

تدوین و ارائه مدل مداخله‌ی توکل (مذهب محور) و مقایسه اثربخشی آن با مدل فراشناخت بر بهبود عملکرد خانواده کارکنان

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۲۴

ناصر یوسفی *

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف تدوین و بررسی مقایسه‌ی اثربخشی فراشناخت و مداخله توکل (مذهب محور) بر عملکرد خانواده در میان کارکنان سپاه سندج انجام گرفت.

روش: طرح این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به شیوه پیش- پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بوده است. داده‌های جامعه تحقیق شامل کارکنان سپاه سندج واقع در استان کردستان بوده است؛ از این جامعه ۴۵ آزمودنی به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند؛ با ابزار شیوه‌ی سنجش خانواده، میزان متغیرهای وابسته عملکرد خانواده در کارکنان اندازه‌گیری شد (پیش آزمون) و سپس به شیوه جایگزینی تصادفی، افراد در سه گروه ۱۵ نفری (گروه توکل، فراشناخت و گواه) گماشته شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد با کنترل پیش آزمون تمام متغیرهای گروهها، در بین کارکنان گروه‌های آزمایش و کنترل لااقل در یکی از متغیرهای وابسته - مقیاسهای عملکرد خانواده - تفاوت معنا داری وجود دارد. همه‌ی فرضیه‌های مبنی بر اثربخشی فراشناخت و مداخله توکل (مذهب محور) بر عملکرد خانواده در میان کارکنان سپاه، تأیید شدند؛ همچنین نتایج نشان داد که دو رویکرد فراشناخت و مداخله توکل (مذهب محور) بر عملکرد خانواده اثر یکسانی دارند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های تحقیق دو رویکرد فراشناخت و مداخله توکل (مذهب محور) بر عملکرد خانواده اثر یکسانی دارند؛ لذا توصیه می‌شود، مشاوران و درمانگران برنامه‌هایی برای بهبود عملکرد خانواده در این قبیل افراد تدارک ببینند.

واژه‌های کلیدی: فراشناخت، مداخله توکل (مذهب محور)، عملکرد خانواده، کارکنان سپاه

مقدمه

در بررسی علت مشکلات خانوادگی، علاوه بر عوامل اجتماعی، اقتصادی و حقوقی، توجه به علل فردی و روان‌شناختی، از جمله توکل به خدا و امور شناختی بر کارکرد خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۱]. در مورد پیش‌بینی عملکرد سالم خانوادگی، رویکردهای متعددی مطرح شده است. نظریه رفتاری در مورد عملکرد سالم خانواده، تأکید بر تبادل رفتارهای خاص میان فردی دارد. مطابق این نظریه، رفتارهای مثبت یا پاداش‌دهنده ارزیابی‌های کلی را از روابط خانواده بالا می‌برند؛ در حالی که رفتارهای منفی یا تنبیهی مضرند [۲]. یکی دیگر از رویکردهای نظری بانفوذ در خصوص پیش‌بینی عملکرد سالم خانوادگی، الگوی شناختی مبتنی بر الگوی مذهب محور است؛ در این الگو علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات مشاوره به افراد کمک می‌شود، تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کنند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نمایند؛ همچنین "توکل به خدا" و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود، امید به زندگانی افزایش یابد. در جلسات این باورداشت در افراد ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد بی‌فایده نبوده، بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. با ایجاد چنین طرز تفکری، افراد از احساس پوچی و سرگردانی و از روابط خانوادگی ناسالم‌رهایی می‌یابد. همچنین در این الگوی درمانی، به استناد به آیات قرآن کریم و احادیث و تأثیر آنها در درمان تمرکز می‌شود. در رویکرد مذهبی این باور داشت، که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده‌ی خالق هستی برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگترین حافظ و تکیه‌گاه است، در آنها تقویت می‌شود؛ از سوی دیگر، در این الگو برای مهار اختلال عملکرد، به افراد کمک می‌شود تا با تلقینات مثبت و تمرکز بر نیروی عظیم الهی که در وجود هر انسانی به طور بالقوه وجود دارد، به آرامش درونی رسیده و بر پدیده‌های جهان پیرامون خود مسلط شود و روابط خانوادگی سالم مبتنی بر آموزه‌های دینی در خانواده تدارک ببیند [۱].

فراشناخت یکی دیگر از رویکردهای نظری بانفوذ در خصوص پیش‌بینی عملکرد سالم خانوادگی است که به عنوان هرگونه دانش یا فرایند شناختی که در ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت ما مشارکت دارد، تعریف می‌شود [۳]. آنچه که درباره مفهوم فراشناخت اساسی است این است که فرد در مورد افکارش فکر می‌کند؛ این افکار می‌تواند درباره دانش شخص باشد (مثل دانش فراشناختی) یا شامل آنچه باشد که فرد در حال انجام آن است (مهارت‌های فراشناختی) و یا درباره فکر کردن در مورد شناخت و یا عواطفی باشد که در همان لحظه دارد (تجربه فراشناختی). برای اینکه افکار فراشناختی را از انواع دیگر فکرها جدا کنیم، باید منبع افکار فراشناختی را مد نظر قرار دهیم. افکار فراشناختی زاینده پاسخ فوری شخص به مراقبت‌های بیرونی نیستند؛ بلکه زاینده تظاهرات ذهنی درون شخص نسبت به واقعیت می‌باشد و شامل آنچه است که شخص درباره تظاهرات درونی، چگونه کارکردن و چگونه احساس کردن آن دارد، فراشناخت آگاهی شخص از خودش است؛ درست مثل هنر پیشه‌ای که می‌داند در هر لحظه چه کار انجام می‌دهد، این کار مستلزم حس قوی از خود به عنوان فرد فعالی است که می‌تواند اطلاعات را به طور عمدی ذخیره و یا بازیابی کند؛ این شیوه‌ی شناخت شناسی علاوه بر فرد بر خانواده و عملکرد خانوادگی فرد اثر دارد [۴].

بر اساس پژوهش‌های تجربی، به کارگیری خانواده‌درمانی مبتنی بر الگوی رویکرد شناختی- رفتاری و معنوی بیشترین تأثیر را در بهبود بیماری‌های روانی دارد. در این روش درمانی، نگرش فرد نسبت به خانواده و شیوه تعامل میان اعضای خانواده به عنوان عناصر شناختی در نظر گرفته می‌شود و مشکل فرد محور اصلی فرایند درمان را تشکیل می‌دهد [۵].

در دهه‌های اخیر پژوهشگران به نقش معنویت و مذهب به عنوان یک روش درمانی پرداخته‌اند. از سال ۱۹۸۶ علاقه به معنویت و مذهب در مشاوره چندین برابر افزایش یافته است؛ به طوری که افراد شرکت‌کننده در مشاوره‌های مذهبی، بین سال‌های ۱۹۹۳ تا اوایل ۱۹۹۵ در آمریکا چندین برابر شده‌اند [۶]. پژوهش‌ها اثربخشی درمان شناختی را بر اختلال عملکردی فرد، مثل حل مسأله،

در واقع، تحقیق حاضر در پی دستیابی به نتایج علمی در مورد اثر بخشی الگوی مبتنی بر مذهب و توکل و رویکرد فراشناختی بر متغیر و خرده مقیاس های عملکرد خانوادگی کارکنان بیت المقدس سنج می باشد و تحقیق حاضر کوشش می کند تا اثربخشی دو رویکرد را مشخص کند و زمینه های روان شناختی آنها را که به کاهش مشکلات خانوادگی منتهی می شود، شناسایی کند؛ به عبارت دیگر این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال کلی است، آیا الگوی مبتنی بر مذهب و توکل و رویکرد فراشناختی بر متغیر عملکرد خانوادگی و خرده مقیاس های آن کارکنان بیت المقدس مؤثر است؟

روش

طرح پژوهش: در این پژوهش طرح تحقیق از نوع نیمه آزمایشی می باشد که به شیوه پیش- پس آزمون و پی گیری با گروه کنترل انجام شد و از روش آمار توصیفی و تحلیل کواریانس برای تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری spss-19 استفاده شد.

