



موسسات تحقيقاتي  
مرکز مباحث و تحقيقات



وزارت علوم، تعليمات و فراغت  
دفتر مباحث و رسالت

# کتاب و يـژمه مريـان آموزش مهارت‌های معنوی

دکتر جعفر بوالهري و همکاران  
ویراستاران: مصلح میرزایی - زینب قائم پناه



معاونت دانشجویی  
مرکز مشاوره دانشجویی



وزارت علوم تحقیقات و فناوری  
دفتر مشاوره و سلامت

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر محفوظ است.

**مهارت‌های معنوی: کتاب ویژه مربیان**

دکتر جعفر بوالهری و همکاران

مصلح میرزایی و زینب قائم پناه

۱۰۰۰ نسخه

اول، بهار ۱۳۹۲

زیبا حمیدی

تهران، خیابان ۱۶ آذر، خیابان ادوارد براون  
پلاک ۱۳ و ۱۵، مرکز مشاوره دانشگاه تهران

۶۶۴۸۰۳۶۶

۶۶۴۱۶۱۳۰

<http://counseling.ut.ac.ir>

**عنوان**

**نگارش**

**ویرایش**

**تیراژ**

**نوبت چاپ**

**گرافیسیت**

**نشانی**

**تلفن**

**نمابر**

**سایت**



کتاب‌ویژه‌مربیان  
آموزش مهارت‌های معنوی

## نگارندگان

دکتر جعفر بوالهروی: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، قطب علمی روانپزشکی

دکتر باقر غباری بناب: عضو هیئت علمی دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی

دکتر شهربانو قهاری: عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن

مصلح میرزایی: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

دکتر رویا راقیبیان: روانشناس

هدی دوس علی وند: روانشناس بالینی

الهام زارعی دوست: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

پیش‌گفتار

## پیشگفتار و قدردانی

پژوهش در مهارت‌های زندگی برای زندگی سالم، در ایران در اوایل دهه ۱۳۷۰ در انستیتو روانپزشکی تهران و با پیش‌گامی اساتید و دانشجویان این موسسه به صورت پایان‌نامه‌های دانشجویی با به آزمایش گذاشتن مهارت‌های زندگی گوناگونی در خانواده، مدرسه و جامعه شروع شد. یافته‌ها نتایج خوبی را نشان داد و مطالعه و کار تجربی ادامه یافت تا جایی که به تدریج این دانشجویان تبدیل به اساتید برجسته‌ای در آموزش مهارت‌های زندگی شدند و آن‌گاه اینان به خوبی این دانش و مهارت نوین را در سطح وسیعی با خوش‌فکری مدیرانی در اداره ایدز وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی در بخش مشاوره در ایدز و حمایت‌های اجتماعی گسترش دادند، آنگاه دامنه پذیرش آموزش مهارت‌های زندگی به آموزش و پرورش و بخش بهداشت روان و پیش‌گیری از خشونت خانگی در وزارت بهداشت کشیده شد و چنین بود که این موضوع کشوری گردید.

**آموزش مهارت‌های زندگی** در دهه گذشته در کشورمان موضوع روز شد. این آموزش‌ها می‌رفت که به عنوان بخشی از تحول روان‌شناسی بالینی، توسعه روانشناسی مثبت، روشی در روانشناسی سلامت، دانشی پیش‌گیرانه و ارتقایی در سلامت، و دارویی مشکل‌گشا در بیدادگری‌های روانی اجنماعی ناشی از تحولات اجتماعی، استرس‌ها، مشکل‌های روزمره، و حمایتی برای روان‌های خسته شد؛ و می‌رفت که جایگاه روان‌شناسی و آموزه‌های بهداشت روان را در کشور به ارتقایی در شان خود برساند؛ که اتفاق جدیدی در کشور روی داد. به تدریج شنیده شد و آنگاه با صدای بلند در رسانه‌ها مطرح شد که: آموزش مهارت‌های زندگی به چه مقدار و با چه هزینه‌ای و بر کدام گروه آموزش‌گیرنده اثرگذار است؟ و کجای این آموزش‌ها مبتنی بر فرهنگ و دین و معنویت ماست؟ و گروهی مدعی شدند که این آموزش‌ها برگرفته از نظریه‌های سکولاریستی و ناسازگار با دین است!

این نه تاریخچه که درد دلی کوتاه بود از تحول آموزش مهارت‌های زندگی در ایران و نیز تاریخچه و ضرورت تدوین طرح پژوهشی "آموزش مهارت‌های معنوی" و این که چگونه انستیتو روانپزشکی تهران وظیفه خود دانست که نگذارد نوجوانی با نام "مهارت‌های زندگی" که رسالتی بزرگ برای تحولات اجتماعی کشور ما داشت، اینک قربانی جریان ساده‌نگری‌های غیر یا ضدعلمی گردد. در اینجا می‌بایست دو کار صورت می‌گرفت؛ **اول**: روش‌های پیشرفته‌ای طراحی گردد که همراه با آموزش مناسب، پی‌گیرانه و درست مهارت‌های زندگی- نه تنها با برگزاری یک

با چند کارگاه آموزشی- ارزشیابی آموزش مهارتها به ویژه ارزشیابی اثر و پیامد ادامه آموزشها مورد سنجش قرار گیرد، که این کار به وقت و گروهی دیگر واگذار گردید؛ **دوم: پرداخت به بعد معنوی انسان** که امروزه روشن‌ترین و مستندترین یافته‌های علوم رفتاری است، در حالی که هنوز جایگاهی در آموزش روان‌شناسی، ارتقاء سلامت روان و آموزش مهارت‌های زندگی ندارد، که در این طرح و این کتاب با تمام توان به این مهم پرداخته شده است.

### ■ طرح تدوین مهارت‌های معنوی

طرح آموزش مهارت‌های معنوی از سال ۱۳۸۶ تدوین و به دفعات در مراکز گوناگون دانشگاهی و اجرایی مطرح شد، ولی مورد استقبال قرار نگرفت. این طرح، یک بار در وزارت بهداشت دفتر امور زنان مورد تایید قرار گرفت، اما انتظار این بود که به جای روش‌شناسی علمی که خود ضمانتی بر پیش‌گیری از سوگیری آن می‌نمود، با رویکرد و خواستگاهی دینی و دولتی- نه روش‌شناسی علمی- و فرموده شده از بالا طراحی گردد که مورد پذیرش نگارنده قرار نگرفت. اما در سال ۱۳۸۸ بود که این طرح مورد تایید اداره مرکزی مشاوره وزارت علوم و حمایت مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران قرار گرفت که امید است این کتاب و نتایج این طرح بتواند پیامدی کارآمد و تحولی‌نویین در حوزه آموزش مهارت‌های زندگی ایجاد کرده، پاسخ ارزشمندی به اراده خستگی‌ناپذیر دو همکار و دوستدار روان‌شناسان و حوزه بهداشت روان و مشاوره دانشجویی -**دکتر حمید یعقوبی و آقای حمید پیروی**- بوده باشد.

### ■ اهداف طرح و مراحل تدوین کتاب

**هدف این طرح پژوهشی- کاربردی، طراحی و تدوین بسته آموزشی آموزش مهارت‌های معنوی** برای دانشجویان است که بتوان آن را همانند کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی توسط مریبان و گروه روان‌شناسان و مشاوران به دانشجویان آموزش داد. بنا براین انتظار می‌رود این کتاب به ویژه زمانیکه در کارگاه‌های آموزشی آموزش داده می‌شود بتواند " دانشجویان را با مهارت‌های معنوی آشنا کرده، به آنها کمک کند به ارزشهای این مهارتها پی ببرند و کوشش کنند در زندگی روزمره خود به کار گیرند" و اهداف جزئی دیگری نیز در ابتدای هر فصل کتاب آمده است. **این کتاب در پی تبلیغ و آموزش دینی نیست** چرا که در صلاحیت و توان نگارندگان کتاب و با مجریان اینگونه کارگاه‌ها نیست.

این طرح با مروری بر منابع و پژوهش‌های مربوط به مهارت‌های زندگی شروع شد، سپس پژوهش‌های حوزه پزشکی، روان‌شناسی، روانپزشکی و پرستاری و دیگر حوزه‌های علوم رفتاری در رابطه با مهارت‌های زندگی، معنویت، ابعاد معنوی انسان، رویکردهای کل‌نگر، رویکردهای نظام‌مند و حیاتی به انسان (از جمله رویکرد روانی-اجتماعی-معنوی) و همچنین مشاوره و روان‌درمانی با رویکرد معنوی-دینی مورد بررسی وسیع کتابخانه‌ای قرار گرفت. در این مرحله آنچه یافته شد هزاران منبع معتبر پژوهشی و کتاب‌شناختی در وجود واقعیتهای نام معنویت در جهان خلقت و در وجود انسان و رفتار انسانی بود، و این که مشاوره و روان‌درمانی با رویکرد دینی-معنوی روز به روز در حال گسترش است در حالیکه به ندرت از آموزش مهارت‌های معنوی در ادبیات علمی جهان شواهدی وجود دارد. با این شروع و با کمک متخصصان، پژوهشگران و صاحب نظرانی که نام همگی آنان در قدردانی کتاب آمده است، قدم‌های زیر را برای دستیابی به اهداف طرح و نگارش این کتاب برداشتند:

۱. نگارش چند مقاله و متن آموزشی از جمع‌بندی مرور پیشینه و یافته‌های گفتگوهای گروهی در موضوعات دین، معنویت، بهداشت روان و مهارت‌های معنوی.
۲. تشکیل جلسات و سمینارهای گوناگون تخصصی در تبیین مهارت‌های معنوی، تعریف مهارت‌های معنوی، و آموزه‌ها و رفتارهای دینی-معنوی.
۳. ارایه یافته‌های مهارت‌های معنوی در چندین همایش سراسری و ملی روان‌شناسی، مشاوره و روانپزشکی؛ و نیز در پنج کارگاه آموزشی و مشورتی کارشناسان، مشاوران و دانشجویان از مراکز مشاوره دانشجویی در زاهدان، تهران، شیراز و رشت.
۴. دستیابی به آنچه که در زاهدان در نشست تخصصی و در بحث با حضور کارشناسان و مشاوران مراکز مشاوره دانشجویی تحقق یافت؛ که عبارت بود از طرح فهرست بیش از ۳۱ مهارت معنوی-دینی و اولویت‌بندی آنها. در این نشست اتفاق نظر بر اولویت آموزش ۱۱ مهارت معنوی به شرح زیر بود: به جا آوردن موثر نماز، خودآگاهی، ارتباط معنوی، توکل، صبر، تقوای پیشگی، پلایش دل، تواضع و فروتنی، کنترل حسد، مشاهده تجلی باریتعالی در طبیعت، و ذکر. همچنین شرکت‌کنندگان در این کارگاه بیشتر بر الگوی معنوی و فراگیر بودن و غیرسوگیرانه آن تاکید داشتند تا دینی، و دلیل آنها این بود که تمایل دانشجویان و تخصص مربیان و مشاوران بیشتر در حوزه شناختی رفتاری است تا دینی، و گزیده‌تر اینست که موضوعات دینی به حوزه‌ها و ارباب و متخصصان دینی واگذار شود.
۵. برگزاری اولین کارگاه آموزش مهارت‌های معنوی از کارگاه‌های پیش گفت در تهران با حضور کارشناسان و صاحب نظران مراکز مشاوره دانشجویی با هدف اجرای آزمایشی کارگاه



مهارت‌های معنوی برای مریبان و نیز کمک به تفکیک آن دسته از مهارت‌های زندگی که خود پیامدی معنوی دارد از مهارت‌های معنوی، همچنین جداسازی مهارت‌های معنوی از مهارت‌ها و رفتارهای دینی، مهارت‌های زندگی با رویکرد معنوی- دینی از بقیه، و هم‌پوشانی همه این مهارت‌ها با یکدیگر. یکی از یافته‌های این کارگاه این بود که آموزش ۱۱ مهارت برگرفته از نشست زاهدان در یک کارگاه ۲ یا ۳ روزه مشکل است، زیرا فرصت فهم عمیق این گونه مفاهیم جدید برای فراگیران فراهم نمی‌شود؛ دوم اینکه ضروری است کار عملی به صورت تمرین ارتقاء مهارت‌های معنوی بر بحث‌های نظری و به ویژه دینی و اسلامی ترجیح داده شود؛ سوم اینکه کتاب‌های راهنما برای مریبان و برای دانشجویان جهت تدریس در این گونه کارگاه‌ها تهیه شود.

۶. قدم بعدی اجرای الگوی اصلی آموزش مهارت‌های معنوی برای دانشجویان در قالب دومین کارگاه آموزشی مریبان به صورت آزمایشی با حضور اساتید، کارشناسان و مریبان مشاوره و مراکز مشاوره دانشجویی کشور و نیز گروهی از دانشجویان در کارگاه‌های شیراز و رشت بود. در این کارگاه آموزشی و مشورتی، الگوی نهایی آموزش مهارت‌های معنوی به آزمایش گذاشته شد و در سه روز سنگین کاری آنچه در نزدیک به دو سال مطالعه و تجربه شده بود، در حضور مجریان اصلی این دوره‌های آموزشی به تجربه نهایی گذاشته شد. مهم‌تر آن که در این کارگاه تعدادی از اساتید و مشاوران مراکز مشاوره و دانشگاه‌های کشور با فراگیری روش‌های اجرای این کارگاه‌ها آمادگی خود را برای اجرای چنین کارگاه‌هایی برای دانشجویان اعلام نمودند.

۷. تدوین متون و ویرایش نهایی کتاب مریبان و کتاب کار دانشجویان، ویرایش تمرین‌ها و اسلایدهای آموزشی، ارائه گزارش نهایی طراحی این دوره آموزشی، و ارائه توصیه‌های لازم برای اجرای تدریجی این دوره آموزشی در کشور.

به نظر می‌رسد که رسالت مجریان این طرح و نگارندگان این کتاب در راستای تلفیق ارزش‌های والا و بنیادین دین و معنویت در آموزش مهارت‌های زندگی، همچنین در کمک به دستیابی به زندگی سالم و متعالی با بهره‌گیری از این گونه آموزه‌های علوم رفتاری در این مرحله به پایان رسیده است. آنچه باقی می‌ماند واقع نگری و چشم‌انتظاری است برای دریافت کاستی‌های این متون آموزشی، پذیرش نقدها، و فروتنی همراه هوشمندی برای به کار بستن همه نقدهایی است که از طرف مشتاقان آموزش مهارت‌های معنوی خواهد رسید. امیدوارم یاری خداوند به گونه‌ای باشد که در نشر این اثر و پیامد اجرایی آن و با به کار بستن نظرات یاران مومن بدون تحریف و سوگیری‌های علمی، دینی و معنوی اثری ماندگار در حوزه علوم رفتاری و به ویژه مشاوره، آموزش مهارت‌های زندگی و روانشناسی مثبت پدید آید.

## روش مطالعه و آموزش این متن

در پایان چند توصیه برای مربیان کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های معنوی و برای کسانی که این کتاب را مطالعه می‌کنند ارائه می‌شود:

۱. گروه هدف: این کتاب ویژه روان‌شناسان، مشاوران، روانپزشکان، پزشکان عمومی، پرستاران و مددکارانی نوشته شده است که کنجکاو فهمیدن آگاهی‌هایی فراتر در علوم رفتاری‌اند، و در پی کشف جهانی دیگر از وجود انسان- و یا وجود خودشانند- که در ورای جسم و روان است. اینان اگر در مراکز مشاوره، در دانشگاه‌ها و در دیگر مراکز به آموزش مهارت‌های زندگی و یا انجام مشاوره باشند، بدون تردید بهره بیشتری از این کتاب خواهند برد.

۲. روش فراگیری و مطالعه: توصیه می‌شود پس از دریافت این کتاب یک دور آن را سطحی و بدون این که منتظر دریافت پاسخی از کسی برای تردیدها یا پرسش‌هایتان باشید مطالعه کنید. اول فهرست، سپس مقدمه و آنگاه دیگر فصول را به ترتیبی که در کتاب آمده است. اگر با آموزش مهارت‌های زندگی آشنایی دارید می‌توانید این فصل و پیوست مربوط به ساختار آموزش مهارت‌های زندگی را مطالعه نکنید ولی توصیه می‌شود که همه بخش‌ها را مطالعه کنید و همه پرسش‌ها و تردیدهایی را که در مورد مهارت‌ها یا دین و معنویت پیدا می‌کنید یا پاسخ آن در فصول بعدی جستجو کنید، یا در کتاب‌های علمی رشته روانشناسی و دیگر علوم رفتاری و پزشکی. جالب اینکه اگر پرسش‌ها و تردیدها در مورد چگونگی و چیستی معنویت است آنرا می‌توانید در عمق وجود خودتان- در احساس‌های عمیق، در معنای خلقت و زندگی روزمره، یا حتی اگر یک بار هم دارای تجربه‌ای معنوی بوده‌اید در همان تجربه- در خودآگاهی و خودآگاهی معنوی خودتان جستجو کنید. به خاطر داشته باشید این کتاب، کتاب آموزش دین و معنویت نیست تا به متخصصین حوزه دینی و معنویت واگذار شود. این کتاب، کتاب آموزش مهارت‌هاست و شما بهترین مربیان آن هستید.

۳. برگزاری دوره‌های آموزشی: کوشش کنید با همکاران و دوستان خود دوره‌های آموزشی مهارت‌های معنوی را برای مراجعان، دانشجویان و خانواده‌ها برگزار نمایید. نسل امروز ما قربانی رها شدگی؛ و تشنه فراگیری مهارت‌های زندگی و مهارت‌های معنوی است. این کتاب و کتاب کار در مهارت‌های زندگی راهنمای خوب و تنها کتابی است که برای این هدف نگارش یافته است.

۴. آموزش کارگاهی: چون محتوای آموزشی مهارت‌های معنوی موضوعاتی نو و در موارد بسیاری پیچیده است در دوره‌هایی به صورت کارگاهی، کارگروهی، انجام تمرین دو یا چند نفره در

کارگاه، اجرای ایفای نقش، و بیان تجارب معنوی فردی به اجرا بگذارید و کوشش کنید با تهیه پاورپوینت از کتابها و یا **دانشگاه پاورپوینت‌های کارگاه** از پایگاه‌های الکترونیک دفتر مرکزی دانشجویی وزارت علوم یا مرکز مشاوره دانشگاه تهران و یا انستیتو روانپزشکی تهران به غنای آموزش کارگاهی بیافزایید. همچنین در دوره‌های آموزشی فرصت دهید همه شرکت‌کنندگان از تجارب فردی دینی و معنوی خود به همان گونه که تجربه کرده‌اند و باور دارند، صحبت کنند. برای کمک به اجرای ساده‌تر به پیوست‌های شماره ۱ تا ۳ کتاب مراجعه نمایید. در طول اجرای کارگاه ضروری است که همه تجارب معنوی در تبادل بین فردی و گروهی محترم شمرده شود و افراد مورد نقد سوگیرانه و سبک‌انگاری قرار نگیرد.

۵. **مراقب دین و معنویت پاتولوژیک باشید: رفتارها و تجارب دینی و معنوی تحریف شده یا آسیب‌زا (پاتولوژیک) به فراوانی در افراد، در بیماران و در خانواده‌ها مشاهده می‌شود.** سوای تفاوت‌های فردی که در موضوعات فرهنگی، دینی و معنوی وجود دارد، این رفتارهای پاتولوژیک گاه موجب سوگیری منفی در بحث‌ها، آزار عاطفی و به بیان دیگر ایجاد انتقال متقابل در مشاوران، درمانگران و گاه مریبان دوره‌های آموزشی می‌شود. اگر فردی با دست یازیدن به تعصب‌های فردی و فرقه‌ای، با پذیرش جبرانی هویت‌های دینی و معنوی تحریفی و ارایه روشنفکرگونه آن‌ها در گروه، و یا اینکه اگر فردی با انتقادی بی‌پایه آموزه‌های دینی و معنوی را به تمسخر بگیرد؛ همه این‌ها در این دوره‌های آموزشی باید به عنوان **فریادی برای کمک معنوی تلقی شده و با آغوشی باز پذیرفته شود و با روی خوش، همدلی، صمیمیت، آرامش و سکوت پاسخ داده شده، و کلاس درس و دوره آموزشی به فضای بحث و جدل تبدیل نشود.**

۶. **همگونی و همدلی شرکت‌کنندگان: تجربه نشان داده است که اگر این دوره‌های آموزشی به صورت کارگاهی اجرا شود به کارگیری نکات زیر موجب پر بار تر شدن دوره آموزشی می‌شود:** در فراخوانی شرکت‌کنندگان دانشجویانی دعوت شوند که از پیش دوره‌های مهارت‌های زندگی را دیده باشند، همگونی افراد در مورد سطح تحصیلات، سطوح فرهنگی و دینی، و به ویژه در گرایش‌های سیاسی که در این دوران آمیخته با دین شده است، مورد توجه باشد. در ابتدای کارگاه به خوبی اهداف کارگاه که آموزش مهارت‌های معنوی است نه آموزش دینی و معنوی شرح داده شود. در ابتدای دوره که شرکت‌کنندگان خود را معرفی می‌نمایند از آن‌ها خواسته شود یکی از تجارب معنوی خود را که در یک سال گذشته داشته‌اند، شرح دهند. وقتی شرکت‌کنندگان به جای تجارب ناب معنوی از تجارب دینی خود گفتگو می‌کنند، لازم است به خوبی فرصت بیان به آنها داده شود، چرا که جدا کردن تجارب دینی از تجارب معنوی مشکل است.

## ■ قدردانی

در پایان سپاس‌گزارم از همه عزیزان زیر که در تدوین و تهیه این طرح و این کتاب کمک‌های فراوان بی‌چشم‌داشتی داشتند:

آقای مسلم میرزایی و خانم زینب قائم پناه که ویرایش علمی و ادبی کتاب را انجام داده اند. از آقای دکتر باقر غباری بناب: عضو هیئت علمی دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی؛ سرکار خانم دکتر شهربانو قهاری: روانشناس بالینی پر کار انستیتو روانپزشکی و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن؛ از خانم دکتر رویا راقیبیان: روان‌شناس بالینی؛ از خانم هدی دوس‌علی‌وند: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی؛ و از خانم الهام زارعی دوست: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی که همگی علاوه بر نگارش بخش‌های عمده ای از این کتاب دانش و تجارب عملی خود را در جلسات فراوانی در اختیار نگارنده قرار دادند.

اما تمایل دارم در اینجا تشکر خود را به محضر اساتید، متخصصین و روحانیون زیر نیز تقدیم کنم که پس از مطالعه این کتابها با راهنمایی و نقد خود - که بیشترین آنها اعمال شد - موجب اصلاح کتاب‌ها شدند، که برخی نظرات دل‌گرم‌کننده آنها جهت سپاس آورده می‌شود.

دکتر باقر غباری بناب عضو هیئت علمی دانشگاه تهران: " این طرح قدم ابتدایی بسیار مهمی است که برداشته شده است تا اینکه با استفاده از متون دینی، مهارت‌های معنوی را علاوه بر مهارت‌های ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت به دانشجویان آموزش دهد. این امر مقدمه ای بر تقویت معنوی دانشجویان و بومی سازی علوم انسانی است."

دکتر حمزه حسینی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران: " کتابهای ارزشمندی است، ولی به نظر می‌رسد دوران نوزادی خود را طی می‌کند و برای رسیدن به کمال خود و هدف واقعی نویسندگان نیاز به تلاش مضاعف و همگانی و پیرایش و آرایش فراوان دارد، و از طرفی ما باید به عنوان مسلمان، باور حقیقی خود را با استفاده از منابع مرتبط (قرآن و کتابهای روایی) مهارتها را شناسائی و به صورت عملیاتی و کاربردی نگارش کنیم."

حجت الاسلام دکتر علی نقی فقیهی دانشیار دانشگاه قم و مدیر موسسه مطالعاتی مشاوره اسلامی: "ضمن ارج نهادن به کوشش‌های علمی دینی علمی اساتید محترم... و ضرورت اعمال اصلاحات مطرح شده... در تعریف معنویت «معنویت، تلاش انسان برای برقراری رابطه با خود، خداوند، طبیعت و انسان‌های دیگر است» تعریف درستی است و این بدین معنی است که معنویت یک بعد آدمی نیست بلکه معنویت بر همه وجود آدمی سایه افکنده است. بنا براین در تقسیم بندی‌های گذشته در هر دو کتاب باید تجدید نظر بشود..."

دکتر رویا راقیبیان روانشناس: "این کتاب‌ها بسیار سودمند و کاربردی هستند، اما بهتر است در آینده به فضایل معنوی مانند صداقت، پاکدامنی، کنجکاوی و اشتیاق برای علم آموزی، شجاعت، پشتکار و مداومت در انجام کارها، مسئولیت‌پذیری، تواضع، قناعت و رضامندی، تعاون و همکاری و .... نیز پرداخته شود... کتاب کار می‌تواند برای دانش آموزان و دیگر گروه‌های جامعه استفاده شود... از بحث مربوط به محیط زیست و حفاظت از آن و روش‌های معنا دادن به زندگی خیلی لذت بردم."

دکتر مهرداد کلانتری عضو هیئت علمی دانشگاه اصفهان: "لازم می‌دانم انجام این پروژه عظیم را به جنابعالی و همکاران محترم تبریک عرض نمایم. در این پروژه برای نخستین بار در کشور معنویت به عنوان یکی از مهارت‌های زندگی تلقی شده است که می‌توان آن را مانند سایر مهارت‌های زندگی آموخت و به دیگران یاد داد موضوعی که در نظام روانشناسی و روانپزشکی مورد غفلت قرار گرفته است. توجه به بعد معنوی انسان در فضای کنونی روانپزشکی و روانشناسی کشور شایسته تقدیر است."

عزیزان و صاحب نظران زیر نیز با حضور در جلسات طولانی بحث و مطالعه فردی یا گروهی و یا با همفکری و انجام پژوهش‌های کتابخانه ای کمک بسیاری به شکل گیری مفهوم و الگوی آموزش مهارت‌های معنوی کردند که از آنها سپاس گذاری می شود:

حجت الاسلام سید جمال حسینی نیا، حجت الاسلام سید مهدی موسوی،  
احمدرضا محمد پور، دکتر شریف ترکمن نژاد، دکتر روح ا... صدیق، آقای احمد  
عابدیان، خانم نازیلا حاتم‌ی، آقای شهاب عسگری.

دکتر جعفر بواله‌ری

آذر ماه ۱۳۹۱

فهرست

۲۱

فصل اول | معنویت چیست؟

شهربانو قهاری

۲۳

تعریف مفاهیم و ویژگی‌های انسان معنوی

۲۷

دین

۲۹

آیا بین دین و معنویت همپوشی وجود دارد؟

۳۰

خلاصه

۳۱

منابع

۳۳

فصل دوم | مهارت‌های زندگی پایه مهارت‌های معنوی

جعفر بوالهروی، الهام زارعی دوست

۳۵

تعریف مهارت‌های زندگی

۳۷

رویکرد برنامه آموزش مهارت‌های زندگی

۳۸

کاربرد مهارت‌های زندگی چیست؟

۳۹

تاریخچه آموزش مهارت‌های زندگی

۴۱

انواع مهارت‌های زندگی

۴۶

خلاصه فصل

۴۶

منابع



**فصل سوم | رویکرد معنوی در آموزش پزشکی و علوم انسانی**

جعفر بوآلهری، هدی دوس علیوند، مصلح میرزایی

- ۵۰ مفهوم سلامت معنوی
- ۵۴ بعد معنوی مراجع
- ۵۵ جایگاه کنونی معنویت در آموزش و کار بالینی
- ۵۶ حدود اختیارات متخصصین بالینی
- ۵۷ مراقبت معنوی در کار بالینی پرستاری
- ۵۹ مشاوره و روان درمانی دینی و اسلامی
- ۶۰ شرح حال معنوی
- ۶۲ اقدامات پس از ارزیابی و شرح حال اولیه
- ۶۴ خلاصه فصل
- ۶۵ منابع

**فصل چهارم | مشاوره و روان‌درمانگری دینی و معنوی**

باقر غباری بناب

- ۷۲ لزوم مشاوره و روان درمانگری دینی و معنوی
- ۷۵ ضرورت داشتن یک نظریه منسجم
- ۷۷ روش‌های شناسایی آسیب‌های معنوی و برنامه‌ریزی برای درمان آنها
- ۷۹ سنجش ویژگی‌های معنوی و مشکلات روانی مراجعان و تعیین ارتباط آسیب‌های معنوی با آسیب‌های روانی
- ۸۴ سطوح سنجش معنوی مراجعان
- ۸۹ انواع درمان‌های معنوی
- ۹۲ به کارگیری نوع درمان با توجه به مشکل مراجع
- ۹۵ سنجش اثر بخشی درمانها
- ۹۶ خلاصه فصل
- ۹۷ منابع

۱۰۵

## فصل پنجم | مهارت خودآگاهی معنوی

باقر غباری بناب، رویا راقبیان

- ۱۰۶ خودآگاهی
- ۱۰۷ انواع خودآگاهی
- ۱۰۷ خودآگاهی جسمی
- ۱۰۸ خودآگاهی روانی
- ۱۰۸ خودآگاهی اجتماعی
- ۱۰۹ خودآگاهی معنوی
- ۱۱۱ اهمیت معنویت در خودآگاهی
- ۱۱۷ رابطه خودآگاهی، معنویت و سلامت
- ۱۲۲ خلاصه فصل
- ۱۲۳ منابع

۱۲۵

## فصل ششم | حل مسأله با رویکرد معنوی

باقر غباری بناب

- ۱۲۷ حل مسأله
- ۱۲۸ فرایند حل مسأله
- ۱۲۸ مقابله
- ۱۲۹ تفاوت حل مسأله و مقابله
- ۱۳۰ حل مسأله با رویکرد معنوی
- ۱۳۰ نظام جهت‌گیری معنوی-مذهبی
- ۱۳۱ سبک‌های حل مسأله با رویکرد معنوی
- ۱۳۲ سودمندی‌های حل مسأله معنوی
- ۱۳۳ مراحل حل مسأله با رویکرد معنوی
- ۱۳۵ خلاصه فصل
- ۱۳۶ منابع

**فصل هفتم | مهارت بخشایشگری در ترمیم روابط بین فردی**  
باقر غباری بناب

۱۴۰	تعریف بخشایشگری
۱۴۸	مراحل بخشایشگری
۱۵۱	مراحل بخشایشگری از نظر ان‌رایت
۱۵۲	مراحل عفو
۱۵۵	منابع

**فصل هشتم | ذکر به عنوان يك مهارت معنوی**  
شهربانو قهاری - جعفر بوالهری

۱۶۰	ذکر چیست؟
۱۶۱	انواع ذکر
۱۶۲	روش ذکر گفتن
۱۶۳	مکان و زمان ذکر
۱۶۴	مراتب ذکر
۱۶۵	شرایط ذکر
۱۶۶	آثار ذکر
۱۶۸	موانع ذکر
۱۶۹	ذکر و مقابله
۱۷۰	خلاصه
۱۷۱	منابع

**پیوست‌ها**

۱۷۴	پیوست ۱
۱۷۶	پیوست ۲
۱۷۸	پیوست ۳



فصل اول

# معنویت چیست؟

شهربانو قهاری

## اهداف آموزشی این فصل

ضرورت پرداختن به معنویت را درک کنید.  
تعاریف مختلفی که از معنویت شده را بدانید.  
به تفاوت بین معنویت با دین پی ببرید.  
همپوشی بین دین و معنویت را دریابید.

ای خوش آن روز که پرواز کنم تا بر دوست

به هوای سر کویش پرو بالی بزنم  
مولوی

به خاطر داشته باشید این کتاب، کتاب آموزش دین و معنویت نیست تا  
به متخصصین حوزه دینی و معنویت واگذار شود. این کتاب، کتاب آموزش  
مهارتهاست.

(از پیشگفتار کتاب)

## مقدمه

با وجود سخنان زیادی که در سالهای اخیر درباره رنگ باختن معنویت و دین به عنوان یکی از پشتوانه‌های بشر گفته می‌شود، واقعیت به چیز دیگری اشاره دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که گرایش به دین و معنویت در دهه‌های اخیر رو به افزایش است و این گرایش در بین جوانان و در کشورهای توسعه یافته به اندازه کشورهای در حال توسعه پررنگ و قابل توجه است. در نظرسنجی‌های مختلفی که در کشورهای مختلف به عمل آمده است به اهمیت این موضوع اشاره شده است. در یک نظر سنجی که توسط موسسه گالوپ<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) انجام شده، ۹۶٪ آمریکایی‌ها

گفته اند که به خداوند اعتقاد دارند، ۵۸٪ بر این باور بودند که دین در زندگی آنان نقش خیلی مهمی دارد، ۹۰٪ آمریکایی‌ها به بهشت، ۷۹٪ به معجزه و ۷۲٪ به فرشته‌ها و جهان غیب اعتقاد و ۷۲٪ به وجود رستاخیز ایمان داشتند. روی آوری به دین و معنویت در کشورهای توسعه یافته تنها شامل توده‌های مردمی نمی‌شود بلکه رسانه‌های جمعی غرب نیز پس از یک دوره نفی دین، جنگیدن با آن و ترغیب مردم به حذف آن از برنامه‌های زندگی و محدود کردن آن به چهارچوب دیوارهای کلیسا، امروزه با انتشار فیلم‌ها و کتاب‌هایی با محتوای دینی و معنوی به دین و معنویت‌گرایی دامن می‌زنند.

در راستای این چنین شور و گرایش در بین مردم، به نظر می‌رسد روح زمانه برای پرداختن به موضوع مشاوره و مهارت‌های معنوی و بهره‌گیری درست از راهبردها و فنون معنوی برای شفای رنج‌های بشری آماده است. چنین است که با هدف کمک به ارتقای بشریت و کاهش رنج‌های آنان، مطالعه، یادگیری و به کارگیری فنون فراگیر مهارت‌های معنوی ضروری است.

### تعریف مفاهیم و ویژگی‌های انسان معنوی

واژه معنویت در انگلیسی از ریشه لاتین اسپریتوس<sup>۱</sup> گرفته شده است که به معنای تنفس یا نفس کشیدن است. معنویت نامی است که به تجاربی فراتر از مسائل مادی نسبت داده می‌شود. تجاربی که با حواس پنج‌گانه حاصل نمی‌شوند، بلکه حقایق عمیق و ارزش‌هایی را در بر می‌گیرند که انسان با یکی از ابعاد خود که همان «بعد روحانی» است، آن را درک می‌کند (هارپورز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶). در این کتاب به دفعات از تعریف معنویت صحبت خواهد شد و هر نویسنده ای بعدی از معنویت را چه واقعی باشد و چه نظر خودش باشد را بیان کرده است. این گرچه ممکن است تکراری و گاه کسالت بار باشد ولی از پیچیدگی بعد معنوی خبر می‌دهد و از زیبایی‌های بسیاری که در مفهوم آن و در درون آن وجود دارد. پارگامنت (۱۹۹۷) معنویت را جستجو و تلاش بشر برای در یافتن دنیای مقدس می‌داند، دنیای مقدسی که انسان با بعد روحانی آن در صدد شناسایی و ارتباط با آن است و به کمک همین بعد است که انسان معنوی به حقایق هستی پی می‌برد. حقایقی که نشانگر این است که انسان موجودی فراتر از جسم مادی است و به جهانی دیگر تعلق دارد.

مولانا در شعر خود به این دنیای مقدس اشاره کرده است. این دو بیت اشاره دارد به این موضوع که انسان به جهانی دیگر تعلق دارد. جهانی غیرمادی که انسان با بعد معنوی خویش می‌تواند آن را درک کند.

1 Spritus

2 Harpur

مرغ باغ ملکوتم نیم از عالم خاک  
 دو سه روزی قفسی ساخته‌اند از بدنم  
 ای خوش آن روز که پرواز کنم تا بر دوست  
 به هوای سر کویش پرو بالی بزنم

آبراهام مازلو از روان‌شناسان پیرو مکتب انسان‌گرایی این‌گونه به فرا‌مادیت و توجه به معنویت می‌پردازد که: خودشکوفایی یکی از نیازهای معنوی بشر است، و از نظر او افراد خودشکوفای برای تعالی و تحول به استعداد‌های خود متکی هستند. او عارفان و صوفیان را افرادی خودشکوفای می‌داند زیرا آنها را دارای تجاربی متعالی می‌داند (کینگ ۲۰۰۹).

سیمز<sup>۱</sup> (۱۹۹۴) به عنوان یک روان‌پزشک معتقد است که معنویت حداقل پنج حوزه را در بر می‌گیرد:

۱. معنای زندگی یا آنچه که انسان برایش زندگی می‌کند.

۲. ارتباط درونی انسان با محیط پیرامون.

۳. کلیت و انسجام در وجود.

۴. اخلاق.

۵. آگاهی از خداوند.

معنویت می‌تواند چارچوبی برای تصمیم‌گیری باشد. چارچوبی که در آن تمام مشکلات، اضطراب‌ها، ترس‌ها و نیازهای خود را معنا بخشیم و با آن رویکرد به مساله نگاه کنیم. در این چارچوب همه انسان‌ها به صرف انسان بودن، حق اشتباه دارند، چون کامل نیستند و نیز به اندازه‌ای قوی نیستند که بتوانند خود را در جهت مطلوب تغییر دهند و تنها خداوند است که از هر نظر توانمند و قوی و آگاه به سود و زیان بشر است (غباری بناب، ۱۳۸۵).

یکی از جامع‌ترین تعاریف از معنویت به ال‌کین<sup>۲</sup> مرتبط است. از دیدگاه وی:

۱. معنویت پدیده‌ای جهان شمول است، به عبارتی معنویت در اعضاء هیچ دین، فرهنگ، قوم یا گروه خاصی نیست و هرکسی به فراخور توانایی‌اش می‌تواند از آن بهره‌مند گردد.

۲. معنویت و معنویت‌گرایی یکی از توانایی‌های ذاتی بشر است. بنابراین، معنویت‌گرایی پدیده‌ای درونی است نه بیرونی.

1 Sims

2 Elgin



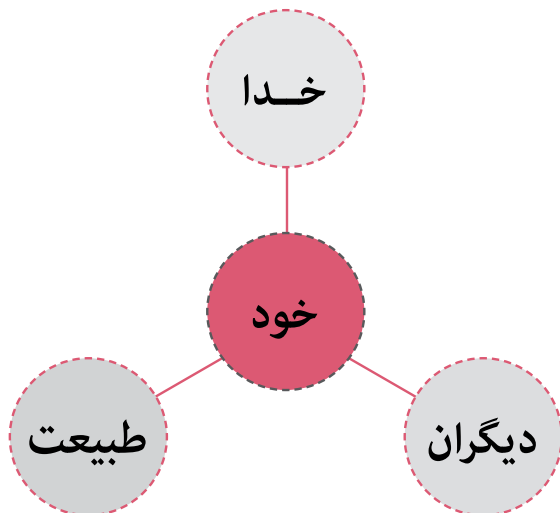
۳. معنویت هسته‌ای مشترک دارد و از جلوه‌های متعددی برخوردار است به طوری که اکثر مراسم معنوی از جمله سماع، ریاضت و خلوت کردن‌ها، خودسازی‌ها، رازونیزهای شبانه یا زیستن و حضور دردل طبیعت، همگی با هدف رها شدن از خویش و ارتباط با موجودی ماوراء طبیعی انجام می‌شود.

۴. معنویت با تمایل به متعالی دیدن خود و حیات در ارتباط است. به این ترتیب، انسان با دیدی فراتر از نگاه مادی به جهان، خود و دیگر پدیده‌ها می‌نگرد.

۵. معنویت با اعتقاد به انرژی و قدرت بیکران در هستی مرتبط است.

۶. عشق و نوع‌دوستی با معنویت پیوند خورده است. بدون عشق به خود و دیگر موجودات هستی معنویت معنایی ندارد ( محمدپور، ۱۳۸۹).

در بیانی دیگر، معنویت پدیده و تجربه‌ای ژرف و عمیق است که ارتباط بشر با خود، خدا، انسان‌ها و طبیعت را به گونه‌ای عمیق و معنایی در برمی‌گیرد، چیزی که در آموزه‌ها و جوهره همه ادیان الهی به خوبی احساس می‌شود.



بدون تردید ایمان، امید و عشق با معنویت همراه هستند. ایمان به پروردگاری یکتا که قادر متعال است و از رگ گردن به ما نزدیکتر است، یکی از ابعاد معنویت به شمار می‌رود. معنویت‌گرایان بر این باورند که خداوند در تمامی سختی‌ها و دشواری‌های زندگی در کنارشان است و در دشواری‌ها به آنها کمک می‌کند. ایمان بدین معناست که انسان باور داشته باشد که خداوند هرگز در شرایط دشوار او را تنها نخواهد گذاشت (غباری بناب، ۱۳۸۵).

گرچه در برخی ادبیات پیشین گمان می‌رفت که معنویت مفهوم و پدیده‌ای غیرالهی است اما امروزه در بیشتر نگاه‌ها معنویت را ایمان به خدا در نظر می‌آورند. معنویت‌گرایان به نیروی بیکران، خرد برتر، عقل مطلق، ناظم هستی، و انرژی بیکران باور دارند. این چنین باوری به انسان کمک می‌کند تا جهان هستی را دارای ناظم و ناظری بداند که بر تمامی موجودات آن اشراف دارد. این چنین ایمان و اعتقادی به انسان کمک می‌کند تا مسئولیت خارج از توان خود را به خدا واگذار کند، بداند که خداوند قادر مطلق و گرداننده جهان خلقت است. از نظر بسیاری از معنویت‌گرایان و از جمله دینداران و به ویژه در نگرش مسلمانان ایمان به خداوند متعال چنان احساس امنیتی به فرد می‌دهد که در صورت رویارویی با بحران‌ها و مصیبت‌ها، خدا را در کنار خود حس می‌کند و به این ترتیب دلگرم و امید وار می‌شود. از جمله در قران کریم و در سوره «حدید»، آیه ۲۵ آمده است:

«همانا با یاد خدا دل‌ها آرام گیرد»

با این دیدگاه و تعریف، معنویت‌گرایان یا انسان‌های معنوی در لوای ایمان به خدا در ناکامی‌ها و شکست‌ها حکمتی می‌بینند که دیگران ممکن است متوجه آن نباشند، و با این حکمت سرخوشی و آرامشی عمیق می‌یابند. حافظ در این زمینه می‌گوید:

هان مشو نومید چون واقف نیی از سرّ غیب  
باشد اندر پرده بازی‌های پنهان غم مخور

معنویت‌گرایان و انسان‌های معنوی می‌توانند در لوای ایمان و اعتقاد به خداوند به چنان اوجی برسند که جز زیبایی و لطف پروردگار نبینند، و حتی در رویارویی با مصائب و دشواری‌هایی که انسان‌های دیگر را در هم می‌شکند و به اعتراض به خدا سوق می‌دهد، به آنها کمک می‌کند تا این شرایط دشوار را فرصتی برای رشد و تعالی ببینند. پاسخ حضرت زینب (س) در پاسخ به کسی که برادر و یاران او را قتل عام کرده بود و به طعنه به او گفته بود: «دیدی خداوند با شما چه

کرد!»، به وی گفت: «من جز زیبایی چیزی ندیدم»، این پاسخ انسانی است که بدترین سختی‌ها و رنج‌ها را دیده در حالی که بر قله بلند معنویت ایستاده است چیزی جز زیبایی ندیده است. عشق و علاقه به انسان‌ها، انسان‌گرایی و نوع‌دوستی از دیگر ویژگی‌های اصلی انسان معنوی است. افرادی که به دیگران علاقه، محبت، مهربانی، خوشرویی و جوان‌مردی نشان می‌دهند، افراد نوع‌دوستی هستند که در جهت بهبود زندگی بشر می‌کوشند (غباری بناب، ۱۳۸۵). امام علی (ع) در نامه به مالک اشتر می‌فرماید:

«انسان‌ها دونه‌اند یا در آفرینش با تو برابرند و یا برادر دینی تو هستند و در هر حال برگردن تو حق دارند.»

همان‌طور که ملاحظه می‌کنید تعاریف گسترده‌ای از معنویت وجود دارد. به نظر می‌رسد به عدد هر انسان برای معنویت تعریف وجود دارد، زیرا هر انسانی راه خود را انتخاب می‌کند و به شیوه خود با خدا و با کائنات رابطه برقرار می‌کند. هر انسانی رسالت خاص خود را دارد و تنها خود می‌تواند برای زندگی خود معنا و هدفی بیابد.

### تمرین



- دیدگاه خود را از معنویت بیان کنید و آن را با دیگر دیدگاه‌های ارائه شده در این کتاب مقایسه نمائید.
- با چند تن از دوستان و همکاران خود، معنا و مفهوم معنویت را به بحث بگذارید.
- با این تعاریف ارائه شده، به نظر شما انسان معنوی چه ویژگی‌هایی دارد؟

### دین

واژه دین<sup>۱</sup> در اوستا که یکی از متون کهن دینی جهان است، مترادف واژه «دئئات» است. این واژه را سامی‌ها «دنو» یا «دینو» که به معنای حق، قضا و حکم است، نامیده‌اند (شریفی، ۱۳۸۱). واژه دین در انگلیسی از کلمه ریلایو<sup>۲</sup> به معنای «به هم بستن» است. همانند معنویت، تعریف ارائه شده از دین نیز به اندازه‌ای گسترده است که همه انسان‌ها را در بر می‌گیرد. در اینجا در حالی که تعاریف متخصصان علوم دینی در تعریف دین محترم شمرده می‌شود، کوشش می‌شود

تعاریفی از صاحب نظران روان‌شناسی و علوم انسانی در این مورد ارائه شود تا در کارهای گروهی آموزشی که مورد نظر این کتاب است، مباحث برای مدرسان و فراگیران ساده‌تر شود.

به گفته ویل دورانت در تاریخ پیش از عصر ما نمونه قابل توجهی از جامعه‌ای که توانسته باشد بدون کمک دین به آموزه‌های اخلاقی خود ادامه دهد، وجود نداشته است (مصاحب، ۱۳۸۶).

اریک فروم می‌گوید: «دین همان نظام فکری است که گروهی از مردم به آن اعتقاد دارند و به واسطه این اعتقاد در چهارچوب خاصی عمل می‌کنند و در مسیر خاصی پیش می‌روند». وی از دین و اخلاق به عنوان عواملی که وحدت و جامعیت شخصیت را به دنبال دارند، دفاع می‌کند. فروم از نیاز دینی به عنوان نیاز به یک الگوی جهت‌گیری و مرجعی برای اعتقاد و ایمان یاد کرده است. از آن جایی که نیاز به یک نظام اعتقادی، جزء ذاتی هستی انسان است، می‌توان به شدت و عمق این نیاز پی برد. در واقع، نمی‌توان هیچ فرهنگی را در گذشته یافت که دین در آن جایی نداشته باشد و به نظر می‌رسد در آینده نیز چنین فرهنگی به وجود نیاید (مصاحب، ۱۳۸۶).

**یونگ** از همکاران نزدیک فروید یکی از اولین کسانی بود که دیدگاه فروید را محدود و مادی‌گرایانه دید، زیرا چندان به بعد معنوی انسان نپرداخته بود. او از اولین کسانی بود که پایه‌گذار روان‌شناسی معنوی شد. مطالعات وی بر روی ناخودآگاه جمعی و شخصی، اسطوره‌ها، کهن‌الگوهای تاثیر گذار در دین و الهاماتی که از تجارب و فرهنگ شرق به ویژه هند گرفت، او را به سمتی سوق داد تا به «**خود متعالی و یکپارچه**» برسد. از نظر یونگ، دین به مفهوم اعتراف به عقاید دینی مشخص نیست. وی «احساسی را که در انسان اشتغال خاطر و احترام به یک ذات مافوق ایجاد می‌کند» دین نامیده است. به عبارتی او دین را تسلیم شدن در برابر نیروهایی می‌داند که نسبت به ما برتری دارند (همان منبع).

این گونه تبیین از دین نزدیکی زیادی به نوشته‌های مرتضی مطهری در تعریف ایمان دینی دارد که می‌گوید: «ایمان مذهبی پیوندی است دوستانه میان انسان و جهان. به عبارت دیگر، ایمان مذهبی نوعی هماهنگی است بین انسان و آرمان‌های کلی جهان» و یا گویاتر از آن فرمایش امام علی (ع) که: «دین به معنای تسلیم در برابر پروردگار و بندگی خالص برای خداست. دین را چیزی جز عقل، سازمان نبخشد، دین و ادب هر دو محصول عقل هستند. دین آدمی را از کار زشت و ناپسند باز می‌دارد» (شریفی، ۱۳۸۱).

**آلپورت** در تبیین دین به جهت‌گیری دینی اشاره می‌کند. از نظر او جهت‌گیری دینی را می‌توان به دو دسته جهت‌گیری دینی "بیرونی- اجتماعی" و "شخصی" تقسیم کرد. در جهت‌گیری دینی "بیرونی- اجتماعی"، به دین به عنوان وسیله‌ای برای دستیابی به دیگر اهداف اشاره می‌شود، در حالی که در جهت‌گیری دینی شخصی، افراد از مذهب برای رسیدن به اطمینان درونی بهره می‌گیرند (آلپورت ۱۹۶۷). این دیدگاه آلپورت به نوعی همسو با دیدگاه ویلیام جیمز و مازلو مبنی بر دین نهادی و دین شخصی است (کینگ ۲۰۰۹).

## آیا بین دین و معنویت هم‌پوشی وجود دارد؟

وقتی از معنویت سخن می‌رود، بسیاری آن را با دین یکی می‌دانند و بر این باورند که معنویت به معنای دینداری یا دین‌ورزی است. گرچه معنویت مخالفتی با دینداری ندارد ولی به معنای دینداری هم نیست. در عین حال، با پایبندی نظری یا عملی نسبت به یکی از ادیان منافاتی ندارد و در بسیاری از موارد با دین یا مذهب خاصی پیوند نخورده است. این تعریف کلی متفاوت از مکاتب دینی است که در آنها رفتارها و آموزه‌های معنوی و عرفانی پر رنگ شده و یا آن دسته از مکاتب معنوی است که هسته اصلی آموزه‌ها، باورها و گرایش‌های پیروان و رهبران آن، الوهیت، وحدانیت و دینداری است. بنابراین، انسان می‌تواند به هر دین یا مذهبی پایبند باشد و معنوی باشد و یا به هیچ دین یا مذهب خاصی پایبند نباشد و در عین حال باز هم معنوی باقی بماند. به عبارتی **معنویت مفهومی کلی‌تر از دین است و دین و مذهب را که در بسیاری موارد سرشار از معنویت است، نیز در بر می‌گیرد**. بنابراین، چه فرد به دین یا مذهب خاصی پایبند باشد و چه نباشد، منافاتی با معنویت او ندارد. پس می‌توان گفت معنویت پدیده‌ای است که گرچه به دینداری نزدیک است، اما به معنای دینداری و عرفان نیست. برداشت دیگر از این تعریف اینست که اگر کسی معنوی است، به معنی این نیست که عارف هم هست و یا اهل سیر و سلوک و عرفان است. از طرف دیگر، معنویت به معنای اخلاقی بودن یا اخلاقی زیستن هم نیست. به عبارتی بین اخلاق و معنویت نیز مرز وجود دارد (ملکیان، ۱۳۸۸).

همچنان که گفته شد معنویت یک مفهوم عام است و بیشتر جنبه‌های اخلاقی را شامل می‌شود، در حالی که دین سرآغاز مشخصی داشته و به صورت یک مکتب، ابعاد مختلف زندگی را در بر می‌گیرد. چنانچه دین برای پیروان و مخالفین تعاریف و تکالیفی مشخص را ارائه داده است و سرنوشت متفاوتی را پیش‌بینی کرده است. ادیان بزرگ توسط پیامبران الهی ارائه شده‌اند و تعالیم دینی از طریق آن‌ها در دسترس انسان‌های دیگر قرار گرفته است و رابطه خالق و مخلوق و جهان پس از مرگ و قیامت با جزئیات فراوان در تعالیم دینی عرضه شده است (واعظی، ۱۳۸۶). همچنین به نظر می‌رسد اگر معنویت را نوعی سفر به تعالی حساب آوریم، دین و سنت‌های دینی، بیان نقشه‌ای است که راه و جهت را آنگونه که شارع دین گفته مشخص می‌کند. دین بستر و زمینه‌ای است که شخص بقای خود و زندگی‌اش را وابسته به آن می‌داند. ریسمانی است که آدمی را به خود و دیگر باورمندان متصل می‌کند. دین همچنین به عنوان یک نظام عقیدتی، آئین‌ها یا مراسم خاص را در بر می‌گیرد و به افراد کمک می‌کند تا به درک معنوی بالاتری با دیدگاه آن دین برسند (دماری، ۱۳۸۸).

