Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2026, Vol: 13, No: 2, Pages: 26-40

Conceptual Model for Developing a Meaning-Making Protocol for Suffering in Adolescents with Hard-to-Treat Diseases, Focusing on the Names of Allah

Saeideh Hamedar[1]*, Ahmad Fazeli[2], Rohollah Mousavizadeh[3]

1. PhD Student, Department of Islamic Studies, Faculty of Theology, University of Qom, Qom, Iran
2. Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Faculty of Theology, University of Qom, Qom, Iran
3. Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Faculty of Medical, University of Isfahan, Isfahan, Iran

***Corresponding Author:**
Saeideh Hamedar, Department of Islamic Studies, Faculty of Theology, University of Qom, Qom, Iran

Email:
hamledari20@gmail.com

Received: 18 Aug 2025
Revised: 20 Dec 2025
Accepted: 17 Feb 2026

Abstract

Background and Objectives: Adolescents facing hard-to-treat diseases experience existential suffering that requires finding meaning and discovery. This study aimed to develop a systematic protocol based on Asma ul-Husna to address this need.

Materials and Methods: This qualitative, exploratory study used purposive sampling to recruit 13 adolescents (age range: 9 to 19) in Isfahan, Iran. Data from semi-structured interviews were analyzed via Braun and Clarke's (2006) thematic analysis. The protocol development involved three phases: qualitative data analysis, thematic alignment with Asma ul-Husna, and a three-stage protocol design.

Results: The global theme "Active Search for Meaning in Confronting Illness-Related Suffering" emerged. A three-stage protocol was developed: Stage one (Existential Preparation) for establishing the foundation of spiritual dialogue; Stage two (Cognitive Paradigm Restructuring) for correcting misconceptions about suffering; and Stage three (Active Meaning-Making) for explaining suffering through selected divine names.

Conclusion: This study integrates Islamic concepts into psycho-spiritual interventions for the ill adolescents. The protocol addresses shortcomings in the systematic provision of spiritual care. Future clinical trials should systematically evaluate its effectiveness in integrating Islamic wisdom with health sciences.

Keywords: Adolescents, Hard-to-Treat Diseases, Intervention Protocol, Meaning-Making in Suffering, Names of Allah

▶ **Citation:** Hamedar S, Fazeli A, Mousavizadeh R. Conceptual Model for Developing a Meaning-Making Protocol for Suffering in Adolescents with Hard-to-Treat Diseases, Focusing on the Names of Allah. Autumn & Winter 2026; 13(2): 26-40. (Persian). Doi: 10.22034.Jrh.13.2.26

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

دین و سلامت
مقاله پژوهشی اصیل
دوره ۱۳، شماره ۲، سال ۱۴۰۴ صفحه: ۴۰-۲۶

مدل مفهومی طراحی پروتکل معنابخشی به رنج نوجوانان مبتلا به بیماری‌های سخت‌درمان با تأکید بر اسماء الهی

سعیده حمله‌داری[1*]، احمد فاضلی[2]، روح‌الله موسوی‌زاده[3]

۱. دانشجوی دکتری، رشتهٔ فلسفهٔ اخلاق، گروه معارف، دانشکدهٔ الهیات، دانشگاه قم، قم، ایران
۲. دانشیار گروه معارف، دانشکدهٔ الهیات، دانشگاه قم، قم، ایران
۳. استادیار، گروه معارف، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

* **مؤلف مسئول:**
سعیده حمله‌داری، دانشجوی دکتری، رشتهٔ فلسفهٔ اخلاق، گروه معارف، دانشکدهٔ الهیات، دانشگاه قم، قم، ایران

Email:
hamledari20@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۷
اصلاحات: ۱۴۰۴/۰۹/۲۹
پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۸

چکیده

سابقه و هدف: مواجههٔ نوجوانان با بیماری‌های سخت‌درمان، رنجی هستی‌شناسانه ایجاد می‌کند که نیاز مبرم به کشف معنای وجودی رنج را به‌همراه دارد. این پژوهش با هدف طراحی پروتکلی نظام‌مند مبتنی‌بر اسماء الهی برای پاسخ‌گویی به این نیاز معنوی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعهٔ کیفی-اکتشافی با نمونه‌گیری هدفمند از ۱۳ نوجوان دختر و پسر ۹-۱۹ساله در اصفهان انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و با تحلیل مضمون براون و کلارک تحلیل شد. فرایند تحقیق در سه فاز تحلیل کیفی داده‌ها، تناظرسازی مضامین با اسماءالحسنی، و تدوین پروتکل سه‌مرحله‌ای انجام شد.

یافته‌ها: پس از شناسایی مضمون فراگیر «جست‌وجوی فعالانهٔ معنا در مواجهه با رنج بیماری»، پروتکلی با سه مرحله طراحی شد. مرحلهٔ اول (آماده‌سازی وجودی) با هدف ایجاد زمینه برای گفت‌وگوی معنوی، مرحلهٔ دوم (بازسازی چهارچوب شناختی) با محوریت بازبینی انگاره‌های نادرست دربارهٔ رنج، و مرحلهٔ سوم (معنابخشی فعال) مبتنی‌بر تبیین مفهوم رنج از منظر اسماء منتخب الهی.

استنتاج: براساس یافته‌های این مطالعه که بر جست‌وجوی فعالانهٔ معنا در نوجوانان بیمار تأکید داشت، پروتکل سه‌مرحله‌ای طراحی شد. این پروتکل می‌تواند به‌عنوان گامی اولیه در عملیاتی‌سازی مفاهیم اسلامی، پاسخی کاربردی به خلأ مراقبت معنوی نظام‌مند ارائه دهد. ارزیابی اثربخشی پروتکل در مطالعات آتی می‌تواند گامی در تلفیق حکمت اسلامی با علوم سلامت به شمار رود.

واژه‌های کلیدی: معنابخشی به رنج، نوجوانان، بیماری سخت‌درمان، پروتکل مداخله‌ای، اسماء الهی

◄ **استناد:** حمله‌داری، سعیده؛ فاضلی، احمد؛ موسوی‌زاده، روح‌الله. مدل مفهومی طراحی پروتکل معنابخشی به رنج نوجوانان مبتلا به بیماری‌های سخت‌درمان با تأکید بر اسماء الهی. دین و سلامت، دوره ۱۳، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۴

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

مقدمه

دوران نوجوانی، مقطعی سرنوشت‌ساز همراه با تحولات روانی-اجتماعی و هویتی است. هنگامی که ابتلا به بیماری سخت‌درمان بر این دگرگونی‌ها افزوده شود، ناسازگاری نوجوان با شرایط دشوار دوچندان می‌شود. بیماری با تهدید تمامیت وجودی نوجوان، نه‌تنها هویت او را متزلزل می‌سازد (۱)، بلکه زندگی را دچار آشفتگی عمیقی می‌کند که زمینه‌ساز ایجاد حس بی‌عدالتی و بی‌ارزشی می‌شود (۲).

از منظر نظریه‌پردازی، این بحران را می‌توان در چهارچوب نظریهٔ «جست‌وجوی معنا»ی فرانکل (۱۹۸۵) تحلیل کرد که بر نیاز ذاتی انسان به یافتن معنا، حتی در سخت‌ترین شرایط، تأکید دارد. مطالعات متعددی نشان می‌دهند که بیماران در مواجهه با رنج نیاز مبرمی به درک معنای رنج خود دارند (۴ ،۳). این نیاز در نوجوانان، که در حال شکل‌دادن به جهان‌بینی خود هستند، از شدت و اهمیت بیشتری برخوردار است.

پرسش اصلی این پژوهش آن است که چگونه می‌توان نیاز نوجوانِ بیمار به فهم معنا و چرایی رنج را در چهارچوب نظام معنایی اسلام و با تکیه بر اسماءالله پاسخ داد؟ ازآنجاکه به‌گفتهٔ ابن عربی اسماءالله عبارت از هر اسمی است که عالم به آن نیازمند است (۵)، پس رویکرد اسماءالله می‌تواند، به‌عنوان یک نظام معنابخش منحصربه‌فرد، پاسخی جامع به این نیاز نوجوان بیمار ارائه دهد. برای مثال، اسم «الحکیم» می‌تواند به درک حکمت پنهان در پشت رنج کمک کند و اسم «الرحیم» می‌تواند حس مهرورزی الهی را در شرایط سخت تقویت کند.

ادبیات پژوهشی موجود به‌خوبی ابعاد مختلف رنج نوجوانان بیمار را مستند کرده است. استیلون و مک‌داول (۲۰۰۲) به بررسی جنبه‌های روان‌شناختی رنج در نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن پرداخته‌اند (۱). خضرا و همکاران (۲۰۱۵) مقیاس سنجش رنج نوجوانان را توسعه داده‌اند (۲). فوچمن (۲۰۰۶) مفهوم رنج را در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان بررسی کرده و آندرشن-کارلستون و همکاران (۲۰۰۸) به تحلیل تجربهٔ رنج ناشی از ترس در دختران نوجوان سرطانی پرداخته‌اند (۷ ،۶).

