



اثر بخشی مداخله آموزشی مثبت نگر آموزه‌های اسلامی با تأکید بر محتوای آیات قرآن کریم در ارتقای سلامت روان دانشجویان دانشگاه فرهنگیان

حسن حاجی زاده اناری *

چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی مثبت‌نگری مبتنی بر آموزه‌های قرآن کریم بر سلامت روان انجام شد. این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه در قالب گروه کنترل اجرا گردید. جامعه آماری شامل دانشجویان پسر مقطع کارشناسی دانشگاه فرهنگیان تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود که نمونه‌ای هدفمند شامل ۳۴ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) جایگزین شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) بود. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش مثبت‌نگری با رویکرد قرآنی قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در نرم‌افزار SPSS-26 نشان داد که این مداخله موجب بهبود نمره کل سلامت روان و کاهش علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد ($P < 0.001$). همچنین، این تأثیرات در پیگیری یک‌ماهه پایدار ماند. نتایج نشان می‌دهد که برنامه مثبت‌نگری مبتنی بر آموزه‌های قرآنی، به‌عنوان مداخله‌ای بومی‌سازی شده و سازگار با ارزش‌های معنوی، ظرفیت بالایی در ارتقای سلامت روان و کاهش اختلالات روان‌شناختی دانشجویان دارد و می‌تواند به‌عنوان رویکرد مکمل مؤثر در مداخلات سلامت روان در بافت‌های فرهنگی و مذهبی مشابه به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: سلامت روان، مثبت‌نگری، آموزه‌های قرآن کریم، دانشجویان، روان‌شناسی

بومی.

مقدمه

سلامت، به عنوان مفهومی چندبعدی، یکی از نیازهای بنیادین بقای انسان و عاملی تعیین کننده در ارتقای کیفیت زندگی فردی و اجتماعی است. در میان ابعاد گوناگون سلامت، سلامت روان^۱ جایگاهی اساسی دارد و بر کیفیت عملکرد فرد در نقش های اجتماعی، توانایی مقابله با فشارها و تجربه آرامش درونی اثر می گذارد (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۲۲). در این راستا در حوزه تعلیم و تربیت، سلامت روان از اهمیت ویژه ای برخوردار است؛ چراکه نه تنها بر کیفیت آموزش تأثیر مستقیم دارد، بلکه در شکل گیری فضای روانی مطلوب برای یادگیری دانش آموزان نیز نقشی تعیین کننده ایفا می کند (جاکوبوفسکی و همکاران^۳، ۲۰۲۱؛ کلب و همکاران^۴، ۲۰۲۳). سلامت روان معلمان نه تنها بر کیفیت آموزش و یادگیری تأثیرگذار است، بلکه در شکل گیری فضای روانی مطلوب در محیط های آموزشی و پرورش نسل آینده نقش کلیدی دارد.

ازسوی دیگر، در آموزه های اسلامی به ویژه در تعالیم نورانی قرآن کریم، به مفهوم سلامت نفس و روان توجهی ژرف شده است. از منظر قرآن کریم، انسان موجودی مرکب از جنبه های مادی و روحانی است و تحقق آرامش روانی، در پرتو تعامل متعادل این ابعاد و پیوند با منبع هستی بخش، خداوند است. به عنوان مثال در آیه شریفه ﴿وَلَا تُقْلُوا

1. Mental Health.

2. World Health Organization.

3. Jakubowski et al.

4. Klapproth et al.



بِأَيِّدِكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ» (بقره، ۱۹۵) به روشنی بر ضرورت خودمراقبتی و حفظ سلامت در برابر آسیب‌های گوناگون تأکید شده است و همچنین در آیه «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد، ۲۸) به نقش بنیادین معنویت و یاد خداوند در دستیابی به آرامش درونی و سلامت روان تأکید شده است. علامه طباطبایی رحمته الله علیه در تفسیر گران قدر المیزان «ذکر» را یاد قلبی و توجه درونی عمیق بنده به خداوند دانسته‌اند که انسان را از اضطراب و بی‌قراری رها ساخته و او را به سکینه و اطمینان قلبی می‌رساند (طباطبایی، ۱۳۷۴).

افزون بر این، در آموزه‌های قرآنی به مفاهیمی همچون صبر، شکرگزاری و توکل به عنوان منابع معنوی مهم در تاب‌آوری و مقابله با نامایمات زندگی تأکید شده است. مثلاً در تفسیر آیه شریفه «إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا» (شرح، ۶) بیان شده است که همراهی دشواری‌ها با گشایش، نشان‌دهنده سنت الهی در ایجاد امید و خوش‌بینی در زندگی مؤمنان است (طبرسی، مجمع‌البیان). این مفاهیم به‌طور مستقیم با عناصر اصلی روان‌شناسی مثبت‌نگر همچون امید، خوش‌بینی و تاب‌آوری همپوشانی دارند و می‌توانند چارچوبی بومی و دینی برای ارتقای سلامت روان در جوامع اسلامی فراهم کنند (معارفی و حسینی، ۱۳۹۹).