جا دارد در اینجا اشاره شود که در بسیاری از موارد ممکن است بین مفهوم **معنویت**، **عرفان** و **دین** هم‌پوشی دیده شود. عرفان نوعی خاص از معنویت به شمار می‌رود. ویلیام جیمز تجارب عرفانی را با چهار نشانه توصیف می‌کند، این نشانه‌ها عبارتند از: غیرقابل توصیف بودن، ذهنی بودن، گذرا بودن و حالت انفعالی داشتن. او براین باور است که تجربه عرفانی با یک واقعیت نهایی یا ماورایی مرتبط است (بیان معمار، ۱۳۸۶).

مفهوم معنویت با روح نیز متفاوت است. روح و موضوعات روحانی مفهومی متفاوت از معنویت و موضوعات معنوی است و موضوع مطالعه و بحث این کتاب، روانشناسی و علم نیست. اصطلاح روح به افقی متفاوت‌تر و وسیع‌تر از ذهن اشاره دارد چرا که ذهن به شکل سنتی به جنبه عقلانی انسان، هشیاری و تفکر اشاره دارد. روح ناخودآگاه‌تر و از دسترس آگاهی بشر دورتر است (تیجمن، ۱۹۷۴، به نقل از محمدپور، ۱۳۸۹).

**خلاصه اینکه** گرچه دین حوزه‌های گسترده و ابعاد وسیعی را به آموزش اختصاص می‌دهد ولی همپوشی بسیاری با معنویت دارد و در بسیاری از موارد قابل جداسازی نیست. تنها نقدی که بر مدافعان معنویت در سلامت به ویژه در جامعه دینی وارد می‌کنند این است که دفاع از معنویت و ترویج آن موجب کاهش گرایش به دین می‌گردد. که پاسخ آن در فصل‌های بعدی به تفصیل آمده و آن اینست که در اینگونه روش‌های علمی آموزش بر بعد معنوی با ویژگی‌هایی که در این بخش و بخش‌های دیگر آمده است مورد نظر است و چون تقریباً همه مراجعان ما دیندارند، پس آموزش مهارت‌هایی مورد نظر خواهد بود که معنویت دینی را ارتقاء داده و یا بازگو کند.

## خلاصه

در مجموع به نظر می‌رسد که معنویت در علوم انسانی و سلامت اشاره دارد بر جهانی غیر از مادیت و هر آنچه به ارزشها، ایمان، اخلاق، دین، الوهیت، مقدسات و تعالی مرتبط است، و با وجود شباهت‌های زیادی که بین معنویت و دین وجود دارد، این دو با هم متفاوت هستند. دین را می‌توان به عنوان مولفه‌ای در درون معنویت جای داد و یا نهاد و راهی که به روشهای گوناگونی که یکی معنویت و معنا دادن به زندگی است به هدایت انسان پرداخته است. بنابراین، معنویت را می‌توان اعم و دین و مذهب را اخص نامید. از طرفی مذاهب و ادیان دارای کتاب آسمانی هستند، پیامبر خاصی را معرفی می‌کنند و دارای مناسک و آئین‌هایی هستند که پیروان خود را به پیروی از آن فرا می‌خوانند. در حالی که معنویت‌گرایان چنین نمی‌کنند. پیروان ادیان برای زندگی اجتماعی آداب و رسوم دارند که خود را ملزم به رعایت آن می‌دانند. بنابراین، می‌توان مذهب یا دین را نوعی نهاد یا سازمان اجتماعی تلقی کرد؛ در حالی که معنویت امری شخصی است و هر فرد بنا به دیدگاه خویش روشی را برای ارتباط با پروردگار و نیایش به درگاه او انتخاب می‌کند. ورود به یک دین یا مذهب خاص با آیین خاصی همراه است. در حالی که برای معنوی بودن نیازی به هیچ آئین یا مناسکی نیست، و در نهایت می‌توان گفت مهم‌ترین تمایز بین آن‌ها در تعبیدی بودن مذاهب یا ادیان است.

تنها نقدی که بر مدافعان معنویت در سلامت به ویژه در جامعه دینی وارد است این است که دفاع از معنویت موجب کاهش گرایش به دین می‌گردد که پاسخ آن در فصل‌های بعدی به تفصیل آمده و آن اینست که در اینگونه روش‌های علمی، آموزش بعد معنوی مراجع مد نظر است و چون بیشترین مراجعان ما دیندارند، پس در این حوزه آموزش مهارت‌هایی مورد نظر خواهد بود که با هدف ارتقاء زندگی سالم، معنویت دینی را طرح کرده و تقویت کند.

- Allport, G.W. & J. Michael Ross (1967). Personal Religious Orientation and Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology* 5 (4): 432.
- Gallup, G. (1997). The Epidemiology of Spirituality. Literature Presentation at Spirituality and Healing in Medicine-11, Conference held in Los Angeles, California, March 15.
- Harpur, T. (1996). *The Thinking Person's Guide to God. Overcoming the Obstacles to Belief*. Rocklinton, CA: Prima Publishing. P: 107108-
- Higgens, j.j., S.J.(1975). *Thomas Merton on Prayer*. New York: Doubleday.
- Jones, A. (1985). *Soulmaking: The Desert way of Spirituality*. New York: Harper Collins
- King, P.W (2009). *Climbing Maslow's Pyramid*. Troubadour Publishing Ltd, Leicester, UK.
- Leech, K. (1985). *Experiencing God: Theology as Spirituality*. NY: Harpur and Row. P: 125.
- Pargament, K. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Sims, A. (1994). Psyche-Spirit as Well as Mind? *British Journal of Psychiatry*. 165: 441446-.
- Willard, D. (1988). *The Spirit of the Disciplines: Understanding how God Changes Lives*. Harpur and Row. P: 67.
- بیان معمار، سید احمد (۱۳۸۶). نقش دین و مراسم، عبادات و مکان های دینی در بهداشت روان تهران. دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روان.
- حسینی، ابوالقاسم (۱۳۸۶). نقش معنویت در هدایت و تنظیم نیاز های اساسی انسان. تهران: دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روان
- دماری، بهزاد (۱۳۸۸). سلامت معنوی. تهران: نشر طب و جامعه.
- غباری بناب (۱۳۸۵). مشاوره و رواندرمانگری با رویکرد معنویت. مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- شریفی احمد حسین (۱۳۸۱) خردورزی و دین باوری. تهران موسسه فرهنگی دانش و اندیشه معاصر.
- ملیکان (۱۳۸۸) دین و معنویت و روشنفکری دینی. تهران. پایان.

- مصاحب، محمد رضا (۱۳۸۶) مقایسه دین داری در بین دانشجویان ترم اول و آخر دانشگاه . تهران : دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روان .
- محمد پور، احمد رضا (۱۳۸۹) مهارت‌های معنوی، چهار چوب نظری. انستیتو روانپزشکی تهران، (در حال انتشار).
- واعظی، سید احمد (۱۳۸۶). معنویت و مذهب. تهران : دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روان

#### منابعی برای مطالعه بیشتر:

- Suchman, A.L. Xmathews, D.N. (1998). What makes doctor- Patient relationship? The Rapelie International Medical Journal. 108: 125 – 30
- Cortright, B. (2009). Integral Psychology: Yoga, Growth, and Opening the Heart. Albany: State University of New York Press.
- Lapiere, L.L. (1994). A Model for Describing Spirituality. Journal of Religion and Health. 153161-.
- Matthews, D. (1996). The Spiritual Diversions of Medicine. Seminar Presentation. Held at Loma Linda University Medical Center, September 25.
- دوستدار قلی، مصطفی (۱۳۷۷) . بررسی تاثیر دعا و نیایش بر کاهش اضطراب . پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی .
- مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۶۱) . تفسیر نمونه ؛ دارالکتب الاسلامیه، جلد ۱۶، صفحه ۳۶۷.
- خوش نش، ابوالقاسم (۱۳۸۲). رابطه بین باورهای دینی و بروز استرس در افراد . تهران: اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان.
- سماکیان ، کارولین (۱۳۷۸) . ایمان داروی موثری است . اطلاعات علمی شماره ۲۴۱، صفحات ۳۴-۳۵.
- کرمی ، خدا بخش (۱۳۷۷) . روزه و بیماریها. طب تزکیه، ۳۰، ۱۰۸-۱۰۲.



فصل دوم

مهارت‌های زندگی

پایه مهارت‌های معنوی

جعفر بواله‌ری و الهام زارعی دوست

## اهداف آموزشی این فصل

بامفهوم مهارت‌های زندگی و انواع آن آشنا شوید.  
از رویکرد برنامه آموزش مهارت‌های زندگی آگاهی پیدا کنید.  
با کاربرد مهارت‌های زندگی آشنا شوید.  
از تاریخچه شکل‌گیری و کاربرد آموزش مهارت‌های زندگی مطلع شوید.  
از ساختار دوره آموزش مهارت‌های زندگی ویژه دانشجویان آگاهی پیدا کنید  
به اهمیت نقش مهارت‌های زندگی در مقابله با مشکلات و داشتن زندگی بهتر پی ببرید.

## مقدمه

به منظور ورود به بحث آموزش مهارت‌های معنوی، شناخت درست مبانی، کاربرد و چگونگی اجرای برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی ضروری است. **فهم معنویت و دین بدون فهم خود و جهان، و فهم چگونگی آموزش مهارت‌های معنوی بدون فهم و به کارگیری آموزش مهارت‌های زندگی ممکن نیست.** برای بسیاری از افرادی که در مرحله ورود به دانشگاه هستند، داشتن مهارت‌های سالم زیستن یکی از چالش‌های مهم زندگی آنان محسوب می‌شود. تغییر شرایط محیطی و نیاز به یادگیری وظایف اجتماعی و فردی جدید ممکن است در این مرحله دانشجو را با استرس و مشکلات متعددی مواجه کند. از طرف دیگر، عوامل روان‌شناختی متعددی مانند عزت‌نفس پایین، ضعف در ارتباطات بین‌فردی، ناتوانی در بیان نظرات و احساسات و عدم کنترل خشم و سایر هیجانات ناخوشایند می‌تواند بر شدت پیامدهای آزاردهنده جسمی، روانی و اجتماعی و نیز پیامدهای نامطلوب دینی و معنوی فرد بیافزاید. در این شرایط دانشجو برای غلبه بر استرس‌های روزمره و رسیدن به زندگی مطلوب نیازمند به مجموعه‌ای از مهارت‌های گوناگونی است که بتواند مشکلات خود را برطرف نماید.

به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی به دانشجو کمک می‌کند تا ظرفیت روان‌شناختی و توان سازگاری خود را افزایش دهد. ظرفیت روان‌شناختی همان توانایی شخص در رویارویی با سختی‌های زندگی روزمره است که هر چقدر این ظرفیت بیشتر باشد، سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی فرد افزایش یافته و در سطح مطلوبی قرار می‌گیرد. **مطالعه این فصل نه**

به همه مریبان و مشاوران بلکه تنها به آنهایی توصیه می‌شود که مطالعه و تجارب کمتری در آموزش مهارت‌های زندگی دارند و می‌توانند با شناخت مفاهیم عمیق تری از این مهارتها و روش آموزش آن توانمندی بیشتری در ورود به آموزش مهارتهای معنوی پیدا نمایند.

## تعریف مهارت‌های زندگی

تعاریف متفاوتی از مهارت زندگی توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) و همچنین یونیسف (UNICEF) ارائه شده است. سازمان جهانی بهداشت، مهارت‌های زندگی را به عنوان توانایی‌هایی اطلاق می‌کند که به فرد کمک کند تا با ابزار رفتار سازگارانه و مثبت با چالش‌ها و ضروریات زندگی روزمره انطباق پیدا کند. تعریف یونیسف از مهارت‌های زندگی، حاکی از تغییر یا شکل‌دهی رفتار است که منجر به تعادل میان سه حوزه دانش، نگرش و مهارت‌ها می‌شود؛ که این تعریف مبتنی بر شواهد پژوهشی است که نشان می‌دهند اگر دانش، نگرش و مهارت در توانمندسازی افراد به طور همزمان مورد توجه قرار نگیرند، نمی‌توان بروز رفتارهای پرخطر را کاهش داد.

با توجه به تعریف یونیسف، می‌توان مهارت‌های زندگی را در سه سطح طبقه‌بندی نمود:

**سطح اول: مهارت‌های پایه‌ای** روان‌شناختی و اجتماعی. مهارت‌های این سطح تحت تأثیر فرهنگ و ارزش‌های اجتماعی قرار دارند مانند خودآگاهی و همدلی.

**سطح دوم: مهارت‌های خاص.** که مهارت‌های این سطح فقط در شرایط خاص مورد استفاده قرار می‌گیرند مانند مهارت مذاکره، حل تعارض و رفتار جرأت‌مندانه.

**سطح سوم: مهارت‌های کاربردی.** مانند امتناع از سوء مصرف مواد یا مبارزه با نقش‌های جنسیتی و سنتی.

یونیسف در جای دیگر به وضوح بر اهمیت "مقاومت و تاب آوری معنوی" تأکید دارد و به خوبی آموزش دهندگان و مخاطبان خود را تشویق می‌کند که با روش‌های گوناگون و آموزش مهارت‌های زندگی در جهت تقویت "تاب آوری معنوی"، فردی و اجتماعی کوشش کنند.

سازمان جهانی بهداشت نیز مهارت‌های اصلی را در سه طبقه یا گروه قرار می‌دهد:

۱. **مهارت‌های مرتبط با تفکر نقاد یا تصمیم‌گیری.** این مهارت‌ها شامل نحوه جمع‌آوری اطلاعات، ارزیابی آنها و توانایی بررسی آثار هر یک از این اطلاعات بر اعمال فرد و دیگران است. در این گروه از مهارت‌ها نحوه ارزیابی، تأثیر اصول و ارزش‌ها بر راه‌حل‌های انتخابی آموزش داده می‌شود.

**۲. مهارت‌های بین‌فردی و ارتباطی.** این مهارت‌ها، با ارتباط کلامی و غیرکلامی، گوش دادن فعال و توانایی ابراز احساسات و بازخورد دادن مرتبط هستند. در این طبقه مهارت‌های مذاکره، مهارت رفتار جرأت‌مندانه، همدلی و مشارکت گروهی قرار می‌گیرند. در نتیجه، این گروه از مهارت‌ها به پذیرش اجتماعی کمک کرده و رفتار و روابط اجتماعی سالم را پویایی می‌کنند.

**۳. مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت فردی.** این مهارت‌ها در تقویت کنترل درونی بسیار موثرند و به فرد می‌آموزند که چگونه بر اطراف خویش اثر بگذارد. عزت‌نفس، خودآگاهی، مهارت‌های ارزشیابی خویشست و مدیریت زمان نیز بخشی از مجموعه مهارت‌های مدیریت خویشست هستند.

لازم به ذکر است که سازمان جهانی بهداشت در برنامه مهارت‌های زندگی که در سال ۱۹۹۳ معرفی نمود، ۱۰ مهارت را به عنوان مهارت‌های زندگی اصلی معرفی نمود که این **مهارت‌های ده‌گانه** از سوی یونیسف و یونسکو نیز به عنوان مهارت‌های اصلی زندگی شناخته شده‌اند. این مهارت‌ها عبارتند از:

- ۱- مهارت تصمیم‌گیری
- ۲- مهارت حل مسأله
- ۳- مهارت تفکر خلاق
- ۴- مهارت تفکر نقاد
- ۵- توانایی برقراری ارتباط مؤثر
- ۶- مهارت ایجاد و حفظ روابط بین‌فردی
- ۷- خودآگاهی
- ۸- همدلی
- ۹- مقابله با هیجان‌ها
- ۱۰- مقابله با استرس

به علت همپوشی مهارت‌های زندگی با یکدیگر می‌توان آنها را در ۵ حوزه طبقه‌بندی نمود:



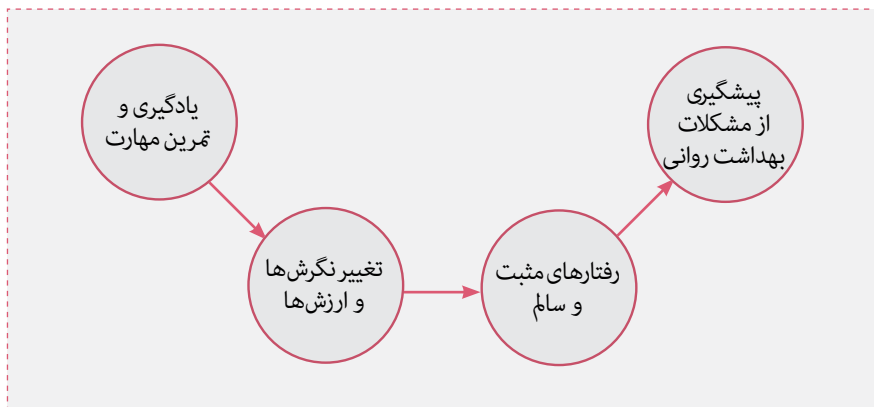
شکل ۱. پنج حوزه اصلی مهارت‌های زندگی

## رویکرد برنامه آموزش مهارت‌های زندگی

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی براساس نظریه یادگیری اجتماعی برنامه‌ریزی شده‌است. در تئوری یادگیری اجتماعی، یادگیری فرایندی فعال و مبتنی بر تجربه فرض می‌شود که از طریق مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن صورت می‌گیرد. طبق این نظریه رفتارهای اجتماعی از طریق تقویت آموخته می‌شوند. انتظار می‌رود در این کتاب نیز با الهام از چندین پژوهش که نظریه بندورا را موفق در آموزش مهارت‌های معنوی دانسته است این رویکرد روشی غالب در آموزش مهارت‌های معنوی باشد.

افراد با شرکت در دوره‌های آموزشی دانش و آگاهی لازم مربوط به هر یک از مهارت‌ها را به دست آورده و سپس با به کارگیری تکنیک‌های مختلف (مانند ایفای نقش) این فرصت در اختیار افراد گذاشته می‌شود تا با تکرار و تمرین آموخته‌های خود دانش و آگاهی کسب شده را تبدیل به رفتار مناسب نمایند. به عبارت دیگر، طی جلسات آموزشی از طریق فعالیت‌هایی که از قبل برنامه‌ریزی شده است به هر یک از افراد فرصت تجربه کردن رفتار جدید داده می‌شود تا بتواند توانایی رفتاری به دست آورده طی دوره آموزشی را به محیط زندگی واقعی خود منتقل کند.

در این رویکرد مدرس نقش سخنان تمام وقت و افراد شرکت‌کننده نقش مستمع صرف را ندارند، بلکه در این شیوه مدرس نقش تسهیل‌کننده را دارد، به افراد فرصت تجربه کردن و فعالیت را می‌دهد تا فرآیند یادگیری در آنها اتفاق افتد. شکل شماره ۲ به طور خلاصه تغییرات نگرشی و ارزشی که منجر به شکل‌گیری رفتار سالم می‌شود را نشان می‌دهد:



شکل ۲. تغییرات نگرشی و ارزشی منجر به شکل‌گیری رفتار سالم

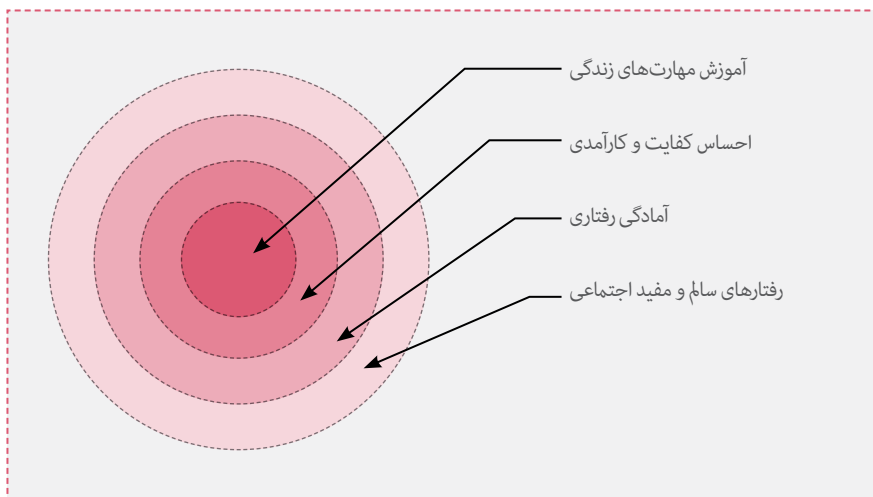
## ■ کاربرد مهارت‌های زندگی چیست؟

از آنجا که برنامه آموزش مهارت‌های زندگی یک برنامه پیشگیرانه است، در زمینه پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی کاربردهای فراوان دارد که در زیر به مهمترین آنها اشاره می‌شود:

- توانمند کردن افراد
- ایجاد و افزایش مهارت تصمیم‌گیری و فرایند حل مسئله
- ارتقاء مهارت تفکر انتقادی و خلاق
- ایجاد توانایی انطباق با تغییرات زندگی
- تقویت اعتماد به نفس، عزت نفس و هویت فردی
- ارتقای مهارت‌های اجتماعی
- افزایش سازگاری و تاب آوری روانی - اجتماعی
- شکل‌گیری و تقویت ارزش‌های سالم اجتماعی
- افزایش مسئولیت‌پذیری و پیشگیری از بزهکاری
- پیشگیری از مصرف سیگار و سوء مصرف مواد
- پیشگیری از خشونت، پرخاشگری و همسرآزاری
- ایجاد و رشد قضاوت صحیح
- افزایش همدلی و درک افراد مختلف و فرهنگ‌های متفاوت
- پیشگیری از روابط ناسالم بین دو جنس، بی‌بند و باری‌های جنسی
- پیشگیری از افت و کاهش عملکرد تحصیلی
- بهبود ارتباطات بین‌فردی در خانواده، و تقویت نهاد خانواده
- ارتقای سطح فرهنگ جامعه

همان‌طور که در بالا ذکر شد، یادگیری و به کار بستن مهارت‌های زندگی در قدم اول بر ادراک فرد از خود و عزت نفسش اثر می‌گذارد. در نتیجه رفتار کارآمد فرد افزایش یافته که این امر در نهایت منجر به پیشگیری از بیماری‌های روانی و بروز رفتارهای سالم اجتماعی می‌شود. شکل شماره سه به اختصار نشان می‌دهد که آشنایی با مفاهیم مرتبط با مهارت‌های زندگی و تمرین این مهارت‌ها به فرد کمک می‌کند تا به **توانمندی‌های روانی و اجتماعی** لازم دست پیدا کند. این

توانمندی‌ها به فرد کمک می‌کنند تا با احساس کفایت و کارآمدی در موقعیت‌های دشوار زندگی، رفتار سالم و مؤثر اجتماعی از خود نشان دهد.



شکل شماره ۳- تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر فرد و جامعه

### تاریخچه آموزش مهارت‌های زندگی

کوتاه اینکه شروع آموزش مهارت‌های زندگی به اقدامات دکتر گیلبرت بوتوین<sup>۱</sup> در سال ۱۹۷۹ برمی‌گردد. وی به منظور پیشگیری از سوء مصرف الکل و مواد برنامه‌ای را برای نوجوانان شروع نمود، سپس مطالعاتی که او و همکارانش بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۵ در دبیرستان‌های آمریکا انجام دادند نشان داد که با اجرای این برنامه ۴۰ تا ۸۰ درصد میزان مصرف سیگار، الکل و مواد در بین نوجوانان کاهش یافته است. از سال ۱۹۹۳ سازمان جهانی بهداشت با همکاری یونیسف، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی را به عنوان یک طرح جامع پیشگیری اولیه و ارتقای سطح بهداشت روانی کودکان و نوجوانان معرفی نمود و در کشورهای مختلف دنیا این برنامه را اجرا کرده و به نتایج رضایت‌بخشی دست پیدا کرد.

1 Gilbert Botvin

واریتانین<sup>۱</sup> در سال ۱۹۸۶ با تحقیقی که بر روی دانش‌آموزان انجام داد، نتایج به دست آمده در مطالعات بوتوین را مورد تأیید قرار داد و ارکات<sup>۲</sup> و همکارانش نیز با تحقیقی که بر روی ۲۵۳۰ دانش‌آموز انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری و حل مسئله در کاهش سوء مصرف الکل و مواد مؤثرند. مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۳ توسط گی‌نرا<sup>۳</sup> و همکارانش انجام شد گویای این واقعیت است که افرادی که در برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی شرکت کرده بودند در هنگام بروز اختلاف با دیگران به خشونت کمتر متوسل شده بودند. در سال ۱۹۹۱ الیاس<sup>۴</sup> و همکارانش نیز نتیجه یک مطالعه طولی ۶ ساله‌ای را منتشر کردند که نشان می‌داد رفتارهای مناسب اجتماعی افزایش و رفتارهای منفی و خود-تخریبی آنها کاهش یافته بود. علاوه بر این، کاپلان<sup>۵</sup> و همکارانش دریافتند که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند به افراد کمک کند کنترل بیشتری بر تکانه‌های خود داشته باشند و با برقراری روابط مؤثر بین همسالان خود، محبوبیت بیشتری پیدا کنند.

مطالعه‌ای است که پری و کلدر<sup>۶</sup> در سال ۱۹۹۲ انجام دادند نشان داد که گرایش‌های جامع در پیشگیری از سوء مصرف مواد که شامل آموزش مهارت‌های زندگی برای ارتقای توانایی‌های اجتماعی می‌شود، در به تعویق انداختن شروع مصرف الکل و مواد بسیار مؤثرتر از روش‌هایی است که براساس رویکرد ارائه اطلاعات و رویکرد مبتنی بر رهبری همسالان برنامه‌ریزی می‌شوند. تقویت مهارت حل مسئله (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۲)، کاهش پرخاشگری (ویک لانگ<sup>۷</sup>، ۱۹۷۹)، افزایش روابط اجتماعی مثبت (شور<sup>۸</sup>، ۱۹۹۱) و کاهش اضطراب اجتماعی (بوتوین و اینگ<sup>۹</sup>، ۱۹۸۲) از جمله تحقیقاتی بودند که تاکنون نتایج آنها منتشر شده است و در همه این تحقیقات تأثیر مثبت و قابل توجه آموزش مهارت‌های زندگی بر متغیرهای روان‌شناختی به اثبات رسیده است. نمونه دیگر اینکه کوئست<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۱) نشان داد که بعد از اجرای دوره آموزشی مهارت‌های زندگی، اعتماد به نفس کودکان افزایش یافته و روابط بین‌فردی معلمان و دانش‌آموزانی که در این تحقیق شرکت کرده بودند بهبود یافته است.

در ایران نیز پژوهش‌هایی در مورد اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی انجام شده است که به برخی از آنها در اینجا اشاره می‌شود.

- 
- 1 Vartianen
  - 2 Erkat
  - 3 G-ainer
  - 4 Elias
  - 5 Kaplan
  - 6 Perry & Kelder
  - 7 Wick Long
  - 8 Shour
  - 9 Botvin & Eing
  - 10 Quest



تحقیقی توسط علیرضا کیامنش و بهرام محسن‌پور انجام و نشان داده است که اجتماعی‌تر شدن دختران روستایی، ارتباط دادن محیط کلاس به خانواده در سطح روستا و انتقال تجارب از محیط کلاس به خانواده و به سطح روستا، اشتغال‌زا بودن آموزش‌های عملی مهارت‌های زندگی، ایجاد تغییرات مطلوب در رفتار و نگرش سوادآموزان، کسب روحیه تعاون و همکاری، همگی با آموزش مهارت‌های زندگی افزایش می‌یابد.

همچنین، یوسف ادیب ( به نقل از فتحی و همکاران، ۱۳۸۷) با تحقیق در شناسایی مهارت‌های ضروری زندگی برای دانش‌آموزان و طراحی الگوی مناسب برنامه درسی مهارت‌های زندگی نشان داد که اولویت‌های اول مهارت‌های زندگی مورد نیاز دانش‌آموزان به تربیت عبارتند از:

خودآگاهی و داشتن هدف در زندگی، تصمیم‌گیری، اداره زندگی، بهداشت و سلامتی، برقراری ارتباط انسانی، حل مسائل اجتماعی، خلاقیت<sup>۱</sup> و تفکر انتقادی، شهروند مسئول بودن<sup>۲</sup>، روابط میان فردی، مشارکت و همکاری، مهارت‌های فرزندپروری، استفاده از تکنولوژی اطلاعات، مهارت‌های حرفه‌ای، شهروند جهانی بودن، رعایت و به کارگیری نکات ایمنی. این مطالعه از آنجایی که "مهارت‌های معنوی" جزو متغیرهای مورد نظرش نبود در این باره نظری نداشت. این تحلیل نشان داد که به هیچ یک از مهارت‌های زندگی مورد نیاز دانش‌آموزان راهنمایی در حد لزوم توجه نشده است. بوالهروی و همکاران نیز در انستیتو روانپزشکی تهران با پژوهش‌های گوناگون و انتشار کتاب‌های فراوانی آموزش مهارت‌های زندگی را جزء تفکیک ناپذیر در پیشگیری و درمان همسرآزاری، سوء مصرف مواد، ایدز، خشونت، پیشگیری از خودکشی، مشکلات خانوادگی و موارد بسیار دیگر در ایران عنوان کرده اند( منابع همین فصل و دیگر منابع).

## ■ انواع مهارت‌های زندگی

برنامه‌هایی که برای آموزش مهارت‌های زندگی در نظر گرفته می‌شوند، مهارت‌های اصلی را در نظر می‌گیرند که در اینجا هر یک به اختصار توضیح داده می‌شوند.

### الف - مهارت تصمیم‌گیری

این مهارت به فرد کمک می‌کند برای رسیدن به اهدافش، جوانب مختلف انتخاب‌هایش را ارزیابی کند. به این صورت که نتیجه عملی هر یک از انتخاب‌ها را از قبل، مورد ارزیابی قرار دهد. افراد مختلف این ارزیابی را به شیوه‌های مختلف انجام می‌دهند که به اختصار در مورد هر یک از این شیوه‌ها در اینجا توضیح داده می‌شود:

- 1 creativity skills
- 2 Responsible citizens skills

۱. **تصمیم‌گیری منطقی:** در این شیوه فرد بدون پیشداوری یا جانبداری از موضعی خاص، تمام اطلاعات مهم و مرتبط با موضوع را جمع‌آوری نموده و سپس به صورت منطقی بهترین گزینه‌ها را انتخاب می‌کند.
۲. **تصمیم‌گیری احساسی:** در این سبک فرد براساس شهود و ارزش‌های درونی راه‌حلی که درست می‌داند را انتخاب می‌کند، به عبارتی، فرد براساس احساس و نه براساس افکار، انتخاب نهایی خود را انجام می‌دهد.
۳. **تصمیم‌گیری گوش به زنگ:** این شیوه توسط افرادی استفاده می‌شود که تحت استرس زیادی قرار دارند و به راحتی مضطرب و برانگیخته می‌شوند. در این شرایط، فرد قدرت جمع‌آوری اطلاعات مناسب و ارزیابی دقیق هر یک از انتخاب‌ها را از دست می‌دهد و قدرت تصمیم‌گیری کاهش می‌یابد.
۴. **تصمیم‌گیری اجتنابی:** در این سبک فرد از تصمیم‌گیری فرار می‌کند. به این صورت که یا اهمیت اتخاذ تصمیم در ارتباط با مسأله را نادیده گرفته و انکار می‌کند و یا منتظر حل شدن خود به خودی مسائل می‌شود.
۵. **تصمیم‌گیری تکانه‌ای:** در این روش فرد بدون حفظ آرامش و در نظر گرفتن منطق در ارزیابی راه‌حل‌ها، اقدام به تصمیم‌گیری می‌کند.
۶. **تصمیم‌گیری مطیعانه:** در این روش فرد تصمیم‌گیری نمی‌کند، بلکه اجازه می‌دهد که دیگران طبق علائق و خواسته‌های شخصی تصمیم‌های خود را بر فرد تحمیل کنند. در این شیوه هدف فرد تأمین انتظارات دیگران است.
۷. **تصمیم‌گیری اخلاقی:** در این سبک، فرد برای تصمیم‌گیری اصول اخلاقی و ارزش‌های مذهبی خود را در نظر می‌گیرد.

### ب- مهارت تفکر انتقادی

آموزش این مهارت فرد را قادر خواهد ساخت تا در برابر ارزش‌های مخالف و فشار گروهی مقاومت کند و از آسیب‌های ناشی از آن در امان بماند. تفکر انتقادی به نقد و بررسی افکار و عقاید فرد و دیگران می‌پردازد، چیزی که در آموزش مهارت‌های معنوی و دینی کمک کننده خواهد بود.

برای پرورش این مهارت، علاوه بر انتخاب موضع فعالانه به جای منفعلانه، ضروری است که فرد به بررسی دقیق موقعیت‌های پیش رو بپردازد. برای بررسی موقعیت‌ها فرد می‌تواند جواب سوالاتی را که با چه کسی، کجا، چه، چه وقت و چگونه شروع می‌شود، پیدا کند. یافتن ارتباط زمانی، یا مقایسه‌ای بین افکار، عقاید یا حوادث و همچنین تقسیم یک موقعیت به موقعیت‌ها یا اجزاء کوچک‌تر نیز شیوه‌های دیگری برای تقویت تفکر انتقادی به شمار می‌آیند.

### ج- مهارت برقراری ارتباط مؤثر

عواملی که برقراری ارتباط به شیوه‌ای مؤثر را امکان‌پذیر می‌کنند، متعدّدند که اولین و مهم‌ترین آن، ویژگی خود افشاسازی است. خود افشاسازی<sup>۱</sup> به معنی ارائه اطلاعات شخصی است که به مخاطب اجازه می‌دهد خود واقعی فرد را ببیند و با این کار به اطرافیان اجازه می‌دهد به او نزدیک‌تر شده و احساس صمیمیت بیشتری پیدا کنند. به غیر از خود افشایی، گوش دادن نیز یکی دیگر از عوامل مهم در برقراری ارتباط، ایجاد صمیمیت و حفظ آن است زیرا به فرد در جهت همدلی با دیگران و نگاه کردن به مسائل از دید دیگران کمک می‌کند چون به درک و فهمیدن احساسات دیگران کمک می‌کند و این در نهایت می‌تواند منجر به حمایت عاطفی از دیگران شود. در آموزش این مهارت به فرد آموزش داده می‌شود که از طریق نشان دادن برخی رفتارهای کلامی و غیرکلامی به دیگران نشان دهد که با دقت به صحبت‌های آنها گوش می‌کند، راهبردهای حل تعارضات و اختلافات بین فردی را به کار می‌گیرد و اختلاف نظر و عقاید را که به ویژه موضوعی مهم در آموزش معنویت و دینداری است با مهارت‌های یادگرفته هدایت می‌کند.

### د- مهارت جرأت‌ورزی

ابراز وجود یا قاطعیت ورزی به معنی کسب حقوق شخصی، اظهارات صادقانه و بیان احساسات به شیوه‌ای است که حقوق دیگران ضایع نشود. فردی که قادر به ابراز وجود است می‌تواند به راحتی در مورد علایق، نظرات و احساسات خود صحبت کند بدون اینکه دچار اضطراب شود یا دیگران را آزرده خاطر سازد و حق آنها را برای رسیدن به حق خود زیر پا بگذارد. برای آموزش ابراز وجود به فرد کمک می‌شود که حقوق، خواسته‌ها، نیازها و احساسات خود را شناسایی کند و نحوه ابراز آنها را بیاموزد. همچنین فرد یاد می‌گیرد که علاوه بر آشنایی با نحوه صحیح ابراز خواسته، افکار و احساسات خود، در صورت لزوم برخی خواسته‌های دیگران یا حتی خودش را نپذیرد.

### ه- مهارت روابط بین فردی مؤثر

در دنیای کنونی آنچه که نقش بسیار مؤثر در حفظ سلامت روان، کسب موفقیت شغلی و ایجاد سازگاری مناسب با دیگران دارد، توانایی ایجاد رابطه بین فردی مؤثر است. شناخت و پذیرش تفاوت‌های بین فردی شرط اصلی مجهز شدن به این مهارت است. آنچه در اینجا حائز اهمیت است درک این نکته است که اختلاف نظر بد نیست و می‌تواند فرد را به تصمیم برای تغییر تشویق کند. اختلاف نظر گاه منجر به افزایش اطلاعات می‌شود چون فرد را تحریک می‌کند تا برای رد یا پذیرش نظر مخاطب به جمع‌آوری اطلاعات بپردازد. برای توانمند شدن در این مهارت پذیرش تفاوت‌های بین فردی نقطه شروع محسوب می‌شود. به دنبال ایجاد توانایی پذیرش افکار و

افراد متفاوت، فرد خواهد آموخت که تا چه حد به دیگران اعتماد کند، چگونه با دیگران روابط دوستانه برقرار کند، مرزهای بین‌فردی و حریم خود را چگونه حفظ کند و در صورت لزوم چگونه به یک رابطه پایان بدهد.

### و- مهارت کنترل استرس

برای مقابله با استرس‌های روزانه علاوه بر مهارت در حل مسأله، ابراز رفتار قاطعانه نیز بسیار موثرند. برنامه‌ریزی برای تغذیه مناسب، پرداختن به ورزش، یادگیری فنون آرام‌سازی، غنا بخشیدن به زندگی معنوی و پرهیز از کمال‌گرایی و توانایی مدیریت زمان نیز از جمله راهکارهایی هستند که می‌توانند توان عمومی فرد را برای مقابله موثر با استرس افزایش دهند.

مدیریت زمان نیز به فرد کمک می‌کند تا از اضطراب و استرس خود بکاهد. افرادی که قادر به تنظیم وقت خود هستند قادر به هدف‌گذاری روزانه و هفتگی می‌باشند و سازماندهی و کنترل کارهای خود را دارند.

یکی دیگر از مهارت‌هایی که امروزه جهت مقابله با استرس یا حتی پیشگیری از آن به افراد آموزش داده می‌شود، مهارت‌های مقابله معنوی و مذهبی است. گنج‌آیدن مهارت‌های معنوی در زیر مجموعه مهارت‌هایی که برای مقابله با استرس تدوین شده‌اند از این اعتقاد سرچشمه می‌گیرد که انسان موجودی است چهار بعدی، برخلاف نظریاتی که در گذشته انسان را موجودی بیولوژیکی، روانی و اجتماعی می‌دانست، امروزه اعتقاد بر این است که علاوه بر سه بعد گفته شده‌انسان دارای بعد معنوی نیز هست. اعتقاد به جهان پس از مرگ، رستاخیز، صرف اوقاتی از روز جهت انجام امور مذهبی، معاشرت با افراد دیندار و اخلاقی و موارد دیگر از ویژگی‌های بعد معنوی محسوب می‌شوند که باعث ایجاد آرامش معنوی و در نهایت رسیدن به آرامش روانی، اجتماعی و جسمانی می‌شوند.

در این شیوه مقابله اعتقاد بر این است که افراد با ایجاد ویژگی‌های شخصیتی مانند امیدواری، صبر و توکل، بخشش، خونسردی، عشق و گذشت، می‌توانند باورها و هیجانات و رفتارهای روزمره خود را بر پایه اعتقاد به وجود خالق آگاه و مقتدر جهت بدهند تا با آرامشی که از این راه به دست می‌آورند قدرت مقابله بیشتری با فشارها و استرس‌های روزمره به دست آورند.

اگرچه برخی مطالعات انجام شده در مورد تأثیرات مقابله معنوی در مواجهه با استرس‌ها نشان می‌دهند که این مهارت به کنترل هیجانات منفی ناشی از استرس کمک می‌کند و تأثیر چندانی در از بین بردن خود منبع استرس ندارد ولی افزایش مقاومت روانشناختی که از این طریق به دست می‌آید، قابل چشم‌پوشی نیست زیرا به فرد کمک می‌کند تا با مهار هیجانات مخرب و منفی جهت از بین بردن مشکل استرس‌زا، اقدام مؤثر انجام دهد.

### ز- مهارت کنترل خشم

علاوه بر به کارگیری مهارت حل مسأله در موقعیت‌های خشم‌برانگیز، شناسایی افکار و باورهای محرک خشم و خنثی کردن اثرات آنها برای رسیدن به آرامش از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. همچنین، برداشت فرد از وقایع رخ داده و خودگویی‌های مرتبط با آن می‌تواند باعث بروز خشم شود. به همین دلیل، برای کنترل یا از بین بردن احساس خشم می‌بایست افکار و اعتقاداتی که مسبب بروز این هیجان هستند، شناسایی کرده و برای مقابله با آن تدابیری در نظر گرفت.

### ح- مهارت مقابله با خلق منفی

تجربه هیجانات مختلف (چه منفی و چه مثبت) در طول زندگی امری طبیعی محسوب می‌شود ولی اگر یکی از این هیجانات منفی کنترل فرد را به عهده بگیرد توان او را برای مقابله با تعارض‌های زندگی کاهش می‌دهد. اولین مرحله در کنترل هیجانات منفی، آشنایی با انواع هیجانات است. بعد از شناسایی هیجان‌اتی که توسط خود فرد تجربه می‌شود و خود-ارزیابی نامیده می‌شود، نوبت به شناسایی شیوه‌های تغییر خلق منفی می‌رسد. در این مرحله فرد شیوه‌هایی را مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دهد که به او کمک می‌کند تا خلق منفی خود را تغییر دهد.

### ت- مهارت خودآگاهی

توانایی شناخت نیازها، اهداف و ویژگی‌های شخصیتی یکی از مهمترین مهارت‌هایی است که هر فرد برای مقابله با مشکلات روانی - اجتماعی، اضطراب، افسردگی، احساس حقارت و به ویژه در این کتاب برای دستیابی عمیق و درست تر به "خودآگاهی معنوی"، به آن نیازمند است. یکی از اجزای تشکیل دهنده خودآگاهی، خودپنداره است که در برنامه آموزش مهارت خودآگاهی مورد توجه قرار می‌گیرد. خودپنداره یعنی برداشتی که هرکس از خود دارد. خودپنداره از دو جهت در زندگی روزمره ما حائز اهمیت است. اول از لحاظ تأثیر در کیفیت رفتار و سطح عملکرد در ابعاد مختلف و دوم از لحاظ میزان رضایت از زندگی و داشتن آرامش و اعتماد به نفس.

خلاصه اینکه امید می‌رود مریبان با در نظر داشتن روشهای آموزش مهارتهای زندگی و به کار گیری اینگونه مهارتها توانمندانه، صبورانه، و با پختگی رفتاری آموزش مهارتهای معنوی را در کشور نهادینه نمایند.

## ■ خلاصه فصل

دانشجویان در طول تحصیل با استرس‌های متعددی مواجه می‌شوند. این ددرسرها و گرفتاری‌ها ممکن است احساس رضایت از زندگی و کارآمدی آنها را کاهش دهد، روابط آنها با دیگران را مختل کند و در نهایت بر بهداشت جسمانی و روانی آنها اثر مخرب بگذارد. لذا آموزش مهارت‌های زندگی در طی تحصیلات دانشگاهی این فرصت را برای دانشجویان فراهم می‌کند تا با کسب مهارت‌های لازم از توانایی‌های ذهنی خود به خوبی استفاده کنند، با مسائل زندگی و تغییرات آن کنار بیایند و با انتخاب رفتار اجتماعی سالم، سطح بهداشت روان و فرهنگ جامعه را ارتقا دهند. به همین منظور برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی طرح ریزی شده است. به این صورت که طی دوره‌های آموزشی این مهارت‌ها علاوه بر ارائه اطلاعات لازم، از طریق تکنیک‌های مختلف از جمله بارش فکری و ایفای نقش، فرصت تمرین آموخته‌ها به شرکت‌کنندگان در کارگاه داده می‌شود تا بتوانند مهارت‌های رفتاری بدست آمده را در خارج از کارگاه در محیط زندگی واقعی خود به کار گیرند. مهارت‌های معنوی نیز بخشی از مهارت‌های زندگی است که در نظر است در فصل‌های بعدی با همان روش آموزش مهارت‌های زندگی به آن‌ها پرداخته شود.

## ■ منابع

- بواله‌ری، جعفر؛ رسولیان، مریم، نجومی، مرضیه؛ و دیگر همکاران (۱۳۸۶ و ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰). انسیتو روانپزشکی تهران. گزارش نهایی طرح‌های تحقیقاتی پیشگیری از همسرآزاری در نظام سلامت و مراقبتهای بهداشتی اولیه.
- فتی، لادن و کاظم‌زاده عطوفی، مهرداد (۱۳۸۵). مهارت حل مسئله. تهران: نشر دانژه.
- فتی لادن و موتابی، فرشته (۱۳۸۵). مهارت روابط بین فردی مؤثر. تهران: نشر دانژه.
- فتی لادن و موتابی، فرشته (۱۳۸۵). مهارت مدیریت استرس. تهران: نشر دانژه.
- فتی لادن و موتابی، فرشته (۱۳۸۵). مهارت مدیریت زمان. تهران: نشر دانژه.
- فتی، لادن، موتابی، فرشته، بواله‌ری، جعفر و کاظم‌زاده عطوفی، مهرداد. (۱۳۸۷). مدیریت استرس: راهنمای آموزش کارگاهی. تهران: نشر دانژه.
- فتی لادن و موتابی، فرشته (۱۳۸۵). مهارت برقراری ارتباط مؤثر. تهران: نشر دانژه.

- فتحی واجارگاه، کوروش؛ عارفی، محبوبه؛ اسفندیاری، توران. (۱۳۸۷). شناسایی و اولویت یابی مهارت‌های زندگی مورد نیاز بزرگسالان برای لحاظ کردن در برنامه های درسی مدارس . فصلنامه تعلیم و تربیت بهار ۱۳۸۷؛ ۶۹، ۲۴-۱۰۱.
- موتابی، فرشته و فتی، لادن (۱۳۸۵). مهارت تفکر نقاد. تهران: نشر دانژه.
- موتابی، فرشته و فتی، لادن (۱۳۸۵). مهارت مدیریت خشم. تهران: نشر دانژه.
- موتابی، فرشته و کاظم‌زاده عطوفی، مهرداد (۱۳۸۵). مهارت رفتار جرأت‌مندانه. تهران: نشر دانژه.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۵). مهارت خودآگاهی و همدلی. تهران: نشر دانژه.
- محمد خانی، شهرام؛ فتی، لادن؛ موتابی، فرشته؛ کاظم زاده عطوفی، مهرداد. (۱۳۸۵). راهنمای عملی برگزاری کارگاه های آموزش مهارت‌های زندگی: ویژه دانشجویان: کتاب راهنمای مدرس. تهران : نشر دانژه
- سازمان جهانی بهداشت : برنامه آموزش مهارت‌های زندگی. (۱۹۹۳). مترجم: نوری قاسم آبادی، ربابه؛ محمد خانی، پروانه. سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
- WHO. (1997). Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools: Programme on Mental Health World Health Organization. Geneva. available at: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_MNH\\_PSF\\_93.7A\\_Rev.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf)
- WHO(2011). Life Skills: available at: [http://www.amro.who.int/English/DD/PUB/SP579\\_04.pdf](http://www.amro.who.int/English/DD/PUB/SP579_04.pdf)
- WHO(1999). Partners in Life Skills Education. Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/30.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/30.pdf)
- Moya, Cecilia(2011).Skills Approach to Improve Young Adult Reproductive Health. available at: <http://www.pathfind.org/pf/pubs/focus/pubs/YARH%20Briefs/bri2fin>.
- UNODC(2011). Module 7 Life Skills. available at: [http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/escap\\_peers\\_07.pdf](http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/escap_peers_07.pdf)

## فهرست برخی منابع جهت مطالعه بیشتر

- ستیر، ویرجینیا(۱۳۷۹) ایجاد رابطه با خود و دیگران. ترجمه مریم تاج. تهران: نشر گیل.
- کول، کریس(۱۳۸۰). کلید طلایی ارتباطات. ترجمه محمد رضا آل یاسین. تهران. نشر هامون.
- کلینکه، کریس.ال(۱۳۸۰). مهارت‌های زندگی. ترجمه شهرام محمد خانی. تهران: نشر سپند هنر.
- حامدی، رباب(۱۳۸۷). کنترل خشم: علل، پیامدها و راهکارها. تهران: نشر قطره.
- فاین، دبرا. ترجمه مرجان مهدی پور(۱۳۸۹). هنر گفت گو. تهران. نشر قطره.
- حناسابزاده اصفهانی، مریم(۱۳۸۹). رویارویی با رویدادها و مشکلات زندگی. تهران. نشر قطره.



فصل سوم

# رویکرد معنوی در آموزش پزشکی و علوم انسانی

جعفر بوالهیری، هدی دوس علی‌وند، مصلح میرزایی

## اهداف آموزشی این فصل

سلامت معنوی چیست؟

چرا متخصصان می‌بایست به این بعد از انسان توجه کنند؟

مراجعه‌کنندگان، دانشجویان و دیگر فراگیران از ما چه می‌خواهند؟

شواهد پژوهشی در باره سلامت معنوی چه می‌گویند؟

ضرورت پرداختن به بعد معنوی و گرفتن شرح حال معنوی چیست؟

اقداماتی که پس از ارزیابی معنوی باید انجام داد چه هستند؟

پرستار چه مراقبت‌های معنوی را می‌تواند در کار بالینی خود داشته باشد؟

مراقبت، مشاوره و روان‌درمانی از دیدگاه اسلامی به چه صورت است؟

وظیفه متخصص بالینی این است که "گاهی درمان کند، اغلب تسکین دهد و همیشه تسلی بخشد" (گوردون، ۲۰۰۵). تسلی، هنگامی انتقال می‌یابد که متخصص بالینی از گوهر وجودی که به زندگی بیمار معنا و امید می‌بخشد، حمایت کند و این چیزی است که بسیاری از بیماران خواستار هستند (دی سوزا، ۲۰۰۲).

## مفهوم سلامت معنوی

در برخی پژوهش‌ها سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار و یا در پیوند با سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مطرح شده است. این در حالی است که بعد معنوی در ادبیات علمی فراوانی همچون پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت وارد شده، اما هنوز به دلیل عدم اجماع بین‌المللی در تعریف ۱۹۴۸ این سازمان وارد نشده است. همچنان که در بخش قبل گفته شد، با این که در برخی متون تعاریف معنویت و دین داری تفکیک شده اما در مورد همین تعاریف نیز طیف نظرات محققان متفاوت بوده و اجماع کاملی وجود ندارد که یک بار دیگر آن بخشی از تعاریف که در جهت فهم و کاربردی کردن سلامت معنوی موثر است آورده می‌شود.

معنویت مفهومی پذیرفته شده در علم است (نارایاناسوامی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹)، ولی توافقی فراگیر بر سر تعریف آن وجود ندارد (دیسون<sup>۲</sup>، کوب<sup>۳</sup> و فرومن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). معنویت می‌تواند دربردارنده باور به یک وجود برتر باشد - که در ادبیات علمی حوزه سلامت در سال‌های اخیر از این وجود به نام خدا و الوهیت، و خالق جهان نام برده می‌شود-، و یا جستجوی معنا و یک احساس هدفمندی و اتصال. با این وجود که دین و معنویت مترادف نیستند، هم‌پوشی زیادی می‌تواند بین آن‌ها وجود داشته باشد (هاسد<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰).

