

بررسی اثربخشی آموزه‌های اخلاقی - اجتماعی سوره حجرات بر مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان پسر سال اول دبیرستان منطقه دو شهر تهران در سال تحصیلی ۸۹ - ۹۰

مرتضی کرمی *

دکتر صدرالدین شریعتی **

دکتر معصومه اسمعیلی ***

چکیده

این پژوهش به منظور تعیین میزان اثربخشی آموزه‌های اخلاقی - اجتماعی سوره حجرات بر مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان انجام شد. روش تحقیق به کار گرفته شده از نوع آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. به این منظور، از میان مدارس منطقه دو شهر تهران، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای، ابتدا یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و در مرحله بعد دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر کلاس ۱۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از آزمون مهارت‌های ارتباطی استفاده شد. شاخص‌های آماری محاسبه شده عبارتند از: شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و خطای معیار میانگین و شاخص‌های آمار استنباطی مانند آزمون تحلیل کواریانس. یافته‌های تحقیق، نشان داد که آموزش آموزه‌های اخلاقی - اجتماعی سوره حجرات بر مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان در سطح ۰/۰۰۱ مؤثر است. علاوه بر یافته فوق، از لحاظ محتوایی، از این آموزه‌ها مدلی استنباطی درباره ارتباط ارائه گردید.

واژه‌های کلیدی: آموزه‌های اخلاقی - اجتماعی سوره حجرات، مهارت‌های ارتباطی

Email: mk31515@yahoo.com

Email: shariati@atu.ac.ir

Email: masesmaeily@yahoo.com

* دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه علامه طباطبایی

** عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی

*** عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۵/۱۹ تاریخ تأیید: ۱۳۹۰/۹/۱۵

مقدمه

در بیش از سه دهه گذشته، تحقیق درباره اثر متقابل معنویت، مذهب و متغیرهای روانشناختی به طور چشمگیری افزایش یافته است (روس‌مارین و راب،^۱ ۲۰۱۰، ص ۱۰۳)؛ به گونه‌ای که متخصصان بالینی، طی دهه اخیر، علاقه زیادی به کاربرد مذهب در روان درمانی (آتن و لیچ،^۲ ۲۰۰۹، ص ۸۷) و حتی ادغام و یکپارچه کردن این دو حوزه داشته‌اند (گریفیث و گریفیث، ۲۰۰۲ به نقل از: بلنتون،^۳ ۲۰۰۵، ص ۹۵). این افزایش علاقه هم در تحقیقات نظری و هم در تحقیقات تجربی مشهود بوده و عمدتاً به بررسی تأثیرات مستقیم یا غیر مستقیم و مثبت یا منفی مذهب بر سلامت روانی پرداخته‌اند (دزوتر، سونس و هاتزبات،^۴ ۲۰۰۶، ص ۱۱۲؛ جیمز و ولز،^۵ ۲۰۰۳، ص ۳۶).

تا کنون، در این زمینه، دو حوزه بیشترین توجه را از سوی محققین به خود جلب کرده‌اند. نخستین حوزه تلاش در جهت یکپارچه کردن معنویت با روان‌درمانی است (تان، ۲۰۰۴، به نقل از بلنتون، ۲۰۰۵، ص ۲۴۴). ادبیات موجود نیز نشان‌دهنده گسترش اظهارات در خصوص ایجاد تخصصی بین‌رشته‌ای میان مذهب و روان‌درمانی است (بارت،^۶ ۲۰۰۴، ص ۱۰۴). دومین حوزه به این سؤال بر می‌گردد که آیا می‌توان رویکردهای مذهبی را در درمان بیماری‌های روانی به کاربرد یا نه (بوراس^۷ و همکاران، ۲۰۰۷، ص ۱۰۰).

با وجود این علاقه تحقیقی روزافزون به نقش مذهب و معنویت در بهبود سلامت روانی و جسمی افراد و جوامع (پاتل و آرماس،^۹ ۲۰۰۶، ص ۳۹)، ادراک ضعیفی از رابطه مذهب و معنویت با فعالیت‌های بالینی و آموزشی وجود دارد (روس‌مارین و راب، ۲۰۱۰، ص ۹۸). از طرفی نیز دایره شمول این ادراک ضعیف فقط چند حوزه در سلامت روانی و حرفه‌های یاورانه را در بر می‌گیرد، مانند روانپزشکی، پرستاری، مددکاری اجتماعی و در اندازه محدودتری، روانشناسی (پاتل و آرماس، ۲۰۰۶، ص ۱۰۹).

-
1. Rosmarin, D. H., & Robb, H. B.
 2. Aten, D., & Leach, M. M.
 3. Blanton, P. G.
 4. Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D.
 5. James, A., & Wells, A.
 6. Barrette, G.
 8. Borass, L., & el ect
 9. Patel, C. J., & Armas, E. E.

با این حال، کوین^۱ (۲۰۱۰، ص ۴۹) به این مسئله توجه می‌دهد که وجود مباحث مربوط به مذهب و معنویت در روانشناسی باعث شده‌اند که راهبردهای مربوط به آنها به عنوان شکلی از درمان تلقی شوند. وی بیان می‌کند که انطباق مذهب و معنویت با درمان‌های موجود، با در نظر گرفتن مناسبت‌ها و حساسیت‌های فرهنگی، شیوه بالقوه نفعی از مداخلات محسوب می‌شوند، به ویژه زمانی که مراجع فردی مذهبی است که اختلال عملکردی، روان‌شناختی، رفتاری و یا فیزیولوژیکی را تجربه می‌کند.

موسوی اصل (۱۳۸۷، ص ۱۲۱) نیز در تبیین نقش رفتارهای دینی در بهداشت روانی، با اشاره به اینکه مؤلفه‌های بهداشت روانی به طور کلی در سه حوزه ارتباط رضایت‌بخش و مؤثر با خویش، دیگران و هستی خلاصه می‌شود، بیان می‌کند که رفتارهای دینی می‌توانند به سازگاری و سلامت روانی فرد کمک کنند و به برخورداری انسان از لذت در دراز مدت بینجامند؛ زیرا اخلاق حسنه فرد را محبوب مردم کرده و سبب می‌شود فرد ارتباط مناسب‌تری با دیگران داشته باشد و از بهداشت روانی مطلوب برخوردار گردد. ابوالقاسمی (۱۳۸۹، ص ۲۱۳) نیز معتقد است مناسک و شعایر دینی از طریق تأثیرگذاری بر سیستم عصبی، هورمونی، قشر نباتی و سیستم‌های درونی موجب بهبود بهداشت روانی و در نتیجه روابط بین فردی افراد می‌گردند.

