

بررسی اثربخشی مراسم اعتکاف در سلامت روان و شادکامی دانشجویان^۱

فریبا در تاج^۲

ذبیح اله اللهی^۳

چکیده

این پژوهش به بررسی اثربخشی مراسم اعتکاف در سلامت روان و شادکامی دانشجویان می‌پردازد. روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و از طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش شامل دویست نفر از دانشجویان دختر (صد نفر شرکت‌کننده در مراسم اعتکاف و صد نفر غیرشرکت‌کننده) بوده که به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند و با پرسشنامه (سلامت عمومی) GHQ-28 و پرسشنامه شادکامی آکسفورد قبل و بعد از مراسم اعتکاف مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 و با تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شده است. برای بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع و از آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد که مراسم اعتکاف باعث بهبود سلامت عمومی دانشجویان در گروه مداخله می‌شود و در کاهش اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی تأثیر بسزایی می‌گذارد و شادکامی را نیز افزایش می‌دهد. با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش به طور کلی می‌توان گفت مناسبک مذهبی و معنوی باعث ارتقای سلامت روان و افزایش نشاط و شادابی می‌شود.

واژگان کلیدی

اعتکاف، اضطراب، افسردگی، سلامت روان، شادکامی

۱- تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۶/۱۸؛ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۳/۱۲/۱۵

۲- دانشجوی دکتری تکنولوژی آموزشی دانشگاه علامه طباطبایی (ره) تهران، عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور کرمان
faribadortaj2007@yahoo.com

۳- دانشجوی دکتری تکنولوژی آموزشی دانشگاه علامه طباطبایی (ره) تهران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد زاهدان،
Z_allahi57@yahoo.com دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

مقدمه

رفتارها و عقاید مذهبی تأثیر مثبتی در معنا کردن زندگی دارند. رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، عبادت، زیارت، اعتکاف و غیره می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت موجب آرامش درونی فرد شوند (میرغفوری و دیگران، ۱۳۹۰). مدت‌هاست که مذهب و پزشکی در پاسخ به بیماری و مرگ با یکدیگر آمیخته شده‌اند. در اغلب جوامع، شفا دهندگان پیش‌مدرن شخصیت‌های مذهبی بودند. قربانی، زیارت، دعا و تسکین معنوی، همواره، برای بسیاری از بیماری‌های جسمی توصیه می‌شد. همه فرهنگ‌های گذشته معتقد بودند که بیماری نتیجه زیرپا گذاشتن معیارهای اخلاقی یا مذهبی است. خلاصه اینکه، بیماری نتیجه گناه شمرده می‌شد (کینسلی،^۱ ۱۹۹۶). امروزه، علی‌رغم کاهش احتمالی ارتباط مذهب و سلامت بدنی ما شاهد ادامه این ارتباط هستیم. اغلب تمایل داریم برای سلامتی‌مان از خدا تشکر کنیم یا برای بیماری یا مرگ خود دعا کنیم. در واقع، بسیاری از معتبرترین دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های ما را مذاهب رسمی بزرگ به وجود آورده‌اند و از آن‌ها حمایت می‌کنند. به‌تازگی سؤال درباره رابطه مذهب و سلامتی از بررسی‌های علمی دقیق بهره‌مند شده است. مطالعات آزمایشی انجام‌شده به‌منظور تعیین نوع بهزیستی روانی در طول حیات هر فرد پیوسته از مذهب به‌عنوان ویژگی ضروری برای سلامت مطلوب نام می‌برند.

اعتکاف مصدر باب "افتعال" از "عکف" به معنی پیوستگی در انجام کاری یا چیزی داشتن و حبس کردن در لغت، درنگ کردن و ادامه‌دادن است. مولر^۲ (۲۰۰۷) معنای عام و خاص اعتکاف را از هم متمایز می‌کند. او معنای عام اعتکاف را تعمق عبادت در عبادتگاه می‌داند. اما گوشه‌نشینی در مسجد را که با دعا، نماز، روزه و قرائت قرآن همراه است معنای خاص اعتکاف می‌داند. به‌اصطلاح، اعتکاف به اقامت سه‌روزه و یا بیشتر از آن در مسجد جامع برای عبادت خدای متعال گفته می‌شود (موسوی خمینی، ۱۴۰۳، فصل اول). از نظرگاه امام خمینی (ره) اعتکاف شامل شرایطی می‌شود. این شرایط عبارت‌اند از:

۱- داشتن عقل (فرد مجنون، بی‌هوش و مست نباشد)، ۲- نیت (قصد قرب الی...)، ۳- روزه بودن (که از ارکان اساسی اعتکاف است)، ۴- مدت اعتکاف (حداقل ایام اعتکاف سه روز است با احتساب شب‌های بین آن و بعد از هر دو روز معتکف‌شدن سومین روز آن نیز واجب می‌شود)، ۵- مکان اعتکاف (بسیاری از فقها اعتکاف در مسجد جامع را صحیح می‌دانند) و ۶- اجازه از کسی که اجازه‌اش معتبر است (اجازه زن از شوهرش، اجازه فرزند از والدین، اجازه کسی که در استخدام دیگری است) (موسوی خمینی، ج ۱، ص ۳۰۴).

