



دانشگاه علامه طباطبائی (ره)

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه

عنوان:

بررسی اثربخشی آموزه های اخلاقی - اجتماعی سوره حجرات، بر مهارت های ارتباطی دانش آموزان

پسر سال اول دبیرستانی منطقه دو شهر تهران در سال تحصیلی 89-90

استاد راهنما: دکتر سید صدرالدین شریعتی

استاد مشاور: دکتر معصومه اسمعیلی

دانشجو: مرتضی کرمی

این پایان نامه با حمایت مالی دانشگاه علامه طباطبائی (ره) انجام شده است.



چکیده:

این پژوهش به منظور تعیین میزان اثربخش بودن آموزه های اخلاقی - اجتماعی سوره حجرات، بر مهارت های ارتباطی دانش آموزان انجام شد. روش تحقیق، بکار گرفته شده از نوع آزمایشی و طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل، است. به این منظور، از میان مدارس منطقه دو شهر تهران، به روش نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای، ابتدا یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و در مرحله بعد دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر کلاس 10 نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. برای جمع آوری داده ها از آزمون مهارت های ارتباطی استفاده شد. شاخص های آماری محاسبه شده عبارتند از: شاخص های آمار توصیفی مانند: میانگین، انحراف معیار و خطای معیار میانگین و شاخص های آمار استنباطی مانند: آزمون تحلیل کواریانس. یافته های تحقیق، نشان داد که آموزش آموزه های اخلاقی - اجتماعی سوره حجرات، بر مهارت های ارتباطی، دانش آموزان در سطح 0/001 مؤثر است. علاوه بر یافته فوق، از لحاظ محتوایی، از این آموزه ها یک مدل استنباطی در مورد ارتباط نیز ارائه گردید.

کلید واژگان: آموزه های اخلاقی اجتماعی سوره حجرات، مهارت های ارتباطی

تقدیم به

ساحت مقدس و نورانی قطب عالم امکان، باران رحمت، میوه رسالت، امام رأفت، امام حاضر، تفسیر قرآن، آرمان پیامبران، میزان و فرقان، لوح و قلم، عرش و کرسی، سرّ مستودع خاندان وحی، حضرت صاحب الامر و الزمان، بقیه الله الاعظم ارواحنا لتراب مقدمه الفداه (عجل الله تعالی فرجه الشریف)، که وجودش نقطه پیوند جسم و روح و بقاء و فناء هستی است.

تقدیر و تشکر:

تقدیر و تشکر می‌کنم از استاد محترم آقای دکتر سید صدرالدین شریعتی که با صبر، حلم و ژرف اندیشی خود، زحمت راهنمایی پایان نامه اینجانب را قبول نمودند.

همچنین با تقدیر و تشکر فراوان، از استاد محترم، معلم بردبار و صبور، خانم دکتر معصومه اسمعیلی که با مشورت‌های موشکافانه و دقیق و همچنین، شکیبایی و تحمل زیاد، مرا در انجام این تحقیق یاری نمودند.

از استاد بزرگوار خانم دکتر ایران‌دخت فیاض بخش تشکر می‌کنم که زحمت داوری این تحقیق را بر عهده گرفتند.

فهرست مطالب

1	فصل اول: کلیات تحقیق
2	مقدمه
3	بیان مسئله
12	اهمیت و ضرورت تحقیق
14	اهداف تحقیق
15	فرضیه های تحقیق
15	تعاریف مفاهیم تحقیق
15	الف) تعاریف نظری
16	ب) تعاریف عملیاتی
17	فصل دوم
18	مقدمه
18	تعریف ارتباط
21	انواع ارتباط
22	ارتباط اثربخش
24	مبانی ارتباط اثربخش
25	حوزه های ارتباط
26	سبک های ارتباطی
28	موانع ارتباطی