عامل مهم دیگر، برای کاربرد راهبردهای مذهبی در درمان، این است که اهداف مذهب و معنویت با اهداف روان‌درمانی کاملاً شبیه هم هستند. برای مثال، هر دو به افزایش احساس هویت، ارائه پاسخ به سئوالاتی درباره معنای زندگی و همچنین به توسعه شبکه‌های حمایت اجتماعی منجر می‌شوند (استاندر، پیرسی، مک کینان و هملیک،^۲ ۱۹۹۴، ص ۳۴۵؛ ویگینس فریم،^۳ ۱۹۹۶، ص ۱۹۸). دی مامانی، تاچمن و دوئرت^۴ (۲۰۱۰)، بر اساس نتایج پژوهش خود، بر این باورند که اگر مذهب و معنویت معنویت با ارزش‌های مراجع در هم بپیوندند، اغلب می‌توانند با درمان ترکیب شده و دستاوردهای درمانی را افزایش دهند.

پیشینه پژوهشی درباره به کارگیری رویکردهای مذهبی و معنوی در درمان و آموزش و کار با مراجعان دارای مشکلات خاص است، شامل: الف) ترکیب راهبردهای

1. Kevin, S.

2. Stander, V., Piercy, F. P., Mackinnon, D., & Helmeke, K.

3. Wiggins Frame, M.

4. De Mamani, A. G., Tuchman, N., & Duarte, E. O.

مذهبی با شیوه‌های درمانی برای درمان بیماری‌های روانی حاد (دی مامانی، تاچمن، دوئرت، ۲۰۱۰، ص ۶۶)؛ ب) بررسی سازگاری مذهبی و بیماری سرطان به منظور ارائه رویکردی برای پذیرش و تحکیم تعهدات درمانی (کارکلا و کانستانتینو،^۱ ۲۰۱۰، ص ۱۴۳)؛ ج) به کارگیری موضوعات مذهبی در درمان شناختی-رفتاری اختلالات خوردن (اسپانگر،^۲ ۲۰۱۰، ص ۲۳۴)؛ د) درمان وسواس (هاپرت و سیو،^۳ ۲۰۱۰، ص ۱۸)؛ و) درمان اعتیاد (گالانتر^۴ و همکاران، ۲۰۰۷، ص ۶۸).

دربارهٔ جوانان و کودکان، مطالعات نشان داده‌اند که رابطهٔ مثبتی میان مذهبی بودن و سلامت روانی آنها وجود دارد، به نحوی که جوانان مذهبی به وسیلهٔ سازگاری روانی مثبت (گود و ویلاف بای،^۵ ۲۰۰۶، ص ۸۰) و رفتارهای پر خطر کمتر نسبت به خودکشی (دوناهو و جنسون،^۶ ۱۹۹۵، ص ۱۶۹)، از دیگر جوانان متمایز می‌شوند. پژوهش‌ها مطرح می‌کنند که معنویت ارتباط مثبتی نیز با موفقیت در مدرسه دارد (رگنورس،^۷ ۲۰۰۳، ص ۱۹۰). همچنین، مذهبی بودن ارتباط منفی با افسردگی (لی، تاو و تیلور،^۸ ۲۰۰۷، ص ۲۹)، سوء مصرف مواد (فوٹ، روٹ و بروکس-گان،^۹ ۲۰۰۷، ص ۸۱)، فعالیت‌های زودرس جنسی (ویث‌هید^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۱، ص ۹۵)، میگزاساری، رفتارهای پرخطر جنسی و از خود بیگانگی نوجوانان و جوانان دارد (باری و نلسون،^{۱۱} ۲۰۰۵، ص ۹۱؛ سین‌ها، سنان و گِلس،^{۱۲} ۲۰۰۷، ص ۷۴).

پژوهش‌هایی که به طور خاص دربارهٔ به کارگیری رویکردهای مذهبی در بهبود سلامت روانی یا مؤلفه‌های اصلی آن، مانند مهارت‌های اجتماعی و به ویژه مهارت‌های ارتباطی، انجام گرفته‌اند زیاد نبوده و در این زمینه ادبیات پژوهشی اندکی داریم.

1. Karekla, M., & Constantinou, M.
2. Spangler, D.
3. Huppert, J. D., & Siev, J.
4. Galanter, M.
5. Good, K., & Wilaf Bay, M. A.
6. Donahue, M. J. & Jenson, P.
7. Regnerus, M. D.
8. Le, T. N., Tov, W., & Taylor, J.
9. Fauth, R. C., Roth, J. L., & Brooks-Gunn, J.
10. Whitehead, B. D.
11. Barry, M. C., & Nelson, D.H.
12. Sinha, J. W., Cnaan, R. A., & Gelles, R. J.

به علاوه، سازکارهای اثرگذاری دین بر سلامت نیز تا حدی ناشناخته‌اند (باساک کروح و همکاران،^۱ ۲۰۰۵، ص ۸۳).

به نظر می‌رسد برای تبیین نظری رابطه آموزه‌های اخلاقی دین و چگونگی تأثیر آن بر مهارت‌های ارتباطی، لازم است که به تحلیل مؤلفه‌های معنویت و مذهب و رابطه آنها با سلامت روانی یا مؤلفه‌های آن بپردازیم.

در تحلیل معنویت باید گفت که نیرویی روانشناختی است که می‌تواند بر زندگی انسان تأثیر عمیقی بگذارد. گستردگی این تأثیرها شامل سه حوزه بهداشت جسمی، بهزیستی روانی و روابط اجتماعی می‌شود (رفیعی هنر و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹، ص ۴۲). ویلز، در تحلیل بعد روانشناختی بشر، قائل به وجود «خود معنوی» در افراد است. به اعتقاد وی، این «خود» در مرکزیت سازه «سلامت» قرار دارد، به گونه‌ای که با پرورش و تقویت آن، مؤلفه‌های سلامت نیز افزایش می‌یابند. به ویژه، خود معنوی با فعال بودن، امید و احساس ارتباط با خود، دیگران و هستی توصیف می‌شود. با این حال، ویلز فعال بودن در مقابل منفعل بودن، امیدواری در مقابل ناامیدی و احساس وصل بودن در مقابل احساس جدایی را سه ویژگی اصلی معنویت می‌داند که باعث تأثیرگذاری بر بهداشت روانی و مؤلفه‌های خاصی از آن - نظیر عملکرد بدنی، کارکرد هیجانی و کارکرد اجتماعی - می‌شود (ویلز،^۲ ۲۰۰۷، ص ۱۴۶).

فریدریکسون (۱۳۸۷) برای تبیین چگونگی اثرگذاری آموزه‌های دینی بر سلامت روان از نظریه «توسعه و ساخت» استفاده می‌کند. وی با قرار دادن عنصر هیجان‌های مثبت در حلقه پیوند دین و سلامتی، ابتدا به اثبات تأثیر هیجان‌های مثبت بر بهزیستی انسان می‌پردازد. سپس اثر اعمال مذهبی در پرورش و ایجاد هیجان‌های مثبت را طرح می‌کند. بر این اساس، اعمال مذهبی و آموزه‌های اخلاقی همراه با آنها، از طریق گشودن فضای ذهنی برای دستیابی به ارتباط عمیق با خدا یا قدرت برتر دیگر، سرچشمه‌ای از هیجان‌های مثبت را فراهم می‌کنند که بیشتر آنها دارای تأثیرهای مثبت بر سلامت هستند (فریدریکسون، ۱۳۸۷، ص ۲۱).