اعتکاف بدین منظور صورت می‌گیرد که آدمی بتواند خود واقعی‌اش را از خود ساختگی و دروغینش تشخیص دهد و گرد محور خود اصلی‌اش تلاش کند. این کار مستلزم محاسبه شخصی و یا محاسبه نفس است که جزء مشخص و مشترک مذاهب اسلامی و بعضی ادیان دیگر و نیز یکی از ارکان اساسی است.

1- Kinsley

2- Moller

اعتکاف به صورت فراگیر بین مسلمانان انجام می‌شود و بررسی آثار آن در موضوعات مختلف می‌تواند ارزشمند و به‌خصوص در ارتباط با مسائل روان‌شناختی راهگشا باشد.

آثار و نتایج گوناگونی برای اعتکاف برشمرده‌اند، از آن جمله می‌توان به این موارد اشاره کرد: ایجاد آرامش روحی، تلنگری هوشمندانه به خویش، پیشگیری از بدی‌ها، خلوت‌گزینی برای انس با خدا، تقویت اراده، تحول درونی معتکف، زمینه‌سازی برای توبه و بازگشت، محل انس با خوبان، کاهش وابستگی و تعلقات مادی، ایجاد تقوا، ایجاد جامعه معنوی و غیره (موظف رستمی، ۱۳۸۷؛ مسرور، ۲۰۰۶).

اعتکاف فقط مختص به دین اسلام نیست، بلکه در بقیه ادیان هم وجود داشته است. خداوند متعال در سوره بقره می‌فرماید: "به [حضرت] ابراهیم و اسماعیل سفارش نمودیم تا خانه‌ام را برای طواف کنندگان، معتکفان و نمازگزاران تطهیر نمایند" (بقره: ۱۲۵). از این آیه این‌طور استنباط می‌شود که در زمان حضرت ابراهیم و اسماعیل علیهم‌السلام عبادتی به نام اعتکاف وجود داشته و پیروان دین حنیف گرداگرد کعبه معتکف می‌شدند. در ایران نیز علمای بزرگوار و برجسته همواره به اعتکاف می‌پرداختند و شخصیت‌هایی مانند شیخ بهایی و شیخ لطف‌الله عاملی و آیت‌الله العظمی بروجردی برای ترویج اعتکاف در شهرهای ایران زحمات زیادی کشیدند.

از طرفی یکی از موضوعات مهم زندگی و یکی از شاخص‌های مهم بهداشت روانی در جامعه به‌ویژه برای جوانان شادکامی^۱ است. شادکامی عبارت است از احساس خرسندی و خوشبختی "پایدار" از مجموع زندگی، نه یک لحظه خاص. شادکامی به همراه نگرش مثبت و امیدوارانه به آینده سرمنشأ تحرک، تلاش و پویایی است (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۸۹). وینه‌وون^۲ (۱۹۹۷؛ به نقل از کاشدان، ۲۰۰۴) شادکامی را مجموعه‌ای از عواطف و ارزیابی شناختی از زندگی تعریف می‌کند و آن را درجه‌ای از کیفیت زندگی افراد می‌داند که به‌طور مثبت ارزیابی می‌کنند. سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) کیفیت زندگی را تحت عنوان ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به زمینه فرهنگی و نظام ارزشی‌ای که در آن به سر می‌برد و در ارتباط با اهداف، انتظارات و استانداردهای مورد نظر فرد تعریف می‌کند (اللهی و دیگران، ۲۰۱۲).

برخی نظریه‌پردازان رسیدن به شادکامی را در پرتو توجه به ارزش‌ها و اهداف معنوی، نیازهای بنیادی، معناداربودن و هدفمندی زندگی، و عشق و علایق دینی والا می‌دانند (حیدری رفعت و عنایتی نوین‌فر، ۱۳۸۹). رفتارهایی مانند عبادت و توکل به خداوند می‌تواند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت موجب آرامش درونی افراد شود. داشتن معنا در زندگی، امیدواری به یاری خداوند در شرایط بحرانی، بهره‌مندی از حمایت اجتماعی و معنوی، و احساس تعلق به منبعی والا همگی از جمله روش‌هایی است که افراد مذهبی با بهره‌مندی از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث آسیب‌رسان فشار کمتری را متحمل شوند (یانگ و ماو، ۲۰۰۷).

- 1- Happiness
- 2- Veenhoven
- 3- Kashdan
- 4- Yang & mao

دینر و دینر (۱۹۹۵) و آرچیل (۲۰۰۱) معتقدند که شادکامی حالت خوشحالی یا سرور (هیجانان مثبت)، راضی بودن از زندگی و فقدان افسردگی و اضطراب (عواطف منفی) است. این تعریف شاید جامع‌تر از سایر تعاریف باشد، زیرا مجموعه عواطف مثبت و منفی را که امری درونی هستند در نظر گرفته است و در بعد بیرونی نیز به رضایت از زندگی اشاره دارد (به نقل از خوش‌کنش و کشاورز، ۱۳۷۸). خواجه نصیرالدین طوسی شناخت خدا را بیشترین حد شادکامی می‌داند و معتقد است که شادکامی نتیجه تقوا و تقوا نتیجه تطهیر انسان از گرایش‌های نفسانی است. در نظر این فیلسوف ارتباطی قوی بین شادکامی، تقوا و رشد معنویت وجود دارد (بهشتی و دیگران، ۱۳۸۰).