در حوزهٔ معنویت‌درمانی، پژوهش‌های نظام‌مند مانند کار ژیسبرتس و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده‌اند که مراقبت‌های معنوی در محیط‌های بیماران می‌توانند به‌طور معناداری بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارند (۸). در بافت اسلامی، عمر (۲۰۲۰) تأثیر اسماءالله بر سلامت روان مسلمانان را بررسی کرده است (۹). سوبیدی و همکاران (۲۰۲۴) نیز کاربرد آموزشی اسماءالله را در تقویت شخصیت کودکان نشان داده‌اند (۱۰). همچنین، پژوهش‌های فارسی‌زبان مانند والهی و حسن‌زاده (۱۳۹۸) و نصیری و همکاران (۱۳۹۳) اثرات مثبت ذکردرمانی را بر شاخص‌های سلامت گزارش کرده‌اند (۱۲ ،۱۱).

بااین‌حال، فقدان چهارچوب‌های نظری منسجم و مداخلات عملیاتی که به‌طور نظام‌مند از ظرفیت‌های اسماءالله برای معنابخشی به رنج نوجوانان بیمار بهره ببرند، خلأی محسوس در ادبیات پژوهشی و بالینی به شمار می‌رود. این پژوهش درصدد است با طراحی یک مدل مفهومی جامع، پاسخی عملی به این نیاز ارائه دهد. انتظار می‌رود یافته‌های این پژوهش هم در غنی‌سازی ادبیات معنویت و سلامت نوجوانان نقش داشته باشد و هم راهگشای طراحی مداخلات معنوی مؤثر در محیط‌های بالینی باشد.

مواد و روش‌ها

این مقاله با روش و رویکرد کیفی-اکتشافی انجام شد. تأکید می‌شود که هدف این مرحله از مطالعه، ساخت پروتکل بود و نه ارزیابی اثربخشی آن. اثربخشی پروتکل طراحی‌شده نیازمند اجرای آن در یک مطالعهٔ مجزا با طراحی کارآزمایی بالینی است.

الف. جامعهٔ تحقیق

جامعهٔ پژوهش را نوجوانان دختر و پسر ۹ تا ۱۹سالهٔ مبتلا به بیماری‌های سخت‌درمان تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به روش هدفمند و با حداکثر تنوع (از نظر سن، جنسیت، و نوع بیماری) از بین بیماران بستری در یکی از مراکز درمانی شهر اصفهان انجام شد. حجم نمونهٔ نهایی پس از رسیدن به نقطهٔ اشباع نظری ۱۳ نفر بود.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان (N = ۱۳)

ویژگی	دسته‌بندی	تعداد	درصد
جنسیت	دختر	۷	۵۳/۸
	پسر	۶	۴۶/۲
گروه سنی	۹-۱۳ سال	۸	۶۱/۵
	۱۴-۱۹ سال	۵	۳۸/۵
نمونه‌ای از تشخیص بیماری	سرطان	۱۰	۷۶/۹
	تومور مغزی	۲	۱۵/۴
	ITP	۱	۷/۷

ب. معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه برای شرکت در این پژوهش منوط به دارابودن شرایط زیر بود. قرارداشتن در محدودهٔ سنی ۹ تا ۱۹ سال، تأیید پزشک برای تشخیص یک بیماری سخت‌درمان، گذراندن حداقل دو هفته از زمان تشخیص بیماری (برای فراهم‌آوردن فرصت مواجههٔ اولیه با شرایط)، برخورداری از توانایی برقراری ارتباط کلامی و شناختی لازم برای مشارکت در یک مصاحبهٔ کیفی، و درنهایت، ارائهٔ رضایت آگاهانه توسط خودِ نوجوان به‌همراه موافقت والد یا سرپرست قانونی وی.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از تشخیص اختلال روان‌پزشکی شدید یا اختلال شناختی (براساس ارزیابی پروندهٔ پزشکی و نظر تیم درمان) که امکان مشارکت معنادار در پژوهش را سلب کند یا وخامت حال عمومی به میزانی که انجام مصاحبه را از نظر اخلاقی یا پزشکی غیرممکن سازد.

ج. روش گردآوری و تحلیل داده

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافتهٔ عمیق گردآوری شد. هدف مصاحبه، کشف و درک تجربهٔ ذهنی رنج و نیازهای معنوی نوجوانان بود. تمام مصاحبه‌ها ضبط و سپس با روش تحلیل مضمون در سه مرحلهٔ کدگذاری باز، محوری، و گزینشی تحلیل شدند (۱۳).

د. فرایند طراحی پروتکل

پروتکل مداخله در سه مرحله طراحی شد:

۱. تحلیل داده‌های کیفی: همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود داده‌های کیفیِ حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با روش تحلیل مضمون و در سه مرحلهٔ کدگذاری باز، محوری، و گزینشی تحلیل شد. هدف این تحلیل، شناسایی مضامین اصلی مرتبط با نیازها و پرسش‌های وجودی نوجوانان در مواجهه با رنج بیماری بود.

جدول ۲. نمونه‌ای از فرایند کدگذاری داده‌های مصاحبه و استخراج مضامین اصلی

مصاحبه‌شونده (سن)	نقل‌قول یا توصیف عینی (دادهٔ خام)	کد اولیه	مضمون فرعی	مضمون اصلی (پرسش وجودی)
پسر (۱۹ساله)	چرا من این‌طور شدم؟ خدا مرا دوست ندارد. چرا مرا مریض کرد؟	پرسش از علت بیماری و محبت الهی	جست‌وجوی منشأ رنج	پرسش از «علت»
پسر (۹ساله)	مگر من خدا را صدا نکردم؟ پس چرا حالم بد است؟	اعتراض به علت مستجاب‌نشدنِ دعا	جست‌وجوی منشأ رنج	پرسش از «علت»
پسر (۱۱ساله)	ممکن است خدایی باشد و عذاب مرا ببیند؟	احساس گناه و ترس از عذاب الهی	جست‌وجوی منشأ رنج	پرسش از «علت»
دختر (۹ساله)	چطور ممکن است در چنین خانواده‌ای با این شرایط عالی، فرزندشان بیمار شود؟	حیرت از علت بیماری باوجود زندگی خوب	جست‌وجوی منشأ رنج	پرسش از «علت»

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

مصاحبه‌شونده (سن)	نقل‌قول یا توصیف عینی (دادهٔ خام)	کد اولیه	مضمون فرعی	مضمون اصلی (پرسش وجودی)
پسر (۱۱ساله)	به‌خاطر بینایی‌اش مواجهه با دنیای جدید، هویت‌یابی... او را با خداوند درگیر چالش کرده بود.	درگیری با خدا به‌دنبال یک فقدان بزرگ	جست‌وجوی هدفمندی رنج	پرسش از «حکمت»
پسر (۱۳ساله)	از سختی‌های روند درمانی و فرسایندگی فضای بیمارستان صحبت کرد.	خستگی از درمان و احساس بی‌نظمی	جست‌وجوی هدفمندی رنج	پرسش از «حکمت»
دختر (۹ساله)	از اینکه دیگران... او را با سر بدون مو ببینند نگران است و می‌ترسد که مورد تمسخر قرار گیرد.	ترس از تغییر هویت و طرد اجتماعی	جست‌وجوی هدفمندی رنج	پرسش از «حکمت»
دختر (۱۰ساله)	دختر، خدا را مسبب بیماری‌اش می‌دانست. به همین خاطر از خدا می‌ترسید.	ترس از خدا به‌عنوان منشأ شر	ترس از نتیج< منفی رنج	پرسش از «نتیجه»
پسر (۱۱ساله)	از اینکه بارش بر دوش دیگران بود احساس شرم... داشت.	احساس باربودن برای خانواده	ترس از نتیجهٔ منفی رنج	پرسش از «نتیجه»
دختر (۹ساله)	نیاز به نشاط... نیاز دیگر او مهربانی کادر درمان بود.	جست‌وجوی لحظات مثبت و حمایت	امید به نتیجهٔ مثبت رنج	پرسش از «نتیجه»
پسر (۱۱ساله)	دوست داره دنیا رو کشف کنه... خدا برای او پیچیده‌ترین راز زندگی بود.	حیرت و شگفتی مثبت از هستی	امید به نتیجهٔ مثبت رنج	پرسش از «نتیجه»

این تحلیل در نهایت باعث شناسایی یک مضمون محوری با عنوان «جست‌وجوی معنا و فهم چرایی رنج ناشی از بیماری» و سه مضمون فرعی (پرسش از علت، حکمت، و نتیجهٔ رنج) شد که به‌عنوان مبنای اصلی برای طراحی پروتکل قرار گرفت.

