

تأثیر حکمت‌های نهج‌البلاغه بر بهبود ابعاد سلامت عمومی دانشجویان

دکتر اسحق رحیمیان بوگر*

دکتر علی سنایی**

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش حکمت‌های نهج‌البلاغه بر ابعاد سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه سمنان بود. در یک بررسی آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل، ۶۱ نفر از این دانشجویان به طور تصادفی انتخاب و نیز به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل گماشته شدند. شرکت‌کنندگان در سه مرحله پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) را تکمیل کردند و گروه‌های آزمایشی ده جلسه آموزش مهارت‌های زندگی را هفته‌ای یکبار دریافت کردند. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که آموزش حکمت‌های نهج‌البلاغه بطور معناداری باعث کاهش علائم نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه‌های کنترل شده است ($p < 0/05$). طبق نتایج این پژوهش، آموزش حکمت‌های نهج‌البلاغه به شیوه گروهی روش مؤثری برای برای بهبود ابعاد سلامت عمومی دانشجویان است.

واژگان کلیدی: نهج‌البلاغه، عملکرد اجتماعی، اضطراب، دانشجویان

مقدمه

اندیشه‌های ارزشمند اسلامی، نقش مهمی در برنامه‌های ارتقای سلامت روانی و جسمی دارند. نهج‌البلاغه و حکمت‌های آن از منابع ارزشمند در تعلیمات اسلامی است که در آن توجه به عزت و ارزش‌مندی انسان و سلامت روانی - اجتماعی از اهمیت بسزایی برخوردار است. سلامتی به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده و برای ارضای نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان ضروری است. سلامت و تعادل عمومی دانشجویان نیز در پیشرفت آنها عاملی مهم است و با مداخلات پیشگیرانه و برنامه‌های ارتقای سلامت با رویکرد دینی و مبتنی بر منابع غنی دین بهبود می‌یابد (مرزوقی و اناری‌نژاد، ۱۳۸۶؛ زهت، ابراهیم، ۱۳۸۹). حدود بیست سال پیش در اجلاس منطقه‌ای بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت (WHO/EMRO) به پیشنهاد دکتر ویگ و تصویب اعضای بعضی نمایندگان کشورهای اسلامی منطقه، قرار شد از آموزش‌ها و توصیه‌های اسلامی برای ارتقای بهداشت روانی مردم استفاده شود (بوالهروی، محمدپور، اصغرنژاد فرید، و طاهری، ۱۳۸۹؛ کرایوز^۱ و ایسون^۲، ۲۰۰۷). در سال ۱۳۷۸ توسط انستیتو روانپزشکی تهران کتاب آیات قرآنی در زمینه بهداشت روانی منتشر شد و در سال ۱۳۸۶ پس از پژوهش‌های سه ساله، نتیجه مروری بر نهج‌البلاغه از دیدگاه روانشناسی و بهداشت روان بر اساس روش‌شناسی علمی و نوین انتشار یافت. این اقدامات قابل تقدیر در واقع، اقداماتی علمی و سازمان یافته جهت کاربست حرفه‌ای منابع دینی نظیر نهج‌البلاغه در ارتقای سلامت افراد جامعه بود.

بررسی متون گذشته نشان می‌دهد که امام علی (ع) با اشراف کامل به شناخت انسان و ابعاد آن توصیه‌هایی برای پرورش سلامت کلی انسان نموده است که این توصیه‌ها خارج از زمان و مکان کارآمد و اثربخش خواهند ماند. امام علی (ع) می‌فرماید: اخباری را که می‌شنوید پیرامون آن تفکر کنید، تفکر برای عمل، نه تفکر برای روایت زیرا راویان علم بسیارند و عمل‌کنندگان بآن کم^۳. علامه توانا "ابن ابی الحدید" از علمای بزرگ اهل تسنن در مورد شرح نهج‌البلاغه‌اش که از بهترین شرح‌هاست می‌گوید: "و

1. Krause, N.

2. Ellison, C.G.

۳. "اغفلوا الخبر إذا سمعتموه عقل رعايته لا عقل روايته، فإن رواة العلم كثير، ورعايته قليل (نهج‌البلاغه / حکمت ۹۸)

جری الوادی فتم علی القری،" سیل در بیابان به جریان افتد ولی به آخر نرسید و در زمین بیابان فرو رفت (اشتهاری، ۱۳۷۸، ص ۵)؛ که گرچه این شرح من همانند سیلی است لیکن در بیابان وسیع فرو می رود و به محیط آن نخواهد رسید. علامه مطهری (۱۳۷۹، ص ۹۵) در کتاب ارزشمند جاذبه و دافعه علی (ع) می نویسد: "امام علی (ع) از آن نظر محبوب است که پیوند الهی دارد. دل های ما بطور ناخودآگاه در اعماق خویش با حق سر و راز و پیوستگی دارد، و چون علی را آیت بزرگی حق و مظهر صفات حق می یابند. به او عشق می ورزند." نهج البلاغه ی امام (ع)، درک زیباشناسی را هموار می سازد، زیرا زیباشناسی حسی مشترک در بین تمام انسان ها است و درک زیبایی نیز عاری از نفع و غرض است (هاشمی اردکانی، ۱۳۸۸). شاید بر همین اساس باشد که حضرت علی (ع) در نهج البلاغه می فرماید: "اگر کوهی مرا دوست بدارد، از هم شکافته می شود" (جرداق، ۱۳۳۶، ص ۳۱۱). امام علی (ع) در نهج البلاغه، شاخص هایی برای سلامت عمومی انسان معرفی نموده اند. برای مثال، شکیبایی را از عوامل مهم سلامت شخصیت معرفی کرده اند: یا همچون مردان بزرگوار شکیبایی کن و گرنه همچون بهایم خود را بغفلت بزنی^۱

امام علی (ع) در زمینه ارتقای سلامت روان و پرورش شخصیت سالم به فرزندش امام حسن (ع) می فرماید: فرزندانم! چهار چیز، را از من داشته باش! که با آن هر کاری بکنی بتو زیان نخواهد رسید: بالاترین سرمایه ها عقل است. بزرگترین فقر حماقت است. بدترین تنهایی و وحشت، خودبینی است و برترین حسب و نسب، اخلاق نیک است. فرزندانم! برحذر باش از دوستی با «احمق»، چون می خواهد بتو منفعت برساند، ولی زیان می رساند. برحذر باش از دوستی با «بخیل» چرا که به هنگام شدیدترین حاجت تو را رها می سازد. برحذر باش از دوستی با انسان «فاجر و فاسق» چرا که تو را به چیز کمی می فروشد. برحذر باش از دوستی «دروغ گو» چرا که او مثل سراب است؛ دور را در نظر تو نزدیک و نزدیک را در نظر تو دور می سازد^۲. " هم چنین در زمینه

۱. إِنْ صَبَرْتَ صَبَرَ الْأَكْرَامُ، وَإِلَّا سَلَوْتَ سَلَوُ الْبُهَائِمِ (حکمت ۴۱۴).

۲. يَا بَنِيَّ، احْفَظْ عَنِّي أَرْبَعًا وَأَرْبَعًا، لَا يَضُرُّكَ مَا عَمِلْتَ مَعَهُنَّ: إِنْ أُغْنَى الْغِنَى الْعَقْلُ، وَأَكْبَرَ الْفَقْرِ الْخُمُوقُ، وَأَوْحَشَ الْوَحْشَةَ الْعُجْبُ وَأَكْرَمَ الْحَسَبِ حُسْنُ الْخُلُقِ. يَا بَنِيَّ، وَإِيَّاكَ وَمُصَادَقَةَ الْأَحْمَقِ، فَإِنَّهُ يُرِيدُ أَنْ يُنْفَعَكَ فَيَضُرُّكَ. وَإِيَّاكَ وَمُصَادَقَةَ الْبَخِيلِ، فَإِنَّهُ يَقَعُدُ عَنْكَ أَخْوَجَ مَا تَكُونُ إِلَيْهِ. وَإِيَّاكَ وَمُصَادَقَةَ الْفَاجِرِ، فَإِنَّهُ يَبِيعُكَ بِالنَّافَةِ وَإِيَّاكَ وَمُصَادَقَةَ الْكُذَّابِ، فَإِنَّهُ كَالسَّرَابِ يَقْرُبُ عَلَيْكَ الْبُعِيدَ، وَيَبْعُدُ عَلَيْكَ الْقَرِيبَ: (حکمت ۳۸)

پرورش سلامت اجتماعی و تصمیم‌گیری صحیح می‌فرمایند: کسی که از افکار دیگران استقبال کند موارد خطا را می‌شناسد، یعنی با مشورت به اشتباه نمی‌افتد^۱

نهج‌البلاغه داری حکمت‌ها، خطبه‌ها، و نامه‌های ارزش‌مندی در کاهش مسائل روانی-اجتماعی؛ مقابله با ناامیدی و احساس تنهایی، خشم و خشونت؛ مدیریت فشار روانی و مقابله با آن؛ مقابله با اندوه، مرگ، بیماری، مهاجرت، فقر، طلاق و اختلاف‌های خانوادگی؛ حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و تقویت حمایت اجتماعی؛ ارتقای بهداشت روانی-اجتماعی؛ ارتقای روابط بین‌فردی متقابل و ارتقای بهداشت روانی-فردی با امیداری، صبر، توکل و یاد خدا؛ مهارت تصمیم‌گیری و حل مسأله؛ و مهارت تفکر خلاق است (بوالهروی و همکاران، ۱۳۸۹؛ صمدانیان و میریان، ۱۳۹۰؛ مصباح یزدی، ۱۳۸۸). امام علی (ع) در نهج‌البلاغه می‌فرمایند: بخل جامع تمام عیب‌ها است و این افساری است که انسان را بسوی هر بدی می‌کشاند^۲. در جایی دیگر می‌فرمایند: کسی که با دست کوتاه ببخشد با دست بلند به او بخشیده می‌شود^۳.

بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که نهج‌البلاغه از منابع علمی-اسلامی مهم در ارتقای ابعاد سلامت روانشناختی است (جبارلوی شبستری، ۱۳۸۶؛ صمدانیان و میریان، ۱۳۹۰؛ مرزوقی و اناری‌نژاد، ۱۳۸۶). در بررسی ادبیات پژوهش در زمینه‌های نهج‌البلاغه و بهداشت روان، مطالعه‌ای که به طور مستقیم با موضوع بررسی حاضر به خصوص در دانشجویان هم‌خوانی داشته باشد به دست نیامد. لیکن بررسی‌های مهمی در حیطه مداخلات دینی بر بهبود سلامتی وجود دارد که از جهت استخراج راهبردها و فنون از منابع قرآنی و دینی و کاربرد آنها در زندگی با این بررسی تا حدود زیادی همخوانی دارند. میریان و صمدانیان (۱۳۸۸) در یک مطالعه به استخراج هنجارهای اجتماعی از دیدگاه نهج‌البلاغه و کاربرد آن در بهبود سلامت اجتماعی پرداختند و مبانی، اصول و روش‌های تربیتی نهج‌البلاغه که از انسجام و منطق خوبی نیز برخوردار است را معرفی کردند. اخوان کاظمی (۱۳۸۶) نیز در یک بررسی نشان داد که آموزه‌ها و حکمت‌های نهج‌البلاغه در کاهش آسیب‌های روانی-اجتماعی و بهبود سلامتی در ابعاد

۱. "مَنْ اسْتَقْبَلَ وَجْهَ الْأَرَاءِ عَرَفَ مَوَاقِعَ الْخَطَا (حکمت ۱۷۳)".

۲. "الْبُخْلُ جَامِعٌ لِمَسَاوِي الْعُيُوبِ، وَهُوَ زَمَامٌ يُقَادُّ بِهِ إِلَى كُلِّ سُوءٍ (حکمت ۳۷۸)".

۳. "مَنْ يُعْطِ بِالْيَدِ الْقَصِيرَةِ يُعْطِ بِالْيَدِ الطَّوِيلَةِ (حکمت ۲۳۲)".

مختلف کارآمد و بسیار اثربخش است. حسینی (۱۳۷۸) دین اسلام و منابع برگرفته از آن از جمله نهج البلاغه را دارای روی کردی روشن در ارتقای بهداشت روانی می‌داند. جبارلوی شبستری (۱۳۸۶) در بررسی درآمدی بر مباحث و آموزه‌های ارتباطی نهج البلاغه و مصباح یزدی (۱۳۸۸) در بررسی موضوع بهداشت روان از دیدگاه ادیان توحیدی نتیجه می‌گیرند که در اسلام، قرآن و نهج البلاغه سرشار از رهنمودهای اصلاح رفتار و کاهش ناهنجاری‌ها در سطوح فردی و اجتماعی هستند. در مطالعه‌ای مشابه نیز رضائی فرانی، عمادی و عاطف‌وحید (۱۳۸۲) به تعیین راهبردها و فنون تأمین سلامت روان در قرآن در قالب چهار دسته راهبرد شناختی، رفتاری، اجتماعی و فراشناختی پرداختند و نتیجه گرفتند که قرآن دارای چارچوب مشخصی برای اصلاح بهداشت روانی افراد است. صمدانیان و میریان (۱۳۹۰) در بررسی علل ناهنجاری و روش کنترل آن از دیدگاه نهج البلاغه نتیجه می‌گیرند که رفع ناهنجاری‌ها و بهبود سلامت و بهداشت در ابعاد مختلف زندگی در کلام امام علی (ع) موضوعی مورد توجه و واجد اهمیت بوده است و امام (ع) همواره راه‌کارهایی در حکمت‌های مختلف به این موضوع ارائه داشته‌اند. مطالعه بهشتی و افخمی اردکانی (۱۳۸۶) نیز بر پر استناد بودن نهج البلاغه به عنوان یک داروخانه معنوی در کاهش آشفتگی‌های روانشناختی انسان‌ها و ارتقای سلامت آنان تأکید می‌نماید.

از آنجا که طی سال‌های دانشجویی، افراد در معرض خطر بروز اختلالات روانی- اجتماعی متعددی قرار دارند، لذا ارتقای سطح آگاهی و نگرش و متعاقباً عمل‌کرد دانشجویان بر پیش‌گیری از این معضلات و گسترش سلامت عمومی آنان با تأکید بر منابع اسلامی نقش مهمی می‌تواند داشته باشد. اگرچه شواهد موجود نشان دهنده اهمیت نهج البلاغه در پرورش روح و روان انسان است، ولی بررسی این موضوع به شکل تخصصی بر نمونه‌ای خاص واجد اهمیت خواهد بود. وجود آموزه‌های غنی اسلامی و معنوی در نهج البلاغه به عنوان یک منبع مهم ارتقای سلامت انسان و نیز خلاءهای موجود در زمینه پژوهش تجربی در این زمینه با وجود دانش نظری بالا در مورد نهج البلاغه، ضرورت انجام این پژوهش را برجسته می‌سازد. هدف این مطالعه، بررسی تأثیر حکمت‌های نهج البلاغه بر بهبود سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه سمنان به منظور طراحی مدل آموزشی مناسب برای ارتقای سلامت آنان بود. بنابراین،

با توجه به آن چه گفته شد پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سوال است که آیا حکمت‌های نهج‌البلاغه می‌تواند به طور معناداری شاخص‌ها و ابعاد سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه سمنان را تحت تأثیر قرار دهد؟

روش پژوهش

در این مطالعه از طرح بین‌گروهی آزمایشی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری توأم با گروه کنترل استفاده شد که طی آن انتخاب تصادفی و نیز گمارش تصادفی انجام گرفت. وجود متغیر مستقل پژوهش یعنی آموزش نهج‌البلاغه و انتخاب تصادفی، واگذاری تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌های کاربردی و برخورداری از گروه کنترل مفروضه‌های مهم روش‌های آزمایشی هستند که در این پژوهش برقرار بودند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش دانشجویان دانشگاه سمنان در سال ۱۳۹۰ بودند. شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۶۱ نفر (۲۸ مرد و ۳۳ زن) بود که به صورت تصادفی ساده از میان دانشجویان دانشگاه سمنان انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش (۳۲ نفر) و گروه‌های کنترل (۲۹ نفر) گماشته شدند. تمایل به مشارکت در پژوهش و رضایت آگاهانه؛ عدم برخورداری از اختلالات روانشناختی شدید طی شش ماه گذشته؛ عدم مشارکت در برنامه‌های ارتقای بهداشت روان طی زمان پژوهش؛ عدم برخورداری از بیماری‌های مزمن طبی؛ و اشتغال به تحصیل طی زمان پژوهش از معیارهای ورود به مطالعه حاضر بودند. موارد مخالف با موارد مذکور، معیارهای خروج از مطالعه بودند. همچنین، ملاحظات اخلاقی پژوهش مورد توجه بود و جهت رعایت اصول اخلاق پژوهشی فرم رضایت آگاهانه به صورت کتبی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل و امضاء گردید.

ابزار پژوهش

پرسشنامه داده‌های جمعیت‌شناختی: دانشجویان با استفاده از یک پرسشنامه محقق‌ساخته اطلاعات خود را در مورد سن، جنس، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، وضعیت تأهل، و مقطع تحصیلی گزارش کردند.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): در پژوهش حاضر از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) استفاده شد. پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرندی مبتنی بر خود گزارش دهی است که در مجموعه های بالینی، با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند، در مطالعه بر روی جمعیت های سالم و در موقعیت های بالینی مورد استفاده قرار می گیرد (یعقوبی، نصر، و شاه محمدی، ۱۳۷۴). پرسشنامه سلامت عمومی را می توان مجموعه پرسشهایی در نظر گرفت که از پایین ترین سطح نشانه های مشترک مرضی که در اختلالات روانی وجود دارد تشکیل شده است و بدین ترتیب می تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی از کسانی که خود را سالم می پندارند، متمایز کند. بنابراین هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری های روانی نیست. بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت روانی است. متن اصلی این پرسشنامه در سال ۱۹۵۲ توسط گلدبرگ برای غربالگری اختلالات روان شناختی طراحی و تدوین شده است. فرم ۲۸ ماده ای این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلبر در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته است. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس است که عبارتند از زیرمقیاس های نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی (یعقوبی، نصر، و شاه محمدی، ۱۳۷۴).

از مجموع نمرات زیر مقیاس ها یک نمره کلی بدست می آید. وجود ۴ زیر مقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخها (تحلیل عاملی) ثابت شده است. این زیر مقیاس ها عبارتند از زیر مقیاس اول (A) که شامل مواردی درباره احساس فرد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست و نشانه های بدنی را در بر می گیرد. این زیر مقیاس دریافت های حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی های هیجانی همراهند ارزشیابی می کند. موارد این زیر مقیاس در پرسشنامه با حرف A مشخص می شود. زیر مقیاس دوم (B) شامل مواردی است که با اضطراب و بی خوابی مرتبطاند. هفت ماده مربوط به این زیر مقیاس با حرف (B) مشخص می شوند. زیر مقیاس سوم (C) گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته های حرفه ای و مسایل زندگی روزمره می سنجد و احساسات آنان را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت های متداول زندگی آشکار می کند. هفت ماده مربوط به این زیر مقیاس در پرسشنامه با حرف (C) متمایز می شود. زیر مقیاس چهارم (D) شامل مواردی است که با افسردگی وخیم و گرایش شخص به

خودکشی مرتبط هستند و هفت ماده متمایز کننده آن در پرسشنامه با حرف (D) مشخص می‌شوند. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار مقیاس به دست می‌آید. در نمره‌گذاری به هر پاسخ از چپ به راست به ترتیب ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره تعلق می‌گیرد. نمرات هر آزمودنی در زیر ورقه نوشته می‌شود و پس از آن نمرات چهار زیر مقیاس را جمع نموده و نمره کلی محاسبه می‌شود. نمرات ۱۴ تا ۲۱ وخامت وضع آزمودنی در آن عامل را نشان می‌دهد.

پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی در پژوهش یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) ۰/۸۸ و در پژوهش دانش نیا (۱۳۸۶) ۰/۸۱ بدست آمد. روایی این پرسشنامه در پژوهش گلدبرگ با فهرست علائم روان (SCL-۹۰) ۰/۷۸ گزارش شده است. شاخص‌های حساسیت، ویژگی و ضریب همبستگی با نمرات بدون ارزیابی بالینی به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ گزارش شده است (دانش نیا، ۱۳۸۶). شمس علیزاده، بوالهروی، و شاه محمدی (۱۳۸۰) نیز یافته‌های مشابهی را بدست آوردند که حاکی از قابلیت استفاده این ابزار در مطالعات ایرانی است.

شیوه اجرا

در این پژوهش شرکت کنندگان در یک کاربندی با چهار گروه (۳۲ نفر در دو گروه آزمایش و ۲۹ نفر در دو گروه کنترل) قرار گرفتند. قابل ذکر است که داده‌های مفقود مربوط به ۴ شرکت کننده که پیش آزمون را تکمیل کردند، اما آموزش را به سرانجام نرساندند و ۳ شرکت کننده که آموزش را به سرانجام رساندند، اما پس آزمون را تکمیل نکردند کنار گذاشته شد و در نهایت حجم نمونه ۶۱ نفر بود. در بررسی‌های به عمل آمده مشخص شد که این هفت مورد مفقود، ویژگی‌های برجسته‌ای نداشته‌اند که بتواند بر یافته‌های پژوهش اثر بگذارد. بر اساس جنسیت دو گروه آزمایش به طور تصادفی شکل گرفت که از لحاظ شرایط اجرا، محتویات برنامه و مدرس برنامه آموزشی مشابه بودند و در نهایت با گروه‌های کنترل مقایسه شدند. در روند اجرا، قبل از گمارش تصادفی شرکت کنندگان از لحاظ عوامل جمعیت شناختی هم‌تاسازی شدند. بعد از انتخاب و گمارش تصادفی شرکت کنندگان، در ابتدا همه شرکت کنندگان با ابزار پژوهش مورد پیش آزمون قرار گرفتند. سپس، گروه آزمایش به مدت ده هفته مورد مداخله آموزشی قرار گرفتند. گروه‌ها پرسشنامه سلامت عمومی را برای سنجش

اثر بخشی مداخله طی سه مرحله به صورت انفرادی تکمیل کردند. گروه‌های آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش راهکارهای ارتقای سلامت عمومی بر اساس حکمت‌های نهج البلاغه را دریافت کردند و همه گروه‌ها چهار ماه بعد از اتمام مداخله با ابزار سلامت عمومی مورد پی‌گیری قرار گرفتند.

در گروه‌های آزمایش، آموزش در خصوص جنبه‌های مختلف سلامت عمومی بر اساس نهج البلاغه انجام گرفت. جلسات به صورت آموزش گروهی توسط تکنیک‌های آموزشی شناختی- رفتاری و هفته‌ای یکبار اجرا می‌شد. نحوه اجرای مباحث نهج البلاغه در گروه‌های آزمایش بر اساس روش‌های آموزش به شیوه سخنرانی، کار گروهی، تمرین در جلسات آموزشی و تمرین خارج از جلسات آموزش به شکل تکالیف خانگی بوده است. مداخله توسط یک نفر روانشناس بالینی در سطح دکتری با تجربه بالینی در زمینه آموزش مهارت‌های سلامت روان و دارای صلاحیت بالینی لازم برای ارائه این بسته مداخله‌ای ارائه شد. بسته آموزشی برای گروه‌های آزمایشی در این پژوهش بر اساس ابعاد سلامتی مورد تأکید در نهج البلاغه (بوالهروی و همکاران، ۱۳۸۹) طراحی شد. محتوی این بسته مداخله‌ای که برای شرایط دانشجویان و بر اساس زندگی دانشجویی متناسب شده است به شرح زیر است که در هر مورد یک مستند از حکمت های نهج البلاغه ارائه شده است.

جلسه اول، آموزش حکمت‌های نهج البلاغه در کاهش مسائل روانی- اجتماعی بود: کسی که میان خود و خدا را اصلاح کند، خداوند میان او و مردم را اصلاح خواهد نمود و کسی که امر آخرتش را اصلاح کند خدا امر دنیایش را اصلاح خواهد کرد و کسی که از درون جانش واعظی داشته باشد خداوند حافظی برای او قرار خواهد داد.^۱

جلسه دوم، آموزش مهارت مقابله با ناامیدی و احساس تنهایی، خشم و خشونت در نهج البلاغه بود.^۲

جلسه سوم، استفاده از حکمت‌های نهج البلاغه در مدیریت فشار روانی و مقابله با آن بود: یا شکیبائی آزادگان داشته باش و گرنه همچون جاهلان بی‌خبر خود را به

۱. "مَنْ أَصْلَحَ مَا بَيْنَهُ وَبَيْنَ اللَّهِ أَصْلَحَ اللَّهُ مَا بَيْنَهُ وَبَيْنَ النَّاسِ، وَمَنْ أَصْلَحَ أَمْرَ آخِرَتِهِ أَصْلَحَ اللَّهُ لَهُ أَمْرَ دُنْيَاهُ، وَمَنْ كَانَ لَهُ مِنْ نَفْسِهِ وَاعِظٌ كَانَ عَلَيْهِ مِنَ اللَّهِ حَافِظٌ" (حکمت ۸۹).

۲. "اَشْشِ بِدَائِكَ مَا مَشَى بِكَ: با درد خود بساز چندان که با تو سازگار است (حکمت ۲۷)".

فراموشی بزنی^۱.

جلسه چهارم، کاربرد حکمت‌های نهج‌البلاغه در مقابله با اندوه، مرگ، بیماری، مهاجرت، فقر، طلاق و اختلاف‌های خانوادگی بود. ایمان‌تان را با صدقه حفظ کنید و اموالتان را با زکات نگهدارید و امواج بلاء را با دعا دور سازید^۲.

جلسه پنجم، آموزش حکمت‌های نهج‌البلاغه در حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و تقویت حمایت اجتماعی بود: «صدقه» و کمک به نیازمندان داروی مؤثری است و اعمال بندگان در این دنیا نصب‌العین آنها در آخرت خواهد بود^۳.

جلسه ششم، آموزش حکمت‌های نهج‌البلاغه در ارتقای بهداشت روانی - اجتماعی بود. قلب خود را از کینه دیگران پاک کن، تا قلب آنها از کینه تو پاک شود^۴.

جلسه هفتم، آموزش حکمت‌های نهج‌البلاغه در ارتقای روابط بین‌فردی متقابل بود: با مردم آنچنان معاشرت کنید که اگر بمیرید بر مرگ شما اشک ریزند و اگر زنده بمانید به شما عشق ورزند^۵.

جلسه هشتم، آموزش حکمت‌های نهج‌البلاغه در ارتقای بهداشت روانی - فردی (امیداری، صبر، توکل، یاد خدا) بود: کسی که توفیق چهار چیز پیدا کند از چهار چیز محروم نخواهد شد: کسی که توفیق دعا بیابد از اجابت محروم نمی‌گردد، کسی که توفیق توبه پیدا کند از قبول محروم نمی‌شود و کسی که توفیق استغفار بیابد از آمرزش محروم نمی‌گردد و کسی که توفیق شکر گذاری پیدا کند از فزونی روزی محروم نخواهد شد^۶.

جلسه نهم، آموزش حکمت‌های نهج‌البلاغه در مهارت تصمیم‌گیری و حل مسأله بود. لجاجت، فکر و رای انسان را سست می‌کند^۷ اختلاف، تصمیم‌گیری را نابود می‌کند^۸.

۱. " مَنْ صَبَرَ صَبَرَ الْأَحْرَارَ، وَإِلَّا سَلَّسَلُوا الْأَعْمَارَ (حکمت ۴۱۳)." .

۲. " سَوْسُوا إِيْمَانَكُمْ بِالصَّدَقَةِ، وَحَصَّنُوا أَمْوَالَكُمْ بِالزَّكَاةِ، وَادْفَعُوا أَمْوَاجَ الْبَلَاءِ بِالذُّعَاءِ: (حکمت ۱۴۶)." .

۳. " الصَّدَقَةُ دَوَاءٌ مُنْجِحٌ، وَأَعْمَالُ الْعِبَادِ فِي عَاجِلِهِمْ، نُصْبَاتُغِيثُهُمْ فِي آجِلِهِمْ (حکمت ۷)." .

۴. " اخْصُدِ الشَّرَّ مِنْ صَدْرٍ غَيْرِكَ بِقَلْبِهِ مِنْ صَدْرِكَ: (حکمت ۱۷۸)." .

۵. " خَالَطُوا النَّاسَ مُحَالَطَةً إِنْ مِثْمُ مَعَهَا بَكَوْا عَلَيْكُمْ، وَإِنْ عَشْتُمْ حُنُوًا إِلَيْكُمْ (حکمت ۱۰)." .

