



Research Article

The Impact of Existential and Religious Therapy on Increasing the Life Expectancy of People with Disabilities Due to Accidents¹

Hamid Jafarian Yasar

Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University, Qom, Iran (**Corresponding author**), h.jafarian@cfu.ac.ir

Mohsen Shahidi

Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University, Qom, Iran. shahidi46@yahoo.com

Abstract

The purpose of the present study is to review the impact of existential and religious therapy on increasing the life expectancy of people with disabilities due to accidents. This study was conducted by semi-experimental method through pre-test and post-test on an experimental and control group. The statistical population of the research involved the disabled people who referred to the rehabilitation centers of welfare in the province of Qom. The sample of study required for semi-experimental plans included 10 members in each group chosen by simple random sampling and volunteer sampling in 3 groups of religious therapy, existential therapy, and control group. The measurement tool was Miller's life expectancy questionnaire having 48 items ranging from score 48 (totally frustrated) to 240 (highly hopeful). Based on the therapeutic interventions performed by two existential and religious methods, there was a significant increase in the life expectancy results of the post-test compared to the pre-test. According to t-test analysis, the effectiveness of therapeutic instruction on both existential and religious groups were confirmed. Therapeutic interventions through existential and religious methods for the disabled people out of accidents significantly increases their life expectancy. Therefore, it can be concluded that the life expectancy of disabled people depending on their religious and existential tendencies can be increased by taking some therapeutic periods.

Keywords: Religious Tendency, Therapeutic Intervention, Disabled People, Existential Therapy, Religious Therapy, Life Expectancy.

1. **Received:** 2022/11/03 ; **Received in revised form:** 2022/11/21 ; **Accepted:** 2022/12/01 ; **Published online:** 2022/12/22

DOI: 10.22034/riet.2023.12750.1143

<http://tarbiatmaaref.cfu.ac.ir/>

© the authors

Publisher: Farhangian university





تأثیر درمان وجودگرا و مذهب‌محور در افزایش امید به زندگی افراد معلول ناشی از حوادث^۱

حمید جعفریان یسار

استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، قم، ایران (نویسنده مسئول).
h.jafarian@cfu.ac.ir

محسن شهیدی

استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، قم، ایران. shahidi46@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان وجودگرا و مذهب‌محور در افزایش امید به زندگی افراد معلول ناشی از حوادث بود. این مطالعه به روش تحقیق نیمه‌آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش افراد مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی معلولین بهزیستی استان قم بودند. نمونه مورد نیاز در طرح‌های شبه‌آزمایشی، ۱۰ نفر برای هر گروه که به روش تصادفی ساده و متمایل برای شرکت در تحقیق، در سه گروه (درمان مذهب‌محور، درمان وجودی و گواه) انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه امید به زندگی «میلر» بود که دارای ۴۸ گویه با دامنه نمرات ۴۸ (کاملاً درمانده) تا ۲۴۰ (بالاترین حد امیدواری) است. براساس مداخله درمانی اجرا شده به دو روش وجودگرا و مذهب‌محور، میانگین امید به زندگی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون، افزایش قابل توجهی داشته است. براساس نتایج تحلیل آزمون تی، در دو گروه وجودگرا و مذهب‌محور، اثربخشی آموزش‌های درمانی، تأیید می‌گردد. مداخله درمانی به دو روش وجودگرا و مذهب‌محور در افراد معلول ناشی از حوادث، باعث افزایش معنا دار میانگین امید به زندگی در آنان شده و می‌توان نتیجه گرفت که در افراد معلول، بسته به گرایش‌های مذهبی و وجودی، با طی دوره درمانی می‌توان امید به زندگی آنان را افزایش داد.

کلیدواژه‌ها: گرایش مذهبی، مداخله درمانی، افراد معلول، درمان وجودگرا، درمان مذهب‌محور، امید به

زندگی.

۱. تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۱۲؛ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۸/۳۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۱۰؛ تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۱۰/۰۱



۱. مقدمه

علامه طباطبایی معتقد است، دینداری واجد الفاظ و معانی بسیاری است که بر زبان‌ها جاری می‌شود. طبق دیدگاه ایشان، معمولاً به کسی دیندار گفته می‌شود، که خدایی را برای جهانیان اثبات کند، و برای خشنودی پروردگار، اعمال خاصی را طبق رسوم به جامانده از پیامبر و اهل بیت (ع)، انجام دهد. ممکن است در هر اجتماع و ملتی که به موجب قانون، وظایف هر فرد در اجتماع معین شده باشد و بر طبق آن عمل کنند، تصور شود که دیگر احتیاجی به دین نیست؛ ولی با دقت و تأمل در احکام و رسوم و مقررات اسلامی، خلاف این معنا ثابت می‌شود؛ زیرا که دین اسلام تنها به نیایش و ستایش خدا نپرداخته و نمی‌پردازد، بلکه برای شئون فردی و اجتماعی انسان، دستورات جامع و مقررات مخصوصی وضع و مقرر نموده است. همچنین، جهان پهناور بشریت را به نحو حیرت‌آوری بررسی نموده و نسبت به هر حرکت و سکون فردی و اجتماعی انسان، مقررات مناسبی وضع نموده است و البته به چنین دینی، جنبه تشریفاتی نمی‌توان داد (رحیمیان، ۱۳۸۰).

