

مقایسه تنظیم رغبت بر اساس آموزه زهد اسلامی و درمان شناختی- رفتاری بر افزایش سلامت عمومی

Regulation of Interest with Relying on the Islamic Zuhd Teaching and
its Effect on increasing General Health Level in comparison with
Cognitive Behavioral Therapy

حمزه عبدی / عضو هیئت علمی پژوهشگاه قرآن و حدیث.

Hamzeh Abdi (Faculty member of Research Institute of Qur'an and Hadith)

مسعود جان‌بزرگی / دانشیار پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

Masoud Janbozorgi (Associate professor of Research Institute of of Hawza & Daneshgah)

سید محمد غروی / پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

Seyyed Mohammad Gharavi (Research Institute of of Hawza & Daneshgah)

عباس پسندیده / دانشیار دانشگاه قرآن و حدیث

Abbas Pasandideh (Associate professor of University of Qur'an and Hadith)

سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی / دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

Seyyed Kazem Rasoul Zadeh Tabatabai (Associate Professor of Tarbiat Modarres
University)

Abstract

This research aimed to study the efficiency of the regulation of interest (based on the Islamic *zuhd* doctrine) as an emotional cognitive model

چکیده

هدف این پژوهش بررسی کارآمدی الگوی تنظیم رغبت در اسلام (مبتنی بر مفهوم

to increase general health level of clients in comparison with cognitive behavioral therapy. This interest regulation model was designed in the form of a protocol for clinical intervention.

The statistical sampling was carried out from among the clients who attended the two therapy centers: Counselling Center of Imam Khomeini Institute and the University of the Qur'an and Hadith.

The samples were chosen from among individuals diagnosed to be suffering from generalized anxiety based on the clinical interview called DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*).

General health questionnaire (GHQ) was used for pretest, post-test and following up.

The clients were divided in two groups. The applying groups received their therapy protocols within 8 weeks and were compared with the control group. The comparison of the three groups was analyzed by the statistic covariance model and repeated measures (using Analysis of covariance or ANCOVA).

Findings: The results showed that the interest regulation group was more effective in comparison with the cognitive behavioral group and the control group in increasing general health level [of the clients].

Keywords: Regulation of interest based on the concept of Islamic *zuhd*, cognitive behavior therapy, anxiety and general health level.

زهد) به عنوان الگویی شناختی-هیجانی برای افزایش سلامت روان در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری بود. الگوی تنظیم رغبت در قالب پروتکل برای مداخله بالینی طراحی شد. نمونه آماری از میان مراجعان به دو مرکز درمانی مرکز مشاوره مؤسسه امام خمینی و دانشگاه قرآن و حدیث انتخاب شدند. نمونه از میان افرادی انتخاب شدند که بر اساس مصاحبه بالینی (DSM5)، اضطراب تعمیم یافته داشتند. برای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از پرسش نامه سلامت عمومی GHQ استفاده شد. مراجعان، به دو گروه تقسیم شدند. گروه های کاربردی پروتکل درمانی خود را طی هشت هفته دریافت کردند و با گروه کنترل مقایسه شدند. مقایسه سه گروه از طریق مدل آماری کواریانس و اندازه های مکرر تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که گروه تنظیم رغبت در مقایسه با گروه شناختی-رفتاری و گروه کنترل، در افزایش سلامت عمومی تأثیر بیشتری داشت.

کلیدواژه ها: تنظیم رغبت، زهد اسلامی، درمان شناختی-رفتاری، اضطراب و سلامت عمومی.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: «حالت بهزیستی که افراد به وسیله آن توانمندی‌های خود را به واقعیت بدل کنند و بتوانند با فشارهای معمول زندگی مقابله و به صورت پرثمر کار کنند و در جامعه خود مشارکت داشته باشند» (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۰۴، ص ۱۲ به نقل از لویز^۲ ۲۰۰۹) از اهداف مهم سازمان بهداشت جهانی، افزایش سطح بهداشت جوامع است (www.who.int). روان‌شناسی نیز به عنوان یکی از متولیان تأمین بهداشت روانی در پی تأمین این هدف است. از همین رو، هم برای برداشتن فشارهای روانی و اختلالات و هم ارتقای سطح کیفی روانی انسان‌ها برنامه‌ریزی کرده است.

مقوله فرهنگ و مذهب در دهه‌های اخیر محل توجه بسیاری از روان‌شناسان قرار گرفته است (نک: انجمن روان‌شناسی آمریکا،^۳ شاخه‌های ۴۳۶ و ۴۴۵). روان‌درمانگران نیز در حوزه درمان و ارتقای سلامت در پی توجه به این دو مقوله بوده‌اند؛ چراکه علی‌رغم مفیدبودن بسیاری از درمان‌ها، بیشتر آنها موفقیت‌های نسبی دارند. از همین رو بسیاری از درمانگران برای جبران و تقویت این درمان‌ها شیوه‌های جایگزین را مطرح کرده‌اند. برخی از آنها کوشیده‌اند به متغیرهای فرهنگی در درمان توجه کنند (نک: پرچسکا و نورکراس، ۱۳۹۱). توجه به متغیرهای دینی نیز در دستور کار بسیاری از روان‌شناسان قرار گرفته است. برخی روان‌شناسان نیز با استفاده از دین و معنویت اقدام به طراحی مداخله و درمان کرده‌اند (پارگمنت^۴، ۲۰۱۱؛ ریچارد، هاردمن و برت^۵، ۲۰۰۷؛ ریچارد^۸، ۲۰۰۶؛ ریچارد و برگین^۱، ۲۰۰۴). در سال‌های اخیر دین اسلام نیز محل توجه

1. World Health Organization
2. Lopez, S.J
۳. <http://www.apa.org>.
4. Society for the Psychology of Religion and Spirituality.
5. Society for the Psychological Study of Culture, Ethnicity and Race.
6. Pargament, K.I
7. Richard, Hardman , Berrett
8. Richard, S

برخی روان‌شناسان قرار گرفته، مسائل مختلفی از جمله رابطه اسلام و سلامت روان، مقابله دینی، رابطه اعتقادات مذهبی با هیجانات مثبت مانند بهزیستی، امید، خوش‌بینی، معنا، هدف و عزت نفس بررسی شده است. بسیاری از ابعاد رفتاری و شناختی مسلمانان مطالعه شده و به پژوهش‌های متعددی در سرتاسر دنیای اسلام اشاره شده است. در این پژوهش‌ها، تأثیر آموزه‌های اسلامی بر آزمودنی‌ها کاملاً مشهود است (رک: کونینگ و الشهب،^۲ ۲۰۱۴؛ کیم-پریوتو،^۳ ۲۰۱۴)

یکی از ابعاد انسانی، که اسلام به آن پرداخته، بحث معنا و هدف است که در سلامت روان نیز جایگاه ویژه‌ای دارد. اسلام به این مقوله بهای زیادی داده و بخشی از سعادت دنیوی و اخروی متأثر از این باور است. یکی از جلوه‌های معنادهی به هستی‌رویت‌پذیر، توجه به باطن هستی است. نگاه به جلوه‌های ظاهری زندگی دنیا و تکیه بر آن و غفلت و ناآگاهی از باطن آن، که همان آخرت است، نمونه‌ای از بی‌معنایی است (روم: ۷). این برداشت از معنویت همسو با برخی تعاریف معنویت در اندیشه غربی است که «جهان مادی را در برابر جهان معنوی هیچ می‌انگارند. جهان مادی شامل چیزهایی است که می‌توانیم ببینیم، بشنویم، بوییم یا لمس کنیم، حال آنکه جهان معنوی شامل عناصری است که در دنیای ذهنی وجود دارند و حداکثر می‌توان آن را از جهان مادی استنباط کرد»، یا به گفته گرساچ «معنویت، طلب فهم خودمان است در ارتباط با بینشمان راجع به فراواقعیت غایی و زیستن بر اساس آن» (اسپیلکا، هود، هونسبرگر و گرساچ، ۱۳۹۰: ۱۳). امروزه به این نوع تفسیرها و استعانت از آنها برای بهبود حال بیماران اقبال شده است.

