



سال دوازدهم • بهار و تابستان ۱۴۰۵ • شماره ۲۴

Biannual Journal of Islamic Psychology
Vol. 12, No. 24, Spring & Summer 2026

اثربخشی امیددرمانی بر بهزیستی معنوی و صبر در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم

* زهرا صالحی

** مبین صالحی

*** فاطمه صالحی

doi 10.22034/psy.2026.52128.1503

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی امیددرمانی مبتنی بر دیدگاه اسنایدر بر بهزیستی معنوی و صبر در میان مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود. این مطالعه از طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و انتساب تصادفی استفاده کرد. جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بودند که به یک مرکز آموزشی و توان‌بخشی اتیسم در شهر قم مراجعه کرده بودند. دوازده شرکت‌کننده به‌صورت تصادفی در هریک از دو گروه قرار گرفتند و مداخله در طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی اجرا شد. متغیرهای وابسته قبل و بعد از مداخله با استفاده از مقیاس صبر و مقیاس بهزیستی معنوی اندازه‌گیری شدند. برای بررسی اثرات مداخله و مقایسه گروه‌ها از تحلیل‌های کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره (MANCOVA و ANCOVA) استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه از نظر بهزیستی معنوی و دوزیرمقیاس آن (بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی) تفاوت معناداری وجود دارد. در مورد صبر، تنها در زیرمقیاس صبر در مواجهه با دشواری‌های زندگی تفاوت معنادار مشاهده شد؛ درحالی‌که در صبر در برابر مشکلات روزمره و صبر بین‌فردی تفاوت معناداری مشاهده نشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که پروتکل مداخله پیشنهادی می‌تواند در مداخلات روان‌شناختی برای مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مفید باشد. همچنین راهکارهایی برای غنی‌سازی پروتکل امیددرمانی اسنایدر و افزایش اثربخشی آن در تقویت مؤلفه‌های مختلف صبر مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: امیددرمانی، صبر، بهزیستی معنوی، مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، اتیسم.

* دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه طلوع مهر، قم، ایران (نویسنده مسئول: mobinsalehi@yahoo.com)

*** دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی مثبت‌گرا، دانشکده غیرانتفاعی الهیات و معارف اسلامی هدی، قم، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۱۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷

مقدمه

مراقبان غیررسمی،^۱ از جمله والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم (ASD)، بخش مهمی از فرآیند مراقبت، توان بخشی و درمان را بر عهده دارند و نقش تعیین کننده‌ای در کیفیت زندگی و پیشرفت درمانی این کودکان ایفا می‌کنند. با این حال، مراقبت مستمر از کودک مبتلا به اتیسم به دلیل ماهیت مزمن اختلال، تنوع و شدت نشانه‌ها، مشکلات ارتباطی و رفتاری کودک، ابهام در پیش‌آگهی و نگرانی نسبت به آینده وی، با فشارهای روانی فراوانی همراه است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که والدین، به ویژه مادران کودکان مبتلا به ASD، سطوح بالاتری از استرس، فرسودگی هیجانی، درماندگی و نگرانی نسبت به آینده را تجربه می‌کنند (وایس، ۲۰۰۲؛ هستینگز و بک، ۲۰۰۴؛ هستینگز و همکاران، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶). افزون بر این، مطالعات جدید نشان می‌دهند که مراقبان افراد دارای نیازهای ویژه در معرض بار مراقبتی، فرسودگی والدینی و کاهش کیفیت زندگی قرار دارند (مارساک و هاپ، ۲۰۱۹؛ راسکام و میکولاچساک، ۲۰۲۳). این شرایط نه تنها سلامت روانی آنان را تهدید می‌کند، بلکه می‌تواند توانایی آنها را در ایفای نقش مراقبتی و سازگاری با شرایط دشوار زندگی کاهش دهد.



در میان عوامل روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری با شرایط دشوار، «امید» از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس نظریه امید اسنایدر، امید یک سازه شناختی - انگیزشی است که از دو مؤلفه اصلی «عاملیت»^۶ و «مسیرها»^۷ تشکیل شده است. عاملیت به انرژی و انگیزش فرد برای حرکت به سوی اهداف اشاره دارد و مسیرها به توانایی فرد در یافتن راه‌های مختلف برای دستیابی به اهداف مربوط می‌شود (اسنایدر، رند، سیگمون، ۲۰۰۲). بر این اساس، افراد امیدوار نه تنها اهداف معناداری برای زندگی خود تعریف می‌کنند، بلکه در مواجهه با موانع نیز توانایی بیشتری برای یافتن راه‌حل‌ها و حفظ انگیزش خود دارند. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که امید با سلامت روان، رضایت از زندگی، تاب‌آوری و سازگاری با شرایط استرس‌زا رابطه مثبت دارد و مداخلات مبتنی بر امید می‌توانند موجب کاهش افسردگی، اضطراب و پریشانی روان‌شناختی شوند (چیونز^۹ و همکاران،

۱۴۸

پیشرو
روانشناسی اسلامی
نهار و تابستان ۱۴۰۵

1. Informal caregivers

2. Weiss, M. J.

3. Hastings, R. P. & Beck, A.

4. Marsack, C. N. & Hopp, F. P.

5. Roskam, I. & Mikolajczak, M.

6. Agency

7. Pathways

8. Snyder, C. R., Rand, K. L. & Sigmon, D. R.

9. Cheavens, J. S.

۲۰۰۶؛ مگیار - مو،^۱ ۲۰۰۹). همچنین پژوهش اوگستون^۲ و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که امید یکی از منابع مهم سازگاری در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است. دو سازه‌ای که احتمالاً از امید تأثیر می‌پذیرند، «بهزیستی معنوی»^۳ و «صبر»^۴ هستند (یعقوبی، محقی و منظمی، ۱۳۹۲، مرحمتی و خرمائی، ۱۳۹۷)؛ سازه‌هایی که می‌توانند به افراد در غلبه بر دشواری‌های زندگی کمک کنند (اشنیتکر،^۵ ۲۰۱۲، پارگامنت^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که بهزیستی معنوی به‌ویژه می‌تواند به خانواده‌های درگیر در مراقبت طولانی مدت از بیماران مزمن کمک کند (کیم^۷ و همکاران، ۲۰۲۲، ون در وات،^۸ ۲۰۲۰). بهزیستی معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت انسان است که فراتر از نبود بیماری روانی، به تجربه معنا، هدفمندی و ارتباط با امر متعالی اشاره دارد. پالوتزیان و الیسون^۹ (۱۹۸۲) و الیسون (۱۹۸۳) بهزیستی معنوی را متشکل از دو بعد بهزیستی وجودی و بهزیستی دینی می‌دانند. بهزیستی وجودی بیانگر احساس معنا، هدف و رضایت از زندگی است و بهزیستی دینی به کیفیت ارتباط فرد با خداوند و تجربه حضور او در زندگی مربوط می‌شود.

مرادی و فتحی (۱۳۹۵) گزارش کردند که افزایش امید با ارتقای بهزیستی معنوی همراه است. ریپامونتی و چلاتزی^{۱۰} (۲۰۲۴) نیز به رابطه نزدیک امید و بهزیستی معنوی اشاره کرده و این دو سازه را دو منبع مکمل برای مقابله با رنج و دشواری‌های زندگی معرفی کرده‌اند. در واقع، بهزیستی معنوی از طریق تقویت معناجویی، انسجام درونی و ارتباط با امر متعالی، به‌عنوان یک منبع مهم مقابله با استرس‌های مزمن عمل می‌کند (پارگامنت و همکاران، ۲۰۲۱).

