

روان شناسی و دین

سال سیزدهم، شماره اول، پیاپی ۴۹، بهار ۱۳۹۹



مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

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

مدیر مسئول

محمدناصر سقایی‌ریا

سر دبیر

محمدرضا احمدی

مدیر اجرایی و صفحه‌آرایی

سجاد سلگی

ناظر چاپ

حمید خانی

چاپ

زمزم

سامانه ارسال و پیگیری مقالات

Nashriyat.ir/SendArticle

اعضای هیئت تحریریه

محمد رضا احمدی

استادیار روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

علیرضا اعرافی

دانشیار علوم تربیتی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

غلامعلی افروز

استاد روان‌شناسی دانشگاه تهران

محمد کریم خداپناهی

استاد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

محمد جواد زارعان

دانشیار علوم تربیتی جامعه المصطفی العالمیه

محمد ناصر سقایی‌ریا

استادیار علوم تربیتی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

عباسعلی شاملی

دانشیار علوم تربیتی جامعه المصطفی العالمیه

سید محمد غروی

دانشیار روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

علی فتحی آشتیانی

استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی بقیة الله

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

امام خمینی، طبقه چهارم، اداره کل نشریات تخصصی

تحریریه ۳۲۱۱۳۴۷۹ - مشترکان ۳۲۱۱۳۴۷۴ - دورنگار ۳۲۹۳۴۴۸۳ (۰۲۵)

صندوق پستی ۱۸۶-۳۷۱۶۵

پيامک: ۱۰۰۰۲۵۳۲۱۱۳۴۷۳

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

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

نمایه در:

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

اهداف و رویکرد نشریه روان‌شناسی و دین

روان‌شناسی و دین فصل‌نامه‌ای علمی - پژوهشی در زمینه روان‌شناسی است که با هدف انتشار مطالعات مرتبط با مناسبات بین روان‌شناسی و دین اسلام در موارد زیر منتشر می‌شود:

۱. نظریه‌پردازی به منظور پایه‌ریزی مکتب روان‌شناسی اسلامی؛
۲. تبیین فلسفه روان‌شناسی اسلامی (مبانی، اصول، ماهیت، روش)؛
۳. نقد فلسفه روان‌شناسی معاصر (مبانی، اصول، ماهیت، روش)، بر اساس مبانی اسلامی؛
۴. نقد رویکردها و دیدگاه‌های موجود در روان‌شناسی معاصر، بر اساس مبانی و منابع اسلامی؛
۵. روش‌شناسی استنباط موضوعات و مسائل روان‌شناختی از منابع اسلامی؛
۶. بومی‌سازی دانش روان‌شناسی با توجه به فرهنگ اسلامی ایرانی.

ضمن استقبال از دستاوردهای تفکرات و تأملات روان‌شناختی، پیشنهادها و انتقادهای شما را در مسیر کمال و بالندگی نشریه پذیراییم. خواهشمندیم مقالات خود را از طریق وبگاه نشریه: <http://nashriyat.ir/SendArticle> ارسال فرمایید.

اشتراک: قیمت هر شماره مجله، ۲۰۰۰۰۰ ریال، و اشتراک چهار شماره آن در یک سال، ۸۰۰۰۰۰ ریال است. در صورت تمایل، وجه اشتراک را به حساب سیبا ۰۱۰۵۹۷۳۰۰۱۰۰۰ بانک ملی، واریز، اصل فیش بانکی یا تصویر آن را همراه با برگ اشتراک به دفتر مجله ارسال نمایید.

راهنمای تهیه و تنظیم مقالات

الف) شرایط عمومی

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

ب) نحوه تنظیم مقالات

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

مؤلفه‌های خودنظم‌دهی بر اساس مفهوم «عقل» در منابع اسلامی / ۷

کله محمدرضا جهانگیرزاده / علی فتحی‌آشتیانی / فرشته موتابی / عباس پسندیده

اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده / ۲۵

کله محبوبه شیروانی سعادت‌آبادی / نوشیروان خضری‌مقدم / صدیقه سام‌نژاد

مقایسه معنویت‌درمانی دینی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی و ... / ۳۹

کله شیماسادات برقی / کله رسول روشن / هادی بهرامی

تأثیر آموزش تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری بر عمل به باورهای دینی و خودکنترلی / ۵۷

کله عزت‌اله قدم‌پور / زهرا خلیلی گشنیگانی / کبری عالی‌پور

اثربخشی هشیاری‌افزایی مبتنی بر اخلاق اسلامی بر بهزیستی روان‌شناختی / ۷۱

کله بی‌بی آسیه سالاری / محمدحسین فلاح

چیستی رابطه صمیمانه در قرآن و روایات / ۸۳

کله محمد ناصررضایی / محمدرضا احمدی / محمدصادق شجاعی

الگوی ساختاری رابطه جهت‌گیری مذهبی و نشانه‌های سلامت روانی با میانجی‌گری خوش‌بینی / ۹۵

کله علی حسینی‌مهر / آرزو عظیم‌زاده پارس / عنرا رحمانی

مقایسه اثربخشی روش درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و ... / ۱۱۱

کله زهره صادقی / مجید صفاری‌نیا / فرامرز سهرابی / احمد علی‌پور

مؤلفه‌های خودنظم‌دهی بر اساس مفهوم «عقل» در منابع اسلامی

محمد رضا جهانگیرزاده / استادیار گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

jahangirzademr@gmail.com

afa1337@gmail.com

علی فتحی آشتیانی / استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله، مرکز تحقیقات علوم رفتاری

فرشته موتابی / استادیار دانشگاه شهید بهشتی

pasandide@hadith.net

عباس پسندیده / استادیار دانشگاه قرآن و حدیث

دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۰۱ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۲۳

چکیده

هدف این پژوهش، شناسایی منبع اصلی خودنظم‌دهی، به‌عنوان توانش تنظیم پاسخ‌های خود در جهت تعقیب اهداف و برآورده ساختن معیارها و استخراج مؤلفه‌های آن، در منابع اسلامی بوده است. بررسی در آثار اندیشمندان اسلامی نشان می‌دهد که پایگاه «عقل»، منبع معرفتی - انگیزشی - اجرایی نفس است که تنظیم کنش‌های مختلف روانی انسان را بر عهده دارد. محقق با استفاده از روش‌های تحلیل محتوا و معناشناسی زبانی، به تحلیل گزاره‌های دینی در خصوص عقل پرداخت. حاصل این بررسی، تأیید فرضیه اصلی تحقیق، و استخراج ۲۱ مؤلفه بود که در چهار ساحت شناختی (به انضمام مؤلفه‌های نگرشی)، انگیزشی، عاطفی، و اجرایی سازمان داده شد. این مؤلفه‌ها، در اختیار ده کارشناس حوزوی قرار گرفت و روایی محتوای آنها، با استفاده از ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) بررسی شد. تمامی مؤلفه‌ها، به استثنای یکی از مؤلفه‌های نگرشی (انکسار نفس) از روایی محتوا برخوردار بودند. براین‌اساس، کنش‌های خودتأملی، خودانگیزشی، و خودتغییری که از عناصر اصلی الگوهای خودنظم‌دهی به‌شمار می‌روند، در ادبیات اسلامی بر اساس کارکردهای عقل قابل توجیه و تبیین می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: خودنظم‌دهی، عقل، مؤلفه‌های شناختی، مؤلفه‌های انگیزشی، مؤلفه‌های عاطفی، مؤلفه‌های اجرایی.

برخی از توانش‌های روانی، می‌توانند فرایندهای درون‌روانی و بین‌فردی را تحت تأثیر قرار داده و کیفیت عملکرد و سازگاری افراد را ارتقا دهند. یکی از این توانش‌ها که در تحقیقات دهه‌های اخیر جایگاه ویژه‌ای یافته است، توانش «خودنظم‌دهی» است. «خودنظم‌دهی»، جایگاهی محوری در نظریه «خود» دارد و یک مفهوم کلیدی در فهم بسیاری از جنبه‌های عملکرد روانی انسان است. روان‌شناسان مدت‌هاست خود و هویت را مورد مطالعه قرار داده‌اند، اما در دهه‌های اخیر، به تدریج پی برده‌اند که هیچ تبیینی از خود، بدون درک اینکه خود چگونه کنترل شخصی را حفظ کرده و سازگاری (حفظ هماهنگی با محیط اجتماعی و فیزیکی) را میسر می‌سازد، کامل نیست (وهس و بامیستر، ۲۰۱۱، ص ۱۸۰). خودنظم‌دهی به «نحوه تنظیم و کنترل پاسخ‌های خود در جهت تعقیب اهداف و برآورده ساختن معیارها» اشاره دارد. «پاسخ‌ها»، افکار، هیجانات، تکانه‌ها، رفتارها، و «معیارها»، ایدئال‌ها، دستورات اخلاقی، هنجارها، اهداف عملکردی، و انتظارات از سایر افراد را دربر می‌گیرند. تسلط بر پاسخ‌های خود، یا تغییر آنها اهمیت خاصی در خودنظم‌دهی دارد (پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴، ص ۵۰۰).

در جنبه عملی، اهمیت خودنظم‌دهی از این جهت است که خودنظم‌دهی برای موفقیت در بسیاری از حوزه‌های زندگی اساسی است. افراد با خودنظم‌دهی بالا، سازگاری روان‌شناختی و عملکرد بهتری در تکالیف مختلف دارند. از سوی دیگر، هر مسئله اساسی شخصی و اجتماعی شامل نوعی ناتوانی در خودنظم‌دهی است (وهس و بامیستر، ۲۰۰۴، ص ۲). قالب‌های ادراکی زیادی برای درک و تفسیر پدیده خودنظم‌دهی وجود دارد، اما بخش اعظم آن تحت تأثیر نظریه‌های یادگیری اجتماعی (بندورا، ۱۹۹۱)، و نظریه سایبرنتیک (کارور و شایر، ۲۰۰۴ و ۲۰۱۱) قرار دارد. در نظریه شناختی اجتماعی بندورا، رفتار انسان به‌طور گسترده‌ای از طریق فرایندهای خودتأثیری برانگیخته و تنظیم می‌شود (بندورا، ۱۹۹۱، ص ۲۴۹). خودنظم‌دهی، از طریق سه خرده‌کنش اصلی عمل می‌کند. این کنش‌ها عبارتند از: «خودنظارت‌گری» بر رفتار فرد، عوامل مؤثر بر آن، و اثرات آن؛ «خودقضاوتی» در مورد رفتارها در رابطه با استانداردهای شخصی و شرایط محیطی؛ و «خودواکنشی عاطفی». از دیدگاه اجتماعی‌شناختی زیرمن (۲۰۰۰)، فرایندهای خودنظم‌دهی و باورهای همراه در سه فاز چرخه‌ای قرار می‌گیرند: فاز تدبیر، فاز عملکرد یا کنترل ارادی، و فاز فرایندهای خودتأملی. «تدبیر»، به فرایندهای با نفوذی اشاره دارد که بر تلاش‌های عملی مقدم بوده و زمینه را برای آن فراهم می‌سازد. «عملکرد» یا کنترل ارادی متضمن فرایندهایی است که در خلال تلاش‌های حرکتی اتفاق افتاده و بر توجه و عمل تأثیر می‌گذارند. «خودتأملی»، متضمن فرایندهایی است که پس از تلاش‌های عملکردی اتفاق افتاده و بر واکنش فرد در قبال تجربه اثر می‌گذارد.

کارور و شایر، به‌عنوان دو تن از نظریه‌پردازان شهیر این حوزه، خودنظم‌دهی را به‌عنوان یک فرایند پویا مفهوم‌سازی کرده‌اند که افراد به وسیله آن، رفتارهای خود را با معیارها هماهنگ می‌کنند (کارور و شایر، ۲۰۰۴، ص

۱۴). به اعتقاد آنها، رفتارهای انسان معطوف به «هدف» است و توسط «بازخورد» کنترل می‌شود. بر اساس مفهوم‌سازی کارور و تسیر، خودنظم‌دهی مؤثر شامل چهار عنصر اساسی است:

- اهداف روشن و سازمان‌یافته‌ای که مدیریت مؤثر تعارض در میان آنها را میسر سازد؛
- خودنظارت‌گری کارآمد و یا توجه معطوف به خود، در جهت شناسایی ناهمخوانی بین اهداف و رفتار فرد؛
- انگیزش کارآمد یا نیروی خودنظم‌دهی، برای تغییر رفتار خود پس از شناسایی ناهمخوانی‌ها؛
- مکانیزم‌های مؤثر یا پرونده‌هایی برای اثرگذاری بر تغییر رفتار (کارور و شاپر، ۲۰۰۴، ص ۱۴).

مراجعه به متون اسلامی نشان می‌دهد که منابع دینی، سازمان روانی خاصی را برای انسان ترسیم کرده‌اند. این سازمان روانی خاص، دارای ساخت‌ها و فرایندهای ویژه خود است. در قلمرو توانش «خودنظم‌دهی» نیز وضعیت به همین صورت است. باور به صحت مبانی دینی در تبیین امور و پدیده‌های طبیعی و فراطبیعی، از جمله پدیده‌های روانی و کارآمدی روش‌های دینی، در ارتقاء شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی، محققان روان‌شناسی الهام‌گرفته از ادیان را بر آن داشته است تا سازه‌های تبیین‌گر در قلمروهای مختلف را استخراج؛ و سازمان نظری یا کارآمدی آنها را به بوته بررسی‌های تجربی بسپارند. علاوه‌براین، الگوهای تبیینی در روان‌شناسی و علوم اجتماعی کمابیش متأثر از بافت و زمینه فرهنگی است. آموزه‌های دینی در منابع اصلی آن و تلاش دین‌پژوهان برای استخراج الگوهای تبیینی رفتار، می‌تواند مبنایی برای تکمیل، اصلاح، یا بومی‌سازی الگوهای علمی رایج باشد.

با توجه به اهمیت و جایگاه خودنظم‌دهی، نظریه‌ها و مدل‌های مطرح خودنظم‌دهی در روان‌شناسی، نگاه خاص و احیاناً متفاوت منابع دینی، به ساخت‌ها و فرایندهای روانی، محقق درصدد است تا با مراجعه به متون دینی (آیات قرآن و روایات اهل‌بیت علیهم‌السلام) منبع اصلی و عام تنظیم رفتار، کارکردها، و مؤلفه‌های خاص آن را شناسایی کند. این بررسی، با در نظر گرفتن عناصر اصلی خودنظم‌دهی شامل، معیارها، نظارت، قوه، و انگیزش؛ و کنش‌های خودنظم‌دهی شامل، تدبیر، کنترل ارادی، و خودتأملی، صورت می‌گیرد. بررسی پیشینه پژوهش‌های اسلامی، در بیان برخی از حکمای اسلامی (صدرالمتألهین، ۱۳۸۳، ج ۳، ص ۴۲۷-۴۱۸)، مفسران (طباطبائی، ۱۳۹۳، ج ۲، ص ۲۳۷)، محدثان (مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۱، ص ۹۹-۱۰۱؛ حرعاملی، ۱۴۰۹، ج ۱۵، ص ۲۰۸)، و برخی از حدیث‌پژوهان (احمدی، ۱۳۸۸؛ برنجکار، ۱۳۸۸؛ مهدی‌زاده، ۱۳۸۲ و ۱۳۸۹؛ پسندیده، ۱۳۸۸؛ رفیعی‌هنر، ۱۳۹۵)، این فرض را تقویت می‌کند که منبع محوری که با کارکردهای معرفتی، انگیزشی، و اجرایی خود، فرایند خودنظم‌دهی را هدایت می‌کند، «عقل» است. از نظر اسلام، عقل اصلی‌ترین تکیه‌گاه دین در عقاید، اخلاق و اعمال است؛ عقل منشأ باورهای صحیح، اخلاق نیکو، و عمل صالح است (پسندیده، ۱۳۸۸، ص ۵۲). عقل، مبنای حرکت هدفمند به سوی کمال و سعادت است (کلینی، ۱۳۸۸، ج ۱، ص ۱۰). عقل، نیرویی است که انسان را از جهل و لغزش در اندیشه و عمل (بازدارندگی عملی) باز می‌دارد و در نقطه مقابل هوا (شهوت) قرار دارد (ابن‌شعبه‌الحرانی، ۱۴۰۴، ص ۱۵).

در فرهنگ‌های لغت، دو معنای تشخیص درست و بازاری، در مفهوم عقل و مشتقات آن محوریت دارند (راغب‌اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ریشه عقل). عقل و تعقل در فلسفه، بر قوه ادراکی و ادراکات حاصل از آن قوه، اعم از ادراکات بدیهی یا نظری، فطری یا اکتسابی نیز اطلاق شده است (حسین‌زاده، ۱۳۸۶).

مفسران در تعریف عقل، به ویژگی‌هایی چون معرفت‌بخشی و یقین‌زایی، راه تشخیص حق و مصالح و منافع و سود و زیان، شناخت حسن و قبح اشاره کرده‌اند (احمدی، ۱۳۸۸). علامه طباطبائی در *تفسیر المیزان* معتقد است: «عقل قرآنی نوعی ادراک سودمند در دین انسان است و او را به معارف حقیقی و عمل صالح رهنمون می‌کند» (طباطبائی، ۱۳۶۸، ج ۲، ص ۲۴۷). به عبارت دیگر، با عقل، انسان می‌تواند میان حق و باطل و خیر و شر و سود و زیان تمایز گذارد. پس عقل راه نیل به حق و شناخت حقایق است. عقل، نه قوه‌ای از قوای نفس که خود آن است؛ عقل چیزی است که با آن، انسان میان صلاح و فساد و حق و باطل و صدق و کذب تمایز می‌گذارد و ادراک می‌کند. از مجموع روایات بر می‌آید که عقل، عبارت است از: نیرویی که انسان را از جهل و لغزش در اندیشه و عمل باز می‌دارد. رسول خدا ﷺ می‌فرماید: «عقل بازدارنده از جهل است، و نفس به سان پلیدترین چهارپاست که اگر مهار نشود، سرگردان شود. پس عقل، مهار جهل است» (محمدی ری‌شهری، ۱۴۲۱ق، ص ۱۶۴). دو عنصر علم نافع و عمل صالح از عناصر اصلی عقل‌ورزی در تعبیر دینی هستند (مهدی‌زاده، ۱۳۸۲ و ۱۳۸۹).

در روایات اهل بیت علیهم‌السلام سه کارکرد نظری، عملی، و ابزاری برای عقل بیان شده است (برنجکار، ۱۳۸۸). عقل نظری، عقلی است که درصدد کشف حقایق نظری و شناخت واقعیات است. عقل عملی، طبق یک تعریف، همانند عقل نظری قوه شناخت است، اما متعلق آن الزامات و ارزش‌هاست. اما طبق تعریف دوم، قوه‌ای است که انسان را به اعمال خویش تحریک می‌کند. عقل به این معنا، به معنای اراده در کلام حکما نزدیک است. در روایات، به کارکرد ابزاری عقل نیز اشاره شده است. قوه‌ای که انسان با آن معاش دنیوی و زندگی مطلوب را سامان می‌بخشد. این عقل از آنجاکه قدرت حسابگری دارد، آدمی را قادر می‌سازد تا وقایع آینده را پیش‌بینی کند.

پسندیده، پس از بررسی مفاهیم مربوط به خودمهارگری در منابع اسلامی، «عقل» را عامل اصلی خودمهارگری برمی‌شمرد (پسندیده، ۱۳۸۸، ص ۵۲). از نظر وی، عقل به عنوان عامل اصلی خودمهارگری، از دو مؤلفه علم و تقوا تشکیل شده است. بر این اساس، عقل را شناخت بازدارنده تعریف می‌کند. مفاهیم جهل و فجور نیز ضد عقل و تقوا هستند. وی، در توصیف و تبیین خودمهارگری در منابع اسلامی، علاوه بر عقل و تقوا، از مفاهیم دیگری مثل علم، تجربه، عبرت، حزم، خوف، رجا، حیا، محبت، شکر، عفت، حلم و صبر استفاده می‌نماید. رفیعی‌هنر (۱۳۹۵) نیز مؤلفه‌های خودمهارگری را در دو سطح تحلیل می‌کند. مؤلفه‌های سطح اول، عقل و تقوا هستند و مؤلفه‌های سطح دوم، منطبق بر کارکردهای عقل و تقوا، عبارتند از: ۱. شناخت خود و نظارت بر آن؛ ۲. شناخت هدف نهایی و ایمان به آن؛ ۳. شناخت حوزه‌های خودمهارگری؛ ۴. شناخت انگیزه‌های خودمهارگری؛ ۵. بازدارندگی حوزه‌های خودمهارگری (شامل حوزه‌های رفتاری، شناختی، و هیجانی)؛ و ۶. بازدارندگی دشواری‌ها (با تأکید بر مفهوم صبر).

با توجه به اینکه، فرض محقق این است که عقل، سازهٔ محوری در تبیین ساختار و فرایند خودنظم‌دهی است؛ و با توجه به اینکه تحقیقات پیشین، هیچ‌یک مؤلفه‌شناسی جامعی از سازه عقل به‌عنوان منبع تنظیم خود انجام نداده‌اند، این پژوهش درصدد است با بررسی مفهوم عقل و کارکردهای آن در منابع اسلامی (قرآن و روایات اهل‌بیت^{علیهم‌السلام})، این مسئله را بررسی کند که آیا عقل منبع اصلی خودنظم‌دهی در منابع اسلامی است. سپس، مؤلفه‌ها و عناصر ساختاری عقل را، به‌عنوان منبع خودنظم‌دهی در منابع اسلامی، شناسایی نموده و روایی محتوای آن را بر اساس نظر کارشناسان به دست آورد.

روش پژوهش

در این پژوهش، محقق از روش‌های تحلیل محتوا و معناشناسی زبانی استفاده کرده است. تحلیل محتوا شامل تحلیل محتوای یک سخنرانی، پیام و مقاله که شامل عقاید، احساسات و نظرات گویندهٔ آن است (جعفری‌هرندی و همکاران، ۱۳۸۷) و کمک می‌کند تا مفاهیم، اصول، نگرش‌ها، باورها و کلیه عناصر مطرح شده در چارچوب یک متن مورد بررسی قرار گیرد. روش معناشناسی زبانی، برای فهم معنا در مطالعات زبانی به کار می‌رود و بر دو شیوهٔ تحلیل مؤلفه‌ای و معناشناسی ساخت‌گرا استوار است (نوری و همکاران، ۱۳۹۵). تحلیل مؤلفه‌ای، به کشف ارتباط بین مفاهیم از طریق مؤلفه‌های تشکیل‌دهندهٔ آن اشاره دارد. معناشناسی ساخت‌گرا، از طریق هم‌معنایی (کاربرد دو واژه برای یک معنا)، چندمعنایی (کاربرد یک واژه برای چند معنا)، تقابل معنایی (کاربرد واژه‌های متضاد)، حوزه واژگانی (تشکیل یک حوزه معنایی به دلیل جنبه‌های مشترک)، انتقال واژگانی (گرفتن معنای واژه‌های دیگر در اثر همنشینی با آنها)، هم‌آیی معنایی (رابطه معنایی واژه‌ها در سطح جمله) و شمول معنایی (فراگیر بودن معنای یک واژه نسبت به واژهٔ دیگر)، امکان فهم و انتقال معنا را فراهم می‌سازد (شجاعی و همکاران، ۱۳۹۳).

بر اساس این دو روش، فرضیه پژوهش مبنی بر محوریت عقل در خودنظم‌دهی و سؤال پژوهش در خصوص ساختار خودنظم‌دهی (با توجه به معادل مفهومی عقل)، طی مراحل مورد واریسی قرار گرفت. محقق کار خود را در چهار مرحله پیگیری کرد: در مرحلهٔ نخست، با مراجعه به منابع فلسفی - کلامی، منابع اخلاقی، و پژوهش‌های حدیثی، مفاهیم مرتبط با خودنظم‌دهی و خودمهارگری شناسایی و بررسی شدند. در مرحلهٔ دوم، با تعیین عقل، به‌عنوان مفهوم محوری خودنظم‌دهی، مفاهیم و تعاریف عقل در کتب لغت، آثار حکیمان، عالمان اخلاق، محدثان، و حدیث‌پژوهان مورد بررسی قرار گرفت (تعیین حوزه معنایی). در مرحلهٔ سوم، نشانگان عقل در منابع اسلامی، شناسایی شده و با توجه به قرابت معنایی، کنار هم قرار گرفته و بر اساس ساحت‌های مختلف روانی، به‌عنوان مؤلفه‌های عقل مشخص شدند (مؤلفه‌شناسی). سرانجام، مؤلفه‌های به‌دست‌آمده و مستندات آن، در اختیار ۱۰ نفر از کارشناسان علوم حوزوی دارای مدرک سطح ۴ حوزه قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا دیدگاه خود را دربارهٔ روایی محتوای مؤلفه‌ها، از نظر «ضرورت» مؤلفه برای سازه کلی و «ارتباط» مؤلفه با سازه کلی بیان نمایند (روایی‌سنجی).

برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شده است. برای تعیین CVR، از کارشناسان درخواست می‌شود تا هر مؤلفه را بر اساس طیف سه قسمتی «ضروری است»، «مفید است ولی ضرورتی ندارد» و «ضرورتی ندارد» بررسی نمایند. برای تعیین CVI، از کارشناسان خواسته می‌شود تا هر مؤلفه را بر اساس طیف چهار قسمتی «کاملاً مرتبط»، «مرتبط اما نیازمند به بازبینی»، «نیازمند به بازبینی جدی»، و «غیرمرتبط» ارزیابی کنند. پاسخ‌ها مطابق فرمول محاسبه و بر اساس جدول تصمیم‌گیری، میزان روایی مؤلفه‌ها تعیین گردید.

یافته‌های پژوهش

بررسی محقق در منابع اسلامی، نشان می‌دهد که «عقل» با کارکردهای نظری، عملی، و ابزاری خود، کلیدی‌ترین نیروی تنظیم رفتار در ادبیات اسلامی به‌شمار می‌رود. مفاد آیات و روایات، نشان می‌دهند که «عقل» نیروی شناختی پایه در انسان، منبع ادراک حقایق و ارزش‌ها، تدبیر امور زندگی، نیروی انگیزشی تحریک‌کننده به سوی اعمال نیک و بازدارنده از اعمال ناشایست و نیروی تنظیم‌کننده کنش‌های مختلف روانی انسان است.

چند دسته از روایات بر این معنا دلالت دارند که عقل، منبع شناخت حقایق و ارزش‌هاست: یک دسته، روایاتی که عقل را مبدأ علم و فهم به صورت مطلق می‌دانند (الاحسائی، ۱۴۰۵ق، ج ۱، ص ۲۴۸). دسته دوم، روایاتی که عقل را منبع شناخت ارزش‌ها، درست و غلط، و حق و باطل بر می‌شمرند (دبلمی، ۱۳۹۸ق، ج ۱، ص ۱۹۸). گروه سوم، روایاتی که عقل را مبدأ خدانشناسی، دین‌شناسی و خودشناسی می‌دانند (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۵۴؛ مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۷۵، ص ۳۵۲). چند دسته از روایات نیز بر این معنا دلالت می‌کنند که عقل، ملکه یا نیرویی است که به انتخاب خوبی‌ها و اجتناب از بدی‌ها تحریک کرده؛ کنش‌های روانی انسان را تنظیم می‌کند. دسته اول، روایاتی که عقل را مبدأ و تحریک‌کننده به سوی فضایل، مکارم و محاسن اخلاقی می‌دانند (محمدری‌شهری، ۱۳۷۸، ص ۱۳۸-۱۵۰). دسته دوم، روایاتی هستند که عقل را نیروی بازدارنده از جهالت (نادانی، ناسنجیدگی)، شهوت (هوای نفس) و رفتارهای ناپسند می‌شمارند (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۱۵؛ نوری، ۱۴۰۷ق، ج ۱۲، ص ۱۱۴؛ صدوق، ۱۴۰۳ق، ج ۲، ص ۶۳۲). بر این اساس، عقل عامل هدایت و رستگاری است (تمیمی‌آمدی، ۱۳۶۰، ص ۵۱؛ ابن‌ابی‌الحدید، ۱۹۸۵، ج ۲۰، ص ۳۴۳). در واقع، آنچه حرکت کمالی در مسیر اهداف غایی انسان را ممکن می‌سازد، نیروی عقل یا همان پیامبر درونی است که هدف از ارسال رسل و تنزیل کتب نیز برانگیختن همان نیروی درونی است (نهج‌البلاغه، خ ۱). به عبارت دیگر، تنظیم رفتار هدفمند در راستای اهداف غایی و رفع موانع و چالش‌های درونی و بیرونی آن - نزدیک به معنای خودنظم‌دهی - بر عهده عقل است.

در منابع اسلامی برای عقل، ۲۱ مؤلفه شناسایی شدند که بر اساس یک تقسیم‌بندی رایج در فلسفه و علوم انسانی، در چهار بُعد اصلی قرار گرفت. این ابعاد عبارتند از: بُعد معرفتی - شناختی، بُعد ارادی - انگیزشی، بُعد

احساسی - عاطفی - هیجانی، و بُعد اجرایی. یک بُعد نگرشی نیز به این ابعاد چهارگانه اضافه شده است که خود، از نتایج خودشناسی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های بُعد معرفتی است. شناسایی مؤلفه‌ها، به نوبه خود بر ادعای اول محقق، مبنی بر شناسایی عقل به‌عنوان منبع اصلی خودنظم‌دهی در منابع اسلامی صحنه می‌گذارند.

عقل در بُعد معرفتی - شناختی، دارای دو دسته مؤلفه‌های فرایندی و ساختاری است. شش مؤلفه ساختاری، شامل حقیقت‌شناسی (به صورت مطلق)، خدانشناسی، خودشناسی، هدف‌شناسی، راه‌شناسی و ارزش‌شناسی است؛ و چهار مؤلفه فرایندی، شامل تفکر، هوشیاری، دوراندیشی و تدبیر، عبرت‌گیری و تجربه‌اندوزی است.

در ادامه، توضیح مختصری درباره هر یک از مؤلفه‌ها و برخی مستندات آن، در منابع اسلامی ارائه می‌شود:

آگاهی و شناخت

آگاهی و شناخت، با دو وصف: ۱. فعال و پایدار، ۲. عمیق نسبت به چیستی و چرایی امور، از مؤلفه‌های اساسی عقل است. در سطح نظری، شناخت حقایق به صورت مطلق، خدانشناسی، خودشناسی، هدف‌شناسی، راه‌شناسی و ارزش‌شناسی، شش مقوله از مهم‌ترین شناخت‌های انسان به‌شمار می‌روند که نقش تام، در سعادت و کمال او ایفا می‌کنند. مستندات این مؤلفه‌ها پیش‌تر ارائه گردید. در سطح عملی، شناخت شرایط و وضعیت فعلی، عوامل مؤثر بر آن، مقصد و هدف حرکت، مسیر و ابزار حرکت، به عبارت دیگر، کاربست دانش‌های نظری در حوزه عمل، از اهم کارکردهای عقل شمرده می‌شود (کلینی، ۱۳۸۸، ج ۱، ص ۲۵). فرایندهای شناختی پایه خودنظم‌دهی، تحت تأثیر این شناخت‌های اساسی قرار دارد.

تفکر

در روایات اسلامی، «تفکر» از مهم‌ترین کارکردهای عقل شمرده شده است. تفکر، فرایند استنباط و استنتاجی است که منجر به آگاهی و بصیرت، نسبت به امور می‌شود. البته، متعلق تفکر در بیشتر آیات قرآن تفکر در آیات الهی (آفاقی و انفسی) است که منجر به تقویت شناخت خدا و حقیقت جهان و انسان می‌گردد (غیائی، ۱۳۸۷). تفکر، فعال‌کننده برخی گرایش‌ها و هدایت‌کننده فرایندهای توجهی است (مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۱، ص ۹۶). تفکر از منظر روایات، منشأ و مبدأ تنظیم خود است (کلینی، ۱۳۸۸، ج ۲، ص ۵۵).

هوشیاری

یکی از مؤلفه‌های عقل، هوشیاری یا توجه فعال نسبت به خود، مقصد و مسیر است. «غفلت» که در اصطلاح علمای اخلاق، به سستی و ضعف نفس از توجه به مقصود تعریف شده (نراقی، ۱۳۹۰، ص ۳۷۳)، در نقطه مقابل هوشیاری قرار دارد (تمیمی‌آمدی، ۱۳۶۰، ص ۱۵۰).

حزم و تدبیر

«حزم»، به‌عنوان یکی از عناصر فرایند خودنظم‌دهی با عبارات مختلف و شبکه‌ای از مفاهیم در حوزه کارکردهای

عقل قرار داده شده است. از روایات بر می‌آید که حزم متوجه «آینده» است و طی آن، فرد عاقبت امور را پیش از هر اقدامی بررسی می‌کند و گام‌های خود را بر اساس تأمین آینده، تنظیم می‌کند (پسندیده، ۱۳۸۸، ص ۱۰۳). «تدبیر»، مفهومی نزدیک به حزم، به معنی دوراندیشی و برنامه‌ریزی آینده‌نگرانه و یکی از عناصر اساسی فرایند خودنظم‌دهی است (صدوق، ۱۴۱۳ق، ج ۴، ص ۳۷۱؛ تمیمی‌آمدی، ۱۳۶۰، ص ۵۱).

تجربه‌اندوزی و عبرت‌گیری

یکی دیگر از عناصر شناختی فرایند خودنظم‌دهی، «حفظ تجارب» و «اعتبار» است که در منابع اسلامی، از کارکردهای عقل برشمرده شده‌اند و شاید با مفهوم ارزیابی و «بازخورد»، در حلقه‌های خودنظم‌دهی هم‌افق باشند. طبق روایات، «تجربه» منبعی برای دانایی و شناخت است، موجب پختگی نظر، حسن انتخاب و درستی رفتار می‌شود (پسندیده، ۱۳۸۸، ص ۹۵). «عبرت»، نیز عبارت است از: «دقت در حقایق اشیاء و جهات دلالت آن، برای شناخت حقایق دیگر و قیاس برخی امور بر امور دیگر» (همان)؛ و «شناخت احکام و قواعد برخی امور و تسری آن به امور دیگر»؛ قواعدی از قبیل محکومیت دنیا به فنا و محکومیت انسان‌ها به مرگ (همان). این دانش، در واقع دانش پسینی است (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۱، ص ۱۶۰).

یکی از ساحت‌های اساسی وجود انسان، ساحت اراده و انگیزش است. عقل، در بُعد ارادی-انگیزشی خود دارای چهار مؤلفه است که عبارتند از: اراده معطوف به خواست و رضایت الهی، اراده معطوف به آخرت، اراده معطوف به مخالفت هوای نفس، و اراده معطوف به فضیلت. در ادامه، توضیح مختصری درباره هر یک از مؤلفه‌ها و برخی مستندات آنها ارائه می‌شود.

اراده معطوف به خواست و رضایت الهی

قصد و اراده انسان عاقل، در وجه جامع خود معطوف به «خواست و رضایت الهی» است (نوری، ۱۳۸۹). روایاتی که «اطاعت» و «اخلاص» را از نتایج تعقل برمی‌شمارد، ناظر به این معنا هستند. در واقع، هدف اعلای حرکت کمالی انسان «قرب الهی» است که از طریق هماهنگی عملی، با اراده تشریحی خداوند و با انگیزه عام الهی و بدون شائبه‌های نفسانی انجام می‌گیرد (کلینی، ۱۳۸۸، ج ۱، ص ۱۷).

اراده معطوف به آخرت

از منظر دیگر، قصد و اراده انسان عاقل که در مؤمنان نمود تام پیدا می‌کند، معطوف به کسب کمال نهایی و لذت پایدار است. رغبت به آخرت، در برابر رغبت به دنیا، اساساً به معنی ترجیح لذت‌ها و کمالات عالیه در برابر لذت‌ها و کمالات زودگذار است. انسان عاقل در مقام هدف‌گزینی و اقدام، سعادت ابدی خود را بر دستاوردهای گذرای دنیا که خود محفوف به مکاره و مشکلات است، ترجیح می‌دهد. لذت، واکنش نفسانی انسان به حرکت در مسیر کمال

است که بسته به مراتب این حرکت، می‌تواند عمیق‌تر، پایدارتر، و بی‌شائبه‌تر باشد (همان). مفهوم «زهد»، به‌عنوان یک مفهوم انگیزشی - بیانگر تنظیم رغبت نسبت به دنیا و آخرت - حاکی از این سنخ از اراده عاقلانه است. در مقابل، «دنیابگرای» یا اراده معطوف به دنیا قرار دارد که فرد غایت قصوای حرکت خود را در اهداف دنیوی تعریف می‌کند و در بهره‌برداری از دنیا، برای خود محدودیتی قابل نیست.

اراده معطوف به مخالفت هوا

یکی از اهم موانع در برابر اراده عقلانی، «هوای نفس» یا اراده معطوف به شهوت و غضب است. انسان عاقل، بر اساس روایات به مقتضای طبع اولیه خود عمل نمی‌کند، بلکه تلاش می‌کند تا خواسته‌های خود را در جریان تزامم انگیزه‌های مختلف، با چارچوب‌های معنوی - اخلاقی بر خاسته از عقل هماهنگ نماید. روایات متعددی در توصیف ویژگی‌های «عقلان»، به این سنخ از اراده اشاره می‌کنند. «تملک نفس» در وضعیت‌های روانی مختلف و به‌هنگام تحریک انگیزه‌های متعارض، از نشانه‌های عقل شمرده شده‌اند. همچنین، بخشی از مفهوم «صبر»، این نوع از اراده را پوشش می‌دهد (تمیمی‌آمدی، ۱۳۶۰، ص ۲۴۱).

اراده معطوف به فضیلت

یکی از ویژگی‌های اراده عقلانی، قصد حرکت در جهت استکمال نفسانی است. استکمال نفسانی، دو بُعد دارد: بُعد نظری و بُعد عملی. مراد از جنبه نظری، بُعد معرفتی انسان است که در اینجا مد نظر نیست. مراد از جنبه عملی، این است که نفس آدمی در سایه رفتارهای خاص، تحولات و فعلیت‌های نوینی می‌یابد. مقصود از عمل، اختصاصاً رفتارهای مشهود نیست، بلکه شامل اعمال باطنی و درونی آدمی نیز می‌شود، اموری از قبیل نیت، حالات باطنی، خلقیات و ملکات و سجایای اخلاقی. این امور، اگرچه از سنخ معرفت و آگاهی نیستند، اما شدیداً نفس و روان آدمی را تحت تأثیر قرار داده، هویت و حقیقت نفس را متبدل و متحول می‌کنند (ر.ک: واعظی، ۱۳۹۱). یکی از گرایش‌های فعال و پایدار انسان عاقل، گرایش به اصلاح نفس و آراستن آن، به فضایل و مکارم اخلاقی است (تمیمی‌آمدی، ۱۳۶۰، ص ۲۸).

دو نگرش اساسی مبتنی بر مؤلفه خودشناسی (از مؤلفه‌های شناختی) که از منابع اسلامی استخراج شده است، عبارتند از: ۱. ادراک کرامت شخصی، ۲. ادراک انکسار شخصی. این دو نگرش، به نوع نگاه فرد به رابطه خود با خداوند عالم از دو منظر مختلف حاصل می‌شود.

ادراک کرامت شخصی

یکی از ارزش‌های محوری حاکم بر خودتنظیمی در الگوی خودنظم‌دهی اسلامی که از نتایج خودشناسی محسوب می‌شود، ادراک کرامت است. کرامتی که در مورد انسان مطرح می‌شود، می‌تواند دو معنا داشته باشد (عالمزاده نوری، ۱۳۸۹):

۱. کرامت ذاتی: ارزش وجودی (تکوینی یا فلسفی) انسان که از سوی خداوند به او بخشیده شده و به موجب آن،

انسان از سایر مخلوقات برتر است. عقل، اراده، اختیار و قابلیت رشد تا مقام جانشینی خداوند عوامل این کرامت است (آیات شریفه «وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ» و «لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ» به این کرامت اشاره دارد).

۲. کرامت اکتسابی: ارزشی که انسان در سایهٔ اختیار و تلاش به دست می‌آورد. این ارزش، به بیان قرآن کریم تنها در گرو تقوای الهی است و طبعاً در همگان وجود ندارد. نهادینه شدن ارزش‌های اخلاقی، در سایهٔ تقوا موجبات ارتقاء این نوع از کرامت را فراهم می‌آورد. برخی از روایات، ادراک کرامت نفس (از نوع ذاتی یا اکتسابی آن)، را از مؤلفه‌های عقل برشمرده‌اند (تمیمی‌آمدی، ۱۳۶۰، ص ۵۲).

ادراک انکسار شخصی

بر اساس روایات، یکی دیگر از مؤلفه‌های خودتنظیمی اسلامی که مبتنی بر خودشناسی و تأمل بر خود است، «ادراک انکسار» می‌باشد که در روابط بین‌فردی، در قالب «تواضع» بروز می‌کند. درک عبودیت خداوند، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخصه‌های عقلانیت، موجب برانگیخته شدن احساس انکسار است. انکسار نفس، مقابل عجب و خودپسندی قرار دارد. تواضع نیز در مقابل کبر قرار دارد؛ یعنی شکسته‌نفسی که مانع شود آدمی خود را برتر و بالاتر از دیگران ببیند. البته اصل تواضع نیز ناشی از بزرگ شمردن خداوند و درک هیبت و عظمت او می‌گردد (نراقی، ۱۳۹۰، ص ۱۶۹). برخی روایات، این ویژگی را از مؤلفه‌های عقل بر شمرده‌اند (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۴۴۳). همان‌طور که گفته شد، یکی از کارکردهای عملی عقل، تنظیم اهداف و برنامه‌ها در مسیر رشد و تحقق هدف نهایی است. در این مسیر، سه نیروی عاطفی - هیجانی اساسی در روایات عقل، این حرکت کمالی را نیرومند می‌سازند. این سه نیروی عاطفی عبارتند از: ۱. رجا (امید)، ۲. خوف (ترس، پروا)، ۳. حیا.

رجا

«رجا» در لغت به‌معنای «انتظار امر محبوب بر اساس یک نشانه»، یا «اطمینان به حصول آنچه موجب مسرت می‌شود» تعریف شده است (راغب‌اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ص ۱۶۱). در تحلیل مفهوم «رجا»، عنصر آینده تعیین‌کننده است. مطابق متون اسلامی، «رجا» امری خوشایند در آینده است که انسان انتظار آن را می‌کشد و به امید آن حرکت می‌کند (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۷۰، ص ۳۵۲). متعلق رجا در متون اسلامی، امید به خداوند، رحمت واسعه و پادشاه اوست که نقش مهمی در حرکت کمالی او به سمت سعادت پایدار ایفا می‌کند. امید سرشار و فعال، از نشانه‌های اهل تعقل (ذی‌لب) شمرده شده است (نهج‌البلاغه، خ ۸۳).

خوف

یکی از مؤلفه‌های عاطفی اساسی در حرکت انسان در مسیر هدف در منابع اسلامی، «خوف» نامیده شده است. «خوف» در لغت به‌معنای انتظار امری ناخوشایند در آینده تعریف شده است (راغب‌اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ص ۱۶۱). همین حقیقت در متون دینی نیز به چشم می‌خورد؛ خوفی که در متون اخلاقی آمده، ترس از پیامد اعمال است که

ممکن است نارضایتی پروردگار یا ابتلاء به قهر و غضب الهی و تهدید سعادت انسان را در پی داشته باشد. اگر ترس برانگیخته شود، انسان برای دوری از تهدیدات، برنامه‌ریزی و اقدام کرده و بدین‌نحو از منبع تهدید می‌گریزد؛ زیرا به‌طور فطری از خصیصه دفع ضرر برخوردار بوده و از زیان‌گریزان است. این‌گریز در عرصه اخلاق، منجر به مهار نفس و تغییر و تنظیم رفتار می‌شود (پسندیده، ۱۳۸۸، ص ۱۱۷). روایات متعددی، خوف را از مؤلفه‌های عقل برشمرده‌اند (ورام‌ابن‌ابی‌فراس، ۱۴۱۰ق، ج ۲، ص ۱۱۸).

حیا

یکی از مؤلفه‌های اصلی عقل و از مهم‌ترین عناصر تنظیم خود در الگوی خودنظم‌دهی اسلامی، حیاست (پاینده، ۱۳۶۳، ص ۴۹۷). از مجموع تعاریف علمای اخلاق، چند نکته به دست می‌آید: ۱. حیا، هنگام مواجهه با یک فعل قبیح اتفاق می‌افتد؛ ۲. در این حالت، روان انسان، حالت انکسار، انفعال، انقباض، انزجار و انحصار پیدا می‌کند؛ ۳. این برانگیختگی در عمل، موجب تنظیم رفتار می‌گردد؛ ۴. منشأ زشت دانستن رفتار، می‌تواند شرع، عقل، عرف و آداب اجتماعی باشد. مجموعه شواهد و قراین روایی، نشان می‌دهد که از دیدگاه روایات، فصل مقوم و وجه ممیز حیا از سایر بازدارنده‌ها، عنصر «نظارت» است؛ یعنی آنچه حیا را بر می‌انگیزد، حضور و نظارت ناظر است (پسندیده، ۱۳۸۸، ص ۱۳۹). در نهایت، مؤلفه‌های اجرایی عقل که مشخصاً مفاهیم مرتبط با تنظیم روانی - رفتاری به حساب می‌آیند، عبارتند از: ۱. صبر، ۲. تقوا.

صبر

تأکید خاص روایات بر مفهوم صبر، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های عقل، بیانگر جایگاه بنیادین این توانش، در بُعد اجرایی حیات معقول است (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۱۹۶). عالمان اخلاق اسلامی با تکیه بر منابع دینی، تعاریف مختلفی از صبر به دست داده‌اند که قرابت بسیاری با مفاهیم خویشتن‌داری و خودمهارگری دارد. صبر، به‌معنای ثبات بر انگیزه دینی در برابر انگیزه نفسانی است. این حالت ثبات، بر دو قسم است: صبر بدنی و صبر نفسی. صبر بدنی، با قیام به عمل تحقق می‌یابد و صبر نفسی، خودداری انسان در برآوردن خواهش‌های نفس و درخواست‌های هوا است (غزالی، ۱۴۱۲ق، ج ۱، ص ۹۳). با توجه و تأمل در روایات، می‌توان گفت: «صبر» به‌معنی استقامت و پایداری در برابر تمام عواملی است که انسان را از رسیدن به کمالی که خداوند بشر را برای آن خلق کرده، باز می‌دارد. صابر کسی است که در مقابله با همه اسباب و موانعی که در مسیر رشد و کمال سدّ راه وی می‌شوند، مقاومت می‌کند. صبر در معنای وسیع خود، مبنای اکثر فضایل است.

تقوا

تقوا، یکی از مؤلفه‌های محوری عقل و یکی از شاخص‌های اساسی حیات معقول است (حسینی، ۱۴۱۴ق، ص ۱۶۰). حقیقت تقوا، فعلی درونی یا صفتی است که انسان را از ارتکاب معاصی الهی باز می‌دارد و به انجام واجبات الهی

ترغیب می‌کند. در نهایت، انسان را از مخاطرات روز جزا و غضب پروردگار حفظ کرده و سعادت او را تضمین می‌نماید. تقوا، خودنگاهداری یا خودنگاهبانی (صیانت از نفس)، در چارچوب اوامر و نواهی الهی (مدیریت رفتار با قصد قربت)، بر اساس پروای الهی و یا برای جلوگیری از مخاطرات معنوی - آخرتی است (مطهری، ۱۳۶۸، ص ۱۶).

جدول ۱. ابعاد و مؤلفه‌های خودنظم‌دهی اسلامی (بر اساس مؤلفه‌های ۲۱ گانه عقل)

مؤلفه‌ها	ابعاد خودنظم‌دهی
تفکر و تأمل؛ هوشیاری؛ آینده‌نگری - برنامه‌ریزی (کاربرد علم در مقام عمل: نگاه پیشینی)؛ تجربه‌اندوزی - عبرت‌گیری (کاربرد علم در مقام عمل: نگاه پسینی)	معرفتی - شناختی (کنشی)
شناخت حقایق؛ به صورت مطلق؛ خودشناسی؛ خداشناسی؛ هدف‌شناسی و راه‌شناسی؛ شناخت ارزش‌ها	معرفتی - شناختی (پیامدی)
اراده معطوف به خواست و رضایت الهی؛ اراده معطوف به هدف غایی (رستگاری)؛ اراده معطوف به اکتساب فضایل و اجتناب از رذایل؛ اراده معطوف به مقابله با هوای نفس	ارادی - انگیزشی
نگرش‌های مرتبط با خود؛ کرامت نفس؛ انکسار نفس	نگرشی
خوف؛ رجا؛ حیا	عاطفی - هیجانی
صبر؛ تقوا	اجرائی

در نهایت، خودنظم‌دهی در الگوی اسلامی، شامل تنظیم تعالی‌بخش فرایندهای توجهی، شناختی، انگیزشی، احساسی و اجرایی بر اساس مؤلفه‌های برآمده از منابع اسلامی، در چارچوب مفهوم «عقل» است.

یافته‌های کمی پژوهش به شرح زیر است:

برای تأیید ادعای محقق مبنی بر اینکه «عقل» اساسی‌ترین منبع خودنظم‌دهی در منابع اسلامی است، محقق از کارشناسان خواست میزان مطابقت این ادعا، با مستندات را در یک لیکرت ۵ درجه‌ای مشتمل بر طبقات خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، و خیلی کم ارزیابی کنند. همچنین، از آنها خواسته شد، میزان ارتباط مدعا و مستندات را در یک لیکرت ۴ درجه‌ای، مشتمل بر طبقات کاملاً مرتبط، مرتبط نیازمند بازبینی، نیازمند بازبینی جدی، و غیرمرتبط ارزیابی کنند. شاخص روایی محتوا، یا CVI بیانگر میزان ارتباط ادعا با مستندات است. در صورتی که نمره CVI از ۰/۷۹ بالاتر باشد، روایی محتوای ادعا مورد تأیید می‌باشد.

جدول ۲. روایی اصل ادعا مبنی بر محوریت عقل در خودنظم‌دهی

مدعا	میانگین	میان	کمینه	بیشینه	CVI
عقل منبع اصلی خودنظم‌دهی در منابع اسلامی	۴/۴	۴/۵	۳	۵	۰/۹۰

بر اساس نتایج روایی‌سنجی کارشناسان، با توجه به اینکه بر اساس نمره میانگین و میان، بیشتر کارشناسان میزان مطابقت ادعا و مستندات را در سطح خیلی زیاد، و زیاد ارزیابی کرده‌اند و با توجه به شاخص روایی محتوا معادل ۰/۹۰، اصل ادعای محقق مبنی بر اینکه عقل منبع اصلی خودنظم‌دهی در انسان است، روایی مطلوب را به دست آورده است. همچنین، برای بررسی روایی محتوای مؤلفه‌های ۲۱ گانه عقل، در ساحت‌های معرفتی - شناختی (۱۰ مؤلفه ساختاری و فرایندی، به اضافه ۲ مؤلفه نگرشی)، ارادی - انگیزشی (۴ مؤلفه)، احساسی - عاطفی - هیجانی (۳ مؤلفه)، و اجرایی (۲ مؤلفه)، این مؤلفه‌ها به همراه مستندات آن، در اختیار ۱۰ کارشناسان دینی قرار گرفت و از آنها خواسته شد که میزان مطابقت این مؤلفه‌ها را با مستندات در یک لیکرت پنج درجه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، متوسط،

کم، و خیلی کم)، ارزیابی کنند. سپس، برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از دو ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. برای تعیین CVR، از متخصصان خواسته می‌شود تا هر مؤلفه را بر اساس طیف سه قسمتی «ضروری است»، «مفید است ولی ضرورتی ندارد» و «ضرورتی ندارد»، بررسی نمایند. مقدار معتبر CVR، در جدول تصمیم‌گیری برای ۱۰ کارشناس معادل ۰/۶۲ است. جدول روایی محتوای مؤلفه‌های عقل و مقادیر ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) به شرح زیر است:

جدول ۳. روایی محتوایی مؤلفه‌های خودنظم‌دهی اسلامی (بر اساس مفهوم عقل)

مؤلفه	میانگین	میانه	کمینه	بیشینه	CVR	CVI
۱ مطلق آگاهی و شناخت	۴/۸	۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۲ خودشناسی	۴/۹	۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۳ خداشناسی	۵	۵	۵	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۴ هدف‌شناسی	۴/۸	۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۵ راه‌شناسی	۴/۷	۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۶ ارزش‌شناسی	۴/۷	۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۷ تفکر و تأمل	۴/۶	۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۸ هوشیاری	۴/۶	۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۹ آینده‌نگری - برنامه‌ریزی	۴/۷	۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۱۰ تجربه‌اندوزی - عبرت‌گیری	۴/۷	۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۱۱ اراده معطوف به خواست و رضایت الهی	۴/۴	۴/۵	۳	۵	۰/۹۰	۰/۸۰
۱۲ اراده معطوف به رستگاری	۴/۴	۴	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۱۳ اراده معطوف به فضیلت	۴/۸	۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۱۴ اراده معطوف به مقابله با هوای نفس	۴/۶	۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۱۵ احساس کرامت	۴/۴	۴	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۱۶ احساس انکسار	۲/۷	۴/۵	۳	۵	۰/۷۰	۰/۴۰
۱۷ خوف	۴/۲	۴	۳	۵	۰/۸۰	۰/۶۰
۱۸ رجا	۴/۵	۴/۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۱۹ حیا	۴/۲	۴/۵	۲	۵	۰/۸۰	۰/۶۰
۲۰ صبر	۴/۹	۵	۴	۵	۱/۰۰	۱/۰۰
۲۱ تقوا	۴/۶	۵	۲	۵	۰/۹۰	۰/۸۰

همان‌طور که در جدول ۳ دیده می‌شود، بر اساس ضرایب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص‌های روایی محتوا (CVI)، و با توجه به جدول تصمیم‌گیری، قریب به اتفاق مؤلفه‌های «عقل»، در سطوح شناختی، انگیزشی، هیجانی و اجرایی، از نظر کارشناسان تأیید شده‌اند. از این میان، مؤلفه احساس انکسار (مؤلفه نگرشی)، بر اساس هر دو شاخص CVR و CVI از روایی محتوا برخوردار نیست. همچنین، مؤلفه‌های خوف و خشیت، و شرم و حیا، بر اساس ضریب CVR و شاخص CVI دارای پایین‌ترین سطح روایی هستند. به نظر می‌رسد، مؤلفه‌های معرفتی شناختی، ارادی - انگیزشی، و اجرایی دارای اعتبار بیشتر و مؤلفه‌های نگرشی و احساسی - عاطفی - هیجانی، از روایی کمتری برخوردارند.