نگاه دین به شادکامی نگاهی هدفمند است. براساس آیات و روایات، شادکامی برای خدا ارزش دارد. در سایه چنین شادی حقیقی و ماندگار است که بشر به سعادت و خوشبختی می‌رسد، زیرا شادکامی واقعی در نزدیک شدن به هدف والای آفرینش و آراسته شدن به خصلت‌های انسانی و الهی است (علوی و رنجبر شورآبادی، ۱۳۸۹).
 کرول^۱ (۱۹۹۲) و جوف^۲ (۲۰۰۵) در تحقیقاتشان، که شامل ۱۵۵ مرد بود، نشان دادند که فعالیت مذهبی درونی (مثل دعا، خواندن کتاب مقدس) به‌طور معناداری با رضایت از زندگی رابطه مثبت دارد. رابطه مثبت مذهب و بهزیستی روانی عمومی در طول فرایند پیر شدن انسان آشکار است. جنسن (۱۹۹۵) و مک مولن^۳ (۲۰۰۳) بر اهمیت نقش مذهب در زندگی افراد مسن تأکید می‌کنند و بر این قضیه اصرار می‌ورزند که باید پیری‌شناسان نشان دهند که آگاهی بیشتر درباره مذهب عامل مهمی برای تأمین سلامتی افراد مسن است. مطالعات دیگر حاکی از این است که اعتقادات و رفتارهای سنتی و دینی احتمالاً با سلامت زندگی افراد در آینده ارتباط دارند (کونینگ، ۱۹۹۱).^۴ جانسون (۱۹۹۵) از طریق مطالعه اهمیت مذهب در زندگی افراد مسن به اهمیت خوب پایه‌سن گذاشتن می‌پردازد و به این نتیجه قطعی می‌رسد که وقتی افراد مسن امیدشان از همه‌جا قطع می‌شود مذهب به آن‌ها امید می‌دهد. رابطه مذهبی بودن افراد و بهداشت روانی در جمعیت‌های گوناگون گزارش شده است. نتایج این مطالعات حاکی از آن است که میزان شرکت در کلیسا با افسردگی رابطه‌ای منفی (معکوس) دارد، به گونه‌ای که میزان افسردگی در بین کسانی که به کلیسا می‌روند تقریباً نصف میزان آن در افرادی است که به کلیسا نمی‌روند. فینشتاین^۵ (۱۹۹۹) می‌گوید که استفاده زیاد از مذهب به‌عنوان سازوکاری برای کنار آمدن در دو نمونه مجزاً از افراد مبتلا به بیماری اچ‌آی‌وی منجر به بروز نشانگان کمتری از افسردگی و اضطراب شده است. مطالعه دیگری (میکلی و کارسونو سوکن، ۱۹۹۵) این نظریه را مطرح می‌کند که مذهب می‌تواند تأثیری مثبت (مثل ترغیب افراد به همبستگی اجتماعی، کمک به ایجاد معنا در زندگی) یا منفی

-
- 1- Krole
 - 2- Joffe
 - 3- Mc Mullen
 - 4- Koenig
 - 5- Feinstein

(پروراندن احساس گناه یا شرمساری بیش از حد در ذهن، به کار بردن مذهب به مثابه راه فراری برای مواجهه‌نشدن با مشکلات زندگی) در سلامت روانی داشته باشد. این پژوهش همچنین می‌افزاید که افراد برخوردار از دینداری درونی سطح بالا افسردگی و اضطراب کمتری دارند و کمتر در جستجوی توجه نارسای کنش‌ورانه هستند. این افراد همچنین سطوح بالایی از قوی‌بودن من، و همدلی و رفتار اجتماعی انسجام‌یافته را به نمایش می‌گذارند. پینو سولوم^۱ (۲۰۰۷) در بررسی خود دربارهٔ مذهب و بهداشت روانی تأثیرات مثبت دینداربودن در بهداشت روان را از لحاظ ارتباط آن با متغیرهای خانواده، حرمت خود، سازگاری شخصی، و رفتار اجتماعی گزارش می‌دهد. به‌علاوه، موریس^۲ (۱۹۸۲)، نلمن^۳ (۱۹۹۵) و تیکس و فرایزر^۴ (۱۹۹۷) مشخص کردند که سطوح پایین دینداری اغلب با اختلافات مربوط به کنترل‌نکردن تکانه در ارتباط هستند. نتایج تحقیق میرغفوری و دیگران (۱۳۹۰)، با عنوان "تأثیر دعا و نیایش در میزان شادکامی"، دربارهٔ زنان شرکت‌کننده در اعتکاف نشان داد که شرکت در مراسم اعتکاف و ارتباط خاص با خداوند در طی برنامه‌های خاص مراسم اعتکاف به‌طور معناداری باعث افزایش شادکامی می‌شود.