بهزیستی معنوی در متون اسلامی با مفاهیمی همچون حیات طیبه (نحل: ۹۷)، آرامش قلبی (رعد: ۲۸)، احساس رضایت الهی (توبه: ۷۲) و قرب الهی (ق: ۱۶) تبیین می‌شود. امید به رحمت الهی موجب می‌شود فرد رویدادهای دشوار زندگی را در چارچوبی معنادار تفسیر کند و آینده را عرصه‌ای برای رشد و کمال بداند. چنین نگرشی می‌تواند احساس معنا، هدفمندی، آرامش و ارتباط با امر

1. Magyar-Moe, J. L.

2. Ogston, P. L.

3. Spiritual well-being

4. Patience

5. Schnitker, S. A.

6. Pargament, K. I.

7. Kim, S.

8. Van der Watt, A. S. J.

9. Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W.

10. Ripamonti, C. I. & Chelazzi, C.

متعالی را که از مؤلفه‌های اصلی بهزیستی معنوی هستند، تقویت کند. اندیشمندانی همچون غزالی (۲۰۰۲) و فیض کاشانی (۱۳۷۹) نیز بر این باورند که امید به فضل الهی، انسان را از یأس و درماندگی دور ساخته و زمینه آرامش درونی و تعالی معنوی را فراهم می‌آورد. بنابراین از منظر اسلامی، امید یکی از بسترهای مهم تحقق بهزیستی معنوی محسوب می‌شود و می‌تواند در شرایط دشوار زندگی، به حفظ سلامت معنوی و سازگاری روان‌شناختی افراد کمک کند.

متغیر دیگر، صبر است. از دیدگاه اسنایدر و همکاران (۲۰۰۲) افراد امیدوار در مواجهه با موانع، عاملیت خود را حفظ کرده و مسیرهای جایگزین برای رسیدن به اهداف پیدا می‌کنند. این ویژگی باعث پایداری و استمرار تلاش در شرایط دشوار می‌شود؛ مفهومی که از نظر روان‌شناختی بسیار نزدیک به صبر است. بر اساس پژوهش اشنیتکر و امونز^۱ (۲۰۰۷) نیز انتظار مثبت نسبت به آینده و باور به دستیابی به اهداف (عناصر اصلی امید) با سطوح بالاتر صبر ارتباط دارند. اشنیتکر (۲۰۱۲) صبر را توانایی تحمل دشواری‌ها، تأخیرها و ناکامی‌ها بدون واکنش‌های هیجانی ناسازگارانه تعریف کرده‌اند. برخلاف برداشت‌های رایج، صبر به معنای انفعال و تسلیم نیست، بلکه نوعی پایداری فعال، خودتنظیمی و استقامت هدفمند در مواجهه با موانع محسوب می‌شود. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که صبر با سلامت روان، رضایت از زندگی، تاب‌آوری، خودکنترلی و سازگاری با شرایط استرس‌زا رابطه مثبت دارد (اشنیتکر و امونز، ۲۰۰۷؛ اشنیتکر، ۲۰۱۲). همچنین غباری بناب و همکاران (۱۳۹۹) و میری و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند که صبر با عزت‌نفس، سازگاری عاطفی و سایر شاخص‌های سلامت روان رابطه مثبت دارد.

در منابع اسلامی، میان امید و صبر رابطه‌ای عمیق و دوسویه وجود دارد. امید به رحمت و یاری الهی یکی از مهم‌ترین عوامل پایداری انسان در مواجهه با دشواری‌ها دانسته شده است. قرآن کریم از یک‌سو مؤمنان را از ناامیدی نسبت به رحمت خداوند برحذر می‌دارد^۲ (زمر، ۵۳)؛ و از سوی دیگر، آنان را به صبر و استقامت فرامی‌خواند^۳ (بقره: ۱۵۵). مفسران اسلامی معتقدند که امید به گشایش و رحمت الهی، نیرویی درونی برای تحمل سختی‌ها و استمرار تلاش فراهم می‌کند و از این طریق زمینه شکل‌گیری صبر را مهیا می‌سازد (طباطبایی، ۱۳۷۴). غزالی (۲۰۰۲) صبر را پایداری

1. Schnitker, S. A. & Emmons, R. A.

۳. «وَيَبْسُرُ الصَّابِرِينَ»

۲. «لَا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ»

آگاهانه در مسیر مطلوب می‌داند و معتقد است که این پایداری بدون امید به نتیجه و فرجام مطلوب امکان‌پذیر نیست. همچنین فیض کاشانی (۱۳۷۹) امید را عاملی برای تحمل رنج‌ها و حفظ انگیزه در مسیر رشد معرفی می‌کند. بر این اساس، در نگاه اسلامی امید نه تنها پیامد صبر نیست، بلکه یکی از مهم‌ترین منابع شکل‌گیری و تقویت آن به‌شمار می‌رود. از این‌رو می‌توان انتظار داشت که افزایش امید، توانایی افراد را در تحمل دشواری‌ها، مدیریت ناکامی‌ها و حفظ استقامت روانی و معنوی ارتقا دهد.

در مجموع می‌توان گفت از منظر نظری، میان امید، بهزیستی معنوی و صبر پیوندی تبیین‌پذیر وجود دارد. امید با تقویت احساس عاملیت و امکان دستیابی به اهداف، از درماندگی روان‌شناختی می‌کاهد (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۲) و فرد را به‌سوی معناسازی فعال، جهت‌مندی و ارتباط با امر متعالی و در نتیجه ارتقای بهزیستی معنوی سوق می‌دهد (پارک، ۲۰۱۰^۱؛ ریپامونتی و چلاتزی، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، امید از طریق حفظ انگیزش در شرایط دشوار و تقویت باور به امکان عبور از موانع، زمینه افزایش صبر و استقامت را فراهم می‌کند (اشنیتکر، ۲۰۱۲؛ مرحمتی و خرمائی، ۱۳۹۷). بنابراین بر اساس مبانی نظری روان‌شناسی معاصر و نیز دیدگاه اسلامی، می‌توان انتظار داشت که امیددرمانی از طریق تقویت سازوکارهای شناختی - انگیزشی، به افزایش بهزیستی معنوی و صبر منجر شود.

با وجود اهمیت نظری و کاربردی این روابط، مرور ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که چند خلأ اساسی همچنان وجود دارد: نخست، بخش عمده پژوهش‌های امیددرمانی بر پیامدهایی مانند افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی و سلامت روان عمومی متمرکز بوده‌اند و نقش آن در ارتقای ابعاد عمیق‌تر سلامت، از جمله صبر و بهزیستی معنوی، کمتر بررسی شده است؛ دوم، اگرچه پژوهش‌های متعددی رابطه امید با سلامت روان را نشان داده‌اند، اما بررسی تجربی تأثیر امیددرمانی در جمعیت مراقبان کودکان دارای نیازهای ویژه، بسیار محدود است؛ سوم، با وجود تأکید گسترده آموزه‌های اسلامی بر ارتباط امید با صبر و بهزیستی معنوی، این روابط کمتر در قالب پژوهش‌های تجربی و مداخله‌ای آزمون شده‌اند. بر این اساس، مسئله اصلی پژوهش حاضر آن است که آیا امیددرمانی مبتنی بر دیدگاه اسنایدر می‌تواند از طریق تقویت منابع شناختی - انگیزشی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، به ارتقای بهزیستی معنوی و صبر آنان منجر شود؟

روش پژوهش

با توجه به دست‌کاری متغیر مستقل و انتساب تصادفی، روش تحقیق در این پژوهش از نوع تمام‌آزمایشی بود. طرح آزمایش نیز پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروهی، شامل یک گروه گواه و یک گروه آزمایش بود (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۵). پیش و پس از اجرای مداخلات انجام‌شده که ۲ ماه (۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه) طول کشید، از هر دو گروه آزمون گرفته شد.

