

مقدمه

کیفیت زندگی، ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می‌پردازد. ماهیت ذهنی کیفیت زندگی به ادراک افراد درباره وضعیت زندگی‌شان، به جای گزارشات دیگران می‌پردازد و براساس تعریف فرانس و پورس، ناشی از خشنودی و یا عدم خشنودی از حیطه‌هایی از زندگی که برای فرد اهمیت دارد، می‌باشد. بنابراین، بیماران با مشکلات مشابه ممکن است نظرات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی خود داشته باشند و آن را به صورت‌های مختلفی گزارش کنند (گران و ریورا، ۱۹۹۸، ص ۳۷). اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی، بهبود کیفیت زندگی را به‌عنوان مهم‌ترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند و حداکثر این اهمیت مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آنها شناخته نشده است (احمدی و دیگران، ۱۳۸۳). زندگی با کیفیت مطلوب، ریشه در اعتقادات و آموزش‌های دینی مسلمانان دارد. عوامل بسیاری در زندگی با کیفیت مطلوب دخالت دارد.

در عصر حاضر، متخصصان روان‌شناسی در پی کشف درمان‌های جایگزین برای بهبود بیماری‌های روانی بوده و در حوزه سلامت عمومی، دست به خلاقیت و نوآوری می‌زنند. اخیراً این پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که برای بهبود بیماری‌های روانی، می‌توان علاوه بر دارودرمانی و سایر امکانات پزشکی و درمانی رایج و مدرن، از مذهب، دعا و پزشکی روحانی استفاده کرد (سید، ۲۰۰۳). بر این اساس، نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که انجام فرامین مذهبی، ایمان و شرکت در مراسم مذهبی، می‌توانند نقش مؤثری در جلوگیری از ابتلا به مشکلات روانی افراد و درمان آن داشته و موجب ارتقاء سطح سلامتی و بهزیستی افراد شوند؛ (هکنی و ساندرز، ۲۰۰۳، ص ۴۳؛ هیلز و فرانسیس، ۲۰۰۴، ص ۶۱). این امر برای متخصصان بهداشت روان مهم است که با شناخت اعتقادات و مراسم مذهبی مراجعان، از آن به‌عنوان یک منبع جایگزین مهم و حمایتی استفاده کرده و با توصیه مراجعان به معنویت و شرکت در مراسم مذهبی، بتوانند آنها را به آرامش درونی سوق دهند (سولان، ۲۰۰۵، ص ۱۴). تأثیر این امر، به این دلیل است که فرد با افزایش معنویت، به نوعی خودکنترلی دست پیدا می‌کند که مانع از اثربخشی شرایط بیرونی و در نتیجه، کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار گرفته و سلامت روان خود را حفظ می‌کند (تبرایی و دیگران، ۱۳۸۷).

در این زمینه، نتایج پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که میزان معنویت و جنبه‌های مختلف آن، در انسان‌ها موجب کاهش و یا حتی از بین رفتن اضطراب و افسردگی می‌شود. این مطالعات نشان می‌دهند که بین میزان اضطراب و معنویت همبستگی منفی و معناداری وجود دارد (جاسمی و دیگران، ۱۳۹۰).

کار آیی مدل آموزشی مبتنی بر معنویت بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دانش آموزان

yazdan_movahedi@yahoo.com

masumemovahedi@yahoo.com

یزدان موحدی / کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه تبریز

کلثوم کریمی‌نژاد / کارشناس ارشد مشاوره خانواده علوم پزشکی لرستان

تورج هاشمی‌نصرت‌آبادی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

مصومه موحدی / کارشناس ارشد مشاوره خانواده علوم پزشکی لرستان

دریافت: ۱۳۹۲/۳/۱۱ - پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۲۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر شناسایی میزان کارایی مدل آموزشی مبتنی بر معنویت بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دانش آموزان بود. این پژوهش، از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. نمونه شامل ۴۰ دانش‌آموز از میان ۴۶۰ هزار دانش‌آموز دختر دبیرستانی شهرستان خرم‌آباد بود که طبق معیار نقطه برش در سطح نامطلوبی قرار داشتند، انتخاب شدند. ۲۰ نفر برای گروه آزمایش و ۲۰ نفر برای گروه کنترل انتخاب شدند. مداخله مبتنی بر آموزش معنویت طی ۸ جلسه نود دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه اجرا شد. پس از اتمام جلسات آزمون کیفیت زندگی روی دو گروه اجرا گردید. دو ماه بعد، مجدداً آزمون کیفیت زندگی به‌عنوان دوره پیگیری بر روی هر دو گروه انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس، نشان داد که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$)، به نحوی که مداخله مبتنی بر آموزش معنویت موجب بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است. با توجه به تأثیر مثبت باورها و اعمال مذهبی در سلامت روان، استفاده از این ظرفیت‌ها در برنامه‌ریزی اقدام‌های بهداشت روانی، بخصوص در مورد دانش‌آموزان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش معنویت، کیفیت زندگی، دانش‌آموزان.