در بحث معنویت، یکی از موضوعات واقعاً بحث‌برانگیز که این خود موجب عدم اتفاق نظر در تعریف و کاربرد جهانی آن شده است شیوه‌های تحقق‌اهدافی است که افراد به عنوان مقاصد زندگی‌شان می‌دانند. بنابراین به سادگی قابل فهم است که چرا تعاریف بسیار متفاوتی از معنویت پیشنهاد شده است. برخی معتقدند که افراد بشر دو حوزه وجودی دارند. حوزه خارجی‌تر شامل تعامل فرد با جهان است، و حوزه درونی‌تر که تعامل او با وجود متعالی<sup>۶</sup> می‌باشد که ممکن است یک ماهیت الهی داشته باشد یا آرمان‌هایی باشد که به تجربه کامل احساس‌هایی چون بیم، عشق و درک زیبایی اشاره دارد. اکثر افراد اعتقاد دارند که عمل صالح در حوزه خارجی‌تر انسان شامل عدالت و بلند همتی است در حالی که حوزه درونی‌تر به خلوص می‌پردازد (یاوار<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱، به نقل از دی سوزا، ۲۰۰۷). این اصول ممکن است از زمینه‌های متفاوتی برخیزد. برای مثال، در "ایمان توحیدی" فرد تنها در راستای شناخت خدا گام برمی‌دارد، در حالی که در بودیسم فرد تنها برای رهایی از رنج عمل می‌کند. ولی با وجود باورهای متفاوت، مفهوم معنویت برای اکثر افراد، مکاتب و ادیان مشابه است و به معنی پرداختن به جهان غیر مادی، معنای جهان، باور، ایمان و تعالی به سوی خدا و هدف خلقت جهان است (لاموت<sup>۸</sup>، ۱۹۸۴، به نقل از دی سوزا، ۲۰۰۷؛ مطهری، ۱۳۷۵).

### سیر تعالی خرافات به انسانگرایی و معنویت در سلامت

نگاهی کوتاه به تاریخ مکتوب نشان می‌دهد (محرری، ۱۳۷۳)، در حالی که طب روان پزشکی مدرن گام‌های عمده‌ای در بازشناسی و درمان مؤثر بیماری‌های روانی و برچسب‌زدایی از بیماری روانی برداشته است، این رشته به گونه‌ای قابل بحث از یک الگوی رایج علوم کاربردی در نوگرایی

- 1 Narayanaswamy
- 2 Dason
- 3 Cobb
- 4 Froman
- 5 Hassed
- 6 Transcendental
- 7 Yawar
- 8 Lamott

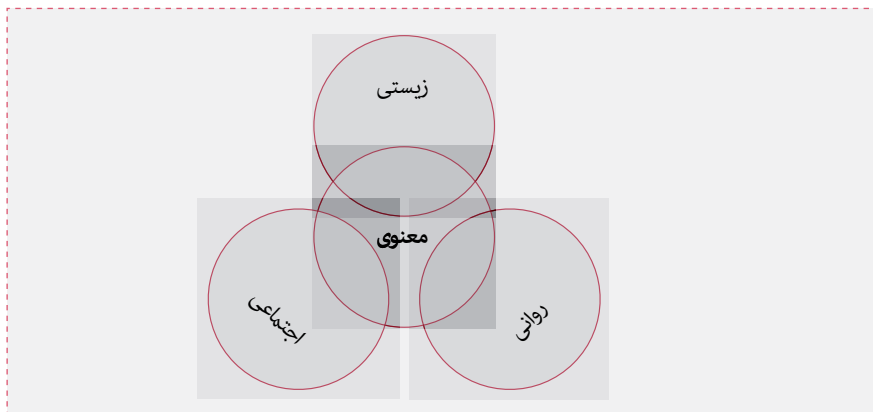
بهره برده و از الگوهای که با تخصص‌گرایی، کاهش‌گرایی، گسستگی و بیگانگی نیز مشخص می‌شود، پیروی کرده است (هاگیولت<sup>۱</sup> و کوئینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). این الگو موجب کاستی در درک کامل انسان از بیماری روانی و سلامت روان شده است.

دانش سلامت روان از منظر تاریخی، دستخوش تغییرات عمده‌ای شده است که بعضی آن تغییرات را "حرکت‌های انقلابی" دانسته‌اند. مفهوم‌های قرون وسطایی از بیماری روانی تأکید داشتند که اشخاص دارای اراده آزاد بوده و مسؤول اعمالشان هستند- بیماری روانی از گناه و تنبیه آن گناه از جانب خدا برمی‌خاست. از آن جا که گناه، هسته بیماری روانی بود، اعتقاد بر این بود که فعالیت، درمان یا در بسیاری موارد تنبیه مذهبی باید در رأس درمان باشد.

اولین انقلاب عمده در روان پزشکی در قرن‌های هفدهم و هیجدهم بود؛ هنگامی که "عصر روشنگری" شاهد حرکت از قلمرو مذهب قرون وسطایی به علم بهداشت روانی بود (فوکالت<sup>۳</sup>، ۱۹۶۵؛ به نقل از دی سوزا، ۲۰۰۷). پس از آن، در اواخر قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰، زیگموند فروید منادی "دوران روانکاوی" شد (پورتر، ۲۰۰۲؛ به نقل از دی سوزا، ۲۰۰۷). انقلاب سوم، "دوره مؤسسه‌زدایی" همراه با کشف کلرپرومازین در سال ۱۹۵۴ بود. این دوره اخیر که می‌تواند دوره "توانمندسازی و نهضت حمایت از مراجع" نامیده شود، در اواسط دهه ۱۹۹۰ آغاز شد و تا به امروز ادامه دارد. این دوره‌ای است که پرداختن به نیازهای اساسی متعالی مراجعین که شامل آزادی، احترام، حق انتخاب، استقلال، اخلاق، انسان‌گرایی، معنویت و دینداری است مورد توجه جدی قرار گرفت.

با پژوهش‌ها و یافته‌های منتشر شده که مبتنی بر معنویت و کل‌نگری است بسیاری از منابع علمی جدید اتفاق نظر دارند که سبب‌شناسی اختلالات روانی و مشکلات روانی- اجتماعی در یک یا چند گروه گنجانده می‌شوند: عوامل جسمانی (ارگانیک)، عوامل روان‌شناختی (روانی)، عوامل اجتماعی (محیطی) و عوامل معنوی (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۸، فرهنگستان علوم پزشکی، ۱۳۸۹). با توصیف چهار بعدی از انسان، مفهوم ساده قدیمی جسم و روان به رابطه پویا، نزدیک و جداناپذیری در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تبدیل می‌شود. این چهار بعد و به ویژه پیوند جسم و روان پیوندی نزدیک و در هم تنیده و جداناپذیر از هم است. پویایی تعامل متقابل آنها به گونه‌ای است که هر خلل و آسیب در یک بعد موجب اثر و آسیبی در بعد دیگر می‌شود. از طرفی دیگر توجه به این نکته نیز ضروری است که: آسیب یا مشکل در یک بعد می‌تواند ناشی از وجود آسیب و مشکل در چند بعد دیگر به طور همزمان باشد (بوله‌ری، چیمه، طهماسبی و علی‌بیگی، ۱۳۸۸)، که بعد معنوی نیز می‌تواند جزئی از سه بعد دیگر و یا جاری، مسلط و موجود در آنها باشد و جایی بدون وجود معنویت در جهان درون و بیرون انسان وجود نداشته باشد.

- 
- 1 Huguélet
  - 2 Koenig
  - 3 Foucault



رویکرد کل نگر و یکپارچه به انسان

با این رویکرد بیماران و مراجعان در تعامل با متخصصین بالینی، مشاوران و دیگر کارکنان پزشکی، افرادی با همین نیازهای عمیق و گسترده خواهند بود. شناسایی نگرانی‌های معنوی بیماران و مراجعان می‌تواند به عنوان بخشی اساسی از پزشکی مراجع محور و علوم انسانی متعهد نگریسته شود و به طور روزافزون این شیوه برای مراقبت مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه چنین رویکرد چند بعدی این خواهد بود که این باور رایج که علم و انسان گرایی ( یا دینداری) در دو جبهه متضاد اند باوری که همیشه اشتغال فکری اندیشمندان بسیاری بوده است به سادگی رد شده و یکپارچگی علم و دین در زیر چتر "علوم پزشکی انسانی" و "علوم انسانی کل نگر" که فهم ما از سلامت و رفاه انسان را عمیق تر می‌سازد وارد عرصه علم و عمل می‌شود. این رویکرد، دیدگاه‌های "زیست پزشکی، معنوی، فلسفی و انسان‌شناختی" را به کار می‌گیرد و می‌تواند بینش متخصصین بالینی و علوم انسانی را در مورد رابطه بین بیماران، پزشکان و نظام بهداشتی توسعه داده و به آن‌ها کمک کند که از این طریق قابلیت خود را برای درمان، تسکین و آسایش بیماران ارتقاء دهند (گوردون، ۲۰۰۵). مطالعات فراوانی با روش‌های مشابه در کشور ما نیز با رویکرد اسلامی بر بیماران یا دانشجویان و دیگر گروه‌های مسلمان انجام شده و نتایج مشابهی را نشان داده است که توجه به بعد دینی و معنوی چه توسط بیمار و چه توسط درمانگر در تأمین سلامتی و رابطه درمانی موثرتر است (احمدی ابهری، ۱۳۷۶؛ خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۱، مجموعه مقالات اسلام و بهداشت روان، ۱۳۸۲).

## چرا باید معنویت را در برنامه درمانی بیماران و مراجعان در نظر گرفت؟

خدمت، حمایت و مراقبت، اغلب نیازمند فراخوانی نیروی های درونی بیمار و مراجع است و بدون بکارگیری این نیروها موفقیت در درمان شکست هایی را در برنامه درمانی به همراه خواهد داشت. منابع معنوی از جمله نیروهای درونی بیماران است که در یکپارچگی یا تمامیت جسم، روان و بعد اجتماعی آنان نقش بسیاری دارد. متخصصان با در نظر گرفتن بعد معنوی و دینی در برنامه درمانی، می توانند سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران و مراجعان را به شکل یکپارچه در اولویت قرار دهند و به درک عمیق تری از نیاز های آنها دست یابند (دی سوزا، ۲۰۰۷). علاوه بر این، توجه به بعد معنوی در بیماران و مراجعان به دو دلیل حائز اهمیت است:

۱. **بسیاری از مردم دارای ایمان قوی هستند.** شاید بهترین دلیل برای رسیدگی به جنبه های معنوی این است که بسیاری از افراد دیندار و دارای نیازهای معنوی هستند. غافل شدن از ابعاد معنوی درست مانند چشم پوشی از محیط اجتماعی یا وضعیت روانی فرد است که منجر به ناکامی در درمان "کامل" فرد می گردد. معنویت نه تنها برای هویت و هستی بسیاری از انسان ها امری حیاتی است، بلکه برای کنار آمدن با شرایط نامساعد زندگی به ویژه بیماری و ناخوشی توسط بیماران و درست در همان زمانی که به درمانگر مراجعه کرده اند به عنوان یک مکانیسم تطابقی به کار گرفته می شود. چیزی که در همان زمان توسط درمانگر نیازمند درک و همدلی است. سازش به کمک معنویت و مذهب به معنی به کار رفتن عقاید و تکالیف دینی و معنوی برای کاهش فشار هیجانات ناشی از فقدان یا تغییر و تحول است.

۲. **عقاید دینی رابطه درمانی و تصمیم گیری های پزشکی را تحت تأثیر قرار می دهد.** باورهای معنوی و دینی بیش از نگرش ها و باورهای دیگر فرهنگی تصمیم گیری بیماران را در شرایط بیماری های سخت تحت تأثیر قرار می دهند. عقاید دینی می تواند بر سبک زندگی به ویژه بر رژیم غذایی بیماران چه در بیمارستان و چه در جامعه تأثیر داشته باشد. همچنین پیروی بیماران از درمان پزشکی، قبول کردن توصیه های پزشک، مصرف داروهای تجویز شده، پذیرفتن ارجاع به روانپزشک یا روانشناس یا حتی مراجعه برای ادامه درمان، تحت تأثیر قرار می گیرد. مذهب می تواند بر تصمیم گیری های درمانی در روزهای پایانی عمر یا درمان بیماری های لاعلاج، تأثیر گذار باشد (دماری، ۱۳۸۸).

امروزه علم پزشکی، بیش از هر زمان دیگری درباره اختلالات نوروشیمیایی مرتبط با افسردگی، اضطراب، روان پریشی و دیگر موارد دانش معتبری دارد و اینها را مشکلات بیولوژیکی دانسته و درمان دارویی برایش دارد. اما برخی از متخصصین، بیماران، و نیز بسیاری از دیگر افراد جامعه، این اختلالات را به عنوان یک موضوع دینی و فرهنگی تصور کرده و مورد نظر قرار می دهند (هاگیولت و کوئینگ، ۲۰۰۹). بسیاری از بیماران و مراجعان تمایل دارند به عنوان انسان هایی

معمولی، و نه با برچسب یک "جسم" یا یک "بیماری" و موجودی که در مغزش خللی ایجاد شده نگریده شده است. آنها هم با این رویکرد جدید موافق اند که یک انسان کامل دارای ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی است. نادیده انگاشتن هریک از اینها، فرد را با احساس بی توجهی رها خواهد کرد و ممکن است در رابطه درمانی تاثیرگذار باشد. تصور کنید که به درد دندان یا قلبی مبتلا شده اید و خدا خدا می کنید پزشکی دقیق، دلسوز، خدا شناس، و ماهر به بالین شما بیاید. بیشتر این انتظارات و نگرانیهای شما حاکی از باورهای عمیق، احساس معنوی و احتمالا رویکرد دینی یا خداباوری شماست. بی توجهی پزشک به این بعد معنوی شما، احساس تنهایی، نگرانی و دردمندی زیادی ایجاد خواهد کرد. برای بسیاری از بیماران، معنویت بخش مهمی از یکپارچگی وجود آنهاست که باید همراه با بعد روانی و اجتماعی در نظر گرفته شود (دی سوزا، ۲۰۰۷) تا رابطه درمانی موثری شکل گیرد.

تصور کنید که به درد دندان یا قلبی مبتلا شده اید و خدا خدا می کنید پزشکی دقیق، دلسوز، خدا شناس، و ماهر به بالین شما بیاید. بیشتر این انتظارات و نگرانیهای شما حاکی از باورهای عمیق، احساس معنوی و احتمالا رویکرد دینی یا خداباوری شماست. بی توجهی پزشک به این بعد معنوی شما، احساس تنهایی، نگرانی و دردمندی زیادی ایجاد خواهد کرد. برای بسیاری از بیماران، معنویت بخش مهمی از یکپارچگی وجود آنهاست که باید همراه با بعد روانی و اجتماعی در نظر گرفته شود (دی سوزا، ۲۰۰۷) تا رابطه درمانی موثری شکل گیرد.

به طور کلی، رویکردهای مراجع محور و نیز بیمار- محور به ویژه رویکردهایی که توجه عمده به انسانیت، کرامت، فرهنگ، دین و معنویت مراجعین دارند، به حفظ منزلت بیمار کمک می کند و اطمینان می دهد که مداخلات پیشنهاد شده مناسب هستند. این رویکردها منجر به پیامدهای مثبتی از جمله تبعیت درمانی بهتر شده اند- تبعیت درمانی ضعیف، همواره مانعی بزرگ در دستیابی به پیامدهای مطلوب در روان پزشکی و رضایت بیشتر بیمار بوده است (دی سوزا و ریچ، ۲۰۰۱، دی سوزا و رودریگو، ۲۰۰۴).

### ■ جایگاه کنونی معنویت در آموزش و کار بالینی

موضوع نیازهای معنوی بیماران می تواند در سطح دانشگاه ها، آموزش، کار بالینی، مشاوره و آموزش عمومی جامعه و جوانان مدنظر قرار گیرد. در آموزش علمی دانشگاه ها با توجه به تجربه تلخی که از مداخله کلیسا و و دیگر محافل و مجامع دینی در علم وجود داشت، توجه

بسیار کمی به معنویت شده است. در بسیاری از کشورها در آموزش پزشکی، معنویت به جز در برخی کتاب‌های درسی کشورهای غربی درباره مراقبت تسکینی<sup>۱</sup> (تویکراس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹) و در دوره‌ها و سمینارهای اخلاق، به طور مستقیم مورد بررسی قرار نمی‌گیرد. این در حالی است که ملاحظات معنوی هر جا که حقوق و نیازهای بیماران در میان باشد لازم است که حضور داشته باشد. یادگیری نحوه پرداختن به جنبه‌های معنوی در مراقبت پزشکی یک بخش معمول از برنامه درسی دانشکده های پزشکی نیست، در حالی که شواهدی وجود دارند که این مسئله چیزی است که بیماران از درمانگران انتظار دارند (دی سوزا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲؛ ماتای<sup>۴</sup> و نورث<sup>۵</sup>، دی بیر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). بنا براین، می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که پزشکان، روانپزشکان و متخصصین و مشاوران در علوم رفتاری صلاح است به گونه‌ای هدایت شوند که تشویق به فراگیری شیوه‌هایی شوند که دین و معنویت و فرهنگ از طریق آنها می‌تواند بر نیازهای بیمار تأثیر بگذارد.

### ■ حدود اختیارات متخصصین بالینی

برخی پژوهش‌های پیشگام در معنویت و سلامت نشان داده است که پزشکان و متخصصین بالینی در طول رابطه درمانی مبتنی بر دین یا معنویت که با بیماران شکل می‌دهند بدون در نظر گرفتن باور و عمل خودشان شفاف‌دهنده هستند (کاسل<sup>۷</sup>، ۱۹۸۵). از طرف دیگر انجام دادن یا ندادن اعمال مذهبی یا معنوی توسط خود متخصصان بالینی ممکن است بر توانایی‌شان برای کارکرد مؤثر در این حوزه از کار بالینی تأثیر مثبت یا منفی بگذارد. ما به عنوان درمانگر، آموزش دیده‌ایم که "عینی و علمی" باشیم و باورها و درمان بالینی را جدا از هم نگه داریم. از طرف دیگر، بسیاری نیز معتقدند که متخصصان بالینی نباید باورها یا فعالیت‌های دینی را به قصد درمان و تأمین سلامتی "تجویز" کنند. زیرا برای تبدیل یک آموزه دینی و معنوی به یک تکنیک تجربی و علمی مبتنی بر تجارب بالینی استاندارد، زمان و راه طولانی در پیش است و هر یک مجوزهای قانونی و اخلاق پزشکی خود را می‌طلبند. روشن است که درمانگران و مشاوران نباید باورهای دینی یا معنوی خود را به بیمار تحمیل کنند یا بدون آگاهی از زمینه دینی بیمار و بدون اینکه درک و پذیرش بیمار از چنین فعالیتی را سنجیده باشند، آن فعالیت (از جمله دعا) را در درمان و مشاوره وارد کنند. نقش آن‌ها تبلیغ، آموزش و مشاوره دینی با بیمار نیست - وظیفه‌ای که به وسیله یک

- 
- 1 Palliative Care
  - 2 Twycross
  - 3 DSouza
  - 4 Mathai
  - 5 North
  - 6 DeBeer
  - 7 Cassel



روحانی آموزش دیده بهتر انجام می‌شود (دی‌سوزا، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، آموزش و درمان دینی و معنوی بر عهده متخصصان دینی و معنوی است، ولی درمان، مشاوره و آموزش رفتار سالم با رویکرد دینی و معنوی که کاری علمی است، وظیفه متخصصان دانشگاهی دارای مجوز یا پروانه رسمی در حرفه خود و در آن روش یا تکنیک است.

### مراقبت معنوی در کار بالینی پرستاری

با توجه به این که مداخله معنویت در بخش سلامت با پیشگامی پرستاران و پژوهش معنویت در مراقبت پرستاری در جهان شروع شده است، و نیز مهارت‌های مراقبت معنوی توسط پرستاران در جهان مطرح گردیده، در این جا قسمت کوتاهی از مراقبت معنوی پرستاران خواهد آمد. رایت (۲۰۰۲) می‌گوید "مراقبت معنوی در جستجوی تایید ارزش هر انسان بر مبنای عشق بدون قضاوت است". این عشق معنوی بدون قضاوت و بدون تبعیضی است که همه بیماران از پرستاران خود انتظار دارند. گریسلی، چیو، و گارتلند (۲۰۰۱) نیز در یک مطالعه کیفی با استفاده از گروه‌های متمرکز دریافته‌اند که "مراقبت معنوی با تایید احساس فرد از معنا داشتن و هدف در زندگی مرتبط بود"، و این به این معناست که هر چه به احساسات و گرایش‌های دینی و معنوی بیماران در پرستاری توجه شود رضایتمندی و آرامش بیشتری تامین می‌شود. والتر (۲۰۰۲) بیان می‌کند که مراقبت معنوی اغلب به دنیای انگلیسی‌زبان محدود است و اضافه می‌کند که همه پرستاران نمی‌توانند مراقبت معنوی را برای همه بیماران فراهم کنند. چنین اقدامی به موقعیت و زمینه معنوی پرستار بستگی دارد. پرسیدن سوالاتی از این دست از بیماران که آیا به زندگی پس از مرگ اعتقاد دارند؟ و اینکه آیا تعلق خاطر و وابستگی به یک گرایش اعتقادی رسمی یا دینی دارند؟ به پرستار در طرح‌ریزی مراقبت معنوی کمک خواهد کرد.

چندین مطالعه اخیر مرتبط با مراقبت معنوی و کار بالینی پرستاری موضوعات اخیر را روشن کرده‌اند. وانس (۲۰۰۱) در مطالعه خود دریافت که پرستاران خود را بسیار معنوی می‌دانستند در حالی که تنها ۲۵٪ این پرستاران مراقبت معنوی کافی را برای بیمارانشان فراهم کرده بودند. این پرستاران محدودیت‌های زمانی و فقدان آموزش را به عنوان رایج‌ترین موانع برای تامین مراقبت معنوی برای بیمار می‌دانستند. پرستاران به طور کلی گزارش می‌کنند که برای اجرای مراقبت معنوی به میزان کافی آماده نیستند. نارایاناسامی و اونز (۲۰۰۱) در یک مطالعه، ۱۱۵ پرستار را که مراقبت معنوی به بیماران ارائه می‌دادند را مورد ارزیابی قرار دادند. نویسندگان دریافته‌اند که مراقبت معنوی می‌تواند به عنوان مراقبت شخصی، فرایندی، فرهنگی یا دینی طبقه‌بندی شود. در کادری که در اینجا آمده است، این موارد به طور خلاصه توضیح داده شده‌اند.

## نمونه‌هایی از مراقبت معنوی

**شخصی:** پرستار از گوش دادن، همدلی و تکنیک‌های انعکاسی برای کمک به بیمار به منظور جستجوی احساسات شخصی درباره رنجش، استفاده می‌کند. این رویکرد می‌تواند غیردینی باشد.

**فرایندی:** پرستار از رویکرد معنوی و دینی برای مد نظر قرار دادن نیازهای معنوی با ارجاع بیماران به روحانی استفاده می‌کند.

**فرهنگی:** پرستار با درخواست بیمار، حساسیت فرهنگی را در مراقبت پرستاری ادغام می‌کند. مثلاً از طریق بازآرایی اتاق بیمار مسلمان، به طوری که تختخوابش به سوی مکه (رو به قبله) باشد.

**مذهبی:** پرستاری که خودش در کلیسا حضور می‌یابد، شهادت نامه ایمان را برای بیمار که او نیز مسیحی است، می‌خواند. در این رویکرد پرستار و بیمار در کل، در یک پایه مذهبی یا اعتقادی مشترک سهیم هستند.

وندور و باکون (۲۰۰۱) چهار عنصر کلیدی را در فرایند تامین مراقبت معنوی ضروری یافتند:

۱. آمادگی یا مهیا بودن برای تامین مراقبت معنوی
۲. تشخیص نگرانی‌های معنوی شامل سرنخ‌های مطرح شده توسط بیمار یا خانواده
۳. تجربه داشتن در مداخله معنوی
۴. توانایی فراتر رفتن از مکالمه با بیمار به مکالمه با خدا در طول دعا.

بررسی سایر تحقیقات موجود درباره مراقبت معنوی نکات جدیدی را آشکار ساخت چیزی که شباهت زیادی به کار تدوین این کتاب آموزش مهارت‌های معنوی و به اجرا گذاشتن این آموزش‌ها توسط مشاوران دارد. نخست این که هنوز گرچه پرستاران معتقدند که تامین مراقبت معنوی بخشی از نقش آنهاست ولی بسیاری از آنها در این باره که چگونه آن را در کار بالینی ادغام کنند، سردرگم هستند. دوم اینکه پرستاران احساس می‌کنند که به اندازه کافی برای تامین مراقبت معنوی آماده نیستند. سوم اینکه مراقبت معنوی ممکن است به چندین شکل تعریف شود و پرستاران برای اینکه مراقبت معنوی قابل قبولی به بیمارانشان ارائه دهند، می‌بایست تعریف خاص و استاندارد و تایید شده خود را داشته باشند.

دعا در پرستاری نیز یکی از رایج‌ترین شکل‌های پذیرفته‌شده مداخله معنوی است و عموم معتقدند که دعا در التیام بخشی و به زیستی روانی و معنوی مؤثر است. در نهایت توصیه شده است که افزایش محتوای دروس دانشگاهی مرتبط با مراقبت معنوی و برگزاری کلاس‌ها یا

کارگاه‌های آموزشی مداوم برای پرستاران در زمینه کار بالینی، برای توجه به نگرانی‌های پرستارانی که مایل به تأمین مراقبت کل‌نگرانه و معنوی برای بیماران خود هستند، مناسب است. حرفه پرستاری می‌بایست شرایط مراقبت معنوی را برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها به عنوان یک مهارت بنیادین پرستاری ترویج دهد. در خلال تدارک مراقبت معنوی، پرستاران می‌توانند غنای ظریف و معناداری را در مسیر زندگی بیمارانشان فراهم کنند (ماک و اسمیت، ۲۰۰۴).

### تمرین



دو بیمار را در نظر بگیرید، یک بیمار مبتلا به نارسایی قلبی، و یک بیمار مبتلا به اختلال ام. اس. هر دو این افراد به دنبال بروز بیماری و تحمل شرایط سخت در باورهای معنوی خود دچار تردید شده‌اند، در قالب یک تمرین نقش، ابتدا سعی کنید ارزیابی مختصری از مسائل معنوی آنها به عمل آورید، و در مرحله بعد با هم‌فکری و بارش فکری بگویید برای چنین مراجعی- با توجه به دستورالعمل اقدامات پس از ارزیابی که پیشتر بحث شد- چه اقداماتی می‌توان در زمینه مشکل پیش آمده انجام داد.

## مراجع مسلمان و درمانهای وابسته به فرهنگ

برای فهم بیشتر درمان با رویکرد معنویت و دینداری وابسته به فرهنگ مسلمانان، و نیز به منظور کنجانیدن این رویکرد در برنامه‌های آموزش پزشکی و علوم انسانی، بد نیست مروری بر مشاوره و روان‌درمانی آنهم با رویکرد دینی و اسلامی شود. گرچه انواع متفاوتی از درمان و روان‌درمانی وجود دارد، به نظر می‌رسد که تمامی آن‌ها حداقل یک هدف مشترک دارند: کاهش رنج کلی مراجعین. هر مراجعی که به جلسه روان‌درمانی می‌آید مشکلاتی دارد یعنی موضوعاتی که باعث احساسات منفی از قبیل افسردگی، اضطراب یا خشم می‌شود. هر چه یک درمانگر در کمک به بیمار برای غلبه بر این احساسات منفی و جلوگیری از عود آنها موفق‌تر باشد، روان‌درمانی او موفق‌تر است (واثق، ۲۰۰۹).

افکار و رفتارهای دینی نقش مهمی در تسکین یا تشدید علائم آسیب‌شناسی روانی در بیماران مسلمان ایفا می‌کنند. بنابراین، هر روان‌درمانگر موفق در کشور خود نیازمند آشنایی با فرهنگ دینی و اسلامی است. به علاوه، بعضی از آزمایش‌های بالینی نشان می‌دهند که افزودن روان‌درمانی دینی به درمان معمول می‌تواند بهبود بالینی در بیماران مذهبی مسلمان را سرعت ببخشد (واثق، ۲۰۰۹، احمدی ابهری، ۱۳۷۶).

مشاوران و روان‌درمانگرها چه مسلمان باشند و چه نباشند، اگر می‌خواهند در کشورهای اسلامی یا کشورهایی که مراجعین مسلمان دارند به مراجعین خود کمک کنند، می‌بایست با فرهنگ مراجعین مسلمان آشنا باشند. در غیر این صورت، آن‌ها ممکن است برای کاربرد نظریه‌های غربی کلیشه‌های خود از غیر مسلمان‌ها را برای مراجعین مسلمان به کار برند که می‌تواند باعث کاهش کارآمدی یا شکست درمان و ناکامی شود. به علاوه، آشنا نبودن با فرهنگ دینی و اسلامی ممکن است باعث خطاهای تشخیصی جدی شود. برای مثال، برخی از بیماران مسلمان ممکن است از موجود غیر قابل مشاهده‌ای به نام جن و یا احساسی الهامی و عرفانی صحبت کنند که می‌تواند به صورت غلط توسط متخصصین بالینی بی‌تجربه به عنوان روان‌پریشی تشخیص داده شود. به علاوه، ماهیت جمع‌گرای فرهنگ اسلامی ممکن است به عنوان "اختلال شخصیت وابسته" و پوشش‌های افراطی موی زنان به عنوان نشانه‌ای از افکار بیش‌بها داده شده، وسواسی و یا افسردگی تعبیر شود. بحث در مورد مصرف الکل و روابط نامشروع جنسی که نزد مسلمانان حرام و گناه است نیز موضوع شایع مراجعین مسلمان در کلینیک است. تلاش یا حتی صحبتی نابجا برای رها کردن مراجعین مسلمان از این وابستگی، احساسات یا افسردگی، ممکن است باعث شود که آن‌ها احساس کنند که درک نشده‌اند و درمان را ترک کنند. این پدیده ایست که در سه دهه گذشته در ایران نه تنها موجب سوء تعبیر مراجعین که حتی سوء تعبیر مجامع دینی، سیاسی و مدیریت سلامت و برخوردهایی ناروا با علم روانپزشکی و علوم رفتاری شده است. مسلمانان برای مشکلات مختلفی شامل اضطراب و افسردگی یا مشکلات خانوادگی و فرهنگی برای آموزش، مشاوره و روان‌درمانی مراجعه می‌کنند و نیز بسیاری از مسلمان‌ها در کشورهای غربی از افزایش فشارهای اجتماعی از قبیل حملات جسمی یا کلامی و تبعیض رنج می‌برند و مشکلات سازگاری زیادی را تجربه می‌کنند که نیازمند مشاوره و روان‌درمانی هستند. تا این زمان به نظر می‌رسد که هیچ نوع روان‌درمانی واحد و برتری که رویکردهای اعتقادی و فرهنگی مسلمانان را مورد توجه قرار دهد برای مسلمانان وجود ندارد. گرچه از نظر تئوریک تمامی انواع آموزش، مشاوره و روان‌درمانی می‌تواند برای مسلمان‌ها هم به کار رود، با تجارب و اطلاعات موجود به نظر می‌رسد که برای اکثر بیماران مسلمان مداخلات **شناختی و رفتاری** و به ویژه با رویکرد دینی مناسب‌تر باشد (واثق، ۲۰۰۹).

## شرح حال معنوی

پذیرش ابعاد معنوی بیماران و دیگر مراجعین مستلزم اخذ یک تاریخچه معنوی در گرفتن شرح حال است (دی‌سوزا، ۲۰۰۳) به گونه‌ای که بتوان با آن به درستی به مداخله‌ای معنوی پرداخت.

گرفتن **شرح حال معنوی کوتاه** در پزشکی به دلایل زیر توصیه شده است:

۱. آشنا شدن با عقاید مذهبی بیمار که با تصمیم‌گیری برای مراقبت‌های پزشکی در ارتباط اند.
۲. درک نقشی که دین در سازش با بیماری یا ایجاد استرس ایفا می‌کند.

۳. شناسایی نیازهای معنوی که نیازمند توجه و رسیدگی است.

گرفت شرح حال معنوی به خودی خود عمل مؤثر و مقتدرانه‌ای در درمان است و علاوه بر موارد بالا، اهداف بسیاری را دنبال می‌کند:

- ابتدا، پیامی را به بیمار انتقال می‌دهد مبنی بر این که این جنبه از موجودیت فرد توسط درمانگر شناخته شده و قابل احترام است.
- دوم، به جمع‌آوری اطلاعاتی کمک می‌کند که برای دانستن انگیزه بسیاری از رفتارهای مراجع در ارتباط با سلامتی وی، مفید می‌باشد.
- سوم، اطلاعاتی در مورد نظام حمایتی بیمار و منابع درون جامعه که امکان مراقبت و توجه را فراهم می‌کنند، به وجود می‌آورد.
- چهارم، کمک می‌کند که مراجع بداند که پزشک او مایل به گفتگو در این زمینه است و چنان که در آینده نیاز داشته باشد، برای این کار آماده است.

در اینجا اشاره می‌شود به چهار پرسش ساده که درمانگران می‌توانند برای دستیابی به ابعاد دینی معنوی بیماران بپرسند: (لو<sup>۱</sup>، کوئیل<sup>۲</sup> و تولسکی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹):

- آیا ایمان (دینی و معنوی) برای شما مهم است؟
- آیا ایمان در دیگر مواقع زندگی‌تان برای شما مهم بوده است؟
- آیا کسی را دارید که درباره موضوعات دینی با او صحبت کنید؟
- آیا دوست دارید با کسی موضوعات دینی- معنوی را مورد بحث قرار دهید؟

گرفتن تاریخچه معنوی اغلب به تنهایی کار با ارزش پزشکی و یک مداخله قدرتمند است (کینزکی، استات، پیترز و هاروی، ۱۹۹۹). بیماران دارای گرایش‌های دینی و معنوی که اغلب، باورهایشان هسته نظام معنایی آن‌ها را شکل می‌دهد، تقریباً همیشه حساسیت یک پزشک به این موضوعات را درک می‌کنند. بنابراین، پزشکان و متخصصان بالینی می‌توانند این پیام مهم را به آنان برسانند که آنها با کل انسان سرو کار دارند و می‌فهمند که بیماران به جز جسم و روان بعد معنوی هم دارند، پیامی که رابطه پزشک- بیمار را ارتقاء می‌دهد، رابطه‌ای که سنگ‌بنای مراقبت پزشکی مناسب است و ممکن است تأثیر درمانی یک مداخله را افزایش دهد و در راستای دستیابی به به زیستی مثبت گام بردارد (دی سوزا، رودریگو، ۲۰۰۴).

---

1 Lo  
2 Quill  
3 Tulsky

## ■ اقدامات پس از ارزیابی و شرح حال اولیه

دماری (۱۳۸۸) اقدامات پس از شرح حال اولیه و ارزیابی معنوی را این گونه شرح می‌دهد:

**۱- سازماندهی منابع:** وقتی نیازهای دینی و معنوی بیمار یا مراجع شناخته شد، باید تصمیم‌گیری شود که درمانگر قادر به برطرف کردن نیازهای معنوی وی هست یا باید و را به فردی روحانی یا معنوی ارجاع دهد. درمانگران از نظر علایق، تعلیمات و تجربه در این زمینه با یکدیگر تفاوت‌های فاحشی دارند. با این حال، موظفند مطمئن شوند نیازهای معنوی بیمار یا مراجع توسط آنها یا فرد دیگری برآورده می‌شود. گاهی مداخلات یا راهنمایی‌های ساده‌ای از سوی پزشک به راحتی می‌تواند مشکلی را در حوزه معنویت و موضوعات دینی برای بیمار برطرف نماید و نیازی به ارجاع به روحانی نباشد. به ویژه اینکه عده‌ای از بیماران از مراجعه به روحانیون یا مشاوران دینی خودداری می‌کنند. بر قراری ارتباط با پزشک در درازمدت موجب می‌شود که بیمار به راحتی و بدون دغدغه، از نگرانی‌ها و تردیدهای خود در مورد معنویاتش و دینداریش با پزشک گفتگو نماید.

**۲- حمایت از باورهای معنوی:** اگر باورهای معنوی مانعی در مراقبت‌های درمانی ایجاد نکنند و بیمار از آن‌ها برای سازش با بیماری استفاده کند، آن‌گاه حمایت کردن و حتی ترغیب رفتارهای معنوی و دینی سالم به بیمار توصیه می‌شود. درمانگران می‌توانند، باورهای دینی سازش‌افراد با بیماری و حتی پیامدهای پس از آن را تحت تأثیر قرار داده و تقویت نمایند، در حالی که یادآور شدن این مسئله به بیماران غیر مذهبی صحیح نیست.

**۳- شرکت کردن در فعالیت‌های معنوی:** بحث انگیزترین جنبه رسیدگی به مسائل معنوی در مراقبت از بیمار این است که آیا درمانگر باید همراه بیمار در کارهای دینی و معنوی شرکت کند یا این امر خارج از مسئولیت و حرفه اوست. در کشور ما گرچه یکسره بیماران واژه " التماس دعا" را از پزشکان و پرستاران و دیگر درمانگران خود به ویژه اگر درمانگر رفتاری دینی داشته باشد به زبان می‌آورند و کمک به بیمار در انجام واجبات دینی او و اجرای برخی راهنماهای اخلاق پزشکی از ضروریات شمرده شده است اما ضوابط و قوانین و راهنمای استاندارد در این مورد وجود ندارد. برخی از پژوهشگران غربی معتقدند که این عمل نباید میان درمانگر و بیماران صورت گیرد چرا که گزارش‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهند اعضای خانواده بیمار از درمانگر به خاطر این عمل به ویژه وقتی به طور نادرست انجام شده است، به دادگاه شکایت کرده‌اند و او را محکوم نموده‌اند. عده‌ای دیگر معتقدند تصمیم‌گیری در مورد همراهی بیمار در این موارد باید در مورد هر بیمار به طور جداگانه صورت گیرد، چرا که اقتضای این عمل بستگی به بیماری، موقعیت بیمار و درمانگر دارد. طرفداران اصول اخلاقی به این عقیده اصرار می‌ورزند که دعا و نیایشی که با هدایت درمانگر صورت گیرد تنها در صورتی قابل قبول است که هیچ روحانی در دسترس نباشد.

**۴- تجویز کارهای مذهبی:** در اکثر موارد این امور فراتر از وظایف درمانگران است. اول این که، دین یکی از بخش های بسیار شخصی و حساس زندگی بیمار است و درمانگران نباید رفتار بیمار را در این زمینه تحت فشار و اجبار قرار دهند. علاوه بر این، تا به امروز دلیل و مدرک معتبر و به ویژه مطالعات مروری و نظام‌مندی در آزمایش‌های بالینی وجود ندارد که نشان دهد بیمار تنها برای به دست آوردن سلامتی بیشتر هرچه به معنویت گرایش بیشتری نشان دهد، نتایج بهتری هم به دست می‌آورد.

وظیفه متخصص بالینی این است که "گاهی درمان کند، اغلب تسکین دهد و همیشه تسلی بخشد" (گوردون، ۲۰۰۵). تسلی، هنگامی انتقال می‌یابد که متخصص بالینی از آن گوهر وجودی که به زندگی بیمار معنا و امید می‌بخشد، حمایت کند و این چیزی است که بسیاری از بیماران خواستار هستند (دی سوزا، ۲۰۰۲). چنین الگویی به خوبی در افراد سالم، برای فراگیری مهارت‌های زندگی و در نسل جوان و دانشجویان مصداق دارد. دقت به این جمله طلایی گوردون و روی آوردن به سؤالات معنوی و مذهبی از کسانی که برای یادگیری موضوع و حل مشکل مراجعه می‌کنند، نه تنها به مراقبت و حمایت درستی از آنها می‌انجامد، بلکه موجب بهبود روابط، رضایت مراجع و نوعی رستگاری پزشکی و مشاوره‌ای می‌شود. بنابراین، ممکن است طیفی از ابزارهای آموزشی و درمانی معنوی را به کار بریم که می‌تواند به نحو شایسته توانایی مقابله افراد و بیماران را تسهیل کند و منجر به ارتقاء بهزیستی جسمی، روانی و معنوی او و نزدیکانش شود (دی سوزا، ۲۰۰۷).

### تمرین



در تئوری شناختی گفته می‌شود که در اختلال افسردگی فرد دچار الگوهای شناختی ناکارآمدی می‌شود که طی آن دیدگاهش نسبت به خود، دیگران و آینده، منفی و بدبینانه می‌شود. اگر خانم جوانی به دنبال دست دادن یکی از عزیزان خود، دچار افسردگی و دیدگاه مایوس‌کننده در مثلث شناختی شود؛ چطور می‌توان با درک و کاربرد دیدگاه‌های معنوی و ترکیب آن با رویکرد شناختی-رفتاری به او در کنار آمدن با این شرایط دشوار و تعدیل این باورها و رسیدن به باورهای واقع‌گرایانه و خوش‌بینانه‌تر یاری رساند؟ در این باره، با همکاران خود بحث و گفتگو کنید و جمع‌بندی نهایی را به طور خلاصه یادداشت کنید.

## خلاصه فصل

ذهن، بدن و معنویت انسان به گونه‌ای مکمل، در ارتباط هستند و ارزیابی یکی بدون ارزیابی دیگری ممکن نیست. در انقلاب سوم روانپزشکی که به "دوران موسسه‌زدایی" معروف بود، توانمندسازی و حمایت از مراجع و به اصطلاح مدارای در کانون توجه متخصصان بهداشت روان قرار گرفت، بدین سان به نیازهای اساسی و متعالی بیماران که شامل آزادی، احترام، حق انتخاب، استقلال، اخلاق، انسان‌گرایی، معنویت و دینداری است، در سبب‌شناسی، درمان و مدیریت بیماری روانی توجه اساسی شد. از این رو شناسایی نگرانی‌های معنوی بیماران و سایر مراجعین می‌تواند به عنوان بخشی اساسی از پزشکی بیمار-محور و علوم انسانی متعهد نگریسته شود زیرا پرداختن به ابعاد معنوی مراجع برای درمانگر درکی عمیق‌تر از بیمار و نیازهایش فراهم می‌کند. مطالعات بسیاری نشان داده اند که از طرفی دین و معنویت با سلامت روان رابطه مثبت دارند و از طرف دیگر برخی از جمله رویکردهای الهی، عرفانی و اسلامی بر جاری بودن و وجود همه جایی معنویت برگرفته از وجود خداوند اصرار دارند. در نتیجه دیده شده است که ترکیب کردن رویکرد معنوی در درمان بسیاری از بیماران به ویژه افرادی که گرایش‌های دینی و معنوی بیشتر دارند، نتایج مطلوبی به بار آورده است اما باید دانست که کمک‌های دینی-معنوی نباید جایگزین درمان‌های تخصصی شود، بلکه باید مکمل درمان اصلی باشد.

موضوع نیازهای معنوی به دلیل اهمیت آن، رفته رفته در آموزش پزشکی، کار بالینی و خدمات سلامت روان در سطح دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی مورد توجه روزافزون قرار می‌گیرد. نکته مهم این است که آموزش و درمان دینی معنوی بر عهده متخصصان روحانی و دینی معنوی است، ولی درمان، مشاوره و آموزش رفتار سالم با رویکرد دینی و معنوی که کاری علمی است وظیفه متخصصان دانشگاهی دارای مجوز یا پروانه رسمی در حرفه خود و در آن روش یا تکنیک است. می‌توان گفت که پرستاران پیشگامان پرداختن به نیازهای معنوی بیماران و مداخلات معنوی به طور رسمی بودند.

لازمه کار موفق در حیطه‌های سلامت و به ویژه سلامت روان آشنایی با فرهنگ و به ویژه مذهب و اعتقادات معنوی مردم آن فرهنگ است. برای نمونه کاربرد نظریه‌های کلیشه‌ای غربی در کشورهای اسلامی و با جمعیت مسلمان با شکست و ناکامی رو به رو خواهد شد.

گرفتن شرح حال معنوی چالش‌ها و ظرافت‌های خود را دارد، اما با کمک متخصصان، افراد آموزش دیده و کتابهای راهنما که نگارنده در حال تدوین نسخه ای در آن است به راحتی می‌توان افراد را در سطوح تخصصی مختلف برای اخذ شرح حال آموزش داد. اقدامات پس از شرح حال معنوی شامل این ارزیابی منابع- اینکه آیا نیازهای معنوی مراجع با اقدامات ساده رفع و رجوع می‌شوند یا نیاز به ارجاع به روحانی است؟- حمایت از باورهای معنوی، تصمیم‌گیری در مورد شرکت کردن در فعالیت‌های معنوی و تجویز فعالیت‌های دینی- معنوی است که امید می‌رود به تدریج در برنامه آموزش علوم پزشکی و سلامت قرار گیرد.



## منابع

- احمدی ابهری، سید علی (۱۳۷۶). نقش ایمان و اعتقاد مذهبی در درمان بیماری‌ها: معرفی سه مورد رواندمانی مذهبی، اندیشه و رفتار، سال سوم، ضمیمه شماره ۹ و ۱۰، ص ۲۷ - ۳۳.
- بواله‌ری، جعفر؛ چیمه، نرگس؛ طهماسبی، سیامک و علی‌بیگی، ندا (۱۳۸۸). آشنایی با حمایت‌های روانی- اجتماعی برای پزشکان عمومی. تهران: انتشارات ارجمند.
- خدایاری فرد، محمد، غباری بناب، باقر، فقیهی، علی نقی، وحدت تربتی، شادی (۱۳۸۱). اندیشه رفتار، سال ۸، شماره ۱، ص ۳۹ - ۴۸.
- دمازی، بهزاد (۱۳۸۸). سلامت معنوی. تهران: انتشارات طب و جامعه.
- فرهنگستان علوم پزشکی (۱۳۸۹). جستاری در سلامت معنوی، تهران.
- کاپلان و سادوک (۱۳۸۸). خلاصه روانپزشکی ۲. ترجمه دکتر نصراله پورافکاری، ناشر شهرآب.
- محرری، محمد رضا (۱۳۷۳). نگاهی بر تاریخ روانپزشکی و تاریخچه روانپزشکی ایران، فصلنامه اندیشه و رفتار، صفحه ۲۷ تا ۴۸.
- مجموعه مقالات اسلام و بهداشت روان (۱۳۸۲). اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، پژوهشکده فرهنگ و معارف، نشر دفتر نشر معارف، و تهران.
- مطهری، مرتضی (۱۳۷۵). مجموعه آثار ۶، انتشارات صدرا، تهران
- Cassell, E. J. (1985). The healer's art. Cambridge, Mass: MIT Press.
- D'Souza R. (2007). The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. Spirituality and Health, 186(10), 759-.
- D'Souza, R. (2002). Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? Australas Psychiatry, 10, 4447-.
- D'Souza, R., & Heady, A. (2000). Spirituality and religiosity: has it a place in psychiatric assessment and management? Proceedings of the Annual Scientific Meeting of the Australasian Society for Psychiatric Research, Dec. 7-8, Adelaide, SA.
- D'Souza, R., & Rich, D. (2001). An open randomized controlled trial using spiritually augmented cognitive behavioral therapy in demoralization and depression. Proceedings of the Annual Scientific Meeting of the Australasian Society for Psychiatric Research, Dec 6-7; Melbourne, VIC.

- D'Souza, R., & Rodrigo, A.(2004). Spiritually augmented cognitive behavioral therapy. *Australas Psychiatry*, 12, 148152-.
- D'Souza, R., Heady, A., & Rich, D. (2001). Spiritual needs in psychiatric practice. *Proceedings of the 36th Congress of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, May 21–24, Canberra, ACT.
- Dyson, J., Cobb, M., & Forman, B. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. *J. Adv. Nurs.*, 26, 11831188-.
- Gordon, J. (2005). Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often, to comfort always. *Med. J. Aus.* ,182, 58-.
- Hassed, C. S. (2000). Depression: dispirited or spiritually deprived? *Med. J. Aust.*,173, 545547-.
- Huguelet, & Koenig, H. G. (2009). *Religion and spirituality in psychiatry*, Cambridge University Press: USA.
- McKinney, M. M. (2009). *Community Psychiatry and Religion*. In *Religion and spirituality in psychiatry*. Huguelet, & Koenig, H. G. Cambridge University Press: USA.
- Vasegh, S.(2009). *Psychiatric Treatments Involving Religion: Psychotherapy from an Islamic Perspective*. In *Religion and spirituality in psychiatry*. Huguelet, & Koenig, H. G. Cambridge University Press: USA.
- Hummer, R., Rogers, R., Nam, C., & Ellison, C. (1999). Religious involvement and US adult mortality. *Demography*, 36, 273285-.
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T. J., & Harvey, I.(1999). The patient-centeredness of consultations and outcome in primary care. *British Journal of General Practice*, 49, 711716-.
- Koenig, H. G, McCullough, M., & Larson, D. (2000). *Handbook of religion and health*. New- York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., Cohen, H., Blazer, D., & et al. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *Am. J. Psychiatry* 149, 16931700-.
- Koenig, H. G., George, L., Peterson, B. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am. J. Psychiatry*,155,536542-.

- Lo. B. Quill, T. & Tulsky, J. (1999). Discussing palliative care with patients. Annual Internal Medicine 130, 744749-.
- Mauk, K. L., Schmidt, N. S (2004). Spiritual care in nursing practice. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mathai, J., & North, A. (2003). Spiritual history of parents of children attending a community child and adolescent mental health service. Australia Psychiatry,11, 172175-.
- Narayanaswamy, A. (1999). A review of spirituality as applicable to nursing. International Journal of Nursing Studies 36, 117125-.



فصل چہارم  
مشاورہ و روان درمانگری  
دینی و معنوی

باقر غباری بناب

## اهداف آموزشی این فصل

- معرفی و تعریف معنویت و دینداری از نظر نگارنده.
- چگونگی آشنا نمودن دانش‌پژوهان با مشاوره و روان‌درمانگری دینی و اهمیت آن برای روان‌درمانگران و مشاوران.
- روش آشنا نمودن دانش‌پژوهان با فرایند مشاوره و روان‌درمانگری و پایگاه نظری آن.
- چگونگی فرایند سنجش در مشاوره و روان‌درمانگری و اهمیت آن برای طراحی برنامه‌های آموزشی و درمانی معنوی.
- انواع درمان‌های معنوی به عنوان پایه آموزش مهارت‌های معنوی.

این فصل علاوه بر اهداف اصلی گفته شده، چندین هدف دیگر را نیز دنبال می‌کند که انتظار می‌رود خوانندگان پس از مطالعه این فصل به آنها دست یابند؛ این اهداف عبارتند از:

**الف** تفاوت‌ها و شباهت‌های معنویت و دینداری را با اشاره به نمونه‌های فرهنگی جامعه خود، بیان کنند.

- ب** نظریه‌های روان‌درمانگری معنوی را نام ببرند و آنها را از هم تمیز دهند.
- ج** سنجش معنوی - روانی را در مراجعان و دانش‌پژوهان به صورت معتبر انجام دهند.
- د** انطباق مشاوره و درمان‌های معنوی را با مشکلات روانی و معنوی مراجعان مشخص کنند.
- ه** آسیب‌های معنوی را در بُعد امر قدسی و نیز در بُعد راه‌های رسیدن به امر قدسی شناسایی کنند و برای هر کدام تمرین و مثال‌های آموزشی مناسب تنظیم کنند.
- و** قادر باشند برای برخی از آسیب‌های معنوی، عاطفی، شناختی، رفتاری به صورت تمرین‌های آموزشی برنامه مناسب معنوی تنظیم نمایند.

