

اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب نموده است. پیشرفت علم روان‌شناسی از یک‌سو، و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر، موجب شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی اهمیت بیشتری بیابند. به نظر می‌رسد، امروزه مردم جهان، بیش‌ازپیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند و روان‌شناسان و روان‌پزشکان نیز به‌طور روزافزون درمی‌یابند که استفاده از روش‌های سستی و ساده برای درمان اختلالات روانی کافی نیست (پارگامنت (Pargament)، ۲۰۰۷، ص ۳). معنویت یک تجربه انسانی و جهانی است، باوجود اینکه اعمال و تشریفات مذهبی و دیدگاه نسبت به خدا ممکن است در بین فرهنگ‌های مختلف متنوع باشد. با این حال، تمایل انسان‌ها به برقراری ارتباط با واقعیتی بزرگ و مقدس در طول زمان نیروی ثابتی بوده است (هاشمی و جوکار، ۱۳۹۰، ص ۵). درواقع معنویت، بُعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. این ارتباط و یکپارچگی، به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد (غباری‌بناب، ۱۳۸۸، ص ۷۸). معنویت، تلاش فرد برای ساختن معنای وسیعی از هدف نهایی مرگ و زندگی است؛ بدین معنا که انسان از مرگ و فناپذیری خود آگاه است. در نتیجه، تلاش می‌کند تا هدف و معنایی برای زندگی‌اش بیابد. او از خود می‌پرسد که هدف از وجود چیست و ارزش او برای جهانی که در آن سکنی گزیده است، چه می‌باشد (پایدمونت (Piedmont)، ۱۹۹۹، ص ۱۲). از نظر ریچاردز و برگین، معنویت عبارت است از: حس فرد از هویت و ارزش خود در رابطه با خداوند و جایگاه او در جهان هستی. این تعریف، پایه و مبنای رویکرد معنویت‌درمانی است. در این رویکرد، از معنویت به‌عنوان یک ملجأ استفاده می‌شود. معنویت‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا به‌رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر از دست‌رفته‌ها تمرکز نکنند، بلکه در جست‌وجوی معنا باشند. در نتیجه، زندگی از نگاه معنویت‌درمانی تحت هر شرایطی معنادار است. معناداری، هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم‌بخش سلامت روان نمی‌باشند (میلر، ۲۰۰۳، ص ۵۳).

رویکردهای معنویت‌درمانی، درمانگران را تشویق می‌کنند که در درمان، مسائل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمان‌جویان، در درمان و بهبودی از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند. این امر بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسائل معنوی درمان‌جو می‌باشد. در درمان معنویت‌گرا، درمانگر

## بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان

Eghadampour@yahoo.com

t.rahimipour@gmail.com

salimyhosseini@gmail.com

عزت‌الله قدم‌پور / استادیار روان‌شناسی تربیتی دانشگاه لرستان

کمالی طاهره رحیمی‌پور / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه لرستان

حسین سلیمی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه لرستان

دریافت: ۱۳۹۳/۴/۲۵ - پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۲۰

### چکیده

این مطالعه، یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است که با هدف بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان صورت گرفت. جامعه آماری، شامل تمامی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ می‌باشد. نمونه آماری، ۳۰ نفر که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به تصادف در دو گروه آزمون (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفته‌اند. درمان به مدت دوازده جلسه برای گروه آزمون انجام و پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون در جلسات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه اجرا گردید. سپس، داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و به وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهند که معنویت‌درمانی به شیوه گروهی در سطح معناداری ( $P < 0.05$ ) در افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثر می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** روان‌درمانی، معنویت، معنویت‌درمانی، تاب‌آوری.

درمان‌جو را به کاوش در موضوع‌ها و مسائل معنوی، که با بهبود و بازیابی سلامتی او مرتبط هستند، دعوت می‌کند. تأکید درمانگر بر مسائل معنوی به صورتی بی‌طرفانه و غیرقضاوت‌گرایانه است و در ضمن با حساسیت تمام مسائل معنوی را دنبال می‌کند (ریچاردز و همکاران، ۲۰۰۷، ص ۶۸).

ادبیات حوزه دین‌داری سرشار از عدم ثبات و تناقض در نظریات و یافته‌هاست. فروید (Freud) (۱۹۵۳) آیین‌های دینی را معادل آداب و سواسی در نظر می‌گرفت و افراد و سواسی را روان‌رنجور تلقی می‌کرد. الیس (۱۹۸۰) نیز دین‌داری را مترادف انعطاف‌ناپذیری، فقدان تحمل و عدم سلامت روانی در نظر می‌گرفت. در مقابل این نگاه خشن و بدبینانه نسبت به دین، فرانکل (Frankel)، راجرز (Rogers)، مازلو، بندورا و... نگرش مثبتی به مذهب داشته و بر رابطه میان دین‌داری و جنبه‌های مختلف سلامت روانی تأکید می‌ورزند و حتی آن را در رویکرد درمانی خود وارد کرده‌اند (برگین، ۱۹۹۱، ص ۱۱). یونگ (Jung) نیز با تأیید واقعیت روانی نیاز معنوی و مذهبی در انسان، معتقد است که رنج هر فرد روان‌رنجور را در نهایت می‌باید رنجی برای روح او به‌شمار آورد که هنوز معنای خود را در نیافته است (وست، ۱۳۸۳، ص ۴۳).

از سوی دیگر، از دهه ۱۹۷۰ به بعد، به تدریج تردیدهایی پیرامون رسالت روان‌شناسی به‌عنوان علم مطالعه مشکلات و اختلالات روانی پدید آمد. با بروز این تردیدها، رویکرد جدیدی تحت عنوان روان‌شناسی مثبت‌گرا شکل گرفت که به‌جای تأکید بر عوامل خطرزا، ناهنجاری‌ها و اختلالات روانی، توجه خود را معطوف به عواملی کرد که تأثیر عوامل خطرزا را تعدیل می‌کند و کودکان را در مقابل مبتلا شدن به مشکلات روان‌شناختی حمایت کند، یا به آنها کمک می‌کند سریع‌تر به بهبودی دست یابند (گراسمن و مور (Grossman & Moore)، ۱۹۹۴، ص ۷۸). بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد، عواملی هستند که موجبات تطابق هرچه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدات زندگی را سبب می‌شوند. در این میان، تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای بخصوص در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی به خود اختصاص داده است. به‌طوری‌که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌گردد (جوکار، ۱۳۸۶، ص ۴). تاب‌آوری، یکی از مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه و مطالعه روان‌شناسی مثبت‌گراست و به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود (لاتار و سی‌چی‌تی (Luthar & Cicchetti)، ۲۰۰۰، ص ۲۱)، و فراتر از جان سالم به در بردن از استرس و ناملایمات زندگی است (بونانو (Bonanno)، ۲۰۰۴، ص ۶).

گارمزی و ماستن (Garmezy & Masten) (۱۹۹۱) تاب‌آوری را یک فرایند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز، علی‌رغم شرایط تهدیدکننده تعریف نموده‌اند. در واقع، تاب‌آوری پدیده‌ای است که از پاسخ‌های

انطباقی طبیعی انسان حاصل می‌شود و علی‌رغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می‌سازد. تاب‌آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست. بلکه فرد تاب‌آور مشارکت‌کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است. تاب‌آوری، قابلیت فرد در برابر برقراری تعادل زیستی- روانی- معنوی در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز هست (کونور و دیویدسون (Connor & Davidson)، ۲۰۰۳، ص ۳). از این‌رو، نمی‌توان آن را معادل «بهبودی» دانست؛ زیرا در بهبودی، فرد پیامدهای منفی و مشکلات هیجانی و عاطفی را تجربه می‌کند (بونانو، ۲۰۰۴، ص ۶).