۲. متناظرسازی نظری: این مضامین براساس چهارچوب نظری ابن عربی با اسماءالله متناظر شد.

۳. طراحی مداخله: یک پروتکل سه‌مرحله‌ای (آماده‌سازی، بررسی نگرش‌ها، تبیین مفهوم) با استفاده از اسماء منتخب طراحی شد.

مبانی نظری

درک معنای رنج از نیازهای اساسی انسان است و نوجوانان مبتلا به بیماری‌های سخت‌درمان در این زمینه با چالش‌های خاصی روبه‌رو هستند. این بخش ابتدا به مفهوم‌شناسی رنج می‌پردازد، سپس شاخص‌های منتخب را تبیین کرده و درنهایت، اسماءالله متناظر را به‌عنوان مبنای عرفانی طراحی پروتکل بیان می‌کند.

مفهوم‌شناسی رنج

درک چندبعدی و جامع از پدیدهٔ رنج، به‌ویژه درزمینهٔ بیماری‌های صعب‌العلاج نوجوانان پیش‌نیاز طراحی هرگونه مداخلهٔ معنویِ مؤثر است. این بخش به بررسی مفهوم رنج از چهار منظر لغوی، روان‌شناختی، پزشکی، و همچنین در بستر خاص بیماری‌های سخت در نوجوانی می‌پردازد.

الف. ریشه‌شناسی و معناشناسی رنج

در فرهنگ فارسی، واژهٔ «رنج» دامنهٔ معنایی گسترده‌ای دارد و بر «هرگونه سختی، مشقت، و محنتی که بر انسان وارد آید» دلالت می‌کند (۱۴). این واژه با مفاهیمی همچون بیماری، آزار و اذیت و غم هم‌خانواده است و «رنج کشیدن» بر فرایند فعال تحمل این دشواری‌ها تأکید دارد. در زبان انگلیسی، واژهٔ Suffering از ریشهٔ لاتینِ Sufferre به‌معنای «تحمل‌کردن»،

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

«زیربارفتن»، یا «اجازه‌دادن» مشتق شده است. این ریشه‌شناسی بر دو جنبهٔ کلیدی رنج تأکید می‌ورزد: نخست، حالت انفعالی و تحمیل‌شدگی («زیربارفتن») و دوم، جنبهٔ فعال و مقاومتی آن («تحمل‌کردن») (۱۵). از این منظر، رنج را می‌توان تجربهٔ ذهنیِ ناخوشایند و چندوجهی ناشی از ادراک یک تهدید، آسیب، یا فقدان دانست که تمامیت وجودی فرد را به‌چالش می‌کشد.

ب. چهارچوب روان‌شناختی-وجودی رنج

در روان‌شناسی مدرن، رنج یک سازهٔ روان‌شناختی-وجودی پیچیده تعریف می‌شود که فراتر از یک هیجان منفی واحد است. ویکتور فرانکل (۱۹۸۵)، بنیان‌گذار معنادرمانی، با تمایز قائل‌شدن بین «درد» و «رنج» استدلال می‌کند که نحوهٔ مواجههٔ فرد با شرایط غیرقابل‌اجتناب زندگی است که تعیین‌کنندهٔ میزان رنج اوست (۳). به‌باور او، زمانی که معنا در رنج یافته شود، خودِ رنج نیز دگرگون می‌شود. این نگاه توسط پژوهش‌های معاصر بسط یافته است. طبق دیدگاه کسل (۲۰۱۳) رنج زمانی پدید می‌آید که فرد احساس کند آسیب یا بیماری، «خود» (Self) یا هویت او را تهدید می‌کند (۱۶). این تهدید می‌تواند متوجه تصویر بدن، نقش‌های اجتماعی، ارتباط با عزیزان، برنامه‌های آینده، یا سیستم باورهای فرد باشد. بنابراین، رنج روان‌شناختی در بیماران، اغلب با احساساتی از قبیل درماندگی، انزوا، ازدست‌دادن کنترل، و پوچی همراه است.

ج. چهارچوب پزشکی و پرستاری در فهم رنج

در پزشکی مدرن، تمایز حیاتی میان «بیماری» (Disease) به‌عنوان یک اختلال عینی در عملکرد بدن و «رنج» (Suffering) به‌عنوان یک تجربهٔ ذهنی و چندبعدی مورد تأکید قرار گرفته است. اریک کسل (۲۰۱۳) به‌طور پیشگامانه‌ای استدلال کرد که رنج، مختص «شخص» (Person) است و نه صرفاً «بدن» (Body). یک بیمار می‌تواند «بیماری» داشته باشد، اما اگر این بیماری هستهٔ وجودی او را تهدید نکند، ممکن است «رنج» چندانی را تجربه نکند. بر این اساس، هدف غایی پزشکی و مراقبت‌های پرستاری نه‌تنها درمان بیماری، بلکه تسکین رنج فرد بیمار است (۱۶). این امر مستلزم ارزیابی و رسیدگی هم‌زمان به ابعاد جسمانی، عاطفی، اجتماعی، و معنوی بیمار است. انجمن بین‌المللی مطالعهٔ درد (IASP) نیز در آخرین تعریف خود از درد (۱۷)، آن را «یک تجربهٔ حسی و عاطفی ناخوشایند» مرتبط با یک آسیب بافتی واقعی یا بالقوه دانسته و به‌صراحت به نقش عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در شکل‌گیری این تجربه اذعان کرده است.

د. رنج در بستر بیماری‌های سخت نوجوانی

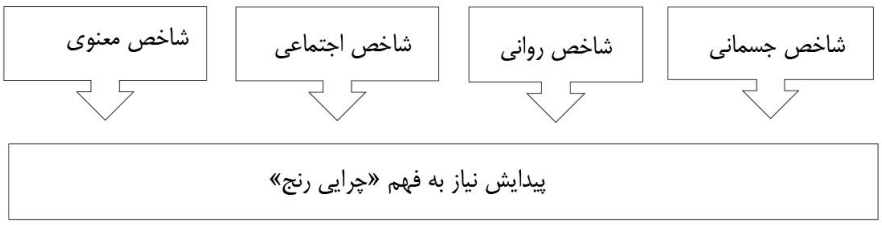
درک رنج در نوجوانان بیمار، مستلزم درنظرگیری مرحلهٔ حساس رشد هویت آنان است. بیماری سخت، بسیاری از وظایف رشدی اساسی نوجوانی از قبیل استقلال‌یابی، شکل‌گیری هویت مستقل، و برقراری روابط صمیمانه با هم‌سالان را با اختلال مواجه می‌سازد. فوچمن (۲۰۰۶) رنج در این جمعیت را می‌توان این‌گونه تعریف کرد: یک حالت پریشانی چندبعدی و ذهنی که از ادراک نوجوان از تهدید بیماری و درمان آن نسبت به تمامیت جسمانی، روانی، اجتماعی، و هویتی‌اش ناشی می‌شود (۷ ،۶). این نوجوانان نه‌تنها با علائم فیزیکی دست‌وپنجه نرم می‌کنند، بلکه با رنج ناشی از وابستگی به والدین، قطع تحصیل، تغییر تصویر بدن، و مواجههٔ زودهنگام با مرگ نیز روبه‌رو هستند. سونائوس (۲۰۱۴) نیز با رویکرد پدیدارشناسانه نشان می‌دهد که رنج، کل جهان‌زیست فرد را تحت‌تأثیر قرار داده و درک او از خود و جهان را دگرگون می‌سازد (۱۸).

شاخص‌های رنج در نوجوانان مبتلا به بیماری‌های سخت‌درمان

تحلیل داده‌های کیفی این پژوهش نشان داد رنج نوجوانان بیمار در چهار بُعد اصلی تجلی می‌یابد. این ابعاد به‌عنوان شاخص‌های عینی برای درک جهان ذهنی نوجوان و شناسایی نیاز محوری آنان به «فهم چرایی و معنای رنج» عمل می‌کنند (۱۶). درادامه، هر شاخص با تعریف، چرایی شاخص بودن، گویهٔ عملیاتی، و نمونهٔ عینی ارائه شده است (شکل ۱).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]



شکل ۱. شاخص‌های مؤثر در پیدایش نیاز به فهم رنج

الف. شاخص جسمانی

این شاخص به تجربهٔ مستقیم علائم فیزیکی بیماری و محدودیت‌های ناشی از درمان اشاره می‌کند (۷). انتخاب این بُعد، به‌عنوان یک شاخص، ازآن‌روست که بدن، عینی‌ترین بخش وجود نوجوان است که توسط بیماری مورد تهاجم قرار می‌گیرد. هنگامی که بدن از یک ابزار آشنا برای کشف جهان به منبع اصلی درد و وابستگی تبدیل می‌شود، سؤالات وجودی عمیقی دربارهٔ «علت» این رنج فیزیکی در ذهن نوجوان شکل می‌گیرد (۱۶). برای سنجش این شاخص از گویه‌هایی مانند «احساس درد مداوم، انجام فعالیت‌های عادی را برایم غیرممکن کرده است» استفاده می‌شود. این تجربه به‌طور عینی در گفتهٔ نوجوان پسر ۱۹سالهٔ مبتلا به تومور مشهود بود که از شدت درد می‌پرسید: «چرا من باید این همه رنج بکشم؟».