استرس شناخته شده است (حمید، ۱۳۸۸). به‌علاوه، نتایج مطالعه اکس‌لاین، که در آن مذهب به‌عنوان منبع آرامش درونی تلقی شده است، حاکی از آن است که آرامش روانی با داشتن مذهب همبستگی مثبت دارد، آزمودنی‌های پژوهش، گرایش به نداشتن مذهب را با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی مرتبط دانستند (اکس‌لاین، ۲۰۰۸، ص ۱۳۱). از سوی دیگر، اژدری فرد و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش معنویت در بهبود سلامت روان دانش‌آموزان مؤثر است.

همچنین مورفی و ماهالینگام نشان دادند که اعتقادات دینی و مقید بودن به آنها، با عدم افسردگی همبستگی دارد (مورفی و ماهالینگام، ۲۰۰۶، ص ۱۲۰). با این حال، بواله‌ری و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود تحت عنوان «اثر بخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه» دریافتند که گروه درمانی معنوی موجب کاهش افسردگی در گروه تحت آزمایش شده، اما در میزان اضطراب و استرس آنان تأثیری ندارد. براساس این پژوهش‌های متناقض، هدف این پژوهش بررسی کارایی آموزش مبتنی بر معنویت در بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی دانش‌آموزان با پیگیری دو ماهه بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. آزمودنی‌های این پژوهش شامل دو گروه از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان خرم‌آباد بودند که از طریق پرسش‌نامه کیفیت زندگی شناسایی شدند. یک گروه آنها، در معرض مداخله آموزشی مبتنی بر معنویت قرار گرفتند. یک گروه نیز به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. هیچ‌گونه مداخله‌ای برای آنها اجرا نشد. مداخله مبتنی بر آموزش معنویت به‌عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد، و کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. برای هر دو گروه، پیش‌آزمون و سپس ده روز بعد از اعمال مداخله پس‌آزمون اجرا شد همچنین دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون نیز پیگیری به‌عمل آمد.

جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان خرم‌آباد بودند که از میان آنها، ابتدا به‌صورت تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای ۶۰ دانش‌آموز پرسش‌نامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند. از میان این دانش‌آموزان، آنهایی که براساس نقطه برش پرسش‌نامه در وضعیت غیرنرمالی قرار داشتند، ۴۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و مداخله معنوی طی ۸ جلسه، نود دقیقه‌ای انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

ابزار پژوهش؛ در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

از سوی دیگر، برخی مطالعات نشان می‌دهد که هنگام ایجاد تجربه معنوی بخش‌هایی از مغز چون، نواحی پشتی میانی پیشانی، پشتی جانبی جلوی پیشانی و آهیانه میانی فعال می‌شوند. با توجه به اینکه این نواحی با فعالیت شناختی در ارتباط هستند، می‌توان گفت: تجربه معنوی یک تجربه هیجانی نبوده، بلکه حاصل تأمل و اندیشیدن است (آذری و همکاران، ۲۰۰۱، ص ۱۶۴۹).

علاوه بر این، در زمینه تأثیر معنویت بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت جسمانی و روانی، بیان می‌دارند که معنویت مانند آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی بوده و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد (اکستین و کرن، ۲۰۰۳، ص ۲۳۸). افکار مثبت و سخت‌رویی هر دو از مؤلفه‌های معنویت بوده و با سلامت و مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند. تکیه‌گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد. همچنین بین سلامت روانی، سلامت جسمی، رضایت از زندگی و شادکامی رابطه مثبت وجود دارد.

پیدمونت معتقد است که معنویت به دلیل تأثیر مثبت بر سلامت و بهزیستی شخصی، راهی است که در آن، معنای برتر نهایی خلق می‌شود و می‌توان آن را تا حدودی به‌عنوان یک جنبه سازماندهی شده بنیادی شخصیت در نظر گرفت (پیدمونت، ۲۰۰۴، ص ۲۶۲). همچنین براساس دیدگاه برگین (۱۹۹۱)، معنویت بر سلامت روانی افراد تأثیر مثبتی دارد. به دلیل سبک زندگی خاص افراد مذهبی، رویدادها را کمتر فشار انگیز ارزیابی می‌کرده یا بعد از بروز استرس، آن را به‌منزله فرصتی برای رشد و تقویت روحی و معنوی خود می‌دانند و یا آن را برنامه و تقدیر گریزناپذیر الهی تعبیر و تفسیر می‌کنند (برگین، ۱۹۹۱، ص ۳۹۴).

