

## ارزیابی «تحول روانی - معنوی» در درمانگری مراجعان مذهبی

دکتر مسعود جانبزرگی\*

دکتو حسین فاکر\*\*

امین جانبزرگی\*\*\*

### چکیده

هدف پژوهش این است که جایگاه «ارزیابی تحول روانی - معنوی» در درمانگری مراجعان مذهبی را معلوم و ابزار سنجش آن را معرفی نماید و رابطه تحول روانی معنوی با سلامت روان را نیز بررسی کند.

به این منظور، معیارهای تشخیصی «تحول روانی - معنوی»، تنظیم و برای سنجش آن، ابزاری عینی تدارک دیده شد. سپس برای مطالعه اولیه بر روی تعداد ۲۲۴ نفر از دانشجویان مقطع لیسانس اجرا گردید. هم‌مان برای بررسی سلامت عمومی روانی از پرسشنامه "GHQ" و برای بررسی روابی ملاک از پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آپورت استفاده شد.

نتایج نشان داد که پرسشنامه سنجش تحول روانی معنوی از اعتبار و روابی مطلوبی برخوردار است. همچنین رابطه مثبت معناداری بین سلامت روانی و مراحل تحول روانی معنوی به دست آمد.

استفاده از این ابزار برای مراجعان مذهبی به ارزیابی نسبتاً دقیق از نشانه‌های مربوط به «تحول روانی - معنوی» منتهی شده و به تشخیص آسیب‌دیدگی روانی - معنوی عمقی فرد، کمک می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** تحول روانی معنوی، درمانگری مذهبی، مراجعان مذهبی، آسیب‌شناسی روانی معنوی

Email: Masuodjan@yahoo.com

\* عضو هیئت علمی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

\*\* عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم

\*\*\* طلبه حوزه علمیه قم

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۵/۳۰ تاریخ تأیید: ۹۰/۰۸/۳

## مقدمه

توجه به معنویت مراجع، به عنوان یک بعد اساسی نظام روان‌شناختی او، همواره در زمرة موضوع‌های بحرانی در روان‌درمانگری مطرح بوده است. برخلاف برخی از روان‌درمانگران بزرگی، مانند فروید و الیس، امروزه بر این باور تأکید می‌شود که مراجع نمی‌تواند برای دریافت خدمات روان‌شناختی بعدِ معنوی خود را پشت در اتاق درمانگر بگذارد (پارگامن، ۲۰۰۷). از این نیز فراتر، مطالعات اخیر نشان می‌دهد که معنویت بدون مذهب هم در درمان مشکلات روان‌شناختی پاسخگو نیست و مذهب به عنوان هسته اصلی معنویت، نقش بنیادینی برای حل بسیاری از مسائل انسان‌ها دارد. تا آنجا که امروزه از مداخله‌های «مذهبی، معنوی»،<sup>۱</sup> به عنوان یکی از مداخله‌های طب مکمل/جایگزین،<sup>۲</sup> استفاده می‌شود و تأثیر معنادار آن را حتی برای کمک به بیماران مزمنی، مانند سرطانی‌ها، بسیار آزموده‌اند (برادی و دیگران، ۱۹۹۹؛ هشائو و دیگران، ۲۰۰۸؛ گلدوستاین و دیگران، ۲۰۰۸؛ گانسلر و دیگران، ۲۰۰۸؛ گاسیلث و ویکرز، ۲۰۰۵؛ پترمن و دیگران، ۲۰۰۲؛ مایتکو و نایت، ۱۹۹۹؛ مارتز و دیگران، ۲۰۰۸؛ لیوین و دیگران، ۲۰۰۹؛ ویتفرد و دیگران، ۲۰۰۸؛ پیوالا و دیگران، ۲۰۰۶).<sup>۳</sup> سلامتی معنوی و مداخله مذهبی - معنوی، به عنوان یکی از مؤلفه‌های درمانی مهم در بیماری‌های مزمن و سخت شناخته شده است. کرامر و دیگران (۲۰۱۱)، با تأکید بر این مطلب، سه جنبه این درمان، یعنی «ایمان، آرامش و معناده‌ی» را بررسی کرده‌اند، که ایمان و معناده‌ی اهمیت ویژه‌ای داشته است. جرلیک، وال، کاروین و کوپمن (۲۰۱۱)، درمان یکپارچه روانی - معنوی را برای زنانی به کار برده‌اند که به سرطان سینه مبتلا بودند و دریافتند که آنها علاوه بر بهبودی از نظر افسردگی، خشم و خستگی، از نظر سلامتی جسمی،<sup>۴</sup> سلامتی هیجانی<sup>۵</sup> و سلامتی کنش‌وری،<sup>۶</sup> بهبودی معناداری یافته‌اند. علاوه بر آن، از نظر شخصیتی قوی‌تر شده‌اند و سلامتی معنوی (احساس معناداری و آرامش) بیشتری داشته‌اند. در این روش، محققان از جهان‌بینی، هدف‌یابی برای زندگی، معناده‌ی و تمرین‌های معنوی برای عبور از نشانه‌های بیماری بیشتر استفاده کرده‌اند. این مؤلفه‌های درمانی، به جنبه‌های روانی - معنوی افراد بیشتر مربوط است (پارک، ۲۰۰۷). در

1. religion/spirituality

2. Complementary-alternative methods

۳. مداخله‌های طب مکمل و جایگزین براساس مرکز بین‌المللی طب مکمل و جایگزین، گروهی از مداخله‌های متنوع و نظام‌های مراقبت بهداشتی، تمرین‌ها و غیره است که در حال حاضر، در پژوهشی مرسوم به آنها توجه نمی‌شود.

Complementary and Alternative Medicine National Center for (NCCAM, 2008)

4. physical well-being

5. emotional well-being

6. functional well-being

این تحقیق، محققان تلاش کرده‌اند که در شیوه درمانگری خود، تنظیم هیجانی<sup>۱</sup> و پذیرش معنایی<sup>۲</sup> را به کار ببرند. هرچند این شیوه نظریه خاصی ندارد؛ اما بر معنویت مذهبی تأکید بیشتری دارد، با سنت‌های مرسوم مذهبی سازگار است و مراجع تمرين‌ها را براساس مذهب خود تنظیم می‌کند.

بنابراین، امروزه توجه به مذهب در معنویت و نیز استفاده از مؤلفه‌های دینی و تمرين‌های مذهبی در قالب روان‌درمانگری، امری قابل قبول و مورد تأکید است. به جز درمان‌های تلفیقی مشکل محور، درمان‌های کلی نیز در قالب مذاهب بزرگ دنیا شکل گرفته‌اند. از آن جمله می‌توان به درمان‌های فراشخصی در چارچوب روان‌درمانگری انسانی‌نگر اشاره کرد (اشنايدر، ۲۰۰۲).

محققان مسلمان نیز فنون مذهبی اسلامی را به کار برده‌اند. محمد یوسف خالد<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) از یک روش درمانگری روانی - معنوی<sup>۴</sup> اسلامی برای درمان مبتلایان به اعتیاد استفاده کرد. او معتقد بود کسانی که به اعتیاد مبتلا می‌شوند، از خلاً معنوی در رنج هستند. در ایران نیز تلاش‌های ارزشمند علمی زیادی برای به کارگیری مؤلفه‌های مذهبی در سنجش و درمان مراجعان آسیب‌دیده صورت گرفته است که از آن جمله می‌توان به کار جلالی طهرانی (۱۹۹۶ و ۲۰۰۱) اشاره کرد. وی درمان زندانیان آسیب‌دیده را با پیگیری‌های دقیق و در فاصله زمانی بیش از ده سال در بالاترین طیف بهبودی قطعی، با توجه به چارچوب مذهب اسلام انجام داد.

داخله روان‌شناختی برای مراجعان مذهبی، به‌ویژه در کلینیک خصوصی و بیماران سرپایی، حساسیت بالایی دارد. اما هیچ‌یک از مداخله‌ها به ارزیابی سطح تحول روانی - معنوی<sup>۵</sup> مراجع نمی‌پردازد. گاهی مراجعان مذهبی، نشانه‌های خود را به زبان مذهبی بیان می‌کنند و به دلایل فرهنگی، نزدیک شدن به ساخت‌های مذهبی آنها برای بسیاری از روان‌شناسان کار آسانی نیست. در طول سال‌ها کار بالینی، بهخصوص با مراجعان مذهبی، برای این کار محقق داشتن دید تحولی در روان‌درمانگری (با وجود سخت و پیچیده شدن کار درمان) ضرورت دارد.