ب. شاخص روانی-هویتی

این شاخص شامل احساس اضطراب، افسردگی، و اختلال در شکل‌گیری هویت نوجوان تحت‌تأثیر بیماری است (۶). دلیل گزینش این بُعد به‌عنوان شاخص، آن است که بیماری سخت، در بحرانی‌ترین مرحلهٔ شکل‌گیری «خود» رخ می‌دهد و حس هویت و ارزشمندی نوجوان را به‌طور مستقیم تهدید می‌کند. احساس درماندگی و ازدست‌دادن کنترل، نوجوان را وادار می‌کند تا به «فلسفه و معنای» این حمله به هویتش بیندیشد (۱۵). گویهٔ «احساس می‌کنم به‌دلیل بیماری، دیگر آن فرد سابق نیستم و ارزشم را از دست داده‌ام» برای عملیاتی‌کردن این مفهوم به‌کار می‌رود. نمونهٔ عینی این گویه در اعتراض نوجوان ۱۱سالهٔ نابینا مشهود بود که با اندوه می‌گفت: «احساس می‌کنم بار سنگینی روی دوش خانواده‌ام هستم».

ج. شاخص اجتماعی

این شاخص به انزوای اجباری، قطع ارتباط با هم‌سالان، و ازدست‌دادن نقش‌های اجتماعی نوجوان به‌دلیل بیماری اطلاق می‌شود (۱۸). این بُعد به این دلیل یک شاخص کلیدی محسوب می‌شود که نوجوانی دوره‌ای است که هویت فرد تا حد زیادی در «آینهٔ» روابط با هم‌سالان شکل می‌گیرد. بیماری با جداکردن نوجوان از این شبکهٔ حیاتی باعث ازدست‌دادن حس تعلق و طردشدگی می‌شود و این پرسش را ایجاد می‌کند که «حکمت» این محرومیت اجتماعی چیست. گویهٔ «احساس می‌کنم به‌دلیل بیماری، از جمع دوستانم عقب افتاده‌ام و مرا درک نمی‌کنند» این شاخص را می‌سنجد، همان‌طورکه نوجوان پسر ۱۳ساله از بستری‌بودن در بخش کودکان به‌عنوان موقعیتی که با هویت نوجوانی او نامتناسب بود و موجب احساس معذب‌بودنش می‌شد، شکایت داشت.

د. شاخص معنوی

این شاخص شامل پرسش‌های معنوی نوجوان دربارهٔ چرایی رنج، عدالت الهی، و ارتباط با خداوند است (۳). این بُعد به‌عنوان یک شاخص مرکزی انتخاب شد، زیرا رنج شدید، باورهای بنیادین فرد دربارهٔ «نظم عادلانهٔ جهان» و «مهربانی خداوند» را به‌چالش می‌کشد و یک بحران معنوی ایجاد می‌کند که در آن، نوجوان به‌طور مستقیم به جست‌وجوی «علت»، «حکمت»، و «نتیجهٔ» نهایی رنج خود در رابطه با خداوند می‌پردازد. گویهٔ «گاهی در تنهایی از خدا می‌پرسم که چرا این بلا سر من آمده است؟» برای اندازه‌گیری این شاخص به‌کار می‌رود و نمونهٔ بارز آن، نوجوان دختر ۱۰ساله‌ای بود که با ترس بیان می‌کرد: «چون خدا مسبب بیماری من است از او می‌ترسم».

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

ه. تبیین ارتباط شاخص‌ها با نیاز محوری

تحلیل هم‌زمان این شاخص‌ها نشان داد که ابعاد رنج متفاوت هستند، اما همگی حول یک محور مشترک می‌چرخند: «نیاز به فهم فلسفه و معنای رنج». پرسش «چرا من؟» که در داده‌ها مرتب تکرار شده، به‌صورت متقاطع در تمام شاخص‌ها (از رنج جسمانی تا رنج معنوی) ظهور یافته است. این هم‌گرایی نیاز به یک مداخلهٔ معنوی نظام‌مند را که مستقیماً به این پرسش وجودی پاسخ دهد، به‌خوبی توجیه می‌کند. این شاخص‌ها نه‌تنها وجود رنج را تأیید می‌کنند، بلکه به‌عنوان دروازه‌ای برای دستیابی به جهان ذهنی نوجوان به‌شمار می‌آیند و نقطهٔ شروع ضروری برای طراحی پروتکل معنابخشی هستند.

چیستی اسماءالله و متناظرسازی نیاز نوجوان (به «فهم چرایی و فلسفهٔ رنج») با اسماء

ابتدا لازم است توضیح مختصری پیرامون چیستی اسماءالله مطرح شود تا بتوان از این رهگذر وارد فرایند متناظرسازی شد.

الف. چیستی اسماءالحسنی

در قرآن کریم، اسماءالله به‌عنوان حقایق وجودی و صفات کمالی الهی معرفی شده‌اند که هم ذات متعال را می‌شناسانند و هم وسیله‌ای برای عبادت و ارتباط با خداوند هستند. آیهٔ محوری «وَلِلّهِ الْأَسْمَاءُ الْحُسْنَى فَادْعُوهُ بِهَا» (اعراف: ۱۸۰) دو اصل بنیادین را بیان می‌کند: نخست آنکه اسماءالحسنی منحصراً از آنِ خداست و دوم اینکه باید خدا را با آنها خواند. براساس تفسیر المیزان حقیقت اسماءالحسنی تنها در ذات الهی تحقق دارد و هرگونه کمالی در مخلوقات عطیه‌ای از جانب اوست (۱۹)

منظور از «اسماءالحسنی» الفاظ زیبا نیست، بلکه اسمایی هستند که معنای آنها از هرگونه نقص و محدودیت مبراست. اسم‌هایی مانند «العلیم»، «القدیر»، «الرحیم»، و «الحی» به‌دلیل تجرد از نقص، از اسماءالحسنی به‌شمار می‌روند (۱۹). اسماءالحسنی دارای سه ویژگی اساسی هستند: از معانی کمالی برخوردارند، این کمال با هیچ نقصی آمیخته نیست، و در صورت اختلاط، تفکیک معنای کمالی ممکن است (۲۰)

در عرفان اسلامی، اسماءالله به دو دستهٔ «حقیقی-تکوینی» و «اعتباری-زبانی» تقسیم می‌شوند. ابن عربی در تعریف اسماءالله می‌گوید: «اسماءالله عبارت از هر اسمی است که عالم به آن نیازمند است» (۵). این تعریف، پایه‌ای اساسی برای استفاده از اسماء در جهت پاسخ‌گویی به نیازهای وجودی نوجوانان بیمار فراهم می‌سازد.

سلسله‌مراتب اسماء در عرفان با اسم «الله» به‌عنوان جامع‌ترین اسم آغاز شده و سپس به اسمای چهارگانهٔ «اول، آخر، ظاهر، باطن» و اسمای هفتگانهٔ «حیّ، عالم، مرید، قادر، سمیع، بصیر، متکلم» می‌رسد (۲۱).

این مقاله با اتکا به این مبانی درصدد است نیاز نوجوانان بیمار به «فهم چرایی و فلسفهٔ رنج» را از مسیر «اسماءالله» پاسخ گوید. تمرکز اصلی بر تفکر دربارهٔ اسماءالله متناسب با سطح درک نوجوان است. همان‌گونه‌که فخر رازی تأکید دارد: «ذکر بدون شناخت قلبی بی‌ارزش است و این شناخت فقط از طریق تفکر حاصل می‌شود» (۲۲). بنابراین، در پروتکل طراحی‌شده، از اسماءالله به‌عنوان محملی برای تفکر وجودی و معنابخشی به رنج استفاده می‌شود.