۶. " مَنْ أُعْطِيَ أَرْبَعًا لَمْ يُحْرَمْ أَرْبَعًا: مَنْ أُعْطِيَ الدُّعَاءَ لَمْ يُحْرَمِ الْأَجَابَةَ، وَمَنْ أُعْطِيَ التَّوْبَةَ لَمْ يُحْرَمِ الْقَبُولَ، وَمَنْ أُعْطِيَ الْأَسْتِغْفَارَ لَمْ يُحْرَمِ الْمَغْفِرَةَ، وَمَنْ أُعْطِيَ الشُّكْرَ لَمْ يُحْرَمِ الزِّيَادَةَ (حکمت ۱۳۵)." .

۷. " اللَّجَّاجَةُ تَسْلُ الرِّأْيَ (حکمت ۱۷۹)." .

۸. " الْخِلَافُ يَهْدِمُ الرِّأْيَ: (حکمت ۲۱۵)." .

جلسه دهم شامل آموزش حکمت‌های نهج‌البلاغه در مهارت تفکر خلاق بود: اگر انسان سرآمد زندگی و عاقبت کارش را می‌دید آرزوها و غرورش را دشمن می‌شمرد^۱. محتویات جلسات متناسب با مهارت‌های زندگی دانشجویی و سازگاری با شرایط دانشجویی ارائه گردید و مثال‌ها و سناریوهای مطرح شده همه مربوط به زندگی دانشجویی بودند. بعد از اتمام مداخله (۱۰ هفته برنامه آموزش مهارت‌های زندگی) و نیز چهار ماه بعد از اتمام آموزش در گروه‌های آزمایش، دوباره تمام شرکت‌کنندگان با ابزار پژوهش مورد پس‌آزمون قرار گرفتند و پژوهش‌گر اثرات متغیر مستقل (آموزش حکمت‌های نهج‌البلاغه) بر متغیر وابسته (سلامت عمومی) را مورد سنجش قرار داد.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های حاصله به کمک نرم افزار PASW-18 توسط میانگین و انحراف معیار توصیف و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. بسیاری از دانشمندان علوم رفتاری معتقدند که روش مناسب برای کنترل عامل زمان و اثر تفاوت‌های احتمالی طی زمان، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر است (استونز، ۱۹۹۶).

یافته‌ها

سن شرکت‌کنندگان در دامنه ۱۹ تا ۲۴ سال با میانگین ۲۱/۲۷ سال (انحراف استاندارد ۱/۳۴) بود. بر اساس تفکیک مبتنی بر طبقه و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، ۱۵ نفر (۲۴/۶٪) دارای وضعیت بالا، ۳۳ نفر (۵۴/۱٪) دارای وضعیت متوسط و ۱۳ نفر (۲۱/۳٪) دارای وضعیت پایین اجتماعی-اقتصادی بودند. عوامل درون‌گروهی شامل سه نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری و عوامل بین‌گروهی شامل گروه آزمایش مردان (۱۳ نفر)، گروه آزمانش زنان (۱۹ نفر)، گروه کنترل مردان (۱۵ نفر) و گروه کنترل زنان (۱۴ نفر) بود. میانگین و انحراف معیار سه بار اندازه‌گیری نمره ابعاد سلامت عمومی در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است (جدول ۱)

۱. "لَوْ رَأَى الْعَبْدُ الْأَجَلَ وَمَسِيرَهَا لَبَغِضَ الْأَمَلَ وَغُرُورَهُ: (حکمت ۳۳۴)".

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار سه بار اندازه‌گیری نمره ابعاد سلامت عمومی در گروه‌های

آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پی‌گیری	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
نشانه‌های بدنی	آزمایش مردان	۱۳	۱۲/۵۳	۴/۰۵۴	۹/۳۰	۲/۷۹۷	۹/۵۳	۲/۶۶۴
	آزمایش زنان	۱۹	۱۲/۸۴	۲/۶۷۲	۹/۸۴	۲/۷۰۸	۱۰/۰۱	۲/۲۶۷
	کنترل مردان	۱۵	۱۴/۳۳	۴/۴۹۸	۱۵/۵۳	۳/۲۹۲	۱۵/۴۳	۳/۰۴۴
	کنترل زنان	۱۴	۱۲/۴۲	۲/۹۰۱	۱۲/۶۴	۲/۲۳۹	۱۳/۰۷	۲/۸۱۷
اضطراب و بی‌خوابی	آزمایش مردان	۱۳	۱۲/۳۰	۳/۵۴۴	۸/۵۳	۲/۶۱۳	۸/۰۰	۲/۰۱۵
	آزمایش زنان	۱۹	۱۲/۹۴	۲/۳۲۰	۸/۰۵	۲/۸۴۰	۷/۸۴	۲/۰۳۴
	کنترل مردان	۱۵	۱۲/۳۳	۳/۴۳۶	۱۳/۶۰	۲/۲۶۱	۱۲/۴۰	۲/۳۸۴
	کنترل زنان	۱۴	۱۳/۲۱	۲/۱۲۱	۱۲/۴۲	۲/۷۶۵	۱۳/۲۸	۲/۷۰۱
اختلال عملکرد اجتماعی	آزمایش مردان	۱۳	۱۶/۸۴	۳/۹۹۶	۱۰/۶۹	۲/۶۸۹	۱۱/۷۶	۲/۸۳۲
	آزمایش زنان	۱۹	۱۶/۰۰	۲/۲۱۱	۱۱/۱۰	۲/۳۲۸	۱۱/۲۱	۲/۶۵۲
	کنترل مردان	۱۵	۱۶/۵۳	۳/۹۶۱	۱۶/۴۰	۲/۳۵۲	۱۶/۶۶	۲/۱۹۹
	کنترل زنان	۱۴	۱۶/۳۵	۲/۰۸۱	۱۵/۱۴	۲/۴۶۰	۱۵/۲۸	۲/۴۰۶
افسردگی	آزمایش مردان	۱۳	۱۱/۰۰	۳/۸۹۴	۸/۰۷	۲/۰۳۷	۸/۵۳	۲/۴۵۰
	آزمایش زنان	۱۹	۱۰/۴۷	۲/۱۹۵	۸/۲۶	۲/۰۲۳	۸/۰۰	۲/۱۸۵
	کنترل مردان	۱۵	۱۱/۸۰	۲/۴۵۵	۱۲/۳۳	۲/۴۶۸	۱۱/۸۶	۲/۹۴۸
	کنترل زنان	۱۴	۹/۷۸	۲/۶۷۲	۱۰/۶۴	۲/۴۶۸	۱۱/۰۷	۲/۴۳۲

میانگین نمره‌های ابعاد سلامت عمومی در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پی‌گیری نسبت به پیش‌آزمون به طور معناداری تغییر کرده است، در حالی که میانگین گروه‌های کنترل در سه مرحله تغییر معناداری ندارد (جدول ۱). بررسی نتایج آزمون M باکس برای نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عمل‌کرد اجتماعی و افسردگی (به ترتیب ۳۲/۴۹۶، ۲۸/۳۵۵، ۶۳/۳۷۴ و ۴۰/۷۷۴) در مورد تساوی

مارتريس های کواريانس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتريس واريانس - کوواريانس برقرار است و ماتريس های کواريانس مشاهده شده ی متغيرهای وابسته در تمامی گروهها مساوی است (به ترتیب $P=0/123$ ، $F(9,18/811)=0/963$ ، $P=0/088$ ، $F(9,18/811)=1/219$ ؛ $F(9,18/811)=1/171$ ، $P=0/092$ و $F(9,18/811)=1/040$ ، $P=0/076$ و $F(9,18/811)=1/219$ ؛ $F(9,18/811)$).

همچنین، با بررسی آزمون لوین در مورد تساوی واريانس های خطا، فرض تساوی واريانس ها رعایت شد و واريانس خطای متغيرهای وابسته در تمام گروهها مساوی بود (برای پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری نشانه های بدنی به ترتیب $P=0/102$ ، $F(57,3)=2/429$ ؛ $F(57,3)=2/757$ ، $P=0/097$ و $F(57,3)=1/976$ ، $P=0/341$ ؛ برای پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری اضطراب و بی خوابی به ترتیب $P=0/069$ ، $F(57,3)=2/489$ ؛ $F(57,3)=1/004$ ، $P=0/398$ و $F(57,3)=1/386$ ، $P=0/256$ ؛ برای پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری اختلال عمل کرد اجتماعی به ترتیب $P=0/060$ ؛ $F(57,3)=2/742$ ، $P=0/230$ و $F(57,3)=1/753$ ، $P=0/202$ و $F(57,3)=1/721$ ؛ برای پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری افسردگی به ترتیب $P=0/097$ ، $F(57,3)=2/204$ ؛ $F(57,3)=2/862$ ، $P=0/071$ و $F(57,3)=1/785$ ، $P=0/160$ ؛ بنابراین، مفروضه استفاده از تحلیل واريانس رعایت شده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها ابتدا آزمون تحلیل واريانس با اندازه گیری مکرر با عامل درون موردی اندازه گیری نمرات ابعاد سلامت عمومی در ۳ بار متوالی و عامل بین موردی گروه انجام شد (جدول ۲).