تحول‌نگری،<sup>۶</sup> درک پدیده‌ها را آسان و تعریف آنها را مشکل می‌کند؛ چرا که تعریف، باعث تعیین و تقید می‌شود و ادراک تحولی، هر پدیده‌ای را در جایگاه خود بررسی می‌کند.

1. emotional regulation

2. mindful acceptance

3. Muhammad Yusuf Khalid

4. psychospiritual therapy approach

5. psychos ritual development

6. developmentalism

نگاه صرفاً عینی‌نگر مستلزم از دست دادن تعامل و تقابل است. اگر ذهن انسان متحول می‌شود، معنای رفتارها نیز تغییر می‌کند (جان‌بزرگی، ۱۳۸۶). در این راستا، معنوت<sup>۱</sup> نیز به عنوان یک ساخت همواره دگرگون می‌شود و برخی این دگرگونی را تحت تأثیر تحول‌شناختی می‌دانند (جنیا، ۱۹۹۵). در فضای نگرش تحولی است که بهترین شکل تقابل،<sup>۲</sup> تعامل<sup>۳</sup> و خودراهبری اتفاق می‌افتد، درک همدلانه، امکان‌پذیر و مداخله معنادارتر می‌شود. اگر بتوان از بلوغ معنوی، همانند بلوغ عاطفی و شناختی یا حتی جسمی بحث کرد، می‌توان گفت کسانی که به این بلوغ دست می‌یابند، توسان کمتر و استواری یا ثبات هیجانی بیشتری دارند. اگر پذیریم که جستجوی معنوت، جستجوی موقعیتی فراتر از موقعیت کنونی فرد است و بسیاری از افراد از راه تأکید بر آرمان‌های معنوی می‌توانند بر عادت‌های محرّب و الگوهای رفتاری ناکارآمد خود غلبه کنند، باید پذیرفت که شناخت الگوهای تحول دین و ایمان فرد، مهم‌ترین راه موفقیت در درمانگری مبتنی بر مذهب به شمار می‌آید و شناسنامه را بیشتر و پیشگیری از بازگشت بیماری را هموارتر می‌کند.

تحول روانی- معنوی را در قالب تحول شخصیت می‌توان پیگیری کرد. تحول شخصیت، بازخوردها<sup>۴</sup> و باورهای فرد درباره معنوت را نیز دربر می‌گیرد (آدامز و دیگران، ۱۹۹۴). این نکته‌ای است که غفلت از آن سبب نتیجه‌گیری‌های غلط بسیاری از اندیشمندان درباره مذهب شده است. پژوهشگران تحولی در حوزه‌های معین تحول شخصیت بهنجار و «خود»<sup>۵</sup> که ساخت‌دهنده معنا و هویت فرد به حساب می‌آید، آگاهی‌هایی را در اختیار درمانگران قرار می‌دهند. به طور کلی، این یافته‌ها به ما کمک می‌کند تا دریابیم که تحول کلی انسان از سویی مستلزم تعادل بین قبول مسئولیت و مراقبت از جانب دیگران و از سوی دیگر، توجه و مراقبت خود از جانب خویشتن است. برای ایجاد این تعادل، ما به چگونگی پیوند با دیگران، عشق و تعهد اصولی به عدالت و نیز یک حسن قابل توجه و دریافت قوی از «خود» نیاز داریم (برامر و دیگران، ۱۹۹۳).

هرچند پژوهشگران تحولی، چگونگی تحول شخصیت را در خلال زندگی توصیف کرده‌اند، اما کمتر به فرآیند معنوت یا معناده‌ی شخصی پرداخته‌اند (ورتینگتون، ۱۹۸۹). اریکسن<sup>۶</sup> (۱۹۵۸ و ۱۹۸۲) بر اهمیت مذهب یا جهان‌بینی فلسفی برای اطمینان درباره معنای زندگی تأکید کرده، اما شیوه ثابت و قابل فهمی درباره نقش نهایی ارزش‌ها یا تحول

1. spirituality

2. reciprocity

3. interaction

4. attitudes

5. self

6. Erikson, E.H

آنها در طول زندگی ارائه نکرده است. هانا و مایرواتنر (۱۹۹۴) با بررسی تأثیر آموزش‌های دوران کودکی و کاربردهای آنها در مشاوره، نشان داده‌اند که مفهوم ساده خداوند در تفکر کودکان با خدای مطرح در فلسفه الهیات در بزرگسالی تفاوت دارد. مدارک موجود بیانگر این نکته است که کودکان احساس اضطراب قابل ملاحظه‌ای در رابطه با خدا از خود نشان می‌دهند. تحلیل ادبیات کودکان نشانگر خدای خوب و بد در ذهن کودکان است. خدای آنها هم دوست داشتنی و هم سوءاستفاده‌کننده است. این باورها که ممکن است به دوران بزرگسالی گسترش یابند و بر شناخت‌ها و رفتارهای انسان تأثیر بگذارد، مفاهیمی است که برای مشاوره و روان‌درمانگری قابل استفاده و بیانگر فرآیند تحول ایمان مذهبی افراد است.

ورتینگتون (۱۹۸۹)، تحول ایمان مذهبی<sup>۱</sup> را با توجه به تحول فرد در طول زندگی بررسی کرده و به هفت الگوی مختلف برای تحول دین یا ایمان دست یافته است. یکی از مهم‌ترین الگوهای تحولی، الگوی فولر (۱۹۸۶ و ۱۹۸۴) است. این مؤلفان تلاش کرده‌اند که در راستای تحول‌شناختی، یک الگوی کلی از تحول معنوی ارائه دهند. جنیا (۱۹۹۵) نیز کوشش کرده تا مراحل تحول روانی - معنوی انسان را از زاویه بالینی معرفی کند و کنش آن را تحت تسلط خوددوستداری<sup>۲</sup> فطری آنها قرار دهد. این پژوهشگر به توصیف پنج مرحله تحول روانی - معنوی پرداخته است. جدول شماره ۱، این پنج مرحله از دینداری را به علاوه نشانه‌های بالینی مراجعان مذهبی هر مرحله نشان می‌دهد.<sup>۳</sup>

الگوهای تحولی، به‌طور کلی نمای ساختاری دین و ایمان فرد را به عنوان روشی برای استنباط و تفسیر واکنش فرد نسبت به عوامل «نگرانی غایی زندگی» ارائه می‌کند. این الگوها را می‌توان به عنوان یک چارچوب مرجع در روان‌درمانگری استفاده کرد. تأکید بر تحول دین و ایمان مذهبی فرد، به درمانگر کمک می‌کند تا چالش‌های خود با معنای غایی و نیز شیوه معناده‌ی او به زندگی را در دوره‌های گوناگون درک کند. برای درمانگر و درمانگری، الگوی فرد در حفظ باورها و اگاهی از ارزش‌هایی که فرد با آنها زندگی می‌کند، مهم است. این نکته درمانگر را ترغیب می‌کند که به روش‌های ظرفی توجه کند که در آنها، مراجعان از معنای غایی زندگی و تعارض‌های قطبی شده، تأثیر می‌گیرند. همچنین ما می‌توانیم در خلال کمک به مراجع به منظور بررسی دوباره ارزش‌ها و تعهداتی

1. religious faith

2. narcissism

۳. برای توضیح بیشتر به مقاله «دین در خلال تحول و درمانگری...» (۱۳۸۶) و کتاب نظریه‌های نوین روان‌درمانگری و مشاوره (پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، زیر چاپ) از محقق مراجعه کنید.

هدایت‌کننده خود انتظار داشته باشیم که فرد به مرحله جدیدی از تحول دینی دست یابد، که حتی ممکن است برای هویت اساسی وی به عنوان موضوعی مخرب،<sup>۱</sup> ترسناک<sup>۲</sup> یا تهدیدکننده تجربه شود (برامر و دیگران، ۱۹۹۳).

