

ارزیابی «تحول روانی - معنوی» در درمانگری مراجعان مذهبی

دکتر مسعود جان‌بزرگی*

دکتر حسین فاکر**

امین جان‌بزرگی***

چکیده

هدف پژوهش این است که جایگاه «ارزیابی تحول روانی - معنوی» در درمانگری مراجعان مذهبی را معلوم و ابزار سنجش آن را معرفی نماید و رابطه تحول روانی معنوی با سلامت روان را نیز بررسی کند.

به این منظور، معیارهای تشخیصی «تحول روانی - معنوی»، تنظیم و برای سنجش آن، ابزاری عینی تدارک دیده شد. سپس برای مطالعه اولیه بر روی تعداد ۳۲۴ نفر از دانشجویان مقطع لیسانس اجرا گردید. همزمان برای بررسی سلامت عمومی روانی از پرسشنامه "GHQ" و برای بررسی روایی ملاک از پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت استفاده شد.

نتایج نشان داد که پرسشنامه سنجش تحول روانی معنوی از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. همچنین رابطه مثبت معناداری بین سلامت روانی و مراحل تحول روانی معنوی به دست آمد. استفاده از این ابزار برای مراجعان مذهبی به ارزیابی نسبتاً دقیق از نشانه‌های مربوط به «تحول روانی - معنوی» منتهی شده و به تشخیص آسیب‌دیدگی روانی - معنوی عمقی فرد، کمک می‌کند.

واژه‌های کلیدی: تحول روانی معنوی، درمانگری مذهبی، مراجعان مذهبی، آسیب‌شناسی روانی معنوی

مقدمه

توجه به معنویت مراجع، به عنوان یک بعد اساسی نظام روان‌شناختی او، همواره در زمره موضوع‌های بحرانی در روان‌درمانگری مطرح بوده است. برخلاف برخی از روان‌درمانگران بزرگی، مانند فروید و ایس، امروزه بر این باور تأکید می‌شود که مراجع نمی‌تواند برای دریافت خدمات روان‌شناختی بعد معنوی خود را پشت در اتاق درمانگر بگذارد (پارگامنت، ۲۰۰۷). از این نیز فراتر، مطالعات اخیر نشان می‌دهد که معنویت بدون مذهب هم در درمان مشکلات روان‌شناختی پاسخگو نیست و مذهب به عنوان هسته اصلی معنویت، نقش بنیادینی برای حل بسیاری از مسائل انسان‌ها دارد. تا آنجا که امروزه از مداخله‌های «مذهبی، معنوی»^۱ به عنوان یکی از مداخله‌های طب مکمل / جایگزین،^۲ استفاده می‌شود و تأثیر معنادار آن را حتی برای کمک به بیماران مزمنی، مانند سرطانی‌ها، بسیار آزموده‌اند (برادی و دیگران، ۱۹۹۹؛ هشائو و دیگران، ۲۰۰۸؛ گلدشتاین و دیگران، ۲۰۰۸؛ گانسلا و دیگران، ۲۰۰۸؛ گاسیلث و ویکرز، ۲۰۰۵؛ پترمن و دیگران، ۲۰۰۲؛ مایتکو و نایت، ۱۹۹۹؛ مارتنز و دیگران، ۲۰۰۸؛ لیوین و دیگران، ۲۰۰۹؛ ویتفرد و دیگران، ۲۰۰۸؛ پیوالا و دیگران، ۲۰۰۶).^۳ سلامتی معنوی و مداخله مذهبی - معنوی، به عنوان یکی از مؤلفه‌های درمانی مهم در بیماری‌های مزمن و سخت شناخته شده است. کرامر و دیگران (۲۰۱۱)، با تأکید بر این مطلب، سه جنبه این درمان، یعنی «ایمان، آرامش و معناداری» را بررسی کرده‌اند، که ایمان و معناداری اهمیت ویژه‌ای داشته است. جرلیک، وال، کاروین و کوپمن (۲۰۱۱)، درمان یکپارچه روانی - معنوی را برای زنانی که کار برده‌اند که به سرطان سینه مبتلا بودند و دریافتند که آنها علاوه بر بهبودی از نظر افسردگی، خشم و خستگی، از نظر سلامتی جسمی،^۴ سلامتی هیجانی^۵ و سلامتی کنش‌وری،^۶ بهبودی معناداری یافته‌اند. علاوه بر آن، از نظر شخصیتی قوی‌تر شده‌اند و سلامتی معنوی (احساس معناداری و آرامش) بیشتری داشته‌اند. در این روش، محققان از جهان‌بینی، هدف‌یابی برای زندگی، معناداری و تمرین‌های معنوی برای عبور از نشانه‌های بیماری بیشتر استفاده کرده‌اند. این مؤلفه‌های درمانی، به جنبه‌های روانی - معنوی افراد بیشتر مربوط است (پارک، ۲۰۰۷). در

1. religion/spirituality

2. Complementary-alternative methods

3. مداخله‌های طب مکمل و جایگزین براساس مرکز بین‌المللی طب مکمل و جایگزین، گروهی از مداخله‌های متنوع و نظام‌های مراقبت بهداشتی، تمرین‌ها و غیره است که در حال حاضر، در پزشکی مرسوم به آنها توجه نمی‌شود.

Complementary and Alternative Medicine National Center for (NCCAM, 2008)

4. physical well-being

5. emotional well-being

6. functional well-being

این تحقیق، محققان تلاش کرده‌اند که در شیوه درمانگری خود، تنظیم هیجانی^۱ و پذیرش معنایی^۲ را به کار برند. هرچند این شیوه نظریه خاصی ندارد؛ اما بر معنویت مذهبی تأکید بیشتری دارد، با سنت‌های مرسوم مذهبی سازگار است و مراجع تمرین‌ها را براساس مذهب خود تنظیم می‌کند.

بنابراین، امروزه توجه به مذهب در معنویت و نیز استفاده از مؤلفه‌های دینی و تمرین‌های مذهبی در قالب روان‌درمانگری، امری قابل قبول و مورد تأکید است. به جز درمان‌های تلفیقی مشکل‌محور، درمان‌های کلی نیز در قالب مذاهب بزرگ دنیا شکل گرفته‌اند. از آن جمله می‌توان به درمان‌های فراشخصی در چارچوب روان‌درمانگری انسانی‌نگر اشاره کرد (اشنایدر، ۲۰۰۲).

محققان مسلمان نیز فنون مذهبی اسلامی را به کار برده‌اند. محمد یوسف خالد^۳ (۲۰۰۸) از یک روش درمانگری روانی - معنوی^۴ اسلامی برای درمان مبتلایان به اعتیاد استفاده کرد. او معتقد بود کسانی که به اعتیاد مبتلا می‌شوند، از خلأ معنوی در رنج هستند. در ایران نیز تلاش‌های ارزشمند علمی زیادی برای به‌کارگیری مؤلفه‌های مذهبی در سنجش و درمان مراجعان آسیب‌دیده صورت گرفته است که از آن جمله می‌توان به کار جلالی‌طهرانی (۱۹۹۶ و ۲۰۰۱) اشاره کرد. وی درمان زندانیان آسیب‌دیده را با پیگیری‌های دقیق و در فاصله زمانی بیش از ده سال در بالاترین طیف بهبودی قطعی، با توجه به چارچوب مذهب اسلام انجام داد.

مداخله روان‌شناختی برای مراجعان مذهبی، به‌ویژه در کلینیک خصوصی و بیماران سرپایی، حساسیت بالایی دارد. اما هیچ‌یک از مداخله‌ها به ارزیابی سطح تحول روانی - معنوی^۵ مراجع نمی‌پردازد. گاهی مراجعان مذهبی، نشانه‌های خود را به زبان مذهبی بیان می‌کنند و به دلایل فرهنگی، نزدیک شدن به ساخت‌های مذهبی آنها برای بسیاری از روان‌شناسان کار آسانی نیست. در طول سال‌ها کار بالینی، به‌خصوص با مراجعان مذهبی، برای این کار محقق داشتن دید تحولی در روان‌درمانگری (با وجود سخت و پیچیده شدن کار درمان) ضرورت دارد.