تاب‌آوری به‌وسیله پاسخ فرد به حوادث استرس‌زای زندگی و یا مواجهه مستمر با استرس مثل جنگ و بهره‌کشی جنسی مشخص می‌شود (پرکینز و جونز (Perkins & Jones)، ۲۰۰۴). به عبارت دیگر، تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند (ایزدیان و همکاران، ۲۰۱۰)، افسردگی را کاهش می‌دهد (وایت و همکاران، ۲۰۱۰) و از مشکلات روان‌شناختی جوانان پیشگیری کرده، آنها را در برابر تأثیرات روان‌شناختی حوادث مشکل‌زا محافظت می‌کند (پینکارت (Pinquart)، ۲۰۰۹).

محققان بسیاری در پی شناسایی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری بوده‌اند. مفروض بر این است که عوامل حمایت‌کننده‌ای وجود دارند که می‌توانند واکنش به تجارب استرس‌زا و بلایای مزمن را تبیین کنند (فراسر و همکاران، ۱۹۹۹). طی سال‌های اخیر، حجم وسیعی از پژوهش‌های نظری و تجربی، به شناسایی این عوامل حمایت‌کننده پرداخته‌اند. در این زمینه، تأثیر عواملی نظیر سبک‌های اسنادی مثبت (لاتار و گوشینگ، ۱۹۹۹)، مهارت‌های توسعه روابط صمیمانه و پیشرفت تحصیلی (ولتساین و فیناور، ۱۹۹۳)، سبک دل‌بستگی (هازان و شیور، ۱۹۹۳ و بلسکی، ۲۰۰۲)، عوامل فردی (جنسیت و عزت‌نفس)، عوامل خانوادگی (ساختار خانواده و حمایت خانواده) و عوامل اجتماعی (حمایت اجتماعی) (لافرومویس و همکاران، ۲۰۰۶)، با تاب‌آوری مورد مطالعه قرار گرفته است و معلوم شد که این متغیرها با تاب‌آوری رابطه‌ای مثبت دارند.

افزون بر این، یافتن معنا در زندگی، احساس هدفمندی و نگرش مذهبی از جمله عوامل حمایتی در افزایش تاب‌آوری هستند و اعتقاد به نیرویی برتر می‌تواند مایه تسلی در شرایط دردناک و تهدیدکننده باشد و تحمل شرایط دردناک را تسهیل بخشد (پرکینز و جونز، ۲۰۰۴، ص ۳). به اعتقاد یانگ و ماو (۲۰۰۷)، داشتن هدف و معنا در زندگی، احساس تعلق داشتن به معنای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، همگی از جمله

روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آنها می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند. از این‌رو، تعدادی از تحقیقات نیز به بررسی تأثیر معنویت، باورهای معنوی و مذهب به‌عنوان عواملی حمایت‌کننده در سازگاری با موقعیت‌های مخاطره‌آمیز پرداخته‌اند. نتایج برخی از تحقیقات، نشان می‌دهد اعتقاد به وجود یک منبع، باور به وجود یک قدرت برتر و باور به اینکه شخص توانایی حل مسئله را دارد، یافتن معنا در تجارب منفی، دیدن تجارب منفی از دیدگاهی مثبت و نگاه کردن به آنها به‌عنوان تجارب ضروری زندگی و خوش‌بینی با تاب‌آوری و سازگاری با ضربه روانی همبستگی بالایی دارد (کالیل (Kalil)، ۲۰۰۳).

به اعتقاد فورتولاکیس و همکاران (۲۰۰۸)، باور به اینکه خدایی هست که بر موقعیت‌ها مسلط و ناظر بر بندگان است، تا حد بسیار زیادی، اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد. به‌عبارت دیگر، این افراد معتقدند از طریق اتکای به خداوند می‌توان موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورد. یونگ معتقد بود: دین از ضمیر ناخودآگاه انسان ریشه می‌گیرد و اطمینان، امید و قدرت را در شخص تقویت و خصوصیات اخلاقی و معنوی را در او استحکام می‌بخشد و پایگاه بسیار محکمی در مقابل مشکلات، مصائب و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (زاهد بابلان و همکاران، ۱۳۹۱، ص ۷).

معنویت نقش عمده‌ای در افزایش تاب‌آوری و توانایی مقابله با مشکلات (کیم (kim) و همکاران، ۲۰۰۵؛ هاسر (Hauser)، ۲۰۰۶؛ کلایجیان و شاهینیان (kalaygian & shahinian)، ۱۹۹۸؛ پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۶؛ یانگ (Yang)، ۲۰۰۶؛ گراهام و همکاران (Graham)، ۲۰۰۱؛ پارک، ۱۹۹۸؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹؛ زاهد بابلان و همکاران، ۱۳۹۱؛ حمید و همکاران، ۱۳۹۱؛ حسین چاری و همکاران، ۱۳۸۹)، عملکرد بهتر سیستم ایمنی (بوئر (Bower) و همکاران، ۲۰۰۳)، افزایش بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان (کریچنر و پاتینو (Kirchner & Patino)، ۲۰۱۰؛ گراهام و همکاران، ۲۰۰۱؛ هالز، ۱۹۹۹؛ فرانسیس و همکاران، ۲۰۰۴؛ بهرامی و رمضانی‌فرانی، ۱۳۸۴؛ خدارحیمی و جعفری، ۱۳۷۸؛ هاشمی و جوکار، ۱۳۹۰)، افزایش رضایت زندگی (مارکوئن (Marcoen)، ۱۹۹۴) و کاهش افسردگی (مت برادزهاو و همکاران، ۲۰۱۰؛ بهرامی دشتکی و همکاران، ۱۳۸۵؛ حمیدیه و ترقی‌جاه، ۱۳۸۷) دارد. البته تعداد کمی از محققان هم، از جمله (برگین، ۱۹۸۳؛ مارچتیک و همکاران، ۲۰۰۵) درباره رابطه میان دین‌داری و سلامت روان به نتایج امیدوارکننده‌ای دست نیافتند.

با وجود اینکه، برخی تحقیقات کمی و کیفی انجام‌گرفته در این زمینه نشان می‌دهد که باورهای معنوی و یافتن معنای شخصی در موقعیت‌های دردناک، بر توانایی شخص برای مقابله تأثیر می‌گذارد و با تاب‌آوری و مقابله با مشکلات رابطه مثبت دارد (یانگ، ۲۰۰۶؛ هاسر، ۲۰۰۶؛ کلایجیان و شاهینیان،

۱۹۹۸؛ پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۶؛ پارک، ۱۹۹۸). با این‌حال، معنویت عامل اصلی مورد بررسی در این تحقیقات نبوده است. در ضمن، این تحقیقات غالباً مذهبی بودن را سنجیده‌اند و احتمالاً با توجه به تفاوت ماهوی بین این دو سازه، قادر نبوده‌اند تأثیر معنویت را مشخص نمایند. از این‌رو، با توجه به اینکه در جامعه ایرانی و اسلامی ما بسیاری از رفتارها در زندگی فردی و اجتماعی، مستقیم یا غیرمستقیم متأثر از آموزه‌ها و باورهای معنوی بوده و اغلب با آنها ارزیابی می‌شوند، به همین دلیل و به علت کمی پژوهش‌ها در این زمینه در ایران و با توجه به ظرفیت فراوانی که مشاوره و روان‌درمانی و همچنین دین مبین اسلام و فرهنگ و ادبیات ایرانی دارد، پژوهشگر بر آن شد تحقیقی با هدف بررسی تأثیر مداخلات معنوی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری افراد انجام دهد. در این زمینه، از تکنیک‌های خاص معنویت‌درمانی برای تعیین اثربخشی معنویت بر تاب‌آوری استفاده شده است. فرضیه تحقیق عبارت است از: رویکرد گروه‌درمانی معنوی در افزایش تاب‌آوری افراد تأثیر دارد.

