

روان شناسی و دین

سال چهاردهم، شماره سوم، پیاپی ۵۵، پاییز ۱۴۰۰



مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

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

مدیر مسئول

محمدناصر سقایی بی‌ریا

سر دبیر

محمد رضا احمدی

مدیر اجرایی

امیرحسین نیک‌پور

صفحه آرا

مهدی دهقان

ناظر چاپ

حمید خانی

چاپ

زرم

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 سقایی بی‌ریا

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 آنتیانی

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 ۳۷۱۶۵-۱۸۶

بیامک: 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، ۲۲۰۰۰۰ ریال، و اشتراک چهار شماره آن در یک سال، ۸۸۰۰۰۰ 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 صبغه تحقیقی-تحلیلی، ساختار منطقی، انسجام محتوایی، و مستند و مستدل بوده و با قلمی روان و رسا به زبان فارسی نگارش یافته باشند.
۲. مقالات خود را در محیط WORD با پسوند Doc از طریق وبگاه نشریه به <http://nashriyat.ir/SendArticle> ارسال نمایید.
۳. حجم مقالات حداکثر در ۲۵ صفحه (۳۰۰ کلمه‌ای) تنظیم شود. از ارسال مقالات دنباله‌دار جدا خودداری شود.
۴. مشخصات کامل نویسنده شامل: نام و نام خانوادگی، مرتبه علمی / تحصیلات، نشانی کامل پستی، نشانی صندوق الکترونیکی، شماره تلفن تماس، شماره دورنگار، مؤسسه علمی وابسته، همراه مقاله ارسال شود.
۵. مقالات ارسالی نباید قبلاً در نشریات داخلی و یا خارجی و یا به‌عنوان بخشی از یک کتاب چاپ شده باشند. و نیز همزمان برای چاپ به سایر مجلات علمی ارسال نشده باشند.
۶. از ارسال مقالات ترجمه شده خوداری شود. نقد مقالات علمی و یا آثار و کتاب‌های منتشر شده، که حاوی موضوعات بدیع یا نکات علمی ویژه، که با مقتضیات و نیاز جامعه علمی تناسب داشته باشد، امکان چاپ دارند. البته، چاپ مقالات پژوهشی و تألیفی بر این‌گونه مقالات اولویت خواهد داشت.

ب) نحوه تنظیم مقالات

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

ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری براساس منابع اسلامی / ۷

سیداسماعیل علوی / کچه علی ابوترابی / عباس آینه‌چی

ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه اولیه انصاف براساس منابع اسلامی / ۲۵

ابوالفضل بختیاری / کچه رحیم میردریکوندی / محمدرضا بنیانی

ساخت و اعتباریابی مقیاس عزت نفس دینی / ۳۷

کچه وحیدرضا پورتنقی / راضیه شیخ‌الاسلامی / فرهاد خرمائی

اثربخشی مشاوره گروهی رشد‌محور بر رضایت زناشویی زنان و اثر غیرمستقیم

بر رضایت زناشویی همسران / ۵۳

کچه هادی بهرامی احسان / زهرا بوژمهرانی / فاطمه فیاض

بررسی اثربخشی آموزش گروهی زوج‌درمانی، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر بهبود کیفیت زندگی

زناشویی زنان شهر رشت / ۶۹

حسین مخلوق‌زاد خمسه / سیدولی‌الله موسوی / سجاد رضائی / کچه امیر قربان‌پور لقمجانی

ارزیابی تأثیر نمادهای معنوی در فضاهای عبادی بر سلامت معنوی کاربران

از طریق نقش واسطه‌هوش معنوی؛ مطالعه موردی مساجد تاریخی بازار تبریز / ۸۹

بهرام احمدخانی ملکی

نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی در رابطه سلامت معنوی و شفقت به خود،

با رضایت از زندگی در بیماران دیالیزی / ۱۰۵

کچه سلمان زارعی / مریم‌السادات زادپور

ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری بر اساس منابع اسلامی

alavi@iki.ac.ir

aliabootorabi@yahoo.com

ab.ayenehchi@yahoo.com

سیداسماعیل علوی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ع)
 علی ابوترابی / استادیار گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ع)
 عباس آینه‌چی / استادیار مرکز تحقیقات زنان و خانواده
 دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۲۵ - پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۲۸

چکیده

هدف این پژوهش، ارائه پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری، براساس منابع اسلامی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی (اعتبار و روایی) آن است. برای استخراج مؤلفه‌های نگرش به فرزندآوری، از روش تحلیل محتوا و برای بررسی ویژگی‌های پرسش‌نامه از روش پیمایشی استفاده شده است. در روش تحلیل محتوا، آموزه‌های دین جمع‌آوری، طبقه‌بندی و مورد تحلیل قرار گرفت و پنج مؤلفه از منابع اسلامی استخراج گردید. در روش پیمایشی، ارزیابی روایی و اعتبار پرسش‌نامه در نمونه ۱۱۲ نفری بررسی شد، که به روش نمونه‌گیری در دسترس از جامعه آماری زنان و مردان متأهل مراجعه‌کننده به غرفه‌های مشاوره خانواده در شهر تهران انتخاب شده بودند، یافته‌ها حاکی از آن است که پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری، از نظر روایی سنجی محتوایی، ملاکی و سازه‌ای از روایی لازم و بالایی برخوردار است. در بررسی روایی محتوا، مؤلفه‌های دارای شاخص CVI، ۰/۸۶ به بالا مورد تأیید قرار گرفت که شامل پنج مؤلفه، باورهای منفی، باورهای مثبت رشد و تعالی، لذت‌بری، امنیت‌خواهی هستند. همچنین، گویه‌های دارای شاخص CVI، ۰/۸۶ به بالا نیز مورد تأیید قرار گرفت. اعتبار این پرسش‌نامه با محاسبه آلفای کرونباخ، برابر ۰/۹۶۹ می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: نگرش به فرزندآوری، پرسش‌نامه، منابع اسلامی، اعتبار، روایی.

فرزندآوری از جمله موضوعاتی است که در حوزه مسائل اجتماعی، توجه زیادی را به خویش معطوف داشته است (کلانتری و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۸۳). مطالعات جمعیتی ایران، در سه دهه اخیر نشان می‌دهد که نرخ باروری کل (TFR) از ۷ فرزند به ازای هر زن در سال ۱۳۵۸، به ۱/۶۵ فرزند به ازای هر زن در سال ۱۳۹۹ رسیده است (فتحی، ۱۴۰۰، ص ۱۴). در حال حاضر، هرم سنی جمعیت ایران در حال انتقال از جوانی به سالخوردگی است. بدین ترتیب، اگر نقطه شروع کاهش اساسی و مستمر فرزندآوری در ایران را سال ۱۳۶۵ در نظر بگیریم، تا سال ۱۴۲۵ ساختار جمعیت ایران، کاملاً سالخورده خواهد بود (کلانتری و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۸۴).

با عنایت به اینکه جمعیت یکی از عناصر قدرت و عامل مهمی در رشد و اعتلای فرهنگی و اقتصادی هر کشور محسوب می‌شود، طبیعی است که اگر جمعیت کشوری به سمت پیری برود و تدابیری برای افزایش جمعیت و جایگزین کردن جمعیت جوان اندیشیده نشود، به زودی آن کشور با مشکلات بسیاری همچون افزایش هزینه‌های سنگین نگهداری از سالمندان، کاهش جمعیت جوان و فعال، مهاجرت‌پذیری و نیاز به کار اتباع بیگانه برای تولید و رونق اقتصادی مواجه خواهد شد. این امر خودبه‌خود موجب ورود خرده‌فرهنگ‌های ناسالم و افزایش ناهنجاری‌های اخلاقی و اجتماعی در آن جامعه خواهد شد (جوکار و صفورا، پاریزی، ۱۳۹۳، ص ۴۰).

بررسی نگرش‌های افراد و عوامل مؤثر در آن، در سطوح فردی و میان‌فردی و اجتماعی، حائز اهمیت است. زمانی که نگرش‌های فردی به افکار عمومی و نگرش‌های غالب در جامعه مبدل شوند، در شکل‌گیری فضای اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جامعه نقشی تعیین‌کننده پیدا می‌کنند و به نوبه خود، زندگی عموم مردم را در آن جامعه تحت تأثیر خویش قرار می‌دهند (بونر و وانگ، ۲۰۰۲، ص ۱۴).

فرزندآوری، که تحت تأثیر عوامل متعدد زیستی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی است، در رابطه عمیق با آگاهی‌ها و نگرش‌های زنان و مردان به مسئله فرزندآوری است (پیلتن و رحمانیان، ۱۳۹۴، ص ۱۲۳). یکی از مهم‌ترین عواملی که در خصوص فرزندآوری نقش ایفا می‌کند، بحث نگرش‌هاست (برونر، ۲۰۱۳؛ باربر و همکاران، ۲۰۱۱). نگرش که به ارزیابی کلی شخص از یک پدیده، شخص و یا ایده اشاره می‌کند (آرونسون و همکاران، ۲۰۱۶، ص ۱۹۰)، به‌عنوان مکانیسم مهمی دیده می‌شود که زمان فرزندآوری را در بسیاری از نظریه‌های مرتبط با رفتار فرزندآوری، تحت تأثیر قرار می‌دهد (باربر و همکاران، ۲۰۱۱). نگرش مثبت نسبت به فرزند و فرزندآوری، نه تنها موجب فرزندآوری زود هنگام می‌شود، بلکه موجب فرزندآوری بیشتر نیز خواهد شد. برای مثال، زنانی که از انجام فعالیت‌های مشترک با کودکان لذت می‌برند، در مقایسه با آنهایی که کودکان را عامل نگرانی می‌دانند، به احتمال بیشتر فرزنددار خواهند شد (باربر، ۲۰۰۱).

مطابق «نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده»، یک رفتار حاصل عمل برنامه‌ریزی شده است و عمل برنامه‌ریزی شده نیز به وسیله نگرش فرد نسبت به رفتار تعیین می‌شود (آیزن و کلوباس، ۲۰۱۳، ص ۲۰۵). منطبق با این نظریه، فرزندآوری توسط سه عامل تحت تأثیر قرار می‌گیرد که عبارتند از: نگرش فرد در خصوص داشتن فرزند براساس ارزیابی او از هزینه‌ها و منافع ادراک شده از فرزندآوری، هنجار ذهنی در خصوص اشتیاق و تمایل به داشتن فرزند، در میان دوستان و اعضای خانواده، و احساس فرد از توانایی خود در خصوص رفتار باروری. اولین عامل مهم در شکل‌گیری قصد باروری، نگرش فرد است. نگرش مثبت نسبت به فرزندآوری، پیش‌شرط داشتن قصد مثبت برای فرزندآوری است. نگرش فرد، عموماً نتیجه ارزیابی او از هزینه‌های عاطفی و مالی داشتن فرزند، در قبال منافع مختلفی است که با داشتن فرزند به دست خواهد آورد (همان، باربر، مشخص ساخت که نگرش مثبت نسبت به فرزند و فرزندآوری نرخ فرزندآوری، را در ازدواج افزایش می‌دهد (باربر، ۲۰۰۱، ص ۱۰۱).

در چند دهه گذشته، ایران تغییرات مختلف نگرشی در زمینه فرزندآوری را تجربه کرده است. نگرش به فرزندآوری، در نسل گذشته عبارت بود از: نگاه خوش‌بینانه به فرزندآوری، توجه به ارزش معنوی فرزندان (برکت و نعمت و باقیات صالحات بودن)، ترسیم آینده بهتر، با ازدیاد فرزندان، اعتقاد به تأثیر تکثر فرزند در تحکیم خانواده، نگاه مقدس و توأم با مسئولیت‌پذیری به نقش مادری و ارزش مادری (گله‌پایگانی، ۱۳۹۴). اما امروزه، فرزند به مثابه کالایی تلقی می‌شود که داشتن آن نه عقلانی است و نه مورد پذیرش اجتماعی و نه مورد تشویق اعضای خانواده. درعین حال، نمی‌توان به «فرزند» همچون گذشته نگاه انتفاعی داشت؛ زیرا امروزه هزینه مراقبت و نگهداری کودکان زیاد است. از سوی دیگر، فرزندان عصای روزگار پیری والدین به‌شمار نمی‌روند و به دنیا آوردن آنها از یک سو، با خسارت‌هایی به اندام، زیبایی و سلامت جسمی مادر همراه است. از سوی دیگر، به از بین رفتن بخشی از فراغت و آسودگی زوجین منجر می‌شود (محمدی و صیفوری، ۱۳۹۶، ص ۶۷).

یکی از عوامل فرهنگی مؤثر در گرایش به فرزندآوری، نگرش دینی است. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که نگرش مذهبی، تأثیر فزاینده‌ای بر میزان گرایش جوانان به فرزندآوری داشته است (کلانتری و همکاران، ۱۳۸۹؛ اوچاقلو و همکاران، ۱۳۹۳). مطالعه پُرهان و کمالی‌ها (۱۳۹۴)، در تهران نشان داد که اعتقادات مذهبی ارتباط مستقیم معناداری با فرزندآوری دارد و با افزایش اعتقادات مذهبی، فرزندآوری نیز افزایش می‌یابد. پیلتن و رحمانیان (۱۳۹۴) نیز در مطالعه خود گزارش کردند که بعد دین‌داری بر تمایل به فرزندآوری تأثیر مستقیمی دارد. مطالعه هیفورد و مورگان (۲۰۰۸)، مشخص کرد زنانی که دین در زندگی آنان نقش بسیار مهمی دارد، به‌طور متوسط (۰/۶۹) نسبت به سایر زنان فرزند بیشتری دارند. نتایج مطالعه رستگار

خالد و همکاران (۱۳۹۶)، در تبیین رابطه تحولات فرهنگی با تغییرهای فرزندآوری ایرانیان، نشان داد که میزان بالای دین‌داری، با سطوح پایین سکولاریسم و فردگرایی و در نتیجه، توجه بیشتر به ارزش‌های خانوادگی و میزان بالای نرخ فرزندآوری همراه است.

اسلام توصیه‌های فراوانی نسبت به فرزندآوری، جایگاه و منزلت مادری و پدری کرده است، به طوری که پیامبر اکرم ﷺ می‌فرماید: «تولد یک نوزاد در اتم، برای من از آنچه خورشید بر آن می‌تابد، بهتر است» (محدث نوری، ۱۴۰۸ق، ج ۱۴، ص ۱۵۳). ایشان به /مسلمه فرمود:

زن باردار مانند روزه‌دار شب بیدار و سربازی است که جان و مال را در راه پیشرفت اسلام نثار کند. چون کودک متولد شود، چنان اجر به مادر دهند که جز خدا کسی ندهد و چون به او شیر دهد، برای هر مکیدن، ثواب آزاد کردن بنده‌ای از نسل اسماعیل دارد و چون دوران شیرخوارگی کودک پایان یابد، فرشته‌ای بزرگوار دست به پهلوی مادر زند و گوید: عملت را از سر بگیر که تمام گناهان تو آمرزیده شد (حرعاملی، ۱۴۰۹ق، ج ۲۱، ص ۴۵۱).

قرآن کریم از فرزندان به‌عنوان موهبتی الهی (آل عمران: ۳۸)، نور چشم والدین (قصص: ۹)، زینت بخش زندگی (کهف: ۴۶) و وسیله آزمایش (انفال: ۲۸) انسان یاد کرده است. فرزند از دیدگاه حضرات معصومان ﷺ نیز با تعبیری همچون نعمت و برکت (متقی هندی، ۱۴۱۳ق، ج ۱۶، ح ۴۴۲۵)، جگرگوشه (محدث نوری، ۱۴۰۸ق، ج ۱۵، ص ۱۱۲)، میوه دل (پاینده، ۱۳۸۲، ص ۳۳۳) و نور دیده (طبرسی، ۱۳۷۷، ص ۲۲۴) یاد شده است که مایه خوشبختی (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۶ ص ۳؛ همو، ج ۱، ص ۳۰۶) و یاری‌کننده (حرعاملی، ۱۴۰۹ق، ج ۲۱، ص ۳۶۱) و استغفارکننده والدین می‌باشد. برای همین، فرزند از منظر معصومان ﷺ بوی بهشتی (ابن‌فهد حلی، ۱۳۹۲ق، ص ۸۶) و گلی از گل‌های بهشت (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۶ ص ۳) قلمداد شده است. ارزش فرزند به گونه‌ای است که روایات به نگاه کردن (محدث نوری، ۱۴۰۸ق، ج ۱۵، ص ۱۶۹)، بوسیدن و مهرورزیدن به فرزندان (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۶ ص ۴۹)، تأکید فراوانی داشته‌اند (علوی، ۱۴۰۰، ص ۱۲۸۲).

رسانه‌های بیگانه از شبکه‌های ماهواره‌ای، سایت‌ها و روزنامه‌های مختلف، با اشاعه شبهات مختلف اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، به دنبال تقویت نگرش منفی به فرزندآوری می‌باشند. شبکه بی بی سی فارسی، به دنبال اولین سخنان مقام معظم رهبری در مورد افزایش جمعیت، شروع به پخش برنامه‌هایی در خصوص القای شبهات اقتصادی همچون درآمد افراد مانع از فرزندآوری است، حکومت عاجز از تأمین اقتصاد خانواده‌هاست، افزایش جمعیت، نوعی تبعیض شغلی نسبت به زنان است. همچنین شبهات اجتماعی: افزایش جمعیت عامل انزوای بانوان ایرانی است، افزایش جمعیت خشونت علیه زنان است، مقامات ایرانی زن‌ستیز هستند، افزایش جمعیت عامل بارز نقض حقوق بشر است، شرایط اجتماعی جامعه ایران، سیاست‌های افزایشی جمعیت را شکست می‌دهد و شبهات سیاسی: افزایش جمعیت اقدامی کاملاً سیاسی و منفعت‌طلبانه می‌باشد، دخالت حکومت در زندگی افراد، به بهانه

افزایش جمعیت، حکومت عامل افزایش مشکلات زنان آسیب‌پذیر است، جاه‌طلبی سیاسی ایران در سایه افزایش جمعیت، برخورد حکومت دستوری و ایدئولوژیک و مذهبی است، مقام‌های سیاسی ایران با ارائه آمارهای غلط فرافکنی می‌کنند و... کرده‌اند که همچنان ادامه دارد (علوی، ۱۳۹۸، ص ۱۶). بنابراین، هرگونه فعالیت در زمینه تغییر نگرش افراد نسبت به فرزندآوری، ابتدا نیازمند سنج‌های مناسب، با رعایت اصول علمی و استانداردهای تست‌سازی است تا بتوان میزان نگرش مثبت یا منفی اشخاص را تعیین کرد.

البته پرسش‌نامه‌هایی برای سنجش نگرش به فرزندآوری ساخته شده‌اند: مانند مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری (AFCS) سودربرگ و همکاران (۲۰۱۳)، مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری با عزت و همکاران (۱۳۹۵)، مقیاس نگرش به جایگاه فرزندآوری، موسوی و قافله‌بانی (۱۳۹۲)، مقیاس اولی، در کشور سوئد و با فرهنگ غربی ساخته شده است. همچنین مقیاس دوم، که هنجاریابی شده همان مقیاس اول است. تنها هرچند به مؤلفه‌های فرهنگ دینی و اسلامی نپرداخته‌اند، اما هر دو برای بانوان ساخته شده‌اند. بنابراین، این مقیاس‌های غربی با فرهنگ‌هایی که شالوده اساسی آنها بر دین و آموزه‌های دینی قرار دارد، مناسب نیستند. مقیاس سوم نیز مؤلفه‌ها و گویه‌ها از داده‌های مروری پژوهشی و تحقیقات تجربی استخراج شده که براساس منابع اسلامی نیست. از این رو، بی‌تردید، زمانی می‌توان نگرش به فرزندآوری را مبتنی بر اصول اساسی یک فرهنگ دانست که تعریف، مؤلفه‌ها و نشانگرهای آن، با تکیه بر منابع دینی، اجتماعی، ادبیات، باورها و آموزه‌های آن فرهنگ معین، توسعه داده و تعیین شود. بنابراین، با توجه به اهمیت نگرش به فرزندآوری در منابع اسلامی، ساخت یک ابزار معتبر، که بتواند این سازه را براساس آموزه‌های دینی اندازه‌گیری کند، ضروری است. این امر می‌تواند مسیر را برای سایر پژوهشگران در زمینه‌های مختلف پژوهشی هموار کند. بنابراین، مسئله اصلی این پژوهش، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و تهیه پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری، براساس منابع اسلامی است.

روش پژوهش

این پژوهش، به‌طور کلی از نوع تحقیقات بنیادی (در مقابل تحقیقات کاربردی) است که در پی افزایش قلمرو دانش و آگاهی است (دلاور، ۱۳۸۰، ص ۴۸). از سوی دیگر، می‌توان روش تحقیق در این پژوهش را از نوع «توصیفی» (در مقابل روش تحقیق تاریخی، تجربی، علی) دانست که هدف محقق توصیف عینی، واقعی و منظم خصوصیات یک موقعیت یا موضوع است (نادری و سیف‌نراقی، ۱۳۸۷، ص ۳۹). برای تحلیل مؤلفه‌های مفهومی نگرش به فرزندآوری، از جملات موجود در کتب لغت، اصطلاح و متون اسلامی (قرآن و حدیث)، از روش «تحلیل محتوا» برای بررسی محتوای آشکار پیام‌های موجود در متون دینی مرتبط با موضوع استفاده شده است. از سوی دیگر، از آنجاکه هدف نهایی این پژوهش، ساخت پرسش‌نامه در زمینه نگرش به فرزندآوری است، مستلزم ارزیابی روایی و

اعتبار آن به صورت میدانی است، به همین دلیل، می‌توان روش تحقیق در این قسمت پژوهش را «زمینه‌یابی» (پیمایشی) از نوع پرسش‌نامه‌ای دانست.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه مردان و زنان متأهل مراجعه‌کننده به غرفه‌هایی که شهرداری تهران برای مشاوره خانواده، در دهه اول محرم سال ۱۳۸۹ ایجاد کرده بود، تشکیل می‌دهند. حجم جامعه، به طور تقریبی برابر با ۱۵۰۰ نفر می‌باشد. پس از آن، تعداد ۱۱۲ نفر (۴۲ مرد و ۷۰ زن) نفر به عنوان نمونه برای پیمایش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش در این تحقیق، مقیاس نگرش به جایگاه فرزندآوری، ساخت موسوی و قافله‌باشی (۱۳۹۲) می‌باشد. برای ساخت این مقیاس در بررسی اولیه، مؤلفه‌های مؤثر بر نگرش خانواده‌ها به فرزندآوری، از طریق مصاحبه با تعدادی از خانواده‌ها، اعم از زن و مرد و نیز مروری بر ادبیات این حوزه، در چهار دسته از عوامل اقتصادی، اجتماعی - فرهنگی، جسمانی - هویت‌شناختی و اعتقادی دسته‌بندی شده است. این مقیاس، شامل ۶۴ گویه تنظیم شده است. برخی گویه‌ها، به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. از جمع نمرات گویه‌ها و به دست آوردن میانگین نمرات کل پرسش‌نامه، نمره هر فرد در نگرش سنج به دست می‌آید. نمره میانۀ پرسش‌نامه ۱۸۰ است و نمرات بالاتر از آن، بیانگر نگرش مثبت و نمرات پایین‌تر، بیانگر نگرش منفی به فرزندآوری است. صاحب‌نظران این حوزه، روایی محتوایی گویه‌ها را تأیید کرده‌اند. پس از اجرای آن، برای تعیین عوامل استخراجی، از مقیاس ۶۴ ماده‌ای، از تحلیل عوامل بهره گرفته است. از طریق واریس ماده‌های استخراجی، مشخص شد که گویه‌ها با مؤلفه‌های اصلی تعیین‌شده توسط محقق، همخوانی نسبی دارند. برای انتخاب گویه‌های مناسب، بارعاملی ۵۰ درصد در نظر گرفته‌اند. بنابراین، از ۶۴ گویه، چهار گویه در هیچ دسته از عوامل چهارگانه قرار نگرفتند و حذف شدند. ضریب اعتبار پرسش‌نامه، با محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ، به تفکیک عوامل فرهنگی ۴۴ درصد، خرده‌آزمون عوامل اقتصادی، ۷۳ درصد، خرده‌آزمون عوامل اعتقادی، ۷۴ درصد و خرده‌آزمون جسمانی - هویت‌شناختی، ۵۴ درصد می‌باشد (موسوی و قافله‌باشی، ۱۳۹۲، ص ۱۴).

شیوه اجرا و فرایند ساخت پرسش‌نامه

مراحل ساخت پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری، براساس منابع اسلامی و روش انجام کار به شرح ذیل پیگیری شده است:

مرحله اول: استخراج مؤلفه‌های نگرش به فرزندآوری، براساس منابع اسلامی که با استفاده از منابع اسلامی شامل آیات قرآن و روایات موجود در منابع اسلامی انجام شد. این مرحله، طی چند گام انجام شد: در گام اول، آیات قرآن و گزاره‌های روایی در موضوع پژوهش جمع‌آوری شد. در گام دوم، گزاره‌های قرآنی و

حدیثی، تلخیص و مرکزی‌سازی شد. برای دستیابی به مضمون‌های هسته‌ای گزاره‌های. در گام سوم، گروه‌بندی گزاره‌های قرآنی و حدیثی، براساس اشتراک موضوعی و ویژگی‌های مفهومی مشترک و در گام چهارم، مشخص کردن مؤلفه‌ها به واسطه نام‌گذاری آنها.

مرحله دوم: گویه‌های پرسش‌نامه، براساس گزاره‌های دینی تدوین شدند. این کار با توجه به مؤلفه‌های مفهومی استخراج شده و اصول روان‌سنجی انجام شد. برای طراحی گویه‌ها، نکاتی مورد توجه قرار گرفت: محدود کردن هر گزاره به یک مفهوم، به کار بردن ساده‌ترین عبارات و پرهیز از به کار بردن گزاره‌های منفی مضاعف، معرف بودن هر گزاره برای یک احساس، طرز فکر یا عقیده (ثرندایک، ۱۳۷۵، ص ۴۹). تعداد گویه‌ها، بیش از گویه‌های نهایی پرسش‌نامه طراحی شد؛ چراکه در مراحل تجدیدنظر و تجزیه و تحلیل، احتمالاً تعدادی از آنها حذف می‌شوند. از این رو، خزانه‌ای متشکل از ۷۵ گویه، که گمان می‌رفت با گزاره‌های دینی همگرا هستند، تهیه شد.

مرحله سوم: بررسی روایی‌سنجی محتوایی بود که فرم اولیه پرسش‌نامه به ۲۰ نفر از کارشناسان متخصص در علوم اسلامی و دارای تحصیلات عالی روان‌شناختی ارائه گردید و از آنها خواسته شد تا میزان مطابقت گویه‌های ساخته‌شده با مستندات اسلامی را در فرم لیکرتی چهار درجه‌ای (از کاملاً مرتبط تا کاملاً نامرتب) اعلام کنند. همچنین، از آنان خواسته شد تا میزان ضرورت این گویه‌ها را برای آن مؤلفه، در قالب سه عنوان «ضرورت دارد»، «ضرورت ندارد، ولی مفید است» و «ضرورت ندارد»، مورد سنجش قرار دهند. طبق قانون محاسبه CVI و CVR، در صورتی که تعداد ارزیابان ۱۴ نفر باشند، حداقل مقدار CVR (سنجش میزان ضرورت) قابل قبول، باید ۰/۵۱ به بالا باشد و در صورتی که نمرات محاسبه‌شده برای آنها کمتر از میزان موردنظر با توجه به تعداد متخصصان ارزیابی‌کننده سؤال باشد، باید از آزمون کنار گذاشته شوند و حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVI (سنجش میزان مطابقت)، برابر با ۰/۷۹ است و اگر شاخص CVI، گویه‌ای کمتر از ۰/۷۹ باشد، آن گویه باید حذف شود (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵، ج ۲، ص ۲۷-۳۰).

مرحله چهارم: اجرای پرسش‌نامه.

مرحله پنجم: بررسی روایی ملاکی و سازه‌ای و اعتبار پرسش‌نامه. پرسش‌نامه نگرش به فرزندآوری، براساس منابع اسلامی (۶۲ سؤال)، بر روی ۱۱۲ نفر از افراد جامعه هدف اجرا گردید. برای سنجش روایی ملاک، از مقیاس نگرش به جایگاه فرزندآوری، ساخت موسوی و قافله‌باشی (۱۳۹۲) استفاده شد. سنجش روایی سازه با استفاده از همبستگی بین آزمون و خرده‌آزمون‌ها به دست آمد. برای به دست آوردن اعتبار آزمون، آلفای کرونباخ دو نیمه پرسش‌نامه سنجیده شد و همبستگی بین آنها به دست آمد. همچنین از ضریب اسپیرمن - براون و ضریب دونیمه‌سازی گاتمن استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

بخش اول: این بخش از یافته‌های پژوهش، شامل استخراج مؤلفه‌های نگرش به فرزندآوری از منابع اسلامی (قرآن کریم و روایات معتبر) است. نتیجه بررسی‌های پژوهش، طبقه‌بندی گزاره‌های دینی، در پنج گروه است که هریک، از پنج مفهوم متمایز حکایت می‌کنند. هریک از این مفاهیم، بیانگر معیارهای لازم برای نگرش به فرزندآوری، براساس منابع اسلامی است. این مفاهیم عبارتند از:

باورهای مثبت: این مؤلفه، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های بعد بینشی نگرش به فرزندآوری است. باورها، اندیشه‌هایی هستند که فرد به درستی و حقانیت آنها اعتقاد دارد (پارسا، ۱۳۸۳، ص ۳۱۲). باورهای مثبت، «اندیشه‌ها، باورها و اعتقاداتی هستند که نگرش مثبت به فرزندآوری را تغذیه می‌کنند». «باور به ارزشمندی فرزندان»، «باور به ارزشمندی ازدواج»، «باور به ارزشمندی بارداری، زایمان و شیردهی»، «باور به ارزشمندی مادری»، چهار باور مثبت هستند که نگرش مثبت به فرزندآوری را تأمین می‌کنند و خرده‌مؤلفه‌های این مؤلفه، به حساب می‌آیند.

باورهای منفی: این مؤلفه نیز یکی دیگر از مؤلفه‌های بعد بینشی نگرش به فرزندآوری است که در نقطه مقابل باورهای مثبت قرار دارد. باورهای منفی، «اندیشه‌ها، باورها و اعتقاداتی هستند که نگرش منفی به فرزندآوری را تغذیه می‌کنند»، «باور به فقیرشدن (ترس از فقر)»، «باور به توجه افراطی به فرزندان»، «باور به برتری پسر / دختر»، «باور به آزادی سقط جنین»، «باور به رابطه آزاد جنسی»، پنج باور منفی هستند که نگرش منفی به فرزندآوری را تغذیه می‌کنند و خرده‌مؤلفه‌های این مؤلفه، به حساب می‌آیند.

رشد و تعالی: این مؤلفه، یکی از مؤلفه‌های بعد انگیزشی، نگرش به فرزندآوری است. به معنای «شکوفایی و فعلیت‌یافتن ظرفیت‌های بالقوه فرد به واسطه فرزندآوری، در جهت کمال فرد». به عبارت دیگر، اینکه فرزندآوری در حوزه‌های مختلف «فردی، خانوادگی و اجتماعی»، «مادی و معنوی»، «دنیوی و اخروی»، زمینه‌ساز تکامل و پیشرفت به سمت تقرب الهی است. این مؤلفه، دارای چهار زیرمؤلفه «پاداش معنوی»، «اجابت دعا»، «تحول اخروی» و «تکامل و فعلیت» است.

لذت‌بری: این مؤلفه، یکی دیگر از مؤلفه‌های بعد انگیزشی، نگرش به فرزندآوری است و به معنای «احساسات و عواطف مثبتی است که از طریق فرزندآوری حاصل می‌گردد». این مؤلفه، دارای دو زیرمؤلفه «احساس نشاط و شادکامی» و «محبت و عشق‌ورزی» می‌باشد.

امنیت‌خواهی: این مؤلفه، یکی دیگر از مؤلفه‌های بعد انگیزشی، نگرش به فرزندآوری است و به معنای «نیازهای ایمنی است که به واسطه فرزندآوری تأمین می‌شود». این مؤلفه دارای چهار زیرمؤلفه «امنیت نسلی (بقای نسلی)»، «امنیت دوران سالتخوردگی»، «امنیت اقتصادی» و «امنیت ملی» می‌باشد.

ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری ... ♦ ۱۵

بخش دوم: براساس هریک از مؤلفه‌های پنج‌گانه، تعدادی سؤال مطرح شد که مجموع آن، به ۷۵ گویه رسید و همان‌طور که بیان شد، برای سنجش روایی محتوایی پرسش‌نامه، این سؤالات در قالب جدولی آماده شده و ۱۴ نفر از کارشناسان ارائه گردید، تا میزان ضرورت و مطابقت گویه‌ها، با مستندات را مورد ارزیابی قرار دهند. نمره لازم برای مطابقت، ۰/۷۹ و برای ضرورت ۰/۵۱ بود که براین‌اساس، ۶۲ سؤال به تأیید کارشناسان رسید و ۱۳ سؤال نیز حذف گردید. جدول (۱)، سؤالات حذف‌شده و چرایی آن را بیان می‌کند:

جدول ۱: جدول گویه‌های حذف‌شده در روایی محتوایی

مؤلفه‌ها / گویه‌های حذف شده	باورهای مثبت	باورهای منفی	رشد و تعالی	زندگی	امینت خواهی
پایین بودن CVI و CVR	۶،۷،۱۲	۲۹، ۲۳، ۲۲، ۲۱	۴۶	---	---
پایین بودن CVR	۱	۳۲، ۳۶	۴۰، ۳۹	---	---

بخش سوم: پس از اجرای پرسش‌نامه، نتایج مربوط به روایی و اعتبار پرسش‌نامه در این بخش بیان می‌شود. روایی ملاک این پرسش‌نامه، با مقیاس نگرش به جایگاه فرزندآوری، ساخت موسوی و قافله‌باشی (۱۳۹۲)، نشان از میزان توافق بالای آنها دارد. ضریب همبستگی، ۰/۶۳۵ در سطح معناداری ۰.۰۱ روایی ملاکی پرسش‌نامه نگرش به فرزندآوری، براساس منابع اسلامی را تأیید می‌کند.

برای تعیین روایی سازه از روش، اندازه‌گیری همبستگی هر گویه با نمره کل پرسش‌نامه و همبستگی میان مؤلفه‌ها با هم و همبستگی هریک از مؤلفه‌ها با نمره کل پرسش‌نامه استفاده شد.

جدول ۵: نمرات همبستگی گویه‌ها با نمره کل پرسش‌نامه

گویه	همبستگی با نمره کل آزمون	گویه	همبستگی با نمره کل آزمون	گویه	همبستگی با نمره کل آزمون	گویه	همبستگی با نمره کل آزمون	گویه	همبستگی با نمره کل آزمون
۱	۰/۶۷۵**	۱۴	۰/۵۵۱**	۲۷	۰/۶۵۴**	۴۰	۰/۳۵۱**	۵۳	۰/۶۶۵**
۲	۰/۵۳۵**	۱۵	۰/۵۴۴**	۲۸	۰/۷۳۵**	۴۱	۰/۷۶۹**	۵۴	۰/۷۱۶**
۳	۰/۵۶۱**	۱۶	۰/۱۲۳	۲۹	۰/۶۱۲**	۴۲	۰/۵۳۲**	۵۵	۰/۶۷۰**
۴	۰/۶۹۰**	۱۷	۰/۵۸۵**	۳۰	۰/۴۹۲**	۴۳	۰/۸۰۳**	۵۶	۰/۵۳۲**
۵	۰/۳۲۶**	۱۸	۰/۱۸۰	۳۱	۰/۷۱۷**	۴۴	۰/۳۲۸**	۵۷	۰/۲۸۶**
۶	۰/۴۷۲**	۱۹	۰/۵۱۷**	۳۲	۰/۷۸۴**	۴۵	۰/۵۷۵**	۵۸	۰/۶۱۴**
۷	۰/۵۵۷**	۲۰	۰/۵۳۰**	۳۳	۰/۶۸۳**	۴۶	۰/۷۲۲**	۵۹	۰/۷۸۳**

۰/۷۵۷**	۶۰	۰/۵۱۰**	۴۷	۰/۶۷۷**	۳۴	۰/۳۲۰**	۲۱	۰/۵۲۷**	۸
۰/۸۰۳**	۶۱	۰/۵۸۵**	۴۸	۰/۸۲۴**	۳۵	۰/۵۰۲**	۲۲	۰/۴۹۲**	۹
۰/۶۶۶**	۶۲	۰/۶۲۸**	۴۹	۰/۵۴۱**	۳۶	۰/۵۴۳**	۲۳	۰/۷۴۳**	۱۰
		۰/۵۵۸**	۵۰	۰/۵۰۰**	۳۷	۰/۶۹۲**	۲۴	۰/۸۰۴**	۱۱
		۰/۳۳۲**	۵۱	۰/۵۴۳**	۳۸	۰/۴۷۸**	۲۵	۰/۵۴۵**	۱۲
		۰/۶۳۷**	۵۲	۰/۶۱۸**	۳۹	۰/۷۳۵**	۲۶	۰/۲۴۰**	۱۳

براساس آماره‌های موجود در جدول، دو گویه ۱۶ و ۱۸، که همبستگی آنها با نمره کل آزمون، کمتر از ۰/۳ و معنادار نبودند، حذف شدند. سایر سؤالات، دارای همبستگی مثبت معنادار با نمره کل آزمون در سطح ۰/۰۱ بودند. این امر نشان از اعتبار بالای آزمون می‌باشد. بنابراین، تعداد گویه‌های پرسش‌نامه نگرش به فرزندآوری اسلامی در نهایت برابر با ۶۰ گویه شد.

برای بررسی روایی سازه، بعد از حذف دو گویه ۱۶ و ۱۸، همچنین همبستگی میان مؤلفه‌ها با هم و با نمره کل پرسش‌نامه، مورد سنجش قرار گرفت که نتایج مربوط به آن در جدول (۶) آمده است:

جدول ۶: ماتریس همبستگی مؤلفه‌ها با هم و با نمره کل

نمره کل	مؤلفه ۵	مؤلفه ۴	مؤلفه ۳	مؤلفه ۲	مؤلفه ۱	
					۱	مؤلفه ۱ (باورهای مثبت)
				۱	۰/۶۷۹**	مؤلفه ۲ (باورهای منفی)
			۱	۰/۶۲۴**	۰/۸۲۹**	مؤلفه ۳ (رشد و تعالی)
		۱	۰/۷۲۳**	۰/۴۸۹**	۰/۶۱۲**	مؤلفه ۴ (لذت‌بری)
	۱	۰/۶۵۵**	۰/۸۵۸**	۰/۶۵۶**	۰/۸۵۱**	مؤلفه ۵ (امنیت خواهی)
۱	۰/۹۵۲**	۰/۷۷۳**	۰/۹۳۰**	۰/۷۵۶**	۰/۹۲۴**	نمره کل پرسش‌نامه

همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود، بین تمام مؤلفه‌ها با هم و با نمره کل پرسش‌نامه، همبستگی مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. ضمناً همبستگی میان مؤلفه‌های پنج‌گانه، کمتر از همبستگی بین هریک از عوامل، با کل پرسش‌نامه است که مجموع این نتایج، روایی سازه پرسش‌نامه را تأیید می‌کند.

برای سنجش قابلیت اعتبار آزمون، از روش همسانی درونی استفاده شد و برای برآورد همسانی درونی آزمون، در این پژوهش، از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد. این نتیجه به دست آمد که آلفای این پرسش‌نامه، ۰/۹۶۹ بود که این نشانگر اعتبار بالای آزمون است. همچنین، برای سنجش اعتبار و پایایی آزمون، آلفای کرونباخ دو نیمه پرسش‌نامه نیز سنجیده شد و همبستگی بین آنها به دست آمد. همچنین، از ضریب اسپیرمن - براون و ضریب دونیمه‌سازی گاتمن استفاده گردید که نتایج آن در جدول (۷) قابل مشاهده است.

ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری ... ◇ ۱۷

جدول ۷: آماره‌های اعتبار پرسش‌نامه نگرش به فرزندآوری براساس منابع اسلامی

۰/۹۳۲	مقدار	نیمه اول	آلفای کرونباخ
۳۰	تعداد گویه‌ها		
۰/۹۳۷	مقدار	نیمه دوم	
۳۰	تعداد گویه‌ها		
۶۰	مجموع گویه‌ها		
۰/۹۱۱	همبستگی بین دو فرم		
۰/۹۵۴	تساوی تعداد گویه‌ها		ضریب اسپیرمن-براون
۰/۹۵۴	عدم تساوی تعداد گویه‌ها		
۰/۹۵۳	ضریب دونیمه سازی گاتمن		
نیمه اول: گویه‌های ۱ تا ۳۰ - نیمه دوم: گویه‌های ۳۰ تا ۶۰			

همان‌طور که در جدول (۷) آشکار است، ضریب اسپیرمن - براون، برابر با ۰/۹۵۴ است و میزان همسانی درونی، براساس ضریب دونیمه‌سازی گاتمن در این مرحله، ۰/۹۵۳ است. همچنین، همبستگی بین دو فرم در اجرای نهایی، برابر با ۰/۹۱۱ است و ضریب آلفای نیمه اول، (۰/۹۳۲) و ضریب آلفای نیمه دوم، (۰/۹۳۷) است. بنابراین، همسانی درونی پرسش‌نامه اولیه، نگرش به فرزندآوری از سطح بالایی برخوردار است.

بخش پنجم: شیوه نمره‌گذاری و آماره‌های توصیفی: پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری، براساس منابع اسلامی، به صورت لیکرت پنج درجه‌ای با گزینه‌های (کاملاً موافقم = ۵، موافقم = ۴، نظری ندارم = ۳، مخالفم = ۲ و کاملاً مخالفم = ۱) طراحی شده است. در این پرسش‌نامه، به ۱۰ سؤال (۳، ۵، ۶، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۳، ۳۶، ۴۱، ۵۵) نمره معکوس تعلق می‌گیرد. در اجرای پرسش‌نامه اولیه در نمونه ۱۱۲ نفری مشخص شد که حداقل نمره (۶۴)، نشانگر نگرش پایین و حداکثر نمره (۲۱۲)، بیانگر نگرش بالاست که در جدول (۸) مشاهده می‌شود.

جدول ۸: آماره‌های توصیفی پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری براساس منابع اسلامی

انحراف استاندارد	میانگین	بالا ترین نمره	پایین ترین نمره	تعداد نمونه	نگرش به فرزندآوری اسلامی
۳۳/۶۵۵۷۶	۱۱۰/۷۸۵۷	۲۱۲	۶۴	۱۱۲	

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، ساخت پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری، براساس منابع معتبر اسلامی (قرآن و احادیث) و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی (رواسازی و اعتباریابی) آن بوده است. این مهم، در دو بخش استخراج مؤلفه‌ها و بخش دوم، ویژگی‌های روان‌سنجی است.

مؤلفه‌های استخراج‌شده از منابع اسلامی، درباره نگرش به فرزندآوری نشان می‌دهد که این مفهوم، از پنج مؤلفه اصلی تشکیل شده که عبارتند از: باورهای مثبت، باورهای منفی، رشد و تعالی، لذت‌بری، امنیت‌خواهی. با توجه به اینکه دو مؤلفه باورهای مثبت و باورهای منفی، از جنس شناخت و بینش هستند، این دو مؤلفه در بعد شناختی قرار می‌گیرند و سه مؤلفه رشد و تعالی و لذت‌بری و امنیت‌خواهی، از جمله مسائل عاطفی، احساسی و انگیزشی هستند، که در بعد انگیزشی قرار داده شدند. بنابراین، با توجه به اینکه رفتار ارادی مبتنی بر سه عنصر آگاهی، میل و قدرت است (مصباح یزدی، ۱۳۹۱، ج ۱، ص ۵۴)، یکی از پیش‌نیازهای اصلی رفتار ارادی، آگاهی و شناخت است (شجاعی، ۱۳۹۷، ص ۱۰۶). دومین منبع رفتار ارادی، میل و گرایش است. میل و گرایش، موضوعات مختلف از جمله عواطف، احساسات، نیازها، غرایز، انفعالات و هیجان‌ها را شامل می‌شود. در واقع، میل و گرایش، گاهی برخاسته از نیازهای زیستی و روانی، گاهی برخاسته از غرایز و گاهی نیز بر پایه عواطف و هیجان‌های فرد است (مصباح یزدی، ۱۳۹۱، ج ۱، ص ۵۴). سومین عنصر زمینه‌ساز رفتار ارادی، قدرت است. در واقع، قدرت برآیند فعالیت دستگاه ادراکی و گرایشی به‌شمار می‌آید (شجاعی، ۱۳۹۷، ص ۱۰۷).

مؤلفه باورهای مثبت، همان اندیشه‌ها، باورها و اعتقاداتی هستند که نگرش مثبت به فرزندآوری را تغذیه می‌کنند و دارای چهار زیرمؤلفه «باور به ارزشمندی فرزندان»، «باور به ارزشمندی ازدواج»، «باور به ارزشمندی بارداری، زایمان و شیردهی» و «باور به ارزشمندی مادری» می‌باشد.

خرده‌مؤلفه «باور به ارزشمندی فرزندان»، اشاره به این مطلب دارد که فرزندان دارای ارزش ذاتی بوده و مطلوب بالاصاله می‌باشند. در مقابل، نگرش غربی که نگاه ابزاری و وسیله‌ای به فرزند دارند، اسلام فرزندان را مطلوب بالاصاله می‌داند.

علاقه به مال، اصیل نیست، بلکه به‌عنوان وسیله‌ای برای تأمین سایر نیازمندی‌ها، مطلوب است، اما فرزند را می‌توان گفت: اصالتاً، مطلوب است و خواست مستقل فطری به آن تعلق می‌گیرد. از اینجا است که می‌بینیم کسانی که از داشتن فرزند، محرومند، آرام و قرار ندارند و به شدت احساس این کمبود، آنان را رنج می‌دهد و از روی ناچاری، حاضر می‌شوند که فرزندخوانده برای خود برگزینند (مصباح یزدی، ۱۳۹۱، ج ۲، ص ۲۷۳).

خرده‌مؤلفه «باور به ارزشمندی ازدواج»، به این نکته اشاره دارد که ازدواج، شالوده تشکیل خانواده است که از طریق آن، فرزندآوری محقق می‌شود. از این رو، رابطه بین ازدواج با فرزندآوری، رابطه‌ای تنگاتنگ و مستقیم است. منابع اسلامی، یکی از اهداف اصلی ازدواج را کثرت فرزندآوری می‌داند (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۵، ص ۳۷۴). برخلاف جوامع مدرن، که ازدواج را صرفاً وسیله‌ای برای لذت‌بری جنسی می‌دانند، حتی آموزه‌های اسلامی، هدف از خلقت زیبایی زنان را نیز فرزندآوری ایشان دانسته است (مفضل، ۱۳۷۹، ص ۶۰).

خرده‌مؤلفه «باور به ارزشمندی بارداری، زایمان و شیردهی» اشاره دارد که سختی‌ها و مشکلات بارداری و زایمان و شیردهی، به‌تنهایی در آموزه‌های اسلامی ارزشمند بوده، اسباب بخشش همه گناهان والدین را فراهم می‌آورد. روزی / مسلمه، نزد پیامبر ﷺ رسید و عرض کرد:

همه افتخارات، نصیب مردان شده است؛ زنان چه سهمی از این افتخارات را دارند؟ پیامبر ﷺ فرمود: آری (زنان هم افتخارات فراوانی دارند)! هنگامی که زن، باردار می‌شود، در مدت حمل به‌منزله روزه‌دار و شب‌زنده‌دار و مانند کسی است که با جان و مال در راه خدا جهاد می‌کند. چون وضع حمل می‌کند، خدا به او پاداش می‌دهد که هیچ کس اندازه‌اش را نمی‌داند. هنگامی که فرزندش را شیر می‌دهد، در برابر هر مکیدن کودک، خداوند پاداش آزاد کردن برده‌ای از فرزندان اسماعیل را به او می‌دهد و هنگامی که دوران شیرخوارگی کودک تمام شود، یکی از فرشتگان بزرگوار خداوند بر پهلوی او می‌زند و می‌گوید: اعمال خود را از نو آغاز کن؛ چراکه خداوند همه گناهان تو را بخشیده است» (حرعاملی، ۱۴۰۹ق، ج ۲۱، ص ۴۵۱؛ صدوق، ۱۳۷۶، ج ۱، ص ۴۱۱).

خرده‌مؤلفه «باور به ارزشمندی مادری»، اشاره به این مطلب دارد که در مقابل اندیشه‌های فمینیستی که به تخریب جایگاه و منزلت مادری می‌پردازد، آموزه‌های اسلامی، جایگاه ویژه و ملکوتی برای مادر قائل هستند. امام سجاد علیه السلام در رساله حقوق می‌فرماید: «و حقوق خویشانت بسیار است که بستگی به دور و نزدیک بودن نسبت خانوادگی با ایشان دارد، واجب‌ترین آنها بر تو حق مادر است، بعد حق پدرت، بعد حق فرزندت و پس از آن برادرت. سپس به همین ترتیب» (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۱۷، ص ۱۲).

باورهای منفی که همان اندیشه‌ها، باورها و اعتقاداتی هستند که نگرش منفی به فرزندآوری را تغذیه می‌کنند و شامل پنج خرده‌مؤلفه «باور به فقیر شدن»، «باور به توجه افراطی به فرزندان»، «باور به برتری پسر / دختر»، «باور به آزادی سقط جنین»، «باور به رابطه آزاد جنسی» می‌باشد.

خرده‌مؤلفه «باور به فقیر شدن»، اشاره به این دارد که برخلاف باور رایج، فرزندآوری موجب فقر و نداری نمی‌شود، بلکه موجبات رزق و روزی بیشتر را فراهم می‌آورد. خداوند در آیه ۲۳ و ۲۴ سوره «ذاریات» می‌فرماید: «وَفِي السَّمَاءِ رِزْقُكُمْ وَ مَا تُوعَدُونَ فَوَرَبِّ السَّمَاءِ وَ الْأَرْضِ إِنَّهُ لَحَقُّ مِثْلَ مَا أَنْتُمْ تَتَطَفَّؤْنَ». رزق، امری آسمانی است که از عالم غیب به عالم شهود منتقل می‌شود و خداوند بر این مطلب قسم یاد کرده و آن را امری حتمی و ثابت می‌داند. علامه طباطبائی، در ذیل آیات مذکور می‌نویسد:

از اینجا روشن می‌شود که رزق و مرزوق متلازم با یکدیگرند و از هم جداشدنی نیستند، ... پس معنا ندارد که مرزوقی باشد که در بقاء خود از رزقی استمداد جوید، ولی رزقی با آن مرزوق نباشد و نه این فرض معنا دارد که رزقی وجود داشته باشد، ولی مرزوقی نباشد. همچنین این فرض ممکن نیست که رزق مرزوقی از آنچه مورد حاجت اوست زیادتر باشد، و نه این فرض ممکن است که مرزوقی بدون رزق بماند. پس رزق داخل در قضاء الهی است، و دخولش هم اولی و اصلی است، نه بالعرض و تبعی و این معنای همین عبارت است که می‌گوییم رزق حق است (طباطبائی، ۱۴۱۷ق، ج ۱۸، ص ۳۷۵).

خرده‌مؤلفه «باور به توجه افراطی به فرزندان»، اشاره به این نکته دارد که در عصر حاضر، که توجهات والدین از کمیت به کیفیت و حتی تک‌فرزندی سوق پیدا کرده، توجه بیش از حد به فرزندان، ضررهایی را برای هر دو طرف ایجاد می‌کند. در همین رابطه قرآن کریم در بسیاری از آیات، به انسان هشدار می‌دهد که علاقه به فرزند، نباید برای او هدف بشود و او را از دستیابی به اهداف اصیل زندگی بازدارد (مصباح یزدی، ۱۳۹۱، ص ۲۷۳)؛ «ای کسانی که ایمان آوردید اموال و اولادتان شما را از یاد خدا به خود مشغول نسازد و هر کس چنین کند، زیانکار است؛ چون زیانکاران افرادی اینچنین‌اند» (منافقون: ۹).

خرده‌مؤلفه «باور به برتری پسر / دختر»، اشاره به این مطلب دارد که مطابق آموزه‌های اسلام، جنسیت دلیل بر برتری فرزندان نمی‌شود. سیره معصومان علیهم‌السلام به ما می‌آموزد که از خداوند درخواست فرزندی سالم و صالح را داشته باشیم و به هنگام تولد نوزاد، از سلامتی او سؤال کنیم، نه از جنسیت او (حرعاملی، ۱۴۰۹ق، ج ۱۵، ص ۱۴۳).

خرده‌مؤلفه «باور به آزادی سقط جنین»، اشاره به این مطلب دارد که در اسلام سقط جنین، غیرانسانی و ممنوع است. «فرزندانان را به خاطر تنگ‌دستی نکشید» (انعام: ۱۵۱).

خرده‌مؤلفه «باور به رابطه آزاد جنسی»، اشاره به این مطلب دارد که هرگونه رابطه میان زن و مرد خارج از شرع ممنوع می‌باشد. یکی از علت‌ها این است که موجب قطع نسل می‌گردد. *محمدين سنان*، می‌گوید: امام رضا علیه‌السلام در پاسخ مسائل من، مکتوبی ارسال داشته و در آن مرقوم فرمودند: علت حرام بودن جنس ذکور برای ذکور و اناث برای اناث آن است که نسل قطع شده و چاره‌جویی باطل و دنیا خراب می‌گردد (صدوق، ۱۳۸۵، ج ۲، ص ۵۹۲).