در یک نگاه کلی، دین و گرایش‌های مذهب، تاریخچه‌ای به بلندای تاریخ بشر دارد. در واقع مفهوم عمومی گرایش مذهبی، شامل نوع دوستی، عشق، محبت و سازگاری بوده که از محورهای اساسی مذهب تلقی می‌شود (ماسکرو و روسن^۱، ۲۰۱۶). به رغم نگاه بدبینانه روان‌شناسان، از همان ابتدای شکل‌گیری روان‌شناسی کاربردی، تحقیقات در زمینه رابطه مذهب با سلامت روانی، اغلب بیانگر رابطه مثبت بین آنها بوده است. از دهه ۵۰ میلادی، تحقیقات بیانگر تأثیر مداخلات مذهبی در بهبود آلام روان‌شناختی بودند؛ از جمله می‌توان به تأثیر نماز و «دعا درمان‌گری» بر کنترل اختلالات روان‌شناختی اشاره کرد (قهرمانی، ۱۳۸۲). مرور تحقیقات در سال‌های بعد، این تأثیر را واجد برجستگی بیشتر می‌کند. از دهه ۹۰ به دنبال ناکامی نسبی متخصصین حرفه‌های بهداشت روانی از فنون و شیوه‌های مداخله‌ای مرسوم، و به دنبال تحقیقات متعدد و نتایج آنها که بیانگر تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روان بود، روی‌آوری به مذهب روزافزون گردید. در مطالعه‌ای بین فرهنگی در ۱۹ کشور غربی که روی ۲۸۰۸۵ نفر آزمودنی انجام شده بود، دریافتند که هرچه انسان‌ها پایبندی بیشتری به مذهب داشته باشند، درجه گرایش آنها به خودکشی کم‌تر است (محمدپور، ۱۳۸۷). در جامعه ایرانی نیز، برخی تحقیقات رابطه گرایش مذهبی را با مؤلفه‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار داده‌اند. از جمله آنها در

مطالعه‌ای روشن شد که سازگاری زناشویی در دانشجویانی که دارای جهت‌گیری مذهبی درونی هستند، بیشتر از دانشجویانی است، که دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی هستند (وولف، ۱۳۸۶).

از معروف‌ترین نظریه‌پردازان در زمینه گرایش‌های مذهبی در غرب، آلپورت^۱ است. وی معتقد است، انسان‌ها دارای جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی هستند. جهت‌گیری بیرونی ویژگی کسانی است، که می‌توانند مذهب را در راه مقاصد خود به‌کار گیرند. ارزش‌های بیرونی همیشه ابزاری و سودگرایانه‌اند. کسانی که این جهت‌گیری را دارند ممکن است، دین را از جهات مختلف برای ایجاد امنیت و آرامش، جامعه‌پذیری، منزلت اجتماعی و توجیه خود، سودمند بشمارند. در مقابل، جهت‌گیری مذهبی درونی، ویژگی کسانی است، که برترین انگیزه خود را در مذهب می‌یابند. نیازهای دیگر هر قدر هم نیرومند باشد، از اهمیت کم‌تری برخوردارند و تا حد امکان با عقاید و توصیه‌های مذهبی تطبیق داده می‌شوند (آلپو، ۱۹۶۸). برای او مذهب وسیله‌ای است، که برای ارضای نیازهای فردی از قبیل به دست آوردن حمایت و امنیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. مطالعه دقیق‌تر در زمینه مکانیزم تأثیر مذهب بر سلامت روانی و اینکه چرا برخی مطالعات بیانگر تأثیر منفی مذهب بر سلامت روانی یا جسمانی است، پژوهشگران را بر آن داشته است تا تأثیر انواع مذهب را مورد مطالعه قرار دهند (پالمر، ۱۳۸۸).

جدا از سلامت روان، سلامت جسم نیز به نوعی با مذهب و تأثیرات آن، گره خورده است. آنچه که مشخص است، وجود ناتوانی و معلولیت در نوع انسان، حقیقتی انکارناپذیر است. سابقه حضور معلولان در اجتماع تنها مربوط به این زمان نمی‌گردد، در منابع تاریخی سخن‌های بسیاری از نحوه برخورد با معلولین اعم از کشتن، قربانی کردن، ترحم و نگهداری آنان در مراکز ویژه و جدا از سایر اقشار جامعه به میان آمده است. لذا با ظهور ادیان، پیشرفت‌های علمی و فرهنگی، به تدریج از شدت برخوردهای ناگوار با معلولین کاسته شده است؛ به طوری که در جوامع پیشرفته امروزی، سخن از حقوق انسانی و اجتماعی افراد دارای معلولیت مطرح می‌گردد. یکی از انواع معلولیت، معلولیت جسمانی بوده و یکی از مسائلی که افراد با معلولیت جسمانی اغلب با آن درگیرند، تصویری است که از بدن خود دارند. از طرفی، نگاه دیگران بر جسم آنها نیز باعث می‌شود، که این افراد نتوانند روابط عادی با دیگران برقرار کنند و این مسئله بر گوشه‌گیری، اضطراب و ناامیدی آنها می‌افزاید (فرانکل، ۱۳۸۶).

همچنین همان‌طور که پیشرفت علم، تکنولوژی و گسترش روز افزون اطلاعات در عصر جدید، شرایط

زندگی را تسهیل کرده است؛ اما در مقابل، تحولات سریع اجتماعی، تغییر سبک زندگی و پیچیدگی‌های زندگی امروزی، سلامت، بهداشت و آرامش روان انسان‌ها را تهدید می‌کند (کوتلر^۱، ۱۳۸۵). به همین دلیل اغلب، افراد از رنجش بی دلیل یا بی کفایتی در رویارویی با مشکلات زندگی، اضطراب و افسردگی، رنج می‌برند (پالمر^۲، ۱۳۸۸).

