

# طراحی مداخله بازسازی دینی و بررسی اثربخشی آن بر سلامت روانی

سیده محدثه پیشنهادی<sup>۱</sup>

محمدتقی تیبیک<sup>۲</sup>

فرید براتی سده<sup>۳</sup>

## چکیده

پژوهش حاضر دو هدف عمده داشت: نخست، طراحی یک مداخله کوتاه مدت روانی - معنوی مبتنی بر الگوی بازسازی دینی با محوریت احساس گناه دینی، و دوم، بررسی اثربخشی آن بر مؤلفه‌های سلامت روانی افراد دارای احساس گناه دینی. ۱۴ نفر داوطلب در این پژوهش شرکت کردند. مشارکت کنندگان به صورت تصادفی در گروه آزمایش یا گواه قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش مداخله بازسازی دینی را در ۴ جلسه دریافت کردند و به همراه گروه گواه مقیاس‌های مورد نظر را در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری چهار هفته‌ای پر کردند. متغیرهای این پژوهش با مقیاس ۴۲ گویه‌ای آسایش روان‌شناختی، مقیاس DASS، مقیاس وسواس دینی، و مقیاس کمال‌گرایی دینی ارزیابی شد. پژوهش حاضر دو فرضیه اصلی داشت. نخست اینکه، مشارکت کنندگان در گروه آزمایش در مؤلفه‌های احساس گناه و سلامت روانی، بهبود بیشتری را نسبت به گروه گواه خواهند داشت؛ و دوم اینکه، تأثیر روان‌شناختی مداخله

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی اسلامی گرایش مثبت‌گرا

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس (mtabik@gmail.com) (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه قرآن و حدیث

حاضر دست کم تا چهار هفته باقی خواهد ماند. برای آزمون این فرضیه‌ها از آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، چند متغیره و تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. طبق یافته‌ها، مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش در اغلب مؤلفه‌های سلامت روانی بهبود بیشتری داشتند و این بهبود تا چهار هفته ادامه پیدا کرد. همچنین، یافته‌ها نشان داد که مداخله حاضر از نظر متخصصان روایی محتوایی قابل قبولی دارد و مشارکت‌کنندگان نیز ارزیابی مناسبی از محتوای جلسات و امکان اجرای آن دارند. وازه‌های کلیدی: بازسازی دینی، توبه، مداخله روانی - معنوی، احساس گناه دینی، سلامت روانی.

### **Designing a religious reconstructing intervention and assessing its effectiveness on mental health**

Seyyede Mohaddeseh Pishnamazi<sup>1</sup>

Mohammad Taghi Tabik<sup>2</sup>

Farideh Barati Sedeh, PhD<sup>3</sup>

#### **Abstract**

The present research had two main goals: first, designing a short psycho-spiritual intervention based on a pattern of Religious Reconstructing Model and focused on religious guilt; and secondly, assessing its effectiveness on the components of mental health of individuals with religious guilt. 14 volunteers participated in this study. The participants were randomly assigned to a treatment or a control condition. The members of the experimental group received religious reconstructing intervention in 4 sessions and together with the control group, completed the scales in three stages: pretest, post-test and a four-week follow-up. The variables of this research were evaluated with a 42-item scale of psychological well-being, DASS scale, religious obsession scale, and religious perfectionism scale. This research had two main hypotheses: first, the participants in the experimental group will have more improvement than the control group in the components of guilt and mental health,

1. MA in Islamic/Positive Psychology

2. PhD Student of Psychology, Tarbiyat Modares University. (mtabik@gmail.com)  
(Corresponding Author)

3. Assistant Professor of University of Quran and Hadith, Faculty of Psychology.

and secondly, the psychological impact of the current intervention will remain at least for four weeks. To test these hypotheses, the researchers used univariate covariance test, multivariate analysis test, and repeated measures ANOVA. According to the findings, the participants in the experimental group have been more improved regarding the mental health components, and this improvement lasted for four weeks. Also, the findings showed that the present intervention - from the viewpoint of experts - has an acceptable content validity, and the participants also have an appropriate assessment of the content of the sessions and the feasibility of implementing them.

**Keywords:** religious reconstructing, repentance, spiritual-psychological intervention, religious guilt, mental health.

### مقدمه

پژوهشگران و متخصصان حوزه روان‌شناسی همواره به سلامت روانی در کنار سلامت جسمی توجه کرده‌اند. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۴، به نقل از کیز و میخالک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹) سلامت روانی را چنین تعریف کرد: «حالت آسایش<sup>۲</sup> که افراد به وسیله آن توانمندی‌های خود را به واقعیت تبدیل کنند و بتوانند با فشارهای معمول زندگی مقابله و به صورت پرثمر و مولدانه کار کنند و در جامعه خود مشارکت داشته باشند». اگرچه سازمان جهانی بهداشت از سال ۱۹۴۸ بر این باور بود که سلامت روانی چیزی بیش از فقدان بیماری روانی است اما فقط در همین سال‌های اخیر روان‌شناسان به مطالعه نظام‌مند علل، هم‌بسته‌ها، و پیامدهای سلامت روانی بالنده و حالت‌های آسایش پرداخته‌اند (گلاگر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). توجه به جنبه مثبت سلامت روانی با تلاش پژوهشگران روان‌شناسی مثبت‌نگر، جان تازه‌ای یافت. کیز<sup>۴</sup> (۲۰۰۳) در تبیین مدل جامع سلامت روانی، مفهوم بالندگی<sup>۵</sup> را مطرح می‌کند که سه مؤلفه بنیادین دارد: (۱) آسایش هیجانی<sup>۶</sup>، (۲) آسایش روان‌شناختی<sup>۷</sup>، و (۳) آسایش اجتماعی<sup>۸</sup>. بنابراین، افرادی دارای سلامت روانی کامل هستند که نه تنها عاری از بیماری روانی اند بلکه سه مؤلفه بالندگی را نیز دارند.

1. Keyes & Michalec
2. well-being
3. Gallagher
4. Keyes
5. flourishing
6. emotional well-being
7. psychological well-being
8. social well-being

ارتباط دین و سلامت از موضوع‌های مورد توجه دانش‌های نو است و روان‌شناسی نیز در پی آشکار کردن ابعاد این ارتباط است. در کنار آموزه‌های دینی - که گویای رابطه مثبت دینداری با سلامت روانی هستند - بیشتر پژوهش‌های تجربی مؤید این رابطه مثبت هستند (نلسن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). یک فراتحلیل بر روی ۱۴۷ پژوهش، رابطه متوسطی (مشابه رابطه بین جنسیت و نشانگان افسردگی) بین نقش وابسته دین با تعدادی از نشانگان افسردگی نشان داد. در یک بازنگری از ۱۱۵ پژوهش بین‌گروهی و طولی، در ۶۴ درصد موارد دین‌داری با نشانگان کم‌افسردگی مرتبط بوده است. یک بازنگری روی ۶۹ مطالعه هم‌بستگی بین گروهی نشان داد که افراد دین‌دارتر ۵۱ درصد کمتر اضطراب/استرس/ترس گزارش کردند، اگرچه ۳۵ درصد هیچ ارتباطی با اضطراب نشان ندادند و ۱۴ درصد اضطراب، استرس یا ترس بیشتری را گزارش کردند (پارک و اسلتری<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳).

افزون بر پژوهش‌هایی که گویای نقش مثبت دین بر سلامت روانی‌اند، برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که برخی شکل‌های دین‌داری ممکن است تأثیر منفی بر سلامت روانی داشته باشند. این شکل‌های دین‌داری سبب فشار و تعارض‌های روان‌شناختی هستند. از میان این خطوط پژوهشی، پژوهش‌های اکسلاین و رز<sup>۳</sup> (۲۰۰۵ و ۲۰۱۳) و پارگامنت<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۷، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۷) درباره کشمکش‌های دینی و معنوی<sup>۵</sup> از همه گسترده‌تر و معروف‌تر هستند.

«کشمکش دینی و معنوی» بر چیزی در باور، عمل یا تجربه دینی فرد دلالت دارد که موجب ایجاد یا تداوم پریشانی<sup>۶</sup> است. این پریشانی ممکن است در قالب‌های مختلف بروز یابد؛ شاید خودش را در قالب یک «هیجان منفی بنیادین» مثل غم، خشم، یا احساس گناه نشان دهد یا در قالب یک «تعارض درونی» بروز یابد که در آن افراد، افکار و احساساتی را تجربه می‌کنند که به راحتی قادر به حل آن‌ها نیستند (اکسلاین، ۲۰۱۳).