جامعه آماری کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم شهر قم بودند که برای درمان کودکان‌شان به «مرکز روزانه آموزشی توان‌بخشی طیف اتیسم آسمان» مراجعه کردند. این مرکز از میان مراکز اتیسم استان قم انتخاب شد. علت انتخاب این مرکز از میان سایر مراکز، اعلام آمادگی و همکاری مدیر مرکز، وجود شرایط و امکانات مورد نیاز برای اجرای جلسات آموزشی و در دسترس بودن برای شرکت‌کنندگان بود.

در یک نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اتیسم «مرکز روزانه آموزشی توان‌بخشی طیف اتیسم آسمان» متقاضی شدند. این تعداد به روش تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش ۱۵ نفره جایگزین شدند. البته در پایان و پس از ریزش شرکت‌کنندگان دو گروه، در هر گروه ۱۲ نفر باقی ماند.

معیار ورود به این نمونه، شامل داشتن فرزند مبتلا به اتیسم بود که دست‌کم یک سال از تشخیص آن گذشته باشد. همچنین معیارهای عدم ورود به نمونه، شامل داشتن اختلالات سایکوتیک و یا افسردگی شدید بود. معیار خروج از نمونه نیز غیبت بیش از سه جلسه در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس صبر: مقیاس سه عاملی صبر (اشنیتکر، ۲۰۱۲) ۱۱ گویه دارد و برای سنجش سه گونه صبر طراحی شده است: صبر میان‌فردی (مانند در ارتباط با افراد دیگر صبور هستم)، صبر در دشواری‌های زندگی (مانند قادرم لحظات دشوار را پشت سر بگذارم) و صبر در مشکلات روزانه (مانند انتظار در صف مرا آزار نمی‌دهد). این مقیاس از همسانی درونی، اعتبار هم‌گرا، و پایایی بازآزمایی رضایت‌بخشی برخوردار است (همان). آقابابایی، تبیکی و حاتمی (۱۳۹۳) در پژوهشی گویه‌های پرسش‌نامه را به فارسی ترجمه کردند و شایستگی ترجمه‌ها از راه ترجمه مجدد نسخه فارسی پرسش‌نامه به انگلیسی تأیید نمودند. طبق این پژوهش مقیاس فارسی پرسش‌نامه نظیر

نسخه اصلی آن، ساختار سه عاملی دارد که حاوی صبر میان فردی (آلفا ۰/۷۴) صبر در دشواری های زندگی (آلفا ۰/۸۱) و صبر در مشکلات روزانه (آلفا ۰/۶۴) است. آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۲ بود.

پرسش نامه بهزیستی معنوی: پرسش نامه ۲۰ سؤالی بهزیستی معنوی پالوتزیان و الیسون (۱۹۸۲) شامل ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن بهزیستی مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر بهزیستی وجودی را اندازه گیری می کند و مجموع هر دو نمره کل بهزیستی معنوی است. دامنه نمره بهزیستی مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۱۰ تا ۶۰ می باشد (بر اساس مقیاس شش درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم). برای زیر گروه های بهزیستی مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه بهزیستی مذهبی و وجودی بالاتر است.

پالوتزیان و الیسون ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده مقیاس بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل مقیاس را به ترتیب برابر ۰/۹۶، ۰/۸۶ و ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ آن را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس بهزیستی معنوی ۰/۹ و برای خرده مقیاس های بهزیستی مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ محاسبه شد (دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی، ۱۳۸۷).

پروتکل امیددرمانی: بسته امیددرمانی که بر اساس آثار اسنایدر (اسنایدر و لویز، ۲۰۰۲) ساخته شده است، دارای هشت جلسه است (جدول ۱). هر جلسه مشتمل بر ۴ بخش است: در بخش اول حدود ۱۰ دقیقه در مورد فعالیت ها و تکالیف هفته گذشته مراجع بحث می شود؛ در بخش دوم که حدود ۳۰ دقیقه طول می کشد، آموزش روانی ارائه می شود که در این بخش مراجعان هر هفته یک مهارت جدید مربوط به امید را می آموزند؛ در بخش سوم که حدود ۴۰ دقیقه طول می کشد، در مورد شیوه های به کارگیری این مهارت ها در زندگی روزمره افراد بحث می شود؛ در بخش چهارم که ۱۰ دقیقه پایانی هر جلسه است، تکالیف مربوط به جلسه آتی ارائه می شود.

برای متناسب سازی پروتکل امیددرمانی برای مادران کودکان مبتلا به ASD، بخشی از محتوای جلسه اول به اختلال طیف اتیسم و مشکلات مادرانشان اختصاص یافت و در جلسات بعد صرفاً

مثال‌های استفاده‌شده برای مسائل مادران این کودکان متناسب‌سازی شد. با توجه به اینکه ساختار جلسات و از سوی دیگر محتوای جلسات تغییر جدی پیدا نکرد، مجدداً فرایند پیچیده روایی‌یابی پروتکل اولیه، به امکان‌سنجی پروتکل تغییر یافته محدود شد. در این روش، امکان اجرا برای این گروه و اثربخشی آن در عمل بررسی و تأیید شد.

جدول ۱: پروتکل امیددرمانی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر، اقتباس از شکرابی اهری و همکاران (۲۰۱۲)

جلسه	اهداف	محتوای آموزشی	تکلیف
۱	معرفی امیددرمانی	تعریف هدف و موانع یافتن راه‌های رسیدن به اهداف	فهرست اهدافی که مهم هستند و به تعویق افتاده‌اند
۲	هیجان‌ها نتیجه اهداف مسدودشده و اهداف حاصل شده هستند	اهداف مسدودشده در تضاد با قدرت اراده ما و اهداف حاصل شده برانگیزاننده قدرت اراده ما	انتخاب یک هدف که دوست دارید شش هفته بعد روی آن تمرکز کنید
۳	اهداف عینی	اهداف باید مهم، عینی، دارای نقطه پایان و قابل دسترسی و اندازه‌گیری باشند	اهداف خود را با عباراتی عینی و نقطه پایان بیان کنید برای اهدافتان از چارچوب نزدیکی استفاده کنید هدف خود را به خرده‌اهداف تبدیل کنید
۴	قدرت روانی/جسمانی	اهمیت خودگویی مثبت برای رسیدن به اهداف	ثبت خودگویی‌ها هدایت خودگویی‌ها بازتعریف موقعیت بر اساس توانایی خود
۵	ترسیم نمودار هدف	تعیین گام‌هایی برای رسیدن به هدف و استفاده از تجسم ذهنی خرده‌اهداف (راهبردهای قدرت مسیر)	ترسیم نمودار اهداف برداشتن سیاهه‌ای از مهارت‌های لازم برای گذرگاه‌های خود تجسم ذهنی روزانه برای طی کردن گام‌ها و رسیدن به هدف نهایی
۶	قدرت جسمانی	تغذیه سالم و عادات ورزشی قدرت اراده را افزایش می‌دهد	ارزیابی عادات تغذیه‌ای و ورزشی خود بازارزیابی اهداف خود برای اطمینان از اینکه هنوز مهم هستند
۷	موانع	معرفی موانع هدف	مقابله با موانع ارائه گزارش از پیشرفت هدف انتخاب شده
۸	لغزش و عود	شیوه اجتناب از تبدیل لغزش به عود	—