مؤلفه‌های بعد انگیزشی، نگرش به فرزندآوری، شامل سه مؤلفه «رشد و تعالی»، «لذت‌بری» و «امنیت‌خواهی» است. همه امیال نفسانی، که به‌صورت فطری در وجود انسان نهاده شده است، در میل اصلی «حب ذات» ریشه دارند و همه آنها از فروع و شاخه‌های این میل، اصلی هستند (مصباح یزدی، ۱۳۹۱، ص ۴۲). چند گرایش، در نفس ایجاد می‌شوند که درواقع، شاخه‌ها و کانال‌های اصلی ظهور فعالیت‌های انسان هستند و می‌شود آنها را غرایز اصلی تلقی کرد. منظور از «غرایز اصلی»، سه نوع گرایش است که از نفس سرچشمه می‌گیرند و همه تلاش‌های انسان، به وسیله این سه گرایش و با این سه انگیزه انجام می‌گیرند که به نوبه خود، این سه کانال اصلی نیز مظاهر گوناگون خوددوستی و حب نفس خواهند بود (مصباح یزدی، ۱۳۹۱، ص ۴۱). این سه انگیزه اصلی، رفتار انسان را تشکیل می‌دهند، عبارتند از: «انگیزه بقا»، «انگیزه کمال» و «انگیزه لذت» (شجاعی، ۱۳۹۲، ص ۱۲۱).

بقا و جوادانگی، والاترین آرزوی بشر است. آدمی برای اینکه این نیاز خود را ارضا کند، علاقه به بقای نام و داشتن فرزند پیدا می‌کند. بنابراین، میل به فرزندآوری و اینکه انسان دوست دارد آثار و بقایایی از خود به جای

بگذارد و دیگران پس از مرگ وی، از او به نیکی یاد کنند، همه نمودهایی از انگیزه بقا و کمال‌خواهی انسان دارد (شجاعی، ۱۳۹۲، ص ۱۳۲). فرزندآوری امنیت بقای نسلی را برای والدین فراهم می‌آورد. همچنین، امنیت دوران سالخوردگی و امنیت اقتصادی و ملی را فراهم آورده که بقای فرد و جامعه را به دنبال خواهد داشت.

انگیزه‌های برخاسته از انگیزه کمال، که دومین مجموعه از انگیزه‌های اصلی انسان هستند که پس از انگیزه‌های مرتبط با بقا مطرح می‌شوند؛ چراکه هیچ تکاملی بدون بقا امکان‌پذیر نیست و اصولاً فرض کمال در جایی است که انسان باقی بماند. در کمال‌خواهی، انسان به دنبال نوعی افزایش کمی یا کیفی یا شکوفایی است و می‌خواهد چیزهایی را به دست آورد، تا بهره‌ی وجودی‌اش بیشتر شود (مصباح یزدی، ۱۳۹۱، ج ۲، ص ۴۵). فرزندآوری، در حوزه‌های مختلف «فردی، خانوادگی و اجتماعی»، «مادی و معنوی»، «دنیوی و اخروی»، زمینه‌ساز تکامل و پیشرفت والدین و جامعه می‌باشند و زمینه‌ی رشد و تعالی، و فعلیت بخشی ظرفیت‌های بالقوه والدین را فراهم می‌آورند.

سومین میل از امیال اصلی نفس انسان، میل لذت‌طلبی و سعادت‌خواهی است. هرکس با اندکی تأمل در وجود خویش، به وضوح درک می‌کند که بالفطره طالب لذت، خوشی و راحتی و گریزان از درد و رنج و ناراحتی است و تلاش و کوشش‌های خستگی‌ناپذیر زندگی، برای دست یافتن به لذایذ بیشتر، قوی‌تر و پایدارتر و فرار از آلام، رنج‌ها و ناخوشی‌ها و دست کم کاستن آنها انجام می‌گیرد (همان، ج ۲، ص ۳۱). در سعادت، لذت پایدار نهفته است و اگر ممکن بود کسی در زندگی همیشه لذت ببرد، او کاملاً سعادتمند بود. ولی از آنجاکه زندگی خالی از درد و رنج نیست می‌توان گفت: سعادتمند در این جهان کسی است که لذت‌های وی از نظر کیفیت یا کمیّت نسبت به درد و رنج‌هایش برتری و فزونی دارد و در آن، دو ویژگی لحاظ می‌شود: ۱. از جهت کیفی، برتری؛ ۲. از جهت کمی، دوام (همان، ج ۱، ص ۳۲).

منظور از مؤلفه «لذت‌بری» در نگرش به فرزندآوری، براساس منابع اسلامی، لذت‌بری صرفاً مادی و جسمانی نیست، بلکه لذت‌بری سعادت‌نگر مدنظر می‌باشد؛ یعنی لذتی که در آن دو ویژگی برتری و دوام نهفته باشد. این مؤلفه شامل دو خرده‌مؤلفه «احساس نشاط و شادکامی» و «محبت و عشق‌ورزی»، هم در این دنیا و هم در آخرت ادامه دارد.

طی کردن گام‌های روشمند و نظام‌یافته در فرایند ساخت پرسش‌نامه، روایی و اعتبار آن را به‌عنوان ابزار دقیق سنجش علمی رقم می‌زند. با رعایت استانداردهای علمی مقیاس‌سازی، می‌توان به نتیجه سنجش اعتماد کرد. بنابراین، با توجه به اینکه همه‌ی شرایط علمی در ساخت پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری، براساس منابع اسلامی، رعایت گردیده، اعتبار آن نیز مورد تأیید قرار گرفت. این پرسش‌نامه، براساس پشتوانه تحلیل نظری و دین‌شناختی جامع‌نگر، تهیه و در فرایند روایی‌سنجی و اعتباریابی قرار گرفت. گزاره‌های این پرسش‌نامه، به گونه‌ای

طراحی شد که بتواند نشانگرهای مناسبی برای اندازه‌گیری نگرش به فرزندآوری باشد و ۶۰ گویه آن، به تأیید ۱۴ نفر از کارشناسان متخصص رسید و روایی محتوایی آن تأیید شد.

نتایج پژوهش، در روایی سنجی پرسش‌نامه، با بهره‌گیری از همه شاخص‌های روایی (محتوایی، ملاکی و سازه‌ای)، نشان داد که پرسش‌نامه اولیه نگرش به فرزندآوری، از روایی لازم و البته در سطح بالایی برخوردار است. همچنین آلفای کرونباخ ۰/۹۶۹ نشانگر اعتبار بالایی این پرسش‌نامه است که نتایج مربوط به آن در بحث یافته‌ها گذشت.

منابع

- ابن‌فهد حلی، احمدین، ۱۳۹۲ق، *عدة الداعی*، تحصیح و تعلیقه احمد موحدی قمی، قم، مکتبه وجدانی.
- اوجاقلو، سجاد و همکاران، ۱۳۹۳، «تغییرات نسلی ارزش فرزند و رفتار فرزندآوری زنان پیش و پس از انقلاب اسلامی (مطالعه موردی: شهر زنجان)»، *زن در فرهنگ و هنر*، دوره ۶، شماره ۳، ص ۴۰۹-۴۲۵.
- باعزت، فرشته و همکاران، ۱۳۹۵، «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس نگرش به باروری و فرزندآوری»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، دوره پانزدهم، شماره ۱ (۹۰)، ص ۳۷-۴۷.
- پابنده، ابوالقاسم، ۱۳۸۲، *نهج الفصاحه*، تهران، دنیای دانش.
- پارسا، محمد، ۱۳۸۳، *زمینه روان‌شناسی نوین*، تهران، بعثت.
- پژهان، علی و آنتیا کمالی‌ها، ۱۳۹۴، «تأثیر عوامل فرهنگی بر باروری زنان ۱۵-۴۹ سال منطقه ۱۲ شهر تهران»، *جامعه‌پژوهی فرهنگی*، سال ششم، شماره ۲، ص ۱۱۵-۱۳۷.
- پیلتن، فخرالسادات و محمد رحمانیان، ۱۳۹۴، «بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر تمایل به فرزندآوری زنان و مردان متأهل (مورد مطالعه: زنان و مردان ۲۵ تا ۴۵ ساله شهر جهرم)»، *مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، سال هفتم، شماره ۲، ص ۱۲۱-۱۳۴.
- ثندایک، رابرت ال، ۱۳۷۵، *روان‌سنجی کاربردی*، ترجمه حیدرعلی هومن، چ سوم، تهران، دانشگاه تهران.
- جوکار، محبوبه و محمدمهدی صفورایی پاریزی، ۱۳۹۳، «مدل‌نویسه، تغییر سبک زندگی و کاهش جمعیت در ایران»، *پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده*، سال دوم، شماره ۲، ص ۳۹-۶۹.
- حرعاملی، محمدین حسن، ۱۴۰۹ق، *وسائل الشیعه*، قم، مؤسسه آل‌البیت ☞.
- دلاور، علی، ۱۳۸۰، *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، تهران، رشد.
- رستگارخالد، امیر و همکاران، ۱۳۹۶، «جهت‌گیری ارزشی زنان و کنترل باروری»، *فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده*، دوره نوزدهم، شماره ۷۵، ص ۷-۲۹.
- شجاعی، محمدصادق، ۱۳۹۲، *دیدگاه‌های روان‌شناختی حضرت آیت الله مصباح یزدی*، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی ☞.
- شجاعی، محمدصادق، ۱۳۹۷، *روان‌شناسی در قرآن و حدیث*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- صدوق، محمدین علی، ۱۳۸۵، *علل التبریح*، قم، کتابفروشی داوری.
- ____، ۱۳۷۶، *الأمالی*، تهران، کتابچی.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۴۱۷ق، *تفسیر المیزان*، قم، جامعه مدرسین.
- طبرسی، حسن‌بن فضل، ۱۳۷۷، *مکارم الاخلاق*، قم، شریف الرضی.
- علوی، سیداسماعیل، ۱۳۹۸، *نگرش به فرزندآوری براساس منابع اسلامی و ساخت پرسشنامه اولیه آن*، پایان‌نامه کارشناس ارشد، روان‌شناسی، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی ☞.
- علوی، سیداسماعیل، ۱۴۰۰، «مفهوم‌پردازی روان‌شناختی ارزش فرزندان براساس منابع اسلامی» در: *مجموعه مقالات همایش ملی چالش‌ها و راه‌کارهای تعالی نهاد خانواده در مذاهب اسلامی با محوریت آسیب‌های اجتماعی*، زاهدان، دانشگاه سیستان و بلوچستان.
- فتحی، الهام، ۱۴۰۰، «روند باروری ایران، از سال ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹»، *درگاه ملی آمار*، بخش گزارش‌های تحلیلی www.amar.org.ir.
- فتحی آشتیانی، علی، ۱۳۹۵، *آزمون‌های روان‌شناختی*، تهران، بعثت.
- کلاتری، صمد و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی جامعه‌شناختی گرایش به فرزندآوری و برخی عوامل مرتبط با آن (مورد مطالعه: جوانان متأهل شهر تبریز)»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و یکم، شماره ۳۷، ص ۸۳-۱۰۴.

کلینی، محمدبن یعقوب، ۱۴۰۷ق، *الکافی*، تحقیق علی‌اکبر غفاری و محمد آخوندی، تهران، دار الکتب الاسلامیه.
 گلپایگانی، زهرا، ۱۳۹۴، «بررسی عوامل موثر بر تغییر نگرش خانواده‌های ایرانی در خصوص کم‌فرزندآوری با نگاه سیاست‌های جمعیتی»، در: *کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی*، مرکز همایش‌های بین‌المللی صدا و سیما.
 متقی هندی، حسام‌الدین، ۱۴۱۳ق، *کنز العمال*، بیروت، مؤسسه الرساله.

مجلسی، محمدباقر، ۱۴۰۳ق، *بحارالانوار*، تحقیق جمعی از محققان، بیروت، دار احیاء التراث العربی.
 محدث نوری، حسین، ۱۴۰۸ق، *مستدرک الوسائل*، بیروت، دار الوفاء.
 مفصل بن عمر، توحید مفصل، ترجمه محمدباقر مجلسی، تهران، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، ۱۳۷۹ش.
 محمدی، نعیمه و بتول صیفوری، ۱۳۹۶، «بررسی جامعه‌شناختی عوامل موثر بر ترجیح باروری زنان»، *زنان و خانواده*، ش ۳۶، ص ۴۹-۷۰.

مصباح یزدی، محمدتقی، ۱۳۹۱، *اخلاق در قرآن*، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
 موسوی، سیده‌فاطمه و مهدیه‌سادات قافله‌باشی، ۱۳۹۲، «بررسی جایگاه و نگرش به فرزندآوری در خانواده‌های شهر قزوین»، *مطالعات زن و خانواده*، دوره اول، ش ۲، ص ۱۱۱-۱۳۴.

نادری، عزت‌الله و مریم سیف نراقی، ۱۳۸۷، *روش‌های تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی*، تهران، ارسباران.

- Ajzen I. & Klobas J, 2013, "Fertility intentions: An approach based on the theory of planned behavior", *Demographic Res*, N. 29 (8), p. 203-232.
- Aronson, E, Wilson, T.D, Akert, R.M & Sommers, S.R, 2016, *Social Psychology*, New York, Pearson Education, Ninth Edition.
- Barber JS., 2001, "Ideational influences on the transition to parenthood: Attitudes toward childbearing and competing alternatives", *Social Psychology Quarterly*, V. 64, N. 2, p 101-127.
- Bohner, Gerd, Wanke, Michaela, 2002, *attitudes and attitude change*, Psychology Prees, New York.
- Brauner-Otto SR , 2013, "Attitudes about Children and Fertility Limitation Behavior", *Popul Res Policy Rev*, N. 32 (1), p. 1-24.
- Soderberg M. Lundgren I. Christensson K.Hildingsson I.,2013, "Attitudes toward fertility and childbearing scale: an assessment of a new instrument for women who are not yet mothers in Sweden", *BMC Pregnancy and Childbirth*, N. 13, p 197-205.
- Morgan, s.p, 2008, "Is low fertility a 21st century demographic crisis?", *Demography*, N. 40, p. 589-603.

ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه اولیه انصاف براساس منابع اسلامی

abakhtiyari1364@chmail.ir

ابوالفضل بختیاری / کارشناس ارشد روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

mirderikvandi@qabas.net

رحیم میردریکوندی / استادیار گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

bonyani.1386@yahoo.com

محمد رضا بنیانی / دکتری روان‌شناسی بالینی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی

دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۰۶ - پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۱۶

چکیده

این پژوهش با هدف ساخت پرسش‌نامه اولیه انصاف، براساس منابع اسلامی انجام گرفت. از روش تحلیل محتوا و روش نمونه در دسترس، ۱۰۰ نفر از سرایان آموزشی مرکز آموزش عمومی شهید بیگلری ناجا، شهرستان مشکین شهر استان اردبیل، بهره برده شد. برای بررسی روایی محتوا، مؤلفه‌های دارای شاخص CVI ۰/۹۹ به بالا و گویه‌های دارای شاخص CVI ۰/۸۷ به بالا، تأیید شد. روایی ملاک با محاسبه ضریب همبستگی این پرسش‌نامه ۰/۷۱۱ بوده و در سطح ۰/۰۰ معنادار است. مؤلفه‌های نظری این پژوهش که مورد تأیید کارشناسان قرار گرفت، عبارتند از: خوف الهی، عدم تعصب کورکورانه، یکسان‌انگاری خود - دیگری، مدیریت شهوات و هوس‌ها، عدم ترجیح افراد در موقع حکم، گفتن حق تحت هر شرایطی (هرچند بر ضرر خویش) و سوءاستفاده نکردن از قدرت و جایگاه. پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹۷ برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: انصاف، ساخت، پرسش‌نامه، روایی و پایایی.

دانشمندان علم اخلاق در آثار خدا «انصاف» را به‌عنوان یکی از فضائل مورد بررسی قرار داده‌اند. یکی از نشانه‌های مهم اخلاق حسنه و آداب معاشرت، انصاف است؛ چون بسیاری از مردم در مرحله‌ی ادعا و حرف، به خوبی از عهده‌ی آن برمی‌آیند، ولی هنگامی که در مرحله‌ی عمل کسانی که حقیقتاً انصاف را رعایت کنند، بسیار اندک‌اند. امیرمؤمنان علی علیه السلام فرمود: «... فالحق أوسع الأشياء في التواصف و أصدقها في التناصف...» (نهج البلاغه، ۱۳۷۹، خطبه ۲۱۶)، دایره‌ی حق در مقام توصیف و تعریف از هر چیز، گسترده‌تر است. اما هنگام عمل؛ یعنی ادای حق و عمل به آن، از هر چیز تنگ‌تر و محدودتر است. مقصود این است که بسیاری از مردم، حق را خوب تعریف و توصیف می‌کنند، اما در مقام عمل، خود را در تنگنا می‌بینند و به‌آسانی حاضر نیستند حق را به حق‌دار بسپارند (مهدوی کنی، ۱۳۸۶، ص ۵۷۰).

قرآن کریم، مردم را دعوت می‌کند که در همه‌ی شرایط و در همه‌ی حالات، عدالت و انصاف را رعایت کنند: «ان الله يأمر بالعدل و الاحسان» (نحل: ۹۰)، در تفسیر این آیه آمده است: قال علی علیه السلام: فی قوله تعالی: «ان الله یأمر بالعدل و الاحسان». العدل الانصاف و الاحسان التفضل (عباشی، ۱۳۹۵، ترجمه صالحی، ج ۲، ص ۲۶۷).

انصاف در روان‌شناسی اجتماعی، در بحث پویایی‌های گروه و جاذبه‌های میان‌فردی مطرح شده است. عدالت‌ورزی در یک گروه، بهترین وسیله برای بقای آن و مایه‌ی نشاط و پویایی گروه است. رعایت انصاف، که بعدی از عدالت‌ورزی محسوب می‌شود، به دلیل قوت بخشیدن به روابط اعضا و تداوم آن، به استمرار گروه کمک می‌کند. صمیمیت بیشتر در روابط عاطفی و علاقه‌مندی به گروه و رهبری، از آثار رعایت انصاف در گروه است (آذربایجانی و همکاران، ۱۳۸۷، ص ۴۲۱).

در روان‌شناسی مثبت، که بر توانمندی‌ها و داشته‌های فرد تأکید دارد، شش دسته از فضائل اخلاقی را که هر یک دارای توانمندی‌هایی می‌باشد، مطرح و تحلیل کرده‌اند و برای هر فضیلتی، چند توانمندی را مطرح نموده‌اند که یکی از آن توانمندی‌ها، انصاف است؛ روان‌شناسان، انصاف را چنین تعریف می‌کنند: سوگیری نداشتن در تصمیم‌ها و قضاوت‌های خود، کنار گذاشتن تعصب‌های گروهی، قومی و نژادی (پترسون و سلینگمن، ۲۰۰۴، ج ۱، ص ۸۷).

از دیدگاه بوربا (Borba؛ ۲۰۰۵)، هوش اخلاقی شامل هفت فضیلت: همدلی، وجدان، خویشتن‌داری، احترام، مهربانی، بردباری و انصاف است. بوربا، در تعریف انصاف می‌نویسد: انتخاب اینکه فرد با سعه‌ی صدر باشد و عادلانه و غیرمفرضانه رفتار کند (بوربا، ۱۳۹۰، ص ۳۱). افراد با انصاف، این شجاعت را دارند که از کسانی که با بی‌انصافی با آنها رفتار شده، جانبداری کنند. همچنین خواهان آن باشند که با تمامی مردم، صرف‌نظر از نژاد، فرهنگ، ظاهر، جنسیت، موقعیت اقتصادی، توانایی، یا مذهب به‌طور یکسان و عادلانه رفتار شود و آنها این کار را می‌کنند (همان، ص ۲۷۵). انصاف، محصولی از قضاوت اخلاقی است؛ فرایندی که توسط مردم تعیین می‌شود که چه چیزی اخلاقاً صحیح، چه چیزی اخلاقاً ناصحیح (غیرمنصفانه رفتار کردن) و چه چیزی اخلاقاً بد است (همان، ص ۳۹۱).

انصاف، هرچند با عدالت مشترکاتی با هم دارند، ولی به معنای عدل تلقی نشده است؛ زیرا از نظر کتب لغت، بین عدل و انصاف تفاوت است؛ «عدل» در مقابل «ظلم و ستم» می‌باشد، ولی «انصافی» در مقابل «تعصب و حمیت» قرار دارد.

انصاف، تقسیم برابر و بیشتر در امور حسی است. درحالی‌که عدالت در امور محسوس و غیر آن، و انجام گرفتن متناسب امور است. از این رو، بریدن دست دزد را عدل می‌نامند، ولی انصاف نمی‌نامند (عسکری و جزایری، ۱۴۱۰ق، باب ۱۸، ص ۱۹۴).

برخی از صفات اخلاقی و شخصیتی، تأثیر بیشتری در ارتباطات افراد دارند، که انصاف از جمله آنهاست. اهمیتی را که عالمان دینی برای فضیلت انصاف قائل هستند، به دلیل اهمیت و تأکیدی است که متون روایی نسبت به این فضیلت وجود دارد؛ مانند این روایت که امیرمؤمنان علی علیه السلام، درباره اهمیت این فضیلت می‌فرماید: «مع الإنصاف تدوم الأخوه» انصاف، دوستی را پایدار می‌کند (نوری طبرسی، بی تا، ج ۱۱، ص ۳۱۰).

«انصاف» در لغت، مصدر باب افعال، از ماده «نصف» است، «أنصفت الرجل إنصافاً عاملته بالعدل و القسط» (فیومی، ۱۳۷۲، ج ۲، ص ۶۰۸). «انصاف» عبارت است از: تقسیم چیزی به دو قسمت برابر؛ نصف آن را به دیگری دادن و نصف دیگر را گرفتن بدون هیچ زبادی و کمی (عسکری، ۱۴۱۰ق، ص ۸۰). انصاف، واژه‌ای عربی به معنای «نیمه چیزی» است (راغب اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ص ۸۱۰). در متون لغوی فارسی، این معانی برای واژه «انصاف» بیان شده است: «داد دادن»، «عدل و داد کردن»، «راستی کردن»، «به نیمه رسیدن»، «نیمه چیزی گرفتن» و «میانه روی» (دهخدا، ۱۳۷۷، ج ۳، ص ۳۵۵۸).

واژه «fairness» در زبان انگلیسی، معادل همان معنای انصاف در زبان عربی و فارسی است که در معنای «بی طرفی»، «صداقت»، «رهبایی از منفعت شخصی و هرگونه پیش‌داوری» به کار می‌رود (سایت نورمگز به نقل از مقاله مفهوم انصاف در اخلاق اسلامی و نسبت آن با قاعده زرین، ص ۴۲ و ۴۳). کاربرد واژه «fair»، هم‌تراز equity (انصاف) زمانی بعد در انگلیسی، دوره وسطی باب شد (آمارتیا، ۱۳۹۱، ص ۱۰۸).

در ادب پارسی، نصف چیزی را گرفتن و برابری بین دو طرف است. به معنای قسط، دادگری، عدل و معدلت، حق، احقاق حق کردن، انصاف دادن، انصاف کردن نیز، فراوان آمده است (دهخدا، ۱۳۷۷، ذیل واژه انصاف).

انصاف این است که اعطا کنی به دیگران از حق، مانند حقی که از دیگران برای خود طلب می‌کنی (حسینی زبیدی، ۱۴۰۸ق، ج ۲۴، ص ۴۱۳). به عبارت دیگر، انصاف، عبارت است از: یکسان‌نگری و یکسان‌رفتاری خود و دیگران، به گونه‌ای که انسان خود را چون دیگران و دیگران را همانند خود ببیند و در مورد خود و دیگران، یکسان ببیند و یکسان رفتار کند (جمشیدی، ۱۳۸۰، ص ۱۶۶). انصاف، پاس داشتن عدل و داد و رعایت حق مردمان و با آنان به راستی رفتار کردن است (دلشاد تهرانی، ۱۳۷۶، ص ۹۸).

انصاف، یکی از فضایل اخلاقی است که این‌گونه تعریف می‌گردد: «انصاف به معنای اقرار به حقوق دیگران و ادای آن می‌باشد؛ یعنی نسبت به دیگران داوری عادلانه داشته و تعصب‌های گروهی، قومی و نژادی را کنار گذاشته و سنجگری در تصمیم‌ها و قضاوت‌های خود نداشته باشیم و خود را جای دیگران گذاشته و حق را اگرچه با دیگران باشد بپذیریم».

مفهوم «انصاف»، یک مفهوم اخلاقی است و در روان‌شناسی و منابع اسلامی، به یک معنا به کار رفته است؛ یعنی هم در حوزه اخلاق و هم در حوزه روان‌شناسی، دارای یک مفهوم است. بنابراین، محقق در این پژوهش انصاف را در اخلاق و مفاهیم شبیه به آن مانند عدالت، تنصیف، استقامت بر حق و قسط و مفاهیم مخالف آن؛ یعنی تعصب و حمیت را مورد بررسی قرار داده است. در تعریف انصاف، در منابع اسلامی و روان‌شناسی، تشابه زیادی وجود دارد و در هر دو حوزه، مربوط به روابط میان فردی می‌شود. از انصاف در روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی مثبت و هوش اخلاقی بحث شده است.

انصاف در روان‌شناسی اجتماعی، در بحث پویایی‌های گروه و جاذبه‌های میان‌فردی مطرح شده است. رعایت انصاف، که بعدی از عدالت‌ورزی محسوب می‌شود، به دلیل قوت بخشیدن به روابط اعضای گروه و استمرار آن، به استمرار گروه کمک می‌کند. صمیمیت بیشتر در روابط عاطفی و علاقه‌مندی، به گروه و رهبری، از آثار رعایت انصاف در گروه است (آذربایجانی و همکاران، ۱۳۸۷، ص ۴۲۱).

برخی از صفات اخلاقی و شخصیتی، تأثیر بیشتری در جاذبه‌های میان‌فردی دارند که انصاف از جمله آنهاست. از رموز موفقیت در استحکام و تداوم دوستی، رعایت انصاف در برخورد با دیگران، به‌ویژه دوستان است (همان، ص ۲۶۵).

در حالت گروهی، فرد به جای پیگیری و پاسخ به نتایج مادی فردی، عمدتاً به آنچه برای گروه خوب است و آنچه می‌تواند برای رسیدن به هدف‌های گروهی انجام دهد، علاقه نشان می‌دهد. هنگامی حس گروهی در انسان برانگیخته می‌شود که احساس برخورد منصفانه داشته باشد و در صورت داشتن احساس برخورد غیرمنصفانه، حس گروهی در انسان از بین می‌رود (رضائیان، ۱۳۸۴، ص ۷۵). افراد، انصاف را برای تنظیم روابطشان با دیگران به کار می‌برند. به عبارت دیگر، افرادی که با آنان منصفانه برخورد می‌شود، بدون چون و چرا، می‌توانند با برخوردهای منصفانه خود، پاسخ‌های مطلوب در جهت هدف‌های سازمان یا محل کارشان ارائه دهند (همان، ص ۸۳ و ۸۴).

در روان‌شناسی مثبت، که بر توانمندی‌ها و داشته‌های فرد تأکید دارد، شش دسته از فضائل اخلاقی را که هریک دارای توانمندی‌هایی است، مطرح و تحلیل کرده‌اند. برای هر فضیلتی، چند توانمندی را مطرح کرده‌اند که یکی از آنها، «انصاف» می‌باشد (پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴، ج ۱، ص ۸۷).

انصاف موجب می‌شود تا کودک با دیگران عادلانه، منصفانه و بی‌طرفانه رفتار کند. بنابراین، با رعایت قانون، نوبت و شراکت با دیگران، بازی کند و پیش از قضاوت، همه جوانب را کاملاً بسنجد؛ چون این فضیلت، حساسیت

اخلاقی کودک شما را افزایش می‌دهد. این شجاعت را خواهد داشت تا از کسانی که در حقشان بی‌عدالتی شده است، حمایت کند و خواستار این باشد که با همه مردم به‌طور یکسان رفتار شود (بوربا، ۱۳۹۰، ص ۳۰).

ضدعصبیت و کتمان حق، انصاف و ایستادن بر حق است و این دو، از صفات کمالیه هستند و صاحب آنها در دنیا و آخرت عزیز و محترم و در نزد خالق و خلق، مقبول و مکرم است (نراقی، ۱۳۹۰، ص ۳۰۳). انصاف، که خود را به جای دیگران گذاشتن و حق را اگرچه با دیگران باشد، پذیرفتن است، ضدکتمان حق و حق‌ستیزی است؛ عدم انصاف و عصبیت تعصب نابجا، برآیند افراط در قوه غضبیه است (طباطبائی، ۱۳۸۹، ج ۱۳، ص ۲۱۴). انصاف داشتن با مردم، که از زیباترین خصلت‌های اخلاقی است، از نظر لغت به معنای اقرار به حقوق مردم و ادای آنهاست (انصاریان، ۱۳۸۶، ص ۳۸۲). «انصاف دل‌ها را به یکدیگر پیوند می‌زند» (تیمی آمدی، ۱۳۶۶، ح ۱۱۳۰). رعایت انصاف، از قضاوت عجولانه جلوگیری می‌کند و ریشه‌های اختلاف را می‌زداید (همان، ح ۱۷۰۲). از این‌رو، اشخاص بالانصاف، یاران و دوستان بسیاری دارند (همان، ح ۲۱۱۶).

انصاف به معنای به عدل و داد رفتار نمودن و نسبت به دیگران داوری عادلانه داشتن است. از رموز موفقیت در استحکام و تداوم دوستی، رعایت انصاف در برخورد با دیگران به‌ویژه دوستان است (آذربایجانی و همکاران، ۱۳۸۷، ص ۲۶۵). انصاف، در روابط اجتماعی؛ یعنی سود و زیان را میان خود و دیگران تقسیم کردن و در مقام داوری، حقوق طرفین دعوا را به طور برابر رعایت کردن. خلاصه، انصاف از روح گذشت و احترام به حقوق دیگران ناشی می‌شود و شخص منصف، کسی است که برای دیگران حقوق برابر قائل باشد و مزایای زندگی را میان خود و مردم تقسیم کند. بعضی از مردم، دیگران را به انصاف توصیه می‌کنند، ولی شخصاً انصاف را نسبت به سایرین رعایت نمی‌کنند. بدین ترتیب، در روایاتی که راجع به انصاف وارد شده، عبارت «انصاف الناس من نفسک» آمده است؛ یعنی آنجا که میان خود و مردم به قضاوت می‌نشین، از خود مایه گذار و دیگران را صاحب حق بدان و حقوقی را که نسبت به تو دارند، رعایت کن (همان، ص ۵۷۱).

تعریف منتخب، «انصاف به معنای اقرار به حقوق دیگران و ادای آن می‌باشد؛ یعنی نسبت به دیگران داوری عادلانه داشتن و تعصب‌های گروهی، قومی و نژادی را کنار گذاشتن و سوگیری در تصمیم‌ها و قضاوت‌های خود نداشتن و خود را جای دیگران گذاشتن و حق را اگرچه با دیگران باشد، پذیرفتن است».

یکی از کارهایی که اخیراً در روان‌شناسی انجام می‌شود، این است که مفاهیم و سازه‌ها را با ساخت پرسش‌نامه و آزمون، کمی‌سازی می‌کنند. بسیاری از سازه‌ها و مفاهیمی که در روان‌شناسی معاصر تعریف، اندازه‌گیری و به‌کار برده می‌شود، در کشورها و فرهنگ‌های توسعه‌یافته است که در برخی موارد، به شکل بنیادی با سایر فرهنگ‌ها، به‌ویژه فرهنگ‌هایی که شالوده‌آسانی آنها بر دین و آموزه‌های دینی قرار دارد، به گونه قابل ملاحظه‌ای متفاوت است که از جمله این مفاهیم و سازه‌ها مفهوم انصاف و پرسش‌نامه‌های مرتبط با آن است.

با توجه به اینکه هدف ابتدایی این پژوهش، تعیین مؤلفه‌ها و تهیه پرسش‌نامه انصاف براساس منابع اسلامی

است. از سوی دیگر، با توجه به تأکید فراوانی، که در منابع اسلامی بر رعایت انصاف وجود دارد، ساخت یک ابزار معتبر و روا که بتواند انصاف را براساس منابع دینی اندازه‌گیری کند، ضرورت می‌یابد. این امر، می‌تواند با مفهوم انصاف در روان‌شناسی، سازه‌ای جدید در ساختار یک پرسش‌نامه ارائه دهد تا مسیر را برای سایر پژوهشگران هموار کرده و نتایج مثبتی به دست آورد. از این رو، کمی‌سازی سازه‌ها و مفاهیم روان‌شناختی و اخلاقی و تهیه ابزارهای روان‌شناختی در تحقیقات، یکی از نیازهای اساسی و یکی از اهداف این پژوهش است. همان‌طور که بسیاری از سازه‌ها و مفاهیمی که در روان‌شناسی معاصر تعریف، اندازه‌گیری و به کار برده می‌شوند و حتی پژوهشی که انصاف را از نگاه روان‌شناختی مورد بررسی قرار دهد، یافت نشد. به عبارت دیگر، هنوز پژوهش مستقلی در مورد غفلت، تعریف دقیق و بیان مؤلفه‌ها، آسیب‌ها و نشانه‌های آن با استفاده از منابع اسلامی و ساخت پرسش‌نامه آن براساس آیات و روایات انجام نشده است. افزون بر اینکه، پژوهشی در زمینه بررسی تطبیقی انصاف در روان‌شناسی و منابع اسلامی به چشم نمی‌خورد. ضرورت دیگر اینکه، پرسش‌نامه‌ای مبتنی بر فرهنگ اسلامی، به‌صورتی که کاملاً منابع روایی و آیات قرآن را شامل شود، ساخته نشده است.

کاستی‌های پژوهش‌های قبلی در این است که در کشور ما تاکنون پژوهش‌ها، بیشتر به معرفی جنبه مفهومی انصاف متمرکز بوده‌اند که در این زمینه نیز با کاستی و نقص‌های قابل توجهی روبه‌رو بوده‌اند. در واقع، براساس منابع اسلامی، اقدام به تهیه مؤلفه‌های انصاف و ساخت پرسش‌نامه کاملی برای سنجش آن صورت نگرفته است. از این رو، در این پژوهش به پرسش‌های زیر پاسخ داده خواهد شد:

مؤلفه‌های مفهومی انصاف در منابع اسلامی کدام‌اند؟ روایی محتوایی و ملاک این مقیاس چگونه است؟ از چه میزان پایایی برخوردار است؟

روش پژوهش

این تحقیق به لحاظ هدف، پژوهشی از نوع تحقیق و توسعه است. به لحاظ جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از دو روش تحلیل محتوا و پیمایشی استفاده شده است. از روش «تحلیل محتوا» برای بررسی، توصیف، دسته‌بندی، مقایسه، تجزیه و تحلیل مفاهیم محتوای آشکار پیام‌های موجود در متون دینی، مرتبط با موضوع به کار گرفته شده است (شریعتمداری، ۱۳۸۸، ص ۷۷). از سوی دیگر، چون هدف نهایی این پژوهش، ساخت پرسش‌نامه اولیه در زمینه انصاف است، مستلزم ارزیابی روایی و پایایی آن، به صورت میدانی است. به همین دلیل، می‌توان روش تحقیق در این قسمت پژوهش را «پیمایشی» دانست.

جامعه آماری این پژوهش، شامل سربازان آموزشی مرکز آموزش عمومی شهید بیگلری ناجا مشکین‌شهر (در پنج مقطع سیکل، دیپلم، فوق‌دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد در سال ۹۸) هستند. حجم این جامعه، به طور تقریبی برابر با ۱۵۰۰ نفر می‌باشند. تعداد ۱۰۰ نفر از این جامعه، به‌عنوان نمونه انتخاب شد.

ابزار پژوهش این تحقیق، پرسش‌نامه محقق‌ساخته‌ای است که در فرایند پژوهش، پایایی و روایی آن محاسبه می‌شود.

روش جمع‌آوری داده‌ها: در این پژوهش، داده‌ها طی دو مرحله جمع‌آوری شد. مرحله اول، مربوط به مفهوم‌شناسی «انصاف» براساس منابع اسلامی و مرحله دوم، مربوط به ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه بود. **شیوه اجرا:** مراحل ساخت پرسش‌نامه انصاف، براساس منابع اسلامی و روش انجام کار به شرح زیر بود:

مرحله اول: تدوین مفهوم «انصاف» براساس منابع اسلامی بوده که شامل آیات و روایات موجود در منابع اسلامی می‌باشد. این مرحله، در طی چند گام انجام گردید. در گام نخست، آیات قرآن و روایات معصومان^{علیهم‌السلام} جمع‌آوری شد. در گام دوم، آیات قرآن و گزاره‌های روایی برای استخراج مؤلفه‌ها، بررسی شد. در گام سوم، مفاهیم استخراج‌شده از گزاره‌های دینی در مورد انصاف مشخص، توصیف و تبیین شد. در گام چهارم، با استفاده از این مؤلفه‌ها، تعریفی جدید از مفهوم «انصاف» در منابع اسلامی مطرح شد.

مرحله دوم: گویه‌های پرسش‌نامه براساس گزاره‌های دینی تدوین شدند. این کار، براساس مؤلفه‌های مفهومی استخراج شده و اصول روان‌سنجی انجام شد. برای طراحی این گویه‌ها، طبق نظر کارشناسان، نکاتی مورد توجه قرار گرفت: محدود کردن هر گزاره به یک مفهوم، کاربرد ساده‌ترین عبارات، تعداد گویه‌های ابتدایی هم بیشتر در نظر گرفته شد؛ چراکه در مراحل تجدیدنظر و تجزیه و تحلیل، احتمالاً تعدادی از آنها حذف می‌شوند. در نتیجه، در ابتدا ۷۲ گویه طراحی شد و (CVR، CVI) بررسی شد. در این مرحله، از نظر ۱۰ نفر از کارشناسان علوم اسلامی و روان‌شناسی، در هر دو بخش (مؤلفه‌ها و گویه‌ها) استفاده شد. در این بخش، دو جدول جداگانه برای مؤلفه‌ها و گویه‌ها، براساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای در بخش مطابقت و براساس لیکرت سه درجه‌ای در بخش ضرورت طراحی و در اختیار کارشناسان قرار گرفت و ۲۸ گویه در این بخش تأیید گردید.

مرحله چهارم: ۲۸ گویه مذکور بین ۱۰۰ نفر از سربازان آموزشی مرکز آموزش عمومی شهید بیگلری ناجا مشکین شهر، اجرا شد. برای بررسی روایی محتوا، از روش CVR و CVI و برای بررسی پایایی این پرسش‌نامه، از روش محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد.

پرسش‌نامه «انصاف» در فرم لیکرت، پنج درجه‌ای طراحی و به‌صورت معکوس نمره گردید. در اجرای پرسش‌نامه، در نمونه ۱۰۰ نفری مشخص شد که حداقل نمره (۲۸)، نشانگر «انصاف پایین» و حداکثر نمره (۱۴۰) نشان‌دهنده «انصاف بالا» است.

یافته‌های پژوهش

در یافته‌های پژوهش، محقق ۷ مؤلفه نظری را که از منابع اسلامی (آیات و روایات) استخراج شده بود، را در اختیار ۱۵ کارشناس قرار داد که از بین این تعداد، ۱۰ نفر از کارشناسانی که نظر خود را ارائه کرده بودند، جمع‌آوری شد و پس از بررسی روایی محتوایی، ۷ مؤلفه نظری تأیید شد.

جدول ۱: بررسی CVI و CVR مؤلفه‌ها

ردیف	مؤلفه‌ها	نمره CVR	نمره CVI
۱	ترس از خدا	۰/۸	۰/۹
۲	عدم تعصب کورکورانه	۰/۸	۱
۳	یکسان‌انگاری خود - دیگری	۱	۱
۴	مدیریت شهوات و هوس‌ها	۱	۱
۵	عدم ترجیح افراد در موقع حکم	۱	۱
۶	گفتن حق تحت هر شرایطی (هر چند بر ضرر خویش)	۰/۸	۱
۷	سوءاستفاده نکردن از قدرت و جایگاه	۱	۱

حال باید در بخش ضرورت (CVR)، مؤلفه‌ای که کمتر از ۰/۶۲ و در بخش مطابقت (CVI) مؤلفه‌ای که کمتر از ۰/۷۹ نمره داشت، حذف می‌شد که هیچ‌یک از مؤلفه‌ها حذف نشد، لذا ۷ مؤلفه تأیید شد.

جدول ۲: مؤلفه‌های تأیید شده

مؤلفه‌ها:
ترس از خدا
عدم تعصب کورکورانه
یکسان‌انگاری خود - دیگری
مدیریت شهوات و هوس‌ها
عدم ترجیح افراد در موقع حکم
گفتن حق تحت هر شرایطی (هر چند بر ضرر خویش)
سوءاستفاده نکردن از قدرت و جایگاه

این مؤلفه‌ها و تبیین آنها به شرح زیر است:

۱. **ترس از خدا:** این مؤلفه، اولین مؤلفه از مفهوم انصاف و به‌معنای این است که برای افراد متقی و خداترس، رفتار منصفانه با مردم اهمیت زیادی دارد. آنان باید در زندگی روزمره و تعامل با مردم، انصاف را رعایت می‌کنند، و تلاششان بر این باشد که با دیگران منصفانه رفتار کنند. به عبارت دیگر، این مؤلفه بیانگر این است که هر فردی اگر ترس از خدا در وجودش نباشد، به‌راحتی حق دیگران را زیر پا می‌گذارد و انصاف را رعایت نمی‌کند. امام کاظم علیه السلام فرمود: «در نهان از خدا بترسید تا از خود انصاف دهید» (به حق قضاوت کنید اگرچه به زیانتان باشد، و چنین نکند جز کسی که در نهان از خدا بترسد) (کلینی، ۱۳۷۵، ج ۲، ص ۴۵۷).

۲. **عدم تعصب کورکورانه:** این مؤلفه، دومین مؤلفه از مفهوم انصاف است و به‌معنای این است که ویژگی انصاف، موجب می‌شود که انسان، تعصب بی‌جا از خود نشان ندهد. به عبارت دیگر، با وجود اینکه از یک قوم و قبیله و نژاد هستند، حق را به حق‌دار می‌دهد و به‌دلیل نسبت فامیلی، تعصب بی‌جا به خرج نمی‌دهد و حق دیگران را زیر پا نمی‌گذارد. خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرماید: «... دشمنی با گروهی دیگر وادارتان نکند که عدالت نورزید...» (مائده: ۸).

۳. **یکسان‌نگاری خود - دیگری:** این مؤلفه، سومین مؤلفه از مفهوم انصاف است و به معنای این است که ویژگی انصاف، مانع از آن است که انسان در رسیدن به حق، خود را برتر از دیگران بداند؛ یعنی آنچه را برای خود می‌پسندد، برای دیگران نیز می‌پسندد. آنچه را برای خود نمی‌پسندد، برای دیگران نیز نمی‌پسندد؛ یعنی در تقسیم چیزی میان خود و دیگری، حق دیگران را زیر پا نمی‌گذارد و برای دیگران، سهمی به اندازه سهم خود قائل است.

۴. **مدیریت شهوات و هوس‌ها:** این مؤلفه، چهارمین مؤلفه از مفهوم انصاف است و به معنای این است که انسان، گاه به علت پیروی از شهوات، انصاف را زیر پا می‌گذارد. به عبارت دیگر، این نفس سرکش انسان، آدمی را به زشتی‌ها و پلیدی‌ها دعوت می‌کند و خواهان پیروی از خویش است. امیرمؤمنان علی علیه السلام خطاب به مالک رضی الله عنه / شتر نخعی فرمودند:

ای مالک، ... بر هوا و هوس مسلط باش، نفس را بخیلانه از ناروا بازدار که بخل به نفس انصاف درباره آن است در آنچه دوست دارد یا ندارد (گاه مطلوب نفس به زیان است و نامطلوبش به سود، پس انصاف در حق او این است که در هر جا مصلحتش را رعایت کنی نه خواسته‌اش را) مهر و محبت، لطف و احسان برعیت را در دل پیروز (نهج البلاغه، ۱۳۷۹، نامه ۵۳، ص ۲۹۸).

۵. **عدم ترجیح افراد در موقع حکم:** این مؤلفه، پنجمین مؤلفه از مفهوم انصاف است و به معنای این است که شخص منصف موقع حکم کردن، آشنا و غریبه برایش تفاوتی ندارند. به درستی که از عدل است اینکه انصاف کنی در حکم و اجتناب نمایی از ستم «ان من العدل ان تنصف فی الحکم و تجتنب الظلم» (نهج البلاغه، ۱۳۷۹، کلمات قصار)؛ یعنی عدل همین نیست که کسی خود ستم نکند بر دیگری، بلکه از جمله عدل است نیز این که انصاف کند در حکم و ظلم نکند در آن؛ یعنی هر گاه حکم کند، میان دو کس هر دو برابر باشند. در نظر او و به هیچ وجه احدی را ترجیح ندهد بر دیگری و ستم نکند در حکم میان ایشان به سبب میل به یک طرف، به اعتبار دوستی با او، یا دشمنی با طرف دیگر و مانند آنها از اسباب.

۶. **گفتن حق تحت هر شرایطی (هرچند بر ضرر خویش):** این مؤلفه، ششمین مؤلفه از مفهوم انصاف است و به معنای این است که افراد منصف اقرار به حق می‌کنند، هرچند بر ضرر خویش؛ یعنی اگرچه حق با طرف مقابل باشد. امام صادق علیه السلام فرمودند: «عاقل کسی است که در قبول کردن حق آرام و نرم باشد و در مقابل، قول حق انصاف بدهد و سرکش باشد در مقابل باطل، و با قول باطل و ناحق مخالفت کند و از منافع دنیوی دست می‌کشد، ولی از آخرت صرف نظر نمی‌کند. خداوند متعال نیز انسان را فطرتاً پاک آفریده است و فطرتاً به دنبال حق است و از اعتراف به حق خرسند می‌شود (مصطفوی، ۱۳۶۰، ص ۱۵۹).

۷. **سوء استفاده نکردن از قدرت و جایگاه:** این مؤلفه هفتمین مؤلفه از مفهوم انصاف است و به معنای این است که افراد بالانصاف از پست و مقام خود سوءاستفاده نمی‌کنند. بهتر از همه مردم، کسی است که... در عین قوت انصاف دهد و در حال قدرت بردباری کند (پاینده، ۱۳۸۲، ص ۱۰۶). انصاف دادن برای کسانی که پست‌تر و کوچک‌تر از او هستند. «زكاة القدرة الانصاف»: زکات توانایی، انصاف است؛ یعنی انصاف ورزیدن با مردم و حیف و میل نکردن بر ایشان به‌عنوانی که گویا هر کسی را با خود برابر می‌داند و خود را نصف می‌داند و او را نصف (مصطفوی، ۱۳۶۰، ص ۱۰۵).

حال با توجه به مؤلفه‌های به‌دست‌آمده از منابع اسلامی و با توجه به تعاریف هریک از این مؤلفه‌ها، می‌توان گفت: انصاف براساس منابع اسلامی، یکی از فضایل اخلاقی است که این‌گونه تعریف می‌شود: «انصاف به معنای اقرار به حقوق دیگران و ادای آن است؛ یعنی نسبت به دیگران داوری عادلانه داشته و تعصب‌های گروهی، قومی و نژادی را کنار گذاشته و سوگیری در تصمیم‌ها و قضاوت‌های خود نداشته باشیم و خود را جای دیگران گذاشته و حق را اگر چه با دیگران باشد بپذیریم».

پس از اشاره به مؤلفه‌های نظری پرسش‌نامه انصاف، در ادامه به مباحث آماری، که اعتبار و روایی این پرسش‌نامه را می‌سنجند، اشاره می‌کنیم. برای اینکه روشن شود، پرسش‌های تدوین شده، آن خصیصه موردنظر را مورد سنجش قرار می‌دهد (روایی)، شیوه‌هایی وجود دارد. استانداردهای مربوط به آزمون‌های تربیتی و روانی، سه روش اصلی را برای این موضوع فهرست کرده است که شامل روایی وابسته به محتوا، وابسته به ملاک و وابسته به سازه است (گراث مارنات، ۱۳۷۵، ص ۴۹).

همان‌طور که اشاره شد، ابتدا ۷۲ گویه طراحی شد. نحوه ساخت گویه‌ها به این شکل بود که با توجه به مستندات آنی که در ذیل هر مؤلفه آمده بود، سعی شد گویه‌های متناسب و مطابق با مفاهیم این مستندات ساخته شود. البته سعی می‌شد که گویه‌ها به شکلی باشد که بتوانند نسبت به آنچه در امور زندگی فرد می‌گذرد، همخوانی داشته باشد. به عبارت دیگر، مخاطب بتواند منظور آن گویه را با توجه به ویژگی‌های خود ارزیابی کند. در ادامه، در بخش روایی محتوا، ۴۴ گویه به دلیل عدم مطابقت با مفهوم انصاف، یا عدم ضرورت حذف شد و ۲۸ گویه برای اجرا باقی ماند. میزان آلفای کرونباخ پرسش‌نامه انصاف، برای برآورد اعتبار آن در جدول زیر نشان داده شده است:

جدول ۳: میزان آلفای کرونباخ در پایایی سنجی نهایی

تعداد نمونه	آلفای کرونباخ	تعداد گویه‌ها
۱۰۰	۰/۷۹۷	۲۸

برای ارزیابی روایی ملاک پرسش‌نامه محقق‌ساخته انصاف اسلامی، محقق به اجرای همزمان آزمون همگرا اقدام کرد. بدین صورت که همزمان با پرسش‌نامه انصاف اسلامی محقق‌ساخته، پرسش‌نامه عدالت (خصوصیات قاضی)، که توسط آقای خرسندی از دانش پژوهان موسسه اخلاق و تربیت ساخته شده، بین ۱۰۰ آزمودنی اجرا شد.

جدول ۴: داده‌های مربوط به روایی ملاکی پرسش‌نامه انصاف اسلامی

پرسش‌نامه عدالت (خورسندی)	پرسش‌نامه انصاف (محقق ساخته)	گویه‌ها	
۰/۷۱۱	۱	همبستگی پیرسون	پرسش‌نامه انصاف (محقق ساخته)
		سطح معناداری	
		تعداد آزمودنی‌ها	
۱	۰/۷۱۱	همبستگی پیرسون	پرسش‌نامه عدالت (خورسندی)
		سطح معناداری	
		تعداد آزمودنی‌ها	
۱۰۰	۱۰۰		

با توجه به جدول (۴)، میزان همبستگی بین دو پرسش‌نامه در سطح $0/00$ برابر $0/711$ می‌باشد. این میزان از همبستگی نشان‌دهنده تأیید روایی ملاک پرسش‌نامه انصاف اسلامی است.

تشابه دو مقیاس: علت این همبستگی معنادار را می‌توان از دو جهت تبیین کرد؛ نخست اینکه یک مؤلفه در این دو مقیاس، شبیه به هم است (مؤلفه عدم پیروی از هوای نفس خود و دیگران، در مقیاس خورسندی با مؤلفه مدیریت شهوات و هوس‌ها در مقیاس انصاف اسلامی). و ثانیاً این شباهت در تعدادی از گویه‌ها هم دیده می‌شود.

تمایز دو مقیاس: از آنجاکه مقیاس خورسندی، فقط به خصوصیات قاضی پرداخته است، از این‌رو، پرسش‌نامه محقق‌ساخته انصاف، جامع‌تر و کلی‌تر از مقیاس خورسندی است؛ به عبارت دیگر، انصاف را به صورت کلی بررسی کرده است و مقید به یک قشر خاصی نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه «انصاف براساس منابع اسلامی» بود. هریک از مؤلفه‌هایی که از آیات و روایات برای انصاف استخراج شده‌اند، مجموعه اجزای تشکیل‌دهنده انصاف می‌باشند؛ اولین مؤلفه انصاف که «ترس از خدا» است؛ یعنی افراد متقی، در تعامل با مردم، انصاف را رعایت می‌کنند. دومین مؤلفه انصاف که «عدم تعصب کورکورانه» است، به معنای این است که انسان، با وجود اینکه از یک قوم و قبیله و نژاد هستند، حق را به حق‌دار بدهد. سومین مؤلفه انصاف یعنی یکسان‌نگاری خود - دیگری است؛ بدین معنا که فردی بتواند در رسیدن به حق، همان اندازه که برای خودش مهم است، به دیگران نیز اهمیت و ارزش قائل شود. چهارمین مؤلفه انصاف که «مدیریت شهوات و هوس‌ها» است؛ یعنی هر کسی اگر بتواند شهوات و هوس‌های خود را کنترل کند، به سهولت می‌تواند در حق دیگران انصاف را رعایت کند. پنجمین مؤلفه انصاف عدم ترجیح افراد در موقع حکم می‌باشد؛ بدین معنا که شخص منصف، موقع حکم کردن، افراد آشنا و غریبه برای او تفاوتی ندارند. ششمین مؤلفه انصاف گفتن حق تحت هر شرایطی هرچند بر ضرر خویش می‌باشد؛ بدین معنا که ویژگی افراد منصف اقرار به حق می‌باشد، هرچند بر ضرر خویش باشد. هفتمین مؤلفه انصاف که «سوءاستفاده نکردن از قدرت و جایگاه» است؛ یعنی افراد باانصاف با زیردستان خود منصفانه رفتار می‌کنند.

نتایج سنجش روایی محتوا و ملاکی نشان داد که این پرسش‌نامه، روایی لازم را برای سنجش انصاف، مطابق با آنچه از اسلام برداشت شده داراست. پایایی پرسش‌نامه نیز با روش همسانی درونی یا ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج فوق نشان داد که پرسش‌نامه از پایایی بالایی برخوردار است؛ به عبارت دیگر، ثبات، پایایی و قابلیت پیش‌بینی و دقت پرسش‌نامه مورد تأیید است؛ یعنی این پرسش‌نامه برای استنباط نمره انصاف در مورد پاسخ‌دهندگان ابزاری مفید، بامعنا و مناسب به‌شمار می‌رود.

