

مقدمه

تا اوایل دهه هشتاد اعتقاد بسیاری از محققان علوم رفتاری بر این بود که رویدادهای استرس‌زا در بروز مشکلات روان‌شناختی نقش مؤثری دارند (حمید، ۱۳۸۸). در عین حال، مطالعات روان‌شناسان بعدی نشان داد که بین رویدادهای استرس‌زا و اختلالات روان‌شناختی، عوامل تعدیل‌کننده‌ای وجود دارد که موجب می‌شود رویدادهای استرس‌زا، آثار متفاوتی بر افراد می‌گذارند (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰). در همین زمینه، کوباسا (۱۹۹۷) مفهوم «شخصیت سرسخت» را ابداع کرد و آن را به‌عنوان متغیر مداخله‌گر در تعدیل ارتباط میان استرس و بیماری‌های جسمانی و روانی مورد بررسی قرار داد. وی نشان داد که افراد سرسخت، هرچند درجه بالایی از استرس‌ها را تجربه می‌کنند، اما بیمار نمی‌شوند. این افراد، از نظر ویژگی سرسختی متفاوت از کسانی هستند که در شرایط پر استرس بیمار می‌شوند. به عقیده کوباسا، سرسختی روان‌شناختی ترکیبی از باورها درباره‌ی خویشتن و جهان است و از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده است (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۳). مطالعات تجربی گویای آن است که سرسختی روان‌شناختی، با سلامت بدنی و روانی رابطه‌ی مثبت دارد و به‌عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های بدنی و روانی پیشگیری می‌کند (فلورین و همکاران، ۱۹۹۵). سرسختی روان‌شناختی در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، مانند سپری محافظ عمل می‌کند (اژدری فرد و همکاران، ۱۳۸۹). از سوی دیگر، امروزه علم روان‌شناسی سعی می‌کند صرفاً بر مشکلات روانی تمرکز نکند، بلکه بیشتر بر روی ابعاد مثبت زندگی تأکید کند (حمید، ۱۳۸۸). در سالیان گذشته بیشتر بر روی ابعادی مانند اضطراب و افسردگی تأکید می‌شد، اما امروزه تحقیقات زیادی تحت عنوان بهزیستی روان‌شناختی مورد توجه واقع شده است (فرنهایم و کریستوفارو، ۲۰۰۷). «بهزیستی روان‌شناختی»، یک مفهوم سلسله‌مراتبی و چندبعدی است که از دو وجه شناختی و عاطفی تشکیل شده است. مؤلفه رضایت از زندگی، وجه شناختی و مؤلفه‌های عاطفه مثبت و عدم حضور عواطف منفی، وجه عاطفی آن است (تقی‌لو و همکاران، ۱۳۸۹). دینر و همکاران (۲۰۰۳)، معتقدند که بهزیستی روان‌شناختی همان است که افراد به آن احساس رضایت می‌گویند.

با توجه به آثار مخرب اختلالات روان‌شناختی، درمان‌های متنوعی برای آنها ارائه شده است که از جمله می‌توان به دارودرمانی و انواع درمان‌های روان‌شناختی اشاره نمود. از سوی دیگر، در عصر

اثر بخشی آموزش معنویت بر ارتقای سرسختی و بهزیستی روان‌شناختی

منصور بیرامی / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

معصومه موحدی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
masumemovahedi@yahoo.com

یزدان موحدی / دانشجوی دکتری تخصصی علوم اعصاب‌شناختی دانشگاه تبریز
Yazdan_movahedi@yahoo.com

کلتوم کریمی‌نژاد / دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز
kolsoumkariminejad@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۳/۷/۵ - پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۱۱

چکیده

با توجه به شیوع حالات منفی روان‌شناختی، برخی گزارش‌ها اثر بخشی درمان‌های معنوی را مقدم بر درمان‌های مرسوم قبلی دانسته‌اند. بر این اساس، هدف این پژوهش، بررسی اثر بخشی آموزش معنویت به بر ارتقای سرسختی و بهزیستی روان‌شناختی کارکنان زن، ادارات دولتی شهر خرم‌آباد بود. این پژوهش، به صورت نیمه تجربی و در آن از پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه، شامل ۳۴ کارمند شهرستان خرم‌آباد (۱۷ نفر برای گروه آزمایش و ۱۷ نفر گروه کنترل) بود. آموزش معنویت طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$)، به نحوی که آموزش معنویت موجب ارتقای سرسختی و بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش شده است.