ب. متناظرسازی نظام‌مند نیاز نوجوان (به «فهم چرایی رنج») با اسماءالله

براساس سه پرسش محوریِ «علت»، «حکمت»، و «نتیجهٔ» رنج، فرایند گزینش اسماءالله با روش «کدگذاری نظری مبتنی‌بر معیار» و با مشورت متخصصان انجام شد. معیار انتخاب، قرابت معناییِ حداکثری هر اسم با یکی از پرسش‌ها بود. بر این اساس:

- برای پرسش از «علت رنج»، اسم «خبیر» به‌دلیل تأکید بر علم الهی به اسرار پنهان انتخاب شد.
- برای پرسش از «حکمت رنج»، اسم «حکیم» به‌دلیل دلالت بر استقرار حکیمانهٔ امور در نظام کلان برگزیده شد.
- برای پرسش از «نتیجهٔ رنج»، اسم «ضارّ و نافع» به‌دلیل پرداختن به دوگانگی ضرر و نفع و تبدیل فعال رنج به سود انتخاب شد (۲۳)

همان‌طورکه در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، اسامی نهایی (خبیر، حکیم، ضارّ، و نافع) به‌دلیل دارابودن بار

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

معنایی تخصصی‌تر، مستقیم‌تر، و انحصاری‌تر برای پاسخ‌گویی به هر پرسش وجودی، به‌صورت نظام‌مند از بین اسامی متعدد دیگر برگزیده شدند. این فرایند، گزینش نهایی را از هرگونه شائبهٔ دل‌بخواهی مبرا می‌سازد و پایه‌ای مستحکم برای طراحی پروتکل معنابخشی فراهم می‌کند.

جدول ۳. فرایند گزینش اسماءالله از بین اسامی پیشنهادی اولیه

پرسش وجودی	اسامی پیشنهادی اولیه	اسم منتخب نهایی	توجیه گزینش نهایی
پرسش از «علت»	خبیر، حسیب، مجیب، وکیل، هادی	خبیر	• گزینش «خبیر»: این اسم بر علم به باطن، اسرار، و حقایق پنهان تأکید دارد که مستقیماً با پرسش از «علت پنهان رنج» مطابقت تام دارد. • حذف سایر اسما: اسامی دیگری مانند «حسیب» (حسابگر)، «مجیب» (پاسخ‌دهنده)، «وکیل» (کارساز)، و «هادی» (رهنمون)، اگرچه مرتبط هستند، اما دقت و معنای تخصصی «خبیر» در علم به ژرفای وجود و رازهای نهفته را ندارند.
پرسش از «حکمت»	حکیم، والی، متعالی، قادر، جبّار، ذوالجلال و الاکرام	حکیم	• گزینش «حکیم»: این اسم به‌طور انحصاری بر جایگزینی حکیمانه و استوارسازی هر چیز در جایگاه مناسبش در یک نظام کلان تأکید می‌کند. • حذف سایر اسما: اسامی دیگری مانند «والی» (مدیر)، «قادر» (توانا)، «جبّار» (صلاح‌کننده)، و «ذوالجلال و الاکرام» (صاحب جلال) بر جنبه‌های قدرت یا عظمت الهی دلالت دارند، اما معنای تخصصی «حکیم» در مورد «نظم هدفمند» را ارائه نمی‌دهند.
پرسش از «نتیجه»	ضارّ و نافع، رحیم، عزیز، رجاء، رفیق	ضارّ و نافع	• گزینش «ضارّ و نافع»: این اسم به‌صورت منحصربه‌فردی دوگانگی ضرر و نفع را در کنار هم قرار داده و بر حکمت الهی در تلفیق این دو برای رسیدن به خیر برتر تأکید می‌کند. • حذف سایر اسما: اسامی دیگری مانند «رحیم» (مهربان)، «عزیز» (ارجمند)، «رفیق» (همدم)، و «رجاء» (امید) همگی بر جنبه‌های مثبت الهی تمرکز دارند، اما مستقیماً به دوگانگی تجربهٔ نوجوان (ضرر بیماری/امید به سود پنهان) و تبدیل فعال «ضرر به نفع» نمی‌پردازند.

از کشف نیاز تا طراحی مداخله

تحلیل کیفی مصاحبه‌ها درنهایت به شناسایی یک سلسله‌مراتب معنایی منجر شد که در رأس آن، مضمون محوری «سؤال از فهم معنای رنج» قرار داشت. این مضمون محوری توسط سه مضمون اصلی، به‌عنوان ارکان تشکیل‌دهندهٔ آن، تشریح و عملیاتی می‌شد: «پرسش از علت رنج»، «پرسش از حکمت رنج»، و «پرسش از نتیجهٔ رنج». این سه مضمون اصلی، چهارچوب مفهومی روشنی از دغدغه‌های وجودی نوجوانان را ترسیم کردند. در گام بعدی، فرایند متناظرسازی نظام‌مند، یک چهارچوب الهیاتی برای پاسخ به این چهارچوب مفهومی فراهم کرد و سه اسم «خبیر»، «حکیم»، و «ضارّ و نافع» را به‌عنوان اساس مفهومی مداخله معرفی کرد.

در طراحی پروتکل عملیاتی، این سه اسم ـ که هرکدام پاسخی تخصصی به یکی از مضامین اصلی بودند ـ در قالب یک مدل یکپارچه و تلفیقی بازآرایی شدند. این رویکرد به‌جای تفکیک مصنوعی مفاهیم بر یکپارچگی آن‌ها و پاسخ‌گویی هم‌زمان به آن نیاز واحد و محوری (فهم معنای رنج) تأکید داشت. بنابراین، پروتکل سه‌مرحله‌ای حاضر، نه بازتابی مستقیم و گام‌به‌گام از سه مضمون اصلی، بلکه تجلی عملیاتی یکپارچه از مفاهیم برگرفته از آن مضامین، در خدمت تحقق آن غایت محوری است.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

یافته‌ها

پس از تبیین مبانی بنیادین رنج، در این بخش ساختار عملی پروتکل معنوی طراحی‌شده برای ارتقای معنای رنج نوجوانان مبتلا به بیماری‌های سخت‌درمان ارائه می‌شود. این پروتکل در سه گام «آماده‌سازی»، «بازنگری باورهای نادرست»، و «تبیین حقیقی معنای رنج» اجرا می‌شود. جلسات براساس الگوی تلفیقیِ سؤال، تمثیل و تمرین طراحی شده است. در جدول ۴ خلاصه‌ای از پروتکل ارائه می‌شود.

جدول ۴. خلاصه پروتکل معنابخشی به رنج نوجوانان بیمار

گام	عنوان گام	هدف اصلی	ابزار/روش کلیدی	خروجی مورد انتظار
۱	آماده‌سازی	ایجاد اعتماد و برانگیختن تفکر وجودی	سؤالات اکتشافی، تمثیل درخت و باد	آماده‌سازی ذهن نوجوان برای پذیرش مفاهیم عمیق‌تر
۲	بازنگری باورها	شناسایی و تعدیل شمایل‌نگاری‌های ناسالم الهی	پرسش مستقیم دربارهٔ تصویر خدا، روش سقراطی	آگاهی از نگرش‌های ناسالم و ایجاد انگیزه برای بازتعریف
۳	تبیین مفهوم	بازتعریف رنج در پرتو اسماءالله	معرفی و تفکر دربارهٔ اسامی خبیر، حکیم، ضارّ، و نافع	درک رنج در چهارچوب یک نظام حکیمانه و معنادار

گام اول: آماده‌سازی نوجوان بیمار

الف. چهارچوب نظری پروتکل

توضیح اولیه برای مراقب معنوی آن است که برای آماده‌سازی نوجوان بیمار و آغاز گفت‌وگو می‌توان ازطریق سؤالات بازْ ذهن او را آرام‌آرام به‌چالش کشید و وارد فاز گفت‌وگوی اصلی کرد (۲۴). به نظر می‌رسد اگر گام اول و آماده‌سازی نوجوان، با اشاره به «فواید و آثار رنج» آغاز شود، اگرچه شاید یک بحث چالش‌برانگیز باشد اما می‌تواند تأثیر مطلوبی در جذب و انگیزش نوجوان برای ادامهٔ گفت‌وگو داشته باشد. جدای از سختی‌ها و مشقت رنج اما دارای فایده‌هایی ازجمله زمینه‌سازی کمالات انسان، صیقل جان انسان، غفلت‌زدا و منع طغیان، لذت‌آفرینی، استفادهٔ بهینه از عمر، و ... (۲۵)؛ اما ازآنجاکه این بحث ممکن است کمی برای نوجوان غیرقابل‌لمس باشد بهتر است از طرح سؤال و تمثیل و تمرین استفاده کرد و این هدف را از یاد نبرد که در پس‌زمینهٔ این گفت‌وگو نوجوان را غیرمستقیم به درک سه اسم «خبیر، حکیم، و ضارّ و نافع» سوق داد.

ب. جلسهٔ اول پروتکل: آشنایی نوجوان بیمار با مفهوم رنج

هدف آموزشی: برانگیختن تفکر در باب رنج، با تمرکز بر تجربهٔ زیستهٔ نوجوان از بیماری و تأثیر آن بر معنای زندگی‌اش.