بر همین اساس، با توجه به نقش معنویت در بهداشت روان و ارتقای سلامت روان (کرو و همکاران، ۲۰۰۵، ص ۱۸۶)، اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به‌صورت روزافزونی، توجه روان‌شناسان و پژوهشگران بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (اسپیکا و همکاران، ص ۳؛ آتن و اسشنسک، ۲۰۰۷، ص ۱۸۳؛ آتن و ورتینگتوت، ص ۲۲۴؛ کیزدی و همکاران، ۲۰۱۰، ص ۱).

در این زمینه، مطالعات متعددی نقش دین و معنویت را در کیفیت زندگی و سلامت روان نشان داده‌اند. در یک مطالعه آزمایشی، نقش دعا بر میزان اضطراب، افسردگی و عزت نفس ارزیابی شد. یافته‌ها نشان داد که دعا موجب کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش عزت نفس می‌شود (الویرس، ۱۹۹۷، ص ۳۸). از سوی دیگر، پژوهش ابراهیمی‌فرد (۱۳۸۴) نشان داد که بین نگرش مثبت نسبت به دعا و نیایش فردی با میزان اضطراب دانشجویان رابطه معکوسی وجود دارد. همچنین ذکر خدا به‌عنوان نیرویی برای مقابله با

الف: پرسش‌نامه کیفیت زندگی: این پرسش‌نامه، فرم خلاصه‌شدهٔ مقیاس ۱۰۰ ماده‌ای کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO) است که جنبه‌های گوناگون کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه، رایج‌ترین ابزار سنجش کیفیت زندگی است. در ایران، اعتبار این پرسش‌نامه ارزیابی و تأیید شده است (قرلسفلو و اثباتی، ۱۳۹۰). مقیاس کیفیت زندگی دارای ۲۶ سؤال است. دو سؤال آن در مورد رضایت‌مندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود و سایر سؤال‌ها، احساس و رفتار فرد را در دو هفتهٔ اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌کند. مقادیر پایایی ابزار مذکور در پژوهش (همان، ۱۳۹۰)، در بعد سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در بعد روانی ۰/۷۷، در بعد اجتماعی ۰/۷۵ و در بعد محیطی برابر با ۰/۸۴ بوده و همسانی درونی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است (همان).

ب: مداخله آموزشی مبتنی بر معنویت به شیوه گروهی: آموزش معنویت در این پژوهش، برگرفته از مداخلات معنوی و مذهبی مطرح‌شده توسط ریچاردز و برگین بوده و با رویکرد اسلامی و محوریت مباحثی چون مراقبه، نیایش، توبه و گذشت، نوع دوستی، صبر، توکل و شکر برای گروه مورد مطالعه اجرا گردید (ریچاردز و برگین، ۲۰۰۵، ص ۲۴۱). مداخله معنوی، شامل دعا، استفاده از نوشته‌های متون مقدس، مراقبه، تصویرسازی معنوی (شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۳، ج ۱؛ اعتمادی، ۱۳۸۴)، عبادات و مناسک (اعتمادی، ۱۳۸۴)؛ خودفاش‌سازی معنوی (شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۳، ج ۱) همراهی و خدمت (اعتمادی، ۱۳۸۴)، نوشتن یادداشت‌های روزانه، تمرکز و کتاب درمانی است (میلر، ۲۰۰۳، ص ۳۲).

در ابتدای هر جلسه مروری بر تکلیف جلسه قبل از آزمودنی‌ها پرداخته می‌شد. به دنبال آن، بحث و آموزش مقوله مورد نظر انجام می‌شد. همچنین، به تمرین در گروه پرداخته شده و در پایان، با معرفی تکالیفی که می‌بایست آزمودنی‌ها در فاصله زمانی تا جلسه بعد انجام می‌دادند، جلسه پایان می‌یافت. محتوای جلسات و روش مداخله به شرح زیر است:

جلسه اول، شامل آشنا شدن اعضای گروه با یکدیگر و گفت‌وگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی افراد، و مختصری درباره نحوه انجام پژوهش بود.