کلیدواژه‌ها: سرسختی روان‌شناختی، بهزیستی روان‌شناختی، آموزش معنویت.

حاضر، متخصصان روان‌شناسی در پی کشف درمان‌های جایگزین برای بهبود بیماری‌های روانی بوده و در حوزه سلامت عمومی دست به خلاقیت و نوآوری می‌زنند (حمید، ۱۳۸۸). 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 این است که انجام فرامین مذهبی، ایمان و شرکت در مراسم مذهبی، می‌تواند 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؛ هیلز و فرانسیس، ۲۰۰۴). این امر، برای متخصصان بهداشت روان مهم است که با شناخت اعتقادات و مراسم مذهبی مراجعان، از آن به عنوان منبعی جایگزین مهم و حمایتی استفاده کرده، با توصیه مراجعان به معنویت و شرکت در مراسم مذهبی، بتوانند آنها را به آرامش درونی سوق دهند (سولان، ۲۰۰۵). تأثیر این امر، شاید به این دلیل باشد که فرد با افزایش معنویت، به نوعی خودکنترلی دست پیدا می‌کند که مانع اثربخشی شرایط بیرونی شده و در نتیجه، کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار گرفته و سلامت روان خود را حفظ می‌کند (تبرایی و همکاران، ۱۳۸۷).

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). در این ارتباط، نیوبرگ و دی اکویلی (۲۰۰۱)، در بررسی افراد دارای تجربه‌های عرفانی دریافتند که در همه تجربه‌های عمیق معنوی، به‌ویژه تجربیات عرفانی، دو وجه مشترک را می‌توان مشاهده کرد. حالت‌های وحدت‌یافتگی یا احساس یگانگی با کل هستی، یا مبدأ آن و تجربه‌هایی نظیر وجد، نشاط، خوف، رجاء و مانند آن. از این‌رو، بر اساس این دیدگاه، تجربه مذهبی یک تجربه‌شناختی عاطفی است. این پژوهشگران معتقدند: در پاره‌ای از شیوه‌های مراقبه، فعالیت یا تمرکز روی یک شیء بیرونی یا یک موضوع درونی آغاز شده و این تمرکز، موجب فعال شدن نواحی قشر جلوی پیشانی سمت راست و قطعه گیجگاهی پایینی و قطعه آهیانه‌ای بالایی می‌شود. با ادامه تمرکز از طریق قطعه گیجگاهی پایینی، قسمت‌هایی از دستگاه کناری فعال می‌شود. در نتیجه، بروز پاسخ‌های آرگوتروپیک و ایجاد احساس مطبوع است. بازخورد این احساس، کل دستگاه را فعال‌تر نموده و پس از مدتی، پاسخ‌های «تروفوتروپیک» نیز فعال می‌شوند.

وقتی هر دو دستگاه فعال می‌شوند، اطلاعاتشان به هر دو نیمکره راست و چپ فرستاده می‌شود. ورود این اطلاعات به نیمکره چپ، موجب می‌شود قشر جلوی پیشانی، درون داده‌های قطعه آهیانه بالایی چپ را مسدود کند. این بازداری موجب کم‌رنگ شدن مرز میان خود و دنیای پیرامون می‌شود. به بیان دیگر، زمینه تجربه فاعلی وحدت‌یافتگی و بی‌تمایزی فراهم می‌شود. وقتی درون داده‌های قطعه آهیانه بالایی نیمکره راست نیز مسدود شد، تشخیص زمان و مکان از بین می‌رود و فرد خود را با کل هستی یکسان می‌پندارد (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰).

افزون بر این، در راستای ارتباط معنویت و سلامت جسمانی و روانی، اکستین و کرن (۲۰۰۲) 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. 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 (حمید، ۱۳۸۸).

