

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری و شادکامی در دانشجویان

n.hamid@scu.ac.ir

نجمه حمید / دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

یاسر بولاغی / دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

m_mehrabizadeh@yahoo.com

مهناز مهربانی‌زاده هنرمند / استاد روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۳۰ - پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۱۷

چکیده

این پژوهش، با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان اجرا شد. ۳۷۵ دانشجو به پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و شادکامی آکسفورد پاسخ دادند. از میان افرادی که در پرسش‌نامه تاب‌آوری و شادکامی یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین کسب کردند، به طور تصادفی تعداد ۴۰ نفر انتخاب شدند. به دلیل ریزش ۶ آزمودنی در گروه آزمایش، گروه کنترل هم به همان اندازه هم‌تاسازی گردید. سپس، آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل (۱۴ نفری) تقسیم شدند. درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش ارائه شد، در این مدت، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. یافته‌های پژوهش نشان داد که میان گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ تاب‌آوری و شادکامی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$)؛ یعنی میزان تاب‌آوری و شادکامی در گروه آزمایش، نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش یافته بود. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که کاربرد روان‌درمان‌گرانه، به‌ویژه مداخلات شناختی - رفتاری مذهب‌محور، در کنار درمان‌های پزشکی، موجب افزایش میزان تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، تاب‌آوری، شادکامی، دانشجویان.

«تاب‌آوری»، به‌عنوان توانایی تحمل، «جبران»، بهبود یا مقابله با واقعه آسیب‌زا یا سختی تعریف شده است (راتن (Rutten) و همکاران، ۲۰۱۳؛ سوت‌ویک (Southwick) و همکاران، ۲۰۱۱). افراد با داشتن تاب‌آوری نسبتاً خوب، تجربه‌های دشوار را نسبت به کسانی که از تاب‌آوری پایینی برخوردارند و با همان مشکلات مشابه روبرو هستند، بهتر تحمل کرده و از عملکرد مطلوب‌تری برخوردارند (راتر (Rutter)، ۲۰۱۳). اگرچه، در زمینه تعریف تاب‌آوری هنوز مباحث قابل توجهی وجود دارد، اما برخی مطالعات، تاب‌آوری را به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی معرفی می‌کنند که به افراد کمک می‌کند تا با دشواری‌های زندگی مقابله کنند و به رشد و تعادل سازگاران‌های در زندگی دست یابند (هو (Hu) و همکاران، ۲۰۱۵). تحقیقات نشان داده است که تاب‌آوری به طور قابل توجهی خطر ابتلا به اختلالات روانی از جمله افسردگی، اختلالات اضطرابی و استرس پس از سانحه را کاهش می‌دهد (داویدوف (Davydov) و همکاران، ۲۰۱۰). فردی که دارای تاب‌آوری است، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی خود را سازگار می‌کند و پس از برطرف شدن عوامل فشارزا، به سرعت به حالت بهبود باز می‌گردد. افرادی که از سطح تاب‌آوری کمتری برخوردارند، به مقدار ناچیزی خود را با موقعیت‌های جدید وفق می‌دهند. این افراد، به کندی از موقعیت‌های فشارزا، به حالت عادی و طبیعی بهبود می‌یابند (سیبرت (Siebert)، ۲۰۰۶). مطالعات نقش عوامل محافظتی و خطرزا را در تاب‌آوری شناسایی کرده‌اند. از میان این عوامل، می‌توان به عوامل بیولوژیکی (فدر (Feder) و همکاران، ۲۰۰۹)، روان‌شناختی (توجاد و فردریکسون (Tugade & Fredrickson)، ۲۰۰۴)، جمعیت‌شناختی (بونانو (Bonanno) و همکاران، ۲۰۰۷) و عوامل محیطی (هاسکت (Haskett) و همکاران، ۲۰۰۶) اشاره کرد. عوامل استرس‌زای زندگی گذشته، به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده منفی تاب‌آوری بزرگسالان معرفی شده است (بونانو و همکاران، ۲۰۰۷). امروزه، مشخص شده است از جمله عواملی که بر تاب‌آوری تأثیر دارد، باورهای مذهبی است. آثار بالقوه باورهای مذهبی، منجر به کنار آمدن و مقابله با حوادث آسیب‌زا می‌شود (نوابخش و همکاران، ۱۳۸۵). نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌ها، بیانگر رابطه مثبت و معنادار بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری است (رحیمی، ۱۳۸۹؛ آقاییانی چاوشی و همکاران، ۱۳۸۷؛ بهرامی‌احسان و تاشک، ۱۳۸۳؛ تیمیس (Teetmys)، ۲۰۰۶؛ فوتولاکیس (Fountoulakis) و همکاران، ۲۰۰۸؛ جوکار و همکاران، ۱۳۸۹).

شادکامی، از جمله متغیرهایی است که ارتباط نزدیکی با تاب‌آوری دارد. همچنین، از دیگر شاخص‌های سلامت روان و از جمله مفاهیمی است که در سال‌های اخیر، در رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر مورد توجه قرار گرفته است. در مباحث روان‌شناختی، شادی به‌عنوان یکی از هیجانات مثبت طبقه‌بندی شده است که انسان‌ها، در فعالیت‌های روزمره خود آن را تجربه می‌کنند. شادی افزایش‌دهنده آگاهی، خلاقیت و فعالیت فرد است، تسهیل‌گر روابط اجتماعی است و موجب حفظ سلامت و افزایش طول عمر افراد می‌گردد. فرد شادکام، معمولاً سالم، فرهیخته، برون‌گرا و خوش‌بین است. همچنین، افراد شاد دارای روابط دوستانه با ثبات و نگرش‌های معنوی پایداری هستند.

برخی نظریه‌پردازان، رسیدن به شادکامی را از طریق توجه به ارزش‌ها و اهداف معنوی، نیازهای اساسی، معنادار بودن زندگی و عشق به خدا امکان‌پذیر می‌دانند. ماله‌رب (۲۰۰۱)، با طرح این پرسش که آیا راهی وجود دارد که بفهمیم چگونه بهترین و پایدارترین شادکامی به دست می‌آید، شادکامی معنوی را یگانه شادکامی می‌داند که در همه شرایط به انسان کمک نموده، پابرجا و زوال‌ناپذیر است (صدیقی‌ارفعی و همکاران، ۱۳۹۱). از نظر وی، این احساس شادکامی با سختی‌ها و فشارهای روانی زندگی، هم‌زیستی مطلوبی دارد. افراد مذهبی، با داشتن این عقیده که در جهان هدف و مقصد والایی وجود دارد، می‌توانند شادکامی خود را ارتقا بخشند. بنابراین، بین شادکامی و باورهای مذهبی افراد، ارتباط تنگاتنگی وجود دارد (صدیقی‌ارفعی و همکاران، ۱۳۹۱).

