

Prediction of Mental Disorders Symptoms Based on Religious Faith and Gratitude

پیش‌بینی علائم اختلالات روانی بر مبنای ایمان مذهبی و شکرگزاری

Zohreh Shojaei, Mohammad Ali Goodarzi,
Mohammad Reza Taghavi

زهره شجاعی^۱، محمدعلی گودرزی^۲، سیدمحمد رضا تقوی^۳

پذیرش نهایی: ۹۵/۲/۳۰

پذیرش اولیه: ۹۵/۲/۱۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۱۲

Abstract

This study examined the relation between religious faith and gratitude with the severity of mental disorders symptoms. Participants were 300 students of Shiraz University who were selected via cluster random sampling method. Measures were Islamic – Iranian Gratitude, Religious Faith, and SCL-90 questionnaires. The data were analyzed using descriptive and multiple regression methods. The results showed that almost all gratitude and faith subscales could predict the severity of all mental disorders subscales of the SCL-90. Faith and gratitude had a broad effect on interpersonal sensitivity and depression subscales. Internal gratitude predicted the severity of all mental disorders and among religious faith subscales, purposefulness, goodwill and self-control predicted the severity of some mental disorders symptoms greater and broader than other subscales. Religious faith and gratitude may be considered as general factors which are effective in reducing a wide range of mental disorders symptoms. Results indicate that if being religious causes internal changes and develops internal gratitude, purposefulness, goodwill and self-control in an individual, it would prevent mental disorders.

Keywords: Religion, Mental Health, Spirituality, Religious Faith, Gratitude.

چکیده

پژوهش حاضر، به منظور بررسی رابطه‌ی بین مؤلفه‌های ایمان مذهبی و شکرگزاری با شدت علائم اختلالات روانی انجام شد. شرکت‌کنندگان شامل ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای مرحله‌ای انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های شکرگزاری اسلامی - ایرانی، ایمان مذهبی و فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و رگرسیون چندگانه استفاده شد. یافته‌ها نشانگر ارتباط تقریباً همه خرده مقیاس‌های ایمان مذهبی و شکرگزاری با نمره کلی شدت اختلال‌های روانی بود. ایمان مذهبی و شکرگزاری گسترده‌ترین تأثیر را به ترتیب بر حساسیت بین فردی و افسردگی داشتند. در بین مؤلفه‌های مختلف شکرگزاری، مؤلفه شکرگزاری درونی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده منفی شدت اختلال‌های روانی بود و در بین مؤلفه‌های ایمان مذهبی، توان پیش‌بینی دو مؤلفه خیرخواهی و هدفمندی و خویشتن‌داری از سایر مؤلفه‌های ایمان مذهبی بیشتر بود. می‌توان گفت ایمان مذهبی و شکرگزاری به عنوان عامل‌های عمومی محافظت‌کننده می‌توانند در کاهش علائم هر نوع اختلالی مؤثر باشند و اگر دین‌داری موجب رشد شکرگزاری درونی، خیرخواهی، هدفمندی و خویشتن‌داری شود، می‌توان آن را یک عامل پیش‌گیری‌کننده در برابر اختلال‌های روانی در نظر گرفت.

کلیدواژه‌ها: مذهب، بهداشت روانی، معنویت، ایمان مذهبی، شکرگزاری.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. (نویسنده مسئول) استاد روان‌شناسی بالینی و عضو شورای مرکزی پژوهشکده تحول در علوم انسانی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

۳. استاد بخش روان‌شناسی بالینی و عضوی شورای مرکزی پژوهشکده ارتقاء علوم انسانی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
مقاله مستخرج از بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی نویسنده اول است.

مقدمه

اختلال‌های روانی بر روی سطوح مختلف زندگی افراد اعم از فردی و اجتماعی تأثیرات منفی می‌گذارد و خسارت‌های زیادی را به نظام‌های سلامت در هر جامعه‌ای تحمیل می‌کنند. شناسایی علل افزایش یا کاهش ابتلا به اختلال‌های روانی با روش‌های مختلفی انجام می‌شود. با این حال، بیشتر پژوهش‌ها متمرکز بر عوامل خطر بوده‌اند و کمتر به عوامل فرهنگی و دینی پرداخته‌اند. بسیاری از فرهنگ‌ها افزون بر درمان‌های پزشکی متداول، روش‌های سازمان‌یافته‌ای برای مقابله با بیماری‌های بدنی و روانی در خود دارند. در این راستا، همواره ایمان و اعتقاد مذهبی دارای اهمیت بوده است و درمان مبتنی بر ایمان به خداوند به عنوان نیروی فوق طبیعت، سابقه‌ای دیرینه در پیروان مذهب‌های گوناگون داشته است (احمدی ابهری، ۱۹۹۶). ایمان مذهبی^۱ در لغت به معنای تصدیق و در اصطلاح دینی به معنای تصدیق و تسلیم به خدا و پذیرش حقانیت پیامبران الهی و کتب و فرامینی است که خداوند برای هدایت و تربیت انسان‌ها فرستاده است. در گفتاری از امیرالمؤمنین (ع)، ایمان به معنای شناختن به دل و اقرار به زبان و عمل و بردن فرمان با اندام‌ها و جوارح بیان شده است (بدخشان، ۲۰۰۹).

شکرگزاری^۲، یکی از عواطف مذهبی است که به عنوان یک نیروی شخصیت می‌تواند موجب تعهدات مذهبی شود و همکاری دوجانبه و چند جانبه را افزایش دهد. تمامی عواطف یا فضیلت‌های مقدس که به عنوان نیروهای شخصیت عمل می‌کنند، دربردارنده شکرگزاری هستند (امونس^۳، ۲۰۰۶). در حیطه روان‌شناسی مثبت نگر، شکرگزاری به عنوان یک هیجان مثبت قلمداد می‌شود که مؤلفه‌های شناختی نیز دارد (کلر^۴ و همکاران، ۱۹۸۷). واتکینز^۵ و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که ویژگی شکرگزاری به‌طور مثبت با دین‌داری درونی و به‌طور معکوس با دین‌داری بیرونی ارتباط دارد. وجود

شکرگزاری، یک نشانه‌ی عاطفی مثبت در افراد متعهد مذهبی و معنوی است. آن‌ها به نعمت‌ها به عنوان هدیه‌هایی از جانب خدا نگاه می‌کنند و خداوند را به عنوان اولین دلیل تمامی این نعمت‌ها می‌دانند. دلایل معنوی و روان‌شناختی کافی وجود دارد که افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیرمذهبی شکرگزارتر هستند و می‌توان پیش‌بینی کرد که روابط قوی و مثبت بین شکرگزاری و مذهب/معنویت وجود دارد. شکرگزاری ممکن است یک ویژگی اخلاقی مثبت افراد متعهد مذهبی و معنوی باشد (امونس^۶ و همکاران، ۲۰۰۵).

در تحقیقات زیادی نشان داده شده است که دین عامل مهم و اثربخش در سلامت روانی و درمان بیماری‌های روانی است و باورهای مذهبی در کاهش خطر ابتلا به اختلالات روانی مؤثر است (اسدی و همکاران ۲۰۱۴؛ پناهی و همکاران، ۲۰۰۶). درباره‌ی تأثیر اعتقادات دینی بر بهداشت روانی از دیرباز میان متفکران اسلامی و متخصصان روان‌شناسی نظرات متضادی وجود داشته است. در حالی که فروید^۷ دین را بر سلامت روانی مؤثر نمی‌دانست، یونگ، ویلیام جیمز^۸ و گوردون آلپورت^۹ بر تأثیر دین‌داری بر سلامت روانی تأکید داشتند (پناهی و همکاران، ۲۰۰۶).