بیشتر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کشمکش‌های دینی اغلب پیامدهای منفی برای آسایش به دنبال دارند. در یک فراتحلیل از ۴۹ مطالعه درباره مقابله دینی کشمکش‌های

1. Nelson
2. Park & Slattery
3. Exline & Rose.
4. Pargament
5. religious and spiritual struggles
6. distress

دینی با اضطراب، افسردگی، احساس گناه، ناامیدی، خصومت، ناکنش‌وری اجتماعی، و تمایل به خودکشی رابطه داشته است. در یک مطالعه ملی در ایالات متحده، کشمکش‌های دینی با اضطراب بیشتر، افسردگی، اندیشه‌پردازی‌های پارانوئیاگونه، وسواس اجباری، و بدنی‌سازی در ارتباط بوده است (اکسلاین، ۲۰۱۳).

پارگامنت (۲۰۰۷) برای کشمکش‌های دینی و معنوی سه حیطه در نظر گرفته است: حیطه الهیاتی<sup>۱</sup> (مانند خشم نسبت به خداوند)، حیطه بین فردی<sup>۲</sup> (مانند تعارض با دیگر دین‌داران)، و حیطه درون فردی<sup>۳</sup> (مانند ناکامی در پیروی کامل از نظام ارزشی دین، ترس دینی، احساس گناه دینی، یا ناتوانایی در بخشایش خود). کشمکش‌های درون فردی، به سبب اهمیت بالای روان‌شناختی، پژوهش‌های بیشتری را به خود جلب کرده است (اکسلاین، ۲۰۱۳). «احساس گناه» یکی از مشکلات دینی است که در دسته کشمکش‌های درون فردی جای می‌گیرد. احساس گناه دینی زمانی پدید می‌آید که دین‌داران در مسیر رسیدن به رستگاری به عنوان نقطه کمال معرفی شده از منظر دین، با شکست‌ها و ناکامی‌هایی مواجه شوند. این شکست‌ها و ناکامی‌ها برخی افراد را نسبت به درماندگی آسیب‌پذیر و آن‌ها را دچار استرس و اضطراب می‌کند (اکسلاین و همکاران، ۲۰۰۰).

اکسلاین (۲۰۰۵ و ۲۰۱۳) برای احساس گناه دینی ویژگی‌هایی برمی‌شمرد؛ از جمله کمال‌گرایی دینی<sup>۴</sup>، تصور منفی از خود، غلبه الگوهای وسواس دینی<sup>۵</sup>، ایمان سرکوب‌شده و بی‌روح (توجه افراطی و منحصراً به ظواهر دین)، خودکارآمدی معنوی پایین (یأس از آینده)، بخشایش خود پایین، عدم احساس غفران الهی، تصور خدای تنبیه‌گر و خشن. جلوه آسیب‌شناختی این ویژگی‌ها به‌طور کلی در قالب دو دسته «گرایش‌های وسواس دینی» و «گرایش‌های کمال‌گرایانه دینی» بروز پیدا می‌کند (آنو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). طبق پژوهش‌ها این نوع گرایش‌ها به پیامدهای روان‌شناختی و دینی زیان‌بخش از جمله سرزنش خود، احساس ناامیدی، و ادراک خدای خشن و تنبیه‌گر منتهی می‌شوند (اکسلاین، ۲۰۰۲).

1. divine
2. interpersonal
3. intrapersonal
4. religious perfectionism
5. scrupulosity
6. Ano

وسواس دینی تردیدهای مداوم درباره گناه و تمایلات شدید مقاومت‌ناپذیر برای انجام رفتارهای مفرط دینی است که شامل دل‌مشغولی دینی مانند نشخوار ذهنی درباره گناه، و بی‌اختیاری دینی مانند طلب بخشایش‌های بی‌دلیل و تکرار بی‌مورد نماز است و با ترس و نگرانی مرتبط با وسواس دینی در ارتباط است (آنو، ۲۰۰۵). با وجود این واقعیت که شکست و ناکامی در مسیر دین‌داری رواج دارد، گروهی از دین‌داران ممکن است در مورد برخی آموزه‌های دینی دچار سوء تفاهم شده باشند، و به همین دلیل نگرش‌ها و انتظارات کمال‌گرایانه‌ای را به نام و در قالب سلوک و رشد دینی پذیرفته باشند. این انتظارات غیرواقعی و ناموجه از خود ممکن است از طریق نظام خانواده، جامعه دینی، و یا برداشت‌های نادرست شخصی از متون دینی در فرد شکل گرفته باشد (اکسلاین، ۲۰۰۲).

هرچند در دهه گذشته، شاهد موجی از پژوهش‌های تجربی درباره کشمکش‌های دینی درون‌فردی - که ارتباط بیشتری با سلامت روانی دارند - بوده‌ایم؛ اما هنوز طراحی مداخلات برای مقابله با این کشمکش‌ها در ابتدای راه و بسیار محدود است. چند مداخله درمانی مشخص که بر اساس آموزه‌های مسیحیت و با محوریت توبه به درمان کشمکش‌های دینی درون‌فردی پرداخته‌اند، عبارت‌اند از: «درمان انجیلی بازسازی<sup>۱</sup>»، «مداخله گروهی دین‌مدار برای کمال‌گرایی خودتخریبگر<sup>۲</sup>»، و «مداخله روانی - معنوی کوتاه‌مدت برای کشمکش معنوی درون‌فردی<sup>۳</sup>» (آنو، ۲۰۰۵).

بر پایه پژوهش تبیک (زیر چاپ)، الگوی بازسازی دینی با محوریت آموزه «توبه» از الگوهایی است که قابلیت تبدیل شدن به بسته مداخله دینی برای استفاده دین‌داران جهت مقابله با احساس گناه دینی را دارد. الگوی بازسازی دینی فرایند تغییر و بازسازی را مبتنی بر متون اسلامی تبیین می‌کند و شامل چند مرحله است. هر کدام از این مراحل دارای مجموعه‌ای از عوامل تسهیلگر و بازدارنده هستند. مراحل این الگوی تغییر عبارت‌اند از: الف) شناختی (اقرار و اعتراف): درک ناهمخوانی بین وضعیت موجود و آرمانی؛ ب) هیجانی (ندامت و پشیمانی): پشیمانی و احساس ندامت از

1. Evangelical Renewal Therapy
2. religiously oriented group intervention for self-defeating perfectionism
3. brief psychospiritual intervention for the intrapsychic spiritual struggle

ناهمخوانی موجود؛ ج) انگیزشی اول (استغفار): عزم بر ترک باورها، منش‌ها، و اعمال گذشته؛ د) انگیزشی دوم (توبه): عزم برای حرکت به سمت مطلوب؛ ه) رفتاری (اصلاح و تسلیم): بروز تغییر در سطح رفتار با اصلاح گذشته و تسلیم خداوند بودن در آینده که در عمل صالح تجلی می‌یابد.

با توجه به فقدان بسته مداخله روانی - معنوی مبتنی بر فرهنگ اسلامی برای کاهش احساس گناه دینی، طراحی یک مداخله روانی - معنوی بر اساس الگوی بازسازی دینی و مبتنی بر مفهوم محوری توبه ضرورت یافت. مداخله حاضر با توجه به ویژگی‌های خاص مسلمانان و مبانی و آموزه‌های دین اسلام، و بر اساس الگوی بازسازی دینی (تبیك، زیر چاپ) و با بهره‌گیری از اصول و فنون رایج و پذیرفتنی روان‌شناختی برای بهبود حال افرادی که علائم احساس گناه دینی را در قالب دو گرایش کلی کمال‌گرایی دینی و وسواس دینی نشان می‌دهند، تدوین شد. این مداخله دو هدف کلی داشت: ۱) کاهش پریشانی‌ها و تنیدگی‌های مرتبط با کشمکش‌ها و چالش‌های مسیر رستگاری؛ ۲) انگیزه‌بخشی و توانمندسازی افراد (به‌ویژه کسانی که دارای علائم کمال‌گرایی و وسواس دینی هستند) در هنگامه‌های بروز کشمکش‌های دینی.