بحث و نتیجه‌گیری

با تعریف مبانی انسان‌شناسی اسلام، محقق می‌باید سازهٔ مادری را که بتواند منبع و مبنای تنظیم رفتارهای هدفمند انسان قرار گیرد، تعیین کند. جوهری که مبنای علم و اراده باشد، نیروهای مختلف درونی انسان را تنظیم نماید، هدف غایی، انرژی و جهت حرکت انسان را مشخص نماید. بررسی مفاهیم عام اخلاق اسلامی، محقق را به مفهوم «عقل» رساند. عقل در منابع اسلامی، پیامبر و نیروی هدایت‌گر درونی انسان به حساب می‌آید. عقل مبنای علم، دین و اخلاق است. عقل، نیروی معرفتی پایه در انسان، منبع درک مطلق حقایق و حقایق اساسی (شامل خداشناسی، خودشناسی، هدف‌شناسی، و راه‌شناسی) و ارزش‌ها، و نیروی انگیزشی تحریک‌کننده به سوی نیکی‌ها و بازدارنده از بدی‌های و در نقطهٔ مقابل «هوا» تعریف شده است (محمدی‌ری‌شهری، ۱۳۷۸، ص ۳۰-۳۲). از نظر محقق، عقل یک نیروی شناختی - انگیزشی - اجرایی است که با شناخت حقایق و برخورداری از نیروهای انگیزشی فطری، توانایی‌های خود را در جهت حرکت به سوی کمال غایی خود و تحصیل سعادت، سازمان می‌دهد. در این چارچوب، هیچ‌گونه فعالیت تنظیمی سطح بالا، بدون حضور عقل معنادار و ممکن نیست. نتایج ارزیابی کارشناسان، ادعای محقق مبنی بر محوریت عقل، در خودنظم‌دهی کنش‌های روانی انسان را تأیید می‌کند.

همان‌طور که گفته شد، بررسی‌های محقق در منابع اسلامی، ۲۱ مؤلفهٔ نظری در چهار ساحت روانی را مورد شناسایی قرار داد. به نظر می‌رسد در این میان، اساسی‌ترین مؤلفه‌های عقل در ساحت معرفتی قرار دارند. در این ساحت، بیشترین کاربرد سازهٔ عقل، در مبدأ ادراکات و نتیجه ادراکات انسان است. عقل در روایات متعدد، مبدأ معارف انسانی، مبدأ تفکر و مبدأ الهام برشمرده شده است. این ادراکات، منجر به «شناخت حقایق» می‌گردد. البته در روایات شناخت حقایق اساسی از قبیل حقایق مربوط به مبدأ و معاد و خود، برجسته شده‌اند. مؤلفه‌های معرفتی - شناختی عقل، به برداشت فلاسفه از عقل نزدیک‌تر است (ر.ک: صدرالمآلهین، ۱۳۸۳، ج ۳، ص ۴۲۷-۴۱۸).

در سطح دوم، مؤلفه‌های معرفتی - انگیزشی، یا مؤلفه‌های مرتبط با عقل عملی - در اصطلاح برخی فلاسفه و علمای اخلاق - به‌معنای مبدأ ادراک ارزش‌ها و تحریک به سوی آن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. شعوری که بایدها و نبایدهای اخلاقی و عملی را هدف قرار می‌دهد. در مؤلفه‌های مربوط به بُعد ارادی - انگیزشی، با انگیزش‌های متعالی روبرو هستیم که با عناوینی از قبیل انگیزش رشد و کمال، انگیزش تعالی (فراروی)، انگیزش خیر و نیکی، می‌توان از آنها یاد کرد. در مقابل، انگیزش لذت‌جویی و رنج‌گریزی، در سطح نیازهای بدنی و نیازهای روانی سطح پایین عمل می‌کنند. این دسته از مؤلفه‌های عقل، با برداشت اخلاقی - روایی نزدیک‌تر است (ر.ک: مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۱، ص ۹۹-۱۰۱؛ حرعاملی، ۱۴۰۹ق، ج ۱۵، ص ۲۰۸).

پس از مؤلفه‌های مربوط به ساحت معرفتی و انگیزشی عقل، به نظر می‌رسد مهم‌ترین و اساسی‌ترین مؤلفه‌های عقل، مربوط به ساحت اجرایی باشد. سازه‌های «صبر» و «تقوا»، از مفاهیم پایه اخلاق اسلامی و به

حساب می‌آیند. در مفهوم صبر، حفظ طمأنینه نفس، ثبات بر انگیزه دینی و استقامت در برابر فشارها و موانع، قرار دارد. تقوا، یکی از مهم‌ترین نشانگان عقل و ایمان است؛ هرچند خود، در تقویت عقل و ایمان نقش جدی دارد. حقیقت تقوا، خوشتن‌بانی و خودنگهداری در سطح قلبی یا عملی، از جمله اموری است که سعادت انسان را به مخاطره می‌اندازد. تقوا در بردارندهٔ پروا و خوف از پروردگار، اجتناب عملی و قصد قربت است. در مجموع به نظر می‌رسد، در سطح اجرایی، تسلط بر نفس، مخالفت با هوا و بازاری عملی، با جهت‌گیری الهی از مقومات صبر و تقوا به حساب می‌آید (ر.ک: مطهری، ۱۳۶۸، ص ۱۶؛ یوسفی آملی، ۱۳۹۱).

در سطح بعدی مؤلفه‌شناسی، مؤلفه‌های نگرشی، شامل ادراک کرامت و ادراک انکسار و مؤلفه‌های هیجانی، شامل هیجانانگیز و رجا و حیا قرار دارد. به نظر می‌رسد، این مؤلفه‌ها محصولات جانبی فرایند تعقل و تنظیم می‌باشند. نتایج بررسی روایی محتوایی مؤلفه‌های عقل، بر الگوی ساختاری خودنظم‌دهی، مبتنی بر ابعاد شناختی، انگیزشی، هیجانی و اجرایی «عقل» صحنه می‌گذارد. البته در این میان، مؤلفهٔ نگرشی احساس انکسار که محصول فرعی مؤلفه خودشناسی است، رد شد و مؤلفه‌های احساسی - هیجانی، از قبیل خوف و خشیت، و شرم و حیا، روایی ضعیفی به دست آورده است. به نظر می‌رسد، در خصوص مواردی از این دست، می‌توان در جست‌وجوی مستندات قوی‌تری برآمده و یا با اضافه کردن برخی قیود، دقت مفهومی مؤلفه را افزایش داد. هرچند شاید این نتایج، ما را به این برداشت برساند که عقل در منابع اسلامی، عمدتاً ماهیت معرفتی - انگیزشی - اجرایی دارد و عناصر نگرشی و هیجانی، محصولات فرعی کنش‌های عقلانی هستند.

این مؤلفه‌ها، با مؤلفه‌هایی که توسط برخی محققان (پسندیده، ۱۳۸۸؛ رفیعی‌هنر، ۱۳۹۵) به دست آمده است، دارای همپوشی نسبی است.

به نظر می‌رسد، پسندیده (۱۳۸۸) درصد بوده شبکه‌ای از مفاهیم مرتبط با خودنظم‌دهی و خودمهارگری را از منابع دینی استخراج نماید. شناخت این شبکه، می‌تواند به شناخت ابعاد و فرایند خودنظم‌دهی و خودمهارگری کمک نماید، اما کار محقق این تمایز را دارد که به تمرکز بر روی «عقل»، به‌عنوان منبع اساسی خودنظم‌دهی، درصد شناسایی عناصر ساختاری بعدی از وجود انسان است که فرایند خودنظم‌دهی را هدایت می‌نماید. به نظر می‌رسد، از آنجاکه رفیعی (۱۳۹۵) برای خودمهارگری دو بُعد شناخت و بازاری قائل است، ساختار خودنظم‌دهی را بر این اساس تنظیم کرده است. اما محقق علاوه بر ابعاد شناختی و رفتاری، برای خودنظم‌دهی ابعاد انگیزشی و هیجانی را نیز شناسایی کرده است. همچنین، محقق در این مقاله، تقوا را از مؤلفه‌های اجرایی عقل بر شمرده و به نوعی معتقد است: تمرکز روی نشانگان و مؤلفه‌های عقل، ساختار و فرایند خودنظم‌دهی را به نحو متقاعدکننده‌تری توجیه می‌نماید.

نتیجه اینکه، پایگاه عقل در منابع اسلامی، می‌تواند کنش‌های مرتبط با خودنظم‌دهی، از قبیل خودنظارتی، خودارزیابی، تدبیر (شامل هدف‌گزینی و برنامه‌ریزی راهبردی)، و مهار ارادی، را به نحو متقاعدکننده‌ای توجیه کند.

علاوه بر اینکه، در الگوی اسلامی، بینش‌ها و گرایش‌های فطری، به‌عنوان بخش محوری تعبیر دینی عقل، این کنش‌ها را تحت سیطره و کنترل خود قرار می‌دهند.

در پایان تذکر این نکته لازم است که برای فهم ساختار و فرایند خودنظم‌دهی در منابع اسلامی، علاوه بر مفهوم عقل، کار بر روی مفاهیم مرتبط از قبیل صبر و تقوا، و فرایندهای تنظیم خود که به انحاء مختلف در منابع اسلامی مورد اشاره قرار گرفته است، ضروری است. همچنین، شناخت ساختار و فرایند خودنظم‌دهی در منابع اسلامی، می‌تواند ما را در طراحی و تدوین الگوهای تغییر و برنامه‌های مداخله و درمان برای رفع مسایل درون‌فردی و بین‌فردی، یاری رساند.

منابع

- نهج البلاغه، ۱۴۱۲ق، تحقیق صبحی صالح، قم، مؤسسه دارالهبیره.
- ابن‌ابی‌الحدید، عزالدین، ۱۹۸۵، شرح نهج البلاغه، تحقیق محمد ابوالفضل ابراهیم، بیروت، دار احیاء التراث.
- الاحسائی، محمدبن علی، ۱۴۰۵ق، عوالمی الالامی العزیزیه فی الاحادیث الدینییه، تحقیق مجتبی‌العراقی، قم، مطبعه سیدالشهدا.
- احمدی، مهدی، ۱۳۸۸، عقل در قرآن کریم، در سرچشمه حکمت: جستارهایی در باب عقل، علینقی خدایاری، تهران، نیا.
- ابن شعبه حرانی، حسن بن علی، ۱۴۰۴ق، تحف العقول، تحقیق علی‌اکبر غفاری، قم، مؤسسه نشر اسلامی.
- برنجکار، رضا، ۱۳۸۸، عقل در احادیث، در سرچشمه حکمت: جستارهایی در باب عقل، علینقی خدایاری، تهران، نیا.
- پاینده، ابوالقاسم، ۱۳۶۳، نهج الفصاحه، تهران، دنیای دانش.
- پسندیده، عباس، ۱۳۸۸، اخلاق پژوهی حدیثی، تهران، سمت.
- تمیمی آمدی، عبدالواحد، ۱۳۶۰، تصنیف غررالحکم و دررالکلم، تحقیق سیدجلال‌الدین‌المحدث، تهران، دانشگاه تهران.
- جعفری‌هرندی، رضا و همکاران، ۱۳۸۷، «تحلیل محتوا روشی پرکاربرد در مطالعات علوم اجتماعی»، روش‌شناسی علوم انسانی، ش ۵۵، ص ۳۳-۵۸.
- حرعاملی، محمدبن‌الحسن، ۱۴۰۹ق، وسائل‌الشیعه، قم، مؤسسه آل‌البیت.
- حسین‌زاده، محمد، ۱۳۸۶، «عقل از منظر معرفت‌شناسی»، معرفت فلسفی، سال چهارم، ش ۴، ص ۱۱-۶۰.
- حسینی، محمدبن‌الحسن، ۱۴۱۴ق، مواظف العددیه، تحریر: المیرزا علی‌المشکینی‌الاردبیلی، قم، الهادی.
- دیلیمی، حسن بن محمد، ۱۳۹۸ق، ارشاد القلوب، بیروت، مؤسسه الاعلمی.
- راعب‌اصفهانی، حسین بن محمد، ۱۴۱۲ق، مفردات الفاظ القرآن، تحقیق صفوان عدنان داودی، دمشق، دارالقلم.
- رفیعی‌هنر، حمید، ۱۳۹۵، روان‌شناسی مهار خوب‌نشین: با نگرش اسلامی، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
- شجاعی، محمدصادق و همکاران، ۱۳۹۳، «کاربرد نظریه حوزه‌های معنایی در مطالعات واژگانی ساختار شخصیت بر پایه منابع اسلامی»، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ش ۱۵، ص ۷-۳۸.
- صدرالمتألهین، ۱۳۸۳، الحکمه المتعالیه فی الاسفار العقلیه الاربعه، قم، مصطفوی.
- صدوق، محمدبن علی، ۱۴۰۳ق، الخصال، تحقیق علی‌اکبر غفاری، قم، مؤسسه النشر الاسلامی.
- _____، ۱۴۱۳ق، کتاب من لا یحضره الفقیه، تحقیق علی‌اکبر غفاری، چ دوم، قم، مؤسسه نشر اسلامی.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۳۶۸، المیزان فی تفسیر القرآن، ترجمه سیدمحمدباقر موسوی همدانی، قم، جامعه مدرسین.
- _____، ۱۳۹۳، المیزان فی تفسیر القرآن، قم، مؤسسه مطبوعاتی اسماعیلیان.
- عالم‌زاده نوری، محمد، ۱۳۸۹، «راهبرد تربیت اخلاقی»، معرفت اخلاقی، سال دوم، ش ۱، ص ۶۵-۹۴.
- غزالی، ابوحامد محمد، ۱۴۱۲ق، احیاء علوم‌الدین، بیروت، دارالهادی.
- غیائی، محمدزاده، ۱۳۸۷، جایگاه تفکر و اندیشه در قرآن کریم، قم، مؤسسه فرهنگی و اطلاع‌رسانی تبیان، از:
- <https://library.tebyan.net/ar/61419/>
- کلینی، محمدبن‌یعقوب، ۱۳۸۸، الاصول من الکافی، تحقیق علی‌اکبر غفاری، تهران، دارالکتب الاسلامیه.
- مجلسی، محمدباقر، ۱۴۰۳ق، بحارالانوار، بیروت، مؤسسه الوفا.
- محمدی‌ری‌شهری، محمد، ۱۳۷۸، خودگرایی در قرآن و حدیث، ترجمه مهدی مهریزی، قم، دارالحدیث.
- _____، ۱۴۲۱ق، العقل والجهل فی کتاب والسنه، تحقیق دارالحدیث، قم، دارالحدیث.

- مطهری، مرتضی، ۱۳۶۸، *ده گفتار*، تهران، صدرا.
- مهدی‌زاده، حسین، ۱۳۸۲، «درآمدی بر معناشناسی عقل در تعبیر دینی»، *معرفت*، ش ۷۴، ص ۲۸-۳۸.
- _____، ۱۳۸۹، *آیین عقل‌ورزی*، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی علیه السلام.
- نراقی، محمدمهدی، ۱۳۹۰، *گزیده علم اخلاق اسلامی*، ترجمه سیدجلال‌الدین مجتوبی، تهران، حکمت.
- نوری، میرزاحسین، ۱۴۰۷ق، *مستدرک الوسائل و مستنبط المسائل*، قم، مؤسسه آل‌البت علیه السلام.
- نوری، نجیب‌الله و همکاران، ۱۳۹۵، «مؤلفه‌های فرایندی و ساختاری هویت دینی بر پایه منابع اسلامی»، *اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی*، سال دوم، ش ۴، ص ۷-۲۶.
- واعظی، احمد، ۱۳۹۱، *انسان از دیدگاه اسلام*، تهران، سمت.
- ورامین‌ابی‌فراس، مسعودبن عیسی، ۱۴۱۰ق، *مجموعه ورام*، قم، مکتبه فقهیه.
- یوسفی‌املی، حسین، ۱۳۹۱، «مفهوم‌شناسی واژه صبر با تأکید بر شبکه معنایی این واژه در قرآن»، *کتاب‌قیه*، سال دوم، ش ۶، ص ۵۱-۷۴.
- Bandura, A., 1991, Social Cognitive Theory of Self-Regulation, *Organizational Behavior and Human Decision Processing*, n. 50, p. 248-287.
- Carver, Charles S., 2004, Self-Regulation of Action and Affect, In: *Handbook of Self-Regulation*, Baumeister, Roy F, & Vohs, Kathleen D, New York, Guilford Press.
- Carver, Charles S, & Scheier, Michael F, 2011, Self-Regulation of Action and Affect. In: *Handbook of Self-Regulation*, Vohs, Kathleen D, & Baumeister, Roy F, New York & London, Guilford Press.
- Gross, J. J, & Thompson, R. A, 2007, Emotion regulation: Conceptual foundations. In *Handbook of emotion regulation*, Gross, J, p. 3-24, New York, NY, US: Guilford Press.
- Gross, J, 2002, Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences, *Psychophysiology*, n. 39, p. 281-291.
- Magen, Eran, & Gross, James J, 2010, Getting Our Act Together: Toward a General Model of Self- Control. In: *Self-Control in Society, Mind, and Brain*, Hassin Ran R, Ochsner, Kevin N, & Trope, Yaacov, New York, Oxford University Press.
- McCullough, M. E, & Willoughby, B. L. B, 2009, Religion, Self-Regulation, and Self Control, *Psychological Bulletin*, v. 135, No. 1, p. 69-93.
- Peterson, C, & Seligman, M. E. P, 2004, *Character strength and virtues*, New York, Oxford university Press.
- Vohs, Kathleen D, & Baumeister, Roy F, 2004, Understanding Self-Regulation. In: *Handbook of Self-Regulation*, Vohs, Kathleen D, & Baumeister, Roy F. New York & London, Guilford Press.
- Vohs, Kathleen D, & Baumeister, Roy S, 2011, Self-Regulation of Action and Affect. In *Handbook of Self-Regulation*, Vohs, Kathleen D, & Baumeister, Roy S., New York, Guilford Press.
- Zimmerman, Barry J, 2000, Attaining Self-Regulation: A Social Cognitive Perspective. In: *Handbook of Self-Regulation*, Boekarrts, M., Pintrich, Paul R, & Zeidner, M, San Dirego, California: Academic Press.

اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده

محبوبه شیروانی سعادت‌آبادی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد کرمان sarvari.m67@gmail.com
 نوشیروان خضری مقدم / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان khezrimoghadam.n@gmail.com
 صدیقه سام‌نژاد / کارشناس ارشد مطالعات زنان و خانواده دانشگاه آزاد تهران مرکز samnezhad_sa@gmail.com
 دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۰۶ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۲۵

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده شهر کرمان انجام شد. طرح پژوهش، نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گمارش تصادفی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را زنان افسرده تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش ۳۰ زن افسرده بود که با استفاده از مقیاس افسردگی بک، افسرده تشخیص داده شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل، هر کدام ۱۵ نفر قرار گرفتند. به گروه آزمایشی کارگاه معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا در ۱۰ جلسه ارائه شد و گروه کنترل برنامه‌ای دریافت نکردند. هر دو گروه قبل و بعد از آزمایش به مقیاس‌های آخرت‌نگری و سلامت روان پاسخ دادند. نتایج نشان داد معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان تأثیر داشته است ($P < 0/001$). تلفیق معنادرمانی با امور معنوی به زنان افسرده در معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی و شناخت واقعیت دنیا کمک می‌کند و منجر به افزایش آخرت‌نگری و به دنبال آن سلامت روان آنان می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا، آخرت‌نگری، سلامت روان، زنان افسرده.

زن سرمایه‌های پرپار برای جامعه است و آسایش خانواده و جامعه به برکت وجود و طبیعت او تحقق می‌یابد (حمید و ویسی، ۱۳۹۱). سازمان بهداشت جهانی، سلامت زنان را از شاخص‌های رشدیافتگی کشورها معرفی کرده است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت، سه بُعد جسمانی، روانی و اجتماعی دارد و تغییر در هر یک از این ابعاد موجب تأثیر بر ابعاد دیگر می‌شود (فانتین (Fontaine) و همکاران، ۲۰۰۹). افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی است که در طی پنجاه سال گذشته رو به فزونی بوده است، و از شایع‌ترین علل بستری شدن شمرده می‌شود (فقیهی و همکاران، ۱۳۹۴). افسردگی، اختلالی است که با کاهش انرژی و انگیزه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌گردد و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و دیگر ریتم‌های بیولوژیک همراه می‌شود و یکی از مهم‌ترین علل ناتوانی در تمام کشورها و از شایع‌ترین اختلالات روانی است که به‌عنوان مشکل سلامت جهانی در تمامی فرهنگ‌ها خودنمایی می‌کند. برخی افراد، به‌ویژه زنان به دلیل موقعیت خاص، در برابر این اختلال آسیب‌پذیرند (تقی‌پور و رسولی، ۱۳۸۷).

طبیعی است که هرچه میزان افسردگی در افراد بالاتر باشد، از سلامت روانی کمتری برخوردارند. سلامت روان به‌معنای تعادل و انسجام فراگیر در همه ابعاد جسمانی و نفسانی انسان است که تعقل و اندیشیدن، آگاهی، هدف‌داری، انصاف، عدالت، امانتداری، حقیقت‌جویی و تسلیم در برابر آن، رشد مستمر و آرامش، از جمله علایم آن است؛ و در مقابل، بیماری روانی خارج شدن از حد اعتدال است که نادانی، عصبانیت، دنیاطلبی، ظلم و تعدی، ضعف اراده و سستی، اضطراب، ترس، خودپسندی، حسد و کینه‌ورزی از نشانه‌های آن می‌باشد. از سوی دیگر، آخرت‌نگری نیز یکی از اعتقادات مذهبی عمیق به‌شمار می‌آید و می‌تواند نقش بسزایی در تعیین سلامت روانی زنان داشته باشد. اعتقاد به آخرت در هر آیینی که پیوندی با آسمان دارد، یک عنصر اساسی و به‌منزله ستون فقرات آن است، و ادیان بدون آن به مکتب‌هایی مادی و ساخته ذهن بشر تبدیل خواهند شد. بنابراین، قوام دین به مبدأ و معاد است و از این رو، هیچ آیین آسمانی و الهی‌ای، هرچند تحریف شده را نمی‌باید که دعوت به زندگی اخروی، برانگیخته شدن انسان پس از مرگ و برپایی حساب و کیفر و پاداش در آن نباشد (ابراهیمی و بهرامی‌احسانی، ۱۳۹۰). پژوهشگران تاریخ بشر تصریح می‌کنند که جامعه انسانی پیوسته با این اصل همراه بوده است؛ گرچه دین و کتاب آن جامعه ناشناخته باشد (لیندستروم (Lindström)، ۲۰۱۴).

تأثیر ارزش‌ها و عقاید مذهبی بر سلامت روانی افراد در پژوهش‌های گوناگونی بررسی شده است. در یک مطالعه نشان داده شد که عقاید مذهبی قوی‌تر باعث ایجاد یک اثر مثبت روانی می‌شود که در ارتقای بهداشت روان مؤثر است (کوئینیگ (Koenig) و همکاران به نقل از: رحیمی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین مطالعات دیگری نشان‌دهنده این بود که مذهب و عقاید مذهبی می‌تواند باعث کاهش ترس و نگرانی از مرگ شود (منظری‌توکلی و بهرامی‌احسان، ۱۳۹۲). اسپیلکا (Spilca) و همکاران (۲۰۰۹) و تمپلر (Templer) و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که

بین اعتقاد به زندگی پس از مرگ و کم شدن اضطراب، ارتباط وجود دارد. در هر حال، اثر مهم دین در آرامش روانی، بهداشت و سلامت روانی و همچنین نقش آن در کاهش و بهبود بیماری‌های روانی و ناهنجاری‌های اجتماعی باعث شده است که مطالعات روان‌شناسی دین، در ابعاد مختلف رشد چشمگیری داشته باشد.

قرآن کریم نیز جهالت و عدم کسب دانش را پایه و اساس بیماری‌های دل و روان معرفی می‌کند و درمان آن را نیز بر کسب آگاهی و دانش، به‌ویژه علوم توحیدی، استوار می‌داند. روش‌های درمانی موجود برای درمان مشکلات سلامت روانی و افسردگی، شامل دارودرمانی و روان‌درمانگری با استفاده از روش‌های روان‌تحلیل‌گری، شناختی، رفتاری، شناختی - رفتاری و خانواده‌درمانی به‌صورت ترکیبی یا به‌تنهایی است (فقیهی و همکاران، ۱۳۹۴). دارودرمانی یکی از شیوه‌های رایج در درمان اختلال‌های عاطفی، بخصوص افسردگی است؛ اما عوارض جانبی نامطلوب این داروها کاربرد آنها را در بسیاری از موقعیت‌ها محدود می‌کند. همچنین مطالعاتی که در زمینه پیگیری‌های پس از درمان صورت گرفته است، نشان‌دهنده نرخ بالای نشانه‌های افسردگی در بیماران افسرده پس از قطع دارو است. یکی از عواملی که می‌تواند با افسردگی مرتبط باشد، فقدان معنا در زندگی است. معنادرمانی، روشی از رویکرد وجودی است که می‌تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش با یافتن معنا در زندگی‌شان آماده کند. *فرانکل* بر اساس کار بالینی و مطالعه نتیجه‌گرفت: فقدان معنا منبع اصلی استرس وجودی، افسردگی و اضطراب است. او «نورز وجودی» (existential neurosis) را تجربه بی‌معنایی می‌داند. بر اساس نظر *فرانکل*، درمان به مراجعان کمک می‌کند تا معنایی را در زندگی‌شان پیدا کنند (یاوریان و نیکاکتار (Yavarian & Nikaktar)، ۲۰۱۱). معنادرمانی نوعی درمان مراجع‌محور است که بر روی آینده‌شخص تمرکز می‌کند. در این رویکرد درمانی، درمانگر با هدف آگاه نمودن مراجع از بُعد معنوی خویش، سؤالاتی از وی می‌پرسد. بنا به نظر *فرانکل*، ریشه روان‌رنجوری انسان مدرن، در شکست او در معنادهی به زندگی، نقص در ارزش‌ها و پوچی در زمینه وجودی و ذاتی است. در مداخلات روان‌شناختی، معنادرمانی مظهر دنیایی کوچک از دنیای واقعی است که طی آن، هدف از مشارکت افراد، کشف خویشتن به‌عنوان شخصی دارای مجموعه‌ای از علایق مشترک است (کانگ (Kang) و همکاران، ۲۰۰۴). از سویی دیگر، آنچه در معنادرمانی به‌مثابه رکن و پایه در نظر گرفته می‌شود، بحث معنا و هدفمند بودن در زندگی است که این حوزه در دین نیز وجود دارد. از این‌رو، معنادرمانی را می‌توان برخاسته از دین دانست، چنان‌که ابعاد آن در چارچوب اسلام قرار گرفته و اسلام نیز آن را تأیید کرده است. در این میان، یکی از عواملی که می‌تواند تحت تأثیر معنا و به‌طور کلی معنادرمانی قرار گیرد، آخرت‌نگری است؛ چراکه به اعتقاد *فرانکل*، مرگ پایان زندگی نیست، بلکه به آن جهت می‌بخشد. از سوی دیگر، وجود باورهای مذهبی می‌تواند بر روی عواملی مانند تنش و اضطراب، رفتارهای پرخطری همچون مصرف سیگار و مواد مخدر، فرار از مدرسه، و اعتیاد به الکل، نقص در مهارت‌های اجتماعی، روابط درون‌فردی ضعیف و حرمت نفس پایین، کم‌رویی و بروز افسردگی اثر منفی بگذارد و از میزان آنها بکاهد (استوارت (Stewart)، ۲۰۱۵).

به اعتقاد گروهی از پژوهشگران، مذهب به‌عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، باورها و نیایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم‌یافته، یکی از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در تمام عمر فراهم سازد و در شرایط خاص نیز با فراهم‌سازی تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (بهرامی‌احسان و تاشک، ۱۳۸۳). دین و مذهب به‌عنوان یک کاتالیزور موجب شادمانی، رضایت از زندگی، امید و خوش‌بینی، هدفمندی و معنا در زندگی، و حرمت نفس شده و سبب بهبود در آنها می‌شود؛ همچنین بر روی عواملی نظیر احساس تنهایی، شدت افسردگی، شدت اضطراب، وقوع انواع روان‌پریشی، شدت خودکشی و نوع نگرش به آن و نیز ثبات در زندگی تأثیر مثبت می‌گذارد و موجب کاهش این عوامل نامساعد می‌شود (منظری‌توکل و بهرامی‌احسان، ۱۳۹۲).

دین‌گرایی و بی‌اعتقادی به جهان پس از مرگ و اثر منفی آن بر سلامت روان، یکی از مشکلات مزمن حوزه سلامت است که بالاترین میزان شیوع جهانی را به خود اختصاص داده و یکی از دلایل شایع بیماری‌های مزمن در جامعه عمومی است (لینداستروم و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین پژوهش‌ها در حوزه معنویت و سلامت روان، از وجود رابطه مثبت میان آنها خبر می‌دهد (غباری‌بناب و همکاران، ۱۳۸۸؛ ریو و همکاران، ۲۰۰۶).

همان‌گونه که بیان شد، وجود برخی از ابعاد نامطلوب که در زندگی امروزه شایع شده است، موجب می‌گردد فرد به نوعی احساس پوچی و بی‌هدفی کند که در واقع ناشی از فراموشی خدا به‌عنوان مبدأ و مقصد زندگی است؛ در نتیجه انسان امروزی هنگامی که به پایان زندگی می‌اندیشد، آینده را تاریک و مبهم می‌بیند و از آن هراسان می‌گردد؛ درحالی که دین اسلام و در رأس آن کتاب آسمانی قرآن، با فراهم نمودن یک نظام فکری و عقیدتی منسجم در چارچوب مبدأ و معاد، واقعیت‌های زندگی را برای انسان قابل فهم می‌کند و باعث می‌شود که فرد احساس هدفمندی و معناداری در این جهان داشته باشد (ناظمی‌اردکانی و همکاران، ۱۳۹۴). برخی تحقیقات نیز نشان می‌دهد که فعالیت‌های معنوی و شهودی، مانند تمرکز و اندیشه معنوی تصویرسازی ذهنی نسبت به شگفتی‌های جهان هستی و عظمت پروردگار که قادر مطلق است، نیایش و ارتباط عمیق با خالق هستی و امید به رحمت بیکران وی، در حل مشکلات زندگی و نجات انسان اثرات شفافبخش و نیرومندی بر مراجعین دارد (مالتابی و دی، ۲۰۰۳). با توجه به همین امر، لزوم وجود مداخلات درمانی که بُعد معنوی را نیز شامل می‌شوند، بارزتر می‌گردد. از آنجایی که درمان‌های شناختی کلاسیک به‌تنهایی نمی‌توانند باعث افزایش بُعد آخرت‌نگری و به دنبال آن بهبود سلامت روان افراد افسرده شوند، لذا تلفیق روان‌درمانی با امور معنوی و معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی، توکل به پروردگار، راضی و قانع بودن به آنچه فرد دارد و مقدر الهی است، توجه به تدبیرات و حکمت الهی در جهان، شناخت واقعیت دنیا و اینکه مقدمه آخرت است و اینکه زندگی دنیا همراه با سختی‌هاست (حمید و ویسی، ۱۳۹۱) و توجه به تأثیر مثبت مذهب در پیشگیری و درمان اختلالات روانی و جایگاه خاص مذهب و اعتقادات دینی در کشورمان و شیوع زیاد اختلالات خلقی، ضرورت ایجاد می‌کند که با استفاده از شیوه‌های درمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی و با استفاده از آموزه‌های دینی، برای رفع مشکلات زنان افسرده اقدام نمود. همچنین، با توجه به نبود پژوهش کافی در زمینه معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و

دعا و جدید بودن این روش درمانی، در پژوهش حاضر این نکته بررسی شده است که آیا معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده تأثیر دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع کاربردی با روش نیمه‌آزمایشی و با گروه کنترل و آزمایشی است. طرح این پژوهش، طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گمارش تصادفی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را زنان افسرده مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره مهر و امید تشکیل می‌دهند. نمونه مورد بررسی عبارت است از سی زن افسرده که پس از اجرای آزمون افسردگی بک (AISS)، افسرده تشخیص داده شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفره (کنترل و آزمایشی) قرار گرفتند و کاربست حاضر در ده جلسه نمود دقیقه‌ای و در مدت زمان تقریبی پنجاه روز (هر پنج روز یک جلسه) بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل برنامه‌ای دریافت نکرد. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از مداخله آزمایشی پژوهشگران به دست آمده است. هر دو گروه قبل و بعد از آزمایش به مقیاس‌های آخرت‌نگری بهرامی/حسان (۱۳۸۱) و سلامت روان (BioPSSI) پاسخ دادند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۲۲-۴۵ سال بود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌های گروه آزمایشی برای اجرای درمان به این شرح بود: الف. عدم دریافت هرگونه درمان دیگر در طول دوره پژوهش؛ ب. بعضی از آزمودنی‌ها از داروهای آرام‌بخش و مسکن استفاده می‌کردند که این مصرف داروی آنها، با توجه به شرایطشان و همچنین احتیاط لازم (تحت نظر متخصص مربوطه که به آن مراجعه می‌کردند)، قطع شد. به منظور صحت تشخیص بیماری افسردگی، از آزمودنی‌های گروه نمونه مصاحبه تشخیصی به عمل آمد؛ سپس قوانین و مقررات جلسات گروهی برای آنها توصیف شد و آزمودنی‌ها تعهد دادند که به طور منظم در جلسات شرکت کنند. این جلسات شامل معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن بود (حمید و ویسی، ۱۳۹۱). قابل ذکر است که هر جلسه با تلاوت آیاتی چند از قرآن کریم - که مرتبط با محتوای جلسه بود - آغاز می‌گردید؛ سپس به آموزش مباحث معنادرمانی پرداخته و تکالیف ارائه و بررسی می‌شد و در انتها نیز همان آیات تلاوت می‌گردید و جلسه با دعا خاتمه می‌یافت. طرح کلی جلسات به این صورت بود:

جلسات اول و دوم: تعیین اهداف و قوانین گروه؛ تعریف و بیان معنادرمانی و لزوم وجود معنا در زندگی برای افراد با ذکر یک مثال؛ ارائه تکلیف به آزمودنی‌ها به منظور اندیشیدن در مورد مطالب جلسه؛ دادن بازخورد؛ تعریف آزادی معنوی به عنوان یکی از ابعاد هستی انسان و بیان این موضوع که انسان کاملاً تحت سلطه شرایط قرار ندارد و این خود اوست که حق انتخاب دارد که با شرایط مقابله کند؛ ارائه تکلیف.

جلسات سوم و چهارم: آگاهی از ارزش‌ها؛ آموزش آگاهی‌های هشیارانه از ابعاد مختلف زندگی خود؛ تمرکز و توجه بر قدرت مطلق هستی؛ آگاهی از داشته‌ها و نعمتهایی که پروردگار در اختیار فرد قرار داده است؛ شفاف‌سازی ارزش‌های خلاق؛ بررسی اهداف و مشاغلی که دوست داشته‌اند، اما نتوانسته‌اند به آنها برسند؛ معنا دادن به

دشواری‌ها و مشکلاتی که در زندگی با آن مواجه‌اند؛ استعانت الهی و توکل به پروردگار در انجام همه امور و توجه به پیامدهای مثبتی که به دنبال دشواری و مصیبتی رخ می‌دهد: «إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا» (شرح: ۶)؛ استفاده از آیات قرآن، احادیث و سیره نبوی در معنا بخشیدن به زندگی.

جلسات پنجم و ششم: بررسی تکالیف خانگی؛ شفاف‌سازی ارزش‌های تجربی و عینی؛ بررسی تجارب هنری که برای فرد ارزشمند است و از آنها لذت می‌برد یا اشخاصی که برای او جالب و معنادارند؛ تقویت ارزش‌های نگرشی؛ بررسی اشخاص و موقعیت‌ها و مشاغلی که برای فرد ارزشمندند، به‌منظور تقویت ارزش‌های معنوی و الهی فرد؛ شفاف‌سازی ارزش‌های نگرشی؛ تهیه سلسله‌مراتبی از ارزش‌ها؛ بررسی نقل‌قول‌های خردمندانه و گفته‌های حکیمانه مبتنی بر قرآن و احادیث و سیره نبوی جهت تقویت توکل به پروردگار؛ معنا بخشیدن به هر لحظه از زندگی و در نظر گرفتن خود به‌عنوان عنصری از یک نظام هستی.

جلسات هفتم و هشتم: متناسب کردن اهداف با ارزش‌های معنوی و الهی؛ تحلیل اهداف متناسب با ارزش‌ها؛ کمک به افراد برای وصول به اهداف خود با تلاش و معنایی در زندگی؛ دادن تکالیف خانگی؛ تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های ره‌اشده یا نادیده‌گرفته شده؛ استفاده از روش بارش مغزی برای بررسی اهداف معنوی و متعالی که به شکوفایی استعدادها و فرد کمک می‌کنند؛ در میان گذاشتن اهداف جدید هر فرد با دیگران؛ ارائه طرح دستیابی به هدف؛ تعیین چارچوب زمانی معلوم برای اجرای اهداف تعیین شده.

جلسات نهم و دهم: بررسی بینش‌های کسب‌شده؛ تعیین نقاط ضعف و قوت به‌وسیله فرد و دریافت بازتاب از دیگران؛ بررسی پیشرفت معناجویی فرد و موانع احتمالی که وجود دارند؛ استفاده از نظرات گروه جهت تقویت معناجویی فرد؛ بررسی تغییرات حاصل از فرد در نتیجه آموزش معناجویی در زندگی در ابعاد مختلف زندگی؛ آماده کردن فرد برای خاتمه جلسات آموزشی؛ دادن تکالیف خانگی و خواندن کتب قرآن و متونی که به معناجویی فرد کمک می‌کند؛ مرور موضوعات جلسه اول تا نهم به‌صورت نظری، اجمالی و عملی؛ اجرای پس‌آزمون (مقیاس آخرت‌نگری و سلامت روان).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری نظیر میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل کواریانس استفاده شد. داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS-۲۲ تجزیه و تحلیل گردید.

ابزار پژوهش

مقیاس افسردگی بک: این مقیاس ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. این آزمون در مجموع متشکل از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف است و از آزمودنی خواسته می‌شود شدت نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس از صفر تا سه درجه‌بندی کند. آزمون از نوع خودسنجی است و برای تکمیل آن، بین پنج تا ده دقیقه زمان لازم است. برای درک ماده‌ها، داشتن توانایی خواندن در

سطح کلاس پنجم یا ششم کافی است. دامنه نمره‌ها حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. به‌طور معمول، نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیربیمار در دامنه دوازده تا چهل قرار می‌گیرد. در این پژوهش، آزمودنی‌هایی که نمرات بالای ۴۰ در این مقیاس به دست آورند، شرکت داده می‌شوند. ضریب همبستگی درونی این مقیاس بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. ضریب اعتبار حاصل از بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت، در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد. نتیجه ارزیابی روایی محتوایی، هم‌زمان و تمیزی و تحلیل عاملی، به‌طور کلی مطلوب بوده است. محتوای پرسش‌نامه نیز بر اساس نظر متخصصان بالینی درباره نشانه‌های افسردگی روایی و پایایی این پرسش‌نامه، در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹ و ۱۹۸۶ به‌ترتیب مورد بررسی مجدد قرار گرفت و ثابت شد. در پژوهش‌های زیادی که درباره افسردگی در داخل کشور ایران انجام گردیده، این پرسش‌نامه در فرم‌های ۱۳ آیتمی و ۲۱ آیتمی به کار گرفته شده است و نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که این آزمون دارای روایی و اعتبار خوبی است. ضریب همبستگی بک با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۳ و با مقیاس MMPI، ۰/۷۴ بوده است. در کل می‌توان گفت پایایی و اعتبار این آزمون، به‌ترتیب ۰/۷۵، و ۰/۹۰ بوده است (بهرامی‌احسان و تاشک، ۱۳۸۳).

مقیاس آخرت‌نگری ابراهیمی - بهرامی‌احسان: این پرسش‌نامه با استفاده از آیات و روایات استخراج‌شده از منابع دین مقدس اسلام ساخته شده است که ابتدا شامل ۷۷ سؤال بود؛ سپس با اجرای تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش پرومکس با چهار عامل، برخی از سؤالات حذف شدند. پرسش‌نامه نهایی دارای ۴۴ سؤال است که از پنج خرده‌مقیاس تکلیف‌گریزی، آمادگی، آخرت‌محوری، تعالی و لذت‌جویی تشکیل یافته است. این مقیاس را هم به‌صورت گروهی و هم به‌صورت انفرادی می‌توان اجرا کرد و یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای است که از پنج درجه تشکیل شده است و از «کاملاً موافقم» شروع می‌شود و به پیش می‌رود. برای نمره‌گذاری این آزمون، ابتدا به هر عبارت که نشان‌دهنده درجه فرد درباره خودش هست، یک نمره صفر تا چهار تعلق می‌گیرد. اعتبار این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای کل آزمون ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌های تکلیف‌گریزی ۰/۵۲، آمادگی ۰/۷۲، آخرت‌محوری ۰/۷۹، تعالی ۰/۶۵ و لذت‌جویی ۰/۶۷ به دست آمد. اعتبار آزمون از طریق دونیمه‌سازی، همبستگی بین نیمه اول با نیمه دوم ۰/۸۶ به دست آمد. *منظری توکلی و بهرامی‌احسان (۱۳۹۲)* در پژوهشی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس آخرت‌نگری را در نمونه‌ای از دانشجویان معتکف و غیرمعتکف بررسی کرده، روایی و پایایی آن را مطلوب گزارش کردند.

مقیاس سلامت اونارکر/*انگل (۱۹۸۱)* مدل زیستی - روانی - اجتماعی را به‌عنوان یک مدل کلی‌نگر جایگزین مدل‌های زیستی‌پزشکی کاهش‌گرا در دوره خود ارائه داد. این مدل از این بحث می‌کند که بیماری و سلامت نتیجه تعامل بین جنبه‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی است. *انگل* سه سال بعد از طرح این مسئله، درصدد اثبات کاربردهای کلینیکی این نظریه برآمد. پژوهش‌های متعددی کارآمدی این نظریه را تأیید کرده‌اند؛ با وجود این و با افزایش شواهد تأثیر دین و معنویت بر رفتار سالم، سازش‌یافتگی، نشانگان جسمانی و هیجانی، و کیفیت زندگی،

اوتارکر و استرلینگ پیشنهاد کردند که مدل انگل نیازمند یک بازنگری است تا جنبه معنوی نیز به آن اضافه شود. این رویکرد، به ساخت پرسش‌نامه سنجش سلامت زیستی - روانی - اجتماعی - معنوی انجامید. این مقیاس در سال ۱۳۸۹ توسط بهرامی/احسان به فارسی ترجمه شد. در این مقیاس، چهار بُعد بدنی، روانی، اجتماعی و معنوی مورد سنجش قرار می‌گیرند. البته قسمت پایانی آن، عملکرد فرد را در چهار بُعد قبلی می‌سنجد. برای هر سؤال شش گزینه وجود دارد که فرد بر اساس اینکه چه مقدار آن را تجربه کرده، از صفر (هیچ وقت) تا پنج (همیشه) به آن نمره می‌دهد. در جنبه عملکردی نیز از آزمودنی خواسته می‌شود تا گزارش دهد که فعالیت مذکور چه مقدار با محدودیت مواجه شده است که می‌تواند از صفر (هیچ وقت) تا پنج (همیشه) متغیر باشد. در هر مقیاس، نمره بالا نشان‌دهنده نشانه‌ها و محدودیت‌های منفی یا نبود نشانه‌های مثبت است (ابراهیمی و بهرامی‌احسان، ۱۳۹۰). ده گویه اول پرسش‌نامه، نشانه‌های بدنی اند و دربردارنده آیت‌هایی است که نشانگان غیراختصاصی عمومی شده را دربر می‌گیرند (در، ضعف، ناراحتی در تنفس و...). چهار گویه بعدی پرسش‌نامه، نشانگان روانی است که مرتبط با اضطراب و افسردگی است. هشت گویه پس از آن، نشانگان اجتماعی است که متمرکز بر تعاملات اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی است و هفت گویه پایانی، نشانگان معنوی است که دربردارنده صلح، هماهنگی و هدف‌داری است. تمام مقیاس‌های چهارگانه، اعتبار هم‌زمان خوبی دارند و از همسانی درونی بالایی برخوردارند (۰/۹۶۷-۰/۸۶۲/α) (ابراهیمی و بهرامی‌احسان، ۱۳۹۰). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۷ و برای خرده‌مقیاس‌های بدنی، روانی، اجتماعی و معنوی، به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۶۹ و ۰/۹۱ به دست آمد که بیانگر اعتبار مطلوب این مقیاس است.

یافته‌های پژوهش

نتایج عملکرد دو گروه آزمایشی و کنترل بر اساس میانگین و انحراف‌معیار در آخرت‌نگری و مؤلفه‌های آن و سلامت روان و مؤلفه‌های آن، در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف‌معیار در آخرت‌نگری و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مؤلفه‌ها		مراحل		کنترل		آزمایشی	
		SD	M	SD	M	SD	M
تکلیف‌گریزی	پیش‌آزمون	۱۲/۱۰	۴/۴۰	۱۲/۴۵	۳/۷۴		
	پس‌آزمون	۱۲/۱۴	۴/۲۰	۸/۹۵	۲/۸۹		
آمادگی	پیش‌آزمون	۱۸/۳۰	۴/۶۹	۱۸/۵۰	۴/۳۴		
	پس‌آزمون	۱۷/۹۰	۴/۶۱	۲۸/۳۰	۶/۸۸		
آخرت‌محوری	پیش‌آزمون	۲۱/۳۰	۵/۴۳	۲۱/۴۵	۵/۲۳		
	پس‌آزمون	۲۱/۲۰	۵/۴۷	۲۸/۳۵	۶/۹۵		
تعالی	پیش‌آزمون	۷/۴۵	۲/۲۵	۷/۵۰	۲/۱۴		
	پس‌آزمون	۷/۲۵	۲/۴۵	۱۱/۹۵	۴/۳۱		
لذت‌جویی	پیش‌آزمون	۸/۳۳	۲/۴۶	۸/۱۷	۲/۷۱		
	پس‌آزمون	۸/۰۷	۲/۲۹	۶/۲۱	۲/۳۱		
آخرت‌نگری (کل)	پیش‌آزمون	۸۷/۶۰	۸/۵۰	۸۶/۳۰	۸/۳۲		
	پس‌آزمون	۷۶/۳۱	۷/۸۳	۱۱۲/۸۱	۸/۴۵		

جدول ۲. میانگین و انحراف‌معیار در سلامت روان و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

آزمایشی		کنترل		مراحل	مؤلفه‌ها
SD	M	SD	M		
۳/۹۴	۱۲/۱۹	۴/۲۷	۱۲/۰۶	پیش‌آزمون	بدنی
۴/۲۱	۲۱/۷۳	۴/۳۸	۱۲/۳۳	پس‌آزمون	
۲/۲۴	۶/۳۸	۲/۳۸	۶/۴۲	پیش‌آزمون	روانی
۳/۷۷	۱۱/۸۱	۲/۲۹	۶/۱۸	پس‌آزمون	
۳/۲۷	۷/۲۰	۳/۴۳	۷/۳۰	پیش‌آزمون	اجتماعی
۴/۹۵	۱۳/۳۵	۳/۴۷	۷/۲۰	پس‌آزمون	
۳/۱۱	۸/۰۹	۳/۴۹	۸/۲۴	پیش‌آزمون	معنوی
۴/۰۷	۱۴/۲۶	۳/۲۵	۸/۳۷	پس‌آزمون	
۶/۳۱	۲۳/۲۲	۶/۵۶	۲۳/۶۰	پیش‌آزمون	سلامت روان (کل)
۷/۴۱	۵۴/۸۶	۶/۷۱	۲۴/۱۴	پس‌آزمون	

چنان‌که مشاهده می‌شود، با مقایسهٔ میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون هر دو متغیر در گروه‌های آزمایشی و کنترل، چنین برآورد می‌شود که نمرات مؤلفه‌های آخرت‌نگری و سلامت روان، تغییر و بهبود چشمگیری داشته است. برای تعیین معناداری این تفاوت‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این پژوهش برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد که مقدار $۰/۵۷۶$ و سطح معناداری $۰/۲۷$ را نشان داد که عدم معناداری آن بیانگر همگنی واریانس‌ها بود. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود، نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف معنادار نشد که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پیش‌آزمون است.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف در متغیرهای آخرت‌نگری و سلامت روان

معناداری	آزمون کولموگروف اسمیرنوف	متغیرها	
۰/۲۸	۰/۸۹۳	آخرت‌نگری	پیش‌آزمون
۰/۳۱	۰/۷۴۹	سلامت روان	پیش‌آزمون

نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر آخرت‌نگری، در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر آخرت‌نگری

Sig	F	MS	Df	SS	منبع تغییرات
۰/۰۱	۵/۸۹	۱۳۲/۴۵	۱	۱۳۲/۴۵	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۱۸/۳۱	۴۱۱/۵۱	۱	۴۱۱/۵۱	گروه‌ها
		۲۲/۴۷	۲۷	۶۰۶/۷۳	خطا

همان‌گونه که در جدول ۴ دیده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه از لحاظ آخرت‌نگری تفاوت معناداری وجود دارد ($F=18/31$ و $P<0/001$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ارائهٔ معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا موجب افزایش آخرت‌نگری در زنان گروه آزمایش شده است. نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر سلامت روان، در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر سلامت روان

sig	F	MS	Df	SS	منبع تغییرات
۰/۰۱۷	۱۰/۳۹	۴۸۷/۵۶	۱	۴۸۷/۵۶	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۳۹/۱۶	۱۸۵۴/۵۳	۱	۱۸۵۴/۵۳	گروه‌ها
		۴۷/۳۵	۲۸	۱۲۷۸/۴۵	خطا

همان‌گونه که در جدول ۵ دیده می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه از لحاظ سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد ($F=39/16$ و $P<0/001$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که ارائه معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا موجب افزایش سلامت روان در زنان گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با توجه به اینکه معنادرمانی به‌شدت متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون‌فرهنگی است و با توجه به بافت مذهبی بودن، با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده شهر کرمان انجام شد. نتایج نشان داد که معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا می‌تواند آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده را بهبود بخشد. با تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مشخص شد که اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری و سلامت روان زنان افسرده، در سطح معناداری $P<0/001$ تأیید شد و تفاوت معناداری در نتایج نمرات زنان دو گروه در اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس‌های آخرت‌نگری و سلامت روان مشاهده می‌شود.

اولین یافته پژوهش، اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر آخرت‌نگری زنان افسرده است که این فرضیه در سطح $0/001$ تأیید شد. این نتیجه به‌گونه‌ای با یافته‌های زاده‌موش و همکاران (۱۳۹۰) و اکبری و فتحی (۱۳۸۸) همخوانی دارد. در معنادرمانی، تقویت نگرش‌ها و عملکردهای مذهبی و نیز پرداختن به اصول و اعتقادات دینی در افراد به‌عنوان یک رکن مهم مدنظر قرار می‌گیرد؛ در نتیجه، همان‌گونه که از طریق تحلیل کوواریانس در این پژوهش عنوان شد، معنادرمانی سبب جهت‌گیری مذهبی صحیح و بهنجار می‌گردد و در مقایسه با گروه کنترل، دارای بهبودی است و تأثیر عمده‌ای خواهد داشت. پژوهش‌ها حاکی از آن است که با افزایش آخرت‌نگری، فرد اضطراب و افسردگی کمتری دارد و لذا از سازگاری بهتری برخوردار است. آخرت‌نگری یکی از عوامل مهم نگرش مذهبی است که تقویت این عامل می‌تواند موجب افزایش سلامت روان و کاهش علایم افسردگی شود (کیزی، ۲۰۰۵). انسان با توجه به مبانی هستی‌شناسانه و انسان‌شناسانه اسلام می‌تواند با کل هستی، ابدیت و ماورای مادیات پیوند منطقی پیدا کند و برای زندگی خود مفهوم و غایت، و به‌طور خلاصه، معنایی بیابد و از این طریق از آسیب‌های سخت و شدید روانی مصون گردد. یکی از اثرات ارزشمند ایمان و اعتقاد به معاد، نجات انسان از سردرگمی در زندگی دنیا و اعتقاد به جهان بعد از مرگ و معنادار شدن آن است.

مذهب به‌عنوان یک ساختار ارزشی و اخلاقی، در معنا دادن به زندگی افراد نقش انکارناپذیری دارد (رضایپور میرصالح، ۱۳۹۵). مذهب با ترسیم مسیری هموار در مقابل بشر و نشان دادن مقصد و هدف این حرکت، او را از بی‌هدفی رها می‌سازد و از آنجاکه این هدف آن‌قدر برای نوجوان مهم و جذاب است، وی را وادار به حرکت به سمت طرح برنامه، وسیله و ره‌توشه می‌کند و از طریق آموزه‌های معنادرمانی به این نتیجه می‌رسد که همه نیازهای سفر او را مذهب‌گرایی به بهترین شکل ممکن مهیا می‌سازد. تبیین معنای زندگی و مرگ و توجیه و آرام کردن رنج و ارزش‌های اخلاقی، هدایت بشر و رسانیدن او به کمال نهایی از رسالت‌های اصلی مذهب است؛ به‌گونه‌ای که زنان جوان و میان‌سال بتوانند در زندگی فردی و اجتماعی خود موفق باشند و بتوانند به کمک دین و امور مذهبی به سرمنزل مقصود - که همان سعادت ابدی است - برسند. معنادرمانی نیز مانند رویکردهای مذهبی، به‌ویژه رویکرد اسلامی، برای هدف در زندگی، فلسفه زندگی و آزادی اراده، فوق‌العاده ارزش قائل است.