۱۵۴

پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی
بهار و تابستان ۱۴۰۵

روش اجرای پژوهش

ابتداً با تماس تلفنی با مدیران مراکز توان‌بخشی و آموزشی اختلال طیف اتیسم و بررسی امکانات و

امکان اجرای پژوهش در آن مکان‌ها، «مرکز روزانه آموزشی توان‌بخشی طیف اتیسم آسمان» انتخاب شد. در گروه مجازی این مرکز پوستر تشکیل دوره بارگذاری شد؛ همچنین پوستر در محل مرکز نیز نصب شد. پس از ثبت نام و تقسیم تصادفی به دو گروه، جلسات توسط روان‌درمانگر دارای صلاحیت برای گروه آزمایش انجام شد. جلسات صبح‌ها از ساعت ۹ تا ۱۱:۳۰ برگزار و بین جلسات پذیرایی نیز با چای و کیک انجام می‌شد. در ابتدای جلسه اول و در جلسه هشتم پرسش‌نامه‌ها توزیع شد؛ همچنین پرسش‌نامه‌های گروه گواه در محل مرکز و توسط پژوهشگر توزیع شد. برای ترغیب شرکت‌کنندگان، هدایایی مالی، با وعده قبلی (در پوستر) در جلسه هشتم به صورت قرعه‌کشی بین شرکت‌کنندگان توزیع شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش علاوه بر استفاده از روش‌های توصیف آماری (جداول، نمودارها، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) جهت توصیف اطلاعات جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهشی، برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی از آزمون‌های استنباط آماری تحلیل واریانس و تحلیل‌های کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره (MANCOVA و ANCOVA) استفاده شد. علت استفاده از این آزمون آماری وجود پیش‌آزمون است که به عنوان متغیر تصادفی کمکی (هم‌پراش)^۱ لحاظ می‌شود و لازم است اثر آن حذف شود (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۵). همچنین به منظور افزایش دقت در تحلیل‌های آماری از بسته آماری SPSS، نسخه ۲۴ استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی

برای رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان پژوهش اطمینان داده شده که اطلاعات‌شان محرمانه خواهد ماند. شرکت در پژوهش داوطلبانه بود و برای گروه گواه پس از پایان پژوهش مداخله انجام شده برای گروه آزمایش ارائه شد.

یافته‌های پژوهش

بر اساس داده‌های جمعیت‌شناختی میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش به ترتیب ۳۵/۳۳ و ۴/۳۵ و گروه گواه ۴۰/۷۵ و ۶/۶۶ بود.

1. Covariate

در ادامه در جدول (۲)، تغییرات میانگین نمرات بهزیستی معنوی و صبر در دو گروه پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی معنوی و صبر دو گروه در دو مرحله اندازه‌گیری

متغیر	گروه	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
بهزیستی معنوی	آزمایش	میانگین	۸۱/۴۱	۹۵/۰۰
	گواه	انحراف معیار	۱۱/۶۸	۹/۷۶
صبر	آزمایش	میانگین	۴۶/۶۶	۵۰/۵۰
	گواه	انحراف معیار	۴/۴۵	۸/۱۷
		میانگین	۴۵/۷۵	۴۶/۳۳
		انحراف معیار	۴/۹۷	۴/۸۱

بر اساس مشاهده تغییرات میانگین در جدول (۲)، مشخص می‌شود که تغییرات دو متغیر در فاصله دو مرحله اندازه‌گیری گروه آزمایش، افزایشی بوده است. در مقابل، در گروه گواه، نمره متغیر بهزیستی معنوی اندکی کاهش و نمره صبر اندکی افزایش داشته است. برای مشخص شدن معناداری تغییرات و مقایسه‌پذیر کردن آنها در ادامه از روش‌های آماری پیچیده‌تر استفاده شد.

در ابتدا پیش از استفاده از تحلیل کوواریانس فرض موازی بودن شیب خطوط رگرسیون دو گروه (همگنی ضرایب رگرسیون) و مفروضه یکسانی واریانس‌های گروه‌ها قبل از مداخله که از شرایط تحلیل واریانس است، بررسی شد. در بررسی همگنی ضرایب رگرسیون گروه‌ها مشخص شد که تعامل میان شرایط آزمایشی و متغیر هم‌پراش (متغیر بهزیستی معنوی و صبر به ترتیب) معنادار نیست ($P = ۰/۳۲$) و ($P = ۰/۱۷$). به عبارت دیگر، شیب خط رگرسیون برای هر دو شرایط آزمایشی یکسان است؛ زیرا در تحلیل کوواریانس در صورتی که اثرهای متقابل معنادار نباشند می‌توان همگنی ضرایب رگرسیون گروه‌ها را پذیرفت (سرمد، بازگان و حجازی، ۱۳۸۵). در واقع، در اینجا با توجه به اینکه فرضیه صفر «عدم تفاوت ضرایب رگرسیون» رد نشده است، مدل کوواریانس مناسب خواهد بود (هومن، ۱۳۸۴). از سوی دیگر، در اجرای آزمون لوین نیز برای دو متغیر بهزیستی و صبر به ترتیب $P = ۰/۹۲۶$ و $P = ۰/۷۹۳$ حاصل شد که معنادار نیست و نشان می‌دهد داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس را زیر سؤال نبرده‌اند.

جدول ۳: تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای اثر درمان بر بهزیستی معنوی و صبر در پس‌آزمون با کنترل نمره‌های پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	نسبت F	P	η^2
هم‌پراش (بهزیستی)	۱۷۸۳/۷۰	۱	۱۷۸۳/۷۰	۴۲/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸
صبر	۳۰/۵۶۳	۱	۳۰/۵۶۳	۱/۰۳	۰/۳۲۲	۰/۰۴۹
هم‌پراش (صبر)	۰/۰۴۳	۱	۰/۰۴۳	۰۰/۰۰۱	۰/۹۷۵	۰/۰۰۰
صبر	۲۲۱/۷۲	۱	۲۲۱/۷۲	۷/۴۹	۰/۰۱	۰/۲۷
بهزیستی	۱۰۳۲/۱۸	۱	۱۰۳۲/۱۸	۲۴/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵
صبر	۱۰۲/۷۹	۱	۱۰۲/۷۹	۳/۴۷	۰/۰۷۷	۰/۱۴۸
خطای باقیمانده	۸۳۴/۴۸	۲۰	۴۱/۷۲			
صبر	۵۹۱/۹۹	۲۰	۲۹/۶۰			
بهزیستی	۲۰۴۴۱/۰۰	۲۴				
صبر	۵۷۳۵۴/۰۰	۲۴				
کل						

همان‌طور که جدول (۳) نشان می‌دهد، تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که با حذف اثر نمره‌های بهزیستی معنوی در پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره بهزیستی معنوی در پس‌آزمون معنادار است ($F(2,1) = 24/74, P = 0/001$). به عبارت دیگر، با توجه به اینکه سطح احتمال نسبت $F(24/74)$ از اندازه بحرانی $0/001$ کوچک‌تر است، معنادار بوده و نشان‌دهنده تأثیر درمان بر بهزیستی معنوی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است. همچنین مقدار اندازه اثر ($\eta^2 = 0/55$) نشان می‌دهد که امیددرمانی از تأثیر عملی قابل توجهی برخوردار بوده است؛ به گونه‌ای که حدود ۵۵ درصد از واریانس نمرات بهزیستی معنوی پس‌آزمون را می‌توان به مداخله امیددرمانی نسبت داد. اما با حذف اثر نمره‌های صبر در پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره صبر در پس‌آزمون معنادار نیست ($F(3,47) = 3/47, P = 0/077$). به عبارت دیگر، با توجه به اینکه سطح احتمال نسبت $F(3/47)$ از اندازه بحرانی $0/05$ بزرگ‌تر است، معنادار نبوده و نشان‌دهنده عدم تأثیر درمان بر نمره کلی صبر مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است؛ بنابراین امیددرمانی باعث افزایش بهزیستی معنوی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون شده است، اما باعث افزایش صبر مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشده است.