## روش

کلیه مراجعه‌کنندگان مراکز مشاوره حوزه‌های علمیه قم و واحد مشاوره دانشگاه قرآن و حدیث در آذرماه و دی‌ماه ۱۳۹۵ جامعه آماری این پژوهش را تشکیل داده‌اند. نمونه این پژوهش مشارکت‌کنندگانی بودند که بعد از مشاهده اطلاعیه‌ای مشتمل بر سرفصل‌ها و اهداف اصلی مداخله بازسازی دینی، به‌صورت داوطلبانه ثبت نام کردند. در پژوهش حاضر از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. از میان افراد جامعه، ۱۴ نفر از افراد ثبت‌نام‌شده - که همگی زنان متأهل ۲۴ تا ۴۵ ساله بودند - بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از طریق اجرای آزمون و مصاحبه، انتخاب شدند و از طریق گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. حداقل سن افراد برای شرکت در این مداخله ۱۸ سال و حداقل تحصیلات، دیپلم در نظر گرفته شد. بالا بودن نسبی نمرات در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، استرس (DASS) و پایین بودن نسبی نمرات در مقیاس آسایش، به‌عنوان مؤلفه‌های سلامت روان در دو بُعد منفی و مثبت و بالا بودن نسبی نمرات در مقیاس‌های کمال‌گرایی دینی و وسواس دینی به‌عنوان دو نمود

عمده احساس گناه، مد نظر بود. همچنین، با توجه به ماهیت دینی این مداخله لازم بود تا مشارکت کنندگان افرادی معتقد به دین باشند. وجود هرگونه اختلال شدید روان‌پزشکی و یا شواهدی مبتنی بر وجود سایکوز، وجود نشانه‌ها و شواهدی از اختلال شخصیت، وجود شواهدی مبتنی بر آسیب مغزی یا هوش‌بهر پایین، هم‌زمانی دوره‌های درمان دارویی یا دیگر مداخلات روان‌شناختی از طریق مصاحبه در مشارکت کنندگان بررسی شد و در صورت وجود هر کدام از این موارد فرد مورد نظر از مشارکت کنندگان خارج شد. روش تحقیق حاضر روشی شبه‌آزمایشی بود. روش انتساب هر آزمودنی به یکی از دو گروه با استفاده از روش تصادفی انجام گرفت. بعد از تشکیل دو گروه مجزا، ابتدا پیش‌آزمون‌های لازم برای هر دو گروه و سپس مداخله بازسازی دینی برای گروه آزمایش اجرا شد. گروه گواه نیز بدون هیچ مداخله‌ای در انتظار ماند. پس از انجام چهار جلسه مداخله، پس‌آزمون‌ها اجرا شد و اطلاعات لازم به نرم‌افزار داده شد. پس از گذشت یک ماه از اتمام اجرای مداخله برای گروه آزمایش، آزمون پیگیری برای گروه آزمایش اجرا شد؛ اما امکان اجرای این آزمون برای گروه گواه حاصل نشد.

## ابزارها

۱. مقیاس‌های آسایش روان‌شناختی ریف<sup>۱</sup>: ریف (۱۹۸۹) این ابزار را طراحی کرده است. مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی دارای شش خرده‌مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، و تسلط بر محیط است. در این پژوهش فرم ۴۲ گویه‌ای آن به کار رفت. پایایی درونی نسخه فارسی این پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۹ گزارش شده است (آقابابائی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). شرکت کنندگان در پرسش‌نامه به یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت پاسخ دادند.
۲. مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس<sup>۳</sup>: این مقیاس را که لایبوند<sup>۴</sup> در ۱۹۹۵ ساخته است، مجموعه‌ای از سه مقیاس گزارش شخصی برای ارزیابی حالت‌های عاطفی

---

1. Ryff Scales of Psychological Well-being  
 2. Aghababaei  
 3. Depression Anxiety Stress Scales (DASS)  
 4. Lovbond



منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. کاربرد اصلی این مقیاس اندازه‌گیری نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. برای تکمیل پرسش‌نامه فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته گزارش کند. از آن جا که این مقیاس می‌تواند مقایسه‌ای از شدت علائم در هفته‌های مختلف فراهم کند، می‌تواند برای ارزیابی پیشرفت درمان در طول زمان به کار برده شود. ضریب آلفا برای عوامل این مقیاس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بوده است. سامانی و جوکار (۱۳۸۶) روایی و اعتبار این مقیاس را در ایران بررسی کرده‌اند (فتحی و داستانی، ۱۳۹۳).

۳. مقیاس وسواس دینی پن<sup>۱</sup>: وسواس دینی با استفاده از این سیاهه ۱۹ گویه‌ای (آبراموویتز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲) سنجیده شد. این مقیاس علائم وسواس دینی را می‌آزماید. این مقیاس دو عامل دارد: ترس از گناه (۱۲ گویه)، و ترس از تنبیه (۷ گویه). پاسخ‌دهندگان تجربه‌های خود را درباره عبارات مختلفی که به وسواس دینی مربوط است در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت که از ۰ «هرگز» تا ۴ «همیشه» درجه‌بندی شده است، پاسخ می‌دهند. نمره‌های بالا در این مقیاس بیانگر سطوح بالای وسواس دینی است. پایایی درونی این مقیاس در نمونه‌های دانشجویی، با ۰/۹۳ برای مقیاس کل، ۰/۹۰ برای زیرمقیاس ترس از گناه، و ۰/۸۸ برای زیرمقیاس ترس از خدا بالا گزارش شده است (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۰۲). در این پژوهش، این مقیاس به فارسی ترجمه شد و فرایند ترجمه مجدد به منظور اطمینان بیشتر، انجام شد.

۴. مقیاس کمال‌گرایی دینی<sup>۳</sup>: کمال‌گرایی دینی با مقیاس کمال‌گرایی دینی (کندی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹) سنجیده شد. این مقیاس ۲۱ گویه‌ای، چهار عامل دارد که نگرش‌های کمال‌گرایانه نسبت به مسائل دینی را می‌آزماید. عامل اول، «بیرونی» (۶ گویه)، این باور را می‌سنجد که فشارهای بیرونی، مانند خدا یا نهادهای دینی، وضعیت کمال را از فرد مطالبه می‌کنند. عامل دوم، «تنبیه/تأیید» (۶ گویه)، این باورها را می‌سنجد که هر کسی که از حد بهینه اخلاقی بودن فاصله بگیرد، مستحق عذاب الهی است. عامل سوم، «دیگران» (۵ گویه)، میزان تأثیرپذیری کمال‌گرایی دینی را در بستر ارتباط با افراد مهم

1. Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS)
2. Abramowitz
3. Religious Perfectionism Scale (RPS)
4. Kennedy

می‌سنجد. عامل چهارم، «یأس و ناامیدی» (۴ گویه)، تجربه‌های منفی عاطفی کمال‌گرایی دینی را می‌سنجد. مشارکت‌کنندگان فهرستی از گویه‌ها درباره خود، دیگران، و عملکرد خود را می‌خوانند و در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای که از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ می‌دهند. یک نمره کل برای کمال‌گرایی دینی هم، با جمع نمره‌های تمام گویه‌ها، قابل محاسبه است. نمره‌های بالا بیانگر سطوح بالای کمال‌گرایی دینی است. مقیاس کمال‌گرایی دینی با آلفای کرونباخ ۰/۶۰. برای عامل بیرونی، ۰/۸۱ برای عامل تنبیه/تأیید، ۰/۸۰ برای عامل دیگران، ۰/۵۸ برای عامل یأس و ناامیدی، و ۰/۹۳ برای مقیاس کل، پایایی درونی بالایی را نشان داده است (کندی، ۱۹۹۹). در این پژوهش، این مقیاس برای اولین بار به فارسی ترجمه شد و فرایند ترجمه مجدد به منظور اطمینان بیشتر ترجمه انجام گرفت.

### روند انجام پژوهش

مداخله‌بازسازی دینی یک مداخله کوتاه‌مدت روانی معنوی برای کشمکش‌های دینی درون‌فردی با محوریت احساس گناه است که مبتنی بر الگوی بازسازی دینی طراحی شده، و شامل یک دوره ۴ هفته‌ای و جلسه‌های ۹۰ دقیقه‌ای است. روال کار این مداخله ساختاریافته دربردارنده فنون متنوع روان‌شناختی و تا حد امکان مبتنی بر متون دینی است. مشارکت‌کنندگان علاوه بر مشارکت فعال در مباحث درون جلسه، تمرین‌های متنوع موجود در کتاب کار را تکمیل می‌کنند و تمرین‌های فردی را در طول هفته انجام می‌دهند. در مفهوم‌سازی محتوای این مداخله، الگوی نظری بازسازی دینی از یک سو، و کشمکش‌های دینی درون‌فردی با محوریت احساس گناه از سوی دیگر مد نظر بوده است. عناوین، اهداف، و فنون مداخله حاضر در جدول شماره ۱ نمایان است.

