





دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه‌ی دکتری رشته‌ی روانشناسی گرایش بالینی

مقایسه تأثیر درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی- رفتاری

کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان شهر زاهدان

استادان راهنما:

دکتر مهرداد کلانتری

دکتر حسین مولوی

استادان مشاور:

دکتر حمید طاهر نشاط دوست

دکتر نورمحمد بخشانی

پژوهشگر:

عزیز الله مجاهد

اردیبهشت ماه ۱۳۸۹

کلیه حقوق مادی مرتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه متعلق به دانشگاه اصفهان است.



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه ی دکتری رشته ی روانشناسی آقای عزیزالله مجاهد
 تحت عنوان
 مقایسه تأثیر درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی- رفتاری
 کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان شهر زاهدان

در تاریخ ۱۳۸۸/۲/۴ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

امضا	با مرتبه ی علمی دانشیار	دکتر مهرداد کلاتوری	استاد/ استادان راهنمای پایان نامه
امضا	با مرتبه ی علمی استاد	دکتر حسین مولوی	
امضا	با مرتبه ی علمی دانشیار	دکتر حمید طاهر نشاط دوست	استاد/ استادان مشاور پایان نامه
امضا	با مرتبه ی علمی دانشیار	دکتر نورمحمد بخشانی	
امضا	با مرتبه ی علمی استادیار	دکتر کریم عسگری	استاد/ استادان داور داخل گروه
امضا	با مرتبه ی علمی استادیار	دکتر شعله امیری	
امضا	با مرتبه ی علمی استاد	دکتر جعفر بوالهروی	استاد/ استادان داور خارج از گروه
امضا	با مرتبه ی علمی استادیار	دکتر محسن کیانپور	

امضای هیأت داوران گروه

مکن

الاء اءءان وءاءء

نرءآن را و مرءام.

تقدیر و تشکر:

"وَلئن شکرتم لَأزیدنکم"

ضمن سپاس از درگاه احدیت که این توفیق را پدید آورد، لازم می‌دانم نهایت امتنان و سپاس مضاعف خود را از الطاف سخاوتمندانه‌ی اساتید راهنمای بزرگوارم آقایان دکتر مهرداد کلانتری و دکتر حسین مولوی و اساتید مشاور گرامی ام آقایان دکتر حمیدطاهر نشاط دوست و دکتر نورمحمد بخشانی اعلام دارم. تشویق و راهنمایی‌های استاد گران‌مایه جناب آقای دکتر جعفر بوالهری ریاست محترم انستیتو روانپزشکی تهران و جناب آقای دکتر منصور شکبیا ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و همچنین همکاری دوست و همکار عزیزم جناب آقای دکتر ام‌الله ابراهیمی، پیش‌کسوت این نوع پژوهش در دانشگاه اصفهان، سزاوار تقدیر ویژه است. تأثیر حمایت مستقیم و غیر مستقیم استادان دانشمند گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان و استادان و همکاران گروه روانپزشکی و روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان نه تنها برای من سطور بلکه بر ذهن و روان نگارنده برای همیشه ماندگار خواهد بود. اگر لطف و راهنمایی همه‌ی این عزیزان نبود این کار به سرانجام نمی‌رسید. و همچنین مقتضی است از مساعدت‌های معاونت محترم پژوهشی بنیاد شهید و امور ایثارگران استان سیستان و بلوچستان و ریاست محترم بنیاد شهید شهرستان زاهدان و کارکنان مرکز مشاوره‌ی آن بنیاد، به خاطر همکاری‌های بی‌دریغشان تشکر نمایم. مدیون زحمات و مساعدت‌های کارشناسان محترم سرکار خانم آناهیتا کریمزائی و آقایان ولی‌الله مجاهد و علی اصغر ملازهی نیز هستم. اجر همه‌ی این سروران را به سخاوت خداوند حواله می‌کنم، "اجرشان با خدا".