در حوزه روان‌شناسی، پارادایم‌ها و رویکردهای متعددی کوشیده‌اند تا سازوکارهای مؤثر در ارتقای سلامت روان را تبیین و تشریح کنند (ریتچر و دیکسون^۱، ۲۰۲۲). در چارچوب سنتی روان‌درمانی، تمرکز عمدتاً بر آسیب‌شناسی روانی، شناسایی اختلالات، و تلاش برای کاهش یا حذف علائم ناتوان‌کننده بوده است. این رویکردهای نقص‌محور، هرچند در کاهش نشانه‌های بالینی نقش مؤثری ایفا کرده‌اند، اما در پاسخ به نیازهای گسترده‌تر انسان برای شکوفایی، تاب‌آوری و رضایت از زندگی، با محدودیت‌هایی مواجه بوده‌اند. در واکنش به این محدودیت‌ها، جنبش روان‌شناسی مثبت‌نگر^۲ که توسط سلیگمن

1. Ritscher & Dixon.

2. Positive Psychology.

و سیکسزنت‌میهایلی^۱ در اوایل دهه ۲۰۰۰ معرفی شد، نقطه عطفی در تحول نظری و کاربردی این علم به شمار می‌رود. این رویکرد، به جای تمرکز بر اختلال و ناکارآمدی، بر شناسایی، تقویت و توسعه توانمندی‌های فردی، فضایل اخلاقی و مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی تمرکز دارد. روان‌شناسی مثبت‌نگر با تأکید بر جنبه‌های سازنده وجود انسان، تلاش می‌کند تا مسیرهایی را برای پرورش زندگی معنادار، رضایت‌بخش و مقاوم در برابر تنش‌های روانی فراهم آورد. پژوهش‌های تجربی فراوانی اثربخشی مداخلات مثبت‌نگر را در ارتقای سلامت روان و کاهش نشانه‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب و فرسودگی روانی تأیید کرده‌اند (بوهام^۲، ۲۰۲۱؛ واترز و همکاران^۳، ۲۰۲۱). مداخلاتی که بر مؤلفه‌هایی مانند خوش‌بینی، شکرگزاری، امید، معنای زندگی و روابط مثبت تمرکز دارند، توانسته‌اند نقش سپر روانی را در برابر فشارهای زندگی ایفا کرده و تاب‌آوری افراد را در برابر بحران‌های روانی افزایش دهند (گالاگر و مک‌کالو^۴، ۲۰۱۵). این یافته‌ها بیانگر ظرفیت بالای روان‌شناسی مثبت‌نگر برای تحول در حوزه سلامت روان هستند.

باوجود پیشرفت‌های قابل‌توجه در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر، نقدهایی جدی مبنی بر تأکید بیش از حد این رویکرد بر فردگرایی و عدم انطباق آن با ساختارهای فرهنگی جمع‌گرا و جوامع مذهبی مطرح شده است (گارسیا و مارتینز^۵، ۲۰۲۱؛ وونگ^۶، ۲۰۲۰). این چالش‌ها، ضرورت بازاندیشی در مدل‌های موجود و توسعه چارچوب‌های بومی‌سازی شده را برجسته می‌سازد. در این راستا، تلفیق اصول روان‌شناسی مثبت با مؤلفه‌های معنوی و دینی همچون توکل، صبر و ارتباط معنوی با خداوند، می‌تواند

1. Seligman & Csikszentmihalyi.

2. Boehm.

3. Waters et al.

4. Gallagher & McCullough.

5. Garcia & Martinez.

6. Wong.

زمینه ساز طراحی مداخلاتی مؤثرتر، پایدارتر و فرهنگی - محور در این جوامع گردد (کوئینگ^۱، ۲۰۲۰؛ اسمیت و واتسون^۲، ۲۰۲۲). با این حال، آموزه های اسلامی بر اساس ریشه های معرفتی و هستی شناختی متمایز، مفاهیمی همچون ایمان به غیب و هدفمندی خلقت را به عنوان ارکان اساسی سلامت روان معرفی می نماید (معارفی و حسینی، ۱۳۹۹؛ عبدالله و همکاران، ۲۰۲۱).

علی رغم اثربخشی مداخلات مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر در ارتقای شاخص های سلامت روان، اغلب این رویکردها بدون توجه به زمینه های فرهنگی و معنوی جوامع اسلامی طراحی شده اند و ممکن است در چنین بافت هایی با چالش هایی در سطح کارایی، پذیرش یا تداوم مواجه شوند. از این رو، ضرورت بازاندیشی و بومی سازی رویکردهای ارتقای سلامت روان، به گونه ای که هم راستا با ارزش های دینی و فرهنگی جوامع اسلامی باشد، به شدت احساس می شود به ویژه در میان معلمان و دانشجو معلمان که نقش الگویی و تربیتی برجسته ای در جامعه دارند.

در زمینه حرفه معلمی، به دلیل ماهیت تعاملی و گسترده مسئولیت ها، معلمان با عوامل استرس زای متعددی مواجه اند که بروز استرس، فرسودگی شغلی و افسردگی را در این قشر افزایش داده است (جمینز^۳، ۲۰۲۱). مطالعات متعددی نشان داده اند که این معضلات روانی نه تنها بر سلامت روان معلمان تأثیر مخرب دارد، بلکه کیفیت آموزش و سلامت روانی دانش آموزان را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (کینمن و همکاران^۴، ۲۰۱۱؛ آگیاپونگ و همکاران^۵، ۲۰۲۲؛ بریجر و همکاران^۶، ۲۰۱۳). در این راستا، طراحی مداخلاتی که

1. Koenig.

2. Smith & Watson.

3. Jimenez.

4. Kinman et al.

5. Agyapong et al.

6. Bridger et al.

همسویی فرهنگی و ارزشی با نظام‌های اعتقادی معلمان، به‌ویژه دانشجو - معلمان در آستانه ورود به این حرفه، داشته باشد، از اهمیت راهبردی برخوردار است (رنجبران، ۱۴۰۲).