29	..... فرآیند ارتباط
30	..... اهداف ارتباط
31	..... مدل های ارتباطی
31	..... الف) مدل ارتباطی لاسول
33	..... ب) مدل ارتباطی دیوید برلو
33	..... ج) مدل مفهومی ارتباط میان فردی
34	..... مهارت های ارتباطی
36	..... متغیرهای اولیه مرتبط با مهارت های ارتباطی
37	..... ارتباط غیر کلامی
39	..... انواع مهارت های ارتباطی
41	..... الف) خودآگاهی و بازخورد صحیح
43	..... ب) تأمین حمایت عاطفی
44	..... فرآیند گوش دادن فعال
45	..... کارکردهای گوش دادن فعال
45	..... ج) ارائه پاسخ های همدلانه
46	..... د) مدیریت تعارض
46	..... و) ابراز وجود
47	..... آموزه های اخلاقی - اجتماعی سوره حجرات
48	..... عوامل تأثیرگذار بر ارتباط بین فردی (پایه های بنیادی مهارت های ارتباطی)

48	..... جایگاه مخاطب
50	..... رعایت احترام و ادب
54	..... اخوت یا برادری دینی (مفهومی فراتر از همدلی)
56	..... کارکردها و نقش برادری ایمانی
60	..... کل گرایی (یکپارچه نگری)
61	..... بررسی پیام (تحلیل خبر)
62	..... آداب روابط بین فردی، بر اساس آموزه های سوره حجرات
62	..... تأثیرات لحن، آهنگ و تُن صدا
63	..... اهمیت نوع نگاه و ملایم بودن آهنگ صدا
64	..... شیوه گوش دادن
66	..... موقعیت
68	..... موانع ارتباطی
68	..... ذهن خوانی
69	..... استهزاء (مسخره کردن)
70	..... عیبجویی و غیبت کردن
73	..... بدگمانی و تجسس
75	..... لقب بد گذاشتن روی دیگران
77	..... پیشینه تحقیق
77	..... تحقیقات داخلی

78	تحقیقات خارجی
80	فصل سوم
81	مقدمه
81	جامعه آماری
81	گروه نمونه و روش نمونه گیری
82	ابزار تحقیق
83	روش تحقیق
83	شیوه اجرای تحقیق
84	روش تجزیه و تحلیل داده ها
85	فصل چهارم
86	مقدمه
86	تجزیه و تحلیل داده ها
86	بخش توصیفی
87	بخش آمار استنباطی
92	فصل پنجم
93	مقدمه
99	پیشنهادهای کاربردی
100	پیشنهادهای پژوهشی
100	محدودیت های تحقیق

منابع 101

پیوست 118

فهرست تصاویر

تصویر شماره 1-2: خلاصه مباحث مربوط به جایگاه مخاطب یا سلسله مراتب اجتماعی 50

تصویر شماره 2-2: اجزای مختلف تحلیل پیام، در الگوی خطی ارتباط 62

تصویر شماره 1-4: مدل محتوایی ارتباط بین فردی بر اساس مفاهیم استنباط شده از سوره حجرات 90

فهرست جداول

جدول شماره 1-3: عناوین مهم آموزش داده شده در پروتکل
84

جدول شماره 1-4: شاخص های آمار توصیفی 86

جدول شماره 2-4: تحلیل کواریانس
87

جدول شماره 3-4: جدول واریانس چند متغیره یک طرفه (مانووا) 88

فصل اول:

کلیات تحقیق

مقدمه

شاید بتوان گفت که ارتباط، یکی از قدیمی ترین و در عین حال، عالی ترین دستاوردهای بشر بوده است. ارتباط علاوه بر کارکردهایی که در جهت حفظ حیات و یاری گرفتن از دیگران داشته، زمینه ساز فعالیت های اجتماعی و سرآغازی برای زندگی جمعی بشر بوده است. اگرچه برقراری ارتباط بر اثر انگیزه های گوناگون صورت می گیرد، اما هیچ نوع ارتباطی جز، به دلیل احساس نیاز شدید انسان به برقراری تعامل اجتماعی به وقوع نمی پیوندد (بولتون، بی تا، ترجمه سهرابی و حیات روشن، 1388). با این حال برخی از انسان ها در برقراری ارتباط، بطور موثر و کارآمد عمل نمی کنند. تحقیقات انجام گرفته نیز نشان می دهند که 70% مشکلات افراد ناشی از وجود ارتباطات ضعیف در بین آنهاست (ملکی، 1386). لذا در چند دهه اخیر توجه به مهارتهای ارتباطی و آموزش آنها به عنوان یکی از راهبردهای کاهش مشکلات ارتباطی و بهبود کیفیت زندگی مطرح شده است.