تحول‌نگری^۶، درک پدیده‌ها را آسان و تعریف آنها را مشکل می‌کند؛ چرا که تعریف، باعث تعین و تقید می‌شود و ادراک تحولی، هر پدیده‌ای را در جایگاه خود بررسی می‌کند.

1. emotional regulation
3. Muhammad Yusuf Khalid
5. psychos ritual development

2. mindful acceptance
4. psychospiritual therapy approach
6. developmentalism

نگاه صرفاً عینی‌نگر مستلزم از دست دادن تعامل و تقابل است. اگر ذهن انسان متحول می‌شود، معنای رفتارها نیز تغییر می‌کند (جان‌بزرگی، ۱۳۸۶). در این راستا، معنویت^۱ نیز به عنوان یک ساخت همواره دگرگون می‌شود و برخی این دگرگونی را تحت تأثیر تحول‌شناختی می‌دانند (جنیا، ۱۹۹۵). در فضای نگرش تحولی است که بهترین شکل تقابل،^۲ تعامل^۳ و خودراهبری اتفاق می‌افتد، درک همدلانه، امکان‌پذیر و مداخله‌معداثرتر می‌شود. اگر بتوان از بلوغ معنوی، همانند بلوغ عاطفی و شناختی یا حتی جسمی بحث کرد، می‌توان گفت کسانی که به این بلوغ دست می‌یابند، نوسان کمتر و استواری یا ثبات هیجانی بیشتری دارند. اگر بپذیریم که جستجوی معنویت، جستجوی موقعیتی فراتر از موقعیت کنونی فرد است و بسیاری از افراد از راه تأکید بر آرمان‌های معنوی می‌توانند بر عادت‌های مخرب و الگوهای رفتاری ناکارآمد خود غلبه کنند، باید پذیرفت که شناخت الگوهای تحول دین و ایمان فرد، مهم‌ترین راه موفقیت در درمانگری مبتنی بر مذهب به شمار می‌آید و شانس درمان را بیشتر و پیشگیری از بازگشت بیماری را هموارتر می‌کند.

تحول روانی - معنوی را در قالب تحول شخصیت می‌توان پیگیری کرد. تحول شخصیت، بازخوردها^۴ و باورهای فرد درباره معنویت را نیز دربر می‌گیرد (آدامز و دیگران، ۱۹۹۴). این نکته‌ای است که غفلت از آن سبب نتیجه‌گیری‌های غلط بسیاری از اندیشمندان درباره مذهب شده است. پژوهشگران تحولی در حوزه‌های معین تحول شخصیت بهنجار و «خود»^۵ که ساخت‌دهنده معنا و هویت فرد به حساب می‌آید، آگاهی‌هایی را در اختیار درمانگران قرار می‌دهند. به‌طور کلی، این یافته‌ها به ما کمک می‌کند تا دریابیم که تحول کلی انسان از سویی مستلزم تعادل بین قبول مسئولیت و مراقبت از جانب دیگران و از سوی دیگر، توجه و مراقبت خود از جانب خویشان است. برای ایجاد این تعادل، ما به چگونگی پیوند با دیگران، عشق و تعهد اصولی به عدالت و نیز یک حس قابل توجه و دریافت قوی از «خود» نیاز داریم (برامر و دیگران، ۱۹۹۳).

هرچند پژوهشگران تحولی، چگونگی تحول شخصیت را در خلال زندگی توصیف کرده‌اند، اما کمتر به فرآیند معنویت یا معنادهی شخصی پرداخته‌اند (ورتینگتون، ۱۹۸۹). اریکسن^۶ (۱۹۵۸ و ۱۹۸۲) بر اهمیت مذهب یا جهان‌بینی فلسفی برای اطمینان درباره معنای زندگی تأکید کرده، اما شیوه ثابت و قابل فهمی درباره نقش‌هایی ارزش‌ها یا تحول

1. spirituality
3. interaction
5. self

2. reciprocity
4. attitudes
6. Erikson, E.H

آنها در طول زندگی ارائه نکرده است. هانا و مایروانتز (۱۹۹۴) با بررسی تأثیر آموزش‌های دوران کودکی و کاربردهای آنها در مشاوره، نشان داده‌اند که مفهوم ساده خداوند در تفکر کودکان با خدای مطرح در فلسفه الهیات در بزرگسالی تفاوت دارد. مدارک موجود بیانگر این نکته است که کودکان احساس اضطراب قابل ملاحظه‌ای در رابطه با خدا از خود نشان می‌دهند. تحلیل ادبیات کودکان نشانگر خدای خوب و بد در ذهن کودکان است. خدای آنها هم دوست داشتنی و هم سوءاستفاده‌کننده است. این باورها که ممکن است به دوران بزرگسالی گسترش یابند و بر شناخت‌ها و رفتارهای انسان تأثیر بگذارد، مفاهیمی است که برای مشاوره و روان‌درمانگری قابل استفاده و بیانگر فرآیند تحول ایمان مذهبی افراد است.

ورتینگتون (۱۹۸۹)، تحول ایمان مذهبی^۱ را با توجه به تحول فرد در طول زندگی بررسی کرده و به هفت الگوی مختلف برای تحول دین یا ایمان دست یافته است. یکی از مهم‌ترین الگوهای تحولی، الگوی فولر (۱۹۸۶ و ۱۹۸۴) است. این مؤلفان تلاش کرده‌اند که در راستای تحول‌شناختی، یک الگوی کلی از تحول معنوی ارائه دهند. جنیا (۱۹۹۵) نیز کوشش کرده تا مراحل تحول روانی - معنوی انسان را از زاویه بالینی معرفی کند و کنش آن را تحت تسلط خوددوستداری^۲ فطری آنها قرار دهد. این پژوهشگر به توصیف پنج مرحله تحول روانی - معنوی پرداخته است. جدول شماره ۱، این پنج مرحله از دینداری را به علاوه نشانه‌های بالینی مراجعان مذهبی هر مرحله نشان می‌دهد.^۳

الگوهای تحولی، به‌طور کلی نمای ساختاری دین و ایمان فرد را به عنوان روشی برای استنباط و تفسیر واکنش فرد نسبت به عوامل «نگرانی غایی زندگی» ارائه می‌کند. این الگوها را می‌توان به عنوان یک چارچوب مرجع در روان‌درمانگری استفاده کرد. تأکید بر تحول دین و ایمان مذهبی فرد، به درمانگر کمک می‌کند تا چالش‌های خود با معنای غایی و نیز شیوه معنادهی او به زندگی را در دوره‌های گوناگون درک کند. برای درمانگر و درمانگری، الگوی فرد در حفظ باورها و آگاهی از ارزش‌هایی که فرد با آنها زندگی می‌کند، مهم است. این نکته درمانگر را ترغیب می‌کند که به روش‌های ظریفی توجه کند که در آنها، مراجعان از معنای غایی زندگی و تعارض‌های قطبی‌شده، تأثیر می‌گیرند. همچنین ما می‌توانیم در خلال کمک به مراجع به منظور بررسی دوباره ارزش‌ها و تعهدهای

1. religious faith

2. narcissism

۳. برای توضیح بیشتر به مقاله «دین در خلال تحول و درمانگری...» (۱۳۸۶) و کتاب نظریه‌های نوین روان‌درمانگری و مشاوره (پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، زیر چاپ) از محقق مراجعه کنید.

هدایت‌کننده خود انتظار داشته باشیم که فرد به مرحله جدیدی از تحول دینی دست یابد، که حتی ممکن است برای هویت اساسی وی به عنوان موضوعی مخرب،^۱ ترسناک^۲ یا تهدیدکننده تجربه شود (برامر و دیگران، ۱۹۹۳).