بنابراین، می‌توان گفت که قرآن کریم علاوه بر آنکه به‌عنوان کتاب هدایت معنوی شناخته می‌شود، حاوی اصول و راهکارهایی است که ظرفیت بالایی برای ارتقای سلامت روان فرد و جامعه دارد. پژوهش حاضر در پاسخ به این ضرورت، می‌کوشد تا اثربخشی یک برنامه آموزشی مثبت‌نگر مبتنی بر آموزه‌های قرآنی را در ارتقای سلامت روان دانشجومعلمان دانشگاه فرهنگیان بررسی کند.

براین اساس، پژوهش حاضر باهدف پاسخگویی به این خلأ علمی و عملی، به بررسی اثربخشی یک برنامه آموزشی روان‌شناسی مثبت‌نگر مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و قرآنی در ارتقای سلامت روان دانشجومعلمان دانشگاه فرهنگیان می‌پردازد. مسئله اصلی پژوهش، پاسخ به این پرسش است که آیا چنین برنامه‌ای می‌تواند به نحو مؤثری سلامت روان این گروه هدف را ارتقا دهد؟

پیشینه پژوهش

مؤلفه‌های مثبت‌نگری در دین‌داری و معنویت به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی و تأثیرگذار بر سلامت روان، طی چند دهه اخیر توجه گسترده‌ای را در حوزه روان‌شناسی سلامت به خود جلب کرده‌اند (کوئینگ^۱، ۲۰۱۲). این مؤلفه‌ها نه تنها به‌عنوان یک منبع حمایت روانی مطرح هستند، بلکه نقش کلیدی در ارتقای کیفیت زندگی و کاهش آسیب‌های روانی ایفا می‌کنند. در دو دهه گذشته، شمار قابل‌توجهی از مطالعات تجربی و نظری به بررسی ارتباط پیچیده بین دین‌داری، معنویت و جنبه‌های مختلف



سلامت روان پرداخته‌اند؛ این امر نشان‌دهنده رشد روزافزون علاقه پژوهشگران به فهم بهتر چگونگی تأثیر معنویت بر سلامت روان و بهزیستی فردی است (ویلانی^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از مهم‌ترین یافته‌های این مطالعات، تأثیر مثبت مؤلفه‌های دین‌داری در بهبود حمایت اجتماعی است؛ به‌طوری که افراد دین‌دار به دلیل حضور در جوامع مذهبی و شبکه‌های حمایتی مربوط به آنها، دسترسی بیشتری به منابع حمایتی اجتماعی دارند که این امر موجب افزایش بهزیستی روانی و ثبات در روابط زناشویی می‌شود (گارسن، ویسر و پل^۲، ۲۰۲۱؛ کوئینگ، پتیت و وندرویل^۳، ۲۰۲۰). این حمایت اجتماعی از طریق ارتباطات مستمر با دیگر اعضای جامعه مذهبی، فراهم آوردن احساس تعلق و امنیت روانی و تقویت تعاملات مثبت شکل می‌گیرد. همچنین، تحقیقات نشان داده‌اند که دین‌داری و معنویت با افزایش رضایت از زندگی و معنا در زندگی ارتباط معناداری دارند (پتروویک، چپمن و شوفیلد^۴، ۲۰۲۱؛ گئورگ، الیسون و لارسون^۵، ۲۰۰۲). از سوی دیگر، این عوامل می‌توانند به طور مؤثری در کاهش علائم اضطراب و افسردگی نقش داشته باشند (پتروویک و همکاران، ۲۰۲۱). این امر احتمالاً به دلیل فراهم آوردن چارچوب‌های معنایی، افزایش امید و تقویت مکانیزم‌های مقابله‌ای است (پین و سندیج^۶، ۲۰۱۷). علاوه بر این، نقش محافظتی دین‌داری در کاهش تمایلات به خودکشی (وندرویل، تای و کاواچی^۷، ۲۰۱۶) و یک عامل بازدارنده در برابر سوء مصرف مواد مخدر (یونکر، اشنبلروچ و دیهان^۸، ۲۰۱۲) به خوبی مستند شده است. این امر بیانگر آن است که معنویت می‌تواند به عنوان

-
1. Villani.
 2. Garssen, Visser & Pool.
 3. Koenig, Peteet & Vanderweele.
 4. Petrovic, Chapman & Schofield.
 5. George, Ellison & Larson.
 6. Paine & Sandage.
 7. VanderWeele, Tsai & Kawachi.
 8. Yonker, Schnabelrauch & Dehaan.

یک عامل پیشگیرانه مهم در برابر بحران‌های روانی شدید عمل کند. ازسوی دیگر، دین‌داری و معنویت به عنوان شکلی از دلبستگی به امور متعالی و مقدس، تجربه‌ای عمیق و جامع از آرامش و اطمینان روانی ایجاد می‌کنند. این دلبستگی معنوی که مشابه دلبستگی‌های بین فردی است، می‌تواند به کاهش احساس تنهایی، افزایش حس امنیت و ثبات روانی منجر شود (چرنیک^۱ و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین، دین‌داری و معنویت نه تنها به عنوان باورهای فردی بلکه به عنوان مؤلفه‌های فرهنگی و روانی پیچیده‌ای در نظر گرفته می‌شوند که نقش مهمی در بهبود سلامت روان و ارتقای بهزیستی اجتماعی ایفا می‌کنند.