1. Basak Coruh, B. S.

2. Wills, M.

کوئینگ^۱ (۱۹۹۷) توضیح دیگری را برای تبیین چگونگی تأثیر مذهب بر سلامت در حوزه درون فردی و بین فردی بیان می‌کند. به نظر وی، گزاره‌های دینی از رفتارهایی که سلامت و بهداشت عمومی را به خطر می‌اندازد - مانند سیگار کشیدن، رفتارهای پرخطر جنسی و مصرف الکل - جلوگیری می‌کنند. بنابراین، آموزه‌های دینی با شکل‌دهی سبک خاصی از زندگی، سبب کاهش عوامل مخاطره‌آمیز سلامتی می‌شوند (کوئینگ، ۱۹۹۷، به نقل از باساک کروح و همکاران، ۲۰۰۵، ص ۱۷۳).

سانچز و ناپو^۲ (۲۰۰۸، ص ۳۱۸) معتقدند آنچه دین را در بهبود مسائل بین فردی و بهداشت عمومی کارآمد می‌کند افزایش حسن ظن، مسئولیت‌پذیر کردن افراد، افزایش حمایت اجتماعی و داشتن درک بهتر از آن است. به اعتقاد آنها، مهمترین جنبه دین در درمان و آموزش، تأمین منابع اجتماعی برای تغییر است. این منابع شامل شکل‌دهی روابط اجتماعی جدید، سازمان‌دهی خانواده و ایجاد دایره جدیدی از دوستان است. از اینرو، افرادی که دچار انزوای اجتماعی هستند بهتر می‌توانند از رویکردهای دینی بهره‌مند شوند. آلیسون^۳ (۲۰۱۰، ص ۱۹۰) نیز بر شکل‌گیری حمایت اجتماعی و روابط بین فردی مناسب از طریق دین تأکید می‌کند.

به نظر می‌رسد آموزه‌های اخلاقی، که ملازم پیروی از ادیان هستند، بر میزان بهره‌مندی از مهارت‌های ارتباطی تأثیرگذارند. در این باره، گونزالس معتقد است که آموزه‌های معنوی می‌تواند به توسعه درک واقعی از آنچه ما به هنگام برقراری ارتباط انجام می‌دهیم، کمک کند (گونزالس،^۴ بی‌تا، به نقل از ویلز، ۲۰۰۷، ص ۱۳۰). علاوه بر این، برخی از دیگر جنبه‌های کلیدی دین که به پرورش مهارت‌های ارتباطی کمک می‌کند عبارتند از: آموزه‌هایی خاص برای فراهم آوردن حمایت اجتماعی از طریق گروه‌ها، برقراری رابطه برابر و فوری، پذیرش عاری از قضاوت مانند فرآیند توبه در آیین کلیسا (سانچز و ناپو، ۲۰۰۸، ص ۵۴) و اهمیت اعتماد به شبکه‌های اجتماعی شکل‌گرفته برای دریافت کمک عملی و عاطفی در مواقع ضروری (لاولر و یانگر،^۵ ۲۰۰۲، به نقل از آلیسون، ۲۰۱۰، ص ۱۸۴). از سوی دیگر راهبردهای

1. Koeing, J.
2. Sanchez, Z. V., & Nappo, S. A.
3. Allison, W.
4. Goanzals, H
5. Lowler, L. O., & Younger, Y

دین برای اعمال چنین تأثیرهایی هم جنبه‌های رفتاری، هم فیزیولوژیکی و هم روانی-اجتماعی را شامل می‌شود (کارک لا و کانستانتینو،^۱ ۲۰۱۰، ص ۱۹).

با توجه به مطالب مذکور، می‌توان به این اعتقاد آرگیل صحت گذاشت که آداب و رسوم مذهبی قادر به ایجاد تغییر در افراد و وضعیت روابط آنها با دیگران است (آرگیل،^۲ ۲۰۰۰، به نقل از: ساجدی، ۱۳۸۷، ص ۱۷۷). ادبیات پژوهشی موجود نیز چنین ادعایی را تأیید می‌کند. برای مثال:

یافته‌های تحقیق باقریان (۱۳۸۸، ص ۳۴)، که با روش نیمه‌آزمایشی انجام شد، نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی زناشویی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، بر سازگاری زناشویی زوج‌های متقاضی طلاق تأثیر مثبت و معناداری دارد.

یافته‌های تحقیق محمودیان، خوش‌کنش و صدق‌پور (۱۳۸۷، ص ۸۹) نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی با رویکرد قرآنی و تمرینات کارگاهی آن بر کاهش افسردگی دانشجویان تأثیر مثبت معناداری داشته است. مفاهیم آموزش داده‌شده شامل عناصر قیام و تفکر، تصمیم‌گیری، تلاش و عمل، تدبیر و نظم، تقوی و طهارت، تعادل و میانه روی، تداوم و استمرار، تعادل و تعامل و تثبیت و تحقق می‌شدند.

یافته‌های تحقیق صدق‌پور، محمودیان و سلمانیان (۱۳۸۸، ص ۱۷۸) نشان داد که آموزش آموزه‌های قرآنی مهارت‌های زندگی بر پذیرش اجتماعی دانشجویان تأثیر مثبت و معناداری دارد. آموزه‌های قرآنی، به طور عام، شامل خودشناسی و خودآگاهی، جایگاه انسان در هستی‌شناسی قرآن، ارتباط چهارگانه انسان با خود، خدا، مردم و هستی، انجام و فرجام انسان و همچنین مفاهیم مربوط به تفکر، ذکر و اختیار می‌شد.

یافته‌های اسمعیلی (۱۳۸۶، ص ۶۷) نشان داد: الف) گسترش هستی‌شناسی اسلامی در افزایش سلامت روان (که ارتباط مؤثر با دیگران از مؤلفه‌های عمده آن است) مؤثر است؛ ب) گسترش هستی‌شناسی اسلامی در کاهش علایم مؤلفه‌های بیماری‌های روانی مؤثر است.

یافته‌های پژوهش مهکام و دادستان (۱۳۸۸، ص ۱۳۸) نیز نشان داد که درمانگری اسلامی در بهبود اختلال‌های درونی‌سازی‌شده کودکان و نوجوانان مؤثر است و این از طریق تأکید بر چنین مواردی حاصل می‌شود: الف) اصول اولیه ارتباط والد-فرزندی؛

1. Karekla, M., & Constantinou, M.

2. Argill

ب) ویژگی‌های والد یا مربی سالم؛ ج) آسیب‌شناسی رفتارهای تضادورزانه؛ د) مقابله مرحله‌ای با رفتارهای تضادورزانه؛ و ه) ارائه توصیه‌ها و روش‌هایی برای کاهش تضادورزی.

دسموند و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که رفتارهای مذهبی با میزان خودکنترلی بالایی در افراد همراه هستند. مککلو و ویلاگی (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی دریافتند که مذهب توانایی خودنظم‌بخشی و خودکنترلی را در افراد تقویت کرده و بر ارتقای سلامت روانی و رفتارهای اجتماعی تأثیر مثبتی دارد (دسموند و همکاران، ۲۰۰۸؛ مککلو و ویلاگی، ۲۰۰۹، به نقل از اسمعیلی، ۱۳۸۹، ص ۵۵).