چکیده

در خانواده‌های جانبازان و شهداء، عمدتاً نقش محوری بر عهده زنان است. تحت فشار بودن عضوی از خانواده که نقش محوری دارد، بیش از سایر اعضا، سلامتی، رفاه و فضای تربیتی خانواده را متاثر می‌سازد. توجه به سلامتی و بهداشت روانی و یافتن روشهای کارآمد ارتقای آن برای جامعه بطور عام و برای خانواده‌های تحت استرس بطور خاص و بویژه برای خانواده شهداء و جانبازان ضرورت انجام این پژوهش را اقتضا می‌کند. در این پژوهش برای بررسی وضعیت سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان و همچنین بررسی تأثیر بکارگیری آموزه‌های اسلامی در روان‌درمانی شناختی-رفتاری مطالعه در دو مرحله انجام شد. در مرحله‌ی نخست یک همه‌گیر شناسی جهت بررسی سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان بر روی نمونه‌ای ۲۰۰ نفره با استفاده از پرسشنامه‌ی GHQ-28 انجام شد. در مرحله دوم، از میان افراد دارای نمره‌ی بالا در پرسشنامه‌ی مذکور نمونه‌ای ۶۰ نفره انتخاب و به کمک آنها مطالعه‌ای مداخله‌ای انجام شد. انتخاب شدگان به تصادف در سه گروه قرار گرفتند که عبارت بودند از گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی، گروه درمان شناختی-رفتاری به روش کلاسیک و گروه کنترل. درمان شناختی رفتاری مدلی است که قبلاً کارآمدی بخش‌هایی از آن توسط محققین (مثلاً ابراهیمی، ۱۳۸۸) بررسی شده است. در اینجا بصورت کاملتر ارتقاء یافته و اعتباریابی شده است. ابزار پیش‌آزمون و پس‌آزمون عبارت بودند از GHQ-28 و پرسشنامه‌ی نگرشهای نا کارآمد (DAS). نتایج مرحله‌ی بررسی سلامت روانی نشان داد که سطح سلامت روانی گروه نمونه پایین بوده و در بین همسران جانبازان سلامت روانی با نوع جانبازی ارتباط داشت به گونه‌ای که همسران جانبازان اعصاب و روان از پایین‌ترین سطح سلامت روانی برخوردار بودند. نتیجه نهایی مرحله دوم این بود که هم درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی و هم درمان شناختی-رفتاری به روش کلاسیک بر کاهش علائم جسمانی، علائم اضطرابی، علائم مربوط به کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی مؤثر بودند. مرحله‌ی پیگیری پایداری آثار درمانی را مورد تأیید قرار داد. نتیجه‌گیری نهایی این بود که هم روشهای درمانی شناختی-رفتاری سنتی و هم روشهای درمانی شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی قابلیت استفاده برای ارتقاء سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان را دارند. یعنی بکارگیری این دو روش باعث کاهش علائم مربوط به اضطراب، علائم جسمی، علائم مربوط به کارکرد اجتماعی، علائم افسردگی و نگرشهای نا کارآمد می‌شد. برای پایداری بیشتر آثار درمانی بر علائم افسردگی و نگرشهای نا کارآمد ۸ جلسه کافی نخواهد بود. همان‌طور که از قبل مفید و مجاز بودن روشهای درمانی شناختی-رفتاری-شناختی تلفیق یافته با آموزه‌های اسلامی بدست آمد. بنا بر این مجاز بودن بکارگیری آن را در مراکز مشاوره و روان‌درمانی موجه خواهد بود.

کلید واژه: جنگ، خانواده، سلامت روانی، روان‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری اسلامی، مذهب، زاهدان

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات تحقیق

۱-۱	مقدمه	۱
۲-۱	بیان مسئله	۲
۳-۱	ضرورت انجام پژوهش	۶
۱-۳-۱	اهمیت پرداختن به معنویت و مذهب در روانشناسی	۶
۲-۳-۱	ضرورت بررسی سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان	۹
۴-۱	اهداف پژوهش	۱۰
۵-۱	فرضیه‌های تحقیق	۱۴
۶-۱	تعریف متغیرها یا مفاهیم اساسی پژوهش (مفهومی و عملیاتی)	۱۷
۱-۶-۱	سلامت روانی	۱۷
۲-۶-۱	درمان شناختی-رفتاری	۱۸
۳-۶-۱	درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی	۱۹
۴-۶-۱	اضطراب	۲۰
۵-۶-۱	افسردگی	۲۰
۶-۶-۱	علائم جسمانی	۲۰
۷-۶-۱	نگرشهای ناکارآمد	۲۰
۸-۶-۱	کارکرد اجتماعی	۲۱

فصل دوم: سوابق پژوهش

۱-۲	سلامت روانی	۲۳
۱-۱-۲	اضطراب	۲۳
۲-۱-۲	افسردگی	۲۵
۳-۱-۲	استرس	۲۶
۴-۱-۲	وضعیت سلامتی روانی در خانواده شهدا و جانبازان	۲۷
۵-۱-۲	مذهب و سلامت روانی	۲۹