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه گیری های مکرر برای اثرات بین

گروهی و تعامل

متغیر	تأثیر بین‌گروهی رهنمودهای نهج‌البلاغه	لان‌دای و بلکز	F	Df مفروض (خطا)	Sig.	مجذور اتا Eta Squ.	توان آماری
نشانه‌های بدنی	پیش آزمون	۰/۹۵۵	۳/۳۱۶	۲ (۵۶)	۰/۰۱۷	۰/۱۱۵	۰/۵۷۳
	تعامل پیش‌آزمون و گروه	۰/۸۰۷	۶/۶۹۳	۲ (۵۶)	۰/۰۰۲	۰/۱۹۳	۰/۹۰۱
	تعامل پیش‌آزمون و جنسیت	۰/۹۹۷	۰/۰۹۷	۲ (۵۶)	۰/۹۰۸	۰/۰۰۳	۰/۰۶۴
	تعامل پیش‌آزمون، گروه و جنسیت	۰/۹۸۸	۰/۳۴۶	۲ (۵۶)	۰/۷۰۹	۰/۰۱۲	۰/۱۰۳
اضطراب و بی‌خوابی	پیش‌آزمون	۰/۶۵۸	۱۴/۵۸۱	۲ (۵۶)	۰/۰۰۱	۰/۳۴۲	۰/۹۹۸
	تعامل پیش‌آزمون و گروه	۰/۶۳۰	۱۶/۴۱۸	۲ (۵۶)	۰/۰۰۱	۰/۳۷۰	۰/۹۹۹
	تعامل پیش‌آزمون و جنسیت	۰/۹۳۸	۱/۸۵۵	۲ (۵۶)	۰/۱۶۶	۰/۰۶۲	۰/۳۷۱
	تعامل پیش‌آزمون، گروه و جنسیت	۰/۹۷۹	۰/۶۰۸	۲ (۵۶)	۰/۵۴۸	۰/۰۲۱	۰/۱۴۶
اختلال عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۴۹۷	۲۸/۳۴۱	۲ (۵۶)	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳	۱
	تعامل پیش‌آزمون و گروه	۰/۶۱۶	۱۷/۴۵۹	۲ (۵۶)	۰/۰۰۱	۰/۳۸۴	۱
	تعامل پیش‌آزمون و جنسیت	۰/۹۷۶	۰/۶۹۱	۲ (۵۶)	۰/۵۰۵	۰/۰۲۴	۰/۱۶۱
	تعامل پیش‌آزمون، گروه و جنسیت	۰/۹۶۴	۱/۰۵۹	۲ (۵۶)	۰/۳۵۴	۰/۰۳۶	۰/۲۲۶
افسردگی	پیش‌آزمون	۰/۸۹۰	۳/۴۶۹	۲ (۵۶)	۰/۰۱۶	۰/۱۱۰	۰/۶۲۶
	تعامل پیش‌آزمون و گروه	۰/۷۲۵	۱۰/۶۲۹	۲ (۵۶)	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵	۰/۹۸۶
	تعامل پیش‌آزمون و جنسیت	۰/۹۸۸	۰/۳۵۴	۲ (۵۶)	۰/۷۰۴	۰/۰۱۲	۰/۱۰۴
	تعامل پیش‌آزمون، گروه و جنسیت	۰/۹۷۳	۰/۷۸۲	۲ (۵۶)	۰/۳۵۴	۰/۰۲۷	۰/۱۷۷

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اندازه‌گیری‌های نمره نشانه‌های بدنی در سه زمان تفاوت معناداری با هم دارند (جدول ۲). به عبارتی، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) در نشانه‌های بدنی تفاوت معناداری بدست آمد ($P < 0/05$). بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) و گروه‌ها در نشانه‌های بدنی تعامل معناداری مشاهده شد ($P < 0/01$) که این آزمون چند مقایسه‌ای بیانگر اثربخشی رهنمودهای نهج‌البلاغه بر بهبود (کاهش) نشانه‌های بدنی دانشجویان پس از مداخله در پس‌آزمون و پی‌گیری در مقایسه با پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش است. توان آماری ۰/۵۷۳ و ۰/۹۰۱ حاکی از دقت معناداری این تأثیرات هستند. تعامل پیش‌آزمون و جنسیت و نیز تعامل پیش‌آزمون، گروه و جنسیت در کاهش نشانه‌های بدنی تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$). اندازه‌گیری‌های نمره اضطراب و بی‌خوابی در سه زمان تفاوت معناداری با هم دارند (جدول ۲). به عبارتی، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) اضطراب و بی‌خوابی تفاوت معناداری بدست آمد ($P < 0/01$). بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) و گروه‌ها در اضطراب و بی‌خوابی تعامل معناداری مشاهده شد ($P < 0/01$) که بیانگر اثربخشی رهنمودهای نهج‌البلاغه بر بهبود (کاهش) اضطراب و بی‌خوابی دانشجویان پس از مداخله^۵ پس‌آزمون و پی‌گیری در مقایسه با پیش‌آزمون- در گروه‌های آزمایش در این آزمون چند مقایسه‌ای است. توان آماری ۰/۹۹۸ و ۰/۹۹۹ حاکی از دقت معناداری این تأثیرات هستند. تعامل پیش‌آزمون و جنسیت و نیز تعامل پیش‌آزمون، گروه و جنسیت در بهبود اضطراب و بی‌خوابی تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$). اندازه‌گیری‌های نمره اختلال عملکرد اجتماعی در سه زمان تفاوت معناداری با هم دارند (جدول ۲). به عبارتی، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) اختلال عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری بدست آمد ($P < 0/01$). بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) و گروه‌ها در اختلال عملکرد اجتماعی مشاهده شد ($P < 0/01$) که بیانگر اثربخشی رهنمودهای نهج‌البلاغه بر بهبود (کاهش) اختلال عملکرد اجتماعی دانشجویان پس از مداخله- در پس‌آزمون و پی‌گیری در مقایسه با پیش‌آزمون- در گروه‌های آزمایش بر اساس این آزمون چند مقایسه‌ای است. توان آماری ۱ حاکی از دقت معناداری این تأثیرات هستند. تعامل پیش‌آزمون و جنسیت و نیز تعامل پیش

آزمون، گروه و جنسیت در کاهش اختلال عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$). همچنین، اندازه‌گیری‌های نمره افسردگی در سه زمان تفاوت معناداری با هم دارند (جدول ۲). به عبارتی، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) افسردگی تفاوت معناداری بدست آمد ($P < 0/05$). بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) و گروه‌ها در افسردگی تعامل معناداری مشاهده شد ($P < 0/01$) که حاکی از تأثیر رهنمودهای نهج‌البلاغه بر بهبود (کاهش) افسردگی دانشجویان پس از مداخله - در پس‌آزمون و پی‌گیری در مقایسه با پیش‌آزمون - در گروه‌های آزمایش بر اساس این آزمون چند مقایسه‌ای است. توان آماری $0/626$ و $0/986$ حاکی از دقت معناداری این تأثیرات هستند. تعامل پیش‌آزمون و جنسیت و نیز تعامل پیش‌آزمون، گروه و جنسیت در کاهش افسردگی تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$).

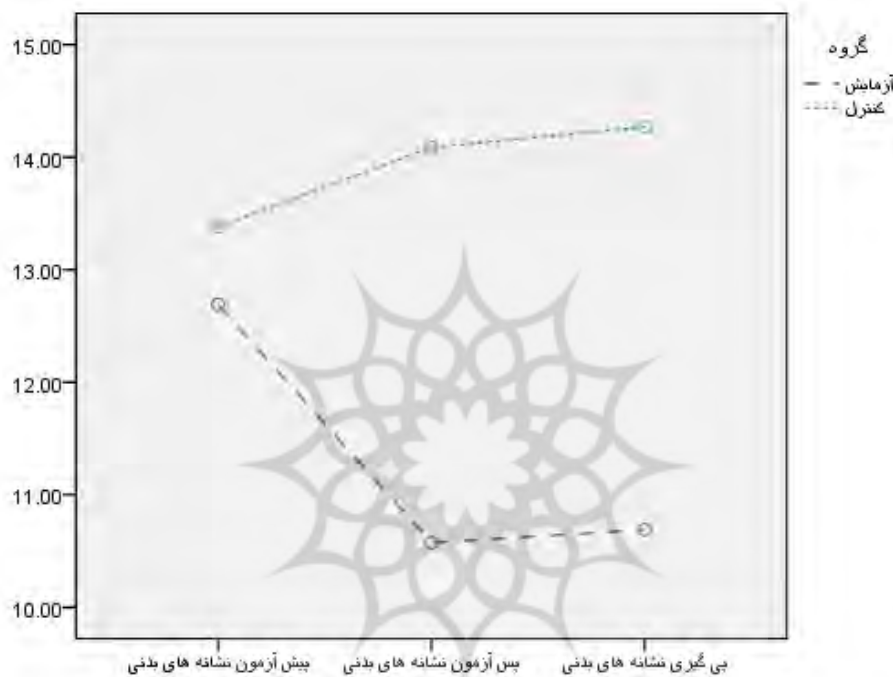
بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی (Mauchly's Test) با ($P = 0/202$) برقراری شرط کرویت را، همان‌گونه که آماره‌های چند متغیره نیازمند رعایت کرویت نیستند، برای نشانه‌های بدنی رد می‌کند و لذا با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون گرین‌هاس - گیشر (Greenhouse-Geisser) برای انجام آزمون عامل نمرات ابعاد سلامت عمومی در ۳ بار اندازه‌گیری و در مورد اثرات درون آزمودنی‌ها استفاده شد. نتایج این آزمون (جدول ۳) وجود تفاوت معنادار آماری بین ۳ بار اندازه‌گیری را تأیید می‌کند ($P < 0/01$). جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) در نشانه‌های بدنی تفاوت معناداری بدست آمد ($P < 0/01$). همچنین، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) و گروه‌ها در نشانه‌های بدنی تعامل معناداری مشاهده شد ($P < 0/01$). طبق این نتایج، آموزش رهنمودهای نهج‌البلاغه به شیوه گروهی در بهبود نشانه‌های بدنی گروه‌های مداخله‌ای (آزمایش) اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش مداخله‌ای، زمان از پس‌آزمون به پی‌گیری اثر نداشته است. توان‌های آماری $0/992$ حاکی از دقت معناداری در این روابط هستند.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی ها و درون آزمودنی ها با اندازه گیری های مکرر بر سه بار اندازه گیری نمره نشانه های بدنی در گروه های درمانی و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات SS	df	میانگین مجذورات MS	F	Sig.	مجذورات Eta Squ.	توان آماری
بین آزمودنی ها							
گروه	۳۰۱/۷۳۴	۱	۳۰۱/۷۳۴	۱۹/۹۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵۹	۰/۹۹۲
جنسیت	۴۵/۵۶۷	۱	۴۵/۵۶۷	۳/۰۰۷	۰/۰۸۸	۰/۰۵۰	۰/۳۹۹
تعامل گروه با جنسیت	۸۶/۴۶۳	۱	۸۶/۴۶۳	۵/۷۰۷	۰/۰۶۱	۰/۰۹۱	۰/۶۵۱
خطا	۸۶۳/۶۲۰	۵۷	۱۵/۱۵۱				
درون آزمودنی ها							
عامل	۱۶/۴۷۶	۲	۱۰/۶۵۹	۲/۰۳۵	۰/۰۱۷	۰/۱۰۸	۰/۵۰۹
عامل و گروه	۸۱/۲۶۱	۲	۴۰/۶۳۰	۱۰/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۱۵۰	۰/۹۸۳
عامل و جنسیت	۱/۰۹۷	۲	۰/۷۰۹	۰/۱۳۵	۰/۸۲۰	۰/۰۰۲	۰/۰۶۸
عامل، گروه و جنسیت	۲/۷۹۹	۲	۱/۴۰۰	۰/۳۴۶	۰/۶۵۳	۰/۰۰۶	۰/۰۹۸
خطا (عامل)	۴۶۱/۵۶۱	۱۱۴	۵/۲۳۹				