در جلسه اول به بازنگری و اصلاح نگرش‌های کمال‌گرایانه افراد در هدف‌گزینی پرداخته می‌شود. با تأکید بر اصل هدفمندی انسان در زندگی و پس از تبیین ارتباط تجربی منفی هیجانی مانند استرس، با نگرش‌ها، باورها و انتظارات، به بازاریابی و آسیب‌شناسی نگرش‌های افراد نسبت به وضعیت مطلوب (اهداف) پرداخته و ویژگی‌های وضعیت مطلوب از منظر دین در قالب مفهوم فلاح در دو سطح دنیوی (متاع حسن) و اخروی مطرح می‌شود. سپس اهداف فردی در قالب این مفاهیم بازتعریف می‌شود و در این میان، برخی

عنوان	اهداف	فنون
جلسه اول	معرفی مشاور و آشنایی اعضا با گروه	بحث گروهی درباره‌ تعریف رستگاری، انواع و مصادیق، عوامل زمینه‌ساز و موانع آن با محوریت مفهوم فلاح.
	تعریف رستگاری و بحث درباره‌ انواع و عوامل زمینه‌ساز آن.	بحث گروهی درباره‌ تعریف زبان‌دیدگی، انواع و مصادیق، عوامل زمینه‌ساز و موانع آن با محوریت مفهوم خسران.
جلسه دوم	تعریف زبان‌دیدگی و بحث درباره‌ انواع و عوامل زمینه‌ساز آن.	شناسایی و بازتعریف مصادیق و اهداف شخصی و صورت‌بندی ابعاد روان‌شناختی کشمکش‌های دینی در قالب دو مفهوم فلاح و خسران.
	تقویت انگیزه برای جست‌وجوی رستگاری و اجتناب از زبان‌دیدگی.	توضیح اهمیت خودمهارگری و ارتباط آن با پرهیزگاری.
جلسه اول	تعریف پرهیزگاری و بحث درباره‌ اهمیت و جایگاه آن در مسیر رستگاری.	بحث گروهی درباره‌ مفهوم تقوا (پرهیزگاری)، مؤلفه‌ها، مصادیق و فواید، عوامل زمینه‌ساز و موانع آن.
	به چالش کشیدن باورهای نادرست رایج درباره‌ پرهیزگاری از طریق ارتقای تفکر انتقادی.	طرح برخی کشمکش‌های مرتبط با التزام به پرهیزگاری از طریق داستان.
جلسه دوم	بحث درباره‌ ماهیت خودمهارگری و پیامدهای آن برای پرهیزگاری.	بحث گروهی درباره‌ آسیب‌شناسی باورهای غلط درباره‌ پرهیزگاری با طرح اصول روش‌شناختی و معرفتی با استفاده از آیات، روایات و داستان‌ها.
	جایگزینی باورهای درست و برگرفته از منابع اصیل دینی درباره‌ پرهیزگاری.	جایگزینی باورهای واقع‌گرایانه درباره‌ پرهیزگاری با بهره‌مندی از شواهد دینی.

عنوان	اهداف	فنون
جلسه سوم	عادی سازی کشمکش های مسیر رستگاری در التزام به پرهیز گاری و شکست های اجتنابناپذیر این مسیر. ارتقای فهم و تجربه مشترک گروهی از طریق به اشتراک گذاشتن تجارب کشمکش های مسیر رستگاری. طراحی برنامه رشد دینی برای ارتقای التزام به پرهیز گاری و پیشرفت در مسیر رستگاری. معرفی لطف و رحمت خداوند به عنوان یک انگیزه و منبع نیرو دهنده در مسیر رستگاری.	عادی سازی کشمکش های مرتبط با پرهیز گاری از طریق مناجات و تمرین نوشتاری. طراحی نقشه رشد دینی مبتنی بر سه تکنیک هدف گزینی، مراقبه و الگویابی اجتماعی. بحث گروهی درباره طراحی و اجرای نقشه رشد دینی. تجربه لطف و رحمت الهی از طریق تمرین تجسمی.
جلسه چهارم	بحث درباره پیشگیری از عود و راهبردهای مقابله با وسوسه ها. مشخص کردن موانع پیشرفت و جست و جوی راه های ممکن برای غلبه بر آنها. طرح موضوع استغفار و توبه به عنوان راهبردی برای ترمیم و جبران شکست های احتمالی در مسیر رستگاری. طرح ماهیت جبران کننده توبه و موضوع توبه مکرر به عنوان راهبردی برای مواجهه با چالش های التزام به پرهیز گاری.	بحث گروهی درباره راهبردهای پیشگیری از عود و شناسایی موقعیت های آسیب زا و موانع در اجرای نقشه رشد دینی و راهبردهای غلبه بر آن. تبیین اهمیت و ضرورت استغفار و توبه در مسیر رستگاری. طرح موضوع استغفار و توبه به عنوان راهبردی دینی برای ترمیم و جبران شکست های احتمالی در مسیر رستگاری از طریق شواهد دینی، بحث گروهی و مناجات، و تأکید بر ضرورت توبه مکرر در صورت مواجهه مکرر با چالش ها و شکست ها با استفاده از آموزه های دینی.
آسیب شناسی رشد دینی		

از خطاهای شناختی در مرحله هدف‌گزینی (تعریف نقطه مطلوب) اصلاح می‌شوند. مفهوم خسران نیز در دو سطح دنیوی (معیشت ضنک) و اخروی به‌عنوان نقطه مقابل فلاح و به‌منظور تقویت انگیزه از طریق اجتناب از خسران، برای حرکت به سوی فلاح و همچنین برجسته کردن اهمیت دستیابی به وضعیت مطلوب مطرح می‌شود. در این راستا، تجارب ناخوشایند روان‌شناختی و حتی معنوی ناشی از کشمکش‌های دینی در قالب خسران دنیوی (معیشت ضنک) بازتعریف می‌شود.

در جلسه دوم با توجه به هدف‌های مطلوب ترسیم‌شده و فاصله آن با وضعیت موجود ارزیابی شده، مسیر رسیدن به این اهداف با محوریت مفهوم تقوا (پرهیزگاری) و چالش‌ها و آسیب‌های احتمالی آن مورد بحث قرار می‌گیرد. از آن جا که التزام کامل به پرهیزگاری به معنای پایبندی به بایدهای دینی و فضایل اخلاقی و همچنین پرهیز از نبایدهای دینی و رذایل اخلاقی، یک از اصلی‌ترین مقولات چالش برانگیز در افراد دارای احساس گناه است، بازتعریف مفهوم پرهیزگاری و همچنین بررسی و آسیب‌شناسی باورهای رایج در این زمینه بر اساس آموزه‌های دینی از طریق تبیین آسیب‌پذیری و محدودیت‌های انسان در التزام تمام و کمال به پرهیزگاری و همچنین جایگزینی انتظارات واقع‌بینانه در این زمینه می‌تواند بخش دیگری از خطاهای شناختی افراد درباره مسیر رسیدن به اهداف را اصلاح کند و به افزایش پذیرش خود و خودکارآمدی و در نتیجه کاهش احساس گناه فرد منجر شود.

در جلسه سوم، برنامه‌ای عملی برای موفقیت بیشتر در رسیدن به اهداف فردی در نظر گرفته شده است. ویژگی‌های عملیاتی و کاربردی این برنامه علاوه بر تسهیل‌گری در مرحله رفتاری، در تکمیل و تقویت مراحل انگیزشی نیز تأثیرگذار است. همچنین، در این بخش با تبیین و تأکید بر همراهی و یاری‌گری خداوند در فرایند تغییر، امیدواری فرد برای موفقیت در مسیر تغییر و در نتیجه انگیزه وی برای اقدام، تقویت می‌شود.