برخی دانشمندان معتقدند: 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 به عنوان یک جنبه سازماندهی شده بنیادی شخصیت در نظر گرفت (پیکمانت، ۲۰۰۴). همچنین بر اساس دیدگاه برگین (۱۹۹۱)، مذهب بر سلامت روانی افراد تأثیر مثبتی دارد. به دلیل سبک زندگی خاصی که افراد مذهبی دارند، رویدادها را کمتر فشار انگیز ارزیابی کرده، یا پس از بروز استرس، آن را به‌منزله فرصتی برای رشد و تقویت روحی و معنوی خود می‌دانند، یا آن را برنامه و تقدیر الهی تعبیر و تفسیر می‌کنند که گریزی از آن ندارند. بر همین اساس، با توجه به نقش مذهب در بهداشت روان و ارتقای سلامت روان (کرو و همکاران، ۲۰۰۵)، اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به صورت روزافزونی، توجه روان‌شناسان و پژوهشگران بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (اسپیکا و همکاران، ۲۰۰۳، ص ۸۴؛ آتن و شنگ، ۲۰۰۷؛ آتن و وورثینگتون، ۲۰۰۹؛ کیزدی و همکاران، ۲۰۱۰). در این زمینه، مطالعات متعددی نقش دین و معنویت را در سلامت روان و کاهش تنش 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 (اولویرس، ۱۹۹۷). پژوهش /براهیمی‌فرد نیز نشان داد که بین نگرش مثبت نسبت به دعا و نیایش

ابزار پژوهش

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی: این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی کرد. فرم اصلی آن، از ۱۲۰ سؤال تشکیل شده است، ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز تهیه شده است. در این پژوهش، از فرم ۱۸ سؤالی استفاده گردید. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی دارای ۶ خرده‌مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. سؤالات به صورت طیف لیکرت شش درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. روایی و پایایی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در پژوهش‌های متعددی مناسب گزارش شده است. همچنین همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها مناسب و آلفای کرونباخ آنها بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش بیانی و همکاران، همسانی درونی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش دیگری، ریف ضریب همسانی درونی مقیاس‌ها را بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ گزارش کرده است (همان). روایی نسخه فارسی پرسش‌نامه در مطالعه بیانی و همکاران (۱۳۸۱)، مطلوب گزارش شده است. در این مطالعه نیز همسانی درونی مقیاس‌ها بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۲ به دست آمد.

مقیاس سخت‌رویی روان‌شناختی: این مقیاس شامل پنجاه آیتم است. هر خرده‌مقیاس، با طیف لیکرت صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ها روی سه سطح تعهد، کنترل و چالش محاسبه می‌گردند. این پرسش‌نامه، توسط قربانی (۲۰۰۴) ترجمه، روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده و در موارد لازم، اصلاحات به عمل آمده است. مطالعه قربانی نشان داد که ضریب پایایی پرسش‌نامه ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ است. این ضریب برای کل صفت سخت‌رویی ۰/۷۵ محاسبه شده است.

آموزش معنویت به شیوه گروهی: آموزش معنویت در این پژوهش، از الگوی مداخلات معنوی و مذهبی مطرح شده توسط ریچاردز و برگین (۲۰۰۵) بوده و رویکرد اسلامی و محوریت مباحثی چون مراقبه، نیایش، توبه، گذشت، نوع‌دوستی، صبر، توکل و شکر برای گروه مورد مطالعه اجرا گردید. مداخله معنوی، شامل دعا، استفاده از آیات کتاب آسمانی، مراقبه، تصویرسازی معنوی (میلر، ۲۰۰۳؛ وست، ۲۰۰۴، ص ۵۸)، عبادات و مناسک (میلر، ۲۰۰۳، ص ۱۵؛ اعتمادی، ۱۳۸۴) خودفاش‌سازی معنوی (وست، ۲۰۰۴، ص ۶۱)، همراهی و خدمت (اعتمادی، ۱۳۸۴) نوشتن یادداشت‌های روزانه، تمرکز و کتاب‌درمانی است (میلر، ۲۰۰۳، ص ۲۳).

