

سبب‌شناسی نفاق از منظر منابع اسلامی و مقایسه آن با دو مفهوم روان‌شناختی ریاکاری اخلاقی و ناهماهنگی شناختی

aliamram6969@gmail.com

m.r.Ahmadi313@Gmail.com

jahangirzademr@gmail.com

کلیه علی تیمورنژاد / کارشناسی ارشد روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی *

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

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

دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۰ - پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۵

چکیده

«نفاق»، پدیده‌ای روان‌شناختی است که بر اساس متون اسلامی با ملاک‌های سلامت روانی در تعارض است. این پژوهش، درصدد سبب‌شناسی، و شناسایی تشابه‌ها و تفاوت‌های نفاق با دو مفهوم ریاکاری اخلاقی و ناهماهنگی شناختی در روان‌شناسی می‌باشد. این پژوهش به لحاظ هدف، از نوع تحقیقات بنیادی و از حیث رویکرد، کیفی است که در گردآوری اطلاعات از روش تحلیل مفهومی - محتوایی، بهره می‌برد. نفاق، بر اساس متون اسلامی عبارت است از: «یک وضعیت روانی - رفتاری ناپه‌نجان که شامل هرگونه دوگانگی ظاهر و باطن یا قول و فعل در روابط میان‌فردی می‌باشد». در بخش سبب‌شناسی از منظر متون اسلامی، عوامل انگیزشی (مثل ترس و طمع)، آمادگی‌های روانی (مثل تعصب و احساس ذلت)، و عوامل رفتاری (مثل دروغ‌گویی و خلف وعده) به‌عنوان محوری‌ترین عوامل نفاق شناسایی شد. در بخش سبب‌شناسی مبتنی بر دو مفهوم ریاکاری اخلاقی و ناهماهنگی شناختی، جلب منفعت شخصی، به‌عنوان تنها عامل روان‌شناختی شناسایی شد. نتیجه اینکه در مفهوم‌شناسی نفاق بر اساس منابع اسلامی مفهوم محوری در تعریف نفاق یعنی «هرگونه دوگانگی ظاهر و باطن» در نظریات و مفاهیم روان‌شناختی مانند ریاکاری اخلاقی و ناهماهنگی شناختی، نیز منعکس شده است. در بخش سبب‌شناسی وجود مفاهیم مشترکی مانند «طمع» در متون اسلامی و جلب منفعت شخصی در متون روان‌شناختی می‌تواند موجب هم‌افزایی دو ساحت دین و روان‌شناسی شود. **کلیدواژه‌ها:** نفاق، ریاکاری اخلاقی، ناهماهنگی شناختی، ناهمخوانی شناختی، سبب‌شناسی نفاق.

«نفاق»، پدیده‌ای روان‌شناختی است که بر اساس متون اسلامی با ملاک‌های سلامت روانی در تعارض است. متون اسلامی، به‌ویژه قرآن کریم به پیامدهای روان‌شناختی نفاق اشاره کرده است. مثلاً، در قرآن کریم به صفاتی همچون «بیماری دل» (احزاب: ۱۲ و ۶۰؛ مائده: ۵۲؛ محمد: ۲۹)، «ترس» (منافقون: ۴؛ بقره: ۱۹؛ احزاب: ۱۹؛ کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۳۹۳)، «سخت‌دلی و قساوت قلب» (مفید، ۱۴۱۳ق، ص ۲۲۸)، «خشم و پرخاشگری» (ابن‌شعبه‌حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۴۹۶)، «دیرخسودی» (همان، ص ۲۱۲) و «زودرنجی» (همان)، اشاره شده است. این مشکلات روان‌شناختی منجر به مشکلات اجتماعی نیز می‌شود. از این‌رو، می‌توان نفاق را یک معضل فردی - اجتماعی دانست که آسیب‌های فراوانی به بار می‌آورد. دین مبین اسلام، اهتمام و توجه ویژه‌ای به این مسئله داشته است. این اهتمام قرآن کریم که حکایت از ابتلای جامعه صدر اسلام به این مسئله دارد، موجب شده است که این مسئله از همان سده‌های نخستین برای پژوهشگران مهم جلوه کند. از این میان، می‌توان به کتاب *صفة النفاق و ذم المنافقین*، جعفر بن محمد الفریابی (م ۲۰۷ - ۳۰۱ق) و *نعت المنافقین من السنن الماثورة عن رسول الله ﷺ*، ابونعیم اصبهانی (م ۳۳۴ - ۴۳۰ق) اشاره کرد (ر.ک: فریابی، ۱۴۰۸ق؛ اصبهانی، ۱۴۲۲ق).

نظر به استمرار اهمیت مسئله نفاق، همچنان پژوهشگران در سده‌های بعد نیز به آن پرداخته‌اند که برخی از آنها در قالب کتب تفسیری (ر.ک: طبرسی، ۱۴۱۵ق، طوسی، ۱۳۸۱ق؛ طبری، ۱۴۰۸ق) و در ذیل مباحث مربوط و برخی در قالب کتب روایی و آثاری نیز به طور خاص با موضوع نفاق منتشر شده است. به‌عنوان نمونه، *حسینی یکتا* (۱۳۸۱) پدیده نفاق را با نگرشی موضوعی مورد تحلیل قرار داده است. ویژگی‌های فردی و اجتماعی منافقان، مراتب، عقوبت و درمان نفاق و بررسی اثرات و شیوه‌های شناسایی و برخورد با این گروه و ترسیم سیمای نفاق در عصر جدید و نگاهی تاریخی به این جریان، از مباحثی است که وی مورد بررسی قرار داده است. *طباطبایی* (۱۳۸۳)، نشانه‌های نفاق و *اقبال* (۱۳۸۵) ویژگی‌های رفتاری منافقان در جامعه اعم از روانی، سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و راه‌های مقابله با آنها با استناد به آیات و روایات را با رویکردی دینی مورد بررسی قرار داده‌اند. *زندى دره‌غریبی* (۱۳۸۵)، ضمن بررسی آموزه‌های ادیان بخصوص اسلام و مسیحیت، در مذمت ریا و نفاق، از زمینه‌های شکل‌گیری این رذیلت‌های اخلاقی سخن به میان آورده است. او سپس دیدگاه روان‌شناسان در بررسی رابطه نفاق و ریا با عدم تعادل روانی را مورد بحث قرار داده است. *آشپان و سلامی* (۱۳۹۲)، مسئله نفاق را با توجه به آثار شهید مطهری مورد بررسی قرار داده‌اند. همچنین پژوهنده و *دروگر* (۱۳۹۲)، ریشه‌های نفاق را به‌عنوان یک مفهوم اخلاقی با رویکردی روان‌شناختی بررسی کرده است. *سبحانی* (۱۳۸۳)، با رویکردی تفسیری مسئله نفاق را بررسی کرده است. همچنین *اعرافی* (۱۳۹۳) با روش تحلیلی، از دیدگاه قرآن، روایات، روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و تاریخ به موضوع نفاق پرداخته است.

بنابراین، عمده آثار در این موضوع با رویکردی صرفاً دینی به این موضوع پرداخته‌اند و آثاری که رویکردی روان‌شناختی دارند، از انسجام لازم برخوردار نیستند. از این‌رو، در این پژوهش علاوه بر ابعاد دینی به ابعاد

روان‌شناختی این مفهوم نیز پرداخته شده و مفاهیم نزدیک به نفاق در متون روان‌شناسی مورد شناسایی قرار گرفته است. همچنین، با در نظر گرفتن مفهوم‌شناسی و سبب‌شناسی و با رویکردی مقایسه‌ای بین مفهوم نفاق و دو مفهوم ریاکاری اخلاقی و ناهماهنگی شناختی مقایسه صورت گرفته است.

روش پژوهش

این پژوهش به لحاظ هدف، از نوع تحقیقات بنیادی و از حیث رویکرد، کیفی است که در گردآوری اطلاعات از روش تحلیل مفهومی - محتوایی، بهره می‌برد. در روش تحلیل مفهومی - محتوایی که در پی توصیف عینی، واقعی، و منظم خصوصیات یک مفهوم یا یک موضوع است با استفاده از قرآن کریم و کتب روایی شیعی، آموزه‌های اسلامی در مورد موضوع نفاق و ویژگی‌های آن جمع‌آوری شده و سپس دسته‌بندی، تلفیق و تجزیه و تحلیل شده و روابط فرضی آنها در قالب یک مدل مفهومی ارائه گردیده است. در واقع، روش تحلیل مفهومی - محتوایی وجه مشترک روش‌های مختلفی است که عموماً به‌عنوان روش‌شناسی علوم انسانی اسلامی معرفی شده است که از جمله می‌توان روش اجتهاد دینی (ر.ک: علیپور و حسنی، ۱۳۹۴)، روش فقه‌الحدیث (ر.ک: مسعودی، ۱۳۹۵)، و روش تدبر قرآنی (ر.ک: اخوت، ۱۳۹۲) را نام برد. در حیطه متون روان‌شناختی نیز با استفاده از این روش، به تحلیل روان‌شناختی نفاق پرداخته شده است. منابع استفاده شده در روش تحلیل مفهومی - محتوایی، قرآن کریم و منابع روایی با معیار درجه‌بندی کتب روایی (طباطبایی، ۱۳۹۰، ص ۲۶۵-۲۸۶) و متون روان‌شناختی می‌باشد.

نفاق در متون اسلامی

مفهوم‌شناسی

واژه «نفاق» مصدر باب مفاعله از ریشه «نَفَق» است. در واژه‌شناسی، این مصدر و مفاهیم به کار رفته در واژه «نفاق» و مشتقات آن، به معانی گوناگونی برمی‌خوریم؛ از جمله: رونق یافتن بازار و زیاد شدن مشتری (فراهیدی، ۱۴۰۹ق، ج ۵، ص ۱۷۸؛ ازهری، ۱۴۲۱ق، ج ۹، ص ۱۵۷؛ ابن‌منظور، ۱۴۱۴ق، ج ۱۰، ص ۳۵۷)، پوشیده و پنهان داشتن (راغب‌اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ص ۸۱۹)، تمام شدن، مصرف شدن، مستهلک شدن، ته کشیدن پول، آذوقه، توشه، خواروبار (ابن‌فارس، ۱۴۰۴ق، ج ۵، ص ۴۵۵؛ مصطفوی، بی‌تا، ج ۱۲، ص ۲۰۶؛ ابن‌منظور، ۱۴۱۴ق، ج ۱۰، ص ۳۵۷)، و نیز مردن و نابودن شدن (فراهیدی، ۱۴۰۹ق، ج ۵، ص ۱۷۸؛ زبیدی، ۱۴۱۴ق، ص ۴۶۳). این واژه در معنای اسمی خود به مفهوم سوراخ و تونل زیرزمینی آمده است (فراهیدی، ۱۴۰۹ق، ج ۵، ص ۱۷۸؛ راغب‌اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ص ۸۱۹)؛ «نَفَق» در آیه ۳۵ سوره انعام، نیز در معنای تونل زیرزمینی به کار رفته است.

از ریشه اخیر، واژه‌ای به نام «نافقاء» وجود دارد که به‌معنای یکی از دو راه خروجی لانه خرنده‌ای به نام «یربوع» یا همان موش صحرائی است که برای لانه خود، دو راه خروجی تدارک می‌بیند. یکی به نام «قاصعاء» که راه خروجی شناخته شده و آشکار لانه اوست و دیگری به نام «نافقاء» که راهی است مخفیانه و برای فرار

اضطراری، تا اگر دشمن از ناحیه قاصعاه به او حمله کند، بتواند با سر خود، راه نفاق را که سرپوشیده است، بگشاید و از جایی که دشمن متوجه نیست پا به فرار بگذارد (ابن‌منظور، ۱۴۱۴ق، ج ۱۰، ص ۳۵۷؛ طریحی، ۱۳۷۵، ج ۵، ص ۲۴۱). از این رو، اهل لغت با توجه به این معنای لغوی، «نفاق» را «از راهی و علتی دین را پذیرفتن و داخل شدن و دوباره بیرون رفتن از آن شریعت»، معنا کرده‌اند (راغب‌اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ص ۸۱۹؛ فراهیدی، ۱۴۰۹ق، ج ۵، ص ۱۷۸؛ ازهری، ۱۴۲۱ق، ج ۹، ص ۱۵۷؛ ابن‌فارس، ۱۴۰۴ق، ج ۵، ص ۴۵۵؛ طریحی، ۱۳۷۵، ج ۵، ص ۲۴۱؛ ابن‌منظور، ۱۴۱۴ق، ج ۱۰، ص ۳۵۷؛ زبیدی، ۱۴۱۴ق، ص ۴۶۳). گفته‌اند منافق از راهی وارد اسلام می‌شود، و از سوراخ دیگر غیر از آن، از اسلام خارج می‌شود، همچون موش که از یک سوراخ وارد لانه‌اش می‌شود و از سوراخ دیگر خارج می‌گردد (ابن‌منظور، ۱۴۱۴ق، ج ۱۰، ص ۳۵۷). همچنین منافق، خلاف آنچه را که پنهان می‌کند، ظاهر می‌سازد (رشاد، ۱۳۸۰، ج ۴، ص ۳۹۶).

برخی (میرزایی، ۱۳۹۰) معتقدند: غیر از یک بیت شعر جاهلی که عوده خلیل/بوعوده از اشعار منسوب به «طرفه» نقل کرده است که در آن «نفاق» از باب «مفاعله» به کار رفته و معنای «تلون» و «مخادعه» را می‌فهماند، مورد دیگری که نفاق در مورد انسان به کار برده شده است، یافت نشد و این عدم استعمال نفاق در مورد انسان حکایت از قول/ابن‌منظور دارد (ابن‌منظور، ۱۴۱۴ق، ج ۱۰، ص ۳۵۷) که عرب، ماده و هیئت‌های گوناگون «نفاق» را برای انسان به کار نمی‌برد و تنها پس از کاربرد قرآنی آن، معنای این واژه در زبان عرب توسعه یافت. در نتیجه می‌توان گفت: پیش از اسلام، استعمال این ریشه در مورد انسان مرسوم نبوده است. قرآن با استخدام این لفظ برای کسی که کفر خود را پوشیده می‌دارد و اظهار ایمان می‌کند، به یکی از وجوه پنهان روح و بیماری‌های نهان انسان اشاره کرد. به گفته بسیاری از لغویان و مؤلفان غریب‌الحدیث، این استخدام با معنای لغوی نفاق تناسب دارد و بر اساس این تشبیه ساخته شده است که منافق نیز داخل «نفاق» یا «نفاقه» می‌شود تا خود را پنهان بدارد و اگر بتواند بگریزد. پیامبر اکرم ﷺ و مسلمانان صدر اسلام با فهم همین معنا، این واژه و مفهوم قرآنی را بر کسی تطبیق می‌کردند که به ظاهر، ادعای مسلمانی، و در باطن با کافران سر و سری داشت، و در درون و نهان شکاک و مردد و گاه کافر مطلق بود و در برون مسلمان می‌نمود. با رواج این استعمال و کاربرد آن در سایر مصداق‌ها، همچون انسان خیانتکار، ریاکار و کسی که ظاهر و باطنش یکی نیست، توسعه معنایی نفاق افزون‌تر گشت.

از بررسی که در آراء لغت‌شناسان به عمل آمد، معلوم شد که بیشتر لغویون واژه «نفاق» را مشتق از «نفاقه» می‌دانند؛ زیرا «نفاقه» دلالت بر اظهار چیزی و اختفای چیز دیگر دارد. «هرگونه دوگانگی ظاهر و باطن» به معنای مخفی کردن باطن از جانب منافق و اظهار خلاف آن شبیه معنایی است که از نفاقه استفاده می‌شود. این معنی را می‌توان محوری‌ترین مفهوم در طیف معنایی نفاق دانست که همه انواع و مراتب نفاق شامل آن هستند.

اما در رابطه با معنای نفاق در آیات و روایات متنی که به صراحت دلالت بر تعریف نفاق داشته باشد، یافت نشد. برای برون‌رفت از فقدان تعریف در آیات و روایات به برداشت لغویون به عنوان ارتکاز عمومی صدر اسلام رجوع می‌کنیم. این برداشت در زمینه اجتماعی - زبان‌شناختی را می‌توان به عنوان تعریف نفاق پذیرفت. پذیرش عمومی

مردم، تقریباً در تمام روایات و عدم پرسشگری از مفهوم نفاق حکایت از یک فهم مشترک بین معصومان علیهم‌السلام و مردم دارد که لغت نیز حکایت از آن دارد، و این تفاهم، حکایت از امضای آنان نسبت به این تعریف است.

براین اساس، تعریف نفاق عبارت است از: «یک وضعیت روانی - رفتاری ناپهنجار که شامل هرگونه دوگانگی ظاهر و باطن یا قول و فعل در روابط میان فردی می‌باشد». این تعریف می‌تواند توسط برخی آیات و روایات که مستقیم به تعریف اشاره ندارند و در مورد جنبه‌های دیگر نفاق هستند، مورد تأیید قرار گیرد (مناقفون: ۱؛ بقره: ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۷۶؛ آل عمران: ۱۶۷؛ صدوق، ۱۳۶۲، ج ۱، ص ۱۲۱؛ مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۷۲، ص ۲۰۷). همچنین، دانشمندان اخلاقی مانند غزالی و نراقیین نیز کلیت این مفهوم را در تعریف خود از نفاق، مورد اشاره قرار داده‌اند.

غزالی، در تعریف نفاق می‌نویسد: «نفاق مخالفت ظاهر با باطن است که می‌تواند به صورت گفتاری یا عملی باشد و هر کس طالب جایگاهی در میان مردم باشد، پس چاره‌ای از دورویی با آنها، و تظاهر به صفات پسندیده‌ای که از آنها عاری است، ندارد و این عین نفاق است» (غزالی، بی‌تا، ج ۱۰، ص ۹۹). ملامهدی نراقی، تعریف نفاق را چنین عنوان می‌کند: «نفاق، مخالفت باطن و ظاهر است، فرقی هم نمی‌کند در رابطه با ایمان باشد یا طاعات و یا معاشرت با مردم. همچنین فرقی نمی‌کند قصد فرد طلب جاه و مقام و مال باشد یا نباشد» (نراقی، ۱۹۶ق، ص ۴۲۳). این تعریف، به‌طور کامل با تعریف ملاحمد نراقی هماهنگ است (نراقی، ۱۳۷۸، ص ۳۵۳ و ۶۳۶-۶۳۴).

سبب‌شناسی نفاق

در بررسی پدیده‌های روان‌شناختی، یکی از موضوعات و مسائل مهم بررسی اسباب، ریشه‌ها، و عوامل شکل‌گیری آن است. نکته‌ای که باید به آن توجه کرد، این است که در چنین پدیده‌هایی معمولاً ما با تک عوامل مواجه نیستیم، بلکه عوامل متعددی می‌تواند در شکل‌گیری چنین پدیده‌ای نقش داشته باشد.

نکته دیگر در علت‌شناسی صفات روان‌شناختی، این است که آیات قرآن دارای ایجاز و ساختار روایات در این موضوع متنوع است، به گونه‌ای که گاهی انسجام‌بخشی به این متون با دشواری مواجه است. از این رو، ما در بسیاری از موارد برای تفسیر متون، چاره‌ای جز فرضیه‌سازی و تحلیل نداریم. نکته دیگری که باید به آن توجه کرد، اینکه ادبیات پژوهش در این نوشته، از یک رویکرد روان‌شناختی بهره می‌برد. یکی از مهم‌ترین واژه‌هایی که در روان‌شناسی برای سبب‌شناسی پدیده‌های روانی استفاده می‌شود، مفهوم «انگیزش» است. مفهوم دیگری که می‌توان مطرح کرد، بحث آمادگی‌های روانی برای شکل‌گیری یک صفت است. به‌عنوان نمونه، عواملی مثل تعصب، ذلت، و دنیا دوستی، می‌توانند به‌عنوان یک آمادگی برای شکل‌گیری یک پدیده روانی محسوب شوند. مفهوم سوم، عوامل رفتاری مانند خلف وعده، و دروغ‌گویی هستند که به دلیل قرابت آنها با نفاق، به‌طور طبیعی منجر به نفاق می‌شوند.

با این سه مقدمه، به سراغ متونی اسلامی می‌رویم که سبب‌شناسی نفاق را مطرح کرده‌اند. استقراء ما در متون مرتبط با سبب‌شناسی نفاق به هر سه نوع سبب‌شناسی روان‌شناختی یعنی انگیزه‌ها، آمادگی‌های روانی و عوامل رفتاری اشاره دارد.

سبب‌شناسی از منظر انگیزش

بررسی سبب‌شناسی از منظر انگیزش، از دیرباز بین دانشمندان اسلامی مطرح بوده است. در رابطه با پیشینه این بحث، بررسی‌ها نشان می‌دهد که اولین بار این بحث در پاسخ به این پرسش که آیا آغاز شکل‌گیری نفاق، پیش از هجرت بوده است یا پس از آن، با موضوع انگیزه یا عوامل پیدایش این پدیده مرتبط و مطرح شد. چگونگی بررسی این موضوع و نوع نگرش به آن، موجب شکل‌گیری دیدگاه‌های متفاوتی درباره اسباب شکل‌گیری نفاق شده است، به گونه‌ای که در پاسخ به این پرسش، گروهی سبب نفاق را منحصر در انگیزه واحد و گروهی، آن را معلول انگیزه‌های متعدد دانسته‌اند. با استقراء در متون اسلامی می‌توان به این نظر رسید که دیدگاه دوم، شواهد بیشتری برای تأیید دارد. از این رو، در ادامه به اسباب و انگیزه‌های مختلفی که زمینه‌های پیدایش نفاق را به وجود آورده‌اند، اشاره خواهد شد.

انگیزه ترس

به نظر می‌رسد که ترس یکی از انگیزه‌های مهم و آشکار نفاق باشد. برای نمونه، می‌توان به ترس از جان، ترس از دست دادن مال و منافع مادی، و ترس از رسوایی به‌عنوان انگیزه‌های نفاق اشاره کرد.

الف. ترس از دست دادن مال

یکی از موارد ترس منافقان که در کتب تفسیر به آن اشاره شده است، آیه ۵۰ سوره نور است. در این آیه آمده است: «آیا در دل‌هایشان بیماری است یا شک دارند یا از آن می‌ترسند که خدا و فرستاده‌اش بر آنان ستم ورزند؟ [نه]، بلکه خودشان ستمکارند».

ظاهر آیه شریفه به روشنی سه عامل بیماری قلب، شک، و ترس را عامل نفاق می‌داند. مفسران نیز در شأن نزول این آیه به داستانی اشاره کرده‌اند که در برخی روایات به نقل از امام صادق ع چنین آمده است: «نزاعی مالی میان حضرت علی ع و عثمان پیش آمد. پیشنهاد امام علی ع، طرح و حل دعوا نزد پیامبر ص بود، اما عبدالرحمن بن عوف، عثمان را از این کار نهی کرد، به این دلیل که حضرت علی ع پسر عموی پیامبر اکرم ص است و به یقین داوری به سود او تمام خواهد شد!» (حویزی، ۱۴۱۵ق، ج ۳، ص ۶۱۵؛ فیض کاشانی، ۱۴۱۴ق، ج ۳، ص ۴۴۲؛ طوسی، ۱۴۰۹ق، ج ۷، ص ۴۵۰؛ طبرسی، ۱۴۱۵ق، ج ۷، ص ۳۳۶؛ قمی، ۱۳۶۷، ج ۲، ص ۱۰۷).

بر اساس این شأن نزول، از آیه این‌گونه برداشت می‌شود که منافقان نگران از دست دادن اموالشان بودند. از این رو، همان‌طور که برای حفظ مال خود، داوری غیر پیامبر ص را ترجیح می‌دهند، با همین ملاک ممکن است اسلام را تنها در مرحله زبان و ظاهر اختیار کرده باشند.

ب. ترس از رسوایی

یکی دیگر از موارد ترس منافقان که در متون به آن اشاره شده است، ترس از رسوایی است. خداوند سبحان در قرآن کریم خطاب به پیامبر گرامی اسلام ص به یک واقعیت اشاره می‌کند: «و چون آنان را ببینی، هیکل‌هایشان تو

را به تعجب وامی‌دارد و چون سخن گویند، به گفتارشان گوش فرادهی، گویی آنان شمعی‌هایی پشت بر دیوارند [که پوک شده و درخور اعتماد نیستند]. هر فریادی را به زبان خویش می‌پندارند؛ خودشان دشمنند؛ از آنان پرهیز. خدا بکشدشان تا کجا [از حقیقت] انحراف یافته‌اند» (منافقون: ۴). این آیه، ترس منافقان را از رسوا شدنشان در جامعه اسلامی بیان می‌کند، به گونه‌ای که هر فریادی را بر ضد خود می‌پندارند و به اصطلاح، از سایه خود نیز هراسانند! از این رو، چنین روحیه‌ای می‌تواند عامل مهمی برای اظهار دروغین اسلام آنها باشد تا خود را از هرگونه رسوایی در امان دارند. آیه ۶۴ سوره توبه نیز به این عامل اشاره کرده است.

ج. ترس از مرگ

ترس از مرگ، به‌عنوان انگیزه دیگری برای رفتارهای منافقانه بیان شده است. خداوند سبحان در قرآن کریم می‌فرماید: «مؤمنان می‌گویند چرا سوره‌ای نازل نمی‌شود، ولی هنگامی که سوره‌ای محکم و بی‌شبهه نازل می‌شود و در آن از جهاد سخن به میان آمده است، آنان را که در دل‌هایشان بیماری است، می‌بینی مانند کسی که در بیهوشی مرگ افتاده به تو می‌نگرند و سزاوارشان هم همین حالت است» (محمد: ۲۰). طبق این آیه، منافقان از سویی اظهار مجاهد بودن و علاقه به شرکت در جهاد می‌کنند. از سوی دیگر، زمانی که آیات صریح برای شرکت در جهاد نازل می‌شود، تمارض می‌کنند و از شرکت در جهاد سرباز می‌زنند. علت این دوگانگی در آیه شریفه، ترس از مرگ معرفی شده است.

در آیه دیگری که به این انگیزه اشاره شده است، چنین می‌خوانیم: «یا چون کسانی که در معرض رگباری از آسمان که در آن تاریکی‌ها و رعد و برقی است، [قرار گرفته‌اند،] از [نهییب] آذرخش [و] بیم مرگ سرانگشتان خود را در گوش‌هایشان نهند، ولی خدا بر کافران احاطه دارد» (بقره: ۱۹). خداوند در این آیه، با مثالی بدیع، ترس منافقان از مرگ را به تصویر می‌کشد و نشان می‌دهد که محیط زندگی آنان، سراسر ترس، اضطراب، وحشت و نگرانی است. جمع‌بندی آیات مرتبط با انگیزه ترس، نشان می‌دهد «ترس از دست دادن» که گاهی در قالب ترس از دست دادن جان، گاهی در قالب ترس از دست دادن مال و گاهی در قالب ترس از دست دادن آبرو، جلوه‌نمایی می‌کند، یکی از مهم‌ترین انگیزه‌ها برای بروز نفاق و دورویی می‌باشد. با توجه به توسعه معنایی مفهوم نفاق به نظر می‌رسد این انگیزه در تمام انواع نفاق می‌تواند مطرح باشد.

انگیزه طمع

طمع، یکی دیگر از انگیزه‌های مهم و آشکار نفاق می‌باشد. این عامل، در قرآن کریم به دو شکل مطرح شده است:

الف. طمع به منافع بلندمدت

مقصود از این شکل، دوراندیشی فرصت‌طلبان نسبت به آینده سیاسی نهضت پیامبر و گسترش چشمگیر آیین آن حضرت در میان اقوام و ملل مختلف است. آنان با مشاهده نشانه‌های پیروزی و قدرتمندی مسلمانان در مکه و اندکی پیش از هجرت، زمینه را مناسب دیدند تا با پذیرش ظاهری اسلام، بعدها بتوانند در مواضع حساس قدرت نفوذ کنند و با رسیدن به

منافع مادی، مقاصد کفرآمیزشان را در نقاب دین، عملی سازند. چنین نفاقی برخاسته از انگیزه طمع‌ورزی است. وجود چنین انگیزه‌های را از قرآن کریم می‌توان استنباط کرد: «و از میان مردم کسانی‌اند که می‌گویند: به خدا ایمان آورده‌ایم و چون در [راه] آزار کشند، آزمایش مردم را مانند عذاب خدا قرار می‌دهند و اگر از جانب پروردگارت یاری رسد، حتماً خواهند گفت: ما با شما بودیم. آیا خدا به آنچه در دل‌های جهانیان است داناتر نیست!» (عنکبوت: ۱۰ و ۱۱).

ب. طمع به منافع کوتاه‌مدت

مقصود از این نوع طمع، مواردی از طمع می‌باشد که در شرایطی خاص مانند شرایط جنگی و منافع نقدی حاصل از آن، پیش می‌آید؛ زیرا سرازیری غنائم به سوی مسلمانان و بهره‌مندی از متاع چنین سفره آماده‌ای، انگیزه نیرومندی بود تا شماری را وادار کند به دروغ، اسلام خود را آشکار کنند تا از این طریق، خود را با دیگر مسلمانان سهیم و شریک سازند. خداوند از این انگیزه منافقان، این‌گونه پرده برداشته است: «چون [به قصد] گرفتن غنائم روانه شدید، به‌زودی برجای ماندگان خواهند گفت: بگذارید ما [هم] به دنبال شما بیاییم؛ [این‌گونه] می‌خواهند دستور خدا را دگرگون کنند. بگو: هرگز از پی ما نخواهید آمد؛ آری خدا از پیش درباره شما چنین فرموده. پس به‌زودی خواهند گفت: [نه] بلکه بر ما رشک می‌بردید؛ [نه چنین است]، بلکه جز اندکی در نمی‌یابند» (فتح: ۱۵).

به اعتقاد بسیاری از مفسران، این آیه و آیات قبل و بعد، ناظر به فتح خیبر و در رابطه با منافقان است که پس از صلح حدیبیه در سال هفتم هجری رخ داد (ابن جوزی، ۱۴۰۷ق، ج ۴، ص ۱۳۱؛ طبری، ۱۴۰۸ق، ج ۲۶، ص ۵۱؛ طوسی، ۱۳۸۱ق، ج ۹، ص ۳۲۲؛ طبرسی، ۱۴۱۵ق، ج ۹، ص ۱۷۴).

سبب‌شناسی از منظر آمادگی‌های روانی

بررسی سبب‌شناسی از منظر آمادگی‌های روانی، از آنجا مطرح شد که برخی از متون دینی به عللی اشاره کرده‌اند که مانند ترس و طمع نیست که تأثیر آنها در شکل‌گیری نفاق آشکار بود. تعصب، سرگردانی و بی‌تفاوتی، ذلت و دنیادوستی، صفاتی هستند که در متون اسلامی به‌عنوان عوامل تأثیرگذار در نفاق یاد شده‌اند. با دقت در این صفات متوجه می‌شویم که آنها نمی‌توانند علت تامه برای نفاق باشند. به عبارت دیگر، این‌گونه نیست که وجود یکی از این صفات لزوماً منجر به نفاق شود، بلکه می‌تواند منجر به صفت دیگری مانند کفر شود. از این‌رو، می‌توان این‌گونه علل ناقصه را از منظر آمادگی‌های روانی مورد بحث قرار داد. توضیح این‌که اگر کسی واجد یکی از این صفات باشد، آمادگی مبتلا شدن به نفاق را دارد. در صورت به وجود آمدن شرایط دیگر مانند ترس و طمع در شرایط خاص اجتماعی، امکان تحقق نفاق به وجود می‌آید. در ادامه، این آمادگی‌های روانی که در متون اسلامی به آنها اشاره شده است، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

تعصب

«تعصب»، به‌عنوان یک ویژگی روان‌شناختی موجب می‌شود گروهی خود را در برخی ویژگی‌ها به ناحق برتر ببینند

و نسبت به کسانی که خود را از آنها برتر دیده‌اند، احساس خوبی نداشته باشند و در برخی موارد، نسبت به آنها از رفتارهای تبعیض‌آمیز استفاده کنند (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۷، ص ۳۰۸).

«تعصب»، به‌عنوان یک آمادگی نگرشی این توان را دارد که افراد را به سوی پافشاری بی‌دلیل بر یک عقیده سوق دهد. این ویژگی با هر دو عقیده کفر و نفاق می‌سازد. از این رو، به‌عنوان انگیزه نفاق به حساب نیامده است؛ چرا که تعصب می‌تواند انگیزه کفر نیز باشد. این آمادگی نگرشی، زمانی که با یک انگیزه مانند ترس یا طمع همراه شود، می‌تواند منجر به نفاق شود. اما در صورتی که هیچ‌یک از این انگیزه‌ها (ترس و طمع) مطرح نباشد، تعصب منجر به کفر خواهد شد.

یکی از آیات سوره منافقون به ویژگی تعصب منافقان اشاره کرده است: «آنها می‌گویند: اگر به مدینه بازگردیم، عزیزان، ذلیلان را بیرون می‌کنند! درحالی که عزت مخصوص خدا و رسول او و مؤمنان است؛ ولی منافقان نمی‌دانند» (منافقون: ۸).

طبق این آیه، منافقان به دلیل تعصب و خودبرتربینی، خود را عزیز و مسلمانان را ذلیل می‌دانستند. خداوند متعال با توجه به این ویژگی منافقان، جهل آنها را به رخ کشیده و عزت را مخصوص خدا، رسول و مؤمنان بیان می‌کند.

سرگردانی، شک و بی‌تفاوتی

قرآن کریم گروهی از منافقان را به لحاظ شناختی شکاک، و افرادی سرگردان، بی‌تفاوت و حیران معرفی می‌کند (نور: ۵۰). احتمالاً این گروه از منافقان با گروه متعصبین آنها تفاوت دارند؛ چرا که این دو صفت با هم در تعارض هستند. توضیح اینکه ویژگی تعصب مستلزم نوعی باور و اعتقاد است ولی سرگردانی و بی‌تفاوتی اساساً با باور و اعتقاد در تعارض است. سرگردانی نیز مانند تعصب می‌تواند یک آمادگی روانی برای نفاق باشد. این ویژگی، همچون تعصب می‌تواند منجر به کفر و نفاق شود. از این رو، عامل سرگردانی و بی‌تفاوتی همچون تعصب به‌عنوان یک انگیزه برای نفاق مطرح نبوده و صرفاً زمانی منجر به نفاق می‌شود که با انگیزه‌های اصلی نفاق یعنی ترس و طمع همراه شود.

ناتوانی در تصمیم‌گیری، نداشتن سمت و سویی خاص برای انتخاب موضع و بی‌هدفی در مسیر زندگی، موجب سرگردانی و بی‌تفاوتی نسبت به حوادث سرنوشت‌ساز می‌شود؛ روحیه‌ای که سازگاری با همه عقاید - اعم از حق و باطل - را در پی دارد و زمانی که با انگیزه‌های نفاق همراه شود، نتیجه‌اش جز نفاق چیز دیگری نخواهد بود. این عامل، در سوره نساء این‌گونه بیان شده است:

منافقان، با خدا نیرنگ می‌کنند و حال آنکه او با آنان نیرنگ خواهد کرد و چون به نماز ایستند، با کسالت برخیزند، با مردم ریا می‌کنند و خدا را جز اندکی یاد نمی‌کنند. میان آن [جو گروه] دو دلند؛ نه با اینانند و نه با آنان و هر که را خدا گمراه کند، هرگز راهی برای [نجات] او نخواهی یافت (نساء: ۱۴۲ و ۱۴۳).

ذلت

«ذلت» نیز در متون ما به‌عنوان یکی از عوامل نفاق مورد اشاره قرار گرفته و منافقان با این ویژگی توصیف شده‌اند. ذلت، حالتی است که فرد احساس می‌کند تحت فشار و غلبه قرار دارد. از این جهت، احساس مغلوب و مقهور شدن

دارد (ر.ک: راغب‌اصفهانی، ۱۴۱۲ق، ص ۳۳۰). با قرائتی که در متون وجود دارد، این توصیف منافقان را می‌توان به‌عنوان یک آمادگی روانی برای نفاق یاد کرد.

در قرآن، برخی آیات مانند این آیه ۸ سوره منافقون، اشاره به وجود این صفت در منافقان دارد. «آنها می‌گویند: «اگر به مدینه بازگردیم، عزیزان ذلیلان را بیرون می‌کنند!» درحالی‌که عزت مخصوص خدا و رسول او و مؤمنان است؛ ولی منافقان نمی‌دانند».

طبق این آیه شریفه، منافقان خود را عزیز و مسلمانان را ذلیل می‌دانستند. خداوند متعال با این بیان که عزت مخصوص خدا، رسول و مؤمنان است، با کنایه‌ای بلیغ ذلت آنها را به رخشان می‌کشد.

علاوه بر آیه شریفه در روایات نیز مفهوم ذلت به‌عنوان زمینه‌ای برای نفاق یاد شده است. برای نمونه می‌توان به روایت تمیمی/آمدی (۱۳۶۰) در *عرواح‌الحکم* اشاره کرد. در این روایت منسوب به امام علی علیه السلام چنین آمده است: «نفاق انسان، از ذلتی است که در خود حس می‌کند» در این روایت، نفاق معلول ذلتی دانسته شده است که فرد در خود احساس می‌کند.

دنیادوستی

در برخی آیات و روایات، سبب نفاق با دنیادوستی و وابستگی به دنیا تبیین شده است. وابستگی به دنیا نیز می‌تواند نوعی آمادگی روانی و زمینه‌ساز برای نفاق باشد. این عامل، به تنهایی لزوماً موجب نفاق نیست، بلکه زمانی که با انگیزه‌های اصلی یعنی ترس و طمع همراه شود، منجر به نفاق خواهد شد.

برخی آیات قرآن این ویژگی منافقان را در قالب برخی صفات مذموم بیان کرده است. به‌عنوان نمونه، در آیه‌ای از سوره احزاب با اشاره به بخل منافقان، دنیادوستی آنان مورد نظر قرار گرفته است.

بر شما بخیلانند و چون خطر فرا رسد آنان را می‌بینی که مانند کسی که مرگ او را فرو گرفته چشمانشان در حدقه می‌چرخد [و] به سوی تو می‌نگرند و چون ترس برطرف شود شما را با زبان‌هایی تند نیش می‌زنند. بر مال حریصند آنان ایمان نیاورده‌اند و خدا اعمالشان را تباه گردانیده و این [کار] همواره بر خدا آسان است (احزاب: ۱۹).

اما اینکه دنیاگرایی چگونه موجب نفاق می‌شود، در رجوع به منابع اسلامی متوجه می‌شویم که پیامد دنیاگرایی بیماری‌های روحی مانند حجاب دل، کوری دل، فساد عقل، فساد جان، آزمندی، طمع، بردگی، ذلت، بی‌تابی، شقاوت، هلاکت، برتری‌جویی، ستیزه‌خستگی، اندوه، افسوس، لذت نبردن از عبادت، بر باد رفتن اعمال، بازماندن از آخرت، نرفتن به جهاد، فقر در دنیا و آخرت، و... می‌باشد (ر.ک: محمدی‌ری شهری، ۱۳۸۴، ج ۱، ص ۴۶۷-۳۹۸). بسیاری از این آسیب‌ها که در ده‌ها آیه و روایت به آنها اشاره شده است، با آیات و روایاتی که ویژگی‌های منافقان را ذکر کرده است، همخوانی دارد. برای نمونه، فساد عقل، آزمندی، طمع، برتری‌جویی، ستیزه‌ و نرفتن به جهاد، از جمله ویژگی‌هایی است که با همین صراحت در ویژگی‌های منافقان ذکر شده است. بسیاری از صفات دیگر را نیز با اندکی تحلیل، می‌توان با این صفات تطبیق داد.

سبب‌شناسی مبتنی بر عامل رفتاری

برخی آیات و روایات، اشاره به رفتارهایی مانند دروغگویی، خلف وعده، جدال و دشمنی، و ترک نماز جمعه دارند که نفاق به‌عنوان پیامد این رفتارها معرفی شده است. با دقت در ماهیت این رفتارها، می‌توان متوجه شد که این رفتارها نه به‌عنوان انگیزه مطرح هستند و نه به‌عنوان آمادگی‌های روانی، بلکه ماهیت آنها در حقیقت مرتبه‌ای از مفهوم کلی نفاق را شامل می‌شود و به دلیل ارتباط مفهومی که با نفاق دارند، اصرار بر آنها و تکرار بیش از حد آنها به‌طور طبیعی، منجر به شکل‌گیری نفاق کامل می‌شود. در ادامه، این عوامل رفتاری مورد بررسی قرار می‌گیرند.

دروغ و خلف وعده

در این مورد، نخست به یک آیه اشاره می‌کنیم که به هر دو سبب اشاره کرده است. خداوند حکیم در این آیه شریفه می‌فرماید: «این عمل، (روح) نفاق را، تا روزی که خدا را ملاقات کنند، در دل هایشان برقرار ساخت. این به دلیل آن است که از پیمان الهی تخلف جستند؛ و به خاطر آن است که دروغ می‌گفتند» (توبه: ۷۷).

این آیه شریفه، تخلف از پیمان الهی و دروغگویی را عاملی دانسته است که خداوند پیامد آن را تثبیت نفاق در قلب‌هایشان قرار داده است. اما چرایی این قضیه، تبیین نشده است. اما در هر دو صفت، تخلف از پیمان و دروغگویی، فرد سخنی را می‌گوید اما خلاف آن عمل می‌کند. گویی خدای متعال حقیقت عمل آنها که در روپی است را برای آنها تثبیت می‌کند و هیچ بعید نیست که این حاصل عمل خود آنها باشد. وقتی تخلف از پیمان و دروغگویی تکرار شود و به شاکله تبدیل شود، آنها طبق همان شاکله عمل می‌کنند. در واقع «فَاعْتَبِهِمْ نِفَاقًا فِي قُلُوبِهِمْ» ترجمان سنت الهی است که برای نوع بشر تعریف شده است و در طبیعت انسان نهادینه شده است و لزوماً نیاز به یک رخداد فرامادی ندارد.