طبیعتاً، افراد در اجرای این برنامه با چالش‌هایی مواجه خواهند شد و ناکامی‌هایی را تجربه خواهند کرد. بنابراین، در گام چهارم (جلسه چهارم) به آسیب‌شناسی اجرای این برنامه و بررسی موانع احتمالی پرداخته می‌شود. مفاهیم توبه و استغفار در قالب پیشنهادهایی که دین برای مواجهه با این آسیب‌ها، موانع و ناکامی‌ها

دارد، معرفی و مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند. در این گام با معرفی مفهوم توبه به‌عنوان راهکاری جبران‌کننده برای خطاکاری انسان، نگرانی افراد مبتلا به احساس گناه مبنی بر محرومیت از رسیدن به رستگاری به‌سبب خطاهایی که مرتکب شدند، برطرف می‌شود. همچنین، مداخله‌بازسازی تصحیح‌نگرش فرد را درباره‌امکان جبران و پذیرا بودن خداوند نسبت به بازگشت بندگان به‌عنوان هدف اصلی جلسه چهارم در دستور کار خود دارد.

پس از مفهوم‌سازی محتوای الگوی بازسازی دینی، محتوای مداخله و فرم ارزیابی روایی محتوایی به ۱۰ روان‌شناس - که با مباحث اسلامی نیز آشنایی داشتند - ارائه شد. از این تعداد، ۸ نفر از کارشناسان درباره‌ی روایی محتوای مداخله در دو سطح «محتوا» و «استنادات دینی»، نظر مکتوب خود را اعلام کردند. همچنین، برای هر کدام از کارشناسان جلسه مصاحبه دو ساعته‌ای ترتیب داده شد تا نظرات و پیشنهادات خود را به تفصیل بیان کنند. این فرایند باعث شد تا مداخله حاضر روایی محتوایی بالایی یابد.

در ارزیابی مکتوب هماهنگی محتوا با اهداف، ۸۷ درصد محتوا در سطح عالی و خیلی خوب (۴۳ درصد عالی و ۴۴ درصد خیلی خوب) با اهداف ارائه‌شده، هماهنگ ارزیابی شد. ۱۳ درصد مواردی که خوب، متوسط یا ضعیف ارزیابی شدند، مورد بررسی قرار گرفتند و اصلاحات لازم انجام شد. در ارزیابی مکتوب استنادات دینی، استنادات دینی ۸۸ درصد محتوا در سطح عالی و خیلی خوب (۴۷ درصد عالی و ۴۱ درصد خیلی خوب) ارزیابی شد. ۱۲ درصد مواردی که خوب، متوسط یا ضعیف ارزیابی شدند، مورد بررسی قرار گرفت و اصلاحات لازم انجام شد.

### یافته‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش شبه‌آزمایشی تکرارشونده است. برای تعیین اثربخشی مداخله بازسازی دینی بر افزایش سلامت روانی، از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری استفاده شد. همچنین، آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر در مواردی که توان آزمون تحلیل کواریانس کمتر از حد انتظار بود و در بررسی پیگیری به‌علت عدم حضور گروه گواه، به کار برده شد.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش

گروه نمرات	آزمایش		گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون DASS	۲۸/۴۰	۹/۲۰	۱۳/۸۹	۸/۲۵
پس‌آزمون DASS	۲۰/۴۰	۱۴/۷۲	۹/۷۹	۷/۱۱
پیگیری DASS	۱۵/۱۵	۱۱/۲۵	-	-
پیش‌آزمون ریف	۱۳۸/۳۲	۱۰/۹۶	۱۵۵/۵۹	۲۶/۵۰
پس‌آزمون ریف	۱۴۸/۸۰	۱۵/۸۰	۱۵۹/۲۷	۲۷/۲۸
پیگیری ریف	۱۵۰/۹۲	۵/۲۲	-	-
پیش‌آزمون کمال‌گرایی	۶۶/۱۲	۱۴/۸۱	۷۶/۴۸	۱۴/۸۶
پس‌آزمون کمال‌گرایی	۵۰/۶۰	۱۹/۷۰	۷۶/۷۷	۲۰/۶۱
پیگیری کمال‌گرایی	۵۹/۴۸	۱۱/۵۴	-	-
پیش‌آزمون وسواس	۵۶/۸۵	۱۱/۷۴	۴۶/۸۳	۱۵/۰۷
پس‌آزمون وسواس	۵۴/۲۴	۱۰۱/۷۱	۴۲/۵۵	۱۲/۷۸
پیگیری وسواس	۴۰/۸۰	۶/۹۰	-	-

آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه گروه‌ها در پس‌آزمون از لحاظ اثر هم‌پوشی نمرات خرده‌مقیاس‌های آزمون DASS (افسردگی، اضطراب، و استرس)، با کنترل پیش‌آزمون، تغییر معناداری را در نیم‌رخ‌های کلی پس‌آزمون نشان می‌دهد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳ تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه گروه‌ها از لحاظ خرده‌مقیاس‌های آزمون DASS

اثر	مقدار	F	فرضیه df	خطای df	سطح معناداری	توان آزمون
اثر پیلائی	۰/۶۵	۴/۳۵	۳/۰۰	۷/۰۰	۰/۰۵	۰/۶۲
لاندا و یلکس	۰/۳۴	۴/۳۵	۳/۰۰	۷/۰۰	۰/۰۵	۰/۶۲
اثر هتلینگ	۱/۸۶	۴/۳۵	۳/۰۰	۷/۰۰	۰/۰۵	۰/۶۲
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۸۶	۴/۳۵	۳/۰۰	۷/۰۰	۰/۰۵	۰/۶۲

برای بررسی تغییرات در هر کدام از خرده‌مقیاس‌های آزمون DASS، آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری اجرا شد که تغییر معناداری در خرده‌مقیاس‌ها به تنهایی مشاهده نشد. نمرات میانگین تعدیل شده در جدول ۴ ماهیت تغییر معنادار نیم‌رخ کلی را که در جهت فرضیه پژوهش است، نشان می‌دهد. هر چند بهبود در خرده‌مقیاس‌ها به صورت معنادار مشاهده نشده؛ اما بر اساس داده‌های این جدول، نمرات میانگین تعدیل شده در تمام خرده‌مقیاس‌ها، در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بهبود یافته است.

جدول ۴ مقایسه میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون در خرده‌مقیاس‌های آزمون DASS

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	انحراف معیار
افسردگی پس‌آزمون	آزمایش	۳/۵۰	۰/۵۵
	گواه	۳/۶۰	۰/۳۸
اضطراب پس‌آزمون	آزمایش	۲/۲۸	۰/۸۳
	گواه	۳/۷۳	۰/۵۷
استرس پس‌آزمون	آزمایش	۵/۳۱	۰/۸۷
	گواه	۷/۶۲	۰/۵۹

همچنین، آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری برای مقایسه گروه‌ها بر اثر هم‌پوشی خرده‌مقیاس‌های آسایش روان‌شناختی (خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، رابطه مثبت با دیگران، زندگی هدفمند، و پذیرش خود) اجرا شد. بر اساس نتایج این آزمون، تفاوت معناداری در نیم‌رخ‌های کلی آسایش روان‌شناختی گروه آزمایش و گروه گواه مشاهده نشد. برای بررسی وضعیت هر کدام از خرده‌مقیاس‌های آسایش روان‌شناختی، آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری اجرا شد. بر اساس نتایج این آزمون - که در جدول ۵ گزارش شده است - در خرده‌مقیاس‌های هدفمندی و رشد شخصی، تغییر معناداری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه دیده می‌شود.