منابع

- نهج البلاغه، ۱۳۷۹، تصحیح فیض الاسلام، چ پنجم، تهران، مشرق.
- انصاریان، حسین، ۱۳۸۶، *زیبایی‌های اخلاق*، قم، دارالعرفان.
- آمارتیا کومار، سن، ۱۳۹۱، *دیکشنری انگلیسی-فارسی*، ترجمه عزیزی، تهران، نشر نی.
- آذربایجانی، مسعود، سیدمهدی موسوی اصل، ۱۳۸۷، *درآمدی بر روان‌شناسی دین*، چ دوم، تهران، سمت.
- آذربایجانی، محمدرضا و همکاران، ۱۳۸۷، *روانشناسی اجتماعی با نگرش به منابع اسلامی*، چ سوم، تهران و قم، سمت و پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- بوربا، میکل، ۱۳۹۰، *پرورش هوش اخلاقی در کودکان*، ترجمه فیروزه کاووسی، تهران، رشد.
- پاینده، ابوالقاسم، ۱۳۸۲، *نهج الفصاحه*، تهران، علمی.
- پترسون، کریستوفر و مارتین ای بی سلیگمن، ۲۰۰۴، *روانشناسی مثبت فضایل و توانمندی‌های شخصیت*، ترجمه کورش نامداری و همکاران، اصفهان، یارمانا.
- مصطفوی، حسن، ۱۳۶۰، *ترجمه مصباح الشریعه و مفتاح الحقیقه*، تهران، پیام حق.
- تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد، ۱۳۶۶، *تصنیف غررالحکم و درر الکلم*، تحقیق مصطفی درایتی، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.
- جمشیدی، محمدحسین، ۱۳۸۰، *نظریه عدالت*، تهران، پژوهشکده امام خمینی و انقلاب اسلامی.
- حسینی زبیدی، محمدمرتضی، ۱۴۰۸ق، *تاج العروس*، قم، دارالهدایه.
- دلشاد تهرانی، مصطفی، ۱۳۷۶، *سیره نبوی*، تهران، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- دهخدا، علی اکبر، ۱۳۷۷، *لغت‌نامه*، زیر نظر محمد معین و سیدجعفر شهیدی، تهران، دانشگاه تهران.
- راغب اصفهانی، حسین بن محمد، ۱۴۱۲ق، *مفردات الفاظ قرآن*، بیروت، دارالقلم.
- رضائیان، علی، ۱۳۸۴، *انتظار عدالت و عدالت در سازمان* (مدیریت رفتار سازمانی پیشرفته)، تهران، سمت.
- شریعتمداری، مهدی، ۱۳۸۸، *تحقیق و پژوهش در علوم رفتاری*، تهران، کوهسار.
- فیومی، احمد بن محمد، ۱۳۷۲، *مصباح المنیر فی غریب الشرح الکبیر*، تصحیح محی‌الدین عبدالمجید، قم، دارالهجره.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۳۸۹، *المیزان*، تهران، دارالکتب الاسلامیه.
- عیاشی، محمدبن مسعود، ۱۳۹۵، *تحقیق و ترجمه کتاب تشریح تفسیر العیاشی*، ترجمه عبدالله صالحی، قم، ذوی القربی.
- عسکری، ابوهلال و نورالدین جزایری، ۱۴۱۰ق، *معجم الفروق اللغویه*، قم، بصیرتی.
- کلینی، محمدبن یعقوب، ۱۳۷۵، *اصول کافی*، ترجمه محمدباقر کمره‌ای، قم، اسوه.
- گرات مارنات، گری، ۱۳۷۵، *راهنمای سنجش روانی برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان*، ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو، تهران، رشد.
- مهدوی کنی، محمدرضا، ۱۳۸۶، *اهمیت انصاف در اخلاق جمعی*، چ سوم، قم، قائم آل محمد علیه السلام.
- نوری طبرسی، میرزا حسین، بی‌تا، *مستدرک الوسائل و مستنبط المسائل*، قم، آل‌البتیت علیهم السلام.
- نراقی، مهدی، ۱۳۹۰، *جامع السعادات*، ترجمه کریم فیضی، چ سوم، قم، قائم آل محمد علیه السلام.

ساخت و اعتباریابی مقیاس عزت نفس دینی

vahidreza.pourtaghi@shirazu.ac.ir

sheslami@shirazu.ac.ir

khormae_78@yahoo.com

وحیدرضا پورتقی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شیراز

راضیه شیخ‌الاسلامی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شیراز

فرهاد خرمائی / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه شیراز

دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۲۷ - پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۲

چکیده

هدف این پژوهش، ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش عزت نفس دینی بود. عزت نفس دینی به‌عنوان قضاوت و ارزیابی فرد از خود، به‌عنوان یک فرد دیندار تعریف می‌شود. گویه‌های مقیاس عزت نفس دینی براساس پیشینه پژوهش طراحی شدند. روایی صوری و محتوایی گویه‌ها، از طریق نظرخواهی از ۳۰ تن از استادان متخصص مورد بررسی قرار گرفت. سپس مقیاس روی ۴۱۴ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا شد و با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی، شش عامل تشکیل‌دهنده این مقیاس به شرح زیر مشخص شدند: ارزشمندی دین‌داری، تجربه معنوی جذب، ارزشمندی باورها، ارزشمندی اعمال، خشنودی خداوند و تأیید عمومی دین‌داران. روایی این مقیاس، با استفاده از بررسی همبستگی عوامل به‌دست‌آمده با کل مقیاس و همبستگی با سایر سنجه‌های مرتبط، مورد تأیید قرار گرفت. پایایی آن نیز با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ (۰/۹۶) برای کل مقیاس) مطلوب ارزیابی گردید. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار بوده و می‌تواند به‌عنوان ابزاری کاربردی برای ارزیابی عزت نفس دینی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: عزت نفس، عزت نفس دینی، دین، مقیاس.

خود و هویت افراد بر انگیزه‌ها، احساسات، اعمال، شیوه تفکر و معنادگی و توانایی خودتنظیمی آنان تأثیرگذار است (لیری و تانجنی، ۲۰۱۱، ص ۱۴۸). درواقع، افراد هنگام تصمیم‌گیری نیازی به بررسی جدی سود و زیان انتخاب‌های خود نمی‌بینند، بلکه هویت آنان یک مرجع برای انتخاب و عمل فراهم می‌کند (همان). براین اساس، شناخت ما از خودمان، انتخاب‌های ما را هدایت می‌کند. پژوهش‌ها در زمینه هویت، بر دو بخش محتوا به معنای آنچه افراد به هنگام توصیف خود بیان می‌کنند و قضاوت ارزیابانه، به معنای اینکه افراد چقدر مثبت خودشان را ارزیابی می‌کنند، تمرکز دارند. برخی پژوهش‌ها هر دو بخش را با هم در نظر گرفته‌اند و برخی نیز به‌طور جداگانه به یکی از آنها پرداخته‌اند (همان). بخش بسیار مهمی از هویت، که شامل قضاوت‌های ارزیابانه‌ای افراد از خود است، عزت نفس نامیده می‌شود (اویسرمن و مارکوس، ۱۹۹۸، ص ۵۲). جیمز (۱۹۸۰)، عزت نفس را خشنودی یا ناخشنودی فرد از خود تعریف می‌کند و آن را وابسته به نسبت موفقیت‌ها، به آرزومندی‌های فرد در حوزه‌های مورد توجه‌اش می‌داند (هاربارت، ۲۰۱۸). پوپ، مک‌هیل و کریهد (۱۳۹۱) عزت نفس را به‌عنوان ارزیابی اطلاعات تشکیل‌دهنده خودپنداره، که از احساسات فرد در مورد تمام ابعاد وجودش ناشی می‌شود، تعریف می‌کنند. لارنس (۲۰۰۶) نیز عزت نفس را به‌عنوان ارزیابی عاطفی شخص، از تفاوت بین تصور او از خودش و خودآرمانی‌اش تعریف کرده است. روزنبرگ (۱۹۶۵)، عزت نفس را به‌عنوان نگرش مطلوب و نامطلوب به خود تعریف می‌کند.

با توجه به متون علمی، عزت نفس می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در زندگی انسان داشته باشد. داشتن عزت نفس سالم یک نیاز اساسی انسان است (شیمین، ۲۰۱۷) و چیزی است که انسان‌ها پیوسته برای رسیدن به آن تلاش می‌کنند. بعضی از مردم به خودآنگاره‌ای که بتوانند با آن احساس راحتی کنند، نمی‌رسند و بر اثر شک‌هایی که نسبت به خود دارند، دستخوش ناراحتی و عذاب می‌شوند (شیهان، ۲۰۰۷، ص ۲۰۱). بسیاری از پژوهش‌ها، رابطه مثبت عزت نفس با سازگاری روانی، شادکامی، عواطف مثبت، هموایی، رفتارهای جامعه‌پسند، توانایی رهبری و اخلاقیات (هاربارت، ۲۰۱۸) و رابطه منفی عزت نفس با نشانگان‌های همچون افسردگی، اضطراب (سویسلو و آرت، ۲۰۱۳)، رفتارهای ضداجتماعی (هاربارت، ۲۰۱۸) و عواطف منفی (سویسلو و آرت، ۲۰۱۳) را گزارش کرده‌اند.

تاکنون مدل‌های مختلفی برای توصیف عزت نفس مطرح شده است. براساس بسیاری از مطالعات پیشین، می‌توان عزت نفس را یک سازه چندبعدی دانست (کوپراسمیت، ۱۹۶۷؛ اوبرین، ۱۹۸۰؛ اپشتین، ۱۹۸۰؛ همو، ۱۹۸۶؛ آلدريج و کالین، ۱۹۹۰؛ آلدريج، ۱۹۹۲؛ کولین، ۲۰۱۶؛ رنج، ۲۰۱۶)؛ زیرا اگرچه افراد تمایل دارند در همه زمینه‌هایی که به آنها علاقه دارند، به یک اندازه خوب باشند، ولی شرایط زندگی و محدودیت‌های زیستی و تحولی، این اجازه را به آنها نمی‌دهد (پوپ و همکاران، ۱۳۹۱، ص ۳۸) و عزت نفس هر فرد، به‌واقع می‌تواند در زمینه‌های مختلف متفاوت باشد. برای نمونه *پشتین* (۱۹۸۰، ۱۹۸۶)، ابعاد مختلفی را از قبیل شایستگی، عشق‌ورزی، محبوبیت، استحکام شخصیت، خودکنترلی، خودتأییدی اخلاقی، ظاهر بدن و قابلیت‌های بدنی را برای عزت نفس بیان کرده است. در این زمینه، سیاهه عزت نفس چندبعدی یا (MSEI) را به‌عنوان یک ابزار برای اندازه‌گیری عزت نفس

تهیه کرده است. پوپ و همکاران (۱۳۹۱)، با بیان اینکه عموم افراد به مدرسه می‌روند، نتیجه گرفت که باید عزت نفس افراد در زمینه تحصیلی بررسی شود و از اینکه اغلب افراد در بین خانواده زندگی می‌کنند، نتیجه گرفت که عزت نفس افراد در زمینه خانوادگی بررسی شود. آنها همچنین از این لحاظ که همه افراد یاد می‌گیرند که با دیگران همراهی کنند، لزوم بررسی عزت نفس اجتماعی و از اینکه آنها یاد می‌گیرند قابلیت‌ها و ظاهر متغیر بدنشان را کشف کنند، لزوم بررسی عزت نفس جسمانی را نتیجه گرفت. براین اساس، تاکنون ابزارهای متعددی برای ارزیابی عزت نفس توسط پژوهشگران ساخته شده تا راه را برای کسب دانش بیشتر در زمینه عزت نفس هموار کنند. برای ارزیابی عزت نفس از شیوه‌های متعددی نیز استفاده شده که در این میان یکی از روش‌های رایج، استفاده از پرسش‌نامه و مقیاس است. مانند مقیاس عزت نفس روزنبرگ، مقیاس احساس بی‌کفایتی جنیس - فیلد (Janis-Field)، پرسش‌نامه عزت نفس کوپراسمیت، آزمون پنج‌بعدی عزت نفس پوپ، مقیاس خودپنداره تنسی و مقیاس خودپنداره کودکان پیرس - هریس (Piers-Harris) (هوسوجی، ۲۰۱۲؛ هاربارت، ۲۰۱۸).

با توجه به اینکه عزت نفس بخش ارزیابانه هویت است، برخی صاحب‌نظران ابعاد مختلف عزت نفس را متناظر با جنبه‌های مختلف هویت در نظر گرفته‌اند. برای نمونه، *تاجفل* و *ترنر* (۱۹۸۶)، هویت را شامل دو جنبه متمایز دانستند: هویت شخصی و هویت جمعی. هویت شخصی به این اشاره دارد که افراد خود را به‌عنوان یک شخص چگونه می‌بینند. هویت جمعی نشانگر این است که افراد، گروه اجتماعی را که به آن تعلق دارند، چگونه می‌بینند (لوهتانن و کروکر، ۱۹۹۲). کسب هویت جمعی موجب می‌شود که افراد در ابتدا ویژگی‌های گروه را به‌عنوان بخشی از خود درونی کنند و سپس، به سمت ایجاد دوقطبی و بیشینه کردن تمایز بین اعضای گروه و افراد خارج از گروه حرکت کنند (لیری و تانجی، ۲۰۱۱). *لوهتانن* و *کروکر* (۱۹۹۲)، معتقدند: بسیاری از ابزارهای پیشین عزت نفس، صرفاً متمرکز بر ارزیابی اشخاص از هویت شخصی خود بوده‌اند. از این‌رو، آنها مقیاس عزت نفس جمعی را براساس نظریه هویت اجتماعی، به‌عنوان ابزار خودارزیابی هویت اجتماعی تدوین کردند. براین اساس، آنها هویت اجتماعی را هم تابع ارزیابی که فرد از گروه خود دارد و هم تابع ارزیابی که دیگران از گروهش دارند، می‌دانند. همچنین، افراد باید در ذهنشان خود را به‌عنوان عضوی از گروه بدانند؛ یعنی گروه باید یک اهمیت عاطفی برای افراد داشته باشد تا آن گروه، بخشی از خودپنداره آنان را بسازد (لوهتانن و کروکر، ۱۹۹۲). در واقع، عزت نفس جمعی، ارزشی است که فرد برای گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد، قائل می‌شود (نگوین، ۲۰۱۷).

در جوامعی که دین جایگاه مهمی در فرهنگ مردم دارد، زندگی افراد دیندار حول محور باورها، ارزش‌ها و اعمال دینی آنان سازمان‌دهی می‌شود (ورکوینن، ۲۰۰۷) و هویت دینی نقشی اساسی در بهزیستی روانی و رفتارهای فردی و اجتماعی افراد دارد. در این‌گونه جوامع، تلاش برای ارتقاء هویت دینی مثبت در یادگیرندگان، به‌عنوان یکی از راه‌های تبدیل محیط‌های آموزشی به محیطی امن و خوشایند برای یادگیرندگان تمام ادیان، معرفی شده است (دوپر و فارست بانک، ۲۰۱۶). از این‌رو، لازم است به ابعاد مختلف هویت دینی، از جمله عزت نفس دینی به صورت علمی و دقیق پرداخته شود و گام اول در این زمینه، فراهم کردن ابزارهایی معتبر برای سنجش متغیرهای مختلف مرتبط با هویت دینی است.

از دهه ۱۹۵۰ به بعد، مطالعات بسیاری در زمینه مفهوم‌سازی‌های دینی انجام شده است (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۹۱). در این میان، بسیاری از پژوهش‌ها به بررسی هویت دینی و ساخت مقیاس‌های دین‌داری پرداخته‌اند. هیل و هود (۱۹۹۹)، در کتابی با عنوان **سنجه‌های دین‌داری** از ۱۲۶ ابزار روان‌شناختی، که نویسندگان و پژوهشگران قبلی برای اندازه‌گیری دین‌داری طراحی کرده‌اند، یاد می‌کنند. همچنین، در ایران پژوهش‌های بسیاری در زمینه اندازه‌گیری دین‌داری انجام شده است که **خدایاری فرد** و همکاران (۱۳۹۱)، به ۲۰ مورد از آنها اشاره کرده‌اند. بیشتر تلاش‌های علمی که برای ساخت ابزارهای دین‌داری و هویت دینی، انجام گرفته به بخش محتوایی هویت دینی فرد پرداخته‌اند و تلاش کرده‌اند تا توصیف فرد از هویت دینی یا دین‌داری خود را بسنجند. برای نمونه، از فرد سؤال می‌شود که «چقدر نماز می‌خواند؟» یا موافقت خود را با گویه‌هایی شبیه «به وجود فرشتگان اعتقاد دارم» بیان کند، اما تاکنون هیچ پژوهشی به بررسی عزت نفس دینی، به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم هویت دینی، که به قضاوت ارزیابانه فرد از هویت دینی خود اشاره دارد، نپرداخته و ابزاری برای سنجش عزت نفس دینی وجود ندارد. بدین‌منظور، باید به جای پرسش از اینکه فرد چقدر نماز می‌خواند، به دنبال دریافتن این بود که آیا فرد از نماز خواندن خود احساس ارزشمندی می‌کند، یا خیر. از این‌رو، این پژوهش به ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش عزت نفس دینی پرداخته است. بدین‌منظور، ابتدا تعریف عزت نفس دینی و ابعاد آن مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه عزت نفس، جنبه ارزیابانه هویت است، لازم است برای پی بردن به مفهوم عزت نفسی دینی، در ابتدا به هویت دینی، پرداخته شود. هویت دینی از این جهت که به عضویت در یک فرقه دینی وابسته است، بخشی از هویت جمعی را تشکیل می‌دهد. علاوه بر این، هویت دینی به باورهای اساسی و ارزش‌های اخلاقی دین نیز وابسته است (گبرت، ۲۰۱۴) که مرتبط با هویت شخصی فرد می‌باشد. همینگ و ماج (۲۰۱۲)، با بررسی تعاریف مختلف دین، به این نتیجه رسیدند که لازم است هنگام صحبت از هویت دینی، به چند مؤلفه توجه کرد. اول، اینکه چگونه افراد خود را در یک مکتب ایمانی خاص طبقه‌بندی می‌کنند. دوم، خودشان را تا چه اندازه متعلق به یک جامعه دینی می‌دانند. سوم، چگونه ایمان خود را در خلوت خویش تجربه و اظهار می‌کنند و چهارم، چقدر به مناسبت‌های دینی اهمیت می‌دهند و در عبادتگاه‌ها شرکت می‌کنند. بر این اساس، هویت دینی را می‌توان در چهار بعد: ۱. وابستگی و تعلق؛ ۲. اعمال و رفتار؛ ۳. باورها و ارزش‌ها؛ ۴. تجارب معنوی و دینی تعریف کرد و یک چشم‌انداز جامع از هویت دینی فراهم کرد (همینگ و ماج، ۲۰۱۲). لازم به یادآوری است که هویت افراد، ممکن است در برخی از این ابعاد قوی باشد و در برخی دیگر نباشد. مثلاً ممکن است فردی به اتفاقات جامعه دینی توجه داشته و به‌طور منظم، در مراسم دینی شرکت کند، اما تجارب معنوی سطح بالایی را تجربه نکند (همینگ و ماج، ۲۰۱۲).

با توجه به این مبانی، می‌توان عزت نفس دینی یا همان بخش ارزیابانه هویت دینی فرد را به‌عنوان «قضاوت و ارزیابی فرد از خود به‌عنوان یک شخص دیندار» در نظر گرفت و ابعاد آن را متناظر با ابعاد هویت دینی، به شکل زیر تعریف نمود:

بُعد وابستگی و تعلق: قضاوت و ارزیابی فرد در مورد تعلق و وابستگی‌اش به گروه دین‌داران؛

بُعد اعمال و رفتار: قضاوت و ارزیابی فرد در مورد اعمال و رفتار دینی خود؛
 بُعد باورها و ارزش ها: قضاوت و ارزیابی فرد در مورد باورها و ارزش های دینی خود؛
 بُعد تجارب معنوی و دینی: قضاوت و ارزیابی فرد در مورد تجارب معنوی دینی خود؛
 براین اساس، این پژوهش به ساخت و اعتباریابی مقیاس عزت نفس دینی (RSES)، مبتنی بر ابعاد فوق پرداخته است. با توجه به اینکه جامعه ایران، یک جامعه دینی محسوب می شود و دین نقش تعیین کننده ای در تمامی ابعاد زندگی افراد دارد، مطالعه متغیرهای دینی از جمله عزت نفس دینی و پیشایندها و پیامدهای آن ضروری به نظر می رسد.

روش پژوهش

در این پژوهش برای ساخت مقیاس عزت نفس دینی، مطابق با نظریه هویت دینی (همینگ و ماج، ۲۰۱۲)، گویه هایی متناسب با چهار مؤلفه: ۱. وابستگی و تعلق؛ ۲. اعمال و رفتار؛ ۳. باورها و ارزش ها؛ ۴. تجارب معنوی و دینی، تنظیم گردید. گویه های مربوط به مؤلفه وابستگی و تعلق، به بررسی قضاوت و ارزیابی فرد در مورد تعلق و وابستگی خود به گروه دین داران می پردازد. در واقع، بعد وابستگی و تعلق به جنبه اجتماعی هویت دینی اشاره دارد. همان طور که قبلاً بیان شد، مقیاس عزت نفس جمعی *لوهتائن* و *کروکر* (۱۹۹۲) سطوح هویت اجتماعی افراد را بر اساس عضویت در گروه های وابسته مانند قوم، نژاد، دین، جنسیت و طبقه اجتماعی - اقتصادی، می سنجد. این پژوهشگران، به جای ساختن چند ابزار (برای هر یک از عزت نفس جنسیتی، عزت نفس قومی و...)، یک ابزار واحد را ساختند که تمایل عمومی و درون گروهی، به داشتن هویت جمعی مثبت را به دست می دهد. البته با توجه به نظر آنها، می توان عزت نفس جمعی در خصوص یک گروه خاص را با کمترین تغییر در راهنما و متن گویه های این پرسش نامه سنجید (*لوهتائن* و *کروکر*، ۱۹۹۲). براین اساس، در این پژوهش، گویه های مقیاس عزت نفس جمعی *لوهتائن* و *کروکر*، با کمی تغییر به عنوان گویه های بُعد وابستگی و تعلق در مقیاس عزت نفس دینی به کار برده شد. مقیاس عزت نفس جمعی *لوهتائن* و *کروکر* (۱۹۹۲)، شامل سه خرده مقیاس اساسی است: عزت نفس جمعی خصوصی، عزت نفس جمعی عمومی و اهمیت در هویت. گویه های خرده مقیاس عزت نفس جمعی خصوصی، به سنجش قضاوت شخصی فرد از اینکه گروه اجتماعی او چقدر خوب است، اشاره دارد. گویه های خرده مقیاس عزت نفس جمعی عمومی، به سنجش قضاوت فرد از اینکه دیگران گروه اجتماعی او را چگونه ارزیابی می کنند، اشاره دارد. گویه های خرده مقیاس اهمیت در هویت، به منظور ارزیابی اهمیتی که عضویت در گروه اجتماعی در ساختار خودپنداره فرد دارد، تدوین شده اند. *لوهتائن* و *کروکر* (۱۹۹۲)، در مقیاس عزت نفس جمعی، یک خرده مقیاس دیگر به نام ارزشمندی عضویت را نیز بر اساس مفهوم سازی *گرینوالد* و *برکلی* (۱۹۸۶)، از عزت نفس جمعی در مقیاس خود قرار دادند. ولی خود اذعان داشتند که این خرده مقیاس، ارتباط زیادی با هویت اجتماعی ندارد، بلکه نوعی ارزشیابی شخصی است از اینکه آیا فرد عضو، ارزشمندی از گروه خود می باشد و گویه های آن در واقع قضاوت فرد را از اینکه به عنوان یک عضو گروه چقدر ارزشمند است، می سنجند. در این پژوهش، با توجه به اینکه

هویت شخصی مرتبط با دین‌داری، به‌نحوی در سه جنبهٔ دیگر از عزت نفس دینی مورد بررسی قرار می‌گیرد، از این خرده‌مقیاس استفاده نشد. در نهایت، گویه‌های مربوط به خرده‌مقیاس وابستگی و تعلق، با سه مؤلفه خصوصی: قضاوت شخصی فرد از اینکه افراد دیندار چقدر خوب هستند؛ عمومی: قضاوت فرد از اینکه دیگران افراد دیندار را چگونه ارزیابی می‌کنند؛ و اهمیت در هویت: قضاوت فرد از اهمیت دیندار بودنش در خودپنداره او تنظیم شد.

گویه‌های مربوط به خرده‌مقیاس اعمال و رفتار، به بررسی قضاوت و ارزیابی فرد در مورد اعمال و رفتارهای دینی خود می‌پردازد. برای تهیهٔ گویه‌های پیشنهادی مربوط به بخش اعمال و رفتار، از الگوی به‌کاررفته در مقیاس عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) که بسیار پرکاربرد بوده و از پایایی خوبی نیز برخوردار است (کولین و همکاران، ۲۰۱۶)، استفاده و ۱۳ گویه بر همین اساس، پیشنهاد شد.

گویه‌های مربوط به بخش باورها و ارزش‌ها، به بررسی قضاوت و ارزیابی فرد در مورد باورها و ارزش‌های دینی خود می‌پردازد. برای تهیه گویه‌های پیشنهادی، مربوط به این خرده‌مقیاس نیز از الگوی به‌کاررفته در گویه‌های مقیاس عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) استفاده و ۱۳ گویه بر همین اساس پیشنهاد شد.

گویه‌های مربوط به بخش تجربه‌های معنوی - دینی، به بررسی قضاوت و ارزیابی فرد در مورد تجربه‌های معنوی - دینی خود می‌پردازد. برای تهیه گویه‌های پیشنهادی مربوط به خرده‌مقیاس تجربه‌های معنوی - دینی، علاوه بر استفاده از الگوی به‌کاررفته در گویه‌های مقیاس عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵)، به دلیل پیچیده بودن این مؤلفه، تعداد گویه‌های بیشتری تنظیم شد. ۲۷ گویه بر همین اساس پیشنهاد شد.

پس از طراحی گویه‌ها، در مرحلهٔ اول، از متخصصان (۳۰ نفر از استادان روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه‌های شیراز و تهران) خواسته شد تا نظر خود را در مورد تناسب هریک از گویه‌های پیشنهادی، با مفهوم ارائه‌شده برای هریک از بخش‌های عزت نفس دینی بیان کنند. برهمین اساس، تعداد ۶۱ گویه، که طبق نظر متخصصان بیشترین تناسب مفهومی داشتند، برای اجرا انتخاب شد. در مرحلهٔ بعد، گویه‌های منتخب متخصصان بر روی جمعیت دانشجویی اجرا شد.

جامعهٔ این پژوهش، کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شیراز بودند. تعداد ۴۱۴ دانشجو (۲۰۷ دختر و ۱۷۸ پسر و ۲۹ نفر نامشخص)، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند؛ بدین نحو که تعداد ۲۲ کلاس از دروس عمومی، به‌صورت تصادفی انتخاب و تمامی دانشجویان این کلاس‌ها، مورد مطالعه قرار گرفتند. با توجه به تعداد زیاد گویه‌ها و حساسیت موضوع دین‌داری، تلاش شد تا شرایطی فراهم شود که هم فرصت کافی برای پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه وجود داشته باشد و هم شرکت‌کننده‌ها مطمئن باشند که امکان شناسایی تکمیل‌کننده هر پرسش‌نامه وجود ندارد. پرسش‌نامه‌ها به‌صورت گروهی و در کلاس‌ها اجرا گردید.

برای احراز روایی همگرایی مقیاس عزت نفس دینی، از مقیاس عزت نفس روزنبرگ و پرسش‌نامه دین‌داری گلاک و استارک استفاده شد. مقیاس عزت نفس روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ توسط موریس روزنبرگ ساخته شد. این مقیاس، عزت نفس شخصی را به‌عنوان یک سازه عمومی می‌سنجد و دارای ۱۰ گویه است و به صورت چهار

نمره‌ای در مقیاس لیکرت اجرا می‌گردد. از جمع نمرات گویه‌ها، نمره کل به دست می‌آید، به نحوی که نمره بالاتر بیانگر عزت نفس بالاتر است. این مقیاس، کاربرد زیادی در پژوهش‌های مختلف داشته و اعتبار بسیار مطلوبی دارد، به طوری که معمولاً به‌عنوان استاندارد برای مقایسه ابزارهای جدید عزت نفس استفاده می‌گردد (جردن، ۲۰۱۸، ص ۹۱). همچنین، پایایی قابل قبولی برای مقیاس عزت نفس روزنبرگ گزارش شده است. برای مثال ایسا، چینچاناچوکچای و وایلند (۲۰۱۷)، ضریب آلفای معادل ۰/۹۰ و محمدی (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ، معادل ۰/۶۹ برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای این مقیاس، در این پژوهش، ۰/۸۴ است. پرسش‌نامه دین‌داری گلاک و استارک «مقیاس تعهد دینی» توسط گلاک و استارک در سال ۱۹۶۵ ساخته شد. در این پژوهش، از نسخه‌ای که سراج‌زاده (۱۳۷۸) برای استفاده در جوامع مسلمان تهیه کرده و پس از آن نیز در پژوهش‌های بسیاری مورد استفاده قرار گرفته، استفاده شد. این نسخه، دارای ۲۶ گویه است که چهار بعد اعتقادی (۷ گویه)، عواطف دینی یا تجربی (۶ گویه)، مناسکی (۷ گویه) و پیامدی (۶ گویه) را می‌سنجد. این پرسش‌نامه، به صورت پنج درجه‌ای در مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و از مجموع نمرات همه گویه‌ها، نمره کل به دست می‌آید. سراج‌زاده و رحیمی (۱۳۹۲)، پایایی این پرسش‌نامه را مطلوب دانسته و آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای این پرسش‌نامه در این پژوهش، ۰/۹۳ است.

پس از اجرا و تکمیل ابزارها، به وسیله شرکت‌کنندگان، ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس عزت نفس دینی مورد بررسی قرار گرفت. برای احراز روایی سازه این مقیاس، از روش‌های تحلیل عاملی و محاسبه همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر و با نمره کل مقیاس استفاده شد. علاوه بر این، از محاسبه همبستگی این مقیاس، با نمره حاصل از پرسش‌نامه دین‌داری گلاک و استارک و مقیاس عزت نفس روزنبرگ، برای بررسی روایی همگرایی این مقیاس استفاده شد. پایایی مقیاس نیز با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ، تعیین گردید.

یافته‌های پژوهش

در ابتدا برای احراز روایی سازه مقیاس عزت نفس دینی، از تحلیلی عامل اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده شد. مقدار ضریب KMO (شاخص کفایت نمونه) و آزمون کرویت بارتلنت نشان از وجود شواهد کامل برای انجام تحلیل عوامل داشت. مقدار ضریب KMO، برابر با ۰/۹۳۹ و مقدار χ^2 دو آزمون بارتلنت برابر با ۱۰۱۴۶/۳۸ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. برای تعیین تعداد عوامل، از نمودار سنگریزه‌ای و ارزش ویژه استفاده شد. با استفاده از هر دو روش، شش عامل به‌عنوان مؤلفه‌های مقیاس عزت نفس دینی شناسایی شد. نتایج تحلیل عاملی و بارگذاری عاملی هر گویه، بر هر عامل در جدول (۱) آمده است. با توجه به اینکه بارعاملی ۳ تا از گویه‌های پرسش‌نامه اولیه، روی هیچ‌یک از شش عامل به‌دست‌آمده مناسب نبود، از تحلیل خارج گردیدند و تعداد کل گویه‌های مقیاس به ۵۸ گویه کاهش یافت.

جدول ۱: نتایج تحلیل عامل اکتشافی مقیاس عزت نفس دینی به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس

شماره گویه	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵	عامل ۶
۵۶	۰/۷۵۶					
۴۴	۰/۷۳۵					
۴۳	۰/۷۲۶					
۵۱	۰/۷۲۵					
۴۷	۰/۶۹۶					
۲۱	۰/۶۸۵					
۵۷	۰/۶۵۶					
۵۴	۰/۶۵۱					
۱۵	۰/۶۲۲					
۲۲	۰/۶۱۲					
۳۰	۰/۶۰۰					
۳۲	۰/۵۷۷					
۴۶	۰/۵۷۰					
۳۳	۰/۵۶۹					
۲۳	۰/۵۴۸					
۶	۰/۵۴۶					
۱۱	۰/۵۴۱					
۷	۰/۵۲۶					
۲	۰/۴۹۵					
۴۹	۰/۴۸۴					
۲۷	۰/۴۷۷					
۱۷	۰/۴۶۹					
۲۹	۰/۴۳۹					
۳۹	۰/۴۳۶					
۵۸	۰/۴۲۶					
۳۶		۰/۷۶۸				
۳۸		۰/۷۱۵				
۲۰		۰/۶۹۳				
۸		۰/۶۱۲				
۳		۰/۶۱۰				
۳۵		۰/۶۰۱				
۴۵		۰/۵۷۶				
۱۲		۰/۵۷۲				
۳۶		۰/۴۸۱				
۱		۰/۴۱۲				
۵۳		۰/۴۱۱				

شماره گویه	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵	عامل ۶
۹			۰/۷۴۵			
۲۵			۰/۷۳۹			
۴۸			۰/۶۶۸			
۱۳			۰/۵۷۴			
۱۶			۰/۵۷۰			
۵			۰/۵۳۱			
۴۰			۰/۵۰۴			
۳۱			۰/۴۸۹			
۴۱			۰/۴۵۶			
۲۴				۰/۷۲۲		
۱۸				۰/۶۴۲		
۱۴				۰/۶۲۵		
۴				۰/۶۰۵		
۴۲				۰/۵۰۴		
۳۴					۰/۶۷۷	
۱۹					۰/۶۴۶	
۵۵					۰/۶۱۵	
۵۰					۰/۵۴۷	
۳۷						۰/۷۳۵
۵۲						۰/۷۳۱
۲۸						۰/۶۵۰
۱۰						۰/۵۵۷

پس از به دست آمدن نتایج تحلیل عوامل و آشکار شدن این شش مؤلفه برای مقیاس عزت نفس دینی، با مطالعه گویه‌هایی که بر روی هریک از عوامل، بارگذاری عاملی شده بودند و بررسی معانی مستتر در هر گویه و مفاهیم مشترک گویه‌های هر عامل، اقدام به گزینش نام برای هر مؤلفه گردید. عامل اول، با عنوان «ارزشمندی دین‌داری» نامگذاری شد. این عامل، به قضاوت کلی فرد از اهمیت و تأثیر دین و دین‌داری بر هویت و زندگی خویش، اشاره دارد. گویه‌های شماره ۵۶، ۴۴، ۴۳، ۵۱، ۴۷، ۲۱، ۵۷، ۵۴، ۱۵، ۲۲، ۳۰، ۳۲، ۴۶، ۳۳، ۲۳، ۶، ۱۱، ۷، ۲، ۴۹، ۲۷، ۱۷، ۲۹، ۳۹، ۵۸، از مقیاس عزت نفس دینی این عامل را مورد سنجش قرار می‌دهند. گویه‌های شماره ۲، ۶، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۹، ۵۸، به نحو معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. یک نمونه از گویه‌های این عامل، عبارت است از: «دیندار بودن تأثیر مهمی بر احساس من از اینکه، اکنون چه کسی هستم، دارد.»

عامل دوم، با عنوان «تجربه معنوی جذب» نامگذاری شد. این عامل، به قضاوت فرد از احساس خود در حین تجربه‌های معنوی دینی، اشاره دارد. گویه‌های شماره ۳۶، ۳۸، ۲۰، ۸، ۳، ۳۵، ۴۵، ۱۲، ۲۶، ۱، ۵۳، از مقیاس عزت نفس دینی، این عامل را مورد سنجش قرار می‌دهند. گویه‌های شماره ۱۲، ۵۳، به نحو معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. یک نمونه از گویه‌های این عامل، عبارت است از: «یاد خدا برای من آرامش‌بخش است.»

عامل سوم، با عنوان «ارزشمندی باورها» نامگذاری شد. این عامل، به قضاوت و ارزیابی فرد در مورد باورها و ارزش‌های دینی خود، اشاره دارد. گویه‌های شماره ۹، ۲۵، ۴۸، ۱۳، ۱۶، ۵، ۴۰، ۳۱، ۴۱، از مقیاس عزت نفس دینی این عامل را مورد سنجش قرار می‌دهند. گویه‌های شماره ۹، ۱۶، ۲۵، ۴۱، ۴۸، به نحو معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. گویه «باید در اعتقادات و باورهای دینی‌ام تجدیدنظر کنم»، نمونه‌ای از گویه‌های این عامل است.

عامل چهارم، با عنوان «ارزشمندی اعمال» نامگذاری شد. این عامل، به قضاوت و ارزیابی فرد در مورد اعمال و رفتار دینی خود، اشاره دارد. گویه‌های شماره ۲۴، ۱۸، ۱۴، ۴، ۴۲، از مقیاس عزت نفس دینی، این عامل را مورد سنجش قرار می‌دهند. گویه شماره ۴، به نحو معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. گویه «از اعمال و رفتار دینی خودم راضی هستم»، نمونه‌ای از گویه‌های این عامل هستند.

عامل پنجم، با عنوان «خشنودی خداوند» نامگذاری شد. این عامل، به قضاوت فرد از اینکه خداوند چقدر از او رضایت دارد، اشاره دارد. گویه‌های شماره ۳۴، ۱۹، ۵۵، ۵۰، از مقیاس عزت نفس دینی، این عامل را مورد سنجش قرار می‌دهند. گویه‌های شماره ۱۹، ۳۴، ۵۰، به نحو معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. یک نمونه از گویه‌های این عامل، عبارت است از: «وقتی خدا را در زندگی احساس می‌کنم، فکر می‌کنم که او از من ناراضی است.»

عامل ششم، با عنوان «تأیید عمومی دین‌داران» نامگذاری شد. این عامل، به قضاوت فرد از اینکه دیگران دین‌داران را چگونه ارزیابی می‌کنند، اشاره دارد. گویه‌های شماره ۳۷، ۵۲، ۲۸، ۱۰، از مقیاس عزت نفس دینی، این عامل را مورد سنجش قرار می‌دهند. گویه‌های شماره ۱۰، ۲۸، به نحو معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. یک نمونه از گویه‌های این عامل، عبارت است از: «دیگران به دین‌داران احترام می‌گذارند.»

نتایج تحلیل عوامل نشان داد که عامل «ارزشمندی دین‌داری»، با ارزش ویژه ۱۹/۰۴ توضیح‌دهنده ۱۸/۶۶۵ درصد از واریانس کل است. عامل «تجربه معنوی جذب»، با ارزش ویژه ۴/۳۴۷ توضیح‌دهنده ۱۱/۳۷۵ درصد از واریانس کل است. عامل «ارزشمندی باورها» با ارزش ویژه ۲/۴۴۷ توضیح‌دهنده ۹/۶۳۲ درصد از واریانس کل است. عامل «ارزشمندی اعمال»، با ارزش ویژه ۲/۲۵۵ توضیح‌دهنده ۶/۴۰۱ درصد از واریانس کل است. عامل «خشنودی خداوند»، با ارزش ویژه ۲/۱۴۲ توضیح‌دهنده ۴/۷۳۴ درصد از واریانس کل است. عامل «تأیید عمومی دین‌داران»، با ارزش ویژه ۱/۵۱۳ توضیح‌دهنده ۳/۹۲۶ درصد از واریانس کل است. شش عامل عزت نفس دینی، در مجموع ۵۴/۷۳۲ درصد از واریانس کل عزت نفس دینی را توضیح دادند.

روش دیگری که برای بررسی روایی سازه این پرسش‌نامه به کار گرفته شد، محاسبه همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل پرسش‌نامه بود. جدول (۲)، ضرایب همبستگی بین هریک از مؤلفه‌های عزت نفس دینی با یکدیگر و با نمره کل مقیاس را نشان می‌دهد. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد، همه مؤلفه‌های عزت نفس دینی با نمره کل عزت نفس دینی همبستگی نشان دادند. همچنین، به‌طور کلی، ضرایب همبستگی، بین هریک از مؤلفه‌ها با نمره کل مقیاس بزرگ‌تر از همبستگی مؤلفه‌های عزت نفس دینی با یکدیگر است. این نتایج، گویای روایی سازه مقیاس عزت نفس دینی است.

جدول ۲: ضریب همبستگی بین پنج عامل مقیاس عزت نفس دینی با نمره کل مقیاس

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. نمره کل	۱					
۲. ارزشمندی دینداری	**۰/۹۴	۱				
۳. تجربه معنوی جذب	**۰/۸۵	**۰/۷۶	۱			
۴. ارزشمندی باورها	**۰/۸۱	**۰/۶۷	**۰/۶۳	۱		
۵. ارزشمندی اعمال	**۰/۵۷	**۰/۴۱	**۰/۴۰	**۰/۴۹	۱	
۶. خشنودی خداوند	**۰/۲۸	*۰/۱۲	**۰/۲۷	**۰/۳۴	**۰/۴۴	۱
۷. تأیید عمومی دینداران	**۰/۲۷	**۰/۲۰	**۰/۲۰	**۰/۱۹	**۰/۱۸	**۰/۲۱

$$*P < 0.05; **P < 0.01$$

برای محاسبه روایی همگرا، همبستگی بین نمره کل مقیاس عزت نفس دینی، با دو متغیر دین‌داری و عزت نفس مورد سنجش قرار گرفت. ضریب همبستگی بین عزت نفس دینی و نمره حاصل از پرسش‌نامه دین‌داری، برابر با ۰/۷۸ بود. ضریب همبستگی بین عزت نفس دینی و نمره حاصل از مقیاس عزت نفس روزنبرگ نیز برابر با ۰/۴۱ به دست آمد. هر دو ضریب، در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند.

همان‌گونه که عنوان شد، برای بررسی پایایی مقیاس عزت نفس دینی از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد. جدول (۳) ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های عزت نفس را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه ارزشمندی دین‌داری (۲۵ گویه) ۰/۹۱، برای مؤلفه تجربه معنوی جذب (۱۱ گویه) ۰/۸۹، برای مؤلفه ارزشمندی باورها (۹ گویه) ۰/۸۶، برای مؤلفه ارزشمندی اعمال (۵ گویه) ۰/۷۸، برای مؤلفه خشنودی خداوند (۴ گویه) ۰/۶۲ و برای مؤلفه تأیید عمومی دین‌داران (۴ گویه) ۰/۶۳ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ کل نیز ۰/۹۶ به دست آمد.

جدول ۳: ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های مقیاس عزت نفس دینی

عامل‌ها	تعداد گویه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ
۱	۲۵	۰/۹۱
۲	۱۱	۰/۸۹
۳	۹	۰/۸۶
۴	۵	۰/۷۸
۵	۴	۰/۶۲
۶	۴	۰/۶۳
کل مقیاس	۵۸	۰/۹۶

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مقیاس عزت نفس دینی، می‌تواند یک ابزار مفید برای پژوهش‌های آینده باشد. تحلیل عامل اکتشافی، نشان داد که این مقیاس از شش عامل (ارزشمندی دین‌داری، تجربه معنوی جذب، ارزشمندی باورها،

ارزشمندی اعمال، خشنودی خداوند و تأیید عمومی دین‌داران) تشکیل شده است. همبستگی پیش‌بینی شده بین مقیاس عزت نفس دینی و سنجه‌های معتبر، دیگر روایی سازه این مقیاس را مورد تأیید قرار داد. آلفای کرونباخ بالا نشان داد که مقیاس عزت نفس دینی و زیرمقیاس‌های آن از پایایی مطلوبی برخوردار هستند. نتایج پژوهش نشان داد اینکه دین‌داران چقدر دین و دین‌داری را در تعیین هویت و زندگی خود اثرگذار و ارزشمند ببینند، مهم‌ترین عامل در تعیین عزت نفس دینی آنها محسوب می‌گردد. ثانیاً، اینکه فرد دیندار چقدر موفق درک لحظات معنوی و تجربه جذب شده باشد، تعیین‌کننده عزت نفس دین او خواهد بود. ثالثاً، اینکه فرد باورها و ارزش‌های دینی خود را چقدر ارزشمند ارزیابی کند و اینکه اعمال و رفتار دینی خود را چقدر ارزشمند ارزیابی کند، در تعیین عزت نفس دینی او اهمیت دارند. یکی از یافته‌های جالب توجه این پژوهش، این است که یک دریافت کلی از رضایت خداوند از فرد در تعیین عزت نفس دینی او نقش دارد. فردی که به‌طور کلی می‌پندارد، خداوند از او راضی است، عزت نفس دینی بیشتری دارد. همان‌طور که بیان شد، عامل تأیید عمومی دین‌داران، به معنای این است که از نظر فرد دیگران دین‌داران را چگونه ارزیابی می‌کنند. این عامل به‌عنوان عامل، ششم؛ یعنی عاملی که کم‌ترین بخش از واریانس کل را تبیین می‌کند، تشخیص داده شد. براین اساس، می‌توان استنباط کرد که در جامعه مورد بررسی (دانشجویان دانشگاه شیراز)، علی‌رغم اینکه دریافت فرد از ارزیابی دیگران نسبت به دین‌داران در تعیین عزت نفس دینی آنها اهمیت دارد، اما اهمیت آن بسیار کمتر از عوامل دیگر است که می‌تواند بیانگر رشدیافتگی و استقلال هویت دانشجویان باشد. اهمیت نگاه دیگران برای افراد مختلف، می‌تواند متفاوت باشد. برای مثال، دوره نوجوانی اهمیت نگاه همسالان و در کودکی اهمیت نگاه بزرگترها بیشتر است. همچنین، اهمیت نگاه دیگران برای گروه‌هایی غیر از دانشجویان هم می‌تواند متفاوت باشد. لزوم در نظر گرفتن این نکته در پژوهش‌های آتی، در این زمینه، ضروری است. از آنجاکه در تنظیم گویه‌های این مقیاس، تلاش شد تا در حد امکان از به‌کاربردن عناصر و نمادهای ویژه دین اسلام در محتوای گویه‌های پرهیز شود، پیش‌بینی می‌شود این مقیاس با حداقل تغییرات برای پیروان همه ادیان استفاده شود. با مراجعه به ادبیات پژوهشی موجود درباره دین‌داری و عزت نفس می‌توان پژوهش‌هایی را طرح‌ریزی کرد که پیشایندها و پیامدهای عزت نفس دینی را بررسی کنند و جایگاه آن را در زندگی دین‌داران روشن کنند.

پیوست

مقیاس عزت نفس دینی

هریک از جملات زیر چقدر در مورد شما صدق می‌کند؟ لطفاً احساس خود را با یکی از کلمات (بسیار مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، بسیار موافقم) مشخص کنید.

ردیف	عبارت‌ها	بسیار مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	بسیار موافقم
۱	می‌توانم هنگام نماز خواندن با خداوند ارتباط معنوی خوبی برقرار کنم.					
۲	دیندار بودن، بر برداشتی که من از خودم دارم تأثیر کمی دارد.					

۳	نمی‌توانم حضور خداوند را در زندگی خود احساس کنم.
۴	وظایف دینی‌ام را به خوبی انجام نمی‌دهم.
۵	از اعتقادات دینی خود رضایت دارم.
۶	به‌خاطر اینکه عضوی از جامعهٔ دینداران هستم، افسوس می‌خورم.
۷	از اینکه زندگی من سرشار از تجربه‌های معنوی است احساس خوبی دارم.
۸	به‌خاطر احساسی که هنگام دعا خواندن تجربه می‌کنم بسیار خوشحال هستم.
۹	باورهای دینی خوب و صحیحی ندارم.
۱۰	دیگران فکر می‌کنند دین‌داران بی‌ارزش هستند.
۱۱	تجربه‌های معنوی دینی که تاکنون داشته‌ام بر زندگی من تأثیر مثبت داشته است.
۱۲	ارتباط با خدا احساس خوبی به من نمی‌دهد.
۱۳	ارزش‌های دینی خوبی را انتخاب کرده‌ام.
۱۴	به اندازه کافی به یاد خدا هستم.
۱۵	از اینکه عضوی از جامعهٔ دینداران هستم، خوشحالم.
۱۶	به باورها و ارزش‌های دینی خود افتخار نمی‌کنم.
۱۷	تجربه‌های معنوی من بسیار ارزشمند هستند.
۱۸	از اعمال و رفتار دینی خودم راضی هستم.
۱۹	بنده خوبی برای خداوند نیستم.
۲۰	معمولاً وقتی به خدا فکر می‌کنم احساس خوبی به من دست می‌دهد.
۲۱	دیندار بودن، بخش مهمی از تصویری است که من از خودم دارم.
۲۲	باید اعتقادات دینی بهتری داشته باشم.
۲۳	کاش می‌توانستم هنگام نماز خواندن و دعا کردن احساس بهتری داشته باشم.
۲۴	وظایف دینی‌ام را به خوبی انجام می‌دهم.
۲۵	اعتقادات دینی نادرستی دارم.
۲۶	وقتی فکر می‌کنم که خدا شاهد زندگی و اعمال من است خوشحال می‌شوم.
۲۷	دین‌داران افراد ارزشمندی نیستند.
۲۸	بیشتر مردم دین‌داران را بی‌فایده‌تر از دیگر افراد می‌دانند.
۲۹	در زندگی، احساس‌های معنوی خوبی را تجربه می‌کنم.
۳۰	برخی از اعمال دینی، بی‌فایده و بیهوده هستند.

					نگرش مثبتی نسبت به اعتقادات و ارزش‌های دینی خود دارم.	۳۱
					دیندار بودن، در احساس من نسبت به اینکه چطور انسانی هستم نقش ندارد.	۳۲
					در مواقعی که نمی‌دانم وظیفه دینی من چیست، ناراحت می‌شوم.	۳۳
					وقتی خدا را در زندگی احساس می‌کنم، فکر می‌کنم که او از من ناراضی است.	۳۴
					از دعا کردن و نماز خواندن لذت می‌برم.	۳۵
					یاد خدا برای من آرامش‌بخش است.	۳۶
					از نظر دیگران، دین‌داران انسان‌های خوبی هستند.	۳۷
					احساسی را که هنگام ارتباط با خدا (دعا، نیایش و نماز) به من دست می‌دهد دوست دارم.	۳۸
					به اعمال دینی خود افتخار نمی‌کنم.	۳۹
					اعتقادات دینی خود را به طور کامل باور دارم و پذیرفته‌ام.	۴۰
					به خاطر داشتن برخی از باورهای دینی خجالت می‌کشم.	۴۱
					وظایف دینی ام را بهتر از دیگران انجام می‌دهم.	۴۲
					باورهای دینی موجب می‌شود که احساس کنم ارزشمند هستم.	۴۳
					عمل به وظایف دینی باعث شده زندگی بهتری داشته باشم.	۴۴
					خداوند من را دوست دارد.	۴۵
					نسبت به دین‌داران احساس خوبی دارم.	۴۶
					دین عامل نجات‌بخش انسان‌هاست.	۴۷
					باید در اعتقادات و باورهای دینی‌ام تجدیدنظر کنم.	۴۸
					نسبت به دیگران زندگی معنوی تری دارم.	۴۹
					احساس می‌کنم خدا من را دوست ندارد.	۵۰
					رعایت احکام شرعی باعث می‌شود احساس ارزشمند بودن داشته باشم.	۵۱
					دیگران به دین‌داران احترام می‌گذارند.	۵۲
					وقتی با خداوند صحبت می‌کنم احساس می‌کنم او به من توجهی ندارد.	۵۳
					نگرش مثبتی نسبت به وظایفی که دین بر عهده من گذاشته دارم.	۵۴
					خود را شایسته بهشت می‌دانم.	۵۵
					دیندار بودن تأثیر مهمی بر احساس من از اینکه اکنون چه کسی هستم، دارد.	۵۶
					دینداری من موجب شده که نسبت به دیگران زندگی معنوی تری داشته باشم.	۵۷
					معنویت در زندگی من بسیار پایین است.	۵۸

- پوپ، آلیس و دیگران، ۱۳۹۱، *افزایش احترام به خود در کودکان و نوجوانان*، ترجمه پریسا تجلی، تهران، رشد.
- خداپاری فرد، محمد و دیگران، ۱۳۹۱، *مقیاس‌های دین‌داری (مبانی نظری و روش‌شناسی به انضمام پرسشنامه‌های دین‌داری)*، تهران، آواری نور.
- سراج‌زاده، سیدحسین، ۱۳۷۸، «نگرش‌ها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی و دلالت‌های آن برای نظریه سکولار شدن»، *نمایه پژوهش*، ش ۹، ص ۱۰۵-۱۱۸.
- سراج‌زاده، سیدحسین و فرشید رحیمی، ۱۳۹۲، «رابطه دینداری با معناداری زندگی در یک جمعیت دانشجویی»، *راهبرد فرهنگ*، ش ۲۴، ص ۷-۳۰.
- محمدی، نوراله، ۱۳۸۴، «بررسی مقدماتی اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس حرمت خود روزنبرگ»، *روانشناسان ایرانی*، ش ۲، ص ۳۱۳-۳۲۰.
- Aldridge, J. et al, 1992, "Factor analytical validation of a self- esteem subscale", *College Student Journal*, n. 26, p 345-352.
- Aldridge, J., & Clayton, G, 1990, "Sources of Self-esteem: Perceptions of education majors", *College Student Journal*, n. 24 (4), p 404-409.
- Collin, P. et al, 2016, "Multi-dimensional self-esteem and magnitude of change in the treatment of anorexia nervosa", *Psychiatry research*, n. 237, p 175-181.
- Cooper Smith, S., 1967, *The antecedents of self-esteem*, San Francisco, CA: Freeman.
- Dupper, D. R., & Forrest-Bank, S. S., 2016, "A qualitative study of coping with religious minority status in public schools", *Children and Youth Services Review*, N. 61, p. 261-270.
- Eissa, G. et al, 2017, "The Influence of Supervisor Undermining on Self-Esteem, Creativity, and Overall Job Performance: A Multiple Mediation Model", *Organization Management Journal*, N. 14(4), p. 185-197.
- Epstein, S., 1986, *Anxiety, arousal, and the self-concept*, in C.D. Spielberger & I.G. Sarason (eds.), *Stress and anxiety: Volume 10, A sourcebook of theory and research*, Washington DC: Hemisphere Publishing Corporation, p. 265-305.
- Epstein, S., 1980, *The self-concept: A review and the proposal of an integrated theory of personality*, in E. Staub (ed.), *Personality: Basic aspects and current research*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, p. 81-132.
- Gebert, D. et al, 2014, "Expressing religious identities in the workplace: Analyzing a neglected diversity dimension", *Human relations*, N. 67(5), p. 543-563.
- Greenwald, A. G., & Breckler, S. J., 1986, *Motivational facets of the self*, *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*, p. 145-164.
- Habrat, A., 2018, "A Review of Selected Empirical Research on Self-esteem", in *The Role of Self-Esteem in Foreign Language Learning and Teaching*, Cham, p. 47-75.
- Hemming, P. J., & Madge, N, 2012, "Researching children, youth and religion: Identity", *Complexity and agency. Childhood*, N. 19(1), p. 38-51.
- Hill, P. C., & Hood, R. W, 1999, *Measures of religiosity*, Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Hosogi, M. et al, 2012, "Importance and usefulness of evaluating self-esteem in children", *BioPsychoSocial medicine*, N. 6(1), p. 1-6.
- James, W, 1890, *The Principles of Psychology*, New York, Henry Holt and Company.
- Jordan C.H, 2018, *Rosenberg Self-esteem Scale*, in Zeigler-Hill V., Shackelford T, (eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, Springer, Cham.