مطالعه‌ی منابع اسلامی و نظریات دانشمندان مسلمان این نتیجه را به دست می‌دهد که التزام به اعتقادات مذهبی عامل بازدارنده‌ی بسیاری از بیماری‌ها، به‌ویژه بیماری‌های روانی است. شواهد پژوهشی موجود نشان می‌دهد که بین التزام عملی به اعتقادات دینی (عمل به احکام دینی) و سلامت روانی همبستگی مثبت وجود دارد. به باور علامه طباطبایی "انسان در صورت پذیرش توحید و عمل به قوانین دین فطری، ظرفیت روانی‌اش گسترده‌تر می‌شود و در غیر این صورت، احساس ناخوشایند و زندگی تیره و تاری خواهد داشت" (یاسمی‌نژاد و همکاران، ۲۰۱۱). نتیجه ایمان به خدا و اجابت دعوت حق تعالی، رشد و تکامل است و در حقیقت

^۶. Kneezel

^۷. Freud

^۸. James

^۹. Alport

^۱. Religious faith

^۲. Gratitude

^۳. Emmons

^۴. Clore

^۵. Watkins



اسلامی، مقیاس‌های جدیدی برای سنجش ایمان مذهبی و شکرگزاری ساخته شده است، به منظور بسط و گسترش کاربرد این مقیاس‌ها باید روابط سازه‌های مورد سنجش آن‌ها با سازه‌های مختلف سلامت روانی بررسی شود و در یک مقایسه‌ی تطبیقی مشخص شود که این‌گونه مقیاس‌ها در مقایسه با مقیاس‌هایی که در کشورهای غربی ساخته شده‌اند، از چه قابلیت‌هایی برخوردارند. با توجه به این که در تحقیق حاضر از این مقیاس‌ها استفاده شده است، نتایج تحقیق حاضر می‌تواند به بسط و گسترش سازه‌های مورد سنجش این مقیاس‌ها کمک شایانی نماید. از سوی دیگر، دانشجویان یکی از گروه‌های در معرض خطر هستند. افراد این گروه فشارهای درسی و مسائل اجتماعی خاصی را تجربه می‌کنند و بدیهی است که به دلیل کم‌تجربگی از یک سو و شدت و فراوانی فشارهای روانی از سوی دیگر، بیش از سایر اقشار جامعه درگیر تنیدگی‌های گوناگون می‌شوند (حبیب‌وند، ۲۰۰۹). از این رو، انجام این‌گونه پژوهش‌ها روی این گروه از افراد جامعه از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است. هدف از تحقیق حاضر، بررسی رابطه‌ی مؤلفه‌های ایمان مذهبی و شکرگزاری با علائم اختلالات روانی و پیش‌بینی این علائم بر اساس مؤلفه‌های ایمان مذهبی و شکرگزاری بود.

روش

جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه شیراز (در سه مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا) در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳ بودند. نمونه آماری نیز شامل ۳۲۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که به صورت تصادفی از کل دانشگاه، ۳ دانشکده و از هر دانشکده، ۲ رشته و از هر رشته، ۲ کلاس درس انتخاب شد. سپس، برای اجرای پژوهش به این دانشکده‌ها مراجعه و با اخذ مجوز اجراء از واحد آموزش هر دانشکده، چند کلاس به تصادف انتخاب گردید. با مراجعه به هر کلاس با ارایه‌ی توضیحات اولیه به دانشجویان و اعلام این که شرکت در این

مقصود از دعوت پیامبران الهی و پذیرش آن توسط مردم دست‌یابی به تکامل روانی است. ریچاردز و همکاران^۱ (۱۹۹۷) به این نتیجه رسیدند که شخصیت انسان واجد ابعاد معنوی است و افراد زمانی از زندگی خود بهتر بهره می‌برند که بر طبق اصولی زندگی کنند که رشد و تحول معنوی را تشویق می‌کنند (اسمیت^۲ و همکاران، ۲۰۰۷؛ برگین، ۱۹۸۸). مک‌کلاف^۳ و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند که افراد واجد سطوح معنویت بالاتر در امور روزانه‌ی خود شکرگزارتر بوده و فواید مذهبی، دین‌داری عمومی و گرایش‌ات مذهبی ذاتی در آن‌ها بالاتر است. محققان معتقدند با ترکیب شکرگزاری با روان‌درمانی شناختی می‌توان اثربخشی این درمان‌ها را افزایش داد و انسجام بیش‌تری در رویکرد شناختی روان‌درمانی ایجاد کرد. شکرگزاری به مراجعان کمک می‌کند تا منفعتی را که از دیگران کسب کرده‌اند درک کنند و بدان وسیله فواید عاطفی که افراد از تعاملات اجتماعی مثبت با دیگران کسب می‌کنند، افزایش می‌دهد.

تحقیقات از این اندیشه حمایت می‌کنند که شکرگزاری با احساسات منفی و شرایط آسیب‌شناسی سازگار نیست و حتی در مقابل اختلالات روانی مانند یک عامل ضربه‌گیر عمل می‌کند (بونو^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). در دو تحقیق طولی، وود^۵ و همکاران (۲۰۰۸) مسیر ارتباط بین صفت شکرگزاری با حمایت اجتماعی و استرس و افسردگی ادراک شده در طول یک دوره زندگی را بررسی کردند. هر دو تحقیق نتیجه‌گیری‌شان از یک مدل مستقیم حمایت کرد که در آن شکرگزاری به سطوح بالاتری از حمایت اجتماعی ادراک شده و سطح پایین‌تری از استرس و افسردگی منجر می‌شود. راهبردهای شکرگزاری بر گسترش عاطفه مثبت، شادکامی، رضایت از زندگی، خوش‌بینی و امیدواری و همچنین کاهش افسردگی مؤثرند (لشنی و همکاران، ۲۰۱۲).

با توجه به این که در سال‌های اخیر بر اساس منابع

^۱ Richards

^۲ Smith

^۳ McCullough

^۴ Bono

^۵ Wood



پژوهش کاملاً اختیاری است و اطلاعات شخصی و مشخصات فرد مورد نیاز نیست و محتویات پرسشنامه ناشناس خواهد ماند، پرسشنامه‌ها به افراد گروه نمونه ارائه شد. از بین کل دانشجویان، ۳۲۰ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و پس از حذف پاسخ‌نامه‌های بی‌اعتبار، ۳۰۰ پاسخ‌نامه بررسی نهایی شد.