آزمودنی ها: جامعه تحقیق شامل کلیه کارکنان (مرد یا زن) در استان کردستان در سال ۱۳۹۱ بود. روش نمونه گیری به صورت چند مرحله ای بود که به صورت زیر عمل شد؛ در مرحله اول، کارکنان (مرد یا زن) استان به طور داوطلبانه در فراخوانی که داده شده بود، شرکت کردند؛ شرایط ورود، (شرکت داوطلبانه، سکونت در شهرستان سنندج، داشتن سن ۲۰ تا ۳۰ سال و متأهل بودن) بررسی شد و فهرست واریس عملکرد مک مستر در مورد آنها اجرا شد؛ سپس محقق در مرحله دوم از طریق شیوه نفرگیری (عریضی و فراهانی، ۱۳۸۷)؛ یعنی با کل نمونه ای که شرایط ورود را داشتند، تماس گرفته شد و دعوت به شرکت در تحقیق شدند؛ تعداد مراجعان حاضر به همکاری مشخص شد، و در مرحله سوم، از میان مراجعان حاضر به همکاری (مرد)، ۶۶ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند؛ در مرحله چهارم، با استفاده از فهرست واریس عملکرد مک مستر در مراجعان، میزان عملکرد خانواده اندازه گیری شد (پیش آزمون) و سرانجام در مرحله پنجم، به شیوه جایگزینی تصادفی، افراد در سه گروه ۲۲ نفری (فراشناخت درمانی، مداخله توکل (مذهب محور درمانی) و گواه) گماشته شدند. بعد از اجرای تحقیق، به دلیل ریزش ۵ نفر

افسردگی و روابط فردی نشان می دهند [۷]. درمان شناختی، به شدت متأثر از زمینه های فرهنگی، خانواده، باورها و ارزش های درون فرهنگی است و کارایی آن تحت تأثیر زمینه های فرهنگی و اعتقادات مردمی است که این درمان در ارتباط با آنها و زمینه فرهنگی به کار برده می شود [۸]. پژوهش های مختلفی نقش عقاید و باورهای مذهبی را بر سلامت روان و عملکرد فردی نشان می دهند [۹، ۱۰]. پژوهش های پیشین نشان داده اند که مداخلات معنوی بر افزایش سلامت روان و تنظیم هیجانی دختران دانشجو مؤثر بوده است [۱۱]؛ همچنین پژوهش های دیگری نشان داده اند که مداخله های معنوی و دینی، مانند حضور مکرر در محافل دینی، مانند کلیسا و مسجد به بهزیستی و رضایت درونی بیش تر از زندگی و کاهش افسردگی مرتبط بوده اند [۶]. شناخت درمانی معنوی در کاهش افسردگی و نارضایتی زندگی زنان مؤثر می باشد [۱۲]. درمان شناختی-رفتاری مذهب محور، در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری کلاسیک، در کاهش میزان افسردگی و حل مسأله و شیوه ای ارتباط مؤثرتر می باشد [۱۳].

نتایج تحقیقات نشان می دهد میان مذهب با سلامت روان و بهبود عملکرد فردی و خانوادگی [۱۴-۱۶] با عزت نفس بالا [۱۷]، کاهش افسردگی [۱۸]، حمایت اجتماعی و تقویت روابط خانوادگی [۱۹] و خودکشی [۲۰] نوعی همبستگی مثبت وجود دارد و عدم توجه درمان سنتی به عنصر معنویت و ارزشهای دینی در فرآیند درمان، ناپایداری تغییرات رفتاری ایجاد شده در دراز مدت و درصد بالای بازگشت به رفتارهای ناپهناجر را به دنبال داشته است [۲۱]. در حالی که پژوهشها نشان داده اند ایمان، انجام دستورات مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی می تواند نقش مؤثری در جلوگیری از ابتلا به مشکلات روانی افراد و حل آن داشته باشد و موجب ارتقای سطح سلامتی و بهزیستی افراد در ابعاد شخصیتی و خانوادگی شود [۲۲]. مطالعات اژدری فرد، قاضی و نورانی پور [۲۳]، مک گرگور [۲۴]، ویلیامز [۲۵] و یوسفی [۲۶] نیز در همین راستا بوده است

با وجود پژوهشهای زیاد، هنوز الگوی مبتنی بر مذهب و توکل برای بهبود عملکرد خانواده تدوین نشده است و در زمینه اثربخشی این مدل و رویکرد فراشناختی بر عملکرد خانواده ها در ایران مطالعات چندانی صورت نگرفته است.

شش بعد از عملکرد خانواده را می‌سنجد که این شش بعد عبارتند از:

۱) حل مسأله، ۲) ارتباطات، ۳) نقش‌ها، ۴) واکنش‌های عاطفی، ۵) آمیزش (درگیری) عاطفی و ۶) کنترل رفتار و یک مقیاس کلی. هر بعد دارای ۷ نقطه معیار قابل ملاحظه است؛ به این معنی که عدد ۱ نشانگر عملکرد کاملاً مغشوش و عدد ۷ نشانگر عملکرد کاملاً مناسب است. درجه ای که بین عدد ۱ تا ۴ قرار می‌گیرد، نشانگر این مسأله است که یک فرد در خانواده، یا به طور کلی خانواده، نیازمند کمک‌های بالینی می‌باشند. درجه ۵ و ۷ در هر مقیاس، نشان می‌دهد که اختلالات در هر زمینه، جزئی و ناچیز است و نیازمند کمک بالینی نیست. هر یک از ۶ بخش موجود در این نوشته، توصیف‌گر یکی از مقیاس‌های ابعاد MMFF می‌باشد. تمام بخش‌ها ساختار مشابه دارند؛ به طوری که هر یک از این ساختارها، با تعریفی از مفاهیم خاص یک زمینه (بعد) آغاز می‌شود. در ایران نیز نتایج به دست آمده از روش تحلیل عاملی به شیوهٔ چرخش متمایل، از نوع تحلیل متمایل^۴ مستقیم، هفت عامل شیوه‌ی سنجش خانوادگی مک‌مستر را نشان داد و با تحلیل عامل تأییدی آنها برازش شدند. ضرایب پایایی به روش همسانی درونی، از جمله آلفای کرونباخ و تصنیف برای ۶۰ ماده و هفت عامل، به ترتیب با مقدار ۰/۸۳ و ۰/۸۲ و رضایت بخش بودند. همچنین، ضرایب روایی همگرا و واگرای ابزار سنجش خانوادگی مک‌مستر با پرسشنامه‌ی الگوهای ارتباطی^۵ (CPQ)، پرسشنامه کانون مهار^۶ (LOCS) و خرده مقیاس‌های واکنش عاطفی و امتزاج با دیگران، به ترتیب ۰/۴۶، ۰/۳۶، ۰/۴۱ و ۰/۴۳- به دست آمده است که معنادار ($p < 0.001$) است [۲۶].

روند اجرای پژوهش: اثر درمانی توکل و فراشناخت جهت اندازه‌گیری متغییر وابسته عملکرد خانواده در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بررسی شد. چارچوب جلسات درمانی فراشناخت و آموزش شناخت درمانی مبنی بر الگوی مداخله مذهب محور (توکل)، توسط یکی از درمانگران که در زمینه فراشناخت و یک روحانی که در زمینه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر الگوی

در دو گروه آزمایشی و مخدوش بودن پرسشنامه ۲ آزمودنی در هر گروه، تعداد افراد هر گروه به ۱۵ نفر تقلیل یافت؛ هرچند کفایت حجم نمونه پس از انجام تحلیل آماری (تحلیل کواریانس چند متغیره)، شاخص‌های توان آماری و واریانس مشترک نشان داد که توان آماری بالاتر از ۰/۸ و واریانس مشترک بیشتر از ۰/۳۰ بود؛ در نتیجه نمونه گرفته شده مکفی بود (در تحلیل کواریانس به ازای وارد کردن هر متغیر به عنوان متغیر کنترل، توان آماری مقداری کاهش می‌یابد که حجم نمونه پایین ممکن است این کاهش را مربوط به عدم اثر بخشی جلوه دهد، و لازم است برای جبران آن حجم نمونه‌ی بیشتر انتخاب کرد).

ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه به صورت ذیل بود: میانگین سنی ۳۳/۷۸ سال و با انحراف معیار ۳/۵۶، مدت ازدواج ۷/۶ سال و درصد بومی بودن آزمودنی‌های برابر با ۹۱ درصد بود.

جهت رعایت اخلاق پژوهشی، تمام آزمودنی‌ها آگاه شدند که این اطلاعات به منظور اهداف پژوهشی جمع‌آوری می‌شود و در مورد پنهان ماندن هویت پاسخ دهندگان اطمینان داده شد؛ همچنین ذکر شد که علاقمندان می‌توانند با ارائه پست الکترونیکی و آدرس از نتایج پژوهش آگاه شوند.

ابزار

۱- ابزار سنجش خانوادگی مک‌مستر (FAD)^۱: این ابزار برای ارزیابی عملکرد خانواده با عنوان توصیف مدل مک‌مستر از عملکرد خانواده (MMFF)^۲ طراحی شده است این ابزار توسط اپستاین و بالدوین و بیشاپ^۳ تدوین شد. آن دارای ۶۰ سؤال است و شامل ۷ مقیاس می‌باشد که ۶ بعد خانوادگی و یک بعد عملکرد کلی خانوادگی را می‌سنجد؛ هر سؤال به یکی از این مقیاس‌ها یا ابعاد مربوط می‌شود که عملکرد سالم و ناسالم خانواده را توصیف می‌کنند. مقیاس سنجش بالینی مدل مک‌مستر، خانواده‌ها را بر اساس MMFF ارزیابی می‌کند؛ یک ارزیاب باید به منظور انجام ارزیابی دقیق، با مدل آشنا باشد. یک درمانگر به منظور دستیابی به اطلاعات ضروری، از طریق این ابزار اطلاعاتی را راجع به عملکرد خانواده بر طبق بخش‌های پیشین به دست می‌آورد. ابزار سنجش خانوادگی مک‌مستر

4. Oblimian
5. communication patterns questionnaire
6. Locus of Control Scal

1. Family Assessment Device (FAD)
2. MC master model of family function
3. Epstein, Baldwin & Bishop

چارچوب جلسات مداخله توکل (مذهب محور) عبارتند از :

جلسه (۱): آشنایی اعضا، تعیین اهداف و قواعد جلسات درمان؛ جلسه (۲): محبت ورزی و رحمت الهی بر مبنای امید در توکل؛ جلسه (۳): توکل، اخلاق و تعهد در متن مذهب و تأثیر آن بر خانواده؛ جلسه (۴): قضاوت کردن مبتنی بر توکل از دیدگاه آموزه های دینی و تأثیر آن بر خانواده؛ جلسه (۵): صبر و بردباری با مفهوم معنوی و توکل؛ جلسه (۶): بخشودگی و توکل مبنی بر حل مشکل از دیدگاه معنویت و مذهب؛ جلسه (۷): رابطه با خانواده همسر و صله رحم از منظر توکل؛ جلسه (۸): وفاداری و پرهیز از خیانت از دیدگاه مذهبی و در صورت بروز بر خدا توکل کند؛ جلسه (۹): توکل و نشاط خانوادگی و همکاری در بین زوجین و جلسه (۱۰): توکل و بازگشت و توبه و اثر آن بر روابط خانوادگی و طرحی برای آینده. گروه سوم؛ گروه گواه محسوب می شوند و شامل پرسنلی است، هیچ گونه مداخله ای دریافت نمی کنند بلکه فقط ابزار سنجش عملکرد را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۳ ماه بعد) تکمیل کردند و بعد از پایان درمان، آنها هم جلسات آموزشی دریافت کردند.

مداخله مذهب محور (توکل)، متخصص و آموزش دیده بود و در بهداری سنج کار می کرد، به مدت ۱۰ جلسه یک ساعتی با هفته ای یکبار، به صورت گروهی در سالن بهداری بیت المقدس به کارکنان آموزش داده شد. جلسات درمانی فراشناخت مبتنی بر پروتکل درمانی و نظریه [۴] تدوین شد و روش مذهب محور مبتنی بر توکل، بر اساس چارچوب مطرح شده توکل در قرآن و احادیث بود که با چند نفر از علمای صاحب نظر جهت تقویت روایی روش مذکور، مشاوره و تبادل نظر شد و بعد از تأیید این صاحب نظران برای مداخله ارائه شد. چارچوب جلسات فرا شناخت درمانی عبارتند از جلسه (۱): آشنایی اعضا، تعیین اهداف و قواعد جلسات درمان؛ جلسه (۲): آموزش مهارت های ارتباطی (گفتگوی دو طرفه)؛ جلسه (۳): ارائه منطق درمان فراشناخت و تشکیل چارت زندگی؛ جلسه (۴): آموزش فاصله گرفتن از افکار و مقایسه آن با غرق شدن در افکار؛ جلسه (۵): معرفی حالات هیجانی؛ جلسه (۶): بنا کردن شیوه فراشناختی و آموزش تکنیک های فراشناختی؛ جلسه (۷): بنا کردن شیوه فراشناختی و آموزش تکنیک های فراشناختی؛ جلسه (۸): آموزش تکنیک تخصیص توجه، جلسه (۹): چالش با راهکارهای مقابله ای زوجین حین بروز تعارض؛ جلسه (۱۰): طرحی برای آینده.

یافته ها

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمره های کلی عملکرد خانواده مربوط به مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایش و کنترل گروه

متغیر	مراحل آزمون	گروه ها	شاخص آماری	
			میانگین	انحراف معیار
عملکرد خانواده (نمره کلی)	پیش آزمون	مدل درمانی فراشناخت	۱۴۸/۴۳	۱۰/۸۹
		مداخله توکل (مذهب محور)	۱۴۶/۶۶	۱۸/۸۳
		کنترل	۱۳۷/۴۹	۷/۰۵
	پس آزمون	مدل درمانی فراشناخت	۱۹۷	۱۷/۵۹
		مداخله توکل (مذهب محور)	۱۹۸/۸۴	۲۴/۳۷
		کنترل	۱۴۳/۰۵	۲۷/۱۱
	پیگیری	مدل درمانی فراشناخت	۱۸۹/۸۹	۱۳/۱۵
		مداخله توکل (مذهب محور)	۱۹۳/۷۵	۲۰/۳۲
		کنترل	۱۵۱/۴۳	۲۳/۰۷
		تعداد		

فرض نرمال بودن و تساوی واریانس‌ها، از آزمونهای پارامتریک می‌توان استفاده نمود. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره کلی عملکرد خانواده هر یک از گروه‌های مربوط به مدل درمانی فراشناخت، درمان شناختی مذهب محور و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در پس آزمون برای متغیرها تأیید شدند؛ به عبارت دیگر، طبق پیش فرض لون، همگنی واریانس‌ها برقرار است ($F=0/74$ ، $P>0/48$). همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه، برای متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد ($F=0/72$ ، $P>0/67$). بنابراین با توجه به رعایت پیش

جدول ۲) نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) میانگین نمرات مربوط به عملکرد خانواده و مؤلفه‌های آن در مرحله پس آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل اثر پیش آزمون

