲۳). از این تعابیر، می‌توان فهمید که موارد مذکور، به عامل یا عوامل تهدیدکننده سلامت اشاره دارد.

در واقع وجه مقابل این موارد، همان «معیارهای توحیدی» است که پذیرش آنها از افراد خواسته شده است. بررسی گسترده‌تر در منابع اسلامی، ما را به‌عنوان کلی‌تری به نام سالم ماندن از «بلا» رهنمون می‌شود (طوسی، ۱۴۱۴ق، ص ۳۸) که می‌توان همه موارد پیش گفته را در آن جای داده، و مفهوم «بلا» را به‌عنوان عامل اصلی تهدیدکننده یا از بین برنده سلامت تلقی نمود. طبق تبیین مفهوم «بلا»، فرد با «توانایی» خود، قادر به جلوگیری از آن خواهد بود. در مقابل، توانایی‌ها و

راهنمایی چون اطاعت از دین، بصیرت، آگاهی (نهج البلاغه، ح ۲۹۵۹)، استقامت (تمیمی آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۲۸۷، ح ۶۴۷۵)، صداقت (ابن شعبه حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۸۴)، دوراندیشی (نهج البلاغه، خ ۱۸۱)، و شکیبایی (صدوق، ۱۴۰۵ق، ج ۱، ص ۱۰۰)، زمینه‌ساز سلامت روانی - معنوی تلقی شده‌اند که می‌توان عوامل زمینه‌ساز مذکور را نیز با عنوان کلی‌تری به نام «توانایی‌های عقلانی» جایگزین کرد؛ چرا که در نگاه اسلامی، هم مفهوم سلامت و هم موارد اشاره شده، جزء نیروهای عقل (کلبنی، ۱۴۰۷ق، ج ۱، ص ۲۲) تلقی شده است. بنابراین، وقتی فرد با بلا مواجه می‌شود، هم باید «توانایی سازش با سختی‌ها با انگیزه الهی» را داشته باشد و هم «توانایی پذیرش معیارهای توحیدی».

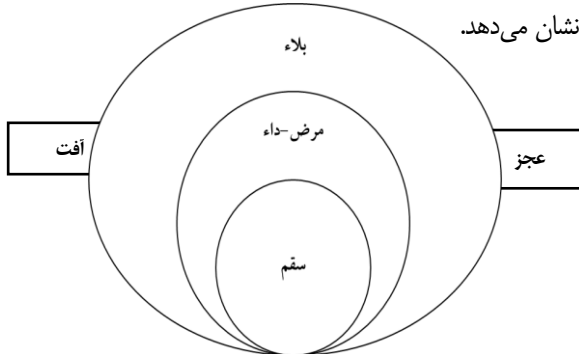


نمودار ۱. نحوه ارتباط مفاهیم سلامت

از سوی دیگر، همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، در حوزهٔ بیماری که شش مفهوم مورد بررسی قرار گرفته، با در نظر گرفتن عناوین اولیه و اصلی این مفاهیم، مرض مفهوم عامی است که مفاهیم داء و سقم با آن، هم معنا بوده، یا در ذیل آن قرار می‌گیرند، اما با در نظر گرفتن عنوان ثانویه، این مفهوم بلاست که همهٔ مفاهیم حوزه بیماری را تحت پوشش خود درآورده است.

طبق نتایج جدول ۲، مفهوم «مرض» در قلمرو بدنی، همان بیماری بدن بوده و در قلمرو روانی، به پیوستاری از آسیب‌های روانی اشاره دارد که از پریشانی‌های روانی ابتدایی، همچون غم و حزن شروع شده، از آسیب‌های شناختی در قلمرو ارتباط انسان و خداوند عبور کرده؛ و به آسیب‌های عمیق شخصیتی، همچون نفاق و ستیزه‌جویی هشیارانه با یک آرمان مقدس منتهی می‌شود. سقم به بیماری جسمی که منشأ جسمی یا روانی داشته باشد، اشاره دارد. اما عامل آسیب‌زا و ایجادکنندهٔ مرض را باید در مفهوم آفت و عجز جست‌وجو کرد. آفت، هر عامل ضررزننده، آسیب‌رسان، و تهدیدکنندهٔ بدن و روان است که از امور درون روانی ناشی شده، و یا از بیرون عارض فرد شده باشد. عجز، هر نوع «کم‌توانی» یا «نارسا - توانمندی» است که از عدم تحمل سختی‌ها و تلخی‌های انجام کار قابل اجرا و یا عدم پیش‌بینی رویدادهای آینده ناشی شده؛ و با سستی، اهمال‌کاری، و به تعویق انداختن کارها همراه می‌باشد و فرد را به از دست دادن مهار سوق دهد. از این‌رو، عجز را باید شرایط روانی کمبود توان در بازداری از ورود آفت‌های درونی و بیرونی تلقی کرد که فرد را در شرایط رنج‌آوری قرار خواهد داد.

اما مفهوم بلا، یک عنوان ثانویِ عارض شده بر همه مفاهیم حوزه سختی‌ها، بیماری‌ها، و مصیبت‌هاست که یا خواسته الهی برای آزمایش توانایی‌های فرد و تعالی بخشی او بوده؛ و یا عقوبت الهی است که از «کم‌توانی» یا «نارسا توانمندی» فرد، در مهار اعمال معارض با هدف متعالی و واداشتن خود، به اعمال هم‌راستا با هدف متعالی ناشی شده است که خود ناشی از نپذیرفتن «معیارهای توحیدی» است. از این رو، و با توجه به مستندات ارائه شده، در ضمن بررسی هریک از مفاهیم، همه مفاهیم حوزه بیماری، به نوعی مصداق بلا تلقی می‌شوند که فرد برای دستیابی یا بازیابی سلامت، با «توانایی‌های» خود، باید از آنها یا آثار آنها خلاصی یابد. نمودار ۲، چگونگی ارتباط مفاهیم بیماری‌شناختی را نشان می‌دهد.

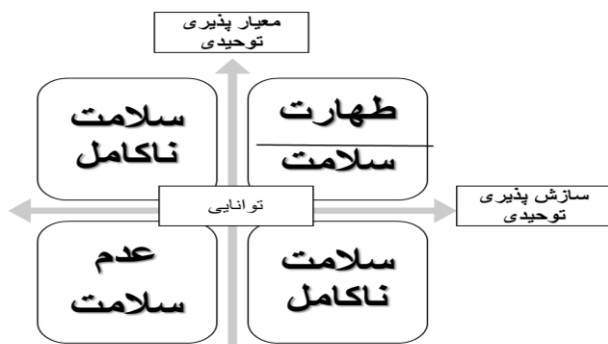


نمودار ۲. نحوه ارتباط مفاهیم بیماری‌شناختی

از آنچه گذشت، از ارتباط‌شناسی مفاهیم حوزه سلامت و حوزه بیماری در منابع اسلامی، این گونه استنباط می‌شود که سه مفهوم کلیدی «توانایی»، «سازش‌پذیری توحیدی»، و «معیارپذیری توحیدی» قابل استنباط است. منظور از «سازش‌پذیری توحیدی» تحمل کردن، کنار آمدن، و سازش، با سختی‌ها با انگیزه الهی است. منظور از «معیارپذیری توحیدی»، واداشتن خود به اعمال هم‌راستا با هدف متعالی و مهار خود از اعمال معارض با هدف متعالی است که هردوی اینها، نیازمند «توانایی»‌هایی است که فرد از آن برخوردار است. همان‌طور که پیش‌تر در معناشناسی بلا آشکار شد، بلاها به دو دسته خودساخته (همچون گناهان) و خداخواسته (همچون ابتلا به برخی بیماری‌ها، و رویدادهای غیرمترقبه) تقسیم می‌شوند. طبق منابع اسلامی، افراد در مواجهه با بلاهای گریزناپذیر خداخواسته دو گونه‌اند: برخی در برابر بلا صابر بوده، و برخی عاجزند. در واقع، کسی که در برابر بلا نتواند صبر کند؛ عاجز، کم‌توان، یا نارسا – توانمند است (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۳۰۴) و نبود صبر و توان مهار، نشانه نبود سلامت خواهد بود (نهج‌البلاغه، ح ۴۴۳۲؛ تمیمی‌آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۲۱۶، ح ۴۲۵۰). همچنین، همان‌طور که در مفهوم‌شناسی سلامت – بلا و عافیت – بلا گذشت، افرادی که در معرض بالای گریزپذیر خودساخته هستند، می‌توانند دو گونه باشند: برخی افراد، همواره مراقب افکار، امیال، و رفتارهای خویش بوده؛ در برابر اعمال و رفتار غیرهمسو با هدف متعالی مقاومت کرده، و خود را به اعمال همسو با هدف متعالی واداشته؛ و به بالای خودساخته گرفتار نمی‌شوند (تمیمی‌آمدی، ۱۴۰۸ق، ص ۲۸۷، ح ۶۴۷۵) و یا اگر گرفتار آن شوند، در تلاش خواهند بود که با

انجام اعمال جبرانی از آن خلاصی (نجات و عافیت) یابند. اما برخی دیگر، نه تنها خودمهارگر نبوده و زمینه ابتلای خود را فراهم می‌کنند (کلینی، ۱۴۰۷؛ ج ۲، ص ۳۹۴)؛ بلکه پس از ابتلا، خود را گرفتار «عجز» کرده، و توان خروج از آن را ندارند. این نشان از آسیب روانی آنها خواهد داشت (نهج‌البلاغه، ح ۴۴۳۲؛ ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴؛ ص ۳۱۳). بنابراین، می‌توان گفت: نارسا - توانمندی فرد به واسطه بلای گناهان، امراض، و مصیبت‌ها عدم سلامت است و توانایی فرد در مقابله با گناهان و مصیبت‌ها سلامتی خواهد بود. پس، سلامت را باید «توانایی فرد در پذیرش معیار توحیدی و توانایی او در سازش توحیدی» تلقی کرده، و عدم سلامت را «نارسا - توانمندی فرد در پذیرش معیار توحیدی و نارسا - توانمندی او در سازش توحیدی» در نظر گرفت. به عبارت دیگر، سازش‌پذیری توحیدی و معیارپذیری توحیدی، دو محور سلامت در نگاه اسلام خواهند بود. پس، هر کس که با پذیرش معیارهای توحیدی، گرفتار بلاهای ارادی نشده، یا بتواند آن‌را از خود بردارد، یا بتواند با انگیزه توحیدی در برابر بلاهای غیرارادی سازش یابد، سالم است.

نمودار ۳، با در نظر گرفتن دو ملاک «معیارپذیری توحیدی» و «سازش‌پذیری توحیدی»، با محوریت «توانایی» فرد، مدل پیشنهادی سلامت روان بر اساس منابع اسلامی را نشان می‌دهد. بر اساس این مدل پیوستاری، چهار سنخ از سلامت قابل پیش‌بینی خواهد بود. در صورتی که فرد در هیچ یک از دو ملاک یادشده توانایی لازم را نشان ندهد، باید از سنخ «عدم سلامت» سخن گفت و شاید این دسته افراد، در انتهای قطب «مرض» قرار گرفته باشند که پیش‌تر بدان اشاره شد (رک: جدول ۱)، و در صورت توانایی در کسب یکی از ملاک‌ها، دو سنخ «سلامت ناکامل» قابل تصور خواهد بود. اما اگر فرد توانایی لازم برای مجهز شدن به هر دو ملاک را کسب نماید، دو سنخ «سلامت» و «سلامت کامل(طهارت)» را می‌توان به تصویر کشید.



نمودار ۳. مدل پیشنهادی سلامت روان بر اساس منابع اسلامی

در واقع، «طهارت» را باید کامل‌ترین درجه سلامت روانی - معنوی تلقی کرد که تنها با اتصال روانی به منبع مقدس؛ یعنی خدای متعال محقق خواهد شد. در روایات اسلامی، سالم‌ترین قلب‌ها (روان‌ها)، از آن کسانی است که در زمینه

اعتقادات دینی و الهی به طهارت رسیده باشند (ابن شعبه حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۲۳۳). این طهارت، به سالم ماندن یا سالم شدن از همه اعمال، غیرهمسو با هدف متعالی، اعم از گناه فقهی، اخلاقی، و اعتقادی، اشاره دارد (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۵۸۸) که به عنوان آفت (همان، ج ۳، ص ۴۳) یا آلودگی (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۲، ص ۵۴۲) روان فرد را دچار آسیب کرده، و ارتباط فرد با منبع مقدس را به چالش می‌کشانند (صدوق، ۱۴۲۸ق، ج ۲، ص ۴۴۳). در منابع اسلامی، امام معصوم<sup>ع</sup> معدن و خاستگاه طهارت و قداست دانسته شده است (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۱، ص ۱۹۸) و افراد دیگر نیز به سبب شناخت، تبعیت، محبت، و ارتباط با امام معصوم<sup>ع</sup> می‌توانند به درجات مختلف طهارت دست یابند (همان، ص ۱۹۴). درحالی‌که قبلاً در بررسی مفهوم سلامت گفته شد که یک بُعد یا یک درجه کامل از سلامت، به سلامت معنوی اشاره دارد که در قالب مفاهیمی چون قلب سلیم و سلامت در دین و آخرت، مورد توجه قرار گرفته است.

از سوی دیگر، در ارتباط‌شناسی عافیت و طهارت، معلوم می‌شود که عافیت مکانیزم دستیابی به طهارت و یا از مقدمات دستیابی به طهارت است (ابن طاووس، ۱۴۱۸ق، ج ۱، ص ۱۱۵). البته همان‌طور که اشاره شد، عافیت مقابله با بلاهای به وجود آمده و خلاصی مشاهده‌پذیر از آنهاست که از جانب خداوند برای بندگان رقم می‌خورد و اگر بلاها از سنخ آسیب‌رسان‌های ارتباطی و اتصالی با منبع مقدس باشند، عافیت از آنها فرد را به سمت طهارت سوق خواهد داد. به عبارت دیگر، با یک رویکرد پیوستاری در نگاه اسلامی، عوامل مختلفی سلامت روانی را تهدید می‌کنند که همواره نیازمند به عافیت از آنها هستیم که در سطوح پایین، عافیت از بلاها صرفاً سلامت روانی سطح پایین را فراهم خواهد ساخت، و در سطوح بالا نیز عافیت از بلاها، سلامت روانی کامل، یعنی طهارت را به ارمغان خواهد آورد.

با این حال، برای تکمیل پژوهش، نیازمند به تحلیل سایر مفاهیم مربوط به سلامت و بیماری، بخصوص مفهوم عقل و جهل هستیم. آنچه در گام‌های بعدی حائز اهمیت است، تبیین دقیق «فرایندها» و «مکانیزم‌های» سلامت روان، از نگاه آموزه‌های اسلام است که پیشنهاد می‌شود پژوهشگران اسلامی در این مسیر گام بردارند.

## منابع

نهج البلاغه، ۱۴۱۴ق، تحقیق: فیض الاسلام، قم، هجرت.

صحیفه سجادیه، ۱۴۱۹ق، قم، نشر الهادی.

ابن ابی زینب، محمد بن ابراهیم، ۱۳۹۷ق، الغیبه للنعمانی، تحقیق: علی اکبر غفاری، تهران، صدوق.

ابن اثیر جزری، مبارک بن محمد، ۸۳۶، النهاية فی غریب الحديث والأثر، چ چهارم، قم، مؤسسه مطبوعاتی اسماعیلیان.

ابن درید، محمد بن حسن، ۱۴۱۰ق، جمهرة اللغة، بیروت، دارالعلم للملایین.

ابن سینا، حسین بن عبدالله، ۱۴۰۴ق، الشفاء (المنطق)، تحقیق: سعید زاید، قم، کتابخانه آیت الله مرعشی نجفی.

ابن شعبه حرانی، حسن بن علی، ۱۴۰۴ق، تحف العقول، تحقیق: علی اکبر غفاری، چ دوم، قم، نشر اسلامی.

ابن طاووس، علی بن موسی، ۱۴۱۸ق، الإقبال بالأعمال الحسنة فيما يعمل مرة فی السنة (ط-الحديث)، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.

ابن فارس، احمد، ۱۴۰۴ق، معجم المقاییس فی اللغة، قم، مکتب الاعلام الاسلامی.

ابن قولویه، جعفر بن محمد، ۱۳۹۹ق، کامل الزیارات، تحقیق: عبدالحسین امینی، نجف اشرف، دارالمرتضویه.

ابن منظور، محمد بن مکرم، ۱۴۱۴ق، لسان العرب، چ سوم، بیروت، دار صادر.

ابوترابی، علی، ۱۳۸۳، «معیارهای رفتار سالم از دیدگاه اسلام»، معرفت، ش ۸۴ ص ۱۶-۲۸.

تمیمی آمدی، عبدالواحد، ۱۴۰۸ق، تصنیف غررالحکم و درر الکلم، تصحیح: مصطفی درایتی، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.

جوادی آملی، عبدالله، ۱۳۸۳، تسنیم: تفسیر قرآن کریم (ج ۲)، تنظیم: علی اسلامی، چ چهارم، قم، اسراء.

جوهری، اسماعیل بن حماد، ۱۳۷۶، الصحاح، بیروت، دار الملایین.

حلی، علی بن یوسف، ۱۴۰۸ق، العدد القویة لدفع المخاوف اليومية، قم، کتابخانه آیت الله مرعشی نجفی.

حمیری، نشوان بن سعید، ۱۴۲۰ق، تسمی العلوم، دمشق، دارالفکر.

راغب اصفهانی، حسین بن محمد، ۱۴۱۲ق، مفردات الفاظ القرآن، دمشق، دارالقلم.

زمخشری، محمود بن عمر، ۱۴۲۹ق، مقدمة الأدب، تهران، مؤسسه مطالعات اسلامی دانشگاه تهران.

ساجدی، ابوالفضل، ۱۳۸۷، «دین و بهداشت روان»، روان شناسی و دین، سال اول، ش ۱، ص ۵۵-۸۶.

شجاعی، محمدصادق و مجتبی حیدری، ۱۳۸۹، نظریه های انسان سالم با نگرش به منابع اسلامی، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی

امام خمینی.

صدوق، محمد بن علی، ۱۳۹۸ق، التوحید، قم، جامعه مدرسین.

\_\_\_\_، ۱۳۷۸ق، عیون اخبار الرضا، تهران، نشر جهان.

\_\_\_\_، ۱۴۰۵ق، الخصال، تحقیق: علی اکبر غفاری، قم، نشر اسلامی.

\_\_\_\_، ۱۴۰۶ق، ثواب الأعمال و عقاب الأعمال، چ دوم، قم، دار الشریف الرضی للنشر.

\_\_\_\_، ۱۴۲۸ق، علل الشرائع، قم، کتابفروشی دوری.

\_\_\_\_، ۱۴۰۰ق، الامالی، چ دوم، بیروت، اعلمی.

طباطبائی، سید محمد حسین، ۱۳۷۴، المیزان فی تفسیر القرآن، ترجمه سید محمد باقر موسوی همدانی، چ پنجم، قم، جامعه مدرسین.

طباطبائی، سید محمد کاظم، ۱۳۹۰، منطق فهم حدیث، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.

طبرسی، حسن بن فضل، ۱۴۱۲ق، مکارم الاخلاق، چ چهارم، قم، شریف رضی.

طریحی، فخرالدین، ۱۳۷۵، مجمع البحرین، تهران، کتابفروشی مرتضوی.

طوسی، محمد بن حسن، ۱۴۱۱ق، مصباح المتعجل، بیروت، فقه الشیعه.

\_\_\_\_\_، ۱۴۱۴ق، *الأمالی*، قم، دار الثقافة.

طوسی، نصیرالدین، ۱۴۱۸ق، *شرح‌الاشارات والتنبيهات*، قم، نشرالبلاغه.

عانی، نزار، ۱۳۸۵، *کتاب‌شناسی توصیفی - تحلیلی اسلام و روان‌شناسی*، ترجمه بهروز رفیعی، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

عسکری، حسن بن عبدالله، ۱۴۰۰ق، *الفروق فی اللغة*، بیروت، دارالافتا الجدیده.

علیپور، مهدی و سیدحمیدرضا حسنی، ۱۳۹۴، *پارادایم اجتهادی دانش دینی (یاد)*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

فارابی، ابونصر، ۱۴۰۵ق، *فصول متزعه*، تحقیق فوزی نجار، چ دوم، تهران، المكتبة الزهراء.

فراهیدی، خلیل بن احمد، ۱۴۲۶ق، *العین*، تهران، اسوه.

فیومی، احمد بن محمد، ۱۴۱۴ق، *مصباح‌المنیر*، قم، دارالهجره.

قمی، علی بن ابراهیم، ۱۴۰۴ق، *تفسیر القمی*، چ سوم، قم، دارالکتاب.

کلینی، محمد بن یعقوب، ۱۴۰۷ق، *الکافی*، تصحیح: علی اکبر غفاری، چ سوم، تهران، دارالکتب الاسلامیه.

مسعودی، عبدالهادی، ۱۳۹۵، *درسنامه فقه‌الحديث*، قم، دارالحديث.

مطهری، مرتضی، ۱۳۹۰، *انسان کامل*، تهران، صدرا.

مفصل بن عمر، ۱۳۷۲ق (۱۹۵۰م)، *توحید المفضل*، تحقیق: کاظم مظفر، چ دوم، قم، داوری.

مفید، محمد بن محمد، ۱۴۱۳ق، *الأمالی*، قم، کنگره جهانی هزاره شیخ مفید.

نرم‌افزار «جامع‌الاحادیث نسخه ۳»، قم، مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی.

نرم‌افزار «قاموس اللغة ۲»، قم، مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی.

Haque, Amber, 2004, "Religion and Mental Health: The Case of American Muslims", *Journal of Religion and Health*, v. 43, n. 1, p.45-58.

Husain, Syed Arshad, 1998, "*Religion and Mental Health from the Muslim Perspective*", In: H, Koenig(Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health* (p 279-290), Academic Press.

Keyes, L. M, 2005, "Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 73, n. 3, p. 539-548.

Keyes, L. M, & Michalec, Barret, 2009, "*Mental Health*", In: Shane J. Lopez (Ed.), *Encyclopedia of positive psychology*, Blackwell Publishing Ltd.

Keyes, L. M, et al, 2002, "*Toward a Science of Mental Health Positive Directions in Diagnosis and Interventions*", In: C. R. Snyder and Shane J. Lopez.,(Eds) *Handbook of positive psychology*, Oxford University Press.

Koenig, Harold G, & Al-Shohaib, Saad, 2014, "*Health and Well-Being in Islamic Societies: Background, Research, and Applications*", Springer International Publishing Switzerland.

Nelson, James M, 2009, *Psychology, Religion, and Spirituality*, Springer Science.

Nolen-Hoeksema, Susan, 2011, *Abnormal Psychology, Fifth Edition*, The McGraw-Hill Companies, Inc.

Rogers, Anne, & Pilgrim, David, 2014, "*A Sociology of Mental Health and Illness, Fifth Edition*", McGraw-Hill Education, Open University Press.

Scheid, Teresa L, & Brown, Tony N, 2010, "*Approaches to Mental Health and Illness: Conflicting Definitions and Emphases*", In: Scheid, Teresa L. and Brown, Tony N. (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health, Second Edition: Social Contexts, Theories, and Systems* (1-6), Cambridge University Press.

Vivian W.Q, Lou, 2015, *Spiritual Well-Being of Chinese Older Adults Conceptualization, Measurement and Intervention*, Springer Heidelberg New York Dordrecht London.

## اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر شادکامی و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر اهواز

m.honarmand@scu.ac.ir

mehrzadshahroz@gmail.com

ah.banari@gmail.com

مهناز مهربابی‌زاده هنرمند / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران

مهرزاد شهروز / کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، ایران

علی‌همت بناری / استادیار دانشگاه جامعه‌المصطفی العالمية، ایران

مهدی ترابی‌زاده / استادیار دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، ایران

دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۲۳ - پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۲۲

چکیده

در این پژوهش، اثربخشی آموزش مثبت‌نگری، با تأکید بر آیات قرآن بر شادکامی و اضطراب اجتماعی، دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش، طرح تحقیق نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. ۲۶ دانش‌آموز، با روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده و به تصادف در دو گروه آزمون (۱۳ نفر) و گروه گواه (۱۳ نفر) قرار گرفته‌اند. مداخله به مدت ده جلسه، برای گروه آزمون انجام شد. پرسش‌نامه روان‌درمانی مثبت‌گرا، برای سنجش شادکامی (رشید) و پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی (واتسون و فرند)، در جلسات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه اجرا شد. نتایج نشان داد که کاربرد مثبت‌نگری، با تأکید بر آیات قرآن موجب افزایش شادکامی و کاهش اضطراب اجتماعی، دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل شد ( $p < 0.01$ )، که با توجه به نتیجه آزمون پیگیری، از ثبات لازم برخوردار بود. بنابراین، می‌توان از آموزش مثبت‌نگری، با تأکید بر آیات قرآن، برای افزایش شادکامی و کاهش اضطراب اجتماعی افراد استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن، شادکامی، اضطراب اجتماعی.

## مقدمه

انسان‌ها همواره در جست‌وجوی شادی بوده و هستند و برای رسیدن به چنین احساسی، دست به انجام فعالیت‌های مختلفی می‌زنند. برخی آن را در لذت جسمانی و کسب منافع مادی جست‌وجو و برخی در قدرت و شهرت، برخی از مسیرهایی که برای رسیدن به شادکامی رفته‌اند، موجب شادی موقت و برخی موجب شادکامی با ثبات شده است. برخی پیامدهای مثبتی برای رشد، شکوفایی و رفاه را دربر داشته است و برخی، از این مسیرها موجب آسیب جدی روحی، جسمی و بحران‌های بزرگ فردی و اجتماعی شده است. کنجکاوی اندیشمندان، برای پیدا کردن راز شادکامی انسان‌ها، آنها را به سوی مطالعه ویژگی‌ها و خصوصیات انسان‌هایی که توانسته‌اند علی‌رغم تحمل مشقات زیاد، احساس شادی و نشاط خود را حفظ کنند و به موفقیت‌های درخشانی دست یابند، هدایت نموده است (احتشام‌زاده، ۱۳۸۸، ص ۴). شادی و آرامش روحی، زمینه‌های باروری خرد و اندیشه را به وجود می‌آورد (مظفر، ۱۳۷۹). افراد شاد، دارای عزت‌نفس بالا، روابط دوستانه محکم و اعتقادات مذهبی معنادار هستند (مایرز (Myers)، ۱۹۹۶). آدمی، از دیرباز جست‌وجوگر شیوه‌های رسیدن به خوشبختی بوده است. وی، همواره با این پرسش روبرو بوده که چه چیز موجب خشنودی و شادکامی او در زندگی می‌شود. روان‌شناسی مثبت‌گرا، خواهان تغییر از پرداختن از ترمیم آسیب‌ها، به سوی بهینه کردن کیفیت زندگی است (سلیگمن (Seligman)، ۲۰۰۲). این جنبش در پی آن است که از نقاط قوت انسان‌ها، به‌عنوان سپری در بیماری‌های روانی بهره گیرد. در یکی دو دهه اخیر، رویکرد روان‌شناسی مثبت مورد توجه روان‌شناسان بسیاری قرار گرفته است (سلیگمن و سیکزنت‌میهای (Csikszentmihaly)، ۲۰۰۱). با طرح روان‌شناسی مثبت‌گرا، در حوزه روان‌شناسی ملاک‌های سلامتی دچار تحول اساسی گردید. در این رویکرد از روان‌شناسی، مفهوم شادکامی از جایگاهی ویژه برخوردار است. شادکامی، موضوع اساسی زندگی انسان است. سازمان بهداشت جهانی، شادکامی را عامل اساسی در تعریف سلامتی معرفی می‌کند (ترابی، ۱۳۹۰).

اضطراب، عموماً یک انتظار به ستوه آورنده است؛ به منزله چیزی است که ممکن است در تنشی گسترده، محو و اغلب بی‌نام اتفاق افتد. این حالت که به شکل احساس و تجربه کنونی مانند هر اغتشاش هیجانی در دو سطح همبسته بدنی و روانی در فرد پدید می‌آید، ممکن است به یک تهدید عینی «اضطراب‌آور» نیز وابسته باشد (ابراهیمی، ۱۳۹۱). اختلال اضطراب اجتماعی، به ترس آشکار و پیوسته از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد و از این‌ها و فرد ناشی می‌شود که او در این موقعیت‌ها به طرز خجالت‌آور یا تحقیرآمیزی عمل خواهد کرد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، به‌طور معمول از موقعیت‌های ترس‌آور پرهیز می‌کنند و به ندرت خود را مجبور به تحمل موقعیت یا عملکردی می‌کنند. اگر با این موقعیت‌ها روبرو شوند دچار اضطراب شدیدی خواهند شد (رینگلود (Rheigold) و همکاران، ۲۰۰۳). اضطراب اجتماعی، به‌عنوان یک اختلال از طبقه اختلال‌های اضطرابی، یکی از رایج‌ترین بیماری‌های روان‌شناختی (سعیدای، ۱۳۹۳، ص ۳۴)، شایع‌ترین اختلال اضطرابی و سومین اختلال روانی از نظر شیوع بین جمعیت عمومی است (هافمن و بارلو (Hafman & Barlow)، ۲۰۰۲، به نقل از: سعیدای، ۱۳۹۳) و اگر

درمان نشود با دورهای مزمن و پنهان همراه می‌گردد (المپ، ۱۹۹۵، به نقل از: سعیدلوی، ۱۳۹۳، ص ۳۴) و موجب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود (استین (Stein)، ۲۰۰۵، به نقل از: سعیدلوی، ۱۳۹۳، ص ۳۴).

توجه به ویژگی‌ها و جنبه‌های مثبت رفتارهای کودکان و نوجوانان، به جای تمرکز بر نقاط مختلف و جنبه‌های منفی رفتار آنها، دارای اهمیت است. لازم است کودکان و نوجوانان، به یک نگرش مثبت و سالم مجهز شوند تا مسیر مستقیم زندگی خود را بیابند. هنگامی که نوجوانان ارزیابی مثبتی از خود، دیگران و زندگی داشته باشند، آنان احساس ارزشمندی بیشتری دارند. برای اینکه آنان به چنین دیدگاهی برسند، باید از ویژگی‌های مثبت، توانایی‌ها و استعدادها و ویژه خود آگاه شده و به آنها احترام بگذارند و از داشتن این ویژگی‌ها، احساس رضایت کنند (برخوری و همکاران، ۱۳۸۸). بررسی‌ها نشان داده است که می‌توان مهارت‌های لازم برای برخورداری بودن از خوش‌بینی و روان‌شناسی مثبت‌گرا، همراه با انعطاف‌پذیری و مبتنی بر واقعیت را به کودکان و نوجوانان آموزش داد و آنها را در برابر مسائل و مشکلات، ایمن‌سازی روانی کرد (دهقانی و رنماخواستی، ۱۳۹۲، ص ۳).

روان‌شناسی مثبت‌گرا، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند. از این‌رو، عواملی که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی می‌گردند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد می‌باشند (سامانی و همکاران، ۱۳۸۶). نگرش صحیح نسبت به مسائل و ناکامی‌ها، موهبتی است که با آن، آدمی در مواجهه با نمونه‌های به ظاهر ناموزون خلقت، زیبایی و توازن در آنها می‌بیند و در زشتی‌ها، زیبایی‌ها را جست‌وجو می‌کند. قرآن کریم با هدف کاهش فشار وارده بر انسان، در رؤیاری با مصایب و حوادث، شیوه‌ها و عملکردهایی آموزش می‌دهد تا او توانایی دستیابی مطلوب از جمله آموزش را بیابد (مرادی، ۱۳۹۲، ص ۳). از منظر قرآن، تنها کسانی که دارای قلب سلیم و دلی آکنده از توحید هستند، در آخرت رستگار خواهند بود. بنابراین، برای رسیدن به کمالات معنوی و دستیابی به قلب سلیم، راهی جز تمسک به حسن‌ظن به پروردگار و پاک کردن روح و جان از سوءظن به خدا و مردم وجود ندارد؛ زیرا حسن‌ظن به پروردگار به معنای رهایی از شرک و محکم کردن پایه‌های توحید در قلب است. سوءظن به مردم نشئت گرفته از آلودگی باطنی و بیماری روح است و زدودن آن از دل، موجب سلامت ایمان می‌گردد. اهمیت مسئله حسن‌ظن به مردم، بیشتر به دلیل تأثیر شگرف آن در رهایی از گناه و رسیدن به امنیت روانی است. حسن‌ظن به مردم، نه تنها ساده‌اندیشی نیست، بلکه ناشی از دوراندیشی و تعقل است و از آثار آن در روابط اجتماعی می‌توان بهره برد. اما در مسائل سرنوشت‌ساز و مهم مانند ازدواج، قضاوت و معاملات و... اساس عمل، تفحص و سنجش اندیشه درباره رفتار و گفتار طرف مقابل است (حسینی، ۱۳۸۷، ص ۱۱).

دین اسلام که به همه شئون حیاتی انسان ژرف نگریسته و متناسب با نیازهای واقعی او و برای تعالی هر چه بیشتر او، برنامه‌هایی ارائه کرده است، شادی، نشاط و عوامل نشاط‌انگیز را که لازمه یک زندگی موفق است، به

انسان معرفی و توصیه می‌کند. مؤمنانی را که به خاطر برخورداری از نعمت‌های الهی و لطف و رحمت خداوند و به دست آوردن «پیروزی» شادمانی می‌کنند، مورد تأیید قرار داده است (مرادی، ۱۳۹۲، ص ۴). خداوند در سوره روم می‌فرماید: «کلیه امور عالم از قبل از این و بعد از این همه به امر خداست و آن روز مؤمنان شاد خواهند شد» (روم: ۴). خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی، یکی از متغیرهای مهم و مؤثر در انسجام فردی و اجتماعی است، به گونه‌ای که هم پیشوایان دینی بر آن تأکید و در روایات و احادیث از آن، به عنوان «حسن‌ظن» یا «خوش‌گمانی» یاد کرده‌اند و هم روان‌شناسان با برافراشتن پرچمی به نام روان‌شناسی مثبت‌گرا، به آن پرداخته‌اند (ثابتی، ۱۳۸۷). در قرآن، از حسن‌ظن به خداوند کریم، با این لفظ و به تصریح یاد نشده، اما با تأمل در آیات الهی، می‌توان دریافت که حجم گسترده‌ای از آیات به این معنا اشاره دارد؛ زیرا حسن‌ظن به خدا، در حقیقت ایمان صادق به وعده و وعید پروردگار است که در پرتو این معنا، مفاهیم خوف و رجا به روشنی نمود می‌یابد (حسینی، ۱۳۸۷، ص ۱۲). شناخت ریشه‌ها و آگاهی نسبت به پیامدهای حسن‌ظن و سوءظن به خدا و مردم، در زندگی فردی و اجتماعی و تأمین امنیت روانی و سلامت اجتماعی نقشی کاربردی و ویژه دارد.

در همین راستا، کیم و پوتنام (Kim & Putnam)، در پژوهشی نشان دادند که افراد مذهبی، رضایت بیشتری از زندگی دارند (مرادی، ۱۳۹۲، ص ۸۶). هدی (Heady) و همکاران (۲۰۱۰)، بر اساس مطالعاتی نشان دادند که افراد مذهبی رضایت بیشتری از زندگی دارند و بعکس، افرادی که از نظر مذهبی ضعیف‌ترند، رضایت کمتری از زندگی دارند. هولدر (Holder) و همکاران (۲۰۱۰)، یافتند که معنویت با شادکامی رابطه معناداری دارد. سینها و گولز (Sinha & Gulles) (۲۰۰۷)، بیان می‌کنند که به‌طور کلی افزایش مشاهدات و رفتارهای طبیعی، عامل خوبی برای کاهش رفتارهای خطرناک نوجوانان هستند. البته مانند همه نوجوانان، نوجوانان مذهبی هم نیز رفتارهای خطرناک انجام می‌دهند، اما نسبت به نوجوانان با فعالیت مذهبی کمتر، احتمالاً مشارکتشان در رفتار خطرناک کمتر است. فتاحی (۱۳۹۲)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزه‌های مذهبی برگرفته از **نهج البلاغه** بر خوش‌بینی دانش‌آموزان پسر پرداخته است. یافته‌های حاصل از این پژوهش، نشان می‌دهد که کاربرد آموزه‌های برگرفته از **نهج البلاغه** بر افزایش خوش‌بینی دانش‌آموزان پسر مؤثر بوده است.

دهقانی و رنا مخواسی (۱۳۹۲)، با بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری، با تأکید بر آیات قرآن بر سازگاری فردی - اجتماعی دانش‌آموزان، نشان داد که آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن، موجب افزایش سازگاری فردی - اجتماعی دانش‌آموزان شده است.

نتایج پژوهش براتی‌سه (۱۳۸۹)، نشان داد که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا، علاوه بر آنکه شادکامی را در زندگی افزایش می‌دهد، موجب خشنودی بیشتر از زندگی شد، معنا را در زندگی افزایش داده و در نهایت به کاهش افسردگی می‌انجامد. آموزش مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا، موجب می‌شود تا افراد به زندگی خود، تعهد بیشتری

داشته و فعالانه و با انگیزه بالاتر در آن درگیر شوند. معرف زاده (۱۳۸۹)، در پژوهش خود این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌های مقابله اسلام، برگرفته از آیات قرآن بر کاهش اضطراب دختران دبیرستانی تأثیر داشته است. با توجه به اینکه روان‌شناسان در سال‌های اخیر، تأکید ویژه‌ای روی روان‌شناسی مثبت‌گرا و اثرات مطلوب آن، بر جنبه‌های مختلف زندگی بشر دارند و با عنایت به توصیه‌های قرآن کریم و سفارشات دین اسلام، به خوش‌بینی و حسن‌ظن و اثرات آن و از طرفی، به این دلیل که هدف‌های مثبت‌نگری، شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی است که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند (مرادی، ۱۳۹۲، ص ۵)، مسئله این پژوهش، این است آیا آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن کریم بر شادکامی و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر اهواز تأثیر دارد؟

### روش پژوهش

طرح این پژوهش، یک طرح نیمه‌تجربی، از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری، شامل دانش‌آموزان دختر شاغل به تحصیل، در مقطع دبیرستان (پایه اول متوسطه دوم) شهر اهواز بود. نمونه آماری، مشتمل بر ۳۶ نفر از دانش‌آموزان جامعه مذکور بود که به تصادف در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۳ نفر گروه آزمایش و ۱۳ نفر گروه گواه). روش نمونه‌گیری، تصادفی خوشه‌ای بود؛ به این صورت که از میان ۴ ناحیه آموزش و پرورش اهواز، ناحیه ۳ و از بین دبیرستان‌های دخترانه این ناحیه، دو دبیرستان به تصادف انتخاب و دانش‌آموزان پایه اول، مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس، دانش‌آموزانی که نمره آنها در متغیر شادکامی، یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بودند و دانش‌آموزانی که نمره آنها در متغیر اضطراب اجتماعی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند.

### ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه روان‌درمانی مثبت‌نگر برای سنجش شادکامی (رشید، ۲۰۰۸). پرسش‌نامه روان‌درمانی مثبت‌نگر، برای سنجش شادکامی تدوین شده است و شبیه پرسش‌نامه افسردگی بک است. مواد بیست‌ویک گانه پرسش‌نامه، به شکل گزارش شخصی سه مسیر به سمت شادکامی (یعنی زندگی‌های لذت‌بخش، با اشتیاق و معنادار) است؛ آن گونه که سلیگمن (۲۰۰۲) مطرح می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که پرسش‌نامه روان‌درمانی مثبت‌گرا، پایایی و ثبات درونی خوبی دارد و آلفای کلی آن، ۰/۹۰ و آلفای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۸ تا ۰/۸۰ است. روایی همگرا، بین پرسش‌نامه و شاخص‌های بهباشی مثل رضایت از زندگی ( $r=0/68$ ) و پرسش‌نامه هیجان‌های فوردایس ( $r=0/56$ ) و مقیاس عاطفه‌ورزی مثبت از مقیاس PANAS ( $r=0/73$ ) بوده است. روایی افتراقی، بین پرسش‌نامه روان‌درمانی مثبت و شاخص‌های اندازه‌گیری افسردگی از جمله پرسش‌نامه بک ( $r=-0/62$ ) و مقیاس درجه‌بندی افسردگی زونگ ( $r=-0/57$ ) هم برقرار شده است. همچنین، معلوم شد که پرسش‌نامه روان‌درمانی مثبت، نسبت به تغییر نیز حساسیت دارد و بنابراین، به نظر می‌رسد برای اندازه‌گیری نتایج درمان هم مفید باشد (رشید، ۲۰۰۸). برای به دست

آوردن نمره زندگی شاد و لذت‌بخش، نمره گویه‌های ۱، ۴، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۹ با هم جمع می‌شوند که نمره متوسط برای بزرگسالان غیر افسرده، ۱۳ و برای افسرده‌ها، ۸ است. برای به دست آوردن نمره زندگی با اشتیاق، نمره مواد ۲، ۵، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۷ و ۲۰ با هم جمع می‌شوند. نمره متوسط برای بزرگسالان غیر افسرده، ۱۴ و برای افسرده‌ها، ۱۰ است. برای به دست آوردن نمره زندگی با معنا، نمره‌های ماده‌های ۳، ۶، ۹، ۱۵، ۱۲، ۱۸ و ۲۱ با هم جمع می‌شوند. نمره متوسط برای بزرگسالان غیر افسرده، ۱۲ و برای افسرده‌ها، ۹ است.

برای به دست آوردن نمره شادکامی کلی، نمره‌های کلی خرده‌مقیاس‌های زندگی لذت‌بخش، زندگی با اشتیاق و زندگی معنادار، با هم جمع می‌شوند. نمره‌ها ممکن است در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار گیرند. نمره متوسط برای بزرگسالان غیرافسرده، ۳۹ و برای افسرده‌ها، ۲۷ است.

با توجه به اینکه برای اولین بار، از پرسش‌نامه روان‌درمانی مثبت‌گرا، برای سنجش شادکامی استفاده می‌شود، ضریب پایایی آن در این پژوهش، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای کل شادکامی، برابر ۰/۸۶ و برای سه خرده‌مقیاس آن به ترتیب، زندگی شاد و لذت‌بخش برابر ۰/۶۵، زندگی با اشتیاق برابر ۰/۸۲، زندگی با معنا برابر ۰/۷۰ می‌باشد. همچنین، برای بررسی روایی این پرسش‌نامه از پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد استفاده شد. ضریب روایی به‌دست‌آمده بین این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد برای کل شادکامی برابر ۰/۶۹ و برای سه خرده‌مقیاس آن به ترتیب، زندگی شاد و لذت‌بخش برابر ۰/۶۶، زندگی با اشتیاق برابر ۰/۷۵ و زندگی با معنا برابر ۰/۵۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی واتسون و فرند: پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی، دارای ۵۸ ماده است که ۲۸ ماده مربوط به اجتناب اجتماعی و ۳۰ ماده مربوط به ترس از ارزیابی منفی است (سعیدآوی، ۱۳۹۳، ص ۵۰). این پرسش‌نامه، بر پایه طیف درست و نادرست مشخص گردیده است و نمره‌های صفر و یک، به هر پاسخ اختصاص یافته است. ضریب پایایی بازآزمایی خرده‌مقیاس اجتناب و پریشانی اجتماعی، برابر با ۰/۷۹ و ضریب پایایی خرده‌مقیاس ترس از ارزیابی منفی، برابر با ۰/۹۴ است. در پژوهش سعیدآوی (۱۳۹۳)، پایایی کل پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی، با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و پایایی خرده‌مقیاس‌های اجتناب و پریشانی اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی، به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۹ به‌دست‌آمده است. در این پژوهش، ضرایب پایایی این پرسش‌نامه، با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۳، برای اجتناب و پریشانی اجتماعی ۰/۶۸ و برای ترس از ارزیابی منفی ۰/۹۳ به دست آمد. با روش تنصیف برای کل پرسش‌نامه، اجتناب و ترس، به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۷۱ و ۰/۸۹ می‌باشد.

### خلاصه جلسات آموزش

جلسه اول: شروع جلسه با تلاوت آیاتی از قرآن مجید؛

هدف: آشنایی و معارفه اعضا، تشریح اهداف و قوانین گروه، توضیح متغیرهای مثبت‌نگری، شادکامی و

اضطراب اجتماعی، اجرای پیش‌آزمون؛

ابتدا اعضای گروه خود را معرفی کردند و قوانین گروه شامل: رازداری، احترام متقابل، عدم قضاوت راجع به نظر دیگران و غیره شرح داده شد. متغیر مستقل مثبت نگری، با تأکید بر آیات قرآن و متغیرهای وابسته شادکامی و اضطراب اجتماعی شرح داده شد. سپس، پیش آزمون از اعضا گروه به عمل آمد.

جلسه دوم:

هدف: شناخت نقاط قوت انسان از دیدگاه قرآن؛

- حساس کردن ذهن آزمودنی‌ها به تکیه بر ویژگی‌های مثبت و پذیرش و رفع ویژگی‌های منفی خود، در زمینه نقاط قوت و ضعف انسان و کرامت انسانی، آیاتی از قرآن به تفصیل بیان کردیم.

آیات مربوط به شناخت ارزش‌های انسان و نقاط مثبت: تین: ۴؛ بقره: ۳۰-۳۳؛ اسراء: ۷۰

تین، ۴: «تقویم» به معنی در آوردن چیزی به صورت مناسب و با نظام معتدل و کیفیت نیکوست و گستردگی مفهوم آن، اشاره به این دارد که خداوند، انسان را از هر نظر موزون و شایسته آفرید؛ هم از نظر جسمی و هم از نظر روحی و عقلی؛ زیرا تمام استعدادها را در وجود او به ودیعه نهاد و او را برای پیمودن قوس صعودی، بسیار عظیمی آماده ساخته و با اینکه انسان جرم صغیری است، عالم کبیر را در او جا داده، آن قدر شایستگی‌ها به او بخشیده که سزاوار خلعت «و لقد کرمنا بنی آدم» (اسراء: ۷۰) شده است (مکارم شیرازی، ۱۳۸۲، ج ۵، ص ۵۴۲).

بقره، ۳۰-۳۳: در این سلسله آیات که از آیه ۳۰ شروع می‌شود و به آیه ۳۹ ختم می‌شود، سه مطلب اساسی مطرح شده است:

۱. خبر دادن پروردگار به فرشتگان، راجع به خلافت و سرپرستی انسان در زمین و گفت‌وگویی که آنها با خداوند داشته‌اند.
۲. دستور خضوع و تعظیم فرشتگان در برابر نخستین انسان.
۳. تشریح وضع آدم و زندگی او در بهشت و حوادثی که منجر به خروج او از بهشت شد. سپس، توبه آدم و زندگی او و فرزندانش در زمین.

این آیه از نخستین مرحله سخن می‌گوید. خواست خداوند چنین بود که در روی زمین موجودی بیافریند که نماینده او باشد: صفاتش پرتوی از صفات پروردگار، و مقام و شخصیتش برتر از فرشتگان (همان، ج ۱، ص ۶۳).

اسراء، ۷۰: قرآن مجید در اینجا به بیان شخصیت والای بشر و مواهب الهی نسبت به او می‌پردازد، تا با توجه به این ارزش فوق العاده، به آسانی گوهر خود را نیالاید و خویش را به بهای ناچیزی نفروشد. می‌فرماید: «ما آدمی‌ها را گرمی داشتیم». سپس، به سه موهبت از مواهب الهی که به انسان‌ها عطا فرموده است، اشاره کرده می‌گوید: «و آنان را در خشکی و دریا (بر مرکب‌های راهوار) حمل کردیم». «و از انواع چیزهای پاکیزه به آنان روزی دادیم». «و آنها را بر بسیاری از موجوداتی که خلق کردیم، برتری بخشیدیم». گفتنی است واژه «کرمنا»، به جنبه‌های مادی اشاره می‌کند و «فَضَّلْنَا»، به مواهب معنوی؛ زیرا «فَضَّلْنَا» در قرآن به همین معنی آمده است.

می‌دانیم تنها موجودی که از نیروهای مختلف مادی و معنوی و جسمانی و روحانی تشکیل شده و در لابه‌لای

تضادها، می‌تواند پرورش می‌یابد و استعداد تکامل و پیشروی نامحدود دارد انسان است (همان، ج ۲، ص ۶۴۳).  
تکلیف: پنج تجربه را در طول هفته که دچار احساس منفی یا مثبتی شده‌اید، یادداشت کنید.  
جلسه سوم:

امام صادق علیه السلام فرموده است: حسن ظن به خداوند این است که تنها به خدا امید داشته باشی و جز از گناهت نترسی (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۷۵، ص ۱۱۶).

هدف: تأثیر امیدواری در عملکرد انسان؛

اصول مهم شادکامی عبارت است از: ۱. داشتن چیزی برای انجام دادن؛ ۲. چیزی برای دوست داشتن؛ ۳. چیزی برای امید داشتن (مگیار - مویی، ۱۳۹۱، ص ۱۷۳).

انعام: ۱۶۰؛ یوسف: ۸۷؛ هود: ۱۱۴؛ شرح: ۶؛ طلاق: ۷

تکلیف: ثبت حالات هیجانی خود، پس از احساس ناامیدی.

انعام، ۱۶۰: حسنه: عمل کاملاً نیکو، اعمالی که از انسان صادر می‌شود، سه گونه است: یا کار مباحی است که حکمی ندارد و یا کار نیک و با ارزش است و یا کار بد و زشت. انسان در مقابل کار خوب که از آن به حسنه تعبیر شده است، مستوجب پاداش می‌گردد. طبق این آیه، ضریب پاداش ده برابر است. درحالی که خدا کار بد را که از آن به سیئه یاد می‌کند، فقط یک برابر آن کیفر می‌دهد، و این نشانه گذشت و لطف خدا بر بندگان است (بهرام‌پور، ۱۳۹۰، ج ۸، ص ۱۱۱).