ابزار

۱. پرسشنامه‌ی شکرگزاری/اسلامی -/ایرانی^۱: این پرسشنامه توسط گودرزی و همکاران (۲۰۱۴)، به منظور سنجش شکرگزاری در مفهوم اسلامی آن تهیه گردید. یکی از مؤلفه‌های اصلی شکرگزاری در مفهوم اسلامی آن شکرگزاری در مورد نعمت‌های خداوندی است که خالق همه هستی است. این پرسشنامه شامل ۲۶ عبارت و ۳ خرده مقیاس است که عبارتند از: شکرگزاری اخلاقی، شکرگزاری درونی و شکرگزاری افعالی (عملی یا رفتاری). هر کدام از این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۹، ۱۱ و ۶ عبارت دارند. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم شده است و گزینه‌ها به ترتیب دارای ارزش ۰ تا ۴ است. ضرایب همسانی درونی برای نمره‌ی کلی پرسشنامه شکرگزاری اسلامی-ایرانی و خرده‌مقیاس‌های آن برای کل پرسشنامه بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۴ به دست آمده است. روایی همگرا و واگرایی این مقیاس به ترتیب با پرسشنامه‌های افسردگی بک و نگرش‌های مذهبی مسلمانان رضایت‌بخش و در جهت مورد انتظار ($r = -0.67, P < 0.001$) و $r = 0.59, P < 0.001$ بوده است (گودرزی و همکاران، ۲۰۱۴).

۲. پرسشنامه‌ی ایمان مذهبی^۲: این پرسشنامه، توسط گودرزی و همکاران (منتشر نشده) برای اندازه‌گیری جنبه‌های عینی و رفتاری ایمان مذهبی ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۵ عبارت و ۴ خرده مقیاس است که عبارتند از: تسلط بر نفس، ایمان افعالی (عملی)، خویش‌ن‌داری و خیرخواهی و هدفمندی. این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب دارای ۵، ۷،

۷ و ۱۰ عبارت هستند. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم شده است و گزینه‌ها به ترتیب دارای ارزش ۰ تا ۴ است. ضرایب همسانی درونی پرسشنامه‌ی ایمان مذهبی و خرده‌مقیاس‌های آن، بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۶ است. آلفای کرونباخ برای ۲۵ گویه ۰/۸۱ گزارش شده است. در بحث روایی واگرایی مقیاس ایمان مذهبی اشاره شده است که این مقیاس با پرسشنامه‌ی افسردگی بک، همبستگی ۰/۴۹- و با پرسشنامه‌ی نومییدی بک^۳، همبستگی ۰/۵۳- دارد. در بحث روایی همگرا نیز این پرسشنامه با مؤلفه «عقاید و مناسک» آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام ضریب همبستگی ۰/۹۲ را نشان داده است (گودرزی و همکاران، منتشر نشده).

۳. فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی^۴: فرم اولیه‌ی این فهرست توسط دروگاتیس^۵ و همکاران (۱۹۷۳) معرفی گردید و سپس بر اساس تجارب بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی از آن، مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی آن تهیه گردید. مواد این فهرست شامل ۹۰ عبارت است و ۹ بُعد مختلف را می‌سنجد که عبارتند از: (۱) شکایت جسمانی، (۲) وسواس - اجبار، (۳) حساسیت در روابط بین فردی، (۴) افسردگی، (۵) اضطراب، (۶) خشم - خصومت، (۷) ترس مرضی (فوبیا)، (۸) افکار پارانوییدی و (۹) روان‌پریشی. این فهرست به روش خود گزارشی تکمیل می‌شود. روش نمره‌گذاری این آزمون در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از «هیچ» تا «به شدت» است و به ترتیب در مقیاس لیکرت ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. پایایی ابعاد نه‌گانه این آزمون با استفاده از دو روش محاسبه ضریب همسانی درونی و بازآزمایی به دست آمده است و یافته‌ها ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را مناسب ارزیابی کرده‌اند (دروگاتیس و همکاران، ۱۹۸۳). در ایران، حسن‌شاهی و همکاران (۲۰۰۳) با اجرای این آزمون روی مردم شهرستان ارسنجان ضریب آلفای ۰/۹۷ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۸ را برای کل آزمون

^۳. Beck Hopelessness scale

^۴. Symptom Checklist 90- Revised

^۵. Derogatis, Lipman & Cori

^۱. Islamic-Iranian Gratitude Questionnaire

^۲. Islamic-Iranian Faith Questionnaire



گزارش دادند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۶۸/۳ درصد از افراد گروه نمونه مؤنث و ۳۱/۷ درصد مذکر بودند. همچنین، ۴۰ درصد از افراد در مقطع کارشناسی، ۵۰ درصد در مقطع کارشناسی ارشد و ۱۰ درصد در مقطع دکتری، ۸۳/۳ درصد از افراد مجرد و ۱۶/۷ درصد از آنان متأهل بودند. از نظر وضعیت مالی برحسب گزارش خودشان، ۷/۳ درصد در طبقه مالی ضعیف، ۷۲/۷ درصد در طبقه مالی متوسط و ۲۰ درصد در طبقه مالی بالاتر از متوسط قرار داشتند. توزیع سنی گروه نمونه نیز در جدول ۱ نشان داده شده است. جدول ۲ که حاوی یافته‌های توصیفی گروه نمونه است، نشان می‌دهد که میزان افسردگی در دانشجویان بیش از سایر اختلالات روانی است. ضرایب همبستگی مؤلفه‌های ایمان مذهبی و خرده مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی در جدول ۳ درج شده است. بین مؤلفه‌ی تسلط بر نفس (یکی از مؤلفه‌های ایمان مذهبی) با برخی از خرده‌مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی از جمله جسمانی کردن و وسواس - اجبار رابطه‌ی معناداری به دست نیامد، اما مؤلفه‌ی تسلط بر نفس

با بقیه‌ی خرده مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی رابطه‌ای معکوس و معنادار داشت. بین سایر مؤلفه‌های ایمان مذهبی شامل ایمان‌افعالی، خویشتن‌داری و خیرخواهی و هدفمندی و همه‌ی خرده مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی نیز رابطه‌ای معکوس و معنادار وجود داشت. نمره‌ی کلی ایمان‌مذهبی نیز با همه‌ی خرده‌مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی رابطه‌ای معکوس و معنادار داشت. ضرایب همبستگی مؤلفه‌های شکرگزاری و خرده مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی در جدول ۴ درج شده است. شکرگزاری اخلاقی (یکی از مؤلفه‌های شکرگزاری) با خرده مقیاس افسردگی رابطه‌ای مثبت و معنادار داشت، اما با بقیه‌ی خرده مقیاس‌ها رابطه‌ی معناداری نداشت. دو مؤلفه‌ی دیگر شکرگزاری یعنی شکرگزاری درونی و شکرگزاری افعالی با همه خرده مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی رابطه‌ای معکوس و معنادار داشتند. نمره‌ی کلی شکرگزاری نیز با همه‌ی خرده مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی رابطه‌ای معکوس و معنادار داشت. روابط فوق نشان می‌دهد که برای تحلیل داده‌ها می‌توان از روش آماری رگرسیون برای پیش‌بینی بهره گرفت.