نتایج پژوهش گروه S.R.P.B سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶) که در سطح بین‌المللی (حدود ۱۸ کشور جهان) انجام شد، نشان داد که معنویت و مذهب با به‌کارگیری راهبردهایی نظیر آرامش درونی، ایمان، امیدواری، خوش‌بینی و ایجاد رابطه‌ای معنوی درونی با تمام حوزه‌های کیفیت زندگی، اعم از حوزه‌های محیطی، اجتماعی، فیزیکی و روانی، ارتباط مثبت بالایی دارد.

نتایج پژوهش جعفری، دهشیری، اسکندری، نجفی، حشمتی و حسینی فر (۲۰۱۰، ص ۲۰۱) نشان داد که ارتباط معناداری میان بهزیستی معنوی و سلامت روانی وجود دارد. همچنین، میان سلامت معنوی و نشانه‌های بیماری، اضطراب، بدکاری اجتماعی و افسردگی ارتباط منفی معناداری وجود دارد.

یافته‌های پژوهش چانگ، کی‌سی، داسک و بنسون^۱ (۲۰۱۰، ص ۱۶۳) از این فرضیه که راهبردهای مذهبی می‌توانند، به عنوان روشی از پاسخ‌های آرامش‌بخشی (ریلکسیشن)، پیامدهای روانشناختی درمان یا آموزش را بهبود دهند حمایت می‌کند. نتایج همچنین نشان داد که افزایش سلامت معنوی با بهبود شاخص‌های روانی سلامتی ارتباط معناداری دارد.

تاچمن^۲ (۲۰۰۹، ص ۵۹) نیز بر مبنای برنامه‌ای پنج‌مرحله‌ای نشان داد که درمان معنوی از طریق به‌کارگیری فنون مقابله مذهبی در اموری نظیر آموزش ارتباطات، یکی کردن مفاهیم و مهارت‌های آموخته‌شده، توجه به مهارت‌های ارتباطی،

1. Chang, B. H., Casey, A., Dusek, J. A., & Benson, H.
2. Tuchman, N.

مهارت‌های حل مسئله و در نهایت حمایت ارتباطی اعضای خانواده‌های دارای فرد اسکیزوفرنی مؤثر واقع می‌شود.

یافته‌های باقری، اکبری‌زاده و حاتمی (۲۰۱۰، ص ۱۳۴) نشان داد که ارتقای هوش معنوی از طریق آموزش‌های دینی به درک الگوهای زندگی، دستیابی بیشتر به مهارت‌های ارتباطی، تشخیص معنای واقعی حوادث و احساس تسلط در هدف‌گذاری منجر می‌شود.

این مطالب نشان می‌دهند که به کارگیری راهبردهای مذهبی، به طور مستقل و یا در کنار سایر روش‌های درمانی، عمدتاً می‌تواند شاخص‌های مربوط به بهداشت روانی را افزایش داده و به بهزیستی افراد در حوزه‌های مختلف زندگی بینجامد. حال، از سویی، سوره حجرات، به طور جامع، به بحث موانع ارتباطی، از قبیل: تمسخر، عیب‌جویی، توهین، لقب زشت گذاشتن بر دیگری، داشتن سوء ظن، تجسس در امور شخصی مسلمین، تهمت و غیبت می‌پردازد. از سوی دیگر، این سوره دارای آموزه‌های اخلاقی-اجتماعی خاصی است، از جمله: توجه به مسئله صبر و تقوا (خویشترداری / خودکنترلی)، اعتماد متقابل در برقراری ارتباط، لزوم توجه به لحن صدا و اثر آن در موقعیت‌های مختلف، توجه به اصل تصمیم‌گیری آگاهانه به عنوان عامل پیشگیری از نتایج نامطلوب در ارتباط، بیان مسئول بودن و بی‌تفاوت نبودن افراد جامعه اسلامی نسبت به بر طرف کردن اختلافات بین فردی، در نظر گرفتن اهرم محبت در جایی که تحمل مشکلات در کار است، توجه به تفاوت‌های بین فردی، توجه به حقوق برادری (رعایت حقوق افراد در روابط بین فردی) در رفع تنازعات، تمرکز بر بالا بردن آگاهی افراد از موانع ارتباطی به منظور پیشگیری از بروز بحران در روابط بین فردی. نظر به این امر، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ دادن به این سؤال است که آیا آموزش چنین آموزه‌هایی می‌تواند در بهبود مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان مؤثر باشد؟ به عبارت دیگر، مسئله اصلی این پژوهش این است که آیا آموزش آموزه‌های اخلاقی-اجتماعی سوره حجرات (به عنوان یکی از راهبردهای اسلامی) در افزایش مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان مؤثر است؟

روش

آزمودنی: جامعه آماری این پژوهش دانش آموزان پسر سال اول دبیرستانی منطقه ۲، شهر تهران، در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ بود.

نمونه و روش نمونه‌گیری: از آنجا که تحقیق حاضر از نوع آزمایشی است، در ابتدا گروه نمونه شامل ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه کنترل در نظر گرفته شد. ولی در مرحله اجرا، به سبب همکاری نکردن مدیر و معاون آموزشی مدرسه برای در اختیار گذاشتن ۱۵ نفر برای جایگزینی در گروه آزمایش و موافقت با شرکت تنها ۱۰ نفر، محقق تعداد گروه آزمایش را همین تعداد، یعنی ۱۰ نفر، در نظر گرفته شد. همچنین، به دلیل گستردگی جامعه آماری و عدم امکان انتخاب نمونه به صورت مستقیم از جامعه، در این پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. به این ترتیب که در مرحله اول، یک مدرسه به تصادف انتخاب شد و در مرحله دوم، دو کلاس به عنوان واحد نمونه گیری در نظر گرفته شدند. سپس ۱۵ نفر از دانش آموزان هر کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند؛ البته همان‌طور که ذکر شد، با عدم حضور ۱۰ نفر از آنها در کلاس‌های آموزشی موافقت نشد. از اینرو، هر یک از گروه‌های ۱۰ نفره به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند.