بنابر نظر برنشتاین، (1982)، مهارت های ارتباطی، توانایی های اختصاصی ای هستند که فرد به آنها نیاز دارد تا بتواند هنگامی که پیام هایی را بگونه ای نمادین به شخص دیگر می رساند، با کفایت عمل کند (برنشتاین، 1982، به نقل از زاده هفت تنانین، 1386). این مهارتها اغلب مشتمل بر مهارتهای گوش دادن، صحبت کردن، ابراز وجود، رفع تعارض، ادراک، مدیریت هیجانات و مهارتهای حل مسئله هستند. عطارها، (1386)، سه دسته کلی مهارت های ارتباطی را شامل مدیریت هیجانات، ادراک از خود و ابراز وجود می داند. البته باید به این نکته نیز توجه نمود که ماهیت و گاه، محتوای این مهارتها را می توان با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی، بافت و هنجارهای اجتماعی، آداب و رسوم سنتی رایج و ارزش های دینی و مذهبی حاکم بر جامعه مورد نظر، غنی تر و پربارتر ساخت. در فرهنگ اسلامی ما، یکی از این عوامل تأثیرگذار، توجه به آموزه های قرآن کریم در حوزه روابط بین فردی و اجتماعی، به منظور بهبود مهارت های ارتباطی افراد، است. در این میان، توجه به مفاهیم سوره حجرات که بیشتر، مبین مسائل اجتماعی و اصول روابط بین فردی سالم در جامعه اسلامی است، حائز اهمیت فراوانی می باشد.

این سوره در مدینه منوره نازل شده و دارای هیجده آیه و به نام «حجرات» یا سوره «آداب و اخلاق» نامیده شده است و چون در این سوره نام حجره های پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله (که بسیار ساده بودند) برده شده، حجرات نام گرفته است (قرائتی، 1380). سوره حجرات از حیث بیان مسائل اجتماعی و معرفی معیارهای یک جامعه آرمانی، اسلامی و سالم در کنار سوره های مائده و ممتحنه، یکی از سوره های بی بدیل قرآن در این زمینه است. قوانین اجتماعی ای که در این سوره بیان شده می تواند، منشوری برای رفع معضلات بین فردی و نیز الگویی برای پیشگیری از بروز ناهنجاری های اجتماعی باشد.

بیان مسئله

در بیش از سه دهه گذشته، تحقیق بر روی اثر متقابل معنویت، مذهب و متغیرهای روانشناختی، بطور چشم گیری افزایش یافته است (روس مارین و راب¹، 2010). بگونه ای که متخصصان بالینی، در طی دهه اخیر، علاقه زیادی به کاربرد مذهب در روان درمانی (آتن و لیچ²، 2009) و حتی ادغام و یکپارچه کردن این دو حوزه، داشته اند (گریفیث و گریفیث، 2002؛ به نقل از، بلنتون³، 2005). این افزایش علاقه هم در تحقیقات نظری و هم در تحقیقات تجربی مشهود بوده و اکثرا به بررسی تأثیرات مستقیم یا غیر مستقیم، مثبت و یا منفی مذهب، بر روی سلامت روانی پرداخته اند (دزوتر، سونس و هاتزبات⁴، 2006 و جیمز و ولز⁵، 2003).

تاکنون، در این زمینه، دو حوزه، بیشترین توجه را از سوی محققین در یافت کرده است؛ اولین حوزه، تلاش در جهت یکپارچه کردن معنویت با روان درمانی است (تان، 2004؛ به نقل از، بلنتون، 2005). ادبیات موجود نیز نشان دهنده گسترش اظهارات در خصوص ایجاد یک تخصص بین رشته ای میان مذهب و روان

¹ Rosmarin, D. H., & Robb, H. B.

² Aten, D., & Leach, M. M.

³ Blanton, P. G.

⁴ Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D.

⁵ James, A., & Wells, A.

درمانی است (بارت¹، 2004). دومین حوزه، به این سؤال بر می‌گردد که، آیا می‌توان رویکردهای مذهبی را در درمان بیماری‌های روانی به کاربرد یا نه؟ (بوراس² و همکاران، 2007).