### روش پژوهش

مطالعه حاضر، یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، تمامی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ را دربرمی‌گیرد. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر می‌باشد که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب‌شده و به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. روش کار بدین‌صورت بود: ابتدا پژوهشگر طی چند جلسه توجیهی آموزش‌های لازم را به تمام افراد نمونه داد تا هم با هدف تحقیق آشنا شده و هم انگیزه آنها برای پژوهش افزایش یابد. سپس، پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون به‌عنوان پیش‌آزمون بر روی هر دو گروه (آزمایش و کنترل) اجرا شد. در مرحله بعد، برای گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه، کلاس‌های آموزشی برگزار شد و گروه کنترل در معرض هیچ آموزشی قرار نگرفت. یک هفته بعد از پایان آموزش، پس‌آزمون مجدداً برای هر دو گروه اجرا شد. سپس، داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و به‌وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج مشخص گردید.

روش درمانی به‌کارگرفته‌شده در این پژوهش، مبتنی بر الگوی روان‌درمانی معنوی - مذهبی برگین و ریچاردز (Bergin & Richards) (۲۰۰۴)، با تأکید بر آموزه‌های اسلام می‌باشد. این مداخلات شامل دعا و نیایش، عبادات و مناسک مذهبی، نوشتن در مورد احساسات معنوی، نوع‌دوستی و بخشش، ایمان و توکل به خدا، توبه، استفاده از سیستم حمایتی مذهبی شرکت‌کنندگان و... بود. روش درمانی در

یک دوره ۱۲ جلسه‌ای درمان گروهی، به‌منظور افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان در قالب جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. البته برای افزایش تأثیر مداخلات، با توجه به نتایج پژوهش‌هایی که در این زمینه در ایران و خارج از کشور صورت گرفته، از روش‌های یادگیری مختلفی چون یادگیری از طریق مشاهده و ترکیب متنوعی از مداخلات چون مداخلات مذهبی و ادبی، برای غنای معنوی مذهب و عرفان اسلامی و ادبیات فارسی، هنری برای افزایش تأثیر مداخلات معنوی یادگیری از طریق مشاهده استفاده شد. ابزارهای اعمال مداخله در زمینه‌های مختلف بدین قرار می‌باشند:

۱. مذهب: قرآن، احادیث معصومان و اعدیه؛ ۲. ادبیات: اشعار حافظ، مولوی، سهراب سپهری؛ ۳. هنر: فیلم‌هایی با محتوای معنوی فیلم «خدا می‌آید» و فیلم «بهار، تابستان، پاییز، زمستان و دوباره بهار»؛ ۴. نتایج پژوهش‌هایی که در این زمینه در ایران و خارج از کشور، در زمینه معنویت صورت گرفته است. خلاصه کلی شیوه اجرا در تمامی جلسه‌ها به این صورت بود: ابتدای هر جلسه با فن تن‌آرامی و ذهن‌آگاهی متمرکز (تمرکز بر تنفس خود و یا یک موضوع خاص) آغاز می‌شد (هارتز (Hartz)، ۱۳۸۷). سپس، به‌مرور تکالیف جلسه قبل آزمودنی‌ها و به دنبال آن بحث و آموزش مقوله موردنظر و تمرین در گروه پرداخته می‌شد. در نهایت هر جلسه، با جمع‌بندی از سوی درمانگر در خصوص موضوع جلسه و با تأکید بر استفاده از تن‌آرامی در طول روز و معرفی تکالیفی که می‌بایست آزمودنی‌ها در فاصله زمانی تا جلسه بعد انجام دهند، پایان می‌یافت.

جدول ۱. جلسه‌های اعمال‌شده بر گروه (آزمایش)

جلسه‌های درمان	عنوان جلسات
جلسه نخست	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفت‌وگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی فرد
جلسه دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی
جلسه سوم	خودآنگاره
جلسه چهارم	کلمه خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که درمان‌جو به آن ایمان دارد و نیایش و گفت‌وگوی با خدا
جلسه پنجم	نوع دوستی (انجام کاری معنوی به‌صورت گروهی)
جلسه ششم	ارتباط با مقدسات
جلسه هفتم	رنجش و عدم بخشش و احساس گناه و بخشش خود
جلسه هشتم	بخشش
جلسه نهم	مرگ و ترس از مرگ و رنج
جلسه دهم	ایمان و توکل به خدا
جلسه یازدهم	قدردانی و شکرگزاری
جلسه دوازدهم	جلسه پایانی

### ابزار پژوهش

**مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون:** برای سنجش تاب‌آوری، مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، (CD-RIS) به‌کار برده شد. کونور و دیویدسون، این پرسش‌نامه را با بازبینی منابع پژوهشی

۱۹۹۱-۱۹۷۹ در زمینه تاب‌آوری تهیه نمودند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه: جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه انجام شده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسش‌نامه به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیرتاب‌آور، در گروه‌های بالینی و غیربالینی جدا کند. همچنین می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به‌کار برده شود (محمدی، ۱۳۸۴). مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون، یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس، صفر و حداکثر نمره وی صد است. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است (بشارت، ۱۳۸۹) همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرایی مقیاس کافی گزارش شده‌اند. اگرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن، مهار، معنویت) را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است؛ چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به‌طور قطع تأیید نشده‌اند، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳). این مقیاس، در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس، نخست همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس، از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل، بجز گویه ۳ ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس، گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی گویه‌ها، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶۲۸ بود. هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی را نشان دادند. برای تعیین پایایی مقیاس خود تاب‌آوری کونور و دیویدسون، از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (محمدی، ۱۳۸۴).

### یافته‌های پژوهش

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و کنترل

شاخص گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۵	۶۱/۳۳	۶/۳	۷۷/۴۷	۶/۸۹۶
کنترل	۱۵	۵۸/۰۷	۶/۸۳	۵۸/۲	۷/۷۶۶
کل	۳۰	۵۹/۷	۶/۶۷	۶۷/۸۳	۱۲/۱۶۹

نتایج جدول نشان می‌دهد، مقدار F به‌دست آمده در سطح  $p < 0/05$  معنی‌دار بوده است. بنابراین، می‌توان گفت: بین میانگین‌های گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، به‌کارگیری رویکرد گروه‌درمانی معنوی موجب افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش گردیده است.

بر اساس یافته‌های به‌دست آمده، می‌توان گفت: بین میانگین اصلاح‌شده گروه آزمایشی و گواه با مقدار  $F = 93/56$  و درجه آزادی ۱ با سطح اطمینان ۹۵٪ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میزان تأثیر ۰/۷۷ بوده است؛ یعنی ۷۷ درصد تغییرات موجود در نمرات پس‌آزمون با استفاده از متغیر کمکی پیش‌آزمون قابل تبیین است. به عبارت دیگر، تغییرات نمرات پس‌آزمون در مقایسه با نمرات پیش‌آزمون ناشی از شرکت در جلسات آموزشی بوده است. همچنین توان آماری ۱ درصد است. این امر حاکی از کفایت حجم نمونه دارد. بنابراین، از نتایج جدول فوق این‌گونه استنباط می‌شود که مداخلات رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش تاب‌آوری مؤثر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

فشار روانی، بخشی از زندگی انسان است. در بعضی موارد، ممکن است این فشارها نیروی زیادی بر تدابیر ما وارد کرده و اعمال سازمان‌یافته ما را مختل سازد. انسان‌ها در طول زمان، برای نظم بخشیدن به حالات رفتاری و عاطفی و افزایش میزان تاب‌آوری خود در برخورد با مسائل و مشکلات، راهبردهای زیادی را مورد استفاده قرار داده‌اند و آگاهانه روش‌هایی را به هدف تنظیم وضعیت روانی و رفتاری خود به کار گرفته‌اند (بامیستر و کاتلین، ۲۰۰۴، ص ۲۸). دلگادو (۲۰۰۵) معتقد است: استرس شدید ممکن است موجب شود که فرد، درگیر جست‌وجو برای یافتن معنا و هدف در زندگی شود. یک بحران شدید ممکن است ادراک فرد از احتمالات (شدنی‌ها و ممکنات) را تغییر دهد و منجر به شناسایی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای جدید شود.