متغیرها	نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	عملکرد (نمره کلی)	آزمون لامبدای ویلکز	۸	۹	۱/۷۴	۰/۲۱	۰/۵۳	۰/۶۱
	حل مشکل	آزمون لامبدای ویلکز	۸	۹	۲/۸۳	۰/۶۱	۰/۶۲	۰/۷۲
	ارتباطات	آزمون لامبدای ویلکز	۸	۹	۱/۰۳	۰/۸۶	۰/۴۲	۰/۶۷
	نقش‌ها	آزمون لامبدای ویلکز	۸	۹	۰/۴۶	۰/۷۴	۰/۶۰	۰/۸۲
	پاسخ عاطفی	آزمون لامبدای ویلکز	۸	۹	۰/۳۹	۰/۹۱	۰/۷۴	۰/۸۳
	آمیزش عاطفی	آزمون لامبدای ویلکز	۸	۹	۲/۲۹	۰/۰۹	۰/۷۷	۰/۷۹
	کنترل رفتار	آزمون لامبدای ویلکز	۸	۹	۰/۹۲	۰/۵۳	۰/۳۴	۰/۸۱
	عملکرد کلی	آزمون لامبدای ویلکز	۸	۹	۲/۲۹	۰/۰۹	۰/۳۲	۰/۶۹
گروها	آزمون لامبدای ویلکز	۱۶	۱۸	۱/۵۲	۰/۰۱	۰/۷۸	۰/۹۶	

همان طوری که در جدول ۲ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون، سطوح معنا داری همه آزمونها در متغیر گروه، بیانگر آن هستند که بین افراد گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (حل مشکل، نقش، ارتباط، پاسخ عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل و عملکرد کلی) تفاوت معنا داری وجود دارد ($p < 0/01$) و بدین ترتیب می‌توان گفت بر فراشناخت و درمان شناختی مذهب محور بر عملکرد خانواده کارکنان مؤثر است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۷۸ می‌باشد؛ یعنی ۷۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون عملکرد خانواده (حل مشکل، نقش، ارتباط، پاسخ عاطفی،

آمیزش عاطفی، کنترل، عملکرد کلی) مربوط به تأثیر فراشناخت و درمان شناختی مذهب محور می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۶ است، یعنی امکان خطای نوع دوم، ۰/۰۴ است؛ به عبارت دیگر اگر این تحقیق ۱۰۰ مرتبه تکرار شود، امکان اینکه فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود، برابر با ۰/۰۴ است و توان آماری ۰/۹۶ حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است. برای پی بردن به تفاوت‌ها، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا، در جداول بعدی نشان داده شده است.

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون میانگین نمرات عملکرد خانواده (نمره کلی) کارکنان گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
عملکرد خانواده (نمره کلی)	پیش آزمون	۹۳۰/۳۱	۱	۹۳۰/۳۱	۱/۷۷	۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۹۴
	گروه	۷۰۱/۸۸	۲	۳۵۰/۹۴	۰/۶۷	۰/۰۲	۰/۹۲	۰/۹۳
	خطا	۱۷۲۶۵/۳۷	۳۳	۵۲۳/۱۹				

آزمایش، نسبت به میانگین کارکنان گروه کنترل فراشناخت درمانی و درمان مذهب محور برای کارکنان گروه های یاد شده موجب افزایش نمره کلی عملکرد خانواده گروه های آزمایش شده است؛ اما بین کارکنان گروه های فراشناخت درمانی و شناخت مذهب محور تفاوت معنی داری وجود ندارد که این امر بیانگر آن است که فراشناخت درمانی و شناخت مذهب محور، تأثیر تقریباً یکسانی بر نمره کلی عملکرد خانواده گروه های یاد شده داشته اند.

جدول ۴) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمره کلی عملکرد خانواده افراد در گروه های سه گانه

تفاوت میانگین (I-J)			گروهها	
۳	۲	۱		
۹/۹۱*	۰/۵۳	—	فراشناخت	۱
۹/۳۷*	—	۰/۵۳	مداخله توکل(مذهب محور)	۲
—	۹/۳۷*	۹/۹۱*	کنترل	۳

* $p < 0.0001$

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون بین کارکنان گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ عملکرد خانواده(نمره کلی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=0.67$ و $p < 0.0001$)، و میزان تأثیر یا تفاوت برابر با 0.93 می باشد؛ یعنی 93% تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون عملکرد خانواده(نمره کلی)، مربوط به تأثیر مذهب محور درمانی و فراشناخت درمانی می باشد. توان آماری برابر با 0.95 است؛ یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است و دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد. معنی دار شدن تفاوت در تحلیل کواریانس مشخص نمی سازد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد، لذا بدنبال این تحلیل، تحلیل تعقیبی بونفرونی انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

همان طوری که در جدول ۴ نشان داده شده است، بین کارکنان گروه کنترل و گروه های فراشناخت درمانی و درمان مذهب محور، تفاوت معنی داری از لحاظ نمره کلی عملکرد خانواده در کارکنان وجود دارد؛ به عبارت دیگر، با توجه به میانگین نمره کلی عملکرد خانواده (افراد گروه های

جدول ۵) نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری(مانکوا) روی میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه های حل مشکل، نقش، ارتباط، پاسخ عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل و عملکرد کلی در افراد گروه های آزمایش و گواه با کنترل اثر پیش آزمون

متغیرها	نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
گروه ها	پیش آزمون حل مشکل	۰/۴۱	۷	۱۳	۲/۵۹	۰/۰۷	۰/۳۸	۰/۶۷
	پیش آزمون ارتباط	۰/۶۹	۷	۱۳	۰/۸۱	۰/۵۹	۰/۲۵	۰/۲۲
	پیش آزمون نقش	۰/۸۷	۷	۱۳	۰/۲۶	۰/۹۵	۰/۱۲	۰/۰۹
	پیش آزمون پاسخ عاطفی	۰/۸۱	۷	۱۳	۲/۴۶	۰/۸۴	۰/۱۹	۰/۱۴
	پیش آزمون آمیزش عاطفی	۰/۶۶	۷	۱۳	۰/۹۲	۰/۵۲	۰/۳۳	۰/۲۵
	پیش آزمون کنترل	۰/۶۲	۷	۱۳	۱/۱۲	۰/۴۰	۰/۳۷	۰/۳۰
	پیش آزمون عملکرد	۰/۳۹	۷	۱۳	۲/۸۳	۰/۰۵	۰/۶۱	۰/۷۱
	آزمون اثر پیلایی	۰/۶۳	۱۴	۲۸	۰/۹۳	۰/۰۵	۰/۵۹	۰/۹۸
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۵	۱۴	۲۶	۰/۹۱	۰/۰۱	۰/۷۴	۰/۹۶
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۰۲	۱۴	۲۴	۰/۸۸	۰/۰۱	۰/۸۵	۰/۹۷
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۷۷	۷	۱۴	۱/۵۴	۰/۰۱	۰/۹۲	۰/۹۶	

عملکرد خانواده، مربوط به تأثیر درمان های مبتنی بر فراشناخت و مذهب محور می باشد؛ توان آماری برابر با ۰/۹۶ است، یعنی امکان خطای نوع دوم ۰/۰۴ است و دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد.