جدول ۵ تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای مقایسه گروه‌ها از لحاظ خرده‌مقیاس‌های آزمون آسایش روان‌شناختی

منبع	متغیر وابسته	نوع سوم مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	توان آزمون
	خودکارآمدی	۱۴/۴۹	۱	۱۴/۴۹	۳/۳۷	۰/۱۱	۰/۳۴
	پس‌آزمون	۸/۶۴	۱	۸/۶۴	۱/۱۹	۰/۳۱	۰/۱۵
	تسلط پس‌آزمون	۵۴/۲۴	۱	۵۴/۲۴	۴۶	۰/۰۱	۰/۸۳
گروه	رشد پس‌آزمون	۰/۹۶	۱	۰/۹۶	۱۲		
	رابطه پس‌آزمون	۴۲/۹۰	۱	۴۲/۹۰	۰/۱۶	۰/۷۰	۰/۰۶
	هدفمندی پس‌آزمون	۱۶/۳۱	۱	۱۶/۳۱	۹/۹۸	۰/۰۲	۰/۷۵
	پذیرش پس‌آزمون				۱/۱۲	۰/۳۳	۰/۱۴

هرچند در اثر هم‌پوشی خرده‌مقیاس‌های آسایش روان‌شناختی میان گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار مشاهده نشد؛ اما بر اساس جدول ۵، هر کدام از خرده‌مقیاس‌های رشد شخصی و زندگی هدفمند پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تغییر معناداری را به صورت مستقل در پس‌آزمون نشان می‌دهند. برای مشخص شدن ماهیت این تفاوت، میانگین‌های تعدیل‌شده گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶ مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون در خرده‌مقیاس‌های آسایش روان‌شناختی

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل‌شده	انحراف معیار
رشد شخصی پس‌آزمون	آزمایش	۳۳/۱۰	۱/۳۲
	گواه	۲۶/۵۳	۰/۸۶
زندگی هدفمند پس‌آزمون	آزمایش	۳۱/۳۲	۰/۸۳
	گواه	۴۸/۶۲	۰/۵۷

همانطور که مشاهده می‌شود در هر دو خرده‌مقیاس رشد شخصی و هدفمندی، میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بالاتر از گروه گواه است؛ یعنی پس از خنثی شدن تفاوت اولیه گروه‌ها در نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری در این دو خرده‌مقیاس آسایش روان‌شناختی، در جهت فرضیه پژوهش در مرحله پس‌آزمون وجود دارد.

جدول ۷ آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تغییرات نمرات مقیاس کمال‌گرایی در سه وهله زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

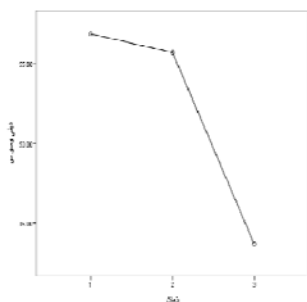
معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع واریانس	
۰/۰۳	۸/۸۵	۹۵۲/۵۶	۱	۹۵۲/۵۶	پس‌آزمون - پیش آزمون	زمان
۰/۹۳	۰/۰۰	۱/۱۲	۱	۱/۱۲	پیگیری - پس‌آزمون	
		۱۰۷/۵۲	۵	۵۳۷/۶۰	پس‌آزمون - پیش‌آزمون	خطا (زمان)
		۱۴۳/۳۵	۵	۷۱۶/۷۴	پیگیری - پس‌آزمون	

جدول ۸ آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تغییرات نمرات مقیاس وسواس دینی در سه وهله زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

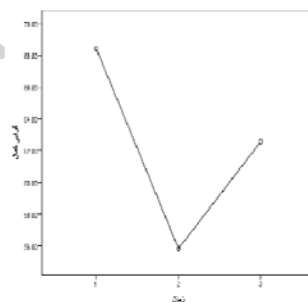
معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع واریانس	
۰/۶۹	۰/۱۶	۸/۲۹	۱	۸/۲۹	پس‌آزمون - پیش‌آزمون	زمان
۰/۰۱	۱۱/۶۷	۹۵۶/۳۴	۱	۹۵۶/۳۴	پیگیری - پس‌آزمون	
		۴۹/۲۳	۵	۲۴۶/۱۶	پس‌آزمون - پیش‌آزمون	خطا (زمان)
		۸۱/۸۹	۵	۴۰۹/۴۹	پیگیری - پس‌آزمون	

برای بررسی تغییرات در نمرات مقیاس‌های کمال‌گرایی و وسواس دینی، آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری اجرا شد که تغییر معناداری در نتایج این آزمون مشاهده نشد؛ اما از آنجا که توان این آزمون در بررسی تغییرات این دو مقیاس و با توجه به پایین بودن حجم نمونه، کم بود، برای اطمینان از بررسی اثربخشی مداخله، آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر نیز اجرا شد که نتایج آن در جدول ۷ در مورد کمال‌گرایی و در جدول ۸ در مورد وسواس دینی گزارش شده است.

همانطور که در جدول‌های ۷ و ۸ نشان داده شده است، تغییر در نمرات کمال‌گرایی در وهله زمانی پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و در نمرات وسواس دینی در مرحله پس‌آزمون تا پیگیری به صورت معنادار مشاهده می‌شود. ماهیت این تغییر در شکل ۱ برای کمال‌گرایی و در شکل ۲ برای وسواس دینی نشان داده شده است.

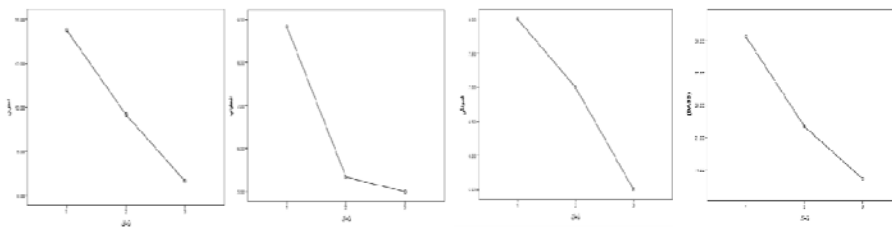


شکل ۲ وسواس دینی



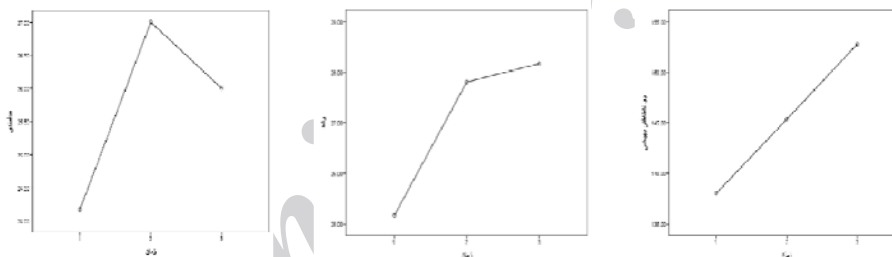
شکل ۱ کمال‌گرایی

یک ماه پس از اتمام مداخله و پس‌آزمون، آزمون پیگیری صرفاً برای گروه آزمایش اجرا شد. به علت محدودیت‌های موقعیتی متأسفانه پیگیری از گروه گواه امکان‌پذیر نبود. به همین دلیل برای بررسی نتایج پیگیری از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در سه وهله زمانی استفاده شد که نتایج تحلیل داده‌های مربوط به گروه آزمایش را در سه وهله زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، نشان می‌دهد. برای اجتناب از تعدد جدول‌ها، نتایج پیگیری صرفاً از طریق نمودار گزارش شده است. همچنین، پیگیری متغیرهای کمال‌گرایی و وسواس پیش‌تر گزارش شد.



شکل ۳ DASS      شکل ۴ افسردگی      شکل ۵ اضطراب      شکل ۶ استرس

چنانکه مشاهده می‌شود، علاوه بر نمره کلی آزمون (DASS) در هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها نیز نه تنها اثر مداخله باقی مانده و عود وجود نداشته؛ بلکه روند بهبود تا زمان پیگیری ادامه یافته است. همچنین این بهبود از زمان پس‌آزمون تا پیگیری در نمره کلی آزمون (DASS) معنادار نیز بوده است ( $F=6,583$   $df=1$   $P<0,05$ ).



شکل ۷ آسایش روان‌شناختی      شکل ۸ رشد شخصی      شکل ۹ هدفمندی

همان‌طور که مشاهده می‌شود، در نتایج پیگیری آسایش روان‌شناختی، نه تنها اثر مداخله باقی مانده و عود وجود نداشته؛ بلکه به‌جز خرده‌مقیاس هدفمندی، روند بهبود از زمان پس‌آزمون تا پیگیری ادامه یافته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر دو هدف عمده داشت: هدف نخست، طراحی یک مداخله کوتاه‌مدت روانی معنوی مبتنی بر الگوی بازسازی دینی با محوریت کشمکش‌های دینی درون‌فردی، و هدف دوم، بررسی اثربخشی آن بر مؤلفه‌های مثبت و منفی سلامت روان و همچنین

احساس گناه دینی بود. فرضیه ما در این پژوهش این بود که مشارکت کنندگان در این مداخله در هر دو بُعد آسیب‌شناختی و مثبت سلامت روان و همچنین متغیرهای کمال‌گرایی و وسواس دینی بهبود نشان خواهند داد و این بهبود دست کم تا ۴ هفته دوام خواهد داشت. در مجموع، هم کارشناسان و هم مشارکت کنندگان ارزیابی مثبتی نسبت به چگونگی مداخله حاضر داشتند، و هم نتایج پژوهش از فرضیه‌های مورد نظر حمایت کرد.