ارزیابی تحول روانی معنوی می‌تواند هم به صورت ارزیابی ساختار تحول و هم به صورت ارزیابی خطوط تحول مورد توجه قرار گیرد. برخی براساس نظریه یونگ، مانند نورثکات (۲۰۱۰)، درباره مفهوم کهن الگوها (سایه)، و زیمبروف و هارتمن (۲۰۰۰)، با گسترش مفهوم من (قوی‌سازی من<sup>۳</sup> و تسلیم من<sup>۴</sup>)، به بیان تحول روانی معنوی براساس ظاهر و باطن و خطوط تحول در خلال زندگی پرداخته‌اند. وقتی به خطوط تحول توجه شود، معنویت بیشتر در کنار سایر خطوط و همسنگ آنها در نظر گرفته می‌شود. ویلبر و دیگران (۲۰۰۸، ص ۸۶)، هفت خط تحول را برای ارزیابی مطرح کرده‌اند:

خط تحول‌شناختی: من به چه چیزی باید آگاه باشم؟ (What am I aware of?)

نیازها: من چه نیازی را باید برآورده کنم؟ (What do I need?)

ارزش‌ها: چه چیزی برای من ارزشمند است؟ (What is important to me?)

زیبایی‌شناسی: چه چیزی برای من زیبا یا جذاب است؟

(What is beautiful or attractive to me?)

تحول اخلاقی: چه چیزی برای من درست است تا انجام دهم؟

(What is the right thing to do?)

معنوی‌نگرانی نهایی برای من چیست؟ (What is of ultimate concern?)

در منابع دینی اسلام، گاهی نگاه تحولی به سلسله‌مراتب و گاهی به صیرورت یاد شده است. بنابراین، نمی‌توان تحول معنوی را در کنار سایر خطوط تحول و هم‌وزن آنها در نظر گرفت؛ چرا که معنویت ویژگی متعالی‌سازی دارد و سایر خطوط تحول را متاثر می‌کند.

در ارزیابی تحول روانی - معنوی در قالب یک مداخله مذهبی، ساختار تحول فرد براساس ایدئولوژی یا جهان‌بینی الهی بررسی می‌شود. هرچند از دین تعریف یکسانی وجود ندارد؛ اما اگر دین را راه و روش زندگی بدانیم (علامه طباطبائی، ۱۳۶۷، ص ۲۱) که مبنی بر فطرت الهی<sup>۵</sup> (که گرایش و انگیزش اصلی و مثبت آن به کمال‌جویی و انگیزش منفی آن

1. disruptive  
3. ego strengthening

2. frightening  
4. ego surrendering

۵. آیه «فِطْرَةُ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِحَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيْمُ» (روم، ۳۰).

دوری از نقص و هر آنچه ضد کمال) (موسوی خمینی، ۱۳۸۷) است، تحولی بودن آن آشکار می‌شود. در درمانگری چند بعدی با گرایش مذهبی - معنوی (جانبزرگی، ۱۳۷۸؛ جانبزرگی و غروی، زیر چاپ) برای شناخت مراتب یا مراحل تحول روانی معنوی در پی ارزیابی سطح این تحول در مراجع و به دلیل آسیب‌دیدگی فردی که به روان‌شناس مراجعه کرده، در پی بررسی نشانه‌هایی است که به عدم تراز تحول روانی - معنوی او مربوط است. این پژوهش بیشتر به دنبال معرفی شیوه این ارزیابی ساختاری است؛ چرا که معنویت در اینجا براساس پایگاه نظری، به عنوان یک ساختار اصلی در نظر گرفته می‌شود که تمامی خطوط تحول را تحت پوشش قرار می‌دهد. معنویت نظامی است که در چارچوب دین اسلام اعمال ارادی انسان را دارای ارزش (میزان خلوص و اولویت در رابطه با هدف)، معنا (در رابطه بودن عمل با مبدأ و معاد) و هدف (تعالی‌بخشی و تقرّب) می‌کند (جانبزرگی و غروی، زیر چاپ). در اینجا تبیین تحول روانی - معنوی یک فرد کمال‌یافته منظور نیست؛ بلکه با در نظر گرفتن مراحل بهنجار، نوع آسیب‌شناسی افراد بیمار یا آسیب‌دیده در این مراحل، بهویژه در سه مرحله اول شناسایی می‌شود. به بیان دیگر، در تعامل بین آسیب‌دیدگی روانی و مراحل تحول روانی - معنوی، نوع نشانه‌های اختلال در هر مرحله متفاوت است و متخصص روان‌شناس می‌تواند از راه این نشانه‌ها، سطح تحول یا از راه تشخیص، سطح تحول نوع بروز نشانه را معلوم کند. همچنین با در نظر گرفتن عوامل گوناگون تحولی، مانند سن، درباره بهنجار یا نابهنجار بودن آن و لزوم و نوع مداخله تصمیم بگیرد.

هدف این پژوهش (که بخشی از داده‌های آن در این مقاله گزارش می‌شود)، معرفی یک ابزار ساده و عینی برای بررسی سطح تحول روانی - معنوی، آزمون اولیه آن با آزمودنی‌های بهنجار و پاسخگویی به مسئله اخیر برای مراجعت مذهبی و درمانگرانی است که تمایل دارند در مشاوره با این مراجعت ملاحظه‌های فرهنگی تحولی و مذهبی را در نظر بگیرند. براساس منابع دینی و روان‌شناسی، آسیب اساسی در مرحله اول (خودمیانی‌بینی) و دوم (جزمی‌نگری)، اهمیّت بالایی دارد؛ این آسیب‌ها می‌توانند با مسائل شخصیتی در تعامل قرار بگیرد و با وجود این، از گستره آگاهی فرد خارج باشد (جدول شماره ۱). به دلیل آنکه مرحله سوم (دین‌گذاری؛ در راه شکل‌گیری هویت دینی) با مکانیزم اکتشاف و تعهد، آن‌گونه که یافته‌های روان‌شناسی در پژوهش‌های مربوط به هویت نشان می‌دهد، قابل عبور است؛ از این‌رو، اگر فرد مراحل قبلی را سلامت‌گذرانده باشد، گذار از مرحله سوم با آموزه‌های دینی با روش تقابلی و چالش‌برانگیز آسان می‌شود. آسیب در مرحله اول و دوم،

زمینه آسیب در مرحله سوم را نیز فراهم می‌کند (جان‌بزرگی، ۱۳۸۷). نشانه‌شناسی اساسی این مراحل در جدول شماره ۱ آمده است.

در مرحله چهارم (شکل‌گیری دین استدلالی، اعتقادات غیر تقليدی و ساخت‌یافته)، هرچند فرد ممکن است در سلامتی کامل نباشد؛ اما امکان آسیب‌دیدگی فرد از نظر روان‌شنختی کم است. در مرحله پنجم (دین متعالی) فرد، به طور معمول مصنونیت کافی دارد، هرچند نیاز به مراقبه مذهبی در او نیز اساسی است. کار روان‌شناس بالینی یا مشاور به طور عمده این است که موانع عبور از مرحله اول و دوم را برای فرد برطرف و از درمانگری‌های دیگر برای مصنون‌سازی او نسبت به بازگشت بیماری استفاده کند. اما چگونه می‌توان این سطح تحول را شناسایی کرد؟ نشانه‌های هر سطح چیست؟ چگونه تشخیص صورت می‌گیرد؟

امروزه تشخیص و فرمول‌بندی مشکل مراجع، سهم مهمی در موفقیت درمانگر دارد. ارزیابی دقیق و جامع مراجع می‌تواند چشم‌انداز درستی از درمان و موفقیت مراجع در دستیابی به اهداف درمان ارائه کند. در درمانگری چندبعدی با جهت‌گیری مذهبی (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸؛ جان‌بزرگی و غروی، زیر چاپ)، علاوه بر ارزیابی‌های عینی و چندبعدی، ارزیابی تحول روانی معنوی نیز منظور است که هدف اساسی این مقاله انعکاس و معرفی ابزار این ارزیابی است.