روش پژوهش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر یک مطالعه کاربردی با طرح نیمه‌آزمایشی (Quasi-Experimental) است که از الگوی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری یک ماهه استفاده می‌کند. جامعه آماری پژوهش، دانشجو - معلمان پسر مقطع کارشناسی دانشگاه فرهنگیان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ارائه رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در پژوهش، کسب نمره بالاتر از نقطه برش در پرسش‌نامه DASS-21 (به عنوان ابزار غربالگری اولیه)، و عدم دریافت هرگونه مداخله روان‌شناختی دیگر در طول دوره پژوهش. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و بروز شرایط حاد روانی یا جسمانی بود.



ب) ابزارها

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسش‌نامه که توسط گلدبرگ و هیلر^۱ (۱۹۷۹) طراحی شده، یکی از متداول‌ترین ابزارها برای غربالگری مشکلات سلامت روان غیرسایکوتیک است. این ابزار ۲۸ سؤالی، چهار خرده‌مقیاس را می‌سنجد: نشانگان جسمانی^۲ (سؤالات ۱-۷)، اضطراب و اختلال خواب^۳ (سؤالات ۸-۱۴)، اختلال در کارکرد اجتماعی^۴ (سؤالات ۱۵-۲۱) و علائم افسردگی^۵ (سؤالات ۲۲-۲۸). نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت^۶ (۳-۲-۱-۰) انجام می‌شود و دامنه نمرات از ۰ تا ۸۴ است. نمره بالاتر از ۲۳ به عنوان نشانه‌ای از وجود پریشانی روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود (هیل و همکاران^۷، ۲۰۱۹). روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات ایرانی متعدد تأیید شده است. در پژوهش تقوی (۱۳۸۷)، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰.۹۰ گزارش شد. در مطالعه حاضر، پایایی کل پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰.۸۵ محاسبه گردید. مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21): این ابزار که توسط لوی باند و لوی باند^۸ (۱۹۹۵) ساخته شده، برای سنجش سه حالت هیجانی منفی به کار می‌رود. در این پژوهش، از فرم کوتاه ۲۱ سؤالی که توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده، صرفاً به عنوان ابزار غربالگری و یکی از معیارهای ورود به مطالعه استفاده شد. پایایی این مقیاس در نسخه‌های ایرانی برای زیرمقیاس‌ها در بازه ۰.۷۷ تا ۰.۷۹ گزارش شده است.

-
1. Goldberg & Hillier.
 2. Somatic Symptoms.
 3. Anxiety and Insomnia.
 4. Social Dysfunction.
 5. Depressive Symptoms.
 6. Likert Scale.
 7. Hjellev et al.
 8. Lovibond & Lovibond,.

بسته آموزشی مثبت‌نگری مبتنی بر آموزه‌های قرآن کریم: این بسته آموزشی که توسط محققان این پژوهش تدوین و اعتباریابی شده است (حاجی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۳)، شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است. محتوای جلسات از طریق تحلیل محتوای کیفی آیات قرآن کریم با تمرکز بر مؤلفه‌های مثبت‌نگر در چهار حوزه ارتباطی (ارتباط با خدا، خود، دیگران و طبیعت) استخراج شده است. روایی محتوای این بسته توسط متخصصان تأیید شده (CVR بین ۰٫۷۷ تا ۰٫۹۲ و CVI بین ۰٫۸۸ تا ۰٫۹۶) و اعتبار آن برای کاربرد در موقعیت‌های آموزشی و بالینی مناسب ارزیابی شده است. خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول (۱) ارائه شده است.

جلسات	محتوا (اهداف/ روش / تکالیف)
اول	معارفه، ایجاد اتحاد گروهی، تبیین اهداف برنامه، اجرای پیش‌آزمون؛ آشنایی اعضا با یکدیگر؛ تعریف نگرش مثبت و ابعاد آن؛ ارائه قوانین جلسات؛ تکلیف: تمرین خودگویی مثبت.
دوم	تقویت خداپنداره و دلبستگی ایمن به خداوند؛ آموزش نقش ایمان، توکل و شکرگزاری در سلامت روان؛ تمرین عملی دعا و نیایش.
سوم	آشنایی با صفات الهی و تأثیر آن بر نگرش به زندگی؛ بررسی صفات رحمانیت و حکمت الهی؛ نگارش نامه شکرگزاری.
چهارم	افزایش خودشناسی و معرفت نفس؛ تبیین ارزش انسان در نگاه قرآن؛ آموزش احترام به خود؛ شناسایی نقاط قوت فردی
پنجم	تقویت فضایل درون‌فردی (صبر، بخشش)؛ آموزش راهبردهای شناختی - رفتاری صبر؛ تمرین بخشش خود برای رهایی از هیجانات منفی.
ششم	تقویت روابط انسانی مبتنی بر تکلیف‌گرایی و حسن خلق؛ آموزش اهمیت حسن سلوک با دیگران؛ بحث گروهی درباره تأثیر روابط سالم بر بهزیستی فردی.
هفتم	تقویت فضایل بین‌فردی (قدردانی، همدلی)؛ آموزش فنون قدردانی و همدلی؛ تمرین بخشایش دیگران؛ نگارش نامه قدردانی.

جلسات	محتوا (اهداف/ روش / تکالیف)
هشتم	ادراک طبیعت به‌عنوان نمادی از خلقت حکیمانه؛ بحث درباره عظمت آفرینش؛ تمرین ذهن‌آگاهی در دل طبیعت برای تقویت هیجانات مثبت.
نهم	آگاهی از مسئولیت انسان در قبال محیط‌زیست؛ گفت‌وگو درباره نعمت‌های طبیعت و آسیب‌های وارده به آن؛ نگارش نامه عبرت‌آموزی از طبیعت.
دهم	جمع‌بندی و یکپارچه‌سازی آموخته‌ها؛ مرور سبک زندگی مثبت‌نگر؛ پرسش و پاسخ؛ تأکید بر استمرار تمرین‌ها؛ اجرای پس‌آزمون و نظرسنجی.