۲-۲ روان درمانی.....	۳۳
۱-۲-۲ درمانهای شناختی- رفتاری.....	۳۳
۲-۲-۲ محدودیت‌های مشاوره و درمان غیر مذهبی.....	۳۵
۳-۲ مفاهیم معنویت و دین.....	۳۶
۱-۳-۲ مواردی از تعریف معنویت.....	۳۶
۲-۳-۲ مواردی از تعریف دین.....	۳۷
۳-۳-۲ مذهب و معنویت.....	۴۰
۴-۳-۲ آثار آسیب شناسانه‌ی مذهب.....	۴۳
۵-۳-۲ جنبه‌های مثبت اثرگذاری مذهب.....	۴۴
۶-۳-۲ مذهب و رضایت از زندگی.....	۴۶
۷-۳-۲ مذهب و سلامت جسمی.....	۴۸
۸-۳-۲ مذهب و آسیب‌های اجتماعی.....	۴۹
۹-۳-۲ مذهب و جامعه.....	۵۰
۱۰-۳-۲ سایر کارکردهای روانشناختی دین.....	۵۱
۴-۲ مذهب و روان درمانی.....	۵۳
۱-۴-۲ تبیین فرایند درمان‌های مذهبی و معنوی از دیدگاه‌های مختلف.....	۵۵
۲-۴-۲ احتباط در روان درمانی مذهبی.....	۵۷
۱-۲-۴-۲ بایدها.....	۵۷
۲-۲-۴-۲ نبایدها.....	۵۸
۳-۴-۲ متغیرهای اثر گذار بر درمان مذهبی و معنوی.....	۵۹
۱-۳-۴-۲ متغیرهای مربوط به مراجع.....	۵۹
۲-۳-۴-۲ متغیرهای مربوط به روان درمانگر.....	۶۰
۳-۳-۴-۲ متغیرهای مربوط به فرایند درمان.....	۶۱
۴-۴-۲ تمرینات مذهبی به عنوان مداخلات درمانگرانه.....	۶۲
۱-۴-۴-۲ عبادت و انجام اعمال و مناسک مذهبی.....	۶۲
۲-۴-۴-۲ دعا و نیایش.....	۶۳
۳-۴-۴-۲ بخشش و گذشت.....	۶۱

۴-۴-۲ نیکوکاری و کمک رسانی به دیگران	۶۶
۵-۴-۲ طلب رهنمون از علمای مذهبی	۶۷
۶-۴-۲ خواندن کتب دینی	۶۸
۷-۴-۲ مراقبه و تمرکز	۷۰
۵-۲ راهبردهای شناختی، رفتاری در پیشگیری و روان‌درمانی در منابع اسلامی	۷۰
۱-۵-۲ راهبردهای معرفتی - شناختی	۷۱
۶-۵-۲ راهکارهای ایمانی، عبادی و رفتاری	۷۶
۶-۲ جمع بندی	۸۲

فصل سوم: روش تحقیق

۱-۳ طرح کلی پژوهش	۸۵
۲-۳ جامعه آماری	۸۶
۳-۳ نمونه و طرح نمونه گیری	۸۶
۴-۳ حجم نمونه	۸۷
۵-۳ ابزار گردآوری داده‌ها	۸۷
۱-۵-۳ پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28)	۸۷
۲-۵-۳ پرسشنامه جمعیت شناختی	۸۸
۳-۵-۳ پرسشنامه‌ی نگرشهای ناکارآمد (DAS-26)	۸۸
۶-۳ شیوه‌ی گردآوری داده‌ها	۸۸
۷-۳ ابزار تجزیه و تحلیل	۸۹
۸-۳ روشهای درمان	۸۹
۱-۸-۳ درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی	۸۹
۲-۸-۳ چارچوب و شرح کلی جلسات درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی	۹۰
۳-۸-۳ درمان شناختی- رفتاری به روش کلاسیک	۹۷
۴-۸-۳ چارچوب جلسات درمان شناختی- رفتاری	۹۸

فصل چهارم: نتایج تحقیق

۱-۴ مرحله‌ی بررسی همه گیرشناسی.....	۱۰۵
۱-۴-۱ ویژگیهای جمعیت شناختی.....	۱۰۵
۱-۴-۲ سلامت روانی.....	۱۰۸
۲-۴ مرحله مداخله و آزمون فرضیات.....	۱۱۳
۳-۴ یافته‌های جانبی.....	۱۴۳
۳-۴-۱ نوع استرس‌ها.....	۱۴۳
۳-۴-۲ ویژگی‌های فرهنگی.....	۱۴۵
۳-۴-۳ واکنش‌ها در جلسه درمان.....	۱۴۶

فصل پنجم: بحث در نتایج

۱-۵ سلامت روانی.....	۱۴۷
۲-۵ مداخله و تأثیرات آن.....	۱۵۲
۳-۵ مرحله‌ی پیگیری و بررسی پایداری آثار درمانی.....	۱۶۵
۴-۵ نتیجه گیری.....	۱۸۰
۵-۵ محدودیتها.....	۱۸۰
۶-۵ پیشنهادات.....	۱۸۱