در دهه‌های اخیر، پژوهشگران نقش عقاید و باورهای مذهبی را بر سلامت روان نشان دادند (تورسن و هریس (Thoresen & Harris)، ۲۰۰۲؛ برنان (Brennan)، ۲۰۰۴؛ احمري طهران و همکاران، ۱۳۸۸). اعتقادات دینی و مذهب، به‌عنوان یک عامل برای آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود. نداشتن مذهب، با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی همراه است (آکس لاین (Exline)، ۲۰۰۸). از سوی دیگر، میان نگرش مثبت به دعا و نیایش فردی، با میزان اضطراب رابطه معکوس معناداری وجود دارد و ذکر خدا به‌عنوان نیرویی برای مقابله با استرس شناخته شده است (همان). بر اساس این پژوهش‌ها، مذهب می‌تواند به‌عنوان یک متغیر میانجی عمل نموده، در مواجهه با استرس، امیدواری و معنی‌جویی بیشتری را در فرد ایجاد کند. همچنین، توکل به خدا، اضطراب را کاهش داده و در مواردی، اضطراب بالا موجب می‌شود تا فرد به خدا توکل کند، به عبارت دیگر، اضطراب موجب می‌شود تا فرد بیشتر از توکل به خدا، به‌عنوان یک مکانیسم مقابله مذهبی استفاده کند. افراد با اعتقادات مذهبی ضعیف، از این مکانیسم کمتر استفاده می‌کنند. بنابراین، مذهب به‌عنوان یکی از متغیرهای واسطه‌ای، اثرات منفی عوامل استرس‌زا را تعدیل می‌کند (پارگامنت (Pargament)، ۱۹۹۰).

در درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به بیمار کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت پروردگار و رحمت الهی توجه نماید (حمید و همکاران، ۱۳۹۱ الف). همچنین، «توکل به خدا» و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود امید به زندگانی افزایش یابد. در جلسات روان‌درمانگری، این باور در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد، بی‌فایده نبوده، بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح گوناگون زندگی توأم است. با ایجاد چنین طرز تفکری، بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد. همچنین، در این رویکرد درمانی به آیات قرآن کریم و احادیث و تأثیر آنها در درمان تأکید می‌شود. در رویکرد مذهبی این باورداشت، که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده خالق هستی، برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگترین

حافظ و تکیه‌گاه آنها است، تقویت می‌شود (حمید، ۱۳۸۸). روان‌درمانی شناختی، به شدت متأثر از زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی است و کارایی آن، متأثر از زمینه‌های فرهنگی و اعتقادات افرادی است که این درمان در ارتباط با آنها به کار برده می‌شود (هافمن (Haffman)، ۲۰۰۸). بنابراین، در درمان‌های روانی، علاوه بر شرایط بیولوژیکی مراجع، باید به اعتقادات فرهنگی وی توجه ویژه‌ای شود.

پژوهش‌ها نشان دادند که روان‌درمانی تلفیقی شناختی-رفتاری، با تأکید بر مذهب و معنویت، در ۱۲ جلسه مداخله بر روی افراد سالمند دارای اختلال اضطراب، موجب کاهش علائم اضطراب و نفع ثانویه، ناشی از این اختلال در آنان می‌شود (باررا (Barrera) و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، کارآمدی مداخلات مبتنی بر معنویت در درمان اختلال اضطرابی مؤثر بوده، موجب کاهش معنادار نگرانی و علائم اختلال اضطرابی، در مبتلایان می‌شود (کوسزیک (Koszycki) و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهشگران با استفاده از تلفیق رویکرد درمان شناختی-رفتاری با مذهب و معنویت، نشان دادند که این رویکرد درمانی موجب بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌شود (پاکرت (Paukert) و همکاران، ۲۰۰۹). پروپست (Propst) و همکاران (۱۹۹۲)، پروپست (۱۹۸۸)، در مطالعات خود به مقایسه درمان‌های شناختی-رفتاری بر روی اختلالاتی چون افسردگی پرداختند، نتایج تأثیر مثبت بیشتر درمان شناختی-رفتاری، همراه با فاکتورهای مذهبی را در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری کلاسیک نشان داد. ریچاردز و برگین (Richards & Bergin) (۱۹۹۷)، نوعی راهبردهای معنوی برای استفاده در مشاوره و روان‌درمانی مطرح کرده و شواهدی اثربخشی این روش‌ها بر بهبود روابط و سلامت افراد را گزارش نموده‌اند. این راهبردها عبارتند از: ترغیب مراجعان به نیایش و دعا کردن، بحث در مورد نظم و ترتیب جهان هستی و مشیت الهی، استفاده از نوشته‌های کتاب‌های مقدس در امر درمان، استفاده از فنون تن‌آرامی بر اساس تصویرسازی ذهنی مکان‌های مقدس و ارتباط با خالق هستی و پی‌بردن به عظمت وی، از طریق تمرکز بر کائنات و راز شگفت‌انگیز خلقت برای توجه‌گردانی‌ها و ایجاد امید به رحمت الهی در شفای بیمار، ترغیب مراجعان به بخشش و ایثار، کمک به مراجعان برای هماهنگ شدن با ارزش‌های معنوی، مشاوره با رهبران مذهبی و استفاده از روایات در زمینه تأثیر مذهب و معنویت در شفای بیماران می‌باشد. مطالعه فراتحلیلی آنو و واسکنسلز (Ano & Vasconcelles) (۲۰۰۵)، نشان می‌دهد که مداخله‌های مذهبی، با تجربه آشفته‌گی و تعارض کمتر، و نیز افسردگی اضطراب پایین‌تر ارتباط دارند. جوشی (Joshi) و همکاران (۲۰۰۸)، ارتباط بین عقاید مذهبی افراد را با بهزیستی روان‌شناختی بررسی کردند. آنها به این نتیجه رسیدند که بهزیستی روان‌شناختی، ارتباط تنگاتنگ و عمیقی با عقاید مذهبی افراد دارد. فرارو و کیم (Ferraro & Kim) (۲۰۱۴)، به بررسی فواید مذهب و باورهای مذهبی بر سلامتی سالخوردگان سیاه و سفیدپوست آمریکایی پرداختند. نتایج حاصل نشان داد که داشتن باورها و تعاملات مذهبی در کاهش التهاب مزمن افراد سالخورده تأثیر بسزایی دارد و بخصوص ممکن است در کاهش فشار خون بالا و اختلالات قلبی عروقی سالخوردگان سیاه‌پوست آمریکایی مفید واقع شود. فلچر و کومار (Kumari & Fletcher) (۲۰۱۴)، به بررسی

مذهب و رفتارهای مضر سلامتی، در میان نوجوانان و جوانان آمریکایی پرداختند. نتایج نشان داد که جوان و نوجوانانی که خود را مذهبی می‌دانند، در طول دوره نوجوانی و جوانی، کمتر دچار استفاده و سوء‌مصرف مواد مخدر می‌شوند.