جدول (۱) محتوای جلسات آموزشی

ج) روش اجرا

پس از انتخاب نمونه و کسب رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. پیش‌آزمون (GHQ-28) از هر دو گروه به عمل آمد. سپس، گروه آزمایش به مدت ۱۰ هفته، هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در برنامه آموزشی شرکت کردند. در این مدت، گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت ننمودند. بلافاصله پس از اتمام دوره و همچنین یک ماه بعد، پس‌آزمون و آزمون پیگیری از هر دو گروه گرفته شد. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر^۱ و آزمون تعقیبی بونفرونی^۲ تحلیل شدند. سطح معناداری برای تمامی آزمون‌ها $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

1. Repeated Measures ANOVA.

2. Bonferroni Post-hoc Test.

یافته‌های پژوهش

اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که شرکت کنندگان، دانشجو - معلمان پسر با دامنه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال بودند. شاخص‌های توصیفی متغیر سلامت روان و مؤلفه‌های آن برای دو گروه در مراحل سه‌گانه پژوهش در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲): شاخص‌های توصیفی سلامت روان و مؤلفه‌های آن

مؤلفه	مرحله	گروه کنترل (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	گروه آزمایش (میانگین $\pm$ انحراف معیار)
سلامت روان (کل)	پیش‌آزمون	$42/90 \pm 2/70$	$43/15 \pm 2/85$
	پس‌آزمون	$41/80 \pm 2/95$	$15/20 \pm 2/10$
	پیگیری	$40/75 \pm 2/80$	$18/50 \pm 2/30$
نشانگان جسمانی	پیش‌آزمون	$10/50 \pm 1/45$	$10/80 \pm 1/30$
	پس‌آزمون	$10/50 \pm 1/45$	$4/10 \pm 1/25$
	پیگیری	$9/80 \pm 1/20$	$4/90 \pm 1/40$
اضطراب و بی‌خوابی	پیش‌آزمون	$9/70 \pm 1/10$	$9/50 \pm 1/40$
	پس‌آزمون	$9/90 \pm 1/35$	$3/20 \pm 1/15$
	پیگیری	$9/60 \pm 1/25$	$3/80 \pm 1/20$
اختلال در کارکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	$13/50 \pm 1/30$	$13/90 \pm 1/20$
	پس‌آزمون	$13/10 \pm 1/40$	$4/80 \pm 1/50$
	پیگیری	$12/90 \pm 1/30$	$5/50 \pm 1/60$
علائم افسردگی	پیش‌آزمون	$9/20 \pm 1/50$	$9/95 \pm 1/35$
	پس‌آزمون	$8/70 \pm 1/60$	$3/10 \pm 1/20$
	پیگیری	$8/45 \pm 1/55$	$4/30 \pm 1/30$

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، میانگین نمرات سلامت روان در گروه آزمایش پس از مداخله به شدت کاهش یافته (کاهش نمره نشانه بهبودی است)، درحالی‌که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود. این الگو در تمام مؤلفه‌های چهارگانه نیز تکرار شده است.

پیش از تحلیل استنباطی، پیش‌فرض‌های آماری بررسی شد. آزمون کلموگروف - اسمیرنوف^۱ نرمال بودن توزیع داده‌ها را تأیید کرد ($P < 0/05$). آزمون لون^۲ نیز همگنی واریانس‌ها را نشان داد ($P < 0/05$). نتایج آزمون کرویت ماچلی^۳ معنادار بود، لذا از تصحیح گرینهاوس - گایزر^۴ استفاده شد. نتایج آزمون اثرات بین‌گروهی^۵ در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس برای اثرات بین‌گروهی بر سلامت روان

منبع تغییر	SS	df	MS	F	p	η^2
گروه	۱۴۸۵۰/۳۰	۱	۱۴۸۵۰/۳۰	۷۵۵/۱۲	< ۰/۰۰۱	۰/۹۶
خطا	۶۲۹/۵۰	۳۲	۱۹/۶۷			

نتایج جدول (۳) نشان‌دهنده وجود تفاوت بسیار معنادار بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر وابسته سلامت روان است ($P < 0/001$). اندازه اثر (۰/۹۶) بیانگر آن است که ۹۶٪ از واریانس مشاهده شده در نمرات سلامت روان، ناشی از عضویت در گروه‌ها (تأثیر مداخله آموزشی) بوده است.

1. Kolmogorov-Smirnov test.

2. Levene's Test.

3. Mauchly's Test of Sphericity.

4. Greenhouse-Geisser correction.

5. Between-Subjects Effects.

جدول (۴): نتایج تحلیل اثرات درون گروهی و آزمون‌های تعقیبی بنفرونی برای مؤلفه‌ها

مؤلفه	اثر متقابل زمان × گروه	p	تفاوت میانگین (پیش - پس)	تفاوت میانگین (پیش - پیگیری)	نتیجه
نشانگان جسمانی	۴۵/۸۱ (۱/۶، ۵۱/۲)	< ۰۰۱	۶/۷۰*	۵/۹۰*	معنادار
اضطراب و بی خوابی	۵۱/۲۴ (۱/۵، ۴۸/۱)	< ۰۰۱	۶/۳۰*	۵/۷۰*	معنادار
کارکرد اجتماعی	۶۲/۱۵ (۱/۷، ۵۴/۳)	< ۰۰۱	۹/۱۰*	۸/۴۰*	معنادار
علائم افسردگی	۴۸/۹۰ (۱/۷، ۵۴/۳)	< ۰۰۱	۶/۸۵*	۵/۶۵*	معنادار

نتایج جدول (۴) حاکی از آن است که اثرات درون گروهی (اثر متقابل زمان و گروه) برای تمامی مؤلفه‌های سلامت روان معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که روند تغییرات نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل در طول زمان متفاوت بوده است. آزمون تعقیبی بنفرونی نیز تأیید کرد که در گروه آزمایش، تفاوت معناداری بین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری وجود دارد که نشانگر اثربخشی پایدار مداخله است.