یافته دوم این پژوهش عبارت است از اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر سلامت روان زنان افسرده. بررسی نتایج پس‌آزمون و مقایسه آن با نتایج حاصل از اجرای پیش‌آزمون نشان داد که این فرضیه نیز در سطح ۰/۰۰۱ تأیید می‌شود. این نتایج با یافته‌های اکبری و فتحی‌آشتیانی (۱۳۸۸)، اسپیلکا و همکاران (۲۰۰۹)، و استوارت (۲۰۱۵) همسو است. استفاده از راهبردهای مقابله دینی مثبت، چه راهبردهای مبتنی بر اسلام و چه راهبردهای جهانی دینی - که بیشتر بر رابطه بین فرد و خدای عشق، اعتماد و توکل بر خدا استوار است - پیامدهای مثبت ناشی از چالش‌ها را تسهیل می‌کند و امکان تعالی پس‌ضرب‌ها را در آنان افزایش می‌دهد. پژوهش‌ها حاکی از آن است که معنادرمانی بر روی خوش‌بینی به‌عنوان یک مؤلفه مهم روان‌شناسی مثبت نیز تأثیرگذار است که این خود سبب افزایش امید، انگیزه و سلامت روان در فرد می‌شود. همان‌گونه که غلامی و همکاران (۱۳۹۰) عنوان کردند، معنادرمانی امید و انگیزه را بالا می‌برد و در نتیجه سبب سازگاری هرچه بیشتر و بهتر با شرایط موجود و به تبع آن افزایش سلامت روانی افراد می‌گردد. معنویت را می‌توان واقعیتی درونی دانست که به فرد کمک می‌کند تا به اهمیت بُعد وجودی خود پی ببرد (استوارت، ۲۰۱۵). معنادرمانی فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگرچه نمی‌تواند حوادث حتمی زندگی خویش را تغییر دهد، اما می‌تواند یاد بگیرد روش مقابله با آن را تغییر بدهد و در مقابل آن رویداد واکنش نشان دهد. همچنین شخص به این آگاهی می‌رسد که شرایط متفاوت می‌تواند یافتن معنا در زندگی یا تحقق آن را در موقعیت خاصی آسان یا مشکل نماید و این اصل به قوت خود باقی است که معنا در هر شرایطی، حتی در ناگوارترین حالات قابل تصور، دست‌یافتنی است؛ در نتیجه، افزایش سلامت روان را به دنبال خواهد داشت.

یکی از ویژگی‌های برجسته و قابل توجه در این روش این است که تنها به کاربرد بهنجار اکتفا نمی‌شود؛ بلکه مراجع را به گام نهادن در مسیر رشد معنوی و یافتن معنای زندگی تشویق می‌کند که این مسیر حتی تا پایان دوره درمان نیز ادامه دارد. بنابراین می‌توان رویکرد معنادرمانی گروهی را به‌عنوان روشی قوی برای اصلاح ساختارهای ذهنی، همچون جهت‌گیری مذهبی صحیح، افزایش ابعاد مختلف سلامت روان و کاهش افسردگی به کار برد و

سبب کاهش نشانگان این اختلال شد و به مراجع در نیل به رشد، تعالی، شکوفایی، یافتن معنا و هدف، و بالندگی در زندگی کمک کرد. از سوی دیگر، در تبیین اثربخشی رویکرد معنادرمانی باید عنوان نمود که این روش با تأکید بر سازه‌هایی چون یافتن معنای شخصی در زندگی و معنای رنج و استفاده از تکنیک‌های منحصر به فردش و نیز تکلیف‌هایی که در آن به مراجع داده می‌شود، گام‌های مؤثری را در راستای اثرگذاری بر فکر و ذهن او برمی‌دارد و از این رو، نه تنها می‌تواند اثر مهمی را بر آنچه ناهنجاری تلقی می‌شود، بگذارد، بلکه در افراد بهنجار نیز توان اثربخشی مناسبی را دارد. در واقع، همان‌طور که در منابع متعددی (برای مثال سلیگمن، ۱۳۹۱) عنوان شده، برخی از فضیلت‌ها و قابلیت‌ها از این کاربست برخاسته است. در اینجا به وضوح مشخص می‌گردد که معنادرمانی تا چه حد نزدیک به رویکرد مورد استفاده در تعالیم اسلامی و همچنین کلام بزرگان دین است. معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا به‌عنوان یک رویکرد درمانی تکمیلی و جامع روان‌درمانی وجودی، باعث کاهش افسردگی در زنان شده است. با توجه به باورهای فرهنگی و مذهبی موجود در جامعه ایرانی می‌توان از این رویکرد درمانی به‌طور گسترده در افزایش آخرت‌نگری و به دنبال آن افزایش سلامت روان افراد افسرده استفاده کرد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت در جامعه آماری و داده‌های آن اشاره کرد که بر اساس داده‌های خودگزارش‌دهی است و همین ویژگی زمینه سوگیری را فراهم می‌کند. برای رفع این نقص، بهتر است از صاحب‌های بالینی ساختاریافته، درجه‌بندی به‌وسیله خانواده و همسالان استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد این کاربست بر روی سایر جوامع سلامت و نیز بالینی صورت پذیرد تا دیگر ابعاد اثربخشی آن مشخص گردد. همچنین انجام آزمون پیگیری پس از انجام دوره درمان به‌منظور ارزیابی بلندمدت اثرات این روش درمانی و تثبیت آموزش‌های جلسات انتهایی و در نهایت انجام جلسات بازآموزی و یادآوری پس از خاتمه دوره درمان به‌منظور بروز از هرگونه افت اثر درمان، پیشنهاد می‌شود.

منابع

- ابراهیمی، ابوالفضل و هادی بهرامی‌احسان، ۱۳۹۰، «رابطه آخرت‌نگری با سلامت در دانشجویان دانشگاه تهران و طلاب علوم دینی حوزه علمیه قم»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۱۴، ص ۴۵-۶۲.
- اکبری، الله‌رضا و علی فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸، «بررسی رابطه دنیاگرایی و سلامت روانی»، *روان‌شناسی و دین*، سال دوم، ش ۳، ص ۱۰۵-۱۴۳.
- بهرامی‌احسان، هادی و آناهیتا تاشک، ۱۳۸۳، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ش ۶۹، ص ۴۱-۶۳.
- تقی‌پور، ابراهیم و رویا رسولی، ۱۳۸۷، «تأثیر معنادرمانی گروهی بر کاهش افسردگی و ارتقای معنای زندگی زنان سالمند مقیم آسایشگاه»، *روان‌شناسی کاربردی*، ش ۸، ص ۳۷۳-۶۸۵.
- حمید، نجمه و شوبو ویسی، ۱۳۹۱، «اثر بخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر افسردگی و سلول T/کمکی»، *پژوهش‌های میان‌رشته‌های قرآن کریم*، سال سوم، ش ۲، ص ۲۷-۳۸.
- رحیمی‌نژاد، عباس و همکاران، ۱۳۹۴، «رابطه سبک‌های هویت با بهزیستی روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی: نقش واسطه‌ای تعهد و پذیرش هویت دینی»، *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، سال ششم، ش ۴، ص ۹۵-۱۱۲.
- رضاپور میرصالح، یاسر، ۱۳۹۵، «مقایسه شناخت‌درمانی مبتنی بر خودگویی بر اساس الگوی ایرانی - اسلامی با شناخت‌درمانی رایج مبتنی بر خودگویی بر کاهش تعارضات زناشویی»، *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، سال هفتم، ش ۱، ص ۵۷-۷۰.
- زادحوش، سمیه و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری با جهت‌گیری مذهبی بر رضایت زناشویی بانوان»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ش ۳، ص ۲۱-۴۱.
- غباری‌بناب، باقر و همکاران، ۱۳۸۸، «رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران»، *روان‌شناسی کاربردی*، ش ۱۰، ص ۱۱۰-۱۲۳.
- فقیهی، علی‌نقی و همکاران، ۱۳۹۴، «مقایسه الگوی چندوجهی اسلامی با مدل شناختی یک در درمان افسردگی»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۵، ص ۶۹-۸۶.
- منظری توکلی، وحید و هادی بهرامی‌احسان، ۱۳۹۲، «بررسی پایایی و اعتبار سازه مقیاس آخرت‌نگری»، *مطالعات روان‌شناختی*، دوره ششم، ش ۳، ص ۳۰-۴۰.
- ناظمی‌اردکانی، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۴، «اثر بخشی مداخله معنوی - مذهبی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر شاخص‌های ایمنی و روان‌شناختی در بیماران مبتلا به روماتوئید آرتریت»، *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، سال ششم، ش ۴، ص ۱۱۳-۱۳۱.
- Deneulin, S, & Rakodi, C, 2011, Revisiting religion: development studies thirty years on, *World Development*, 39(1), p. 45-54.
- Doolittle, B.R, & Farrell, M, 2004, The association between spirituality and depression in an urban clinic, *The Primary Care Companion-Journal of Clinical Psychiatry*, 6(3), p. 114-118.
- Erozkan, A, 2009, The predictors of loneliness in adolescents, *Journal of Elementary Education Online*, 8(3), p. 809-819.
- Fontaine, R.G, et al, 2009, Loneliness as a partial mediator of the relation between low social preference in childhood and anxious/depressed symptoms in women, *Development and Psychopathology*, n. 21, p. 479-491.
- Hamidi, E, et al, 2013, The Impact of logotherapy on marital satisfaction, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, n. 84, p. 1815-1819.

- Hills, J, et al, 2005, Spirituality and distress in palliative care consultation, *Journal of Palliative Medicine*, 8(4), p. 782-788.
- Hutchinson, G.T, & Chapman, B.P, 2005, logotherapy- Enhanced REBT: an integration of discovery and reason, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, n. 35, p. 145-150.
- Jang, S.J, & Johnson, B.R, 2004, Explaining religious effects on distress among African Americans, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43(2), p. 239-260.
- Kang, K.A, et al, 2004, The Effect of logo therapy on the Suffering, Finding Meaning, and spiritual well- being of Adolescents with Terminal cancer, *Journal of Clinical Psychology*, n. 77, p. 71-80.
- Keyes, C.L.M, 2005, Mental illness and mental health? Investigating axioms of the complete state model of health, *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), p. 539-548.
- Koenig, C.L.M, & Reitzes, D.C, 2010, The role of religious identity in the mental health of older working and retired adults, *Aging & Mental Health*, 11(4), p. 434-443.
- Koenig H G, et al, 2011, Effect of aerobic exercise on women mental health, *Journal of Uremia Nursing & Midwifery factually*, n. 9, p. 49-52.
- Maltby J, & Day L, 2003, Religious Orientation Coping and Appraisals of Stress, *Journal of Personality and Individual Differences*, n. 34, p. 1209- 1224.
- Lindström, M, et al, 2014, Economic stress in childhood 38th adulthood, and poor psychological health: Three life course hypotheses, *Psychiatry Research*, n. 215, p. 386-393.
- Spilca, F, et al, 2009, Effectiveness of logo therapy in hope of life in The women depression, *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, n. 159, p. 643-646.
- Omranifard V, et al, 2011, Effect of Religious Cognitive- behavior Therapy Content Obsessive Compulsive Disorder and Marital Satisfaction, *Social and Behavioral Sciences*, n. 31, p. 1630- 1638.
- Rew, L, & Wong, Y.A, 2006, Systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors, *Journal of Adolescent Health*, n. 38, p. 433-442.
- Richards, S.P, & Bergin, A.E, 2005, *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. 2nd edition. U.S.A, American Psychological Association.
- Stewart, C, 2015, The influence of spirituality on substance use of college students, *Journal of Drug Education: Substance Abuse Research and Prevention*, 31(4), p. 343–351.
- Templer, K. M, et al, 2013, Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings, *AIDS and Behavior*, 14(2), p. 379-389.
- Yavarian R, & Nikaktar M, 2011, Religiosity and Remission of Depression in Medically ill older Patients, *American Journal of Psychiatry*, n. 155, p. 434- 542.

مقایسه معنویت‌درمانی دینی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی و تأثیرشان بر بهبود احساس چندش و اختلال افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی

شیماسادات برقی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران

borghei_shima@yahoo.com

Rasolroshan@yahoo.com

Bahrami110@gmail.com

رسول روشن / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه شاهد

هادی بهرامی / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران

دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۲۰ - پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۰۵

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تأثیرشان بر بهبود احساس چندش و اختلال افسردگی زنان مبتلا به وسواس فکری و عملی انجام شد. بدین منظور، از طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه استفاده شد. برای این پژوهش، ۴۵ زن بیمار مبتلا به وسواس به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آنها به وسیله پرسش‌نامه‌های عمل به باورهای دینی، وسواس ییل - براون، مقیاس چندش و پرسش‌نامه افسردگی بک ارزیابی شدند. آزمودنی‌ها هر کدام چهارده جلسه گروهی معنویت‌درمانی دینی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها حاکی از این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی دینی به شیوه گروهی، در کاهش احساس چندش و اختلال افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس مؤثر است ($P < 0.05$). همچنین تحلیل‌ها نشان داد که بین دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که معنویت‌درمانی دینی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کاهش احساس چندش و اختلال افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس اثربخشی بیشتری داشته است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنویت‌درمانی دینی، احساس چندش، افسردگی، اختلال وسواس فکری و عملی.

اختلال وسواس فکری و عملی (OCD)، اختلالی ناتوان‌کننده است که آشفتگی و تداخل معناداری در عملکرد افراد ایجاد می‌کند (کیلی (Keeley) و همکاران، ۲۰۰۸). این اختلال به‌وسیلهٔ افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحم که از سوی فرد بی‌معنا، ناپذیرفتنی و مقاومت‌ناپذیر تلقی می‌شوند و نیز تمایل به خنثی‌سازی و جبران این افکار و تصاویر ذهنی، مشخص می‌گردد (کسلر (Kessler) و همکاران، ۲۰۰۵). شدت این افکار وسواسی به‌حدی است که وقت‌گیرند یا باعث پریشانی یا آسیب قابل ملاحظه‌ای می‌شوند. افکار وسواسی، در حقیقت افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های ناخواسته، ناپذیرفتنی، مزاحم و تکراری‌اند که با مقاومت ذهنی همراه‌اند و کنترلشان دشوار است و به‌طور کلی، گرچه بی‌معنا بودن آنها، برای فرد مشخص است، برای او ایجاد پریشانی می‌کنند. محتوای افکار وسواسی، بیشتر شامل موضوعات آزارنده، متناقض یا حتی بی‌معنا در مورد کیفیت، آلودگی، پرخاشگری، شک و تردید، اعمال ناپذیرفتنی جنسی، مذهب، نظم و ترتیب، تقارن و دقت است. از سوی دیگر، اعمال وسواسی، رفتارهای کلیشه‌ای تکراری یا اعمال ذهنی هستند که معمولاً در پاسخ به یک فکر وسواسی و به‌منظور جلوگیری از اضطراب با کاهش پریشانی انجام می‌شود. عمل وسواسی معمولاً با میل شدید برای انجام آیین‌های وسواسی همراه است؛ به‌گونه‌ای که فرد احساس می‌کند کنترل ارادی‌اش بر آن آیین‌ها کاهش یافته است. البته غالباً مقاومت ذهنی دارد؛ اما فرد نهایتاً در برابر میل مقاومت‌ناپذیر برای اجرای آن آیین‌ها تسلیم می‌شود. اختلال وسواس فکری و عملی، از دیدگاه بالینی یک اختلال ناهمگن است و نشانه‌های اختلال وسواس فکری و عملی، به‌طور قابل ملاحظه‌ای چنان متفاوت هستند که دو بیمار با تشخیص اختلال وسواس فکری و عملی می‌توانند الگوهای رفتاری کاملاً متفاوتی داشته باشند. گرچه سیر اختلال وسواس فکری و عملی معمولاً شدت و ضعف دارد، اما این سیر گرایش به مزمن شدن دارد و به کاهش رضایت از زندگی، و آسیب به عملکردهای اجتماعی، تحصیلی، شغلی و خانوادگی می‌انجامد. سن شروع این اختلال، معمولاً بین اوایل نوجوانی و اوایل بزرگسالی است. بنابراین به دلیل شروع زود هنگام، به‌مدت طولانی بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (راسموسن و ایزن، ۱۹۹۲). پژوهشگران زیادی نشان داده‌اند که افسردگی در وسواس، به‌میزان زیادی دیده می‌شود؛ زیرا ویژگی‌هایی که در انواع وسواس وجود دارد، به لحاظ سبب‌شناختی به افسردگی ربط دارند و بنابراین افراد را مستعد رشد دوره‌های افسردگی می‌سازند (بزیروگلو (Besiroglu) و همکاران، ۲۰۰۷، لی و کاون (Lee & Kwon)، ۲۰۰۳).

در این راستا، بزیروگلو و همکاران (۲۰۰۷) و هسلر (Hasler) و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که اختکار وسواسی و وسواس فکری پرخاشگری، جنسی و مذهبی، با سطوح بالاتر افسردگی ارتباط دارند. این انواع افکار وسواسی اغلب به سبب احساس شرم و گناه همراه با آنها، بسیار پریشان‌زا هستند (سالکوسکیس (Salkovskis)، ۱۹۹۹). تأثیر نشانه‌های افسردگی و میزان اضطراب بر پاسخ به درمان وسواس غیرقابل اغماض است. افسردگی، بیشتر حاصل

نشانه‌های وسواس فکری، و اضطراب، بیشتر حاصل نشانه‌های وسواس عملی است. بنابراین بهبود نشانه‌های وسواس می‌تواند تأثیر زیادی بر بهبود خلق داشته باشد (راچمن و سیلوا، ۱۹۷۸). از نظر اثرات درمانی، به نظر می‌رسد افراد مبتلا به وسواس و افسردگی اساسی، پیشرفت‌های مهمی در درمان نشان می‌دهند؛ اما میزان نشانه‌های پس از درمانشان، هنوز به‌طور معناداری بیشتر از بیمارانی است که افسردگی هم‌زمان ندارند (آبراموویتز، ۲۰۰۴). در نهایت، نشانه‌های شدید افسردگی با پاسخ ضعیف به درمان همراه است؛ درحالی‌که افسردگی خفیف تا متوسط، اساساً تداخلی با پیشرفت‌های درمانی ندارد (آبراموویتز (Abramowitz) و همکاران، ۲۰۰۰). در مجموع، شواهد متعددی دال بر وجود افسردگی در وسواس وجود دارد. برخی مطالعات، این افسردگی را به خود وسواس (مثل نوع وسواس، باورهای وسواسی و شدت وسواس) و برخی دیگر به عواملی غیر از وسواس (اجتناب و اضطراب) نسبت می‌دهند؛ اما آنچه اهمیت دارد این است که وجود این افسردگی می‌تواند تأثیر زیادی بر پیامد درمان و نیز کیفیت زندگی افراد مبتلا به وسواس داشته باشد. افسردگی اساسی و افسرده‌خویی همراه با اختلال وسواس فکری و عملی، کیفیت زندگی در این بیماران را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. تقریباً یک‌سوم افراد وسواسی، ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی و افسرده‌خویی را دارند (سوکمن و استکتی (Sookman, & Steketee), ۲۰۱۰).

علاوه‌براین، مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی، ترس آشکار از آلودگی نشان می‌دهند و غالباً اشیای آلوده را بیشتر از ترسناک بودن، چندان‌آور توصیف می‌کنند؛ آن‌گاه بعد از مواجهه با شیء چندان‌آور، مناسب شست‌وشو را به‌جا می‌آورند. بنابراین محرک‌های چندان‌آور می‌توانند نقش چشمگیری در تداوم اختلال وسواس فکری و عملی نوع شست‌وشو داشته باشند. «احساس چندان» یک هیجان پایه با ابعاد رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک متفاوت است که عملکرد آن جلوگیری از آلودگی و بیماری است (وودی (Woody) و همکاران، ۲۰۰۵). او بیان می‌کند که احساس چندان، مانند هیجان‌ات دیگر، ویژگی‌های بخصوصی دارد که شامل حالت‌های چهره‌ای، عمل کردن (فاصله گرفتن از شیء ناخوشایند) و تظاهرات فیزیولوژیکی است. احساس چندان، از آشکارسازی‌های مختلف اختلال وسواس، وسواس فکری و عملی شست‌وشو هست که ممکن است فرد مبتلا، بعد از مواجهه با شیء چندان‌آور، مناسب شست‌وشو را به‌جا می‌آورد. نتایج دردناک ادراک‌شده از تجربه چندان، ممکن است در ایجاد و تداوم علائم آسیب‌شناسی نقش داشته باشد. پس می‌توان افزایش احساس چندان در وسواس فکری از نوع آلودگی را بیان کرد، که در مورد آلوده شدن به نوعی بیماری یا عامل بیماری‌زا باشد، یا اینکه در مورد وسواس عملی شست‌وشو باشد که به نظر می‌رسد به‌صورت راهی برای جلوگیری از نجس شدن عمل می‌کند. احساس چندان در مقایسه با هیجان‌ات دیگر، می‌تواند کمک بیشتری در ایجاد نشانه‌های اختلال وسواس فکری و عملی متمرکز در آلودگی بکند. *اولانجی و همکاران (۲۰۰۹)*، پی بردند که هیجان چندان با نشانه‌های وارسی خودگزارشی، مرتب‌سازی، خنثی‌سازی، و وسواس فکری در یک نمونه اختلال وسواس بالینی نیز ارتباط دارد. آنها همچنین پی بردند که این نوع وسواس، با محتوای وسواسی خاص

در دیگر نمونه‌ها (مانند وسواس فکری مذهبی) مرتبط هستند. در واقع، محرک‌های چندش‌آور می‌توانند نقش چشمگیری در تداوم اختلال وسواس فکری و عملی نوع شست‌وشو داشته باشند؛ موضوعی که باید در درمان اختلال وسواس فکری و عملی به‌عنوان یک چالش در حوزه‌های درمان روان‌شناختی مطرح شود. درمان‌های رایج، مثل درمان شناختی - رفتاری، مواجهه و جلوگیری از پاسخ، برای کاهش فراوانی و شدت نشانه‌ها طراحی می‌شوند. درمان شناختی - رفتاری موفق، مبتنی بر این ایده است که شدت و فراوانی نشانه‌های بیماری کاهش یابد (بارلو و دوراند، ۲۰۱۱). بنابراین برای اختلالاتی مثل وسواس فکری و عملی - که پیش‌آگهی بسیار مزمنی دارند - گزینه‌های درمانی دیگر که روی سایر متغیرها مثل تحمل پریشانی، مدیریت زندگی، مقابله، تغییر باورها و عوامل منجر به پریشانی در بیماران وسواسی تمرکز می‌کند، ضروری است.

بین این درمان‌ها، روشی که در سالیان اخیر بیشتر مورد توجه بوده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزرده می‌یابند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر دهند یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بودند و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شوند که فرد در ابتدا سعی در اجتناب از آنها داشته است.

به‌طور کلی اختلالاتی که در آنها فرد نمی‌خواهد با تجارب درونی‌اش (افکار، هیجانات، خاطرات و احساسات بدنی) ارتباط داشته باشد و گام‌هایی را برای تغییر شکل این رویدادها یا زمینه‌های بروز آنها برمی‌دارد. حتی زمانی که تلاش برای چنین کارهایی، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی‌اش داشته باشند، اجتناب تجربه‌ای نامیده می‌شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک رویکرد درمانی حاوی شش فرایند روان‌شناختی خاص است: پذیرش، گسلسش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، و عمل متعهدانه؛ که همه آنها باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند (کلی و همکاران، ۲۰۱۱).

بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی اختلال وسواس فکری و عملی، به‌ویژه آن جنبه‌هایی که با اختلال وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان همراهاند (مثلاً اجتناب، آمیختگی فکر - عمل، بازداری فکر، احساس انزجار، و مشکلات خلقی)، برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مناسب‌اند. فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌دنبال آن‌اند که به افراد بیاموزند: چگونه دست از بازداری فکر بردارند؛ چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کنند (سوگمن و استکتی، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هم فضای شناختی که افکار وسواسی، اضطراب، افسردگی و مانند اینها در آن رخ می‌دهد و هم پاسخ‌ها به این تجارب شناختی را هدف قرار می‌دهد. نظر به اهمیت اختلال وسواس، نیاز آموختن شیوه‌های نوین درمانی مرتبط با فرهنگ اسلامی، برای آن ضروری می‌نماید. بسیاری از فرهنگ‌ها، افزون بر درمان‌های مرسوم روان‌شناسی، روش‌های سازمان‌یافته متناسب با فرهنگ، برای مقابله با بیماری‌های بدنی و روانی در خود دارند. در این راستا، همواره ایمان

و اعتقاد دینی دارای اهمیت بوده و درمان مبتنی بر ایمان به خداوند به‌عنوان نیروی مافوق طبیعت، سابقه‌ای دیرینه در بین پیروان ادیان گوناگون داشته است (باکر، ۲۰۰۳). با توجه به اینکه امروزه علاقه بسیاری به مذهب در میان روان‌شناسان، به‌ویژه روان‌درمانگران و مشاوران به چشم می‌خورد، توجه فزاینده متخصصان بالینی به مذهب و تأکید آنها بر روان‌درمانگری و مشاوره مذهبی، گفت‌وگوهای متعددی در زمینه نقش مذهب در زندگی مراجعان فراهم کرده است (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸، ص ۵۹). غفلت از ارزش‌های مذهبی در شیوه‌های درمانگری، باعث از دست دادن حوزه وسیع و مفیدی از راهبردهای مقابله‌ای برای تعمیق و تداوم درمانگری است. در این مطالعه تلاش بر این است که دو شیوه «معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی رفتاری» و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» مقایسه شود. معنویت‌درمانی با رویکرد دینی، یکی از روش‌های مهم در درمان اختلال‌ها، به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی، شناخته شده است (احدی و نکویی، ۲۰۰۴). معنویت‌درمانی عبارت است از در نظر گرفتن باورهای فرهنگی - مذهبی مردم در فرایند درمانگری و نیز در نظر گرفتن بُعد متعالی مراجعان است که این بُعد متعالی آنها را به‌سوی خدا رهبری می‌کند (حدادی کوهسار و غباری‌بناب، ۱۳۹۱). آنچه در معنویت‌درمانی حائز اهمیت است، جنبه مانع‌گرایانه آن است که محتوای درمان آن را شکل می‌دهد و در قالب عبادت در هر دینی تجلی پیدا می‌کند. این تکنیک‌ها در معنویت‌درمانی می‌توانند جنبه رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی، همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند (باکر (Baker)، ۲۰۰۳). قرآن کریم با تأکید تمام اعلام می‌دارد که آرامش روان فقط در سایه توجه به خداوند امکان‌پذیر است: «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ». با توجه به این نکات، استفاده از ظرفیت‌های معنوی انسان در درمان اختلال‌هایی چون اضطراب و افسردگی، نه تنها مؤثر، بلکه ضروری است. روان‌درمانی مذهبی می‌تواند آثار قابل توجهی در رفع افسردگی داشته باشد؛ چراکه افراد دیندار، در مقایسه با افراد غیردیندار، کمتر احساس تنهایی می‌کنند و کمتر به افسردگی و اضطراب مبتلا می‌شوند (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸، ص ۵۹). بنابراین داده‌های پژوهشی نشان می‌دهند که معنویت‌درمانی دینی در کاهش وسواس‌های فکری و عملی و اختلال افسردگی بیماران مؤثر است (انصاری و جان‌بزرگی، ۱۳۹۵؛ رضانی و دادفر، ۱۳۸۴). بنابراین پرداختن به تأثیر دین بر سلامت در عرصه‌های مختلف زندگی بشر، از جمله بهداشت و درمان، به این دلیل حائز اهمیت است که دارای نقش بی‌بدیل و حذف‌ناشدنی در زندگی انسان‌هاست. بنابراین آگاهی از اثربخش بودن روش‌های درمانی برگرفته از آموزه‌های دینی می‌تواند در درمان بسیاری از اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلال وسواس مورد استفاده متخصصان قرار گیرد. توجه به پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که تاکنون در زمینه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اثربخشی معنویت‌درمانی در بهبود اختلال افسردگی و احساس چندش بیماران مبتلا به وسواس پژوهشی انجام نشده است. کمبود یافته‌های پژوهش در این زمینه، پژوهشگران را بر آن داشت تا این دو درمان را از نظر میزان اثربخشی در بهبود افسردگی و احساس چندش زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مقایسه کنند.

بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است:

«میزان اثربخشی معنویت‌درمانی دینی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر بهبود احساس چندش و اختلال افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی چقدر است؟»

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی و کاربردی است که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام خواهد شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره جامعه‌الزهرای شهرستان قم در سال ۱۳۹۶ بود. نمونه‌های مورد نظر که توسط روان‌پزشک، مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی تشخیص داده شده‌اند، از میان جامعه و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بیماران با تشخیص اولیه اختلال وسواس فکری و عملی که ملاک‌های ورود به نمونه را احراز می‌کنند، جهت یک دوره درمان ارجاع شدند. بیماران ارجاع‌داده‌شده طی دو ماه گزینش گردیدند. در نهایت از بین مراجعان، شصت نفر از بیماران که توسط روان‌پزشک، مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی تشخیص داده شده‌اند، انتخاب شدند و علاقه‌مندی آنان جهت همکاری بررسی شد. برای حصول اطمینان از تشخیص، پیش از انجام مداخله، از پرسش‌نامه‌هایی استفاده شد، شامل: پرسش‌نامه وسواس ییل - براون؛ پرسش‌نامه عمل به باورهای دینی (برای شناسایی پایبندی مذهبی)؛ مقیاس تجدیدنظرشده حساسیت به تجربه چندش؛ و پرسش‌نامه افسردگی بک. پس از اطمینان از تشخیص و تطبیق ملاک‌های ورود و خروج و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان به صورت نمونه‌گیری در دسترس، به دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و یک گروه ۲۰ نفره گواه تقسیم شدند. با توجه به ملاک‌های ورودی و خروجی خاص بیماران و به دلیل محدودیت زمانی این پژوهش و احتمال افت آزمودنی‌ها به دلیل انتظار طولانی‌مدت، امکان انتخاب و گمارش تصادفی نمونه‌ها نیز در گروه‌های درمانی وجود نداشت. ملاک‌های انتخاب نمونه و ورود افراد به نمونه، عبارت بود از: تشخیص اصلی اختلال وسواس بر اساس مصاحبه تشخیصی DSM-5 و تشخیص روان‌شناس؛ داشتن تحصیلات حداقل سیکل؛ دامنه سنی حداقل هجده و حداکثر چهل سال؛ عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی، حداقل یک ماه قبل از مداخله؛ کسب موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس فرم کتبی؛ و عمل به باورهای دینی و تقید به تعالیم اسلامی. ملاک‌های حذف نمونه نیز عبارت بود از: ابتلا به هرگونه مداخله دیگر یک ماه قبل از پژوهش؛ داشتن رگه‌های روان‌پریشی و سوءمصرف مواد و مصرف دارو یا هرگونه مداخله دیگر یک ماه قبل از پژوهش؛ داشتن معلولیت یا هر شرایط پزشکی و جسمانی که موجب عدم شرکت در جلسات یا پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه شود؛ بی‌سوادی؛ و داشتن سن کمتر از هجده سال. بعد از لحاظ شدن ملاک‌های موردنظر نیز تعدادی از شرکت‌کنندگان بنا به دلایل مختلف مطرح‌شده، از درمان خارج شدند که تعداد نفرات نهایی برای گروه‌ها به قرار زیر شد: گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۴ نفر)؛ گروه معنویت‌درمانی (۱۶ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر). در درمان

مبتنی بر پذیرش و تعهد، از ترجمه راهنمای درمان هیز و همکاران (۱۹۹۶) و هیز و استروسال (۲۰۱۰) استفاده شد. چهارده جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی یک بار در هفته اجرا شد. معنویت‌درمانی مذهبی با رویکرد شناختی و رفتاری توسط سالکوسکیس و کریک (۱۹۸۹) و در ایران توسط رضائی‌فرانی و همکاران (۱۳۸۰) با استخراج تحلیل محتوایی از آیات قرآن کریم، مطرح گردید؛ سپس الگوی مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان وسواس توسط رضائی‌فرانی و دادفر (۱۳۸۴) تدوین شد. در این درمان نیز چهارده جلسه به صورت گروهی یک بار در هفته اجرا گردید. پس از گذشت چهارده جلسه، مجدداً پرسش‌نامه‌ها تکمیل شدند. جلسه پیگیری شش ماه بعد، جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها اجرا شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس وسواس فکری و عملی ییل - براون: مقیاس ییل - براون سه بخش اصلی دارد: اولاً مصاحبه‌گر تعریف و مثال‌هایی از افکار و اعمال وسواسی به پاسخگر ارائه می‌دهد؛ ثانیاً مصاحبه‌گر با استفاده از فهرستی حاوی ۶۴ نوع شایع افکار و اعمال وسواسی، الگوی فعلی و نیز گذشته افکار و اعمال وسواسی پاسخگر را مشخص می‌کند. از آنجاکه بسیاری از بیماران وسواسی نشانه‌های متعددی دارند، مصاحبه‌گر آموزش می‌بند تا افکار و اعمال وسواسی اصلی فعلی را در یک لیست نشانه هدف، زیر طبقات «افکار وسواسی»، «اعمال وسواسی» و «اجتناب» مشخص کند و این نشانه‌ها تمرکز اصلی درمان خواهند بود.

قسمت سوم این مقیاس، شامل ده سؤال اصلی، یک مؤلفه بررسی شش‌گزینه‌ای و سه ارزیابی کلی می‌شود. ده سؤال اصلی و شش سؤال بررسی، هر کدام روی یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای از صفر (اصلاً) تا چهار (شدید یا سخت) درجه‌بندی می‌شوند. با هر یک از گزینه‌های پاسخ، یک جمله توصیفی همراه می‌شود. فقط ده سؤال اصلی در نمرات کلی و زیرمقیاس‌ها محاسبه می‌شوند و همه داده‌های روان‌سنجی مربوط به مقیاس ییل - براون، به این ده سؤال اول اشاره دارند.

نمرات شدت افکار وسواسی (سؤالات ۵-۱) و اعمال وسواسی (سؤالات ۱۰-۶) پنج ویژگی نشانه را می‌سنجند: ۱. مدت/ فراوانی؛ ۲. تداخل در عملکرد شغلی یا اجتماعی؛ ۳. پریشانی همراه با نشانه؛ ۴. میزان مقاومت؛ ۵. میزان ادراک فرد از کنترل ناپذیری افکار یا اعمال وسواسی. در ایران، دادفر (۱۳۸۱) پایایی بین مصاحبه‌کنندگان را برای این مقیاس ($r=0/98$)، ضریب همسانی درونی آن را ($\alpha=0/89$) و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی را در فاصله دو هفته ($r=0/84$) گزارش کردند. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است.

مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد ۲): آزمون معبد ۲ را گلزاری در سال ۱۳۸۰ ساخت. فرم اولیه آن ۸۱ سؤالی بود که پس انجام تمامی مراحل آزمون‌سازی به ۶۵ سؤال تقلیل یافت. شصت سؤال این پرسش‌نامه پنج‌گزینه‌ای از صفر

تا چهار، و پنج سؤال آن به شکل پنج‌گزینه‌ای با گزینه‌های خاص هر سؤال نمره‌گذاری شده است. این پرسش‌نامه شش زمینه عمل به واجبات، دوری از محرمات، عمل به مستحبات، دوری از مکروهات، انجام عمل مذهبی، و تصمیم‌ها و انتخاب‌های رایج بین مسلمانان را می‌سنجد. اعتبار آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با روش دونیمه کردن آزمون ۰/۹۲ و با شیوه بازآزمایی ۰/۷۶ گزارش شده است.

پرسش‌نامه افسردگی بک: فرم اولیه این پرسش‌نامه توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) بر اساس مشاهدات بالینی و توصیفات بیماران افسرده در مقابل بیماران غیرافسرده تهیه شد. پایایی بازآزمایی این آزمون ۰/۹۳ گزارش شده که نشان‌دهنده این است که این آزمون به تغییرات روزانه خلق خیلی حساس نیست. بک و همکاران (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسش‌نامه ۰/۹۱ گزارش کردند که حاکی از همسانی درونی بالای آن است. روایی سازه آن از طریق روایی همگرا و اجرای هم‌زمان آن با مقیاس ناامیدی بک، مقیاس افکار خودکشی، پرسش‌نامه اضطراب بک، مقیاس افسردگی هامیلتون و مقیاس اضطراب هامیلتون گزارش شده است (بک و استیر، ۱۹۹۳) و ضریب روایی کل را ۰/۹۱ گزارش کرده است.

مقیاس حساسیت و گرایش به تجربه چندش (DPSS-R): این پرسش‌نامه اولین بار توسط کاونوک و دیوی برای سنجش ارزیابی‌های شناختی هیجان چندش ساخته شد و شامل ۳۲ آیتم بود (کاونوک و دیوی، ۲۰۰۰). این مقیاس توسط آلتانچی و همکاران (۲۰۰۷) تجدیدنظر شد. این مقیاس تجدیدنظر شده شامل شانزده آیتم است که برای ارزیابی فراوانی تجربه چندش و بیش‌برآورد اثرات منفی آن ساخته شده و شامل دو خرده‌مقیاس گرایش به تجربه چندش و حساسیت به هیجان چندش است. ویژگی روان‌سنجی این مقیاس در ایران توسط زنجانی و همکاران (۱۳۹۵) بررسی شد و نتایج نشان داد که آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۳ بود. پایایی بازآزمایی به فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۴۴ به دست آمد.

داده‌های این پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس و با به‌کارگیری نرم‌افزار آماري SPSS ویراست ۲۱ تحلیل شد. شیوه مداخله: برنامه‌های آموزشی شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی رفتاری بود که هر کدام طی چهارده جلسه، هفته‌ای یک بار به‌صورت گروهی انجام شد. عناوینی که در هر جلسه ارائه گردید در جداول ۱ و ۲ ارائه شد.

جدول ۱. عنوان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

موضوعات	جلسات
آموزش: رابطه درمانی: استعاره دو کوه آموزش در خصوص اختلال وسواس فکری و عملی، فکر وسواسی، اضطراب، عمل وسواسی آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن بررسی افکار و اعمال وسواسی بیمار و میزان پریشان و اضطراب او چگونه وسواس در عملکرد روزمره فرد تداخل کرده و به یک مسئله در زندگی او تبدیل شده است؟	جلسه ۱-۲

<p>بحث در مورد اینکه اضطراب به‌خودی‌خود مسئله‌ساز نیست؛ بلکه بی‌میلی به اضطراب مسئله است</p> <p>بحث در خصوص راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب</p>	<p>بحث در خصوص پاسخ‌های اضطرابی سازگارانه و پاسخ‌های اضطرابی مختل</p>
<p>درماندگی خلاق:</p> <p>بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است</p> <p>بررسی هزینه‌ها و خساراتی که این راهبردها در زندگی فرد داشته‌اند</p> <p>بررسی فواید این راهبردهای کنترل</p> <p>معرفی راهبردهای کنترل به‌عنوان مسئله</p> <p>استعاره تغذیه بر سوساس</p> <p>استعاره شخص در چاه</p> <p>آموزش مراجع در خصوص اینکه چگونه با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی، یاد بگیرد که به‌جای واکنش به اضطراب، آن را مشاهده کند</p>	<p>جلسه ۳-۴</p>
<p>پذیرش و زندگی طبق ارزش‌ها جایگزین مدیریت کردن وسواس:</p> <p>تمرکز بر کنترل به‌عنوان راهبردی بی‌فایده در برخورد با اضطراب</p> <p>استعاره طناب‌کشی با هیولا</p> <p>کنترل دنیای بیرونی در مقابل دنیای درونی</p> <p>آموزش پذیرش وسواس با ذهن‌آگاهی</p> <p>استعاره پلی‌گراف بررسی</p> <p>بررسی ارزش‌ها</p> <p>اهداف در برابر ارزش‌ها</p>	<p>جلسه ۵-۶</p>
<p>حرکت به‌سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود‌پذیرا و مشاهده‌گر:</p> <p>انواع خود</p> <p>خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود به‌عنوان محتوا</p> <p>استعاره صفحه شطرنج</p> <p>خود مشاهده‌گر</p>	<p>جلسه ۷-۸</p>
<p>ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش‌محوری:</p> <p>تمایل به‌جای اجتناب</p> <p>استعاره مسافران در اتوبوس</p> <p>مواجهه سنتی چگونه عمل می‌کند؟</p> <p>زمینه و هدف مواجهه در ACT</p>	<p>جلسه ۹-۱۰</p>
<p>در ۴ جلسه آخر به بیمار کمک شد چگونه در پاسخ به فکر وسواس و اضطراب، خزانه رفتاری‌اش را توسعه دهد و الگوهای منعطف‌تر پاسخ‌دهی به وسواس را ایجاد نماید. از طریق ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش‌محور)، بیمار آموخت که چگونه با نگر داشتن خود در زمان حال، افکار و هیجانات نامطوع را بپذیرد و به‌طور عینی توصیف کند. بیمار از طریق فعالیت‌های انتخاب‌شده، تکنیک‌های ACT را تمرین نمود و چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند را مرور کرد.</p>	<p>جلسه ۱۱-۱۴</p>

جدول ۲. عنوان معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی رفتاری (تکنیک‌های مذهبی مورد استفاده در این مدل از یک مطالعه تحلیل محتوایی از قرآن

کریم استخراج شده است)

موضوعات	جلسات
<p>هدف این جلسه آشنا کردن بیمار با درمان مذهبی یا مداخلات مذهبی در درمان اختلال وسواسی - جبری و دستور کار جلسه، شامل: ۱. ارائه منطق مداخلات مذهبی، ۲. ارائه جزوه آموزشی در زمینه دعا می‌باشد.</p> <p>پس از این توضیحات، درمانگر به توضیح در مورد مفهوم دعا می‌پردازد و کیفیت و تأثیر آن را در درمان علائم وسواسی با بیمار به بحث می‌گذارد. هدف از این اقدام: ۱. ارزیابی برداشت بیمار از دعا، ۲. کیفیت استفاده بیمار از دعا می‌باشد.</p> <p>الف. آیا دعا کلی‌گویی است یا اختصاصی و شخصی؟</p> <p>ب. آیا دعا کردن تشریفات صرف مذهبی است یا با زبان و نیاز بیمار هماهنگ است؟</p>	<p>جلسه ۱-۲</p>

<p>ج. دعا مرتبط با پاسخ‌های اختلال وسواسی است یا دعای سالم است؛ مثلاً صلوات فرستادن برای رفع اضطراب، ناشی از یک فکر وسواسی است یا برای تقرب به خداوند است؟</p> <p>۳. توضیح و ارائه تعریف از دعا که دارای اوصاف زیر است: الف. دعا یک گفت‌وگوی دوطرفه میان خداوند و بنده اوست. ب. دعا اعلام یک نیاز است به یک موجود بی‌نیاز؛ قدرتمند و بخشنده. ج. دعا بیان خالص، روشن و واضح یک حاجت است به اجابت‌کننده‌ای که از وعده‌اش تخلف نمی‌کند. د. در دعا ذکر ویژگی‌های خداوند، متناسب با موضوع مورد حاجت ضروری است. در پایان جلسه جزوه دعا به‌عنوان تکلیف خانگی به بیمار داده می‌شود.</p> <p>سپس آموزش کاربردی دعا در راستای جهت‌گیری درمان و استفاده از حدیث حضرت علی <small>علیه السلام</small> در مورد مواجهه با ترس جهت تسهیل در پذیرش شیوه درمان است؛ لذا دستور کار این جلسه عبارت است:</p> <p>۱. بیمار از مطالعه جزوه دعا به چه نگرشی از دعا رسیده است؟ ۲. بیمار با مثال، دعاهای روشن و خالص را در راستای نیازهای درمانی‌اش ارائه و تمرین نماید. ۳. حدیث حضرت امام علی <small>علیه السلام</small> در مورد مواجهه با موضوع ترس بیان می‌گردد.</p> <p>در ابتدا از بیمار خواسته می‌شود تا برداشت خود را از مطالعه جزوه آموزش «دعا» بیان نماید؛ سپس به بیمار گفته می‌شود که ما در این جلسه سعی خواهیم کرد با همدیگر دعاها متناسب در جهت کاهش علائم وسواسی - جبری شما را پیدا کنیم.</p> <p>پس از ارائه منطبق درمان اختلال وسواس با شیوه مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ؛ ابتدا کلام امام علی <small>علیه السلام</small> در مورد مواجهه با ترس برای بیمار خوانده می‌شود: «از آنچه می‌ترسی، به آن در شو؛ که خود را پایین، سخت‌تر است تا در شنیدن به آن» [نهج البلاغه، ح ۱۷۵].</p>	<p>ج. دعا مرتبط با پاسخ‌های اختلال وسواسی است یا دعای سالم است؛ مثلاً صلوات فرستادن برای رفع اضطراب، ناشی از یک فکر وسواسی است یا برای تقرب به خداوند است؟</p> <p>۳. توضیح و ارائه تعریف از دعا که دارای اوصاف زیر است: الف. دعا یک گفت‌وگوی دوطرفه میان خداوند و بنده اوست. ب. دعا اعلام یک نیاز است به یک موجود بی‌نیاز؛ قدرتمند و بخشنده. ج. دعا بیان خالص، روشن و واضح یک حاجت است به اجابت‌کننده‌ای که از وعده‌اش تخلف نمی‌کند. د. در دعا ذکر ویژگی‌های خداوند، متناسب با موضوع مورد حاجت ضروری است. در پایان جلسه جزوه دعا به‌عنوان تکلیف خانگی به بیمار داده می‌شود.</p> <p>سپس آموزش کاربردی دعا در راستای جهت‌گیری درمان و استفاده از حدیث حضرت علی <small>علیه السلام</small> در مورد مواجهه با ترس جهت تسهیل در پذیرش شیوه درمان است؛ لذا دستور کار این جلسه عبارت است:</p> <p>۱. بیمار از مطالعه جزوه دعا به چه نگرشی از دعا رسیده است؟ ۲. بیمار با مثال، دعاهای روشن و خالص را در راستای نیازهای درمانی‌اش ارائه و تمرین نماید. ۳. حدیث حضرت امام علی <small>علیه السلام</small> در مورد مواجهه با موضوع ترس بیان می‌گردد.</p> <p>در ابتدا از بیمار خواسته می‌شود تا برداشت خود را از مطالعه جزوه آموزش «دعا» بیان نماید؛ سپس به بیمار گفته می‌شود که ما در این جلسه سعی خواهیم کرد با همدیگر دعاها متناسب در جهت کاهش علائم وسواسی - جبری شما را پیدا کنیم.</p> <p>پس از ارائه منطبق درمان اختلال وسواس با شیوه مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ؛ ابتدا کلام امام علی <small>علیه السلام</small> در مورد مواجهه با ترس برای بیمار خوانده می‌شود: «از آنچه می‌ترسی، به آن در شو؛ که خود را پایین، سخت‌تر است تا در شنیدن به آن» [نهج البلاغه، ح ۱۷۵].</p>
<p>در این جلسه پس از ارزیابی تکالیف خانگی مربوط به دعا، از بیمار خواسته می‌شود تا دعای جلسه قبل را برای شروع تمرین مواجهه‌سازی بیان نماید. سپس شیوه اسوه‌گزینی تعریف و از بیمار خواسته می‌شود به هنگام تمرین مواجهه‌سازی، خود را به‌جای یکی از اسوه‌ها فرض و در نقش او تمرین نماید. در پایان جلسه، بیمار با کمک درمانگر دعاها را دیگر تنظیم و در جلسه تمرین می‌نماید و به‌عنوان تکلیف خانگی آن را در خانه انجام می‌دهد. ضمناً در تکالیف خانه، «نقش بازی» کردن در نقش اسوه انتخاب‌شده به هنگام تمرین مواجهه‌سازی توصیه می‌شود.</p> <p>جلسه بعد، هدف، آشنا کردن بیمار با مفهوم شکر و تمرین مرحله اول آن و همچنین تسلط مفهومی استفاده از راهبردهای دعا و اسوه‌گزینی است. دستور کار شامل: ۱. ارزیابی تکالیف مربوط به دعا و اسوه‌گزینی، ۲. آموزش مفهوم شکر و مراحل آن، ۳. تمرین مرحله اول شکر می‌باشد. ابتدا تکالیف مربوط به دعا و اسوه‌گزینی ارزیابی و سپس بیمار با راهبرد شکر آشنا می‌شود. علت آموزش راهبرد شکر در این جلسه این است که در تمرین‌های خانگی درمان شناختی - رفتاری اختلال وسواس، موفقیت‌های درمانی هرچند ناچیز شروع شده است. برای آشنایی بیمار با این راهبرد، توضیح زیر ارائه می‌شود.</p> <p>پس از دعا و اسوه‌گزینی که با هم آنها را مرور و در درمان به کار بردیم؛ در این جلسه می‌خواهیم با کمک شما یک راهبرد دیگر دینی را مرور و در درمان از آن یاری جوییم.</p> <p>راهبردی که به شما کمک می‌کند تا به دانسته‌های مثبت خود بیشتر توجه نمایید و ندانسته‌ها را کمتر به نظر آورید؛ زیرا که شکر، سپاسگزاری است از خداوند به خاطر نعمت‌هایی که به ما ارزانی داشته است. خداوند وعده داده است که در مقابل این شکرگزاری، هم به ما پاداش می‌دهد و هم نعمت خود را بر ما فزونی می‌بخشد.</p> <p>حال مرحله اول این راهبرد را که شناسایی موفقیت‌هاست؛ با هم به انجام خواهیم رساند. اطلاعات ثبت‌شده در تکالیف خانگی شما می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد. در ادامه جلسه، به هنگام تمرین مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ مثل جلسه قبل، از دعا و اسوه‌گزینی استفاده می‌شود. در پایان، تکالیفی در خصوص مرحله اول شکر و نیز دعا و اسوه‌گزینی در زمان تمرین مواجهه به بیمار ارائه می‌گردد.</p>	<p>در این جلسه پس از ارزیابی تکالیف خانگی مربوط به دعا، از بیمار خواسته می‌شود تا دعای جلسه قبل را برای شروع تمرین مواجهه‌سازی بیان نماید. سپس شیوه اسوه‌گزینی تعریف و از بیمار خواسته می‌شود به هنگام تمرین مواجهه‌سازی، خود را به‌جای یکی از اسوه‌ها فرض و در نقش او تمرین نماید. در پایان جلسه، بیمار با کمک درمانگر دعاها را دیگر تنظیم و در جلسه تمرین می‌نماید و به‌عنوان تکلیف خانگی آن را در خانه انجام می‌دهد. ضمناً در تکالیف خانه، «نقش بازی» کردن در نقش اسوه انتخاب‌شده به هنگام تمرین مواجهه‌سازی توصیه می‌شود.</p> <p>جلسه بعد، هدف، آشنا کردن بیمار با مفهوم شکر و تمرین مرحله اول آن و همچنین تسلط مفهومی استفاده از راهبردهای دعا و اسوه‌گزینی است. دستور کار شامل: ۱. ارزیابی تکالیف مربوط به دعا و اسوه‌گزینی، ۲. آموزش مفهوم شکر و مراحل آن، ۳. تمرین مرحله اول شکر می‌باشد. ابتدا تکالیف مربوط به دعا و اسوه‌گزینی ارزیابی و سپس بیمار با راهبرد شکر آشنا می‌شود. علت آموزش راهبرد شکر در این جلسه این است که در تمرین‌های خانگی درمان شناختی - رفتاری اختلال وسواس، موفقیت‌های درمانی هرچند ناچیز شروع شده است. برای آشنایی بیمار با این راهبرد، توضیح زیر ارائه می‌شود.</p> <p>پس از دعا و اسوه‌گزینی که با هم آنها را مرور و در درمان به کار بردیم؛ در این جلسه می‌خواهیم با کمک شما یک راهبرد دیگر دینی را مرور و در درمان از آن یاری جوییم.</p> <p>راهبردی که به شما کمک می‌کند تا به دانسته‌های مثبت خود بیشتر توجه نمایید و ندانسته‌ها را کمتر به نظر آورید؛ زیرا که شکر، سپاسگزاری است از خداوند به خاطر نعمت‌هایی که به ما ارزانی داشته است. خداوند وعده داده است که در مقابل این شکرگزاری، هم به ما پاداش می‌دهد و هم نعمت خود را بر ما فزونی می‌بخشد.</p> <p>حال مرحله اول این راهبرد را که شناسایی موفقیت‌هاست؛ با هم به انجام خواهیم رساند. اطلاعات ثبت‌شده در تکالیف خانگی شما می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد. در ادامه جلسه، به هنگام تمرین مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ مثل جلسه قبل، از دعا و اسوه‌گزینی استفاده می‌شود. در پایان، تکالیفی در خصوص مرحله اول شکر و نیز دعا و اسوه‌گزینی در زمان تمرین مواجهه به بیمار ارائه می‌گردد.</p>
<p>هدف این جلسه تسلط مفهومی و مهارتی بر راهبردهای دعا، اسوه‌گزینی و شکر است.</p> <p>دستور کار جلسه شامل: ۱. تمرین مرحله دوم و سوم شکرگزاری، و ۲. تمرین دعا و اسوه‌گزینی به هنگام تمرین مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ می‌باشد. موفقیت‌های شناسایی‌شده در تکالیف خانگی، یک‌به‌یک شناسایی و به زبان آورده می‌شوند؛ سپس از خداوند سپاسگزاری می‌گردد. پس از آن به هنگام تمرین مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ مثل جلسات قبل از دعا و اسوه‌گزینی استفاده می‌شود.</p>	<p>هدف این جلسه تسلط مفهومی و مهارتی بر راهبردهای دعا، اسوه‌گزینی و شکر است.</p> <p>دستور کار جلسه شامل: ۱. تمرین مرحله دوم و سوم شکرگزاری، و ۲. تمرین دعا و اسوه‌گزینی به هنگام تمرین مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ می‌باشد. موفقیت‌های شناسایی‌شده در تکالیف خانگی، یک‌به‌یک شناسایی و به زبان آورده می‌شوند؛ سپس از خداوند سپاسگزاری می‌گردد. پس از آن به هنگام تمرین مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ مثل جلسات قبل از دعا و اسوه‌گزینی استفاده می‌شود.</p>
<p>هدف این جلسه تغییر فرض‌های ناکارآمد دینی بیمار است که با وسواس وی در ارتباط می‌باشد، لذا آموزه‌های دینی</p>	<p>هدف این جلسه تغییر فرض‌های ناکارآمد دینی بیمار است که با وسواس وی در ارتباط می‌باشد، لذا آموزه‌های دینی</p>

زیر مدنظر قرار می‌گیرند:

۱. دین اسلام دین میانه است؛ لذا در تکالیف آن سهولت وجود دارد.
 ۲. بین عمل، نیت و آنچه به زور به ذهن می‌آید، تفاوت وجود دارد و «وسواس‌های فکری»، اعمال انسان‌ها محسوب نمی‌شود که مورد بازخواست خداوند باشد؛ زیرا در حوزه اختیار از انسان‌ها بازخواست می‌شود. همچنین لازم است احساس گناه بیمار در خصوص افکار وسواسی مذهبی کفر به خدا... به چالش گذاشته شوند.
 ۳. تکالیف هر کسی بر اساس وسع و میزان و محدوده توانایی‌های اوست. در اینجا بین سخت‌گیری‌های اضطرابی در اخلاق و آموزه‌های دینی تمایز ایجاد می‌شود.
 ۴. توجه به خوبی‌ها و توانمندی‌های خود و تحسین آنها به‌عنوان آموزه‌ای از حضرت سبحان که پس از آفرینش انسان خود را مورد تحسین قرار داد و فرمود: «فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ» مورد تأکید قرار می‌گیرد. ضمن تحسین از خود، تفاوت آن با تکبر و غرور مشخص می‌شود.
- در هر جلسه یکی از موضوعات فوق از منظر دین مورد بحث قرار می‌گیرد و افکار بیمار به چالش کشیده می‌شود. این موضوعات تنها نمونه‌ای از فرض‌های دینی و اخلاقی افراد وسواسی هستند که از فردی به فرد دیگر فرق می‌کند و می‌تواند فرض‌های دیگری را نیز که درمانگر در طی جلسات بسته به مورد به دست می‌آورد، دربرگیرد.