معنی دار شدن تفاوت در تحلیل واریانس مشخص نمی سازد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد؛ لذا بدنبال این تحلیل، تحلیل تعقیبی بونفرونی انجام شد که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می شود، با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمونها در متغیر گروه، بیانگر آن هستند که بین کارکنان گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مؤلفه های عملکرد خانواده) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/01$) و $F = 0/91$ ، بنابراین درمان مبتنی بر فراشناخت و درمان مذهب محور بر مؤلفه های عملکرد خانواده مؤثرند. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۷۴ می باشد؛ یعنی ۷۴ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مؤلفه های

جدول ۶) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات مؤلفه های حل مشکل، نقش، ارتباط، پاسخ عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل و عملکرد کلی افراد در گروه های سه گانه

تفاوت میانگین (I-J)			گروهها	
۳	۲	۱		
۳/۴۳*	۱/۰۲	—	فراشناخت	حل مشکل
۲/۵۸*	—	۱/۰۲	مداخله توکل (مذهب محور)	
—	۲/۵۸*	۳/۴۳*	کنترل	
۰/۸۷*	۰/۲۵	—	فراشناخت	ارتباط
۰/۶۲*	—	۰/۲۵	مداخله توکل (مذهب محور)	
—	۰/۶۲*	۰/۸۷*	کنترل	
۰/۴۵*	۰/۰۱	—	فراشناخت	نقش
۰/۴۶*	—	۰/۰۱	مداخله توکل (مذهب محور)	
—	۰/۴۶*	۰/۴۵*	کنترل	
۱/۶۲*	۰/۶۵	—	فراشناخت	پاسخ عاطفی
۰/۵۱*	—	۱/۶۲	مداخله توکل (مذهب محور)	
—	۰/۵۱*	۱/۶۲*	کنترل	
۰/۴۸*	۰/۱۵	—	فراشناخت	درگیری عاطفی
۰/۳۲*	—	۰/۱۵	مداخله توکل (مذهب محور)	
—	۰/۳۲*	۰/۴۸*	کنترل	
۰/۹۴*	۰/۳۱	—	فراشناخت	کنترل
۱/۴۳*	—	۰/۳۱	مداخله توکل (مذهب محور)	
—	۱/۴۳*	۰/۹۴*	کنترل	
۱/۱۴*	۰/۷۳	—	فراشناخت	عملکرد کلی
۲/۴۹*	—	۰/۷۳	مداخله توکل (مذهب محور)	
—	۲/۴۹*	۱/۱۴*	کنترل	

*= $p < 0/0001$

موجب افزایش مؤلفه های عملکرد خانواده (حل مشکل، نقش، ارتباط، پاسخ عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل) و عملکرد کلی گروه های آزمایش شده است.

همان طوری که در جدول ۷ نشان داده شده است، بین کارکنان گروه گواه و گروه های فراشناخت درمانی و درمان مذهب محور تفاوت معنی داری از لحاظ مؤلفه های عملکرد خانواده (حل مشکل، نقش، ارتباط، پاسخ عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل) و عملکرد کلی افراد وجود دارد. به عبارت دیگر، فراشناخت درمانی و درمان مذهب محور

جدول ۷) نتایج تحلیل تی وابسته نمرات مؤلفه های حل مشکل، نقش، ارتباط، پاسخ عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل و عملکرد کلی در مرحله پس آزمون و پیگیری کارکنان درگروه های آزمایش و گواه

متغیرها	گروه	اختلاف میانگین (پس آزمون - پیگیری)	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار تی وابسته	سطح معنی داری
حل مشکل	مذهب محور	۰/۲۱	۰/۸۱	۱۴	۱	۰/۳۳
	فراشناخت	۰/۳۴	۰/۹۱	۱۴	۰/۹۸	۰/۸۷
	کنترل	۰/۳۱	۱/۱۱	۱۴	۰/۷۸	۰/۳۶
ارتباط	مذهب محور	۰/۴۳	۰/۷۳	۱۴	۰/۵۶	۰/۵۸
	فراشناخت	۰/۱۴	۰/۵۳	۱۴	۰/۹۸	۰/۳۳
	کنترل	۰/۷۳	۲/۱۵	۱۴	۱/۳۱	۰/۲۱
نقش	مذهب محور	۱/۱۳	۲/۰۹	۱۴	۲/۰۲	۰/۰۶
	فراشناخت	۰/۴۶	۱/۲۴	۱۴	۱/۴۵	۰/۱۶
	کنترل	۰/۱۳	۱/۵۹	۱۴	۰/۳۲	۰/۷۵
پاسخ عاطفی	مذهب محور	۰/۶۱	۰/۲۵	۱۴	۱	۰/۳۳
	فراشناخت	۰/۵۳	۱/۵۹	۱۴	۱/۲۹	۰/۲۱
	کنترل	۰/۵۶	۱/۴۵	۱۴	۱/۴۱	۰/۱۷
آمیزش عاطفی	مذهب محور	۰/۵۳	۲/۰۶	۱۴	۰/۸۹	۰/۴۵
	فراشناخت	۱/۵۳	۳/۷۱	۱۴	۱/۶۱	۰/۱۳
	کنترل	۱/۱۴	۲/۴۴	۱۴	۱/۷۴	۰/۱۱
کنترل	مذهب محور	۰/۲۱	۱/۴۷	۱۴	۰/۵۴	۰/۵۹
	فراشناخت	۱/۸۱	۲/۸۱	۱۴	۲/۴۸	۰/۰۲
	کنترل	۰/۲۱	۱/۱۲	۱۴	۰/۷۱	۰/۴۸
عملکرد کلی	مذهب محور	۰/۹۳	۲/۴۹	۱۴	۱/۴۵	۰/۱۶
	فراشناخت	۲/۲۳	۴/۲۸	۱۴	۱/۸۷	۰/۰۸
	کنترل	۰/۹۳	۲/۴۹	۱۴	۱/۴۵	۰/۱۶
عملکرد(نمره کلی هفت خرده مقیاس)	مذهب محور	۱/۸۴	۱۳/۸۸	۱۴	۰/۴۷	۰/۶۴

همان طوری که در جدول ۷ مشاهده می شود با مقایسه نمرات پس آزمون و پیگیری بجز مؤلفه ی گواه در فراشناخت، بقیه درمانهای دیگر اثرشان پایدار و ماندگار است؛ به عبارت دیگر اثربخشی درمانهای مذهب محور و فراشناخت در طی سه ماه بعد از مداخله ثابت مانده است.

بحث

نتیجه تحلیل کوواریانس نشان داد با کنترل اثر پیش آزمون، که بین آزمودنیها گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (حل مشکل، نقش، ارتباط، پاسخ عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل و عملکرد کلی) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین ترتیب فراشناخت و درمان شناختی مذهب محور بر عملکرد خانواده کارکنان مؤثر است. همان طور که نتیجه

تحلیل کوواریانس در جدول ۱ مشاهده می شود، با کنترل پیش آزمون، بین کارکنان گروه های آزمایش و گواه از لحاظ نمره کلی عملکرد خانواده تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج نشان داد، فراشناخت درمانی و درمان مذهب محور برای کارکنان گروه های یاد شده با توجه به میانگین نمره کلی عملکرد خانواده آنان نسبت به میانگین کارکنان گروه کنترل موجب افزایش نمره کلی عملکرد خانواده گروه های آزمایش شده است؛ اما بین نمرات کلی عملکرد خانواده کارکنان گروه های فراشناخت درمانی و درمان مذهب محور تفاوت معنی داری وجود ندارد که این امر بیانگر آن است که فراشناخت درمانی و درمان مذهب محور (توکل) تأثیر تقریباً یکسانی بر نمره کلی عملکرد خانواده گروه های یاد شده داشته اند.

یافته‌های این پژوهش با مبانی نظریه مذهبی (توکل) و پژوهش‌های مشابه آتن و اسشنک^[۲۷] آتن و وورثینگتون^[۲۸] در مورد اثر مذهبی (توکل) بر عملکرد خانواده و مؤلفه‌های آن همسو و همخوان است؛ همچنین نتایج این پژوهش با تحقیقات مذهب محور مبتنی بر توکل پارک^[۳۲]، اژدری فرد، قاضی و نورانی پور^[۲۳]، حمید و همکاران^[۲۶] همخوان است. بنابراین درمان شناختی مداخله توکل (مذهب محور) بر عملکرد خانواده و مؤلفه‌های آن در کارکنان مؤثر است.