جدول ۱. توزیع سنی شرکت کنندگان پژوهش

سن	درصد فراوانی
۱۸ تا ۲۲ سال	۳۷/۳
۲۳ تا ۲۸ سال	۵۱/۳
۲۹ تا ۳۲ سال	۸/۳
۳۳ تا ۳۶ سال	۲/۳
۳۷ تا ۴۲ سال	۷

جدول ۲. یافته‌های توصیفی گروه نمونه در خرده مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی

ابعاد فهرست نشانه‌های روانی	میانگین	انحراف معیار
جسمانی کردن	۷۴/۰	۶۶/۰
وسواس - اجبار	۹۵/۰	۷۵/۰
حساسیت در روابط بین فردی	۸۰/۰	۷۱/۰
افسردگی	۹۹/۰	۵۸/۰
اضطراب	۷۵/۰	۷۵/۰
خشم - خصومت	۶۳/۰	۶۲/۰
ترس مرضی (فوبیا)	۴۳/۰	۵۲/۰
افکار پارانوئیدی	۹۷/۰	۸۴/۰
روان پریشی	۶۶/۰	۶۸/۰

جدول ۳. ضرایب همبستگی پیرسون مؤلفه‌های ایمان مذهبی و خرده مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی

متغیرها	مؤلفه‌های ایمان مذهبی				
	تسلط بر نفس	ایمان افعالی	خویش‌داری	خیرخواهی و هدفمندی	نمره کل
شکایت جسمانی	-۰/۰۶۱	-۰/۱۶۵*	-۰/۲۲۶**	-۰/۱۷۶**	-۰/۲۰۶**
وسواس - اجبار	-۰/۰۹۶	-۰/۱۸۷**	-۰/۳۲۸**	-۰/۲۴۹**	-۰/۲۷۹**
حساسیت در روابط بین فردی	-۰/۲۴۱**	-۰/۲۷۹**	-۰/۴۱۸**	-۰/۳۲۴**	-۰/۴۰۹**
افسردگی	-۰/۱۷۱**	-۰/۲۹۶**	-۰/۳۹۷**	-۰/۲۹۶**	-۰/۳۷۷**
اضطراب	-۰/۱۳۱*	-۰/۲۱۴**	-۰/۲۷۱**	-۰/۲۲۴**	-۰/۲۷۸**
خشم - خصومت	-۰/۲۱۴**	-۰/۲۳۳**	-۰/۲۷۳**	-۰/۳۰۶**	-۰/۳۳۱**
فوبیا	-۰/۲۱۸**	-۰/۲۲۱**	-۰/۳۰۳**	-۰/۱۸۴**	-۰/۲۹۹**
افکار پارانوئیدی	-۰/۱۶۸**	-۰/۱۷۵**	-۰/۲۸۷**	-۰/۲۲۳**	-۰/۲۸۸**
روان‌پریشی	-۰/۱۷۹**	-۰/۲۶۹**	-۰/۳۱۷**	-۰/۲۷۲**	-۰/۳۳۵**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

جدول ۴. ضرایب همبستگی پیرسون مؤلفه‌های شکرگزاری و خرده مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی

متغیرها	مؤلفه‌های شکرگزاری			
	اخلاقی	درونی	افعالی	نمره کل
شکایت جسمانی	۰/۰۷۲	-۰/۲۲۸**	-۰/۱۱۶*	-۰/۱۵۳**
وسواس - اجبار	۰/۱۰۶	-۰/۲۹۷**	-۰/۲۳۷**	-۰/۲۲۲**
حساسیت در روابط بین فردی	۰/۰۶۰	-۰/۳۷۸**	-۰/۳۴۰**	-۰/۳۲۲**
افسردگی	۰/۱۱۶*	-۰/۳۶۳**	-۰/۳۱۸**	-۰/۲۸۵**
اضطراب	۰/۰۷۵	-۰/۲۷۱**	-۰/۲۲۷**	-۰/۲۱۴**
خشم - خصومت	۰/۰۴۹	-۰/۳۲۱**	-۰/۱۸۵**	-۰/۲۴۲**
فوبیا	-۰/۰۶۹	-۰/۲۹۱**	-۰/۱۵۴**	-۰/۲۵۷**
افکار پارانوئیدی	۰/۰۸۹	-۰/۳۱۸**	-۰/۲۳۹**	-۰/۲۴۲**
روان‌پریشی	۰/۰۲۰	-۰/۳۱۹**	-۰/۲۸۶**	-۰/۲۸۳**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

مؤلفه‌های فهرست ۹۰ سؤالی فهرست نشانه‌های روانی (به جز فوبیا) نسبت به مردان بیشتر بود. همچنین، بیشترین قدرت پیش‌بینی متغیرهای ایمان مذهبی و شکرگزاری به ترتیب مربوط به خرده‌مقیاس‌های حساسیت در روابط بین فردی (۲۷ درصد)، افسردگی (۲۴ درصد) و وسواس-اجبار (۱۷ درصد) بود.

در بین ابعاد متغیرهای ایمان مذهبی و شکرگزاری، بُعد شکرگزاری درونی گسترده‌ترین رابطه را با ابعاد مختلف آسیب‌شناسی روانی نشان داد. در این میان، رابطه‌ی شکرگزاری درونی با ابعاد خشم - خصومت، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی نیرومندتر بود. شکرگزاری درونی توانسته است این خرده مقیاس‌ها را با قدرت بیشتری در جهت منفی پیش‌بینی کند. بدین معنا که با افزایش نمره در مؤلفه شکرگزاری درونی نمره فرد در خرده‌مقیاس‌های خشم - خصومت، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی کاهش

به منظور بررسی قدرت پیش‌بینی ابعاد ایمان مذهبی و شکرگزاری، ابعاد این دو متغیر به عنوان متغیرهای پیش‌بین و مؤلفه‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی به صورت تک‌تک وارد ۹ معادله رگرسیون شدند. نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۵ درج شده است. دو متغیر جنسیت و سن نیز به عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده وارد معادلات رگرسیون شدند.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که متغیر تعدیل‌کننده سن فقط توانسته است مؤلفه‌ی وسواس-اجبار را در جهت مثبت پیش‌بینی کند، بدین معنا که هر چه سن بالاتر می‌رود میزان اختلال وسواس - اجبار در دانشجویان بیش‌تر می‌شود. از سوی دیگر، متغیر جنسیت توانسته است همه‌ی مؤلفه‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی (به جز فوبیا) را در جهت منفی پیش‌بینی کند. بدین مفهوم که نمرات زنان در همه‌ی



جدول ۵. نتایج رگرسیون مؤلفه‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی بر ابعاد ایمان مذهبی و شکرگزاری