یافته‌های پژوهشی

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از میانگین، انحراف معیار، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی استفاده شد. شاخص‌های توصیفی و استنباطی گروه‌ها، قبل و بعد از آزمایش در جداول ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷ آمده است.

جدول ۳. بررسی وضعیت متغیرهای تحقیق در پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری

پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری				
میانگین - انحراف معیار			میانگین - انحراف معیار			میانگین - انحراف معیار				
افسردگی	کنترل	۱۸/۲۳	۱/۸۳	کنترل	۱۸/۲۰	۴/۱۴	افسردگی	کنترل	۱۷/۰۶	۲/۰۵
	ACT	۱۸/۷۳	۲/۸۶	ACT	۱۳/۰۶	۲/۵۳	افسردگی	ACT	۱۳/۵۵	۳/۵۸
	معنویت‌درمانی	۱۸/۴۶	۵/۲۲	معنویت‌درمانی	۱۲/۴۰	۴/۲۵	معنویت‌درمانی	معنویت‌درمانی	۱۲/۲۰	۴/۰۲
احساس چندش	کنترل	۲۷/۹۳	۴/۰۹	کنترل	۲۷/۹۳	۴/۲۸	احساس چندش	کنترل	۲۸/۰۶	۳/۸۶
	ACT	۲۸/۲۶	۳/۹۵	ACT	۲۰/۷۳	۲/۲۸	احساس چندش	ACT	۲۰/۸۰	۲/۲۸
	معنویت‌درمانی	۲۸/۳۳	۳/۰۵	معنویت‌درمانی	۲۸/۲۰	۲/۸۳	معنویت‌درمانی	معنویت‌درمانی	۱۸/۴۰	۳/۶۰

آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) سه گروه، در جدول ۳ گزارش شده است که نشان می‌دهد میانگین نمرات مقیاس افسردگی و میانگین نمرات مقیاس احساس چندش در هر دو گروه درمانی کاهش داشت و این کاهش در پیگیری نیز با افزایش جزئی تداوم دارد.

جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون باکس در مورد همسان کوواریانس‌های متغیرهای وابسته در دو گروه

متغیر	Box M	DF1	DF2	F	P
افسردگی	۶/۲۱	۶	۴۳۹۶۴/۳	۱/۳۵	۰/۱۱۳
احساس چندش	۲۱۱/۶	۶	۴۳۹۶۴/۳	۰/۹۶	۰/۴۴۸

جدول ۵. نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص تساوی واریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته بین سه گروه

متغیر	مرحله ارزیابی	DF1	DF2	F	P
افسردگی	پس‌آزمون	۲	۴۲	۱/۵۸	۰/۱۰۸
	پیگیری	۲	۴۲	۱/۴۳	
احساس چندش	پس‌آزمون	۲	۴۲	۲/۰۰۱	۰/۱۴۸
	پیگیری	۲	۴۲	۰/۳۴۹	۰/۷۰۷

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تفاوت بین دو گروه درمانی

ضریب اتا	سطح معناداری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	متغیر وابسته	
۰/۵۹	۰/۰۰۰	۷/۱۴	۲۲/۴۵	۲	۴۴/۹۱	پس‌آزمون	احساس چندش
۰/۶۲	۰/۰۰۰	۷/۶۲	۲۵/۹۶	۲	۵۱/۹۳	پیگیری	
۰/۴۵	۰/۰۱۹	۸/۱۱	۱۳/۸۴	۲	۲۷/۶۸	پس‌آزمون	اختلال افسردگی
۰/۴۷	۰/۰۱۶	۸/۴۳	۲۱/۱۳	۲	۴۲/۲۷	پیگیری	

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنویت‌درمانی

در ۹۵ درصد اطمینان		سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین (I-J)	(J) G	(I) G	متغیر وابسته
حد بالا	حد پایین						
-۱۱/۹۶۵	-۱۴/۲۷۹	۰/۰۰۰	۰/۵۷۲	*-۱۳/۱۲۳	کنترل	معنویت‌درمانی	پس‌آزمون
-۳/۴۳۴	-۵/۷۹۱	۰/۰۰۰	۰/۵۸۳	*-۴/۶۱۳	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		
-۱۰/۸۷۱	-۱۳/۸۹۰	۰/۰۰۰	۰/۷۴۶	*-۱۲/۳۸۰	کنترل	معنویت‌درمانی	پیگیری
-۲/۹۴۱	-۶/۰۱۷	۰/۰۰۰	۰/۷۶۰	*-۴/۴۷۹	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		

پس از بررسی شاخص‌های توصیفی، نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۳ آمده است. نتایج حاصل از آزمون باکس در مورد همسانی کوواریانس‌های متغیرهای افسردگی و احساس چندش را در دو گروه در جدول ۴ نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد، پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها در تمامی متغیرهای وابسته بین سه گروه رعایت شده است ($P < ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته در سه گروه در جامعه برابر است و بنابراین امکان استفاده از شیوه تحلیل کوواریانس وجود دارد. نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات افسردگی، احساس چندش بیماران مبتلا به وسواس در سه گروه در جدول ۵ منعکس شده است. همچنین در جدول ۳، تفاوت سه گروه کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی مذهبی را به‌طور جداگانه در دو گروه افسردگی و احساس چندش در پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که بین دو متغیر در نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). ضریب اتا نشان می‌دهد حدود ۶۰ درصد از تغییرات افسردگی و احساس چندش در اثر مداخلات برنامه‌درمانی بوده است. همچنین در جدول ۷ نشان داد که معنویت‌درمانی در دو اختلال افسردگی و احساس چندش مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود و این برتری در پیگیری نیز حفظ شده است ($P < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش برای بررسی مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی رفتاری در بهبود اختلال افسردگی و احساس چندش زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی صورت گرفت. نتایج آزمون کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی دینی به کاهش

اختلال افسردگی و احساس چن‌دش بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی می‌انجامد. برای تعیین اینکه تفاوت معنادار در کدام جفت از گروه‌هاست، از آزمون تعقیبی استفاده شد. تاکنون پژوهشی درباره مقایسه معنویت‌درمانی دینی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اختلال افسردگی و احساس چن‌دش بیماران مبتلا به اختلال وسواس صورت نگرفته است؛ ولی به صورت جداگانه پژوهش‌هایی درباره اثربخشی هر کدام انجام شده است؛ ولی در مورد احساس چن‌دش، به دلیل اینکه تاکنون پژوهشی در زمینه مقایسه دو گروه درمانی انجام نشده است، یافته‌ای همسو با یافته پژوهش پیدا نشد. نتایج یافته‌های توهیگ و همکاران (۲۰۱۰)، امامیان و لطیفی (۱۳۹۳)، فنیبرگ و همکاران (۲۰۰۵) همسو با یافته‌های پژوهش، مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اختلال افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی است.

همچنین نتایج یافته‌های جعفری و همکاران (۲۰۱۰)، احدی (۲۰۰۴)، آندری و همکاران (۲۰۰۱)، رضانی و دادفر (۱۳۸۴)، انصاری و جان‌بزرگی (۱۳۹۵)، همسو با یافته‌های پژوهش مبنی بر تأثیر معنویت‌درمانی دینی در کاهش اختلال افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی است. با توجه به این نتایج می‌توان گفت: فرایندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش، به دنبال رهایی از فنونی بود که بیماران برای کنترل فکر به کار می‌گرفتند؛ اینکه چگونه با افکار مزاحم و اضطراب‌زا درهم نیامیزند و اینکه چگونه هیجانات را مدیریت و کنترل کنند. استفاده از فن‌های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبب می‌شود که افراد از موقعیت‌های وسواس‌طلب، کمتر احساس رنج کنند. یکی از فنون مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی است که به معنای ارزیابی منفی اغراق‌آمیز از تجارب درونی (افکار، احساس و هیجان) و عدم تمایل به تجربه آنهاست که به تلاش برای کنترل یا فرار از آنها منجر می‌شود. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این مطالعه، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند اجتناب‌ناپذیر و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن‌آگاهی به منظور خشی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخص مرتبط با اهداف رفتاری است تا بیمار تشویق شود درحالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیاتش به طور کامل و بدون مقاومت، ارتباط برقرار کند و آنها را بدون قضاوت درباره درستی و نادرستی‌شان، در هنگام ظهور ببیند. این امر به بهبود کیفیت زندگی به‌ویژه در حوزه روانی می‌انجامد (هیز و همکاران، ۱۹۹۶). در ACT مراجع آموزش می‌بیند، منازعه با افکار وسواسی را متوقف کند و در واقع به این نمی‌پردازد که آیا افکار وسواسی به طور منطقی صحیح هستند یا نه؛ اما به اثراشان روی رفتار می‌پردازد. در این درمان، تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث درباره ارزش‌ها، همگی به کاهش شدت علائم وسواسی بیماران انجامیده است. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند

آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه نمایند. با استفاده از این درمان، به‌خوبی می‌توان مشکلات روان‌شناختی، مانند افسردگی و وسواس را کاهش داد (آبراموویز، ۲۰۰۴). بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش، درمان بیماران مبتلا به وسواس به شیوه پذیرش و تعهد توانست به کاهش اختلال افسردگی و احساس چندش بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی بینجامد؛ اما در تفاوت با روش معنویت‌درمانی دینی، محققان گزارش کرده‌اند که روان‌درمانی دینی نیز می‌تواند برای کاهش اختلالات روانی استفاده شود و علائم بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و اضطراب و وسواس را از طریق استفاده از نگرش‌ها، روش‌ها و آموزه‌های دینی در قالب رویکردهای شناخت رفتار درمانی کاهش می‌دهد (آکوچکیان و همکاران، ۱۳۸۹؛ ایزدی و همکاران، ۱۳۹۱) که یافته‌های آنها همسو با این یافته می‌باشد. در تبیین آن می‌توان گفت: در ایران آن‌گونه که برخی از پژوهشگران گزارش داده‌اند، افکار وسواسی یا مناسک اجباری، رنگ‌بوی مذهبی دارند (فیضی، ۱۳۷۳، ص ۱۳۵-۱۳۶؛ فتی و بوالهری، ۱۳۸۳) و نتایج پژوهش نظیری و همکاران (۱۳۸۴) نشان داد که باورهای ناکارآمد مذهبی در مورد مناسک شست‌وشو و طهارت، پیش‌بینی‌کننده بهتری برای شدت علائم وسواس هستند تا باورهای ناکارآمد شناختی. به همین دلیل، وسواس‌های با رنگ‌بوی مذهب، از طریق مذهب بهتر درمان‌پذیرند؛ و این خود نوعی از درمان‌های روان‌شناختی وسواس محسوب می‌شود. آموختن این نکته که مثلاً دست نجس با دو بار شستن پاک می‌شود و اضافه بر آن جزء مذهب نیست، می‌تواند در جلوگیری از وسواس مؤثر باشد. همچنین در مورد وسواس عملی - که نمونه‌های بسیاری از آن را می‌توان در جامعه دید - این نکته را باید عنوان کرد که اسلام، هرچند آیین نظم و ترتیب و مسلک پاکیزگی و طهارت است، افراط و وسواس در این زمینه را مذموم تلقی می‌کند و برای نزدیک کردن آن به تعادل، راه‌حل عملی پیشنهاد می‌دهد. بدین ترتیب، می‌توان آموزش‌های اسلامی را به‌عنوان روش‌های بسیار قدرتمند در زدودن احساس چندش و اختلالات خلقی مطرح نمود (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۰).

همچنین الگوی معنویت‌درمانی مذهبی با رویکرد شناختی رفتاری با اصلاح معنادگی‌های نادرست مذهبی - اخلاقی (در مورد نجاست و پاکی، احساس گناه افراطی، و...) در چرخه وسواس، در تمام خرده‌مقیاس‌های OCD موجب کاهش علائم وسواس می‌شود و چون این نوع وسواس (احساس چندش) بیشتر در افراد مذهبی به‌شکل نجاست و طهارت دیده شد (زنجانی و همکاران، ۱۳۹۵)، بنابراین روان‌درمانی دینی در کاهش اختلال وسواس مؤثرتر واقع شده است (انصاری و جان‌بزرگی، ۱۳۹۵). به عبارت دیگر، استفاده از آموزه‌های اسلامی می‌تواند هم افکار و هم رفتار افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی را تحت تأثیر قرار دهد و به کنترل آنها کمک نماید و با ارائه نگرشی مثبت به افراد و تفسیر واقع‌بینانه از پدیده‌ها و رویدادهای زندگی، از وسواس و افسردگی در زندگی بکاهد (بیان‌زاده و همکاران، ۱۳۸۳). بنابراین مطالعه ما نشان داد که اگر معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی -

رفتاری، اعمال و سواسی با محتوای مذهبی را هدف درمان قرار دهد، می‌تواند به‌طور مستقیم علائم و سواس فکری و عملی را کاهش دهد و به‌طور غیرمستقیم نیز موجب کاهش چشمگیر علائم همبود بیماری، مثل افسردگی بیماران مبتلا به سواس شود. با توجه به اینکه باورهای مذهبی بخش عمده‌ای از فرهنگ مردم جامعه ما را تشکیل می‌دهد، روان‌شناسان و روان‌پزشکان در کار بالینی خود باید به این مهم توجه کنند و به عقاید بیمار خود احترام بگذارند. بی‌توجهی به سوءبرداشت بیماران از مذهب و عقاید و باورهای ناکارآمد و خرافی، به‌ویژه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی، به شکست درمان و مقاومت درمانی این بیماران می‌انجامد. در بیماران مذهبی مبتلا به اختلال وسواسی با محتوای مذهبی، مداخلات مبتنی بر مذهب، نظیر معنویت‌درمانی دینی با رویکرد شناختی رفتاری، به‌طور چشمگیری توانسته است پاسخ درمانی بیمار را بالا ببرد و درمان او را نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرتر کند. علاوه بر علائم و سواس، چنین مداخله‌ای توانست بر علائم همبود با بیماری و وضعیت کلی روانی بیمار اثر بگذارد و موجب کاهش چشمگیری علائم بیماری شود. این مطالعه، اولین مطالعه‌ای است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با درمان معنویت‌درمانی مذهبی مقایسه کرده است، بنابراین محدودیت‌هایی نیز دارد. به دلیل مشکلات ناشی از محدودیت زمانی و امکانات، هر دو روش درمانی توسط یک پژوهشگر صورت گرفت. بهتر بود که این درمان‌ها توسط دو درمانگر دیگر که از اهداف پژوهش اطلاعی نداشتند، اجرا شود. همچنین به دلیل اینکه هدف این پژوهش، مقایسه دو درمان در بیماران وسواسی با شرایط انتخابی ویژه بود، به دلیل محدودیت زمانی، تعداد نمونه کمی بررسی گردید و نمونه در دسترس استفاده شد، که توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی به آنها پرداخته شود.

منابع

- آکوچکیان، شهلا و همکاران، ۱۳۸۹، «تأثیر روان‌درمانی مذهبی بر علائم وسواس و علائم همبودی در بیماران وسواسی با محتوای مذهبی»، *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ش ۱۱۴، ص ۸۰۱-۸۱۱
- امامیان، اکرم و زهره لطیفی، ۱۳۹۳، «*تاریخچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال وسواسی جبری*»، اولین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی، شیراز.
- انصاری، حسن و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۹۵، «*بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر پیش فرض‌های خداپنداره، خودپنداره و آخرت‌پنداره بر شدت اختلال وسواس - بی‌اختیاری: مطالعه موردی*»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۴، ص ۲۵-۴۰.
- ایزدی، راضیه و همکاران، ۱۳۹۱، «*مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی و رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار*»، *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره دوازدهم، ش ۱، ص ۱۹-۳۳.
- بوالهروی، جعفر و محمد ملکوتی، ۱۳۷۸، «*آیات قرآنی در زمینه بهداشت روان*»، تهران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- بیان‌زاده، سیداکبر و همکاران، ۱۳۸۳، «*بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی فرهنگی در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی بی‌اختیاری*»، *مجله علوم پزشکی ایران*، سال یازدهم، ش ۴۴، ص ۹۱۳-۹۲۴.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۷۸، «*بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت آموزش خودمهارگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی در سطح دانشجویان دانشگاه‌های تهران*»، پایان‌نامه دکتری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- حدادی کوهسار، عباس و باقر غباری‌بناب، ۱۳۹۱، «*رابطه تصور فرد از خدا با رفتارهای وسواسی در دانشجویان*»، *علوم رفتاری*، دوره ششم، ش ۱، ص ۱۱-۱۶.
- دادفر، محبوبه، ۱۳۸۱، «*بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی جبری*»، *اندیشه و رفتار*، سال هفتم، ش ۱ و ۲، ص ۲۷-۳۲.
- رضائی، عباس و محبوبه دادفر، ۱۳۸۴، «*معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی درمان اضطراب و اختلال وسواسی، جبری*»، *نقد و نظر*، ش ۴، ص ۲۹۷-۳۰۳.
- رضائی‌فرانی، عباس و همکاران، ۱۳۸۰، «*راهبردهای تأمین سلامت روانی در قرآن*»، چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روانی، تهران.
- زنجانی، زهرا و همکاران، ۱۳۹۵، «*بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندش و گرایش به تجربه چندش در نمونه ایرانی*»، *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، دوره پنجم، ش ۲، ص ۲۰۵-۲۱۴.
- فتی، لادن و جعفر بوالهروی، ۱۳۸۳، «*بررسی مشخصات بالینی اختلال وسواسی فکری - عملی در بیماران مراکز درمانی منتخب شهر تهران*»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، سال ششم، ش ۲، ص ۱۴۰-۱۵۲.
- فیضی، اسماعیل، ۱۳۷۳، «*بررسی رابطه اعتقادات مذهبی و برخی از رفتارهای بیماران وسواسی*»، پایان‌نامه دکتری پزشکی، تهران، دانشگاه پزشکی ایران.
- میکائیلی، نیلوفر و همکاران، ۱۳۹۰، «*نقش مذهب در کاهش وسواس*»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۸، ص ۲۷-۲۸.
- نظیری، قاسم و همکاران، ۱۳۸۴، «*بررسی نقش پایندهای مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت اختلال وسواسی - اجباری*»، *اندیشه و رفتار*، ش ۴۲، ص ۲۸۳-۲۸۹.
- Abramowitz, J. S, 2004, Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression, *Journal of Clinical Psychology*, 60, p. 1133-1141.
- Abramowitz, J. S, et al, 2000, Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder, *Behavior Therapy*, 31, p. 517-528.
- Ahadi, H, & Nikkhou. M. R, 2004, *Religious assessment in psychotherapy. international*

- congress of east psychotherapy*, Tehran: University of Tehran.
- Azari, N. P, et al, 2001, Neural correlates of religious experience, *European Journal of Neuro science*, 13, p. 1649-1652.
- Baker, D. C, 2003, Studies of the inner life: the impact of spirituality on quality of life. *Quality of life research*. 12(suppl. 1): 51-57.
- Barlow, D. H, & Durand, M, 2011, *Abnormal Psychology: An Integrated Approach*, Wadsworth Publishing. Bass, B. A. An usual behavioral technique for treating obsessive ruminations. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 10, p. 191-192.
- Beck, A. T, et al, 1996, Comparison of Beck Depression Inventories – IA and II in psychiatric outpatients, *Journal of personality Assessment*, 67(3), p. 588-597.
- Beck, A. T, & Steer, R. A, 1993, *The Beck Anxiety Inventory manual*, San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Besiroglu, L, et al, 2007, Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive- compulsive disorder, *Journal of Affective Disorders*, 102, p. 73-79.
- Cavanagah ,K , & Davey ,G. C. L, 2000, The Development of a measure of individual Differences in Disgust, Paper presented in to the British Psychological Society.
- Davey, G. C. L, & Bond, N, 2006, Using controlled comparisons in disgust psychopathology research: The case of disgust, hypochondriasis and health anxiety, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, v. 37(1), p. p. 4-15.
- Fineberg, N. A, et al, 2005, Comorbid depression in obsessive compulsive disorder (OCD): symptomatic differences to major depressive disorder, *Journal of Affective Disorders*, 87(2-3), p. 327-330.
- Hasler, G, et al, 2005, Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity, *Psychiatry Research*, 135(2), p. 121-132.
- Hayes, S. C, et al, 1996, Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, p. 1152-1168.
- Hayes,S. C, & Strosahl,K. D, 2010, *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, New York, Springer Science and Business Media Inc, 64, p. 1152-1168.
- Jafari, E, et al, 2010, Spiritual well being and mental health in university students, *Procedia social and behavioral sciences*, 5, p. 1477-1481.
- Keeley ,M, et al, 2008, Clinical predictor of response to cognitive behavioral therapy for obsessive –compulsive disorder, *Clinical psychology Review*, 28, p. 118-130.
- Kelly, G, et al, 2011, *Slater in Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy*, Understanding and Applying the New Therapies, New York, Wiley.
- Kessler, R. C, et al, 2005, Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), *Archives of General Psychiatry*, 62, p. 617-627.
- Lee, H. J, & Kwon, S. M, 2003, Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions, *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), p. 11-29.
- Olatunji, B. O, et al, 2009, Development and initial validation of an abbreviated spider phobia questionnaire using item response theory, *Behavior Therapy*, 40, 114e13.
- Rachman, S. J, & de Silva, P, 1978, Abnormal and normal obsessions, *Behaviour Research and Therapy*, 16, p. 233-248.
- Rasmussen, S. A, & Eisen, J. L, 1992, The epidemiology and clinical features of obsessive

- compulsive disorder, *Psychiatric Clinics of North America*, 15, p. 743–758.
- Salkovskis, P. M, 1999, Obsessional–compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis, *Behaviour Research and Therapy*, 23, p. 571–583.
- Sookman, D, & Steketee, G, 2010, Specialized cognitive behavior therapy for treatment resistant obsessive compulsive disorder. In D. Sookman, R. L. Leahy (Eds.), Treatment resistant anxiety disorders. (pp. 31–75). New York: Routledge Press.
- Twohig, M. P, et al, 2010, A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy vs. progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78, p. 705-716.
- Woody, S. R, et al, 2005, Reliability and validity of the Yale– Brown Obsessive–Compulsive Scale, *Behaviour Research and Therapy*, 33, p. 597–605.

تأثیر آموزش تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری بر عمل به باورهای دینی و خودکنترلی

eghadaampour@Yahoo.com

Khalili.zahra75@gmail.com

Kobraalipor370@gmail.com

ک عزت‌اله قدم‌پور / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه لرستان

زهرا خلیلی گشنیگانی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه لرستان

کیبری عالی‌پور / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه لرستان

دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۰ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۰۲

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری بر عمل به باورهای دینی و خودکنترلی در سوء مصرف‌کنندگان مواد بود. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد در تابستان ۱۳۹۵ بود. نمونه آماری شامل سی نفر از معنادان بود که پس از گذراندن موفق دورهٔ سم‌زدایی، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از آن به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های عمل به باورهای دینی معبد و خودکنترلی تانجی بود. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری باعث افزایش عمل به باورهای دینی و خودکنترلی در افراد معناد شد ($P < 0/001$). بنابراین، توجه به مثبت‌نگری در افزایش عمل به باورهای دینی و خودکنترلی در معنادان یکی از ضرورت‌های پژوهش در زمینهٔ بهبود آنان محسوب می‌شود و برگزاری دوره‌هایی در این زمینه در مراکز ترک اعتیاد توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری، خودکنترلی، عمل به باورهای دینی، سوء مصرف‌کنندگان مواد.

اعتیاد یا وابستگی به مصرف مواد مخدر، اختلالی مزمن و عودکننده است که دارای تأثیرات عمیق اجتماعی، روان‌شناختی، جسمانی و اقتصادی است و علاوه بر تخریب شخص، هزینه‌های سنگینی را بر افراد، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. این اختلال یکی از معضلات و نگرانی‌های مهم جهان امروز است و از آنجایی که مصرف مواد، اثرات بازدارنده‌ای بر رشد و خودشکوفایی جامعه دارد، تهدیدی نگران‌کننده شمرده می‌شود (نریمانی و پوراسمعی، ۱۳۹۱). مفهوم اعتیاد به معنای فقدان کنترل بر رفتارها و اصرار به ادامه این گونه رفتارها به‌رغم پیامدهای نامطلوب آن و مصرف وسواس گونه مواد معرفی شده است و همچنین اعتیاد به مواد ممکن است با عدم تسلط بر عادت‌های ناسازگارانه همراه باشد و باعث ایجاد اثرات عمیقی بر فرد معتاد و اعضای خانواده او شود؛ به‌گونه‌ای که خانواده معتادان تنش‌های بسیاری را با علائم روانی و جسمی (همچون نگرانی در مورد بار تحمیل‌شده ناشی از اعتیاد، نگرانی از رفتار و وضعیت جسمانی و روانی فرد معتاد، کاهش ارتباط اجتماعی خانواده، و اختلال در روابط بین‌فردی خانواده) و علائم خلقی و عاطفی (مانند اضطراب، نگرانی، افسردگی، خشم و احساس گناه) تجربه می‌کنند (پارکر (Parker) و همکاران، ۲۰۰۸).

دین و مذهب یکی از اساسی‌ترین و مهم‌ترین نعمت‌هایی است که خداوند به جامعه بشری هدیه کرده است؛ به‌گونه‌ای که هیچ‌گاه بشر خارج از این پدیده زیست نکرده و دامن از آن برنکشیده است. دین مجموعه‌ای از اصول، باورها و رفتارهایی است که برای هدایت و رستگاری انسان‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است (بهروان، ۱۳۸۹). دین پدیده روان‌شناختی پیچیده‌ای است و مجموعه‌ای از مقوله‌های روان‌شناختی، همچون هیجان‌ات، باورها، ارزش‌ها، رفتارها و محیط اجتماعی را شامل می‌شود (خسروانیان و همکاران، ۱۳۹۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عمل به باورهای دینی می‌تواند در ایجاد حس امید، احساس صمیمیت با دیگران، آرامش هیجانی، فرصت شکوفایی و حل مشکلات مؤثر باشد (لوین (Levine) و همکاران، ۲۰۰۹). باورها و رفتارهایی مانند توکل به خدا، دعا و نیایش، صبر و انجام مناسک دینی، می‌تواند با ایجاد امید و نگرش‌های مثبت، به افزایش سلامت روان بینجامد (وایلانت (Vaillant) و همکاران، ۲۰۰۸). فرد دیندار خود را تحت حمایت و لطف همه‌جانبه خداوند می‌بیند و بدین ترتیب احساس اطمینان، آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. چنین فردی بر اثر سختی‌ها و ناکامی‌های زندگی دچار ناامیدی و اضطراب نمی‌شود؛ زیرا خداوند را حامی خویش می‌داند (لاگمن (Lagman) و همکاران، ۲۰۱۴). سال‌هاست که نقش دین، مذهب، مناسک و مراسم مذهبی در زندگی فردی و اجتماعی مورد توجه متخصصان قرار گرفته است. آنان بر این باورند که اثرها و پیامدهای امور مذهبی در زندگی، سبب کاهش پریشانی افراد می‌شود و به سازگاری آنان با هنجارهای اجتماعی کمک می‌کند (مالتبی و دی (Maltby & Day)، ۲۰۰۴). دین از طریق برقراری یک نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌هایی برای به دست آوردن شایستگی‌های آموخته‌شده و تهیه قوانین اجتماعی، بر سوءمصرف مواد و بهبودی از آن تأثیر می‌گذارد (اسمیت (Smith)، ۲۰۰۳). میلر (Miller) و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند: نوجوانانی دیندار نیستند و در اندازه‌گیری

میزان فعالیت دینی نمرات پایین به دست می‌آورند، در مقایسه با نوجوانان دیندار، مصرف و سوء‌مصرف مواد بیشتری دارند. باید توجه داشت که دین به‌عنوان یک سامانهٔ وسیع - که متشکل از برنامه‌های زیادی برای هدایت بشر است - شامل عناصری از خودکنترلی نیز می‌باشد؛ چراکه دین راهنمایی‌ها و قواعد خاص اخلاقی را به‌منظور کنترل خویشی برای امتناع از برخی رفتارها در اختیار فرد قرار می‌دهد (اسمیت، ۲۰۰۳).

خودکنترلی، تعارض درون‌فردی بین منطق و هوس، بین شناخت و انگیزه و بین برنامه‌ریز درونی و عمل‌کنندهٔ درونی است که قسمت اول بر قسمت دوم هر یک از زوج‌ها غلبه می‌کند (رچلین (Rachline)، ۱۹۹۵). همچنین خودکنترلی عبارت است از مهارت کنترل فعالیت‌ها و احساسات فردی پیش از مشغول شدن به فعالیت‌های خاص. افراد با خودکنترلی بالا، سازگاری روان‌شناختی بهتر، روابط بین‌فردی و عملکرد بهتری در امور کاری خود دارند (تانجی (Tangney) و همکاران، ۲۰۰۴). سیگل و براندون (Siegel & Brandon) (۲۰۱۰) معتقدند که افراد با خودکنترلی قوی می‌توانند در برابر خشنودی کاذب ناشی از انحراف مقاومت کنند؛ و به‌عکس، خودکنترلی ضعیف باعث رفتارهای منحرفانه در افراد می‌شود. بر اساس نظریهٔ گاتفردسون و هیرشی (Gatfredson & Hiershi) (۱۹۹۰)، افرادی که خودکنترلی ندارند، به رفتارهای هیجانی، احساسی و فیزیکی، و کارهای پرخطر و عجولانه گرایش می‌یابند و به همین دلیل به اعمال مجرمانه و قانون‌شکنانه دست می‌زنند (علی‌وردی‌نیا، ۱۳۸۸). تحقیقات بسیاری به بررسی رابطهٔ بین مذهبی بودن و خودکنترلی پرداخته‌اند (دسماند (Desmond) و همکاران، ۲۰۰۸؛ فرنچ (French) و همکاران، ۲۰۰۸). در واقع، به‌طور نسبی خودکنترلی بین مذهب و سلامت، بهزیستی و رفتارهای اجتماعی میانجی‌گری می‌کند. پژوهش‌ها می‌دهند که افراد دارای خودکنترلی بیشتر، به مذهبی بودن گرایش دارند. در واقع، شناخت مذهبی به‌طور خودکار شکلی از خودکنترلی را در برابر وسوسه‌ها فعال می‌کند (مک‌کالوف و ویلوگی (McCullough & Willoughby)، ۲۰۰۹).

مثبت‌اندیشی، یعنی نگاه به رویدادها با این معرفت که اگرچه خوب و بد با هم در دنیا وجود دارد، ولی ما بهتر است بر خوبی تأکید کنیم (ر.ک: آوریل و گلادیانا، ۱۹۵۲). زیربنای نظری روان‌شناسی مثبت‌نگر، در کارهای سلینگمن ریشه دارد (فروغی، ۱۳۹۱، ص ۵۸). در روان‌شناسی مثبت‌نگر اعتقاد بر این است که اکنون در روان‌شناسی هنگام آن رسیده است که به جای تأکید بر عواطف منفی، عواطف مثبت در نظر گرفته شود و به جای تأکید بر نقاط ضعف انسان، به توانمندی‌های او توجه شود (سلینگمن و چک سنت‌میهای (Csikszentmihalyi)، ۲۰۰۰). به‌طور کلی برای مثبت‌اندیشی دو مزیت گسترده مطرح شده است: یکی اینکه مثبت‌اندیشی احتمال نتیجهٔ خوب را افزایش می‌دهد؛ دیگر آنکه افراد را برای مقابلهٔ بهتر با تجارب ناخوشایند توانا می‌کند (گرث (Grath) و همکاران، ۲۰۰۶). مثبت‌نگری و زیبا دیدن مجموعهٔ هستی از منظر نیک‌نگریستن، باعث استفاده از تمام ظرفیت‌های مثبت و امیدوارکننده در زندگی می‌شود و فرد را برای تسلیم نشدن در برابر عوامل منفی ساختهٔ ذهن آماده می‌کند و سبب می‌شود وی به مثبت‌نگری روی آورد و امید به زندگی‌اش افزایش یابد (آوریل و گلادیانا،

۱۹۵۲، ص ۳۲). از منظر روان‌شناسی مثبت‌نگر، روان‌شناسان نباید فقط روی ثابت نگه داشتن مشکلات مردم کار کنند؛ بلکه باید به آنها کمک کنند تا بتوانند زندگی شادتر، غنی‌تر و کامل‌تری داشته باشند؛ همان‌گونه که سلینگمن و چک سنت‌میهای (۲۰۰۲) اشاره کردند که هدف از روان‌شناسی مثبت‌نگر، تسریع تغییر نگاه روان‌شناسی از بدترین چیزها در زندگی به ساختن بهترین کیفیت‌ها در زندگی است (کاروسکی و ایاردی (Karwoski & Iardi)، ۲۰۰۶).

از دیدگاه روان‌شناسان مثبت‌نگر، هیجان‌نا مثبت یکی از بهترین زمینه‌ها برای جلوگیری از آسیب روانی است. بر اساس رویکرد مثبت‌نگر، نبودن یا کم بودن هیجان‌ها و خصوصیات مثبت در زندگی می‌تواند باعث پیدایش انواع آسیب‌ها و مشکلات روانی شود. *بالداکچینو* (Baldacchino) (۲۰۱۱)، *والپرت* (Wolpert) (۲۰۱۰)، *کورن* (Koren) (۲۰۱۳)، *دل‌بیرو* (Delbiero) (۲۰۰۱) و *سلینگمن* (Seligman) و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش‌های خود رابطه عمل به باورهای دینی و خودکنترلی را با مثبت‌اندیشی تأیید کردند. آنها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند: افرادی که از لحاظ روانی در وضعیت خوش‌بینی، خودکارآمدی، تاب‌آوری و امیدواری قرار دارند، توان روانی بیشتری نیز برای برقراری انسجام و سازگاری در معنا، اهداف و ارزش‌های والای دنیایی و فرادنیایی خواهند داشت. در واقع، افرادی که با دید مثبت‌تری به مسائل موجود در زندگی توجه می‌کنند، کمتر مشکلات را به‌عنوان عوامل محدودکننده پیشرفت در زندگی خود به‌شمار می‌آورند و در بیشتر موارد به این‌گونه محدودیت‌ها به‌مثابه عوامل مؤثر در پیشرفت خود می‌نگرند. این قبیل شیوه‌های نگرش به مسائل، سبب افزایش سلامت ذهنی در افراد می‌شود که وجود چنین توانمندی‌های ذهنی در افراد سبب می‌شود که در بیشتر موارد در زمان برخورد با مسائل دارای بار هیجانی، برخورد مناسبی داشته باشند و به روش‌های مثبت برخورد با مسائل روی آورند و کنترل بیشتری بر رفتارهای خود داشته باشند.

ده‌ها سال است که اعتیاد و سوءمصرف و وابستگی به مواد، به یکی از معضلات و نگرانی‌های جدی جامعه بشری تبدیل شده است و از آنجایی که سوءمصرف مواد اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران‌کننده است. وابستگی و سوءمصرف مواد، به‌عنوان اختلالات مزمن و عودکننده با تأثیرات زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود (دالاس (Dalas)، ۲۰۰۳، به نقل از: فروغی، ۱۳۹۱). این اختلالات، عوارض بسیاری را بر پیکره سلامت، بهزیستی و امنیت افراد بر جای می‌گذارد. امروزه نگاه محدود به عوامل خطرآفرین، به سوی عوامل حفاظتی - مراقبتی تغییر جهت داده است و در طول دو دهه گذشته، مفهوم مثبت‌نگری، در حوزه روان‌شناسی تحولی شالوده‌ای را فراهم ساخته که با تغییر نگاه از رویکرد مشکل‌محور به رویکرد پرورش فضایل و توانمندی‌ها، راهبردهای مؤثر برای درمان اعتیاد ارائه داده است. افرادی که به مراکز ترک اعتیاد مراجعه می‌کنند، علاوه بر درمان دارویی، به درمان‌های روان‌شناختی نیز نیاز دارند. از آنجاکه در زمینه آموزش تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری در افراد سوءمصرف‌کننده مواد پژوهش‌های اندکی صورت گرفته، هدف این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری بر عمل به باورهای دینی و خودکنترلی در سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر است.

روش پژوهش

با توجه به هدف تحقیق، این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد در تابستان ۱۳۹۵ می‌باشد. نمونه شامل سی نفر از افراد معتادی است که پس از گذراندن موفق دوره سم‌زدایی، به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. سپس آنها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (۱۵ نفر در هر گروه). ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل داشتن معیارهای سوءمصرف مواد بر پایه معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه چهارم تجدیدنظرشده، گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و عدم مصرف منظم داروهای ضد روان‌پریشی در زمان ورود به برنامه درمان، و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای درک مفاهیم بود. ملاک‌های خروج، شامل داشتن اختلال‌های روان‌پریشی، دوقطبی یا افسردگی شدید، ابتلا به بیماری‌های جسمی خاص در زمان اجرای پژوهش و نداشتن سواد در حد خواندن و نوشتن بود.

ابزار پژوهش

مقیاس عمل به باورهای دینی معبد: این مقیاس توسط گلزاری (۱۳۸۰) تدوین و شامل ۲۵ سؤال 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 تصمیم‌گیری و انتخاب‌های زندگی) تشکیل شده است. هر سؤال پنج گزینه دارد و روش نمره‌گذاری این مقیاس از صفر تا چهار است. برای تک‌تک سؤالات، کمترین حالات ممکن صفر و بالاترین حالت نمره چهار و برای کل آزمون، کمترین نمره کل صفر و بیشترین نمره صد است. این آزمون پایایی مناسبی دارد و روایی محتوایی (صوری و منطقی) آن مناسب ارزیابی شده است. روایی وابسته به ملاک آن از طریق مقایسه افراد دینی و غیردینی با استفاده از دسته‌بندی همسالان، دسته‌بندی مریبان و تفاوت نمره‌های زندانیان با جوانان دینی، مقدار $0/78$ به دست آمده است (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۴). حاجی‌زاده میمن‌دی و برغم‌دی (۱۳۸۹) در پژوهش خود، میزان ضریب آلفای کرونباخ را مقدار $0/91$ به دست آوردند. جعفری و همکاران (۱۳۹۳) پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، مقدار $0/89$ به دست آوردند. در این پژوهش، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، مقدار $0/71$ به دست آمد و روایی محتوایی پرسش‌نامه با استفاده از نظر متخصصان روان‌شناسی، مطلوب گزارش شد.

پرسش‌نامه خودکنترلی تانجی: این پرسش‌نامه توسط تانجی و همکاران در سال ۲۰۰۴ تدوین شد که شامل دو خرده‌مقیاس خودکنترلی منع‌کننده یا بازدارنده و خودکنترلی اولیه است. این پرسش‌نامه، ۳۶ سؤال دارد و هدف آن سنجش میزان کنترل افراد بر رفتار خودشان است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر اساس طیف پنج

درجه‌ای لیکرت می‌باشد. کمترین نمره در این پرسش‌نامه صفر و بیشترین نمره، ۱۴۴ است. *تانجی* و همکاران (۲۰۰۴) روایی و پایایی پرسش‌نامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. ایشان برای ارزیابی پایایی آزمون، از روش بازآزمایی استفاده کردند که این مقدار برابر ۰/۸۹ بود. *رایدر* (Ridder) و همکاران (۲۰۱۱) با انجام پژوهش به بررسی تفاوت‌های این دو خرده‌مقیاس پرداختند و همسانی درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خودکنترلی منع‌کننده، مقدار ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ برای خودکنترلی اولیه را مقدار ۰/۶۸ به دست آوردند. همبستگی بین دو خرده‌مقیاس خودکنترلی نیز در پژوهش *رایدر* و همکاران (۲۰۱۱)، بیشتر از ۰/۶۸ گزارش شد. *عطاری* (۱۳۹۱) در پژوهش خود، از پرسش‌نامه خودکنترلی *تانجی* و همکاران (۲۰۰۴) استفاده کرد و روایی محتوایی پرسش‌نامه را با استفاده از نظر متخصصان، مطلوب گزارش نمود و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آورد. در این پژوهش، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۶ به دست آمد و روایی محتوایی پرسش‌نامه، با استفاده از نظر متخصصان روان‌شناسی، مطلوب گزارش شد.

به‌منظور اجرای پژوهش، ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد برای اجرای پژوهش انجام شد و پس از کسب موافقت لازم، از افراد واجد شرایط برای ورود به پژوهش دعوت به عمل آمد. در گام بعدی تعداد سی نفر از این افراد به‌صورت در دسترس انتخاب و سپس با روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند؛ سپس از پروتکل آموزش تفکر مثبت‌نگر، اقتباس شده از نظریه سلینگمن و همکاران (۲۰۰۶) توسط *کاکاوند* و همکاران (۱۳۹۴)، به‌عنوان عامل مداخله استفاده شد. مراحل مختلف آموزش تفکر مثبت‌نگر، بر اساس بسته یادشده در این پژوهش در قالب هشت جلسه دو ساعته به‌صورت گروهی توسط خود پژوهشگر آموزش داده شد. ابتدا با تشکیل جلسات توجیحی برای اعضای نمونه به‌منظور آشنایی با طرح پژوهشی و ضمن درک اهمیت موضوع و جلب همکاری آنها، از آنها خواسته شد تا پرسش‌نامه عمل به باورهای دینی معبد و خودکنترلی *تانجی* را تکمیل کنند. سپس گروه نمونه انتخاب‌شده، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند و در نهایت پروتکل آموزش تفکر مثبت‌نگر برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه تا اتمام مرحله پیگیری، هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. نهایتاً پس از اتمام جلسات با اجرای پس‌آزمون، به سنجش گروه‌های آزمایش و گواه اقدام شد. سپس، بعد از طی دو ماه به‌منظور اطمینان از ثبات نتایج آزمایش برای گروه آزمایش و گواه، پیگیری به عمل آمد و بعد از پایان مراحل پیگیری، محتویات پروتکل آموزشی طی چهار جلسه و به‌طور خلاصه به‌منظور رعایت اصول اخلاقی برای گروه گواه نیز ارائه گردید. خلاصه جلسات آموزش تفکر مثبت‌نگر اقتباس شده از برنامه تفکر مثبت سلینگمن و همکاران (۲۰۰۶) در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی سلیگمن و رشید و پارکز (۲۰۰۶)

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی و جهت‌دهی؛ آشنایی شرکت‌کنندگان با دوره آموزشی و مفاهیمی چون رضایت از زندگی، شادی، نشاط و نقش این موارد در زندگی خوب و مسیرهای دستیابی به زندگی رضایت‌بخش؛ سنجش سطح رضایت از زندگی، نشاط، شادی، معنا در زندگی و افسردگی افراد؛ در نهایت، آموزش تکلیف خانگی و معرفی نقاط مثبت خود.
دوم	توانمندی‌های شخصی و استفاده از آنها به شکلی تازه؛ اجرای پرسش‌نامه توانمندی شخصی و شناسایی پنج توانمندی برتر هر یک از اعضای گروه؛ معرفی توانمندی‌های شخصی به‌عنوان مسیری برای دستیابی به رضایت از زندگی؛ در نهایت، آموزش تکلیف خانگی و استفاده از توانمندی‌ها به شکلی نو و تازه.
سوم	بیان هیجان‌های مثبت و ذکر نعمت‌ها و امور خوب در زندگی؛ آشنایی با هیجان‌های مثبت و نقش آنها در شادی و نشاط؛ ذکر نعمت‌ها و امر مثبت در زندگی روزمره؛ بررسی میزان استفاده از توانمندی‌های شخصی در رفتار افراد و آشنایی با هیجان‌های مثبت؛ در نهایت، ارائه تکلیف خانگی؛ ذکر سه امر مثبت، سه نعمت در زندگی.
چهارم	میراث شخصی و داشتن قصد و هدف در زندگی؛ بررسی تکلیف جلسه قبل؛ بحث درباره اهمیت داشتن هدف و معنا در زندگی، ضمن اشاره به علائم خودکنترلی در افراد؛ در نهایت، ارائه سؤال‌ها در زمینه میراث شخصی برای پاسخگویی تا جلسه بعد.
پنجم	نامه و دیدار تشکرآمیز و بررسی نیم‌دوره آموزشی؛ بررسی نتایج فعالیت‌هایی که طی هفته قبلی انجام شده است؛ تأکید بر خطرات خوب؛ حرکت به سمت ایجاد ارتباط بین فردی مناسب؛ افزایش سطح رضایت از زندگی از طریق لذت حاصل از خشنود ساختن دیگران؛ آموزش فن تقدیر و سپاس؛ اجرای تمام آزمون‌های جلسه اول؛ در نهایت، تکلیف خانگی و کاربرد فن پاسخ‌دهی سازنده و فعال.
ششم	روابط مثبت اجتماعی و شادکامی در زندگی؛ آشنایی با روابط مثبت اجتماعی؛ نقش روابط مثبت در زندگی شادمانه؛ آموزش؛ در نهایت، ارائه تکالیف خانگی و کاربرد فن پاسخ‌دهی فعال و سازنده.
هفتم	انجام کار با تأمل و نقش آن در تنظیم هیجان و برخورد مناسب با عوامل تنش‌زا؛ در نهایت، ارائه تکلیف خانگی و نحوه انجام کار با تأمل.
هشتم	جشن شادی و پایدارسازی شادمانی؛ بازخورد دوره آموزشی؛ برگزاری جشن شادی؛ اجرای آزمون‌های اجراشده در جلسه اول؛ اجرای پس‌آزمون جهت بررسی میزان تأثیرات دوره آموزشی.

یافته‌های پژوهش

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) آزمودنی‌ها بر حسب مرحله و عضویت گروهی نشان داده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات خودکنترلی و عمل به باورهای دینی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله و عضویت گروهی

گروه آزمایش	مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
گروه آزمایش	خودکنترلی	۱۵	۴۷/۶	۵/۸۶	۶۲/۸	۶۱/۶
	عمل به باورهای دینی	۱۵	۲۷/۳	۵/۰۶	۴۹	۴۳/۳
گروه گواه	خودکنترلی	۱۵	۴۵/۰۶	۲/۱۵	۳۹/۰۶	۴۱/۴۶
	عمل به باورهای دینی	۱۵	۳۲/۹۳	۱۰/۲۰	۳۵	۳۱/۸

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمرات خودکنترلی و عمل به باورهای دینی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش، به ترتیب برابر با ۴۷/۶ و ۲۷/۳ است که پس از انجام تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری، این مقادیر افزایش یافته و به ترتیب برابر با ۶۲/۸ و ۴۹ است. همچنین این مقادیر در مرحله پیگیری ۶۱/۶ و ۴۳/۳ بود. در گروه گواه این میانگین‌ها در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۵/۰۶ و ۳۲/۹۳، در مرحله پس‌آزمون برابر با ۳۹/۰۶ و ۳۵ و در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۴۱/۴۶ و ۳۱/۸ است. برای تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

استفاده شد. استفاده از آزمون F به‌عنوان یک آزمون پارامتریک، مستلزم رعایت برخی پیش‌فرض‌های آماری است. این پیش‌فرض‌ها عبارتند از: ۱. فاصله‌ای یا نسبی بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای وابسته؛ ۲. نمونه‌گیری یا گمارش تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۳. توزیع نرمال نمرات متغیرهای وابسته؛ ۴. همسانی واریانس‌های متغیر وابسته؛ ۵. تساوی یا تناسب حجم نمونه‌ها؛ ۶. همگنی شیب رگرسیون. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که سطح معناداری خودکنترلی و عمل به باورهای دینی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیشتر از ۰/۰۵ بود که نشان‌دهنده نرمال بودن داده‌های پژوهش است ($P > ۰/۰۵$). همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون ام - باکس استفاده شد که نتایج نشان داد واریانس متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ندارند و از همگنی مناسبی برخوردارند ($P = ۰/۰۶$, $F = ۲/۴۶$). مقدار سطح معناداری آزمون همگنی شیب رگرسیون نیز بیشتر از ۰/۰۵ بود که همگنی شیب رگرسیون متغیرهای پژوهش را در مرحله پس‌آزمون تأیید می‌کند ($P > ۰/۰۵$). بنابراین، با توجه به پیش‌فرض‌های رعایت‌شده در این پژوهش، استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره بلامانع می‌باشد که نتایج حاصل از آن، در قالب جدول‌های ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

اثر	ارزش	درجه آزادی خطا	نسبت فیشر	سطح معناداری
گروه در مرحله پس‌آزمون	۰/۳۱	۲۵	۴۶/۹۸	۰/۰۰۱
گروه در مرحله پیگیری	۰/۱۱	۲۵	۱۰۱/۳۱	۰/۰۰۱

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون، به روش تحلیل کواریانس چندمتغیره، اثر معناداری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چندمتغیره نشان می‌دهد که آموزش تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری بر خودکنترلی و عمل به باورهای دینی معنادار در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری دارد و بین خودکنترلی و عمل به باورهای دینی گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به‌منظور تعیین اینکه در کدام یک از متغیرها تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد، از آزمون کواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی تأثیر مداخله بر خودکنترلی

و عمل به باورهای دینی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییر	مرحله	متغیر وابسته	مجموعه مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت فیشر	سطح معناداری	اثر ایستا
پیش‌آزمون گروه	پس‌آزمون	خودکنترلی	۱۰۶/۸۲	۱	۱۰۶/۸۲	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۰۱
		عمل به باورهای دینی	۱۸۹/۶۲	۱	۱۸۹/۶۲	۵/۹۲	۰/۰۲	۰/۱۸
		خودکنترلی	۳۰۶۶/۴۷	۱	۳۰۶۶/۴۷	۱۳/۸	۰/۰۱	۰/۳۴
پیش‌آزمون گروه	پیگیری	عمل به باورهای دینی	۲۱۲۵/۵۳	۱	۲۱۲۵/۵۳	۶۷/۴	۰/۰۱	۰/۷۱
		خودکنترلی	۸/۴۳	۱	۸/۴۳	۰/۱۹	۰/۶۶	۰/۰۰۷
		عمل به باورهای دینی	۲۰۶/۵۷	۱	۲۰۶/۵۷	۲۰/۶۶	۰/۰۱	۰/۴۴
		خودکنترلی	۲۸۳۷/۰۴	۱	۲۸۳۷/۰۴	۶۵/۳۱	۰/۰۱	۰/۷۱
		عمل به باورهای دینی	۷۱۳/۶۷	۱	۷۱۳/۶۷	۷۱/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳

با توجه به نتایج جدول ۴، با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات خودکنترلی مرحله پس‌آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد ($F=۱۳/۸$ و $P<۰/۰۰۱$). پس آموزش تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری، بر خودکنترلی معنادار تحت درمان تأثیر معناداری دارد و موجب افزایش ۳۴ درصدی خودکنترلی در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات عمل به باورهای دینی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F=۶۶/۴$ و $P<۰/۰۰۱$). با توجه به میانگین‌های مشاهده شده، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری موجب افزایش ۷۱ درصدی نمرات عمل به باورهای دینی در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات خودکنترلی در مرحله پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($F=۶۵/۳۱$ و $P<۰/۰۰۱$) و با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات عمل به باورهای دینی در مرحله پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$) و $F=۷۱/۳۹$). پس با توجه به این نتایج می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری، تأثیر معناداری بر خودکنترلی و عمل به باورهای دینی در مرحله پیگیری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، تأثیر آموزش تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری بر عمل به باورهای دینی و خودکنترلی در سوءمصرف کنندگان مواد در شهر خرم‌آباد بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که آموزش تفکر مبتنی بر مثبت‌نگری تأثیر معناداری بر عمل به باورهای دینی و خودکنترلی در معنادار دارد. این یافته با پژوهش‌های بالداکچینو (۲۰۱۱)، والپرت (۲۰۱۰)، کورن (۲۰۱۳)، کینجرسکی و اسکریپنک (Kinjerski & Skrypnec) (۲۰۰۶)، فیشر (۲۰۱۱)، دلبرو (۲۰۰۱) و سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) هماهنگ و همسو است.

درباره تبیین رابطه بین مثبت‌نگری و عمل به باورهای دینی می‌توان گفت: زمانی که افراد از لحاظ روانی در وضعیت خوش‌بینی، خودکارآمدی، تاب‌آوری و امیدواری قرار داشته باشند، توان روانی بالاتری نیز برای برقراری انسجام و سازگاری در معنا، هدف و ارزش‌های والای دنیایی و فرادنیایی در زندگی خود خواهند داشت. به عبارت دیگر، مثبت‌نگری و خوش‌بینی با افزایش سطح توانایی و توانمندی روانی افراد، آنها را از لحاظ توجه بیشتر به امور معنوی و تلاش بیشتر برای انجام اعمال مرتبط با عقاید دینی و معنوی توانمند می‌کند و باعث رشد هر چه بهتر و بیشتر عقاید مذهبی و بهزیستی معنوی در افراد می‌شود. همین امر باعث ایجاد پیوند بین مثبت‌اندیشی و ایجاد حس علاقه و تعهد بیشتر به انجام اعمال دینی در جهت رشد فکری بیشتر در افراد می‌شود (فیشر، ۲۰۱۲؛ بلو (Blue)، ۲۰۰۹). در حقیقت می‌توان گفت: زمانی که افراد در سطح بالاتری از توان فکری، روانی و احساسی قرار دارند، دارای تفکر رشدیافته‌تری درباره ارزش و توانایی خود در جهان و امکان رشد هر چه بهتر و بیشتر خود در جهان هستند و در آنها زمینه برای ایجاد پیوند هر چه بهتر در امور مذهبی و انجام دستورالعمل‌ها و امور مرتبط با مسائل دینی به وجود

می‌آید. این قبیل نگرش‌ها باعث می‌شود که فرد احساس رضایت بیشتری از خود داشته باشد و سعی و تلاش خود را برای شکوفا کردن توانایی‌های خود در جهت رشد هرچه بهتر شخصیت انسانی‌اش به کار بندد. در حقیقت، پیوند معنوی بیشتر با امور دینی باعث ایجاد زمینه‌ای برای ایجاد احساس بهزیستی معنوی بیشتر در افراد می‌شود. براین اساس، می‌توان گفت که رابطه مثبت‌نگری و پیوند معنوی با بهزیستی معنوی را می‌توان بر اساس نظریه همسویی محتوایی سازه تبیین کرد. پیوند معنوی از لحاظ محتوایی با بهزیستی معنوی دارای همسویی‌هایی است. نخستین همسویی، این واقعیت است که هر دو ماهیت معنوی دارند: یکی احساس پیوند با خالق هستی، انسان‌ها و دنیای اطراف است؛ و دیگری مبتنی بر وجود سلامتی و انسجام در معنا، هدف و ارزش‌های دنیایی و فرادنیایی (بهزیستی معنوی) است؛ و چنین همسویی محتوایی به‌خوبی قادر است تا موجب رابطه بین مثبت‌اندیشی و ایجاد زمینه مناسب برای رشد فکری بهتر در افراد شود. به این ترتیب، می‌توان گفت که این افراد می‌توانند با بالا بردن سطح توانایی و نگرش به خود، مقام و منزلت خویش در جهان و ایجاد احساس پیوند معنوی هر چه بهتر با امور مذهبی، باورهای دینی را در زندگی خود بیشتر به کار گیرند (بالداکچینو، ۲۰۱۱؛ والپرت، ۲۰۱۰).