مشابه این معانی در آموزه‌های اسلامی بسیار است. از جمله، آموزه زهد در اسلام، رسالت تنظیم و جهت‌دهی رغبت مؤمنان به موضوعات مختلف زندگی را به عهده دارد و از کارکردهای آن، معنادهی به زندگی است. الگوی تنظیم رغبت بر اساس زهد بر آن است که

1. Richard & Bergin
2. Koeing, H.J & Shohaib, S
3. Kim-Prieto, Chu

دنیا به صورت مستقل کم‌ارزش است و نباید به صورت مستقل به آن بها دهیم و توجه خود را معطوف به آن کنیم. بلکه ساختار دنیا به گونه‌ای است که باید به صورت مقدمه آخرت به آن توجه شود. از این‌رو رغبت مستقل و اصیل به دنیا از نظر اسلام آسیب است و مفهوم گزاره‌های اسلامی، که توصیه به بی‌رغبتی به دنیا کرده‌اند، دقیقاً همین نکته است.^۱ اگر نگاه به دنیا اصلاح شود، رغبت به آن پذیرفته است. زیرا در واقع رغبت به دنیا تعلق نگرفته، بلکه به ارزش‌های اخروی تعلق گرفته است و دنیا از این منظر بسیار باارزش است (ابن‌ابی‌شبهه، بی‌تا: ۱۴۳/۸؛ حاکم نیشابوری، ۱۴۱۱: ۳۴۸/۴؛ الاهوای، ۱۳۸۴: ۴۷).^۲ الگوی تنظیم رغبت «رغبت به دنیا را تابعی از رغبت به آخرت می‌داند».

در صورت تحقق این الگوی مفهومی، پیامدهای مثبت فراوانی آشکار خواهد شد. متون دینی به این پیامدها اشاره کرده‌اند (عبدی، پسندیده و غروی، ۱۳۹۳). البته این مباحث به صورت متون حدیثی در میان متون دینی^۳ به چشم می‌خورد و کمتر محل توجه روان‌شناسان قرار گرفته است. در سال‌های اخیر تحقیقاتی در این زمینه صورت گرفته است (پسندیده، ۱۳۸۸؛ عبدی، پسندیده و غروی، ۱۳۹۳؛ عبدی، جان‌بزرگی، غروی، پسندیده، رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۹۴) و به ابعاد نظری و کارکردی این مفهوم پرداخته‌اند. در میان این پژوهش‌ها فقط پژوهش آخر به طور

۱. روایاتی مانند: «کونوا من الزاهدين في الدنيا والراغبين في الآخرة» (کلینی، ۱۴۰۱: ۱۳۱/۲)؛ «یا عیسی ازهد فی الفانی المنقطع» (کلینی، ۱۴۰۱: ۱۳۴/۸) یا روایتی از امام علی علیه السلام که می‌فرماید: «إِنَّ الدُّنْيَا قَدْ ارْتَحَلَتْ مُدْبِرَةً، وَإِنَّ الآخِرَةَ قَدْ ارْتَحَلَتْ مُقْبِلَةً، وَلِكُلِّ وَاحِدَةٍ مِنْهَا بَنُونَ، فَكُونُوا مِنْ أبنَاءِ الآخِرَةِ وَلَا تَكُونُوا مِنْ أبنَاءِ الدُّنْيَا، أَلَا وَكُونُوا مِنَ الزَّاهِدِينَ فِي الدُّنْيَا الرَّاعِبِينَ فِي الآخِرَةِ» (کلینی، ۱۴۰۱: ۱۳۱/۲، ح ۱۵).

۲. رسول خدا صلی الله علیه و آله فرمود: «خوب سرایی است دنیا برای کسی که از آن برای آخرتش توشه بگیرد تا پروردگارش را خشنود گرداند و بد سرایی است برای کسی که دنیا او را از آخرتش باز دارد و نگذارد موجبات خشنودی پروردگارش را فراهم آورد؛ هر گاه بنده بگوید «ننگ بر دنیا»، دنیا گوید «ننگ بر نافرمان‌ترین ما از پروردگارش». همچنین، از امام علی علیه السلام نقل شده است که فرمود: «دنیا برای کسی که در راستی درآید منزلگاه راستی و صداقت است و برای کسی که متوجه منظورش شود سکونتگاه عافیت است و برای کسی که از آن توشه بگیرد سرای ثروت است».

۳. مانند رساله الزهد ثابت ابن دینار (متوفای ۱۵۰ ه. ق)، ابن‌قدامة ابوصلت کوفی (متوفای ۱۶۰ ه. ق)، ابوحاتم رازی (متوفای ۲۷۷ ه. ق)، احمد بن حنبل (متوفای ۲۴۰ ه. ق)، ابن مبارک مروزی (متوفای ۱۸۱ ه. ق)، ابن‌ابی‌عاصم (متوفای ۲۸۷ ه. ق)، ابن‌ابی‌الدنیا (متوفای ۲۸۱ ه. ق)، ابن جراح (متوفای ۱۹۷ ه. ق) و حسین بن سعید اهوازی (قرن ۳ ه. ق).

ضمنی به رابطه الگوی تنظیم رغبت و سلامت روان پرداخته است. به جز این پژوهش، پژوهشی در حوزه سلامت روان و زهد دیده نشد. از همین رو مسئله پژوهش حاضر به این اختصاص داده می‌شود که: آیا الگوی تنظیم رغبت این ظرفیت را دارد که بتواند به عنوان شیوه‌ای برای افزایش سلامت روان استفاده شود؟ آیا قابل قیاس با درمان‌هایی همچون درمان شناختی - رفتاری هست؟

با توجه به شواهدی که در متون اسلامی وجود دارد (نک: عبدی، پسندیده، غروی، ۱۳۹۳) می‌توان این فرضیه را مطرح کرد که «مداخله تنظیم رغبت بر اساس آموزه زهد در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری (CBT)، توان بهتری برای افزایش سلامت عمومی دارد».

طرح پژوهش

پس از استخراج ساختار تنظیم رغبت، مبانی و اهداف آن بر اساس مفهوم زهد در اسلام، زمان پژوهش آزمایشی می‌رسد که طرح آن در این بخش عرضه می‌شود. کاربندی حاضر در سه گروه کاربندی و کنترل به اجرا در آمد. هر سه گروه از میان افرادی که به مرکز مشاوره مراجعه کرده بودند و شرایط ورود را داشتند انتخاب شدند. به همین دلیل، روش تحقیق حاضر روشی شبه‌تجربی یا شبه‌آزمایشی است (هومن، ۱۳۸۳). بعد از تشکیل سه گروه، ابتدا پیش‌آزمون‌ها روی هر سه گروه انجام شد و سپس کاربندی‌های طراحی شده بر اساس بسته آموزشی - روانی اجرا شد. پس از این مرحله نیز، پس‌آزمون‌ها اجرا و اطلاعات به نرم‌افزار داده شد. دوره پیگیری هم یک ماه در نظر گرفته شد.