ارزیابی تحول روانی معنوی می‌تواند هم به صورت ارزیابی ساختار تحول و هم به صورت ارزیابی خطوط تحول مورد توجه قرار گیرد. برخی براساس نظریه یونگ، مانند نورثکات (۲۰۱۰)، درباره مفهوم کهن الگوها (سایه)، و زیمبروف و هارتمن (۲۰۰۰)، با گسترش مفهوم من (قوی‌سازی من^۳ و تسلیم من^۴)، به بیان تحول روانی معنوی براساس ظاهر و باطن و خطوط تحول در خلال زندگی پرداخته‌اند. وقتی به خطوط تحول توجه شود، معنویت بیشتر در کنار سایر خطوط و هم‌سنگ آنها در نظر گرفته می‌شود. ویلبر و دیگران (۲۰۰۸، ص ۸۶)، هفت خط تحول را برای ارزیابی مطرح کرده‌اند:

خط تحول‌شناختی: من به چه چیزی باید آگاه باشم؟ (What am I aware of?)

نیازها: من چه نیازی را باید برآورده کنم؟ (What do I need?)

ارزش‌ها: چه چیزی برای من ارزشمند است؟ (What is important to me?)

زیبایی‌شناسی: چه چیزی برای من زیبا یا جذاب است؟

(What is beautiful or attractive to me?)

تحول اخلاقی: چه چیزی برای من درست است تا انجام دهم؟

(What is the right thing to do?)

معنوی: نگرانی نهایی برای من چیست؟ (What is of ultimate concern?)

در منابع دینی اسلام، گاهی نگاه تحولی به سلسله‌مراتب و گاهی به صیوررت یاد شده است. بنابراین، نمی‌توان تحول معنوی را در کنار سایر خطوط تحول و هم‌وزن آنها در نظر گرفت؛ چرا که معنویت ویژگی متعالی‌سازی دارد و سایر خطوط تحول را متأثر می‌کند.

در ارزیابی تحول روانی - معنوی در قالب یک مداخله مذهبی، ساختار تحول فرد براساس ایدئولوژی یا جهان‌بینی الهی بررسی می‌شود. هرچند از دین تعریف یکسانی وجود ندارد؛ اما اگر دین را راه و روش زندگی بدانیم (علامه طباطبایی، ۱۳۶۷، ص ۲۱) که مبتنی بر فطرت الهی^۵ (که گرایش و انگیزش اصلی و مثبت آن به کمال‌جویی و انگیزش منفی آن

1. disruptive

3. ego strengthening

2. frightening

4. ego surrendering

۵. آیه «فَطَرَهُ اللهُ الَّذِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ» (روم، ۳۰).

دوری از نقص و هر آنچه ضد کمال) (موسوی خمینی، ۱۳۸۷) است، تحولی بودن آن آشکار می‌شود. در درمانگری چندبعدی با گرایش مذهبی - معنوی (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸؛ جان‌بزرگی و غروی، زیر چاپ) برای شناخت مراتب یا مراحل تحول روانی معنوی در پی ارزیابی سطح این تحول در مراجع و به دلیل آسیب‌دیدگی فردی که به روان‌شناس مراجعه کرده، در پی بررسی نشانه‌هایی است که به عدم تراز تحول روانی - معنوی او مربوط است. این پژوهش بیشتر به دنبال معرفی شیوه این ارزیابی ساختاری است؛ چرا که معنویت در اینجا براساس پایگاه نظری، به عنوان یک ساختار اصلی در نظر گرفته می‌شود که تمامی خطوط تحول را تحت پوشش قرار می‌دهد. معنویت نظامی است که در چارچوب دین اسلام اعمال ارادی انسان را دارای ارزش (میزان خلوص و اولویت در رابطه با هدف)، معنا (در رابطه بودن عمل با مبدأ و معاد) و هدف (تعالی‌بخشی و تقرّب) می‌کند (جان‌بزرگی و غروی، زیر چاپ). در اینجا تبیین تحول روانی - معنوی یک فرد کمال‌یافته منظور نیست؛ بلکه با در نظر گرفتن مراحل بهنجار، نوع آسیب‌شناسی افراد بیمار یا آسیب‌دیده در این مراحل، به‌ویژه در سه مرحله اول شناسایی می‌شود. به بیان دیگر، در تعامل بین آسیب‌دیدگی روانی و مراحل تحول روانی - معنوی، نوع نشانه‌های اختلال در هر مرحله متفاوت است و متخصص روان‌شناس می‌تواند از راه این نشانه‌ها، سطح تحول یا از راه تشخیص، سطح تحول نوع بروز نشانه را معلوم کند. همچنین با در نظر گرفتن عوامل گوناگون تحولی، مانند سن، درباره بهنجار یا نابهنجار بودن آن و لزوم و نوع مداخله تصمیم بگیرد.

هدف این پژوهش (که بخشی از داده‌های آن در این مقاله گزارش می‌شود)، معرفی یک ابزار ساده و عینی برای بررسی سطح تحول روانی - معنوی، آزمون اولیه آن با آزمودنی‌های بهنجار و پاسخگویی به مسئله اخیر برای مراجعان مذهبی و درمانگرانی است که تمایل دارند در مشاوره با این مراجعان ملاحظه‌های فرهنگی تحولی و مذهبی را در نظر بگیرند.

براساس منابع دینی و روان‌شناختی، آسیب‌شناسی در مرحله اول (خودمیان‌بینی) و دوم (جزمی‌نگری)، اهمیت بالایی دارد، این آسیب‌ها می‌تواند با مسائل شخصیتی در تعامل قرار بگیرد و با وجود این، از گستره آگاهی فرد خارج باشد (جدول شماره ۱). به دلیل آنکه مرحله سوم (دین‌گذاری؛ در راه شکل‌گیری هویت دینی) با مکانیزم اکتشاف و تعهد، آن‌گونه که یافته‌های روان‌شناسی در پژوهش‌های مربوط به هویت نشان می‌دهد، قابل عبور است؛ از این رو، اگر فرد مراحل قبلی را سلامت‌گذرانده باشد، گذار از مرحله سوم با آموزه‌های دینی با روش تقابلی و چالش‌برانگیز آسان می‌شود. آسیب در مرحله اول و دوم،

زمینه آسیب در مرحله سوم را نیز فراهم می‌کند (جان‌بزرگی، ۱۳۸۷). نشانه‌شناسی اساسی این مراحل در جدول شماره ۱ آمده است.

در مرحله چهارم (شکل‌گیری دین استدلالی، اعتقادات غیر تقلیدی و ساخت یافته)، هرچند فرد ممکن است در سلامتی کامل نباشد؛ اما امکان آسیب‌دیدگی فرد از نظر روان‌شناختی کم است. در مرحله پنجم (دین متعالی) فرد، به‌طور معمول مصونیت کافی دارد، هرچند نیاز به مراقبه مذهبی در او نیز اساسی است. کار روان‌شناس بالینی یا مشاور به‌طور عمده این است که موانع عبور از مرحله اول و دوم را برای فرد برطرف و از درمانگری‌های دیگر برای مصون‌سازی او نسبت به بازگشت بیماری استفاده کند. اما چگونه می‌توان این سطح تحول را شناسایی کرد؟ نشانه‌های هر سطح چیست؟ چگونه تشخیص صورت می‌گیرد؟

امروزه تشخیص و فرمول‌بندی مشکل مراجع، سهم مهمی در موفقیت درمانگر دارد. ارزیابی دقیق و جامع مراجع می‌تواند چشم‌انداز درستی از درمان و موفقیت مراجع در دستیابی به اهداف درمان ارائه کند. در درمانگری چندبعدی با جهت‌گیری مذهبی (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸؛ جان‌بزرگی و غروی، زیر چاپ)، علاوه بر ارزیابی‌های عینی و چندبعدی، ارزیابی تحول روانی معنوی نیز منظور است که هدف اساسی این مقاله انعکاس و معرفی ابزار این ارزیابی است.