تغییر معنادار در نیم‌رخ کلی نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس در راستای فرضیه پژوهش مشاهده شد. همچنین تا زمان پیگیری نه‌تنها عود وجود نداشت؛ بلکه روند بهبود در نمره کلی به‌صورت معنادار ادامه یافت. در تمام خرده‌مقیاس‌ها نیز نه‌تنها عود مشاهده نشد؛ بلکه روند بهبود ادامه یافت. تبیین این تغییر معنادار حتی پس از اتمام مداخله را می‌توان به یکی از این دو عامل یا هر دو آن‌ها نسبت داد. عامل اول، کوتاه‌مدت بودن مداخله و کم بودن تعداد جلسات و عامل دوم، اهمیت گذر زمان برای جاری شدن آموزه‌ها و تکنیک‌های مداخله در تجربیات روزمره و درونی شدن مفاهیم است. این تبیین درباره نتایج پیگیری سایر متغیرهایی که بهبود آن‌ها در وهله پس‌آزمون تا پیگیری ادامه می‌یابد نیز سودمند است.

در بررسی‌های مربوط به آسایش روان‌شناختی، مشارکت کنندگان در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه رشد بیشتری را در دو خرده‌مقیاس هدفمندی و رشد شخصی نشان دادند؛ اما افزایش نمره کلی آسایش روان‌شناختی به‌صورت معنادار مشاهده نشد. منظور از هدفمندی در زندگی، داشتن هدف و جهت در زندگی، معنی داشتن زندگی گذشته و حال و اعتقاد و باور به ارزش و معنای زندگی است و رشد شخصی به معنای داشتن احساس رشد مستمر، تلقی خود به‌عنوان موجودی رشدیابنده و تغییر به گونه‌ای است که نشان‌دهنده افزایش کارآمدی و دانش شخصی است (ریف، ۱۹۸۹، به نقل از میکائیلی، ۱۳۸۹). با توجه به اهداف کلی جلسات مداخله که دقیقاً در جلسه اول، هدفمندی زندگی و در جلسه سوم، نقشه رشد دینی است، تغییر در این دو خرده‌مقیاس مورد انتظار بوده است؛ زیرا در جلسه اول اساساً به هدف‌گزینی و بازشناسی اهداف و بحث درباره زوایای مختلف این موضوع پرداخته می‌شود و در تکالیف فردی، مشارکت کنندگان به بازشناسی و دسته‌بندی اهداف خود تشویق می‌شوند. بر این اساس، احساس هدفمندی در آن‌ها افزایش می‌یابد. همچنین، در جلسه سوم با طراحی و اجرای نقشه رشد دینی و موفقیت نسبی که معمولاً مشارکت کنندگان در اجرای برنامه خود تجربه می‌کنند، خود کارآمدی فرد افزایش

پیدا کرده و تجربه تغییر به خصوص در زمینه‌ای که فرد قبلاً درباره آن دچار کشمکش بوده است به افزایش حس رشد شخصی منجر می‌شود. البته با مباحثی که درباره تعدیل انتظارات کمال‌گرایانه و محدودیت‌های التزام به پرهیزگاری در جلسات طرح شده بود، افزایش سطح پذیرش خود نیز مورد انتظار بود؛ اما در این زمینه تغییر معناداری مشاهده نشد. به نظر می‌رسد انتظارات و نگرش‌های کمال‌گرایانه به اندازه‌ای در ساختار شناختی و شخصیتی ریشه دوانیده است که مشاهده تغییر معنادار پیامدهای ناشی از تعدیل یا تغییر آن در یک مداخله کوتاه‌مدت امکان‌پذیر نیست. انتظار تغییر در سایر خرده‌مقیاس‌های آسایش روان‌شناختی با اهداف و محتوای جلسات تناسبی نداشت.

توجه به ابعاد شخصیتی کمال‌گرایی به تبیین روند تغییر در نمرات این متغیر نیز کمک می‌کند. اصلاح خطاهای شناختی کمال‌گرایانه در هدف‌گزینی و همچنین تعدیل انتظارات کمال‌گرایانه در التزام به پرهیزگاری (جلسات اول و دوم مداخله) به تعدیل این نگرش‌ها و انتظارات طی اجرای جلسات منجر شده است (همچنان که این بهبود در شکل ۱ نمایان است)؛ اما پس از اتمام جلسات، بازگشت بسیاری مشاهده می‌شود. به نظر می‌رسد اصلاح جنبه‌های شناختی گرایش‌های کمال‌گرایانه هرچند ممکن است در کوتاه‌مدت به بهبود نموده‌های این سازه شخصیتی بینجامد؛ اما احتمالاً مداخلات کوتاه‌مدت در این زمینه پیامدهای پایدار نخواهند داشت.

تجربه شکست در مسیر پرهیزگاری ممکن است ایجاد پریشانی و درماندگی کند؛ اما الزاماً یک ترس افراطی که بر دیگر زمینه‌های رفتار دینی سایه افکند، ایجاد نمی‌کند. از این رو، وسواس دینی ممکن است پیامد افراطی شکست در مسیر پرهیزگاری باشد (آنو، ۲۰۰۵). توبه به عنوان مفهوم محوری الگوی بازسازی دینی، اصلی‌ترین راهبرد برای مقابله با این نشانگان است. در جلسه چهارم مداخله، به مفهوم توبه و ماهیت جبران‌کننده آن در مواجهه با چالش‌های التزام به پرهیزگاری و شکست‌های مسیر رستگاری، پرداخته شده است. بر این اساس بهبود معنادار مشاهده‌شده در نمرات وسواس دینی پس از اتمام مداخله تا وهله پیگیری قابل تبیین است.

بر اساس پژوهش‌ها، دین از ۱۵ روش (پارک و اسلتری، ۲۰۱۳) بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد: حمایت اجتماعی، هویت اجتماعی، هدایتگری زندگی، بخشایش، روابط مثبت با خدا، حس تعالی، منابع / راهبردهای مقابله‌ای، اعمال دینی، عاطفه مثبت و منفی، حس معنا، تنظیم هیجانی، باور به جهان آخرت، اسنادها/ تفاسیر منفی دینی، تعاملات

اجتماعی منفی دینی، ادراک تناقض میان درمان‌های روان‌شناختی و آموزه‌های دینی. مداخله حاضر نیز - که مبتنی بر الگوی نظری بازسازی دینی و با محوریت مفهوم توبه طراحی شده است - از طریق چندین سازوکار روان‌شناختی به مقابله با کشمکش‌های دینی می‌پردازد:

الف) مداخله بازسازی دینی، «احساس گناه سالم» را جایگزین احساس گناه ناسالم می‌کند. از مجموع پژوهش‌هایی که در حیطه احساس گناه انجام شده است (اکسلاین و رز، ۲۰۰۵) می‌توان نتیجه گرفت که افراد دارای احساس گناه ناسالم دارای ویژگی‌هایی مانند خودکارآمدی پایین، تصور منفی از خود، کمال‌گرایی، غلبه الگوهای وسواس‌بی‌اختیاری در دین‌ورزی، تصور خدای تنبیه‌گر هستند. مداخله بازسازی برای رفع این آسیب از سویی به تعدیل نگرش‌های کمال‌گرایانه به‌عنوان هدف اصلی جلسه دوم، می‌پردازد. مداخله بازسازی دینی با ارائه مبانی چهارگانه محدودیت‌های نفس انسان، تدریجی بودن ایمان، ذمراتب بودن ایمان، و همچنین متغیر بودن حالات معنوی انسان، و استفاده از شواهد متعدد شامل آیات، روایات و حکایات و در قالب بحث گروهی و انجام تکالیف، می‌کوشد تا پذیرش فرد نسبت به امکان خطاکاری‌اش افزایش یابد. همچنین، مداخله بازسازی دینی نگرش فرد را نسبت به امکان جبران و پذیرا بودن خداوند نسبت به بازگشت بندگان به‌عنوان هدف اصلی جلسه چهارم در دستور کار خود دارد.