جدال و دشمنی

در ارتباط با جدال و دشمنی از امام علی علیه السلام نقل شده است: «با هم جدال و دشمنی نکنید که موجب بیماری دل نسبت به برادران و منجر به نفاق می‌شود» (عطاردی، ۱۳۷۸، ج ۲، ص ۶۷۴). در این روایت نیز امام علی علیه السلام مشابه آیه فوق به پیامد طبیعی رفتار اشاره می‌کند، تنها تفاوت در این است که آیه شریفه تخلف در پیمان و دروغگویی را عامل نفاق می‌داند، اما در روایت فوق امام علی علیه السلام مراء و خصومت را سبب به وجود آمدن نفاق معرفی کرده است. در اینجا نیز می‌توان از همان استدلال بهره جست، اما توجیه مراء و خصومت برای سببیت نفاق از استدلال بالا تبعیت نمی‌کند؛ زیرا دورویی که در دروغ و خلف وعده آشکار است در مراء و خصومت آشکار نیست، بلکه طرفین مراء و خصومت به صورت کاملاً آشکار با هم دشمنی می‌کنند.

دورویی که در اینجا رخ می‌دهد، ریشه در موقعیت رابطه نزدیک (برادری ایمانی) و دور (خصومت) است. از سویی، با برادران ایمانی مواجه هستیم که طبیعت رابطه آنها روابط نزدیک است. از سوی دیگر، با پدیده خصومت مواجه هستیم که ذات این پدیده، آسیب رساندن، مغلوب کردن، عدم اعتماد و... می‌باشد. با در نظر گرفتن تعارض

این دو ویژگی، یعنی «رابطه نزدیک - دور» با اوصافی که بیان شد، طبیعی به نظر می‌رسد برای جلوگیری از آسیب دیدن و مغلوب شدن، طرفین خصومت نسبت به هم پنهان کاری کنند و به گونه‌ای عمل کنند که کمترین آسیب را از یکدیگر دریافت کنند. این ویژگی‌ها اگر در خصومت‌های متعارف که معمولاً طرفین خصومت رابطه نزدیکی با هم ندارند و بین آنها مرز وجود دارد، رخ دهد، موجب بیماری دل نمی‌شود. اما در مورد برادران ایمانی که روابط رودررو و نزدیک دارند، موجب بیماری دل نسبت به هم می‌شود؛ چرا که آنها دائماً مجبور می‌شوند، بین روابط نزدیک و دور نقش بازی کنند که این یعنی همان دورویی که ذات نفاق می‌باشد.

نفاق در متون روان‌شناسی

«نفاق» در روان‌شناسی، به عنوان «ناسازگاری بین قول و عمل فرد» تعریف شده است. در واقع، گفتن چیزی و عمل کردن به گونه‌ای دیگر، به نوعی رعایت و حفظ هنجارهای اخلاقی در ارتباط با دیگران اما نقض آنها به صورت پوشیده است (لامرس (Lammers) و همکاران، ۲۰۱۰). نفاق، شیوه‌ای از تظاهر غلط فضیلت یا خیر است، درحالی‌که شخصیت واقعی یا تمایلات پنهان می‌شود. در روان‌شناسی اخلاق، نفاق عدم پیروی از قواعد و اصول اخلاقی اظهار شده از جانب فرد می‌باشد (همان). در فرهنگ لغت آکسفورد یونانی آمده است: واژه نفاق «Hypocrisy» از واژه یونانی «hypocrisis» به معنای حسادت، تظاهر، ترسویی، یا تدلیس گرفته شده است (مروود و تیلور، ۲۰۰۲). فونتیتات (Fointiat) (۲۰۰۸) نفاق را چنین تعریف می‌کند: «نفاق یعنی گفتن چیزی و انجام دادن چیزی دیگر».

در یکی از تعاریفی که توسط پژوهشگران معاصر صورت گرفته (بست (Best)، ۲۰۱۲)، درجه نفاق یک فرد، برابر با قدم‌مطلق تفاضل باورها و اعمال او عنوان شده است. البته نمی‌توان به‌طور واقعی این متغیرها را اندازه گرفت، اما این فرمول بیانگر ارتباط این متغیرهاست. در ادامه، بیان شده که هر فرد تمایل دارد میزان نفاق خود را به صفر برساند. بنابراین، تمایل دارد که باورها و اعمالش با هم برابر باشند. اما اگر این مقدار بالاتر از صفر باشد، مقداری تنش و اضطراب در انسان تولید خواهد شد که در افراد سالم و صادق برای سال‌ها ممکن است باقی بماند، اما در افراد مغرض و بیمار تنها در کسری از ثانیه از بین می‌رود.

مفهوم «نفاق»، در نظریه‌های مطرح روان‌شناسی دارای پیشینه روشنی نیست، اگرچه می‌توان از این نظریات این مفهوم را استخراج کرد. به‌عنوان نمونه، در برخی از نظریات به مفاهیمی مانند «ریاکاری اخلاقی»، و «ناهماهنگی شناختی» اشاره شده که قرابت زیادی با مفهوم نفاق دارند. از این‌رو، بررسی این‌گونه مفاهیم از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ چرا که از یک سو با یک مفهوم اخلاقی - دینی و از سوی دیگر، با یک مفهوم روان‌شناختی مواجه هستیم. بررسی ارتباط مفهومی نفاق در این دو ساحت می‌تواند فواید بسیاری داشته باشد. از یک سو، این مفهوم اخلاقی - دینی می‌تواند دایره مفهوم‌شناسی روان‌شناختی را توسعه دهد. از سوی دیگر، برخی از نظریه‌های روان‌شناختی موجب غنای آن مفهوم اخلاقی - دینی می‌شود. برای دستیابی به این هدف، برخی از مفاهیم هم‌افق با نفاق در متون روان‌شناختی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

مفاهیم هم‌افق با نفاق در متون روان‌شناختی

از بررسی اولیه متون روان‌شناختی با تعدادی از مفاهیم مانند: «ریاکاری اخلاقی»، «نظریه ناهماهنگی شناختی»، «وعظ در مقابل عمل»، «قضات‌های دیگران در مقابل قضات‌های خود» (گراهام (Graham) و همکاران، ۲۰۱۵)، «خودفریبی» و «شکاف بین معرفت و عمل»، مواجه می‌شویم که می‌توان گفت: مفاهیمی هم‌افق و نزدیک به مفهوم نفاق می‌باشند. با توجه به محدودیت این مقاله، از میان این مباحث ریاکاری اخلاقی، و ناهماهنگی شناختی، برای بحث و بررسی انتخاب می‌شود. این مقاله تلاش دارد این مفاهیم را از منظر روان‌شناسی اجتماعی مورد بحث قرار دهد و پس از مقایسه این مفاهیم با نفاق از ظرفیت‌های آن برای تحلیل بهتر نفاق استفاده شود.

ریاکاری اخلاقی

«ریاکاری اخلاقی»، مسئله‌ای است که در پاسخ به انگیزه‌های زیربنایی رفتار اخلاقی مطرح می‌شود. افراد ممکن است به شیوه‌هایی عمل کنند که بازتاب صفات زیربنایی یا انگیزه‌های آنها نباشد. این امر منجر به گمراهی جدی دیگران شود (بارون (Baron) و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۱۲۰). انگیزه‌های زیربنایی رفتار اخلاقی متفاوت است که برخی از آنها در ادامه بیان می‌شود.

باستون و تامسون (۲۰۰۱) معتقدند: وقتی شخصی با یک مسئله اخلاقی روبرو می‌شود، سه انگیزه اصلی وجود دارد. این انگیزه‌ها عبارتند از: نفع شخصی، کمال اخلاقی و ریاکاری اخلاقی. افراد را می‌توان به‌طور تقریبی بر حسب اینکه کدام یک از این انگیزه‌ها برای آنها اساسی است، مقوله‌بندی کرد (بارون و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۵۹۱). اکنون به توضیح این مطلب بر اساس دیدگاه باستون و تامسون (۲۰۰۱) می‌پردازیم که هر یک از این انگیزه‌ها به چه معنی است.

بیشتر افراد، حداقل تا حدودی، به وسیله نفع شخصی برانگیخته می‌شوند. آنها صرفاً کاری را انجام می‌دهند که برای آنها بهترین نفع را داشته باشد. افراد دیگری هستند که به وسیله کمال اخلاقی برانگیخته می‌شوند. برای فردی که به وسیله اخلاق برانگیخته شده است، تعارض بین نفع شخصی و کمال اخلاقی با انتخاب شق اخلاقی حل و فصل می‌شود. البته گاهی اوقات، کمال اخلاقی مغلوب نفع شخصی می‌شود و حاصل آن، رفتاری نامطمئن و ایجاد احساس گناه است. گروه سوم، شامل کسانی است که دوست دارند اخلاقی به نظر برسند و در عین حال از هزینه‌های واقعاً اخلاقی بودن اجتناب کنند. گفته می‌شود که رفتار این افراد به وسیله «ریاکاری اخلاقی» برانگیخته می‌شود؛ یعنی این افراد به وسیله نفع شخصی هدایت می‌شوند. اما در عین حال، مراقب ظواهر بیرونی رفتار خود هم هستند. برای اینان مهم است که به نظر بیابند به کار درست اهمیت می‌دهند، درحالی‌که در واقع به گونه‌ای عمل می‌کنند که نیازهای خودشان را برطرف کنند (بارون و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۵۹۱-۵۹۵).

پس می‌توان گفت: ریاکاری اخلاقی عبارت است از: انگیزه زیربنایی رفتارهای اخلاقی از جانب کسانی که دوست دارند اخلاقی به نظر برسند. در عین حال، از هزینه‌های اخلاقی بودن اجتناب کنند. این تعریف بر اساس انگیزه عمل تنظیم شده است. به عبارت دیگر، نقش انگیزش در این تعریف برجسته است. اما تعریف‌های دیگری

نیز وجود دارد که تأکید آن بر توصیف رفتار است. به‌عنوان نمونه، لامرس و همکاران (۲۰۱۰) ریاکاری اخلاقی را «ناسازگاری بین قول و عمل فرد» تعریف کرده‌اند. در واقع گفتن چیز و عمل کردن به گونه‌ای دیگر، به نوعی رعایت و حفظ هنجارهای اخلاقی در ارتباط با دیگران اما نقض آنها به صورت پوشیده است. با دقت در این تعاریف ریاکاری اخلاقی، می‌توان برخی ویژگی‌های ظاهری رفتار و همچنین، ویژگی انگیزشی آنها را متمایز کرد: ۱. ناسازگاری بین قول و عمل فرد (ویژگی رفتاری)، ۲. حفظ هنجارهای اخلاقی در ارتباط با دیگران اما نقض آنها به صورت پوشیده (ویژگی رفتاری)، ۳. عدم پرداخت هزینه‌های اخلاقی بودن (ویژگی رفتاری)، ۴. اهمیت و برجستگی نفع شخصی (ویژگی انگیزشی).

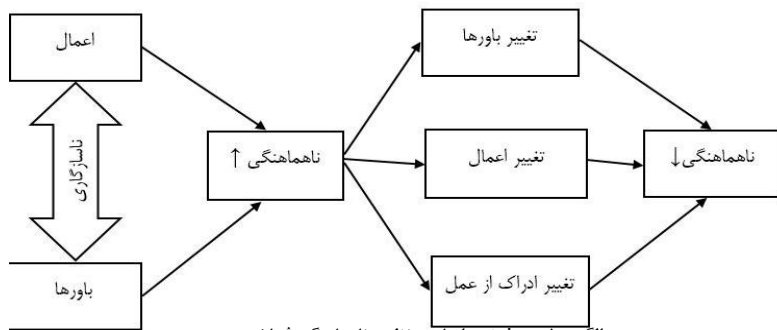
ناهمخوانی شناختی

بحث دیگری که ذیل مباحث روان‌شناسی اجتماعی مطرح است و مفهومی هم‌افق و نزدیک با مفهوم دارد، بحث «ناهمخوانی شناختی» می‌باشد. ناهمخوانی شناختی، بدین‌معنا است که در بسیاری از موقعیت‌ها فاصله قابل توجهی بین آنچه ما در درون احساس می‌کنیم (واکنش‌های مثبت یا منفی به یک شیء یا موضوع) و آنچه در بیرون نشان می‌دهیم، وجود دارد (بارون، ۱۳۸۹، ص ۲۲۹). مشهورترین نظریه در این زمینه، متعلق به لئون فستینگر می‌باشد (هیوستون و اشتروبه (Hewstone & Stroebe)، ۱۳۸۳، ص ۳۸۰). نظریه ناهمخوانی شناختی مبتنی بر سه فرضیه اساسی است (الگوی ۱):

- انسان‌ها به ناسازگاری بین «اعمال و باورها» حساس هستند؛
- تشخیص این ناسازگاری موجب ناهمخوانی و ایجاد انگیزه فردی برای حل این ناهمخوانی خواهد شد؛
- ناهمخوانی از طریق یکی از سه روش اصلی ذیل حل خواهد شد: ۱. تغییر باورها؛ ۲. تغییر رفتار؛ ۳. تغییر ادراک از رفتار (فستینگر، ۱۹۵۷).

به عقیده فستینگر، کسی که می‌داند دو شناخت ناهم‌هنگ دارد، حالت تنش ناخوشایندی را احساس می‌کند. با افزایش احساس ناخوشایند برانگیختگی فیزیولوژیک بدن، تعارض درونی متجلی می‌شود. هر اندازه شناخت‌های دست‌اندرکار، مهم، و انحراف آنها از یکدیگر بیشتر باشد. همچنین، هر اندازه ما برای انجام رفتار مغایر با باورهایمان دلایل کمی داشته باشیم (توجیه ناکافی)، ناهمخوانی و ناخوشایندی به همان اندازه بزرگتر و نیاز به بازیابی حالت هماهنگی درونی به همان اندازه بیشتر خواهد بود (بارون ۱۳۸۹، ص ۲۷۳؛ هیوستون و اشتروبه، ۱۳۸۳، ص ۳۸۱). وقتی توجیه ما ناکافی باشد و نتوانیم اعمال خود را برای خودمان تبیین کنیم، شدیدترین حالت ناهمخوانی به وجود خواهد آمد.

افراد وقتی متوجه می‌شوند که نگرش‌هایشان با رفتارشان هماهنگ نیست، تحریک می‌شوند تا کاری کنند که این ناهمخوانی را کاهش دهند. این کار به سه شیوه انجام می‌شود: اینکه باورمان را تغییر دهیم، به‌طوری‌که با رفتارمان هماهنگ‌تر شود؛ یا رفتارمان را تغییر دهیم، به‌طوری‌که با باورمان هماهنگ‌تر شود؛ یا اینکه در رابطه با رفتارمان به شیوه‌ای متفاوت یا در بافتی متفاوت فکر کنیم، به‌طوری‌که دیگر باورمان ناهم‌هنگ با رفتارمان به نظر نرسد (بارون، ۱۳۸۹، ص ۲۳۰).



سبب‌شناسی نفاق

با مرور ادبیات دو مفهوم «ریاکاری اخلاقی» و «ناهماهنگی شناختی»، صرفاً با یک سبب یعنی «جلب منفعت شخصی»، مواجه هستیم. سبب «ریاکاری اخلاقی»، جلب منفعت شخصی در عین حال حفظ هنجارهای اخلاقی در مواجهه با دیگران می‌باشد. البته به نظر می‌رسد، حفظ هنجارهای اخلاقی نیز به همان جلب منفعت شخصی برمی‌گردد و خود اصالت ندارد.

بر اساس نظریه ناهماهنگی شناختی، شروع ناهماهنگی می‌تواند یک پدیده طبیعی باشد؛ به این معنا که تعارض باور و عمل برای هر کس می‌توان اتفاق بیافتد. این دیدگاه عنوان می‌کند که زمانی که شخص متوجه این تعارض شود، دچار حس ناخوشایند ناهماهنگی شده و می‌کوشد این حس ناخوشایند را از میان ببرد. او برای از بین بردن این حس ناخوشایند سه راه دارد: تغییر باور، تغییر عمل، و تغییر ادراک از عمل. پس از اعمال یکی از این سه راه ناهماهنگی شناختی و به تبع آن حس ناخوشایند ناشی از آن نیز از بین می‌رود. اگر فردی شیوه سوم، یعنی تغییر ادراک از عمل را برگزیند، این احتمال وجود دارد که به نوعی دچار توجیه یا خودفریبی شده باشد. در این حالت اگر چه فرد، دیگر ناهماهنگی را حس نمی‌کند، ولی در واقع هنوز باور و عمل او دچار ناهماهنگی می‌باشد. شاهد این مدعا، نمود رفتار او برای اطرافیان می‌باشد که توجیه او را نمی‌پذیرند.

نتیجه اینکه نظریه ناهماهنگی به بحث سبب‌شناسی نمی‌پردازد، بلکه تبیینی برای از بین بردن این ناهماهنگی می‌باشد.

مقایسه مفهوم شناختی و سبب‌شناختی نفاق با مفاهیم هم‌افق

الف. مقایسه مفهوم شناختی و سبب‌شناختی نفاق با مفهوم ریاکاری اخلاقی

شباهت نفاق با ریاکاری اخلاقی در وجود قیود «رفتارهای دوگانه»، «جلب منفعت شخصی»، «حفظ هنجارهای اخلاقی»، و «در مواجهه با دیگران»، می‌باشد. توجه به این نکته ضروری است که شباهت مفهوم ریاکاری اخلاقی با نفاق اخلاقی است که نوع خاصی از نفاق می‌باشد. در نتیجه، شامل مراتب و سطوح دیگر آن مثل نفاق اعتقادی، نیست. اگرچه می‌توان با نگاهی توسعه‌مدرتر، انواع دیگر نفاق را نیز مشمول این مقایسه دانست.

مقایسه سبب‌شناختی این دو مفهوم، حاکی از این است که سبب «جلب منفعت شخصی» که در ریاکاری اخلاقی به آن اشاره شده است، معادل دو انگیزه اصلی «ترس» و «طمع» در نفاق است. در تفاوت این دو مفهوم، می‌توان به وجود قید «ناپه‌نجار» در مفهوم نفاق اشاره کرد. این قید در مفهوم نفاق به یک ارزش‌گذاری اشاره دارد که تبیین روان‌شناسی اجتماعی، فاقد آن است؛ چرا که پیش‌فرض روان‌شناسی اجتماعی توصیف و تبیین پدیده‌های اجتماعی می‌باشد و از قضاوت و ارزش‌گذاری پرهیز می‌کند.

ب. مقایسه مفهوم‌شناختی و سبب‌شناختی نفاق با مفهوم ناهماهنگی شناختی

مفهوم دیگری که باید با نفاق مقایسه شود، بحث «ناماهنگی شناختی» است. از مقایسه این دو مفهوم می‌توان نتیجه گرفت اصل دوگانگی که در مفهوم نفاق به آن اشاره شده است، به‌طور ضمنی از دیدگاه هستی‌نگر قابل استنباط است، چرا که ناهماهنگی شناختی، ناسازگاری رفتار با یکی از باورها یا نگرش‌ها می‌باشد که همان دوگانگی ظاهر و باطن است. در تفاوت این دو مفهوم، می‌توان به وجود قید «ناپه‌نجار» در مفهوم نفاق اشاره کرد. همان‌طور که اشاره شد، این قید در مفهوم نفاق به یک ارزش‌گذاری اشاره دارد که مباحث روان‌شناسی اجتماعی فاقد آن است. ساختار مفهومی ناهماهنگی شناختی درصدد تبیین پیامد ناهماهنگی شناختی و شیوه انحلال آن می‌باشد. این مفهوم اشاره‌ای به سبب‌شناسی ندارد. شروع نفاق طبق این دیدگاه، می‌تواند یک پدیده طبیعی باشد؛ به این معنا که تعارض باور و عمل برای هر کس می‌توان اتفاق بیافتد. از این‌رو، این مفهوم زمینه مقایسه با مفهوم نفاق را از منظر سبب‌شناسی ندارد.

نتیجه‌گیری

حاصل این‌که در مفهوم‌شناسی نفاق بر اساس منابع اسلامی مفهوم محوری در تعریف نفاق؛ یعنی «هرگونه دوگانگی ظاهر و باطن» در نظریات و مفاهیم روان‌شناختی مانند ریاکاری اخلاقی و ناهماهنگی شناختی، نیز منعکس شده است. متون دینی در مقام استعمال بیشتر تأکید بر نفاق اعتقادی دارند. در مقابل، مفاهیم مرتبط با نفاق در متون روان‌شناسی صرفاً تأکید بر تعارض بین ساحت‌های مختلف روانی دارند. در بخش سبب‌شناسی، وجود مفاهیم مشترکی مانند طمع در متون اسلامی و جلب منفعت شخصی در متون روان‌شناختی، می‌تواند موجب هم‌افزایی دو ساحت دین و روان‌شناسی شود.

منابع

- ابن منظور، محمدبن مکرم، ۱۴۱۴ق، *لسان‌العرب*، بیروت، دارالصادر.
- ابن جوزی، عبدالرحمان بن علی القرشی البغدادی، ۱۴۰۷ق، *زاد‌المسیر فی علم‌التفسیر*، تحقیق: محمد عبدالله، بیروت، دارالفکر.
- ابن شعبه حرانی، حسن بن علی، ۱۴۰۴ق، *تحف‌العقول*، تحقیق: علی اکبر غفاری، قم، مؤسسه النشر الاسلامی.
- ابن فارس، احمد، ۱۴۰۴ق، *معجم‌المقاییس اللغه*، قم، مکتبه الاعلام الاسلامی.
- اخوت، احمد رضا، ۱۳۹۲، *آموزش روش‌های تدبیر در قرآن: مقدمات تدبیر در قرآن*، تهران، قرآن و اهل بیت نبوت علیه السلام.
- ازهری، محمد، ۱۴۲۱ق، *تهذیب‌اللغه*، بیروت، دار احیاء التراث العربی.
- أصبهانی، أبو نعیم أحمد بن عبدالله (۱۴۲۲ ق - ۲۰۰۱ م)، *صفة النفاق ونعت المنافقین*، تقدیم و تحقیق: الدكتور عامر حسن صبری، بیروت، البشائر الإسلامیة.
- اعرافى، علی رضا، ۱۳۹۳، *نفاق‌شناسی*، قم، مؤسسه اشراق و عرفان.
- اقبال، محمدرضا، ۱۳۸۵، *روان‌شناسی منافقان از دیدگاه قرآن و روایات*، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی.
- آشیان، زهرا و فرشته سلامی، ۱۳۹۲، *نفاق و منافق از دیدگاه شهید آیت‌الله مطهری*، چ چهارم، تهران، صدرا.
- بارون، رابرت و همکاران، ۱۳۸۹، *روان‌شناسی اجتماعی*، ترجمه یوسف کریمی، تهران، روان.
- پژوهنده، علی و خدیجه دروگر، ۱۳۹۰، «کند و کاو روان‌شناختی در ریشه‌های تربیتی نفاق»، *اندیشه حوزه: پژوهش‌های اجتماعی اسلامی*، سال هفدهم، ش ۶ (پیاپی ۹۲)، ص ۱۴۰-۱۱۵.
- تمیمی آمدی، عبدالواحد، ۱۳۶۰، *غرر‌الحکم و درر‌الکلم*، تحقیق: سیدجلال‌الدین المحدث الارموی، تهران، جامعه الطهران.
- حسینی یکتا، علی، ۱۳۸۱، *شناخت منافقین "نگرشی موضوعی بر پدیده نفاق"*، قم، دانش و ادب.
- حویزی، عبدعلی، ۱۴۱۵ق، *تفسیر نور‌الثقلین*، قم، اسماعیلیان.
- راغب‌اصفهانی، حسین بن محمد، ۱۴۱۲ق، *مفردات الفاظ القرآن*، بیروت، دارالقلم.
- رشاد، علی اکبر، ۱۳۸۰، *دانش‌نامه امام علی علیه السلام*، تهران، مؤسسه فرهنگی دانش و اندیشه معاصر.
- زبیدی، محمدبن محمد، ۱۴۱۴ق، *تاج‌العروس*، بیروت، دارالفکر.
- زندى دره‌غریبی، تاج محمد، ۱۳۸۵، *بررسی روان‌شناختی ریا و نفاق با تکیه بر دیدگاه دین اسلام و مسیحیت*، قم، شهیدین زین‌الدین.
- سبحانی، جعفر، ۱۳۸۳، *منشور جاوید*، قم، مؤسسه امام صادق علیه السلام.
- صدوق، محمدبن علی، ۱۳۶۲، *الخصال*، محقق: علی اکبر غفاری، قم، جامعه مدرسین.
- طباطبایی، سیدمحمدکاظم، ۱۳۹۰، *منطق فهم حدیث*، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی علیه السلام.
- طباطبایی، سیدمحمد، ۱۳۸۳، *نشانه‌های نفاق در قرآن کریم*، تهران، دانشگاه امام صادق علیه السلام.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۴۱۷ق، *المیزان فی تفسیر القرآن*، بیروت، مؤسسه الاعلمی للمطبوعات.
- طبرسی، فضل بن حسن، ۱۴۱۵ق، *تفسیر مجمع‌البیان*، بیروت، مؤسسه الأعلمی.
- طبری، محمدبن جریر، ۱۴۰۸ق، *جامع‌البیان عن تأویل آی القرآن (تفسیر الطبری)*، بیروت، دارالفکر.
- طریحی، فخرالدین، ۱۳۷۵، *مجمع‌البحرین*، چ سوم، تهران، کتابفروشی مرتضوی.
- طوسی، محمدبن احمد، ۱۴۰۹ق، *التبیان فی تفسیر القرآن*، قم، کتابخانه آیت‌الله مرعشی نجفی.
- طوسی، محمدبن حسن، ۱۳۸۱ق، *التبیان فی تفسیر القرآن*، نجف، مکتبه‌الأمین.
- عطاردی، عزیزالله، ۱۳۷۸، *ایمان و کفر*، ترجمه‌الایمان و الکفر بحار‌الانوار، تهران، عطارد.
- علیپور، مهدی و سیدحمیدرضا حسنی، ۱۳۹۴، *یارادایم اجتهادی دانش دینی "پاد"*، چ سوم، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

- غزالی، محمدبن محمد، بی‌تا، *احیاء علوم الدین*، بی‌جا، دارالکتب العربی.
 فراهیدی، خلیل، ۱۴۰۹ق، *العین*، قم، هجرت.
- فیریایی، ابوبکر جعفر بن محمد (۱۴۰۸ق - ۱۹۸۸م)، *صفه النفاق و ذم المنافقین*، شرحه و حقه و علق علیه: أبو عبدالرحمن المصری الأثری، مصر، دارالصحابه للتراث.
- فیض کاشانی، محسن، ۱۴۱۴ق، *تفسیر الصافی*، تهران، صدر.
- قمی، علی بن ابراهیم، ۱۳۶۷، *تفسیر قمی*، قم، دارالکتب.
- کلینی، محمدبن یعقوب، ۱۴۰۷ق، *الکافی*، تحقیق: علی اکبر غفاری، چ چهارم، تهران، دارالکتب الإسلامیه.
- مجلسی، محمدباقر، ۱۴۰۳ق، *بحار الأنوار*، چ دوم، بی‌جا، مؤسسه الوفاء.
- محمدی ری شهری، محمد، ۱۳۸۴، *دنیا و آخرت از نگاه قرآن و حدیث*، قم، دارالحدیث.
- مسعودی، عبدالهادی، ۱۳۹۵، *درسنامه روش فقه الحدیث*، چ دوم، قم، دارالحدیث.
- مصطفوی، حسن، بی‌تا، *التحقیق فی کلمات القرآن الکریم*، بیروت، دارالکتب العلمیه.
- مفید، محمدبن محمد، ۱۴۱۳ق، *الاختصاص*، محقق: علی اکبر غفاری و محمود محرمی زرندی، قم، المعتمر العالمی لالیفیه الشیخ المفید.
- میرزایی، محمد، ۱۳۹۰، «مفهوم‌شناسی نفاق: انواع و مراتب آن از منظر قرآن»، *آموزه‌های قرآنی، دانشگاه علوم اسلامی رضوی*، ش ۱۴، ص ۱۳۱-۱۵۰.
- نراقی، مهدی، ۱۱۹۶ق، *جامع السعادات*، بیروت، مؤسسه الأعلمی للمطبوعات.
- نراقی، احمد، ۱۳۷۸، *معراج السعاده*، چ ششم، قم، هجرت.
- هیوستون، مایلز و ولفگانگ اشتروبه، ۱۳۸۳، *مقدمه‌ای بر روان‌شناسی اجتماعی از منظر اروپاییان*، ترجمه جواد اژه‌ای و همکاران، تهران، سمپاد.
- Batson, C. D, et al, 1999, Moral Hypocrisy: Appearing Moral to oneself without being so, *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, p. 525-537.
- Best. L.L, 2012, <http://www.hardcoretruth.com/Hypocrisy/#definition>.
- Festinger, L, 1957, *A theory of cognitive dissonance*, Evanston, IL: Row & Peterson.
- Fointiat, V, 2008, Being together in a situation of induced hypocrisy, *Current Research in Social Psychology*, v. 13, n. 12, p 145-153.
- Graham, Jesse, et al, 2015, When Values and Behavior Conflict: Moral Pluralism and Intrapersonal Moral Hypocrisy University of Southern California, *Social and Personality Psychology Compass*, v. 9, p. 158-170.
- Lammers, et al, 2010, Power Increases Hypocrisy: Moralizing in Reasoning, Immorality in Behavior, *Psychological Science*, v. 21, p. 737-744.
- Lammers, Joris. 2011, "Power increases infidelity among men and women", *Psychological Science*, 22 (9), p. 1191-1197.
- Pocket Oxford Classical Greek Dictionary, Ed Morwood and Taylor, OUP 2002.

تأثیر قرائت قرآن بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای شناختی / رفتاری در بیماران همودیالیزی

محمد رضا شیخیان / فوق تخصص گوارش و کبد، بخش گوارش و کبد، بیمارستان امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

SheikhianMR@mums.ac.ir

soheyla.meysami@gmail.com

سهیلا میسمی بناب / کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی علوم پزشکی مشهد

دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۰۱ - پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۰۶

چکیده

این پژوهش برای ارزیابی تأثیر قرائت قرآن بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای شناختی / رفتاری در بیماران همودیالیزی انجام شد. این پژوهش، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. آزمودنی‌های پژوهش به شیوه نمونه‌گیری تصادفی منظم از میان بیماران همودیالیزی بخش همودیالیز بیمارستان امام رضا مشهد، در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) بررسی شدند. همه شرکت‌کنندگان، در آغاز پژوهش و دو ماه پس از پایان درمان، پرسش‌نامه اضطراب حالت - صفت اشیپیل برگر و پرسش‌نامه مقابله با استرس بیلینگز و موس را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که قرائت قرآن، میانگین نمرات اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای هیجانی را در پس‌آزمون به‌طور معناداری کاهش داد. قرائت قرآن، تأثیر مثبت در کاهش میزان اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای هیجانی بیماران همودیالیزی داشت.

کلیدواژه‌ها: قرآن، اضطراب، راهبردهای مقابله‌ای شناختی، راهبردهای مقابله‌ای رفتاری، همودیالیز.

نارسایی کلیوی مزمن، یک فرایند پاتولوژیک با علل متعدد است که نتیجه آن کاهش توقف‌ناپذیر تعداد و کارکرد نفرون‌ها است و در بسیاری موارد منجر به بیماری کلیوی مرحله انتهایی می‌شود (لنگو و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۱۰۵۴). در این وضعیت کلیه توانایی دفع مواد زائد متابولیک و حفظ مایعات و الکترولیت‌ها را از دست می‌دهد (هادی و همکاران، ۱۳۹۰). بیماران در چنین شرایطی برای ادامه زندگی به درمان‌های جایگزین کلیه (دیالیز یا پیوند کلیه) به صورت مداوم نیاز دارند (اسملترز و همکاران، ۲۰۱۰). همودیالیز، شایع‌ترین روش درمان در این بیماران است. هر چند با استفاده از همودیالیز، طول عمر بیماران کلیوی افزایش می‌یابد، اما بیماری بر زندگی آنها تأثیر گذاشته است و در مراحل پیشرفته سبب اختلال در وضعیت عملکردی و تغییرات در کیفیت زندگی آنان می‌گردد (اسملترز و همکاران، ۲۰۰۸). این روش درمانی، از عوامل ایجادکننده آشفته‌گی‌های معنوی است که موجب وابستگی فرد به دیگران، کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی شده و سلامت و بهداشت روان افراد را دچار مشکل می‌سازد (بهرامی و رضائی‌فرانی، ۱۳۸۴). تشخیص و آگاهی فرد از وجود بیماری می‌تواند موجب ایجاد بحران معنوی شده و گاهی اعتماد به نفس و ایمان مذهبی وی را به مخاطره اندازد. همچنین، ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده، مختل و سازوکارهای انطباقی قبلی ناکافی به نظر می‌رسند. بستری شدن در بیمارستان نیز ممکن است موجب احساس تنهایی به فرد شود. از این رو، استفاده از روش‌های مقابله‌ای لازم و ضروری به نظر می‌رسد (طاهری خرامه و همکاران، ۱۳۹۲).

بیماران مبتلا به نارسایی پیشرفته کلیه، از جمله بیمارانی هستند که به دلیل تغییر در سبک زندگی به دلیل بیماری و شیوه درمان اغلب با مشکلات روانی - اجتماعی زیادی دست به گریبانند. به همین دلیل، افسردگی و اضطراب از جمله شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی آنان محسوب می‌گردد (ملاهادی و همکاران، ۱۳۸۸). بر اساس نتایج مطالعه *ناظمیان* و همکاران در رابطه با میزان افسردگی و اضطراب بیماران دیالیزی، ۶۴/۵ درصد بیماران دچار افسردگی، ۵۱/۴ درصد دچار اضطراب هستند (ناظمیان و همکاران، ۱۳۸۷). بیماران دیالیزی مانند همه بیماران مزمن و گاهی در حد شدیدتر از سایر بیماران در معرض استرس شدید می‌باشند (کارولین و همکاران، ۲۰۰۱) و برای ادامه زندگی از شیوه‌های مقابله‌ای و سازگاری که یک عمل محافظتی است، بهره می‌جویند (گری، ۲۰۰۰).

هرگونه تغییر در زندگی انسان اعم از خوشایند و ناخوشایند، مستلزم نوعی سازگاری مجدد است. روش‌های مقابله با تغییرات زندگی و تنبیدی‌های حاصله از این تغییرات در افراد مختلف و بر حسب موقعیت‌های گوناگون، متفاوت است (غضنفری و همکاران، ۱۳۸۸). راهبردهای مقابله‌ای، مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که برای تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنبیدی‌زا و کنار آمدن با مسائل و مشکلات به کار می‌رود و نقش اساسی و تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای مؤثر موجب می‌شوند که واکنش فرد به سطوح بالای تنبیدی‌گی کاهش یابد و آثار زیانبار آن تعدیل شود (فرزین‌راد و همکاران، ۱۳۸۹). لازاروس و همکاران، در مفهوم‌سازی مقابله یک تمایز قائل شده‌اند و آن تمایز مقابله مسئله‌مدار از مقابله

هیجان‌مدار است (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). تلاش‌های مسئله‌مدار، معطوف به تغییر موقعیت تنیدگی‌زا می‌باشد؛ یعنی بر مهار عامل تنیدگی‌زا به‌منظور کاهش یا حذف آن توجه دارد. درحالی‌که تلاش‌های هیجان‌مدار، معطوف به تغییر واکنش‌های هیجانی به عوامل تنیدگی‌زا می‌باشد؛ یعنی بر مهار پاسخ‌های هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیایی در جهت کاهش تنیدگی تأکید دارد (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱).

روش‌های معمول پزشکی، جراحی و تشخیصی در بیماران هوشیار، با اضطراب و نگرانی زیادی همراه بوده و روش‌های شناختی - رفتاری می‌تواند به‌عنوان درمان همراه، برای کاهش استرس به کار روند. به علت مخارج پایین‌تر و عوارض جانبی و خطرات کمتر، دعادرمانی شایستگی این را دارد که برای یک درمان همراه و مکمل، بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. همان‌طور که در هر شیوه جدید درمانی مطرح می‌شود، باید مراحل آزمایش و نیز رشد خود را طی کند تا در سیستم ارائه خدمات بهداشتی - درمانی، نهاده‌ینه گردد. در این مورد نیز ضروری است تا مراحل پژوهش و برنامه‌ریزی و تعیین اثربخشی این روش در سیستم بهداشتی مورد بررسی قرار گیرد.

مطالعات صورت گرفته نشان داده‌اند که دین و مذهب، به‌عنوان راهکارهای مقابله‌ای، اثرات مثبتی بر روند درمان دارند (شجاعیان و زمانی‌منفرد، ۱۳۸۱)؛ زیرا در چنین شرایطی مذهب به‌عنوان پناهگاهی در بحران‌های زندگی به‌شمار آمده و به صورت پایگاه بسیار محکمی در مقابل دشواری‌ها و محرومیت‌های زندگی عمل می‌کند (تاسومورا و همکاران، ۲۰۰۳). در میان منابع مذهبی و معنوی بیشترین منبعی که مورد استفاده قرار می‌گیرد، دعا است؛ چرا که دعا موجب کاهش اضطراب و ارتقای معنویت گردیده و روش مناسبی برای سازگاری با بیماری می‌باشد (حجتی و همکاران، ۱۳۸۹). مطالعه‌های گوناگون نشان داده‌اند که بین سلامت جسمی، سلامت معنوی، معنا در زندگی و دعا کردن ارتباط مثبت وجود دارد (طاهری‌خرامه و همکاران، ۱۳۹۲). برخی تحقیقات دیگر، مذهب و ایمان را برای بقا و مقاومت در برابر بیماری‌های جدی لازم دانسته‌اند (حجتی و همکاران، ۱۳۸۹). معنویت، می‌تواند با افزایش بُعد ایمان، موجب سازگاری بیمار با مشکل شود، به گونه‌ای که بیمار بتواند مراحل آخر بیماری را به خوبی سپری کند. تحقیقات مشخص کرده‌اند که معنویت نه‌تنها بر حالت‌های خلقی و سلامت روانی افراد مؤثر است، بلکه شرایط جسمانی آنها را بهبود می‌بخشد (شریف‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱). با توجه به اینکه تاکنون پژوهش‌های بسیار کمی در ارتباط با تأثیر دعادرمانی بر میزان اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای بیماران همودیالیز انجام شده است و تاکنون تحقیقی در مراکز درمانی شهر مشهد در این رابطه صورت نگرفته است. این پژوهش، به بررسی تأثیر قرائت قرآن بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران همودیالیزی می‌پردازد.

فرضیه‌های پژوهش

- قرائت قرآن در کاهش میزان اضطراب بیماران تحت درمان با همودیالیز تأثیر مثبت دارد.
- قرائت قرآن در کاهش راهبردهای رفتاری بیماران تحت درمان با همودیالیز تأثیر مثبت دارد.
- قرائت قرآن در افزایش راهبردهای شناختی بیماران تحت درمان با همودیالیز تأثیر مثبت دارد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع آزمایشی است و در دو گروه کنترل و مداخله و با طرح قبل و بعد (در دو مرحله، قبل از دریافت مداخله و بعد از دریافت مداخله) انجام گردید. محل انجام مطالعه، مرکز همودیالیز بیمارستان امام رضا^ع وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود. مطالعه به مدت شش ماه و از خرداد تا آذر ماه ۱۳۹۴ انجام گردید. از میان بیماران مراجعه‌کننده به مرکز همودیالیز، ۴۰ بیمار به صورت نمونه‌گیری تصادفی منظم، از میان لیست بیماران انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. همچنین، در دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک همسان‌سازی انجام گرفت. از بین جامعه پژوهش، ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. برای کنترل عوامل مداخله‌گر، پیش از شروع پژوهش، از گروه شاهد و آزمایشی پیش‌آزمون گرفته شد.

مبارهای ورود و خروج به مطالعه عبارت بود از: دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۸ تا ۶۰ سال، حداقل هفته‌ای دو جلسه دیالیز، توانایی تکمیل پرسش‌نامه و شرکت در جلسات، عدم مبتلا به بیماری روانی، نداشتن سابقه پیوند کلیه.