زمان تقریبی حدود ۴۵-۳۰ دقیقه بسته به شرایط نوجوان بیمار.

۱. آغاز گفت‌وگو: همدلی و طرح سؤالات اکتشافی

پس از مقدماتِ ایجاد صمیمیت به طرح سؤالات تأییدکننده و اکتشافی (با تأکید بر سؤالات بازی‌گونه و پرسشگر) پرداخته شود. به‌عنوان مثال، بیماری چطور زندگی تو را تغییر داده است؟ کدام جنبه‌های آن تو را بیشتر تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؟ به نظرت، چگونه می‌توان این رنج را جبران کرد یا با آن کنار آمد؟ این سؤال‌ها شاید کمی سنگین باشد، اما کنجکاوم بدانم چه ایده‌هایی در ذهن داری.

۲. گفت‌وگوی اصلی: بحث چالشی مزایای رنج

می‌دانی، بعضی وقت‌ها اتفاقات سخت زندگی می‌توانند شبیه باد و خاک برای یک درخت باشند؛ اول سخت به نظر می‌آیند، اما درنهایت ریشه‌ها را محکم‌تر می‌کنند. شاید بیماری هم همین‌طور باشد؛ گرچه دردناک است، اما می‌تواند فرصتی برای شناخت توانایی‌های خودت یا حتی دیدن مهربانی اطرافیانت باشد.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

گاهی ما حکمت بعضی چیزها را نمی‌فهمیم. چیزی که الان ضرر به نظر می‌رسد، شاید در آینده نفعی پنهان داشته باشد. خدا را به همین خاطر خبیر، حکیم، و ضار و نافع می‌نامند.

۳. تمرین

حالا می‌خواهم یک تمرین با هم انجام دهیم: به این دورهٔ بیماری فکر کن و یک چیزی که از آن یاد گرفته‌ای یا کشف کرده‌ای را بگو. مثلاً فهمیدی چقدر مادرت صبور است یا اینکه حتی وقتی خسته‌ای می‌توانی باز هم لبخند بزنی.

۴. جمع‌بندی و اشاره به جلسهٔ بعدی

خیلی خوب بود که توانستی این درس کوچک را از تجربهٔ خودت پیدا کنی. این نشان می‌دهد که حتی در سخت‌ترین شرایط هم تواناییِ دیدن جنبه‌های مثبت و یادگیری وجود دارد. به نظرت چطور است اگر در جلسهٔ بعدی در این باره بحث کنیم که چه تصور و باورهایی در مورد خدا داریم؟

گام دوم: ارزیابی شمایل‌نگاری الهی در مواجهه با رنج نوجوان

الف. چهارچوب نظری پروتکل

در مواجهه با رنج، نه‌تنها نوجوانان بلکه اکثر افراد خدا را منشأ رنج می‌دانند و نگرش‌های متفاوتی درمورد رنج اتخاذ می‌کنند که بر شدت آن تأثیر می‌گذارد (۲۶). ازمیان نگرش‌های مطرح در مورد خداوند دو نگرش بیشتر مورد اشارهٔ نوجوانان بود.

نگرش تنبیهی: فرد رنج را مجازات گناهان خود می‌داند که منجر به احساس گناه شدید، پشیمانی، و زیرسؤال‌بردن عدالت الهی می‌شود. این نگرش رنج را تشدید کرده و درک نادرستی از خداوند ارائه می‌دهد (۲۶). (نمونه: دختری ۱۱ساله که پس از عود سرطان، با خدا به‌دلیل رعایت‌نکردنِ «تعهدات» خود در قبال بهبودی قبلی دچار شک و تردید می‌شود).

نگرش آزمایشی: فرد رنج را آزمونی الهی برای سنجش ایمان تلقی می‌کند. این نگرش، گرچه در ابتدا با امید به پاداش همراه است، اما می‌تواند به احساس رنجش از خداوند، پشیمانی از ایمان قوی، و زیرسؤال‌بردن عدالت و علم کامل الهی منجر شود، زیرا فرد احساس می‌کند بدون درنظرگرفتن توانایی‌هایش مورد سنجش قرار گرفته است (۲۶). (نمونه: فردی که با وجود «آدم خوب بودن» از بیمارشدن خود گله‌مند است).

ب. جلسهٔ دوم پروتکل: رنج و تصویر اولیه از خدا در نوجوان بیمار

هدف: شناسایی باورها و تصورات رایج نوجوانان دربارهٔ رنج و چگونگی ارتباط آن با تصویر اولیه‌شان از خداوند و سپس تشویق آن‌ها به مشاهدهٔ الگوهای مثبت پس از سختی، به‌عنوان مقدمه‌ای برای درک عمیق‌تر در جلسات آتی.

مدت زمان تقریبی: ۳۰-۴۰ دقیقه بسته به شرایط نوجوان بیمار

۱. آغاز گفت‌وگو: مقدمه و گرم‌کردن

امروز می‌خواهیم کمی دربارهٔ رنج و اینکه وقتی با سختی‌ها روبه‌رو می‌شویم، چه تصاویری در ذهنمان از خدا شکل می‌گیرد، صحبت کنیم. هدف این است که بفهمیم هرکدام از ما چه باورهایی داریم و درنهایت، به الگوهای مثبت پیرامونمان نگاهی بیندازیم. وقتی حرف از سختی یا رنج می‌شود، چه احساسی به شما دست می‌دهد؟ (پاسخ‌های احساسی و اولیه)

۲. گفت‌وگوی اصلی

پرسش کلیدی برای گفت‌وگو با نوجوان: وقتی با یک رنج یا مشکل روبه‌رو می‌شوی، اولین تصویری که از خدا در ذهنت شکل می‌گیرد چیست؟ فکر می‌کنی خدا کسی است که این سختی را ایجاد کرده؟ یا فقط ناظر است و دخالت نمی‌کند؟ یا کسی است که در رنج تو همراه و همدم توست؟ وقتی به خدا فکر می‌کنی، او را قوی می‌بینی یا ضعیف؟ مهربان یا بی‌تفاوت؟

اینجا درست و غلطی وجود ندارد، فقط دوست دارم اولین چیزی که به ذهنت می‌آید را بدانم.

۳. تمرین پایانی

حالا که دربارهٔ سختی‌ها و تصوراتمان از خدا صحبت کردیم، بیایید نگاهی به دنیای اطرافمان بیندازیم و

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

ببینیم چطور سختی‌ها و تلاش‌ها نتایج مثبت و ارزشمندی به‌همراه دارد.

چه چیزهای ارزشمندی در دنیا بعد از یک دورهٔ سختی و تلاش به دست می‌آیند؟ مثلاً: قهرمان‌شدن ورزشکاران همراه با رنج و تمرین سخت است. موفقیت در امتحان با اضطراب و خستگی همراه است.

شما چه مثال‌های دیگری به ذهنتان می‌رسد؟

۴. جمع‌بندی نهایی و اشاره به جلسهٔ آینده

مرور مختصر: امروز دیدیم که هرکدام از ما دربارهٔ علت سختی‌ها و تصویر خدا در این مواقع، باورها و تصورات اولیه‌ای داریم. همچنین، با مشاهدهٔ الگوهای مثبت متوجه شدیم که سختی‌ها اغلب مسیری به‌سوی دستاوردهای ارزشمند هستند.

اشاره به آینده: در جلسات بعدی می‌توانیم بیشتر دربارهٔ این باورها صحبت کنیم و ببینیم چگونه می‌توانیم نگاه سالم‌تر و عمیق‌تری به رنج و تصویر خداوند پیدا کنیم.

گام سوم: تبیین معنای حقیقی نیاز نوجوان به چیستی و چرایی رنج

الف. چهارچوب نظری پروتکل

بیماری لاعلاج فرصتی را برای تحقق عمیق‌ترین معنای رنج و به فعلیت رساندن بالاترین ارزش فراهم می‌کند (۲۷). با معنابخشی به رنج، عشق به خدا به‌عنوان مظهر یک معنویت کامل تجربه می‌شود. این تجربه را می‌توان از طریق دعا و سایر اعمال مذهبی تسهیل و تقویت کرد. اسماءالله نیز ازجمله راهکارهای معنوی نیل به معنای حقیقی رنج است. ازیک‌سو، همان‌طورکه قبلاً اشاره شد، ابن عربی اسماءالله را عبارت از هر آن چیزی می‌داند که بندگان به آن نیازمندند (۵). ازسوی‌دیگر، نوجوان بیمار نیاز به «فهم چیستی و چرایی رنج» دارند و طبق نتیجهٔ نهایی که از گام متناظرسازی نیاز با اسماءالله حاصل شد اسامی متناظر با این نیاز عبارت بودند از «خبیر، حکیم، و الضار و النافع». نتیجه‌ای که از این مقدمات به دست می‌آید آن است که:

- ای خدا (ی خبیر) آیا تو از این رنج من آگاه هستی؟
- ای خدا (ی حکیم) چه دلیلی برای این رنج من داری؟
- ای خدا (ی الضار و النافع) آیا این رنج فقط برای آزار من است، یا ممکن است درنهایت به‌نفع من تمام شود؟

ب. جلسهٔ سوم پروتکل: تبیین معنای حقیقی نیاز نوجوان به چیستی و چرایی رنج

هدف نهایی این پروتکل تبیین صحیح معنای رنج با توجه به اسماء الهی به‌منظور یاری‌رساندن به نوجوانان در یافتن معنا و رشد در دل سختی‌ها است.

