



Developing a Grounded Theory-Based Model of Veterans' Perception of the Role of Spirituality and Religious Beliefs in the Process of Psychological Rehabilitation

Sannar Pirkani¹ | Anahita Khodabakhshi Koolaie²

1. Corresponding Author: Master of Science in Rehabilitation Counseling, Islamic Azad University, Tehran Science and Research Branch, Tehran, Iran. Email: Sannarpirkani1379@gmail.com
2. Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran.

Abstract

The study aimed to develop a grounded theory-based model of veterans' perception of the role of spirituality and religious beliefs in the psychological rehabilitation process and to develop a theoretical model based on grounded theory. This qualitative research was conducted using the grounded theory approach based on the systematic method of Strauss and Corbin. The study population included war veterans living in Urmia in 2025. Theoretical sampling was conducted until data saturation was achieved. Data were collected through semi-structured interviews with 15 participants. The data were analyzed in three stages: open coding, axial coding, and selective coding. The findings led to the identification of six main categories: causal conditions (spiritual resilience, faith-based social capital, spiritual self-care), central phenomenon (psychological reconstruction through spirituality), contextual conditions (spiritually oriented social interactions, supportive cultural-religious environment, foundations of pre-injury religiosity), intervening conditions (biopsychological limitations, economic vulnerability, lack of support resources), strategies (spiritual-social networking, strengthening religious self-compassion, application of religious teachings in emotion regulation), and consequences (enhanced psychological resilience, reduced psychological vulnerability, spiritually grounded social empowerment). Findings indicated that spirituality and religious beliefs play a significant role in alleviating suffering, facilitating psychological reconstruction, and improving the quality of life of war veterans. Accordingly, the proposed conceptual model can serve as a foundation for designing psycho-spiritual interventions in the rehabilitation process.

Keywords: Grounded theory, psychological rehabilitation, spirituality, religious belief, veterans, paradigm model

Volume info

Vol. 16
Series: 62
Summer 2025
P.P: 115-144

Article Type

Research Paper

Article History

Received:
2025-05-11
Revised:
2025-08-10
Accepted:
2025-08-10
Published:
2025-09-17

ISSN – E-ISSN

ISSN: 2588-5162
E-ISSN: 2645-517X



Cite this article: pirkani, S., & Khodabakhshi –Koolaie, A. (2025). Developing a Grounded Theory-Based Model of Veteran's Perception of the Role of Spirituality and Religious Beliefs in the Process of Psychological Rehabilitation. *Military Psychology*, 16(2).
DOR 20.1001.1.25885162.1404.16.2.5.6



Publisher: Imam Hossein University.

© The Author(s).



ارائه مدل درک جانبازان از نقش معنویت و باورهای دینی در فرآیند

توانبخشی روانی بر پایه نظریه زمینه‌ای

سنار پیرکانی^۱ | آناهیتا خدابخشی کولایی^۲^۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران.

Sannarpirkani1379@gmail.com

^۲. دانشیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف شناسایی درک جانبازان از نقش معنویت و باورهای دینی در فرآیند توانبخشی روانی و ارائه یک مدل نظری مبتنی بر نظریه زمینه‌ای انجام شد. روش پژوهش، کیفی از نوع گراندد تئوری با رویکرد نظام‌مند اشتراوس و کوربین بود. جامعه پژوهش شامل جانبازان ساکن ارومیه در سال ۱۴۰۴ بود. نمونه‌گیری به صورت نظری و تا رسیدن به اشباع انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۵ نفر گردآوری شد. تحلیل اطلاعات در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام گرفت. تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی شش مقوله اصلی شامل شرایط علی (تاب‌آوری معنوی، سرمایه اجتماعی ایمان‌محور، خودمراقبتی معنوی)، پدیده محوری (بازسازی روانی در پرتو معنویت)، شرایط زمینه‌ای (تعامل اجتماعی معنویت‌محور، محیط فرهنگی حمایتگر، ستون‌های ایمان گذشته)، شرایط مداخله‌گر (محدودیت‌های زیست‌روانشناختی، آسیب‌پذیری اقتصادی، کمبود منابع حمایتی)، راهبردها (شبکه‌سازی معنوی-اجتماعی، تقویت خودشفقتی دینی، کاربست آموزه‌های دینی در تنظیم هیجانات)، و پیامدها (ارتقاء تاب‌آوری روانی، کاهش آسیب‌پذیری روانی، توانمندسازی اجتماعی مبتنی بر معنویت) شد. یافته‌ها نشان داد معنویت و باورهای دینی نقش مؤثری در تسکین رنج، بازسازی روانی و بهبود کیفیت زندگی جانبازان دارند. بر این اساس، مدل مفهومی ارائه‌شده می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات روانی-معنوی در فرآیند توانبخشی باشد.

کلیدواژه‌ها: نظریه زمینه‌ای، توانبخشی روانی، معنویت، باور دینی، جانبازان، مدل پارادایمی

سال و شماره

سال ۱۶، پیاپی: ۶۲
تابستان ۱۴۰۴
صص: ۱۴۴-۱۱۵

نوع مقاله

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۵/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۹

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۲۶

شابا چاپی و الکترونیکی

شابا چاپی: ۵۱۶۲-۲۵۸۸

الکترونیکی: ۵۱۷۲-۲۶۴۵



استناد: پیرکانی، سنار، خدابخشی کولایی، آناهیتا. (۱۴۰۴). ارائه مدل درک جانبازان از نقش معنویت و باورهای دینی در فرآیند توانبخشی روانی بر پایه نظریه زمینه‌ای. روانشناسی نظامی، ۱۶(۲).

DOR 20.1001.1.25885162.1404.16.2.5.6

©
نویسندگان.

ناشر: دانشگاه جامع امام
حسین(ع).



OPEN ACCESS

مقدمه و بیان مسئله

در سال‌های اخیر، توجه به سلامت روان افرادی که تجربه مستقیم از وقایع آسیب‌زایی چون جنگ و خشونت مسلحانه داشته‌اند، به یکی از دغدغه‌های اصلی روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی بدل شده است. جانبازان جنگی، به‌ویژه در کشورهای نظیر ایران که با پیامدهای گسترده جنگ تحمیلی مواجه بوده‌اند، از جمله اقشاری‌اند که بیشترین فشارهای روانی، جسمی و اجتماعی را متحمل شده‌اند (صدیقی‌ارفعی، آزاد و محمدیان، ۱۴۰۳). بر اساس آمار منتشرشده از سوی بنیاد شهید و امور ایثارگران، بیش از ۵۷۰ هزار نفر از جانبازان در ایران شناسایی شده‌اند که بخش قابل توجهی از آنان با اختلالات روان‌شناختی، مشکلات تطابق اجتماعی، و چالش‌های زیستی مواجه‌اند. با گذشت زمان، این مشکلات نه تنها کاهش نیافته‌اند بلکه در مواردی مزمن‌تر و پیچیده‌تر شده‌اند. بنابراین، پرداختن به ابعاد مختلف توانبخشی روانی این افراد امری ضروری و انکارناپذیر است (رحیمی، ابراهیمی و باصری، ۱۳۹۹).

یکی از ابعاد مهم در فرآیند بازتوانی روانی، نقش منابع حمایتی است. منابعی که از بیرون یا درون فرد می‌توانند به بازسازی روانی و معنوی کمک کنند. در این میان، معنویت و باورهای دینی به عنوان دو منبع درون‌زا و تقویت‌کننده‌ی امید، معنا، هویت و هدف در زندگی، از اهمیت چشمگیری برخوردارند. معنویت به مثابه حس عمیق ارتباط با امر متعالی، خداوند یا نیرویی فراتر از خود تعریف می‌شود که می‌تواند به فرد در معنا دادن به رنج، تجربه درد و گذار از بحران‌های روانی کمک کند (فتحی و همکاران، ۱۴۰۰؛ حسینی‌نیا، امامی و آذر، ۱۴۰۱). در مطالعات متعددی، در بستر جنگ تحمیلی، نشان داده شده است که سطح بالاتر معنویت و دینداری، با میزان پایین‌تر اضطراب، افسردگی و احساس تنهایی رابطه مستقیم دارد. در واقع، باورهای دینی با ایجاد احساس وابستگی به خدا، اطمینان به عدل الهی و امید به رستگاری، عاملی مهم در کاهش آسیب‌های روانی شناخته شده‌اند (قاسمی و همکاران ۱۴۰۳)، مقدم نیا (۱۳۹۸)، رضایی و امیری، ۱۴۰۲، حسینی و همکاران (۱۴۰۰)، محمدخانی و همکاران (۱۳۹۸) و [کنعانی و همکاران \(۱۳۹۴\)](#). در سطح بین‌المللی نیز ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که معنویت و دین‌داری از طریق سازوکارهای مختلف روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی، می‌توانند در کاهش علائم روانی، بهبود

روند درمان و افزایش کیفیت زندگی مؤثر باشند. مطالعات لوچتی و همکاران^۱ (۲۰۲۱)، پاستوا-وویچخوفسکا و همکاران^۲ (۲۰۲۱)، برام و کونینگ^۳ (۲۰۱۹) و کومار^۴ (۲۰۱۸)، نشان داده‌اند که معنویت و دین‌داری با کاهش افسردگی، افکار خودکشی، و مصرف مواد در ارتباط هستند. ایرسای و همکاران^۵ (۲۰۲۴)، به‌طور خاص به تأثیر مثبت ایمان و دعا بر کاهش درد بیماران و تسهیل توانبخشی پزشکی اشاره دارد. مطالعه ویترو و همکاران^۶ (۲۰۱۸)، نیز نشان می‌دهد که حتی در غیاب معنویت عمیق، دینداری می‌تواند برخی شاخص‌های سلامت روان و کیفیت زندگی را بهبود بخشد. همچنین، برخی از مطالعات دیگر نشان داده‌اند که رزمندگانی که سطح دینداری بالاتری دارند، توانسته‌اند بهتر با استیغماهای اجتماعی، تجربه‌های دردناک جنگ و محدودیت‌های جسمی کنار بیایند. به عبارت دیگر، معنویت می‌تواند به‌عنوان یک استراتژی مقابله‌ای مهم در برابر تجربه‌های آسیب‌زا عمل کند (موتامبارا و سودی^۷ (۲۰۱۸)، مورگان و همکاران^۸ (۲۰۲۱)، شای و همکاران^۹ (۲۰۲۲)، کنوبلاخ و همکاران^{۱۰} (۲۰۲۱)).