در کشورمان ایران نیز به تأثیر مذهب، به‌ویژه در روان‌درمانی توجه شده و درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور در درمان، اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. یوسفی (۱۳۹۱)، در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور و معنادرمانگری، بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان مؤثر است. کاپیانی و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش ناکارآمد زوجین مؤثر است. حمید و همکاران (۱۳۹۱) ب) در پژوهش خود نشان دادند که روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور، توأم با بازآموزی بخشودگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی در زوجین مؤثر است. همچنین، حمید و همکاران (۱۳۹۱) ب) در پژوهشی دیگر نشان دادند خانواده‌درمانی با الگوی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر متوسطه شهر اهواز، نتایج مثبت و مؤثری را در پی دارد. در پژوهشی دیگری، بوالهروی و همکاران (۱۳۹۱)، به بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر شیراز پرداختند. نتایج نشان داد که معنویت‌درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است. همچنین، موجب بهبود سلامت معنوی در این بیماران گردیده است.

هرچند در ایران پژوهش‌هایی در زمینه تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر اختلالات روان‌شناختی انجام شده است، اما در زمینه تأثیر این درمان، در میان اقشار دانشجویان که به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین قشرهای تأثیرگذار بر تحولات هر کشوری محسوب می‌شوند، پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است. همچنین، مطالعات پیشین در حوزه مداخلات شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر بُعد آسیب‌شناختی افراد تمرکز داشته، کمتر بر ابعاد روانی مثبت مانند تاب‌آوری و شادکامی تأکید کرده‌اند. از این رو، در این پژوهش این سؤال مطرح می‌شود که آیا درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان تأثیر دارد؟

روش پژوهش

روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، با گروه کنترل همراه با پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز (۳۷۵ نفر) که در نیمسال دوم تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳، به تحصیل اشتغال داشتند. در این پژوهش، برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای استفاده شده است؛ به این صورت که از میان ده دانشکده شهید چمران، پنج دانشکده و از هر دانشکده چهار گروه و از هر گروه چهار کلاس و از هر کلاس، نیمی از دانشجویان به صورت تصادفی انتخاب و به

آنها پرسش‌نامه داده شد. دانشجویانی که در پرسش‌نامه تاب‌آوری و شادکامی یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین کسب کردند، انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۴ نفر). این افراد از لحاظ سن، جنس، وضعیت اقتصادی، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی و روانی و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش، کاملاً هم‌متاسازی شده بودند. گروه آزمایش تحت درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور قرار گرفتند. اما گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به طور هفتگی روی گروه آزمایش انجام شد. یک هفته پس از پایان مداخله شناختی - رفتاری مذهب‌محور، در مرحله پس‌آزمون آزمودنی‌های، دو گروه با استفاده از ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

خلاصه‌ای از جلسات شناختی - رفتاری مذهب‌محور

جلسه اول: معرفی افراد گروه به یکدیگر و با درمانگر، توضیح در مورد اهداف گروه، قوانین، ضرورت‌ها و روش درمان، توضیح در مورد تاب‌آوری و شادکامی، تبادل نظر در مورد باورهای شناختی، تبادل نظر در مورد باورهای ناکارآمد شناختی و معایب آن، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه دوم و سوم: مرور تکالیف خانگی، آموزش باورهای شناختی، آموزش مدل A-B-C/ایس، همراه با مثال‌های متعدد و تبادل نظر در مورد آن، آموزش باورهای ناکارآمد شناختی بک، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره تاب‌آوری، شادکامی و حل مشکلات و مواجهه صحیح با رویدادها، بحث گروهی در مورد خطاهای شناختی، همراه با مثال‌هایی از افراد گروه، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه چهارم: مرور تکالیف خانگی، بحث در مورد افکار و باورهای غیرمنطقی اعضای گروه، مقابله و چالش با افکار منفی و ناکارآمد و آموزش این فنون به درمانجویان، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره خطاهای شناختی، تاب‌آوری و شادکامی و بحث گروهی، در مورد فنون آموخته شده و آیات و احادیث بیان شده طی جلسه، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه پنجم: مروری کوتاه بر جلسات قبل، بررسی تکالیف خانگی، استناد به آیات و احادیث در مورد تاب‌آوری و شادکامی، ارائه راه‌حلی برای مواجهه صحیح با باورهای ناکارآمد شناختی، بحث گروهی در مورد راه‌حل‌های بیان شده، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه ششم و هفتم: مرور تکالیف خانگی، ارائه چند تکنیک رفتاری، برای مقابله با افکار و باورهای ناکارآمد شناختی، با توجه به آیات و احادیث، آموزش فنون حل مسئله، آموزش فنون توجه برگردانی از مشکلات خود، به کائنات و خلقت خدا و نظام آفرینش، بحث گروهی در مورد فنون آموخته شده طی جلسه، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه هشتم: مرور تکالیف خانگی، آموزش آرامش با توجه به یاد خدا در زندگی و تلاوت قرآن، آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق، با هدف مقابله با اضطراب و افسردگی، ناشی از باورهای نادرست و ناکارآمد شناختی، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه نهم: مروری بر تکالیف خانگی، آموزش فن تجسم ذهنی و توجه به پدیده‌های هستی، برای کسب انرژی مثبت و توان مضاعف در بررسی افکار با کمک درمانجویان، آموزش توکل به خدا، تقویت توکل و بحث در مورد تأثیر نیایش، در تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی، برای افزایش شادکامی و تحمل رنج‌ها و سختی‌های زندگی، اشاره به آیات و احادیث مربوط به توکل و تقرب الهی و موفقیت در امور، بررسی مزایا و معایب توکل به خدا، ارائه تکالیف خانگی به درمانجویان.

جلسه دهم: مرور تکالیف خانگی، بیان احساسات توسط درمانجویان و بحث در مورد این احساسات، مروری کلی بر جلسات گذشته، بررسی تغییراتی که درمانجویان در خود احساس می‌کنند، ارائه توصیه‌های کلی در مورد چگونگی عمل کردن پس از اتمام جلسات گروه، اطمینان خاطر درمانگر به درمانجویان، نسبت به اینکه با به‌کارگیری آنچه تاکنون یاد گرفته‌اند، مشکلی برای آنها پیش نخواهد آورد، اجرای پس‌آزمون.

ابزارهای پژوهش

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): در این پژوهش، از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) که در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) ترجمه و هنجاریابی شده است، استفاده شده است. یک نمونه از سؤالات این مقیاس عبارت است از: «وقتی تغییری رخ می‌دهد، می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم». این مقیاس، شامل ۲۵ ماده می‌باشد و آزمودنی باید به هر یک از ماده‌های مقیاس که در یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (پاسخ کاملاً مخالفم نمره صفر و پاسخ کاملاً موافقم نمره چهار) تنظیم شده است، پاسخ دهد. کمترین و بیشترین نمره در مقیاس تاب‌آوری، به ترتیب صفر و ۱۰۰ می‌باشد. اگر چه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی / تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف / روابط ایمن، مهار و معنویت) را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است، اما به دلیل عدم تأیید پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها، فقط نمره کلی تاب‌آوری، برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (فرهادی مطلق، ۱۳۹۱، ص ۸۰). کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پایایی مقیاس تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و با روش بازآزمایی ۰/۷۸ گزارش نمودند. *دلس سرنانو- پرا* (Dolores Serrano-Parra) و همکاران (۲۰۱۳)، پایایی این مقیاس را در زبان اسپانیایی، با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند. بیک (Baek) و همکاران (۲۰۱۰)، پایایی این مقیاس را در نمونه کره‌ای، با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش نمودند. سینگ و یو (Singh & Yu) (۲۰۱۰)، ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۹ گزارش نمودند. محمدی (۱۳۸۴)، برای تعیین پایایی مقیاس کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته است. او ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۹ گزارش نمود. *شاکری‌نیا* و *محمدپور* (۱۳۸۹) نیز پایایی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش نمودند. *جعفری* و همکاران (۱۳۸۹)، پایایی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش داده‌اند. در این پژوهش، پایایی این مقیاس، با توجه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، روایی همزمان مقیاس تاب‌آوری را با