ب) مداخله بازسازی دینی نگاه انسان را به توانمندی‌هایش «تعدیل» می‌کند. خداوند در قرآن در آیات متعدد به آسیب‌پذیری انسان، و محدودیت‌های متعددی که در التزام تمام و کمال به پرهیزگاری دارد، اشاره کرده است. بر اساس متون دینی، تحقق استعدادهای متعالی انسان، فرایندی تدریجی و زمان‌بر، و مستلزم تجربه است و در این تجربه کردن، بی‌تردید متحمل شکست‌هایی خواهد شد. مهم این است که فرد انتظار معجزه برای رسیدن یک‌شبه به بالاترین مراتب ایمان و تقوا را نداشته باشد و از شکست‌هایی که با آن‌ها مواجه می‌شود صرفاً درس بگیرد و از آن‌ها عبور کند (تبیك، زیر چاپ).

ج) مداخله بازسازی دینی سبب افزایش «خودکارآمدی و احساس تسلط» انسان می‌شود. بر اساس آیات قرآن، آغازگر و پایان‌گر فرایند تحقق توبه انسان، خداوند است؛ به این معنا که پس از آنکه خداوند بارقه‌هایی از تغییر و تحول را در یک انسان می‌بیند به او رو می‌کند (خداوند به سوی بنده، توبه (بازگشت) می‌کند). در گام بعدی، این بنده است که

پس از توبه‌خداوند به او، به سوی خداوند توبه می‌کند و روی می‌آورد. در گام بعد، باز هم خداوند است که به سوی عبد توبه می‌کند و عذر خطای او را می‌پذیرد. بنابراین، توبه‌عبد متضمن دو توبه‌خداوند است: «توبه قبل از توبه‌عبد» و «توبه بعد از توبه‌عبد». بنابراین، توفیق و مدد الهی یکی از اصلی‌ترین عوامل تحقق توبه است. توجه به این توفیق الهی سبب توان‌افزایی بنده برای سپری کردن فرایند توبه است. به تعبیر دیگر، احساس کارآمدی فرد برای انجام فعل توبه بالا می‌رود. افراد با احساس کارآمدی بالا در توانایی خود برای اثرگذاری بر رخدادها تردید به خود راه نمی‌دهند و تلاش‌های خود را بیهوده نمی‌دانند. دین‌دارانی که احساس کارآمدی بالایی دارند در مواجهه با مشکلات دینی پخته‌تر و سالم‌تر برخورد می‌کنند و امیدوارانه در پی حل آن مشکل برمی‌آیند (تیبیک، زیر چاپ).

د) فرایند بازسازی دینی «امید» را در دل انسان زنده نگه می‌دارد. به باور اندیشمندان دینی (علامه طباطبایی، ۱۳۷۸: ۳۹۴/۴) توبه یگانه‌درمان یأس و ناامیدی است. یکی از فواید توبه (به‌عنوان اصلی‌ترین مفهوم در مداخله بازسازی دینی) این است که روح امید را در دل گنهکاران زنده نگه می‌دارد، و به هیچ وجه دچار نومیدی و خمودی و رکود نمی‌شوند. رعایت تعادل میان ترس از خداوند و امید به رحمت الهی یکی از مهم‌ترین اصول مورد تأکید دین اسلام است که در آیات و روایات متعدد بر ضرورت و اهمیت رعایت آن تصریح شده است.

در این پژوهش، مشارکت‌کنندگان از ابتدا سطوح نسبتاً پایین پریشانی و سطوح نسبتاً بالای پختگی معنوی را دارا بودند. این موضوع سبب شد تا تغییر در برخی از متغیرهای پژوهش را به وضوح نشان ندهند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، افراد آسیب‌پذیرتر در زمینه کشمکش‌های دینی در مداخله شرکت داده شوند. اگرچه نمونه این پژوهش از نظر سن و تحصیلات نسبتاً متنوع بودند؛ اما همه آن‌ها ساکن شهر قم و تقریباً همه از خانواده‌های طلبه بودند که احتمالاً شباهت‌هایی در نوع و سطح دین‌داری افراد را به دنبال خواهد داشت. همچنین، تمام مشارکت‌کنندگان در این پژوهش زنان متأهل بودند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از نمونه‌های متنوع‌تری حداقل به لحاظ جنسیت و نوع و سطح دین‌داری استفاده شود. به دلیل محدودیت‌های زمانی این پژوهش و اینکه گروه گواه بعد از اجرای پس‌آزمون در مداخله شرکت داده شدند، اجرای پرسش‌نامه برای پیگیری بر روی گروه گواه امکان‌پذیر نبود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این محدودیت مورد ملاحظه قرار گیرد و برای آن چاره‌جویی شود.



همچنین، در بیشتر متغیرهای این پژوهش روند بهبود تا مرحله پیگیری ادامه داشته است و بررسی نمودارها نشان می‌دهد که احتمالاً این بهبود تا بعد از پیگیری یک ماهه هم به سرعت ادامه پیدا کند. پیشنهاد می‌شود برای بررسی کامل اثربخشی مداخله، پیگیری سه ماهه و شش ماهه نیز در نظر گرفته شود. هرچند محتوای این مداخله را هم کارشناسان و هم مشارکت کنندگان ارزیابی کرده‌اند؛ اما تعیین مؤلفه‌های تأثیرگذارتر در این برنامه پیچیده و مشکل است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این مداخله با مداخلات سکولار مانند درمان‌های شناختی-رفتاری برای بهبود وسواس و کمال‌گرایی مقایسه شود تا تأثیرات خاص آموزه‌های دینی در مقایسه با آموزه‌های غیردینی مورد آزمون قرار گیرد.

## منابع

قرآن کریم.

- تبیك، م. (زیر چاپ). بازسازی دینی: رویکردی روان‌شناختی به توبه. قم: پژوهشگاه قرآن و حدیث. طباطبایی، م. (۱۳۷۵ق). المیزان. ترجمه م. موسوی همدانی (۱۳۷۸)، قم: دفتر انتشارات اسلامی جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
- فتحی، ع.، و داستانی، م. (۱۳۹۳). آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت.
- میکائیلی منبع، ف. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی بهزیستی روان‌شناختی ریف در بین دانشجویان دانشگاه ارومیه. *روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ۱۸، ۱۴۳-۱۶۵.
- Abramowitz, J. S., Huppert, J. D., Cohen, A. B., Tolin, D. F., & Cahill, S. P. (2002). Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: The Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). *Behaviour Research and Therapy*, 40, 825-838.
- Aghababaei, N., Blachnio, A., Arji, M., Chiniforoushan, M., & Mohammadtabar, S. (2015). The relations among well-being outcomes, religiosity, and personality. *Polish Psychological Bulletin*, 46(3), 460-468.
- Ano, G. G. (2005). *Spiritual struggles between vice and virtue: A brief psychospiritual intervention*. Unpublished doctoral dissertation, Bowling Green State University.
- Exline, J. J. (2002). Stumbling blocks on the religious road: Fractured relationships, nagging vices, and the inner struggle to believe. *Psychological Inquiry*, 13, 182-189.
- Exline, J. J. (2013). Religious and spiritual struggles. In I. Pargament (Editor-in-Chief), J. J. Exline, & J. W. Jones (Associate Eds.) (Eds.). *APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality*. (Vol. 1: Context, theory, and research; pp. 459-475). Washington, DC: American Psychological Association.
- Exline, J. J., & Rose, E. (2005). Religious and spiritual struggles. In R. Paloutzian & C. Park (Eds.). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. (pp. 295-314). New York: Guilford Press.

- Exline, J. J., & Rose, E. D. (2013). Religious and spiritual struggles. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. (2nd ed., pp. 380–398). New York: Guilford Press.
- Exline, J. J., Yali, A. M., & Sanderson, W. C. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, *56*, 1481–1496.
- Gallagher, M. W. (2009). Well-being. In S. Lopez (Eds.). *The Encyclopedia of Positive Psychology*. (pp. 1030–1036). Chichester, England: Blackwell.
- Kennedy, S. M. (1999). *Religious perfectionism: A first step toward conceptualization and measurement*. Unpublished Doctoral Dissertation, Pennsylvania State University.
- Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.). *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-lived*. (pp. 293–312). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, L. M., & Michalec, B. (2009). Mental health. In S. Lopez (Eds.). *The Encyclopedia of Positive Psychology*. (pp. 614–617). Chichester, England: Blackwell.
- Nelson, J. M. (2010). *Psychology, Religion, and Spirituality*. New York: Springer.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(4), 519–543.
- Park, C. L., & Slattery, J. M. (2013). Religion and spirituality and mental health. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. (2nd ed.; pp. 240–259). New York: Guilford Press.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1069–1081.