با توجه به آنچه گفته شد این پژوهش در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا مراسم مذهبی اعتکاف در سلامت عمومی و شادکامی تأثیر دارد.

۱- روش پژوهش

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مراسم اعتکاف در سلامت روان و شادکامی دانشجویان است. جامعه آماری پژوهش شامل همهٔ دانشجویان دختر دانشگاه شهید باهنر کرمان در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ بوده است. تعداد افراد نمونه در این تحقیق دویست نفر است که به‌صورت تصادفی ساده صد نفر از افرادی که در اعتکاف شرکت نکرده بودند و صد نفر از شرکت‌کنندگان در اعتکاف انتخاب شده‌اند. این نمونه بخش یا زیرمجموعه‌ای از جامعه است که با روش‌های مورد قبول انتخاب شده است تا مطالعهٔ آن به‌جای جامعه میسر شود (دلاور، ۱۳۷۰). براساس آلفای ۰.۱۵٪ و توان ۸۰ درصد، و با توجه به ۲۰ درصد احتمال افت، صد نفر برای هر گروه انتخاب شده‌اند که در مجموع دو گروه دویست‌نفره را تشکیل می‌دهند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامهٔ جی/اچ‌کیو^۵ و شادکامی آکسفورد استفاده شده است. پرسشنامهٔ سلامت عمومی (GHQ-28) پرسشنامه‌ای روان‌شناختی و شناخته‌ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی است که گلدبرگ و هیلیر آن را طراحی کرده‌اند. این پرسشنامه دو گروه پدیدۀ مهم را دربرمی‌گیرد: ۱. ناتوانی در ادامهٔ

1- Sollom
2- Morris
3- Neelman
4- Tix & Frazier
5- GHQ

انجام عملکرد عادی فرد، ۲. ظهور پدیده‌هایی با ماهیت پریشان‌ساز (کالمین و ویلسون؛ به نقل از غباری، ۱۳۸۶). آلفای کرونیخ در بررسی اعتبار این پرسشنامه به این نتایج رسید: برای کل آزمون ۹۰ درصد و برای خرده‌مقیاس‌ها بیشتر از ۸۰ درصد در خارج از کشور (کلدبرگ، به نقل از غباری، ۱۳۸۶). روایی این پرسشنامه، که توسط کلدبرگ انجام شد، با ۵۵ درصد و همبستگی بین خرده‌آزمون‌ها ۸۷ درصد به دست آمده است. در پژوهش کاویانی (۱۳۸۶) در مورد ایران برای علائم جسمی ۷۵ درصد اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی ۷۲ درصد، برای اضطراب ۷۲ درصد و برای افسردگی ۷۶ درصد گزارش شده است.

آرجیل و همکاران پرسشنامه شادکامی آکسفورد را تهیه کرده‌اند (به نقل از ساغروانی، ۱۳۸۷). پرسشنامه شادکامی آکسفورد ۲۹ ماده چهارگزینه‌ای دارد که گزینه‌های آن به ترتیب از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و نمره هر آزمودنی بین صفر تا ۸۷ قرار می‌گیرد. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های سازندگان با روش آلفای کرونیخ ۷۷ درصد و با روش آزمون مجدد ۷۱ درصد گزارش شده است. از بررسی روایی هم‌زمان آن با پرسشنامه شادکامی آداویس ۷۴ درصد به دست آمده است. در ایران نیز ضریب آلفای پرسشنامه ۷۲ درصد گزارش شده است (همان‌جا).

پرسشنامه‌ها براساس رضایت دانشجویان و توجیه آنان برای شرکت در این تحقیق در میان آنان توزیع شد. پس از شناسایی و مشخص شدن گروه مداخله (شرکت‌کننده در مراسم اعتکاف)، نمونه دانشجویان غیرشرکت‌کننده نیز براساس گروه مداخله، به گونه‌ای که از نظر سن و وضع اجتماعی-اقتصادی و غیره یکسان باشد، از بین دانشجویان انتخاب و با مشخص کردن کد و اطلاع زمان پس‌آزمون به آن‌ها پرسشنامه‌ها تکمیل شدند. پس از پایان مراسم اعتکاف نیز پس‌آزمون گروه مداخله و کنترل اجرا و نتایج تحلیل آماری شد.

۲- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شده است. همچنین برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شده، برای بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع، و از آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها استفاده شده است.

۳- یافته‌های پژوهش

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در علائم جسمانی گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
علائم جسمانی	آزمایش	۱۰۰	۷/۲۸	۲/۲۴	۱۰۰	۳/۵۷	۱/۲۴
	کنترل	۱۰۰	۷/۹۱	۲/۱۶	۱۰۰	۶/۷۲	۱/۹۴
افسردگی	آزمایش	۱۰۰	۸/۶۴	۲/۵۷	۱۰۰	۴/۲۷	۱/۸۲
	کنترل	۱۰۰	۸/۳۱	۲/۷۷	۱۰۰	۸/۱۰	۲/۱۱
اضطراب	آزمایش	۱۰۰	۶/۷۱	۲/۳۱	۱۰۰	۳/۳۰	۱/۷۵
	کنترل	۱۰۰	۷/۸۸	۲/۷۶	۱۰۰	۶۳/۳	۲/۴۵
اختلال در عملکرد اجتماعی	آزمایش	۱۰۰	۷/۶۴	۲/۲۵	۱۰۰	۴/۲۴	۱/۱۴
	کنترل	۱۰۰	۷/۷۱	۲/۵۲	۱۰۰	۷/۴۴	۲/۳۸
شادکامی	آزمایش	۱۰۰	۷۷/۲۴	۷/۹۵	۱۰۰	۸۴/۳۵	۵/۷۲
	کنترل	۱۰۰	۷۶/۸۲	۸/۱۲	۱۰۰	۷۸/۰۷	۷/۳۱