یوسف، ۸۷: تجسّس (حس) جست‌وجو از طریق حس است و اینکه با تجسّس چه تفاوتی دارد، میان ارباب لغت گفت‌وگو است. ابن عباس گفته تجسّس در امور خیر است و تجسّس در امور شر. برخی گفته‌اند: تجسّس کوشش برای شنیدن سرگذشت اشخاص است، تجسّس برای جست‌وجوی عیبهاست و برخی هر دو را به یک معنی دانسته‌اند. روح، به معنی جان و نفس است: سپس روح به معنی شادی و فرح است، چون در حل مشکلات جان تازه‌ای به آدم دمیده می‌شود و نفس آزاد می‌گردد (طبرسی، ۱۴۱۵ق، ج ۵، ص ۲۵۶؛ طباطبائی، ۱۳۹۰ق، ج ۱۱، ص ۲۵۷).

معنای (روح) و بیان اینکه یأس از روح و رحمت الهی گناه کبیره است. کلمه (روح) - به فتح راء و سکون واو - به معنای نفس و یا نفس خوش است. هر جا این واژه استعمال شود، کنایه است از راحتی که ضد تعب و خستگی است. وجه این کنایه این است که شدت و بیچارگی و بسته شدن راه نجات در نظر انسان، نوعی اختناق و خفگی تصور می‌شود. همچنان که مقابل آن یعنی نجات یافتن به فراخانی فرج و پیروزی و عافیت، نوعی تنفس و راحتی به نظر می‌رسد، و لذا می‌گویند: خداوند (فرج الهم و ینفس الکر) انده را به فرج، و گرفتاری را به نفس راحت می‌سازد. پس روحی که منسوب به خداست، همان فرج بعد از شدتی است که به اذن خدا و مشیت او صورت می‌گیرد.

بر هر کس که ایمان به خدا دارد، لازم است به این معنا معتقد شود که خدا هر چه بخواهد انجام می‌دهد و به هر چه اراده کند، حکم می‌نماید. هیچ قاهری نیست که بر مشیت او فائق آید و یا حکم او را به عقب اندازد، و هیچ صاحب

ایمانی نمی‌تواند و نباید از روح خدا مأیوس و از رحمتش ناامید شود؛ زیرا یأس از روح خدا و نومیدی از رحمتش در حقیقت محدود کردن قدرت او، در معنا کفر به احاطه و سعه رحمت اوست. همچنان که در آنجا که گفتار یعقوب<sup>ع</sup> را حکایت می‌کند، می‌فرماید: «انه لا یبأس من روح الله الا القوم الکافرون» (طباطبائی، ۱۳۹۰ق، ج ۱۱، ص ۳۲۰).

هود، ۱۱۴: در پایان، این آیه به اهمیت نماز و عبادات اشاره کرده، می‌گوید: حسنات، سیئات را از بین می‌برند و این موضوع (خاصیت حسنات) تذکری است برای آنان که توجه دارند (ذلک ذکری للذاکرین) (بهرامپور، ۱۳۹۱، ج ۱۲، ص ۲۱۸). حضرت علی<sup>ع</sup> فرمود: از رسول خدا شنیدم که فرمود: امید بخش‌ترین آیه قرآن این است: «وَأَقِمِ الصَّلَاةَ طَرَفَيِ النَّهَارِ وَزُلْفًا مِّنَ اللَّيْلِ إِنَّ الْحَسَنَاتِ يُذْهِبْنَ السَّيِّئَاتِ ذَلِكَ ذِكْرَى لِلذَّاكِرِينَ» (هود: ۱۱۴؛ طبرسی، ۱۴۱۵ق، ج ۵، ص ۲۰۱؛ طباطبائی، ۱۳۹۰ق، ج ۱۱، ص ۷۱۹).

شرح، ع: پس با هر دشواری، گشایشی همراه است. در این آیه، مهم‌ترین بشارت به پیامبر<sup>ص</sup> داده شده است که به یقین با این سختی، آسانی است؛ یعنی این مشکلات همیشه باقی نمی‌ماند. آنچه همیشه باقی است، رسالت تو و اسلام است. انسان وقتی مشکلات رسیدن به هدفی را با نتیجه آن مقایسه می‌کند، در می‌یابد که نتیجه کار، با مشکلات آن قابل قیاس نبوده و نتیجه وسیع‌تر بوده است. تکرار این جمله، نشان می‌دهد که با هر سختی دو آسانی است، به دلیل اینکه عسر معرفه به الف و لام است، و «العسر» دوم تکرار همان اولی است، ولی «یسر» نکره آمده و هر یک از آن دو مستقل و جدا از هم می‌باشند. این نکته ادبی مطابق نظریه نحویون و ادبای عرب است؛ یعنی از دوبار «العسر» یک عسر مراد است، ولی دو «یسر» در این آیه تکرار یکدیگر نیست، بلکه دو «یسر» مستقل مراد است (طبرسی، ۱۴۱۵ق، ج ۱۰، ص ۵۰۹).

طلاق، ۷: در پایان آیه، وعده می‌دهد که اگر شما بزرگواری و تقوا را رعایت کنید، مشمول رحمت خدا می‌گردید. می‌فرماید: خداوند به زودی بعد از سختی‌ها وسعت و راحتی فراهم می‌آورد: «سَيَجْعَلُ اللَّهُ بَعْدَ عُسْرٍ يُسْرًا»؛ یعنی هم زنی که طلاق گرفته و هم مردی که طلاق می‌دهد، با مشکلاتی روبرو می‌شوند، نباید بی‌تابی کرده و رشته تقوا و صبوری را پاره کنند، چرا که کارها به تدریج اصلاح می‌پذیرد (بهرامپور، ۱۳۹۲، ج ۲۸، ص ۳۰۰).

جلسه چهارم:

هدف: جایگاه صبر در روابط اجتماعی و احساسات فردی؛

معنای صبر، دست روی دست گذاشتن و انتظار کشیدن نیست. صبر یعنی مقاومت. در مقابل صبر، جزع، اضطراب، بی‌تحملی و بی‌ظرفیتی قرار دارد. صبر از دیدگاه حضرت علی<sup>ع</sup> صبر بر طاعت (عبادت)، صبر بر معصیت، صبر بر مصیبت، صبر بر خشم (کلینی، ۱۳۶۵، ج ۲، ص ۹۱).

(نحل: ۹۶، بقره: ۱۵۳؛ مریم: ۶۵؛ یوسف: ۱۸؛ عنکبوت: ۵۷-۵۹).

تکلیف: پنج ویژگی از نقاط قوت خود را بیان کنید.

نحل، ۹۶: امیرمؤمنان فرمود: بسیار تفاوت دارد عملی که لذتش از بین می‌رود و مسئولیتش باقی می‌ماند و عملی که درد و رنجش می‌رود و اجرش می‌ماند (نهج‌البلاغه، کلمات قصار، شماره ۱۲۱). سپس اضافه می‌کند: ما کسانی را که در اطاعت ما و وفای بر عهد صبر و استقامت کردند، به بهترین اعمالشان پاداش خواهیم داد: «وَلَنَجْزِيَنَّ الَّذِينَ صَبَرُوا أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ». تعبیر به احسن نشان می‌دهد که اعمال نیک همه یکسان نیستند، بلکه برخی خوب و برخی خوب‌تر است. ولی خدا همه را از دم به حساب خوب‌تر قرار می‌دهد و این کرامت خداوند، در پاداش دادن به مؤمنان است (بهرام‌پور، ۱۳۸۸، ج ۱۴، ص ۲۴۷).

بقره، ۱۵۳: بر خلاف آنچه بعضی تصور می‌کنند، «صبر» هرگز به معنای تحمل بدبختی‌ها و تن دادن به ذلت و تسلیم در برابر عوامل شکست نیست، بلکه به معنای پایداری و استقامت در برابر هر مشکل و هر حادثه است. موضوع دیگری که در این آیه، به عنوان یک تکیه‌گاه در کنار «صبر» معرفی شده است، «صلوة» (نماز) است. بنابراین، آیه فوق به دو اصل توصیه می‌کند: یکی اتکای به خداوند که «نماز» مظهر آن است. دیگری مسئله خودیاری و اتکای به نفس که به عنوان «صبر» از آن یاد شده است (مکارم‌شیرازی، ۱۳۸۲، ج ۱، ص ۱۴۸).

انسان در زندگی خود با مشکلات و حوادثی روبرو می‌شود که طبعاً غلبه بر آنها نیازمند پایداری است. بدین‌منظور، قرآن می‌فرماید: از نیروی استقامت و نماز کمک بگیرید که خدا با صابران است. اصلاً انسان، بدون عنصر صبر و توجه کامل به خدا رشد و ترقی نمی‌کند. تا آنجا که می‌بینیم، ترک محرمات و عمل به صالحات مستلزم صبر است. از این‌رو، گفته‌اند: صبر سه قسم است: صبر بر طاعت، صبر بر مصیبت و صبر بر مصیبت (بهرام‌پور، ۱۳۹۱، ص ۲۳).

مریم، ۶۵: سپس اضافه می‌کند: اینها همه به فرمان پروردگار تو است: «پروردگار آسمان‌ها و زمین و آنچه در میان این دو قرار دارد» حال که چنین است و همه خطوط به او منتهی می‌شود، «تنها او را پرستش کن» عبادتی توأم با توحید و اخلاص، و از آنجا که در این راه، راه بندگی، اطاعت و عبادت خالصانه خدا - مشکلات و سختی‌ها فراوان است، اضافه می‌کند: و در راه عبادت او صابر و شکیبا باش (مکارم‌شیرازی و همکاران، ۱۳۸۰، ج ۱۳، ص ۱۲۷).

یوسف، ۱۸: اشاره به معنای صبر و اینکه صابران چه کسانی هستند. معنای صبر این نیست که انسان خود را آماده هر مصیبتی نموده، صورت خود را بگیرد تا هر کس خواست سیلی‌اش بزند. معنای صبر، که یکی از فضایل است، این نیست که آدمی چون زمین مرده، زیر دست و پای دیگران بیفتد مردم او را لگدکوب کنند و بازچه قرار گیرند؛ زیرا خدای سبحان آدمی را به گونه‌ای خلق کرده است که به حکم فطرتش، خود را موظف می‌داند هر مکروهی را از خود دفع نماید. و خدا هم او را به وسائل و ابزار دفاع مسلح نموده تا به اندازه توانایی خود از آنها استفاده کند. چیزی را که این غریزه را باطل سازد، نمی‌توان فضیلت نام نهاد، بلکه «صبر» عبارت است از: اینکه انسان در قلب خود استقامتی داشته باشد که بتواند کنترل نظام نفس خود را - که استقامت امر حیات انسانی و جلوگیری از اختلال آن بستگی به آن نظام دارد - در دست گرفته، دل خود را از تفرقه و نسیان تدبیر و خبط فکر و فساد رأی جلوگیری کند.

پس، صابران کسانی هستند که در مصائب استقامت به خرج داده و از پا در نمی آیند، و هجوم رنج‌ها و سختی‌ها پایشان را نمی لغزاند، برخلاف غیر صابران که در اولین برخورد با ناملایمات قصد هزیمت می کنند و آنچنان فرار می کنند که پشت سر خود را هم نگاه نمی کنند.

صبر، توأم با توکل کارساز است. از اینجا روشن می شود که صبر فضیلت بزرگی، و راه خوبی است برای مقاومت در برابر مصائب و شکستن سورت و شدت آن. با این حال، به تنهایی برای برگرداندن عافیت و سلامت که در مخاطره بوده، کافی نیست. در حقیقت، صبر مانند دژی است که انسان از ترس دشمن بدان پناهنده شود، ولی این دژ، نعمت امنیت و سلامتی و حریت حیات را به انسان عودت نمی دهد؛ چه بسا نیازمند عامل دیگری است که آن موجب رستگاری و پیروزی شود.

این علت در آیین توحیدی عبارت است از: خدا - عز سلطانه. یک نفر موحد، وقتی ناملایمی می بیند و مصیبتی به او روی می آورد، نخست خود را در پناه دژ محکم صبر قرار داده، بدین وسیله نظام عبودیت را در درون خود در دست گرفته و از اختلال آن و متلاشی شدن قوا و مشاعرش جلوگیری می کند. سپس، بر پروردگار خود که فوق همه علت‌ها است، توکل کرده، امیدوار است که او را از شری که روی آورده حفظ کند، و همه اسباب را به سوی صلاح حال او سوق دهد. در این صورت، کار او کار خود خدای متعال شده، و خدا هم که بر کار خود مسلط است، اسباب را هر چند موجب بیچارگی او باشد، به سوی سعادت و پیروزی او جریان می دهد.

به دلیل همه این جهات، یعقوب پس از آنکه فرمود: «فصبر جميل» دنبالش گفت: «وَاللَّهُ الْمُسْتَعَانُ عَلَى مَا تَصِفُونَ» و واژه «صبر» را با واژه «توکل» تمام کرد، نظیر آنکه در آیات بعدی، همین معنا را رعایت نموده چنین گفت: «فَصَبْرٌ جَمِيلٌ عَسَى اللَّهُ أَنْ يَأْتِيَنِي بِهِمْ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ...» (یوسف: ۸۳).

برای اینکه توحید در فعل را تکمیل نموده، و اسمی از خود نبرد، نگفت: به زودی صبر خواهم کرد (و نیز نگفت): و من در آنچه شما می گوئید: به خدا استعانت می جویم، این کلام بیانگر این است که همه امور منوط به حکم خداست که تنها حکم او حق است. این کمال توحید او را می رساند و می فهماند که با آنکه درباره یوسف غرق اندوه و تأسف است، در عین حال یوسف را نمی خواهد و به وی عشق نمی ورزد، و از فقدانش دچار شدیدترین و جانکاه‌ترین اندوه نمی گردد، مگر به خاطر خدا و در راه خدا (طباطبائی، ۱۳۹۰ق، ج ۱۱، ص ۱۴۱-۱۴۲).

عنکبوت، ۵۷-۵۹: «وَالَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ لَنُؤْتِيَنَّهُمْ مِنَ الْجَنَّةِ غُرَفًا...». این آیه اجر ایمان و عمل صالح را بیان می کند. البته اجر پس از مرگ و بازگشت به خدا. با این بیان، بندگان خدا و مؤمنان را تشویق به صبر در راه او، و توکل بر او می کند. خدای تعالی در این آیه، نخست پاداش آنهایی را که ایمان آورده، و عمل صالح کرده‌اند، بیان می کند، و سپس آنان را عامل خوانده، و می فرماید: «وَنِعْمَ أَجْرُ الْعَامِلِينَ»؛ چه خوب است پاداش عاملان، آنگاه همین عاملان را تفسیر می کند به: «الَّذِينَ صَبَرُوا وَ عَلَىٰ رِبْهِمْ يَتَوَكَّلُونَ». کسانی که صبر می کنند، و بر پروردگار خود توکل می کنند، پس بر هر مؤمن است، که تا آنجا که راهی برای دینداری خود می یابد، دینداری

را از دست نداده، بر هر آزار و جفایی صبر کند. اگر هم نتوانست مراسم دینی خود را در وطن خود اقامه کند، آن‌گاه باید به سرزمینی دیگر مهاجرت کند، و بر دشواری و تعب و رنج غربت نیز صبر نماید.

«الَّذِينَ صَبَرُوا وَعَلَىٰ رَبِّهِمْ يَتَوَكَّلُونَ»؛ این جمله بیانگر اوصاف عاملان است. لازم به یادآوری است: هر چند صبر عمومی است، و شامل صبر بر مصیبت، و صبر بر اطاعت خدا، و صبر بر ترک معصیت او می‌شود، اما مورد آیه صبر بر مصیبت است؛ چون مناسب با حال مؤمنانی که در مکه در چنگ مشرکان قرار گرفته بودند، و به حکم این آیات، مأمور به هجرت شده بودند، صبر بر مصیبت است (طباطبائی، ۱۳۹۰ق، ج ۱۶، ص ۲۱۷-۲۱۸).

جلسه پنجم:

هدف: خیریابی در وقایع ناگوار؛

پیامبر ﷺ: هرگاه خداوند خیر و خوبی مردم را بخواهد، آنان را با سختی‌ها آزمایش می‌کند.

نوشتن دربارهٔ خیرها و برکت‌های حاصل از تجربه‌های منفی یا تلخ، به مردم کمک می‌کند تا به طور مؤثرتری با آن پیامد مقابله و بر آنها غلبه کنند. همچنین، نوشتن در مورد وقایع سخت موجب کاهش میزان اضطراب، افزایش سطح شادی و بهبود حالات جسمانی می‌شود (مگیار - مویی، ۱۳۹۱، ص ۱۹۰).

نساء: ۱۴۹؛ حج: ۵۸-۶۰؛ عنکبوت: ۲-۷:

تکلیف: نکات مثبت یک واقعهٔ بد و ناخواسته را یادداشت کنید.

نساء، ۱۴۹: همان‌گونه که خداوند «ستار العیوب» است، دوست ندارد افراد بشر عیوب مردم را فاش سازند و آبروی آنها را ببرند. در این آیه، به نقطهٔ مقابل این حکم اشاره کرده، می‌فرماید: «اگر نیکی‌ها را آشکار یا مخفی سازید، خداوند آمرزنده و تواناست» و با اینکه قادر بر انتقام است، عفو و گذشت می‌کند (مکارم‌شیرازی، ۱۳۸۲، ج ۱، ص ۴۹۴).

برداشت دیگر از آیه، اینکه: در صورتی شما برای رفع ظلم از خود مجاز هستید، بدرفتاری ستمگر را مطرح کنید. در صورت عکس قضیه نیز چنین عمل کنید؛ یعنی احسان و خوبی‌هایی که به شما روا داشته‌اند، آن را به‌عنوان تشکر ابراز کنید تا بدین ترتیب، اهل سخاوت و احسان تشویق شوند (بهرام‌پور، ۱۳۹۱، ص ۱۰۲).

حج، ۵۸-۶۰: در شأن نزول این آیه آمده است: هنگامی که مهاجران به مدینه آمدند، برخی از آنها به مرگ طبیعی از دنیا رفتند و برخی به شهادت رسیدند. در اینجا مردم همهٔ فضایل را برای شهیدان قائل شدند. آیه فوق نازل شد و هر دو را مشمول عنایت الهی معرفی کرد. از این رو، گفته‌اند: هر کس برای خدا و در راه خدا بمیرد، مشمول ثواب شهیدان می‌شود. گفته‌اند: عده‌ای عرض کردند یا رسول الله! کسانی که شهید شدند وضعیتشان معلوم است، ولی ما که همراه تو مجاهده می‌کنیم، اگر بمیریم چه می‌شود؟ خدا این آیه را نازل کرد (بهرام‌پور، ۱۳۹۱، ج ۱۷، ص ۳۴۰).

عنکبوت، ۲-۷: پس از حروف مقطعه، به یکی از مهم‌ترین مسائل زندگی بشر که مسئله شدايد و فشارها و آزمون‌های الهی است، اشاره کرده می‌گوید: آیا مردم گمان کردند همین که بگویند: ایمان آوردیم، به حال خود رها می‌شوند و آزمایش نخواهند شد؟

بعد، قرآن به بیان این حقیقت می‌پردازد که آزمایش یک سنت جاوید الهی است. در مقام ادعا، هر کس می‌تواند خود را برترین مؤمن، بالاترین مجاهد و فداکارترین انسان معرفی کند، حال اینکه ارزش این ادعاها، باید از طریق آزمون روشن شود. روشن است که خدا همه اینها را می‌داند. منظور از «علم» در اینجا، ظهور آثار و شواهد عملی است؛ یعنی باید علم خدا درباره مردم تحقق عینی یابد و هر کس آنچه در درون دارد، بیرون بریزد تا ثواب و جزا و کیفر مفهوم داشته باشد. به گفته علامه طباطبائی در *المیزان*، منظور از «لقاءالله» این است که بندگان در موقفی قرار می‌گیرند که حجابی میان آنها و پروردگارشان نیست؛ زیرا طبیعت روز قیامت، ظهور حقایق است.

اینکه دستور داده شده مؤمنان برای رسیدن به «لقاءالله» از آنچه در توان دارند فروگذار نکنند، به این دلیل است که «کسی که جهاد و تلاش کند، برای خود جهاد می‌کند؛ زیرا خداوند از همه جهانیان بی‌نیاز است».

برنامه آزمون الهی، جهاد با نفس و مبارزه با دشمنان سرسخت، برای حفظ ایمان و پاکی و تقوا، به سود خود انسان است. بنابراین، نخستین فایده این جهاد بزرگ (ایمان و عمل صالح)، تکفیر و پوشاندن گناهان است که عابد خود انسان می‌شود. همان گونه که ثواب آن نیز از آن خود اوست. «تکفر» از ماده تکفیر، در اصل به معنی پوشاندن است و منظور از پوشاندن گناهان، در اینجا عفو و بخشش الهی است (مکارم شیرازی، ۱۳۸۲، ص ۴۹۶-۴۹۷).

در این آیه، خاطر نشان می‌کند که هر کسی به میزانی که تلاش می‌کند، به آن خواهد رسید. هر گونه تلاش برای حفظ ایمان و تقوا و تحمل انواع شداید، در عمل به احکام دین، یک جهاد است. همانا خدا از جهانیان بی‌نیاز است. هر که عمل خوب یا بد کند، به خود کند و به خدا سود و زبانی نمی‌رساند.

در این آیه، نمونه‌ای از جهاد را توضیح داده و نخستین پایه این جهاد ایمان، عمل صالح، محو شدن کراهت‌ها و اعمال و نیت زشت از وجود انسان است. در این آیه، معنای صحیح با توجه به قاعده لطف و تفضل خدا که ضریب پاداش دهی، ده یک و بالاتر است، مراد این است که همه اعمال حسن و احسن، همه را با ضریب احسن محسوب کرده و پاداش کلان می‌دهیم (بهرام‌پور، ۱۳۹۱، ص ۳۹۶ و ۳۹۷).

جلسه ششم:

هدف: گذشت در رفتار و تأکید و سفارش دین بر آن؛

حضرت علیؓ فرمودند: «ضَحَّ امرٌ اَحْيَكَ عَلَى اَحْسَنِهِ حَتَّى يَأْتِيَكَ مَا يَغْلِبُكَ مِنْهُ وَ لَا تَظُنَّ بِكَلِمَةٍ خَرَجْتَ مِنْ اَحْيِكَ سُوءًا وَ اَنْتَ تَجِدُ لَهَا فِي الْخَيْرِ مَحْمُلًا» (کلینی، ۱۳۷۵، ج ۲، ص ۳۶۲)؛ اعمال برادر دینی‌ات را به نیکوترین وجه تفسیر و توجیه کن، مگر اینکه دلیلی بر خلاف آن قائم شود و هرگز نسبت به سخنی که از برادر مسلمان صادر شده گمان بد مبر، تا هنگامی که می‌توانی برای آن توجیهی مناسب و راه صحیح داشته باشی. رأی برادرت و کردار بد او در جست‌وجوی توجیهی باش. اگر توجیهی نیافتی، کوشش کن توجیهی پیدا کنی. کسانی که بخشش را بررسی می‌کنند، آن را به معنای فراموش کردن، نادیده گرفتن، پوزش طلبیدن و التماس کردن به فرد خطاکار نمی‌دانند. هدف آن هم

لزوماً آشتی و مصالحه کردن نیست. بعکس بخشش را کاری می‌دانند که شما برای خودتان انجام می‌دهید، تا تنش و ناراحتی‌تان را با رها کردن عواطف منفی زهرناک کاهش دهید (مگیار - مویی، ۱۳۹۱، ص ۱۹۱).

شوری: ۴۰-۴۳؛ نحل: ۱۲۶؛ نور: ۲۲؛ قصص: ۵۴

تکلیف: چند مورد از تجربیاتی که گذشت کرده‌اید و احساس پس از آن را بنویسید.

شوری، ۴۰-۴۳: حق قصاص و کیفر برای مظلوم در برابر ظالم، هرگز مانع از گذشت و بخشش نیست. تعبیر به «عزم‌الامور»، اشاره به این دارد که صبر و عفو، از کاره‌هایی است که خداوند به آن فرمان داده و هرگز نسخ نمی‌شود، یا از کارهایی است که انسان باید نسبت به آن عزم راسخ داشته باشد (مکارم‌شیرازی، ۱۳۸۲، ج ۴، ص ۳۴۲).

این آیه، بیان می‌کند که در فریادرسی باید عدالت را رعایت کرد و کار به انتقام‌جویی و مجازات، بیش از حد جرم نکشد. کیفر بدی مجازاتی مثل همان است و اگر کسی عفو کند و اصلاح نماید، اجر و پاداش او بر عهده خداوند است. این امر، مودت و محبت را در بین مردم تقویت کرده و بزرگواری و گذشت را که از فضایل انسانی است، رواج می‌دهد (بهرام‌پور، ۱۳۹۱، ص ۴۹۲).

نحل، ۱۲۶: در بعضی از روایات، می‌خوانیم که این آیه در جنگ احد نازل شد. هنگامی که پیامبر ﷺ وضع دردناک شهادت عمویش حمزه بن عبدالمطلب را دید که دشمن فقط به کشتن او قناعت نکرده، بلکه سینه و پهلوی او را با قساوت عجیبی دریده و کبد یا قلب او را بیرون کشیده و گوش و بینی او را بریده است، سخت ناراحت شد و فرمود: «اگر من بر آنها چیره شوم آنها را مثله می‌کنم». در این هنگام این آیه نازل شد. پیامبر ﷺ عرض کرد: «اصبر اصبر». این لحظه، شاید دردناک‌ترین لحظه‌ای بود که در تمام عمر بر پیامبر گذشت. ولی باز بر خود مسلط شد و راه دوم یعنی عفو و گذشت را انتخاب کرد (مکارم‌شیرازی، ۱۳۸۲، ج ۲، ص ۶۰۰).

می‌گوید: اگر خواستید مجازات کنید، فقط به اندازه‌ای که به شما تعدی شده کیفر دهید و نه بیشتر. البته اگر صبوری کنید و درگذرید، این کار برای صابران خیلی بهتر است (بهرام‌پور، ۱۳۹۱، ص ۲۸۱).

نور، ۲۲: کلمه «ایتلاء»، به معنای تقصیر و ترک و سوگند است، و هر سه معنا با هم تناسب دارند، و معنای آیه این است که صاحبان فضل و سعه، یعنی توانگران از شما نباید در دادن اموال خود به خویشاوندان و مساکین و مهاجرین در راه خدا کوتاهی کنند. یا معنای آن، این است که توانگران چنین کاری را ترک نکنند و یا این است که توانگران هیچ‌گاه سوگند نخورند که دیگر به نامبردگان چیزی نمی‌دهیم: «ولیعفوا عنهم و لیصفحوا». اگر هم از نامبردگان عمل نامالیمی دیدند، صرف‌نظر کنند، و بیخشانند. آن‌گاه توانگران را تحریک نموده و می‌فرماید: «أَلَا تُحِبُّونَ أَنْ يَغْفِرَ اللَّهُ لَكُمْ وَ اللَّهُ غَفُورٌ رَحِيمٌ»؛ مگر دوست نمی‌دارید که خدا هم بر شما ببخشد؟ و خدا آمرزنده و مهربان است (طباطبائی، ۱۳۹۰، ج ۱۵، ص ۱۳۴).

آیه می‌گوید: آنها که دارای مال و وسعت زندگی هستند، نباید سوگند بخورند که انفاق خود را به نزدیکان و

مستمندان و مهاجران در راه خدا قطع کنند. اضافه می کند که باید عفو کنند و نادیده بگیرند. آیا دوست نمی دارید که خدا شما را بیامرزد؟ معلوم می شود عفو دیگران، موجب عفو خدا و جلب عنایت الهی به انسان می شود و خدا آمرزنده و مهربان است (بهرامپور، ۱۳۹۱، ص ۳۵۲).

قصص، ۵۴: حق طلبان اهل کتاب به قرآن تو ایمان می آورند. آن گاه قرآن به پاداش عظیم این گروه حق طلب پرداخته، چنین می گوید: «آنان کسانی هستند که به خاطر شکیبایشان، اجر و پاداششان را دوبار دریافت می کنند». یکبار به دلیل ایمان به کتاب آسمانی خودشان که به راستی نسبت به آن پایبند بودند و یکبار هم به دلیل ایمان آوردن به پیامبر اسلام که کتاب های پیشین از او خبر داده بود. آن گاه به یک رشته از اعمال صالح آنها که هر یک از دیگری ارزنده تر است، اشاره می کند این اعمال عبارتند از: دفع سیئات به وسیله حسنات، انفاق از نعمت های الهی، و برخورد بزرگوارانه با جاهلان که به انضمام صبر و شکیبایی که در جمله قبل آمد، چهار صفت ممتاز می شود (مکارم شیرازی، ۱۳۸۲، ج ۳، ص ۴۷۶).

... آن گاه به چگونگی اعمال نیک آنها اشاره می کند و برخورد بزرگوارانه آنها را با جاهلان بازگو می کند: آنها به وسیله نیکویی ها، بدی ها را پاسخ می دهند. ویژگی دیگری که از آنها نفی می کند، این است: از آنچه روزیشان دادیم انفاق می کنند. آنها هر سخن لغو و ناسزا و بیهوده ای بشنوند از آن روی بر می گردانند. آنها لغو را با لغو پاسخ نمی دهند و جهل را با جهل مقایسه نمی کنند (بهرامپور، ۱۳۹۱، ص ۳۹۲).

جلسه هفتم:

هدف: بیان تجارب مثبت فردی و بحث گروهی در مورد این تجارب و استخراج نقاط قوت افراد (لقمان: ۱۷-۱۸؛ طلاق: ۷؛ روم: ۲۰؛ نحل: ۱۲۵).

تکلیف: تمرین خویشتن داری و گذشت در زندگی روزمره.

لقمان، ۱۷-۱۸: به مسئله صبر و استقامت که در برابر ایمان همچون سر نسبت به تن است، پرداخته و می گوید: «و در برابر مصایبی که به تو می رسد شکبیا باش، که این از کارهای مهم است».

«عزم» به معنای اراده محکم است. تعبیر به «عزم الامور» در اینجا، یا به معنی کارهایی است که از سوی پروردگار دستور مؤکد به انجام آن داده شده و یا منظور، کارهایی است که انسان باید نسبت به عمل بدان تصمیم راسخ داشته باشد. به هر حال، هر یک از این دو معنی، اشاره به اهمیت آن است. «ذلک» (این)، اشاره به صبر و شکیبایی دارد (مکارم شیرازی، ۱۳۸۲، ج ۳، ص ۵۷۰).

روم، ۲۰: در اینجا به دو شاهکار خلقت انسان اشاره شده است: یکی اینکه خداوند انسان را از خاک آفریده است. انسان اولی را خالصاً از خاک و گل آفرید و انسان های بعدی را از نطفه که آن هم به نوبت خود چکیده خاک است، آفرید. دوم اینکه از همین انسان، نسل او را تکثیر نمود. قدرت اینجاست که خاکی که نه نور دارد، نه زیبایی، نه حس و حرکت و شعور. ولی همین، خمیرمایه انسان است و اوست که از خاک تیره انسان ذی شعور را آفریده است. به همین دلیل، می گوید: «فتبارک الله احسن الخالقین» (مؤمنون: ۱۴؛ بهرامپور، ۱۳۹۱، ج ۲۱، ص ۸۵).

نحل، ۱۲۵: در اینجا سه روش برای دعوت به حق بیان شده است که عبارتند از: حکمت، موعظه نیکو و مجادله احسن. منظور از «حکمت»، بیان مطلب همراه با استدلال‌های محکم، و برهانی کردن آن است. منظور از «موعظه نیکو»، بیان مطلب در قالب پند و اندرز است که عواطف شنونده، در جهت پذیرش مطلب تحریک شود. مراد از «مجادله احسن»، گفت‌وگو و مناظره و استدلال با مطالب مورد قبول طرف مقابل است. در این روش باید ادب و مهربانی رعایت شود و «احسن» باشد (بهرام‌پور، ۱۳۹۱، ص ۲۸۱).  
جلسه هشتم:

هدف: تعامل رو در روی افراد با یکدیگر، از طریق بیان خوبی‌ها و نقاط قوت افراد به طور مستقیم (حجرات: ۹-۱۰؛ نساء: ۹۴؛ بقره: ۲۸۶):

تکلیف: تمرین مبارزه با افکار منفی و تبعات آن - مرور نقاط مثبت فردی در طول شبانه روز.  
حجرات: ۹-۱۰: در حدیث آمده است که پیامبر اسلام ﷺ فرمود: آیا شما را خبر دهم به چیزی که از نماز و روزه و صدقه هم بالاتر است؟ عرض کردند: بلی یا رسول‌الله فرمود: اصلاح میان دو نفر. قرآن کریم در این آیه، مؤمنان را برادر یکدیگر دانسته و فرموده است: همان‌طور که برای ایجاد صلح میان برادران نسبی تلاش می‌کنید، پس میان دو برادر دینی خود صلح ایجاد کنید.

امام صادق ع در این زمینه فرمود: مؤمن برادر مؤمن است و به منزله چشم راهنمای اوست و هیچ‌گاه به او خیانت و ظلم نمی‌کند، بر او نیرنگ و تقلب روا نمی‌دارد و از وعده‌اش خلاف نمی‌کند (همان، ص ۵۱۶).

نساء، ۹۴: در این آیه، دستور داده است کسانی که اظهار اسلام می‌کنند، به آنها نگوید مسلمان نیستند، بلکه از آنها استقبال کنید و هر اقدامی که می‌کنید، یا حرفی که می‌زنید، یا نسبتی که می‌دهید تحقیق شده باشد و تا حقیقت امری بر شما اثبات نشده است، حق ندارید کاری انجام دهید (همان، ص ۹۳).

بقره، ۲۸۶: این آیه می‌گوید: «خداوند هیچ کس را به اندازه توانایش، تکلیف نمی‌کند».

همه احکام با همین آیه تفسیر و تقیید می‌شود و به مواردی که تحت قدرت انسان است، اختصاص می‌یابد. آیه اخیر، با این بیان، مردم را به مسئولیت خود و عواقب کار خویش متوجه می‌سازد و بر افسانه جبر و اقبال و طالع و موهومات دیگری از این قبیل خط بطلان می‌کشد و به دنبال این دو اصل اساسی (تکلیف به مقدار قدرت، و مسئولیت هر کس در مورد اعمال خویش)، از زبان مؤمنان، هفت درخواست از درگاه پروردگار می‌کند. این امر، در واقع آموزشی است برای همگان که چه بگویند و چه بخواهند (مکارم‌شیرازی، ۱۳۸۲، ج ۱، ص ۲۷۳).

«عفو» در لغت، محو ساختن اثر چیزی است و منظور از آن، محو اثر گناه است. طبعاً با عفو، عوامل لغزش از جان مؤمنان جدا می‌شود تا کارشان به گناه نینجامد. غفران، صرف‌نظر کردن از مجازات است. در نهایت که انسان از گناه پاک شد، قابلیت شمول رحمت را پیدا می‌کند. از این رو، در اینجا مؤمنان درخواست می‌کنند: خدایا، رحمت خود را بر ما بگستران (بهرام‌پور، ۱۳۹۱، ص ۴۹).

جلسه نهم:

هدف: مفهوم توکل به معنای تکیه کردن بر قدرت بی‌انتهای خداوند، پس از تلاش فردی از مصادیق مثبت‌نگری دینی (آل عمران: ۱۶۰؛ شوری: ۳۸؛ طلاق: ۳؛ توبه: ۵۱)؛

تکلیف: تمرین و تمرکز بر ویژگی‌های مثبت فردی.

آل عمران، ۱۶۰: چون خداوند پیامبر اکرم ﷺ را امر به توکل فرمود، اینک معنای وجوب توکل بر خدا را بیان می‌دارد. «إِنْ يَنْصُرْكُمُ اللَّهُ»؛ اگر خداوند شما را بر مبارزه‌دهندگان علیه شما یاری کند، «فَلَا غَالِبَ لَكُمْ» هیچ‌کس قدرت بر پیروزی شما را نخواهد داشت، اگر چه عدد دشمنان و مبارزان زیاد و جمعیت شما اندک باشد. «وَإِنْ يَخْذَلْكُمْ»؛ یعنی اگر یاری خود را از شما باز گیرد و شما را در برابر دشمن به حال خود گزارد، به واسطه گناهانی که کرده‌اید. «فَمَنْ ذَا الَّذِي يَنْصُرُكُمْ مِنْ بَعْدِهِ»؛ مرجع ضمیرها «بعده»، الله است با حذف مضاف آن (یعنی بعد خذلان الله)؛ یعنی پس از خذلان خدا، دیگر یآوری نخواهید داشت. بنابراین، معنی (من) نفی است، به صورت استفهام؛ به این معنی که (کیست یاور شما؟) یعنی هیچ‌کس نخواهد بود و اینکه حرف استفهام، معنی نفی را دربر دارد، برای این است که پاسخ آن منفی است و با ذکر آن از بیان پاسخ بی‌نیاز شده‌ایم. این کار برای اقرار گرفتن از مخاطب بلیغ‌تر است.

«وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ»؛ مؤمنان باید به خدا توکل کنند. آیه، متضمن ترغیب مؤمنان است بر طاعت خدا که به این وسیله استحقاق نصرت الهی را پیدا می‌کنند. همچنین، متضمن تحذیر و دور داشتن از معصیت خداوند است که آنها را مستحق خذلان می‌گرداند. همچنین، توکل بر خدا را واجب می‌نماید که توکل مانع می‌شود از اینکه خداوند آنها را به خودشان واگذارد تا در نتیجه هلاک شوند (طبرسی، ۱۴۱۵ق، ج ۴، ص ۳۱۷).

شوری، ۳۶: قابل توجه اینکه، در این آیه تکیه بر مسئله «ایمان و توکل» شده است. این به دلیل آن است که امید به پاداش‌های الهی، برای کسانی است که علاوه بر ایمان، کار خود را به او تفویض کرده و تسلیم اراده او هستند؛ چرا که توکل واگذاری کار خویش و تفویض امر است. نقطه مقابل این گروه، کسانی هستند که بر اثر «حب دنیا» و دلبستگی به متاع زودگذر آن، به مجادله در آیات خداوند برمی‌خیزند، و حقایق را زیر پا می‌گذارند (مکارم‌شیرازی و همکاران، ۱۳۸۰، ج ۲۰، ص ۴۸۱).

یکی از نشانه‌های توکل بر خدا، پاک کردن زندگی فردی انسان از گناهان است؛ زیرا توکل به معنی تکیه کردن به احکام و حدود الهی و پیروی کردن از خطامشی خداوند است که در قرآن و سنت آمده است (بهرام‌پور، ۱۳۹۱، ج ۲۵، ص ۹۹).

طلاق، ۳: به زنان و مردان و گواهان هشدار می‌دهد، از مشکلاتی که در مسیر حق وجود دارد، نهراسند. مجری عدالت باشند و گشایش کارها را از خدا بخواهند؛ زیرا خداوند تضمین کرده است مشکل پرهیز کاران را بگشاید.

دو آیه اخیر، از امیدبخش‌ترین آیات قرآن مجید است که تلاوت آن دل را صفا و جان را روشنی می‌بخشد. پرده‌های یأس و نومیدی را می‌برد و به پرهیزگاران وعده نجات و حل مشکلات می‌دهد (مکارم‌شیرازی، ۱۳۸۲، ج

۵، ص ۲۰۷). ... و هر که از حرام‌خواری و خلاف‌خودداری کند، خدا او را از جایی که گمان نمی‌کند، روزی می‌دهد و هر که بر خدا تکیه کند و کارش را با حکم او مطابق نماید، خداوند برای او کافی است. بی‌تردید خداوند امر خود را به آخر می‌رساند (بهرام‌پور، ۱۳۸۸، ص ۵۵۸).

توبه، ۵۱: ولایت و اختیار امور ما تنها و تنها به دست خداست. این انحصار، از جمله «هو مولانا» استفاده می‌شود - و اختیار ما نه به دست خود ما است و نه به دست هیچ یک از این اسباب ظاهری، بلکه حقیقت ولایت، تنها از آن خداست و خدای تعالی سرنوشتی حتمی از خیر و شر برای همه تعیین نموده است. با اینکه می‌دانیم قبل از ما سرنوشتان معلوم و معین شده، چرا اوامر او را امتثال ننموده در احیاء امر او و جهاد در راه او سعی نکنیم. خدای تعالی هم مشیت خود را اجراء می‌کند و ما را پیروزی و یا شکست می‌دهد و این به عالم ما مربوط نیست؛ زیرا وظیفه بنده، بندگی و ترک تدبیر و امتثال امر است که خلاصه، همه آن توکل است.

آری، اگر انسان به راستی به این حقیقت ایمان داشته و مقام پروردگار خود را بشناسد، قهراً بر پروردگار خود توکل می‌جوید، و حقیقت مشیت و اختیار را به او واگذار می‌کند، و دیگر به رسیدن به حسنه خوشحال و در برابر مصیبت اندوهناک نمی‌گردد. همچنین، نسبت به آنچه که به دشمن انسان می‌رسد، نباید خوشحال و بدحال گردد. این امر از نادانی و جهل به مقام پروردگار است که وقتی دشمن انسان، موقعیتی به دست آورد، ناراحت شود. وقتی او مبتلا و گرفتار می‌گردد، وی خوشحال شود؛ زیرا دشمن او هم از خود اختیاری ندارد. این آن پاسخ اولی بود که خدای تعالی به کفار و منافقین در برابر خوشحالیشان از شکست مسلمانان و بد حالیشان از پیروزی آنان داده است. ظاهر کلام بعضی از مفسران این است که کلمه «مولی» در آیه، به معنای «ناصر» است. همچنین، از ظاهر کلام بعضی دیگر برمی‌آید که جمله «وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ»، جمله‌ای است مستأنف و غیرمربوط بما قبل که خدای تعالی مؤمنین را در آن، امر به توکل می‌کند. اما، سیاقی که این دو آیه دارد و بر همه مشهود است، با این دو حرف نمی‌سازد (مکارم‌شیرازی، ۱۳۸۲، ج ۵، ص ۲۰۷).

ای پیامبر به اینان بگو هیچ حادثه‌ای برای ما رخ نمی‌دهد، مگر آنچه خدا برایمان مقرر داشته است. خدایی که مولا و سرپرست ماست، حضرت زینب علیها السلام قبل از ماجرای عاشورا، چنان عزت و احترامی دارد که وقتی می‌خواهد سوار کجاوه شود، عباس و علی اکبر علیهما السلام زانوان خود را پله می‌کنند تا او سوار کجاوه شود. ایشان در این شرایط، پیوسته نماز شب و راز و نیاز با خدا را اقامه می‌کرد. آن حضرت پس از عاشورا، آن زمان که عزت ظاهری را از دست داده بود، نماز شب را هر چند به صورت نشسته بجا می‌آورد. به این ترتیب، پشت کردن دنیا در ارتباط وی با خدا و بندگی او، خلل ایجاد نکرد. خدا سرپرست حکیم و مهربانی است که جز آنچه صلاح ماست، مقرر نمی‌کند. قرآن در پایان آیه فرمود: به هر حال، مؤمنان باید تنها بر خدا توکل کنند؛ چرا که خداوند تکیه‌گاه و پناهگاه آنهاست (بهرام‌پور، ۱۳۹۱، ص ۱۹۵).

جلسه دهم:

هدف: جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون، تقدیر و تشکر از اعضا.

آیات مربوط: سوره مبارکه ضحی. همه آیات این سوره مبارکه دربارهٔ مثبت اندیشی و بر شماری نعمت‌هایی است که به انسان رسیده است (بهرام‌پور، ۱۳۹۱، ص ۲۴۷).

## یافته‌های پژوهش

جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد متغیر شادکامی و اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های شادکامی و اضطراب اجتماعی دو گروه

| مرحله     | متغیر          | گروه آزمایش |                  | گروه گواه |                  |
|-----------|----------------|-------------|------------------|-----------|------------------|
|           |                | میانگین     | انحراف استاندارد | میانگین   | انحراف استاندارد |
| پیش‌آزمون | کل شادکامی     | ۲۹/۶۹       | ۱۳/۳۱            | ۳۱/۲۳     | ۸/۳۳             |
|           | اضطراب اجتماعی | ۳۰/۳۰       | ۶/۱۸             | ۲۹/۶۱     | ۷/۱۷             |
| پس‌آزمون  | کل شادکامی     | ۴۲/۹۲       | ۱۱/۷۵            | ۳۱/۹۲     | ۹/۲۴             |
|           | اضطراب اجتماعی | ۲۴/۲۳       | ۷/۰۳             | ۲۷/۰۷     | ۷/۳۳             |
| پیگیری    | کل شادکامی     | ۴۱/۵۳       | ۱۳/۴۵            | ۳۱/۶۹     | ۱۰/۲۵            |
|           | اضطراب اجتماعی | ۲۳/۳۸       | ۷/۶۹             | ۲۷/۸۶     | ۷/۲۳             |

نتایج آزمون لوین، برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه و همچنین، نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف برای آزمودن بهنجاری توزیع نمرات شادکامی و اضطراب اجتماعی، در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها لوین برای مقایسه پیش‌آزمون گروه‌ها و آزمون کولموگروف - اسمیرنف برای آزمودن فرض بهنجاری توزیع

| متغیر          | شاخص‌های آماری | آزمون لوین |     |     |          | آزمون KS |          |
|----------------|----------------|------------|-----|-----|----------|----------|----------|
|                |                | F          | df1 | df2 | معناداری | Z-KS     | معناداری |
| کل شادکامی     |                | ۳/۳۱       | ۱   | ۲۴  | ۰/۱۹     | ۰/۱۰     | ۰/۲      |
| اضطراب اجتماعی |                | ۰/۰۴       | ۱   | ۲۴  | ۰/۸۳     | ۰/۰۸     | ۰/۲      |

نتایج یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد، آزمون لوین در متغیر شادکامی ( $F=۳/۳۱$ ،  $p=۰/۱۹$ ) و در متغیر اضطراب اجتماعی ( $F=۰/۰۴$ ،  $p=۰/۸۳$ ) معنادار نمی‌باشد. بنابراین، واریانس دو گروه، در متغیرهای شادکامی و اضطراب اجتماعی، به‌طور معناداری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. همچنین، با توجه به سطح معناداری گروه آزمایش و گروه گواه، در آزمون کولموگروف - اسمیرنف، فرض بهنجاری توزیع نمرات متغیرها در جامعه مورد پژوهش، مورد تأیید قرار می‌گیرد.

مهم‌ترین پیش‌فرض مانکوا، یعنی برابری شیب‌های رگرسیون محاسبه شد، نتایج حاصل در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج حاصل از همگنی برابری شیب‌های رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

| تعامل                                    | نام آزمودن    | شاخص‌های آماری | مقدار | F    | فرضیه df | خطا df | سطح معناداری |
|------------------------------------------|---------------|----------------|-------|------|----------|--------|--------------|
| پیش‌آزمون‌ها در سطوح عامل با پس‌آزمون‌ها | لامبدای ویلکز | شادکامی        | ۰/۶۲۱ | ۲/۴۲ | ۴        | ۳۶     | ۰/۰۶۶        |
|                                          | لامبدای ویلکز | اضطراب اجتماعی | ۰/۶۰۴ | ۲/۵۶ | ۴        | ۳۴     | ۰/۰۵۶        |

نتایج مندرج در جدول ۳، حاکی از برابری شیب‌های رگرسیون برای متغیر شادکامی ( $p=0/066$ ) و اضطراب اجتماعی ( $p=0/056$ ) است. برای مقایسه گروه آزمایش و گروه گواه، بر اساس نمرات پس‌آزمون پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، برای تعیین میزان اثربخشی آموزش مثبت‌نگری، با تأکید بر آیات قرآن بر شادکامی و اضطراب اجتماعی، ابتدا یک تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی نمره‌های پس‌آزمون شادکامی و اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش و گروه گواه

| نام آزمون               | مقدار | F     | Df خطا | Df فرضیه | سطح معناداری |
|-------------------------|-------|-------|--------|----------|--------------|
| آزمون اثر پیلاهی        | ۰/۷۴  | ۳۰/۵۲ | ۲      | ۲۱       | ۰/۰۰۱        |
| آزمون لامبدای ویلکز     | ۰/۲۵  | ۳۰/۵۲ | ۲      | ۲۱       | ۰/۰۰۱        |
| آزمون اثر هتلینگ        | ۲/۹۰  | ۳۰/۵۲ | ۲      | ۲۱       | ۰/۰۰۱        |
| آزمون بزرگترین ریشه‌روی | ۲/۹۰  | ۳۰/۵۲ | ۲      | ۲۱       | ۰/۰۰۱        |

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری همه آزمون‌ها، قابلیت استفاده از مانکوا را مجاز می‌شمارند. این امر، بیانگر این است که بین افراد گروه آزمایش و گروه گواه حداقل، از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. جدول ۵، نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری (آنکوا) بر روی نمره‌های متغیرهای شادکامی و اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان گروه آزمایش و گروه گواه را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری (آنکوا) روی نمره‌های پس‌آزمون شادکامی و اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش و گروه گواه

| متغیر          | مجموع مجنورات | درجه آزادی | میانگین مجنورات | F     | سطح معنی‌داری |
|----------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|
| شادکامی        | ۹۸۴/۱۳        | ۱          | ۹۸۴/۱۳          | ۲۷/۳۳ | ۰/۰۰۱         |
| اضطراب اجتماعی | ۱۹۹/۷۵        | ۱          | ۱۹۹/۷۵          | ۴۲/۵۳ | ۰/۰۰۱         |

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین گروه آزمایش و گروه گواه، از نظر شادکامی ( $F=27/33$ ) و  $p<0/001$ ، و اضطراب اجتماعی ( $F=42/53$ ) و  $p<0/001$  تفاوت معناداری وجود دارد. برای تعیین اثر آموزش مثبت‌نگری، با تأکید بر آیات قرآن بر شادکامی و اضطراب اجتماعی، در مرحله پیگیری یک تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) انجام گرفت.