از سوی دیگر، در تبیین تأثیر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر خودکنترلی، می‌توان گفت که مثبت‌نگری سعی دارد بینشی را در فرد به وجود آورد که باعث ارتقای قابلیت‌های انسانی شود که با خودکنترلی مرتبط است. این قبیل بینش‌ها شامل رؤیاهای و اهداف، غایت معنا در زندگی، اعتقاد به یگانگی خود، استقلال، امید و خوش‌بینی، صلاحیت‌های شناختی (مثل استدلال اخلاقی، بینش، آگاهی میان‌فردی، عزت‌نفس، توانایی طراحی و خلاقیت)، صلاحیت رفتاری و اجتماعی، استواری هیجانی و مدیریت هیجان، شادکامی، بازشناسی احساسات و مهارت‌های هیجانی، توانایی برای بازشناسی هیجان‌های منفی و برخورد مناسب با مسائل می‌باشد. سلینگمن و همکاران (۲۰۰۶) در گزارش‌های درمانی خود معتقدند: روان‌درمانی مثبت‌گرا، نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی، بلکه به‌گونه‌ای مؤثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجان‌های مثبت، موجب تغییر در امکان آسیب‌پذیری به خودکنترلی و تاب‌آوری بیشتر شود. بنابراین، می‌توان گفت که روان‌شناسی مثبت‌نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد کند، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته باشد و نیز سدی برای وقوع مجدد آن شود و با ایجاد احساسات و حالات روانی مثبت، فرد را در حالت تعادل روانی مناسب‌تری برای برخورد با مسائل قرار دهد. در حقیقت، سلینگمن و چک سمیت میهای (۲۰۰۰) معتقدند که تحت شرایط سخت، بقا و ماندگاری وابسته به کارکردهاست که برخی از این کارکردها عبارتند از: صفات شخصیتی و نظام ارزشی وابسته به گروه یا اجتماع آنها. بنابراین، انتظار می‌رود کسانی که به سطحی از تاب‌آوری و خودکنترلی ارتقا می‌یابند، ویژگی‌هایشان به‌صورت صفات شخصیتی و اجتماعی مثبت و مناسب بروز نماید. صفات شخصیتی مثبت عبارتند از: ظرفیت عشق و سازمان‌دهی، جرأت‌ورزی، مهارت بین‌فردی، حساسیت زیبایی‌شناختی، پشتکار، بخشش، اصالت، هوشمندی درباره آینده، استعداد بالا و عقلانیت. صفات گروهی مثبت نیز شامل مسئولیت‌پذیری، نوع‌دوستی، مهرورزی،

خوش‌رفتاری، میان‌رویی، تحمل و اخلاق اجتماعی است. بنابراین، می‌توان گفت در زمان برخورد با مسائل دشوار، افرادی قادرند از راهبردهای خوش‌بینانه و مثبت‌تری استفاده کنند که بیشتر قادر به کنترل عواطف و احساسات خود هستند و از راهبردهای عقلانی‌تری برای برخورد با دشواری‌های موجود استفاده می‌کنند. این افراد در برخورد با مسائل، کمتر از راهبردهای غیرمنطقی و دارای امکان آسیب به سلامت جسمی و روانی خود استفاده می‌کنند و در نتیجه به سطح بهتر و کامل‌تری از سلامت روان دست خواهند یافت. بنابراین، استفاده از این راهبردها به بالا بردن بیشتر سطح خودکنترلی و تاب‌آوری افراد در برخورد با مسائل خواهد انجامید و چنین افرادی کمتری به استفاده از راهبردهای غیرمفید و ناکارآمد، مانند استفاده از مواد مخدر، گرایش خواهند داشت.

محدودیت پژوهش

از آنجایی که پژوهش بر روی معنادار مراجع‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد و تنها بر روی مردان انجام شده است، در تعمیم نتایج به معنادار شهرهای دیگر و نیز زنان باید احتیاط باید صورت کرد.

پیشنهادها

همان‌گونه که در این پژوهش ذکر شده، افرادی که گرایش بیشتری به سوءمصرف مواد دارند یا اینکه در دام آن گرفتار شده‌اند، در بیشتر موارد دارای ضعف‌هایی در زمینه‌های اعتقادی و برخورد مناسب با مسائل دارای بار هیجانی هستند. با توجه به بررسی پیشینه پژوهشی و همچنین نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت که آموزش مبتنی بر مثبت‌نگری، در افزایش گرایش به عمل به باورهای دینی و همچنین توان بیشتر افراد در کنترل رفتار خود مؤثر است.

بنابراین، با توجه به اینکه در بسیاری از موارد، گرایش بیشتر افراد به رفتارهای غیراخلاقی و عدم برخورد مناسب با شرایط استرس‌زا و خودکنترلی پایین ناشی از ضعف‌های آنها در زمینه اعتقادی است، به خانواده‌ها و همچنین مسئولان مراکز آموزشی و فرهنگی جامعه پیشنهاد می‌شود که از طریق آموزش مثبت و مؤثر، زمینه گرایش بیشتر افراد به امور اعتقادی و دینی را فراهم سازند و آموزش این قبیل شیوه‌های مثبت فکری را جزء اولویت‌های آموزشی و تربیتی خود در مراکز آموزشی قرار دهند؛ زیرا بسیاری از گرایش‌های منفی اخلاقی در افراد، ناشی از ضعف‌های اخلاقی و تربیتی آنان در دوران نوجوانی است. بنابراین، ضرورت دارد که بیشتر مداخلات تربیتی نیز در این مرحله از زندگی افراد صورت گیرد.

با توجه به بررسی پیشینه پژوهشی و همچنین یافته‌های حاصل از این پژوهش، به مسئولانی که در مراکز ترک اعتیاد مشغول به فعالیت هستند، پیشنهاد می‌شود که در طی دوران درمان افراد، تنها به درمان‌های دارویی مؤثر بسنده نکنند؛ زیرا تمرکز بر این قبیل درمان‌ها ممکن است اثر کوتاه‌مدت و سطحی بر کاهش گرایش به مواد مخدر داشته باشد؛ اما تأکید بر شیوه‌های مثبت فکری در کنار درمان‌های دارویی، گرایش به اعتقادات درونی در زمینه مسائل اخلاقی و همچنین کنترل رفتارهای منفی را در آنها افزایش می‌دهد.

منابع

- آقیوسفی، علیرضا و همکاران، ۱۳۹۴، «اثربخشی عمل به باورهای دینی بر تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی بین طلاب علوم دینی و دانشجویان»، *بزهوش در مسائل تعلیم و تربیت اسلامی*، دوره هشتم، ش ۲، ص ۱۳۱-۱۴۷.
- آوریل، لیمن و مکماه‌ن گالادینا، ۱۹۵۲، *روان‌شناسی مثبت*، ترجمه فریبا مقدم، چ دوم، تهران، آوند دانش.
- بهروان، حسین، ۱۳۸۹، «مقایسه دیدگاه مردم مشهد و متخصصان اسلامی درباره اهمیت ابعاد و ملاک‌های دینداری»، *نشریه مشکوه*، ش ۱۰۶، ص ۵۷-۸۱.
- 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*، دوره شانزدهم، ش ۴، ص ۱۹۱-۱۹۶.
- حاجی‌زاده میمندی، مسعود و مهدی برغم‌دی، ۱۳۸۹، «رابطه عمل به باورهای دینی و رضایت از زندگی در بین سالمندان»، *سالمند*، دوره پنجم، ش ۱۵، ص ۸۷-۹۴.
- خسروانین، حمیدرضا و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی رابطه دینداری و عمل به باورهای دینی با رضایت شغلی کارکنان سازمان بهزیستی استان یزد»، *مدیریت اسلامی*، دوره بیست‌ویکم، ش ۱، ص ۱۱۷-۱۴۶.
- عطاری، هدی، ۱۳۹۱، *رابطه بین اضطراب مدرسه با خودکنترلی و شیوه‌های فرزندپروری ادراک‌شده در دانش‌آموزان دختر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی.
- علی‌وردی‌نیا، اکبر، ۱۳۸۸، «اثربخشی برنامه‌های معتادان گمنام در نگرش معتادان به مواد مخدر»، *مطالعات اجتماعی ایران*، دوره سوم، ش ۳، ص ۱۴۴-۱۷۷.
- فروغی، علی، ۱۳۹۱، *اثربخشی روان‌درمانی مثبت در ارتقای تاب‌آوری افراد وابسته به مواد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- کاکاوند، علیرضا و همکاران، ۱۳۹۴، «تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال‌های بیرونی شده کودکان آنها»، *روان‌شناسی مدرسه*، دوره چهارم، ش ۴، ص ۱۲۵-۱۴۲.
- گلزاری، محمود، ۱۳۸۰، «مقایسه عمل به باورهای دینی (معبود)»، مقاله ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.
- نریمانی، محمد و اصغر پوراسمعی، ۱۳۹۱، «مقایسه رفتار خلقی و هوش معنوی در افراد تحت درمان با متادون و افراد غیرمعتاد»، *اعتیادپژوهی*، دوره ششم، ش ۲۲، ص ۹-۲۳.
- Baldacchino, D, 2011, "Teaching on spiritual care: the perceived impact on qualified nurses", *Nurse Education in Practice*, v. 11, n. p. 47-53.
- Blue, C. L, 2009, "Commentary on the brief serenity scale: A psychometric analysis of a measure of spirituality and well-being", *Journal of Holistic Nursing*, v. 27, n. 1, p. 17-18.
- Desmond, S. A, et al, 2008, "*Religion prosocial learning, self control, and delinquency*", Manuscript submitted for publication.
- Delbiero, M, 2001, "Resilient reintegration: use of structural equations modeling", *Journal of clinical psychology*, v. 35, p. 24-32.
- Fisher, J, 2011, "The four domains model: Connecting spirituality", *health and well-being, Religion*, v. 2, n. 1, p. 17-28.
- Fisher, J, 2012, "Staffs and family members, spiritual well-being in relation to help for residents with dementia", *Journal of Nursing Education & Practice*, v. 2, n. 4, p. 77-85.
- French, D. C, et al, 2008, "Religious involvement and the social competence and adjustment of

- Indonesian Muslim adolescents", *Development Psychological*, v. 44, n. 2, p. 597-611.
- Gottfredson, M, & Hirschi, T, 1990, "*A General Theory of Crime*", Stanford, CA: Stanford University Press.
- Grath, M.C, et al, 2006, "A narrative account of positive thinking on discussion about death and dying".
- Koren, M. E, 2013, "Papadimitriou C. Spirituality of staff nurses: application of modeling and role modeling theory", *Holistic Nursing Practice*, v. 27, n. 1, p. 37-44.
- Karwoski, G. M. G, & Iardi, S. S, 2006, "On the integration of cognitive behavioral therapy for depression and positive psychology", *Journal Cognition Psychotherapy*, v. 20, p. 2162-76.
- Kinjerski, V, & Skrypnik, B. J, 2006, "Measuring the intangible: Development of the spirit at work scale. Paper Presented at the Sixty-fifth Annual Meeting of the Academy of Management", Atlanta, GA.
- Lagman, R. A, et al, 2014, "Leaving it to God? religion and spirituality among Filipina immigrant breast cancer survivors", *Journal of Religion and Health*, v. 53, n. 2, p. 449-460.
- Levine, E. G, et al, 2009, "The benefits of prayer on mood and well-being of breast cancer survivors", *Supportive Care in Cancer*, v. 17, n. 3, p. 295-306.
- Maltby, J, & Day, L, 2004, "Should never the twain meet? Integrating models of religious personality and religious mentalhealth", *Personality and Individual Differences*, v. 36, n. 6, p. 1275-90.
- McCullough, M. E, & Willoughby, B. L. B, 2009, "Religion, Self-Regulation, and Self-Control: Associations, Explanations, and Implications", *Psychological Bulletin*, v. 135, n. 1, p. 69-93.
- Miller, L, et al, 2000, "Relationship between family religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national co morbidity survey", *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 39, p. 1190-1197.
- Parker, J. D, et al, 2008, "Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence", *Personality and Individual differences*, v. 45, n. 1, p. 174-180.
- Rachline, H, 1995, "Self control: beyond commitment", *Behavior and Brain Sciences*, v. 18, n. 1, p. 109-159.
- Ridder, D. T. D, et al, 2011, "Not doing bad things is not equivalent to doing the right thing: Distinguishing between inhibitory and initiatory self-control", *Personality and Individual Differences*, v. 50(7), p. 1006-1011.
- Seligman, M. E. P, et al, 2006, "*Positive psychotherapy*", American Psychologist.
- Seligman, M. E. P, & Csikszentmihalyi, M, 2000, "Positive Psychology: An introduction", *American Psychology*, n. 55, p. 5-14.
- Siegel, J. L, & Brandon, C. W, 2010, "*Juvenile delinquency*", 4ed, wadsworth: Belmont.
- Smith, C. 2003, "Theorizing religious effects among American adolescents", *Journal for the scientific study of religion*, n. 42, p. 17-30.
- Tangney, J. P, et al, 2004, High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success, *Journal of Personality*, v. 72, n. 2, p. 272-324.
- Vaillant, G, et al, 2008, "The Natural History, of Male Mental Health: Health and Religious Involvement", *Journal of Social Science & Medicine*, v. 66, n. 2, p. 221-31.
- Wolpert, N, 2010, "Blessing of the hands", *Nursing Management*, v. 41, n. 5, p. 28-30.

اثر بخشی هشیاری افزایشی مبتنی بر اخلاق اسلامی بر بهزیستی روان شناختی

nafas.eshghi@gmail.com

fallah@iauyazd.ac.ir

ک.بی.بی آسیه سالاری / کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه آزاد یزد

محمدحسین فلاح / استادیار گروه مشاوره دانشگاه آزاد یزد

دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۱۹ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۲۱

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثر بخشی آموزش هشیاری افزایشی مبتنی بر اخلاق اسلامی بر بهزیستی روان شناختی زنان متأهل شهرستان یزد انجام شده است. نمونه شامل ۳۰ نفر از زنان متأهل شهرستان یزد بودند که به صورت تصادفی به دو گروه و سپس هر گروه به صورت گمارش تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در گروه آزمایش آموزش هشیاری افزایشی مبتنی بر اخلاق اسلامی اجرا شد که از تدوین برنامه هشیاری افزایشی مبتنی بر اخلاق اسلامی شریعت مدار استفاده شد. روش پژوهش تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل است. میزان بهزیستی روان شناختی شرکت کنندگان در این پژوهش توسط پرسش نامه بهزیستی روان شناختی ریف در پیش آزمون و پس آزمون سنجیده شد و گروه آزمایش در ۱۰ جلسه آموزش هشیاری افزایشی مبتنی بر اخلاق اسلامی شرکت کردند. اجرای تحلیل کوواریانس بر روی داده ها نشان داد که جلسات آموزشی تأثیر معناداری بر بهزیستی روان شناختی گروه آزمایش داشته است ($p < 0/01$). براین اساس، می توان نتیجه گرفت که آموزش هشیاری افزایشی مبتنی بر اخلاق اسلامی می تواند افزایش بهزیستی روان شناختی را در پی داشته باشد.

کلیدواژه ها: هشیاری افزایشی، اخلاق اسلامی، بهزیستی روان شناختی، زنان متأهل.

در سال‌های اخیر، پژوهش در زمینه احساس بهزیستی - که به چگونگی ارزشیابی افراد از زندگی خود می‌پردازد - رو به فزونی است. این ارزشیابی، نوع بازخورد نسبت به رویدادها، قضاوت دربارهٔ منوال رضایت از زندگی و رضایت از موضوع‌هایی مانند ازدواج و کار را دربرمی‌گیرد. از نظر مایرز و دینر (Myers & Diener) (۱۹۹۵) بهزیستی روان‌شناختی عبارت است از: احساس مثبت و احساس رضایتمندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده، شغل و... می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی صراحتاً به رشد فردی و نیل به استعدادها و توانایی‌های فرد مربوط می‌شود و به‌طور گسترده‌ای به احساس شادی و نبود فشار روانی در زندگی تعریف می‌شود. الگوی بهزیستی روان‌شناختی یا بهداشت روانی مثبت را ریف و سینگر (Ryff & Singer) (۱۹۹۸) مطرح کردند. بر اساس این الگو، بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط تشکیل می‌گردد. طبق این دیدگاه، سلامت روان، داشتن ویژگی‌های مثبت مانند روابط اجتماعی موفق، سازگاری با محیط، عزت نفس و احساس خودکارآمدی است که زمینه‌ساز سلامتی در رشد به‌شمار می‌روند (میکائیلی‌منیع، ۱۳۸۹).

افزایش دادن هشیاری، به‌طور سنتی همواره از فرایندهای اصلی تغییر در روال درمانی بوده است. درمان‌هایی که سعی دارند هشیاری را افزایش دهند، در واقع می‌خواهند اطلاعات موجود افراد را به‌گونه‌ای افزایش دهند که آنان بتوانند مؤثرترین پاسخ را به محرک‌ها بدهند (ر.ک: پروچسکا و نورکراس (Prochaska & Norcross)، ۱۹۹۹).

یکی از بحث‌های عمده برای روشن شدن مفاهیم سلامتی، شادکامی، کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهزیستی، به تمایز دو دیدگاه و الگوی نسبتاً متمایز و مکمل، یعنی رویکرد لذت‌گرا و سعادت‌گرا برمی‌گردد (ریان و دسی (Ryan & Deci)، ۲۰۰۱ به نقل از: شریعت‌مدار، ۱۳۹۰، ص ۱۳). در سال‌های اخیر، رویکرد مثبت‌نگر به سلامت روانی گسترش فراوانی یافته و براین اساس مفهوم بهزیستی روان‌شناختی ظهور کرده است که سلامت روان‌شناختی را بیش از آنکه نداشتن بیماری تلقی کند، داشتن ویژگی‌های مثبتی مانند عزت‌نفس، روابط اجتماعی مناسب و رضایتمندی می‌داند (میکائیلی‌منیع، ۱۳۸۹).

همیشه این سؤال مطرح بوده است که چه چیزی باعث بهزیستی می‌شود. هر یک از پژوهشگرانی که در این حیطه کار کرده‌اند، عوامل و ابعاد خاصی را به‌عنوان ویژگی‌های فرد واجد نسبتی از بهزیستی روانی معرفی نموده‌اند (رحیمیان، ۱۳۸۶). احساس بهزیستی روانی شامل ارزشیابی‌هایی است که افراد از خود و زندگی‌شان به عمل می‌آورند (داینر و آلونی (Diener & Aluni)، ۲۰۰۲، نقل از: آدمی، ۱۳۹۲، ص ۶). این ارزشیابی‌ها شامل خشنودی از زندگی، هیجان و خلق مثبت و نبود افسردگی و اضطراب است (داینر و همکاران، ۱۹۹۷ به نقل از: زکی، ۱۳۸۵). به عبارت دیگر، سه جزء بهزیستی شامل شناختی، عاطفی - هیجانی و اجتماعی است.

یکی از متغیرهایی که در ادبیات مربوط به بهزیستی به کار رفته است، معنویت و تعهد مذهبی است. بی‌تردید، معنویت عنصر مهمی برای سلامت روانی است. معنویت و مذهب منابع مهم توانمندی برای بسیاری از درمان‌جویان هستند (شالوده یافتن معنا در زندگی) و می‌تواند عامل مهمی در تقویت سلامتی و شفا بخشیدن باشند (کوری (Correy)، ۲۰۰۵، ص ۶۴۸). کینگ اظهار کرد که درونی کردن دین و میزان تحمیلی یا انتخابی بودن عقاید و ارزش‌های مذهبی، عامل مهمی در سلامت روان است (به نقل از: شریعت‌مدار، ۱۳۹۰، ص ۱۴). این دیدگاه بر نقش معنویت و مذهب در بهزیستی روان‌شناختی تأکید دارد. در این تحقیق که مبتنی بر رویکرد سعادت‌گراست، متغیر اخلاق اسلامی به این دلیل برگزیده شد که به درونی کردن باورها و ارزش‌ها اعتقاد دارد. هشیاری‌افزایی، یکی از مکانیزم‌هایی است که موجب می‌شود فرد ارزش‌ها و باورهای تحمیلی را مجدداً بررسی کند و در دیدگاه اخلاق اسلامی بر درونی شدن فضیلت‌ها تأکید می‌شود.

در اسلام، نفس مطمئن موجب بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (مفهوم نفس مشابه مفهوم خود در روان‌شناسی است). نفس دارای چهار قوه (مشابه مفهوم سائق در نظریه‌های انگیزش و شخصیت) است: قوه شهوت (مشابه اروس در نظریه فروید)، قوه غضب (مشابه قوه تاناتوس در نظریه فروید)، قوه وهم و قوه عقلانی است. میان این قوا کشمکش دائمی وجود دارد. اگر همه نیروها تحت فرمان عقل درآیند، سازش و مسالمت میان آنها برقرار می‌شود و همگی مانند دستگاه واحدی می‌گردند. به این ترتیب، نفس و قوای آن به شایستگی و صلاح می‌گریند. از نظر علمای اخلاق، سعادت چیزی به‌جز کسب اخلاق پاک نیست (نراقی، ۱۳۸۸، ص ۸).

در واقع، نقش علم اخلاق همین زمینه است: تربیت انسان در جهت انجام عمل اخلاقی‌ای که وجدان فرد به آن آگاه و هشیار است. از این رو، در غالب رذایل اخلاقی، آسیب اصلی ناشی از غفلت بوده و راه حفظ اخلاق ستوده، تفکر و تأمل هنگام اقدام به فعل است تا کاری از روی غفلت صورت نگیرد (همان).

در پژوهشی، شریعت‌مدار (۱۳۹۰) نشان داد که هشیاری‌افزایی اخلاقی باعث افزایش رضایت زندگی در افراد می‌شود. در پژوهش ملّاحی و همکاران (۱۳۹۰)، بین گرایش مذهبی درونی و بیرونی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان ارتباط مثبت و معنادار به دست آمد. این نتایج را این‌گونه می‌توان تبیین کرد: هر چه میزان جهت‌گیری مذهبی جوانان درونی‌تر باشد، بهزیستی روان‌شناختی آنها بیشتر خواهد بود. هر چه میزان جهت‌گیری مذهبی جوانان بیرونی‌تر باشد، بهزیستی روان‌شناختی آنها کمتر خواهد بود. روح‌لامینی (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان داد که آموزش مؤلفه‌های معنوی می‌تواند افزایش رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی را در پی داشته باشد. آقابابایی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی رابطه قدردانی از خدا با عامل‌های شخصیت، بهزیستی و سلامت روانی پرداختند. نتایج پژوهش اول نشان داد که قدردانی از خدا با همه مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی فاعلی، و شخصیت (به‌جز خودمختاری و برون‌گرایی) همبستگی مثبت دارد. نتایج پژوهش دوم نیز نشان

داد که قدردانی از خدا با وظیفه‌شناسی و ثبات هیجانی رابطه مثبت، و با افسردگی و اضطراب رابطه منفی دارد. این یافته‌ها نقش مثبت قدردانی از خدا را در بهزیستی و سلامت روانی روشن ساخته است. پولوما و پندلتون (۱۹۸۹) نشان داده‌اند افرادی که رضایت بیشتری از زندگی خود دارند، تجارب عبادی بیشتری دارند. این محققان به مواردی چون حضور در پیشگاه خدا، شکر نعمت، تأمل و فکر کردن و... پرداخته‌اند؛ مواردی که فضیلت شمرده می‌شوند؛ یعنی کسانی که تجربه حضور در پیشگاه خدا را دارند، درباره او فکر و تأمل می‌کنند و او را می‌ستایند، بر این باورند که زندگی آنان معنادار و هدفمند است و در زندگی احساس جهت داشتن می‌کنند. از سوی دیگر، مردم غالباً با این سؤال روبرو می‌شوند: من چرا هستیم؟ و مذهب به این سؤال پاسخ می‌دهد و منبعی از معنا برای افرادی که نیاز دارند زندگی خود را مهم، قابل درک و هدفمند احساس کنند، فراهم می‌کند. استگر و فریزر (۲۰۰۵) نشان می‌دهند که مراجعان مذهبی، زندگی خود را معنادار می‌بینند و این موجب سلامتی آنان می‌شود.

پس با توجه به رویکرد جدید در روان‌شناسی که بر سلامتی و بهزیستی از جنبه مثبت متمرکز است و با توجه به اینکه زنان به‌عنوان افرادی هوشمند و مستعد در هر جامعه نقش مهمی در پویایی و کارآمدی آن جامعه ایفا می‌کنند، ارتقای بهزیستی روان‌شناختی آنها از اهمیت فراوان برخوردار است.

تغییرات ایجادشده در جوامع در دهه‌های اخیر باعث تغییر ساختار خانواده، پذیرش مسئولیت بیشتر و استرس بیشتر برای زنان شده است؛ از این رو، به‌منظور افزایش کیفیت زندگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی، انجام چنین تحقیقاتی ضروری به نظر می‌رسد.

بنا بر پژوهش‌های بسیار در مسائل چندفرهنگی، توجه به مسائل فرهنگی و مذهبی هر ملت در مشاوره و روان‌درمانی یک ضرورت تلقی می‌شود. شواهد پژوهشی حاکی از آن است، درمانی که مبتنی بر متغیرهای مذهبی باشد، به همان اندازه مؤثر (مک کولاف (McCullough)، ۱۹۹۹) و حتی مؤثرتر از (پراپست (Propst) و همکاران، ۱۹۹۲) رویکردهای استاندارد است. با وجود این، تنها اقلیتی از درمانگران، مذهب را موضوع مناسبی در درمان در نظر می‌گیرند (برگین و جنسن (Bergin & Jensen)، ۱۹۹۰). در ایران نیز در رشته مشاوره و روان‌شناسی، تعداد واحدهای درسی مربوط به این موضوعات بسیار اندک است؛ درحالی‌که یافته‌های استگر و فریزر نشان می‌دهند که مراجعان مذهبی، زندگی خود را معنادار می‌بینند و این موجب سلامتی آنان می‌شود (به نقل از: شریعت‌مدار، ۱۳۹۰، ص ۱۶). با توجه به ضرورت در نظر گرفتن فرهنگ و همچنین تأثیر مذهب بر شاخص‌های سلامت و بهزیستی روان‌شناختی، محقق به این نتیجه رسیده که در ایران ظرفیت ادغام مباحث اخلاقی در مشاوره بسیار است؛ چراکه اخلاق و مصادیق آن، جنبه‌ای سرشتی، عام و همگانی دارد. از آنجاکه پژوهش‌های زیادی در زمینه آموزش هشیاری اخلاقی صورت نگرفته است، به نظر می‌رسد جای تحقیقی که نشان دهد آموزش هشیاری اخلاقی باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود، خالی باشد.

مطالعه پیشینه پژوهشی‌های داخل کشور، نشانی از پژوهشی که به‌صورت آزمایشی یا نیمه‌آزمایشی به بررسی تأثیر آموزش هشیاری‌افزایی اخلاقی بر بهزیستی روان‌شناختی بپردازد، وجود ندارد؛ و از آنجاکه امروزه جوامع مختلف بشری در زندگی فردی و اجتماعی دچار مشکلات و بحران‌های زیادی هستند و از طرف دیگر، مکاتب بشری در حل این مشکلات راه به جایی نبرده‌اند و نتیجه آن سردرگمی و بی‌معنا بودن زندگی برای افراد جامعه شده است، تردیدی نیست که دین و هشیاری‌افزایی اخلاقی در وضع این بحران‌ها نقش اساسی و سازنده‌ای دارد و به‌کارگیری رهنمودهای اخلاقی و تربیتی اسلام می‌تواند عامل مهمی در کاهش تنش‌ها و فشارهای روانی و ایجاد آرامش و بهزیستی روان‌شناختی باشد. این پژوهش، با در نظر گرفتن اهمیت این موضوع، به بررسی تأثیر آموزش هشیاری‌افزایی مبتنی بر اخلاق اسلامی بر اساس برنامه تدوین‌شده (ر.ک: شریعت‌مدار، ۱۳۹۰)، به بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل شهر یزد می‌پردازد و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا آموزش هشیاری‌افزایی مبتنی بر اخلاق اسلامی، بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل مؤثر است؟

روش پژوهش

این پژوهش از لحاظ نحوه اجرا و گردآوری داده‌ها، از نوع تحقیقات شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری، زنان متأهل شهر یزد را که در مؤسسه قرآنی (حضرت جوادالائم^ع) شرکت می‌کردند، در سال ۹۴-۹۵ دربرمی‌گیرد. نمونه آماری این پژوهش، سی نفر از زنان متأهل است که به‌صورت نمونه در دسترس، در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شده‌اند. گروه آزمایش در طی مدت سه ماه به مدت ده جلسه تحت آموزش هشیاری‌افزایی مبتنی بر اخلاق اسلامی (که خانم شریعت‌مدار در سال ۱۳۹۰ تدوین کرده و مبنای آن از کتاب *جامع السعادات نراقی و نظرات جوادی آملی و مطهری* است) قرار گرفت. گروه کنترل در این مدت هیچ آموزشی دریافت نکرد. افراد هر گروه طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف ارزیابی شده‌اند. نتایج نیز با استفاده از آزمون کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. شرح جلسات در پیوست آورده شده است.

جامعه آماری این پژوهش، زنان متأهل شهر یزد را دربرمی‌گیرد که در سال ۹۵-۱۳۹۴ در مؤسسه قرآنی (حضرت جوادالائم^ع) شرکت می‌کردند. ابتدا با اعلام اولیه، حدود پنجاه نفر ثبت‌نام کردند. از میان این افراد، بر مبنای مصاحبه اولیه، سی نفر که توانایی شرکت منظم و حتی‌الامکان بدون غیبت را داشتند و کسانی که بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده هنگام ثبت‌نام وقت مشترکی با دیگران جهت هماهنگی برای شرکت در جلسات آموزشی داشتند، برای نمونه انتخاب شدند. بنابراین، بیست نفر که این شرایط را نداشتند، حذف شدند. سی نفر باقی‌مانده به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند و سپس هر گروه به‌طور تصادفی در معرض کاربندی آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفت. دامنه سنی این افراد بیست تا پنجاه سال بود.

در این پژوهش از نسخه اصلی پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده شده که دارای ۸۴ سؤال است، این پرسش‌نامه شش مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را ارزیابی می‌کند؛ بنابراین دارای شش زیرمقیاس (هر زیرمقیاس شامل چهارده عبارت) است. آزمودنی باید در طیف شش درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۶=کاملاً موافقم) مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارت موافق یا مخالف است. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه اصلی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی قابل قبول گزارش شده‌اند.

در کشورمان بیانی و همکاران (۱۳۸۷) به‌منظور هنجاریابی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در ایران، آن را بر روی نمونه‌ای ۱۴۵ نفری اجرا کردند. ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۰/۸۲ به دست آمد که از نظر آماری معنادار بود. همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد و پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ، به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد که حاکی از اعتبار آزمون است.

شکری و همکاران (۱۳۸۷) نیز ضرایب آلفای کرونباخ را برای هر یک از مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، شامل پذیرش خود، تسلط محیطی، روابط مثبت با دیگران، هدف زندگی، رشد فردی و استقلال را به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۶۰ به دست آورده‌اند.

همچنین از بسته هشجاری‌افزایی مبتنی بر اخلاق اسلامی - که شریعت‌مدار در سال ۱۳۹۰ آن را تدوین کرده و مبانی آن از کتاب *جامع السعادات نراقی* و نظرات *حوادی آملی* و *مطهری* است - به‌عنوان یکی دیگر از ابزار استفاده شد. در این پژوهش، هشجاری‌افزایی اخلاقی به مجموعه فعالیت‌هایی گفته می‌شود که بر اساس اصول و مفاهیم اخلاقی، طی ده جلسه گروهی شصت دقیقه‌ای صورت گرفته است (ساختار جلسات بعد به این ترتیب است: مرور تکالیف و ارائه بازخورد؛ تقویت موفقیت‌ها و بررسی شکست‌ها؛ آموزش؛ بحث اعضا درباره تجربه‌های مربوط به موضوع؛ و دادن تکلیف). شرح فعالیت‌ها در پیوست آمده است.

یافته‌های پژوهش

دامنه سنی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در این پژوهش بیست تا پنجاه سال بود که بعضی از آنها حدود سه سال در آن مؤسسه قرآنی به‌عنوان مربی مشغول به کار بودند و بعضی از آنها هم مادرانی بودند که فرزند خود را به آن مؤسسه قرآنی می‌آوردند و در واقع خانه‌دار بودند.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش را در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک پیش‌آزمون - پس‌آزمون نشان می‌دهد. چنان‌که دیده می‌شود، میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون، بیشتر از نمرات آنها در پیش‌آزمون، و بیشتر از میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل در دو مرحله آزمون است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی روان‌شناختی در آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل انجام آزمون

گروه	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش‌آزمون	۳۳۵/۳۳	۵۲/۷۹۴
	پس‌آزمون	۴۰۰/۲۰	۳۳/۵۳۷
کنترل	پیش‌آزمون	۳۵۱/۱۳	۵۰/۹۳۰
	پس‌آزمون	۳۵۱/۵۳	۶۹/۶۸۰

برای آزمون فرضیه این پژوهش، با توجه به مقیاس اندازه‌گیری متغیرها و ماهیت فرضیه‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲. بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

نام متغیر	مقدار z	سطح معناداری
بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۵۰	۰/۹۹
بهزیستی روان‌شناختی	۰/۶۵۷	۰/۷۸۱

با توجه به اینکه در همه متغیرها سطح معناداری آزمون کولموگروف بیش از ۰/۰۱ شده است، توزیع نمرات در متغیرها نرمال است. بنابراین، مفروضه نرمال بودن برای انجام آزمون برقرار است.

یکی از پیش‌فرض‌های این آزمون، همسانی واریانس‌های نمرات متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل است. برای ارزیابی همسانی واریانس‌ها، از آزمون لون استفاده شد که جدول ۳ نتایج آن را نشان می‌دهد.

جدول ۳. آزمون همگنی واریانس‌های لون در گروه آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل انجام آزمون

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
بهزیستی روان‌شناختی	۱/۴۸۰	۱	۲۸	۰/۲۳۴

با توجه به سطح معناداری آزمون F که بیشتر از خطای مفروض در پژوهش (۰/۰۱) شده است، همگنی واریانس نمرات تأیید می‌شود. مفروضه بعدی که بررسی شده، همگنی شیب‌های رگرسیون است.

جدول ۴. بررسی همگنی شیب رگرسیون نمرات

Source تعامل گروه با:	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح
بهزیستی روان‌شناختی	۳۶۰۷/۲۵۲	۱	۳۶۰۷/۲۵۲	۲۹/۰۲۲	۰/۵۴

با توجه به سطح معناداری تعامل گروه با متغیرهای مختلف که بیشتر از خطای مفروض در پژوهش شده است، همگنی شیب رگرسیون نمرات تأیید می‌شود.

فرضیه اصلی پژوهش: هشیاری افزایشی مبتنی بر اخلاق اسلامی باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل شهرستان یزد می‌شود.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس بررسی تأثیر هشیاری افزایشی مبتنی بر اخلاق اسلامی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل شهرستان یزد

منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح	مجدور اتا
Corrected Model	۶۳۱۲۰/۴۲۱	۲	۲۱۱/۳۱۵۶۰	۱۷۲/۳۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۷
Intercept	۲۸۱/۸۲۸۹	۱	۲۸۱/۸۲۸۹	۴۵/۲۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۶
بهزیستی روان‌شناختی	۴۵۳۵۷/۰۸۸	۱	۴۵۳۵۷/۰۸۸	۲۴۷/۷۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰۲
گروه	۳۳۱۸۳/۹۳۷	۱	۳۳۱۸۳/۹۳۷	۱۸۱/۲۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۰

با توجه به سطح معناداری آزمون کوواریانس که کمتر از خطای مفروض در پژوهش شده است ($p < 0/01$)، تأثیر هشیاری‌افزایی مبتنی بر اخلاق اسلامی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل شهرستان یزد تأیید می‌شود. با توجه به مقدار مجذور اتا ($0/87$)، رابطه قوی نشان داده می‌شود؛ یعنی ۸۷ درصد نمرات بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل شهرستان یزد، تحت تأثیر هشیاری‌افزایی مبتنی بر اخلاق اسلامی تبیین می‌گردد. بنابراین، فرضیه اصلی پژوهشی تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که اثربخشی هشیاری‌افزایی مبتنی بر اخلاق اسلامی، موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل می‌شود. این یافته، همسو با نتایج مطالعات دیگر بود (پولوما و پندلتون، ۱۹۸۹؛ استگر و فریزر، ۲۰۰۵، ص ۵۷۴). در ایران بیشتر مطالعات به بررسی تأثیر مؤلفه‌های معنوی و معنویت بر بهزیستی روان‌شناختی پرداخته‌اند (رک: شریعتمدار، ۱۳۹۰؛ روح‌الامینی، ۱۳۹۳؛ مداحی و همکاران، ۱۳۹۰؛ آقابابایی و همکاران، ۱۳۹۱) و با توجه به اینکه صرف مؤلفه‌های معنوی نیز شامل بخشی از هشیاری‌افزایی اخلاقی می‌شود، می‌توان گفت: نتایج این پژوهش‌ها نیز همسو با این پژوهش است. آموزش هشیاری‌افزایی اخلاقی، در این جهت عمل می‌کند که فرد را با علم اخلاق آشنا می‌سازد؛ مجموعه اصولی سنجش و معیاری که شایسته است رفتار آدمی به مقتضای آن باشد و اینکه انسان باید از خطا در رفتار خودداری کند؛ آن‌گونه که در اراده و عمل، به‌دور از هوا و هوس و تقلید کورکورانه به راه مستقیم (فطرت) گام بردارد و این گام برداشتن در مسیر فطرت باعث تقویت ارتباط با خدا و یافتن معنایی بر ارزش در زندگی خود می‌شود که به فرد کمک می‌کند تا زندگی هدفمندی در پیش بگیرد و به رشد فردی وی منجر شود و توانایی‌های بالقوه او را آشکار کند که در واقع مساوی است با تعریف بهزیستی روان‌شناختی؛ و آن عبارت است از: تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه و رسیدن به رشد فردی و نیل به استعدادها و توانایی‌ها (ریف، ۱۹۸۹).

اخلاق و آموزه‌های آن می‌تواند یکی از عوامل اصلی در ارتقای سلامت روان به‌شمار آید. التزام به باورهای اخلاقی و دینی، به بهزیستی روانی افراد کمک می‌کند؛ یعنی به رفتارهای انسان جهت می‌دهد و باعث می‌شود که از اقدام به رفتارهای پرخطر که سلامت جسمی و روانی فرد را تهدید می‌کند، پرهیز نماید و با کاستن از تنیدگی‌ها و ناکامی‌ها به آرامش روانی و بهزیستی دست یابد.

فرد وقتی با خدا رابطه برقرار می‌کند، می‌تواند با احساس اضطراب و افسردگی خود بهتر مقابله کند و آرامش بیشتری را در خود احساس نماید؛ در نتیجه، تمایل بیشتری به برقراری رابطه با دیگران پیدا می‌کند (روح‌الامینی، ۱۳۹۳، ص ۹۲). از سوی دیگر، معنویت راهی است که فرد می‌تواند با آن به زندگی خود معنا بخشد. یکی از مؤلفه‌های معنای زندگی، معنایابی در رنج است.

یکی از ثمرات معنویت، توکل است. توکل باعث می‌شود که فرد بحران‌ها را بیش از حد وخیم ارزیابی نکند و توجیه شود که بحران‌ها گاهی از سوی خدا و برای امتحان انسان قرار داده شده‌اند و این به رشد و کمال او می‌انجامد. فرد می‌تواند به جای تمرکز بر مشکل، بر نحوهٔ مقابله با آن تأکید کند و از حداکثر منابع خود بهره‌بردار و به این صورت، از میزان فشار و تنش خود بکاهد (پورسید آقایی، ۱۳۸۹، به نقل از: روح‌الامینی، ۱۳۹۳، ص ۳۴).

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت: آموزش هشیاری‌افزایی مبتنی بر اخلاق اسلامی، شیوهٔ مناسبی برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان متأهل است؛ هرچند باید دقت داشت که هنگام ارائهٔ این آموزه‌ها باید از منابع معتبر استفاده کرد و افراد باید ضمن درگیر شدن در کارهای اخلاقی، به کردار خود نیز فکر کنند تا اثرگذاری لازم را هم داشته باشد.

این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی دارد که مهم‌ترین آنها این مسائل است:

این پژوهش روی زنان متأهل شهرستان یزد اجرا شده است و تعمیم نتایج آن به دیگر جمعیت‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. تعداد زیاد سؤالات پرسش‌نامه باعث شکایت بعضی از پاسخ‌دهندگان و در نتیجه باعث پایین آمدن دقت افراد پاسخگو شده بود. هماهنگی برای شرکت در جلسات و داشتن وقت مشترک مناسب بین اعضا که مانع غیبت آنها از شرکت منظم در جلسات شود، دشوار بود و به علت زمان کم، محقق نتوانست پیگیری کند.

برای حل این مشکلات، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

استفاده از پرسش‌نامهٔ ۵۴ سؤالی یا کوتاه‌تر بهزیستی روان‌شناختی ریف؛ توجه به عنصر انتخاب داوطلبانۀ اعضا در نوع گروه آزمایش؛ تکرار تحقیق در جمعیت‌های دیگر؛ مقایسهٔ نتایج اجرای هم‌زمان به‌وسیلهٔ دو فرد متفاوت جهت سنجش اثر مجری؛ افزایش طول دورهٔ آموزش؛ محقق شدن شرایط پیگیری برای گروه. همچنین بهتر است در کنار استفاده از پرسش‌نامه برای جمع‌آوری اطلاعات، از مصاحبه هم برای تکمیل اطلاعات جمع‌آوری‌شده استفاده گردد تا جلوی سوگیری افراد در پاسخ‌دهی به سؤالات هم گرفته شود.

در ایران نیز در رشتهٔ مشاوره و روان‌شناسی، تعداد واحدهای درسی مربوط به موضوعات مذهبی و اخلاقی بسیار اندک است؛ درحالی که یافته‌ها نشان می‌دهند که مراجعان مذهبی، زندگی خود را معنادار می‌بینند و این موجب سلامتی آنان می‌شود. پس به مسئولان مربوطه توصیه می‌شود که برنامهٔ آموزش هشیاری‌افزایی اخلاقی و مباحثی مشابه آن را در سرفصل آموزش دانشجویان رشتهٔ مشاوره و روان‌شناسی قرار دهند. از آنجایی که مشاهده شد هشیاری‌افزایی اخلاقی باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود، این موارد توصیه می‌گردد: طراحی دوره‌هایی به صورت پودمانی در مراکز آموزشی؛ تألیف کتاب‌هایی در زمینهٔ هشیاری‌افزایی اخلاقی؛ و ساخت فیلم و سریال یا مستندات آموزشی ویژهٔ هشیاری‌افزایی اخلاقی در سینما و تلویزیون.

از آنجایی که افراد احساس می‌کنند اخلاق تکلیف است و شاید از آن گریزان باشند؛ انتظار می‌رود با این‌گونه آموزش‌های اخلاقی - باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی می‌شود - در گروه‌های مختلف

جامعه ایجاد انگیزه شود تا به اخلاق و آموزه‌های اخلاق روی آورند؛ یعنی با نشان دادن اینکه اخلاق سود دارد، ایجاد انگیزش کنیم برای روی آوردن افراد به اخلاق.

پیوست‌ها

ساختار جلسات آموزش هشجاری‌افزایی مبتنی بر اخلاق اسلامی (اهداف، روش‌ها و فنون برنامه‌آخلاقی و تکالیف جلسات اخلاقی)

جلسه اول:

معارف اعضای گروه و بیان قوانین گروهی (ایجاد رابطه‌ی حسنه و جو اعتماد): برانگیختن تأمل و بیداری (بِقظه): آگاهی درباره‌ی اینکه انسان بر اساس خلق خویش رفتار می‌کند و تغییر خلق کاری دشوار است؛ ایجاد تمایز بین تأثیرات نیروهای غریزی، شرایط محیطی و اراده و در اصل درمان خیالات و وسوسه‌ها؛ بحث و نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه‌ی تکلیف در جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ی نظارت بر خود (با هدف برانگیختن تأمل در طول هفته در زمینه لزوم تغییرات اخلاقی).

جلسه دوم: تربیت عقلانی انسان

ارائه‌ی گزارش از جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره‌ی اصول لازم جهت پرورش صحیح عقلانی، مثل پرورش قدرت تمییز و جدا کردن، توجه به آینده و عواقب امور، و همراه بودن تعقل با علم؛ اشاره به مواردی که به پرورش عقل لطمه می‌زند، مثل تلقینات محیط و عادت و سنت‌های اجتماعی؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه‌ی تکلیف در جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ی نظارت بر خود (با هدف برانگیختن تأمل در طول هفته در زمینه تقویت قوه عقلانی و رفتارهایی از فرد که مصداق موانع پرورش عقلانی است).

جلسه سوم: صفات اخلاقی مثبت و منفی متعلق به قوه‌ی غضب (تهور، جبن و شجاعت)

ارائه‌ی گزارش از جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره‌ی صفات اخلاقی مثبت و منفی متعلق به قوه‌ی غضب (تهور، جبن و شجاعت)؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه‌ی تکلیف در جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ی نظارت بر خود (با هدف برانگیختن تأمل در طول هفته در زمینه تشخیص قوای نفسانی و افراط و تفریط در هر قوه).

جلسه چهارم: آرزوهای دراز

ارائه‌ی گزارش از جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره‌ی اینکه آرزوهای دراز در نتیجه‌ی غفلت از یاد مرگ و دوستی با دنیا ایجاد می‌شود و باید از طریق دوستی با پاکان و با فکر روشن، این جهل را برطرف کرد و با یادآوری مکرر فقدان‌های مکرر و تفکر درباره‌ی آخرت، حب دنیا را از دل زدود؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه‌ی تکلیف در جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ی نظارت بر خود (با هدف برانگیختن تأمل با محاسبه و نماز اول وقت).

جلسه پنجم: عجله و شتاب‌کاری، وقار و آرامش

ارائه‌ی گزارش از جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره‌ی تعریف عجله و شتاب و زیان‌هایشان و راه درمان آنها و

تعریف وقار و راه‌های رسیدن به آرامش؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکلیف در جهت تکمیل پرسش‌نامه نظارت بر خود (با هدف برانگیختن تأمل در طول هفته در زمینه محدودکننده‌های هشیاری).

جلسه ششم: ترس

ارائه گزارش از جلسه قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره تعریف ترس، فرق خوف و جبن، ترس نکوهیده و ترس پسندیده و اثرات آنها؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکلیف در جهت تکمیل پرسش‌نامه نظارت بر خود.

جلسه هفتم: مرور موانع و مراحل تغییر

ارائه گزارش از جلسه قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره اینکه تغییر اخلاق کاری سخت است و برای تغییر باید برنامه و تمرین داشت؛ آشنایی با اینکه کدام یک از قوا از اعتدال خارج شده‌اند، آشنایی با مراحل خاص آن و آشنایی با موانع تغییر، و تمرین برای پاکسازی نفس از آلودگی‌ها؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکلیف در جهت تکمیل پرسش‌نامه نظارت بر خود و طرح‌ریزی برنامه‌ای برای تغییر با توجه به شناختی که مراجع از ردایل و موانع تغییر خود پیدا کرده است.

جلسه هشتم: شناسایی حیطه‌هایی که باید تغییر کنند

ارائه گزارش از جلسه قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره اینکه حواس پنج‌گانه گذرگاه‌های ورودی‌ای که وسوسه‌ها را در ما برمی‌انگیزند و ما باید بر آنها مراقبت کنیم و در اینجا به‌جای مراقبت کلی بر رفتار باید بر جزء-جزء اعضا نظارت داشت، و بیان ضرورت نظارت روزانه؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکلیف در جهت تکمیل پرسش‌نامه نظارت بر خود و طرح‌ریزی برنامه‌ای برای تغییر و داشتن مراقبه روزانه در حد پانزده دقیقه.

جلسه نهم: محاسبه و مراقبت

ارائه گزارش از جلسه قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره برنامه‌ریزی برای مراقبت و اثرات آن در زندگی و چگونگی محاسبه نفس (سؤال از همه اعمال و حالات خود و خاطرات و افکار و آگاهی از وسوسه‌های شیطان در این مسیر)؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکلیف در جهت تکمیل پرسش‌نامه نظارت بر خود و طرح‌ریزی برنامه‌ای برای محاسبه و مراقبت.

جلسه دهم: عفت، اعتدال در قوه شهوت

ارائه گزارش از جلسه قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره اینکه افراط در شهوت باعث ردیلت طمع و آزمندی، و اعتدال در آن باعث عفت و خوبشنداری می‌شود؛ بحث درباره راه‌های رسیدن به عفت؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکلیف در جهت تکمیل پرسش‌نامه نظارت بر خود و دقت در نشست و برخاست‌ها و اینکه اعضا بیشتر در چه زمان و مکانی دچار غفلت می‌شوند.

جلسه یازدهم: غیبت، پایان گروه و نتیجه‌گیری

بحث درباره تعریف غیبت و احادیث وارد شده در مذمت آن؛ نتیجه‌گیری از مباحث مطرح‌شده در کل جلسات؛ تصمیمات اعضا برای آینده (تهیه دفترچه‌ای برای یادداشت تصمیمات اتخاذشده و یادداشت روزانه تجارب، تصمیمات و پیشرفت‌ها یا شکست‌های خود)؛ پاسخ‌دهی به سؤالات باقی‌مانده اعضا؛ پایان گروه با مرور قوانین پایان گروه و بعد از گروه؛ تأکید بر تلاوم دستاوردها از طریق ادامه ارتباط بین اعضا؛ پیگیری تصمیمات؛ قرار ملاقات مجدد برای پیگیری.

منابع

- آدمی، زهرا، ۱۳۹۲، *نقش واسطه‌ای خویش‌بینی در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در بین دانشجویان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، یزد، دانشگاه آزاد اسلامی یزد.
- آقابابایی، ناصر و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه قدردانی از خدا با عامل‌های شخصیت، بهزیستی و سلامت روانی»، *روان‌شناسی و دین*، دوره هفدهم، ش ۵، ص ۱۱۵-۱۳۳.
- بیانی، علی اصغر و همکاران، ۱۳۸۷، «روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف»، *روان‌پژشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، دوره چهاردهم، ش ۲، ص ۱۴۶-۱۵۱.
- پروچسکا، جیمز او و جان سی نورکراس، ۱۹۹۹، *نظریه‌های روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، رشد.
- رحیمیان، اسحاق، ۱۳۸۶، «گسترش الگوی معنویت در روان‌شناسی، مشاوره، روان‌درمانی و طب رفتاری»، *بهداشت و روان‌جامعه*، ش ۲۰، ص ۵.
- روح‌الامینی، مرضیه‌سادات، ۱۳۹۳، *بررسی اثربخشی آموزش مؤلفه‌های معنوی بر رضایت از زندگی و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان پرورشی‌نگاهی شهر کرمان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- زکی، محمدعلی، ۱۳۸۵، «بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر احساس خوشبختی دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان و پیام‌نور شهرضا»، در: سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه علم و صنعت.
- شریعت‌مدار، آسیه، ۱۳۹۰، *تدوین برنامه‌های هیجانی وجودی و هیجانی افزایش مبتنی بر اخلاق اسلامی و مقایسه اثربخشی آنها بر افزایش رضایت زندگی*، پایان‌نامه دکترای تخصصی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- شکری، امید و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی ساختار عاملی نسخه‌های ۳، ۹ و ۱۴ سوآلی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان»، *روان‌پژشکی و روان‌شناسی بالینی*، ش ۴، ص ۱۵-۲۱.
- کوری، جerald، ۲۰۰۵، *نظریه و کاربری مشاوره و روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران.
- مداحی، محمدابراهیم و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی ارتباط میان جهت‌گیری مذهبی و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان»، *روان‌شناسی تربیتی*، دوره دوم، ش ۱، ص ۵۳-۶۳.
- میکائیلی منبع، فرزانه، ۱۳۸۹، «بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در بین دانشجویان دانشگاه ارومیه»، *روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ش ۵، ص ۱۸-۲۲.
- نراقی، مهدی، بی‌تا، *علم اخلاق اسلامی: گزیده ترجمه کتاب جامع‌السعادات*، ترجمه جلال‌الدین مجتوبی، تهران، حکمت.
- Myers, D.G, & Diener, E.D, 1995, Who is happy? *Psychological science*, n. 6, p. 10-19.
- Poloma, M. M, & Pendleton, F.B, 1989, Exploiting types of prayer and quality of life. A research note, *Review of religious Research*, v. 31, n. 1, p. 11-17.
- Ryff, C.D, 1989, Happiness id everything or is it? *Journal of personality and social psychology*, v. 57 (6), p. 50-54.
- Steger, F. M, & Frazier, P, 2005, Meaning In life: one link in the chain from religiousness to well-being, *Journal counseling Psychology*, v. 52. N. 4, p. 574-582.