یونگ در سردر خانه خود جمله زیر را حک کرده بود:

" اگر بخوانی و یا نخوانی خداوند همیشه حاضر است"

(هود، هیل و اسپیلکا، ۲۰۰۹)

قبل از شروع بحث این فصل که در مورد مشاوره و روان درمانگری دینی و معنوی است - بحثی که می‌تواند شناختی عمیق از معنای رابطه دین، معنویت و روان به دست دهد تا روشی موثرتر در آموزش مهارت‌های معنوی باشد - لازم است دین و معنویت یک بار دیگر و به اختصار برای خواننده معرفی شود و منظور نویسنده که حساسیتی دقیق و نگاهی عمیق بر این مفاهیم دارد از به کارگیری این سازه‌ها روشن شود. روند اخیر در تعریف دینداری در بین صاحب نظران علوم اجتماعی و انسانی بر این محور قرار گرفته است که بیشتر دینداری را یک سازه شکل گرفته در بستر یک فرهنگ می‌دانند که ارکان آن به طور جمعی سازمان‌دهی شده است و نهاد‌های مشخصی مثل، مسجد و کلیسا آن را رهبری می‌کند و معنویت را بیشتر بعد درونی دینداری می‌دانند که بیشتر فردی است و از درون هدایت می‌شود. این در حالی است که هر دو این حوزه‌ها دنبال امر قدسی‌اند و حالت‌های متعالی را در بر می‌گیرند. اما با ملاحظه مجموعه تعاریف در این زمینه به نظر می‌رسد در واقعیت امر، دینداری و معنویت یکی می‌باشند. دینداری بیشتر در برگیرنده شریعت می‌باشد که راه و رسم رسیدن به امر قدسی را نشان می‌دهد. این شریعت توسط آورنده دین (نبی و رسول) مشخص می‌شود و در طول زمان توسط تفسیرکنندگان شریعت و متکلمان بسط پیدا می‌کند و به عنوان یک راه و رسم مشخص در می‌آید که پیروان دین آن را رعایت می‌کنند. اما زمانی که شریعت و طریقت (روش عمل به شریعت) و حقیقت هر سه با هم آورده می‌شوند، ممکن است افراد سوال کنند که حقیقت کدام است و چگونه آن را می‌توان شناخت؟ افرادی مثل پارگامنت و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) معتقدند که اگر ما در روان درمانگری معنوی کار می‌کنیم باید بدانیم که تعدادی از افراد در عمل در شناخت حقیقت دچار آسیب و تحریف می‌شوند و بایستی آن را شناسایی کرد و درمان نمود. طریقت، چگونگی پیمودن راه نشان داده شده (شریعت) است که پویایی را نشان می‌دهد و احتمال دارد که در پویش راه شریعت (یعنی طریقت) افرادی دچار آسیب و اشتباه شوند و راه‌های مناسب حقیقت و امر قدسی را پیدا نکنند و یا روش‌های آنها تقلیدی، سطحی و خالی از روح عرفانی باشد. در این صورت بایستی این اشتباهات را برطرف کرد. در هر صورت شریعت، طریقت و حقیقت هر سه در دینداری مهم تلقی می‌شوند. شریعت هر نبی با شریعت هر رسول دیگری تا حدودی متفاوت است. ولی در معنویت وحدت متعالی ادیان مطرح است که از درون افراد خود به خود می‌جوشد.

اسکات و برگین<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) معنویت را وضعیتی از زندگی و وجود تلقی نموده‌اند که در راستای رسیدن به خدا (امر قدسی) می‌باشد که زندگی را رهبری نموده و به آن نظم و هارمونی می‌بخشد. پارگامنت (۱۹۹۹) به طور ساده معنویت را جستجوی امر قدسی تلقی می‌کند. پارگامنت این

1 Pargament, Trevino, Mahoney, & Silberman

2 Scott & Bergin

دو سازه دین و معنویت را خیلی به هم نزدیک تلقی می‌کند و آنجا که می‌نویسد: با وجود تفاوت‌هایی که برای تعریف دینداری و معنویت قایل شده‌اند، دینداری را بیشتر جنبه سازمان داده شده معنویت تلقی می‌کنند که در بافت هر فرهنگ ویژه‌ای خود را نشان می‌دهد، چرا که تمام ادیان به مسایل معنوی علاقه‌مند بوده‌اند و آنها را احیاء نموده‌اند. از طرف دیگر، هر نوع معنویت در بافت فرهنگی ویژه خود، خود را نشان می‌دهد. پس این دو به هم بسیار نزدیک می‌باشند.

نویسنده حاضر معنویت را فرایند پویایی ذاتی می‌داند که در درون افراد به صورت خودجوش وجود دارد و منتظر موقعیت و مجالی است که خود را نشان دهد و مشخصه اصلی آن جستجوی امر قدسی، معنا و فراروندگی است. دینداری این انگیزه خودجوش را در چارچوبه شریعت (و قانون دینداری) تعریف و تحدید می‌کند. شریعت اگر از معنویت تهی شود، فقط پوسته‌ای از آن باقی می‌ماند و معنویت اگر حدود شریعت را رعایت نکند، احتمال دارد منحرف شود. خلاصه این که، دینداری و معنویت در تلقین شریعت، طریقت و حقیقت با هم آمیخته و یکپارچه می‌گردند. این‌ها عناصر اصلی کار با مراجعینی است که به مشاوره و فراگیری دانش و مهارت در این حوزه آمده‌اند.

### ■ لزوم مشاوره و روان‌درمانگری دینی و معنوی

معنویت یک بُعد اساسی انسان است که از کودکی در انسان‌ها رشد می‌کند، متحول می‌شود و با اثر پذیری از محیط می‌تواند به شکوفایی رسیده، دچار وقفه شده و یا آسیب‌پذیر و آسیب‌زا گردد (مارتینز و مارتینز، ۲۰۰۳). وقتی معنویت افراد دچار آسیب گردد، برداشت آن‌ها از وجود، خلقت، خالق و نیز باری تعالی و صفات و اسماء و افعال او و چگونگی ارتباطشان با او دچار اختلال می‌گردد و این برداشت و شناخت ناصحیح و ناسازگار با رشد واقعی انسان، بر برداشت افراد از خودشان نیز تأثیر می‌گذارد و موجب آسیب در رشد و سازگاری می‌گردد. به همین جهت است که در متون دینی، نسیان خدا و نسیان خود در کنار هم آمده‌اند و نیرنگ باختن با خدا، نیرنگ باختن با خویشتن قلمداد شده است. خداوند در قرآن کریم می‌فرماید:

می‌خواهند خدا و مومنان را فریب دهند در حالی که جز خودشان را فریب نمی‌دهند، اما نمی‌فهمند؛

"یخادعون الله و اللذین آمنوا و ما یخادعون الا انفسهم و ما یشعرون"

(بقره آیه ۹)



ظرافت رشد معنوی در این است که در رشد و شکوفایی آن عوامل متعددی از جمله محیط مناسب و سلامت نسبی روانی تأثیر دارند. تأثیر عوامل روانی در رشد و شکوفایی معنوی به قدری است که جدا کردن سلامت روانی و معنوی از همدیگر کار آسانی نیست. از همین جاست که اهمیت رشد روانی و اجتماعی در رشد بهینه معنوی معلوم می‌شود. تحقیقات زیادی در رابطه با رشد معنوی نشان داده‌اند که در صورت آسیب دیدن کیفیت دلبستگی به والدین نه تنها مشکلات روانی در دوران نوجوانی و بزرگسالی ایجاد می‌شود بلکه مشکلات و آسیب‌های معنوی از قبیل کاهش اعتماد به خدا در دوران بزرگسالی ایجاد می‌گردد (کرکپاتریک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹ و ۲۰۰۵). پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که با درمان بسیاری از مشکلات و آسیب‌های روانی را می‌توان افراد را به سوی خودشکوفایی روانی و معنوی سوق داد (اسکات و برگین، ۲۰۰۶).

ویلیام جیمز از پر نفوذترین روان‌شناسان امریکایی است که در مورد تجربیات دینی و عملکرد آن برای رشد و شکوفایی انسان‌ها کتابی منتشر کرد که هنوز یکی از بهترین کتاب‌های کلاسیک به حساب می‌آید و در بسیاری از دانشگاه‌ها تدریس می‌شود (هود، هیل و اسپیلکا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). در تنوع تجربیات مذهبی، جیمز<sup>۳</sup> (۱۹۰۲ و ۱۹۸۵) از سودمندی تجربیات دینی صحبت کرد و عواطف و احساسات را در هسته اصلی تجربیات دینی جای داد و هیجان و انبساط خاطر ناشی از تجربیات دینی را برای نشاط در زندگی و کنار آمدن با مشکلات حیاتی تلقی کرد. به دنبال مطالعات کیفی جیمز در مورد تنوع تجربیات دینی و اثر آن در تغییر زندگی افراد، یونگ<sup>۴</sup> (۱۹۵۴ و ۱۹۶۸) عنوان نمود که یکی از اساسی‌ترین کشفیات او یافتن صورت ازلی یا کهن الگوی ارتباط با وجود متعالی در روان ناخودآگاه جمعی است. او معتقد بود که صورت‌های ازلی ریشه‌های زیستی داشته و در جهت هماهنگی با تکامل انسان‌ها شکل گرفته‌اند. این ساختار صورت‌های ازلی افراد را قادر می‌سازد که در جهت سازگاری با محیط برخورد و تعامل پیدا کنند و بتوانند به ارتقای روانی و معنوی دست یابند.

یونگ بیان داشت که تجربیات مینوی (در اوستا و دیگر متون مزدیسنا از جهان مینویه معنی روحانی، معنوی، فرا احساس و فرامادی نام برده شده است) در عمیق‌ترین لایه‌های روان افراد شکل گرفته‌اند و موجب می‌شوند که افراد تمایلات طبیعی خود را در راستای گرایش به سوی نیروی قدسی حفظ نمایند. یونگ اظهار داشت که از لحاظ نوعی، انسان‌ها به صورت طبیعی گرایش‌های مینوی و معنوی را دارا می‌باشند و این گرایش‌های مینوی ارتباط انسان‌ها را با خدا حفظ می‌نماید. معروف است که یونگ در سردر خانه خود جمله زیر را حک کرده بود: "اگر بخوانی و یا نخوانی، خداوند همیشه حاضر است" (هود، هیل و اسپیلکا، ۲۰۰۹).

- 
- 1 Kirkpatrick
  - 2 Hood, Hill, & Spilka
  - 3 James
  - 4 Jung

هر چند که به دنبال سوگیری‌های منفی فروید در مورد دینداری (۱۹۲۷) روان‌شناسان علایق چندانی به مطالعه دینداری افراد نشان نمی‌دادند و یا آن را به عنوان عامل مضر برای سلامت روان به حساب می‌آوردند (ولف<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷)، روند جدیدی که در چند دهه اخیر پیش آمده اقبال روان‌شناسان و روان‌پزشکان را به مسایل معنوی و دینداری افراد نشان می‌دهد. مثلاً انجمن روان‌پزشکان آمریکا (۱۹۹۴) در کتابچه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۹۴ طبقه جدیدی را به مشکلات معنوی و دینی اختصاص دادند و در سال ۲۰۰۰ در تجدید نظری که در کتابچه تشخیصی خود به عمل آوردند مشکلات معنوی و دینی را به عنوان طبقه‌ای مجزا که لازم است درمان مناسب برای آن در نظر گرفته شود، در نظر گرفتند. در این تجدید نظر، دینداری و معنویت به عنوان ابزارهای قوی روان‌درمانگری شناخته شده‌اند. نظرات منفی در مورد دینداری و معنویت از قبیل اظهارات ایلس<sup>۲</sup> (۱۹۸۰، ص ۶۳۷) که "هر اندازه مراجعان کمتر مذهبی باشند، سلامتی روانی‌شان بالاتر است" خیلی جدی گرفته نمی‌شود. ایلس (۲۰۰۰، ص ۲۷۷) سپس اظهارات قبلی خود را تعدیل نموده و در آثار اخیرش بیان داشته است که باورهای مذهبی که قبلاً غیرمنطقی قلمداد می‌شدند، بالقوه برای اکثر مراجعان مفید می‌باشند. افراد مذهبی از باورهای مذهبی خود استفاده می‌کنند تا سلامت روانی خود را بهبود بخشند.

تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که مذهب و علوم رفتاری هر دو به بهبود روانی افراد کمک می‌کنند. افزون بر این، روند تحقیقات در راستای نشان دادن اهمیت دینداری و معنویت در سلامت جسمی (مثلاً کوینگ، مک لاف و لارسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱؛ مک لاف، هویت، لارسون، کوینگ، و تورسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰؛ میلر و تورسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳) می‌باشد. تحقیقات زیادی تأثیر معنویت را در سلامت روانی (مثلاً پارک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵، ایمونز<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹)، در افزایش معنایابی در زندگی (پارک، ۲۰۰۵)، و در احساس امید و خوشبینی (کراوس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳) نشان داده‌اند. از سوی دیگر، تحقیقات جدید نشان می‌دهد که آسیب‌های وارد شده به معنویت می‌تواند در سلامت جسمی، روانی و معنوی افراد تأثیر بگذارد (اسکین و همکاران<sup>۹</sup>، ۱۹۹۳).

نکته مهم پس از ارایه این یافته‌های پژوهشی این است که لازم است درمان اختلالات معنوی افراد- و نه آموزه‌های دینی و معنوی آن‌ها- توسط مشاوران و روان‌درمانگران ماهر صورت گیرد نه توسط آموزگاران، روحانیان، واعظان، و مبلغان دینی؛ تا اینکه اینگونه افراد بتوانند از پیامدهای

- 1 Wulff
- 2 Ellis
- 3 Koenig, McCullough, & Larson
- 4 McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen
- 5 Miller & Thoreson
- 6 Park
- 7 Emmons
- 8 Krause
- 9 Askin

ناگوار آن نجات پیدا کنند. گونه این اختلال‌ها و مشکلات، بحران‌های هویت در نوجوانی، افسردگی و خودکشی، مصرف مواد و الکل، اعتیاد و بی بندوباری جنسی، پاسخ‌های آزاددهنده به استرس، و موارد مشابه دیگر است. از این رو با توجه به در هم‌تنیدگی دینداری، معنویت و سلامت روان و تأثیر متقابل آن‌ها در همدیگر و یا تأثیر آسیب‌دیدگی سلامت روان به همراه آسیب‌دیدگی معنویت، لازم است توجه مخصوص به مشاوره و روان‌درمانگری معنوی مبذول گردد و مشاوران با تجربه در این زمینه پرورش یابند.

### ■ **ضرورت داشتن یک نظریه منسجم**

داشتن نظریه برای سازمان دادن و معنی بخشیدن به داده‌ها اهمیت اساسی دارد. کورت لوین<sup>۱</sup> (۱۹۵۱) گزارش داده است که هیچ چیزی به اندازه یک نظریه خوب، ارزش عملی برای معنا بخشیدن به داده‌ها ندارد. سوال اساسی این است که این نظریه‌ها از کجا می‌آیند و چگونه شکل می‌گیرند؟ نظریه‌های روان‌درمانگری و مشاوره دینی و معنوی از الگوهای غالب روان‌درمانگری گرفته شده‌اند. از بین این نظریه‌ها می‌توان به نظریه شناختی- رفتاری اشاره نمود که معتقد است تحریف‌های شناختی در حیطه دینداری و معنویت موجب بیماری‌های روانی و معنوی می‌شود. طرفداران این نظریه سعی دارند که تحریف‌های شناختی مذهبی و معنوی را تعدیل نمایند تا افراد بتوانند تعبیر و تفسیرهای کارآمد از مسایل و پدیده‌های معنوی داشته باشند. هیل و گیبسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) سه نظریه عمده را در روان‌شناسی مذهب، شناسایی کرده‌اند که از آن جمله نظریه اسنادی، نظریه مقابله‌های معنوی، و نظریه‌های تحولی را می‌توان نام برد. تعدادی از روان‌شناسان متأخر معتقدند که استفاده از الگوهای روان‌شناسی مثبت‌نگر می‌تواند بینشی به ما بدهد که بسیاری از فضایل معنوی و مذهبی را توسط آن بتوانیم تبیین نمائیم (هیل، ۱۹۹۹).

واضح است روان‌درمانگران فعلی از الگوهای دیگری از جمله نظریه‌های جامعه‌شناختی، مردم‌شناسی و زیست‌شناسی نیز استفاده می‌کنند تا بتوانند پدیده پیچیده معنویت و مذهب را تبیین کنند و نوع سالم و آسیب دیده آن را از هم باز شناسند. پژوهشگران زیادی در حیطه دینداری و معنویت معتقدند که لازم است از نظریه‌های موجود در علوم دیگر از جمله الهیات نیز استفاده شود تا ابعاد و گستره دینداری و معنویت و عملکرد سالم و مرضی آن مشخص شود (اسپیلکا، ۱۹۷۰، ۱۹۷۶).

برخی از متخصصان به سوی سادگی تبیین رفتارهای مذهبی گرایش دارند و دوست دارند الگوهای رفتاری را برای تبیین رفتارهای معنوی و دینی تبیین کنند. از جمله این افراد می‌توان به

1 kurt Lewin

2 Hill & Gibson

امان و تورسن<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) اشاره نمود که در یادگیری رفتارها و مهارت‌های معنوی از الگوی رفتاری-اجتماعی و شناختی بندورا بهره گرفته‌اند. این پژوهشگران ارائه الگوهای معنوی را برای رشد معنوی کودکان و نوجوانان پیشنهاد کرده‌اند.

آنچه لازم است ذکر شود این است که بسیاری از الگوها از جمله الگوهای رفتاری-اجتماعی و شناختی بندورا و یا الگوی اسنادهای مذهبی که توسط هوود، هیل و اسپیلکا (۲۰۰۹) به کار گرفته شده‌اند توانمندی تبیین بسیاری از رفتارهای مذهبی از جمله انجام مناسک، نمادسازی و بازنمایی نمادهای معنوی و تبیین تجربیات قدسی را ندارند.

نظریه روان تحلیل‌گری یونگ (۱۹۳۳، ۱۹۳۸، ۱۹۶۸) توان تبیینی بالاتری برای بسیاری از رفتارهای مذهبی و معنوی دارد. توانمندی و عمق این نظریه نسبت به نظریه‌های دیگر به ویژه در تبیین مناسک معنوی و نمادهای دینی فوق العاده بالاست. البته به علت دشواری تحقیقات روان تحلیل‌گری در حیطه مذهب و معنویت پژوهشگران رغبت چندانی به آزمون فرضیه‌های مبتنی بر این نظریه عمیق را ندارند. روان‌درمانگران معنوی پس از سنجش اولیه می‌توانند بنا به فرضیه‌سازی خود در مورد مرکز آسیب و گستره آن از نظریه‌های مختلف به صورت تلفیقی استفاده کنند. مثلاً اگر تشخیص دادند که آسیب وارده در حیطه شناختی است؛ از تعدیل تعبیر و تفسیرهای شناختی استفاده کنند و طرحواره‌های آسیب دیده را تعدیل نمایند. اگر تشخیص دادند که مشکل اساسی در باورها و ایمان افراد است، به تعدیل دلبستگی نایمن افراد بپردازند و طرحواره‌های طرد و به خود واگذاری را که در افراد شکل گرفته است، درمان نمایند.

در مجموع، روان‌درمانگران معنوی هنوز الگویی که تبیین‌کننده تمام رفتارهای مذهبی و معنوی باشد، پیدا نکرده‌اند. نویسنده حاضر نظریه دلبستگی را چه دلبستگی انسانی و چه کیفیت دلبستگی به خدا را بسیار مفید تشخیص داده است و توانسته است بسیاری از رفتارهای بندکان را که در ارتباط بین خالق و مخلوق مطرح می‌شود، با این نظریه (نظریه دلبستگی) تبیین نماید.

در تدوین الگوی نظری مشاوره و روان‌درمانگری و کمک به مراجع، نویسنده حاضر با استفاده از نظریه ابن عربی در مورد خلقت انسان و ویژگی‌های انسان کامل (کربن<sup>۲</sup>، ۱۹۶۲)، نظریه انسان‌شناسی ملاصدرا (کمال، ۲۰۰۶)، نظریه روان تحلیل‌گری یونگ (۱۹۳۳، ۱۹۳۸، ۱۹۶۸) و نظریه دلبستگی به خدا (کرکپاتریک، ۲۰۰۵) و نظریه طرحواره درمانی یانگ (۱۹۹۳) به ابعاد مختلف دینداری و معنویت نظر داشته است که نظریه طرحواره درمانی متعالی نامیده می‌شود. الگویی که می‌تواند به خوبی در آموزش علوم رفتاری و نیز آموزش مهارت‌های زندگی که هدف این کتاب است به کار گرفته شود. در این الگو از طرحواره درمانی جفری یانگ (۱۹۹۳) استفاده شده است و علت استفاده از آن در نظر گرفت بعدهای ارتباطی، شناختی، رفتاری و هیجانی رفتارهای معنوی و دینداری بوده است. علاوه

1 Oman & Thoresen

2 Henry Corbin

براین همان گونه که یانگ (۱۹۹۳) اشاره کرده است، این طروحه‌ها از دوران کودکی در افراد شکل گرفته‌اند و در درمان آن‌ها لازم است از روش‌های شناختی- رفتاری، هیجانی و ارتباطی استفاده کرد. نام‌گذاری این الگو به "متعالی" به خاطر پایه‌های نظری معنویت است که در آن بر بعد "متعالی" فرد که همیشه گرایش به تعالی دارد و انسان را به سوی متعالی سوق می‌دهد، تاکید می‌شود. فرض بر این است که در بسیاری از مشکلات روانی- معنوی این بعد بالاروندگی در افراد ناکام می‌ماند و وظیفه روان‌درمانگر تسهیل رشد و شکوفایی این بعد متعالی می‌باشد.

### ■ روش‌های شناسایی آسیب‌های معنوی و برنامه‌ریزی برای درمان آنها

در "الگوی طروحه درمانی متعالی" پایه‌های اصلی اعتماد به مراقب اولیه به عنوان موضوع "پاسخگویی در دسترس" در مواقع ناراحتی آسیب دیده است. فرد هم در الگوی خویشتن به عنوان موضوع قابل مراقبت و ارزشمند برای پذیرش آسیب دیده است و هم در اعتماد به دیگران به عنوان موضوع در دسترس و قابل اعتماد به عنوان تکیه‌گاه مطمئن. به عبارت دیگر در این تحلیل آسیب‌شناختی معنوی، فرد موضوع دلبستگی را فردی قدرتمند و دلسوز و عالم و در دسترس که آمادگی دارد در مواقع ضروری فرد را دریاورد تصور نمی‌کند، و این امر در مدیریت هیجانی فرد علاوه بر مدیریت ارتباطی تأثیر شایان می‌گذارد (میکولینسر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افرادی با تاریخچه دلبستگی ناایمن به والدین، الگوی ارتباطی را که بین آنان و والدین برقرار بوده است درونی می‌سازند و الگوی فعال درونی دلبستگی در مواقع حساس (فقدان، خطر) فعال می‌شود و فرد با دلبستگی ناایمن دچار اضطراب و تهدید می‌شود و فکر می‌کند که پشتش خالی است و کسی نیست که از او حمایت کند. این احساس دلهره و ناامنی پیامدهای مختلف روانی دارد که از آن جمله نگرانی، دلهره، ناامنی و گوش به زنگ بودن می‌باشد (مین و کاپلان و کسیدی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۵). حافظه غیر فعال فرد که به صورت ناخودآگاه عمل می‌کند و بیشتر یک حافظه هیجانی است بدون این که فرد در سطح خودآگاه مسأله را به صورت انعکاسی مورد بررسی قرار دهد، به کار می‌افتد و فرد پیامدهای احساسی و هیجانی دلبستگی ناایمن را در مدیریت هیجان‌ها از خود بروز می‌دهد. این فرد در سطح هیجانی شاید احساس دلشوره کند و در سطح احساس بدنی شاید احساس گرمای شدید، عرق کردن در قسمت‌های مختلف بدن بنماید و حرکات غیرارادی ناشی از تشویش از خود بروز دهد.

هر اندازه روابط بین فردی از دوران اولیه کودکی بیشتر آسیب دیده باشد، طروحه‌های واگذاری، رهاسازی، عدم اعتماد، سوء استفاده، محرومیت عاطفی، محرومیت از درک شدن توسط دیگران،

1 Mikulincer, M.,

2 Main, Kaplan, & Cassidy

محرومیت از مراقبت و هدایت توسط دیگران، احساس شرم و نقصان، از خود بیگانگی، ناگویی هیجانی<sup>۱</sup>، انزوا اجتماعی، آسیب دیدگی خود مختاری فرد، و آسیب‌های عملکردی در فرد بیشتر بوده و فرد را بیشتر در معرض آسیب‌های گوناگون روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، مشکلات در روابط بین‌فردی خصومت و احساس خشم، و نشانگان روان‌تنی قرار می‌دهد (میکولینسر، ۲۰۰۷).

یکی از تلویحات و پیامدهای نظریهٔ دلبستگی این است که افرادی که دلبستگی ایمن دارند از دو طریق به معنویت پیوند می‌خورند:

**الف** از طریق ایجاد مدل درونی ایمن که از انسان‌ها به خدا نیز انتقال پیدا می‌کند (کرکپاتریک ۲۰۰۵)، و **ب** از طریق شکوفایی و پیدا کردن انگیزه برای کشف معنویت و رشد معنوی خود (بتسون، شوناردو، ونتیس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳).

معنویت افراد با دلبستگی ایمن، بالاست و در نتیجهٔ رشد روانی، اکتشاف محیط، اعتماد به خدا برای رشد و غلبه بر مشکلات، ناشی می‌شود؛ در حالی که در افرادی با دلبستگی نایمن، بیشتر رفتارهای دینی کوششی برای غلبه بر مشکلات به عنوان مکانیسم دفاعی، مورد استفاده قرار می‌گیرد. افرادی با دلبستگی نایمن اضطرابی امکان دارد خداوند را تنبیه‌کننده و طردکننده قلمداد کنند و در مورد عشق خدا به بندگان و پذیرش آنان نسبت به خود شک راه دهند. این در حالی است که افرادی با دلبستگی اجتنابی سعی می‌کنند سردی خود را در روابط با خدا نشان دهند، به او نزدیک نشوند، به نیایش و مناسک نپردازند و یا آن تکالیف را از روی اجبار انجام دهند نه از روی عشق. این افراد در مواقع سختی به جای استفاده از مقابله‌های معنوی از مقابله‌های اجتنابی مثل استفاده از مواد مخدر و پناه بردن به مشروبات الکلی استفاده می‌نمایند (بلاویچ و پارگامنت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). افرادی با دلبستگی نایمن احتمال دارد خداوند را به عنوان موضوع قضاوت‌گر، تنبیه‌کننده و عصبانی تصور کنند که دنبال بهانه‌ای می‌گردد که بندگان را تنبیه کند.

در مطالعات مربوط به دلبستگی و معنویت کرکپاتریک و شیور<sup>۴</sup> (۱۹۹۰، ۱۹۹۲) گزارش دادند که افرادی با دلبستگی ایمن به والدین و یا همسرشان، نسبت به خدا نیز دلبستگی ایمن داشتند. در مطالعات بعدی (گرانکوویست و هگل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰، ۲۰۰۳، کرکپاتریک، ۱۹۹۹) با ابزارهای دیگری یافته‌های قبلی تکرار شدند و دلبستگی ایمن در بسیاری از پژوهش‌ها با مذهب درون سو در افراد ارتباط معنی‌دار داشته است و این امر نشان می‌دهد که افرادی با دلبستگی ایمن احتمال بیشتری دارد که مذهب خودجوش داشته باشند و خدا را نه از ترس دوزخ و نه به علت طمع بهشت، بلکه به خاطر این که او را سزاوار پرستش می‌دانند، پرستش نمایند (دیلر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶، کرکپاتریک و شیور، ۱۹۹۰).

- 1 Alexitimia
- 2 Batson, Schoenrade, & Ventis
- 3 Belavich., & Pargament
- 4 Kirkpatrick & Shaver
- 5 Granquist & Hagekall
- 6 Diller

این افراد همچنین پایبندی و تعهد بالایی به باورهای دینی و رفتار و مناسک عبادی نشان می‌دهند (بایرد و بو، ۲۰۰۱، ساروگ لو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که افرادی با دلبستگی ایمن نمره بالایی در معنویت رشدیافته<sup>۲</sup> (تن ال شاف و فرو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵) دارند.

مطالعات چندی ارتباط بین دلبستگی ایمن به والدین و مذهبی بودن را نشان داده‌اند. در پژوهش‌های انجام شده وقتی افراد با دلبستگی ایمن با افرادی که دلبستگی ناایمن (اضطرابی و یا اجتنابی) داشتند مورد مقایسه قرار گرفتند، داده‌ها نشان دادند که افراد ایمن از سطوح بالای معنویت و مذهب برخوردار بودند (گرانکوویست، ۲۰۰۰، گرانکوویست و هیجکول<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که اکثر مشکلات روانی و معنوی در اثر مشکلات دلبستگی به والدین و دلبستگی ایمن به خدا ایجاد می‌شود.

گرچه این یافته‌ها به خوبی راه ورود به سبب‌شناسی آسیب‌های معنوی را هموار می‌کند، اما برای شناسایی آسیب‌های معنوی لازم است از لحاظ تئوریک یک الگوی منسجم باشد که این الگو در حال شکل‌گیری است و تا به حال به نحو بهینه داده‌ها توانسته‌اند برازش بهینه این الگو را نشان دهند. برای ترمیم آسیب‌های معنوی لازم است از "طرحواره درمانی متعالی معنوی" استفاده کنیم که در آن طرحواره‌های آسیب‌زای دوران کودکی شناخته می‌شود و در راستای ترمیم این طرحواره‌ها اقدامات لازم به عمل می‌آید. در اثر ردیابی و ترمیم طرحواره‌های ناکارآمد نه تنها روابط بین‌فردی و مدیریت هیجانی در افراد بهتر می‌شود بلکه ارتباط افراد با وجود متعالی، بهبود پیدا می‌کند و آنان در جهت شکوفایی و تعالی خود می‌توانند گام‌های اساسی بردارند.

## ■ **سنجش ویژگی‌های معنوی و مشکلات روانی مراجعان و تعیین ارتباط آسیب‌های**

### **معنوی با آسیب‌های روانی**

سنجش ویژگی‌های معنوی افرادی که هر روزه با آنها سرو کار داریم و یا به مراکز مشاوره و روان‌درمانی مراجعه می‌کنند از اهمیت بالایی برخوردار است. بدون سنجش ویژگی‌های معنوی افراد هرگونه تصمیم‌گیری دربارهٔ ارتباط موثر و پایدار با آنها و یا کمک و مداخلات معنوی با مشکل مواجه خواهد شد. اسکات و برگین (۲۰۰۶) دلایل زیر را برای سنجش وضعیت معنوی و مذهبی مراجعان اساسی دانسته‌اند.

- 1 Byrd & Boo
- 2 Saroglou etal
- 3 Mature spirituality
- 4 Ten Elsh of & Furrow
- 5 Granqvist & Hagekull

## ۱. درک جهان‌بینی مراجعان و ایجاد همدلی بیشتر با مراجعان.

برای جلب همکاری مراجعان در فرایند درمانی، در طول ۵۰ سال گذشته بسیاری از روان‌شناسان و روان‌درمانگران ماهر درباره اهمیت درک همدلانه مراجعان برای موفقیت فرایند درمانی مطالبی نوشته‌اند (مثلاً می<sup>۱</sup>، ۱۹۶۱، راجرز<sup>۲</sup>، ۱۹۵۱، ۱۹۵۷، ۱۹۶۱، یالوم<sup>۳</sup>، ۱۹۸۰). نتایج روش‌های روان‌درمانگری حاکی از آن است که ایجاد رابطه صمیمانه و همدلانه با مراجعان در موفقیت درمانی تأثیر بالایی دارد (لامبرت و برگین<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴، ارلینسکی، گراو و پارکرز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴). در سال‌های اخیر حساسیت روان‌شناسان به مسایل فرهنگی بیشتر شده است و صاحب‌نظران با تجربه در حیطه درمانی گزارش داده‌اند که بدون حساسیت فرهنگی و شناخت جهان‌بینی مراجعان درمان کردن آنان کاری بسیار دشوار است (لامبرت و برگین، ۱۹۹۴). جهان‌بینی و ارزش‌های مراجعان در بیشتر مواقع با ارزش‌ها، تجربیات، مذهبی بودن و معنویت روان‌شناسان متفاوت می‌باشد و همین امر باعث مشکلاتی در درک همدلانه بین مراجعان و روان‌درمانگران می‌باشد (جونز<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴). بنابراین برای درک همدلانه مراجعان و اجتناب از عدم حساسیت معنوی و مذهبی نسبت به مراجعان، لازم است ویژگی‌های دینداری و معنویت آنان سنجیده شود.

## ۲. مشخص کردن سلامت یا آسیب شناسی رویکرد معنوی و مذهبی فرد و نقش آن در مشکل فعلی او

نظریه و پژوهش‌های موجود دلالت بر این دارند که دینداری یک پدیده پیچیده و چندبعدی است و اثرات مختلفی در سلامت روانی افراد دارد (برگین، ۱۹۸۳). به عنوان مثال، تحقیقات نشان داده‌اند که دینداری درون‌سو با سلامت جسمی، سازگاری اجتماعی و به‌زیستی هیجانی ارتباط و همبستگی مثبت دارد (بتسون، شونراد، و ونیتس، ۱۹۹۳، ریچاردز<sup>۷</sup>، ۱۹۹۱). برعکس دینداری وسیله‌ای (برون‌سو) با به‌زیستی هیجانی ضعیف و سازگاری اجتماعی پایین توأم بوده است (بتسون و همکاران<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳، ریچاردز، ۱۹۹۱). بنابراین، یافته‌های پژوهشی در ارتباط بین معنویت و دینداری و سلامت روان با توجه به نوع مذهبی بودن و نوع مقیاسی که مورد استفاده قرار گرفته است، داده‌های متفاوتی را در اختیار پژوهشگران قرار داده است (بتسون و همکاران، ۱۹۹۳، کارتزر و همکاران<sup>۹</sup>، ۱۹۹۱).

- 
- 1 May
  - 2 Rogers
  - 3 Yalom
  - 4 Lambert, & Bergin
  - 5 Orlinsky, Grawe & Parks
  - 6 Jones
  - 7 Richards
  - 8 Baston etal
  - 9 Kartner



در شرایط بالینی درمانگر با تمام این پیچیدگی‌های تأثیر معنویت و دینداری در سلامت روان مواجه است. زمینه‌های آسیب‌زایی در اعتقادات تحریف شده تعدادی از افراد احتمال دارد وجود داشته باشد و برای برخی مراجعان این اعتقادات ناصحیح معنوی، آسیب‌زا باشد (الیس، ۱۹۸۰). اعتقادات دینی در برخی افراد دیگر احتمال دارد با مشکلات عاطفی آنان تعامل داشته باشد (برگین و همکاران، ۱۹۸۸، ریچاردز، اسمیت و دویس، ۱۹۸۹). از سوی دیگر اعتقادات مذهبی و سبک زندگی تعدادی دیگر از افراد احتمال دارد اثرات درمانی داشته که در بهبود مشکلات هیجانی آنان و یا در پیش‌گیری از ابتلا به مشکلات عاطفی نقش اساسی داشته باشد (برگین و همکاران، ۱۹۸۷، ۱۹۸۸؛ ریچاردز و همکاران، ۱۹۸۹). برای تعدادی از مراجعان احتمال دارد که مذهب و معنویت تمام این نقش‌ها را هم‌زمان داشته باشد. برخی از اعتقادات تأمین‌کننده سلامتی بوده و برخی از اعتقادات نیز به سلامتی فرد آسیب‌رسان باشد (ریچاردز و همکاران، ۱۹۸۹). درمانگران برای کمک بیشتر به مراجعان، لازم است نوع تأثیری را که مذهبی بودن مراجعان در زندگی آنان می‌گذارد شناسایی کنند. بنابراین، سنجش زمینه‌های دینداری و معنوی، باورها و اعتقادات، سبک زندگی، و ارزش‌های مراجعان به درمانگران کمک می‌کند تا بتوانند در جهت ارائه خدمات به مراجعان موفق‌تر باشند.

### ۳. تشخیص منابع حمایتی فردی و محیطی اعتقادی، مذهبی و معنوی مراجعان برای کمک در تأمین سلامت روانی

یک قسمت عمده از سنجش روان‌شناختی اطمینان حاصل کردن از نقاط قوت و منابع موجود در مراجعان است که می‌تواند آنان را در کنار آمدن با مشکلات، بهبود یافتن و تعدیل رفتارهایشان کمک نماید. به عنوان مثال، زمانی که فرد افسرده شدید و یا مراجعی که اقدام به خودکشی نموده مورد سنجش قرار می‌گیرد، درمانگر بایستی مشخص کند که:

**الف)** چه ارزش‌ها و اعتقاداتی را درمانگر می‌تواند تقویت نماید تا اینکه تمایلات او را برای زندگی کردن افزایش دهد؟ و،

**ب)** آیا افرادی در خانواده و یا حلقهٔ دوستان نزدیک وجود دارند که بتوانند حمایت‌های عاطفی را در فرد به وجود آورند؟

منابع حمایتی می‌تواند مجموعه‌ای از ارزش‌ها، اعتقادات، ویژگی‌های شخصیتی، توانمندی‌ها، وضعیت استخدامی و اقتصادی، و افراد مهم دیگری باشد که در حلقه دوستان، گروه مذهبی، اعضای خانواده و افراد محله وجود دارند. اما اجتماعات مذهبی و معنوی، می‌توانند به عنوان یک منبع قوی حمایتی برای مراجعان و درمانگران به حساب آیند (دانکن، اِدی و هانی، ۱۹۸۱؛ کولتکو، ۱۹۹۰؛ پارگامنت و همکاران، ۱۹۸۷؛ پارگامنت و همکاران، ۱۹۸۳). مثلاً باور مراجعان به اینکه خدایی وجود دارد که مرا دوست دارد، هدف الوهی در زندگی من وجود دارد، من هویت معنوی لایتناهی

1 Duncan, & Eddy & Haney

2 Koltko

دارم، خداوند دوست دارد که من دیگران را دوست داشته باشم و آنان را ببخشم، ابتلاها و امتحانات یک قسمت از طرح خداوندی برای رشد من است، خداوند به من توانمندی می‌دهد و مرا راهنمایی می‌کند که بتوانم مشکلات خود را حل کنم، و موارد مشابه دیگر می‌تواند مراجعان را در لحظات بحرانی یا مواقع استرس‌زا کمک کند و روان‌درمانگران از این منابع باوری می‌توانند در راستای درمان مراجعان خود استفاده کنند (دانکن و همکاران، ۱۹۸۱؛ کولتکو، ۱۹۹۰). افزون بر این، اجتماعات مذهبی و یا گروه‌های معنوی و عرفانی می‌توانند احساس تعلق، حمایت، احساس ثبات و نظم و هدفمندی را در فرد زنده کنند و فرصتی را فراهم کنند که افراد بتوانند در امور خیرخواهانه شرکت کنند و این‌گونه خدمات را دریافت نمایند. این اجتماعات می‌توانند فرد را در جهت حمایت‌های مالی تأمین کنند و یا اینکه فرصت حمایت‌های استعدادی را فراهم کنند (پارگامنت و همکاران، ۱۹۸۳، ۱۹۸۷). سنجش معنوی می‌تواند کمک کند تا اینکه در دسترس بودن اینگونه خدمات در زندگی مراجعان کشف شود.

#### ۴. تشخیص اینکه چه نوع مداخلات دینی و معنوی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد تا زندگی را ارتقا بخشد

بسیاری از روان‌درمانگران معتقدند که درمان مراجعان لازم است بر مبنای سنجش دقیق از وضعیت ویژه مراجعان، مسایل و مشکلات آنان، نشانگان بیماری آن‌ها، اهداف و منابع در دسترس‌شان تنظیم شود (برگین و گارفیلد<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴، بیوتلر و کلارکین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰، لازاروس<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹). مداخلات لازم است بر مبنای منابع معنوی و اهداف دینی و مسایل و مشکلات ویژه معنوی مراجعان تنظیم شود. اگر درمانگران مداخلات خود را به طور نامشخص و نامناسب به کار برند، احتمال دارد که مراجعان در فرایند درمان پیشرفت نکنند، یا بدتر اینکه تخطی از قوانین اخلاقی در مراجعان اتفاق بیفتد و یا نتیجه ناخواسته درمان‌ها باشد (ریچاردز و پات<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵b).

روان‌درمانگران بایستی مشخص کنند که آیا با در نظر گرفتن نشانگان بیماری مراجع و مسایل و مشکلات فعلی که مراجع دارد لازم است به درمان معنوی پرداخته شود. همچنین لازم است مشخص کنند که آیا مراجعان اشتیاق و آمادگی لازم را دارند که در این گونه درمان‌ها شرکت کنند. مهم‌تر اینکه مشخص شود که مشکل مراجع روانشناختی و بیمارگونه نیست بلکه او نیازمند مشاوره دینی و معنوی است که باید به متخصص در رشته دین و معنویت یا روحانیون ارجاع شود. دانستی این تفاوت‌ها و زمینه‌های معنوی و دینداری مراجعان، و نیز باورها و ارزش‌های آنان اساسی است تا این که بشود مداخلات معنوی را با طرح‌های درمانی خود به صورت موثر، به جا و اخلاقی انجام داد.

- 
- 1 Bergin, & Garfield
  - 2 Beutler & Clarkin
  - 3 Lazarus
  - 4 Richards & Potts

## ۵. پیدا کردن مشکلات معنوی مراجعان، علایق و نیازهای دینی و طراحی برنامه درمان‌های معنوی

بر طبق نظریه روان‌شناسان، با در نظرگرفتن جوهره معنوی انسان، تمام انسان‌ها علایق و نیازهای خاص معنوی دارند، مثلاً نیاز دارند هویت دینی و معنوی خود را تجربه کنند و آن را به اثبات برسانند، و نیاز دارند به ارزش‌های معنوی و الوهی خود بصیرت پیدا کنند، احساس پیوستگی و اتصال با خالق هستی نموده و با روح حقیقت، خود را آشنا سازند. همچنین انسان‌ها کنجکاوند که هدف متعالی زندگی، معنایابی، عشق و خدمت به خدا و دیگران را پیدا کنند، معنای مرگ، درد و رنج را از لحاظ معنوی کشف کنند، زندگی سازگارانه‌ای با ارزش‌های معنوی داشته باشند و استعدادها بالقوه معنوی را به ظهور برسانند. زمانی که مردم مشکلات، علایق و نیازهای معنوی دارند، به رهبران دینی مراجعه می‌کنند ولی درحد قابل توجهی نیز به روان‌پزشکان روی می‌آورند (گانچه فلینگ و مکارتری<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱).

هرچند که مناسب به نظر می‌رسد که در اکثر اوقات روان‌درمانگران اینگونه مراجعان خود را در مسایل معنوی به روحانیون ارجاع دهند، ولی همیشه این کار به نفع مراجعان نمی‌باشد. مثلاً مراجعان شاید احساس راحتی نکنند که شک و تردید، کم اعتقادی، پوچی، افکار کفرآلود و بی میلی به انجام مراسم و تشریفات معنوی و دینی را به راحتی با روحانیون در میان بگذارند. آنان شاید علاقه داشته باشند که با فردی صحبت کنند که فکر می‌کنند در مورد شک‌های معنوی و مشکلات دینی‌شان قضاوت نمی‌کند.

علاوه براین، مسایل معنوی در بسیاری از مواقع با مشکلات روانی، عاطفی و بین‌فردی افراد در هم تنیده شده‌اند (برگین و همکاران، ۱۹۸۸؛ ریچاردز و همکاران، ۱۹۸۹). بنابراین وقتی مراجعان تشویق‌ها و نگرانی‌های معنوی از خود نشان می‌دهند، این نگرانی‌ها احتمال دارد که ریشه‌های بین‌فردی داشته باشد؛ که لازم است مورد بررسی تخصصی روان‌شناختی قرار گیرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از افرادی که احساس بیگانگی و عدم اعتماد به خدا نشان می‌دهند در کودکی والدین‌شان آنان را رها ساخته و یا آنان را مورد سوء استفاده قرار داده‌اند و ریشه‌های احساس بیگانگی از خدا و مشکلات معنوی‌شان ریشه در پرورش نامناسب آنان در کودکی‌شان دارد. گاه نیز ترومای دوران کودکی است که در بزرگسالی به صورت مشکلات معنوی بروز می‌کند (گانچه فلینگ و مکارتری، ۱۹۹۴). با این توصیف به علت داشتن ریشه‌های تحولی احتمال دارد که روان‌درمانگران بیشتر بتوانند به این افراد کمک کنند تا التیام یافته و تغییرات اساسی در آنان به وجود آید.

بیان این نکته مهم است که بدانیم که وقتی مراجعان مشکلات روان‌شناختی دینی- فردی از خود بروز می‌دهند، احتمال دارد که این مشکلات ریشه‌های دینی و معنوی داشته باشند. برطبق دیدگاه سیستمیک چندگانه<sup>۲</sup> مشکلات در نظام معنوی افراد امکان دارد که کارکردهای روانی و

1 Ganje – Fling & Mccarthy

2 Multi Systemic

اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. مثلاً مشاهده شده است مراجعانی که از لحاظ هیجانی و بین‌فردی دچار مشکلاتی هستند، اعتماد به نفس پائین دارند، دچار شرمساری بوده و از خودپنداره و اعتماد به نفس پائین و انزوای اجتماعی رنج می‌برند؛ افرادی هستند که در ارزش الوهی خود و ذات سرمدی معنوی خود رنج می‌برند. باور بر این است که این‌گونه افراد از هسته اصلی هویت معنوی خود جدا شده‌اند و در نتیجه این جدایی از منبع لایتناهی اعتماد به نفس‌شان پائین آمده و مقاومت خود را در برابر استرس‌ها از دست داده‌اند. در این افراد، تغییرات اساسی در سلامت روانی، اعتماد به نفس، بالندگی و شکوفایی و روابط بین‌فردی، زمانی اتفاق می‌افتد که از ارزش معنوی و هویت الوهی خود اطمینان حاصل کنند. بنابراین توصیه می‌شود که روان‌درمانگران از جداسازی سیستم‌های عملکردی مراجعان پرهیز کنند و مشکلات روانی و اجتماعی آنها را مجزا از مشکلات معنوی آنان مورد مطالعه قرار ندهند.

در اکثر مواقع، روان‌درمانگران برای کمک به مراجعان در حل مشکلات هیجانی، باید کمک کنند که آن‌ها مسایل معنوی خود را با آنان در میان بگذارند. در سنجش مذهبی- معنوی مراجعان لازم است که مسایل معنوی مراجعان و ارتباط آن‌ها با مسایل روانی و اجتماعی‌شان به خوبی شناخته شود و به آنان کمک شود که مشکلات خود را به طور یکپارچه حل نمایند.

### ■ سطوح سنجش معنوی مراجعان

در سنجش ویژگی‌های معنوی مراجعان دو سطح عمده در نظر گرفته می‌شود: الف) سطح اولیه یعنی به دست آوردن اطلاعات کلی در مورد ویژگی‌های معنوی مراجعان، و ب) سطح عمیق‌تر- یا سطح دوم- که با استفاده از آزمون‌های دقیق در حیطه شخصی (مثل کیفیت دل‌بستگی به خدا) ویژگی‌های مراجعان سنجیده می‌شود.

**سطح اولیه:** به دست آوردن اطلاعات در سطح اولیه سنجش از لحاظ زمانی و راحتی مراجع به صرفه‌تر است. این بررسی پس از پر کردن فرم اولیه که حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی و تاریخچه مشکل مورد نظر است، و از طریق مصاحبه با طرح پرسش‌هایی در حوزه‌های ۷ گانه زیر قابل جمع‌آوری است:

۱. رویکرد معنوی مراجعان بر اساس چه دینی استوار است؟ (مثلاً مسیحیت، اسلام، یهودی و...).
۲. تجربیات معنوی دوران کودکی مراجعان بر چه اساسی استوار است؟ داشتن دل‌بستگی ایمن، ناایمن (اضطرابی، اجتنابی).
۳. جهت‌گیری کنونی مراجعان چگونه است؟ تا چه اندازه تعهد مذهبی دارند و به کدام شاخه دینی وفادار می‌باشند؟

۴. آیا مراجع مورد نظر فکر می‌کند که باورهای دینی و اعتقادات معنوی او به نحوی از انحاء در مشکل فعلی او دخیل می‌باشند.

۵. آیا مراجع نیاز و یا مشکل مشخصی در حوزه دین و معنویت دارد؟

۶. آیا مراجع می‌خواهد مسایل مذهبی و معنوی را بیشتر مورد کنکاش و بررسی قرار دهد و در مداخلات دینی و معنوی در سیر درمان شرکت کند؟

۷. آیا مراجع فکر می‌کند که کانون‌ها و یا اجتماعات مذهبی که با آن‌ها همکاری می‌کند منشأ کمک به او می‌باشد؟

**اطلاعات سطح دوم (عمیق معنوی).** اگر اطلاعات به دست آمده نشان داد که به بررسی عمیق‌تر و ریزتر مسایل معنوی مراجعان نیاز می‌باشد، اطلاعات سطح دوم از طریق سنجش عمیق‌تر به دست می‌آید. سنجش سطح دوم معنوی در صورتی اجرا می‌شود که سنجش سطح اول نشان دهد که فرد جهان‌بینی توحیدی دارد، سبک زندگی معنوی را برای خود انتخاب کرده و به نحوی از انحاء مشکل فعلی‌اش به مسایل معنوی او ارتباط دارد و تمایل دارد که در مداخله معنوی شرکت نماید.

زمانی که پیوند مذهبی درمانگر متفاوت از پیوند مذهبی مراجع است و درمانگر مهارت لازم در ریزه‌کاری‌های مذهبی و معنوی مراجع را ندارد، لازم است که مسایل "کلی مذهبی" و اشتراکات در سر لوجه بررسی سنجش قرار گیرد. مثلاً اگر روان‌شناس شیعی با مراجعی از مذاهب دیگر مثلاً حنبلی، حنفی، و شافعی کار کند لازم است که اشتراکات اسلام در این مذاهب در پروتکل سنجش مورد بررسی قرار گیرد. در صورت هم مذهب بودن مراجع و روان‌درمانگر لازم است مسایل اختصاصی مربوط به مذهب به خصوص هدف سنجش گنجانده شود.

در این مرحله از سنجش سرنخی که از مرحله اول سنجش بدست آمده پیگیری می‌شود تا اطلاعات بیشتری در این زمینه به دست آید. در این مرحله نیز علاوه بر مصاحبه از سیاهه‌های معنوی، پرسشنامه‌ها و آزمون‌های خود گزارشی می‌توان استفاده کرد.

تعدادی از حیطه‌هایی که در این مرحله می‌توان مورد کنکاش عمیق‌تری قرار داد به صورت زیر می‌باشند:

۱. تا چه اندازه فرد در باورها و رفتارهای مذهبی خود بنیادگراست؟

۲. سبک حل مسأله مذهبی و معنوی فرد کدام است؟ (مثلاً توکل، تفویض، واگذاری امر به خدا، خودمحرمانه و...).

۳. فرد خدا را چگونه تصور می‌کند؟ (مثلاً بخشنده، مهربان، دوست دارنده، در مقابل خشمگین و انتقام گیرنده).

۴. آیا فرد فهم درستی از فلسفه، دین، مناسک، رفتارها و آموزه‌های مذهبی دارد؟

۵. آیا سبک زندگی فرد هماهنگ با اعتقادات و ارزش‌های مذهبی‌اش می‌باشد؟
۶. فرد در چه مرحله‌ای از رشد معنوی و مذهبی قرار دارد؟
۷. آیا مراجع از ارزش‌های مفهومی معنوی و الوهی خود، آگاهی دارد؟
۸. آیا مراجع احساس به‌زیستی معنوی می‌کند؟ (مثلاً در رابطه خود با خدا، باری تعالی را منشاء آرامش و توان قدرت و قابل اعتماد می‌داند).
۹. رویکرد غالب دینی فرد بر چه اساسی استوار است؟ (درون‌سو، برون‌سو، تقلیدی، معیشتی، وسیله‌ای).
۱۰. چگونه و از چه طریقی نوع دینداری او با سلامت روانی و یا برعکس با اختلال و پریشانی‌اش ارتباط پیدا می‌کند؟

گفتنی است که در حال حاضر بهترین روش برای جمع‌آوری این گونه اطلاعات مصاحبه بالینی است (اسکات و برگین، ۲۰۰۶). یکی از دلایل استفاده از مصاحبه بالینی کمبود مقیاس‌های معتبر برای تشخیص مشکلات معنوی مراجعان می‌باشد. هرچند مقیاس‌های چندی در حیطه روان‌شناسی و جامعه‌شناسی دین ساخته شده‌اند (گورساج<sup>۱</sup>، ۱۹۸۴؛ هیل و هود، ۱۹۹۹)؛ تعداد کمی از آن‌ها برای تشخیص آسیب‌های معنوی در موقعیت‌های بالینی استاندارد شده‌اند (اسکات و برگین، ۲۰۰۶).

علاوه بر این، اکثر این مقیاس‌ها در بافت فرهنگ مسیحی تهیه شده‌اند و مشخص نیست که کارایی لازم را در فرهنگ‌های دیگر از جمله در فرهنگ اسلامی داشته باشد (رابینسون و شیور<sup>۲</sup>، ۱۹۷۳، اسپیلکا و همکاران، ۱۹۸۵). علاوه بر این، بسیاری از این مقیاس‌ها در اکثر کشورهای شرقی در دسترس روان‌درمانگران نمی‌باشد.