خشنود زیستن در ادوار زندگی که تغییرات سریع اجتماعی و تکنولوژی را به وقوع می‌پیوندد، کار آسانی نیست. بسیاری از افراد در برابر مشکلات تسلیم می‌شوند، و دیگر نمی‌توانند از عهده حل مسائل برآیند. لذا نیازمند کمک هستند و این کمک‌ها با به‌کارگیری روش‌های درمانگری، امکان‌پذیر است. درمان وجودگرا و مذهب‌محور، از جمله روش‌های درمانگری‌اند که از دیرباز سهم به‌سزایی در کاهش رنج انسان‌ها ایفا کرده‌اند (تیمس و گوریکزنی^۳، ۲۰۰۲). در این راستا، روان‌درمانی وجودی، روان‌رنجوری را نتیجه ناتوانی فرد از درک خود و زندگی خود می‌داند. محور اصلی فرایند درمان، ارتباطی است که بین درمانگر و مراجع به وجود می‌آید. در این فرایند، درمانگر و مراجع تلاش می‌کنند به زندگی مراجع معنا دهند. در روان‌درمانی وجودی، روش درمانی خاصی وجود ندارد و شیوه‌هایی که بین درمانگران وجودی متداول است، بسیار متنوع‌اند؛ ولی در عین حال، ویژگی اصلی این نوع درمان، آن ارتباط درمانی است، که بین درمانگر و مراجع پدید می‌آید. در درمان مذهب‌محور نیز، هدف، تغییر باورداشت‌های نادرست افراد با افکار منفی، به افکار منطقی درست است. بنابراین، در دوره برگزاری جلسه‌های درمانگری به مراجعه‌کننده کمک می‌شود، تا باورهای معنوی، اعتقادات دینی و گرایش‌های مذهبی خود را رشد دهد و به نظم جهان آفرینش و وجود قدرت مطلق خداوندگار توجه نماید؛ چراکه توکل به خداوند متعالی و باور به امداد الهی، سبب می‌شود که امید به زندگی در افراد، مشاهده شود (لامبرت و دولاهات^۴، ۲۰۰۹).

در جلسات آموزشی درمانی، باورهای متعالی ایجاد می‌شود که هر تلاشی که در زندگی انجام می‌پذیرد، بی‌فایده نبوده است، بلکه بازتابی از پاداش خداوند را در سطوح مختلف زندگی را همراه خواهد داشت. با ایجاد چنین طرز تفکری، فرد از احساس پوچی و سرگردانی آزاد می‌شود. این رویکرد

1. Kottler

2. Palmer

3. Timms & Goreczny

4. Lambert & Dollahite

آموزشی درمانی، با استناد به آیه‌های قرآن، احادیث و تأثیر آنها در درمان اعمال می‌شود. در آموزش‌های مذهبی این باور، که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده خداوند، هیچ حرکتی و حتی برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به اینکه پروردگار هستی، بزرگ‌ترین حافظ و نگهبان است، تقویت می‌شود. از سویی دیگر، در روش آرامش عضلانی نیز برای مهار اضطراب، به بیمار کمک می‌شود تا با تلقین نمایی مثبت و تمرکز بر نیروهای بزرگ پروردگار که در وجود هر انسانی به طور بالقوه وجود دارد، به آرامش درونی برسد و بر پدیده‌های جهان پیرامون خود مسلط شود؛ این شیوه همراه با تکالیف خانگی به طور گام به گام اجرا می‌شود (احمری و همکاران، ۱۳۸۸).

روان درمانی تحلیل وجودی، دوگانگی بین روان درمانی و معنویت را تضعیف نموده و به عوامل معنوی زندگی افراد می‌پردازد. کاری که درمان مذهب‌محور نیز انجام می‌دهد، همین توجه به معنا و معنویت در شکل الهی است؛ زیرا نیاز به دین و مذهب، منحصر به دوره خاص، یا به دین و مذهب خاصی نیست (یوسفی، ۱۳۹۲).

با توجه به مواردی که بیان شد، مطالعه حاضر درصدد است، تا اثر درمان وجودگرا و مذهب‌محور در افزایش امید به زندگی افراد معلول ناشی از حوادث را، در یک مطالعه شبه آزمایشی بررسی و تحلیل کند. سؤالات اساسی این مطالعه عبارتند از:

- ۱) آیا دوره درمانی مذهب‌محور، تأثیر معناداری بر افزایش امید به زندگی افراد معلول ناشی از حوادث دارد؟
- ۲) آیا دوره درمانی وجودگرا، تأثیر معناداری بر افزایش امید به زندگی افراد معلول ناشی از حوادث دارد؟
- ۳) کدام‌یک از دوره‌های درمانی وجودگرا و مذهب‌محور می‌تواند، تأثیر بیشتری در افزایش امید به زندگی افراد معلول ناشی از حوادث داشته باشد؟

۲. مبانی نظری و پیشینه پژوهش

بنابر نظریه‌های موجود، پیدایش انواع معلولیت جسمی و غیرجسمی و برخی دیگر از ناتوانی‌ها، همزاد با پیدایش انسان بوده و تاریخی دیرینه دارد. در هر دوره‌ای از ادوار زندگی آدمی، افرادی بودند که از نظر فعالیت‌های اجتماعی و کنش‌های ذهنی، پایین‌تر از حد معمول بوده و رفتار غالب جوامع با این گروه، رفتارهای غیرانسانی و به دور از هرگونه عدالت اجتماعی بوده است. در مورد تأثیر و اهمیت اعتقادات دینی بر سلامت افراد از گذشته تا زمان حال، بحث‌های بسیاری انجام گرفته است و در سال‌های اخیر، روان‌شناسان به نقش دین در تأمین سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی توجه

ویژه‌ای داشته‌اند. آنها معتقدند در ایمان به خدا و نگرش مذهبی، نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی، او را کمک می‌کند و از نگرانی و اضطراب دور می‌سازد. همچنین اعتقادات دینی و مذهب به عنوان یک عامل برای آرامش روانی در نظر گرفته شده و دوری از مذهب با سطح بالای افسردگی و ناامیدی مرتبط است (اکسلاین^۱، ۲۰۰۸).