زمان حدود ۴۵-۳۰ دقیقه

۱. آغاز گفت‌وگو: امروز می‌خواهیم با هم دربارهٔ چیزی صحبت کنیم که شاید گاهی ما را ناراحت یا کلافه کند: رنج. اما قرار نیست فقط در مورد سختی‌ها حرف بزنیم. می‌خواهیم با هم کشف کنیم که چطور می‌توانیم حتی در دل سختی‌ها هم معنایی پیدا کنیم و قوی‌تر شویم. مثل یک گل نیلوفر که در دل گِل‌ولای می‌شکفد و زیبا می‌شود!

۲: گفت‌وگوی اصلی - معنای حقیقی رنج

بسیار خوب، ما در مورد رنج صحبت کردیم و دیدیم که گاهی سختی‌ها می‌توانند فرصتی برای رشد و یافتن معنای عمیق‌تر باشند، درست مثل گل نیلوفری که در دل گِل‌ولای می‌شکفد. حالا چطور می‌توانیم این مفهوم را با شناخت بیشتر خداوند، که تدبیرکنندهٔ تمام امور و منبع آرامش است، درک کنیم؟

اینجا است که شناخت اسماء الهی به کمک ما می‌آید. وقتی ما سختی می‌کشیم، مهم است بدانیم خدایی داریم که:

او «خبیر» است و از همهٔ وجود ما خبر دارد، حتی پیش از آنکه ما حرف بزنیم.

او «حکیم» است و هر اتفاقی، حتی سخت، در چهارچوب حکمت اوست که شاید ما فعلاً آن را درک نکنیم.

او «ضار و نافع» است. یعنی هم توانایی واردکردن سختی را دارد و هم توانایی رفع آن و بخشیدن آرامش و منفعت.

این اسم‌ها مثل کلیدهایی هستند که درِ درک عمیق‌تر رنج را به روی ما باز می‌کنند. وقتی این اسم‌ها را

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

به یاد می‌آوریم، می‌توانیم با اعتماد بیشتری به خدا نگاه کنیم و در سختی‌ها به‌دنبال معنا و حکمت باشیم، به‌جای ناامیدی.

۳. تمرین

حالا تصور کن داری با خدایی که از همه‌چیز خبر دارد (خبیر)، کارهایش از روی حکمت است (حکیم)، و می‌تواند هم سختی بدهد و هم آرامش (ضار و نافع)، صحبت می‌کنی. به او از احساست بگو و از او بخواه کمکت کند تا معنای این سختی‌ها را بفهمی و در آن‌ها رشد کنی.

یاد گرفتیم که رنج بخشی از زندگی است، اما می‌تواند فرصتی برای رشد و پیداکردن معنا باشد. خدا همیشه با ماست، از همه‌چیز خبر دارد و همه‌چیز را با حکمت انجام می‌دهد، می‌توانیم در سختی‌ها قوی‌تر باشیم.

بحث

یافته‌های این پژوهش به تدوین و ارزیابی پروتکل سه‌مرحله‌ای مبتنی‌بر متناظرسازی نیاز نوجوانانِ مبتلا به بیماری‌های سخت‌درمان با اسماءالله پرداخته است. این پروتکل با هدف تقویت معنویت و سلامت روان نوجوانان، چهارچوبی عملی برای مواجهه با رنج از منظر دینی و الهی ارائه می‌دهد.

مطالعهٔ حاضر از منظر هدف و مبانی نظری، با مجموعه‌ای از پژوهش‌های داخلی و بین‌المللی که بر کاربردهای عملی مفاهیم دینی در حیطه‌های سلامت و تربیت تأکید دارند، هم‌سو است. این پژوهش در راستای مطالعهٔ عمر (۲۰۲۰) که شناخت اسماءالله را «شرافتمندترین علوم» با «تأثیری ژرف» بر زندگی فرد مسلمان می‌داند، حرکت کرده و این مبانی نظری را در یک پروتکل بالینی برای جمعیت نوجوان بیمار عملیاتی می‌سازد. هم‌چنین، یافته‌های این پژوهش در امتداد نتایج مطالعات تجربی است که اثربخشی مداخلات معنوی را در بهبود شاخص‌های سلامت نشان داده‌اند؛ ازجمله مطالعهٔ والهی و حسن‌زاده (۱۳۹۸) (۱۱) که برتری «ذکردرمانی» را بر آروماتراپی در افزایش امید به زندگی بیماران همودیالیزی نشان داد و پژوهش نصیری و همکاران (۱۳۹۳) که تأثیر ذکر را در «کاهش مصرف مسکن» پس از جراحی قلب به اثبات رساند (۱۲). علاوه‌براین، رویکرد تربیتی-معنوی پروتکل حاضر، با اهداف مطالعه سوبیدی و همکاران (۲۰۲۴) که به تقویت «شخصیت کودکان» از طریق اسماءالحسنی پرداخت (۱۰) هم‌خوانی دارد و آن را در بستر چالش‌برانگیز بیماری سخت و برای گروه سنی نوجوان توسعه می‌دهد.

در مقایسه با اکثر مطالعات پیشین که عمدتاً بر شناسایی هم‌بستگی‌ها و روابط توصیفی بین متغیرهای مذهبی (مانند حضور در مراسم مذهبی یا دفعات دعا) و شاخص‌های سلامت (مانند کاهش اضطراب یا بهبود کیفیت زندگی) متمرکز بودند - ازجمله پژوهش‌های ارزشمندی مانند گونسالوس و همکاران (۲۰۱۵) و حاجی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) (۲۹، ۳۰) پروتکل حاضر با ارائهٔ یک چهارچوب مداخله‌ای عملی و ساختاریافته، گامی فراتر نهاده و از مرز توصیف و تبیین عبور کرده است. این پروتکل نه‌تنها وجود رابطه را نشان می‌دهد، بلکه ابزاری عینی و گام‌به‌گام برای بهره‌گیری از مفاهیم مذهبی در جهت ارتقای سلامت روانی ارائه می‌کند. ازسوی‌دیگر، اگرچه مطالعات مقدماتی و کیفی مهمی مانند کار آلوارنگا و همکاران (۲۰۲۱) (۳۱) به درک عمیق‌تری از دغدغه‌ها و نیازهای معنوی نوجوانان در مواجهه با بیماری کمک شایانی کرده‌اند، اما اغلب در نقطهٔ شناسایی و تبیین نیاز متوقف شده‌اند. نقطهٔ قوت و تمایز پژوهش حاضر در این است که این خلأ را پر کرده و با طراحی یک پروتکل سه‌مرحله‌ای منسجم، که برپایهٔ تناظر نظام‌مند بین نیازهای شناسایی‌شده و اسماء و صفات الهی (مانند التوّاب برای نیاز به بخشش یا الشافی برای نیاز به شفا) بنا نهاده شده، پاسخی عملی، کاربردی، و مبتنی‌بر منابع دینی به این نیازهای برآورده‌نشده ارائه می‌دهد.

برای پاسخ‌گویی به خلأ موجود در ادبیات پژوهشی و بالینی پیرامون نیاز به درک معنای رنج در این گروه سنی قرار می‌گیرد. به‌طور مشخص، پروتکل حاضر از دو جهت تکمیل‌کنندهٔ ادبیات موجود است: اول، تبدیل رویکردهای غیرنظام‌مندِ استفاده از مفاهیم مذهبی (مانند مطالعهٔ اتکین و احمد، ۲۰۰۱) (۳۲) به یک چهارچوب ساختاریافتهٔ دوم، ارتقای درک منفعلانه از «تسلیم دربرابر قضای الهی» (احمدی و همکاران، ۲۰۱۸) (۳۳) به فرایندی فعال از

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

معنابخشی با اسماء «خبیر»، «حکیم»، و «ضارّ نافع» (۲۸)

این مطالعه با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود که باید در تعمیم‌پذیری نتایج در نظر گرفته شوند. نخست، این پژوهش به طراحی پروتکل پرداخته و اثربخشی آن را در دستور کار نداشته است. دوم، حجم نمونه اگرچه برای یک مطالعهٔ کیفی کافی بود، اما کوچک‌بودن آن و محدودشدن به یک مرکز درمانی، دامنهٔ تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌سازد. سوم، اگرچه طراحی پروتکل حاضر با درنظرگیری حداکثر تنوع در نمونهٔ مطالعه صورت پذیرفت، شایان ذکر است که دامنهٔ سنی نسبتاً گستردهٔ شرکت‌کنندگان (۹-۱۹سال) از محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود.

