

Controlling Impatience in Crisis: A Way to Grow Patience

khodabakhsh ahmady*

Abstract

At times of crisis, patience and tolerance leads to mental health. The lack of impatience and restlessness is so important in 'patience' that, in some cases, patience is defined as continuous control of the soul from impatience and avoiding restlessness. Lack of control of impatience leads to many physical and psychological complications. Thus, in this study, impatience in critical situations and the methods of control it have been investigated. The type of study is qualitative (analytical), and it was conducted using a review method that is a combination of systematic review, content analysis, and literature review. The statistical population included the sources of theories, views and studies conducted on this subject, which were searched with the key words: impatience, restlessness, grief, complaint, fear, intolerance, unrest. The main sources used were books in the sphere of Islamic sources and academic papers on the subject-matter. Furthermore, the Qur'an, hadiths and traditions were especially used. The results of study are presented under the following titles: the nature of impatience, causes of impatience, types of impatience, symptoms and manifestations of impatience, function of impatience, damage and consequences of impatience, ways to prevent impatience, and consequences of prevention. The way to prevent impatience are implemented in four parts: acceptance, relief, support, and initiative. Therefore, it can be said that impatience in a crisis causes damage, and its control increases self-awareness, self-control, and the growth of reason. Hence, learning methods and skills to control it is part of the process of patience and post-traumatic growth.

Keywords: crisis, impatience, self-control, patience, mental health, Islamic lifestyle.

* Professor in Behavioral Sciences Research Center, Lifestyle and Spiritual Health Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran, kh_ahmady@yahoo.com.

کنترل بی‌تابی در شرایط بحرانی: روشی برای رشد صبر

خدابخش احمدی*

چکیده

در زمان بروز بحران، صبر و تحمل موجب سلامت روانی می‌شود. نداشتن بی‌تابی و جزع به اندازه‌ای در «صبر» اهمیت دارد که در برخی موارد صبر به‌عنوان مهار مستمر نفس از بی‌تابی و پرهیز از جزع تعریف شده است. عدم کنترل بی‌تابی عوارض متعدد جسمی و روانی به‌دنبال دارد. بر این اساس در مقاله حاضر بی‌تابی در شرایط بحرانی و روش‌های کنترل آن مورد بررسی قرار گرفته است. تحقیق از نوع کیفی (تحلیلی) است که به روش مروری انجام شد که ترکیبی از روش مرور سیستماتیک، تحلیل محتوا و مرور ادبیات است. جامعه آماری منابع نظریه‌ها، دیدگاه‌ها و پژوهش‌های انجام شده در زمینه موضوع بود که با واژه‌های کلیدی: بی‌تابی، بی‌قراری، جزع، فزع، بی‌صبری، ناآرامی مورد جستجو قرار گرفتند. عمده منابع مورد استفاده، کتب در حوزه منابع اسلامی و مقالات علمی مربوط به این موضوع بود. همچنین به‌ویژه از قرآن، احادیث و روایات استفاده شد. نتایج تحقیق در قالب ماهیت بی‌تابی، علل بی‌تابی، انواع بی‌تابی، نشانه‌ها و نمودهای بی‌تابی، کارکرد بی‌تابی، آسیب‌ها و پیامدهای بی‌تابی، شیوه‌های بازداری از بی‌تابی و پیامدهای بازداری آورده شده است. شیوه‌های بازداری از بی‌تابی در چهار بخش: پذیرش، تسکین‌بخشی، حمایت و مبادرت به عمل آمده است. بنابراین می‌توان گفت که بی‌تابی در بحران موجب آسیب و کنترل آن موجب افزایش خودآگاهی، خودکنترلی و رشد عقل می‌شود. براین اساس یادگیری روش‌ها و مهارت‌های کنترل آن بخشی از فرایند صبر و رشد پس از ضربه است.

واژگان کلیدی: بحران، بی‌تابی، خودکنترلی، صبر، سلامت روان، سبک زندگی اسلامی.

* استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی و سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله (ع.ج)، تهران، ایران

kh_ahmady@yahoo.com

تاریخ تأیید: ۱۴۰۱/۱۰/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۲۰

مقدمه

اینکه در شرایط بحرانی، ابراز هیجانات موجب سلامت روانی می‌شود یا صبر و تحمل هیجانات دو دیدگاه متفاوتی را مطرح می‌کند. دیدگاه‌های هیجان‌مدار بر ابرازگری و دیدگاه‌های پدیدارشناختی و گشتالتی به تجربه‌آنی و بلاواسطه هیجان توجه دارند. براساس این دیدگاه‌ها، تجربه مجدد و ابراز هیجانی موجب کاهش اثرات منفی آن می‌شود. این در حالی است که مطابق دیدگاه مبتنی بر صبر، هیجان نیروی بالقوه رشدی دارد و حفظ آن نیروی لازم برای رشد عقل را تأمین می‌کند. بازداری هیجانی (حلم)، موجب رشد عقل و قوه ادراک می‌شود. البته که نگهداری و مراقبت از هیجان، دشوارترین و تلخ‌ترین گام صبر است. براساس این دیدگاه، نه تخلیه هیجانی، بلکه بهره‌گیری از هیجان موجب رشد و تکامل می‌شود (احمدی، ۱۳۹۹).

بلايا و مصائب امری جدایی‌ناپذیر از زندگی (بلد، ۴) و آزمایشی برای انسان‌ها است (بقره، ۱۵۵ و ۱۵۶). عالی‌ترین روش مواجهه با مصائب، صبر و توکل است (انفال، ۶۵؛ آل‌عمران، ۱۲۵، ۱۲۰؛ حج، ۳۵). موفقیت در امتحان الهی که حاصل صبر است، موجب رشد اراده می‌شود (آل‌عمران، ۱۸۶). صبر از ناتوان شدن و هدر رفتن قوت جلوگیری می‌کند (انفال، ۴۶)؛ مایه تکامل آدمی است (حدید، ۲۲) و آدمی از طریق صبر به کمال می‌رسد (اعراف، ۱۳۷؛ کهف، ۸۲). لذا انسان با صبر به عاقبت نیک نایل می‌شود (هود، ۴۹)، دچار خسران نمی‌شود (والعصر، ۲ و ۳)، لذا صبر یاری‌دهنده و نجات‌بخش انسان است (بقره، ۱۵۳). برعکس، انتقام موجب هدر رفت قوت می‌شود (نخل، ۱۲۶). انسان به صبر دعوت شده است، زیرا در صبر فوایدی برای تربیت نفس و تقویت شخصیت و افزایش توانایی در برابر سختی‌های زندگی و مصائب روزگار و نیز بسیج قوا برای تکامل نهفته است (بقره، ۴۵؛ آل‌عمران، ۱۸۶ و ۲۰۰؛ بلد، ۴؛ محمد، ۳۱).

فرایند و مراحل شکل‌گیری و رشد صبر عبارت‌اند از: ۱. بازداری هیجانی (نداشتن بی‌تابی، ابراز نکردن خشم، بازداری از شهوات و عدم انتقام)؛ ۲. شکیبایی (حفظ آرامش، خودمراقبتی، خودتنظیمی، و گشودگی)؛ ۳. استقامت (استحکام، عزم و پشتکار)؛ ۴. امید و انتظار (انتظار گشایش و پاداش)؛ ۵. کمال (صدق رضا و قبول قضا) (احمدی، ۱۳۹۹). همچنین، صبر مستلزم پذیرش، مثبت بودن، مسئولیت‌پذیری، تعهد، ایمان، امید و اعتماد است (احمدی و رضانی، ۲۰۲۰).

از گام‌های اولیه صبر، نداشتن بی‌تابی است که در اینجا مورد بررسی و مفهوم‌سازی قرار گرفته است. در این مفهوم، صبر یعنی جزع نکردن، بازداشتن زبان از شکایت، حبس نفس از جزع (راغب، ۱۳۸۸)؛ مقاومت و عدم پریشانی در مواجهه با بلايا (نراقی، ۱۳۶۲)؛ عدم ابراز خشم در برابر سختی‌ها و حوادث (کومر و سیکرکا، ۲۰۱۴؛ اشنیتکر و آمونز، ۲۰۰۷). نداشتن جزع نه از روی ناتوانی و شرم، بلکه مبتنی بر تصمیم و پذیرش است. صبر در این معنا همان «حلم» است.

نداشتن بی‌تابی آن‌چنان برای تقویت صبر اهمیت دارد که در برخی موارد صبر به‌عنوان مهار مستمر نفس از بی‌تابی (امیری و همکاران، ۱۳۹۲) و پرهیز از جنع (پسندیده، ۱۳۸۸) تعریف شده است. اگر شخص دچار مصیبت و بلا، قادر به مقابله مؤثر با بی‌تابی نباشد، دستخوش عوارض متعددی از جمله کسالت، بی‌تفاوتی، کاهش اثربخشی، خستگی، ناکامی و دل‌سردی می‌شود (مالمیر و همکاران، ۱۳۹۸).