در مدل‌های روان‌شناسی معنوی، از جمله مدل پالسون و همکاران^{۱۱} (۲۰۱۶)، معنویت به‌عنوان نوعی مکانیزم مقابله‌گر درونی تعریف می‌شود که در تعامل با سایر منابع حمایتی، فرد را به بازسازی روانی سوق می‌دهد. پارگامنت^{۱۲} در نظریه مقابله ذهنی^{۱۳} اشاره می‌کند که افراد در شرایط بحران و فشار روانی از «مقابله مذهبی مثبت» (مثلاً دعا، اعتماد به خدا) یا «مقابله مذهبی منفی» (مثلاً احساس تنبیه الهی) استفاده می‌کنند. نوع مثبت آن، بهبود سلامت روان را تسهیل می‌کند (پارگامنت و همکاران^{۱۴} (۲۰۲۲)). این یافته‌ها، اهمیت بررسی عمیق‌تر و جامع‌تر این ابعاد را در زمینه تجربه جانبازان دوچندان می‌کند.

1. Lucchetti et al
2. Pastwa-Wojciechowska
3. Braam & Koenig
4. Kumar
5. Irsay et al
6. Vitorino et al
7. Mutambara & sodi
8. Morgan et al
9. Shai et al
10. Knobloch et al
11. Paulsson et al
12. Pargament
13. Religious Coping Theory
14. Pargament et al

با وجود گسترش تحقیقات در زمینه سلامت روان جانبازان و اشاره به تأثیرات کلی معنویت و دینداری، اما درک دقیق و عمیق جانبازان از نقش این عوامل در فرآیند توانبخشی روانی همچنان نامشخص باقی مانده است. بسیاری از پژوهش‌های پیشین از ابزارهای کمی برای بررسی دینداری یا سلامت روان استفاده کرده‌اند و نتوانسته‌اند تجربه‌ی زیسته‌ی جانبازان را در مواجهه با درد، رنج، فقدان و بازسازی روانی به صورت عمیق تحلیل کنند. همچنین در اغلب پژوهش‌ها، تفاوت میان دینداری سازمان‌یافته (مانند شرکت در مراسم مذهبی رسمی، پیروی از نهادهای دینی، حضور در مسجد و رعایت احکام دینی) و معنویت شخصی (یعنی تجربه درونی و فردی از ارتباط با خدا، دعا‌های شخصی، مراقبه یا احساس معنا در زندگی) نادیده گرفته شده و از منظر فرهنگی، اجتماعی و تاریخی خاص جانبازان ایرانی نیز کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به همین دلیل، هنوز مشخص نیست که جانبازان چگونه از مفاهیم دینی و معنوی در درون خود بهره می‌گیرند و چه درکی از نقش این مفاهیم در بهبود روانی خود دارند.

از سوی دیگر، ما هنوز نمی‌دانیم که این باورها و تجارب چگونه در بستر زندگی روزمره جانبازان معنا می‌یابند. آیا برای آنان باور به تقدیر الهی به منزله پذیرش رنج است یا انگیزه‌ای برای تداوم مبارزه با درد؟ آیا تجربه‌های معنوی درونی، آنان را به انزوای می‌کشاند یا ارتباط اجتماعی‌شان را غنی‌تر می‌کند؟ این سؤالات و ابهامات، نشان‌دهنده‌ی نیاز به رویکردهای کیفی و نظریه‌پردازانه برای شناخت دقیق‌تر نقش معنویت در فرآیند توانبخشی روانی جانبازان است. در واقع، آنچه کم داریم، یک مدل مفهومی برآمده از تجربه زیسته‌ی خود جانبازان است که بتواند مسیرهای درونی و پیچیده بازتوانی روانی با تکیه بر معنویت را روشن سازد.

با توجه به اهمیت فزاینده معنویت و باورهای دینی در فرآیند بازسازی روانی جانبازان، و در عین حال، ابهامات جدی موجود در درک علمی این تجربه‌ها، پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و بهره‌گیری از روش نظریه‌پردازی داده‌بنیاد (گراندد تئوری) طراحی شده است. هدف این پژوهش، شناسایی و تبیین عواملی است که از نظر جانبازان در حوزه معنویت و دینداری، به عنوان منابع حمایت روانی مؤثر عمل می‌کنند، و همچنین کشف مدلی است که درک آن‌ها را از نقش این عوامل در فرآیند توانبخشی روانی بازنمایی کند. به عبارت دیگر، این پژوهش تلاش می‌کند تا با

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های عمیق با جانبازان، به نظریه‌ای زمینه‌ای در مورد تعامل میان معنویت، باورهای دینی و بازتوانی روانی دست یابد.

بر این اساس، سؤال اصلی پژوهش چنین است:

جانبازان چه عوامل معنوی و دینی را به عنوان منابع مؤثر در حمایت و بهبود روانی خود تجربه می‌کنند و مدل درک شده آنان از نقش معنویت و باورهای دینی در فرآیند توانبخشی روانی چگونه است؟

پیشینه پژوهش

خلاصه‌ای از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش‌های داخلی و بین‌المللی در زمینه نقش معنویت و باورهای دینی در سلامت روان ارائه می‌شود.

جدول ۱. مروری بر مهم‌ترین مطالعات داخلی و خارجی مرتبط با نقش معنویت و دین‌داری در توانبخشی روانی

نویسنده/ سال	نوع مطالعه/ روش پژوهش	موضوع و عنوان پژوهش/ متغیرها	یافته‌های کلیدی
صدیقی‌ارفعی و محمدیان (۱۴۰۳)	کمی - همبستگی	بهبودی معنوی، تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجان	رابطه مثبت بین بهزیستی معنوی و تاب‌آوری؛ تنها راهبرد «تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی» نقش میانجی دارد.
قاسمی و همکاران (۱۴۰۳)	کیفی - تجربی	معنویت، دین‌داری، توکل؛ سلامت روانی رزمندگان	معنویت و توکل به خدا با ارتقای سلامت روانی رزمندگان در ارتباط است.
حسینی‌نیا و همکاران (۱۴۰۱)	تحلیلی - توصیفی	بررسی مضامین عرفانی و دینی در آثار شهید آوینی	مفاهیمی چون ایثار و شهادت باعث تقویت روحیه و قدرت رزمی رزمندگان شده‌اند.
محمدخانی و همکاران (۱۳۹۸)	کمی - مدلیابی	تنظیم هیجان، باورهای فراشناختی، دلبستگی، رفتارهای پرخطر	تنظیم هیجان نقش واسطه‌ای دارد؛ آموزش آن در کاهش رفتارهای پرخطر مؤثر است.
ایرسای و همکاران (۲۰۲۴)	کیفی - تجربی	ایمان، دعا، درد بیماران، توانبخشی پزشکی	ایمان و دعا باعث کاهش درد و تسهیل فرایند درمان می‌شوند.

معنویت با کاهش افسردگی، افکار خودکشی، مصرف مواد مرتبط است؛ تأکید بر مکانیزم روان‌شناختی ارتباط.	معنویت، دین‌داری، اختلالات روانی	مروری تحلیلی	لوچتی و همکاران (۲۰۲۱)
معنویت با کاهش اختلالات روانی همراه است؛ تأکید بر تأثیر مثبت بر اضطراب.	معنویت، دین‌داری، افسردگی، اضطراب	مروری	پاستوا-وویچخوفسکا و همکاران (۲۰۲۱)
نهادهای مذهبی نقش حمایتی دارند اما گاهی در روند درمان تأخیر ایجاد می‌کنند.	نقش نهادهای مذهبی در سلامت روان هند	فصل کتاب - مطالعه موردی	چوکاناتان و همکاران (۲۰۲۰)
معنویت با کاهش افسردگی در طول زمان همراه است، اما بسته به زمینه فردی متغیر است.	دینداری، معنویت، افسردگی	طولی - تحلیلی	برام و کونینگ (۲۰۱۹)
دین می‌تواند مؤثر یا آسیب‌زا باشد؛ تجربه دینی تعیین‌کننده کیفیت سلامت روان است.	دین، معنویت، اختلالات روانی	ترکیبی - تحلیلی	کومار (۲۰۱۸)
سطح بالای دینداری و معنویت با شادی و سلامت روان بیشتر همراه است.	دینداری، معنویت، کیفیت زندگی	کمی - همبستگی	ویترینو و همکاران (۲۰۱۸)

براساس نتایج جدول ۱، بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که معنویت و دین‌داری نقش مهمی در بهبود سلامت روان، کاهش افسردگی و افزایش تاب‌آوری دارند. همچنین، متغیرهایی مانند تنظیم هیجان، سبک دلبستگی و تجربه دینی می‌توانند در این رابطه نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌گر ایفا کنند.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل درک جانبازان از نقش معنویت و باورهای دینی در فرآیند توانبخشی روانی، بر اساس داده‌های حاصل از شناسایی و تحلیل عوامل معنوی و دینی مؤثر بر حمایت و بهبود روانی آنان، با بهره‌گیری از رویکرد کیفی و روش نظریه‌پردازی داده‌بنیاد^۱ و بر

1. Grounded Theory

اساس الگوی نظام‌مند اشتراوس و کوربین^۱ انجام شد. روش گراندد تئوری به دلیل تمرکز بر کشف نظریه‌ای برخاسته از دل داده‌ها، برای بررسی پدیده‌هایی که کمتر مورد مطالعه قرار گرفته یا نیاز به فهم عمیق‌تری دارند، مناسب است. در این پژوهش، تلاش شده است تا با استفاده از این روش، تجربه زیسته جانبازان از معنویت و نقش آن در فرآیند روانی بازتوانی‌شان تحلیل و تبیین گردد.