- Lawrence, D, 2006, *Enhancing Self-Esteem in the Classroom*, Chapter Title: "Assessing Self-Esteem", SAGE Publications Ltd. p. 53-67.
- Leary, M. R, & Tangney, J. P, 2011, *Handbook of self and identity*, Guilford Press.
- Luhtanen, R, & Crocker, J, 1992, "A Collective Self-Esteem Scale: Self-Evaluation of One's Social Identity", *Society for Personality and Social Psychology*, Inc. PSPB, V. 18 (3), p. 302-318.
- Nguyen, A. W, 2017, "Mosque-based social support and collective and personal self-esteem among young Muslim American adults", *Race and Social Problems*, N. 9(2), p. 95-101.
- O'Brien, Edward. Joseph, 1980, *The Self-Report Inventory: Development and validation of a multi-dimensional measure of the self-concept and sources of self-esteem, doctoral dissertation*, University' of Massachusetts.
- Oyserman, D, & Markus, H. R, 1998, *Self as social representation*, in U. Flick (Ed.), the psychology of the social, New York: Cambridge University Press.
- Rentzsch, K. et al, 2016, "The structure of multidimensional self-esteem across age and gender", *Personality and Individual Differences*, N. 88, p. 139-147.
- Rosenberg, M, 1965, *Society and the adolescent self-image*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Schieman, S. et al, 2017, "Love Thy Self? How Belief in a Supportive God Shapes Self-Esteem", *Review of Religious Research*, N. 59(3), p. 293-318.
- Sheehan, E, 2007, *How to Improve Your Self Esteem: Take Control of Your Life and Realise Your Full Potential*, Collins & Brown.
- Sowislo, J. F, & Orth, U, 2013, "Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies", *Psychological bulletin*, N. 139(1), p. 213_219.
- Tajfel, H, & Turner, J. C, 1986, *The social identity theory of intergroup behavior*, in S. Worchel & W. Austin (eds.), Psychology of intergroup relations (2nd ed., pp. 7-24), Chicago, Nelson-Hall.
- Verkuyten, M, 2007, "Religious group identification and inter-religious relations: A study among Turkish-Dutch Muslims", *Group Processes & Intergroup Relations*, N. 10(3), p. 341-357.

اثر بخشی مشاوره گروهی رشد محور بر رضایت زناشویی زنان و اثر غیر مستقیم بر رضایت زناشویی همسران

z.bouzhmehrani@ut.ac.ir

زهرا بوژمه‌رانی / کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران، تهران، ایران

hbahrami@ut.ac.ir

کعبه هادی بهرامی احسان / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

yaser.madani@ut.ac.ir

یاسر مدنی / استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

f.fayyaz@alzahra.ac.ir

فاطمه فیاض / استادیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۶ - پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۱۰

چکیده

با توجه به رشد روزافزون آمارهای رسمی طلاق و آمارهای غیررسمی طلاق عاطفی و نارضایتی زوجین در دنیای امروز، جهان، نیاز به تحولی جدی در حوزه‌های نظری به‌عنوان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. اکنون زمان آن رسیده تا با چشم‌اندازی متفاوت بهبود روابط زناشویی را پیگیری کرد. هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی مشاوره گروهی رشد محور، بر بهبود رضایت زناشویی زن و اثر غیرمستقیم آن بر افزایش رضایت زناشویی همسران آنها بود. روش پژوهش، شبه‌آزمایشی و از نوع طرح دوگروهی ناهمسان با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه بود. بخشی از نمونه‌ها، شامل ۳۰ نفر زن متأهل و داوطلب در سنین ۳۰ تا ۴۰ سال بودند که گروه آزمایش در ۹۰ دقیقه مشاوره گروهی رشد محور، به مدت ۱۲ جلسه شرکت کرده و پرسش‌نامه رضایت زناشویی را طی دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون، تکمیل کردند. بخش دیگر نمونه‌ها، همسران این زنان بودند که تنها پرسش‌نامه رضایت زناشویی را در همین دو مرحله پاسخ دادند. یافته‌ها حاکی از این است که مشاوره گروهی رشد محور، بر رضایت زناشویی زنان و رضایت زناشویی همسران آنها، با استفاده از تحلیل کوواریانس معنادار شد. همچنین، ارتباط بین رضایت زناشویی زنان و رضایت زناشویی مردان و از طریق آزمون همبستگی پیرسون معنادار شد. در نتیجه، به نظر می‌رسد بتوان با به‌کارگیری بسته مشاوره گروهی رشد محور، که بر پایه تدریس بر سوره‌هایی از قرآن کریم و فطرت الهی تمام انسان‌ها ساخته شده، ضمن بهبود، زمینه افزایش رضایت زناشویی و استحکام خانواده را فراهم آورد.

کلیدواژه‌ها: مشاوره گروهی رشد محور، رضایت زناشویی زنان، رضایت زناشویی همسران.

رضایت زناشویی، نشانگر استحکام و کارایی نظام خانواده است و سعادت و سلامت خانواده، به وجود ارتباطات سالم و بالنده زوجین وابسته است، چنان که پایه خانواده از استحکام لازم برخوردار نباشد، پیام منفی آن، انواع مشکلات جسمی و روانی برای اعضا است (ر.ک: ستیر، ۱۳۸۴). رضایت یک فرد از زندگی زناشویی، به منزله رضایت وی از خانواده است و رضایت از خانواده، به معنای رضایت از زندگی است. در نتیجه، مسیر رشد و کمال و پیشرفت مادی و معنوی جامعه را روشن و آسان می‌کند (ادلتی و رزوان، ۲۰۱۰). دیدگاه درمان زناشویی در خلال دهه ۱۹۵۰، به‌عنوان اولین دیدگاه‌ها در زمینه رضایت زناشویی، علت اصلی بسیاری از مشکلات بین زوجین را اختلال در بافت ارتباطی بیان کردند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۹، ص ۱۰۹). تحقیقات نشان می‌دهد که کیفیت ارتباط زوجین، به‌ویژه آموزش مهارت‌های ارتباطی، یک عامل پیش‌بینی‌کننده و عاملی مؤثر در افزایش رضایت زناشویی است (پروین و همکاران، ۱۳۹۳؛ پورحیدری و همکاران، ۱۳۹۲؛ عباسی و همکاران، ۱۳۹۰). بالی و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند: رضایت و سازگاری زناشویی، فرایندی است که الگوهای رفتاری زوجین برای افزایش رضایت زناشویی، باید تغییر و اصلاح شود. این فرایند یا به صورت فردی و یا با همکاری زوجین صورت می‌گیرد. ایجاد رابطه صمیمی و تلاش در جهت حفظ آن و ارضای نیازهای روانی و عاطفی در روابط زناشویی، نیازمند یادگیری مهارت و هنر است. برای رسیدن به این مقصود، علاوه بر دارا بودن سلامت روانی و تجارب اولیه، افراد نیازمند داشتن نگرش منطقی، کسب مهارت‌ها و انجام وظایف خاصی هستند (میرزاده و مرادی، ۱۳۹۵). باید نگرش، مهارت‌های ارتباطی و وظایف افراد در نقش‌های مختلف، براساس معیارهای الهی و مؤکد قرآن کریم مشخص شود که در پروتکل مشاوره گروهی رشدمحور، گنجانده شده است.

در پژوهشی که طی بررسی طولی بیست ساله، ۱۱۲ زوج انجام گرفت، کیفیت رابطه زناشویی مبنی بر نارضایتی زناشویی و عدم شادابی، عامل پیش‌بینی‌کننده اصلی طلاق زوجین شناخته شد و این نارضایتی‌ها زمینه تنش‌ها در روابط والد - فرزند را ایجاد می‌کند (ویکر، ۲۰۱۳). درحالی‌که سازگاری و رضایت زناشویی، از شاخص‌های مهم یک ازدواج موفق، بقا و سلامت خانواده به حساب می‌آید (لیتزینگر و گوردن، ۲۰۰۵). مطالعات دیگری که به صورت طولی در زمینه طلاق صورت گرفته، نشان می‌دهد که در قرن نوزدهم، تنها حدود ۵ درصد از ازدواج‌ها به طلاق منجر می‌شد، ولی امروزه در قرن بیستم این رقم به ۵۰ درصد رسیده که یکی از عوامل آن، افزایش انتظارات شخص از ازدواج است (پروین و همکاران، ۱۳۹۱). آمارهای ازدواج و طلاق کشورهای مختلف جهان، که در سایت ویکی‌پدیا (دانشنامه آزاد) آمده، گویای آن است که نرخ ازدواج به طلاق در کشور آمریکا، در سال ۲۰۱۴ از هر ۶/۹ ازدواج ۳/۲ طلاق است؛ یعنی ۴۶ درصد از ازدواج‌ها تا سال ۲۰۱۳ به طلاق منجر شده است. در کشور انگلیس نیز ۴۲ درصد از ازدواج‌ها در سال ۲۰۱۵ به طلاق منجر شده است. این امر حاکی از بالابودن نرخ طلاق در کل جهان است. آمارهای سازمان ثبت احوال کشور

ما نیز در باب نرخ ازدواج و طلاق به طور سالیانه، در سال ۱۳۸۸ نسبت ازدواج به طلاق را ۷/۱ نشان می‌دهد. در حالی که این رقم، همچنان در حال کاهش است و در نه ماهه اول سال ۱۳۹۵، آمارها رقم ۳/۹ نشان می‌دهند؛ بدین معنا که تقریباً از هر ۳ ازدواج، یکی از آنها به جدایی منجر شده است. در کنار این آمارهایی که از مجامع رسمی اعلام می‌شود، آمارهای غیررسمی از نارضایتی‌های زناشویی و روابط زناشویی سرد عاطفی وجود دارد. روابطی که عنوان طلاق عاطفی را بر خود نهاده است، دغدغه‌ای است برای افرادی که این شرایط را برای پیشرفت، سلامت و استحکام نظام خانواده و رسیدن به جامعه والای انسانی بر نمی‌تابند. برای رسیدن به تربیت و پرورش خود و جبران کمبودهای وجودی، به واسطه ازدواج در اسلام برای رابطه‌های زناشویی و وظایف طرفین حریم و حدود الهی مشخص شده است (ر.ک: سوزنچی، ۱۳۹۴). امیرمؤمنان علی علیه السلام نیز در *نهج البلاغه*، در باب اهمیت رجوع به قرآن و یافتن علم یقینی می‌فرماید: «قرآن کتاب خداست. از آن بخواهید تا سخن بگوید و هرگز سخن نگوید، اما من شما را از آن خبر می‌دهم. بدانید در قرآن علم آینده و حدیث گذشته است. درد شما را درمان است و راه سامان دادن به کار شما است» (نهج البلاغه، خطبه ۱۹۸). همچنین، خداوند می‌فرماید: «وَتَنْزِيلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَاهُوشِفاءٌ وَ رَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا» (اسراء: ۸۲)؛ بدین معنی که و ما آنچه را برای مؤمنان مایه درمان و رحمت است، از قرآن نازل می‌کنیم. ولی ستمکاران را جز زیان نمی‌افزاید. براین اساس، محققان طبق اصول قاعده‌مند روش‌شناسی و تدبیر، براساس آیات قرآن کریم، به صورت بنیادی و دقیق، مبنای نظریات قرآنی در حوزه روان‌شناسی اسلامی را پی‌ریزی کردند.

بهرامی/ احسان و همکاران (۱۳۹۲ و ۱۳۹۵)، طبق پژوهش‌های گسترده‌ای، شش مدل افسردگی را براساس آیات، برخی از سوره‌های قرآن کریم مفهوم‌پردازی کرده‌اند که شامل افسردگی تطفیفی (مطففین: ۱-۳۶)، افسردگی سرشکستگی (غاشیبه: ۱-۲۶)، افسردگی مقایسه‌ای - انزواطلبانه (عبس: ۱-۴۲)، افسردگی ولایت‌ستیزی (محمد: ۱-۳۸)، افسردگی معنوی (طه: ۱۱۲-۱۳۵) و افسردگی ناشی از حقارت (فجر: ۱-۳۰) شده و در مطالعات کمی نیز همه شش عامل به‌عنوان عوامل مستقل تأیید شده‌اند (فیاض و همکاران، ۱۳۹۴) درمان هریک از انواع شش‌گانه افسردگی، موجب بهبود روابط افراد می‌شود؛ بهبود افسردگی سرشکستگی، بهبود رابطه با خود، افسردگی معنوی؛ بهبود رابطه با خدا؛ افسردگی تطفیفی؛ بهبود رابطه‌های حق و تکلیفی، افسردگی ناشی از حقارت؛ بهبود رابطه با پدیده‌ها، افسردگی ولایت‌ستیزی؛ بهبود رابطه با ولی و مرجع باید و نباید، افسردگی مقایسه‌ای انزواطلبانه و بهبود رابطه با دوستان می‌شود (فیاض و اخوت، ۱۳۹۷، ص ۳۶-۳۷). به ترتیب، هریک از انواع افسردگی در طی درمان احساس شکست، پوچی و ناکامی، احساس شرم و حقارت، احساس بیچارگی، احساس حسادت، مقایسه و حسرت، احساس خشم، کینه و انتقام و احساس لجاجت و ترس را کاهش می‌دهد.

مبنای مباحث نظری، بنیادی و اجرایی، بسته مشاوره گروهی رشدمحور را درمان‌های قرآنی، برای انواع افسردگی از منظر قرآن می‌داند. از دیگر مشخصه‌های این درمان قرآنی، تبیین اهداف کلی، اهداف جزئی، رهبری مشاوره گروهی و تأکیدات جلسه درمان و... براساس آیات نورانی قرآن است (فیاض، ۱۳۹۶، ص ۲۸۷-۲۹۰). بسته مشاوره گروهی رشدمحور، متناسب با سرشت فطری هر انسانی ساخته شده که می‌تواند در جوامع مختلف اجرا شده و اثرگذاری عمیق‌تر و پایدارتری داشته باشد این بسته به انسان کمک می‌کند که بتواند در زندگی خود، همیشه به بهترین شکل ممکن، در نقش‌های متفاوت، عمل و رفتار کند. در نهایت، با توجه به اثرگذاری که بر روابط فردی و بین‌فردی انسان می‌گذارد موجب رشد مرحله‌ای و حقیقی در مسیر حق و هدایت شود. در واقع انسان‌ها به اندازه فاصله‌ای که از مسیر هدایتی خود می‌گیرند، از رشد و شکوفایی دورتر و به انواع درگیری‌ها و آسیب‌ها در زندگی دچار می‌شوند. نارضایتی در روابط زوجین، یکی از نتایج آن است.

در باب اهمیت حضور زنان در خانواده و جامعه، براساس آیه ۳۴ سوره «نساء»، خداوند با توجه به عقلانیت، عواطف و محبت زنان، چهار نوع نقش برای آنها تعیین کرده که باید در مسیر ایفای این نقش‌ها قرار گیرد.

۱. صالحات: شایستگی او در کلام، گفتار، رفتار و اخلاقش، به شیرینی متبلور شده و دیگران را نیز می‌تواند در این مسیر صالح کرده و با خود همراه کند و در نهایت، زمینه اصلاح خود، خانواده و جامعه را فراهم می‌کند.

۲. قانات: نماد بندگی است؛ قوت یعنی توجه او فقط به خداست و به‌واسطه اثرگذاری که در نهاد او قرار داده شده می‌تواند همسر خود را نیز آسمانی کند، به‌طوری که آنها نیز مطیع امر الهی شوند.

۳. ریحانه: بدین معنا که اهل روح و روحیه‌بخش هنرمندانه به مرد است که او را به سمت علم، کار و عبادت مشتاق کند؛ چراکه زن انگیزه دارد و مرد توان، همین امر آنها را به کمال نزدیک می‌کند.

۴. حافظات: بدین معنا که زن بتواند در کنار حفظ ارزش‌های درونی خودش، مستقیم در خانواده و غیرمستقیم در جامعه از ارزش‌های الهی پاسداری کند (غفرانی، منتشر نشده). ارزش و جایگاه زن تا به گونه‌ای است که پیامبر

اکرم صلی الله علیه و آله می‌فرمایند: «میزان نزدیکی و قرب مرد به خدا، به اندازه میزان احترام و ارزشی است که برای زن قائل شده است. بنابراین، زن نشانه و نشانی خدا است (غفرانی، ۱۳۹۶، ص ۴۷). زنان به‌طور فطری، طالب کمال نیز هستند و

نسبت به ضعف‌ها و قدرت‌های شخصیت خود، آگاهی داشته و دارای بصیرت هستند و به کنترل خصوصیات روحی خود، در شرایط و موقعیت‌های مختلف تمایل دارند (رک: سادات، ۱۳۶۱). بنابراین، ویژگی‌ها و شرایط، زنان به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده، چراکه نسبت به اصلاح خود و قرار گرفتن در مسیر رشد علاقه بیشتری دارند

و زمینه دریافت و اثرپذیری بیشتر و در مقابل، اثرگذاری فزون‌تر در آنها وجود دارد. یافته‌های پژوهشی نیز نشان می‌دهد که تعهد خانم‌ها به انجام دستورات دینی و قرآنی بیشتر و متناسب با آن، زنان نسبت به مردان رضایت

زناشویی بالاتری دارند (آقاپور و همکاران، ۱۳۹۰). در باب تأثیر زوجین بر یکدیگر، رویکرد درمان زناشویی بر این

نکته تأکید بسیار می‌کند که به آسانی یک همسر، می‌تواند موجب آسیب روانی یا رفتار نشانه‌ای در طرف مقابل شود (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۹، ص ۱۰۹). اثر متقابل زوجین از یکدیگر در مشاهدات لسلی (۱۹۸۸)، در باب خانواده‌درمانی سیستمی نیز تأیید شده است (همان). بنابراین، با توجه به اثرپذیری اعضا از یکدیگر و نقش برجسته زن، بخشی از احساس رضایت یا عدم رضایت زناشویی مردان، در گرو احساس رضایتمندی یا نارضایتی زنان قرار دارد. می‌توان از طریق افزایش رضایت زناشویی زنان، میزان رضایت زناشویی مردان را نیز افزایش داد. از آنجاکه زنان به نیازهای عاطفی و احساسی خود اهمیت بسیار زیادی می‌دهند، به همین دلیل نخستین کسی که احساس نارضایتی می‌کند، معمولاً زن خانواده است. مرد خانواده پس از نارضایتی همسرش، به نارضایتی می‌رسد (گری، ۱۳۸۹، ص ۶۸) بر این اساس، احتمال اینکه رضایت همسر پس از رضایتمندی زن افزایش یابد، تقویت و فرضیه اثرپذیری رضایت زناشویی مردان، در پی رضایت زناشویی و افزایش رشد زنان شکل می‌گیرد.

این بسته مشاوره گروهی، زیرمجموعه درمان‌های معنوی، مذهبی قرار دارد و مطالعاتی نیز در باب همبستگی و ارتباط معنادار بین تعقیدات معنوی (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵)، نگرش مذهبی (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۶)، جهت‌گیری مذهبی درونی (حسینی نسب و همکاران، ۱۳۸۸) و تعهد به دستورات قرآنی (آقاپور و همکاران، ۱۳۹۰)، معنویت و اعمال مذهبی (فینچام و همکاران، ۲۰۰۸)، مؤلفه‌های ایمان مانند بخشودگی، صبر و گذشت (ر.ک: زهتاب نجفی، ۱۳۸۸) با رضایت زناشویی زوجین صورت گرفته است. پژوهش‌های دیگری نیز با برگزاری جلسات زوج‌درمانی، با محوریت مشاوره اسلامی، بر خوش‌بینی (حیرت و همکاران، ۱۳۹۰)، صمیمیت جنسی و رضایت زناشویی زوجین را افزایش دادند (دانش، ۱۳۸۹؛ حسینی‌زند و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین، در پژوهشی که مارش و دلاس (۲۰۰۱)، بر روی زوج‌های رومی دارای مذهب کاتولیک نیز انجام دادند، حاکی از اثر بالقوه اعتقادات و باورهای مذهبی، بر کنترل خشم و وقایع استرس‌زای زندگی و اختلافات زناشویی دارد. پرسلر (۲۰۱۴)، نیز طی بررسی رابطه دین‌داری با صمیمیت و سازگاری زناشویی، دریافت که فعالیت‌های مذهبی شخصی و حضور در کلیسا با صمیمیت معنوی، عاطفی و جنسی و نیز سازگاری زناشویی، رابطه مثبت و معنادار دارد. مایر (۲۰۱۵)، در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه نماز و بخشش با دلبستگی به خدا، دلبستگی در روابط عاشقانه و رضایت زناشویی زوجین، به این نتیجه رسید که نماز و بخشش، رابطه بین دلبستگی به خدا و رضایت زناشویی را میانجی‌گری می‌کند. بر این اساس، در این پژوهش، استفاده از طرح مشاوره‌ای برای ارزیابی تغییر وضعیت زوجین، از لحاظ رضایتمندی زناشویی مورد توجه قرار گرفته است. پژوهشگرانی نظیر مارش و دلاس (۲۰۰۱)، تصریح می‌کنند که ارتباط با خدا می‌تواند فاصله بین زوجین را پر کند. در نتیجه، روابط زناشویی را تحت تأثیر خود قرار دهد. همچنین، بیان می‌کنند که در زوج‌های مذهبی نیز قلمرو معنویات، می‌تواند نظام‌های بیولوژیکی، روان‌شناختی و سایر قلمروهای روابط بین‌فردی را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، با استناد به تحقیقات صورت گرفته، مهم‌ترین هدف این

پژوهش، بررسی این مسئله است که آیا مشاوره گروهی رشدمحور، در افزایش رضایت زناشویی زنان مؤثر است؟ همچنین آیا مشاوره گروهی رشدمحور، در افزایش رضایت زناشویی همسران مؤثر است؟ هدف دیگر این پژوهش، این است که آیا میان رضایت زناشویی زنان، با رضایت زناشویی مردان رابطه وجود دارد؟

روش پژوهش

طرح این پژوهش حاضر، کاربردی و شبه‌آزمایشی بود. در این پژوهش، از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، با گروه گواه استفاده شده بود (ر.ک: بازرگان و همکاران، ۱۳۸۳). جامعه آماری پژوهش، شامل ۳۰ نفر از زنان ۳۰ تا ۴۰ ساله و داوطلب شرکت در جلسات بودند که مشکل روان‌شناختی خاصی نداشته و حداقل مدرک تحصیلی خود و همسرانشان دیپلم بود. با همسر خود زندگی کرده و حداقل ۱۰ سال از ازدواج آنها گذشته است. همه نمونه‌ها، حداقل یک دختر دبستانی داشتند که در دبستان دخترانه دوره دوم حضرت معصومه علیها السلام، منطقه چهارده تهران، در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ در حال تحصیل بودند. از بین دبستان‌های دخترانه منطقه چهارده تهران، دبستان دوره دوم حضرت معصومه علیها السلام، به‌صورت تصادفی انتخاب شد. از بین ۱۰۰ مادری که داوطلب شرکت در جلسات مشاوره گروهی رشدمحور بودند. ۱۵ نفر به صورت تصادفی به‌عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر به‌عنوان گروه کنترل در این پژوهش شرکت کردند. گروه آزمایش و کنترل، ضمن شرکت در جلسات، طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز به پرسش‌نامه رضایت زناشویی پاسخ دادند. در کنار آنها، همسرانشان نیز فقط با تکمیل کردن پرسش‌نامه رضایت زناشویی طی همین دو مرحله، در پژوهش حضور داشتند. پرسش‌نامه‌های پژوهش طی دو مرحله، مرحله اول پیش از برگزاری جلسات مشاوره گروهی و مرحله دوم، پس از اجرای آخرین جلسه تکمیل شد.

شاخص رضایت زناشویی

این پرسش‌نامه، در سال ۱۹۹۲ توسط هودسن تهیه شده است. «شاخص رضایت زناشویی» یک ابزار ۲۵ سؤالی است که برای اندازه‌گیری میزان، شدت یا دامنه مشکلات زن یا شوهر، در رابطه زناشویی تدوین شده است. نمره بالاتر این مقیاس، بیانگر شدت و یا دامنه بیشتر مشکلات است. این شاخص، دارای دو نقطه برش است. یکی نمره (+۵) ۳۰، که نمرات کمتر از آن، نشانه عدم مشکلات بالینی رابطه است. نمرات بیش از ۳۰ دلالت بر وجود مشکلات بالینی قابل ملاحظه است. دومین نمره برش، ۷۰، است. نمرات بالاتر از ۷۰ تقریباً همیشه نشانه این است که مراجع دچار استرس شدید است و احتمال تصور یا استفاده از نوعی خشونت، برای حل مشکلات را می‌توان به صراحت لحاظ کرد (ثنایی، ۱۳۸۷، ص ۴۵). پایایی این پرسش‌نامه از نظر سازنده اصلی آن، ۰/۹۶، به دست آمده است (همان، ص ۴۳). آریامنش و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهش خود پایایی این

پرسش‌نامه را با اجرای اولیه، بر روی ۲۰ زوج و تحلیل از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ اعلام کردند که پایایی خوبی به‌شمار می‌رود. شاخص رضایت زناشویی هودسن، روایی هم‌زمان بسیار خوبی دارد که با آزمون سازگاری زناشویی لاک و لاس، همبستگی معناداری نشان می‌دهد. همچنین این شاخص، برای متمایز کردن زوج‌های مشکل‌دار و زوج‌های ظاهراً بدون مشکل، از روایی بسیار خوب و بامعنایی برخوردار است. علت منفی بودن ضریب همبستگی این است که در شاخص رضایت زناشویی هودسن، نمرات بالا نشانه رضایت زناشویی پایین است و در *انریچ* نمرات بالا نشان‌دهنده رضایت زناشویی بالاست که این همبستگی، نشانه روایی مناسب پرسش‌نامه هودسن است (همان، ص ۴۵).

فرایند اجرای پژوهش: نمونه‌های شرکت‌کننده در این مطالعه، تعهد دادند که در تمام طول دوره پژوهش حضور داشته باشند. پس از انتخاب نمونه‌ها، براساس سن ۳۰ تا ۴۰ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، نداشتن هرگونه مشکل روان‌شناختی و داشتن حداقل یک فرزند دختر ۱۰ ساله و حداقل ۱۰ سال زندگی مشترک، حضور روزانه مرد در منزل، انتساب آنها در دو گروه آزمایش و گواه انجام گرفت. پیش از آغاز جلسات، افراد هر دو گروه، پرسش‌نامه رضایت زناشویی را تکمیل کرده و همین پرسش‌نامه را برای تکمیل برای همسرانشان دریافت کردند. در ابتدای جلسه اول، پرسش‌نامه‌های همسران، از هر دو گروه جمع‌آوری شد. ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، این کارگاه به مدت ۳ ماه برگزار شد و پس از پایان جلسه آخر، پرسش‌نامه‌های پژوهش ارائه و در جلسه بعد، پرسش‌نامه‌های همسران جمع‌آوری شد. سرفصل‌ها و محتوای جلسات مشاوره گروهی رشدمحور بر پایه روابط زناشویی و بر مبنای مبانی نظری افسردگی، از منظر قرآن تهیه شده که خلاصه جلسات آن، در جدول زیر توضیح داده شده است.

محتوای کلی بسته مشاوره گروهی رشدمحور، به شرح زیر است:

جلسه اول و دوم: (درمان افسردگی سرشکستگی با هدف برنامه‌ریزی در تعادل عمل و هدف با محوریت رشد در روابط و هماهنگی عمل با اهداف غایی): الف. توضیح عجله - کندی، به‌عنوان محور مهم تجربه نارضایتی بخصوص در روابط زوجین به‌صورت مشارکتی؛ ب. اجرای فعالیت بررسی فاصله آرزوها و رفتارها در گروه؛ ج. به بحث گذاشتن سؤال علت نارضایتی و حتی افسردگی افرادی که به اهداف خود رسیده‌اند و موضوع اهداف پایدار و ناپایدار در زندگی و آشنایی با اهمیت و ویژگی‌های مقاصد پایدار در زندگی؛ د. توضیح خلاصه‌ای از سه لایه مهم برنامه‌ریزی شامل مقاصد، اهداف و برنامه‌ها و تنظیم سه لایه برنامه‌ریزی با محوریت رشد در روابط زناشویی.

جلسه سوم و چهارم درمان افسردگی حقارتی، با هدف شناخت و بازسازی تکیه‌گاه‌های باوری؛ ۱. بحث گروهی در مورد میزان موفقیت در اجرای برنامه‌ها و بررسی عوامل شکست یا موفقیت در برنامه‌ریزی، از نگاه اعضا؛ ۲. بحث گروهی در پاسخ به پرسش بیان تجربه موفقیت‌های نوسانی در زندگی و نوسانات خلقی، در مواجهه با رخدادهای زندگی و بررسی علت اصلی به وجود آمدن نوسانات خلقی؛ ۳. نشان دادن انواع درخت باورها و تبیین دلایل وابستگی

هیجان‌ات فرد، به شرایط بیرونی و نه درونی، از طریق تمثیل درخت باورها؛ ۴. تأکید بر اهمیت تغییر مبناها و تکیه‌گاه‌های پوشالی، به تکیه‌گاه‌های حقیقی و مطمئن (دینی، عقلی، فطری)، براساس نتیجه‌گیری از بحث درخت باورها؛ ۵. کشف مبناهای ارزشمندی پوشالی در خود؛ ۶. توضیح تکمیلی در مورد اهمیت اعتباریات و باورهای پوشالی، برای فرد و در نتیجه، تجربه خلق نوسانی و احساس بی‌ارزشی؛ ۷. گفت‌وگو پیرامون تجربه افراد در مورد توانمندی‌هایی که در موقعیت‌های سخت کشف و ظاهر می‌شوند؛ ۸. نوشتن مبناهای ارزشمندی خود و بررسی اعتباری یا حقیقی بودن؛ ۹. یادداشت چندین مبنای حقیقی برای عمل، در موقعیت‌های بحرانی در رابطه با همسر.

جلسه پنجم و ششم (افسردگی معنوی با هدف آشنایی و فراگیری ذکر و معنویت، در گستره زندگی فرد و معنویت‌افزایی در افکار و اعمال ذاکرانه در ارتباط با همسر): بررسی موضوعات مادی‌گرایانه به صورت فردی و گروهی، که منجر به اختلاف در زندگی زناشویی می‌شود؛ ۲. نشان دادن باورهای مهم برگرفته از سوره مبارکه «طه»، برای سبک زندگی قرآنی؛ ۳. توضیح در مورد بعد فطری و روحانی انسان و لزوم ارتباط و اتصال با خدا، به‌واسطه اعمال ذاکرانه؛ ۴. نوشتن رفتارهای ذاکرانه که موجب نزدیکی به خدا خواهد شد؛ از نگاه هر فرد و برنامه‌ریزی برای اجرا؛ ۵. بیان گزارشی از تغییرات خود و میزان تغییر سبک زندگی؛ ۶. بیان تجربیات مثبت اعمال ذاکرانه افراد و اثر آن بر زندگی زناشویی، در موقعیت‌های مختلف.

جلسه هفتم و هشتم (افسردگی انزوایی با هدف آگاهی از ملاک‌های اعتباری یا حقیقی در روابط و اصلاح آنها براساس معیار سعی و خشیت): ۱. بحث گروهی پیرامون معیار برقراری و قطع رابطه در محیط خانوادگی، یا دوستانه؛ ۲. تبیین خطاهای شناختی برای قضاوت در مورد افراد و بیان تجربیات در گروه؛ ۳. معرفی دو عامل سعی و خشیت به‌عنوان ملاک‌های برقرار رابطه؛ ۴. نمره‌دهی به روابط براساس دو ملاک سعی و خشیت و ملاک استغنا؛ ۴. توضیح در مورد اهمیت شناخت توانمندی‌ها، عدم توانایی‌ها، پذیرش صادقانه آنها و ارتباط آنها با معیارهای افراد در برقراری روابط؛ ۵. برنامه‌ریزی افراد برای بازسازی روابط خانوادگی و دوستی بر مبنای سعی و خشیت و اهمیت تزکیه.

جلسه نهم و دهم (درمان افسردگی تطفیفی با هدف حرکت از خودبینی به سمت دیگربینی در توجهات و رسیدن به بلوغ عاطفی): ۱. اجرای فعالیت استعاره ترازوی حق و تکلیف و نمره‌دهی اعضا از صفر تا ۱۰، به انتظارات خود از همسر و وظایف خود در قبال آنها؛ ۲. بحث گروهی پیرامون پیامدهای انتظارات بالا از همسر، در مقابل کمتر دانستن وظایف خود و بیان تجارب شخصی در گروه؛ ۳. برنامه‌ریزی افراد برای انجام تعدادی وظایف، بدون انتظار در قبال همسر و مشاهده واکنش همسر و بررسی کیفیت روابط عاطفی بین خود؛ ۴. بیان اهمیت تغییر سبک زندگی، به سمت رعایت حقوق دیگران و پرهیز از خودجانبنداری؛ ۵. تعیین وظایف در قبال خانواده و اطرافیان و بررسی انتظارات آنها به‌صورت واقع‌بینانه و تصمیم برای تغییر وظایف.

جلسه یازدهم و دوازدهم (درمان افسردگی ولایت‌ستیز با هدف اعتماد به خدا، به‌عنوان ولی و مراتب پس از آن طبق دستورات الهی و خلاصه و جمع‌بندی): ۱. بحث گروهی پیرامون پرسش، چه اقداماتی هنگامی که با همسر خود دچار اختلاف می‌شوید، انجام می‌دهید و زمانی که خودتان به نتیجه نرسیدید، چه می‌کنید؟ ۲. توضیح لزوم انتخاب حکم برای زندگی و رجوع به او در شرایط اختلاف و مثال اهمیت تقلید در دین؛ ۳. معرفی حکم خود در خانواده توسط اعضا و بیان ویژگی‌های یک حکم خوب، از نگاه اعضا؛ ۴. یادداشت رفتارهایی که افراد ادعای انجام آن را در رابطه با همسرشان دارند، اما انجام نمی‌دهند و برنامه‌ریزی برای انجام آنها؛ ۵. خلاصه‌ای از تغییرات مورد انتظار در سبک زندگی از افراد شرکت‌کننده در شش حوزه مهم زندگی: ۱. اهداف؛ ۲. پدیده‌ها و مواجهات؛ ۳. رابطه با خدا؛ ۴. حقوق و تکالیف؛ ۵. روابط؛ ۶. رابطه با حکم و ولایت‌پذیری.

یافته‌های پژوهش

در بخش توصیفی یافته‌ها، می‌توان به نتایج جدول زیر استناد کرد که میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون رضایت زناشویی، در زنان و همسران آنها به تفکیک گروه‌ها گزارش شده است. نمرات بالا بیانگر تعارض بیشتر و نمرات پایین بیانگر تعارض زناشویی کمتر است.

جدول ۱: میانگین‌های رضایت زناشویی در آزمودنی و همسر به تفکیک گروه و آزمون

همسر		آزمودنی		گروه‌ها	
				آزمون‌ها	
کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
۱۹.۳۷	۲۴.۵۷	۲۳.۶۶	۲۵.۰۲	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
۱۷.۵	۲۰.۳۸	۲۱.۰۰	۱۹.۳۳	پس‌آزمون	پس‌آزمون

براساس جدول فوق در نمرات هریک از زوجین در گروه آزمایش، میانگین پیش‌آزمون بالاتر از آزمون دیگر است. در آزمودنی‌ها، میانگین به‌دست‌آمده در پیش‌آزمون، برابر ۲۵.۰۲ است. کاهش نمره در پس‌آزمون این گروه، میانگین نمرات را به ۱۹.۳۳ رسانده است. در همسران آزمودنی‌ها، میانگین به‌دست‌آمده در پیش‌آزمون، برابر ۲۴.۵۷ است، با کاهش نمره در پس‌آزمون این گروه، میانگین نمرات به ۲۰.۳۸ رسیده است. از آنجاکه انتخاب نمونه‌ها، به صورت تصادفی از بین داوطلبان صورت گرفت، بالا بودن میانگین رضایت زناشویی طبیعی بوده و مسلماً اثرگذاری در بهبود رضایتمندی مناسب، به سطحی بالاتر امری دشوارتر است.

با توجه به اینکه طرح این تحقیق شبه‌آزمایشی و از نوع طرح دوگروهی ناهمسان با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود. علت استفاده از تحلیل کوواریانس، کنترل تأثیر

متغیر کمکی (پیش‌آزمون) است. برای بررسی پیش‌فرض‌های موردنیاز برای اجرای آزمون‌های آماری، به بررسی نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و مقایسه نمرات پیش‌آزمون در دو گروه (گروه آزمایش و کنترل) پرداخته شده است.

جدول ۲: بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون در متغیر رضایت زناشویی

سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات
۰.۶۸	۰.۱۶	۷۲.۰۴	۱	۷۲.۰۴

جدول فوق نشان می‌دهد که تعامل بین متغیر کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر مستقل، در سطح $P \leq 0.05$ معنادار نیست. در نتیجه، شیب رگرسیون گروه و آزمون، تقریباً موازی بوده و پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون مورد تأیید است. بنابراین، می‌توان گفت که اثر تعاملی گروه (آزمایش و گواه) و آزمون (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بر متغیر وابسته (رضایت زناشویی) معنادار نیست. بدین ترتیب، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مجاز است.

جدول ۳: آزمون t گروه‌های مستقل (برای مقایسه متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون گروه آزمایش و گواه)

متغیرها	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری
رضایت زناشویی	۲۸	۱.۲۷	۰.۲۵
رضایت زناشویی همسر	۲۸	۱.۰۴	۰.۳۱

مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون دو گروه، با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل صورت گرفته که نتایج آن در جدول بالا گزارش شده است. مقادیر t به‌دست‌آمده در خصوص تفاوت میانگین‌ها در گروه‌های مختلف، در سطح $P \leq 0.05$ معنی‌دار نیست. بنابراین، بین نمرات پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه، تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس - بررسی اثر متغیر مستقل بر رضایت زناشویی زنان و همسران

جنسیت	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
زن	۷۷۱۸.۹۳	۲	۳۸۵۹.۴۶	۹.۱۱	۰.۰۰۰۱	۰.۲۴	۰.۹۶
همسر	۶۶۷۰.۲۵	۲	۳۳۳۵.۱۲	۱۱.۶۲	۰.۰۰۰۱	۰.۲۹	۰.۹۹

جدول (۴)، حاکی از این است که در متغیر رضایت زناشویی زنان، مقدار F به‌دست‌آمده برابر ۹.۱۱ و همسران ۱۱/۲۶ بوده و در سطح $P \leq 0.01$ معنادار است. با توجه به کاهش نمره گروه آزمایش در پس‌آزمون (زنان به میزان ۵۶۹ نمره و همسران ۴/۱۹)، می‌توان گفت: مشاوره رشد محور بر رضایت زناشویی شرکت‌کنندگان، در برنامه مشاوره و همسرانشان مؤثر بوده است.

برای آزمون تعیین میزان ارتباط دو متغیر رضایت زناشویی زنان و مردان، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد و رضایت زناشویی زنان و مردان به طور مثبت و معنی‌داری، با توجه به نتایج جدول زیر ($r = 0.63$ و $p = 0.040$ و معناداری در سطح $P \leq 0.01$)، با یکدیگر همبستگی مثبتی دارند.

جدول ۵: همبستگی رضایت زناشویی زنان و مردان

ضریب همبستگی (R)	سطح معناداری (Sig)	ضریب تعیین (R ²)
۰.۶۳	۰.۰۰۰۱	۰.۴۰

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به بررسی تأثیر مشاوره گروهی رشدمحور، بر رضایت زناشویی زنان به‌طورمستقیم و رضایت زناشویی مردان به‌صورت غیرمستقیم پرداخته است. نتایج این پژوهش، تأیید می‌کند که جلسات مشاوره گروهی رشدمحور، که برگرفته از مبانی وحیانی و الهی قرآن کریم است، توانسته میزان تعارضات و نارضایتی زناشویی را به شدت کاهش دهد. یکی از معیارهای رضایت زناشویی، شادی و پایداری در رابطه زوجین است (ر.ک: برنشتاین، ۱۳۹۰) که محتوای بسته مشاوره‌ای نیز حول همین محور می‌چرخد. ماهونی (۲۰۰۵)، بیان می‌کند که افراد بر مبنای دین و مذهب خود ازدواج را به‌عنوان مسئولیتی برای تمام عمر، وفاداری و تعهد نسبت به همسر، مهرورزی و ایجاد زمینه آرامش برای یکدیگر تفسیر می‌کنند که تأثیر فراوانی بر روابط زناشویی آنها خواهد گذاشت. او معتقد است: دین می‌تواند راهبردهایی را برای حل و فصل مناقشات ارائه دهد و با توجه به ارزش‌هایی که برای افراد خانواده و نحوه رسیدن به آنها مطرح می‌کند، ثبات در روابط زناشویی را ایجاد کند. این ارزش‌ها، فرایندها و روابط بین‌فردی، افراد را بسیار مطلوب و مثبت می‌کند و می‌تواند بر حل اختلافات زناشویی در خانواده، نقش تعیین‌کننده داشته باشد. در همین راستا، مباحث مطرح‌شده در جلساتی که به درمان افسردگی ولایت‌ستیزی اختصاص یافته است ضمن تغییر نگرش افراد نسبت به دستورات دین، آگاهی افراد از منابع و مراجع باید و نبایندی آنها در زندگی و توقف اطاعت‌های کورکورانه، بر اطاعت از خداوند، به‌عنوان مرجع و ولی، که باید به او اعتماد کامل داشت و مراتب پس از او (پیامبر، امام معصوم و حکم)، که خداوند بدان سفارش کرده است، تأکید می‌کند. بنابراین، باور و ارزش‌های الهی، مبنای راهبردها برای حل مناقشات هستند. همچنین، انسان‌ها می‌توانند قدرت خارق‌العاده معنوی را با ایمان به خدا و گرایش‌های معنوی در خود ایجاد کنند. این قدرت، می‌تواند آنها را در تحمل سختی‌های زندگی یاری دهد (کجباف و رئیس‌پور، ۲۰۰۸)؛ چراکه افراد در زندگی زناشویی به خداوند به‌عنوان، تکیه‌گاهی استوار و قوی نگاه می‌کنند و تلاش می‌کنند در مسیر رضایت الهی زندگی کنند.

با توجه به آنچه از ویژگی‌های زنان در ابتدا بیان شد، آنان گشودگی معنوی بیشتری، نسبت به مردان دارند. بخشی از نکات جلسه مشاوره گروهی رشدمحور نیز که با محوریت درمان افسردگی معنوی و معنویت‌افزایی مطرح می‌شود، به رفتارهای ذاکرانه و عمل متناسب با باور، در روابط بین‌فردی و به‌طور خاص رابطه با همسر می‌پردازد. رفتارهای ذاکرانه، تمام رفتارهای فرد است که با توجه به هدف، باور و ارزش‌های فرد شکل می‌گیرد و براساس دستورات خداوند، در برخورد با مسائل گوناگون زندگی افراد است و او را در جهت رسیدن به اهداف غایی یاری می‌کند؛ رفتارهایی که موجب عمق‌بخشی رابطه و اتصال با خدا خواهند شد، به‌طوری که فرد با اصلاح رابطه خود و خدای خویش، روابط با همسر خود را در مسیر این رابطه عمودی می‌بیند. از مهم‌ترین اعمال ذاکرانه سفارش‌شده در دین اسلام، نماز است که به‌واسطه آن افراد می‌توانند عمق رابطه با خداوند را درک کنند و از این ظرفیت عظیم، در مسیر رسیدن به اهداف زندگی و پایه‌ریزی روابط خود استفاده کنند. محققان در پژوهش‌های خود، تأثیر معنویت و اعمال مذهبی، مانند نماز و دعا به‌عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی، تأیید کرده‌اند و معتقدند: این اعمال و اعتقادات موجب افزایش بخشایش زوجین و تعهدات ارتباطی به دلیل اعتقاد به پاسخ‌گویی در برابر خدا خواهد شد (فینچام و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین، نتایج این پژوهش همسو با پژوهش پرسلر (۲۰۱۴)، مبنی بر ارتباط مثبت و معنادار بین فعالیت‌های مذهبی شخصی و حضور در کلیسا با صمیمیت معنوی، جنسی، عاطفی و سازگاری زناشویی و پژوهش مایر (۲۰۱۵)، مبنی بر میانجی‌گری نماز و بخشش در رابطه بین دلبستگی به خدا و رضایت زناشویی است.

محققان الیسن (۱۹۹۴) و آدلر و کاسل (۱۹۹۲) (مختاری و همکاران، ۱۳۸۰) معتقدند: مذهب به‌معنای وسیع کلمه موجب تعدیل آثاری می‌شود که پس از بحران‌های شدید در زندگی افراد به وجود می‌آید. یکی از راه‌های مبارزه با مشکلات را اعتقادات معنوی بیان می‌کند. به نظر آلپورت نیز جهت‌گیری مذهبی درونی، همان گرایش به انجام اعمال و تفکرات مذهبی است. نوعی تعهد و انگیزشی فراگیر است که غایت و هدف دارد، نه وسیله دستیابی به اهداف فردی و درونی و پیش‌بینی‌کننده معناداری برای متغیر سازگاری زناشویی است (حسینی‌نسب و همکاران، ۱۳۸۸). درواقع، افرادی که اعمال مذهبی آنها از عقیده و علم آنها سرچشمه می‌گیرد و به تعالیم مذهبی، در دین خود صادقانه عمل می‌کنند. سازگاری زناشویی بیشتری در آنها پیش‌بینی می‌شود. محوریت جلسات، با موضوع درمان افسردگی سرشکستگی نیز با در نظر گرفتن اهداف متعالی و غایی در مسیر هدف خلقت الهی انسان، برنامه‌ریزی برای رسیدن به این اهداف و معنابخشی به زندگی، زمینه رشد در مسیر واقعی را برای انسان فراهم می‌آورد، به‌طوری که می‌تواند روابط افراد، به‌ویژه زن و شوهر را نیز تحت پوشش اهداف فطری وجودی انسان قرار دهد و معیار برقراری روابط را براساس تهedy الهی بداند، نه مقاصد فردی. به‌طورکلی می‌توان گفت: ایمان و مذهب از دو راه می‌تواند زمینه استحکام و ثبات خانواده را فراهم کند: نخست، تحکیم و تقویت مبانی اخلاق فردی.

دوم، تأثیر معنویت و مذهب در معنابخشی به زندگی فردی و ایجاد حس رضایت در افراد است (آقاپور و همکاران، ۱۳۹۰). با توجه به این امر که مدیریت روابط خانواده با دیگران، می‌تواند بر روابط زوجین اثرگذار باشد، درمان افسردگی انزوایی یکی از انواع افسردگی‌ها از منظر قرآن است که توانسته روابط افراد را بهبود بخشد. در مباحث حاوی این درمان، ضمن فراهم کردن زمینه آگاهی افراد از معیارهایی که برای برقراری روابط با دیگران دارند، ملاک‌های حقیقی در شکل‌دهی روابط و قضاوت‌ها را در ارتباط با دیگران و همسر، به افراد می‌آموزد. معیار حقیقی در روابط، سعی و خشیت افراد است؛ افرادی که دارای ایمان واقعی هستند. افرادی هدفمند و اهل تلاش و امید هستند. تواضع و انعطاف بالایی دارند و اهل کندی و نخوت نبوده و در مسیر الهی گام برمی‌دارند (فیاض، ۱۳۹۶، ص ۲۳۶-۲۴۴) بنابراین، همسر و سایر اعضای خانواده تحت تأثیر این معیارها در برقراری روابط قرار گرفته و این ویژگی‌ها، در آنها نیز تقویت می‌شوند. ارتباط با این افراد، زوجین را به سمت شناخت نعمت‌ها و الطاف الهی در رابطه زناشویی سوق می‌دهد و نحوه ارتقا و استفاده درست از آنها را به مشورت می‌گذارد و افسردگی انزوایی را که ناشی از مقایسه خود با دیگری و پایین‌تر دیدن خود و حسرت و حسادت نسبت به آنهاست کاهش می‌دهد. کاپلان و مادوکس (۲۰۰۲) معتقدند: رضایت زناشویی یک تجربه شخصی در ازدواج است که تنها به وسیله خود، فرد در پاسخ به میزان لذتی که از رابطه زناشویی می‌برد، قابل ارزیابی است و بر این باور هستند که رضایت زناشویی به انتظارات افراد بستگی دارد. انتظارات و توقعات در روابط با همسر، یکی از عوامل مهم در رضایت زناشویی است. در جلساتی که با محوریت درمان افسردگی تطفیفی (خودجانبداری) برگزار شد، افراد از انتظارات منطقی و غیرمنطقی در روابط و وظایف حق - تکلیفی با اطرافیان خود، آگاه شدند. بنابراین، شاخص انتظارات، براساس معیارهای منطقی دین اسلام صورت‌بندی می‌شود. درحالی‌که ارتباط معکوس انتظارات غیرمنطقی، با رضایت زناشویی در پژوهش *سراز و کوچ سراز* (۲۰۰۸) نیز تأیید شده است.

در آیه ۳۴ سوره «احزاب»، خداوند خطاب به همسران پیامبر، دانشمند شدن را به عهده زنان می‌گذارد که به‌جای اینکه بخواهند توان و وقت خود را صرف کارهای اجتماعی و فیزیکی سخت کنند، به‌جای آن، حکمت بیاموزند و از آنجا که ریشه حکمت تعقل است، بیانگر ظرفیت و استعداد آموختن علم و حکمت در زنان است که آن را از خداوند به ودیعه گرفته‌اند (ر.ک: جمعیت زنان جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۶۸). با توجه به ویژگی‌هایی که برای زنان در متن آورده شده، این گروه می‌توانند به‌آسانی بر اعضای خانواده و پس از آن، در جامعه مؤثر واقع شوند. همان‌طور که نتایج این پژوهش، نشان داد رضایت زناشویی مردان، تحت تأثیر افزایش رضایت زناشویی زنان، رشد معناداری داشته که همسو با مشاهدات *لسلی* (۱۹۸۸)، در باب خانواده درمانی سیستمی است؛ نشان می‌دهد که هرگونه تغییر یا حرکت هر یک از مؤلفه‌ها، می‌تواند بر کل آن مؤثر واقع شود. درعین‌حال، می‌توان این تغییر را تا حدودی از طریق تغییر سایر اجزای آن نظام تبیین کرد و در

الگوی تعاملی هر خانواده تغییراتی به وجود آورد که نشان از کلیت نظام خانواده دارد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۹، ص ۶۱). دین‌داری و اعتقادات مذهبی نیز می‌تواند در طولانی‌مدت و بیشتر در سال‌های بعدی ازدواج و کمتر در اوایل ازدواج، تأثیر مثبتی بر رضایت زناشویی و ارتباط مثبت زوجین، به‌ویژه همسر سالم و بدون اختلال روان‌رنجوری داشته باشد (سالیوان، ۲۰۰۱). همچنین، به‌صورت کلی مردها در رابطه با مسائل دینی، از زن‌ها تبعیت غیرمستقیمی دارند (باهر، ۱۳۸۳، ص ۱۱۱). بنابراین، طبق یافته‌های به‌دست‌آمده، افزایش رضایت زناشویی زنان و سپس همسرانشان، مطالعات گذشته محققان را تأیید کرد.

باتوجه به ارزش قرآن، به‌عنوان منبع غنی وحیانی و الهی، که در دستان ماست، شایسته است که پژوهشگران با تدبیر در سوره‌های دیگر قرآن کریم و کشف علل و درمان اختلالات روانی و آزمودن آن، جهت تأیید علمی این نظریات، نسبت به تولید علم، تغییر نگرش و سبک زندگی در جوامع اسلامی، که زمینه برای پذیرش آن مهیا است، اقدام کنند. پژوهشگران در آینده، بهتر است برای ایجاد رازداری و اعتماد در جلسات مشاوره گروهی و استفاده از زوجین جوان‌تر و ارتباط مستقیم با نمونه‌ها، از روش‌های دیگر، همانند روش اینترنتی برای جذب نمونه استفاده کنید. بهتر است که در تحقیقات آتی، اثربخشی این بسته مشاوره‌ای بر متغیرهای وابسته و مهم دیگری در زندگی اجرا شود. پیشنهاد می‌شود که بسته مشاوره گروهی رشدمحور، برای عموم افراد سالم برای پیشگیری و افراد افسرده جهت درمان، زوجین سازگار جهت پیشگیری از نارضایتی، به‌ویژه زوجین ناسازگار با شرایط مختلف جهت تعمیم‌پذیری بیشتر اجرا گردد. از این‌رو، حیث اجرای آن در تمام مکان‌ها، مانند بهزیستی، سرای محله، مراکز مشاوره، هلال‌احمر، حوزه‌ها، مدارس و مساجد پیشنهاد می‌شود.