فردی، با میزان اضطراب دانشجویان رابطه معکوسی وجود دارد و ذکر خدا به عنوان نیرویی برای مقابله با استرس شناخته شده است (حمید، ۱۳۸۸). به علاوه، نتایج مطالعه اکس‌لاین (۲۰۰۸)، که در آن مذهب به عنوان منبع آرامش درونی تلقی شده است، حاکی از این 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. از سوی دیگر، اژدری‌فرد و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهش خود نشان دادند که آموزش معنویت در بهبود سلامت روان دانش‌آموزان مؤثر است. همچنین، مورفی و ماهالینگام (۲۰۰۶) نشان دادند که اعتقادات دینی و مقید بودن به آنها، با عدم افسردگی همبستگی دارد. با این حال، بولهری و همکاران، (۱۳۹۱)، در مطالعه خود تحت عنوان اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه، دریافتند که گروه درمانی معنوی موجب کاهش افسردگی در گروه آزمایش شده، اما در میزان اضطراب و استرس آنان تأثیری ندارد.

از این رو، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش معنویت بر ارتقای سرسختی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی در کارکنان ادارات دولتی شهر خرم‌آباد بود.

روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش، کلیه کارکنان زن ادارات دولتی شهر خرم‌آباد بود که به فراخوان محقق پاسخ دادند. بدین ترتیب، از میان افرادی که به فراخوان محقق پاسخ دادند، افرادی که نمره پایین‌تری در مقیاس سرسختی و بهزیستی روان‌شناختی داشتند، ۴۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

یک گروه از این آزمودنی‌ها در معرض آموزش معنویت قرار گرفتند و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد که هیچ‌گونه مداخله‌ای برای آنها اجرا نشد. آموزش مبتنی بر معنویت، به‌عنوان متغیر مستقل برای گروه آزمایش اعمال شد، و سرسختی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. برای هر دو گروه، پیش‌آزمون و سپس ده روز بعد از اعمال مداخله پس‌آزمون اجرا شد.

آموزش معنویت طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده گردید:

ابتدای هر جلسه، مروری بر تکلیف جلسه قبل از آزمودنی‌ها می‌شد و به دنبال آن، بحث و آموزش مقوله موردنظر انجام می‌گرفت. 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.

روش مداخله

جلسه اول: شامل آشنایی 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. همچنین آموزش بخشایش‌گری بود. برخی از دانشمندان معتقدند که بخشایش‌گری، یکی از عناصر کلیدی مراقبه مذهبی است. آنان سه جنبه برای بررسی بخشایش‌گری پیشنهاد می‌کنند: بخشیدن دیگران، بخشیدن خود و پذیرش بخشایش‌گری. آنان اثرات بخشایش‌گری را در کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود روابط بین‌فردی، در مطالعات متعددی نشان داده است (بهرامی دشتکی و همکاران، ۱۳۸۶).

جلسه چهارم: شامل نماز جماعت و آموزش دعا. دعا بخش اصلی اعمال مذهبی است و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اشکال متفاوتی دارد. همان‌طور که مک کولا و لارسون، بیان می‌کنند: دعا از اعمال، افکار و نگرش‌هایی تشکیل می‌شود که فرد را به ساحت مقدس پیوند می‌دهد. دعا می‌تواند به عنوان گفت‌وگو تلقی شده و موجب آرام شدن زندگی فرد شود و فرد در مورد سؤالات زندگی خود اطلاعات و جواب‌هایی دریافت کند (همان).

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

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، گسترش

دیدگاه اجتماعی و معنوی، پرورش حس نوع‌دوستی، احساس تعلق و مقبولیت اجتماعی، احساس هماهنگی با خدا و کنار آمدن با استرس، مرگ و بیماری منجر می‌شود. همچنین مطالعات متعددی نشان داده‌اند که همراهی و خدمت خالصانه اثرات جسمانی و روان‌شناختی مفیدی دارد (اعتمادی، ۱۳۸۴).

جلسه هفتم: شامل نماز جماعت، تفسیر نهج‌البلاغه و همچنین آموزش تمرکز بود. «تمرکز» تکنیکی توصیف می‌شود 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 (بهرامی دشتکی و همکاران، ۱۳۸۶).
جلسه هشتم: شامل مروری بر جلسات، نظرسنجی و پرسش و پاسخ بود.