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی نمره‌های پیگیری شادکامی و اضطراب اجتماعی در دو گروه

| نام آزمون               | مقدار | F     | Df خطا | Df فرضیه | سطح معنی‌داری |
|-------------------------|-------|-------|--------|----------|---------------|
| آزمون اثر پیلاهی        | ۰/۶۱۳ | ۱۶/۶۱ | ۲      | ۲۱       | ۰/۰۰۱         |
| آزمون لامبدای ویلکز     | ۰/۳۸۷ | ۱۶/۶۱ | ۲      | ۲۱       | ۰/۰۰۱         |
| آزمون اثر هتلینگ        | ۱/۵۸  | ۱۶/۶۱ | ۲      | ۲۱       | ۰/۰۰۱         |
| آزمون بزرگترین ریشه‌روی | ۱/۵۸  | ۱۶/۶۱ | ۲      | ۲۱       | ۰/۰۰۱         |

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری همه آزمون‌ها، قابلیت استفاده از مانکوا را مجاز می‌شمارند. این امر، بیانگر این است که بین افراد گروه آزمایش و گروه گواه، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای

وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. جدول ۷، نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) بر روی نمره‌های متغیرهای شادکامی و اضطراب اجتماعی دو گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) روی نمره‌های پیگیری شادکامی و اضطراب اجتماعی در دو گروه

| متغیر          | مجموعه مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F     | سطح معناداری |
|----------------|----------------|------------|-----------------|-------|--------------|
| شادکامی        | ۸۳۴/۹۷         | ۱          | ۸۳۴/۹۷          | ۱۸/۳۵ | ۰/۰۰۱        |
| اضطراب اجتماعی | ۲۳۸/۱۱         | ۱          | ۲۳۸/۱۱          | ۲۱/۴۴ | ۰/۰۰۱        |

همان‌گونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های نمره‌های شادکامی، در گروه آزمایش و گروه گواه، در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=18/35$  و  $P<0/001$ ). همچنین، بین میانگین‌های نمره‌های اضطراب اجتماعی دو گروه، در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=21/44$  و  $P<0/001$ ). براین اساس، می‌توان گفت: آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن نیز اثربخش بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش، تعیین تأثیر برنامه آموزش مثبت‌نگری، با تأکید بر آیات قرآن کریم بر شادکامی و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر اهواز بود. نتایج نشان داد، بین میانگین نمره‌های شادکامی گروه آزمایش و گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد. براین اساس، می‌توان گفت: آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن موجب افزایش شادکامی دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته با پژوهش‌های کیم و پوتنام (۲۰۱۰)، به نقل از مرادی (۱۳۹۲)، هدی و همکاران (۲۰۱۰)، هولدر و همکاران (۲۰۱۰)، فتاحی (۱۳۹۲)، دهقانی و رنا محمداستی (۱۳۹۲)، رحیم‌زاده چهارلنگ (۱۳۹۲) و مرادی (۱۳۹۲) همخوان است. دین اسلام که به همه شئون حیاتی انسان ژرف‌نگریسته و متناسب با نیازهای واقعی او و برای تعالی هرچه بیشتر او برنامه‌هایی ارائه کرده است، شادی، نشاط و عوامل نشاط‌انگیز را که لازمه یک زندگی موفق است، به انسان معرفی و توصیه می‌کند. مؤمنانی را که به خاطر برخورداری از نعمت‌های الهی و لطف و رحمت خداوند و به دست آوردن «پیروزی» شادمانی می‌کنند، مورد تأیید قرار داده است (مرادی، ۱۳۹۲، ص ۴). خداوند در سوره روم می‌فرماید: «کلیه امور عالم از قبل از این و بعد از این همه به امر خداست و آن روز مؤمنان شاد خواهند شد» (روم: ۴).

تبیینی که در این رابطه می‌توان ارائه داد، این است که خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی، یکی از متغیرهای مهم و مؤثر در انسجام فردی و اجتماعی است، به گونه‌ای که پیشوایان دینی بر آن تأکید ورزیده و در روایات و احادیث از آن، به‌عنوان «حسن‌ظن» یا «خوش‌گمانی» یاد کرده‌اند. شادی و آرامش روحی، زمینه‌های باروری خرد و اندیشه را به وجود می‌آورد (مظفر، ۱۳۷۹). روابط دوستانه محکم و اعتقادات مذهبی معنادار، یکی از عوامل مؤثر در شادکامی است. امام علی علیه السلام می‌فرماید: «شادی، موجب انبساط روح و ایجاد وجد و نشاط می‌شود» (ابن‌عاشور، ۱۴۲۰ق، ج ۲، ص ۱۸۰).

سرگرمی‌های لذت‌بخش و هدف‌دار، در کلام امام رضا<sup>ع</sup> این‌گونه وصف شده است: «از لذائذ دنیوی نصیبی برای کامیابی خویش قرار دهید و خواهش‌های دل را از راه‌های مشروع بر آورید. مراقبت کنید که در این کار، به مردانگی و شرافت شما آسیب نرسد و دچار اسراف و تدروی نشوید. تفریح و سرگرمی‌های لذت‌بخش، شما را در اداره زندگی یاری می‌کند و با کمک آن، بهتر در امور دنیوی خویش موفق خواهید شد» (مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۷۵، ص ۳۲۱).

در قرآن می‌خوانیم: «ای رسول خدا! به خلق بگو که شما باید منحصرأ به فضل و رحمت خدا شادمان شوید (و به نزول قرآن مسرور باشید) که آن بهتر و مفیدتر از ثروتی است که برای خود اندوخته می‌کنید» (یونس: ۵۸). از پیامبر اکرم<sup>ص</sup> سؤال شد که بهترین بندگان خدا چه کسانی هستند؟ فرمود: «آنهايي که وقتی نیکی می‌کنند، خوشحال می‌شوند و زمانی که بدی کردند، طلب استغفار می‌کنند» (مجلسی، ۱۳۸۴، ج ۲، ص ۴۳۹). اثر آموزش مثبت‌نگری، با تأکید بر آیات قرآن بر شادکامی دانش‌آموزان دختر در دوره پیگیری یک ماهه نیز تأثیر داشته است.

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین نمره‌های اضطراب اجتماعی گروه آزمایش و گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. براین اساس، می‌توان گفت: آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن موجب کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته، با پژوهش‌های میکولینر و شیور (Mikuliner & Shaver) (۲۰۰۷)، مخیجا و سانگ (Makhija & Singh) (۲۰۱۰)، وگیلز و هیمن (Vgiles & Heyman) (۲۰۰۴)، احمدی‌تبار (۱۳۹۳)، مقتدا (۱۳۹۲)، دهقانی‌ورنا (مخواسی ۱۳۹۲) و محبوبی و همکاران (۱۳۹۱) همسو است. فردی که دچار اضطراب اجتماعی است، هیچ‌گونه تمایلی به آغاز ارتباط با دیگران ندارد و با احساس ترس پایدار غیرمعمول از هر موقعیتی که ممکن است در معرض دآوری دیگران قرار گیرد، اجتناب می‌ورزد. همه انسان‌ها دوست ندارند بخشی از رفتار یا جنبه‌های مختلف شخصیت‌شان، توسط دیگران مورد ارزیابی قرار گیرد. افراد مضطرب، از اظهار نظر دیگران، بخصوص از ارزیابی منفی می‌ترسند. موقعیت‌هایی که سبب ارزیابی آنها توسط دیگران می‌شود، به موقعیت‌های اضطراب‌زا معروف هستند. ترس از ارزیابی منفی، فرد مضطرب را وادار می‌کند که از برخورد با دیگران پرهیز کند. بدین طریق، ترس خود را کاهش دهد. برخی افراد ممکن است انتظار زیادی از خود داشته باشند و این انتظارات موجب این باور می‌شود که آنها قابل توجه نیستند و آن‌گونه که مایلند، مورد قبول دیگران واقع نمی‌شوند. این وضعیت، معمولاً به اضطراب اجتماعی و در نتیجه، کاهش اعتماد به نفس می‌انجامد. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت: یکی از روش‌های درمان اضطراب اجتماعی، مثبت‌نگری است. در مورد مثبت‌نگری، دین اسلام دارای منابع و احادیث فراوانی است. «حسن‌ظن» در لغت به معنای «گمان نیک و خوش‌بینی»، در مقابل سوءظن به معنای «بدگمانی و بدبینی» می‌باشد. در تعریف اصطلاحی «نیک‌انگاری» درباره خداوند، فعل و انفعالات جهان و نیز پندار، گفتار و کردار انسان‌ها، خوش‌بینی، مثبت‌نگری یا به تعبیر روایات اسلامی «حسن‌ظن» نام دارد (قرشی، ۱۳۷۱، ص ۱۳۴).

امام صادق علیه السلام می‌فرماید: «ان حسن الظن من الایمان» (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۷۵، ص ۱۹۶)؛ خاستگاه گمان نیک، ایمان است. بنابراین، اسلام با ایجاد نیروی ایمان در قلوب پیروان خود، اصل خوش بینی و اعتماد را در میان آنها گسترش داده و مسیر اجتماع را به محیط مطلوبی که سرشار از اطمینان و آرامش است، سوق می‌دهد. اگر افراد معتقد باشند که عالم محضر خداست و کسی که دایم ناظر و شاهد اعمال اوست، از همه افراد و مخلوقات بالاتر است، دیگر نگران قضاوت‌های دیگران نیستند و ترس ندارند که دیگران درباره آنها ارزیابی مثبت یا منفی داشته باشند، بلکه می‌خواهند رفتارشان با ارزش‌ها و اعتقاداتشان هماهنگ باشد. از سوی دیگر، می‌دانند اگر از همه جا رانده شوند، باز پناهگاه امنی خواهند داشت که به او تکیه کنند. این موضوع، عزت نفس آنها را افزایش داده و اضطراب‌شان را کاهش می‌دهد.

## منابع

نهج البلاغه، ۱۳۶۹، ترجمه محمد دشتی، چ دوم، قم، امام علی (ع).

ابراهیمی، الهام، ۱۳۹۱، مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر بخشش و امید بر اضطراب عمومی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

ابن عاشور، محمدطاهر، ۱۴۲۰ق، تفسیر التحرير والتبوير، بیروت، مؤسسه التاریخ.

احتشام‌زاده، پروین، ۱۳۸۸، بررسی رابطه برون‌گرایی و درون‌گرایی با سلامت عمومی و شادکامی با توجه به متغیرهای میانجی بخشنودگی و راهبردهای مقابله اسلامی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه شهید چمران، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی.

احمدی تبار، مرتضی، ۱۳۹۳، اثربخشی آموزش مثبت‌اندیشی با رویکرد دینی - مذهبی مبتنی بر آیات کریم بر کاهش تعارضات زنانبوسی، زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، خوزستان، دانشگاه علوم و تحقیقات.

براتی سده، فرید، ۱۳۸۹، اثربخشی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر در افزایش نشاط، شادی، خشنودی زندگی و معناداری از زندگی و کاهش افسردگی مددجویان و مراجعان به سازمان بهزیستی اصفهان، ایلام، بوشهر و تهران، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.

برخوری، حمید و همکاران، ۱۳۸۸، «اثربخشی مهارت‌های مثبت‌اندیشی به شیوه گروهی بر انگیزه پیشرفت، عزت‌نفس و شادکامی دانش‌آموزان پایه اول دبیرستان شهر جیرفت»، رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، سال دوم، ش ۵، ص ۱۳۱-۱۴۴.

بهرام‌پور، ابوالفضل، ۱۳۹۱، تفسیر نسیم حیات، چ هفدهم، قم، آوای قرآن.

\_\_\_\_، ۱۳۸۸، نسیم حیات، چ ششم، قم، آوای قرآن.

\_\_\_\_، ۱۳۹۰، نسیم حیات، چ نهم، قم، آوای قرآن.

\_\_\_\_، ۱۳۹۲، نسیم حیات، چ ششم، قم، آوای قرآن.

ترابی، عطا، ۱۳۹۰، «بررسی شادکامی در گونه‌های مختلف خانواده بر اساس مدل فرایند و محتوایی خانواده در دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر شیراز»، مشاوره کاربردی، دوره اول، سال اول، ش ۱، ص ۳-۲۰.

ثابتی، محمدرضا، ۱۳۸۷، «راه و رسم زندگی مثبت‌نگری»، دلتای مثبت، ش ۱، ص ۵۱-۶۱.

حسینی، اعظم السادات، ۱۳۸۷، سوءظن و حسن‌ظن به خدا و خلق در آیات و روایات، قم، جامعه القرآن الکریم.

دهقانی ورنامخواستی، مسعود، ۱۳۹۲، بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر سازگاری فردی-اجتماعی دانش‌آموزان سال دوم دبیرستان‌های پسرانه ناحیه ۴ اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات.

رحیم‌زاده چهارلنگ، روسانا، ۱۳۹۲، اثربخشی آموزش مثبت‌نگری به شیوه خودتنظیمی بر رضایت زندگی زنان دارای همسر معتاد شهر رامهرمز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

سامانی، سیامک و همکاران، ۱۳۸۶، «تاب‌آوری سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی»، روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، ش ۳، ص ۲۹۰-۲۹۵.

سعدی‌اوی، جاسم، ۱۳۹۳، اثربخشی آموزش ابراز وجود بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش سلامت عمومی در دانش‌آموزان

- نابینای مقطع متوسطه شهر اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد، خوزستان، دانشگاه علوم و تحقیقات.
- فتاحی، داراب، ۱۳۹۲، *اثر بخشی آموزه های مذهبی برگرفته از نهج البلاغه بر خوش بینی دانش آموزان پسر دوره متوسطه شهرستان گنوند*، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
- طباطبائی، سید محمد حسین، ۱۳۹۰ق، *المیزان فی تفسیر القرآن*، بیروت، مؤسسه الاعلمی للمطبوعات.
- طبرسی، محمد بن حسن، ۱۴۱۵ق، *مجمع البیان*، بیروت، مؤسسه الاعلمی للمطبوعات.
- قرشی، سید علی اکبر، ۱۳۷۱، *قاموس قرآن*، چ ششم، تهران، دارالکتب الاسلامیه.
- کلینی، محمد بن یعقوب، ۱۳۹۰، *اصول کافی*، ترجمه حسین استادولی، قم، دارالتقنین.
- \_\_\_\_، ۱۳۷۵، *اصول کافی*، تصحیح علی اکبر غفاری، قم، دارالمکتب اسلامی.
- مجلسی، محمد باقر، ۱۴۰۳ق، *بحار الأنوار*، چ سوم، تهران، المکتبه الاسلامیه.
- محبوبی، محمد و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه سلامت معنوی و اضطراب اجتماعی در جانبازان شیمیایی»، *دوره چهاردهم*، ش ۳، ص ۱۸۶-۱۹۱.
- محمدی ری شهری، محمد، ۱۳۸۴، *میزان الحکمه*، ترجمه حمیدرضا شیخی، قم، دارالحدیث.
- مرادی، فاطمه، ۱۳۹۲، *بررسی اثر بخشی آموزش مثبت نگری با تأکید بر آیات بر افزایش تاب آوری و شادکامی زنان مطلقه مددجوی اداره بهزیستی شهرستان ایزه در سال ۱۳۹۱*، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات.
- مظفر، حسین، ۱۳۷۹، «اثر نشاط روحی بر شکوفایی خرد»، *تربیت*، ش ۷، ص ۱۲-۱۵.
- معرفزاده، صدیقه، ۱۳۸۹، *اثر بخشی آموزش مهارت های مقابله اسلام برگرفته از آیات قرآن بر کاهش اضطراب دختران ناحیه چهار اهواز*، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، خوزستان، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات.
- مقتداه، محمد امین، ۱۳۹۲، *بررسی اثر بخشی واگویی حماسه سازان ۱۰ تا ۲۰ ساله حادثه کربلا بر جرأت و رزی دانش آموزان پسر سال اول شهر اهواز*، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات.
- مکارم شیرازی، ناصر و همکاران، ۱۳۸۰، *تفسیر نمونه*، تهران، دارالکتب الاسلامیه.
- مکارم شیرازی، ناصر، ۱۳۸۲، *برگزیده تفسیر نمونه*، تهران، دارالکتب الاسلامیه.
- مگیار - موئی، جینا. ال، ۱۳۹۱، *فنون روان شناسی مثبت نگرا*، ترجمه فرید براتی سده، تهران، رشد.
- Heady, 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*, v. 1, p. 73.
- Holder, M. D, et al, 2010, Spirituality, *Religiousness, and Happiness Studies*, (11, 12), 131-150.
- Makhija, M, & Singh, P, 2010, Effectiveness of assertiveness training program on self esteem and academic achievement in adolescents, *International Research Journal*, v. 1(11).
- Mikuliner, M, & Shaver, P. R, 2007, *Attachment in adulthood Structure, dynamics and change*, New York: Guil Ford press.
- Myers, D. G, 1996, *Close relationships and quality of life*, In D. Kahneman. E. Diener & N. Schwarz (Ed).
- Rashid, T, 2008, *Positive psychotherapy*. In, S. J. Lopes(Ed), *Positive psychology: Exploring the best in people*, CT: Prager Publishers.
- Rheingold, A. A, et al, 2003, Cognitive bias in adolescents with social anxiety, *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, v. 33(4), p. 448-457.
- Seligman, M. E. P, 2002, *Positive psychology, positive prevention, and positive therapy*, In C.

R. Snyder & S. J. New York Times.

Seligman, M. E. P, 2002, *Authentic happiness. Using the new positive psychology to realize you're potential for lasting full filament*, New York, Free Press.

Seligman, M, & Scikzentimihaly, M, 2001, Positive psychology, *American Psychligy*, v. 55, p. 5-14.

Sinha, J, & Gulles, R, 2007, Adolescent risk behaviors and religion: Finding from national study, *Jornal of Adolescence*, v. 30, p. 231-249.

Vgiles, J, W, & Heyman, G. D, 2004, Conceptions of aggressions and withdrawal in early childhood, *Infant and Child Development INF*, v. 13, p. 407-421.

## نسخه کوتاه مقیاس سنجش دینداری برای جامعه دانشجویی ایران: ساخت و بررسی ویژگی های روان سنجی<sup>۱</sup>

Khodayar@ut.ac.ir

akbari76ir@gmail.com

ostadroozbeh@yahoo.com

bghobari@ut.ac.ir

محمد خدایاری فرد / استاد گروه روان شناسی تربیتی و مشاوره دانشگاه تهران

سعید اکبری زردخانه / استادیار گروه روان شناسی کاربردی دانشگاه شهید بهشتی

محسن شکوهی یکتا / استاد گروه روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران

باقر غباری بناب / استاد گروه روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران

محسن پاک نژاد / دکتری تخصصی روان شناسی سلامت دانشگاه تهران

دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۲۲ - پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۰۹

### چکیده

این پژوهش، با هدف تهیه نسخه کوتاه مقیاس دینداری بر اساس فرم بلند مقیاس دینداری صورت گرفت. نمونه پژوهش، ۴۰۰ نفر از دانشجویان شهر تهران بود که با بهره گیری از نمونه گیری طبقه ای نسبتی انتخاب شدند. نتایج تحلیل آیتم و تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نشان داد مقیاسی با ۳۶ آیتم، دارای بهترین ساختار به لحاظ روان سنجی است که بیشترین برازش و مناسبت را با الگوی نظری سه مؤلفه ای آن دارد. ضرایب اعتبار آیتمها، خرده مقیاس ها و کل مقیاس مدل سه مؤلفه ای نسخه کوتاه شده نشان داد که کلیه زیرمقیاس ها از ضرایب مناسب همگونی برخوردارند. مقدار آنها ۰/۹۲ برای باور دینی، ۰/۸۱ برای عواطف دینی و ۰/۹۱ برای رفتار دینی است. بررسی ضرایب همبستگی نمره آیتمها، با نمره کل زیرمقیاس مربوطه نشان می دهد که این ضرایب بین ۰/۴۱ (آیتم ۳۷) و ۰/۷۷ (آیتم ۲۵) متغیر است. به این نسخه از ابزار، پنج آیتم وانمود اجتماعی نیز اضافه شد. ابزار نهایی با ۴۰ آیتم از ویژگی های روان سنجی و ساختار عاملی مناسب برخوردار است و می توان از آن به عنوان ابزاری روا و معتبر در پژوهش ها استفاده کرد.

**کلیدواژه ها:** پرسش نامه دینداری، مقیاس نگرش دینداری، نسخه کوتاه.

## مقدمه

با مطالعه جوامع انسانی و تمدن‌های کهن، همواره رگه‌هایی از دین و باورهای دینی را می‌توان یافت. این باورهای دینی، در دوره‌های مختلف به شکل‌های متفاوت متجلی شده‌اند؛ اما همه این اشکال متفاوت، در یک مسئله ذاتی اشتراک دارند و آن خداجویی و دین‌ورزی انسان است. روان‌شناسان، دین‌ورزی انسان را نمود یک نیاز درونی؛ جامعه‌شناسان و انسان‌شناسان آن را ناشی از نیازمندی به کارکردهای یک نهاد اجتماعی و فرهنگی در زندگی روزانه؛ فلاسفه آن را کاوشگری برای یافتن مقصد نهایی؛ و مورخان، آن را بخشی از تحول نهادی و عقلانی در نظر گرفته‌اند (الگورانی (Alghorani)، ۲۰۰۸).

قدمت همراهی دین با انسان، به گونه‌ای بوده است که برخی پژوهشگران (الفاروقی (Al Faruqi)، ۱۹۸۴) مطالعه دین را مطالعه نوع انسان پنداشته‌اند. براین اساس، چندان عجیب نیست که دین، کنش‌های بسیاری درباره پدیده‌های انسانی داشته باشد (شجاعی‌زند، ۱۳۸۴). از جمله کنش‌های مهم دین در حوزه روان‌شناسی، می‌توان به تأثیر آن در سلامت روانی (برای مثال، بیرمن (Bierman)، ۲۰۰۸)، کاهش ناهنجاری‌های اجتماعی، مانند گرایش به مصرف مواد (برای مثال، اسمیت (Smith)، ۲۰۰۳؛ مریل (Merrill) و همکاران، ۲۰۰۵)، افزایش رضایتمندی زناشویی (هانلر و گنچوز (Hu' nler & Genc, o'z)، ۲۰۰۵؛ سولیوان (Sullivan)، ۲۰۰۱؛ خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۷۸)، انتقال ارزش‌ها و استانداردهای رفتاری از والدین به فرزندان (ابر (Abar) و همکاران، ۲۰۰۹) و سازش‌یافتگی با محیط جدید (لو و هاندال (Lu & Haun)، ۱۹۹۵) اشاره کرد. تداوم این کارکردها در حوزه‌های مختلف، موجب شده است که مطالعات در زمینه دینداری، گسترش فراوان یافته، و ضرورت وجود ابزار سنجش میزان دینداری و نگرش دینی افراد، مورد توجه ویژه قرار گیرد.

با اینکه وجه شخصی شده تجربه دینی، سنجش دینداری را دشوار کرده، ما از چند دهه گذشته تاکنون، تلاش‌های بسیاری در این زمینه انجام گرفته است. در پژوهش‌های غربی، دینداری با نشانگری‌های باوری، رفتاری و احساس تعلق، اغلب با تأکید بر یکی از این سه، اندازه گرفته شده است (گزالس (Gonzalez)، ۲۰۱۱). مهم‌ترین این ابزارها که در ایران نیز کاربرد داشته، مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی - بیرونی آلپورت و راس (Allport & Ross) (۱۹۶۷) بوده است. آلپورت، دو نوع گرایش دینی را در مقیاس خود در نظر می‌گیرد که عبارت است از: جهت‌گیری درونی و جهت‌گیری بیرونی (آذربایجانی، ۱۳۸۲، ص ۸۹). در کنار پرسش‌نامه آلپورت، می‌توان به مقیاس‌های ساخته‌شده توسط هانت و کینگ (Hunt & King) (۱۹۷۱)، کینگ و همکاران (۱۹۹۵)، اسمیت و همکاران (۲۰۰۳) و جکسون و فرانسیس (Jackson & Francis) (۲۰۰۴) نیز اشاره کرد. وایلد و جوزف (Wilde & Joseph) (۱۹۹۷) و ساهین و فرانسیس (Sahin & Francis) (۲۰۰۲) نیز مقیاس‌هایی بر اساس آموزه‌های اسلامی ساخته‌اند. ابزارهای دیگری، مانند سیاهه ارزش‌های جهانی، با هدف بررسی جهان‌بینی، باور و رفتار دینی در برخی کشورهای اسلامی، به کار گرفته شده است (کراس (Krauss) و همکاران، ۲۰۰۷).

کشورهای اسلامی، ارزش‌های دینی مشابه زیادی دارند. اما ویژگی‌های بافتی منحصر به فرد بسیاری نیز دارند

که آنها را از هم متمایز می‌کند. جریان داشتن دین، در همه قلمرو زندگی، حاکمیت سیاسی ایدئولوژیک اسلامی، تفکیک‌ناپذیری وجوه سیاسی، فرهنگی و دینی، از هم در مساجد و نگاه ویژه دینی به مقوله‌های جنسیتی و زنان، از جمله تمایزهای کشور ما با سایر کشورهای اسلامی در حوزه مسائل دینی است. روشن است که این ویژگی‌های یگانه، در ابزار یادشده در بالا لحاظ نشده است. این موضوع، نیاز به ابزارهای جداگانه برای سنجش دینداری در کشورهای مختلف اسلامی را نشان می‌دهد.

علاوه بر این، رعایت ملاحظه‌های روش‌شناسی نیز در تحقیقات، به‌ویژه تحقیقات دینی سهم مهمی دارد. هیل و ملبی (Hill & Maltby) (۲۰۰۹)، توجه به جنبه‌های نظریه‌ای، موضوعات روان‌سنجی، معرف بودن نمونه (توجه به سن، وضعیت اقتصادی اجتماعی و تحصیلات) و حساسیت فرهنگی را در ساخت ابزار و سنجش دینداری، دارای اهمیت دانستند. روشن است اتخاذ روش علمی درست و منطقی، موجب حصول داده‌ها و یافته‌هایی می‌شود که قابل اعتماد و عاری از اشتباهات و خطای روش‌شناختی خواهد بود. در نهایت، از ایجاد و شکل‌گیری مفاهیم و تصاویر غلط از دین، دیندار و دینداری جلوگیری خواهد کرد.

با در نظر گرفتن این ملاحظه‌ها و فقدان ابزار روا و معتبر، خدایاری‌فرد و همکاران (۱۳۸۵)، دینداری را مبتنی بر چهار نوع رابطه انسان با خدا، خود، دیگران و جهان هستی در نظر گرفته‌اند و هماهنگ با سه عنصر اصلی عقاید، اخلاقیات و احکام و با الهام از اندیشمندان مسلمان، به‌ویژه طباطبائی (۱۳۶۳) و مطهری (۱۳۷۵)، دین را «شناخت و باور به پروردگار یکتا، انبیا و آخرت و احکام الهی و داشتن علائق و عواطف معینی، نسبت به خدا، خود، دیگران و جهان هستی برای تقرب به خدا و التزام به وظایف دینی» تعریف کرده و بر اساس آن، برای سنجش دینداری، ابزاری ۱۱۳ سؤالی در دو فرم الف و ب ساخته‌اند. در این ابزار، مؤلفه‌های دینداری با استفاده از منابع اسلامی بخصوص قرآن کریم و احادیث در سه حیطه باور دینی، عواطف دینی و التزام به وظایف دینی تعیین و تعریف شد.

در ساخت این مقیاس، باور دینی به‌معنای دانش اصول دین، یعنی یقین به خدا، آخرت، پیامبران و آگاهی از فروغ دین (کلینی، ۱۳۷۴، ج ۲، ص ۵۱). همچنین، به‌معنای پذیرش، اقرار و تصدیق قلبی نسبت به اصول و شرایع دین (همان، ص ۳۳ و ۳۸) منظور شده است. آرگیل (Argile) (۲۰۰۰) معتقد است: باورها اغلب محوری‌ترین بُعد دینداری محسوب می‌شوند و همان‌هایی هستند که مذهبی نبودن فرد را تعیین می‌کنند. باور، شامل زیرمؤلفه‌هایی همچون پذیرش خداوند و صفات کمالیه او (کلینی، ۱۳۷۴، ج ۲، ص ۳۵)، پذیرش انبیا (همان، ص ۳۶)، پذیرش زندگی اخروی، یعنی معاد و بهشت و جهنم (نمل: ۲ و ۳)، پذیرش کتاب‌های آسمانی و احکام و قوانین خداوند (همان، ص ۳۵) و پذیرش ملائکه (بقره: ۲۸۵) است.

عواطف دینی، شامل کلیه احساسات و عواطف مثبت و منفی است. عواطف مثبت، در راستای شناخت و پذیرش قلبی نسبت به پروردگار یکتا، انبیا و اولیا، مؤمنان و تمامی دینداران، احکام دین، جهان هستی و جهان پس از مرگ در فرد دیندار به وجود می‌آید. عواطف منفی، تحت تأثیر محبت به خدا و دین خدا، نسبت به دشمنان دین الهی و پیامبران و اولیا مطرح می‌شود. این عواطف عبارتند از:

الف. عواطف مثبت شامل عواطف مثبت نسبت به خدا (بقره: ۱۶۵؛ کلینی، ۱۳۷۴، ج ۲، ص ۶۷ و ۷۲؛ مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۶۷ باب ۵۹، ص ۳۳۹)، عواطف مثبت نسبت به خود (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۶۵ باب ۱۸، ص ۱۳۷)، عواطف مثبت نسبت به دیگران (کلینی، ۱۳۷۴، ج ۲، ص ۵۶؛ فتح: ۲۹؛ بقره: ۸۳؛ تویسرکانی، ۱۳۳۱ق، ج ۲، ص ۱۷۵؛ آل‌عمران: ۶۴؛ کلینی، ۱۳۷۴، ج ۲، ص ۵۶) و عواطف مثبت نسبت به جهان هستی (بقره: ۲۶ و ۱۶۴)؛

ب. عواطف منفی (بغض) عبارتند از: احساس دشمنی یا کراهت نسبت به کسانی که دشمن راه خدا، پیامبران و اولیای دین‌اند و در جهت بر هم زدن سلامت دینی جامعه، با کارشکنی و تبلیغات سوء مانع رشد و گسترش دین می‌شوند یا اقدام به جنگ علیه دین و دینداری می‌کنند. این مؤلفه، از زیرمؤلفه‌های عواطف منفی نسبت به دشمنان خدا (توبه: ۱۱۴؛ کهف: ۵۰؛ منافقون: ۴) و عواطف منفی نسبت به دشمنان انبیاء و اولیای خدا (بقره: ۹۸) تشکیل شده است.

التزام به وظایف دینی نیز یعنی اینکه فرد دیندار، در پی به وجود آمدن معرفت و احساس عاطفی نسبت به پروردگار، انبیاء و اولیای دین، اجرای تکالیف و احکام دینی را در قلمرو شخصی، اجتماعی و اقتصادی بر خود بایسته بداند. این مؤلفه، متشکل است از:

الف. رفتار فردی: منظور از رفتار فردی، کلیه اعمالی است که در محدوده رابطه انسان با خود و خدای خود مطرح می‌شود. فرد برحسب معارف و شرایع دینی، خود را موظف به انجام دادن آنها می‌داند که مهم‌ترین آنها عبارتند از: نماز (بقره: ۱۷۷ و ۲۷۷)، روزه (بقره: ۱۸۳)، ذکر (کلینی، ۱۳۷۴، ج ۲، ص ۸۸)، توکل (مائده: ۳۳)، اطاعت از خدا (نساء: ۵۹)، تقوا و اجتناب از گناه (مائده: ۲۷)، اخلاص (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۶۷ باب ۵۴، ص ۲۳۳)، سپاس و شکر (بقره: ۱۷۲)، حفظ عزت نفس (منافقون: ۸)، تقویت اراده یا تصمیم‌گیری مناسب (آل‌عمران: ۱۳۵)، رعایت بهداشت روانی و جسمی، پرورش نیروی عقلانی (نور: ۶۱)، تبعیت نکردن از وهم و حدس و گمان (نجم: ۲۸)، کسب علوم و معارف (عنکبوت: ۴۳ و ۴۹)، فضیلت‌جویی (کلینی، ۱۳۷۴، ج ۲، ص ۵۶)، رفع نیازها به صورت متعادل (محمد: ۱۲)، پرهیز از لغو (آل‌عمران: ۷۶؛ مؤمنون: ۳) و صبر (کلینی، ۱۳۷۴، ج ۲، ص ۹۱).

ب. رفتار اجتماعی - سیاسی: به معنای کلیه اعمال و کارکردهای اجتماعی است که فرد دیندار، بر اساس شرایع اسلام ملزم به رعایت آنهاست که عبارتند از: تعاون و همکاری (مائده: ۲)، سازگاری (کلینی، ۱۳۷۴، ج ۲، ص ۱۱۶ و ۱۱۷)، وفای به عهد (آل‌عمران: ۷۶)، سخاوتمندی (آل‌عمران: ۹۲)، حلم (کلینی، ۱۳۷۴، ج ۲، ص ۴۱)، احسان (نحل: ۹۰)، ایثار (آل‌عمران: ۹۲؛ بقره: ۲۶۲)، پاسداری از شخصیت مؤمن (حجرات: ۱۱ و ۱۲؛ کلینی، ۱۳۷۴، ج ۲، ص ۷۲)، اطاعت از قانون (محمد: ۳۳)، خوش‌اخلاقی و نیکوسازی رفتار (کلینی، ۱۳۷۴، ج ۲، باب حسن‌البشر)، عفو و گذشت (شوری: ۴۰)، اصلاح بین افراد (حجرات: ۹ و ۱۰)، ابراز همدردی با مؤمن (نساء: ۳۶)، ابراز مخالفت با مفسدان (یونس: ۴۰)، جهاد و یاری مظلوم (انفال: ۷۲)، حج (آل‌عمران: ۹۷)، کوشش برای برقراری حکومت دینی و پشتیبانی از حکومت صالحان و اطاعت از ولی امر.

ج. رفتار اقتصادی: منظور از رفتار اقتصادی، بایدها و نبایدهایی است که در شریعت اسلام برای رشد سالم اقتصادی و

کسب معاش در جامعه مطرح شده و فرد مؤمن با توجه به تمایلات و نیازهای خود، ملزم به رعایت آنها می‌باشد. آنها عبارتند از: کار اقتصادی و تولید (کلینی، ۱۳۷۴، ج ۵، ص ۷۷)، توزیع عادلانه (توبه: ۳۴ و ۳۵)، مصرف مناسب (منافقون: ۹)، ادای حقوق مالی (مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۶۵ باب ۲۷، ص ۳۸۶ و ۳۹۳)، تقدیر در معیشت (همان، ج ۶۶ باب ۳۸، ص ۴۰۵)، پرهیز از اسراف و تبذیر (انعام: ۱۴۱) و پرهیز از حرص (همان، ج ۶۷ باب ۴۴، ص ۵۵).

اما روایی ملاکی، روایی تفکیکی، روایی سازه و اعتبار مقیاس ۱۱۳ سؤال ساخته شده بر اساس مفاهیم نظری حاضر مناسب گزارش شده است (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۷۸؛ همو، ۱۳۸۸). در پژوهش خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۹)، این مقیاس به مقیاسی با ۱۰۲ ماده‌ای تبدیل شد که الگوی پاسخ‌دهی به سؤالات آن، لیکرت شش درجه‌ای بود. خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس از نظر روایی سازه، ملاکی و همزمان تأیید شده است. میزان اعتبار پرسش‌نامه، بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۹۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی با دو هفته فاصله برای مؤلفه‌های باور دینی، عواطف دینی و رفتار دینی به ترتیب، ۰/۹۴، ۰/۷۲ و ۰/۶۷ به‌دست آمده است. این ابزار، یکی از پُرکاربردترین مقیاس‌های دینداری است که بین پژوهشگران این حوزه، اقبال مناسبی به دست آورد.

با اینکه تحول و توسعه این مقیاس، از لحاظ میانی نظری، فنون ساخت ابزار و نیز شیوه‌های سنجش روایی و اعتبار، مناسب‌تر است، اما تجارب چندین ساله نشان داده است که یکی از محدودیت‌های اساسی استفاده از این ابزار در عرصه پژوهش، طولانی بودن و تعداد زیاد سؤال‌های آن است. البته لازم به یادآوری است که موضوع طول ابزار، نگرانی و دغدغه پژوهشگران است (بورچیل و مارچ (Burchell & Marsh)، ۱۹۹۲). این نگرانی بیشتر متوجه کاهش نرخ پاسخگویی به پرسش‌ها و افزایش تعداد سؤالات بدون پاسخ و نیز کاهش دقت پاسخگو بر اثر افزایش طول پرسش‌نامه است. بدین منظور، امروزه بیشتر پرسش‌نامه‌های پرکاربرد پژوهشی، برای نمونه پرسش‌نامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا یا پرسش‌نامه پنج عامل بزرگ شخصیتی، دارای فرم بلند و کوتاه‌اند. بنابراین، ممکن است استفاده از یک ابزار با تعداد ماده زیاد، خطر از دست دادن مشارکت شرکت‌کنندگان را در پی داشته باشد. براین اساس، یک ابزار با تعداد ماده‌ها و صرف زمان کمتر، برای پروژه‌های پژوهشی که در آن شرکت‌کنندگان با محدودیت زمانی مواجه‌اند، می‌تواند به‌صرفه‌تر باشد. از این رو، هدف این مطالعه، تهیه فرم کوتاه مقیاس دینداری خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۹)، برای جمعیت دانشجویی است تا به سهولت کاربرد داشته باشد.

## روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری؛ و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شاغل به تحصیل در مقاطع تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد، دکتری حرفه‌ای و دکتری تخصصی در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ تشکیل می‌دهند که تعداد آنها در مجموع ۱۵۳۵۰۶ نفر بوده است. از این جامعه، یک گروه نمونه با حجم ۴۰۰۰ نفر از طریق نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبتی انتخاب شد.

## ابزار پژوهش

ابزار پژوهش، مقیاس دینداری خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۹) می‌باشد. این ابزار، یک مقیاس ۱۰۲ سؤالی است که با در نظر گرفتن ابعاد اساسی شناختی، عاطفی و رفتاری و همچنین، مبتنی بر چهار رابطه انسان با خدا، خود، دیگران و جهان هستی ساخته شده است. تحلیل عاملی اکتشافی، نشان داده است که این مقیاس دارای سه مؤلفه شناخت و باور دینی، عواطف دینی و التزام به اجرای وظایف دینی بوده است. بررسی روایی محتوایی، صوری و ملاکی مقیاس نشان داده است این مقیاس دارای ویژگی روان‌سنجی مناسبی است. ضرایب اعتبار بازآزمایی خرده‌مقیاس شناخت و باور دینی ۰/۵۲، خرده‌مقیاس عواطف دینی ۰/۵۹ و خرده‌مقیاس وظایف دینی ۰/۶۴ به‌دست‌آمده است. ضرایب اعتبار درونی خرده‌مقیاس‌ها، با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ و ۰/۹۱ به‌دست‌آمده است. ضریب روایی‌های ملاکی نمره کل این مقیاس با نمره مؤلفه‌های چهارگانه پرسش‌نامه گلاک و استارک (۱۹۶۷)، بین ۰/۲۴ و ۰/۸۴؛ با نمره مؤلفه‌های جهت‌گیری درونی مقیاس آلپورت و راس (۱۹۶۵)، ۰/۶۶ و با جهت‌گیری دینی بیرونی، ۰/۲۳ گزارش شده است. همچنین، نمره کل این مقیاس با نمره کلی هویت دینی (رحیمی‌نژاد و احمدی، ۱۳۷۴، ص ۶۰) ۰/۴۱ و با هویت نفی دینی ۰/۴۴- ذکر شده است.

## شیوه تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها در دو مرحله کلی انجام گرفت: الف. غربالگری داده‌ها، ب. تحلیل تأییدی داده‌ها. در مرحله نخست، برای حصول اطمینان از صحت و دقت داده‌ها، ابتدا اقداماتی مانند مطابقت داده‌های ورودی با پرسش‌نامه، مطابقت داده‌ها با شیوه‌های کدگذاری پرسش‌نامه‌ها و کدگذاری مجدد کدهای اشتباه، صورت گرفت. پس از آن، به تحلیل اکتشافی داده‌ها (توکی (Tukey)، ۱۹۷۷) پرداخته شد. در این مرحله، اقداماتی شامل تحلیل گمشده (تاباچینیک و فیدل (Tabachnick & Fidell)، ۲۰۰۷)، بررسی صحت و دقت پاسخ‌های افراد و تحلیل فراوانی‌های پاسخ‌های بیان‌شده به سؤال‌ها انجام گرفت. در مرحله دوم، یا مرحله تحلیل تأییدی داده‌ها، ابتدا گروه‌های مدرج‌سازی و روایی‌یابی تشکیل شد. پس از آن، تحلیل عاملی اکتشافی داده‌های مربوط به گروه مدرج‌سازی و تحلیل عاملی تأییدی (جورسکاک و سوربوم (Joreskog & Sorbom)، ۱۹۹۶)، داده‌های نمونه رواسازی انجام گرفت.

## یافته‌های پژوهش

در مرحله نخست، طی فرایند غربالگری داده‌ها و آیت‌های موجود در مقیاس، آیت‌ها به ۶۰ مورد تقلیل یافت. ملاک‌های مورد نظر برای حذف آیت‌های کرانی بودن میانگین، انحراف استاندارد کم، کجی و کشیدگی شدید (نمره استاندارد کجی و کشیدگی زیاد)، ضریب همبستگی کم نمره آیت با کل مقیاس (CTC)، مجذور ضریب همبستگی چندگانه (SMC) پایین، ضریب آلفای کرونباخ پس از حذف آیت (CAID) پاسخ به آیت‌ها و وجود مشکلات مفهوم‌سازی آیت بوده است. تحلیل عاملی اکتشافی، روی ماتریس همبستگی پلی‌کوریک حاصل از داده‌های گروه نمونه مدرج‌سازی و با استفاده از روش‌های عامل‌یابی ممکن، چرخش‌های گوناگون و ایجاد محدودیت‌های مختلف روی تعداد عوامل نشان داد که عوامل

استخراجی از مؤلفه‌های اصلی (PAF) و چرخش پروماکس، بیشترین همخوانی را با ساختار نظری مقیاس دینداری دارد. نتایج این تحلیل، با محدود کردن تعداد عوامل به دست آمده بر روی سه و حداقل مقدار بازگذاری هر آیت‌م، بر روی عوامل ۰/۳۵ به دست آمد. مقدار شاخص کفایت نمونه‌برداری کیسر-مایر-الکین (KMO) (کیسر، ۱۹۷۴) به دست آمده، برابر با ۰/۹۸ و شاخص آزمون کرویت بارلت، برابر ۶۸۵۱۴/۴۲ بود که با درجات آزادی ۱۷۷۰ در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. این یافته، بدین معناست که مفروضه اجرای تحلیل عاملی روی داده‌های گروه مدرج سازی برقرار است. نتایج تحلیل عاملی، بیانگر ساختار سه عاملی با ارزش ویژه بالای ۲ که در مجموع ۴۹/۴۲ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کند، مناسب‌ترین و ساده‌ترین ساختار برای این داده‌هاست. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد از ۶۰ آیت‌م وارد شده برای تحلیل مؤلفه‌های اصلی، پس از حذف آیت‌م‌های دارای بازگذاری متقاطع، ۱۶ آیت‌م روی مؤلفه یکم، ۱۹ آیت‌م روی مؤلفه دوم و ۱۶ آیت‌م روی مؤلفه سوم بازگذاری مناسبی داشتند. برای نهایی کردن تعداد عوامل، نمودار شیب‌دار، میزان ارزش ویژه و دستیابی به ساختار ساده از نظر بنیان نظری و محتوای آیت‌م‌ها مورد توجه قرار گرفت. بررسی محتوای آیت‌م‌های قرار گرفته در هر یک از مؤلفه‌ها، نشان داد که آیت‌م‌های رفتار دینی، باور دینی و عاطفه دینی به ترتیب، بیشتر روی مؤلفه‌های یکم، دوم و سوم بازگذاری کرده‌اند (جدول ۱). لازم به یادآوری است که شماره آیت‌م‌های ذکر شده در جدول ۱، مربوط به نسخه ۱۰۲ آیت‌می است.

جدول ۱. شماره آیت‌م‌های بازگذاری شده در هر یک از مؤلفه‌ها به ترتیب اندازه بار

| ردیف              | عامل ۱ (رفتار دینی) | عامل ۲ (باور دینی) | عامل ۳ (عاطفه دینی) | بار عاملی |
|-------------------|---------------------|--------------------|---------------------|-----------|
| ۱                 | ۷۸                  | ۶۸                 | ۰/۸۴                | ۰/۷۰      |
| ۲                 | ۶۹                  | ۲۴                 | ۰/۷۸                | ۰/۶۹      |
| ۳                 | ۸۴                  | ۵۹                 | ۰/۷۶                | ۰/۶۶      |
| ۴                 | ۴۰                  | ۷۷                 | ۰/۷۶                | ۰/۶۶      |
| ۵                 | ۸۹                  | ۲۶                 | ۰/۷۵                | ۰/۶۱      |
| ۶                 | ۱۰۰                 | ۱۲                 | ۰/۷۲                | ۰/۶۱      |
| ۷                 | ۳۵                  | ۹۷                 | ۰/۷۱                | ۰/۵۷      |
| ۸                 | ۸۲                  | ۵۱                 | ۰/۶۹                | ۰/۵۶      |
| ۹                 | ۸۶                  | ۸۱                 | ۰/۶۵                | ۰/۵۱      |
| ۱۰                | ۸۵                  | ۱۴                 | ۰/۶۱                | ۰/۵۱      |
| ۱۱                | ۸                   | ۱                  | ۰/۵۹                | ۰/۴۸      |
| ۱۲                | ۵۵                  | ۱۵                 | ۰/۵۷                | -۰/۴۷     |
| ۱۳                | ۲۷                  | ۵                  | ۰/۵۶                | ۰/۴۵      |
| ۱۴                | ۳۰                  | ۱۶                 | ۰/۵۰                | ۰/۴۵      |
| ۱۵                | ۲۹                  | ۹۱                 | ۰/۴۷                | ۰/۴۱      |
| ۱۶                | ۴۱                  | ۹۴                 | ۰/۴۵                | ۰/۳۶      |
| ۱۷                |                     | ۳۸                 | ۰/۴۳                |           |
| ۱۸                |                     | ۵۳                 | ۰/۳۹                |           |
| ارزش ویژه         | ۲۲/۶۹               | ۴/۴۲               | ۲/۵۴                |           |
| واریانس تبیین شده | ۳۷/۸۱               | ۷/۳۷               | ۴/۲۴                |           |

برای واریس رویی ساختار عاملی به‌دست‌آمده از تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل عاملی تأییدی بر روی داده‌های گروه روایی‌یابی صورت گرفت. در این فرایند، دو ساختار عاملی به‌عنوان الگوهای رقیب ارزیابی شد. این دو ساختار عاملی، عبارت بودند از: الف. مدل یکم: ساختار عاملی حاصل از تحلیل عامل اکتشافی؛ ب. مدل دوم: ساختار عاملی مدل نظری سه‌مؤلفه‌ای مقیاس. این مدل نظری، متشکل از سه مؤلفه باور، عواطف و رفتار دینی است. لازم به یادآوری است که برای ایجاد وزن برابر مؤلفه‌های شناخت، عاطفه و رفتار دینی در مقیاس، پژوهشگران به دنبال دستیابی به تعداد برابری از آیتم‌ها، در سه خرده‌مقیاس بودند، ۱۲ آیتی که در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها، مناسب‌ترین ویژگی‌های مفهومی و آماری را داشتند، انتخاب شدند. ویژگی مفهومی آیتم‌ها، با هدف بررسی و ایجاد روایی محتوایی در آیتم‌های انتخاب شده، برای سنجش هر یک از مؤلفه‌های سه‌گانه صورت گرفت. این بررسی، توسط یک گروه مشتمل بر متخصصان روان‌شناسی اسلامی، حوزوی و سنجش و اندازه‌گیری انجام گرفت. نتایج آزمون نیکویی برازش این دو مدل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. آماره‌های نیکویی برازش مدل‌های رقیب مقیاس دینداری بر اساس داده‌های گروه روایی‌یابی

| مدل | X <sup>2</sup> | Df   | CFI  | NNFI | RMSEA | RMSEA (90%CI) | SRMR |
|-----|----------------|------|------|------|-------|---------------|------|
| یکم | ۲۸۵۳/۱۸        | ۱۱۷۲ | ۰/۷۴ | ۰/۷۳ | ۰/۱۱  | (۰/۱۱ و ۰/۱۲) | ۰/۰۹ |
| دوم | ۱۱۹۱۲/۶۹       | ۵۹۱  | ۰/۸۱ | ۰/۷۳ | ۰/۱۰  | (۰/۱۰ و ۰/۱۰) | ۰/۰۸ |

همان‌طور که داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد، مدل‌های یکم و دوم تفاوت محسوسی در شاخص‌های برازش ندارند. با این حال، مدل دوم در مقایسه با مدل یکم از ویژگی‌های مناسب‌تر برازش برخوردار است. از این رو، می‌توان گفت: ساختار عاملی سه مؤلفه‌ای، به دلیل کم بودن مقدار مربع کای، ساختار مناسب‌تری برای این داده‌هاست. از این رو، می‌توان این ساختار را برای این داده‌ها مناسب دانست. در ضمن، برای بررسی روایی مقیاس کوتاه دینداری رابطه بین نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها این مقیاس، با نسخه بلند آن، با استفاده از ضرایب همبستگی محاسبه شد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که این ضرایب برای خرده‌مقیاس باور دینی، عاطفه دینی و رفتار دینی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۰، ۰/۹۶ به‌دست‌آمده است.