مبحث حاضر از این جهت ضرورت دارد که: اولاً صبر مفهومی با منشأ دینی است که در اسلام مورد تأکید فراوان قرار گرفته است و مفهوم‌سازی و توسعه ادبیات در این زمینه می‌تواند به نظریه‌پردازی مبتنی بر الگوی اسلامی در حوزه سلامت روان کمک کند. دوم اینکه کنترل بی‌تابی به‌عنوان اولین و دشوارترین گام برای رشد صبر است و بازداری یا عدم آن، عامل تعیین‌کننده در آسیب یا رشد پس از ضربه است.

روش

تحقیق از نوع کیفی (تحلیلی) است که به روش مروری انجام شد و ترکیبی از مرور سیستماتیک، تحلیل محتوا و مرور ادبیات بود. جامعه آماری منابع مکتوب شامل نظریه‌ها، دیدگاه‌ها و پژوهش‌های انجام شده در زمینه صبر بود. عمده منابع مربوط به صبر، کتب در حوزه منابع اسلامی و مقالات علمی مربوط به این موضوع بود. در این زمینه دیدگاه‌های فلاسفه، حکما و متخصصان اسلامی مورد ملاحظه قرار گرفت و همچنین از قرآن، احادیث و روایات استفاده شد. واژگان مورد استفاده برای جستجوی اطلاعات عبارت بودند از: صبر، شکیبایی، تاب‌آوری، جنع و فزع، بی‌تابی، بلایا، مصائب و بحران.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از مدل مربوط به تحلیل محتوا استفاده شد که چارچوب این مدل شامل موارد زیر بود: خاستگاه مدل؛ تعاریف و مفهوم‌سازی؛ محدودیت‌های قلمروی؛ نظام ارتباطات درونی و بیرونی مدل؛ تبیین ارکان و هسته مرکزی مدل؛ بررسی پیش‌فرض‌ها و مبانی فکری و فلسفی؛ بررسی و ارزیابی نقاط ضعف و قوت ساختار و سازمان منطقی مدل؛ مبانی اندیشه‌ای؛ مبانی فکری و فلسفه اسلامی شامل: مبانی هستی‌شناختی، مبانی معرفت‌شناختی، مبانی انسان‌شناختی، مبانی روش‌شناختی، مبانی ارزش‌شناختی؛ تعارض یا تناقضات بر اساس گزاره‌ها؛ بررسی انطباق‌ناپذیری و دلالت‌های منفی مدل و بررسی دستاوردهای حاصل از مدل.

علی‌رغم تلاش محقق در زمینه انجام بهتر این پژوهش، محدودیت‌هایی در آن وجود دارد. مهم‌ترین آن اینکه تحقیقات در زمینه مفهوم‌سازی نظری صبر و بی‌تابی اندک است. بیشتر منابع در

این زمینه توصیف مفهومی بوده و فاقد هر نوع مدل‌سازی در این زمینه است. و تلاش کمتری برای ارائه فنون و روش‌ها در این زمینه شده است. تلاش‌های حداقلی برای روشمند کردن این حوزه و مداخلات آن بیشتر به ابزارسازی ساده، سنجش روابط یا نقش و مداخلات آموزشی به شیوه شناختی بسنده شده است (ترابی، احمدی، ۱۳۸۷؛ احمدی و دارابی، ۱۳۹۶).

نتایج

مفهوم‌شناسی بی‌تابی و جزع

جزع در لغت به معنای بریدن، قطع کردن و بی‌صبری کردن است. به این معنی که انسان جزع‌کننده از صبر دست برداشته و آن را قطع می‌کند. جزع کردن در مصیبت به معنای بی‌تابی است به هرگونه که آشکار شود (راغب‌اصفهانی، ۱۳۸۸). براین اساس، جزع حالتی بی‌تابی، بی‌قراری و ناشکیبایی در برابر حوادث و مصیبت است، به‌گونه‌ای که انسان در برابر مصیبت بی‌تابی کند، تسلیم و مأیوس شود (مصطفوی، ۱۳۶۰). جزع و بی‌تابی، حالت تحریک‌پذیری، افزایش فعالیت حرکتی، بروز دادن هیجانانگیز به صورت شدید و خشن، حرکات ناگهانی و شدید، رفتارهایی غیرقابل پیش‌بینی، عدم آگاهی نسبت به زمان، مکان و اشخاص می‌باشد. پیامدهای بی‌تابی شدید شامل: درد، هذیان، تنفس سطحی و کم عمق، کاهش جریان خون مغز، اختلال چرخه خواب و بیداری، اختلال در کنترل و حرکت اندام‌ها، ناتوانی در برقراری ارتباط، بی‌حرکتی و خشکی دهان می‌باشند (دی‌جانگ و همکاران، ۲۰۰۵).

براین اساس «بی‌تابی» نقطه مقابل «صبر» است. بی‌تابی و جزع دلیل بر عدم‌پذیرش شرایط پیش‌آمده است. آنچه بوده رخ داده و بی‌تابی در برابر آن مشکلی را حل نمی‌کند. همچنین جزع و بی‌تابی نوعی از حزن (راغب، ۱۳۸۸)؛ قطع حالت آرامش و طمانینه (مصطفوی، ۱۳۶۰)، اضطراب دل و عدم آرامش است (مجلسی، ۱۳۷۸).

مطابق قرآن کریم: «انسان حریص و کم طاقت آفریده شده است، هنگامی که بدی به او رسد بی‌تابی می‌کند و هنگامی که خوبی به او رسد، بخل می‌ورزد» (معارف، ۲۱ تا ۲۱). در این آیه کلمه هُلُوع (بی‌تابی) به کار رفته است. کلمه «هَلُوع» به معنای شدت حرص است. هُلُوع کسی است که هنگام برخورد با ناملايمات بسیار جزع و بی‌تابی می‌کند، و چون به خیری می‌رسد از خود بیخود می‌شود. این صفت که انسان به‌طور طبیعی آن را دارد از حب ذات است. آدمی از بدو تولدش دارای حرص شدید است و این عاملی برای جلب خیر و دفع شر از خود است. به همین دلیل است که «انسان سخت‌دوستدار خیر است» (عادیات، ۸). وجود حرص شدید در آدمی است که او را

در هنگام برخورد با شر به جزع سوق می‌دهد و او را از رسیدن به صبر و کنترل امور زندگی باز می‌دارد. براین اساس می‌توان گفت که هر کسی حرص بیشتری دارد، در شرایط حوادث و گرفتاری‌ها بی‌تابی بیشتری خواهد داشت (مجلسی، ۱۳۹۴، ج ۱، ص ۱۰۶).

علل بی‌تابی

بی‌تابی نوعی رفتار هیجانی است که به فقدان کنترل تکانه مربوط می‌شود و با تکانشگری، تخریب و آشفتگی هیجانی همراه است. به‌طور فیزیولوژیکی، افزایش شدید بار هیجانی مصیبت، رفتارهای بی‌تابی را منجر می‌شود (آراها و همکاران، ۲۰۱۵). این رفتارها با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای تکراری و بدون هدف شناخته می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۸). معمولاً این رفتارها همراه با مشکل عملکرد اجتماعی است که به افسردگی منجر می‌شود (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۴). در بسیاری از رویکردهای نوین، بر رفتارهای هیجانی همچون بی‌تابی و بی‌قراری به‌طور مستقیم تأکید نشده و آنها را ناشی از عوامل زیربنایی مانند نیازهای برآورده نشده یا استرس و پریشانی می‌دانند (کوهن-منسفیلد، ۲۰۰۰). مبتنی بر این الگو، رفتارهای بی‌تابی و بی‌قراری به برآورده شدن آن نیاز کمک می‌کند. مانند راه رفتن بی‌هدف که تحریک لازم را فراهم می‌آورد، زجه و ناله‌زدن نیاز به حمایت دیگران را مطرح می‌کند، زدن خود که نیاز به مراقبت را بیان می‌کند. این الگو به دلیل تمرکز بر نیازهای فرد مصیبت‌زده، می‌تواند به‌رفع علائم به صورت بنیادی بینجامد (زارع و همکاران، ۱۳۹۱).

الگوی دیگر در تبیین علی بی‌تابی و جزع، خشم درونی معطوف به خود است. بسیاری از رفتارهای بی‌تابی از قبیل: فریاد زدن، کندن مو، زدن به سر و صورت، خودزنی و خودکشی بروز خشم ناشی از هیجان حادثه است که معطوف به خود می‌باشد. خشم بعد از مواجهه با حادثه بحرانی، ناشی از استرس شدیدی است که به فرد وارد شده است و چون فرد در ابراز طبیعی و یا کنترل آن ناتوان است (به دلیل نداشتن ظرفیت یا آمادگی و مهارت)، به‌صورت آشفتگی بروز پیدا می‌کند (احمدی، ۲۰۲۰).