پیوست‌ها

پیوست ۱.....	۱۸۳
پیوست ۲.....	۱۸۵
منابع و مآخذ.....	۱۸۸

فهرست شکل‌ها

عنوان	صفحه
شکل ۴-۱ نمودار میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات پس‌آزمون GHQ-28 در سه گروه.....	۱۱۸
شکل ۴-۲ میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات پس‌آزمون علائم جسمی در سه گروه.....	۱۲۰
شکل ۴-۳ میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات پس‌آزمون علائم اضطرابی در سه گروه.....	۱۲۱
شکل ۴-۴ میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات پس‌آزمون علائم افسردگی در سه گروه.....	۱۲۲
شکل ۴-۵ میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات پس‌آزمون مقیاس کارکرد اجتماعی در سه گروه.....	۱۲۴
شکل ۴-۶ میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات پس‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد در سه گروه.....	۱۲۵
شکل ۴-۷ میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات GHQ-28 مرحله‌ی پیگیری در سه گروه.....	۱۲۹
شکل ۴-۸ میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات پس‌آزمون علائم جسمی مرحله‌ی پیگیری در سه گروه.....	۱۳۰
شکل ۴-۹ میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات علائم اضطرابی مرحله‌ی پیگیری در سه گروه.....	۱۳۱
شکل ۴-۱۰ میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات علائم افسردگی مرحله‌ی پیگیری در سه گروه.....	۱۳۳
شکل ۴-۱۱ میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات پس‌آزمون مقیاس کارکرد اجتماعی مرحله‌ی پیگیری در سه گروه.....	۱۳۴
شکل ۴-۱۲ میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات نگرش‌های ناکارآمد مرحله‌ی پیگیری در سه گروه مقایسه‌ی تغییر - نمرات در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....	۱۳۵
شکل ۴-۱۳ نیمرخ تغییر میانگین نمرات علائم جسمی گروه‌های درمانی و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....	۱۳۷
شکل ۴-۱۴ نیمرخ تغییر میانگین نمرات علائم اضطرابی گروه‌های درمانی و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....	۱۳۸
شکل ۴-۱۵ نیمرخ تغییر میانگین نمرات علائم کارکرد اجتماعی گروه‌های درمانی و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری.....	۱۳۹
شکل ۴-۱۶ نیمرخ تغییر میانگین نمرات علائم افسردگی گروه‌های درمانی و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....	۱۴۰
شکل ۴-۱۷ نیمرخ تغییر میانگین نمرات (GHQ ۲۸-) گروه‌های درمانی و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....	۱۴۱
شکل ۴-۱۸ نیمرخ تغییر میانگین نمرات نگرش‌های ناکارآمد گروه‌های درمانی و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.....	۱۴۲

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲ مقایسه طرح مداخله ای ابراهیمی (۱۳۸۶) با پژوهش حاضر.....	۱۱۸
جدول ۱-۴ توزیع سطح تحصیلات نمونه‌ی همسران شهدا و جانبازان شهر زاهدان (n=۲۰۰).....	۱۰۶
جدول ۲-۴ توزیع تعداد فرزندان نمونه‌ی همسران شهدا و جانبازان شهر زاهدان (n= 200).....	۱۰۷
جدول ۳-۴ نتایج آزمون لوین در مورد تساوی واریانسهای نمرات مقیاسها در دو گروه همسران شهدا و جانبازان.....	۱۰۹
جدول ۴-۴ میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روانی (GHQ_28) و زیر مقیاسهای آن مربوط به نمونه‌ی همسران شهدا و جانبازان شهر زاهدان (n= 200).....	۱۰۹
جدول ۵-۴ ضرایب همبستگی بین متغیرهای جمعیت شناختی و مقیاسهای سلامت روانی (GHQ_28) همسران شهدا و جانبازان (n=200).....	۱۱۰
جدول ۶-۴ نتایج تحلیل واریانس نمرات GHQ-28 و زیرمقیاسها بر حسب نوع جانبازی شوهر مربوط به نمونه‌ی همسران جانبازان (n=100).....	۱۱۱
جدول ۷-۴ مقایسه میانگین نمرات سلامت روانی (GHQ_28) و زیر مقیاسهای آن مربوط به همسران جانبازان بر حسب نوع جانبازی شوهر.....	۱۱۲
جدول ۸-۴ میانگین سن و سطح تحصیلات همسران شهدا و جانبازان در گروههای آزمایشی و گواه.....	۱۱۳
جدول ۹-۴ میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاسها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروههای آزمایشی و گواه.....	۱۱۴
جدول ۱۰-۴ نتایج آزمون لوین در مورد تساوی واریانسهای نمرات پس آزمون مقیاسها در گروههای آزمایشی و گواه.....	۱۱۵
جدول ۱۱-۴ نتایج تحلیل واریانس نمرات پس آزمون گروههای آزمایشی و گواه در مقیاسهای مختلف (باکواریانس پیش آزمون).....	۱۱۶
جدول ۱۲-۴ مقایسه‌های زوجی (LSD) و میانگین‌های تعدیل شده پس آزمون گروههای درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی، درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و گواه در مقیاسهای مختلف.....	۱۱۷
جدول ۱۳-۴ نتایج آزمون لوین در مورد تساوی واریانسهای نمرات پیگیری مقیاسها در گروههای آزمایشی و گواه.....	۱۲۶