### ■ استفاده از سنجش اولیه برای کشف منابع معنوی و طراحی برنامه درمان معنوی

بیشتر مواقع روان‌درمانگران منابع معنوی مراجعان خود را تشخیص نمی‌دهند و از این منابع موثر برای بهبود زندگی فرد استفاده نمی‌کنند. هرچند که افرادی مثل یونگ (۱۹۳۳) معتقد بودند که شناسایی منابع معنوی و استفاده از آن می‌تواند تغییرات عمده‌ای در زندگی مراجعان به وجود آورد، ولی قبل از دهه ۱۹۷۰ این باور یونگ توسط روان‌درمانگران جدی گرفته نشد و روان‌درمانگران و روان‌شناسان از کنار آن به راحتی رد شدند (اسپیلکا و همکاران، ۱۹۸۵). امروز تحقیقات زیادی نشان می‌دهند که شناسایی سبک‌های مقابله افراد (بلاویچ و پارگامنت، ۲۰۰۲)، کیفیت دلبستگی مراجعان به خدا (کرکپاتریک، ۲۰۰۵)، کیفیت مفهوم خدا (گورساج و میلر، ۱۹۹۹) و تصویر ذهنی

1 Gorsuch

2 Robinson & Shaver

از خدا (اسکات و برگین، ۲۰۰۶) می‌تواند در درمان مراجعان هم به عنوان منبع غیرقابل انکار تلقی شود و هم می‌تواند روند درمانی را تعیین کند. سنجش ویژگی‌های مراجعان به ویژه رویکرد آنان نسبت به حل مشکل؛ به ما کمک می‌کند که بدانیم مراجعان در حفظ رابطه خود با منشاء امر قدسی مشکل دارند و یا در تغییر دیدگاه نسبت به منشاء قدسی و کیفیت رابطه خدا با خود مشکل دارند (پارگامنت، ۲۰۰۷). سختی و مشکلات برای بسیاری از افراد، تغییراتی را در معنویت آنان ایجاد می‌کند. یکی از این گونه تغییرات برگشتن به خداست، وقتی که هیچ امیدی برای انسان نسبت به حل مشکلات از طریق کمک گرفتن از نیروهای اجتماعی و مادی نمی‌ماند، انسان‌های معتقد به خدا بر می‌گردند (پارگامنت، ۱۹۹۷). مراجعانی هستند که وقتی مشکلات طاقت فرسا داشته‌اند، (مثلاً افرادی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند)؛ احساس آلودگی و گناه نموده‌اند و فکر کرده‌اند که آسیب وارده نه تنها جسم و روان بلکه عمیق‌ترین بعد معنویت آنان را تهدید کرده است (پارگامنت، ۲۰۰۷)، و افرادی نیز هستند که پس از رویدادهای بسیار ناگوار در عدالت خدا تشکیک نموده‌اند (پارگامنت، ۲۰۰۷) و فکر کرده‌اند که چگونه خداوند عادل، اجازه داده است که چنین اتفاقات ناگواری برای آنان رخ دهد. چنین مراجعانی در اثر شک در عدالت و یا قدرت خدا به این فکر افتاده‌اند که یا خداوند عادل و قدرتمند وجود ندارد که آنان برای مدت زیادی او را پرستیده‌اند و یا اینکه این خدا برای آنان نیست و آنان را به حال خود گذاشته است. در هر صورت اعتماد به نفس و اعتماد به در دسترس بودن خدا در مواقع گرفتاری پائین آمده و از ادامه نیایش و دعا دست برداشته‌اند. کار مشاور و روان‌درمانگر در این مواقع سخت این است که بین انسان از خدا دور افتاده و خداوندی که از نظر فرد دیگر برایش کارکردی ندارد، آشتی ایجاد کند و نگذارد که خلع موجود، عمیق‌تر شده به آسیب روانی بزرگتر و درماندگی معنوی تبدیل شود.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی که خداوند را در مواقع سخت و ناگوار نگه داشته‌اند، توانسته‌اند با این منبع عظیم معنوی یکپارچگی روانی و معنوی خود را حفظ کنند و یکپارچگی روانی و معنوی به عنوان سپر بلا در مقابل افسردگی، اضطراب و درماندگی عمل کرده است (پارگامنت، ۲۰۰۷).

برکویتز<sup>۱</sup> (۱۹۷۹) در کتاب بسیار خواندنی‌اش تحت عنوان "با خدا در داخل جهنم" به خوبی نشان می‌دهد که چگونه افراد در اردوگاه‌های نازی نیایش‌های عاشقانه خود با خدا را به عنوان سپری در مقابل ترس و هراس استفاده می‌کردند و چرا مأموران نازی هرگونه سمبل و نماد مذهبی را در اردوگاه‌ها از بین می‌بردند. این افسران نازی به خوبی دریافته بودند که هرگونه مناسک دینی و نماد معنوی به زندانیان امید اتصال با مبدأ وجود می‌دهد و به عنوان حفاظ بسیار قوی در برابر شکست روانی آنان عمل می‌کند. شکست معنوی به عنوان آخرین منبع حفاظ وقتی در

1 Berkovitz

2 With God in Hell

افراد درهم می‌ریزد، آنان امید هرگونه مقاومت روانی و جسمی و معنوی را از دست می‌دهند و به عنوان افراد درمانده حاضرند که تسلیم دشمن شوند (پارگامنت، ۲۰۰۷).

اما افراد چگونه با حفظ وجود متعالی در درون خود و پیوند با یک امر قدسی- با این منبع حمایتی معنوی درونی- تمامیت خود را می‌توانند حفظ کنند. این کار به روش‌های گوناگون عمل می‌شود که از جمله آن‌ها می‌توان به دریافت "معنای معنوی" در اتفاقات اشاره کرد. ولی این امر به آسانی صورت نمی‌گیرد. زمانی که اتفاقات بد برای افراد خوب می‌افتد، مردم می‌پرسند که این خدای عادل کجاست؟ چرا از ما حمایت نمی‌کند و بحران معنوی برای ما پیش می‌آید؟ به راستی روان‌درمانگر در این موارد چگونه می‌تواند فرد آسیب دیده را دوباره به معنویت و عامل قدسی پیوند زند؟ این کار بدون آگاهی درمانگر از کیفیت دینداری فرد و عمق تعهد و دانش او به طرح باری‌تعالی برای زندگی افراد صورت نمی‌گیرد.

ارزیابی مثبت اتفاقات بد یکی از منابع حمایت معنوی درونی است که افراد دارند تا بتوانند ایمان خود را به خدا و به طرح عادلانه خداوندی در زندگی حفظ کنند. این جا فقط ما با یک آیه قرآنی مواجه نیستیم که اشاره می‌کند:

خیلی چیزها که از آن ناراحت هستید به نفع شماست و خیلی چیزها که دوستش دارید شری برایتان است و اینها را خداوند می‌داند و شما نمی‌دانید؛  
**"و عسی ان تکرهوا شیئا و هو خیر لکم و عسی ان تحبوا شیئا و هو شر لکم و الله یعلم و انتم لا تعلمون"**  
 (سوره بقره: آیه ۲۱۶)

تحقیقات نیز نشان می‌دهند افراد با ارزیابی مثبت می‌توانند در اتفاقات ناگوار یکپارچگی روانی و معنوی خود را حفظ کنند (میکلی و همکاران، ۱۹۹۸).

حفظ ارتباط با خدا با انجام مناسک، دعاها و مراقبه از دیگر روش‌ها با منابع معنوی است که افراد می‌توانند در مواقع سخت ارتباط خودشان را با باری‌تعالی محفوظ نگاهدارند. سیگل و همکارانش<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) در هنگام مصاحبه با افرادی که دچار ایدز شده بودند دریافتند که بسیاری از آنان در باورهای عمیق خود به خدا و وجود متعالی توانسته‌اند قدرت و توان مقابله با سختی‌ها را پیدا کنند.

علاوه بر حفظ معنویت و عامل قدسی در زندگی، افراد در هنگام برخورد با مشکلات روش دیگری که در پیش می‌گیرند این است که دیدگاه خودشان را از صفات و ویژگی‌هایی که به عامل قدسی نسبت می‌دادند، عوض می‌کنند. این اتفاق زمانی می‌افتد که رخدادهای زندگی مانند



زمانی که به یک فاجعه یا یک بیماری سخت همچون سرطان مبتلا می‌شوند، آنچنان دردناک است که افراد نمی‌توانند بدون تغییر دادن طرحواره ذهنی خود نسبت به باری تعالی با مشکل کنار بیایند. افرادی که در اثر اتفاقات و رخداد‌های ناملایم زندگی به چالش‌های سخت معنوی کشیده شده‌اند و نتوانسته‌اند مسأله را طوری حل کنند که بتوانند رابطه خود را با خدا حفظ کنند احتمال دارد طرحواره ذهنی خود را در مقابل خدا و یا طرح او برای زندگی، تغییر دهند تا خود را از سرگردانی و حیرت نجات دهند (پارگامنت، ۲۰۰۷) و در این انتقال طرحواره ذهنی قبل از خدا و طرح او برای زندگی، روان‌درمانگران توانمند می‌توانند افراد را راهنمایی کنند که بتوانند معنای جدید و طرحواره کارآمد جدیدی از خود، در ذهن خود بسازند و گرنه ممکن است در براه‌های ناامیدی و بریدن از خداوند بیفتند.

## انواع درمان‌های معنوی

گفته شد که با توجه به تعریف معنویت که عبارت است از فراروندگی و جستجو برای یک امر قدسی، افراد در فهمیدن ویژگی‌های امر قدسی، و پیدا کردن شاه‌راه‌هایی که منتهی به امر قدسی می‌گردد، دچار مشکلاتی می‌گردند. رسالت انبیاء نشان دادن و شناسایی امر قدسی و آشنا ساختن انسان‌ها با راهی بوده است که به بهترین وجه و با کمترین سرمایه آنان را به امر قدسی آشنا می‌سازد. پارگامنت (۲۰۰۷) در کتاب ارزشمندش، وظیفه روان‌درمانگران را در برنامه‌ریزی‌های سیستماتیک برای شناساندن و روشن کردن و ترمیم مشکلاتی دانسته است که افراد (مراجعان) در شناخت امر قدسی با آن مواجه می‌شوند. ویژگی‌های فرهنگی، روانی و خانوادگی افراد در شناخت امر قدسی و ویژگی‌های باری تعالی تأثیر می‌گذارد. مثلاً افرادی که والدین رهاکننده و غیرمسئولی داشتند، احتمال دارد که به علت عدم ایجاد اعتماد اولیه به والدین و درونی‌سازی آن اعتماد، نتوانند به خدا به عنوان مراقب با کفایت، مهربان و علاقمند اعتماد کنند (کرکپاتریک، ۲۰۰۵). کسانی که در کودکی سرپرستان تنبیه‌گر داشته‌اند، احتمال دارد که خداوند را مثل والدین تنبیه‌کننده تصور کنند و مترصد باشند که خداوند نیز در صورت ارتکاب کوچکترین خطا آنان را به سختی تنبیه کند و آموزه‌های فرهنگی نیز این تصور را در آنان تشدید کند (کرکپاتریک، ۲۰۰۵). در این صورت بسیاری از کوشش‌های مربی، مشاور و روان‌درمانگر فراهم آوردن مدارک و اسنادی می‌گردد تا از طریق شناخت درمانی به آنان نشان دهد که خداوندی که او تصور می‌کند در متون اصلی دینی به صورت دیگری بیان شده است.

این روش هر چند که در زمره روش‌های تغییر شناختی معنوی است، شاید با تغییر شناخت فرد به راحتی درمان نشود، چرا که فرد هیجان‌هایی را از گذشته با خودش و روابط موضوعی (مثل والدین) حمل می‌کند که به راحتی اجازه نمی‌دهد فرد در دیدگاه خودش از امر قدسی تغییراتی دهد. به همین جهت است که نگارنده روش طرحواره درمانی معنوی را پیشنهاد می‌کند که علاوه بر تغییر

شناخت، با تغییر هیجان‌های فرد و فراهم آوردن تجربیات جدید در روابط موضوعی (مثلاً در رابطه با روان‌درمانگر) که نفی‌کننده تصور قبلی او در مورد خدا بوده‌اند، بتواند تصور کارکردی و رشد‌دهنده را در ذهن خود مجسم سازد. از نظر پارگمنت (۲۰۰۷) برخی از مسایل و مشکلاتی که افراد را در شناخت عامل قدسی دچار آسیب می‌سازند عبارتند از: محدود کردن خدا و لطف او به طایفه مخصوص، متوجه نشدن به وسعت و گستره اسماء خداوندی و پرستیدن بت‌های شکننده به جای خدای سرمدی. بت‌های شکننده می‌توانند جاه، مال، مقام، و موقعیت باشند؛ و یا هر عاملی که به جای کمک به شکوفایی در نهایت بازدارنده رشد معنوی می‌گردند (مثل پرستیدن مرشدان معنوی و یا پیشوایان دینی و یا آنان که خود را ارباب دینداری مردم می‌دانند).

علاوه بر این پارگمنت (۲۰۰۷) به مشکلاتی اشاره می‌کند که افراد در پیدا کردن راه‌های اتصال و پیوند خوردن با معنویت پیدا می‌کنند. بنابراین او معتقد است که افراد ممکن است در اینکه امر قدسی کدام است و چه ویژگی‌هایی دارد و یا این که چگونه می‌توان به این امر قدسی رسید، دچار مشکلاتی شوند. او منکر این امر نیست که ویژگی‌های امر قدسی توسط پیامبران بیان شده است و راه‌های پیدا کردن امر قدسی در آیات و احادیث آمده است، بلکه او معتقد است که انسان‌ها با این همه در فهم و درک ویژگی‌های امر قدسی و یا راه‌های رسیدن به آن در عمل دچار مشکلات شده‌اند و همین مشکلات، بیماری‌های روانی و اختلالات هیجانی را در آنان تشدید کرده است.

در رسیدن به امر قدسی و یا پیوند با وجود متعالی روان‌درمانگران نیایش، نماز و آداب و مناسک دینی را مفید دانسته‌اند. تعدادی از آنان نیز به اهمیت خدمات‌رسانی به محرومان و درماندگان در کنار عباداتی مثل نماز و روزه اهمیت والایی داده‌اند (اسکات و برگین، ۲۰۰۶). علاوه بر این، خواندن متون مقدس و درخواست هدایت از خداوند از اهمیت بالایی برخوردار است که در کتاب‌های روان‌درمانگری معنوی به تفصیل به اهمیت آن‌ها و استفاده به موقع روان‌درمانگران از آن‌ها پیشنهاد شده است.

از سوی دیگر در توجه به دینداری و معنویت سست بنیاد یا پاتولوژیک، توجه به یافته‌های دیگر محققان و به ویژه پارگمنت (۲۰۰۷) در اینجا مهم است. او معتقد است که کیفیت اعمالی مثل نماز و مناسک، نیایش و موارد مشابه نیز مهم است. احتمال دارد مناسک به صورت تقلیدی انجام شود و یا در روند اجرای آن‌ها مراجعان دچار آسیب‌هایی شوند و در این راستا تعدادی از پیشنهادهایی که در عمق بخشیدن به عبادات بیان شده است و به راحتی می‌توان از آن‌ها آسیب‌های تعالی و یا دینداری و معنویت پاتولوژیک را شناخت، آورده می‌شود.

**۱. نشان دادن گستردگی راه‌های رسیدن به امر قدسی:** تعدادی از افراد راه‌های خیلی معدودی برای رسیدن به امر قدسی در اختیار دارند، در حالی که تعداد دیگری از افراد خزانه حل مسایل معنوی شان زیادتر بوده و به تناسب موقعیت‌های مختلف از آن‌ها استفاده می‌کنند. مثلاً تعدادی هستند که فکر می‌کنند راه یافتن به خدا در این است که مرتکب گناه نشوند و خود را دور از گناه نگه دارند. در حالی که تعدادی از افراد دیگر می‌دانند که علاوه بر حفظ خویشتن از گناه، توبه نمودن از گناه نیز

روشی است برای نزدیکی به خدا. افرادی که راه‌های زیادتری را برای دستیابی به امر قدسی در اختیار دارند راحت‌تر راه رسیدن به خدا را پیدا می‌کنند (پارگامنت، ۲۰۰۷).

**۲. عمق بخشیدن به روش‌های معنوی تقرّب به خدا:** هرچند که تعدادی از روش‌های تقرّب به خدا و دستیابی به امر قدسی از قبیل نیایش، دعا، نماز، روزه و مناسک بیان شد، سطحی و تقلیدی نبودن آن‌ها و عمیق‌تر نمودن این روش‌ها از مهم‌ترین عواملی هستند که تقرّب به خدا را تسهیل می‌کنند. افرادی هستند که برای سالیان درازی نماز می‌خوانند، روزه می‌گیرند و رفتارهای دینی دیگری انجام می‌دهند ولی احساس ارتباط عمیقی با خدا نمی‌کنند. عمق بخشیدن به نماز و نیایش و رعایت کردن آداب درونی از قبیل حضور قلب به همراه آداب بیرونی (طهارت بدن، وضو...) موجب می‌شود که افراد معنای عرفانی در نماز و نیایش پیدا کنند و رفتارهای مذهبی را از حالت کلیشه‌ای و تقلیدی به حالت ارتباط معنادار در آورند. بنابراین توصیه و تشویق کردن مراجع به اینکه در نماز و نیایش به جای خواندن نماز کلیشه‌ای یک طرفه، نماز و نیایش را به عنوان یکدیالوگ به حساب بیاورند که در آن به نوبت هر کدام از طرفین خدا و بنده صحبت می‌کند و طرف دیگر گوش می‌کند و جواب می‌دهد؛ و آموزش به فرد که بعد از نیایش و خواست لحظه‌ای گوش دهد، و جواب خدا را بشنود؛ به فرد کمک می‌کند تا به گفتگوی خود با خدا عمق بخشیده و از آن لذت برد (گری فیفد و گری فیفد، ۲۰۰۲). تعداد زیادی از این روش‌ها در کتاب‌های آداب دینی و عرفانی آمده است (علاء الدوله سمنانی، ۱۳۸۳).

**۳. داشتن انعطاف‌پذیری در تفسیر گزاره‌های دینی:** در نظر گرفتن تفسیرهای مختلف کاربردی به جای تأکید بر یک "تفسیر و تعبیر جزمی" گزاره‌های دینی، گستره عملکردی دارد، و این روش به فراوانی برای رشد معنوی، سازگاری و به‌زیستی انسان‌ها به نوع بشر در ادیان و مکاتب مختلف معنوی ابلاغ شده است. داشتن تفسیرهای جزمی که با سلامت و ذات انسانی افراد هماهنگی ندارد، ناشی از شخصیت جزم‌اندیش فرد مورد نظر است نه از ذات پیام الهی. بنابراین، اینکه معنای درونی و سازگارانه پیام معنوی برای فرد رمزگشایی شود، به معنی کم‌اعتقادی مراجع نیست بلکه بازسازی بینش وسیع فرد است (پارگامنت، ۲۰۰۷). آسیب‌هایی نیز در شناسایی امر قدسی اتفاق می‌افتد و افراد به جای شناسایی معنویت حقیقی احتمال دارد به خدایان کاذب پناهنده شوند و بت‌پرستی را با خداپرستی اشتباه بگیرند. در اینکه امر قدسی چیست و راه‌های اصیل رسیدن به آن کدامند، فلاسفه، عرفا و متکلمان اسلامی مطالب زیادی گفته‌اند و هر کدام تعبیر و تفسیر خود را از قرآن و حدیث و سنت نبوی بیان کرده‌اند. امروزه در روان‌شناسی نیز این مسأله مطرح است که اختلال شناختی و آسیب‌ها و تحریف‌ها در دو حیطه شناخت امر قدسی به صورت اصیل و یا راه‌های رسیدن به امر قدسی اتفاق می‌افتد و روان‌درمانگران ماهر می‌توانند این تحریف‌ها را با فرایند شناخت درمانی و روش‌های مخصوص خود درمان کنند.

به هر حال یونگ (۱۹۳۳) از بین روان‌درمانگران تنها کسی است که عمق نظر او درباره معنویت انسان و چگونگی رسیدن انسان به کمال معنویت و سلامت از دیگر روان‌درمانگران

بارزتر است. او انسان را در فرایند رفتن به سوی کمال می‌داند که در نهایت به فردانیت او منتهی می‌شود. او معتقد است روانِ ناخودآگاه انسان به صورت تکاملی و به گونه‌ای سازماندهی شده است که نشان می‌دهد او در فطرت خود خداجوست و انگیزهٔ خداجویی در او شدیدتر از هر انگیزهٔ دیگری است، و نمونه بارز آن در صورت‌های ازلی مینوی نهفته در ناخودآگاه جمعی دیده می‌شود. برای اینکه این انگیزهٔ خداجویی و طلب و جستجوی تکامل معنوی ناکام نماند، انسان نباید این انگیزهٔ خود را انکار کند (کفر ورزد) و یا اینکه آن را سرکوب نماید. خوراک این صورت‌های ازلی مینوی در روان ناخودآگاه همان توصیه‌های انبیاء است که در کتب مقدس آورده شده است.

### ■ به کارگیری نوع درمان با توجه به مشکل مراجع

در انتخاب درمان‌های معنوی تصمیم‌گیری روان‌درمانگر با توجه به تبحر و فلسفه و پایگاه نظری او یک امر اساسی است. بدون تردید تصمیم‌گیری روان‌درمانگر نمی‌تواند مجزا از مشکل مراجع باشد که از مرحلهٔ سنجش بینشی (دینی و معنوی) و دانشی در مورد آن، به دست آمده است. در تشخیص امر قدسی افراد خدایی را انتخاب می‌کنند که شایسته لایتناهی بودن، سردی بودن، و روحانیت اوست؛ اما به دلایل گفته شده و مشکلاتی که در دوران تحول از کودکی تا بزرگسالی داشته‌اند، احتمال دارد که خدای خود را انتقام گیرنده، و دور از دسترس تلقی کنند و یا احتمال دارد به دلایل فرهنگی فکر کنند که فقط خداوند آنان را نجات می‌دهد و با این باور نسبت به پیروان ادیان دیگر شفقتی نداشته و به جای مهربانی نسبت به پیروان دیگر ادیان توحیدی، به آن‌ها کینه‌توزی نشان دهند. احتمال دارد که افرادی نیز پیدا شوند که بت‌پرستی خود را خدایپرستی بدانند، در زبان بگویند که خدای لایتناهی را می‌پرستند ولی در عمل پول و شهرت، جاه و مقام، و شهوت و انگیزهٔ اساسی باشد. مسأله شناخت خدا آن‌چنان که هست یک مسأله اساسی در فرهنگ اسلامی بوده است و قرآن قسمت عمدهٔ بحث خود را مقابله کردن بت‌پرستی در مقابل خدایپرستی قرار داده است.

از نظر پارگامنت (۲۰۰۷) آسیب دیگری که اتفاق می‌افتد در شناخت راه‌های رسیدن به امر قدسی اتفاق می‌افتد که در انتخاب طرح درمان ضروری است به خوبی شناخته و به کار گرفته شود. این مسأله نیز مثل آسیب در شناخت امر قدسی، در فرهنگ ما آشناست. مسلمانان در هر رکعت نمازهای پنجگانه از خداوند می‌خواهند که آنان را به صراط مستقیم هدایت کند و از گمراهی بازدارد. علاوه بر این، قسمت اساسی قرآن مربوط می‌شود به پیدا کردن راه‌های درست رسیدن به امر قدسی. لیست طولانی آسیب‌های ممکن در پیدا کردن راه‌ها و روش‌های رسیدن به امر قدسی و قرب متعالی نیز توسط پارگامنت (۲۰۰۷) بیان شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به سطحی بودن ارتباط با خدا، غیر متناسب بودن روش ارتباط با ویژگی‌های جستجوی متعالی و امر قدسی، نفاق و تزویر، تناسب راه‌ها و روش‌ها با موقعیت‌های زندگی معنوی، و تشخیص ندادن

روش مناسب برای رسیدن به امر قدسی می‌باشد.

بنابراین، می‌توان در مرحله سنجش ویژگی‌های معنوی مراجعان تنگناها و آسیب‌های آنان را در تشخیص امر قدسی و یا روش‌های رسیدن به امر قدسی شناسایی کرد و در جهت رفع آسیب‌ها قدم برداشت. آنچه مسلم است، این است که الگوی پارگامنت، مسأله (مشکل) محور است.

تعدادی از درمانگران (اسکات و برگین، ۲۰۰۶) رویکرد دیگری انتخاب کرده‌اند و معتقدند که درمان‌ها باید متناسب با ویژگی‌های انگیزشی و توانش‌های شناختی و مبتنی بر توانمندی‌های مراجعان باشد. پس از بررسی پیشینه در مورد روش‌های مختلف درمان‌های مذهبی و معنوی اسکات و برگین (۲۰۰۶) روش‌های به کار گرفته شده را طبقه بندی نموده‌اند و یکی از طبقاتی که بیشتر روان‌شناختی به نظر می‌رسد، درمان‌های مبتنی بر بعد هیجانی، رفتاری، شناختی، و بین‌فردی مراجعان می‌باشد. این طبقه‌بندی برای روان‌شناسان و روان‌درمانگران، آشنا به نظر می‌رسد چون بر بعدهای بررسی شده انسان‌ها طبقه‌بندی و تنظیم شده است (کورمی یر و هاکنی، ۱۹۸۷).

### درمان‌های هیجانی - معنوی

مداخلاتی هستند که برای کمک به تغییراتی در حیطه احساس‌های معنوی و مذهبی مراجعان طراحی شده‌اند. مراجعانی که از لحاظ هیجانی حساس هستند و به راحتی احساسات خود را بیان می‌کنند؛ از هیجانات خود برای حل مشکل و تصمیم‌گیری استفاده می‌کنند، و به اینگونه درمان‌ها بیشتر جواب می‌دهند (کورمی یر و هاکنی، ۱۹۸۷). نمونه‌هایی از درمان‌های هیجانی- معنوی را می‌توان در مداخلاتی ملاحظه کرد که شامل نیایش مراجعان، تصویرسازی ذهنی- معنوی، نوشتن سرگذشت معنوی (ژورنال معنوی) و مراقبه معنوی می‌باشند. این روش‌ها بیشتر روش‌های عرفانی می‌باشند که سعی می‌کنند از لحاظ عاطفی در فرد اشتیاق رسیدن به امر قدسی ایجاد کنند.

### مداخلات رفتاری - معنوی

مداخلاتی هستند که برای تغییر و اصلاح رفتارهای مذهبی و سبک زندگی معنوی مراجعان در نظر گرفته شده‌اند. مراجعانی که به شدت هدف‌مدار هستند و علاقه دارند که به صورت فعال با زندگی برخورد کنند و فعالیت‌گرا هستند، احتمال دارد که بیشتر به تکنیک‌های رفتاری معنوی پاسخگو باشند (کورمی یر و هاکنی، ۱۹۸۷). نمونه‌هایی از این گونه درمان‌ها عبارتند از: تشویق مراجعان به شرکت در مناسک و رفتارهای معنوی (مثلاً در فعالیت‌های جمعی مثل نماز جماعت شرکت کنند، در رساندن خدمات به برادران و خواهران هم کیش خود فعالیت نمایند، به زیارتگاه‌ها بروند، در جشن‌های مذهبی شرکت نمایند). همچنین ترغیب آن‌ها به خواندن قرآن و کتاب‌های

مذهبی و اینکه اختلاف بین ارزش‌های بیان شده در کتب مذهبی و رفتارهای خود را پیدا کنند، ارزش‌های معنوی را الگو قرار دهند، و اینکه رفتارهای غیر مذهبی را اعتراف نموده و در تغییر آن برنامه‌ریزی کنند. به عنوان مثال، تعداد گناهان و رفتارهای مثبت معنوی خود را ثبت و ضبط کنند و در جهت کاهش گناهان و افزایش رفتارهای مثبت برنامه‌ریزی کنند. آموزش مهارت‌های معنوی نیز در این پارادایم می‌گنجد. مثلاً آموزش داده شوند که چگونه مهارت‌های معنوی، رفتارهایی می‌باشند که موجب سازگاری فرد با محیط می‌گردند.

### مداخلات شناختی-معنوی

مداخلاتی هستند که برای تغییر باورهای دینی معنوی و فهم آنان از دین و معنویت (امر قدسی و راه‌های رسیدن به امر قدسی) طراحی شده‌اند. مراجعانی که عقلانی و منطقی هستند و عقلانیت و منطق را در حل مسائل زندگی به کار می‌گیرند. احتمالاً به این گونه مداخلات بهتر پاسخگو باشند (کورمی یر و هاکنی، ۱۹۸۷). نمونه‌هایی از این گونه درمان‌ها را می‌توان در آموزش و بحث مفاهیم دینی، تعبیر و تفسیر آیات قرآنی، و مشخص کردن تکالیفی از قبیل خواندن سوره‌های قرآن و برداشت شناختی از آن‌ها جستجو کرد. این روش‌ها شبیه روش‌های فلاسفه اسلامی و متکلمان می‌باشد که سعی می‌کنند با افراد دیندار از دریچه منطق و عقلانیت صحبت کنند.

### مداخلات معنوی بین‌فردی

عبارت است از مداخلاتی که کیفیت و کمیّت ارتباطات افراد را با اعضای خانواده، دوستان و اعضای جامعه مذهبی مورد هدف قرار می‌دهند. مراجعانی که مهارت‌های اجتماعی خوبی دارند و از ارتباطات بین‌فردی بیشتر لذت می‌برند، احتمال دارد که به اینگونه مداخلات بیشتر علاقه نشان دهند (کورمی یر و همکاران، ۱۹۸۷). نمونه‌هایی از این مداخلات را می‌توان در فراهم کردن فرصت‌های برای دید و بازدیدها با افراد جامعه مذهبی، خدمات‌رسانی به افرادی که نیاز به کمک‌های مالی دارند، تشویق این افراد برای خدمات خیریه و داوطلبانه مذهبی، مثل آموزش قرآن در مساجد به افراد دیگر پیش‌بینی کرد.

این چهار نوع درمان معنوی و مذهبی با توجه به ویژگی‌های افراد توسط اسکات و برگین (۲۰۰۶) پیشنهاد شده است. با توجه به اینکه نویسنده حاضر بین این ابعاد تداخلاتی می‌بیند و از طرف دیگری باور دارد که مداخلات ناپیوسته همیشه بر مبنای نوع شخصیت و انگیزه افراد به آن‌ها ارائه شود، بلکه کمبودها و آسیب‌ها نیز در تعیین نوع درمان می‌توانند نقش اساسی داشته باشند (نگاه کنید به پارگامنت ۲۰۰۷)؛ "طرحواره درمانی معنوی متعالی" را پیشنهاد می‌کند. در طرحواره درمانی معنوی متعالی طرحواره‌های فرد که بعد شناختی، رفتاری، هیجانی و ارتباطی دارند مورد درمان قرار می‌گیرند و ارتباط تعاملی بعد معنوی مراجعان با این طرحواره‌ها مورد مطالعه و هدف تغییر قرار می‌گیرد. متعالی بودن درمان نیز این معنا را می‌دهد که انسان‌ها از

لحاظ معنوی فطرتاً نیاز به تقلاً دارند و سازمان‌دهی ارکتاییبی (کهن‌الگویی) در روان ناخودآگاه و فرایند فردانیت، (یونگ، ۱۹۳۳) این تعالی را تسهیل می‌کند. با تکیه بر بعد تعالی معنوی و بالندگی و شکوفایی بالقوه انسان‌ها، طرحواره‌های آسیب دیده را که بعدهای شناختی، هیجانی، رفتاری و ارتباطی (تحولی) دارند، می‌توان مورد آماج قرار داد و از مجموعه روش‌های هیجانی، شناختی، رفتاری و ارتباطی در تعدیل آن‌ها استفاده نمود.

### سنجش اثر بخشی درمان‌ها

درمان معنوی کار متخصص آموزش دیده و دارای مجوز درمان است، به گونه‌ای که امکان ارزشیابی علمی مداخله و درمانش امکانپذیر باشد. در درمان‌های معنوی لازم است نکات زیر که نقشی کلیدی در ارزشیابی اثرپذیری درمان بالینی دارد رعایت شود:

۱. تهیه پروتکل درمانی که اعتبار درونی آن (مبانی تئوریک، اصول و روش‌ها) و اعتبار بیرونی‌اش (تحقیقاتی که حاشیه‌ای و یا آشکارا درمان را تایید می‌کند) مورد تایید می‌باشد.
۲. روشن نمودن این که درمانگر شایستگی به کارگیری درمان مورد نظر را دارا می‌باشد.
۳. انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای تعیین اثربخشی درمانی و نشان دادن اینکه تغییرات حاصل، از لحاظ بالینی معنادار بوده است.
۴. پیگیری تغییرات حاصل شده و نشان دادن اینکه درمان پایدار بوده است.
۵. مقایسه درمان‌ها با همدیگر و نشان دادن اینکه درمان‌های معنوی موثرتر از درمان‌های دیگر می‌باشند.
۶. سنجش تغییرات ناخواسته برای نشان دادن عوارض جنبی و ناخواسته احتمالی در درمان.
۷. ارزیابی ملاحظات اخلاق حرفه‌ای و پرهیز به موقع از مداخلات غیرحرفه‌ای.

توصیف پایانی اصلی این فصل این است که چگونه می‌توان در مورد افرادی که نیاز به روان‌درمانگری ندارند و آسیب‌های جدی روانی و معنوی آنان را تهدید نمی‌کند یعنی دانشجویان و کسانی که مخاطب اصلی این کتاب هستند، مهارت‌هایی را آموزش داد که به سازگاری آنان کمک کند و این سازگاری باعث شود که افراد کارکرد خوبی در اجتماع، در زندگی تحصیلی و شغلی خود داشته باشند و از ابتلاء به آسیب‌های روانی مصون بمانند. بسیاری از مهارت‌های معنوی را می‌توان با بهره‌گیری از آموزه‌های ارایه شده در این فصل برنامه‌ریزی و در این راستا به مراجعان آموزش داد که به سازگاری آنان کمک کند. از جمله این مهارت‌ها می‌توان به مهارت مطالعه کتابهای دینی- معنوی و مقدس، مشارکت در برنامه‌های خیریه و دینی- معنوی، نماز، مراقبه، نیایش، ذکر، گفتن، مهارت صبر و توکل اشاره کرد که مواردی از آن به تفصیل در فصل‌های دیگر آمده است.

## خلاصه فصل

در این فصل به منظور داشتن نظریه و فلسفه‌ای برای ورود ساختارمند در آموزش مهارت‌های معنوی کوشش شد که در مورد لزوم مشاوره و روان‌درمانی دینی و معنوی بحث شود. بسیاری از افراد معمولی و مراجعانی که مشکلات روانی دارند، مشکلاتشان به نحوی به معنویت و دینداری آنان ارتباط پیدا می‌کند. بدون شناخت و درمان مشکلات معنوی، آموزش مهارت‌های معنوی و مشاوره و درمان کردن مشکلات روانی که ریشه‌های وجودی دارند، امکان‌پذیر نیست. معنویت قسمت عمده‌ای از زندگی روزمره مردم است که در زندگی اجتماعی و روانی آنان تأثیر انکارناپذیری دارد. برای مفهوم‌سازی دینداری و معنویت در روان‌شناسی، مشاوره و روان‌درمانگری نیاز به چارچوبه نظری است که در این فصل نه تنها به لزوم پایگاه، بلکه به نظریه‌های موجود و روش منظم و نظام‌مند (سیستماتیک) برای نظریه‌پردازی در این حیطه پرداخته شد. این نظریه‌ها به گونه‌ای آسیب در رفتارها، شناخت و هیجان‌های معنوی را تبیین می‌کنند و نشان می‌دهند که مشکلات تحولی در دوران کودکی سهم به‌سزایی در آسیب‌پذیری دینداری و معنویت افراد بازی می‌کند.

افرادی که والدین مراقبت‌کننده و قابل اعتمادی نداشتند که بتوانند روی آن‌ها حساب کنند و آنان را پایگاه امن برای اکتشاف محیط و شکوفایی خود قرار دهند و یا در هنگام ناراحتی به آن‌ها به عنوان پناهگاه امن پناه ببرند تا احساس امنیت کنند، اکثراً اعتماد خود را به خدا از دست داده‌اند و قادر نیستند در شرایط سخت به خدا اعتماد و توکل کنند (کرکپاتریک، ۲۰۰۵). آسیب‌های تحولی، شناختی، و هیجانی تأثیر انکارناپذیری در رشد و تحول معنوی و دینداری افراد می‌گذارند. در این فصل تأثیر فرایندهای تحول روانی در آسیب و یا سلامت معنویت افراد به طور مفصل مورد بحث و بررسی قرار گرفت. علاوه بر این، سنجش معنوی روانی افراد، لازمه به‌کارگیری مداخلات معنوی روانی شناخته شده است. همچنین مشخص شد که بدون سنجش معنوی مراجعان امکان تدوین یک برنامه درمانی موثر وجود ندارد.

نوع درمان‌های معنوی و چگونگی فرایند این مداخلات تابعی از اطلاعات است که روان‌درمانگران از سنجش اولیه و ثانویه مراجعان خود از لحاظ روانی، معنوی و دینداری بدست می‌آورند.

توصیف پایانی اصلی دیگر این است که چگونه می‌توان در مورد افرادی که نیاز به روان‌درمانگری ندارند و آسیب‌های جدی روانی و معنوی آنان را تهدید نمی‌کند یعنی دانشجویان و کسانی که مخاطب اصلی این کتاب هستند، مهارت‌هایی را آموزش داد که به سازگاری آنان کمک کند و این سازگاری باعث شود که افراد کارکرد خوبی در اجتماع، در زندگی تحصیلی و شغلی خود داشته باشند و از ابتلاء به آسیب‌های روانی مصون بمانند. بسیاری از مهارت‌های معنوی را می‌توان با بهره‌گیری از نظریه کل‌نگر و جامعی که مطرح شد و آموزه‌های ارایه شده در این فصل



برنامه‌ریزی و در این راستا به مراجعان آموزش داد، به نحوی که به سازگاری آنان کمک کند. از جمله این مهارت‌ها می‌توان به مهارت خودآگاهی معنوی، مطالعه کتابهای دینی- معنوی و مقدس، مشارکت در برنامه‌های خیریه و دینی- معنوی، نماز، مراقبه، نیایش، ذکر گفتن، مهارت صبر و توکل اشاره کرد که در دیگر بخش‌های این کتاب به تفصیل گفته خواهد شد.

### منابع فارسی

- سمنانی، علاءالدوله (۱۳۸۳). *مُصَنَّفَات فارسی*، تهران، انتشارات علمی و فرهنگی.
- قرآن کریم، ترجمه خرمشاهی، بهاء الدین (۱۳۷۶). تهران، انتشارات جامی.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Askin, H. Paultre, Y., White, R., & Van Ornum, W (1993, August). The quantities and qualitative aspects of scrupulosity. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Toronto.
- Batson, C.D., Schoenerade, P. A., & Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual: A social- psychological perspective*. New York: Oxford University Press.
- Belavich, T. Ci., & Pargament, K. I. (2002). The role of attachment in predicting spiritual coping with a loved one in surgery. *Journal of Adult Development*, 9(1), 1329-.
- Bergin, A. E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and metaanalysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 170184-
- Bergin, A. E., Masters, K. S., & Richards, P. S. (1987). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 197204-.
- Bergin, A. E., Stinchfield, R. D., Gaskin, T. A., Masters, K. S., & Sullivan, C. E. (1988). Religious life-styles and mental health: An exploratory study. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 9198-.

- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). New York: Wiley(4th ed.). New York: John Wiley, pp. 143189-. .E., & Garfield, S.L. (eds.). Handbook of Psychotherapy and Behavior Change
- Berkovits, E. ,(1979)With God in Hell: Judaism in the Ghettos and Death Camps. New York: Sanhedrin Press,
- Beutler, L.E., & Clarkin, J. F. (1990). Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions. New York: Brunner/Mazel.
- Byrd, K. R., & Boe. A. (2001). The correspondence between attachment dimensions and prayer in college students. International Journal for the Psychology of Religion. 11, 924-.
- Corbin, H. (1962).History of Islamic Philosophy. New York: Kegan Paul International: The Institute of Ismaili Studies.
- Cormier, L.S. and Hackney, H. (1987). The Professional Counselor: A Process Guide to Helping.Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Diller, G.(2006).The contribution of attachment security to religious quest orientation among Israeli Jews. Unpublished doctoral dissertation, Bar- Ilan University, Ramat Gan, Israel.
- Duncan, H. D., Eddy. J. P.,& Haney, C. W. (1981). Using religious resources in crisis intervention. Counseling and Values, 25, 178191-.
- Ellis, A.(1980).Psychotherapy and theistic values: A response to A.E.Bergin's "Psychotherapy and religious issues". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 635639-
- Ellis, A. (2000). Spiritual goals and spirited values in psychotherapy. Journal of Individual Psychology, 56, 277284-
- Emmons, R. A. (1999). The psychology of ultimate concerns. New York: Guilford Press
- Freud, S. (1961). The future of an illusion (J. Strachey, Trans). New York: Norton. (Original work published 1927)
- Ganje-Fling, M. A., & McCarthy, P. R. (1991). A comparative analysis of spiritual direction and psychotherapy. Journal of Psychology and Theology, 29, 103117-.

- Ganje-Fling, M.A. & P.M. Mc Carthy (1994). A comparative analysis of spiritual direction and psychotherapy. In: Andritzky, W. Hg. *Alternative Medizin und Psychotherapie. Jahrbuch für Transkulturelle Medizin und Psychotherapie 1992* (pp. 311328-) BerSeite 20 *Psychotherapie 4.Jahrg. 1999, Bd. 4, Heft 1* © CIP-Medien, Münchenlin: VWB-Verlag.
- Gorsuch, R. L. (1984). The boon and bane of investigating religion. *American Psychologist* 39:2281990 .36-. Measurement in psychology of religion revisited. *Journal of psychology and Christianity* 9: 8292-.
- Gorsuch, R. L. and Miller, W. R.(1999). *Assessing Spirituality. In Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*, edited by W. R. Miller, pp. 4764-. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Gorsuch, R. L. and Miller, W. R.(1999). *Assessing Spirituality. In Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*, edited by W. R. Miller, pp. 4764-. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Granqvist, P. & Hagekull, B. (1999). Religiousness and perceived childhood attachment: Profiling socialized correspondence and emotional compensation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 38(2), 254273-.
- Granqvist, P. & Hagekull, B. (2000). Religiosity, adult attachment, and why “single” are more religious. *International Journal for the Psychology of religion*, 10, 111123-.
- Granqvist, P., & Hagekull, B. (2003). Longitudinal predictions of religious change in adolescence: Contributions from the interaction of attachment and relationship status. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 793–817.
- Griffith, L., & Griffith, M. E.(2002). *Encountering the sacred in psychotherapy: Row to talk woth people about their spiritual lives.* New
- Hill, P. C. (1999). Giving religion away: what the study of religion offers psychology. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(4), 229249-
- Hill, P. C., & Gibson, N. J. S. (2008) Whither the roots?: Achieving conceptual depth in the psychology of religion. *Archive Fur Religions psychologies*, 30, 1935-.

- Hill, C. H, & Hood, R. W. (1999). Measures of religiosity. Birmingham, AL: ReligiousEducation Press.
- Hood, R., Jr., Hill, P. & Spilka, B. (2009). The psychology of religion: An empirical approach (4th ed.). New York: Guilford.
- In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, Research, and clinical applications (pp. 803822-). New York, NY: Guilford Press
- James, W. (1985). The varieties of religious experience. Cambridge, MA: Harvard University Press.(Original work published 1902)
- Jones, M. P. (1994).The implementation of the Gofer functional programming system. Research Report YALEU/DCS/RR-1030, Dept. of Comp. Sci, Yale Univ., New haven, Connecticut, May
- Jung, C. G. (1933). Modern Man in Search of a Soul. London: Kegan Paul Trench Trubner, (1955 ed. Harvest Books ISBN ISBN 0-15-661206-2).
- Jung, C. G. (1938). Psychology and Religion The Terry Lectures. New Haven: Yale University Press. (contained in Psychology and Religion: West and East Collected Works Vol. 11 ISBN 0-691-09772-0).
- Jung, C. G. (1944). Psychology and Alchemy (2nd ed. 1968 Collected Works Vol. 12 ISBN 0-691-01831-6). London: Routledge.
- Jung, C. G. (1947, revised 1954). On the Nature of the Psyche. 1988 ed. London: Ark Paperbacks. (contained in Collected Works Vol. 8)
- Kamal, M. (2006).Mulla Sadra's Transcendent Philosophy, Vermont, USA, Ashghate publishing Co.
- Kartner N , Hanrahan JW, Jensen TJ, Naismith AL, Sun SZ, Ackerley CA, et al. Cell. (1991) Expression of the cystic fibrosis gene in non-epithelial invertebrate cells produces a regulated anion conductance. Cell, 64, 681–691.
- Kirkpatrick, L.A., & Shaver, P.R. (1990). Attachment theory and religion: Childhood attachments, religious beliefs, and conversion. Journal for the Scientific Study of Religion, 29(3), 315334-.

- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1992). An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 266–275.
- Kirkpatrick, L. A. (1999) Attachment and religious representations and behavior.
- Kirkpatrick, L. A. (2005). *Attachment Evolution, and the psychology of religion*. New York, NY: Guilford Press.
- Koltko, M. E. (1990). How Religious beliefs affect psychotherapy: The example of Mormonism. *Psychotherapy*, 27, 132141-.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (Eds.). (2001). *Handbook of*
- Kraus, N. (2003) . Religious meaning and subjective well-being in late life. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, S160170-.
- Lambert, M., & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In Bergin,.
- Lazarus R. S. (1989). Constructs of the mind in mental health and psychotherapy. In a. Freeman, K, M. Simon, L,E. Beukler. & H Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 99- 121). New York: Plenum.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper. Lewin, K., Lippitt, R. & White, R. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created “social climates.” *Journal of Social Psychology*, 10(3),43–195.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy. Childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66104-.
- Martins, N. & Martins, E. (2003). ‘Organisational culture’, In Robbins, S.P, Odendaal A. & Roodt, G. (eds), *Organisational Behaviour: Global and Southern African Perspectives*. Cape Town: Pearson Education South Africa.
- May, R. (Ed.). (1961). *Existential psychology*. New York: Random House.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211–222.

- Mickly, J., Pargament. K. I., Cowell, B., Belavich, T., Btant, C., & Hipp, K. (1998). God and the search for meaning among hospice caregivers. *Hospice Journal*, 13, 118-.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007a). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Thoreson, C.E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58, 24- 35.
- Oman, D., & Thoresen, c. E. (2003). Spiritual modeling: A key to spiritual and religious growth? *International Journal for the Psychology of Religion*, 13, 149165-
- Orlinsky D.E., Grawe K. and Parks B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. . In Bergin A. E. and Garfield S.L. (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). (p. 270376-). New York, NY, John Wiley & Sons.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality?: Yes and no. *the International Journal for the Psychology of Religion*, 9, 316-
- Pargament, K. I., Trevino, K., Mahoney, A., & Silberman, I. (2007). They killed our Lord: The perception of Jews as desecrators of Christianity as a predictor of anti-Semitism. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46, 143158-.
- Pargament, K., Echemendia, R., Silverman, W., Johnson, S., & Snyder, S. (1983). The psychosocial climate of religious settings. *American Journal of Community Psychology*, 11, 351381-.
- Pargament, K., et al. (1987). Indiscriminate proreligiousness: Conceptualization and measurement. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 26, 182201-
- Park. C. L. (2005). Religion and meaning. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 295314-). New York: Guilford Press.

- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB (2001). **Handbook of Religion and Health**. New York, NY: Oxford University Press
- Richards, P. S. (1991). The relation between conservative religious ideology and principled moral reasoning: A review. *Review of Religious Research*, 32, 359- 368.
- Richards, P.S., & Potts, R. W. (1995). Using spiritual interventions in psychotherapy: Practices, Success, Failures, and ethical concerns of Mormon psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 163170-
- Richards, P.S., Smith S. A. and Davis L. F. (1989) Healthy and unhealthy forms of religiousness manifested by psychotherapy clients: An empirical investigation University of Minnesota, USA
- Robinson, J.P. and Shaver, P.R., 1973. In: (rev. ed.), *Measures of social psychological attitudes*, Survey Research Centre, Michigan.
- Rogers, C. R. (1951). *Client- central therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957) 'The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change', *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2): 95103-
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin Saroglou, V., Pichon, I., Tromett, L., Verschuren., M., & Dernelle, R.(2005). Prosocial behavior and religion: New evidence based on projective measures and peer ratings. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44, 323348-.
- Saroglou, V., Pichon, I., Trompette, L., Verschueren, M., & Dernelle, R. (2005). Prosocial behavior and religion; New evidence based on projective measures and peer-rating. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44, 323348-.
- Scott, P. R. & Bergin, A. E. (2006). *A spiritual strategy for counseling and, psychotherapy (2nd)*. Washington, DC. American psychological Association.
- Siegel, K. Schrimshaw, E. W & Pretter, S. (2005). *Stress-Related Growth Among Women Living with HIV/AIDS: Examination of an Explanatory Model*. *Journal of Behavioral Medicine*, 28. (5).

- Spilka, B. (1970). Images of man and dimensions of personal religion: Values for an empirical psychology of religion. *Review of religious Research*, 11, 171- 182.
- Spilka, B. (1976). The complete person: Some theoretical views and research findings for a theological- Psychology of religion. *Journal of Psychology and Theology*. 4, 1524-.
- Spilka, B., Hood, R. W., Jr., & Gorsuch, R. L. (1985). *The psychology of religion: An empirical approach*. Englewood cliffs. NJ: Prentice- Hall.
- TenElshof, J. K., &Furrow, J., & Furrow. J. L. (2000). The role of secure attachment in predicting spiritual maturity of students at a conservative seminary. *Journal of Psychology and Theology*, 28, 99108-.
- Wulff, D. M. (1997). *Psychology of religion: Classic and contemporary views* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Young, J. E. (1993). *The schema diary*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.



فصل پنجم

# مهارت خودآگاهی معنوی

باقر غباری بناب، رویا راقبیان

## اهداف آموزشی این فصل

- خودآگاهی را تعریف کنید.
- ارتباط بین خودآگاهی و معنویت را توضیح دهید.
- تاثیر خودآگاهی معنوی را بر سلامت را توضیح دهید.
- تاثیر معنویت بر سلامت را تشریح کنید.
- جایگاه خودآگاهی و معنویت در فعالیت های پیشگیری را بدانید.
- چند راه تقویت خودآگاهی معنوی در خانواده را توضیح دهید.

## ■ مقدمه

شناخت خود و آگاهی از ویژگی‌های مختلف خود، یکی از نیازهای مهم انسان است که به او کمک می‌کند تا زندگی خود را بر اساس آن چه خود مایل است، هدایت کند. با توجه به ابعاد مختلف وجودی انسان، خودشناسی فرآیندی پیچیده و دشوار است. هدف این فصل، آشنایی با مهارت خودآگاهی<sup>۱</sup> و ارتباط آن با یکی از ابعاد اساسی و مهم انسان قرن بیست و یک، یعنی معنویت است. سپس، به بررسی راه‌های ارتقای خودآگاهی و معنویت در خانواده و نقش کلیدی والدین پرداخته می‌شود.

## ■ خودآگاهی

خودآگاهی، توانایی توجه به خود و ویژگی‌های مختلف شخصی است که با استفاده از این مهارت، فرد به صورت یک مشاهده‌گر، خود را مورد بررسی قرار می‌دهد و اطلاعات شخصی خود را پردازش می‌کند. **خودآگاهی توانایی مشاهده‌گر بودن خود است.** با استفاده از این توانایی، انسان‌ها می‌توانند در طی فعالیت‌های روزانه به احساسات و افکار خود توجه داشته باشند و از نقش آنها در تصمیم‌گیری‌ها و اعمال‌شان آگاه شوند. به عنوان مثال، هنگامی که به صحبت‌های

دوست‌تان که از کارش شکایت می‌کند، می‌پردازید، ممکن است در بدن خود تنش و انقباض‌هایی احساس کنید، به کار او انتقادهایی بکنید، راهنمایی‌ها و توصیه‌هایی برای او در ذهن‌تان بیاید و از ناراحتی او متاثر شوید. این واکنش‌ها به این معنی است که شما به ناراحتی دیگران اهمیت می‌دهید، به حرف‌ها و درد دل‌های او گوش می‌کنید، و فردی حساس به مشکل دیگران هستید. همین که این حالات را در مورد خود بدانید دارای خود آگاهی روانی هستید. پس در این مثال می‌بینید مهارت خودآگاهی، به انسان این توانایی را می‌دهد که احساسات، انگیزه‌ها، حالت‌ها، و شرایط منطقی و غیرمنطقی و دیگر رفتارهای خود را بداند و از آنها آگاه باشد. مسلم است با چنین آگاهی‌هایی احتمال انجام تصمیم‌های تکنانشی و غیرمنطقی اندک خواهد بود.