مؤلفه‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی									مؤلفه‌های ایمان مذهبی و شکرگزاری
۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
روان‌پریشی	افکار پارانوئیدی	فوبیا	خشم - خصومت	اضطراب	افسردگی	حساسیت بین فردی	وسواس-اجبار	جسمانی کردن	جنسیت
-۰/۲۷۴	-۰/۳۸۰		-۰/۳۱۲	-۰/۴۴۴	-۰/۴۴۸	-۰/۲۷۷	-۰/۳۱۲	-۰/۴۳۸	
(-۰/۱۸۶)	(-۰/۲۱۰)		(-۰/۲۳۲)	(-۰/۲۷۵)	(-۰/۲۴۰)	(-۰/۱۸۰)	(-۰/۱۹۳)	(-۰/۳۰۴)	
(-۳/۴۴۴) **	(-۳/۶۵۳) **		(-۴/۳۸۱) **	(-۵/۱۰۷) **	(-۴/۳۶۹) **	(-۳/۲۱۹) **	(-۳/۳۹۲) **	(-۵/۶۲۵) **	
							۰/۲۹		سن
							(۰/۱۳۲)		
							(-۲/۴۷۱) *		
							۰/۲۵۹		تسلط بر نفس
							(۰/۲۲۲)		
							(-۲/۹۱۷) *		
		-۰/۱۵۵			-۰/۱۷۰	-۰/۱۵۶	-۰/۲۵۵		خویشتنداری
		(-۰/۱۹۷)			(-۰/۱۳۰)	(-۰/۱۴۵)	(-۰/۲۵۵)		
		(-۲/۷۱۲) *			(-۱/۹۱۸) *	(-۲/۰۷۱) *	(-۲/۸۱۶) *		
			-۰/۲۱۵	-۰/۱۶۲		-۰/۱۵۷	-۰/۲۰۴		خیرخواهی و هدفمندی
			(-۰/۱۹۹)	(-۰/۱۲۴)		(-۰/۱۲۷)	(-۰/۱۵۷)		
			(-۳/۲۳۶) **	(-۱/۹۸۵) *		(-۲/۱۰۸) *	(-۲/۴۸۰) *		
	۰/۲۶۲				۰/۳۳۵	۰/۲۳۸			شکرگزاری اخلاقی
	(۰/۱۵۳)				(۰/۱۸۹)	(۰/۱۶۳)			
	(۲/۵۱۶) *				(۳/۳۴۷) **	(۲/۸۴۹) *			
-۰/۲۷۵	-۰/۴۰۹	-۰/۱۲۴	-۰/۲۲۳	-۰/۲۶۴	-۰/۳۶۳	-۰/۲۲۴	-۰/۲۷۳	-۰/۲۵۹	شکرگزاری درونی
(-۰/۲۷۶)	(-۰/۳۲۴)	(-۰/۱۶۳)	(-۰/۲۴۶)	(-۰/۲۴۰)	(-۰/۲۸۷)	(-۰/۲۱۵)	(-۰/۲۴۹)	(-۰/۲۶۶)	
(-۴/۶۵۰) **	(-۵/۶۹۷) **	(-۲/۲۴۳) *	(-۳/۹۷۲) **	(-۳/۸۲۲) **	(-۴/۱۷۷) **	(-۲/۹۹۶) *	(-۳/۳۲۴) **	(-۴/۹۱۱) **	
-۰/۱۷۱	-۰/۱۷۵				-۰/۲۵۲	-۰/۱۹۸			شکرگزاری افعالی
(-۰/۱۶۰)	(-۰/۱۳۳)				(-۰/۱۸۵)	(-۰/۱۷۷)			
(-۲/۷۰۶) *	(-۲/۲۲۱) *				(-۳/۲۵۹) **	(-۳/۰۲۶) *			
(df=۳, ۲۹۶)	(df=۴, ۲۹۵)	(df=۲, ۲۹۷)	(df=۳, ۲۹۶)	(df=۳, ۲۹۶)	(df=۵, ۲۹۴)	(df=۶, ۲۹۳)	(df=۶, ۲۹۳)	(df=۲, ۲۹۷)	DF
۱۹/۳۳۴ **	۱۸/۵۵۸ **	۱۷/۸۱۷ **	۲۲/۰۰۳ **	۱۸/۳۶۸ **	۲۶/۳۶۳ **	۲۰/۴۱۰ **	۶۶/۶۶ **	۲۴/۸۴۰ **	F
۰/۱۶۴	۰/۲۰۱	۰/۱۰۷	۰/۱۸۲	۰/۱۵۷	۰/۳۱۰	۰/۲۹۵	۰/۲۳۱	۰/۱۴۳	R2

توجه: ۱- اعداد بدون پرانتز مقادیر B، داخل پرانتز اول () مقادیر Beta و داخل پرانتز دوم مقادیر t می‌باشد. ۲- $P < 0/05$ و $P < 0/01$ در بین مؤلفه‌های ایمان مذهبی و شکرگزاری، خرده مقیاس خویشتنداری با قدرت و گستردگی بیشتری اختلالات مورد سنجش به وسیله مقیاس SCL-90 را پیش‌بینی کرده است. این مؤلفه ۱۷ درصد از تغییرات متغیر ملاک حساسیت در روابط بین فردی، ۱۵ درصد از تغییرات متغیر ملاک وسواس-اجبار و ۹ درصد از تغییرات متغیر ملاک فوبیا را در جهت منفی پیش‌بینی کرده است. ۳- مؤلفه‌های SCL-90 به صورت تک‌تک وارد ۹ معادله رگرسیون شدند.

اخلاقی نمره خرده مقیاس‌های حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی و افکار پارانوئیدی افزایش یافته است.

در بین ابعاد متغیرهای ایمان مذهبی و شکرگزاری، بعد خویشتنداری نیرومندترین پیش‌بینی‌کننده برای مؤلفه‌های حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، وسواس-اجبار، فوبیا و اضطراب در جهت منفی بود. بدین مفهوم که با افزایش نمره مؤلفه خویشتنداری نمره خرده مقیاس‌های حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، وسواس-اجبار، فوبیا و اضطراب کاهش یافته است. همچنین، بعد خیرخواهی و هدفمندی

یافته است. همچنین، بعد شکرگزاری افعالی به ترتیب مؤلفه‌های افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را در جهت منفی پیش‌بینی کرد. بدین مفهوم که با افزایش نمره مؤلفه شکرگزاری افعالی، نمره خرده مقیاس‌های افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی کاهش یافته است.

بعد شکرگزاری اخلاقی به ترتیب مؤلفه‌های حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی و افکار پارانوئیدی را در جهت مثبت پیش‌بینی کرده است. بدین مفهوم که با افزایش نمره مؤلفه شکرگزاری



به ترتیب خرده مقیاس‌های وسواس- اجبار، خشم - خصومت، حساسیت در روابط بین فردی و اضطراب را در جهت منفی پیش‌بینی کرد. بدین معنا که با افزایش نمره مؤلفه‌ی خیرخواهی و هدفمندی، نمره خرده مقیاس‌های وسواس- اجبار، خشم - خصومت، حساسیت در روابط بین فردی و اضطراب کاهش یافت. بعد تسلط بر نفس تنها توانسته است خرده مقیاس وسواس- اجبار را در جهت مثبت پیش‌بینی کند. بدین معنی که با افزایش اولی، دومی نیز افزایش یافته است؛ اما بعد ایمان‌افعالی قدرت پیش‌بینی هیچ کدام از خرده مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی را نداشته است.

بنابراین، همه‌ی ابعاد ایمان مذهبی و شکرگزاری (به جز دو بعد تسلط بر نفس و شکرگزاری اخلاقی) رابطه‌ای معکوسی با مؤلفه‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی داشته‌اند. البته تسلط بر نفس تنها با دو خرده مقیاس جسمانی کردن و وسواس - اجبار رابطه‌ای نشان نداده است، در حالی که با سایر مؤلفه‌های آسیب‌شناسی روانی رابطه‌ای معکوس و معنادار داشته است. شکرگزاری اخلاقی نیز با هیچ‌یک از مؤلفه‌های آسیب‌شناسی روانی رابطه‌ای نداشته است. همچنین، ابعاد ایمان مذهبی و شکرگزاری کمترین پیش‌بینی را در مورد خرده مقیاس جسمانی کردن به عمل آورده‌اند، به‌طوری‌که تنها بعد شکرگزاری درونی توانسته مؤلفه‌ی جسمانی کردن را در جهت منفی پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله پیش‌بینی اختلالات روانی بر مبنای ایمان مذهبی و شکرگزاری بررسی شد. نتایج بیانگر آن بود که میزان اختلالات روانی در مردان کم‌تر از زنان است. این نتیجه با یافته‌های همه‌گیری‌شناسی در کشورهای غربی (هولیفیلد^۱ و همکاران، ۱۹۹۰؛ لهتینن^۲ و همکاران، ۱۹۹۱) و ایران (یعقوبی و همکاران، ۱۹۹۶) هماهنگ است. بیشترین قدرت پیش‌بینی متغیرهای ایمان مذهبی و شکرگزاری به ترتیب مربوط به خرده مقیاس‌های حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی و وسواس- اجبار بود.