با وجود این علاقه تحقیقی روزافزون در مورد نقش مذهب و معنویت در بهبود سلامت روانی و جسمی افراد و جوامع (پاتل و آرماس³، 2006)، ادراک ضعیفی از رابطه مذهب و معنویت با فعالیت‌های بالینی و آموزشی وجود دارد (روس مارین و راب، 2010). از طرفی نیز دایره شمول این ادراک ضعیف، فقط چند حوزه در سلامت روانی و حرفه‌های یاورانه را در بر می‌گیرد. مانند: روانپزشکی، پرستاری، مددکاری اجتماعی و در اندازه محدودتری، روانشناسی (پاتل و آرماس، 2006).

با این حال، کوین⁴، (2010)، این مسئله را مورد توجه قرار می‌دهد که وجود مباحث مربوط به مذهب و معنویت در روانشناسی باعث شده‌اند که راهبردهای مربوط به آنها، به عنوان شکلی از درمان تلقی شوند. وی بیان می‌کند که انطباق مذهب و معنویت با درمان‌های موجود، با در نظر گرفتن مناسبت‌ها و حساسیت‌های فرهنگی، شیوه بالقوه نافی از مداخلات محسوب می‌شوند؛ علی‌الخصوص زمانی که مراجع، فرد مذهبی‌ای است که اختلال عملکردی، روانشناختی، رفتاری و یا فیزیولوژیکی را تجربه می‌کند.

موسوی اصل، (1387)، نیز در تبیین نقش رفتارهای دینی در بهداشت روانی، با اشاره به این مسئله که مؤلفه‌های بهداشت روانی بطور کلی در سه حوزه ارتباط رضایت بخش و مؤثر با خویشتن، دیگران و هستی خلاصه می‌شود، بیان می‌کند که رفتارهای دینی می‌توانند به سازگاری و سلامت روانی فرد کمک کنند و به برخورداری انسان از لذت در دراز مدت بیانجامند، چرا که اخلاق حسنه، فرد را محبوب مردم کرده و سبب می‌شود فرد ارتباط مناسب‌تری با دیگران داشته باشد و از بهداشت روانی مطلوب برخوردار گردد. ابوالقاسمی،

¹ Barrette, G.

² Borass, L., & el ect

³ Patel, C. J., & Armas, E. E.

⁴ Kevin, S.

(1389)، نیز معتقد است، مناسک و شعایر دینی از طریق تأثیرگذاری بر سیستم عصبی، هورمونی، قشر نباتی و سیستم های درونی موجب بهبود بهداشت روانی و بالطبع روابط بین فردی افراد می گردند.

عامل مهم دیگر، برای کاربرد راهبردهای مذهبی در درمان، این است که اهداف مذهب و معنویت با اهداف روان درمانی کاملا شبیه هم هستند. برای مثال، هر دو، به افزایش احساس هویت، ارائه پاسخ به سئوالاتی درباره معنای زندگی و همچنین به توسعه شبکه های حمایت اجتماعی منجر می شوند (استاندر، پیرسی، مک کینان و هملیک¹، 1994 و ویگینس فریم²، 1996). دی مامانی، تاچمن و دوئرت³، (2010)، بر اساس نتایج پژوهش خود بر این باورند که مذهب و معنویت، در صورتی که با ارزشهای مراجع در هم بپیوندند، اغلب می توانند با درمان ترکیب شده و دستاوردهای درمانی را افزایش دهند.

پیشینه پژوهشی در مورد بکارگیری رویکردهای مذهبی و معنوی در درمان و آموزش و کار با مراجعین دارای مشکلات خاص، شامل: الف) ترکیب راهبردهای مذهبی با شیوه های درمانی برای درمان بیماری های روانی حاد (دی مامانی، تاچمن، دوئرت، 2010)، ب) بررسی سازگاری مذهبی و بیماری سرطان به منظور ارائه رویکردی برای پذیرش و تحکیم تعهدات درمانی (کارکلا و کانستانتینو⁴، 2010)، ج) بکارگیری موضوعات مذهبی در درمان شناختی- رفتاری اختلالات خوردن (اسپانگر⁵، 2010)، د) درمان وسواس (هاپرت و سیو⁶، 2010) و و) درمان اعتیاد (گالانتر⁷ و همکاران، 2007) می شود.