متون مذهبی و گرایش‌های مذهبی، تاریخچه‌ای به بلندای تاریخ زندگی آدمی دارد. در واقع قدمت مذهب از علوم چون فلسفه و طب، در یک چشم‌انداز، از علوم مربوط به روان‌شناسی و روان‌درمان‌گری، قدیمی‌تر و امری واقعی‌تر است. دلیل چنین استدلالی این است، که مفاهیمی از قبیل نوع‌دوستی، عشق، محبت و سازگاری از محورهای اساسی مذهب است. بدون شك این مفاهیم از مفاهیم مهمی در علوم روان‌شناسی و هوش هیجانی است. دلیل دیگر، توجه علوم مذهبی این است، که درمان‌های انسان‌گرایانه تا حدود زیادی به موضوعات مذهبی نزدیک است.

مذهب می‌تواند به عنوان یک اصل وحدت‌بخش و یک نیروی عظیم برای سلامت روان مفید و کمک‌کننده باشد. اعتقادات افراد مذهبی به آنان در مقابله با فشار روانی کمک می‌کند. اعتقادات و رفتارهایی مانند توکل به خدا، صبر و انجام رفتارهای مذهبی همچون دعا، نماز، روزه و...، می‌تواند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شود. کسانی که از اعتقادات مذهبی قوی‌تری برخوردارند، نسبت به مقابله با فشارهای روانی، شخصی، تحصیلی و...، از نیروی بیشتری برخوردارند و کم‌تر دچار بیماری می‌شوند؛ در واقع آنان از سلامت روان بالاتری برخوردارند. براساس نتایج پژوهش‌ها، بیمارانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند و در زندگی روزانه خود از روش‌های مقابله‌ای مثبت مانند عفو، بخشش، جستجو برای ارتباط معنوی با خدا، دوستی با افراد مذهبی، دریافت حمایت معنوی- اجتماعی، امیدداشتن، شناخت خدا به عنوان خیرخواه و مهربان استفاده می‌کنند، سریع‌تر بهبود می‌یابند و سلامت روان بالاتری دارند.

لامبرت و دولاهات (۲۰۰۹)، در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند، که درمان مذهب‌محور به ساخت معنایی توجه دارد. در این رویکرد علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورهای نادرست فرد بیمار و تبدیل آن از افکار منفی به افکار منطقی و مثبت است؛ در طول جلسات آموزشی و درمانی به فرد کمک می‌شود، تا باورهای مذهبی و معنوی خود را تقویت کند و به نظم جهان

پهناور، وجود قدرت مطلق خداوندی و رحمت پروردگار توجه نماید. همچنین، مفهوم «توکل به خدا» و اعتقاد به یاری خداوند در زندگی طبیعی و روزمره خود را، بیش از پیش مشاهده کند و آن را تقویت نماید.

مطالعه ماسکرو و روسن (۲۰۱۶)، نشان داد که رابطه معناداری میان داشتن احساس معنای وجود و توانایی مقابله با استرس و اضطراب در میان دانشجویان وجود دارد.

نلسون^۱ و همکاران (۲۰۱۶)، در پژوهشی با عنوان تأثیر درمان وجودی بر افزایش امید به زندگی بیماران، نشان داد که نکته اصلی و بنیادی درمان وجودی، پیوند اندیشه با تجربه‌های ژرف و واقعی زندگی آدمی است. علاوه بر آن، درمان وجودی التزاماً به جریان خود اکتشافی درمان‌جویان جهت درک تعارض‌های ناخودآگاه و شناسایی مکانیسم دفاعی، ناسازگارانه مدد می‌رساند.

اکسلاین (۲۰۰۸)^۲ در پژوهشی بیان می‌کند که اعتقادات دینی و مذهبی به عنوان یک عامل برای کسب آرامش روانی در نظر گرفته می‌شود و نداشتن مذهب با سطح بالایی افسردگی و ناامیدی مرتبط است.

بروورز و همکاران^۳ (۲۰۱۲)، در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که گروه درمانی به شیوه وجودی، باعث بهبود سلامت روان، عزت نفس و کاهش اضطراب زندانیان می‌شود.

در رویکرد وجودگرا باور غالب چنین است که همه انسان‌ها آزاد بوده و برای انتخاب‌هایشان مسئولیت دارند. انسان‌ها قربانی شرایط نبوده‌اند و دارای حق انتخاب برای چگونگی بودنشان هستند. یکی از اهداف فرایند درمان وجودگرا، به چالش کشیدن مراجعین برای کشف موقعیت‌های گوناگون زندگی و انتخاب بین آنها است (کیسان و همکاران، ۲۰۰۳). وظیفه درمانگر وجودی این است، که به فرد این آگاهی را بدهد، که نباید همیشه به عنوان موجود منفعلی که رویدادها، زندگی او را رقم می‌زنند، عمل کند؛ بلکه می‌تواند به طور آگاهانه تبدیل به خالق و مؤلف خود گردد (بارتزه^۴، ۲۰۰۹). بر همین اساس یکی از واقعیت‌های وجودی قابل بررسی، درمان بیمارانی است، که از تجربه غیر مترقبه حوادث و معلولیت ناشی از آن رنج می‌کشند و درمانگر باید کاملاً واقع‌گرایانه درباره آنان عمل کند و بدانند

1. Nelson

2. Exline

3. Brovers

4. Barthès

اضطراب و کاهش امید به زندگی در این افراد با نظریه‌ها یا به وسیله قوانین انتزاعی درمان نمی‌شود. روان‌درمان‌گران نیز بیشتر از متخصصان آزمایشگاهی و نظری خود، برای گرایش به رویکرد وجودی آدمی، آمادگی دارد. به این دلیل که آنها نیز نسبت به رنجی که انسان‌های اطرافشان می‌کشند، تلاش کرده و به صور گوناگون، کشمکش‌هایی را تجربه می‌کنند (حسینیان، ۱۳۹۶). استفاده از درمان مذهب‌محور نیز به شکل موازی با درمان وجودگرا به دلیل بافت اعتقادی و استفاده از ظرفیت وجودی، فرهنگ مذهبی به صورت همپوشان، صورت می‌گیرد.