جدول ۴-۱۴: خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمرات مرحله‌ی پیگیری گروههای آزمایشی و گواه در مقیاسهای مختلف (باکواریانس پیش آزمون).....	۱۲۷
جدول ۴-۱۵: مقایسه‌های زوجی (LSD) و میانگین‌های تعدیل شده مرحله پیگیری گروههای درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی، درمان شناختی-رفتاری کلاسیک و گواه در مقیاسهای مختلف.....	۱۲۷
جدول ۴-۱۶: میانگین‌های تعدیل شده و انحراف استاندارد نمرات مقیاسها در مراحل پس آزمون و پیگیری با کواریانس پیش آزمون.....	۱۳۶
جدول ۴-۱۷: جمع بندی نتایج آزمون کل فرضیه‌های تحقیق.....	۱۴۳

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱ مقدمه

به زبان آوردن نام خدا از روی عادت یا از روی قصد و تأمل آغازگری رایج است که ارزش روانشناختی آن تا حدودی می‌تواند پژوهش‌پذیر باشد. سایر عادات، مناسک و رفتارهای مذهبی رایج در جامعه‌ی انسانی نیز دست کم از بعد کارکرد و یا رد گذاری جسمی و روانی به روش علمی قابل مطالعه هستند. هرچند درستی و نادرستی یا اساس آسمانی و یا تأثیرات متافیزیک آنها از دایره‌ی پژوهش‌های علمی خارج بوده و در گستره‌ی روش‌شناسی خاص مذهبی و فلسفی قرار می‌گیرند.

ارزش پرداختن به کارکرد روانشناختی دیانت و معنویت از یک سو و توجه به اهمیت سلامتی و بهداشت روانی جامعه و ضرورت یافتن روش‌های کارآمد ارتقای آن از سوی دیگر اقتضا می‌نمود که پژوهشی هر چند مقدماتی در این راستا انجام شود.

نگاه اولویت‌دار به خانواده‌های تحت استرس بویژه خانواده شهداء و جانبازان که جامعه مدیون ایثارگری آنهاست ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. توجه به این امر و بهره‌گیری از منابع غنی فرهنگ دینی اسلامی در چارچوب روش‌شناسی علمی مسئولیتی است که اقبال پژوهشگران علاقمند را طلب می‌کند.

باورهای مذهبی و معنوی در اکثر مردم دنیا بخشی از تفکر آنان را تشکیل می‌دهد. مثلاً گفته شده است که ۹۵ درصد از مردم آمریکا به خدا اعتقاد دارند و برای آنها مهمترین باور، باور مذهبی است (باکر^۱، ۱۹۹۷). در چنین شرایطی می‌توان انتظار داشت که در ۹۵ درصد از مشاوره‌ها مسائل مربوط به معنویت مطرح شوند (داوینگ^۲، ۲۰۰۶). چاپ چهارم کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ (DSM-IV) دارای یک طبقه با کد V62.89 است این طبقه برای مواردی بکار می‌رود که مرکز توجه بالینی مسئله‌ای دارای ماهیت مذهبی و یا معنوی است. "مثالهای ذکر شده در این مورد عبارتند از: تجارب پریشانی آور مربوط به از دست دادن ایمان و یا پرسش از آن، مسائل مربوط به تغییر مذهب، یا پرسش پیرامون ارزشهای معنوی که لزوماً مربوط به کلیسا یا نهادهای مذهبی سازمان یافته نیست" (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۰۰). لذا تقریب مذهب و روانشناسی بالینی و بهره‌گیری از آموزه‌های دینی در مشاوره و روان‌درمانی پس از گذر موفق از محک و آزمونهای علمی ارزشمند خواهد بود.

در این پژوهش سعی بر آن بوده است که حتی الامکان فارغ از گرایش‌ها و باورهای شخصی کارآمدی یک روش درمانی که بخشی از آن بر گرفته از تعالیم مذهبی است مورد بررسی قرار گیرد، با این حال هرگونه ضعف در کار و یا نتیجه‌ی غیر منتظره می‌تواند قابل انتساب به کاستی پژوهشگر و روش بکار رفته باشد.