موقع گیری درباره ارزیابی روان‌شنختی مراجع به چارچوب نظری درمانگران بستگی دارد. برای مثال، نظریه پردازان رفتاری‌شناختی اهمیت بالایی برای ارزیابی و تشخیص قائل هستند و هر گونه مداخله‌درمانی را به آن مربوط می‌دانند (زیمبراگ و گریفت، ۲۰۰۸؛ بک و جودیت، ۲۰۱۱)، روان‌تحلیلگران نیز بیش از هر نظریه دیگری به ارزیابی‌های فرافکن و ارزیابی سطوح تحول و کنش پاییند هستند (مگنا ویتا، ۲۰۰۸) و در نظریه‌های هستی‌نگر و انسان‌گرانه در برابر ارزیابی روان‌شناختی موضعی مخالف دارند (کوپر، ۲۰۰۸). درمانگری‌های چندبعدی — که در این مقاله محور اصلی بحث را تشکیل می‌دهند به ارزیابی چندبعدی مراجع تأکید دارند. مراجع در ارزیابی چندبعدی، علاوه بر مصاحبه بالینی در ابعاد گوناگون روان‌شناختی مورد ارزیابی عینی و مشاهده‌ای با رویکردی مشارکتی قرار می‌گیرد (جان‌بزرگی، ۱۳۸۸). یکی از پیشرفته‌ترین ارزیابی‌ها در این‌باره، ارزیابی چندبعدی سبک زندگی براساس درمان چندبعدی لازاروس است (پالمر و درایدن، ۱۹۹۵؛ لازاروس و لازاروس، ۱۹۹۱؛ لازاروس، ۱۹۹۷، ۱۹۹۸ و ۲۰۱۱). این ارزیابی که به نوعی فرمول‌بندی مشکل مراجع را در خود دارد، امروزه درمانگری‌های شناختی - رفتاری

پیشرفت و روان‌بند درمانگری استفاده می‌شود. این شیوه درمانگری و ارزیابی چند بعدی به دلیل ویژگی‌های خاص خود، قابلیت انعطاف و امکان تنظیم با شرایط فرهنگی مراجع را دارد. جان‌بزرگی (۱۳۷۸) این شیوه را با جهت‌گیری مذهبی برای مهار اضطراب و تنبیدگی به کار برد. اما مشکلی که در ارزیابی‌های بالینی، بهویژه روش‌های عینی وجود دارد، این است که بیشتر آنها نشانه محور است و شرایط تحولی فرد را نادیده می‌گیرد.

این مقاله در صدد آشنازی اجمالی محققان روان‌درمانگری با ارزیابی سطح تحول روانی - معنوی و معرفی اولیه ابزار این بررسی و آزمون آزمایشی آن بر روی گروهی از جوانان بهنجار است. پیش‌تر برای مداخله روان‌درمانگری چند بعدی با جهت‌گیری مذهبی، آزمونی با عنوان پاییندی مذهبی براساس منابع اسلامی ساخته شد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸). پس از حدود یک دهه کار بالینی و پژوهشی و پس از تجدید نظر، نسخه دوم این ابزار با روش تحلیل عاملی با سه عامل اساسی «پاییندی مذهبی، ناپاییندی مذهبی و دوسوگراوی مذهبی» به جامعه علمی معرفی شد (همان). این ابزار برای سنجش سطح پاییندی مذهبی مراجعان مذهبی به منظور مداخله بالینی مناسب است؛ اما مانند بسیاری از ابزارهای موجود درباره سنجش مذهبی، سطح تحول مذهبی آنها را نشان نمی‌دهد. به همین دلیل، هدف این پژوهش، تهیه ابزار سنجش تحول روانی معنوی در درجه اول به عنوان یک ابزار مشاهده مصاحبه‌ای و سپس به عنوان یک پرسشنامه عینی برای کار بالینی است. همچنین پاسخ به این پرسش که آیا سلامت عمومی روانی با این سطوح رابطه دارد؟ ارزیابی این شاخص‌ها به روشن شدن ماهیت بالینی کمک می‌کند. جدول شماره ۱، شاخص‌های بالینی مراجعان را در مراحل گوناگون تحول روانی - معنوی تا حدی نشان می‌دهد.

جدول ۱: وجه بالینی مراجعان در مراحل تحول روانی - معنوی

مرحله پنجم: دین متعالی‌ساز و فربنرنده	مرحله چهارم: دین خودسازمان یافته و توحیدی	وجهه بالینی مراجعان مرحله سوم: دین بحرانی یا درسنگرانه	مرحله دوم: دین جزئی‌نگرانه	مرحله اول: دین خودمیان‌بین
عدم نشانه بالینی	تفکر به نسبت منطقی	پرسشگری مذهبی و تزدید	۳ وجدانی سختگیر	۲ تفکر سحری <sup>۱</sup> و خرافی <sup>۲</sup>
همه رفتارها دارای شروع و یا این ارادی	ثبت هیجانی	آزمون بحرانی باورهای مذهبی و تعهدها	۴ بازخوردی کامل‌نگر	۴ تغییر روزمره
خداآوند شایسته پرستش	پاییند و وفادار و صمیمی نسبت به افراد	کاوشگری دینی	۵ فعالیت‌های مذهبی بی‌اختیار	۵ ترس از رهاشدگی

1. magical

2. superstitious

3. over conscientious

4. perfectionistic

5. compulsive

مرحله اول: دین خودمیان بین	مرحله دوم: دین جزئی‌نگرانه	مرحله سوم: دین بحرا نی یا درسونگرانه	مرحله چهارم: دین خودسازمان یافته و توحیدی	مرحله پنجم: دین متعالی‌ساز و فرابرند
استفاده از مذهب برای آرامش و آزادسازی هیجانی رفتار تکانهای و تحمل کم در برابر ناکام، رابطه با خدا به عنوان موضوع ارضاعکنده نیازها	در نظر گرفتن خداوند به منزله یک قضاوت‌کننده و درخواست‌کننده	تغییر عاطفی یا واستگی	موقعیت‌گیری‌های روش، وفاداری و تعهد مذهبی درونی شناخت و محبت	رابطه با او مبتنی بر
پرستش خداوند برای رسیدن به لذت و ارضای نیازها	وابستگی دین به قدرت مذهبی	سردرگمی هویت معنوی	خداوند خالق هست و پرستش نیاز اساسی	عبادات اختیاری و لذت‌بخش و از روی صمیمیت
نگاه تهدیدآمیز و خط‌زنگ به دنیا	می‌بینی بودن هویت او بر احساس همنوای و همنگی	بازارزیابی اندیشه‌ها تا رسیدن به بی‌ثباتی عملی و ارزش‌های اخلاقی	جایگاه متمایز بندۀ از خالق	
خيال‌پردازی درباره قدرت	احساس گناه بسیار زیاد و قوی	انتقال از منبع اقتدار بیرونی به درونی	هنوز گاهی آلدگی به شرک و نفاق اضطراب‌ها و نگرانی‌هایی را به راه می‌اندازد	
بزرگ‌منشی و کمال	خيال‌پردازی‌های مذهبی		ترس از دست دادن رابطه صمیمانه، عبادات اختیاری و تکلیف‌پذیر	
	بازخوردگرایی برتری‌جویانه اخلاقی			
	ترس از مسائل جنسی و رابطه صمیمانه			

## روش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی زمینه‌یابی است. جامعه آماری مورد بررسی، دانشجویان دانشگاه‌های سطح شهر تهران است. اولین اجرا در سال ۱۳۸۵ در دانشگاه‌های تهران، شهید بهشتی، آزاد (علوم تحقیقات)، و علامه طباطبایی بر روی ۲۶۸ دانشجوی لیسانس، دختر (۶۰٪) و پسر (۴۰٪) و در اجرای دوم در سال ۱۳۸۷ پس از بازنگری پرسش‌های مبهم، به منظور بررسی دوباره سطح اولیه اعتبار پرسشنامه با توزیع تصادفی بین ۶۰ نفر از دانشجویان داوطلب همکاری از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اجرا شد که براساس هدف محقق در این مرحله، جامعه در دسترس بودند. آزمودنی‌ها در جریان مطالعه قرار گرفتند و نوشتمنامه و مشخصات فردی برای آنها اختیاری بود. همه آنها در وضعیت سالم و در اولین ساعت شروع کلاس در روز به تکمیل پرسشنامه اقدام کردند که اجرای پرسشنامه تحت نظر بود. میانگین گروه سنی آزمودنی‌ها (۳/۴) ۲۱/۹ سال بود.