جدول ۱: طرح آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه‌ها	پیش‌آزمون	مداخله	پس‌آزمون	پیگیری
گروه تنظیم رغبت	T1	X1	T2	T3
گروه شناخت درمانی	T2	X2	T2	T3
گروه کنترل	T3	T2	T3

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش مراجعان با اختلال اضطرابی به مرکز مشاوره مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی و مرکز مشاوره دانشگاه قرآن و حدیث بودند که از میان آنها، ۳۶ نفر که شرایط ورود به گروه را داشتند، انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره تقسیم شدند تا کاربندی مد نظر روی دو گروه از آنها اجرا شود. یک گروه نیز به عنوان گروه کنترل تعیین شدند.

ملاک‌های ورود و خروج

افراد انتخابی فقط داوطلب‌های درمان بالای ۱۸ سال، در سطح دانشگاه بودند. همچنین، افراد با تشخیص ^۱BMD، ^۲OCD، ^۳PD، اختلالات ارگانیک و اختلالات سایکوتیک و درمان دارویی شدید، اجازه ورود به گروه را نداشتند. پس از این مراحل، جلسات شروع شد که هشت جلسه بود. گروه تنظیم رغبت و گروه شناخت‌درمانی که به خلاصه جداول آنها اشاره می‌کنیم.

ابزارهای تحقیق

پرسش‌نامه سلامت عمومی^۴

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) نوعی «پرسش‌نامه سرندی» مبتنی بر روش خودگزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که نوعی اختلال روانی دارند استفاده می‌شود (گلدبرگ، ۱۹۷۲، به نقل از: استورا، ۱۳۷۷). در این پرسش‌نامه، به دو طبقه اصلی از پدیده‌ها توجه می‌شود: ناتوانی فرد در برخورداری از کنش‌وری سالم و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول‌کننده. در حال حاضر، این نکته آشکار شده است که پاره‌ای از سطوح نشانه‌های مرضی را می‌توان به وسیله

1. bipolar mood disorder.
2. opsessive compulsive disorder.
3. personality disorder.
4. General Health Questionnaire.

مصاحبه‌های استاندارد شده روان‌پزشکی تشخیص داد، اما پایین‌تر از سطح معینی، احتمال قرارگرفتن در سطح زیرآستانه‌ای و تشخیص ندادن آن وجود دارد (گلدبرگ و بلکول، وینگ و همکاران، ۱۹۷۷، به نقل از: استورا، ۱۳۷۷).

پرسش‌نامه سلامت عمومی را می‌توان به عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد، تشکیل شده است و بدین ترتیب می‌تواند بیماران روانی را به عنوان طبقه‌ای کلی از آنهایی که خود را سالم می‌پندارند، متمایز کند. بنابراین، هدف این پرسش‌نامه دستیابی به تشخیصی خاص در سلسله‌مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

آزمون اصلی پرسش‌نامه سلامت عمومی از ۶۰ پرسش تشکیل شده است. اما تعدادی از نسخه‌های کوتاه‌تر نیز تهیه شده که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: GHQ-30 و GHQ-28 و GHQ-12. پرسش‌نامه سلامت عمومی این مزیت را دارد که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است (گلدبرگ، ۱۹۷۲، به نقل از: فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

پروتکل آموزشی - روانی «تنظیم رغبت»

پروتکل آموزشی - روانی تنظیم رغبت مبتنی بر مفهوم زهد اسلامی با چند شرط مهم شروع می‌شود. شرط نخست، حکایت از آن دارد که این پروتکل از قواعد مداخله گروهی تبعیت می‌کند. شرط دوم آن است که مراجعه‌کننده باید فردی معتقد به دین باشد. به عبارت دیگر، این نسخه از پروتکل تنظیم رغبت مختص دینداران است. با این تذکر متن خلاصه شده این پروتکل عرضه می‌شود (برای اطلاعات بیشتر نک:

عبدی، ۱۳۹۴؛ عبدی، جان‌بزرگی، غروی، رسول‌زاده طباطبایی، و پسندیده، ۱۳۹۴).

جدول ۲: پروتکل آموزشی - روانی «تنظیم رغبت»

جلسه	توضیحات
اول	معارفه، توضیحی درباره سلامت روانی و علل آن، بررسی علل معناساختی و هستی‌شناختی و ارتباط آن با شیوه‌های دینی. تعریف تنظیم رغبت به عنوان شیوه‌ای برای ارتقای سلامت روان.
دوم	بررسی کارکردهای الگوی تنظیم رغبت
سوم	تشخیص موضوع تنظیم رغبت دنیا و آخرت و مصادیق آن دو در زندگی شخصی هر فرد
چهارم	آشنایی با الگوی تنظیم رغبت و شیوه تنظیم رغبت - شناخت و توجه به دنیا - شناخت و توجه به آخرت
پنجم	تحکیم الگوی تنظیم رغبت با آموزش خودنظاره‌گری
ششم	شیوه‌های حفظ مهارت تنظیم رغبت با عناصر مکمل الف. توجه به مرگ ب. شناخت و توجه به خداوند و صفاتش
هفتم	موانع تنظیم رغبت، موانع شناختی، موانع رفتاری الف. روان‌بنه‌های منفی درباره دنیا ب. روان‌بنه‌های منفی درباره آخرت ب. غفلت یا بی‌توجهی (فقدان به‌شیراری) ج. فریبندگی دنیا د. ناتوانی در به تعویق انداختن خواسته‌ها به آینده
هشتم	تثبیت الگو و برنامه‌ریزی برای جلسات پیگیری

پروتکل آموزشی-روانی «شناختی-رفتاری» مقابله با اضطراب

در این پروتکل از کتاب شناخت درمانگری گروهی مایکل فری (۱۳۸۸) استفاده شده، و جلسات از ۲۵ جلسه به ۸ جلسه تقلیل پیدا کرده است. کوشیده‌ایم مفاهیم کلیدی جلسات مایکل فری حفظ شود.

جدول ۳: بسته آموزشی-روانی «شناختی-رفتاری»

جلسات	محتوا
اول	اصول گروه درمانی: معرفی گروه درمانی شناختی-رفتاری؛ ساختار برنامه و ساختار هر جلسه
دوم	تفکر و احساس: معرفی مفاهیم اصلی شناخت درمانی نظیر: رویدادهای فعال‌کننده، باورها، پیش‌فرض‌ها، خطاهای منطقی افکار خودکار، روان‌بندها، پیامدهای هیجانی و رفتاری با تکیه بر مفهوم اضطراب، تمرین ABC
سوم	خطاهای منطقی، منطق مناسب، مخالفت‌ورزی خطاهای منطقی
چهارم	مدل عمومی اختلالات هیجانی-رفتاری و اختلالات شخصیت
پنجم	شناسایی محتوای روان‌بندها با روش پیکان عمودی (VA)، سنجش واحدهای ذهنی اختلال (SUD)
ششم	مفهوم‌سازی باورها و طبقه‌بندی آنها، تنظیم نقشه‌های شناختی و معنادگی به باورها و گسترش تشخیص شناختی
هفتم	تغییر: آزمون هموردی، جست‌وجوگرانه
هشتم	تغییر دادن تفکر و احساس: مخالف‌ورزی و مباحثه هموردی تغییر رفتارهای ناکارآمد برنامه‌ریزی جلسات پیگیری

یافته‌های پژوهش

با توجه به آزمایشی بودن این پژوهش و بهره‌بردن از گروه‌درمانی، از سه گروه استفاده شد. سن افراد شرکت‌کننده از ۱۹ سال تا ۵۵ سال بود و همه آنها مشغول تحصیلات تکمیلی بودند (نک: جدول ۴).