منابع

- آریامنش، صابر و همکاران، ۱۳۹۲، «مقایسه تمایزیافتگی بین زوج‌های رضایتمند و زوج‌های دارای تعارض زناشویی در شهر بندرعباس»، *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ش ۳ (۱)، ص ۸۱-۹۸.
- احمدی، خدابخش و همکاران، ۱۳۸۵، «بررسی رابطه بین تقیدات مذهبی و سازگاری زناشویی»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۲ (۵)، ص ۵۵-۶۷.
- آقاپور، اسلام و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی رابطه بین دستورات قرآنی با رضایتمندی زناشویی در خانواده (مطالعه موردی: خانواده‌های ساکن شهر مرنده)»، *قرآن و طب*، ش ۳، ص ۷۷-۸۱.
- بازرگان، عباس و همکاران، ۱۳۸۳، *روش تحقیق در علوم رفتاری*، تهران، آگاه.
- باهر، حسین، ۱۳۸۳، *رفتارشناسی زنان موفق*، تهران، خيام.
- برنشتاین، فیلیپ، ۱۳۹۰، *زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری ارتباطی*، ترجمه حسن سیدپور و همکاران، چ دوم، تهران، رشد.
- بهرامی احسان، هادی و همکاران، ۱۳۹۲، «تبیین ریشه‌های افسردگی از منظر سوره مبارکه غاشیه؛ تمرکز بر نقش رفتارهای بی‌حاصل»، *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ش ۸، ص ۳۷۱-۳۹۷.
- بهرامی احسان، هادی و همکاران، ۱۳۹۵، *معناشناسی افسردگی از منظر قرآن (پیشنهاد الگویی برای پژوهش‌های قرآنی در حوزه روانشناسی)*، تهران، دانشگاه تهران.
- پروین، ستار و همکاران، ۱۳۹۱، «عوامل جامعه‌شناختی مؤثر در طلاق عاطفی در بین خانواده‌های تهرانی»، *مطالعات راهبردی زنان*، ش ۱۴، ص ۱۱۹-۱۵۳.
- پروین، ندا و همکاران، ۱۳۹۳، «تأثیر جلسات آموزش مهارت‌های زندگی بر وضعیت رضایت زناشویی کارکنان پرستاری زن شاغل در بیمارستان هاجر شهرکرد: یک مطالعه کارآزمایی بالینی»، *بالینی پرستاری و مامایی*، ش ۳، ص ۳۷-۴۶.
- پورحیدری، سپیده و همکاران، ۱۳۹۲، «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر رضایت جنسی و زناشویی در زوج‌های جوان»، *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ش ۱۴، ص ۱۴-۲۲.
- ثنایی، باقر، ۱۳۷۸، *مقیاس‌های سنجش خانواده ازدواج*، چ دوم، تهران، بعثت.
- جمعیت زنان جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۶۸، *نگرشی گذرا به مقام زن در جهان آفرینش*، تهران، هاد.
- حسینی‌زند، مهناز و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی زوج‌درمانی براساس آموزه‌های اسلامی بر صمیمیت جنسی زوج‌های مراجعه‌کننده به کلینیک نیکان شهر تهران»، *یافته‌های نو در روانشناسی*، ش ۸ (۲۵)، ص ۲۷-۳۹.
- حسینی‌نسب، داوود و همکاران، ۱۳۸۸، «بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سازگاری زناشویی»، *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ش ۱۴، ص ۴۲-۶۹.
- حیرت، عاطفه و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی اثربخشی زوج‌درمانی اسلام محور بر خوش‌بینی زوجین شهر اصفهان»، *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ش (۱) ۱، ص ۹-۲۲.
- خدایاری فرد، محمد و همکاران، ۱۳۸۶، «رابطه نگرش مذهبی با رضایتمندی زناشویی در دانشجویان متأهل»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۱۰ (۳)، ص ۶۱۱-۶۲۰.
- دانش، عصمت، ۱۳۸۹، «افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار با مشاوره از چشم‌اندازی اسلامی»، *مطالعات روان‌شناختی*، ش ۲ (۶)، ص ۱۶۷-۱۸۶.
- زنتاب نجفی، عادله، ۱۳۸۸، *بررسی و مقایسه میزان بخشودگی در زوجین با رضایت زناشویی بالا و زوجین در معرض طلاق در شهرستان کرمانشاه*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، تهران، دانشگاه الزهراء.
- سادات، محمدعلی، ۱۳۶۱، *خصوصیات روح زن*، تهران، نهضت زنان مسلمان.
- سازمان ثبت احوال جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۶، *آمار ازدواج و طلاق و نسبت آنها*، در: www.Sabteahval.ir
- ستیر، ویرجینیا، ۱۳۸۴، *آدم‌سازی در روانشناسی خانواده*، ترجمه بهروز بیرشک، تهران، رشد.
- سوزنجی، حسین، ۱۳۹۴، *روایت مطهر ۳: تأملی در اندیشه‌های شهید مطهری: مباحث خانواده و روابط زن و مرد*، تهران، تهران، دانشگاه امام صادق (ع).

عباسی، علی و همکاران، ۱۳۹۰، «تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر رضایت زناشویی زنان متأهل و شاغل شهر دوگنبدان» *ارمغان دانش* (مجله علمی پژوهشی علوم پزشکی دانشگاه یاسوج)، ش ۱۶، ص ۵۸۷-۵۹۴.
غفرانی، محمدجعفر، منتشر نشده، *هنر زن بودن*.

غفرانی، محمدجعفر، ۱۳۹۶، فردای ازدواج: آشنایی با مهم‌ترین مباحث فردای ازدواج، تهران، قرآن و اهل بیت (ع).
فیاض، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۴، «ساخت مقدماتی مقیاس تشخیصی افسردگی مبتنی بر سوره‌های قرآن کریم»، *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ش ۹ ص ۱۵۳-۱۸۰.

فیاض، فاطمه و احمدرضا اخوت، ۱۳۹۷، *درمانگری افسردگی مبتنی بر قرآن (راهنمای ویژه متخصصان روانشناسی و مشاوره)*، تهران، قرآن و اهل بیت (ع).

فیاض، فاطمه، ۱۳۹۶، طراحی مدل اکتشافی اختلال افسردگی از منظر قرآن کریم و بررسی اثربخشی الگوی درمانی مبتنی بر آن، رساله دکتری، رشته روانشناسی سلامت، تهران، دانشگاه تهران.

گری، جان، ۱۳۸۹، *زنان ونوسی و مردان مریخی: زن، مرد، ارتباط، ترجمه مهدی قراچه داغی*، چ نهم، تهران، دایره.
گلدنبرگ، ایرنه و هربرت گلدنبرگ، ۱۳۸۹، *خانواده درمانی*، ترجمه سیامک نقش‌بندی، حمیدرضا حسین‌شاهی برواتی و الهام ارجمند، چ چهارم، تهران، روان.

مختاری، عباس و همکاران، ۱۳۸۰، «رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان تنیدگی»، *روانشناسی*، ش ۱۷، ص ۵۶-۶۷.
میرزاده، رقیه و زهرا مرادی، ۱۳۹۵، «بررسی اثربخشی آموزش همدلی برافزایش میزان شادکامی و رضایت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان دزفول»، در: *دومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های کاربردی در علوم تربیتی و مطالعات رفتاری و آسیب‌های اجتماعی ایران*، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی.

ویکی پدیا، در: <https://fa.wikipedia.org/wiki>

- Bali, A. Dhingra, R. & Baru, A, 2010, "Marital adjustment of childless couples", *Journal of social science*, N. 24(1), p. 73-76.
- Edalati, A. & Redzuan, M.R., 2010, "Perception of woman towards family values and their marital satisfaction", *Journal of American Science*. N. 6 (4), p. 132-137.
- Fincham, F. D, et al, 2008, "Spiritual behaviors and relationship satisfaction: A critical analysis of the role of prayer", *Journal of Social and Clinical Psychology*, N. 27(4), p. 362-388.
- Kajbaf M, Raiespour H, 2008, "Relation between religious attitude and mental health among female students in Isfahan", *Qtrly Islamic & Psych Studies*, N. 1(2), p. 31-43.
- Kaplan, M & Maddux, J.E., 2002, "Goals and marital satisfaction: perceived support for personal goals and collective efficacy for collective goals", *Journal of Social and Clinical Psychology*, N. 21 (2), p. 157-164.
- Litzinger, S. & Gordon, K. C, 2005, "Exploring relationships among communication, sexual Satisfaction, and marital satisfaction", *Journal of sex & marital therapy*, N. 31(5), p. 409-424.
- Mahoney, A, 2005, "Religion and Conflict in Marital and Parent-Child Relationships", *Journal of social issues*, N. 61(4), p. 689-706.
- Maier, C.M, 2015, "Feminist-informed emotionally focused couples therapy as treatment for eating disorders", *The American Journal of Family Therapy*, N. 43, p. 151-162.
- Marsh, R. & Dallos, R, 2001, "Roman Catholic couples: Wrath and religion", *Family Process*, N. 40(3), p. 343-360.
- Presler, B, 2014, *Religiosity, Marital Adjustment, and Intimacy*, George Fox University.
- Sheras, P. L. & Koch-Sheras, P. R, 2008, "Commitment first, communication later: Dealing with barriers to effective couple's therapy", *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 38(3), 109-117.
- Sullivan, K. T, 2001, "Understanding the relationship between religiosity and marriage: An investigation of the immediate and longitudinal effects of religiosity on newlywed couples", *Journal of family psychology*, N. 15(4), p. 610-626.
- Zwicker, A. E, 2013, *Understanding divorce in the context of stepfamilies*, Doctoral dissertation, University of British Columbia.

بررسی اثربخشی آموزش گروهی زوج‌درمانی، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی زنان شهر رشت

حسین مخلوق‌زاد خمسه / کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان
 سیدولی‌الله موسوی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان
 سجاد رضائی / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان
 امیر قربان‌پور لقمجانی / استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه گیلان
 دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۰۲ - پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۱۲
 h_makhlough@yahoo.com
 mousavi180@yahoo.com
 rezaei_psy@hotmail.com
 qorbanpoorlafmejani@guilan.ac.ir

چکیده

این پژوهش، با هدف تعیین اثربخشی زوج‌درمانی، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان شهر رشت انجام شد. طرح تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی، با گروه کنترل و پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری، زنان (مادران دانش‌آموزان مقطع ابتدایی) شهر رشت، در ۱۳۹۷ بودند که به شیوه تصادفی انتخاب شدند. مادرانی که پایین‌ترین نمره را در پرسش‌نامه انریچ کسب کرده بودند، شناسایی و انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پس از اخذ پیش‌آزمون از همه آزمودنی‌ها، برنامه آموزشی زوج‌درمانی، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی به مدت ۱۰ هفته دو ساعته، به گروه آزمایش آموزش داده شد. در پایان، پس‌آزمون اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری نشان داد که نمره کل کیفیت زندگی زناشویی و رضایت زناشویی، توافقی و انسجام به‌عنوان زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی زناشویی آزمودنی‌های دو گروه، بعد از اجرای مداخله تفاوت معناداری داشت و کیفیت زندگی زناشویی، گروه آزمایش افزایش یافته است. بنابراین، می‌توان از این روش به‌عنوان الگویی بومی - فرهنگی برای افزایش کیفیت زندگی زناشویی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی گروهی، آموزه‌های اسلامی، کیفیت زندگی زناشویی.

خانواده، یکی از نهادهای مهم بشری و تأثیر آن بر رشد و تعادل و شکوفایی افراد و جامعه بشری غیرقابل انکار است (سالاری فر، ۱۳۸۸، ص ۵). تشکیل خانواده، عمدتاً از طریق ازدواج است و زندگی زناشویی و خانوادگی، از این تجربه متأثر می‌گردد (اوبسکرا و لو، ۲۰۰۸). در این میان، زنان، پرورش‌دهنده انسان‌های سالم بوده و بی‌توجهی به سلامت و کیفیت زندگی آنان می‌تواند مشکلات بسیاری در شیوه زندگی و سلامت نسل‌های بعدی ایجاد کند (شیخ‌الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۴).

کیفیت زندگی، به‌عنوان یک سازه چندبعدی، تحت تأثیر جنبه‌های زندگی کاری، خانوادگی، سلامتی جسمی و روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی زندگی فرد است (تلس و همکاران، ۲۰۱۴). یکی از قلمروهای مهم کیفیت زندگی، کیفیت زندگی زناشویی است که مفاهیم بسیاری از قبیل سازگاری، رضایت، شادمانی، یکپارچگی و تعهد را نیز دربر می‌گیرد (غلامعلیان و همکاران، ۱۳۸۷). کیفیت زناشویی، به‌طور مثبت با بهزیستی روانی ارتباط دارد و زنان از مردان قوی‌تر هستند (کار و همکاران، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی زناشویی، نقش‌های جنسیتی و رضایت از زندگی، رابطه مثبتی وجود دارد (ستینکایا و جنکدوگان، ۲۰۱۴).

کیفیت زندگی زناشویی، به‌عنوان موفقیت و عملکرد ازدواج توصیف شده و به‌عنوان یک پیش‌بین مهم تداوم، پایداری و ثبات زناشویی (آلیس، ۲۰۰۴) و عاملی ضروری، در بهزیستی روان‌شناختی محسوب می‌شود (کیکولت گلاسر و همکاران، ۱۹۸۷) و با افسردگی در زوجین رابطه معکوس دارد (جایسوال و همکاران، ۲۰۱۶). کیفیت زندگی، با سلامت جسمانی زوجین در میان‌سالانی نیز ارتباط دارد (بوکوالا، ۲۰۰۵) و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، بر خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی زوجین، اثرات مثبتی دارد (نوری‌پور و همکاران، ۲۰۱۳).

کیفیت زندگی زناشویی، از سه مؤلفه توافق، رضایت و انسجام تشکیل شده است. منظور از «توافق»، میزان موافقتی است که زوجین در مورد موضوعات مهمی همچون اداره کردن امور مالی خانواده و اتخاذ تصمیمات مهم دارند (صدیقی و همکاران، ۱۳۹۳؛ صدیقی و همکاران، ۱۳۹۴). رضایت زناشویی نیز به‌عنوان تعدادی فعالیت لذت‌بخش، که زوجین به طور اشتراکی در آن شرکت دارند، تعریف شده است (آکینلیه و آلا، ۲۰۰۸) و فقط ارزشیابی خود ازدواج نیست، بلکه نگرشی است که فرد نسبت به همسر و رابطه با او دارد (دی گارمو، ۲۰۰۸، ص ۶۲). رضایت زناشویی، خشنودی زناشویی، فقدان کژکاری، رضایت در هر دو طرف و ادراک کلی از موفقیت رابطه زناشویی تعریف می‌شود و در سه بعد ارتباط زناشویی، راهبردهای حل تعارض و صمیمیت هیجانی متجلی می‌شود (چانگ، ۲۰۰۸، ص ۳۶).

انسجام زناشویی نیز احساس همبستگی، پیوند و تعهد عاطفی‌ای است که زن و شوهر نسبت به هم دارند و در قالب احساس نزدیکی عاطفی، با سایر افراد خانواده تعریف می‌شود و کیفیت آن، تابع تعهد و وقت گذراندن با هم

است (زارع و سامانی، ۱۳۸۷). انسجام تابع مشارکت، هدفمندی و عملکرد مناسب و متقابل اعضا، در راستای تأمین نیازهای یکدیگر، در جهت حفظ خانواده می‌باشد (حاتمی و همکاران، ۱۳۸۸).

با توجه به افزایش آمار طلاق و نقش مهم کیفیت زناشویی و ابعاد، آن در افزایش رضایتمندی، که ارتباط مستقیمی با پایداری ازدواج و در نهایت پیشگیری از طلاق دارند، ضروری است تا برنامه‌های آموزشی مؤثر بر افزایش کیفیت زندگی زناشویی مورد توجه قرار گیرد تا با تمرکز بر عوامل کلیدی مؤثر بر آن، از جمله رضایتمندی، توافق و انسجام زناشویی، نارضایتی‌ها و صمیمیت‌های ازدست‌رفته زوجین ترمیم شود و با توانمندشدن و غنی‌شدن رابطه، از احتمال طلاق کاسته شود و بر ثبات و پایداری رابطه و ازدواج افزوده شود.

از سوی دیگر، متخصصان چندفرهنگی تأکید کرده‌اند که اغلب نظریه‌ها و فنون مشاوره‌ای، توسط مردان سفیدپوست طبقه متوسط غربی، برای درمان‌جویان دارای همین ویژگی‌ها ساخته شده‌اند. این رویکردها، در مورد درمان‌جویان آسیایی که پیشینه نژادی، قومی و فرهنگی متفاوتی دارند، کاربرد ندارد؛ زیرا این رویکردها از فرهنگ اروپایی - آمریکایی و یک رشته ارزش‌های خاص سرچشمه گرفته‌اند (کوری، ۲۰۰۹، ص ۴۳). در طول سال‌های متمادی، نظریه‌ها و فنون مشاوره‌ای به دلیل نژادپرستی، مختص افراد خاص و تک‌فرهنگی بودن و اجحاف نسبت به سایر اقوام به چالش کشیده شده‌اند (مانتی، ۱۳۸۹، ص ۳۹). بنابراین، با توجه به اینکه مذهب، یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های سازنده فرهنگ در بسیاری جوامع، از جمله جامعه ایران محسوب می‌شود، باید در طراحی مداخلات و کاربرد آنها به این مؤلفه توجه کرد؛ چراکه کاربست یک‌جانبه رویکردهای غربی بدون توجه به مبانی آن، در سایر جوامع از جمله جامعه اسلامی ایران، می‌تواند از کارایی این نظریه‌ها کم کند.

اسلام به‌عنوان یک مکتب جامع، آموزه‌های فراوانی برای ابعاد مختلف زندگی بشر، از جمله زندگی خانوادگی ارائه کرده است. پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله و امامان معصوم علیهم السلام نیز برای نحوه تعاملات اعضای خانواده برای نیل به زندگی سالم، رهنمودهایی را ارائه داده‌اند که مبتنی بر تفاوت‌های طبیعی زن و مرد و وظایف و نقش‌های مکمل است (فاطمی‌نیک و همکاران، ۱۳۹۵). چنانچه خانواده بر پایه دستورات اسلامی بنا شود و زوجین حقوق و وظایف خود را بشناسند و اصول رفتاری و ارتباطی را که در آیات و روایات ارائه شده، رعایت کنند، به سکینه‌ای که خداوند در قرآن وعده داده خواهند رسید (حیرت و همکاران، ۱۳۹۰).

در همین راستا، منجزی و همکاران (۱۳۹۱)، نشان دادند که برقراری ارتباط اسلامی و نگرش‌های مذهبی بر بهبود رضایت زناشویی اثر دارد. مؤذن جامی و همکاران (۱۳۹۶)، نشان دادند که جهت‌گیری معنوی، بخشی زیادی از واریانس کیفیت زناشویی را تبیین می‌کند. حاتمی و همکاران (۱۳۹۵)، در تحقیق خود نشان دادند که از جمله عوامل مهم در پایداری ازدواج، تکیه به خداوند، رابطه خوب با خداوند، انجام اعمال و دستورات مذهبی، همسویی دینی و اعتقادی همسران است. رضایپور میرصالح و همکاران (۱۳۹۲)،

نشان دادند که آموزش هستی‌شناسی اسلامی، بر رضایت زناشویی زنان متأهل اثربخش است. باقریان و بهشتی (۱۳۹۰)، نشان دادند که آموزش مهارت‌های ارتباطی زناشویی، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، سازگاری زناشویی را افزایش می‌دهد. حیرت و همکاران (۱۳۹۰)، نشان دادند که زوج‌درمانی اسلام‌محور، خوش‌بینی زوجین را بهبود می‌بخشد. ویسی (۱۳۹۱)، نشان داد که درمان مبتنی بر آموزه‌های قرآنی، در کاهش تعارض‌های زناشویی اثربخش است. فاطمی‌نیک و همکاران (۱۳۹۵) نیز نشان دادند که آموزش گروهی آموزه‌های دینی بر کیفیت زندگی زوجها اثربخش است. نریمانی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که بخش قابل توجهی از واریانس رضایت زناشویی، به واسطه پایبندی مذهبی و بهزیستی معنوی است.

تحقیقات بالا نشان می‌دهند که امروزه متخصصان روان‌شناسی و مشاوره کشور، برخلاف گذشته، در برنامه‌های آموزشی و درمانی مداخله‌ای‌شان، اعتماد بیشتری به مفاهیم و مبانی دین اسلام می‌کنند؛ زیرا شواهد تجربی بسیاری از اثربخشی این آموزه‌ها حمایت کرده‌اند. ازیک‌سو، درمان‌های حساس به فرهنگ، مداخله‌های روان‌درمانی‌اند که مستقیماً شاخصه‌های فرهنگی مراجعان متنوع، از جمله باورها، سنت‌ها، نگرش‌ها، ارزش‌های مذهبی، بافت تاریخی و اقتصادی و اجتماعی آنها را مورد توجه قرار می‌دهد (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲، ص ۷۵). ازاین‌رو، با توجه به اهمیت کیفیت زندگی زناشویی، در زندگی زنان و نقش آن در ارتقای رابطه زناشویی و پیشگیری از طلاق، انجام تحقیقات بیشتر ضروری است. مرور تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهد که تاکنون در ایران، فقط دو تحقیق به شیوه پیش‌بینی آن هم توسط مؤذن جامی و همکاران (۱۳۹۶) و ولدخانی و همکاران (۱۳۹۵)، روی کیفیت زناشویی انجام شده است. ازاین‌رو، محققان درصدد برآمدند تا اثربخشی آموزش گروهی زوج‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی را به‌عنوان یک مداخله فرهنگی، بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی زنان شهر رشت تعیین و فرضیات زیر را بررسی کنند:

- آموزش گروهی زوج‌درمانی، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، بهبود رضایت زناشویی زنان شهر رشت مؤثر است.
- آموزش گروهی زوج‌درمانی، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، بر بهبود توافق زناشویی زنان شهر رشت مؤثر است.
- آموزش گروهی زوج‌درمانی، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، بر بهبود انسجام زناشویی زنان شهر رشت مؤثر است.
- آموزش گروهی زوج‌درمانی، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی زنان شهر رشت مؤثر است.

روش تحقیق

طرح تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی، با گروه کنترل و پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری، شامل تمامی زنان (مادران دانش‌آموزان مقطع ابتدایی) شهر رشت در ۱۳۹۷ می‌باشند. با عنایت به اینکه در مطالعات آزمایشی و شبه‌آزمایشی، حجم نمونه برابر با ۳۰ نفر پیشنهاد شده، پژوهشگران نمونه‌ای به همین تعداد انتخاب کردند. در

گروه‌های هفتگی، دوازده نفر مناسب است و برای حذف ریزش احتمالی، می‌توان ۳ تا ۴ نفر دیگر نیز اضافه کرد (بورگ و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۳۸۶).

در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده که ابتدا از مناطق مختلف شهر رشت، یک منطقه به‌صورت تصادفی انتخاب و از آن منطقه، یک مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب شد. سپس، در آن مدرسه مادرانی که پایین‌ترین نمرات در پرسش‌نامه انریچ را کسب کرده بودند، انتخاب شدند. ملاک ورود عبارت بود از: دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل، حداقل مدت ازدواج ۷ سال، حداقل سن ۲۳ سال و حداکثر ۴۵ سال، نداشتن تصمیم به جدایی، نداشتن اختلال حاد روانی - شخصیتی (کرووی ریولی، ۱۳۸۴، ص ۶۶-۶۸). شرط خروج عبارت بود از: زوج فرد بیکار و یا ازدواج مجدد داشته باشد، زوجین در بحرانی باشند که نیازمند توجه فوری باشند (مثل اعتیاد به مواد یا وجود خشونت در رابطه)، سابقه شرکت در گروه‌های درمانی و تحت درمان بودن در سایر مراکز.

اعضای نمونه به‌طور تصادفی، به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. بعد پرسش‌نامه کیفیت زندگی زناشویی، به‌عنوان پیش‌آزمون در دو گروه توزیع و اعضا به آن پاسخ دادند. پس از آن، گروه آزمایش در معرض مداخله آموزشی یعنی زوج‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی قرار گرفت. اثربخشی این برنامه، در پژوهشی حیرت و همکاران (۱۳۹۰) مورد تأیید قرار گرفت و محققان، کلیات همان برنامه را در نظر گرفتند و براساس مطالعه منابع اسلامی برنامه خود را طراحی نمودند. بدین‌منظور، برای تقویت بعد نظری بسته آموزشی، از کار *سالاری‌فر* و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان مبانی و ساختار زوج‌درمانی اسلامی نیز استفاده شد تا این بسته آموزشی، از پشتوانه نظری نیز برخوردار باشد. مقایسه بسته آموزشی این تحقیق، با طرح *سالاری‌فر* و همکاران (۱۳۹۲)، به‌عنوان یک کار نظری منسجم نشان می‌دهد که این برنامه هم در بخش مبانی و هم در بخش فنون و مداخلات، با این برنامه نظری همسو است و از پشتوانه نظری برخوردار است. تعداد جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، ۱۰ جلسه بود و هر هفته به مدت ۲ ساعت تشکیل می‌شد. کلیات برنامه آموزشی در جدول زیر، ارائه شده‌اند.

جلسه	اهداف و خلاصه جلسه
جلسه اول	در این جلسه، ضمن آشنایی اعضای گروه و مشاور موارد زیر مطرح شد: توضیح کاملی پیرامون جلسات و عناوین آن و روند کار، قواعد گروهی و تعهدات لازم داده شد. ارائه مباحثی درباره اختلافات زناشویی، آمار طلاق، علل به وجود آمدن اختلافات در بین زوجین و گرفتن باز خورد (استفاده از بیخ شکن) از دیگر مؤلفه‌های جلسه اول بود
جلسه دوم	در این جلسه، جایگاه زن در اسلام؛ آشنایی با تفاوت‌های زن و مرد از نظر اسلام؛ آشنایی با جایگاه خانواده و ملاک‌های انتخاب همسر از نظر اسلام، نقش‌ها و اختیارات زن و مرد و اهمیت ازدواج و آشنایی با اهداف ازدواج از نظر اسلام مطرح شد.
جلسه سوم	در این جلسه، مروری بر تکلیف داده شد، انجام شد و پس از بیان خلاصه‌ای از جلسه قبل اعضا با مسئولیت زنان در زندگی زناشویی از دیدگاه اسلام، آموزش خودشناسی، موانع و آثار خودشناسی از دیدگاه اسلام، آموزش واقع‌نگری و پرهیز از مطلق‌نگری آشنا شدند و در نهایت، با باز خورد گرفتن و ارائه تکلیف جلسه تمام شد.

جلسه چهارم	در این جلسه، ابتدا مروری بر خلاصه جلسه قبل و تکالیف انجام شده انجام شد و سپس، اعضا با انواع ارتباط از دیدگاه اسلام؛ بررسی ارتباط کلامی و اصول آن، آشنایی با ارتباط غیر کلامی و اصول آن آشنا شدند و در انتها هم تکلیفی در گروه مطرح و اجرا شد و با ارائه تکلیف منزل جلسه به اتمام رسید.
جلسه پنجم	در این جلسه، تکالیف جلسه پیشین بررسی شد و با توجه به اینکه طرح کلی این جلسه، آموزش خوش بینی و بدبینی بود. لذا اعضا با خوش بینی و بدبینی، اثرات خوش بینی در زندگی فردی و خانوادگی، اثرات بدبینی، آموزش هایی جهت غلبه بر سوطن آشنا شدند و در انتها انجام تکنیک تصویرسازی در دستور کار قرار گرفت و با ارائه تکلیف برای منزل جلسه به اتمام رسید.
جلسه ششم	هدف کلی این جلسه، آموزش کنترل خشم بود. لذا پس از بررسی تکالیف جلسه پیشین موارد بعدی در دستور کار قرار گرفت: توضیح ماهیت خشم با استفاده از آموزه های دینی، آشنایی با عوارض و پیامدهای خشم، دلایل به وجود آمدن و نیامدن خشم و آموزش کنترل خشم بر اساس آموزه های اسلامی. در نهایت، با ارائه تکلیف جلسه به اتمام رسید.
جلسه هفتم	هدف کلی این جلسه، آموزش صبر و گذشت بود. پس از بررسی تکالیف جلسه گذشته موارد بعدی در دستور کار قرار گرفت: آشنایی با حدود و آداب عفو و گذشت از نگاه اسلام، آشنایی با پیامدها و فواید گذشت، آشنایی با اثرات گذشت نکردن، تعریف حکایتی درباره گذشت، ارائه راه کار برای گذشت، آشنایی با حکمت مشکلات در زندگی، تعریف صبر و کارهای که در این موقع نباید انجام داد، آشنایی با آثار صبر. در نهایت، هم با ارائه تکلیف خانگی جلسه به اتمام رسید.
جلسه هشتم	هدف کلی این جلسه، آموزش مسائل جنسی بود. لذا پس از مرور تکالیف جلسه پیشین این موارد در جلسه مطرح شد (به دلیل رعایت حرمت جلسه این جلسه توسط همکار خانم برگزار شد): آشنایی با رابطه جنسی از دیدگاه اسلام، توضیح هدف و اهمیت برقراری چنین رابطه ای و نهایتاً ارائه راه کارهای مبتنی بر آموزه های اسلامی برای برخی از مشکلات جنسی. در آخر با ارائه تکلیف جلسه به اتمام رسید.
جلسه نهم	هدف اصلی جلسه، آموزش اثرات مداخلات معنوی بود. لذا پس از بررسی تکالیف جلسه گذشته این موارد در دستور کار قرار گرفت: استفاده از پرسش های برانگیزاننده، آشنایی با آثار مشترک عبادت، آشنایی با آثار نماز و روزه بر حل مشکلات ارتباطی، آشنایی با آثار یاد خدا و مناجات در مقابله با تنیدگی های زندگی خانواده، توضیح تأثیر حضور در اماکن مقدس در کاهش تنش زوجه ها، توضیح تأثیر شکر نعمت های خدا در کاهش ناخشنودی زوجه ها، توضیح تأثیر توبه در کاهش احساس گناه، بیان آثار رفتار عبادی در روابط خانوادگی و توصیه به رفتار عبادی به عنوان تکالیف درمانی. در انتها هم با ارائه تکلیف جلسه به اتمام رسید.
جلسه دهم	با توجه به اینکه، هدف این جلسه جمع بندی مباحث و اختتام دوره بود، لذا خلاصه ای از کل مباحث مطرح شده در طول دوره بررسی شد و پس از انجام پرس آزمون جلسه به پایان رسید.

ابزارهای پژوهش

پرسش نامه رضایتمندی انریچ فرم کوتاه

ابزار اندازه گیری فرم کوتاه پاسخ ۴۷ سوآلی پرسش نامه رضایت زناشویی انریچ است که توسط دیوید اچ. السون و همکاران ساخته شده است. هدف آن، تعیین قلمروهای کاری و نقاط قوت زناشویی است. این پرسش نامه، از ۱۲ خرده مقیاس تشکیل شده است. مقیاس اول آن، ۵ سوآل و سایر مقیاس ها هر یک ۱۰ سوآل دارد. خرده مقیاس ها عبارتند از: تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت های

اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری مذهبی. ضرایب آلفای پرسش‌نامه در گزارش آلسون و همکاران (۱۹۸۹)، برای خرده‌مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی به ترتیب، از این قرار است: ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۲، ۰/۷۱ (قربان‌پور لقمجانی، ۱۳۸۹، ص ۸۷).

در پژوهش مهلویان، ضریب همبستگی پیرسون، در روش بازآزمایی برای گروه مردان، ۰/۹۳۷ و برای گروه زنان، ۰/۹۴۴ و برای گروه مردان و زنان، ۰/۹۴ به دست آمد. این ضرایب در همین پژوهش، برای خرده‌مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری مذهبی گروه زنان و مردان به ترتیب، از این قرار است: ۰/۷۲، ۰/۸۵، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۸۱، ۰/۶۳، ۰/۶۹، ۰/۸۷، ۰/۶۹، ۰/۶۲ و ۰/۷۳. ضریب آلفای فرم ۴۷ سؤالی در پژوهش سلیمانیان، ۰/۹۵ و در پژوهش احمدزاده، ۰/۷۰ به دست آمده است. ضریب همبستگی پرسش‌نامه با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت زندگی، از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ درصد است که نشانه روایی سازه آن است. کلیه خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه انریچ، زوج‌های راضی و ناراضی را متمایز می‌کند از این رو، از روایی ملاک خوبی برخوردار است (ثنایی و همکاران، ۱۳۸۷، ص ۲۱).

پرسش‌نامه تجدیدنظرشده کیفیت زناشویی باسی

برای سنجش کیفیت زندگی زناشویی، از پرسش‌نامه کیفیت زندگی زناشویی باسی و همکاران (۱۹۹۵) استفاده گردید. فرم اصلی این پرسش‌نامه، دارای ۳۲ سؤال است که توسط اسپانیر و براساس نظریه لیویز و اسپانیر، در مورد کیفیت زناشویی، ساخته شده است (یوسفی، ۱۳۹۰). خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه عبارتند از: توافق (۶ سؤال)، رضایت (۵ سؤال)، انسجام (۳ سؤال). این پرسش‌نامه، ۱۴ سؤالی و به صورت طیف ۶ تایی از ۰ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود و مجموعاً نمره‌ای بین ۸ تا ۷۴ به دست می‌آید. نقطه برش این پرسش‌نامه، ۲/۸۴ برآورد شده و نمرات بالاتر، بیانگر کیفیت زناشویی بالاتر است. تحلیل عاملی تأییدی، ساختار عاملی پرسش‌نامه را تأیید و روایی آن را نشان داده است. پایایی پرسش‌نامه، به شیوه آلفای کرونباخ، در مطالعه هولیست، کودی و میلرز ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در ایران، در پژوهشی یوسفی، آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه گردید (ولدخانی و همکاران، ۱۳۹۵).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا از روش‌های آمار توصیفی و سپس، آمار استنباطی (تحلیل کواریانس تک و چندمتغیره) برای تحلیل اقدام گردید. تمامی عملیات آماری این پژوهش به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت.

یافته‌های تحقیق

مجموعاً ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) در پژوهش شرکت داشتند و به پرسش‌نامه کیفیت زندگی، پاسخ دادند. جدول (۱)، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۱: درصد و فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

کنترل		آزمایش		متغیرها	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۶۰	۹	۶۰	۹	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
۲۰	۳	۳۳/۳	۵	دیپلم	
۲۰	۳	۶/۷	۱	لیسانس	
۶۰	۹	۶۰	۹	۳۲-۲۵	مقاطع سنی
۳۳/۳	۵	۲۶/۷	۴	۴۰-۳۳	
۶/۷	۱	۱۳/۳	۲	۴۰ و بالاتر	
۳۳/۳	۵	۴۶/۷	۷	زیر ۲ میلیون	درآمد خانوار
۶۶/۷	۱۰	۴۶/۷	۷	بین ۲ تا ۳ میلیون	
-	-	۶/۷	۱	بالای ۳ میلیون	
۵۳/۳	۸	۶۰	۹	شخصی	وضعیت سکونت
۴۶/۷	۷	۴۰	۶	استیجاری	
۳۳/۳	۵	۲۶/۷	۴	۰ تا ۵	طول مدت ازدواج
۶۰	۹	۶۶/۷	۱۰	۶ تا ۱۰	
۶/۷	۱	۶/۷	۱	بالای ۱۰ سال	
۵۳/۳	۸	۶۶/۷	۱۰	تک فرزند	تعداد فرزندان
۴۰	۶	۳۳/۳	۵	دو فرزند	
۶/۷	۱	-	-	سه فرزند و بالاتر	

با توجه به نتایج جدول (۱)، بیشترین فراوانی از نظر تحصیلات در دو گروه مربوط به زنان، با تحصیلات زیر دیپلم (۶۰ درصد) است. اکثر شرکت‌کنندگان جوان و حدود ۶ الی ۱۰ سال، از ازدواج آن می‌گذشت. بیشترین فراوانی از درآمد ماهیانه خانوار در دو گروه به ۲ تا ۳ میلیون تومان مربوط است. استفاده از منزل شخصی، بیشتری فراوانی را داشت. بیشترین فراوانی از نظر تعداد فرزندان، در هر دو گروه به تک فرزندان مربوط بود. جدول (۲)، شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای وابسته پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲: یافته‌های توصیفی به‌دست‌آمده از متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۷/۶۶	۴/۹۳	۳۷	۵۶
		کنترل	۲۵/۵۳	۲/۷۲	۳۹	۴۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۵/۱۳	۳/۸۸	۳۲	۴۷
		کنترل	۲۷/۳۳	۴/۹۲	۳۴	۵۷
توافق زناشویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۹/۶۶	۳/۱۵	۲۰	۴۸
		کنترل	۲۷	۴/۷۸	۲۲	۴۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۳/۶۰	۳/۲۶	۲۷	۵۵
		کنترل	۳۰/۲۶	۴/۴۴	۲۳	۴۲
انسجام زناشویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۹/۲۰	۱/۸۲	۳۳	۴۸
		کنترل	۸/۲۶	۰/۷۰۳	۳۲	۵۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۲/۲۰	۰/۹۴۱	۲۸	۴۵
		کنترل	۹/۱۳	۱/۳۵	۳۳	۵۰
نمره کل	پیش‌آزمون	آزمایش	۶۶/۵۳	۶/۲۸	۴۴	۷۶
		کنترل	۶۰/۸۰	۶/۱۸	۴۳	۷۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۸۰/۹۳	۳/۱۵	۳۴	۶۶
		کنترل	۶۶/۷۳	۶/۸۱	۴۴	۷۶

یافته‌های جدول (۲)، نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی زناشویی و نمره کل، بالاتر از میانگین گروه کنترل است. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده شد. نتایج غیرمعنادار، نشانگر نرمال بودن توزیع متغیرها می‌باشد که در جدول (۳) گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون شاپیرو - ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

متغیر	وضعیت	گروه	آماره شاپیرو	سطح معنی‌داری
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۰/۸۹۳	۰/۰۷۴
		کنترل	۰/۸۶۵	۰/۰۸۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۰/۹۱۰	۰/۱۳۴
		کنترل	۰/۸۷۳	۰/۰۷۰

متغیر	وضعیت	گروه	آماره شاپیرو	سطح معنی‌داری
توافق زناشویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۰/۹۵۹	۰/۶۷۱
		کنترل	۰/۹۰۷	۰/۱۲۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۰/۹۶۹	۰/۸۴۳
		کنترل	۰/۹۷۱	۰/۸۷۶
انسجام زناشویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۰/۸۹۴	۰/۰۷۶
		کنترل	۰/۷۹۸	۰/۰۹۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۰/۸۳۸	۰/۰۶۱
		کنترل	۰/۹۳۶	۰/۳۳۴
نمره کل	پیش‌آزمون	آزمایش	۰/۹۵۷	۰/۶۳۳
		کنترل	۰/۹۲۵	۰/۲۲۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۰/۹۳۷	۰/۳۴۹
		کنترل	۰/۹۸۰	۰/۹۸۶

نتایج جدول (۳)، نشان می‌دهد که آماره شاپیرو، برای تمامی متغیرهای پژوهش در دو گروه معنی‌دار نیست ($P > ۰/۰۵$). از این رو، می‌توان گفت: توزیع متغیرها نرمال است و می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس استفاده کرد. برای آزمون فرضیه، در سطح نمره کل از تحلیل آنکووا استفاده شد و برای نمرات حاصل از زیرمقیاس‌ها، از تحلیل مانکووا استفاده شد.

برای تحلیل مانکووا آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس‌های واریانس - کواریانس، متغیرهای وابسته در بین دو گروه استفاده شد. نتایج نشان داد که مقدار F معنی‌دار نیست و شرط همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس رعایت شده است ($P = ۰/۳۹۰$ ، $F = ۱/۰۶۰$ و $BOX'S M = ۱۲/۵۶۶$). آزمون لوین نیز برای بررسی فرض همگنی واریانس‌های خطای متغیرها، در دو گروه اجرا شد. نتایج آماره F ، برای سه متغیر وابسته رضایت زناشویی (۰/۱۹۹)، توافق زناشویی (۲/۲۰)، انسجام زناشویی (۱/۰۲) معنی‌دار حاصل نشد ($P > ۰/۰۵$). این یافته‌ها، نشان می‌دهد که واریانس‌های خطای این متغیرها، در گروه‌ها همگن می‌باشد. در ادامه، نتایج آزمون چندمتغیری لامبدا/ویلیکس ($P < ۰/۰۱$ ، $F = ۳۵/۹۰$ ، $Wilks' lambda = ۰/۱۹۴$)، با مجذور اتای ۰/۸۰۶ نشان داد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهایی وابسته، در مجموع معنادار است. میزان این تفاوت ۰/۸۱ درصد است؛ یعنی ۸۰ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است. جدول (۴)، نتایج تحلیل مانکووا، نمرات زیرمقیاس‌های رضایت، توافق و انسجام برای تعیین اثربخشی برنامه مداخلاتی را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) جهت تعیین اثربخشی مداخله بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	ضریب اتا	توان آماری
گروه	رضایت زناشویی	۱	۴۵۶/۳۰	۲۳/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۴۵۳	۰/۹۹۶
	توافق زناشویی	۱	۸۳/۳۳	۵۰/۴۷	۰/۰۲۷	۰/۱۶۳	۰/۶۱۷
	انسجام زناشویی	۱	۷۰/۵۳	۵/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۶۴۹	۱
خطا	رضایت زناشویی	۲۸	۱۹/۶۸				
	توافق زناشویی	۲۸	۴۳۶/۵۳				
	انسجام زناشویی	۲۸	۳۸/۱۳				

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری، با کنترل نمرات پیش‌آزمون نشان داد که در مؤلفه‌های رضایت زناشویی، توافق و انسجام آزمودنی‌های دو گروه، پس از اجرای مداخله تفاوت معنی‌داری داشتند. نسبت F محاسبه‌شده، نشان می‌دهد که تفاوت میانگین رضایت زناشویی، توافق و انسجام دو گروه، از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P=0/01$)؛ یعنی برنامه مداخلاتی موجب افزایش مؤلفه‌های فوق در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است. مجذور اتا نشان می‌دهد که این مداخله باعث افزایش ۴۵.۳ و ۱۶.۳ و ۶۴.۹ درصدی رضایت زناشویی، توافق و انسجام آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است.

برای تحلیل آنکوا، در سطح نمره کل کیفیت زندگی زناشویی، از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا در گروه‌ها استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره F ($۴/۲۷$) معنی‌دار بود ($P=0/048$). این یافته نشان می‌دهد که واریانس‌های خطای این متغیرها، در گروه‌ها همگن نیست. از این‌رو، یافته‌ها باید با احتیاط تفسیر شود. جدول (۵)، نتایج تحلیل آنکوا/نمره کل کیفیت زندگی زناشویی را برای تعیین اثربخشی برنامه مداخلاتی نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (انکوا) جهت تعیین اثربخشی مداخله بر نمره کل آزمون کیفیت زناشویی

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	ضریب اتا	توان آماری
گروه	کیفیت زناشویی	۱	۱۵۱/۳۰	۵/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۶۵۷	۱
	خطا	۲۸	۷۸۹/۸۶	۲۸/۲۱			

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، با کنترل نمرات پیش‌آزمون، نشان داد که در نمره کل کیفیت زندگی زناشویی، آزمودنی‌های دو گروه، پس از اجرای پژوهش تفاوت معنی‌داری داشتند. نسبت F محاسبه‌شده، نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمره کل دو گروه، به نفع گروه آزمایش از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P=0/01$). مجذور اتا نشان می‌دهد که مداخله‌های انجام‌شده موجب افزایش ۶۵.۷ درصدی کیفیت زندگی زناشویی، آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه گیری

این تحقیق با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان شهر رشت انجام شده است. یافته‌ها نشان داد که این برنامه مداخلاتی، کیفیت زندگی زناشویی زنان و مؤلفه‌های آن را افزایش داده است. در رابطه با فرضیه اول مشخص شد که برنامه مداخلاتی، منجر به افزایش رضایت زناشویی زوجین شده است. این یافته، با تحقیقات منجر و همکاران (۱۳۹۰)، صدیقی و همکاران (۱۳۹۳)، صدیقی و همکاران (۱۳۹۴) و نریمانی و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. در تحقیق منجر و همکاران (۱۳۹۰)، مشخص شد که برقراری ارتباط مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و داشتن نگرش مذهبی، رضایت زناشویی را بهبود می‌دهد. نریمانی و همکاران (۱۳۹۴)، نشان دادند که بخش قابل توجهی از واریانس رضایت زناشویی به واسطه پایبندی مذهبی و بهزیستی معنوی است.

در تبیین این یافته، می‌توان گفت: یکی از متغیرهای مؤثر بر سرنوشت زندگی زناشویی، رضایت زناشویی است که اگر این متغیر افزایش یابد، زوجین حاضرند در قبال یکدیگر فداکاری کرد و از خودگذشتگی نشان دهند. یکی از شاخص‌های رضایت زناشویی، چگونگی ارضای نیازهای اساسی زوجین است (اکبری امرغان و عبدیوسفخانی، ۱۳۹۴). دین‌داری به زوجین کمک می‌کند تا در چارچوب عقلی و شرعی، به ارضای نیازهای عاطفی، جنسی و... همدیگر بپردازند و از این طریق، به رضایت زناشویی کمک می‌کند. در اسلام، میل جنسی و ارضای مشروع آن مورد تأکید قرار گرفته و آثار ارزشمند دنیایی و اخروی به آن نسبت داده شده است (حیدری، ۱۳۸۶، ص ۱۴۳-۱۴۶). اسلام به روابط جنسی مشروع، در چارچوب خانواده، با دید مثبت نگاه می‌کند و حتی به آن رنگ معنوی می‌دهد. اولیای دین، با معادل‌سازی پاداش روابط جنسی با برخی تکالیف دشوار دینی، مانند جهاد، ریزش گناهان و پاک شدن گناهان، به دنبال ایجاد نگرش مثبت به این رفتار هستند. این امر موجب می‌شود افراد احساس مثبت و در نتیجه، نشاط بیشتری از این رابطه داشته باشند. در واقع، از امتیازات دین اسلام در مقایسه، با سایر ادیان، ارزش‌گذاری مثبت رفتارهای جنسی است (سالاری فر، ۱۳۸۸، ص ۴۸). تغییر نگرش افراد نسبت به یک رفتار، جزء اصول مسلم تغییر رفتار از منظر روان‌شناسی محسوب می‌شود. ایجاد نگرش مثبت نسبت به رفتار جنسی، در قالب معادل دانستن آن با برخی عبادات و اجر اخروی قائل شدن برای این رفتار، موجب ایجاد انگیزه و ترغیب بیشتر افراد دیندار، به انجام این رفتار خواهد شد. همان‌گونه که تحقیقات مختلف نشان داده‌اند، بین ارضای میل جنسی و رضایت زناشویی، ارتباطی وثیق وجود دارد (حیدری، ۱۳۸۶، ص ۱۴۵). تحقیق /حمیدیان و همکاران (۱۳۹۷)، نشان داد که درمان حل مسئله‌محور اسلامی، توانست مشکلات جنسی زوجین را بهبود بخشد. تحقیق حسینی‌زند و همکاران (۱۳۹۱)، نیز نشان داد که زوج‌درمانی اسلامی صمیمیت جنسی زوجین را افزایش می‌دهد.

همچنین، رضایت زناشویی خود را در ارتباطات کلامی و غیرکلامی زوجین نشان می‌دهد. تحقیقات نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های ارتباطی، می‌تواند رضایت زناشویی را افزایش دهد (قربان‌پور لقمجانی، ۱۳۸۹، ص ۹۵). یکی از مؤلفه‌های برنامه مداخلاتی حاضر، آموزش مهارت‌های ارتباطی بود. تحقیقات نشان داد که برقراری ارتباطات، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر رضایت زناشویی مؤثر است (منجری و همکاران، ۱۳۹۱). محمودزاده و همکاران (۱۳۹۲) نیز نشان دادند که آموزش زوج‌درمانی اسلامی، صمیمیت زناشویی زوجین را افزایش داده است. اسلام به اعضای خانواده توصیه می‌کند هنگام صحبت کردن با یکدیگر محترمانه و با لحن ملایم صحبت کنند. از نشانه‌های احترام کلامی، صدا زدن یکدیگر با نامی نیکو است. ابراز محبت و دوستی در کلام نیز در آموزه‌های اسلامی بسیار سفارش شده است. این امر می‌تواند به عمیق شدن ارتباطات زناشویی و خانوادگی کمک کند. سپاسگذاری و تشکر از یکدیگر از جمله مصادیق ارتباط کلامی مطلوب است (سالاری‌فر، ۱۳۸۸، ص ۱۲۳-۱۲۴) که در بسته آموزشی به آن پرداخته شده است.

همچنین، یکی از مشکلات بسیاری از زوجین بخصوص در اوایل ازدواج، نگاه قطعی‌نگر و ایده‌آل‌پیرامون همسر و ازدواج است. نوع دیگری از غیرواقع‌نگری، که زمینه‌ساز مشکلات زناشویی و کاهش رضایت زناشویی است، دیدگاه کمال‌گرایانه پیرامون ازدواج و روابط زناشویی است که در این زمینه، لازم است به زوجین آموزش‌های لازم داده شود تا به این درک برسند که همه ازدواج‌ها با مشکلات و ناکامی‌هایی همراه است (سالاری‌فر و همکاران، ۱۳۹۲). خانواده‌هایی که بر پایه نگرش‌های معقول و واقع‌بینانه شکل می‌گیرند، از استحکام بیشتری برخوردارند. اسلام بر معقول دانستن انتظارات زناشویی، از راه‌های گوناگون مانند توجه دادن به کارکردهای مادی و معنوی خانواده و یادآوری پاداش‌های اخروی، تأکید فراوان کرده است (بستان، ۱۳۹۰، ص ۱۶۲). در این بسته آموزشی نیز به مبحث واقع‌نگری و پرهیز از مطلق‌نگری و نیز ماهیت و اهداف ازدواج، از منظر اسلام، به‌عنوان یک راهبرد شناختی پرداخته شده است. به هر میزان زن و شوهر از یکدیگر و رابطه زناشویی انتظارات غیرواقع‌بینانه‌تری داشته باشند، احتمال اختلاف بیشتر می‌شود. بسیاری از این اختلافات، ناشی از مقایسه‌های نابجاست (آیت‌اللہی و همکاران، ۱۳۹۶، ص ۱۵۰). نتیجه کمال‌گرایی و دیدگاه غیرواقع‌بینانه پیرامون زندگی زناشویی، دلزدگی زناشویی است (پاییز، ۱۳۸۱، ص ۲۲) که کاهنده رضایت زناشویی است.

در رابطه با فرضیه دوم، یافته‌ها نشان داد که برنامه مداخلاتی منجر به افزایش توافق زوجین شده است. این یافته، با تحقیقات ویسی (۱۳۹۱) و شمسی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. ویسی (۱۳۹۱)، در تحقیق خود نشان داد که درمان مبتنی بر آموزه‌های قرآنی، منجر به کاهش تعارضات زوجین شده است. توافق مؤلفه‌ای است که در امور مهم زندگی زناشویی، از جمله توافق و هم‌رایی در زندگی مشترک، تقسیم کار براساس نقش جنسیتی، همکاری با هم، مدیریت مطلوب در وقت و مسائل مالی، فلسفه زندگی، تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی و انجام امور

مذهبی خود را نشان می‌دهد. در واقع، توافق به معنای عدم اختلاف و تعارض نیست؛ زیرا محال است زوجی گرفتار تعارض و عدم توافق زناشویی نگردد. پس داشتن توافق به این معناست که زوجین در مورد قلمروهای مختلف تصمیم‌گیری، اقدام، اعمال نظر و قدرت به یک اجماع و وفاق رسیده‌اند؛ به این صورت که تصمیم‌گیری پیرامون برخی امور در خانواده، بر عهده زن (مادر) و در حیطة اختیارات و مسئولیت‌های وی می‌باشد. برخی دیگر، بر عهده مرد (پدر) خانواده. مشخص شدن جایگاه زن، نقش‌ها و اختیارات او در زندگی خانوادگی و زناشویی، تعیین مسئولیت‌های زنان در زندگی و آشنایی با تفاوت‌های زن و مرد از نظر اسلام، و حدود و مرزهای رفتاری آنها که در بسته آموزشی مطرح شده، موجب می‌شود که وظایف هریک از همسران مشخص شود و در نتیجه، حرکت کردن در چارچوب اختیارات و مسئولیت‌ها و نقش‌ها، می‌تواند از تعارضات کم کند و زوجین را به سمت توافق بیشتر سوق دهد. از امور مهم در رضایتمندی زوجین، تنظیم درست نقش‌ها و مسئولیت‌هاست. تنظیم مسئولیت‌ها در خانواده، باید در چارچوب نقش و جایگاه اعضای خانواده باشد، نه براساس قدرت‌طلبی و فزون‌طلبی. احترام به جایگاه و اختیارات مربوط به یکدیگر، منجر به احساس رضایتمندی در زوجین خواهد شد (حیدری، ۱۳۸۶، ص ۱۴۱). لازم به یادآوری است که منظور از توافق، یکسانی دیدگاه زوجین پیرامون مسائل نیست، بلکه به معنای توافق و اجماع روی حیطة‌های تصمیم‌گیری و مشخص شدن نقش‌ها و وظایف در چارچوب سلسله‌مراتب خانوادگی است. وقتی اعضای خانواده متدین باشند، همگی در بایدها و نبایدهای زندگی، سرسپرده دستورات الهی هستند. از این‌رو، در مورد حقوق، وظایف و محدوده انتظارات خویش یکپارچه هستند و کمتر گرفتار اختلاف و خودرأیی خواهند شد (آیت‌اللہی و همکاران، ۱۳۹۵، ص ۸۸). در این میان، دین و پایبندی مذهبی، با مشخص کردن بایدها و نبایدهای رفتاری، حد و حدود وظایف و نقش‌ها و تکالیف و حقوق زوجین را مشخص می‌کند و از طریق ایجاد الزام درونی، به انجام وظایف و نقش‌ها از ایجاد تعارض جلوگیری می‌کند و در نتیجه، میزان توافق زوجین افزایش می‌یابد. فرد پایبند به مذهب، به زندگی تعهد دارند و نسبت به همسر و زندگی مسئولیت‌پذیرترند و با الزام درونی به نقش‌ها و وظایف خود عمل می‌کنند. این نکته در تحقیق فولر (۲۰۱۴) نشان داده شده و گفته شده که باورهای مذهبی با راهبردهای بقا و حفظ رابطه زناشویی رابطه دارد و افراد مذهبی‌تر، تلاش بیشتری برای حل مشکلات انجام می‌دهند و با اولین مشکل، از هم جدا نمی‌شوند. همچنین زمانی که زوجین دچار تعارض می‌گردند، یکی از بهترین راهکارها برای حل آن انجام گفت‌وگوهای سازنده و مؤثر است که در برنامه مداخلاتی این تحقیق بدان پرداخته شد. تحقیق مهدی‌نژاد قوشچی و اسدیپور (۱۳۹۶)، نشان داد که درمان‌های مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، میزان گفت‌وگوی مؤثر زوجین را ارتقا می‌دهد. همچنین، ثناگویی (۱۳۹۰)، نشان داد که بین پایبندی مذهبی و رضایت زناشویی و الگوهای ارتباطی سازنده رابطه وجود دارد. لامبرت و دولاهیته (۲۰۰۶) نیز نشان دادند که باورهای مذهبی و انجام اعمال مذهبی، می‌تواند به زوجین در هنگام عدم توافق‌ها کمک کند. از این‌رو، می‌توان گفت: هرگاه زوجین بتوانند مهارت‌های

ارتباطی و گفت و شنود مطلوب را یاد بگیرند میزان نگرانی آنها از ایجاد تعارض‌ها کاهش خواهد یافت؛ زیرا آنان می‌توانند از طریق گفت‌وگوی سازنده و بدون تنش، به حل آن تعارضات بپردازند. در نتیجه، بر میزان توافق زناشویی‌شان افزوده خواهد شد.