یافته‌های پژوهش

پس از اجرای آموزش معنویت، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. سپس، داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استخراج شد.
در جدول‌های ۱ و ۲ نتایج توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

جدول ۱. آمار توصیفی مربوط به ابعاد بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (n=۱۷)

متغیر	گروه‌ها	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون
خودمختاری	آزمایش	۱۰/۰۵	۲/۳۰	۱۲/۷۰	۱/۸۸
	کنترل	۹/۹۴	۱/۷۱	۱۰/۴۱	۱/۸۶
زندگی هدفمند	آزمایش	۱۰/۲۱	۱/۹۳	۱۳/۷۶	۲/۱۳
	کنترل	۱۰/۵۸	۱/۵۴	۱۱/۰۵	۱/۵۱
پذیرش خود	آزمایش	۹/۷۶	۱/۹۵	۱۲/۱۱	۲/۸۸
	کنترل	۸/۹۸	۱/۲۵	۹/۵۲	۱/۹۰
رشد شخصی	آزمایش	۹/۸۶	۲/۱۳	۱۳/۵۲	۱/۹۷
	کنترل	۹/۱۱	۱/۶۵	۹/۰۰	۱/۰۶
تسلط بر محیط	آزمایش	۹/۷۰	۱/۹۲	۱۲/۲۳	۱/۵۲
روابط مثبت با دیگران	کنترل	۱۰/۱۷	۱/۴۲	۱۰/۳۵	۲/۹۳
	آزمایش	۸/۷۶	۲/۵۱	۱۲/۳۵	۱/۸۶
	کنترل	۹/۳۵	۱/۷۹	۹/۸۸	۱/۹۷

جدول ۲. آمار توصیفی مربوط به ابعاد سخت‌رویی روان‌شناختی در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (n=۱۷)

متغیر	گروه‌ها	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون
تعهد	آزمایش	۲۱/۵۲	۱/۷۷	۲۵/۷۶	۲/۳۳
	کنترل	۲۲/۱۱	۲/۲۱	۲۳/۱۷	۱/۹۱
کنترل	آزمایش	۲۰/۴۱	۳/۵۰	۲۴/۶۴	۳/۶۰
	کنترل	۲۲/۵۲	۲/۵۴	۲۳/۲۶	۲/۰۴
چالش	آزمایش	۲۴/۳۵	۳/۳۱	۲۷/۵۸	۱/۵۴
	کنترل	۲۴/۰۷	۲/۶۹	۲۵/۰۵	۱/۸۵
سرسختی روان‌شناختی	آزمایش	۶۶/۲۹	۵/۹۸	۷۷/۰۰	۴/۶۷
	کنترل	۶۸/۸۲	۵/۷۱	۷۱/۴۷	۴/۰۱

همان‌گونه که در جداول ۱ و ۲ ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش تفاوت مشاهده می‌شود. برای نشان دادن معناداری تفاوت بین نمرات فوق، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از انجام تحلیل واریانس چندمتغیره، ابتدا مفروضه‌های لازم برای انجام تحلیل واریانس بررسی گردید. بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که معناداری آزمون لون در نمره بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن و همچنین سخت‌رویی روان‌شناختی و ابعاد آن بیشتر از ۰/۰۵ است. با توجه به این امر، پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا 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 واریانس چندمتغیره برای تحلیل نمرات آزمون فوق استفاده کرد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر تفاضل نمره‌های پس‌آزمون-پیش‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی‌داری
گروه	اثر یلایی	۰/۸۵۱	۱۵/۸۱	۹	۲۴	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۴۹	۱۵/۸۱	۹	۲۴	۰/۰۰۱
	اثر هتلیگ	۵/۶۹	۱۵/۸۱	۹	۲۴	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۵/۶۹	۱۵/۸۱	۹	۲۴	۰/۰۰۱