جدول ۴ آمار توصیفی سن آزمودنی‌ها

گروه‌ها	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
گروه شناخت درمانی	۱۲	۱۹	۳۴	۲۵/۸۵	۴/۰۵۹
گروه تنظیم رغبت	۱۲	۲۲	۴۲	۲۹/۶۷	۶/۱۴۰
گروه کنترل	۱۲	۱۹	۵۵	۳۰/۰۰	۱۰/۰۶۳

تأهل و تجرد آزمودنی‌ها تقریباً به صورت متوازن بود و تفاوت‌ها بر اساس آزمون خی‌دو بررسی شد و معنادار نبودن تفاوت‌های موجود در سطح تجرد و تأهل تأیید شد (نک: جدول ۵)

جدول ۵: وضعیت تأهل

گروه‌ها	وضعیت ازدواج	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
گروه شناخت درمانی	مجرد	۶	۵۰	۵۰
	متأهل	۶	۵۰	۱۰۰
	کل	۱۲	۱۰۰	
گروه تنظیم رغبت	مجرد	۳	۲۵	۲۵
	متأهل	۹	۷۵	۱۰۰
	کل	۱۲	۱۰۰	
گروه کنترل	مجرد	۶	۵۰	۵۰
	متأهل	۶	۵۰	۱۰۰
	کل	۱۲	۱۰۰	

دو گروه درمان شناختی - رفتاری و مداخله تنظیم رغبت، هم‌زمان با گروه کنترل در سه وهله زمانی مقایسه شدند.

جدول ۶: توصیف داده‌های زیرمقیاس‌ها در سه گروه

سلامت عمومی (پیش‌آزمون)	سلامت عمومی (پس‌آزمون)	سلامت عمومی (پیگیری)	گروه‌ها
۲۹/۰۰	۲۲/۱۷	۲۴/۷۵	گروه شناختی
۱۱/۸۲	۱۰/۰۴	۹/۰۴	- رفتاری
۳۸/۵۸	۲۴/۲۸	۲۵/۰۸	گروه تنظیم
۱۵/۹۷	۱۶/۲۴	۱۴/۷۴	رغبت
۲۳/۱۷	۲۲/۴۲	۲۳/۶۷	گروه کنترل
۹/۶۲	۱۰/۵۲	۹/۶۵	انحراف استاندارد
۳۰/۲۵	۲۲/۹۵	۲۴/۵۰	میانگین
۱۳/۹۵	۱۲/۲۶	۱۱/۱۲	کل انحراف استاندارد

هر دو گروه کاربندی، نسبت به گروه کنترل در افزایش سلامت روانی به صورت معناداری مؤثر بودند. برای آزمون این فرضیه (در سطح پیش‌آزمون - پس‌آزمون) ابتدا از تحلیل کواریانس استفاده شد. هدف از این آزمون مقایسه سه گروه با یکدیگر در دو وهله زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با فرض کنترل اثر پیش‌آزمون بود. علاوه بر آزمون فوق، از آزمون اندازه‌گیری مکرر (در سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نیز استفاده شد. هدف از این مقایسه نیز مقایسه هر گروه به صورت مجزا در سه وهله زمانی است. تحلیل کواریانس به ناهمگونی واریانس‌ها حساس است، مگر در حالت تساوی Nها، که حالت اخیر در این پژوهش فراهم شد.

جدول ۷: تحلیل کواریانس بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون؛ مقایسه دو گروه شناخت‌درمانی

و تنظیم رغبت (سلامت عمومی)

منبع واریانس	مجموع مجنورات	درجه آزادی	میانگین مجنورات	F	معناداری
سلامت عمومی	۳۴۴۸/۳۰۸	۱	۳۴۴۸/۳۰۸	۶۱/۹۱۹	۰/۰۰۰
گروه	۵۲۲/۲۰۹	۲	۲۶۱/۱۰۴	۴/۶۸۸	۰/۰۱۶
خطا	۱۷۸۲/۰۹۶	۳۲	۵۵/۶۹۰		
کل	۲۴۲۳۱/۵۴۵	۳۵			

همان‌طور که در جدول ۷ دیده می‌شود با فرض کنترل پیش‌آزمون، تفاوت میانگین‌ها معنادار نشان داده شده است، به منظور تعیین اختلاف دقیق بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی (post hoc) یا مقایسه‌های زوجی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر می‌آید.

جدول ۸: جدول مقایسه‌های زوجی

گروه‌ها	تفاضل میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
گروه شناخت‌درمانی گروه تنظیم رغبت	۵/۵۶۹	۳/۱۹۹	۰/۰۹۱
گروه شناخت‌درمانی گروه کنترل	۴/۹۳۷	۳/۱۰۴	۰/۱۲۲
گروه تنظیم رغبت گروه کنترل	۱۰/۴۹۶	۳/۴۲۸	۰/۰۰۴

همان‌طور که دیده می‌شود فقط گروه تنظیم رغبت در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری را در پس‌آزمون‌ها نشان می‌دهد. بنابراین، گروه شناخت‌درمانگری تأثیر معناداری را نشان نمی‌دهد، اگرچه کارآمدی آن در تعامل «زمان و گروه» اثبات‌شدنی است که ادامه این روند با آزمون اندازه‌گیری مکرر در سه وهله زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده خواهد شد.

جدول ۹: آزمون موشلی برای بررسی پیش فرض کرویت^۱ جهت آزمون اندازه گیری مکرر

موشلی W	مجذورکای	درجه آزادی	معناداری	اپسیلون (گرین هاوز-گیسر) ^۲
۰/۵۴۸	۱۹/۸۶۲	۲	۰/۰۰۰	۰/۶۸۹

با توجه به معناداری مجذور کای در آزمون موشلی (جدول ۹)، لازم است در آزمون اندازه گیری مکرر از درجات آزادی تعدیل شده استفاده شود. از آنجایی که مقدار اپسیلون گرین هاوز - گیسر کمتر از ۰/۷ است، این تعدیل بر اساس همین اپسیلون انجام گرفت.

جدول ۱۰: آزمون اندازه گیری مکرر برای مقایسه تفاوت سه گروه در سه وهله زمانی از لحاظ سلامت عمومی

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
زمان	۱۰۷۵/۶۹۳	۱/۳۷۷	۷۸۱/۰۷۴	۲۴/۰۹۱	۰/۰۰۰
زمان * گروه	۷۸۱/۷۳۲	۲/۷۵۴	۲۸۳/۸۱۳	۸/۷۵۴	۰/۰۰۰
خطای درون آزمودنی	۱۵۱۸/۱۳۷	۴۶/۸۲۵	۳۲/۴۲۲		
گروه	۷۰۰/۲۰۳	۲	۳۵۰/۱۰۲	۰/۸۷۴	۰/۴۲۷
خطای بین آزمودنی	۱۳۶۲۴/۹۲۱	۳۴	۴۰۰/۷۳۳		

نظر به معنادار بودن تعامل زمان و گروه بر اساس آزمون اندازه گیری مکرر، که در جدول ۱۰ به دست آمده است، تغییرات مربوط به سه وهله زمانی برای سه گروه یکسان نیست و هر سه گروه در سه وهله زمانی تفاوت معنادار دارند. با توجه به این مسئله، بررسی روند تغییرات مراحل پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری در هر یک از گروه‌ها، جداگانه با استفاده از آزمون اثرهای ساده صورت پذیرفت.