جامعه آماری این پژوهش شامل جانبازان ساکن شهر ارومیه می‌باشد. این جامعه به دلیل بافت فرهنگی، مذهبی و تاریخی خاص منطقه، بستر مناسبی برای مطالعه تأثیر معنویت بر توانبخشی روانی محسوب می‌شود. همچنین، تعداد قابل توجهی از ایشارگران و جانبازان در این شهرستان حضور دارند که می‌توانند دیدگاه‌های متنوع و چندبعدی نسبت به پدیده مورد مطالعه ارائه دهند. با توجه به ماهیت کیفی پژوهش و تأکید بر کشف عمیق مفاهیم و مقولات، از روش نمونه‌گیری نظری^۲ استفاده شده است. در این روش، انتخاب مشارکت‌کنندگان نه به صورت تصادفی یا آماری، بلکه بر اساس غنای اطلاعاتی، تنوع تجربیات و قابلیت کمک به توسعه نظریه انجام می‌شود. ابتدا نمونه‌گیری به صورت هدفمند از میان جانبازانی که تمایل به مشارکت داشتند و تجربه زیسته قابل توجهی در حوزه معنویت و مشکلات روانی داشتند آغاز شد، و در ادامه با تحلیل هم‌زمان داده‌ها و مصاحبه‌ها، نمونه‌گیری نظری دنبال گردید تا مقولات اصلی به طور کامل اشباع مفهومی شوند. لذا با استناد به اصل اشباع نظری، فرآیند نمونه‌گیری با رسیدن به ۱۵ مشارکت‌کننده خاتمه یافت.

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها در این پژوهش، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق است. مصاحبه‌ها با راهنمای کلی شامل محورهای همچون نقش باورهای دینی در مقابله با آسیب، تجربه‌های شخصی از توکل، دعا، ایمان، ارتباط با خداوند، معنای رنج و ... انجام گرفت. هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه زمان برده و با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس به صورت کامل پیاده‌سازی شد.

داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از روش تحلیل سه‌مرحله‌ای در گراندد تئوری شامل کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی تحلیل شدند. در مرحله کدگذاری باز،

1. Strauss & Corbin
2. Theoretical Sampling

مفاهیم اولیه از دل مصاحبه‌ها استخراج گردید. سپس در مرحله محوری، این مفاهیم در قالب مقولات دسته‌بندی شده و روابط میان آن‌ها شناسایی شد. در نهایت در مرحله انتخابی، مدل نهایی نظری بر اساس ارتباط میان مقولات اصلی و محوری تدوین شد. جهت مدیریت داده‌ها و تحلیل کدها، از نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد.

برای افزایش اعتبار و قابلیت اعتماد داده‌ها، از چهار معیار پیشنهادی لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) شامل قابلیت اتکا^۱، تأییدپذیری^۲، اعتبار^۳ و انتقال‌پذیری^۴ استفاده شد. قابلیت اتکا با بازبینی یافته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و اصلاح داده‌ها بر اساس بازخوردهای آنان تضمین شد. تأییدپذیری از طریق بازبینی کدها توسط یک پژوهشگر مستقل و ثبت کامل فرایند تحقیق در قالب پرونده حسابرسی تأمین گردید. همچنین، اعتبار پژوهش با تدوین پروتکل مصاحبه ثابت و ثبت دقیق مراحل انجام شد و همچنین انتقال‌پذیری با تنوع در نمونه‌گیری و ارائه نمونه‌های غنی از داده‌ها برای قضاوت خوانندگان فراهم آمد.

سؤالات پژوهش

۱. جانبازان چه عوامل معنوی و دینی را به‌عنوان منابع مؤثر در فرایند توانبخشی روانی خود تجربه می‌کنند؟
۲. مدل درک شده جانبازان از نقش معنویت و باورهای دینی در فرآیند توانبخشی روانی آنان چگونه است؟

یافته‌های پژوهش

با توجه به ماهیت سوال اول پژوهش، روش نظریه‌پردازی داده‌بنیاد و الگوی نظام‌مند اشتراوس و کوربین به کار گرفته شد. این روش بر سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی مبتنی است که یافته‌های بدست آمده در هر یک از مراحل به شرح ذیل است:

1. Dependability
2. Confirmability
3. Credibility
4. Transferability

جدول ۲. یافته‌های مستخرج از کدگذاری‌های ۳ گانه در ارتباط با شرایط علی

کد انتخابی	کدهای محوری	کدهای باز (مفاهیم)
تاب آوری معنوی	تفسیر معنوی رنج و سختی‌ها	ایمان به خدا، توکل بر تقدیر الهی، باور به زندگی پس از مرگ، اعتقاد به عدالت الهی، یقین به پاداش اخروی، اعتقاد به مشیت الهی
	پایداری معنوی در برابر مشکلات	صبر و شکرگزاری در سختی‌ها، پذیرش رنج به عنوان آزمایش الهی، حفظ امید در بحران، مقاومت در برابر ناامیدی، تقویت ارزش‌های اخلاقی
	معنایابی معنوی برای زندگی	جستجوی معنا در رنج، درک فلسفی از بلا، تفسیر معنوی از مصائب، اعتقاد به ارزش رنج، درک معنوی از فقدان‌ها
سرمایه اجتماعی ایمان‌محور	مشارکت در مناسک دینی	ارتباط با نهادهای دینی، حضور در مراسم‌های مذهبی، شرکت در جلسات دعا و قرآن، ارتباط با علما، حضور در اجتماعات دینی، فعالیت‌های داوطلبانه دینی
	حمایت مذهبی ساختاری	دریافت حمایت روحی از مسجد، تجربه حمایت هیأتی، همیاری مذهبی در بحران‌ها، همدلی اجتماعی در مراسم دینی، مشارکت در کارهای خیریه مذهبی
	پیوند جمعی مذهبی	عضویت در گروه‌های مذهبی، ارتباط با گروه‌های معنوی، حضور در کمپین‌های مذهبی، همکاری با مؤسسات دینی، همبستگی معنوی با جامعه
خودمراقبتی معنوی	اعمال عبادی فردی	نیایش فردی، قرائت قرآن، دعا و استغفار، خواندن دعاها، خاص، مناجات شبانه، راز و نیاز شخصی
	تمرینات ذهنی مذهبی	مدیتیشن معنوی، تفکر و مراقبه مذهبی، نوشتن دعاها و ذکرها، استفاده از کتب ادعیه، مطالعه متون مذهبی
	اقدامات تعهدآمیز مذهبی	تجدید عهد معنوی، نذر و صدقه، اعتکاف شخصی، پرداخت زکات، انجام مستحبات فردی

براساس نتایج جدول ۲، در فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به شرایط علی، ابتدا تعداد زیادی کد باز (مفاهیم اولیه) استخراج شد؛ از جمله «ایمان به خدا»، «توکل بر تقدیر الهی»، «صبر و

شکرگزاری در سختی‌ها»، «جستجوی معنا در رنج»، «ارتباط با نهادهای دینی» و «نیایش فردی». پس از تحلیل و گروه‌بندی این مفاهیم، ۹ کد محوری شامل «تفسیر معنوی رنج و سختی‌ها»، «پایداری معنوی در برابر مشکلات»، «معنایابی معنوی برای زندگی»، «مشارکت در مناسک دینی»، «حمایت مذهبی ساختاری»، «پیوند جمعی مذهبی»، «اعمال عبادی فردی»، «تمرینات ذهنی مذهبی» و «اقدامات تعهدآمیز مذهبی» به دست آمد.

در مرحله نهایی دسته‌بندی، این کدهای محوری در قالب سه کد انتخابی اصلی سازماندهی شدند:

۱. تاب آوری معنوی (شامل کدهای محوری «تفسیر معنوی رنج و سختی‌ها»، «پایداری معنوی در برابر مشکلات» و «معنایابی معنوی برای زندگی»)
۲. سرمایه اجتماعی ایمان‌محور (شامل کدهای محوری «مشارکت در مناسک دینی»، «حمایت مذهبی ساختاری» و «پیوند جمعی مذهبی»)
۳. خودمراقبتی معنوی (شامل کدهای محوری «اعمال عبادی فردی»، «تمرینات ذهنی مذهبی» و «اقدامات تعهدآمیز مذهبی»).

این نتایج نشان می‌دهند که باورهای دینی و معنوی در فرآیند توانبخشی روانی جانبازان نقش مهمی دارند و می‌توانند به بهبود وضعیت روانی و اجتماعی آنان کمک کنند.

جدول ۳. یافته‌های مستخرج از کدگذاری‌های ۳ گانه در ارتباط با پدیده محوری

کد انتخابی	کدهای محوری	کدهای باز (مفاهیم)
بازسازی روانی در پرتو معنویت	نیروی شفابخش باورهای مذهبی	ایمان به خدا، نقش نماز در بهبود روانی، تأثیر روزه بر ذهنیت، دعا به‌عنوان ابزار تسکین، بهره‌گیری از قرآن برای آرامش ذهنی، اثرات مثبت ارتباط با خدا بر فرآیند توانبخشی
	تجربیات معنوی در مواجهه با آسیب	تجربه معنوی پس از آسیب، پیوند با خداوند در لحظات بحران، نقش روحانیت در بهبود روانی، تأثیر معنویت در مدیریت درد و رنج، استفاده از آموزه‌های دینی در بهبود وضعیت روحی
	شبکه‌های معنوی برای آرامش روان	مشارکت در مراسم دینی، حمایت اجتماعی از جانب گروه‌های مذهبی، کمک معنوی از گروه‌های دینی، حضور در جوامع مذهبی به‌عنوان منبع آرامش، تقویت روابط معنوی با دیگران در گروه‌های دینی

کدهای انتخابی	کدهای محوری	کدهای باز (مفاهیم)
رویکرد معنوی به توانبخشی	فرآیند درک معنویت توسط جانبازان	نگرش جانبازان نسبت به معنویت، مدل‌های معنوی توانبخشی، تصویر فردی از معنویت در توانبخشی، تغییر نگرش‌های معنوی پس از آسیب، تجربه‌های معنوی مرتبط با بهبود وضعیت روانی
	ارتباط بین دین و روان‌شناسی در توانبخشی	کاربرد مفاهیم دینی در روش‌های روان‌شناختی، پیوند دین و سلامت روان، تعامل بین مداخلات دینی و روانی، دین به عنوان ابزار درمانی در کنار روان‌درمانی، رویکرد معنوی در روش‌های توانبخشی
	توانمندسازی روانی از طریق ایمان	تأثیر ایمان بر خودکارآمدی روانی، تقویت خودباوری از طریق دیانت، نقش اعتماد به خدا در مقابله با چالش‌ها، ارتباط با آموزه‌های دینی برای تقویت روحیه، تأثیر ذهنیت معنوی بر توانمندسازی روانی

برحسب نتایج جدول ۳، در فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌های مرتبط با پدیده محوری، در مرحله نخست، کدهای باز متعدد و متنوعی شناسایی شدند؛ از جمله «ایمان به خدا»، «نقش نماز در بهبود روانی»، «تجربه معنوی پس از آسیب»، «مشارکت در مراسم دینی»، «نگرش جانبازان نسبت به معنویت» و «کاربرد مفاهیم دینی در روش‌های روان‌شناختی». با گروه‌بندی این مفاهیم اولیه، ۶ کد محوری شامل «نیروی شفابخش باورهای مذهبی»، «تجربیات معنوی در مواجهه با آسیب»، «شبکه‌های معنوی برای آرامش روان»، «فرآیند درک معنویت توسط جانبازان»، «ارتباط بین دین و روان‌شناسی در توانبخشی» و «توانمندسازی روانی از طریق ایمان» به دست آمد.