جدول ۳ نشان می‌دهد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارند؛ بدین معنی که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل حداقل، از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی تفاضل نمره‌های پس‌آزمون-پیش‌آزمون ابعاد بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	خودمختاری	۴۴/۷۳	۱	۴۴/۷۳	۱۴/۹۶	۰/۰۰۱
	زندگی هدفمند	۶۲/۲۳	۱	۶۲/۲۳	۱۸/۱۰	۰/۰۰۱
	پذیرش خود	۵۶/۹۴	۱	۵۶/۹۴	۱۰/۴۷	۰/۰۰۳
	رشد شخصی	۱۷۴/۳۸	۱	۱۷۴/۳۸	۶۹/۵۴	۰/۰۰۱
	تسلط بر محیط	۳۰/۱۱	۱	۳۰/۱۱	۵/۵۰	۰/۰۲۵
	روابط مثبت با دیگران	۶۴/۹۷	۱	۶۴/۹۷	۱۷/۶۱	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در ابعاد خودمختاری، زندگی هدفمند، پذیرش خود، رشد شخصی، تسلط بر محیط و روابط مثبت با دیگران بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی تفاضل نمره‌های پس‌آزمون-پیش‌آزمون ابعاد سخت‌رویی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	تعهد	۸۵/۷۶	۱	۸۵/۷۶	۹/۸۰	۰/۰۰۴
	کنترل	۱۰۵/۸۸	۱	۱۰۵/۸۸	۹/۷۲	۰/۰۰۴
	چالش	۵۶/۹۴	۱	۵۶/۹۴	۱/۵۴	۰/۲۲۳
	سرسختی روان‌شناختی	۵۵۲/۰۲	۱	۵۵۲/۰۲	۱۵/۸۹	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری در مؤلفه‌های تعهد، کنترل و سرسختی روان‌شناختی دیده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش معنویت بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و سرسختی روان‌شناختی بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که آموزش معنویت موجب ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و سرسختی روان‌شناختی می‌شود. این یافته با نتایج اژدری‌فرد و همکاران (۱۳۸۹)، غلامی و بشلیبه (۱۳۹۰)، مکینی و ساندرز (۲۰۰۳) و هیلز و فرانسس (۲۰۰۴) همسو است. رابرت (۱۹۹۲)، معتقد است که مذهب برای افراد، در مواجهه با مشکلات، منبع حمایتی است و باورها و فعالیت‌های

مذهبی به عنوان 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 خواندن، 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 مکانیسم‌های دفاعی بدن مثل پادتن‌ها تأثیر مثبت گذاشته، و مقاومت بدن را در برابر بیماری‌های مزمن جسمی مثل سرطان یا 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 (۲۰۰۱)، معتقدند: در همه تجربه‌های عمیق معنوی حالت‌های وحدت یافتگی و تجربه‌هایی نظیر وجد، نشاط، خوف و رجا دیده می‌شود. از این‌رو، تجربه معنوی قسمت‌هایی از مغز مثل دستگاه کناری، قطعه آهیانه‌ای بالایی، قطعه گیجگاهی پایینی و قشر جلوی پیشانی را درگیر می‌کند. برای نمونه، در پاره‌ای از شیوه‌های مراقبه یا تمرکز روی یک شیء بیرونی یا یک موضوع درونی موجب فعال شدن مداری شامل قشر جلوی پیشانی سمت راست و قطعه گیجگاهی پایینی و قطعه آهیانه بالایی می‌شود.

همچنین، نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت‌درمانی 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 باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می‌شود (حمید، ۱۳۸۸). افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، اضطراب خود را مدیریت می‌کنند. از این منظر، می‌توان گفت: باورها، ارزیابی‌های

شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهند. از این‌رو، 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 مکانیسم مقابله معنوی استفاده کند. افراد با اعتقادات معنوی ضعیف، از این مکانیسم کمتر استفاده می‌کنند. بنابراین، معنویت به عنوان یکی از متغیرهای واسطه‌ای اثرات منفی عوامل استرس‌زا را تعدیل می‌کند (پارگامنت، ۱۹۹۰). 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، به ارتقای مهارت‌های بین فردی، اجتماعی و انطباقی افراد با محیط کمک می‌کند (اسپیرا و رید، ۲۰۰۰، ص ۳۷). 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، موجب 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 کمک‌کننده بوده (اسپیرا و رید، ۲۰۰۰، ص ۴۱).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، این است که به کارکنان زن محدود شده است. همچنین، محدودیت دیگر مربوط به ابزار پژوهش است که شامل پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده آموزش معنویت بر دیگر متغیرهای روان‌شناختی اجرا گردد. همچنین بر روی مردان نیز اجرا گردد.

منابع

Coruh, B, et al, 2005, Does religious activity improve health outcomes? a critical review of the recent literature, *Explore*, v. 1 (3), p. 186-191.