در تبیین مطالب عنوان شده می‌توان گفت که در شناخت علت تمامی مشکلات فردی و روابط بین فردی، فشار روانی نقش برجسته‌ای ایفا می‌نماید و بنابر گفته‌ی تعداد بیشماری از دانشمندان، همه‌ی بیماری‌های موجود در انسان و مشکلات خانوادگی، از جهاتی با فشار روانی ارتباط دارند و متأسفانه برای مقابله با فشار روانی، دارودرمانی چندان مؤثر نیست؛ به همین دلیل و همچنین با توجه به نقش مذهب و جهت‌گیری مذهبی در بهداشت روان و ارتقای سلامت روان، اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه‌ی گذشته به صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است^[۲۹]. چون در توکل هم جنبه کنترل نیابتی مطرح است که فرد ناتوان با اتصال به کمک و مشیت خداوند متعال احساس قوی بودن می‌کند و مطمئن می‌شود که با گرفتن طرف خداوند بر حوادث فایق خواهد آمد و پشتش به پشتیبانی خدا گرم است؛ از طرفی دیگر بحث توکل به خداوند متعال به کنترل تفسیری ارتباط پیدا می‌کند؛ چون فرد متوکل در تعبیر و تفسیر پدیده‌ها همیشه خداوند دانا و حکیم مشفق و خیرخواه را به همراه دارد و اگر حادثه‌ای ناگوار برایش پیش آید با دید عارفانه به آن نگریسته و آن را خیر تلقی می‌کند^[۳۰]. توکل در رابطه فرد با خدا مطرح است که این رابطه در اعمال انسان تأثیر داشته و رابطه فرد با خدا را نمایان می‌سازد. در حالی که انسان رابطه خویش با خدا را از طریق دعا، استعاذه، انجام فرایض، و مستحبات نیز نشان می‌دهد، در توکل جنبه‌ای از رابطه فرد با خدا نمایان است که تلویحاً فرد متوکل پیش

فرضیه‌ی را پذیرفته است که مهمترین آنها باور و ایمان به قدرت، حکمت و شفقت خداوند به بندگانش می‌باشد و همین جنبه اعتماد و ایمان است که رابطه توکل گونه را از انواع دیگر رابطه‌ها متمایز می‌کند. این جنبه اعتماد از نظر عرفانی بسیار با اهمیت است؛ چون دوستی ارکانی دارد که از مهمترین آنها "اعتماد" است. به خاطر همین درجه بالای توکل است که خداوند توکل کنندگان را دوست می‌دارد و در قرآن می‌فرماید: "ان ... یحبُّ الْمُتَوَكِّلِينَ"^۳. در توکل فرد همچنین به وعده‌های خداوندی در قرآن علم و ایمان دارد و می‌داند که خداوند به اهداف خود خواهد رسید و تلاش‌های انسان در راه خدا بی نتیجه نخواهد ماند. لازمه پیاده کردن توکل در عمل تشخیص وظیفه و برنامه‌های فردی و شخصی از برنامه‌های خداوندی است و تفکیک این امر است که مسئولیت انسان در کوشش و تلاش تا چه حدی است و از چه مرز دیگری مسئولیت انسان تمام شده تلقی می‌گردد، و فرد باید کار را به کاردان واقعی (یعنی خداوند متعال) واگذار نماید. در توکل همچنین علم به اینکه در چه کارهایی می‌توان توکل نمود و در چه کارهایی توکل دامنه اش جاری و ساری نیست، لازم است^[۳۱]. درمان فراشناخت بر عملکرد خانواده و مؤلفه‌های آن در کارکنان مؤثر است که نتایج این پژوهش با پژوهش‌های دیگر که در زمینه فراشناخت انجام گرفته، همچو واسل^[۳۳] و الیس^[۳۴] همسو و همخوان است؛ همچنین نتایج این پژوهش با تحقیقات فراشناخت و مبانی نظری ولز و پاپا جورجیو^[۳۷]، وایت^[۳۸] و مبانی نظری فراشناخت همخوان است^[۳۹، ۴۰].

در تبیین نظری و عملی باید بیان داشت: ما در تمام ساعات بیداری در حال فکر کردن هستیم؛ فکر کردن در واقع یک «گفتگوی درونی» است. گرچه ما خاموشیم، اما در درون خود در حال مذاکره و گفتگو هستیم. ما چنان در افکارمان غرق می‌شویم که کم‌تر به "چگونگی فکر کردن مان" فکر می‌کنیم؛ در نتیجه شیوه‌ی تفکر ما اغلب به یک شکل ادامه می‌یابد. صاحب‌نظران پیشنهاد می‌کنند که ما به شیوه‌ی تفکرمان در طول روز نگاه کنیم و سبک آن را مرور نماییم. "فکر کردن به فکر کردن مان" یا همان "نگاه کردن به شیوه‌ی تفکرمان" را "فراشناخت" نامیده‌اند.

در تبیین مطالب عنوان شده می‌توان گفت که در شناخت علت تمامی مشکلات فردی و روابط بین فردی، فشار روانی نقش برجسته‌ای ایفا می‌نماید و بنابر گفته‌ی تعداد بیشماری از دانشمندان، همه‌ی بیماری‌های موجود در انسان و مشکلات خانوادگی، از جهاتی با فشار روانی ارتباط دارند و متأسفانه برای مقابله با فشار روانی، دارودرمانی چندان مؤثر نیست؛ به همین دلیل و همچنین با توجه به نقش مذهب و جهت‌گیری مذهبی در بهداشت روان و ارتقای سلامت روان، اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه‌ی گذشته به صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است^[۲۹]. چون در توکل هم جنبه کنترل نیابتی مطرح است که فرد ناتوان با اتصال به کمک و مشیت خداوند متعال احساس قوی بودن می‌کند و مطمئن می‌شود که با گرفتن طرف خداوند بر حوادث فایق خواهد آمد و پشتش به پشتیبانی خدا گرم است؛ از طرفی دیگر بحث توکل به خداوند متعال به کنترل تفسیری ارتباط پیدا می‌کند؛ چون فرد متوکل در تعبیر و تفسیر پدیده‌ها همیشه خداوند دانا و حکیم مشفق و خیرخواه را به همراه دارد و اگر حادثه‌ای ناگوار برایش پیش آید با دید عارفانه به آن نگریسته و آن را خیر تلقی می‌کند^[۳۰]. توکل در رابطه فرد با خدا مطرح است که این رابطه در اعمال انسان تأثیر داشته و رابطه فرد با خدا را نمایان می‌سازد. در حالی که انسان رابطه خویش با خدا را از طریق دعا، استعاذه، انجام فرایض، و مستحبات نیز نشان می‌دهد، در توکل جنبه‌ای از رابطه فرد با خدا نمایان است که تلویحاً فرد متوکل پیش

1. Schenck, J.D.
2. Aten, E.L & Worthington, J

یعنی همه چیز را وحشتناک، هولناک، افتضاح، و ناگوار در زندگی ببینیم؛ یعنی بدترین چیزی که ممکن بوده اتفاق بیفتد. این وضعیت معمولاً به مرحله‌ی بعد که "نمی توانم تحمل کنم" نام دارد ختم می شود که در آن فرد قادر به تحمل آن اتفاقات و موقعیت ها نیست. هر دو نوع باعث می شود فرد احساس بدتری نسبت به مشکلاتش پیدا کند. درخواست ها (بایدها) یکی دیگر از ابعاد فراشناخت است، یعنی راهی که افراد از بایدهای استبدادگرایانه استفاده می کنند، این را می توان تقریباً هسته‌ی مرکزی تفکر غیرعقلانی و غیرمنطقی دانست. اگر ما همه‌ی خواسته‌ها و نیازهای زندگیمان را به عنوان اولویت نگاه می داشتیم، ممکن بود برای ما دردرساز شود و عملکرد فردی و خانوادگی ما رامختل می کرد. سرانجام ارزش گذاری به عبارت دیگر، سعی در تعیین ارزش کلی هر انسان و قضاوت درمورد ارزش آنها. این طرز تفکر شامل کلی گرایي هم می شود. به این صورت که فرد برحسب یک معیار و استاندارد ارزشی، رفتار، خصوصیات و اعمال دیگران را ارزیابی می کند و بعد آن ارزیابی را به طور کلی درمورد خود یا آن فرد به کار می برند. مثلاً، "من کار بدی انجام دادم پس آدم بدی هستم". این طرز تفکر ممکن است منجر به واکنش هایی از قبیل افسردگی، حالت تدافعی پیدا کردن، بزرگ نمایی، دشمنی و کینه و مشکلات خانوادگی شود. همه‌ی این سازه‌ها زائیده‌ی افکاری بی ثبات است. به هیچ طریق با واقعیت جور نیستند، به همین دلیل است که وقتی فردی که چنین قوانینی را برای خود در ذهن دارد، وقتی با واقعیت روبه رو می شود، دچار ضربه‌ی احساسی و رفتاری می شوند و عملکرد او در زندگی فردی و خانوادگی مختل می شود. فراشناخت می تواند بر این افکار اثر بگذارد و عملکرد فردی و خانواده را متعادل کند.