کنترل مفروضه‌های تحلیل کوواریانس

جدول ۲ نتایج آزمون لوین برای کنترل مفروضه همگنی واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در ابعاد سلامت عمومی را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که مقدار F به دست آمده در ابعاد مختلف پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و شادکامی بیان‌کننده همگنی واریانس در گروه‌های مورد مطالعه است ($p > 0/05$).

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای کنترل مفروضه همگنی واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در ابعاد سلامت عمومی

خرده‌مقیاس	F	سطح معناداری
شکایت جسمانی	۱/۴۷	۰/۱۵
عملکرد اجتماعی	۰/۵۷	۰/۶۸
افسردگی	۱/۲۳	۰/۱۷
اضطراب	۱/۵۷	۰/۱۴
شادکامی	۰/۸۷	۰/۴۶

جدول ۳. نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس تأثیر مراسم اعتکاف در ابعاد سلامت عمومی و شادکامی

متغیر	شاخص متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری
علائم جسمانی	گروهها	۱	۸۵۴/۵۷۴	۳۶/۳۴	۰/۰۱
	پیش آزمون * گروهها	۱	۴۱/۳۲۲	۰/۸۵۴	۰/۵۲
افسردگی	گروهها	۱	۳۰۳/۱۵	۲۲/۳۶	۰/۰۱
	پیش آزمون * گروهها	۱	۱۲/۳۵	۰/۹۲۵	۰/۳۵
اضطراب	گروهها	۱	۱۰۵/۲۱	۱۷/۳۳	۰/۰۱
	پیش آزمون * گروهها	۱	۱/۰۹	۰/۸۷	۰/۴۲
اختلال در عملکرد اجتماعی	گروهها	۱	۸۹۴/۸۲	۱۷/۳۲	۰/۰۱
	پیش آزمون * گروهها	۱	۱۰۰/۲۴	۰/۹۱	۰/۳۳
شادکامی	گروهها	۱	۷۶۲/۸۴	۱۰/۷۴	۰/۰۱
	پیش آزمون * گروهها	۱	۱۲۴/۳۲	۰/۹۴	۰/۳۷

با توجه به نتایج این جدول، اثر تعاملی پیش آزمون و گروهها در متغیرهای مورد بررسی معنی دار نیست ($p > 0.05$)، در نتیجه می توان برقراری مفروضه شیبهای رگرسیونی برای انجام تحلیل کوواریانس را پذیرفت. همچنین اثر گروهها که بیان کننده اثر متغیر آزمایشی است در سطح 0.01 معنی دار است. با توجه به نتیجه به دست آمده می توان گفت که تأثیر مراسم اعتکاف در کاهش علائم افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و علائم جسمانی و همچنین افزایش شادکامی در گروه آزمایش معنی دار بوده است.

نتیجه گیری

یافته های پژوهش، که با کمک تحلیل کوواریانس به دست آمدند، نشان می دهد که اضطراب گروه مداخله، که مراسم اعتکاف را پشت سر گذاشته اند، در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. این نتایج در مورد اضطراب، علائم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و شادکامی نیز معنی دار بود. نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش میرغفوری و دیگران (۱۳۹۰)، ابوالقاسمی و حجاران (۱۳۷۶)، کاویانی و

دیگران (۱۳۸۷)، ساغروانی (۱۳۸۷)، موسوی (۱۳۸۶)، فینشتاین (۲۰۰۲) و رابرتس (۱۹۹۲) همخوانی دارد. دین شامل مجموعه‌ای از باورها و رفتارهای دینی است که شیوه رفتاری خاصی را به افراد نشان می‌دهد (رابرت، ۱۹۹۲). بسیاری از پژوهشگران علوم رفتاری و روان‌درمانگران معتقدند که این باورها و رفتارها در پیشگیری از بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی و بهبود آن‌ها نقش اساسی دارند (نیل منوپرساد، ۱۹۹۵)، به گونه‌ای که برخی فقدان باورهای دینی را علت بیماری‌های روانی دانسته و توصیه به درمان اختلالات از طریق آموزش‌های دینی می‌کنند. پژوهش‌های زیادی که در این زمینه صورت گرفته است رابطه مثبت بین باورها و نگرش‌ها و عملکردهای دینی با شاخص بهداشت روانی و حتی جسمانی را به اثبات رسانیده‌اند (ویلتز و کرایدر، ۱۹۹۲؛ به نقل از کوئینگ و همکاران، ۱۹۹۲).