در نهایت، این کدهای محوری در قالب دو کد انتخابی اصلی ساماندهی شدند:

۱. بازسازی روانی در پرتو معنویت (شامل کدهای محوری «نیروی شفابخش باورهای مذهبی»، «تجربیات معنوی در مواجهه با آسیب» و «شبکه‌های معنوی برای آرامش روان»)
۲. رویکرد معنوی به توانبخشی (شامل کدهای محوری «فرآیند درک معنویت توسط جانبازان»، «ارتباط بین دین و روان‌شناسی در توانبخشی» و «توانمندسازی روانی از طریق ایمان»).

جدول ۴. یافته‌های مستخرج از کدگذاری‌های ۳ گانه در ارتباط با شرایط زمینه‌ای

کدهای انتخابی	کدهای محوری	کدهای باز (مفاهیم)
تعامل اجتماعی معنویت‌محور	پشتیبانی معنوی از جانب خانواده و اجتماع	حمایت خانواده مذهبی، جامعه مذهبی ارومیه، تأثیر خانواده در فرآیند درمان، ارتباط خانوادگی مثبت، تأثیر مشارکت اجتماعی، حمایت اجتماعی از جانب گروه‌های دینی
	تقویت روابط اجتماعی	افزایش همبستگی اجتماعی، همیاران معنوی، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، ارتباط با دیگران در محیط‌های دینی، گروه‌های حمایتی معنوی
	حمایت از جانب نهادهای مذهبی	نقش روحانیون در بهبود روانی، تأثیر ارتباط با گروه‌های مذهبی در کاهش استرس، استفاده از مشاوره‌های مذهبی، تسهیل فرآیند توانبخشی از طریق ایمان دینی
محیط فرهنگی حمایتگر	فرهنگ مذهبی حاکم بر جامعه	ارزش‌های دینی اجتماعی، تأثیر آموزش‌های دینی بر جامعه، ترویج فرهنگ معنوی در مدارس، مشارکت در مراسم اجتماعی مذهبی، احساس امنیت اجتماعی در محیط‌های مذهبی
	حضور مداوم در جامعه مذهبی	مشارکت در فعالیت‌های گروهی مذهبی، حضور در مساجد و اماکن مذهبی، پیوستگی به گروه‌های اجتماعی مذهبی، تقویت احساس امنیت در جامعه مذهبی
	تقویت هویت فرهنگی	توسعه هویت فردی در چارچوب دینی، حمایت از ارزش‌های فرهنگی در جامعه، توجه به ریشه‌های مذهبی و فرهنگی، تقویت احساس تعلق به جامعه مذهبی
قوت دینداری در گذشته	سابقه دینداری قبل از مجروحیت	سابقه فعالیت مذهبی پیش از آسیب، تجربه‌های دینی قبل از آسیب، مشارکت در گروه‌های دینی قبل از آسیب، اهمیت دین در دوران قبل از آسیب، تغییرات معنوی پس از آسیب
	تأثیر دینداری پیشین بر سلامت روانی	تأثیر سابقه دینداری بر کاهش اضطراب، اثرات معنوی مثبت ناشی از دینداری قبل از آسیب، کمک دینداری در فرآیند بازتوانی، نقش باورهای مذهبی در مقابله با آسیب
	ارتباط با ارزش‌های	اهمیت باورهای مذهبی پیشین در توانبخشی، استفاده از آموزه‌های

کدهای محوری	کدهای باز (مفاهیم)	کد انتخابی
معنوی گذشته	دینی گذشته در مدیریت مشکلات روانی، یادگیری از آموزه‌های دینی پیشین در شرایط سخت، ارتباط با هویت معنوی گذشته	

بر طبق نتایج جدول ۴، در بررسی شرایط زمینه‌ای، پس از انجام کدگذاری باز، مفاهیم متعددی همچون «حمایت خانواده مذهبی»، «افزایش همبستگی اجتماعی»، «نقش روحانیون در بهبود روانی»، «ارزش‌های دینی اجتماعی»، «سابقه فعالیت مذهبی پیش از آسیب» و «اهمیت باورهای مذهبی پیشین در توانبخشی» استخراج گردید. این مفاهیم در مرحله کدگذاری محوری در قالب ۹ محور اصلی طبقه‌بندی شدند که عبارتند از: «پشتیبانی معنوی از جانب خانواده و اجتماع»، «تقویت روابط اجتماعی»، «حمایت از جانب نهادهای مذهبی»، «فرهنگ مذهبی حاکم بر جامعه»، «حضور مداوم در جامعه مذهبی»، «تقویت هویت فرهنگی»، «سابقه دینداری قبل از مجروحیت»، «تأثیر دینداری پیشین بر سلامت روانی» و «ارتباط با ارزش‌های معنوی گذشته».

در نهایت، این کدهای محوری در سه کد انتخابی کلی سازماندهی شدند:

۱. تعامل اجتماعی معنویت‌محور (شامل کدهای محوری «پشتیبانی معنوی از جانب خانواده و اجتماع»، «تقویت روابط اجتماعی» و «حمایت از جانب نهادهای مذهبی»)
 ۲. محیط فرهنگی حمایتگر (شامل کدهای محوری «فرهنگ مذهبی حاکم بر جامعه»، «حضور مداوم در جامعه مذهبی» و «تقویت هویت فرهنگی»)
 ۳. قوت دینداری در گذشته (شامل کدهای محوری «سابقه دینداری قبل از مجروحیت»، «تأثیر دینداری پیشین بر سلامت روانی» و «ارتباط با ارزش‌های معنوی گذشته»).
- این یافته‌ها نشان می‌دهند که شرایط زمینه‌ای از جمله حمایت‌های خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و دینداری پیشین، نقش مهمی در فرآیند بهبود روانی جانبازان دارند و بستر مناسبی برای تقویت معنویت و سلامت روانی آنان فراهم می‌کنند.

جدول ۵. یافته‌های مستخرج از کدگذاری‌های ۳ گانه در ارتباط با شرایط مداخله‌گر

کدهای محوری	کدهای باز (مفاهیم)	کد انتخابی
محدودیت‌های فیزیکی	ضعف حرکتی شدید، دردهای مزمن، قطع عضو، اختلال خواب، کاهش توان فعالیت‌های روزمره، آسیب عصبی، مشکلات گفتاری	محدودیت‌های زیست‌روانشناختی
بحران‌های روانی-اجتماعی	اضطراب مزمن، افسردگی شدید، ترس از آینده، احساس تنهایی، (PTSD) استرس پس از سانحه	
اختلالات خودادراکی	ناتوانی در پذیرش تغییرات بدنی، کاهش اعتماد به نفس، مشکلات هویتی، احساس شرم اجتماعی، گوشه‌گیری اجتماعی	
مشکلات اقتصادی ناشی از ناتوانی	بیکاری پس از آسیب، عدم توانایی کار، کاهش درآمد خانوار، عدم دریافت حمایت‌های مالی، هزینه‌های بالای درمان	آسیب‌پذیری اقتصادی پس از اختلال عملکرد
فشارهای اقتصادی خانوار	تورم و گرانی، هزینه‌های معیشتی بالا، کاهش قدرت خرید، افزایش هزینه‌های درمانی، بدهی‌های مالی، نیاز به حمایت مالی خیرین	
ناکافی بودن منابع مالی	دستمزد پایین جانبازان، ناکافی بودن مستمری، تأخیر در پرداخت کمک‌های دولتی، عدم دسترسی به مشاغل مناسب، هزینه‌های بالای توانبخشی	
کمبود زیرساخت‌های درمانی	کمبود مراکز درمانی تخصصی، نبود خدمات روانشناختی رایگان، فاصله زیاد تا مراکز درمانی، کمبود کادر تخصصی، تجهیزات ناکافی، خدمات حمایتی محدود	کمبود منابع حمایتی
کمبود حمایت‌های مذهبی	عدم دسترسی به مشاوره معنوی، کمبود مراکز مشاوره مذهبی، کمبود روحانیون متخصص، نبود گروه‌های حمایتی مذهبی، عدم برگزاری کارگاه‌های معنوی	
ضعف در نظام حمایتی پس از آسیب	نبود حمایت روانی پس از ترخیص، بی‌توجهی به پیگیری‌های روانشناختی، ناهماهنگی بین مراکز درمانی و مشاوره‌ای، عدم برنامه‌ریزی بلندمدت حمایتی، پراکندگی خدمات حمایتی	

براساس نتایج جدول ۵، در تحلیل شرایط مداخله گر، مفاهیم اولیه ای همچون «ضعف حرکتی شدید»، «اضطراب مزمن»، «ناتوانی در پذیرش تغییرات بدنی»، «بیکاری پس از آسیب»، «تورم و گرانی»، «دستمزد پایین جانبازان»، «کمبود مراکز درمانی تخصصی»، «عدم دسترسی به مشاوره معنوی» و «نبود حمایت روانی پس از ترخیص» شناسایی شد. این مفاهیم طی فرآیند کدگذاری محوری در ۹ محور اصلی دسته بندی گردیدند که عبارتند از: «محدودیت های فیزیکی»، «بحران های روانی-اجتماعی»، «اختلالات خودادراکی»، «مشکلات اقتصادی ناشی از ناتوانی»، «فشارهای اقتصادی خانوار»، «ناکافی بودن منابع مالی»، «کمبود زیرساخت های درمانی»، «کمبود حمایت های مذهبی» و «ضعف در نظام حمایتی پس از آسیب».