حسینیان (۱۳۹۶)، در پژوهشی با عنوان بررسی اثر بخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی بیمارستان نشان داد که بین شناخت‌درمانی مذهب‌محور و معنادرمانگری، بر امید به زندگی، در بیماران رابطه معناداری وجود دارد.

فخار و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که گروه‌درمانی با رویکرد معنادرمانی موجب بهبود سطح سلامت روان و افزایش امید به زندگی زنان سالمند شده است.

نتایج پژوهش یوسفی (۱۳۹۲)، با موضوع مقایسه تأثیر شناخت‌درمانی مذهب‌محور و درمان وجودی در کاهش گرایش به خودکشی در میان دانشجویان، نشان داد که روی‌آوری به مذهب و تأثیر مذهب‌محور و درمان وجودی در کاهش میل به خودکشی و افزایش امید به زندگی دانشجویان مؤثرند.

حسین‌آبادی (۱۳۹۰)، در پژوهشی با موضوع اثربخشی گروه درمانگری وجودی - انسان‌گرایانه بر میزان سلامت روان زندانیان و بررسی سهم حرمت خود و احساس شرم در بهبود سلامت روان نشان داد که بین گروه‌درمانی وجودگرا و کاهش اضطراب زندانیان رابطه معناداری وجود دارد.

سعیدی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۸)، در پژوهشی نشان دادند که گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد وجودی - انسان‌گرایانه بر کاهش میزان اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان، تأثیر معناداری دارد.

۳. روش پژوهش

این مطالعه به روش شبه آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون، با گروه آزمایشی و شاهد انجام شده است. جامعه آماری آن، شامل همه افرادی است به مراکز توانبخشی معلولین بهزیستی استان قم مراجعه کرده و تحت درمان قرار گرفته‌اند. در پژوهش‌های شبه آزمایشی، برای بررسی آماری در گروه‌های آزمایشی به روش مداخله درمانی، نمونه مورد نیاز حداقل ۱۰ نفر است. بنابراین، از جامعه آماری که نزدیک به ۴۰۰ نفر تحت پوشش بهزیستی استان قم بودند، به روش تصادفی ساده و به شرط تمایل برای شرکت در مطالعه، سه گروه ۱۰ نفری (درمان مذهب‌محور، درمان وجودی و گواه) انتخاب

شدند. برای اندازه‌گیری داده‌ها، از پرسش‌نامه امید به زندگی «میلر»^۱ استفاده شده است. آزمون میلر، آزمونی از نوع آزمون تشخیصی است. این آزمون اولین بار، جهت سنجش در بیماران قلبی در آمریکا به‌کار گرفته شد، تا میزان امید به زندگی در بیماران قلبی، اندازه‌گیری شود. این پرسش‌نامه شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امید و درماندگی می‌شود و ارزش نمره هر جنبه، از ۱ تا ۵ متغیر است. دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است و نمره ۴۸، کاملاً درمانده و نمره ۲۴۰، حداکثر امید به زندگی را نشان می‌دهد (یوسفی، ۱۳۹۲). در این مطالعه، پایایی ابزار در اجرای اولیه، برابر ۰/۹۲ به دست آمده که حاکی از مطلوب بودن ابزار است.

نحوه اجرای طرح‌های درمانی به روش مداخله درمانی، درمان وجودگرا و مذهب‌محور:

الف) اجرای مداخله برای گروه اول با روش درمان وجودگرا به صورت گروهی، بر اساس بسته آموزشی - درمانی محقق ساخته، مطابق با نظریه درمان وجودی مدل فرانکل (۱۹۶۷) و می (۱۹۷۷)^۲ در ۵ جلسه انجام شد.

ب) برای روش درمانگری مذهب‌محور برای گروه دوم، بر اساس بسته آموزشی درمانی محقق ساخته، مطابق آیات قرآن و احادیث مرتبط با موضوع، در ۵ جلسه اجرا گردید. بسته درمانی با استفاده از منابع مذهب درمانی و نیز پیشنهاد‌های خیرگان مذهبی و براساس بایسته‌های اعتقادی که نتایج مثبت وجودی را تضمین کرده‌اند، زیر نظر متخصصان تدوین شده است.

۴. یافته‌ها

جدول ۱- آمار توصیفی امید به زندگی در سه گروه شاهد، مذهب‌محور و وجودگرا

متغیر وابسته	گروه‌ها	پیش‌آزمون پس‌آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار	استاندارد خطای میانگین
امید به زندگی	گروه شاهد (گواه)	پیش‌آزمون	۱۰	۱۵۶,۷	۳۱,۷۸	۱۰,۰۵
		پس‌آزمون	۱۰	۱۵۷	۳۱,۷۷	۱۰,۰۴
	گروه مذهب‌محور	پیش‌آزمون	۱۰	۱۷۳,۱	۲۴,۴۸	۷,۷۴
		پس‌آزمون	۱۰	۱۹۸,۲	۱۸,۹۵	۵,۹۹
	گروه وجودگرا	پیش‌آزمون	۱۰	۱۵۴,۹	۱۶,۵۷	۵,۲۴
		پس‌آزمون	۱۰	۱۸۵,۲	۲۲,۱۵	۷,۰۱

1. Myler

2. Viktoramil Frankel & Mey

همانطور که در جدول شماره (۱) ملاحظه می‌شود، نتایج نشان می‌دهند، در هر دو گروه وجودگرا و مذهب‌محور، مقدار امید به زندگی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش یافته است. به عبارت دیگر، مداخله درمانی بر پایه آموزش‌های ارائه شده، بر افزایش امید به زندگی آزمودنی‌ها، تأثیر داشته است. در مقایسه توصیفی تأثیر دوره درمانی مذهب‌محور و دوره درمانی وجودگرا، می‌توان اظهار کرد که آزمودنی‌هایی که در گروه درمانی مذهب‌محور قرار دارند، میانگین بالاتری را در متغیر امید به زندگی نسبت به آزمودنی‌هایی که در گروه وجودگرا قرار دارند، کسب کرده‌اند. بنابراین، می‌توان تأثیر دوره درمانی مذهب‌محور را نسبت به دوره درمانی وجودگرا، دارای تأیید بیشتری دانست.