ابزار تحقیق: در این تحقیق، از آزمون مهارت‌های ارتباطی^۱ که به وسیله عطارها (۱۳۸۶) ساخته و هنجاریابی شده، استفاده شد. این آزمون دارای ۳۴ سؤال بوده و شامل سه عامل کلی است: مدیریت هیجانات، ادراک و ابراز وجود. پایایی این آزمون: الف) در روش آلفای کرونباخ ۰.۶۶٪ برای کل آزمون و برای خرده‌مقیاس‌ها به صورت زیر است:

مدیریت هیجانات	٪۷۳
ادراک	٪۶۳
ابراز وجود	٪۵۵

مدیریت هیجان‌ات	٪۸۳
ادراک	٪۷۰
ابراز وجود	٪۵۷

ب) در روش بازآزمایی برای کل آزمون این ضریب برابر است با ٪۸۹ و برای خرده مقیاس‌ها به صورت زیر می‌باشد:

نمره‌گذاری آزمون در سؤالات عادی به این صورت بود: هرگز = ۱، به ندرت = ۲، گاهی = ۳، معمولاً = ۴ و همیشه = ۵. در سؤالات معکوس که شامل سؤالات ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۲، ۳۴ می‌شد، نمره‌گذاری به این صورت بود: هرگز = ۵، به ندرت = ۴، گاهی = ۳، معمولاً = ۲ و همیشه = ۱. سؤالاتی که عامل‌های کلی مدیریت هیجان‌ات، ادراک و ابراز وجود را اندازه‌گیری می‌کردند به قرار زیر هستند:

مدیریت هیجان‌ات	۳، ۴، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۹، ۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۳۰ و ۳۱
ادراک	۱، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۸، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۲۸ و ۳۲
ابراز وجود	۲، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۵، ۲۶، ۲۹، ۳۳ و ۳۴

روش تحقیق: روش تحقیق این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل است. می‌توان روشن تحقیق را به صورت زیر نمایش داد:

شیوه اجرای تحقیق: پس از مراحل مقدماتی مطالعه و تدوین برنامه آموزشی، ابتدا از میان مدارس متوسطه منطقه دو شهر تهران یک مدرسه به تصادف انتخاب و سپس دو کلاس درس به عنوان واحد نمونه به تصادف انتخاب شدند. در مرحله بعد، برنامه آموزشی برای گروه آزمایش، طی هفت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به اجرا درآمد. در مرحله آخر، هر دو گروه برای بار دوم آزمون مهارت‌های ارتباطی را تکمیل نمودند.

جلسه اول	انجام پیش‌آزمون در مورد هر دو گروه و ارائه توضیحاتی درباره ارتباط، فرآیند ارتباط، اجزای ارتباط و شیوه‌های ارتباط‌گیری به گروه آزمایش
جلسه دوم و سوم	تبیین مفهوم مهارت‌های ارتباطی و عوامل مؤثر بر آن نظیر رعایت احترام و ادب، در نظر گرفتن موقعیت مخاطب، همدلی و حقوق متقابل فردی و اجتماعی در روابط بین فردی
جلسه چهارم	تبیین مفهوم ارتباط غیر کلامی و برخی مؤلفه‌های آن، نظیر تأثیر آهنگ و لحن صدا، نوع نگاه، شیوه‌های گوش دادن و تأثیرهای متقابل ارتباط کلامی و غیر کلامی و تحلیل رابطه
جلسه پنجم، ششم و هفتم	گفتگو درباره موانع ارتباطی مورد اشاره در سوره حجرات، نظیر غیبت، عیب‌جویی، استهزاء و تحقیر، نام‌گذاری، بدگمانی و تبیین چگونگی تأثیرگذاری آنها بر مختل شدن روابط بین فردی. در پایان جلسه هفتم از هر دو گروه آزمایش و کنترل جداگانه پس‌آزمون به عمل آمد.

جدول شماره ۱-۳: عناوین مهم آموزش داده‌شده در پروتکل

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه، از هر دو نوع شاخص آمار توصیفی (مانند میانگین، انحراف معیار و خطای معیار میانگین) آمار استنباطی (مانند آزمون تحلیل کواریانس و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره یک طرفه) استفاده شد.

نتایج پژوهش

برای بررسی اثربخشی آموزه‌های اخلاقی-اجتماعی سوره حجرات، ابتدا شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین، و انحراف استاندارد نمرات مربوط به متغیر وابسته و مؤلفه‌های آن محاسبه گردید.

متغیرها	شاخص‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کل پیش‌آزمون		۲۰	۸۰/۵۰	۹/۵۳۳۸۷
نمره پیش‌مدیریت هیجانات		۲۰	۲۸/۹۵	۷/۳۷۳۳۲
نمره پیش‌ادراک		۲۰	۲۸/۶۰	۴/۹۱۴۰۰
نمره پیش‌ابراز وجود		۲۰	۲۲/۹۵	۴/۱۸۶۱۳
نمره کل پس‌آزمون		۲۰	۹۵/۷۰	۲۱/۵۲۶۲۴
نمره پس‌مدیریت هیجانات		۲۰	۳۴/۸۵	۹/۲۰۶۸۳
نمره پس‌ادراک		۲۰	۲۸/۶۰	۶/۲۸۶۱۶
نمره پس‌ابراز وجود		۲۰	۸۰/۵۰	۱۰/۶۹۱۲۴

جدول شماره ۱: شاخص‌های آمار توصیفی

جدول فوق نشان می‌دهد که بیشترین تغییر در مؤلفه ابراز وجود و سپس در مؤلفه مدیریت هیجانات ایجاد شده است. در مؤلفه ادراک تغییری صورت نگرفته است. برای بررسی معناداری تفاوت میان میانگین گروه‌های کنترل و آزمایش از تحلیل کواریانس استفاده شده است.

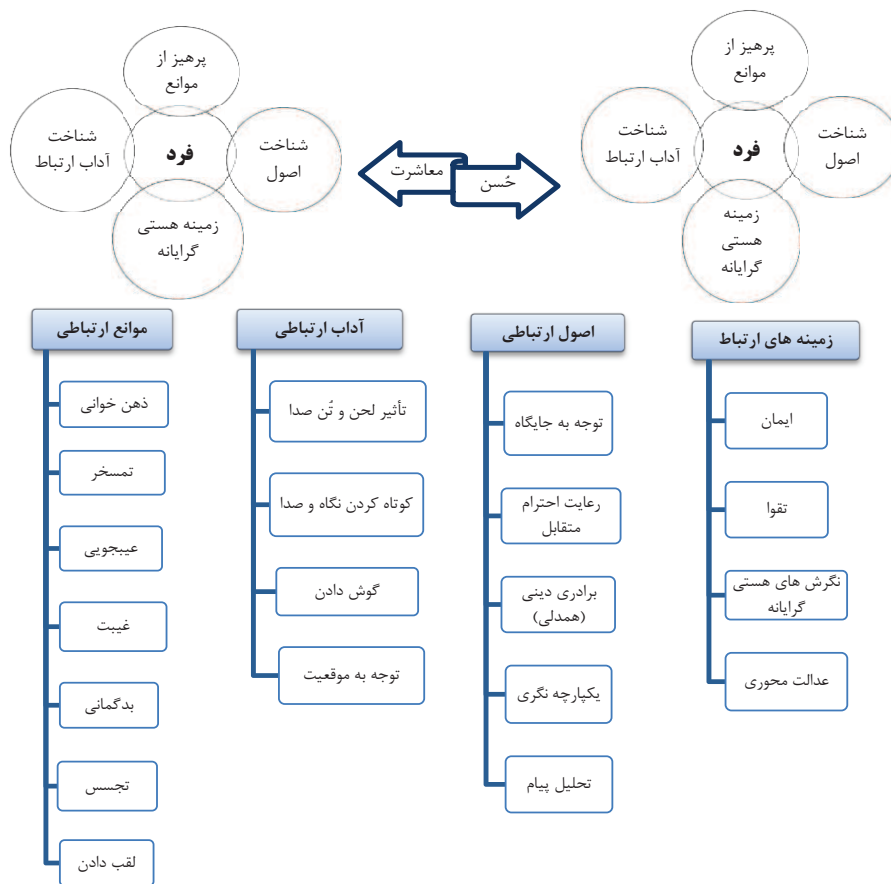
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	معناداری
پیش‌آزمون	۸۱/۷۸۱	۱	۸۱/۷۸۱	/۸۸۱	۰/۳۶۱
گروه	۶۶۷۵/۵۳۲	۱	/۵۳۲	۰	۰/۰۰۰
خطا	۱۵۷۸/۲۱۹	۱۷	۶۶۷۵	/۹۰۶	
کل	۸۸۰۴/۲۰۰	۱۹	۹۲/۸۳۶	۷۱	