انواع بی‌تابی

بی‌تابی را می‌توان بر حسب نوع مصیبت و ماهیت علی آن به شرح زیر طبقه‌بندی کرد:

۱. بی‌تابی و جزع در مصائب شخصی: تمام مصیبت‌هایی که معمولاً در زندگی انسان رخ می‌دهد، همچون بیماری، فقر، فقدان عزیز و دارایی و نظایر آنکه از رخدادهای زندگی عادی هستند

یا از روی نارضایتی از قضا و قدر الهی صورت می‌گیرد. این نوع جزع در مصیبت‌های عادی و برای فرونشاندن غم و غصه شخصی صورت می‌گیرد. چنین جزعی به‌طور مطلق آسیب‌زا نیست. در این نوع از موارد، چنانچه بی‌تابی و جزع امید را قطع کند، فرد را به ضعف کشاند و اندوه‌بیار آورد نامطلوب است (مجلسی، ۱۳۹۴، ج ۲۹، ص ۱۴۴، ح ۸۲)؛ حتی کار را برای انسان سخت‌تر می‌کند (آمدی، ۱۳۹۲، ص ۱۵۶۲) و موجب رنج و مهنت شده و فرصت‌ها را از آدمی می‌گیرد.

۲. بی‌تابی و جزع در مصائب معنوی: جزعی که در مصیبت اولیای خدا، برای اظهار خشم و غضب بر دشمنان و ابراز محبت به اولیای الهی صورت می‌گیرد. چنین جزعی وجهه الهی دارد و نیت جزع‌کننده فرونشاندن غم و غصه شخصی نیست، بلکه برای زنده نگاه داشتن ارزش‌ها است. در درون چنین جزعی، صبر و امید وجود دارد (یوسف، ۸۳). از جمله: گریه حضرت یعقوب (علیه السلام) از فراق حضرت یوسف (علیه السلام) در حدی که بینایی چشمان خود را از دست می‌دهد (یوسف، ۸۴) و فرزندانش از آن می‌ترسند که پدرشان از فراق او جان خود را از دست بدهد (یوسف، ۸۵). همچنین است گریه‌های امام سجاد (علیه السلام) بعد از واقعه کربلا.

نشانه‌ها و نمودهای بی‌تابی و جزع

جزع و بی‌تابی بر حسب نوع اعتقادات، عادات و طبایع، فرهنگ و موقعیت افراد، نمود و بروز متفاوتی دارد. عمده‌ترین آنها بشرح زیر است:

الف) نشانه‌های طبیعی: شامل: غمگینی و گریه. غمگین بودن و گریه کردن در حین مصیبت طبیعی است. برای مصائب شخصی انتظار می‌رود غمگینی و گریه از ۷۲ ساعت پس از وقوع مصیبت شروع به کاهش پیدا کند و حداکثر تا ۶ ماه پس از وقوع آن سازگاری با شرایط فقدان ایجاد شود. در مصائب معنوی چون سازگاری با مصیبت فاقد معنی است، لذا زمان در آن مطرح نیست. بنابراین غمگینی و گریه در مصائب معنوی فاقد محدودیت زمانی است. در ادبیات مفهومی به ابرازهای طبیعی در شرایط مصیبت و نیز به گریه و غمگینی در مصائب معنوی بی‌تابی و جزع گفته نمی‌شود.

ب) نشانه‌های غیرطبیعی: شامل: ۱. ابرازهای کلامی (فریاد کشیدن، داد و فغان سر دادن، زبان به شکوه گشودن، ناله کردن و نیاچه). ۲. ابرازهای خودآسیبی (از خود بی‌خود شدن، ایجاد خراش بر سر و صورت، چاک کردن گریبان، چنگ زدن به سر و صورت، کوبیدن سر به دیوار، خودزنی و خودکشی).

۱. به معنای بیان صفات و محسناتی است که شخص فوت شده دارای آنها بوده و تمجید و تعریف غیرواقعی از شخص فوت شده است.

۳. ابرازهای ارتباطی (کج خلقی، بدرفتاری با دیگران و خشونت بدون سابقه قبلی و ترک رفتارهای خوب). بدترین نشانه جزع خودآسیبی است و چنین شخصی از مسیر صبر منحرف شده است (کلینی، ۱۳۸۸). معمولاً نشانه‌های درونی جزع شامل غم و اندوه در قلب و گریه در چشم نشانه رحمت است ولی غم و اندوهی که در رفتار بروز پیدا کند یا بر زبان جاری شود نشانه آسیب است (امام صادق علیه السلام، مصباح الشریعة، ص ۱۸۵).

کارکرد بی‌تابی و جزع

۱. تخلیه هیجانی: کسی که با مصیبتی مواجه می‌شود، هیجان شدیدی بر او تحمیل می‌شود. هیجان بر حسب میزان آن و ظرفیت هیجانی فرد ممکن است در طیفی از قابلیت تحمل تا عدم توانایی تحمل باشد. ناتوانی در تحمل هیجان فرد را به واکنش هیجانی از قبیل شوک و ناباوری (سرکوبی)؛ و یا تخلیه هیجانی سوق می‌دهد. جزع و بی‌تابی در هر شکل آن موجب تخلیه هیجانی می‌شود. برخی از آنها نظیر آسیب جسمی بر خود، قدرت تخلیه هیجانی بالایی دارند.
۲. تسکین بخشی: جزع و بی‌تابی در هر شکل آن موجب کاهش فشار روانی و تسکین می‌شود. تخلیه هیجانی ممکن است به‌طور موقت موجب تسکین بخشی فرد شود، ولی ممکن است او را با کاهش و سردی عاطفی مواجه سازد. و لذا انرژی روانی فرد را برای تفکر، عملکرد فردی و اجتماعی، و رشد و تکامل کاهش داده و حتی ممکن است او را بسوی ناسازگاری و افسردگی سوق دهد. بنابر همین است که گفته شده: عاطفه رحمت است و هر کسی که عاطفه و رحم نداشته باشد، رحم نخواهد شد (طوسی، ۱۳۹۱).
۳. حمایت طلبی: یکی از کارکردهای جزع و بی‌تابی، حمایت‌طلبی و کمک‌خواهی است. نوعی ابراز تظلم، عجز و ناتوانی در شرایط بحرانی است. حمایت‌طلبی الگویی از مواجهه با مصیبت و شرایط دشوار زندگی است. آن شیوه‌ای انفعالی است که قدرت بالایی در جذب همدردی دارد. رفتارهای غیرعادی و نمایشی (به‌طور خودآگاه یا ناخودآگاه) قدرت حمایت‌طلبی و همدردی را به حداکثر ممکن می‌رساند.
۴. جلاء نفس: این کارکرد صرفاً برای بی‌تابی و جزع (غم‌گینی و گریه) در مصائب معنوی است. چنانچه تحولات معنوی درونی موجب گریه شود، آن گریه موجب لطافت و صیقل نفس می‌شود. وجود حالات معنوی، شنیدن سخن حق، ذکر مصائب پیامبر صلی الله علیه و آله و ائمه اطهار علیهم السلام، از مواردی است که درون انسان را متحول می‌کند و به‌صورت گریه و اشک بروز پیدا می‌کند. اشک پیوند دهنده عمیق‌ترین حالات و عواطف انسانی با آرمان‌های معنوی است. توفیق گریه معنوی، نفع‌های الهی در زندگی آدمی است (حسینی و موسوی‌نسب، ۱۳۹۵).

پیامدهای بی‌تابی و جزع

در اینجا صرفاً به پیامدهای بی‌تابی و جزع در مصائب شخصی که دارای نشانه‌های غیرطبیعی بوده و عموماً آسیب‌زا هستند پرداخته می‌شود:

۱. آسیب جسمی و روانی به دنبال دارد. صبر، فرد مصیبت‌زده را نجات می‌دهد، ولی بی‌تابی او را هلاک می‌کند (مجلسی، ۱۳۹۴، ج ۶۸، ص ۹۶). قوای روانی ناشی از هیجان حادثه را هدر می‌دهد. فرد به جسم خودش آسیب وارد می‌کند و حتی ممکن است خودکشی کند. آرامش از او سلب شده و سلامت جسم و جان او به خطر می‌افتد (علی‌علیه السلام، إرشاد القلوب، ج ۱، ص ۲۵۰، الباب ۳۹؛ آمدی، ۱۳۹۲).

۲. مصیبت را تشدید می‌کند. بی‌تابی و جزع، غم و اندوه را بوجود می‌آورد و مصیبت را بزرگتر می‌کند. انسان را به درد و رنج می‌کشاند و نه تنها از درد انسان نمی‌کاهد، بلکه دردش را افزون می‌کند. خستگی بی‌تابی و جزع بیشتر از خستگی مصیبت است جزع نمودن در مصیبت، خود مصیبتی دیگر و حتی بزرگترین مصیبتها» (علی‌علیه السلام، إرشاد القلوب، ج ۱، ص ۱۵۴) و ناراحت‌کننده‌ترین آن است» (مجلسی، ۱۳۹۴، ج ۷۹، ص ۱۳۱). بنابراین «مصیبت برای انسان صبور یکی است و برای انسان بی‌صبر و ناشکیبا دوتاست» (مجلسی، ۱۳۹۴، ج ۷۹، ص ۱۴۴).