1. Sphericity.
2. Epsilon (Greenhous Geisser).

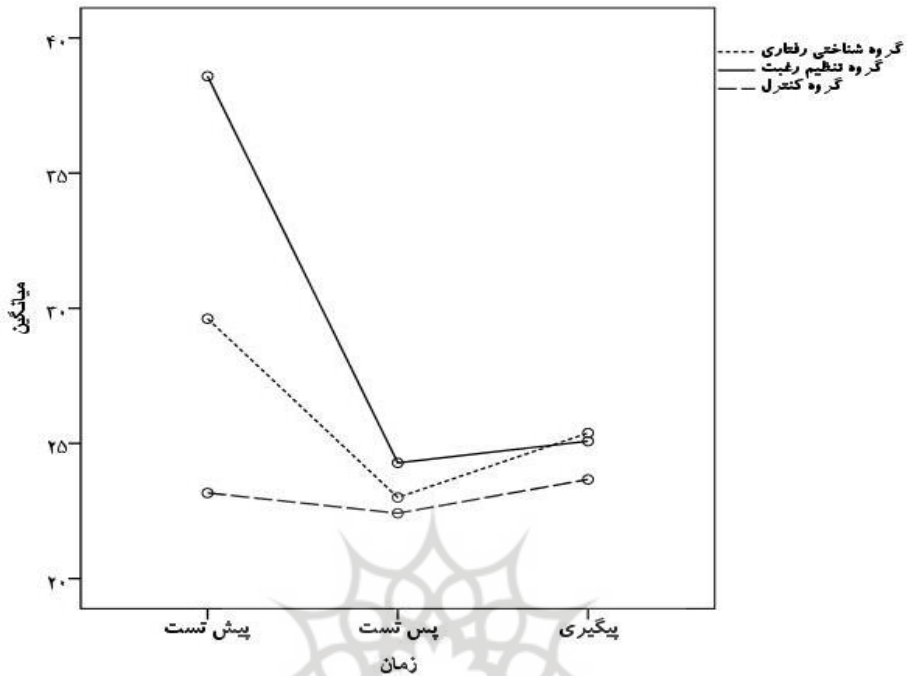
جدول ۱۱: بررسی اثرهای ساده^۱ مربوط به مقایسه وهله‌های زمانی

در هر یک از گروه‌ها از لحاظ سلامت عمومی

گروه	مقایسه	تفاضل میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
گروه شناختی- رفتاری	پیش‌آزمون با پس‌آزمون	۶/۶۱۵	۲/۱۲۷	۰/۰۰۴
	پیش‌آزمون با پیگیری	۴/۲۳۱	۲/۱۵۷	۰/۵۸
	پس‌آزمون با پیگیری	-۲/۳۸۵	۱/۰۶۱	۰/۰۳۱
گروه تنظیم رغبت	پیش‌آزمون با پس‌آزمون	۱۴/۳۰۲	۲/۲۱۴	۰۰۰
	پیش‌آزمون با پیگیری	۱۳/۵۰۰	۲/۲۴۵	۰۰۰
	پس‌آزمون با پیگیری	-۰/۸۰۲	۱/۱۰۵	۰/۴۷۲
گروه کنترل	پیش‌آزمون با پس‌آزمون	۰/۷۵۰	۲/۲۱۴	۰/۷۳۷
	پیش‌آزمون با پیگیری	-۰/۵۰۰	۲/۲۴۵	۰/۸۲۵
	پس‌آزمون با پیگیری	-۱/۲۵۰	۱/۱۰۵	۰/۲۶۶

جدول ۱۱ حکایت از آن دارد که هر دو گروه کاربندی نسبت به گروه کنترل مؤثرتر بوده‌اند و توانسته‌اند سلامت عمومی را بین وهله زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون به صورت معنادار افزایش دهند. گروه تنظیم رغبت بین پیش‌آزمون و پیگیری نیز افزایش سلامت عمومی را نشان می‌دهد، در حالی که این حالت برای گروه شناختی- رفتاری وجود ندارد. هیچ کدام از تغییرات گروه کنترل معنادار نشان داده نشد. نمودار زیر روند سلامت عمومی سه گروه در سه وهله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

1. simple effects.



بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثرگذاری الگوی تنظیم رغبت بر اساس مفهوم زهد، با آموزه‌های اسلامی هماهنگ است. برخی از آیات و روایات (کلینی، ۱۴۰۱: ۵۰/۲؛ سید رضی، ۱۳۶۹، حکمت (۳۱) برآنند که مفاهیم دینی، آرامش‌بخش، اطمینان‌بخش، درمان‌کننده یا کاهش‌دهنده دردها و مصیبت‌ها هستند. مفاهیمی مانند یاد خدا (ذکر)، دعا، توبه،^۱ بی‌رغبتی به دنیا (زهد)^۲ و ... در متون دینی چنین خاصیتی دارند.

فرضیه این مقاله «مداخله الگوی تنظیم رغبت به زندگی بر اساس آموزه زهد در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری (CBT)، توان بهتری برای افزایش سلامت روان آزمودنی‌ها دارد»،

۱. «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد: ۲۸).

۲. امام علی علیه السلام فرمود: «من زهد فی الدنيا هانت علیه المصیبات». در قرآن نیز آمده است: «وَمَا أَمْوَالُكُمْ وَلَا أَوْلَادُكُمْ بِالَّتِي تُقَرَّبُكُمْ عِنْدَنَا زُلْفَىٰ إِلَّا مَنْ ءَامَنَ وَعَمِلَ صَالِحًا فَأُولَٰئِكَ لَهُمْ جَزَاءُ الصَّعْفِ بِمَا عَمِلُوا وَهُمْ فِي الْغُرَفَاتِ ءَامِنُونَ» (سبأ: ۳۶).

با توجه به آزمون «کواریانس» و آزمون اندازه‌گیری مکرر تأیید شد. اثبات این فرضیه دو پیام واضح دارد: نخست مؤثر بودن الگوی تنظیم رغبت در افزایش سلامت روانی؛ و همچنین عملکرد بهتر آن در مقایسه با مداخله شناختی - رفتاری بر سلامت عمومی.

همسو با این پژوهش، پژوهش‌هایی وجود دارد که با شیوه‌های مذهبی بر سلامت روان و بهزیستی روانی اثر مثبت داشته‌اند (عادل، کج‌باف، و عابدی، ۱۳۸۹؛ حمید، عیدی‌بایگی، و دهقانی، ۱۳۹۱؛ مجاهد، کلانتری، مولوی، نشاط‌دوست، بخشایی، ۱۳۸۸؛ ادھوش، نشاط‌دوست، کلانتری، رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۹۰). این پژوهش‌ها از آن جهت که بر سلامت روان تأثیر می‌گذارند با پژوهش حاضر همسو هستند. برای نمونه حمید، عیدی و دهقانی (۱۳۹۱) در پژوهش خود به تأثیر آموزه‌ها و برخی رفتارهای دینی پرداخته‌اند. آنها در بخش رهنمودهای شناختی - رفتاری اسلامی به تأثیر «ذکر، یاد خدا و مسئله توبه» بر سلامت روان و سازگاری زناشویی اشاره کرده‌اند. همچنین، عادل، کج‌باف و عابدی (۱۳۸۹) به تأثیر آموزش شناختی با رویکرد اسلامی بر «رضایتمندی از زندگی» پرداخته‌اند.

مداخله الگوی تنظیم رغبت در دو وهله زمانی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری معنادار نشان داده شده است. در حالی که هر دو وهله زمانی برای درمان شناختی - رفتاری معنادار نیست. البته با پژوهش حاضر، که هنوز به اندازه کافی تکرار نشده، نمی‌توان به نظری قطعی درباره عملکرد بهتر این درمان نسبت به شناخت‌درمانی رسید، اما می‌توان حدس زد که نقطه قوت یا دست‌کم نقطه ممیزه این نوع مداخله‌ها در کجا است. با توجه به پژوهش‌های موجود دو خلأ آشکار می‌شود.