موضع‌گیری درباره ارزیابی روان‌شناختی مراجع به چارچوب نظری درمانگران بستگی دارد. برای مثال، نظریه پردازان رفتاری‌شناختی اهمیت بالایی برای ارزیابی و تشخیص قائل هستند و هرگونه مداخله‌درمانی را به آن مربوط می‌دانند (زیمبراگ و گریفت، ۲۰۰۸؛ بک و جودیت، ۲۰۱۱)، روان‌تحلیلگران نیز بیش از هر نظریه دیگری به ارزیابی‌های فرافکن و ارزیابی سطوح تحول و کنش پایبند هستند (مگنا ویتا، ۲۰۰۸) و در نظریه‌های هستی‌نگر و انسان‌گرا در برابر ارزیابی روان‌شناختی موضعی مخالف دارند (کوپر، ۲۰۰۸). درمانگری‌های چندبعدی — که در این مقاله محور اصلی بحث را تشکیل می‌دهند — به ارزیابی چندبعدی مراجع تأکید دارند. مراجع در ارزیابی چندبعدی، علاوه بر مصاحبه بالینی در ابعاد گوناگون روان‌شناختی مورد ارزیابی عینی و مشاهده‌ای با رویکردی مشارکتی قرار می‌گیرد (جان‌بزرگی، ۱۳۸۸). یکی از پیشرفته‌ترین ارزیابی‌ها در این باره، ارزیابی چندبعدی سبک زندگی براساس درمان چندبعدی لازاروس است (پالمر و درایدن، ۱۹۹۵؛ لازاروس و لازاروس، ۱۹۹۱؛ لازاروس، ۱۹۹۷، ۲۰۰۸ و ۲۰۱۱). این ارزیابی که به نوعی فرمول‌بندی مشکل مراجع را در خود دارد، امروزه در درمانگری‌های شناختی-رفتاری

پیشرفته و روان‌بند درمانگری استفاده می‌شود. این شیوه درمانگری و ارزیابی چندبعدی به دلیل ویژگی‌های خاص خود، قابلیت انعطاف و امکان تنظیم با شرایط فرهنگی مراجع را دارد. جان‌بزرگی (۱۳۷۸) این شیوه را با جهت‌گیری مذهبی برای مهار اضطراب و تنیدگی به کار برد. اما مشکلی که در ارزیابی‌های بالینی، به‌ویژه روش‌های عینی وجود دارد، این است که بیشتر آنها نشانه‌محور است و شرایط تحولی فرد را نادیده می‌گیرد.

این مقاله درصدد آشناسازی اجمالی محققان روان‌درمانگری با ارزیابی سطح تحول روانی - معنوی و معرفی اولیه ابزار این بررسی و آزمون آزمایشی آن بر روی گروهی از جوانان بهنجار است. پیش‌تر برای مداخله روان‌درمانگری چندبعدی با جهت‌گیری مذهبی، آزمونی با عنوان پایبندی مذهبی براساس منابع اسلامی ساخته شد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸). پس از حدود یک دهه کار بالینی و پژوهشی و پس از تجدید نظر، نسخه دوم این ابزار با روش تحلیل عاملی با سه عامل اساسی «پایبندی مذهبی، ناپایبندی مذهبی و دوسوگرایی مذهبی» به جامعه علمی معرفی شد (همان). این ابزار برای سنجش سطح پایبندی مذهبی مراجعان مذهبی به منظور مداخله بالینی مناسب است؛ اما مانند بسیاری از ابزارهای موجود درباره سنجش مذهبی، سطح تحول مذهبی آنها را نشان نمی‌دهد. به همین دلیل، هدف این پژوهش، تهیه ابزار سنجش تحول روانی معنوی در درجه اول به عنوان یک ابزار مشاهده مصاحبه‌ای و سپس به عنوان یک پرسشنامه عینی برای کار بالینی است. همچنین پاسخ به این پرسش که آیا سلامت عمومی روانی با این سطوح رابطه دارد؟ ارزیابی این شاخص‌ها به روشن شدن ماهیت بالینی کمک می‌کند. جدول شماره ۱، شاخص‌های بالینی مراجعان را در مراحل گوناگون تحول روانی - معنوی تا حدی نشان می‌دهد.

جدول ۱: وجه بالینی مراجعان در مراحل تحول روانی - معنوی

مرحله اول: دین خودمیان‌بین	مرحله دوم: دین جزمی‌نگرانه	وجه بالینی مراجعان مرحله سوم: دین بحرانی یا درسوگراانه	مرحله چهارم: دین خودسازمان‌یافته و توحیدی	مرحله پنجم: دین متعالی‌ساز و فرابرنده
تفکر سحری ^۱ و خرافی ^۲	وجدانی سختگیر ^۳	پرسشگری مذهبی و تردید	تفکر به نسبت منطقی	عدم نشانه بالینی
تغییر روزمره	بازخوردی کامل‌نگر ^۴	آزمون بحرانی باورهای مذهبی و تعهدها	ثبات هیجانی	همه رفتارها دارای شروع و پایان ارادی
ترس از رهاشدگی	فعالیت‌های مذهبی بی‌اختیار ^۵	کاوشگری دینی	پایبند و وفادار و صمیمی نسبت به افراد	خداوند شایسته پرستش

1. magical

2. superstitious

3. over conscientious

4. perfectionistic

5. compulsive

مرحله اول: دین خودمیان‌بین	مرحله دوم: دین جزمی‌نگرانه	وجهه بالینی مراجعان مرحله سوم: دین بحرانی یا درسوت‌نگرانه	مرحله چهارم: دین خودسازمان‌یافته و توحیدی	مرحله پنجم: دین متعالی‌ساز و فرابرنده
استفاده از مذهب برای آرامش و آزادسازی هیجانی رفتار تکانه‌ای و تحمل کم در برابر ناکامی، رابطه با خدا به عنوان موضوع ارضاکنده نیازها	در نظر گرفتن خداوند به منزله یک قضاوت‌کننده و درخواست‌کننده	تغییر عاطفی یا وابستگی	موضع‌گیری‌های روشن، وفاداری و تعهد مذهبی درونی	رابطه با او مبتنی بر شناخت و محبت
پرستش خداوند برای رسیدن به لذت و ارضای نیازها	وابستگی دین به قدرت مذهبی	سردرگمی هویت معنوی	خداوند خالق هستی و پرستش نیاز اساسی	عبادات اختیاری و لذت‌بخش و از روی صمیمیت
نگاه تهدیدآمیز و خطرناک به دنیا	مبتنی بودن هویت او بر احساس همنوایی و هم‌رنگی	بازارزیایی اندیشه‌ها تا رسیدن به بی‌ثباتی عملی و ارزش‌های اخلاقی	جایگاه متمایز بنده از خالق	
خیال‌پردازی درباره قدرت	احساس گناه بسیار زیاد و قوی	انتقال از منبع اقتدار بیرونی به درونی	هنوز گاهی آلودگی به شرک و نفاق اضطراب‌ها و نگرانی‌هایی را به راه می‌اندازد	
بزرگ‌منشی و کمال	خیال‌پردازی‌های مذهبی		ترس از دست دادن رابطه صمیمانه، عبادات اختیاری و تکلیف‌پذیر	
	بازخوردهای برتری‌جویانه اخلاقی			
	ترس از مسائل جنسی و رابطه صمیمانه			

روش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی زمینه‌یابی است. جامعه آماری مورد بررسی، دانشجویان دانشگاه‌های سطح شهر تهران است. اولین اجرا در سال ۱۳۸۵ در دانشگاه‌های تهران، شهید بهشتی، آزاد (علوم تحقیقات)، و علامه طباطبایی بر روی ۲۶۸ دانشجوی لیسانس، دختر (۶۰٪) و پسر (۴۰٪) و در اجرای دوم در سال ۱۳۸۷ پس از بازنگری پرسش‌های مبهم، به منظور بررسی دوباره سطح اولیه اعتبار پرسشنامه با توزیع تصادفی بین ۶۰ نفر از دانشجویان داوطلب همکاری از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اجرا شد که براساس هدف محقق در این مرحله، جامعه در دسترس بودند. آزمودنی‌ها در جریان مطالعه قرار گرفتند و نوشتن نام و مشخصات فردی برای آنها اختیاری بود. همه آنها در وضعیت سالم و در اولین ساعت شروع کلاس در روز به تکمیل پرسشنامه اقدام کردند که اجرای پرسشنامه تحت نظر بود. میانگین گروه سنی آزمودنی‌ها (۳/۴) ۲۱/۹ سال بود.