جلسه دوم، شامل نماز جماعت و سخنرانی مذهبی و آموزش انجام کارهای معنوی به صورت گروهی بود. جلسه سوم، شامل نماز جماعت، و قرائت زیارت عاشورا؛ و همچنین آموزش بخشایش‌گری بود. *انرایت* (۲۰۰۲) سه جنبه را برای بررسی بخشایش‌گری پیشنهاد می‌کند: بخشیدن دیگران، بخشیدن خود و پذیرش بخشایش‌گری. وی آثار بخشایش‌گری را در کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود روابط بین فردی، در مطالعات متعددی نشان داده است (بهرامی‌دشتکی و دیگران، ۱۳۸۶).

جلسه چهارم، شامل نماز جماعت و آموزش دعا. دعا بخش اصلی اعمال مذهبی است. همان‌طور که مک‌کولا و لارسون بیان می‌کنند، دعا از اعمال، افکار و نگرش‌هایی تشکیل می‌شود که فرد را به ساحت مقدس پیوند می‌دهد (مک کولا و لارسون، ۱۹۹۳). دعا می‌تواند به عنوان گفت‌وگو تلقی شده و موجب آرام شدن زندگی فرد شود و فرد در مورد سؤالات زندگی خود اطلاعات و پاسخ‌هایی دریافت می‌کند (بهرامی‌دشتکی و دیگران، ۱۳۸۶).

جلسه پنجم، شامل نماز جماعت و تفسیر قرآن و آموزش اندیشه‌های معنوی و مراقبه بود. مراقبه نوعی اندیشه معنوی بوده که شامل عمل همراه با تمرکز است. اندیشه معنوی شامل مراقبه و لحظات خودانگیخته و سازمان‌نیافته‌ای است که در آن فرد با وحدت امور پیوند برقرار می‌کند. برخی تحقیقات نشان می‌دهند که فعالیت‌های معنوی و شهودی مثل مراقبه و اندیشه معنوی و تصویرسازی معنوی نسبت به مداخلات علمی رایج، مثل تن آرامی که خالی از هر نوع محتوا یا فضای معنوی است، آثار شفابخش نیرومندتری بر مراجعین مذهبی و معنوی دارد (اعتمادی، ۱۳۸۴).

جلسه ششم، شامل نماز جماعت، بیان زندگی‌نامه ائمه علیهم‌السلام و آموزش همراهی و خدمت بود. همراهی و خدمت خالصانه به تقویت ایمان و مقاومت در برابر فشارها، اجتناب از مشغول شدن به خود و گسترش دیدگاه اجتماعی و معنوی، پرورش حس نوع دوستی، احساس تعلق و مقبولیت اجتماعی، احساس هماهنگی با خدا و کنار آمدن با استرس، مرگ و بیماری منجر می‌شود (پارگانمت، ۱۹۹۶)، همچنین مطالعات متعددی نشان داده‌اند که همراهی و خدمت خالصانه اثرات جسمانی و روان‌شناختی مفیدی دارد (اعتمادی، ۱۳۸۴).

جلسه هفتم، شامل نماز جماعت، تفسیر نهج البلاغه و همچنین آموزش تمرکز بود (هیتر کف، ۱۹۹۸). تمرکز را تکنیکی توصیف می‌کند که می‌تواند در فرایند مشاوره به کار برده شود تا تلفیق معنویت را با مشاوره تسهیل کند. تمرکز تکنیکی است که مراجعان یاد می‌گیرند بدون قضاوت به خودشان گوش فرا دهند. آموزش این تکنیک به افراد کمک می‌کند تا میان ذهن، جسم و روح خودشان رابطه برقرار کرده و به واسطه آن، انسان‌های یکپارچه‌تری باشند (بهرامی‌دشتکی و دیگران، ۱۳۸۶).

جلسه هشتم، شامل مروری بر جلسات، نظرسنجی و پرسش و پاسخ بود.

یافته‌های پژوهش

پس از اجرای آموزش مبتنی بر معنویت از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استخراج شد. در جدول شماره (۱) نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

نتایج تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش‌آزمون، نشان داد که تفاوت بین میانگین‌های نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن معنادار است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، با کنترل نمره پیش‌آزمون، آموزش مبتنی بر معنویت موجب بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن شده است و میزان تأثیر معنویت درمانی ۹۰ درصد بوده است.