چیستی رابطه صمیمانه در قرآن و روایات

nasermo1355@gmail.com

m.r.Ahmadi313@gmail.com

s_shojaei@yahoo.com

محمد ناصر رضایی / کارشناس ارشد مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

محمد رضا احمدی / استادیار گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

محمد صادق شجاعی / استادیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۲۸ - پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۰۴

چکیده

هدف این پژوهش، شناسایی ماهیت و چیستی رابطه صمیمانه در قرآن کریم و روایات اسلامی است؛ برای گردآوری و تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل کیفی محتوای متون اسلامی استفاده شده و نتایج ذیل حاصل شد: ۱. علاقه‌ها و پیوندهای خالص، نزدیک، شدید و بلندمدت دو یا چندجانبه همراه با خودفاش‌سازی، بی‌طرفی و عدالت، اجزای تشکیل‌دهنده رابطه صمیمانه است؛ ۲. عبور از یک رابطه سطحی به رابطه صمیمانه ویژگی‌هایی را می‌طلبد که می‌توانند ماهیت و چیستی این رابطه را تشکیل دهد؛ این ویژگی‌ها در روان‌شناسی عبارتند از: ۱. تأثیرگذاری عاطفی؛ ۲. رازدل‌گویی؛ ۳. پایداری؛ ۴. صداقت؛ ۵. همدلی. اما ویژگی‌های رابطه صمیمانه در منابع اسلامی بنیادی‌تر و اساسی‌تر بوده و از نظر کمی رابطه‌های کمتری را شامل شده و به لحاظ کیفی از عمق و شدت بیشتری برخوردار است. این ویژگی‌ها عبارتند از: ۱. خدامحوری؛ ۲. اخلاص؛ ۳. پایداری؛ ۴. تأثیرگذاری عاطفی. هر یک از این چهار ویژگی نشانه‌های خاص خود را دارند و حتی پایداری در منابع اسلامی با پایداری در رابطه صمیمانه از نظر روان‌شناختی تفاوت روشنی دارد؛ در این منابع علاوه بر تأکید به پایداری دوستی در دنیا، دوستان صمیمی نگرش و گرایش به آخرت را نیز در طرف مقابل مورد نظر قرار می‌دهند. به این ترتیب، علاوه بر آنکه در ویژگی ایمان به خدا و اخلاص، رابطه صمیمانه بر اساس منابع اسلامی از رابطه صمیمانه روان‌شناختی متمایز می‌شود، در نحوه دوام دوستی نیز رابطه صمیمانه مبتنی بر منابع اسلامی تفاوت فاحشی با وجود همین ویژگی در رابطه صمیمانه روان‌شناختی دارد.

کلیدواژه‌ها: رابطه، روابط، صمیمیت، رابطه صمیمانه، دوستی، منابع اسلامی.

«رابطه»، یعنی پیوند و علاقه بین دو چیز یا دو نفر (عمید، ۱۳۸۹، ص ۵۵۶) و «صمیم»، یعنی خالص، اصل (صاحب‌بن‌عباد، ۱۴۱۴ق، صمیم) و شدت چیزی (ابن‌منظور، ۱۴۱۴ق، صمیم). بنابراین، رابطه صمیمانه یعنی علاقه و پیوند خالص و شدید میان دو یا چند نفر، که دست کم یکی از عوامل دل‌بستگی هیجانی، ارضای نیازهای روانی و وابستگی متقابل است (صلیبی، ۱۳۸۲، ص ۱۷۲). اما روان‌شناسانی مثل فلندرز (Flanders) (۱۹۷۶) رابطه صمیمی را با این ویژگی‌ها تعریف می‌کنند: تماس‌های غیررسمی و دائمی در طول یک دوره زمانی گسترده، همراه با خودفاش‌سازی دوجانبه، محبت و عطوفت، انباشت پاداش‌ها و احساس بی‌طرفی و عدالت در آن رابطه (آندرو، ۱۳۷۹، ص ۲۸۲). برخی روان‌شناسان از رابطه صمیمانه به روابط بلندمدت (بدار و همکاران، ۱۳۸۰، ص ۲۰۱) و احساس نزدیکی به معشوق (همان، ص ۲۱۱) تعبیر کرده‌اند. علاقه‌ها و پیوندهای خالص، نزدیک، شدید و بلندمدت دو یا چندجانبه همراه با خودفاش‌سازی، بی‌طرفی و عدالت، اجزای مهمی است که رابطه صمیمانه را تشکیل می‌دهد. در تعریفی کاربردی‌تر می‌توان گفت: واژه انگلیسی صمیمیت (Intimacy)، از واژه لاتین (inside) به معنای درون مشتق می‌شود. بنابراین، صمیمیت یعنی دو نفر درون خود را به روی یکدیگر باز می‌کنند؛ صمیمیت یعنی ورود عاطفی، فکری، اجتماعی، فیزیکی و معنوی به زندگی یکدیگر؛ یعنی ارتباط و اتصال در عمیق‌ترین سطح ممکن به همه حوزه‌های زندگی. وقتی با کسی صمیمی هستیم، فکر می‌کنیم او نهایت خیر و صلاح ما را می‌خواهد؛ بنابراین بدون ترس از اینکه او از گفته‌های ما یا آنچه در ما می‌بیند سوءاستفاده کند، وجود خودمان و مکنونات قلبی‌مان را به روی او می‌گشاییم (چاپمن و چاپمن، ۱۳۸۴، ص ۵۳). به دلیل همین خودفاش‌سازی‌ها و آگاهی دوستان صمیمی از لایه‌های پنهان زندگی یکدیگر است که عبور از یک رابطه سطحی به رابطه صمیمانه دشوار است و نیازمند ویژگی‌هایی است که ساختار و چپستی رابطه صمیمانه را تشکیل می‌دهند. از نظر روان‌شناسان این ویژگی‌ها عبارتند از:

۱. تأثیرگذاری عاطفی: به این معنا که افراد صمیمی طرق عاطفی مشابهی را در احساس موضوعات و مفاهیم مختلف، حمایت از عقاید دیگران یا تشویق همدیگر در پیش می‌گیرند (برکوویتس، ۱۳۸۷، ص ۳۶۲).
۲. رازدل‌گویی: کسانی که با یکدیگر روابط نسبتاً صمیمانه‌ای دارند، نیازی نمی‌بینند که همواره مواظب رفتار خود باشند و حتی گاهی مخصوصاً مایل‌اند که از امیدها و آرزوها و نیز ترس‌ها و نگرانی‌های خود برای یکدیگر بگویند. این رازدل‌گشایی‌ها نیز ممکن است رابطه آنان را نیرومندتر سازد. هنگامی که دوستان به شیوه‌ای درست و بجاء، از درونی‌ترین و پوشیده‌ترین احساسات و افکار خود با یکدیگر سخن می‌گویند، احتمالاً پیوندهای میان خودشان را محکم‌تر می‌کنند (رحمتی، ۱۳۷۱، ص ۱۶۵-۱۶۶).
۳. پایداری: افرادی که رابطه صمیمانه دارند، به جای اینکه رابطه بدهستان‌گونه داشته باشند، بیشتر به روابط

درازدت می‌اندیشند؛ از این رو، بی‌آنکه چندان به دستاوردهای کوتاه‌مدت بیندیشند، یاوری آنان بیشتر به انگیزه‌خسندی و بهروزی دیگری است (همان، ص ۱۶۶، به نقل از: لیندگرن (Lindgren)، ۱۹۷۳، ص ۳۳۹).

۴. صداقت: صداقت به معنای باز و صریح بودن در ابراز احساسات، نیازها و عقاید خود است. صداقت داشتن، یعنی اینکه فرد بدون هیچ کم و کاستی، همان گونه که هست، باشد. فرد صادق، در ارتباط با دیگران می‌تواند به‌طور طبیعی خودش باشد؛ به گونه‌ای که آنان بتوانند او را همان گونه که هست، بشناسند. «آنچه از چنین فردی به دست می‌آوری، همان چیزی است که می‌بینی» (بولتن، ۱۳۸۱، ص ۳۵۸-۳۵۹).

۵. همدلی: همدلی یعنی توان درک دیگری - تا حد زیاد - و به همان شکل که او خودش را درک می‌کند. فرد همدل، می‌تواند «در جلد فرد دیگر» فرو رود و جهان را از دریچه چشم او ببیند. همدلی، صفتی کلیدی است که می‌تواند ارتباط‌های بین فردی را غنی سازد و به رابطه صمیمانه تبدیل کند (همان، ص ۳۷۲). با توجه به ویژگی‌های مطرح شده در روان‌شناسی برای رابطه صمیمانه، پرسش پژوهش حاضر این است که افزون بر این ویژگی‌ها یا بدون آنها، آیا منابع اسلامی برای رابطه صمیمانه ویژگی یا ویژگی‌هایی را مطرح کرده‌اند که بر اساس آنها رابطه صمیمانه در یک چارچوب خاص‌تر محدود شود یا به فراتر از الگوی روان‌شناختی رابطه صمیمانه گسترش یابد؟ به‌طور خلاصه، این پژوهش پاسخی است به این پرسش که «رابطه صمیمانه بر اساس منابع اسلامی (قرآن و روایات) چیست؟».

روش پژوهش

روش به کاررفته در این پژوهش کیفی، از نوع تحلیل محتوای متون دینی است. روش تحلیل محتوا، برای بررسی محتوای آشکار پیام‌های موجود در یک متن به کار گرفته می‌شود (سرمد و همکاران، ۱۳۷۸، ص ۱۳۲). روش تحلیل محتوای متون دینی، همان اجتهاد دینی در معنای عام خود است که برای استخراج و استنباط آموزه‌های دینی از منابع اسلامی (قرآن و منابع روایی) استفاده می‌شود و متناسب با هدف پژوهش، این روش برای فهم و استنباط آموزه‌های روان‌شناختی از متون دینی نیز می‌تواند کاربرد داشته باشد (شجاعی و همکاران، ۱۳۹۱). بدین ترتیب، با مراجعه به آیات قرآن کریم و منابع روایی، آیات و روایات مشتمل بر ویژگی‌های صمیمیت در روابط میان فردی جمع‌آوری گردید و برای استنباط ویژگی‌های بنیادی و اساسی رابطه صمیمانه، به چهار دسته‌خدمحوری، اخلاص، پایداری و تأثیرگذاری عاطفی تقسیم شد.

یافته‌های پژوهش

بر اساس یافته‌های پژوهش، ویژگی‌های رابطه صمیمانه در منابع اسلامی، تفاوت‌های زیادی با ویژگی‌های آن در روان‌شناسی دارد که در نتیجه آن، ماهیت رابطه صمیمانه در این منابع، غیر از ماهیت آن در روان‌شناسی است. نخستین ویژگی رابطه صمیمانه در منابع اسلامی این است که چنین رابطه‌ای بر اساس ایمان به اصول

اعتقادی اسلام شکل می‌گیرد که در رأس آن، ایمان به وجود و یگانگی خداوند تبارک و تعالی قرار دارد. یک فرد مسلمان نمی‌تواند با یک فرد غیرمسلمان رابطه صمیمانه داشته باشد. گفتن اسرار و رازدل‌گویی که یکی از ویژگی‌های رابطه صمیمانه است، بر اساس منابع اسلامی، اختصاص به دوستان مؤمن دارد و فرد مسلمان از در میان گذاشتن اسرار با غیرمؤمنین منع شده است: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید! محرم اسراری از غیر خود انتخاب نکنید! آنها از هرگونه شر و فسادى درباره شما کوتاهی نمی‌کنند. آنها دوست دارند شما در رنج و زحمت باشید. (نشانه‌های) دشمنی از دهان (و کلام) آنان آشکار شده و آنچه در دل هایشان پنهان می‌دارند، از آن مهم‌تر است» (آل عمران: ۱۱۸). در این آیه شریفه از «رابطه بسیار نزدیک» که در حد محرمیت اسرار باشد، به «بطانه» تعبیر شده است. علامه طباطبائی در تعریف بطانه می‌فرماید: «بطانه عبارت است از: لباس مباشر بدن که همان لباس زیرین است، برخلاف لباس بالایی و بیرونی بدن؛ این تعبیر بدان جهت است که بطانه یعنی طرف رابطه نزدیک و صمیمانه، از باطن انسان و اسرار نهانش مطلع می‌شود» (طباطبائی، ۱۴۱۷ق، ج ۳، ص ۳۸۷). خداوند در این آیه شریفه از بطانه قرار دادن غیرمؤمنین نهی کرده است و مفهوم آن این می‌شود که فقط مؤمنان را بطانه و محرم اسرارشان قرار دهید؛ پس، از نظر قرآن کریم، فقط مؤمنان می‌توانند با هم‌دیگر رابطه صمیمانه داشته باشند. تأکید اسلام بر نقش ایمان در دوستی‌ها به اندازه‌ای است که اگر ناگزیر باشیم از میان دوستان سببی و نسبی، حتی پدران و مادران و برادران از یک سو و ایمان به خداوند از سوی دیگر، یکی را انتخاب کنیم، موظف به انتخاب ایمان به خداوند هستیم. لذا قرآن کریم این امر را این‌گونه بیان می‌کند: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید! هرگاه پدران و برادران شما کفر را بر ایمان ترجیح دهند، آنها را ولیّ (و یار و یاور و تکیه‌گاه) خود قرار ندهید! کسانی که شما که آنان را ولیّ خود قرار دهند، ستمگرند» (توبه: ۲۳). از کنار هم قرار دادن این دو آیه کریمه، دو نتیجه به دست می‌آید: اولاً، اگر پدر یا برادر فرد مؤمن کافر باشد، نمی‌تواند آن را «بطانه» و محرم اسرار خود قرار دهد. ثانیاً، با توجه به کلمه «لاتتخذوا» در هر دو آیه شریفه که بیانگر منع از انتخاب غیرمسلمان به‌عنوان محرم اسرار در آیه اول و منع از گزینش پدران و برادران مشرک به‌عنوان «ولیّ و تکیه‌گاه» در آیه دوم است، روشن می‌شود که رابطه صمیمانه از نظر قرآن، به لحاظ ارزشی از چنان قداست و اهمیتی برخوردار است که نباید چنین رابطه‌ای بین مؤمن و غیرمؤمن برقرار شود؛ حتی اگر آن غیرمؤمن پدر یا برادر فرد مؤمن باشد. بنابراین، این آیات به لحاظ هستی‌شناختی و امکان وقوع رابطه صمیمانه به‌طور کلی و با ویژگی‌های روان‌شناختی آن، میان مؤمن و غیرمؤمن ساکت‌اند؛ بدین معنا که این آیات جنبه اخباری ندارند که از واقع نشدن رابطه صمیمانه میان مؤمن و غیرمؤمن خبر دهند؛ بلکه فقط ارزش و مطلوبیت رابطه صمیمانه انحصاری میان مؤمنان را نزد خداوند و اسلام بیان می‌کنند؛ همچنین در طرف مثبت قضیه، قرآن فقط مردان و زنان مؤمن را به‌عنوان دوستان و ولیّ یکدیگر معرفی می‌کند: «مردان و زنان باایمان ولیّ (و یار و یاور) یکدیگرند!» (توبه: ۷۱). در برخی آیات قرآن کریم، ضمن اینکه از «رابطه صمیمانه» به «الفت قلوب» تعبیر شده است، تصریح می‌کند که امور دنیایی هرگز نمی‌توانند ایجادکننده الفت قلوب

و روابط صمیمانه باشند؛ بلکه فقط خداست که قادر به چنین کاری است: «و دل‌های آنها را با هم الفت داد! اگر تمام آنچه را روی زمین است، صرف می‌کردی که میان دل‌های آنان الفت دهی، نمی‌توانستی! ولی خداوند در میان آنها الفت ایجاد کرد! او توانا و حکیم است». روشن است که قلب‌های پراکنده و مختلف تا وقتی که آشیانه ایمان به خدا نشوند، نمی‌توانند زمینه‌ای برای ایجاد الفت و رابطه صمیمانه از سوی خداوند باشند؛ تنها وقتی مسکن ایمان به خداوند شدند، با هم الفت می‌یابند و رابطه صمیمانه برقرار می‌کنند. بنابراین، از نظر قرآن، اصلی‌ترین و اساسی‌ترین ویژگی در رابطه صمیمانه، ایمان به خداوند است.

دومین ویژگی رابطه صمیمانه در منابع اسلامی، «اخلاص» است که در روایات متعددی نشانه‌های مختلفی برای رابطه مخلصانه با دوستان بیان شده است که مهم‌ترین آنها عبارتند از: اهدای عیوب، کمک در گرفتاری‌ها، برخورد توأم با گشاده‌رویی و شادابی و مانند اینها. در ادامه، مستندات اسلامی آنها بیان می‌شود:

۱. گشاده‌رویی در حین ملاقات: در روایات متعددی به مسئله گشاده‌رویی در هنگام ملاقات و تأثیر آن بر دوستی تأکید شده است. رسول خدا ﷺ می‌فرماید: «سه چیز دوستی فرد مسلمان با برادر مسلمانش را خالص و باصفا می‌کند: هنگامی که با دوستش ملاقات می‌کند، با گشاده‌رویی ملاقات کند...» (کلینی، ۱۳۶۵، ج ۲، ص ۶۴۳)، حضرت علیؑ نیز می‌فرماید: «نیکوترین چیزی که مردم با آن می‌توانند قلب‌های دوستانشان را نزدیک کنند و کینه‌ها را از قلب‌های دشمنانشان بزدایند، این است که هنگام ملاقات با آنها با چهره نیکو و گشاده برخورد کنند...» (مجلسی، ۱۴۰۴ق، ج ۷۵، ص ۵۷).

۲. خودداری از شوخی، بگومگو و فخرفروشی: امام صادقؑ می‌فرماید: «اگر می‌خواهی دوستی برادرت برای تو باصفا و اخلاص باشد، با او شوخی و بگومگو مکن و بر او فخر مفروش» (همان، ج ۷۵، ص ۲۹۱). همچنین آن حضرت می‌فرماید: «وقتی مردی را دوست داری، با او مزاح و بگومگو مکن» (کلینی، ۱۳۶۵، ج ۲، ص ۶۶۴).

۳. اهدای عیوب، حفظ غیب و کمک در گرفتاری: در روایتی از رسول خدا ﷺ آمده است که سه چیز دوستی را ناب و خالص می‌کند: اهدای عیوب؛ حفظ غیب و نهان و کمک در گرفتاری (ورام‌ابن‌ابی‌فارس، بی‌تا، ج ۲، ص ۱۲۱). از امام علیؑ نقل شده است که فرمود: «دوست نمی‌تواند واقعاً دوست باشد، مگر اینکه در غیبت، گرفتاری و وفات، دوستی و برادری‌اش را حفظ کند» (تمیمی‌آمدی، ۱۳۶۶، ص ۴۲۱). این دو روایت به نکته‌های بسیار مهمی در صمیمیت و خلوص نیت در دوستی اشاره کرده است. به لحاظ روانی، گفتن عیب و نقص شخص به خودش، این تلقی و برداشت را در او برمی‌انگیزد که این گوینده عیب، واقعاً خیر و صلاح من را خواسته و درصدد اصلاح من و در نتیجه سعادت من در دنیا و آخرت است. با چنین برداشتی، روابط گوینده و شنونده عیب نزدیک‌تر و خالص‌تر می‌شود و آن دو دوستان صمیمی خواهند شد. همچنین وقتی کسی بداند که دوستش در غیاب او به خیرخواهی برای او ادامه می‌دهد و از گفتن بدی‌هایش اجتناب می‌کند، به‌شدت به او علاقه‌مند شده، بر دوستی‌اش با او افزوده می‌شود. بالاخره گرفتاری شخص از آن مواردی است که دوستان واقعی را از دوست‌نماها تفکیک می‌کند و دوستان واقعی تنها کسانی خواهند بود که به کمک و یاری دوستشان اقدام می‌کنند و در کنار او به رفع

گرفتاری او می‌پردازند. بدیهی است که در آینده، تنها چنین دوستانی در قلب شخص گرفتار جا دارند و در نتیجه روابطشان بیش از پیش نزدیک‌تر، خالصانه‌تر و صمیمی‌تر خواهد شد.

سومین ویژگی رابطهٔ صمیمانه بر اساس منابع اسلامی، تداوم آن است. رابطهٔ صمیمانهٔ مؤمنان، از همان آغاز با عزم بر استمرار آغاز می‌شود. این در حالی است که اغلب دوستی‌ها به سبب خالص نبودن و نقش عوامل ناپایدار در ایجاد آنها، پس از مدتی نه تنها از بین می‌روند، بلکه چه‌بسا به کینه و عداوت و دشمنی تبدیل می‌شوند. در این زمینه نیز روایات اسلامی نشانه‌هایی را معرفی می‌کنند که با وجود آنها می‌توان دوستانی را برگزید که دوستی‌شان ماندگار باشد و طرفین نگران قطع دوستی یا تبدیل آن به دشمنی و کینه و عداوت نباشند. این نشانه‌ها عبارتند از:

۱. برادران دینی: بر اساس روایات اسلامی، دوستی‌هایی که برای خدا و در راه خدا باشند، دائمی‌اند؛ زیرا سبب آنها که خداوند است، دائمی است. امیرالمؤمنین علیه السلام می‌فرماید: «دوستی دینداران به‌کُنُدی قطع می‌شود و ثبات و پایداری آن دائمی است» (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ص ۴۲۳). در روایت دیگر، آن حضرت ضمن تصریح به اینکه فقط دوستی برادران خدایی پایدار است، به بیان علت آن می‌پردازد و می‌فرماید: «برادران در راه خدا دوستی‌شان ادامه می‌یابد؛ چون سبب این دوستی دائمی است» (همان، ص ۴۲۲).

۲. پایداری دوستی ابناي آخرت: طبق برخی روایات، یکی دیگر از نشانه‌های پایداری و دوام دوستی‌ها، باور به آخرت و عمل متناسب با آن (عمل به دین و شریعت) است؛ یعنی:

اولاً، دوستانی که به قیامت اعتقاد دارند، دوستی‌شان پایدار خواهد بود؛ زیرا قیامت نیز امری دائمی است؛ پس کسی که دوستی‌اش بر اساس اعتقاد به قیامت باشد، این دوستی قطع نمی‌شود و تا اعتقاد به قیامت هست، این دوستی نیز ثابت و پایدار خواهد بود. حضرت علی علیه السلام در ضمن دو جملهٔ کوتاه، هم به بی‌ثباتی و ناپایداری دوستی فرزندان دنیا تصریح می‌کند و هم پایداری و ثبات دوستی فرزندان آخرت را بیان می‌کند: «دوستی فرزندان دنیا قطع می‌شود؛ چون سبب آن دوستی - که امری دنیایی است - قطع می‌شود» (همان، ص ۱۳۷)؛ «دوستی فرزندان آخرت ادامه می‌یابد؛ چون سببش دائمی است» (همان، ص ۴۱۷). بالاتر از این، بر اساس برخی آیات قرآن کریم، بعضی از دوستی‌ها می‌تواند مورد حسرت دیگران در عالم آخرت باشد؛ اصطلاح «صدیق حمیم» یکی از اصطلاحات قرآن کریم برای بیان رابطهٔ صمیمانه و نزدیک است که محرومیت از آن برای گمراهان، به‌عنوان یکی از عذاب‌های دردناک آخرت ذکر شده است (شعراء: ۱۰۱). در آیهٔ ۲۸ سورهٔ فرقان از حسرت و پیشیمانی فرد ستمکاری سخن به میان آمده که به دلیل انتخاب دوست منحرف در دنیا به آن دچار شده است و افسوس می‌خورد که کاش او را به دوستی انتخاب نمی‌کرد. مجموع این آیات و روایات بیانگر آن است که رابطهٔ صمیمانه در دوستان متدین، متکی به اعتقاد به آخرت و قیامت است. بنابراین، شخصی که معتقد به جهان آخرت است، نمی‌تواند با شخص مادی‌گرایی که منکر وجود جهان آخرت است، رابطهٔ صمیمانه داشته باشد.

ثانیاً، در منابع اسلامی به کارکرد اعتقاد به آخرت، یعنی عمل به شریعت نیز توجه شده است. در این منابع، از داشتن رابطه صمیمانه با افرادی که گمراهاندا یا اهل عمل به دین نیستند، منع شده است. در این زمینه دو روایت از باب نمونه بیان می‌شود. امیرالمؤمنین^ع دربارهٔ همشینی با اخبار و عدم همنشینی با اشرار می‌فرماید: «در صورتی که نسبت به اهل خیر بودن یا اهل شر بودن کسی تردید داشتید، به دوستانش نگاه کنید. اگر دوستانش متدین به دین اسلام بودند، او هم مسلمان و اهل دین خداست؛ در غیر این صورت، بهره‌ای از دین الهی ندارد و باید از همشینی با او اجتناب کرد» (صدوق، ۱۴۱۳ق، ص ۶). همچنین آن حضرت می‌فرماید: «همشینی با هواپرستان موجب فراموشی ایمان می‌شود و جای حضور شیطان است» (نهج البلاغه، خ ۸۶)؛ یعنی همشینی با هواپرستان باعث می‌شود که شخص ایمانش را فراموش کند و از شیطان و هوای نفس پیروی نماید، که نتیجهٔ چنین تبعیتی فسق و فجور خواهد بود.

۳. معاشرت نیکو و رفق و مدارا؛ معاشرت نیکو با دوستان و ملایمت و نرمی با آنها، سومین نشانهٔ پایداری دوستی هاست. در روایات آمده است: «کسی که رفق و ملایمت را پیشهٔ خود قرار دهد، رفاقت و دوستی‌اش ادامه می‌یابد» (همان، ص ۲۴۴). در تعبیری دیگر، چنین بیان شده است: «ملایم باشید؛ زیرا کسی که ملایم باشد، محبت و دوستی قوم و خویشش ادامه می‌یابد» (همان، ص ۲۵۰).

۴. اظهار دوستی: ابراز محبت، یکی دیگر از نشانه‌هایی است که ثبات و دوام دوستی را نشان می‌دهد. امام صادق^ع می‌فرماید: «وقتی کسی را دوست داشتی، او را آگاه‌ساز؛ زیرا آگاه ساختن دوستی، محبت میان شما را با ثبات‌تر می‌کند» (کلینی، ۱۳۶۵، ج ۲، ص ۶۴۴)؛ آن حضرت در بیانی دیگر، ابراز دوستی را به داستان حضرت ابراهیم^ع تشبیه می‌کند که در آن خداوند با نشان دادن نحوهٔ زنده کردن چهار پرندۀ قطعه‌قطعه شده به ایشان، باعث اطمینان قلبی آن حضرت به قیامت و معاد شد؛ یعنی همان‌گونه که نشان دادن نحوهٔ زنده کردن مردگان باعث آرامش قلبی حضرت ابراهیم^ع شد، ابراز دوستی نیز موجب آرامش قلبی دوست می‌گردد (همان).

۵. رعایت انصاف: یکی از مهم‌ترین ویژگی‌ها و سجایای اخلاقی جاذبه‌آفرین، انصاف است. انصاف از جمله ویژگی‌های اخلاقی‌ای است که همگان به اهمیت و ضرورت آن در روابط بین‌فردی معترف‌اند (سبحانی‌نیا، ۱۳۹۲، ص ۶۴). امیرالمؤمنین^ع در دو جملهٔ کوتاه نقش انصاف در رابطهٔ صمیمانه را چنین بیان می‌کند: «رعایت انصاف موجب پیوند دل‌ها» (تمیمی‌امدی، ۱۳۶۶، ص ۶۰) و دوام محبت و دوستی (همان، ص ۵۸) می‌شود.

چهارمین ویژگی رابطهٔ صمیمانه بر اساس منابع اسلامی، اعتماد متقابل است. در روایتی، امام باقر^ع از سعیدبن حسن سؤال می‌کند: آیا دوستی شما به این حد رسیده است که یکی از شما بیاید نزد دیگری و دست به جیب او برد و به مقدار نیازش از جیبش پولی بردارد و صاحب آن جیب، مانعش نشود؟ راوی می‌گوید: من چنین عملی را در میان خودمان سراغ ندارم. حضرت می‌فرماید: در این صورت چیزی در میان نیست (کلینی، ۱۳۶۵، ج ۲، ص ۱۷۳)؛ یعنی ایمانی در دست ندارند یا از آداب ایمان برخوردار نیستند (مجلسی، ۱۴۰۴ق، ج ۷۱، ص ۲۵۵). راوی سؤال می‌کند: پس ما هلاک می‌شویم؛ یعنی گرفتار عذاب آخرت می‌شویم؟ حضرت می‌فرماید: نه؛ بلکه هنوز

عقل کاملی به آنها داده نشده است. در روایتی دیگر از امام صادق علیه السلام همین مضمون نقل شده است، با این اضافه که نه تنها صاحب جیب مانع برادرش نمی‌شود، بلکه حتی احساس ناراحتی و درد هم نمی‌کند. روایت چنین است: «امام ششم به مفصل فرمود: ای مفصل! چگونه است وضع شیعه در میان شماها؟ گفتیم: قربانت شوم؛ چه بسیار خوب به هم صله کنند و به هم نیکی کنند. فرمود: یکی از شماها نزد برادرش می‌رود و دست در کیسه او می‌کند و هر چه نیاز دارد برمی‌دارد و او در رویش نمی‌ایستد و درد به دل نمی‌شود؟ گوید: گفتیم: نه به خدا؛ به این وضع نیستند. فرمود: به خدا اگر چنین بودند و همه شیعه جعفرین محمد بر سر ران گوسفندی فراهم می‌شدند، جواب همه را می‌داد (یعنی تا این اندازه برکت می‌افتاد)» (مجلسی، ۱۴۰۴ق، ج ۷۱، ص ۲۳۲). بر اساس این دو روایت، رابطه صمیمانه میان مؤمنان آن قدر عمیق و بالاست که اذن در تصرفات مالی از میان آنها برداشته شده است و آنان هرگاه نیازی مالی به یکدیگر داشته باشند، می‌توانند بدون اجازه در مال دیگری تصرف کنند و از کیسه یکدیگر مقدار مورد نیاز خود را بردارند و طرف مقابل، حتی احساس رنجش و ناراحتی هم نمی‌کند. بنابراین، می‌توان گفت: رابطه صمیمانه از نظر آیات و روایات اسلامی، در بالاترین سطح روابط میان فردی قرار دارد.

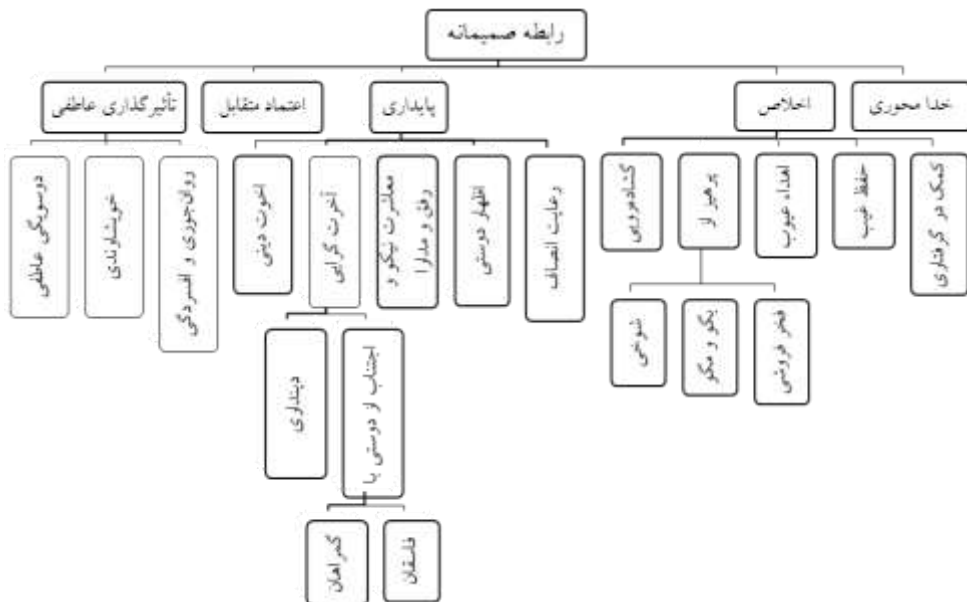
پنجمین ویژگی رابطه صمیمانه بر اساس منابع اسلامی، تأثیرگذاری عاطفی است؛ این ویژگی در روایات با تعابیر و مفاهیم مختلفی بیان شده است که در چهار دسته زیر بررسی می‌شود:

۱. دوسویگی عاطفی: رسول گرامی اسلام صلی الله علیه و آله فرمود: «بر تو باد به برادران راستین و صمیمی که بتوانی در سایه آنها زندگی کنی؛ زیرا چنین برادرانی در حال آسایش زینت و در حال گرفتاری پناهگاه‌اند» (هندی، ۱۴۰۹ق، ج ۹، ص ۳۸). همچنین در روایتی از امیرالمؤمنین علیه السلام چنین دوستانی به مثابه یک نفس در بدن‌های مختلف دانسته شده‌اند (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ص ۱۱۵). آن حضرت در بیان دیگری ضمن سفارش به داشتن برادران باصفا و صمیمی، آنها را یاوران یکدیگر در حال گرفتاری معرفی کرده است (همان، ص ۴۴۵). تعابیر «کناف»، «عده» و «عون» در این روایات و روایات مشابه دیگر، این واقعیت را نشان می‌دهد که میان دوستان صمیمی وابستگی عاطفی و احساس همدردی و همدلی شدیدی برقرار است.

۲. خویشاوندی: در روایات متعددی، درباره دوستی عباراتی آمده است که بیانگر عمق دوستی تا سطح خویشاوندی است. تعابیری چون دوستی خویشاوندی یا یکی از دو خویشاوندی (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ص ۸۱ و ۸۷) یا خویشاوند اکتسابی (کلینی، ۱۳۶۵، ج ۸، ص ۲۳؛ صدوق، ۱۴۱۳ق، ج ۴، ص ۳۸۹) نشان‌دهنده این معناست. بالاتر از این، نزدیک‌ترین خویشاوندی (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ص ۲۸۵)، آمیخته‌ترین نسبتها (مفید، ۱۴۱۳ق، ج ۱، ص ۲۹۸)، بیشتر بودن نیاز خویشاوندی به دوستی، از نیاز دوستی به خویشاوندی (نهج البلاغه، ح ۳۰۸) و گرم و صمیمی تر بودن برادر اکتسابی دینی از خویشاوندان و مادران و پدران (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ص ۴۲۳)، تعابیری دیگری از تأثیرگذاری عاطفی رابطه صمیمانه در روایات است.

۳. روان‌رنجوری و افسردگی: در برخی روایات موجود در منابع اسلامی، تحلیل رفتن انرژی و توانایی‌های

شخصی (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ص ۳۳۲)، فقدان مرض‌آور (همان، ص ۶۲) و بی‌خوابی‌های غیرمعمولی (صدوق، ۱۴۱۳ق، ج ۱، ص ۵۰۳)، برخی از پیامدهای اختلال در رابطه صمیمانه ذکر شده‌اند؛ به‌ویژه آنکه برخی روایات، بیانگر همبستگی بین افسردگی و از بین رفتن رابطه صمیمانه‌اند؛ مثل روایاتی که بر اساس آنها افسردگی موجب از بین رفتن برادری (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ص ۵۹) می‌شود یا دوستی فرد افسرده دوام ندارد (همان، ص ۴۹۸) و قابل اعتماد نیست (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۳۱۶).



شکل ۱. نمودار ویژگی‌های رابطه صمیمانه بر اساس منابع اسلامی

نتیجه‌گیری

رابطه صمیمانه در روان‌شناسی و متون اسلامی ویژگی‌های مشترکی دارند؛ اما این رابطه در متون اسلامی، هم به لحاظ کمی و هم کیفی، از رابطه صمیمی در روان‌شناسی متمایز می‌شود. در متون اسلامی، این رابطه به لحاظ کمی، ویژگی‌های محدودکننده‌تری دارد؛ به این معنا که تعدادی کمی از افراد می‌توانند چنین رابطه‌ای داشته باشند؛ اما از نظر کیفی در متون اسلامی رابطه صمیمانه از ویژگی‌هایی برخوردار است که بر عمق و شدت و نزدیکی این رابطه می‌افزاید. ایمان به خداوند، نخستین ویژگی رابطه صمیمانه در متون اسلامی است که بر طبق آن، رابطه صمیمانه میان دو یا چند فرد با محور قرار دادن خداواری صورت می‌گیرد؛ به این معنا که نخستین گام در این رابطه، اطمینان داشتن به ایمان به خداوند است و بدون چنین اطمینانی رابطه صمیمی اصلاً آغاز نمی‌شود. بنابراین، آغاز این رابطه فقط با احراز ایمان صورت می‌گیرد. وقتی دو مؤمن رابطه‌ای را شروع

کردند، اخلاص‌آزمایی در این رابطه مورد توجه قرار می‌گیرد و هر دو طرفین باید اطمینان داشته باشند که رابطه‌شان به‌منظور دستیابی به خواسته‌های مادی و زودگذر نیست تا به محض اینکه طرف به خواسته‌اش رسید، رابطه از بین برود. بدین‌منظور، در روایات نشانه‌هایی مثل گشاده‌رویی هنگام ملاقات، خودداری از شوخی، بگومگو و فخرفروشی، اهدای عیوب، حفظ غیب و کمک در گرفتاری‌ها، از نشانه‌های رابطهٔ مخلصانه شمرده شده‌اند. در رابطهٔ صمیمانهٔ اسلامی، دوستی محدود به زمان خاص نیست. وقتی شروع شد، هر دو طرف اهتمام ویژه‌ای به استمرار آن دارند؛ تا آنجاکه حتی محدود به دنیا هم نمی‌شوند. در این زمینه نیز نشانه‌هایی در روایات معرفی شده است که با وجود آنها دوستان می‌توانند به استمرار و تداوم دوستی‌شان اطمینان پیدا کنند؛ نشانه‌هایی مثل اخوت دینی، گرایش به آخرت، معاشرت نیکو و رفق و مدارا، اظهار دوستی و رعایت انصاف. با تحقق این ویژگی‌ها، رابطهٔ صمیمانه در منابع اسلامی از شدت و نزدیکی بیشتری برخوردار می‌شود؛ تا آنجاکه دوستان صمیمی، جز در موارد خاص، دوگانگی ندارند و پدیده‌ای به نام مالکیت بین آنان مطرح نیست و در تبیین آن، ایمان به خداوند به‌عنوان چرایی و انگیزهٔ رابطهٔ مؤمنان با یکدیگر ذکر و اثبات شد. همچنین در این بخش، علاوه بر ویژگی‌های یاد شده در بخش سوم، اخلاص و پایداری از ویژگی‌های مهم روابط دوستانهٔ مؤمنان شمرده شد و برخی از راه‌های برقراری چنین روابطی از نظر آیات و روایات بیان گردید.

منابع

- نهج البلاغه، ۱۳۸۰، ترجمه محمد دشتی، چ یازدهم، قم، مشهور.
- آندرو، سایننگتون، ۱۳۷۹، *بهداشت روانی*، ترجمه حمیدرضا حسین‌شاهی پرواتی، تهران، روان.
- ابن منظور، محمدبن مکرم، ۱۴۱۴، *لسان‌العرب*، چ سوم، بیروت، دارالفکر للطباعة و النشر و التوزیع.
- ابن بابویه (صدوق)، محمدبن علی، ۱۴۱۳ق، *من لا یحضره الفقیه*، چ دوم، قم، جامعه مدرسین.
- ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، *تحف‌المقول*، چ دوم، قم، جامعه مدرسین.
- بدار، لوک و همکاران، ۱۳۸۰، *روان‌شناسی اجتماعی*، ترجمه حمزه گنجی، تهران، ساولان.
- برکوویتس، لئونارد، ۱۳۸۷، *روان‌شناسی اجتماعی*، ترجمه محمدحسین فرجاد و عباس محمدی اصل، چ پنجم، تهران، اساطیر.
- بولتن، رابرت، ۱۳۸۱، *روان‌شناسی روابط انسانی (مهارت‌های مردمی)*، ترجمه حمیدرضا سهرابی، تهران، رشد.
- تیمی‌آمدی، عبدالواحد، ۱۳۶۶، *عمرالحکم و دررالکلم*، قم، دفتر تبلیغات.
- چاپمن، گری و دیکر چاپمن، ۱۳۸۲، *پنج زبان عشق: پنج نشانه خانواده سرشار از عشق*، سیمن موحد، تهران، ویدا.
- رحمتی، محمدصادق، ۱۳۷۱، *روان‌شناسی اجتماعی معاصر*، قم، سینا.
- سبحانی‌نیا، محمد، ۱۳۹۲، *سر دلبری*، پژوهشی پیرامون راهکارهای کسب محبوبیت، قم، دارالحديث.
- سرمه، زهره و همکاران، ۱۳۷۸، *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*، چ دوم، تهران، آگاه.
- شجاعی و همکاران، ۱۳۹۱، «معنای زندگی در نهج‌البلاغه»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال ششم، ش ۱۱، ص ۳۷-۵۷.
- صاحب‌بن‌عباد، کافی‌الكفاه، اسماعیل بن عباد، ۱۴۱۴ق، *المحیط فی اللغة*، بیروت، عالم‌الکتاب.
- صلیبی، ژانست، ۱۳۸۲، *فرهنگ توصیفی روان‌شناسی اجتماعی*، تهران، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات میان‌فرهنگی.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۴۱۷ق، *المیزان فی تفسیر القرآن*، چ پنجم، قم، جامعه مدرسین.
- عمید، حسن، ۱۳۸۹، *فرهنگ فارسی عمید*، تهران، راه‌رشد.
- کلینی، محمدبن‌یعقوب، ۱۳۶۵، *کافی*، چ چهارم، تهران، دارالکتب‌الاسلامیه.
- مجلسی، محمدباقربن، ۱۴۰۴ق، *بحار‌الانوار*، بیروت، مؤسسه‌الوفاء.
- مفید، محمدبن‌محمد، ۱۴۱۳ق، *الارشاد فی معرفه حجج الله علی‌العباد*، قم، کنگره شیخ مفید.
- ورام‌ابن‌ابی‌فراس، بی‌تا، *مجموعه ورام*، قم، مکتبه‌الفقیه.
- هندی، علاء‌الدین علی‌المتقی بن‌حسام‌الدین، ۱۴۰۹ق، *کنز‌العمال فی سنن الاقوال والافعال*، بیروت، مؤسسه‌الرساله.

الگوی ساختاری رابطه جهت‌گیری مذهبی و نشانه‌های سلامت روانی با میانجی‌گری خوش‌بینی

کلیه علی حسینی مهر / استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تاکستان، گروه علوم تربیتی، تاکستان، ایران hosseinimehrali@yahoo.com
 آرزو عظیم‌زاده پارسی / مربی دانشگاه پیام‌نور تاکستان
 عذرا رحمانی / استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تاکستان، گروه علوم تربیتی، تاکستان، ایران edu.rahmani@yahoo.com
 دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۱۵ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۲۳

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین رابطه متغیرهای جهت‌گیری مذهبی و نشانه‌های سلامت روانی با واسطه‌گری خوش‌بینی انجام شده، که از نظر هدف، کاربردی و به لحاظ ماهیت و شیوه اجرا، روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی به کار برده است. در این پژوهش، متغیر جهت‌گیری مذهبی به‌عنوان متغیر پیش‌بین سلامت روان و خوش‌بینی نیز به‌عنوان متغیر میانجی رابطه بین این دو متغیر در نظر گرفته شده است. از میان جامعه آماری پژوهش که شامل کلیه دانشجویان دختر مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در مراکز دانشگاهی دولتی، غیردولتی و غیرانتفاعی، آزاد اسلامی و پیام‌نور استان قزوین بودند، تعداد ۳۸۰ نفر زن به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به‌عنوان نمونه آماری گزینش شدند. خوش‌بینی، سلامت عمومی و جهت‌گیری مذهبی، به‌ترتیب با پرسش‌نامه‌های جهت‌گیری زندگی (LOT-R)، سلامت روانی (GHQ) و جهت‌گیری مذهبی آلپورت ارزیابی شدند. پایایی پرسش‌نامه‌ها بر اساس آلفای کرونباخ به‌ترتیب، ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۸۳ محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و الگویابی معادله‌های ساختاری (SEM) پردازش آماری گردید. نتایج نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و خوش‌بینی رابطه مثبت معناداری و همچنین رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و مؤلفه‌های سلامت روان (علائم اضطرابی و افسردگی)، منفی معنادار می‌باشد همچنین مسیر جهت‌گیری مذهبی تنها به‌طور غیرمستقیم از طریق خوش‌بینی کاهش‌دهنده اضطراب، افسردگی، و جسمانی‌سازی است. نکته قابل توجه عدم معناداری مسیر بین جهت‌گیری مذهبی با مؤلفه‌های سلامت روانی می‌باشد، که حاکی از فرایند واسطه‌گری خوش‌بینی است. به عبارت دیگر، جهت‌گیری مذهبی به‌طور مستقیم بر کاهش سلامت روان تأثیر نمی‌گذارد؛ بلکه از طریق افزایش خوش‌بینی در جهت کاهش اضطراب، افسردگی و جسمانی‌سازی پیش می‌رود.

کلیدواژه‌ها: خوش‌بینی، سلامت روان، جهت‌گیری مذهبی.

ورود جوانان به دانشگاه، مقطع بسیار حساس و خطیری در زندگی آنان تلقی می‌شود و غالباً با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی آنان همراه است. زندگی دانشجویی، بر حسب اینکه موقعیت تازه‌ای به حساب می‌آید، می‌تواند زمینه‌ساز انواع استرس‌ها برای دانشجویان باشد. هنجارهای اجتماعی، شبکه‌ی دوستان جدید و الزامات زندگی خارج از خانواده و انتظارات ایجاد شده، عواملی هستند که سازگاری دانشجویان را برهم می‌زند و سلامت آنها را به مخاطره می‌اندازند (پورشریفی و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۱۹۵). تحقیقات نشان از وجود اختلالات در دانشجویان دارد. شیوع افسردگی در دانشجویان در پژوهش‌های عابدینی و همکاران (۱۳۸۶) ۶۰-۴۶/۵٪، محمدزاده (۱۳۹۰) ۶۷/۱٪، حسن‌زاده طاهری و همکاران (۱۳۹۰) ۲۱/۱٪ و شیوع اضطراب در دانشجویان در پژوهش‌های لبافی‌نژاد و بساق‌زاده (۱۳۹۱) ۲۸/۳٪، نورعلیزاده میانجی و جان‌بزرگی (۱۳۸۹) ۴۷/۹٪، سلطانی‌فر و همکاران (۱۳۸۹) ۴۵/۶٪ گزارش شده است. این در حالی است که برخی داده‌های جدید همه‌گیرشناسی حاکی از افزایش اختلال افسردگی در دانشجویان است (سادوک و سادوک (Sadvk & Sadvk)، ۱۳۸۲).

وجود اضطراب و افسردگی می‌تواند علاوه بر کندی در فعالیت‌های روزمره، باعث بروز سایر اختلالات روانی، مشکلات تطابقی و ارتکاب به جرم گردد (کیتامورا (Kitamura) و همکاران، ۲۰۰۴، ص ۲۸۱). از طرفی، امروزه غالب صاحب‌نظران بر این باورند که مذهب آثار مفیدی بر سلامت جسم، روان و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد که البته در میان ادیان الهی، دستورات اسلام پیرامون بهداشت جسم و روح و امور دیگر، کامل‌ترین فرامین است و از نظر روان‌شناسان، مسلم و قطعی است که بیشتر بیماری‌های روانی - که ناشی از ناراحتی‌های روحی و تلخی‌های زندگی است - در میان افراد غیرمذهبی دیده می‌شود (سلطانی‌فر و همکاران، ۱۳۸۹). امروزه آثار و پیامدهای دینداری در حیات فردی و اجتماعی، در روان‌شناسی دین مطالعه قرار می‌گردد (آذربایجانی، ۱۳۸۷، ص ۳).

مطالعه‌ی مذهب از دیدگاه روان‌شناختی، از حدود یکصد سال پیش آغاز شده است (محمدی و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۵). در این زمینه دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد. تأثیر ایمان و معنویت بر احساس امنیت و آرامش روانی انسان در آثار جیمز (James) (۱۹۵۸)، کانت (Kant) (۱۷۸۲)، یونگ (Young) (۱۹۶۵) و/اریکسون (Erikson) (۱۹۸۳) مشهود است (یوسفی، ۱۳۹۱، ص ۱۳۷). این در حالی است که برخی دیگر از روان‌شناسان، مانند الیس (Ellis) (۱۹۸۱) و فروید (Freud) (۱۸۵۶) اظهار داشتند که تدین با تفکر غیرعقلانی و اختلالات عاطفی همراه است. فرگین (Fehring) و همکاران (۱۹۹۸) با استفاده از شواهد مؤید، همراهی تدین با آسیب‌شناسی روانی را رد می‌کنند (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). آلپورت (۱۹۵۰) بر حسب جهت‌گیری دینی، افراد را با دو جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی تقسیم‌بندی کرد. از نظر او، افراد مذهبی با جهت‌گیری درونی ضمن درونی‌سازی ارزش‌های دینی، مذهب را به‌مثابه هدف در نظر می‌گیرند؛ درحالی‌که افراد با جهت‌گیری بیرونی، دین را صرفاً وسیله‌ای برای نیل به اهداف دیگر در نظر دارند. اخیراً نظریه‌ی آلپورت در زمینه جهت‌گیری دینی بیرونی به دو مقوله

اجتماعی و شخصی بسط یافته است. طبق این تقسیم‌بندی، افراد دارای جهت‌گیری دینی بیرونی اجتماعی، از مذهب برای دستیابی به اهداف اجتماعی سود می‌جویند؛ درحالی‌که در جهت‌گیری مذهبی درونی، افراد از مذهب برای کسب امنیت فردی استفاده می‌کنند (بدری گرگری و فرید، ۱۳۹۱).

مکنالتی (McNulty) (۲۰۰۴)، جانسون (Johnson) (۲۰۰۴) و ناوارا (Navara) و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیقات خود رابطه سازگاری، سلامت روان و فشار روانی کمتر با باورهای مذهبی را تأیید کردند. به‌طور کلی، رویکردهایی که معتقدند مذهب یکی از مؤلفه‌های اساسی در سلامت است، از سه دیدگاه مختلف ناشی شده‌اند: نخست اینکه بسیاری از جوامع مذهبی رفتارهایی را تقویت می‌کنند که سلامتی را افزایش می‌دهند؛ و از سوی دیگر، رفتارهای مخرب و غیرسازنده را نهی می‌کنند. این دیدگاه قدمت بسیار زیادی دارد و پژوهش‌های تجربی فراوانی از آن حمایت می‌کنند (علیلو و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۲۵). دیدگاه دوم مربوط به مراقبه و نقش مؤثر آن در سلامت جسم و روان است. برخی شواهد تحقیقی نشان می‌دهند مراقبه - که یکی از عناصر کلیدی در آیین‌های مذهبی است - بر سیستم‌های فیزیولوژیک تأثیر می‌گذارد و استرس را کاهش می‌دهند. در نهایت، دیدگاه سوم معتقد است که جنبه‌های اجتماعی دینداری، از طریق فراهم نمودن حمایت اجتماعی و افزایش کارآمدی افراد در مقابله با استرس‌های زندگی، می‌توانند سلامتی را بهبود بخشند.

یگر (Yeager) و همکاران (۲۰۰۹)، در پژوهش خود به ارتباط رفتار مذهبی با سلامت و کاهش مرگ‌ومیر اشاره می‌کنند. عقاید دینی، امید و احساس تسلط بر سرنوشت شخص را فراهم می‌کند. شخص می‌تواند در هر زمان و مکان با خالق توانا صحبت کند و قادر است بر آنچه خدا می‌کند، اثر بگذارد؛ و اگر بر فعل خدا تأثیر کند، آن‌گاه می‌تواند قدرتی را به دست آورد که با هر سختی‌ای که پیش آید، مقابله نماید. مرگ بر فردی که اعتقاد دارد روحش جاودان است، غالب نیست. هیچ گناه یا اشتباهی در زندگی یافت نمی‌شود که نتواند اقرار و بخشوده شود. چنین عقایدی احتمالاً نتایج روان‌شناختی قدرتمندی دارد و در واقع ممکن است برای آنهایی که تنها، مضطرب و مأیوس‌اند و یا احساس بی‌ثباتی می‌کنند، آرامش بیاورد.

شرکت فعال در جامعه دینی، مردم را در تماس با دیگر همسالان که علایق مشترک دارند و برقراری روابط اجتماعی با آنها عملی است، قرار می‌دهد. عقاید دینی، از طریق تشویق نگرش اجتماعی مثبت و از خودگذشتگی، تعامل اجتماعی را نیز تحریک می‌کند. این حمایت اجتماعی، به نوبه خود با میزان پایین‌تری از افسردگی، اضطراب، تنهایی و مسائل دیگر سلامت روان مرتبط است. در واقع، حمایت عاطفی دیگران، یک وسیله درمانی عمده است که در همه انواع مشاوره استفاده می‌شود.

همچنین آموزش‌های دینی بر احترام به سلامت جسمانی شخص تأکید دارند؛ مثلاً بر طبق آموزش‌های مسیحیت، بدن‌های افراد، معابد روح‌القدس هستند. براین اساس، افراد متدین ممکن است از طریق تشخیص زودتر و بهتر بیماری‌های بدنی، روی سلامت خودشان تأثیر بگذارند. در ایمان به خدا نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که

نوعی قدرت معنوی به انسان متدین می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی به او کمک می‌کند و او را از نگرانی و اضطراب دور می‌سازد. ایمان به خدا، اگر از کودکی در نفس انسان استقرار یابد، نوعی مصونیت و پیشگیری از آسیب‌های بیماری‌های روانی به شخص می‌بخشد. مؤمن در عبادت و کارهایی که برای رضای خدا انجام می‌دهد، همواره به خداوند نظر دارد و به همین دلیل احساس می‌کند که خداوند همواره با اوست و به او کمک می‌کند. این احساس، ضامن استقرار امنیت و آرامش در نفس اوست. فرد متدینی که به خدا ایمان دارد، از هیچ چیز در این دنیا نمی‌هراسد؛ چون می‌داند تا خدا نخواهد، هیچ شر و آزاری به او نمی‌رسد و هیچ انسان یا قدرتی در دنیا قادر نیست به او ضرری برساند یا خیری را از او منع کند. اعتراف فرد مذهبی به گناه و توبه به درگاه خداوند، مانع سرکوب ناخودآگاه احساس گناه می‌شود و او را از کوشش برای دور نگه داشتن فکر گناه از ذهن، به‌منظور رهایی از ناراحتی روانی ناشی از احساس گناه بازمی‌دارد.

خواندن نماز، بهترین برنامه‌تمرین آرام‌سازی است که می‌تواند از تشنجات عصبی ناشی از فشارها و گرفتاری‌های زندگی بکاهد و سبب ایجاد نشاط معنوی در انسان شود. همین حالت است که احتمالاً به شفای سریع برخی از بیماران در زیارتگاه‌ها و معابد می‌انجامد. در همین زمینه، نماز جماعت نیز تأثیر درمانی مهمی دارد؛ زیرا روابط اجتماعی دوستانه و مودت‌آمیز با دیگران، مانع از ایجاد احساس تنهایی، انزوا و عدم تعلق به گروه می‌شود (جان‌بزرگی، ۱۳۸۷، ص ۸). فرم‌هایی *فرهانی* و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی بیان می‌کنند افرادی که به‌طور منظم در مکان‌های عبادی حاضر می‌شوند و فعالیت دارند و همچنین کسانی که معنویت را قویاً احساس می‌کنند، سالم‌ترند و توانایی بیشتری در بهبودی نشان می‌دهند.