۳. فرایند گذر از بحران را دشوار می‌کند. جزع و بی‌تابی آدمی را از تلاش و کوشش برای رسیدن به مقصد باز می‌دارد. «امید انسان را قطع و کوشش و تلاش را کاهش داده و غم و اندوه به بار می‌آورد» (مجلسی، ۱۳۹۴، ج ۷۹، ص ۱۴۴). اگر فرد دچار بحران، لحظه‌ای آرام گیرد و صبر و شکیبایی پیشه کند، به آسانی راه نجات خود را پیدا می‌کند. انسان ناشکیبا بر اثر اضطراب و بی‌تابی و عدم تسلط بر خود و عدم تمرکز فکر، حتی راه‌ها و راه‌حل‌های آشکاری که وجود دارند را دنبال نمی‌کند. فرد دچار بی‌تابی، با بی‌قراری، دل‌مشغولی، تردید در عمل و احساس دلشورگی، در هنگام رویارویی با مسئله، مسیر حل مسئله را نمی‌تواند طی کند (مالمیر، و همکاران، ۱۳۹۸).

۴. فرد را ضعیف می‌کند. بی‌تابی و جزع عزت نفس آدمی را کاهش می‌دهد. ارزش اجتماعی او را کاسته و در شرایط اوج بی‌تابی، برای او رسوائی بوجود می‌آورد. جزع و بی‌تابی ترس باطنی و ضعف درونی را، و صبر و بردباری نور و صفای باطن را آشکار می‌سازد (امام صادق علی‌علیه السلام، مصباح الشریعة، ص ۱۸۵). از سویی دیگر ارتباط اجتماعی را دچار مشکل می‌کند. دشمن او را شاد و دوستان و اطرافیان را ناراحت می‌کند. معمولاً افراد بی‌تاب، جزوع و ناشکیبا، بخیل هم هستند، همان‌گونه که افراد بخیل ناشکیبا هستند. این دو صفت با یکدیگر رابطه دارند و ازاین‌رو در مفهوم «هلوع» جمع شده‌اند.

۵. فرصت رشد را از آدمی می‌گیرد، بی‌تابی و جزع زندگی را در کام فرد تلخ، و انرژی حیات او را کم‌رنگ می‌سازد. جزع در برابر مصائب مقدرات را تغییر نمی‌دهد، ولی «پاداش انسان را از بین می‌برد» (آمدی، ۱۳۹۲، ص ۱۸۷۶). اگر انسان مصیبت را بپذیرد و راضی به رضای خدا باشد پاداش خود را دریافت می‌کند و اگر جزع و بی‌تابی کند آسیب می‌بیند» (مجلسی، ۱۳۹۴، ج ۶، ص ۱۶۹) و فرصت صبر را از دست می‌دهد (رسول اکرم، میزان‌الحکمة، ج ۲، ص ۱۵۶۳، حدیث ۱۰۱۱۸) و از رسیدن به تکامل باز می‌ماند.

شیوه‌های بازداری از بی‌تابی و جزع

گام اول در ایجاد صبر، بازداری هیجانی است (احمدی، ۱۳۹۹). این سطح از صبر برای رشد عقل لازم است (تبادکانی، ۱۳۸۲، ص ۲۱۲). موفقیت در این گام، موجب معنایابی برای سختی‌ها و مصائب و کشف حقایق و ظرایف وجودی و خودآگاهی می‌شود. ترک جزع و نهان داشتن محنت موجب آشکار شدن نعمت (عطار، ۱۳۸۶، ص ۴۴۵ و ۵۸۱) و امکان درک اسرار و رموز عالم می‌شود. شاید دشوارترین گام برای صبر همین باشد. معمولاً واکنش اولیه در بحران، بعد از شوک و ناباوری، آه و ناله و بی‌تابی و جزع است. این واکنش‌ها ممکن است تسکین بخش هم باشند ولیکن مانع تفکر عقلانی شده و یا حداقل آن را به تأخیر می‌اندازد. پس بازداری از بی‌تابی و جزع (راغب، ۱۳۸۸) اولین گام در این زمینه است. البته بازداری از جزع نه از روی ناتوانی و شرم، بلکه باید مبتنی بر تصمیم و پذیرش باشد. روش‌های بازداری از بی‌تابی و جزع به شرح زیر می‌باشد:

الف) پذیرش: در شرایط بحران، شدت استرس از تحمل و ظرفیت بسیاری از افراد فراتر است. این افراد تمایل دارند که شرایط و فقدان را انکار کرده و هیجانات خود را سرکوب کنند (گرینبرگ، ۲۰۱۲). افراد ممکن است به تفسیر نادرستی از شرایط رخ داده بپردازند. آنها ممکن است واکنش‌های رفتاری و هیجانی شدیدی از خود نشان دهند. انکار طولانی مدت می‌تواند توهم باشد. مرحله انکار با پذیرش واقعیت به پایان می‌رسد. هرچه زودتر شرایط بحران و مصیبت پذیرش شود، می‌تواند زودتر منجر به اقدام مؤثر شده و از آسیب‌های بعدی جلوگیری شود. صبر با پذیرش واقعیت آغاز می‌شود. این مستلزم توانایی فرد برای مقابله با شرایط نامطلوب، مصیبت و تحمل رنج بدون سرزنش خود یا دیگران است. وقتی افراد واقعیت رخداد را می‌پذیرند، آنها اقدامات مؤثر را شروع می‌کنند، آرامش پیدا می‌کنند و برنامه‌های زندگی خود را با شرایط جدید تنظیم می‌کنند. صبر در این مرحله سخت‌ترین واکنش در برابر بحران است. و می‌تواند از بروز رفتارهای مخرب مانند آسیب به خود جلوگیری کند (احمدی، و همکاران، ۲۰۱۷). لذا با تنظیم و مدیریت هیجانات، تفکر سالم و مثبت رشد می‌کند. برخی از اقدامات در این زمینه بشرح زیر است:

۱. استرجاع: یعنی ذکر «انالله و انا الیه راجعون» و اندیشه در معنای آن در هنگام شنیدن خبر مصیبت. اگر استرجاع با ذکرهایی همچون «لا اله الا الله»، «الله اکبر»، «سبحان الله»، «لا حول و لا قوه الا بالله» همراه باشد اثربخشی بیشتری دارد (کلینی، ۱۳۸۸).
۲. شکر و حمد: در شرایط مصیبت حمد الهی را بجای آوردن (کلینی، ۱۳۸۸). امام علی علیه السلام فرمود: «هم در خوشی‌ها و هم در سختی‌ها شکر خدا را به جا بیاور (آمدی، ۱۳۹۲). این عمل آدمی را از «هلوع» بودن استثناء کرده و از آن خارج می‌کند. چراکه: «به یقین انسان حریص و کم طاقت آفریده شده است. هنگامی که بدی به او رسد بی‌تابی می‌کند. و هنگامی که خوبی به او رسد بخل می‌ورزد» (معارض، ۱۹-۲۱).
۳. نگاه مثبت: اینکه درد و رنج عامل رشد و تکامل آدمی است. مقاومت در برابر تنیدگی، درد و فشار روانی ناشی از رویدادهای بحرانی باعث می‌شود تا ظرفیت فرد افزایش یابد (نوری، ۱۳۸۷؛ استین‌بک، ۲۰۰۸). در چنین نگاهی، مصیبت به‌عنوان ابتلاء و امتحان الهی دانسته می‌شود. تحمل درد کمک می‌کند تا صعه صدر ایجاد شود. شرح صدر از مهم‌ترین مؤلفه‌های صبر و اساس قوت قلب، استقامت و خویش‌داری است. این ظرفیت آنقدر اهمیت دارد که پیامبران اعظم نیز از خداوند «شرح صدر» طلب می‌کردند (طه، ۲۵) و یا خداوند «شرح صدر» را نعمتی همراه با رسالت بیان می‌کند (شرح، ۱).
۴. گفتگو با خدا: بخشی از بی‌تابی و جزع، نوعی ابراز گله و شکایت است، شکایت از خود، دیگران و زمین و زمان. نگهداری گله از مصیبت برای خدا، فرد را از گله از این و آن و در برابر دیگران باز می‌دارد. در چنین اقدامی، خداوند هم در تحمل مصیبت به فرد عنایت می‌کند (یوسف، ۸۶). آنچه در جزع و فزع به زبان می‌آید و در رفتار نشان داده می‌شود، رازهای آدمی است. هرچه صعه صدر افزون‌تر باشد، توان رازداری بیشتر می‌شود (مروتی و همکاران، ۱۳۹۶) و فرد رازهای خود را در شرایط بحران پیش دیگران افشاء نمی‌کند.
۵. تلقی امانت نه مالکیت: باور به اینکه مالک اصلی همه‌کس و همه‌چیز خداست، آنچه در اختیار آدمی است، امانتی بیش نیست (پاکزاد، ۱۳۸۹) و آنچه در مصیبت‌ها و بحران‌ها اتفاق می‌افتد، فقدان نیست، بلکه بازپس‌گیری امانت است.
۶. الگوگیری: یکی از راه‌های کاهش بی‌تابی، یادآوری مصیبت‌ها و گرفتاری‌های انبیاء و اولیاء و صبر و عدم بی‌تابی آنها در برابر این مصیبت‌هاست.
۷. فرصت خلوت: فرد دچار مصیبت نیاز به خلوت دارد. معمولاً اطرافیان به‌طور دائم در کنار فرد هستند و این فرصت را از او می‌گیرند. داشتن فرصت خلوت به فرد کمک می‌کند تا تفکر کند،

گفتگوی درونی داشته باشد، گله و شکایت خود را با خدای خود در میان بگذارد. فرصت خلوت می تواند ارتباط معنوی فرد را برقرار کند و برای او تجربه اوج ایجاد کند. باید توجه داشت که فرصت خلوت برای افرادی که افکار خودکشی دارند، می تواند تبدیل به فرصتی برای اقدام به خودکشی شود.