برای پاسخ به این سؤال که آیا آموزش مبتنی بر معنویت در طی ۲ ماه ماندگار مانده یا نه، از آزمون T گروه‌های مستقل استفاده شد، نتایج نشان داد، نمره کیفیت زندگی با T ۱۸/۱۴ و با سطح معناداری ۰/۷۰۴ تفاوت معناداری را بین پس‌آزمون و پیگیری نشان نمی‌دهد. این امر نشان می‌دهد که درمان فوق ماندگار بوده و پس از دو ماه کیفیت زندگی آزمودنی‌ها افت نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی کارایی مدل آموزشی مبتنی بر معنویت بر ارتقای مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دانش‌آموزان بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که آموزش معنویت موجب بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دانش‌آموزان می‌شود. این یافته تا حدودی با نتایج اژدری‌فرد و همکاران (۱۳۸۹)، غلامی و بشلیه (۱۳۹۰)، (هکنی و ساندرز، ۲۰۰۳، ص ۴۳؛ هیلز و فرانسیس، ۲۰۰۴، ص ۶۱) همسو است. همچنین نتایج پژوهش با پیگیری دو ماهه نشان داد که درمان فوق ماندگار بوده است و پس از دو ماه میزان کیفیت زندگی دانش‌آموزان نسبت به دوره پس‌آزمون کاهش نداشته است.

روبرت (۱۹۹۲) معتقد است که معنویت برای افراد، در مواجهه با مشکلات، منبع حمایتی است و باورها و فعالیت‌های معنوی به‌عنوان روشی تعریف شده است که منابع معنوی مانند دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند را برای مقابله به کار می‌برند. از سوی دیگر، اثربخشی درمان‌های معنوی موجب شده است تا روش‌های درمانگری معنوی، جایگاه ویژه‌ای در بین شیوه‌های مهار اختلالات روانی پیدا کنند و تحقیقات مبتنی بر نظریه‌های روان‌درمانی دینی اثربخشی این روش‌ها را در کاهش مشکلات روانی افراد نشان داده‌اند (سید، ۲۰۰۳).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: نماز، دعا، ذکر و پرداختن به فعالیت‌های معنوی از راه مراکز قشری مغز و ارتباط متقابل آنها با مراکز غدد تالاموس و هیپوتالاموس معنا و مفهوم عاطفی پیدا می‌کنند. از سوی دیگر، این مراکز با غده هیپوفیز در ارتباط هستند که این غده، فعالیت دیگر غده‌ها را تنظیم می‌کند. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پرداختن به فعالیت‌های مذهبی بر روی مکانیزم‌های دفاعی بدن مثل پادتن‌ها تأثیر مثبت گذاشته، و مقاومت بدن را در برابر بیماری‌های مزمن جسمی مثل سرطان و یا

جدول (۱) آمارهای توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمودنی‌ها

متغیرها	گروه	آزمایش		گروه	متغیرها
		میانگین	انحراف معیار		
سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۱۱/۳۰	۱/۳۸	۱۱/۱۰	۱/۷۱
	پس‌آزمون	۱۴/۷۵	۱/۳۷	۱۰/۴۵	۱/۵۷
	پیگیری	۱۳/۷۵	۱/۳۷	۹/۹۰	۱/۸۰
سلامت روانی	پیش‌آزمون	۹/۶۰	۱/۳۹	۸/۹۰	۱/۰۷
	پس‌آزمون	۱۳/۶۰	۱/۳۵	۹/۰۵	۰/۹۴
	پیگیری	۱۲/۳۰	۱/۵۲	۸/۷۰	۱/۰۳
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	۶/۳۵	۱/۲۶	۵/۷۵	۰/۹۶
	پس‌آزمون	۸/۵۰	۱/۲۷	۵/۳۰	۱/۰۸
	پیگیری	۷/۶۵	۱/۴۲	۵/۲۰	۱/۲۳
سلامت محیطی	پیش‌آزمون	۱۳/۴۵	۱/۳۱	۱۴/۱۵	۱/۱۸
	پس‌آزمون	۱۵/۸۵	۱/۰۳	۱۳/۳۰	۱/۱۷
	پیگیری	۱۵/۰۵	۱/۱۹	۱۲/۹۰	۱/۸۶
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۴۰/۷۰	۲/۸۸	۳۹/۹۰	۲/۹۷
	پس‌آزمون	۵۲/۷۰	۲/۶۳	۳۸/۱۰	۲/۴۴
	پیگیری	۴۸/۷۵	۲/۴۸	۳۶/۷۰	۳/۰۶

همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل و آزمایش تفاوت مشاهده می‌شود. برای نشان دادن معناداری تفاوت بین نمرات فوق، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. پیش از انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا مفروضه‌های لازم برای انجام تحلیل کوواریانس بررسی گردید. بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که معناداری آزمون لون در نمره کل مقیاس کیفیت زندگی ۰/۲۸۹ است و آماره آزمون لوین نیز ۱/۱۵ می‌باشد. با توجه به این امر، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. بررسی همگنی شیب خط رگرسیون نیز از معنادار نبودن تعامل شرایط و پیش‌آزمون حمایت می‌کند. بنابراین، می‌توان از تحلیل کوواریانس برای تحلیل نمرات آزمون فوق استفاده کرد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس در مؤلفه‌های کیفیت زندگی