با توجه به معنادار نبودن اثر امیددرمانی بر متغیر صبر و بررسی احتمال تأثیر مداخله بر خرده‌مقیاس‌های آن (صبر میان‌فردی، صبر در دشواری‌های زندگی و صبر در مشکلات روزانه) از

تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس در پس‌آزمون با کنترل نمره صبر میان‌فردی در پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	نسبت F	P	η^2
هم‌پراش	۳۶/۰۷	۱	۳۶/۰۷	۴/۲۳	۰/۰۵۲	۰/۱۶
اثر اصلی (درمان)	۱۴/۲۱	۱	۱۴/۲۱	۱/۶۶	۰/۲۱	۰/۰۷
خطای باقیمانده	۱۷۹/۰۹	۲۱	۸/۵۲			
کل	۱۲۲۸۶/۰۰	۲۴				

بر اساس جدول (۴) تحلیل کوواریانس نشان داد که با حذف اثر نمره‌های صبر میان‌فردی در پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های صبر میان‌فردی در پس‌آزمون معنادار نیست ($F_{(1,21)} = 1/66, P = 0/21$). به عبارت دیگر، با توجه به اینکه سطح احتمال نسبت $F (1/66)$ از اندازه بحرانی $0/05$ بزرگ‌تر است، معنادار نبوده و نشان‌دهنده عدم تأثیر درمان بر صبر میان‌فردی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است؛ بنابراین امیددرمانی باعث افزایش صبر میان‌فردی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشده است.



۱۵۸

پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی
پیاپی ۱۴۰۵

جدول ۵: تحلیل کوواریانس در پس‌آزمون با کنترل نمره صبر در دشواری‌های زندگی در پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	نسبت F	P	η^2
هم‌پراش	۴۴/۰۳	۱	۴۴/۰۳	۱۶/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴
اثر اصلی (درمان)	۲۴/۱۲	۱	۲۴/۱۲	۹/۱۷	۰/۰۰۶	۰/۳۰
خطای باقیمانده	۵۵/۲۲	۲۱	۲/۶۳			
کل	۳۹۴۳/۰۰	۲۴				

بر اساس جدول (۵) تحلیل کوواریانس نشان داد که با حذف اثر نمره‌های صبر در دشواری‌های زندگی در پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های صبر در دشواری‌های زندگی در پس‌آزمون معنادار است ($F_{(1,21)} = 9/17, P = 0/006$). به عبارت دیگر، با توجه به اینکه سطح احتمال نسبت $F (9/17)$ از اندازه بحرانی $0/01$ کوچک‌تر است، معنادار بوده و نشان‌دهنده تأثیر درمان بر صبر در دشواری‌های زندگی مراقبین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است. علاوه بر این، اندازه اثر مشاهده‌شده ($\eta^2 = 0/30$) نیز حاکی از تأثیر عملی نسبتاً قوی مداخله است؛ به طوری که حدود ۳۰ درصد از واریانس نمرات صبر در دشواری‌های زندگی در پس‌آزمون به اثر امیددرمانی قابل انتساب است؛ بنابراین امیددرمانی باعث افزایش صبر در

دشواری های زندگی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در فاصله پیش آزمون و پس آزمون شده است.

جدول ۶: تحلیل کوواریانس در پس آزمون با کنترل نمره صبر در مشکلات روزانه در پیش آزمون

منبع تغییر	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	نسبت F	P	η^2
هم پراش	۵۲/۱۳	۱	۵۲/۱۳	۷/۲۷	۰/۰۱۳	۰/۲۵
اثر اصلی (درمان)	۰۰/۰۲۳	۱	۰۰/۰۲۳	۰/۰۰۳	۰/۹۵	۰/۰۰۰
خطای باقیمانده	۱۵۰/۴۵	۲۱	۷/۱۶			
کل	۴۵۰۳/۰۰	۲۴				

بر اساس جدول (۶) تحلیل کوواریانس نشان داد که با حذف اثر نمره های صبر در مشکلات روزانه در پیش آزمون به عنوان متغیر هم پراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره های صبر در مشکلات روزانه در پس آزمون معنادار نیست ($F(1, 21) = 0.03, P = 0.95$). به عبارت دیگر، با توجه به اینکه سطح احتمال نسبت $F(0.03)$ از اندازه بحرانی 0.05 بزرگ تر است، معنادار نبوده و نشان دهنده عدم تأثیر درمان بر صبر در مشکلات روزانه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم است؛ بنابراین امیددرمانی باعث افزایش صبر در مشکلات روزانه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در فاصله پیش آزمون و پس آزمون نشده است.

در مجموع یافته ها نشان دهنده تفاوت معنادار گروه گواه و آزمایش در متغیر بهزیستی معنوی بود، اما در متغیر صبر، تفاوت معنادار فقط در خرده آزمون صبر در دشواری های زندگی مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی امیددرمانی مبتنی بر نظریه اسنایدر بر بهزیستی معنوی و صبر در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام شد. یافته ها نشان داد که امیددرمانی موجب افزایش معنادار بهزیستی معنوی شد. همچنین این مداخله بر صبر در دشواری های زندگی تأثیر مثبت و معناداری داشت، اما بر صبر میان فردی و صبر در مشکلات روزمره تأثیر معناداری مشاهده نشد.

یافته مربوط به افزایش بهزیستی معنوی با نتایج پژوهش های یعقوبی، محقق و منظمی (۱۳۹۲)، مرادی و فتحی (۱۳۹۵)، مهدیان و غفاری (۱۳۹۵) و ریپامونتی و چلاتزی (۲۰۲۴) همسو است. به نظر می رسد امیددرمانی از طریق تغییر نحوه مواجهه فرد با آینده، بازسازی اهداف زندگی

و ایجاد احساس عاملیت، زمینه‌ای فراهم می‌کند که افراد بتوانند زندگی خود را در افقی گسترده‌تر از مشکلات روزمره درک کنند. چنین تغییری به‌ویژه در مادران کودکان مبتلا به ASD اهمیت دارد؛ زیرا آنان در معرض فشارهای مزمن و طولانی مدتی قرار دارند که می‌تواند به تدریج افق روانی و معنایی زندگی آنان را محدود سازد.