یکی از محدودیت‌های درمان شناختی - رفتاری در سطوح مداخله بر اساس نظریه کارکردهای اجرایی^۱ است. پژوهش‌ها حکایت از آن دارند که درمان‌های شناختی - رفتاری، در سلسله مراتب «خود^۲» در سطح خودتنظیمی^۳ تأثیر دارند (رک: مک کلاسی^۴،

1. Execucive Functions

2. Self

3. self Regulation

4. Mc closkey, G

پرکینز^۱ و دینر^۲ (۲۰۰۹). در حالی که ممکن است درمان‌های معنوی و مذهبی با توجه به نوع ساختار معنایی‌شان در حل مشکلات سطوح بالای «خود» کارایی داشته باشند (همان).

از همین‌رو در ادامه بحث به دنبال این پرسش خواهیم بود که الگوی تنظیم رغبت به عنوان یک مفهوم خاص دینی چگونه بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد. نکاتی که ممکن است شناخت درمانی کلاسیک فاقد آن باشد. برای پاسخ به این پرسش باید ابتدا مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده «الگوی تنظیم رغبت» و «سلامت روان» را بازخوانی کنیم. چون از طریق تحلیل محتوای عناصر آنها ممکن است به برخی از پاسخ‌ها رسید.

«الگوی تنظیم رغبت» دو بخش مهم دارد؛ نخست تأکید بر کم‌ارزش‌بودن دنیا و سپس ارزشمندبودن آخرت. تأکید بر ارزشمندبودن آخرت لوازمی دارد که این لوازم در کل باعث آرامش می‌شود. برای اینکه بتوانیم به این لوازم توجه کنیم در ذیل به عناصری که می‌توان از طریق روایات و برخی پژوهش‌ها از آخرت استنتاج کرد اشاره می‌کنیم. عنصر آخرت، عنصری باطنی و معنوی است (روم: ۷). عنصر آخرت پاسخی به نیاز فطری به جاودانگی بشر است (بقره: ۱۵۶؛ صدوق، ۱۳۶۱: ۲۸۸، ح ۳). عنصر آخرت و اجزای جزئی‌تر آن، مانند بهشت، جهنم، روز جزا، اجرای عدالت و رضوان الهی مصادیق کامل هدفمندی در هستی هستند (مؤمنون: ۱۱۵). از این‌رو عنصر آخرت در درون خود واجد مفاهیمی مانند امید، خوش‌بینی، گشایش در کارها، عدالت و معنایی برای سختی‌ها و است. از همین‌رو باورمندی به چنین پدیده‌ای باعث آرامش و سلامت روان می‌شود. الگوی تنظیم رغبت نیز بخشی از کارکردهای مثبت خود را موهون این بخش از این سازه است.

از سوی دیگر، برخی از پژوهش‌ها در روان‌شناسی دین و معنویت، کارکردهایی را برای معنویت و دین برمی‌شمرند که مشابه بحث آخرت در الگوی تنظیم رغبت است. الکینز و دیگران (۱۹۸۸) در پژوهشی معنویت را به نُه بخش تقسیم می‌کنند که برخی از آنها به قرار زیر

1. Perkins, L, A.
2. Dinver, B, V

است: بعد روحانی، معنا و هدف زندگی، داشتن رسالت در زندگی، تقدس زندگی، اهمیت ندادن به ارزش‌های مادی، آرمان‌گرایی و... (وست، ۱۳۸۷: ۲۸). تقریباً شش مؤلفه از نه مؤلفه الکینز همسو با اعتقاد به آخرت است. افرادی که خودشان را معنوی یا دیندار معرفی می‌کنند غالباً سطح بهزیستی بیشتری را گزارش می‌کنند و در امید و خوش‌بینی نیز نمره‌های بیشتری می‌گیرند (هفرن و بونیول، ۱۳۹۴). دینر و بیسواس - دینر (۲۰۰۸) می‌گویند برای اینکه دینی موجب ارتقای بهزیستی شود باید باورها و کارکردهایی داشته باشد، مثل این باور: «پیوند با چیزی پایدار و با اهمیت که می‌تواند موجب آرامش، معنا و احساس هویت شود» یا «باورهای آرام‌بخش به چیزی که در آن جهان در انتظار ما است» یا «متدین بزرگ‌شدن، که می‌تواند سبب تربیت استوار، با مجموعه‌ای از ارزش‌ها و اخلاقیات شود» یا «حمایت اجتماعی از جانب جامعه دینی» یا «انجام‌دادن مناسکی که عبادت‌کنندگان و پیروان را به هیجان می‌آورد و متحیر و درگیر می‌کند» (هفرن و بونیول، ۱۳۹۴).

از سوی دیگر، مادی‌گرایی^۱ با افزایش افسردگی و کاهش بهزیستی درونی ارتباط دارد. برخی متخصصان حتی از این فراتر می‌روند و مدعی‌اند نگرش‌های مادی‌گرایانه می‌تواند در حکم ویروسی باشد که نامش آنفلونزای ثروت است و موجب نارضایتی و بی‌ارزشی می‌شود و زندگی ما را فلج می‌کند. هرچند آنفلونزای ثروت در اصل بیانی استعاری است، به نظر می‌رسد نتیجه یافته‌های پژوهشی دقیق است (هفرن و بونیول، ۱۳۹۴).

به باور برخی پژوهشگران، بدون هدف قادر به ادامه حیات نیستیم، «تعهد به مجموعه‌ای از اهداف، حس عاملیت شخصی^۲ و حس ساختارمندی^۳ را به ارمغان می‌آورد و به زندگی روزمره معنا می‌بخشد». بنابراین، شادکامی نتیجه مستقیم فرآیند دستیابی به هدف‌های ارزشمند و همخوان با خود است و کیفیت هدف‌هایی که فرد برای پی‌گیری برمی‌گزیند بر بهزیستی تأثیر می‌گذارد. البته، این مسئله، وابسته به فرهنگ است؛ اما، تا زمانی که مردم به

1. materialism
2. personal agency
3. sense of structure

هدف‌های بامعنا مبادرت می‌کنند و از دستیابی به پیامدهای مطلوب، بازخوردهای مثبت می‌گیرند، شادکام هستند (هفرن و بونیول، ۱۳۹۴).

هدفمندی یکی از اجزای شش‌گانه مفهوم بهزیستی روان‌شناختی ریف و سینگر (۲۰۰۶) نیز هست، که عبارت است از: پذیرش خود، رشد شخصی، زندگی هدفمند، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و خودمختاری^۱. سلیگمن (۲۰۰۲) نیز در راه‌های رسیدن به شادکامی اشاره‌ای به هدفمندی دارد. او سه راه برای رسیدن به شادکامی مطرح می‌کند: ۱. زندگی فرج‌بخش^۲، که سطح بالای هیجان مثبت و رضایت‌مندی را میسر می‌کند؛ ۲. زندگی خوب، که کشش مداوم، اشتیاق^۳ و «غرقگی» را ممکن می‌کند؛ ۳. زندگی بامعنا، جایی که فرد توانمندی‌هایش را در خدمت چیزی بزرگ‌تر از خویشتن به کار می‌گیرد.

کشش مداوم، اشتیاق و به‌خصوص غرقگی بدون هدفمندی امکان ندارد. اولین شرط برای حصول غرقگی فعالیت ساختارمندی است که با هدف‌های روشن همراه است. این به معنای آن است که فعالیت باید قاعده‌مند و دارای طرحی کلی باشد تا عمل فرد را جهت دهد. همچنان‌که در حال انجام دادن فعالیت هستیم باید احساس بازخورد داشته باشیم؛ این احساس که در مسیر درست به سوی هدف مطلوب قرار داریم. بدون بازخورد، سردرگمی و هشیاری رخنه خواهد کرد (ناکامورا و چیک سنت مهابی^۴، ۲۰۰۵). بدون شک اهداف غایی لازمه هر هدف‌گذاری است که مفهوم آخرت و مفاهیم ماورایی مانند قرب الاهی و حصول رضوان الاهی از بهترین مصادیق اهداف غایی است که دین آن را در اختیار ما گذاشته است.