اعتکاف عبادتی پرفضیلت است که تعبد و اخلاص از ارکان اصلی آن به شمار می‌آید. این عمل در ادیان گذشته نیز سابقه داشته است و در منابع اسلامی فضایل فراوانی برای آن برشمرده‌اند. روح این عبادت در همه ادیان دوری از مظاهر دنیا و قرارگرفتن در مکانی محدود به‌منظور عبادت خالصانه پروردگار است. حتی مشرکان نیز در کنار بت‌های خود به قصد تقرب به آن‌ها معتکف می‌شدند و گاهی آن را به واسطه نذر بر خود لازم می‌کردند. آیه ۱۲۵ سوره بقره چند ویژگی را برای اعتکاف برشمرده است: ۱. انتخاب شریف‌ترین مکان برای اعتکاف، ۲. انجام اعتکاف در مکانی پاک، ۳. خدمت به معتکفان مقامی بزرگ و ۴. اعتکاف، هم‌سطح محبوب‌ترین عبادات (حسنی، ۱۳۹۱).

کارشناسان علوم رفتاری و روان‌شناسان معتقدند که سبک زندگی در سلامت روان و جسم افراد تأثیر زیادی می‌گذارد و هرچه فرد به انجام آموزه‌های دینی متعهدتر باشد، آرامش بیشتری پیدا می‌کند. شادکامی، امید، خوشبختی و هوش هیجانی هیجان‌های مثبت و اصلی به شمار می‌آیند و خرد، شجاعت، انسانیت، عدالت، میانه‌روی و معنویت شش فضیلت انسانی هستند که بیست‌وچهار توانمندی منش از آن‌ها سرچشمه می‌گیرند. در بین هیجان‌های مثبت، شادکامی بیش از همه اهمیت دارد، به طوری که در آغاز جنبش روان‌شناسی مثبت برخی پیشنهاد کردند نام این رشته یا رویکرد را شادی‌شناسی بگذارند (گلزاری، ۱۳۸۹).

درواقع، فرد دیندار با پذیرش دستورات و آموزه‌های دینی و عمل کردن به آن‌ها نوعی سبک زندگی را می‌پذیرد که تأمین‌کننده سلامت جسم و روان اوست. از این رو آموزه‌های دینی، در حکم اساسی‌ترین مؤلفه مؤثر در رفتار، مورد توجه بسیاری از جمله روان‌شناسان قرار گرفته است (عباری، ۱۳۸۱). براساس یافته‌های پژوهش‌های مختلف، پایبندی افراد جامعه به دین نقش مهمی در تحقق جامعه سالم و سلامت جسم و روان افراد جامعه دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که دینداری باعث گزینش سبک خاصی از زندگی می‌شود که این سبک زندگی در جسم و روح فرد تأثیرگذار است. پیچیدگی جامعه

مدرن، مشکلات روزافزون و تغییر شیوه‌های زندگی باعث شده است که نیاز به معنویت بیشتر شود، حتی در جوامع مادی نیز واقعیت‌ها حاکی از آن است که مردم به دین گرایش پیدا کرده‌اند. کارشناسان هم بر این نکته اذعان دارند که شیوه‌های درمانی برای تأمین سلامت جسم و روان به‌تنهایی جوابگو نیست بلکه باورهای دینی و گرایش به دین به نحو چشمگیری در سلامت افراد تأثیر می‌گذارد. مثلاً گرایش به معنویت به دلیل اینکه افکار منفی را در افراد تعدیل و انگیزه‌های مثبت را در آن‌ها تقویت می‌کند باعث کاهش فشار خون می‌شود. اما در پاسخ به این سؤال که رشد معنوی چگونه باعث تقویت جسم و روان می‌شود باید گفت که دینداری باعث گزینش سبک خاصی از زندگی می‌شود که این سبک زندگی در جسم و روح فرد تأثیرگذار است. متأسفانه باید گفت که خانواده‌هایی که عمل به احکام و دستورات خداوند در آن‌ها جایگاهی ندارد بیشتر درگیر مشکلات جسمی و آشفتگی‌های روانی هستند. بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند دین از جنبه‌های مختلفی به افراد کمک می‌کند. مثلاً افراد دیندار در مقابل فشارها و مشکلات زندگی مقاوم‌ترند (آرام‌وویتس، ۱۳۸۲). عقاید دینی و به‌خصوص دعاکردن، که در واقع باور به وجود ارزش‌های والا و قدرت برتر است، با ایجاد امیدواری و انگیزه به افراد بیمار کمک می‌کند. حتی در مطالعات جدید مشخص شده است که بیماران مبتلا به ایدزی که در مراسم دینی شرکت می‌کنند عمر بیشتری می‌کنند و از سلامت بیشتری برخوردار هستند. دعا، مناجات و شرکت در مجالس مذهبی، علاوه بر افزایش انگیزه در افراد، باعث ارتقای روابط اجتماعی آنان می‌شود و افسردگی را کاهش می‌دهد و از انزوای بیماران جلوگیری می‌کند. همچنین اقامه نماز جمعه و نماز جماعت، گزاردن حج، برگزاری مراسم مذهبی مانند اعتکاف، اعیاد، عزاداری، زیارت مکان‌های مقدس، انجام کار خیر و غیره باعث تحکیم پیوند اجتماعی افراد می‌شود (ازخوش، ۱۳۸۷). قرآن کریم نیز شفای جسم و جان معرفی شده است و تمثیل طیب، که برای پیامبران خدا به کار می‌رود، بیان‌کننده رسالت آن بزرگواران در تحقق سلامت و شفای جسم و روان انسان است (سهرابی، ۱۳۸۵). امروزه به دلیل تحولات و پیشرفت‌های علمی، صنعتی و فناوری متأسفانه استرس جوامع بشری افزایش یافته است. در این شرایط توجه به سلامت روان اهمیت زیادی دارد، زیرا جسم و روان مانند تاروپود به هم تنیده شده است و اگر یکی از آن‌ها آسیب ببیند، دیگری نیز آسیب خواهد دید. در این میان، سبک زندگی دین‌مدار به ارتقای هر دو بعد از سلامت کمک می‌کند. تحقق سلامت روان نیاز به پشتکار، صبر و صرف وقت زیادی دارد، در این زمینه، ما باید به این نکته توجه کنیم که ارتباط با خدا در سختی‌ها آرامش‌بخش است. انسانی که به خدا ایمان دارد و به او توکل می‌کند در برابر ناملایمات به او پناه می‌برد و با توکل به خداوند بهتر و راحت‌تر مسیر زندگی خود را می‌یابد و مشکلات را حل می‌کند.