جدول شماره ۲: تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

همان‌طور که از نتایج جدول شماره دو مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری میان نمرات مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان دو گروه کنترل و آزمایش مشاهده می‌شود که مقدار F به دست آمده ۷۱/۹۰۶ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. پس با ۹۹٪ اطمینان

می‌توان گفت که جواب سوال ما مبنی بر اینکه آیا آموزش آموزه‌های اخلاقی-اجتماعی سوره حجرات بر مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان موثر است، مثبت است ($P < 0/001$).

علاوه بر یافته به دست آمده از اجرای تحقیق، که در قالب اعداد و ارقام و جداول ارائه شد، در حوزه محتوایی (تجزیه و تحلیل آموزه‌های استنباط‌شده از سوره حجرات) نیز می‌توان بر اساس مفاهیم و آموزه‌های سوره حجرات مدلی محتوایی از ارتباط ارائه کرد.



تصویر شماره ۱-۴: مدل محتوایی ارتباط بین فردی بر اساس مفاهیم استنباط شده از سوره حجرات

مدل فوق تقریباً تمامی مطالب استخراج شده از سوره حجرات - که به طور مفصل در فصل دوم مورد بحث قرار گرفتند - را در بر می‌گیرد. بر اساس این مدل، ارتباط بین فردی اشخاص در جامعه در چهار حوزه زمینه شخصی، آشنایی به اصول و مبانی ارتباط، شناسایی و رعایت آداب ارتباط و شناسایی و رفع موانع ارتباطی قابل تبیین است. زمینه شخصی در بر گیرنده نوع نگاه فرد به محیط پیرامونی و نگرش‌های هستی‌شناسانه، اصالت قائل شدن برای تقوا، ایمان یا نظام تشخیص و ارزیابی شخصی و در نهایت توانایی ملاک قرار دادن عدالت در امور بین فردی است.

اینکه فرد قادر به افزایش شناخت خود درباره کل هستی و جایگاه خاص خود در آن باشد، نظام فکری خود را نسبت به فلسفه آفرینش توسعه دهد یا به زندگی خود معنا و مفهومی توجیه‌پذیر بدهد به نگرش‌های هستی‌شناسانه اشاره دارد. ایمان، در حقیقت، چارچوب ادراکی خاصی را برای فرد فراهم می‌آورد تا بر اساس آن فرد بتواند مسیرهای صحیح برای تصمیم‌گیری و قضاوت را شناسایی و تقویت کند. تقوا نیز به عنوان توانایی خودمهارگری یا خودکنترلی - که ارتباط تنگاتنگی با ایمان فرد دارد - باعث افزایش توانایی فرد در به تأخیر انداختن قضاوت‌های ارزش‌گذاری شده درباره دیگران و داشتن تفکر مثبت می‌شود.

اصول ارتباطی اموری مثل جایگاه مخاطب (شامل شکل‌دهی به توقعات، عمل بر مبنای ایمان و عدالت، صداقت، مسئولیت‌پذیری)، رعایت احترام متقابل، یکپارچه‌نگری، اخوت و برادری دینی (شامل شناخت و عمل به حقوق بین فردی افراد) و تحلیل پیام را در بر می‌گیرد. آداب برقراری ارتباط و موانع نیز به نحوی با یکدیگر ارتباط نزدیکی دارند؛ چراکه آشنایی فرد با موانع ارتباطی و تلاش برای به حداقل رساندن آنها و سعی در پرورش رفتارهای متعارض با آنها خود جزیی از آداب ارتباط بین فردی محسوب می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش آموزه‌های اخلاقی-اجتماعی سوره حجرات بر مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان پسر صورت پذیرفت. در این راستا، این سؤال طرح شد که آیا آموزش آموزه‌های اخلاقی-اجتماعی سوره حجرات بر مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان پسر مؤثر است؟ نتایج به دست آمده از پژوهش نشان

داد که آموزش آموزه‌های اخلاقی-اجتماعی سوره حجرات در افزایش مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان مؤثرند. به عبارت دیگر، بین میانگین نمرات دو گروه کنترل و آزمایش در سطح ۰/۰۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد.

این نتیجه با یافته‌های باقریان (۱۳۸۸)، محمودیان و همکاران (۱۳۸۷)، صدق‌پور و همکاران (۱۳۸۸)، اسمعیلی (۱۳۸۶)، مهکام و دادستان (۱۳۸۸)، گروه S.R.P.B سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶)، جعفری و همکاران (۲۰۱۰)، چانگ، کی‌سی، داسک و بنسو (۲۰۱۰)، دسموند و همکاران (۲۰۰۸) و مککلو و ویلاگی (۲۰۰۹)، به نقل از اسمعیلی، (۱۳۸۹) و باقری، اکبری‌زاده و حاتمی (۲۰۱۰) مبنی بر تأثیر مثبت و معناداری آموزش آموزه‌های دینی و معنوی بر سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و بهبود مهارت‌های بین فردی همسو است.

در باب مؤثر بودن آموزه‌های اخلاقی-اجتماعی سوره حجرات بر مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان می‌توان این‌گونه استدلال کرد که این آموزه‌ها اغلب گزاره‌هایی هستند که هم در سطح شناختی و هم در سطح رفتاری عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ به ویژه آنکه زمینه‌های انگیزشی مناسب برای این تأثیرگذاری را فراهم می‌نمایند. به عبارت دیگر، افزایش آگاهی درباره اصول معاشرت و روابط بین فردی، تأکید بر ضرورت دوری از عواملی که نقش مضر و نامطلوبی بر روابط اجتماعی دارند، ارائه دیدگاهی مبنی بر برادری (اخوت)، برابری (عدم اصالت امور مادی، تفاخر و تبعیض) و کل‌نگرانه نسبت به مسائل اجتماعی، خصوصاً ارتباط با دیگران و، در نهایت، به کارگیری تصویرسازی‌های ذهنی برای ملموس‌ساختن قبح رفتارهایی که پیشتر تحت عنوان موانع ارتباطی مطرح شدند، از جمله عواملی‌اند که در سه سطح شناختی، انگیزشی و رفتاری بر عملکرد دانش‌آموزان در حوزه روابط بین فردی تأثیر گذاشته‌اند. بنا به تبیین شریعتی و کرمی (۱۳۸۹) نیز آموزه‌های اسلامی از رویکردی شبیه به رویکردهای شناختی و شناختی-رفتاری در کنترل خشم استفاده می‌کند.