و آخرین نکته‌ای که در اینجا می‌توان به آن اشاره کرد، که خود باعث آرامش و ایجاد سلامت روان می‌شود، شیوه مواجهه با مرگ است. در متون اسلامی نیز بین یاد مرگ و مفهوم زهد (الگوی تنظیم رغبت) همبستگی قائل شده‌اند (ابن‌ابی‌شیبه، بی‌تا: ۱۲۹/۸؛ کلینی،

1. autonomy
2. pleasant life
3. engagement
4. Nakamura, J, and csikszentimhalyi, M

۱۴۰۱: ۲/۱۳۱.^۱

برخی از روان‌شناسان مثبت‌نگر معتقدند انسان‌ها ظرفیت تفکر، هشیاری و پیش‌بینی آینده را دارند. این ساز و کار نیرومند، ساز و کاری اضطراب‌زا نیز هست. زیرا ما را قادر می‌کند به این موضوع توجه کنیم که زمانی خواهیم مرد. اما، حتی مرگ، هولناک‌ترین مفهوم در هستی انسان، یک راه ممکن برای رسیدن به رشد و تحول است. گفته شده است که «مرگ مثبت»^۲ یا «خوب‌مردن»^۳ با زندگی خوب رابطه دارد (ونگ، ۲۰۰۹). نظریه مدیریت معنا^۴ می‌گوید بسته به نگاه ما به مرگ، مرگ می‌تواند تأثیر مثبت یا منفی بر ما بگذارد. با پذیرفتن مرگ، می‌توان اسیل‌تر زندگی کرد، و در نتیجه احتمال خودشکوفایی را افزایش داد. تبدیل اضطراب مرگ به نیروی مولد، دیدگاهی مثبت به مؤلفه‌ای از فرآیند زندگی است که از نظر سنتی «منفی» است. پژوهشگران می‌گویند سه نگرش متمایز به مرگ وجود دارد (نیمرخ نگرش ما به مرگ) [یکی از آنها با الگوی تنظیم رغبت که دیدگاهی دینی است هماهنگ است]. نام این گرایش پذیرش گرایشی است و زمانی رخ می‌دهد که فرد وجود نوعی زندگی پس از مرگ را، که دلپذیر خواهد بود، می‌پذیرد (هفرن و بونیول، ۱۳۹۴).

البته تحلیل‌های دیگری نیز ممکن است مطرح شود. یکی از این تحلیل‌ها، که شاید در تأیید فرضیه این مقاله به کار آید، تحلیل «تناسب نیاز - هدف» است. در توضیح باید گفت اگر تنظیم رغبت درست انجام شود باعث فواید روان‌شناختی مثل سلامت روان، ثبات هیجانی و توانایی بیشتر در مقابله با مشکلات خواهد شد.

نکته دیگر اینکه هدف از خلقت انسان رسیدن به سعادت ابدی است که رسیدن به رضوان الاهی و قرارگرفتن در مسیر قرب الاهی غایت این هدف است. همچنین، انسان به گونه‌ای خلق شده است که به این هدف برسد (مؤمنون: ۱۱۵). به همین دلیل، فطرت و خلقت انسانی بر

۱. «کفی بالموت مزهدا و مرغبا فی الآخرة»، «اکثر ذکر الموت فانه لم یكثر انسان ذکر الموت الا زهد فی الدنيا».

2. positive death
3. good dying
4. Wong, P
5. meaning management theory

اساس رسیدن به این هدف طراحی شده است. از همین رو تمامی نیازها و غرایز انسان‌ها باید با همان جهت‌گیری، ارضا شوند و اگر نیازها و غرایز در جهت رسیدن به آن هدف ارضا شوند نوعی حرکت و رشد بهنجار شکل خواهد گرفت.^۱ متون دینی ما را در انتخاب منبع ارضا و سرمایه‌گذاری روانی یاری می‌دهند. این کار برای ایجاد «تنظیم رغبت» است که با توصیف آن چیزهایی که نیازهای ما را ارضا می‌کنند، تحقق پیدا می‌کند. از همین رو دائماً در قرآن کریم و روایات توصیف موضوعات دنیوی و اخروی آمده تا از حرکت ما در مسیر آخرت و مسیر الهی محافظت کنند. وابستگی به دنیا یا ترک دنیا یعنی سرمایه‌گذاری روانی بر روی بخشی از نیازهای انسانی و فراموش کردن بخش دیگر که در نهایت باعث بازماندن از هدف می‌شود و پیامد عاطفی آن ناراحتی، بی‌قراری، فشار روانی و بی‌اطمینانی است. تحقق آن باعث آرامش، ثبات هیجانی و توان بیشتر در مقابله با مشکلات می‌شود.

دومین تحلیلی که ممکن است برای تفسیر این فرضیه مفید باشد تحلیل «توان‌افزایی معنوی» است. برخی پژوهش‌ها حکایت از آن دارند که پیروی از دین به دلایل مختلف اتفاق می‌افتد. یکی از آنها به دلیل معنادهی به جهان و دیگری افزایش قدرت تسلط بر رخدادهای زندگی است (اسپیلکا و همکاران، ۱۳۹۰). با این تبیین ممکن است نظریه تنظیم رغبت بر اساس مفهوم زهد هر دو ظرفیت را در خود داشته باشد.

در واقع، توصیف دنیا و آخرت و تنظیم رغبت بر اساس ارزش و نقص هر کدام از موضوعات دنیوی و اخروی باعث اعطای معنای جدیدی به دنیا می‌شود. این معنادهی جدید باعث افزایش قدرت معنوی انسان می‌شود. وقتی دنیا مطابق میل ما نیست به صورت طبیعی آزاردهنده است اما وقتی این معنا که دنیا موقت است در ذهن زنده شود شدت آزاردهندگی محرومیت‌ها، بسیار کم می‌شود. این می‌تواند نوعی افزایش توان شناختی و عاطفی ما در مقابل نامالایمات و سختی‌ها باشد. حال اگر فرد علاوه بر اعتقاد به موقت بودن دنیا به این هم معتقد بود که آخرتی نیز وجود دارد و زندگی حقیقی و پایدار در آنجا تحقق پیدا می‌کند به

۱. «اساساً نیازها شرایط درونی فرد هستند که برای ادامه زندگی و کمک به رشد و بهزیستی ضروری‌اند» (ریو،

معنایی عمیق‌تر خواهد رسید که قدرت تسلط بر زندگی و سختی‌های آن را بسیار بیشتر خواهد کرد؛ چراکه اعتقاد به آخرت، روزنه امید به جاودانگی و حیاتی مستمر و بدون درد و رنج است. چنین امیدی بدون شک توان افراد را در تحمل مشکلات بیشتر می‌کند. شواهد فراوانی وجود دارد که اعتقاد به زندگی پس از مرگ باعث آرامش می‌شود (نک: اسپیلکا و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۱-۲۵ و ۲۹۷).

این چند استدلال به عنوان نمونه برای تبیین شیوه اثرگذاری تنظیم رغبت بر اساس مفهوم زهد است. بدون شک اگر در میان روایات جست‌وجو کنیم امکان دستیابی به دلایل بیشتر وجود دارد و اگر این منبع را به گزارش‌های دینداران و تحلیل رفتار آنها بیفزاییم، هنوز راه جست‌وجو برای یافتن دلایل بیشتر باز است.