بدنبال معنادار شدن تفاوت ۳ نمره پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در گروه های آزمایش ($P < ۰/۰۱$)، بررسی دو به دو تفاوت معنادار نمرات نشانه های بدنی بین سه نمره مرحله ی قبل از مداخله، بعد از مداخله و چهار ماه بعد، بین دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل از طریق مقایسه های زوجی (تفاوت میانگین ها «I-J») با آزمون تعقیبی بونفونی نشان داد که در سطح $P < ۰/۰۵$ میانگین های گروه آزمایش مردان و گروه کنترل ($\text{Sig.} = ۰/۰۰۸$ و $I-J = ۲/۵۵۶$) و میانگین های گروه آزمایش زنان و گروه کنترل ($\text{Sig.} = ۰/۰۱۱$) تفاوت معناداری داشت. در واقع بین دو گروه آزمایشی با دو گروه

کنترل تفاوت معنادار بود و در بقیه مقایسه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. تفاوت میانگین گروه آزمایش مردان با گروه آزمایش زنان ($I-J=0/704$ و $Sig.=0/325$) معنادار نبود. نمودار ۱ نیز تفاوت میانگین نشانه‌های بدنی را در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه‌های کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری نشان می‌دهد.



نمودار ۱: تفاوت میانگین نشانه‌های بدنی در گروه‌های آزمایش و کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی (Mauchly's Test) با ($P=0/379$) برقراری شرط کرویت را برای اضطراب و بی‌خوابی رد می‌کند و لذا با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون گرین‌هاس - گیشر (Greenhouse-Geisser) برای انجام آزمون عامل نمره سلامت روان‌شناختی در ۳ بار اندازه‌گیری و در مورد اثرات درون آزمودنی‌ها استفاده شد. نتایج این آزمون (جدول ۴) وجود تفاوت معنادار آماری بین ۳ بار اندازه‌گیری را تأیید می‌کند ($P<0/01$). جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمره‌های عامل

(پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) در نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی تفاوت معناداری بدست آمد ($P < 0/01$). همچنین، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) و گروه‌ها در اضطراب و بی‌خوابی تعامل معناداری مشاهده شد ($P < 0/01$). بر اساس این نتایج، آموزش رهنمودهای نهج البلاغه به شیوه گروهی در بهبود اضطراب و بی‌خوابی گروه‌های مداخله‌ای (آزمایش) اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش مداخله‌ای، زمان از پس‌آزمون به پی‌گیری اثر نداشته است. توان‌های آماری ۱ حاکی از دقت معناداری در این روابط هستند.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر بر سه

بار اندازه‌گیری نمره اضطراب و بی‌خوابی در گروه‌های درمانی و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات SS	df	میانگین مجذورات MS	F	Sig.	مجدورات Eta Squ.	توان آماری
بین آزمودنی‌ها							
گروه	۴۷۷/۱۵۰	۱	۴۷۷/۱۵۰	۱/۶۵۵ ۷۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷۰	۱
جنسیت	۰/۴۳۵	۱	۰/۴۳۵	۰/۰۶۹	۰/۷۹۴	۰/۰۰۱	۰/۰۵۸
تعامل گروه با جنسیت	۰/۴۴۷	۱	۰/۴۴۷	۰/۰۷۱	۰/۷۹۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۸
خطا	۳۵۹/۴۹۴	۵۷	۶/۳۰۷				
درون آزمودنی‌ها							
عامل	۱۹۲/۰۱۳	۲	۹۹/۲۸۱	۱/۳۷۰ ۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۳۴	۱
عامل و گروه	۲۱۷/۹۶۸	۲	۱۱۲/۷۰۰	۱/۷۱۸ ۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۵۷	۱
عامل و جنسیت	۲۰/۴۴۵	۲	۱۰/۵۷۱	۱/۸۴۹	۰/۱۶۳	۰/۰۳۱	۰/۳۷۲
عامل، گروه و جنسیت	۵/۵۹۶	۲	۲/۸۹۳	۰/۵۰۶	۰/۵۹۸	۰/۰۰۹	۰/۱۳۰
خطا (عامل)	۶۳۰/۱۰۴	۱۱۴	۵/۵۲۷				

بدنبال معنادار شدن تفاوت ۳ نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در گروه‌های آزمایش ($P < 0/01$)، بررسی دو به دوی تفاوت معنادار نمرات اضطراب و بی‌خوابی بین سه نمره مرحله‌ی قبل از مداخله، بعد از مداخله و چهار ماه بعد، بین دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل از طریق مقایسه‌های زوجی (تفاوت میانگین‌ها «I-J») با آزمون تعقیبی بونفونی نشان داد که در سطح $P < 0/05$ میانگین‌های گروه آزمایش مردان و گروه کنترل ($I-J = 7/234$ و $Sig. = 0/001$) و میانگین‌های گروه آزمایش زنان و گروه کنترل ($I-J = 8/023$ و $Sig. = 0/001$) به‌طور معناداری متفاوت بود. در واقع بین دو گروه آزمایشی با دو گروه کنترل تفاوت معنادار بود و در بقیه مقایسه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. تفاوت میانگین گروه آزمایش مردان با گروه آزمایش زنان ($I-J = 1/172$ و $Sig. = 0/783$) معنادار نبود. نمودار ۱ نیز تفاوت میانگین اضطراب و بی‌خوابی را در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه‌های کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری نشان می‌دهد.



نمودار ۲: تفاوت میانگین اضطراب و بی‌خوابی در گروه‌های آزمایش و کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی (Mauchly's Test) با $(P=0/217)$ برقراری شرط کرویت را برای اختلال عملکرد اجتماعی رد می‌کند و لذا با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون گرین‌هاس - گیشر (Greenhouse-Geisser) برای انجام آزمون عامل نمره سلامت روانشناختی در ۳ بار اندازه‌گیری و در مورد اثرات درون آزمودنی‌ها استفاده شد. نتایج این آزمون (جدول ۵) وجود تفاوت معنادار آماری بین ۳ بار اندازه‌گیری را تأیید می‌کند $(P<0/01)$. جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) در اختلال عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری بدست آمد $(P<0/01)$. همچنین، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) و گروه‌ها در اختلال عملکرد اجتماعی تعامل معناداری مشاهده شد $(P<0/01)$. این نتایج بیانگر این است که آموزش رهنمودهای نهج البلاغه به شیوه گروهی در بهبود اختلال عملکرد اجتماعی گروه‌های مداخله‌ای (آزمایش) اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش مداخله‌ای، زمان از پس‌آزمون به پی‌گیری اثر نداشته است. توان‌های آماری ۱ حاکی از دقت معناداری در این روابط هستند.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس بین‌آزمودنی‌ها و درون‌آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نمره اختلال عملکرد اجتماعی در گروه‌های درمانی و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات SS	df	میانگین مجذورات MS	F	Sig.	مجذور اتا Eta Squ.	توان آماری
بین آزمودنی‌ها							
گروه	۴۳۱/۷۵۹	۱	۴۳۱/۷۵۹	۶۳/۰۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵	۱
جنسیت	۱۹/۴۲۲	۱	۱۹/۴۲۲	۲/۸۳۵	۰/۰۹۸	۰/۰۴۷	۰/۳۸۰
تعامل گروه با جنسیت	۴/۸۱۰	۱	۴/۸۱۰	۰/۷۰۲	۰/۴۰۶	۰/۰۱۲	۰/۱۳۱
خطا	۳۹۰/۵۶۳	۵۷	۶/۸۵۲				
درون آزمودنی‌ها							
عامل	۳۴۳/۲۴۶	۲	۲۱۵/۹۵۸	۴۰/۸۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸	۱
عامل و گروه	۲۱۴/۳۷۳	۲	۱۳۴/۸۷۶	۲۵/۵۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰۹	۱
عامل و جنسیت	۳/۳۴۹	۲	۲/۱۰۷	۰/۳۹۹	۰/۶۲۵	۰/۰۰۷	۰/۱۰۶
عامل، گروه و جنسیت	۱۰/۷۶۸	۲	۶/۷۷۵	۱/۲۸۳	۰/۲۷۷	۰/۰۲۲	۰/۲۴۵
خطا (عامل)	۴۷۸/۴۶۳	۱۱۴	۵/۲۸۱				

بدنبال معنادار شدن تفاوت ۳ نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در گروه‌های آزمایش ($P < ۰/۰۱$)، بررسی دو به دو تفاوت معنادار نمرات اختلال عملکرد اجتماعی بین سه نمره مرحله‌ی قبل از مداخله، بعد از مداخله و چهار ماه بعد، بین دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل از طریق مقایسه‌های زوجی (تفاوت میانگین‌ها «I-J») با آزمون تعقیبی بونفونی نشان داد که در سطح $P < ۰/۰۵$ میانگین‌های گروه آزمایش مردان و گروه کنترل ($I-J = ۶/۵۴۶$ و $Sig. = ۰/۰۰۱$) و میانگین‌های گروه آزمایش زنان و گروه کنترل ($I-J = ۷/۱۱۲$ و $Sig. = ۰/۰۰۱$) به‌طور معناداری متفاوت بود. در واقع بین دو گروه آزمایشی با دو گروه کنترل تفاوت معنادار بود و در بقیه مقایسه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. تفاوت میانگین گروه آزمایش مردان با گروه آزمایش زنان ($I-J = ۱/۱۱۲$)

و $(Sig.=0/451)$ معنادار نبود. نمودار ۱ نیز تفاوت میانگین اختلال عملکرد اجتماعی را در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه‌های کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری نشان می‌دهد.