عوامل دیگری که بر اساس آن می‌توان اثربخشی آموزه‌های دینی را تبیین نمود عبارتند از: انطباق این آموزه‌ها با مناسبت‌ها و حساسیت‌های فرهنگی (کوبین، ۲۰۱۰؛ شریعتی و کرمی، ۱۳۸۹)، تأثیر گزاره‌های دینی در پیشگیری از رفتارهایی که سلامت و بهداشت عمومی را به خطر می‌اندازند (کوئینگ، ۱۹۹۷، به نقل از کروح و همکاران، ۲۰۰۵) تصویرسازی ذهنی (دیویس و رایس، ۲۰۰۷، به نقل از اسمعیلی، ۱۳۸۹) و پیوند

میان ارزش‌های درونی‌شده مراجع و آموزه‌های معنوی (دی مامانی، تاجمن و دوئرت، ۲۰۱۰). علاوه بر عوامل فوق، کارک لا و کانستانتینو (۲۰۱۰) نشان داده‌اند که آموزه‌های دینی در سه بعد رفتاری، روانی و اجتماعی بر عملکرد فرد تأثیر می‌گذارند. همچنین می‌توان از نظریه «توسعه و ساخت» که توسط فریدریکسون تشریح شده است، برای تبیین این اثرگذاری استفاده کرد. فریدریکسون، معتقد است که عنصر هیجان‌های مثبت در حلقه پیوند دین و سلامتی مؤثرند؛ به این معنا که آموزه‌های دینی، ضمن ایجاد هیجان‌های مثبت، توانایی کنترل و تنظیم آنها را نیز تسهیل کرده و بر سلامت روانی تأثیر مثبتی می‌گذارد (فریدریکسون، ۱۳۸۷). به اعتقاد ویلز (۲۰۰۷)، آنچه توانایی کنترل عواطف را در فرد تقویت می‌کند و حتی قدرت فرد را در تحمل احساس فشار و مقاومت در برابر سختی‌ها افزایش می‌دهد احساس وصل بودن به یک قدرت بی‌پایان است.

این آموزه‌ها، خصوصاً مواردی که در ذیل مبحث موانع ارتباطی قرار گرفته‌اند (نظیر عیبجویی، غیبت، تمسخر، سوء ظن و تهمت)، ضمن اینکه فرد را متوجه انگیزه‌های اصلی این رفتارها، مانند، کینه، خشم، حسادت و تکبر کرده، راه‌های اصلی درمان را در پیش گرفتن تقوا، تعقل و تدبیر در امور هستی، تفکر مثبت و حتی، به سخن ساده‌تر، اجتناب از این امور معرفی می‌کند. همچنین، آموزه‌های سوره حجرات بر شناخت فرد از کل هستی، فلسفه آفرینش، شیوه‌های اتخاذ تصمیم‌ها و قضاوت‌های صحیح تأثیر می‌گذارند. پژوهش گروه S.R.P.B سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶) نیز اثرات مثبت و درمانی این راهبردها را در تمام حوزه‌های مربوط به کیفیت زندگی نشان داده است. پس از سویی، آموزه‌های سوره حجرات با ارائه این دستورالعمل‌های کاربردی، توانایی خودکنترلی فرد را افزایش داده و وی را قادر می‌سازد هیجان‌ات منفی خود را مدیریت کند و از سوی دیگر، وی را تشویق می‌کند تا در ارتباط با دیگران به ایجاد هیجان‌های مثبت متوسل گردد.

منابع

- ابوالقاسمی، شهنام (۱۳۸۹)، «تأثیر شعایر دینی بر بهداشت روانی جوانان»، اسلام و پژوهش‌های تربیتی، س ۲، ش ۱، ۶۷-۶۹.
- اسمعیلی، معصومه (۱۳۸۶)، «بررسی تأثیر گسترش هستی‌شناسی اسلامی بر افزایش سلامت روان»، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، س ۶، ش ۲۴، ۴۵-۵۹.
- اسمعیلی، معصومه (۱۳۸۹)، «مطالعه مطالعه اثربخشی درمان مرور زندگی با تأکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه»، فصلنامه فرهنگ مشاوره، س ۱، ش ۲، ۱-۱۹.
- باربارا ال، فریدریکسون، باربارا ال. (۱۳۸۷)، «دین چگونه به سلامتی و بهزیستی [ما] کمک می‌کند: آیا هیجان‌های مثبت عناصر فعال آن است»، ترجمه موسوی، سیددانی (۱۳۸۷)، فصلنامه روانشناسی و دین، س ۱، ش ۳، ۱۲۷-۱۴۰.
- باقریان، مرضیه (۱۳۸۸)، «بررسی اصول و روش‌های ارتباطی مبتنی بر سنت معصومان علیهم السلام (پایان نامه کارشناسی ارشد)»، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی، تهران رفیعی هنر، حمید؛ جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۸۹)، «رابطه جهت‌گیری مذهبی و خودمهارگری»، دوفصلنامه روانشناسی و دین، س ۳، ش ۱، ۳۱-۴۹.
- ساجدی، ابوالفضل (۱۳۸۷)، «دین و بهداشت روانی»، دوفصلنامه روانشناسی و دین، س ۱، ش ۳، ۷-۳۶.
- شریعی، سید صدرالدین؛ کرمی، مرتضی (۱۳۸۹)، «رویکردها و مهارت‌های کنترل خشم بر اساس آموزه‌های اسلامی»، فصلنامه فرهنگ مشاوره، س ۱، ش ۳، ۷۱-۱۰۰.
- صالح صدق‌پور، بهرام؛ محمودیان، مجید؛ سلمانیان، حمیدرضا (۱۳۸۸)، «بررسی تأثیر آموزش آموزه‌های قرآنی بر بهبود پذیرش اجتماعی»، فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی، س ۱، ش ۲، ۱۷-۲۶.
- عطارها، نعیمه (۱۳۸۶)، «هنجاریابی آزمون مهارت‌های ارتباطی و تعیین ویژگی‌های روانسنجی آن (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)»، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- محمودیان، مجید؛ خوش‌کنش، ابوالقاسم؛ صالح صدق‌پور، بهرام (۱۳۸۷)، «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی با رویکرد قرآنی بر افسردگی دانشجویان»، فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی، س ۱، ش ۱، ۴۳-۵۴.

مهکام، رضا؛ دادستان، پریرخ (۱۳۸۸)، «تأثیر درمانگری اسلامی بر اختلال‌های
 برون‌سازی‌شده در کودکان و نوجوانان»، دوفصلنامه روانشناسی و دین،
 س ۲، ش ۳، ۶۹-۸۸.
 موسوی اصل، سیدمهدی (۱۳۸۷)، «نقش رفتارهای دینی در بهداشت روانی»، فصلنامه
 روانشناسی در تعامل با دین، س ۱، ش ۲، ۷۳-۱۰۴.