جدول ۲- نتایج تحلیل آماری آزمون تی متغیر امید به زندگی در سه گروه شاهد، مذهب‌محور و وجودگرا

نتیجه آزمون	آزمون لوین		سطح اطمینان	درجه آزادی	مقدار T	گروه‌ها	متغیر وابسته
	برای برابری واریانس‌ها	مقدار F					
تفاوت مشاهده شده معنادار نیست	۰/۹۹۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۳	۱۸	-۰/۰۲۱	گروه شاهد	امید به زندگی
تفاوت مشاهده شده با ۹۹ درصد اطمینان معنادار است	۰/۲۵۶	۱/۳۷۹	۰/۰۰۳	۱۸	-۳/۴۶۳	گروه مذهب‌محور	
تفاوت مشاهده شده با ۹۹ درصد اطمینان معنادار است	۰/۳۲۷	۱/۰۱۷	۰/۰۰۶	۱۸	-۲/۵۶۳	گروه وجودگرا	

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول شماره ۲، تحلیل آزمون تی نشان می‌دهد، در دو گروه وجودگرا و مذهب‌محور، آموزش‌های درمان با توجه به میانگین به دست آمده، افزایش داشته است و در سطح اطمینان ۹۹ درصد، اثربخشی آموزش‌های درمانی، برای گروه مذهب‌محور و برای گروه وجودگرا، تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، براساس نتایج تحلیل‌های آماری، آموزش‌های مداخله درمانی به دو روش وجودگرا و مذهب‌محور، باعث افزایش میانگین امید به زندگی در افراد معلول شده و نتایج مورد تأیید است.

یافته‌های تحلیل آماری، اثربخشی آموزش‌های درمانی، برای گروه مذهب‌محور و برای گروه وجودگرا را، با اطمینان بالا تأیید کرده است. همچنین، با توجه به مقدار آماره تی و سطح اطمینان، تأثیر آماری مداخله درمانی به روش مذهب‌محور، بیشتر نشان داده می‌شود. به عبارت ساده‌تر، اثر مداخله درمانی در پس‌آزمون، به روش مذهب‌محور، بیشتر از مداخله درمانی به روش وجودگرا مشاهده شده است. بر اساس این یافته، استفاده از درمان به روش مذهب‌محور، برای افراد معلول مراجعه‌کننده به مراکز بهزیستی پیشنهاد می‌گردد.

۵. نتیجه‌گیری

معلولیت علی‌الخصوص اگر ناشی از حوادث طبیعی باشد، نه تنها امری مذموم نیست، بلکه امری پذیرفته شده نیز است. نکته اساسی، نحوه برخورد دیگر افراد با معلولان ناشی از حوادث و نکته دیگر، کنار آمدن فرد معلول با موضوع معلولیت است. معلولان در هر جامعه‌ای یاد می‌گیرند که چگونه با معلولیت خویش برخورد کنند و با آن کنار آیند. شواهد بسیاری وجود دارد نشان می‌دهد، که افراد جامعه وقتی دچار آسیبی می‌شوند، ناخودآگاه به موضوعات مذهبی - حداقل برای آرام کردن خود - متوسل می‌شوند. شواهدی هم وجود دارد که نشان می‌دهد که بسیاری نیز، به موضوعات صرفاً علمی مراجعه می‌کنند. این مطالعه به دنبال آن بود که تأثیر درمان وجودگرا و مذهب‌محور در افزایش امید به زندگی افراد معلول ناشی از حوادث را بررسی کند. هدف این مطالعه آن نبود که مشخص کند، کدام روش درمانی مذهب‌محور یا وجودگرا، بهتر است؛ اما یافته‌ها نشان دادند که روش درمانی مذهب‌محور نسبت به روش وجودگرا، عملکرد بهتر و قوی‌تری نشان داده است.

نتایج تحقیقات بسیاری نشان می‌دهند که بر سلامت جسمانی افراد نیز تأثیر بسزا و بسیار مثبتی داشته و باعث افزایش بهبودی سریع‌تر بیماران شده است. همچنین، توان افراد برای تحمل مشکلات و برخورد با بیماری‌های مزمن را افزایش می‌دهد (قهرمانی، ۱۳۸۲). علاوه بر آن می‌توان تا حدی مذهبی بودن و گرایش مذهبی افراد را با توجه به مراجعه ممتد افراد به نهادها و سازمان‌های مذهبی (مانند مسجد) مشخص کرد. علاوه بر آن، می‌توان مذهبی بودن افراد را ابتدا با مراجعه به وابستگی به گرایش‌های دینی و مذهبی نهادی یا سازمانی شده مشخص کرد. در علوم روان‌شناختی و علوم اجتماعی، درباره گرایش‌های مذهبی بر جنبه‌های شخصی و جنبه‌های اجتماعی توجه کرده‌اند، که این امر به نوبه خود، بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد.