جدول ۳. ماتریس ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس‌ها و نمره کلی نسخه بلند و کوتاه‌مقیاس دینداری

| نسخه     |            |           | فرم کوتاه  |            |
|----------|------------|-----------|------------|------------|
| فرم بلند |            | باور دینی | عاطفه دینی | رفتار دینی |
|          | باور دینی  | ۰/۹۵      |            |            |
|          | عاطفه دینی | ۰/۵۷      | ۰/۹۰       |            |
|          | رفتار دینی | ۰/۸۱      | ۰/۵۳       | ۰/۹۶       |

بررسی اعتبار آیتم‌ها، خرده‌مقیاس‌ها و کل مقیاس مدل سه مؤلفه‌ای، نشان داد که کلیه زیرمقیاس‌ها ضرایب مناسب همگونی دارند. دامنه آنها ۰/۹۲ (باور دینی)، ۰/۸۱ (عواطف دینی) و ۰/۹۰ (رفتار دینی) است. بررسی ضرایب همبستگی نمره آیتم‌ها، با نمره کل زیرمقیاس مربوط نشان می‌دهد که این ضرایب بین ۰/۴۱ (آیتم ۳۷) و ۰/۷۷ (آیتم ۲۵) متغیر است (جدول ۴). از این رو، در مجموع می‌توان گفت: آیتم‌ها و خرده‌مقیاس‌ها و در نتیجه، نسخه کوتاه‌مقیاس دینداری در گروه روایی‌یابی از ضرایب همگونی درونی مناسبی برخوردار است. لازم به توضیح است که در نسخه نهایی، برای دستیابی به پاسخ‌های معتبر ارائه شده به آیتم‌ها، ۴ آیتم نیز در مقیاس، به‌عنوان آیتم‌های وانمود اجتماعی قرار داده شدند. این آیتم‌ها، با شماره‌های ۱۰، ۲۰، ۳۰ و ۴۰ مشخص شده‌اند (پیوست).

جدول ۴. یافته‌های توصیفی آیت‌ها و ضرایب همبستگی آیت‌ها با نمره کل خرده‌مقیاس‌ها

و ضرایب همگونی درونی زیرمقیاس‌های فرم کوتاه‌مقیاس دینداری در گروه روایی‌یابی

| ضریب آلفا | همبستگی آیت‌ها با نمره زیرمقیاس | ضریب آلفا پس از حذف آیت‌ها | انحراف استاندارد | میانگین | شماره |      | عامل       |
|-----------|---------------------------------|----------------------------|------------------|---------|-------|------|------------|
|           |                                 |                            |                  |         | جدید  | قبلی |            |
| ۰/۹۲      | ۰/۷۴                            | ۰/۹۱                       | ۱/۴۵             | ۳/۳۹    | ۱     | ۳۷   | باور دینی  |
|           | ۰/۶۸                            | ۰/۹۱                       | ۱/۲۹             | ۴/۱۹    | ۴     | ۵۱   |            |
|           | ۰/۴۳                            | ۰/۹۱                       | ۱/۴۴             | ۳/۷۰    | ۷     | ۵۳   |            |
|           | ۰/۶۰                            | ۰/۹۱                       | ۱/۳۰             | ۳/۹۲    | ۱۱    | ۱    |            |
|           | ۰/۷۶                            | ۰/۹۱                       | ۱/۴۰             | ۳/۸۱    | ۱۴    | ۵    |            |
|           | ۰/۷۰                            | ۰/۹۱                       | ۱/۵۲             | ۳/۵۷    | ۱۷    | ۵۵   |            |
|           | ۰/۶۱                            | ۰/۹۱                       | ۱/۲۷             | ۳/۸۳    | ۲۱    | ۵۹   |            |
|           | ۰/۷۰                            | ۰/۹۱                       | ۱/۳۱             | ۳/۸۷    | ۲۴    | ۱۲   |            |
|           | ۰/۶۹                            | ۰/۹۱                       | ۱/۵۲             | ۳/۵۱    | ۲۷    | ۱۶   |            |
|           | ۰/۶۵                            | ۰/۹۱                       | ۱/۸۴             | ۳/۱۲    | ۳۱    | ۸۶   |            |
|           | ۰/۷۹                            | ۰/۹۱                       | ۱/۴۳             | ۳/۵۵    | ۳۴    | ۷۲   |            |
|           | ۰/۷۷                            | ۰/۹۱                       | ۱/۴۳             | ۳/۷۱    | ۳۷    | ۷۳   |            |
| ۰/۸۲      | ۰/۴۸                            | ۰/۸۱                       | ۰/۹۶             | ۴/۱۰    | ۳     | ۵۴   | عواطف دینی |
|           | ۰/۵۴                            | ۰/۸۰                       | ۱/۰۸             | ۴/۲۰    | ۶     | ۶۱   |            |
|           | ۰/۵۷                            | ۰/۸۰                       | ۱/۱۴             | ۳/۷۶    | ۹     | ۶۲   |            |
|           | ۰/۵۲                            | ۰/۸۰                       | ۰/۹۶             | ۳/۹۹    | ۱۳    | ۶۴   |            |
|           | ۰/۵۵                            | ۰/۸۰                       | ۱/۳۹             | ۳/۸۰    | ۱۶    | ۶۷   |            |
|           | ۰/۵۹                            | ۰/۸۰                       | ۱/۲۵             | ۳/۸۶    | ۱۹    | ۷۴   |            |
|           | ۰/۶۰                            | ۰/۸۰                       | ۱/۲۲             | ۳/۷۳    | ۲۳    | ۷۵   |            |
|           | ۰/۵۹                            | ۰/۸۰                       | ۱/۳۲             | ۳/۵۵    | ۲۶    | ۷۶   |            |
|           | ۰/۴۷                            | ۰/۸۰                       | ۱/۲۰             | ۴/۱۹    | ۲۹    | ۷۹   |            |
|           | ۰/۴۷                            | ۰/۸۰                       | ۱/۱۰             | ۴/۰۳    | ۳۳    | ۳۲   |            |
|           | ۰/۵۰                            | ۰/۸۶                       | ۱/۷۸             | ۱/۹۰    | ۳۶    | ۹۴   |            |
|           | ۰/۵۲                            | ۰/۸۰                       | ۱/۴۰             | ۳/۸۰    | ۳۹    | ۱۰۱  |            |
| ۰/۹۰      | ۰/۶۳                            | ۰/۹۰                       | ۱/۴۸             | ۳/۴۸    | ۲     | ۸    | رفتار دینی |
|           | ۰/۷۴                            | ۰/۸۹                       | ۱/۵۹             | ۲/۸۲    | ۵     | ۳۵   |            |
|           | ۰/۶۹                            | ۰/۹۰                       | ۱/۸۲             | ۲/۷۰    | ۸     | ۴۰   |            |
|           | ۰/۶۳                            | ۰/۹۰                       | ۱/۲۸             | ۳/۶۰    | ۱۲    | ۵۶   |            |
|           | ۰/۷۰                            | ۰/۹۰                       | ۱/۶۷             | ۲/۱۹    | ۱۵    | ۶۹   |            |
|           | ۰/۶۳                            | ۰/۹۰                       | ۱/۹۲             | ۲/۳۰    | ۱۸    | ۷۸   |            |
|           | ۰/۷۲                            | ۰/۸۹                       | ۱/۷۰             | ۳/۱۴    | ۲۲    | ۸۲   |            |
|           | ۰/۴۱                            | ۰/۹۰                       | ۱/۲۲             | ۳/۵۰    | ۲۵    | ۸۴   |            |
|           | ۰/۷۱                            | ۰/۸۹                       | ۱/۵۱             | ۳/۶۱    | ۲۸    | ۸۵   |            |
|           | ۰/۴۲                            | ۰/۹۰                       | ۱/۳۶             | ۳/۹۷    | ۳۲    | ۶۸   |            |
|           | ۰/۶۳                            | ۰/۹۰                       | ۱/۵۳             | ۲/۶۱    | ۳۵    | ۸۹   |            |
|           | ۰/۶۳                            | ۰/۹۰                       | ۱/۶۶             | ۲/۷۳    | ۳۸    | ۱۰۰  |            |

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با در نظر گرفتن معنای دین و دینداری از منظر اسلام، در پی ساخت و استانداردسازی یک نسخه کوتاه از مقیاس دینداری *خدایاری فرد* و همکاران (۱۳۸۹) بوده است. این مقیاس، مبتنی بر متون دینی و تعاریف دانشمندان اسلامی از دینداری دارای مبانی نظری نیرومندی است و بر یک الگوی مفهومی (نظری)، سه‌بُعدی شامل باور دینی، عواطف دینی و التزام و عمل به وظایف دینی تأکید کرده است. طولانی بودن نسخه بلند این آزمون، تهیه یک نسخه کوتاه از آن را با هدف کاربرد پژوهشی بیشتر، ضروری ساخته بود. فرایند اجرا و دستیابی به این مهم، در مراحل زیر انجام گرفت؛ این مراحل به‌طور کلی؛ مشمول سه مرحله کلی غربالگری داده‌ها، تحلیل‌های اکتشافی و تحلیل‌های تأییدی بوده است.

در مرحله نخست؛ یعنی غربالگری داده‌ها مهم‌ترین کار، تحلیل فراوانی‌های پاسخ‌های ارائه شده به فرم بلند آزمون (نسخه ۱۰۲ سؤالی) بوده است. این تحلیل، برای بررسی این موضوع صورت گرفت که آیا کلیه نقاط طیف پاسخ‌دهی سؤال‌ها، توانسته است فراوانی مناسبی را به خود اختصاص دهد تا به چولگی شدید یا اختصاص یافتن بخش اعظمی از پاسخ‌ها، بر روی تعداد محدودی از گزینه‌ها منجر شده باشد. بررسی نمودار ۱۰۲ سؤال، مربوط به مقیاس دینداری نشان داد که می‌توان از ۵۲ سؤال، به دلیل عدم کفایت روان‌سنجی آیتم (میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی)، یا وجود مشکلات مفهوم‌سازی آیتم‌ها، چشم‌پوشی کرده و ۶۰ آیتم را در مقیاس تعبیه کرد (ر.ک: خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۹۲). پس از آن، گروه نمونه به طور تصادفی، به دو گروه تقسیم شدند: گروه نخست، گروه مدرج‌سازی برای اجرای تحلیل‌های اکتشافی و گروه دوم، گروه روایی‌یابی برای اجرای تحلیل‌های تأییدی.

در مرحله دوم؛ یعنی تحلیل‌های اکتشافی روی گروه مدرج‌سازی، تعداد عوامل بر روی ۳ و حداقل مقدار بارگذاری هر آیتم، بر روی عوامل به ۰/۳۵ محدود شد. در تحلیل عاملی اکتشافی، مناسب‌ترین و ساده‌ترین ساختار برای داده‌ها، یک ساختار سه‌عاملی، با ارزش ویژه بالای ۲ بوده است که در مجموع، ۴۹/۴۲ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کرد. با لحاظ شاخص‌هایی مانند نمودار شیب‌دار، میزان ارزش ویژه و دستیابی به ساختار ساده، از نظر بنیان نظری و محتوای آیتم‌ها، نتایج نشان داد که از ۶۰ آیتم، ۵۱ آیتم روی سه مؤلفه، بارگذاری مناسب داشته‌اند: ۱۶ آیتم در مؤلفه نخست (رفتار دینی)، ۱۹ آیتم در مؤلفه دوم (باور دینی) و ۱۶ آیتم در مؤلفه سوم (عواطف دینی). با این حال، از آنجاکه پژوهشگران تمایل داشتند، در سه خرده‌مقیاس تعداد برابری آیتم وجود داشته باشد، ۱۲ آیتمی که در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها (۳۶ آیتم در کل مقیاس) دارای مناسب‌ترین ویژگی‌های مفهومی و آماری بودند، برای تحلیل‌های تأییدی انتخاب شدند.

در مرحله سوم و برای تحلیل عاملی تأییدی روی داده‌های پژوهش، دو ساختار عاملی به‌عنوان الگوهای رقیب بررسی شدند. مدل نخست، ساختار عاملی حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی و مدل دوم، ساختار عاملی مدل نظری سه مؤلفه‌ای، شامل باور دینی، عواطف دینی و التزام و عمل به وظایف دینی بوده است. مقایسه شاخص‌های

برازش، هر دو مدل حاصل از تحلیل عاملی تأییدی، نشان داد این دو مدل، تفاوت روشن و شایان توجهی ندارند. با این حال، مدل نظری سه مؤلفه‌ای در برخی از شاخص‌های برازش، وضعیت اندکی بهتر داشته است. از این رو، مدل نظری سه مؤلفه‌ای ساختار مناسب‌تری برای داده‌ها، در نظر گرفته شد. برتری مدل سه مؤلفه‌ای، در کمتر بودن مقدار مربع کای و بیشتر بودن شاخص برازش تطبیقی بوده است.

معناداری مقدار شاخص مربع کای، نشان می‌دهد که بین ماتریس کوواریانس مدل نظری و ماتریس کوواریانس نمونه‌ای تولید شده، از طریق داده‌ها تفاوت وجود دارد (هو و بتلر، ۱۹۹۸). بنابراین، مدل مناسب باید دارای شاخص مربع کای غیرمعنادار باشد (برت (Bartt)، ۲۰۰۷). از آنجا که مقدار مربع کای و معناداری آن، از برخی ویژگی‌های داده‌ها، مانند تخطی از مفروضه نرمال چندمتغیری (مک‌اینتاش (McIntosh)، ۲۰۰۶)، میزان اشباع مدل و حجم نمونه (کنی و مک‌کواچ (Kenny & McCoach)، ۲۰۰۳) تأثیر می‌گیرد، معناداری آن چندان در نظر گرفته نمی‌شود (هوپر (Hooper) و همکاران، ۲۰۰۸). اما مقدار کمتر آن، می‌تواند شاخصی از برازش بهتر مدل‌های مفروض باشد (ویتون (Wheaton) و همکاران، ۱۹۷۷).

شاخص برازش تطبیقی مدل موجود را با مدل صفری مقایسه می‌کند که در آن فرض شده است، متغیرهای پنهان با یکدیگر ناهمبسته‌اند. در این روش، با مقایسه ماتریس کوواریانس پیش‌بینی شده، بر اساس مدل و ماتریس کوواریانس مشاهده شده، درصد فقدان برازشی که بر اساس حرکت از مدل صفر، به مدل تعریف شده توسط محقق به حساب آمده است، تخمین زده می‌شود. هرچه مقدار این شاخص، به ۱ نزدیک‌تر باشد، بیانگر برازش بهتر آن مدل است. این شاخص، در مدل نظری سه مؤلفه‌ای در مقایسه با مدل رقیب، به ۱ نزدیک‌تر بوده است. بر این اساس، می‌تواند نشانه‌ای از ساختار عاملی بهتر مدل سه مؤلفه‌ای برای داده‌ها باشد.

بررسی اعتبار آیت‌ها، خرده‌مقیاس‌ها و کل مقیاس مدل سه‌بعدی، حاکی از ضرایب مناسب همگونی بوده است. دامنه ضرایب آلفا با حذف برای تک‌تک آیت‌ها از ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ بوده است. این ضریب، برای خرده‌مقیاس‌ها نیز ۰/۹۲، برای باور دینی، ۰/۹۰، برای رفتار و التزام دینی و ۰/۸۲، برای عواطف دینی بوده است. این مقادیر، از نظر میتچل و جولی (Mitchell & Jolley) (۲۰۰۴)، در حد خوب و بالاتر از خوب هستند. دامنه ضرایب همبستگی نمره آیت‌ها، با نمره کل خرده‌مقیاس‌ها نیز از ۰/۴۱ (آیت ۲۵) تا ۰/۷۹ (آیت ۳۴) بوده است. این ضرایب کم، بیانگر نبود روابط مناسب بین آیت‌ها و در نتیجه، کفایت نداشتن آنها برای تشکیل یک عامل است (نانالی (Nunnally)، ۱۹۸۶). از این رو، در مجموع می‌توان گفت: آیت‌ها، خرده‌مقیاس‌ها و کل مقیاس، از ضرایب همگونی درونی مناسبی برخوردارند.

به‌طور خلاصه، بر اساس یافته‌های این پژوهش، یک نسخه ۴۰ آیتی از فرم بلند مقیاس دینداری خدا/یاری فرد و همکاران تهیه شده است. از این ۴۰ آیت، ۳۶ آیت، سه مؤلفه التزام و رفتار، باور و عواطف دینی را می‌سنجند و ۴ آیت نیز وانمود اجتماعی، برای سنجش اعتبار پاسخ‌های ارائه شده به سوالات استفاده شده است. به عبارت دیگر، این ۴ سؤال جزو سوالات اصلی مقیاس به‌شمار نمی‌رود، فقط برای جدا کردن پرسش‌نامه‌های نامعتبر استفاده می‌شود.

داده‌های این پژوهش، از دانشجویان دانشگاه‌های سراسری تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری؛ و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمع‌آوری شده است. تمهید آن به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی، به‌ویژه مراکزی که از دانشجویان آنها، از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی، تفاوت محسوسی با دانشجویان دانشگاه‌های بررسی شده دارند، باید با احتیاط انجام گیرد.

سازۀ دینداری، از جمله سازه‌هایی است که پاسخ‌دهنده به دلایل مختلف، ممکن است از بیان مکنونات درونی خود، آن‌گونه که هست، امتناع ورزد یا تلاش کند خود را بیش از آنچه هست، دیندار جلوه دهد. براین‌اساس، اصولاً در همه پژوهش‌های مربوط به دینداری، توجه به این موضوع می‌تواند در نتیجه‌گیری‌ها و تعمیم‌یافته‌ها کمک‌یار باشد. لازم به ذکر است در مقیاس تولیدشده در این پژوهش و کلیۀ ابزارهای دینداری پدید آمده توسط خدایاری‌فرد و همکاران این مسئله همیشه بیان شده است که مقیاس حاصل، فقط کاربرد پژوهشی دارد و تفسیر فردی نتایج آنها، به هیچ عنوان توصیه نمی‌شود. این سؤال مطرح می‌شود که دلیل تولید جدول‌های هنجاری چه بوده است. پاسخ پرسش مذکور راحتی کار برخی پژوهشگران، با نمره‌های هنجاری برای تحلیل و گزارش نتایج پژوهش‌های مداخلاتی است. به عبارت دیگر، برخی پژوهشگران علاقه‌مندند که نتایج خام حاصل از گروه مداخلاتی خود را پیش از تحلیل به داده‌های هنجاری تبدیل کنند و تحلیل‌های لازم را روی آنها انجام دهند. لازم به ذکر است که این تبدیل، تأثیری بر کم و کیف معناداری و اندازه اثر نتایج نخواهد داشت.

یکی از محدودیت‌های اساسی در مورد نتایج حاصل از ابزار خودگزارشی، موضوع مقبولیت اجتماعی است. این امر، در مورد سازه‌هایی مثل دینداری که در وضعیت فعلی کشور، به‌عنوان ارزش مورد تقویت اجتماع به‌شمار می‌رود، اهمیت دوچندان دارد. ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران پژوهش‌های خلاقانه دیگری، برای دستیابی به میزان تأثیر این امر، بر نتایج حاصل از مقیاس‌های دینداری طراحی و اجرا کنند.

در این پژوهش، تنها امکان بررسی ساختار درونی و روایی عاملی ابزار میسر شد. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران اعتبار و روایی مقیاس را در جمعیت‌های دیگر بررسی کنند. در این میان، بررسی روایی ملاکی، پیش‌بین و تجربی از پیشنهادی سطح اول پدیدآورندگان ابزار است. از سوی دیگر، به دلیل اینکه فرم بلند این مقیاس، برای جمعیت‌های دانش‌آموزی و اقشار مختلف مردم نیز در دسترس است، تهیه فرم کوتاه برای همین گروه‌های جمعیتی پیشنهاد می‌شود.

## منابع

- آذربایجانی، مسعود، ۱۳۸۲، *تهیه و ساخت آزمون های جهت گیری مذهبی با تکیه بر اسلام*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- تویسرکانی، محمدنبی ابن احمد، ۱۳۲۱ق، *لعلی الاخبار*، قم، مکتبه العلامه.
- خدایاری فرد، محمد و همکاران، ۱۳۸۹، «مدل سنجش دینداری و ساخت مقیاس آن در سطح ملی»، *پژوهش های کاربردی روان شناختی*، سال اول، ش ۱، ص ۱-۲۴.
- \_\_\_\_\_، ۱۳۹۲، *گزارش طرح پژوهشی ساخت فرم کوتاه مقیاس سنجش دینداری برای جامعه دانشجویی*، تهران، دانشگاه تهران.
- \_\_\_\_\_، ۱۳۷۸، *گزارش طرح پژوهشی تهیه مقیاس اندازه گیری اعتقادات و نگرش مذهبی دانشجویان دانشگاه صنعتی شریف*، تهران، دانشگاه صنعتی شریف.
- \_\_\_\_\_، ۱۳۸۵، *گزارش طرح پژوهشی آماده سازی و هنجاریابی مقیاس سنجش دینداری در جامعه دانشجویی*، تهران، دانشگاه تهران.
- \_\_\_\_\_، ۱۳۸۶، «ابطه نگرش مذهبی با رضایت زناشویی در دانشجویان متأهل»، *خانواده پژوهشی*، سال سوم، ش ۱۰، ص ۶۱۱-۶۲۰.
- \_\_\_\_\_، ۱۳۸۸، *گزارش طرح پژوهشی آماده سازی مقیاس دینداری و ارزیابی سطوح دینداری اقصاء مختلف جامعه ایران*، سازمان ملی جوانان، سازمان تبلیغات اسلامی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- رجیمی نژاد، عباس و علی اصغر احمدی، ۱۳۷۴، *گزارش طرح پژوهشی مطالعه تحلیلی و علی هویت یابی نوجوانان پسر ایرانی و رابطه آن با ساخت اجتماعی، اقتصادی و تحصیلی خانواده آنان*، تهران، وزارت آموزش و پرورش استان تهران.
- شجاعی زند، علیرضا، ۱۳۸۴، «مدلی برای سنجش دینداری در ایران»، *جامعه شناسی ایران*، سال ششم، ش ۱، ص ۳۴-۶۶.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۳۶۳، *المیزان فی تفسیر القرآن*، قم، بنیاد علمی و فکری علامه طباطبائی.
- کلینی، محمدبن یعقوب، ۱۳۷۴، *کافی*، قم، دارالکتب الاسلامیه.
- مجلسی، محمدباقر، ۱۴۰۳ق، *بحار الانوار*، بیروت، دار احیاء التراث العربی.
- مطهری، مرتضی، ۱۳۷۵، *انسان و ایمان*، قم، صدرا.
- Abar, B, et al, 2009, The effects of maternal parenting style and religious commitment on self-regulation, academic achievement, and risk behavior among African-American parochial college students, *Journal of Adolescence*, v. 32, p. 259-273.
- Al-Farūqī, I. R, 1984, *Islam. Niles*, IL: Argus Communications.
- Alghorani, M. A, 2008, Knowledge-Practice Measure of Islamic Religiosity (KPMIR): A Case of High School Muslim Students in the United States, *Journal of Muslim Mental Health*, v. 3, p. 25-36.
- Allport, G. W, & Ross, J. M, 1967, "Personal Religious Orientation and Prejudice", *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 5, p. 432-443.
- Argyle, M, 2000, *Psychology and Religion: An Introduction*, London and New York: Routledge.
- Barrett, P, 2007, Structural Equation Modeling: Adjudging Model Fit, *Personality and Individual Differences*, v. 42 (5), p. 815-824.
- Bierman, A, 2008, Does Religion Buffer the Effects of Discrimination on Mental Health? Differing Effects by Race, *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 45(4), p. 551-565.
- Burchell, B.J, & Marsh, C, 1992, The effect of questionnaire length on survey response'. *Quality and Quantity*, v. 26, p. 233-244.
- Glock, C. Y, & Stark, R, 1965, *Religion and Society in Tension*, Chicago, Rand McNally.
- Gonzales, A, 2011, Measuring Religiosity in a Majority Muslim Context: Gender, Religious Salience, and Religious Experience Among Kuwaiti College Students: A Research Note, *Journal for the scientific study of religion*, v. 50 (2), p. 339-350.

- Hill, P. C. & Maltby, L. E, 2009, *Measuring religiousness and spirituality: Issues, existing measures, and the implications for education and well-being*, In M. deSouza et al. (Eds), International handbook of education for spirituality, care and wellbeing (pp. 33-50). New York: Springer.
- Hooper, D, et al, 2008, Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit, *The Electronic Journal of Business Research Methods*, v. 6(1), p. 53-60.
- Hu, L, & Bentler, P. M, 1998, Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification, *Psychological Methods*, v. 3, p. 424-453.
- Hunter, O. S, & Gencoz, T. I, 2005, The effect of religiousness on marital satisfaction: testing the mediator role of marital problem solving between religiousness and marital satisfaction, *Contemporary Family Therapy*, v. 27(1), p. 123-136.
- Hunt, R. A, & King, M, 1971, The intrinsic-extrinsic concept: A Review and evaluation, *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 10, p. 339-356.
- Jackson, C. J, & Francis, L. J, 2004, Primary scale structure of the Eysenck Personality Profiler, *Current Psychology*, v. 22, p. 295-305.
- Joreskog, K. G, & Sorbom, D, 1996, *LISREL 8: user's reference guide*, Chicago, Scientific Software International.
- Kaiser, H. F, 1974, An index of factorial simplicity, *Psychometrika*, v. 39, p. 31-36.
- Kenny, D. A, & McCoach, D. B, 2003, Effect of the Number of Variables on Measures of Fit in Structural Equation Modeling, *Structural Equation Modeling*, v. 10 (3), p. 333-351.
- King, M, et al, 1995, The Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs: Development and standardization, *Psychological Medicine*, v. 25, p. 1125-1134.
- Krauss, S.E, et al, 2007, Adaptation Of A Muslim Religiosity Scale For Use With Four Different Faith Communities In Malaysia, *Review Of Religious Research*, v. 49(2), p. 147-164.
- Low, C. A, & Handal, P. J, 1995, The relationship between religion and adjustment to college, *Journal of college student development*, v. 36, p. 406-412.
- McIntosh, C, 2006, Rethinking fit assessment in structural equation modeling: A commentary and elaboration on Barrett (2007), *Personality and Individual Differences*, v. 42 (5), p. 859-867.
- Merrill, R. M, et al, 2005, The influence of family religiosity on adolescent substance use according to religious preference, *Social Behavior and Personality*, v. 33(8), p. 821-836.
- Nunnally, J. O, 1986, *Psychometric theory*, New York, McGraw- Hill.
- Sahin, A, & Francis, L.J, 2002, Assessing attitude toward islam among muslim adolescents: the psychometric properties of the Sahin Francis scale, *Muslim Educational Quarterly*, v. 19(4), p. 35-47.
- Smith, C, 2003, Theorizing religious effects among American adolescents, *Journal for the scientific study of religion*, v. 42, p. 17-30.
- Sullivan, T, 2001, Understanding the relationship between religiosity and marriage: an investigation of the immediate and longitudinal effects of religiosity on newlywed couples, *Journal of Family Psychology*, v. 15, p. 610-628.
- Tabachnick, B. G, & Fidell, L. S, 2007, *Using multivariate statistics (4th ed)*, Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Tukey, J. W, 1977, *Exploratory data analysis*, Reading, MA: Addison- Wesley.
- Wheaton, B, et al, 1977, Assessing Reliability and Stability in Panel Models, *Sociological Methodology*, v. 8 (1), p. 84-136.
- Wilde A, & Joseph, S, 1997, Religiosity and Personality in a Moslem Context, *Personality and Individual Differences*, v. 23(5), p. 899-900.



بسمه تعالی

دانشگاه تهران  
دانشجوی گرامی

با سلام، پرسش نامه پیش رو برای اجرای پژوهش دینداری<sup>۲</sup> تدوین شده است. لطفاً هر عبارت را به دقت بخوانید و نظر خود را در یک پیوستار شش درجه ای، از ۰ تا ۵ مشخص کنید. برای حفظ محرمانه بودن اطلاعات فردی، نوشتن نام و نام خانوادگی ضروری نیست. قبل از شروع لطفاً جدول زیر را تکمیل کنید و به همه پرسش ها پاسخ دهید.

مشخصات عمومی

|                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ۱. جنسیت: الف) مذکر <input type="checkbox"/> ب) مؤنث <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                               |  | ۲. تاریخ تولد: ..... ۱۳                                                                                                                                             |  |
| ۳. وضعیت تأهل: الف) مجرد <input type="checkbox"/> ب) متأهل <input type="checkbox"/> ج) جدانشده <input type="checkbox"/>                                                                                                                     |  | ۴. فرزند چند خانواده هستید؟ .....                                                                                                                                   |  |
| ۵. مذهب: .....                                                                                                                                                                                                                              |  | ۶. نام دانشگاه محل تحصیل: .....                                                                                                                                     |  |
| ۸. مقطع تحصیلی: کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری حرفه ای <input type="checkbox"/>                                                                                                             |  | ۹. سال ورود به دانشگاه: ۹۱ <input type="checkbox"/> ۹۲ <input type="checkbox"/> ۹۳ <input type="checkbox"/> ۹۴ <input type="checkbox"/> ۹۵ <input type="checkbox"/> |  |
| ۱۰. گروه تحصیلی: علوم انسانی <input type="checkbox"/> علوم پایه <input type="checkbox"/> علوم پزشکی <input type="checkbox"/> فنی و مهندسی <input type="checkbox"/> کشاورزی و دامپزشکی <input type="checkbox"/> هنر <input type="checkbox"/> |  |                                                                                                                                                                     |  |
| ۱۱. خود را متعلق به کدام طبقه اجتماعی می دانید؟ پایین <input type="checkbox"/> متوسط به پایین <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> متوسط به بالا <input type="checkbox"/> بالا <input type="checkbox"/>                  |  |                                                                                                                                                                     |  |
| ۱۲. قومیت: ۱) آذری (۲) بلوچ (۳) ترکمن (۴) گیلک (۵) مازنی (۶) عرب (۷) فارس (۸) کرد (۹) لر (۱۰) سایر (قید فرمایید) .....                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                     |  |
| ۱۳. نوع سکونت دانشجویی: همراه با خانواده <input type="checkbox"/> خوابگاه <input type="checkbox"/> اجارهای به همراه دوستان <input type="checkbox"/> اجارهای به تنهایی <input type="checkbox"/>                                              |  |                                                                                                                                                                     |  |
| ۱۴. نوع سهمیه پذیرش دانشگاه: مناطق <input type="checkbox"/> شهیدا <input type="checkbox"/> ایثارگران <input type="checkbox"/> سایر (لطفاً نام ببرید): .....                                                                                 |  |                                                                                                                                                                     |  |
| ۱۵. نوع پذیرش: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه / نوبت دوم <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                     |  |

از صرف وقت و دقت شما در تکمیل پرسش نامه قدرانی می شود. سلامتی و موفقیتان را از خداوند منان خواستاریم.

پژوهشگران روان شناسی دین دانشگاه تهران

| هرگز<br>(۰) | بندرت<br>(۱) | گاهی<br>لوقت (۲) | معمولاً<br>(۳) | اکثر اوقات<br>(۴) | همیشه<br>(۵) | برخی از افراد دیدگاهها و رفتارهای زیر را دارند؛ شما تا چه اندازه با دیدگاهها و رفتارها موافقت می کنید؟ |    |
|-------------|--------------|------------------|----------------|-------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | قرآن کریم راهنمای مناسبی برای زندگی من بوده است.                                                       | ۱  |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | ابراز خشم علیه ستمگران یک وظیفه دینی است.                                                              | ۲  |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | در شرایط متفاوت سعی می کنم راست بگویم.                                                                 | ۳  |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | به وجود فرشتگان الهی اعتقاد دارم.                                                                      | ۴  |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | اطرافیان خود را به انجام دادن واجبات دینی تشویق می کنم.                                                | ۵  |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | به اقلیت های دینی احترام می گذارم.                                                                     | ۶  |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | ادای نماز، مرا از انجام اعمال زشت و گناه باز داشته است.                                                | ۷  |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | در صورت داشتن شرایط پرداخت خمس، خود را مقید به پرداخت آن می دانم.                                      | ۸  |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | برای حل مشکلات دیگران تلاش می کنم.                                                                     | ۹  |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | در هر موقعیتی راستگو هستم.                                                                             | ۱۰ |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | همه امور زندگی به دست خداست.                                                                           | ۱۱ |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | سعی می کنم در کارها مطابق دستورات خداوند عمل کنم.                                                      | ۱۲ |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | با دیگران خوش اخلاق هستم.                                                                              | ۱۳ |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | دین، زندگی فردی و اجتماعی انسان را هدایت می کند.                                                       | ۱۴ |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | سعی می کنم نمازهای واجب را به جای آورم.                                                                | ۱۵ |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | از شنیدن اخبار مربوط به نشت نفت در دریا ناراحت می شوم.                                                 | ۱۶ |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | در معاشرت با جنس دیگر، رعایت حدود اسلامی را لازم می دانم.                                              | ۱۷ |
| ۰           | ۱            | ۲                | ۳              | ۴                 | ۵            | در گوش دادن به آهنگ های موسیقی احکام شرعی را در نظر می گیرم.                                           | ۱۸ |

|    |                                                        |   |   |   |   |   |   |
|----|--------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| ۱۹ | از اذیت شدن حیوانات جلوگیری می‌کنم.                    | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲۰ | هر کس از من هر کمکی خواسته است، کمک کرده‌ام.           | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲۱ | با وجود ناملازمات در زندگی، شکرگزار خداوندم.           | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲۲ | سمی می‌کنم نمازم قضا نشود.                             | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲۳ | بهبود رابطه بین افراد را وظیفه خود می‌دانم.            | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲۴ | در دعاهایی که مستجاب نمی‌شود، حکمتی نهفته است.         | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲۵ | از خطای افرادی که مرا رنجانیده‌اند، گذشت می‌کنم.       | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲۶ | شرکت در امور خیریه را وظیفه خود می‌دانم.               | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲۷ | هر نیکی که به انسان رسد از جانب خداست.                 | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲۸ | با دشمنان اولیای خدا، احساس دشمنی می‌کنم.              | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۲۹ | ریختن زباله در کوچه و خیابان را ناپسند می‌دانم.        | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳۰ | به قول‌هایی که داده‌ام، عمل کرده‌ام.                   | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳۱ | در انجام دادن کارها به خدا توکل می‌کنم.                | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳۲ | مقید هستم قضای روزهایی را که نگرفته‌ام، به‌جا آورم.    | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳۳ | مطالعه کتاب‌های دینی را اتلاف وقت می‌دانم.             | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳۴ | نسبت به مؤمنان علاقه ویژه‌ای دارم.                     | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳۵ | کتاب‌های دینی را مطالعه می‌کنم.                        | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳۶ | به معلمان خود احترام می‌گذارم.                         | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳۷ | ترک محرمات را ضروری می‌دانم.                           | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳۸ | در صورت وجود شرایط، امر به معروف و نهی از منکر می‌کنم. | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۳۹ | برای جلب رضای خدا در حل اختلافات خانوادگی کوشش می‌کنم. | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |
| ۴۰ | به‌خاطر نعمت‌های خداوند شکرگزار او هستم.               | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ |

#### شیوه نمره‌گذاری

این مقیاس دارای ۴۰ آیت و سه خرده‌مقیاس است. شماره آیت‌های قرار گرفته در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها به شرح زیر است. نمره مربوط به هر یک از خرده‌مقیاس‌ها، حاصل جمع نمره‌های تک تک آیت‌های قرار گرفته در خرده‌مقیاس مربوط است. شایان توضیح است که نمره بالا در هر یک از

خرده‌مقیاس‌ها، به معنای بیشتر بودن گرایش‌های دینداری گزارش شده است.

| خرده‌مقیاس      | تعداد آیت | شماره آیت‌ها                                |
|-----------------|-----------|---------------------------------------------|
| باور            | ۱۲        | ۳۷، ۳۴، ۳۱، ۲۷، ۲۴، ۲۱، ۱۷، ۱۴، ۱۱، ۷، ۴، ۱ |
| رفتار           | ۱۲        | ۳۸، ۳۵، ۳۲، ۲۸، ۲۵، ۲۲، ۱۸، ۱۵، ۱۲، ۸، ۵، ۲ |
| عواطف           | ۱۲        | ۳۶، ۳۳، ۲۹، ۲۶، ۲۳، ۱۹، ۱۶، ۱۳، ۹، ۶، ۳     |
| و انمود اجتماعی | ۴         | ۴۰، ۳۰، ۲۰، ۱۰                              |

توضیح: علامت "\*" نشان‌دهنده نیاز به معکوس نمودن نمره‌گذاری این آیت است.

خرده‌مقیاس وانمود اجتماعی، به‌منظور شناسایی پاسخ‌های نامعتبر تعبیه شده است. به عبارت دیگر، پاسخ‌دهنده‌ای که نمره ۱۶ و بالاتر در مجموع چهار آیت مربوط به این خرده‌مقیاس اخذ کند، ابزار تکمیل‌شده نامعتبر تلقی شده و از مجموعه داده‌ها کنار گذاشته می‌شود.

#### پی‌نوشت‌ها

- این مقاله در قالب طرح پژوهشی به شماره ۵۱۰۲۰۱۱/۱۹/۰۱ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام گرفته است.
- سازندگان ابزار مؤکداً بر این عقیده‌اند که مقیاس حاضر صرفاً برای استفاده پژوهشی طراحی و ساخته شده و لازم است گردآوری داده‌ها با استفاده از آن به صورت گروهی انجام پذیرد. همچنین، نتایج و تفاسیر حاصل از اجرای فردی آن، بدون روایی و اعتبار است.

# مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت؛ بر میزان شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری

اکرم امامیان‌ریزی / کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

akram.emanian@gmail.com

z\_yalatif@es.isfpu.ac.ir

زهرا لطیفی / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور اصفهان

دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۲۶ - پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۲۰

## چکیده

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با درمان مبتنی بر معنویت، بر میزان شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی جبری بوده است. طرح پژوهش، از نوع نیمه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری، کلیه زنان دارای اختلال وسواسی جبری، اصفهان بوده‌اند که با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۵ آزمودنی انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، تقسیم شدند. دو گروه آزمایش، در هشت جلسه دو ساعته، گروه‌درمانی دریافت کرده‌اند. آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، پس از یک ماه با پرسش‌نامه‌های شادکامی آکسفورد، بهزیستی روان‌شناختی ریف و کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌های حاصل از داده‌های آماری نشان داد که هر دو مداخله مؤثر، اما اثربخشی درمان مبتنی بر معنویت، در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و کیفیت زندگی بالاتر بوده است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر معنویت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلال وسواسی - جبری، کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی.

## مقدمه

اختلال وسواس فکری و عملی، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، با وجود وسواس‌های فکری و یا وسواس‌های عملی مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳). بر اساس معیارهای DSM-5، حضور یکی از این دو وسواس‌های فکری و یا وسواس‌های عملی، به تنهایی کافی است. بیماران وسواسی، بخصوص در دوره‌های تکراری و طولانی، رفتارهای اجباری درگیر می‌شوند و احساس می‌کنند که قادر به توقف این تکرارهای مکرر نیستند. اختلال وسواسی - اجباری، نسبتاً یکنواخت و بدون تناقض بوده و تخمین زده می‌شود که نرخ شیوع تمام عمری در مردم عادی جامعه (جمعیت غیربالینی) ۳ تا ۳ درصد است (سادوک و سادوک، ۱۳۹۳، ص ۳۴۳). مراجعات حاکی از این است که فاصله بین شروع علائم اختلال و رفتار جست‌وجوی درمان توسط بیمار با تقریباً ۱۰ سال تأخیر همراه می‌شود. درحالی‌که اختلال وسواس فکری عملی، یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی پس از فوبیا، سوءمصرف مواد و افسردگی، چهارمین اختلال روان‌شناختی بوده (کلارک، ۲۰۰۴، ص ۱۳۱) که با کارکرد اجتماعی مختل و کیفیت پایین زندگی توأم است. علاوه بر این، وجود مشکلات شغلی، تعارضات خانوادگی، احساس رنج شخصی و اضطرابی که دائم با کوچکترین عامل برانگیزاننده‌ای در معرض بازگشت است و همچنین، اجتناب‌هایی که منجر به محدودیت در روابط اجتماعی و بی‌بهره ماندن فرد از بسیاری از مواهبی می‌شود که به راحتی و به دور از دسترس و اضطراب، در اختیار و مورد استفاده همگان است، از جمله مشکلات افراد مبتلا به OCD می‌باشد. همه این موارد، آشکارا کاهش کیفیت زندگی و مشکلات سلامت روانی مشخصی را ایجاد می‌کند که نیازمند درمان مؤثر است (فیشر و لومز (Lomas & Fisher)، ۲۰۰۸).

امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت، قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی تعریف می‌شود. منظور از آن، سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادکامی و لذت‌بخشی باشد (قاسمی و همکاران، ۱۳۸۹). از سوی دیگر، افزایش شادی بر یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی (مؤلفه ذهنی) تأثیر می‌گذارد و موجب افزایش کیفیت زندگی می‌شود؛ زیرا شادی مفهومی روان‌شناختی است که دارای ابعاد مختلفی می‌باشد (سلیگمن و سکزنتمی هالای (Seligman & Scieszcentimihaly)، ۲۰۰۱). داینر (Dyner)، معتقد است: شادکامی، نوعی ارزشیابی است که فرد از خود و زندگی‌اش دارد و شامل مواردی از قبیل رضایت از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب می‌شود و جنبه‌های مختلف آن نیز به شکل شناخت‌ها و عواطف مثبت متجلی می‌شود. افکار افراد، با خلق خوش‌بینانه و شاد، به این سو گرایش دارد که حوادث بد، مربوط به همان لحظه و همان‌جا است و بر سایر قسمت‌های زندگی تأثیر ندارد (چاپار، ۲۰۰۲). علاوه بر این، لیوبومیرسکی (Lybomirsky) و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند: به‌طور کلی افراد شاد به شرایط و اتفاقات، به شیوه مثبت‌تر و سازگارتری پاسخ می‌دهند و دارای سطح استرس کمتر و سیستم ایمنی قوی‌تر و خلاق‌تری از افراد ناشاد هستند.

یکی دیگر از مؤلفه‌های مؤثر بر شادی، بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی، به‌عنوان رشد استعداد‌های واقعی هر فرد تعریف می‌شود (واسکوز (Vazquez) و همکاران، ۲۰۰۹). الگوی بهزیستی روان‌شناختی ریف، به طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است. ریف، این الگو را بر اساس مرور متون بهداشت روانی ارائه و اظهار داشت: مؤلفه‌های الگو، معیارهای بهداشت روانی مثبت بوده و این ابعاد کمک می‌کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص قابل اندازه‌گیری باشد. در تعداد محدودی از پژوهش‌ها، رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی بررسی شده است (چنگ و چان (Cheng & Chan)، ۲۰۱۰).

تاکنون درمان‌های زیادی در حوزه روان‌درمانی، بر بیماران با وسواس فکری و عملی صورت گرفته است. در این میان، می‌توان به رفتار درمانی (کلارک و پوردون (Clirc & Purdon)، ۲۰۰۴)، درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد. اما امروزه نسل جدید درمان‌ها یا درمان‌های نسل سوم، بیشتر مورد توجه متخصصان قرار گرفته است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از آنهاست. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اختصار ACT خوانده می‌شود، یک رفتار درمانی موج سوم است که آشکارا این رویکرد، تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آنها را می‌پذیرد. ACT ریشه در یک نظریه فلسفی، به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی، در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب‌های رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (هایس و همکاران، ۲۰۰۱). ACT، شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. فرایندهای فوق عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه.

بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی اختلال وسواس فکری و عملی، بخصوص جنبه‌هایی که مقاوم به درمان هستند (مثلاً اجتناب، بازداری فکر، کیفیت زندگی مختل، مشکلات خلقی)، مناسب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشند. فرایندهای درمان، مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن هستند که به افراد بیاموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند. چگونه از افکار مزاحم بگسلند و موجب می‌شوند فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند (لوپز و سالاس (Lopez & Salas)، ۲۰۰۹). از سوی دیگر، با توجه به بافت اختلال وسواس فکری و عملی که در اکثر مواقع و بخصوص در کشور ایران، توأم با مسائل مذهبی و دینی است، از دیگر درمان‌هایی که کمتر مورد توجه قرار گرفته و به نظر می‌رسد، بر اختلال وسواس فکری و عملی اثرگذار باشد، می‌توان به درمان مبتنی بر معنویت اشاره نمود (آکوچکیان و همکاران، ۱۳۸۹). بسیاری از متخصصان ایمان و معنویت را به‌عنوان یک منبع مهم، در سلامت جسمی و بهبود افراد دانسته و به گونه‌ای آن را در فرایند درمان ضروری می‌دانند (ریچارد و همکاران، ۲۰۰۷). معنویت، بُعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی، به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد. وحدت در هستی، به وسیله افراد معنوی مشاهده می‌شود (ریچارد و برگین (Richard & Bergin)، ۲۰۰۵).

اندیشمندان مسلمان نیز نقش و جایگاه معنویت را مطرح کرده‌اند. برای نمونه، شهید مطهری، معنویت را نوعی احساس و گرایش ذاتی انسان به امور غیرمادی، مانند علم و دانایی، خیر اخلاقی، جمال و زیبایی، تقدس و پرستش می‌داند و آن را وجه تمایز انسان و موجودات دیگر تلقی می‌کند (آقاعلی و همکاران، ۱۳۹۰). سرچشمه معنویت اسلامی، قرآن کریم است. از نظر مسلمانان، زندگی معنوی هم بر ترس از خدا و هم بر عشق به او مبتنی است. تسلیم در برابر اراده خدا و جست‌وجو برای شناخت او، هدف نهایی آفرینش است. در اسلام، میان دینداری و معنویت جدایی نیست. معنویت صحیح، در وقت عمل به دین و در سایه دینداری حاصل می‌شود و چیزی برای انسان وجود ندارد که معنویت باشد ولی خارج از دین و دینداری قرار گیرد. یاد خدا، برترین حالت معنوی به حساب می‌آید و به هر صورت که تحقق یابد، در رأس برنامه‌های دینی است. اسلام انسان را خلیفه خدا می‌داند و به دنبال این است که صفحه وجودی او، چیزی غیر خالق را نشان ندهد، و برای آن به گونه‌ای برنامه‌ریزی کرده که با اقامه نماز و عبادت، هر روز این نمایش کامل‌تر شده و شدت یابد. هر بخشی از دین اسلام، برای سیر معنوی انسان برنامه دارد و هر کدام اثری خاص دارند (فتاحی، ۱۳۸۹، ص ۴۸).

آکوچکیان و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهشی بیان داشتند که در بیماران مبتلا به اختلال وسواس، مداخلات مبتنی بر مذهب به طور چشمگیری، می‌تواند پاسخ درمانی بیماران را بالا برده، در درمان آنها مؤثر باشد. همچنین، مداخله می‌تواند بر علایم همبود با بیماری و وضعیت کلی روانی بیمار، که پاسخ درمانی را ضعیف و پیش‌آگهی بیماری وسواس را بدتر می‌کند، اثر گذارد. همتی مسلک پاک و همکاران (۱۳۸۹)، در یک پژوهش کیفی نتیجه‌گیری کردند که معنویت در دختران نوجوان مبتلا به دیابت یک عامل مهمی است که کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از عوامل مهم سازگاری دختران نوجوان، مبتلا به دیابت در موقعیت‌های تنش‌زا معنویت بوده است. در همین راستا، عزیزی/برقویی (۱۳۸۹) در پژوهشی بیان کرد مداخله معنوی تأثیر معناداری بر افزایش امید و کیفیت زندگی دانشجویان دارد. فتاحی (۱۳۸۹)، هم در یک پژوهش بیان می‌کند که مداخله معنوی اسلامی، بر کاهش علائم افسرده‌خوئی و بهبود کیفیت زندگی، نسبت به گروه کنترل به طور معناداری مؤثر بوده است. گزارش فلاح و همکاران (۱۳۹۰)، در خصوص اثربخشی آموزش معنویت، به شیوه گروهی بر افزایش امید، رضایت از زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه، پژوهش غلامی و بشلیه (۱۳۹۰)، بر اثربخشی آموزش معنویت، بر افزایش سلامت روان زنان مطلقه و نیز گزارش تحقیقی پیراسته مطلق و نیک‌منش (۱۳۹۰)، بر نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز، بیانگر اثربخشی این شیوه بوده است. محققان دیگری همچون لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۱)، اثربخشی مداخله معنوی را بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان بررسی و بیان کرده‌اند که مداخله معنوی تأثیر معناداری بر حیطه سلامت روان و روابط اجتماعی مادران کودکان مبتلا به سرطان دارد.

همسو با این تحقیقات، پژوهش بوالهری و همکاران (۱۳۹۱) نیز اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی، بر

کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس و بهبود سلامت معنوی در زنان مبتلا به سرطان سینه، تقی‌زاده و میر/علانی (۱۳۹۱)، اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، یوسفی و همکاران (۱۳۹۱)، اثربخشی گشتالت درمان‌گری و معنادرمانگری را بر کاهش نشانگان وسواس، کم‌رزین و همکاران (۱۳۹۱)، اثربخشی معنویت‌درمانی بر بهبود خودپنداره زنان آزادپدیده (جسمی و عاطفی) در دوران کودکی را مؤثر گزارش کرده‌اند. از سوی دیگر، میرمهدی و هاشمی جلی (۱۳۹۲)، اثربخشی معنویت‌درمانی را بر افزایش سلامت روان سالمندان مقیم آسایشگاه، اسد/لهی و همکاران (۱۳۹۳)، اثربخشی معنویت‌درمانی بر علائم جسمی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر /دانشی مقدم و همکاران (۱۳۹۳)، اثربخشی معنویت‌درمانی را بر افزایش سلامت روان دانشجویان دانشگاه تربیت معلم مورد آزمون قرار داده و نتایج را مؤثر و رضایت‌بخش اعلام کرده‌اند. بابایی و همکاران (۱۳۹۴)، اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت، قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان، کیانی و همکاران (۱۳۹۴)، اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به مرکز سرطان شهر بوشهر، مورد آزمون قرار داده و معنویت‌درمانی را مؤثر گزارش کرده‌اند.