- Allison, W. (2010), "*Spiritual Therapeutic Landscape and Healing: a Case Study*", *The Journal of social Science & Medicine*, 70, 1633-1640.
- Aten, D., & Leach, M. M. (2009), "*Spirituality And The Therapeutic Process: A Comprehensive Resource from in Take Through Termination*", Washington dc: American Psychological Association.
- Bagheri, F., Akbarizadeh, F., & Hatami, H. (2010), "*The Relationship Between Nurse's Spiritual Intrlligence and Happiness in Iran*", *The Journal of Procedia Social And Sciences*, 5, 1556-1561.
- Barrette, G. (2004), "*Spiritual Direction In The Roman Catholic Tradition*", Downers Grove il: InterVarsety Press.
- Barry, M. C., & Nelson, D.H. (2005), "*The Role of Religion in the Transition to Adulthood for Young Emerging Adults*", *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 245-255.
- Basak Coruh, B. S., Hana Ayele, M. D., Meredith Pugh, B. S., & Thomas Mulligan, M. D. (2005), "*Does Religious Activity Improve Health Outcomes? A Critical Review of The Recent Literature*", *The Journal of Explore*, 1, 186-191.
- Blanton, P. G. (2005), "*Narrative Family Therapy and Spiritual Direction: Do They Fit?*", *Journal of Psychology And Christianity*, 24, 68-79.
- Borass, L., Mohr, S., Brandt, P. Y., Gillieron, C., Eytan, A., & Huguelet, P. (2007), "*Religious Biliefs in Schizophrenia*", *Journal of Schizophrenia Bulletin*, 33, 1238-1246.
- Chang, B. H., Casey, A., Dusek, J. A., & Benson, H. (2010), "*Relaxation Response and Spirituality: Pathways to Improve Psychological Outcomes in Cardiac Rehabilitation*", *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 93-100.

- De Mamani, A. G., Tuchman, N., & Duarte, E. O. (2010), "*Incorporating Religion/Spirituality into Treatment for Serious Mental Illness*", Journal of Cognitive and Behavioral Practice, 17, 348-357.
- Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D. (2006), "*Religiosity And Mental Health: A Further Exploration of the Relative Importance of Religious Behaviors vs. Religious Attitudes*", Journal of Personality and Individual Differences, 40, 807-818.
- Donahue, M. J. & Jenson, P. (1995), "*Religion and The Well-Being of Adolescents*", Journal of Social Issues, 51, 145-160.
- Fauth, R. C., Roth, J. L., & Brooks-Gunn, J. (2007), "*Does the Neighborhood Context Alter the Link Between Youth's After-School Time Activities and Developmental Outcomes? A Multilevel Analysis*", Journal of Develop Mental Psychology, 43, 760-777.
- Galanter, M., Dermatis, H., Bunt, G., Williams, C., Trujillo, M., & Steinke, P. (2007), "*Assessment of Spirituality and Its Relevance to Addiction Treatment*", Journal of Substance Abuse Treatment, 33, 257-269.
- Good, M. & Wilaf Bay, G. (2006), "*The Role of Spirituality Versus Religiosity in Adolescent Psychosocial Adjustment*", Journal of Youth and Adolescence , 35, 41-55.
- Huppert, J. D., & Siev, J. (2010), "*Treating Scrupulosity in Religious Individuals Using Cognitive-Behavioral Therapy*", Journal of Cognitive and Behavioral Practice, 17, 382-392.
- Jafari, E., Dehshiri, G. R., Eskandari, H., Najafi, M., Heshmati, R., & Hoseinifar, J. (2010), "*Spiritual Well-Being and Mental Health in University Students*", Journal of Procedia Social And Behavioral Sciences, 5, 1477-1481.
- Karekla, M., & Constantinou, M. (2010), "*Religious Coping and Canser: Proposing an Acceptable And Commitment Therapy Approach*", Journal of Cognitive and Behavioral Practice, 17, 371-381.
- Kevin, S. (2010), "*The Role Of Religion In Therapy: Time for Psychologists the Have a Little Faith?*", Journal of Cognitive and Behavioral Practice, 17, 393-400.

- Le, T. N., Tov, W., & Taylor, J. (2007), "*Religiousness and Dipressive Symptems in Five Ethnic Adolescent Groupe*", *The International Journal For The Psychology of Religion*, 17, 209-232.
- Patel, C. J., & Armas, E. E. (2006), "*Handling Spirituality/Religion in Professional Training: Experience of a Sample of Muslim Psychology Students*", *Journal of Religious and Health*, 45, 1.
- Regnerus, M. D. (2003), "*Religion and Positive Adolescent Outcomes: A Review of Research and Theory*", *Journal of Review of Religious Research*, 44, 94-413.
- Rosmarin, D. H., & Robb, H. B. (2010), "*Spiritual and Religious Issues in Behavior Change*", *Journal And Behavioral Practice*, 17, 343-347.
- Sanchez, Z. V., & Nappo, S. A. (2008), "*Religious Treatments for Drug Addiction: An Exploratory Study in Brazil*", *The Journal of Social Science & Medicine*, 67, 638-646.
- Sinha, J. W., Cnaan, R. A., & Gelles, R. J. (2007), "*Adolescent Risk Behaviors and Religion: Findings from a National Study*", *Journal of Adolescence*, 30, 231-249.
- Spangler, D. (2010), "*Heavenly Bodies: Religious Issues in Cognitive Behavioral Treatment of Eating Disorder*", *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 358-370.
- Stander, V., Piercy, F. P., Mackinnon, D., & Helmeke, K. (1994), "*Spirituality, Religion, and Family Therapy: Competing or Complementary Worlds?*", *The American Jouranl of Family Therapy*, 22, 27-41.
- Tuchman, N. (2009), "*Wo5-03 Spiritual Coping, Communication Training and Problem Solving for Schizophrenia*", *The Journal of European Psychiatry*, 24, 552- 601.
- Whitehead, B. D., Wilcox, B. L., Rostosky, S. S., Randall, B., & Wright, M. L. (2001). "*Keeping the Faith: the Role of Religion and Faith Communities in Preventing Teen Pregnancy*", Washington dc: The National Campaign To Prevent Teen Pregnancy.
- WHOQOL SRPB GROUP. (2006), "*A Cross-Cultural Study of Spirituality, Religion and Personal Beliefs as Components of Quality of Life*", *Journal of Social Science and Medicine*, 62, 1486-1497.

- Wiggins Frame, M. (1996), "*A Social Constructionist Approach to Counseling Religious Couples*", *The Family Journal: Counseling and Therapy For Couples and Families*, 4, 299-307.
- Wills, m. (2007), "*Connection, Action, And Hope: An Invitation to Reclaim the 'Spiritual' in Health Care*", *The Journal of Religious Health*, 46, 423-436.