ابزارهای این پژوهش، علاوه بر ابزار بررسی تحول روانی - معنوی، تست بررسی سلامت روانی عمومی و آزمون جهت‌گیری مذهبی آلپورت بود.

پرسشنامه تحول روانی - معنوی - که در همین مقاله اطلاعات آن گزارش می‌شود - براساس معیارهای بالینی مراجعان روان‌شناختی که جنیا (۱۹۹۵)، آن را گزارش کرده بود، توسط محقق با جهت‌گیری فرهنگی و دینی تهیه شده است. تمامی مواد پرسشنامه برای جمعیت مسلمان است. این ابزار ۶۸ ماده دارد که ۶۳ ماده آن به صورت لیکرتی سه گزینه‌ای تکمیل می‌شود (درست=۲، تقریباً=۱ و غلط=۰) و پنج ماده آن، پنج گزینه دارد که منطبق با پنج مرحله تحول روانی - معنوی است. این پنج گزینه تا حدودی برای سنجش اطمینان از سلامت اجرا و تا حدی شاخص اعتبار پرسشنامه به حساب می‌آید. این پرسشنامه با نظارت زنده یاد استاد دادستان تهیه شد که فرصت نهایی کردن آن در زمان حیات وی امکان‌پذیر نشد. نمونه‌ای از گزاره‌های پرسشنامه در ادامه می‌آید:

— حتی به برخی باورهای دینی که همه خرافه می‌دانند، پایبند هستم.

— والدینم نسبت به مسائل اخلاقی بسیار سخت‌گیر بوده‌اند.

— هنوز پرسش‌های زیادی دربارهٔ مذهب دارم.

— من به انجام اعمال مذهبی نیاز دارم.

— به جز خدا هیچ چیز دیگری نظرم را جلب نمی‌کند.^۱

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۲ (گلدبرگ ۱۹۷۲) یک پرسشنامه سرندی مبتنی بر خود گزارش دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که کار می‌رود که اختلال روانی دارند (استورا، به نقل از: دادستان، ۱۳۷۷). این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد و برای تمامی افراد قابل استفاده است و نیز چهار زیرمقیاس دارد که اعتبار آن به مقدار ۲۲۳ نفر دانشجوی که توسط محقق انجام گرفته و معادل ۰/۹۴ محاسبه شده است (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸). نمره بالاتر در این مقیاس نشانگر عدم سلامت عمومی بود. ضریب بازآزمایی پرسشنامه عمومی در مطالعه یعقوبی (۱۳۷۴)، برابر با ۵۵ و ضریب بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۷ به دست آمده بود. متوسط حساسیت پرسشنامه برابر با ۰/۸۴ و متوسط ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ محاسبه شد. همچنین ضریب آلفای برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ بود.

آزمون جهت‌گیری مذهبی^۳ آلپورت (۱۹۶۸) بیست ماده دارد که جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی را می‌سنجد. منظور آلپورت از جهت‌گیری مذهبی درونی، مؤلفه‌های انگیزشی فراگیری، یعنی غایت و هدف است، نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف فردی

۱. البته مؤلفه‌های روان‌سنجی این پرسشنامه با روش تحلیل عاملی در مقاله‌ای مستقل در دست تهیه است.

2. general health questionnaire

3. Extrinsic-Intrinsic Religious Orientation

که فقط باعث جهت‌گیری مذهبی درونی سلامت روانی برای فرد می‌شود (جلالی طهرانی، ۱۹۹۶). این مقیاس پس از ترجمه بر روی ۴۵ نفر دانشجوی دانشگاه‌های تهران اجرا و اعتبار آن با ضریب آلفای کرونباخ، معادل ۰/۷۳۷ برای اولین بار در جامعه ایرانی محاسبه شد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸ و ۱۳۸۶).

داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری با نرم‌افزار SPSS-15 تجزیه و تحلیل شد. برای سنجش اعتبار از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، برای محاسبه روایی ملاک از محاسبه ضریب همبستگی و برای محاسبه و برای بررسی تفاوت نمره‌ها در مراحل مختلف از تحلیل واریانس یک‌راهه^۱ استفاده شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۲، انسجام درونی پرسش‌های پرسشنامه تحول روانی - معنوی را با ۳۲۴ نفر به عنوان گروه نمونه نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ در اجرای اول با ۲۶۴ آزمودنی، ۰/۷۳۶ و در اجرای دوم پس از بازبینی و اصلاح برخی از پرسش‌ها، معادل ۰/۸۸۵، محاسبه شد که بیانگر اعتبار مطلوب این پرسشنامه است.

جدول ۲: تعیین اعتبار درونی پرسشنامه تحول روانی معنوی

تعداد آزمودنی	میانگین سن	جنسیت	تعداد پرسش‌ها	آلفای کرونباخ
۲۶۴	۲۲/۶۰ (۳/۲)	۶۰٪ مؤنث	۶۸	۰/۷۳۶
۶۰	۲۱/۲۰ (۳/۶)	۵۰٪ مؤنث	۶۸	۰/۸۸۵

براساس داده‌های جدول شماره ۳، بررسی همبستگی‌های بین تست آلپورت و تحول روانی - معنوی نشان می‌دهد که هرچه فرد در عامل کلی تست آلپورت (هرچه نمره بیشتر می‌شود، جهت‌گیری مذهبی بیرونی‌تر می‌شود)، نمره بیشتری دریافت می‌کند، نمره فرد در همه مراحل تحول روانی - معنوی کاهش می‌یابد. عامل جهت‌گیری درونی فقط با مرحله سوم همبستگی نشان داده است؛ یعنی هرچه جهت‌گیری مذهبی فرد درونی‌تر می‌شود، میزان آشفتگی مذهبی و تردید وی کاهش می‌یابد. این همبستگی‌ها تا حدی بیانگر این نکته است که پرسشنامه سنجش تحول روانی - معنوی، نوعی پرسشنامه مذهبی است و بیانگر روایی ملاک این ابزار است.

1. ANOVA

جدول ۳: همبستگی مراحل تحول روانی - معنوی با سلامت عمومی روانی و جهت‌گیری مذهبی

آلیپورت	مرحله ۱	مرحله ۲	مرحله ۳	مرحله ۴	مرحله ۵	عامل کلی
سلامت عمومی	-.۰/۰۹۵	۰/۰۴۲	۰/۲۹۲*	۰/۱۰۹	۰/۱۲۷	-.۰/۳۶۵**
علائم جسمانی	-.۰/۰۵۹	۰/۰۲۴	۰/۰۸۴	۰/۰۹۴	۰/۰۱۴	-.۰/۱۸۸
اضطراب	-.۰/۱۱۱	۰/۰۵۲	۰/۳۱۲	۰/۰۰۵	۰/۱۵۲	۰/۰۶۵
بی‌خوابی	-.۰/۰۹۳	۰/۰۰۹	۰/۲۷۳*	۰/۰۳۸	۰/۱۴۰	-.۰/۰۲۱
افسردگی	-.۰/۰۶۱	۰/۰۴۴	۰/۲۱۰	۰/۱۸۸	-.۰/۲۸۵*	-.۰/۳۵۸**
آلیپورت	-.۰/۳۵۲**	-.۰/۳۳۷**	-.۰/۲۳۸*	-.۰/۳۴۲**	-.۰/۳۸۰**	-.۰/۳۶۸**
جهت‌گیری بیرونی	-.۰/۳۲۶**	-.۰/۳۲۷**	۰/۰۹۶	-.۰/۳۷۳**	-.۰/۳۳۶**	-.۰/۲۴۳
جهت‌گیری درونی	-.۰/۱۲۱	۰/۰۳۴	-.۰/۲۵۶*	۰/۰۳۷	۰/۱۳۵	-.۰/۲۲۰