در آیات قرآن و روایات معصومین (ع)، از توکل به خدا، به عنوان بهترین تکیه‌گاه، حقیقت و اساس ایمان، بالاترین توشه، ابزار رهایی از سختی و اضطراب، عامل پیشرفت و تکامل معنوی و روحانی، بی‌نیازی و کفایت، دستیابی به سربلندی، حرمت و ارزش‌گذاری خویشتن یاد شده است. تجربیات نشان داده‌اند که توانایی‌ها برای حل مشکلات، نزدیکی به اهداف و کنترل داشتن بر رویدادها و حوادث زندگی، بسیار محدود و کوچک است. در چنین مواردی، اگر تکیه و اعتماد آدمی خداوند تعالی نباشد، نمی‌توان به تنهایی بر موانع و مشکلات پیروز شد و به اهداف مورد نظر دست یافت (پالمر، ۱۳۸۸).

براساس یافته‌های تحقیقات انجام شده، ادعا بر این است، که شدت فراوانی نشانه‌های فشار روانی در افراد دارای معلولیت، با مورد غفلت واقع شدن آنان از لحاظ جسمی و اجتماعی، ارتباط زیادی دارد

و اختلالات پایداری را در سطوح بهداشت روانی و جسمانی افراد به وجود می‌آورد. معلولیت از هر نوع و به هر شکلی که باشد، ممکن است باعث ایجاد مشکلات روانی و رفتاری در افراد معلول، گردد. صاحب‌نظران، بازتاب‌های ناشی از ناتوانی جسمی را تابع قوانین محلی عنوان کرده و برای آنان مراحلی را شرح داده‌اند. هلسینگ و همکاران^۱ (۱۹۸۱)، جزو کسانی است که نتیجه گرفته است، که افراد معلول در اولین بازتاب، معلولیت را نمی‌پذیرند و در بازخوردهای بعدی ناچار می‌شوند، به ترتیب طغیان، بیداری و پذیرش واقعیت را قبول کنند. همچنین وی اضافه می‌کند، که در بسیاری از واکنش‌های روانی اجتماعی متعدد موجود در جامعه، افراد معلول قادر به ابراز وجود واقعی نبوده‌اند و همین امر باعث بروز اختلالات روانی و رفتاری در آنها می‌گردد (کیسان^۲ و همکاران، ۲۰۰۳).

حسینیان (۱۳۹۶)، در مطالعه خود نتیجه گرفت، که نقایص جسمی می‌تواند منجر به ناکامی فرد شود و این امر به نوبه خود، منجر به رفتارهای ناسازگارانه از جمله پرخاشگری می‌گردد. همچنین نگرش‌های منفی و موانع روانی - اجتماعی، سلامت روانی افراد مبتلاء به ناتوانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، که بروز آن اغلب به صورت اضطراب و افسردگی است. معلولیت اغلب از طریق ایجاد نگرانی، کاهش اعتماد به نفس و آشفتگی‌های روانی باعث ایجاد بحران‌های روحی و رفتاری می‌گردد. بی‌توجهی به این مسائل گاه مشکلات فراوانی برای معلولین به وجود می‌آورد. نباید فراموش کرد که این افراد مانند سایر اشخاص غیر معلول برای موفقیت در جنبه‌های مختلف زندگی، نیازمند مهارت‌های لازم هستند.

یافته‌های مطالعه حسینیان (۱۳۹۶)، با یافته پژوهش حاضر در موضوع امید به زندگی و همخوانی آن با ناکامی و رفتارهای ناسازگارانه از جمله پرخاشگری، همسویی دارد.

یوسفی (۱۳۹۲)، در پژوهش خود نتیجه گرفت، که وجود معلولیت جسمانی، دارای ابعاد فیزیکی و روان‌شناختی است. شکل ظاهری معلولیت نه تنها در جسم افراد نمایانگر است؛ بلکه بیشتر در روح و روان و نوع افکار آنان و همچنین در نوع نگرش به افراد دیگر جامعه نیز قابل مشاهده است. وجود افکار و نگرش‌های نامطلوب، از پیش داورى‌ها، قایل شدن به تبعیض‌ها و رفتارهای غیر منصفانه بر جنبه‌های مختلف زندگی افرادی که از معلولیت‌های جسمی، رنج می‌برند، تأثیرگذار است.

یافته‌های مطالعه یوسفی (۱۳۹۲)، با یافته این مطالعه در موضوع وجود افکار و نگرش‌های مطلوب، به طور مثال با موضوع امید به زندگی، همخوانی و همسویی دارد.

1. Helsing

2. Kissan & et al.

حسین‌آبادی (۱۳۹۰)، در پژوهش خود نشان داد، که اثربخشی گروه درمانگری وجودی انسان‌گرایانه بر میزان سلامت روان زندانیان و بررسی سهم حرمت خود و احساس شرم در بهبود سلامت روان، تأثیر معناداری دارد و باعث افزایش سلامت روان و افزایش سهم حرمت خود در زندانیان شده است. عوامل اشاره شده به ویژه بر میزان ابراز وجود چنین افرادی تأثیر قابل توجهی دارند.

یافته‌های مطالعه حسین‌آبادی (۱۳۹۰)، با یافته این مطالعه در موضوع افزایش سلامت روان به روش درمانگری وجودی انسان‌گرایانه با موضوع امید به زندگی، دارای بیشترین همسویی است.

می (۱۳۹۱)، در پژوهشی نشان داد که گرایش مذهبی، باورها، عقاید افراد و هویت نگرش مذهبی آنان، در بهبود سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی و در مجموع، کیفیت زندگی بسیار موثر بوده است.

یافته‌های این مطالعه با یافته‌های می (۱۳۹۱)، در موضوع گرایش مذهبی، باورها، عقاید افراد و هویت نگرش مذهبی افراد در بهبود سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی، کاملاً همسویی و همخوانی دارد.