ابزارهای این پژوهش، علاوه بر ابزار بررسی تحول روانی - معنوی، تست بررسی سلامت روانی عمومی و آزمون جهت‌گیری مذهبی آپورت بود.

- پرسشنامه تحول روانی - معنوی — که در همین مقاله اطلاعات آن گزارش می‌شود — براساس معیارهای بالینی مراجuhan روان‌شناختی که جنیا (۱۹۹۵)، آن را گزارش کرده بود، توسط محقق با جهت‌گیری فرهنگی و دینی تهیه شده است. تمامی مواد پرسشنامه برای جمعیت مسلمان است. این ابزار ۶۸ ماده دارد که ۶۳ ماده آن به صورت لیکرتی سه گزینه‌ای تکمیل می‌شود (درست=۲، تقریباً=۱ و غلط=۰) و پنج ماده آن، پنج گزینه دارد که منطبق با پنج مرحله تحول روانی - معنوی است. این پنج گزینه تا حدودی برای سنجش اطمینان از سلامت اجرا و تا حدی شاخص اعتبار پرسشنامه به حساب می‌آید. این پرسشنامه با نظرارت زنده‌یاد استاد دادستان تهیه شد که فرصت نهایی کردن آن در زمان حیات وی امکان‌پذیر نشد. نمونه‌ای از گزاره‌های پرسشنامه در ادامه می‌آید:
- حتی به برخی باورهای دینی که همه خرافه می‌دانند، پاییند هستم.
  - والدینم نسبت به مسائل اخلاقی بسیار سخت‌گیر بوده‌اند.
  - هنوز پرسش‌های زیادی درباره مذهب دارم.
  - من به انجام اعمال مذهبی نیاز دارم.
  - به جز خدا هیچ‌چیز دیگری نظرم را جلب نمی‌کند.<sup>۱</sup>

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)<sup>۲</sup> (گلدبرگ ۱۹۷۲) یک پرسشنامه سرندي مبتنی بر خود گزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی به کار می‌رود که اختلال روانی دارند (استوراء، به نقل از: دادستان، ۱۳۷۷). این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد و برای تمامی افراد قابل استفاده است و نیز چهار زیرمقیاس دارد که اعتبار آن به مقدار ۲۲۳ نفر دانشجو که توسط محقق انجام گرفته و معادل ۰/۹۴ محاسبه شده است (جانب‌بزرگی، ۱۳۷۸). نمره بالاتر در این مقیاس نشانگر عدم سلامت عمومی بود. ضریب بازآزمایی پرسشنامه عمومی در مطالعه یعقوبی (۱۳۷۴)، برابر با ۵۵ و ضریب بازآزمایی برای خردۀ مقیاس‌های آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۷ به دست آمده بود. متوسط حساسیت پرسشنامه برابر با ۰/۸۴ و متوسط ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ محاسبه شد. همچنین ضریب آلفای برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۸ و برای خردۀ مقیاس‌های آن بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ بود.

آزمون جهت‌گیری مذهبی<sup>۳</sup> آپورت (۱۹۶۸) بیست ماده دارد که جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی را می‌سنجد. منظور آپورت از جهت‌گیری مذهبی درونی، مؤلفه‌های انگیزشی فرآگیری، یعنی غایت و هدف است، نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف فردی

۱. البته مؤلفه‌های روان‌سنجی این پرسشنامه با روش تحلیل عاملی در مقاله‌ای مستقل در دست تهیه است.

2. general health questionnaire

3. Extrinsic-Intrinsic Religious Orientation

که فقط باعث جهتگیری مذهبی درونی سلامت روانی برای فرد می‌شود (جلالی طهرانی، ۱۹۹۶). این مقیاس پس از ترجمه بر روی ۴۵ نفر دانشجوی دانشگاه‌های تهران اجرا و اعتبار آن با ضریب آلفای کرونباخ، معادل ۰/۷۳۷، برای اولین بار در جامعه ایرانی محاسبه شد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸ و ۱۳۸۶).

داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری با نرمافزار SPSS-15 تجزیه و تحلیل شد. برای سنجش اعتبار از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، برای محاسبه روایی ملاک از محاسبه ضریب همبستگی و برای محاسبه و برای بررسی تفاوت نمره‌ها در مراحل مختلف از تحلیل واریانس یکراهه<sup>۱</sup> استفاده شد.

### یافته‌ها

جدول شماره ۲، انسجام درونی پرسش‌های پرسشنامه تحول روانی - معنوی را با ۳۲۴ نفر به عنوان گروه نمونه نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ در اجرای اول با ۰/۲۶۴ آزمودنی، ۰/۷۳۶ و در اجرای دوم پس از بازبینی و اصلاح برخی از پرسش‌ها، معادل ۰/۸۸۵، محاسبه شد که بیانگر اعتبار مطلوب این پرسشنامه است.

جدول ۲: تعیین اعتبار درونی پرسشنامه تحول روانی معنوی

آلفای کرونباخ	تعداد پرسش‌ها	جنسیت	میانگین سن	تعداد آزمودنی	
۰/۷۳۶	۶۸	۶۰٪ مؤنث	۲۲/۶۰ (۳/۲)	۲۶۴	اجرای اول سال ۸۵
۰/۸۸۵	۶۸	۵۰٪ مؤنث	۲۱/۲۰ (۳/۶)	۶۰	اجرای دوم سال ۸۷

براساس داده‌های جدول شماره ۳، بررسی همبستگی‌های بین تست آپورت و تحول روانی - معنوی نشان می‌دهد که هرچه فرد در عامل کلی تست آپورت (هرچه نمره بیشتر می‌شود، جهتگیری مذهبی بیرونی تر می‌شود)، نمره بیشتری دریافت می‌کند، نمره فرد در همه مراحل تحول روانی - معنوی کاهش می‌یابد. عامل جهتگیری درونی فقط با مرحله سوم همبستگی نشان داده است؛ یعنی هرچه جهتگیری مذهبی فرد درونی تر می‌شود، میزان آشفتگی مذهبی و تردید وی کاهش می‌یابد. این همبستگی‌ها تا حدی بیانگر این نکته است که پرسشنامه سنجش تحول روانی - معنوی، نوعی پرسشنامه مذهبی است و بیانگر روایی ملاک این ابزار است.

1. ANOVA

جدول ۳: همبستگی مراحل تحول روانی - معنوی با سلامت عمومی روانی و جهت‌گیری مذهبی

عامل کلی	۵	مرحله ۴	مرحله ۳	مرحله ۲	مرحله ۱	آلپورت	
-۰/۳۶۵**	۰/۱۲۷	۰/۱۰۹	۰/۲۹۲*	۰/۰۴۲	-۰/۰۹۵	۰/۲۱۹	سلامت عمومی
-۰/۱۸۸	۰/۰۱۴	۰/۰۹۴	۰/۰۸۴	۰/۰۲۴	-۰/۰۵۹		علائم جسمانی
۰/۰۶۵	۰/۱۵۲	۰/۰۰۵	۰/۳۱۲	۰/۰۵۲	-۰/۱۱۱		اضطراب
-۰/۰۲۱	۰/۱۴۰	۰/۰۳۸	۰/۲۷۲*	۰/۰۰۹	-۰/۰۹۳		بی‌خوابی
-۰/۳۵۸**	-۰/۲۸۵*	۰/۱۸۸	۰/۲۱۰	۰/۰۴۴	-۰/۰۶۱		افسردگی
-۰/۳۶۸**	-۰/۳۸۰**	-۰/۳۴۲**	-۰/۲۳۸*	-۰/۳۳۷**	-۰/۳۵۲**		آلپورت
-۰/۲۴۳	-۰/۳۳۶**	-۰/۳۷۷**	۰/۰۹۶	-۰/۳۲۷**	-۰/۳۲۶**		جهت‌گیری بیرونی
-۰/۲۲۰	۰/۱۳۵	۰/۰۳۷	-۰/۲۵۶*	۰/۰۳۴	-۰/۱۲۱		جهت‌گیری درونی