معنویت‌درمانی، به‌عنوان یکی از راهبردهای اساسی و یک روش درمانی مؤثر، موجب می‌شود که بشر از طریق آن بتواند از ابتلا به بیماری‌های جسمانی، روانی، عاطفی اجتماعی و... پیشگیری کند و با بهره‌گیری از دین، نماز و نیایش به منبع لایزال و نامتناهی قدرت الهی وابسته شده، و احساس امید و آرامش داشته باشد. پژوهش‌های تجربی مختلف به‌طور قطع نشان داده‌اند که باورهای معنوی-مذهبی را دیگر نمی‌توان صرفاً به‌عنوان روان‌رنجوری‌ها یا باورهای غیرمنطقی، که می‌باید معالجه شوند، نگرست، بلکه اکنون بسیاری از درمانگران، باورها و رفتارهای معنوی را به‌عنوان منابع قدرتمند تغییر، در روان‌درمانی‌های فردی، گروهی و یا خانواده در نظر می‌گیرند (غفوری و همکاران، ۱۳۹۲، ص ۹). هدف از این پژوهش، بررسی میزان اثربخشی معنویت‌درمانی در افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان می‌باشد.

اطلاعات جدول، میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تاب‌آوری را نشان می‌دهد. بر اساس این اطلاعات، میانگین گروه آزمایش پس از مداخلات افزایش داشته است. از آنجاکه برای بررسی این فرضیه از طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است، برای جهت تحلیل نتایج حاصله، روش تحلیل کوواریانس به‌کار رفته است تا از این طریق آثار پیش‌آزمون به‌عنوان یک متغیر تصادفی کمکی کنترل شود. در این زمینه، تحلیل کوواریانس دارای مفروضه‌هایی است که باید تحقق یابند تا بتوان از روش مذکور برای مطالعه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد. بنابراین، دو مفروضه اساسی تحلیل کوواریانس، یعنی همگنی رگرسیون و یکسانی واریانس‌ها را مورد بررسی قرار دادیم. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصله در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها در متغیر تاب‌آوری

معنی‌داری	درجه‌ی آزادی بین گروهی	درجه‌ی آزادی درون‌گروهی	F
۰/۰۶۸	۱	۲۸	۳/۵۹۷

همان‌گونه که نتایج حاصله نشان می‌دهد، خطای واریانس گروه‌های مورد مطالعه همگن و برابر است چون مقدار F به‌دست آمده برابر ۳/۵۹۷ است که در سطح  $P < 0/05$  معنی‌دار نیست. بنابراین، می‌توان گفت: این مفروضه استفاده از تحلیل کوواریانس یعنی همگنی واریانس‌ها برقرار است و این پیش‌فرض رد نمی‌شود. همچنین مفروضه همگنی رگرسیون به‌وسیله آزمون فرض همگنی شیب‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ مشهود است.

جدول ۴. نتایج آزمون فرض همگنی شیب‌ها برای متغیر تاب‌آوری

معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه‌ی آزادی
۰/۱۷	۱/۹۴	۳۷/۷۱	۱

نتایج این آزمون اشاره به این دارد که چون  $p > 0/05$ ؛  $P = 0/17$ ؛  $F(1, 27) = 1/94$  اثر متقابل معنی‌دار نیست، پیش‌فرض همگنی رگرسیون برقرار است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری

منابع	شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات انا	توان
مقدار ثابت	۶۹/۴۹	۱	۶۹/۴۹	۳/۴۶	**۰/۰۷۴	۰/۱۱	۰/۴۳	
پیش‌آزمون	۹۶۷/۹۷	۱	۹۶۷/۹۷	۴۸/۲	**۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱	
گروه	۱۸۷۸/۷۱	۱	۱۸۷۸/۷۱	۹۳/۵۶	**۰/۰۰۰۱	۰/۷۷	۱	
خطا	۵۴۲/۱۶	۲۷	۲۰/۰۸	-	-	-	-	
مجموع	۱۴۲۳۳۵	۳۰	-	-	-	-	-	

\*\* $p < 0/05$

همان‌گونه که در بخش یافته‌ها مشاهده شد، نتایج حاصل از انجام این پژوهش، نشان داد که معنویت‌درمانی منجر به افزایش تاب‌آوری و توان مقابله بیشتر با مشکلات می‌شود. این یافته‌ها، با نتایج چندین مطالعه دیگر در این زمینه، از جمله پژوهش‌های گراهام و همکاران (۲۰۰۱)، هاسر (۲۰۰۶)، مت‌برادرها و همکاران (۲۰۱۰)، فوتولا کیس و همکاران (۲۰۰۸)، اسمیت و همکاران (۲۰۰۹)، کریچنر و پاتینو (۲۰۱۰)، یانگ (۲۰۰۶)، زاهد بابلان و همکاران (۱۳۹۱)، حسین چاری و همکاران (۱۳۸۹)، حمید و همکاران (۱۳۹۱) و... همسو می‌باشد.

یکی از جنبه‌های جدید این پژوهش، نسبت به پژوهش‌های پیشین، این است که در پژوهش‌های مذکور، بیشتر بررسی رابطه کلی دو سازه مدنظر بوده و نقش و تأثیر معنویت و باورهای معنوی در این زمینه کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. درحالی‌که در این پژوهش، این مهم مدنظر بوده و نتایج تحقیق نشان داد که اعتقادهای معنوی، هدف زندگی را برای فرد روشن می‌کنند و مایه تسلی او در شرایط دردناک و تهدیدکننده هستند و موجب می‌شوند فرد رویدادهای غیرمنتظره را به‌عنوان رویدادهای کمتر تهدیدکننده، ارزیابی کند و قادر باشد رویدادهای غیرقابل تغییر را بپذیرد.

در تبیین نتایج حاصل از انجام مداخلات معنویت‌درمانی پژوهش، می‌توان به این نکته اشاره داشت که با توجه به مبانی نظری، نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق را نمی‌توان فقط حاصل یک عامل ویژه دانست؛ زیرا این امر جز به دلیل بافت به‌هم‌پیوسته و چند عاملی این برنامه درمانی امکان‌پذیر نمی‌باشد. به همین دلیل، در تبیین نتایج تحقیق می‌توان به عوامل گوناگونی اشاره کرد:

نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت‌درمانی در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی، که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می‌شود. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، استرس 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 نمایند. همچنین معنویت حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌نماید که از این راه، به سازگاری روانی کمک می‌کند (مارتون و همکاران، ۲۰۰۲؛ بوالهروی و همکاران، ۱۳۹۱، ص ۲۰).