پرسش‌نامهٔ سرسختی *کوباسا*، ۰/۸۳ گزارش نمودند. علاوه بر این، بین این مقیاس با مقیاس استرس ادراک شده، ارتباط منفی معناداری مشاهده شد. *دلرس سرانو-پیر* و همکاران (۲۰۱۳)، روایی این مقیاس را در زبان اسپانیایی بررسی نمودند. نتایج حاصل از تحلیل عامل تأییدی، نشان داد که یک مدل تک عاملی از برآزش خوبی در هر دو گروه مردان و زنان برخوردار است. *سینگ و یو* (۲۰۱۰)، در بررسی روایی مقیاس تاب‌آوری، روابط معناداری را بین این مقیاس با پرسش‌نامه پنج عامل بزرگ شخصیتی، عاطفه مثبت و منفی، رضایت از زندگی به دست آوردند. *محمدی* (۱۳۸۴)، برای بررسی روایی این مقیاس از روش همبستگی هر گویه با نمرهٔ کل پرسش‌نامه استفاده نمود. همبستگی به‌دست‌آمده بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ گزارش شد. *نادری و همکاران* (۱۳۸۸)، برای بررسی روایی این مقیاس، از همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز استفاده نمود. همبستگی به‌دست‌آمده، بین این دو متغیر ۰/۶۴ به دست آمد که در سطح ($p < ۰/۰۱$) معنادار بود.

پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (OHI): پایهٔ نظری این پرسش‌نامه، تعریف *آرجیل و کروسلند* (Argyle & Crossland) (۱۹۸۷) از شادکامی بود. به باور *آرجیل و همکاران* (۱۹۸۹)، این پرسش‌نامه نقطه مقابل پرسش‌نامه افسردگی بک است. ۲۱ پرسش از پرسش‌های این پرسش‌نامه از BDI برگرفته شده است تا سایر جنبه‌های سلامت ذهنی را پوشش دهد. فرم نهایی پرسش‌نامه، با ۲۹ پرسش چهارگزینه‌ای آماده شد که در هر پرسش، فرد دربارهٔ خود از احساس ناشادی تا احساس شادی بسیار زیاد قضاوت می‌کند (فرانسیس (Francis) و همکاران، ۱۹۹۸). *آرجیل و همکاران* (۱۹۸۹)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ را با ۳۴۷ آزمودنی و پایایی بازمیابی آن را طی هفت هفته، ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. *فارنهایم و بورینگ* (Furnham & Brewing) (۱۹۹۰)، آلفای ۰/۸۷ را با ۱۰۱ آزمودنی و *نور* (۱۹۹۳)، با فرم کوتاه‌تری از این پرسش‌نامه، آلفای ۰/۸۴ را با ۱۸۰ آزمودنی به دست آوردند. در بررسی *فرانسیس و رویینز* (Francis & Robbins) (۲۰۰۳)، آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست‌آمده است. در ایران، برای محاسبه پایایی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد، در پژوهشی مقدماتی توسط *علی‌پور و نوربالا* (۱۳۷۸)، ۱۰۱ دانشجوی دانشگاه‌های علامه طباطبائی و شاهد با میانگین سنی ۲۲/۵ مورد بررسی قرار گرفتند. *رئیس* (۱۳۸۳) نیز در پژوهش خود، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۷ گزارش کرد. در این پژوهش، پایایی این مقیاس، با توجه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. *آرجیل و همکاران* (۱۹۹۵)، برای بررسی روایی این پرسش‌نامه، از دانشجویان خواستند تا دوستانشان را بر اساس یک مقیاس ۱۰ درجه‌ای شادمانی درجه‌بندی کنند. همبستگی بین این درجه‌بندی و پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد ۰/۴۳ بود. همچنین، از آنجاکه شادمانی دارای سه بخش عاطفه مثبت، رضایت و نبود عاطفه منفی دانسته شد، همبستگی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد، با مقیاس عاطفه مثبت برادبرن ۰/۳۲، با شاخص رضایت از زندگی *آرجیل* ۰/۵۷ و با پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ۰/۵۲ - محاسبه شد (فرانسیس و همکاران، ۱۹۹۸). همچنین، *وایلانت* (Valiant) (۱۹۹۳) در پژوهشی مشابه همبستگی بین درجه‌بندی دوستان و نمره پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد را ۰/۶۴ و ۰/۴۹ گزارش کرده‌اند. پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد، در بسیاری از پژوهش‌های مربوط

به شادکامی به کار برده شده، نسبت به BDI دارای پایایی بازآزمایی قوی‌تری گزارش شده است. همچنین، افزون بر همبستگی بالا با ارزیابی دوستان، با ابعاد شخصیتی، فشار روانی و حمایت اجتماعی رابطه قوی داشته است (آرجیل، ۲۰۰۱). فرانسویس و همکاران (۱۹۹۸)، در پژوهشی بین فرهنگی، برای روایی و پایایی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان انگلیسی، آمریکایی، استرالیایی و کانادایی، ضریب آلفای این پرسش‌نامه را بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ گزارش نمودند. در پژوهش علی‌پور و نوربالا (۱۳۸۷)، همسانی درونی مواد پرسش‌نامه نشان داد که همهٔ موارد ۳۹‌گانه آن، با نمره کل همبستگی بالایی دارد. همچنین، برای بررسی روایی صوری پرسش‌نامه، از ۱۰ کارشناس نظرخواهی شد که همگی توان سنجش شادکامی را توسط این آزمون تأیید کردند.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱، یافته‌های توصیفی حاصل از متغیرهای تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان را در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین گروه آزمایش در متغیر تاب‌آوری و شادکامی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. اما در گروه کنترل، چنین تغییری مشاهده نمی‌شود.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
تاب‌آوری	آزمایش	۱۶/۶۸	۵۸/۱۴	۱۵/۶۳	۷۲/۰۷	۱۷/۴۱	۶۸/۲۱
	کنترل	۱۳/۰۶	۵۶/۸۶	۱۳/۸۲	۵۴/۴۳	۱۳/۲۴	۵۰/۵۷
شادکامی	آزمایش	۱۵/۲۳	۳۷/۰۷	۱۶/۴۱	۵۰/۶۴	۱۸/۶۲	۵۸/۲۹
	کنترل	۱۰/۷۸	۳۴/۵۰	۱۶/۹۵	۳۳/۹۳	۱۵/۵۱	۳۵/۸۶