### انواع خودآگاهی

از آن جایی که خود، شامل ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌شود، مسلم است که خودآگاهی نیز به ابعاد زیر قابل تقسیم است:

- خودآگاهی جسمی
- خودآگاهی روانی
- خودآگاهی اجتماعی
- خود آگاهی معنوی.

### خودآگاهی جسمی

خودآگاهی جسمی، آگاهی از ویژگی‌های مختلف جسمی خود و نقش آنها در رفتارها و اعمال فرد است. علاوه بر این، خودآگاهی جسمی، شامل شناخت عمیق انسان از ویژگی‌های مختلف جسمانی و ظاهری خود نیز هست. از جمله:

- ویژگی‌های مختلف ظاهری: رنگ پوست، چشم، قد، وزن،
- بیماری و درد،
- نیازهای جسمی از جمله گرسنگی، خستگی، خواب،
- تنش و انقباض‌های عضلانی.

یکی از دلایلی که بعضی از بیماری‌ها به موقع تشخیص داده نمی‌شود، آن است که افراد به بدن خود بی‌توجه و ناآگاه‌اند و نشانه‌های بیماری و تغییرات جسمی خود را تشخیص نمی‌دهند؛ به همین دلیل به پزشک نیز مراجعه نمی‌کنند تا زمانی که بیماری پیشرفت می‌کند و شدت علائم و نشانه‌های بدنی افزایش می‌یابد.

گاهی اوقات، افرادی که به مشاغل پرفشار می‌پردازند آنقدر درگیر برنامه‌های کاری می‌شوند که به نیازهای جسمی خود رسیدگی نمی‌کنند از جمله خواب، خوراک و استراحت؛ به همین دلیل، دچار مشکلات و بیماری‌هایی می‌شوند که سلامت و کیفیت زندگی آنان را به خطر می‌اندازد.

### خودآگاهی روانی

یکی از مهمترین موضوعاتی که در زمینه خودآگاهی وجود دارد، در حوزه روانی است. هر انسانی، ویژگی‌های روانی متعدد و متفاوتی دارد که او را از دیگران متمایز می‌کند. آگاهی افراد از خصوصیات منجر به فرد روانی از بروز مشکلات و آسیب‌های روانی و اجتماعی پیشگیری می‌کند. به همین دلیل است که خودآگاهی نقش بسیار تعیین کننده‌ای در سلامت و کیفیت زندگی انسان‌ها دارد. اجزای خودآگاهی روانی شامل:

- ویژگی‌ها و خصوصیات شخصیتی مانند درون‌گرایی، برون‌گرایی
- ارزش و ارزش‌مندی خود (عزت نفس)
- احساسات و هیجان‌های مثبت و منفی
- نقاط قوت و ضعف
- اهداف و آرزوها
- خواسته‌ها و نیازها
- عادت‌ها و علایق
- سرگرمی / لذت و تفریح
- ارزشها، باورها، عقاید، افکار و ...

### خودآگاهی اجتماعی

خودآگاهی نه تنها آگاهی از ویژگی‌های جسمی و روانی بلکه، آگاهی از ابعاد مختلف اجتماعی نیز می‌شود. میزان شناخت و اطلاعاتی که فرد از نقش‌ها و انتظارات اجتماعی خود و همچنین از ارتباطات خود دارد، در این مقوله می‌گنجد.

موارد متعدد دیگری نیز در خودآگاهی اجتماعی قرار دارند از جمله:

- پایگاه اجتماعی، اقتصادی و سیاسی
- قومیت
- نقش‌های خانوادگی، فامیلی و اجتماعی
- مسئولیت‌های خانوادگی، فامیلی و اجتماعی

- شغل
- مهارت‌ها و توانایی‌های ارتباطی و اجتماعی
- فرهنگ
- آداب و رسوم
- تعصب‌ها و پیشداوری‌ها و ...

خودآگاهی اجتماعی نه تنها موارد بالا را شامل می‌شود، بلکه شامل احساسات و نگرش‌ها نسبت به هر یک از موارد بالا نیز می‌شود. به عبارت دیگر، نه تنها قومیت جزئی از خودآگاهی اجتماعی است بلکه احساسات و نگرش‌هایی که فرد نسبت به قومیت خود دارد را نیز شامل می‌شود؛ از جمله احترام یا افتخاری که فرد نسبت به قومیت خود و یا احساس تعلقی که نسبت به افراد هم‌قوم خود دارد.

### خودآگاهی معنوی

یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که در خودآگاهی مطرح است، ابعاد معنوی خود و شناخت و آگاهی از آنهاست. همان‌طور که قبلاً گفته شد انسان موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است. با این حال، عموماً کمتر به موضوعات معنوی و اهمیت آنها در زندگی پرداخته شده است.

در خودآگاهی معنوی، موضوعات بسیار اساسی مطرح می‌شوند از جمله:

- مذهب و عقاید دینی فرد
- ارزش‌ها و استانداردهای اخلاقی
- معنای زندگی
- مقصود زندگی
- باور نسبت به خداوند
- باور نسبت به جهان دیگر و ...

#### تمرین



برگه سفیدی را- برگه خودآگاهی- برداشته در همین حال که در حال مطالعه هستید چند حالت یا ویژگی را از خودتان بنویسید. حالت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی. هر چه بیشتر و دقیق‌تر بنویسید خودآگاهی بیشتری دارید.

## اهمیت خودآگاهی

خودآگاهی نقش مهمی در زندگی انسان دارد. سلامت، رضایت و موفقیت هر فردی تا حد بسیار زیادی به میزان خودآگاهی وی بستگی دارد. چگونه ممکن است کسی به موفقیت دست یابد و نداند که هدف او در زندگی چیست؟ چگونه ممکن است فردی بتواند هیجان‌ها و احساسات خود را به نحو صحیح هدایت و مدیریت کند، زمانی که اصولاً متوجه هیجان‌های خود نمی‌شود؟ چگونه ممکن است فردی بتواند به شادی و احساسات مثبت دست یابد، زمانی که نمی‌داند علایق و لذت‌های او در چیست؟ به همین ترتیب، می‌توان سوال‌های متعدد دیگری مطرح کرد. زمانی می‌توان از توانایی‌ها و استعداد‌های مختلف خود در زندگی بهره برد که فرد ابتدا خود را به درستی بشناسد و از ویژگی‌های خود در اطلاع باشد. شاید خلاصه‌ترین مطلبی که در اهمیت خودآگاهی می‌توان گفت آن است که اگر خودت را شناختی، خدای خودت را نیز می‌شناسی.

اهمیت خودآگاهی را به شرح زیر می‌توان خلاصه کرد:

- شناخت احساسات و هیجان‌ها به فرد کمک می‌کند تا بتواند به موقع از مکانیزم‌های مقابله‌ای استفاده کند،
- شناخت احساسات و هیجان‌های فردی، کمک می‌کند تا درک و فهم شخص از دیگران افزایش یابد و بتواند با آنان همدلی کند،
- آگاهی از احساسات و هیجان‌ها و توانایی مدیریت صحیح آنها کمک می‌کند تا فرد بتواند اختلافات و تعارض‌های خود را به درستی حل کند،
- شناخت احساسات و هیجان‌ها و مدیریت صحیح آنها کمک می‌کند تا فرد دچار تصمیم‌گیری‌های احساسی نشود و تصمیم‌های درستی در زندگی اتخاذ کند،
- شناخت لذت، سرگرمی و تفریح‌ها، کمک می‌کند تا فرد بتواند برای مقابله با هیجان‌های منفی و ایجاد هیجان‌های مثبت از آنها استفاده کند،
- شناخت اهداف زندگی کمک می‌کند تا فرد بتواند تصمیم‌گیری‌های صحیح انجام دهد،
- شناخت خصوصیات مثبت به افزایش و بهبود عزت نفس فرد کمک می‌کند،
- شناخت خصوصیات منفی، کمک می‌کند تا فرد بتواند با اقدام به برطرف کردن آنها به رشد خود ادامه دهد،
- شناخت آرزوها و رویاهای فرد به او کمک می‌کند تا بتواند مسیر خود را در زندگی تعیین کند،
- عزت نفس قوی به فرد کمک می‌کند تا سلامت روان بالاتری داشته باشد،

- خودکنترلی<sup>۱</sup> به فرد کمک می‌کند تا احساسات و هیجان‌های خود را به درستی تنظیم کند.
- خودارزیابی کمک می‌کند تا اهداف، فعالیت‌ها و برنامه‌های شخص مبتنی بر ویژگی‌های واقعی وی باشد.
- شناخت ارزش‌ها به شخص کمک می‌کند تا چارچوب مشخصی برای زندگی خود داشته باشد و کمتر تحت تاثیر وسوسه‌ها و پیشنهادات دیگران قرار بگیرد.
- معنا و هدف زندگی، به شخص کمک می‌کند تا هدف‌ها و برنامه‌های خود را مبتنی بر مسیر واقعی خود تنظیم کند.

مهارت خودآگاهی به انسان کمک می‌کند تا بتواند از همه توانایی‌ها و مهارت‌های شخصی خود، به درستی استفاده کند. به عبارت دیگر، چنان چه توانایی خودآگاهی فرد ضعیف باشد، قادر نخواهد بود از سایر توانایی‌ها و مهارت‌های خود-از جمله توانایی معنوی خود- استفاده مناسب کند.

### ■ اهمیت معنویت در خودآگاهی

نکته بسیار مهم آن است که خودآگاهی معنوی اهمیت بسیار زیادی نسبت به خودآگاهی‌های دیگر دارد؛ چرا که خودآگاهی معنوی، ابعاد دیگر را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. فردی که اعتقادات دینی و معنوی ویژه و قوی دارد، در مقایسه با فردی که کمتر به ابعاد معنوی می‌پردازد، در ابعاد و ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری تفاوت دارد. زیرا، معنویت تاثیر بسیار عمیق، گسترده و اساسی بر انسان می‌گذارد و تفاوت‌های افراد از این نظر، منجر به تفاوت‌های بسیار اساسی‌تر آنان خواهد شد. سوالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که چگونه تفاوت افراد از نظرو ویژگی‌های معنوی منجر به تفاوت‌های اساسی آنان در ویژگی‌های روانی و اجتماعی خواهد شد؟ هر چند که در فصل‌های پیشین و در بحث از دین و معنویت، به این مهم پرداخته شده بود؛ اما در این قسمت در مورد خودآگاهی به این ویژگی‌های معنوی و نقش خودآگاهی صحبت خواهد شد.

از آن جایی که موضوعات بسیار مهم و تعیین‌کننده‌ای در خودآگاهی معنوی وجود دارد؛ مانند ارزش‌ها و استانداردهای اخلاقی، باور نسبت به خداوند و جهان دیگر، روشن است که تفاوت‌های اساسی در سایر ابعاد وجودی انسان مطرح می‌شود. به عنوان مثال، فردی را در نظر بگیرید که

---

1 self-control

استانداردهای اخلاقی بسیار بالایی برای خود دارد، چنین استانداردهای اخلاقی آیا تاثیری بر رفتار، باورها، اعمال و فعالیت‌های او در حوزه‌های فردی، خانوادگی، فامیلی، و اجتماعی خواهد شد. فرد دیگری را در نظر بگیرید که به ارزش‌های والای انسانی مانند صداقت، وفاداری، و امانت‌داری پای‌بندی بسیار دارد آیا ارزش‌هایی که وی به آن معتقد است تاثیری بر تفکر، اعمال و فعالیت‌های او در حوزه‌های فردی و اجتماعی خواهد داشت؟ چنین فردی اگر به خوبی بر این ویژگی‌ها آگاه باشد:

- چگونه خود را تعریف می‌کند؟
  - ملاک‌های ارزشمندی خود را چه می‌داند؟
  - به هنگام سختی‌ها چه می‌کند؟
  - چه میزان احتمال دارد که به رفتارهای پرخطر و ناسالم بپردازد؟
  - باور وی نسبت به سختی‌ها و رنج‌های زندگی چگونه است؟
  - عادت‌های این فرد چگونه است؟
  - لذت‌های این فرد چگونه است؟
  - تفریح‌های این فرد چگونه است؟
  - هیجان‌های منفی خود را چگونه بروز می‌دهد؟ چه رفتارهایی را کمتر انجام می‌دهد؟
  - چنین فردی چگونه احساسات و هیجان‌های مثبت تجربه می‌کند؟
  - فردی که چندان پایبند به ارزش‌های والای انسانی نیست، در پاسخ به سوال‌های بالا چگونه عمل می‌کند؟
- همان‌طور که می‌بینید، حوزه‌های معنوی وجودی انسان به شدت بر سایر ابعاد زندگی او مسلط و تاثیرگذارند. به همین دلیل، آگاهی انسان از بعد معنوی و بهره‌گیری از آن از اهمیت چشمگیری برخوردار است.

### نیاز به معنویت و کارکرد آن در زندگی

معنویت، نیاز اساسی انسان است. نیازی است که به کلیه ابعاد انسان جهت و معنی می‌بخشد. بدون معنویت، انسان همانند کشتی بدون لنگر و سکان است که در دریایی متلاطم قرار دارد. نه مقصدی دارد و نه مسیر روشنی و امواج او را به هر طرف می‌کوبند.

نیاز انسان به معنویت بنا به دلایل متعدد و متفاوتی است از جمله:



- نیاز به معنا، و معنا در زندگی
- نیاز به امنیت و ایمنی از خطرات
- نیاز برای ارتباط با خداوند و تجربه این رابطه
- نیاز برای دادن و گرفتن عشق واقعی
- نیاز برای آرامش و پذیرش
- نیاز برای تسلی و آرامش هنگام سختی‌ها و فقدان
- نیاز به احساس ارزشمندی و تسلط بر سرنوشت خود و ...

همان‌طور که مشاهده می‌شود، بدون معنویت، انسان معنایی برای زندگی خود و سختی‌های آن ندارد. بدون معنویت، احساس امنیت معنایی ندارد و همین‌طور آرامش و پذیرش سختی‌های زندگی. معنویت به زندگی امنیت، آرامش، معنا و جهت می‌دهد. هنگامی که معنویت در افراد ضعیف شود، یا چارچوب معنایی و نظام ارزشی و اعتقادی وی دچار مشکل گردد، علایم و حالت‌های روانی منفی در او مشاهده می‌شود که معمولاً به صورت‌های زیر خود را نشان می‌دهد:

- گریه
- احساس گناه
- از دست دادن اعتماد
- احساس جدا شدن از خداوند
- اضطراب شدید تا متوسط
- خشم و عصبانیت نسبت به دیگران و ...

فردی که این حالات را تجربه می‌کند، بحران اساسی در نظام معنوی وی ایجاد شده است و به همین دلیل دچار پریشانی شده و به مشاوره‌های معنایی و معنوی نیاز دارد. ممکن است این سوال در ذهن ایجاد شود که مگر معنویت چه کارکردی در زندگی شخص دارد که فروریختن آن چنین پریشانی ایجاد کند؟ برای پاسخ دادن به این سوال بهتر است قبل از هر چیز به کارکردهای معنویت در زندگی انسان که به دفعات به آن اشاره شده به صورت خلاصه بپردازیم.

کارکردهای معنویت را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد:

- ایجاد معنی در زندگی،
- ایجاد مقصود و غایت در زندگی،
- احترام به شأن و جایگاه انسان،
- ایجاد امید و احساسات مثبت،
- ارتقاء و بهبود مقابله‌های فرد،
- افزایش ارتباطات اجتماعی مثبت.

آگاهی از کارکردهای معنویت یا **خودآگاهی معنوی**، آثار عمیق و گسترده‌ای در زندگی انسان دارد که در اینجا به تفصیل به آن می‌پردازیم:

### ۱. ایجاد معنی در زندگی

معنا، واقعیت غیرمادی است که بدان وسیله انسان وجودش را در این جهان تبیین می‌کند. داشتن معنا در زندگی، با کارکردهای مثبت زیادی همراه است از جمله: رضایت از زندگی، لذت از کار، خوشبختی، عواطف و احساسات مثبت همچون امید. همچنین، زندگی با معنا داشتن با سلامت جسمی و بهزیستی عمیق همراه است. هرچه معنا در زندگی بیشتر باشد، مشکلات و بیماری‌های روانی کاهش می‌یابد. همچنین، بین داشتن معنی در زندگی با کاهش آسیب‌های روانی و اجتماعی از جمله خودکشی و مصرف مواد رابطه وجود دارد.

پژوهش‌ها و تحقیقات نشان داده‌اند چهار نوع از تجارب انسانی به ایجاد معنی در زندگی می‌انجامد که به شرح زیر می‌باشند:

- مقصد و مقصود زندگی- زمانی انسان احساس می‌کند در زندگی خود مقصود و هدفی دارد که فعالیت‌های فعلی او با اهداف آینده وی در ارتباط باشد.
- نیاز به اثربخشی<sup>۱</sup> فعالیت‌ها و کارهای خود- وقتی انسان‌ها بر پیامد کارها و فعالیت‌های زندگی خود تسلط دارند، احساس کنترل بر فعالیت‌ها و زندگی خود می‌کنند.
- احساس ارزشمندی- زمانی که مردم احساس کنند که رفتارهای شان بر اساس استانداردهای اخلاقی است، احساس ارزشمندی می‌کنند.

• انسان‌ها دوست دارند که دیگران، آنها را افرادی دارای خصیصه‌های مطلوب انسانی بدانند.

نکته بسیار مهم آن است که افراد معنوی به استناد نگرش خود نسبت به زندگی و نیز پیوندهای اجتماعی و روابط انسانی، هدفمندی، کارایی، ارزش و ارزشمندی مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند.

## ۲. ایجاد مقصود و غایت در زندگی

اعتقادات و باورهای معنوی به انسان‌ها کمک می‌کند تا بدانند زندگی و اتفاقات آن بی‌معنی و بی‌هدف نیستند بلکه علت و غایتی دارند. پذیرش این موضوع برای زندگی، به خصوص در زمان رخدادهای سخت زندگی، مقابله با چنین شرایطی را بسیار آسان می‌کند؛ زیرا آنان معتقداند غایت و مقصود خاصی در زندگی وجود دارد که فراتر از مادیات است.

علاوه بر این داشتن معنویت و خودآگاهی از چنین داشته‌ای اثرات متعددی در زندگی ایجاد می‌کند که در این جا به آن اشاره می‌شود:

- ایجاد آرامش عمیق در ذهن انسان
- هدفمند بودن اتفاقات و رویدادها
- پذیرش نسبت به اتفاقات
- مثبت نگاه کردن به رویدادهای منفی

### تمرین



با تمرینی فردی یا گروهی اینکه کدامیک از این ویژگیهای معنوی را دارید - به ویژه در یک ماهه گذشته به آن توجه کرده یا عملی کرده اید- این موارد را برای خود یا دیگری مورد بحث قرار دهید و بنویسید تا چه حد چنین مواردی را دارید؟ تا چه حد به این داشته‌ها آگاه بوده و از آن در زندگی روزمره بهره می‌گرفته اید؟

به خاطر داشته باشیم که بسیاری از افراد هنگامی که با مشکل روبه رو می‌شوند، واکنش‌های منفی زیر را نشان می‌دهند:

- سرزنش خود و دیگران،
- پیدا کردن مقصر،
- یافتن ریشه های مشکل،
- کفر و ناسزا گفتن به شرایط، روزگار، اوضاع و احوال،
- فرار از مشکلات، به علت احساسات ناخوشایندی که ایجاد شده است،
- جا به جایی احساسات (خالی کردن مشکلات و ناراحتی خود بر سر دیگران)،
- تسلیم، ترس، استیصال، درماندگی و ناامیدی،
- استفاده از مواد و رفتارهای ناسالم برای تسکین و آرامش خود و ...

همان طور که مشاهده می‌کنید، روش‌های ناسالم بالا، جز آن که فرد را دچار مشکلات بیشتری کند، نتیجه دیگری نخواهد داشت. مهم‌ترین مرحله حل مسئله همین پذیرش مشکل است. اولین مرحله حل مسئله آن است که فرد مشکل را بپذیرد و مراقب باشد در دام برخوردهای اشتباه بالا قرار نگیرد. نکته مهم آن است که معنویت و اعتقاد به باورهای معنوی، و آگاهی، شناخت و تسلط بر چنین حالتی - **خودآگاهی معنوی** - پذیرش عمیقی نسبت به مشکلات ایجاد می‌کند. در نتیجه، فرد با مشکلات خود روبه رو می‌شود و احتمال آن که بتواند آنها را به درستی حل کند، به شدت افزایش می‌یابد.

### ۳- احترام به شان و جایگاه انسان

افرادی که اعتقادات معنوی دارند، انسان را در جایگاه رفیعی می‌بینند. آنان برای هر انسانی حرمت و احترام خاصی قائل‌اند. در دیدگاه‌های معنوی و غیرمادی، احترام و شأن انسان‌ها وابسته به جایگاه، پُست، سواد، زیبایی و ثروت آنان نیست. از آن جایی که ارزش انسان در چنین دیدگاه‌هایی وابسته به هیچ عاملی نیست، دلیلی ندارد که انسان‌ها نگران از دست دادن شأن و جایگاه خود باشند. زیرا، آنان همیشه و در همه حال ارزشمنداند. نتیجه نهایی، آرامش عمیق افراد معنوی است. از این رو، انسان‌های معنوی، عزت نفس بالاتری تجربه می‌کنند و مسلم است چنین افرادی در سختی‌ها و ناملایمات زندگی کمتر صدمه خورده و بهتر قادر به مقابله با شرایط سخت خواهند بود.

تعالیم و آموزش‌های معنوی به صورتی است که فضایی سرشار از مهربانی، احترام، مراقبت، همدلی و توجه به انسان‌ها ایجاد می‌کند. روشن است که داشتن چنین ویژگی‌هایی و مهم‌تر از آن داشتن **آگاهی** از آن و به کار بردن آن در زندگی به رشد انسان و افزایش حمایت اجتماعی در زمان بحران و استرس کمک بسیاری خواهد کرد.

#### ۴. ایجاد امید و احساسات مثبت

اعتقادات معنوی باعث احساسات و هیجان‌های مثبت زیادی از جمله "امید" می‌شود. افراد معنوی معتقد به نیروی فراتر از انسان در عالم هستند که سررشته امور را در دست دارد، از این رو، در کارها و فعالیت‌های زندگی به وی امید دارند. امید به این که بتوانند به آن چه مایل‌اند دست یابند و از آن چه که نامطلوب می‌دانند، بپرهیزند. وجود چنین احساسات مثبت از جمله امید، نقش مهمی در سلامت روان این افراد دارد.

#### ۵. ارتقاء و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای

آگاهی از وجود دیدگاه‌های معنوی و نگرش‌های مثبت و معنادار در مورد حوادث و بحران‌های زندگی و به کارگیری به موقع آنها، به ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای و کیفیت آنها می‌انجامد. دلیل ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای از این راه متعدد است که برای پرهیز از تکرار در اینجا به آن پرداخته نمی‌شود.

#### ■ رابطه خودآگاهی، معنویت و سلامت

خودآگاهی، معنویت و سلامت ارتباط تنگاتنگی دارند. همان‌طور که قبلاً گفته شد هم خودآگاهی و هم معنویت، با مقابله‌های سالم، دیدگاه‌ها و باورهای مثبت، و حمایت اجتماعی در ارتباط‌اند که در کنار یکدیگر به سلامت و پیش‌گیری از بیماری‌ها می‌انجامند. ولی، سوالی که در این جا مطرح می‌شود این است که چگونه این امر تحقق می‌یابد؟ آیا ارتباط بین این سه عامل، ناگهان و یک دفعه صورت می‌گیرد یا در طی مراحل رخ می‌دهد؟

در این زمینه دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد که در این جا الگوی مرحله‌ای از رشد خودآگاهی و معنویت و ارتباط آن با سلامت ارائه می‌شود. جدول ۱، این مراحل را به خوبی نشان می‌دهد.

در ابتدا، خودآگاهی وجود ندارد و انسان‌ها مانند کودکی نابالغ بر اساس آن چه دوست دارند یا دوست ندارند، عمل می‌کنند. مسلم است که خودآگاهی در این مرحله بسیار ضعیف و در حد آگاهی از دوست داشتن‌ها و دوست نداشتن‌هاست. در این مرحله، معنویت رشد نیافته است، مانند کودکی که بدون توجه به معنویات و استانداردهای اخلاقی به تأمین خواسته‌های خود می‌پردازد. در واقع، فقدان خودآگاهی باعث می‌شود فقط بر اساس علایق و نفرت‌های خود عمل شود که مسلماً، وضعیت رشد نیافته‌ای است.

## جدول ۱. مراحل خودآگاهی، معنویت و سلامت

مرحله	توصیف	ویژگی‌های روانی	وضعیت روانی
۰	ناآگاهی	ناپخته، تمایل به ارضای سریع نیازها	کودک مانند
۱	بالغ معمولی	هدمند، شناخت خودمدارانه، توانا در به تاخیر انداختن نیازها برای پرهیز از هیجان‌های منفی (اضطراب، خشم، تنفر و ...)	بالغ
۲	فراشناخت	بالغ، آگاه از تفکرات ناخودآگاه، آرام و صبور، قادر به نظارت بر تعارضات و روابط	والد مانند
۳	تامل	آرامش بی حد، آگاه، خردمند، خلاق، با محبت، توانا در دست‌یابی به آنچه قبلاً ناخودآگاه بوده بدون تلاش و ناراحتی	بهبزستی

**مرحله اول خودآگاهی،** همانند یک فرد بالغ معمولی است. یک فرد بالغ معمولی بر اساس شناخت‌ها این توانایی را دارد که برای دست‌یابی به اهداف شخصی، ارضای نیازهای خود را به تعویق بیندازد. ولی در این مرحله، فرد خودمدار است و هنگام دلبستگی و سایر نیازهای خود دچار ناکامی می‌شود. به همین دلیل، در شرایط عادی کارکردهای خوب وعادی دارد ولی تحت استرس، دچار مشکل می‌شود.

**مرحله دوم خودآگاهی،** مانند یک فرد عادی است که همانند یک والدِ خوب عمل می‌کند. چنین فردی دیگرمدار است، به نیازهای خود و سایر افراد و نیازهای کودکان توجه دارد. به ارضای نیازهای خود فکر می‌کند. می‌تواند متوجه افکار ناخودآگاه خود شود و دیگران را نیز درک می‌کند. به همین دلیل، شخص در مرحله فراشناخت است. چنین فردی، نه تنها دچار تفکر دوقطبی نیست بلکه دارای انعطاف‌پذیری ذهنی هم هست و در ارضای نیازها می‌تواند بدون قضاوت و سرزنش هم به خود و هم به دیگران فکر کند.

**مرحله سوم خودآگاهی** را مرحله تامل می‌گویند. زیرا، ادراک فرد او را هدایت می‌کند و نه تنها متوجه افکار خود می‌شود بلکه می‌تواند به طرحواره‌های خود نیز دست پیدا کند. منظور از طرحواره‌ها، ساختارهای شناختی هستند که توجه فرد را تنظیم می‌کنند و چارچوبی فراهم می‌کنند تا بر آن اساس، انتظارات، نگرش‌ها و رویدادهای زندگی فرد، تفسیر شوند. آگاهی مستقیم از طرحواره‌ها، این امکان را فراهم می‌کند تا مفروضه‌های اساسی قبلی فرد زیر سوال بروند و در

نتیجه، شخصیت فرد یکپارچه شود. آن چه به دنبال این وضعیت رخ می‌دهد، چالش بیشتر فرد با مشکلات زندگی است.

در واقع، مرحله صفر، مرحله بیداری است که کمک می‌کند فرد بتواند آن چه لذت بخش است را تشخیص دهد. همانند یک کودک خوشحال که از به دست آوردن آن چه دوست دارد، شاد می‌شود. هرچه در مراحل خودآگاهی بالاتر رود، و بیشتر خود را بشناسد و از خود، آگاه شود، توجه وی به دیگران و نیرویی برتر از انسان افزایش می‌یابد. به دنبال افزایش خودآگاهی و توجه به حالت‌های معنوی، بهزیستی روانی ارتقا می‌یابد که باعث افزایش سطح کیفیت زندگی و هیجان‌های مثبت می‌شود.

همان طور که مشاهده می‌شود، خودآگاهی، معنویت و سلامت و به زیستی، ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارد و معنویت نقش مهمی در رشد سلامت و به زیستی افراد ایفا می‌کند. به همین دلیل مداخلات روان‌شناختی نیز سعی می‌کنند امید، تسلط، بخشش، مهربانی و اعتقاد به نیرویی برتر از خود را در افراد تقویت کنند.

### ■ خودآگاهی و محاسبه نفس

یکی از موضوعاتی که در روایات اسلامی بر آن بسیار تأکید گردیده و علمای اخلاق درباره‌اش بسیار بحث کرده‌اند، مسأله «محاسبه نفس» است. اینکه هر کس باید از خود حساب بکشد و دست کم، در هر شبانه روز، یک بار خود را محاسبه کند. به دلیل رابطه تنگاتنگی که در خودآگاهی و خودآگاهی معنوی با محاسبه به ویژه محاسبه اسلامی دیده می‌شود به نکاتی در این زمینه کوتاه اشاره می‌شود.

■ امام جعفر صادق (ع) می‌فرماید: بر هر مسلمانی که ما را می‌شناسد، لازم است که در هر روز و شب، اعمالش را بر خود عرضه بدارد و از نفس خود حساب بکشد؛ اگر کار خوبی در آنها یافت، بر آن بیفزاید و اگر کار زشتی یافت، طلب بخشایش نماید تا در قیامت یا در آخرت دچار رسوایی نگردد.

■ نکته مهم اینکه از نظر مسلمانان یکی دیگر از نام‌های روز قیامت «یوم الحساب» است. و به آن این ارزش داده شده که اگر انسان توجه نداشته باشد که روزی به کارهایش رسیدگی می‌شود و از او حساب می‌کشند، احساس مسؤولیت نمی‌کند و به فکر نمی‌افتد که به کارهایش سرو سامانی بدهد، کاری را ترک کند یا به کاری همت گمارد. بدین رو توسط بسیاری از علمای اخلاق و عرفان محاسبه نفس که خود ترکیبی از خودآگاهی و تربیت و سازندگی نفس است توصیه شده است.

### ■ محاسبه چهار مرحله دارد:

- اول **مشارطه** است؛ یعنی، **صبح انسان با خودش شرط کند** که آن روز، وظایفش را به خوبی انجام دهد و از گناهان نیز بپرهیزد.
- دوم **مراقبه** است؛ یعنی، در طول روز **مراقب خود و اعمالش** باشد تا از آنچه با خود عهد کرده تخطی نکند.
- سوم **محاسبه** است، که در آخر شب، به **حساب کارهای خود** برسد؛ بررسی کند که چه مقدار به وظایف خویش عمل کرده و چه مقدار کوتاهی داشته است.
- چهارم **معاتبه** است. (برخی این مرحله را در محاسبه ذکر کرده‌اند) یعنی، اگر انسان در محاسبه متوجه اشتباهاتی در رفتارش شد، بر خود عتاب کرده و **خود را تنبیه** کند تا لغزش‌هایش جبران شود.

بدون تردید خواسته این فصل نیز از مریبان و خوانندگان اینست که همچون اهداف و روشهای محاسبه این فصل نیز موجب شناخت مفاهیم و روشهای خودآگاهی و سپس به تدریج و در آموزشهای بعدی **موجب تغییر و تحول و تعالی شخصیتی و معنوی افراد گردد.**

### ■ آموزش خودآگاهی معنوی در خانواده

با توجه به تأثیرات شگرف معنویت در سلامت و به زیستی انسان و با توجه به اهمیتی که در خودآگاهی انسان دارد، ضروری است که در روابط خانوادگی و آموزش‌های مستقیم و غیرمستقیم به فرزندان، به این مهم مورد توجه قرار گیرد. افرادی که تکالیف دینی و معنوی را زندگی خود انجام می‌دهند، مشکلات کمتری در خانواده خواهند داشت که دلیل آن می‌تواند موارد زیر باشد:

- رضایت و توافق از بیان ارزش‌ها و اعتقادات دینی
  - باورهای مشترک نسبت به پول، رابطه جنسی، سقط جنین، مصرف مواد و روابط
  - الگو قرار دادن زندگی پیامبران و بزرگان
- معنویت و مذهب از جمله مسائلی است که علاوه بر والدین و زوج‌های جوان، مورد نیاز کودکان و نوجوان نیز هست. تحقیقات نشان داده است کودکان و نوجوانان سوال‌ها و کنجکاو‌های



دینی و معنوی زیادی دارند. از آن جایی که دین و معنویت، یکی از عوامل محافظت کننده از بسیاری آسیب‌های اجتماعی از جمله مصرف مواد است، آموزش موضوعات معنوی و دینی از ملزومات تربیتی برای کودکان و نوجوانان بشمار می‌آید. به همین دلیل، تاکید می‌شود که موضوعات دینی و معنوی با کودکان و نوجوانان با عناوین و اشکال گوناگون زیر در میان گذاشته شوند:

- الگو قرار دادن اسطوره‌ها و اسوه‌های دینی و معنوی
- باور به قدرتی، فراتر و بالاتر از هر انسان
- آموزش اصول اخلاقی
- آموزش مهارت‌های مقابله دینی و معنوی در شرایط سخت زندگی
- شرکت در فعالیت‌های دینی و معنوی و ارتباط با این افراد

یادآوری این نکته به جاست که خانواده، در شکل‌گیری هویت نوجوانان نقش بسزایی دارد. از آنجایی که شکل‌گیری هویت اخلاقی، تابع موضوعات معنوی و دینی است از این رو، خانواده می‌تواند با فراهم کردن فضاهای معنوی و دینی، ایجاد تعاملات اجتماعی سالم با افراد دینی و معنوی و نیز در اختیار گذاشتن امکانات آموزشی در شکل‌گیری هویت اخلاقی فرزند خود اثرگذار باشند. ناآشنایی و ناآگاهی فرزندان با مفاهیم معنوی و دینی، به معنی بی‌دفاع بودن آنان در مقابل استرس‌های زندگی است. این مطلب، اهمیت نقش خانواده و به خصوص والدین را در شکل‌گیری معنویت و اعتقادات معنوی در فرزندان نشان می‌دهد.

به منظور توجه به موضوعات معنوی و دینی در زندگی فرزندان، توصیه می‌شود که والدین نیز بر مفاهیم و تکالیف دینی و معنوی خودآگاه و مسلط شوند؛ چرا که کودکان و نوجوانان با مشاهده رفتارهای والدین، این مفاهیم را بهتر می‌آموزند. به همین دلیل بهتر است والدین به تهرین موارد زیر پردازید:

- شناسایی و تقویت اعتقادات دینی و معنوی
- انجام عبادات، نیایش، فرایض دینی
- صحبت کردن در مورد موضوعات معنوی و دینی
- الگو قرار دادن اعمال و رفتار معصومان، پیامبران و بزرگان دینی و معنوی
- احترام به اعتقادات دینی و معنوی دیگران
- ارتباط با افراد و گروه‌های دینی و معنوی

- صحبت کردن در مورد معنا، هدف و مقصد در زندگی
- خوش‌بین، امیدوار بودن
- انجام مستمرِ فعالیت‌های معنوی
- انجام فعالیت‌های هنری بپردازد
- طبیعت‌گردی و توجه به زیبایی‌های طبیعت
- بحث دربارهٔ مسائل و محیط پیرامون از منظر معنوی و دینی

### خلاصه فصل

خودآگاهی توانایی مشاهده‌گر بودن فرد در مورد احساسات و افکار خود است که شامل خودآگاهی جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌شود. خود آگاهی علاوه بر اینکه قدرت خود کنترلی و مدیریت هیجانی را افزایش می‌دهد، کمک می‌کند تا تصمیم‌گیری‌های درستی را افراد در زندگی خود اتخاذ نمایند. یکی از عواملی که در ابعاد و ویژگی‌های شخصیتی افراد تاثیر بسزایی دارد، **خود آگاهی معنوی** است؛ زیرا معنویت کارکرد های بسیار و تاثیر گذاری در زندگی افراد خواهد داشت، از جمله ایجاد معنی در زندگی، ایجاد مقصود و غایت در زندگی، احترام به شان و جایگاه انسان، ایجاد امید و احساسات مثبت و نیز ارتقاء و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای. **خود آگاهی از مراحل چهار گانه ای تشکیل شده است** که از ناآگاهی به سمت تامل و آگاهی کامل پیش می‌رود. هرچه فرد در مراحل خودآگاهی بالاتر رود، و بیشتر از خود آگاه شود، توجه وی به دیگران و نیرویی برتر از انسان افزایش می‌یابد. به دنبال افزایش خودآگاهی و توجه به حالت‌های معنوی، به زیستی روانی ارتقاء می‌یابد که باعث افزایش سطح کیفیت زندگی و هیجان‌های مثبت می‌شود.

خود آگاهی معنوی در زندگی خانوادگی نیز اثرات مثبت بسیاری دارد و سبب کاهش مشکلات خانوادگی خواهد شد از این رو توصیه می‌شود که والدین بر مفاهیم و تکالیف دینی و معنوی خودآگاه و مسلط شوند؛ و فضاهایی برای فرزندان خود فراهم کنند تا به رشد معنوی آنها بیانجامد.

- Bloemhard, A. (2008). **Spiritual care for self and others**. Australian Government: Department of Health and Aging.
- Clonniger, C. A. (2006). **Fostering spirituality and well-being in clinical practice**. *Psychiatric Annals*. Vo. 36: 1-6.
- Erisma, M. (2004). **Spiritual and moral identity formation within the family**. *The Family Psychologist*. Vol. 20: 9-12.
- Larson, P.J., & Olson, D.H. (2004). **Spiritual beliefs and marriages: A national survey based on ENRICH**. *The Family Psychologist*. Vol. 20: 4- 8.
- Pulleyking, M. (2004). Children as spiritual creatures. *The Family Psychologist*. Vol. 20: 17-19.
- Stanley, S.M. (2004). Religion and spirituality: Pathway to marital resilience. *The Family Psychologist*. Vol. 20: 15-17.
- - Stillman, T.F., Baumeister, R.F., Lambert, N.M., Crescioni, W., Dewall, C.N., & Fincham, E.D. (2009). Alone and without purpose: Life loses meaning following social exclusion. *Journal of Experimental Social Psychology*. Vol. 45: 686- 694.
- - Wallace, J.M., Myers, V.L., & Osai, E. R. (2004). **Race/ ethnicity, religion & substance use**. The Annie E. Casey Foundation.
- - Wintz, S., & Cooper, E.P. (2003). **Cultural and Spiritual Sensitivity: A Quick Guide to Cultures and Spiritual Traditions**. New York: Association of Professional Chapmans.



فصل ششم  
حل مسأله با  
رویکرد معنوی

باقر غباری بناب

## اهداف آموزشی این فصل

- مفهوم مساله و حل مساله را توضیح دهید.
- مراحل موجود در فرایند حل مساله را نام ببرید.
- مفهوم مقابله و تفاوت آن با حل مساله را درک کنید.
- مفهوم و سبک‌های حل مساله با رویکرد معنوی کدامند.
- مراحل حل مساله با رویکرد معنوی را توضیح داده و اجرا کنید.

## مقدمه

با توجه به نظریه و دیدگاه پذیرفته شده در علوم مختلف، تعاریف گوناگونی از مسأله<sup>۱</sup> میتوان ارائه داد. گستره مسأله‌ها از مسأله‌های ریاضی، فیزیکی، زیستی، روانی، اجتماعی تا موضوع‌های معنوی گسترش مییابد. جاناسن<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) مسأله را یک امر ناشناخته در یک موقعیت تعریف می‌کند. از نظر استرنبرگ (۲۰۰۶) ترجمه خرازی و حجازی، (۱۳۸۷) زمانی که نتوانیم پاسخی فوری را از حافظه بازیابی کنیم، مسأله‌ای داریم که باید حل شود. پس حل مسأله یک فرایند آگاهانه و منظم است که در راستای رسیدن به هدف مخصوص طراحی و اجرا می‌شود.

هریس<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) مسأله را چنین تعریف میکند:

- فرصتی برای بهبود و ارتقاء در جهت سازگاری؛
- تفاوت بین وضع موجود و هدف انتخاب شده؛
- بازشناسی وضعیتی ناکامل در زمان حال و باور به احتمال آیندهای بهتر.

---

1 Problem  
2 Janassen  
3 Harris

برای این که برخی وضعیتها یا شرایط به عنوان مسأله شناخته شوند، درک این که آن وضعیتها یا شرایط از حالت‌های مطلوب یا ارزشمند منحرف شده‌اند، ضروری است. شرایطی که به آنها برچسب مسأله زده میشود، به وسیله بافتی که در آن اتفاق می‌افتد، حد و مرز آنها و کسانی که پیامدهای آنها را تجربه میکنند، مشخص میشوند (هریس، ۲۰۰۲). مسأله‌ها از نظر ساختاریافتگی (از مسایل به خوبی ساختاریافته تا مسایل با ساختار ضعیف)، پیچیدگی، انتزاعی بودن و موقعیت (حیطه خاص مسایل) با هم متفاوتند.

## ■ حل مسأله

اندرسون<sup>۱</sup> (۱۹۸۰) حل مسأله<sup>۲</sup> را "توالی هدف‌گرای عملیات شناختی" تعریف میکند. البته تعریف اندرسون از حل مسأله تنها به جنبه شناختی حل مسأله توجه داشته است، در حالی که جنبه‌های هیجانی، عاطفی و معنوی حلمسأله نیز به ویژه در مسائل روانی، بین‌فردی و اجتماعی باید مورد توجه قرار گیرند. از نظر اندرسون (۱۹۸۰) حل مسأله دو ویژگی مهم دارد: بازآمیزی‌های ذهنی مسأله که فضای مسأله نامیده میشود و فرایند حل مسأله. بازآمیزی‌های مسأله‌ها میتوانند بافتی، اجتماعی، تاریخی، فرهنگی و غیره باشند. فرایند حل مسأله نیز فرایند پیچیده‌ای است از اندیشه، تحلیل و عمل. حل مسأله مستلزم استفاده از دانش و استدلال برای حل مسأله، برنامه‌ریزی و تولید پیامدهای دلخواه است (لگالت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). همچنین حل مسأله نیازمند تفکر انتقادی است، یک مهارت شناختی که به شخص امکان میدهد برای قضاوت یا تصمیم‌گیری یک موقعیت را به طور منطقی بررسی کند (هریس، ۲۰۰۲). برای حل مسأله باید ریشه مسأله را شناخت، آن را برطرف نمود یا کاهش داد و در نهایت آن را مدیریت و از وقوع مجدد آن پیشگیری کرد. حل مسأله میتواند کاری چالش‌برانگیز، طاقت‌فرسا و نیازمند صرف وقت و سایر منابع باشد (هریس، ۲۰۰۲). مهارت حل مسأله به تفاوت‌های افراد از نظر دانش در حیطه خاص، آشنایی با مسأله، گنج شدن در مواجهه با مسأله، دانش ساختاری و رویه‌ای، استدلال در حیطه خاص، سبک‌های شناختی، راهبردهای کلی حل مسأله، اعتماد به نفس و انگیزش و پشتکار بستگی دارد (جاناسن، ۲۰۰۰). شایان ذکر است که کار در گروه اغلب حل مسأله را تسهیل میکند. راه‌حلهایی که به صورت گروهی به دست می‌آیند اغلب بهتر از راه‌حلهایی هستند که افراد به آن دست می‌یابند (ویلپامز و استرنبرگ، ۱۹۸۸).

- 
- 1 Anderson
  - 2 Problem Solving
  - 3 LeGault

## فرایند حل مسأله

در فرایند حل مسأله از فرایند استدلال استفاده و مراحل حل مسأله به صورت منظم و نظام‌مند پیگیری می‌شود. این مراحل در فرایند حل مسأله به قرار زیر می‌باشند:

۱. آمادگی
۲. تعریف دقیق مسأله
۳. بارش فکری و تولید راه‌حل‌های مختلف
۴. ارزیابی گزینه‌ها و انتخاب بهترین راه حل (تشکیل جدول سود و زیان)
۵. اجرا و بازبینی راه‌حل‌ها.

## مقابله

از نظر مونات و لازاروس<sup>۱</sup> (۱۹۷۷)، مقابله<sup>۲</sup> به تلاش‌هایی برای چیرگی بر چالش و موقعیتهای تهدیدآمیز اطلاق می‌گردد که یک روال عادی یا پاسخ خودکار ساده برای غلبه بر موقعیت‌ها وجود ندارد. فولکمن و مسکوویتز<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) مقابله را فرایندی پویا و پرتلاش تعریف کرده‌اند که از اندیشه‌ها و رفتارها برای مدیریت تقاضاهای درونی و بیرونی موقعیتهایی که تنش‌زا ارزیابی میشوند، بهره می‌برند. این تلاش‌ها که برای مدیریت موقعیت به کار می‌روند، راهبردهای مقابلهای نامیده میشوند، این مقابله‌ها می‌توانند شناختی، هیجانی و یا معنوی باشند. در بیشتر مقابله‌ها بعدهای شناختی، عاطفی و معنوی به صورت ترکیبی دیده می‌شود. فرایند مقابله با عوامل و موقعیت‌های استرس‌زا می‌تواند موارد زیر را شامل شود:

- بررسی تقاضاهای موقعیت (ارزیابی اولیه)،
- سطوح ادراک شده منابع برای مواجهه با آن تقاضا (ارزیابی ثانویه)،
- واکنشی که در پاسخگویی به موقعیت به کار می‌رود،
- پیامدهای مطلوبی که به عنوان نتیجه مقابله دنبال میشوند.

---

1 Monat & Lazarus  
2 Coping  
3 Moskowitz



راهبردهای مقابله‌ای در بافت محرکهای تنش‌زای شناخته شده، منابع مقابله، فرایندهای ارزیابی، محدودیت‌های مقابله و پیامدهای مقابله، تعریف میشوند. آقابخشی (۱۳۸۸) مقابله را روش‌هایی برای حل مسأله و کاهش تنش یا برطرف کردن آن تعریف می‌کند و به طور کلی مقابله‌ها را هیجان‌مدار و مسأله‌مدار می‌داند. مقابله‌های هیجان‌مدار برای کاهش هیجان‌های منفی و تنش و نه حل مسأله به کار می‌روند و از مقابله‌های مسأله‌مدار که آقابخشی آن را مقابله مؤثر نیز نامیده است، برای حل مسایل تنش‌زا استفاده می‌شود. وی مقابله‌های هیجان‌مدارانه مفید مانند دعا و نیایش را مقدمه‌ای برای مقابله مسأله‌مدار معرفی می‌کند.

### ■ تفاوت حل مسأله و مقابله

مسأله در یک موقعیت نامشخص اتفاق می‌افتد که در آن ارتباط متغیرهای مختلف با یک موقعیت نامشخص مورد بررسی قرار می‌گیرد. حل مسأله دامنه گسترده‌تری از مقابله دارد و در موقعیتهای فیزیکی- رابطه ناشناخته بین متغیرهای فیزیکی؛ موقعیتهای ناشناخته زیستی- مانند عوامل مرتبط با ابتلا به سرطانها؛ موقعیتهای اجتماعی- مانند عوامل بروز ناآرامیهای اجتماعی؛ موقعیتهای بینفردی و روانی- مانند حل مشکلات خانوادگی و روانی؛ به کار میرود. در مسایل علوم رفتاری و روانشناسی به علت این که رابطه متغیرها پیچیده است، پیدا کردن ارتباط موقعیت مبهم با متغیرهای دیگر در بستر زمان و مکان تغییر پیدا میکند و مسایل بسیار پیچیده‌تر هستند. علاوه بر این در مشکلات بینفردی و رفتاری مسایل هیجانی، عاطفی و معنوی نیز تأثیر زیادی در حل مسایل دارند، از این رو زمانی که مسأله در بافت روانشناسی و علوم رفتاری مطرح می‌شود، حل مسأله به عنوان مقابله نیز در نظر گرفته میشود. علت این امر درگیر شدن مسایل عاطفی- هیجانی با مسایل شناختی در حل مسایل علوم انسانی و روان‌شناختی است. البته باید در نظر داشت که حل مسأله بیشتر منظم و نظام‌مند و مبتنی بر بکارگیری فرایندهای شناختی است، در حالی که مقابله‌ها می‌توانند شناختی، عاطفی یا منطقی باشند.

بنابراین تعریف آقابخشی (۱۳۸۸) حل مسأله در بافت روان‌شناسی و علوم رفتاری نوعی مقابله به شمار می‌رود که وی آن را مقابله مؤثر می‌داند. در هر صورت مقابله‌ها یک نوع آمادگی دفاعی در مقابل تهدیدها هستند که انسان را از نظر شناختی یا عاطفی آماده دفاع و از بین بردن تهدید می‌نمایند، در حالی که حل مسأله گستره وسیع‌تری دارد و انسان‌ها تنها در مواقع تهدید، به حل مسأله نمی‌پردازند. خلاصه اینکه حل مسأله فراهم کردن روش‌های نظام‌مند برای رسیدن به هدف مطلوب می‌باشد.

با در نظر داشتن همه تعاریف پیشین از معنویت (که هیل<sup>۱</sup> و پارگامنت، ۲۰۰۳؛ تورسن و پلانته<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵) در نظر گرفت همه متغیرها و فاکتورهای موثر در معنوی بودن یا نبودن افراد، در بخش بعدی گفته می‌شود که چگونه این عوامل معنوی یا موثر در معنویت می‌توانند در حل مسئله با رویکرد معنوی و یا به روش معنوی کارساز باشند.

### ■ حل مسأله با رویکرد معنوی

در فرایند حل مسأله با رویکرد معنوی، افراد بر اساس نظام جهتگیری<sup>۳</sup> از پیش موجود خود، راهبردهایی در حل مسأله انتخاب می‌کنند که رویکردی معنوی دارد و بدون تردید ایمان آنها را نیز شامل میشود (هریسون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). پارگامنت (۱۹۹۷) این فرایند را "جستجوی امر مهم و معنادار<sup>۵</sup> در زمانهای استرس" تعریف میکند و آن را پاسخی در نظر میگیرد که از برخورد یک فرد و یک موقعیت به وجود می‌آید.

حل مسأله با رویکرد معنوی فرایندی چند بُعدی است که به شاخصهای ساده رفتاری (مانند به جا آوردن تنهای یک نماز و نیایش، رفتن به اماکن مذهبی) کاهش‌پذیر نیست و به کنشهای منفعل یا دفاعی روانی (انکار، عقلانی کردن و غیره) منحصر نمیشود، بلکه روش‌های پویا و پذیرا (فعال و منفعل)، متمرکز بر مسأله و هیجان، درون روانی (یعنی شناختی و رفتاری) و بین فردی مدیریت استرس را شامل میشود (فولکمن و مسکوویتز، ۲۰۰۴؛ هریسون و همکاران، ۲۰۰۱؛ الیسون، شاو، مارکوم و بردمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰).

### ■ نظام جهت گیری معنوی- دینی

پارگامنت (۱۹۷۷) نظام جهت‌گیری را چارچوب تفسیری به عنوان شیوه کلی برای نگاه به دنیا و مقابله با مشکلات در برگیرنده عادت‌ها، ارزش‌ها، روابط، باورهای کلی و شخصیت تعریف می‌کند و چنین چارچوبی را یک چارچوب ارجاعی و طرحی از خود و جهان برای پیش بینی و کنار آمدن با رویدادهای زندگی می‌داند. نظام جهت‌گیری یک نگاه تفسیری است که از طریق آن به رویدادهای زندگی می‌نگریم و می‌تواند دینی یا غیر دینی باشد. نظام

- 
- 1 Hill
  - 2 Thoresen & Plante
  - 3 Orienting System
  - 4 Harrison
  - 5 Significance
  - 6 Ellison, Shaw, Marcum, & Boardman

جهت‌گیری می‌تواند منبع معنادهی به زندگی باشد. در نظام جهت‌گیری دینی- معنوی دین و معنویت بر دیگر تجربیات زندگی تاثیر می‌گذارند و رویکرد فرد را به جهان، حوادث و اتفاقات و ارزش‌های اساسی شکل می‌دهند.