در ادامه، این کدهای محوری در سه کد انتخابی اصلی تجمیع شدند:

۱. محدودیت های زیست روانشناختی (شامل کدهای محوری «محدودیت های فیزیکی»، «بحران های روانی-اجتماعی» و «اختلالات خودادراکی»)
 ۲. آسیب پذیری اقتصادی پس از اختلال عملکرد (شامل کدهای محوری «مشکلات اقتصادی ناشی از ناتوانی»، «فشارهای اقتصادی خانوار» و «ناکافی بودن منابع مالی»)
 ۳. کمبود منابع حمایتی (شامل کدهای محوری «کمبود زیرساخت های درمانی»، «کمبود حمایت های مذهبی» و «ضعف در نظام حمایتی پس از آسیب»).
- این یافته ها بیانگر موانع گسترده جسمانی، روانی، اقتصادی و ساختاری هستند که روند بازتوانی معنوی و روانی جانبازان را با دشواری مواجه می سازند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۶. یافته‌های مستخرج از کدگذاری‌های ۳ گانه در ارتباط با راهبردها

کد انتخابی	کدهای محوری	کدهای باز (مفاهیم)
شبکه‌سازی معنوی-اجتماعی	فعالیت جمعی مذهبی	شرکت در مراسم دینی، حضور در نماز جماعت، مشارکت در کارهای خیریه مذهبی، همکاری در هیئت‌های مذهبی، همراهی در تظاهرات مذهبی
	همبستگی اجتماعی در مناسبت‌های دینی	مشارکت در جشن‌های مذهبی، همگامی با همسایگان در برنامه‌های مذهبی، ایجاد گروه‌های دینی اجتماعی، فعالیت‌های گروهی در روزهای خاص مذهبی، حمایت اجتماعی در مناسبت‌های مذهبی
	تأسیس گروه‌های معنوی جمعی	تشکیل جلسات گروهی برای دعا و نماز، برگزاری محافل قرآن‌خوانی، ایجاد حلقه‌های معنوی در محله، حضور در دوره‌های آموزشی دینی، برگزاری سفرهای معنوی گروهی
تقویت خودشفقتی دینی	فعالیت‌های معنوی فردی	مطالعه قرآن به صورت روزانه، راز و نیاز فردی، خواندن دعاها و ویژه برای آرامش، روزه‌داری و دعا در ماه رمضان، مراقبه و تفکر مذهبی
	ایجاد آرامش درونی از طریق عبادات	تکرار اذکار برای تسکین، ذکر وردهای روزانه، مراقبه معنوی در سحرگاه، استغفار و توبه در مواقع سختی، انجام نماز شب برای تقویت روحیه
	خودآگاهی دینی	تمرکز بر روی آموزه‌های قرآن، شناخت معنای عمیق‌تر عبادات، پرهیز از گناه به‌طور شخصی، تکیه بر اصول اخلاقی دینی برای حل مشکلات، هدایت از طریق دعاها و شخصی
کاربست آموزه‌های دینی در تنظیم هیجانات	بهره‌گیری فردی از مشاوره معنوی	مشاوره با روحانیون، جلسات خصوصی، مشاوره گروهی، دریافت توصیه‌های معنوی برای مشکلات فردی و اجتماعی، تحلیل مشکلات زندگی با دیدگاه دینی
	فعالیت‌های آموزشی دینی برای مشاوره	کلاس‌های آموزشی در خصوص چگونگی استفاده از دین در درمان مشکلات، برگزاری دوره‌های تربیتی معنوی، دوره‌های تخصصی مشاوره دینی برای تسکین دردها، آموزش روش‌های حل مشکلات خانوادگی از دیدگاه دین، استفاده از تجربیات روحانیون در زندگی روزمره

بر مبنای نتایج جدول ۶، در تجزیه و تحلیل داده‌های مرتبط با راهبردها، ابتدا ۴۰ کد باز (مفهوم اولیه) از تحلیل مصاحبه‌ها استخراج شد که نمونه‌هایی از آن‌ها شامل «شرکت در مراسم دینی»، «خواندن دعاها و ویژه برای آرامش»، «مشاوره با روحانیون برای رفع مشکلات روحی» و «برگزاری دوره‌های تربیتی معنوی» هستند. سپس با گروه‌بندی این مفاهیم اولیه، ۸ کد محوری به دست آمد که عبارت‌اند از: «فعالیت جمعی مذهبی»، «همبستگی اجتماعی در مناسبت‌های دینی»، «تأسیس گروه‌های معنوی جمعی»، «فعالیت‌های معنوی فردی»، «ایجاد آرامش درونی از طریق عبادات»، «خودآگاهی دینی»، «بهره‌گیری فردی از مشاوره معنوی» و «فعالیت‌های آموزشی دینی برای مشاوره».

در نهایت، این کدهای محوری در قالب سه کد انتخابی دسته‌بندی شدند که شامل «شبکه‌سازی معنوی-اجتماعی» (شامل محورهای «فعالیت جمعی مذهبی»، «همبستگی اجتماعی در مناسبت‌های دینی» و «تأسیس گروه‌های معنوی جمعی»)، «تقویت خودشفقتی دینی» (شامل محورهای «فعالیت‌های معنوی فردی»، «ایجاد آرامش درونی از طریق عبادات» و «خودآگاهی دینی») و «کاربست آموزه‌های دینی در تنظیم هیجانات» (شامل محورهای «بهره‌گیری فردی از مشاوره معنوی» و «فعالیت‌های آموزشی دینی برای مشاوره») هستند.

جدول ۷. یافته‌های مستخرج از کدگذاری‌های ۳ گانه در ارتباط با پیامدها

کدهای محوری	کد انتخابی	کدهای باز (مفاهیم)
ارتقاء سطح امید	ارتقاء تاب‌آوری روانی	افزایش امید به زندگی، اعتماد به آینده، ارتقاء انگیزه برای ادامه زندگی، تغییر در نگرش نسبت به مشکلات، احساس رضایت از زندگی
بهبود کیفیت ذهنی		افزایش احساس خوشبختی، ارتقاء روحیه در مواجهه با مشکلات، دستیابی به اهداف زندگی، کاهش احساس ناامیدی، افزایش احساس خودکارآمدی
تقویت تفکر مثبت		تغییر نگرش نسبت به چالش‌ها، مقابله مثبت با مشکلات، گسترش ذهنیت رشد، تقویت تاب‌آوری، امید به بهبود وضعیت زندگی
کاهش اختلالات روانشناختی	کاهش آسیب‌پذیری روانی	کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود خواب و استراحت، کاهش استرس و فشار روانی، کاهش علائم روان‌پریشی، کاهش احساس

کد انتخابی	کدهای محوری	کدهای باز (مفاهیم)
		درماندگی
	ارتقاء توانایی مقابله با مشکلات	افزایش استقامت روانی، مدیریت بهتر احساسات منفی، بهبود توانمندی در حل مسائل، تقویت روحیه در مواجهه با چالش‌ها، ارتقاء عملکرد شناختی
	ایجاد ثبات روانی	بهبود خلق و خو، کاهش نوسانات روحی، ایجاد حس کنترل بر زندگی، تنظیم هیجانات، کاهش احساس بی‌ثباتی
توانمندسازی اجتماعی مبتنی بر معنویت	ارتقاء کیفیت زندگی و بازسازی روانی-اجتماعی	ارتقاء معنای زندگی، بازسازی هویت فردی-اجتماعی، بهبود روابط اجتماعی، تقویت احساس تعلق به جامعه، بازسازی روابط خانوادگی
	تقویت روابط معنوی	تقویت ارتباطات مذهبی، افزایش مشارکت در مراسم دینی، توسعه احساس همبستگی با گروه‌های دینی، برقراری ارتباط معنوی با دیگران، پیوستگی معنوی در جامعه
	بازسازی هویت اجتماعی و فرهنگی	تعریف مجدد خود از منظر دینی، افزایش حس هویت فردی، بازسازی ارزش‌های فردی و اجتماعی، احیای نقش‌های اجتماعی، مشارکت فعال در جامعه
	ارتقاء حمایت اجتماعی	تقویت پشتیبانی از جانب خانواده و دوستان، گسترش شبکه‌های اجتماعی حمایتی، کمک به دیگران به‌عنوان بخشی از فرآیند درمان، مشارکت در گروه‌های حمایتی، همکاری با گروه‌های مذهبی و اجتماعی

برحسب نتایج جدول ۷، در فرآیند تحلیل داده‌های مرتبط با پیامدها، در مجموع ۵۰ کد باز (مفهوم اولیه) شناسایی شد. برخی از این مفاهیم شامل «افزایش امید به زندگی»، «کاهش اضطراب و افسردگی»، «ارتقاء معنای زندگی»، و «تقویت پشتیبانی از جانب خانواده و دوستان» بودند. با تجمع و گروه‌بندی این مفاهیم اولیه، ۱۰ کد محوری به دست آمد که عبارت‌اند از: «ارتقاء سطح امید»، «بهبود کیفیت ذهنی»، «تقویت تفکر مثبت»، «کاهش اختلالات روانشناختی»، «ارتقاء توانایی مقابله با مشکلات»، «ایجاد ثبات روانی»، «ارتقاء کیفیت زندگی و بازسازی روانی-اجتماعی»،

«تقویت روابط معنوی»، «بازسازی هویت اجتماعی و فرهنگی» و «ارتقاء حمایت اجتماعی». در مرحله نهایی، این کدهای محوری در قالب سه کد انتخابی اصلی سازماندهی شدند:

۱. ارتقاء تاب‌آوری روانی (شامل کدهای محوری «ارتقاء سطح امید»، «بهبود کیفیت ذهنی» و «تقویت تفکر مثبت»)

۲. کاهش آسیب‌پذیری روانی (شامل کدهای محوری «کاهش اختلالات روانشناختی»، «ارتقاء توانایی مقابله با مشکلات» و «ایجاد ثبات روانی»)

۳. توانمندسازی اجتماعی مبتنی بر معنویت (شامل کدهای محوری «ارتقاء کیفیت زندگی و بازسازی روانی-اجتماعی»، «تقویت روابط معنوی»، «بازسازی هویت اجتماعی و فرهنگی» و «ارتقاء حمایت اجتماعی»)

جدول ۸. نتایج کلی مقوله‌های اصلی، فرعی و مفاهیم بر اساس ابعاد طرح نظام‌مند داده بنیاد

ابعاد الگو	تعداد مقوله‌های اصلی	تعداد مقوله‌های فرعی	تعداد مفاهیم
شرایط علی	۳	۹	۴۸
مقوله‌ی محوری	۲	۶	۳۱
عوامل زمینه‌ای	۳	۹	۴۱
شرایط مداخله‌گر	۳	۹	۴۹
راهبردها	۳	۸	۴۰
پیامدها	۳	۱۰	۴۸
جمع	۱۷	۵۱	۲۵۷

در یک نگاه کلی، بر مبنای نتایج به دست آمده و ابعاد الگوی داده بنیاد، ۱۷ مقوله اصلی، ۵۱ مقوله فرعی و ۲۵۷ مفهوم از مصاحبه‌های صورت گرفته استخراج گردید (جدول ۸).