همبستگی بین داده‌ها نشان می‌دهد که سلامت عمومی فقط با نمره آزمودنی‌ها در مرحله سوم و عامل کلی تحول رابطه معناداری دارد؛ یعنی هرچه سلامت عمومی کاهش می‌یابد، نمره مرحله سوم تحول روانی - معنوی افزایش می‌یابد. یافته‌ها نشان‌گر آن است که کسانی که در مرحله گذار هستند و نسبت به دین خود موضع مشخصی ندارند، سلامت کمتری دارند. نمره عامل کلی نیز بیان‌گر این است که با کاهش سطح تحول روانی - معنوی نمره سلامت عمومی وضعیت وخیم‌تری را نشان می‌دهد. قابل توجه است که افزایش نمره سلامت عمومی بیان‌گر سلامتی کمتر است. از بین زیرمقیاس‌های سلامت با ملاحظه همبستگی مرحله سوم با بی‌خوابی مشخص است که بودن یا ماندن در مرحله تردید مذهبی با بی‌خوابی‌های خسته‌کننده همراه است. همچنین همبستگی عامل کلی با افسردگی نشان‌دهنده کاهش سلامت یا افزایش افسردگی با کاهش سطح تحول روانی معنوی است. کسانی که در سطوح بالاتری از تحول روانی معنوی هستند، سلامت بیشتری دارند.

برای بررسی وضعیت کلی مراحل و تفاوت میانگین نمره آزمودنی‌ها در مراحل گوناگون، ابتدا داده‌های هر آزمودنی را در مراحل مختلف بر تعداد سؤال‌های هر مرحله تقسیم شد تا نمره‌ها همتراز شود و سپس با نمره خام تحلیل شد که به دلیل عدم تفاوت معنادار تعداد پرسش‌ها در هر مرحله، تفاوتی در تحلیل‌ها دیده نشد. پنج مرحله روانی - معنوی مورد تحلیل واریانس یک‌راهه قرار گرفتند که نتایج در جدول شماره ۴ بیان‌گر تفاوت معنادار مراحل است. جدول شماره ۵، تفاوت زوجی میانگین‌ها را با آزمون

توكی در هر مرحله نشان می‌دهد. و جدول شماره ۶، به گروه‌بندی میانگین‌ها پرداخته است. جدول ۶ نشان دهنده آن است که سه مرحله اول در یک گروه و دو مرحله چهارم و پنجم نیز در گروه دیگری قرار دارد. این یافته بیانگر تفاوت معنادار بین افراد مرحله چهارم و پنجم با سه مرحله اول است.

جدول ۴: بررسی تفاوت میانگین‌های مراحل تحول روانی - معنوی با آزمون تحلیل واریانس یکراهم

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص‌ها
.۰۰۰۱	۳۸/۱۴۹	۱۶۳۴/۰۸۸ ۴۲/۸۳۴	۴ ۲۹۵ ۲۹۹	۶۵۳۶/۳۵۳ ۱۲۶۳۶/۰۸۳ ۱۹۱۷۲/۴۳۷	بین گروه‌ها دون گروه‌ها کل

جدول ۵: آزمون توكی برای مقایسه میانگین‌ها

سطح معناداری	خطای میانگین	تفاوت میانگین‌ها	با مرحله	
۱ .۰/۵۶۹ .۰/۰۰۰۱ .۰/۰۰۰۱	/.۰۹۳۶۳	۰/۰۱۲ -.۰/۱۳۷ +.۰/۴۳۹* +.۰/۴۵۵*	۲ ۳ ۴ ۵	توكی HSD مرحله ۱
۱ .۰/۴۸۶ .۰/۰۰۰۱ .۰/۰۰۰۱		-.۰/۰۱۲ -.۰/۱۵۲ +.۰/۴۲۲* +.۰/۴۴۴*	۱ ۳ ۴ ۵	
.۰/۰۵۶۹ .۰/۰۴۸۶ .۰/۰۰۰۱ .۰/۰۰۰۱		+.۰/۱۴۰ +.۰/۱۵۲ +.۰/۵۷۴* +.۰/۵۹۵*	۱ ۲ ۴ ۵	
.۰/۰۰۰۱ .۰/۰۰۰۱ .۰/۰۰۰۱ .۰/۹۹۹		-.۰/۴۳۴* -.۰/۴۲۲* -.۰/۵۷۴* +.۰/۰۲۲	۱ ۲ ۳ ۵	
.۰/۰۰۰۱ .۰/۰۰۰۱ .۰/۰۰۰۱ .۰/۹۹۹	/.۰۹۳۶۳	-.۰/۴۵۶* -.۰/۴۴۴* -.۰/۵۹۵* +.۰/۰۲۲	۱ ۲ ۳ ۴	مرحله ۵

جدول شماره ۶: آزمون توکی HSD برای همگنی میانگین‌ها

Subset for alpha=0/05				تعداد	مراحل آزمون Tukey-HSD		
گروه ۲		گروه ۱					
نمره خام	نمره تراز	نمره خام	نمره تراز				
۲۵/۸۳	۲/۰۰۱	۱۷/۱۳	۱/۰۵۵۸	۶۰	مرحله ۵		
۲۸/۰۲	۲/۰۱۳	۱۸/۹۵	۱/۰۵۷۹	۶۰	مرحله ۴		
۲۸/۱۸	۲/۱۵۳	۰/۰۵۰	۰/۰۹۹۹	۶۰	مرحله ۲		
۰/۲۸۵	۰/۴۸۶			۶۰	مرحله ۱		
				۶۰	مرحله ۳		
					سطح معناداری Sig.		

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف مقاله حاضر ارائه الگوی اجمالی بررسی تحول روانی - معنوی در درمانگری چندبعدی معنوی برای مراجعان مذهبی است، هرچند این الگو برای هر درمانگری که قصد کار کردن با مراجعان مذهبی را داشته باشد، مفید به نظر می‌رسد. مراجعان مذهبی بسیاری از رفتارهای خود را براساس چارچوب ایدئولوژیکی خود تنظیم می‌کنند. مداخله‌های درمانگری مؤثر نیز بر همین اساس تنظیم می‌شود. این مراجعان براساس سطح تحول خود الگوی ثابتی نداشته و برداشت یکسانی از مذهب خود ندارند. این تفاوت برداشت را می‌توان حداقل در کسانی که با علائم گوناگون آسیب‌دیدگی به مشاور مراجعه می‌کنند، بیش از آنکه به عوامل دیگری نسبت داد، به تفاوت سطح تحول روانی - معنوی مربوط دانست و متخصص بالینی بهتر است که به این فرآیند تحولی توجه کند. جدول شماره ۱، چهره بالینی مراجعان را در این مراحل نشان می‌دهد. متخصص بالینی این معیارها را پس از آشنایی با این مدل نظری (جانبزرگی، ۱۳۸۶؛ جانبزرگی و غروی، زیر چاپ)، در چارچوب مصاحبه بالینی، بررسی و در فرمول‌بندی درمان استفاده می‌کند. برای مثال، چنانچه یک مراجع با نشانه‌های سطح اول مراجعه کند، مداخله‌های مستقیم پاسخگوی نیاز او نخواهد بود؛ بلکه درمانگر علاوه بر مشخص کردن نوع خودمیان‌بینی مراجع، مداخله خود را در قالب یک رابطه درمانگرانه قوی براساس فنون کلی مواجه‌سازی، همدلی، انعکاس، تحلیل نیت و مانند آنها سازمان می‌دهد (همان). علاوه بر این، براساس معیارهای بالا، برای آسانی در ارزیابی تحول روانی - معنوی، پرسشنامه‌ای که برای این منظور تهیه شده است، به طور اجمالی معرفی شد. این پرسشنامه

۶۸ ماده دارد که مراجعان بالای ۱۵ سال می‌توانند (تحت نظر) آن را تکمیل کرده و نمره آن را پس از جمع به تعداد پاسخ‌ها تقسیم کنند. با مقایسه نمره‌ها، به علاوه اطلاعات بهدست آمده از مصاحبه، سطح تحول روانی - معنوی مراجع را مشخص کرده و طرح درمان را تنظیم کنند.