بنابراین استفاده از رویکرد درمانی کاراً و اثربخش و به محک آزمایش گذاشتن روشهای درمانی از ضروریات می باشد که پژوهش حاضر اثر درمانی فراشناخت و توکل را در اصلاح عملکرد خانواده را مورد تأیید و تأکید قرار می دهد و دلایل اثر بخشی آن در بخش قبلی مفصل بیان شده است. هر پژوهشی با محدودیت ها و چالش های مواجه است که اشاره به آنها علاوه بر آگاهی مخاطب از مشکلات اجرای این پژوهش، موجب کمک به پژوهشگران بعدی می شود

مطالعات متخصصان "فراشناخت" و "شناخت درمانی"، نشان داده که "شیوه‌ی فکر کردن ما" بر احساسات و رفتارهای مان و عملکرد و روابطمان مؤثر است. برخی از شیوه‌های فکر کردن، حال ما را بد می کنند و عملکرد زندگی را مختل می کند؛ این شیوه‌ها مغایر با "برخورداری از شخصیت سالم" هستند. ما به این شیوه‌های تفکر، "افکار غیر عقلانی و ناکارآمد" در زندگی می گوئیم که روابط خانوادگی را تحت تأثیر قرار می دهد؛ تفکر غیر عقلانی به تفکری می گویند که در مقایسه با آنچه در مغز شنونده دریافت می شود، با واقعیت جور نباشد [۳۵]. زمانی می توانید باوری را غیر عقلانی یا غیر منطقی قلمداد کنید که واقعیت را تحریف کند (سوء تعبیری از آنچه در زندگی و روابط بین فردی اتفاق افتاده باشد)؛ شامل طرق غیرمنطقی و غیرعقلانی برای ارزیابی خودتان، دیگران، و دنیای اطرافتان باشد؛ شما را از رسیدن به اهدافتان در زندگی بازدارد؛ احساساتی پایدار و اضطراب آور در زندگی زناشویی و خانوادگی ایجاد کند و به رفتارهایی منجر شود که به خودتان، دیگران و زندگی به طور کل آسیب وارد کند [۳۶].

در تبیین روان شناختی این سازه می توان گفت: تفکر در ذهن ما به شیوه‌های مختلف بر عملکرد فردی و خانوادگی اثر می گذارد؛ یکی از این تفاسیر استنباط است؛ یعنی در زندگی روزمره، اتفاقات و موقعیت های مختلفی پیش می آید، ابتدا، ما حدس می زنیم یا به قولی درمورد آنچه که اتفاق افتاده استنباط می کنیم که چه اتفاقی افتاده، در حال افتادن است یا خواهد افتاد. استنباط، حالتی از واقعیت است یا حداقل آنچه که ما آنرا واقعیت می پنداریم که ممکن است درست یا غلط باشند. استنباط های غیرعقلانی معمولاً شامل تحریفاتی از واقعیت هستند. دومی ارزیابی است؛ علاوه بر استنباط هایی که ما در مورد حوادث و اتفاقات داریم، فراتر از واقعیت رفته و آنها را برحسب تعریفی که برای ما دارند، ارزیابی می کنیم (ارزش مسائل را بررسی می کنیم). ارزیابی ها گاهی اوقات آگاهانه صورت می گیرند؛ اما معمولاً پایین تر از هوشیاری هستند. ارزیابی های غیرمنطقی و نامعقول معمولاً شامل مواردی، مثل مصیبت آمیز تلقی کردن است که شامل اغراق آمیز کردن نتایجی است که از اتفاقات گذشته، حال و آینده به دست آورده ایم؛

تحلیل ساختاری برای عملکرد خانواده را با حجم نمونه مکفی استفاده کنند و برازش نظریه و مدل توکل و فراشناخت را در ایران بررسی کنند، پیشنهاد می‌شود، در آینده محققان تحقیق توکل را با مراجعان در مراکز مشاوره ای انجام دهند، تا معلوم گردد، این روش مداخله ای برای مراجعان بحرانی و عدم تمایل به همکاری هم مؤثر است، زیرا محققان تحقیق را با افراد عادی متمایل به همکاری در انجام مشاوره انجام داده است.

منابع

- 1-Brooks GR, Good GE. The new handbook of psychotherapy and counseling with men: a comprehensive guide to settingsm problems, and treatment approaches: Jossey-Bass; 2001.
- 2-Markman HJ, Renick MJ, Floyd FJ, Stanley SM, Clements M. Preventing marital distress through communication and conflict management training: a 4- and 5-year follow-up. *J consul clinical psychol.* 1993; 61(1):70-77.
- 3-Flavell JH. The development of children's knowledge about the mind: From cognitive connections to mental representations. *Develop theori mind.* 1988: 34, 244-67.
- 4- Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Americ psychol.* 1979; 34(10): 906-15.
- 5- Nichols MP, Schwartz RC. The essentials of family therapy: Allyn and Bacon Boston; 2001.
- 6- Worthington Jr EL, Kurusu TA, McCollough ME, Sandage SJ. Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychol Bull.* 1996; 448(3):119-32.
- 7- Siegle GJ, Steinhauer SR, Friedman ES, Thompson WS, Thase ME. Remission prognosis for cognitive therapy for recurrent depression using the pupil: utility and neural correlates. *Biolo Psych.* 2011;69(8):726-33.
- 8- Hofmann SG. The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cogn & Behav Prac.* 2006; 13(4): 243-5.
- 9- Thoresen CE, Harris AH. Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Ann behav medic.* 2002; 24(1):3-13.
- 10- Brennan M. Research: Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle-aged and older adults. *Interna J Psychol Religion.* 2004;14(3):193-214.
- 11- Saeedidnezhad Z, Mazaheri M. A, ghbary Bonab B. Effectiveness spiritual method on mental health and actualization, *Couce resear,* 2009, 8(31), 115-34. [Persian].

تا در آینده این نواقص را در طرح تحقیق خود مدنظر قرار دهند. یکی از محدودیتها این بود که محقق نتوانست اثر آلودگی را یعنی تاثیر همزمان متغیرهای دیگر مستقل را بر متغیر وابسته را مورد کنترل قرار دهد. محدودیت دیگر این پژوهش این بود که تحقیق در شهرستان سنندج واقع در استان کردستان انجام شده و در تعمیم نتایج آن به شرایط دیگر باید به تشابه موقعیتی و تفاوت‌های فرهنگی توجه نمود. باتوجه به نو بودن موضوع پژوهش و کمبود پژوهش در زمینه توکل در ایران، دسترسی به منابع اطلاعاتی در داخل کشور بسیار با مشکل انجام شد. همچنین در پژوهش حاضر مردان ۱۰۰ درصد کل نمونه را تشکیل می‌دادند، که در تعمیم نتایج به کل جامعه باید جنسیت را لحاظ کرد. سرانجام به دلیل اینکه جامعه آماری این پژوهش افراد نظامی بودند، در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید به خاص بودن نمونه توجه شود.