در رابطه با فرضیه سوم نیز یافته‌ها نشان داد که این شیوه مداخله‌ای، انسجام زندگی زناشویی زنان را افزایش داده است. منظور از «انسجام» میزانی است که اعضای خانواده در خانواده، در کنار یکدیگر و نزدیک به هم هستند که به‌عنوان یکی از ابعاد اصلی کارایی خانواده محسوب می‌شود. اعضای خانواده منسجم، نزدیکی عاطفی زیادی را نسبت به هم نشان می‌دهند (شیگتو و همکاران، ۲۰۱۴) و انسجام خانواده، به سازگاری زناشویی می‌انجامد (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۴). این یافته، با تحقیق جوانمرد و همکاران (۱۳۹۴) و بلالی و بابایی (۱۳۹۳) همسو است. بلالی و بابایی (۱۳۹۳) نشان دادند که دین‌داری، رضایت زناشویی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی، بر انسجام زناشویی مؤثر است. جوانمرد و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان دادند که عمل به باورهای دینی، می‌تواند انسجام و کارکرد زوجین را ارتقا دهد.

منظور از «انسجام زناشویی»، احساس همبستگی، پیوند و تعهد عاطفی است که زن و شوهر نسبت به هم دارا هستند. انسجام به صورت احساس نزدیکی عاطفی، با سایر افراد خانواده تعریف می‌شود و تابع تعهد و وقت گذراندن با هم است. منظور از «تعهد»، میل به صرف وقت و انرژی در فعالیت‌های خانواده و ممانعت از تأثیر منفی عواملی همچون مسائل شغلی در آن می‌باشد. بعد دیگر انسجام، وقت گذاشتن و با هم بودن در خانواده است. خانواده‌های که در این زمینه قوی هستند، به‌طور مرتب برنامه‌ها و زمان‌هایی برای فعالیت گروهی در نظر می‌گیرند. داشتن روابط دوستانه و محبت‌آمیز، معاشرت با یکدیگر، تقویت روحیه هم و حمایت از یکدیگر به هنگام نیاز، حس همدلی و همبستگی و مسئولیت نسبت به هم، اعتماد و صداقت در زندگی و پایبندی به اعتقادات دینی در زندگی روزمره و وقت گذاشتن برای همسر و خانواده، با هم به دید و بازدید و سفر رفتن، مشارکت در انجام فرایض دینی مشترک، رعایت حقوق و وظایف متقابل در خانواده، داشتن تفریحات سالم، داشتن روابط انسانی و عاشقانه با همسر، مراقبت و رسیدگی به هم، عصبانی نکردن یکدیگر، اعتماد به یکدیگر، قهر نکردن و تنها نگذاشتن همسر، پس از مشاجره به فکر طلاق و قطع رابطه نیفتادن، رضایت از ابراز علاقه همسر، عدم برخورد خشونت‌آمیز با همسر، از نشانه‌های انسجام خانواده است (زارع و سامانی، ۱۳۸۷).

موارد فوق نشان می‌دهد که تعاملات مشترک و مطلوب در کنار یکدیگر و گذاشتن وقت برای یکدیگر، نشانگر احساس انسجام زناشویی است. برخی مواردی که در جلسه نهم بسته آموزشی مطرح شدند نیز بیانگر همین موارد بودند. برای نمونه در برنامه مداخلاتی نقش حضور در اماکن مذهبی، به همراه همسر به زنان آموزش داده شد. *گودارد* و همکاران (۲۰۱۲)، عنوان کردند که حضور در کلیسا، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های دین‌داری پیش‌بینی‌کننده

رضایت زناشویی است. همچنین، عدم برخورد خشونت‌آمیز با همسر، یکی دیگر از مصادیق انسجام است. یکی از مواردی که در بسته آموزشی مطرح شد، آموزش کنترل خشم بود. یکی از علل بروز کدورت بین همسران، خشم کنترل نشده است که گاه با ایجاد عصبانیت در همسر، موجب مشاجراتی تلخ می‌شود و به رابطه عاطفی زوجین آسیب می‌زند و موجب فاصله‌گیری آنها از یکدیگر می‌شود (آیت‌اللهی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۱۵۶). فریاد زدن بر سر همسر و فرزندان و تندى کردن، آنان را رنجیده‌خاطر می‌کند و نسبت به زندگی دلسرد می‌سازد. تندخویی و پرخاشگری، آرامش حاصل از ازدواج را از بین می‌برد و همسران را از هم دور می‌کند (حیدری، ۱۳۸۷، ص ۱۲۰). این دوری از هم و فاصله‌گیری از یکدیگر، مخالف احساس انسجام می‌باشد.

نگاهی به مؤلفه‌های برنامه آموزشی حاضر، نشان می‌دهد که توجه به مؤلفه‌هایی مانند آموزش صبر و گذشت، توجه به خوش‌بینی و مسائل معنوی، از جمله انجام فرائض دینی، از جمله مؤلفه‌هایی هستند که می‌توانند در ایجاد انسجام خانوادگی و زناشویی مؤثر باشند. همان‌گونه که گفته شد، انسجام به معنای احساس همبستگی و نزدیکی، پیوند و تعهد عاطفی است که زن و شوهر نسبت به هم دارند. یکی از مشکلات روابط بین فردی، عدم درک انگیزه‌ها و مقاصد طرف مقابل و تفسیر و برداشت نادرست از یک رفتار و پاسخ به طرف مقابل، بر همان اساس است که این سوءبرداشت، می‌تواند زمینه‌ساز تخاصم و تنش شود. در نتیجه این تنش‌ها و درگیری‌های ناشی از بدبینی و سوءبرداشت‌نیات و مقاصد افراد، کم‌کم فضای ارتباطی و عاطفی بین زن و شوهر سرد و آنها از یکدیگر فاصله خواهند گرفت. روشن است تلاش اعضای خانواده برای کاهش برداشت‌های منفی از رفتارهای یکدیگر، براساس اصل خوش‌بینی که مورد تأکید دین اسلام نیز هست، زمینه‌ای برای درک مناسب و روابط بهتر فراهم می‌شود. در نتیجه، افراد بیشتر به جنبه‌های مثبت یکدیگر توجه خواهند کرد و نکات منفی را بزرگ‌نمایی نخواهند کرد (سالاری‌فر، ۱۳۸۸، ص ۱۱۸). همین امر، منجر به نزدیکی اعضا به یکدیگر خواهد شد که یکی از مؤلفه‌های انسجام می‌باشد. گاه رفتارهای نامناسب یکی از زوجین، دیگری را به واکنش وامی‌دارد که این واکنش، می‌تواند در قالب عصبانی شدن یا قهر کردن‌های متوالی آشکار شود که این از جمله موارد کاهنده انسجام هستند. در این هنگام، تحمل و صبر و بردباری طرف دیگر، در حل مشکلات و پیشگیری از اختلافات بسیار مؤثر است که این آموزش صبر و گذشت در بسته آموزشی نیز گنجانده شده است. انسان در زندگی با کمبودها و مشکلات مالی، آسیب‌های بدنی و جانی مواجه می‌شود. این اتفاقات، زمینه را برای بروز اختلافات زناشویی و رفتارهای نامناسب و گاه گسست پیوند زناشویی فراهم می‌کند. در این هنگام، کاری از دست فرد برای تغییر شرایط بیرونی بر نمی‌آید. اگر افراد از امور معنوی کمک نگیرند، از پای درمی‌آیند. همان‌طور که قرآن کریم می‌فرماید: «می‌توان از صبر (روزه) و نماز کمک گرفت تا با مشکلات مواجه شد» (بقره: ۴۵ و ۱۵۳).

در بسته آموزشی نیز توجه به مداخله‌های معنوی مثل نماز و روزه و عبادات، یاد خدا و مناجات، در مواجهه با تنیدگی‌ها مطرح شده است. در این صورت، افراد مشکلات را امتحان الهی می‌یابند و با استعانت از خداوند متعال در کنار یکدیگر و به طور منسجم و متحد، به حل مشکلات خواهند پرداخت. از این رو، نه تنها از هم فاصله نمی‌گیرند، بلکه اتحاد و به هم پیوستگی‌شان بیشتر نیز خواهد شد. همان‌گونه که تحقیقات نشان داده است، دین‌داری با تعهد زناشویی، برقراری ارتباطات مناسب و کنترل خشم و ابراز عواطف مناسب، ارتباط وثیقی دارد. این خود این مؤلفه‌ها، در ایجاد انسجام بسیار مؤثر است.

در رابطه با فرضیه چهارم تحقیق نیز می‌توان گفت: یافته‌ها نشان دادند که این برنامه مداخلاتی، کیفیت زندگی زناشویی زنان را افزایش داده است. این یافته، با تحقیق فاطمی‌نیک و همکاران (۱۳۹۵) و *بیدالله‌پور* و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. *بیدالله‌پور* و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که افراد دیندار، براساس اصل شکوفایی فطرت و شناخت وجود خود و خدا و مطابق اصل معنایی، تفسیری صحیح از تجارب خود و زندگی پیدا کرده و در پرتو توجه به خدا، هیجانات و رفتارهای خود را در جهت بهبود کیفیت زندگی هدایت می‌کنند. از سوی دیگر، می‌توان گفت: کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است و ابعاد گوناگون ارتباط زوجین از جمله سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد زناشویی را شامل می‌شود (یوسفی، ۱۳۹۰). همسو با این نکته، تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که از درجات بالای مذهبی بودن برخوردارند، سطوح بالاتری از تعهد نسبت به زندگی زناشویی خویش دارند. همچنین، رابطه‌ای قوی بین مذهبی بودن و کیفیت زندگی دیده می‌شود (فولر، ۲۰۱۴). مذهب (دعا و نماز، مناسک عبادی، مشارکت در آئین‌ها و تشریفات مذهبی)، ادراکات زوجین پیرامون معنای مقدس ازدواج را پررنگ می‌کند. همچنین، مذهب موجب می‌شود که زوجین دوام و بقای ازدواج خود را از برکت خداوند بدانند (مولینز، ۲۰۱۶).

پایبندی مذهبی می‌تواند تاب‌آوری روان‌شناختی و صبر زنان را افزایش دهد (کلانتر هرمزی و همکاران، ۱۳۹۴). *رسولی* و *سلطانی‌گرد فرامرز* (۱۳۹۱) نیز نشان دادند که بین عمل به باورهای دینی و سازگاری زناشویی، رابطه وجود دارد؛ یعنی زوجینی که دیندار هستند، علی‌رغم وجود مشکلات و عدم توافقی‌ها ترجیح می‌دهند با یکدیگر و زندگی سازگار شوند. همان‌طور که تحقیقات نشان داده، باورهای مذهبی با برخی از ابعاد سازگاری زناشویی از جمله، تصمیم‌گیری، ثبات رابطه زناشویی و ارزش‌ها رابطه دارد (پرسلر، ۲۰۱۴، ص ۵). در نتیجه، می‌توان گفت: باورهای مذهبی و التزام به باورهای دینی موجب می‌شود که ابعاد مختلف کیفیت زندگی زناشویی، یعنی توافق، انسجام و رضایت زناشویی ارتقا یابد و از این رهگذر، نمره کلی کیفیت زندگی زناشویی نیز افزایش خواهد یافت. از آنجاکه این تحقیق بر روی زنان ساکن در شهر رشت انجام شده، تعمیم آن به مردان یا افراد سایر شهرها، باید با احتیاط صورت پذیرد. با توجه به اثربخشی این برنامه آموزشی، پیشنهاد می‌شود که اثربخشی زوج‌درمانی اسلامی، در مقایسه با سایر رویکردهای زوج‌درمانی، بر سایر حوزه‌های مرتبط با زوجین و خانواده بررسی شود.

منابع

- احمدیان، علیرضا و همکاران، ۱۳۹۷، «اثربخشی درمان حل مسئله‌محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی در بهبود مشکلات جنسی زوجین (بررسی امکان‌سنجی، تدوین الگوی مفهومی و پیامدهای اولیه درمانی)»، *پژوهشنامه زنان*، سال نهم، ش ۱، ص ۲۷-۷۱.
- اکبری امرغان، حسین و زینت عبدیوسفخانی، ۱۳۹۴، «بررسی رابطه پایبندی مذهبی و رضایت از زندگی»، *پژوهشنامه تربیتی*، سال دهم، ش ۴۳، ص ۳۷-۴۸.
- آیت‌اللهی، زهرا و دیگران، ۱۳۹۵، *دانش خانواده و جمعیت*، تهران، معارف.
- باقریان، مهرنوش و سعید بهشتی، ۱۳۹۰، «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی زناشویی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر سازگاری زناشویی زوجین»، *فرهنگ مشاوره*، سال دوم، ش ۶، ص ۷۸-۹۴.
- بلالی، اسماعیل و ناهید بابایی، ۱۳۹۳، «بررسی عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر انسجام خانوادگی در شهر همدان»، *دانش انتظامی همدان*، سال اول، ش ۲، ص ۲۱-۴۹.
- بستان، حسین، ۱۳۹۰، *خانواده در اسلام*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- بورگ، مریدت و دیگران، ۱۳۸۴، *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ترجمه احمد نصر و همکاران، تهران، سمت.
- پاییز، آیلا مالاچ، ۱۳۸۱، *چه کنیم عشق رویایی به دزدکی نیبجامد*، ترجمه فاطمه شاداب، تهران، ققنوس.
- ثناگویی، محمد، ۱۳۹۰، *رابطه پایبندی مذهبی با الگوهای ارتباطی زوجین*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، تهران، دانشگاه علم و فرهنگ.
- ثنائی، باقر و دیگران، ۱۳۸۷، *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*، چ دوم، تهران، بعثت.
- جوانمرد، غلامحسین و همکاران، ۱۳۹۴، «پیش‌بینی انسجام و کارکردهای خانوادگی در زوجها براساس عمل به باورهای دین»، *پژوهش در دین و سلامت*، سال دوم، ش ۱، ص ۳۴-۴۱.
- حاتمی، ابوالفضل و همکاران، ۱۳۹۵، «ارائه الگوی ازدواج پایدار رضایتمند: یک پژوهش گراند تئوری»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال ششم، ش ۱، ص ۱۲۰-۱۴۹.
- حاتمی، حمیدرضا و همکاران، ۱۳۸۸، «بررسی تأثیر میزان دینداری بر رضایت از زندگی زناشویی»، *روان‌شناسی نظامی*، سال اول، ش ۱، ص ۱۳-۲۲.
- حسینی‌زند، مهناز و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی زوج‌درمانی براساس آموزه‌های اسلامی بر صمیمیت جنسی زوج‌های مراجعه‌کننده به کلینیک نیکان شهر تهران»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، سال هشتم، ش ۲۵، ص ۲۷-۳۹.
- حیرت، عاطفه و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی اثربخشی زوج‌درمانی اسلام محور بر خوش‌بینی زوجین شهر اصفهان»، *پژوهش‌های علوم‌سنجی و رفتاری*، سال اول، ش ۱، ص ۹-۲۲.
- حیدری، مجتبی، ۱۳۸۶، *دینداری و رضامندی خانوادگی*، چ سوم، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
- رسولی، رویا و سمیه سلطانی گرد فرامرز، ۱۳۹۱، «مقایسه و بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و عمل به باورهای دینی با سازگاری زناشویی در طلاب و دانشجویان»، *خانواده‌پژوهی*، سال هشتم، ش ۳۲، ص ۴۲۷-۴۳۹.
- رضاپور میرصالح، یاسر و همکاران، ۱۳۹۲، «اثربخشی آموزه‌های هستی‌شناسی اسلامی بر رضایت زناشویی زنان متأهل»، *روان‌شناسی و دین*، سال ششم، ش ۲، ص ۵-۱۸.
- زارع، مریم و سیامک سامانی، ۱۳۸۷، «بررسی نقش انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده در هدف‌گرایی فرزندان»، *خانواده‌پژوهی*، سال چهارم، ش ۱۳، ص ۱۷-۳۶.
- سالاری‌فر، محمدرضا، ۱۳۸۸، *خانواده در نگرش اسلام و روان‌شناسی*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- سالاری‌فر، محمدرضا و همکاران، ۱۳۹۲، «مبانی و ساختار زوج‌درمانی»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال هفتم، ش ۱۲، ص ۳۷-۶۸.
- سلیمی، هادی و همکاران، ۱۳۹۴، «پیش‌بینی سازگاری زناشویی براساس تصمیم‌گیری و حل مسأله، انسجام خانواده، راهبردهای مقابله، مهارت‌های ارتباطی و باورهای مذهبی (عوامل فرایندی خانواده)»، *رویش روان‌شناسی*، سال پنجم، ش ۱۴، ص ۹۳-۱۱۰.

- شمسی‌پور، حمید و همکاران، ۱۳۹۷، «بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار مبتنی بر آموزه‌های دینی در افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش تعارض‌های زناشویی زوجین»، *پژوهش در دین و سلامت*، سال چهارم، ش ۴، ص ۴۴-۵۸.
- شیخ‌الاسلامی، علی و همکاران، ۱۳۹۴، «پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان متأهل براساس دانش و نگرش جنسی و صفات شخصیت»، *سلامت و مراقبت*، سال هفدهم، ش ۳، ص ۲۶۱-۲۶۹.
- صدیقی، اکرم و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی رابطه و مقایسه جهت‌گیری مذهبی با رضایت و سازگاری زناشویی در زوجین شهر قم»، *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، سال دوم، ش ۳، ص ۱۰۱-۱۱۴.
- صدیقی، اکرم و همکاران، ۱۳۹۴، «بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با رضایت زناشویی زوجین شهر قم»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، سال بیست و دوم، ش ۶، ص ۹۶۵-۹۷۱.
- غلامعلیان، فهیمه و همکاران، ۱۳۸۷، «کیفیت زندگی زناشویی»، *تازه‌های روان‌درمانی*، سال سیزدهم، ش ۴۹ و ۵۰، ص ۵۰-۷۳.
- فاطمی‌نیک، طیبه و همکاران، ۱۳۹۵، «اثربخشی آموزش گروهی آموزه‌های دینی بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در زوج‌ها»، *مشاوره کاربردی*، سال ششم، ش ۲، ص ۷۳-۸۸.
- قربان‌پور لقمجانی، امیر، ۱۳۸۹، *اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی به شیوه کتاب درمانی بر رضایت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بهزیستی رشت*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- کلانتر هرمزی، آتوسا و همکاران، ۱۳۹۴، «پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی براساس میزان پایبندی مذهبی در زنان متأهل»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، سال پنجم، ش ۱۹، ص ۱۱۹-۱۳۸.
- کرو، مایکل و جین ریڈلی، ۱۳۸۴، *زوج درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی - رفتاری*، ترجمه اشرف سادات موسوی، تهران، مهر کاویان.
- مانتی، رابرت، ۱۳۸۷، *مشاور و مراجع: راه‌های یافتن راه حل‌های مشکلات*، ترجمه محسن مشکبید حقیقی و همکاران، رشت، بلور.
- منجری، فرزانه و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی اثر ارتباط اسلامی و نگرش‌های مذهبی بر بهبود رضایت زناشویی»، *تحقیقات علوم رفتاری*، سال دهم، ش ۱، ص ۳۰-۳۷.
- محمودزاده، اعظم و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی تأثیر زوج‌درمانی اسلامی بر صمیمیت زناشویی»، *روان‌شناسی و دین*، سال هفتم، ش ۱، ص ۵۹-۷۰.
- مهدی‌نژاد قوشچی، رحمان و اسماعیل اسدپور، ۱۳۹۶، «مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر عوامل مشترک با محتوای آموزه‌های اسلامی و بدون آن بر افزایش گفتگوی مؤثر زوجین»، *فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، سال دوازدهم، ش ۴۱، ص ۲۳-۴۵.
- مؤذن جامی، عارفه و همکاران، ۱۳۹۶، «پیش‌بینی کیفیت زندگی زناشویی براساس جهت‌گیری معنوی»، *دین و سلامت*، سال پنجم، ش ۲، ص ۳۱-۴۰.
- نریمانی، محمد و همکاران، ۱۳۹۴، «نقش بهزیستی معنوی و پایبندی مذهبی در پیش‌بینی رضامندی زناشویی پرستاران»، *بالینی پرستاری و مامایی*، سال چهارم، ش ۲، ص ۱-۱۰.
- ولدخانی، مریم و همکاران، ۱۳۹۵، «تأثیر سن ازدواج، الگوهای همسرگزینی و تفاوت سنی زوجین بر کیفیت زندگی زناشویی زنان شهر تهران»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، سال هفتم، ش ۲۵، ص ۱۷۳-۱۹۰.
- ویسی، اسدالله، ۱۳۹۱، «طراحی و مقایسه اثربخشی دو برنامه درمانی مبتنی بر اصول درمان روایتی و درمان مبتنی بر آموزه‌های قرآنی در کاهش تعارض‌های زناشویی»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال دوم، ش ۳، ص ۳۴۰-۳۵۷.
- یدالله‌پور، محمدهادی و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی تطبیقی بهبود کیفیت زندگی از منظر اسلام و روان‌شناسان مثبت‌گرا»، *دین و سلامت*، سال اول، ش ۱، ص ۷۳-۸۲.
- یوسفی، ناصر، ۱۳۹۰، «بررسی شاخصه‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زناشویی، فرم تجدیدنظرشده»، *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، سال اول، ش ۲، ص ۱۸۳-۲۰۰.

- Akinleye, G. A., & Alade, F.A., 2008, "Relationships among Family Planning, sexual Fulfillment and Marital satisfaction of Married people in lagos state, Nigeria", *Medwell Journal*, N. 80(98), p. 47-52.
- Ayles, C., 2004, "Biographical determinates of marital quality", *One Plus One*, Available from https://slideblast.com/.../biographical-determinants-of-marital-quality-amazon-s3_598.
- Bookwala, J., 2005, the role of marital quality in physical health during the mature years, *Journal of Aging and Health*, N. 17(1), p. 85-104.
- Carr, D., Freedman, V. A., Cornman, J. C., & Schwarz, N., 2014, "Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well-being in later life", *Journal of Marriage and Family*, N. 76(5), p. 930-948.
- Çetinkaya, S. K., & Gençdoğan, B., 2014, "The relationship between marital quality, attitudes towards gender roles and life satisfaction among the married individuals", *Psychology, Society, & Education*, N. 6(2), p. 94-112.
- Corey, G., 2009, *Theory and practice of counseling and psychotherapy*, Pacific Grove, CA: Brooks.
- Chang, S.L., 2008, *Family background and Marital Satisfaction of Newly Weds: generatioal Transmission of Relationship interaction patterns. MA Thesis, Psychology*, University of Fullerton.
- Degarmo, R., 2008, *Intentional connection and Marital Satisfaction, MA Thesis, Psychology*, University of Kansas.
- Fowler, C., 2014, *the Role of Religious Affiliation and Attitudes in Marriage Maintenance Strategies*, MA Thesis, Psychology, Utah State University Logan. <https://digitalcommons.usu.edu/etd/2125>
- Goddard, H. W., Marshall, J. P., Olson, J. R., & Dennis, S. A., 2012, "Character strengths and religiosity as predictors of marital satisfaction in a sample of highly religious and divorce-prone couples", *Journal of Couple & Relationship Therapy*, N. 11(1), p. 2-15.
- Jaiswal, P., Jilani, A. Q., Shukla, D., Dalal, P. K., Tripathi, A., Singh, S., & Jain, S., 2016, "Marital quality and its relation with depression: a case-control study", *International Journal of Advances in Medicine*, N. 3(3), p. 591-595.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Fisher, L. D., Ogrocki, P., Stout, J. C., Speicher, C. E., & Glaser, R., 1987, "Marital quality, marital disruption, and immune function", *Psychosomatic medicine*, N.49 (1), p. 13-34.
- Lambert, N. M., & Dollahite, D. C., 2006, "How religiosity helps couples prevent, resolve, and overcome marital conflict", *Family Relations*, N. 55(4), p. 439-449.
- Mullins, D. F., 2016, "The effects of religion on enduring marriages", *Social Sciences*, N. 5(2), p. 1-14.
- Nooripour, R., Bass, C. K., & Apsche, J., 2013, "Effectiveness of quality of life therapy aimed at improving sexual self-efficacy and marital satisfaction in addict couples of treatment period", *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, N. 8(2), p. 26-29.
- Presler, B. L., 2014, *Religiosity, Marital Adjustment, and Intimacy*, Ph. D Thesis, Psychology. George Fox University.
- Shigeto, A., Mangelsdorf, S. C., & Brown, G. L., 2014, "Roles of family cohesiveness, marital adjustment, and child temperament in predicting child behavior with mothers and fathers", *Journal of Social and Personal Relationships*, N. 31(2), p. 200-220.
- Sperry, L & Sperry, J., 2012, *Case Conceptualization: Mastering this Competency with Ease and Confidence*, New York and London, Routledge/Taylor & Francis Group.
- Teles, M. A. B., Barbosa, M. R., Vargas, A. M. D., Gomes, V. E., e Ferreira, E. F., de Barros Lima, A. M. E., & Ferreira, R. C., 2014, "Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study", *Health and quality of life outcomes*, N. 12(1), p. 2-12.
- Ubesequera, D. M., & Luo, J., 2008, "Marriage and family life satisfaction: A literature review", *Sabaramuwa University Journal*, N. 8(1), p. 1-17.

ارزیابی تأثیر نمادهای معنوی در فضاهای عبادی بر سلامت معنوی کاربران از طریق نقش واسط هوش معنوی؛ مطالعه موردی مساجد تاریخی بازار تبریز

بهرام احمدخانی ملکی / دکتری معماری اسلامی و عضو هیئت علمی مؤسسه آموزش عالی سراج

bahramahmadkhani@ymail.com

دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۰۷ - پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۹

چکیده

سلامت معنوی، جدیدترین بعد سلامت است که به‌عنوان جزئی پایه‌ای در کنار سایر ابعاد سلامتی همچون سلامت جسمی، روانی و اجتماعی قرار دارد. هوش معنوی، که بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها، ظرفیت‌ها و منابع معنوی است، می‌تواند موجب ارتقای سلامت معنوی افراد شود. براین اساس، هدف این پژوهش، ارزیابی تأثیر نمادهای معنوی در فضای عبادی بر سلامت معنوی افراد، از طریق نقش واسط هوش معنوی می‌باشد که با روش توصیفی از نوع همبستگی شکل گرفته است. در این پژوهش، از سه پرسش‌نامه نمادپردازی معنوی، هوش معنوی و سلامت معنوی استفاده شده است. داده‌های حاصل، با آزمون آماری ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه در نرم‌افزار SPSS 20 تجزیه و تحلیل گردید. نتایج نشان داد که بین نمادپردازی معنوی با هوش معنوی و سلامت معنوی، رابطه مثبت وجود دارد و متغیرهای نمادپردازی معنوی و هوش معنوی، توان پیش‌بینی سلامت معنوی را دارند. همچنین، در بین نمادهای معنوی مساجد، نمادهای «محراب» و «نور»، سهم بیشتری در تبیین هوش معنوی دارند. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، نمادپردازی معنوی در فضاهای عبادی، ضمن فعال‌سازی بخش خودآگاه ذهن، در کارکرد هوش معنوی مؤثر واقع شده و بستر لازم را برای ایجاد سلامت معنوی فراهم می‌کند.

کلیدواژه‌ها: نمادپردازی معنوی، هوش معنوی، سلامت معنوی، فضای عبادی.

در مورد تأثیر و اهمیت اعتقادات دینی بر سلامت روان، از گذشته تاکنون بحث‌های بسیاری صورت گرفته و در سال‌های اخیر، روان‌شناسان به نقش دین در تأمین سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی توجه ویژه‌ای داشته‌اند. آنها معتقدند در ایمان به خدا و نگرش مذهبی، نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی، او را کمک می‌کند و از نگرانی و اضطرابی که بسیاری از مردم زمان ما در معرض ابتلا به آن هستند، دور می‌سازد (کجباف و رئیس پور، ۱۳۸۷، ص ۳۳).

جیمز (۱۳۷۲)، بنیانگذار روان‌شناسی در آمریکا و نویسنده مقاله «انواع تجارب مذهبی» بیان می‌کند: «ایمان بدون شک مؤثرترین درمان اضطراب است؛ نیرویی است که باید برای کمک به انسان در زندگی وجود داشته باشد و فقدان ایمان، زنگ خطری است که شکست انسان را در برابر سختی‌های زندگی هشدار می‌دهد.

یونگ (۱۳۹۰)، دین را یکی از قدیمی‌ترین و عمومی‌ترین تظاهرات روح انسان می‌داند. از این رو، نمی‌توان دست کم اهمیت دین را به‌عنوان یک پدیده اجتماعی و تاریخی نادیده گرفت.

در روان‌شناسی اسلامی نیز سلامت روانی از طریق اعتقاد به نیرویی برتر، که در زندگی از او حمایت می‌کند، تأمین می‌شود. برقراری ارتباط با سرچشمه هستی و استمداد از او، به تقویت قوای روحی و جسمی انسان کمک می‌کند. دیدگاه‌های معنوی، علاوه بر تأثیر بر نگرش و رفتار، بر فیزیولوژی و سلامت تن نیز اثر می‌گذارند. نکته اساسی این است که از نگاه قرآن کریم و اندیشه پیشوایان معصوم(ع) سخن گفتن از سلامت روان و به‌کارگیری آن در مسیر سعادت، بدون باور به مبدأ و معاد و ارتباط مستمر با خداوند امکان‌پذیر نیست؛ زیرا آفرینش آدمی به گونه‌ای است که بدون باور به خدا، نمی‌توان شادکامی و رضایت از زندگی را تجربه کرد (مکارم شیرازی، ۱۳۷۸، ج ۴، ص ۳۳۳).

در دو دهه اخیر، نقش مذهب در سالم‌سازی انسان و ایجاد جامعه سالم، توجه گروه‌های بیشتری از روان‌شناسان را به خود جلب کرده است (قهرمانی و نادی، ۱۳۹۱؛ زارعی متین و همکاران، ۱۳۹۰).

مذهب، به اعتقاد برخی پژوهشگران با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی، به دو سؤال اساسی انسان درباره هدف زندگی، معنای فعالیت‌ها و استعدادهای او پاسخ می‌دهد و به وحدت‌یافتگی سازمان روان‌شناختی معنوی و خودنظم‌دهی انسان کمک می‌کند (کوئینگ، ۲۰۱۰؛ جان بزرگی، ۱۳۸۶). دانشمندان، نیاز انسان به نیایش و ارتباط با خدا را همانند نیاز او به اکسیژن قلمداد می‌کنند و آن را یک عمل طبیعی روانی - بدنی دانسته و برای رشد انسان، ضروری اعلام می‌کنند (ادیب حاج باقری، ۱۳۷۹، ص ۱۰۱).

نمادها با ادیان رابطه نزدیکی دارند؛ دین به ماورای ماده مربوط است و نمادهای دینی، نشانه‌هایی هستند که در قالب محسوس به عالم نامحسوس اشاره دارند (کاظمی، ۱۳۹۰، ص ۱۲۹). به اعتقاد تیلیش (۱۳۷۵)، اصلی‌ترین ویژگی نمادهای دینی، «اشاره به ماورای خویش»، «قدرت شفابخشی»، «هماهنگی گروه‌های اجتماعی» و «مشارکت در بازنمایی واقعیت» می‌باشد. دین به‌منزله مجموعه‌ای از معانی نمادین است که در هر فرهنگی،

اهمیت فوق‌العاده دارد (فکوهی، ۱۳۸۱، ص ۲۵۵). گیرتر (۱۹۷۳)، تعریف نظری خود را از دین این‌گونه بیان می‌کند: «دین نظامی از نمادهاست که از طریق جهان‌بینی - مفاهیم مربوط به نظم عام هستی - خلیات و انگیزه‌های قدرتمند، فراگیر و پایداری را در انسان‌ها پدید می‌آورد و آنها را در چنان هاله‌ای از حقیقت می‌پوشاند که گویا تنها واقعیت ممکن به نظر می‌رسند.

بنابراین، نمادهای دینی با ایجاد نوعی جهان‌بینی و ارائه الگوی رفتاری خاص برای پیروانش، موجب یکپارچگی و انسجام آنها می‌گردد.

نماد نوعی نشانه است؛ نشانه‌ای که یک معنا را بازنمون کرده و با کمک ابزاری آن را نشان می‌دهد. بر پایه دانش نشانه‌شناسی، هر اثری از جمله یک بنای معماری، به‌مثابه یک متن است که خواندن آن عبارت است از: تأویل نشانه‌های آن توسط کاربر فضا. از این منظر، معماری نیز نوعی زبان است و از آنجا که زبان نظامی از واژه‌های وابسته به هم است، یک اثر معماری همچون متنی است که کلمه‌های آن احجام، بافت‌ها و اجزای تشکیل‌دهنده بنا بوده که ضمن وابستگی معنایی به هم، اغلب از طریق رمزگان‌های زیباشناختی و اجتماعی پیام خود را انتقال می‌دهند (نقره‌کار و رئیس‌ی، ۱۳۹۰).

براساس آموزه‌های اسلامی، لازم است کالبد آثار و نشانه‌ها و رمزگان تعبیه‌شده در آن، مخاطب را در دستیابی به هدف اصلی خلقت؛ یعنی عبادت و یا مقدمات آن، نظیر ارتقای سطح معرفت وی یاری رساند. قرآن کریم با مذمت کسانی که به دنیای مادی و آثار آن، نگاهی استقلالی دارند، می‌فرماید: «يَعْلَمُونَ ظَاهِرًا مِّنَ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَهُمْ عَنِ الْآخِرَةِ هُمْ غَافِلُونَ» (روم: ۷). از این‌رو، بر پایه مبانی حکمت هنر اسلامی، صورت، امری مستقل و قائم بالذات نمی‌شود، بلکه نشانه و رمزی است که به سوی معنا هدایت می‌کند. از این‌رو، در معماری سنتی، مانند همه هنرهای سنتی، هیچ چیز هرگز از معنی منفک نیست و معنی هم چیزی جز معنویت نیست (نصر، ۱۳۸۹، ص ۱۴۰).

موجودیت نمادها، از این تمایل معکوس تبعیت می‌کند که «دنی» جلوه‌گاه «اعلی» است؛ یعنی ادنی یا جهان خاکی، فقط نمایشگر جهان آشکار فراسو (عالم انجم) نیست، بلکه مظهر عالم ارواح است که در سلسله‌مراتب وجود، در برترین سطح، زیر مبدأ یا اصل قرار دارد (اردلان و بختیار، ۱۳۷۹، ص ۵). نیاز به نمادها و مناسک نمادین، آن‌گاه پدید آمد که انسان از بهشت عدن رانده شد. وظیفه هنر مقدس و نمادهای آن عبارت است از: یاری به انسان در کوشش برای وصول مجدد به بهشت (کوماراسوامی، ۱۳۸۹، ص ۶۲).

یکی از کارکردهای روان‌شناختی مهم دین، استفاده از ایده‌های نمادین است که کمک می‌کند تا ارتباط شخص با ناخودآگاه او برقرار شود؛ زیرا ناخودآگاه، زبان نمادین را خوب درک می‌کند و خود با زبان نمادین سخن می‌گوید. واقعیت این است که با این حال، ناخودآگاه که از یک سو، مخزنی از افکار، تمایلات و تکانه‌های ابتدایی واپس‌زده است. از سوی دیگر، سرچشمه خلاقیت انسان می‌باشد. بنابراین، حفظ ارتباط شخص با ناخودآگاه هم موجب غنی شدن بخش خودآگاه ذهن وی می‌گردد و هم به تخلیه فشار روزافزون بخش ناخودآگاه کمک می‌کند.

چنانچه بین بخش خودآگاه و ناخودآگاه دیوار کشیده شود، خودآگاه از یک سو، به تدریج فقیر و بی‌خاصیت شده، و از سوی دیگر، تجمع نیروهای مخفی در ناخودآگاه، سلامتی روانی را تهدید می‌کند. تنها راهی که برای ارتباط بین قسمت خودآگاه و ناخودآگاه ذهن وجود دارد، استفاده از زبان نمادهاست (مرعشی، ۱۳۸۷، ص ۳۵-۴۲).

نمادهای معنوی یکی از بهترین راه‌های ورود آموزش‌های معنوی به بخش ناخودآگاه هستند و بدون آنها، آموزش‌های معنوی به بخش خودآگاه محدود شده و کم‌اثر یا بی‌اثر می‌شود. استفاده از نمادهای سالم در تعالیم دینی، به فرد کمک می‌کند تا با ناخودآگاه خود ارتباط برقرار کرده و از آن طریق زندگی خودآگاه خود را پرحاصل نماید. تجربه‌های نمادین، می‌تواند «هوش معنوی» افراد را بالا ببرد؛ زیرا بصیرت معنوی آنها را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، هوش معنوی بالا زمینه‌ساز افزایش تأثیر نمادهاست؛ زیرا کسانی که هوش معنوی بالاتری دارند، پیام‌های بیشتر و عمیق‌تری از نمادها دریافت می‌کنند. از این رو، یکی از رموز تکرار نمادهای معنوی این است که هر بار نمادها هوش معنوی را ارتقا داده و بار دیگر، شخص با هوش معنوی بالاتر، تأثیر بیشتری از نمادها پذیرفته و آن‌گاه باز هم هوش معنوی وی ارتقا می‌یابد (همان، ص ۸۳).

به اعتقاد کلین‌یل (۱۹۶۵)، ادیان و مذاهبی که فاقد سمبل باشند، یا رویکردهای دینی که گرایش به سمبل‌زدایی دارند، شخص را به سمت ناخوشی و ناکارآمدی روانی سوق می‌دهند. وی وجود نمادها را برای یک تدین سالم ضروری می‌داند. به بیان او، اگر یک رویکرد دینی، سلامتی شخصیت فرد را ارتقا دهد، بایستی بتواند به زوایای عمیق بخش ناخودآگاه ذهن دست بیاید و پیروان خود را به حفظ ارتباط با این دنیای پنهان تشویق کند.

بارزترین تجلی‌گاه معنویت و هویت استعلایی انسانی را می‌توان در لایه‌های پنهانی هنر قدسی، بررسی کرد؛ هنری که در آن، تمامی وجود انسان، در فرایند کشف حقیقت، در جنب‌وجوش قرار دارد. راز و رمز «هنر قدسی» در همان حکمت، معنویت و حقیقت نهایی آن خلاصه می‌شود که در کالبد معماری، به شهود و بروز رسیده است. بهترین نمونه تجلی مفاهیم در کالبد معماری را می‌توان در جوهره وجودی مساجد ایرانی - اسلامی یافت. مساجد اسلامی، جلوه‌هایی از زیبایی‌های بصری و نمونه بارزی از تلفیق فرم‌های نمادین، با باورهای عمیق اعتقادی است. این معانی همچون منابع الهامشان، جز با رمزها و تشبیهات به بیان در نمی‌آیند. چنان که قرآن کریم و سایر متون دینی، برای بیان حقایق معنوی به زبان رمز و اشاره سخن می‌گویند (مهدی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۵، ص ۳۲).

به‌طور کلی، معماری مسجد به دنبال الهام از مفاهیم کلام الهی است تا فضایی ایجاد کند که عالم ملکوت (عالم معنا) و عالم ناسوت (عالم صورت و طبیعت) را به هم نزدیک سازد و فضای روحانی واحدی را ایجاد کند. مسجد در ذات خود، تجلی‌گاه حضور باورهای قدسی و دینی در عرصه حیات مادی است که علاوه بر تأمین کالبد مکان عبادت، با زبان کنایه و اشاره از معرفت دینی و راز و رمز شریعت سخن می‌گوید. به همین دلیل، از قداست ویژه‌ای برخوردار است. مسجد در اصل منتسب به ذات اقدس خداوند است و در بیان معماری هنرمندانه آن، از ماورائاتی‌ترین دریافت‌های بشری بهره گرفته می‌شود. تمامی نقش‌ها و شکل‌ها، که در معماری آن نقش دارند، یا در

ارزیابی تأثیر نمادهای معنوی در فضاهای عبادی بر سلامت معنوی کاربران ♦ ۹۳

تزئین آن به کار می‌روند، در نهایت استعاره‌ای است که در عین سادگی، جلوه‌ای از ظریف‌ترین معانی را به نمایش می‌گذارد (حق‌طلب و کاروان، ۱۳۹۱، ص ۲۱).

جدول (۱) و (۲) به معرفی اجمالی نمادها در معماری مساجد ایرانی، در دو بخش اشکال و اجزا و تزئینات و آرایه‌ها می‌پردازند.

جدول ۱: نمادپردازی‌های معنوی در بخش اشکال و اجزای مساجد ایرانی اسلامی

اشکال و اجزاء	دال (صورت)	مدلول (معنا)
	ورودی	این مدخل نماد بارز حرکت از کثرت به وحدت است
	گنبد	نماد اصل جاویدان خلقت یعنی وحدت است
	مناره	قائم و تنها همچون یک، ذات الله، الف، آغاز خواندن و رابطه میان انسان و خالق.
	محراب	محراب، مشکات نور و مرکز حضور الهی است
	منبر	منبر نماد نردبان جهان است که از زمین فانی شروع می‌شود و به عرش تمایل دارد.
	صحن	صحن تجسم گسست انسان از عالم فانی و گام نهادن در جریانی مقدس و متبرک است.
	شبستان	تجلی سکون و آرامش خیال انگیز معنویت
	ایوان	ایوان در مسجد به لحاظ معناشناسی با رکوع در نماز ارتباط معنایی مشترک دارد.
	طاق و قوس	ابروی یار که مظهر زیبایی و جلال است
	حوض	نماد حوض کوثر یا حوض بهشتی می‌باشد.

جدول ۲: نمادپردازی‌های معنوی در بخش تزئینات و آرایه‌های مساجد ایرانی اسلامی

تزئینات و آرایه‌ها	دال (صورت)	مدلول (معنا)
	نور	نور نماد عقل الهی و وجود است و حضور آن در فضای مسجد به هر طریقی، نمایانگر سلطه حق بر انسان و تسلیم انسان در برابر اوست.
	رنگ	یادآور اصل ثابت وحدت در کثرت است.
	آب	آب نماد پاکی و حیات بوده و مکمل تزئینات می‌باشد.
	نقوش اسلیمی	نشانه نظم و پیچیدگی خلقت و زایش مداوم است.
	نقوش هندسی	دال بر وحدانیت خداوند در کل تکثر عالم هستی می‌باشد و رسیدن همه موجودات به وجودی واحد را بازنمون می‌کند.
	خط	تجسم بصری وحی الهی است.
	مقرنس	نماد کثرت در وحدت و وحدت در کثرت می‌باشد.
	کتیبه	نماد کلام وحدت‌ساز الهی است؛ چراکه نقطه اتکاء و وحدت همه مسلمانان در درجه اول کلام الهی می‌باشد.
	آئینه	محملی برای نمایش وجوه مختلف و منکر جهان محسوب می‌شوند.
	خلاء	نماد «غیریت» حقیقت مطلق است. خداوند کاملاً ورای تمام آن چیزهایی قرار دارد که ذهن و حواس عادی به‌عنوان واقعیت، به مفهوم رایج کلمه می‌شناسد.

مسئله هوش به‌عنوان یک ویژگی اساسی است که موجب تفاوت فردی در بین انسان‌ها موجب می‌شود. پس از گسترش مفهوم هوش، *ایمونر* در سال ۱۹۹۹، سازه جدیدی را با عنوان هوش معنوی مطرح کرد. او عنوان کرد هوش معنوی، مجموعه‌ای از توانایی‌ها برای بهره‌گیری از منابع دینی و معنوی است. هوش معنوی، سازه‌های هوش و معنویت را در یک سازه ترکیب کرده است. درحالی‌که معنویت، جست‌وجو برای یافتن عناصر مقدس، معنایابی، هشیاری بالا و تعالی است. هوش معنوی، شامل توانایی برای استفاده از چنین موضوعاتی است که می‌تواند کارکرد و سازگاری فرد را پیش‌بینی کند و منجر به تولیدات و نتایج ارزشمندی شود. پس می‌توان گفت: هوش معنوی عبارت از: توانایی‌ها، ظرفیت‌ها و منابع معنوی است که کاربست آن، موجب افزایش انطباق‌پذیری و در نتیجه، سلامت روان افراد می‌شود (کینگ، ۲۰۰۸).

در فرهنگ اصیل اسلام نیز به‌طور ضمنی، به هوش معنوی توجه شده است. هوش معنوی یا قدرت تعقل و اندیشه در انسان، موهبتی الهی و نوری رحمانی است که پیامبر درونی انسان شمرده می‌شود و به حسب ذات مایل به خیرات، کمالات و خواستار عدل و احساس است. قرآن به افراد با هوش معنوی بالا، صفت «اولوالالباب» می‌دهد. منظور از آن، افرادی هستند که به جوهر حقیقت پی برده و از پرده‌های اوهام گذشته‌اند. به‌طور کلی، اصولی که در دین مبنایی مطرح شده است، مانند دستیابی به وحدت در ورای کثرت ظاهری، یافتن پاسخ در مورد مبدأ هستی و تشخیص الگوهای معنوی و تنظیم رفتار بر مبنای آنها، محورهای اصلی هوش معنوی هستند (غباری‌بناب و سلیمی، ۱۳۸۶، ص ۱۳۶).

ایمونر (۲۰۰۰)، باور دارد که هوش معنوی قابلیت رمزگردانی از طریق سیستم نمادی را داراست. سیستم‌های نمادین که اغلب نقش اساسی در سنت‌های دینی و بیان حقایق و بصیرت بازی می‌کنند، فقط زبان نیست؛ هرچند زبان می‌تواند نقش اساسی و مهمی در این زمینه ایفا کند. نمادهای دینی، به تواناسازی افراد برای کسب تعالی و درک غایی واقعیت در درون گروهی از معتقدان کمک می‌کنند. گاردنر (۱۹۹۳)، آئین‌ها، رمزهای دینی و سیستم‌های اسطوره‌ای را به‌عنوان رمزهای نمادی می‌داند که شامل جنبه‌های اساسی هوش افراد می‌شوند. تمامی ادیان دارای رمزها و نمادهایی هستند که از طریق آنها، مردم هم‌کیش با یکدیگر تبادل اطلاعات می‌کنند و حقایق و بینش‌های جهان را برای آنان آشکار می‌سازند.

به نظر می‌رسد، هوش معنوی با سلامت معنوی ارتباط دارد؛ به این معنا که ارتقای هوش معنوی و ابعاد آن، به بهبود سلامت روان و ارتقای سلامت معنوی می‌انجامد. سلامت معنوی، جزئی پایه‌ای در چارچوب ابعاد سلامت محسوب می‌شود. همانند سایر ابعاد سلامتی نظیر سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی، سلامت معنوی عاملی تعیین‌کننده و مؤثر است. سلامت معنوی، به‌عنوان فاکتوری حفاظتی در ارتقا سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها محسوب می‌شود، ضمن اینکه می‌توان از سلامت معنوی، به‌عنوان راهبردی موفق و کمک‌کننده به زندگی انسان در همه مراحل و حوزه‌های زندگی، شامل موقعیت‌های پراسترس و بیماری‌ها و حتی مرگ یاد کرد.

از مهم‌ترین و محوری‌ترین ویژگی‌های انسان دارای سلامت معنوی، که بیشترین تکرار را به خود اختصاص داده است «خالق‌گرایی عاشقانه» می‌باشد. تعریف سلامت معنوی در متون دینی اسلامی و بومی، عبارت است از: «سلامت معنوی، سلسله‌مراتبی پویا و در حال رشد با جهت‌گیری نزدیکی به خالق است که فرد پس از درک ماهیت مادی و معنوی وجود خود، پی بردن به ارزش روح ملکوتی‌اش و کسب بینش نسبت به انجام افعال اختیاری، تلاش می‌کند تا با اختیار خود به طور منطقی و خردمندانه از طریق برقراری ارتباط عالمانه، عاقلانه و عاشقانه با خود، خالق و دیگران حاصل می‌گردد. لذا ضمن درک موقتی بودن زندگی در این دنیا، اولویت کارهای خود را بر امور معنوی و اخروی قرار می‌دهد و در تمامی ارتباطات خود، تمرکز بر معنی زندگی خود یعنی نزدیک شدن به خداوند دارد» (خراشادی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴، ص ۴۴).

متأسفانه پیچیدگی جامعه مدرن امروزی و مشکلات روزافزون زندگی ماشینی و تغییر شیوه‌ها و الگوهای زندگی در عصر فرامردن، موجب افزایش بیماری‌های روانی و عصبی بر اثر ضعف ایمان مذهبی شده است. از این رو، معنویت درمانی، که در آن از آموزه‌ها و راه کارهای دینی (اسلام) استفاده می‌شود، اهمیت می‌یابد. در روان‌درمانی دینی با رویکرد اسلامی، باورهای فرهنگی مذهبی مردم و بعد متعالی افراد، در فرایند درمانگری در نظر گرفته می‌شود (کجباف و رئیس‌پور، ۱۳۸۷، ص ۳۵).

از آنجاکه همه محتوای دینی و معنوی نمی‌تواند خود را در ابعاد مادی نشان دهد، به صورت نمادین ظهور پیدا می‌کند. معماری اسلامی، می‌تواند به واسطه نمادها، زمینه‌ساز و تسهیل‌کننده نیل به اهداف مقدس و انسان‌ساز در مکان‌های عبادی باشد.

با توجه به اهمیت سلامت معنوی در ابعاد گوناگون زندگی انسان و نقش بی‌بدیل نمادها در فرهنگ و هنر او، این تحقیق در پی پاسخ‌گویی به این سؤالات است: ارتباط نمادپردازی معنوی در فضای عبادی با هوش معنوی و سلامت معنوی کاربران چگونه است؟ از نمادهای معنوی به کاررفته در فضاهای عبادی، کدام یک سلامت معنوی افراد را بیشتر از سایرین تبیین می‌کند؟

روش‌شناسی

با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش، از روش تحقیق توصیفی و از نوع همبستگی استفاده شده است. برای ارزیابی نهایی و پاسخ به سؤالات تحقیق، ابتدا جامعه آماری و حجم نفرات مورد آزمون تعیین شد. سپس از طریق فرمول کوکران، تعداد نفرات لازم برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها به دست آمد. براساس آمار به دست آمده، تعداد نفراتی که در طول یک روز برای ادای نماز ظهر و عصر (به صورت فرادا یا جماعت) و یا بازدید از مساجد تاریخی شهر تبریز استفاده می‌کنند، حدود ۵۷۰ نفر می‌باشد. در نتیجه براساس فرمول کوکران، جامعه آماری تحقیق ۳۰۷ نفر تعیین گردید که به صورت جدول (۳) برای هریک از مساجد موردنظر مشخص شد.

جدول ۳: درصد نفرت مورد آزمون در جامعه آماری تحقیق (ماخذ: آمار توصیفی تحقیق)

ردیف	نام مسجد	حداکثر استفاده‌کنندگان (نفر)	تعداد نفرت مورد آزمون	درصد نفرت مورد آزمون	جمع درصد نفرت
۱	کبود	۸۵	۴۵	۱۴.۷	۱۴.۷
۲	استاد و شاگرد	۵۵	۲۸	۹.۱	۲۳.۸
۳	جامع	۴۵	۲۴	۷.۸	۳۱.۶
۴	مقبره	۶۰	۳۵	۱۱.۴	۴۳
۵	صاحب‌الامر	۴۰	۲۰	۶.۵	۴۹.۵
۶	حاج‌ظفرعلی	۵۰	۳۰	۹.۸	۵۹.۳
۷	۱۳ ستون	۸۰	۴۲	۱۳.۷	۷۳
۸	حجت‌الاسلام	۵۵	۲۸	۹.۱	۸۲.۱
۹	امام جمعه	۶۰	۳۵	۱۱.۴	۹۳.۵
۱۰	مولانا	۴۰	۲۰	۶.۵	۱۰۰
	جمع	۵۷۰	۳۰۷	۱۰۰	

اطمینان‌بخشی به آزمودنی‌ها، در خصوص محرمانه بودن اطلاعات به‌دست‌آمده و دادن آزادی برای شرکت در پژوهش، از نکات رعایت‌شده اخلاق پژوهشی بود. همچنین برای جلب اعتماد بیشتر، از نوشتن اطلاعات شخصی مانند نام و نام خانوادگی خودداری گردید. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا پیش از پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها، اطلاعات جمعیت‌شناختی خود را به‌طور کامل پاسخ دهند (سن، جنس و وضعیت تأهل). در این مطالعه، به منظور گردآوری داده‌ها از ابزار پرسش‌نامه استفاده شد. پرسش‌نامه‌های مورد استفاده عبارتند از:

الف. پرسش‌نامه محقق‌ساخته «نمادپردازی معنوی»

این پرسش‌نامه دارای ۲۰ سؤال در دو بخش اشکال و اجزاء (۱۰ سؤال) و تزیینات و آرایه‌ها (۱۰ سؤال) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری بر مبنای مقیاس ۵ درجه لیکرت، از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق (کاملاً مخالفم = ۱، مخالفم = ۲، تا حدودی موافقم = ۳، موافقم = ۴، کاملاً موافقم = ۵) بوده و دامنه نمرات ۱۰۰-۲۰ می‌باشد. برای تعیین روایی محتوایی، این پرسش‌نامه در اختیار ۶ متخصص (۲ نفر با تخصص روان‌شناسی، ۲ نفر با تخصص معارف و الهیات اسلامی و ۲ نفر با تخصص معماری فضاهای مذهبی) قرار گرفت. پس از اعمال نظر آنها در خصوص حذف، اضافه و اصلاح سؤالات، روایی محتوایی پرسش‌نامه حاصل شد. برای سنجش پایایی پرسش‌نامه، یک مرحله پیش‌آزمون انجام گرفت و طی آن، تعداد ۳۰ پرسش‌نامه در جامعه موردنظر (مساجد شبستانی دوره تاریخی بازار تبریز) توزیع و جمع‌آوری گردید و پس از وارد کردن داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰، ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) محاسبه گردید که ضریب موردنظر برای پرسش‌نامه محقق‌ساخته، ۰.۸۶٪ تعیین گردید.