باورهای معنوی، فرد تاب‌آور را در برابر مشکلات جسمانی، روانی، اجتماعی و... مصونیت بخشیده و کارکرد زندگی مثبت را افزایش می‌دهند. از این دیدگاه، فرد زمانی که با نیروی بزرگ‌تری در ارتباط است

و اهداف و ارزش‌های والاتری دارد دارای عملکرد بهتری است. در این صورت، طبیعی است که هر رخدادی هرچند توان‌فرسا، همچون فشارهای شدید و بیماری‌های مرگ‌آور و... در این مسیر معنا یابد. در شرایط دشوار، معنویت ممکن است تنها منبع دست یافتن به آرامش یا پذیرش موقعیت باشد. رویکرد معنویت‌درمانی، برای رساندن فرد به آرامش روان، یک مجموعه راه‌کارهای ذهنی و بینشی مانند ارتقای معرفت، خداباوری، صبر، زهد، توکل، رشد تدریجی بینش الهی، دعا و نیایش، احیای فطرت الهی و همچنین راه‌کارهای گرایشی و کنشی، مانند کاهش تعلقات دنیوی، آموزه‌های رفتار بهنجار، توبه، کاهش میزان پیشمانی از گذشته، تقویت اراده برای ترک گناه و... ارائه می‌کند.

در این زمینه، پژوهشگر نیز در طول دوره گروه‌درمانی معنوی، از روش‌های خاصی از قبیل: تأثیر ذهن‌آگاهی و تن‌آرامی، تأثیر استعاره، تأثیر ارتباط با خدا، دعا، نیایش، بخشش، توکل به خدا و واگذاری مشکلات به او، به‌عنوان قدرت برتر و... استفاده نموده است. به نظر می‌رسد، در این زمینه کمک‌کننده بوده و موجبات افزایش تاب‌آوری افراد را فراهم نموده باشند. از این رو، می‌توان استفاده از این روش‌ها و تکنیک‌های آموزشی را به‌عنوان عامل مؤثر دوم در به دست آوردن نتایج پژوهش برشمرد.

یکی از این روش‌های آموزشی، بررسی تأثیر ارتباط با خدا از طریق دعا، نیایش و آیین‌های معنوی می‌باشد. فرد از راه ارتباط با هسته و یا منبع قداست، به‌صورت خارق‌العاده‌ای خود نیز مقدس می‌شود و به آرامش و سلامت روان می‌رسد (پارگامنت، ۲۰۰۷). نماز، دعا، ذکر و پرداختن به فعالیت‌های معنوی هم جنبه شناختی دارد و فرد را متوجه نیازها و خواسته‌ها و ارزش‌هایش می‌کند و هم روشی رفتاری برای ابراز یک عقیده است. در نهایت، منجر به افزایش امید و آرامش درونی فرد می‌شود. به اعتقاد کارل فیزولوژیست معروف، دعا کامل‌ترین امید و عالی‌ترین معنا برای زندگی به‌شمار می‌آید؛ زیرا دعا روح امید به آینده را زنده می‌کند و به زندگی معنا و مفهوم می‌بخشد (حجتی و همکاران، ۱۳۹۳). شرکت در مراسم مذهبی و عبادی، مثل نماز باعث کاهش تنش و رهایی از پریشانی‌های عاطفی می‌گردد. خداوند در قرآن می‌فرماید: «الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد: ۲۸)؛ آنها که ایمان آورده‌اند، دل‌هایشان با یاد خدا آرام می‌گیرد، به‌درستی که با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد. حالت آرامش روان، آرام‌سازی و آسودگی ناشی از مسائل مذهبی، نماز و دعا و نیایش، از این جهت است که فرد به‌گونه‌ای آگاهانه و خالصانه به آنها عشق می‌ورزد. در احوال بزرگان دین نیز آمده است که با نماز، قرآن و سایر اعمال مذهبی به آرامش می‌رسیدند. مانند روایت بیرون کشیدن تیر از پای حضرت علی علیه السلام پیامبر صلی الله علیه و آله نیز زمانی که ناراحتی ایشان را فرامی‌گرفت، می‌فرمودند: «یا بلال أقم الصلاة أرحنا بها»؛ (سنن

آبی‌داود) ای بلال، اذان بگو و با آن ما را به آرامش برسان. مجموعه پژوهش‌های انجام شده در داخل یا خارج از کشور، بیانگر این است که هرچه فرد رابطه عمیق، نزدیک و خالصانه‌تری نسبت به خدا داشته باشد، دارای آرامش، اطمینان، اعتماد، صبر، توکل و... بیشتری است (غباری‌بناب، ۱۳۸۸).

هنگامی که انسان با مشکلات و دشواری‌ها مواجه می‌شود و احساس می‌کند که به‌تنبهایی بر حل آنها توانا نیست، از فرد توانمند دیگری کمک می‌گیرد. بر اساس آموزه‌های دینی، چنین انسانی برای جبران ضعف خود، در عین استفاده از عوامل طبیعی و اسباب مادی، باید به نیروی غیبی و قدرت بی‌پایان خدا تکیه کرده و از او استمداد جوید. توکل به خدا عامل تقویت‌کننده روانی و یکی از مؤثرترین مقابله‌های مذهبی است. در تحقیقات روان‌شناختی نیز توکل به خدا یکی از مقابله‌های مذهبی دانسته شده است. افرادی که به خدا توکل ندارند و خود را به نیروی بی‌پایان الهی متصل نمی‌دانند، نیروها و توانمندی‌هایشان محدود است. بدین جهت، در مواجهه با مشکلات خود را ناتوان می‌بینند و نیرویی را در خود نمی‌بینند تا به آن اعتماد کنند، اما متوکلان امید به پشتیبانی خداوند دارند و اعتماد به نفس بالایی خواهند داشت. توکل به خدا، زمینه‌رهایی از رنج و افسردگی و اضطراب را فراهم می‌سازد (باقری و همکاران، ۱۳۸۹).

در حدیثی امیرالمؤمنان علی<sup>ع</sup> می‌فرماید: «هرکس بر خدا توکل کند بی‌نیاز می‌شود». همچنین امام محمدتقی<sup>ع</sup> می‌فرماید: «کسی که به غیر خدا توکل کند خداوند او را به وی واگذارد». مشاهدات تجربی نیز بیانگر این هستند که توکل به خدا موجب ایجاد جرأت، افزایش انگیزه، اعتماد به نفس، میزان ریسک‌پذیری، خوش‌بینی و موارد دیگر در افراد می‌گردد. همچنین موجب کاهش اضطراب و افسردگی و در درمان بسیاری از وسواس‌های فکری، روشی نافذ و کاراست (غباری، ۱۳۷۷).

برون‌ریزی احساسات به‌صورت نوشتن، روش دیگری بود که پژوهشگر از آن در طول دوره درمان استفاده نمود. نوشتن یک رویداد با بار هیجانی، آن را به‌صورت یک روایت درمی‌آورد. هیجان‌ات و نکات ناگفته و نامفهوم در قالب کلمات و معنا درمی‌آیند که دیگر ناگفته و نامفهوم نیستند و احساسات ناگفته و ناخودآگاه، به عبارت‌های گفتاری آگاهانه تبدیل می‌شوند. هر آنچه ناگفته و نامفهوم و ناپیدا است، واهمه و هراس بیشتری دارد. آگاهی یافتن نسبت به آنها از بحرانی بودن واقعه می‌کاهد و پیامد بهتری دارد (هریچی قدیم و همکاران، ۱۳۸۸، ص ۳). برای نمونه، در یکی از جلسات درمانی این پژوهش، تحت عنوان «نیایش»، دعا و گفت‌وگو با خدا و یا هر قدرت برتری که درمان‌جو به آن ایمان دارد، یکی از تکالیف دانش‌آموزان «نوشتن نامه‌ای به خدا و یا هر قدرت برتری که درمان‌جو به آن ایمان دارد» بود، به نظر می‌رسد، در این روش به تمامی ابعاد معنویت پرداخته می‌شود.