۸. عزاداری: عزاداری طبیعی از قبیل حضور و دیدن واقعیت رخداده، شرکت در برنامه ها و مراسمات مربوط به مصیبت مانند شرکت در مجلس عزاداری، غمگینی و گریه کردن، دیدن و شنیدن جزئیات حادثه، مرور فیلم و تصاویر حادثه، بیان کلامی و گفتگو درباره حادثه رخداده موجب تسهیل در پذیرش مصیبت می شود.

ب) تسکین بخشی: یکی از نیازهای اساسی افراد دچار بحران و مصیبت، تسکین بخشی است. تماس بدنی، انبساط عضلانی، تکرار ذکر، تنفس عمیق، تنفس و تنفس مجدد از جمله فنون تسکین است. این روش ها موجب آرمیدگی و کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و افزایش فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک و به دنبال آن کاهش علائم نفس نفس زدن، ضربان قلب، فشارخون، فعالیت غدد تعریق، تغییر الگوی امواج مغزی و کاهش علائم هراس می شود. در به کارگیری فنون تسکین باید دقت شود و از آن براساس سن، جنس و ارزش های فرهنگی استفاده شود. مهم ترین فنون تسکین بخشی بشرح زیر است:

۱. کنترل حسی: وجود سر و صدا، نور زیاد و سایر محرک ها می توانند مکرراً باعث افزایش ناراحتی و بی قراری افراد مصیبت زده شوند (نوبهار و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین افزایش بار حسی ناشی از هیجان شدید به دنبال مصیبت (نظیر گشادی مردمک چشم، حساسیت شنوایی)، منجر به رفتارهای بی تابی می شود. در این زمینه، کاهش اضافه بار حسی و ایجاد موقت محرومیت حسی کمک کننده است. برای این منظور، ایجاد موقت محرومیت حسی از طریق چشم بند و گوش بند می تواند رفتارهای بیقراری و بی تابی را کاهش دهد (فلاحی نیا و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین است بودن در محیطی با نور کم و کاهش حجم سر و صدای محیطی. ضمن اینکه این روش ها موجب بروز آرامش و خواب طبیعی برای افراد دچار مصیبت می شود که برای رفع خستگی آنها کمک کننده است.

۲. حضور دیگران: حضور فیزیکی افراد بیگانه به عنوان تماشاگر در کنار فرد مصیبت زده ای که بی تابی و جزع می کند، ممکن است بیقراری او را افزایش دهد. بودن در کنار فرد دچار مصیبت هر چند به معنای حضور و توجه به فرد است، اما زمانی که فرد دچار رفتار بی قراری و بی تابی می شود، راه مناسبی برای انتقال آرامش و احساس و القای توجه به فرد نیست. حتی گاهی ایستادن در

کنار فرد مصیبت‌زده می‌تواند برای او مزاحمت و حتی تشدیدکننده درد ناشی از فاجعه باشد. در مقابل حضور همتایانی که مصیبت‌های مشابهی را تجربه کرده‌اند، حضور اعضای خانواده و نزدیکان و نیز حضور افراد معنوی در کنار فرد مصیبت‌دیده او را آرامش‌داده و از میزان بیقراری و بی‌تابی او می‌کاهد.

۳. تماس بدنی: لمس، اولین و مهم‌ترین روش برای درک آرامش، امنیت و محبت است. لمس موجب ترشح آندورفین‌ها و به‌دنبال آن ایجاد آرامش می‌شود (آندرسون و تایلور، ۲۰۱۱). لمس، موجب تنظیم ترشح غدد، کاهش تحریکات عصبی، کاهش فشار خون و تعداد تنفس، بهبود خواب، کاهش درد، افزایش اعتماد به نفس، کنترل هیجانات و احساسات ناخوشایند، تنظیم علائم حیاتی و اشباع اکسیژن خون می‌شود (پاپا تاناسگلو، ۲۰۱۲؛ نوبهار و همکاران، ۱۳۹۳). اینکه در مصیبت‌ها اعضای خانواده همدیگر را بغل کرده و لمس می‌کنند و دست همدیگر را می‌گیرند و دست روی شانه همدیگر قرار می‌دهند، از جمله همین موارد است. البته در این مورد ملاحظات فرهنگی وجود دارد. میزان مجاز بودن تماس بدنی تابع ارزش‌های حاکم بر جامعه است و انجام آن باید با ملاحظات فرهنگی، سن و جنسیت فرد صورت گیرد (احمدی، ۱۳۹۹).

۴. ماساژ: ماساژ بازتابی یکی از روش‌های درمان‌های مکمل است که مزایایی همچون به‌صرفه بودن، عدم وجود عوارض، کاربرد آسان و رضایت افراد از اجرای آن را دارد (کائر، و همکاران، ۲۰۱۲). این روش شامل فشار و ماساژ بر روی نقاط بازتابی در ناحیه کف دست یا کف پا است. این نقاط بازتابی به‌صورت آینه‌ای کوچک منعکس‌کننده تمام نقاط بدن هستند (استیفنسون و دالتون، ۲۰۰۳). به‌طوری‌که انرژی از طریق زون‌های عمودی در سراسر بدن از سمت پا به سمت سر جریان می‌یابد. بنابراین اعمال فشار بر یک نقطه بازتابی می‌تواند روی تمام اندام‌ها، غدد، استخوان‌ها و عضلات تأثیر بگذارد (فیاضی، و همکاران، ۱۳۸۸). از نظرگاه دیگر، چون در هر پا هفت هزار عصب وجود دارد؛ بنابراین ماساژ پاها و تحریک این سلول‌های عصبی باعث آرامش و کاهش تنش می‌شود و در نتیجه بدن را به تعادل باز می‌گرداند (کاوی و همکاران، ۱۳۹۴).

۵. تنفس دیافراگمی: در این تمرین فرد با روش موزون و آهسته و به‌طور عمیق نفس می‌کشد. از آنجایی‌که بی‌تابی اغلب شامل تنفس سریع و سطحی است، تنفس دیافراگمی با ایجاد الگوی تنفسی آرامتر، تنش را کاهش می‌دهد. برای این کار شخص باید در یک صندلی راحتی نشسته و یک دست خود را زیر قفسه سینه (محل ماهیچه دیافراگمی) قرار دهد. در یک حالت راحت چشم‌ها بسته است و فرد به آرامی به مدت پنج ثانیه نفس می‌کشد تا شش‌ها پر شود. این عمل بهتر است از طریق بینی صورت گیرد.

۶. **تنفس و تنفس مجدد:** یکی از علائمی که افراد دچار بحران از خود بروز می دهند نفس نفس زدن و یا بی نظمی در تنفس است. بی نظمی در تنفس شامل احساس ناگهانی تنگی در گلو، تنفس بریده بریده، سطحی، سریع و احساس ضعف و گیجی است. مشکل تنفسی معمولاً در لحظاتی وجود دارد که سطح تنش بالا است. هریک از این علائم ممکن است منجر به کاهش سطح دی اکسیدکربن در ریه ها شود. در چنین صورتی لازم است از روش تنفس و تنفس مجدد استفاده شود. این شیوه مستلزم تنفس مجدد از هوای بازدم است. هوای بازدم حاوی دی اکسیدکربن بیشتری است و بنابراین دی اکسیدکربن که بیرون داده شده است دوباره به ریه ها کشیده می شود. برای تنفس مجدد لازم است از پاکت کاغذی یا کاغذ لوله شده به شکل هرمی که ته آن بسته شده است استفاده کرد و آن را جلوی دهان و بینی قرار داد درحالی که تنفس تداوم دارد. در این روش هنگام بازدم مقداری از هوای خارج شده در فضای پاکت حبس می شود و دوباره به داخل ریه کشیده می شود. این عمل هر یک دقیقه به تعداد ۵ مرتبه (نه بیشتر) تکرار شود (احمدی، ۱۳۹۹).