۲-۱ بیان مسئله

فشار روانی^۵، با شدت و ضعف متفاوت، تقریباً در زندگی همه انسانها وجود دارد. بنابراین نمی‌توان انسانی را یافت که زندگی او در تمام عمر بدون استرس باشد (اتکینسون، اتکینسون، ریچارد، نولن-هووکسما^۶، ۲۰۰۰). احتمالاً این امر برای زنانی که شوهر خود را از دست داده یا شوهر آنان دچار آسیب جدی جسمی یا روانی است، می‌تواند مضاعف باشد. فشارهای روانی از جمله عواملی هستند که سلامت روانی، بهزیستی و حتی سلامت جسمانی افراد را به خطر می‌اندازد (اتکینسون و همکاران، ۲۰۰۰). در خانواده‌ها جانبازان و شهداء، عمدتاً نقش محوری بر عهده زنان است. تحت فشار بودن عضوی از خانواده که نقش محوری دارد، بیش از سایرین، سلامتی، رفاه و فضای تربیتی خانواده را متاثر می‌سازد (پرنده، سیرتی نیر، خاقانی‌زاده، کریمی‌زارچی، ۱۳۸۶). سرپرستی خانواده شهداء و یا مسئولیت اصلی در خانواده، معمولاً بر عهده همسر بازمانده است. در خانواده جانباز، کنار

1- Baker

2- Downing

3 -Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder

4- American Psychiatric Association

5 -Stress

6 -Atkinson, Atkinson, Richard, Nolen-Hoeksema

آمدن با مشکلات جسمی و روانی جانباز بویژه زمانی که درصد آسیب بالاست و یا جانباز دچار اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD) است، برعهده همسر اوست. این دسته از همسران، هم به شوهران خود خدمت می‌کنند و هم جبران‌کننده ضعف آنان در انجام وظایف پدری هستند. آنان بسی اوقات قربانی پرخاشگری و دیگر علائم PTSD هستند. بنابراین پرداختن به سلامت روانی و تعدیل فشارهای روانی این گروه، هم به این دلیل که از برخی جهات واجد ویژگیهای گروههای در معرض خطر جامعه هستند و هم از آن جهت که جامعه مدیون فداکاری و ایثارگری آنان است، وظیفه‌ای غیر قابل چشم‌پوشی است.

آلبرت الیس^۲ معتقد است که رفتار هر فرد بیشتر بستگی به نظام باورهای وی و راههای تعبیر و تفسیر موقعیتها دارد نه وضعیت عینی آن موقعیت. براین اساس اختلالات روانی نتیجه‌ی باورهای غلط و تعبیر و تفسیرهای نادرست از اوضاع و احوال هستند. بر مبنای شیوه‌ی درمانی او درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا زندگی خود را مورد بررسی مجدد قرار دهد. یعنی دوباره به آن فکر کند، ارزشهای غیر منطقی خود را مورد سوال قرار دهد، و افکار، رفتار و هیجانات نادرست خود را تغییر دهد (آزاد، ۱۳۷۵). بک معتقد است که شناختهای نادرست علت عمده‌ای برای بیماریهای روانی بویژه افسردگی است. او باور دارد که هیجانها و رفتار افراد در حد زیادی نتیجه‌ی نحوه‌ی تفکر آنها درباره‌ی جهان اطرافشان است. آنان خود را مسئول هر اتفاق بدی که رخ داده است میدانند، مسائل و مشکلات را اغراق‌آمیز جلوه می‌دهند. خود را مغلوب فشارها دانسته و ناتوان و بازنده‌ترین فرد تصور می‌کنند. بدین ترتیب کار درمانگر این است که به مراجعان کمک کند تا تفکر خود را بازسازی کنند و اندیشه‌های ناسازگار را تبدیل به اندیشه‌های سازگار کرده و بدین ترتیب با اوضاع و احوال استرس‌زا مقابله کنند (آزاد، ۱۳۷۵). جرج کلی نقش سازه‌های شخصی که منعکس‌کننده‌ی نحوه‌ی تعبیر و تفسیر و ایجاد اندیشه‌های فرد نسبت به خویش، جهان، و رویدادهای آینده است را به عنوان علل واکنشهای هیجانی مورد تأکید قرار می‌دهد. وقتی که شخص نمی‌داند چگونه به یک موقعیت مخصوص پاسخ دهد و هنگامی که احساس می‌کند نظام سازه‌های شخصی وی قادر به حل مسئله‌ی ایجاد شده نیست، احساس اضطراب می‌کند. بدین ترتیب درمانگری عبارت است از تغییر دادن سازه‌های شخصی (آزاد، ۱۳۷۵).