یکی دیگر از تکنیک‌های درمانی پژوهشگر، استفاده از تأثیر استعاره‌ها بود. نتایج بررسی عیسی‌زادگان (۱۳۸۷)، نشان داد که استعاره‌ها ممکن است نقشی مهم در تسهیل فرایندهای تغییر در مشاوره و روان‌درمانی داشته باشند. استعاره‌درمانی، روش خلاقیتی است که با استفاده از قدرت تصویرسازی‌اش، مراجع آسان‌تر به بینش و بصیرت می‌رسد. مثلاً، از استعاره رودخانه احساسات در درک و فهم احساسات و عدم تلاش برای کنترل کردن آنها استفاده شد. طبق گزارش درمان‌جویان، این استعاره بسیار خوشایند و کارا بود. به‌طوری‌که حتی بیرون از جلسه، به شوخی به یکدیگر این مطلب را می‌گفتند؛ در حال حاضر رودخانه‌ام خروشان است و یا آرام است. این امر در ابراز و درک احساساتشان بسیار کمک‌کننده بود. از این روش درمانی، در طول دوره درمان بیشتر برای آموزش بخشودگی و توکل به خدا استفاده شد.

بخشودگی، یک مداخله درمانی قوی است که افراد را از خشم و احساس گناهی که نتیجه خشم ناهشیار است، رها می‌کند، علاوه بر این، فردی که می‌بخشد از کنترل ظریف و ناآگاه متخلف رها می‌شود. رها کردن دیگران، به معنی رها کردن خود است (بنسون، ۱۹۹۲). کسانی که بخشودگی را انتخاب نمی‌کنند، درواقع به خود صدمه می‌زنند؛ زیرا به خود اجازه نمی‌دهند که روابط محبت‌آمیزی را که نیازمند آن هستند، داشته باشند (ورنثینگتون و دیلاسیو، ۱۹۹۰). بخشودگی، می‌تواند تغییرات مثبتی را در سلامت عاطفی ایجاد کند، سلامت جسمانی و روانی را افزایش دهد، حس قدرت و توان فردی را بازیابی کرده و بین صدمه‌دیده و صدمه‌زننده مصالحه ایجاد کند (فینچام و بیچ، ۲۰۰۷). پیمودن فرایند عفو و گذشت و بخشش در کاهش افسردگی و اضطراب و بهبود روابط بین‌فردی، بارها مفید واقع شده است (غباری‌بناب، ۱۳۸۸).

تکنیک دیگر استفاده از ذهن، آگاهی و تن‌آرامی می‌باشد. ذهن‌آگاهی می‌تواند کاربردهای روان‌شناختی و معنوی فراوانی داشته باشد. بارنز و همکاران (۲۰۰۱)، در مطالعات خود نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی می‌تواند فشار خون، برانگیختگی سیستم عصبی سمپاتیکی و همچنین، میزان کورتیزول را کاهش دهد. این امر خود، به کاهش اضطراب و استرس فرد کمک می‌کند (هارتز، ۱۳۸۷، ص ۴۹).

عامل مؤثر بعدی در به دست آوردن نتایج پژوهش، برگزاری دوره به‌صورت گروه‌درمانی می‌باشد. به نظر بسیاری از متخصصان، درمان بیماری به‌صورت گروهی بسیار مؤثر است. گروه، موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی افراد می‌شود و سیستم حمایتی مفیدی را در اختیار آنها قرار می‌دهد. از سوی دیگر، فرد با مشاهده دیگران به منحصره‌فرد نبودن مشکل خود پی می‌برد. این موضوع موجب امیدواری بیشتر او خواهد شد (کوری، ۱۳۹۱، ص ۶۴).

عوامل زیر را در پیشرفت درمان در گروه بسیار مهم می‌داند: ۱. عمومیت: فرد در گروه خود را تنها فرد مبتلا به مشکل نمی‌بیند؛ ۲. نوع‌دوستی: فرد در گروه از طریق حمایت کردن دیگران، احساس معنا و بودن در زندگی می‌کند؛ ۳. امید: فرد دیگرانی را می‌بیند که گرچه همان وضعیت را دارند و یا حتی وضعیتی بدتر و گرچه همان احساسات را تجربه می‌کنند، با این حال، می‌توانند احساس معنا دار بودن زندگی را نیز تجربه کنند و کیفیت زندگی بهتری داشته باشند که این امر به فرد امید می‌دهد.

عامل دیگر، مربوط به برخی از ویژگی‌های بومی و فرهنگی جامعه ماست. بر اساس پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۸۷)، مردم ایران برحسب شرایط فرهنگی، مردمی مذهبی بوده و برای سازگاری با شرایط بحرانی، بیشتر به مذهب روی می‌آورند. پژوهشگران بر این باورند که معنویت به‌وسیله اعمال و عقاید پذیرفته‌شده هر فرهنگ مشخصی، بیان شده و شکل می‌گیرد (فلاحی خشک‌ناب و مظاهری، ۱۳۸۷، ص ۵۱). این امر در جامعه ما، که مذهب و معنویت از جایگاهی ویژه برخوردارند، بیشتر برجسته است. در جامعه ما، مذهب از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در تمامی عمر فراهم سازد و فرد را از بی‌معنایی نجات دهد. به‌ویژه در مواقع سخت و بحرانی، می‌تواند کمک مهمی برای فرد باشد. بر همین اساس، برخی از تجارب و شواهد نشان می‌دهند که در کشور ما بسیاری از اختلالات روانی - عاطفی در تعامل با مسائل معنوی قرار دارند و بدون توجه به آنها، تشخیص و درمان موفقیت‌آمیز نخواهد بود.

حال، با توجه به تحقیقات انجام‌شده در این زمینه، می‌توان گفت: عدم توجه به آموزه‌های دینی در زندگی خسارت‌های جبران‌ناپذیری را به خانواده‌ها، آموزش و پرورش و جامعه وارد می‌سازد. پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌درمانگران به نقش درمانی باورهای معنوی در سلامت روان افراد توجه بیشتری داشته باشند. مسئولان و برنامه‌ریزان آموزشی و فرهنگی کشور، به‌ویژه در مراکز مشاوره دانشگاه، به طراحی و تدوین کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی در زمینه آموزش صحیح معارف دینی اقدام کنند؛ چراکه یکی از علل اصلی گریز جوانان از دین، تعلیمات نادرستی است که به نام دین به آنان داده می‌شود. چنانچه نوجوانان و جوانان در مراحل اولیه زندگی خود، تحت آموزش‌های صحیح و شناخت درست از باطن دین قرار گیرند، بی‌تردید به سوی ارزش‌های دینی و معنوی گرایش پیدا می‌کنند و قطعاً این تعلیمات سبب سلامت فردی و سلامت خانواده و در نهایت، سلامت جامعه خواهد بود.

از سوی دیگر، طبق نظر بسیاری از متخصصان، گروه‌درمانی موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی افراد شده و به دلیل ایجاد شرایط مطلوب برای افراد، گروه از حیث قرار گرفتن در محیطی امن، حمایت‌گر و پذیرا برای در میان گذاشتن تجارب خود، دریافت بازخورد، مشاهده اعضای دیگر گروه، منجر به