سعیدی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۸)، در پژوهش خویش بیان می‌کنند، که باور به خدا و مشارکت در مراسم دینی به صورت جمعی، به طور قابل توجهی، امید به زندگی را برای معتقدین آن، به همراه دارد.

یافته‌های مطالعه سعیدی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۸)، در موضوع امید به زندگی و باورهای مذهبی با یافته‌های این مطالعه، همسویی و همخوانی دقیق و مناسبی دارد.

در مجموع، یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله درمانی به دو روش وجودگرا و مذهب‌محور در افراد معلول ناشی از حوادث، باعث افزایش معنادار میانگین امید به زندگی در آنان شده است. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که با توجه به میانگین متغیر امید به زندگی، اثر مداخله درمانی به روش مذهب‌محور نسبت به روش وجودگرا، بیشتر است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که با مداخله درمانی افراد معلول، بسته به گرایش‌های مذهبی و وجودی و البته طی دوره‌های درمانی، می‌توان امید به زندگی آنان را افزایش داد، آنها را به زندگی عادی امیدوار کرد و زندگی آنان را به زندگی طبیعی، نزدیک‌تر کرد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود اقدامات زیر انجام شود:

۱) تأسیس واحدهای آموزش مذهبی در کنار مراکز روان‌درمانی متعلق به مراکز بهزیستی، به منظور آموزش مذهبی و روان‌درمانی به صورت همزمان.

۲) ارائه آموزش‌های لازم در خصوص مسائل مذهبی در کنار مسائل روان‌درمانی به افرادی که از آسیب‌های جسمی و روحی ناشی از حوادث، رنج می‌برند.

۳) تبیین نظریه‌های روان‌درمانی با گرایش بنیان‌های مذهبی توسط اندیشمندان و ترویج و انتشار آن

- منابع -

قرآن کریم.

- احمری طهران، هدی؛ حیدری، اکرم؛ کچویی، احمد؛ ایرانی، آزاد (۱۳۸۸). همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، شماره ۳، ص ۵۱-۵۶.
- پالمر، استفان. (۱۳۸۸). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. یوسفی، ناصر. آبادان: انتشارات پرسش.
- حسین‌آبادی، مجید (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمان‌گری وجودی انسان‌گرایانه بر میزان سلامت روان زندانیان و بررسی سهم حرمت خود و احساس شرم در بهبود سلامت روان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- حسینیان، الهه (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر افزایش امید به زندگی بیماران سرطانی بیمارستان شفا شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران.
- رحیمیان، حوریه‌بانو (۱۳۸۰). *نظریه‌ها و روش‌های مشاوره و روان‌درمانی*. تهران: انتشارات مهرداد.
- سعیدی‌نژاد، زهره؛ مظاهری، محمدعلی؛ غباری‌بناب، باقر (۱۳۸۸). تأثیر مداخلات معنوی به شیوه گروهی بر سلامت روان و خودشکوفایی. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۸(۳۱)، ص ۱۱۵-۱۳۴.
- فخار، فرشاد؛ نوایی‌نژاد، شکوه؛ فروغان، مهشید (۱۳۹۲). تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند. *سالمند*، ۷(۳)، ص ۵۶-۶۵.
- فرانکل، ویکتور امیل (۱۳۸۶). *انسان در جستجوی معنی*. ترجمه اکبر معارفی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- قهرمانی، محمد (۱۳۸۲). بررسی تأثیر روزه‌داری بر وضعیت سلامت روانی. در: همایش نقش دین در بهداشت روان. قم: نشر معارف.
- کوتلر، ا. (۱۳۸۵). *مهارت‌های مشاوره‌ای برای معلمان*. ترجمه ناصر یوسفی. اهواز: نشر تراوا.
- محمدپور، احمدرضا (۱۳۸۷). *روان‌درمانگری چیست؟ آشنایی با مداخله‌ها و درمان‌های روان‌شناسانه*. تهران: قطره.
- می، رولو (۱۳۹۱). *روان‌شناسی وجودی*. ترجمه میرجواد سیدحسینی و بکتاش فیروزه. تهران: ارجمند.
- وولف، دیوید (۱۳۸۶). *روان‌شناسی دین*. ترجمه محمد دهقانی. تهران: انتشارات رشد.
- یوسفی، ناصر (۱۳۹۲). مقایسه تأثیر شناخت‌درمانی مذهب‌محور و درمان وجودی در کاهش گرایش به خودکشی در میان دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- Allport, G.W. (1968). *The Person in Psychology*. Boston: Beacon Press.
- Bartz, J.D. (2009). Theistic existential psychotherapy. *Psychology of Religion and Spirituality*, No.1, p.69-80.
- Brouwers, A., Evers, W.J.G. & Tomic, W. (2012). Self-efficacy in eliciting social support and burnout among secondary school teachers. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(7), p.1474-1491.
- Exline, J.J. (2008). Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample. *Journal of Psychology and Christianity*, No.27, p.131-139.
- Helsing, K. & Szklo, M. (1981). Mortality after bereavement. *American Journal of Epidemiology*, No.114, p.41-52.
- Kissane D.W. & et al. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial: Scholarly articles for a randomized controlled trial.

Psychooncology, 12(6), p. 532-545. DOI: 10.1002/pon.683

Lambert, P. & Doliahat, S. (2009). Are Wellbeing, health and happiness appropriate goals for Existential Therapists? *Existential Analysis*, 20(2).

Mascaro, N. & Rosen, D.H. (2016). The role of existential meaning as a buffer against stress. *Journal of Humanistic Psychology*, No.46, p.2 168-2190.

Nelson-Jones, R. (2016). *Theory and practice of counseling and therapy*. London: Sage.

Timms, B. & Goreczny, S. (2002). *One natuion under God*. NewYork: Harmony.