منابع

- آبراموویتس، ملیسا (۱۳۸۲)، *ام‌اس*، ترجمه فرهاد همت‌خواه، تهران: عصر کتاب
- ابوالقاسمی، عباس و محمود حجاران (۱۳۷۶)، «نقش گرایش‌های دینی در اتخاذ شیوه‌های مقابله با استرس در سالمندان تهرانی»، مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ازخوش، منوچهر (۱۳۸۷)، *کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی*، تهران: روان
- بهشتی، محمد و مهدی ابوجعفری و علی‌نقی فقیهی (۱۳۸۰)، *آراء دانشمندان مسلمان در تعلیم و تربیت و مبانی آن*، تهران: پژوهشکده حوزه و دانشگاه و انتشارات سمت
- جکسون، تریج مگا و کنت ولز و کاترین مینی یوم (۱۳۸۴)، *غلبه بر افسردگی*، ترجمه لیلی گازر، تهران: کتاب‌درمانی
- حسینی، محمدجواد (بهار و تابستان ۱۳۹۱)، «نگاهی نو به فضیلت اعتکاف از دیدگاه قرآن و اهل بیت»، حدیث حوزه، س ۳، ش ۴، پیاپی ۴، ص ۱۲۲-۱۴۶
- حمیدیه، مصطفی و صدیقه ترقی‌جاه (۱۳۸۷)، «تأثیر گروه‌درمانی شناختی معنوی در درمان افسردگی»، فصلنامه پژوهنده، دوره ۱۳، ش ۵، پیاپی ۶۵، ص ۳۸۳-۳۸۹
- حیدری رفعت، ابوذر و علی عنایتی نوین‌فر (۱۳۸۹)، «رابطه بین نگرش دینی و شادکامی در بین دانشجویان»، *روانشناسی و دین*، ش ۴، ص ۶۱-۷۲
- خوش‌کنش، ابوالقاسم و حسین کشاورز اسیر (۱۳۸۷)، «رابطه شادکامی و سلامت روانی دانشجویان»، *اندیشه و رفتار*، دوره ۲، ش ۷، ص ۴۱-۵۲
- داویدیان، هاراطون (۱۳۷۶)، «بهداشت روان از دیدگاه ادیان توحیدی»، مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، تهران: دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان انستیتو روان پزشکی ساغروانی، سیما (۱۳۸۸)، *هوش معنوی، بعد ناشناخته بشر*، مشهد: آهنگ قلم
- سهرابی، فرامرز (۱۳۸۵)، «درآمدی بر هوش معنوی»، فصلنامه معنا، ویژه‌نامه روان‌شناسی دین، ش ۲، ص ۱۱۴-۱۱۹
- عبدالله‌زاده، حسن و دیگران (۱۳۸۸)، *هوش معنوی* (مفاهیم، سنجش و کاربردهای آن)، تهران: انتشارات روان‌سنجی
- علوی، حمیدرضا و زهرا رنجبر شورآبادی (۱۳۸۹)، «تأثیر دیانت بر شادی دانش‌آموزان مدارس دخترانه مقاطع راهنمایی و دبیرستان ناحیه ۲ شهر کرمان»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۷، ص ۵۹-۸۲

غباری بناب، باقر (۱۳۷۴)، «باورهای دینی و اثرات آن در بهداشت روان»، فصلنامه *اندیشه و رفتار*، س اول، ش ۴، ص ۴۸-۵۴

غباری بناب، باقر و دیگران (۱۳۸۶)، «هوش معنوی»، فصلنامه علمی پژوهشی *اندیشه نوین دینی*، دوره ۳، ش ۱۰، ص ۱۲۵-۱۴۷