بسیاری از شرکت‌کنندگان در آغاز جلسات، زندگی خود را حول محور مشکلات فرزند، محدودیت‌های مالی، نگرانی نسبت به آینده و احساس ناتوانی در تغییر شرایط توصیف می‌کردند. در چنین شرایطی، فرد به تدریج نوعی احساس شکست و گرفتارشدگی روان‌شناختی^۱ را تجربه می‌کند؛ وضعیتی که در آن آینده فرد مسدود، گزینه‌ها محدود و امکان تغییر شرایط ناچیز ادراک می‌شود. امید می‌تواند اثر چنین احساس گرفتارشدگی‌ای را تضعیف کرده و ادراک فرد از امکان حرکت و تغییر را افزایش دهد (اولیفنت^۲ و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از نکات قابل تأمل در یافته‌های حاضر افزایش بهزیستی معنوی شرکت‌کنندگان بدون تغییر معنادار در شرایط بیرونی آنان بود؛ یعنی بدون اینکه شدت اختلال فرزندان کاهش یافته باشد، بار مراقبتی خانواده‌ها کم شده باشد یا مشکلات اقتصادی‌شان برطرف شده باشد. یک تبیین می‌تواند تغییر در تفسیر و مواجهه افراد با شرایط دشوار زندگی باشد. در واقع، آنچه تغییر کرد، خود رنج نبود، بلکه نسبت فرد با رنج بود (فولکمن، ۲۰۱۳؛ پارک، ۲۰۱۰).

در نگرش اسلامی، کیفیت زندگی انسان صرفاً تابع برخورداری‌های بیرونی نیست. قرآن کریم در مفهوم «حیات طیبه» از نوعی زندگی سخن می‌گوید که ملاک آن صرفاً رفاه مادی یا فقدان دشواری نیست، بلکه برخورداری از معنا، آرامش و جهت‌مندی است (طباطبایی، ۱۳۷۴). از این منظر، آنچه موجب ارتقای بهزیستی معنوی شرکت‌کنندگان شد، احتمالاً نه رفع دشواری‌ها، بلکه تغییر در شیوه ادراک و معنا دادن به آن دشواری‌ها بود.

در این چارچوب، می‌توان استدلال کرد که امیددرمانی فرایندی از «بازسازی معنای رنج» را تسهیل کرده است. بسیاری از شرکت‌کنندگان در آغاز پژوهش مشکلات خود را با تعبیری همچون «این حق من نبود»، «زندگی من نابود شده است» یا «چرا خدا این اتفاق را برای من رقم زد»

1. psychological entrapment

2. Oliphant, V. N.

3. Folkman, S.

توصیف می‌کردند. چنین عباراتی صرفاً بیانگر ناراحتی نیستند، بلکه نشان‌دهنده نوعی فروپاشی معنایی‌اند؛ وضعیتی که در آن فرد دیگر قادر نیست رنج خود را در روایت کلی زندگی خویش جای دهد. آنچه در طول جلسات در گفت‌وگوهای شرکت‌کنندگان مشهود بود، مطابق با مفهوم خیرباوری در آموزه‌های اسلامی است. امیددرمانی اسنایدر از تکنیک‌های درمان CBT بهره می‌برد، مانند جایگزینی باورهای مثبت به جای افکار ناکارآمد. در ارزیابی خیرگرا نیز وجود موانع تبدیل به فرصتی برای افزایش رضامندی از زندگی و هیجان‌های مثبت می‌شود (ر.ک: پسندیده و همکاران، ۱۳۹۱)، مانند آیه ۱۹ سوره نساء: «چه بسا چیزی را خوش نداشته باشید؛ درحالی‌که خداوند خیر فراوانی در آن قرار می‌دهد».^۱ این نگاه جدید در زندگی فرد معنایی عمیق و به‌ویژه الهی ایجاد می‌کند.

تبیین دیگر برای تغییر و تحول در بهزیستی معنوی را می‌توان در چارچوب مفهوم «ابتلا»^۲ (بقره: ۱۵۵) فهم کرد. در سنت اسلامی، دشواری‌های زندگی صرفاً موانعی بر سر راه سعادت انسان تلقی نمی‌شوند، بلکه می‌توانند بستری برای رشد و شکوفایی ظرفیت‌های وجودی باشند. به عبارت دیگر، سازوکاری تربیتی برای فعلیت یافتن استعدادهای نهفته انسان و آشکار شدن مراتب ایمان، صبر و کمال هستند (طباطبایی، ۱۳۷۴). البته این بدان معنا نیست که هر رنجی به‌خودی‌خود رشدآفرین است، بلکه نحوه مواجهه فرد با رنج تعیین می‌کند که آن تجربه به فرسودگی منجر شود یا به رشد. بنابراین به نظر می‌رسد آموزش‌های مربوط به مهارت‌های مقابله مؤثر با تنیدگی‌ها و دشواری‌های داشتن فرزند مبتلا به ASD توانسته است به رشد شرکت‌گندگان در زمینه بهزیستی معنوی و صبر کمک کند، نه خود دشواری‌ها.

مداخله امیددرمانی همچنین بر زیرمقیاس صبر در دشواری تأثیر مثبت و معنادار داشت. این یافته با پژوهش‌های مرحمتی و خرمائی (۱۳۹۷) و زارع بوانی و حسین ثابت (۱۳۹۴) که رابطه بین امید و صبر را نشان داده‌اند، همسو است. بخش قابل توجهی از ادبیات روان‌شناسی، صبر را عمدتاً به مثابه تحمل دشواری‌ها، تأخیر در ارضای خواسته‌ها و کنترل واکنش‌های هیجانی مفهوم‌پردازی کرده است (پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴)^۳؛ درحالی‌که در معارف اسلامی، صبر افزون بر تحمل،

۱. «فَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئاً وَنَجْعَلَ اللَّهُ فِيهِ خَيْرًا كَثِيرًا»

۲. «وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ»

3. Peterson, C. & Seligman, M. E. P.

مشمول بر پایداری هدفمند، مقاومت فعال، استقامت در مسیر ارزش‌ها و حرکت آگاهانه به سوی کمال نیز است (مطهری، ۱۳۸۸). از این منظر، صبر بدون امید قابل تصور نیست. در شرح روایت: «نزدیک است که فقر، کفر باشد» آمده است که فقیر و تنگ‌دست وقتی حال زار خود و خانواده‌اش را می‌بیند به شدت متأثر می‌شود و صبر و بردباری را از کف می‌دهد (کلینی، ۱۳۷۸)؛ درحالی‌که امید که در جلسات امیددرمانی آموزش داده شد، نیروی محرکه‌ای است که به افراد امکان می‌دهد چالش‌ها را تحمل کنند و برای طی کردن آنها برنامه و روش روشنی داشته باشند و از این رو ثبات و پایداری را تضمین می‌کند.

مؤلفه مسیرها (اسنایدر، ۲۰۰۲) نیز تأثیر قابل توجهی بر افزایش صبر دارد. بر اساس این مؤلفه برای رسیدن به یک هدف راه‌حل‌های مختلف وجود دارد. ارتباط آموزش این مؤلفه با افزایش صبر به‌خوبی در آموزه‌های اسلامی روشن است؛ چنانچه از حضرت علی علیه السلام روایت شده:

از بی‌تابی کردن پرهیز که امید را قطع می‌کند و کار را به ضعف می‌کشانند و اندوه به بار می‌آورد. بدان که دوراه نجات بیشتر نیست: یا آن مشکل چاره دارد که باید چاره‌اندیشی کرد و یا چاره ندارد که در آن صورت باید شکیبایی ورزید^۱ (ابن‌هیون، ۱۳۸۵ ق).

در پروتکل امیددرمانی آموزش داده شد که در مواقع سختی می‌توان به‌جای ناامیدی به راه‌حل‌های مختلف فکر کرد؛ یعنی به‌جای جزع و فزع که در واقع ماهیت بی‌صبری است، راه‌حل‌هایی یافت، البته ماهیت گروهی بودن امیددرمانی اسنایدر (چیونز و همکاران، ۲۰۰۶) نیز به این امر کمک کرد. به این صورت که شرکت‌کنندگان در تعاملات پویای خود در گروه متوجه شدند راه‌حل‌های مختلف برای مشکلات خودشان و فرزندانشان وجود دارد.