سعادت‌ی شاهجویی و/اعتماد/هری (۱۳۹۳)، در پژوهش خود رابطه بین معنویت با شادکامی دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر تهران را مورد مطالعه و گزارش دادند که بین معنویت و همه ابعاد آن (آگاهی، بزرگ‌نمایی، عدم ناامیدی، پذیرش واقعی، بی‌ثباتی، مدیریت برداشت)، با شادکامی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. علاوه بر این، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های معنویت، چهار بُعد مدیریت برداشت، پذیرش واقعی، بزرگ‌نمایی و آگاهی، قادر به پیش‌بینی شادکامی دانش‌آموزان می‌باشند. همسو با این پژوهش، مظفری‌نیا و همکاران (۱۳۹۳) رابطه سلامت معنوی با شادکامی دانشجویان را بررسی و بیان داشتند که در دانشجویان، سلامت معنوی با شادکامی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. از بین محققان خارجی، فلوریلا (۲۰۰۸)، تأثیر مذهب و معنویت را بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان مزمن و عبد/خالقی (۲۰۱۰)، بر کیفیت زندگی دانشجویان مسلمان اثر معنویت را مهم و مؤثر گزارش داده‌اند. از سوی دیگر، پاپین و مک‌کلور (۲۰۱۳)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر رفتارهای وسواسی پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که افزایش معنویت موجب کاهش رفتار وسواسی می‌شود. در همین راستا، پیروتسکی و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان وسواس مذهبی و باورهای صریح و ضمنی درباره خدا، سنجش صریحی را درباره اعتقاد به خدا، تکلیف تداوی ضمنی مرتبط و پرسش‌نامه وسواس مذهبی پین انجام دادند. نتایج نشان داد که تنها افرادی با باورهای فوق‌العاده صریح و منفی و معاشرت‌های ضمنی نسبتاً منفی، دارای درجات بالاتری از وسواس مذهبی بودند. کیم و همکاران (۲۰۱۵)، در پژوهشی با عنوان تأثیرات دین و معنویت بر نتایج درمانی، در بیمارانی با اختلالات افسردگی بیان داشتند که معنویت به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم، در کیفیت زندگی و سلامت روان عمل می‌کند.

در خصوص تحقیقات انجام شده در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تحقیقات محققانی همچون پورفرج عمران (۱۳۹۰) و مهردوست (۱۳۹۰)، اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد را بر هراس اجتماعی، حر و همکاران (۱۳۹۱)، بر کاهش افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲؛ صفری (۱۳۹۲) بر کاهش شدت و میزان علائم مشکلات رفتاری کودکان با مادران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار و نریمانی و همکاران (۱۳۹۲)، بر کیفیت زندگی زنان نابارور، مؤید تأثیر مطلوب درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بوده است. علاوه بر این، یزدی و عابدی (۱۳۹۲)، عبدلله‌پور حقیقی (۱۳۹۲) و یزدی و همکاران (۱۳۹۳)، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان، و/یا ن دوست و همکاران (۱۳۹۲)، تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را بر کاهش میزان شدت درد زنان مبتلا به کمردرد مزمن، با تحقیقات خود تأیید نموده‌اند. رجیبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)، در گزارش پژوهش خود اثربخشی گروهی پذیرش و تعهد را بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به ام اس و رحمانی و همکاران (۱۳۹۳)، بر کاهش اضطراب دانشجویان نشان داده‌اند.

در خصوص مبتلایان به بیماری وسواس، بقولی (۱۳۹۳)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار را مورد بررسی قرار داده و در پایان تحقیق خود گزارش دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در مقایسه با درمان دارویی کلومی پیرامین، بر کاهش شدت علائم وسواس - اجبار، اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی فکر و عمل، کنترل فکر و بهبود کیفیت زندگی در پایان درمان و مرحله پیگیری اثربخشی بیشتری دارد. محمدی (۱۳۹۴)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار، تحت پوشش سازمان بهزیستی را بررسی کرده و نتایج پژوهش وی حاکی از این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار را افزایش داده و تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی در مرحله پیگیری پس از یک ماه ماندگار می‌باشد. کیانی مقدم (۱۳۹۴) نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی، افکار خودکشی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان دانشجویان دانشگاه‌های شهر لاهیجان را مورد بررسی قرار داده و نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش علائم افسردگی، افکار خودکشی و راهبردهای شناختی منفی تنظیم هیجان و افزایش استفاده از راهبردهای مثبت، تنظیم هیجان در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد.

از بین محققان خارجی ماین - وچیلینک (۲۰۰۹)، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش علائم وسواس، افسردگی، افکار بیش بها داده شده و بونجیف و همکاران (۲۰۱۱)، اثربخشی مداخله به موقع برای بزرگسالان دارای علائم افسردگی را مورد تأیید قرار دادند. مایکل و همکاران (۲۰۱۱)، در پژوهشی به مقایسه دو مداخله مواجهه و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش پرداخته و تأثیر مثبت این نوع درمان را قابل توجه اعلام نمودند. در خصوص چگونگی

تأثیرگذاری این برنامه درمان، *روو* و همکاران (۲۰۱۲)، بیان کردند که آزمودنی‌های مبتلا به وسواس‌های ناراحت‌کننده با توجه به سیستم خود ارزشی تغییر کرده و بهبود می‌یابند. *لورا* و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهشی دو مداخله در معرض قرار گرفتن و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را برای وسواس مورد مقایسه قرار داده و بیان داشتند که در هر دو روش، تغییراتی در باورهای ناکارآمد، اما نه در تمایل به تجربه افکار مزاحم ایجاد می‌کند.

از آنجاکه در حال حاضر، بین متخصصان زبان مشترکی برای درمان وجود ندارد و با وجود گام‌های مهمی که در درمان اختلال وسواس فکری و عملی برداشته شده است، تعداد قابل ملاحظه‌ای از این بیماران، با وجود دریافت کوشش‌های درمانی کافی، کاهش اندکی در نشانه‌های اختلال و علائم بالینی همراه دارند و یا حتی ممکن است، هیچ کاهشی در نشانه‌ها نشان ندهند. بنابراین، بررسی گزینه‌های درمانی متفاوت و جدید و مقایسه محققانه در مورد آنها، اهمیت و ضرورت می‌یابد. همچنین، با توجه به اینکه مطالعات چندانی در رابطه با مقایسه اثربخشی این دو روش (روش مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر معنویت) در بافت فرهنگی ایران صورت نگرفته است، در این پژوهش محقق به دنبال پاسخ به این سؤال بوده است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، در مقایسه با درمان مبتنی بر معنویت، بر میزان بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و کیفیت زندگی زنان دارای وسواس فکری عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان تفاوت دارد؟

## روش پژوهش

این پژوهش، از پژوهش‌های کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، با پیگیری با دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه است. متغیر مستقل، عضویت گروهی (درمان مبتنی بر معنویت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و لیست انتظار) و متغیرهای وابسته، نمرات آزمودنی‌ها در ابزارهای شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را به دلیل بالاتر بودن آمار زنان مراجعه‌کننده و همکاری بهتر برای شرکت در جلسات، کلیه زنان دارای اختلال وسواس - جبری در شهر اصفهان تشکیل می‌دادند. بدین ترتیب که، ابتدا از میان مراکز مشاوره تحت نظارت سازمان بهزیستی یا سازمان نظام مشاوره کشور در شهر اصفهان، مراکزی انتخاب و همکاری مدیران جلب گردید. سپس، تمامی زنان دارای وسواس فکری و عملی مراجعه‌کننده به این مراکز که توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی تشخیص اختلال OCD گرفته و تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، مشخص گردیدند. گمارش تصادفی نمونه‌ها، در گروه‌های درمانی مستلزم دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش بود. ملاک‌های ورود شامل، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی - جبری مطابق ملاک‌های DSM-V، با نظر روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک، داشتن شرط سنی ۲۰ تا ۴۰ سال و ملاک‌های خروج شامل، داشتن علایم روان‌پریشی و یا اختلال دیگر، بجز اختلال وسواس فکری - عملی، دریافت درمان‌های مختلف دارویی، روان‌شناختی و درمان‌های مبتنی بر رویکردهای

مذهبی، در طی یک سال پیش از ارجاع بود. در ادامه، پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج شرکت‌کنندگان، ۴۵ نفر انتخاب و به طور تصادفی، در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر)، درمان مبتنی بر معنویت (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. همچنین، پیش از اجرای متغیر مستقل (گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت)، آزمودنی‌های انتخاب شده در پیش‌آزمون، اقدام به پُر کردن پرسش‌نامه‌های مورد نظر کردند. پس از اتمام جلسات درمانی (۸ جلسه) و یک ماه پس از اتمام مداخله، پس‌آزمون و آزمون پیگیری، روی سه گروه اجرا شد. همان‌طور که اشاره شد، در این پژوهش از دو روش درمانی استفاده شد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از راهنمای درمانی (هیز (Hayes) و همکاران، ۱۹۹۹)، شامل ۸ جلسه دو ساعته به صورت گروهی و یک بار در هفته استفاده شد. در درمان مبتنی بر معنویت با اقتباس از راهنمای درمانی ریچاردز و برگین (۲۰۰۵) و با بهره‌گیری از متون اسلامی و تأیید چند متخصص مذهبی حوزه علمیه، راهنمای درمان، با رویکرد اسلامی تدوین و استفاده شد. در این گروه، ۸ جلسه دو ساعته به صورت گروهی یک بار در هفته اجرا شد. نتایج آزمون‌ها، با استفاده از روش‌های تحلیل آماری، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ابزار پژوهش

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی کرد. فرم اصلی، دارای ۱۲۰ پرسش بود، ولی در بررسی‌های بعدی، فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید. زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، دارای شش خرده‌مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. این آزمون، مقیاسی ۶ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق را دربر می‌گیرد. برخی سؤال‌ها، به شکل مستقیم و برخی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در فرم ۸۴ سؤالی، هر عامل دارای ۱۴ پرسش است.

ریف و همکاران (۱۹۹۵)، میزان پایایی کل آزمون را از طریق آلفای کرباخ ۰/۸۷ گزارش کردند. فرم ۸۴ سؤالی این آزمون، در ایران توسط بیانی و همکاران (۱۳۸۷) هنجاریابی شد (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد: پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد که توسط آرگیل و همکاران (۱۹۸۹) ساخته شد. سازه‌های روان‌شناختی زیر را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: امیدواری، آمادگی روانی، خودپنداره، احساس زیبایی شناختی، رضایت از زندگی، خودکارآمدی، سرخوش بودن. فرم اصلی این آزمون، تک مقیاس است و هیچ زیرمقیاسی ندارد، اما نتایج پژوهش هادی‌نژاد و زارعی (۱۳۸۸)، حاکی از وجود هفت مؤلفه یا زیرمقیاس در این پرسش‌نامه می‌باشد. این پرسش‌نامه، شامل ۲۹ گویه پنج گزینه‌ای می‌باشد. به این ترتیب، در هر گویه، عبارات به گونه‌ای درجه‌بندی شده‌اند که هر جمله نسبت به جمله قبلی، بیانگر درجه‌ای از شادی است. هیلز و آرگیل (۲۰۰۲)، ضریب پایایی پرسش‌نامه را

۰/۹۱ و همبستگی درونی گویه‌ها را بین ۰/۰۴ تا ۰/۶۵ گزارش کرده‌اند. در ایران، علی‌پور و نوربلا (۱۳۷۸) و هادی‌نژاد و زارعی (۱۳۸۸)، پایایی و اعتبار و هنجاریابی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد را بررسی کرده‌اند که نتایج هادی‌نژاد و زارعی، بیانگر ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۴ و ضریب همبستگی برابر ۰/۷۸ می‌باشد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسش‌نامه، برای سنجش کیفیت زندگی فرد، در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازنده آن، سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ است. تعداد آن سؤالات، ۳۴ سؤال در قالب ۴ حیطه، که دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی، مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بنابراین، پرسش‌نامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد که دارای حیطه‌های زیر است: الف. حیطه سلامت جسمانی؛ ب. حیطه روان‌شناختی؛ ج. حیطه روابط اجتماعی، حیطه محیط زندگی. در نتایج گزارش شده، توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. در ایران، نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی، با فاصله سه هفته‌ای، تصنیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب، برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷، ۰/۸۴ بود.

درمان گروه آزمایش اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛

جلسه اول: معارفه (استفاده از استعاره دو کوه) و آموزش در خصوص علائم اختلال وسواس فکری - عملی؛

جلسه دوم: مفهوم‌سازی درمان، توضیح آموزش و تمرینات؛

جلسه سوم: درماندگی خلاق، بررسی افکار، احساسات، علائم بدنی و خطرات مشکل‌ساز و راه‌حل‌های فرد، برای

آرام کردن اضطراب خود و بررسی نتایج کوتاه‌مدت و بلندمدت، این راه‌حل‌ها (استعاره چاه وسواس)؛

جلسه چهارم: تکنیک کنترل مسئله است، معرفی دنیای درون و دنیای بیرون و رنج حاصل از زندگی و در پایان تکنیک تمایل؛

جلسه پنجم: آموزش تکنیک گسلش و جدا کردن خود از افکار (استعاره رژه سربازان)؛

جلسه ششم: گسلش (خود به عنوان زمینه)، طرح داستان زندگی فرد و بررسی دلایلی که فرد برای رفتارهای

وسواسی (استعاره صفحه شطرنج)؛

جلسه هفتم: تصریح ارزش‌ها و ایجاد تعهد (استفاده از استعاره تشیع جنازه)؛

جلسه هشتم: اختتام، مرور کل جلسات درمانی، جمع‌بندی، تعیین زمان اجرای پس‌آزمون.

در ضمن، در هر جلسه، ابتدا واکنش‌های مراجع به جلسه قبل بررسی، تکلیف مرور می‌شد، یک جمع‌بندی از

جلسه قبل به عمل می‌آمد و موضوع جدید تعیین و روی تعهد رفتاری توافق می‌شد.

درمان گروه آزمایش دوم: درمان مبتنی بر معنویت؛

جلسه اول: معارفه، ایجاد رابطه درمانی، توضیحاتی در خصوص روند برگزاری جلسات درمانی و آموزش، در خصوص علائم اختلال وسواس فکری - عملی؛  
 جلسه دوم: توضیح معنویت و مؤلفه‌هایی آن و نقش آن در زندگی روزمره؛  
 جلسه سوم: توضیح نقش توکل و اعتماد به خداوند در زندگی؛  
 جلسه چهارم: مفهوم‌سازی و نقش شکر در زندگی؛  
 جلسه پنجم: بررسی مصادیق و نقش عفو، گذشت و بخشش در خانواده و کل زندگی؛  
 جلسه ششم: نقش و تأثیر ذکر و یاد خدا و توسل به معصومان (ع) در زندگی؛  
 جلسه هفتم: بررسی مفهوم و نقش صبر در زندگی مصادیق و اثرات آن؛  
 جلسه هشتم: اختتام، مرور کل جلسات درمانی، جمع‌بندی، دادن تکالیف یادآور و تعیین زمان اجرای پس‌آزمون.  
 در ضمن، برنامه هر جلسه با استفاده از شیوه‌های فعال آموزش و چالش و بحث و بررسی و با حضور فعال مراجعان انجام می‌گرفت. در هر جلسه، افراد تجربیات معنوی مرتبط با دستور جلسه قبلی یا فعلی را در گروه مطرح و تکالیف مرور می‌شد. یک جمع‌بندی از جلسه قبل به عمل می‌آمد، موضوع جدید تعیین و بر تمرین رفتاری و تکالیف جلسه بعد توافق می‌شد.

## یافته‌های پژوهش

برای بررسی تفاوت اثربخشی درمان، مبتنی بر تعهد و پذیرش، با درمان مبتنی بر معنویت بر میزان بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری از تحلیل کوواریانس مانکوا استفاده شد. پیش‌فرض‌های انجام تحلیل واریانس، فاصله‌ای و نسبی بودن متغیرهای همپراش و وابسته، نرمال بودن توزیع داده‌ها، عدم همبستگی کامل میان همپراش‌ها و همگنی واریانس‌ها، با آزمون‌های مربوط مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شد.

سؤال اصلی: آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، با درمان مبتنی بر معنویت بر میزان بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، تفاوت معناداری وجود دارد؟

جدول ۱. آزمون لامبدای ویکلز برای بررسی تفاوت میانگین‌های گروه‌ها

| توان آماری | Eta  | سطح معناداری | درجه آزادی | F    | مقدار ویژه | Wilk's Lambda |
|------------|------|--------------|------------|------|------------|---------------|
| ۱/۰۰       | ۰/۳۹ | ۰/۰۱         | ۶          | ۷/۸۸ | ۰/۳۷       |               |

با توجه به جدول ۱، حداقل در یکی از متغیرهای مورد بررسی در مقایسه بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.  
 در جدول ۲، به تحلیل کوواریانس یک‌راهه درمان مبتنی بر معنویت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش پرداخته است (مقادیر بین صفر تا ۱ را شامل می‌شود که مقادیر نزدیک به صفر، نشان تفاوت معنادار بین میانگین گروه‌ها است).

جدول ۲. تحلیل کوواریانس یکراهه تفاوت اثربخشی دو مداخله درمانی بر مقیاس‌های مورد مطالعه (بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و کیفیت زندگی)

| منبع                | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معناداری | اتا  | توان آزمون |
|---------------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|------|------------|
| بهزیستی روان‌شناختی | ۲۱۲۸/۲۲       | ۱          | ۲۱۲۸/۲۲         | ۴/۷۴  | ۰/۰۱         | ۰/۴۴ | ۱/۰۰       |
| گروه                | ۱۵۴۱/۷۴       | ۲          | ۷۷۰/۳۷          | ۱۱/۲۷ | ۰/۰۱         | ۰/۳۶ | ۰/۹۰       |
| خطا                 | ۲۶۶۵/۶۳       | ۳۹         | ۶۸/۵۵           | ---   | ---          | ---  | ---        |
| شادکامی             | ۵۴۸/۹۱        | ۱          | ۵۴۸/۹۱          | ۶/۰۹  | ۰/۰۱         | ۰/۱۴ | ۰/۶۷       |
| گروه                | ۴۷۳۷/۷۰       | ۲          | ۲۳۶۸/۸۵         | ۲۶/۲۸ | ۰/۰۱         | ۰/۵۷ | ۱/۰۰       |
| خطا                 | ۳۵۱۴/۵۱       | ۳۹         | ۹۰/۱۱           | ---   | ---          | ---  | ---        |
| کیفیت زندگی         | ۴۳۳/۱۸        | ۱          | ۴۳۳/۱۸          | ۷/۴۶  | ۰/۰۱         | ۰/۲۰ | ۰/۷۵       |
| گروه                | ۶۰۰/۳۴        | ۲          | ۳۰۰/۱۷          | ۶/۹۷  | ۰/۰۱         | ۰/۳۶ | ۰/۹۰       |
| خطا                 | ۱۶۷۷/۴۹       | ۳۹         | ۹۰/۱۱           | ---   | ---          | ---  | ---        |

با توجه به جدول ۲، هر دو نوع مداخله (درمانی پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت) بر بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان مبتلا به وسواس، به طور معناداری اثربخش بوده است. برای بررسی تفاوت اثربخشی دوره‌های از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۳. آزمون تعقیبی LSD برای مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و کیفیت زندگی

| مقیاس               | گروه A                | گروه B       | اختلاف میانگین A-B | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|---------------------|-----------------------|--------------|--------------------|----------------|--------------|
| بهزیستی روان‌شناختی | درمان مبتنی بر معنویت | تعهد و پذیرش | ۳۴/۳۷              | ۹/۹۱           | ۰/۰۱         |
|                     | تعهد و پذیرش          | کنترل        | ۴۶/۳۲              | ۱۰/۵۵          | ۰/۰۱         |
|                     | درمان مبتنی بر معنویت | کنترل        | ۱۱/۹۵              | ۱۱/۱۰          | ۰/۲۸         |
| شادکامی             | درمان مبتنی بر معنویت | تعهد و پذیرش | ۱۴/۶۸              | ۳/۶۰           | ۰/۰۱         |
|                     | تعهد و پذیرش          | کنترل        | ۲۷/۳۷              | ۳/۸۳           | ۰/۰۱         |
|                     | درمان مبتنی بر معنویت | کنترل        | ۱۲/۶۹              | ۴/۰۳           | ۰/۰۱         |
| کیفیت زندگی         | درمان مبتنی بر معنویت | تعهد و پذیرش | ۵/۴۲               | ۲/۴۸           | ۰/۰۳         |
|                     | تعهد و پذیرش          | کنترل        | ۹/۶۹               | ۲/۶۴           | ۰/۰۱         |
|                     | درمان مبتنی بر معنویت | کنترل        | ۴/۲۶               | ۲/۷۸           | ۰/۱۳         |

با توجه به جدول ۳ و معنادار بودن تفاوت درمان مبتنی بر معنویت با گروه کنترل، برای مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و کیفیت زندگی می‌توان گفت: درمان مبتنی بر معنویت بر بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و کیفیت زندگی، در سطح میزان اثربخشی بالاتری داشته است. بررسی جدول نشان می‌دهد که مداخله درمانی تعهد و پذیرش، تنها بر شادکامی مؤثر بوده است و بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مؤثر نبوده است.

برای بررسی ماندگاری اثربخشی، دوره‌های درمان تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر معنویت در مرحله پیگیری از آزمون تی استودنت، برای مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. نتایج آزمون t استودنت در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی، شادکامی و کیفیت زندگی

| سطح معناداری | t    | پیگیری           |         | پس‌آزمون         |         | مرحله                 | مقیاس                  |
|--------------|------|------------------|---------|------------------|---------|-----------------------|------------------------|
|              |      | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین |                       |                        |
| ۰/۵۶         | ۰/۷۸ | ۳۰/۰۷            | ۳۵۰/۴۵  | ۲۹/۰۳            | ۳۵۲/۷۳  | درمان مبتنی بر معنویت | بهزیستی<br>روان‌شناختی |
| ۰/۵۷         | ۱/۰۶ | ۲۷/۷۸            | ۲۹۹/۶۸  | ۲۹/۶۶            | ۳۰۳/۳۳  | تعهد و پذیرش          |                        |
| ۰/۴۲         | ۱/۱۲ | ۱۵/۳۶            | ۹۲/۱۶   | ۱۶/۴۶            | ۹۰/۹۳   | درمان مبتنی بر معنویت | شادکامی                |
| ۰/۴۶         | ۰/۹۳ | ۸/۶۷             | ۷۲/۶۹   | ۹/۴۳             | ۷۳/۵۳   | تعهد و پذیرش          |                        |
| ۰/۴۳         | ۱/۱۷ | ۶/۶۸             | ۸۲/۶۹   | ۷/۱۱             | ۸۰/۵۳   | درمان مبتنی بر معنویت | کیفیت<br>زندگی         |
| ۰/۵۳         | ۰/۸۱ | ۱۰/۱۲            | ۷۰/۱۲   | ۹/۶۰             | ۷۱/۹۳   | تعهد و پذیرش          |                        |

با توجه به جدول ۴، تفاوت معناداری در هیچ یک از مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، شادکامی و کیفیت زندگی در دوره‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت در سطح  $P > ۰/۰۵$  وجود ندارد. بنابراین، می‌توان گفت: اثر مداخلات درمان، مبتنی بر معنویت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، در شرکت‌کنندگان باقی مانده است. علاوه بر این، تحلیل کوواریانس یک‌راهه، تفاوت اثربخشی دو مداخله درمانی بر ابعاد بهزیستی روان‌شناختی نشان داد که هر دو مداخله درمانی، بر ابعاد بهزیستی روان‌شناختی بجز بُعد زندگی هدفمند اثربخش بوده است. برای بررسی اثربخشی هر یک از دوره‌های درمانی، و تفاوت اثربخشی دو مداخله درمانی، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج نشان داد که در مورد زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، زنان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، مداخله بر زیرمقیاس‌های، رابطه مثبت با دیگران، رشد شخصی و تسلط بر محیط مؤثر بوده و با توجه به اختلاف میانگین‌های دو گروه درمانی، مداخله درمان مبتنی بر معنویت اثربخش‌تر از مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ابعاد بهزیستی روان‌شناختی بوده است.

در خصوص تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، با درمان مبتنی بر معنویت بر ابعاد شادکامی زنان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، تفاوت معنادار وجود داشته و تحلیل کوواریانس یک‌راهه، تفاوت اثربخشی دو مداخله درمانی بر ابعاد شادکامی نشان می‌دهد که هر دو نوع مداخله، بر تمامی ابعاد شادکامی در سطح  $P < ۰/۰۱$  اثربخش بوده، ولی میزان اثربخشی درمان مبتنی بر معنویت بالاتر بوده است.

در خصوص تفاوت بین اثربخشی درمان، مبتنی بر تعهد و پذیرش با درمان مبتنی بر معنویت، بر ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری نتایج نشان داد که هر دو نوع مداخله درمانی پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت، بر ابعاد روان‌شناختی و محیط زندگی در سطح  $P < ۰/۰۱$  مؤثر بوده است و آزمون تعقیبی LSD نشان داد که این تأثیر در مداخله درمان مبتنی بر معنویت بالاتر بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، با درمان مبتنی بر معنویت بر میزان

شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بین زنان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری بوده است. نتایج نشان داد که اگرچه هر دو نوع مداخله بر متغیرهای وابسته تحقیق مؤثر بوده‌اند، اما مداخله مبتنی بر معنویت اثربخشی بالاتری را در پس‌آزمون و پیگیری نشان داده است. اگر چه محققان به تحقیق دقیقاً مشابهی در این مورد دست نیافتند، اما در خصوص متغیرهای تحقیق و درمان‌های مشابه این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های *آکوچکیان و همکاران (۱۳۸۹)*، *همتی مسلک پاک و همکاران (۱۳۸۹)*، *عزیزی/برقویی (۱۳۸۹)*، *فلاحی (۱۳۸۹)*، *فلاح و همکاران (۱۳۹۰)*، *غلامی و بشلیده (۱۳۹۰)*، *پیراسته مطلق و نیک‌منش (۱۳۹۱)*، *پورفرج عمران (۱۳۹۰)*، *مهردوست (۱۳۹۰)*، *لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۱)*، *بولاهری و همکاران (۱۳۹۱)*، *یوسفی و همکاران (۱۳۹۱)*، *حر و همکاران (۱۳۹۱)*، *کمرزرین و همکاران (۱۳۹۱)*، *میرمهدی و هاشمی جلی (۱۳۹۲)*، *صفری و همکاران (۱۳۹۳)*، *نیزدی و عابدی (۱۳۹۲)*، *عبداللهی‌پور حقیقی (۱۳۹۲)*، *ایران‌دوست و همکاران (۱۳۹۲)*، *نیزدی و همکاران (۱۳۹۳)*، *اسداللهی و همکاران (۱۳۹۳)*، *داداشی مقدم و همکاران (۱۳۹۳)*، *سعادت‌نژاد شاهیجوبی (۱۳۹۳)*، *مظفری‌نیا و همکاران (۱۳۹۳)*، *رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)*، *رحمانی و همکاران (۱۳۹۳)*، *بابایی و همکاران (۱۳۹۴)*، *قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۴)*، *کیانی و همکاران (۱۳۹۴)*، *فلوریان (۲۰۰۸)*، *ماین-وچیلینک (۲۰۰۹)*، *بونجیف و همکاران (۲۰۱۱)*، *رووا و همکاران (۲۰۱۲)*، *پاین و مک‌کلور (۲۰۱۳)*، *لورا و همکاران (۲۰۱۳)*، *پیروتسکی و همکاران (۲۰۱۵)*، *کیمر و همکاران (۲۰۱۵)* همسو است؛ اما با نتایج تحقیقات، *نریمانی و همکاران (۱۳۹۲)*، *تقوی (۱۳۹۳)*، *چوب‌فروش‌زاده (۱۳۹۳)*، در برخی زیرمقیاس‌ها همسو نمی‌باشد.

در تبیین اثربخشی بهتر و بیشتر درمان مبتنی بر معنویت، نسبت به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، می‌توان دلایل متفاوتی از جمله تناسب بیشتر این نوع درمان با مؤلفه‌های اختلال وسواس فکری - عملی، سازگاری این نوع درمان، با مشخصه‌های فرهنگی و بومی جامعه و همچنین، در نظر گرفتن باورهای معنوی بیماران مبتلا، در فرایند درمانگری را مؤثر است. شاید تفاوت اثربخشی را بتوان در راهکارها و روش‌های این شیوه درمانی نیز در نظر گرفت؛ چرا که اعضای نمونه مورد مطالعه شیوه‌های درمان مبتنی بر معنویت را بهتر از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش پذیرا می‌شدند. به نظر می‌رسد، طبیعت آزردهنده وسواس‌های فکری، نیازهای معنوی بیماران وسواسی را برای استفاده از اعتقادات معنوی، برای دفع افکار وسواسی که عموماً اضطراب‌زا هستند، تحت تأثیر قرار می‌دهد. استفاده از اعتقادات و ارزش‌های معنوی از جمله تفهیم صبر، شکر، گذشت و بخشش و توکل، می‌تواند منجر به بهبودی بیمار شود؛ چرا که بیمار سعی می‌کند با توسل به اعتقادات و ارزش‌های معنوی، دلیلی برای کنار گذاشتن، رد و بی‌معنا بودن افکار وسواسی و کاهش احساس گناه خود پیدا کند. معنویت، می‌تواند با تأمین منابع حمایتی برای فرد و نیز به شکلی غیرمستقیم‌تر از طریق تأثیرگذاری بر امید، به سازگاری روانی و اجتماعی بیشتری منجر شود. وقتی افراد با مشکل مشترک در کنار هم جمع می‌شوند، بار حاصل از بیماری برای هر یک از بیماران، کم شده و به دنبال آن، بسیاری از احساس‌های منشعب از بیماری (در این تحقیق وسواس) مانند اضطراب، احساس گناه و پریشانی کاهش پیدا کرده و فرد دیگر خود را تنها نمی‌داند. علاوه بر این، شرکت در گروه به طور منظم و در مدت

تعیین شده، موجب به اشتراک گذاشتن احساس‌های همسو، فرصت فکر کردن به جنبه‌های مثبت زندگی فردی، کم‌اهمیت جلوه دادن نقاط ضعف خود در مقایسه با مشکلات دیگران، کاهش وقت آزاد برای افزایش افکار و اجبار رفتار و سواسی و نیز تصمیم‌گیری برای بهبود و درمان را برای شرکت‌کنندگان فراهم می‌آورد.

در خصوص تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌توان گفت: هدف اساسی این درمان، تجربه حس‌ها، عواطف و افکار، خاطرات و تمایلات بدون هیچ تلاشی برای تغییر آنهاست. «پذیرش»، یک حالت طراحی شده و جرأت‌آمیز از سوی مراجع است که به او کمک می‌کند تا به طور کامل و بدون دفاع جنبه‌هایی از تجربه روان‌شناختی خود را همان‌گونه که هست، تجربه نماید و احساس رهایی و راحتی نماید. در پذیرش، بخصوص تأکید می‌شود که تجربه قابل تغییر نیست و نباید تغییر کند. این حالت متناقض، به مراجع اجازه می‌دهد آن چیزی باشد که هست و آنجایی باشد که حضور دارد و تمایل به تغییر افکار و احساسات خود را کاهش دهد. یک درمانگر با رویکرد پذیرش و تعهد، به دنبال یاری رساندن به بیمار در شناسایی و یادآوری توانایی‌ها و مهارت‌های افراد و چگونگی حرکت در مسیر ارزش‌های شخصی است که مسیری مهم در زندگی او به‌شمار می‌رود و بیمار را برای هدایت تلاش‌های خود برای رسیدن به این هدف کمک می‌کند. آسان بودن کلام این رویکرد، صمیمیت و هم سطح شدن مشاور و مراجع، بر اساس تمثیل دو کوه و طبیعی جلوه دادن بسیاری از افکار، تمایلات، خاطرات و عواطف به ظاهر منفور و مزاحم، استفاده از تمثیل‌ها و استعارات اثرگذار و در نهایت، احساس رضایت از تلاش و حرکت در مسیر ارزش‌ها را می‌توان دلیلی بر استقبال و اثرگذاری این رویکرد دانست.

این مطالعه، اولین مطالعه‌ای است که درمان مبتنی بر معنویت را با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در درمان وسواس مقایسه کرده است. بنابراین، محدودیت‌هایی نیز دارد. منحصراً شدن نمونه‌ها در جنس مؤنث، لزوم طولانی شدن تعداد و زمان جلسات مداخله و پیگیری و برگزاری دو مداخله درمانی بلندمدت متفاوت بر زنان مبتلا به اختلال وسواس اجبار و کوتاه بودن زمان پژوهش، محدودیت‌هایی بودند که توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی، به آنها پرداخته شود. اگر چه این مطالعه، نشان داد درمان مبتنی بر معنویت بهبود معناداری در میزان کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای اختلال وسواس - جبری دارد. اما هنوز جایگاه این درمان، در قلمرو وسواس کاملاً معلوم و مورد تأیید نیست. تحقیقات بیشتری لازم است برای اینکه معلوم گردد آیا فرایندهای درمان مبتنی بر معنویت، از درمان‌های حمایت شده موجود، متفاوت هستند یا نه؟.

## منابع

- احسان تقی‌زاده، محمداحسان و مرضیه میرعلائی، ۱۳۹۲، «مطالعه اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان»، *روان‌شناسی سلامت*، سال دوم، ش ۷، ص ۸۲-۱۰۲.
- اسدالهی، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر علائم جسمی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر»، *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره دوازدهم، ش ۳، ص ۷۸-۸۹.
- آقاعلی، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۰، «تأثیر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش - معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم»، *روان‌شناسی و دین*، سال چهارم، ش ۱، ص ۲۷-۵۴.
- آکوپکیان، شهلا و همکاران، ۱۳۸۹، «تأثیر روان درمانی مذهبی بر علائم وسواس و علائم همبود در بیماران وسواسی با محتوای مذهبی»، *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، دوره بیست‌و‌هشتم، ش ۱۱۴، ص ۸۰۱-۸۱۱.
- انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳، *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، نشر روان.
- ایران‌دوست، فروزان و همکاران، ۱۳۹۲، «تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان شدت درد زنان مبتلا به کمر درد مزمن»، *روان‌شناسی بالینی*، دوره ششم، ش ۲، ص ۷۵-۸۵.
- ایزدی، راضیه و محمدرضا عابدی، ۱۳۹۲، «کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»، *فیض*، دوره هفتم، ش ۳، ص ۵۶-۷۱.
- ایزدی، راضیه و همکاران، ۱۳۹۳، «مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجبار»، *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره دوازدهم، ش ۱، ص ۱۹-۳۳.
- بابایی، زهرا و همکاران، ۱۳۹۴، «اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۳۰، ص ۳۷-۵۰.
- بقولی، حسین، ۱۳۹۳، *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار*، پایان‌نامه دکتری تخصصی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- بوالهروی، جعفر و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه»، *جامعه‌شناسی زنان*، سال سوم، ش ۱، ص ۸۵-۱۱۵.
- بیانی، علی‌اصغر و همکاران، ۱۳۸۷، «روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی*، سال چهاردهم، ش ۲، ص ۱۴۶-۱۵۱.
- پورفرج عمران، مجید، ۱۳۹۰، «اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان»، *دانش و تندرستی*، دوره ششم، ش ۲، ص ۱-۵.
- پیراسته مطلق، علی‌اکبر و زهرا نیک‌منش، ۱۳۹۱، «نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، دوره بیستم، ش ۵، ص ۵۷۱-۵۸۰.
- چوب‌فروش زاده، آزاده، ۱۳۹۳، *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانی زنان مبتلا به ام‌اس*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، یزد، پردیس علوم و تحقیقات.
- حر، مریم و همکاران، ۱۳۹۱، «نقش پذیرش و تعهد درمانی در کاهش افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲»، *تحقیقات علوم رفتاری*، ش ۱۱، ص ۱۱۱-۱۱۸.
- داداشی مقدم، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی تأثیر معنویت در افزایش سلامت روان دانشجویان دانشگاه تربیت معلم آمل با دیگر دانشجویان این شهرستان در پاییز ۱۳۹۳»، *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، سال چهارم، ش ۱، ص ۳۱-۵۴.

- رجبی، ساجده و فریبا یزدخواستی، ۱۳۹۳، «اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس»، *روان‌شناسی بالینی*، ش ۲۱، ص ۲۹-۳۸.
- رحمانی، ابراهیم و همکاران، ۱۳۹۳، «اثربخشی درمان اکت بر کاهش اضطراب دانشجویان»، تهران، کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی.
- سادوک، بنیامین و ویرجینیا سادوک، ۱۳۹۳، *خلاصه روان‌شناسی کاپلان و سادوک بر اساس DSM-5* ترجمه مهدی گنجی، تهران، سالوان.
- سعادت‌شاهجویی، حمیده، ۱۳۹۳، *بررسی رابطه بین معنویت با شادکامی دانش‌آموزان دوره اول متوسطه منطقه ۴ شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- صفری، سعیده و همکاران، ۱۳۹۳، «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال وسواس - اجبار در مادران مبتلا و میزان مشکلات رفتاری کودکان آنها»، در: ششمین همایش بین‌المللی روان‌شناسی کودک و نوجوان، تبریز، دانشگاه علوم پزشکی.
- صفری، مهدیه، ۱۳۹۲، *رابطه بین تاب‌آوری و خلاقیت با کیفیت زندگی در دانشجویان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- عبداللهی‌پور حقیقی، محسن، ۱۳۹۲، *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم مبتلایان به اختلال وسواسی - اجباری*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی.
- عزیزی ابرقویی، مریم، ۱۳۸۹، *بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر میزان امید و کیفیت زندگی دانشجویان اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- علی‌پور، احمد و احمدعلی نوربالا، ۱۳۷۸، «بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران»، *اندیشه و رفتار*، سال پنجم، ش ۱ و ۲، ص ۵۵-۶۵.
- غلامی، علی و کیومرث بشلیده، ۱۳۹۰، «اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال اول، ش ۳، ص ۳۳۱-۳۴۸.
- فتاحی، راضیه، ۱۳۸۹، *بررسی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی اسلامی بر علائم افسرده‌خویی و کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- فلاح، راحله و همکاران، ۱۳۹۰، «اثربخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی برای ارتقای سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان»، *اندیشه و رفتار*، دوره پنجم، ش ۱۹، ص ۶۹-۸۰.
- قاسمی، مهدی و همکاران، ۱۳۸۹، «اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان»، *روان‌شناسی بالینی*، سال سوم، ش ۲، ص ۲۳-۳۴.
- قدم‌پور، عزت‌الله و همکاران، ۱۳۹۴، «بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۳۲، ص ۶۱-۸۰.
- کمرزین، حمید و همکاران، ۱۳۹۱، «مطالعه تأثیر الگوی معنویت‌درمانی بر بهبود خودپنداره زنان آزاردیده (جسمی و عاطفی) در دوران کودکی»، *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ش ۷، ص ۱.
- کیانی، جمیله و همکاران، ۱۳۹۴، «بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به مرکز سرطان شهر بوشهر»، *پرستاری گروه‌های آسیب‌پذیر*، سال دوم، ش ۵، ص ۴۰-۵۱.
- کیانی مقدم، امیرسام، ۱۳۹۴، *بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی، افکار خودکشی و راهبردهای تسخاتی تنظیم هیجان دانشجویان دانشگاه‌های شهر لاهیجان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- لفقی کاشانی، فرح و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان»، *فقه*

پژشکی، سال چهارم، ش ۱۱ و ۱۲، ص ۱۲۵-۱۴۹.

محمدی، زهرا، ۱۳۹۴، *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندسازی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.

مظفری‌نیا، فائزه و همکاران، ۱۳۹۳، «رابطه بین سلامت معنوی و شادکامی دانشجویان»، *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، سال دوم، ش ۲، ص ۹۷-۱۰۸.

مهردوست، زینب، ۱۳۹۰، *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش توجه متمرکز بر خود، بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی و کاهش علایم اضطراب اجتماعی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.

میرمهدی، سیدرضا و سیده‌مریم هاشمی جبلی، ۱۳۹۲، «اثربخشی معنویت‌درمانی بر افزایش سلامت روان سالمندان مقیم آسایشگاه سالمندان»، در: *مجموعه مقالات همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی معنویت و سلامت*، بندر گز، دانشگاه آزاد.

نریمانی، محمد و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان ناباور»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال چهارم، ش ۳، ص ۳۸۷-۴۰۴.

نصیری، حبیب‌الله، ۱۳۸۵، «بررسی رویی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی» (WHOQOL-BREF) و تهیه نسخه ایرانی IRQOL، در: *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ص ۳۶۹.

هادی‌نژاد، حسن و فاطمه زارعی، ۱۳۸۸، «پایایی، اعتبار، و هنجاریابی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره دوازدهم، پیاپی ۲۳، ص ۶۲-۷۷.

همتی مسلک پاک، معصومه و همکاران، ۱۳۸۹، «اعتقادات معنوی و کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت»، *کوشش*، پیاپی ۳۸، ص ۷۴-۱۰۲.

یوسفی، ناصر و همکاران، ۱۳۹۱، «آموزش اثربخشی تأثیر گشتالت درمانگری و معنا درمانگری بر کاهش نشانگان وسواس مراجعان در آستانه ازدواج»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، دوره دوم، ش ۶، ص ۶۴-۵۶.

Abdel-Khalek, A.M, 2010, Quality of life, subjective well-being, and religiosity in Muslim college students, *Qual Life Res*, v. 19, p. 1133-1143.

Bohneijef, E.T, et al, 2011, Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial, *Behaviour Research and Therapy*, v.49, p. 62-67.

Chiara, M.A, 2002, *Multidimensional optimism and well-being: A prospective study of multiple consents of optimism as protective factor following high stress*, Unpublished doctoral dissertation, Temple University, Philadelphia.

Clark DA, 2004, *Cognitive behavioral therapy for OCD*, New York: The Guilford Press.

Clirk, D.A, & Purdon, C, 2004, *Cognitive-behavioral theory and treatment of obsessive-compulsive disorder*, In R. L. Leahy(ed). Contemporary cognitive theory: theory, research and practice, New york, the Guilford press.

Cheng, S, & Chan, A, 2010, Measuring Psychological well-being in the Chinese Personality and Individual Differences, v.38, p. 1307-1316.

Elfert, G. H, & Forsyth, J. P, 2005, *Acceptance and commitment Therapy for Anxiety Disorders: A Practitioner, s Treatment Guide to Using Mindfulness*, Acceptance, and Value-Based Behavior Change Strategies, Oakland, CA: New Harbinger.

Fisher, W. W, & Lomas, J. E, 2008, Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs, *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 36 (3), p. 387-406.

Florida, C.G, 2008, *The Influence of Spirituality/Religiousness on the Quality of Life Long*

- Term Cancer Survivors**, Degree of Doctor of Philosophy of the University of M.
- George, L.K, & Landerman, R, 2007, Health and subjective well- being: A replicated secondary data analysis, *International Journal of Aging and Human Development*, v. 19, p. 133-156.
- Hayes, S. C, et al, 1999, *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*, New York, Guilford Press.
- Hayes, S. C, et al, 2001, *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*, New York, Plenum Press.
- Hayes, S. C, et al, 2006, Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes, *Behav Res Ther*, v. 44, p. 1-25.
- Kim, N.Y, et al, 2015, Effects of religiosity and spirituality on the treatment response in patients with depressive disorders, *Comprehensive Psychiatry*, v. 60, p. 26-34.
- Laura, E, et al, 2013, A Comparison of Two Brief Interventions for Obsessional Thoughts: Exposure and Acceptance, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, v. 27, N. 3, p. 1-60.
- López, F.C, & Salas, S.V, 2009, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Treatment of Panic Disorder: Some Considerations from the Research on Basic Processes, *Int J Psychol Psychological Ther*, v. 9(3), p. 299-315.
- Lybomirsky, S, et al, 2005, Pursuing happiness: The architecture of sustainable change, *The General psychology*, v.9 (2), p. 111-131.
- Main-Wejnelnik, S. C, 2009, *The impact of acceptance and commitment therapy on high-overvalued ideation in obsessive compulsive disorder (Doctoral dissertation*, Doctoral dissertation, Hofstra University).
- Michael, P, et al, 2011, A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy vs. Progressive Relaxation Training for obsessive compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. Author manuscript; available in PMC Oct 1, 2011. Published in final edited form as: *J Consult Clin Psychol*. V. 78 (5), p. 705-716.
- Pine, D. S, & McClure, E, B, 2013, *Anxiety disorder: Clinical Features*. In B.J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of psychiatry* (pp.1768-1780).
- Pirutinsky, S, et al, 2015, Scrupulosity and implicit and explicit beliefs about God, *Journal of Obsessive- Compulsive and Related Disorders*, v. 6, p. 33-38.
- Rapaport, M.H, et al, 2005, Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders, *American Journal of Psychiatry*, v. 162, p. 1171-1178.
- Richards, P. S, et al, 2007, *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*, Washington: American Psychological Association.
- Richards, S.P, & Bergin, A. E, 2005, *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*, U.S.A: American Psychological Association.
- Rowa, K, et al, 2005, Why are some Obsessive more upsetting than others, *Behavior Research and Therapy*, v.43, p. 1453-1465.
- Ryff, C. D, 1980, Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being, *Journal of personality and social psychology*, v. 6, p. 1069-1081.
- Seligman, M, & Csikszentmihalyi, M, 2001, Positive psychology: An introduction, *Journal of American Psychologist*, v.55, p. 5-14.
- Vazquez, C, et al, 2009, Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology, *Annuary of Clinical and Health Psychology*, v. 5, p. 15-27.
- Lybomirsky, S, et al, 2005, Pursuing happiness: The architecture of sustainable change, *The General psychology*, v.9(2), p. 111-131.

## رابطه توکل به خدا و تحمل پریشانی با کیفیت زندگی

kh.derogar@gmail.com

m\_safurayi@miu.ac.ir

ک خدیجه دروگر / کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات ساوه

محمد مهدی صفورایی پاریزی / دانشیار روان‌شناسی تربیتی جامعه المصطفی العالمیه

دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۰۶ - پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۱۳

### چکیده

این پژوهش، به بررسی رابطه توکل به خدا و تحمل پریشانی، با کیفیت زندگی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور استان قم در سال ۱۳۹۴ می‌پردازد. روش پژوهش، از نوع توصیفی - همبستگی و جامعه آماری، کلیه دانشجویان دانشگاه پیام‌نور بودند که ۳۹۷ نفر از آنان به صورت خوشه‌ای تصادفی انتخاب شد. از پرسش‌نامه توکل به خدا، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که بین توکل به خدا و تحمل پریشانی با کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد. همچنین، توکل به خدا و تحمل پریشانی، تغییرات در نمره‌های کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند. با توجه به این یافته‌ها، می‌توان گفت: دو متغیر توکل به خدا و تحمل پریشانی در کیفیت زندگی دانشجویان سهم مهمی دارند.

**کلیدواژه‌ها:** توکل به خدا، تحمل پریشانی، کیفیت زندگی، دانشجویان.

## مقدمه

مفهوم «کیفیت زندگی»، بیش از دو دهه است که با توجه به پیشرفت جوامع در تمامی سطوح، کیفیت زندگی به بررسی موضوعاتی چون سلامتی و بهداشت، تحصیل، اشتغال، مسکن و رویکرد شاخص‌های زندگی مناسب، برای شهروندان می‌پردازد (فرگوسن (Ferguson) و همکاران، ۲۰۱۲). ارزیابی کیفیت زندگی، موجب غنای مداخلات بهداشتی - درمانی و بهبود کیفیت خدمات خواهد شد. از سوی دیگر، بهبود کیفیت خدمات بر اساس نظر و درخواست افراد، موجب ایجاد نگرش و رویکرد مثبت و مشارکت مؤثر آنان در اجتماع می‌شود (لائودت (Laudet) و همکاران، ۲۰۱۴).

عوامل شخصیتی به صورت غیرمستقیم از طریق تأثیر بر سلامت روان، بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد. کیفیت زندگی ضعیف، می‌تواند موجب به کارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شود و متعاقباً موجب تنش در آنها گردد. افزایش تنش، ارتباط مستقیمی با عوامل فیزیکی و جسمانی دارد (محدثی و همکاران، ۱۳۹۱).

یکی از والاترین لذت‌ها برای انسان، سکینه و آرامش روانی است. اضطراب و نگرانی، بزرگترین دردهای آدم و منشأ بسیاری از انحرافات و ناکامی‌ها است. قرآن کریم، به مسئله آرامش و امنیت انسان توجه کرده و یکی از راهکارهای آن را توکل و یاد خدا می‌داند (رضایی، ۱۳۸۹، ص ۲۵).