مؤلفه	متغیر	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
جسمی	پیش‌آزمون	۱۳/۰۱	۶/۹۰	۰/۱۲	۰/۱۵
	گروه	۱۷۷/۷۱	۹۴/۳۵	۰/۰۱	۰/۷۱
روانی	پیش‌آزمون	۰/۸۱	۰/۵۹۰	۰/۴۴۷	۰/۰۱
	گروه	۱۸۴/۱۹	۱۳۳/۷۹	۰/۰۱	۰/۷۸
اجتماعی	پیش‌آزمون	۱/۰۱	۰/۷۱	۰/۴۰۲	۰/۰۱
	گروه	۹۰/۱۸	۶۳/۹۴	۰/۰۱	۰/۶۳
محیطی	پیش‌آزمون	۰/۹۳	۰/۷۵	۰/۳۹۱	۰/۰۲
	گروه	۶۴/۲۷	۵۱/۹۰	۰/۰۱	۰/۵۸
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۲۵/۰۶	۴/۱۹	۰/۴۸	۰/۱۰
	گروه	۲۰۲۷/۵۱	۳۳۹/۵۵	۰/۰۱	۰/۹۰

بیماری‌های مزمن روانی افزایش می‌دهد. توسل به ائمه علیهم‌السلام، زیارت، دعا و نماز، ابتدا توسط مغز دریافت شده، و با توجه به نیت و قصد نیروبخشی و افزایش توانایی، این اطلاعات در سیستم عصبی تجزیه و تحلیل شده، که طی آن به سیستم ایمنی دستور داده می‌شود تا در مقابل استرس و فشار روانی مقاومت کند (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰).

از سوی دیگر، نیوبرگ و دی‌اکویلی معتقدند که در همه تجربه‌های عمیق معنوی حالت‌های وحدت‌یافتگی و تجربه‌هایی نظیر وجد، نشاط، خوف و رجا دیده می‌شود (نیوبرگ و دی‌اکویلی، ۲۰۰۱، ص ۳۲). از این رو، تجربه معنوی قسمت‌هایی از مغز مثل دستگاه کناری، قطعه آهیانه‌ای بالایی، قطعه گیجگاهی پایینی و قشر جلوی پیشانی را درگیر می‌کند. برای مثال، در پاره‌ای از شیوه‌های مراقبه یا تمرکز روی یک شیء بیرونی یا یک موضوع درونی، موجب فعال شدن مدارهای شامل قشر جلوی پیشانی سمت راست و قطعه گیجگاهی پایینی و قطعه آهیانه بالایی می‌شود. همچنین نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه آموزش معنویت در بهبود نگرش و تغییر فرد نسبت به زندگی یا بیماری است. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی، که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می‌شود. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، اضطراب خود را مدیریت می‌کنند. از این دیدگاه، می‌توان گفت: باورها، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهند. از این رو، معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نماید. بنابراین، معنویت حس قوی‌تری را ایجاد می‌نماید که از این راه به سازگاری و کاهش اضطراب کمک می‌کند (بوالهروی و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین توکل به خدا، اضطراب را کاهش می‌دهد و در مواردی نیز اضطراب بالا موجب می‌شود تا فرد به خدا توکل کند. به عبارت دیگر؛ اضطراب موجب می‌شود تا فرد بیشتر از توکل به خدا، به عنوان یک سازوکار مقابله معنوی استفاده کند. افراد با اعتقادات معنوی ضعیف از این سازوکار کمتر استفاده می‌کنند. بنابراین، معنویت به عنوان یکی از متغیرهای واسطه‌ای اثرات منفی عوامل استرس‌زا را تعدیل می‌کند (پارگامنت، ۱۹۹۰، ص ۱۹۵).

از سوی دیگر، اعتقاد به محبوب بودن نزد خداوند، موجب افزایش اعتماد به نفس شده، و بر ذهن و روان مؤمن تأثیرات مثبتی خواهد گذاشت. افزون بر این، فرد متدین احساس می‌کند عضو گروهی از انسان‌هاست که پشتوانه او در مشکلاتند و احساس داشتن پشتوانه اجتماعی، از حس تنهایی او کاسته و موجب تأثیرات مثبت بر ذهن و روان او می‌شود (نظرنژاد و تادوانی، ۱۳۸۹). یکی از دلایل این تغییرات می‌تواند قرار گرفتن فرد در گروه باشد. گروه موجب افزایش آگاهی افراد درباره خودشان، در اثر تعامل با سایر اعضا و دریافت بازخورد از آنها می‌شود. همچنین،