معرفی الگوهای صبر نیز که در قالب آموزش‌ها و گفت‌وگوهای درون جلسات انجام می‌شد، می‌تواند یکی از علل دیگر تأثیرگذاری باشد. امیددرمانی مبتنی بر نظریه اسنایدر از فنون روایت‌محور^۲ نیز بهره می‌گیرد. در این رویکرد، مراجعان از طریق بازخوانی و روایت موفقیت‌های گذشته^۳ و ساخت روایت‌های جدید درباره اهداف آینده، احساس عاملیت و امید را تقویت

۱. «عَنْ عَلِيِّ عليه السلام: إِيَّاكَ وَالْجَزَعَ فَإِنَّهُ يَنْقُطُ الْأَمَلُ وَيُضَعَّفُ الْعَمَلُ وَيُورِثُ الْهَمَّ وَأَعْلَمُ أَنَّ الْمَخْرَجَ فِي أَمْرَيْنِ مَا كَانَتْ فِيهِ حِيلَةٌ فَلَا خِيَالَ وَمَا لَمْ تَكُنْ فِيهِ حِيلَةٌ فَلَا ضَلِيلًا»

می‌کنند. برای این منظور ابتدا روایت‌هایی از افراد موفق که موانع و دشواری‌هایی داشتند، اما با صبر و استقامت از آن عبور کردند و به موفقیت‌های بزرگ رسیدند، مطرح می‌شود و این داستان‌های امیدبخش بر اساس سه مؤلفه امید (هدف، عاملیت، مسیرها) تحلیل می‌شود (لوپز و همکاران، ۲۰۰۴). در جلسات سعی شد از الگوهای موفقیت بومی، مانند دانشمندان ایرانی و همچنین داستان‌های بزرگان دینی استفاده شود. برای مثال داستان صبر حضرت زینب علیها السلام در کربلا و داستان رسیدن حضرت یوسف علیه السلام از ته چاه به عزت و جلال با وجود مصائب فراوان.

نکته مهم آن است که یافته‌های حاضر از برداشتی عمیق‌تر از رابطه امید و صبر حمایت می‌کند. اگر امید صرفاً یک هیجان مثبت بود، انتظار می‌رفت اثر آن محدود به بهبود خلقی یا کاهش ناراحتی باشد، اما افزایش صبر در دشواری‌های زندگی در شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد که امید احتمالاً ساختار ادراک فرد از آینده را تغییر داده است. شرکت‌کنندگان پس از مداخله نه تنها احساس بهتری داشتند، بلکه توانستند مشکلات خود را در افقی گسترده‌تر ببینند و برای مواجهه با آنها راهبردهای

فعال‌تری اتخاذ کنند. این تغییر با مفهوم «رجا» در سنت اسلامی نیز همخوانی دارد. رجا صرفاً انتظار وقوع رویداد مطلوب نیست، بلکه نوعی گشودگی وجودی نسبت به امکان خیر در آینده است. فرد امیدوار جهان را بن‌بست تلقی نمی‌کند، حتی اگر شواهد بیرونی چندان امیدوارکننده نباشند. از این رو می‌توان گفت آنچه در شرکت‌کنندگان افزایش یافت صرفاً خوش‌بینی نبود، بلکه نوعی تغییر در نحوه حضور آنان در جهان و مواجهه آنان با آینده بود.

در مقابل، امیددرمانی بر صبر میان‌فردی و صبر در مشکلات روزمره تأثیر معناداری نداشت. این یافته نشان می‌دهد که صبر سازه‌ای چندبعدی است و همه ابعاد آن از سازوکارهای یکسانی تأثیر نمی‌پذیرند. صبر در دشواری‌های زندگی بیشتر با معنا، هدف، امید و تاب‌آوری مرتبط است؛ درحالی‌که صبر میان‌فردی احتمالاً به مهارت‌هایی همچون حل تعارض، جرئت‌ورزی، کنترل خشم و ارتباط مؤثر وابسته است. همچنین صبر در مشکلات روزمره بیشتر با خودتنظیمی و مدیریت هیجان‌های لحظه‌ای ارتباط دارد. بنابراین عدم تأثیر معنادار امیددرمانی بر این دو بعد را می‌توان ناشی از ماهیت متفاوت آنها دانست.

از منظر اخلاق اسلامی نیز می‌توان میان «صبر بر بلا» و «حلم در روابط اجتماعی» تمایز قائل شد. بسیاری از فضایل مرتبط با روابط انسانی، از جمله حلم، مدارا، گذشت و کنترل خشم، صرفاً



از طریق افزایش امید تقویت نمی‌شوند و نیازمند آموزش‌ها و تمرین‌های اختصاصی هستند. از این‌رو احتمالاً برای ارتقای صبر میان‌فردی باید امیددرمانی با مداخلات مبتنی بر مهارت‌های ارتباطی و تنظیم هیجان تلفیق شود.

سرانجام، یافته‌های حاضر نشان می‌دهد که نظریه امید اسنایدر، علی‌رغم خاستگاه غیردینی خود، سازوکارهایی را فعال می‌کند که با برخی از عمیق‌ترین مضامین انسان‌شناختی و اخلاقی سنت اسلامی هم‌پوشانی دارند. بر اساس این یافته‌ها، امید را نمی‌توان صرفاً آن‌گونه که اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) بیان کردند حالت انگیزشی مثبتی دانست که بر احساس حاصل از تعامل موفق عاملیت (انرژی و اراده معطوف به هدف) و مسیرها (برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف) مبتنی است، بلکه امید فرایندی است که افق معنایی زندگی را بازسازی می‌کند، امکان رشد در دل دشواری‌ها را فراهم می‌آورد و ظرفیت انسان را برای حرکت هدفمند در شرایط سخت افزایش می‌دهد، و نهایتاً امید می‌تواند زمینه رشد و کمال را در چنین چارچوبی فراهم آورد.

هرچند در اجرای پروتکل امیددرمانی اسنایدر تلاش شد از مثال‌ها، مفاهیم و توضیحات بومی و اسلامی متناسب با زمینه فرهنگی شرکت‌کنندگان استفاده شود، اما پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از پروتکل‌های امیددرمانی مستخرج از منابع و آموزه‌های اسلامی بهره گرفته شود و اثربخشی آنها بر بهزیستی معنوی و ابعاد مختلف صبر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با توجه به تفاوت نتایج به‌دست‌آمده در مؤلفه‌های مختلف صبر، پیشنهاد می‌شود روابط میان مؤلفه‌های امید، ابعاد صبر و مؤلفه‌های بهزیستی معنوی در قالب پژوهش‌های توصیفی و مدل‌های ساختاری بررسی شود تا سازوکارهای تأثیر امید بر ابعاد گوناگون سازگاری روان‌شناختی و معنوی روشن‌تر گردد.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که امیددرمانی به تنهایی ممکن است برای بهبود برخی ابعاد صبر، به‌ویژه صبر میان‌فردی و صبر در مشکلات روزانه، کافی نباشد. از این‌رو پیشنهاد می‌شود اثربخشی نسخه‌های تلفیقی امیددرمانی همراه با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، خودتنظیمی، مقابله با استرس، ارتباط مؤثر، حل تعارض، جرئت‌ورزی و مدیریت خشم مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین بررسی اثربخشی امیددرمانی زوجی در مقایسه با امیددرمانی فردی یا گروهی، و نیز طراحی پروتکل‌هایی که به‌طور اختصاصی به مسائل بین‌فردی، تعارض‌های خانوادگی و فشارهای اجتماعی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم می‌پردازند، می‌تواند به توسعه مداخلات مؤثرتر برای ارتقای صبر و سازگاری روان‌شناختی این گروه از والدین کمک کند.