یافته‌های آماری نشان می‌دهد که این ابزار اعتبار مطلوبی دارد و بررسی داده‌هایی که از اجرای همزمان این آزمون با آنها به دست آمد، بیانگر آن است که آزمون روایی، ملاک اولیه مطلوبی نیز دارد. سنجش ملاکی این ابزار با آزمون جهت‌گیری مذهبی آلپورت (۱۹۶۸) نشان می‌دهد که این مقیاس نوعی پرسشنامه مذهبی است و هرچه جهت‌گیری مذهبی بیرونی‌تر می‌شود، سطح تحول روانی - معنوی هم به سطوح ابتدایی تر گرایش پیدا می‌کند. از بین مراحل گوناگون تحول روانی - معنوی، مرحله سوم روشنی بیشتری دارد و ممکن است این موضوع به سن آزمودنی‌ها برگردد. چنانچه بتوان این مرحله را با دوسوگرايی مذهبی و تردید و دودلی نسبت به مذهب مشخص کرد، با یافته‌های دیگر در این‌باره نیز هماهنگ است (از جمله جان‌بزرگی، ۱۳۸۷؛ عبدی، ۱۳۸۹).

یافته دیگر این پژوهش، رابطه تحول روانی - معنوی با سلامت روانی است. یک جوان بیست‌ساله برای عبور از دوران نوجوانی باید بتواند وفاداری خود نسبت به یک نظام ارزشی و عقیدتی را نشان دهد و پس از اکتشاف این نظام براساس استدلال عقلی به آن متعهد شود (اریکسون، ۱۹۵۸)؛ در غیر این صورت، باید با مشکلات عصبی دست و پنجه نرم کند. در این پژوهش مشخص شد که افرادی که در مرحله سوم تحول روانی - معنوی می‌مانند، تردید و بحران هویت معنوی دارند و علاوه بر کاهش سلامت عمومی، از بی‌خوابی‌های طاقت‌فرسا در رنج هستند. با وجود این، هرچه سطح تحول پایین‌تر می‌آید و سلامت معنوی کمتر می‌شود، سلامت عمومی نیز کاهش می‌یابد. یافته‌های زیادی، رابطه سلامت معنوی و سلامت روانی و حتی جسمی را نشان داده‌اند که با این یافته هماهنگ است (برادی و دیگران، ۱۹۹۹؛ هشائو و دیگران، ۲۰۰۸؛ گلدشتاین و دیگران، ۲۰۰۸؛ گانسلر و دیگران، ۲۰۰۸؛ گاسیلث و ویکرز، ۲۰۰۵؛ پترمن و دیگران، ۲۰۰۲؛ مایتکو و نایت، ۱۹۹۹؛ مارتز و دیگران، ۲۰۰۸؛ لیوین و دیگران، ۲۰۰۹؛ ویتفورد و دیگران، ۲۰۰۸؛ ویپولا و دیگران، ۲۰۰۶). علاوه بر این، یافته‌های مربوط به مداخله‌های مذهبی - معنوی نیز این رابطه را تأیید می‌کنند (جلالی طهرانی، ۱۹۹۶ و ۲۰۰۱؛ جان‌بزرگی، ۱۳۷۸ و ۲۰۰۹؛ محمد یوسف خالد، ۲۰۰۸ و پژوهش‌هایی که در قسمت مقدمه بیان شد).

یافته دیگر پژوهش حاضر، تأیید مراحل جداگانه تحول روانی - معنوی برای مراجعان مذهبی بود. تحلیل واریانس بین مراحل گوناگون نشان می‌دهد که سه مرحله اول تحول روانی - معنوی که به نوعی زمینه‌های آسیب‌شناسی معنوی دارد، در یک دسته قرار می‌گیرد و دو مرحله آخر که عملاً ماهیت یکسانی دارد و فرد در وضعیتی باثبات از نظر دینی و ایمان مذهبی قرار دارد، در دسته دیگر قرار می‌گیرند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که کمک به مراجع برای عبور از این مراحل حساس معنوی - روانی اهمیت بالایی داشته و زمینه را برای پیشگیری از مشکلات و بازگشت آسیب‌دیدگی و همچنین افزایش سلامت روانی آماده می‌کند.

### محدودیت‌ها

با وجود یافته‌های پژوهش حاضر، محدودیت‌های متعددی قابل بیان است. روایی‌سازی هنوز در پرده ابهام قرار دارد و اینکه بتوان با ابزار خود گزارش‌دهی سطح تحول را مشخص کرد، امر آسانی نیست. به رغم فعالیت‌ها و تلاش‌های بالینی در این‌باره (جان‌بزرگی، ۱۳۷۵) هنوز نمی‌توان به طور دقیق به ابزارهای عینی برای سنجش سازه‌های تحولی اعتماد داشت و همواره محدودیت‌های این ابزارها را باید در نظر گرفت.

هرچند اجرای آزمایشی ابزار سنجش سطح تحول روانی - معنوی با موفقیت نسبی همراه بود؛ اما محدودیت حجم نمونه در زمینه‌های مختلف (چه در تعداد و چه از نظر نوع افراد) لزوم احتیاط تعییم یافته‌ها را به جامعه برجسته می‌کند.

بنابراین، پیشنهاد تحلیل عاملی این ابزار با جامعه بالینی و غیر بالینی در حجمی وسیع‌تر و همچنین با مراجعان مذهبی و غیر مذهبی می‌تواند به کارآیی بالاطمینان‌تر از این ابزار کمک کند. مقایسه نمره‌های این تست با مشاهده‌های بالینی ساخت یافته از دید چند متخصص با تجربه نیز می‌تواند به اعتبار این کار بیفزاید. هرچند اجرای این ابزار قبل و بعد از درمان اختلال‌ها در دست بررسی است؛ اما از زاویه کاربردی پیشنهاد می‌شود که نتایج در پرتو داده‌های ناشی از مشاهده‌های بالینی بررسی شود.

بر خود لازم می‌دانیم از همه کسانی که در اجرای این پژوهش با ما همکاری کرده‌اند، سپاسگزاری کنیم و یاد استاد دادستان را گرامی بداریم.

## منابع

- جانبزرگی، مسعود (۱۳۷۵)، «به سوی درمانگری تحولی»، مقاله ارائه شده در کنفرانس تحول شناخت به مناسبت یکصدمین سال درگذشت پیاژه، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- \_\_\_\_\_ (۱۳۷۸)، بررسی اثر بخشی رواندرمانگری کوتاه‌مدت و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تندیگی، پایان‌نامه دکترا، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- \_\_\_\_\_ (۱۳۸۶)، «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی»، پژوهش در پزشکی، دوره ۳۱، ش ۴، ص ۳۴۵-۳۵۰.
- \_\_\_\_\_ (۱۳۸۷)، «ساخت و اعتباریابی آزمون پایندی مذهبی براساس گزاره‌های قرآن و نهج البلاغه»، اسلام و روانشناسی، س ۳، ش ۵، ص ۷۹-۱۰۵.
- \_\_\_\_\_ و سیدمحمد غروی (زیر چاپ)، نظریه‌های نوین رواندرمانگری و مشاوره، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- \_\_\_\_\_ و ن. نوری (۱۳۸۸)، شیوه‌های درمانگری اضطراب و تندیگی، چ ۳، تهران: سمت.
- دادستان، پریرخ (۱۳۷۷)، «پرسشنامه سلامت عمومی»، درج. ب. استورا، تندیگی یا استرس: بیماری جدید تمدن، تهران: رشد، ص ۱۷۹-۱۸۷.
- طباطبایی، سیدمحمدحسین (۱۳۶۷)، شیوه در اسلام، چ ۱۲، [ب] جا]: دفتر انتشارات اسلامی.
- عبدی، نرگس (۱۳۸۹)، بررسی رابطه میان عوامل شخصیتی و میزان قانون پذیری با توجه به پایندی مذهبی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی، به راهنمایی دکتر مسعود جانبزرگی.
- موسی خمینی، روح الله (۱۳۸۷)، شرح حدیث جنود عقل و جهل، چ ۱۲، مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی(ره).
- یعقوبی، ن. (۱۳۷۴)، بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرا گیلان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی، تهران: انجمنیو روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