در مورد جوانان و کودکان، مطالعات نشان داده اند که رابطه مثبتی میان مذهبی بودن و سلامت روانی آنها وجود دارد. بگونه ای که جوانان مذهبی به وسیله سازگاری روانی مثبت (گود و ویلاف بای⁸، 2006) و

¹ Stander, V., Piercy, F. P., Mackinnon, D., & Helmeke, K.

² Wiggins Frame, M.

³ De Mamani, A. G., Tuchman, N., & Duarte, E. O.

⁴ Karekla, M., & Constantinou, M.

⁵ Spangler, D.

⁶ Huppert, J. D., & Siev, J.

⁷ Galanter, M.

⁸ Good, K., & Wilaf Bay, M. A.

رفتارهای پر خطر کمتر نسبت به خودکشی (دوناهو و جنسون¹، 1995)، از دیگر جوانان متمایز می شوند. پژوهش ها مطرح می کنند که معنویت ارتباط مثبتی نیز با موفقیت در مدرسه دارد (رگنورس²، 2003). همچنین مذهبی بودن ارتباط منفی با افسردگی (لی، تاو و تیلور³، 2007)، سوء مصرف مواد (فوٹ، روٹ و بروکس-گان⁴، 2007)، فعالیت های زودرس جنسی (ویث هید⁵ و همکاران، 2001)، میگزساری، رفتارهای پر خطر جنسی و از خود بیگانگی نوجوانان و جوانان دارد (باری و نلسون⁶، 2005 و سین ها، سنان و گلیس، 2007).

پژوهش هایی که بطور خاص در مورد بکارگیری رویکردهای مذهبی در بهبود سلامت روانی یا مؤلفه های اصلی آن مانند مهارت های اجتماعی، علی الخصوص مهارت های ارتباطی، انجام گرفته اند زیاد نبوده و در این زمینه ما از ادبیات پژوهشی اندکی برخوردار هستیم. مضاف بر این، مکانیزم های اثرگذاری دین بر سلامت نیز تا حدی ناشناخته هستند (باساک کروح و همکاران⁷، 2005). به نظر می رسد که برای تبیین نظری رابطه آموزه های اخلاقی دین و چگونگی تأثیر آن بر مهارت های ارتباطی، لازم است که به تحلیل مولفه های معنویت و مذهب و رابطه آنها با سلامت روانی و یا مؤلفه های آن بپردازیم.

در تحلیل معنویت باید گفت که آن، نیرویی روانشناختی است، که می تواند بر زندگی انسان تأثیر عمیقی بگذارد. گستردگی این تأثیر ها، سه حوزه بهداشت جسمی، بهزیستی روانی و روابط اجتماعی را شامل می شود (رفیعی هنر و جان بزرگی، 1389). ویلز در تحلیل بعد روانشناختی بشر، قائل به وجود «خود معنوی» در افراد است. به اعتقاد وی، این «خود» در مرکزیت سازه «سلامت» قرار دارد. بگونه ای که با پرورش و تقویت آن، مولفه های سلامت نیز افزایش می یابند. بطور خاص، خود معنوی، با فعال بودن، امید و احساس ارتباط با

¹ Donahue, M. J. & Jenson, P.

² Regnerus, M. D.

³ Le, T. N., Tov, W., & Taylor, J.

⁴ Fauth, R. C., Roth, J. L., & Brooks-Gunn, J.

⁵ Whitehead, B. D.

⁶ Barry, M. C., & Nelson, D.H.

⁷ Basak Coruh, B. S.

خود، دیگران و هستی توصیف می شود. با این حال ویلز، فعال بودن در مقابل منفعل بودن، امیدواری در مقابل ناامیدی و احساس وصل بودن در مقابل احساس جدایی را، سه ویژگی اصلی معنویت می داند که باعث تأثیرگذاری بر بهداشت روانی و مولفه های خاصی از آن - نظیر عملکرد بدنی، کارکرد هیجانی و کارکرد اجتماعی می شود (ویلز¹، 2007).

باربارا ال²، 2002، برای تبیین چگونگی اثرگذاری آموزه های دینی بر سلامت روان، از نظریه «توسعه و ساخت» استفاده می کند. وی با قرار دادن عنصر هیجان های مثبت در حلقه پیوند دین و سلامتی، ابتدا به اثبات تأثیر هیجان های مثبت بر بهزیستی انسان می پردازد. سپس اثر اعمال مذهبی در پرورش و ایجاد هیجان های مثبت را مطرح می کند. براین اساس، اعمال مذهبی و آموزه های اخلاقی همراه با آنها، از طریق گشودن فضای ذهنی برای دستیابی به ارتباط عمیق با خدا یا قدرت برتر دیگر، سرچشمه ای از هیجان های مثبت را فراهم می کند که اکثر آنها دارای تأثیرهای مثبت بر سلامت هستند (باربارا ال، 2002؛ به نقل از، موسوی، 1387).