۷. **تنش زدایی تدریجی عضلانی:** آرمیدگی ماهیچه‌ها دارای اثرهای فیزیولوژیکی ضدتنش حادث از بحران است. وقتی گروهی از عضلات را منقبض می کنید، خون حاوی اکسیژن به طور خاص به این عضلات پمپ می شود. روش های گوناگونی برای القاء انقباض عضلانی از طریق تلقین وجود دارد. یکی از آنها شیوه منظم انقباض و رها کردن عضلات درشت است. برای استفاده از این روش ابتدا فرد به آرامی روی یک صندلی در یک اتاق ساکت می نشیند. سپس چشمان خود را می بندد و هرگروه از ماهیچه های خود را حدود پنج ثانیه بشدت منقبض و سپس به ترتیب زیر رها می کند: ماهیچه های دست و بازوی برتر، ماهیچه های دست و بازوی دیگر، پیشانی و چشمها، قسمت فوقانی گونه ها و بینی، فک، قسمت تحتانی صورت و گردن، شانه ها، قسمت فوقانی پشت، قفسه سینه، شکم، کفل ها، قسمت فوقانی ساق برتر، قسمت تحتانی ساق برتر، پای غیر برتر (برگر، ترجمه فتحی آشتیانی و عظیمی آشتیانی، ۱۳۹۳).

۸. **بازگویی روانی:** هدف بازگویی روانی آن است که به افراد دچار بحران جهت درک، کنترل هیجانات شدید کمک شود تا آنها بتوانند راهبردهای مقابله ای مناسبی را در پیش بگیرند. به آنها کمک می کند تا از نظر شناختی و هیجانی تجارب خود را پردازش کنند. این نوعی حرف زدن در مورد حادثه است و چنانچه بلافاصله پس از بحران انجام نشود، برای فرد ممکن است بی تابی و بیقراری ایجاد کند. اغلب افراد مصیبت دیده، گرایش دارند تا جزئیات حادثه را فراموش نموده و درباره آن صحبت نکنند. در چنین حالتی ممکن است هیجانات ناشی از حادثه سرکوب شده و در سطح ناخودآگاه بماند و مشکلات روانی بعدی را موجب شود. بازگویی روان شناختی، صحبت کردن در

مورد رخداد ناگوار است و تأثیر مهمی در پیشگیری از بی‌تابی و آسیب روانی دارد (دهیل، ۱۹۹۹). در این روش به تمامی نشانه‌ها و واکنش‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و معنوی فرد در برابر حادثه بحرانی گوش داده می‌شود. و در آن سوالاتی از فرد می‌شود تا حقایق و جزئیات بیشتری از حادثه به خاطر آورد و در نتیجه، آن حادثه بهتر درک و فهم و پذیرش شود (جکوبس و همکاران، ۲۰۰۴؛ میچل، ۲۰۱۴).

۹. مهار درد: درد روانی و خستگی دو وضعیت حاکم بر فرد دچار مصیبت است. علی‌رغم آن، نداشتن اشتها و مشکل در خواب رفتن بر شدت رنج و خستگی می‌افزاید. برای این منظور خوردن مایعات گرم برای تسکین و آرامش توصیه می‌شود. همچنین بهره‌گیری از روش‌های مهار درد یا تسهیل‌سازی تعامل با دیگران، می‌تواند به‌عنوان روش مداخله‌ای مناسب به‌کار رود (کوهن-منسفیلد، ۲۰۰۴).

۱۰. مصرف دارو: قرص‌های ضد افسردگی هم باعث کاهش شدت علائم تنش و هم باعث رفع علائم افسردگی پس از بحران می‌شود. این داروها فقط باید توسط پزشک تجویز شوند، زیرا آنها عوارض جانبی برای بعضی افراد برجای می‌گذارند. همچنین آنها ممکن است علائم ناخوشایندی را در صورت قطع ناگهانی ایجاد کنند. برای درمان دارویی از داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین مانند فلوکسیتین، ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای مانند ایمی‌پرامین، سیتالوپرام، پروپرانولول و کلونیدین استفاده می‌شود (جیمز، ۲۰۱۲).

ج) حمایت: حمایت کردن، فرد مصیبت‌دیده را یاری می‌کند و او را از غرق شدن در هیجانات آسیب‌زا نجات می‌دهد. این روش به‌ویژه برای افرادی مفید است که به شدت اسیر شرایط روانی خود شده‌اند و نیازمند نوعی از کمک روانی برای «بقای» خویش هستند. برخی شرایط بحرانی به میزانی از نابسامانی عاطفی می‌انجامد که فرد قادر نیست با نیروی خودش با آن مقابله کند. در این شرایط باید به‌گونه‌ای او را یاری کرد (صاحبی، ۱۳۷۷). فنون حمایتی همان شیوه سنتی و مرسوم معنوی و روحانی است. براساس این استراتژی، مکانیسم خود شفا‌دهندگی روحانی در فرد فعال می‌شود، این فرایند شروع جریان عزاداری است. به‌کارگیری این فنون جریان عزاداری و فرایند سوگ را تسهیل می‌کند. پس از به‌کارگیری این فنون بین هیجانات دو سوگرایانه افراد بحران زده و حمایت‌های هیجانی اطرافیان پیوند برقرار می‌شود. این شیوه یک روش حمایتی قوی برای کسانی است که به مناسک مذهبی و نیروی الهی ایمان دارند. برخی از فنون حمایتی بشرح زیر است:

۱. امید دادن: امید فشار روانی را قابل تحمل می‌سازد (فرام، ترجمه روشنگر، ۱۳۸۰). نقطه مقابل امید، ناامیدی و یأس است. یأس رنج و عذاب به‌دنبال دارد. یأس بدین معنی است که شخص تسلیم شده است و از تلاش برای حل مشکل دست کشیده است، احساس دل شکستگی می‌کند و عواقب خطر را پذیرفته است (بهاری، ۱۳۹۳). امید یقین مفروض ایجاد می‌کند، مبنی بر

اینکه واقعه وحشتناک رخ نخواهد داد. از جمله اثرات حمایتی امید، احساس آرامش آنی و خلاصی از رنج است. امید نیروهای ذخیره را برای رویارویی با مصیبت فعال می‌کند. البته به امید واهی دل بستن یا به امیدی از عمل مسئولانه در زمان حال فرارکردن، غیر منطقی است.

۲. اطمینان دادن: اطمینان یک روش کلامی است که فرد مصیبت دیده را از عواقب اعمال و احساسات خود مطمئن می‌سازد. این عمل باعث کاهش فشار روحی و قوت قلب می‌شود و انتظارات آینده را بهبود می‌بخشد. لذا می‌توان آن را نوعی تقویت تلقی کرد. عبارات اطمینان بخش عموماً از این قبیل هستند: «تو توانایی آن را داری»، «تو می‌توانی منطقی باشی»، «تو می‌توانی مشکلاتت را حل کنی»، «تو می‌توانی بر احساسات خود غلبه کنی»، «تو می‌توانی وضع روحی بهتری داشته باشی». هدف از اطمینان دادن بالا بردن روحیه فرد مصیبت دیده، فعال ساختن نیروهای او، کاهش بی‌تابی و جزع است. اطمینان بخشی از دوره حاصل می‌شود. اول از طریق رفع سوءتفاهم‌ها و تردیدهایی که ممکن است فرد داشته باشد و دوم از طریق خاطر نشان ساختن توانایی‌ها و پتانسیل‌های بالقوه او. تأیید افکار مثبت فرد، پیش‌بینی پیامدهای مثبت و مطمئن ساختن او از واقعیت از روش‌های اطمینان بخشی است. اظهار اینکه مشکلات او قابل حل است و یا بسیاری از مردم مشابه این مشکل را داشته‌اند، یا اینکه آثار ناراحتی فعلی پس از مدت زمان محدودی محو خواهد شد، باعث می‌شود که فرد بتواند فشارهای جاری را تحمل کند (احمدی، ۱۳۹۹).