در حل مسایل با رویکرد معنوی، نظام جهت‌گیری فرد نسبت به حل مسأله بر تشخیص و تعریف مسأله و پیدا کردن راه حل مسأله تأثیر می‌گذارد. نظام جهت‌گیری مثبت معنوی موجب میشود افراد برای رویارویی با سختیها جرأت پیدا کنند و مدیریت استرس در آنها افزایش یابد. همچنین به اتفاقهای زندگی معنا بدهند و تسلیم رضای خداوند شوند و از بسیاری از تنشهای غیرضروری در امان باشند. نظام جهت‌گیری مثبت معنوی می‌تواند دربرگیرنده موارد زیر باشد:

- خداوند مهربان در هنگام بروز سختیها در کنار ما است و ما را در جهت رشد معنوی هدایت میکند (اسپیلکا و همکاران، ۱۹۸۵).
  - خداوند دانا است و صلاح ما را بهتر از خودمان میداند و در اتفاقهایی که برای ما میافتد خداوند خیری قرار داده است.
  - خداوند دعای ما را میشوند و بپزدید در حل مسأله به ما کمک میکنند.
  - خداوند توان لازم برای حل مسایل را در اختیار ما گذاشته و در حل مسایل گام به گام ما را راهنمایی میکند و به وسیله اسباب بیرونی و یا آمادگیهای درونی و دادن بینش ناگهانی، راه حل مسأله را به ما نشان خواهد داد.
  - این مسأله باعث شده پیوند من با خداوند مستحکمتر شود.
- این نوع نگرش‌های کارکردی در نظام جهت‌گیری معنوی نهفته است (ماهونی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ پارگامنت، کوئینگ و پرز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰).

### سبک‌های حل مسأله با رویکرد معنوی

برخی از سبک‌های متداول حل مسأله با رویکرد معنوی در پیشینه‌های تحقیقاتی به صورت زیر آورده شده است:

**سبک اشتراکی<sup>۲</sup>.** این افراد باور دارند که مسئولیت حل مسأله به عهده خودشان و خدا به طور اشتراکی گذاشته شده است و هر دو باید به طور فعال در حل مشکل پیش آمده همکاری داشته باشند.

- 1 Mahoney
- 2 Koenig & Perez
- 3 collaborative

**سبک واگذاری به خدا<sup>۱</sup>.** این افراد حل مشکلات خود را به خدا واگذار میکنند. خودشان دست به کار نمیشوند، بلکه منتظر می‌مانند که خداوند مشکلات آنها را حل کند.

**سبک خود راهبری شده<sup>۲</sup>.** افراد با این سبک، باور دارند که خودشان مسئولیت حل مسأله مشخص را بر عهده دارند و خداوند به طور مستقیم در حل مشکلات آنها دخالت نمی‌کند و خداوند به مردم عقل، منابع مورد نیاز و آزادی داده است تا مشکلات خود را حل کنند. (پارگامنت و همکاران، ۱۹۸۸).

بر اساس متون اسلامی، سبک واگذاری به خدا را میتوان تقریباً معادل با **تفویض** و سبک اشتراکی را تقریباً معادل با **توکل** در نظر گرفت. به کارگیری هریک از این سبکها به این که تا چه اندازه مسأله در کنترل ما است نیز بستگی دارد. در موقعیتهایی که احساس میکنیم مشکل تحت کنترل ما است، ممکن است خود را مسئول حل مشکلات خودمان بدانیم. در مسایلی که تا حدودی اوضاع غیرقابل پیش‌بینی و کنترل به نظر می‌رسند، ممکن است بیشتر از راهبرد توکل‌محور استفاده کنیم و در مواقعی که احساس کنیم، کنترلی بر اوضاع نداریم و کاری از دستمان ساخته نیست، مسأله را به خدا واگذار کنیم.

### ■ سودمندی‌های حل مسأله معنوی

پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰) بر اساس کار مکاتب مهمی چون کلیفورد گیرتز<sup>۳</sup>، اریک فروم و امیل دورکیم، پنج کارکرد عمده حل مسأله دینی- معنوی را شناسایی کردند:

۱. پیدا کردن معنی در مواجهه با اوضاع غیر قابل توصیف و اغلب ناگوار

۲. به دست آوردن کنترل

۳. تسلی یافتن به خاطر نزدیکی به خدا

۴. صمیمیت با دیگران

۵. به کارگیری راهبردهای حل مسأله معنوی در دوره‌های انتقالی زندگی

---

1 deferring  
2 self-directed  
3 Clifford Geertz

## ■ مراحل حل مسأله با رویکرد معنوی

در حل مسأله با رویکرد معنوی افراد ارتباط با وجود متعالی را در تمام مراحل حل مسأله در نظر می‌گیرند. در این رویکرد هدف افزایش سازگاری با محیط و بالا بردن توانمندی برای حل مشکل با استفاده از منابع معنوی است. منابع معنوی بنا به اقتضای موقعیت می‌تواند توکل، تفویض، صبر، رضا، بخشایش‌گری و غیره باشد. بنابراین، افراد معنوی با استفاده از منابع معنوی و بر اساس نظام جهتگیری معنوی از پیش موجود خود، گام‌های فرایند حل مسأله را برمی‌دارند. این گامها در بردارندهٔ مراحل زیر هستند:

**۱- آمادگی:** در این مرحله، یک موقعیت به عنوان مسأله شناسایی میشود. در حل مسأله با رویکرد معنوی، در این مرحله فرد خود را از طریق مراقبه متعالی، دعا، راز و نیاز با خالق هستی و نماز و یا تأمل در کتب مقدس همچون قرآن برای یک تصمیم‌گیری توأم با آرامش آماده می‌کند. در حل مسأله با رویکرد معنوی، افراد باور دارند که خداوند مهربان به ما لطف و عنایت دارد و لحظهای ما را به حال خود وا نمیگذارد؛ از این رو در پی پیدا کردن معنی در موقعیتی که به عنوان مسأله شناسایی میشود و دیدن خیر در آن موقعیت هستند. اگر فرد مسأله پیش آمده را فرصتی برای تعالی و نزدیکتر شدن به خدا و محکمتر شدن پیوندش با خداوند بداند و آن را موهبتی از جانب خدا در نظر بگیرد که خود را به شکل مسأله نشان داده است و امید به رحمت الهی و یاری خداوند داشته باشد، بهتر با آن روبه‌رو خواهد شد و بهتر میتواند استرس خود را کنترل کند و به حل مسأله بپردازد.

**۲- تعریف دقیق مسأله:** در این مرحله، مسأله را باید چنان به خوبی تعریف نمود که چگونگی حل آن درک شود. در حل مسأله با رویکرد معنوی، به بعد معنوی مسأله که همان در نظر گرفتن مصلحت کل نظام هستی علاوه بر نفع شخصی است، توجه می‌شود و مسأله تنها از دید شخصی در نظر گرفته نمیشود، بلکه نوعی فراروندگی از خود وجود دارد و به مسأله در ابعادی گسترده‌تر نگریسته میشود. مسأله به گونهای تعریف می‌شود که هم در هدف و مقصد نهایی و هم در راه رسیدن به آن، خشنودی خداوند در نظر گرفته شود. در مسایل بینفردی، درک دیدگاه طرف مقابل از مسأله مهم است و از خودمحوری و تنها توجه داشتن به نفع شخصی خود باید اجتناب کرد و نفع همگان را در نظر گرفت تا راه حلی که موجب رضای خداوند و نفع همگان است پیدا شود.

**۳- بارش فکری:** در این مرحله سعی میشود انواع گوناگون راه‌حلهای جایگزین برای مسأله تولید شود. در این مرحله تعداد راه‌حلها آن‌ها مهم است نه درست یا نادرست بودن آنها. بنابراین با ذهن باز و بدون در نظر گرفتن درست یا نادرست بودن و منفی یا مثبت بودن، راه‌حلها را یادداشت می‌شود. منطق بارش فکری این است که زمانی که راه‌حلها یا گزینه‌های متعددی در نظر گرفته شوند، احتمال یافتن بهترین راه حل یا تصمیم بالاتر می‌رود. در حل مسأله

با رویکرد معنوی در این مرحله، فرد به منابع و متون مقدس رجوع می‌کند و پاسخ‌های معنوی به حل مسأله را از آن‌ها جویا می‌شود یا از اعضای آگاه و باتقوای اجتماع معنوی کمک می‌گیرد. همچنین میتوان به زندگینامه بزرگان دین و معنویت مراجعه نمود تا بدانیم آنها با مسایلی شبیه به این مسأله چگونه برخورد می‌کردند.

#### ۴- ارزیابی گزینه‌ها و انتخاب بهترین راه حل:

سوم را مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد و با در نظر گرفتن مزایا و معایب هر کدام از آن‌ها و تشکیل جدول سود و زیان، بهترین راه حل که دارای بالاترین سود و کمترین زیان باشد انتخاب می‌شود. افراد در حل مسأله با رویکرد معنوی در ارزیابی گزینه‌ها و انتخاب بهترین راه حل توجه دارند که بعد معنوی مسأله نیز در نظر گرفته شود تا فقط ابعاد مادی مسأله ملحوظ نگردد.

اگر با انجام مراحل بالا، باز هم راه حل قابل قبولی برای مسأله پیدا نشد، گاهی لازم است مسأله را برای مدتی رها کرد و پس از گذشت زمانی دوباره به آن بازگشت. به این ترتیب در حالی که مسأله در ضمیر هشیار نادیده گرفته می‌شود، ضمیر ناهشیار میتواند به کار روی آن ادامه دهد. در حل مسأله معنوی در مدت زمانی که مسأله را رها شده است:

- به دعا و نیایش پرداخته می‌شود و از خداوند خواسته می‌شود که راه حل مسأله را نشان دهد.
- تجسم کردن مسأله که در حال حل شدن است و هر روز را روز تازه‌ای دانستن. اگر مسأله هنوز حل نشده است، احتمال دارد امروز خداوند راه حل را نشان دهد.
- شب پیش از خوابیدن رابطه صمیمانه ذهنی، قلبی، کلامی و رفتاری با خداوند داشتن و به دعا و راز و نیاز با خداوند پرداخته شود. با ایمان به لطف خداوند در کمک به حل مسأله به خواب رفتن و با حسن ظن به خداوند، امید را به ایمان تبدیل کردن.
- خوابیدن با حالت آرامش و عدم تفکر منفی در مورد مسأله. انرژی روانی بر لطف و مرحمت خداوند متمرکز شود و شکرگذاری از خدا را به خاطر کمک به حل مسایل.
- در هنگام اضطراب به آرامی فکر را از مسأله به مهربانی و لطف خداوند معطوف کردن و تکرار این جمله: "من در این راه به خدا توکل کرده‌ام و کار خود را به او سپرده‌ام و از بار سنگین اضطراب و ناراحتی و افکار منفی نجات یافته‌ام".
- شکرگزاری از خدا به خاطر آرامش به محض بیدار شدن از خواب. به خاطر ایمان به خدا ترس و اضطراب و افکار منفی را دور کردن و ایمان به اینکه راه حل مسأله در ضمیر ناهشیار وجود دارد و خداوند آن را نشان خواهد داد.

#### ۵- اجرا و بازبینی راه حل‌ها:

پس از انتخاب بهترین راه حل، راه حل مناسب به کار گرفته می‌شود. در اجرا و بازبینی راه حل‌ها لازم است افراد بعد قدسی مسأله را در نظر بگیرند و بیشتر

به مسئولیت‌های محول شده به خودشان عمل کنند و مطمئن باشند که پیوند آنان با هستی مطلق، در تمام مراحل به آنان کمک خواهد کرد و آنان را در راه معنوی هدایت خواهد نمود.

در حل مسأله با رویکرد معنوی، در مرحله ارزیابی از آن جا که فرد به خداوند توکل میکند و به او اعتماد دارد، اگر به نتیجه دلخواهش نرسد، دچار ناامیدی و سرخوردگی نمیشود. این فرد معنوی بیشترین تلاش و کوشش خود را میکند، اما نتیجه را به خدا واگذار میکند. او اگر به نتیجه دلخواه نرسید یا مسأله را دوباره تعریف میکند و از تعبیر و تفسیرهای خوش‌بینانه استفاده میکند و حکمت خداوند را در آن میبیند و یا از روشهای دیگر برای حل مسأله استفاده میکند و یا شکست را مرحله‌ای از مراحل حل مسأله میبیند و از آن تجربهای تازه کسب می‌کند و به راهش ادامه میدهد.

## ■ خلاصه فصل

حل مسأله، یک مهارت شناختی است که به شخص امکان میدهد برای قضاوت یا تصمیم‌گیری یک موقعیت را به طور منطقی بررسی کند. مراحل حل مسأله شامل، آمادگی، تعریف دقیق مسأله، بارش فکری و تولید راه حل‌های مختلف، ارزیابی گزینه‌ها و اجرا و بازبینی راه حل‌ها است. مقابله، فرایندی پویاست که از اندیشه‌ها و رفتارها برای مدیریت تقاضاهای درونی و بیرونی در موقعیتهایی که تنش‌زا بهره می‌گیرد. راهبرد های مقابله معمولاً به صورت مسأله مدار و هیجان مدار تقسیم بندی می‌شود. حل مسأله بیشتر منظم و نظام‌مند و مبتنی بر بکارگیری فرایندهای شناختی است، در حالی که مقابله‌ها می‌توانند شناختی، عاطفی یا منطقی باشند. حل مسأله با رویکرد معنوی فرایندی چند بُعدی است که در بر گیرنده شاخص‌های رفتاری، متمرکز بر مسأله و هیجان، درون روانی و بین فردی است. برخی از سبک‌های حل مسأله با رویکرد معنوی شامل سبک اشتراکی، واگذاری و خود راهبری شده است که هدف افزایش سازگاری با محیط و بالا بردن توانمندی برای حل مشکل با استفاده از منابع معنوی است. در مواجهه با موقعیت‌های دشوار زندگی افراد با رویکرد معنوی، باور دارند خلقت جهان و زندگی پرمشکل فرد بدون معنایی و معنویتی و خالق توانمند نیست. خداوند خالق این جهان مهربان، آگاه، و حامی است و لطف و عنایت دارد، و لحظهای فرد را به حال خود وا نمیگذارد. فرد با این رویکرد از خودمحوری و تنها توجه داشتن به نفع شخصی خود اجتناب کرده و نفع همگان و دراز مدت را در نظر می‌گیرد تا راه حلی که موجب رضای خداوند و نفع همگان است پیدا شود. او سپس با ارزیابی گزینه‌ها و انتخاب بهترین راه حل با رویکردی معنوی به حل مشکل می‌پردازد. فرد هر چه بیشتر معنوی باشد بیشتر تلاش و کوشش خود را در حل اینگونه و معنوی مشکل میکند، اما با قلبی مطمئن نتیجه را به خداوند و جهان پر معنا واگذار میکند.

## منابع

- استرنبرگ، رابرت. (۲۰۰۶). روان‌شناسی شناختی. ویراست چهارم. ترجمه سید کمال خرازی و الهه حجازی. تهران: سمت، ۱۳۸۷.
- آقابخشی، حبیب. (۱۳۸۸). مهارت‌های زندگی برای دانشجویان. تهران: دفتر برنامه‌ریزی اجتماعی و مطالعات فرهنگی وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری.
- مولوی، جلال الدین محمدبن محمد (۱۳۸۶). مثنوی معنوی. تهران: موسسه مطالعات اسلامی دانشگاه مک‌گیل (دانشگاه تهران)
- Anderson, J. R. (1980). Cognitive Psychology and its Implications. New York: Freeman.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. Annual Review of Psychology, 55, 745-774.
- Harris, R. (2002). Creative problem solving: A step by step approach. Los Angeles: Pycszak Publishing.
- Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-akwari, A. G., & Pargament, K. L. (2001). The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. International Review of Psychiatry, 13, 869-3.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. American Psychologist, 58(1), 64-
- Janassen, D. H. (2000). Toward a design theory of problem solving. Educational Technology Research and Development, 48 (4), 6385-.
- LeGault, M. R. (2006). Think. New York: Threshold Editions.
- Mahoney, A., Pargament, K. L., Tarakeshwar, N., & Swank, A. B. (2001). Religion in the home in the 1980s and 1990s: A meta-analytic review and conceptual analysis of links between religion, marriage, and Parenting. Journal of Family Psychology, 15, 559-596-.
- Monat, A. L., & Lazarus. R. S. (1977). Stress and Coping: An Anthology. New York: Columbia University Press.



- Pargament, K. I.(1997). *The Psychology of Religion and Coping*. New York: Guildford.
- Pargament, K. I., Keshnell, J., Hathaaway, w., Grevengoed, N., & Jones, W. (1988). Religion and problem solving process: three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27 (1), 90104-.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many method of religious coping: development and initial RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 519543-.
- Thoresen, C. E., & Plante, T. G. (2005). Spirituality, Religion, and Health: What do we Know and what should you Know? *Clinicians' Research Digest*, 23, Supplemental Bulletin, 32.
- Williams, W.M., & Sternberg, R. J. (1988). Group intelligence: Why some groups are better than others. *Intelligence*, 12, 351, 377.



فصل هفتم  
مهارت بخشایشگری در  
ترمیم روابط بین فردی

باقر غباری بناب

## اهداف آموزشی این فصل

- مفهوم بخشایشگری و نقش آن به عنوان یک مهارت را دریابید.
- تعاریف مختلف بخشایشگری را مطالعه کرده و جمع‌بندی کنید.
- مراحل بخشایشگری از دیدگاه ان‌رایت را شرح دهید.
- مراحل بخشایشگری از دید نگارنده که مبتنی بر منابع و متون اسلامی است را توضیح دهید.
- پیامدهای مختلف بخشایشگری را نام ببرید.

## تعریف بخشایشگری

بخشایشگری در لغت به معنای گذشتن از خطای افرادی است که موجب رنجش ما شده‌اند. در لغت بخشایشگری به معنای گذشت و چشم پوشی کردن (قرشی‌نابانی، ۱۳۶۱)، و صرف نظر کردن از عقوبت و گذشت از خطای فرد خلافکار است. راغب اصفهانی عفو از خطا را موجب از بین رفتن آثار گناه و خطا شمرده است (۱۳۶۲). به هر حال، معنای معمول آن همان گذشت و نادیده‌گرفتن است (قرشی‌نابانی، ۱۳۶۱). باید در نظر داشت که تعریف راغب از بخشش یک تعریف کلی است و ما هرگز بخشش را با نادیده گرفتن، یکی نمی‌دانیم. در مفاهیم اخلاقی و عقیدتی اسلامی عفو به عنوان صفتی قابل ستایش، چشم‌پوشی از گناه و خطای کسی به دلیل ترس و زبونی نیست، بلکه زمانی قابل ستایش است که فرد بخشنده در اوج قدرت خود باشد.

نورث (۱۹۸۷) تعریف زیر را از بخشایشگری ارائه کرده است:

"بخشش عبارت است از تغییر ارادی (درخواستی) قلب، نتیجه موفقیت‌آمیز کوشش فعال برای جایگزینی افکار بد با اندیشه‌های خوب، تندی و عصبانیت با احساس ترحم و شفقت".

بخشایشگری عبارت است از غلبه احساسات مثبت (از قبیل شفقت، ترحم، خیرخواهی و عشق و علاقه) ولی فرآیند فوق زمانی گذشت نامیده می‌شود و دارای ارزش اخلاقی است که به نحوی درست و به دلایل درستی صورت گرفته باشد، زیرا اگر قرار بود که انسان قرصی را مصرف کند که عصبانیت و کینه توزی او را به افکار مثبت و انسان دوستانه تبدیل کند، این امر به عنوان موردی از بخشایشگری به حساب نمی‌آید و ارزش اخلاقی بخشایشگری را نداشت (هرچند که این امر می‌توانست در برگیرنده فوایدی مثل بهبود روابط بین فردی و کاهش جرائم باشد).

تعریف بخشایشگری در بیشتر پژوهش‌های در برگیرنده سه بعد اساسی روان‌شناختی زیر می‌باشد: بعد شناختی، بعد عاطفی و بعد رفتاری. در تعریف نورث (۱۹۸۷) بعد عاطفی خوب بیان شده ولی به ابعاد شناختی و رفتاری فرد توجهی نشده است.

تعریف نورث، ان‌رایت و همکارانش<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) عفو و گذشت را به شرح زیر تعریف نموده‌اند: "تمایل به صرف نظر کردن از حق خویش برای بروز خشم و کینه، قضاوت منفی و رفتارهای بی‌تفاوتی نسبت به فردی که غیرمنصفانه موجب رنجش فرد شده است. همچنین، پرورش رفتارهایی از قبیل ترحم و شفقت، انسانیت و حتی عشق و علاقه نسبت به فرد خاطی، هرچند لیاقت دریافت این رفتارها و منش‌های انسانی را نداشته باشد". بعد از ارائه تعریف، ان‌رایت و همکارانش تأکید می‌کنند که بایستی برای بسط و فهم این تعریف به نکات زیر توجه داشت:

۱. فردی که به او صدمه وارد شده، از درد عمیق و بی‌عدالتی که در حشش شده رنج می‌برد.
  ۲. فرد رنجیده با اراده خویش تصمیم به بخشایشگری می‌گیرد. بخشیدن یک امر ارادی و اختیاری است و نمی‌توان آن را به عنوان یک تکلیف بر فرد تحمیل کرد.
  ۳. موضع‌گیری جدید نسبت به فرد خلافکار در برگیرنده احساسات جدید (غلبه بر خشم و غضب، جایگزینی آن با رحم و شفقت)، شناخت و نگرش جدید نسبت به فرد خلافکار (جایگزین نمودن سرزنش و رسواسازی با احترام و رفتار انسانی) و تغییر رفتار نسبت به فرد خاطی (غلبه بر بی‌تفاوتی، کینه‌جویی، انتقام و جانشین کردن آن با خیرخواهی) می‌باشد.
  ۴. فرد رنجیده می‌تواند بدون هیچ قید و شرطی طرف دیگر را ببخشد، به این دلیل که بخشیدن یک فعل ارادی است و یک مهارت قابل فراگیری است، و هیچ وقت مشروط به تغییر نگرش فرد خاطی نسبت به فرد رنجیده و مورد ظلم واقع‌شده و یا عذرخواهی طرف مقابل نمی‌باشد.
- هرچند، این تعریف جامع و مانع می‌باشد اما باید توجه داشت که این تعریف نیز بیشتر به توضیح و تفسیر پیامدهای بخشش پرداخته و کمتر به بررسی و تبیین فرآیند بخشایشگری پرداخته است، ولی جنبه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری را در نظر گرفته و تغییرات لازم در هر سه جنبه را متذکر شده است.

روزبالت<sup>۱</sup>، ورت<sup>۲</sup>، وایتز<sup>۳</sup>، اسلویک<sup>۴</sup>، لپکیز<sup>۵</sup> و وان لانگز<sup>۶</sup> (۱۹۹۷) بخشش را چنین تعریف کرده‌اند:

«بخشش عبارت است از کاهش انگیزهٔ درونی و جدائی و انگیزه‌های تلافی‌جویانه، که به دنبال آزردهی بین افراد رخ می‌دهد» (به نقل از مک کالاف و همکاران، ۱۹۹۸).

پس از آن نیز ان‌رایت و نورث (۱۹۹۸) بخشایشگری را این گونه شرح داده‌اند:

«بخشایشگری یعنی میل به گذشت از آزار و قضاوت منفی، بی‌تفاوتی نسبت به کسی که غیرمنصفانه فرد را آزار داده است، در حالی که در خود دلسوزی، سخاوت و عشق نسبت به فرد هر چند که سزاوار او نباشد را می‌پروراند».

مقایسهٔ تعریف نورث (۱۹۸۷) و ان‌رایت و همکاران (۱۹۹۱) این نکته را بیان می‌کند که هر دو بر ارادی بودن فرآیند بخشودن تأکید می‌ورزند و هر دو تقلیل احساسات منفی را اساس بخشایشگری دانسته و جایگزینی این احساسات منفی با احساسات مثبت را متذکر می‌گردند. ان‌رایت و همکاران به جنبه‌های شناختی فرآیند گذشت و همچنین به جنبه‌های رفتاری آن تأکید می‌کنند. نورث و ان‌رایت هر دو به وجود خطا و رنجش ناشی از آن معتقدند و هر دو به این مسأله اذعان دارند که اگر کسی نرنجیده باشد، بخشایشگری معنایی ندارد.

استون<sup>۷</sup> (۲۰۰۱) برای بخشایشگری تعریف زیر را ارائه داده است:

«بخشایشگری عبارت است از یک فرآیند طولانی مدت از شناخت آسیب وارده به خود یا از دیگران، اشتیاق برای تغییر رفتارها و فعالیت‌های آسیب‌زا، اصلاح و ترمیم روابط و رهاشدن از رنجش‌ها».

- 1 Rusbult
- 2 Verette
- 3 Whitner
- 4 Slovik
- 5 Lipkyz
- 6 Vanlangts
- 7 Stone

پس از تعاریف غربی، به بررسی تعریف بخشایشگری که با مراجعه به متون اسلامی، ارائه شده است می‌پردازیم. تاکنون تعاریف متعددی از بخشایشگری در کتب اسلامی آمده است اما تعریف جامع و مانع از آن به عمل نیامده است. تعریف پژوهشگر حاضر پس از بررسی متون اسلامی و تعاریف پژوهشگران غربی به قرار زیر ارائه شده است:

«بخشایشگری عبارت است از فرآیند گذشتن از خطا و محو عوارض آن که در فرد به طور آگاهانه، آزادانه و با خواست خودش به منظور حفظ آرامش روانی، بهبود روابط با خاطی و یا صرفاً به منظور انجام رفتار ارزشی صورت می‌پذیرد و انتظار می‌رود پیامدهای زیر را به دنبال داشته باشد:

۱. رهایی از احساسات منفی نسبت به فرد خطاکار و ایجاد حالات مثبت از قبیل شفقت؛
۲. غلبه بر رنجش ناشی از بدی؛
۳. پرهیز از حسد، کینه، عصبانیت، دوری و تلافی نسبت به خاطی؛
۴. ترمیم روابط بین‌فردی و ایجاد رابطه دوستانه؛
۵. پیداکردن معنا در رنجش؛
۶. جایگزینی نگرش و قضاوت مثبت به جای نگرش و قضاوت منفی.

این تعریف نیز دربرگیرنده سه بعد شناختی، رفتاری و عاطفی در انسان است و آن‌ها را مطرح می‌سازد و نقطه قوت آن مشخص کردن بار ارزشی این عمل می‌باشد.

تعریف دیگری که با توجه به متون اسلامی و با مراجعه به آیات و احادیث صورت گرفته به شرح زیر است:

«بخشایشگری عبارت است از فرانگری به بافت رنجش، ملاحظه محدودیت‌های فردی و نوعی انسان‌ها از قبیل محدودیت‌ها و عوارض روانی، فرهنگی، دانشی، تاریخی، زمانی و مکانی، و با توجه به این محدودیت‌ها، رفتار خاطی را معنا دادن و تعبیر و تفسیر نمودن، و خود را فردی از نوع انسان جایز‌الخطا دیدن که در شرایطی امکان دارد به گذشت نیاز داشته باشد و احساس همدردی با خاطی و تمایل به گذشتن از اشتباه او با انگیزه آرامش روانی، بهبود روابط با خاطی، رشد و پرورش روانی و تنظیم رابطه با کل هستی، و با جلب رضایت خداوندی صورت می‌گیرد» (غباری، ۱۳۷۹).

## ■ مفاهیم متفاوت از بخشش و گذشت

برای درک بهتر بخشش و گذشت، مفاهیمی را که به آن نزدیک هستند یا گاهی اوقات با آن اختلاط معنی پیدا می‌کنند را بررسی می‌کرده و تفاوت آن را با بخشایشگری مشخص می‌شود.

### ۱. پذیرش افراد دیگر مساوی با بخشیدن و عفو آنها نیست

ما همدیگر را می‌پذیریم، چون علی‌رغم عیب‌هایی که داریم، قابل پذیرش هستیم. دوستان و نزدیکان ما شاید ویژگی‌های ناپسند زیادی داشته باشند ولی در کل، ما آنان را می‌پذیریم و به عنوان دوست و آشنا یا اعضای فامیل قبول‌شان داریم. افراد را از این جهت می‌پذیریم که آنان در کل برای ما خوب هستند؛ ولی ما افراد را به خاطر چیزهای بدی که در حق ما انجام داده‌اند، می‌بخشیم. مشاوران و روان‌درمانگران، مراجعان خود را علی‌رغم داشتن عقاید و اخلاقیات متفاوت از خودشان می‌پذیرند و به آنان احترام بدون قید و شرط می‌گذارند. این امر موجب پرورش همدلی می‌شود و مراجع احساس راحتی می‌کند (اسمیدس، ۱۹۸۴).

### ۲. بخشایشگری با تحمل یکی نیست

انسان با بخشیدن دیگران، خودش را از درد و رنج گذشته، آزاد ساخته و موجب جلب رضای خداوند و بهبود رابطه‌اش با دیگران می‌شود. ولی با تحمل کارهای غیرقابل تحمل، خود را در رنج و مشقت می‌اندازد. در روابط بین‌فردی، در حریم خانوادگی، در روابط بین دوستان، برخی رفتارها هستند که غیر قابل تحمل می‌باشند و تحمل آنان نه امکان دارد و نه به صلاح طرفین می‌باشد، ولی بخشیدن دیگران همیشه به پیامدهای مثبت می‌انجامد. ملاک غیرقابل تحمل بودن برخی رفتارها را قوانین مذهبی، قوانین اجتماعی و پیامد تحمل آن رفتارها مشخص می‌نماید، ولی بخشایشگری در تمام موارد پسندیده است. چون حداقل فرد را از گذشته بد آزاد می‌کند و او را برای بهره‌مندی از زمان حال آماده‌تر می‌سازد (اسمیدس، ۱۹۸۴).

### ۳. بخشایشگری با صبر یکی نیست

صبر به معنی جلوگیری از رفتارهای تکانشی است. این امر یک حالت بازداری از اقدام شتاب‌زده در شرایط سخت و ناگوار است. صبر کردن بر رفتار دیگران یعنی در حقیقت حفظ تعادل و بازداری نفس آدمی از گزافه‌کاری برای سنجیدن جوانب امر و اقدام به موقع است. هرچند که صبر یکی از ویژگی‌های پسندیده است و انسان را از غلتیدن در وادی خطا و لغزش باز می‌دارد ولی با بخشیدن دیگران تفاوت اساسی دارد. یکی از تفاوت‌های بخشیدن با صبر در این است که انسان‌ها در حالت اقتدار به انتقام می‌اندیشند ولی در حالت نداشتن قدرت اگر درایت به خرج داده و بازداری نمایند تا شرایط را سنجیده و عمل مناسب با موقعیت انجام دهند در آن صورت می‌گویند که او صبر کرده است (اسمیدس، ۱۹۸۴).



#### ۴. بخشایشگری به معنی سرپوش نهادن بر روی تعارض موجود نیست

برخی از افراد از بیان تعارضات اتفاق افتاده در بین دوستان خود می‌ترسند و یا بنا به ملاحظات اجتماعی آن تعارضات را بیان نمی‌کنند و آن را با عفو اشتباه می‌گیرند. باید دانست که سرپوش نهادن بر روی تعارضات، بخشایشگری نیست و این کار مانع پیشروی فرآیند بخشایشگری می‌شود (اسمیدس، ۱۹۸۴).

#### ۵. معذور دانستن افراد با بخشایشگری آنها مترادف نیست

معذور دانستن افراد با بخشایشگری آنان در نقطه مقابل یکدیگر قرار دارد. زمانی که ما افراد را معذور به انجام کاری می‌دانیم در واقع فکر می‌کنیم که آنان اراده و اختیاری در انجام کار خلاف نداشته‌اند و شرایط بحرانی و یا فردی به اجبار آنان را وادار به انجام خلاف نموده است، ولی در عفو و گذشت، افرادی را برای کار خطایی که انجام داده‌اند، می‌بخشیم (اسمیدس، ۱۹۸۴).

#### ۶. فراموش کردن با بخشایشگری معادل نیست

زمانی که افراد را به دلیل خطایی که انجام داده‌اند، می‌بخشیم، به آنها و مسئله رنج ناشی از آنها با دید دیگری نگاه می‌کنیم. بسیاری از رنج‌ها و دردهای ناشی از کار خلاف دیگران به راحتی از حیطة آگاهی ما بیرون می‌روند و نمی‌توان آنها را به راحتی فراموش کرد. ولی گذشت واقعی زمانی اتفاق می‌افتد که اگر حادثه رنجش به ذهن فرد رنجور خطور پیدا کند، در او تأثیر منفی نداشته باشد (اسمیدس، ۱۹۸۴).

#### ۷. فروخوردن خشم و متوقف ساختن عصبانیت (کظم غیظ) با بخشایشگری یکی نیست

فروخوردن خشم و از بین بردن عصبانیت جزو صفاتی است که خداوند متعال برای مومنان آن را در نظر گرفته است و همان‌طور که قبلاً اشاره شد در بخشایشگری نیز احساسات مثبت از قبیل شفقت و مهر و خیرخواهی و عشق و علاقه جای خود را به احساسات منفی از قبیل حسد، کینه، عصبانیت می‌دهند. ولی بخشایشگری و فروخوردن خشم در بعد رفتاری با هم یکی نیستند. زیرا اگر کسی فقط خشم خود را نسبت به برادر مومنش فرو بنشانند ولی نسبت به او بی‌تفاوت باشد، چگونه می‌توان گفت او را بخشیده است (اسمیدس، ۱۹۸۴).

#### ۸. بخشایشگری با صلح و آشتی یکی نیست

تفاوت عمده بخشایشگری با آشتی در این است که گذشت کردن پاسخ یک نفر (رنجیده) نسبت به جریان و آزاری است که اتفاق افتاده، در حالی که صلح و آشتی نیاز به تمایل هر دو طرف برای برقراری ارتباط دوباره می‌باشد. شاید بخشایشگری اتفاق افتاده باشد ولی آشتی به وقوع نپیوندد. البته در بسیاری مواقع بخشایشگری آشتی و پیوند دوباره طرفین را تسهیل می‌کند ولی همیشه این امر اتفاق نمی‌افتد.

## ۹. بخشایشگری با بخشودگی حقوقی و قضایی متفاوت است

بخشایشگری پاسخ شخصی است نسبت به رنج و درد خود فرد که از طرف فرد خلافکار بر او وارد شده است ولی این مسئله به این معنا نیست که قاضی و یا حتی جامعه نیز نسبت به آن خطا، بخشایشگری نمایند. قاضی که جرمی را برای فردی تعیین می‌کند شخصاً به وسیله فرد خلافکار دچار رنجیدگی و ناراحتی نشده است ولی به دلایل امنیتی و این که بخشودن فرد خطاکار سبب زیر پا گذاشتن قوانین توسط فرد خطاکار نشود مجبور به اجرای احکام و قوانین می‌باشد (اسمیدس، ۱۹۸۴).

### ■ مبانی نظری بخشش و گذشت

ان‌رایت و همکارانش (۱۹۹۸) در بررسی بخشایشگری از نظریه‌های مختلفی استفاده کرده‌اند که از آن جمله الگوی روان‌پویشی، شناختی و انسان‌گرایی است. علاوه بر این، ان‌رایت اظهار می‌دارد که اساس درمان بیشتر معنوی است و **حالت فراروندگی و رهایی از رنج و گرفتاری زخم بین‌فردی**، عمده‌ترین ویژگی درمان‌هایی با رویکرد بخشایشگری را تشکیل می‌دهند. اصطلاح بخشایشگری اساساً از بافت دینی گرفته شده است و به همین جهت روان‌شناسان بزرگ که در حیطه فرایندهای روانی کار کرده‌اند به آن نپرداخته‌اند و یا به صورت غیرمستقیم با سازه‌های دیگری خواسته‌اند تا حدی این فرایند روانی را تبیین کنند. در هر حال فرایند التیام افراد از رنج‌های درونی شده بین‌فردی ناپستی مورد غفلت روان‌شناسان قرار گیرد. موشر<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) گزارش داده است که سازه بخشایشگری در نوشته‌های روان‌تحلیل‌گران در بین سال‌های ۱۹۲۰ و ۱۹۹۰ دیده نمی‌شود، ولی مفاهیمی مرتبط با بخشایشگری از قبیل خشم، ناکامی، آسیب‌های روانی، احساس گناه، شرم و نیاز به تنبیه کردن و تنبیه شدن به وفور در ادبیات روان‌تحلیل‌گران آمده است. این امر نشان می‌دهد که سازه بخشایشگری تحت عناوین دیگری از قبیل مشکلات بین‌فردی، انتقام جویی و تعارضات بین فردی مورد بررسی قرار گرفته است.

سلز و هارگریو<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) اظهار داشته‌اند که در بافت درمان‌های روان - پویشی بخشایشگری اکثراً به صورت تلویحی در حوزه مفاهیمی دیگر از قبیل اعتراف بیان شده است و آن هم زمانی به کارگرفته شده است که درمانگر کشیش بوده است و فرایند انتقال در رابطه بین درمانگر و مراجع برای بخشایشگری نمادین تسهیل کننده بوده است. روان‌تحلیل‌گران به جای کلمه بخشایشگری از روش‌های دیگر حل تعارضات بین‌فردی صحبت به میان آورده‌اند. انسان‌ها بینش پیدا می‌کنند که بتوانند از رنج‌ها و دردهای گذشته آزاد شوند و بتوانند رو

1 Mosher

2 Sells & Hargrave

به جلو حرکت کنند، و یا اینکه یاد بگیرند دیگران را بپذیرند. آکیتار<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) معتقد است که دلایل عمده‌ای وجود دارد برای این که بخشایشگری در بافت پارادیم‌های مختلف روان‌شناسی از جمله در مکتب روان‌پوشی مورد بحث قرار نگرفته است که از جمله آن دلایل می‌توان به غفلت فروید برای بررسی این سازه اشاره کرد. روان‌تحلیل‌گران پس از فروید سعی کردند که از الگوی مشخص فروید دور نشوند و چون فروید به سازهٔ توکل نپرداخته بود آنان نیز به بررسی این سازه نپرداختند. دلیل دیگری که آکیتار (۲۰۰۲) مطرح می‌کند، سوء تفاهم‌هایی است که در مورد سازهٔ بخشایشگری وجود دارد. بسیاری از افراد تفاوت بین بخشایشگری و رفتارهای منفعلانهٔ پذیرش جفاکاری را از هم تمیز نمی‌دهند و فکر می‌کنند که بخشیدن یک نوع مقابلهٔ منفعلانه است که به فرد جفاکار فرصت می‌دهد تا جفاکاری خود را ادامه دهد. در هم آمیختگی بین بخشیدن افراد با عدالت طبیعی و طبیعت فضیلت عدالت نیز بر سوء تفاهم‌ها افزوده است و همین امر باعث شده است که سازهٔ بخشایشگری مورد اقبال روان‌شناسان قرار نگیرد و در بافت مکاتب روان‌شناسی مطرح نشود.

صاحب‌نظران در حیطه روان‌شناسی مثبت‌گرا (مثلاً سیلگمن و سی‌کزنیتیمیهای<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱) بخشایشگری را به عنوان فضیلت مورد بررسی قرار داده‌اند و بر آن ارزش سلامتی افزوده و عدم توانمندی در بخشایشگری و تمایل به انتقام جویی را آسیب‌زا تلقی کرده‌اند که بایستی روان‌شناسان و روان‌درمانگران آن را تعدیل نمایند.

در سه دههٔ اخیر، تحقیق‌ها در حیطهٔ بخشایشگری گسترش پیدا کرده و روان‌شناسان (مثلاً ان‌رایت و همکاران، ۱۹۹۸) سعی نموده‌اند که آن را در بافت علم روان‌شناسی مطرح کنند. اکثراً در تبیین و بررسی این سازه از نظریه‌های مختلف روان‌شناسی (از جمله از نظریهٔ روان‌تحلیل‌گری، شناختی، انسان‌گرایی و روان‌شناسی مثبت) به صورت تلفیقی استفاده کرده‌اند. در هر صورت اگر قرار است این سازه معنوی - روانی به صورت مؤثر مورد استفاده قرار گیرد لازم است که نظریه منسجمی برای مطالعهٔ آن تدوین گردد. پیشنهاد نویسنده حاضر استفاده از الگوی طرح‌واره درمانی متعالی است که در آن علاوه بر روش شناختی هیجانی و رفتاری، بعد ارتباطی در روابط بین فرد رنجیده و رنجاننده مورد بررسی قرار می‌گیرد. علاوه بر این، فرد کمک می‌شود که در توان محدود رنج، گرفتار و تثبیت نشود و فراتر از ابرهای تیرگی در روابط بین‌فردی پرواز کند. امکان دارد که رنج نیز برای او معنایی پیدا کند و به رشد و شکوفایی فرد کمک کند. هنوز سوالات زیادی در مورد بخشایشگری و ارتباط آن با تکامل انسان وجود دارد که باید روشن شود. مثلاً از دیدگاه تکاملی لازم است مشخص شود که در روند تکاملی انسان و رشد و ارتقای او نقش بخشایشگری چه بوده است، و اگر بخشایشگری در روند تکاملی انسان‌ها نقش داشته است، چرا تمایل به انتقام‌جویی به عنوان انگیزهٔ بسیار مهم در روابط بین‌فردی وجود دارد.

1 Akitar

2 Csikszentimihalyi

## ■ مراحل بخشایشگری

فرآیند بخشش چگونه شروع می‌شود و از چه مراحل می‌گذرد و چه زمانی به اتمام و کمال می‌رسد؟ برای پاسخ به سوالات فوق که سوالات بسیار اساسی و مهمی هستند، روش‌های مختلفی وجود دارد که از آن جمله درون‌نگری، مشاهده، مصاحبه با افراد رنجیده، و مطالعه سرگذشت افرادی است که نحوه و فرآیند بخشش خود را دقیقاً درج نموده‌اند. در اروپا و امریکا ان‌رایت و همکارانش معروفترین افرادی هستند که در کشف مراحل بخشایشگری کار کرده‌اند. نخست نظر آنان را در رابطه با مراحل بخشایشگری مورد بررسی قرار می‌دهیم و سپس نظر نویسنده را در این رابطه بیان می‌نمائیم.

### مراحل بخشایشگری از نظر ان‌رایت

ان‌رایت و همکارانش (۱۹۹۲) مراحل بخشایشگری را در چهار مرحله، که هر مرحله متشکل از چندین وهله و مولفه است، به صورت زیر بیان نموده‌اند:

**الف** مرحله کشف رنجش و عدم پرده‌پوشی

**ب** تصمیم‌گیری برای بخشیدن

**ج** اقدام برای بخشیدن

**د** محصول یا نتیجه بخشیدن (عمقی تر شدن بخشش).

جدول ۱: مراحل بخشایشگری از نظر ان رایت و همکاران

### مرحله کشف رنجش و عدم پرده پوشی

۱. بررسی مکانیزم‌های روانشناختی (کیل<sup>۱</sup>، ۱۹۸۶)
۲. مقابله با عصبانیت، اصل بر تخلیه است، نه انباشتگی عصبانیت (ترینر، ۱۹۸۱)
۳. پذیرش شرم و خجالت، زمانیکه مناسب است (پتون<sup>۲</sup>، ۱۹۸۵)
۴. آگاهی از انباشتگی خشم و غضب در درون خود نسبت به فرد رنجاننده (درول<sup>۳</sup>، ۱۹۸۴)
۵. آگاهی از بازگویی و تکرار شناختی اجحاف و ظلم در ذهن خود (درول، ۱۹۸۴)
۶. بینش نسبت به این امر که شاید فرد جفا دیده صفت نامطلوب خود را با فرد جفاکار مورد مقایسه قرار می‌دهد (کیل، ۱۹۸۶)
۷. تشخیص این امر که شخص شاید برای همیشه (مادام العمر) وضعیتش به وسیله خلاف به طور نامطلوبی تغییر نموده است (کلوز<sup>۴</sup>، ۱۹۷۰)
۸. بینش حاصل کردن به اینکه فرد جفا دیده دیدگاهش به عدالت جهانی و عادل بودن خدا تغییر نموده است (فلانیگان<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷)

### مرحله تصمیم‌گیری برای بخشیدن

۹. تغییر قلب، تحول درونی، به دست آوردن بینش جدیدی در مورد اینکه روش‌ها و راه‌حل‌های قبلی کارایی لازم را ندارند (نورث، ۱۹۸۷)
۱۰. تمایل به بررسی بخشایشگری به عنوان یک انتخاب آزاد برای التیام زخم‌های روانی‌اش
۱۱. تعهد به بخشایشگری فرد جفاکار (نبلت<sup>۶</sup>، ۱۹۷۴)

---

1 Kiel  
2 Patton  
3 Droll  
4 Close  
5 Flanigan  
6 Neblett

### مرحله اقدام به بخشیدن

۱۲. تغییر دیدگاه، از طریق به دست آوردن نقش طرف دیگر، در این هنگام فرد متجاوز و خلاف در بافت خودش دیده می‌شود (اسمیت<sup>۱</sup>، ۱۹۸۱)
۱۳. همدلی نسبت به فرد جفاکار (متجاوز و خلافکار) کانینگهام<sup>۲</sup>، ۱۹۸۵)
۱۴. آگاهی از شفقت و مهر و محبتی که در دل فرد جفا دیده نسبت به خلافکار به وجود می‌آید (درول، ۱۹۸۴)
۱۵. پذیرش و جذب درد و رنج (برجین<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸)

### مرحله عمیق شدن (نتیجه)

۱۶. پیدا کردن معنی برای خود و دیگران در رنج و فرآیند بخشودگی (فرانکل<sup>۴</sup>، ۱۹۵۹)
۱۷. تشخیص این امر که او در گذشته موجب رنجش دیگران شده و نیازمند به بخشایشگری دیگران بوده است (کانینگهام، ۱۹۸۵)
۱۸. بینش پیدا کردن به این امر که فرد در زندگی تنها نیست (خداوند پشت و پناه اوست)
۱۹. تشخیص این امر که فرد به علت رنج، امکان دارد که در زندگی هدف جدیدی داشته باشد.
۲۰. آگاهی از کاهش عواطف منفی، و احیاناً افزایش عواطف مثبت، به فرد خلافکار. اگر این حالات شروع به پدید آمدن نماید، تخلیه هیجانی به راحتی صورت می‌پذیرد (اسمیدس<sup>۵</sup>، ۱۹۸۴).

---

1 Smitt  
 2 Cunningham  
 3 Bergin  
 4 Frankl  
 5 Smedes

## ■ مراحل بخشایشگری از دیدگاه نویسنده

پس ارائه مدل ان‌رایت و همکاران (۱۹۹۲) در مورد فرآیند بخشایشگری به فرآیندی که توسط نگارنده و همکاران از متون اسلامی گرفته شده پرداخته می‌شود. در این فرآیند بر خلاف دو نظریه دیگر ابتدا پیش مراحل آورده شده، و پس از آن به مراحل اصلی اشاره می‌گردد. پژوهشگران معتقدند عواملی قبل از فرآیند بخشایشگری وجود دارند که زمینه‌ساز بروز این عمل است.

به طور کلی، در این نظریه که با استفاده از متون اسلامی استخراج و استنباط شده است، سه پیش مرحله و پنج مرحله وجود دارد.

## ■ پیش مراحل بخشش

### ۱. مرحله عینی: مرحله وقوع رنجش و قبول آن

۱-۱: مرور ذهنی خطا و عملکرد خاطی

۲-۱: رنجش خاطر از آن عملکرد

۳-۱: قبول رنجش و عدم انکار آن

در این پیش مرحله فرد پس از انجام خطا توسط فرد خاطی، خطا و نحوه انجام آن را در ذهن خود بارها مرور می‌کند و تصویر آن را در ذهن خود می‌آورد و به دنبال آن، از آن عملکرد احساس رنج می‌کند که این احساس رنج ممکن است به صورت‌های گوناگونی بروز پیدا کند. پس از آن، نکته مهم در این پیش مرحله آن است که فرد، رنجش خود را قبول کند و به آن اقرار نماید؛ البته این زمانی اتفاق می‌افتد که فرد قبلاً ممکن است رنجش خود را انکار یا سرکوب کند، ولی در پایان این پیش مرحله فرد قبول می‌کند که رنجیده است.

### ۲. مرحله احساسی: انواع احساسات منفی توسط فرد تجربه می‌شود

۱-۲: عصبانیت

۲-۲: تنفر

۳-۲: کینه توزی

۴-۲: شرم و خجالت

در این مرحله فرد انواع احساسات منفی را نسبت به فرد خاطی تجربه می‌کند و از این احساسات منفی درون خود، آگاه است و آن را حق خود می‌داند. شاید بیشتر این احساسات از

آنجا ناشی می‌گردد که فرد احساس می‌کند در اجتماع وضعیت او تغییر کرده است و خود را با وضعیت فرد خاطی مقایسه می‌نماید. در این مرحله احساس شرم و خجالت نیز وجود دارد. این بدان دلیل است که فرد خود را با دیگران مقایسه می‌کند و از ضربه‌ای که بر او وارد شده احساس شرم و خجالت کرده و خصوصاً این وهله، زمانی بیشتر بروز می‌کند که عمل خطا در جمع رخ داده باشد. در این مرحله نگرش فرد رنجیده نیز نسبت به رنجاننده تغییر می‌کند و بیشتر نگرش و شناخت منفی نسبت به فرد دارد.

### ۳. مرحله شناختی: اندیشه متقابل که فرد خود را در مقابل بخشش یا انتقام می‌بیند

۱-۳: به انتقام می‌اندیشد

۲-۳: به حق دانستن اندازه‌گیری

۳-۳: به عفو می‌اندیشد

۴-۳: توجه به مطلوبیت عفو دارد

۵-۳: خود را در برابر عمل عفو و انتقام می‌بیند

۶-۳: پیامدهای احتمالی بخشش و انتقام را بررسی می‌کند (از نظر اخلاقی، دینی و اجتماعی)

در این مرحله هنوز احساسات منفی وجود دارد و جنبه احساسی غلبه کمتری داشته و فرد به راه‌های مقابله می‌اندیشد و ممکن است در ابتدا راه‌حل‌های منفی انتقام و تلافی در ذهن خود داشته باشد و پس از آن راه‌های دیگری از قبیل گذشت را ذهن خود پروراند. در اینجا فرد همواره راه‌حل‌ها را بررسی کرده و پیامدهای آن را نیز مورد مطالعه قرار می‌دهد. در این مرحله کم‌کم اندیشه غالب می‌گردد و احساسات با این که در درون فرد وجود دارند، ولی مثل مرحله قبل مشخص نیستند.

## ■ مراحل بخشش

### مرحله اول: اندیشه

در این مرحله تفکر کاملاً غالب می‌گردد و فرد کم‌کم به فراسوی خود نگاه می‌کند، هر چند که هنوز راه‌حل‌های مختلف نیز در ذهن خود می‌پروراند. وی به فرد خاطی توجه می‌کند: خوبی‌ها، خدمات، انسان بودن وی و یا قرابت و قوم و خویشی وی را نسبت به خود مورد توجه قرار داده و موقعیت رفتاری او را به هنگام لغزش نیز در نظر می‌گیرد.

علاوه بر آن، در اینجا فرد رنج دیده علاوه بر دلایل شخصی فرد جفاکننده، دلایل غیرشخصی از قبیل مذهب را نیز در نظر می‌گیرد.