در مباحث دینی، آنچه به‌طور مستقیم نیروی خودمهارگری را تقویت و توسعه می‌دهد، آموزه‌های اخلاقی است و آموزه‌های اعتقادی به‌طور غیرمستقیم به مبحث خودمهارگری می‌پردازد. به عبارت دیگر، پایبندی به آموزه‌های اخلاقی دین بیش از پایبندی به آموزه‌های اعتقادی با خودمهارگری رابطه دارد. در همین زمینه، *جان‌بزرگی* (۱۳۸۷) در مطالعات خود به مطالعه اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت آموزش خودمهارگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی پرداخت و مؤثر بودن روان‌درمانی با جهت‌گیری مذهبی را نشان داد.

سرانجام اینکه فرد، اگر مقام پروردگار خود را بشناسد، به یاد او باشد و او را فراموش نکند، یقین می‌کند که نزد پروردگار خود زندگی‌ای دارد که آمیخته با مرگ نیست؛ ملکی دارد که زوال‌پذیر نیست؛ عزتی دارد که آسوده به ذلت نیست؛ فرح و سرور و رفعت و کرامتی دارد که هیچ مقیاسی نتواند اندازه‌اش را تعیین کند یا سرآمدی آن را به آخر برساند؛ و نیز یقین می‌کند که دنیا دار مجاز است و حیات و زندگی دنیا در برابر آخرت پشیزی بیش نیست. اگر او این را بشناسد، دلش به آنچه خدا تقدیرش کرده، قانع می‌شود و معیشتش هرچه باشد، برایش فراخ می‌گردد و دیگر روی تنگی را نمی‌بیند.

همه این آثار و نحوه ارزیابی فرد از عامل تهدیدکننده، مهار هیجانی خود در برخورد با موقعیت از راه معناجویی،

و تأثیر بر پیامدهای عوامل تنیدگی‌زا، از راه تفسیر ویژه‌ای است که دین در اختیار فرد می‌گذارد. وقتی که خدا در همه چیز دیده شود و هنگامی که همه چیز از او دانسته شود، در پست‌ترین چیزها عالی‌ترین حقایق و معانی یافت خواهد شد. دین راهی برای پایان دادن به دلهره و اضطراب یا آشوب درونی است. در بحران وجودی، تنها پناهگاه ایمن، دین است. در این پناهگاه، شخص می‌تواند با خداوند لایزال ارتباط برقرار کند. یونگ تأکید می‌کند که دینداری و ارتباط با لایتناهی است که انسان را از بیهودگی‌ها نجات می‌بخشد؛ امبال و حالات او را دگرگون می‌سازد و بیماری‌های روانی را درمان می‌کند. از نظر فر/نکل، مذهب دربرگیرنده معنایی نهایی است و از ویژگی‌های مهم معنادرمانی، توجه به ناهشیار معنوی است. از نظر او، سرکوب احساس مذهبی، عامل روان‌آزردگی است. راه درمان خلأ وجودی نیز هشیار کردن احساس‌های سرکوب‌شده مذهبی است؛ و وظیفه معنادرمانگر این است که به بیمار کمک کند تا هسته معنوی شخصی خود را به یاد بیاورد (نورعلیزاده و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹).

در بسیاری از مطالعات، خوش‌بینی با بهزیستی روانی ارتباط مثبت و با فشار روانی ارتباط منفی دارد (چانگ (Chang)، ۱۹۹۸). خوش‌بینی، سلامت روانی (نشانگان وسواس بی‌اختیاری، افسردگی و خصومت) و سلامت جسمانی (اختلال‌های خواب و پرتنش) را پیش‌بینی می‌کند. خوش‌بینی با اضطراب نیز رابطه منفی دارد و افراد بدبین بیشتر دچار اضطراب می‌شوند. داشتن سبک تبیین خوش‌بینانه در آغاز بزرگسالی، سلامت کلی را در میان‌سالی پیش‌بینی می‌کند. بررسی طولی نشان می‌دهد که خوش‌بینی سرشتی، طول عمر را در افراد خوش‌بین افزایش می‌دهد (نوری و سقایی بی‌ریا، ۱۳۸۸). خوش‌بین بودن با روش‌های مقابله‌ای مفید و عادت‌های سلامت‌مدار نیز ارتباط دارد. خوش‌بین‌ها آدم‌های اهل مقابله فعال‌اند که بیشتر برای حل مشکلات تلاش می‌کنند تا پرهیز از آن. خوش‌بین‌ها علاوه بر این، در برقراری ارتباط با دیگران موفق‌ترند و در نتیجه حمایت اجتماعی بیشتری جلب می‌کنند. از آنجاکه حمایت‌های اجتماعی از احتمال بیمار شدن می‌کاهد و در بازیابی سلامت مؤثر است، بنابراین چنین افرادی می‌توانند برای مقابله با فشارها و بیماری‌ها از این منبع بهره ببرند. در نهایت اینکه خوش‌بینی موجب شاد زیستن، سلامت و بهبود بیشتر می‌شود (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۵، ص ۵۱۷-۵۱۸).

در منابع اسلامی شواهد گوناگون نشان می‌دهند که سه مؤلفه می‌تواند شکل‌دهنده مفهوم خوش‌بینی باشد. این سه مؤلفه عبارتند از: الف. توجه به جنبه‌های مثبت زندگی؛ ب. تفسیر مثبت رویدادها و مؤلفه؛ ج. انتظار مثبت درباره آینده. مؤلفه اول می‌تواند شامل ده زیرمؤلفه باشد که عبارتند از: توجه به ویژگی‌های خداوند؛ توجه به زیبایی‌های جهان؛ توجه به امکانات و فرصت‌ها؛ توجه به استعدادها و توانایی‌های خود؛ توجه به موفقیت‌های گذشته خود؛ توجه به صفات مثبت دیگران؛ توجه به رفتار مثبت دیگران؛ توجه به گفتار مثبت دیگران؛ توجه به اندیشه‌های مثبت و توجه به پیامد اعمال. برای مؤلفه دوم نیز می‌توان شش زیرمؤلفه مطرح کرد که عبارتند از: دارای حکمت دانستن سختی‌ها؛ موقت دانستن مشکلات؛ قابل حل دانستن مشکلات؛ نقش خدا، خود و دیگران در وقوع رویدادها؛ سپاسگزاری از خداوند و دیگران و عدم شکایت از مشکلات. مؤلفه سوم نیز می‌تواند دارای پنج

زیرمؤلفه باشد که عبارتند از: انتظار کمک از خداوند؛ انتظار وقوع رویدادهای خوشایند؛ انتظار کار درست از سوی دیگران؛ اعتماد به دیگران و کمک به دیگران (نوری و سقایی بی‌ریا، ۱۳۸۸).

ریاحی و همکاران (۱۳۸۷) به «بررسی اثرات دینداری و جهت‌گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران» پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان داد که حدود ۶۰ درصد از دانشجویان دارای سطوح بالایی از دینداری بودند و جهت‌گیری دینی اکثریت آنها بیرونی بوده است. در ضمن، میانگین نمره سلامت روان دانشجویان بر حسب میزان دینداری، جهت‌گیری دینی درونی، میزان خوش‌بینی و حمایت اجتماعی تفاوت معناداری داشته است. حسینی و همکاران (۱۳۸۹)، پژوهش دیگری تحت عنوان «پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس جهت‌گیری مذهبی در میان دانشجویان دانشگاه شیراز» انجام دادند که نتایج آن حاکی از آن است که جهت‌گیری مذهبی درونی، سؤال سبک‌های هویتی اطلاعاتی و هویتی هنجاری را به‌صورت مثبت و سؤال سبک هویتی سردرگمی - اجتنابی را به‌صورت منفی پیش‌بینی می‌کند.

بری‌گرگی و فرید (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی تحت عنوان «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و رفتارهای سلامت جسمی، روانی و معنوی و نقش واسطه‌ای ارزیابی چالش‌برانگیز بودن» به این نتایج دست یافتند که اثر مستقیم جهت‌گیری مذهبی درونی بر سلامت روانی، جسمی و معنوی، معنادار نیست؛ اما اثر غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی درونی از طریق ارزیابی اولیه چالش‌برانگیز موقعیت‌ها بر سلامت روانی، معنوی و جسمی، معنادار است.

نتایج پژوهش دیگری که ملکی و همکاران (۱۳۹۲) تحت عنوان «رابطه صفات شخصیت، جهت‌گیری مذهبی و شادکامی با سلامت عمومی دانشجویان پرستاری» انجام دادند، از آن است که روان‌رنجورخویی با سلامت عمومی رابطه منفی و معنادار و برون‌گرایی، سازگاری، وظیفه‌شناسی، جهت‌گیری مذهبی درونی و شادکامی با سلامت عمومی رابطه مثبت معنادار دارد. در الگوی پیشنهادی، صرفاً روان‌رنجورخویی، جهت‌گیری مذهبی درونی، شادکامی و برون‌گرایی توانستند ۳۷ درصد از واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی کنند که سهم متغیر روان‌رنجورخویی بیش از دیگر متغیرها بود.

شریفی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به «بررسی رابطه بین هویت‌های دینی و ملی با سلامت روانی دانشجویان» پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان داد که هویت دینی و ملی با سلامت روانی و اغلب خرده‌مقیاس‌های آن رابطه معنادار منفی دارد.

«رابطه جهت‌گیری مذهبی، خوش‌بینی و هوش معنوی با سلامت معنوی مریبان قرآن»، عنوان پژوهش دیگری است که عاشوری و همکاران، (۱۳۹۳) انجام داده‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که جهت‌گیری مذهبی، خوش‌بینی و هوش معنوی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار داشتند. در یک الگوی پیشنهادی، صرفاً هوش معنوی، جهت‌گیری مذهبی و خوش‌بینی توانسته‌اند ۵۹ درصد از واریانس سلامت معنوی را پیش‌بینی کنند. «پیش‌بینی اضطراب امتحان بر اساس جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی

مدارس دولتی شهر تهران»، عنوان پژوهش دیگری است که/حقر (۱۳۹۳) انجام داده است و یافته‌های آن نشان می‌دهد که بین اضطراب امتحان در مؤلفه‌های نگرانی و هیجان‌پذیری تفاوت معناداری وجود دارد و همچنین دانش‌آموزان با جهت‌گیری مذهبی درونی، اضطراب کمتری را در امتحان تجربه می‌کنند.

محمدی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «پیش‌بینی امیدواری بر اساس جهت‌گیری مذهبی و چشم‌انداز زمان»، بیان کردند از میان ابعاد جهت‌گیری مذهبی، بُعد مذهب درونی ($\beta=0/199$, $P=0/001$)، و نیز از میان ابعاد چشم‌انداز زمان، بُعد حال لذت‌گرا ($\beta=0/173$, $P=0/001$)، آینده ($\beta=0/366$, $P=0/001$) می‌توانند امیدواری را به صورت مثبت و گذشته منفی ($\beta=-0/205$, $P=0/001$) و حال جبرنگر ($\beta=-0/263$, $P=0/001$) می‌توانند امیدواری را به صورت منفی، پیش‌بینی کنند ولی جهت‌گیری مذهبی بیرونی ($\beta=0/30$, $P=0/412$) و گذشته مثبت ($\beta=0/27$, $P=0/479$) قادر به پیش‌بینی امیدواری نیستند.

«پیش‌بینی سلامت روان بر اساس باورهای غیرمنطقی معلمان مدارس استثنایی و عادی مقطع ابتدایی شهرستان یزد»، عنوان پژوهش برزگر بفرویی و گنجی (۱۳۹۵) است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که باورهای غیرمنطقی (تأیید و حمایت از جانب دیگران، تمایل به سرزنش و اجتناب از مشکلات) توان پیش‌بینی سلامت روان معلمان مدارس عادی و کمال‌گرایی توان پیش‌بینی سلامت روان معلمان استثنایی را دارد.

فرینگ (Fehring) و همکاران (۱۹۹۸) رابطه سلامت معنوی، مذهب، امیدواری، افسردگی و دیگر حالات خلقی با سازگاری سالمندان مبتلا به سرطان را بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین دینداری درونی و سلامت معنوی و امیدواری و دیگر حالات خلقی، رابطه مثبت و بین دینداری درونی، افسردگی و دیگر حالات خلقی، رابطه منفی وجود دارد.

گبلر (Gabler) (۲۰۰۴) به بررسی رابطه عبادت و مذهب درونی با سلامت روانی و معنوی پرداخت. نتایج یافته‌ها نشان می‌دهد که بین سلامت وجودی و سلامت مذهبی آزمودنی‌ها رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین بین سلامت معنوی و انگیزه‌های درونی مذهبی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

میزر (Mays) و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی رابطه معنویت و مذهب با خوش‌بینی، درک حالت‌های سلامتی و رشد (HIV) در بین مردان آمریکایی - آفریقایی تبار پرداختند. نتایج نشان داد افرادی که معنویت بالاتری داشتند، نسبت به آنهایی که معنویت کمتری داشتند، سلامتی بهتری را گزارش می‌دادند و به درمان‌شان خوش‌بین‌تر بودند.

مورگان (Morgan) و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای سلامت معنوی، سازگاری مذهبی و کیفیت زندگی زنان آمریکایی - آفریقایی تبار را که در مرحله درمان سرطان سینه قرار داشتند، بررسی کردند. تحلیل داده‌ها نشان می‌داد که این زنان سازگاری مذهبی مثبت‌تری داشتند و بین سلامت معنوی و حوزه‌های کیفیت زندگی جسمانی - هیجانی و سلامت عملکرد، رابطه معناداری وجود دارد.

کال (Call) (۲۰۰۷)، پژوهشی تحت عنوان «بررسی ارتباط بین منابع مذهبی و نحوه کنار آمدن با بیماری‌ها» انجام داده که نتایج آن حاکی از وجود ارتباط بین شکل‌های مختلف منابع مذهبی و مهارت‌های مقابله با مشکلات است. مک‌فارلند (Mc Farland) (۲۰۰۹) مذهب و سلامت روان را در میان سالمندان بررسی کرده است. بر اساس نتایج پژوهش او، مردانی که سلامت روان بیشتری داشتند، بیش از زنان از اشتغالات مذهبی بهره‌مند می‌شدند. زنانی که در سطوح بالاتری از اشتغالات مذهبی بودند، مشابه آنهایی بودند که به‌طور متوسط یا پایین به فعالیت‌های مذهبی اشتغال داشتند و مردانی که سطوح بالایی از فعالیت‌های مذهبی سازمان‌یافته را انجام می‌دادند، از همهٔ مردان دیگر سلامت روانی بیشتری داشتند.

کوشاها (Kushwaha) و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی نقش تقویت هویت مذهبی بر حرمت خود و نشانه‌های افسردگی در کارگران مسن و بازنشسته پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که با افزایش هویت مذهبی، حرمت خود نیز افزایش می‌یابد و نشانه‌های افسردگی کمتر می‌شود. بدین ترتیب، پرسش اصلی در این پژوهش این است که آیا متغیرهای جهت‌گیری مذهبی با واسطه‌گری خوش‌بینی بر سلامت روانی دانشجویان دختر تأثیر دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و همچنین الگویابی معادله‌های ساختاری (SEM) است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان زن مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در مراکز دانشگاهی دولتی، غیردولتی، غیرانتفاعی، آزاد و پیام‌نور استان قزوین است که تعداد آنها حدود ۳۴۰۰۰ نفر می‌باشد و از این جامعه تعداد ۳۸۰ نفر دانشجوی زن با استفاده از جدول مورگان به‌عنوان گروه نمونه با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. شیوهٔ اجرا به این شکل بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و با رعایت نسبت جامعه و نمونه، نمونه آماری انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌ها از طریق همکاران آموزش‌دیده در اختیار دانشجویانی که بر اساس نمونه‌گیری مشخص شده بودند، قرار گرفت و توضیح لازم برای نحوهٔ پاسخگویی و محرمانه بودن اطلاعات داده شد و پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، در همان روز جمع‌آوری گردید.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامهٔ خوش‌بینی (LOT-R): این پرسش‌نامه به‌منظور ارزیابی خوش‌بینی سرشتی، اولین بار توسط شییر و کارور (۱۹۸۵) تدوین شد و مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسش‌نامه که یک فرم خودگزارشی است، دارای ده گویه است. گویه‌های ۸، ۶، ۵ و ۲ انحرافی هستند و نمره‌ای به آنها تعلق نمی‌گیرد. در گویه‌های ۱۰، ۴ و ۱ به گزینه‌ها نمره‌های چهار تا صفر تعلق می‌گیرد. در گویه‌های ۹، ۷ و ۳ نمره‌گذاری معکوس است. بنابراین، دامنهٔ نمرات این آزمون بین صفر تا ۲۴ متغیر است. باقیانی مقدم و همکاران (۱۳۹۲) اعتبار این پرسش‌نامه را تأیید کرده‌اند. پرسش‌نامهٔ سلامت روانی: این پرسش‌نامه با هدف غربالگری کسانی که احتمالاً دارای اختلال روانی‌اند استفاده می‌شود.

هدف از کاربرد آن، دستیابی به یک تشخیص خالص در سلسله‌مراتب بیماری‌های روانی نیست؛ بلکه منظور اصلی، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. این پرسش‌نامه فرم‌های مختلفی دارد. فرم ۲۸ ماده‌ای آن این مزیت را دارد که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای چهار زیرمقیاس است: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکاری اجتماعی، و افسردگی وخیم. سؤال‌های این پرسش‌نامه چهار گزینه‌ای هستند که به هر پاسخ آزمودنی نمره صفر تا سه داده می‌شود و نمره کلی هر فرد که از حاصل جمع نمره‌های چهار زیرمقیاس به دست می‌آید، سلامت عمومی او را نشان می‌دهد. ضریب پایایی از طریق روش بازآزمایی، برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۲ و برای خرده‌آزمون‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکاری اجتماعی و افسردگی، به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ گزارش شده است. ضریب پایایی به روش دونیمه‌ای برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌های یادشده به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ بود. در بررسی اعتبار این پرسش‌نامه، همبستگی بین خرده‌آزمون‌های GHQ-28 و کل پرسش‌نامه، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ به دست آمد (سپهوند و همکاران، ۱۳۸۵، ص ۴۶).

آپورت و راس در سال ۱۹۵۰ این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی مذهب تهیه کردند. این آزمون از ۲۱ ماده تشکیل شده است که گزینه‌های ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی بیرونی و گزینه‌های ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجد. نمره‌گذاری به شکل لیکرت و از یک تا پنج است. این مقیاس پس از ترجمه بر روی دانشجویان دانشگاه تهران اجرا و اعتبار آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه گردید (ر.ک: جان‌بزرگی، ۱۳۷۸).

یافته‌های پژوهش

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

خرده‌مقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
جهت‌گیری درونی	۲۴/۳۶	۱۱/۶۹
جهت‌گیری بیرونی	۲۵/۶۸	۱۲/۰۰
خوش‌بینی	۱۳/۲۷	۶/۴۳
اضطراب	۶/۸۱	۵/۱۸
افسردگی	۷/۰۶	۵/۵۸
جسمانی‌سازی	۳/۷۷	۱/۷۱

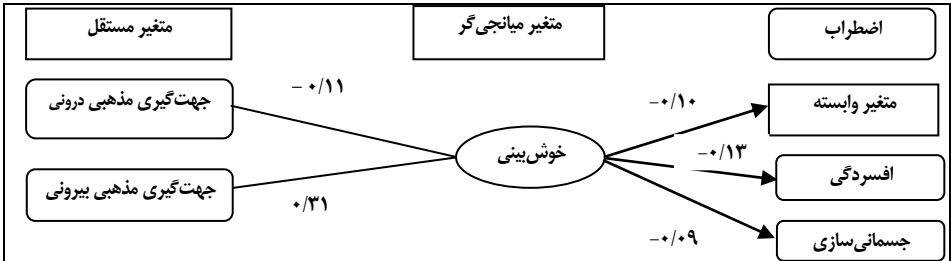
طبق داده‌های جدول ۱، متغیر سلامت روانی با سه خرده‌مقیاس اضطراب، افسردگی و جسمانی‌سازی و همچنین متغیر جهت‌گیری مذهبی با دو خرده‌مقیاس درونی و بیرونی منظور شده است.

فرضیه پژوهش: متغیر جهت‌گیری مذهبی با واسطه‌گری خوش‌بینی، با سلامت روانی دانشجویان ارتباط دارد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶
جهت‌گیری درونی	۱					
جهت‌گیری بیرونی	۰/۱۱۲*	۱				
خوش‌بینی	۰/۴۴۹*	۰/۰۴۲	۱			
اضطراب	۰/۴۲۰*	۰/۰۴۷	۰/۰۷۳*	۱		
افسردگی	۰/۴۷۳*	۰/۰۶۱	۰/۰۴۳*	۰/۱۰۹*	۱	
جسمانی‌سازی	۰/۰۱۱	۰/۱۰۷*	۰/۳۲۴*	۰/۲۱۱*	۰/۲۸۱*	۱

جدول ۲ بیانگر همبستگی بین متغیرهای پژوهش در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ و حجم نمونه ۳۸۰ نفر است.



شکل ۱. ضرایب مسیر مدل پیشنهادی در پژوهش

بر اساس داده‌های جدول ۳، نسبت کای دو به درجه آزادی برابر ۲/۸۱ می‌باشد. مقدار RMSEA نیز برابر با ۰/۰۷۶ می‌باشد. حد مجاز RMSEA، ۰/۱ است. شاخص‌های AGFI، GFI و NFI به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۸۱ و ۰/۹۱ می‌باشد که نشان‌دهنده برازشی بسیار مناسب است.

جدول ۳. شاخص برازش مدل پیشنهادی

مقدار به دست آمده	مقدار استاندارد	شاخص
۲/۸۱	کمتر از ۳	X ² /DF
۰/۰۷۶	کمتر از ۰/۱	RMSEA
۰/۸۱	بیشتر از ۰/۸	AGFI
۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹	GFI
۰/۹۱	بیشتر از ۰/۹	NFI

همان‌طور که در شکل ۱ دیده می‌شود، مسیر جهت‌گیری مذهبی تنها به‌طور غیرمستقیم از طریق خوش‌بینی $\beta = -0.11$ ، کاهش‌دهنده اضطراب، افسردگی، و جسمانی‌سازی است (به ترتیب $\beta = -0.10$ ، $\beta = -0.13$ ، $P < 0.05$). نکته قابل توجه، عدم معناداری مسیر بین جهت‌گیری مذهبی و مؤلفه‌های سلامت روانی می‌باشد که حاکی از فرایند واسطه‌گری خوش‌بینی است. به عبارت دیگر، جهت‌گیری مذهبی به‌طور مستقیم بر کاهش سلامت روان تأثیر نمی‌گذارد؛ بلکه از طریق افزایش خوش‌بینی در جهت کاهش اضطراب، افسردگی و جسمانی‌سازی پیش می‌رود.

بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر، مطالعه علمی دین و بررسی رابطه آن با متغیرهای روان‌شناختی، کانون توجه پژوهشگران مختلف بوده است. در واقع، دین یک نیروی روان‌شناختی است که می‌تواند بر روی نتایج زندگی انسانی تأثیر بگذارد. گسترده‌گی این نتایج در سه حیطه بهداشت، بهزیستی روانی و رفتار اجتماعی را می‌توان به‌وضوح از مطالعات پژوهشگران دریافت (رفیعی‌هنر و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹). همچنین پژوهش‌های بسیاری تأثیر مثبت دینداری و عوامل مذهبی بر بهبودی بیماری‌های روانی و جسمی، مقاوم کردن افراد در برابر تنیدگی، اضطراب و افسردگی، و ایجاد آرامش، امید، معناداری و

شادکامی را به دست آورده‌اند (نورعلیزاده و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹). آلپورت به دو جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی اشاره می‌کند و معتقد است در جهت‌گیری مذهبی درونی، ایمان به‌خودی‌خود یک ارزش متعالی تلقی می‌شود؛ درحالی‌که در جهت‌گیری مذهبی بیرونی، مذهب امری خارجی و ابزاری برای ارضای نیازهای فردی، از قبیل مقام و امنیت است. هرچه مذهب درونی‌تر شود، سلامت روان بالاتری محقق می‌گردد (بدری گرگری و فرید، ۱۳۹۱).

نتایج تحقیق نشان‌دهنده ارتباط معنادار بین متغیرهای پژوهش (جهت‌گیری مذهبی، خوش‌بینی و سلامت روانی) می‌باشد؛ به‌ویژه جهت‌گیری مذهبی درونی که پیش‌بینی‌کننده خوش‌بینی است. هماهنگ با این نتایج، مطالعات قبلی نشان داده است که خوش‌بینی با بهزیستی روانی در شرایط سخت زندگی مرتبط است. همچنین افراد خوش‌بین، بیشتر از مقابله‌های مواجهه‌ای و کمتر اجتنابی استفاده می‌کنند. آنان پرانرژی و دارای سلامت فیزیکی بالاتری هستند. خوش‌بین‌ها، تکلیف‌مدارند و این مسئله باعث ایجاد منافع اجتماعی و اقتصادی برای آنان می‌شود (کارور و همکاران، ۲۰۱۰). هو و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند: خوش‌بینی و معناییابی در زندگی، با ابعاد چندگانه رضایت زندگی ارتباط مثبت و با مشکلات روانی، اجتماعی ارتباط منفی دارد و باعث ایجاد حمایت اجتماعی برای فرد می‌شود (کاراداماس و همکاران، ۲۰۰۶).

بر اساس دیدگاه فرانشاخت، مدیریت توجه در ایجاد خوش‌بینی در افراد نقش دارد که همین مسئله نقطه اتصال اندیشه‌های اسلامی با خوش‌بینی است. از یک سو، در منابع اسلامی آموزه‌های متعددی وجود دارد که انسان را برمی‌انگیزد که به صورت آگاهانه و هشیارانه توجه خود را مدیریت کند. توجه نکردن به برخی امور، مورد تأکید اسلام است. برای مثال، در منابع اسلامی بر نادیده گرفتن خطاهای دیگران، بی‌توجهی به عیوب دیگران، توجه نکردن به کاستی‌های زندگی، عدم توجه بصری به نامحرم و مانند آنها تأکید شده است. همچنین به توجه کردن به برخی امور، مثل توجه به نعمت‌های خداوند، توجه به امکانات، توانمندی‌ها، صفات و خصایص مثبت دیگران و توجه به حضور خداوند و نشانه‌های او در عالم خلقت، توصیه شده است. آیات و روایات تأکید دارند که افراد آگاهانه به این امور و مانند آن توجه کنند (نوری و جان‌بزرگی، ۱۳۹۲) که این اصول می‌تواند با سازه خوش‌بینی در اسلام مرتبط باشد.

مطالعه حاضر، همچنین بیان‌کننده وجود رابطه و قابلیت پیش‌بینی نشانه‌های سلامت روان (اضطراب و افسردگی) از طریق جهت‌گیری مذهبی بود. این نتایج با بسیاری از تحقیقات گذشته همخوان است. پاسل و همکاران (۲۰۱۱)، بهرامی و تاشک (۱۳۸۳) و ماسلکو (Maselko) و همکاران (۲۰۰۶) در تحقیق خود نشان دادند که جهت‌گیری مذهبی درونی، رابطه منفی با افسردگی در بزرگسالان دارد؛ و نیز جهت‌گیری مذهبی با افزایش سلامت روانی و کاهش اختلالات روانی رابطه دارد و قادر است تا به‌صورت مثبت سبک مقابله مذهبی مثبت را پیش‌بینی کند. همچنین در تحقیق بیابانی و همکاران (۱۳۸۷) بین جهت‌گیری مذهبی دانشجویان و اضطراب و افسردگی آنان رابطه معکوس و معناداری از لحاظ آماری وجود داشت و با افزایش جهت‌گیری مذهبی دانشجویان، افسردگی و اضطراب آنها کاهش یافته است.

در تحقیق شهیدی و دانش‌عصمت (۱۳۸۶)، افراد دارای جهت‌گیری مذهب درونی نسبت به افراد دارای جهت‌گیری مذهب بیرونی از تعهد، مهار و مبارزه‌جویی بیشتری برخوردار بودند. نورعلیزاده و جان‌نزرگی (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان دادند که احتمال زنده ماندن افراد با سطح دینداری بالاتر، در هر موقعیت بیش از دیگران است و حضور مکرر در شعائر دینی با کاهش مرگ‌ومیر همراه است. هیل (Hill) و همکاران (۲۰۰۶) رفتار منظم مذهبی، مثلاً به شکل هفتگی را با رفتارهای سلامت‌جویانه، نظیر مراقبت پیشگیرانه از بیمار شدن، استفاده از ویتامین، بستن کمربند ایمنی، انجام پیاده‌روی، ورزش مداوم، خواب سالم و عدم استعمال دخانیات مرتبط دانسته‌اند.

موئلر (Mueller) و همکاران (۲۰۱۱) نیز در پژوهش خود نشان داده‌اند که تعلقات مذهبی و روحانی با سطح سلامتی بالاتر، طول عمر بیشتر و افسردگی و خودکشی کمتر، ارتباط دارد. او معتقد است مشخص‌سازی نیازهای روحانی بیماران، بهبودی در آنها را تسریع می‌کند. در تبیین ارتباط جهت‌گیری مذهبی با سلامت می‌توان گفت: بسیاری از جوامع مذهبی رفتارهایی را تقویت می‌کنند که سلامتی را افزایش می‌دهند؛ و از سوی دیگر، رفتارهای مخرب و غیرسازنده را نهی می‌کنند (علیلو و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۲۵؛ فرمپینی فراهانی و همکاران، ۱۳۹۱، ص ۱۹).

دعا و مراقبه - که یکی از عناصر کلیدی در آیین‌های مذهبی است - بر سیستم‌های فیزیولوژیک تأثیر می‌گذارند و استرس را کاهش می‌دهند. حمید و ویسی (۱۳۹۱) در تحقیق خود بر روی سی نفر از زنان دارای اختلال افسردگی، نشان دادند که معنادرمانی همراه با تلاوت قرآن و دعا باعث تقویت سلول T / کمکی (CD4+) و کاهش افسردگی می‌شود. بدری‌گرگری و فرید (۱۳۹۰) اشاره می‌کنند که جهت‌گیری مذهبی درونی از طریق ارزیابی اولیه، چالش‌برانگیز بودن استرس‌ها را تعدیل می‌کند. به عبارت دیگر، افرادی که باورهای مذهبی درونی دارند، قادرند حوادث و رخدادهای فشارزای زندگی را به‌منزلهٔ فرصت‌هایی برای رشد مثبت خود ببینند و این ارزیابی تأثیر مثبتی بر رفتارهای مرتبط با سلامت دارد. همچنین باورهای مذهبی از طریق معنادهی به جریان‌ها و اتفاق‌های زندگی، هیجان‌های منفی را کاهش می‌دهند و از طریق فراهم نمودن حمایت اجتماعی و افزایش کارآمدی فرد در مقابله با استرس‌های زندگی، سلامتی را بهبود می‌بخشند (علیلو و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۲۵).

حمید و ویسی (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان دادند که معنادرمانی بر بهبود وضعیت جسمانی و کاهش نشانه‌های درد مؤثر است. در تبیین ارتباط جهت‌گیری مذهبی بیرونی با متغیر تحقیق، می‌توان این‌گونه اظهار کرد که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی، از مذهب برای دستیابی به اهداف، احساس امنیت و حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند (بدری‌گرگری و فرید، ۱۳۹۱؛ رضایی و همکاران، ۱۳۹۱). این امور به فرد کمک می‌کنند که از انفعال و ناتوانی خارج شود و مانع از جسمانی‌سازی شود (کوشوواها (Kushwaha)، ۲۰۱۴، ص ۵۶). این نتایج با یافتهٔ اخیر این پژوهش هماهنگ است.

پیشنهادات

به‌منظور کنترل بهتر، مطلوب است متغیرهای زمینه‌ای نظیر جنسیت، سن، وضعیت تحصیلی و غیره نیز در یک پژوهش مجزا به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده وارد تحقیق شود.

به‌منظور ارزشیابی مؤثرتر سلامت روانی، علاوه بر پرسش‌نامه و در کنار آن، بهتر است از مصاحبه نیز استفاده شود و در راستای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، دانشجویان دیگر استان‌های کشور نیز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و مطالعه شوند.

با توجه به اینکه آرامش و رضایت انسان در گرو پیوند بُعد معنوی و ساختار روانی اوست و در صورت وجود اختلال در این رابطه، درمان واقعی او صورت نمی‌گیرد، استفاده از مشاوره‌های مذهبی کارشناسانه و معنوی درمانی در مراکز مشاوره دانشجویی پیشنهاد می‌شود.

تشویق مراجعان به حس دعا و فراتر رفتن از خود، بحث کردن درباره مفاهیم کلامی و مذهبی، ارجاع ایشان به قرآن و احادیث و نوشته‌های عارفان، استفاده از تنش‌زدایی معنوی و تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی، تشویق افراد به استفاده از روش‌های گذشت درمانی، خودافشاسازی معنوی (اعتراف برای خود)، تقویت ارتباط از طریق انجام مناسک دینی، و مشورت با مشاوران زبده مذهبی، از جمله راهکارهای پیشنهادی این مطالعه به روان‌درمانگرانی است که دانشجویان مخاطبین آنها باشند.

منابع

- انکینسون، ریتا ال و همکاران، ۱۳۸۵، *زمینه روان‌شناسی هیپنکار*، ترجمه محمدتقی براهنی و همکاران، تهران، رشد.
- احقر، قدسی، ۱۳۹۳، «پیش‌بینی اضطراب امتحان بر اساس جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی مدارس دولتی شهر تهران»، *علوم تربیتی از دیدگاه اسلام*، سال دوم، ش ۲، ص ۱۸-۲۷.
- آذربایجانی، مسعود، ۱۳۸۷، *روان‌شناسی دین از دیدگاه ویلیام جیمز*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- باقیانی مقدم، محمدحسین و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی خوش‌بینی با سلامت عمومی در دانشجویان»، *طلوع بهداشت*، دوره دوازدهم، ش ۲، ص ۸۹-۱۰۱.
- بدری گرگری، رحیم و ابوالفضل فرید، ۱۳۹۱، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و رفتارهای سلامت جسمی، روانی و معنوی و نقش واسطه‌ای ارزیابی چالش برانگیز بودن»، *راهبرد فرهنگ*، ش ۲۰، ص ۶۷-۸۲.
- بزرگر بفرویی، کاظم و زهرا گنجی، ۱۳۹۵، «پیش‌بینی سلامت روان بر اساس باورهای غیرمنطقی معلمان مدارس استثنایی و عادی مقطع ابتدایی شهرستان بید»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، دوره هفدهم، ش ۲، پایانی ۶۴ ص ۸۸-۹۷.
- بهرامی احسان، هادی و آهیتا تاشک، ۱۳۸۳، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، دوره سی و چهارم، ش ۲، ص ۴۱-۶۳.
- بیانی، علی اصغر و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی رابط جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان»، *اصول بهداشت روانی*، سال دهم، ش ۳، ص ۲۰۹-۲۱۴.
- پورشرفی، حمید و همکاران، ۱۳۸۹، «مقیاس ملی سلامت روانی دانشجویان: مطالعه مقدماتی»، مجموعه مقالات سومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران، دانشگاه شهید بهشتی.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۷۸، *خود اثربخشی روان در مانگری کوتاه‌مدت آموزش خود مهارگری، با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تمیذگی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- حسن‌زاده طاهری، محمدمهدی و همکاران، ۱۳۹۰، «شیوع افسردگی در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی بیرجند»، *دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، دوره هجدهم، ش ۲، ص ۱۰۹-۱۱۶.
- حسینی، فریده‌سادات و همکاران، ۱۳۸۹، «پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس جهت‌گیری مذهبی در میان دانشجویان دانشگاه شیراز»، *اندیشه‌های نوین تربیتی دانشگاه الزهراء*، دوره ششم، ش ۱، ص ۵۳-۷۱.
- حمید، نجمه و شوبو ویسی، ۱۳۹۱، «اثربخشی معنادرمانی توأم با تلاوت قرآن و دعا بر افسردگی و سلول / T کمکی (CD4+)»، *پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآن کریم*، سال سوم، ش ۲، ص ۲۷-۳۸.
- رضایی، امیرموسی و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی اصفهان»، *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره دهم، ش ۶، پایانی ۲۷، ص ۵۰۹-۵۱۹.
- رفیعی هنر، حمید و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۸۹، «رابطه جهت‌گیری مذهبی و خود مهارگری»، *روان‌شناسی و دین*، سال سوم، ش ۱، ص ۳۱-۴۲.
- ریاحی، محمداسماعیل و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی اثرات دینداری و جهت‌گیری دینی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران»، *علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد*، سال پنجم، ش ۲، ص ۵۱-۹۰.
- سادوک، ویرجینیا و بنیامین سادوک، ۱۳۸۲، *خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی*، ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی، تهران، ارجمند.
- سپهوند، تورج و همکاران، ۱۳۸۵، «رابطه سبک‌های اسناد با رخدادهای استرس‌زای زندگی و سلامت عمومی»، *پژوهش‌های*

روان‌شناختی، ش ۱۸، ص ۳۳-۴۶.

سلطانی‌فر، عاطفه و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی نشانه‌های اضطراب در دانشجویان دختر رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد»، *سلامت و بهداشت اردبیل*، سال اول، ش ۱، ص ۷-۱۳.

شریفی، طیبه و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی رابطه بین هویت‌های دینی و ملی با سلامت روانی دانشجویان»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ص ۱۲۵-۱۴۲.

شهیدی، پیمان و شه‌ریار دانش عصمت، ۱۳۸۶، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی در دانشجویان»، *روان‌شناسی بهار*، دوره یازدهم، ش ۱، ص ۴۷-۶۰.

عابدینی، سمیره و همکاران، ۱۳۸۶، «شیوع افسردگی در دانشجویان پرستاری و پزشکی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان»، *مجله پزشکی هرمزگان*، دوره یازدهم، ش ۲، ص ۱۳۹-۱۴۵.

عاشوری، جمال و همکاران، ۱۳۹۳، «رابطه جهت‌گیری مذهبی، خوش‌بینی و هوش معنوی با سلامت معنوی مریمان قرآن»، *روان‌شناسی و دین*، سال هفتم، ش ۲، ص ۱۲۵-۱۳۶.

علیلو، مجید محمود و همکاران، ۱۳۹۰، «ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس چندبُعدی بهزیسی مذهبی - معنوی»، *روان‌شناسی معاصر*، دوره ششم، ش ۱، ص ۲۳-۳۶.

فرمهبینی‌فراهانی، مولود و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر دعا بر سلامت روان دانشجویان سال اول دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک»، *طب مکمل*، دوره دوم، ش ۲، پیاپی ۳، ص ۱۳۵-۱۴۸.

لبافی‌نژاد، یاسر و آسیه بساق‌زاده، ۱۳۹۱، «بررسی شیوع اضطراب و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دختر رشته پزشکی عمومی»، *سلامت کار ایران*، ش ۳، ص ۳۲-۳۸.

محمدزاده، جهان‌شاه، ۱۳۹۰، «بررسی میزان شیوع افسردگی و علائم آن در دانشجویان دانشگاه ایلام»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره نوزدهم، ش ۲، ص ۷۱-۷۶.

محمدی، سیدداود و مهناز مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۵، «ارتباط نگرش مذهبی با مکان کنترل و نقش جنسیت»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره نهم، ش ۳، ص ۴۱-۴۹.

محمدی، مهسا و همکاران، ۱۳۹۵، «پیش‌بینی امیدواری بر اساس جهت‌گیری مذهبی و چشم‌انداز زمان»، *روان‌شناسی کاربردی*، سال دهم، ش ۲، ص ۱۵۷-۱۷۴.

ملکی، زهرا و همکاران، ۱۳۹۲، «رابطه صفات شخصیت، جهت‌گیری مذهبی و شادکامی با سلامت عمومی دانشجویان پرستاری»، *پرستاری ایران*، دوره بیست و ششم، ش ۸۶، ص ۹۰-۱۰۰.

نورعلیزاده میانجی، مسعود و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۸۹، «رابطه اضطراب وجودی و اضطراب مرضی و مقایسه آنها در سه گروه افراد بزهکار، عادی و مذهبی»، *روان‌شناسی و دین*، سال سوم، ش ۲، ص ۲۹-۴۴.

نوری، نجیب‌الله و محمدناصر سقایی‌بی‌ریا، ۱۳۸۸، «بررسی رابطه بین خوش‌بینی سرشتی و خوش‌بینی از دیدگاه اسلام با رضایت‌مندی از زندگی»، *روان‌شناسی و دین*، سال دوم، ش ۳، ص ۲۹-۶۸.

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

یوسفی، ناصر، ۱۳۹۱، «تأثیر شناخت درمانی مذهب‌محور و معنادارنگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، دوره سوم، ش ۱۰، ص ۱۳۷-۱۵۸.

- Pastoral Care & Counseling*, No. 57(2), P. 211-240.
- Chang, Edward C, 1998, Does dispositional optimism moderate the relation between perceived stress and psychological well-being? *a preliminary investigation*, No. 25(2), P. 233-240.
- Charver, et al, 2010, Optimism, *Clinical Psychology Review*, No. 30(7), 879-889.
- Fehring, RJ, et al, 1998, Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. Marquette University in Milwaukee, WI, USA. available from: <http://www.pubmed.gov>.
- Gabler, W.M, 2004, The Relationship of Prayer and Internal Religiosity to Mental and Spiritual Well-being. Master thesis, University of Wisconsin-Stout.
- Hill, et al, 2006, Religious attendance and the health behaviors of Texas adults, *Preventive*, No. 42(4), p. 309-312.
- Ho, et al, 2010, The role of meaning in life and optimism in promoting well-being, *Personality and Individual Differences*, No. 48(5), p. 658-663.
- Johnson, M. A, & Faith, 2004, prayer and religious observances, *Journal of Clinical Cornerstone*, No. 6(1), p. 17-24.
- Karademas, et al, 2006, Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism, *Personality and Individual Differences*, No. 40(6), p. 1281-1290.
- Kitamura T, et al, 2004, Factor structure of the Zung Self-rating Depression Scale in first-year university students in Japan, *Psychiatry Res*, No. 128(3), p. 281-287.
- Kushwaha, V, et al, 2014, A study of disability and its correlates in somatization disorder, *Asian Journal of Psychiatry*, n. 8, p. 56-58.
- Maselko, et al, 2006, Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey, *Social Science & Medicine*, No. 62(11), p. 2848-2860.
- Mays V.M, et al, 2004, The relationship of religion/spirituality to optimism, perceived health status and HIV progression in seropositive African American men who have sex with men. International Conference on AIDS, University of California, School of Public Health, Los Angeles, United States.
- McFarland, M. J, 2009, Religion and Mental Health Among Older Adults: Do the Effects of Religious Involvement Vary by Gender? Department of Sociology, University of Texas, Austin, TX 78705.
- McNulty, K, et al, 2004, Perceived uncertainty, spiritual well-being and psychological adaptation in individual with multiple sclerosis, *Journal of Family Psychology*, No. 5(1), p. 27-33.
- Morgan. P.D, et al, 2006, Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. Department of Nursing, Fayetteville State University, No. 17(2), p. 73-77.
- Mueller, et al, 2011, Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice, *Mayo Clinic Proceedings*, No. 76 (12), p. 1225-1235.
- Navara, G.S, et al, 2005, Does religious orientation affect religious coping and adjustment? *International Journal of Intercultural Relations*, No. 9(3), p. 101-110.
- Possel, et al, 2011, Bidirectional relations of religious orientation and depressive symptoms in adolescents: A short-term longitudinal study, *Psychology of Religion and Spirituality*, No. 3(1), p. 24-38.
- Yeager, D.M, et al, 2006, Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan, *Social Science & Medicine*, No. 63(8), p. 2228-2241.

مقایسه اثربخشی روش درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و معنادرمانی بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناسویی

Zohrehsadeghi346@gmail.com

m.saffarinia@yahoo.com

sohrabi@atu.ac.ir

alipor@pnu.ac.ir

زهرا صادقی / دکتری روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

مجید صفاری نیا / دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

فرامرز سهرابی / استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

احمد علی پور / استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۰۳ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۱۸

چکیده

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود و با هدف مقایسه روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و معنادرمانی بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناسویی منطقه پنج تهران انجام شد. برای انجام پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی تعداد ۳۰ نفر از افرادی که با مشکل روابط فرازناسویی مواجه بودند به صورت هدفمند انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه با اندازه‌های برابر به گروه‌های آزمایشی ۱ و ۲ تقسیم شدند. گروه اول، مورد مداخله روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی قرار گرفت. گروه دوم مورد مداخله معنادرمانی قرار گرفت. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مختلط بین - درون آزمودنی‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و معنادرمانی توانست حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی را افزایش دهد و این تأثیر پس از دو ماه ماندگار بود. بین روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و معنادرمانی در افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده تفاوتی وجود نداشت. براین‌اساس، می‌توان از روش‌های روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و معنادرمانی برای افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناسویی و کاهش آسیب‌های ناشی از آن استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: درمانگری اسلامی، معنادرمانی، حمایت اجتماعی، روابط فرازناسویی.

ازدواج، مستحکم‌ترین رابطه اجتماعی است که در بنیان‌گذاری خانواده و دوام نسل انسانی نقش مهمی ایفا می‌کند. همان‌طور که تمهد زناشویی، پایه‌های زندگی زناشویی را مستحکم می‌کند، روابط فرازناشویی پایه‌های آن را لرزان نموده و منجر به نابودی نهاد مستحکم خانواده می‌شود. از دیدگاه سیمز (Sims) (۲۰۱۱)، تقلب و غیرقابل اعتماد بودن، در رابطه متعهدانه در زندگی زناشویی «عهدشکنی» نامیده می‌شود. عهدشکنی، می‌تواند عاطفی، فیزیکی یا هر دو مورد باشد (دریگوتاز و همکاران (Drigotas)، ۱۹۹۹). عهدشکنی جنسی، اشاره به فعالیت جنسی با کسی به غیر از شریک زندگی است و عهدشکنی عاطفی زمانی رخ می‌دهد که منابع شریک زناشویی مانند عشق رمانتیک، صرف زمان و توجه به کسی دیگری معطوف شود (ویلسون (Wilson) و همکاران، ۲۰۱۱). زنان بیشتر عهدشکنی عاطفی و مردان، بیشتر عهدشکنی جنسی دارند (براون (Brown)، ۲۰۱۳). تخمین زده شده ۳۰ تا ۶۰ درصد از مردان و ۲۰ تا ۵۰ درصد از زنان آمریکایی به گونه‌ای یکی از رفتارهای عهدشکنانه از جمله رابطه جنسی را داشته‌اند (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۱). شیوع روابط فرازناشویی در آمریکا در سال ۱۹۹۴ در بین مردان ۲۲-۲۵ درصد و در بین زنان ۱۱-۱۵ درصد گزارش شده است (بوکام (Baucom) و همکاران، ۲۰۰۶). اما آمار دقیق روابط فرازناشویی در ایران در دسترس نیست.

احساس طردشدگی، یکی از آسیب‌های روابط فرازناشویی است (بوکام و همکاران، ۲۰۰۶) که حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان آسیب‌دیده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حمایت اجتماعی، به مراقبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد اعطا می‌کنند، گفته می‌شود (سارافینو، ۱۹۴۰، ص ۱۷۸) و میزان ادراک فرد از محبت و حمایت خانواده، دوستان و اطرافیان وی در مقابل تنیدگی‌ها و حوادث است (تری (Tree)، ۲۰۰۹). حمایت اجتماعی به جنبه‌های مختلف روابط اجتماعی مثل میزان روابط اجتماعی (ادغام در مقابل انزوا)، ساختار روابط اجتماعی (شبکه‌های اجتماعی) و محتوای کیفی روابط افراد اشاره دارد. این کیفیت به حمایت عاطفی (درک، مراقبت، پذیرش، تشویق، ستایش و غیره) و حمایت ابزاری (کمک‌های مالی، کمک‌های عملی و مواد، و غیره) ناشی از روابط اجتماعی بستگی دارد (آسپرگ (Asberg)، ۲۰۰۵). سیستم‌های حمایتی، به افراد کمک می‌کنند تا منابع روانی خود را تجهیز نموده و بر مسئولیت‌های روانی و عاطفی تسلط یابند (کاپلان (Caplan)، ۱۹۷۴). منابع حمایتی، موجب می‌شوند که فرد احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و احساس نماید که در بخشی از شبکه وسیع ارتباطی قرار دارد و می‌تواند در برابر عوامل تنیدگی به خوبی مقابله نماید (تری، ۲۰۰۹). می‌توان گفت: حمایت اجتماعی با کاهش میزان استرس، وقایع منفی را کنترل می‌کند (آسپرگ، ۲۰۰۵). حمایت اجتماعی بالاتر، وضعیت ایمنی را بهبود بخشیده (علی‌پور، ۱۳۸۵) و حمایت اجتماعی ناکافی، میزان افسردگی را بالا برده و رضایت از زندگی را کاهش می‌دهد (آسپرگ، ۲۰۰۵).

اخیراً بین حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک‌شده، تمایز قائل شده‌اند. حمایت اجتماعی ادراک‌شده، ارزیابی

شناختی از دریافت حمایت (آسپرگ، ۲۰۰۵) و ادراک در دسترس بودن منابع اجتماعی مورد نیاز است (آمار Ammar) و همکاران، ۲۰۱۳). حمایت اجتماعی ادراک شده در بهبود بهزیستی روانی نقش عمده‌ای دارد (ماتسودا Matsuda) و همکاران، ۲۰۱۴) و پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روانی (آمار و همکاران، ۲۰۱۳) و رضایت از زندگی است (سیدلکی Siedlecki) و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین، حمایت‌های ادراک شده بهتر از حمایت دریافت شده بر سلامتی اثر دارند (آسپرگ، ۲۰۰۵).

ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که بین دینداری و حمایت اجتماعی، رابطه معناداری وجود دارد (قمری، ۱۳۹۰) و افراد دیندارتر، ادراک بالاتری از حمایت اجتماعی دارند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹). برای اینکه دینداری بتواند بر ادراک حمایت اجتماعی مؤثر باشد، باید دین در درون فرد نهادینه شده و به باور عمیق بینجامد. شفیعی و همکاران (۱۳۹۳)، در تحقیق خود بر روی دانش‌آموزان نشان دادند که جهت‌گیری مذهبی بیرونی، از طریق افزایش مرکز کنترل بیرونی، ادراک حمایت اجتماعی والدین و دوستان را کاهش می‌دهد؛ زیرا در این صورت، انجام اعمال و رفتارهای دینی و حضور در مناسک دینی، ابزاری برای کسب مقام و موقعیت اجتماعی خواهد شد. در نتیجه، این افراد از حمایت کمتری در این محیط‌های مذهبی برخوردار خواهند بود.

از آنجا که حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، پیش‌بینی‌کننده سلامت روان و رضایت از زندگی است (حسام و همکاران، ۱۳۹۰) و رابطه تنگاتنگی با سلامت روان و بهزیستی افراد دارد (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹؛ نبوی و همکاران، ۱۳۹۳؛ لکزی و همکاران، ۱۳۹۴)، پرداختن به آن اهمیت ویژه‌ای دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فنون رفتار درمانی دیالکتیکی (بابایی و همکاران، ۱۳۹۴) و روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی (عدل و همکاران، ۱۳۹۵)، حمایت اجتماعی ادراک شده را افزایش داده و درمان شناختی - رفتاری گروهی، خودکارآمدی اجتماعی (حیدریان‌فرد و همکاران، ۱۳۹۴) را بهبود بخشیده است. همچنین، آموزش سلامت یائسگی به همسران، می‌تواند موجب افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده زنان در گذر از یائسگی شود (مروتی شریف‌آباد و همکاران، ۱۳۹۵).

از سوی دیگر، در درمان زوجین درگیر با مشکل روابط فرازناشویی، مدل‌های درمانی مختلفی ارائه شده است. از جمله مدل‌های ارائه شده در این خصوص، می‌توان به درمان هیجان‌مدار، مدل بخشودگی، درمان شناختی - رفتاری، مدل تروماتیک، مدل آئینی و مدل بینش‌گرا اشاره کرد (سودانی و همکاران، ۱۳۹۱). پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهد که رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر، موجب کاهش افسردگی و علائم استرس پس از سانحه و افزایش بخشودگی و صمیمیت زوجین شد (سودانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ کریمی و همکاران، ۱۳۹۳)، روان‌درمانی با رویکرد بین‌فردی، بر ترمیم نیازهای عاطفی زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی همسر تأثیرگذار است (مؤمنی‌جاوید و شعاع‌کاظمی، ۱۳۹۲)، زوج‌درمانی گلاسر افسردگی را کاهش داده و موجب افزایش روابط محبت‌آمیز و صمیمانه زوج‌ها با یکدیگر شده است (فرح‌بخش و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۸۵). همچنین، رویکرد پذیرش و تعهد رضایت‌زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت را افزایش

می‌دهد (هنرپروران، ۱۳۹۳). مرور پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، نشان می‌دهد با اینکه در این پژوهش‌ها افسردگی، بخشش و صمیمیت زوجین مورد هدف قرار گرفته است، اما به موضوع مهم حمایت اجتماعی که از عوارض مهم روابط فرازنشویی است، توجهی نشده است.

از آنجاکه روابط فرازنشویی، عوارض متعددی ایجاد نموده و زنان بعد از مواجه شدن با این موضوع، دچار آسیب می‌شوند و تعداد زیادی از این زنان، پس از مواجه شدن با مشکل عهدشکنی، احساس بی‌پناهی و رهاشدگی می‌کنند و زندگی را بی‌معنی دیده و خود را افراد تنهایی می‌بینند که هیچ حمایتی ندارند، استفاده از مداخلاتی که بتواند به آنها کمک کند، تا بر این احساس بی‌پناهی غلبه نموده و آنها را به ریسمان محکمی متصل نماید، لازم و ضروری است. از آنجاکه تعداد زیادی از این زنان، اعتقادات دینی و مذهبی دارند، نیازمند استفاده از یک رویکرد دینی و مذهبی هستند. امروزه از درمان‌های با رویکرد اسلامی در ارتقاء سلامت روان استفاده می‌شود و اثربخشی آن مورد تأیید قرار گرفته است (کوپانی و تقوی، ۱۳۹۴؛ مجاهد و همکاران، ۱۳۸۸). از آنجاکه معنویت با سلامت روان بالاتر در ارتباط است و وقتی افراد از افراد معنوی حمایت معنوی دریافت می‌کنند، در مقابل مشکلات بیشتر از پاسخ‌های مقابله‌ای دینی مثبت استفاده می‌کنند (کروز (Krause) و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین، مذهب و معنویت از طریق حمایت اجتماعی بر سازگاری اثرگذار است و حمایت اجتماعی نقش واسطه‌ای در ارتباط بین انجام اعمال مذهبی و رضایت از زندگی دارد (سالمسن (Salsman) و همکاران، ۲۰۰۵). می‌توان با استفاده از درمان‌های دینی و مذهبی، حمایت اجتماعی و در نتیجه، سلامت روان افراد را ارتقاء داد.