به محققین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی به امور هیجانی توکل توجه کند. زیرا این تحقیق فقط بعد شناختی توکل را مورد بررسی قرار داده است. بعلت جدید بودن روشهای درمانی توکل و کمبود متخصص در زمینه روشهای مذکور، تکرار روش و کار و تحقیق بیشتر در این زمینه توصیه می‌شود. پیشنهاد می‌شود، در صورت امکان تحقیق را در محیط‌های دیگر مثل خانواده یا مراکز مشاوره ای سطح شهر انجام داد، چرا که پژوهش در مراکز نظامی بود. پیشنهاد می‌شود، مطالعاتی در مورد بافت اجتماعی و فرهنگی آزمودنیها جهت بررسی اثر این زمینه‌ها بر میزان توکل به خدا انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود، تأثیر توکل و فراشناخت با دیگر رویکرد های خانواده درمانی مقایسه گردد. پیشنهاد می‌شود، تحقیقات بیشتری در رابطه با موضوع پژوهش حاضر انجام شود تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری صورت گیرد. بررسی تاثیر توکل و فراشناخت بر متغیرهای دیگری مثل رضایت زناشویی، تعهد زناشویی، رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و همه مؤلفه های زناشویی و ارتباطی خانوادگی پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد می‌شود، برای نمونه‌هایی با حجم بیشتر و در جوامع مختلف با فرهنگهای متفاوت تر این پژوهش توسط پژوهشگران دیگر تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج بیشتر شود. پیشنهاد می‌شود، محققان از مدل تحلیل مسیر و

- 28- Aten E.L. Next Steps for Clinicians in Religious and Spiritual Therapy :An Endpiece. *J clinic psychol.* 2009; 65(2):224-9.
- 29- Abolghasemi S. Indices of psychometric scales measuring method. *Islam Edu Res.* 2010;2(1):47-69.
- 30- Qobari-bonab B. Reliance on God as a strategy to solve the problems of life. Tehran: Tehran Pub; 2009. [Persian].
- 31- Tabatabaee M.H. *Almizan Interpretation*, 2007. [Persian].
- 32- Paloutzian, R. F, & Crystal. L. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*; . New York: . The Guilford Press; 2005.
- 33- Vocell E .*Educational psychology: Approach* .Purdv university; 2003.
- 34- Ellis A. *Humanistic psycho therapy :the rational emotive approach* .New York: McGraw Hill; 1983.
- 35- Jarman RF, Varik ., and Walton, P.D. " meta cognitive and lope processes : At the inter face of cognitive psychology and neuropsychology. genetic, social and general psychol mono graphs. 1995;(121):153-210.
- 36- Flavell JH, 8 Miller , p .social cognition. In .W. Doman (series Ed.) 8 D. Kuhn8 R . Siegler (vol. Eds.), *Hand book of child psychology: VoL .2.cognition. perception and language* New York: Wiley; 1998.
- 37- Wells A, & Papageorgiou, C. Social phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Beha ther.*1998; 29: 357-70.
- 38- White B. Interaction between children,s meta cognitive abilities , working memory capacity, strategies and performance during problem-solving. *Europ J psychol edu.* 1999;(14): 489-507.
- 39- Williams, I. Patterson, J, Edwards,T. *Clinician's Guide to Researc Methods in Family Therapy : Foundations of Evidence-Based Practice*, Guilford Publications, Inc, 2014.
- 40- Dattilio F.M., Jongsma A.E., Davis S.D. *Family Therapy Treatment Planner, with DSM-5 Updates, 2e, (PracticePlanners)*, Wily prees, 2015.
- 12- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*: Oxford University Press; 2001.
- 13- Taraqi jah S, Navabinajad Sh, Boalheri J, Keamanesh, A.R. *Compression of Cognitive and spiritual therapy on student depression*, 2007. *Couce resear*, 21: 111-25. . [Persian].
- 14- Kazemian K, Mehrabizahe M. The comparison of religious attitude and mental health of female and male students in Azad university of behbahan, *J psychol religion.* 2009;2(2):173-87. [Persian].
- 15- Sardoe G. Effect religious values during treatment of patients with major depression. *Psychol Religious.* 2007;2(1):35-42.
- 16- Tabraee R, Fathi-Ashtiani A, Tabatabaee S. Share investigate the effect of religious orientation on mental health compared with demographic factors. *Psychol Religous.* 2008;1(3):37-62. [Persian].
- 17- Qamari H. Spirituality, identity, and mental health in life span. *Psychol Religous.* 2008;1(4):43-71. [Persian].
- 18- Cheraqi M, Hossen, M. The relation between different dimensions of religiosity and mental health in university students. *Edu & psychol research.* 2006;2(2):1-22.
- 19- Fabricatore AN, Handal PJ, Rubio DM, Gilner FH. RESEARCH: Stress, Religion, and Mental Health: Religious Coping in Mediating and Moderating Roles. *Inter J Psychol Religion.* 2004;14(2):91-108.
- 20- Rasic DT, Belik SL, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *J affec disor.* 2009; 114(1), 32-40.
- 21- Hadi M, Janbozorgi M. Efficay of integrated Therapy in personlaity and clinical components. *Psychol Religious.* 2009; (2):71-104.
- 22- Hills P, Francis LJ, Argyle M, Jackson CJ. Primary personality trait correlates of religious practice and orientation. *Person Indiv Diffe.* 2004;36(1):61-73.
- 23- Ajdari fard S, Qazi Q, Nooranipoor R. The effect of mysticism and spirituality and mental health of students. *New Thought in Edu Scien.* 2010;5(2):105-25.
- 24- MacGregor CA .Religious socialization and children's prayer as cultural object: Boundary work in children's 19th century Sunday school books. *Poetics.* 2008; 36(5–6):435-49.
- 25- Williams A. *Spiritual therapeutic landscapes and healing: a case study of St. Anne de Beaupre, Quebec, Canada.* *Social science & medicine* (1982). 2010;70(10):1633-40.
- 26- Yoosefi N. *Family Assessment Device (FAD)*. *J Education Assessment*, 2012;7(3):85-113.
- 27- Schenck J.D. *Reflections on Religion and Health Research: An Interview with Dr. Harold G. Koenig.* *J Religion Health.* 2007; 46(2), 45-61.

Codification and Offer of Intervention Model Based on Religious Therapy and Comparison of the Effectiveness of Metacognitive in Improvement of Family Functioning among Corps Staff, Sanandaj City

Yoosefi, N. *Ph.D.

Abstract

Introduction: This study sets out Codification and to examine a comparison of the effectiveness of religious (Tavakol) and Metacognitive therapy on family functioning among Corps staff, Sanandaj city.

Method: The design of the study is as quasi-experimental and pre - post test and Follow up to the one of the dependent variables- Family Functioning Scales-, between Corps staff of experimental and evidence groups. Therefore, all hypotheses concerning the effectiveness of religious (Tavakol) and metacognitive therapy on Functioning among Corps staff, were confirmed. conducted on the control group. The data population includes all of Corps staff of Sanandaj city, one of the provinces of Kurdistan. 45 subjects were selected at random from among the data population. Using the tools of Family Assessment Device (FAD), the scales of independent variables of Family Functioning Corps staff were measured within Corps staff (pre test) and in the end, based on random situation sampling, subjects were arranged in three 15- groups i.e. religious (Tavakol) and metacognitive therapy, and evidence group.

Results: The results of Multi Analysis of covariance (MANCOVA) showed that controlling pre test all variables of groups indicate the existence of a significant difference, at least with regard The findings of the study, furthermore, showed that although both religious (Tavakol) and etacognitive therapy have almost a similar effect on Functioning.

Conclusion: Based on research findings, religious (Tavakol) and etacognitive therapy have almost a similar effect on Functioning. So, it would be better for Counselor and therapist to prepare programs to improve Family Functioning in such peopel.

Keywords: Religious (Tavakol), Metacognitive therapy, Functioning, Corps staff

***Correspondence E-mail:**
naseryoosefi@yahoo.com