۱. رنجیده در عین این که انتقام را حق خویش می‌داند، خود را در برابر عمل بخشش یا انتقام مشاهده می‌کند؛
  ۲. صمت و تفکر (صمت به معنای سکوت است، یعنی سکوتی که همراه با تفکر باشد)؛
  ۳. توجه به فراسوی خود؛
  ۴. توجه به خاطی به عنوان یک انسان؛
  ۵. توجه به خاطی به عنوان فردی که با وی قربایت دارد؛
  ۶. در ذهن به توجیه خطای خاطی می‌اندیشد.
- همان طور که قبلاً گفته شد در این مرحله که تفکر غالب است، در چند نکته بروز عینی پیدا می‌کند و فرد جفا دیده، خلافکار را مدنظر قرار داده و هم به مزایا و هم به محدودیت‌های وی می‌اندیشد، سپس به خطا می‌اندیشد و ویژگی‌های خطا را مدنظر قرار می‌دهد؛ پس از آن خطا و خلافکار را در بافت جدا می‌بیند و به توجیه عملکرد فرد خاطی می‌پردازد. در این مرحله فرد دوباره تفکرات قبل خود را مرور می‌کند.

### مرحله دوم: احساس عاطفی و پیامدهای آن

- در این مرحله با پشت سر گذاشتن مرحله‌ی اندیشه، از تنش روانی او کاسته می‌شود. احساسات، نگرش‌ها و رفتارهایی که فرد در قبال فرد رنجاننده داشته تغییر می‌کند و این تغییرات بیشتر به دنبال مرحله‌ی قبل و پس از بررسی و توجیه خطای فرد بروز می‌یابد.
۷. از نظر روانی آماده می‌شود که به دیگری توجه کند و از تنش روانی جلوگیری می‌شود؛
  ۸. کاسته شدن روحیه انتقام‌گیری؛
  ۹. احساسات مثبت جایگزین احساسات منفی می‌گردند؛
  ۱۰. نگرش فرد نسبت به رنجاننده تغییر پیدا می‌کند؛
  ۱۱. قضاوت‌های قبلی فرد نسبت به رنجاننده تغییر پیدا می‌کند؛
  ۱۲. فرد در این مرحله چاره‌جویی می‌کند.
- باید توجه داشت که وجود این مرحله، متفاوت از مرحله اساسی در پیش مراحل است، زیرا در آنجا فرد با توجه به برداشت اولیه از رنج، احساساتش بروز می‌کند، ولی در این مرحله فرد پس از گذشت از مرحله‌ی اندیشه به این احساسات دست می‌یابد، یعنی این احساسات نتیجه تعقل و تفکر فرد می‌باشد. در این مرحله فرد نه تنها از لحاظ عاطفی بلکه از لحاظ شناختی و رفتاری نیز تغییر می‌یابد.

**مرحله سوم: تمایل و تصمیم به بخشش**

همانطور که در مرحله قبل گفته شد، در این مرحله فرد با توجه به تغییراتی که در رفتار، شناخت و عواطفش به وجود آمده تمایل به گذشت پیدا می‌کند. در این مرحله هنوز احساسات غالب است، البته احساساتی که ناشی از تفکر و تعقل فرد در مورد رنج و رنجاننده می‌باشد.

۱۳. تمایل به گذشت؛

۱۴. تمایل به گذشت و اظهار آن؛

۱۵. تصمیم و اراده به گذشت؛

۱۶. تصمیم به گذشت؛

۱۷. اظهار تصمیم به گذشت.

در این مرحله احساسات مثبت شدیدتر و بیشتر می‌گردد و فرد، خلاف و خلافکار را جدا می‌بیند و به دنبال چاره‌جویی، تمایل به گذشت پیدا می‌کند؛ سپس این تمایل خود را اظهار می‌دارد که ممکن است به طرق مختلف این اظهار صورت پذیرد. پس از آن تصمیم به گذشت می‌گیرد و بالاخره این تصمیم خود را اظهار می‌دارد. این تصمیم با توجه به سلسله مراتب فرآیند صورت می‌پذیرد و فرد مرحله به مرحله و وهله به وهله این فعالیت را پشت سر می‌گذارد.

**مرحله چهارم: ابراز عملی بخشش (اقدام)**

در این مرحله فرد به دنبال تصمیمی که گرفته اقدام به بخشش می‌کند. این اقدام بیشتر به دلیل همدلی که بین رنجیده و رنجاننده ایجاد شده به وجود می‌آید و همچنین شفقت و مهربانی که بین این دو به وجود آمده است، دلیل دیگری نیز می‌تواند باشد.

۱۸. بخشیدن و ابراز آن؛

۱۹. آماده برای برخورد صحیح با خاطی.

ابراز بخشیدن از طرق مختلفی می‌تواند صورت پذیرد که بستگی به نوع رابطه فرد دارد. ممکن است مصافحه، روبوسی و سلام باشد تا ایجاد رابطه و انجام کارهای دیگر. البته محل ابراز آن نیز مهم می‌باشد.

**مرحله پنجم: پیامدهای بخشایشگری**

الف- احساسات منفی‌اش نسبت به خاطی کاهش پیدا می‌کند و حقد و کینه از بین می‌رود و احساسات مثبت نسبت به وی جایگزین آن می‌شود.

ب- علاوه بر تغییر در احساسات، رفتار و شناخت فرد نیز نسبت به خاطی تغییر پیدا می‌کند.

ج- رشد معنوی، کمال و ارزش انسانی در او پدید می‌آید (عزت نفس).

- ۲۰. پیدا کردن معنا در عفو و گذشت؛
- ۲۱. به دست آوردن آرامش درونی، رضا و خشنودی؛
- ۲۲. ایجاد و تحکیم روابط دوستانه؛
- ۲۳. احسان و نیکی نسبت به فرد خاطی؛
- ۲۴. در این مرحله دیگر احساس رنجش وجود ندارد.

در این مرحله فرد بر حسب رابطه‌ای که قبل از بروز خطا با فرد خاطی داشته است، این ارتباط عاطفی و رفتاری با فرد خاطی تفاوت می‌یابد.

### ■ خلاصه فصل

بخشش عبارت است از کاهش انگیزه درونی و جدائی و انگیزه‌های تلافی‌جویانه، که به دنبال آزرده‌گی بین افراد رخ می‌دهد. بخشایشگری با صبر، تحمل کردن، فراموشی، سرپوش گذاشتن و آشتی متفاوت است. روانشناسان برای بررسی بخشایشگری از نظریه‌های مختلفی استفاده کرده‌اند که از آن جمله الگوی روان‌پویشی، شناختی و انسان‌گرایی است. **مراحلی توسط ان‌رایت برای بخشایشگری در نظر گرفته شده است که چهار مرحله را در بر می‌گیرد.** این مراحل به ترتیب شامل کشف رنجش و عدم پرده پوشی، تصمیم‌گیری برای بخشیدن، اقدام برای بخشیدن و نتیجه بخشیدن هستند. پژوهشگران با بررسی متون اسلامی پیش‌مراحل و مراحل را برای بخشایشگری مطرح نمودند. از جمله پیش‌مراحل بخشش؛ مرحله عینی، مرحله احساسی و مرحله شناختی است و سپس مراحل بخشش که مرحله اول اندیشیدن، مرحله دوم احساس عاطفی و بررسی پیامدهای آن، مرحله سوم در برگیرنده تمایل و تصمیم به بخشش است و پس از ابراز عملی بخشش، پیامدهای بخشش که آرامش درونی و احساس نیکی و رشد معنوی است درک خواهد شد.

### ■ منابع

- فُرشى نبانى، سید علی اکبر، (۱۳۶۱). **قاموس قرآن**. تهران: دارالکتب الاسلامیه.
- راغب اصفهانی، حسین بن محمد. (۱۳۶۲). **المفردات فی غریب القرآن**. تهران: المکتبه المرتضویه.
- غباری بناب، باقر. (۱۳۷۹). رفتار بخشایشگرانه در نهج البلاغه، بررسی مبانی نظری و انسان‌شناختی، و کشف اثرات روانشناختی آن. **مقالات برگزیده همایش تربیت در سیره و کلام امام علی (ع)**. تهران: مرکز مطالعات تربیت اسلامی وابسته به معاونت پرورشی وزارت آموزش و پرورش، ص ۲۸۹-۳۱۰.

- Akitar, S. (2002). Forgiveness: Origins, dynamics, psychology, and technical relevance. **Psychoanalytic Quarterly**. LXXI, 175211-
- Enright, R.D., Freedman, S., & Rique, J, (1998). The psychology of interpersonal forgiveness. In R. D. Enright & J. North(Eds), **Exploring forgiveness** (pp.4664-). Madison, WI: university of Wisconsin Press.
- Enright, R.D., Gassin, E. A., & Wu, C. (1992). Forgiveness: A developmental view. **Journal of Moral Education**, 21, 99114-.
- Enright, R.D., & North, J (1998). **Exploring forgiveness**. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Enright, R.D., & the Human Development study Group. (1991) the mortal development of forgiveness. In W. Kuurtnes & J. Gewirtz (Eds), **Handbook of moral behavior and development** (Vol. 1, pp. 123152-)
- McCullough. M. E., Rachal, K. C., Sandage, S. J., Worthington, E. L. Jr, Brown, S.W., & Hight. T. L. (1988). Interpersonal forgiving in close relationship: II. Theoretical elaboration and measurement. **Journal of Personality and SocialPsychology**, 75,15861603-
- Mosher, P. (1991). **Title, Key Word. And Author Index to Psychoanalytic Journals: 19201990-**. New York: American Psychoanalytic Association.
- North, J(1987). Wrong doing and forgiveness: **Philosophy**, 62. 499508-.
- Sells, J. N. & Hargreave. T. D., (1998). Forgiveness: A review of the theoretical and empirical Literature. **Journal of Family Therapy**. 20, 2136-
- Seligman, M. E. & Csikszentimihalyi, (2000). Positive Psychology: An instruction. **American Psychologist**, 55.514-.
- Smedes, L. B. (1984) forgive and forget: **Healing the hurts we don't deserve**. New York: Harper & Row.
- Stone, B. E. (2001). Cancer as imitation : Surviving the fire. **Dissertation Abstracts International**. Sciences and Engineering, 62(1-B), 593

فصل هشتم  
ذکر؛ به عنوان  
يك مهارت معنوی

شهربانو قهاری - جعفر بوالهري

## اهداف آموزشی این فصل

- تعریف و مفهوم ذکر را بیان کنید
- انواع ذکر و نمونه‌هایی از ذکرهایی که به وسیله دیگران گفته می‌شود را نام ببرید.
- روش‌های اجرای ذکرهای موثر را شرح دهید
- آثار ذکر بر فرد و زندگی او را شرح دهید
- موانع ذکر موثر را بیان نمایید

زیر هر یا ربِ تو، لیبک هاست  
مولوی

درد عشق تو کمند لطف ماست

هیچ چیز در زندگی با ارزش تر از ایمان نیست. نیروی محرک عمده فرد که نه می‌توان آن را در ترازو سنجید و نه در آزمونی سخت آزمود. ایمان همیشه یک عامل اساسی در حرفه پزشکی بوده است ... نه تنها برای یک روان‌شناس بلکه یک پزشک معمولی که دغدغه‌اش توانمندسازی ذهن و جسم ضعیفان است، و این تمام موضوعی است که مورد علاقه من است.

ویلیام اوسلر

## مقدمه

هدف از ارائه يك فصل تحت عنوان ذکر این است که خوانندگان با ذکر و مراتب آن و نیز آثار و پیامدهای ذکر آشنا شوند. پرداختن به ذکر به عنوان يك مهارت معنوی به این دلیل مهم است که همچون دیگر روش‌های معنوی و عبادی که در بیشتر ادیان و مکاتب معنوی وجود دارد، آثار روان‌شناختی زیادی دارد، که از جمله می‌توان به پیوستگی عمیق به آرامش و منبع حیات، تقویت ذهن، افزایش توجه، تمرکز و امیدواری اشاره کرد. در ادبیات علمی به ندرت در مورد ذکر پژوهش و مطالعاتی دیده می‌شود. از این رو ابتدا مروری می‌شود بر **مراقبه** که بخشی از آن به ذکر می‌گذرد و سپس به تفصیل از ذکر سخن خواهد آمد.

## مراقبه و ذکر

ذکر که در مکاتب هندی، بودایی و یوگی‌ها از آن به عنوان «مانترا» نام می‌برند، ریشه‌ای عمیق در عرفان کهن دارد. اولین تأثیری که ذکر به هر شکل ممکن ایجاد می‌کند چیزی شبیه مراقبه است. افرادی که به مراقبه می‌پردازند، سعی می‌کنند بر واژه یا تصویری متمرکز شوند تا به آرامش برسند. در ذکر نیز افراد بر واژه‌ای که به زبان می‌آورند، متمرکز می‌شوند و بیشتر به خدا فکر می‌کنند تا به آرامش برسند. گویا در آموزه‌های اسلامی نیز آمده است که قبل از ذکر گفتن نیز می‌توان نوعی مراقبه کرد و برای مثال، توصیه به وضو گرفتن و یا این که به مکان خلوتی رفتن، عود و شمع روشن کردن، در سکوت و خلوت ذکر گفتن از این گونه است. اما با همه این‌ها بین ذکر و مانترا یا ذکر در مکاتب عرفانی بودایی تفاوت‌هایی وجود دارد که در زیر به آن اشاره خواهد شد:

۱. مانترا یا واژه‌ای که افراد به عنوان ذکر در مراقبه به کار می‌گیرند، اغلب واژه‌هایی بی‌معنی هستند که تنها يك فرکانس صوتی دارند و جز صدا و صوت چیز دیگری نیستند و فاقد معنی و مفهوم هستند. در حالی که ذکر واژه‌ای معنادار و مقدس مانند نام‌های خداوند و یا عبارات‌های مقدس برگرفته از قرآن و روایات است.
۲. مانترا نه تنها واژه‌ای بی‌معنی است بلکه باید ثابت باشد و فرد باید مانترایی برای خود انتخاب کند و هیچ وقت آن را تغییر ندهد و این واژه به زبان یوگی‌ها «اوم» می‌باشد. یوگی‌ها سعی می‌کنند تا به مدت ۲۰ دقیقه این واژه بی‌معنی را به کار گیرند. مداومت بر تکرار آن باعث می‌شود که پس از دقایقی تمامی براهن را خستگی و رخوت فراگیرد و تنها يك نقطه فعال باقی ماند. در حالی که افرادی که ذکر می‌گویند می‌توانند واژه‌ها یا نام‌هایی که خود انتخاب می‌کنند را تغییر دهند، برای مثال: فرد می‌تواند ۱۰۰ بار نام لطیف را به عنوان ذکر

ادا کند و سپس نام دیگری از خداوند مانند ستار را تکرار کند و اجباری ندارد که يك نام را برای همیشه به کار گیرد.

۳. تفاوت دیگر بین ذکر و مانترا در مراقبه، مدت زمانی است که فرد مانترا را به کار می‌گیرد. یوگی‌ها بر این باورند که فرد باید روزی ۲ بار و هر بار حداقل به مدت ۲۰ دقیقه واژه مانترا را ادا کند، در حالی که در ذکر این گونه نیست، فردی که ذکر می‌گوید، می‌تواند کمتر یا بیشتر از این زمان و یا تا هر گاه که خودش بخواهد واژه ذکر را ادا کند و هر گاه خود خواست، به این کار پایان بخشد. در این رابطه پیامبر اسلام (ص) می‌فرماید: «هر چیزی را حد معینی است مگر ذکر که در آن حد پایانی مقرر نشده است».

۴. فردی که مراقبه انجام می‌دهد، باید به گونه‌ای مانترا را ادا کند که لب و دهن او تکان نخورد، حتی زبان‌شان هم نباید تکان بخورد، در ذکر هم تا اندازه‌ای این مشابهت وجود دارد، مانند ذکر قلبی، ذکری است که زبان یا دهان فرد تکان نمی‌خورد و خود چیزی را بر زبان نمی‌آورد اما تفاوت آنها در این است که الزامی برای تکان نخوردن لب و دهن نیست و فرد می‌تواند هر گاه مایل بود، ذکر مورد نظر را بر زبان جاری سازد.

۵. در ذکر از فرد خواسته می‌شود حواس خود را جمع کند و به ذکری که بیان می‌کند، بیندیشد، در حالی که در مراقبه از فرد می‌خواهند به جای اندیشیدن به مانترا یا واژه دیگر، به ذهن خود اجازه دهند تا رها و آزاد باشد. به عبارتی پیام آن‌ها این است که «نه از فکر جلوگیری کن و نه متوجه مانترا باش».

۶. وضعیت نشستن: افرادی که به مراقبه می‌پردازند، وضعیت خاصی را برای نشستن انتخاب می‌کنند، آنها چهار زانو می‌نشینند، ستون فقرات را صاف و کشیده نگه می‌دارند، مچ دست را روی زانو و انگشت سبابه را با مشت می‌گیرند و سه انگشت دیگر را آزاد می‌گذارند. عرفا و یا کسانی که ذکر می‌گویند، ممکن است وضعیت چهار زانویی بگیرند و یا دو زانو بنشینند و کف دست‌ها را رو به آسمان بگیرند. در بسیاری موارد تسبیح در نزد عرفا و ذاکرین وسیله‌ای برای شمارش ذکر است و به گونه‌ای خود به وسیله‌ای مقدس تبدیل شده است. مراقبه کنندگان و یا کسانی که مانترا می‌گویند: از تسبیح استفاده نمی‌کنند بلکه به تکرار واژه‌ای بی‌معنی و در حالی که در وضعیت خاصی قرار گرفته اند به مراقبه می‌پردازند.

## ذکر چیست؟

ذکر به معنای یادآوری، به خاطر سپردن و جاری کردن نام خداست (نیلی پور، ۱۳۸۸)؛ انسانی که به خداوند می‌اندیشد و نام او را بر زبان می‌آورد، خداوند را شاهد و ناظر بر اعمال خود می‌داند؛ زیرا یاد خداوند، یادآور این است که باید به خالق خود پاسخگو باشد.



ذکر یا یادآوری، مسئولیت و تعهد به بار می‌آورد. انسان مسئول کسی است که مسئولیت اعمال خود می‌پذیرد و به جای فرافکنی و مقصر جلوه دادن دیگران در روابط بین‌فردی، خود را عامل رفتارها می‌داند. این نگرش، می‌تواند تغییر رفتار را به دنبال داشته باشد، زیرا کسانی که از مسئولیت یا پذیرفتن اعمال و رفتار خویش شانه خالی می‌کنند، کمتر در ارتقاء سلامت روان خود کوشش می‌کنند. در توصیف ذکر آمده است که انسان متعهد انسانی ذاکر است، این انسان چه با زبان و چه با قلب، خداوند را یاد می‌کند و رضایت او را مبنای عملکرد خویش قرار می‌دهد و سعی می‌کند آن گونه باشد که خداوند می‌خواهد و دوست دارد.

### قهرین



با همکاران و دوستان درباره انواع ذکر و مراقبه صحبت کنید. نظرات آن‌ها را بشنوید.

## انواع ذکر

در مکاتب اسلامی آمده است که با تمامی نام‌های پروردگار می‌توان ذکر گفت. جملات و عباراتی مانند "قدرتی جز قدرت پروردگار نیست"، "به خداوند توکل می‌کنم و کارم را به او می‌سپارم" نیز ذکر هستند. آقابابایی (۱۳۸۴) از نظر مسلمانان ذکرهای لفظی را چنین برشمرده است:

بسم الله الرحمن الرحيم، سبحان الله، لا اله الا الله، حسبنالله و نعم الوكيل، لاحول و لا قوه الا بالله، ماشالله و لا قوه الا بالله، افوض امرى الى الله بصير بالعباد، و تسبيح حضرت زهرا (ع).

بیان این واژه‌ها و تکرار آن، یادآور باور فرد نسبت به لایزال بودن پروردگار، توکل به او و سپردن امور و کارها به اوست. البته فردی که ذکر می‌گوید نباید فقط به تکرار طوطی‌وار این کلمات اکتفا کند و به معانی واژه‌ها نیز بهتر است بیاندیشید. برای مثال، کسی که به خود می‌گوید: «هیچ نیرویی جز نیروی پروردگار نیست» خود را به منبع حمایتی برتری می‌سپارد و اعتماد می‌کند. این فرد خود را در معرض تهدیدات بیرونی و رویدادهای ناخوشایند نمی‌داند، زیرا به خود می‌گوید اگر بخواهد اتفاقی بیفتد، می‌افتد و

در غیر این صورت خیر. این باور نیروی قوی فراهم می‌سازد و به فرد کمک می‌کند تا در سایه اقتدار خداوندی زندگی کند و از چیزی نترسد.

در رابطه با دیگر مصادیق ذکر، علامه طباطبایی (۱۳۸۰) می‌فرماید که نماز مصادیقی از مصادیق ذکر است. در میزان الحکمه نیز آمده است که بهترین ذکر، قرآن است. «با قرآن سینه‌ها فراخ می‌شود و درون‌ها روشن می‌گردد».

### تمرین



چه واژه‌هایی در ذکر شنیده‌اید؟ و کدام می‌تواند برای ذکر مناسب‌تر باشد؟ شما چگونه ذکر می‌گویید و چه چیزی را ترجیح می‌دهید؟

### ■ روش ذکر گفتن

به دو شکل می‌توان ذکر گفت: (۱) ذکر را بر زبان جاری ساخت، (۲) ذکر را در قلب خود تکرار کرد (الماسی، ۱۳۸۲). هر دو شکل ذکر قابل قبول هستند. آنچه که مهم است توجه و تمرکز یا حضور قلب فرد در حین ذکر است. کسی که به یاد خداست باید ذهن خود را از افکار و تصاویر نا مربوط خالی سازد و تنها به خداوند بیندیشد. خداوند در سوره اعراف آیه (۲۰۵) می‌فرماید:

«پروردگارت را در دل خود از روی تضرع و خوف در صبحگاهان و شامگاهان یاد کن».

کسی که ذکر می‌گوید و نام خدا را بر زبان می‌آورد در واقع باید سپاس‌گزار خداوند باشد، زیرا توفیق ذکر موهبتی است از سوی خداوند و فرد باید بر این موهبت و توفیقی که خداوند به او داده است، شاکر باشد. چنانچه مولوی می‌گوید:

نی که من مشغول ذکر کرده‌ام

زیر هر یا رب تو، لبیک هاست

نی تو را در کار، من آورده‌ام

درد عشق تو کمند لطف است

و باز مولوی در جایی دیگر به این موضوع اشاره می‌کند که خروش و توفانی در وجود جان بر پاست و ما هر لحظه به سمت و سویی کشیده می‌شویم؛ به سمت خوبی‌ها و پاکی‌ها و یا به سمت ناپاکی‌ها و آلودگی‌ها و اگر لطف و عنایت پروردگار نباشد، در این چالش موفق نخواهیم بود.

آن سو کشان با ناخوشان

این سو کشان سوی خوشان

کشتی در این گردآب‌ها

یا بگذرد یا بشکند

منظور مولانا این است که حال ما دائماً در حال تغییر و دگرگونی است، اگر حال خوبی داریم از خداست و اگر به سویی کشیده می‌شویم که حال خوشی نداریم، توفیق الهی از ما سلب شده است. با این دیدگاه مولانا نیز، ذکر گفتن را نشانه‌ایی از لطف و توفیق الهی می‌داند.

تمرین



دیدگاه خود درباره اینکه ذکر توفیق الهی است یا نه، چیست؟ دلایل خود را به بحث بگذارید؟

## مکان و زمان ذکر

ذکر و به ویژه ذکر الهی، زمان و مکان نمی‌شناسد. مکان و زمان از ویژگی‌های جهان ماده است و پرداختن به ذکر و به ذات خداوند که منزله از زمان و مکان است، می‌تواند در هر جایی و هر زمانی اجرا شده و به زبان آورده شود. خداوند در سوره آل عمران آیه (۱۹۱) می‌فرماید:

«مومنان کسانی هستند که خداوند را در هر حال (ایستاده، نشسته و خوابیده به پهلو) یاد می‌کنند».

و باز در سوره احزاب آیات ۴۱ و ۴۲ آمده است:

«ای کسانی که ایمان آورده‌اید، خدا را بسیار یاد کنید و او را در صبحگاهان و شامگاهان تسبیح گوئید».

به بیان دیگر، گفته شده است که ذکر تنها عبادتی است که زمان و مکان، حالت، کیفیت، کمیت (مقدار) در آن وجود ندارد (ایرجی، ۱۳۶۴).

موسوی (۱۳۸۹) می‌گوید: در عین حال که می‌توان خداوند را در هر زمان و مکانی یاد کرد اما برای مسلمانان برخی مکان‌های مقدس مانند خانه خدا، مساجد، امامزاده‌ها توصیه شده است که انسان در آن مکان‌ها خدا را یاد کند. و نیز گفته شده است که با مشاهده زیبایی‌های طبیعت، به هنگام صبح زود، دیدن شادمانی دیگران، زمان انجام کار نیک و زمانی که در خلوت یا جمع هستیم، فرصت خوبی است برای به یاد خدا بودن.

#### تمرین



شما تا به حال ذکر گفته اید؟ اگر بله اغلب کجا ذکر می‌گوئید؟ به نظر شما بهترین مکان برای شما برای ذکر کجاست؟

### مراتب ذکر

منابع علمی و پژوهشی کمی در ذکر وجود دارد اما در منابع اسلامی آمده است که ذکر دارای مراتبی است که می‌توان آن را به ذکر **قلیل**، **کثیر** و **دائم** طبقه‌بندی کرد. منظور از ذکر **قلیل**، ذکر گفتن گهگاهی، ذکر کثیر ذکر گفتن در اکثر اوقات و ذکر **دائم** یعنی پیوسته به یاد خدا بودن است (موسوی، ۱۳۸۹).

البته گفته شده است که انسانی که ذکر را به زبان آوردن نام‌های خداوند، صفات پروردگار و دیگر تسبیحات می‌داند، چون نمی‌تواند تمام اوقات روز را به ذکرگویی مشغول باشد و رفتارش را محدود کند، بهتر است در زمان‌هایی کوتاه ذکر بگوید. اما اگر ذکر را یادآوری خدا، به یاد او بودن و در قلب به او اندیشیدن دانسته شود، ذکر می‌تواند در تمامی اوقات شبانه‌روز باشد و حتی فرد با یاد خدا بخوابد و با یاد خداوند از خواب بیدار شود.

بالاترین مرتبه ذکر را ذکر دائم گفته‌اند، چنین چیزی با تکرار، خودآگاهی، ایمان و تمرین، امکان‌پذیر است. گفته شده است که توجه به خدا و رضایت او در هر کاری، انسان را به جایی می‌رساند که در هر لحظه از زندگی‌اش نه تنها در زبان، ذکرگو خواهد بود؛ بلکه قلب و وجود و رفتارش خودآگاهانه به سوی تعالی سیر خواهد کرد.

### تمرین



نظرتان درباره تفکیک ذکر به قلیل، کثیر و دائم چیست؟ آیا این نوع طبقه‌بندی لازم، ضروری و مفید است؟

### شرایط ذکر

یکی از شرایطی که مورد توافق همگان است این است که کسی که قصد ذکر و به زبان آوردن نام خدا را دارد و یا در دل به یاد اوست باید نیت و قلب خود را از خصومت، کینه، نفرت، خشم، بدخواهی و حسادت خالی کند و فضا را برای حضور خداوند مناسب سازد.

گرچه چه در خلوت و چه در جمع می‌توان ذکر گفت، اما یادآوری خدا و به یاد او بودن خلوتی را می‌طلبد، خلوتی که فرد باید آن را برای خود فراهم کند حتی اگر در جمع باشد.

در منابع اسلامی به دفعات آمده است که قلبی که به یاد خداست، باید از هر چیزی که غیر اوست خالی شود. مغزی که قرار است به خداوند بیندیشد، باید از هر اندیشه مادی منفی و پلیدی رها شود و تنها پذیرای قدم خورشید باشد. زبانی که قرار است خداوند را یاد کند، باید پاکیزه شود.

**شرایط دیگر فرد ذاکر این است که خود را پرنده‌ای داند که باید به سوی خالق خود بازگردد و دنیا را گذرگاهی داند که باید به رشد معنوی برسد و دنیا به جاده ای بشود که او را به سوی خداوند عالم می‌رساند.** این دیدگاه انسان را به گونه‌ای با یاد مرگ - که نه مردن است، بلکه تعالی است - عجین می‌کند، به طوری که وجود را پیوسته به عالم موزون و پویا پیوند می‌زند. با این نگاه، انسانی که همواره به مرگ و دنیای برتری بیندیشد، بر رفتار خود کنترل بیشتری خواهد داشت؛ زیرا می‌داند که باید محاسبه زندگی کند. چنین انسانی همواره آماده رفتن است و به جای هراس از مرگ آن را فرصتی برای زندگی جدید و رسیدن به خدا می‌داند. یاد خدا و مرگ، انسان را از خطای در راه، به دور می‌کند و مهم‌تر از همه

این که انسانی که مرگ را بازگشتی به سوی عالم همیشه زنده می‌داند، سعی می‌کند با کوله باری پر به سوی او باز گردد و کارهای ناتمام خود را در دنیا به انجام برساند. مولوی نیز در این رابطه می‌گوید:

مرغ باغ ملکوتم نیم از عالم خاک      دو سه روزی قفسی ساخته‌اند از بدنم  
ای خوش آن‌روز که پرواز کنم تا بر دوست      به هوای سر کویش پر و بالی بزدم

### تمرین



- به نظر شما رعایت چه مواردی می‌تواند مقدمه‌ای برای ذکر گفتن باشد؟
- رعایت چه مواردی می‌تواند بر آثار مثبت ذکر بیفزاید و از آثار منفی آن بکاهد؟
- ذکر چگونه می‌تواند مقدمه‌ای برای خودشناسی باشد؟

### آثار ذکر

**۱- آرامش و اتصال:** ذکر گفتن و به یاد خدا بودن آثار و پیامدهای مثبتی دارد که مهم‌ترین آن آرامش است. در این رابطه سوره رعد آیه ۲۸ به این موضوع اختصاص یافته است. «همانا با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد». وقتی فرد به یاد خداست احساس می‌کند که به یک قدرت لایتناهی و عظیم متصل است، احساس وصل بودن به مبداء خلقت و قدرت لایتناهی آرامش عظیمی را برای فرد به همراه دارد.

**۲- آسان شدن زندگی:** به یاد خدا بودن و با یاد او زیستن، زندگی را برای فرد آسان می‌سازد. انسان با ایمان زندگی را سخت نمی‌گیرد. آموزه‌های دینی می‌آموزد که موفقیت‌ها و مواهب نشانه‌هایی از لطف الهی و شکست‌ها و مصیبت‌ها فرصتی برای آزمایش الهی یا رشد معنوی است. چنانچه خداوند در سوره "طه" آیه ۱۲۴ قرآن کریم آمده است که:

«هر کس از یاد من روی بگرداند، زندگی برایش دشوار خواهد بود»

مستندات دینی زیادی هست که موید این مفهوم است و می‌گوید:

«خدا را با اخلاص یاد کنید تا به وسیله آن بهترین زندگی را داشته باشد.»

**۳- ذکر و هدفمندی در زندگی:** آمده است که یاد خدا چه با زبان و چه در قلب اگر با حضور ذهن انجام شود، انسان را به فکر داستان آفرینش می‌اندازد. انسان ذاکر به خود می‌گوید به راستی از کجا آمده‌ام و به کجا می‌روم و خداوند از خلقت من چه هدفی داشته است؟ این سوالات فرد را بر آن می‌دارد تا در جستجوی پاسخی درباره جهان، خلقت و معنای موضوعی که به آن می‌اندیشد باشد. اندیشه‌ای که پیامبر اسلام (ص) آن را از هفتاد سال عبادت برتر شمرده‌اند. اندیشه‌ای که می‌تواند در فرآیند هدف‌گزینی و انتخاب اهدافی الهی و معنوی موثر باشد.

#### تقرین



به تلاوت قرآن کریم گوش فرا دهید و یا فرازهایی از دعای معراج را با گوش جان پذیرا شوید. با شنیدن آن‌ها چه احساسی پیدا می‌کنید؟ چه تغییری در روحیه‌تان ایجاد می‌شود؟ در این مورد با دوستان و آشنایان به صحبت بپردازید که چه اثر را پیامدی را در می‌یابید.

**۴- ذکر و خودشناسی:** خلوت کردن با خود، مقدمه‌ای برای خودشناسی، خداشناسی و معنوی‌گرایی است. افرادی که در صدد آگاهی از خود هستند، پسندیده است که با خود خلوت کنند و به خویش بیندیشند. ذکر می‌تواند تمرینی برای دور شدن از محرک‌های بیرونی و درونی دیگر باشد. خلوت کردن با خود راه خودشناسی را برای فرد هموار می‌سازد. چه بسا افرادی که از تنها بودن با خود وحشت دارند، خود حقیقی خویش را دوست ندارند. خداوند و یاد او وسیله‌ای است برای زدودن زنگارها و صیقل دادن قلب‌ها (نهج البلاغه، خطبه ۲۱۷). در همین رابطه امام علی (ع) می‌فرمایند:

«هر کس خدا را یاد کند، بصیرت یابد»

(غررالحکم، صفحه ۱۸۸).

بصیرت یافتن نسبت به خود و صیقل دادن قلب‌ها مقدمه‌ای برای خودشناسی معنوی خواهد بود. انسان ذاکر در صورتی که به عمق ذکر یا به یاد خدا بودن پی ببرد، به اصلاح خود

می‌پردازد و در راه خودشناسی و خودسازی قدم بر می‌دارد. زبانی که به دیگران دشنام می‌دهد، بدگویی می‌کند، منفی‌بافی می‌کند و باعث اذیت و آزار دیگران می‌شود، نمی‌تواند با ذکر، معنویت و نام‌های مقدس همراه باشد.

فردی که ذکر می‌گوید، نه تنها توجه و تمرکز دارد، باور می‌کند که خداوند نیز به او توجه دارد، ندای او را می‌شنود و پاسخ می‌دهد. به عبارتی باور به دریافت پاسخ از سوی خداوند - که در بسیاری از معتقدان، اهل دعا و به ویژه ذکرگویان دیده شده، چه در همان لحظه و چه در زمانی دیگر - سبب می‌شود که فرد آگاه شود که خود را در حضور خدا ببیند و احساس کند که گفتگویی بین او و خداوند در جریان است. دریافت پاسخ انسان ذاکر از سوی خدا در جمله زیر به خوبی بیان شده است:

«بخوانید مرا تا اجابت کنم شما را»

### تمرین



برای درک بهتر مفهوم مراقبه و ذکر دو تمرین انجام دهید: يك بار با تمرین مراقبه واژه‌ای را تکرار کنید و يك بار به ذکر بپردازید و به تفاوت بین این دو توجه نمایید.

.....  
 .....

### موانع ذکر

عوامل زیادی می‌توانند مانع ذکر یا به یاد خدا بودن باشند که موارد زیر برخی از آنها هستند:

۱. **بی‌اعتقادی به خداوند:** عدم اعتقاد به خدا و باور نداشتن او به عنوان خالق هستی به ویژه در رویکردهای دینی و اسلامی یکی از موانع عمده برسر راه ذکر و یاد خدا بودن است.

۲. **دنیا طلبی:** مادی‌گرایی، جذب زرق و برق دنیا شدن و دوری از معنویت یکی دیگر عواملی است که می‌تواند اشتغال ذهنی غیر معنوی ایجاد کند و آدمی را از یاد خدا باز دارد. چنانچه خداوند در سوره منافقین آیه ۹ می‌فرماید:

«ای کسانی که ایمان آورده‌اید، مبدا اموال و فرزندان‌تان شما را از یاد خدا غافل کنند»



۳. **ناآگاهی:** ناآگاهی از ذکر و مزایای آن به عنوان عملی آرام‌بخش، سبب می‌شود که افراد کمتر راغب به اجرای آن باشند. برای مثال کسی که درباره ذکر چیزی نمی‌داند و یا آن را تنها عملی دینی می‌داند و از پیامدهای مثبت آن بی‌خبر است، وقت کمی را به آن اختصاص می‌دهد و کمتر به آن می‌پردازد.

### تمرین



به نظر شما چه عوامل دیگری مانع از گرایش انسان‌ها به ذکر می‌شوند؟

## ■ ذکر و مقابله

به خاطر داشته باشیم که فرد در سایه آرامش حاصل از مقابله‌های عاطفی، آماده حل مشکل می‌شود. افراد می‌توانند با اتکا به خود و یا با کمک گرفتن از دیگران به حل مشکل بپردازند. به عبارتی دیگر، در مواردی که برای مشکلات پیش آمده راه‌های موثری وجود دارد، ذکر می‌تواند مقدمه‌ای برای مقابله باشد. چنانچه فرد با ذکرگویی، خود را برای مقابله با مشکلات آماده کند؛ به آرامش می‌رسد و از خداوند نیرو می‌گیرد. او با این تصور که در سایه حمایت خداوند قرارداد، قدرتمندتر با مشکلات رو به رو می‌شود.

در مواردی که فرد با مشکل پیچیده و غیر قابل حلی رو به روست، ذکر و دعا به فرد کمک می‌کند تا مشکل را بپذیرد و به نحوی با آن کنار بیاید؛ زیرا همه مشکلات را نمی‌توان حل کرد. برخی از مشکلات تعدیل شدنی هستند نه حل شدنی و ذکر می‌تواند این فرصت را در اختیار فرد قرار دهد. به عبارت دیگر، در مواردی که برای مشکل راه حلی وجود ندارد، ذکر می‌تواند مقابله موثری باشد، زیرا به آرامش فرد منجر می‌شود.

فردی که ذکر می‌گوید و با خود خلوت می‌کند، در سکوت حاصل از خلوت، با خود و خدای خود، و نیز با بهره‌گیری از دیگر پیامدهای ذکر، بهتر می‌تواند به مشکل فکر کند و راهی برای حل آن پیدا کند. به علاوه، فردی که ذکر می‌گوید چون به معنویت و به خدا ایمان دارد و به حمایت او امیدوار است، این موارد، به تقویت روحیه و توان معنوی و روانی او منجر می‌شود و به این ترتیب این احساس در او ایجاد می‌شود که می‌تواند از عهده حل مشکلات برآید.

این باور که من قادر به حل این مشکل یا به پایان رساندن این کار هستم «خودکارآمدی» نامیده می‌شود. خودکارآمدی مفهومی است که بندورا (۱۳۸۹) مطرح کرده است و آن را نشانه‌ای از عزت نفس سالم و کارآمدی فرد می‌داند. بدیهی است که بین حل

مسئله و خودکارآمدی رابطه وجود دارد؛ افرادی که خود را کارآمد و توانمند می‌دانند، بهتر از دیگران می‌توانند به حل مشکل بپردازند.

مقابله‌های ناسالم مواردی مانند پرخاشگری، روی‌آوری به مواد، الکل، اقدام به رفتارهای ناسالم (مانند پرخوری) و یا فرافکنی مشکلات به دیگران و دنبال مقصر گشتن را در بر می‌گیرند. بدیهی است که مقابله‌های ناسالم نه تنها به حل مشکل منتهی نمی‌شود، بلکه آسیب‌های زیادی برای فرد به بار می‌آورد.

### تمرین



آیا به نظر شما ذکر یک نوع مقابله سالم است یا مقدمه‌ای برای مقابله سالم به شمار می‌رود؟ در این مورد به بحث بپردازید؟

### خلاصه

ذکر به عنوان یک مهارت، به معنای توانایی به یاد خدا بودن و ذکر نام خداست. ذکر فواید روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی زیادی دارد که مهم‌ترین آن احساس آرامش احساس یکپارچگی، نزدیکی به خدا و تقویت توجه و تمرکز است. ذکر با مانترا متفاوت است. مانترا واژه‌ای بی‌معنی است که فرد باید آن را به کرات تکرار کند؛ در حالی که ذکر واژه‌ای با معنی، معنوی و در راه نزدیکی به معنویت و خداوند است که فرد باید با توجه کامل و حضور قلب آن را ادا کند. ذکر نزدیکی و همپوشی زیادی با دعا کردن، توکل، و خودآگاهی معنوی دارد.

هدف از ذکر رسیدن به آرامش، ارتباط با خالق هستی و تقویت بعد معنوی است. ذکر را می‌توان در هر زمان، مکان و شرایط خاص ادا کرد، اما بهتر است فرد ذهن و قلبش را از زشتی‌ها، خشم و کینه، نفرت، مسائل دنیوی و احساس و افکار خالی کند و تنها به خداوند ببندد؛ به این که خداوند بینا و شنواست و پاسخگوی ذکر او خواهد بود. ذکر نیاز به مهارت‌های فراوان دیگری دارد که فرد با فراگیری آنها می‌تواند به تعالی معنوی و ارتقاء زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی برسد.

## منابع

- آقابابایی، محمد (۱۳۸۴). اسماء حسنی، تهران: انتشارات اعتدال.
- الماسی، علی (۱۳۸۴). ذکر از دیدگاه قرآن و سنت. تهران: انتشارات شکوری.
- سیف، علی اکبر (۱۳۸۹). رفتار درمانی. تهران: انتشارات رشد.
- محمود احمد، بشیر الدین (۱۹۹۳). ذکر الهی. اسلام آباد: انتشارات بین المللی اسلام.
- مجلسی، محمد باقر (۱۳۶۳). بحار الانوار. تهران: دارالکتاب اسلامی.
- مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۷۴). قرآن کریم. تهران: انتشارات دارالقرآن کریم.
- دشتی، محمد (۱۳۸۶). نهج البلاغه. ترجمه دشتی، تهران: انتشارات فرحان.
- نیلی پور، مهدی (۱۳۸۵). بهشت اخلاق: جلد دوم. قم: انتشارات مؤسسه تحقیقاتی حضرت ولی عصر (عج).
- محمدی ری شهری، محمد (۱۳۸۳). میزان الحکم. تهران: انتشارات مؤسسه دارالحدیث.
- موسوی، سید مهدی (۱۳۸۹). چهارچوب نظری آموزش مهارت‌های معنوی بر پایه آموزه های دینی و اسلامی، انستیتو روانپزشکی تهران (در دست چاپ).
- ایرجی، حسن (۱۳۸۹) ذکر چیست، ذاکر کیست؟ فصلنامه ادیان و عرفان، شماره ۲۳.
- [www.meditationiseasy.com](http://www.meditationiseasy.com)
- [www.wildmind.org/mantras](http://www.wildmind.org/mantras)
- [www.alternative-medicine.net/meditation](http://www.alternative-medicine.net/meditation)
- [www.healthandyoga.com/html/meditation/mantrameditation.html](http://www.healthandyoga.com/html/meditation/mantrameditation.html)



پیوست‌ها

## پیوست ۱

### نمونه دستورالعمل اجرای کارگاه‌های مهارت‌های زندگی

#### کارگاه آموزش مهارت حل مسئله

- جلسه را با معارفه شروع کنید.
- پیش آزمون را جهت تکمیل در اختیار شرکت‌کنندگان بگذارید.
- در مورد مفهوم «حل مسئله» و انواع شیوه‌های برخورد با مسئله (هیجان‌مدار/ مسئله‌مدار) صحبت کنید.

#### فعالیت شماره ۱

برگه حاوی داستان را به افراد بدهید. داستان را به گونه‌ای طرح کنید که در آن قهرمان داستان با مشکلی مواجه شده باشد. از افراد بخواهید خود را به جای قهرمان داستان تصور نموده و بگویند در چنین شرایطی چه احساسی به آنها دست می‌دهد؟ قهرمان داستان برای مقابله با هیجانات ناخوشایند ناشی از استرس چه کارهایی می‌تواند انجام دهد؟ این واکنش‌ها از نظر گروه سازگارانه است یا ناسازگارانه؟

#### فعالیت شماره ۲

از افراد بخواهید بدون در نظر گرفتن واکنش‌های هیجانی، خود را به جای شخصیت اصلی داستان تصور نموده و راه‌هایی که برای حل مسئله به ذهنشان خطور می‌کند را یادداشت نمایند و در پایان، چند نفر داوطلب پاسخ‌های خود را برای گروه بخوانند.

#### فعالیت شماره ۳

فهرستی از انواع شیوه‌های مقابله و حل مسئله را در اختیار شرکت‌کنندگان بگذارید و از آنها بخواهید که با توجه به توضیحات شما در مورد مقابله‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار آنها را در برگه‌ای که به همین منظور در نظر گرفته شده طبقه‌بندی کرده و یادداشت کنند و نظر خود را در مورد کارآمدی یا ناکارآمدی بودن هر یک از این شیوه‌ها بنویسند.

مراحل مختلف حل مسئله را توضیح دهید.

## فعالیت شماره ۴

افراد را به گروه‌های ۵ نفره تقسیم کرده و از اعضای هر گروه بخواهید که نظر خود را در مورد هر یک از مراحل ۴گانه حل مسأله در مورد مشکل قهرمان داستان بنویسند. سپس جواب‌های خود برای هر یک از مراحل را برای اعضای دیگر گروه بخوانند و به بحث و تبادل نظر بپردازند. سپس از هر گروه یک نفر به عنوان نماینده جواب‌های منتخب گروه برای هر گام را در گروه بزرگ بخواند.

- نظر افراد گروه در مورد مطالب ارائه شده بپرسید.

- به سؤالات پاسخ داده و مطالب را جمع‌آوری نمایید.

- در پایان پس از آزمون را جهت تکمیل در اختیار افراد بگذارید.

در پایان این فصل خوبست اشاره شود که در راستای توسعه آموزش مهارت‌های زندگی، آنچه که امروزه مورد توجه گسترده محققان و متخصصین بهداشت روان قرار گرفته، توجه به بعد معنوی انسان و گنجانیدن برنامه‌های آموزشی تقویت مهارت‌های معنوی می‌باشد. زیرا یافته‌های متعدد تحقیقاتی نشان می‌دهند که تقویت رفتارهای معنوی در کنار تجهیز فرد به انواع مهارت‌های زندگی می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای مقاومت روان‌شناختی فرد را برای غلبه بر استرس‌های روزانه زندگی افزایش دهد. آموزش مهارت‌های معنوی به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد ویژگی‌های شخصیتی مثبت مانند صبر و امیدواری و همچنین تغییر در باورها و جهان‌بینی توان عمومی خود برای مقابله با گرفتاری‌ها و مشکلات زندگی روزمره را افزایش دهند. از آنجا که مهارت‌های معنوی همانند دیگر مهارت‌های زندگی از اجزای شناختی، عاطفی و رفتاری تشکیل شده‌اند، به کارگیری رویکرد اجتماعی می‌تواند به طور مؤثری در آموزش این مهارت‌ها به دانشجویان مفید واقع شود. زیرا این رویکرد در سطح گسترده‌ای در جهان توسط سازمان‌های جهانی همچون سازمان جهانی بهداشت و یونیسف مورد پذیرش و استفاده قرار گرفته و بر اساس آن برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی تدوین شده است. گفتنی است که سودمندی و کارآمدی بلندمدت و کوتاه‌مدت به کارگیری این رویکرد در برنامه‌ریزی برای آموزش مهارت‌های زندگی طی مطالعات متعدد به اثبات رسیده است.

## پیوست ۲

## دومین کارگاه آموزشی مهارت‌های معنوی برای دانشجویان

(ویژه کارشناسان مراکز مشاوره مناطق ۱ و ۵ دانشگاه‌های وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری)

دانشگاه شیراز- دبیر کارگاه: دکتر جعفر بوالهروی- رئیس کارگاه: دکتر حمید یعقوبی

چهارشنبه ۱۳۹۰/۰۲/۲۱

مدرس	موضوع	ساعت	
	پذیرش، افتتاحیه، تلاوت قرآن، خیر مقدم و سخنرانی دبیر منطقه ۵ و مسئول دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم و پیش‌آزمون	۸/۳۰-۱۰	جلسه اول
	استراحت و پذیرایی	۱۰-۱۰/۳۰	
دکتر بوالهروی- دکتر نوری	خودآگاهی معنوی (۲)	۱۰/۳۰-۱۲	جلسه دوم
	نماز و نهار	۱۲-۱۳	
دکتر غباری- خانم راقبیان	بخشایشگری	۱۳-۱۵	جلسه سوم



پنج شنبه ۱۳۹۰/۰۲/۲۲

مدرس	موضوع	ساعت	
دکتر بوالهروی- دکتر قهاری	مهارت ذکر گفتن	۸/۳۰-۱۰	جلسه چهارم
	استراحت و پذیرایی	۱۰-۱۰/۳۰	
دکتر غباری- خانم راقیبیان	مهارت حل مساله با رویکرد معنوی	۱۰/۳۰-۱۲	جلسه پنجم
	اختتامیه و جمع بندی	۱۲-۱۳	جلسه ششم

\*\*در این روز ساعت ۱۴ تا ۱۵ یک جلسه ویژه با مسئولین و کارشناسان یک یا ۲ دانشگاه داوطلب برای اجرای کارگاه آموزشی با دانشجویان اختصاص داده شده است.

### پیوست ۳

#### راهنمای مدرسان دومین کارگاه آموزش مهارت‌های معنوی در شیراز: اردیبهشت ماه ۱۳۹۰

مربیان، اساتید و همکاران گرامی: این کارگاه با هدف نهایی کردن ۴ مهارت معنوی انتخاب شد و تمرین چگونگی آموزش کارگاهی آن به دانشجویان اجرا خواهد شد.

اساتید دوره به ویژه دو نفر مدرسی که اجرای مشترک دارند، موظف هستند که موارد زیر را برای موثر تر بودن کارگاه به اجرا در آورند:

۱. با مراجعه به منابع موجود به ویژه منابعی که همکاران طرح تدوین نموده اند و در اختیار قرار داده خواهد شد چند صفحه در مورد موضوع آموزشی خود تهیه نمایند، پاورپوینت، تمرین و کار گروهی داخل کارگاه و احتمالاً خارج از کارگاه را آماده نمایند، و ۵ پرسش پیش آزمون آگاهی و نگرشی از موضوع درسی خود را آماده و به اینجانب یا دبیرخانه کارگاه ارسال نمایند.

۲. ضروری است همکاران طرح، متن آماده شده و نیز تمرین و کارگروهی کارگاه را حداکثر ده روز قبل از اجرای کارگاه جهت ویرایش مهایی ارسال دارند تا ضمن دادن بازخورد در تدوین آتی متن کتاب کار دانشجویان استفاده نمایند.

۳. همچنانکه در اصول آموزشی کارگاهی مهارت‌های زندگی آمده است ( کتاب مهارت‌های زندگی ترجمه دکتر نوری و همچنین فصل اول تدوین شده برای کتاب نوشته اینجانب و خانم الهام زارعی دوست)، از این اصول و روش هایی چون ایفای نقش، بحث گروهی، الگو سازی، تمرین، تکرار، مشارکت در آموزش، بیان احساسات، بیان تجربیات و کار و تمرین در خارج از دوره آموزشی در آموزش استفاده شود. از مربیان کارگاه انتظار می رود این موارد را مد نظر قرار دهند و با ارسال به موقع متون آموزشی خود فرصتی ایجاد نمایند تا دبیرخانه کارگاه این متون را روزهای پیش از کارگاه در اختیار شرکت کنندگان قرار دهد و از آنها پیش آزمون انجام دهد. این موجب خواهد شد تا در جلسات آموزشی تنها ۱۵ دقیقه به ارایه نظری موضوعات مهم و پاورپوینت ها پرداخته شود، ۲۰ دقیقه بحث عمومی، ۳۰ دقیقه تمرین و کار گروهی و باقیمانده زمان (۲۵ تا ۵۵ دقیقه) به ارایه کار گروهی و بحث عمومی و جمع بندی اختصاص یابد.

۴. با توجه به نکات مطرح شده در بند ۳ پیشنهاد دارد مریان کارگاه درس خود را با پرسش از تجارب معنوی، دینی- معنوی، تجارب دینی که احساس می کنند بعدی ازمعنویت دارد و مواردی که ندارد- در طول زندگی خود- صحبت نمایند. این پرسش به گونه ای باشد که موضوع مورد درس مدرس را نیز در برگیرد. بدون تردید تجارب با ارزشی که مطرح می گردد همان موضوعات مورد نظر مدرس خواهد بود. برای مثال پیشنهاد می شود در موضوع "خودآگاهی معنوی" از فراگیران خواسته شود: " تجربه یک نماز یا دعای لذت بخش در مکانی خلوت، آرام، و زیبا مثل کنار یک تپه سرسبز، زیارتگاه، ساحل دریا در نیمه شب یا هنگام طلوع آفتاب را بیان کنند". انتظار می رود با بیان تجارب، گروه به خوبی به اهداف آموزشی مورد نظر که احساس و درک سبکی، عمق، معنویت، تعلق خاطر، پیوستگی، حضور، و لذت ... است، برسید.

دکتر جعفر بوالهیری: دبیر کارگاه