۳. دعا و نیایش: دعا و نیایش سلامت روانی مستحکمی را در برابر مصیبت فراهم می‌آورد. نیایش باعث لطافت روحی شده و یک انسان ضعیف را به برترین و کامل‌ترین قدرت‌ها پیوند می‌دهد (غباری‌بناب، ۱۳۸۷). نیایش خصائل خویش را با اطلاعات بسیار مشخص و منحصر به فردی نشان می‌دهد: صفای نگاه، متانت رفتار، انبساط درونی و چهره پر از یقین از این قبیل هستند. از راه دعا انسان آرامش واقعی به دست می‌آورد. دعا دواي دردها و یاد خدا شفای رنجوری‌ها است. با نیایش، انسان حس می‌کند تنها نیست. نیرویی لایتناهی هست که همیشه یاور اوست، دعا به انسان قوت قلب و امید می‌بخشد، از شدت بی‌تابی او می‌کاهد، نیایش از شدت اثرات بلایا می‌کاهد، بحران‌ها را قابل تحمل می‌سازد، شدائد و مصائب را نه فاجعه بلکه به یک امتحان الهی تبدیل می‌کند، نگرش انسان را نسبت به بلایا تغییر می‌دهد و فرد مرگ را بازگشت به بهتر تلقی می‌کند. دعای افراد درمانده زودتر مستجاب می‌شود. افراد مصیبت‌زده خلوص بیشتری در دعا دارند، ارتباط آنها با همه کس و همه چیز قطع است، اتصال آنها به نیروی الهی به توسط دعا و نیایش به عنوان تنها پناهگاه زندگی‌شان میزان پذیرش دعا را افزایش می‌دهد. آسیب‌دیدگان بحران هم می‌توانند برای خود و هم برای دیگران دعا کنند. کسانی که در مصائب به خدا پناه می‌برند و

تنها پناهگاهشان خدا می‌شود نه ترس و نه غم بر آنها غلبه نمی‌کند. دعا و نیایش باعث می‌شود از مرگ نهراسند. نسبت به مرگ اطرافیان خود واقع‌بینانه بنگرند؛ چون می‌دانند که هر انسانی اجل معینی دارد و آنگاه که اجلش فرا رسد هیچ‌کس و هیچ چیزی یارای تأخیر آن نیست و اینکه همه مرگ را می‌بینند. دعا باعث می‌شود که فرد از حوادث ناگوار و وقوع فاجعه باکی نداشته باشد زیرا می‌داند حوادث چه ظاهراً خوب یا چه ظاهراً بد، آزمایشی از سوی خداوند است و بالاخره اینکه دعا و نیایش باعث می‌شود که فرد به هنگام بحران بجای جزع و فزع، توان تحمل و صبر خود را به حداکثر برساند و سرافراز از بحران خارج شود.

د) مبادرت به عمل: افراد مصیبت‌زده با مبادرت به عمل قدم در راه رفع حالت بحران و حصول مجدد تعادل برمی‌دارند. افراد دچار بحران که با فقدان نیز مواجه شده‌اند ممکن است دچار اختلال در ادراک شده و آلترناتیوهای عمل نداشته باشند و احساس کنند که در بن‌بست قرار دارند و راهی جز روش‌های غیرمنطقی نیست. بنابراین یک روش در این مرحله کمک به افزایش آلترناتیوهای فرد و پرهیز از به‌کارگیری راه‌حل‌های عقیم و غیرمنطقی است (بروک، ۲۰۰۴). خستگی و ضعف ناشی از مصیبت از یک سوی و دلسوزی اطرافیان و سایرین از سویی دیگر موجب می‌شود تا فرد دچار بحران غیرفعال بماند. عدم فعالیت او، وی را در گردابی از درد و بی‌تابی گرفتار می‌کند. در حالی که تلاش و فعالیت او هم برای کاهش بی‌تابی و هم برای سازگاری بعدی مفید و اثربخش هستند. البته باید توجه داشت که غرق شدن به اقدامات عملی زیاد نباید موجب توقف عزاداری معمولی فرد شود. برخی از اقدامات عملی ممکن عبارت‌اند از:

۱. پذیرش اینکه شرایط بحرانی و آشفته کنونی، موقتی بوده و با گذشت زمان اوضاع قابل کنترل خواهد بود.
۲. حمایت‌گری بجای حمایت‌طلبی موجب کاهش بار هیجانی مصیبت و تسهیل گذر از بحران و رشد و تکامل می‌شود.
۳. استفاده از ابراز کلامی و گفتگو و همچنین استفاده از هنر و شعر و ادبیات، کمک می‌کند تا هیجان‌ناشی از مصیبت به خلاقیت تبدیل شود بدون آنکه آسیبی به فرد وارد آید. عدم استفاده از این ابزارها موجب بروز هیجان به اشکال بی‌تابی و جزع و فزع می‌شود.
۴. کنترل خود به این معنا که فرد بتواند به گونه‌ای فکر، احساس و رفتار نماید که انگار فرد مؤثری در مواجهه با بلایا و مصیبت زندگی است و ناتوان نیست (استلمن، ۱۹۹۸).
۵. اینکه گریستن اوج ابراز هیجانی و پایان مصیبت است، نه شروعی که به رفتارهای بی‌تابی و جزع نامحدود منجر شود.

۶. تعاملات خانوادگی و دور هم شدن مجدد اعضای خانواده و حمایت از یکدیگر و شروع مراودات جدید پس از مصیبت و پیگیری برنامه‌های جاری و مورد نیاز خانواده و به‌ویژه رفع نیازهای کودکان و سالمندان برای کاهش بی‌تابی و جزع مؤثر است (احمدی، ۱۳۹۹).
۷. دنبال کردن برنامه‌های ضروری زندگی از قبیل: برنامه خوردن غذا، خواب و استراحت، بهداشت و نظافت عمومی، رسیدگی به فرزندان کوچکتر و از این قبیل موجب کاهش بی‌تابی شده و بازگشت فرد به روال عادی زندگی را تسهیل می‌کند.

نتیجه‌گیری

بی‌تابی در بحران موجب آسیب و کنترل آن موجب افزایش خودآگاهی، خودکنترلی و رشد عقل می‌شود. براین اساس یادگیری روش‌ها و مهارت‌های کنترل آن بخشی از فرایند صبر و رشد پس از ضربه است.



منابع

- ✽ قرآن کریم، (۱۳۹۱)، ترجمه ناصر مکارم شیرازی، نشر پیام عدالت.
۱. احمدی، خدابخش (۱۳۹۹)، «آیا صبر همان تاب‌آوری است؟ مفهوم‌سازی کاربردی صبر برای شرایط بحرانی»، مجله مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱۴(۲۷)، ص ۱۶۳-۱۸۷.
 ۲. احمدی، خدابخش (۱۳۹۹)، کتاب جامع مداخلات روان‌شناختی در بحران، تهران: انتشارات دانژه، ایران.
 ۳. احمدی، خدابخش و عاطفه دارابی (۱۳۹۶)، «اثربخشی آموزش صبر بر کاهش سوگ و تسهیل رشد پس از ضربه»، روان‌شناسی فرهنگی، سال اول، شماره ۱، ص ۱۱۴-۱۳۱.
 ۴. امیری، حسین میردزیکوندی رحیم و محمدرضا احمدی محمدآبادی (۱۳۹۲)، «مفهوم‌شناسی صبر در اسلام و معادل‌یابی آن در روان‌شناسی»، ماهنامه معرفت، ۲۲(۹)، ص ۱۵-۳۰.
 ۵. آمدی، عبدالرحمن‌بن محمد (۱۳۹۲)، غررالحکم و دررالکلم، ترجمه: هاشم رسولی محلاتی، دفتر نشر اسلامی.
 ۶. باقر، غباری‌بناب (۱۳۸۷)، مشاوره و روان‌درمانی با رویکرد معنوی، انتشارات آرون.
 ۷. برگر، ریموند میلتن (۱۳۹۳)، شیوه‌های تغییر رفتار، ترجمه: علی فتحی‌آشتیانی، و هادی عظیمی‌آشتیانی، انتشارات سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
 ۸. بهاری، فرشاد (۱۳۹۳)، مبانی امید و امید درمانی. نشر دانژه.
 ۹. پاکزاد، عبدالعلی (۱۳۸۹)، «مهارت تحمل فقدان مرگ عزیزان در قرآن»، ماهنامه معرفت، ۱۹(۵)، ص ۹۱-۱۱۴.
 ۱۰. پسندیده، عباس (۱۳۸۸)، اخلاق پژوهی حدیثی، تهران: سمت.
 ۱۱. تبادکانی، طوسی شمس‌الدین محمد (۱۳۸۲)، تسنیم‌المقربین، شرح فارسی منازل‌الساثرین خواجه عبدالله انصاری، انتشارات کتابخانه مجلس شورای اسلامی.
 ۱۲. ترابی، صغری و احمدی خدابخش (استاد راهنما) (۱۳۸۷)، «بررسی مقایسه‌ای اثربخشی روش‌های مداخله آموزش حل مسئله و صبر بر کاهش پرخاشگری»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه امام حسین (علیه‌السلام).
 ۱۳. حسینی، محمدتقی و سیدمحمدرضا موسوی‌نسب (۱۳۹۵)، «آثار تربیتی گریستن بر تکامل معنوی انسان از دیدگاه آیات و روایات»، مجله معرفت، ۲۵(۲۲۸)، ص ۲۷-۴۱.