برای گروه آزمایش، به مدت هشت هفته، هفته‌ای دو روز حین دیالیز به مدت چهل و پنج دقیقه، ۷۰ مرتبه سوره حمد توسط یک روحانی برای بیماران خوانده شد و به بیماران گفته شد که برای سلامتی آنها دعا خوانده می‌شود؛ زیرا در سندی معتبر امام صادق^ع فرمودند: «هر صاحب دردی، هفتاد مرتبه سوره مبارکه حمد را بخواند، از آن مرض شفا یابد» (مجلسی، ۱۳۶۱، ج ۹۲، ص ۲۳۵). برای کنترل حضور روحانی، در گروه گواه نیز روحانی حضور داشت، اما به بیماران هیچ مطلبی درباره دعا خواندن توسط روحانی گفته نشد. پس از انجام مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. برای بیمارانی که قادر به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نبودند، این کار به کمک پژوهشگر انجام شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه اضطراب حالت - صفت اسپیل برگر: پرسش‌نامه اضطراب حالت - صفت/اسپیل برگر، ۴۰ ماده دارد که بیست ماده اول آن مربوط به اضطراب حالتی است و آزمودنی شدت احساس کنونی خود را به وسیله یک مقیاس چهار درجه‌ای (اصلاً تا حدی، متوسط و خیلی زیاد) درجه‌بندی می‌کند. بیست ماده دوم آن مربوط به اضطراب صفتی است که آزمودنی‌ها در یک مقیاس چهار درجه‌ای احساس کلی خود را نشان می‌دهند. این پرسش‌نامه از هماهنگی درونی بالایی برخوردار است. میانگین ضرایب پایایی در گروه‌های مختلف در مقیاس اضطراب حالتی، ۰/۹۲ و در مقیاس اضطراب صفتی، ۰/۹۰ گزارش شده است. برای بررسی اعتبار پرسش‌نامه، از آزمون اضطراب پیشرفت بازدارنده و تسهیل‌کننده استفاده شد. نتایج نشان داد که همبستگی پرسش‌نامه اضطراب صفت با خرده‌آزمون بازدارنده (۰/۵۶/۱=) و تسهیل‌کننده (۰/۲۸/۱=) معنادار می‌باشد (ابولقاسمی، ۱۳۸۴). در این مطالعه، پایایی این پرسش‌نامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسش‌نامه مقابله با استرس بیلینگز و موس: پرسش‌نامه مقابله با استرس توسط بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۱ برای اندازه‌گیری شیوه‌های مقابله با استرس طراحی و تدوین شده است. این مقیاس، ۱۹ آیتم دارد و ۳ راهبرد مقابله‌ای شناختی، رفتاری و اجتنابی را می‌سنجد. همچنین، این مقیاس ۲ مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش پورشه‌باز، ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسش‌نامه $r=0.73$ به دست آمد. بیلینگز و موس، همسانی درونی این پرسش‌نامه را برابر 0.62 گزارش داده‌اند (مردانیان دهکردی و شاهقلیان، ۱۳۹۳). در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه 0.85 به دست آمد.

با توجه به اینکه در این پژوهش از طرح دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است و در این نوع طرح‌ها، تأثیر یک متغیر (مستقل) بر متغیر دیگر (وابسته) سنجیده می‌شود، آنچه اهمیت دارد، کنترل متغیرهای همگام است. بنابراین، داده‌های این پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل شد.

یافته‌های پژوهش

تحلیل‌های آماری در مورد سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، شغل، سطح درآمد و طول دوره دیالیز نشان داد که دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند. میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش، $30/20$ و در گروه کنترل، $29/93$ سال بود و در دامنه سنی $60-18$ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت تحصیلی، گروه آزمایش $33/3$ درصد راهنمایی، $26/7$ درصد دبیرستان و 40 درصد دانشگاهی بودند؛ و گروه کنترل $26/7$ درصد راهنمایی، 40 درصد دبیرستان و $33/3$ درصد دانشگاهی بودند. به‌طور میانگین هر دو گروه سه سال تحت درمان با همودیالیز قرار داشتند. تعداد جلسات در هفته برای دو گروه، ۳ بار در هفته بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه آزمایش		گروه کنترل		موقعیت گروه
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	متغیر
Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	
$34/9 \pm 8/7$	$46/5 \pm 9/2$	$45/6 \pm 11/8$	$47/1 \pm 10/3$	اضطراب
$44/12 \pm 4$	$52/27 \pm 5/19$	$51/66 \pm 5/34$	$53/28 \pm 8/52$	راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار
$26/18 \pm 2/63$	$24/74 \pm 2/69$	$24/25 \pm 2/15$	$24/35 \pm 3/5$	راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار

جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایشی و کنترل به تفکیک نشان می‌دهد.

مقادیر نمایش داده شده در جدول ۱، حاکی از این است که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون در متغیرهای اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، کاهش و در متغیر راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، افزایش پیدا کرده است، درحالی‌که در گروه کنترل این تفاوت ناچیز است. برای تحلیل داده‌های پژوهش و

از بین بردن اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون از تحلیل کواریانس استفاده گردید. ابتدا پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از این تحلیل (بررسی همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲. نتایج آزمون لون برای متغیرهای مورد مطالعه در گروه آزمایش و کنترل

P	df2	df1	F	متغیرها
۰/۲۲	۳۸	۱	۱/۵۶	اضطراب
۰/۵۲	۳۸	۱	۰/۴۱	راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار
۰/۸۸	۳۸	۱	۳/۱۲	راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار

برای بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون لون استفاده شد. با توجه به عدم معناداری آزمون لون، برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p > ۰/۰۵$) می‌توان گفت: پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است.

جدول ۳. نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آزمون F	سطح معناداری
اثر تعامل گروه با پیش‌آزمون	اضطراب	۱۸/۸۴	۲	۹/۴۲	۰/۳۴	۰/۷۰۹
	راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار	۱۶/۹۹	۲	۸/۴۹	۱/۰۵	۰/۳۶۲
	راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار	۲۲/۲۱	۲	۱۱/۱۰	۲/۳۷	۰/۱۲۰

جدول ۳، نتایج همگنی شیب رگرسیونی بین متغیر کمکی (پیش‌آزمون اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای) و وابسته (پس‌آزمون اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای) را در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) نشان می‌دهد؛ چون سطح معناداری کنش متقابل گروه‌ها و پیش‌آزمون‌ها در هر پنج متغیر بیشتر از $۰/۰۵$ می‌باشد. از این‌رو، تعامل بین شرایط آزمایش و متغیر همپراش (پیش‌آزمون) معنادار نیست؛ یعنی اینکه شیب خط رگرسیون برای تمام رویکردها یکسان است. در نتیجه، می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کواریانس پس‌آزمون نمرات اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای در دو گروه آزمایش و کنترل با حذف اثر پیش‌آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزور ایثای سهمی
راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار	۳۴/۱۲	۱	۳۴/۱۲	۴/۹۷	۰/۰۰۳	۰/۱۲۹
راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار	۵۱/۷۷	۱	۵۱/۷۷	۳/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶۵
اضطراب	۷۹/۶۶	۱	۷۹/۶۶	۵/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۴۴۲

جدول ۴، تأثیر دعا بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای را در پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تأثیر عضویت گروهی بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای معنادار است و بین گروه آزمایش و گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). در نتیجه، تأثیر دعا بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و کاهش نمرات اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه برای بررسی تأثیر قرائت قرآن بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران همودیالیزی انجام گرفته است. نتایج آنالیز کواریانس در این پژوهش نشان داد که گوش دادن به قرائت قرآن موجب کاهش اضطراب و

راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار بیماران می‌شود. مطالعات گوناگون نیز نشان داده‌اند که بین سلامت جسمانی، سلامت معنوی، سلامت روان و دعا کردن، ارتباط مستقیم وجود دارد، چون حمایت ناشی از منابع مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر، سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، حمایت بین‌فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مناسب پزشکی سودمند باشد (آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ حیدری و شهبازی، ۱۳۹۲؛ شریف‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱؛ بوسینگ و همکاران، ۲۰۰۹)؛ زیرا دعادرمانی، یکی از روش‌های درمانی است که از طریق آن، ارتباط معنوی و روحی بین انسان محتاج با خداوند ایجاد شده و این ارتباط موجب تجدید روحیه بیمار و شکستن دیوار ناامیدی در نفس وی می‌شود که این امر در پذیرش بیماری تأثیر می‌گذارد (حجتی و همکاران، ۱۳۸۹). کوئینگ (۲۰۰۴)، معتقد است: مذهب، موجب ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی، مثل فقدان یا بیماری، یاری می‌رساند و با ایجاد انگیزه و انرژی در فرد، وی را به بهتر شدن زندگی امیدوار می‌کند. این امر، موجب افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های غیرقابل تغییر شده و در بسیاری از موارد اضطراری، که علم قادر نیست، به فرد کمک می‌کند. این مسئله، به‌ویژه در موارد جدی مثل بیماری‌های صعب‌العلاج از اهمیت خاصی برخوردار است (کوئینگ، ۲۰۰۴). بیماری‌های دارای سیر طولانی همانند نارسایی مزمن کلیه در بلندمدت اثرات منفی جبران‌ناپذیر متعددی بر جنبه‌های مختلف سلامت می‌گذارند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، بهره‌مندی از راهبردهای مقابله‌ای، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (لسیو، ۲۰۰۷).

اتانابه در این زمینه بیان می‌کند: مشکلات اقتصادی، استرس‌های مربوط به درمان، درمان‌های طولانی‌مدت، تغییر در الگوی زندگی و عادات غذایی و مشکلات خانوادگی از جمله عواملی هستند که بیماران دیالیزی را مستعد اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب کرده است. افسردگی و اضطراب، مهم‌ترین عکس‌العمل بیمار در مقابل بیماری نارسایی مزمن کلیه است و بر بقا و طول عمر بیمار تأثیر می‌گذارد (پورتر و بیف، ۲۰۰۵). بر اساس مطالعات انجام شده توسط *اژدر* و همکاران (۱۳۹۱)، قرائت دعا، از نظر لفظی اثربخش است و این اثربخشی در طب تتوسوماتیک، توسط پزشکان و دانشمندان تجربی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین، دعا از جهت محتوا و مضمون اثربخش بوده، به گونه‌ای که اگر نیایشگر الگوی فکری، رفتاری و عاطفی خود را با آموزه‌های دعا هماهنگ نماید و طبق آن عمل نماید، جسم و روانی سالم خواهد داشت. اثربخشی دعا از جهت محتوا، در جسم و روان از طریق سایکونور فیزولوژیک و هوش معنوی تأیید گردید (*اژدر* و همکاران، ۱۳۹۱).

بیماران همودیالیزی برای انطباق مؤثر با بیماری خود به کمک نیاز دارند. این افراد نیاز خواهند داشت تا مهارت‌های مقابله‌ای جدید را یاد بگیرند. این هدف زمانی می‌تواند تحقق یابد که مقابله و واکنش‌های آن در قبال بیماری و مشکلات وابسته به آن از طریق آگاهی‌افزایی کاملاً شناخته شده باشد. این توانایی‌ها به بیمار مجال می‌دهند

تا سهمی ایفا نماید و تا اندازه‌ای کنترل آنچه برای او اتفاق می‌افتد، در دست بگیرد. استفاده بیشتر از پاسخ مقابله‌ای هیجان‌مدار با افزایش اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه دارد. درحالی‌که پاسخ مقابله‌ای مسئله‌مدار بیشتر بر تعاملات بین‌فردی و عملکرد اجتماعی فرد مؤثر است. افرادی که از پاسخ‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و شناخت‌های سازگارانه استفاده می‌کنند، در واقع رفتارهایی را برای بازسازی دوباره مسئله از نظر شناختی و یا موقعیت استرس‌زا به کار می‌گیرند و از سلامت روان و کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند.

به دلیل محدود شدن نمونه به بیماران همودیالیز شهر مشهد در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. فقدان اطلاعات دقیق از نقش عواملی نظیر مدت بیماری، بیماری‌های همراه و داروهای مصرفی نتیجه‌گیری قاطع از یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبرو می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، با بهره‌گیری از متدلوژی علمی دقیق نقش این عوامل در شیوه‌های مقابله‌ای مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نتایج پژوهش، به مراکز و مؤسسات دست‌اندرکار بهداشت روانی پیشنهاد می‌گردد افرادی را که در مقابله با عوامل تنیدگی‌زای محیطی ناتوان هستند، مشخص نموده و برنامه‌هایی را جهت پیشگیری از بیماری‌ها و آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر اجرا کنند. در پایان امید است که نتایج این مطالعه بتواند زمینه‌ساز حمایت‌های عملی در راستای درمان چندمنظوره (درمان بالینی و مدیریت همزمان اختلالات رفتاری) بیماران باشد و بتوان گامی در جهت استفاده از این یافته‌ها در سیاست‌گذاری، طرح‌ریزی و پیاده‌سازی برنامه‌ها برداشت.

منابع

- ابولقاسمی، عباس و محمد نریمانی، ۱۳۸۴، «*آزمون‌های روان‌شناختی*»، اردبیل، باغ رضوان.
- اژدر، علیرضا و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی جایگاه دعا در سلامت جسم و روان»، «*تازه‌های روان‌درمانی*»، ش ۶۱ ص ۱۳۳-۱۴۰.
- آقاجانی، محمد و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی تأثیر مشاوره معنوی بر اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیز»، «*مراقبت مبتنی بر تسواهد*»، ش ۹، ص ۱۹-۲۸.
- بهرامی، فاضل و عباس رضانی فرانی، ۱۳۸۴، «نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان»، «*توانبخشی*»، ش ۶ ص ۴۲-۴۷.
- حجتی، حمید و همکاران، ۱۳۸۹، «میزان توسل به دعا در بیماران همودیالیزی استان گلستان»، «*پرستاری مراقبت ویژه*»، ش ۲، ص ۷۵-۷۹.
- حسن‌زاده، پرستو و همکاران، ۱۳۹۱، «حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو»، «*روان‌شناسی سلامت*»، ش ۲، ص ۱۲-۲۱.
- حیدری، محمد و سارا شهبازی، ۱۳۹۲، «بررسی تأثیر آوای قرآن و موسیقی بدون کلام بر اضطراب بیماران کاندید آندوسکوپی»، «*دانش و تندرستی*»، ش ۲، ص ۶۱-۷۰.
- شجاعیان، رضا و افشین زمانی منفرد، ۱۳۸۱، «ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات‌سازی»، «*روان‌پژوهی و روان‌شناسی بالینی ایران*»، ش ۲، ص ۳۴-۳۷.
- شریفنیا، سیدحمید و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر دعا بر سلامت معنوی بیماران همودیالیزی»، «*پرستاری مراقبت ویژه*»، ش ۱، ص ۲۹-۳۴.
- طاهری‌خرامه، زهرا و همکاران، ۱۳۹۲، «سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی در بیماران همودیالیزی»، «*روان‌پرستاری*»، ش ۱، ص ۴۸-۵۴.
- غضنفری، فیزوزه و عزت‌الله قدم‌پور، ۱۳۸۷، «بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم‌آباد»، «*اصول بهداشت روانی*»، ش ۳۷، ص ۴۷-۵۴.
- فرزین‌راد، بنفشه و همکاران، ۱۳۸۹، «مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های شخصیتی در دانشجویان افسرده و غیرافسرده»، «*علوم رفتاری*»، ش ۴، ص ۱۷-۲۱.
- مردانیان دهکردی، لیلا و ناهید شاهقلیان، ۱۳۹۳، «بررسی ارتباط سلامت معنوی با سازگاری در بیماران تحت درمان با همودیالیز»، «*تحقیقات علوم رفتاری*»، ش ۴، ص ۴۸۱-۴۸۹.
- مجلسی، محمدباقر، ۱۳۶۱، «*بحارالانوار*، بیروت داراحیاء التراث العربی.
- ملاهادی، محسن و همکاران، ۱۳۸۸، «مقایسه افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه»، «*پرستاری مراقبت ویژه*»، ش ۴، ص ۱۵۳-۱۵۶.
- ناظمیان، فاطمه و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی افسردگی و اضطراب در بیماران همودیالیزی»، «*مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*»، ش ۳، ص ۱۷۱-۱۷۸.
- هادی، نگین و همکاران، ۱۳۸۹، «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران با نارسایی مزمن کلیوی تحت همودیالیز»، «*پایش*»، ش ۴، ص ۳۴۹-۳۵۴.

Bussing, A, et al, 2009, "Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients With Chronic Pain Condition?", *J Pain Medicine*, v. 10(2), p. 327-39.

Carolyn, M, et al, 2001, "Coping and health acomparison of the stress and trauma", *American Psychological Association Journal*, v. 53(7), p. 11-25.

Gray, M, 2000, "Coping and behavior Diabetes Life styl", *Diabet Spectrum*, v. 13(3), p. 167-173.

- Koeing, HG, 2004, "Spirituality Wellness and quality of life, *Sexuality reproduction and Menopause*, v. 2(2), p. 76-82.
- Lesio, CA, 2007, "*Accountability for mental Health counseling in schools*", Thesis the degree of Master of Science and Advanced Graduate Certificate, College of Liberal Arts New York, p. 4-10.
- Longo, D, et al, 2012, "Harrison's Principles of Internal Medicine", 18th ed. New York: McGraw-Hill.
- Porter, J, & Beuf, A, 2005. "The quality of life in Hemodialysis patient", *J psychosom Res*, v. 58, p. 1101-1108.
- Smeltzer, O, et al, 2010, "*Brunner & Suddarth textbook of medical-surgical Nursing*", 12th ed, Philadelphia, Lippincott, p. 54-55.
- _____, 2008, "*Brunner and Suddarth S textbook of medical surgical nursing*" 11th ed, Philadelphia, Lippincott, 1326-34.
- Tasumura, Y, et al, 2003, "Religiigious and spiritual resources", *Alternative Therapies in Health and Medicine*, v. 9(3), p. 64-71.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

تأثیر آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی

کلیه علی حسینیائی / استادیار گروه روان‌شناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران
 مارال مشرفی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
 دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۲۳ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۲۶
 a.hosseinaei@gmail.com
 maralmashreghi10@yahoo.com

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی شهرستان گنبدکاووس بود. در این پژوهش نیمه‌آزمایشی، تمام ۶۰ کودک ۵ تا ۱۰ ساله (۴۰ دختر و ۲۰ پسر) معلول جسمی - حرکتی از مراکز بهزیستی و توان‌بخشی شهرستان گنبدکاووس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه‌های ۳۰ نفره گواه و آزمایش (هر یک شامل ۲۰ دختر و ۱۰ پسر) گمارده شدند. پس از انجام پیش‌آزمون بر روی گروه‌های آزمایش و گواه، گروه آزمایشی طی ۱۰ جلسه ۱ ساعته (در مدت زمان سه ماه) تحت مداخله آموزش مهارت‌های هوش معنوی قرار گرفتند و در نهایت، پس‌آزمون برای هر دو گروه انجام شد. داده‌ها، به وسیله دو پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی مانتسون و سازگاری کودکان راتر در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گردآوری شد. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی تأثیر معناداری دارد. بنابراین، می‌توان گفت: آموزش هوش معنوی، می‌تواند مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی را بهبود بخشد.

کلیدواژه‌ها: هوش معنوی، مهارت‌های اجتماعی، سازگاری، معلول جسمی - حرکتی.

افراد معلول، کسانی هستند که عملکرد جسمانی، توانایی‌های ذهنی و یا سلامت روانی آنان به احتمال قریب به یقین به مدت بیش از شش ماه از آنچه استاندارد سن آنهاست، انحراف داشته و به همین دلیل برای آنان در زندگی روزمره مشکلاتی را به وجود می‌آورد (افروز، ۱۳۸۴، ص ۶). معلولیت عبارت ست از: هر نوع ناتوانی، ناهنجاری و یا نارسایی که قابل برطرف کردن و یا معالجه نباشد (هالان و کافمن (Hallahan & Kauffman)، ۱۳۸۶، ص ۵).

معلولان جسمی - حرکتی، کسانی هستند که به دلیل نقص جسمانی دچار مشکل حرکتی هستند. این نقص ممکن است به دلیل آسیب‌دیدگی مغز و نخاع، ضایعات استخوانی و عضلانی و غیره به صورت فلج، قطع عضو یا ناموزونی عضو حرکتی (نظیر دست‌ها و پاها) آشکار گردد. به عبارت دیگر، معلول جسمی - حرکتی کسی است که به دلیل نقص جسمی - حرکتی قادر نیست فعالیت‌های عادی زندگی روزمره را به نحو مطلوب انجام دهد و یا در انجام فعالیت‌های مربوطه با محدودیت‌هایی مواجه است (پاکزاد، ۱۳۸۰، ص ۱۵).

بنا بر آمار سازمان جهانی بهداشت، هم‌اکنون بیش از ۶۰۰ میلیون نفر در سطح جهان به علل مختلف جسمی، روانی و اجتماعی دچار ناتوانی و معلولیت هستند. ۸۰ درصد از این افراد در کشورهای جهان سوم زندگی کرده و یک سوم آنان را کودکان تشکیل می‌دهند. تعداد معلولان در ایران بنا بر آمار، حدود ۱۲ درصد از جمعیت ایران را تشکیل می‌دهند که از این میزان، حدود ۲ میلیون نفر دارای معلولیت شدید و ۶/۵ میلیون نفر معلول کم‌توان هستند (عفتی، ۱۳۹۱، ص ۱۳). بر اساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰، در ایران نزدیک به یک میلیون و پنجاه هزار نفر دچار معلولیت هستند که حدود ۶۰۰ هزار نفر آنان دارای معلولیت جسمی - حرکتی می‌باشند (قنبری، ۱۳۹۲).

از جمله عواملی که ممکن است تحت تأثیر معلولیت جسمی - حرکتی قرار گیرد، مهارت‌های اجتماعی است. مهارت‌های اجتماعی، مجموعه رفتارهای اکتسابی است که از طریق مشاهده، الگوسازی، تمرین و بازخورد آموخته می‌شود و دارای ویژگی‌های زیر است: رفتارهای کلامی و غیر کلامی، پاسخ‌های مناسب و مؤثر، بیشتر جنبه تعاملی داشته، تقویت اجتماعی را به حداکثر می‌رساند، بر اساس ویژگی‌ها و محیطی که فرد در آن قرار گرفته است، توسعه می‌یابد و از طریق آموزش رشد می‌کند (هارجی (Hargie) و همکاران، ۱۹۹۴، ص ۳۹).

گرشام (Gresham) و الیوت (Elliott) (۱۹۹۰) که در زمینه مهارت‌های اجتماعی تحقیقات بسیاری انجام داده‌اند، معتقدند که مهارت‌های اجتماعی شامل رفتارهای انطباقی فراگرفته شده‌ای است که فرد را قادر به برقراری رابطه متقابل با افراد دیگر می‌سازد. همچنین، مهارت‌های اجتماعی به آن گروه از مهارت‌هایی اطلاق می‌شود که اشخاص در تعاملات و روابط میان‌فردی خویش به کار می‌برند و به شخص کمک می‌کنند تا با دیگران به شکلی ارتباط برقرار کند که بتواند از حقوق خویش دفاع کند، وظایف خود را به شکل منطقی انجام دهد، در رابطه با دیگران دچار کشمکش و درگیری نشود، مردم‌گریز یا مردم‌ستیز نباشد، بلکه با مردم روابطی دوستانه، آزادانه و صمیمانه داشته باشد (لارسون (Larson) و لارسون، ۲۰۰۳).

لازمه موفقیت هر فرد در جامعه، داشتن مهارت‌های اجتماعی متعدد در تعامل با سایرین می‌باشد. مهارت‌های اجتماعی، عامل مهمی در شکل دادن روابط، بالا بردن کیفیت تعاملات اجتماعی و حتی سلامت روان افراد هستند (تئودور (Theodor) و همکاران، ۲۰۰۵). رفتارهای اجتماعی بر تمامی جنبه‌های زندگی کودکان و نوجوانان سایه می‌افکند و بر سازگاری و شادکامی بعدی آنان تأثیر می‌گذارد. توانایی فرد از نظر کنار آمدن با دیگران و انجام رفتارهای اجتماعی مطلوب، میزان محبوبیت او را میان همسالان و نزد معلمان، والدین و سایر بزرگسالان مشخص می‌کند. میزان توانایی فرد در مهارت‌های اجتماعی به‌طور مستقیم به رشد اجتماعی فرد و کمیت و کیفیت رفتارهای اجتماعی مطلوبی که از خود نشان می‌دهد، مربوط می‌شود (متسون و اولندبیک (Matson & Ollendick)، ۱۹۸۸). بنابراین، یکی از عواملی که با مهارت‌های اجتماعی مرتبط است و می‌تواند متأثر از معلولیت جسمی باشد، «سازگاری» است. سازگاری رابطه‌ای است که ارگانیسم نسبت به وضع موجود با محیط خود برقرار می‌کند. این اصطلاح معمولاً در رابطه با سازگاری اجتماعی و روان‌شناختی، فرایندی مستمر نسبت به محیط و در عین حال، تغییر دادن آن به گونه‌ای سالم و مؤثر است (پورافکاری، ۱۳۸۰، ص ۲۴). سازگاری اجتماعی، انعکاسی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه عملکرد در نقش‌ها است که به احتمال زیاد تحت تأثیر شخصیت قبلی، فرهنگ و انتظارات خانواده قرار دارد (خدایاری فرد، ۱۳۸۵، ص ۸۵).

دیدگاه پدیدارشناختی در مورد سازگاری با تکیه بر نظر راجرز معتقد است: انسان ذاتاً ماهیتی مثبت دارد و مسیر حرکت او در مجموع به سوی خودشکوفایی، رشد و اجتماعی شدن است. به نظر راجرز، جامعه مهم است اما خود مقدم بر آن است (خدایاری فرد، ۱۳۸۵، ص ۸۷). از دید وی نخستین شرط پیدایش شخصیت سالم دریافت توجه مثبت غیرشرطی است. بدین ترتیب، هنجارها و معیارها در فرد درونی می‌شوند. راجرز بر این باور است که عملکرد کامل، امکان سازگاری بیشتر در دگرگونی‌های جدی اوضاع و احوال محیطی را برای فرد امکان‌پذیر می‌سازد و این، سازگاری را از هم‌رنگی با سازش فعل‌پذیر متمایز می‌سازد.

کودکان معلول، مانند سایر کودکان، دارای شماری از نیازهای اساسی هستند. با اینکه تمایل به امنیت یا احساس تعلق در همه کودکان قوی است، احتمالاً در کودکان معلول قوی‌تر است؛ زیرا احساس امنیت و تعلق آنان با شکست در گروه اجتماعی‌شان سرکوب شده است. هنگامی که کودکی از سازش یافتن با برنامه‌ای که اجتماع برای او طرح کرده ناتوان است؛ نمی‌تواند خود را جزیی جدایی‌ناپذیر از آن گروه اجتماعی بداند (بیان‌زاده و ارجمندی، ۱۳۸۲). از جمله مداخله‌هایی که می‌تواند بر مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی تأثیر داشته باشد، آموزش هوش معنوی است. هوش معنوی، یکی از سازه‌های جدیدی است که به معنای مجموعه‌ای از قابلیت‌های فرد در ارتباط با منابع معنوی است که شامل نوع مؤثری از سازگاری و رفتار حل مسئله است و شامل بالاترین سطح رشد

در قلمروهای مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی، بین‌فردی و... می‌شود و فرد را در جهت هماهنگی با پدیده‌های اطرافش و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری می‌دهد (صبحی قراملکی و پرزور، ۱۳۹۳).

«هوش معنوی» عبارت است از: مجموعه‌ای از ظرفیت‌های ذهنی انطباقی که بر جنبه‌های غیرمادی و متعالی استوار می‌شوند. به‌ویژه آنهایی که در ارتباط با ماهیت هستی فرد، تعالی و حالت‌های معنوی باشند. این فرایندها با کمک به تسهیل شیوه‌های حل مسئله، استدلال انتزاعی و کنار آمدن با مشکلات زندگی به سازگاری کمک می‌کند (کینگ (King)، ۲۰۰۷). زوهر (Zohar) و مارشال (Marshall) (۲۰۰۰) هوش معنوی را استعداد ذاتی می‌دانند که انسان در حل مسائل معنوی و ارزشی به کار می‌گیرد و زندگی را در حالی گسترده از غنا و معنا قرار می‌دهد.

ایمونز (۲۰۰۰)، تلاش کرد تا معنویت را بر اساس تعریف گاردنر از هوش، در چارچوب هوش مطرح نماید و معتقد است: معنویت می‌تواند شکلی از هوش تلقی شود؛ زیرا عملکرد و سازگاری فرد را پیش‌بینی می‌کند و قابلیت‌هایی را مطرح می‌کند که افراد را توانمند می‌سازد که به حل مسائل بپردازند و به اهدافشان دسترسی داشته باشند (غباری‌بناب و همکاران، ۱۳۸۶). هوش معنوی از منظر کینگ (۲۰۰۸) به‌عنوان مجموعه ظرفیت‌های روانی که با آگاهی، یکپارچگی و کاربرد سازگارانۀ جنبه‌های متعالی و معنوی (غیرمادی) وجود فرد سروکار دارد، تعریف می‌شود؛ به گونه‌ای که منجر به پیامدهایی همچون بازتاب عمیق وجودی، افزایش معنا، بازشناسی خود متعالی و تسلط بر ویژگی‌های معنوی می‌شود که از چهار مؤلفه اصلی تفکر وجودی انتقادی، خلق معنای شخصی، آگاهی متعالی و توسعه حالت آگاهی تشکیل شده است.

داشتن هوش معنوی در زندگی، می‌تواند موجب رشد و شکوفایی انسان شود و افرادی که هوش معنوی بالایی دارند، ظرفیت تعالی داشته و تمایل بالایی نسبت به هشیاری دارند. آنان این ظرفیت را دارند که بخشی از فعالیت‌های روزانه خود را به اعمال روحانی و معنوی اختصاص دهند و فضایی مانند بخشش، سپاسگزاری، فروتنی، دلسوزی و خرد از خود نشان می‌دهند (ایمونز (Imons)، ۲۰۰۰). اسمیت (۲۰۰۴)، در مطالعه‌ای نشان داد که هوش معنوی لازمه‌ی سازگاری بهتر با محیط است و افرادی که از هوش معنوی بالاتری برخوردارند، تحمل آنان در مقابل فشارهای زندگی بیشتر بوده و توانایی بالاتری را در جهت سازگاری با محیط از خود بروز می‌دهند.

مطالعاتی چند در داخل و خارج کشور، تأثیر آموزش هوش معنوی بر متغیرهای گوناگونی را مورد مطالعه قرار داده‌اند. از جمله، کاتر (Kaur) و همکاران (۲۰۱۵)، در پژوهشی در مورد اثر هوش هیجانی و هوش معنوی بر رفتار مراقبت پرستاران دریافتند که تفکر وجودی و آگاهی ماورائی بر اطمینان از حضور انسان اثر معناداری دارد. ایجاد معنای شخصی و گسترش حالت آگاهی اثر معناداری بر ادراک هیجان و مدیریت هیجانات خود دارد. بُعد مدیریت هیجانات خود اثر معناداری بر ارجاع محترمانه به دیگران و اطمینان از حضور انسان دارد. *آنیما ساهون* (Animasahun) (۲۰۱۰)، در پژوهشی در مورد رابطه بهره‌ی هوشی، هوش هیجانی و هوش معنوی به‌عنوان همبسته‌های سازگاری با زندان در زندان‌های نیجریه دریافتند که بین هوش هیجانی، هوش معنوی و بهره‌ی هوشی با سازگاری رابطه‌ی معناداری

وجود دارد. مت‌ساد (Mat Saad) و همکاران، در مطالعه‌ای اثر هوش معنوی بر سلامت عمومی افراد مسن را در مالزی بررسی کردند (موحدی، ۱۳۹۳، ص ۸۳). یافته‌ها نشان داد که هوش معنوی به‌طور مثبت با سلامت عمومی رابطه مثبت و معناداری دارد. توانایی اداره زندگی با احساسی از تقدس، مبتنی بر باور معنوی فرد اصلی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده سلامت بود. دینگرا (Dhingra) و همکاران (۲۰۰۵)، در مورد رابطه هوش هیجانی و هوش معنوی با سازگاری در زنان مهاجر کشمیری دریافتند که بین هوش هیجانی و هوش معنوی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. سازگاری اجتماعی با هوش هیجانی رابطه منفی و معنادار و با هوش معنوی، رابطه مثبت و معنادار داشت.

در ایران نیز مطالعاتی در خصوص هوش معنوی و تأثیرات آن انجام شده است. برای مثال، سجعی و سلیمانی (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان» دریافتند که در گروه آزمایش پس از آموزش هوش معنوی، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود افزایش یافته است. امینی‌جاوید و همکاران (۱۳۹۴)، در تحقیقی با هدف بررسی اثربخشی آموزش هوش معنوی، بر افسردگی و شادکامی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه، نشان دادند که با آموزش هوش معنوی از طریق آموزش، افسردگی دانش‌آموزان، کاهش و شادکامی آنان افزایش می‌یابد. همچنین، اثر آموزش با فاصله زمانی دو ماه نیز پایدار بود. بندرفشان و تاج‌آبادی (۱۳۹۳)، در پژوهشی به بررسی میزان اثربخشی آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی بر سازگاری دانش‌آموزان دوره متوسطه پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی بر سازگاری کلی و همچنین سازگاری عاطفی و اجتماعی دانش‌آموزان تأثیر معناداری داشته ولی بر سازگاری آموزشی دانش‌آموزان تأثیر معنادار نداشته است. محمدی و همکاران (۱۳۹۳)، در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی اثر آموزش هوش معنوی بر سلامت روان دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه» نشان دادند که هفت جلسه مداخله هوش معنوی موجب کاهش معنادار حساسیت در روابط متقابل، شکایت‌های جسمانی، وسواسی اجباری، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون می‌شود.

از آنجاکه دین و به تبع آن، معنویت در زندگی اجتماعی و فردی مردم کشور ما اهمیت تعیین‌کننده‌ای داشته و دین مبین اسلام نیز بر رشد معنوی و فراست‌های ناشی از معنویت تأکید زیادی دارند (مرعشی و همکاران، ۱۳۹۱)، انجام یک مطالعه تجربی در مورد آموزش‌پذیر بودن هوش معنوی در ایران و به‌ویژه کودکان معلول بسیار ضروری می‌نماید. چنانچه تأثیر یک بسته آموزشی مدون در ارتقاء هوش معنوی معلوم شود، می‌تواند آغازی برای تدوین روش‌های آموزشی بهتر و ترجیحاً بومی و متناسب با آموزه‌های اسلامی در آینده قلمداد کرد. از سوی دیگر، همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، پژوهش‌هایی در مورد هوش معنوی و ارتباط آن با متغیرهای مختلفی انجام شده است، اما تاکنون پژوهشی که به تأثیر آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی پرداخته باشد، انجام نشده

است. از این رو، این سؤال مطرح می‌شود که آیا آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی تأثیر دارد؟ بدین ترتیب، فرضیه‌های این پژوهش به شرح زیر است:

- به نظر می‌رسد آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان معلول جسمی و حرکتی تأثیر دارد.

- به نظر می‌رسد آموزش هوش معنوی بر سازگاری کودکان معلول جسمی و حرکتی تأثیر دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش، به صورت نیمه‌آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری شامل همه کودکان ۵ تا ۱۰ ساله معلول جسمی - حرکتی، تحت نظر مراکز بهزیستی و توان‌بخشی شهرستان گنبد کاووس بود که تعداد آنها ۶۰ نفر بود. به دلیل پایین بودن حجم جامعه آماری، حجم نمونه تحقیق برابر با جامعه آماری؛ یعنی ۶۰ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری، روش کل‌شماری بود که در آن، آزمودنی‌ها شامل ۶۰ کودک معلول جسمی - حرکتی (۴۰ دختر و ۲۰ پسر) به‌طور تصادفی به گروه‌های ۳۰ نفره گواه و آزمایش (هر یک شامل ۲۰ دختر و ۱۰ پسر) گمارده شدند.

برای اجرای پژوهش با هماهنگی مدیران و مربیان مراکز بهزیستی و توان‌بخشی شهرستان گنبد کاووس، کودکان معلول جسمی - حرکتی در دو گروه آزمایش و گواه سازماندهی شده و پیش‌آزمون به اجرا درآمد. سپس، گروه آزمایش مورد مداخله هوش معنوی (شامل تمرین‌های عملی) طی ۱۰ جلسه یک ساعته (در مدت سه ماه) قرار گرفتند و پس‌آزمون برای هر دو گروه به اجرا گذاشته شد. داده‌های پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار spss تجزیه و تحلیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل درصد، فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس و پیش‌فرض‌های آن استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی ماتسون: برای سنجش مهارت‌های اجتماعی، از پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی ماتسون (۱۹۸۳) استفاده شد. این پرسش‌نامه، شامل ۵۶ سؤال است که مهارت‌های اجتماعی کودکان ۱۸-۴ ساله را می‌سنجد و دارای دو فرم والد و مربی می‌باشد. در این پژوهش، با توجه به سن و شرایط جسمانی کودکان از فرم والد استفاده شد. پاسخگویی به آن بر اساس یک شاخص پنج درجه‌ای مقیاس لیکرت با دامنه‌ای از نمره (۱=هرگز، ۲=به ندرت، ۳=گاهی اوقات، ۴=بیشتر اوقات و ۵=همیشه) می‌باشد. برای این متغیر، پنج مقیاس در قالب پنج عامل جداگانه به شرح زیر تعریف شده است: ۱. مهارت‌های اجتماعی مناسب؛ ۲. رفتارهای غیراجتماعی؛ ۳. پرخاشگری و رفتارهای تکانشی؛ ۴. برتری طلبی، اطمینان زیاد به خود داشتن؛ ۵. رابطه با همسالان. یوسفی و خیر (۱۳۸۱)، مقدار ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف برای کل مقیاس را یکسان و برابر ۰/۸۶ محاسبه و برای تعیین روایی سازه آزمون از

روش تحلیل عاملی با استفاده از مؤلفه‌های اصلی مقدار ضریب KMO را برابر ۰/۸۶ به دست آوردند. در پژوهش بحری و یوسفی (۱۳۹۲) نیز پایایی زیرمقیاس‌های مهارت‌های اجتماعی مناسب و رابطه با همسالان را به ترتیب، ۰/۷۶ و ۰/۶۲ به دست آوردند. در این پژوهش، میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه سازگاری کودکان راتر: برای سنجش میزان سازگاری کودکان معلول از پرسش‌نامه راتر (۱۹۷۵) استفاده شد. پرسش‌نامه راتر دارای دو نسخه است: نسخه اول که والدین رفتارهای کودک را مورد سنجش قرار می‌دهند و نسخه دوم، آموزگار رفتارهای کودک را می‌سنجد. در این تحقیق، نسخه اول مربوط به والدین مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه مسائل تندرستی، عادت‌ها و اختلال‌های رفتاری را در کودک می‌سنجد و دارای ۳۱ ماده سه گزینه‌ای است: گزینه اول درست نیست (نمره صفر)، گزینه دوم تا حدودی درست است (نمره ۱) و گزینه سوم کاملاً درست است (نمره ۲). در این پرسش‌نامه، ۸ سؤال اول مربوط به مسائل تندرستی، ۵ سؤال مربوط به عادت‌ها و ۱۸ سؤال آخر نیز مربوط به اختلال‌های رفتاری است که در پرسش‌نامه به تفکیک آورده شده است. بزرگ‌برفروبی (۱۳۹۴)، در پژوهش خودپایایی این پرسش‌نامه را ۰/۷۴ محاسبه کرده است. در بررسی پایایی این پرسش‌نامه بهنیا (۱۳۷۵) روی ۹۱ کودک به شیوه بازآزمایی به فاصله سیزده هفته ضریب پایایی را ۰/۸۵ گزارش داده است. عدل (۱۳۷۲)، با به کار بستن روش تنصیف و بازآزمایی ضریب همبستگی این پرسش‌نامه را به ترتیب، ۰/۶۸ و ۰/۸۵ گزارش نمود. همچنین از این پرسش‌نامه در پژوهش‌های متعددی از جمله مهریار و همکاران (۱۳۶۸)، سهرابی (۱۳۶۹)، حاتمی (۱۳۶۹)، براهنی و ناظر (۱۳۷۲)، دلاور و سالاری (۱۳۷۴) استفاده شده است (بهنیا، ۱۳۷۵، ص ۹۶). آلفای کرونباخ در این پژوهش، ۰/۷۹ به دست آمد. برای روایی پرسش‌نامه راتر (۱۹۷۵)، ضریب توافق ۶۱/۵ درصد و زیرمن و همکاران (۱۹۷۸) ضریب توافق ۶۶/۷ درصد را برای کودکان نوروتیک و ۸۴ درصد را برای کودکان دارای اختلال به دست آوردند. همچنین، مورینا و همکاران (۲۰۰۸)، با روش تحلیل عاملی به سه عامل اصلی بیش‌فعالی، ضداجتماعی و اختلال هیجانی دست پیدا کردند (سلیمی، ۱۳۹۱).

آموزش هوش معنوی، طی ۱۰ جلسه یک ساعته (در مدت زمان سه ماه) انجام شد که شرح آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. پروتکل آموزش هوش معنوی سهرابی و ناصری (۱۳۸۹)

جلسه	شرح
۱	معارفه محقق و فراگیران، ارائه برنامه زمان‌بندی شده، تعداد و مدت جلسات و شرح تعاریف هوش، هوش معنوی، نظریات و دیدگاه‌ها و تأثیر آن در زندگی
۲	آموزش خودآگاهی متعالی (شناخت ویژگی‌های خود، شناخت احساسات و آگاهی از وجود یک هستی برتر)
۳	بیان معنای زندگی (حیات اخروی، رسالت، ماجراجویی، بیماری، میل، نوع‌دوستی، رنج، رابطه)
۴	یادآوری و معرفی تجربه‌های معنوی (تجاریبی از قبیل احساس وحدت و یکی شدن با طبیعت، احساس ژرف و آرامش و فرارفتن از بُعد زمان و مکان)
۵	معرفی شخصیت و عوامل به وجودآورنده شخصیت و معرفی اولویت‌ها در از بین بردن عیوب شخصیتی در تمرین معنوی
۶	معرفی و شرح حقیقت و صداقت، مصاحبه با خدا، دام‌های شیطان
۷	آموزش شکیبایی (مدیریت و کنترل هیجانات به‌ویژه خشم و به تعویق انداختن نیازها)

۸	آموزش بخشش (تمام مصادیقی که در فرهنگ ما برای توصیف یک فرد بخشنده استفاده می‌شود)
۹	آموزش زندگی برتر با دین و آثار خداشناسی در کودکان (افزایش علاقه به خداوند، علاقه‌مندی به دستورات خداوند، افزایش ایمان و پرورش احساس مسئولیت درباره خدا)
۱۰	مرور جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون

یافته‌های پژوهش

در جدول ۲، خلاصه‌ای از اطلاعات مربوط به شاخص‌های مرکزی و پراکندگی داده‌ها ارائه می‌گردد.