جدول ۲، نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لوین، مربوط به متغیرهای کمکی پژوهش (تاب‌آوری و شادکامی) را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که از جدول ۲ استنباط می‌شود، نتایج آزمون لوین در متغیر تاب‌آوری، در مرحله پیش‌آزمون ($F=۰/۴۱$ و $P=۰/۶۸$) و در مرحله پیگیری ($F=۰/۶۳$ و $P=۰/۲۲$) و در متغیر شادکامی، در مرحله پیش‌آزمون ($F=۱/۰۵$ و $P=۰/۳۱$) و در مرحله پیگیری ($F=۳/۲۶$ و $P=۰/۰۸$) معنادار نمی‌باشند. بنابراین، واریانس گروه کنترل، در متغیر تاب‌آوری و شادکامی، در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری، به‌طور معناداری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لوین بین متغیرهای کمکی برای مقایسه پیش‌آزمون و پیگیری گروه‌ها

متغیر	آزمون	F	df1	df2	سطح معناداری
تاب‌آوری	پیش - پس‌آزمون	۰/۶۸	۱	۳۶	۰/۴
	پیش - پیگیری	۰/۲۲	۱	۳۶	۰/۶
شادکامی	پیش - پس‌آزمون	۱/۰۵	۱	۳۶	۰/۳
	پیش - پیگیری	۳/۲۶	۱	۳۶	۰/۰۸

جدول ۳، نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها)، در سطوح عامل (گروه آزمایش و گروه گواه) را در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های همگنی شیب رگرسیون بین متغیرهای کمکی برای مقایسه پیش‌آزمون و پیگیری گروه‌ها

متغیر	آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تاب‌آوری	پیش - پس آزمون	۵۵۰/۳۹۲	۲	۲۷۵/۱۹۶	۱/۶۸	۰/۲
	پیش - پیگیری	۳۳۳/۸۶۹	۲	۱۶۶/۹۳۵	۰/۷۵	۰/۴
شادکامی	پیش - پس آزمون	۷۵۵/۱۲۷	۲	۳۷۷/۵۶۴	۲/۵۱	۰/۱
	پیش - پیگیری	۳۰۱/۶۲۶	۲	۱۵۰/۸۱۳	۰/۸۸	۰/۴

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تعامل متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه آزمایش و گروه گواه)، در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری معنادار نیست. بنابراین، فرض همگنی رگرسیون‌ها رعایت شده است.

برای بررسی مفروضه‌های طرح و جهت کنترل اثر پیش‌آزمون، در بررسی اینکه آیا دریافت مداخله شناختی - رفتاری مذهب‌محور در گروه آزمایش، بر مقیاس‌های تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان اثر معنادار داشته است، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. در این حالت، نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری و شادکامی، به‌عنوان متغیرهای وابسته، مداخله به‌عنوان متغیر مستقل و نمرات پیش‌آزمون تاب‌آوری و شادکامی، به‌عنوان متغیرهای کمکی وارد تحلیل شدند. همان‌گونه که در جداول ۲ و ۳ مشاهده می‌شود، پس از کسب اطمینان از رعایت مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و همگنی خطوط رگرسیون، اثر مداخله بر متغیرهای وابسته بررسی شد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله انجام شده بر گروه آزمایش، در مورد مقیاس تاب‌آوری ($p=0/002$ و $F=11/76$) و شادکامی ($p=0/026$ و $F=5/64$)، از لحاظ آماری معنادار است. در نتیجه، می‌توان گفت: مداخله منجر به ایجاد تفاوت در این مقیاس‌ها، بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است. از سوی دیگر، ضریب اتای به‌دست‌آمده در این مقیاس‌ها، به ترتیب برابر با $0/33$ و $0/19$ است که به‌عنوان اندازه اثرهای این پژوهش، بیانگر مداخله شناختی - رفتاری مذهب‌محور می‌تواند ۱۹ تا ۳۳ درصد، تغییرات حاصل در متغیرهای تاب‌آوری و شادکامی گروه آزمایش را پیش‌بینی کند. همچنین، مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد، اثر مداخلات انجام شده در مرحله پیگیری بر گروه آزمایش، در مورد مقیاس تاب‌آوری ($p=0/001$ و $F=13/24$) و شادکامی ($p=0/002$) از لحاظ آماری معنادار است. در نتیجه، می‌توان گفت: اثربخشی شناختی - رفتاری مذهب‌محور در مقیاس‌های تاب‌آوری و شادکامی، بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری حفظ شده است. از سوی دیگر، ضریب اتای به‌دست‌آمده در این مقیاس‌ها، در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با $0/36$ و $0/34$ است که به‌عنوان اندازه اثرهای این پژوهش، بیانگر اثر مداخله شناختی - رفتاری مذهب‌محور، در مرحله پیگیری می‌تواند $0/34$ تا $0/36$ درصد تغییرات حاصل در متغیرهای تاب‌آوری و شادکامی گروه آزمایش را پیش‌بینی کند.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان (df=1)

متغیر	آزمون	F	معناداری	ضریب بتا
تاب‌آوری	پیش- پس‌آزمون	۱۱/۷۶	۰/۰۰۲	۰/۳۳
	پیش- پیگیری	۱۳/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶
شادکامی	پیش- پس‌آزمون	۵/۶۴	۰/۰۳۶	۰/۱۹
	پیش- پیگیری	۱۱/۹۲	۰/۰۰۲	۰/۳۴

مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش، در متغیرهای تاب‌آوری و شادکامی، حاکی از افزایش نمره تاب‌آوری و شادکامی است. از این‌رو، بهبود دانشجویان دریافت‌کننده مداخله شناختی - رفتاری مذهب‌محور، در مقایسه با دانشجویانی که هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرده بودند، در شاخص‌های تاب‌آوری و شادکامی معنادار است و می‌توان این افزایش معنادار را به متغیر مستقل؛ یعنی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور مربوط دانست. همچنین، اثر درمان در مرحله پیگیری باقی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پیرو هدف این مطالعه، مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور، بر افزایش تاب‌آوری و شادکامی، یافته‌های این مطالعه نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور موجب بهبود و افزایش معنادار در تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان، پس از مداخله شده است. این یافته‌ها، همسو با یافته‌های قبلی است که نشان داده‌اند ترکیب درمان شناختی- رفتاری، با مذهب و معنویت، می‌تواند یک مداخله روان‌درمانی مؤثر برای حالات روان‌شناختی باشد (پاکرت و همکاران، ۲۰۰۹؛ حمید و همکاران، ۱۳۸۸؛ ترقی‌جاه و همکاران، ۱۳۸۶). پراپست و همکاران (۱۹۹۲)، جیمز و ولز (۲۰۰۳)، در مطالعات خود به مقایسه درمان‌های شناختی- رفتاری بر اختلالاتی چون افسردگی پرداختند. نتایج تأثیر مثبت بیشتر درمان شناختی- رفتاری همراه با فاکتورهای مذهبی را در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری، کلاسیک نشان داد. یوسفی (۱۳۹۱)، در پژوهشی نشان داد که روی آوردن درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور و معنا درمانگری، در کاهش نشانگان پرخاشگری، اضطراب و افسردگی مؤثرند؛ اثر آنها در مرحله پیگیری ماندگار است. در مطالعه‌ای دیگر حمید و همکاران (۱۳۹۱ ب)، نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور، بر بهبود و کاهش میزان تعارض‌های زناشویی مؤثر است. کاویانی و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور، بر افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش ناکارآمد زوجین مؤثر است. در پژوهشی که توسط حمید و همکاران (۱۳۹۲) انجام شد، نتایج حاصل آشکار ساخت که درمان شناختی رفتاری مذهب بر زوجین، موجب افزایش سازگاری آنها و متقابلاً افزایش سازگاری و عملکرد تحصیلی فرزندان آنها شده است.