- Adams, G. R; T. P Gullotta & Markstrom - Adams, G. (1994), *Adolescent life experiences*, (3<sup>rd</sup> ed.), brooks/Cole. P; USA.
- Allport, G. (1968), *The Person in Psychology*, Boston: Beacon Press.
- Berammar, L. M; P. Abrego & E. L. Shostrom (1993), *Therapeutic Counseling and Psychotherapy*, (6<sup>th</sup> ed.), Prentice Hall.
- Brady, M. J.; A. H. Peterman; G. Mo M. Fitchett & D. Cella (1999), *A Case for Including Spirituality in Quality of Life Measurement in Oncology*, Psycho-Oncology, 8(5): 417-428.
- Cassileth, B. R. & A. J. Vickers (2005), "High Prevalence of Complementary and Alternative Medicine use Among Cancer Patients: Implications for Research and Clinical Care", *Journal of Clinical Oncology*, 23(12): 2590-2592.
- Century Blueprint for Physical Health, Emotional Balance, Mental Clarity and Spiritual Awakening*. Boston & London: Integral Books.
- Cooper, M. (2008), *Existential Psychotherapy*. in Lebow, J. L., *Twenty First Century Psychotherapies* John Wiley & Sons, Inc.
- Crammer, C.;C. Kaw; T.Gansler & K. D. Stein (2011), *Cancer Survivors Spiritual Well-Being and Use of Complementary Methods: A Report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors*, J Relig Health (50): 92-07.
- Erikson, E. H. (1958), *Young man Luther: A Study in Psychoanalysis and History* , New York: W.W.W Norton.
- Erikson, E. H. (1983), *The Life Cycle Completed: A Review*, New York:WWW. Norton.
- Fowler, J. (1989), "Faith and the Structuring of Meaning; in C. Dystra & Parks" (Eds), *Faith Development and Fowler*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Fowler, R. A. (1984), *Becoming Adult Becoming Christian*; San Francisco: Harper & Row.
- Gansler, T.; Kaw, C.; Crammer, C. & Smith, T. (2008), *A Population-Based Study of Prevalence of Complementary Methods use by Cancer Survivors: A Report*

- from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors, Cancer, 113(5): 1048-1057.*
- Garlick, Max Wall; K Corwin, Diana; Koopman, C (2011), *Psycho-Spiritual Integrative Therapy for Women with Primary Breast Cancer*, J Clin Psychol Med Settings (18):78-90.
- Genia, Vicky (1995), *Counseling and Psychotherapy of Religious Clients: A Developmental Approach*; Praeger.
- Goldstein, M. S.; Lee, J. H.; Ballard-Barbash, R. & Brown, E. R. (2008), *The use and Perceived Benefit of Complementary and Alternative Medicine Among Californians with Cancer*, *Psycho-Oncology*, 17(1): 19-25.
- Hanna, F. J. & Myer, R. A. & Ottens, A. J. (1994), *The Effects of Early Religious Training: Implications for Counseling and Development*, Jour. Of Counseling and Values vol.30, (1): 32-41.
- Hsiao, A. F.; Wong, M. D.; Miller, M. F.; Ambs, A. H.; Goldstein, M. S.; Smith, A.; et al. (2008), "Role of Religiosity and Spirituality in Complementary and Alternative Medicine use Among Cancer Survivors in California", *Integrative Cancer Therapies*, 7(3): 139-146.
- Jalali-Tehrani, S. M. M. (2001), *Integration Therapy in Corsini,R.J. Handbook of Innovative Therapy*, 2end edit, John Wiley and Sons, Inc, pp.321-331.
- Jalali-Tehrani, S. M. M. (1996), *Islamic theory and humanistic psychology*, The Humanistic psychologist, 3(24), pp.341-349.
- Janbozorgi, M. A.; Zahirodin, N.; Norri, R.; Ghafarsamar & Shams, J. (2009), "Providing Emotional Stability Through Relaxation Training", *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol.5, no.3, pp.75-84.
- Lazarus, A. A. (1997), *Brief But Comprehensive Psychotherapy: the Multimodal way*, New York:Springer.
- Lazarus, A. A. (2008), *Technical Eclecticism and Multimodal Therapy in Lebow, J. L.*, Twenty First Century Psychotherapies John Wiley & Sons, Inc.

- Lazarus, A. A.(2011), "Multimodal Therapy. In Corcini R. J.& wedding", D(Eds), *Current Psychotherapies* (9<sup>th</sup> ed).
- Lazarus, A. A., & Lazarus, C. N. (1991), *Multimodal Life History Inventory*, Chmpaign, IL: Resaerch Press.
- Levine, E. G.; Aviv, C.; Yoo, G.; Ewing, C. & Au, A. (2009), *The Benefits of Prayer on Mood and Wellbeing of Breast Cancer Survivors*, Supportive Care in Cancer, 17(3): 295-306.
- Magnavita, J. J. (2008), *Psychoanalytic Psychotherapy*. in Lebow, J. L., Twenty First Century Psychotherapies John Wiley & Sons, Inc.
- Mertens, A. C.; Sencer, S.; Myers, C. D.; Recklitis, C.; Kadan-Lottick, N.; Whitton, J.; et al. (2008), *Complementary and Alternative Therapy use in Adult Survivors of Childhood Cancer: A report from the Childhood Cancer Survivor Study*. Pediatric Blood & Cancer, 50(1): 90-97.
- Muhammad Yusuf Khalid (2008), Psycho-Spiritual Therapy Approach Fordrug Addiction Rehabilitation, Jurnal Antidadah Malaysia Jld.(3 & 4): 143-151.
- Mytko, J. J., & Knight, S. J. (1999), *Body, Mind and Spirit: Towards the Integration of Religiosity and Spirituality in Cancer Quality of Life Research*, Psycho-Oncology, 8(5): 439-450.
- Northcutt, L. M.S.(2010), "Using Heart-Centered Therapies and the Integral Model for Shadow Integration and Psycho-Spiritual Development", *Journal of Heart-Centered Therapies*, vol.13, no.2, pp.67-82.
- Palmer, S.& Dryden.W.(1995), *Counseling for Stress Problems*, SAGE. Inc.
- Pargament, K. I. (2007),*Spiritually Integrated Psychotherapy*, New York: Gilford Press.
- Park, C. L. (2007), "Religiousness/spirituality and health: a Meaning Systems Perspective", *Journal of Behavioral Medicine*, (30): 319-328.
- Peterman, A. H.; Fitchett, G.; Brady, M. J.; Hernandez, L.,& Cella, D. (2002), "Measuring spiritual wellbeing in people with cancer: The functional assessment

- of chronic illness therapy-Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp)", *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1): 49-58.
- Schneider, K. J. (2002), *Humanistic Psychotherapy. Chapter for The Encyclopedia of Psychotherapy*, vol.I. (New York: Elsevier Science/Academic Press, pp.949-957).
- Vapiwala, N.; Mick, R.; Hampshire, M. K.; Metz, J. M. & DeNittis, A. S. (2006), *Patient Initiation of Complementary and Alternative Medical Therapies (CAM) Following Cancer Diagnosis*. *Cancer Journal*, 12(6): 467-474.
- Whitford, H. S., Olver, I. N. & Peterson, M. J. (2008), *Spirituality as a Core Domain in the Assessment of Quality of Life in Oncology*, *Psycho-Oncology*, 17(11): 1121-1128.
- Wilber, K.; Patten, T., Leonard A. & Morelli, M. (2008), *Integral Life Practice: A 21st*.
- Worthington, E. L. (1989), *Religious Faith Across the Lifespan; Journal of Counseling Psychology*, (17): 555-612.
- Zimberoff, D. M. A. & Hartman, D. (2000), "The Ego in Heart-Centered Therapies :Ego Strengthening and Ego Surrender", *Journal of Heart-Centered Therapies*, vol.3, no.2, pp.63-66.
- Zinbarg, R., E. & Griffith, J. W. (2008), *Behavior Therapy*. in Lebow, J. L., Twenty First Century Psychotherapies John Wiley & Sons, Inc.