کوئینگ³، 1997، توضیح دیگری را برای تبیین چگونگی تأثیر مذهب بر سلامت در حوزه درون فردی و بین فردی بیان می کند. به نظر وی گزاره های دینی، از رفتارهایی که سلامت و بهداشت عمومی را به خطر⁴ می اندازد - مانند سیگار کشیدن، رفتارهای پرخطر جنسی، مصرف الکل - جلوگیری می کنند. لذا آموزه های دینی با شکل دادن سبک خاصی از زندگی، سبب کاهش عوامل مخاطره آمیز سلامتی می شود (کوئینگ، 1997؛ به نقل از، کوروج و همکاران، 2005).

¹ Wills, m.

² Barbara L, F

³ Koeing, J

سانچز و ناپو¹، (2008)، معتقدند آنچه که دین را در بهبود مسائل بین فردی و بهداشت عمومی، کارآمد می‌کند، افزایش حسن ظن، مسئولیت پذیر کردن افراد، افزایش حمایت اجتماعی و داشتن درک بهتر از آن است. به اعتقاد آن‌ها مهمترین جنبه دین در درمان و آموزش، تأمین منابع اجتماعی برای تغییر است. این منابع شامل شکل دهی روابط اجتماعی جدید، سازماندهی خانواده، ایجاد دایره جدیدی از دوستان است. لذا افرادی که دچار انزوای اجتماعی هستند بهتر می‌توانند از رویکردهای دینی بهره‌مند شوند. آلیسون²، (2010)، نیز بر شکل‌گیری حمایت اجتماعی و روابط بین فردی مناسب از طریق دین تأکید می‌کند.

به نظر می‌رسد آموزه‌های اخلاقی، که ملازم پیروی از ادیان هستند، بر میزان بهره‌مندی از مهارت‌های ارتباطی تأثیرگذار باشند. در این زمینه گونزالس معتقد است، آموزه‌های معنوی می‌تواند به توسعه درک واقعی از آنچه که ما به هنگام برقراری ارتباط انجام می‌دهیم، کمک کند (گونزالس³، بی تا؛ به نقل از، ویلز، 2007). علاوه بر این، جنبه کلیدی دیگر دین، که به پرورش مهارت‌های ارتباطی کمک می‌کند، وجود آموزه‌هایی خاص برای فراهم آوردن حمایت اجتماعی از طریق گروه‌ها، برقراری رابطه برابر و فوری، پذیرش عاری از قضاوت مانند فرآیند توبه در آیین کلیسا (سانچز و ناپو، 2008) و اهمیت اعتماد به شبکه‌های اجتماعی شکل گرفته، برای دریافت کمک عملی و عاطفی در مواقع ضروری است (لاولر و یانگر⁴، 2002؛ به نقل از آلیسون، 2010). از سوی دیگر راهبردهای دین برای اعمال چنین تأثیرهایی هم جنبه‌های رفتاری، هم فیزیولوژیکی و هم روانی-اجتماعی را شامل می‌شود (کارک لا و کانستانتینو⁵، 2010).

¹ Sanchez, Z. V., & Nappo, S. A.

² Allison, W.

³ Goanzals, H

⁴ Lowler, L. O., & Younger, Y

⁵ Karekla, M., & Constantinou, M.

با توجه به مطالب ذکر شده در بالا می توان به این اعتقاد آرگیل صحه گذاشت که آداب و رسوم مذهبی قادر به ایجاد تغییر در افراد و وضعیت روابطشان با دیگران است (آرگیل¹، 2000؛ به نقل از ساجدی، 1387). ادبیات پژوهشی موجود نیز چنین ادعائی را تأیید می کند به عنوان مثال:

یافته های تحقیق باقریان، (1388)، که با روش نیمه آزمایشی انجام شد، نشان داد که آموزش مهارت های ارتباطی زناشویی، مبتنی بر آموزه های اسلامی، بر سازگاری زناشویی زوج های متقاضی طلاق، تأثیر مثبت و معناداری دارد.