کاوایی، حسین و ندا حاتمی و عبدالله شفیق آبادی (۱۳۸۷)، «اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده»، فصلنامه *تازه‌های علوم شناختی*، ش ۴۰، ص ۳۹-۴۸
گلزاری، محمود (۱۳۸۹)، «شادی و شادکامی در دیوان حافظ»، سایت خبر آنلاین، مشاهده در تاریخ ۱۳ بهمن ۱۳۸۹

موسوی خمینی [امام]، سید روح‌الله (۱۴۰۳ق)، *تحریر الوسیله*، تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی موسوی، غفور و دیگران (۱۳۸۶)، «نگرش توحیدی و پیشگیری از افسردگی»، دوفصلنامه *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۵، ش ۲، ص ۱۳۹-۱۴۴

موسوی خمینی، روح ... ()، *تحریر الوسیله*، ج ۱، قم: مؤسسه مطبوعات دارالعلم
موظف رستمی، محمدعلی (۱۳۸۷)، *مسجد و اعتکاف، آنچه یک معتکف باید بداند*، کرج: انتشارات پرهیب

میرغفوری، سیدحبیب‌الله و فاطمه ابویی و نعیمه دره زرشکی (۱۳۹۰)، «تأثیر دعا و نیایش بر میزان شادکامی» (مطالعه موردی: زنان شرکت‌کننده در مراسم اعتکاف استان یزد)، دوفصلنامه علمی-ترویجی *بانوان شیعه*، س ۷، ش ۲۶، ص ۷-۳۱

هنزارجریبی، جعفر و رضا صفری شمالی (۱۳۸۹)، «بررسی مفهوم شادکامی اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن»، *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ش ۳، ص ۳۲-۷۲

Allahi, Z. & Mirabdi, R. & Mazaheri M. (March 2012), "A Comparative Study of the Deaf and Blind Exceptional Children on Satisfaction with Life", *International Journal of Scientific & Engineering Research*, Vol. 3, Issue 3, P.1-6

Amram, J. (2005), "The Contribution Of Emotional And Spiritual Intelligences To Effective Business Leadership", A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Clinical Psychology Institute of Transpersonal Psychology Palo Alto, California

- Feinstein A. (2002), "An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis", *The Official Journal of the American Academy of Neurology*, September 10, vol. 59, no. 5, P.674-678
- _____ (October 1999), "The effects of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis", *multiple sclerosis journal*, vol. 5, 5: P. 323-326
- Janssens, A.C.J. W. & Van Doorn, P. A. (2003), "Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners", *Acta Neurol Scand*, Dec; 108 (6), P.389-95
- Joffe, R. T. (2005), "Depression and multiple sclerosis: A potential way to understand the biology of major depressive illness", *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(1), P.9-10
- Kashdan, T. (2004), "The assessment of subjective well-being" (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire), *Journal of Personality and Individual Differences*, Vol. 36, P.1225-1232
- Koenig, H. G. (1992), ***Religion and Prevention of illness in later life***, In K. I. Pargament K. I. Maton & Hess, R. E. (Eds), *Religion and Prevention in mental health*, Research Division and action Haworth Press Inc
- Krole, I & Sohechan, B. (Jan 1999), "Religion beliefs and practice among 52 psychiatric in patients in Mennesota", *American Journal of Psychiatry*, 146(1), P.67-72
- Levin, J. and Vander, K. (1998), "Religion factors in Psysical Health and psychological of illness". *Psychological Medicine*, 8, P.159-64
- Mc Mullen, B. (2003), "Spiritual intelligence", www.Studentbmj.com. Sep, 12, 2013
- Moller, A. (2007), "Ramadan in java: the joy and ritual fasting", *Ampere*, vol. 20, P.102-110
- Morris, P. A. (1982), "The effect of pilgrimage on anxiety and religious attitude", *Psychological Medicine*, 12, P.15-27

- Nasel, D. D. (2004), *Spiritual Orientation in Relation to Spiritual Intelligence: A consideration of traditional Christianity and New Age/individualistic Spirituality*, unpublished thesis, Australia: The university of south Australia
- Nealman, P. & Persaud, R. (1995), "Why do psychiatrist neglect religion", *British Journal of Medical Psychology*, 68, P.169-178
- Pargament, KI. & Maton, KI. & Hess, RE. eds. (1992), *Religion and prevention in mental health: Research, vision and action*, New York: Haworth Press
- Roberts, K. A. (1992), "A sociological overview: Mental health implications of religio-cultural megatrends in the United States", *Prevention in Human Services*, 9: P. 113-135
- Sollom, A. (2007), "Treatment of Depression in people who have multiple sclerosis", *Multiple Sclerosis*, 13(5), P.632-635
- Tix, A. P. & Frazier, P. A. (1998), "The use of religious coping during stressful life events", *Journal of consulting and clinical psychology*, 66 (2), P.417-422
- vaughan, F. (2003), "what is spiritual intelligence?", *Journal of humanistic psychology*, vol.42, no.2., Spring 2002, P.16-33
- Yang, K. P. & Mao, X.Y.(2007), "A study of nurses, spiritual intelligence: A Cross sectional questionnaire survey", *Intl Nurs Stud*, 744, P.999-1010

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.