براساس مطالعات، یکی از عوامل شناخته شده در تعدیل تأثیر رویدادهای تنش‌زا، معنایی است که افراد به این رویدادها می‌دهند. پژوهشهای فراوان و فراتحلیل‌های انجام شده کارآمدی روشهای درمانی شناختی-رفتاری

را بر کاهش علائم اختلالات روانی و ارتقاء سلامت روانی نشان داده‌اند (هولون و بک^۱، ۱۹۹۴). امروزه موج تازه‌ای از مطالعات، متوجه بررسی تأثیر درمانهای معنوی بر کاهش فشارهای روانی شده است (اسمیت، بارتز و ریچاردز، ۲۰۰۷). راجا گوپال، مک کنزی، بایلی، لاوزو-مورای^۲ (۲۰۰۴) اثر بخشی مداخلات مبتنی بر معنویت را برای رفع اضطراب و افسردگی خفیف ۲۲ نفر از افراد مسن ساکن در ۶ مرکز نگهداری بررسی کردند. نتیجه‌ی این مطالعه کاهش معنی‌دار علائم اضطراب و روند کاهشی علائم افسردگی بود. آنان همچنین دریافتند که ترک درمان مذهبی توسط مراجعین باعث افزایش علائم افسردگی آنان می‌گردد. ابراهیمی (۱۳۸۶) اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی را در بیماران مبتلا به افسرده‌خویی در مقایسه با روش دار و درمانی و درمان شناختی- رفتاری بررسی نمود. نتیجه‌ی این بود که روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی بر روی سه شاخص که عبارتند از؛ نمرات مقیاس افسردگی بک، نمرات مقیاس افسردگی هامیلتون و مقیاس نگرشهای ناکارآمد، موثر است. اثر این روش بر کاهش نگرشهای ناکارآمد بیش از دو روش دیگر بوده است. ابراهیمی در پیگیری تحقیق خود نتیجه گرفت که پایداری تأثیر روان‌درمانی یکپارچه‌گرای دینی و درمان شناختی- رفتاری بیش از روش دار و درمانی است. تأثیر روان‌درمانی‌های مذهبی در مقایسه با دیگر روشهای روان‌درمانی در فرا تحلیل‌های انجام شده نیز نشان داده شده است (اسمیت، بارتز، ریچاردز، ۲۰۰۷). گرچه در مطالعات معدودی تأثیر این روش بیش از روش درمان شناختی نبوده است (بیان زاده، بولهری، دادفر، کریمی، ۱۳۸۳)، در بعضی از مطالعات این روش برای افراد دارای زمینه‌های مذهبی مؤثرتر بوده است (بیان زاده، ۱۳۷۶). مذهب و معنویت بعنوان جنبه‌ای مهم از تفاوت‌های فردی مراجعین بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته و در انتخاب نوع مداخله‌ی متناسب با فرهنگ و ویژگیهای خاص جمعیت شناختی مراجعین دخالت داده شده است (بعنوان مثال، ریچاردز و برگن^۳، ۲۰۰۰). اگر چه مذهب و معنویت از هم تفکیک می‌شوند و حتی برخی این دو پدیده را در مقابل هم قرار می‌دهند واقعیت آن است که این دو پدیده با هم ارتباط تنگاتنگی دارند. همانطور که معنویت بدون مذهب می‌تواند وجود داشته باشد مذهب ابزاری و تهی از معنویت نیز قابل تصور است. با این حال تعالیم مذهبی مملو از معنویت بوده و افرادی که از درون مذهبی هستند مذهب و معنویت در افکار، احساسات و رفتارشان پیوند خورده و در حقیقت دو روی یک سکه را می‌نمایانند.

امروزه دستاوردهای علوم فیزیک، یافته‌های روانشناسی، و بوم‌شناسی شروع به بازسازی نگاه معنوی به واقعیت‌های جهان هستی کرده‌اند که پیش از این اعتبار خود را از دست داده بود، به گونه‌ای که در جهان

1 -Hollon & Beck

2 -Rajagopal, Mackenzie, Bailey & Lavizzo-mourey

3 -Richards & Bergin

کنونی یک انقلاب معنوی مقتضی بنظر می‌رسد (تیسسی^۱، ۲۰۰۴). جهت‌گیری باز و معنوی‌تر روح زمان^۲ در علوم رفتاری زمینه‌ی مطلوبی را برای همسازی روان‌درمانیها با مذهب و معنویت فراهم نموده است (ریچاردز و برگن، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵؛ اسپری و شافرانسک^۳، ۲۰۰۵). مداخلات معنوی در انواع درمانها بکار رفته است از جمله درمانهای انفرادی (ریچاردز و برگن، ۲۰۰۵)، گروه درمانی (هیات^۴، ۱۹۹۹)، خانواده درمانی و زوج درمانی (باتلر و هارپر^۵، ۱۹۹۴) و درمان‌های مربوط به کودکان و نوجوانان (میلر^۶، ۲۰۰۴).