این پژوهش درباره طلبه‌ها و دانشجویان انجام شد. لذا تعمیم آن به غیر دانشجویان و طلاب ممکن نیست. پیشنهاد می‌شود این پژوهش درباره غیرطلبه‌ها و غیردانشجویان نیز انجام شود تا امکان تعمیم آن به غیر دانشجویان و طلاب بررسی شود. این پژوهش فقط در خصوص ادبیات رایج در متون اسلامی انجام شد که در نوع خود محدودیت به حساب می‌آید. با توجه به وجود مفهوم دنیا و آخرت در ادیان توحیدی، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی نیز در ادیان توحیدی انجام شود.

منابع

قرآن کریم.

- ابن ابی شیبه (بی‌تا). المصنف، تحقیق: محمد سعید اللحام، بیروت: دار الفکر.
- اسپیلکا، برنارد؛ هود، رالف دلبیو؛ هونسبرگر، بروس؛ گرساچ، ریچارد (۱۳۹۰). روان‌شناسی دین بر اساس رویکرد تجربی، ترجمه: محمد دهقانی، تهران: رشد.
- استورا، (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن، [ترجمه پریخ دادستان]، رشد: تهران.
- الاهوازی، حسین بن سعید (۱۳۸۴). الزهد، تحقیق: مهدی غلام‌علی، قم: دار الحدیث.
- پرچسکا، جیمز، اُ؛ نورکراس، جان. سی (۱۳۹۱). نظام‌های روان‌درمانی نظریه‌های روان‌درمانی، تحلیل فرانظری، ترجمه: هامایاک آوادیس یانس، تهران: انتشارات رشد.

- پسنیدیده، عباس (۱۳۸۸). «بررسی آثار روان‌شناختی زهد بر سلامت روان، در دو موقعیت خوشایند و ناخوشایند و روش ایجاد آن»، در: علوم حدیث، ش ۵۲، ص ۱۴۳-۱۶۲.
- حاکم نیشابوری، محمد (۱۴۱۱). مستدرک علی الصحیحین، تحقیق: مصطفی عبدالقادر عطا، بیروت: دار الکتب العلمیه.
- حمید، نجمه؛ عیدی بایگی، مجید؛ دهقانی، مصطفی (۱۳۹۱). «اثربخشی روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین»، در: دوفصل‌نامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۶، ش ۱۰، ص ۸۵-۱۰۴.
- ریو، مارشال (۱۳۸۱)، انگیزش و هیجان، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: ویرایش. زاده‌هوش، سمیه؛ نشاط‌دوست، حمید؛ کلانتری، مهرداد؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم (۱۳۹۰). «مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک بر کیفیت ارتباط زناشویی بانوان»، در: فصل‌نامه خانواده‌پژوهی، س ۷، ش ۱، ص ۵۵-۶۸.
- سید رضی (۱۳۶۹). نهج البلاغه، ما اختاره أبو الحسن الشریف الرضی محمّد بن الحسن بن موسی الموسوی من کلام الامام أميرالمؤمنین عليه السلام، تحقیق: السید کاظم المحمّدی و محمّد الدشتی، قم: انتشارات الامام علی عليه السلام، الطبعة الثانية.
- صدوق، (۱۳۶۱)، معانی الاخبار، تحقیق علی اکبر الغفاری، قم: موسسه النشر الاسلامی.
- عادل، زهرا؛ کج‌باف، محمدباقر؛ عابدی، احمد (۱۳۸۹). «اثربخشی آموزش شناختی با رویکرد اسلام بر رضایت‌مندی از زندگی دانشجویان»، در: مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ش ۷، ص ۴۳-۵۸.
- عبدی، حمزه (۱۳۹۴). رساله دکتری طراحی الگوی تنظیم رغبت بر اساس آموزه زهد اسلامی و تأثیر آن بر کاهش اضطراب در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری، استاد راهنما: مسعود جان‌بزرگی، سید محمد غروی؛ استاد مشاور: سید محمدکاظم رسول‌زاده طباطبایی و عباس پسنیدیده، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، پژوهشکده علوم رفتاری.
- عبدی، حمزه؛ پسنیدیده، عباس؛ غروی، سید محمد (۱۳۹۳). «الگوی نظری تنظیم رغبت بر اساس مفهوم زهد اسلامی»، در: علوم حدیث، ش ۷۳، ص ۹۶-۱۱۱.
- عبدی، حمزه؛ جان‌بزرگی، مسعود؛ غروی، سید محمد؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم؛ پسنیدیده، عباس (۱۳۹۴). «تأثیر الگوی تنظیم رغبت بر اساس آموزه زهد اسلامی بر کاهش اضطراب و مقایسه آن با درمان شناختی - رفتاری»، در: مطالعات اسلام و روان‌شناسی (در دست انتشار).

- فتحی آشتیانی (۱۳۸۸)، آزمون‌های روان‌شناختی، ارزیابی شخصیت و سلامت روانی، با همکاری محبوبه داستانی، تهران: بعثت.
- فری، مایکل (۱۳۸۸). شناخت درمانگری گروهی، ترجمه: مسعود جان‌بزرگی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۰۱). الکافی، تحقیق: علی‌اکبر الغفاری، طهران: دارالکتب الاسلامیه.
- مجاهد، عزیزالله؛ کلاتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ بخشایی، نورمحمد (۱۳۸۸). «مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان»، در: اصول بهداشت روانی، ش ۴۴، ص ۲۸۲-۲۹۱.
- وست، ویلیام (۱۳۸۷). روان‌درمانی و معنویت، ترجمه: شهریار شهیدی و سلطان‌علی شیرافکن، تهران: رشد.
- هفرن، کیت؛ بونیول، ایلونا (۱۳۹۴). روان‌شناسی مثبت‌نگر، نظریه‌ها، پژوهش‌ها و کاربردها، ترجمه: محمدتقی تیبیک و محسن زندی، قم: دارالحدیث.
- هومن، حیدرعلی (۱۳۸۳). استنباط آماری در پژوهش رفتاری، تهران: سمت.
- Kim-Prieto, Chu (2014). *Religion and Spirituality across Cultures*, Springer.
- Koeing, H. J.; Shohaib, S. (2014). *Health & Well being in Islamic societies, Background, Reasearch & applications*, Speringr.
- Lopez, S. J. (2009). *The Encyclopedia of Positive psychology*, Wiley-Blackwell.
- Mccloskey, G.; Perkins, L. A.; Dinver, B. V. (2009). *Assessment and Intervention for Executive Function Difficulties*, Routledge, Taylor & Francis Group.
- Pargament, K. I. (2011). *Spirituality Psychothrapy: Understanding and Addressing the Sacred*, New York & London: Guilford Press.
- Nakamura, J., and csikszentimhalyi, M. (2005) Engagement in a profession: the case of undergraduate teaching. *Daedalus: Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 134:60-7
- Richards, P. Scott (2006). "Theistic Psychothrapy," in: *AMCAP Journal*, vol. 30, pp. 10-26.

- Richards, P. Scott; Bergin, Allen E. (eds.) (2004). *Casebook for a Spiritual Strategy in Counseling and Psychotherapy*, Washangton DC: American Psychological Association.
- Richards, P. Scott; Hardman, Randy K.; Berrett, Micheal E. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of Woman whit Eating Disorder*, Washangton DC: American Psychological Association.
- Wong,P,(2009),Experimental psychology. In S. Lopez (ed) .encyclopedia of positive psychology(pp. 361- 8).chichester:Blackwell Publishing Ltd.
- www.who.int.