سوال دوم پژوهش: مدل درک شده جانبازان از نقش معنویت و باورهای دینی در فرآیند توانبخشی روانی آنان چگونه است؟

با توجه به اینکه در پاسخ به سؤال اول پژوهش، مؤلفه‌های اصلی با بهره‌گیری از روش نظریه‌پردازی داده بنیاد و بر اساس مدل نظام‌مند اشتراوس و کوربین، طی فرایند سه‌مرحله‌ای کدگذاری باز، محوری و انتخابی استخراج شدند؛ در این مرحله، با هدف تبیین ارتباط میان این مؤلفه‌ها، ساختار کلی الگوی پژوهش ترسیم و ارائه می‌گردد.



شکل ۱. الگوی پارادایمی روانی توانبخشی روانی جانبازان در پرتو معنویت و باورهای دینی

نتیجه گیری و پیشنهادها

پژوهش حاضر با هدف شناسایی درک جانبازان از نقش معنویت و باورهای دینی در فرآیند توانبخشی روانی و ارائه یک مدل نظری مبتنی بر نظریه زمینه‌ای انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که فرایند توانبخشی روانی جانبازان، صرفاً به مداخلات پزشکی یا روان‌درمانی کلاسیک محدود نمی‌شود؛ بلکه در تجربه زیسته آنان، معنویت و باورهای دینی نقش محوری و ساختاری در بازسازی روانی ایفا می‌کنند. داده‌ها نشان دادند که عناصر معنوی به‌صورت عمیق، گسترده و چندلایه در جنبه‌های مختلف زندگی جانبازان حضور دارند و همین حضور، زمینه‌ساز تقویت

تاب‌آوری، بازسازی هویت فردی و اجتماعی، و ارتقای توانمندی‌های روانی-اجتماعی آنان شده است.

بر اساس تحلیل‌های انجام‌شده، شرایط علی شکل‌دهنده فرایند توان‌بخشی روانی جانبازان در سه بُعد اصلی شناسایی شدند: «تاب‌آوری معنوی»، «سرمایه اجتماعی ایمان‌محور»، و «خودمراقبتی معنوی».

«تاب‌آوری معنوی» به معنای توانایی جانبازان در پذیرش رنج، حفظ امید و معنایابی معنوی برای زندگی در بستر باورهای دینی است. ایمان به خداوند، توکل بر تقدیر الهی و باور به پاداش اخروی، بنیانی روانی برای تحمل دشواری‌های پس از آسیب ایجاد می‌کند که می‌توان آن را «تحمل در پرتو توکل» نامید. این نوع تاب‌آوری، نه تنها از فروریزی روانی جلوگیری می‌کند، بلکه موجب حفظ تعادل روانی در شرایط بحران می‌شود. «سرمایه اجتماعی ایمان‌محور» به پشتیبانی اجتماعی جانبازان از طریق عضویت در شبکه‌ها و گروه‌های مذهبی اشاره دارد. حضور در مساجد، شرکت در مراسم دینی، دریافت حمایت عاطفی و معنوی از جوامع مذهبی، نوعی احساس تعلق و امنیت اجتماعی ایجاد می‌کند. چنین پیوندهایی، به تقویت روانی، کاهش انزوا و ایجاد انگیزه برای بازسازی فردی کمک می‌کنند. «خودمراقبتی معنوی» به اعمال و عادت‌هایی اطلاق می‌شود که جانبازان برای آرام‌سازی ذهن، تقویت روان و مدیریت احساسات منفی به کار می‌گیرند. رفتارهایی همچون نیایش فردی، قرائت قرآن، دعا، مراقبه دینی و انجام مستحبات، راهبردهای معنوی مؤثر در تنظیم هیجانات و تسکین دردهای روانی محسوب می‌شوند. این فعالیت‌ها موجب تقویت درونی و ایجاد احساس تسلط بر بحران می‌گردند.

یکی از مشارکت‌کنندگان در بیان تجربه زیسته خود گفت: «در جلسات هیأت، وقتی کنار دوستانم هستم، احساس تنهایی نمی‌کنم؛ آنجا دوباره خودم را پیدا می‌کنم». یکی دیگر از جانبازان اظهار داشت: «در جلسات هیأت، وقتی کنار دوستانم هستم، احساس تنهایی نمی‌کنم؛ آنجا دوباره خودم را پیدا می‌کنم».

این شرایط علی، شالوده‌ای را می‌سازد که تمام مراحل بعدی توان‌بخشی روانی بر آن استوار می‌شوند؛ زیرا باورهای معنوی و دینی نقش محرک اولیه در پذیرش آسیب، معنا دادن به رنج و آغاز مسیر بازسازی روانی دارند. در واقع، این مؤلفه‌ها نه تنها جهت‌گیری روانی فرد را شکل

می‌دهند، بلکه بر نوع راهبردهای مقابله‌ای و میزان اثرپذیری از مداخلات روان‌شناختی نیز تأثیر مستقیم می‌گذارند.

یافته‌های این پژوهش در خصوص این مؤلفه با نتایج مطالعات صدیقی‌ارفعی و محمدیان (۱۴۰۳)، قاسمی و همکاران (۱۴۰۳)، و ایرسای و همکاران (۲۰۲۴) هم‌راستا است. این پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که بهزیستی معنوی و توکل به خداوند، نقش مؤثری در افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی، تسهیل فرآیند درمان و ارتقای سلامت روان دارند.

بر مبنای نتایج به‌دست‌آمده از داده‌ها، پدیده محوری استخراج‌شده از تجارب زیسته جانبازان در دو بُعد اساسی قابل تبیین است: «بازسازی روانی در پرتو معنویت» و «رویکرد معنوی به توانبخشی».

«بازسازی روانی در پرتو معنویت» به فرآیندی اشاره دارد که طی آن جانبازان با تکیه بر نیروی شفاف‌بخش باورهای دینی، تجربه‌های معنوی فردی و بهره‌گیری از شبکه‌های معنوی اجتماعی، تعادل روانی خود را بازیابی می‌کنند. ایمان به خدا، نماز، دعا، قرائت قرآن و ارتباط با خدا به عنوان منابع تسکین و آرامش روانی عمل می‌کنند و زمینه‌ساز کاهش رنج، احیای امید و بازسازی ذهنیت مثبت نسبت به زندگی می‌شوند. این فرآیند باعث معنا دادن به درد و جهت‌دهی به رنج‌های جسمی و روانی است.

«رویکرد معنوی به توانبخشی» به نوعی درک نظام‌مند از فرآیند بازیابی روانی اشاره دارد که جانبازان با گذر از تجربه آسیب، به آن دست می‌یابند. این مدل شامل درونی‌سازی مفاهیم دینی در کنار مفاهیم روان‌شناختی، به کارگیری آموزه‌های معنوی در فهم رنج، و تلفیق رویکردهای معنوی با مداخلات روانی است. در این چارچوب، جانبازان دین را نه تنها به عنوان اعتقاد، بلکه به مثابه ابزار شناخت خود، التیام، خودباوری و توانمندسازی درک می‌کنند. ایمان و ذهنیت معنوی، به آنان در مقابله با ترومای جنگ و بازگشت به نقش‌های اجتماعی مؤثر کمک می‌کند.

یکی از جانبازان در توصیف تجربه خود از ارتباط با قرآن چنین بیان می‌کند: «هر بار که قرآن می‌خوانم، احساس می‌کنم به خودم برمی‌گردم؛ از فشارهای روانی فاصله می‌گیرم و دوباره آرامشی را تجربه می‌کنم که پیش از آسیب هم در زندگی‌ام بود. این آرامش به من امید و احساس نزدیکی به خدا می‌دهد».

پدیده محوری در این مدل، به مثابه هسته مرکزی فرآیند توانبخشی، تمامی مؤلفه‌های دیگر از جمله راهبردها، پیامدها و حتی برداشت جانباز از آسیب را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بازسازی روانی در پرتو معنویت، تنها بهبود وضع روانی نیست؛ بلکه بازتعریف خود، هویت و زندگی پس از آسیب بر اساس یک چارچوب معنوی-ارزشی جدید است که به جانباز کمک می‌کند از موقعیت بحرانی به سمت توانمندسازی حرکت کند. در دل این پدیده، «رویکرد معنوی به توانبخشی» شکل می‌گیرد که طی آن، باور دینی، تجربه‌های زیسته، و مداخلات غیررسمی روان‌شناختی با هم تلفیق می‌شوند.

یافته‌های پژوهش که پدیده محوری «بازسازی روانی در پرتو معنویت» را برجسته کرده‌اند، با پژوهش‌های قاسمی و همکاران (۱۴۰۳)، پاستوا-وویچخوفسکا و همکاران (۲۰۲۱) و ویترو و همکاران (۲۰۱۸) کاملاً هم‌راستا هستند. این مطالعات نیز تأکید کرده‌اند که معنویت و دین‌داری، در فرآیند درمان و توانمندسازی روانی بیماران به‌ویژه در شرایط بحرانی، نقشی محوری و الهام‌بخش دارند.

بر اساس یافته‌های پژوهش، شرایط زمینه‌ای تأثیرگذار بر فرآیند توانبخشی روانی جانبازان، در سه بُعد اصلی شناسایی شدند: «تعامل اجتماعی معنویت‌محور»، «محیط فرهنگی حمایتگر» و «ستون‌های ایمان گذشته».

«تعامل اجتماعی معنویت‌محور» به وجود شبکه‌های حمایتی در سطح خانواده، دوستان و جامعه مذهبی اشاره دارد که فضای امن و همدلانه‌ای را برای جانبازان فراهم می‌آورد. خانواده‌های مذهبی، گروه‌های حمایتی دینی و نهادهای معنوی نقش مهمی در تقویت احساس امنیت روانی، کاهش انزوا و بازسازی ارتباطات اجتماعی دارند. این تعاملات، نه فقط عاطفی، بلکه از جنس باور مشترک، هم‌فکری دینی و احساس هم‌سرنوشتی هستند. در چنین فضایی، جانباز احساس می‌کند که درک می‌شود، تنها نیست و رنجش بی‌معنا نیست.