Diener, E, et al, 2003, Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life, *Annual Review of psychology*, v. 54 (17), p. 403-425.

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

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

Florian, V, et al, 1995, Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping, *J psychol*, v. 68, p. 687-695.

Furnham, A, & Christofawer, I, 2007, Personality traits, emotional intelligence, and multiple happiness, *North American Journal of Psychology*, v. 9(1), p. 439-462.

Ghorbani, N, 2004, Spirituality experience is knowledge and modern cognitive to religion or a psychology constructing (Persian), *Articles and studies Philosophy*, v. 76 (2), p. 69-98.

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*, v. 11, p. 1-9.

Kobasa, SC, et al, 1983, Type A and hardiness, *Journal of Behavior Medecal science*, v. 6, p. 41-51.

Kobasa, SC, 1977, Stressful life events personality and health: inquiry into hardiness, *Journal of Personality Social Psychological*, v. 37, p. 1-11.

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 (1), p. 120-127.

Newberg, A, & d Aquili, J, 2001, *The neuropsychology of religious and spiritual experience*.

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 (6), p. 38-53.

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, Newyork, Wiley 2, p. 195-224.

Piedmont, R. L, 2004, The logoplex as a paradigm understanding spiritual transcendence, *Research in the Social Scientific study of Religion*, v. 15 (14), p. 262-284.

Richards, S. P, & Bergin, A. E, 2005, A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. U.S.A, *American Psychological Association*.

Roberts, k, A, 1992, *A Sociological Overview: mental health implication of religion- c*, Newyork, Guilford, p. 108-141.

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

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

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

Syed, I. B, 2003, *The medical benefits of TaraweenPrayers* <http://www.irif.Org>>22/9/88.

اژدری فرد، پری‌سیما و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان»، *اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، ش ۵ (۲)، ص ۱۷-۳۱.

اعتمادی، عذرا، ۱۳۸۴، «ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی»، *تازه‌های روان‌درمانی*، ش ۱۰ (۳۶ و ۳۵)، ص ۱۳۱-۱۴۶.

بوالهروی، جعفر و همکاران، ۱۳۹۱، «اتربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه»، *جامعه‌شناسی زنان*، ش ۳ (۱)، ص ۸۵-۱۱۲.

بهرامی دشتکی، هاجر و همکاران، ۱۳۸۶، «اتربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی در دانشجویان»، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ش ۵ (۱۹)، ص ۴۹-۷۲.

بیانی، علی‌اصغر و همکاران، ۱۳۸۱، «روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ش ۷ (۱۴)، ص ۱۷-۳۱.

—، ۱۳۸۷، «رابطه ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر ۸۶-۱۳۸۵»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ش ۱۳ (۵)، ص ۱۵۳-۱۶۴.

تبرایی، رامین و همکاران، ۱۳۸۷، «بررسی سهم تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت‌شناختی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۱ (۳)، ص ۳۷-۶۲.

تقی‌لو، صادق و همکاران، ۱۳۸۹، مدل‌یابی معادلات ساختاری در تبیین رابطه بین صفات شخصیت، حل مسئله اجتماعی و بهزیستی ذهنی»، *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ش ۴ (۱)، ص ۱۷-۳۲.

حمید، نجمه، ۱۳۸۸، «بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن (سلول‌های T کمکی، سلول‌های T مھاری/انهدامی و سلول‌های ضد سرطانی NK)»، *مطالعات روان‌شناختی*، ش ۵ (۲)، ص ۱-۱۳.

غلامی، علی و کیومرث بشلیده، ۱۳۹۰ «اتربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ش ۱ (۳)، ص ۳۳۱-۳۴۸.

نظرزاد، نرگس و لیلا شرف تادوانی، ۱۳۸۹، «توجیه باورهای دینی بر اساس کارکرد روان‌شناختی آنها در قرآن کریم»، *فلسفه دین*، ش ۷ (۸)، ص ۴۵-۶۴.

وست، ویلیج، ۲۰۰۳، *روان‌درمانی و معنویت*، ترجمه احمد شهیدی و علی شیرافکن، 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 (2), p. 224-229.

Aukst-Margetic, B, et al, 2005, Religiosity, depression and pain in patients with bresst cancer General Hospital Psychiatry, v. 27 (4), p. 250-255.

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.