همبستگی بین داده‌ها نشان می‌دهد که سلامت عمومی فقط با نمره آزمودنی‌ها در مرحله سوم و عامل کلی تحول رابطه معناداری دارد؛ یعنی هرچه سلامت عمومی کاهش می‌یابد، نمره مرحله سوم تحول روانی - معنوی افزایش می‌یابد. یافته‌ها نشانگر آن است که کسانی که در مرحله گذار هستند و نسبت به دین خود موضع مشخصی ندارند، سلامت کمتری دارند. نمره عامل کلی نیز بیانگر این است که با کاهش سطح تحول روانی - معنوی نمره سلامت عمومی وضعیت وخیم‌تری را نشان می‌دهد. قابل توجه است که افزایش نمره سلامت عمومی بیانگر سلامتی کمتر است. از بین زیرمقیاس‌های سلامت با ملاحظه همبستگی مرحله سوم با بی‌خوابی مشخص است که بودن یا ماندن در مرحله تردید مذهبی با بی‌خوابی‌های خسته‌کننده همراه است. همچنین همبستگی عامل کلی با افسردگی نشان‌دهنده کاهش سلامت یا افزایش افسردگی با کاهش سطح تحول روانی معنوی است. کسانی که در سطوح بالاتری از تحول روانی معنوی هستند، سلامت بیشتری دارند.

برای بررسی وضعیت کلی مراحل و تفاوت میانگین نمره آزمودنی‌ها در مراحل گوناگون، ابتدا داده‌های هر آزمودنی را در مراحل مختلف بر تعداد سؤال‌های هر مرحله تقسیم شد تا نمره‌ها همتراز شود و سپس با نمره خام تحلیل شد که به دلیل عدم تفاوت معنادار تعداد پرسش‌ها در هر مرحله، تفاوتی در تحلیل‌ها دیده نشد. پنج مرحله روانی - معنوی مورد تحلیل واریانس یک‌راهه قرار گرفتند که نتایج در جدول شماره ۴ بیانگر تفاوت معنادار مراحل است. جدول شماره ۵، تفاوت زوجی میانگین‌ها را با آزمون

توکی در هر مرحله نشان می‌دهد. و جدول شماره ۶، به گروه‌بندی میانگین‌ها پرداخته است. جدول ۶ نشان دهنده آن است که سه مرحله اول در یک گروه و دو مرحله چهارم و پنجم نیز در گروه دیگری قرار دارد. این یافته بیانگر تفاوت معنادار بین افراد مرحله چهارم و پنجم با سه مرحله اول است.

جدول ۴: بررسی تفاوت میانگین‌های مراحل تحول روانی - معنوی با آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه

شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۶۵۳۶/۳۵۳	۴	۱۶۳۴/۰۸۸	۳۸/۱۴۹	۰/۰۰۰۱
درون گروه‌ها	۱۲۶۳۶/۰۸۳	۲۹۵	۴۲/۸۳۴		
کل	۱۹۱۷۲/۴۳۷	۲۹۹			

جدول ۵: آزمون توکی برای مقایسه میانگین‌ها

خطای میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	با مرحله	
۰/۰۹۳۶۳	۱	۰/۰۱۲	۲	توکی HSD مرحله ۱
	۰/۵۶۹	-۰/۱۳۷	۳	
	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۹*	۴	
	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۵*	۵	
۰/۰۹۳۶۳	۱	-۰/۰۱۲	۱	مرحله ۲
	۰/۴۸۶	-۰/۱۵۲	۳	
	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۲*	۴	
	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۴*	۵	
۰/۰۹۳۶۳	۰/۵۶۹	۰/۱۴۰	۱	مرحله ۳
	۰/۴۸۶	۰/۱۵۲	۲	
	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۴*	۴	
	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۵*	۵	
۰/۰۹۳۶۳	۰/۰۰۰۱	-۰/۴۳۴*	۱	مرحله ۴
	۰/۰۰۰۱	-۰/۴۲۲*	۲	
	۰/۰۰۰۱	-۰/۵۷۴*	۳	
	۰/۹۹۹	۰/۰۲۲	۵	
۰/۰۹۳۶۳	۰/۰۰۰۱	-۰/۴۵۶*	۱	مرحله ۵
	۰/۰۰۰۱	-۰/۴۴۴*	۲	
	۰/۰۰۰۱	-۰/۵۹۵*	۳	
	۰/۹۹۹	۰/۰۲۲	۴	

جدول شماره ۶: آزمون توکی HSD برای همگنی میانگین‌ها

Subset for alpha=0/05				تعداد	مراحل آزمون Tukey-HSD
گروه ۲		گروه ۱			
نمره خام	نمره تراز	نمره خام	نمره تراز		
۲۵/۸۳	۲/۰۰۱			۶۰	مرحله ۵
۲۸/۰۲	۲/۰۱۳	۱۷/۱۳	۱/۵۵۸	۶۰	مرحله ۴
۲۸/۱۸	۲/۱۵۳	۱۸/۹۵	۱/۵۷۹	۶۰	مرحله ۲
۰/۲۸۵	۰/۴۸۶	۰/۵۵۰	۰/۹۹۹	۶۰	مرحله ۱
				۶۰	مرحله ۳
					سطح معناداری Sig.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مقاله حاضر ارائه الگوی اجمالی بررسی تحول روانی - معنوی در درمانگری چندبُعدی معنوی برای مراجعان مذهبی است، هرچند این الگو برای هر درمانگری که قصد کار کردن با مراجعان مذهبی را داشته باشد، مفید به نظر می‌رسد. مراجعان مذهبی بسیاری از رفتارهای خود را براساس چارچوب ایدئولوژیکی خود تنظیم می‌کنند. مداخله‌های درمانگری مؤثر نیز بر همین اساس تنظیم می‌شود. این مراجعان براساس سطح تحول خود الگوی ثابتی نداشته و برداشت یکسانی از مذهب خود ندارند. این تفاوت برداشت را می‌توان حداقل در کسانی که با علائم گوناگون آسیب‌دیدگی به مشاور مراجعه می‌کنند، بیش از آنکه به عوامل دیگری نسبت داد، به تفاوت سطح تحول روانی - معنوی مربوط دانست و متخصص بالینی بهتر است که به این فرآیند تحولی توجه کند. جدول شماره ۱، چهره بالینی مراجعان را در این مراحل نشان می‌دهد. متخصص بالینی این معیارها را پس از آشنایی با این مدل نظری (جان‌بزرگی، ۱۳۸۶؛ جان‌بزرگی و غروی، زیر چاپ)، در چارچوب مصاحبه بالینی، بررسی و در فرمول‌بندی درمان استفاده می‌کند. برای مثال، چنانچه یک مراجع با نشانه‌های سطح اول مراجعه کند، مداخله‌های مستقیم پاسخگویی نیاز او نخواهند بود؛ بلکه درمانگر علاوه بر مشخص کردن نوع خودمیان‌بینی مراجع، مداخله خود را در قالب یک رابطه درمانگرانه قوی براساس فنون کلی مواجهه‌سازی، همدلی، انعکاس، تحلیل نیت و مانند آنها سازمان می‌دهد (همان).

علاوه بر این، براساس معیارهای بالا، برای آسانی در ارزیابی تحول روانی - معنوی، پرسشنامه‌ای که برای این منظور تهیه شده است، به‌طور اجمالی معرفی شد. این پرسشنامه

۶۸ ماده دارد که مراجعان بالای ۱۵ سال می‌توانند (تحت نظر) آن را تکمیل کرده و نمره آن را پس از جمع به تعداد پاسخ‌ها تقسیم کنند. با مقایسه نمره‌ها، به علاوه اطلاعات به دست آمده از مصاحبه، سطح تحول روانی - معنوی مراجع را مشخص کرده و طرح درمان را تنظیم کنند.