«محیط فرهنگی حمایتگر» به فضای کلی جامعه‌ای اشاره دارد که در آن باورها و ارزش‌های دینی نه تنها پذیرفته شده، بلکه گسترش یافته‌اند. در شهرهایی با بافت مذهبی فعال، نظیر ارومیه، حضور در مساجد، شرکت در مراسم مذهبی و تأکید عمومی بر آموزه‌های دینی، احساس هویت مشترک و مقبولیت اجتماعی جانبازان را تقویت می‌کند. چنین محیطی باعث می‌شود فرد نه تنها

احساس طرد نکند، بلکه ارزش معنوی ایثارش را نیز به رسمیت بشناسد و آن را به سرمایه روانی تبدیل کند.

«ستون‌های ایمان گذشته» نیز به سابقه دینداری و تربیت مذهبی فرد در دوران پیش از آسیب اشاره دارد. جانبازانی که از کودکی در محیط‌های دینی رشد یافته‌اند یا پیش از مجروحیت تجربه‌های معنوی داشته‌اند، در مواجهه با بحران روانی، از یک زیرساخت ذهنی و اعتقادی مستحکم بهره‌مندند. این پیشینه، در لحظه‌های بحرانی به‌صورت خودکار فعال می‌شود و به آنان کمک می‌کند تا با درد و ترومای پس از آسیب، معنابخش و مقاوم برخورد کنند.

یکی از جانبازان در این باره گفت: «از بچگی تو هیأت بودم و با دعا، نوحه و قرآن بزرگ شدم. وقتی مجروح شدم و توی بدترین شرایط روحی بودم، انگار همه اون خاطرات، حرف‌ها و دعاها دوباره تو ذهنم زنده شدن. حس کردم تنها نیستم؛ همون باورهایی که از بچگی تو دلم نشسته بودن، حالا شده بودن پناه و پشتیبانم».

این شرایط زمینه‌ای، در کنار عوامل علی، به‌مثابه بستری تقویت‌کننده عمل می‌کنند که راهبردهای مقابله‌ای را ممکن ساخته و مسیر توان‌بخشی روانی را هموار می‌سازند. درواقع، حضور هم‌زمان زمینه‌های حمایتی اجتماعی، فرهنگی و پیشینه‌ای، ضریب موفقیت رویکرد معنوی به توانبخشی را به‌شکل قابل توجهی افزایش می‌دهد.

مؤلفه‌هایی چون «محیط فرهنگی حمایتگر» و «تعامل اجتماعی معنویت‌محور» در تحقیق حاضر، با یافته‌های حسینی‌نیا و همکاران (۱۴۰۱) که نقش مفاهیم دینی در تقویت روحیه جمعی رزمندگان را برجسته کرده‌اند، هم‌راستا هستند. همچنین، نتایج چوکاناتان و همکاران (۲۰۲۰) نیز از نقش حمایتی نهادهای مذهبی در توانبخشی روانی بیماران پشتیبانی می‌کنند.

بر اساس داده‌های حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها، شرایط مداخله‌گر به عنوان عوامل بازدارنده یا تضعیف‌کننده مسیر بازسازی روانی جانبازان، در سه بُعد کلان شناسایی شدند: «محدودیت‌های زیست‌روانشناختی»، «آسیب‌پذیری اقتصادی پس از اختلال عملکرد» و «کمبود منابع حمایتی».

«محدودیت‌های زیست‌روانشناختی» به آسیب‌های جسمی، دردهای مزمن، ناتوانی در عملکردهای حرکتی و همچنین پیامدهای روانی همچون اضطراب، افسردگی، اختلال خواب و تجربه استرس پس از سانحه اشاره دارد. این آسیب‌ها نه تنها توان جسمانی جانبازان را محدود

می‌کنند، بلکه در بسیاری از موارد به تخریب عزت نفس، انزوای اجتماعی و کاهش انگیزه ادامه زندگی منجر می‌شوند.

«آسیب‌پذیری اقتصادی پس از اختلال عملکرد» نیز از دیگر موانع مهم در مسیر توان بخشی روانی است. بسیاری از جانبازان به دلیل محدودیت‌های جسمی، قادر به اشتغال مؤثر نیستند و با کاهش درآمد، هزینه‌های درمان، ضعف مستمری و فشار اقتصادی خانواده مواجه‌اند. این وضعیت، احساس بی‌فایده‌گی و بار بودن را در آنان تشدید کرده و بازسازی روانی را با مانع روبرو می‌سازد. «کمبود منابع حمایتی» نیز سومین عامل مداخله‌گر در این فرآیند است. نبود مراکز مشاوره روانی و معنوی مناسب، کمبود روحانیون آموزش دیده برای ارائه خدمات دینی، فاصله زیاد تا مراکز درمانی و عدم استمرار حمایت‌های دولتی پس از ترخیص، همه از عواملی هستند که روند بازسازی روانی را تضعیف می‌کنند. این کمبودها، موجب می‌شود جانبازان گاه حتی با وجود تمایل، از دریافت حمایت‌های روانی و معنوی محروم بمانند.

یکی از مشارکت‌کنندگان با اشاره به خلأ حمایت روانی و معنوی، بیان کرد: «نه مشاوره هست که کمک کنه، نه روحانی‌ای که بفهمه چی به سرم اومده... هرچی هست، تو دل خودم نگه داشتم».

از این رو، شرایط مداخله‌گر، به‌ویژه زمانی که در کنار هم عمل می‌کنند، روند بازسازی روانی را کند یا ناپایدار می‌کنند. نبود حمایت‌های مادی و روانی مناسب، می‌تواند تأثیر مثبت معنویت و باورهای دینی را نیز محدود کرده یا نیازمند تلاش و پایداری بیشتری سازد.

یافته‌های تحقیق که به نقش محدودیت‌های جسمی، فشارهای اقتصادی و کمبود منابع حمایتی اشاره دارند، با نتایج محمدخانی و همکاران (۱۳۹۸) همسو است که نشان داده‌اند نوجوانان فرزندان جانبازان نیز تحت فشار روانی ناشی از شرایط محیطی و سبک‌های دلبستگی قرار می‌گیرند. همچنین، گزارش چوکاناتان (۲۰۲۰) نیز به کاستی‌های نظام حمایتی رسمی و اهمیت خدمات مذهبی غیردولتی اشاره کرده است.

بر اساس داده‌های حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها، راهبردهایی که جانبازان برای مواجهه با رنج‌های روانی ناشی از آسیب و همچنین برای حفظ تعادل ذهنی و بازسازی هویت خود به کار

می‌گیرند، در سه بُعد کلان قابل شناسایی است: «شبکه‌سازی معنوی-اجتماعی»، «تقویت خودشفقتی دینی» و «کاربست آموزه‌های دینی در تنظیم هیجانات».

«شبکه‌سازی معنوی-اجتماعی» اشاره به حضور فعال جانبازان در فضای مناسک مذهبی جمعی، ارتباط با گروه‌های دینی، مشارکت در مراسم و آیین‌های معنوی و بهره‌گیری از حمایت‌های عاطفی جامعه مذهبی دارد. جانبازان از طریق این فضاها احساس تعلق، همدلی و درک متقابل را تجربه کرده و نوعی هویت جمعی معنوی در آنان تقویت می‌شود؛ این امر نقش مهمی در کاهش احساس تنهایی، بازسازی ارتباطات اجتماعی و بازیابی امید دارد.

«تقویت خودشفقتی دینی» دومین راهبرد کلیدی است که از درون فرد و با تمرکز بر اعمال معنوی فردی شکل می‌گیرد. انجام عبادات شخصی، مطالعه قرآن، دعا، مراقبه دینی، نماز شب و راز و نیاز، به‌عنوان ابزاری برای خودآرام‌سازی، تسکین هیجانات منفی و تقویت قدرت روانی عمل می‌کند. جانبازان از طریق این مسیر، به نوعی بازگشت به خویش متعالی می‌رسند که در آن، رنج به فرصت بازسازی تبدیل می‌شود.

«کاربست آموزه‌های دینی در تنظیم هیجانات» نیز به استفاده آگاهانه جانبازان از تعالیم دینی برای مدیریت خشم، اضطراب، افسردگی و ترس‌های درونی اشاره دارد. این راهبرد از طریق مشاوره با روحانیون، شرکت در کلاس‌های دینی یا حتی استفاده از مفاهیم اخلاقی دین در تحلیل موقعیت‌های سخت، به آنان کمک می‌کند تا کنترل هیجانات و سازگاری روانی بیشتری داشته باشند.

یکی از جانبازان در این زمینه گفت: «وقتی از یه روحانی شنیدم که سختی امتحانه، نگاه من به درد عوض شد... یاد گرفتم به جای فرار، بهش معنا بدم».

راهبردهای به‌کاررفته توسط جانبازان نشان می‌دهد که معنویت نه تنها یک باور ذهنی، بلکه نوعی نظام کنشی-درمانی است که از طریق آن، فرد خود را بازمی‌سازد، جامعه را به‌عنوان تکیه‌گاه معنا می‌یابد و از آموزه‌های دینی برای بازسازی هیجانی بهره می‌برد.

راهبردهای استخراج‌شده از تجربه جانبازان نظیر نیایش فردی، ارتباط با گروه‌های مذهبی، بهره‌گیری از مشاوره معنوی و تقویت ذهنیت مثبت، با یافته‌های ایرسای و همکاران (۲۰۲۴)، لوچتی

و همکاران (۲۰۲۱) و قاسمی و همکاران (۱۴۰۳) کاملاً همسو هستند. این مطالعات نیز نقش کلیدی مشارکت دینی، دعا و ارتباط با خدا را در کاهش درد، اضطراب و افزایش امید نشان داده‌اند. بر اساس تحلیل‌های انجام‌شده، پیامدهای حاصل از راهبردهای معنوی و دینی در فرآیند توان بخشی روانی جانبازان، در سه بُعد اصلی قابل شناسایی است: «ارتقاء تاب‌آوری روانی»، «کاهش آسیب‌پذیری روانی» و «توانمندسازی اجتماعی مبتنی بر معنویت».