بین وجود معنا در زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده رابطه معنادار مثبت وجود دارد. کیم و لی (Kim & Lee) (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند سالمندانی که در سطح قوی‌تری از حمایت اجتماعی قرار دارند، احساس معنا در زندگی آنان به‌طور معناداری بیشتر است. دوبرکوا (Dobrickova) و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که بین وجود معنا در زندگی و حمایت اجتماعی رابطه وجود دارد. کروزر (۲۰۰۷)، در یک تحقیق طولی بر روی افراد مسن نشان داد که احساس حمایت با حس عمیق‌تر معنا، در طول زمان همرا بوده است. معنادرمانی که یک درمان معنامحور است، از فلسفه وجودی منشأ گرفته و در تجارب غیرمعمول زندگی کاربرد دارد. فرانکل معتقد است که انسان با نیاز به معنایی در زندگی برانگیخته می‌شود. معنادرمانی، آینده‌محور است و بر قدرت شخصی و احساس مسئولیت برای تغییر متمرکز است. بر اساس این نظریه، با اینکه ما نمی‌توانیم شرایط را کنترل کنیم، ولی نگرش و پاسخ به آن شرایط قابل کنترل است (سات‌ویک (Southwick) و همکاران، ۲۰۰۶). معنادرمانی، با استفاده از تکنیک خودفراروی، قصد متضاد، بازتاب‌زدایی و گفت‌وگوی سقراطی خوش‌بینی افراد را بالا برده و کمک می‌کند تا با گذشتن از خود، به جست‌وجوی معنای شخصی زندگیشان باشند (سات‌ویک و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به نتایج پژوهش‌هایی که در مورد لزوم وجود حمایت اجتماعی در زندگی برای کاهش آسیب‌های روانی بیان شد و از سوی دیگر، اثربخشی دینداری در حمایت اجتماعی و ارتباط بین وجود معنا و حمایت اجتماعی، این پژوهش انجام شد تا به پرسش‌های زیر پاسخ دهد: آیا

روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی حمایت اجتماعی زن‌های آسیب دیده از عهدشکنی همسر را افزایش می‌دهد؟ آیا معنادرمانی حمایت اجتماعی ادراک شده زن‌های آسیب دیده از عهدشکنی همسر را افزایش می‌دهد؟ آیا بین این اثربخشی تفاوت وجود دارد؟ و آیا این اثربخشی در مرحله پیگیری ماندگار است؟

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع طرح پژوهشی نیمه‌آزمایشی و با طرح عاملی مبتنی بر الگوی مختلط (طرح‌های ترکیبی بین - درون آزمودنی) است (کریستنس، ۱۹۴۱، ص ۳۳۳). در این روش که نوعی بسط روش اندازه‌گیری مکرر بوده (پلنت، ۲۰۰۷، ص ۲۹۱)، از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش، زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی همسران شهر تهران در سال ۱۳۹۵ می‌باشد. حجم نمونه با استفاده از جدول‌های تدوین شده به وسیله کوهن (۱۹۸۶) تعیین گردید (سرمد و همکاران، ۱۳۹۴، ص ۱۹۰). برای انجام این پژوهش، ۳۰ نفر انتخاب شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند بود. پس از فراخوان داوطلبین شرکت در برنامه و روشن ساختن اهداف پژوهش و جلب همکاری آنان افراد مواجه شده با عهدشکنی همسران به صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس، نمونه انتخابی به‌طور تصادفی در دو گروه با اندازه‌های برابر به گروه‌های آزمایشی ۱ و ۲ تقسیم شدند. گروه اول، تحت درمان روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و گروه دوم، تحت درمان معنادرمانی قرار گرفتند. هر دو گروه پیش از مداخله اطلاعات جمعیت‌شناختی و پیش و پس از مداخله پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت را تکمیل کردند. دو ماه پس از اتمام مداخله، گروه‌های آزمایشی پیگیری شدند و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت را تکمیل نمودند. از روش‌های آمار توصیفی، برای تعیین شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و از روش آمار استنباطی تحلیل واریانس بین - درون آزمودنی‌ها، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. روش تحقیق در این پژوهش، از نوع آزمایشی با یک متغیر آزمایشی که دارای دو سطح (برنامه درمانی روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و معنادرمانی) است. در این پژوهش، متغیر وابسته حمایت اجتماعی ادراک‌شده و متغیر مستقل، برنامه مداخله‌ای روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و معنادرمانی خواهد بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS23 استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت: این پرسش‌نامه، به‌منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و اشخاص مهم در زندگی فرد تهیه شده است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ می‌باشد (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). این مقیاس، مشتمل بر ۱۲ سؤال است که بر اساس نمره‌گذاری طیف لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌گردد. نمره کل مقیاس، از جمع نمرات سؤالات به دست می‌آید. حداقل نمره آزمودنی‌ها، ۱۲ و حداکثر آن، ۶۰ خواهد بود. کسب نمره بالا، نشان‌دهنده ادراک بالای حمایت اجتماعی است. سلیمی و همکاران (۱۳۸۸) این مقیاس را ترجمه نموده و برای تعیین پایایی پرسش‌نامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده

کردند. ضریب آلفای کرونباخ، برای سه بُعد ادراک حمایت اجتماعی از سوی خانواده، دوستان و افراد خاص دیگر ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ محاسبه شد. برای برآورد روایی پرسش‌نامه، از تحلیل عوامل به روش مؤلفه‌های اصلی استفاده کردند. مقدار ضریب KMO برابر ۰/۸۷ و ضریب کروییت بارتلت برابر ۲۴۸۵/۸۹ بود که بیانگر کفایت نمونه‌گیری گویه‌ها و ماتریس همبستگی بود. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه گردید.

برنامه مداخله‌ای روش درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی: این بسته روان‌درمانگری با الهام از نظریه چندوجهی لازاروس و با استفاده از برنامه درمان گروهی شناختی - رفتاری مانوز و میراندا (Munoz & Miranda) (۱۹۹۳)، مفاهیم معنویت‌درمانی و آموزه‌های اسلام توسط محقق در سال ۱۳۹۵ تهیه شد. سپس، روایی محتوایی آن توسط متخصصان روان‌شناسی و دین مورد تأیید قرار گرفت. کلیه برنامه‌های رفتاری با الهام از آموزه‌های اسلام تدوین شد. در هر قسمت معادل‌هایی که در آموزه‌های اسلام وجود داشت ارائه شد. این مداخله به صورت گروهی در ده جلسه یک و نیم ساعته اجرا شد. در هر جلسه ابتدا مطالب جلسه گذشته تکرار شده و تکالیف خانگی بررسی شد و پس از بیان مطالب هر جلسه و گرفتن بازخورد، تکالیف خانگی ارائه شد. خلاصه محتوای جلسات به شرح ذیل است.

جلسه اول: معرفی فعالیت‌های خوشایند و ویژگی‌های آنها؛ تفاوت فعالیت‌های خوشایند و شادی‌بخش، معرفی فعالیت‌های شادی‌بخش از دیدگاه اسلام.

جلسه دوم: تعیین اهداف برای داشتن برنامه بهتر، آموزش برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌های خوشایند، تعیین اهداف از دیدگاه اسلام.

جلسه سوم: تهیه فهرست اهداف شخصی، تنظیم طرح و برنامه‌ای برای رسیدن به اهداف، مدیریت زمان، یادگیری مدیریت سالم واقعیت.

جلسه چهارم: تعریف فکر، تقسیم‌بندی انواع تفکر، تشخیص افکار ناکارآمد، یادگیری نحوه تأثیر افکار بر احساسات.

جلسه پنجم: بیان ویژگی‌های افکار خودآیند منفی، آزمون افکار خودآیند منفی، نظر اسلام در مورد افکار خودآیند منفی، آموزش راه‌های چالش با افکار خودآیند منفی.

جلسه ششم: انواع تحریف‌های شناختی، نظر اسلام راجع به تحریف‌های شناختی، آموزش فرض‌های ناکارآمد و ویژگی‌های آن. بیان انواع خود از دیدگاه اسلام.

جلسه هفتم: اهمیت ارتباط با افراد، اهمیت حمایت اجتماعی، چگونه شبکه حمایت اجتماعی را گسترش دهیم، حفاظت از یک شبکه اجتماعی سالم، انواع ارتباط از دیدگاه اسلام (ارتباط با خدا و ائمه اطهار^{علیهم‌السلام}).

جلسه هشتم: بررسی افکار، رفتار، انتظارات و احساسات افراد در یک رابطه، وقتی رابطه درست پیش نمی‌رود، چه مشکلاتی وجود دارد؟ چگونه ابراز وجود کنیم؟ چگونه با یک رابطه مشکل‌دار کنار بیاییم؟ انواع ارتباط از دیدگاه اسلام (ارتباط با انسان‌ها و طبیعت).

جلسه نهم: تصحیح باورهای غیرمنطقی فرد به خود، محیط و خداوند، غم و اندوه از دیدگاه قرآن و روایات و عوامل مصنوعیت از غم و اندوه.

جلسه دهم: خلاصه و جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون.

برنامه مداخله‌ای معنادرمانی: این برنامه بر اساس درمان وجودی ویکتور فرانکل (۱۹۴۶) و منابع موجود در این زمینه و آموزش‌های دوره آموزشی معنادرمانی آقای جمشید/فشنگ تشکیل شده است و در انجمن روان‌شناسی اجتماعی در سال ۱۳۹۵، توسط محقق (۱۳۹۵) تدوین و روایی آن توسط اساتید متخصص در این قلمرو تأیید شد. خلاصه محتوای جلسات به شرح زیر است.

۱. ایجاد یک رابطه ایمن و صمیمی، آشنایی گروه با یکدیگر و رهبر گروه، بررسی اهداف مراجعان برای درمان، تکمیل پرسش‌نامه‌ها، بیان قوانین گروه، مختصری از رویکرد معنادرمانی و طرح مفهوم معنا در زندگی.
۲. یافتن معنا از حوادث و رخداد‌های رنج‌آور زندگی، پیام‌های معنادرمانی به انسان، معرفی کتاب انسان در جست‌وجوی معنا و خواندن فرازهایی از آن در جلسه.
۳. معنادرمانی چگونه در معنایی به افراد کمک می‌کند؟ و ابعاد انسان از دیدگاه معنادرمانی، پدیده‌های روحانی مؤثر بر سلامت آدمی (از خود فاصله‌گیری، از خود فراروندگی).
۴. آموزش راه‌های معنابخشیدن به زندگی و آموزش سه نظام بنیادی ارزش‌ها (ارزش‌های خلاق، ارزش‌های تجربی و ارزش‌های نگرشی).
۵. آموزش روش‌های معنا درمانگری (شرح قصد متضاد، بازتاب‌زدایی و اصلاح نگرش) و ایجاد نگرشی متفاوت نسبت به زندگی.
۶. آموزش حساس شدن برای معنا، شرح فن فراخوانی و آموزش قدرت تلقین مبتنی بر معنویت، فن گفت‌وگوی سقراطی.
۷. به‌کارگیری اصول آموزش داده شده در حوزه‌های رنج‌آور زندگی، بحث پیرامون اهداف و برنامه‌های آینده در زندگی شرکت‌کنندگان در کسب نگرش جدید نسبت به مشکلات و اولویت‌بندی اهداف و ارائه راه‌حل‌هایی برای برطرف کردن برخی موانع قابل رفع بیان.
۸. بیان خلاصه‌ای از مفاهیم مطرح شده و جمع‌بندی مطالب، طرح دستاوردهای گروه و تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها.

یافته‌های پژوهش

آمار توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد، ۱۱/۱ درصد زنان ۳۰-۲۰ ساله، ۶۰ درصد از زنان ۴۰-۳۰ ساله و ۲۸/۹ درصد از آنان ۵۰-۴۰ ساله هستند که نشان می‌دهد، آمار آسیب‌دیدگی از عهدشکنی در زنان ۴۰-۳۰ ساله بیشتر از گروه‌های دیگر است. ۱۱/۱ درصد از زنان زیردپلم، ۲۲/۲ درصد دپلم، ۵۶/۸ درصد لیسانس و ۹/۱ درصد فوق‌لیسانس هستند. ۳۱/۱ درصد معلم، ۶/۷ درصد کارمند، ۵۱/۱ درصد خانه‌دار و ۴/۴ درصد شغل آزاد دارند. ۲۸/۹ درصد کمتر از ده سال، ۴۸/۹ بین ۲۰-۱۰ سال و ۱۷/۸ درصد بالای ۲۰ سال از زمان ازدواجشان می‌گذرد. زوج‌های ۲۰-۱۰ سال ازدواج کرده، دارای بیشترین فراوانی هستند. ۶/۷ درصد از زنان بدون فرزند، ۲۴/۴ درصد

تکفرزند، ۵۱/۱ دارای دو فرزند و ۱۴/۵ درصد بالای دو فرزند دارند. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده در سه دوره زمانی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمره‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده در سه دوره زمانی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رویکرد اسلامی	۱۵	۴۷/۰۶	۱۲/۶۱	۵۳/۴۰	۱۲/۱۵	۵۴/۶۶	۱۰/۱۹	
معتادرماتی	۱۵	۴۸/۹۳	۱۳/۸۲	۵۴/۱۳	۱۰/۱۲	۵۵/۹۳	۱۱/۹۴	

نتایج جدول ۱ بیانگر این است که نمرات دو گروه آزمایش در پس‌آزمون افزایش یافته است. برای بررسی معناداری تفاوت نمره‌های گروه‌های آزمایش با یکدیگر و در مراحل مختلف، با استفاده از تحلیل واریانس مختلط بین - درون آزمودنی، داده‌ها تجزیه و تحلیل شد. برای بررسی مفروضه‌ها، از آزمون‌های مختلفی استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف، ام‌باکس، موخلی و لوین ($P < 0.05$ ، $P < 0.01$)

مراحل	کلموگروف - اسمیرنوف	ام‌باکس	موخلی	لوین
	Z	M	F	F
پیش‌آزمون	۰/۱۲۶			۰/۰۰۳
پس‌آزمون	۰/۱۰۱	۷/۷۲۷	۱/۱۲۸	۰/۰۰۳
پیش‌گیری	۰/۱۰۶			۰/۲۵۳

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که توزیع طبیعی داده‌ها برقرار است. نتایج آزمون ام‌باکس که برای مفروضه همگنی همبستگی‌های متقابل متغیرها انجام شد، نشان می‌دهد مفروضه همگنی ماتریس‌های کواریانس برقرار است. همچنین، نتایج آزمون موخلی نشان می‌دهد که از مفروضه کرویت تخطی شده است ($p < 0.05$). در این صورت، باید از ضرایب تصحیح (اپسیلون) برای اصلاح درجه آزادی (df) استفاده کرد. معنادار نبودن آزمون لوین، نشان می‌دهد مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اثرات درون آزمودنی‌ها ($P < 0.05$ ، $P < 0.01$)

مقدار	F	dfh	dfe	Sig	η^2
زمان	۱۰/۱۶۹**	۲	۲۷	۰/۰۰۴	۰/۴۳
گروه * زمان	۰/۰۸۳	۴	۲۷	۰/۹۳۱	۰/۰۰۶

توجه: نسبت‌ها از مشخصه‌های آماری لامبدای ویلکز به دست آمده است.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، تحلیل واریانس بین - درون آزمودنی‌ها برای حمایت اجتماعی ادراک‌شده اثر معناداری را برای زمان نشان می‌دهد؛ یعنی در نمره حمایت اجتماعی ادراک شده در سه زمان تغییر وجود داشت. اثر اصلی، زمان مؤثر بود و اندازه اثر آن ۰/۴۳ است. این اندازه اثر، از دیدگاه کوهن بسیار بزرگ بوده (وی اندازه اثر ۰/۱۴ را بزرگ معرفی می‌کند) و نشان از تأثیرگذاری زیاد زمان بر متغیر فوق دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اثرات بین آزمودنی‌ها ($P < 0.05$ ، $P < 0.01$)

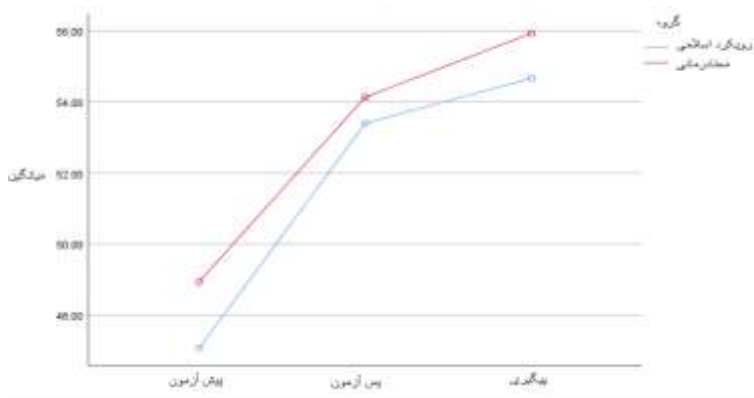
منبع	SS	Df	MS	F	Sig	η^2
زمان	۲۴۶۶۹۹/۳۷۸	۱	۲۴۶۶۹۹/۳۷۸	۶۷۶/۶۰۱	۰/۰۰۱**	۰/۹۶
گروه	۳۷/۳۷۸	۱	۳۷/۳۷۸	۰/۱۰۳	۰/۷۵۱	۰/۰۰۴
خطا	۱۰۲۰۹/۲۴۴	۲۸	۳۶۴/۱۱۶			

همان طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود ندارد. بدین معنا که تغییر نمره در گروه‌های آزمایش در حدی نیست که بین گروه‌ها تفاوت معنادار ایجاد کند.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای تعیین اثر مداخلات بر حمایت اجتماعی ادراک شده در سه مرحله ($P < 0.05$ ، $P < 0.01$ ، $P < 0.001$)

پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیش‌آزمون - پیگیری			پیش‌آزمون - پس‌آزمون			
معناداری	انحراف معیار	تفاوت میانگین	معناداری	انحراف معیار	تفاوت میانگین	معناداری	انحراف معیار	تفاوت میانگین
۰/۲۷	۱/۶۰۳	-۱/۵۳۳	۰/۰۰۱	۱/۶۰۰	-۷/۳۰۰**	۰/۰۰۴	۱/۶۰۴	-۵/۶۷۶**

نتایج جدول ۵ حاکی از این است که تفاوت معناداری از لحاظ آماری، بین مراحل مختلف در نمره حمایت اجتماعی ادراک شده وجود داشته و نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($P=0.004$) و پیگیری ($P=0.001$) تفاوت معنادار وجود دارد، اما نمرات پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار ندارد ($P=0.27$). این یافته، ماندگاری اثربخشی روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و معنادرمانی را در افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده زن‌های آسیب‌دیده از عهده‌شکنی شوهر نشان می‌دهد.



نمودار ۱. مقایسه میانگین‌های حمایت اجتماعی ادراک شده در مراحل گروه‌های مورد بررسی

همان طور که نمودار ۱ نشان می‌دهد، دو گروه روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و معنادرمانی هر دو در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته‌اند و این افزایش، تا مرحله پیگیری ادامه داشته است.

نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و معنادرمانی بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده زنان آسیب‌دیده از عهده‌شکنی همسران در منطقه پنج تهران انجام شده است. نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمانگری چندوجهی، با رویکرد اسلامی بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده زنان آسیب‌دیده از عهده‌شکنی، تأثیر معناداری داشت. این تأثیر پس از دو ماه ماندگار بود. گرچه تاکنون پژوهشی در زمینه تأثیر درمان‌های اسلامی بر حمایت اجتماعی ادراک شده انجام نشده است، اما این یافته را می‌توان همسو با

یافته‌های پژوهش‌های عدل و همکاران (۱۳۹۵)، مروتی شریف‌آباد و همکاران (۱۳۹۵)، بابایی و همکاران (۱۳۹۴) و حیدریان‌فرد و همکاران (۱۳۹۴) دانست.

در تبیین اثر روش درمانگری چندوجهی اسلامی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌توان گفت: آموزه‌های اسلام در زمینه صلح‌رحم، محبت و وزیدن به خانواده، دوستان و اجتماع، سفارش به ناامیدی از مردم و استمداد از خدا و ائمه اطهار علیهم‌السلام محبت و وزیدن به چهارده معصوم و توسل به آنها، توکل به خداوند و دعا و نیایش و همچنین، رفتارهای سلامت‌بخش دیگر در مورد غذاخوردن، خوابیدن، ارتباط با طبیعت و عالم هستی به افزایش سلامتی کمک می‌کند. حضور در اماکن مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی که به صورت دسته‌جمعی برگزار می‌شود، موجب گسترش روابط اجتماعی می‌شود. گسترش روابط اجتماعی موجب بهره‌مندی افراد از انواع حمایت‌های اجتماعی شده و ادراک این افراد، از حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد. دین افراد را به مشارکت اجتماعی، نوع‌دوستی و یاری به انسان‌های ناتوان و همچنین، بی‌نیازی و وزیدن از خلق خدا و ابراز نیازمندی به درگاه الهی سفارش می‌کند. این دستورات، به افراد می‌آموزد که در عین کم کردن توقعشان از اطرافیان احساس کنند پشتیبان محکمی دارند که در زمان نیاز به آنها کمک می‌کند. دین، با تأکید بر رفتارهای سالم بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر، دین با اثر بر روی حمایت اجتماعی، سلامت افراد را افزایش می‌دهد. شرکت در مراسم مذهبی دسته‌جمعی یکی از دلایل اثرگذاری حمایت اجتماعی بر سلامت روان است. شبکه‌های دینی و مذهبی در مواقع مورد نیاز به کمک فرد می‌آیند. در مقایسه با افراد غیرمذهبی، افراد مذهبی شبکه اجتماعی گسترده‌تری دارند، با شبکه‌های اجتماعی خودشان تعاملات بیشتری دارند، از دیگران کمک بیشتری دریافت می‌کنند و سطح بالاتری از رضایت نسبت به حمایت اجتماعی دارند (جرج (George) و همکاران، ۲۰۰۰).

به نظر می‌رسد، آموزه‌های دینی در زمینه موقتی بودن دنیا و قرار دادن اجر و پاداش اخروی برای کارها، به تنظیم افکار و هیجانات و کنترل افکار و هیجانات منفی، در روابط بین‌فردی کمک می‌کند. بین هوش عاطفی با مهارت‌های اجتماعی ارتباط معنادار قوی وجود دارد (اصل‌فتاحی و نجارپور استادی، ۱۳۹۲). هوش هیجانی، با تقویت سلامت روانی، توان همدلی با دیگران، سازش اجتماعی، بهزیستی هیجانی و رضایت از زندگی را افزایش داده، مشکلات بین شخصی را کاهش داده و زمینه بهبود روابط اجتماعی را فراهم می‌سازد (بشارت، ۱۳۸۴). خالدیان و همکاران (۱۳۹۵)، نشان دادند آموزش معنویت با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام در ارتقاء هوش عاطفی مؤثر است. آموزه‌های دینی با سفارش به عفو و بخشش توانایی حل تعارض‌های بین‌فردی را افزایش داده و موجب ارتقاء کیفیت روابط اجتماعی و افزایش ادراک از حمایت اجتماعی در افراد می‌شود. عفو با سلامت، بهزیستی روان‌شناختی و زیرمقیاس رابطه مثبت با دیگران، دارای همبستگی مثبت و معنادار دارد (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۲). عفو، پاسخ‌های ویرانگر روابط را بازداری کرده و در واقع افکار، احساسات و رفتار مثبت در برابر افراد دیگر را ترغیب

می‌کند (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۲). در نتیجه، افراد هم در روابط خود با اطرافیان حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت نموده و هم با بهبود افکار منفی، حمایت‌هایی که از پیش وجود داشته است، برای ایشان نمایان می‌گردد. یافته دیگر پژوهش، نشان داد که معنادرانی بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی، تأثیر معناداری داشت. این تأثیر پس از دو ماه ماندگار بود. گرچه پژوهشی در زمینه تأثیر معنادرانی بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده یافت نشد، می‌توان گفت: این یافته با پژوهش/حمیدی و همکاران (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. یافته ناهمسویی در این زمینه یافت نشد. در تبیین اثر معنادرانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده می‌توان گفت: در معنادرانی افراد می‌تواند به جای تمرکز بر خود، از خودفراروی داشته و به دنبال کمک به دیگران بوده و رفتارهای نوع‌دوستانه داشته باشند (لانتر (Lantz)، ۱۹۹۲). معنای ایجاد شده از ارزش‌های خلاق، تجربی و نگرشی بیشتر از توجه به منافع شخصی، انگیزه‌ای برای خود فراروی ایجاد می‌کند. معنادار بودن زندگی، محبت، فضیلت اخلاقی، شادی فضیلت‌گرا و انعطاف‌پذیری زیادت‌تر در تفکر معنماحور، بیشتر از تفکر موفقیت‌محور است (وانگ (Wong)، ۲۰۱۴). وقتی انسان درصدد کمک به دیگران برآید، بیشتر از آنها مهربانی و تشکر دریافت می‌کند و احساس حمایت بیشتری خواهد داشت. اما وقتی انسان‌ها فقط به دنبال دریافت حمایت از دیگران باشند، تنها مانده و احساس تنهایی می‌کنند. این احساس تنهایی و بی‌پناهی، ادراک حمایت را کاهش می‌دهد. مفهوم معنای زندگی، ارتباط تنگاتنگی با سلامت و رفاه روان‌شناختی افراد دارد و معنادار بودن زندگی موجب کاهش عواطف منفی مانند افسردگی و اضطراب و کاهش اختلالات روانی می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که بین وجود معنا در زندگی و شاخص‌های سلامت روان رابطه وجود دارد. بدین‌صورت که معناداری با رضایت از زندگی رابطه مثبت و با افسردگی (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷) و اضطراب (دهداری و همکاران، ۱۳۹۲) رابطه منفی دارد. کلفتاراس و پارا (Kleftaras & Psarra) (۲۰۱۲)، نشان دادند که همبستگی معناداری بین معنا در زندگی و مقیاس‌های سلامت روان وجود دارد و افراد با معنای بالاتر در زندگی، علائم افسردگی کمتر و سلامت روان بالاتری دارند. می‌توان گفت وجود معنا در زندگی با افزایش سلامت روان همراه است و در سلامت روان بالاتر هیجان‌ات و افکار منفی کنترل شده و با تسهیل روابط اجتماعی، ادراک از حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین اثربخشی روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و معنادرانی بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوتی وجود نداشت. روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی توانسته است به اندازه معنادرانی، حمایت اجتماعی ادراک شده زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی را افزایش داده و اثر ماندگاری داشته است. در تبیین این موضوع، می‌توان گفت: از آنجاکه اثربخشی معنادرانی بر افزایش شاخص‌های سلامت روان در پژوهش‌های زیادی مانند/صغری و همکاران (۱۳۹۱)، پاشنگ و همکاران (۱۳۹۱)، خالدیان و سهرابی (۱۳۹۳) مورد تأیید قرار گرفته، روایی سازه رویکرد اسلامی در مورد اثربخشی بر حمایت اجتماعی ادراک شده مورد تأیید قرار گرفت.

اثربخش بودن روان درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی و معنادرمانی بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی و تداوم اثربخشی آن، نقش معنا و معنویت را برای معتقدان به آن و لزوم مدنظر قرار دادن آن در آموزش‌ها و مداخله‌های درمانی برجسته می‌کند.

محدودیت این پژوهش، تعمیم نتایج آن است. از آنجاکه این پژوهش در منطقه ۵ تهران انجام شده است، لازم است تعمیم نتایج به جوامع دیگر با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مورد نمونه‌های دیگر و در فرهنگ‌های متفاوت انجام شود. همچنین، بسته روان‌درمانگری چندوجهی با رویکرد اسلامی با رویکردهای دیگر مقایسه شود. به دست‌اندرکاران بخش سلامت روان کشور و بخصوص روان‌شناسان عزیز پیشنهاد می‌گردد که برای تقویت روحیه دینداری و وجود معنا در زندگی افراد تلاش کنند تا هم از آسیب‌های احتمالی پیشگیری نموده و هم عوارض ناشی از وقایع آسیب‌زا را کاهش دهند.

منابع

- احمدی، عاطفه و همکاران، ۱۳۹۵، «رابطه معناداری زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در بین سالمندان ساکن آسایشگاه‌های شهر اصفهان»، *سالمنده*، دوره یازدهم، ش ۱، ص ۱۱۹-۱۲۵.
- ارجمندینا، علی اکبر و همکاران، ۱۳۹۲، «مقایسه میزان فشار روانی و رضایتمندی زناشویی و حمایت اجتماعی ادراک شده والدین کودکان کم‌توان ذهنی و کودکان عادی در استان گلستان»، *تعلیم و تربیت استثنایی*، سال سیزدهم، ش ۳، ص ۵-۱۵.
- اصغری، ندا و همکاران، ۱۳۹۱، «معنادرمانی به‌عنوان روش توانبخشی کاهش افسردگی زن‌های سالمند»، *مطالعات ناتوانی*، ج ۱، ش ۲، ص ۳۱-۳۸.
- اصل فتاحی، بهرام و سعید نجاریوراستادی، ۱۳۹۲، «بررسی رابطه هوش هیجانی و عزت‌نفس با مهارت‌های اجتماعی»، *آموزش و ارزشیابی*، دوره ششم، ش ۳۳، ص ۱۲۳-۱۳۶.
- بابایی، لیلا و همکاران، ۱۳۹۴، «اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران کرونر قلبی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ج ۱۷، ش ۱۱، ص ۲۱-۲۷.
- بشارت، محمدعلی، ۱۳۸۴، «بررسی تأثیر هوش هیجانی بر کیفیت روابط اجتماعی»، *مطالعات روان‌شناختی*، دوره اول، ش ۲، ص ۲۵-۳۸.
- پاشنگ، سارا و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی گروه‌درمانی با رویکرد معنادرمانی بر سلامت عمومی سالمندان»، *روان‌شناسی کاربردی*، دوره دهم، ش ۱، ص ۳۹-۵۳.
- پلنت، جولیا، ۲۰۰۷، *SPSS*، ترجمه علیرضا کاکاوند، ویراست سوم، کرج، سرفراز.
- حسام، مسلم و همکاران، ۱۳۹۰، «ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت روان و رضایت از زندگی در دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های دولتی شهر گرگان»، *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان*، ج ۸، ش ۱، ص ۳۴-۴۱.
- حیدریان‌فرده، زینب و همکاران، ۱۳۹۴، «اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوار فکری در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، دوره ششم، ش ۲۱، ص ۱۵۲-۱۷۵.
- خالدیان، محمد و فرامرز سهرابی، ۱۳۹۳، «اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، دوره چهارم، ش ۱۵، ص ۷۹-۱۰۴.
- خالدیان، محمد و همکاران، ۱۳۹۵، «کارآمدی آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر ارتقاء هوش عاطفی در دانشجویان»، *روان‌شناسی اجتماعی*، دوره چهارم، ش ۴۰، ص ۱-۱۶.
- خدابخش، محمدرضا و فریبا کیانی، ۱۳۹۲، «بررسی نقش عفو در سلامت و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان»، *تحقیقات نظام سلامت*، دوره نهم، ش ۱۰، ص ۱۰۵۰-۱۰۶۱.
- دهداری، طاهره و همکاران، ۱۳۹۲، «ارتباط بین داشتن معنا در زندگی با وضعیت استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۲»، *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، دوره اول، ش ۳، ص ۸۳-۹۲.
- ریاحی، محمدمساعیل و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان»، *رفاه اجتماعی*، ش ۳۹، ص ۸۵-۱۲۱.
- سارافینو، ادوارد، ۱۹۴۰، *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه گروهی از مترجمان، زیر نظر الهه میرزایی، چ دوم، تهران، رشد.
- سرمد، زهره و همکاران، ۱۳۹۴، *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*، چ بیست‌وهشتم، تهران، آگاه.
- سلیمی، عظیمه و همکاران، ۱۳۸۸، «ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت»، *مطالعات روان‌شناختی*، دوره پنجم، ش ۳، ص ۱۰۲-۸۱.
- سودانی، منصور و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت همسر»، *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره دهم، ش ۴، ص ۲۵۸-۲۶۸.

- شفیعی، نرگس و همکاران، ۱۳۹۳، «جهت‌گیری مذهبی و مرکز کنترل بیرونی، ادراک حمایت اجتماعی»، *زن و مطالعات خانواده*، سال ششم، ش ۲۴، ص ۴۱-۵۱.
- عدل، حدیث‌السادات و همکاران، ۱۳۹۵، «اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان ناباور»، *روان‌شناسی کاربردی*، دوره دهم، ش ۲، ص ۱۷۵-۱۹۱.
- علی‌پور، احمد، ۱۳۸۵، «ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تأثیر کلی»، *اندیشه و رفتار*، دوره دوازدهم، ش ۲، ص ۱۳۴-۱۳۹.
- فرحبخش، کیومرث و بهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۸۵، «بررسی میزان اثربخشی زوج‌درمانی گلاسر بر کاهش استرس و افزایش رابطه صمیمانه پس از ضربه ناشی از ادراک خیانت به همسر»، *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، دوره هفتم، ش ۲، ص ۱۷۳-۱۹۰.
- قمری، محمد، ۱۳۹۰، «رابطه دینداری و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی منطقه دو»، *روان‌شناسی و دین*، دوره چهارم، ش ۱، ص ۸۹-۱۰۴.
- کریستنسن، لاری بی، ۱۹۴۱، *روش‌شناسی آزمایشی*، ترجمه علی دلاور، چ دوم، تهران، رشد.
- کریمی، جواد و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی میزان اثربخشی زوج‌درمانی بیکراچه‌نگر بر کاهش افسردگی، علایم استرس پس از سانحه و افزایش گذشت و روابط صمیمانه پس از خیانت همسر»، *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، سال چهارم، ش ۲، ص ۵۱-۶۸.
- کوپانی، سمیه و سیدمحمدرضا تقوی، ۱۳۹۴، «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب فراگیر دانشجویان»، *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، دوره پنجم، ش ۱۵، ص ۱۸۳-۲۰۰.
- لکزایی، حسین و همکاران، ۱۳۹۴، «بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان»، *طب و تزکیه*، دوره بیست‌وچهارم، ش ۲، ص ۹-۱۸.
- مجاهد، عزیزاله و همکاران، ۱۳۸۸، «مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری بر رویکرد اسلامی و درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان»، *اصول بهداشت روانی*، دوره یازدهم، ش ۴، ص ۲۸۲-۲۹۱.
- مروتی شریف‌آباد و همکاران، ۱۳۹۵، «تأثیر آموزش سلامت یائسگی به همسران بر حمایت اجتماعی درک شده زنان در دوره گذر به یائسگی»، *زنان مامانی و نازانی ایران*، دوره هفدهم، ش ۱۳۴، ص ۸-۱۶.
- مؤمنی جاوید، مهرآور و مهرانگیز شاع کاظمی، ۱۳۹۲، «بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی با رویکرد بین‌فردی بر ترمیم نیازهای زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی شهر تهران»، *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، سال یازدهم، ش ۱، ص ۱۵۱-۱۷۴.
- نبوی، سیدحمید و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان»، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، دوره پنجاه‌وهفتم، ش ۷، ص ۸۴۱-۸۴۶.
- نصیری، حبیب‌اله و بهرام جوکار، ۱۳۸۷، «معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان (گروهی از زنان شاغل فرهنگی)»، *پژوهش زنان*، دوره ششم، ش ۲، ص ۱۵۷-۱۷۶.
- هنرپروران، نازنین، ۱۳۹۳، «بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر بخشش و سازگاری ناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر»، *جامعه‌شناسی زنان (زن و جامعه)*، دوره پنجم، ش ۲، ص ۱۳۵-۱۵۰.
- Ammar, D, et al, 2013. The role of perceived social support in predicting subjective wellbeing in Lebanese college students, *The Journal of Happiness & Well-Being*, v. 1(2), p. 21-134.
- Asberg, K, 2005, Perceived Stress, Coping, And Adequacy Of Social Support: Implications For Subjective Well-being In College Students. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in the Department of Psychology in the College of Arts and Sciences at the University of Central Florida Orlando, Florida.
- Baucom, D. H, et al, 2006, Treating Affair Couples: Clinical Considerations and Initial Findings, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, v. 20(4), p. 375-392.

- Brown, E. M, 2013, Patterns of infidelity and their treatment, Routledge.
- Caplan, G, 1974, **Support systems and community mental health: Lectures on concept development**, New York, Behavioral Publications.
- Dobrikova, P, et al, 2015, The Effect of Social Support and Meaning of Life on the Quality-of-Life Care for Terminally Ill Patients, **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 32(7), p. 767-771.
- Drigotas, S. M, et al, 1999, An investment model prediction of dating infidelity, **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 77(3), p. 509-515.
- George, L. K, et al, 2000, Spirituality and Health: What we know, What we need to know, **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 19(1), p. 116-102.
- Kim, Y. J, & Lee, K. J, 2010, Relationship of social support and meaning of life to suicidal thoughts in cancer patients, **Journal of Korean Academy of Nursing**, v. 40(4), p. 524-32.
- Kleftaras, G, & Psarra, E, 2012, Meaning in Life, Psychological Well-Being and Depressive Symptomatology: A Comparative Study, **Scientific research**, v. 3(4), p. 337-45.
- Krause, N, 2007, Longitudinal study of social support and meaning in lif, **Psychology and Aging**, v. 22(3), p. 456-69.
- Krause, N, et al, 2001, Church-Based Social Support and Religious Coping, **Journal for the Scientific Study of Rrligion**, v. 40(4), p. 637-656.
- Lantz, J, 1992, Using Frankl's concepts with PTSD clients, **Journal of Traumatic Stress**, v. 5, p. 485-490.
- Matsuda, T, et al, 2014, Association between Perceived Social Support and Subjective Well-Being among Japanese, Chinese, and Korean College Students, **Scientific research**, v. 5, p. 491-499.
- Munoz, R. F, & Miranda, J, 1993, Group Therapy Manual for Cognitive-behavioral Treatment of Depression, San Francisco General Hospital, Depression Clinic. Available from the author. University of California, San Francisco, Department of Psychiatry, San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, Suite 7M, San Francisco, CA 94110.
- Salsman, J. M, et al, 2005, The Link Between Religion and Spirituality and Psychological Adjustment: The Mediating Role of Optimism and Social Support, **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 31(4), p. 522-535.
- Siedlecki, K. L, et al, 2013, The Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Across Age, **Social Indicators Research**, v. 1, 117(2), p. 561-576.
- Sims, D, 2011, **What happens after shattered? Finding hope and healing after infidelity**, United Kingdom: CrossBooks.
- Southwick, S. M, et al, 2006, Logotherapy as an Adjunctive Treatment for Chronic Combat-related PTSD: A Meaning-based Intervention, **American Journal Of Psychotherapy**, v. 60(2), p. 161-174.
- Tree, H. A, 2009, Multiple sclerosis verity, pain intensity and psychosocial factors: Associations with perceived social support, hope, Optimism, depression, and fatigue, Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, University of Kansas.
- Wilson, K, et al, 2011, The gray area: Exploring attitudes toward infidelity and the development of the Perceptions of Dating Infidelity Scale, **The Journal of social Psychology**, v. 51(1), p. 63-86.
- Wong, P. T. P, 2014, **Viktor Frankl's meaning seeking model and positive psychology**, In A. Batthyany & P. Russo-Netzer (Eds), Meaning in existential and positive psychology (pp. 149-184), New York, NY: Springer.
- Zimet, G. D, et al, 1988, The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, **Journal of Personality Assessment**, v. 52, p. 30-41.

A Comparative Study of the Effectiveness of the Multifaceted Therapy based on Islamic Approach and Logo therapy on Increasing Perceived Social Support for the Women Affected by Extramarital Relations

✉ **Zohreh Sadeghi** / PhD in Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Zohrehsadeghi346@gmail.com

Majid Saffarnia / Associate Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

m.saffarnia@yahoo.com

Faramarz Sohrabi / Professor of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

sohrabi@atu.ac.ir

Ahmad Alipour / Professor of Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Received: 2017/05/24 - **Accepted:** 2017/11/09

alipor@pnu.ac.ir

Abstract

This study is classified as quasi-experimental survey. It is organized on a pretest-posttest basis consisting of two groups: experimental and control group. This study seeks to compare multifaceted psychotherapy based on Islamic approach with logo therapy on increasing perceived social support for the women affected by extramarital relationships in Tehran district five. To this end the quasi-experimental survey is done on 30 people who have extramarital relationship. They were purposefully selected, randomly sampled divided evenly into two experimental groups 1 and 2. The first group received multifaceted psychotherapy based on Islamic approach. The second group received logotherapy. Both groups completed the questionnaire about perceived social support ZMET before and after the medical intervention. A kind of mixed analysis of variance within the test was used for analyzing the data. The results show that multi-faceted psychotherapy based on Islamic approach and logotherapy could increase the perceived social support for the woman affected by beach of trust and this effect lasted for two months. There is no difference between multifaceted psychotherapy based on Islamic approach and logo therapy in increasing perceived social support. Accordingly, multi-faceted psychotherapy based on Islamic approach and logotherapy can be used to increase perceived social support for the suffering woman affected by extramarital relations and reduce the harm which it cases.

Key words: Islamic therapy, logotherapy, social support, extramarital relations.

The Structural Pattern of the Relationship of Religious Orientation and Mental Health Symptoms with the Mediation of Optimism in Female Students

✉ **Ali Hosseinimehr** / Assistant Professor Islamic Azad University, Takestan Branch, Department of Educational Sciences, Takestan, Iran
hosseinimehrali@yahoo.com

Arezo Azimzadeh Parsi / Instructor, Payam Noor University of Takestan

Azra Rahmani / Assistant Professor Islamic Azad University, Takestan Branch, Department of Educational Sciences, Takestan, Iran
edu.rahmani@yahoo.com

Received: 2017/05/05 - **Accepted:** 2017/10/15

Abstract

The aim of this study is to investigate the relationship of religious orientation variables and mental health symptoms with the mediation of optimism, regarding the purpose and use and considering the nature and technique, the descriptive research method of a correlation type. This study considers the religious orientation variable which is a predictor of mental health and optimism as a mediating variable of the relationship between these two variables. The statistical population of the study includes all female students studying in public, non-governmental and nonprofit universities, Islamic Azad and Payamnoor academic centers of Qazvin in the academic year 2014-2014, the sample consists of 380 women selected through stratified random sampling. Optimism, general health and religious orientation were investigated by using the Life Orientation Questionnaire (LOT-R), Mental Health Questionnaire (GHQ) and Alport Religious Orientation, respectively. The reliability of the questionnaires was calculated and confirmed by Cronbach's alpha, 0.85, 0.79 and 0.83, respectively. The data were statistically processed by using Pearson correlation coefficient and structural equation modeling (SEM). The results show that there is a significant positive relationship between internal religious orientation and optimism, and there is significant negative relationship between internal religious orientation and mental health components it is also found that the only way to attain religious orientation is by indirect methods only indirectly through optimism that reduces anxiety, depression and somatization. It is worth noticing that religious orientation does not affect mental health decline by direct method, but through raising level of optimism that contributes to reducing anxiety, depression, and somatization.

Key words: optimism, mental health, religious orientation.

The Quiddity of an Intimate Relationship in view of the Qur'an and Narrations

✦ **Mohammad NasserRezaei** / MA, the Imam Khomeini Education and Research Institute

nasermo1355@gmail.com

Mohammad Reza Ahmadi / Assistant Professor of Psychology, the Imam Khomeini Education and Research Institute

m.r.Ahmadi313@gmail.com

Mohammad Sadegh Shojaee / Assistant Professor of Psychology Department, institute of Hawzah and University

Received: 2018/04/17 - **Accepted:** 2017/07/26

s_shojaei@yahoo.com

Abstract

This study aims to investigate the nature of an intimate relationship in the Qur'an and Islamic narrations. The data was collected and analyzed through a qualitative analysis of Islamic texts the results show that: 1. Bilateral or multilateral special, close, intense, and long-term relations and interests together with self- disclosure, neutrality and justice are components of an intimate relationship. 2. The conversion from a causal relationship into an intimate relationship has some features that form the nature of such a relationship. These features include: 1. emotional influencing, 2. secret telling, 3. constancy, 4. honesty, and 5. empathy. But the characteristics of the intimate relationship found in Islamic sources are more basic and fundamental and, quantitatively, they include less ties, and, they are more stable and more intense. These characteristics include: 1. faith in God, 2. sincerity, 3. Constancy and 4. emotional influencing. Each of these four characteristics has its own signs and even the idea of constancy of intimate relationship found in Islamic sources is clearly different from that presented by psychology. In these sources, not only emphasize on the lasting friendship in this world but also takes into account the attitude about close friends and about Hereafter into. Thus, in addition to the fact that the idea of intimate relationship found in Islamic sources is distinct from that presented by psychology in as far as faith in God and sincerity are concerned this idea is clearly distinct from a that presented by psychology in the way of ensuring lifelong friendship.

Key words: relationship, relations, intimacy, intimate relationship, friendship, Islamic sources.

The Effect of Raising the level of Consciousness based on Islamic Morality on the Psychological Well-Being of the Married Women in Yazd

✉ **Bibi Asiyeh Salari** / MA, Azad University of Yazd

nafas.eshghi@gmail.com

Mohammad Hossein Fallah / Assistant Professor of Azad University of Yazd

Received: 2017/04/08 - **Accepted:** 2017/09/12

fallah@iauyazd.ac.ir

Abstract

The aim of this study is to examine the effect of raising the level of consciousness based on Islamic morality on the psychological well-being of the married women in Yazd. The sample consists of 30 married women from Yazd who were randomly divided into two groups and each group was then randomly divided into two groups: The experimental and control. The experimental group, had a training course on raising the level of consciousness based on morality and a plan was made for raising the level of consciousness based on Islamic morality versed in religious law. The research is an empirical study conducted on a pretest-posttest basis with an experimental group and a control group. The psychological well-being of the participants in survey was measured by Reif's Psychological Well-being Questionnaire on a pre-test and post-test basis and the experimental group had a ten- session training course on raising the level of consciousness based on Islamic morality. The data analysis done by analysis of covariance shows that the training course had a significant effect on the psychological well-being of the experimental group. Accordingly, it can be said that a training courses on raising the level of consciousness based on Islamic morality can lead to promoting in psychological well-being.

Key words: raising consciousness, Islamic morality, psychological well-being, Married women.

The Effect of Training based on Positive Thinking on Drug Abusers' Adherence to Religious Beliefs and their keeping self-control

✉ **Ezzatollah Ghadampour** / Associate Professor of Psychology, Lorestan University

eghadaampour@yahoo.com

Zahra Khalili Goshnigani / PhD candidate of Educational Psychology, Lorestan University

Khalili.zahra75@gmail.com

Kobra Alipour / PhD Student of Educational Psychology, Lorestan University

Received: 2017/03/10 - **Accepted:** 2017/07/24

Kobraalipor370@gmail.com

Abstract

The aim of this study is to examine the effect of training based on positive thinking on drug abusers' adherence to religious beliefs and their keeping self-control. The research method is a quasi-experimental survey conducted on a pretest-posttest basis with a control group. The population consists of the drug abusers who referred to the addiction treatment centers in Khorramabad in summer 1395. The statistical sample consists of 30 addicts who were selected by available sampling after successful detoxification and then randomly divided into two groups: experimental and control. The research instrument was questionnaires about adherence to on temple religious beliefs and Tanji self-control. The data were analyzed by using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate analysis of covariance). The research results show that positive thinking-based training confirms addicts their adherence religious beliefs and keeping self-control. Therefore, realizing the role of positive thinking in confirm addicts in their adherence to religious beliefs and keeping self-control is considered one of the main objectives of research work in the improvement of addicts 'condition and so, offering training by courses in addiction treatment centers is recommended.

Key words: positive thinking, self- control, adherence to religious beliefs, drug abusers.

Religious Spiritual Therapy and Group-Based Acceptance and Commitment-based Therapy and their Effects on Recovering the Anxiety and Depression in Women with Obsessive-compulsive Disorder

Shima Sadat Borgheie / Ph.D. Student in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran borghei_shima@yahoo.com

✉ **Rasul Roushan** / Professor, Department of Psychology, Shahed University Rasolroshan@yahoo.com

Hadi Bahrami / Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran Bahrami110@gmail.com

Received: 2018/04/09 - **Accepted:** 2018/09/27

Abstract

Comparing the dimensions of religious spiritual therapy and group-based acceptance and commitment-based therapy and their effects on recovering the anxiety and depression in women with obsessive-compulsive disorder this paper is proposed. To this end, the quasi-experimental design with pre-test and post-test and follow-up with the control group is adopted. For this study, 45 OCD patients were selected for sampling. They evaluated by questionnaires on religious commitment, Yale Brown Obsessive Questionnaire and Beck Depression Inventory. Each group received 14 sessions of religious spiritual therapy and acceptance and commitment-based therapy. Data were analyzed by covariance and follow-up test. Findings show that group-based acceptance and commitment-based therapy and religious spirituality therapy are effective in reducing frustration and depressive disorder in women with obsessive-compulsive disorder (05/05>p). The analysis also showed a significant difference between these two treatments; that is, religious spirituality has been more effective in reducing anxiety and depression in women with obsessive-compulsive disorder than treatment based on acceptance and commitment.

Keywords: acceptance and commitment-based therapy, religious spiritual therapy, feelings of depression, depression, obsessive-compulsive disorder.

The Effectiveness of Logo Therapy along with Recitation of the Quran and supplication on afterlife belief and the Mental Health

✉ **Mahboubeh Shirvani Saadatabadi** / PhD Student of Psychology Kerman Azad University

sarvari.m67@gmail.com

Noshirvan Khazri Moghaddam / Associate Professor of Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman

khezrimoghadam.n@gmail.com

Sedigheh Saminejad / MSc in Women and Family Studies, Tehran Azad University Center

Received: 2017/04/26 - **Accepted:** 2017/10/17

samnezhad_sa@gmail.com

Abstract

The aim of this study is to investigate the effectiveness of Logo therapy along with recitation of the Quran and supplication on the afterlife belief and the mental health of depressed women in Kerman. This research project is a pre-test post-test semi-experimental survey based on random assignment. The statistical population consists of depressed women. The sample consist of 30 depressed women whose illness was diagnosed by using Beck Depression Scale. They were randomly divided into two groups: experimental and control with 15 women each. The experimental group had a ten course in logic therapy along with recitation of the Quran and supplication whereas the control group had not taken such a course. Both groups responded to the test questions about the Last Day and mental health before and after the experiment. The results show that logo therapy along with the recitation of the Quran has an impact on afterlife belief and mental health. Twinned with spiritual affairs, spiritual therapy helps in directing depressed women's to attention the dreams and aspiration of living in the Hereafter and grasping the realities of this world, thus increasing the level of their afterlife belief which in turn leads to the improvement of their mental health.

Key words: therapy along with the recitation of the Quran and supplication, afterlife belief, mental health, depressed women.

Abstracts

The Components of Self-Regulation Based on the Concept of "Reason" in Islamic Sources

✉ **Mohammad Reza JahangirZadeh** / Associate Professor of the Department of Psychology at the Imam Khomeini Education and Research Institute jahangirzademr@gmail.com

Ali Fathi Ashtiani / Professor at Baqiyatallah University of Medical Sciences, Behavioral Sciences Research Center afa1337@gmail.com

Fereshteh Moutabi / Associate Professor at Shahid Beheshti University

Abbas Pasandideh / Associate Professor at Quran and Hadith University

pasandide@hadith.net

Received: 2017/06/22 - **Accepted:** 2017/11/14

Abstract

The purpose of this study was to identify the main source of self-regulation as being able to tailor its responses to pursue goals and meet criteria, and extract its components from Islamic sources. The study of the works of Islamic scholars showed that the base of reason is the epistemic-motivational-executive source of the self that regulates the various psychological actions of man. Using content analysis and linguistic semantics, the researcher analyzed religious statements about reason. The result of this study confirmed the main hypothesis of the research, and extracted 21 components that were organized in four areas of cognitive, motivational, emotional, and executive. These components were provided to 10 Howzeh experts and their content validity was assessed using Relative Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI). All components had content validity with the exception of one attitude component (self-refraction). Accordingly, self-reflection, self-motivation, and self-change, which are the main elements of self-regulation models, can be justified and explained in Islamic literature based on the functions of reason.

Keywords: Self-Regulation, Reason, Cognitive Components, Motivational Components, Emotional Components, Executive Components.

Table of Contents

The Components of Self-Regulation Based on the Concept of "Reason" in Islamic Sources / Mohammad Reza JahangirZadeh / Ali Fathi Ashtiani / Fereshteh Moutabi / Abbas Pasandideh	7
The Effectiveness of Logo Therapy along with Recitation of the Quran and supplication on afterlife belief and the Mental Health / Mahboubeh Shirvani Saadatabadi / Noshirvan Khazri Moghaddam / Sedigheh Saminejad	25
Religious Spiritual Therapy and Group-Based Acceptance and Commitment-based Therapy and their Effects on Recovering the . . . / Shima Sadat Borghie / Rasul Roushan / Hadi Bahrami	39
The Effect of Training based on Positive Thinking on Drug Abusers 'Adherence to Religious Beliefs and their keeping self-control / Ezzatollah Ghadampour / Zahra Khalili Goshnigani / Kobra Alipour	57
The Effect of Raising the level of Consciousness based on Islamic Morality on the Psychological Well-Being of the Married Women in Yazd / Bibi Asiyeh Salari / Mohammad Hossein Fallah	71
The Quiddity of an Intimate Relationship in view of the Qur'an and Narrations / Mohammad Nasser Rezaei / Mohammad Reza Ahmadi / Mohammad Sadegh Shojaee	83
The Structural Pattern of the Relationship of Religious Orientation and Mental Health Symptoms with the Mediation of Optimism in Female Students / Ali Hosseinimehr / Arezoo Azimzadeh Parsi / Azra Rahmani	95
A Comparative Study of the Effectiveness of the Multifaceted Therapy based on Islamic Approach and Logo therapy on . . . / Zohreh Sadeghi / Majid Saffarnia / Faramarz Sohrabi / Ahmad Alipour	111

In the Name of Allah

Ravanshenasi va Din

A Quarterly Journal of Psychological inquiry

Vol.13, No.1

Spring 2020

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 & www.nashriyat.ir