جدول ۲. شاخص‌های آمار توصیفی نمرات مهارت‌های اجتماعی و مؤلفه‌های آن

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
مهارت‌های اجتماعی مناسب	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	۶۹/۶۳	۱۲/۹۷
		پس‌آزمون	۳۰	۵۶/۱۳	۱۵/۲۸
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	۶۸/۵۷	۱۳/۴۶
		پس‌آزمون	۳۰	۷۰/۲۳	۱۳/۳۸
رفتارهای غیراجتماعی	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	۳۷/۷۷	۴/۰۹
		پس‌آزمون	۳۰	۳۴/۰۳	۳/۹۷
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	۳۵/۴۷	۶/۱۳
		پس‌آزمون	۳۰	۳۳/۸۳	۵/۰۶
پرخاشگری و رفتارهای تکانشی	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	۴۰/۱۳	۵/۹۴
		پس‌آزمون	۳۰	۳۹/۵۰	۵/۸۰
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	۴۰/۸۷	۶/۴۳
		پس‌آزمون	۳۰	۳۹/۰۷	۶/۲۴
برتری طلبی و اطمینان زیاد به خود داشتن	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	۱۸/۱۰	۴/۳۰
		پس‌آزمون	۳۰	۱۱/۹۷	۴/۲۷
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	۱۸/۹۳	۴/۱۸
		پس‌آزمون	۳۰	۱۷/۸۷	۴/۰۲
رابطه با همسالان	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	۳۱/۳۰	۳/۲۳
		پس‌آزمون	۳۰	۲۴/۷۷	۲/۸۰
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	۳۱/۸۷	۳/۴۱
		پس‌آزمون	۳۰	۳۱/۹۷	۳/۵۷
مهارت‌های اجتماعی کل	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	۱۹۵/۲۰	۲۴/۳۲
		پس‌آزمون	۳۰	۱۴۵/۷۷	۲۴/۸۱
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	۱۹۱/۸۳	۲۴/۷۸
		پس‌آزمون	۳۰	۱۹۶/۲۰	۲۴/۲۶

جدول ۳. شاخص‌های آمار توصیفی نمرات سازگاری و مؤلفه‌های آن

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
تندرستی	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	۱۰/۸۳	۲/۸۲
		پس‌آزمون	۳۰	۹/۵۷	۲/۷۲
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	۹/۷۳	۱/۹۸
		پس‌آزمون	۳۰	۱۰/۶۷	۲/۴۳
عادت‌ها	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	۶/۳۳	۱/۲۷
		پس‌آزمون	۳۰	۶/۵۰	۱/۵۰
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	۶/۴۳	۱/۶۱
		پس‌آزمون	۳۰	۶/۲۷	۱/۵۲
اختلالات رفتاری	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	۲۳/۸۷	۳/۳۲
		پس‌آزمون	۳۰	۲۳/۸۷	۳/۲۹

۴/۸۲	۲۴/۹۷	۳۰	پیش‌آزمون	آزمایش	سازگاری کل
۲/۷۶	۲۳/۷۳	۳۰	پس‌آزمون		
۶/۱۸	۴۰/۹۷	۳۰	پیش‌آزمون	کنترل	
۶/۰۳	۳۲/۹۳	۳۰	پس‌آزمون	آزمایش	
۴/۹۹	۳۹/۹۰	۳۰	پیش‌آزمون		
۶/۶۰	۴۱/۹۷	۳۰	پس‌آزمون		

در جدول ۳ میانگین، انحراف استاندارد و تعداد آزمودنی‌ها در متغیر سازگاری و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه ارائه شده است. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه، از آزمون کالومگروف - اسمیرنوف یک‌راهه استفاده شده است.

جدول ۴. آزمون کالومگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن مهارت‌های اجتماعی

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	اماره Z	سطح معناداری	نتایج آزمون
مهارت‌های اجتماعی مناسب	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۴۱	+۰/۱۳۲	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۲۴	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۲۱	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۰۸	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
رفتارهای غیراجتماعی	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۴۲	+۰/۱۲۵	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۰۹۲	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۰۹۹	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۶۲	+۰/۰۶۳	توزیع داده‌ها نرمال است
برخاشگری و رفتارهای تکانشی	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۲۹	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۰۸	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۰۸	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۶۹	+۰/۰۸۹	توزیع داده‌ها نرمال است
برتری طلبی و اطمینان زیاد به خود داشتن	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۶۸	+۰/۱۱۷	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۶۸	+۰/۰۶۴	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۴۵	+۰/۱۱۰	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۱۹	+۰/۱۳۲	توزیع داده‌ها نرمال است
رابطه با همسالان	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۳۷	+۰/۱۵۸	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۰۱	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۸۶	+۰/۰۷۸	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۲۸	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
مهارت‌های اجتماعی کل	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۰۹۵	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۰۹۱	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۰۹۱	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۳۰	+۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است

بر اساس جدول ۴، توزیع مؤلفه‌ها و نمره کلی متغیر مهارت‌های اجتماعی در جامعه نرمال است.

جدول ۵. آزمون کالومگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیر سازگاری

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	اماره Z	سطح معناداری	نتایج آزمون
تندرستی	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۷۰	+۰/۱۳۳	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۵۲	+۰/۰۵۹	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۶۴	+۰/۰۶۸	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۱۱	+۰/۰۸۷	توزیع داده‌ها نرمال است
عادت‌ها	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۹۷	+۰/۰۸۶	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۳۵	+۰/۰۹۸	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	+۰/۱۲۰	+۰/۱۶۲	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	+۰/۱۴۶	+۰/۱۲۰	توزیع داده‌ها نرمال است

اختلالات رفتاری	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	۰/۱۳۷	۰/۱۵۷	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	۰/۱۲۷	۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	۰/۱۳۷	۰/۱۴۲	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	۰/۱۴۰	۰/۱۴۱	توزیع داده‌ها نرمال است
سازگاری کل	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰	۰/۱۳۹	۰/۱۴۴	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	۰/۱۱۰	۰/۲۰۰	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰	۰/۱۴۶	۰/۱۰۴	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس‌آزمون	۳۰	۰/۱۳۴	۰/۱۷۷	توزیع داده‌ها نرمال است

بر اساس جدول ۵، توزیع مؤلفه‌ها و نمره کلی متغیر سازگاری در جامعه نرمال است.

بررسی فرض همگنی واریانس متغیرها (آزمون لوین)

جدول ۶. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	مرحله	آماره لوین	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	
مهارت‌های اجتماعی مناسب	پیش‌آزمون	۲/۰۱	۱	۵۸	۰/۱۶۲
	پس‌آزمون	۰/۰۱	۱	۵۸	۰/۹۹۱
رفتارهای غیر اجتماعی	پیش‌آزمون	۱/۴۱	۱	۵۸	۰/۲۴۰
	پس‌آزمون	۰/۱۳	۱	۵۸	۰/۷۲۲
پرخاشگری و رفتارهای تکانشی	پیش‌آزمون	۰/۰۳	۱	۵۸	۰/۹۱۱
	پس‌آزمون	۰/۱۶	۱	۵۸	۰/۶۹۴
برتری طلبی و اطمینان زیاد	پیش‌آزمون	۰/۰۱	۱	۵۸	۰/۹۵۴
	پس‌آزمون	۰/۴۰	۱	۵۸	۰/۵۲۸
رابطه با همسالان	پیش‌آزمون	۱/۲۳	۱	۵۸	۰/۲۷۱
	پس‌آزمون	۰/۰۱	۱	۵۸	۰/۹۱۲
مهارت‌های اجتماعی کل	پیش‌آزمون	۰/۲۲	۱	۵۸	۰/۶۴۱
	پس‌آزمون	۰/۰۹	۱	۵۸	۰/۷۶۴
تندرستی	پیش‌آزمون	۰/۲۱	۱	۵۸	۰/۶۴۸
	پس‌آزمون	۱/۱۶	۱	۵۸	۰/۲۸۵
عادت‌ها	پیش‌آزمون	۰/۰۱	۱	۵۸	۰/۹۶۰
	پس‌آزمون	۲/۳۳	۱	۵۸	۰/۱۳۳
اختلالات رفتاری	پیش‌آزمون	۰/۶۷	۱	۵۸	۰/۴۱۴
	پس‌آزمون	۱/۷۵	۱	۵۸	۰/۱۹۱
سازگاری کل	پیش‌آزمون	۰/۱۳	۱	۵۸	۰/۷۲۱
	پس‌آزمون	۱/۵۲	۱	۵۸	۰/۲۲۳

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در تمامی متغیرهای تحقیق واریانس‌ها همگن است.

فرضیه اول: آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان معلول جسمی - حرکتی شهرستان گنبدکاووس تأثیر دارد.

از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه (آنکوا) برای بررسی تأثیر آموزش بر نمره کل متغیر مهارت‌های اجتماعی استفاده شده است. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، باید پیش‌فرض‌های انجام کوواریانس رعایت شود. یکی از مواردی که پیش از تحلیل کوواریانس باید مورد بررسی قرار گیرد، وجود همگنی واریانس کوواریانس و همگنی شیب رگرسیون می‌باشد. نتیجه بررسی همگنی رگرسیون این تحقیق، در جدول ۷ آورده شده است.

تأثیر آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی ۶۳

جدول ۷. آزمون پیش فرض همگنی شیب ضرایب رگرسیون در مفروضه مهارت‌های اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری (sig)
پیش‌آزمون	۳۱۹۷۱/۳۶	۱	۳۱۹۷۱/۳۶	۵/۰۸	۰/۰۶۴
گروه‌های آزمایشی	۱۶۶۱۴/۵۳	۱	۱۶۶۱۴/۵۳	۲/۵۷	۰/۱۹۰
تعامل گروه و پیش‌آزمون	۲۱۷۰۸/۳۰	۱	۲۱۷۰۸/۳۰	۱/۰۲	۰/۴۶۰
خطا	۹۱۶۰۷/۴۳	۱۱۶	۷۸۲/۹۷		

در جدول ۷، نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیونی عامل مهارت‌های اجتماعی آورده شده است. از آنجایی که F محاسبه شده ($p < ۰/۰۵$ و $F < ۱/۰۲$) برای تعامل گروه و پیش‌آزمون، در سطح کمتر از $۰/۰۵$ معنادار نمی‌باشد، بنابراین داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کند و این فرضیه پذیرفته می‌شود و می‌توان تحلیل کواریانس را اجرا نمود.

جدول ۸. نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا) برای نمره کل مهارت‌های اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری (sig)	مجدور اتا (η^2)	توان آماری
مدل اصلاح شده	۳۱۸۷۴/۰۶۷	۲	۱۵۹۲۳/۵۳۳	۲۰/۳۳۷	۰/۰۰۰۱		
عرض از مبدأ	۲۶۴۴۴۸/۸۳۰	۱	۲۶۴۴۴۸/۸۳۰	۳۳۷/۷۵۱	۰/۰۰۰۱		
پیش‌آزمون	۱۵۳۳۲/۵۳۳	۱	۱۵۳۳۲/۵۳۳	۱۹/۴۵۵	۰/۰۰۰۱		
گروه‌بندی	۱۶۶۱۴/۵۳۳	۱	۱۶۶۱۴/۵۳۳	۲۱/۲۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴۵	۰/۲۵۸
خطا	۹۱۶۰۷/۴۳۳	۱۱۷	۷۸۲/۹۷۰				
جمع	۴۱۰۹۲۶۲/۰۰۰	۱۲۰					
جمع اصلاح شده	۱۲۳۴۵۴/۵۰۰	۱۱۹					

همان‌گونه که در جدول ۸ نشان داده شده است، با کنترل پیش‌آزمون، آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان معلول جسمی - حرکتی در سطح خطای $۰/۰۱$ تأثیر معنادار دارد ($F=۲۱/۲۲۰$, $P < ۰/۰۰۰۱$) و میزان تأثیر آن، حدود ۲۵ درصد ($\eta^2=۰/۲۴۵$) است. برای بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی بر مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شده است.

جدول ۹. نتایج آزمون‌های کواریانس چندمتغیره (مانکوا) برای مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی

منبع	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
عرض از مبدأ	آزمون اثر بیلابی	۰/۶۴۳	۱۷/۶۴۶ a	۵	۴۹	۰/۰۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۵۷	۱۷/۶۴۶ a	۵	۴۹	۰/۰۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۸۰۱	۱۷/۶۴۶ a	۵	۴۹	۰/۰۰۰۱
گروه‌بندی	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۱/۸۰۱	۱۷/۶۴۶ a	۵	۴۹	۰/۰۰۰۱
	آزمون اثر بیلابی	۰/۳۳۱	۴/۸۳۹ a	۵	۴۹	۰/۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۶۹	۴/۸۳۹ a	۵	۴۹	۰/۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۴۹۴	۴/۸۳۹ a	۵	۴۹	۰/۰۰۱
مهارت‌های اجتماعی مناسب	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۰/۴۹۴	۴/۸۳۹ a	۵	۴۹	۰/۰۰۱
	آزمون اثر بیلابی	۰/۴۵۴	۸/۱۶۳ a	۵	۴۹	۰/۰۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۴۶	۸/۱۶۳ a	۵	۴۹	۰/۰۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۸۳۳	۸/۱۶۳ a	۵	۴۹	۰/۰۰۰۱
رفتارهای غیراجتماعی	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۰/۸۳۳	۸/۱۶۳ a	۵	۴۹	۰/۰۰۰۱
	آزمون اثر بیلابی	۰/۲۵۱	۳/۲۸۴ a	۵	۴۹	۰/۰۱۲
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۴۹	۳/۲۸۴ a	۵	۴۹	۰/۰۱۲
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۳۳۵	۳/۲۸۴ a	۵	۴۹	۰/۰۱۲
	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۰/۳۳۵	۳/۲۸۴ a	۵	۴۹	۰/۰۱۲

۰/۰۲۰	۴۹	۵	۲/۹۸۰ a	۰/۲۳۳	آزمون اثر بیلابی	پرخاشگری و رفتارهای تکانشی
۰/۰۲۰	۴۹	۵	۲/۹۸۰ a	۰/۷۶۷	آزمون لامبدای ویلکز	
۰/۰۲۰	۴۹	۵	۲/۹۸۰ a	۰/۳۰۴	آزمون اثر هتلینگ	
۰/۰۲۰	۴۹	۵	۲/۹۸۰ a	۰/۳۰۴	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	برتری طلبی و اطمینان زیاد به خود
۰/۰۰۰۱	۴۹	۵	۵/۷۵۱ a	۰/۳۷۰	آزمون اثر بیلابی	
۰/۰۰۰۱	۴۹	۵	۵/۷۵۱ a	۰/۶۳۰	آزمون لامبدای ویلکز	
۰/۰۰۰۱	۴۹	۵	۵/۷۵۱ a	۰/۵۸۷	آزمون اثر هتلینگ	رابطه با همسالان
۰/۰۰۰۱	۴۹	۵	۵/۷۵۱ a	۰/۵۸۷	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	
۰/۰۰۰۱	۴۹	۵	۶/۶۵۵ a	۰/۴۰۴	آزمون اثر بیلابی	
۰/۰۰۰۱	۴۹	۵	۶/۶۵۵ a	۰/۴۰۴	آزمون لامبدای ویلکز	
۰/۰۰۰۱	۴۹	۵	۶/۶۵۵ a	۰/۶۷۹	آزمون اثر هتلینگ	
۰/۰۰۰۱	۴۹	۵	۶/۶۵۵ a	۰/۶۷۹	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	

در جدول ۹، مشاهده می‌شود که در مرحله پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون سطوح معناداری همه آزمون‌ها بیانگر این هستند که آموزش هوش معنوی، موجب افزایش مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی مناسب، برتری‌طلبی و اطمینان زیاد به خود داشتن و رابطه با همسالان و کاهش رفتارهای غیراجتماعی، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی شده است ($P < 0/05$). فرضیه دوم: آموزش هوش معنوی، بر سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی شهرستان گنبدکاووس تأثیر دارد. از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه (آنکوا)، برای بررسی تأثیر آموزش بر نمره کل متغیر سازگاری استفاده شده است. نتیجه بررسی همگنی رگرسیون این تحقیق، در جدول ۱۰ آورده شده است.

جدول ۱۰. آزمون پیش‌فرض همگنی شیب ضرایب رگرسیون در مفروضه سازگاری

منبع تغییرات	مجموع جذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری (sig)
پیش‌آزمون	۳۶۷/۰۱	۱	۳۶۷/۰۱	۳/۳۵	۰/۱۲۶
گروه‌های آزمایشی	۳۴۸/۱۲	۱	۳۴۸/۱۲	۲/۴۲	۰/۲۱۴
تعامل گروه و پیش‌آزمون	۲۰۸/۲۸	۱	۲۰۸/۲۸	۲/۱۶	۰/۲۴۸
خطا	۴۹۷/۵۷	۱۱۶	۴۹۷/۵۷		

در جدول ۱۰، نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیونی عامل سازگاری آورده شده است. از آنجایی که F محاسبه شده ($F < 2/16$ و $p < 0/05$) برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح کمتر از $0/05$ معنادار نمی‌باشد، بنابراین داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کند و این فرضیه پذیرفته می‌شود و می‌توان تحلیل کوواریانس را اجرا نمود.

جدول ۱۱. تحلیل کوواریانس یک‌راهه (آنکوا) برای متغیر سازگاری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری (sig)	مجدور اتا	توان آماری
مدل اصلاح شده	۷۴۳/۰۱۷	۲	۳۷۱/۵۰۸	۸/۸۳۹	۰/۰۰۰۱		
عرض از مبدأ	۱۴۲۵۵/۴۱۳	۱	۱۴۲۵۵/۴۱۳	۳۳۹/۱۶۸	۰/۰۰۰۱		
پیش‌آزمون	۲۶۷/۰۰۸	۱	۲۶۷/۰۰۸	۶/۳۵۳	۰/۰۰۰۱		
گروه‌بندی	۴۷۶/۰۰۸	۱	۴۷۶/۰۰۸	۱۱/۳۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۱۱۶	۰/۱۳۱
خطا	۴۹۱۷/۵۷۵	۱۱۷	۴۲/۰۳۱				
جمع	۱۸۷۶۳۵/۰۰۰	۱۲۰					
جمع اصلاح شده	۵۶۶۰/۵۹۲	۱۱۹					

در جدول ۱۱ نشان داده شده است که با کنترل پیش‌آزمون، آموزش هوش معنوی بر سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی در سطح خطای $0/01$ تأثیر معنادار دارد ($F = 11/325$ ، $P < 0/001$) و میزان تأثیر ۱۲ درصد است. برای بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی بر مؤلفه‌های سازگاری از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد.

جدول ۱۲. تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) برای مؤلفه‌های سازگاری

منبع	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری (sig)
عرض از مبدأ	آزمون اثر بیلابی	۰/۳۸۲	a۱۰/۹۰۱	۳	۵۳	+۰۰۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۱۸	a۱۰/۹۰۱	۳	۵۳	+۰۰۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۶۱۷	a۱۰/۹۰۱	۳	۵۳	+۰۰۰۰۱
	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۰/۶۱۷	a۱۰/۹۰۱	۳	۵۳	+۰۰۰۰۱
گروه‌بندی	آزمون اثر بیلابی	۰/۳۷۳	a۱۰/۴۹۳	۳	۵۳	+۰۰۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۲۷	a۱۰/۴۹۳	۳	۵۳	+۰۰۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۵۹۴	a۱۰/۴۹۳	۳	۵۳	+۰۰۰۰۱
	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۰/۵۹۴	a۱۰/۴۹۳	۳	۵۳	+۰۰۰۰۱
تندرستی	آزمون اثر بیلابی	۰/۳۲۶	a۸/۵۴۳	۳	۵۳	+۰۰۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۷۴	a۸/۵۴۳	۳	۵۳	+۰۰۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۴۸۴	a۸/۵۴۳	۳	۵۳	+۰۰۰۰۱
	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۰/۴۸۴	a۸/۵۴۳	۳	۵۳	+۰۰۰۰۱
عادت‌ها	آزمون اثر بیلابی	۰/۲۴۱	a۵/۶۱۴	۳	۵۳	+۰۰۰۲
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۵۹	a۵/۶۱۴	۳	۵۳	+۰۰۰۲
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۳۱۸	a۵/۶۱۴	۳	۵۳	+۰۰۰۲
	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۰/۳۱۸	a۵/۶۱۴	۳	۵۳	+۰۰۰۲
اختلالات رفتاری	آزمون اثر بیلابی	۰/۲۴۷	a۵/۸۰۱	۳	۵۳	+۰۰۰۲
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۵۳	a۵/۸۰۱	۳	۵۳	+۰۰۰۲
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۳۲۸	a۵/۸۰۱	۳	۵۳	+۰۰۰۲
	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۰/۳۲۸	a۵/۸۰۱	۳	۵۳	+۰۰۰۲

در جدول ۱۲ مشاهده می‌شود که آموزش هوش معنوی موجب افزایش مؤلفه‌های تندرستی و کاهش عادت‌ها و اختلالات رفتاری شده است ($P < ۰/۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

طبق فرضیه اول، آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان معلول جسمی - حرکتی شهرستان گنبدکاووس تأثیر دارد. در گذشته، پژوهشی که به‌طور مستقیم به این موضوع پرداخته باشد، یافت نشد. اما نتایج این پژوهش، به‌طور تلویحی با نتایج پژوهش‌های کاتر و همکاران (۲۰۱۵)، مت‌ساد و همکاران (۲۰۱۰)، شجاعی و سلیمانی (۱۳۹۴)، امینی‌جاوید و همکاران (۱۳۹۴) و محمدی و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت: مهارت‌های اجتماعی عاملی بنیادی در شکل‌گیری روابط، کیفیت تعاملات اجتماعی و حتی سلامت روانی فرد است. از نظر ماتسون و الندیک (۱۹۸۸)، مهارت‌های اجتماعی شامل رفتارهایی می‌شود که می‌تواند در روابط افراد و بهداشت روانی و عملکرد مفید آنان تأثیرگذار باشد. آموزش هوش معنوی بر صفات معنوی نظیر محبت، سپاسگزاری، همکاری و... تأکید می‌کند. روشن است که چنین صفات و رفتارهایی می‌توانند بین افراد روابط مثبت و سازنده ایجاد کنند و حس اعتماد و صمیمیت را در میان کودکان افزایش دهند. همچنین، اجتناب از سوءظن، حسن خلق، کلام خوشایند و خلاص کردن ذهن از جزئیات کم‌اهمیت بخشی از عناصر آموزش هوش معنوی هستند. بنابراین، تأثیر مثبت هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی نظیر رفتارهای مناسب، ایجاد روابط با همسالان، دوری از رفتارهای غیراجتماعی و تکانشی در کودکان معلول جسمی - حرکتی قابل انتظار است.

کودکان معلول جسمی - حرکتی به دلیل نقایص جسمانی، ممکن است مورد طرد و تمسخر همسالان و سایر کودکان قرار گیرند. بدین ترتیب، مهارت‌های اجتماعی آنان ضعیف گردد. آموزش هوش معنوی با توجه و تأکید بر وجود سرچشمه لایزال الهی در کنار آمدن با چنین شرایطی به کمک این کودکان می‌آید. از سوی دیگر، باور عمیق به وجود پروردگار می‌تواند در درون این کودکان آرامشی به وجود آورد که از پرخالشگری و رفتارهای ناشایست نسبت به همسالان بپرهیزند. همچنین، یاد و نام خدا شعله‌های امید را در این کودکان پرفروغ می‌کند و موجب می‌شود که خلق بالاتر و در نتیجه، ارتباط اجتماعی بهتری داشته باشند. بر اساس فرضیه دوم پژوهش، آموزش هوش معنوی بر سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی شهرستان گنبد کاووس تأثیر دارد. در گذشته، پژوهشی که به‌طور مستقیم به این موضوع در کودکان معلول پرداخته باشد، یافت نشد. اما نتایج این پژوهش به‌طور تلویحی با نتایج پژوهش‌های *آنیما ساهون* (۲۰۱۰)، *دیگرا* و همکاران (۲۰۰۵) و *بنرافشان و تاج‌آبادی* (۱۳۹۳) همسو می‌باشد. هر یک از این محققان، به گونه‌ای نشان دادند که آموزش هوش معنوی تأثیر معناداری بر سازگاری انسان با محیط دارد. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت: آموزش هوش معنوی به کودکان معلول جسمی - حرکتی کمک می‌کند که از روابط فیزیکی و لحظه‌ای با محیط پیرامون خود فراتر رفته، به قلمرو شهودی و متعالی وارد شوند. این روابط شهودی و متعالی نوعی نگاه کلی به فرد می‌دهد که نسبت به رویدادهای منفی جزئی واکنش شدید نشان ندهد و با آرامش برخورد نماید. این خود پیشروی به سوی سازگاری بهتر است. همچنین، کودکان می‌توانند از این هوش برای چارچوب‌دهی و تفسیر مجدد تجارب خود بهره گیرند. بدین ترتیب، فرد قادر می‌شود از لحاظ پدیدارشناختی به رویدادها و تجارب خود معنا و ارزش بیشتری بخشد و به سوی سازگاری بهتر گام بردارد. آموزه‌های هوش معنوی نظیر صبر و بردباری به کودکان معلول کمک می‌کند که با تمسخر و طرد از سوی اطرافیان و همسالان کنار بیایند و در قبال دیگران رفتار منطقی‌تر و صبورانه‌تری داشته باشند که این خود به سازگاری آنان کمک می‌کند. این آموزه‌ها، با تعیین اهداف معنوی و عبور از دنیای مادیات به فرد کمک می‌کند که در راستای این اهداف گام بردارد و با سرعت و طمأنینه بیشتری به پیش رود و این خود نوعی سازگاری بهتر است. ایجاد احساس کنترل، از دیگر اثرات آموزش هوش معنوی است. ارتباط با خداوند، حس کنترل را در فرد بیشتر می‌کند؛ چرا که، خداوند فعال ما ی‌شاء است و کسی که به او مرتبط و متصل گردد، می‌تواند تسلط بیشتری بر رویدادهای محیطی داشته، احساس درماندگی و مقهور بودن در او خنثی گردد و احساس کنترل بیشتری بر خود و جهان هستی اطراف خود داشته باشد و در نتیجه، سازگارتر باشد. خودآگاهی و تأکید بر آن از جنبه‌های مهم دیگری است که آموزش هوش معنوی برای کودکان معلول جسمی - حرکتی به بار می‌آورد. هوش معنوی به شکل هوشیاری ظاهر شده و به شکل آگاهی همیشه در حال رشد، زندگی، بدن، ذهن، نفس و روح در می‌آید. این خودآگاهی و بودن در لحظه به فرد کمک می‌کند که از موقعیت‌ها و خود، آگاه باشد و با شرایط بهتر کنار بیاید. در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش هوش معنوی به بهبود مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی کمک می‌کند. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود که آموزش هوش معنوی برای بهبود مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی به صورت برنامه‌مستمر در نظر گرفته شود. این پژوهش، با محدودیت‌هایی نظیر عدم کنترل بعضی از متغیرهای مزاحم نظیر هوش شناختی و شخصیت و نیز عدم تفکیک نوع معلولیت روبرو بوده است. بدین ترتیب، پیشنهاد می‌گردد که محققان با کنترل دقیق متغیرهای مداخله‌گر نظیر هوش شناختی و شخصیت و نیز به تفکیک نوع معلولیت پژوهش‌هایی انجام دهند.

منابع

- افروز، غلامعلی، ۱۳۸۴، *روان‌شناسی و توان‌بخشی کودکان آهسته گام*، تهران، دانشگاه تهران.
- امینی جاوید، لیلا و همکاران، ۱۳۹۴، «اثربخشی آموزش هوش معنوی بر افسردگی و شادکامی دانش‌آموزان دختر»، *زن و جامعه*، دوره ۴ ششم، ش ۲، ص ۱۴۱-۱۶۸.
- بذرافشان، محمدرضا و جعفر تاج‌آبادی، ۱۳۹۳، «*اثربخشی آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی بر سازگاری دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه*»، کنگره بین‌المللی فرهنگ و اندیشه دینی، قم، مرکز راهبری مهندسی فرهنگی شورای فرهنگ عمومی استان بوشهر.
- برزگر بغروی، کاظم و عباسعلی دانافر، ۱۳۹۱، «مقایسه الگوهای یادگیری سازگار در مدارس مجری طرح ارزشیابی توصیفی و نظام سنتی»، *راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، دوره پنجم، ش ۲، ص ۹۵-۱۰۳.
- بحری، سیده‌لیلا و فریده یوسفی، ۱۳۹۲، «نقش پیش‌بینی‌کنندگی ویژگی‌های شخصیتی در مهارت‌های اجتماعی، رابطه با همسالان و مشارکت رفتاری - عاطفی دانش‌آموزان»، *علوم رفتاری*، دوره هفتم، ش ۳، ص ۲۷۹-۲۸۸.
- بهنیه، فاطمه، ۱۳۷۵، *بررسی اختلال رفتاری کودک با اضطراب مادر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- بیان‌زاده، سیداکبر و زهرا ارجمندی، ۱۳۸۲، «تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر رفتار سازگارانه کودکان عقب‌مانده ذهنی خفیف»، *روان‌پژوهی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ش ۳۳، ص ۲۷-۳۴.
- پاکزاد، محمود، ۱۳۸۰، *کودکان استثنایی*، تهران، سازمان وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- پورافکاری، نصرت‌الله، ۱۳۸۰، *فرهنگ جامع روان‌شناسی*، *روان‌پژوهی و زمینه‌های وابسته*، تهران، فرهنگ معاصر.
- خدایاری‌فرد، محمد، ۱۳۸۵، *روان‌شناسی مرضی کودک و نوجوان*، تهران، دانشگاه تهران.
- دادستان، پریخ، ۱۳۸۲، *روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی*، تهران، سمت.
- سلیمی، جمال، ۱۳۹۱، «بررسی میزان سازگاری اجتماعی کودکان یک‌زبانه و دوزبانه با تجارب خانوادگی ویژه در شهر کرمانشاه»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال اول، ش ۴، ص ۱۴۰-۱۵۰.
- شجاعی، احمد و اسماعیل سلیمانی، ۱۳۹۴، «بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهرستان اردبیل»، *روان‌شناسی مدرسه*، سال پنجم، ش ۴، ص ۱۰۴-۱۲۱.
- صبحی قراملکی، ناصر و پرویز پرزور، ۱۳۹۳، «مقایسه هوش معنوی و هوش هیجانی دانشجویان و طلاب»، *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، دوره چهارم، ش ۱۱، ص ۲۹۷-۳۱۰.
- عدل، اصغر، ۱۳۷۲، *تأثیر به‌کارگیری روش آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهبود اختلال رفتاری اختلال‌گرانه کودکان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- عفتی، قدرت‌الله، ۱۳۹۱، *روز جهانی معلولین*، قم، دفتر فرهنگ معلولین.
- غباری‌بناب، باقر و همکاران، ۱۳۸۶، «هوش معنوی»، *اندیشه نوین دینی*، سال سوم، ش ۱۰، ص ۱۲۵-۱۴۷.
- قنبری، آرزو، ۱۳۹۲، *آمار معلولیت در ایران*، روزنامه دنیای اقتصاد، شماره ۲۶۹۶، تاریخ ۲۶/تیر/۱۳۹۲.
- محمدی، حسین و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی اثر آموزش هوش معنوی بر سلامت روان دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه»، *پژوهش در دین و سلامت*، سال اول، ش ۱، ص ۲۸-۳۹.
- مرعشی، سیدعلی و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب وجودی و هوش معنوی در دانشجویان دانشکده نفت اهواز»، *علوم تربیتی و روان‌شناسی*، دوره نوزدهم، ش ۱، ص ۶۳-۸۰.
- مودی، لیلا، ۱۳۹۳، *تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهبود کیفیت زندگی معلولان جسمی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی

تربیتی، یزد، دانشگاه یزد.

هارجی، اون و همکاران، ۱۹۹۴، *مهارت‌های اجتماعی در ارتباطات میان فردی*، ترجمه مهرداد فیروزبخت و خشایار بیگی، تهران، رشد. هالان، دانیل. پی و جمیز کافمن، ۱۳۸۶، *کودکان استثنایی (مقدمه‌ای بر آموزش‌های ویژه)*، ترجمه مجتبی جوادیان، مشهد، آستان قدس رضوی.

یوسفی، فریده و محمد خیر، ۱۳۸۱، «بررسی پایایی و روایی مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی ماتسون و مقایسه عملکرد دختران و پسران دبیرستانی در این مقیاس»، *ویژانه علوم تربیتی*، دوره هجدهم، ش ۲، ص ۱۴۸-۱۵۸.

Animasahun, R. A, 2010, Intelligent quotient, emotional Intelligence, and spiritual Intelligence as correlates of prison adjustment among inmates in Nigeria prisons, *Journal of Social Science*, 22(2), p. 121-128.

Dhingra, R, et al, 2005, Establishing connectivity of emotional quotient (EQ), Spiritual quotient (SQ) with social adjustment: A study of Kashmiri migrant wmen, *Journal of Human Ecology*, 18(4), p. 313-317.

Emmons, R. A, 2000, Is spirituality an intelligence ? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern, *The International Journal for psychology of Religion*, 10 (1), p. 3-26.

Gresham, F . M, Elliott, S. N, 1990, *Social Skills Rating System*, Circle Pines, MA: American Guidance Services.

Kaur, D, et al, 2015, Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring behavior of nurses: a dimension-level exploratory study among public hospitals in Malaysia, *Applied Nursing Research*, 28(4), p. 293-298.

King, D. B, 2007, *The spiritual intelligence project Trent University Canada*, www.dbking.net.spiritual intelligence.

King, D. B, 2008, *Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model and measure. Dissertation for Master of Science*, Canada, Peterborouge, Ontario.

Larson, D. B, & Larson, S. S, 2003, Spirituality potential relevance to physical and motional health: A Brief review of quantitative research, *Journal of Psychology and Theology*, n. 37, p. 1-37.

Matson, J. L, & Ollendick, T. H, 1988, *Enhancing children's social skills, Assessment and Training*, New York, Pergamon press.

McMullen, B, 2003, *Spiritual intelligence*; www. Studentbmj.com.

Smith S, 2004, Exploring the interaction of emotional Intelligence and pirituality, *Traumatology*, 10(4), p. 231-243.

Theodor, M. L, et al, 2005, The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY) and its adaotation for Brazilian children ana adolescents, *International Journal of Psychology*, 39(2), p. 239-246.

Zohar, D, & Marshal, I, 2000, *SQ – Spiritual intelligence, the ultimate intelligence*, London, Bloombury.

مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی با درمان تصویرسازی ارتباطی بر رضایتمندی زناشویی

مریم نیکوی / دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران، ایران

maryamnikooy@yahoo.com

Mazarbayejani110@yahoo.com

Kiiumars@yahoo.com

مسعود آذربایجانی / استاد گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

کیومرث فرحبخش / دانشیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۰ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۲۷

چکیده

هدف این پژوهش، تدوین پروتکل درمانی بر اساس ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی و مقایسه اثربخشی آن، با درمان تصویرسازی ارتباطی در رضایتمندی زناشویی زنان دانشجو بود. جامعه آماری را زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کنگاور سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل داد. از بین آنان، ۴۲ نفر به صورت داوطلبانه و در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه اختصاص یافتند. هر سه گروه پرسش‌نامه رضایتمندی زناشویی جدیری را تکمیل کردند. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است و تحلیل واریانس تک‌متغیری نشان داد که تفاوت گروه‌ها در تمامی ابعاد متغیر وابسته در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است. آزمون تعقیبی نشان داد که در این مؤلفه‌ها، حل تعارض، رابطه جنسی، اوقات فراغت، فرزندان و فرزندپروری گروه مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی با گروه مداخله تصویرسازی ارتباطی در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۱ تفاوت معناداری دارد. نتایج نشان داد که مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی نسبت به مداخله تصویرسازی ارتباطی و گروه گواه در افزایش رضایتمندی زناشویی اثربخش‌تر بوده است. این افزایش در مرحله پیگیری نیز حفظ شده بود.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی، تصویرسازی ارتباطی، رضایت زناشویی.

اولین نهاد اجتماعی، خانواده است و شرط سالم بودن اجتماع، سالم بودن خانواده است و سالم بودن خانواده در گرو زن و شوهر می‌باشد. روان‌شناسان و مشاوران در دهه‌های کنونی برای افزایش سطح بهداشت روانی خانواده و بهبود روابط آنها تلاش‌های زیادی نموده‌اند. در دین اسلام، خانواده از جایگاه خاصی برخوردار بوده و محل آرامش است. خداوند در آیه ۲۱ سوره روم، می‌فرماید: «از جمله نشانه‌های او این است که برای شما از جنس خودتان همسرانی آفرید تا در کنارشان آرامش یابید و بین شما الفت و مهربانی برقرار ساخت». دین اسلام به خانواده توجه خاصی دارد و نقش اصلی را رساندن همدیگر به آرامش بیان می‌کند، اما زمانی که خانواده به محیطی پُر تنش و ناسازگار و برخورداری آزردهنده، جدایی عاطفی، و نارضایتی زناشویی تبدیل شود، آرامش و لذت از زندگی از خانواده خارج می‌شود. در این صورت، حل‌وفصل آنها نیازمند یادگیری، آموزش و کسب مهارت‌های مقابله‌ای می‌باشد.

رفتار سازگاران انسان در محیط زندگی فرد منوط به کیفیت مطلوب و سالم عواملی است که شخصیت انسان را در سال‌های نخستین کودکی در خانواده شکل داده است. اختلالات روانی و رفتاری و چگونگی برخورد با آن، تحت تأثیر خانواده است که اولین محیط آموزشی است که الگوهای شخصیتی، رفتاری و عاطفی فرد در آنجا بنا می‌شود. همچنین، خانواده موجب کامل شدن شخصیت و تعادل روانی و اجتماعی فرد می‌گردد.

اساسی‌ترین رابطه انسان‌ها، رابطه زناشویی است؛ زیرا این رابطه چارچوب اولیه بنا نهادن رابطه خانوادگی و تربیت نسل آینده را فراهم می‌سازد. رضایت زناشویی، یک عامل مهم و پیچیده از رابطه زناشویی است. افزایش آمار طلاق که نشان‌دهنده نارضایتمندی زناشویی است، بیانگر این است که کسب رضایت زناشویی به آسانی محقق نمی‌شود. تعارض زناشویی که به صورت عدم توافق، دوست نداشتن، مشاجره و ناآرامی در روابط صمیمانه جلوه‌گر می‌شود، امری طبیعی است (فاروق و بات (Farooq & Butt)، ۲۰۱۲). با این حال، از آنجاکه زمینه نارضایتمندی زناشویی بسیار شایع است و اغلب در ابتدا، به صورت پنهانی، ناشناخته و کم‌اهمیت جلوه می‌کند؛ همسران به آن کمتر توجه کرده، یا اصلاً توجهی نمی‌کنند، به شدت نارضایتی افزایش می‌یابد، به گونه‌ای که احساس خشم، خصومت، کینه، نفرت، حسادت و سوءرفتار کلامی و فیزیکی بر روابط زوجین حاکم می‌شود و به امری غیرعادی تبدیل می‌شوند که این امر روابط همسران را دچار آسیب می‌سازد (انگوزی (Ngozi) و همکاران، ۲۰۱۳).

بنابراین، اهمیت رضایت زناشویی به دلیل نقش غیرقابل انکاری است که در سلامت روانی زوجین و فرزندان آنها ایفا می‌کند. یکی از روش‌های جدید و مفید در این زمینه، روش مداخله‌ای ذهن‌آگاهی است که از جمله شیوه‌های رویکرد شناختی و رفتاری تلقی می‌شود. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به‌عنوان یکی از درمان‌های شناختی-رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می‌شود. ذهن‌آگاهی، شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی دارد (اوست، ۱۳۸۳). کابات - زین، ذهن‌آگاهی را توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش‌داوری تعریف کرده است (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). در ذهن‌آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی

خود آگاه می‌شود و پس از آگاهی روی دو شیوه ذهن، یکی انجام دادن و دیگری بودن، یاد می‌گیرد که ذهن را از یک شیوه به شیوه دیگر حرکت دهد. این امر، مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است (همان). درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به دلیل اینکه به هر دو بُعد جسمانی و ذهنی می‌پردازد، دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی است. در دو دهه اخیر، تعداد زیادی از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی ظهور کرده‌اند (بائر، ۲۰۰۶)، که روی تمرین‌های نشستن، مراقبه قدم زدن و برخی تمرین‌های یوگا تأکید می‌کنند. این مداخلات شامل تمرین توجه متمرکز است که در آن فرد توجه خود را بر یک محرک خاص همچون تنفس، احساس‌های بدنی و غیره در طول یک دوره زمانی خاص متمرکز می‌کند. ذهن آگاهی، معمولاً به‌عنوان حالت آگاهی و توجه به آنچه که در زمان حال روی می‌دهد، تعریف می‌شود. ذهن آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند. از این‌رو، نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند. به علاوه، با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می‌تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. نکته مهم دیگر اینکه، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند موجب بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی شود که از کنترل بلافصل انسان خارج است. این امر، از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود. در ذهن آگاهی، به فرد آموزش داده می‌شود تا افکار و احساسات خود را همان‌طور که ایجاد می‌شود بدون قضاوت، ارزیابی یا تلاش برای تغییر دادن و یا اجتناب نمودن از آنها تجربه نماید.