تقریباً همه مؤلفه‌های ایمان مذهبی و شکرگزاری (به جز مؤلفه‌ی شکرگزاری اخلاقی) با بُعد حساسیت در روابط بین فردی رابطه‌ای معکوس و معنادار داشتند و این مؤلفه‌ها توانستند ۲۷ درصد (با خارج کردن واریانس مربوط به جنسیت) از تغییرات خرده مقیاس حساسیت در روابط بین فردی را پیش‌بینی کنند. این نتایج با یافته‌های ملک کلاف و همکاران (۲۰۰۲) مبنی بر رابطه مثبت شکرگزاری با روابط اجتماعی کارآمد و یافته‌های کوین (۲۰۱۰) مبنی بر اثر شکرگزاری بر روابط بین فردی، رفتار اخلاقی و همکاری و یافته‌های امونس و همکاران (۲۰۰۵) مبنی بر اهمیت شکرگزاری در رفتارهای اجتماعی و یافته‌های میرشاه جعفری و همکاران (۲۰۰۳) مبنی بر اثر مثبت ایمان مذهبی بر بهبود روابط اجتماعی هماهنگ است.

پرسشنامه ایمان مذهبی در تحقیق حاضر جنبه‌های عینی ایمان مذهبی را در رفتار می‌سنجد و مواظبت و مراقبت در روابط اجتماعی یکی از لوازم ایمان است؛ بنابراین، اثر مثبت ایمان مذهبی بر کاهش حساسیت در روابط بین فردی یافته‌ای قابل تبیین به نظر می‌رسد. از سوی دیگر، شکرگزاری نیز مستلزم قدردانی و قدرشناسی از محبت‌ها و زحمات دیگران است که بدون شک این امر به کاهش انتظارات غیرمنطقی از دیگران می‌انجامد.

یافته‌ی دیگر این بود که مؤلفه‌های ایمان مذهبی و شکرگزاری، ۲۴ درصد از تغییرات نمرات خرده مقیاس افسردگی را پیش‌بینی کردند. نتایج فوق با یافته‌های آقابابایی و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر رابطه منفی قدردانی از خدا با افسردگی و اضطراب و یافته‌های لی^۳ و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر رابطه منفی بین شکرگزاری با فکر خودکشی و اقدام به خودکشی در میان نوجوانان چینی هماهنگ است. علت ارتباط منفی شکرگزاری و ایمان مذهبی با افسردگی می‌تواند به این خاطر باشد که مؤلفه‌های شکرگزاری و ایمان مذهبی مخالف باورهای منفی سه‌گانه بیماران افسرده درباره خود، دیگران و دنیای پیرامون است (امونس، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، با توجه به این‌که ایمان مذهبی و شکرگزاری دو

^۱. Hollifield

^۲. Lehtinen

^۳. Li



۲۰۱۴.

یافته‌ها نشان دادند شکرگزاری افعالی با افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی رابطه‌ی معکوس دارد و به صورت معنی‌داری شدت نشانه‌های روانی را پیش‌بینی می‌کند. این مطلب نیز بدان معناست که کسب نمره‌ی بالا در خرده مقیاس شکرگزاری افعالی، شدت برخی از نشانه‌های اختلالات روانی را پایین می‌آورد؛ یعنی داشتن رفتارها و الگوهای فکری که متوجه جنبه‌های مثبت وقایع و استفاده درست و به جا از نعمت‌های خداوند هستند، می‌توانند مانع از بروز اختلالات روانی شوند (گودرزی و همکاران، ۲۰۱۴). یافته‌های متعددی در زمینه اثر راهبردهای شکرگزاری بر گسترش عاطفه مثبت و شادکامی (لشنی و همکاران، ۱۳۹۰)، بر کاهش استرس و افسردگی (وود و همکاران، ۲۰۰۸)، بر کاهش میل و افکار خودکشی (لی و همکاران، ۲۰۱۲)، بر کاهش بدبینی و افکار پارانوئیدی (امونس و همکاران، ۲۰۰۶) و روان‌پریشی (حدادی کوهسار و همکاران، ۲۰۱۲) گزارش شده است که با روابط فوق هماهنگی دارند. قانع بودن به داشته‌های خود و پرهیز از حرص و طمع‌ورزی احتمالاً عاملی است که علت رابطه شکرگزاری با سلامت روانی را تبیین می‌کند.

همچنین، خرده مقیاس خویش‌داری نیز پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی (قوی‌تر از شکرگزاری درونی) برای برخی از اختلالات روانی مانند حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، وسواس - اجبار، ترس مرضی و اضطراب در جهت منفی بود؛ یعنی داشتن ویژگی‌هایی مانند حفظ آرامش در شرایط دشوار و ناکام کننده، عدم تأسف نسبت به آنچه از دست رفته و اطمینان به نفس که مبنای مؤلفه‌ی خویش‌داری هستند (گودرزی و همکاران، ۲۰۱۴)، می‌توانند شدت علائم این اختلالات را کاهش دهند. خیرخواهی و هدمندی نیز توانسته است به ترتیب خرده مقیاس‌های وسواس - اجبار، خشم، خصومت، حساسیت در روابط بین فردی و اضطراب را در جهت منفی پیش‌بینی کند؛ یعنی داشتن خصوصياتی مانند حسن نیت، قضاوت منصفانه نرم‌خویی، وقت‌شناسی و پرهیز از کارهای

عنصری هستند که می‌توانند در افراد هیجان‌های مثبتی ایجاد کنند احتمال دارد که همان‌طور که فردریکسون^۱ و همکاران (۲۰۰۵) اشاره کرده‌اند هیجان‌های مثبت با کاهش برانگیختگی خودمختار ناشی از هیجان‌های منفی و افزایش انعطاف‌پذیری ناشی از تفکر و حل مسأله، مانع شکل‌گیری حالت‌های افسردگی در فرد شوند. یافته‌های مطالعات اثربخشی درمان‌های مبتنی بر شکرگزاری هم نشان می‌دهد استفاده از نامه تشکر می‌تواند در ایجاد هیجان‌های مثبت و غلبه بر افسردگی مؤثر باشد (سلیگمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۴).