ب. پرسش‌نامه «هوش معنوی»

پرسش‌نامه هوش معنوی، شامل ۲۹ سؤال توسط حسن عبدالعزیز با همکاری مهدیه کشمیری و فاطمه عرب‌عاصری در سال ۱۳۸۸ ساخته شده است. آلفای کرونباخ ۰.۸۹ بیانگر پایایی مناسب این آزمون است. این پرسش‌نامه دارای دو زیرمقیاس است که عبارتند از: درک و ارتباط با سرچشمه هستی و زندگی معنوی یا اتکا به هستی درونی. شیوه نمره‌گذاری بر مبنای مقیاس ۵ درجه لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق بوده و دامنه نمرات ۱۴۵-۲۹ می‌باشد. براین اساس، در صورتی که نمره فرد بین ۶۷.۶-۲۹ باشد، دارای سطح هوش معنوی کم، نمره ۱۰۶.۲-۶۷.۷ سطح هوش معنوی متوسط و نمره ۱۴۵-۱۰۶.۳، دارای سطح هوش معنوی بالا می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه هوش معنوی، در این تحقیق ۰.۷۴ بود.

ج. پرسش‌نامه «سلامت معنوی»

در این مطالعه از پرسش‌نامه بیست سؤالی سلامت معنوی پولوترین و الیسون (۱۹۸۲) استفاده گردید که قبلاً هم در مطالعه *فراهانی‌نیا* و همکاران (۱۳۸۴)، *عسگری* و همکاران (۱۳۸۹)، *مصطفی‌زاده* و *اسدزاده* (۱۳۹۱) و *عصارودی* و همکاران (۱۳۹۰) مورد استفاده قرار گرفته بود و شامل بیست سؤال است که ده سؤال آن سلامت مذهبی و ده سؤال دیگر، سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت براساس نمره به‌دست‌آمده صورت می‌گیرد. هرچه نمره به‌دست‌آمده، بالاتر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتری است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. در مطالعه *سیدفاطمی* و همکاران (۱۳۸۵)، پایایی پرسش‌نامه سلامت معنوی از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰.۸۲ مشخص شد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه، در این تحقیق ۰.۷۷ بود.

یافته‌های تحقیق

نتایج توصیفی در این تحقیق نشان داد که ۱۴/۴ درصد افراد مورد مطالعه (۴۴ نفر) زن و ۸۵.۶ درصد (۲۶۳ نفر) مرد می‌باشند که نشان می‌دهد بیشترین فراوانی، مربوط به افراد مذکر است. در حوزه تحصیلات، ۱۸ درصد زیر دیپلم، ۲۶/۵ درصد دیپلم، ۱۳ درصد فوق‌دیپلم، ۳۲/۵ درصد لیسانس و ۱۰ درصد فوق‌لیسانس و بالاترند. بیشترین فراوانی مربوط به افراد با مدرک لیسانس می‌باشد. میانگین سن افراد مورد مطالعه ۳۳.۲ می‌باشد به طوری که حداقل سن ۲۲ و حداکثر آن ۸۲ می‌باشد. در خصوص اطلاعات زمینه‌ای، که از مخاطبان استخراج شده، تفاوتی در جنسیت، سن، تحصیلات و مساجد مشاهده نشد. به عبارت دیگر، بین متغیرهای تحقیق و پارامترهای زمینه‌ای مذکور ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. جدول (۴) آمار توصیفی از متغیرهای تحقیق حاضر را نشان می‌دهد.

جدول ۴: آمار توصیف از متغیرهای تحقیق

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف از معیار	کمینه	بیشینه
نمادپردازی معنوی	۳۰۷	۹۵.۰۰۰	۳۰.۵۵	۸۶.۰۰	۱۰۰.۰۰
هوش معنوی	۳۰۷	۱۳۳.۰۰۰	۴۰.۱۰	۱۲۴.۰۰	۱۴۰.۰۰
سلامت معنوی	۳۰۷	۱۱۳.۰۰۰	۳۰.۸۵	۱۰۶.۰۰	۱۲۰.۰۰

برای پاسخ‌گویی به سوالات تحقیق و سنجش فرضیات ارائه‌شده و انتخاب آزمون مناسب برای آنها، ابتدا باید، نرمال یا غیرنرمال بودن داده‌های جمع‌آوری‌شده از پرسش‌نامه‌ها مشخص گردد. چنانچه توزیع داده‌ها نرمال باشد، از آزمون‌های پارامتریک استفاده خواهد شد و در صورتی که توزیع داده‌ها غیرنرمال باشد، از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده می‌شود. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از طریق آزمون کالموگروف - اسمیرنوف در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جدول (۵) آمده است:

جدول ۵: نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	تعداد	کالموگروف - اسمیرنوف	سطح معناداری
نمادپردازی معنوی	۳۰۷	۰.۰۳۲	۰.۵۴۰
هوش معنوی	۳۰۷	۰.۰۴۵	۰.۳۲۰
سلامت معنوی	۳۰۷	۰.۰۸۴	۰.۱۲۲

با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون کالموگروف - اسمیرنوف، در تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت: توزیع نمرات متغیرهای مورد بررسی نرمال می‌باشد. لذا از آزمون‌های پارامتریک برای پاسخ‌گویی به سوالات پژوهش استفاده شد. برای پاسخ‌گویی به سؤال اول پژوهش (ارتباط بین متغیرهای پژوهش)، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده می‌گردید.

جدول ۶: ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای تحقیق

سلامت معنوی	هوش معنوی	نمادپردازی معنوی
		۱
	۱	**۰.۸۲۵
۱	**۰.۸۶۲	**۰.۸۷۱

جدول (۶)، نشان می‌دهد که بین متغیرهای، تحقیق رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. ضریب همبستگی ۰.۸۲۵ بین نمادپردازی معنوی و هوش معنوی و ضریب همبستگی ۰.۸۷۱ بین نمادپردازی معنوی و سلامت معنوی، بیانگر همبستگی قوی و مستقیم بین آنها می‌باشد. برای بررسی میزان تأثیر هریک از نمادپردازی‌های معنوی به کاررفته در مساجد تاریخی تبریز، بر سلامت معنوی افراد، از رگرسیون چندمتغیری با روش ورود همزمان استفاده شد که نتایج آن، در جدول (۷) و (۸) آمده است.

ارزیابی تأثیر نمادهای معنوی در فضاهای عبادی بر سلامت معنوی کاربران ♦ ۹۹

جدول ۷: ضرایب رگرسیونی مربوط به پیش‌بینی سلامت معنوی از روی مؤلفه‌های اشکال و اجزای نمادپردازی معنوی به روش ورود همزمان

R^2	R	P	F	Sig.	t	B	β	متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک
۰.۳۱۹	۰.۴۱۷	۰.۰۰۴	۳.۷۵۴	۰.۰۰۰	۳۷.۱	۰.۳۲	۰.۱۷	ورودی	سلامت معنوی
				۰.۰۰۰	۴۱.۵	۰.۴۳	۰.۲۸	گنبد	
				۰.۰۰۰	۴۲	۰.۲۴	۰.۱۳	مناره	
				۰.۰۰۰	۵۹.۸	۰.۶۹	۰.۳۳	محراب	
				۰.۰۰۰	۴۸	۰.۴۵	۰.۲۱	منبر	
				۰.۰۰۰	۳۱.۶	۰.۲۷	۰.۱۵	صحن	
				۰.۰۰۰	۳۲	۰.۲۰	۰.۱۱	شبستان	
				۰.۰۰۰	۳۴.۱	۰.۳۱	۰.۱۴	ایوان	
				۰.۰۰۰	۱۵.۱	۰.۵۱	۰.۲۴	طاق و قوس	
				۰.۰۰۰	۴۴	۰.۲۷	۰.۱۲	حوض	

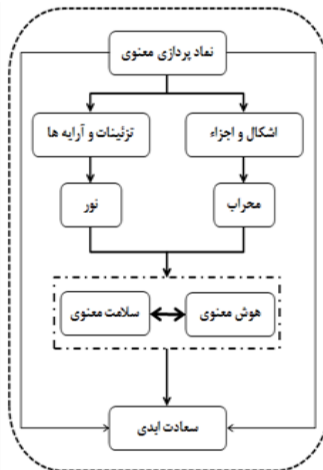
جدول ۸: ضرایب رگرسیونی مربوط به پیش‌بینی سلامت معنوی از روی مؤلفه‌های تزئینات و آرایه‌های نمادپردازی معنوی به روش ورود همزمان

R^2	R	P	F	Sig.	t	B	β	متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک
۰.۳۶۰	۰.۴۸۱	۰.۰۰۲۱	۲.۶۳۱	۰.۰۰۰	۶۱.۳	۰.۵۴	۰.۳۹	نور	سلامت معنوی
				۰.۰۰۰	۲۵.۴	۰.۴۱	۰.۳۶	رنگ	
				۰.۰۰۰	۳۷	۰.۳۵	۰.۲۴	آب	
				۰.۰۰۰	۴۱	۰.۴۴	۰.۳۱	نقوش سلیمی	
				۰.۰۰۰	۴۳.۲	۰.۳۳	۰.۲۸	نقوش هندسی	
				۰.۰۰۰	۲۷.۱	۰.۲۴	۰.۱۸	خط	
				۰.۰۰۰	۳۵.۹	۰.۳۶	۰.۱۹	مقرنس	
				۰.۰۰۰	۴۸.۹	۰.۱۹	۰.۱۴	کتیبه	
				۰.۰۰۰	۳۱.۱	۰.۲۴	۰.۱۷	آئینه	
				۰.۰۰۰	۴۱.۱	۰.۳۱	۰.۲۲	خلأ(تهی)	

برابر با نتایج این جدول، می‌توان این‌گونه بیان کرد که اشکال و اجزای فضای عبادی (۳۱ درصد) و تزئینات و آرایه‌های فضای عبادی (۳۶ درصد) در مجموع ۶۷ درصد در تبیین سلامت معنوی افراد سهم دارند. در این میان، سهم تزئینات و آرایه‌ها نسبت به اشکال و اجزای مسجد قوی‌تر می‌باشد. براساس ضرایب رگرسیون در جدول (۷)، محراب (۳۳ درصد)، بیشترین سهم در پیش‌بینی سلامت معنوی در بین سایر متغیرهای مربوط به اشکال و اجزای فضای عبادی بود. همچنین، براساس ضرایب رگرسیون در جدول (۸)، نور (۳۹ درصد)، بیشترین سهم را در

پیش‌بینی سلامت معنوی در بین سایر متغیرهای تزئینات و آرایه‌های فضای عبادی دارد که نقش نماد «نور» در این معناداری، بیشتر از سایر نمادهاست. بنابراین، می‌توان با به‌کارگیری نمادپردازه از نور و محراب در فضای عبادی، ضمن مشاهده وحدت در ورای کثرت ظاهری، درک حضور خداوندی در زندگی دنیوی، دریافت پیام معنوی از پدیده‌ها و اتفاقات، دریافت پاسخ معنوی درباره منشأ و مبدأ هستی و... عوامل درونی و بیرونی را جهت رشد معنوی تنظیم نمود و سلامت معنوی آنان را ارتقا داد. نتیجه نهایی آن، رسیدن به سعادت ابدی خواهد بود. براین اساس، می‌توان یک مدل مفهومی برای دستاورد این تحقیق تهیه کرد که در شکل (۲) نشان داده شده است.

شکل ۲: مدل مفهومی پژوهش مستخرج از تجزیه و تحلیل متغیرهای تحقیق



بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق به منظور بررسی تأثیر نمادهای معنوی در فضای عبادی، بر سلامت معنوی افراد از طریق هوش معنوی صورت گرفت. نتایج مطالعه حاکی از این است که بین متغیرهای تحقیق ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. از متغیرهای مؤثر در این تحقیق، می‌توان به هوش معنوی و سلامت معنوی اشاره کرد که ضریب همبستگی بین آنها در این تحقیق ۰.۸۶۲ می‌باشد که حاکی از ارتباط مستقیم و معنادار بین آنهاست. این نتایج، با نتایج تحقیقات هادی‌تبار و همکاران (۱۳۹۰)، سعیدی و همکاران (۱۳۹۳)، رقیبی و همکاران (۱۳۸۹) همخوان می‌باشد. واقعیت این است که در چند دهه اخیر، نقش دین و معنویت در زندگی، مورد توجه روان‌شناسان و محققان قرار گرفته است. پیچیدگی جامعه مدرن امروزی، مشکلات روزافزون و تغییر شیوه‌های زندگی موجب شده نیاز به معنویت بیشتر شود. امروزه سلامتی دارای جنبه‌های مختلفی همچون سلامت روان، سلامت جسم، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی است. از دیدگاه قرآن، معارف اسلامی و حتی پزشکان، سلامت معنوی از شاخصه‌های مهم و مؤثر در تأمین سلامت انسان است.

بسیاری از آیات شریف قرآن، مؤید این مطلب است که هر کس دلش با یاد خدا مطمئن و محکم گردد و از سلامت روحی و معنوی برخوردار باشد، آرامش روحی و روانی داشته و هیچ هراسی از غیرخدا ندارد و امیدوار و آرام است؛ زیرا متکی به قدرت و عظمت الهی است و انوار الهی در درونش رسوخ کرده و یاد خدا عامل طمأنینه او شده است. به جرئت می‌توان گفت: قسمت بسیاری از بیماری‌های روانی، ناشی از غفلت از یاد خدا و پرداختن به مسائل بی‌اهمیت و جزئی زندگی دنیوی است. بنابراین، بدون توجه به بعد معنوی انسان، نمی‌توان جسم، روان و شخصیت اجتماعی او را شناخت و برای سلامت آن کاری کرد. درواقع، دین و معنویت می‌تواند به ارتقای بهداشت روانی کمک کند. البته اعتقاد به مسائل معنوی و باورهای دینی، باید در عمق جان انسان وجود داشته باشد.

در این مطالعه بین میانگین متغیرهای تحقیق با متغیرهای جمعیت‌شناختی ارتباط معناداری یافت نشد. مطالعات مختلف در این زمینه، حاکی از این است که بین متغیرهای جمعیت‌شناختی همانند سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات با هوش معنوی، ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. هروی و همکاران (۱۳۹۱) ضمن بیان عدم معناداری متغیرهای جمعیت‌شناختی و هوش معنوی بیان می‌کند که هوش معنوی، بیشتر جنبه اکتسابی داشته و تأثیرپذیری و عدم ارتباط آن با متغیرهایی همانند سن، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات و... امری طبیعی است.

یافته دیگر این تحقیق، ارتباط مستقیم و معنادار بین نمادپردازی معنوی با هوش معنوی (۰.۸۲۵) و سلامت معنوی (۰.۸۷۱) می‌باشد که در این زمینه، مطالعات مشابهی یافت نشد. یکی از راه‌های برقراری ارتباط با وجود الهی در فضای عبادی، نمادهای معنوی و دینی هستند. نمادهای دینی، از ویژگی دوگانه‌ای بهره‌مند هستند که همزمان دو ساحت متفاوت را در مقابل ما می‌کشایند؛ زیرا با تمسک به این نمادها از یک‌سو، می‌توان خدا را وجود متعال معرفی کرد. از سوی دیگر، می‌توان با او رابطه وجودی و شخصی برقرار نمود. نمادهای معنوی، برخلاف نمادهای طبیعی که از محتویات ناخودآگاه روان سرچشمه می‌گیرند، برای توضیح «حقایق جاودانگی» به کار گرفته می‌شوند و همچنان در بسیاری از ادیان کاربرد دارند. مقوله ارتباط انسان با خدا، درک حضور خداوند، ایمان به خدا، سپاسگزاری، دعا، یاد خدا و عبادت را می‌توان نشانه‌ای از معنویت و هوش معنوی قلمداد کرد. معنویت، می‌تواند به‌عنوان شکلی از هوش نمایان شود. بنابراین، هوش معنوی در مورد ارتباط با آفریننده جهان است. این هوش به افراد فرصت سازنده‌ای می‌دهد تا در مقابل واقعیت‌های مادی و معنوی حساس باشند و تعالی خویش را هر روز در لابه‌لای اشیاء، مکان‌ها، ارتباطات و نقش‌ها جست‌وجو کنند. هوش معنوی، که با بلوغ معنوی همراه است، منجر به بلوغ اخلاقی، رفتاری، انگیزه‌ای و به‌عنوان راهکار برخورد با عوامل تنش‌زای زندگی مطرح می‌شود. هوش معنوی، زیربنای باورهای فرد و نقشی است که این باورها و ارزش‌ها در کنش‌های فردی، به زندگی خود فرد شکل می‌دهد. به عبارت دیگر، هوش معنوی به دلیل پیوندش با معنا، ارزش و تخیل، می‌تواند به انسان توان تغییر و تحول دهد. از آنجاکه هوش معنوی قابلیت رمزگردانی از طریق سیستم نمادی را داراست، می‌توان با نمادپردازی‌های معنوی در فضای عبادی، ظرفیت هوش معنوی افراد را افزایش داد.

براساس تحلیل‌های آماری، این مطالعه از طریق رگرسیون چندمتغیری با روش همزمان، نمادهای معنوی «نور» با ضریب رگرسیون ۰.۳۹ و «محراب»، با ضریب رگرسیون ۰.۳۳ بیشترین تبیین را در ارتقای سلامت معنوی دارند. اگر بخواهیم برای ذات پاک خدا تشبیه و تمثیلی از موجودات حسی این جهان انتخاب کنیم، هیچ نمادی برتر از نماد «نور» نخواهد بود؛ چراکه چیزی در عالم خلقت از او آشکارتر نیست و تمام آنچه غیر اوست، از برکت وجود او آشکار است.

«محراب»، فضای عبادی را جهت‌دار فضای آشفته را هدفمند می‌کند و راه را برای اتصال با مبدأ هستی هموار می‌کند. جهت‌یابی در مکان برای انسان، حس امنیت را که در مقابل گم‌شدگی است، القا می‌کند. «محراب»، با تعیین جهت و هدف در فضا، هویت مکانی به آن اعطا نموده و حس تعلق مکانی (سکنی‌گزینی و احساس امنیت) را بیش از پیش در ذهن و روان مخاطب نمایان‌تر می‌کند. در نهایت، با افزایش ظرفیت هوش معنوی، سلامت معنوی افراد بهبود خواهد یافت. این دستاورد، با نتیجه تحقیق صورت‌گرفته توسط شریف‌نیا و همکاران (۱۳۹۶) همسو است. بنابراین، با کیفی‌سازی فضای عبادی توسط نمادهای معنوی، می‌توان بسترهای لازم جهت ظرفیت‌سازی بیشتر برای هوش معنوی افراد را فراهم کرد که نتیجه نهایی، سلامت معنوی و ارتباط روحانی با مبدأ هستی خواهد بود.

محدودیت‌های پژوهش: از آنجاکه در این پژوهش، ابزارهای مورد استفاده برای اندازه‌گیری متغیرهای مورد مطالعه، از نوع پرسش‌نامه‌ای بوده، داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله این‌گونه ابزارها، محدودیت‌های خاصی در تعمیم نتایج به وجود می‌آورند. این پژوهش، از نوع همبستگی بود و هیچ‌گونه رابطه علی بین متغیرها را نشان نمی‌دهد. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به تأثیر عواملی مانند وضعیت روحی افراد در زمان تکمیل پرسش‌نامه اشاره کرد که از کنترل محقق خارج است. همچنین، ممکن است پاسخ‌دهندگان از ابراز دقیق و واقعی باورهای خود احتراز نمایند و یا تلاش کنند خود را معنوی‌تر نشان دهند. حجم محدود نمونه‌ها و انجام مطالعه فقط در مساجد تاریخی بازار تبریز، ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه را کاهش دهد. لذا پیشنهاد می‌شود با وارد نمودن مساجد معاصر، در کنار مساجد تاریخی، به حجم نمونه‌های مورد مطالعه، تعمیم‌پذیری نتایج تحقیق را افزایش داد.

پیشنهادها

- الف. نقش نمادپردازی‌های معنوی فضای عبادی در تاب‌آوری؛
- ب. نقش نمادپردازی‌های معنوی خانه‌های سنتی در تاب‌آوری؛
- ج. نقش نمادپردازی‌های معنوی خانه‌های سنتی در سلامت معنوی؛
- د. ارزیابی تأثیر نمادپردازی‌های معنوی مساجد تاریخی و معاصر در سلامت معنوی.

- ادیب‌حاج باقری، محسن، ۱۳۷۹، «آثار مطلوب نماز در بهداشت روان»، *طب و تزکیه*، دوره نهم، ش ۴، ص ۱۰۵-۱۱۰.
- اردلان، نادر و لاله بختیار، ۱۳۷۹، *حس وحدت*، ترجمه حمید شاه‌رخ، اصفهان، خاک.
- تیلش، پال، ۱۳۷۵، «معنی و توجیه نمادهای دینی»، ترجمه امیرعباس علی‌زمانی، *معرفت*، ش ۱۹، ص ۳۸-۴۳.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۸۶، «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، *پژوهش در پزشکی*، ش ۳۱، ص ۳۴۵-۳۵۰.
- جیمز، ویلیام، ۱۳۷۲، *دین و روان*، ترجمه مهدی قائمی، چ دوم، تهران، آموزش انقلاب اسلامی.
- حق‌طلب، طاهره و فرهاد کاروان، ۱۳۹۱، «مسجد، تجلی‌گاه معماری قدسی»، *مطالعات محیطی هفت حصار*، دوره اول، ش ۱، ص ۲۸-۲۱.
- خراشادی‌زاده، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۴، «تحلیل مفهوم سلامت معنوی در آموزه‌های اسلامی»، *پرستاری ایران*، دوره بیست و هشتم، ش ۹۷، ص ۴۲-۵۵.
- رقیبی، مهوش و همکاران، ۱۳۸۹، «مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیرمعتاد»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ش ۳، ص ۲۳۵-۲۴۲.
- زارعی‌متین، حسن و همکاران، ۱۳۹۰، «شناسایی و سنجش مؤلفه‌های هوش معنوی در محیط کار؛ مطالعه موردی: بیمارستان لبافی‌نژاد تهران»، *پژوهش‌های مدیریت عمومی*، دوره چهارم، ش ۱۲، ص ۷۱-۹۴.
- سعیدی، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۳، «تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تجربه معنوی بیماران عروقی»، *روان پرستاری*، دوره اول، ش ۳، ص ۴۵-۵۳.
- سیدفاطمی، نعیمه و همکاران، ۱۳۸۵، «اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان»، *پایش*، ش ۴، ص ۲۹۵-۳۰۴.
- شریف‌نیا، سیدحمید و همکاران، ۱۳۹۶، «ارتباط بین هوش معنوی و سلامت معنوی با اضطراب مرگ در جانبازان ایرانی»، *طب نظامی*، دوره نوزدهم، ش ۴، ص ۳۳۶-۳۴۳.
- عبداله‌زاده، حسن، مهدیه کشمیری و فاطمه عرب عامری، ۱۳۸۸، *آزمون هوش معنوی*، تهران، روان‌سنجی.
- عسگری، پرویز و همکاران، ۱۳۸۹، «رابطه اعتقادات مذهبی و خوش‌بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ش ۱۰، ص ۲۷-۳۹.
- عصارودی، عبدالقادر و همکاران، ۱۳۹۰، «ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پرستاران»، *نشریه دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، دوره سوم، ش ۴، ص ۷۹-۸۶.
- غباری‌بناب، باقر و محمد سلیمی، ۱۳۸۶، «هوش معنوی»، *اندیشه نوین دینی*، سال سوم، ش ۱۰، ص ۱۲۵-۱۴۷.
- فراهانی‌نیا، مرحمت و همکاران، ۱۳۸۴، «سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و دیدگاه آنها در مورد معنویت و مراقبت معنوی از بیماران»، *پرستاری ایران*، ش ۴۴، ص ۷-۱۴.
- فکوهی، ناصر، ۱۳۸۱، *تاریخ اندیشه و نظریه‌های انسان‌شناسی*، تهران، نشر نی.
- قهرمانی، نسترن و محمدعلی نادری، ۱۳۹۱، «رابطه بین مؤلفه‌های مذهبی - معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان‌های دولتی شیراز»، *پرستاری ایران*، ش ۷۹، ص ۱-۱۱.
- کاظمی، لیلی، ۱۳۹۰، «فلسفه نمادها و علت کارکرد آن در آیین‌ها»، *زیباشناخت*، ش ۲۳، ص ۱۲۱-۱۳۰.
- کجیاف، محمدباقر و حفیظ‌الله رئیس‌پور، ۱۳۸۷، «رابطه بین نگرش مذهبی و سلامت روانی در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه اصفهان»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال اول، ش ۲، ص ۳۱-۴۴.
- کوماراسوامی، آناندا، ۱۳۸۹، *هنر و نمادگرایی سنتی*، ترجمه صالح طباطبائی، تهران، مؤسسه تألیف و ترجمه آثار هنری متن.

- مرعشی، سیدعلی، ۱۳۸۷، *بهداشت روان و نقش دین*، تهران، علمی و فرهنگی.
- مصطفی‌زاده، فریده و فیروزه اسدزاده، ۱۳۹۱، «بررسی سلامت معنوی دانشجویان مامایی»، *سلامت و مراقبت*، دوره چهاردهم، ش ۱، ص ۵۵-۶۰.
- مکارم شیرازی، ناصر، ۱۳۷۸، *تفسیر نمونه*، تهران، دارالکتب الاسلامیه.
- مهدی‌نژاد، جمال‌الدین و همکاران، ۱۳۹۵، «جستاری بر ویژگی‌های معماری ایرانی - اسلامی و هنرهای قدسی مبتنی بر تعالی معماری»، *پژوهش‌های هستی‌شناختی*، سال پنجم، ش ۱۰، ص ۳۱-۵۰.
- نصر، سیدحسین، ۱۳۸۹، *هنر و معنویت/اسلامی*، ترجمه رحیم قاسمیان، تهران، حکمت.
- نقره‌کار، عبدالحمید و محمدمنارن رئیسی، ۱۳۹۰، «تحلیل نشانه‌شناختی سامانه مسکن ایرانی بر پایه ارتباط لایه‌های متن مسکن»، *هنرهای زیبا (معماری و شهرسازی)*، ش ۴۶، ص ۱۴-۵.
- هادی‌تبار، حمیده و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز شاغل به تحصیل در مدارس بزرگسالان شهر تهران در سال تحصیلی ۹۰-۸۹»، *طب جانباز*، سال چهارم، ش ۲، ص ۱۱-۱.
- هروی، مجید و همکاران، ۱۳۹۱، «ارتباط بین هوش معنوی و سلامت عمومی دانشجویان پرستاری شهر تهران»، *آموزش در علوم پزشکی*، دوره چهاردهم، ش ۱، ص ۱-۱۴.
- یونگ، کارل گوستاو، ۱۳۹۰، *روان‌شناسی و دین*، ترجمه فواد روحانی، تهران، علمی و فرهنگی.

- Clinebell, H.J., 1965, *The Christian Message and Mental Health*, New York, Abingdon Press.
- Emmons R.A., 1999, *The psychology of ultimate concerns: motivation and spirituality in personality*, New York, Guilford Press.
- Emmons R.A., 2000, "Is Spirituality an intelligence? Motivation, cognition and the psychology of ultimate concern", *the international Journal for the psychology of Religion*, N. 10 (1), p. 3-26.
- Gardner H., 1993, *Frames of mind, The Theory of multiple intelligences*, New York, Publisher, Basic Books.
- Geertz, C., 1973, *The Interpretation of Cultures*, New York, Publisher, Basic Books.
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. M., (1985), "Spiritual well-being in older adults: Harmonious interconnectedness", *Journal of Religion and Health*, 24 (2), 147-153.
- King, D.B., 2008, *Rethinking claims of spiritual intelligence: a definition, model, and measure*, Ontario, Trent.
- Koenig, H.G., 2010, "Spirituality and mental health", *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, N. 7 (2), p. 116-122.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C.W., 1982, *Loneliness, spiritual well-being, and quality of life*, New York, Wiley.

نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی در رابطه سلامت معنوی و شفقت به خود، با رضایت از زندگی در بیماران دیالیزی

سلمان زارعی / استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان

salman_zareo@yahoo.com

مریم‌السادات زادپور / کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، ایران، تهران maryam.zadpor.nurse@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۰ - پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۲

چکیده

بیماری‌های مزمن، تأثیرات زیادی بر فرد بیمار دارد که می‌تواند بر تمام جنبه‌های زندگی فرد و سطح کلی رضایت او از زندگی تأثیر داشته باشد. شناسایی عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی این بیماران مهم است. از این رو، هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی، در رابطه سلامت معنوی و شفقت به خود، با رضایت از زندگی بود. روش پژوهش همبستگی بود. جامعه آماری بیماران زن دیالیزی بیمارستان‌های طالقانی و لقمان شهر تهران بودند که ۲۴۲ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌های با استفاده از مقیاس‌های رضایت از زندگی داینر (SWLS)، شفقت به خود نف (SCS)، سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (SWBS) و سازگاری اجتماعی بل (SAS) گردآوری و با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل مسیر و آزمون بوت استرپ تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که بین متغیرهای سازگاری اجتماعی، شفقت به خود، و سلامت معنوی با رضایت از زندگی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین، نتایج آزمون بوت استرپ نشان داد که شفقت به خود بر رضایت از زندگی و سلامت معنوی بر رضایت از زندگی از طریق سازگاری اجتماعی اثر غیرمستقیم معناداری دارد. این پژوهش بر نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی به‌عنوان یک مکانیسم مهم در رابطه شفقت به خود و سلامت معنوی با رضایت از زندگی تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: سازگاری اجتماعی، رضایت از زندگی، شفقت به خود، سلامت معنوی، بیماران دیالیزی.

بیماری‌های مزمن می‌توانند با ایجاد اختلالات جسمانی، اجتماعی، اقتصادی و... موجب تغییر در ارزیابی بیمار از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود شوند (روجر، ۲۰۱۳). از جمله این اختلالات، آسیب‌های ناشی از بیماری کلیوی است که موجب بروز مشکلات متعدد می‌شود و آثار خود را به صورت مزمن و پیش‌رونده، بر سایر اندام‌ها به جای می‌گذارد (کویسر و همکاران، ۲۰۱۱). نارسایی مزمن کلیه، یک بیماری با اختلال شدید و غیرقابل برگشت در عملکرد کلیه‌هاست که بر اثر تخریب پیش‌رونده و برگشت‌ناپذیر نفرون‌ها به وجود می‌آید. نتیجه آن، ناتوانی بدن در حفظ تعادل مایعات، الکترولیت‌ها و متابولیسم مواد است (کارسون و همکاران، ۲۰۰۹). در جهان، تعداد بیماران نارسایی مزمن کلیه در پایان سال ۲۰۱۶، حدود ۳۷۳۰۰۰۰ نفر برآورد شده است. با توجه به رشد سالانه تقریباً ۵ درصدی بیماران کلیوی مزمن در دنیا در مقایسه با رشد جمعیت در دنیا (۱/۱ درصد)، این بیماری یکی از معضلات مهم درمانی در تمام کشورهای دنیاست (دهایدان، ۲۰۱۸). میانگین شیوع بیماری مزمن کلیوی در ایران، ۶۸۰ نفر در یک میلیون و بالاتر از میانگین جهانی است. با توجه به تغییرات جمعیتی، اقتصادی و فرهنگی در ایران، پیش‌بینی می‌شود ابتلا به این بیماری شتاب صعودی داشته باشد (ساریزاده و همکاران، ۱۳۹۷). پاتوفیزیولوژی نارسایی مزمن کلیوی، به گونه‌ای است که علاوه بر عوارض جسمانی متعددی که برای بیمار ایجاد می‌کند، پیامدهای روانی و اجتماعی متعددی را نیز به همراه دارد و تغییرات بسیاری را در زندگی روزمره به بیمار تحمیل می‌کند (یونروح و همکاران، ۲۰۰۵). موقعیت شغلی، خانوادگی و اجتماعی بسیاری از این بیماران، به علت دیالیز مکرر، دست‌خوش تغییر می‌گردد که تغییرات ایجادشده بر خلق این افراد تأثیر گذاشته و مواجهه با چالش‌های زندگی را برای ایشان دشوار می‌سازد (ترویدل و همکاران، ۲۰۰۳). به دلیل گستردگی پیامدهای بیماری‌های مزمن بر تمام ساحت‌های زندگی، امروزه اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی، علاوه بر محاسبه شاخص‌های مرگ، فراوانی و شدت بیماری، به سایر شاخص‌های انسانی مانند رضایت از زندگی نیز توجه دارد (کیمل و همکاران، ۲۰۰۳). رضایت، از شاخص‌های مهمی است که اندازه‌گیری آن در تحقیقات مختلف مربوط به سلامت، لازم و ضروری است (کونگ و همکاران، ۲۰۰۶). رضایت از زندگی، یک عامل مهم پیش‌بینی‌کننده در سلامت روان‌شناختی افراد بخصوص در بیماری‌های مزمن است (یونروح و همکاران، ۲۰۰۵). مراد از «رضایت از زندگی»، نگرش فرد و ارزیابی عمومی نسبت به کلیت زندگی خود، همچون زندگی خانوادگی است (ان جی و ژائو، ۲۰۱۴). رضایت از زندگی، به‌عنوان سطحی از آگاهی فردی یا به عبارت بهتر، ارزیابی شناختی از کیفیت زندگی تعریف شده است. این امر ممکن است یک ارزیابی کلی و جامع را منعکس و به‌عنوان نشانه‌ای بارز از سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با تغییر در موقعیت‌های گوناگون زندگی محسوب شود (کوتنر، ۲۰۱۷). مشکلات ناشی از همدیالیز، تغییرات زیادی بر سطح رضایت از زندگی بیماران، با نارسایی مزمن کلیوی ایجاد می‌کند که شامل کاهش کارایی، کاهش توانایی انجام فعالیت‌ها، خستگی و ضعف و انقباض‌های عضلانی متعدد است که در نهایت منجر به ناامیدی به آینده،

بی‌حرکی، کاهش اعتماد به نفس و انزوای اجتماعی این بیماران می‌شود (بیات و همکاران، ۲۰۱۲). در همین راستا، مطالعه *آبراهام و رامچاندران* (۲۰۱۲)، نشان می‌دهد که رضایت از زندگی در بیمارانی که تحت درمان با دیالیز قرار گرفته‌اند، در مقایسه با افراد عادی جامعه، به میزان قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر است. همچنین، نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که سطح رضایت از زندگی بیماران دیالیزی، به دلیل سطح استرس بالا (جوشی، ۲۰۱۴)، کاهش کیفیت زندگی جنسی (فینکلستین و فینکلستین، ۲۰۱۴)، فاصله گرفتن از سرگرمی‌های لذت‌بخش (یورگنسن و همکاران، ۲۰۰۶) و پیدایش خلق افسرده (کیوکور و همکاران، ۲۰۱۴) تحت تأثیر قرار می‌گیرد. لذا، با توجه به تعداد و تنوع مشکلاتی که رضایت از زندگی افراد مبتلا به بیماری کلیوی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بررسی پیشایندهای افزایش‌دهنده رضایت از زندگی، در بین این بیماران در جهت افزایش سازگاری با بیماری ضروری است. *وینهون* (۱۹۹۵)، در مدل نظری رضایت از زندگی خود، که اساس پژوهش حاضر است، عوامل اصلی تأثیرگذار بر رضایت از زندگی را در سه دسته قابلیت‌ها و توانایی‌های شخصیتی (مانند: تاب‌آوری روان‌شناختی، عاطفه‌مندی مثبت و منفی، شفقت به خود، منبع کنترل)، عوامل اجتماعی و محیطی (مانند: شانس‌های زندگی، کیفیت جامعه، سازگاری اجتماعی، حمایت اجتماعی، امنیت اجتماعی) و تجارب لذت‌بخش و متعالی (مانند: ظرفیت لذت بردن، خودآگاهی معنوی، سلامت معنوی، اعتقادات و اعمال مذهبی) تقسیم می‌کند. در همین راستا، مرور ادبیات پژوهش همسو با مدل علی رضایت از زندگی *وینهون* (۱۹۹۵)، نشان می‌دهد که رضایت از زندگی، از سازگاری اجتماعی (دنور، ۱۹۸۲؛ رویز و همکاران، ۲۰۱۱)، خودشفقت ورزی (یوسال، ۲۰۱۴؛ میولازیم و الدلکیوگلو، ۲۰۱۶) و سلامت معنوی (تیت و فرچمیر، ۲۰۰۲؛ شرجاباد و همکاران، ۲۰۱۷) تأثیر می‌پذیرد.

در این میان، براساس مدل علی رضایت از زندگی *وینهون* (۱۹۹۵) و مبانی پژوهشی مطرح‌شده، یکی از متغیرهای پژوهش حاضر، که از طبقه تجارب لذت‌بخش و متعالی مورد بررسی قرار می‌گیرد، سلامت معنوی است. سلامت معنوی، از اجزا مهم مراقبت‌های حمایتی در بیماران دیالیزی بوده و به‌عنوان یکی از منابع بالقوه بهداشت روان و یکی از سازوکارهای سازگاری با عوامل استرس‌زا به‌شمار می‌رود که منجر به کاهش استرس، احساس کنترل بر بیماری، حفظ امید و احساس معنی و هدف در زندگی می‌گردد (مارتینز و کاستدیو، ۲۰۱۴). سلامت معنوی، شامل دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است (فینکلستین و همکاران، ۲۰۰۷). سلامت مذهبی، شامل ادراکات شخصی از سلامت زندگی معنوی، در ارتباط با یک قدرت متعالی است. سلامت وجودی، بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی و چگونگی ارتباط فرد با خود، جامعه و محیط متمرکز است. ارتباط بین سلامت معنوی، مراقبت بهداشتی و پیامدهای بالینی، در مطالعات بسیاری مشخص شده است. *شاهقیلیان و یوسفی* (۲۰۱۵)، در پژوهشی با هدف تبیین مفهوم حمایت از دیدگاه بیماران دیالیزی، دریافتند که از نظر این بیماران، تقویت معنویات یکی از مفاهیم حمایتی بوده و مراقبت‌های معنوی تأثیر مهمی بر سازگاری بیماران، با شرایط ناشی از بیماری و در نتیجه، ارتقای رضایت از زندگی دارد. در همین زمینه، *پوتر و پری* (۲۰۰۳) عنوان می‌کنند که سلامت

معنوی از طریق ارتقای توانایی بیماران برای مقابله با شرایط جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از بیماری، به سرعت بهبودی بیماران و ارتقا کیفیت زندگی آنان کمک می‌کند. در این رابطه، انصاری و همکاران (۱۳۹۷)، در پژوهشی نشان دادند که سلامت معنوی می‌تواند میزان قابل توجهی از واریانس بهزیستی ذهنی بیماران تحت همودایالیز را پیش‌بینی کند. سایر مطالعات نیز نشان دادند که هرچه بیماران دیالیزی معنویت خود را تقویت کنند و از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردار باشند، به نسبت از رضایت از زندگی بالاتری برخوردار هستند (فولادوندی و همکاران، ۱۳۹۴؛ اشرفی و همکاران، ۱۳۹۳؛ اوتاوایی و همکاران، ۲۰۱۴). در مجموع، براساس مبنای پژوهشی مطرح‌شده و نظریه روان‌شناسی مثبت سلینگمن (۲۰۰۲)، که معنویت را یکی از توانایی‌های مهم انسان در شاد بودن و رضایت کلی از زندگی می‌داند و گرایش و سلامت معنوی نقش اساسی در پیشگیری از اختلالات شایع روانی، از جمله افسردگی و اضطراب دارد، وارد کردن سلامت معنوی به‌عنوان یکی از پیشایندهای مؤثر بر رضایت از زندگی مهم و ضروری است.

براساس مدل علی رضایت از زندگی وینهون (۱۹۹۵)، دیگر طبقه تأثیرگذار بر رضایت از زندگی قابلیت‌ها و توانایی‌های شخصیتی افراد است که در پژوهش حاضر، شفقت به خود مورد بررسی قرار می‌گیرد. شفقت به خود، به‌عنوان کیفیت در تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود که با مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی، همانند نوع‌دوستی، مهربانی و شادی همراه است (مکبث و گیوملی، ۲۰۱۲). شفقت به خود، از طریق فراهم آوردن منابع مقابله‌ای مؤثر برای مواجهه با رویدادهای منفی، ناشی از بیماری‌های مزمن به افراد کمک می‌کند تا سلامت خود را به‌طور مؤثرتری حفظ کنند (برینس و همکاران، ۲۰۱۴). در این راستا، کلی (۲۰۱۴) مطرح می‌کند که داشتن یک نگرش دلسوزانه نسبت به خود، برای بیماران، جهت اجتناب از شرایط سخت بیماری و داشتن زندگی با کیفیت لازم است. مطالعات نشان می‌دهد که شفقت به خود، در برابر استرس‌های محیطی موجب واکنش‌های متعادل‌تری می‌شود (برینس و چن، ۲۰۱۲). افرادی که نسبت به خود شفقت بالاتری دارند افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی کمتری را در موقعیت‌های چالش‌برانگیز مانند دوران بیماری مزمن را تجربه می‌کنند و از رضایتمندی بیشتری در زندگی خود برخوردار هستند (واندام و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین، مطالعات نشان داده‌اند افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، در مقایسه با افرادی که شفقت به خود کمتری دارند، سلامت روان‌شناختی بیشتری نشان می‌دهند؛ زیرا در آنها درد گریزناپذیر و احساس شکستی، که همه افراد تجربه می‌کنند، به‌وسیله یک سرزنش خود بی‌رحمانه، احساس انزوا و همانندسازی افراطی با افکار و هیجان‌ها استمرار نمی‌یابد (نف، ۲۰۰۳؛ نف و همکاران، ۲۰۰۷). سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهند، بیماران با میزان شفقت به خود بالا شادی، خوش‌بینی و تاب‌آوری بیشتری را گزارش می‌هند و در این افراد، شفقت به خود با احساساتی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی مرتبط است (بیکر و مکتولی، ۲۰۱۱). در مجموع، براساس مبنای پژوهشی و نظریه توسعه و ساخت عواطف مثبت فردریکسون (۲۰۰۱)، که بیان می‌دارد شفقت به خود، به‌عنوان یکی

از مهم‌ترین منابع به‌دست‌آمده از عواطف مثبت می‌تواند با افزایش احساس کفایت افراد در مواجهه با یک چالش و ایجاد ظرفیت برای دریافت و انتقال حمایت عاطفی به کسب رضایت بیشتر افراد از موقعیت‌های مختلف زندگی کمک کند، وارد کردن شفقت به خود، به‌عنوان یکی از پیشایندهای مؤثر بر رضایت از زندگی مهم و ضروری است.

براساس مدل علی رضایت از زندگی وینیهوون (۱۹۹۵)، دیگر طبقه تأثیرگذار بر رضایت از زندگی عوامل محیطی و اجتماعی است که در پژوهش حاضر سازگاری اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد. سازگاری، به‌عنوان یک متغیر روانی - اجتماعی، شرایط یا حالتی است که در آن، فرد با نیازهای فرهنگ یا جامعه‌ای که به آن تعلق دارد، منطبق می‌شود و احساس می‌کند که نیازهایش ارضا شده‌اند، یا ارضا خواهند شد (گرای و همکاران، ۲۰۱۳). سازگاری اجتماعی، یکی از سازوکارهای مؤثر در مدیریت مشکلات ناشی از بیماری مزمن است (کوهن، ۲۰۰۴). منظور از «سازگاری اجتماعی»، در بیماران مزمن برخورداری از نگرش‌ها و عملکردهایی است که بیماران را در جهت ابقا سلامت، تندرستی، احساس خوشبختی و غلبه بر استرس‌های بیماری یاری می‌کند (هوسپلان و مرلوزی، ۲۰۰۹). طولانی بودن مدت درمان و مشکلات عدیده بیماران کلیدی، به مرور زمان با محدودیت‌های در فعالیت‌های روزانه و تغییر در شیوه زندگی و نیازهای مختلف بیماران و از طرفی، افزایش وابستگی و نیاز به دیگران، منجر به کاهش اعتماد به نفس بیمار می‌شود (واسیلیکی و همکاران، ۲۰۰۹). در این خصوص، *واژکوز* و همکاران (۲۰۰۳)، عنوان می‌کنند سازگاری اجتماعی در بیماران دیالیزی، نقش اساسی در ارتقای سلامت جسمی و روانی فرد، سازگاری ایشان با محیط خانوادگی و اجتماعی داشته، موجب برقراری تعاملات مناسب با اطرافیان می‌گردد. همچنین، *آلورانی و آلرادی* (۲۰۱۸)، در پژوهش خود مطرح می‌کنند که افراد بهره‌مند از سازگاری اجتماعی، اعتماد به نفس بالاتری داشته و رضایت بیشتری از زندگی خود، در ابعاد مختلف دارند. در این رابطه، *رامبد و رفیعی* (۲۰۱۰)، در پژوهشی نشان دادند که سازگاری اجتماعی، مهارت‌های حل مسئله اجتماعی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سطح رضایت و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی، رابطه معناداری دارد. سایر پژوهش‌ها نیز نشان دادند که هرچه بیماران مهارت‌های بیشتری برای سازگاری با محیط اجتماعی داشته باشند، به نسبت از سطح بالاتری از رضایت زندگی برخوردار هستند (الآرابی، ۲۰۰۳؛ کیمل، ۲۰۰۰). در مجموع، براساس مبانی پژوهشی مطرح‌شده و نظریه نابرابری‌های اجتماعی کریسبرگ (۱۹۹۸؛ انصاری و همکاران، ۱۳۹۷) که عنوان می‌کند منشأ اساسی نارضایتی افراد در موقعیت‌های مختلف زندگی از ناسازگاری افراد در زندگی اجتماعی ناشی می‌شود، وارد کردن سازگاری اجتماعی به‌عنوان یکی از پیشایندهای مؤثر بر رضایت از زندگی، مهم و ضروری است.

در خصوص، نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی در رابطه بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی، می‌توان به نظریه روان‌شناسی مثبت *سلیگمن* (۲۰۰۲) استناد کرد که مطرح می‌کند افراد از طریق اعمال معنوی و ارتقای معنویت در زندگی، می‌توانند ارتباط با خود و دیگران را تقویت کنند و در برخورد با ناملایمات زندگی، سازگاری می‌تواند از نتایج معنویت باشد. در همین راستا، *کاکس و ورهاگن* (۲۰۱۱)، در مطالعات خود بیان می‌کنند که

سلامت معنوی به‌عنوان یک استرژمی مقابله‌ای، می‌توان به سازگاری افراد با شرایط دشوار اجتماعی کمک کند. همچنین، نتایج پژوهش‌های مک کالو و ویلوگی (۲۰۰۹)، براون (۲۰۱۲)، رودریگز و هندرسون (۲۰۱۳)، تأکیدی بر رابطه معنادار سلامت معنوی و سازگاری اجتماعی است. از این‌رو، براساس مطالب مطرح‌شده، می‌توان فرض میانجیگری سازگاری اجتماعی در رابطه بین سلامت معنوی با رضایت از زندگی را عنوان کرد. همچنین سازگاری اجتماعی در رابطه بین شفقت به خود و رضایت از زندگی، میانجیگری می‌کند. در همین راستا، براساس نظریه شفقت به خود نف (۲۰۰۳)، که عنوان می‌کند شفقت به خود، علاوه بر آنکه فرد را در مقابل حالات روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت مانند پیوند اجتماعی نیز نقش دارد. لذا شفقت به خود، می‌تواند از طریق کمک به ارضای نیاز به برقراری ارتباط و افزایش سازگاری اجتماعی، به رضایت از زندگی افراد کمک کند. در همین زمینه، نتایج پژوهش آکین و آکین (۲۰۱۵)، نشان می‌دهد که انزوا به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های شفقت به خوددوری، به طور منفی پیش‌بینی‌کننده سازگاری اجتماعی است و ذهن آگاهی، به‌عنوان مؤلفه دیگر شفقت به خود، به طور مثبت سازگاری اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، ژانگ و چن (۲۰۱۷) بیان کرده که شفقت به خود، در سازگاری مثبت افراد مؤثر است. افرادی که نسبت به خود شفقت بیشتری دارند، در شکست روابط خود با سازگاری بیشتری عمل می‌کنند. علاوه بر این، یافته‌های نف و برات واس (۲۰۱۳)، تأکیدی بر رابطه بین شفقت به خود و سازگاری است. از این‌رو، براساس مطالب مطرح‌شده می‌توان، فرض میانجیگری سازگاری اجتماعی در رابطه بین شفقت به خود، با رضایت از زندگی را عنوان کرد.

در مجموع، با توجه به تغییراتی که در ابعاد گوناگون زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی ممکن است ایجاد شود، در راستای ارتقا مراقبت‌های پرستاری کل‌نگر، علاوه بر بعد فیزیولوژیک، اهتمام بر سایر ابعاد سلامت، بخصوص ابعاد روان‌شناختی می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سطح رضایت از زندگی این بیماران داشته باشد. با عنایت به اینکه در مبانی نظری پژوهش، ارتباط این متغیرها به صورت جداگانه با هم مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و در زمینه تعامل این متغیرها، تا کنون پژوهشی صورت نگرفته است، این پژوهش در نظر دارد تا صرفاً از سه جنبه سلامت معنوی، شفقت به خود و سازگاری اجتماعی، به رضایت از زندگی بیماران دیالیزی بنگرد. از این‌رو، در این پژوهش سعی شده در قالب یک مدل نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی، در رابطه سلامت معنوی و شفقت به خود، با رضایت از زندگی در بیماران دیالیزی، به محک آزمون گذاشته شود و براین اساس، فرضیه‌های ذیل مطرح می‌شود:

۱. سلامت معنوی، بر رضایت از زندگی اثر مثبت مستقیم دارد.
۲. شفقت به خود، بر رضایت از زندگی اثر مثبت مستقیم دارد.
۳. سازگاری اجتماعی، بر رضایت از زندگی اثر مثبت مستقیم دارد.
۴. سلامت معنوی، از طریق سازگاری اجتماعی بر رضایت از زندگی اثر غیرمستقیم دارد.
۵. شفقت به خود، از طریق سازگاری اجتماعی بر رضایت از زندگی اثر غیرمستقیم دارد.

روش پژوهش

این پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است که با استفاده مدل‌یابی تحلیل مسیر انجام شد. جامعه آماری پژوهش، بیماران دیالیزی زن مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های طالقانی و لقمان شهر تهران، در سال ۱۳۹۶ بود. برای نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. برای تعیین حجم نمونه، متناسب با مدل‌یابی تحلیل مسیر براساس دیدگاه کلارین (۲۰۱۱)، در تحلیل مسیر برای تعیین حجم نمونه، $2/5$ تا 5 برابر تعداد ماده‌ها کفایت می‌کند. از این رو، براساس این دیدگاه، با وجود ۸۳ ماده در پژوهش حاضر و با بیش برآورد برای جبران ریزش احتمالی، تعداد ۲۵۰ نفر به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شد. ملاحظات اخلاقی، شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت گردید. در ادامه، شرح ابزارهای مورد استفاده به تفصیل آمده است.

مقیاس رضایت از زندگی: این مقیاس توسط داینر و همکاران، در سال ۱۹۸۵ برای سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه شده است. این مقیاس در پنج سؤال تدوین شده است. برای پاسخ‌گویی به سؤالات پرسش‌نامه یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۷) به کار گرفته می‌شود که حداقل نمره آن، ۵ و حداکثر نمره آن، ۳۵ است. براساس گزارش داینر و همکاران (۱۹۸۵)، پرسش‌نامه از روایی و همسانی درونی بالایی برخوردار است، به ترتیبی که آلفای کرونباخ آن برابر با $0/78$ و پایایی بازآزمایی، با فاصله دو ماه $0/82$ گزارش شده است. در پژوهش گیلیسن و همکاران (۲۰۰۸)، اعتبار این ابزار $0/86$ گزارش شده است. بیانی و همکاران (۱۳۸۶)، در پژوهشی به هنجاریابی این پرسش‌نامه در ایران پرداخته‌اند و اعتبار این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ $0/83$ و از طریق بازآزمایی $0/75$ و همچنین روایی سازه $0/79$ را گزارش کردند. در این پژوهش، اعتبار مقیاس به روش آلفای کرونباخ $0/67$ به دست آمد.

مقیاس شفقت به خود: این مقیاس توسط نف در سال ۲۰۰۳، به منظور اندازه‌گیری میزان شفقت به خود افراد تدوین شده که شامل ۲۶ ماده است و پاسخ‌ها در آن، در یک دامنه پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. این مقیاس، سه مؤلفه ۲ قطبی را در قالب ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت خود، ذهن آگاهی، همانندسازی فزاینده، اشتراکات انسانی و انزوا اندازه می‌گیرد. روایی این ابزار توسط نف (۲۰۰۳)، مناسب ارزیابی شده و اعتبار آن توسط او $0/91$ گزارش شده است. خسروی و همکاران (۱۳۹۲)، اعتبار این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با $0/76$ و روایی سازه این مقیاس را $0/84$ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش، اعتبار مقیاس به روش آلفای کرونباخ $0/71$ به دست آمد.