از نظر محققان، باورهای معنوی - مذهبی به‌عنوان سازه یا طرح‌واره شناختی، می‌تواند در ایجاد و ارزیابی یک مداخله مبتنی بر مذهب و معنویت مورد استفاده قرار گیرد. طرح‌واره‌ها به‌عنوان سازه‌هایی هستند که در توجه و پردازش اطلاعات نقش مهمی دارند. درمان مبتنی بر طرح‌واره از بسط دادن مفاهیم و درمان‌های شناختی - رفتاری سنتی یانگ و همکارانش (۱۹۹۰) گسترش یافته است. طرح‌واره درمانی، شامل جنبه‌های گسترده‌ای از زندگی فرد را می‌شود و اساساً برای مشکلات رفتاری و هیجانی که دوام زیادی دارند، به کار می‌رود (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

در نظر برخی درمانگران، به دلیل اینکه فرایند فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی تفاوتی با روش‌های به کار برده شده در فعال‌سازی طرح‌واره‌های شناختی ندارد؛ از روش‌های موجود می‌توان برای فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در افزایش رضایتمندی زناشویی بهره گرفت (دباغی، ۱۳۸۵). برنامه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی ترکیبی از روش‌های مراقبه ذهن آگاهی، شناخت درمانی و مؤلفه‌های مذهبی و معنوی است که توسط آوانتس و مارگولین (۲۰۰۴) تدوین شده است. این روش به افراد کمک می‌کند که در ابتدا از طرح‌واره‌هایی آگاه شوند که به‌طور خودکار فعال می‌شوند و همزمان باورها، احساسات و رفتارهای فرد را برمی‌انگیزانند. در مرحله بعد، با فعال‌سازی و جایگزینی طرح‌واره‌های معنوی به فرد کمک می‌شود افکار احساسات و رفتارهای مذهبی - معنوی را تجربه و جایگزین نمایند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

در روان‌شناسی شناختی، یک طرح‌واره، خود مجموعه‌ای از باورها یا دانش‌های کاملاً خودکار، منظم و

سازمان یافته درباره مقاصد و قابلیت های فرد می باشد که در حافظه بلندمدت ذخیره شده است و ملاک های اثربخشی را برای تنظیم توجه، تمرکز، کدگذاری، ذخیره و بازیابی اطلاعات ایجاد می کند و یک رابطه تداعی قوی با سایر مؤلفه های سیستم مانند فیزیولوژی و هیجان دارد (اکبری، ۱۳۹۲، ص ۴).

در ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی - اسلامی، مفاهیم اسلامی همچون ذکر، دعا و توسل، شکرگزاری، توکل به خدا، ایمان و تقوا به عنوان طرحواره ها مفهوم بندی می شوند. از آنجا که این مفاهیم اولاً، ریشه در اعتقادات فطری و قلبی فرد داشته و ثانیاً، دارای مؤلفه های شناخت، عاطفه و رفتار نیز می باشند (همان). فعال سازی آنها به هنگام تهدید و ارزیابی های مربوط به موقعیت می تواند به آرامش درونی و کاهش اضطراب موقعیتی فرد کمک کند. از سوی دیگر، تلفیق ذهن آگاهی با فعال سازی این طرحواره ها موجب آگاهانه شدن و تسهیل فرایند پردازش های طرحواره ای در فرد شده و رشد و شکوفایی او را توسعه می بخشد (همان).

در تعالیم اسلامی راه های مقابله با مشکلات به سه بخش «روش های شناختی»، «روش های عاطفی - معنوی» و «روش های رفتاری» تقسیم می شوند. در روش های شناختی، شناخت های فرد نسبت به جهان و زندگی انسان تأکید می شود که عبارتند از: ۱. تأثیر ایمان به خدا؛ ۲. بینش فرد نسبت به سختی ها؛ ۳. تأثیر توکل به خدا؛ ۴. اعتقاد به مقدرات الهی. روش های عاطفی - معنوی فرد، نوعی ارتباط عاطفی با خدا و اولیای دین برقرار می کند که عبارتند از: ۱. یاد خدا؛ ۲. دعا؛ ۳. توسل به خدا و ائمه معصومین علیهم السلام در روش های رفتاری، دستورات و توصیه های عملی دین مورد توجه است که عبارتند از: ۱. صبر؛ ۲. ازدواج و صلح رحم؛ ۳. عمل صالح (دیما تئو، ۱۳۷۸، ص ۷۴۹-۷۵۰). در نتیجه، می توان از روش های موجود برای فعال سازی طرحواره های معنوی در افزایش رضایتمندی زناشویی بهره گرفت.

پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعال سازی طرحواره های معنوی اسلامی یک پروتکل درمانی است که از طریق ترکیب مفاهیم ذهن آگاهی و تعالیم دین اسلام که مشتمل بر سه اصل اساسی اعتقادات (باور به توحید، نبوت و امامت، معاد)؛ اخلاقیات (صبر، عفو، صفح، بخشش) و دستورات عملی (نماز، روزه، دعا، تشریفات دینی، مراقبه معنوی) می باشد، تنظیم شده است و هدف آن، استخراج مداخله درمانی برای افزایش رضایتمندی زناشویی است.

یکی از رویکردهای مهم که در مورد همسرگزینی و رفع اختلالات زناشویی کاربرد دارد، رویکرد تصویرسازی ارتباطی می باشد. ایده اصلی این رویکرد، این است که انتخاب همسر بر اساس یک تصویر ذهنی از پدر و مادر ایدئال که در دوران کودکی شکل گرفته است، صورت می گیرد و سازگاری با همسر نیز بستگی به این تصویر اولیه دارد (هندریکس و هانت، ۱۹۹۹). تصویرسازی ارتباطی، فرایندی است که در آن به زوجین آگاهی و اطلاعات می دهد و مهم تر اینکه به آنها در مورد جنبه های ناخودآگاه روابطشان و بررسی اساسی ریشه تعارضاتشان آموزش می دهد. این روش به افراد کمک می کند تا به جای اینکه سعی کنند مشکلات را به صورت سطحی حل کنند، آن را دقیق تر مورد مذاقه قرار دهند. موفق شدن در این کار موجب بهبودی، رشد و امنیت عاطفی نسبت به دیگری خواهد شد. زوجین یاد می گیرند که تعارضات خود را فرصتی برای صمیمت عمیق تر و تماس با یکدیگر بدانند. این تغییرات کوچک، خوشبختی زوجین را به شدت تحت تأثیر

قرار می‌دهد و آنان برای یکدیگر منبع لذت می‌شوند تا منبع ناراحتی. دو ابزار مهم برای بهبودی، گفت‌وگوی عمدی و استفاده از فرایند گفت‌وگو برای کمک به هر یک از زوجین است که تغییرات بهتری در رفتار خود ایجاد کنند (لیپروت، ۲۰۰۵). رویکرد تصویرسازی ارتباطی، زوجها را به سوی روابطی آگاهانه رهنمون می‌کند. این رویکرد بر روابط دوران کودکی در ایجاد انتظارات نامعقول زوجها از یکدیگر که می‌تواند موجب نارضایتی زناشویی شود، تأکید کرده و با ارائه فزونی امکان ایجاد ارتباطی درست و مناسب را فراهم می‌آورد (فلکم و پروتینسکی، ۲۰۰۳). از این‌رو، با بهره‌گیری از آموزش‌های تصویرسازی ارتباطی، می‌توان گامی به سوی آگاهی بیشتر و کاهش نارضایت‌مندی برداشت.

از آنجا که تصویرسازی ارتباطی، رویکردی است که بر تأثیر افراد محبوب و مهم زندگی بر فرد می‌پردازد و اینکه چگونه سال‌های اولیه دوران کودکی بر شخصیت فعلی فرد اثر می‌گذارند و چگونه این ویژگی‌های کسب شده در زندگی زناشویی او تأثیرگذار خواهد بود، می‌توان به نقطه اشتراکی بین این رویکرد و ذهن آگاهی دست یافت. تحقیقات صورت گرفته از اثربخشی و سودمندی آن در کمک به زوجین برای بهبود رابطه متعهدانه‌شان حمایت کرده‌اند. از جمله پژوهش پیتر، نشان داد تصویرسازی ارتباطی موجب افزایش رضایت زناشویی بین زوجین می‌شود (پیتر، ۱۹۹۵).

پیتر و همکاران (۲۰۱۳)، به این نتیجه رسیده‌اند که ذهن آگاهی، درد را در بین جمعیت بالینی نوجوانان کاهش می‌دهد و رابطهٔ منحصر به فردی با فاجعه‌سازی درد دارد. ذهن آگاهی مداخله خوبی برای تسکین درد و رنج در نوجوانان و بزرگسالان است. *فلدمن* (Feldman) و همکاران (۲۰۱۴)، به این نتیجه رسیده‌اند که مهارت‌های آموزشی برای ارتقای ذهن آگاهی به‌عنوان مداخلاتی در جهت ارتقای تحمل پریشانی می‌باشد. *کانگ* و همکاران (۲۰۱۴)، خاطر نشان کردند که با افزایش ذهن آگاهی سطح رضایت‌مندی از زندگی بالا رفته و سلامتی افراد افزایش می‌یابد. همچنین، سطح بالای ذهن آگاهی با عزت‌نفس، ثبات هیجانی بیشتر، خودکارآمدی بیشتر و کنترل وقایع رابطه دارد. *قاسم‌پور* و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهش خود نشان دادند که بین ذهن آگاهی و بهزیستی معنوی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. *بوربی* و *لانگر* (۲۰۰۵)، در تحقیقات خود به این نتیجه دست یافتند که رابطهٔ قوی بین ذهن آگاهی و رضایت زناشویی وجود دارد. آنها نشان دادند که در زوجینی که رضایت زناشویی بالایی دارند، ذهن آگاهی بالا می‌باشد. همچنین، پژوهش‌ها نشان دادند که آموزش خانواده‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن، کیفیت روابط زناشویی (یوسفی و سهرابی، ۱۳۹۰) و سردم‌زاجی زنان را بهبود می‌بخشد (نبوی‌حصار و احمدی، ۱۳۹۱).

همچنین *رضایی* و همکاران (۱۳۹۱)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش زوج‌درمانی اسلام‌محور، تعهد زناشویی زوجین و ابعاد آن، یعنی تعهد شخصی، اخلاقی و ساختاری زوجین را افزایش داده است. *رضاپور میرصالح* و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ارائهٔ آموزه‌های مذهبی مبتنی بر هستی‌شناسی اسلامی، شیوهٔ مناسبی برای افزایش رضایت زناشویی زوجین است. *مصلحی* و *احمدی* (۱۳۹۲)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که پایبندی به مذهب، از عواملی است که در رضامندی زناشویی نقش معنادار دارد. *محمودزاده* و همکاران (۱۳۹۳)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که زوج‌درمانی اسلامی، صمیمیت و ابعاد صمیمیت زناشویی را افزایش داده است.

همچنین، پژوهش‌ها و تجارب بالینی حاکی از این است که بخش عمده‌ای از تعارضات و شادکامی‌های ازدواج و رابطه صمیمانه بزرگسالی، مربوط به خانواده اصلی است. فرد، تعارضات خانواده اصلی و به‌ویژه تعارضات والدین خود را، با خود حمل می‌کند و همین تعارضات والدین خود را در زندگی زناشویی خویش تکرار می‌کند (ثنایی‌ذاکر، ۱۳۷۸). هرچند بسیاری از زوج‌ها، سعی می‌کنند از اشتباهاتی که فکر می‌کنند والدیشان مرتکب شده‌اند، دوری کنند، اما با وجود این، اغلب در شرایط آشننگی‌های هیجانی به مفهوم تعاملی که یاد گرفته‌اند، برمی‌گردند (هالفورد، ۱۳۸۷، ص ۲۹۵). یونگ معتقد است: فرزندان به‌طور ناخودآگاه به جهتی سوق داده می‌شوند که هدف آن، جبران کردن چیزهایی است که در زندگی والدین آنها تحقق نیافته است و هر چه رابطه ناخودآگاه فرزندان با والدین خود وسیع‌تر باشد، امکان انتخابی بودن ازدواج او نیز کمتر است (ثنایی‌ذاکر، ۱۳۷۸). افزایش روزافزون تعارض‌های زناشویی در دنیای معاصر و بروز جدایی و اثرات منفی آن بر سلامت روانی موجب شده است تا مشاوران و بخصوص کسانی که با خانواده کار می‌کنند، نظریه‌ها و طرح‌هایی را برای کمک به خانواده‌های دچار تعارض ارائه دهند. بنابراین، هدف این پژوهش این است که اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی و رویکرد تصویرسازی ارتباطی را مورد مقایسه قرار داده و عملاً در افزایش رضایتمندی زناشویی از آن بهره‌جوید؟ در راستای هدف تحقیق فرضیه ذیل تدوین و آزمون شد: بین اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی اسلامی و آموزش فنون رویکرد تصویرسازی ارتباطی در میزان رضایتمندی زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانشجویان زن متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد کنگاور بودند. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که از بین ۵۳ نفر، ۴۲ نفر از افرادی که نمرات پایین‌تری در پرسش‌نامه رضایتمندی زناشویی کسب کرده بودند، به صورت تصادفی ساده انتخاب و در سه گروه ۱۴ نفره (گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه کنترل) جایگزین شدند. یکی از گروه‌ها توسط محقق تحت آموزش پروتکل درمانی ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی قرار گرفت (متغیر مستقل اول). گروه آزمایش دیگر، تحت آموزش رویکرد تصویرسازی ارتباطی IRT قرار گرفت (متغیر مستقل دوم) و گروه سوم، به‌عنوان گروه کنترل اختصاص یافت. هر یک از گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه دو ساعته و به صورت هفتگی تحت درمان قرار گرفتند و جلسه پیگیری یک ماه پس از اتمام جلسات انجام شد.

پروتکل درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی (نیکوی، ۱۳۹۶)

جلسه اول: کمک به شرکت‌کنندگان برای آشنایی با یکدیگر و بیان قوانین مشاوره گروهی؛

جلسه دوم: آشناسازی با ذهن‌آگاهی و نقش طرح‌واره‌های معنوی در وظایف زناشویی؛

جلسه سوم: آشناسازی با خدا و ارتباط ما با خالق و یکدیگر؛

جلسه چهارم: آشناسازی با پیامبران «وَالْمُؤْمِنُونَ كُلٌّ آمَنَ بِاللَّهِ وَ مَلَائِكَتِهِ وَ كُتُبِهِ وَ رُسُلِهِ» (بقره: ۲۸۵)؛ توسل و

بایدها و نبایدهای الهی در زندگی زناشویی؛

جلسه پنجم: آشناسازی با امامان، معرفت و محبت، زیارت، تأثیر محبت و اطاعت از امامان در زندگی زناشویی؛

جلسه ششم: هدف بخشش و آموزش، عفو و صفح و غفران؛

جلسه هفتم: آشناسازی با سرای دیگر، شتاب نکردن در پاداش (صبر) به تأخیر انداختن انتظار پاداش، مراقبت، سبقت در عمل؛

جلسه هشتم: تحکیم یادگیری، بازنگری تجربه گروهی و دریافت پسخوراند.

پروتکل درمان تصویرسازی ارتباطی (هندریکس، ۲۰۰۱)

جلسه اول: آشناسازی اعضا با یکدیگر و بیان قوانین مشاوره گروهی؛

جلسه دوم: آشناسازی اعضا با ویژگی‌های مثبت و مطلوب افراد مهم زندگی یکدیگر در گروه و تأثیر آن؛ ارائه

تکلیف گذشته توسط اعضا برای گروه؛

جلسه سوم: مرور تکلیف جلسه؛ ارائه و آموزش ادامه تکنیک پنداره رابطه؛

جلسه چهارم: مرور تکلیف جلسه قبل؛ آموزش تکنیک جراحات دوران کودکی و تأثیر آن؛

جلسه پنجم: مرور تکنیک جلسه قبل؛ آموزش تکنیک «خروج ممنوع»؛

جلسه ششم: مرور تکنیک جلسه قبل؛ آموزش تکنیک «گفت‌وگو»؛

جلسه هفتم و هشتم: مرور تکنیک‌های جلسه قبل؛ آموزش تکنیک عاشقانه شدن دوباره؛ برنامه جهت پایان دادن به جلسات.

برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه رضایتمندی زناشویی جدیری استفاده شد.

اطلاعات جمعیت‌شناختی: شامل سن، مدت زندگی زناشویی، تحصیلات و تعداد فرزندان بود. این آزمون، دارای

۱۰ مؤلفه و ۵۰ سؤال می‌باشد که سهم هر یک از مؤلفه‌ها، ۵ سؤال می‌باشد. این مؤلفه‌ها عبارتند از: صفات شخصیتی،

ارتباط کلامی، حل اختلاف و تعارض، پایداری‌های مذهبی زوجین، روابط جنسی، مدیریت مالی و اقتصادی، تفریح و

اوقات فراغت خانواده، رفت‌وآمدهای فامیلی، تولید فرزند و فرزندپروری و نقش زن و شوهری (جدیری و جان‌بزرگی،

۱۳۸۸). اعتبار این پرسش‌نامه از طریق دونیمه‌سازی و ثبات درونی (آلفای کرونباخ) مورد بررسی قرار گرفته است.

ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۷ بیان شده است. ضرایب اسپیرمن براون در صورت تساوی و عدم

تساوی گویه‌ها، ۰/۸۱۶ و با استفاده از ضریب دونیمه‌سازی گاتمن، ۰/۸۱۵ گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که

پرسش‌نامه از اعتبار نسبتاً بالایی برخوردار است. برای بررسی روایی این آزمون، از دو روش روایی محتوایی و روایی

وابسته به ملاک از نوع همزمان نسبت به برآورد روایی استفاده شده است. روایی محتوایی آزمون با استفاده از روش

همبستگی اسپیرمن در حدود ۰/۹۰ به دست آمده است که در سطح ($p < 0.001$) معنادار است. همچنین، روایی وابسته به

ملاک از نوع همزمان نیز با استفاده از تست معادل به دست آمده است. برای بررسی این نوع روایی، ضریب همبستگی

میان نمره کل آزمون مذکور با نمره کل پرسش‌نامه رضامندی زناشویی/نریج که ضریب همبستگی ۰/۷۲۶ در سطح

معناداری کمتر از ۰/۰۱ گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که پرسش‌نامه از اعتبار و روایی نسبتاً بالایی برخوردار

است. شیوه نمره گذاری این پرسش نامه دارای دو نسخه ویژه خانم‌ها و آقایان است که در ۵ سؤال مربوط به نقش زن و مرد با یکدیگر تفاوت دارند. نمره گذاری سؤال‌ها به صورت (۴، ۳، ۲، ۱، ۰) است. حداکثر نمره آزمودنی در این پرسش نامه، برابر با ۲۰۰ است. نمره بالاتر، نشانه رضامندی بیشتر زنانشویی است (همان).

یافته‌های پژوهش

شاخص‌های توصیفی شرکت کنندگان مانند سن، مدت ازدواج، میزان تحصیلات و تعداد فرزند نشان می‌دهد که شرکت کنندگان تقریباً توزیع یکسانی در گروه‌ها دارند.

جدول ۱. نمرات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌ها

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	تعداد	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ارتباط کلامی	ذهن آگاهی	۹/۸	۱/۹	۱۴	۱۷۰	۱/۳	۱۴
	تصویرسازی	۱۰	۲/۲	۱۴	۱۶/۱	۱	۱۴
	کنترل	۹/۷	۲/۱	۱۴	۸/۳	۱/۸	۱۴
پایبندی مذهبی	ذهن آگاهی	۱۱/۴	۱/۵	۱۴	۱۶/۸	۱/۲	۱۴
	تصویرسازی	۱۱/۶	۲/۱	۱۴	۱۵	۰/۹	۱۴
	کنترل	۱۱/۲	۲/۱	۱۴	۸/۹	۲/۵	۱۴
حل تعارض	ذهن آگاهی	۷/۷	۱/۸	۱۴	۱۸/۲	۱/۱	۱۴
	تصویرسازی	۸/۴	۱/۹	۱۴	۱۴/۷	۱	۱۴
	کنترل	۸/۷	۲/۳	۱۴	۸/۲	۱/۶	۱۴
مدیریت مالی	ذهن آگاهی	۸/۷	۱/۸	۱۴	۱۶/۶	۱/۳	۱۴
	تصویرسازی	۸/۷	۲/۲	۱۴	۱۶/۳	۱	۱۴
	کنترل	۹	۲/۱	۱۴	۹/۷	۱/۵	۱۴
ارتباط جنسی	ذهن آگاهی	۸/۴	۱/۹	۱۴	۱۷/۴	۱/۲	۱۴
	تصویرسازی	۹/۵	۱/۵	۱۴	۱۶/۴	۱	۱۴
	کنترل	۸/۶	۱/۶	۱۴	۹	۱/۵	۱۴
اوقات فراغت	ذهن آگاهی	۸	۱/۷	۱۴	۱۸/۳	۱	۱۴
	تصویرسازی	۷/۵	۱/۴	۱۴	۱۶/۲	۱	۱۴
	کنترل	۷/۷	۱/۴	۱۴	۹	۱/۵	۱۴
مسائل شخصیتی	ذهن آگاهی	۹/۹	۱/۹	۱۴	۱۶/۴	۱/۲	۱۴
	تصویرسازی	۹/۴	۱/۶	۱۴	۱۵/۵	۱	۱۴
	کنترل	۹/۶	۱/۶	۱۴	۹/۴	۱/۵	۱۴
فرزندان و فرزندپروری	ذهن آگاهی	۹/۷	۱/۸	۱۴	۱۷/۳	۱/۴	۱۴
	تصویرسازی	۹/۵	۱/۶	۱۴	۱۵/۲	۰/۸	۱۴
	کنترل	۹/۲	۱/۵	۱۴	۹/۱	۱/۸	۱۴
نقش زن و مرد	ذهن آگاهی	۱۰	۱/۵	۱۴	۱۸/۲	۰/۸	۱۴
	تصویرسازی	۱۰/۹	۱/۲	۱۴	۱۴/۷	۱	۱۴
	کنترل	۱۱	۱/۵	۱۴	۱۰/۷	۱/۶	۱۴
صله ارحام	ذهن آگاهی	۱۰/۵	۱/۴	۱۴	۱۸/۱	۰/۸	۱۴
	تصویرسازی	۱۱	۱/۶	۱۴	۱۵	۰/۸	۱۴
	کنترل	۱۰/۷	۱/۵	۱۴	۸/۲	۱/۹	۱۴

جدول ۱، میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایشی و گواه را در موقعیت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری را در متغیرهای وابسته نشان می‌دهد. با توجه به جدول، میانگین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته نسبت به پیش‌آزمون تفاوت نشان می‌دهند. چنان‌که میانگین پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه گواه در تمامی ابعاد افزایش نشان می‌دهد. برای بررسی معناداری تفاوت میانگین گروه‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس دوره‌ها با تعدیل اثر پیش‌آزمون استفاده شد.

جدول ۲. آزمون‌های چندمتغیره جهت تعیین معناداری اثر متغیر مستقل (مداخلات)

نوع آزمون	ارزش	F	df فرضیه	Df خطای توزیع	Sig	Eta
اثر پیلائی	۱/۴۴	۵/۵	۲۰	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲

جدول ۲، نتیجه آزمون اثر پیلائی آزمون چندمتغیره جهت معناداری اثر متغیر مستقل یعنی گروه را در مدل نشان می‌دهد. F به دست آمده نشان می‌دهد که تأثیر گروه‌ها در متغیرهای وابسته در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. ضریب اتا نیز نشان می‌دهد که سهم گروه‌ها (مداخلات) در تبیین واریانس متغیرهای وابسته بر اساس آزمون اثر پیلائی که قوی‌تر از آزمون‌های دیگر است، ۰/۷۲ می‌باشد. برای تعیین معناداری تفاوت بین گروه‌ها و نیز تعیین اینکه در بین متغیرهای وابسته کدام‌یک از متغیرها معناداری بیشتری نسبت به سایر متغیرها داشته است، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شده است.

جدول ۳. خلاصه جدول تحلیل کوواریانس تک‌متغیری ($P < ۰/۰۰۱$)

متغیر	منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب اتا
ارتباط کلامی	پیش‌آزمون	۰/۴۷	۱	۰/۴۷	۰/۲	۰/۶۵	۰/۰۰۷
	گروه	۶۰۳	۲	۳۰۱/۶	۱۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	خطا	۶۷/۷	۲۹	۲/۳			
بایبندی مذهبی	پیش‌آزمون	۳/۶	۱	۳/۶	۱/۰۶	۰/۳۱	۰/۰۳
	گروه	۴۲۵	۲	۲۱۲/۶	۶۱/۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	۹۹/۸	۲۹	۱/۷			
حل تعارض	پیش‌آزمون	۵/۲	۱	۵/۲	۳	۰/۰۹	۰/۰۹
	گروه	۶۵۱	۲	۳۲۵	۱۸۷/۸	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	خطا	۵۰	۲۹	۱/۷			
مدیریت مالی	پیش‌آزمون	۱/۴	۱	۱/۴	۱/۱	۰/۲۹	۰/۰۳
	گروه	۴۱۶	۲	۲۰۸	۱۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	خطا	۳۷	۲۹	۱/۲			
روابط جنسی	پیش‌آزمون	۱۲/۷	۱	۱۲/۷	۸/۴	۰/۰۰۷	۰/۲۲
	گروه	۵۲۸	۲	۲۶۹	۱۷۷/۷	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	خطا	۴۳	۲۹	۱/۵			
اوقات فراغت	پیش‌آزمون	۴/۳	۱	۴/۳	۳/۵	۰/۰۷	۰/۱۰۸
	گروه	۵۷۷	۲	۲۸۸	۲۳۲/۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	خطا	۳۶	۲۹	۱/۲			
مسائل شخصیتی	پیش‌آزمون	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	گروه	۳۷۹	۲	۱۸۹	۱۲۴/۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	خطا	۴۴	۲۹	۱/۵			

۰/۰۲	۰/۴۴	۰/۶	۱/۲	۱	۱/۲	پیش‌آزمون	فرزندان و فرزندپروری
۰/۸۸	۰/۰۰۱	۱۱۱/۹	۲۳۰	۲	۴۶۰	گروه	
			۲	۲۹	۵۹	خطا	
۰/۰۳	۰/۳۱	۱/۰۵	۱/۵	۱	۱/۵	پیش‌آزمون	نقش زن و مرد
۰/۸۸	۰/۰۰۱	۱۱۶/۲	۱۶۷	۲	۳۳۵	گروه	
			۱/۴	۲۹	۴۱/۸	خطا	
۰/۰۰۴	۰/۷۴	۰/۱۱	۰/۲۳	۱	۰/۲۳	پیش‌آزمون	صله ارحام
۰/۹۱	۰/۰۰۱	۱۵۴	۳۲۲	۲	۶۴۴	گروه	
			۲	۲۹	۶۰	خطا	

در همه خرده‌مقیاس‌ها، بین گروه‌ها پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. مداخله ذهن‌آگاهی و تصویرسازی ارتباطی بر افزایش رضامندی زناشویی تأثیر معناداری داشته است. با توجه به نتایج آزمون، گروه‌های آزمایشی بر افزایش رضایت‌مندی زناشویی زوجین مؤثر بودند. برای تعیین اینکه میانگین کدام‌یک از گروه‌ها با هم تفاوت معناداری دارند، میانگین گروه‌ها دو به دو با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی بررسی شد. جدول ۳، نتایج این آزمون را نشان می‌دهد:

جدول ۳. آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه دو به دو میانگین گروه‌ها ($P < ۰/۰۰۱$)

Sig.	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	گروه ۱	گروه ۲	متغیر
۰/۹۳	۰/۶۷	۰/۷	تصویرسازی	ذهن‌آگاهی	ارتباط کلامی
۰/۰۰۱	۰/۶۳	۸/۸	کنترل		
۰/۰۰۱	۰/۶۲	۸/۱	کنترل		
۰/۰۷	۰/۸۲	۱/۹	تصویرسازی	ذهن‌آگاهی	پایبندی مذهبی
۰/۰۰۱	۰/۷۷	۷/۹	کنترل		
۰/۰۰۱	۰/۷۵	۶	کنترل	ذهن‌آگاهی	حل تعارض
۰/۰۰۱	۰/۵۸	۳/۲	تصویرسازی		
۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱۰	کنترل	تصویرسازی	مدیریت مالی
۰/۰۰۱	۰/۵۳	۶/۸	کنترل		
۰/۹۹	۰/۵	۰/۴۹	تصویرسازی	ذهن‌آگاهی	مسائل جنسی
۰/۰۰۱	۰/۴۶	۷/۲	کنترل		
۰/۰۰۱	۰/۴۵	۶/۷	کنترل	تصویرسازی	اوقات فراغت
۰/۰۲	۰/۵۴	۱/۵	تصویرسازی		
۰/۰۰۱	۰/۵۱	۸/۷	کنترل	ذهن‌آگاهی	مسائل شخصیتی
۰/۰۰۱	۰/۴۹	۷/۱	کنترل		
۰/۰۰۱	۰/۴۹	۲/۵	تصویرسازی	ذهن‌آگاهی	فرزندان و فرزندپروری
۰/۰۰۱	۰/۴۶	۹/۳	کنترل		
۰/۰۰۱	۰/۴۵	۶/۸	کنترل	تصویرسازی	فرزندپروری
۰/۱۴	۰/۵۴	۱/۱	تصویرسازی		
۰/۰۰۱	۰/۵۱	۷/۲	کنترل	ذهن‌آگاهی	فرزندپروری
۰/۰۰۱	۰/۵	۶/۱	کنترل		
۰/۰۰۶	۰/۶۳	۲/۱	تصویرسازی	ذهن‌آگاهی	فرزندپروری
۰/۰۰۱	۰/۵۹	۸/۳	کنترل		
۰/۰۰۱	۰/۵۸	۶/۱	کنترل	تصویرسازی	فرزندپروری

۰/۰۰۱	۰/۵۳	۳/۴	تصویرسازی	ذهن آگاهی	نقش زن و مرد
۰/۰۰۱	۹۰/۴۹	۷/۵	کنترل		
۰/۰۰۱	۰/۴۸	۴	کنترل	تصویرسازی	صله ارحام
۰/۰۰۱	۰/۶۴	۳/۴	تصویرسازی	ذهن آگاهی	
۰/۰۰۱	۰/۶	۱۰	کنترل		
۰/۰۰۱	۰/۵۸	۶	کنترل	تصویرسازی	

نتایج آزمون تعقیبی، نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه حل تعارض، رابطه جنسی، اوقات فراغت، فرزندان و فرزندپروری، نقش زن و مرد و صله ارحام گروه ذهن آگاهی با گروه تصویرسازی و در تمامی مؤلفه‌ها با گروه گواه در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۱، تفاوت معنادار وجود دارد. ولی در مؤلفه‌های ارتباط کلامی، پایبندی مذهبی، مدیریت مالی و مسائل شخصیتی بین گروه ذهن آگاهی با گروه تصویرسازی تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین، در تمامی متغیرها بین گروه تصویرسازی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، مداخله ذهن آگاهی نسبت به مداخله تصویرسازی ارتباطی و گروه گواه در افزایش رضامندی زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی اثربخش‌تر بوده است. از سوی دیگر، مداخله تصویرسازی ارتباطی و گروه گواه نسبت به گروه گواه در کاهش مؤلفه‌های رضامندی زناشویی مؤثرتر بوده است. برای بررسی تداوم اثربخشی مداخلات، یک ماه پس از اتمام دوره آموزشی از هر دو گروه پیگیری به عمل آمد. برای تعیین معناداری نمره میانگین مؤلفه‌های رضامندی زناشویی از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. کاربرد آزمون اندازه‌گیری مکرر مستلزم رعایت مفروضه‌های بنیادی است که علاوه بر نرمال بودن توزیع نمره‌های متغیر وابسته، برقراری مفروضه کرویت ماتریس‌های کوواریانس اندازه‌گیری‌ها لازم است. برای آزمون این فرضیه، از آزمون موشلی استفاده می‌شود. نتایج آزمون موشلی، نشان داد متغیرهای ارتباط کلامی، پایبندی مذهبی، حل تعارض، مدیریت مالی، مسائل جنسی، مسائل شخصیتی، نقش زن و مرد و صله ارحام برقرار است؛ ولی در متغیرهای اوقات فراغت و فرزندان و فرزندپروری برقرار نیست. از این رو، در این متغیرها از شاخص اسپیلون گرین هاوس - گیسر استفاده شد.

جدول ۴. آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره و تک‌متغیره ($P < 0.001$)

تک‌متغیره				چندمتغیره			
Sig.	F	MS	df	SS	Sig.	F	منبع تغییر
۰/۰۰۱	۳۵	۹۱	۴	۳۶۷	۰/۰۰۱	۱۱/۰۷	ارتباط کلامی * گروه
۰/۰۰۱	۲۱/۹	۶۶/۲	۴	۲۶۴	۰/۰۰۱	۸/۸	پایبندی مذهبی * گروه
۰/۰۰۱	۸۴/۷	۱۲۷	۴	۵۵۰	۰/۰۰۱	۱۵/۶	حل تعارض * گروه
۰/۰۰۱	۳۴/۱	۷۶/۸	۴	۳۰۷/۲	۰/۰۰۱	۱۰/۹	مدیریت مالی * گروه
۰/۰۰۱	۸۳/۸	۹۳/۵	۴	۳۷۴	۰/۰۰۱	۱۵/۴	مسائل جنسی * گروه
۰/۰۰۱	۶۱/۶	۱۶۶	۲/۵	۴۲۰	۰/۰۰۱	۱۳/۱	اوقات فراغت * گروه
۰/۰۰۱	۳۷/۴	۶۶/۳	۴	۲۶۵	۰/۰۰۱	۱۰/۴	مسائل شخصیتی * گروه
۰/۰۰۱	۴۷/۵	۹۸/۷	۲/۸	۲۷۷	۰/۰۰۱	۱۱/۶	فرزندان * گروه
۰/۰۰۱	۴۹/۴	۷۷	۴	۳۱۱	۰/۰۰۱	۱۳	نقش زن و مرد * گروه
۰/۰۰۱	۶۷/۸	۱۱۴/۵	۴	۴۵۸	۰/۰۰۱	۱۳/۸	صله ارحام * گروه

چنان که جدول ۴ نشان می‌دهد، کلیه نسبت‌های F آزمون پیلابی متغیرهای وابسته در نتایج آزمون چندمتغیره در سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه‌ها، در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است. برای تعیین اینکه میانگین کدامیک از متغیرها در سه مرحله اندازه‌گیری با هم تفاوت دارند، از آزمون تک‌متغیره کشر متقابل متغیر وابسته و گروه استفاده شد. نتایج آزمون تک‌متغیره نشان می‌دهد که تفاوت میانگین کشر متقابل کلیه متغیرها در سه مرحله اندازه‌گیری در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۱، معنادار است.

فرضیه پژوهش بیان می‌کند که بین اثربخشی مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی و درمان تصویرسازی ارتباطی در افزایش رضایتمندی زناشویی دانشجویان تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد که اثربخشی پروتکل تدوینی ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی نسبت به مداخله درمانی تصویرسازی ارتباطی و گروه گواه در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی اثربخش‌تر بوده است. از سوی دیگر، مداخله تصویرسازی ارتباطی نسبت به گروه گواه در کاهش مؤلفه‌های رضایتمندی زناشویی موثرتر بوده است؛ به این معنی که این درمان توانسته است تغییرات مثبت‌تری را در مراجعان ایجاد کند.

در ارتباط با فرضیه فوق، پژوهشی با این عنوان یافت نشده، اما پژوهش‌هایی اثربخشی تلفیق رویکردهای اسلامی با روش‌های روان‌شناختی بر رضایتمندی زناشویی بررسی کرده‌اند: قمیپه و رفیعی مقدم (۱۳۸۸)؛ فتوحی‌یناب (۱۳۸۸)؛ حسن‌زاده (۱۳۸۸)؛ سالاری‌فر و همکاران (۱۳۸۹)؛ جمشیدی (۱۳۹۰)؛ باقریان و بهشتی (۱۳۹۰)؛ رضایی و همکاران (۱۳۹۱)؛ حمید و همکاران (۱۳۹۱)؛ حمید (۱۳۹۱)؛ بونسی (۱۳۹۲)؛ مصلحی و احمدی (۱۳۹۲) که همگی تأثیر منابع معنوی در کاهش مشکلات زناشویی بیان می‌کنند و این یافته‌ها با فرضیه پژوهشی فوق همسو می‌باشد.

در زمینه افزایش اثربخشی پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی به نسبت تصویرسازی ارتباطی، می‌توان گفت: از آنجاکه سبک زندگی خانواده‌های ایرانی بر اساس فرهنگ اسلامی - ایرانی است و ملزم دانستن آنان به دستورات و تعالیم دینی بیشتر تمایل دارند از راهکارهای مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی، در حل مشکلات خود استفاده کنند. همچنین، در این رویکرد به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود که هرگاه افکار یا احساس منفی در آنها ظاهر شد، پیش از پاسخ به آنها، اجازه دهند که افکار به همان صورتی که هستند، در ذهنشان باقی بمانند. به علاوه، این رویکرد الگویی برای آموزش مهارت‌های تمرکززدایی فراهم می‌کند و از تکنیک‌هایی برای پردازش اطلاعاتی که چرخه‌های فکر خلق را تداوم می‌بخشند، استفاده می‌کند (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۲۱). ذهن آگاهی به کمک تنفس و با استفاده از اعضای بدن، آگاهی از وقایع، آگاهی از بدن، تنفس، صدا و افکار و پذیرش افکار بدون قضاوت و داوری در مورد آنها، منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی خاص می‌شود و فرد به این نکته پی می‌برد که افکار پیش از اینکه بازتابی از واقعیت باشند، افکار ساده‌ای هستند و این افکار منفی و اضطراب‌آور ضرورتاً صحیح نمی‌باشند. روش ذهن آگاهی موجب می‌شود فرد متوجه فعالیت‌های اتوماتیک‌وار و

رفتارهای عادی خود شود و آگاهی و هشیاری فزاینده‌ای در فعالیت‌های روزانه خود به دست آورد، این آگاهی از افکار و احساسات، منجر به تغییر ارتباط فرد با آن افکار و احساسات می‌شود. در واقع، ذهن آگاهی به جای تغییر محتوای افکار رابطه فرد را با افکارش تغییر می‌دهد. زمانی که فرد بتواند به این مهارت دست یابد، می‌تواند از مشکلات و موانع آگاهی داشته و راه‌حل‌های مناسبی را پیدا کند و به تعبیر بورپی و لانگر (۲۰۰۵) یک هماهنگی مفهومی برای زوجین ایجاد می‌شود و آنها را قادر می‌سازد که زندگی مشترک خود و مشکلات موجود در آن را ارزیابی و بازرزایی نمایند (یوسفی و سهرابی، ۱۳۹۰) و این می‌تواند تأثیر بسیار بسزایی در کاهش تعارضات زناشویی داشته باشد. بورپی و لانگر (۲۰۰۵) در واقع این رویکرد می‌تواند آنها را قادر سازد که هر لحظه بر نقاط قوت و ضعف خود و زندگی مشترک خود آگاه باشند و محیطی دائماً پویا و انعطاف‌پذیر در زندگی خود ایجاد کنند که این محیط پویا و انعطاف‌پذیر مانع رشد تعارضات مزمن و فاصله‌های روانی عاطفی طولانی‌مدت می‌شود؛ تعارضات و فاصله‌های روانی که خود ایجادکننده زنجیره‌ای از مشکلات بعدی خواهند بود (یوسفی و سهرابی، ۱۳۹۰). یکی از ویژگی‌های دیگر این رویکرد، در زمان حال بودن و در زمان حال زیستن می‌باشد (کابات زین، ۲۰۰۳) که به معنی حضور فیزیکی و ذهنی داشتن در لحظه، و درگیر نشدن با گذشته و آینده است، زمانی که فرد در حال حاضر حضور داشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه‌های درونی و بیرونی‌اش می‌بیند و می‌تواند سوگیری‌های شناختی و نشخوارهای فکری در ارتباط با گذشته و آینده خود، همسر و فرزند را کاهش دهد و زمانی که لحظات صمیمانه را در کنار همسر و فرزندش سپری می‌کند دغدغه‌های ذهنی خود را وارد این لحظات نکند و وقتی در حال حضور داشته باشند، می‌توانند پیام‌های عاشقانه، لمس‌های صمیمانه و صدای گرم همسر را به درستی درک کنند.