«ارتقاء تاب‌آوری روانی» به توانایی جانبازان در مواجهه با چالش‌های روحی و جسمی و حفظ امید در شرایط دشوار اشاره دارد. معنویت برای این افراد، منبعی برای تقویت انگیزه، معنا دادن به زندگی، و بازسازی امید در دل شرایط سخت بوده است. آنان توانسته‌اند با اتکای به آموزه‌های دینی، نگرش مثبت‌تری نسبت به آینده پیدا کرده و از درون خود نیرو بگیرند.

«کاهش آسیب‌پذیری روانی» نیز دومین پیامد مهم است. با استفاده از راهبردهای معنوی، بسیاری از جانبازان توانسته‌اند اضطراب، افسردگی، احساس درماندگی و استرس‌های پس از سانحه را کنترل کرده و هیجانات خود را بهتر مدیریت کنند. ارتباط مستمر با خداوند و معنا دادن به رنج، باعث شده است تحمل‌پذیری روانی آنان افزایش یابد و ثبات روانی بیشتری را تجربه کنند.

«توانمندسازی اجتماعی مبتنی بر معنویت» نیز سومین پیامد کلیدی است که به بازسازی نقش‌های اجتماعی، بازیابی هویت فردی-دینی، و تقویت مشارکت در اجتماع اشاره دارد. بسیاری از جانبازان با تکیه بر معنویت، دوباره در جمع‌های مذهبی، خانواده و جامعه فعال شده‌اند و احساس مفید بودن را باز یافته‌اند. آن‌ها از طریق فعالیت‌های دینی، روابط خود را بازسازی کرده و جایگاه اجتماعی‌شان را با نگاهی تازه تعریف کرده‌اند.

یکی از جانبازان چنین بیان کرد: «بعد از اینکه معنویم قوی‌تر شد، برگشتم به مسجد... الان مربی قرآن بچه‌ها شدم. این حس که به کارم میان، خودش یه درمانه».

پیامدهای معنویت محور نشان می‌دهد که این رویکرد نه تنها باعث تسکین دردهای روانی می‌شود، بلکه بستری برای رشد، شکوفایی و بازتعریف خویش در دل آسیب فراهم می‌سازد. این پیامدها پایان یک مسیر نیستند، بلکه نقطه آغاز بازگشت آگاهانه به زندگی هستند؛ زندگی‌ای که با نور ایمان، معنا یافته است.

پیامدهای مثبت همچون ارتقاء تاب‌آوری، کاهش اختلالات روانی و توانمندسازی اجتماعی که در تحقیق حاضر گزارش شده‌اند، با یافته‌های ویتزینو و همکاران (۲۰۱۸)، پاستوا و همکاران (۲۰۲۱) و کومار (۲۰۱۸) به خوبی هماهنگ هستند. همه این پژوهش‌ها تأکید کرده‌اند که افراد مذهبی از کیفیت زندگی، سلامت روان و احساس معنا در زندگی بیشتری برخوردارند. همچنین، مدل استخراج شده در این پژوهش، نشان داد که توانبخشی روانی جانبازان یک فرآیند معنوی-اجتماعی چندسطحی است. باور دینی، هم به عنوان منبع معنا و تسکین درونی و هم به عنوان سازوکار بیرونی حمایت اجتماعی و تنظیم هیجانات، نقش تعیین‌کننده در این فرآیند دارد. معنویت، توانسته است پلی میان رنج جسمی و معنایی روانی جانبازان بسازد و آن‌ها را از انزوا، ناامیدی و فروپاشی، به مشارکت، بازسازی و قدرت روانی بازگرداند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گذاران حوزه درمان، توانبخشی و امور ایشارگران، نگاه معنویت‌محور را در طراحی برنامه‌های روان‌درمانی و بازتوانی جانبازان در نظر بگیرند و به تقویت زیرساخت‌های مشاوره مذهبی، حمایت اجتماعی معنادار و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای معنوی بپردازند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

فهرست منابع

- حسینی، ا. س.، ضرغام حاجبی، م.، منیرپور، ن.، و حبیب‌زاده، ع. (۱۴۰۰). بررسی نقش میانجی خلاقیت و سبک تفکر در رابطه بین دین‌داری و تعالی پس از ضربه. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۱۱(۳)، ۸۳-۱۱۲.
- حسینی‌نیا، س. ز.، امامی، ص.، و آذر، ا. ا. (۱۴۰۱). نقش فرهنگ دینی و معنوی و بن‌مایه‌های عرفانی در افزایش استقامت و قدرت رزمی رزمندگان در هشت سال دفاع مقدس از دیدگاه شهید آوینی. *فصلنامه علمی مطالعات دفاع مقدس*، ۸(۳)، ۱۳۵-۱۵۵. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25883674.1401.8.3.6.3>
- رحیمی، ح.، ابراهیمی، س.، و باصری، ا. (۱۳۹۹). رابطه بین معنای زندگی و امیدواری با سلامت روان و مقایسه آن در جانبازان و بیماران مبتلا به سرطان. *روانشناسی نظامی*، ۱۱(۴۲)، ۳۱-۴۱. <https://dor.isc.ac/dor/%D9%BE20.1001.1.25885162.1399.11.42.3.9>
- رضایی، ف.، و امیری، ح. (۱۴۰۲). رابطه تصور از خدا و تعالی معنوی با امنیت روانی در جانبازان شهر کرمانشاه. *راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۶(۱۸)، ۳۰۹-۳۰۱.
- صدیقی‌ارفعی، ف.، آزاد، ی.، و محمدیان، ک. (۱۴۰۳). نقش میانجی‌گری راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان در ارتباط بین بهزیستی معنوی و تاب‌آوری در جانبازان. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۱۸(۳۵)، ۴۱-۶۲. <https://doi.org/10.30471/psy.2023.9202.2095>
- کنعانی، زاهد، پور صدوقی، ابوالفضل، نجاتی، شایسته، ادیب سرشکی، نرگس. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین باورهای مذهبی و کیفیت زندگی در جانبازان قطع عضو. *روانشناسی نظامی*، ۵(۲۰)، ۱۰۰۰-۱.
- فتحی، آیت‌الله، عامری، محمد علی، رستمی، حسین، خدائی، حسن، پورحاتم، ریحانه. (۱۴۰۰). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر امیدواری، سلامت اجتماعی و بهزیستی روانی جانبازان. *روانشناسی نظامی*، ۱۲(۴۷)، ۶۳-۸۸. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25885162.1400.12.47.4.7>
- قاسمی، س. ع.، میری، م.، مبشری، م. ت.، کدخدای، م.، و صفاری، س. م. (۱۴۰۳). ادراک جانبازان و رزمندگان از پیامدهای روان‌شناختی معنویت، دین‌داری و توکل به خداوند در دوران دفاع مقدس: یک مطالعه پدیدارشناسانه. *پرستار و پزشک در رزم*، ۱۲(۴۲)، ۲۹-۲۲. <http://npwj.m.ajaums.ac.ir/article-1-1011-fa.html>
- محمدخانی، ش.، حسنی، ج.، اکبری، م.، و یزدان‌پناه، ن. (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین باورهای فراشناختی و سبک‌های دلبستگی با رفتارهای پرخطر فرزندان نوجوان جانبازان اعصاب و روان جنگ ایران و عراق. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۵(۴)، ۳۹۶-۴۱۱.
- مقدم‌نیا، حسن (۱۳۹۸). رابطه بین معنویت و خود‌مدیریتی در بین جانبازان دفاع مقدس استان سمنان، دومین کنفرانس ملی مطالعات نوین اقتصاد، مدیریت و حسابداری در ایران، تهران، <https://civilica.com/doc/933980>

- Abrams, Z. (2023). *Can religion and spirituality have a place in therapy? Experts say yes.* *Monitor on Psychology*, 54(8), 67. <https://www.apa.org/monitor/2023/11/career-religion-spirituality-therapy>.
- Braam, A. W., & Koenig, H. G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 257, 428–438. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.063>.
- Chokkanathan, S., Sobhana, H., & Natarajan, A. (2020). The role of religious institutions in mental health rehabilitation and recovery in India. In *Mental Health and Social Work* (pp. 475–493). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-15-6489-7_24.
- Irsay, L., Ciortea, V. M., Popa, T., Iliescu, M. G., & Ciubean, A. D. (2024). Exploring the connections between medical rehabilitation, faith and spirituality. *Healthcare (Basel)*, 12(12), 1202. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121202>.
- Knobloch, L. K., Owens, J. L., & Gobin, R. L. (2021). Spiritual care for combat trauma: A qualitative evaluation of REBOOT Combat Recovery. *Military Psychology*, 33(6), 392–402. <https://doi.org/10.1080/08995605.2021.1962183>.
- Kobayashi, D., First, M. B., Shimbo, T., Kanba, S., & Hirano, Y. (2020). Association of self-reported religiosity with the development of major depression in multireligious country Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(6), 535–541. <https://doi.org/10.1111/pcn.13087>.
- Kumar, V. (2018). *Role of Religion and Spirituality in Mental Health: A Review.* Amity University. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/326733042>.
- Lucchetti, G., Koenig, H. G., & Lucchetti, A. L. G. (2021). Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World Journal of Clinical Cases*, 9(26), 7620–7631. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620>.
- Morgan, G., Stamatis, A., Cowden, R. G., & Deal, P. (2021). The role of religious commitment in transitioning between religion/spirituality profiles patterns: 653. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 53(8S), 219–219. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000761608.54839.ba>.
- Mutambara, J., & Sodi, T. (2018). Exploring the role of spirituality in coping with war trauma among war veterans in Zimbabwe. *SAGE Open*, 8(1). <https://doi.org/10.1177/2158244017750433>.
- Pargament, K. I., Paloutzian, R. F., & Exline, J. J. (2022). *APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality (Vol. 1): Context, Theory, and Research* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000277-000>.
- Pastwa-Wojciechowska, B., Grzegorzewska, I., & Wojciechowska, M. (2021). The Role of Religious Values and Beliefs in Shaping Mental Health and Disorders. *Religions*, 12(10), 840. <https://doi.org/10.3390/rel12100840>.
- Sha, S. (2022). The role of spirituality in coping with the adverse psychological effects of wars? *Social Science & Medicine*, 296, 114769. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114769>.
- Vitorino, L. M., Lucchetti, G., Leão, F. C., Vallada, H., & Peres, M. F. P. (2018). The association between spirituality and religiousness and mental health. *Scientific Reports*, 8, Article 17233. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-35380-z>.