۱۴. دیلمی، حسن بن محمد (۱۳۹۲)، ارشاد القلوب: المنجی من عمل به من الیم العقاب، گردآورنده: سیدهاشم میلانی، نشر اسوه.
۱۵. راغب اصفهانی، حسین بن محمد (۱۳۸۸)، مفردات الفاظ قرآن، ترجمه: مصطفی رحیمی نیا، تهران: انتشارات سبحان.
۱۶. رحیمی، سعید؛ باقر غباری بناب و غلامعلی افروز (۱۳۹۴)؛ «تأثیر مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بازی‌های متداول در محیط فرهنگی در نشانه‌های بالینی اختلال رفتار بی‌تابی کودکان پیش‌دستانی»، فصلنامه علوم روان‌شناختی، ۱۴(۵۵)، ص ۴۲۱-۴۰۳.
۱۷. زارع، مریم؛ زینب شایقیان، بهروز بیرشک و عزیزه افخم ابراهیمی (۱۳۹۱)، «پایایی، روایی و تحلیل عاملی پرسش‌نامه بی‌قراری کوهن-منسفیلد (CMAI)»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۸(۱)، ص ۶۷.
۱۸. صاحبی، علی (۱۳۷۷)، «روان‌درمانی حمایتی»، فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، سال سوم، شماره ۹ و ۱۰.
۱۹. طوسی، محمد بن حسن (۱۳۹۱)، امالی، ترجمه: محمدعلی سلطانی، انتشارات ارمغان طوبی.
۲۰. عطار، فریدالدین (۱۳۸۶)، مصیبت‌نامه، تصحیح محمد رضا شفیعی کدکنی، نشر سخن.
۲۱. غلامحسین، فلاحی نیا؛ فریبا طیبی آراسته، یونس محمدی و مهدی مولوی وردنجانی (۱۳۹۸)، «تأثیر استفاده از چشم بند و گوش بند بر سطح بی‌قراری و بروز دلیریوم در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه»، ۱(۴)، ص ۱۰-۱۸.
۲۲. فرام، اریک (۱۳۸۰)، انقلاب امید، ترجمه مجید روشنگر، چاپ سوم، مروارید.
۲۳. فیاضی، صدیقه؛ شریعتی عبدالعلی و مرتضی مؤمنی (۱۳۸۸)، «بررسی تأثیر روش آرام‌سازی بنسون بر درد پس از جراحی بای پس عروق کرونر»، مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۸(۴)، ص ۴۷۹-۴۸۹.
۲۴. کاوی، پرستو؛ عباس عبادی، یاسر سعید، سیدطیب مرادیان و مسیح صدیق رحیم‌آبادی (۱۳۹۴)، «تأثیر ماساژ بازتابی پا بر اضطراب و بی‌قراری بیماران تحت تهویه مکانیکی پس از جراحی قلب باز: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده»، مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۴(۱)، ص ۱۶-۲۶.
۲۵. کلینی رازی، ابو جعفر (۱۳۸۸)، الکافی، انتشارات اسلامیه.
۲۶. گیلانی، عبدالرزاق بن محمد هاشم (۱۳۹۳)، شرح مصباح الشریعه للامام جعفر الصادق (علیه السلام)، نشر برهان صادق.

۲۷. مالمیر، طیبه؛ مالک میرهاشمی، ناصرالدین کاظمی حقیقی و نسرین باقری (۱۳۹۸)، «تدوین الگوی رضایت از زندگی براساس ویژگی‌های شخصیتی و حل مسئله اجتماعی با میانجیگری بی‌تابی روانی در افراد متاهل»، فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۹(۳۳)، ص: ۱۱۵-۱۲۷.
۲۸. مجلسی، محمدباقر (۱۳۷۸)، ایمان و کفر، ترجمه: عزیزاله عطاردی قوچانی، تهران: نشر عطارد.
۲۹. مجلسی، محمدباقر بن محمدتقی (۱۴۹۴)، بحارالانوار، انتشارات اسلامی.
۳۰. محمدی‌ری شهری، محمد (۱۳۹۸)، میزان الحکمه، ترجمه، نشر دار الحدیث.
۳۱. مروتی، سهراب؛ مهدی اکبرنژاد و امین ذوالفقاری‌فر (۱۳۹۶)، «رویکرد تربیتی به صبر، مؤلفه‌ها و مصادیق آن در سوره یوسف (علیه السلام) (با نگاه انتقادی به روایات تفسیری)»، نشریه آموزه‌های تربیتی در قرآن و حدیث، ۳(۲)، ص ۲۱-۴۲.
۳۲. مصطفوی، حسن (۱۳۶۰)، التحقیق فی کلمات القرآن الکریم، تهران: بنگاه ترجمه و نشر کتاب.
۳۳. نراقی‌ملا، احمد (۱۳۶۲)، معراج السعاده، مشهد: انتشارات ندای اسلام.
۳۴. نوبهار، منیر؛ معصومه بوالحسنی، علی فخرموحدی و علی راهب‌قربانی (۱۳۹۳)، «تأثیر لمس بر بی‌قراری بیماران تحت تهویه مکانیکی»، فصلنامه کومش، ۱۵(۳)، ص ۳۲۵-۳۳۳.
۳۵. نوری، نجیب‌الله (۱۳۸۸)، «بررسی پایه‌های روان‌شناختی و نشانگان صبر در قرآن»، فصلنامه روان‌شناسی و دین، ۱(۴)، ص ۱۶۸-۱۴۳.
36. Abraha I, Trotta F, Rimland JM, Cruz-Jentoft A, Lozano-Montoya I, Soiza RL, et al. Efficacy of non-pharmacological interventions to prevent and treat delirium in older patients: a systematic overview. The SENATOR project ONTOP Series. PloS one. 2015; 10(6):e0123090.
37. Ahmadi K, Javadinia SA, Saadat SH, Ramezani MA, Sedghijalal H, Triangular relationship among risky sexual behavior, addiction, and aggression: A systematic review, Electron Physician. (2017), Aug 1;9(8): 5129-5137. doi: 10.19082/5129.
38. Ahmadi K, Ramezani MA, Iranian Emotional Experience and Expression During the COVID-19 Crisis, Asia Pacific Journal of Public Health, 2020, online published: 7 Jul 2020. <https://doi.org/10.1177/1010539520937097>

39. American Psychiatric Association. (2018), *DSM-5*. Washington, D. C. London, England. www.psych.org
40. Anderson JG, Taylor AG. Effects of healing touch in clinical practice: a systematic review of randomized clinical trials. *J Holist Nurs* 2011; 29:221-228
41. Brock, S. E. (2004), Identifying psychological trauma victims. In S.E. Brock, P.J. Lazarus, & S. R. Jimerson (Eds). *Best practices in school crisis prevention and intervention*. Betesda; M.D; National Association of school psychologist. Available :<http://www.nasponline.org/NEAT/crisis/0911.html>.
42. Cohen-Mansfield, J. (2000), Use of patient characteristics to determine non-pharmacologic interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(suppl. 1), 373-380.
43. Cohen-Mansfield, J. (2004), Non-pharmacologic Interventions for inappropriate behaviors in dementia: A review, summary and critique. *Journal of American Psychiatric Association*, 2, 288-308.
44. Comer, D.R., & Sekerka, L. E.(2014), Taking time for patience in organizations. *Journal of Management Development*, 33(1), 6-23
45. De Jong MM, Burns SM, Campbell ML, Chulay M, Grap MJ, Pierce LN, Simpson T. Development of the American association of critical-care nurses' sedation assessment scale for critically ill patients. *Am J Crit Care* 2005; 14:531-544.
46. Deahl, M. (1999), Debriefing and body recovery: War grave soldiers. In B. Raphael & J. P. Wilson (Eds.), *Psychological e[;fs , il;hvhkT 2004Y briefing: Theory, practice, and evidence* (pp. 108–117). New York: Cambridge University Press.
47. Greenberg LS. Emotions, the great captains of our lives: their role in the process of change in psychotherapy. *Am Psychol*. 2012; 67: 697-707, Doi: 10.1037/a0029858.
48. Jacobs J, Horne-Moyer HL, Jones R. The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims. *Int J Emerg Ment Health* 2004; 6(1): 5-14.
49. James K. Richard, Gilliland, B. E (2012), *Crisis Intervention Strategies*, 7th Edition Thomson. Brooks/Cole.

50. Kaur J, Kaur S, Bhardwaj N. Effect of 'foot massage and reflexology' on physiological parameters of critically ill patients. *Nursing and Midwifery Research*. 2012; 8(3): 223-33.
51. Mitchell. Jeffrey T.(2014), Critical Incident Stress Debriefing (CISD). [https://www .researchgat e.net /publ i cat i on/264870448](https://www.researchgate.net/publication/264870448)
52. Papanthanasoglou ED, Mpouzika MD. Interpersonal touch: physiological effects in critical care. *Biol Res Nurs* 2012; 14:431-443
53. Schnitker, S. A., & Emmons, R. A. (2007), Patience as a virtue: Religious and psychological perspectives. In *Research in the Social Scientific Study of Religion*, Volume 18(pp. 177-208). Brill.
54. Stainback, Lily (2008), *Teaching Children Christlike Virtues in the Home*, United States of America, Horizon Publishers.
55. Stellman, Jeanne Mager (1998), *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*, Geneva, International Labour Organization.
56. Stephenson NL, Dalton JA. Using reflexology for pain management. A review. *Journal of Holistic Nursing*. 2003; 21(2): 179-91.