مقیاس سلامت معنوی: این مقیاس توسط لیسون و پالاتریان در سال ۱۹۸۲، ساخته شده که شامل ۲۰ سؤال و دو خرده‌مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی می‌شود. سؤال‌های فرد مقیاس مربوط به خرده‌مقیاس، سلامت مذهبی است و میزان توجه فرد از رابطه رضایت‌بخش با خدا را می‌سنجد. سؤال‌های زوج، مربوط به خرده‌مقیاس سلامت وجودی است که احساس هدف‌مندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. پاسخ‌گویی به سؤال‌ها براساس

مقیاس لیکرت، شش درجه‌ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۶) است (الیسون و همکاران، ۱۹۹۱). در پژوهش آلورانی و آلرلادید (۲۰۱۸)، اعتبار این ابزار برابر ۰/۸۱ گزارش شده است. یوسفی و همکاران (۱۳۹۸)، اعتبار پرسش‌نامه سلامت معنوی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ گزارش کردند. در این پژوهش، اعتبار مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس سازگاری اجتماعی: این مقیاس توسط بل در سال ۱۹۶۱، ساخته شده است؛ که دارای ۳۲ گویه می‌باشد. مقیاس سازگاری اجتماعی، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های آن دارای نمره کل آزمون ۳۲ است و گزینه‌های آن، براساس طیف سه درجه‌ای لیکرت عبارت است از: «بله»، «خیر» و «نمیدانم». در پژوهش اودی، کافلان، تیرمن و جنکینس (۱۹۸۵)، اعتبار این مقیاس براساس ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ گزارش شده است. افلاک سیر و همکاران (۱۳۹۴) پس از تأیید روایی این مقیاس در بین بیماران مبتلا به دیابت در ایران، ضریب اعتبار به روش بازآزمایی را برابر ۰/۷۹ گزارش کردند. در این پژوهش، نیز اعتبار مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۶۱ به دست آمد.

یافته‌ها پژوهش

پس از اجرای پرسش‌نامه‌ها، تعداد ۸ پرسش‌نامه به علت مخدوش بودن از روند پژوهش حذف شد و داده‌های مربوط به ۲۴۲ نفر مورد تحلیل قرار گرفت. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نشان داد که میانگین سنی بیماران دیالیزی زن گروه نمونه، برابر ۴۶/۵۹ با انحراف استاندارد ۱۳/۸۸۲ بود که در دامنه سنی ۱۸ تا ۷۴ سال قرار داشتند. همچنین، میانگین مدت بیماری گروه نمونه ۳/۳۴ سال با انحراف استاندارد ۳/۵۶۵ بود که مدت بیماری افراد، بین یک تا ۲۰ سال بود. همچنین، ۱۷۴ نفر (۷۱/۹ درصد) از گروه نمونه را زنان متأهل تشکیل و ۶۸ نفر (۲۸/۱ درصد) از گروه نمونه نیز مجرد بودند. در جدول زیر، به بررسی توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌ها پرداخته می‌شود.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	کجی	کشیدگی
رضایت از زندگی	۲۰/۸۲	۵/۷۸۵	۶	۳۵	-۰/۳۳۸	-۰/۰۱۵
سازگاری اجتماعی	۱۸/۰۹	۴/۷۶۷	۳	۳۰	-۰/۱۲۴	۰/۲۹۳
شفقت به خود	۷۹/۷۳	۹/۰۶۶	۵۶	۱۱۰	۰/۱۰۰	۰/۵۵۵
سلامت معنوی	۸۱/۰۲	۴/۹۰۵	۵۲	۱۲۰	۰/۵۱۷	-۰/۱۶۳

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که میانگین رضایت از زندگی بیماران دیالیزی برابر ۲۰/۸۲ است که نزدیک به نمره متوسط ابزار (دامنه ۵ تا ۳۵ و نمره متوسط ۲۰) است. میانگین سازگاری اجتماعی بیماران نیز برابر ۱۸/۰۹ است که بالاتر از نمره متوسط ابزار است (دامنه صفر تا ۳۲ و نمره متوسط ۱۶). این جدول نتایج نشان می‌دهد که میانگین شفقت به خود و سلامت معنوی بیماران دیالیزی، به ترتیب برابر ۷۹/۷۳ و ۸۱/۰۲ است. همچنین، نشان می‌دهد

هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش انحراف جدی از توزیع بهنجار ندارند. براساس دیدگاه کلاین (۲۰۰۷)، کجی توزیع نمره‌ها در دامنه (۲ و -۲) و کشیدگی در دامنه (۳ و -۳) را می‌توان بهنجار فرض کرد، توزیع داده‌های هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش، از این دامنه‌ها تخطی نکرده است، بنابراین، می‌توان توزیع داده‌ها را بهنجار فرض کرد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از آزمون تحلیل مسیر استفاده شد. پیش از اجرای این آزمون، از برقراری مفروضه‌های اساسی آن (حجم نمونه، بهنجاری توزیع داده‌ها، داده‌های پرت، آزمون کرویت و هم‌خطی چندگانه) اطمینان حاصل شد. بهنجاری توزیع داده‌ها در جدول (۱) مورد بررسی قرار گرفت. برای حجم نمونه، اغلب مؤلفان نمونه بالاتر از ۲۰۰ نفر را برای معادلات ساختاری مناسب دانسته‌اند. براین اساس، حجم نمونه (۲۴۲ نفر) انتخاب شد. افزون بر این شاخص کیسر میر / اولکین (KMO)، برابر ۰/۶۹۰ به دست آمد که بیانگر کفایت حجم این نمونه است. نتایج آزمون کرویت بارلت (Bartlett's Test of Sphericity) ($\chi^2=5216/313$ و $sig=0/000$) نیز بیانگر برقراری مفروضه همانی نبودن ماتریس همبستگی بین ماده‌هاست. هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پژوهش، مفروضه دیگر آزمون تحلیل مسیر است که با استفاده از شاخص تحمل و عامل تورم واریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از بررسی هم‌خطی چندگانه، در جدول (۲) نشان می‌دهد که شاخص تحمل و عامل تورم واریانس، در دامنه پذیرش قرار دارند. دامنه پذیرش شاخص تحمل، بزرگتر از ۰/۱۰ و عامل تورم واریانس، کمتر از ۱۰ است. بنابراین، بین متغیرهای پژوهش هم‌خطی چندگانه وجود ندارد.

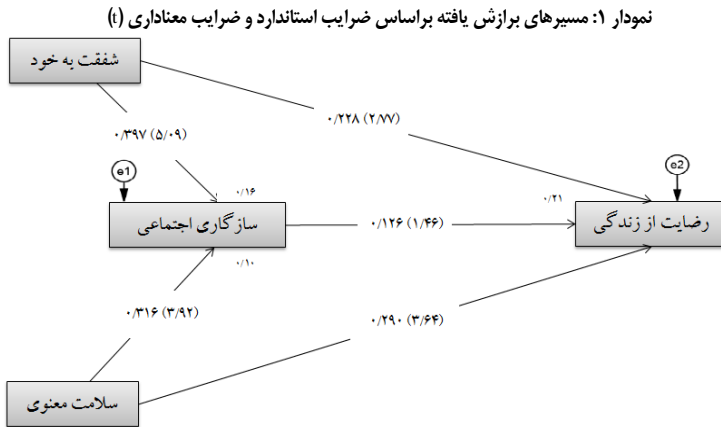
جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرها و بررسی هم‌خطی چندگانه متغیرهای پیش بین

شاخص‌های آماری متغیرها	ضرایب همبستگی				شاخص‌های هم‌خطی چندگانه	
	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	آماره تحمل	عامل تورم واریانس
(۱) سازگاری اجتماعی	۱				۰/۷۸۰	۱/۲۸۲
(۲) شفقت به خود	۰/۳۹۷*	۱			۰/۸۴۰	۱/۱۹۱
(۳) سلامت معنوی	۰/۳۱۶*	۰/۱۷۷*	۱		۰/۸۹۷	۱/۱۱۵
(۴) رضایت از زندگی	۰/۳۰۷*	۰/۳۲۸*	۰/۳۶۹*	۱	-	-

* $<0/05P$

جدول (۲) به ماتریس همبستگی متغیرها می‌پردازد. نتایج نشان می‌دهد که بین رضایت از زندگی، با سازگاری اجتماعی ($r=0/307$ و $P < 0/001$)، بین رضایت از زندگی با شفقت به خود ($r=0/328$ و $P < 0/001$) و بین رضایت از زندگی با سلامت معنوی ($r=0/369$ و $P < 0/001$)، رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین، سازگاری اجتماعی با شفقت به خود ($r=0/397$ و $P < 0/001$) و سلامت معنوی ($r=0/316$ و $P < 0/001$)، رابطه مثبت معنادار دارد. با توجه به تأیید ارتباط معنادار بین متغیرهای پژوهش (رضایت از زندگی، سازگاری اجتماعی، شفقت به خود و سلامت معنوی) با یکدیگر، امکان بررسی نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی در

ارتباط بین شفقت به خود و سلامت معنوی، با رضایت از زندگی فراهم است. در ادامه، برای اطمینان یافتن از وجود یا عدم وجود رابطه متغیرهای پیش‌بین، با متغیر وابسته و همچنین، بررسی تناسب داده‌های مشاهده شده با مدل پژوهش و بررسی برازش مدل از تحلیل مسیر استفاده شد. نمودار (۱)، مدل پژوهش براساس ضرایب استاندارد شده و ضرایب t را نشان می‌دهد.



جدول ۳: شاخص‌های نیکویی برازش الگوی آزمون شده پژوهش

شاخص‌های برازش مطلق و تطبیقی			
CFI	ACFI	GFI	شاخص
۰/۹۶	۰/۹۰	۰/۹۱	مقدار به دست آمده
بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۸۰	بیشتر از ۰/۹۰	حد قابل پذیرش
شاخص‌های برازش تعدیل یافته			
RMSEA	PNFI	χ^2/df	شاخص
۰/۰۲	۰/۸۱	۱/۱۵۳	مقدار به دست آمده
کمتر از ۰/۰۸	بیشتر از ۰/۶۰	کمتر از ۳	حد قابل پذیرش

پیش از تحلیل نتایج آزمون تحلیل مسیر، به بررسی شاخص‌های برازش مدل پرداخته می‌شود. نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که تمامی شاخص‌های برازش به دست آمده از مطلوبیت بالایی برخوردارند؛ زیرا مطابق دیدگاه کلاین (۲۰۰۷) در خصوص مهم‌ترین شاخص‌های مربوط به برازش مدل، نسبت χ^2/df دو به دو به درجه آزادی (χ^2/df)، کمتر از ۳، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، و شاخص نیکویی برازش (GFI)، بزرگتر از ۰/۹۰ و ریشه میانگین مجذور خطا (RMSEA)، کمتر از ۰/۰۸ نشانگر برازش مطلوب است. از این رو، شاخص‌های به دست آمده نشان می‌دهند که داده‌ها، با مدل مفهومی مدنظر پژوهش برای روابط متغیرهای برازش دارد. در ادامه، ضرایب نتایج تحلیل مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل ارائه شده در جداول (۴) و (۵) منعکس می‌شود.

جدول ۴: اثرات مستقیم، غیرمستقیم، کل و واریانس تبیین شده متغیرها

مسیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	واریانس تبیین شده
بر سازگاری اجتماعی از سلامت معنوی	۰/۳۱۶**	-	۰/۳۱۶	۰/۱۰۱
بر سازگاری اجتماعی از شفقت به خود	۰/۳۹۷**	-	۰/۳۹۷	۰/۱۵۷
بر رضایت از زندگی از سازگاری اجتماعی	۰/۱۲۶*	-	۰/۱۲۶	۰/۲۱۴
سلامت معنوی	۰/۲۹۰**	۰/۰۹۱*	۰/۳۸۱	
شفقت به خود	۰/۲۲۸**	۰/۰۹*	۰/۳۱۸	

$$P < ۰/۰۱ ** \quad P < ۰/۰۵ *$$

بر اساس مسیرهای آزمون شده در مدل و نتایج جدول (۴) مشاهده می‌شود که اثر مستقیم شفقت به خود، بر سازگاری اجتماعی ($\beta = ۰/۳۹۷$ ، $C.R = ۵/۰۹۳$ و $P < ۰/۰۰۱$)، مثبت و معنادار است. این متغیر قادر است ۱۵ درصد از واریانس سازگاری اجتماعی را در بین بیماران تبیین کند. اثر مستقیم سلامت معنوی بر سازگاری اجتماعی ($\beta = ۰/۳۱۶$ ، $C.R = ۳/۹۲۹$ و $P < ۰/۰۰۱$)، مثبت و معنادار است. این متغیر قادر به پیش‌بینی ۱۰ درصد از واریانس سازگاری اجتماعی در بین بیماران است. همچنین، نتایج نشان داد که اثر مستقیم شفقت به خود، بر رضایت از زندگی ($\beta = ۰/۲۲۸$ ، $C.R = ۲/۷۷۶$ و $P < ۰/۰۱$)، مثبت و معنادار است. اثر مستقیم سلامت معنوی بر رضایت از زندگی ($\beta = ۰/۲۹۰$ ، $C.R = ۳/۶۴۸$ و $P < ۰/۰۰۱$)، نیز مثبت معنادار است و اثر مستقیم سازگاری اجتماعی بر رضایت از زندگی ($\beta = ۰/۱۲۶$ ، $C.R = ۲/۱۷۹$ و $P < ۰/۰۵$)، مثبت و معنادار است. همچنین، نتایج نشان می‌دهد که متغیرهای سازگاری اجتماعی، شفقت به خود و سلامت معنوی، توانایی تبیین ۲۱ درصد از واریانس رضایت از زندگی بیماران دیالیزی را دارند. برای بررسی معناداری مسیرهای غیرمستقیم از آزمون بوت استرپ استفاده شد که نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج بوت استرپ برای مسیرهای غیرمستقیم الگو

مسیر	اثر غیر مستقیم	حد بالا	حد پایین	معنی‌داری
سلامت معنوی به رضایت از زندگی از طریق سازگاری اجتماعی	۰/۰۹۱	۰/۱۳	۰/۰۶	۰/۰۲
شفقت به خود به رضایت از زندگی از طریق سازگاری اجتماعی	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۰۳

با توجه به جدول (۵)، ملاحظه می‌شود که سازگاری اجتماعی در رابطه بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی، نقش واسطه‌ای دارد که ضریب بتای مسیر غیرمستقیم، برابر $\beta = ۰/۰۹۱$ است. با توجه به اینکه حد پایین فاصله اطمینان، $۰/۰۶$ و حد بالای آن $۰/۱۳$ است و صفر بیرون از این فاصله قرار دارد، این رابطه واسطه‌ای در سطح

$p < 0/05$ معنادار است و فرضیه چهارم پژوهش تأیید می‌شود. همچنین، ملاحظه می‌شود که سازگاری اجتماعی در رابطه بین شفقت به خود و رضایت از زندگی، نقش واسطه‌ای دارد که ضریب بتای مسیر غیرمستقیم برابر $\beta = 0/09$ است. با توجه به اینکه حد پایین فاصله اطمینان $0/03$ و حد بالای آن $0/08$ است و صفر بیرون از این فاصله قرار دارد، این رابطه واسطه‌ای، در سطح $p < 0/05$ معنادار است و فرضیه پنجم پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف بررسی نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی، در رابطه بین سلامت معنوی و شفقت به خود، با رضایت از زندگی در بین بیماران دیالیزی انجام شد. نتایج بررسی فرضیه اول نشان داد که بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد و سلامت معنوی، بر رضایت از زندگی اثر مستقیم دارد. نتایج این بخش از پژوهش، با نتایج شاهقلیان و یوسفی (۲۰۱۵)، انصاری و همکاران (۱۳۹۷) و فولادوندی و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: زندگی افراد در فرهنگ ایرانی - اسلامی موجب درهم‌تنیدگی باورهای معنوی با زندگی آنها شده، به‌گونه‌ای که دور ماندن از این باورها و عقاید موجب می‌شود که فرد دچار کشمکش‌های درونی، احساس پوچی، یاس، بی‌هدفی، نارضایتی و ناامیدی بیشتر، در برابر بحران‌های زندگی از قبیل بیماری شود و نتواند محرومیت‌ها و نامالایمات زندگی را تحمل کند. در نتیجه، رضایت او از زندگی کاهش یابد. درحالی‌که یک باور مذهبی و معنوی قوی، می‌تواند این مشکلات را حل کند و زمینه‌های رضایت از زندگی را نیز برای فرد تأمین کند (اشرفی و همکاران، ۱۳۹۳). در تبیین موارد مطرح‌شده، اوتانویانی و همکاران (۲۰۱۴)، عنوان می‌کنند سلامت معنوی و داشتن باورهای محکم معنوی، از طریق ارتقای توانایی بیماران برای مقابله با بیماری و شرایط جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی، ناشی از آن به سرعت بهبودی بیماران کمک می‌کند. این امر می‌تواند در افزایش سطح رضایت از زندگی آنها مؤثر باشد. همچنین، ریپتروپ و همکاران (۲۰۰۶)، در پژوهشی که بر روی بیماران مزمن انجام داده بودند، مدعی‌اند سلامت معنوی این بیماران، نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بیماران را هماهنگ می‌کند و به آنها در کاهش درد، مقابله با افسردگی و در نهایت، رضایمندی از زندگی کمک می‌کند.

نتایج بررسی فرضیه دوم پژوهش، نشان داد که بین شفقت به خود و رضایت از زندگی در بیماران دیالیزی، رابطه مثبت معناداری وجود دارد و شفقت به خود، بر رضایت از زندگی اثر تأثیر مستقیم دارد. نتایج این بخش از پژوهش، با نتایج پژوهش‌های نف و همکاران (۲۰۰۷)، وان دام و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت همان‌طور که نف (۲۰۰۹) مطرح می‌کند، افراد خود شفقت‌ورز با خود مهربان‌تر هستند، از سطح ذهن‌آگاهی و اشتراکات انسانی بالاتری برخوردار هستند و نسبت به خود رفتار

انزوطلبانه و انتقادگرانه کمتری دارند. در نتیجه، رضایت بیشتری از زندگی خود دارند. در بیکر و مکنولتی (۲۰۱۱)، بیان می‌کنند که داشتن رویکرد انتقادگرایانه نسبت به خود، ویژگی‌ها و کاستی‌ها می‌تواند موجب کاهش احساس رضایت از زندگی در افراد شود. افزون بر این می‌توان گفت: بیماران با شفقت به خود بالا، زمانی که رویدادهای منفی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند، با مهربانی با خود برخورد می‌کنند. این امر ابتدا موجب کاهش انتقاد از خود، نشخوار فکری و سرکوبی افکار منفی، ناشی از بیماری و در نهایت باعث بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی می‌شود (برینس و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین، افراد دارای شفقت به خود بالا، در موقعیت‌های مختلف وابسته به بیماری کارآمد عمل می‌کنند. آنان به واسطه مهربانی با خود، شایستگی‌های خود را شناسایی و بر مشکلات غلبه می‌کنند. علاوه بر این، این افراد از تمرکز مثبت، برنامه‌ریزی منظم، و پذیرش خود برخوردارند که این عوامل، از طریق افزایش سلامت و انسجام روانی موجب افزایش سطح رضایت از زندگی آنان می‌شود (برینس و چن، ۲۰۱۲).

نتایج بررسی فرضیه سوم پژوهش نشان داد که سازگاری اجتماعی، با رضایت از زندگی رابطه مثبت معناداری دارد. این متغیر بر رضایت از زندگی تأثیر مستقیم دارد. نتایج این بخش از پژوهش، با نتایج پژوهش‌های وانگیز و همکاران (۲۰۰۳)، آلورانی و همکاران (۲۰۱۸)، رامید و رفیعی (۲۰۱۰) همسو است. در تبیین این یافته، می‌توان گفت: همان‌طور که هوسپلان و همکاران (۲۰۰۹) مطرح می‌کنند، سازگاری اجتماعی برخوردار از نگرش‌ها و عملکردهای است که بیماران را در جهت ابقا سلامت و غلبه بر استرس‌های بیماری یاری می‌کند. از این رو، سازگاری افراد دیالیزی، با محیط اجتماعی خویش، می‌تواند اثرات مثبت و مستقیمی بر رضایت از زندگی این افراد داشته باشد؛ زیرا این نگرش‌ها شامل مواردی از قبیل همدلی کردن، مشارکت با دیگران، تقاضای کمک کردن، قدردانی از دیگران، آغازگر بودن رابطه و مواردی از این رفتارهاست که مطابق با دیدگاه کوهن (۲۰۰۴)، می‌تواند در گسترش روابط اجتماعی سالم، سلامت فرد و عملکرد کلی فرد در زندگی اثر مثبت داشته باشد. همچنین لازم به یادآوری است که پژوهش‌های مختلف، سازگاری اجتماعی را با داشتن مهارت‌های اجتماعی مترادف دانسته‌اند و عنوان می‌کنند افرادی که از سازگاری بالایی برخوردارند، در تعاملات اجتماعی خود قدرت خودکارآمدی، خودمدیریتی، تصمیم‌گیری و حل مسئله بالایی دارند. این موارد می‌تواند در روابط بین فردی و مواجهه با مشکلات موقعیتی، دستاوردهای مهمی را برای آنان به همراه داشته باشد. این امر، افزایش بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی را در پی دارد (کانت و همکاران، ۲۰۱۶؛ جیانگ و همکاران، ۲۰۱۶). در خصوص بیماران دیالیزی نیز گفتنی است که خودکارآمدی ناشی از سازگاری اجتماعی، به‌عنوان یک مهارت مهم، می‌تواند به این افراد در رفع و حل مشکلات ارتباطی حادث‌شده بر اثر بیماری کمک کند و از طریق گسترش رفتارهای سازش‌یافته‌تر به افزایش سطح رضایت از زندگی این افراد کمک کند.

نتایج بررسی فرضیه چهارم پژوهش نشان داد که سازگاری اجتماعی، در رابطه بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی بیماران دیالیزی، نقش واسطه‌ای دارد. با مرور پیشینه پژوهش، پژوهشی همسو با این نتیجه یافت نشد. در تبیین این یافته، می‌توان گفت: افراد دیالیزی به دلایل مختلفی، از جمله درد، افسردگی، ترس از آینده مبهم و حتی مرگ با روی آوردن به باورهای معنوی و تقویت ایمان درونی و پرداختن به امور معنوی، به‌عنوان استراتژی‌های مقابله‌ای، به سازگاری بهتری دست می‌یابند (آلورانی و همکاران، ۲۰۱۸). می‌توان گفت: که بیماران دیالیزی با تقویت سلامت معنوی و به تبع آن، ارتقای سازگاری اجتماعی، به‌عنوان دو عامل مؤثر، می‌توانند رضایت بیشتری از زندگی خود داشته باشند. در کنار موارد مطرح‌شده، در تبیین این یافته باید گفت: افرادی که از سلامت معنوی بالایی برخوردار هستند، از طریق یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی - عاطفی، به حس پذیرش، احساسات مثبت و حس ارتباط متقابل با هستی دست می‌یابند (فینکلستین و همکاران، ۲۰۰۷). در نتیجه، بالطبع این شرایط، پذیرش خود و شکل‌گیری احساسات مثبت در بیمارانی که به دلیل بیماری با مشکلاتی در سلامت فردی و اجتماعی روبه‌رو شده‌اند، می‌تواند توانایی تنظیم و مدیریت رفتار را افزایش دهد و با تأثیر مثبت روی انگیزه و سلامت روان بیماران، سطح رضایت از زندگی آنان در دوران بیماری را افزایش دهد. افزون بر این، پوتر و پری (۲۰۰۳)، عنوان می‌کنند افراد دارای سلامت معنوی، به دلیل وجود حمایتی‌های ادراک‌شده، از منابع درونی و بیرونی خود موقعیت‌های تنش‌زا را مثبت ارزیابی می‌کنند. این ارزیابی مثبت، سازگاری اجتماعی آنها را ارتقا می‌دهد. این عامل موجب می‌شود که افراد به اتفاقات مثبت زندگی اهمیت بیشتری بدهند. این ارزیابی مثبت، موجب ایجاد رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی می‌شود. همچنین، در خصوص نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی، می‌توان گفت: افراد دارای سازگاری اجتماعی بالا، با اطمینان بیشتری که حاصل از معنویات است، در موقعیت‌های چالش‌برانگیز با تلاش بیشتری حاضر می‌شوند. این امر موجب کاهش واکنش‌های هیجانی و رفتارهای منفی نیست به عوامل استرس‌زای زندگی و افزایش رضایت از زندگی می‌شود (شرجاباد و همکاران، ۲۰۱۷).

نتایج بررسی فرضیه پنجم پژوهش نشان داد که سازگاری اجتماعی، در رابطه بین شفقت به خود و رضایت از زندگی بیماران دیالیزی نقش واسطه‌ای دارد؛ به این معنا، افرادی که نسبت به خود از شفقت بیشتری برخوردارند، سازگاری اجتماعی بالاتری دارند و به آن نسبت احساس رضایت بیشتری از زندگی می‌کنند. با مرور پیشینه پژوهش، پژوهشی همسو با نتیجه حاضر یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت: شفقت به خود، به بیماران دیالیزی این امکان را می‌دهد که بتوانند با دیگران ارتباط صمیمانه برقرار کنند و در موقعیت‌های اجتماعی مختلف، پذیرش بالایی نسبت به دیگران داشته باشند (نف و همکاران، ۲۰۰۷). این مورد، می‌تواند پایه‌های سازگاری اجتماعی را برای آنان تسهیل کند و با پذیرش خود (شفقت) و پذیرش دیگران (سازگاری)، در لحظه، رضایت بالایی از شرایط زندگی کنونی خود داشته

باشند. افزون بر این، در خصوص نقش واسطه‌ای سازگاری اجتماعی، لازم به یادآوری است بیماران دیالیزی که نسبت به خود شفقت بالایی دارند، براساس خودپذیرشی و ذهن‌آگاهی که از مؤلفه‌های مهم شفقت به خود هستند (بیکر و مکنولتی، ۲۰۱۱)، خودشان را به‌عنوان یک فرد دارای نقص (محدودیت‌های جسمانی ناشی از بیماری) درک کرده و می‌پذیرند که این مورد موجب می‌شود در تعاملات اجتماعی با دیگران بخصوص افراد نزدیک محدودیت‌های دیگران را نیز پذیرا بوده، سازگاری بالاتری با محیط اجتماعی خودشان داشته باشند. از این رو، می‌توان گفت: این شفقت به خود، با اثر بر روی سازگاری اجتماعی، همزمان تأثیر مثبتی بر رضایت از زندگی دارد. همچنین، می‌توان گفت: شخصی که بتواند با محیط خود و اطرافیان و به‌طور کلی با محیط اجتماعی سازگار باشد، بنا بر دیدگاه نف (۲۰۰۳)، در خصوص شفقت به خود، این فرد در بعد اشتراکات انسانی در سطح بالایی قرار دارد و از سلامت روان‌شناختی بالایی برخوردار بوده که به‌تبع آن، می‌توان گفت: رضایت از زندگی بالایی نیز برخوردار است. در مجموع با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و تبیین‌های صورت‌گرفته، می‌توان بیان کرد که سلامت معنوی و شفقت به خود، در کنار سازگاری اجتماعی، نقش بسزایی در سطح رضایت از زندگی بیماران دیالیزی دارند. در واقع هرچه بیماران از سلامت معنوی بالاتری برخوردار باشند و نسبت به خود دیدگاه غیرقضاتوی و همراه با دلسوزانه‌ای داشته باشند، انتظار می‌رود در تعاملات اجتماعی روزمره و در برخورد با ناملایمات اجتماعی ایجادشده به‌وسیله بیماری مهارت‌های مقابله‌ای مؤثرتری برای سازگاری با این مشکلات داشته باشند. این عوامل موجب شود که سطح رضایت از زندگی در این افراد، رشد کیفی مطلوبی داشته باشد.

سرانجام اینکه، هر پژوهشی دارای محدودیت است و در خصوص این پژوهش می‌توان گفت: تفاوت‌های فردی آزمودنی‌ها مانند تفاوت در انگیزه و علاقه به موضوع، می‌تواند نتایج این پژوهش را با محدودیت روبه‌رور کند. همچنین، این پژوهش صرفاً بر روی زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های طالقانی و لقمان شهر تهران انجام شده است؛ تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. از این رو، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های با نمونه‌های دیگر و با در نظر گرفتن متغیرهای مانند جنس متفاوت، سطح اجتماعی - اقتصادی متفاوت و محل سکونت متفاوت انجام گیرد. افزون بر این، پیشنهاد می‌شود که با استفاده از رویکردهای کیفی، عوامل مؤثر بر سازگاری اجتماعی و رضایت از زندگی در بیماران کلیوی، مورد بررسی بیشتری قرار گیرد. سرانجام، براساس نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود که کادر درمان در کنار درمان‌های دارویی، با تدارک کارگاه‌هایی در جهت ارتقاء دانش و مهارت‌های بیماران دیالیزی، ایشان را در ارتقاء سازگاری اجتماعی، گسترش مهارت شفقت به خود، تقویت سلامت معنوی، برای ارتقا سطح رضایت از زندگی یاری کنند تا از این طریق، مسیر تحمل دشواری‌های فرایند درمان بیماران تا حدودی هموار شود.

منابع

- اشرفی، زهرا و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی رابطه کفایت دیالیز با کیفیت زندگی و سلامت معنوی بیماران تحت درمان با همودیالی»، *بالیبی پرستاری و مامایی*، ش ۳ (۳)، ص ۴۴-۵۱.
- افلاک سیر، عبدالعزیز و همکاران، ۱۳۹۴، «پیش‌بینی سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری براساس ابعاد کانون کنترل سلامت در بیماران دیابتی نوع دو»، *دیابت و متابولیسم ایران*، ش ۱۴ (۵)، ص ۳۳۷-۳۴۴.
- انصاری، ام‌النبین و همکاران، ۱۳۹۷، «بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک‌شده و سلامت معنوی با بهزیستی ذهنی در بیماران تحت همودیالیز»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ش ۲۸ (۱۶۶)، ص ۱۴۰-۱۵۰.
- بیانی، علیرضا و همکاران، ۱۳۸۶، «اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی»، *روانشناسی تحولی*، ش ۳ (۱۱)، ص ۲۵۹-۲۶۵.
- خسروی، صدراله و همکاران، ۱۳۹۲، «کفایت روانسنجی مقیاس شگفت به خود»، *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ش ۳ (۱۳)، ص ۴۷-۵۸.
- ساریزاده، محمصدق و همکاران، ۱۳۹۷، «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ش ۱۷ (۳)، ص ۲۴۱-۲۵۲.
- فولادوندی، معصومه و همکاران، ۱۳۹۴، «ارتباط سلامت معنوی با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در بیماران همودیالیزی شهر بم»، *طب مکمل*، ش ۵ (۲)، ص ۱۱۳۳-۱۱۴۵.
- یوسفی، حبیب‌اله و همکاران، ۱۳۹۸، «بررسی رابطه میزان پای‌بندی به نماز و مرتبه سلامت معنوی»، *فیض*، ش ۲۳ (۷)، ص ۷۳۵-۷۴۰.
- Abraham, S & Ramachandran, A, 2012, "Estimation of quality of life in hemodialysis patients", *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, N. 74, p. 583-587.
- Akin, A & Akin, U, 2015, "Self-compassion as a predictor of social safeness in Turkish university students", *Revista Latinoamericana de Psicología*, N. 47 (1), 43-49.
- Alarabi, S, 2003, *Social support, coping methods and quality of life in Hemodialysis patient*, Ph. D Dissertation, Galveston, University of Texas.
- Alorani, O, I & Alradydeh, F. M, 2018, "Spiritual well-being, perceived social support, and life satisfaction among university students", *International Journal of Adolescence and Youth*, N. 23 (3), p. 291-298.
- Baker, L. R & McNulty, J. K, 2011, "Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender", *Journal of Personality and Social Psychology*, N. 100 (5), p. 853-873
- Bayat, A., et al, 2012, "Psychological evaluation in hemodialysis patients", *Journal of Pakistan Medical Association*, N. 62 (3), p. 1-5.
- Breines J.G & Chen, S, 2012, "Self-compassion increases self-improvement motivation", *Personality and Social Psychology Bulletin*, N. 38 (1), p. 1133-1143.
- Breines, J. G., et al, 2014, "Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress", *Brain, Behavior and Immunity*, N. 37, p. 109-114.
- Brown, T, 2012, "A Psychological Examination of the Interface between Religion, Stress and Depression", *International Review of Social Sciences and Humanities*, N. 1, p. 59-73.
- Carson, R. C., et al, 2009, "Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease? ", *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, N. 4, p. 1611-1619.
- Cohen, S, 2004, "Social relationships and health", *American psychology*, N. 9 (8), p. 676- 684.
- Couser, W. G., et al, 2011, "The contributions of chronic kidney disease to the global burden of major no communicable diseases", *Kidney International*, N. 80, p. 1258-1270.

- Cox, J & Verhagen, P. J, 2011, "Spirituality religion and Psychopathology.towards an integrative Psychiatry", *The International Journal of Person Centered Medicin*, N. 1, p. 146-148.
- Cukor, D., et al, 2014, "Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis", *Journal of the American Society of Nephrology*, N. 25, p.196–206.
- De Nour, A. K, 1982, "Social adjustment of chronic dialysis patients", *American Journal Psychiatry*, N. 139 (1), p. 97-100.
- Dhaidan, F. A, 2018, "Prevalence of end stage renal disease and associated conditions in hemodialysis patients", *International Journal of Research in Medical Sciences*, N. 6 (5), p. 1515- 1518.
- Diener, E., et al, 1985, "The Satisfaction with Life Scale", *Journal of Personality*, N. 49 (1), p. 71- 75.
- Ellison, C. W., et al, 1991, "Norms for the spiritual well-being scale", *Journal of Psychology and Theology*, N. 19, p. 56-70.
- Finkelstein, F. O & Finkelstein, S. H, 2014, "Sexual Inactivity among Hemodialysis Patients, The Patients' Perspective", *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, N. 9 (1), p. 6-7.
- Finkelstein, O. F., et al, 2007, "Spirituality, quality of life and the dialysis patient", *Nephrology Dialysis Transplantation*, N. 22 (9), p. 2432–2434.
- Fredrickson, B. L, 2001, "The role of positive emotions in positive psychology: the Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions", *American Psychologist*, N. 56(3), p. 218-226.
- Gillison, F., et al, 2008, "Conges in quality of life and psychological need satisfaction following the transition to secondary school", *British Journal of Education Psychology*, N. 78, p. 149-162.
- Gray R., et al, 2013, "Examining social adjustment to college in the age of social media, Factors influencing successful transitions and persistence", *Computers and Education Journal*, N. 67, p. 193-207.
- Howseplan, B. A & Merluzzi, T. V, 2009, "Religious belief, Social support, self-efficacy and adjustment to cancer", *Psycho Oncology Journal*, N. 18 (1), p. 1069- 1079.
- Jiang, X., et al, 2016, "An examination of the reciprocal relations between life satisfaction and social problem solving in early adolescents", *Journal of Adolescence*, N. 53, p. 141-151.
- Joshi, V, 2014, "Quality of life in end stage renal disease patients", *World Journal of Nephrology*, N. 3 (4), p. 308-316.
- Juergensen, E., et al, 2006, "Hemodialysis and peritoneal dialysis, patients' assessment of their satisfaction with therapy and the impact of the therapy on their lives", *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, N. 1 (6)p. 1191–1196.
- Kant, S., et al, 2016, "Valuation of First Nations peoples' social, cultural, and land use activities using life satisfaction approach", *Journal of Political Economy*, N. 72, p. 46-55.
- Kelley, R, 2014, "Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals, a review of the literature", *Journal of Health Care Chaplaincy*, N. 20 (3), p. 95-108.
- Kimmel, P. L, 2000, "Psychological factors in adult end stage renal disease patient treated with hemodialysis, correlates and outcomes", *American Journal of Kidney Diseases*, N. 21, p. 171-184.

- Kimmel, P. L., et al, 2003, "ESRD patient quality of life, symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity", *American Journal of Kidney Diseases*, N 42, p. 713-721.
- Klein, R, 2011, *Principles and practices of structural equation modeling*, NewYork, Guilford Press.
- Kong, F., et al, 2006, "Satisfaction of patients on chronic hemodialysis and peritoneal dialysis", *Swiss Medical Weekly*, N. 136 (13), p. 210-217.
- Kutner, N. G, 2017, "Comment on, Quality of Life, Perceptions, and Health Satisfaction of Older Adults with End-Stage Renal Disease", *Journal of the American Geriatrics Society*, N. 65 (10), p. 2330-2331.
- MacBeth, A & Gumley, A, 2013, "Exploring compassion, A meta-analysis of the association between self-compassion & psychopathology", *Clinical Psychology Review*, N. 32, p. 545-552.
- Martinez, B. B & Custodio, R. P, 2014, "Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients, a correlation study", *Sao Paulo Medical Journal*, N. 132 (1), p. 23-7.
- McCullough, M. E & Willoughby, B. L, 2009, "Religion, self regulation and self-control: Associations, explanations and implications", *Psychological Bulletin*, N. 135, p. 69-93.
- Mulazım, O. C & Eldeleklioglu, J, 2016, "What is the role of self-compassion on subjective happiness and life satisfaction?", *Journal of Human Sciences*, N. 13 (3), p. 3895-3904.
- Neff, K. D, 2003, "The development and validation of a scale to measure self-compassion", *Self-Identity Journal*, N. 2, p. 223-250.
- Neff, K. D, 2009, "The role of self-compassion in development, A healthier way to relate to oneself", *Human Development*, N. 52 (4), p. 211-214.
- Neff, K. D., et al, 2007, "Self-compassion and adaptive psychological functioning", *Journal of Research in Personality*, N. 41, p. 139-154.
- Neff, K., D & Beretvas, S. N, 2013, "The role of self-compassion in romantic relations", *Self-Identity*, N. 12 (1), p. 78-98.
- Ng, X & Zhao, J, 2014, "Dispositional mindfulness and life satisfaction, the role of core self-evaluations", *Personality and Individual Differences*, N. 56, p. 165-169.
- Oddy, M., et al, 1985, "Social adjustment after closed head injury, a further follow-up seven years after injury", *Journal of Neuro Psycho Physiology*, N. 48 (6), p. 564-568.
- Ottaviani, A. C., et al, 2014, "Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis, a correlational study", *Revista Latino-American Enfermagem*, N. 22 (2), p. 248-54.
- Potter, P & Perry A, 2003, *Basic Nursing*, St Louis, Mosby Company.
- Rambod, M & Rafii, F, 2010, "Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients", *Journal of Nursing Scholarship*, N. 42 (3), p.242-249.
- Rippentrop, E. A., et al, 2006, "The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients", *Journal of Clinical Psychology Med Setting*, N. 13 (1), p. 29- 35.
- Rodrigusz, C., M & Henderson, R., C, 2013, "Who spares the rod? Religious orientation, social conformity and child abuse potential", *Child Abuse Negl*, N. 34 (2), p. 32-39.
- Roger, V. L, 2013, "Epidemiology of heart failure", *Circulation Research Journal*, N. 113 (6), p. 646-659.
- Ruiz, M. A., et al, 2011, "Relations between life satisfaction, adjustment to illness, and emotional distress in a sample of men with ischemic cardiopathy", *The Spanish journal of psychology*, N. 14 (1), p. 356-365.

- Seligman, M. E. P, 2002, *Authenti Happiness*, New York, Free Press.
- Shahgholian, N & Yousefi, H, 2015, "Supporting hemodialysis patients, a phenomenological study", *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, N. 20 (5), p. 626- 633.
- Sharajabad, F. A., et al, 2017, "Life satisfaction and its relationship with spiritual well-being and religious practice in Iranian adolescent girls", *International journal of adolescent medicine and health*, N. 19 (2), p. 80-93.
- Tate, D., G & Forchheimer, M, 2002, "Quality of life, life satisfaction, and spirituality: Comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients", *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, N. 81 (6), p. 400-410.
- Troidle, L. K., et al, 2003, "Depression and its association with peritonitis in long-term peritoneal dialysis patients", *American Journal of Kidney Diseases*, N. 42, p. 350-354.
- Unruh, M., et al, 2005, "Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice", *Seminars in Dialysis*, N. 18 (2), p. 82-90.
- Uysal, R, 2014, "Life satisfaction and self-compassion, a structural equation modeling", *International Journal of Current Research*, N. 6 (6), p. 7251-7256.
- Van Dam, N. T., et al, 2011, "Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression", *Journal of Anxiety Disorders*, N. 25, p. 123-130.
- Vasiliki, N. K. S., et al, 2009, "The impact of chronic hemodialysis on the personality of patients with chronic renal failure", *Rostrum of Asclepius Journal*, N. 8 (3), p. 240-254.
- Vazquez, I., et al, 2003, "Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity", *Journal of Nephrology*, N.16, p. 886-94.
- Veenhoven, R, 1995, "The cross-national pattern of happiness", *Journal of Social Indicators Research*, N. 34, p. 33-68.
- Zhang, J. W & Chen, S, 2017, "Self-compassion promotes positive adjustment for people who attribute responsibility of a romantic breakup to themselves", *Self and Identity*, N. 13, p. 1-28.

The Mediating Role of Social Adjustment in the Relationship of Spiritual Health and Self-Compassion with Life Satisfaction in Dialysis Patients

✉ **Salman Zare'i** / Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University
salman_zareo@yahoo.com
Maryam al-sadat Zadpour / MA in Clinical Psychology, Tehran University
maryam.zadpor.nurse@gmail.com

Received: 2018/12/31 - **Accepted:** 2019/05/12

Abstract

Chronic diseases can have many effects on all the aspects of a patients' life and the overall level of their life satisfaction. It is important to identify the factors affecting the life satisfaction of these patients. Therefore, the aim of this study was to investigate the mediating role of social adjustment in the relationship of spiritual health and self-compassion with life satisfaction. The research method was correlational and the statistical population consisted of female dialysis patients in Taleghani and Loghman shahr hospitals in Tehran. 242 patients in the statistical population were selected by convenience sampling method. Data were collected using Diener's Life Satisfaction Scale (SWLS), Self-Compassion Scale (SCS), Paloutzian and Ellison's Spiritual Wellbeing scale (SWBS), and Bell's Social Adjustment Scale (SAS). The data was analyzed using Pearson correlation test, path analysis and boot-strap method. The findings showed that the variables of social adjustment, self-compassion, spiritual health have a positive and significant relationship with life satisfaction ($P < 0.01$). Also, the results of boot-strap test showed that self-compassion and spiritual health have a significant indirect effect on life satisfaction through social adjustment. This study emphasizes the mediating role of social adjustment as an important mechanism in the relationship of self-compassion and spiritual health with life satisfaction.

Keywords: social adjustment, life satisfaction, self-compassion, spiritual health, dialysis patients.

Assessing the Impact of Spiritual Symbols in the Places of Worship on Individuals' Spiritual Health through the Intermediating Role of Spiritual Intelligence; a Case Study of the Historical Mosques in Tabriz Bazaar

Bahram Ahmadkhani Maleki / PhD in Islamic Architecture and Faculty Member of Siraj Institute of Higher Education
bahramahmadkhani@ymail.com

Received: 2018/10/29 - **Accepted:** 2019/03/10

Abstract

Besides the physical, mental and social aspects of health, spiritual health is the newest dimension and a fundamental part of health. Spiritual intelligence, which represents a set of spiritual abilities, capacities and resources, can contribute to the promotion of individuals' spiritual health. The aim of this descriptive correlational study is to evaluate the effect of spiritual symbols in the places of worship on people's spiritual health through the intermediating role of spiritual intelligence. Three scales on spiritual symbolism, spiritual intelligence and spiritual health have been used. The results show that spiritual symbolism has a positive relationship with spiritual intelligence and spiritual health, and the variables of spiritual symbolism and spiritual intelligence are capable of predicting spiritual health. Among the spiritual symbols used in mosques, the symbols of "altar" and "light" play a major role in explaining spiritual intelligence. Therefore, while activating the conscious part of the mind, spiritual symbolism in the places of worship affects the function of spiritual intelligence and prepares the ground for creating spiritual health.

Keywords: spiritual symbolism, spiritual intelligence, spiritual health, place of worship.

Investigating the Effectiveness of Group Training in Couple Therapy on Improving the Quality of Married Life of Women in Rasht (Based on Islamic Teachings)

Hussein Makhlouqzad Khamseh / MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Lahijan Branch
h_makhlough@yahoo.com

Seyyed Valiullah Mousavi / Associate Professor, Department of Psychology, University of Gilan
mousavi180@yahoo.com

Sajjad Rezaei / Assistant Professor, Department of Psychology, University of Gilan rezaei_psy@hotmail.com

Amir Qorbanpour Lafmajani / Assistant Professor, Department of Educational Sciences, University of Gilan
qorbanpoorlafmejani@guilan.ac.ir

Received: 2019/04/22 - **Accepted:** 2019/09/03

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of couple therapy (based on Islamic teachings) on the quality of married life of the women in Rasht. The research was categorized as quasi-experimental with a control group and pre-test and post-test. The statistical population included the women (mothers of primary school students) in Rasht in the year 1397. The randomly selected mothers with the lowest scores on the Enrich scale were identified and randomly divided into two experimental and control groups. After administering a pre-test, a couple therapy training based on Islamic teachings was held. The experimental group attended two-hour sessions for 10 weeks, and at the end, they had a post-test. The results of the univariate and multivariate analysis of covariance showed that after the treatment, the total score of the quality of married life, marital satisfaction, and agreement and cohesion (as subscales of quality of married life) were significantly different and the quality of married life of the experimental group had increased. Therefore, this method can be used as a local-cultural model to increase the quality of married life.

Keywords: group couple therapy, Islamic teachings, quality of married life.

The Effectiveness of Growth-Oriented Group Counseling on Women's Marital Satisfaction and its Indirect Effect on Spouses' Marital Satisfaction

Zahra Boozhmehrani / MA in Family Counseling, University of Tehran

z.boozhmehrani@ut.ac.ir

✦ **Hadi Bahrami Ehsan** / Professor at the Department of Psychology, University of Tehran

hbahrami@ut.ac.ir

Yaser Madani / Assistant Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran
yaser.madani@ut.ac.ir

Fatemeh Fayyaz / Assistant Professor at the Department of Psychology and Educational Sciences, Women's Research Institute, Al-Zahra University
F.fayyaz@alzahra.ac.ir

Received: 2018/11/17 - **Accepted:** 2019/03/30

Abstract

Today, given the growth in official divorce statistics and unofficial statistics of emotional divorce and marital dissatisfaction, making a serious change in theoretical areas is an inevitable necessity. Now is the time to pursue the improvement of marital relations with a different perspective. The aim of this study was to determine the effectiveness of growth-oriented group counseling on improving women's marital satisfaction and its indirect effect on increasing the marital satisfaction of their spouses. The research method was quasi-experimental with a heterogeneous two-group design and pretest-posttest and control groups. A part of the sample consisted of 30 married female volunteers aged 30 to 40 years. The experimental group participated in 12 ninety-minute sessions of growth-based group counseling and completed the marital satisfaction questionnaire in two stages of pre-test-post-test. The other part of the sample included women who answered only the marital satisfaction questionnaire in these two stages. The results of the covariance analysis indicated that growth-oriented group counseling has a significant effect on marital satisfaction of women and their spouses. Also, the relationship between marital satisfaction of women and their spouses was significant through Pearson correlation test. As a result, it seems that it is possible to improve marital satisfaction and strengthen family ties by using a package of growth-oriented group counseling, which is based on contemplation on the Holy Quran chapters and the divine nature of all human beings.

Keywords: growth-oriented group counseling, women's marital satisfaction, spouses' marital satisfaction.

Developing and Validating a Preliminary Scale on Religious Self-Respect

✉ **Vahidreza Poortaghi** / PhD Student of Educational Psychology, University of Shirazu

vahidreza.pourtaghi@shirazu.ac.ir

Razieh Sheykh al-Islami / Associate Professor of Psychology, Shiraz University sheslami@shirazu.ac.ir

Farhad Khormaei / Professor at the Department of Psychology, Shiraz University khormae_78@yahoo.com

Received: 2018/10/19 - **Accepted:** 2019/03/03

Abstract

The purpose of this study is to develop and validate a scale for measuring religious self-respect. Religious self-respect is defined as one's evaluation of oneself as being religious. The items of religious self-respect scale were proposed according to the related literature. Face and content validity of the items were confirmed by 30 expert professors. Then, the scale was administered on 414 students of Shiraz University, and using exploratory factor analysis, six components of this scale were thus identified: the worthiness of religiosity, the spiritual experience of attraction, the worthiness of beliefs, the worthiness of deeds, the satisfaction of God and the general approval of believers. The validity of this scale was confirmed after examining the correlation of the obtained factors compared to the whole scale and the correlation with other related measures. Its reliability was also evaluated using Cronbach's alpha calculation (0.96 for the whole scale). The results show that the scale has good validity and reliability and can be used as a practical tool for assessing religious self-respect.

Keywords: self-respect, religious self-respect, religion, scale.

Development and Validation of the Preliminary Scale of Fairness Based on Islamic Sources

Abolfazl Bakhtiari / MA in Psychology, Imam Khomeini Educational and Research Institute

Abakhtiyari1364@chmail.ir

✉ **Rahim Mirdrikondi** / Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Khomeini Educational and Research Institute

mirderikvandi@qabas.net

Muhammad Reza Bonyani / PhD in Clinical Psychology, Imam Khomeini Educational and Research Institute

bonyani.1386@yahoo.com

Received: 2019/08/28 - **Accepted:** 2020/01/06

Abstract

This study was conducted with the aim of developing a preliminary scale of fairness, based on Islamic sources. Through content analysis and availability sampling method, 100 soldiers training in Naja's Shahid Biglari Public Training Center (Meshginshahr city, Ardabil province) were selected. To check the content validity, components with a CVI index of 0.99 and above and items with a CVI index of 0.87 and above were confirmed. The criterion validity obtained through calculating the correlation coefficient of this questionnaire was 0.711, which is significant at the level of 0.00. The theoretical components of this study, which were approved by experts, include: fear of God, not having any blind prejudice, regarding oneself as equal to others, control of lusts and passions, not advocating any people at the time of judgment, telling the truth under any circumstances (although to their detriment) and not abusing power and position. The reliability of the questionnaire has a Cronbach's alpha coefficient of 0.797.

Keywords: fairness, development, questionnaire, validity and reliability

Abstracts

Developing and Validating a Preliminary Scale on Attitudes toward Childbearing Based on Islamic Sources

Seyyed Ismail Alavi / MA in Psychology, Imam Khomeini Educational and Research Institute alavi@iki.ac.ir

✉ **Ali Abutorabi** / Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Khomeini Educational and Research Institute aliabootorabi@yahoo.com

Abbas Ayenehchi / Assistant Professor at Women and Family Research Center ab.ayenehchi@yahoo.com

Received: 2019/09/16 - **Accepted:** 2020/01/18

Abstract

The purpose of this study is to develop a preliminary scale on attitudes toward childbearing based on Islamic sources and to determine its psychometric properties (reliability and validity). The content analysis method was used to extract the components of attitudes toward childbearing, and survey method was used to examine the characteristics of the scale. In the content analysis method, religious teachings were collected, classified and analyzed. In the end, five components were extracted from Islamic sources. In the survey method, the validity and reliability of the scale were examined in a sample of 112 people selected by convenience sampling method from the statistical population of married men and women referring to family counseling centers in Tehran. The findings showed that the preliminary scale on attitudes toward childbearing has the necessary conditions in terms of face, content, and criterion validity. In investigating the content validity, the components with CVI index of 0.86 and above were approved. They included five components of negative beliefs, positive beliefs of growth and excellence, pleasure, and seeking security. Items with a CVI index of 0.86 and above were also approved. The result of Cronbach's alpha calculations showed a reliability of 0.969.

Keywords: attitude towards childbearing, scale, Islamic sources, reliability, validity.

Table of Contents

Developing and Validating a Preliminary Scale on Attitudes toward Childbearing Based on Islamic Sources / *Seyyed Ismail Alavi / Ali Abutorabi / Abbas Ayenehchi*..... 7

Development and Validation of the Preliminary Scale of Fairness Based on Islamic Sources / *Abolfazl Bakhtiari / Rahim Mirdrikondi / Muhammad Reza Bonyani*..... 25

Developing and Validating a Preliminary Scale on Religious Self-Respect / *Vahidreza Poortaghi / Razieh Sheykh al-Islami / Farhad Khormaei*..... 37

The Effectiveness of Growth-Oriented Group Counseling on Women's Marital Satisfaction and its Indirect Effect on Spouses' Marital Satisfaction / *Hadi Bahrami Ehsan / Zahra Boozhmehrani / Fatemeh Fayyaz*..... 53

Investigating the Effectiveness of Group Training in Couple Therapy on Improving the Quality of Married Life of Women in Rasht (Based on Islamic Teachings) / *Hussein Makhlouqzad Khamseh / Seyyed Valiullah Mousavi / Sajjad Rezaei / Amir Qorbanpour Lafmajani* 69

Assessing the Impact of Spiritual Symbols in the Places of Worship on Individuals' Spiritual Health through the Intermediating Role of Spiritual Intelligence; a Case Study of the Historical Mosques in Tabriz Bazaar / *Bahram Ahmadkhani Maleki*..... 89

The Mediating Role of Social Adjustment in the Relationship of Spiritual Health and Self-Compassion with Life Satisfaction in Dialysis Patients / *Salman Zare'i / Maryam al-sadat Zadpour* 105

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

Manager: *Mohammad Naser Saqaie Bi-Ria*

Editor in chief: *Mohammad Reza Ahmadi*

Executive manager: *Amir Hosein Nikpour*

Editorial Board:

- ▣ **Hujjat-ul Islam Dr. Mohammad Reza Ahmadi.** *Assistant Professor, IKI*
- ▣ **Hujjat-ul Islam Ali Reza Arafii.** *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