یافته دیگر این بود که مؤلفه‌های شکرگزاری ایمان مذهبی ۱۷ درصد از تغییرات بُعد وسواس - اجبار را در جهت منفی پیش‌بینی کردند. این یافته با نتایج اشرفی‌کنی و همکاران (۲۰۰۴) مبنی بر رابطه منفی عدم ایمان و اعراض از مذهب با توانایی غلبه بر شک و تردید و نتایج میر شاه جعفری و همکاران (۲۰۰۳) درباره‌ی رابطه منفی باورهای دینی و افکار وسواسی هماهنگ است. عنصری که به نظر می‌رسد در ایمان مذهبی حفظ‌کننده فرد در برابر وسواس است، اطمینان و اتقان به آن چه است که بر اساس ایمانش به آن مبادرت می‌ورزد و عنصر اصلی که در شکرگزاری حفاظت‌کننده فرد از وسواس است، قانع بودن و شکرگزار بودن در برابر داشته‌های خود و از این طریق کاهش توجه به عوامل حواس پرت‌کن درونی و بیرونی است.

یافته‌ی دیگر حاکی از پیش‌بینی‌کنندگی مؤلفه‌ی شکرگزاری درونی برای تمامی اختلالات روانی فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی در جهت منفی بود. این مطلب بیانگر آن است که کسب نمره‌ی بالا در خرده‌مقیاس شکرگزاری درونی، خطر ابتلا به نشانه‌های اختلالات روانی را پایین می‌آورد. بر این اساس می‌توان گفت داشتن خصوصياتی مانند توکل در زندگی، توجه به جنبه‌های مثبت، توجه به معنویات و حفظ و استمرار شکرگزاری در شرایط نامساعد که مبنای مؤلفه‌ی شکرگزاری درونی هستند یک عامل محافظت‌کننده در برابر ابتلا به اختلال‌های روانی هستند (گودرزی و همکاران،

^۱. Fredrickson

^۲. Seligman



همکاران، ۲۰۰۶؛ صفوری‌پاریزی و همکاران، ۲۰۰۶).

قدرت پیش‌بینی‌کنندگی مؤلفه‌های ایمان مذهبی و شکرگزاری برای اختلال‌های جسمانی‌سازی کمتر از سایر ابعاد آسیب‌های روانی بود. تنها بُعد شکرگزاری درونی، توانست مؤلفه‌ی جسمانی‌کردن را در جهت منفی پیش‌بینی کند. دانشجویانی که شکرگزاری درونی در آن‌ها بیش‌تر است احتمال بروز اختلال جسمانی‌سازی در آن‌ها کم‌تر است؛ یعنی داشتن ویژگی‌هایی مانند توکل در زندگی، توجه به جنبه‌های مثبت و نه منفی، توجه به معنویات و حفظ و استمرار شکرگزاری در شرایط نامساعد (گودرزی و همکاران، ۲۰۱۴) که مبنای مؤلفه‌ی شکرگزاری درونی هستند، می‌توانند از بروز اختلال جسمانی‌سازی جلوگیری کنند.

در مجموع، زمانی که نمرات کلی ایمان مذهبی، شکرگزاری و اختلالات روانی وارد معادله رگرسیون شدند، نتایج نشان داد، ایمان مذهبی به‌طور کلی نسبت به شکرگزاری پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی‌تری برای اختلالات روانی محسوب می‌شود که توانست ۱۲ درصد از تغییرات شدت نشانه‌های اختلالات روانی را در جهت منفی پیش‌بینی کند. در تبیین یافته حاضر می‌توان به این مطلب اشاره کرد که شکرگزاری از مؤلفه‌های کلیدی ایمان مذهبی است؛ بنابراین، ایمان مذهبی مقوله‌ای گسترده‌تر از شکرگزاری است و از این رو پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی‌تری برای اختلالات روانی محسوب می‌شود. در نهایت، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که ایمان مذهبی و شکرگزاری به عنوان متغیرهای کلی و عمومی می‌توانند در کاهش علائم هر نوع اختلالی مؤثر باشند. در بین عوامل ایمان مذهبی، خیرخواهی، هدفمندی و خویش‌نهادی و در بین عوامل شکرگزاری، شکرگزاری درونی می‌توانند نقش نیرومندتری در پیشگیری از اختلالات روانی داشته باشند.

محدودیت اصلی تحقیق حاضر، مربوط به روش همبستگی است و به همین دلیل باید از تفسیرهای علی درباره‌ی نتایج تحقیق پرهیز کرد. با توجه به نتایج کلی که از تحقیق حاضر در زمینه پیش‌بینی علائم اختلالات روانی بر اساس دو متغیر

بیهوده که مبنای مؤلفه‌ی خیرخواهی و هدفمندی هستند، می‌توانند مانع از بروز نشانه‌های اختلالات روانی گردند. این نتایج با یافته‌های حبیب‌وند (۲۰۰۹) درباره‌ی رابطه‌ی منفی جهت‌گیری مذهبی و مؤلفه‌های نه‌گانه فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی و یافته‌های آلپورت و همکاران (۱۹۷۶) در مورد اثر دین‌داری درونی و نه بیرونی بر سلامت روان همسو است (لهسایی‌زاده و همکاران، ۲۰۰۵).

یکی دیگر از مؤلفه‌های ایمان مذهبی یعنی ایمان افعالی است که دربرگیرنده‌ی خصوصیاتمانند شکرگزاری و به جا آوردن عبادات است. در تحلیل رگرسیون اثر آماری معنی‌داری نشان نداد. این در حالی است که در تحلیل همبستگی، ایمان افعالی با تمامی خرده مقیاس‌های فهرست ۹۰ سؤالی نشانه‌های روانی رابطه‌ای معکوس و معنادار داشت. دلیل احتمالی این امر حذف همپراشی ناشی از متغیر ایمان افعالی با سایر متغیرهایی است که در این تحلیل‌ها وارد رگرسیون شده‌اند.

در نهایت، اشاره به دو یافته خارج از انتظار در تحقیق حاضر جای تأمل دارد. اول این که در تحلیل رگرسیون، شکرگزاری اخلاقی توانست نمرات حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی و افکار پارانوییدی را به‌طور مثبت پیش‌بینی کند. دلیل احتمالی این یافته را می‌توان در ماهیت دوگانه شکرگزاری اخلاقی (احساس قدردانی در برابر دیگران در مقابل احساس مسؤولیت در مقابل رفتار خود و دیگران) دانست. احساس مسؤولیت افراطی می‌تواند حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی و افکار پارانوییدی را افزایش دهد (سیدنی، ۱۹۵۱). دومین یافته غیر قابل انتظار این بود که خرده مقیاس تسلط بر نفس از آزمون ایمان مذهبی، توانست نمرات وسواس - اجبار را به‌طور مثبت پیش‌بینی کند. دلیل احتمالی این ارتباط را نیز باید در احساس مسئولیتی جستجو کرد که فرد با ایمان در قبال برخورد با دیگران در خود احساس می‌کند. نگرانی او از این بابت است که اگر در رفتارهای خود دقت انجام ندهد ممکن است ظلمی را بر دیگران روا بدارد. به همین دلیل، هر چه بُعد تسلط بر نفس در افراد افزایش یابد، احتمالاً شدت وسواس در برخورد با مسائل نیز افزایش پیدا می‌کند (مکملی و



and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 147-156.

Clore, L., Ortony, A. & Foss, M. A. (1987). The Psychological foundations of the affective lexicon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 751-766.

Cohen, L.H., Herb, L., & Park, C. (1990). Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for catholics versus Protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 562- 574.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Cori, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.