در نهایت، می‌توان گفت: عناصر ذهن آگاهی مانند رویارویی و رهاشدگی، پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، تغییر رابطه با افکار و سبک ارتباطی در تلفیق با تعالیم دین اسلام، می‌تواند توانایی مقابله با مشکلات زندگی زناشویی را افزایش دهد و از این طریق اثربخشی بیشتری ایجاد کند.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت: آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی به‌عنوان یک رویکرد درمانی ترکیبی و منطبق بر زمینه فرهنگی مذهبی جامعه ایران، به‌طور معناداری در بهبود و کاهش تعارض‌های زناشویی و نیز افزایش رضایت از زندگی زوجین تأثیرگذار است. پس این رویکرد می‌تواند در بستر فرهنگی مذهبی جامعه ایران و با در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی فرهنگی و عقاید مذهبی مراجعان و درمانگران، در بهبود و کاهش میزان تعارض‌های زناشویی زوجین و افزایش سطح رضایت از زندگی آنان، به کار برده شود. بنابراین، استفاده از این رویکرد به روان‌شناسان و مشاوران در زمینه زوج‌درمانی و خانواده،

توصیه می‌شود. امید است نتایج این پژوهش دست‌اندرکاران امور سلامت خانواده را تشویق کند تا از مداخله‌های روان‌شناختی - مذهبی، جهت افزایش سلامت کارکرد خانواده، به‌ویژه زنان جامعه اسلامی ایران استفاده کنند. عمده‌ترین محدودیت این پژوهش، کوتاه بودن مدت پیگیری، عدم حضور هر دو جنس در این پژوهش است. از دیگر محدودیت‌های آن نیز می‌توان به این نکته اشاره کرد که جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کنگاور بودند. بنابراین، باید در تعمیم نتایج این پژوهش به جوامع بزرگتر احتیاط شود. براین اساس، پیشنهاد می‌شود برای افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، این پژوهش در نمونه وسیع‌تر تکرار شود و اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر طرح‌واره‌های معنوی اسلامی با سایر روش‌های خانواده‌درمانی مقایسه شود.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- اکبری، حبیب‌الله، ۱۳۹۲، *تدوین پروتکل درمانی بر اساس ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازشی - تجربه‌ای / هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب دانشجویان*، پایان‌نامه دکتری، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- اوست، ویلیام، ۱۳۸۳، *روان‌درمانی و معنویت*، ترجمه شه‌ریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن، تهران، رشد.
- باقریان، مهنوش و سعید بهشتی، ۱۳۹۰، «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی زناشویی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر سازگاری زناشویی زوجین»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، سال دوم، ش ۶ ص ۷۳-۹۰.
- ثنایی‌ذاکر، باقر، ۱۳۷۸، «نقش خانواده‌های اصلی در ازدواج فرزندان»، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ش ۲، ص ۲۱-۴۶.
- جدیری، جعفر و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۸۸، «ساخت و اعتباریابی مقیاس رضامندی زناشویی اسلامی»، *روان‌شناسی و دین*، سال دوم، ش ۴، ص ۴۱-۷۰.
- جمشیدی، محمدعلی، ۱۳۹۰، *اثربخشی توانمندسازی کارکرد زوجین به صورت گروهی بر رضامندی زناشویی مبتنی بر رویکرد اسلامی*، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
- حسن‌زاده، محمدحسن، ۱۳۸۸، *زوج‌درمانی گروهی معنوی - مذهبی با تکیه بر مفاهیم و فنون اسلامی و مقایسه آن با الگوی مک‌ماستر با تکیه بر روش شناختی رفتاری در افزایش عملکرد خانواده*، پایان‌نامه دکتری، تهران، دانشگاه تربیت معلم.
- حمید، نجمه و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی روان‌درمانی شناختی رفتاری مذهب‌محور توأم با بازآموزی بخشودگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی در زوجین»، *روان‌شناسی و دین*، سال پنجم، ش ۲، ص ۵-۳۴.
- حمید، نجمه، ۱۳۹۱، «بررسی اثربخشی آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای مذهب‌محور بر میزان عشق و علاقه، احترام به همسر و رضایت زناشویی»، *روان‌شناسی و دین*، سال پنجم، ش ۴، ص ۲۳-۴۰.
- دباغی، پروین، ۱۳۸۵، *اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، تهران، انستیتو روان‌پزشکی.
- دیما تو، ام‌رابین، ۱۳۷۸، *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه مسعود آذربایجانی و همکاران، تهران، سمت.
- رضاپور میرصالح، یاسر و همکاران، ۱۳۹۲، «اثربخشی آموزه‌های هستی‌شناسی اسلامی بر رضایت زناشویی زنان متأهل»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۲۲، ص ۵-۱۸.
- رضایی، جواد و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر آموزش زوج‌درمانی اسلام‌محور بر تعهد زناشویی زوجین»، *روان‌شناسی و دین*، سال پنجم، ش ۱، ص ۲۷-۶۰.
- سالاری‌فر، محمدرضا و همکاران، ۱۳۸۹، *بهداشت روان یا نگرش به منابع اسلامی*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- سلیمانی، علی و همکاران، ۱۳۹۴، «اثربخشی شیوه درمانگری فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم وابسته به سوءمصرف مواد و کنترل تکانه در مردان معتاد به مت‌آمفتامین»، *پژوهش‌های مشاوره*، ج ۱۴، ش ۵۴، ص ۵۲-۷۸.
- فتوحی‌ناب، سکینه، ۱۳۸۸، «بررسی اثربخشی آموزش رویکردهای زوج‌درمانی شناختی رفتاری اسلامی و تحلیل رفتار متقابل بر سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار»، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، سال هشتم، ش ۳۲، ص ۱۰۹-۱۲۷.
- فقیهی، علی‌نقی و فاطمه ربیعی‌مقدم، ۱۳۸۸، «بررسی اثربخشی آموزش‌های روان‌شناختی مبتنی بر روایات اسلامی بر رضایت زناشویی زوجین»، *روان‌شناسی و دین*، سال دوم، ش ۳، ص ۸۹-۱۰۴.
- قاسم‌پور، عبدالله و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی رابطه بهزیستی معنوی و ذهن آگاهی در دانشجویان»، اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تهران.
- محمدخانی، پروانه و همکاران، ۱۳۸۴، *درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی*، تهران، فراید.
- محمودزاده، اعظم و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی تأثیر زوج‌درمانی اسلامی بر صمیمیت زناشویی»، *روان‌شناسی و دین*، سال هفتم، ش ۲۵، ص ۵۹-۷۰.

مصلحی، جواد و محمدرضا احمدی، ۱۳۹۲، «نقش زندگی مذهبی در رضامندی زناشویی زوجین»، *روان‌شناسی و دین*، سال ششم، ش ۲، ص ۷۵-۹۰.

نبوی حصار، جمیله و خدابخش احمدی، ۱۳۹۱، «اثربخشی رویکرد خانواده‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر سردم‌زاجی زنان در آستانه طلاق»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ش ۶ ص ۴۱۲-۴۲۴.

نیکی، مریم، ۱۳۹۶، *تدوین پروتکل درمانی بر اساس ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان تصویرسازی ارتباطی در رضایت‌مندی زناشویی زنان دانشجو*، رساله دکتری، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران.

هالفورد، کیم، ۱۳۸۷، *زوج‌درمانی کوتاه‌مدت*، ترجمه مصطفی تبریزی و همکاران، تهران، فراروان.

هندریکس، هارویل، ۲۰۰۱، *عشق مورد نظر شما*، ترجمه مهدی قراچه‌داغی، تهران، آسیم.

یانگ، جفری و همکاران، ۱۹۵۰، *طرح‌واره‌درمانی*، ترجمه حسن حمیدپو و زهرا اندوز، تهران، ارجمند.

یوسفی، ناصر و احمد سهرابی، ۱۳۹۰، «مقایسه اثربخشی رویکردهای خانواده‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ش ۲، ص ۱۹۲-۲۱۱.

یونسی، سیدجلال، ۱۳۹۲، *مدیریت روابط زناشویی*، تهران، قطره.

Baer, R.A, 2006, *Mindfulness-Based Treatment Approaches: clinicians Guide to Evidence Base and Application*, USA: Academic Press is an imprint of Elsevier.

Burpee, L, C, & Langer, E, J, 2005, Mindfulness and Marital Satisfaction, *Journal of Adult Development*, 12(1), p. 43-51.

Farooq, z, & Butt, F.Y, 2012, *Attachment Styles, conflict resolution techniques and relationship quality in married couples*, [BS(Hons.)Thesis]. Applied Psychology Department, University of the Punjab, Lahore, Pakistan.

Feldman, G, et al, 2014, Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task, *Personality and Individual Differences*, 56, p. 154-158.

Flemak, K, R, & Protinsky, H, 2003, Imago dialogues: Treatment enhancement with EMDR, *Journal of family Psychotherapy*, v. 14(2), p. 508-518.

Hendrix, H, & Hunt, H, 1999, Imago Relation Therapy, Creating a conscious marriage or relationship, Preventive approaches in couple therapy. 169-216. Philadelphia, Taylor & Francis group.

Kabat-Zinn, J, 2003, Mindfulness-Based intervention in context: Past, present, and future, *Clinical psychology: Science and practical*, 10, p. 144-156.

Kong, f, et al, 2014, Dispositional mindfulness and life satisfaction: The role of core self evaluations, *Personality and Individual Differences*, 56, p. 165-169.

Neils, H, 2009, 13 signs of burnout and how to help you avoid it. <http://www.assessment.com>.

Ngozi, O, et al, 2013, The Impact of Marital Conflicts on the Psychosocial Adjustment of Adolescents in Lagos Metropolis, Nigeria, *Journal of Emerging Trends in Educational Research & Policy Studies*, 4(2), p. 320-326.

Petter, M, et al, 2013, The Role of Trait Mindfulness in the Pain Experience of Adolescents, *The Journal of Pain*, v. 14, N. 12, p. 1709-1718.

Pinter, G. D, 1995, The Effects of a couples Weekend Workshope Experience on marital Satisfaction and relationship change. Unpublished doctoral.

Segal, Z.V, et al, 2002, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression*, New York, Guilford Press.

Vaughn, L, et al, 2013, Processing fluency affects behavior more strongly among people higher in trait mindfulness, *Journal of Research in Personality*, 46, p. 782-788.

پیش‌بینی اضطراب با توجه به هوش معنوی و باورهای فراشناختی در دانشجویان

بهاره نقیبی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی شخصیت، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران

bahare.naghibi@gmail.com

محمد مهدی نادری / استادیار گروه الهیات و معارف اسلامی، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران

NaderiMM@yahoo.com

علی حسینائی / استادیار گروه روان‌شناسی، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران

a.hosseinaei@gmail.com

بهنووش الهی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران

دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۰۹ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۰۳

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی رابطه بین هوش معنوی و باورهای فراشناختی با اضطراب در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر بود. این تحقیق از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ بود. حجم نمونه با توجه به جنسیت و دانشکده به وسیله نمونه‌گیری سهمیه‌ای ۱۸۰ مرد و ۱۸۰ زن مشخص شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های هوش معنوی عبدالله‌زاده و همکاران، پرسش‌نامه باورهای فراشناختی ولز و پرسش‌نامه اضطراب کتل بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه به‌منظور قدرت پیش‌بینی اضطراب دانشجویان از روی نمرات هوش معنوی و باورهای فراشناختی آنها نشان داد که تقریباً ۱۸/۹۲ درصد از تغییرات واریانس نمرات اضطراب دانشجویان از روی نمرات هوش معنوی و باورهای فراشناختی آنها قابل تبیین است. متغیرهای هوش معنوی و باورهای فراشناختی در این معادله معنادار است.

کلیدواژه‌ها: هوش معنوی، باورهای فراشناختی، اضطراب.

بهداشت روانی دانشجویان، یکی از مسائل اساسی زندگی دانشجویی است که توجه به آن در رشد و توسعه جامعه، اثری مستقیم دارد و پرداختن به آن شرط اصلی بهره‌وری بهینه از نیروهای کارآمد و تحصیل کرده است (شیربیم و همکاران، ۱۳۸۸). دانشجویان با عوامل تنش‌زای متفاوتی همچون ترک خانه برای اولین بار، هم‌اتاقی شدن با سایر دانشجویان، کم شدن سرپرستی و نظارت بزرگسالان، فشار دروس و تکالیف دانشگاهی، آینده مبهم و مشکلات سازگاری با محیط جدید مواجه می‌شوند (ارل دمیرباتیر (Erol Demirbatir)، ۲۰۱۲). این مسائل می‌تواند موجب بروز اضطراب در آنان گردد. اضطراب یک هیجان انطباقی (ویزر (Viser) و همکاران، ۲۰۱۰) و حالت خلقی است که بدون هیچ محرک بیرونی خود را نشان می‌دهد و منشأ آن ناخودآگاه و غیرقابل مهار است (قاسم پور و همکاران، ۱۳۹۱). این حالت، یک نگرانی ناخوشایند و اغلب مبهم است که غالباً با علائم دستگاه خودکار مثل تنگی نفس، طپش قلب، تفرق، سردرد، ناراحتی مختصر معده و بی‌قراری همراه می‌باشد (لوپزایبور (LopezIbor) و همکاران، ۲۰۱۰). علی‌رغم اینکه اضطراب کم برای حیات و زندگی روزمره انسان لازم است، اما اضطراب بالا زیان‌های جبران‌ناپذیر بر جسم و روان فرد وارد می‌سازد (موحدی‌راد و همکاران، ۱۳۹۱). این امر می‌تواند نقش زیادی در شروع بیماری‌های روان‌تنی نظیر بیماری‌های فشار خود بالا داشته باشد (صالحی و دهقان‌نیری، ۱۳۹۰).

با توجه به تأثیری که اضطراب بر عملکرد افراد می‌گذارد، باید به دنبال مؤلفه‌هایی بود که می‌تواند این متغیر را تحت تأثیر قرار دهد. به لحاظ نظری، شواهد بیانگر آن است که جنبه‌های شناختی بیش از سایر مؤلفه بر بروز اضطراب تأثیر دارد. ایس، اضطراب و اختلالات عاطفی را نتیجه طرز تفکر غیرمنطقی و غیرعقلانی می‌داند. به نظر وی، افکار و عواطف کنش‌های متفاوت و جداگانه‌ای نیستند. از این رو، تا زمانی که تفکر غیرعقلانی ادامه دارد، اختلالات عاطفی نیز به قوت خود باقی خواهد ماند (شفیع‌آبادی و ناصر، ۱۳۸۸).

بر اساس نظریه‌های اخیر، فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی است. فراشناخت‌ها بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، از طریق دانش و راهبردهای فراشناختی بر تغییر باورها و تفسیر علائم خاص نظیر افکار مزاحم اثر می‌گذارد و در سبب‌شناسی و پایداری اختلال اضطراب نقش مؤثری دارد. بخصوص مدل عملکرد اجرایی خودنظم‌جویی وولز (Wells) (۲۰۰۰) بیان می‌کند که آسیب‌پذیری نسبت به اختلال روان‌شناختی و تداوم اختلال، با یک نشانگان شناختی - توجهی همراه است. این نشانگان، با توجه تشدید شده متمرکز بر خود، بازیابی تهدید، پردازش نشخوارگرانه، فعال‌سازی عقاید ناسازگار و راهبردهای خودنظم‌جویی ناکارآمد مشخص می‌شود. این نشانگان به وسیله باورهای فراشناختی شخص، برانگیخته شده و در تفسیر و کنترل رویدادهای شناختی فرد به‌عنوان منبع و مرجع، عمل می‌کند (ولز، ۲۰۰۰؛ کوکران (Corcoran) و همکاران، ۲۰۰۸).

نگرانی، ویژگی اصلی اضطراب است و اختلال اضطراب فراگیر، طبیعی‌ترین نوع اختلال‌های اضطرابی است و پردازش‌های شناختی در اضطراب فراگیر، مشابه چیزی است که در اضطراب صفت رخ می‌دهد. بنابراین، در

اضطراب صفت و حالت، نگرانی نقشی تعیین‌کننده دارد. اضطراب صفت، به تفاوت‌های فردی و ویژگی‌های پایدار شخص در برخورد و مقابله با تهدیدهای ذهنی و تنش اطلاق می‌شود. درحالی‌که در اضطراب حالت، سیستم هیجانی به صورت گذرا و موقتی در برخورد با تهدیدهای محیطی و موقعیت‌های خاص فعال است و برای کاهش تنش، سیستم خودمختار به شدت فعالیت می‌نماید (دیوی (Davey) و ولز، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌های کارت‌رایت-هاتون (Cartwright – Hatton) و ولز (۱۹۹۷)، ولز و پایا جورجیا (۱۹۹۵)، حاکی از این است که باورهای فراشناختی مثبت و منفی، ارتباط مثبتی با استعداد فرد در برابر نگرانی آسیب‌شناختی دارد.

همچنین، ولز و کارتر (۲۰۰۱) نیز باورهای فراشناختی و نگرانی یک گروه از افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر را با گروه‌هایی از افراد دارای تشخیص فوبی اجتماعی، افسردگی، اختلال پانیک و افراد غیربیمار، مقایسه کردند. نتایج حاکی از این است که افراد گروه دارای اختلال اضطراب فراگیر، در مقایسه با سایر گروه‌ها در هر دو زمینه، نمره‌های بیشتری کسب کردند. راسیز و ولز (۲۰۰۶)، نقش باورهای فراشناختی و راهبردهای مقابله‌ای دارای مشخصه نگرانی را در جمعیت غیربیمار بررسی کردند. نتایج حاکی از این است که راهبرد کنترل نگرانی و فراشناخت‌های مثبت و منفی، به‌طور مثبت با نشانه‌های اضطراب رابطه دارد. همچنین، لوبان و همکاران (۲۰۰۳) نشان داده‌اند که باورهای فراشناخت در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌ویژه در اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پانیک مختل‌تر است (ولز و متیوز (Mathews)، ۱۹۹۶). متیوز و همکاران (۱۹۹۹) نیز در پژوهشی ارتباط باورهای فراشناختی را با تنش، نگرانی، تفکر نامربوط به امتحان و علائم بدنی همراه با اضطراب امتحان نشان دادند. همچنین، سه مؤلفه فراشناختی خودآگاهی شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی و باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار با اضطراب امتحان مرتبط بودند.

یکی از متغیرهای دیگری که در سال‌های اخیر، برای افزایش توان مقابله‌ای و کاهش اضطراب مطرح شده است، توجه به جنبه‌های معنویت در زندگی فردی است (یانکر (Yonker) و همکاران، ۲۰۱۲؛ کامتسیس و فرانسیس (Kamitsis & Francis)، ۲۰۱۳، والبورن (Walborn)، ۲۰۱۴). با توجه به اهمیت معنویت، سازه‌های مختلفی از این مؤلفه به‌عنوان عوامل تأثیرگذار مطرح شده‌اند. یکی از مهم‌ترین این مفاهیم، هوش معنوی است که مستلزم توانایی‌هایی است که موارد معنوی را برای پیش‌بینی عملکرد، تطابق و ایجاد محصولات و دستاوردهای ارزشمند به کار می‌گیرد (افروز و همکاران، ۱۳۸۸). می‌توان گفت: هوش معنوی مجموعه‌ای از توانایی‌هایی است که افراد برای به کار بردن، شکل دادن و دربر گرفتن منابع معنوی به ارزش‌ها و کیفیت‌ها به روشی که به عملکرد خوب روزانه و بهزیستی روانی دست یابند، به کار می‌برند که خود شامل پنج حوزه هشیاری، لطف حق، معنا، برتری و حقیقت است (امرم و دیر (Amram & Drye)، ۲۰۰۷). به لحاظ نظری می‌توان گفت: هوش معنوی می‌تواند بر اضطراب تأثیرگذار باشد. نظریه مانس، نشان می‌دهد که فایق آمدن فیزیکی و مادی از اجزاء هوش معنوی است.

برخورداری از این توانایی برای حل مشکلات، افزایش هشیاری و حل و فصل تجارب روزانه مؤثر است که نشان می‌دهد هوش معنوی می‌تواند راهبردی مناسب برای تسلط بر اضطراب باشد.

اسمیت در مطالعه‌ای نشان داد که هوش معنوی در دانشجویان، لازمه‌ی سازگاری بهتر با محیط است و افرادی که از هوش معنوی بالاتری برخوردارند، تحمل بیشتری در مقابل فشارهای زندگی داشته و توانایی بالاتری را در جهت سازگاری با محیط از خود بروز می‌دهند (باقری و همکاران، ۱۳۹۰). پژوهشگران مختلفی از جمله میتچل (Mitchell) و همکاران (۲۰۰۶)، *والت* (Walt) و همکاران (۲۰۰۶)، *مک‌اوان* (McEwan) و همکاران (۲۰۱۰)، *وونگ* (Wong) و همکاران (۲۰۱۰) و *یانگ* (Yang) (۲۰۰۶)، نشان داده‌اند افرادی که گرایش‌های معنوی دارند هنگام روبرویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری به وضعیتی که درون آن قرار دارند، می‌دهند، موقعیت تولیدکننده فشار را بهتر اداره می‌کنند و از سلامتی بهتری برخوردارند. *امونس* (۱۹۹۹)، با مشاهده در رفتارها و حالات افراد معنوی از جمله *مادر تریزا* و *گانلی*، سازه‌های معنویت و هوش را درون یک سازه جدید ترکیب کرده و واژه هوش معنوی را به وجود آورد. از نظر او هوش معنوی عبارت است از: ظرفیت انسان برای پرسیدن سؤالات نهایی درباره معنای زندگی و ارتباط یکپارچه بین ما و دنیایی که در آن زندگی می‌کنیم.

شالون (Shaalon) (۲۰۰۷)، *بک* (Beck) (۲۰۰۶)، *لورین* (Laurin) و همکاران (۲۰۰۸)، *گال* (Gall) و همکاران (۲۰۰۵)، در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که ارتباط مؤثر با خدا و هوش معنوی موجب کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و در نتیجه افزایش سلامت روان می‌شود.

هوش معنوی، چارچوبی برای شناسایی و سازمان‌دهی مهارت‌ها و توانمندی‌های مورد نیاز است، به گونه‌ای که با استفاده از معنویت میزان انطباق‌پذیری فرد افزایش می‌یابد و بر سه جزء هوش معنوی دلالت دارد. توانایی یافتن معنا بر اساس درک عمیق مسائل مربوط به هستی، آگاهی از سطوح چندگانه هشیاری و توانایی استفاده از آن به‌منظور حل مسئله، آگاهی از تعامل میان همه موجودات با یکدیگر و تعامل آنها با ماوراء تأکید می‌کنند. هوش معنوی، زیربنای باورهای فرد است که موجب اثرگذاری بر عملکرد وی می‌شود، به گونه‌ای که شکل واقعی زندگی را قالب‌بندی می‌کند. هوش معنوی موجب افزایش قدرت انعطاف‌پذیری و خودآگاهی انسان‌ها می‌شود؛ به طوری که در برابر مشکلات و سختی‌های زندگی، بردباری و صبوری بیشتری دارند. بنابراین، با توجه به مطالب فوق محقق در این پژوهش بر آن است تا رابطه بین باورهای فراشناختی و هوش معنوی با اضطراب دانشجویان را بررسی نماید.

روش پژوهش

روش این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این تحقیق، شامل تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد آزادشهر در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ بود که ۵۰۱۱ نفرند. حجم نمونه، با توجه به جنسیت و دانشکده به وسیله نمونه‌گیری سهمیه‌ای، ۱۸۰ نفر مرد و ۱۸۰ نفر زن انتخاب شد. در این تحقیق، برای جمع‌آوری اطلاعات از

پرسش‌نامه‌های هوش معنوی *عبداله‌زاده* و همکاران (۱۳۸۷)، باورهای فراشناخت *ولز* (۱۹۹۷) و اضطراب *کتل* (۱۹۶۲) استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه هوش معنوی *عبداله‌زاده* و همکاران: این پرسش‌نامه، شامل ۲۹ سؤال است که در سال ۱۳۸۷ توسط *عبداله‌زاده* و همکاران ساخته و هنجاریابی شده است. پایایی پرسش‌نامه توسط *عبداله‌زاده* و همکاران به وسیله آلفا کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. برای بررسی روایی علاوه بر روایی محتوایی صوری که سؤال‌ها با نظر متخصصان تأیید شد، از تحلیل عاملی نیز استفاده شد و همبستگی کلیه سؤال‌ها بالای ۰/۳ بود. در چرخش به واریماکس برای کاهش متغیرها دو عامل اصلی به دست آمد که عامل اول، با ۱۲ سؤال «درک و ارتباط با سرچشمه هستی» نامگذاری شد. عامل دوم نیز با ۱۷ سؤال «زندگی معنوی یا انکاء به هسته درونی» نامیده شد. دامنه نمرات ۲۹ تا ۱۴۵ است.

پرسش‌نامه باورهای فراشناخت *ولز*: پرسش‌نامه‌ای ۳۰ گویه‌ای خودگزارشی است. پاسخ‌ها در این مقیاس بر پایه مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس، دارای پنج خرده‌مقیاس می‌باشد: باورهای نگرانی مثبت، باورهای غیرقابل کنترل، باورهای صلاحیت‌شناختی، باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار و خودآگاهی شناختی (ولز و همکاران، ۲۰۰۴). دامنه نمره‌ها برای هر یک از زیرمقیاس‌ها، بین صفر تا هجده قرار دارد. ضریب همسانی درونی این آزمون، در ایران به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌های در دامنه‌ای از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. همبستگی خرده‌مقیاس‌های آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آنها، با یکدیگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۶۲ محاسبه شده است (شیرین‌زاده دستگیری و همکاران، ۱۳۸۷).

پرسش‌نامه اضطراب *کتل*: مقیاس سنجش اضطراب *کتل* شامل ۴۰ سؤال می‌باشد که به صورت یک پرسش‌نامه کوتاه، برای سنجش اضطراب فراهم آمده است. این پرسش‌نامه، می‌تواند مکمل تشخیص بالینی و نتیجه‌ای عینی با هدف‌های پژوهشی به دست دهد. هر سؤال این مقیاس، دارای سه پاسخ است که آزمودنی پاسخی که با وضعیتش سازگاری دارد، بر می‌گزیند. از مجموع نمره‌های ۲۰ سؤال اول، اضطراب پنهان و مجموع نمره‌های ۲۰ سؤال دوم، اضطراب آشکار و در کل نمره اضطراب کل را نشان می‌دهد. این مقیاس، در سال ۶۸-۱۳۶۷ توسط *دداستان* و دیگران در جمعیت دانشجویی هنجاریابی شده است. در این هنجاریابی، ۲۴۸۹۴ دانشجو مورد ارزیابی قرار گرفتند. اعتبار این آزمون که از طریق اجرای مجدد آن و به دفعات متعدد صورت گرفته همیشه بالاتر از ۰/۷۰ بوده است و قابلیت تمایز بین افراد مضطرب و طبیعی را دارد (هومن و همکاران، ۱۳۹۰). در این مطالعه، برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه استفاده شد. پس از مشخص شدن لیست اسامی افراد، افرادی را به صورت تصادفی انتخاب و پرسش‌نامه‌های مذکور جهت تکمیل به آنها ارائه شد. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، برای بررسی روابط از تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

در این بخش، ابتدا جدول مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای هوش معنوی و باورهای فراشناختی ارائه می‌شود. همچنین، برای آزمون فرضیه‌های تحقیق، جداول حاصل از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون تک‌متغیره ارائه می‌شود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات هوش معنوی و باورهای فراشناختی دانشجویان

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
درک و ارتباط با سرچشمه هستی	۵۱/۲۷	۱۵/۳۱
زندگی معنوی یا اتکاء به هسته درونی	۶۸/۹۱	۱۳/۱۸
هوش معنوی کل	۱۲۰/۱۸	۲۳/۹۴
باورهای نگرانی مثبت	۱۲/۷۶	۸/۲۳
باورهای غیرقابل کنترل	۱۹/۶۵۶	۱۰/۴۱
باورهای صلاحیت‌شناختی	۲۰/۱۳۵	۱۱/۰۷
باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار خودآگاهی شناختی	۲۲/۲۹	۱۰/۲۲
باورهای فراشناختی کل	۹۸/۴۱	۱۱/۸۵
اضطراب	۲۸/۷۳	۳۰/۵۲

طبق جدول ۱، میانگین و انحراف هوش معنوی به ترتیب ۱۲۰/۱۸، ۲۳/۹۴ و میانگین و انحراف معیار باورهای فراشناختی به ترتیب ۹۸/۴۱، ۳۰/۵۲ است.

جدول ۲. نتایج ضریب همبستگی پیرسون

اضطراب		
سطح معناداری	ضریب همبستگی	
۰/۰۰۰	-۰/۴۴	درک و ارتباط با سرچشمه هستی
۰/۰۰۱	-۰/۳۷	زندگی معنوی یا اتکاء به هسته درونی
۰/۰۰۳	-۰/۴۰	هوش معنوی کل
۰/۰۰۳	۰/۳۶	باورهای نگرانی مثبت
۰/۰۱۷	۰/۳۴	باورهای غیرقابل کنترل
۰/۰۰۳	۰/۲۷	باورهای صلاحیت‌شناختی
۰/۰۰۰	۰/۳۸	باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار خودآگاهی شناختی
۰/۰۵۱	۰/۱۰	
۰/۰۱۶	۰/۳۲	باورهای فراشناختی کل

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده بین درک و ارتباط با سرچشمه هستی ($r = -0/44$; $p < 0/01$)، زندگی معنوی یا اتکاء به هسته درونی ($r = -0/37$; $p < 0/01$) و هوش معنوی کل ($r = -0/40$; $p < 0/01$) با اضطراب رابطه معکوس و معنادار وجود دارد.

همچنین، نتایج این جدول نشان می‌دهد که ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده بین زیرمقیاس‌های باورهای نگرانی مثبت ($r = 0/36$; $p < 0/01$)، باورهای غیرقابل کنترل ($r = 0/34$; $p < 0/05$)، باورهای صلاحیت‌شناختی ($r = 0/27$; $p < 0/05$)، باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار ($r = 0/38$; $p < 0/01$) و باورهای فراشناختی کل ($r = 0/32$; $p < 0/05$) با اضطراب رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد.

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها

P	Z	انحراف معیار	میانگین	N	
۰/۹۸	۰/۶۵	۱۵/۳۱	۵۱/۲۷	۳۶۰	درک و ارتباط با سرچشمه هستی
۰/۸۸	۰/۸۴۱	۱۳/۱۸	۶۸/۹۱	۳۶۰	زندگی معنوی یا اتکاء به هسته درونی
۰/۹۸	۰/۵۳	۲۳/۹۴	۱۲۰/۱۸	۳۶۰	هوش معنوی کل
۰/۲۱	۱/۶۰	۸/۲۳	۱۲/۷۶	۳۶۰	باورهای نگرانی مثبت
۰/۲۲	۱/۶۳	۱۰/۴۱	۱۹/۶۵	۳۶۰	باورهای غیرقابل کنترل
۰/۲۳	۱/۳۲	۱۱/۰۷	۲۰/۱۳۵	۳۶۰	باورهای صلاحیت‌شناختی
۰/۵۶	۰/۹۵	۱۰/۲۲	۲۲/۲۹	۳۶۰	باورهای فرآشناخت منفی
۰/۴۶۶	۰/۸۸۱	۱۱/۸۵	۲۳/۵۷	۳۶۰	خودآگاهی شناختی
۰/۶۴	۰/۶۳	۳۰/۵۲	۹۸/۴۱	۳۶۰	باورهای فرآشناختی
۰/۵۹	۰/۶۷	۱۱/۳۱	۲۸/۷۳	۳۶۰	اضطراب

خروجی آزمون نشان می‌دهد که سطح معناداری آزمون از ۰/۰۵ بزرگتر است. فرضیه صفر در آزمون کلموگروف - اسمیرنوف، این است که داده‌ها نرمال است. از این‌رو، با توجه به اینکه سطح معناداری از ۰/۰۵ بزرگتر است، فرض صفر مبنی بر اینکه داده‌ها نرمال هستند، تأیید می‌شود.

برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین - واتسون استفاده شد. آزمون دوربین - واتسون، همبستگی سریالی بین باقیمانده (خطا)های رگرسیون را بر مبنای فرض صفر آماری زیر آزمون می‌نماید:

فرض صفر: بین خطاها خود همبستگی وجود ندارد.

فرض یک: بین خطاها خود همبستگی وجود دارد.

اگر آماره دوربین - واتسون بین ۱/۵ و ۲/۵ قرار گیرد، فرض صفر آزمون (عدم همبستگی بین خطاها) پذیرفته می‌شود و در غیر این صورت فرض یک تأیید می‌شود.

آماره دوربین - واتسون به همراه ضریب همبستگی، ضریب تعیین، ضریب تعیین تعدیل‌شده به شرح جدول ۴ است.

جدول ۴. آزمون استقلال خطاها

مدل رگرسیونی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل‌شده	آماره دوربین - واتسون
فرضیه اصلی	۰/۱۸	۰/۱۶	۱/۶۷
فرضیه اول	۰/۱۶	۰/۱۴	۲/۰۳
فرضیه دوم	۰/۱۰	۰/۹۴	۲/۳۵

با توجه به جدول ۴، مقدار آماره دوربین - واتسون، برای مدل‌های رگرسیونی مزبور در فاصله ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، بنابراین، فرض صفر مبنی بر عدم وجود خود همبستگی بین خطاها تأیید می‌شود و می‌توان از رگرسیون استفاده کرد.

همچنین در جدول ۵، هم‌خطی بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۵. جدول بررسی هم‌خطی بودن

متغیرهای مستقل	قدرت رابطه خطی (تولرانس)
درک و ارتباط با سرچشمه هستی	۰/۲۶
زندگی معنوی یا اتکاء به هسته درونی	۰/۱۶
باورهای نگرانی مثبت	۰/۳۵
باورهای غیرقابل کنترل	۰/۳۱
باورهای صلاحیت‌شناختی	۰/۲۶
باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار	۰/۱۱
خودآگاهی شناختی	۰/۲۶

با توجه به تولرانس داده‌ها، می‌توان گفت: متغیرهای مستقل ترکیبی خطی از سایر متغیرهای مستقل است و شرط هم‌خطی بودن برقرار است.

با توجه به هدف اصلی این مطالعه، برای پیش‌بینی اضطراب دانشجویان از طریق هوش معنوی و باورهای فراشناختی از تحلیل رگرسیون استفاده شده است. نتایج این تحلیل در جداول ۶ آمده است:

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه به‌منظور بررسی قدرت پیش‌بینی اضطراب دانشجویان از روی نمرات هوش معنوی و باورهای فراشناختی آنها

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	P
اضطراب	هوش معنوی و باورهای فراشناختی	۰/۴۳	۰/۱۸	۰/۰۱۰

جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه برای قدرت پیش‌بینی اضطراب دانشجویان از روی نمرات هوش معنوی و باورهای فراشناختی آنان نشان می‌دهد که تقریباً ۱۸/۹۲ درصد از تغییرات واریانس نمرات اضطراب دانشجویان از روی نمرات هوش معنوی و باورهای فراشناختی آنان قابل تبیین است. به عبارت دیگر، هوش معنوی و باورهای فراشناختی دانشجویان، اضطراب آنان را در حد خوبی پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۷. جدول ضرایب رگرسیون به‌منظور بررسی قدرت پیش‌بینی اضطراب دانشجویان از روی نمرات هوش معنوی و باورهای فراشناختی آنها

مدل	متغیرها	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	آماره t	p
		B	خطای استاندارد			
پیش‌بین: هوش معنوی و باورهای فراشناختی ملاک: اضطراب	ضریب ثابت	۵۶/۳۱	۹/۶۵		۱۳/۶۱	۰/۰۰۰
	ارتباط با سرچشمه هستی	-۵/۲۷	۱/۷۱	-۵/۳۵	-۴/۵۰	۰/۰۱۶
	اتکاء به هسته درونی	-۴/۲۷	۱/۵۶	-۳/۲۵	-۴/۳۷	۰/۰۲۷
	باورهای نگرانی مثبت	۳/۸۴	۲/۴۹	۳/۸۰	۳/۹۴	۰/۰۳۱
	باورهای غیرقابل کنترل	۳/۶۴	۱/۶۶	۳/۵۹	۳/۳۲	۰/۰۴۷
	باورهای صلاحیت‌شناختی	۲/۴۱	۲/۰۲	۲/۳۹	۲/۳۳	۰/۰۶۵
	باورهای منفی در مورد	۴/۹۱	۱/۶۰	۴/۸۶	۵/۱۸	۰/۰۲۷
	خودآگاهی شناختی	۱/۵۴	۲/۶۳	۱/۳۶	۰/۶۱	۰/۳۶۴

با توجه به معناداری آزمون F ، ضرایب رگرسیون و معناداری آنها محاسبه شد. همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، معناداری آزمون t برای زیرمقیاس‌های درک و ارتباط با سرچشمه هستی، زندگی معنوی یا اتکاء به هسته درونی، باورهای نگرانی مثبت، باورهای غیرقابل کنترل و باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار کمتر از ۰/۰۵ به‌دست‌آمده، لذا فرضیه H_0 رد می‌شود؛ یعنی ضرایب این زیرمقیاس‌ها در معادله معنادار است. همچنین می‌توان

گفت: زیرمقیاس‌های درک و ارتباط با سرچشمه هستی و باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده برای اضطراب دانشجویان می‌باشد که معادله رگرسیون آن به صورت زیر است:

$$\begin{aligned} & ۵/۳۷۱ (\text{درک و ارتباط با سرچشمه هستی}) - ۵۶/۳۱۱ = \text{اضطراب} \\ & ۳/۸۴۹ (\text{باورهای نگرانی مثبت}) + ۴/۳۷۵ (\text{زندگی معنوی یا اتکاء به هسته درونی}) - \\ & ۴/۹۱۷ (\text{باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار}) + ۳/۶۴۵ (\text{باورهای غیرقابل کنترل}) + \end{aligned}$$

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش، حاکی از این است که هوش معنوی دانشجویان، با اضطراب آنان رابطه مثبت و معناداری دارد و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند. در رابطه با پیش‌بینی هوش معنوی بر اضطراب دانشجویان نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های زیر همسو می‌باشد. از جمله خاوری و همکاران (۱۳۹۳) و حسونند و همکاران (۱۳۹۳) که نشان دادند بین سه مولفه واکنش هیجانی اضطراب، افسردگی و استرس با هوش معنوی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. مرعشی (۱۳۹۰)، نشان داد آموزش هوش معنوی بر تمام مؤلفه‌های پهنی‌روانی روان‌شناختی تأثیر معناداری دارد. هادی‌تبار و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که آموزش هوش معنوی بر ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی تأثیر معنادار دارد. اکبری‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، معلمی و همکاران (۱۳۸۹)، یانگ و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که بین هوش معنوی و سلامت روان همبستگی معنادار وجود دارد. همچنین یعقوبی (۱۳۸۹) نشان داد با افزایش نمره هوش معنوی، میزان نمره شادکامی دانشجویان افزایش می‌یابد. نادری و همکاران (۱۳۸۹) و ساندر و هوگای (۲۰۰۳) نشان دادند که بین هوش معنوی و رضایت از زندگی، رابطه معناداری وجود دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش و نتایج ابراهیمی کوه‌بنانی (۱۳۹۰) نشان داد که بین هوش معنوی با رضایت از زندگی، همبستگی معناداری وجود ندارد، ناهماهنگ می‌باشد.

در تبیین تأیید فرضیه فوق می‌توان گفت: بر طبق نظر مکین‌تاش و همکاران (۱۹۹۳) که معتقدند افراد مذهبی دارای روان‌بنه‌های مذهبی‌اند که می‌تواند آنان را در پردازش شناختی کمک کند، می‌توان گفت: روان‌بنه‌های مذهبی می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامت جسمانی و روانی و معنوی اثرگذار باشد. این روان‌بنه‌ها، می‌تواند بر شیوه‌های رویارویی با رویدادها و موقعیت‌ها اثر داشته باشد و چگونگی مقابله آنها با رویدادهای فشارزا را تحت تأثیر قرار دهد. به عبارت دیگر، از آنجایی که معنویت حسی والاست که شور و شوق‌گرایش و کنش انسان را برای عدالت‌خواهی و انصاف افزایش می‌دهد و همنوایی و پیوستگی و ارتباط با خود و جهان آفرینش به وجود می‌آورد، می‌توان گفت: انسان با داشتن معنویت، دید کلی‌نگر به جهان و پیرامون آن خواهد داشت و از احساساتی همچون پوچ‌گرایی و ناامیدی دور خواهد شد. همچنین، افراد دارای هوش معنوی بالا، با توجه به توانایی‌های شناختی بیشتر، اعتماد به نفس و قدرت کنترل درونی بیشتری دارند و این عامل می‌تواند به کنترل اضطراب و یا تعدیل آن در فرد کمک کند.

همچنین، نتایج نشان داد بین باورهای فراشناختی و اضطراب دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد. این یافته، همسو با یافته‌های پورنامداریان و همکاران (۱۳۹۱) بود که نشان داد باورهای فراشناختی با افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی دارد. کارشکی و پاک‌مهر (۱۳۹۰)، نشان دادند که بین فراشناخت و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. یلمازجنکاس و همکاران (۲۰۱۱)، *سالاری فر و پوراعتماد* (۱۳۹۰) نشان دادند بین باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب رابطه معنادار وجود دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت: همان‌طور که سلگمن (۱۹۷۹ و ۱۹۶۹) در یک آزمایش شرطی شده کلاسیک نشان داد که جاندار درمانده یاد می‌گیرد که درمانده است؛ این درماندگی که آموخته شده است، صرفاً با شوکی که تجربه می‌شود ارتباط ندارد، بلکه مربوط به ناتوانی حیوان در کنترل شوک است. این باور را که شخص نمی‌تواند کاری انجام دهد تا یک موقعیت آزاردهنده را برطرف کند، یا از آن اجتناب کند و به موقعیت‌های دیگر تعمیم می‌یابد، «درماندگی آموخته شده» می‌گویند. سلگمن، مفهوم درماندگی آموخته شده را به‌عنوان حالت ویژه‌ای که اغلب در نتیجه اعتقاد فرد مبنی بر اینکه رویدادها در کنترل او نیستند، در او ایجاد می‌شود، تعریف کرد. به نظر سلگمن (۱۹۷۵)، درماندگی آموخته شده در انسان‌ها، ممکن است به صورت افسردگی تجربه شود و این ویژگی افرادی است که در کوشش‌هایشان در زندگی چنان سرخورده شده‌اند که ناامید و گوشه‌گیرند. در نهایت، سر به تسلیم می‌نهند. به عبارت دیگر، وقتی افراد احساس می‌کنند که کنترلی بر زندگی و حوادث آن ندارند، علائم افسردگی، تنش و اضطراب بیشتری را نشان می‌دهند. احساس ناتوانی و کنترل نداشتن موجب تلاش نکردن فرد برای رهایی از مشکلات و پیدا کردن راه حل می‌شود که به نوعی فرد منفعل و مستعد ابتلای به افسردگی، استرس و اضطراب می‌شود (پورنامداریان و همکاران، ۱۳۹۱).