منابع

قرآن کریم.

آقابابایی، ناصر؛ تیک، محمدتقی و حاتمی، جواد (۱۳۹۳). رابطه صبر با شخصیت، سلامت روانی، و رضایت از زندگی. پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۵(۲)، ۱۷ - ۲۸.

ابن حیون، نعمان بن محمد مغربی (۱۳۸۵ق). دعائم الإسلام. قم: مؤسسه آل البيت (ع).
پسندیده، عباس؛ گلزاری، محمود و براتی سده، فرید (۱۳۹۱). پایه نظری رضامندی از دیدگاه اسلام. روان‌شناسی دین، ۴(۱)، ۸۵ - ۱۰۴.

دهشیری، غلامرضا؛ سهرابی، فرامرز؛ جعفری، عیسی و نجفی، محمود (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. مطالعات روان‌شناختی، ۴(۳)، ۱۲۹ - ۱۴۴.

زارع یوانی، راضیه و حسین ثابت، فریده (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش صبر بر امید و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی. روان‌شناسی و دین، ۱۱(۳)، ۵۷ - ۷۳.
سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۸۵). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: آگه.

طباطبایی، سیدمحمدحسین (۱۳۷۴). المیزان فی تفسیر القرآن. ترجمه سیدمحمدباقر موسوی همدانی. قم: دفتر انتشارات اسلامی.
غباری بناب، باقر؛ نصرتی، فاطمه و بزرگی، محمودرضا (۱۳۹۹). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی به خدا، صبر و عزت‌نفس در دانشجویان دانشگاه تهران. پژوهش در دین و سلامت، ۶(۳)، ۴۴ - ۶۰.

غزالی، محمد (۲۰۰۲). احیای علوم الدین. بیروت: دار احیاء التراث العربی.
فیض کاشانی، ملامحسن (۱۳۷۹). راه روشن (ترجمه المحجة البيضاء فی تهذیب الاحیاء). ترجمه سیدمحمدصادق عارف. مشهد: بنیاد پژوهش‌های اسلامی آستان قدس رضوی.
کلینی، محمد بن یعقوب (۱۳۷۸). الکافی. محقق: مهدی آیت‌اللهی. تهران: جهان آرا.
مرادی، مسعود و فتحی، داوود (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر امید به زندگی و بهزیستی معنوی دانشجویان سوگ دیده. مطالعات روان‌شناختی، ۱۲(۳)، ۶۸ - ۸۲.
مرحمتی، زهرا و خرمائی، فرهاد (۱۳۹۷). رابطه دین‌داری و امید: نقش واسطه‌ای صبر.

روانشناسی تحولی، ۱۴(۵۶)، ۴۳۵ - ۴۴۴.

مطهری، مرتضی (۱۳۸۸). گفتارهایی در اخلاق اسلامی: توکل، رضا، صبر، طول امل. تهران: صدرا.
مهدیان، زینت و غفاری، مجید (۱۳۹۵). نقش میانجی سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی در رابطه بهزیستی معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان. اصول بهداشتی روانی، ۱۸(۳)، ۱۳۰ - ۱۳۸.

میری، مینو؛ دانشور، پری؛ ملکی، محبوبه و طیرانی راد، علی (۱۴۰۱). نقش سرمایه معنوی و صبر در پیش‌بینی میزان سازگاری عاطفی دانشجویان؛ مطالعه‌ای در دوران کووید ۱۹. پژوهش در دین و سلامت، ۸، ۲۳ - ۳۴.

هومن، حیدرعلی (۱۳۸۴). استنباط آماری در پژوهش رفتاری. تهران: سمت.
یعقوبی، ابوالقاسم؛ محقق، حسین و منظمی، فریا (۱۳۹۲). رابطه بهزیستی معنوی و امیدواری با رضایت از زندگی در سالمندان، روان‌شناسی و دین، ۷(۳)، ۱۰۹ - ۱۲۱.

Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T. & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78 .

Ellison, C. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330-340.

Folkman, S. (2013). Stress, appraisal, and coping: A retrospective and prospective view. *Stress and Health*, 29(1), 7-13.

Hastings, R. P. & Beck, A. (2004). Practitioner review: stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1338-1349.

Hastings, R. P, Beck, A. & Hill, C. (2005). Positive contributions made by children with an intellectual disability in the family: mothers' and fathers' perceptions. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9, 155-165.

Hastings, R. P., Daley, D., Burns, C. & Beck, A. (2006). Maternal distress and expressed emotion: cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children



۱۶۶

پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی
بهار و تابستان ۱۴۰۵

with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 111, 48-61.

Kim, S., Reed, P. G., Hayward, R. D., Kang, Y. & Koenig, H. G. (2022). Spirituality and psychological well-being: Testing a theory of family caregiving. *Journal of Religion and Health*, 61(2), 1021-1038.

Lopez, S. J., Snyder, C. R., Magyar-Moe, J. L., Edwards, L. M., Pedrotti, J. T., Janowski, K., Turner, J. L. & Pressgrove, C. (2004). Strategies for accentuating hope. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (p. 388-404). Wiley.

Magyar-Moe, J. L. (2009). Therapists guide to positive psychological interventions, Academic Press, USA.

Marsack, C. N. & Hopp, F. P. (2019). Informal Support, Health, and Burden Among Parents of Adult Children with Autism. *Gerontologist*, 16(6), 1112-1121.

Ogston, P. L., Mackintosh, V. H. & Myers, B. J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1378-1384.

۱۶۷ Oliphant, V. N., Benson, O. M., Clement, D. N. & Wingate, L. R. (2024). Calling on hope: Examining the protective nature of hope on mental health risk factors in Black women. *Journal of Black Psychology*, 55(8), 623-637.

Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley.

Pargament, K. I., Exline, J. J. & Jones, J. W. (2021). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (2nd ed.). American Psychological Association.

Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301.

Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues*. Oxford University Press.



- Ripamonti, C. I. & Chelazzi, C. (2024). Hope and spiritual well-being: two sides of the same coin? *Support Care Cancer*, 7(10), 708.
- Roskam, I. & Mikolajczak, M. (2023). Parental Burnout in the Context of Special Needs, Adoption, and Single Parenthood. *Children (Basel)*, 29(7), 1131.
- Schnitker, S. A. (2012). An examination of patience and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 7(4), 263-280.
- Schnitker, S. A. & Emmons, R. A. (2007). Patience as a virtue: religious and psychological perspectives. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 18, 177-207.
- Shekarabi Ahari, G., Younesi, J., Borjali, A. & Ansari Damavandi, S. (2012). The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in Tehran. *Iran Journal of Cancer Prevention*, 4, 183-8.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. (2002). *Handbook of positive psychology* (p. 257-276). New York: Oxford University Press.
- Snyder, C. R., Irving, L. M. & Anderson, J. R. (1991). Hope and health: Measuring the will and the ways. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective* (p. 285-305). New York, NY: Pergamon Press.
- Snyder, C. R., Rand, K. L. & Sigmon, D. R. (2002). *Hope theory: A member of the positive psychology family*. In C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (p. 257-276). New York: Oxford University Press.
- Van der Watt, A. S. J., Khan, A., & Rothmann, S. (2020). Spirituality and psychological well-being among caregivers of children with chronic conditions. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2482-2498.
- Weiss, M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*, 6, 115-130.