Derogatis, L.R., Morrow, G.R., & Fetting, J. (1983). The prevalence of psychiatric disorder among cancer patients. *Journal of American Medical Association*, 249, 751-757.

Emmons, R.A., & Kneezel, T.T. (2005). Giving thanks: spiritual and religious correlates of gratitude. *Journal of Psychology and Christianity*, 24, 140-148.

Emmons, R.A., & Mcnamara, P. (2006). Sacred emotions and affective neuroscience: gratitude, costly signaling, and the brain. *Evolution, Genes, and The Religious Brain*, 1, 11-30.

Fredrickson, B.L., & Losada, M.F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60 (12), 678-686.

Goodarzi, M.A., Marzooghi, R., & Noori, A. (2014). Development and validation of the islamic – iranian gratitude questionnaire (IIGQ) in Iranian undergraduate students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 16, 120-129. [Persian]

Goodarzi, M.A., & Noori, A. (Unpublished). Development and validation of the islamic-iranian faith questionnaire (IIFQ) in iranian undergraduate students. (unpublished). [Persian]

Habbibvand, A. (2009). The relationship between religious orientation, mental disorders and educational attainment. *Psychology and Religion*, 1(3), 79-107. [Persian]

Hadadi Koohsar, A.A., & Ghobari Bonab, B. (2012). The relationship between image of god and psychosis. *Biquarterly Journal of Studies in Islam and Psychology*, 6(11), 59-74. [Persian]

Hassan Shahi, M.M., Goodarzi, M.A., Mirjafari, S.A., & Farnam, R. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in the city of Arsanjan. *Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*, 6(19&20), 67-83. [Persian]

Hollifield, M., Laton, W., Spain, D., & Pule, L. (1990). Anxiety and depression in a village of lesoto: a comparison with the united states. *British Journal of Psychiatry*, 156, 343 - 350.

Kevin, S. (2010). Biology of spirituality. *Perspectives on Science and Christian Faith*, 62(2),

ایمان مذهبی و شکرگزاری به دست آمد، پیشنهاد می‌شود محتوی آموزش‌های دینی به نحوی برنامه‌ریزی شود که به رشد ویژگی‌های خیرخواهی، هدفمندی، خویشتن‌داری و شکرگزاری درونی کمک کند. علاوه بر این، به کارگیری اصول و فنون مشاوره و روان‌درمانی در جهت رشد خصوصیات فوق می‌تواند به عنوان بخشی از فرایند درمان اختلالات روانی قلمداد شود. در تحقیقات آتی باید درباره‌ی اثربخشی پروتکل‌های درمانی مبتنی بر ایمان مذهبی و شکرگزاری بر اختلالات روانی و پیش‌بینی اختلالات شخصیت بر مبنای ایمان مذهبی تحقیقات مستقلی انجام شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پایان‌نامه با عنوان پیش‌بینی شدت اختلالات روانی بر اساس دو متغیر شکرگزاری و ایمان مذهبی در مقطع کارشناسی ارشد در سال ۱۳۹۳ با حمایت دانشگاه شیراز اجرا شده است.

منابع

Aghababaei, N., Tabyk, M.T., & Farahani, H. (2013). The relationship between appreciation of god with personality factors, well-being and mental health. *Psychology and Religion*, 5(1), 115-132. [Persian]

Ahmadi Abhari, S.A. (1996). The role of faith and religious beliefs in healing physical and emotional disorders. *Andisheh va Rafter*, 2(4), 4-11.

Asadi, H., Kajbaf, M.B., Kollahdoozan, S.A., Goodarzi, S., & HoseiniRazi, S. (2014). Predictiveat the risk of mental disorders pattern on the based religious beliefs, social support, coping strategies and record of mental disorders. *Journal of Research in Psychological Health*, 8(2), 21 -30. [Persian]

Ashrafi Kanny, F., & Mousavi, N.S. (2004). The research on ocd and methods of prevention and treatment. *Modification and Education*, 61, 510-519. [Persian]

Badakhshan, N. (2009). Formulation of the doctrine of innate faith and reflection on its educational implications. [MA Dissertation]. College of Education and Psychology: Shiraz University. [Persian]

Bergin, A.E. (1988). Three contribution of a spiritual perspective to counseling, Psychotherapy, and behavior change. *Counseling and Values*, 33(1), 21-31.

Bono, G., & McCullough, M.E. (2006). Positive responses to benefit and harm: bringing forgiveness

& Joseph, S.(2008). The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality*, 42, 854-871.

Yaaghobi, N., Nasr, M., & Shahmohammadi, D. (1996). Epidemiology of mental disorders in urban and rural regions of Gillan city. *Quarterly of Thoughts and Behavior*, 2(4), 55-65. [Persian]

Yaseminejad, P., Golmohammadian, M., Saeedipoor, B. (2011). An Introduction to the relationship between religion and spirituality with psychology. *Quarterly Journal of Qhasabat*, 15, 79-111. [Persian]

89-98.

Lahsaei Zade, A.A., Azargoun, Z., & Moradi, G. (2005). Evaluation based on Allport and Ross religious orientation and mental health of immigrants: study Quasar- Shirin. *Journal of Social Sciences*, 3(2), 149-169. [Persian]

Lashani, Z., Shaeiri, M.R., Asghari Moghadam, M.A., & Golzari, M. (2012). Effect of gratitude strategies on positive affectivity, happiness and optimism. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 18(2), 157- 166. [Persian]

Lehtinen, V., Joukamaa, M., Lahtela, k., Raitasalo, R., Jyrkinen, E., & Maatelo, J. (1991). Prevalence of mental disorders among adults in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 418 - 425.

Li, D., Li, N., Li, X., Zhang, W., & Ye, B. (2012). Gratitude and suicidal ideation and suicide attempts among chinese Adolescents. *Journal of Adolescence*, 35, 55-66.

McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 112-127.

Mirshahjaafari, A., Abedi, M.R., & darikoondi, H.A. (2003). Happiness. *Advances in Cognitive Science*, 3, 50- 58. [Persian]

Mokameli, Z., Neshat Doost, H.T., & Abedi, M.R. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral group treatment on obsessive compulsive disorder. *Advances in Cognitive Science*, 7(4), 8 -13. [Persian]

Marziyeh, A., Panahi, GH. (2006). The relationship between depression and religious beliefs among secondary high school students in Zahedan city. *Educational Sciences and Psychology*, 2, 111-123. [Persian]

Richards, P. S., & Bergin, A. E. (1997). A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. Washington, DC: American Psychological Association.

Safoorayi Parizi, M.M., & Ghasemi, S. (2006). In the light of adherence to religious teachings. *Journal of Knowledge*, 97, 11 - 25. [Persian]

Seligman, M.E.P., Parks, A.C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *The Royal Society*, 359, 1379-1381.

Sidney, J.T. (1951). Mental disorder and criminal responsibility. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 41(5), 600 - 608.

Smith, T.B., Bartz, J., & Richards, P.S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: a meta analytic review. *Psychotherapy Research*, 17(6), 643-655.

Watkins, P. C., Woodward, K., Stone, T., & Kolts, R. L. (2003). Gratitude and happiness Development of a measure of gratitude, and relationships with subjective wellbeing. *Social Behavior and Personality*, 31, 431-451.

Wood, A.M., Maltby, J., Gillett, R., Linley, P.A.,