نتیجه

هدف اصلی این پژوهش ارزیابی اثربخشی یک برنامه آموزشی مثبت‌نگر مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر سلامت روان دانشجویان - معلمان بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اجرای برنامه آموزشی مثبت‌نگر مبتنی بر آموزه‌های قرآنی، موجب بهبود معنادار سلامت روان دانشجویان - معلمان در مؤلفه‌های مختلف از جمله کاهش اضطراب، افسردگی، نشانگان جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی شد. این نتایج نه تنها با



بخش گسترده‌ای از ادبیات روان‌شناسی مثبت نگر (واترز و همکاران^۱، ۲۰۲۱) و همچنین مداخلات مبتنی بر معنویت و دین در سلامت روان (کوئینگ، ۲۰۲۰؛ عبدالله و همکاران، ۲۰۲۱؛ اسمیت و واتسون، ۲۰۲۲) همسو است، بلکه ریشه‌های عمیق قرآنی و معنوی نیز دارد که آن را از مداخلات صرفاً روان‌شناختی متمایز می‌سازد.

از منظر قرآن کریم، آرامش روانی و سلامت نفس در پیوند مستقیم با یاد خداوند و اتکای قلبی به او قرار دارد. آیه «هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ» (فتح، ۴) بیانگر آن است که آرامش قلبی مؤمنان نتیجه ارتباط با خدا و اعتماد به وعده‌های اوست. در تفسیر المیزان، سکینه به عنوان نیروی درونی معرفی می‌شود که اضطراب را فرومی‌نشاند و ثبات روانی ایجاد می‌کند. یافته‌های پژوهش حاضر در کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان - معلمان، می‌تواند در پرتو همین آموزه تبیین شود.

تبیین این یافته‌ها را می‌توان در چارچوب ماهیت چندبعدی برنامه آموزشی جستجو کرد. این برنامه، برخلاف رویکردهای صرفاً شناختی یا رفتاری، بر چهار رابطه اساسی انسان (باخدا، با خود، با دیگران و با طبیعت) تمرکز دارد.

۱. ارتباط با خدا: تقویت مفاهیمی چون توکل، شکرگزاری و امید به رحمت الهی، یک منبع معنابخش و آرامش‌دهنده قدرتمند ایجاد می‌کند. این امر به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با استرس‌ها و ناملایمات زندگی، معنایی متعالی بیابند و احساس تنهایی و درماندگی کمتری را تجربه کنند (پارگامنت و ماهونی^۲، ۲۰۲۱). این یافته‌ها با پژوهش ابوریا و پارگامنت^۳ (۲۰۱۰) که بر اهمیت روان‌درمانی یکپارچه با دین تأکید داشتند، همخوانی دارد.

۲. ارتباط با خود: تمرکز بر معرفت نفس، شناسایی توانمندی‌ها و فضایل فردی مانند صبر و بخشش، به تقویت خودپنداره مثبت و افزایش عزت نفس منجر می‌شود. فردی

1. Waters et al.

2. Pargament & Mahoney,.

3. Abu-Raiya & Pargament.

که به ارزش ذاتی و کرامت انسانی خود از منظر الهی آگاه است، در برابر افکار منفی و احساس بی کفایتی مقاوم تر می شود (فقیهی و رفیعی مقدم، ۱۳۸۷؛ نودئی و همکاران، ۱۳۹۵).

۳. ارتباط با دیگران: تأکید بر حسن خلق، همدلی، قدردانی و خدمت به دیگران، شبکه های حمایت اجتماعی فرد را تقویت کرده و احساس تعلق و پیوند را افزایش می دهد. روابط اجتماعی مطلوب یکی از قوی ترین پیش بینی کننده های سلامت روان و پیشگیری کننده از انزوا و افسردگی است (هولت -لنستاد^۱، ۲۰۱۸).

۴. ارتباط با طبیعت: نگرستن به طبیعت به عنوان آیت و نشانه ای از حکمت خداوند و تمرین حضور ذهن آگاهانه در آن، به کاهش استرس و افزایش هیجانات مثبت کمک می کند. این مفهوم با نظریه های معاصر مانند «نظریه بازسازی توجه»^۲ کاپلان و «نظریه کاهش استرس»^۳ اولریش و همکاران^۴ که بر مزایای روان شناختی طبیعت تأکید دارند، هم پوشانی دارد (کاپلان^۵، ۱۹۹۵).

این مداخله، با ارائه یک چارچوب منسجم و همسو با نظام باورهای شرکت کنندگان، توانسته است نه تنها مهارت های مقابله ای^۶ آن ها را افزایش دهد، بلکه به زندگی آن ها معنا و جهت بخشد؛ امری که در روان شناسی مثبت نگر به عنوان یکی از ستون های اصلی بهزیستی شناخته می شود (سلیگمن^۷، ۲۰۱۱).