نمودار ۳: تفاوت میانگین اختلال عملکرد اجتماعی در گروه‌های آزمایشی و کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی (Mauchly's Test) با $(P=0/267)$ برقراری شرط کرویت را برای افسردگی رد می‌کند و لذا با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون گرین‌هاس - گیشر (Greenhouse-Geisser) برای انجام آزمون عامل نمره سلامت روانشناختی در ۳ بار اندازه‌گیری و در مورد اثرات درون آزمودنی‌ها استفاده شد. نتایج این آزمون (جدول ۶) وجود تفاوت معنادار آماری بین ۳ بار اندازه‌گیری را تأیید می‌کند $(P<0/01)$. جدول ۶ نشان می‌دهد که بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) در افسردگی تفاوت معناداری بدست آمد $(P<0/01)$. همچنین، بین نمره‌های

عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) و گروه‌ها در نشانه‌های افسردگی تعامل معناداری مشاهده شد ($P < 0/01$). بر اساس این نتایج، آموزش رهنمودهای نهج‌البلاغه به شیوه گروهی در بهبود افسردگی گروه‌های مداخله‌ای (آزمایش) اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش مداخله‌ای، زمان از پس‌آزمون به پی‌گیری اثر نداشته است. توان‌های آماری ۰/۶۹۹ و ۰/۹۹۹ حاکی از دقت معناداری در این روابط هستند.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس بین‌آزمودنی‌ها و درون‌آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نمره افسردگی در گروه‌های درمانی و کنترل

توان آماری	مجذور اتا Eta Squ.	Sig.	F	میانگین مجذورات MS	df	مجموع مجذورات SS	منبع تغییرات
							بین آزمودنی‌ها
۰/۹۹۹	۰/۳۱۵	۰/۰۰۱	۲۶/۲۵۳	۲۱۵/۲۸۶	۱	۲۱۵/۲۸۶	گروه
۰/۵۴۰	۰/۰۷۲	۰/۰۴۱	۴/۳۹۳	۳۶/۰۲۸	۱	۳۶/۰۲۸	جنسیت
۰/۲۸۴	۰/۰۳۴	۰/۱۶۴	۱/۹۹۲	۱۶/۳۳۳	۱	۱۶/۳۳۳	تعامل گروه با جنسیت
				۸/۲۰۰	۵۷	۴۶۷/۴۲۰	خطا
							درون آزمودنی‌ها
۰/۶۹۹	۰/۰۶۵	۰/۰۱۷	۳/۹۴۹	۱۶/۷۳۴	۲	۳۳/۴۶۸	عامل
۰/۹۹۳	۰/۱۷۵	۰/۰۰۱	۱۲/۰۷۱	۵۳/۵۱۲	۲	۱۰۲/۳۱۵	عامل و گروه
۰/۱۰۸	۰/۰۰۷	۰/۶۷۸	۰/۳۷۶	۱/۶۶۷	۲	۳/۱۸۸	عامل و جنسیت
۰/۱۵۱	۰/۰۱۱	۰/۵۲۷	۰/۶۳۱	۲/۷۹۵	۲	۵/۳۴۴	عامل، گروه و جنسیت
				۴/۴۳۳	۱۱۴	۴۸۳/۱۲۱	خطا (عامل)

بدنبال معنادار شدن تفاوت ۳ نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در گروه‌های آزمایش ($P < 0/01$)، بررسی دو به دو تفاوت معنادار بین سه نمره مرحله‌ی قبل از مداخله، بعد از مداخله و چهار ماه بعد، بین دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل از

طریق مقایسه‌های زوجی (تفاوت میانگین‌ها «I-J») با آزمون تعقیبی بونفونی نشان داد که در سطح $P < 0/05$ میانگین‌های گروه آزمایش مردان و گروه کنترل ($I-J = 5/202$) و میانگین‌های گروه آزمایش زنان و گروه کنترل ($I-J = 5/782$) و $Sig. = 0/003$) به‌طور معناداری متفاوت بود. در واقع بین دو گروه آزمایشی با دو گروه کنترل تفاوت معنادار بود و در بقیه مقایسه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. تفاوت میانگین گروه آزمایش مردان با گروه آزمایش زنان ($I-J = 2/562$ و $Sig. = 0/811$) معنادار نبود. نمودار ۱ نیز تفاوت میانگین افسردگی را در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه‌های کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری نشان می‌دهد.



نمودار ۱: تفاوت میانگین افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان تأثیر آموزش حکمت‌های نهج البلاغه بر ابعاد سلامت عمومی دانشجویان انجام شد و نشان داد که حکمت‌های نهج البلاغه بر بهبود

ابعاد سلامت عمومی (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی) در شرکت کنندگان گروه آزمایشی اثربخش است. اگرچه بررسی‌های کیفی زیادی راجع به تأثیر نهج‌البلاغه بر سلامت انسان وجود دارد، لکن پژوهشی اختصاصاً با این عنوان در پیشینه پژوهشی موجود نیست. با این وجود، پژوهش‌های مشابهی در این زمینه توسط میریان و صمدانیان (۱۳۸۸)، جبارلوی شبستری (۱۳۸۶)، اخوان کاظمی (۱۳۸۶) و حسینی (۱۳۷۸) انجام گرفته است که به این نتیجه دست یافته‌اند. حالت (۱۳۶۳) و منافی اناری (۱۳۸۰) نیز بر اثربخشی نهج‌البلاغه در ارتقای مؤلفه‌های سلامتی افراد جامعه تأکید دارند. در پژوهشی توسط اخوان کاظمی (۱۳۸۶) روش‌های ارزشمند برای کاربرد احادیث و نهج‌البلاغه طبق اصول، مبانی و کلیات، روش‌ها و فنون تدریس و تعلیم در نظام آموزش اسلامی به منظور ارتقای سلامت افراد معرفی شد و نشان داده شد که کاربرد آنها اثر برجسته‌ای بر ارتقای سلامتی دارد. حسینی (۱۳۷۸) نیز در مطالعه خود نتیجه گرفت که نهج‌البلاغه دارای فلسفه‌ای روشن و کارآمد در ارتقای سلامت روانی مخاطبین است. در واقع می‌توان استنباط کرد که نهج‌البلاغه به عنوان یک منبع بسیار ارزشمند دینی دارای راهکارهای مخصوص ارتقای سلامت افراد به خصوص رهنمودهایی برای اصلاح رفتار و کاهش نابهنجاری‌های فردی و اجتماعی است که استفاده از آن به ارتقای سلامت منجر می‌گردد. همچنین پیرو این نتایج می‌توان گفت سخنان حکمت‌آمیز نهج‌البلاغه با عقل و استدلال هم‌خوان هستند و شامل حقایق بسیار متعالی و معانی بسیار ژرفی در مورد شناخت خداوند متعال، ماهیت انسان، و دیدگاه منطقی نسبت به دنیا با فصاحت و بلاغت تمام است و این منبع عظیم در واقع آگاهی‌های ارزشمندی را در هریک از این زمینه‌ها ارائه می‌دهد. به درستی که خطابه‌های نهج‌البلاغه احساسات را کد، منفعل و به حالت تعلیق درآمده انسان را در جهت ستیز با نابهنجاری، فساد و تباهی و بی‌ارزشی برمی‌انگیزند، و موعظه‌ها انسان را از ناآگاهی کامل و خواب غفلت بیدار ساخته و به او انگیزه و نیرو می‌بخشد تا با برخورد فعالانه در شرایط استرس‌آمیز، ترس، اندوه، اضطراب و افسردگی را مهار نماید. استدلال می‌شود پیامد نهایی استفاده از نهج‌البلاغه تأثیراتی مثبت بر بهبود سلامت فردی و اجتماعی باشد. بنابراین، در بسیاری از موعظه‌ها، نامه‌ها، خطابه‌ها، و حکمت‌های نهج‌البلاغه توجه خاصی به ارتقای سلامت عقل و روان، حفظ جایگاه و کرامت انسان،

و پاک‌ی روح و کنترل یا مهار تمایلات آدمی جهت کاهش آسیب‌ها و نامالایمات مبذول شده است. در مقایسه با یافته‌های قبلی که از خطبه‌ها و نامه‌های امام علی (ع) نیز بهره برده بودند، نتایج این مطالعه نشان داد که حتی استفاده نظام‌دار از حکمت‌های آموزنده نهج‌البلاغه به تنهایی می‌تواند شاخص‌های سلامت عمومی را بهبود بخشد که این یافته‌ای مشخص و جدید در قیاس با شواهد پژوهشی قبلی است. همچنین، با توجه به این که در این مطالعه بهبود سلامت عمومی بر اساس حکمت‌های نهج‌البلاغه بررسی شده است، یافته‌های این مطالعه در مقایسه با یافته‌های قبلی جدید و مکمل نتایج پژوهش‌های قبلی هستند.