ارتقای مهارت‌های بین فردی، اجتماعی و انطباقی افراد با محیط کمک می‌کند (اسپیرا و همکاران، ۲۰۰۰). این موقعیت موجب ایجاد حمایت اجتماعی برای اعضای گروه می‌شود. این حمایت بر اساس پژوهش‌های پیشین، عاملی مهم در کاهش افسردگی است. دعا، نیایش، ارتباط با خدا و همچنین بخشش، باعث ایجاد تجربیات معنوی روزانه می‌شوند که این عامل، اثرات کاهنده‌ای بر افسردگی دارد (بوالهروی و همکاران، ۱۳۹۱). در رابطه با تأثیر دینداری بر کاهش میزان افسردگی شواهدی وجود دارد، مبنی بر اینکه، دینداری می‌تواند افراد را از افسردگی، محافظت کرده و تسهیل‌کننده روند بهبود باشد و واگذاری مشکلات به خدا نیز در این زمینه مؤثره بوده است (برانکایکست و همکاران، ۲۰۰۵، ص ۲۷۰). در مجموع، حالت آرامش روان، آرام‌سازی و آسودگی ناشی از مسائل مذهبی از آن جهت است که فرد به گونه‌ای آگاهانه و خالصانه به آن عشق می‌ورزد. از جمله در احوال بزرگان نیز آمده که با نماز، دعا، قرآن و سایر اعمال مذهبی به آرامش می‌رسند. مانند روایت بیرون کشیدن تیر از پای حضرت علی علیه‌السلام پیامبر صلی‌الله‌علیه‌وآله‌وسلم نیز هنگام نماز به بلال می‌فرمود: «بلال ما را به آرامش برسان» و یا بزرگانی مثل ابن‌سینا، که هنگام مواجهه با مسائل و مشکلات، دو رکعت نماز می‌خواندند. شرکت در مراسم مذهبی و عبادی مثل نماز و دعا باعث کاهش تنش و رهایی از پریشانی‌های عاطفی می‌گردد. همچنین یافته‌های این پژوهش می‌تواند تأییدی باشد بر آیه مبارکه قرآن که می‌فرماید: «آگاه باشید که تنها یاد خدا آرام‌بخش دل‌هاست» (غلامی و بشلیده، ۱۹۰).

آموزش معنویت، یکی از راه‌های اساسی و پراهمیت است که بشر می‌تواند به کمک آن از ابتلاء به بیماری‌های جسمی، روانی و اجتماعی پیشگیری کند و با استعانت گرفتن از دین، نماز و نیایش، به منبع لایزال و نامتناهی قدرت الهی وابسته شده و احساس امید و آرامش کند. شرکت در مراسم مذهبی آثار روانی - اجتماعی مهمی به همراه دارد که علاوه بر انجام فرایض دینی، نوعی ارتباط سالم و عاطفی بین افراد جامعه ایجاد می‌شود. بنابراین، می‌توان از یافته‌های این پژوهش در بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان و نوجوانان استفاده نمود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که به دانش‌آموزان دختر محدود شده است. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی، این پژوهش در مورد هر دو جنس پسران و دختران انجام گرفته و تغییرات هر دو گروه با هم مقایسه شوند. همچنین محدودیت دیگر مربوط به ابزار پژوهش است که شامل پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی می‌باشد.

منابع

Echstein, D. & Kern, R. (2002). Life style assessment and interventions, life style skills, ed: *Lowa: Kend/Hunt*, v 5, P. 238.

Coruh, B.; & et al. (2005). Does religious activity improve health outcomes? A critical review of the recent literature. *Explore*, v 1, P. 186-191.

Exline, J, J, (2008). Beliefs about god and forgiveness in a Baptist church sample, *Journal of Psychology and Christianity*, v 27, P. 131-139.

Grant, M M. & Rivera, L.M.(1998). Evaluation of quality of life in oncology and oncology nursing. In: King CR, Hinds P, editors. Quality of Life from Nursing and Patient Perspective Theory, Research Practice. 1st ed: Philadelphia: *jones and Bartlett publishers Sudbury Massachusetts*,v 5, p. 37-53.

Hackney, C. H. & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v 42, P. 43-55.

Hills, P. & Francis, L. J. (2004). Primary Personality trait correlates religious practice and orientation. *Journal of Personality and Individual Differences*, v 36, P. 61-73.

Kézdy, A. & et al. (2010). Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence*, v11, p. 1-9.

Picdmont, R. L. (2004). The logoplex as a paradigm understanding spiritual transcendence. *Research in the Social Scientific study of Religion*, v 15, P. 262-284.