یافته های تحقیق محمودیان، خوش کنش و صدق پور، (1387)، نشان داد که آموزش مهارت های زندگی با رویکرد قرآنی و تمرینات کارگاهی آن، بر کاهش افسردگی دانشجویان تأثیر مثبت معناداری داشته است. مفاهیم آموزش داده شده شامل عناصر قیام و تفکر، تصمیم گیری، تلاش و عمل، تدبیر و نظم، تقوی و طهارت، تعادل و میانه روی، تداوم و استمرار، تعادل و تعامل و تثبیت و تحقق می شدند.

یافته های تحقیق صدق پور، محمودیان و سلمانیان، (1388)، نشان داد که آموزش آموزه های قرآنی مهارت های زندگی، بر پذیرش اجتماعی دانشجویان، تأثیر مثبت و معناداری دارد. آموزه های قرآنی بطور کلی و عام، خودشناسی و خودآگاهی، جایگاه انسان در هستی شناسی قرآن، ارتباط چهارگانه انسان با خود، خدا، مردم و هستی، انجام و فرجام انسان و همچنین مفاهیم مربوط به تفکر، ذکر و اختیار را شامل می شد.

یافته های اسمعیلی، (1386)، نشان داد که الف) گسترش هستی شناسی اسلامی در افزایش سلامت روان (که از مؤلفه های عمده آن، ارتباط مؤثر با دیگران است) مؤثر است. ب) گسترش هستی شناسی اسلامی در کاهش علایم مؤلفه های بیماری های روانی مؤثر است.

¹ Argill

یافته های پژوهش مهکام و دادستان، (1388)، نیز نشان داد که درمانگری اسلامی با تأکید بر مواردی نظیر الف) اصول اولیه ارتباط والد- فرزند ب) ویژگی های والد یا مربی سالم ج) آسیب شناسی رفتارهای تضادورزانه د) مقابله مرحله ای با رفتارهای تضادورزانه و) ارائه توصیه ها و روشهایی برای کاهش تضادورزی در بهبود اختلال های درونی سازی شده کودکان و نوجوانان مؤثر است.

دسموند و همکاران، 2008، دریافتند که رفتارهای مذهبی با میزان خودکنترلی بالایی در افراد همراه هستند. مککلو و ویلاگی، 2009، نیز در پژوهشی دریافتند که مذهب توانایی خودنظم بخشی و خودکنترلی را در افراد تقویت کرده و بر ارتقاء سلامت روانی و رفتارهای اجتماعی تأثیر مثبتی دارد (دسموند و همکاران، 2008 و مککلو و ویلاگی، 2009؛ به نقل از اسمعیلی، 1389).

نتایج پژوهش گروه S.R.P.B سازمان بهداشت جهانی (2006)، که در سطح بین المللی (حدود 18 کشور جهان) انجام شد، نشان داد که معنویت و مذهب با بکارگیری راهبردهایی نظیر آرامش درونی، ایمان، امیدواری، خوش بینی و ایجاد یک رابطه معنوی درونی با تمام حوزه های کیفیت زندگی اعم از حوزه های محیطی، اجتماعی، فیزیکی و روانی ارتباط مثبت بالایی دارد.

نتایج پژوهش جعفری، دهشیری، اسکندری، نجفی، حشمتی و حسینی فر، (2010)، نشان داد که ارتباط معناداری میان بهزیستی معنوی و سلامت روانی وجود دارد. همچنین میان سلامت معنوی و نشانه های بیماری، اضطراب، بدکاری اجتماعی و افسردگی ارتباط منفی معناداری وجود دارد.

یافته های پژوهش چانگ، کی سی، داسک و بنسون¹، (2010)، از این فرضیه که راهبردهای مذهبی می توانند به عنوان روشی از پاسخ های آرامش بخشی (ریلکسیشن) پیامدهای روانشناختی درمان یا آموزش را بهبود دهند، حمایت می کند. نتایج همچنین نشان داد که افزایش سلامت معنوی با بهبود شاخص های روانی سلامتی، ارتباط معناداری دارد.

¹ Chang, B. H., Casey, A., Dusek, J. A., & Benson, H.