دلایل متعددی وجود دارد مبنی بر اینکه درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور، بر افزایش تاب‌آوری و شادکامی دانشجویان در این پژوهش مؤثر است. در رابطه با اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور، بر تاب‌آوری می‌توان گفت: برقراری ارتباط معنوی با یگانه قدرت بی‌انتهای، به فرد این اطمینان را می‌بخشد که نیرویی قوی حامی و پشتیبان اوست. از این‌رو، فرد رویدادها و پستی و بلندی‌های زندگی را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود، راحت‌تر طی می‌کند و کمتر دستخوش

اضطراب و استرس می‌شود. به تبع آن، نسبت به آینده امیدوارتر و خوشبین‌تر خواهد بود. همچنین، قدرت فزاینده دین در تعدیل بحران‌های زندگی، امری انکارناپذیر است که در تحقیقات متعدد به اثبات رسیده است (دهقان‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱).

از سوی دیگر، تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، شاید به این دلیل باشد که فرد با افزایش گرایش مذهبی، به نوعی خودکنترلی دست پیدا می‌کند که مانع از اثربخشی شرایط بیرونی می‌شود. در نتیجه، کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار می‌گیرد و سلامت روان خود را حفظ می‌کند. افرادی که از نظر مذهبی در سطح بالاتری قرار دارند، سعی می‌کنند مسائل خود را به شیوه حل مسئله و با حمایت اجتماعی مرتفع کنند. باور به اینکه خدایی هست که بر موقعیت‌ها نظارت می‌کند و ناظر بر اعمال بندگان است، تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد. به‌طوری‌که معتقدند: می‌توان با اتکا به خداوند، موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی را تحت سلطه خود درآورد. در نتیجه، این نوع تفکر، که در پرتو درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور ایجاد شده است، تاب‌آوری دانشجویان شرکت‌کننده در این درمان، افزایش یافته است. در حقیقت، اغلب افراد مؤمن، ارتباط با خدا را مانند ارتباط با یک دوست صمیمی دانسته، بر این باورند که اتکا و توکل به خدا، به‌عنوان یک شیوه مقابله مؤثر، در رویارویی با رخداد‌های ناگوار، به آنها کمک زیادی می‌کند. این امر موجب افزایش عزت‌نفس، آرامش، بی‌نیازی از خلق، امیدواری و رفع منفی‌گری، نگرش‌های ناکارآمد و انفعال، کفایت، مشکل‌گشایی و راهیابی به امور و تقویت صبر و تاب‌آوری می‌شود. مجموعه این عوامل موجب می‌شود تا احساس ناخوشایندی برطرف گردد. از آنجاکه تاب‌آوری، به‌عنوان ظرفیت افراد برای مقاومت در برابر سختی‌ها، برای برگشتن از ناملایمات و حرکت برای زندگی سالم، همراه با رفا و امیدواری به آینده تعریف شده است، درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، می‌تواند به‌عنوان یک متغیر میانجی در زندگی فرد نقش ایفا کند و ضمن کاهش و تعدیل تأثیرات مخرب عوامل تنش‌زا و فشارهای زندگی، بر سلامت روان و تاب‌آوری فرد تأثیر مثبت بگذارد و موجب بهبود عملکرد وی، در حوزه‌های گوناگون زندگی شود. باورهای مذهبی، می‌تواند توانایی فرد را در زمینه تطابق با شرایط ناگوار و پیش‌بینی‌ناپذیر محیطی، تا حد امکان افزایش دهد. اعتقادات دینی و مذهب به انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین و فرد را در برابر خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی استحکام می‌بخشد و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (اسدی‌نوقانی و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۳۹).

در رابطه با تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر شادکامی، می‌توان گفت: مذهب به اعتقاد برخی پژوهشگران، با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی، به دو سؤال اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها و استعداد‌های او پاسخ می‌دهد. به این ترتیب، به وحدت یافتگی سازمان روان‌شناختی و معنوی و خودنظم‌دهی انسان و به تبع آن، شادکامی کمک می‌کند. به عبارت دیگر، سازش یافتگی انسان، با مسائل زندگی مستلزم پاسخ به خواسته‌های مهمی است که انسان در پی پاسخگویی به آنها است. مذهب، بستر مناسبی برای پاسخ به خواسته‌ها و مواضع مبهم فراهم می‌کند. از جمله این خواسته‌ها و نیازها، می‌توان به مشکل انسان در رابطه با زمان، جاودانگی، اجتماعی شدن، اجتماعی ماندن، الگوی دلبستگی و جدایی، تشویق و تنبیه (مجازات)، معنادگی به فعالیت‌ها، عقل، جایگاه فرد در جهان، غلبه و معنادگی به تعارض‌های اساسی زندگی اشاره کرد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸، ص ۳۴۶). مذهب، برای افراد