Pargament, K, I, (1990). God help me: Toward a theoretical frame work of coping for the Psychology of religion research in the social scientific study of religious,ed, v 2, p. 195-224.

O’Laoires, (1997). An experimental study of the effects of distant, intercessory prayer on self-esteem, anxiety, and depression, *Alter the Health Med*, v 3, P. 38-53.

Miller, G. (2003). Incorporating Spirituality in counseling and psychology (Theory and technique). *Hoboken & New Jersey: John Wiley & sons/Inc*.

Murphy, E. J & Mahalingam, R, (2006). Perceived congruence Between Expectations and Outcomes: Implications for Mental Heath Among Caribbean Immigrants, *American Journal of Orthopsychiaty*, v 76, P. 120-127.

Newberg, A & Daquili, J.(2001).The neuropsychology of religious and spiritual experience, *Journal of psychology and theology*, v 5, P.32-45.

Richards, S. P & Bergin, A. E. (2005). A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. U.S.A, *American Psychological Association*, v 11, P. 241-274.

Sloan, E. (2005). Effects Of religiosity on Mental Health. *Journal of psychology and theology*, v 16, P. 14-18.

Spira, L. James & Reed, M. Geoffrey. Group Psychotherapy for Women with Breast Cancer. *Washington DC*. APA, 2000.

Spilka, B. & et al. (2003). *The Psychology of Religion*. 3rd Edition. New York: Guilford.

Syed, I. B.(2003). The medical benefits of Taraween Prayersi. <http://www.irif.Org>22/9/88>.

Effectiveness of Group Training Spiritual based in Promotion of Components of quality of life in Students.

اژدری‌فرد، پری سیما و همکاران، «بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان» (تابستان ۱۳۸۹)، *اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، ش ۵، ص ۱۷-۳۱.

اعتمادی، عذرآ، «ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی» (پاییز ۱۳۸۴)، *تازه‌های روان‌درمانی*، ش ۱۰، ص ۱۳۱-۱۴۶.

احمدی، فضل‌الله و دیگران، «بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان» (بهار ۱۳۸۳)، *حیات دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ش ۲۲، ص ۶۱-۶۷.

بهرامی‌دشتکی و دیگران، «اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی در دانشجویان» (زمستان ۱۳۸۶)، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ش ۵، ص ۴۹-۷۲.

بوالهروی، جعفر و همکاران، «اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه» (تابستان ۱۳۹۱)، *جامعه‌شناسی زنان*، ش ۳، ص ۸۵-۱۱۲.

تبرایی، رامین و دیگران، «بررسی سهم تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت شناختی» (بهار ۱۳۸۷)، *روان‌شناسی و دین*، ش ۱، ص ۳۷-۶۲.

جاسمی، منا و دیگران، «بررسی اثربخشی درمان هفت مرحله‌ای فورتین بری و موری در بهبود افسردگی، اضطراب و تنیدگی» (زمستان ۱۳۹۰)، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ش ۲، ص ۳۷-۵۱.

قرلسفلو، مهدی و مهرنوش اثباتی، «اثربخشی گروه درمانی امیدمحور بر بهبود کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ‌ای وی مثبت» (پاییز ۱۳۹۰)، *اندیشه و رفتار*، ش ۶، ص ۴۹-۶۷.

حمید، نجمه، «بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن سلول‌های T کمکی، سلول‌های T مہاری/انهدامی و سلول‌های ضد سرطانی NK» (بهار ۱۳۸۸)، *مطالعات روان‌شناختی*، ش ۵، ص ۱۷-۲۸.

غلامی، علی و کیومرث بشلیده، «اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه» (زمستان ۱۳۹۰)، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ش ۱، ص ۳۳۱-۳۴۸.

شهیدی، مرتضی و احمد شیرافکن (۱۳۸۳)، *روان‌درمانی و معنویت*، تهران، رشد.

Aten, D.J., & Schenck, J.E. (2007). Reflections on religion and health research: An interview with Dr. Harold G. Koenig. *Journal of Religion and Health*, v 46, P. 183–190.

Aten, D.J. & Worthington, E.L. (2009). Next Steps for Clinicians in Religious and Spiritual Therapy: An Endpiece. *Journal of clinical psychology*, v 65, P. 224-229.

Azari, N. P. & et al. (2001). Neural correlates of religious experience. *European Journal of Neuroscience*, v 13, P. 1649-1652.

Bergin, A. E, (1991). Values and Religious Issues in Psychotherapy and Mental health, *Journal of American Psychologist*, v 4, P. 394-403.

Branka Aukst, & et al. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with bresst cancer *General Hospital Psychiatry*, v 27, P. 250-255.