به عبارت دیگر، باورهای فراشناختی منفی از جمله افکار خطرناک و کنترل‌ناپذیر هستند و با افزایش باورها در مورد غیرقابل کنترل بودن و کفایت شناختی و از سوی دیگر، باور فراشناختی کنترل‌ناپذیری موجب می‌شود، افرادی که در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود تردید بیشتری داشته باشند، این مسئله در سلامت روانی آنها تأثیر منفی می‌گذارد.

علی‌رغم نتایج به‌دست‌آمده، این مطالعه واجد محدودیت‌هایی نیز بود. برخی عوامل مربوط به شخصیت افراد و حوادثی که در زندگی آنان رخ می‌دهد و میزان حمایت‌های اجتماعی در میزان افسردگی، استرس و اضطراب افراد تأثیر می‌گذارد و کنترل آنها از عهده پژوهشگر خارج بود.

با توجه به اینکه بین هوش معنوی و اضطراب رابطه معنادار وجود دارد، می‌توان با ترویج مذهب و آموزش‌های مذهبی به بهبود اضطراب دانشجویان کمک نمود. پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی برپا شود تا در زمینه بهبود اضطراب به دانشجویان آموزش و کمک کند. همچنین، پیشنهاد می‌شود در جهت کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب، بالینگران و متولیان بهداشت و سلامت، با تمرکز بر روی باورهای فراشناختی ماهیت اضطراب را بهتر درک کنند و نشانه‌های این اختلال را کاهش دهند.

منابع

- ابراهیمی کوهبنانی، شهین، ۱۳۹۰، *رابطه هوش هیجانی و هوش معنوی با رضایت از زندگی در دانش‌آموزان تیزهوش دختر دبیرستانی شهر بیرجند*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قاینات.
- افروز، غلامعلی و همکاران، ۱۳۸۸، «بررسی عملی بودن، اعتبار و نرم‌یابی پرسش‌نامه هوش معنوی در دانشجویان»، *تحقیقات روان‌شناختی*، ش ۳، ص ۱-۲۳.
- اکبری‌زاده، فاطمه و همکاران، ۱۳۹۰، *ارتباط بین هوش معنوی، سخت‌رویی و سلامت عمومی در بین پرستاران*، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، معاونت بهداشتی، واحد سلامت روان.
- باقری، فریبرز و همکاران، ۱۳۹۰، «رابطه بین هوش معنوی و شادکامی و متغیرهای دموگرافیک در پرستاران بیمارستان فاطمه‌الزهرا و بنت‌الهدی شهرستان بوشهر»، *طب جنوب*، ش ۴، ص ۲۵۶-۲۶۳.
- پاک‌مهر، حمیده و حسین کارشکی، ۱۳۹۰، «*هش خودکارآمدی در باورهای فراشناختی دانشجویان*»، در اولین همایش ملی علوم شناختی در تعلیم و تربیت، مشهد، دانشگاه فردوسی.
- پورنامداریان، سپیده و همکاران، ۱۳۹۱، «تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علایم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران»، *دانش و پژوهش کاربردی*، ش ۳، ص ۸۶-۹۴.
- حسنوند، باقر و همکاران، ۱۳۹۳، *رابطه جهت‌گیری مذهبی، هوش هیجانی و هوش معنوی با سلامت روانی در دانش‌آموزان*، همایش سلامت اخلاقی و رفتاری کودک و نوجوان در خانواده، مدرسه و جامعه، تهران، مؤسسه نیروی تدبیر ایرانیان.
- خاوری، کبری و همکاران، ۱۳۹۳، «تبیین ارتباط بین هوش معنوی با واکنش‌های هیجانی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه تهران»، *رفاه اجتماعی*، ش ۵۳، ص ۱۵۳-۱۷۸.
- سالاری‌فر، محمدحسین و حمیدرضا پوراعتماد، ۱۳۹۰، «رابطه باورهای فراشناختی با اختلال افسردگی و اضطراب»، *فصل‌نامه علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ش ۴، ص ۲۹-۳۸.
- سلیگمن، مارتین، ۲۰۱۰، *خوش‌بختی درونی*، ترجمه رامین تبریزی و همکاران، تهران، داتنه.
- شفیعی‌آبادی، عبدالله و غلامرضا ناصری، ۱۳۸۸، *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، تهران، جیحون.
- شهیدی، شهریار، ۱۳۷۹، «*روان‌درمانی و معنویت*»، سخنرانی ماهانه انجمن روان‌شناسی ایران، تهران، فرهنگسرای اندیشه.
- شیربیم، زهرا و همکاران، ۱۳۸۸، «رابطه سلامت روان و سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان»، *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ش ۱۳، ص ۸-۱۶.
- شیرین‌زاده دستگیری، صمد و همکاران، ۱۳۸۷، «مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران دچار اختلال وسواسی-جبری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ش ۱، ص ۴۶-۵۵.
- صالحی، تهمینه و ناهید دهقان نیری، ۱۳۹۱، «ارتباط اضطراب و کیفیت زندگی در دانشجویان مقیم خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران»، *پژوهش‌کده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی*، ش ۲، ص ۱۷۵-۱۸۱.
- قاسم‌پور، عبدالله و همکاران، ۱۳۹۱، «پیش‌بینی اضطراب مرگ بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ش ۴۸، ص ۶۳-۷۰.
- مرعشی، سیدعلی، ۱۳۹۰، *اثر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب وجودی و هوش معنوی در دانشجویان دانشکده نفت اهواز*، پایان‌نامه دکتری تخصصی، اهواز، دانشگاه شهید چمران.
- معلمی، صدیقه و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی رابطه سلامت روان، هوش معنوی و افکار ناکارآمد در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان»، *اصول بهداشت روانی*، ش ۴، ص ۷۰۲-۷۰۹.

موحدی‌راد، نرجس‌خاتون و همکاران، ۱۳۹۱، «مقایسه شیوع اضطراب آشکار در بین دانش‌آموزان دارای ویژگی‌های جمعیت‌شناسی مختلف»، *علوم تربیتی*، ش ۱۷، ص ۱۳۱-۱۴۶.

نادری، فرح و همکاران، ۱۳۸۹، «رابطه هوش معنوی و هوش هیجانی با رضایت از زندگی سالمندان»، *یافته‌های تازه در روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز*، ش ۱۳، ص ۱۲۷-۱۳۸.

هادی‌تبار، حمیده و همکاران، ۱۳۹۰، «تأثیر آموزش هوش معنوی روی کیفیت زندگی همسران جانباز شاغل به تحصیل در مدارس بزرگسالان شهر تهران در سال تحصیلی ۸۹-۹۰»، *طب جانباز*، ش ۱۵، ص ۱-۱۱.

هومن، حیدرعلی و همکاران، ۱۳۹۰، «هم‌ترازسازی دو آزمون اضطراب کتل و اشیپیلبرگر در دبیرستان‌های شهر تهران»، *تحقیقات روان‌شناختی*، ش ۱۱، ص ۸۵-۱۰۶.

یعقوبی، ابولقاسم، ۱۳۸۹، *بررسی رابطه هوش معنوی با میزان شادکامی دانشجویان دانشگاه بوعلی‌سینا*، پژوهش در نظام‌های آموزشی.

Amram, Y, & Dryer, C, 2007, *The Development and Integrated Spiritual Intelligence Scale (ISIS)*. Palo Alto, CA: Institute of Transpersonal Psychology.

Beck, R, 2006, Communion and complaint: attachment, object-relations, and triangular love perspective on relationship with God, *J Psychol Theol*, 34(1), P. 43-53.

Beck, A.T, et al, 1988, An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, p. 893-897.

Cartwright – Hatton, S, & Wells A, 1997, Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire, *J of Anx Dis*, 11, p. 279–315.

Corcoran KM, et al, 2008, Metacognition in depressive and anxiety disorder: Current directions, *Inter. J of Cogn Ther*, 1(1), p. 33-44.

Davey CL, & Wells A, 2006, *Worry and its Psychological Disorder, Theory, Assessment and Treatment*, Copyright by Wiley & Sons Ltd; 3-121.

Erol Demirbatir R, 2012, Undergraduate music students' depression, anxiety and stress levels: a study from Turkey, *Procedia- social and behavioral sciences*, 46, p. 2995-2999.

Gall T, et al, 2005, Understanding the Nature and Role of Spirituality in Relation to Coping and Health, *Canadian Psychol*, 46(2), p. 88-104.

Kamitsis, L, & Francis, A. j, 2013, Spirituality mediates the relationship between engagement with nature and psychological wellbeing, *Journal of Environmental Psychology*, 36, p. 136-143.

Laurin K, et al, 2008, On the belief in God: Towards an understanding of the emotional substrates of compensatory control, *J Exp Soc Psychol*, 6(2), p. 559-562.

LopezIbor, J.J, et al, 2010, Anxiety and logos: Toward a linguistic analysis of the origin of human thinking, *Journal of Affective Disorders*, 120, p. 1-11.

Matthews, G, et al, 1999, Meta-cognition and maladaptive coping as components of test anxiety, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, p. 111-126.

McEwan W, 2004, Spirituality in nursing: what are the issues? *Orthop Nurs*, 23(5), p. 321-326.

Mitchell DL, et al, 2006, Spiritual development of nursing students: developing competence to provide spiritual care to patients at the end of life, *J Nurs Educ*, 45(9), p. 365-670.

Roussis P, & wells A, 2006, Post- traumatic stress symptoms: test of relationships with thought control symptoms: Test of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model, *Perso and Indivi Diff*, 40 (1), 111-122.

Saundra, H.S, & Hughey, A.W, 2003, African American Women at Mid life: the Relationship between Spirituality and life Satisfaction, *Journal of African American Women*, 18 (2), 133-147.

- Shaalon, J, 2007, *The mediating role of God attachment between religiosity and spirituality and psychological adjustment in young adults*, American, Columbus: School of Ohio, the State University; 3- 41.
- Visser, L.D, et al, 2010, Trait anxiety affects decision- making differently in health men and women: towards gender-specific endo phenotypes of anxiety, *Neuropsychologia*, 48.
- Walborn, F, 2014, A Comprehensive Theory of Spirituality and Religion-Chapter 16.
- Walt V, et al, 2006, A descriptive and exploratory study towards a spiritual intelligent transitional Model of organizational communication University of South Africa, *J Nurs Res*, 35(2), p. 273-280.
- Wells A, & Mathews G, 1994, *Attention and emotion: a clinical perspective*, Hove, UK, Erlbaum, p. 145-146.
- Wells A, & Matthews G, 1996, Modeling cognition in emotional disorder. The S-REFModel, *Behav Res and Ther*, 34, p. 881-888.
- Wells A, & Papageorgiou C, 1995, Worry and the incubation of intrusive images following stress, *Behav Res and Ther*, 33, p. 579-583.
- Wells A, 2000, *Emotional disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*, JohnWiley & Sons LTD: 3-54.
- Wells, A, & Carter, K, 2001, Further tests of a cognitive model of Generalized Anxiety Disorder: Meta-cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients, *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- Wells, A, et al, 2004, A short form of the metacognitive questionnaire: properties of MCQ-30, *Behavior research and therapy*, 92, p. 385-396.
- Wong KF, et al, 2010, Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong, *Appl Nurs Res*, 23(4), p. 242-244.
- Yang KP, 2006, The spiritual intelligence of nurses in Taiwan, *J Nurs Res*, 14(1), p. 24-35.
- Yilmaz, E.A., et al, 2011, The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life- stress: A prospective study, *Journal of Anxiety Disorder*, n. 25, p. 389-396.
- Yonker, J. E, et al, 2012, The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review, *Journal of Adolescence*, 35(2), p. 299-314.
- Young, C, et al, 2005, *Spirituality*, Health and Healing. NJ: SLACK.



پروفیسر شگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

نقش دل‌بستگی به خدا و سلامت معنوی در پیش‌بینی خوش‌بینی دانش‌آموزان

zahed@uma.ac.ir

عادل زاهد بابلان / استاد گروه آموزشی علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

سیدجواد دریادل / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

hadeesheidarirad@gmail.com

حدیث حیدری‌راد / کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

پریا پیامی / کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز

معصومه شفیعی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه لرستان

دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۱۰ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۳۰

چکیده

این پژوهش، با هدف نقش دل‌بستگی به خدا و سلامت معنوی در پیش‌بینی خوش‌بینی دانش‌آموزان دختر و پسر اجرا شد. روش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری، شامل کلیه دانش‌آموزان دوره متوسطه در سال ۹۵-۱۳۹۴ شهرستان جلفا بودند که تعداد ۲۰۰ نفر نمونه به روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار شامل پرسش‌نامه‌های دل‌بستگی به خدا، سلامت معنوی و خوش‌بینی بود که با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که خوش‌بینی با نمره کلی سلامت معنوی ارتباط مثبت و معناداری دارد. اما با اجتناب از صمیمیت با خدا و اضطراب از طرد شدن از زیرمؤلفه‌های دل‌بستگی به خدا ارتباط معکوس دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۵۴ درصد از واریانس خوش‌بینی به وسیله سلامت معنوی و اجتناب از صمیمیت و اضطراب از طرد شدن از زیرمؤلفه‌های دل‌بستگی به خدا، تبیین می‌شود.

کلیدواژه‌ها: دل‌بستگی به خدا، سلامت معنوی، خوش‌بینی، دانش‌آموزان.

دوره نوجوانی زمان جست‌وجوی هویت و رشد ارزش‌هایی است که کل زندگی فرد را متأثر می‌سازد (سلیمانی‌هزان، ۱۳۹۴، ص ۳). در دوران نوجوانی، رشد فکری و عقلی نوجوان افزایش یافته و آگاهی و جهان‌بینی او نسبتاً وسیع‌تر می‌شود. اصولاً توجه نوجوان به مسائل ماوراء طبیعی بیشتر جلب شده و علاقمند می‌شود که از مسائل آن سوی پرده طبیعت آگاهی پیدا کرده و از دنیای معنویات، جهان آخرت و ایدئال‌های اخلاقی باخبر شود. از نظر قلبی و احساسی نیز تمایل او متوجه زیبایی‌های معنوی می‌شود (رازفر، ۱۳۷۹، ص ۱۲). فضیلت دوستی و خیرخواهی نوجوانان، گاه دامنه گسترده‌تری پیدا می‌کند و میل به اصلاح جهان در آنان افزایش می‌یابد. در این هنگام، ایدئال‌های اخلاقی تمام وجود نوجوانان را مسخر می‌کند. اگر این اراده و تمایل اخلاقی در جهت مطلوب هدایت شود، زمینه‌ساز رشد و حرکت نوجوان می‌گردد (همان، ص ۱۶). نوجوانی، دوران مهمی برای تقویت مسئولیت‌پذیری افراد برای اتخاذ تصمیمات مربوط به حفظ و مراقبت از سلامتی خود است (صلحی و همکاران، ۱۳۹۳). نوجوانان آمادگی زیادی برای پذیرش فضیلت‌های انسانی، ارزش‌های اخلاقی و معنوی دارند و احساسات کمال‌طلبی نیز در ایشان بروز می‌کند (شاه‌حسینی و همکاران، ۱۳۹۲).

در دوره نوجوانی، فرد می‌خواهد مفهوم و معنای درست زندگی را دریابد؛ پرسش‌هایی در مورد حقیقت دین و عقاید توجه نوجوان را جلب می‌کنند. می‌خواهد حقایق دینی و مذهبی را بهتر بشناسد، بهترین نوع حکومت‌ها را کشف کند، و درباره اوضاع جامعه خود اظهار نظر کند (شعاری‌نژاد، ۱۳۸۵، ص ۳۷۸). در این دوران، خوش‌بینی نسبت به خود و جهان در افکار شخص تأثیر بسزایی دارد. نیاز به فهمیدن مبدأ و خود، نیاز به فهمیدن هدف زندگی و نقش انسان در زندگی، چگونگی ارتباط با دیگران و پاسخ انسان به جهان هستی، از جمله نیازهای مذهبی است (قراقرتی، ۱۳۸۴، ص ۵۳).

مطابق با مدل کارور و شی‌یر، خوش‌بینی - بدبینی به ترتیب، اشاره به انتظار پیامدهای مثبت و منفی از آینده دارد (چانگ (Chang) و همکاران، ۲۰۰۳). نتایج متعدد نیز ارتباط خوش‌بینی با بهزیستی، سلامت، رضایت از زندگی را نشان داده است (روش و شی‌یر (Wrosch & Scheier)، ۲۰۰۳). کارور (Carver) و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند: افراد خوش‌بین از رسیدن به هدف اطمینان دارند و افراد بدبین، در رسیدن به هدف و شرایط مشابه شک دارند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که خوش‌بینی بالا، آشفتگی و اضطراب کمتری را در انتهای ترم تحصیلی پیش‌بینی می‌کند (بریست و همکاران، ۲۰۰۲). رابطه خوش‌بینی تحصیلی در چندین مطالعه با عملکرد تحصیلی تأیید شده است (هوی و همکاران، ۲۰۰۶؛ هوی و اسمیت (Hoy & Smith)، ۲۰۰۷). در کل، افراد خوش‌بین در شناسایی و پیگیری هدف‌ها مصرترند (کاردماس (Karademas)، ۲۰۰۷). میزان امید با نسبت مشروط شدن و فارغ‌التحصیلی نیز رابطه دارد (کول و دراویس (Coll & Draves)، ۲۰۰۸). در واقع، خوش‌بینی به جهت‌گیری اشاره دارد که در آن پیامدهای مثبت در انتظارند. این پیامدها، به‌عنوان نتایج عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شوند. اگر ادراک انسان با یک مفهوم مثبت از خود، جهان و آینده همراه باشد، نه تنها در اداره رخدادهای زندگی، بلکه در کنار آمدن با حوادث استرس‌زا نیز به

افراد کمک می‌کند. خوش‌بینی با پشتکار، موفقیت تحصیلی، سلامتی و کاهش ضربه‌های عاطفی، رابطه مثبت دارد (پترسون و کریستوفر (Peterson & Christopher)، ۲۰۰۰). نیم (Nam) و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای دریافتند که خوش‌بینی و بدبینی، نقش میانجی در درمان افسردگی مبتنی بر معنویت‌درمانی دارد.

افرادی که خوش‌بین هستند و به خداوند اعتماد کامل دارند، ارتباط معنوی با خدا برقرار می‌کنند و دلبستگی به خدا را در زندگی خود و درونشان احساس می‌کنند، این عامل موجب می‌شود دچار باس و ناامیدی و احساس انزوای تنهایی در زندگی نشوند. بنابراین، به نظر می‌رسد از عوامل معنوی مرتبط با خوش‌بینی دلبستگی به خدا باشد. دلبستگی به خدا، نیروی خارق‌العاده‌ای است که قدرت معنوی زیاد به انسان بخشیده و در تحمل مشکلات زندگی به او کمک می‌کند و بر نحوه تفکر و اندیشه او تأثیر مثبت بر جای می‌گذارد. فرد مذهبی، به یک مبدأ متعالی معتقد است و او را پرستش می‌کند. فرد مؤمن، با اتکا به قدرت الهی و اعتماد به اینکه خدا را قادر، حاضر و پاسخگوی همیشگی نیاز خود می‌داند، احتمال وقوع حوادث مثبت و خوشایند را برای خود بیشتر دانسته و حوادث منفی را با توکل به نیروی ایمان خود به راحتی پشت سر می‌گذارد (میز (Mays) و همکاران، ۲۰۰۴). روان‌شناسی نوین سعی دارد علاوه بر مشکلات روانی، بر جنبه‌های مثبت زندگی تأکید کند. بر این اساس، هدف روان‌شناسی مثبت، علاوه بر ترمیم و مداوای بیماری‌ها، ایجاد و بهبود کیفیت زندگی مثبت است (سلیگمن و سیکزتمیهالی (Seligman & Csikszentmihalyi)، ۲۰۰۰). دلبستگی نایمن به خدا، با سلامت روان پایین و مشکلات سازگاری، کاهش در سلامت و بهزیستی مذهبی و وجودی، نورزگاری، و افزایش هیجان‌های منفی توأم می‌باشد (بک و مک‌دونالد (Beck & McDonald)، ۲۰۰۴؛ روات و کرک‌پاتریک (Rowatt & Kirkpatrick)، ۲۰۰۲). میز و همکاران (۲۰۰۴)، در پژوهشی به بررسی رابطه معنویت و مذهب با خوش‌بینی پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد افرادی که معنویت بالاتری داشتند، نسبت به آنهایی که معنویت کمتری داشتند، سلامتی بهتری را گزارش می‌دادند و نسبت به درمانشان خوش‌بین‌تر بودند. فرد خوش‌بین، رویداد مثبت و خوب را نتیجه عامل درونی، کلی و همیشگی می‌داند و رویداد منفی را ناشی از عامل ناپایدار و بیرونی تلقی می‌کند. فرد خوش‌بین، کمتر دچار اختلالات روانی می‌شود. نتیجه چنین فرایندی، برخورداری از سلامت بیشتر است (سلیگمن و سیکزتمیهالی، ۲۰۰۰). در پژوهش برادشو (Bradshaw) (۲۰۱۰)، مشخص شده است که رابطه منفی معناداری بین دلبستگی ایمن به خدا و پریشانی روانی وجود دارد. همچنین، نتایج تحقیق الیسون (Ellison) و همکاران (۲۰۰۹)، نشان می‌دهد که توجه به مذهب و دعا موجب کاهش آثار زیان‌آور بیماری‌ها و اضطراب می‌شود. منتظری و همکاران (۱۳۹۳)، در پژوهشی نشان دادند باورهای مذهبی با خوش‌بینی و مقیاس صمیمیت به‌طور مثبت و معناداری ارتباط دارند. بدین صورت که باورهای مذهبی، می‌توانند به صورت قوی خوش‌بینی و صمیمیت را در زندگی پیش‌بینی کنند.

افرد خوش‌بین، کمتر دچار مشکلات روانی می‌شوند و از سلامت بیشتری برخوردارند. سلامتی، حالتی است که انسان در آن از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی برخوردار باشد. بنابراین، از دیگر عوامل مرتبط با

خوش‌بینی سلامت معنوی است. سلامتی، یک مسئله چند بُعدی است و این ابعاد بر یکدیگر اثر کرده و در نهایت، سلامت فرد و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند (لیندا و کوین (Linda & Kevin)، ۱۹۹۴). در حال حاضر، اغلب مدل‌های سلامتی، شامل سلامت معنوی نیز می‌باشد. مفهوم «معنویت» با همه حیطه‌های سلامت در تمامی سنین، ارتباط دارد و مورد علاقه پژوهشگران در تمام دنیاست (امیدواری، ۱۳۸۵). سلامت معنوی، یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند (رضایی و همکاران، ۱۳۸۷). گومز و فیشر، سلامت معنوی را با اصطلاح حالتی از بودن، واکنش احساسات مثبت، رفتارها و شناخت ارتباط با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و فطرت تعریف می‌کنند. فرد متمایل به احساس هویت، کمال، رضایتمندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی و هدف و جهت در زندگی می‌شود (مودلی (Moodley)، ۲۰۰۸، ص ۲۱).

همچنین، سلامت معنوی یکی از ابعاد اساسی سلامت در انسان محسوب می‌شود که در کنار ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی موجب ارتقاء سلامت عمومی می‌شود. این بُعد از سلامت، هماهنگ‌کننده سایر ابعاد سلامتی بوده و موجب افزایش توان سازگاری می‌شود. همچنین، کارکرد روانی را نیز تقویت می‌کند (صفایی‌راد و همکاران، ۱۳۸۹) و با شادکامی به‌عنوان احساس رضایتی که افراد نسبت به زندگی دارند، در ارتباط است (مظفری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۳). سلامت معنوی در بین انسان‌ها، باید بر مبنای فرایندی از کنش متقابل انسان در جهان هستی و یک قدرت برتر و حاکم قدسی، تعریف گردد. عدم تعلق خاطر به ایمان، اخلاق و سست شدن بنیان‌های عرفانی و مذهبی، باعث اختلال در سلامت معنوی اشخاص می‌گردد. از آنجایی که ذهن و روان انسان، وابسته به عواملی مانند باورها و ارزش‌های متعالی می‌باشد، بی‌تردید مسائل اعتقادی، اخلاقی و دینی می‌تواند بر روی آن اثر گذاشته و کمرنگ شدن این مسائل، می‌تواند خطرات جبران‌ناپذیری را برای فرد و اجتماع به دنبال آورد (شهریاری و غفاری توران، ۱۳۹۴). معنویت، یک احساس بنیادین از مرتبط بودن با خود واقعی، دیگران و کل جهان است. سلامت روانی و جسمانی انسان، با زندگی معنوی او رابطه مثبت داشته و افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های زندگی نشان می‌دهند (کوئینگ، ۲۰۰۷). عسگری و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین اعتقادات مذهبی و سلامت معنوی، و بین خوش‌بینی و سلامت معنوی رابطه معناداری وجود دارد.

تحقیقات انجام شده حاکی از این است که توجه به سلامت معنوی با ویژگی‌هایی همچون ثابت در زندگی، صلح، احساس نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط، تناوب و هماهنگی داشتن معنی و هدف در زندگی مشخص می‌شود (صدراللهی و خلیلی، ۱۳۹۳). معنویت، از راهبردهای سازگاری در گروه سنی نوجوانان به‌شمار می‌رود. همچنین، سلامت معنوی با ایجاد انگیزه و انرژی در نوجوان، امید به زندگی را افزایش و عملکرد اجتماعی آنان را بهبود می‌بخشد (ضیغمی محمدی و تجویدی، ۱۳۹۰).

با توجه به اینکه دانش‌آموزان به‌عنوان رکن اساسی نظام آموزشی کشور، در تحقق اهداف نظام آموزشی نقش و جایگاه ویژه‌ای دارند، توجه به این قشر عظیم جامعه، از لحاظ آموزشی و تربیتی، موجب باروری و شکوفایی هرچه بیشتر نظام آموزشی و تربیتی جامعه می‌شود. همچنین با توجه به حساس بودن دوران نوجوانی و نیز تغییرات مهمی که در این دوران در زمینه شناخت خدا و معنویت در فرد رخ می‌دهد. این تغییرات در شکل‌گیری نگرش خوش‌بینی و سلامت روانی و معنوی نقش بسزایی دارد که باید در هدایت نوجوانان برای رشد سالم‌تر و زمینه‌سازی پیشرفت تحصیلی بهتر تلاش نمود. بنابراین، این پژوهش با هدف نقش دلبستگی به خدا و سلامت معنوی در پیش‌بینی خوش‌بینی دانش‌آموزان انجام گرفت.

روش پژوهش

این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمام دانش‌آموزان دوره متوسطه در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ شهرستان جلفا بودند. نمونه آماری این پژوهش، شامل ۲۰۰ نفر دانش‌آموز دختر و پسر (۱۰۰ دختر و ۱۰۰ پسر) بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، از بین فهرست مدرسه‌های شهر جلفا، دو مدرسه دخترانه و دو مدرسه پسرانه، و از هر مدرسه دو کلاس، و کل دانش‌آموزان آن به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس، برای جمع‌آوری اطلاعات برای دانش‌آموزانی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، هدف پژوهش توضیح داده شد و از آنها خواسته شد که پرسش‌نامه‌های دلبستگی به خدا و خوش‌بینی را به دقت تکمیل نمایند و سؤالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. داده‌های جمع‌آوری شده از طریق ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش ورود (inter) با نرم‌افزار SPSS18 تجزیه و تحلیل گردید.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه دلبستگی به خدا (AGI): این پرسش‌نامه توسط بک و مک‌دونالد در سال (۲۰۰۴) تهیه شده است و دارای ۲۸ ماده پنج گزینه‌ای از (بسیار مخالف=۱) تا (بسیار موافق=۵) می‌باشد. این پرسش‌نامه، دو بُعد اجتناب از صمیمیت و اضطراب طرد از سوی خدا را می‌سنجد. اعتبار آلفای کرونباخ بُعد اجتناب از صمیمیت و بُعد اضطراب طرد به وسیله سیمایی چهرمی (۱۳۸۸) به ترتیب، ۰/۷۹ و ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین، روایی ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای بُعد اجتناب از صمیمیت به خدا، ۰/۶۳ و برای بُعد اضطراب طرد، ۰/۶۹ به دست آمد. همچنین، روایی پرسش‌نامه از طریق محاسبه همبستگی نمره هر بُعد با کل پرسش‌نامه بررسی و ضرایب به ترتیب بُعد اجتناب از صمیمیت به خدا، ۰/۷۵ و بُعد اضطراب طرد از سوی خدا، ۰/۶۳ حاصل شد. لازم به یادآوری است که نمره کل پرسش‌نامه دلبستگی به خدا، نشانگر دلبستگی ناپایمن به خداست. پرسش‌نامه خوش‌بینی (ASQ): این پرسش‌نامه، توسط پترسون و همکاران (۱۹۸۸) طراحی و اولین بار توسط شهینی ییلاق و همکاران (۱۳۸۳) ترجمه و تعیین اعتبار شده است. این ابزار، متشکل از دوازده موقعیت فرضی شامل شش

موقعیت مثبت و شش موقعیت بد می‌باشد که آزمودنی باید خود را در تک‌تک این موقعیت‌ها فرض کرده و سپس به سؤالات مربوط به هر موقعیت پاسخ دهند. پیرسون و همکاران (۱۹۸۸)، اعتبار کل پرسش‌نامه را $0/۶۹$ و شهنی بیلاق و همکاران (۱۳۸۳)، اعتبار کل پرسش‌نامه را $0/۶۷$ گزارش کردند (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸). در این مطالعه، ضریب اعتبار خوش‌بینی با روش آلفای کرونباخ $0/۷۱$ محاسبه شد.

پرسش‌نامه سلامت معنوی: این مقیاس را *پولوتزین و الیسون* (۱۹۸۲) ساختند. این مقیاس، ۲۰ سؤال دارد که ۱۰ سؤال آن سلامت وجودی و ۱۰ سؤال آن، سلامت مذهبی را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق دسته‌بندی شد. مطالعات اولیه پایایی درونی آزمون مجدد را $0/۹۹$ تا $0/۷۳$ (r) و اعتبار آن را ($0/۹۴$ تا $0/۷۸$ r) گزارش دادند (الیسون و اسمیت، ۱۹۹۱). ضریب پایایی درونی برای کل مقیاس، سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب $0/۸۹$ ، $0/۸۸$ و $0/۸۱$ به دست آمد و سلامت معنوی، همبستگی مثبت و معناداری با سلامت مذهبی ($0/۸۹$ r، $P < 0/0001$) و سلامت وجودی ($0/۹۰$ r، $P < 0/0001$) داشت. ضریب پایایی این پرسش‌نامه نیز به روش آلفای کرونباخ $0/۸۶$ به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

تعداد ۲۰۰ نفر دانش‌آموز (۱۰۰ پسر و ۱۰۰ دختر) با میانگین سنی $۱۶/۹۲$ سال و انحراف استاندارد $۲/۸۶$ در این مطالعه شرکت داشتند که از نظر وضعیت اقتصادی ۹۳ نفر ($۴۶/۵$ درصد) خانواده آنها دارای درآمد بالاتر از یک میلیون تومان بودند. از نظر وضعیت اشتغال، بیشتر پدران آنها دارای شغل آزاد، و بیشتر مادران آنها خانه‌دار بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین دابستگی به خدا، سلامت معنوی و زیرمؤلفه‌های آنها

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	اجتناب از صمیمیت	اضطراب از طرد شدن	سلامت وجودی	سلامت مذهبی	سلامت معنوی	خوش‌بینی
اجتناب از صمیمیت	۸۱/۵۹	۱۹/۲۶	۱					
اضطراب از طرد شدن	۸۴/۶۴	۲۱/۰۱	$0/۳۱^{**}$	۱				
سلامت وجودی	۵۵/۶۸	۱۰/۸۴	$-0/۳۵^{**}$	$-0/۲۸^{**}$	۱			
سلامت مذهبی	۴۷/۲۳	۸/۶۹	$0/۳۴^{**}$	$-0/۳۲^{**}$	$0/۴۱^{**}$	۱		
سلامت معنوی	۸۹/۹۲	۱۵/۸۹	$-0/۴۵^{**}$	$-0/۳۱^{**}$	$0/۴۷^{**}$	$0/۵۱^{**}$	۱	
خوش‌بینی	۳۷/۲۴	۹/۰۳	$-0/۲۹^{**}$	$-0/۲۳^{**}$	$0/۱۹^{**}$	$0/۲۴^{**}$	$0/۳۶^{**}$	۱

نتایج ضرایب همبستگی پیرسون در جدول ۱ نشان می‌دهد که خوش‌بینی با سلامت وجودی ($0/۱۹$ r؛ $P < 0/001$)، و سلامت مذهبی ($0/۲۴$ r؛ $P < 0/001$)، از زیرمؤلفه‌های سلامت معنوی و نمره کلی سلامت معنوی ($0/۳۶$ r؛ $P < 0/001$) ارتباط مثبت و معناداری دارد. اما با اجتناب از صمیمیت با خدا ($0/۲۹$ r؛ $P < 0/001$) و اضطراب از طرد شدن ($0/۲۳$ r؛ $P < 0/001$) از زیرمؤلفه‌های دلبستگی به خدا ارتباط معکوس دارد.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون خوش‌بینی بر اساس سلامت معنوی و زیرمؤلفه‌های دلبستگی به خدا

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R ^۲	F	Sig of F	B	SE B	β	T	P
خوش‌بینی										
		۰/۷۴	۰/۵۴	۱۲۵/۲۳	۰/۰۰۱	-۰/۳۱	۰/۰۸۸	-۰/۲۱	-۳/۴۹	۰/۰۰۱
	اجتناب از صمیمیت					-۰/۰۹۹	۰/۰۱۸	-۰/۳۷	-۵/۴۱	۰/۰۰۱
	اضطراب از طرد					۰/۱۱	۰/۰۳	۰/۲۴	۳/۶۸	۰/۰۰۱
سلامت معنوی										

مطابق جدول ۲، نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که ۵۴ درصد از واریانس خوش‌بینی به وسیله سلامت معنوی و زیرمؤلفه‌های دلبستگی به خدا، اجتناب از صمیمیت و اضطراب از طرد شدن تبیین می‌شود. نتیجه آزمون آنوا نیز معرف معناداری مدل رگرسیون است ($F=۱۲۵/۲۳$ ، $P<۰/۰۰۱$). نتایج ضرایب رگرسیون نشان می‌دهد که سلامت معنوی ($P<۰/۰۰۱$ ؛ $\beta=۰/۳۶۸$) به صورت مثبت، اما اجتناب از صمیمیت ($\beta=-۰/۲۱$ ، $P<۰/۰۰۱$) و اضطراب از طرد شدن ($\beta=-۰/۳۷$ ، $P<۰/۰۰۱$) از زیرمؤلفه‌های دلبستگی به خدا، به صورت معکوس خوش‌بینی را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون خوش‌بینی بر اساس مؤلفه‌های سلامت معنوی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R ^۲	F	Sig of F	B	SE B	β	T	P
خوش‌بینی										
		۰/۶۴	۰/۴۱	۹۶/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۰۹۸	۰/۲۴	۴/۱۷	۰/۰۰۱
	سلامت مذهبی					۰/۱۵	۰/۱۲	۰/۷۵	۱/۱۹	۰/۰۲
	سلامت وجودی									

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، ۴۱ درصد از واریانس خوش‌بینی به وسیله سلامت مذهبی و سلامت وجودی از زیرمؤلفه‌های سلامت معنوی تبیین می‌شود. نتیجه آزمون آنوا نیز بیانگر معنادار بودن مدل رگرسیون است ($F=۹۶/۶۶$ ، $P<۰/۰۰۱$). نتایج ضرایب رگرسیون نشان می‌دهد که سلامت مذهبی ($\beta=۰/۲۴$ ، $P<۰/۰۰۱$) و سلامت وجودی ($\beta=۰/۰۷۵$ ، $P<۰/۰۰۵$) از زیرمؤلفه‌های سلامت معنوی به صورت مثبت خوش‌بینی را پیش‌بینی می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف نقش دلبستگی به خدا و سلامت معنوی در پیش‌بینی خوش‌بینی دانش‌آموزان دختر و پسر انجام گرفت. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون، نشان داد که خوش‌بینی با سلامت وجودی و سلامت مذهبی، از زیرمؤلفه‌های سلامت معنوی و نمره کلی سلامت معنوی ارتباط مثبت و معناداری دارد. این یافته، با نتایج میز و همکاران (۲۰۰۴)، گابلر (Gabler) (۲۰۰۴)، مورگان (Morgan) و همکاران (۲۰۰۶) و ویراسینگ و تیرمان (Weerasingne & Tepoerman) (۲۰۰۰)، مک‌فارلند (McFarland) (۲۰۰۹)، برگ (Berg) (۲۰۱۱)، چن و یان (Chen & Yan) (۲۰۱۳)، عسگری و همکاران (۱۳۸۸)، پورسردار و همکاران (۱۳۹۲)، نیم و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت: دنیای روان انسان از دنیای جسم و بدن او پیچیده‌تر است. از جمله مفاهیم مثبت که در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده است، مفهوم «خوش‌بینی» است. خوش‌بینی از خصوصیات مثبت انسان است که در آن پیامدهای مثبت مورد انتظار به‌عنوان عوامل کلی،

درونی و ثابت در نظر گرفته می‌شوند. زمانی که ادراک انسان با مفهوم مثبت از خود همراه شود، علاوه بر اینکه در امور عادی یاری‌دهنده است، در کنار آمدن با حوادث تهدیدکننده و استرس‌زا به انسان کمک می‌کند. اعتقاد به باور مثبت مانند خوش‌بینی بر بیماری و سلامت روانی و جسمانی فرد تأثیر زیادی دارد. امروزه بُعد تازه‌ای از سلامت تحت عنوان سلامت معنوی مورد توجه محققان قرار گرفته است. فیشر، بیان کرد که سلامت معنوی یکی از ابعاد بنیادی سلامت و بهزیستی است و نیروی هماهنگ‌کننده و تکمیل‌کننده ابعاد سلامت انسان (بُعد روانی، جسمی، اجتماعی و هیجانی) است (فیشر، ۱۹۹۸، ص ۱۳۴). نتیجه برخورداری از سلامت معنوی، رسیدن به آرامش درونی و احساس راحتی است و زمانی که سلامت معنوی به خطر افتد، انسان دچار اختلالات روانی مانند افسردگی شده و معنا و مفهوم در زندگی را از دست می‌دهد. کسی که از سلامت معنوی برخوردار است، نسبت به خدا خوش‌بین است، و کسی که نسبت به خدا خوش‌بین است، واقعیت‌ها و مسائل زندگی را راحت‌تر می‌پذیرد، آرامش بیشتری دارد و ایمان دارد که داشته‌هایش در زندگی نعمت است و نداشته‌هایش حکمت، و هیچ‌گاه از لطف و رحمت خدا ناامید نمی‌شود. همان‌گونه که در نگرش مثبت حضرت یعقوب علیه السلام و امیدش به خدا، بعد از شنیدن حکایت پسرش بنیامین می‌بینیم «...عَسَى اللَّهُ أَنْ يَأْتِيَنِي بِهِمْ جَمِيعًا...» (یوسف: ۸۳)؛ امید است که خداوند آنان را به من برگرداند... .

اسمیت و همکاران (۲۰۰۳)، نشان دادند که رشد سلامت معنوی به‌طور معناداری با روان‌شناسی مثبت و عملکرد اجتماعی رابطه دارد. خوش‌بینی، منجر به درک بهتر از خود شده و زمینه را برای ارتباط بین جسم و روح فراهم می‌کند. به بیان دیگر، خوش‌بینی زمینه‌ساز سلامت معنوی است. در نتیجه، افراد خوش‌بین از سلامت معنوی بیشتری برخوردارند. از سوی دیگر، برخورداری از سلامت معنوی موجب نگرش خوش‌بینانه در افراد می‌شود. این دو عامل بر هم تأثیر متقابل دارند.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که اجتناب از صمیمیت و اضطراب، از طرد شدن از زیرمؤلفه‌های دلبستگی به خدا، می‌تواند به صورت معناداری خوش‌بینی دانش‌آموزان را تبیین کنند. این پژوهش، با یافته‌های پژوهش کرک پاتریک و شیور (۱۹۹۲)، روات و کرک پاتریک (۲۰۰۲)، سیم و لوح (۲۰۰۳)، بک و مک‌دونالد (۲۰۰۴)، میز و همکاران (۲۰۰۴)، برادشو (۲۰۱۰)، منتظری و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت: دانش‌آموزانی که دلبستگی به خدا دارند، به جنبه‌های مثبت زندگی، تفسیر مثبت رویدادها و انتظار مثبت نسبت به آینده که از ویژگی‌های افراد خوش‌بین است، برخوردارند. همچنین، به ویژگی‌های خداوند، زیبایی‌های جهان، امکانات و فرصت‌ها، استعداها و توانایی‌های خود، به موفقیت‌های گذشته خود توجه ویژه‌ای دارند. درحالی‌که دانش‌آموزانی که میزان خوش‌بینی آنها پایین است، از صمیمیت با خدا اجتناب می‌کنند و در روابط بین‌فردی خود بیشتر به سمت صفات، رفتار، گفتار و اندیشه‌های منفی افراد جذب می‌شوند.