کسب بینش و آگاهی مناسب برای حل مشکلات و قبول مسئولیت بیشتر در قبال خود و دیگران و خودشناسی می‌شود. بررسی نتایج کیفی جلسات آموزش نیز نتایج فوق را مورد تأیید قرار می‌دهد. رضایت آزمودنی‌های گروه آزمایش از شرکت در جلسات آموزش و رغبت آنها نسبت به انجام تکالیف و رقابت بین فردی، برای بیان نظرات و ارائه تکالیف در ابتدای هر جلسه و فعالیت آموزشی آنان گواه این مطلب است. از این رو، پیشنهاد می‌شود با انجام مداخلات درمانی به‌صورت گروهی و شرکت دادن نوجوانان در کارهای جمعی آنها را با ارزش‌های دینی و اجتماعی و طرز اجرای آنها بیشتر آشنا نماییم. در پایان، بیشتر صاحب‌نظران بر این باورند که بافت و فرهنگ در انتخاب عوامل حمایت‌کننده توسط افراد آن جامعه نقش بسزایی دارد (سی‌چی‌تی، ۲۰۰۰، ص ۱۶). با توجه به اینکه بیشتر تحقیقات انجام‌گرفته در زمینه نحوه تأثیر حمایتی باورهای معنوی بر توانایی فرد برای سازگاری موفقیت‌آمیز با مشکلات و مقابله با اثرات مخرب موقعیت‌های خطرناک در بافتی متفاوت از بافت مذهبی کشور ما صورت گرفته‌اند، پیشنهاد می‌شود در این زمینه تحقیقات بیشتری انجام شود.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها، دارای محدودیت‌هایی است. عمده‌ترین آنها مسائل زیر می‌باشند:

۱. کمبود پیشینه پژوهش، به دلیل بکر و تازه بودن موضوع.
۲. قابل تعمیم نبودن نتایج حاصل از پژوهش، به دلیل انجام گرفتن تحقیق در سطح دبیرستان‌های ناحیه ۵ اصفهان.
۳. در دسترس نبودن امکانات، شرایط و برنامه‌های آموزشی کافی و مناسب. به‌منظور رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود:
۱. انجام پژوهش‌هایی با عناوین مشابه بر روی گروه‌ها و رده‌های سنی دیگر، با حجم نمونه بزرگ‌تر و در مقاطع زمانی مختلف در سراسر کشور.
۲. بررسی مقایسه تأثیر درمان‌شناختی رفتاری و معنویت‌درمانی در محیط‌های آموزشی و مشاوره‌ای.
۳. انجام تحقیقی فراگیر در سطح کشوری در این زمینه.
۴. کنترل عوامل مداخله‌گری همچون وضعیت اقتصادی، تأهل، پیشینه مذهبی، سبک فرزندپروری والدین و غیره.
۵. انجام تحقیقات پس‌رویدادی برای تعیین نقش‌های علی.



منابع

فلاحی خشک‌ناب، مسعود و منیر مظاهری، ۱۳۸۷، *معنویت، مراقبت معنوی و معنویت درمانی*، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

کوری، جرالده، ۱۳۹۱، *نظریه‌ها و روش‌های مشاوره گروهی*، ترجمه فائزه عسکری و همکاران، تهران، شب‌نم.

محمدمدی، مسعود، ۱۳۸۴، *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*، رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

وست، ویلیام، ۱۳۸۳، *روان‌درمانی و معنویت*، ترجمه شهریار شهیدی و سلطان‌علی شیرافکن، تهران، رشد.

هارتز، گری، ۱۳۸۷، *معنویت‌درمانی و سلامت روان، کاربردهای بالینی*، ترجمه امیر کامکار و عیسی جعفری، تهران، روان.

هاشمی، لادن و بهرام جوکار، ۱۳۹۰، «بررسی رابطه بین تعالی معنوی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه»، *مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، ش ۱۳، ص ۱۲۳-۱۴۲.

هری‌زچی قدیم، سبیده و همکاران، ۱۳۸۸، «بررسی تأثیر برون‌ریزی احساسات به‌صورت نوشتن بر میزان افسردگی اضطراب در بیماران مبتلا به مولتی پل اسکلروزیس»، *علوم مغز و اعصاب ایران*، سال هشتم، ش ۲۵، ص ۴۶۵-۴۷۵.

Baumeister, R, & Kathleen D. U, ۲۰۰۴, *Handbook of self-regulation research, theory and applications*, New York: The Guilford press.

Belsky, J, ۲۰۰۲, Developmental origins of attachment styles, *Attachment and Human Development*, v. ۴, p. ۱۶۶-۱۷۰.

Benson, CK, ۱۹۹۲, Forgiveness and the psychotherapeutic process, *Journal of psychology and Christianity*, v. ۱۱ (1), p. ۷۶-۸۱.

Bergin, A.E, ۱۹۸۳, Religiosity and mental health: a critical reevaluation and meta-analysis, *J Res Pract*, v. ۱۴, p. ۱۷۰-۱۸۴.

Bergin, A. E, ۱۹۹۱, Values and Religious Issues in Psychotherapy and Mental Health, *Journal of American Psychologist*, v. ۴۶, p. ۳۹۴-۴۰۳.

Bergin AE, & Richards PS, ۲۰۰۴, Casebook for a spiritual strategy of counseling and psychotherapy, 1st ed. Washington DC: *American Psychological Association*.

Bonanno, G. A, ۲۰۰۴, Loss, trauma, and human resilience, *American Psychologist*, v. ۵۹, p. ۲۰-۲۸.

Bower, J.E, & et al, ۲۰۰۳, Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement-related disclosure intervention, *Annals of Behavioral Medicine*, v. ۲۵, p. ۱۴۶-۱۵۵.

Cicchetti, D, ۲۰۰۰, The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future

باقری، حسین و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی رابطه بین توکل به خدا و سلامت روان بین دانشجویان دانشگاه آزاد واحد نکا»، *دین و سلامت*، دوره اول، ش ۱، ص ۴۸-۵۸.

بشارت، محمدعلی و همکاران، ۱۳۸۹، «رابطه تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکاران»، *روان‌شناسی معاصر*، دوره سوم، ش ۲، ص ۳۸-۴۹.

بواله‌ری، جعفر و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه»، *جامعه‌شناسی زنان*، سال سوم، ش ۱، ص ۸۵-۱۱۵.

بهرامی دشتکی، هاجر و همکاران، ۱۳۸۵، «اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی در دانشجویان»، *پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)*، دوره پنجم، ش ۱۹، ص ۴۹-۷۲.

بهرامی، فاضل و عباس رضانی‌فرانی، ۱۳۸۴، «بررسی نقش باورهای مذهبی (درونی و بیرونی) در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان مقیم مراکز بهزیستی و غیر مقیم»، مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روان‌پزشکی تهران، سایت روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

جوکار، بهرام، ۱۳۸۶، «هوش عاطفی، هوش شناختی، تاب‌آوری و رضایت از زندگی»، *روان‌شناسی معاصر*، ش ۴، ص ۱۲-۳.

حجتی، حمید و همکاران، ۱۳۹۳، «ارتباط ابعاد مختلف دعا با سلامت معنوی بیماران تحت درمان با همدیالیز»، *پرستاری مراقبت ویژه*، دوره دوم، ش ۱، ص ۷-۸.

حسین‌چاری، مسعود و مزگان محمدی، ۱۳۸۹، «پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی بر اساس اعتقادات مذهبی در دانشجویان شهری و روستایی»، *روان‌شناسی معاصر*، ش ۶، ص ۴۵-۵۶.

حمید، نجمه و همکاران، ۱۳۹۱، «بررسی رابطه سلامت روان و هوش معنوی با تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه»، *جنتاشاپیر*، دوره سوم، ش ۲، ص ۳۳۱-۳۳۸.

حمیدیه، مصطفی و صدیقه ترقی‌جاه، ۱۳۸۷، «تأثیر گروه‌درمانی شناختی معنوی بر میزان افسردگی»، *مجله پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی تهران*، ش ۵، ص ۳۸۳-۳۸۹.

خداحیمی، سیامک و سیدغلامرضا جعفری، ۱۳۷۸، «روان‌درمانی و مذهب (نقش مذهب بر فرایندهای بهداشت روان و روان‌درمانی در روان‌شناسی بالینی)»، *اصول بهداشت روانی*، سال اول، ش ۴، ص ۱۸۵-۱۹۷.

رضایی، محبویه و همکاران، ۱۳۸۷، سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران*، دوره چهاردهم، ش ۳-۴، ص ۳۳-۳۹.