براین اساس، نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که مداخلات روان شناسی زمانی که با تعالیم قرآن کریم و منابع تفسیری معتبر تلفیق شوند، می توانند اثرگذاری بیشتری

1. Holt-Lunstad.

2. Attention Restoration Theory (ART).

3. Stress Reduction Theory (SRT).

4. Ulrich et al.

5. Kaplan.

6. Coping Skills.

7. Seligman.

داشته و علاوه بر بهبود شاخص های سلامت روان، معنابخشی و انسجام درونی بیشتری برای افراد ایجاد کنند. این ویژگی سبب می شود که چنین مداخلاتی در جوامع اسلامی نه تنها کارآمد، بلکه قابل پذیرش تر و پایدارتر باشند.

محدودیت ها و پیشنهادها

این پژوهش با محدودیت هایی همراه بود. نمونه گیری محدود به دانشجو - معلمان پسر بود که تعمیم نتایج به دانشجویان دختر یا سایر گروه های شغلی را با احتیاط همراه می سازد. همچنین، اتکای صرف به ابزارهای خودگزارش دهی یکی دیگر از محدودیت هاست. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، این مداخله بر روی جوامع آماری متنوع تر (از جمله زنان) اجرا شود. همچنین، استفاده از طرح های پژوهشی آمیخته (کمی و کیفی) و ابزارهای سنجش عینی تر (مانند مصاحبه های بالینی ساختاریافته) می تواند به غنای نتایج بیفزاید. با توجه به اثربخشی نشان داده شده، پیشنهاد می شود کارگاه های آموزشی مبتنی بر این الگو برای ارتقای سلامت روان دانشجویان و کارکنان در دانشگاه ها و مراکز آموزشی طراحی و اجرا گردد.

ملاحظات اخلاقی

تمام اصول اخلاقی پژوهش، از جمله کسب رضایت آگاهانه، تضمین رازداری و حق خروج از مطالعه، رعایت گردید. هیچ گونه تضاد منافع گزارش نشده و حمایت مالی از سوی سازمانی دریافت نشده است.

منابع

* قرآن کریم، ترجمه، رضایی اصفهانی، محمدعلی و همکاران (۱۳۸۴)، نخستین ترجمه گروهی قرآن کریم، قم: دارالذکر.

۱. حاجی زاده اناری، محسن، اسمعیلی، معصومه، سالاری فر، محمدحسین و نعیمی، ابراهیم (۱۴۰۳)، *طراحی و اعتباریابی الگوی مثبت نگری قرآنی برای ارتقای سلامت روان*، فصلنامه قرآن و علم.

۲. رنجبران، سمیه (۱۴۰۲)، چالش های سلامت روان معلمان در دوران پسا کرونا، مجله روان شناسی تربیتی.

۳. صاحبی، علی، اصغری، محمدجواد و سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴)، *اعتباریابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی*، روان شناسی تحولی: روان شناسان ایرانی.

۴. طباطبایی، محمدحسین (۱۳۷۴)، ترجمه تفسیر المیزان جلد ۱۸، قم: دفتر انتشارات اسلامی.

۵. فقیهی، علی نقی و رفیعی مقدم، صدیقه (۱۳۸۷)، *روان شناسی رشد با نگرش به منابع اسلامی*، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

۶. معارفی، حسن و حسینی، سید علی (۱۳۹۹)، *رویکردهای قرآنی در سلامت روان*، فصلنامه الهیات و معارف اسلامی.

۷. نودئی، داود، اسمعیلی، مسعود، خندان، علی اصغر و احمدی نوده، خدابخش (۱۳۹۵)، *نقد و بررسی انگیزش ذاتی بر اساس مبانی انسان شناسی اسلامی*، پژوهش های مشاوره.

8. The Holy Quran, translated by Rezaei Esfahani, Muhammad Ali, and colleagues, *the first group translation of the Holy Quran*, Qom: Dar al-Zakr, 1384

9. Abd-Allah, A. R., & Al-Zahrani, M. S. (2021). *The role of Islamic spirituality in mental health resilience during the COVID-19 pandemic*. Journal of Religion and Health, 60(5), 3215–3230. <https://doi.org/10.1007/s109437-01255-021>

10. Abu-Raiya, H., & Pargament, K. I. (2010). *Religiously integrated psychotherapy with Muslims: Key considerations*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47(4), 541–553. <https://doi.org/10.1037/a0022204>

11. Agyapong, V. I., Hrabok, M., & Shalaby, R. (2022). *Teacher stress and mental health issues: An overview of the mental health challenges facing educators*. Journal of Mental Health and Well-Being in Teaching, 8(2), 123137-.

12. Boehm, J. K. (2021). *Positive psychological well-being and cardiovascular disease: Exploring mechanistic and developmental pathways*. Social and Personality Psychology Compass, 15(6), e12599. <https://doi.org/10.1111/spc3.12599>