یافته‌های آماری نشان می‌دهد که این ابزار اعتبار مطلوبی دارد و بررسی داده‌هایی که از اجرای همزمان این آزمون با آنها به دست آمد، بیانگر آن است که آزمون روایی، ملاک اولیه مطلوبی نیز دارد. سنجش ملاکی این ابزار با آزمون جهت‌گیری مذهبی آلپورت (۱۹۶۸) نشان می‌دهد که این مقیاس نوعی پرسشنامه مذهبی است و هرچه جهت‌گیری مذهبی بیرونی‌تر می‌شود، سطح تحول روانی - معنوی هم به سطوح ابتدایی‌تر گرایش پیدا می‌کند. از بین مراحل گوناگون تحول روانی - معنوی، مرحله سوم روشنی بیشتری دارد و ممکن است این موضوع به سن آزمودنی‌ها برگردد. چنانچه بتوان این مرحله را با دوسوگرایی مذهبی و تردید و دودلی نسبت به مذهب مشخص کرد، با یافته‌های دیگر در این باره نیز هماهنگ است (از جمله جان‌بزرگی، ۱۳۸۷؛ عبدی، ۱۳۸۹).

یافته دیگر این پژوهش، رابطه تحول روانی - معنوی با سلامت روانی است. یک جوان بیست‌ساله برای عبور از دوران نوجوانی باید بتواند وفاداری خود نسبت به یک نظام ارزشی و عقیدتی را نشان دهد و پس از اکتشاف این نظام براساس استدلال عقلی به آن متعهد شود (اریکسون، ۱۹۵۸)؛ در غیر این صورت، باید با مشکلات عصبی دست و پنجه نرم کند. در این پژوهش مشخص شد که افرادی که در مرحله سوم تحول روانی - معنوی می‌مانند، تردید و بحران هویت معنوی دارند و علاوه بر کاهش سلامت عمومی، از بی‌خوابی‌های طاقت‌فرسا در رنج هستند. با وجود این، هرچه سطح تحول پایین‌تر می‌آید و سلامت معنوی کمتر می‌شود، سلامت عمومی نیز کاهش می‌یابد. یافته‌های زیادی، رابطه سلامت معنوی و سلامت روانی و حتی جسمی را نشان داده‌اند که با این یافته هماهنگ است (برادی و دیگران، ۱۹۹۹؛ هسائو و دیگران، ۲۰۰۸؛ گلدشتاین و دیگران، ۲۰۰۸؛ گانسler و دیگران، ۲۰۰۸؛ گاسیلث و ویکرز، ۲۰۰۵؛ پترمن و دیگران، ۲۰۰۲؛ مایتکو ونایت، ۱۹۹۹؛ مارتنز و دیگران، ۲۰۰۸؛ لیوین و دیگران، ۲۰۰۹؛ ویتفرد و دیگران، ۲۰۰۸؛ وپیولا و دیگران، ۲۰۰۶). علاوه بر این، یافته‌های مربوط به مداخله‌های مذهبی - معنوی نیز این رابطه را تأیید می‌کنند (جلالی طهرانی، ۱۹۹۶ و ۲۰۰۱؛ جان‌بزرگی، ۱۳۷۸ و ۲۰۰۹؛ محمد یوسف خالد، ۲۰۰۸ و پژوهش‌هایی که در قسمت مقدمه بیان شد).

یافته دیگر پژوهش حاضر، تأیید مراحل جداگانه تحول روانی - معنوی برای مراجعان مذهبی بود. تحلیل واریانس بین مراحل گوناگون نشان می‌دهد که سه مرحله اول تحول روانی - معنوی که به نوعی زمینه‌های آسیب‌شناسی معنوی دارد، در یک دسته قرار می‌گیرد و دو مرحله آخر که عملاً ماهیت یکسانی دارد و فرد در وضعیتی باثبات از نظر دینی و ایمان مذهبی قرار دارد، در دسته دیگر قرار می‌گیرند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که کمک به مراجع برای عبور از این مراحل حساس معنوی - روانی اهمیت بالایی داشته و زمینه را برای پیشگیری از مشکلات و بازگشت آسیب‌دیدگی و همچنین افزایش سلامت روانی آماده می‌کند.

محدودیت‌ها

با وجود یافته‌های پژوهش حاضر، محدودیت‌های متعددی قابل بیان است. روایی‌سازی هنوز در پرده ابهام قرار دارد و اینکه بتوان با ابزار خود گزارش‌دهی سطح تحول را مشخص کرد، امر آسانی نیست. به‌رغم فعالیت‌ها و تلاش‌های بالینی در این باره (جان‌بزرگی، ۱۳۷۵) هنوز نمی‌توان به‌طور دقیق به ابزارهای عینی برای سنجش سازه‌های تحولی اعتماد داشت و همواره محدودیت‌های این ابزارها را باید در نظر گرفت.

هرچند اجرای آزمایشی ابزار سنجش سطح تحول روانی - معنوی با موفقیت نسبی همراه بود؛ اما محدودیت حجم نمونه در زمینه‌های مختلف (چه در تعداد و چه از نظر نوع افراد) لزوم احتیاط تعمیم یافته‌ها را به جامعه برجسته می‌کند.

بنابراین، پیشنهاد تحلیل عاملی این ابزار با جامعه بالینی و غیر بالینی در حجمی وسیع‌تر و همچنین با مراجعان مذهبی و غیر مذهبی می‌تواند به کارآیی بااطمینان‌تر از این ابزار کمک کند. مقایسه نمره‌های این تست با مشاهده‌های بالینی ساخت یافته از دید چند متخصص باتجربه نیز می‌تواند به اعتبار این کار بیفزاید. هرچند اجرای این ابزار قبل و بعد از درمان اختلال‌ها در دست بررسی است؛ اما از زاویه کاربردی پیشنهاد می‌شود که نتایج در پرتو داده‌های ناشی از مشاهده‌های بالینی بررسی شود.

بر خود لازم می‌دانیم از همه کسانی که در اجرای این پژوهش با ما همکاری کرده‌اند، سپاسگزاری کنیم و یاد استاد دادستان را گرامی بداریم.

منابع

- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۷۵)، «به سوی درمانگری تحولی»، مقاله ارائه‌شده در کنفرانس تحول شناخت به مناسبت یکصدمین سال درگذشت پیاژه، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- _____ (۱۳۷۸)، بررسی اثر بخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تیدگی، پایان‌نامه دکترا، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- _____ (۱۳۸۶)، «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی»، پژوهش در پزشکی، دوره ۳۱، ش ۴، ص ۳۴۵-۳۵۰.
- _____ (۱۳۸۷)، «ساخت و اعتباریابی آزمون پایبندی مذهبی براساس گزاره‌های قرآن و نهج‌البلاغه»، اسلام و روان‌شناسی، س ۳، ش ۵، ص ۷۹-۱۰۵.
- _____ و سیدمحمد غروی (زیر چاپ)، نظریه‌های نوین روان‌درمانگری و مشاوره، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- _____ و ن. نوری (۱۳۸۸)، شیوه‌های درمانگری اضطراب و تیدگی، چ ۳، تهران: سمت.
- دادستان، پریخ (۱۳۷۷)، «پرسشنامه سلامت عمومی»، در ج. ب. استورا، تیدگی یا استرس: بیماری جدید تمدن، تهران: رشد، ص ۱۷۹-۱۸۷.
- طباطبایی، سیدمحمدحسین (۱۳۶۷)، شیعه در اسلام، چ ۱۲، [بی‌جا]: دفتر انتشارات اسلامی.
- عبدی، نرگس (۱۳۸۹)، بررسی رابطه میان عوامل شخصیتی و میزان قانون‌پذیری با توجه به پایبندی مذهبی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی، به راهنمایی دکتر مسعود جان‌بزرگی.
- موسوی خمینی، روح‌الله (۱۳۸۷)، شرح حدیث جنود عقل و جهل، چ ۱۲، مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی (ره).
- یعقوبی، ن. (۱۳۷۴)، بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرا گیلان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی بالینی، تهران: انیستیتو روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