مشکلات و گرفتاری و مریضی‌ها و حتی گاهی اوقات، احساس تنهایی و عدم وجود تکیه‌گاه یا کسی که انسان بتواند با او درد دل کند و مشکلات و مسائل خود را با او در میان بگذارد، موجب فشار روانی می‌شود (همان، ص ۱۱۶). در برخی روایات، توکل مایه آرامش و آسانی سختی‌ها، معرفی شده است، در این زمینه حضرت امام علی<sup>ع</sup> می‌فرماید: «برای انسان متوکل، سختی و رنجی در کار نیست» (نهج البلاغه، ص ۱۸۰). همچنین حضرت می‌فرماید: «هر کس به خدا توکل کند، شبهه‌ها برای او روشن و مخارج زندگی او به سوی خدا کفایت می‌شود و از پیامدهای بد در امان است و هر کسی به خدا توکل کند، خدا دین اسلام را وسیله‌ای مطمئن و وسیله استراحت برای او قرار داده است تا در سایه آن، رسیدن به نجات مطمئن باشد و از رنج‌های دنیوی برهاند» (همان).

توکل به خدا در آموزه‌های اخلاقی و عرفانی، یکی از صفات محوری و از مقامات بنیادی عرفانی می‌باشد (نجاتی، ۱۳۶۹، ص ۱۱). در قصص انبیاء، در آیات الهی در همه دوران رسالت، به پیامبران امر به توکل و تکیه بر قدرت خداوند شده است (مطهری، ۱۳۸۹، ص ۷۲). همان‌طور که قرآن کریم می‌فرماید: «وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ» (طلاق: ۳)؛ و هر که بر خدا توکل کند، خدا او را کافی است.

ریشه فضایل انسانی، صبر و توکل است؛ صبر، عامل استقامت در برابر موانع و مشکلات است و توکل، انگیزه حرکت در این راه پر فراز و نشیب است. قرآن، یکی از مهم‌ترین اوصاف مؤمنان متوکل را به این صورت بیان می‌کند: آنها کسانی هستند که در برابر مشکلات صبر و استقامت به خرج می‌دهند و بر پروردگارشان توکل می‌کنند (ابراهیم: ۱۲). تحقیقات متعددی تأثیر و توکل به خدا را بر سلامت جسم و روح و کاهش اضطراب و استرس نشان داده‌اند. کسی که به خدا ایمان دارد، احساس می‌کند تکیه‌گاهی محکم دارد و همه امورش تحت نظارت خداوند است. لذا در بسیاری از عوامل، سلب آسایش و بیماری‌ها، یا مصون می‌ماند و یا در صورت بیماری، آرام‌تر از آن

عبور می کند (خسروانی، ۱۳۹۰، ج ۴، ص ۲۲۴). اعتماد کردن و مطمئن بودن، دل بنده در جمیع امور خود به خدا و حواله کردن همه کارهای خود به پروردگار، به عبارتی توکل به خدا موجب می شود فرد در رویارویی با استرس ها، پریشانی ها و تنش ها تحمل بالایی داشته باشد (بهدایی و همکاران، ۱۳۹۱).

توکل، از ماده «وَكَلَ» به معنای واگذار کردن یا واگذاشتن کار خویش به دیگری است. «توکیل» به صورت خاص، به معنای اعتماد کردن یا سپردن کارها به خداست (فراهیدی، ۱۴۱۰ق، ص ۴۰۵). در مفهوم اصطلاحی خود، توکل یعنی اعتماد قلب به خدا در جمیع امور (نراقی، ۱۳۸۱، ص ۷۵۶). در حقیقت، تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی درگیر بی نظمی رفتار می شوند و از پرداختن به برخی رفتارهای مخرب، درصدد تسکین درد هیجانی برمی آیند. هنگامی که عملکرد فرد مورد ارزیابی قرار می گیرد، احتمال بروز واکنش هیجان از جانب او وجود دارد (نساجی و همکاران، ۱۳۸۹). در هر مرحله از ارزیابی که فرد احساس کند که آمادگی لازم را ندارد و یا شک در توانایی خود داشته باشد و یا حتی تصور کند نمی تواند بهترین عملکرد خود را ارائه کند، در آن زمان احساس خودکارآمدی همراه می شود. تحمل پریشانی، یعنی توانایی درک موقعیت بدون اینکه فرد خواستار تغییر آن باشد. همچنین، مشاهده افکار و اعمال، بدون تلاش جهت سرکوب و کنترل آنهاست (ریحانی و همکاران، ۱۳۹۳).

در جامعه کنونی ما، بسیاری از افراد، بخصوص جوانان دچار مشکلات عاطفی و روانی شده، با آن دست و پنجه نرم می کنند. از این رو، در بین درمان های مختلف روان شناختی، راهبردهای مقابله اسلامی و از جمله توکل به خدا، یکی از راه هایی است که می تواند افراد را در این راه کمک کند (رضایی، ۱۳۸۹، ص ۱۲۰).

دانشجویان به دلیل شرایط سنی و موقعیت های اجتماعی خاص، در معرض استرس های فراوان می باشند. استرس های گوناگون، از جمله تحمل پریشانی با تأثیر منفی که بر منابع مقابله فردی و اجتماعی شخص اعمال می کند، موجب کاهش مقاومت فرد می گردد و در بلندمدت اثرات ناخوشایندی بر بهداشت روانی و جسمانی دانشجو می گذارد. در نهایت، به پایین آمدن کیفیت زندگی آنان، و اثر نامطلوب بر آینده آنها و به طبع، در سلامت جامعه می تواند داشته باشد، و از ایفای نقش های مناسب باز می ماند. آشنایی با آموزه های دینی توکل، می تواند ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان را فراهم آورد. از آنجاکه قشر دانشجو، اهمیت فراوانی دارد، لازم است جدی تلقی شوند و مورد رسیدگی قرار گیرد. از این رو، سؤال پژوهش این است که چه رابطه ای بین توکل به خدا و تحمل پریشانی، با کیفیت زندگی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور استان قم وجود دارد؟

## روش پژوهش

این پژوهش، از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانشجویان دانشگاه پیام نور استان قم که در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند که با روش نمونه گیری خوشه ای، ۳۹۷ نفر از آنان انتخاب شد.

## ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه کیفیت زندگی: پرسش‌نامه کیفیت زندگی، دربردارنده ۲۶ سؤال و چهار بُعد سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط است. مقیاس این سؤالات، بر اساس درجه‌بندی ۵ تایی لیکرت است که نمره ۱، نشانگر درک منفی و کم و نمره ۵، درک مثبت و بالاست. میزان پایایی این پرسش‌نامه، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده که برای کل مقیاس، به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ به دست آمده است. ضریب همبستگی ۰/۸۲ برای کل پرسش‌نامه و ضریب آلفا برای چهار بُعد سلامت جسمانی ۰/۷۵، سلامت روان ۰/۸۷، روابط اجتماعی ۰/۶۹ و سلامت محیط ۰/۷۴ به دست آمد. این ضرایب حاکی از پایانی مطلوب آزمون هست (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶).

پرسش‌نامه توکل به خدا: این پرسش‌نامه، دارای سه خرده‌مقیاس محوراقدام؛ محوراسناد؛ محورحالات می‌باشد. شیوه پاسخگویی به سؤالات، لیکرت کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بوده، و این پرسش‌نامه همسانی درونی بالایی را نشان می‌دهد. ضریب آلفا، برای بُعد اقدام این پرسش‌نامه، ۰/۸۸ برای بُعد اسناد آن ۰/۸۵ و همسانی درونی کل آزمون نیز ۰/۹۲ می‌باشد که بیانگر همسانی درونی بالای آزمون است (غباری‌بناب و همکاران، ۱۳۸۸).

پرسش‌نامه تحمل پریشانی: مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس است. برای تعیین پایایی پرسش‌نامه، مقیاس تحمل پریشانی از ابزار آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب آلفا برای هر یک از زیرمقیاس‌های بُعد تحمل، بُعد جذب، بُعد ارزیابی و بُعد تنظیم به ترتیب، ۰/۷۳، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس تحمل پریشانی، ۰/۸۲ پایایی همسانی درونی بالایی برای کل مقیاس به دست آمد (سمیونز و گاهر، ۲۰۰۵).

## یافته‌های پژوهش

در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد: با مراجعه به پنج دانشگاه پیام‌نور استان قم، بعد از ارائه توضیحات لازم به مسئولان و دانشجویان، پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت و از آنان خواسته شد، با دقت به تمام سؤالات پاسخ دهند.

جدول ۱. فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت‌شناختی در شرکت‌کنندگان

| متغیر جمعیت‌شناختی | متغیر         | فراوانی | درصد |
|--------------------|---------------|---------|------|
| جنسیت              | پسران         | ۱۸۰     | ۴۲/۹ |
|                    | دختران        | ۲۴۰     | ۵۷/۱ |
| محل تحصیل          | سلفجگان       | ۳۶      | ۸/۶  |
|                    | جعفریه        | ۵۴      | ۱۲/۹ |
|                    | دستجرد        | ۳۲      | ۷/۶  |
|                    | کهنک          | ۳۱      | ۷/۴  |
|                    | قم            | ۲۶۷     | ۶۳/۶ |
| وضعیت تأهل         | مجرد          | ۲۷۸     | ۶۶/۲ |
|                    | متاهل         | ۱۴۲     | ۳۳/۸ |
| سن                 | ۲۰ سال و کمتر | ۵۲      | ۱۲/۴ |
|                    | ۲۱ تا ۲۵ سال  | ۲۰۴     | ۴۸/۶ |
|                    | ۲۶ تا ۳۰ سال  | ۸۰      | ۱۹/۰ |
|                    | ۳۱ تا ۳۵ سال  | ۳۹      | ۹/۳  |
|                    | ۳۶ به بالا    | ۴۵      | ۱۰/۷ |
| مقطع تحصیلی        | کارشناسی      | ۳۲۷     | ۷۷/۹ |
|                    | کارشناسی ارشد | ۹۳      | ۲۲/۱ |

جدول ۲. ماتریس همبستگی توکل به خدا و کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آنها

| متغیر               | ۱      | ۲      | ۳      | ۴      | ۵      | ۶      | ۷      | ۸      | ۹ |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| سلامت جسمانی        | ۱      |        |        |        |        |        |        |        |   |
| سلامت روان          | ۰/۶۵** | ۱      |        |        |        |        |        |        |   |
| روابط اجتماعی       | ۰/۴۲** | ۰/۴۲** | ۱      |        |        |        |        |        |   |
| سلامت محیط          | ۰/۶۵** | ۰/۶۲** | ۰/۲۶** | ۱      |        |        |        |        |   |
| نمره کل کیفیت زندگی | ۰/۸۳** | ۰/۸۵** | ۰/۵۷** | ۰/۸۴** | ۱      |        |        |        |   |
| اقدام توکلی         | ۰/۳۷** | ۰/۳۹** | ۰/۶۷** | ۰/۱۹** | ۰/۳۹** | ۱      |        |        |   |
| اسناد توکلی         | ۰/۴۶** | ۰/۷۵** | ۰/۳۶** | ۰/۴۳** | ۰/۶۲** | ۰/۲۵** | ۱      |        |   |
| محور حالات          | ۰/۷۲** | ۰/۴۷** | ۰/۳۹** | ۰/۴۶** | ۰/۶۳** | ۰/۲۰** | ۰/۴۰** | ۱      |   |
| نمره کل توکل به خدا | ۰/۷۰** | ۰/۷۱** | ۰/۵۵** | ۰/۵۲** | ۰/۷۷** | ۰/۵۶** | ۰/۷۸** | ۰/۸۱** | ۱ |

\*\*  $P \leq 0.01$

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، نمره کل توکل به خدا با نمره کل کیفیت زندگی همبستگی مثبت معناداری دارد. نمره کل توکل به خدا، با همه زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی، بجز زیرمقیاس روابط اجتماعی، همبستگی مثبت و معناداری دارد. همبستگی بین نمره کل توکل به خدا، با زیرمقیاس روابط اجتماعی، معنادار نیست. زیرمقیاس اقدام توکلی، با همه زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی، بجز زیرمقیاس روابط اجتماعی همبستگی مثبت معناداری دارد. اما زیرمقیاس اسناد توکلی، با زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی و نمره کل کیفیت زندگی، رابطه معناداری ندارد.

جدول ۳. ماتریس همبستگی تحمل پریشانی و کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آنها

| متغیر                | ۱      | ۲      | ۳      | ۴      | ۵      | ۶      | ۷      | ۸      | ۹      | ۱۰ |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| سلامت جسمانی         | ۱      |        |        |        |        |        |        |        |        |    |
| سلامت روان           | ۰/۶۵** | ۱      |        |        |        |        |        |        |        |    |
| روابط اجتماعی        | ۰/۴۲** | ۰/۴۲** | ۱      |        |        |        |        |        |        |    |
| سلامت محیط           | ۰/۶۵** | ۰/۶۲** | ۰/۲۶** | ۱      |        |        |        |        |        |    |
| نمره کل کیفیت زندگی  | ۰/۸۸** | ۰/۸۵** | ۰/۵۷** | ۰/۸۴** | ۱      |        |        |        |        |    |
| تحمل                 | ۰/۴۶** | ۰/۲۸** | ۰/۱۹** | ۰/۲۷** | ۰/۳۸** | ۱      |        |        |        |    |
| جذب                  | ۰/۱۲** | ۰/۲۵** | ۰/۱۹** | ۰/۱۲** | ۰/۱۰** | ۰/۳۱** | ۱      |        |        |    |
| ارزیابی              | ۰/۱۷** | ۰/۲۰** | ۰/۱۲** | ۰/۱۵** | ۰/۲۰** | ۰/۱۲** | ۰/۱۲** | ۱      |        |    |
| تنظیم                | ۰/۸۰** | ۰/۵۳** | ۰/۳۲** | ۰/۵۰** | ۰/۷۰** | ۰/۳۹** | ۰/۱۸** | ۰/۱۷** | ۱      |    |
| نمره کل تحمل پریشانی | ۰/۶۷** | ۰/۴۶** | ۰/۳۱** | ۰/۴۲** | ۰/۵۹** | ۰/۷۱** | ۰/۵۴** | ۰/۴۲** | ۰/۷۴** | ۱  |

\*\*  $P \leq 0.01$

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، نمره کل تحمل پریشانی با نمره کل کیفیت زندگی همبستگی معناداری ندارد. نمره کل کیفیت زندگی با زیرمقیاس تنظیم از زیرمقیاس‌های تحمل پریشانی، رابطه مثبت دارد. از بین زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی، تنها زیرمقیاس سلامت محیط، با زیرمقیاس تنظیم و نمره کل تحمل پریشانی رابطه مثبت دارد. همبستگی بین سایر زیرمقیاس‌های دو متغیر، معنادار نیست.

جدول ۴. ماتریس همبستگی توکل به خدا و تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن

| متغیر                | ۱      | ۲      | ۳      | ۴      | ۵      | ۶      | ۷      | ۸      | ۹ |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| اقدام توکلی          | ۱      |        |        |        |        |        |        |        |   |
| اسناد توکلی          | ۰/۳۵** | ۱      |        |        |        |        |        |        |   |
| محور حالات           | ۰/۳۰** | ۰/۴۰** | ۱      |        |        |        |        |        |   |
| نمره کل توکل به خدا  | ۰/۵۶** | ۰/۷۸** | ۰/۸۱** | ۱      |        |        |        |        |   |
| تحمل                 | ۰/۱۹** | ۰/۲۸** | ۰/۴۴** | ۰/۴۴** | ۱      |        |        |        |   |
| جذب                  | ۰/۲۵** | ۰/۱۲** | ۰/۱۸** | ۰/۱۵** | ۰/۳۱** | ۱      |        |        |   |
| ارزیابی              | ۰/۱۲** | ۰/۰۹** | ۰/۲۳** | ۰/۱۰** | ۰/۱۵** | ۰/۱۳** | ۱      |        |   |
| تنظیم                | ۰/۲۰** | ۰/۳۹** | ۰/۶۱** | ۰/۵۹** | ۰/۳۹** | ۰/۸۱** | ۰/۱۷** | ۱      |   |
| نمره کل تحمل پریشانی | ۰/۲۳** | ۰/۳۷** | ۰/۵۵** | ۰/۵۵** | ۰/۷۱** | ۰/۵۴** | ۰/۴۲** | ۰/۷۴** | ۱ |

\*\*  $P \leq 0.01$

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، نمره کل توکل به خدا با نمره کل تحمل پریشانی، رابطه مثبت و معناداری دارد. نمره کل توکل به خدا، با همه زیرمقیاس‌های تحمل پریشانی دارای همبستگی مثبت و معناداری است. زیرمقیاس اقدام مبتنی بر توکل، از زیرمقیاس‌های توکل به خدا، با همه زیرمقیاس‌های تحمل پریشانی همبستگی مثبت و معناداری دارد. زیرمقیاس اسناد مبتنی بر توکل نیز با همه زیرمقیاس‌های تحمل پریشانی، همبستگی مثبت و معناداری دارد.

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی بر اساس توکل به خدا و تحمل پریشانی

| متغیرهای پیش‌بین | B     | SE    | $\beta$ | T     | Sig   | R    | R2   | ADJR2 | F      | Sig   |
|------------------|-------|-------|---------|-------|-------|------|------|-------|--------|-------|
| مقدار ثابت       | ۱۵/۳۰ | ۲/۶۹  | —       | ۵/۶۸  | ۰/۰۱  | ۰/۸۰ | ۰/۶۴ | ۰/۶۳  | ۳۶۳/۰۵ | ۰/۰۰۱ |
| توکل به خدا      | ۰/۸۶  | ۰/۰۴۸ | ۰/۶۴    | ۱۷/۹۱ | ۰/۰۰۱ |      |      |       |        |       |
| تحمل پریشانی     | ۰/۲۵  | ۰/۳۸  | ۰/۲۴    | ۶/۷۶  | ۰/۰۰۱ |      |      |       |        |       |

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، اثر رگرسیونی توکل به خدا و تحمل پریشانی بر متغیر کیفیت زندگی معنادار است. به عبارت دیگر، مجموع مجزورات باقیمانده به آن، میزانی نبود که اثر رگرسیونی را خنثی کند. از این‌رو، تغییر نشان داده شده به وسیله مدل رگرسیونی بر اثر تصادف و اتفاق نیست، بلکه بر اثر توکل به خدا و تحمل پریشانی است. بر این اساس، متغیرهای پیش‌بین، یعنی توکل به خدا و تحمل پریشانی، می‌توانند ۶۳/۸ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه پیام‌نور قم را به صورت تعدیل شده تبیین کنند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی رابطه توکل به خدا و تحمل پریشانی با کیفیت زندگی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور استان قم در سال ۱۳۹۴ بود. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین توکل به خدا و تحمل پریشانی با کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد. همچنین، برای تعیین تأثیر توکل به خدا و تحمل پریشانی، بر روی کیفیت زندگی، متغیرهای توکل به خدا و تحمل پریشانی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و کیفیت زندگی، به‌عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند که اثر رگرسیونی توکل به خدا و تحمل پریشانی، بر متغیر کیفیت زندگی معنادار است. با توجه به این

یافته‌ها، می‌توان گفت: توکل به خدا و تحمل پریشانی در کیفیت زندگی زندگی دانشجویان، سهم مهمی دارند. این نتیجه، با برخی پژوهش‌ها از جمله بهلایی و همکاران (۱۳۹۱)، محلئی و همکاران (۱۳۹۱)، نادى و گل‌پرور (۱۳۹۰)، غبارى‌ناب و همکاران (۱۳۸۸)، قهرمانى و نادى (۱۳۹۱)، یعقوبى (۱۳۸۹)، عبرت‌دوست (۱۳۸۹)، ریحانى و همکاران (۱۳۹۳) همسو و همخوانی دارد که تأثیر توکل به خدا را بر سلامت جسم و روح و کاهش اضطراب و استرس نشان داده‌اند و اینکه، توکل به خدا یکی از راه‌هایی است که می‌تواند افراد را در این راه کمک نماید.

همچنین، علی‌بخشی و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که توکل به خدا، می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای نقش مؤثری در افزایش سلامت روان داشته باشد. وایلانت و همکاران (۲۰۱۴)، در یک مطالعه طولی که دینداری و توکل به خدا و پایبندی به اعتقادات مذهبی با سلامت روان، بهزیستی روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی و میزان تحمل فرد رابطه دارد. این نتیجه با نتیجه تحقیق حاضر همسویی دارد.

توکل به خدا و پایبندی به اعتقادات معنوی، به‌عنوان نهادی جامع‌نگر و حافظ بهداشت جسمانی و روانی پیروان خود، سازوکارهای خاص خود را دارد است (علی‌بخشی و همکاران، ۱۳۹۰). از جمله آنها، می‌توان به روش‌های مقابله مذهبی، برقراری رابطه متعالی‌بخش، ایفای نقش مذهبی، آیین‌ها و نهادهای فضای روان‌شناختی اماکن مقدسه و معماری مذهبی اشاره کرد. توانایی معنی‌سازی و معنی‌دهی به زندگی و ارائه چارچوب مرجع، برای تفسیر پدیده‌ها و وقایع، از کنش‌های شناختی مذهب و اعتقاد به خدا و توکل به اوست (وایلانت و همکاران، ۲۰۱۴). معنی‌دهی و توکل به خدا، از وقایع ناخوشایند در موقعیت‌های استرس‌زا و بحران زندگی، از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، کاهش اضطراب‌های آن، که همه اینها به‌عنوان روش‌های مقابله‌ای معنوی و مذهبی تعبیر می‌شود.

برخی تحقیقات نیز وقایع خاص زندگی و شرایط تنیدگی‌زای مزمن، به احتمال زیاد پاسخ‌های مقابله‌ای معنوی و مذهبی و دینی را بر می‌انگیزند (طالقانی و همکاران، ۱۳۸۵). ارتباط توکل به خدا و کیفیت زندگی، با آموزه‌های دینی اسلام نیز همخوان است که ایمان و انجام اعمال دینی، مایه آرامش دل‌هاست. ریشه فضایل انسانی صبر و توکل است. صبر، عامل استقامت در برابر موانع و مشکلات است و توکل، انگیزه حرکت در این راه پر نشیب و فراز است. قرآن، یکی از مهم‌ترین اوصاف مؤمنان متوکل را به این صورت بیان می‌کند: آنها کسانی هستند که در برابر مشکلات صبر و استقامت به خرج می‌دهند و بر پروردگارشان توکل می‌کنند و توکل نگرش و حالتی است که موجب می‌شود شخص در تمام کارهایش به خداوند متعال اعتماد کند و این اعتماد در دل او آرامشی ایجاد می‌کند (علی‌بخشی و همکاران، ۱۳۹۰). در اثر این آرامش، حوادث زندگی فرد را دچار لغزش، شک و تردید نمی‌کند و این‌گونه می‌شود که کیفیت زندگی‌اش بهتر می‌شود. پس منطقی است که بین توکل به خدا و کیفیت زندگی و تحمل پریشانی، رابطه وجود داشته باشد.

توکل به خدا، از سه طریق بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد: ۱. توکل به خدا احساس معنادار بودن زندگی را به انسان می‌دهد و با طرد و پوچی و ایجاد آرامش درونی موجب امید به زندگی و کیفیت زندگی می‌شود؛ ۲. اصول و باورهای الهی و

به نوعی توکل به خدا، یک سبک زندگی سالم برای زندگی پیشنهاد می‌کند. با سبک زندگی، به هنگام شکست ناشی از دست نیافتن به اهداف یا وجود تعارض، فرد قادر می‌شود تا ضمن شناخت بهتر خود و دیگران، به ایجاد ارتباطات مناسب با مردم و سازگاری با محیط و اجتماع بپردازد (حولاوی و همکاران، ۱۳۹۲)؛ ۳. انسان‌ها با شرکت در مراسم‌های جمعی دینی، هم از حمایت سایرین برخوردار می‌شوند و هم با برخورداری از خوش‌بینی و اعتماد نسبت به سایر مردم، تحت تأثیر تعالیم دینی، به سرمایه اجتماعی خویش افزوده و کیفیت زندگی را کسب می‌کنند (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۳).

پریشانی، بخشی از زندگی روزمره است. پریشانی، حالت یا فرایندی روان‌شناختی است که به هنگام وقوعش، فرد با حوادثی مواجه می‌شود که آنها را نسبت به بهزیستی جسمی و روان‌شناختی خود تهدیدآمیز ادراک می‌کند. پریشانی، از تعامل با محیط نشئت می‌گیرد و زمانی رخ می‌دهد که بین فشارهای موقعیتی و منابعی که فرد در اختیار دارد، ناهماهنگی وجود داشته باشد (هزاوهای و همکاران، ۱۳۹۰). مدیریت و تحمل پریشانی، توانایی افراد را برای کاهش پریشانی و سازگاری مناسب با موقعیت‌های پریشانی‌زا افزایش می‌دهد. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل آگاهی در مورد پریشانی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و شیوه‌ها و سبک‌های مقابله و غیره، می‌باشد. شیوه‌ها و سبک‌های مقابله نسبت به پریشانی، به حالتی از انگیزتگی جسمانی و روان‌شناختی اطلاق می‌گردد که پیامد تجربه پریشانی است (ر.ک: فراهانی و ابراهیمی‌مقدم، ۱۳۸۷). مدیریت و تحمل پریشانی، می‌تواند از موقعیت‌های تنیدگی‌زا فرد را دور نگه دارد و به این طریق بر کیفیت زندگی فرد افزوده شود.

#### محدودیت‌های پژوهش:

- محدود کردن جامعه به دانشگاه پیام‌نور استان قم از محدودیت‌های تحقیق بود، لذا نمی‌توان آن را به سایر شهرها تعمیم داد.  
- از آنجاکه این طرح پژوهشی، طرح گروهی است؛ در پایان نتایج با هم مقایسه می‌شوند تغییرات فردی نادیده گرفته شده است.  
- سوگیری آزمودنی‌ها در پاسخگویی به پرسش‌نامه کیفیت زندگی، توکل به خدا و تحمل پریشانی که به آنان برای تکمیل ارائه شد.

- کمبود یا فقدان منابع علمی قابل دسترس و استفاده برای پیشینه تحقیق.

#### پیشنهادهای پژوهش:

- از آنجاکه پژوهش محدود به یک منطقه بود؛ نمی‌توان آن را به سایر شهرها تعمیم داد. برای رفع این محدودیت پیشنهاد می‌شود، پژوهشی مشابه در دیگر شهرها انجام شود و نتایج آن با این پژوهش مقایسه گردد.  
- در پژوهش‌های آتی، در صورت امکان برای کسب اطلاعات جامع‌تر و علمی‌تر، از ابزارهای دیگری مانند مشاهده و مصاحبه نیز استفاده گردد.

- با توجه به یافته‌های پژوهش و پیشینه پژوهش، بر متولیان فرهنگی جامعه، بخصوص دانشگاه‌ها فرض است که از پرداختن به این امر دریغ نکرده و برنامه‌ای در راستای افزایش دینداری و ترغیب جوانان به رابطه معنوی با خدا تدوین شود.

- نهج البلاغه، ۱۳۸۴، ترجمه حسین استاد ولی، تهران، اسوه.
- بهدایی، سوسن و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه توکل به خدا و خودکارآمدی با سلامت روان بیماران دیابتی تیپ ۲»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ش ۱۹، دوره سوم، ص ۳۰۲-۳۱۱.
- حسن زاده، رمضان و همکاران، ۱۳۹۳، «رابطه بین توکل به خدا، کیفیت زندگی و امید به زندگی در معلمان ناحیه یک ساری»، *اسلام و سلامت*، سال اول، ش ۲، ص ۱۵-۲۱.
- خسروانی، علیرضا، ۱۳۹۰، *تفسیر خسروی*، قم، اسراء.
- رضایی، محمد، ۱۳۸۹، *بهداشت روان*، قم، پژوهش‌های تفسیر و علوم قرآنی.
- ریحانی، طویه و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی معنوی بر تحمل پریشانی مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان»، *زنان، مامایی و نازایی ایران*، دوره هفدهم، ش ۹۷، ص ۲-۱۸.
- طالقانی، نرگس و همکاران، ۱۳۸۵، «*رابطه جهت‌گیری مذهبی با بهداشت روان دانشجویان دانشگاه آزاد*»، مجموعه مقالات سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان.
- طولایی، زینب، ۱۳۹۲، «بررسی نقش میانجی عزت‌نفس و خودکارآمدی در رابطه بین سبک زندگی اسلامی و سازگاری اجتماعی جوانان شهر مشهد»، *جامعه‌شناسی جوانان*، ش ۹، ص ۱۱۵-۱۳۲.
- عترت دوست، محمد، ۱۳۸۹، «درآمدی بر معنویت‌شناسی سازمانی و کارکردهای آن در نیروی انتظامی»، *دو توسعه انسانی پلیس*، سال هفتم، ش ۳۲، ص ۱۰۶-۱۲۰.
- علی‌بخشی، سیده‌زهرا و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی رابطه توکل به خدا و سلامت روان دانشجویان پیام‌نور»، *معرفت در دانشگاه اسلامی*، سال پانزدهم، ش ۱، ص ۴۷-۶۵.
- غباری‌بناب، باقر و همکاران، ۱۳۸۸، «رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران»، *روان‌شناسی کاربردی*، سال سوم، ش ۲، ص ۱۱۰-۱۲۳.
- فراهانی، و ابراهیمی مقدم، ۱۳۸۷، *نورپسیکولوژی*، تهران، ساولان.
- فراهیدی، خلیل‌بن‌احمد، ۱۴۱۰ق، *کتاب العین*، قم، هجرت.
- فرهادی، اکرم و همکاران، ۱۳۹۰، «کیفیت زندگی سالمندان روستایی: مطالعه‌ای در شهرستان دشتی استان بوشهر»، *سالمندی ایران*، سال ششم، ش ۲۰، ص ۳۸-۴۶.
- قهرمانی، نسرين و محمدعلی نادی، ۱۳۹۱، «رابطه بین مؤلفه‌های مذهبی - معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان‌های دولتی شیراز»، *نشریه پرستاری ایران*، دوره بیست و پنجم، ش ۷۹، ص ۱-۱۱.
- محدثی، حمیده و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان پستان تحت درمان در مرکز تحقیقات سرطان امید - ارومیه»، *بیماری‌های پستان ایران*، سال پنجم، ش ۴، ص ۳۵-۴۴.
- مطهری، مرتضی، ۱۳۸۹، *امدادهای غیبی در زندگی بشر*، تهران، انتشارات اسلام.
- نادی، محمدعلی و محسن گل‌پرور، ۱۳۹۰، «روابط ساده و ترکیبی مؤلفه‌های معنویت با وفاداری در محیط کار»، *اخلاق در علوم و فناوری*، سال ششم، ش ۲، ص ۱۰-۲۰.
- نجاتی، محمدعثمان، ۱۳۶۹، *قرآن و روان‌شناسی*، چ دوم، مشهد، بنیاد پژوهش‌های اسلامی آستان قدس رضوی.
- نراقی، ملااحمد، ۱۳۸۱، *معراج‌السعادة*، چ هشتم، قم، هجرت.

نساجی، سوگند و همکاران، ۱۳۸۹، «اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری بر پاسخ‌هایی مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی»، *علوم رفتاری*، دوره چهارم، ش ۱، ص ۳۵-۴۳.

هزاوه‌ای، محمدمهدی و همکاران، ۱۳۹۰، «تأثیر برنامه آموزشی مدیریت استرس بر اساس الگوی پرسید بر استرس شغلی پرستاران»، *مجله پزشکی هرمزگان*، دوره پانزدهم، ش ۳، ص ۲۰۰-۲۰۸.

یعقوبی، ابوالقاسم، ۱۳۸۹، «بررسی رابطه هوش معنوی با میزان شادکامی دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا»، *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ش ۶ ص ۹۳-۱۰۵.

- Ferguson, C. J, et al, 2012, A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems, *journal of intellectual disability research*, v. 45 (12), p. 1573-1578.
- Laudet A. B, et al, 2011, The Role of Social Supports, Spirituality, Religiousness, Life Meaning and Affiliation with 12-Step Fellowships in Quality of Life Satisfaction Among Individuals in Recovery from Alcohol and Drug Problems, *Alcoholism Treatment Quarterly*, v. 24 (1-2), p. 33-73.
- Simons, r, & haheer, R. M, 2005, The distress tolerance scale, *Development & validation of self report measure motian & emotiono*, v. 20(9), p. 83-102.
- Vaillanta, G. J, et al, 2014, The Natural History of Male Mental Health: Health and Religious Involvement", *Social Science & Medicine*, v. 66, p. 66-70.
- World Heahth organization, 2006, *cause of death center for global*, Info Regional studies at the university of California santac.

## پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس عمل به اعتقادات دینی و بخشودگی

yaghobi41@yahoo.com

ابوالقاسم یعقوبی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا همدان

اکبر عروتنی موفق / استادیار گروه معارف اسلامی دانشگاه بوعلی سینا همدان

nabizadeh.safdar@yahoo.com

ک. صفدر نبی‌زاده / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه بوعلی سینا همدان

دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۲۰ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۱۲

### چکیده

از موضوعاتی که سلامت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اعتقادات دینی و بخشش در روابط بین‌فردی است. این پژوهش با هدف تبیین سلامت عمومی، بر اساس عمل به اعتقادات دینی و بخشش انجام شد. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا همدان، در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بود که از میان آنان، ۳۸۴ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای برای مطالعه انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه، شامل مقیاس‌های عمل به اعتقادات دینی، بخشودگی بین‌فردی و سلامت عمومی بود. یافته‌های حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین بخشودگی و عمل به اعتقادات دینی با سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ( $p < 0.001$ ). نتایج تحلیل رگرسیون همزمان نیز نشان داد که عمل به اعتقادات دینی و بخشودگی، به‌طور معناداری توان پیش‌بینی سلامت عمومی را دارند ( $p < 0.001$ ). این پژوهش، نقش اعتقادات مذهبی و بخشش در سلامت عمومی دانشجویان را مورد تأیید قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد، این ویژگی‌ها می‌توانند در رسیدن به سلامت روانی و جسمی افراد نقش بسزایی داشته باشند.

**کلیدواژه‌ها:** عمل به اعتقادات دینی، سلامت عمومی، بخشودگی.

## مقدمه

پیچیدگی دنیای امروزی و گسترش روزافزون مشکلات موجب شده است که سلامت و بهداشت عمومی افراد، بیش از پیش مورد تهدید قرار گیرد. از سوی دیگر، علم روان‌شناسی می‌کوشد تا با کارکردهای پژوهشی و کاربردی خود، سلامت افراد جامعه را ارتقاء بخشد (کشدان (Kashdan) و همکاران، ۲۰۰۶). شخصی که از سلامت عمومی برخوردار است، از کار و زندگی خود احساس رضایت می‌کند و می‌تواند شرایط سخت را تحمل کند و در زمینه‌های مختلف، عملکرد بهتری داشته باشد (ر.ک: میلانی‌فر، ۱۳۸۲). در دهه‌های اخیر، پژوهشگران و متخصصان حوزه سلامت عمومی، به اهمیت معنویت در زندگی افراد تأکید زیادی دارند، به‌طوری‌که امروزه بسیاری از درمانگران بالینی، تمایل زیادی به استفاده از معنویت در درمان بالینی دارند (مالتبی و همکاران، ۲۰۰۴). یکی از دلایل این تغییر نگرش در دهه‌های اخیر، پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهد، اعتقادات دینی و فعالیت‌های مذهبی، ارتباط مثبتی با سلامت جسم و روان دارد؛ زیرا فعالیت‌های مذهبی و معنوی، تا حد زیادی رضایت‌مندی فرد را از زندگی افزایش می‌دهد و در بهبود شادمانی و رضایت از زندگی مؤثر هستند (تورسن و هریس (Thoresen & Harris)، ۲۰۰۲). عمل به اعتقادات مذهبی و ارتباط با خدا، موجب بهبود سلامت کلی فرد می‌شود. براین‌اساس، فعالیت‌های معنوی منجر به کاهش افسردگی بالینی، کارکرد بهتر سیستم ایمنی، فشارخون پایین، حملات اضطرابی پایین و احتمال پایین ارتکاب به خودکشی می‌شود (پاپولا (Popoola)، ۲۰۱۱).

گرچه نقش مذهب در رابطه با بهداشت و سلامت، سابقه‌ای طولانی دارد و در طول هزاران سال، مذهب و پزشکی در مداوا و کاهش رنج‌های انسان، شریک یکدیگر بوده‌اند. با این حال، صاحب‌نظران حوزه روان‌شناسی مذهب، در سطح نظری درباره اثرات اعتقادات دینی بر سلامت عمومی، دیدگاه‌های ضد و نقیضی را مورد بحث قرار داده‌اند (مالتبی و دی (Maltby & Day)، ۲۰۰۰). برای نمونه/وکانر/و (O'Conner) (۲۰۰۳)، در پژوهش خود اظهار داشتند که نمی‌توان با قطعیت شواهدی را یافت که نشان‌دهنده اثر مثبت مذهب بر سلامت جسمی و روانی باشد. اما پژوهش‌های دیگر که در این حوزه صورت گرفت، نشان داد بین اختلالات روانی با وابستگی مذهبی ارتباط وجود دارد (مالتبی و همکاران، ۲۰۰۴). در مطالعه دیگری که در فنلاند بر روی اقدام‌کنندگان موفق به خودکشی صورت گرفت، ارزیابی‌های کالبدشکافی روان‌شناختی نشان داد که اختلالات روانی عمیق و تاریخچه‌ای از درمان بیماری روانی، سایکوتیک و اختلال افسردگی، در میان خودکشی‌کنندگان مذهبی، نسبت به خودکشی‌کنندگان غیرمذهبی بیشتر است (سوری (Sorie) و همکاران، ۱۹۹۶ به نقل از برایت وایت (Braithwaite) و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهد، اصول مذهبی ارتباط مثبت و معناداری با سلامت عمومی افراد دارد (آلوز (Alves) و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین، در یک مطالعه آینده‌نگر، با بررسی نقش مذهب و

معنویت بر علائم افسردگی بیماران نوجوان مبتلا به اختلالات روانی، مشخص گردید از دست دادن ایمان و اعتقاد مذهبی پس از ۶ ماه، عدم بهبود علائم افسردگی را در پی دارد (دو (Dew) و همکاران، ۲۰۱۰). تورسن و هریس (۲۰۰۲)، در مطالعات خود اظهار داشتند که عقاید و باورهای مذهبی بر سلامت عمومی بزرگسالان، اثر مثبتی داشته است. در برخی از پژوهش‌ها، از جمله کوئینگ (Koenig) و همکاران (۱۹۹۷)، پارکر (Parker) و همکاران (۲۰۰۳)، مشخص شد افرادی که از اعتقادات مذهبی بالاتری برخوردارند و در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند، دچار افسردگی و اضطراب کمتری می‌باشند. همچنین، یک مطالعه بین فرهنگی که در ۱۹ کشور غربی بر روی ۲۸۰۸۵ آزمودنی صورت گرفت، نشان داد اعتقاد و پایبندی به مذهب، احتمال گرایش به خودکشی را کاهش می‌دهد (کوئینگ و همکاران، ۲۰۱۲).

پیشینه ارتباط بین سلامت عمومی و مذهب، در بین روان‌شناسان و جامعه‌شناسان، در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده و هنوز درباره ماهیت اثرات مذهب بر سلامت جسمی و روانی، سوالات بسیاری مطرح است. گرچه بسیاری از پژوهش‌ها، به ارتباط مثبت اعتقادات مذهبی و سلامت عمومی اشاره دارند، اما اینکه اعمال و باورهای مذهبی، چگونه می‌توانند بر سلامت کلی تأثیر مثبت داشته باشند، هنوز مورد بحث است (کوئینگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ اکسلاین (Exline)، ۲۰۱۳). اعتقادات مذهبی، با متغیرهای زیادی در ارتباط است که در پردازش سلامت افراد تأثیر دارند. برای مثال، افرادی که به اعتقادات مذهبی پایبندی دارند، زندگی را با معناتر احساس می‌کنند و ویژگی‌های مثبت اجتماعی بیشتری دارند (لی (Li) و همکاران، ۲۰۰۸).

محققان حوزه بهداشت و سلامت، در تلاش برای بهبود وضعیت سلامت عمومی و شناخت عوامل زمینه‌ساز، مرتبط با این حوزه هستند. تنش‌ها و تجربیات منفی زندگی، بر سلامت و رضایت فرد از زندگی مؤثرند و بین درک و مقابله با تنش‌ها و مشکلات و پیامدهای فیزیولوژیکی و رفتاری حاصل از آنها، رابطه وجود دارد. از این رو، برای دستیابی به عوامل زیربنایی مؤثر در سلامت عمومی، نیاز به تحقیقاتی است که بر جنبه‌های مثبت سلامت، به عنوان یک پل ارتباطی بین عوامل رفتاری، محیطی و روانی اجتماعی تمرکز کنند (ریف و سینگر (Ryff & Singer)، ۲۰۰۰). چگونگی مدیریت هیجانات منفی مثل (خشم، رنجش و ترس) از عوامل مرتبط با سلامت است. بنابراین، ضروری است ویژگی‌هایی که موجب بهبود سلامت عمومی می‌شوند، شناسایی شوند. یکی از ویژگی‌های شخصیتی مثبت، مرتبط با سلامت عمومی که اخیراً مورد بررسی قرار گرفته، بخشودگی است. بخشودگی، عاملی برای برقراری مجدد ارتباط بر اساس اعتماد دوباره در نظر گرفته شده است (مک‌کالو (McCullough) و همکاران، ۲۰۰۱). بخشودگی، به عنوان تغییر میان فردی و اجتماعی مثبت، در مقابل خطایی است که در حوزه میان فردی صورت گرفته است. این تعریف، به تغییراتی اشاره دارد که می‌تواند تنها دربرگیرنده کاهش در احساسات منفی و یا کاهش احساسات منفی، همراه با افزایش احساسات مثبت باشد. در هر دو صورت، این تغییر یک تغییر مثبت است که هدف آن، ایجاد تعاملات اجتماعی مثبت‌تر است (آلمند (Allemand) و همکاران، ۲۰۰۷). ولکمن

(Volkman) (۲۰۰۹)، بیان می‌کند که بخشودگی از جمله متغیرهای روان‌شناختی مثبت است که تأثیر زیادی در بهبود روابط بین‌فردی دارد. به‌طور کلی بخشودگی، یک انتخاب آزادانه برای رها کردن انتقام و خشم نسبت به کسی است که موجب آزار شده و تلاش برای پاسخ سخاوتمندانه، دلسوزانه و همراه با مهربانی، به آن شخص است. البته بخشودگی به معنای انکار، تبرئه، کوچک کردن یا فراموش کردن اشتباهات آن فرد نیست (انرایت (Enright) و همکاران، ۱۹۹۸؛ تاک و اندرسون (Tuck & Anderson)، ۲۰۱۴).

با اینکه در مقایسه با تحقیقات بلندمدت در زمینه اعتقادات مذهبی، حوزه تحقیقات در زمینه بخشودگی تقریباً جدید است و شاید پیشینه جدی ادبیات پژوهش علمی، درباره بخشش حدود سه دهه باشد، اما جایگاه ویژه‌ای در حوزه روان‌شناسی مثبت‌گرا به‌عنوان یک راه‌حل برای کاهش تأثیرات زیانبار خطاهای بین‌فردی و ایجاد سازگاری مثبت پیدا کرده است (تاک و اندرسون، ۲۰۱۴).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده که بخشودگی، یک مفهوم عاطفی مهم برای کاهش خشم در اختلالات مختلف است (توئیسانت (Toussaint) و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، نتایج مطالعات قبلی نشان می‌دهد که بخشودگی بین‌فردی، نه تنها در سلامت روان (مکاسکیل (Macaskill)، ۲۰۱۲؛ گرین (Green) و همکاران، ۲۰۱۲)، بلکه به واسطه کاهش مشکلات روان‌شناختی، در سالم‌زدگی کردن به‌طور کلی سلامت عمومی نقش دارد (زچمیستر (Zechmeister) و همکاران، ۲۰۰۴). ورثینگتون (Worthington)، و همکاران (۲۰۰۷)، یک مدل نظری ارائه دادند که در آن عدم بخشودگی دیگران، یک عامل تنش‌زا همراه با هیجانات منفی و بخشودگی، به‌عنوان یک مهارت مقابله‌ای هیجان‌مدار محسوب می‌شود که با تأثیر مستقیم بر فرایندهای فیزیولوژیکی و تأثیر غیرمستقیم از طریق ارتقای عوامل تأثیرگذار در سلامتی مثل حمایت اجتماعی، کیفیت ارتباط و مذهب در پیامدهای سلامتی نقش دارد. البته این پژوهشگران معتقدند: برای تأیید این مدل، بخصوص تأثیر بر سلامت جسمی، نیاز به پژوهش‌های طولی بیشتری می‌باشد.

مفهوم نظری «بخشش» و سنجش مستقیم آن، نخستین‌بار به وسیله مک‌کالو و همکاران (۱۹۹۸) بیان شد. این پژوهشگران، نظام انگیزشی دو عاملی واکنش افراد نسبت به خطاها و اشتباه‌های بین‌فردی را مطرح کردند که شامل عامل اجتناب (اجتناب از تماس شخصی و جسمی با خطاکار) و عامل انتقام (جست‌وجوی انتقام یا آرزوی آسیب دیدن خطاکار) است. مک‌کالو و همکاران (۱۹۹۸)، از این تمایز برای پیشنهاد سه نظامی که به فرایند بخشش بین‌فردی کمک می‌کنند، استفاده کردند. نخست، نظام صمیمیت - همدلی که در آن همدلی، به‌عنوان عامل اصلی در بخشش تلقی می‌شود. دوم، نظام نشخوار ذهنی، که در آن نشخوارهای ذهنی، که پس از وقوع اشتباه نمایان می‌شود و آشفتگی بین‌فردی را وخیم‌تر می‌کند و برای پیش‌بینی انگیزش‌های انتقام‌جویانه اهمیت دارد. سوم، بازسازی صمیمیت میان افراد که مانع از رفتارهای اجتنابی می‌شود و رفتارهای آشتی‌جویانه (مسالمت‌آمیز) را تسهیل می‌کند (مک‌کالو و همکاران، ۱۹۹۸).

به‌طور کلی، بر اساس پیشینه پژوهشی بخشودگی، کسانی که روابط صمیمانه خود را حفظ می‌کنند و خطای اطرافیان را می‌بخشند، از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. بخشودگی، به دلیل ارتباط منفی با خشم، انتقام‌جویی و سطوح استرس و فشارخون بالا و ارتباط مثبت با همدلی و توافق‌پذیری دارد؛ تأثیرات مثبتی بر سلامت عمومی افراد به جا می‌گذارد (مالتی و همکاران، ۲۰۰۸). افرادی که بخشودگی دارند، غالباً اسندهای خود را در زمینه علیت و شخصیت فرد خاطی تغییر می‌دهند. بدین ترتیب، اثر نشخوار کاهش می‌یابد و هیجان‌های منفی، مثل رنجش، تلخ‌کامی، خصومت، خشم و ترس فروکش می‌کند (فینچام (Fincham) و همکاران، ۲۰۰۵).

در اینجا به برخی از پژوهش‌هایی که به بررسی رابطه بین بخشش و سلامت عمومی پرداخته‌اند، اشاره می‌شود. برای نمونه، اورکات (Orcutt) (۲۰۰۶)، در پژوهش خود به این نتیجه رسید که میان بخشش و نشانگان روان‌شناختی (همچون افسردگی، اضطراب و ترس) رابطه وجود دارد. براین اساس، بخشیدن منجر به کاهش نشانگان روان‌شناختی، در فرد بخشنده و افزایش سلامت کلی او می‌شود. یسل‌دیک (Ysseldyk) و همکاران (۲۰۰۷)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که میان بخشش و سلامت عمومی، رابطه مثبت وجود دارد. همچنین، افراد بخشنده نسبت به افرادی که قادر به بخشیدن اشتباه‌های دیگران نیستند، از سلامت بیشتری برخوردارند. در پژوهش *توئیسمانت* و همکاران (۲۰۱۲)، مشاهده شد که بخشیدن به گونه‌ای معنادار با سلامت عمومی همراه است. مک‌کالو و همکاران (۲۰۰۶)، نشان داده‌اند که بخشش با عصبانیت، اضطراب و افسردگی، رابطه منفی، و با مسئولیت‌پذیری، رابطه مثبت دارد. در پژوهش *زندگی‌پور* و همکاران (۱۳۹۰)، ارتباط مثبت بین مؤلفه‌های مثبتی مانند بخشش، صبر و توکل با جنبه‌های مختلف سلامت عمومی نشان داده‌اند. بخشش، مفهومی ارزشمند است که ادیان و مذاهب مختلف نیز به آن اشاره کرده‌اند و شواهد نشان می‌دهد که مذاهب نقش مهمی در ادراک افراد از بخشودگی دارند (رای (Rye) و همکاران، ۲۰۰۱).

آثار اعمال مذهبی موجب تاب‌آوری، امید، ایمان، مسئولیت شخصی، بخشش و تحمل می‌شوند و همه این مؤلفه‌ها، از نوع مکانیسم‌های دفاعی مثبت هستند (فرای (Fry)، ۲۰۰۳). از سوی دیگر، عمل به اعتقادات دینی به انسان آرامش می‌دهد، امنیت روانی فرد را فراهم می‌کند و پایگاه محکمی برای انسان در مقابل مشکلات ایجاد می‌کند (تورسن و هریس، ۲۰۰۲). بنابراین، می‌توان گفت: بین سازه‌های معنوی نظیر عمل به باورهای دینی و بخشودگی، با سلامت عمومی در افراد رابطه وجود دارد. هر چند پژوهش‌های قبلی، به ارتباط اعتقادات دینی و بخشودگی با سلامت عمومی به صورت جداگانه اشاره کرده‌اند، اما پژوهشی به طور مشخص ارتباط این متغیرها را به صورت یکپارچه، مورد بررسی قرار نداده است. از این‌رو، مسئله اصلی پژوهش این است که عمل به اعتقادات دینی و بخشودگی، چه میزان از واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی می‌کند؟

## روش پژوهش

روش این پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا بودند که از این جامعه، بر اساس فرمول کوکران، تعداد ۳۸۴ نفر به طور تصادفی خوشه‌ای انتخاب و ابزار را تکمیل کردند. در نهایت، داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌های ۳۷۴ نفر مورد تحلیل قرار گرفت. ملاک ورود به پژوهش، رضایت فردی برای شرکت در پژوهش و ملاک خروج نیز ترک پژوهش در صورت عدم رضایت بود. اطلاعات به‌دست‌آمده، با استفاده از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای جمع‌آوری اطلاعات، از مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد)، مقیاس بخشودگی بین‌فردی و پرسش‌نامه سلامت عمومی استفاده شد.

مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد): این پرسش‌نامه، توسط گلزاری (۱۳۷۸) ساخته شده و از ۲۵ سؤال تشکیل شده است که عمل به باورهای دینی را می‌سنجد. مقیاس معبد، از چهار خرده‌مقیاس (عمل به واجبات دینی، مستحبات، فعالیت‌های مذهبی و استفاده از مذهب در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های زندگی) ساخته شده است. هر سؤال، پنج گزینه دارد و روش نمره‌گذاری این مقیاس، از صفر تا چهار است. برای همه سؤالات کمترین حالت ممکن صفر و بالاترین حالت نمره ۴ و برای کل آزمون، کمترین نمره کل صفر و بیشترین نمره کل ۱۰۰ است. همچنین، این آزمون از پایایی خوبی برخوردار است. در پژوهشی که از ضریب آلفای کرونباخ برای محاسبه ضریب همسانی درونی استفاده شد، میزان آلفای کرونباخ در نمونه مورد پژوهش، ۰/۹۱ به دست آمد (حاجی‌زاده میمندی و برقمندی، ۱۳۹۰).

ضریب پایایی بازآزمایی، برابر با ۰/۷۶ ( $p < ۰/۰۱$ ) به دست آمد. ضریب پایایی از طریق دو نیمه کردن نیز با استفاده از روش گاتمن محاسبه شد که برابر با  $r = ۰/۹۰$  بود. از سوی دیگر، برای آزمون همسانی درونی این آزمون، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. مقدار آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ بود. این نتایج، نشان‌دهنده پایایی ثبات، همسانی درونی و دقت کم و بیش بالای آزمون معبد است (گلزاری، ۱۳۷۸).

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ): این آزمون، توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ساخته شده و متشکل از ۲۸ سؤال است. این پرسش‌نامه دارای چهار خرده‌مقیاس افسردگی، شکایات جسمانی، اضطراب و نارساکنش‌وری اجتماعی است و یک نمره کلی را به‌عنوان شاخصی از سلامت عمومی به دست می‌دهد. در پژوهشی، همبستگی آن با چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی ۲ محاسبه گردید و روایی آن ۰/۸۱ گزارش شده است. اعتبار این پرسش‌نامه، با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ گزارش شده است (جعفری و همکاران، ۱۳۹۳).

مقیاس بخشودگی بین‌فردی: این پرسش‌نامه، توسط احتشام‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) ساخته شده و دارای ۲۵ سؤال بوده و هدف آن، سنجش میزان بخشودگی بین‌فردی و ابعاد آن (ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی، کنترل رنجش، درک و فهم واقع‌بینانه) در افراد است. طیف پاسخگویی آن، از نوع لیکرت ۴ درجه‌ای است. بدین ترتیب، حداکثر

نمره برای کل مقیاس، ۱۰۰ و حداقل ۲۵ می‌باشد. کسب نمره بالاتر در این مقیاس، بیانگر توانایی بالا برای بخشودن خطای دیگران است. در پژوهش/احتشام‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) برای سنجش روایی مقیاس بخشودگی بین‌فردی، از اجرای همزمان آن با خرده‌مقیاس بخشودگی از مقیاس اصلی بخشودگی خانواده (FFS) استفاده شد که همبستگی بین این دو مقیاس، معنادار به دست آمد. این رابطه، حاکی از روایی خوب این مقیاس می‌باشد. همچنین، پایایی پرسش‌نامه یا قابلیت اعتماد آن، با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای کل مقیاس ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس‌های ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی ۰/۷۷، کنترل رنجش ۰/۶۶ و درک و فهم واقع‌بینانه ۰/۵۷ به دست آمد (احتشام‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹).

### یافته‌های پژوهش

ابتدا برای بررسی متغیرهای پژوهش، از همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن را در جدول ۱ مشاهده می‌کنید.

جدول ۱. ماتریس همبستگی و میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

| متغیر                   | تعداد | میانگین | انحراف معیار | ۱       | ۲       | ۳ |
|-------------------------|-------|---------|--------------|---------|---------|---|
| ۱. سلامت عمومی          | ۳۷۴   | ۵۲/۵۷۲  | ۹/۵۱۱        | ۱       |         |   |
| ۲. عمل به اعتقادات دینی | ۳۷۴   | ۶۲/۶۳۹  | ۱۳/۰۰۰       | ۰/۳۱۳** | ۱       |   |
| ۳. بخشودگی              | ۳۷۴   | ۸۰/۲۵۶  | ۱۵/۴۳۹       | ۰/۵۵۰** | ۰/۲۳۸** | ۱ |

$$**p < 0/01, *p < 0/05$$

نتایج جدول ۱، ارتباط بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج سلامت عمومی، با عمل به اعتقادات دینی و بخشودگی ارتباط مستقیم و معناداری دارد. همچنین، نتایج نشان می‌دهد عمل به اعتقادات دینی با بخشودگی ارتباط مثبت و معناداری دارد.

در ادامه، برای بررسی فرضیه پژوهش، از رگرسیون چندگانه استفاده شد. پیش از اجرای رگرسیون، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، با آزمون کلموگرف - اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت و نتیجه آن نشان داد که توزیع نرمال است ( $P > 0/05$ ). رابطه خطی بین متغیرهای مستقل و وابسته با نمودار پراکنش مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد، بین متغیرها رابطه خطی برقرار است. برای بررسی استقلال خطاها، از آزمون دوربین - واتسون استفاده شد که نتایج نشان از عدم همبستگی بین خطاها دارد ( $D.W = 2/2$ ، دامنه بین ۱/۵ تا ۲/۵ قابل قبول است). برای بررسی همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین، از عامل تورم واریانس (VIF) و تحمل (Tolerance) استفاده شد که نتایج نشان داد عدم همخطی بین متغیرها برقرار است ( $VIF = 1/06$  و  $Tolerance = 0/94$ ، دامنه VIF کمتر از ۱۰ و تحمل بالاتر از ۰/۱ قابل قبول است). نتایج تحلیل رگرسیون در جداول ۲ و ۳ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی سلامت عمومی توسط عمل به اعتقادات دینی و بخشودگی

| مدل ۱     | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | سطح معناداری | R     | R <sup>2</sup> |
|-----------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|-------|----------------|
| رگرسیون   | ۱۱۳۸۳/۵۱۲     | ۲          | ۵۶۹۱/۷۵۶        | ۴۴۷/۹۴ | ۰/۰۰۰        | ۰/۵۸۱ | ۰/۳۳۷          |
| باقیمانده | ۲۳۳۵۸/۰۳۹     | ۳۷۱        | ۶۰/۳۶۴          |        |              |       |                |
| کل        | ۳۳۷۴۱/۵۵۱     | ۳۷۳        |                 |        |              |       |                |

جدول ۳. ضرایب مدل رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت عمومی توسط عمل به اعتقادات دینی و بخشودگی

| مدل روش همزمان       | ضرایب استاندارد نشده |                | ضرایب استاندارد شده |  | t      | سطح معناداری |
|----------------------|----------------------|----------------|---------------------|--|--------|--------------|
|                      | B                    | خطای استاندارد | بتا                 |  |        |              |
| مقدار ثابت           | ۱۸/۸۳۳               | ۹/۵۹۳          | -                   |  | ۷/۲۶۳  | ۰/۰۰۰        |
| عمل به اعتقادات دینی | ۰/۱۴۱                | ۰/۰۳۲          | ۰/۱۹۲               |  | ۴/۴۱۵  | ۰/۰۰۰        |
| بخشودگی              | ۰/۳۱۱                | ۰/۰۲۷          | ۰/۵۰۴               |  | ۱۱/۵۹۱ | ۰/۰۰۰        |

با توجه به نتایج جدول ۲ و مقادیر به‌دست‌آمده ( $F=۹۴/۴۴۷$ ،  $P<۰/۰۱$ ) می‌توان گفت: مدل معنادار است؛ بدین معنا که عمل به اعتقادات دینی و بخشودگی، قادر هستند میزان سلامت عمومی در افراد را تا ۳۳ درصد پیش‌بینی کنند. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که از بین متغیرها بخشودگی، با ضریب بتای ۰/۵۰۴ توانسته بیشترین نقش را در تبیین واریانس سلامت عمومی داشته باشد. عمل به اعتقادات دینی با ضریب بتای ۰/۱۹۲ به‌عنوان متغیر بعدی، توانسته در تبیین سلامت عمومی نقش داشته باشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف پیش‌بینی سلامت عمومی، بر اساس عمل به اعتقادات دینی و بخشودگی انجام گرفت. نتایج نشان داد که متغیرهای بخشودگی و عمل به اعتقادات دینی، به طور معناداری توان پیش‌بینی سلامت عمومی را دارند. در زمینه ارتباط اعتقادات دینی و سلامت عمومی، نتایج این پژوهش با یافته‌های روف (Roff) و همکاران (۲۰۱۳)، کوئینگ و همکاران (۲۰۱۲)، آلوز و همکاران (۲۰۱۰)، ابورایا (Abu-Raiya) و همکاران (۲۰۱۶)، بیانی و همکاران (۱۳۸۷)، کجباف و رئیس‌پور (۱۳۸۷) همسو است.

در تبیین این یافته، بر اساس نظر روف و همکاران (۲۰۱۳) می‌توان گفت: افرادی که عمل به اعتقادات مذهبی بیشتری دارند، از گرایش‌ها و باورهای مذهبی خود، به‌عنوان تعدیل‌کننده مشکلات و استرس‌ها استفاده می‌کنند. این باور مذهبی روی ارزیابی اولیه آنها از حوادث و رخدادهای زندگی تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، افرادی که مذهبی هستند، حوادث منفی زندگی را دارای کمتر تهدیدکننده ارزیابی نموده و به توانایی مقابله خود با حوادث خوش‌بینانه نگاه می‌کنند. علاوه بر این، می‌توان گفت: کسانی که اعتقاد قوی‌تری دارند، معنی خاصی در حوادث منفی پیدا می‌کنند که موجب استفاده از راهبردهای مقابله سازگارانه می‌شود. در این پژوهش مشخص شد، کسانی که عمل به اعتقادات مذهبی در آنها بیشتر است، از سلامت کلی بیشتری برخوردارند. چنانچه شرایطی فراهم شود که فرد بتواند، مذهب را در چارچوب و ساختار شناختی و عاطفی خود درونی کند و از سطح باور به سطح عمل، به

اعتقادات مذهبی انتقال دهد، چنین مذهبی می‌تواند انسجام فرد را تضمین کرده و این توانمندی را در فرد ایجاد کند که زمینه‌های بروز اختلالات روانی را از بین برده و فرد را به سوی کمال و رشد و سلامت عمومی هدایت کند. به عبارت دیگر، افرادی که اعمال مذهبی دارند، قادرند حوادث و رخدادهای فشارزای زندگی را به‌عنوان فرصت‌هایی برای رشد مثبت خود ببینند. این ارزیابی، تأثیر مثبتی بر رفتارهای مرتبط با سلامت عمومی آنان دارد.

کوئینگ و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند: اعتقادات مذهبی به افراد در پردازش شناختی کمک می‌کند. بر مبنای این نظریه، می‌توان گفت: درون‌مایه‌های مذهبی می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامت جسمانی و روانی اثرگذار باشد. این شاخصه، می‌تواند بر شیوه‌های رویارویی با رویدادها و موقعیت‌ها اثر داشته باشد و چگونگی مقابله آنها با رویدادهای فشارزا را تحت تأثیر قرار دهد. در نهایت، می‌توان گفت: این یافته‌ها با آموزه‌های دینی اسلامی نیز همسو است؛ به این معنا که افراد دارای اعتقادات مذهبی موقعیت‌های فشارزای زندگی را برنامه و تدبیری الهی که گریزی از آن نیست، تلقی نموده و معتقدند: خداوند خیرخواه آنها بوده و به آنها آسیبی نمی‌رساند (یونس: ۱۰۹)، همچنین مطمئن هستند کسانی که شکیبایی کنند و تقوا پیشه کنند، خداوند پاداشی عظیم به آنها اعطا می‌نماید (هود: ۱۱).

در زمینه ارتباط بخشودگی با سلامت عمومی، نتایج این پژوهش با یافته‌های بری و ورثینگتون (۲۰۰۱)، مالتبی و همکاران (۲۰۰۴)، توئیسانت و همکاران (۲۰۱۲)، گرین و همکاران (۲۰۱۲)، اختر (Akhtar) و همکاران (۲۰۱۷)، ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۱) همسو است. در تبیین این یافته، بر اساس نظر گرین و همکاران (۲۰۱۲) می‌توان گفت: افرادی که در روابط بین‌فردی خود گذشت بیشتری دارند، استرس‌های ناشی از روابط بین‌فردی را به طور کمتری تجربه می‌کنند. در نتیجه، اختلالات جسمانی و روانی به طور کمتری مشاهده می‌شود. همچنین، افرادی که بیشتر گذشت می‌کنند، روابط بین‌فردی باثباتی را برقرار می‌کنند که حمایت اجتماعی و احساس امنیت، از جانب دیگران می‌تواند موجب کمتر شدن احتمال اختلالات روانی شود. سلامت عمومی به طور گسترده شامل عملکردهای جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌باشد. عوامل مختلفی وجود دارد که بر این گستره تأثیرگذار است. افرادی که گذشت بیشتری را نشان می‌دهند، روابط بین‌فردی متعارض را به راحتی تسهیل می‌کنند، ارتباطات سالم‌تری را تجربه می‌کنند و عملکردهای اجتماعی مطلوب‌تری دارند. کسانی که با آگاهی بالا می‌توانند فرد خاطی را ببخشند، تبلور اعتقادات معنوی خود را در زندگی اجتماعی به طور بارزتری مشاهده می‌کنند.

در آموزه‌های اسلامی و قرآن، بر نقش بخشش در سلامت عمومی تأکید بسیاری شده است. البته هرچند قرآن کریم مستقیماً اصطلاح سلامت روانی را مطرح نمی‌کند، اما در قرآن، بخشش به کاهش خشم (آل عمران: ۱۳۴)، که مقدمه بخشش است و افزایش صلح و دوستی (شوری: ۴۰)، افزایش قدردانی فرد خطاکار (بقره: ۵۲)، کاهش سختی (بقره: ۱۸۷) و مصیبت (شوری: ۳۰) موجب می‌شود که سلامتی کلی فرد و حرکت به سمت انسان کامل تکمیل شود. آیه «لَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ» (یونس: ۶۲)؛ می‌تواند مصداق خوبی برای سلامت عمومی افراد بخشنده باشد.

همچنین، می‌توان گفت: بخشش یکی از فرایندهای روان‌شناختی و ارتباطی، برای افزایش سلامت عمومی و بهبود آزدگی است که لازمه رشد ارتباطی، عاطفی، روحانی، و جسمانی انسان است و بر بیشتر شاخص‌های سلامت کلی، که در افزایش خشنودی از زندگی و روابط بین‌فردی مؤثر هستند، تأثیر می‌گذارد. از این‌رو، با درک ماهیت بخشش، می‌توان به افراد کمک کرد تا سلامت عمومی خود را حفظ کنند؛ زیرا کوتاهی در بخشش، ممکن است به افزایش سطح آسیب‌های روانی کمک کند، یا منجر به دشواری‌هایی در حفظ یا بهبود سلامت فرد، در دوره‌های بعدی زندگی شود. بخشش، تلاش برای آزادی از احساس گناه برخاسته از خشم است. تمایل به بخشیدن، با این امید است که بخشش، درد ناشی از آنچه را که تجربه شده است، التیام خواهد داد و آن را حل خواهد نمود. بخشش، به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم سلامت عمومی به‌شمار می‌رود. افرادی که از سلامت کلی برخوردارند، کسانی هستند که با خود، اطرافیان و محیط سازگاری دارند (مک‌فارلند (McFarland) و همکاران، ۲۰۱۲).

در نتیجه‌گیری این بحث می‌توان گفت: شاخصه‌هایی مانند بخشش و داشتن اعتقادات مذهبی، در سلامت عمومی فرد نقش مهمی دارند. از آنجا که فایده کاربرد آگاهانه بخشیدن، دستیابی به بهبود اختلافات در زمینه‌های مختلف زندگی است و اعتقادات مذهبی نیز می‌تواند بر شیوه‌های رویارویی با موقعیت‌ها اثر مثبت داشته باشد و چگونگی مقابله با رویدادهای فشارزا را تحت تأثیر قرار دهد، استفاده از سازه‌هایی مانند بخشش و اعتقادات مذهبی، می‌تواند در بهبود سلامت عمومی افراد تأثیر بسزایی داشته باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش، در نظر نگرفتن عوامل جمعیت‌شناختی مانند جنس، قومیت و پایگاه اقتصادی نمونه مورد نظر بود که اگر تحلیل به تفکیک این متغیرها بررسی می‌شد، شاید یافته‌های پژوهش تحت تأثیر قرار می‌گرفت. محدودیت دیگر، به نمونه برمی‌گردد که شامل دانشجویان می‌شود و تعمیم نتایج را محدود به این جامعه می‌کند. با توجه به ارتباط معنادار اعتقادات مذهبی و بخشودگی با سلامت عمومی در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که در زمینه آموزش بخشودگی و عمل به اعتقادات مذهبی به صورت کاربردی در نظام‌های آموزشی، توجه ویژه‌ای لحاظ گردد و همایش‌ها و کارگاه‌های ویژه و تخصصی در این حوزه برگزار گردد. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی برای تبیین بهتر سلامت عمومی، علاوه بر متغیرهای این پژوهش، متغیرهای دیگری مانند صبر و خوش‌بینی نیز مورد بررسی قرار گرفته شود. پیشنهاد دیگر اینکه، پژوهش بر رده‌های سنی مختلف انجام شود، تا تفاوت‌های سنی در کسب نتایج مشخص گردد.

- احتشام‌زاده، پروین و همکاران، ۱۳۸۹، «ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش بخشودگی بین‌فردی»، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال شانزدهم، ش ۴، ص ۴۴۳-۴۵۵.
- بیانی، علی اصغر و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان»، *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ش ۳۹، ص ۲۰۹-۲۱۴.
- جعفری، عیسی و همکاران، ۱۳۹۳، «رابطه عمل به باورهای دینی و بهزیستی معنوی با سلامت عمومی و شیوه‌های مقابله در سربازان وظیفه»، *مجله طب نظامی*، سال شانزدهم، ش ۴، ص ۱۹۱-۱۹۶.
- حاجی‌زاده میمندی، مسعود و مهدی برغم‌دی، ۱۳۹۰، «بررسی رابطه بین عمل به اعتقادات دینی و رضایت از زندگی در سالمندان»، *مجله سالمندی ایران*، سال پنجم، ش ۱، ص ۸۷-۹۴.
- زندپور، طیب و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی، بخشش و سلامت روان در زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت گچساران»، *جامعه‌شناسی زنان*، سال دوم، ش ۲، ص ۱-۱۸.
- کجباف، محمدباقر و حفیظ‌الله رئیس‌پور، ۱۳۸۷، «رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روان در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه اصفهان»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال اول، ش ۲، ص ۳۱-۴۳.
- گلزاری، محمود، ۱۳۷۸، *تهیه ابزارهایی جهت سنجش عمل به باورهای دینی و انواع حیا و بررسی رابطه دینداری و حیا با ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان*، گزارش نهایی طرح پژوهشی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- میلانی‌فر، بهروز، ۱۳۸۲، *بهداشت روانی*، چ هشتم، تهران، قومس.
- Abu-Raiya, H. I, et al, 2016, Religion as problem, religion as solution: religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health, *Qual Life Res*, n. 25, p. 1265-1274.
- Akhtar, S, et al, 2017, Understanding the Relationship Between State Forgiveness and Psychological Wellbeing: A Qualitative Study, *J Religion Health*, n. 56, p. 450-463.
- Allemand, M, et al, 2007, The role of trait forgiveness and relationship satisfaction in episodic forgiveness, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), p. 199-217.
- Alves, R.R, et al, 2010, The Influence of Religiosity on Health, *Cien Saude Colet*, 15(4), p. 2105-2111.
- Anderson, M.A, 2006, *The relationship among resilience, forgiveness, and anger expression in adolescents*. Available from: <http://digitalcommons.library.umaine.edu/etd/416>.
- Berry, J. W, & Worthington, E. L, 2001, Forgiveness, relationship quality, stress while imagining relationship events, and physical and mental health, *J Couns Psychol*, n. 48, p. 447-455.
- Braithwaite, S. R, et al, 2016, Trait forgiveness and enduring vulnerabilities: Neuroticism and catastrophizing influence relationship satisfaction via less forgiveness, *Personality and Individual Differences*, n. 94, p. 237-246.
- Dew, R. E, et al, 2010, Prospective Study of Religion/Spirituality and Depressive Symptoms Among Adolescent Psychiatry Patients, *J Affect Disorder*, 120(1-3), p. 149-157.
- Enright, R. D, et al, 1998, *The psychology of interpersonal forgiveness*, In: Enright RD, North J. (editors). Exploring forgiveness. Madison, WI: University of Wisconsin; 46-62.
- Exline, J. J, 2013, *Religious and spiritual struggles*. In K. I. Pargament, J. J. Exline, & J. W. Jones (Eds.), APA handbook of psychology, religion, and spirituality (v. 1, p. 459-475). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fincham, F. D, & Beach, S. R. H, 2005, Transgression severity and forgiveness: different moderators for objective and subjective severity, *Journal of Social and Clinical Psychology*, n. 24, p. 860-875.
- Fry, L.W, 2003, Toward a theory of spiritual leadership, *Leadership Quart*, 14(6), p. 693-727.
- Green, M, et al, 2012, Positive affect, negative affect, stress, and social support mediators of the forgiveness-health relationship, *J Soc Psychol*, 152(3), p. 288-307.
- Kashdan, T. b, et al, 2006, Social anxiety and posttraumatic stress in combat veterans: relations to well being and character strengths, *Behavior Research And Therapy*, n. 144, p. 61-83.
- Koenig, H. G, et al, 1997, Modeling the Crosssectional Relationships between Religion, Physical, Social Support, and Depressives, *Am J Geriatr Psychiatr*, 5(2), p. 131-143.

- Koenig, H. G, et al, 2012, **Handbook of religion and health**, 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Li, H, et al, 2008, Variables Predicting the Mental Health Status of Chinese College Students, **Asian Journal of Psychiatry**, n. 1, p. 37-41.
- Macaskill, A, 2012, Differentiating dispositional self-forgiveness from other forgiveness: Associations with mental health and life satisfaction, **J Soc Clin Psychol**, 31(1), p. 28-50.
- McCullough, M. E, & et al, 2001, Forgiveness: who does it and how do they do it? **Current direction in psychological science**, 10(4), p. 11-23.
- Maltby, J, & Day, L, 2000, Depressive Symptoms and Religious Orientation: Examining the Relationship Between Religiosity and Depression Within the Context of Oter Correlates of Depression, **Pers Invid Differ**, 28(2), p. 383-393.
- Maltby, J, et al, 2004, Forgiveness and mental health variables: Interpreting the relationship using an adaptational-continuum model of personality and coping, **Personality and Individual Differences**, n. 37, p. 1629-1641.
- Maltby, J, et al, 2008, Personality predictors of levels of forgiveness two and a half year after the transgression, **Journal of Research in Personality**, n. 42, p. 1088-1094.
- Mc Cullough, M. E, et al, 2006, Writing about the benefits of an Interpersonal transgression facilitates forgiveness, **Journal Counseling and Clinical Psychology**, 74(5), p. 887-897.
- McCullough, M. E, et al, 1998, Interpersonal forgiving in close relationships II: Theoretical elaboration and measurement, **J Pers Soc Psychol**, 75(6), p. 1586-1603.
- McFarland, M. J, et al, 2012, Forgiveness of others and health: Do race and neighborhood matter? **The Journals of Gerontology Series B: Psychological and Social Sciences**, n. 67, p. 66-75.
- O'Conner, D. B, & O'Conner, C.R, 2003, Religiosity, Stress and Psychological Distress: No Evidence for an Association Among Undergraduate Students, **Per Indiv Differ**, 34(2), p. 211-217.
- Orcutt, H, 2006, The prospective relationship of interpersonal forgiveness and psychological distress symptoms among college women, **Journal of Counseling Psychology**, n. 53, p. 350-361.
- Parker, M, et al, 2003, Religiosity and Mental Health in Southern, Community-Dwelling Older Adults, **Aging Mental Health**, 7(5), p. 390-397.
- Popoola, E.O, 2011, Intrinsic spirituality and post-traumatic stress disorder: A focus on the Canadian forces [dissertation]: University of Phoenix.
- Roff, L. L, et al, 2013, Depression and religiosity in African American and white community-dwelling older adults, **Journal of Human Behavior in the Social Environment**, n. 10, p. 175-189.
- Rye, M. S, et al, 2001, Evaluation of the psychometric properties of two forgiveness scales, **Current Psychology**, 20(3), p. 260-277.
- Ryff, C. D, & Singer, B, 2000, Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium, **Pers Soc Psychol Rev**, 4(1), p. 30-44.
- Thoresen, C. E, & Harris, A. H, 2002, Spirituality and health: what's the evidence and what's needed? **Ann Behav Med**, 24(1), p. 3-13.
- Toussaint, L. L, et al, 2012, Forgive to live: Forgiveness, health, and longevity, **J Behav Med**, n. 35, p. 375-386.
- Tuck, I, & Anderson, L, 2014, Forgiveness, flourishing, and resilience: The influences of expressions of spirituality on mental health recovery, **Ment Health Nurs**, n. 35, p. 277-282.
- Volkman, J. R, 2009, **A Longitudinal Analysis of the Forgiveness Process in Romantic Relationships**, Phd dissertation, George Mason University.
- Worthington, E. L, et al, 2007, Forgiveness, health, and well-being: A review of evidence for emotional versus decisional forgiveness, dispositional forgiveness, and reduced un forgiveness, **J Behav Med**, v. 30, p. 291-302.
- Ysseldyk, R, et al, 2007, Rumination: Bridging a gap between forgivingness, vengefulness, and psychological health, **Personality and Individual Differences**, n. 42, p. 1573-1584.
- Zechmeister, J. S, et al, 2004, Don't apologize unless you mean it: An empirical investigation of determinants of forgiveness, **J Soc Clin Psychol**, n. 23, p. 532-564.

## رابطه سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی با امیدواری در بیماران قلبی - عروقی

hsharreh@yahoo.com.au

حسین شاره / دانشیار گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه حکیم سبزواری

دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۱۲ - پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۰۶

چکیده

این پژوهش، به منظور بررسی ارتباط بین سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی با امیدواری، در بیماران قلبی - عروقی انجام شد. این پژوهش، یک طرح توصیفی از نوع همبستگی بود که تعداد ۱۹۶ نفر بیمار قلبی - عروقی در مرکز درمانی شهرستان بجنورد با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌های سرسختی روان‌شناختی اهواز (AHI)، مقیاس نگرش مذهبی (RAS) و امیدواری (AHS) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام صورت گرفت. نتایج نشان داد که بین سرسختی روان‌شناختی، نگرش مذهبی و امیدواری، رابطه معناداری ( $P < 0/01$ ) وجود دارد. در تحلیل رگرسیون، سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی توانستند به طور معناداری امیدواری را پیش‌بینی کنند ( $P < 0/01$ ). همچنین، از بین مؤلفه‌های نگرش مذهبی خرده‌مقیاس‌های مباحث اجتماعی، جهان‌بینی و باورها، عبادات و علم و دین قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده امیدواری در بیماران قلبی - عروقی بودند ( $P < 0/01$ ). هر چه میزان سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی بیماران قلبی - عروقی بیشتر باشد، امیدواری آنان افزایش خواهد یافت.

**کلیدواژه‌ها:** سرسختی روان‌شناختی، نگرش مذهبی، امیدواری، بیماران قلبی - عروقی.

## مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی (CVD) و در رأس آنها بیماری عروق کرونر (CAD)، یکی از شایع‌ترین مشکلات مرتبط با سلامتی و عامل ناتوانی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه است (وردیانی و همکاران، ۲۰۰۸). در حال حاضر، شیوع بیماری‌های قلبی - عروقی، در کشورهای در حال توسعه با توجه به استرس‌های موجود و تغییرات سریع در شیوه زندگی به شدت رو به افزایش است و انتظار می‌رود که علت عمده مرگ‌ومیر در دهه‌های آینده، این بیماری باشد (نگون‌گو و همکاران، ۲۰۱۲؛ کلیرماجر و همکاران، ۲۰۱۲؛ کیم و همکاران، ۲۰۱۴). بر اساس اطلاعات منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO)، تا سال ۲۰۳۰ علت مرگ تقریباً ۲۳/۶ میلیون نفر در سراسر جهان ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی، به‌ویژه بیماری‌های قلبی و سکتة مغزی خواهد بود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰). مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که میزان بروز مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری‌ها در ایران در حال افزایش است، به‌طوری‌که بیماری‌های قلبی - عروقی اولین علت مرگ‌ومیر در این کشور محسوب می‌شود (صراف‌زادگان و همکاران، ۱۹۹۹). یافته‌های علمی از این واقعیت حمایت می‌کند که عوامل روان‌شناختی می‌توانند بر ایجاد و تداوم بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی تأثیرگذارند (روزاناسکی و همکاران، ۱۹۹۹؛ راموند و همکاران، ۲۰۱۱؛ گلوزیر و همکاران، ۲۰۱۳؛ ناکامور و همکاران، ۲۰۱۳).

امید «توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب، به رغم موانع موجود و عاملیت یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها» تعریف می‌شود (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۱). امیدواری، می‌تواند روند رؤیاری با ناملایمات زندگی را تسهیل کند و موجب بهبود کیفیت زندگی و درمان بیماران گردد (چیمیک و نکولایچاک، ۲۰۰۴). افرادی که نمرات بالاتری در مقیاس امیدواری به دست می‌آورند، سازگاری روان‌شناختی بالا، سلامت جسمی و مهارت‌های حل مسئله بهتر، نشانگان افسردگی کمتر و مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری دارند (جکسون و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش‌های مختلفی نشان داده‌اند که در افراد مبتلا به انواع بیماری‌های مزمن، امیدواری با کیفیت زندگی (مؤمنی و همکاران، ۱۳۸۸)، افزایش معنا (عمرانی و همکاران، ۱۳۹۱) و مذهب (فرگوسن، ۲۰۰۶؛ شفییعی عربی و همکاران، ۱۳۹۲) همبستگی مثبت دارد. در پژوهش هو و همکاران (۲۰۱۱)، درباره رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای مثبت، امیدواری و خوش‌بینی در بیماران مبتلا به سرطان، یافته‌ها نشان داد که امید و خوش‌بینی به طور معناداری با بهبودی پس از بیماری ارتباط دارند. در پژوهش دیگری، اسکوفیل و همکاران (۲۰۱۱)، در بررسی ۱۱ بیمار ۲۶ تا ۸۸ ساله مبتلا به بیماری‌های مزمن، که از این تعداد ۸ نفر بیماری وخیم قلبی داشتند، نتایج نشان دادند که امیدواری منجر به افزایش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و کاهش آشفتگی‌های ناشی از مواجهه با مرگ و سایر چالش‌های وجودی می‌شود.

یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط با سازه امید، سرسختی است. بر اساس اولین مدل ارائه شده توسط کوباسا

(۱۹۷۹) و آنچه مدی (۲۰۰۶) مطرح نموده است، سرسختی روان‌شناختی را می‌توان یک فرایند ارزیابی شناختی، چشم‌انداز مثبت به زندگی و یک سازه شخصیتی چندوجهی در نظر گرفت. سرسختی، ترکیبی از باورهای فرد درباره خود و جهان است که از سه مؤلفه تعهد، مهار و مبارزه‌جویی تشکیل شده است. اتفاق نظر گسترده‌ای، مبنی بر اثرات محافظتی سرسختی بر سلامت وجود دارد (هانگ، ۱۹۹۵؛ بیر و باولینگ، ۲۰۰۵؛ بروکس، ۲۰۰۸؛ هیستاد و همکاران، ۲۰۱۱). بررسی‌ها نشان داده‌اند که سرسختی، رابطه قوی با متغیرهایی مانند عزت‌نفس (زوربلا و همکاران، ۱۹۹۵)، بهزیستی (اسکومورفسکی و سدوم، ۲۰۱۱) و امیدواری دارد (زاهد بابلان و همکاران، ۱۳۹۰). نتایج مطالعات مدی (۱۹۹۰) و همچنین، وایب (۱۹۹۱) نشان داد که افراد دارای سرسختی بالا در برابر تهدیدها و ناکامی‌ها، تغییرات فیزیولوژیک (به‌طور کلی) و تغییر فشارخون (به‌طور خاص) را بسیار کمتر از افراد دارای سرسختی کم نشان می‌دهند. دلاهیج و همکاران (۲۰۱۰)، گزارش کردند که سرسختی با شیوه‌های مقابله‌ای سازگارانه، ارتباط مثبت و معنادار و با سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه، ارتباط منفی و معنادار دارد. در پژوهش دیگری که با هدف مقایسه سرسختی و راهبردهای مقابله‌ای بر کیفیت زندگی شغلی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و افراد سالم انجام گرفت، نتایج حاکی از این بود که سرسختی و راهبردهای مقابله‌ای، بر کیفیت شغلی هر دو گروه تأثیر می‌گذارد (کریمی و همکاران، ۲۰۱۶).

نگرش مذهبی عبارت است از: اعتقادات منسجم و یکپارچه توحیدی که محور امور بوده و ارزش‌ها، اخلاقیات، آداب و رسوم رفتارهای انسانی را با یکدیگر و با طبیعت خود تنظیم می‌نماید (چابکی‌نژاد و حسینی، ۱۳۹۰). *امان و تورستون* (۲۰۰۵)، رابطه بین مذهب و سلامت جسمانی را رابطه‌ای قوی و نیرومند توصیف می‌کنند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که باورهای دینی، نقش قابل توجهی در سلامت روان و سازگاری روان‌شناختی افراد دارند (یانگ، ۲۰۰۰؛ جانسون، ۲۰۰۴). در دهه‌های اخیر، تحقیقات گسترده‌ای در اهمیت و تأثیر مذهب، در بهبود سلامت جسمانی (لوین و آندریول، ۱۹۸۷؛ ولف، ۱۹۹۷؛ آناندراجا و هاگ، ۲۰۰۱)؛ سلامت روان، اضطراب و افسردگی (نوتون و مک‌اینتاش، ۲۰۱۰؛ رامیریز و همکاران، ۲۰۱۲) و کیفیت زندگی (توریانو و همکاران، ۲۰۱۲؛ جهانی و همکاران، ۲۰۱۳؛ عاطف وحید و همکاران، ۲۰۱۱) انواع بیماری‌های مزمن انجام شده است. پژوهش‌های *لوین و آندریول* (۱۹۸۷)، نشان داد که در افراد مذهبی بیماری‌های جسمانی، مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، سوءهاضمه، انواع سرطان و فشار خون شیوع کمتری دارد. همچنین، نتایج پژوهش جهانی و همکاران (۲۰۱۳)، نشان داد که بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی، در مبتلایان به بیماری عروق کرونری، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. *بنجامین* (۲۰۰۴)، نشان داده است که اختلالات عملکردی در سالمندان معتقد به مذهب، در مقایسه با افراد غیرمذهبی، پنج سال دیرتر آغاز می‌شود.

با توجه به اهمیت عوامل روان‌شناختی و باورهای مذهبی، در مبتلایان به بیماری‌های مزمن و آثار این عوامل، بر جنبه‌های مختلف زندگی این بیماران، این تحقیق برای بررسی ارتباط سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی با امیدواری، در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی صورت گرفت.

## روش پژوهش

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، از بین جامعه آماری این پژوهش، که شامل کلیه بیماران قلبی - عروقی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی امام رضا<sup>ع</sup> شهرستان بجنورد، در پنج ماهه آخر سال ۱۳۹۴ بود، کل بیمارانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند (۱۹۶ بیمار) انتخاب گردیدند. معیارهای ورود به پژوهش، عبارت بود از: عدم ابتلا به بیماری‌های کلیوی، کبدی، تیروئید، دیابت، بیماری‌های غدد فوق کلیه و اختلالات خونی، عدم مصرف هرگونه داروی مخصوص بیماری‌های متابولیکی (کم‌کننده چربی خون، قند خون، فشار خون و...)، موافقت آگاهانه و کتبی فرد برای شرکت در پژوهش و سن بالای ۱۸ سال. ابزارهای مقیاس امیدواری بزرگسالان (AHS)، مقیاس نگرش مذهبی (RAS) و پرسش‌نامه سرسختی اهواز (AHI)، برای ارزیابی آزمودنی‌ها به کار گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده گردید.

## ابزارهای پژوهش

مقیاس امیدواری بزرگسالان (AHS): این پرسش‌نامه خودسنجی که توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امید ساخته شد، دارای ۱۲ سؤال ۸ گزینه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) است. دامنه نمرات این آزمون، بین ۸ تا ۶۴ است. نمره ۸ نشانگر پایین‌ترین سطح امید و نمره ۶۴ نشانگر بالاترین سطح امید است. این مقیاس، بر اساس مدل شناختی امیدواری اشنایدر به ۲ خرده‌مقیاس تقسیم شده است: ۱. عاملی (یعنی توانایی رسیدن به هدف؛ ۲. راهبردی (یعنی برنامه‌ریزی جهت دستیابی به هدف). آلفای کرونباخ کل آزمون در ۶ نمونه از فارغ‌التحصیلان دانشگاه و ۲ نمونه از افراد تحت درمان روان‌شناختی ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ بود. ضریب بازآزمایی کل پرسش‌نامه، ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۱۰ هفته، از این میزان بالاتر است (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). هماهنگی سؤال‌های این مقیاس، با نظریه امید/اشنایدر بیانگر روایی محتوای خوب آن است. همبستگی این پرسش‌نامه، با پرسش‌نامه ناامیدی بک ۰/۵۱- و با پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۴۲- است که حاکی از روایی همزمان این پرسش‌نامه می‌باشد (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۷). غباری و همکاران (۲۰۰۷)، در جمعیت دانشجویی ایران پایایی این آزمون را به شیوه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲، برای خرده‌مقیاس تفکر عاملی ۰/۷۹ و برای راهبردها ۰/۸۸ گزارش کردند. در پژوهشی که کرمانی و همکاران (۱۳۹۰)، روی ۳۷۱ دانشجو در تهران انجام دادند، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. در مطالعه خلجی (۱۳۸۶)، پایایی این مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و از طریق بازآزمایی پس از یک ماه، ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس نگرش مذهبی (RAS): این مقیاس توسط خلایاری فرد و همکاران (۱۳۷۹)، با بهره‌گیری از پیشینه پژوهشی و متون اسلامی با نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه‌های تهران، صنعتی شریف و طلاب حوزه علمیه قم تهیه شد.

نسخه نهایی آن، شامل ۴۰ سؤال و شش بُعد عبادت، اخلاقیات و ارزش‌ها، اثرگذاری در رفتار و زندگی، عوامل اجتماعی، جهان‌بینی، باورها و علم و دین می‌باشد. این پرسش‌نامه، بر اساس مقیاس لیکرت و به صورت پنج گزینه‌ای، در طیف کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم، تنظیم و نمره‌گذاری می‌شود. چگونگی نمره‌گذاری، بدین صورت است که برای هر پرسش، نمره‌ای بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. حداقل نمره ۴۰، حداکثر نمره ۲۰۰ و میانگین نمرات ۱۲۰ می‌باشد. نمرات ۱۸۸ و بالاتر، حد بالای نمره را نشان می‌دهد، ۱۴۰ تا ۱۸۸ حد متوسط و ۱۴۰ به پایین حد ضعیف را نشان می‌دهد. *خدا یاری فرد* و همکاران (۱۳۷۹)، روایی مقیاس را بر مبنای ساختار نظری دینداری و با مراجعه به آیات، احادیث و کتب شهید مطهری و شهید صدر، و نیز تأیید دوازده نفر از متخصصان صاحب‌نظر در حوزه‌های روان‌شناسی، روان‌سنجی و دین که سابقه انجام طرح پژوهشی در این زمینه داشتند، مورد تأیید قرار دادند. آنها ضریب پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از روش دو نیمه کردن و فرمول اسپیرمن - براون، برابر ۰/۹۳ و به روش گاتمن، برابر ۰/۹۲ و ضریب آلفای آن را ۰/۹۵ گزارش نموده‌اند. در پژوهش صحرائیان و همکاران (۱۳۹۰) و پیمان‌فر و همکاران (۱۳۹۱)، ضریب پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۹۷ گزارش شده است. همچنین رازفر (۱۳۸۰)، ضریب پایایی ۰/۸۵ را گزارش نموده است.

پرسش‌نامه سرسختی اهاوز (AHI): پرسش‌نامه سرسختی اهاوز، توسط کیامرثی و همکاران (۱۳۷۷) تهیه و اعتباریابی شده است که یک مقیاس خودگزارشی مداد کاغذی ۲۷ ماده‌ای است که آزمودنی‌ها، باید به یکی از چهار گزینه «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات» و «بیشتر اوقات» پاسخ دهند. نمره‌گذاری بر اساس مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ صورت می‌گیرد. دامنه نمره‌ها، در این پرسش‌نامه، بین ۰ تا ۸۱ است. کسب نمره بالا در این پرسش‌نامه، بیانگر سرسختی روان‌شناختی زیاد در فرد است. در پژوهش کیامرثی، ضرایب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ به دست آمد. ضرایب پایایی بازآزمایی، برای شش هفته برابر با ۰/۸۴ می‌باشد. ضرایب همبستگی پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی، با پرسش‌نامه خود شکوفایی مازلو (MSAI) ۰/۵۵ و با پرسش‌نامه اضطراب (AQ) ۰/۵۵ - بود که نشان از روایی همگرا و واگرایی این پرسش‌نامه دارد.

### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش، ۱۹۶ آزمودنی شرکت داشتند که ۹۳ نفر مرد (۴۷/۴ درصد) و ۱۰۳ نفر زن (۵۲/۶ درصد) بودند. ۱۰۲ آزمودنی (۵۲/۱ درصد)، در متغیر تحصیلات در سطح دیپلم و بالاتر و ۹۴ آزمودنی (۴۸ درصد)، در سطح تحصیلی زیر دیپلم قرار داشتند. آزمودنی‌ها، در دامنه سنی ۳۰-۶۹ سال قرار داشتند. میانگین سنی آزمودنی‌ها، ۴۹/۲۳ و انحراف معیار آن ۹/۲۱ سال بود. همچنین، میانگین (و انحراف استاندارد) نمرات امیدواری، سرسختی روان‌شناختی و نمره کل نگرش مذهبی، به ترتیب عبارت بودند از: ۳۷/۵۵ (۴/۵۱)، ۴۸/۸۲ (۸/۱۶) و ۱۷۵/۱ (۱۷/۵۲).

مفروضه نرمال بودن نمرات متغیرها، با آزمون کالموگروف-اسمیرنف بررسی شد (جدول ۱). نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، نمرات امیدواری، سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی به‌طور کلی، از توزیع نرمال فاصله زیادی ندارند.

جدول ۱. آزمون کالموگروف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن نمرات متغیرها

| متغیرها                         | مقدار آماره | درجه آزادی | سطح معناداری |
|---------------------------------|-------------|------------|--------------|
| نمره کلی امیدواری               | ۰/۶         | ۱۹۶        | ۰/۹          |
| تفکر عامل                       | ۰/۳۶        | ۱۹۶        | ۰/۵۹         |
| مسیر رسیدن به هدف               | ۰/۴۲        | ۱۹۶        | ۰/۴۱         |
| نمره کلی سرسختی                 | ۰/۳۹        | ۱۹۶        | ۰/۲۳         |
| نگرش مذهبی کلی                  | ۰/۹۸        | ۱۹۶        | ۰/۲۱         |
| عبادات                          | ۰/۳۷        | ۱۹۶        | ۰/۹۷         |
| اخلاقیات و ارزش‌ها              | ۰/۱۲        | ۱۹۶        | ۰/۱۳         |
| اثر مذهب در زندگی و رفتار انسان | ۰/۵۷        | ۱۹۶        | ۰/۷۴         |
| مباحث اجتماعی                   | ۰/۳۵        | ۱۹۶        | ۰/۸۳         |
| جهان‌بینی و باورها              | ۰/۱۱        | ۱۹۶        | ۰/۱۷         |
| علم و دین                       | ۰/۵۷        | ۱۹۶        | ۰/۷۴         |

برای بررسی رابطه بین سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی با امیدواری بیماران قلبی - عروقی، از روش تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۲).

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون نمرات سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی با امیدواری و مؤلفه‌های آن

| نگرش مذهبی | سرسختی روان‌شناختی | مقدار همبستگی           | امیدواری          |
|------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| ۰/۲۹**     | ۰/۱۹**             | سطح معناداری (دو دامنه) |                   |
| ۰/۰۰۱      | ۰/۰۰۵              | مقدار همبستگی           | تفکر عامل         |
| ۰/۱۸**     | ۰/۰۷               | سطح معناداری (دو دامنه) |                   |
| ۰/۰۰۸      | ۰/۳۲               | مقدار همبستگی           | مسیر رسیدن به هدف |
| ۰/۳۱**     | ۰/۲۵**             | سطح معناداری (دو دامنه) |                   |
| ۰/۰۰۱      | ۰/۰۰۱              |                         |                   |

\*\* همبستگی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است.

در جدول ۲، ضرایب همبستگی بین نمرات سرسختی روان‌شناختی، نگرش مذهبی و امیدواری و مؤلفه‌های آن آورده شده است. با توجه به نتایج این جدول، بین نمره‌های سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی با امیدواری، رابطه مثبت و معناداری ( $P < ۰/۰۱$ ) وجود دارد؛ یعنی هر چقدر میزان سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی در بیماران قلبی - عروقی بیشتر باشد، به همان اندازه امیدواری در آنها افزایش می‌یابد. در جدول ۳، ضرایب همبستگی بین نمرات سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی آورده شده است.

جدول ۳. ضرایب همبستگی پیرسون نمرات سرسختی روان‌شناختی با نگرش مذهبی و ابعاد آن

| سرسختی روان‌شناختی |                         |                                 |
|--------------------|-------------------------|---------------------------------|
| ۰/۵۳**             | مقدار همبستگی           | نگرش مذهبی کلی                  |
| ۰/۰۰۱              | سطح معناداری (دو دامنه) |                                 |
| ۰/۴۳**             | مقدار همبستگی           | عبادات                          |
| ۰/۰۰۱              | سطح معناداری (دو دامنه) |                                 |
| ۰/۶۵**             | مقدار همبستگی           | اخلاقیات و ارزش‌ها              |
| ۰/۰۰۱              | سطح معناداری (دو دامنه) |                                 |
| ۰/۴۵**             | مقدار همبستگی           | اثر مذهب در زندگی و رفتار انسان |
| ۰/۰۰۱              | سطح معناداری (دو دامنه) |                                 |
| ۰/۴۹**             | مقدار همبستگی           | مباحث اجتماعی                   |
| ۰/۰۰۱              | سطح معناداری (دو دامنه) |                                 |
| ۰/۴۴**             | مقدار همبستگی           | جهان‌بینی و باورها              |
| ۰/۰۰۱              | سطح معناداری (دو دامنه) |                                 |
| ۰/۳۶**             | مقدار همبستگی           | علم و دین                       |
| ۰/۰۰۱              | سطح معناداری (دو دامنه) |                                 |

\*\* همبستگی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است.

با توجه به نتایج جدول ۳، سرسختی روان‌شناختی همبستگی مثبت و معناداری با مؤلفه‌های نگرش مذهبی: عبادات، اخلاقیات و ارزش‌ها، اثر مذهب در زندگی و رفتار انسان، مباحث اجتماعی، جهان‌بینی و باورها و علم و دین دارد ( $P < ۰/۰۱$ ). برای تعیین تأثیر هر یک از مؤلفه‌های نگرش مذهبی و سرسختی روان‌شناختی، بر میزان امیدواری بیماران قلبی - عروقی، از تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد. در جدول ۴، خلاصه مدل و ضرایب رگرسیون برای متغیرهای پیش‌بینی‌کننده، یعنی متغیرهای مباحث اجتماعی، جهان‌بینی و باورها، عبادات و علم و دین آورده شده است.

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون نگرش مذهبی با امیدواری

| مدل | متغیرهای وارد شده  | R    | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> تعدیل شده | تغییرات R <sup>2</sup> | خطای استاندارد SE |
|-----|--------------------|------|----------------|--------------------------|------------------------|-------------------|
| ۱   | مباحث اجتماعی      | ۰/۴۳ | ۰/۱۸           | ۰/۱۸                     | ۱۸٪                    | ۴/۰۸              |
| ۲   | جهان‌بینی و باورها | ۰/۵۱ | ۰/۲۶           | ۰/۲۵                     | ۰/۷٪                   | ۳/۸۹              |
| ۳   | عبادات             | ۰/۶  | ۰/۳۶           | ۰/۳۵                     | ۰/۹٪                   | ۳/۶۴              |
| ۴   | علم و دین          | ۰/۶۱ | ۰/۳۷           | ۰/۳۶                     | ۰/۱٪                   | ۳/۶۰              |

در جدول ۴، نتایج رگرسیون مشخص می‌کند که ۱۸ درصد از واریانس مشاهده شده در امیدواری، از طریق متغیر مباحث اجتماعی توجیه می‌شود ( $R^2 = ۰/۱۸$ ). با اضافه شدن متغیرهای بعدی، قدرت پیش‌بینی بیشتر می‌شود. به‌طوری‌که وقتی سه متغیر دیگر (جهان‌بینی و باورها، عبادات، علم و دین) اضافه می‌شوند، در مجموع ۳۷ درصد از واریانس امیدواری را پیش‌بینی می‌کنند ( $R^2 = ۰/۳۷$ )، این پیش‌بینی معنادار است ( $P < ۰/۰۱$ ).