زاهد بابلان، عادل و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه دل‌بستگی به خدا و تاب‌آوری با معناداری در زندگی دانشجویان»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، سال سیزدهم، ش ۳، ص ۷۵-۸۵.

عیسی‌زادگان، علی، ۱۳۸۷، «کاربرد استعاره در مشاوره و روان‌درمانی»، *پژوهش‌های مشاوره*، ش ۲۶.

غباری‌بناب، باقر، ۱۳۷۷، «توکل به خدا»، *قبسات*، سال سوم، ش ۲ و ۳، ص ۱۰۵-۱۱۷.

غباری‌بناب، باقر، ۱۳۸۸، *مشاوره و روان‌درمانگری با رویکرد معنویت*، تهران، آرون.

غفوری، سمانه و همکاران، ۱۳۹۲، «اثربخشی روان‌درمانی معنوی مبتنی بر بخشودگی در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات»، *اصول بهداشت روانی*، سال پانزدهم، ش ۱، ص ۴۵-۵۷.

- Kim, T.H., & et al, ۲۰۰۵, Hope and the Meaning of Life as Influences on Korean Adolescents Resilience: Implications for Counselor, *Asia Pacific Education Review*, N. ۲, v. ۶, p. ۱۴۳-۱۵۲.
- Kirchner, T., & Patino, C, ۲۰۱۰, Stress and depression in Latin American immigrants: the mediating role of religiosity, *Eur Psychiatry*, v. ۲۵ (۸), p. ۴۷۹-۴۸۴.
- LaFromboise, T.D., & et al, ۲۰۰۶, Family, community, and school influences on resilience among Native American adolescents in the upper Midwest, *Journal of Community Psychology*, v. ۳۴ (۲), p. ۱۹۳-۲۰۹.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D, ۲۰۰۰, The construct of resilience: implications for interventions and social policies, *Development and Psychopathology*, v. ۱۲, p. ۸۵۷-۸۸۵.
- Luthar, S. S., & Gushing, G, ۱۹۹۹, Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. In: Resilience and Development: Positive Life Adaptations. Eds. M. D. Glantz & J. L. Johnson. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. ۱۲۹-۱۶۰.
- Marcoen, A, ۱۹۹۴, Spirituality and personal well-being in old age, *Ageing and Society*, v. ۱۴, p. ۵۲۱-۵۳۶.
- Matt Brdshaw, A., & et al, ۲۰۱۰, Attachment to God, Images of God, and psychological Distress in a nationwide sample of Presbyterians, *International Journal for the psychology of Religion*, v. ۲۰ (۲), p. ۱۳۰-۱۴۷.
- Margetic, AB, & et al, ۲۰۰۵, Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer, *Gen Hosp Psychiat*, v. ۲۷, p. ۲۵۰-۲۵۵.
- Miller, G, ۲۰۰۳, Incorporating Spirituality in Counseling and Psychotherapy: Theory and Technique, New Jersey: Willey & Sons.
- Pargament, K.I., & et al, ۱۹۹۶, Religious coping with the Oklahoma City bombing: the brief RCOPE, Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, ON.
- Pargament, K. I, ۲۰۰۷, Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred, New York: Guilford Press, p. ۱-۳.
- Park, C. L, ۱۹۹۸, Stress related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive processes, *Journal of Social Issues*, v. ۵۴, p. ۲۶۷-۲۷۷.
- Perkins, DF, & Jones KR, ۲۰۰۴, Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents, *Child Abuse & Neglect*, v. ۲۸, p. ۵۴۷-۵۶۳.
- Piedmont, R. L, ۱۹۹۹, Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model, *Journal of personality*, v. ۶۷, p. ۹۸۵-۱۰۱۳.
- Pinquart, M, ۲۰۰۹, Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress, *Journal of Applied Developmental Psychology*, v. ۳۰, p. ۱-۸.
- Richards, PS, & Bergin, AE, ۱۹۹۰, *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*, ۱st ed. Washington: DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S., & et al, ۲۰۰۷, Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders, *Washington: American Psychological Association*.
- Smith, B.W., & et al, ۲۰۰۹, The Role of Resilience and Purpose in Life in Habituation to Heat and Pain, *The Journal or Pain*, v. ۱۰, N. ۵, p. ۴۹۳-۵۰۰.
- Valentine, L., & Feinauer. I. I, ۹۹۳, Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse, *American journal of family therapy*, v. ۲۱, p. ۳-۱۴.
- world, *Child Development*, v. ۷۱, p. ۵۴۳-۵۶۲.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T, ۲۰۰۳, Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Depression and, *Anxiety*, v. ۱۸, p. ۷۶-۸۲.
- Delgado. C, ۲۰۰۵, A Discussion of the Concept of Spirituality, Instructor, School of Nursing. Cleveland State University, Cleveland. Ohio.
- Fincham F., & Beach S, ۲۰۰۷, Forgiveness and marital quality: Precursor or consequence in well-established relationship, *J Posit Psychol*, v. ۲ (۴), p. ۲۶۰-۲۶۸.
- Fountoulakis, K, N., & et al, ۲۰۰۸, Late-Life depression, religiosity, cerebral vascular disease, Cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data, *Medical hypotheses*, v. ۷۰, p. ۴۹۳-۴۹۶.
- Francis, L.J., & et al, ۲۰۰۴, Religiosity and general health among undergraduate students: a response to O'Connor, Cobb and O'Connor, *Personality and Individual Differences*, v. ۳۷, p. ۴۸۵-۴۹۴.
- Fraser, M.W., & et al, ۱۹۹۹, Risk, Protection, and Resilience: Toward a Conceptual Framework for Social Work Practice, *Social Work Research*, v. ۲۳, p. ۱۳۱-۱۴۳.
- Garnezy, N., & Masten, A, ۱۹۹۱, The protective role of competence indicators in children at risk. In E. M. Cummings, A. L. Green, & K. H. Karraki (Eds.), Life span developmental psychology: perspectives on stress and coping (p. ۱۵۱-۱۷۴). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Graham, S., & et al, ۲۰۰۱, Religion and Spirituality in Coping with Stress, *Counseling and Values*, v. ۴۶(۱), p. ۲-۱۳.
- Grossman, F.K., & Moore, R.P, ۱۹۹۴, Against the odds: Resilience in an adult survivor of childhood sexual abuse, In C.E. Franz & A.J. Stewart (Ed s.) Woman creating lives (p. ۷۱-۸۲). San Francisco: West view Press. Karraki (Eds.) Life span developmental psychology: perspectives on stress and coping (p. ۱۵۱-۱۷۴).
- Hales, D, ۱۹۹۹, *An invitation to health*, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company. U.S.A.
- Hauser, S.T, ۲۰۰۶, Understanding resilient outcomes: Adolescent lives across time and generations, *Journal on Research on Adolescence*, v. ۹, p. ۱-۲۴.
- Hazen, C., & Shaver, P, ۱۹۹۳, Romantic love conceptualized as an attachment: Process, *Journal of Personality and Social Psychology*, v. ۵۲, p. ۵۱۱-۵۲۲.
- Izadian, N., & et al, ۲۰۱۰, A study of relationship between suicidal ideas, depression, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students, *Proscenia Social and Behavioral Sciences*, v. ۵, p. ۱۵۱۵-۱۵۱۹.
- Kalayjian, A., & Shahinian, S.P, ۱۹۹۸, Recollections of aged American survivors of the Ottoman Turkish genocide: Resilience through endurance, coping, and life accomplishments, *The psychoanalytic Review*, v. ۸۵, p. ۴۸۹-۵۰۴.
- Kalil, A, ۲۰۰۳, *Family resilience and good child outcomes*, A review of literature, Centre for Social Research and Evaluation.