- Adams, G. R; T. P Gullotta & Markstrom - Adams, G. (1994), *Adolescent life experiences*, (3rd ed.), brooks/Cole. P; USA.
- Allport, G. (1968), *The Person in Psychology*, Boston: Beacon Press.
- Berammer, L. M; P. Abrego & E. L. Shostrom (1993), *Therapeutic Counseling and Psychotherapy*, (6th ed.), Prentice Hall.
- Brady, M. J.; A. H. Peterman; G. Mo M. Fitchett & D. Cella (1999), *A Case for Including Spirituality in Quality of Life Measurement in Oncology*, *Psycho-Oncology*, 8(5): 417-428.
- Cassileth, B. R. & A. J. Vickers (2005), "High Prevalence of Complementary and Alternative Medicine use Among Cancer Patients: Implications for Research and Clinical Care", *Journal of Clinical Oncology*, 23(12): 2590-2592.
- Century Blueprint for Physical Health, Emotional Balance, Mental Clarity and Spiritual Awakening*. Boston & London: Integral Books.
- Cooper, M. (2008), *Existential Psychotherapy*. in Lebow, J. L., *Twenty First Century Psychotherapies John Wiley & Sons, Inc.*
- Crammer, C.; C. Kaw; T. Gansler & K. D. Stein (2011), *Cancer Survivors Spiritual Well-Being and Use of Complementary Methods: A Report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors*, *J Relig Health* (50): 92-07.
- Erikson, E. H. (1958), *Young man Luther: A Study in Psychoanalysis and History*, New York: W.W.W Norton.
- Erikson, E. H. (1983), *The Life Cycle Completed: A Review*, New York: WWW. Norton.
- Fowler, J. (1989), "Faith and the Structuring of Meaning; in C. Dystra & Parks" (Eds), *Faith Development and Fowler*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Fowler, R. A. (1984), *Becoming Adult Becoming Christian; San Francisco: Harper & Row*.
- Gansler, T.; Kaw, C.; Crammer, C. & Smith, T. (2008), *A Population-Based Study of Prevalence of Complementary Methods use by Cancer Survivors: A Report*

- from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors, *Cancer*, 113(5): 1048-1057.
- Garlick, Max Wall; K Corwin, Diana; Koopman, C (2011), *Psycho-Spiritual Integrative Therapy for Women with Primary Breast Cancer*, *J Clin Psychol Med Settings* (18):78-90.
- Genia, Vicky (1995), *Counseling and Psychotherapy of Religious Clients: A Developmental Approach*; Praeger.
- Goldstein, M. S.; Lee, J. H.; Ballard-Barbash, R. & Brown, E. R. (2008), *The use and Perceived Benefit of Complementary and Alternative Medicine Among Californians with Cancer*, *Psycho-Oncology*, 17(1): 19-25.
- Hanna, F. J. & Myer, R. A. & Ottens, A. J. (1994), *The Effects of Early Religious Training: Implications for Counseling and Development*, *Jour. Of Counseling and Values* vol.30, (1): 32-41.
- Hsiao, A. F.; Wong, M. D.; Miller, M. F.; Ambs, A. H.; Goldstein, M. S.; Smith, A.; et al. (2008), "Role of Religiosity and Spirituality in Complementary and Alternative Medicine use Among Cancer Survivors in California", *Integrative Cancer Therapies*, 7(3): 139-146.
- Jalali-Tehrani, S. M. M. (2001), *Integration Therapy in Corsini, R.J. Handbook of Innovative Therapy*, 2nd edit, John Wiley and Sons, Inc, pp.321-331.
- Jalali-Tehrani, S. M. M. (1996), *Islamic theory and humanistic psychology*, *The Humanistic psychologist*, 3(24), pp.341-349.
- Janbozorgi, M. A.; Zahirodin, N.; Norri, R.; Ghafarsamar & Shams, J. (2009), "Providing Emotional Stability Through Relaxation Training", *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol.5, no.3, pp.75-84.
- Lazarus, A. A. (1997), *Brief But Comprehensive Psychotherapy: the Multimodal way*, New York:Springer.
- Lazarus, A. A. (2008), *Technical Eclecticism and Multimodal Therapy in Lebow, J. L.*, *Twenty First Century Psychotherapies* John Wiley & Sons, Inc.

- Lazarus, A. A.(2011), "Multimodal Therapy. In Corcini R. J.& wedding", D(Eds), *Current Psychotherapies* (9th ed).
- Lazarus, A. A., & Lazarus, C. N. (1991), *Multimodal Life History Inventory*, Chmpaign, IL: Resaerch Press.
- Levine, E. G.; Aviv, C.; Yoo, G.; Ewing, C. & Au, A. (2009), *The Benefits of Prayer on Mood and Wellbeing of Breast Cancer Survivors*, *Supportive Care in Cancer*, 17(3): 295-306.
- Magnavita, J. J. (2008), *Psychoanalytic Psychotherapy. in Lebow, J. L.*, Twenty First Century Psychotherapies John Wiley & Sons, Inc.
- Mertens, A. C.; Sencer, S.; Myers, C. D.; Recklitis, C.; Kadan-Lottick, N.; Whitton, J.; et al. (2008), *Complementary and Alternative Therapy use in Adult Survivors of Childhood Cancer: A report from the Childhood Cancer Survivor Study*. *Pediatric Blood & Cancer*, 50(1): 90-97.
- Muhammad Yusuf Khalid (2008), *Psycho-Spiritual Therapy Approach Fordrug Addiction Rehabilitation*, *Jurnal Antidadah Malaysia Jld.(3 & 4)*: 143-151.
- Mytko, J. J., & Knight, S. J. (1999), *Body, Mind and Spirit: Towards the Integration of Religiosity and Spirituality in Cancer Quality of Life Research*, *Psycho-Oncology*, 8(5): 439-450.
- Northcutt, L. M.S.(2010), "Using Heart-Centered Therapies and the Integral Model for Shadow Integration and Psycho-Spiritual Development", *Journal of Heart-Centered Therapies*, vol.13, no.2, pp.67-82.
- Palmer, S.& Dryden.W.(1995), *Counseling for Stress Problems*, SAGE. Inc.
- Pargament, K. I. (2007),*Spiritually Integrated Psychotherapy*, New York: Gilford Press.
- Park, C. L. (2007), "Religiousness/spirituality and health: a Meaning Systems Perspective", *Journal of Behavioral Medicine*, (30): 319-328.
- Peterman, A. H.; Fitchett, G.; Brady, M. J.; Hernandez, L.,& Cella, D. (2002), "Measuring spiritual wellbeing in people with cancer: The functional assessment

- of chronic illness therapy-Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp)", *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1): 49-58.
- Schneider, K. J. (2002), *Humanistic Psychotherapy. Chapter for The Encyclopedia of Psychotherapy*, vol.I. (New York: Elsevier Science/Academic Press, pp.949-957).
- Vapiwala, N.; Mick, R.; Hampshire, M. K.; Metz, J. M. & DeNittis, A. S. (2006), *Patient Initiation of Complementary and Alternative Medical Therapies (CAM) Following Cancer Diagnosis*. *Cancer Journal*, 12(6): 467-474.
- Whitford, H. S., Olver, I. N. & Peterson, M. J. (2008), *Spirituality as a Core Domain in the Assessment of Quality of Life in Oncology*, *Psycho-Oncology*, 17(11): 1121-1128.
- Wilber, K.; Patten, T., Leonard A. & Morelli, M. (2008), *Integral Life Practice: A 21st*.
- Worthington, E. I. (1989), *Religious Faith Across the Lifespan; Journal of Counseling Psychology*, (17): 555-612.
- Zimberoff, D. M. A. & Hartman, D. (2000), "The Ego in Heart-Centered Therapies :Ego Strengthening and Ego Surrender", *Journal of Heart-Centered Therapies*, vol.3, no.2, pp.63-66.
- Zinbarg, R., E. & Griffith, J. W. (2008), *Behavior Therapy. in Lebow, J. L., Twenty First Century Psychotherapies* John Wiley & Sons, Inc.