با وجود افزایش قابل ملاحظه‌ی توجه حرفه‌ای و تخصصی به ادغام مذهب و معنویت در امور بالینی، آن دسته از پژوهشها که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی این ادغام در موقعیت‌های بالینی و در جمعیت‌های مختلف باشند اندک هستند (اسمیت، بارتز، ریچاردز، ۲۰۰۷). بیلگراو^۷ (۲۰۰۲) با استفاده از یک پرسشنامه‌ی ۱۲۲ سوالی در یک مقاله‌ی زمینه‌یابی بر روی یک نمونه‌ی سراسری از روان‌درمانگران مشتمل بر ۲۳۳ روان‌شناس بالینی و مشاور نشان داد که ۷۱٪ از آنها داشتن باورهای مذهبی و معنوی را در مورد خود تأیید کردند و ۶۴٪ اعلام کردند که اعتقادات مذهبی آنها بر روش درمانی آنان اثر می‌گذارد.

در جامعه اسلامی ایران با وجود ضرورت بهره‌گیری از امکانات بالقوه فرهنگی و مذهبی، مطالعات اندکی در جهت بکارگیری این زمینه‌ها در ایجاد روشهای درمانی انجام شده است، و برای ارزیابی علمی تأثیر اینگونه مداخلات اقدام کافی صورت نگرفته است. لازم به ذکر است که حتی برخی از افراد غیر معتقد به ادیان و کسانی که منشا الهی ادیان را قبول ندارند، به معنویت و تأثیر روانشناختی گرایشهای مذهبی بر افزایش سلامت جسمی و روانی اقرار دارند (بعنوان مثال ولز^۸، ۱۹۲۱).

ساختار فرهنگی جامعه ایرانی عمدتاً مذهبی است. در این بین به دلیل آن که بنظر می‌رسد انگیزه‌ی اکثر نیروهای داوطلب که در معرض جنگ و شهادت بودند مذهبی بوده است، می‌توان احتمال داد که خانواده‌های شهداء و جانبازان در شمار اقشار مذهبی‌تر جامعه باشند. تجارب بالینی نشان داده‌اند که در مورد افراد مذهبی برای کاهش فشارهای روانی روشهای شناختی- رفتاری با رویکرد مذهبی در مقایسه با رویکردهای شناختی رفتاری سنتی تأثیر بیشتری دارند (به عنوان مثال پروپست^۹، ۱۹۸۰، بیان زاده، ۱۳۷۶). ظاهراً بررسی پژوهشهای موجود نشان

1 - Tacey

2 - Zeitgeist

3 - Sperry & Shafranske

4 - Hiatt

5 - Butler & Harper

6 - Miller

7 - Bilgrave

8 - Wells

9 - Porpost

می‌دهد که مطالعات انجام شده برای نتیجه‌گیری قطعی در زمینه تأثیر روشهای درمان شناختی مذهبی هنوز به حد کفایت نرسیده است. بنابراین بنظر می‌رسد که ضرورت تکرار مطالعات انجام گرفته در جمعیت‌هایی با تنوع بیشتر، و انجام پژوهشهای جدید پیرامون این موضوع بویژه در جامعه اسلامی ایران ضرورتی اجتناب ناپذیر است که باید بیش از پیش به آن پرداخته شود.

مسئله‌ی مطرح در این پژوهش تعیین و بررسی این مسئله بود که مشخص شود در مورد خانواده‌های شهدا و جانبازان شهر زاهدان بکارگیری روش درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر رویکرد اسلامی، در مقایسه با رویکرد شناختی رفتاری کلاسیک، بر ارتقای سلامت روانی آنان چگونه اثر می‌گذارد.

۱-۳ ضرورت انجام پژوهش

۱-۳-۱ اهمیت پرداختن به معنویت و مذهب در روانشناسی

از اوایل قرن بیستم، گرایش اغلب روان‌شناسان نسبت به معنویت در این سه جهت بود:

الف- بی‌توجهی به معنویت

ب- بیمارگونه تلقی کردن معنویت

ج- برخورد با معنویت به عنوان جریانی که می‌توان آن را تا سطح نیازهای اولیه روانی، اجتماعی و فیزیولوژیکی پایین آورد.

دلایل زیر برای این «فاصله‌ی روانی معنوی»^۱ ذکر شده‌اند:

۱- مطالعه‌ی پدیده‌ای ذهنی و مبهم^۲ به نام معنویت دشوار بوده است.

۲- روان‌شناسانی که میزان مذهبی بودن آنها کمتر از جمعیت عمومی بوده تمایل به دست کم گرفتن قدرت معنویت داشتند.

۳- بین روان‌شناسان و جامعه‌ی دینی در زمینه‌ی ارزشها، جهان‌بینی و منابعی که به مراجعان خود ارائه می‌دادند رقابت وجود داشته است (پارگامنت، ۱۹۹۷؛ ریچارد^۳ و برگین^۴، ۱۹۹۷؛ شافرانسکه^۵ و مالونی^۶، ۱۹۹۰ به نقل از پارگامنت و ماهونی، ۲۰۰۲).

1-psycho spiritual rift

2- elusive

3- Richard

4- Bergin

5- Shafranske

6- Malony