جدول ۵. ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در تحلیل رگرسیون

| متغیرها            | B     | خطای معیار | ضریب استاندارد Beta | t     | سطح معناداری |
|--------------------|-------|------------|---------------------|-------|--------------|
| مقدار ثابت         | ۱۸/۲۷ | ۲/۷۶       |                     | ۶/۶۰  | ۰/۰۰۱        |
| مباحث اجتماعی      | ۱/۰۲  | ۰/۱۹       | ۰/۵۸                | ۵/۱۹  | ۰/۰۰۱        |
| جهان‌بینی و باورها | -۰/۸۸ | ۰/۱۳       | -۰/۸۹               | -۶/۷۸ | ۰/۰۰۱        |
| عبادات             | ۱/۱۰  | ۰/۱۹       | ۰/۸۳                | ۵/۸۲  | ۰/۰۰۱        |
| علم و دین          | -۰/۲۶ | ۰/۱۲       | -۰/۱۹               | -۲/۲۲ | ۰/۰۲۷        |

جدول ۵، ضرایب متغیرها در رگرسیون چندمتغیره را نشان می‌دهد. وزن‌های بتای استاندارد شده برای ارزیابی سهم هریک از متغیرهای پیش‌بین، در معادله رگرسیون به کار می‌رود. بر اساس ضرایب ستون B می‌توان معادله رگرسیون را به صورت زیر نوشت. با استفاده از این مدل، نمره امیدواری را از روی نمره‌های مباحث اجتماعی، جهان‌بینی و باورها، عبادات و علم و دین با  $P < ۰/۰۱$  می‌توان برآورد نمود.

$$+ ۱۸/۲۷ + ۱/۰۲ \times (\text{نمره مباحث اجتماعی}) - ۰/۸۸ \times (\text{نمره جهان‌بینی و باورها}) + ۱/۱ \times (\text{نمره عبادات}) - ۰/۲۶ \times (\text{نمره علم و دین}) = \text{برآورد امیدواری}$$

در بررسی فرضیات مدل رگرسیونی، برای بررسی وجود هم‌خطی، از عامل تورم واریانس (variance inflation factor=VIF) و برای بررسی وجود خودهمبستگی بین باقیمانده‌ها و به عبارتی، استقلال خطاها از آماره دورین - واتسون استفاده شد. چنانچه VIF، بزرگتر از ۱۰ باشد، هم‌خطی محتمل است. چنانچه مقدار آماره دورین - واتسون، کمتر از ۱ یا بیشتر از ۳ باشد، زنگ هشدار برای وجود خودهمبستگی مثبت یا منفی، بین باقیمانده‌ها می‌باشد. عامل تورم واریانس، برای تمام موارد کمتر از ۱۰ و آماره دورین - واتسون ۲/۲۸ به دست آمد. از این رو، هم‌خطی شدید و مشکل خودهمبستگی وجود ندارد. در نتیجه، مدل به دست آمده قابل اطمینان خواهد بود.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف بررسی ارتباط سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی با امیدواری در بیماران قلبی - عروقی صورت گرفت. تحلیل نتایج نشان داد که بین سرسختی روان‌شناختی و امیدواری بیماران قلبی - عروقی، رابطه معناداری وجود دارد. رابطه مثبت و معنادار بین سرسختی روان‌شناختی و امیدواری، گویای این است که افزایش سرسختی روان‌شناختی با افزایش امیدواری در بیماران قلبی - عروقی همراه است و از نقش اساسی سرسختی روان‌شناختی، در ایجاد امیدواری حمایت می‌کند. نتایج به دست آمده در این پژوهش، با نتایج به دست آمده از تحقیقات آلرد و همکاران (۱۹۸۹)، مدی (۱۹۹۰)، وایب (۱۹۹۱)، فلورین و همکاران (۱۹۹۵)، بروکز (۲۰۰۳)، زاهد بابلان و همکاران (۱۳۹۰) همسو می‌باشد. در همین راستا، بروکز (۲۰۰۳) رابطه بین سرسختی روان‌شناختی و بیماری مزمن را در گروهی از بیماران مبتلا به هیپاتیت C، هموفیلی و ایدز مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که

بین سرسختی و سلامت روانی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. آلرد و همکاران (۱۹۸۹)، در پژوهشی بر روی ۸۴ مرد دریافتند که افراد دارای سرسختی بالا، در مقایسه با افراد دارای سرسختی پایین، در شرایطی که مورد ارزیابی و تهدید قرار می‌گیرند، تنش و برانگیختگی کمتری از خودشان بروز می‌دهند.

در تأیید نتایج این پژوهش، می‌توان گفت: افراد سرسخت بر اساس مؤلفه‌های سرسختی روان‌شناختی (تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی)، فعالیت‌های زندگی را جالب، مهم و معنادار می‌پندارند، که اینها از فشارزا بودن وقایع می‌کاهد. این افراد، می‌توانند با تلاش، آنچه را که در اطرافشان رخ می‌دهد، تحت تأثیر قرار دهند و موقعیت‌های منفی و مثبتی را که به سازگاری مجدد نیاز دارند، به جای در نظر گرفتن آنها، به‌عنوان تهدیدی برای آسایش و امنیت‌شان، فرصتی برای رشد و یادگیری بیشتر در نظر بگیرند (مدی، ۱۹۹۰؛ کوباسا، ۱۹۹۸).

نتایج این پژوهش، نشان می‌دهد که بین نگرش مذهبی و امیدواری، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده از تحقیقات *ناریاناسامی* (۲۰۰۴)، *امی و پارک* (۲۰۰۶)، *فرگوسن* (۲۰۰۶)، *کونیگ و ویلانت* (۲۰۰۹)، *شفیعی عربی و همکاران* (۱۳۹۲) همسو می‌باشد. *ناریاناسامی* (۲۰۰۴)، در مطالعه‌ای کیفی مکانیزم‌های سازگاری روحی، ۱۵ بیمار مزمن را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که اعتقادات روحی، عامل سازگاری بیماران با بیماری و عامل معناداری و هدفمندی امور و امیدواری است. در پژوهش *فرگوسن* (۲۰۰۶)، روی ۷۸ نوجوان در سنین ۱۳ تا ۲۰ ساله مبتلا به سرطان، نتایج نشان داد که رابطه مثبت و معناداری بین امید و اعتقادات مذهبی وجود دارد. *امی و پارک* (۲۰۰۶)، در پژوهشی که بر روی ۳۰۹ بیمار قلبی، در مرکز پزشکی دانشگاه میشیگان انجام دادند، نشان دادند که بیماران دارای اعتقادات مذهبی قوی‌تر که در زندگی روزانه خود از روش‌های مقابله‌ای مثبت مانند عفو، بخشش و جست‌وجو برای ارتباط معنوی با خدا، دوستی با افراد مذهبی، دریافت حمایت معنوی - اجتماعی، امیدوار بودن و شناخت خدا، به‌عنوان خیرخواه و مهربان استفاده می‌کنند، افسردگی و اضطراب کمتری دارند و سریع‌تر بهبود می‌یابند. در واقع، اعتقادات مذهبی علاوه بر پیشگیری از بروز بیماری‌های روانی، می‌توانند عوارض جسمانی بیماری‌ها را کاهش داده و طول مدت بیماری را کم و عمر را افزایش دهد (کوروه و همکاران، ۲۰۰۵).

همچنین، نتایج نشان داد که سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی، قادر به پیش‌بینی معنادار امیدواری در بیماران قلبی - عروقی است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: باورهای مذهبی با القای تدریجی این باور که خدایی هست، احساس خود - ارزشمندی، کفایت و تسلط را افزایش می‌دهد. تمرینات و تکنیک‌های مذهبی کمک می‌کند تا افراد احساسات منفی نظیر خشم، ترس و خشونت را مدیریت و هیجانات مثبت، نظیر امید و خوش‌بینی را افزایش دهند. این باور، موجب احساس هدفمندی و کنترل در زندگی می‌شود. راهنمایی توسط مذهب، یک احساس آرامش، اطمینان‌دهی مجدد و توانایی مقابله با استرس‌های ناشی از بیماری‌ها را ایجاد می‌کند، به‌طوری‌که

فرد این موقعیت‌ها را به‌عنوان فرصت‌هایی برای رشد روحی یا بخشی از یک برنامه بزرگتر در نظر می‌گیرد (الیسون و لوین، ۱۹۹۸؛ ریف و همکاران، ۲۰۰۴؛ ماسیک و ورتن، ۲۰۱۰). در مطالعه/الفن و همکاران (۲۰۰۳)، رفتن به کلیسا به طور معناداری با کاهش میزان افسردگی در ارتباط بود و این افراد از نظر سلامت عمومی، در وضعیت بهتری نسبت به بیماران دیگر قرار داشتند. آنها نتیجه گرفتند که تقویت ایمان و اعتقاد، موجب مواجهه آسان با اثرات منفی بیماری‌های مزمن می‌شود. در جوامعی با فرهنگ شرقی، مردم از عقاید مذهبی و باورهای فرهنگی غنی و دیرینه‌ای برخوردارند. بنابراین، این امر با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی مردم جامعه ما، امری طبیعی تلقی می‌شود؛ چرا که معناگرایی به نظر راهی آسان و مطلوب‌تر، برای سازگاری با ناتوانایی‌های جسمی تهدیدکننده زندگی در بیماران قلبی - عروقی به حساب می‌آید.

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش، می‌توان هم به نقش مذهب و هم به نقش سرسختی روان‌شناختی به‌عنوان عوامل اساسی ایجاد امیدواری، افزایش سازگاری و تحمل درد و رنج ناشی از بیماری‌های مزمن و رویارویی با بحران‌های ناشی از این بیماری‌ها پی برد. صرف نظر از اینکه، این عوامل چقدر در کاهش و کنترل عوامل خطر مرتبط با بیماری‌های قلبی - عروقی تأثیر داشته باشند، از آنجاکه بیماران و خانواده‌های آنها و متخصصان بر این نکته توافق دارند که به دلیل مزمن بودن بیماری‌های قلبی - عروقی زندگی، با این بیماران نیازمند ملاحظات خاصی از نظر فعالیت‌های فیزیکی و تغذیه‌ای می‌باشد (گلمن و آیوسیلو، ۲۰۰۷)، افزایش امیدواری در این بیماران، می‌تواند به بهبود این شرایط و اعتماد داشتن به زندگی و مواجهه با عوارض بیماری کمک کند. بنابراین، با توجه به مطالعات انجام شده و این پژوهش، پیشنهاد می‌شود برای ارتقاء سطح امیدواری در بیماران قلبی - عروقی، در کنار مداخلات دارویی، مداخلات روان‌شناختی ویژه، مانند آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و راهکارهای افزایش سرسختی روان‌شناختی، فنون کاهش تنیدگی و ارائه آموزش‌های مذهبی و معنوی مورد توجه قرار گیرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به این موضوع اشاره کرد که این مطالعه، بر روی بیماران مرکز درمانی شهرستان بجنورد صورت گرفته است و می‌تواند تعمیم نتایج را بر روی سایر بیماران قلبی - عروقی محدود نماید. با توجه به اینکه در این پژوهش، از روش همبستگی برای بررسی روابط بین متغیرها استفاده شد، نمی‌توان به رابطه علت و معلولی بین متغیرها اشاره کرد. با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده بر روی نمونه‌های گسترده‌تر صورت گیرد و از طرح‌های تجربی یا طولی که امکان استنتاج یک رابطه علت و معلولی را به دست دهد، استفاده گردد.

## منابع

- پیمان‌فر، الیکا و همکاران، ۱۳۹۱، «مقایسه احساس تنهایی و احساس معنا در زندگی سالمندان با سطوح نگرش مذهبی متفاوت»، *روان‌شناسی و دین*، سال پنجم، ش ۴، ص ۴۱-۵۲.
- چابکی‌نژاد، زهرا و سیمین حسینیان، ۱۳۹۰، «بررسی رابطه هوش معنوی با نگرش مذهبی در بین دختران دانشجوی»، *بانوان تسبیح*، ش ۲۶، ص ۳۳-۴۸.
- خدایاری‌فرد، محمد و همکاران، ۱۳۷۹، «آماده‌سازی مقیاس نگرش مذهبی دانشجویان»، *روان‌شناسی*، دوره چهارم، ش ۳ (پیاپی ۱۵)، ص ۲۶۸-۲۸۵.
- خلجی، طیب، ۱۳۸۶، *بررسی رابطه بین امید، منبع مهار تحصیلی و موفقیت تحصیلی دختران دوره پیش‌دانشگاهی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۶-۸۵*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه الزهراء.
- رازفر، زهرا، ۱۳۸۰، *بررسی نقش باورهای دینی در خویش‌نشدن داری نوجوانان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، تهران، دانشگاه الزهراء.
- زاهد بابلان، عادل و همکاران، ۱۳۹۰، «نقش بخشش و سرسختی روان‌شناختی در پیش‌بینی امید»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، دوره دوازدهم، ش ۴۵، ص ۱۲-۱۹.
- شفیعی عربی، حمید و همکاران، ۱۳۹۲، «تیزسنجی آموزشی بر مبنای سطوح تعهد مذهبی، سلامت روان و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان شهید رجایی بابلسر»، *آموزش پزشکی مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی*، دوره دوم، ش ۱، ص ۴۱-۴۶.
- صحرانیان، علی و همکاران، ۱۳۹۰، «رابطه نگرش مذهبی و شادکامی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز»، *افق دانش*، دوره هفدهم، ش ۱، ص ۶۹-۷۴.
- عمرانی، سمیرا و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره بیست و سوم، ش ۹۳، ص ۵۸-۶۵.
- کرمانی، زهرا و همکاران، ۱۳۹۰، «ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر»، *روان‌شناسی کاربردی*، دوره پنجم، ش ۳ (پیاپی ۱۹)، ص ۷-۲۳.
- کیامرئی، آذر و همکاران، ۱۳۷۷، «ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان‌شناختی»، *روان‌شناسی*، ش ۷، ص ۲۷۱-۲۸۴.
- مؤمنی، حمید و همکاران، ۱۳۸۸، «تأثیر خودمراقبتی بر کیفیت زندگی مبتلایان سکنه مغزی»، *یافته (فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان)*، دوره یازدهم، ش ۴ (پیاپی ۴۲)، ص ۹۹-۱۰۶.
- Allred, K.D, et al, 1989, The hardy personality: cognitive and Physiological responses to evaluative threat, *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 50, p. 257-266.
- Amy, A. I, & Park, C, 2006, Psychosocial mediation of religious copying styles, *Journal of copying and religion*, v. 10, p. 553-577.
- Anandarajah G, & Hight E, 2001, Spirituality and medical practice: using the hope questions as a practical tool for spiritual assessment, *American Family Physician*, v. 63(1), p. 81-89.
- Atef-vahid M, et al, 2011, Quality of life, religious attitude and cancer coping in a sample of Iranian patients with cancer, *Journal of Research in Medical Sciences*, v. 16(7), p. 928-937.
- Beehr, T. A, & Bowling, N. A, 2005, *Hardy personality, stress and health*, In C.L. Cooper (Ed.), *Handbook of stress medicine and health* (2nd ed., pp. 193-211). Boca Raton, FL: CRC Press.

- Benjamins, M. R, 2004, Religion and functional health among the elderly: Is there a relationship and is it constant?, *Journal of Aging and Health*, v. 16(3), p. 355-374.
- Brooks, M.V, 2008, Health-related hardiness in individuals with chronic illnesses, *Clinical Nursing Research: An International Journal*, v. 17, p. 98-117.
- Celermajer D.S, et al, 2012, Cardiovascular disease in the developing world: Prevalences, patterns and the potential of early disease detection, *Journal of the American College of Cardiology*, v. 60(14), p. 207-216.
- Chimick, W. T, & Nikolaichak, CH. L, 2004, Exploring the links between depression integrity, and hope in the elderly, *Journal of psychiatry*, v. 49, p. 428-433.
- Çoruh B, et al, 2005, Does religious activity improve health outcomes? A critical review of the recent literature, *The Journal of Science and Healing*, v. 1(3), p. 186-191.
- Delahaij, R, et al, 2010, Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes, *Personality and Individual Differences*, v. 49, p. 386-390.
- Ellison, C.G, & Levin, J.S, 1998, The religion-health connection: Evidence, theory and future directions, *Health Education & Behavior*, v. 25(6), p. 700-720.
- Ferguson P, 2006, Relationships of age and gender to hope and spiritual well-being among and adolescents with cancer journal of pediatric, v. 77, p. 123-34.
- Florian, V, et al, 1995, Does hardiness contribute to mental health during a stressful real life situation? The roles of appraisal and coping, *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 68, p. 687-695.
- Ghobary B, et al, 2007, Hope, purpose in life, and mental health in college students, *International Journal of the Humanities*, v. 5 (5), p. 127-132.
- Glozier N, et al, 2013, Psychosocial risk factors for coronary heart disease, *The Medical Journal of Australia*, v. 199, p. 179-180.
- Golman L, & Ausiello DA, 2007, Goldman Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, v. 1, p. 124-129.
- Ho S, et al, 2011, The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients, *Oral Oncology*, p. 47, p. 121-124.
- Huang, C, 1995, Hardiness and stress: A critical review, *Maternal-Child Nursing Journal*, v. 23, p. 82-89.
- Hystad S.W, et al, 2010, Psychometric properties of the revised Norwegian Dispositional Resilience (Hardiness) Scale, *Scandinavian Journal of Psychology*, v. 51, p. 237-245.
- Jackson N, et al, 2003, Hope and problem-solving healthy, adjustment, *Journal of Human Resource University of Nebraska Lincoln*, v. 14, p. 176-187.
- Jahani A, et al, 2012, The Relationship between spiritual health and quality of life in patients with coronary artery disease, *Islamic Lifestyle Centered on Health*, v. 1(2), p. 19-24.
- Johnson, M. A, 2004, Faith, Prayer and Religious Observances, *Journal of Clinical Cornerstone*, v. 6(1), p. 17-24.
- Karimi S, et al, 2016, A comparison of type II diabetic patients with healthy people: Coping strategies, hardiness, and occupational life quality, *International Journal of High Risk Behaviors Addiction*, v. 5(1).
- Kim H.J, et al, 2014, Trends in the prevalence of major cardiovascular disease risk factors among Korean adults: Results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 1998-2012, *International Journal of Cardiology*, v. 174(1), p. 64-72.
- Kobasa, S.C, 1979, Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness,

- Journal of Personality and Social Psychology*, v. 37, p. 1-11.
- Koenig, L. B, & Vaillant, G. E, 2009, A prospective study of church attendance and health over the lifespan, *Health Psychology*, v. 28(1), p. 117-124.
- Levin, J. S, & Anderpool. H. Y, 1987, Is Frequent Religious Attendance Really Conducive to Better health? Toward an Epidemiology of Religion, *Social Science and Medicine*, v. 24, p. 589-600.
- Maddi, S. R, 1990, Issues and intervention in stress mastery. In (ED), Personality and disease. Friend man, S. H (ED), Personality and disease, New York: Mc Graw.
- \_\_\_\_\_, 2006, Hardiness: The courage to be resilient. In J.C. Thomas & D.L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology*, v. 1, p. 396-321. Hoboken, NJ: Wiley.
- Musick, M.A, & Worthen, M.G.F, 2010, Religion and physical health among US adults. In Religion, families and health, edited by Christopher Ellison and Robert Hummer, pp. 248-272. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Nakamura S, et al, 2013, Prognostic value of depression, anxiety, and anger in hospitalized cardiovascular disease patients for predicting adverse cardiac outcomes, *The American journal of cardiology*, v. 111, p. 1432-1436.
- Narayanasamy A, 2004, Spiritual coping mechanisms in chronic illness: A qualitative study, *Journal of Clinical Nursing*, v. 13(1), p. 116.
- Newton A.T, & McIntosh D.N, 2010, Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping, *The International Journal for the Psychology of Religion*, v. 20, p. 39-58.
- Ngounou E.B, et al, 2012, Prevalence of cardiovascular disease in Gabon: A population study, *Archives of Cardiovascular Diseases*, v. 105(2), p. 77-83.
- Olphen J, et al, 2003, Religious involvement, social support and health among African-American women on the east side of Detroit, *Journal of General Internal Medicine*, v. 18(7), p. 549-557.
- Oman, D, & Thoreson, C, 2005, Do religion and spirituality influence health? In Handbook on the psychology of religion and spirituality, edited by Raymond F, *Paloutzian and Crystal L. Park*, p. 435-59. New York: Guilford Press.
- Ramirez, S.P, et al, 2012, The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients, *Journal of Psychosomatic Research*, v. 72 (2), p. 129-135.
- Ramond A, et al, 2011, Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review, *Family Practice*, v. 28, p. 12-21.
- Rozanski A, et al, 1999, Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy, *Circulation*, v. 99, p. 2192-2217.
- Ryff, C. D, et al, 2004, Positive health: Connecting well-being with biology, *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, v. 359(1449), p. 1383-1394.
- Saraf-Zadegan N, et al, 1999, Secular trends in cardiovascular mortality in Iran, with special reference to Isfahan, *Acta cardiologica*, v. 54(6), p. 327-333.
- Schaufel, M.A, et al, 2011, Hope in action-facing n cardiac death: A qualitative study of patients with life-threatening disease, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, v. 6(1), p. 1-8.
- Skomorovsky A, & Sudom K, 2011, Psychological well-being of Canadian forces officer Candidates: The unique roles of hardiness and personality, *Military Medicine*, v. 176, p. 389-396.
- Snyder C.R, & Lopez S.G, 2007, *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*, New York Published by Oxford University Press.

- \_\_\_\_\_, 2001, *Handbook of Positive Psychology*, US: Oxford University Press.
- Snyder CR, et al, 1991, The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope, *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 60 (4), p. 570-585.
- Turiano, N. A, et al, 2012, Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as amoderator and the effects of trait change, *Journal of Research in Personality*, v. 46, p. 295-305.
- Verdiani V, et al, 2008, Reduction percentage during hospital stay predicts long-term mortality and readmission in heart failure patients, *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*, v. 9(7), p. 694-699.
- Wiebe, D. G, 1991, Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanisms, *Journal of personality and social psychology*, v. 60 (1), p. 89-99.
- World Health Organization, 2009, Cardiovascular Disease. Fact sheet N 317. Geneva. September, Last accessed at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>, 13 December 2010.
- Wulff, D. M, 1997, *Psychology of religion*, 2nd edition, John Wiley & Sons Inc.
- Young, J. S. et al, 2000, "The Moderating Relationship of Spirituality on Negative Life Events and Psychological Adjustment", *Journal of Counseling and Value*, v. 45 (1), p. 49-58.
- Zorrila E.P, et al, 1995, High self-esteem, hardness and affective stability are associated with higher basal pituitary-adrenal hormone, *The Official Journal of International Society of Psychoneuroendocrinology*, v. 20 (6), p. 591-601.

## نمایه الفبایی مقالات و پدید آورندگان سال یازدهم (شماره ۴۱-۴۴)

### الف. نمایه مقالات

- اثربخشی آموزش صبر بر امید و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی؛ راضیه زارع بوانی، فریده حسین‌ثابت، ش ۴۳، ص ۵۷-۷۴.
- اثربخشی آموزش صبر مبتنی بر آموزه‌های دینی بر تاب‌آوری؛ عزت‌اله قدم‌پور، طاهره رحیمی‌پور، فاطمه امیری، زهرا خلیلی گشنیگانی، ش ۴۱، ص ۳۱-۴۶.
- اثربخشی آموزش صمیمیت با رویکرد اسلامی بر بهبود عملکرد خانواده؛ حسن زارعی محمودآبادی، ناهید احمدی رکن‌آبادی، محمدحسین فلاح، ش ۴۱، ص ۲۱-۳۰.
- اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر شادکامی و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر اهواز؛ مهناز مهرابی‌زاده هنرمند، مهرزاد شهروز، علی‌همت بناری، مهدی ترابی‌زاده، ش ۴۴، ص ۲۷-۵۲.
- اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری و شادکامی در دانشجویان؛ نجمه حمید، یاسر بولاغی، مهناز مهرابی‌زاده هنرمند، ش ۴۳، ص ۸۵-۱۰۲.
- اثربخشی درمان وجودی بر اساس قرآن کریم (با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی)؛ بر تغییر مثبت باورهای وجودی بیماران ام‌اس؛ پریسا پرن، مسعود آذربایجانی، علی دل‌اور، ش ۴۳، ص ۳۹-۵۶.
- اثربخشی کارآمدی آموزش مؤلفه‌های معنوی بر کاهش احساس تنهایی و حرمت نفس دانش‌آموزان پرورشگاهی؛ حسن عظیمی‌نژاد، مسعود کریمی‌فر، احسان دین‌رور، بدرالسادات دانشمند، ش ۴۲، ص ۵۹-۷۶.
- اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی-رفتاری، بر شاخصه‌های مدل فرایند دوگانه کنار آمدن با فقدان؛ امیدواری و سلامت معنوی؛ داود فتحی، مرتضی مرادی، ناهید حسینی‌نژاد، حسین قمری کیوی، محسن علیپور، ش ۴۳، ص ۷۵-۸۴.
- بررسی نقش تعدیل‌کننده پابندی مذهبی در رابطه روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه با باورهای غیرمنطقی؛ عباسعلی هراتیان، مسعود جان‌بزرگی، مژگان آگاه‌هریس، ش ۴۲، ص ۱۱۵-۱۲۵.
- بررسی و مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و چندوجهی معنوی - مذهبی بر شدت علائم روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی، جسمانی‌سازی) در بیماران مبتلا به سوءهاضمه کششی؛ نیلوفر میکائیلی، نادر حاجلو، محمد نریمانی، سبحان پورنیکدست، ش ۴۲، ص ۷۷-۱۰۰.
- پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس عمل به اعتقادات دینی و بخشودگی؛ ابوالقاسم یعقوبی، اکبر عروتی موفق، صفدر نبی‌زاده، ش ۴۴، ص ۹۷-۱۰۸.
- پیش‌بینی عمل به باورهای دینی بر اساس سبک‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی؛ نسیم محمدی، زینب بدلیپور، وحید نوروززاده، فرزانه میکائیلی منیع، ش ۴۱، ص ۷۷-۸۶.

- تأثیر آموزش خودبخشودگی بر شیوه‌های فرزندپروری و عاطفه مثبت و منفی؛ ابوالحسن حقانی خاوه، بشری موسوی، محمد زارعی توپخانه، سیدمحمدرضا حسنی، ش ۴۲، ص ۱۰۱-۱۱۴.
- تبیین ارتباط نفس و بدن بر اساس منابع اسلامی (با تأکید بر نظر ملاصدرا)؛ بیان رویکردها و تحلیل روان‌شناختی؛ رحیم ناروئی نصرتی، ش ۴۱، ص ۵-۲۰.
- تدوین مدل مفهومی تقرب به خدا؛ بر اساس اندیشه علامه طباطبائی و اعتباریابی آن؛ عباس آینه‌چی، مسعود جان‌بزرگی، سیدمحمد غروی، ش ۴۳، ص ۵-۲۲.
- خوانش روان‌شناختی «خوف از خدا» مبتنی بر اندیشه علامه طباطبائی؛ ارائه مدل پدیدآیی؛ محمود خلیلیان شلمزاری، حمیدرضا حسن‌آبادی، محمدناصر سقایی‌بی‌ریا، فرید براتی سده، ش ۴۳، ص ۲۳-۳۸.
- رابطهٔ توکل به خدا و تحمل پریشانی با کیفیت زندگی؛ خدیجه دروگر، محمدمهدی صفورایی پاریزی، ش ۴۴، ص ۸۷-۹۶.
- رابطهٔ روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های شخصیتی و صفت اخلاقی حرص؛ جواد ترکاشوند، محمد زارعی توپخانه، عباسعلی هراتیان، محمدرضا احمدی، ش ۴۱، ص ۶۳-۷۶.
- رابطهٔ سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و هوش هیجانی با سلامت روان دانشجویان؛ سیدحسن عبدی سادات، عباس ابوالقاسمی، مینا طاهری‌فرد پیله رود، ش ۴۳، ص ۱۰۳-۱۱۸.
- رابطهٔ سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی با امیدواری در بیماران قلبی - عروقی؛ حسین شاره، ش ۴۴، ص ۱۰۹-۱۲۲.
- طراحی و ارزیابی اثربخشی آموزش آموزه‌های دینی - روان‌شناختی بر روابط سالم و مهارت‌های ارتباطی؛ هادی بهرامی‌احسان، جنان نوین، سیدمحمدرضا رضازاده، ش ۴۲، ص ۵-۲۰.
- عوامل و الگوی انگیزش از دیدگاه آیت الله مصباح‌یزدی؛ نگاهی تحلیلی - روان‌شناختی؛ محمدحسین امینی، ابوالقاسم بشیری، رحیم ناروئی نصرتی، ش ۴۲، ص ۲۱-۳۸.
- مدل مفهومی «سلامت روان» بر اساس ارتباط شناسی مفاهیم «سلامت» و «مرض» در منابع اسلامی؛ حمید رفیعی‌هنر، ش ۴۴، ص ۵-۲۶.
- مدل‌یابی خودشکوفایی بر پایهٔ هوش معنوی، هوش اخلاقی و بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان تیزهوش؛ عزت زمانیان قوژدی، زیبا برقی ایرانی، مهناز علی‌اکبری دهکردی، ش ۴۲، ص ۳۹-۵۸.
- مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت؛ بر میزان شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری؛ اکرم امامیان‌ریزی، زهره لطیفی، ش ۴۴، ص ۶۹-۸۶.
- نسخهٔ کوتاه‌مقیاس سنجش دینداری برای جامعهٔ دانشجویی ایران: ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی؛ محمد خداپایاری‌فرد، سعید اکبری زردخانه، محسن شکوهی‌یکتا، باقر غباری‌بناب، محسن پاک‌نژاد، حیدرعلی هومن، ش ۴۴، ص ۵۳-۶۸.

نقش بخشودگی و معناداری زندگی در پیش بینی بهزیستی روان شناختی و رضایت از زندگی؛ محمد نریمانی، یاسر حبیبی، محمدعلی قاسمی نژاد، ش ۴۱، ص ۴۷-۶۲

### ب. نمایه پدیدآورندگان

ابوالحسن حقانی خاوه، بشری موسوی، محمد زارعی توپخانه، سیدمحمدرضا حسنی؛ تأثیر آموزش خودبخشودگی بر شیوه‌های فرزندپروری و عاطفه مثبت و منفی؛ ش ۴۲، ص ۱۰۱-۱۱۴.

ابوالقاسم یعقوبی، اکبر عروتی موفق، صفدر نبی زاده؛ پیش بینی سلامت عمومی بر اساس عمل به اعتقادات دینی و بخشودگی؛ ش ۴۴، ص ۹۷-۱۰۸.

اکرم امامیان ریزی، زهره لطیفی؛ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت؛ بر میزان شادکامی، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری، ش ۴۴، ص ۶۹-۸۶. پریسا پرن، مسعود آذربایجانی، علی دلاور؛ اثربخشی درمان وجودی بر اساس قرآن کریم (با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی)؛ بر تغییر مثبت باورهای وجودی بیماران ام اس؛ ش ۴۳، ص ۳۹-۵۶.

جواد ترکشوند، محمد زارعی توپخانه، عباسعلی هراتیان، محمدرضا احمدی؛ رابطه روان بنه‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های شخصیتی و صفت اخلاقی حرص؛ ش ۴۱، ص ۶۳-۷۶.

حسن زارعی محمودآبادی، ناهید احمدی رکن آبادی، محمدحسین فلاح؛ اثربخشی آموزش صمیمیت با رویکرد اسلامی بر بهبود عملکرد خانواده؛ ش ۴۱، ص ۲۱-۳۰.

حسن عظیمی نژاد، مسعود کریمی فر، احسان دین رور، بدرالسادات دانشمند؛ اثربخشی کارآمدی آموزش مؤلفه‌های معنوی بر کاهش احساس تنهایی و حرمت نفس دانش آموزان پرورشگاهی؛ ش ۴۲، ص ۵۹-۷۶.

حسین شاره؛ رابطه سرسختی روان شناختی و نگرش مذهبی با امیدواری در بیماران قلبی - عروقی، ش ۴۴، ص ۱۰۹-۱۲۲.

حمید رفیعی هنر؛ مدل مفهومی «سلامت روان» بر اساس ارتباط شناسی مفاهیم «سلامت» و «مرض» در منابع اسلامی؛ ش ۴۴، ص ۵-۲۶.

خدیجه دروگر، محمد مهدی صفورایی پاریزی؛ رابطه توکل به خدا و تحمل پریشانی با کیفیت زندگی، ش ۴۴، ص ۸۷-۹۶.

داود فتحی، مرتضی مرادی، ناهید حسینی نژاد، حسین قمری کیوی، محسن علیپور؛ اثربخشی گروه درمانی به شیوه شناختی - رفتاری، بر شاخصه‌های مدل فرایند دوگانه کنار آمدن با فقدان؛ امیدواری و سلامت معنوی؛ ش ۴۳، ص ۷۵-۸۴.

راضیه زارع بوانی، فریده حسین ثابت؛ اثربخشی آموزش صبر بر امید و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی؛ ش ۴۳، ص ۵۷-۷۴.

رحیم ناروئی نصرتی؛ تبیین ارتباط نفس و بدن بر اساس منابع اسلامی (با تأکید بر نظر ملاصدرا)؛ بیان رویکردها و تحلیل روان‌شناختی؛ ش ۴۱، ص ۵-۲۰.

سیدحسن عبدی سادات، عباس ابوالقاسمی، مینا طاهری فرد پیله رود؛ رابطه سبک زندگی اسلامی، معنای زندگی و هوش هیجانی با سلامت روان دانشجویان؛ ش ۴۳، ص ۱۰۳-۱۱۸.

عباس آینه‌چی، مسعود جان‌بزرگی، سیدمحمد غروی؛ تدوین مدل مفهومی تقرب به خدا؛ بر اساس اندیشه علامه طباطبائی و اعتباریابی آن؛ ش ۴۳، ص ۵-۲۲.

عباسعلی هراتیان، مسعود جان‌بزرگی، مژگان آگاه‌هریس؛ بررسی نقش تعدیل‌کننده پابندی مذهبی در رابطه روان‌بندهای ناسازگار اولیه با باورهای غیرمنطقی؛ ش ۴۲، ص ۱۱۵-۱۲۵.

عزت زمانیان قوژدی، زیبا برقی ایرانی، مهناز علی‌اکبری دهکردی؛ مدل‌یابی خودشکوفایی بر پایه هوش معنوی، هوش اخلاقی و بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان تیزهوش؛ ش ۴۲، ص ۳۹-۵۸.

عزت‌اله قدم‌پور، طاهره رحیمی‌پور، فاطمه امیری، زهرا خلیلی گشنیگانی؛ اثربخشی آموزش صبر مبتنی بر آموزه‌های دینی بر تاب‌آوری؛ ش ۴۱، ص ۳۱-۴۶.

محمد خدایاری فرد، سعید اکبری زردخانه، محسن شکوهی یکتا، باقر غباری‌بناب، محسن پاک‌نژاد، حیدرعلی هومن؛ نسخه کوتاه‌مقیاس سنجش دینداری برای جامعه دانشجویی ایران: ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی؛ ش ۴۴، ص ۵۳-۶۸.

محمد نریمانی، یاسر حبیبی، محمدعلی قاسمی‌نژاد؛ نقش بخشودگی و معناداری زندگی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی؛ ش ۴۱، ص ۴۷-۶۲.

محمدحسین امینی، ابوالقاسم بشیری، رحیم ناروئی نصرتی؛ عوامل و الگوی انگیزش از دیدگاه آیت‌الله مصباح‌یزدی: نگاهی تحلیلی - روان‌شناختی؛ ش ۴۲، ص ۲۱-۳۸.

محمود خلیلیان شلمزاری، حمیدرضا حسن‌آبادی، محمدناصر سقایی بی‌ریا، فرید براتی سده؛ خوانش روان‌شناختی «خوف از خدا» مبتنی بر اندیشه علامه طباطبائی؛ ارائه مدل پدیدآیی؛ ش ۴۳، ص ۲۳-۳۸.

مهناز مهرابی‌زاده هنرمند، مهرزاد شهروز، علی‌همت بناری، مهدی ترابی‌زاده؛ اثربخشی آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن بر شادکامی و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر اهواز؛ ش ۴۴، ص ۲۷-۵۲.

نجمه حمید، یاسر بولاغی، مهناز مهرابی‌زاده هنرمند؛ اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری و شادکامی در دانشجویان؛ ش ۴۳، ص ۸۵-۱۰۲.

- نسیم محمدی، زینب بدلیپور، وحید نوروززاده، فرزانه میکائیلی منیع؛ پیش‌بینی عمل به باورهای دینی بر اساس سبک‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی؛ ش ۴۱، ص ۷۷-۸۶
- نیلوفر میکائیلی، نادر حاجلو، محمد نریمانی، سبحان پورنیکدست؛ بررسی و مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و چندوجهی معنوی - مذهبی بر شدت علائم روان شناختی (اضطراب، افسردگی، جسمانی‌سازی) در بیماران مبتلا به سوءهاضمه کنشی؛ ش ۴۲، ص ۷۷-۱۰۰.
- هادی بهرامی‌احسان، جنان نوین، سیدمحمدرضا رضازاده؛ طراحی و ارزیابی اثربخشی آموزش آموزه‌های دینی - روان‌شناختی بر روابط سالم و مهارت‌های ارتباطی؛ ش ۴۲، ص ۵-۲۰.

## **The Relationship between Psychological Hardiness and Religious Attitude with Hope in Cardiovascular Patients**

**Hussain Share** / Associate Professor, Educational Sciences and Psychology Department, Hakim Sabzevari Uni

**Received:** 2016/03/02 - **Accepted:** 2016/07/27

hsharreh@yahoo.com.au

### **Abstract**

Analyzing the relationship between psychological hardiness and religious attitude with hope in cardiovascular patients, this research study is performed. Using a descriptive-correlation method, and focusing on 196 cardiovascular patients at Bojnourd medical center, who were selected by available sampling method, this research study is performed. Ahwaz Psychological hardiness questionnaire (AHI), religious attitude scale (RAS) and hope (AHS) were used to collect data. Data analysis was done through Pearson correlation coefficient and regression analysis. Findings showed that, there is a significant relationship between psychological hardiness, religious attitude and hope ( $P < 0.01$ ). Psychological hardiness and religious attitude could significantly predict hope ( $P < 0.01$ ) in regression analysis. Also, among the components of religious attitude, the subscales of social issues, worldview and beliefs, worship and science and religion were the strongest predictors of hope in cardiovascular patients ( $P < 0.01$ ). Whatever psychological hardiness and religious attitude of cardiovascular patients increase, their hope will also increase.

**Keywords:** psychological hardiness, religious attitude, hope, cardiovascular patients.

## Public Health Prediction Based on Religious Beliefs' Practice and Forgiveness

**Abolqasem Yaghoubi** / Associate Professor, Psychology Department, Hamadan Bu-Ali Sina Uni

yaghobi41@yahoo.com

**Akbar Urvati Movafaq** / Assistant Professor, Islamic Education Department, Hamadan Bu-Ali Sina Uni

✉ **Safdar Nebyzadeh** / Ph.D. Students, Educational Psychology, Hamadan Bu-Ali Sina Uni

**Received:** 2017/04/09 - **Accepted:** 2017/10/04

nabizadeh.safdar@yahoo.com

### Abstract

Religious beliefs and forgiveness in interpersonal relationships are among the affecting factors on public health. Using a descriptive-correlation method, and focusing on 384 students of Hamadan Bu-Ali Sina University as the statistical population, who were selected by random cluster sampling in the academic year of 1995-96 H.Sh., this paper seeks to study the public health based on the religious beliefs' practice and forgiveness. The scales of religious beliefs' practice, interpersonal forgiveness and public health, are among the tool for collecting information in this research. The findings of Pearson correlation coefficient showed that, there is a positive and significant relationship between religious belief and forgiveness and public health ( $P < 0.001$ ). The results of regression analysis also showed that, the religious beliefs' practice and forgiveness can significantly predict public health ( $p < 0.001$ ). This research confirms the role of religious beliefs and forgiveness in students' public health. It seems that, these characteristics can play a significant role in achieving mental and physical health of individuals.

**Keywords:** the religious beliefs' practice, public health, forgiveness.

## The Relationship between Trusting in God and Enduring Distress with the Quality of Life

✉ **Khadija Deroqar** / M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Saveh  
kh.derogar@gmail.com

**Mohammad Mahdi Safooraie Parizi** / Associate Professor, Educational Psychology, Al-Mustafa International University  
m\_safurayi@miu.ac.ir

**Received:** 2016/01/26 - **Accepted:** 2016/07/03

### Abstract

Emphasizing on the Qom Payame Noor University's students in 1394 H.SH., this paper studies the relation of trusting in God and enduring distress on the quality of life. Using a descriptive-correlation method, and focusing on 397 students of Payame Noor University as the statistical population, who were selected by random cluster sampling, this paper used the questionnaire of trusting in God, tolerance of distress and quality of life. Pearson correlation and multiple regression model were used to analyze the data. Findings show that, there is a positive relationship between trust in God and tolerance of distress in quality of life. Also, trusting in God and enduring distress, predicted changes in quality of life scores. Accordingly, we can say, the two variables of trusting in God and enduring distress have an important contribution in the quality of life of students.

**Keywords:** trust in God, tolerance of distress, quality of life, students.

## **A Comparative Analysis of the Effectiveness of Admission and Commitment-based Therapy and Spirituality-based one on the Happiness, Psychological Well-being and the Quality of Life of the Affected Women by Obsessive Compulsive Disorder**

**Akram Emamyarizi** / M.A. in Clinical Psychology, Iran, Najafabad, Islamic Azad Uni

akram.emamian@gmail.com

✉ **Zohre latifi** / Assistant Professor, Psychology Department, Isfahan Payame Noor Uni

**Received:** 2016/02/15 - **Accepted:** 2016/07/10

z\_yalatif@es.isfpnu.ac.ir

### **Abstract**

Analyzing the effectiveness of admission and commitment-based therapy and spirituality-based one on the happiness, psychological well-being and the quality of life of the affected women by obsessive compulsive disorder, this research study is performed. The research is a semi-experimental design with a pre-test and post-test and follow-up test. Using an available sampling method, 45 triable cases selected among the all the affected women by obsessive compulsive disorder in Isfahan and randomly divided into two experimental and one control groups. The two experimental groups received a therapeutic treatment in eight sessions of two hours. The triable ones evaluated, after one month with Oxford happiness questionnaire, Reef psychological well-being and quality of life, in three stages: pre-test, post-test and follow-up. The findings from statistical data showed that, both interventions were effective, but the effectiveness of spirituality-based therapy on the happiness, psychological well-being and the quality of life was higher than admission and commitment-based therapy.

**Keywords:** spirituality-based therapy, admission and commitment-based therapy, obsessive compulsive disorder, the quality of life, psychological well-being, happiness.

## The Short Version of the Religiosity Measurement Scale for the Iranian Student Community; Constructing and Analyzing the Psychometric Features

✉ **Mohammad Khodayarifard** / Prof., Educational Psychology and Consultation Department, Tehran Uni  
Khodayar@ut.ac.ir

**Saeed Akbari Zardkhaneh** / Assistant Prof., Applied Psychology Department, Shahid Beheshti Uni  
akbari76ir@gmail.com

**Mohsen Shokuhiyekta** / Prof., Psychology and Exceptional Childhood Education Department, Tehran Uni  
ostadroozbeh@yahoo.com

**Baqir Ghobari Bonab** / Prof., Psychology and Exceptional Childhood Education Department, Tehran Uni  
bghobari@ut.ac.ir

**Mohsen Paknejad** / PhD., Psychology of Health, Tehran Uni

**Received:** 2016/02/11 - **Accepted:** 2016/06/29

### Abstract

Providing a short version of the religiosity scale based on its long version, this research study is performed. Using stratified random sampling, 4000 students from Tehran were selected as research sample. Item analysis results and exploratory and confirmatory factor analysis show that, a scale with 36 items has the best psychoanalytic structure, which has the most fitness and relation with the three-dimensional theoretical mode. Item credit coefficients, subscales and the total scale of the three-component model of the shorter version show that, all subscales have suitable homogeneity coefficients. Their amount is 0.92 for religious belief, 0.81 for religious affections and 0.91 for religious behavior. Examining the correlation coefficients of item score with the total score for the relevant subscale show that, these coefficients are variable between 0.41 (item 37) and 0.77 (item 25). Five social pretend items added to this version of the tool as well. The final tool with 40 items has psychometric and appropriate operating structure features and can be used as an admissible and valid tool in research.

**Keywords:** religiosity questionnaire, religious attitude scale, short version.

## The Effectiveness of Optimism Training on the Social Happiness and Anxiety, with an Emphasis on the Quran, in Ahvaz High School Female Students

**Mahnaz Mehrabizadeh Hunarmand** / Prof., Psychology Department, Iran, Ahvaz Shahid Chamran Uni  
m.honarmand@scu.ac.ir

✉ **Mehrzaad Shahrooz** / M.A. in Counseling, Iran, Ahvaz Shahid Chamran Uni      mehrzadshahroz@gmail.com

**Ali Hemmat Banari** / Assistant Prof., Iran, al-Mustafa International Uni      ah.banari@gmail.com

**Mahdi Torabizadeh** / Assistant Prof., Iran, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences

**Received:** 2016/03/13 - **Accepted:** 2016/08/12

### Abstract

The effectiveness of optimism training, with an emphasis on the Quran, on the social happiness and anxiety of the high school female students has studied in this research. The semi-experimental research design, of the pretest-posttest type and track down with the group, was the research control. Using random clustering method, twenty six students selected and assigned randomly into two groups of test (13 people) and a control group (13 people) Interfering was done for the test group for ten sessions. The positive psychotherapy questionnaire, to measure happiness (Rashid), and social anxiety questionnaire (Watson & Freund) was performed in pre-test and post-test sessions in two groups. Findings show that, optimism, with an emphasis on the Quran, increased the happiness and decreased the social anxiety of female students in the experimental group in compare with the control group ( $p < 0/001$ ), which was stable due to the result of the follow-up test. Therefore, the optimism training, with an emphasis on the Quran, can be used to increase happiness and reduce social anxiety.

**Keywords:** optimism training with an emphasis on the Quran, happiness, social anxiety.

# Abstracts

## **Conceptual model of mental health based on the communication of the concepts of “Salamah” and “Maraz” in Islamic resources**

**Hamid Rafiei Honar** / PHD of general psychology, the researcher of the Quran and Hadith Research Center, Islamic Psychology Department [hamidrafii2@gmail.com](mailto:hamidrafii2@gmail.com)

**Received:** 2018/07/01 - **Accepted:** 2018/12/08

### **Abstract**

“Mental Health” is a psychological concept that has been considered by religious researches. The purpose of this study was to provide a conceptual model for mental health through identification and investigation of concepts related to “Salamah”(health) and “Maraz”(disease) in Islamic sources, which was done by conceptual analysis method. Ten related concepts were identified. In order to make a comparison between the concepts, each of them was first analyzed in seven indexes, then their relationship was examined, and finally, by identifying the key elements, the proposed mental health model was presented. The findings showed that from the analysis and communication of the five concepts of health and the six concepts of the field of disease, three key elements of Islamic mental health are derived that contains “ability”, “Acceptance of monotheistic criterion”, and “monotheistic compatibility”. By combination of two recent elements with the ability; can be found four types of health which include “lack of health”, “incomplete health”, “health”, and “complete health”. Each of these types can be explained with some of the Islamic concepts of health and disease.

**Key Words:** Mental Health, Afyah, Bala, Disorder, Islamic Psychology, Conceptual Model.

# Table of Contents

**Conceptual model of mental health based on the communication of the concepts of “Salamah” and “Maraz” in Islamic resources / *Hamid Rafiei Honar* .....5**

**The Effectiveness of Optimism Training on the Social Happiness and Anxiety, with an Emphasis on the Quran, in Ahvaz High School Female Students / *Mahnaz Mehrabizadeh Hunarmand / Mehrzad Shahrooz / Ali Hemmat Banari / Mahdi Torabizadeh* .....27**

**The Short Version of the Religiosity Measurement Scale for the Iranian Student Community; Constructing and Analyzing the Psychometric Features / *Mohammad Khodayarifard / Saeed Akbari Zardkhaneh / Mohsen Shokuhiyekta / Baqir Ghobari Bonab / Mohsen Paknejad* .....53**

**A Comparative Analysis of the Effectiveness of Admission and Commitment-based Therapy and Spirituality-based one on the Happiness, Psychological Well-being and the Quality of Life of the Affected Women by Obsessive Compulsive Disorder / *Akram Emamyarizi / Zohre latifi* .....69**

**The Relationship between Trusting in God and Enduring Distress with the Quality of Life / *Khadija Deroqar / Mohammad Mahdi Safooraie Parizi* .....87**

**Public Health Prediction Based on Religious Beliefs' Practice and Forgiveness / *Abolqasem Yaghoubi / Akbar Urvati Movafaq / Safdar Nebyzadeh*.....97**

**The Relationship between Psychological Hardiness and Religious Attitude with Hope in Cardiovascular Patients / *Hussain Share* ..... 109**

**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 Arafi:** *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)**

---