در این مطالعه، عامل جنسیت نقش معناداری نداشته است و بدان معنا است که نهج‌البلاغه برای گروه‌های آموزش دیده یا تحت مداخله قرار گرفته (پسران و دختران دانشجو) خارج از عامل جنسیتی آنها اثربخش بوده است و لذا بایستی به تدوین برنامه آموزشی متناسب شده برای بهبود سلامت عمومی بر اساس نهج‌البلاغه برای مخاطبین اقدام نمود.

نتایج نهایی پژوهش حاکی از آن بود که در مجموع حکمت‌های نهج‌البلاغه بر سلامت عمومی دانشجویان بطور معناداری مؤثر است و باعث بهبود ابعاد اصلی سلامت عمومی آنان شده است. این یافته جدید تکمیل‌کننده نتایج پژوهش‌های قبلی است که اثربخشی نهج‌البلاغه را بر دیگر شاخص‌های سلامتی بررسی کرده‌اند. آنچه به طور کلی از این مطالعه استنباط می‌شود این است که آموزش حکمت‌های نهج‌البلاغه به طور خاص در این زمینه منجر به بهبود ابعاد سلامت عمومی دانشجویان خواهد شد. اگرچه این مطالعه مقطعی است و با نمونه‌ای اندک انجام گرفته است اما دلالت بر اهمیت آموزش حکمت‌های نهج‌البلاغه به شیوه متناسب شده برای جمعیت دانشجویی دارد. این آموزش متناسب شده بر اساس ابزار سنجش مطالعه حاضر، دانشجویان را آماده مقابله با مشکلات می‌کند و موجب مقاوم‌تر شدن شخصیت آنان، افزایش بینش صحیح نسبت به زندگی، افزایش مهارت در اداره زندگی و برقراری ارتباط صحیح با محیط و اطرافیان گردیده است. البته از آن جهت که این مطالعه فاقد پی‌گیری طولانی بوده است، می‌توان نتیجه گرفت حداقل در کوتاه‌مدت برنامه آموزشی حکمت‌های نهج‌البلاغه چنین نتایج مثبتی را به بار می‌آورد و زمینه لازم برای حفظ و تأمین سلامت

عمومی دانشجویان را فراهم می‌سازد که به منظور استمرار اثربخشی لازم است استفاده از آن در سراسر فراخنای زندگی مورد تأکید قرار گیرد.

این پژوهش با وجود نتایج ارزشمند، دارای برخی محدودیت‌ها بوده است که لازم است به آنها توجه شود. جامعه آماری محدود، استفاده از ابزار خودگزارشی برای سنجش اثرات مداخله آموزشی، عدم وجود مطالعات منسجم در پیشینه پژوهشی، و تعداد محدود جلسات آموزشی و نیز دشواری در مقوله‌بندی حکمت‌های نهج‌البلاغه از مهم‌ترین این محدودیت‌ها بوده‌اند. استفاده از طرح کمی - کیفی (آمیخته)، انجام کارآزمایی بالینی دو سوکور و استفاده از روش‌های سنجش دقیق‌تر برای مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود.

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزش نهج‌البلاغه برای مشاوران و مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز مشاوره دانشجویی برگزار گردد تا آنان با شیوه‌های آموزشی و مداخله‌ای نهج‌البلاغه آشنا شوند و برای مراجعین خود این اصول فاخر را بکار گیرند. به دلیل این‌که استفاده از نهج‌البلاغه یک شیوه مداخله‌ای مؤثر و کارآمد در حوزه روانشناسی و مشاوره می‌باشد، توصیه می‌شود تأثیر کاربرد آن در نمونه‌های پژوهشی دیگر از جمله افراد شاغل و بازنشسته، دانش‌آموزان، گروه‌های در معرض خطر و غیره مورد بررسی و پژوهش قرار گیرد. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که حکمت‌های نهج‌البلاغه از طریق آموزش رسمی در متون روانشناسی دانشگاه‌ها ادغام گردد و مورد تدریس قرار گیرد؛ زیرا دانشجویان به داشتن نگاهی بهتر به خود، واقعیات موجود و اطرافیان شان نیازمندند.

سپاسگزاری

این پژوهش تحت حمایت مالی هیچ مجموعه یا سازمانی انجام نگرفته است و به طور مستقل توسط پژوهشگران انجام گرفته است. از سایر دانشجویانی که با مشارکت آنان این مطالعه در دانشگاه سمنان انجام گرفته است، تقدیر و تشکر می‌گردد. بدون چنین حمایت و مشارکتی انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود و لذا همت این سرمایه انسانی همواره مورد تقدیر نویسنندگان است.

منابع

- اخوان کاظمی، بهرام (۱۳۸۶). کارآمدی در آموزه های نهج البلاغه. *الهیات و معارف اسلامی (مطالعات اسلامی)* تابستان؛ ۷۶ (ویژه علوم قرآن و حدیث): ۳۸-۹.
- اشتهاردی، محمدمهدی (۱۳۷۸). *داستانهای نهج البلاغه (ج ۱)*. انتشارات پیام محراب.
- بهشتی، سعید؛ افخمی اردکانی، محمدعلی (۱۳۸۶). تبیین مبانی و اصول تربیت اجتماعی در نهج البلاغه. *تربیت اسلامی بهار و تابستان*؛ ۲(۴): ۳۹-۷.
- بوالهری، جعفر، محمدپور، احمدرضا، اصغرنژاد فرید، علی اصغر، طاهری، ابوالقاسم (۱۳۸۹). *نهج البلاغه و بهداشت روان*. تهران: نشر دانژه.
- جبارلوی شبستری، بهرام (۱۳۸۶). درآمدی بر مباحث و آموزه های ارتباطی نهج البلاغه. *الهیات و معارف اسلامی (مطالعات اسلامی)*، تابستان؛ ۷۶ (ویژه علوم قرآن و حدیث): ۴۹-۳۹.
- جردادق، جرج (۱۳۳۶). *شگفتی های نهج البلاغه*. ترجمه از فخرالدین حجازی. انتشارات بعثت.
- حالت، ابوالقاسم (۱۳۶۳). *شکوفه های خرد یا سخنان علی (ع) با ترجمه فارسی و انگلیسی و رباعیات فارسی*. تهران: انتشارات علی اکبر علمی، ص ۳۴۰.
- حسینی، سیدحسن (۱۳۷۸). «نگاهی اجمالی به مبانی و فلسفه بهداشت روانی در اسلام». *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*؛ ۱۵(۱): ۹۰-۷۰.
- دانش نیا، الهام (۱۳۸۶). «بررسی اثربخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه اصفهان». *پایان نامه کارشناسی ارشد*. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی .
- رمضانی فرانی، عباس؛ عمادی، سید کمال الدین؛ عاطف وحید، محمدکاظم (۱۳۸۲). *راهبردها و فنون تأمین سلامت روان در قرآن*. گزارش شده در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان انستیتو روان پزشکی تهران.
- شمس عزیزاده، نرگس؛ بوالهری، جعفر، شاه محمدی، داود (۱۳۸۰). «بررسی همه گیرشناسی اختلال های روانی در یک روستای استان تهران». *فصلنامه اندیشه و رفتار*؛ ۷(۲): ۲۶-۱۹.
- صمدانیان، محسن؛ میریان، فردوس (۱۳۹۰). *علل ناهنجاری و روش کنترل آن از دیدگاه نهج البلاغه (عنوان عربی: أسباب الانحراف و أسلوب التحكم علیه من منظور نهج البلاغه)*.
- حدیث پژوهی، بهار و تابستان؛ ۳(۵): ۱۵۲-۱۱۹.
- مرزوقی، رحمت اله؛ اناری نژاد، عباس (۱۳۸۶). *تربیت اجتماعی از منظر نهج البلاغه*. تربیت

- اسلامی، بهار و تابستان؛ ۲(۴): ۱۹۲-۱۶۳.
- مصباح‌یزدی، محمدتقی (۱۳۸۸). بهترین‌ها و بدترین‌ها از دیدگاه نهج‌البلاغه. تهیه و تدوین: کریم سبحانی. قم: انتشارات مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
- مطهری، مرتضی (۱۳۷۹). جاذبه و دافعه علی(ع). تهران: انتشارات صدرا.
- منافی‌اناری، سالار (۱۳۸۰). بررسی ترجمه انگلیسی متون ادبی و اسلامی (۲): گلستان، بوستان، نهج‌البلاغه. تهران: چاپ سمت، ص ۱۴۵.
- میریان، فردوس؛ صمدانیان، محسن (۱۳۸۸). هنجارهای اجتماعی از دیدگاه نهج‌البلاغه. علوم قرآن و حدیث (مطالعات اسلامی) بهار و تابستان؛ ۴۱(۸۲/۳): ۱۵۸-۱۲۷.
- نزهت، ابراهیم (۱۳۸۹). اندیشه ورزی و تفکر خلاق از منظر نهج‌البلاغه. ادب عربی (دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه تهران)، بهار و تابستان؛ ۱(۲): ۱۵۴-۱۳۷.
- هاشمی‌اردکانی، سیدحسن (۱۳۸۸). عوامل تربیتی در مسیر کمال وجودی انسان از منظر نهج‌البلاغه. تربیت اسلامی بهار و تابستان؛ ۴(۸): ۱۷۹-۱۶۱.
- یعقوبی، نوراله؛ نصر، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴). «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا گیلان». فصلنامه اندیشه و رفتار؛ ۱(۴): ۶۴-۵۵.

Stevens, J. (1996). Applied multivariate statistic for the social sciences (2nd ed.).

Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Krause, N., Ellison, C.G. (2007). Parental religious socialization practices and self-esteem in late life. Review of Religious Research. 49(2): 109-127.