در مواجهه با مشکلات، منبعی حمایتی است و باورها و فعالیت‌ها به‌عنوان روشی تعریف شده است که منابع مذهبی مانند دعا، نیایش، توکل و توسل به خداوند را برای مقابله به کار می‌برد. درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، از طریق ایجاد امید و تشویق در جهت ایجاد دیدگاه مثبت، نسبت به شرایط موجود و بیرون کشیدن فرد از یک بحران مایوس‌کننده، که بر آنها تسلط چندانی هم ندارد، نوعی آرامش درونی ایجاد می‌کند. در درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، تلاش می‌شود بُعد اعتقادی و توکل فرد تقویت شود. منظور از «توکل»، اعتماد به خداوند در انجام دادن امور و واگذاری آنها به او، طوری که فعالیت شخصی و تعادل روانی را افزایش دهد و از اضطراب نرسیدن به هدف بازدارد. علاوه‌براین، توکل آثار فراوانی از جمله عزت، آرامش و بی‌نیازی از خلق، امیدواری و رفع منفی‌نگری و انفعال، کفایت، مشکل‌گشایی و راهیابی به امور، تقویت صبر و موارد متعدد دیگر دارد که مجموع آنها موجب می‌شود تا احساس فراگیر بسیار ناخوشایند، اغلب مبهم و تنش‌زا برطرف شود و زمینه شادکامی را فراهم کند. بنابراین، شادی و مذهب در زندگی فردی مؤثر است. بین آنها روابط مستقیم وجود دارد؛ یعنی کسی که در ظاهر و باطن شاد است، چهره‌ای گشاده دارد. امیدواری، پویایی و تفکر منطقی، بر وجودش حکم فرماست. احساس مثبت به زندگی دارد. تصمیم‌گیری را برای او آسان می‌سازد و تلاش و قدرت بهره‌مندی از فکر و عقل را برای او راحت می‌نماید. اتکا به خداوند، موجب احساس برخوردار دایمی او از حمایت‌های خدا می‌شود. در نتیجه، از زندگی کردن لذت می‌برد و وجودش برای خود و دیگران ارزشمند می‌گردد (رحیمی‌یگانه، ۱۳۸۸، ص ۵۵). مذهب، می‌تواند به‌عنوان یک اصل وحدت‌بخش و یک نیروی عظیم برای سلامت روان مفید و کمک‌کننده باشد. اعتقادات افراد مذهبی، به آنان در مقابله با فشار روانی کمک می‌کند. اعتقادات و رفتارهایی مانند توکل به خدا، صبر و انجام رفتارهای مذهبی همچون دعا، نماز، روزه و نیایش، می‌تواند از طریق ایجاد امید و تشویق، به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شود. کسانی که از اعتقادات مذهبی قوی‌تری برخوردارند، نسبت به مقابله با فشارهای روانی، شخصی، تحصیلی و سایر موارد، از نیروی بیشتری برخوردار بوده، کمتر دچار بیماری می‌شوند. در واقع، این افراد از سلامت روان بالاتری برخوردارند. بنابراین، انسان وقتی به لذت و شادکامی و نشاط درونی می‌رسد که خود را به خداوند یگانه بسپارد و او را محور همه امور دانسته و تسلیم او شود. پس هیچ‌کس و هیچ‌چیز، موجب وحشت و نگرانی او نمی‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، این است که با توجه به اینکه پژوهش حاصل فقط روی دانشجویان انجام گرفته، نتایج حاصل از آن، قابل تعمیم به سایر گروه‌های سنی نمی‌باشد. از نظر پژوهشی، توصیه می‌شود که این پژوهش بر سایر گروه‌های سنی نیز انجام شود. همچنین توصیه می‌شود اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، بر تاب‌آوری و شادکامی در مناطق مختلف کشور مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد. از سوی دیگر، با توجه به اهمیت درمان‌های ترکیبی، توصیه می‌شود علاوه بر گروه‌های آزمایشی و کنترل، گروهی نیز برای تأثیر درمان‌های تلفیقی در نظر گرفته شود. با توجه به اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور، پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی، توسط روان‌درمانگران در مورد بیماران و دانشجویان اعمال گردد.

منابع

- آقایانی چاوشی، اکبر و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، *علوم رفتاری*، دوره دوم، ش ۲، ص ۱۳-۲۲.
- احمری طهران، هدی و همکاران، ۱۳۸۸، «همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، دوره سوم، ش ۳، ص ۵۱-۵۶.
- اسدی نوقانی، احمدعلی و همکاران، ۱۳۸۴، *روان‌پرستاری*، تهران، بشری.
- بهرامی احسان، هادی و آناهیتا تاشک، ۱۳۸۳، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، دوره سی و چهارم، ش ۲، ص ۴۱-۶۳.
- بوالهروی، جعفر و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه»، *جامعه‌شناسی زنان*، سال سوم، ش ۱، ص ۸۵-۱۱۶.
- ترقی‌جاه، صدیقه و همکاران، ۱۳۸۶، «مقایسه تأثیر روان‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی و رویکرد معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران»، *پژوهش‌های مشاوره*، دوره ششم، ش ۲۱، ص ۱۱۱-۱۲۵.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۷۸، *بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه‌مدت آموزش خودمهارگری یا بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنبذگی در سطح دانشجویان دانشگاه تهران*، رساله دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- جعفری، عیسی و همکاران، ۱۳۸۹، «اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مدل مارلات در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد»، *روان‌شناسی بالینی*، دوره اول، ش ۳، ص ۷۷-۸۷.
- جوکار، بهرام و همکاران، ۱۳۸۹، «پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس جهت‌گیری مذهبی در دانشجویان»، در: مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه شاهد.
- حمید، نجمه و همکاران، ۱۳۹۱ الف، «اثربخشی روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، دوره ششم، ش ۱۰، ص ۸۵-۱۰۳.
- _____، ۱۳۹۱ ب، «اثربخشی روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور توأم با بازآموزی بخشودگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی زوجین»، *روان‌شناسی و دین*، سال پنجم، ش ۲، ص ۵-۳۴.
- _____، ۱۳۹۲، «اثربخشی خانواده‌درمانی با الگوی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر متوسطه شهر اهواز»، *روان‌شناسی و دین*، سال سوم، ش ۴، ص ۳۹-۵۲.
- حمید، نجمه، ۱۳۸۸، «مقایسه روان‌درمانگری شناختی - رفتاری با شناخت درمانی توأم با رویکرد مذهبی بر افسردگی در زنان افسرده»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره اول، ش ۱۲، ص ۳۶-۴۹.
- صدیقی ارفع، فریبرز و همکاران، ۱۳۹۱، «زمینه‌یابی تجارب تفسیری (دعا، استخاره، رؤیای صادقه، لقمه حلال، چشم زخم) از دریافت‌های معرفتی در اقلار مردم کاشان»، *جامعه‌پژوهی فرهنگی*، سال سوم، ش ۲، ص ۵۵-۷۸.
- دهقان‌زاده، حسین و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با تاب‌آوری و سلامت روان در دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه علامه طباطبائی»، در: نخستین همایش ملی شخصیت و زندگی نوین.
- رحیمی، چنگیز، ۱۳۸۹، «*عقادات مذهبی، سلامت روان و رفتارهای پرخطر در دانشجویان*»، در: مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه شاهد.
- رحیمی‌یگانه، زهرا، ۱۳۸۸، *خانواده‌شاد و یا نشاط*، اصفهان، حدیث راه عشق.

رئیس، حسین، ۱۳۸۳، بررسی اثربخشی آموزش شادمان بر کاهش فشار خون بیماران مبتلا به فشار خون تسهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.

شاکری‌نیا، ایرج و مهری محمدپورشاطری، ۱۳۸۹، «رابطه استرس شغلی و تاب‌آوری با فرسودگی شغلی در پرستاران زن»، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دوره چهاردهم، ش ۲، ص ۱۶۱-۱۶۹.

علی‌پور، احمد و احمدعلی نور بالا، ۱۳۷۸، «بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه تهران»، روان‌پژشکی و روان‌شناسی ایران، دوره پنجم، ش ۱ و ۲، ص ۵۵-۶۵.

فرهادی مطلق، لیلا، ۱۳۹۱، رابطه مستقیم و غیرمستقیم هوش هیجانی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی با میانجی‌گری تاب‌آوری و خودکارآمدی در دانشجویان مقطع علوم پایه رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اهواز، دانشگاه شهید چمران.