13. Bridger, R. S., Day, A. J., & Morton, K. (2013). *Occupational stress and health outcomes in UK teachers: The role of occupational factors and stress management*. Work & Stress, 27(1), 2037-. <https://doi.org/10.108001443410.2012.759239/>.
14. Cherniak, A. D., Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Granqvist, P. (2021). *Attachment theory and religion*. Current Opinion in Psychology, 40, 126130-.
15. Faghihi, A. N., & Rafii-Moghaddam, S. (2008). *Developmental psychology with reference to Islamic sources*. Qom: Research Institute of Seminary and University.
16. Gallagher, M. W., & McCullough, M. E. (2015). *The independence of positive and negative affect: The role of hope and optimism in daily life*. The Journal of Positive Psychology, 10(1), 2736-. <https://doi.org/10.108017439760.2014.912853/>
17. Garcia, O., & Martinez, P. (2021). *Cultural differences in the role of spirituality in mental health: A cross-cultural perspective*. Cultural Psychology, 27(2), 205221-.
18. Garssen, B., Visser, A., & Pool, G. (2021). *Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies*. The International Journal for the Psychology of Religion, 31(1), 420-.
19. George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). *Explaining the relationships between religious involvement and health*. Psychological inquiry, 13(3), 190200-.
20. Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). *A scaled version of the General Health Questionnaire*. Psychological Medicine, 9(1), 139–145.
21. Hajizadeh Anari, M., Esmaili, M., Salari Far, M. H., & Naeimi, E. (2024). *Designing and validating the Quranic positive thinking model for promoting mental health*. Quran and Science Quarterly, 18(34), 143–170.
22. Hjellev, E. G., Bragstad, L. K., Zucknick, M., Kirkevold, M., Thommessen, B., & Sveen, U. (2019). *The General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) as an outcome measurement in a randomized controlled trial in a Norwegian stroke population*. BMC Psychology, 7(1), 111-. <https://doi.org/10.1186/s403590-0293-019->
23. Holt-Lunstad, J. (2018). *The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors*. Public Policy & Aging Report, 27(4), 127–130. <https://doi.org/10.1093/ppar/prx030>
24. Jakubowski, T. D., & Sitko-Dominik, M. M. (2021). *Teachers' mental health during the first two waves of the COVID-19 pandemic in Poland*. PLOS ONE, 16(9), e0257252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257252>

25. Jimenez, E. (2021). *Impact of mental health and stress level of teachers to learning resource development*. SSRN. <https://ssrn.com/abstract=3797305>
26. Kaplan, S. (1995). *The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework*. Journal of Environmental Psychology, 15(3), 169–182.
27. Kinman, G., Wray, S., & Strange, C. (2011). *Emotional labour, burnout and job satisfaction in UK teachers: The role of workplace social support*. Educational Psychology, 31(7), 843856-. <https://doi.org/10.108001443410.2011.608650/>
28. Klapproth, F., Federkeil, L., Heinschke, F., & Jungmann, T. (2023). *Teachers' mental health and its association with students' well-being*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(3), 1845. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031845>
29. Koenig, H. G. (2012). *Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications*. International Scholarly Research Notices, 2012(1), 278730.
30. Koenig, H. G., Peteet, J. R., & VanderWeele, T. J. (2020). *Religion and psychiatry: clinical applications*. BJPsych Advances, 26(5), 273281-.
31. Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). *The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories*. Behaviour Research and Therapy, 33(3), 335343-.
32. Ma'arefi, H., & Hosseini, S. A. (2020). *Quranic approaches in mental health*. Theology and Islamic Teachings Quarterly, 12(1), 67–84.
33. Node'i, D., Esmacili, M., Khandan, A. A., & Ahmadi-Nodeh, Kh. (2016). *A critique and review of intrinsic motivation based on Islamic anthropology foundations*. Counseling Research, 15(60), 117–150.
34. Paine, D. R., & Sandage, S. J. (2017). *Religious involvement and depression: The mediating effect of relational spirituality*. Journal of religion and health, 56(1), 269283-.
35. Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2021). *The psychology of religion and spirituality: From the inside out*. Guilford Press.
36. Petrovic, K., Chapman, C. M., & Schofield, T. P. (2021). *Religiosity and volunteering over time: Religious service attendance is associated with the likelihood of volunteering, and religious importance with time spent volunteering*. Psychology of Religion and Spirituality, 13(2), 13.
37. Ranjbaran, S. (2023). *Mental health challenges of teachers in the post-COVID-19 era*.

Journal of Educational Psychology, 16(3), 212–229.

38. Ritscher, J. B., & Dixon, M. R. (2022). *The effects of a brief values-based intervention on the persistence of individuals with substance use disorders*. Journal of Contextual Behavioral Science, 24, 815-.

39. Sahebi, A., Asghari, M. J., & Salari, R. S. (2005). *Validation of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) for the Iranian population*. Developmental Psychology: Iranian Psychologists, 1(4), 36–54.

40. Salamabadi, M., Farahbakhsh, K., Zolfaghari, Sh., & Sadeghi, M. (2015). *Investigating the relationship between Islamic lifestyle and students' mental health*. Religion and Health Quarterly, 3(1), 1–10.

41. Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.

42. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. American Psychologist, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037066-0003/X.55.1.5>

43. Smith, J., & Watson, R. (2022). *Religious interventions and their impact on depression: A systematic review*. Journal of Clinical Psychology, 78(4), 512525-.

44. VanderWeele, T. J., Li, S., Tsai, A. C., & Kawachi, I. (2016). *Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women*. JAMA psychiatry, 73(8), 845851-.

45. Villani, D., Sorgente, A., Iannello, P., & Antonietti, A. (2019). *The role of spirituality and religiosity in subjective well-being of individuals with different religious status*. Frontiers in psychology, 10, 1525.

46. Waters, L., Algoe, S. B., Dutton, J., Emmons, R., Fredrickson, B. L., Heaphy, E... & Steger, M. F. (2021). *Positive psychology in a pandemic: A prospective longitudinal study of the contribution of well-being to mental health*. The Journal of Positive Psychology, 114-. <https://doi.org/10.108017439760.2021.1871945/>

47. Wong, P. T. P. (2020). *The humanistic and spiritual roots of positive psychology*. In The Wiley-Blackwell Handbook of Humanistic Psychology (pp. 5370-). Wiley.

48. World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. WHO.