بدیهی است سطوح مختلف بلوغ شناختی و ظرفیت‌های عاطفی نوجوانان در این بازهٔ سنی می‌تواند بر دریافت و بهره‌مندی از مداخله تأثیرگذار باشد. با این وجود، تمرکز اصلی این مرحله از مطالعه بر تدوین یک «چهارچوب پایه» و «ساختار هسته» برای مداخلهٔ معنوی بود تا امکان‌سنجی و قابلیت اجرای اولیهٔ آن در یک جامعهٔ متنوع مورد آزمون قرار گیرد. توسعهٔ پروتکل‌های اختصاصی‌شده برای زیرگروه‌های سنی، گام منطقی بعدی در تکمیل این برنامهٔ پژوهشی خواهد بود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه با طراحی یک پروتکل نظام‌مند، که ریشه در مبانی دینی-فلسفی و روان‌شناختی دارد، گامی اولیه اما مهم در مسیر پاسخ‌گویی به یکی از عمیق‌ترین نیازهای نوجوانان بیمار برداشته است. چهارچوب ارائه‌شده می‌تواند مبنایی برای مداخلات معنوی آینده قرار گیرد و پلی بین حوزه‌های الهیات و بالین باشد. آزمون تجربی این پروتکل، گام بعدی و ضروری این مسیر پژوهشی است. براساس یافته‌ها و محدودیت‌های این پژوهش، به‌منظور توسعه و تعمیم پروتکل حاضر، انجام یک کارآزمایی بالینی با طرح آمیخته برای سنجش اثربخشی آن بر شاخص‌هایی چون امید، رضایت از زندگی، و تحمل‌پذیری رنج پیشنهاد می‌شود. همچنین تخصصی‌سازی پروتکل از طریق طراحی نسخه‌های انعطاف‌پذیر براساس کارآزمایی بالینی سنی و سطح بلوغ فکری نوجوانان می‌تواند به بهینه‌سازی نتایج بینجامد. در سطح سیاست‌گذاری، ادغام این چهارچوب در برنامه‌های استاندارد مراقبت تسکینی و آموزش آن به روان‌شناسان سلامت و روحانیون بالینی ضروری به نظر می‌رسد. درنهایت، انجام موردکاوی‌های عمیق در مطالعات آتی می‌تواند با مستندسازی عینی فرایند مداخله، درک کیفی غنی‌تری از مکانیسم‌های تأثیرگذار پروتکل ارائه دهد.

ملاحظات اخلاقی

این طرح پس از دریافت کد اخلاق (IR.ARI.MUI.REC.1402.073) از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مجوز از مرکز مراقبت تسکینی اجرا شد.

تشکر و قدردانی

ندارد.

تعارض منافع

این مقاله تعارض منافع ندارد.

حامی مالی

حامی مالی ندارد.

References

1. Stillion J, Papadatou D. Suffer the children: an examination of psychosocial issues in children and adolescents with terminal illness. Am Behav Sci. 2002;46(2):299–315.
2. Khadra C, Le May S, Tremblay I, Dupuis F, Cara C, Mercier G, et al. Development of the adolescent cancer suffering scale. Pain Res Manag. 2015;20(4):213–19. (PMID: 26252665)
3. Frankl VE. Man's search for meaning. Boston: Beacon Press; 2006.
4. Pehler Sh. Children's spiritual response: validation of the nursing diagnosis spiritual distress. Nurs Diagn. 1997;8(2):55–66. (PMID: 9305107)
5. Ibn Arabi MIA. Al-Futuhat al-Makkiyah,

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

Trans: Khajavi M. Tehran: Mola Publications; 2010. (Persian)
6. Fochtman D. The concept of suffering in children and adolescents with cancer. Pediatr Oncol Nurs. 2006;23(2):92–102. (PMID: 16476783)
7. Carlsson AA, Kihlgren A, Sørlie V. Embodied suffering: experiences of fear in adolescent girls with cancer. J Child Health Care. 2008;12(2):129–43. (PMID: 18469297)
8. Gijsberts MJHE, Liefbroer AI, Otten R, Olsman E. Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent European literature. Med Sci. 2019;7(2):25. (PMID: 30736416)
9. Omar SF. The names of Allah: their importance and impact on the muslim individual (Nodal Study). J Tikrit Univ Hum. 2020;27(4):1-15.
10. Subaidi, Fauzi I, Mahnun N. Implementation of Islamic education: recitation of asmaul husna and smiling-greeting to strengthen children's character. J Islam Educ Res. 2024;5(1):55-66.
11. Valehi S, Hassanzadeh R. Comparative effect of aromatherapy with Citrus aurantium and mentioning on life expectancy of hemodialysis patients. Islam Health J. 2019;4(2):31-7. (Persian)
12. Nasiri M, Fayyazi S, Jamshidi Far F, Sheikh Zaeri R. Investigating the effect of dhikr "Allah" on postoperative analgesia consumption in coronary artery bypass graft surgery: a short report. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2014;13(5):561-8. (Persian)
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006:3(2):77–101
14. Dehkhoda A. Dictionary: Dehkhoda Medium Culture. Tehran: University of Tehran; 2011. (Persian)
15. Bueno-Gómez N. Conceptualizing suffering and pain. Philos Ethics Humanit Med. 2017;12(1):7. (PMID: 28958214)
16. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2011.
17. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised international association for the study of pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976-82. (PMID: 32694387)
18. Svenaeus F. The phenomenology of suffering in medicine and bioethics. *Theor Med Bioeth*. 2014;35:407–20. (PMID: 25398688)
19. Tabatabaei SMH. Al-Mizan fi Tafsir al-Qur'an, Trans: Mousavi Hamdani M. Qom: Society of Teachers of Qom Seminary Publications; 1995. (Persian)
20. Modarres Bostan Abadi M. Tafsir asni: commentary of the names of Allah. Qom: Dar al-Elm Publications; 2009. (Persian)
21. Hosseinzadeh Amoli H. Lessons on Sharh Fusus al-Hikam Qaysari. Qom: Boostan Ketab; 2011. (Persian)
22. Fakhr al-Din al-Razi. Sharh Asma' Allah al-Husna. Trans: Jamalzadeh A. Tehran: Novin Pajoohesh Fayyaz; 2017. (Persian)
23. Ibn Arabi M. Kashf al-Ma'ani 'an Sirr Asma' Allah al-Husna. Qom: Religious Publications; 2004. (Persian)
24. Ahmadi Faraz M, Shaerbabachizadeh M, Mousavizadeh SR, Raeisi N, Ghaderi S, Shirvani A. An introduction to the foundations of spiritual care. Isfahan: University of Medical Sciences; 2017. (Persian)
25. Shahbazi I. Suffering from Mawlana's point of view. J Heroic Lit. 2007;3(4):167–86. (Persian)
26. Foley DP. Eleven interpretations of personal suffering. J Relig Health. 1988;27(4):321–8. (PMID: 24302440)
27. Tognacci S. Spirituality and psychology in the face of suffering and illness. Psychiatr Danub. 2021;33(Suppl 4):808–21. (PMID: 35026807)
28. Iannello NM, Inguglia C, Silletti F, Albiero P, Cassibba R, Lo Coco A, et al. How do religiosity and spirituality associate with health-related outcomes of adolescents with chronic illnesses? a scoping review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(20):13172. (PMID: 36293751)
29. Gonçalves, J. P. B., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Psychological Medicine. 2015; 45(14):2937-2949. (PMID: 26200715)
30. Hajizad R, Abdollahzadeh H, Gholami M. The Impact of Training Spiritual/Religious Coping Skills on the Level of Anxiety and Stress Coping Strategies of Patients with Type II Diabetes to Provide Nursing and Caring Strategies. J Diabetes Nurs. 2016; 4(4):72-83. (Persian)
31. Alvarenga, W. de A., et al. Spiritual needs of Brazilian children and adolescents with chronic illnesses: A thematic analysis. Journal of Pediatric Nursing, 2021; 1-7. (PMID: 33648836)

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]

32. Atkin, K., & Ahmad, W. I. U. Living a 'normal' life: young people coping with thalassaemia major or sickle cell disorder. Social Science & Medicine. 2001; 53(5):615-626.
33. Ahmadi, F., Hussin, N. A. M., & Mohammad, M. T. Religion. Culture and Meaning-Making Coping: A Study Among Cancer Patients in Malaysia. Journal of Religion and Health. 2018; 58(6):1909-1924.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.22034/Jrh.13.2.26]