کاوایی، زینب و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زوجین»، پژوهش‌های نوین روان‌شناسی، دوره هشتم، ش ۳۲، ص ۱۸۹-۲۰۳.

محمدی، مسعود، ۱۳۸۴، بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض سوء‌مصرف مواد، رساله دکتری روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

نادری، فرح و همکاران، ۱۳۸۸، «رابطه انعطاف‌پذیری کنشی، عاطفه مثبت و منفی با خودکارآمدی در زنان»، زن و فرهنگ، دوره اول، ش ۲، ص ۴-۱۵.

نوابخش، مهرداد و حمید پوربوسفی، ۱۳۸۵، «نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان»، پژوهش دینی، ش ۱۴، ص ۷۱-۹۴. بوسفی، ناصر، ۱۳۹۱، «تأثیر شناخت درمانی مذهب‌محور و معنادارنگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان»، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال سوم، ش ۱۰، ص ۱۳۸-۱۵۸.

Ano, G.G, & Vasconcelles, E.B, 2005, Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta analysis, *Journal of Clinical Psychology*, n. 61, p. 461-480.

Argyle, M, & Crossland, J, 1987, Dimensions of positive emotions, *British Journal of Social Psychology*, n. 26, p. 127-137.

Argyle, M, 2001, Personality, Self-Esteem and Demographic Predictions of Happiness and Depression, *Journal of Personality & Social Psychology*, v. 32, n. 8, p. 912-920.

Argyle, M, et al, 1989, *Happiness as a function of personality and social encounters*, In J. P. Forgas & R. J. M. Innes (Eds.), Recent advances in social psychology: An international perspective, North Holand: Elsevier, p. 189-203.

Argyle, M, et al, 1995, *Testing for stress and happiness: The Roll of social and cognitive factors*, Stress and Emotion, Washington: Taylor and Francis, p. 87-173.

Baek, H. S, et al, 2010, Reliability and validity of the Korean version of the connor-davidson resilience scale, *Psychiatry Investig*, n. 2, p. 109-115.

Barrera, T. L, et al, 2012, Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: Three case studies, *Cognitive and Behavioral Practice*, n. 2, p. 346-58.

Bonanno, G. A, et al, 2007, What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n. 5, p. 671-682.

Brennan, M, 2004, Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle- aged and older adults, *The International Journal for the Psychology of Religion*, v. 14, n. 3, p. 193-214.

Connor, M. K, & Davidson, J. R. T, 2003, Development to a new resilience scale: The Connor-

- Davidson, Resilience Scale (CD-RISK), *Depression and Anxiety*, n. 18, p. 76-82.
- Davydov, D.M, et al, 2010, Resilience and mental health, *Clinical Psychology Review*, n. 30, p. 479-495.
- Dolores Serrano-Parra, M, et al, 2013, Validity of the connor-davidson resilience scale (10 items) in a population of elderly, *Enfermer? a Cl? Nica*, n. 1, p. 14-21.
- Exline, J.J, 2008, Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample, *Journal of Psychology and Christianity*, n. 27, p. 131- 139.
- Falkai, P, et al, 2015, Neuroticism and extraversion as mediators between positive/negative life events and resilience, *Personality and Individual Differences*, n. 82, p. 193-198.
- Feder, A, et al, 2009, Psychobiology and molecular genetics of resilience, *Nat Rev Neurosci*, n. 10, n. 6, p. 446-457.
- Ferraro, F. F, & Kim, S, 2014, Health benefits of religion among black and white older adults? Race, religiosity, and C-reactive protein, *Social Science & Medicine*, n. 120, p. 92-99.
- Fletcher, J, & Kumar, S, 2014, Religion and risky health behaviors among U.S. adolescents and adult, *Journal of Economic Behavior & Organization*, n. 104, p. 123-140.
- Fountoulakis, K. N, et al, 2008, Life depression, religiosity cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data, *Medical Hypotheses*, n. 70, p. 493-496.
- Francis, L, & Robbins, N, 2003, Christianity and dogmatism among under graduate students, *Journal of Beliefs and Values*, n. 24, p. 89-950.
- Francis, L. J, et al, 1998, Happiness as stable extraversion: A cross-cultural examination of the reliability and validity of the oxford happiness inventory among students in the U. K., U. S. A., Australian, and Canada, *Personality and Individual Differences*, n. 24, p. 167- 171.
- Furnham, A, Brewing, C, 1990, Personality and happiness, *Journal of Personality and Individual Differences*, p. 1093-1096.
- Garnezy, N, & Masten, A. S, 1994, Chronic adversities. In M. Rutter, L. Herzov, & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry*, Oxford: Blackwell scientific, p. 191-208.
- Haskett, M. E, et al, 2006, Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning, *Clinical Psychology Review*, n. 26, p. 796-812.
- Hofmann, S. G, 2008, The importance of culture in cognitive and behavioral practice, *Cognitive Behavioral Practic*, n. 13, p. 243-54.
- Hu, T, et al, 2015, A meta-analysis of the trait resilience and mental health, *Personality and Individual Differences*, n. 76, p. 18-27.
- James, A, & Wells, A, 2003, Religion and mental health: Toward a cognitive behavioral framework, *British Journal of Health Psychology*, n. 8, p. 359-376.
- Joshi, S, et al, 2008, Religious belief and its relation to psychological well-being, *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, n. 2, p. 345-354.
- Koszycki, D, et al, 2010, Multifaceted spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial, *Journal Clinical Psychology*, n. 4, p. 430-41.
- Neenan, M, 2009, Developing resilience: A cognitive, *Behavioural Approach*, n. 2, p. 425-444.
- Pargament, k. I, 1990, Good help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion, *Research in the Social Scientific Study of Religion*, n. 2, p. 195-224.
- Pukert, A.L, et al, 2009, Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression, *Journal Psychiatr Pract*, n. 2, p. 103-12.
- Richards, P.S, & Bergin, A.E, 1997, A Spiritual strategy for counseling and psychotherapy,

- Washington, DC, *American Psychological Association*, n. 11, p. 241-274.
- Rutten, B.P.F, et al, 2013, Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives, *Acta Psychiatr*, n. 128, p. 3-20.
- Rutter, M, 2013, Resilience – clinical implications, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n. 54, p. 474-487.
- Siebert. A. I, 2007, *How to develop resiliency strengths*. Available: www.resiliency center.com.
- Singh, K, & Yu, X, 2010, *Psychometric evaluation of the connor-davidson Resilience scale (CD-RISC)* in a sample of Indian students, *Journal of Psychology*, n. 1, p. 23-30.
- Southwick, S, et al, 2011, Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan, *Cambridge University Press, Cambridge*, pp. xi-xv. ISBN 978-0-521-89839-3.
- Thoresen, C. E, & Harris, H. S, 2002, Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Annual Behavioral Medicine*, n. 1, p. 3-13.
- Tugade, M. M, & Fredrickson, B. L, 2004, Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences, *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 86, p. 320-333.
- Valiant, G, 1993, Life events, happiness and depression: The Half empty cup, *Journal of Personality and Individual Differences*, n. 15, p. 447-453.