افرادی که دلبستگی آنان به خداوند ایمن است، برای خود ارزش قائل هستند و می‌دانند که خداوند، علی‌رغم اشتباهاتشان، آنان را دوست می‌دارد و الگوی درونی‌ای که از خداوند دارند، خدای پذیرنده، در دسترس، جواب‌دهنده به

خواست‌ها و دعا‌های آنان و کمک‌کننده در شرایط سخت و بحرانی است. همین عملکرد دلبستگی ایمن به خداست که با سلامت روانی فرد ارتباط تنگاتنگ دارد (احیاء‌کننده و مزیدی شرف‌آبادی، ۱۳۹۵). بنابراین، دانش‌آموزانی که از سلامت روان برخوردار هستند، دید مثبت و خوش‌بین نسبت به زندگی دارند. درحالی‌که دانش‌آموزانی که دید منفی و بدبین نسبت به زندگی دارند، این دید منفی بر روحیات معنوی آنها تأثیر می‌گذارد و موجب می‌شود خدا را دور از دسترس تلقی کنند و یا اینکه از لحاظ عاطفی، آمادگی نزدیک شدن به خداوند را ندارند و از او دوری می‌گزینند.

همچنین، در تبیین این یافته می‌توان گفت: خوش‌بینان از حوادث و پدیده‌های پیرامونی تبیین مثبت دارند، مشکلات را موقتی و قابل حل در نظر گرفته، اطراف آن حصار کشیده و به سایر جنبه‌های زندگی سرایت نمی‌دهند. از این‌رو، هیچ‌گاه خود را در برابر رویدادهای ناخوشایند زندگی نباخته و احساس تهدید نمی‌کنند. طبق آموزه‌های دینی، پایان‌ناپذیری و قابل حل بودن سختی‌ها و مشکلات از اصول مسلم و قطعی زندگی دنیوی است. خوش‌بینان، طبق آموزه‌های دین اسلام، برخی از سختی‌ها و مشکلات را از ناحیه خداوند متعال دانسته و به جنبه آزمایشی بودن آن تأکید دارند و پاره‌ای از مشکلات را برای توانمندسازی خود در نظر گرفته و برخی از مشکلات و سختی‌ها را اثر وضعی رفتارهای خود قلمداد می‌کنند. از این‌رو، با صبر، توکل و استغفار به جنگ مشکلات رفته و هیچ‌گاه احساس درماندگی و ناامنی روانی نمی‌کنند. خوش‌بینی، از خصوصیات مثبت انسان است که در آن پیامدهای مثبت، به‌عنوان عامل درونی و ثابت در نظر گرفته می‌شوند. زمانی که ادراک انسان با مفهوم مثبت از خود همراه باشد، علاوه بر اینکه در امور روزمره یاری‌دهنده است، در سازگاری با رخداد‌های تنش‌زا به انسان کمک می‌کند. در نتیجه، فرد خوش‌بین دلبستگی بیشتری به خدا دارد و با روحیه قوی‌تری به عبادت با خدا می‌پردازد. تبیین دیگر اینکه، خوش‌بینی موجب درک بهتر از خود شده و زمینه را برای هماهنگی قوای جسمانی و روحانی انسان فراهم می‌کند که موجب دلبستگی بیشتری به خدا می‌شود.

در کل، نتایج این پژوهش نشان داد که دلبستگی به خدا که دارای نیروی خارق‌العاده است و سلامت معنوی و احساسات مثبت متعاقب آن، می‌تواند در به وجود آمدن دیدگاه خوش‌بینانه در برابر حوادث استرس‌زا و تهدیدآمیز زندگی نقش داشته باشد. از آنجاکه فقط دانش‌آموزان مقطع متوسطه در این پژوهش شرکت داشتند، باید در تعمیم نتایج به مقاطع تحصیلی دیگر با احتیاط عمل کرد. برای رفع این محدودیت پیشنهاد می‌شود، پژوهشی با عنوان مشابه بر روی گروه‌های دیگر انجام شود. پیشنهاد می‌شود مسؤولان امر، به‌ویژه در مراکز مشاوره مدرسه به طراحی و تدوین جلسات آموزشی در مورد خوش‌بینی اقدام کنند و به نقش دلبستگی به خدا توجه خاصی معطوف گردد. همچنین، پیشنهاد می‌شود تا برنامه‌ریزان آموزشی مدارس با سوق دادن معلمان و دانش‌آموزان به سمت و سوی فرهنگی موقعیتی را فراهم آورند تا افکار خوش‌بینانه در آنها پرورش یابد و هر چه بیشتر به جهت‌گیری به سوی خدا روی آورند، تا از سلامت روانی و معنوی بیشتری برخوردار گردند.

منابع

- احیاء‌کننده، منیژه و محمد مزیدی شرف‌آبادی، ۱۳۹۵، «رابطه دلبستگی به خدا با سلامت روان و هدف در زندگی دانشجویان پسر»، *روان‌شناسی و دین*، سال نهم، ش ۱، ص ۶۹-۸۴.
- امیدواری، سپیده، ۱۳۸۵، «سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش‌ها»، *پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآنی*، دوره اول، ش ۱، ص ۵-۱۷.
- پورسردار، نوراله و همکاران، ۱۳۹۲، «تأثیر خوش‌بینی (تفکر مثبت) بر سلامت روانی و رضایت از زندگی: یک مدل روان‌شناختی از بهزیستی»، *حکیم*، دوره شانزدهم، ش ۱، ص ۴۲-۴۹.
- رازفر، زهرا، ۱۳۷۹، *بررسی رابطه نگرش مذهبی و خویش‌نژاد داری نوجوانان، دانش‌آموزان دختر و پسر سوم راهنمایی و سوم دبیرستان شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران، دانشگاه الزهرا.
- رضایی، محبوبه و همکاران، ۱۳۸۷، «سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی»، *حیات*، دوره چهاردهم، ش ۳ و ۴، ص ۳۳-۳۹.
- سلیمانی هزان، رضا، ۱۳۹۴، *بررسی اثربخشی درمان میان‌فردی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی.
- شاه‌حسینی، زهره و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی نیازهای اعتقادی نوجوان شهر ساری در راستای تأمین سلامت معنوی سال ۱۳۸۸»، *دین و سلامت*، دوره اول، ش ۱، ص ۶۵-۷۱.
- شعاری‌نژاد، علی‌اکبر، ۱۳۸۵، *روان‌شناسی رشد*، تهران، نشر اطلاعات.
- شهریاری، عباس و زهره غفاری توران، ۱۳۹۴، «بررسی نقش و جایگاه سلامت معنوی در امید به زندگی در بین زنان استان گلستان»، *دز: دومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت و اقتصاد و علوم انسانی*، مجموعه مقالات کنفرانس، مجموعه روان‌شناسی اجتماعی، استانبول.
- شهینی ییلاق، منیژه و همکاران، ۱۳۸۳، «بررسی رابطه علی بین نگرش مذهبی، خوش‌بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز»، *علم تربیتی و روان‌شناسی*، دوره یازدهم، ش ۱ و ۲، ص ۱۹-۳۴.
- صفایی‌راد، ایرج و همکاران، ۱۳۸۹، «رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان»، *اسرار*، دوره هفدهم، ش ۴ (۵۸)، ص ۲۷۴-۲۸۰.
- صدرالهی، علی و زهرا خلیلی، ۱۳۹۳، «ارزیابی سلامت معنوی و عوامل مرتبط در سالمندان شهر کاشان»، *پرستاری سالمندان*، ش ۲، ص ۹۴-۱۰۴.
- صلحی، مهناز و همکاران، ۱۳۹۳، «کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در پیش‌بینی مسئولیت در قبال سلامتی، سلامت معنوی و روابط بین‌فردی در دانش‌آموزان دختر سال دوم دبیرستان‌های تبریز»، *مجله علوم پزشکی رازی، دانشگاه علوم پزشکی ایران*، دوره بیست و یکم، ش ۱۲۱، ص ۹-۱۷.
- ضیغمی محمدی، شراره و منصوره تجویدی، ۱۳۹۰، «ارتباط سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور (سال ۱۳۸۹)»، *مراقبت‌های نوین*، دوره هشتم، ش ۳، ص ۱۱۶-۱۲۴.
- عسگری، پرویز و همکاران، ۱۳۸۸، «رابطه اعتقادات مذهبی و خوش‌بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز»، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، دوره دهم، ش ۱، ص ۳-۲۷.
- قرآنی، محسن، ۱۳۸۴، *پرتویی از اسرار نماز*، تهران، مرکز فرهنگی درس‌هایی از قرآن.
- مجیدی، حسن و مدینه قشلاقی، ۱۳۹۱، «خوش‌بینی از منظر قرآن و حضرت علی (ع) در نهج‌البلاغه»، *سراج منیر*، دوره دوم، ش ۹، ص ۷۹-۹۸.

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

منتظری، محمدصادق و همکاران، ۱۳۹۳، «نقش باورهای مذهبی در پیش‌بینی خوش‌بینی و صمیمیت»، در: اولین همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی معنویت و سلامت، شناسه (COI) مقاله PESCHS01_097.

Bradshaw, M. 2010, "Attachment to God, image of God, and psychological distress in a nationwide sample of presbyterians", *The international journal for the psychology of religion*, n. 20, p. 130-147.

Brissette, I, et al, 2002, The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition, *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 82, p. 102-111.

Beck, R, & McDonald, A, 2004, Attachment to God: The attachment to God inventory, tests of working model correspondence, and an exploration of faith group differences, *Journal of Psychology and Theology*, v. 32, n. 2, p. 92-103.

Berg, T, 2011, The modification of compounds by attributive adjectives, *Journal of Language Sciences*, v. 33, n. 5, p. 725-737.

Carver, C. S, et al, 2010, Optimism. *Clinical Psychology Review*, p. 1-11.

Chen, P, & Yan, L. N. 2013. Health-related quality of life in living liver donors after transplantation, *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*, v. 10 (4), p. 356-361.

Chang, C. E, et al, 2003, Optimism, pessimism, affectivity, and psychological adjustment in USA and Korea: A test of a mediation model, *Personality and individual differences*, n. 34, p. 1195-1208.

Coll, J. E, & Draves, P. R, 2008, An examination of the relationship between optimism and worldview among university students, *College student Journal*, v. 42, p. 395-401.

Ellison, C, et al. 2009. "Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among us adults", *Social science research*, v. 38, n. 3, p. 656-667.

Fisher, J, 1998, *Spiritual health: its nature and place in the school curriculum*, PhD thesis, University of Melbourne. Available from: <http://eprints.unimelb.edu.au/archive>.

Gabler, W.M, 2004, *The Relationship of Prayer and Internal Religiosity to Mental and Spiritual Well-being*, Master thesis, University of Wisconsin-Stout.

Hoy, K .W, et al, 2006, Academic optimism of schools: a force for student achievement, *American Educational Research Journal*, n. 43, p. 425-446.

Hoy, K .W, & Smith, P. A, 2007, Influence: a key to successful leadership, *The International Journal of Educational Management*, v. 21, p. 158-167.

Karademas, C. E, 2007, Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors, *Personality and individual differences*, v. 43, p. 277-287.

Koenig, H. G, 2007, Spirituality and Depression: A Look at the Evidence, *Southern Medical Journal*, v. 100, n. 7, p. 737-739.

Kirkpatrick, L. A, & shaver, P. R, 1992, "An attachment theoretical approach to love and religious belief", *personality and social psychology bulletin*, v. 18, p. 266-275.

Linda, M, & Kevin, k, 1994, *Research on the demography of aging in developing countries*, De-mography of aging. national academy press washing.

Mays V. M, et al, 2004, The relationship of religion / spirituality to optimism, perceived health status and HIV progression in seropositive African American men who have sex with men.

- International Conference on AIDS. University of California, School of Public Health, Los Angeles, United States.
- McFarland, Michael. J, 2009, Religion and Mental Health Among Older Adults: Do the Effects of Religious Involvement Vary by Gender? Department of Sociology, University of Texas, Austin, TX 78705.
- Moodley, T, 2008, *The Relationship Between Coping and Spiritual*, Doctoral dissertation (Child Psychology), University of the Free State Bloemfontein.
- Nam, I, et al, 2016, The Mediating Role of Optimism and Pessimism on the Relationship between Spirituality and Depression among Elderly Cancer Patients, *Korean J Health Promot*, v. 16, n. 2, p. 127-133.
- Morgan. P. D, & et al, 2006, Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study, Department of Nursing, p 22-41.
- Paloutzian R. F, & Ellison C.W, 1982, *Loneliness, spiritual well-being and the quality of life*, In: Peplau LA, Perlman D, editors. Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy. New York: Wiley-Interscience, p. 224–237.
- Peterson, Christopher, 2000, The future of optimism, *American Psychologist*, v. 55,1, p. 44-55.
- Peterson, C, et al, 1988, Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study, *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 55, p. 23-27.
- Rowatt, W. C, & Kirkpatrick, L. A, 2002, Two Dimensions of attachment to God and their relation to affect and personality constructs, *Scientific study of Religion*, v. 41, p. 637-651.
- Seligman, M, E, & Csikszentmihalyi, M, 2000, Positive psychology: An Introduction, *Journal of American Psychologist*, v. 55, 1, p. 5-14.
- Sim, T. N, & Loh, B. S. M, 2003, Attachment to God: Measurement and dynamics, *Journal of Social and Personal Relationships*, v. 20, p. 373-389.
- Smith, F.T, et al, 2003, Intrinsic religiosity and spiritual well-being as predictors of treatment outcome among women with eating disorders, Department of counseling psychology, *Brigham young university*, v. 11, n. 1, p. 15–26.
- Weerasingne, J, & Tepoerman , L, 2000, Suicide and happiness, *Social indicators Research*, v. 32, n. 3, p. 199-233.
- Wrosch, C, & Scheier, M. F, 2003, Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment, *Quality of life research*, v. 12, p. 59-72.

نمایه الفبایی مقالات و پدیدآورندگان سال دوازدهم (شماره ۴۵-۴۸)

الف. نمایه مقالات

- اثربخشی آموزش بهداشت کلام مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر دلبستگی به همسر؛ مژگان محمدی مقدم، فاطمه شهبازی‌زاده، محمدرضا میری، ش ۴۵، ص ۳۷-۵۴.
- اثربخشی آموزش مثبت‌اندیشی مبتنی بر آموزه‌های دینی بر سازگاری زناشویی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی زوجین؛ سیدمرتضی احمدی تبار، بهنام مکوندی، منصور سودانی، ش ۴۷، ص ۳۷-۵۳.
- اثربخشی دعامرمانی بر کاهش عقاید ناکارآمد نوجوانان دارای مشکلات تحصیلی؛ روح‌الله کرمی بلداجی، موسی جاودان، ماجده ثابت‌زاده، ش ۴۶، ص ۳۷-۴۹.
- امکان‌سنجی بسته آموزشی اصلاح رفتار بین‌فردی با رویکرد اسلامی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان؛ اباذر رضائی، رحیم ناروئی نصرتی، مسعود جان‌بزرگی، حمیدرضا حسن‌آبادی، ش ۴۸، ص ۷-۲۳.
- باورهای بدیل معارض با روان‌بنه‌های منفی در سبک فرزندپروری اسلامی؛ مجید همتی، مسعود جان‌بزرگی، ش ۴۶، ص ۷-۲۲.
- بررسی رابطهٔ بهزیستی معنوی با پایستگی در اهداف بلندمدت و لذت از یادگیری؛ سیمین زغبی قناده، سیروس عالیپور، ش ۴۶، ص ۹۷-۱۱۴.
- بررسی مدل علی شیوه‌های فرزندپروری، جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ؛ معراج درخشان، بهرام جوکار، بابک شمشیری، صادق احمدی، ش ۴۵، ص ۷۳-۸۶.
- پیش‌بینی اضطراب با توجه به هوش معنوی و باورهای فراشناختی در دانشجویان؛ بهاره نقیبی، محمدمهدی نادری، علی حسینی، بهنوش الهی، ش ۴۸، ص ۸۵-۹۷.
- پیش‌بینی افسردگی بر اساس تعلق مادی، دلبستگی به خدا و نگرش‌های ناکارآمد؛ منصوره مهدی‌یار، سیدمحمدرضا تقوی، محمدعلی گودرزی، ش ۴۵، ص ۸۷-۹۸.
- تأثیر آموزش آموزه‌های دینی (مبتنی بر دعای مکارم‌الاخلاق) بر هوش اخلاقی دانشجویان؛ سیدعلی مرعشی، فریبا نقی‌ترابی، سودابه بساک‌نژاد، کیومرث بشلیده، ش ۴۶، ص ۲۳-۳۶.
- تأثیر آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی؛ علی حسینی، مارال مشرقی، ش ۴۸، ص ۵۳-۶۸.
- تأثیر آموزش هوش معنوی بر میزان استرس سازمانی دانشجویان؛ مهدی جهانگیری، سیدحسین موسوی، ش ۴۵، ص ۲۳-۳۶.
- تأثیر قرائت قرآن بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای شناختی / رفتاری در بیماران همودیالیزی؛ محمدرضا شیخیان، سهیلا میسمی‌بناب، ش ۴۸، ص ۴۳-۵۲.

- رابطهٔ دینداری، مقبولیت اجتماعی و خودکارآمدی با استرس؛ فرحناز کوهی، علی زینالی، ش ۴۵، ص ۹۹-۱۰۹.
- روابط بین‌فردی درون خانواده و دینداری نوجوانان: ارائهٔ یک مدل ساختاری؛ محمد خدایاری‌فرد، باقر غباری‌بناب، الهه حجازی، رامین هاشمی گشنیگانی، ش ۴۷، ص ۵۵-۷۱.
- روایی و اعتبار مقیاس اولیه حزم (آینده‌نگری)؛ بر اساس منابع اسلامی؛ نوید خاکبازان، حمید رفیعی‌هنر، ش ۴۶، ص ۵۱-۶۶.
- ساخت پرسش‌نامه اولیه شجاعت بر اساس منابع اسلامی؛ مصطفی خوشخرام، محمدرضا احمدی، حمید رفیعی‌هنر، ش ۴۶، ص ۲۱-۳۶.
- ساخت و اعتباریابی آزمون اولیه همدلی بر اساس منابع اسلامی؛ مجتبی یعقوبی، محمدرضا احمدی، رحیم ناروئی نصرتی، ش ۴۵، ص ۵-۲۲.
- سبب‌شناسی نفاق از منظر منابع اسلامی و مقایسه آن با دو مفهوم روان‌شناختی ریاکاری اخلاقی و ناهماهنگی شناختی؛ علی تیمورنژاد، محمدرضا احمدی، محمدرضا جهانگیرزاده، ش ۴۸، ص ۲۵-۴۲.
- ضرورت تأسیس روان‌شناسی واحد در چارچوب رویکرد اسلامی؛ علی مصباح، علی ابوترابی، ش ۴۵، ص ۵۵-۷۲.
- کارآمدی درمان گروهی معنوی - مذهبی، بر کاهش استرس مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی؛ آرزو جواد کیما، حمید رضائیان، مه‌سیما پورشهریاری، ش ۴۶، ص ۶۷-۸۴.
- مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی با درمان تصویرسازی ارتباطی بر رضایتمندی زناشویی؛ مریم نیکوی، مسعود آذربایجانی، کیومرث فرحبخش، ش ۴۸، ص ۶۹-۸۴.
- مقایسه رضایت از زندگی، امید و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مرتبط و غیرمرتبط با جنس مخالف؛ محمد زارعی توپخانه، سیده‌خدیدجه مرادپانی، حدیث چراغیان، مسعود جان‌بزرگی، ش ۴۷، ص ۷۳-۸۴.
- نقش پیوند والدینی و عزت نفس در پیش‌بینی سبک‌های هویت دینی نوجوانان؛ رقیه شیرچی، حسین رضائیان بیلندی، جواد مصلحی، ۸۵-۹۹.
- نقش دلبستگی به خدا و سلامت معنوی در پیش‌بینی خوش‌بینی دانش‌آموزان؛ عادل زاهد بابلان، سیدجواد دربادل، حدیث حیدری‌راد، پریا پیامی، معصومه شفیعی، ش ۴۸، ص ۹۹-۱۱۰.
- نقش سلامت معنوی و دلبستگی به خدا، در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مطلقه؛ رضا ایل‌بیگی قلعه‌نی، لیلیا الهی‌مجد، مریم رستمی، ش ۴۶، ص ۸۵-۹۶.
- نقش واسطه‌ای جهت‌گیری مذهبی در رابطه با نیاز به شناخت و تاب‌آوری؛ حسن آبروشن، رضیه شیخ‌الاسلامی، ش ۴۷، ص ۱۰۱-۱۱۹.
- نقش واسطه‌ای راهبرد تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین توکل به خدا و سرسختی روان‌شناختی؛ قوام ملتفت، ناصر نوشادی، فاطمه رفیعی‌منش، ش ۴۷، ص ۷-۲۰.

ب. نمایه پدیدآورندگان

- اباذر رضائی، رحیم ناروئی نصرتی، مسعود جان بزرگی، حمیدرضا حسن آبادی؛ امکان‌سنجی بسته آموزشی اصلاح رفتار بین‌فردی با رویکرد اسلامی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان، ش ۴۸، ص ۷-۲۳.
- آرزو جوادی کما، حمید رضائیان، مه‌سیما پورشهریاری؛ کارآمدی درمان گروهی معنوی - مذهبی، بر کاهش استرس مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، ش ۴۶، ص ۶۷-۸۴.
- بهاره نقیعی، محمدمهدی نادری، علی حسینی، بهنوش الهی؛ پیش‌بینی اضطراب با توجه به هوش معنوی و باورهای فراشناختی در دانشجویان، ش ۴۸، ص ۸۵-۹۷.
- حسن آب‌روشن، راضیه شیخ‌الاسلامی؛ نقش واسطه‌ای جهت‌گیری مذهبی در رابطه با نیاز به شناخت و تاب‌آوری، ش ۴۷، ص ۱۰۱-۱۱۹.
- رضا ایل‌بیگی قلعه‌نی، لیلا الهی‌مجد، مریم رستمی؛ نقش سلامت معنوی و دلبستگی به خدا، در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مطلقه، ش ۴۶، ص ۸۵-۹۶.
- رقیه شیرچی، حسین رضائیان بی‌لندی، جواد مصلحی؛ نقش پیوند والدینی و عزت نفس در پیش‌بینی سبک‌های هویت دینی نوجوانان، ۸۵-۹۹.
- روح‌الله کرمی بلداجی، موسی جاودان، ماجده ثابت‌زاده؛ اثربخشی دعامرمانی بر کاهش عقاید ناکارآمد نوجوانان دارای مشکلات تحصیلی، ش ۴۶، ص ۳۷-۴۹.
- سیدعلی مرعشی، فریبا نقی‌ترابی، سودابه بساک‌نژاد، کیومرث بشلیده؛ تأثیر آموزش آموزه‌های دینی (مبتنی بر دعای مکارم‌الاخلاق) بر هوش اخلاقی دانشجویان، ش ۴۶، ص ۲۳-۳۶.
- سیدمرتضی احمدی تبار، بهنام مکوندی، منصور سودانی؛ اثربخشی آموزش مثبت‌اندیشی مبتنی بر آموزه‌های دینی بر سازگاری زناشویی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی زوجین، ش ۴۷، ص ۳۷-۵۳.
- سیمین زغبی‌قناد، سیروس عالیپور؛ بررسی رابطه بهزیستی معنوی با پایداری در اهداف بلندمدت و لذت از یادگیری، ش ۴۶، ص ۹۷-۱۱۴.
- عادل زاهد بابلان، سیدجواد دریادل، حدیث حیدری‌راد، پریا پیامی، معصومه شفیعی؛ نقش دلبستگی به خدا و سلامت معنوی در پیش‌بینی خوش‌بینی دانش‌آموزان، ش ۴۸، ص ۹۹-۱۱۰.
- علی تیمورنژاد، محمدرضا احمدی، محمدرضا جهانگیرزاده؛ سبب‌شناسی نفاق از منظر منابع اسلامی و مقایسه آن با دو مفهوم روان‌شناختی ریاکاری اخلاقی و ناهماهنگی شناختی، ش ۴۸، ص ۲۵-۴۲.
- علی حسینی، مارال مشرقی؛ تأثیر آموزش هوش معنوی بر مهارت‌های اجتماعی و سازگاری کودکان معلول جسمی - حرکتی، ش ۴۸، ص ۵۳-۶۸.

- علی مصباح، علی ابوترابی؛ ضرورت تأسیس روان‌شناسی واحد در چارچوب رویکرد اسلامی، ش ۴۵، ص ۵۵-۷۲.
 فرحناز کوهی، علی زینالی؛ رابطه دینداری، مقبولیت اجتماعی و خودکارآمدی با استرس، ش ۴۵، ص ۹۹-۱۰۹.
 قوام ملتفت، ناصر نوشادی، فاطمه رفیعی‌منش؛ نقش واسطه‌ای راهبرد تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین توکل به خدا و سرسختی روان‌شناختی، ش ۴۷، ص ۷-۲۰.
 مجتبی یعقوبی، محمدرضا احمدی، رحیم ناروئی نصرتی؛ ساخت و اعتباریابی آزمون اولیه همدلی بر اساس منابع اسلامی، ش ۴۵، ص ۵-۲۲.
 مجید همتی، مسعود جان‌بزرگی؛ باورهای بدیل معارض با روان‌بنه‌های منفی در سبک فرزندپروری اسلامی، ش ۴۶، ص ۷-۲۲.
 محمد خدایاری‌فرد، باقر غباری‌بناب، الهه حجازی، رامین هاشمی‌گشنگانی؛ روابط بین‌فردی درون خانواده و دینداری نوجوانان؛ ارائه یک مدل ساختاری، ش ۴۷، ص ۵۵-۷۱.
 محمد زارعی توپخانه، سیده‌خدیجه مرادینانی، حدیث چراغیان، مسعود جان‌بزرگی؛ مقایسه رضایت از زندگی، امید و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مرتبط و غیرمرتبط با جنس مخالف، ش ۴۷، ص ۷۳-۸۴.
 محمدرضا شیخیان، سهیلا میسمی‌بناب؛ تأثیر قرائت قرآن بر اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای شناختی / رفتاری در بیماران همودیالیزی، ش ۴۸، ص ۴۳-۵۲.
 مریم نیکوی، مسعود آذربایجانی، کیومرث فرحخش؛ مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی با درمان تصویرسازی ارتباطی بر رضایتمندی زناشویی، ش ۴۸، ص ۶۹-۸۴.
 مرگان محمدی مقدم، فاطمه شه‌هایی‌زاده، محمدرضا میری؛ اثربخشی آموزش بهداشت کلام مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر دلبستگی به همسر، ش ۴۵، ص ۳۷-۵۴.
 مصطفی خوشخرام، محمدرضا احمدی، حمید رفیعی‌هنر؛ ساخت پرسش‌نامه اولیه شجاعت بر اساس منابع اسلامی، ش ۴۶، ص ۲۱-۳۶.
 معراج درخشان، بهرام جوکار، بابک شمشیری، صادق احمدی؛ بررسی مدل علی شیوه‌های فرزندپروری، جهت‌گیری مذهبی و اضطراب مرگ، ش ۴۵، ص ۷۳-۸۶.
 منصوره مهدی‌یار، سیدمحمدرضا تقوی، محمدعلی گودرزی؛ پیش‌بینی افسردگی بر اساس تعلق مادی، دلبستگی به خدا و نگرش‌های ناکارآمد، ش ۴۵، ص ۸۷-۹۸.
 مهدی جهانگیری، سیدحسین موسوی؛ تأثیر آموزش هوش معنوی بر میزان استرس سازمانی دانش‌جویان، ش ۴۵، ص ۲۳-۳۶.
 نوید خاکبازان، حمید رفیعی‌هنر؛ روایی و اعتبار مقیاس اولیه حزم (آینده‌نگری)؛ بر اساس منابع اسلامی، ش ۴۶، ص ۵۱-۶۶.

The Role of Attachment to God and Spiritual Health in Predicting Student Optimism

Adel Zahed-Babolan / Professor, Department of Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
zahed@uma.ac.ir

Seyed Javad Daryadel / Ph.D. Student of Psychology at Mohaghegh Ardabili University

Hadis HeydariRad / MA of Psychology from Mohaghegh Ardabili University hadeesheidarirad@gmail.com

Pariya Payami / Master of Clinical Psychology, Tabriz University

Masoumeh Shafiei / Ph.D. Student of Psychology at Lorestan University

Received: 2016/10/31 - **Accepted:** 2017/04/19

Abstract

The purpose of this study was to investigate the role of attachment to God and spiritual health in predicting optimism in male and female students. The descriptive method was correlation. The statistical population consisted of all high school students in Jolfa city in 2014-2015, out of which 200 were selected by multistage cluster random sampling. The instruments included questionnaires of attachment to God, spiritual health and optimism which were analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis. The results of Pearson correlation coefficient showed that optimism was positively and significantly related to overall spiritual health score, but it is inversely related to avoiding intimacy with God and the fear of being excluded from the attachment to God. The results of regression analysis also showed that 54% of the variance of optimism is explained by spiritual health and avoiding intimacy and anxiety of rejecting attachment to God.

Keywords: Attachment to God, Spiritual Health, Optimism, Students.

Predicting Anxiety for Spiritual Intelligence and Metacognitive Beliefs in Students

Bahareh Naghibi / MA of Personality Psychology from Islamic Azad University, Azadshahr Branch

bahare.naghibi@gmail.com

✉ **Mohammad Mahdi Naderi** / Associate Professor of the Department of Theology at Islamic Azad University, Azadshahr Branch

NaderiMM@yahoo.com

Ali Hosseinaei / Associate Professor of the Department of Psychology at Islamic Azad University, Azadshahr Branch

a.hosseinaei@gmail.com

Behnoush Elahi / MA of Clinical Psychology of Child and Adolescent from Kharazmi University of Tehran

Received: 2016/12/29 - **Accepted:** 2017/06/24

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between spiritual intelligence and metacognitive beliefs with anxiety in students of Islamic Azad University, Azadshahr Branch. This was a correlational study. The statistical population of the study consisted of all students of Islamic Azad University Azadshahr Branch in the academic year of 94-95. Sample size was determined by sex and college by quota sampling of 180 men and 180 women. Data gathering tools were Abdullah Zadeh et al. spiritual intelligence, Wells meta-cognitive beliefs, and Cattell anxiety questionnaires. Regression analysis was used to analyze the data. The results of multiple regression analysis in order to predict students' anxiety based on their spiritual intelligence and their metacognitive beliefs showed that approximately 18.92% of the variance of students' anxiety scores can be explained by their spiritual intelligence and their metacognitive beliefs. The variables of spiritual intelligence and metacognitive beliefs are significant in this equation.

Keywords: Spiritual Intelligence, Metacognitive Beliefs, Anxiety.

Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Based on Activating Spiritual-Islamic Schemas with Communication Imaging Therapy on Marital Satisfaction

Maryam Nikoui / Ph.D. Student of Counseling Psychology at Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran
maryamnikooy@yahoo.com

✉ **Masoud Azarbajani** / Professor of Psychology at Research Institute of Hawzeh and University
Mazarbajani110@yahoo.com

Keyumars Farahbakhsh / Associate Professor of Counseling Psychology at Allameh Tabataba'i University

Received: 2017/01/29 - **Accepted:** 2017/07/18

Kiiumars@yahoo.com

Abstract

The purpose of this study was to develop a therapeutic protocol according to mindfulness based on activating spiritual-Islamic schemas and comparing its effectiveness with communication imaging therapy on marital satisfaction of female university students. The statistical population consisted of married female students of Islamic Azad University, Kangavar Branch, in the academic year of 2015-16. Of them, 42 were voluntarily selected and randomly assigned to two experimental groups and one control group. All three groups completed Jadiri Marital Satisfaction questionnaire. The results of multivariate analysis of variance showed that the error level was less than 0.001 and the univariate analysis of variance showed that the difference between groups in all dimensions of dependent variable was less than 0.001. Post hoc test showed that in these components, conflict resolution, sex, leisure time, offspring and parenting, mindfulness intervention group based on Islamic spiritual schemas had significant difference with error imagery intervention group at error level less than 0.001. The results showed that mindfulness based on spiritual-Islamic schema intervention was more effective in increasing marital satisfaction than communication imaging intervention and control group. This increase was also maintained at follow-up.

Keywords: Sinfulness, Spiritual-Islamic Schemas, Communication Imaging, Marital Satisfaction.

The Effect of Spiritual Intelligence Training on Social Skills and Adaptation of Physically-Disabled Children

✉ **Ali Hosseinaei** / Associate Professor of the Department of Psychology at Islamic Azad University, Azadshahr Branch
a.hosseinaei@gmail.com

Maral Mashreghi / Master of Psychology, Islamic Azad University, Gorgan Branch

Received: 2016/11/13 - **Accepted:** 2017/04/15

maralmashreghi10@yahoo.com

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of spiritual intelligence training on social skills and adaptation of children with physical and motor disabilities in Gonbadkavus city. In this quasi-experimental study, all 60 children 5 to 10 years old (40 girls and 20 boys) with physical-motor disability were selected from welfare and rehabilitation centers of Gonbadkavus city and randomly assigned to control and experimental groups (each containing 20 girls and 10 boys). After pre-test on experimental and control groups, experimental group received 10 sessions of 1 hour (for three months) intervention on spiritual intelligence skills training. Finally, post-test was performed for both groups. Data were collected by two questionnaires of Matson Social Skills and Rutter Child Adaptation in two stages of pre-test and post-test. The results of covariance analysis showed that spiritual intelligence training had a significant effect on social skills and adaptation of children with physical and motor disability. Therefore, it can be said that spiritual intelligence training can improve social skills and adaptation of children with physical and motor disabilities.

Keywords: Spiritual Intelligence, Social Skills, Adaption, Physically-Disabled Children.

The Effect of Quran Reading on Anxiety and Cognitive-Behavioral Coping Strategies in Hemodialysis Patients

Mohammad Reza Sheikhiyan / Gastroenterologist and Liver Specialist at Imam Reza Hospital of Mashhad University of Medical Sciences
SheikhianMR@mums.ac.ir

✉ **Soheyla MasimiBonab** / MA of Clinical Psychology from Mashhad University of Medical Sciences
Received: 2016/06/22 - Accepted: 2017/01/25
soheyla.meysami@gmail.com

Abstract

This study was conducted to evaluate the effect of Quran reading on anxiety and cognitive/behavioral coping strategies in hemodialysis patients. This study was experimental with pre-test and post-test with control group. The subjects of the study were selected and studied using regular random sampling method from hemodialysis patients of the hemodialysis ward of Imam Reza hospital in Mashhad, having experimental group (n = 20) and control group (n = 20). All participants completed the Spielberger State-Trait Anxiety Questionnaire and the Billings and Mouse Stress Questionnaire at the beginning of the study and two months after treatment. Covariance analysis was used to analyze the data. The results of covariance analysis showed that reading the Quran significantly reduced the mean scores of anxiety and emotional coping strategies in post-test. Quran reading had a positive effect on reducing anxiety and emotional coping strategies in hemodialysis patients.

Keywords: The Quran, Anxiety, cognitive coping strategies, behavioral coping strategies, Hemodialysis, .

پرتال جامع علوم انسانی

The Etiology of Hypocrisy from the Perspective of Islamic Sources and its Comparison with the two Psychological Concepts of Ethical Hypocrisy and Cognitive Dissonance

✉ **Ali Teymour Nezhad** / MA of Psychology from the Imam Khomeini Education and Research Institute

aliaram6969@gmail.com

Mohammad Reza Ahmadi / Associate Professor of the Department of Psychology at the Imam Khomeini Education and Research Institute

m.r.Ahmadi313@Gmail.com

Mohammad Reza JahangirZadeh / Associate Professor of the Department of Psychology at the Imam Khomeini Education and Research Institute

jahangirzademr@gmail.com

Received: 2018/05/10 - **Accepted:** 2018/11/06

Abstract

"Hypocrisy" is a psychological phenomenon that, according to Islamic texts, is in conflict with the criteria of mental health. This study seeks to recognize and identify similarities and differences between the two concepts of ethical hypocrisy and cognitive dissonance in psychology. The purpose of this study is fundamental research and qualitative approach that uses conceptual-content analysis method to gather information. The hypocrisy, according to Islamic texts, is: "An abnormal psycho-behavioral condition that includes any apparent dichotomy within or between interpersonal relationships". In the etiology part, from the perspective of Islamic texts, motivational factors (such as fear and greed), psychological preparedness (such as prejudice and sense of disgust), and behavioral factors (such as lying and backwardness) were identified as the most central factors of hypocrisy. In the etiology part based on the two concepts of ethical hypocrisy and cognitive dissonance, self-interest was identified as the only psychological factor. The result is that in the concept of hypocrisy based on Islamic sources, the key concept in the definition of hypocrisy, i.e., "any dichotomy of appearance and inside", is also reflected in psychological theories and concepts such as ethical hypocrisy and cognitive dissonance. In the etiology part, the existence of common concepts such as "greed" in Islamic literature and self-interest in psychological texts can lead to the synergy between religion and psychology.

Keywords: Hypocrisy, Moral Hypocrisy, Cognitive Dissonance, cognitive dissonance, the etiology of hypocrisy.

Abstracts

Feasibility Study of Interpersonal Behavior Modification Training Package with an Islamic Approach to Reducing Prisoners' Criminal Behavior

✍ **Abazar Rezaei** / Ph.D. Student of Psychology at the Imam Khomeini Education and Research Institute
a.rezaii1357@gmail.com

Rahim Narouei Nosrati / Associate Professor of the Department of Psychology at the Imam Khomeini Education and Research Institute
rmarooei@yahoo.com

Masoud JanBozorgi / Professor of the Department of Psychology at the Research Institute of Hawzeh and University
janbo@rihu.ac.ir

Hamid Reza Hassan Abadi / Associate Professor of the Department of Educational Psychology at Kharazmi University

Received: 2018/07/15 - **Accepted:** 2019/01/08

Abstract

Psychological studies show that one of the main causes of criminal behavior is disorders and dissonances in interpersonal behavior. The purpose of this study was to evaluate the educational package of interpersonal behavior modification with Islamic approach in reducing the criminal behavior of prisoners. This research is a kind of experimental design with two experimental and control groups. The statistical population consisted of all male prisoners of Qom Prison in 2017 among which 40 eligible inmates were selected and assigned to experimental and control groups through random sampling. The research tools were: Checklist of Criminal Behaviors, Interview Form Based on Azerbaijani Religious Orientation Questionnaire, and Researcher-Made Training Package. Data were analyzed using repeated measure ANOVA. Statistical results showed that the calculated value of F in group factors, test run time, and test run time and group interaction were significant for all criminal behaviors at $P < 0.0005$. The results showed that the implementation of interpersonal behavior modification training package with Islamic approach significantly reduced the criminal behavior of the experimental group compared to the control group. Therefore, a reduction in interpersonal behavior training package with an Islamic approach can be used to reduce prisoners' criminal behavior.

Keywords: Modifying Interpersonal Behavior, Training Package, Criminal Behavior, Prisoners, Islamic Approach.

Table of Contents

Feasibility Study of Interpersonal Behavior Modification Training Package with an Islamic Approach to Reducing Prisoners' Criminal Behavior / Abazar Rezaei / Rahim Narouei Nosrati / Masoud JanBozorgi / Hamid Reza Hassan Abadi	7
The Etiology of Hypocrisy from the Perspective of Islamic Sources and its Comparison with the two Psychological Concepts of Ethical Hypocrisy and Cognitive Dissonance / Ali Teymour Nezhad / Mohammad Reza Ahmadi / Mohammad Reza JahangirZadeh	25
The Effect of Quran Reading on Anxiety and Cognitive-Behavioral Coping Strategies in Hemodialysis Patients / Mohammad Reza Sheikhiyan / Soheyla MasimiBonab	43
The Effect of Spiritual Intelligence Training on Social Skills and Adaptation of Physically-Disabled Children / Ali Hosseinaei / Maral Mashreghi	53
Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Based on Activating Spiritual-Islamic Schemas with Communication Imaging Therapy on Marital Satisfaction / Maryam Nikoui / Masoud Azarbajani / Keyumars Farahbakhsh	69
Predicting Anxiety for Spiritual Intelligence and Metacognitive Beliefs in Students / Bahareh Naghibi / Mohammad Mahdi Naderi / Ali Hosseinaei / Behnoush Elahi	85
The Role of Attachment to God and Spiritual Health in Predicting Student Optimism / Adel Zahed-Babolan / Seyed Javad Daryadel / Hadis HeydariRad / Pariya Payami / Masoumeh Shafiei	99

In the Name of Allah

Ravanshenasi va Din

A Quarterly Journal of Psychological inquiry

Vol.12, No.4

Winter 2020

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

Manager: *Mohammad Naser Saqaie Bi-Ria*

Editor in chief: *Mohammad Reza Ahmadi*

Executive manager: *Sajad Solgi*

Editorial Board:

- ☒ **Hujjat-ul Islam Dr. Mohammad Reza Ahmadi:** *Assistant Professor, IKI*
- ☒ **Hujjat-ul Islam Ali Reza Arafai:** *Associate Professor, Research Institute of Hawza Wa Danishgah*
- ☒ **Dr. Qulam Ali Afruz:** *Professor, Tehran University*
- ☒ **Dr. Muhammad Karim Khoda panahi:** *Professor, Beheshti University*
- ☒ **Hujjat-ul Islam Dr. M. J. Zarean:** *Assistant Professor, Mustafa International University*
- ☒ **Hujjat-ul Islam Dr. N.Saghaye Biria:** *Assistant Professor, IKI*
- ☒ **Hujjat-ul Islam Dr. Abas Ali Shameli:** *Assistant Professor, Mustafa International University*
- ☒ **Hujjat-ul Islam Seyyid Muhammad Qaravi:** *Assistant Professor, Research Institute of Hawza Wa Danishgah*
- ☒ **Dr. Ali Fathi Ashtiani:** *Professor, Baqiat Allah Medical University*

Address:

IKI

Jomhori Eslami Blvd
Amin Blvd., Qum, Iran

PO Box: 37185-186

Tel: +982532113480

Fax: +982532934483

<http://nashriyat.ir/SendArticle>

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