

اثربخشی آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بر عزت نفس دانش آموزان دبستانی

آسیه شریعتمدار*

آرزو امینی**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بر عزت نفس دانش آموزان دبستانی با استفاده از طرح تجربی تک موردی با پیگیری یک‌ماهه صورت گرفت. بدین منظور از جامعه‌ی دانش آموزان دختر پایه‌ی سوم دبستان‌های دولتی واقع در منطقه ۶ شهر تهران، تعداد سه نفر از آن‌ها که عزت نفس ضعیف یا متوسط داشتند، با توجه به ملاک‌های ورود، انتخاب شدند و مداخلات معنوی را به مدت ۱۳ جلسه دریافت کردند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی عزت نفس آلیس پوپ (۱۹۸۹) استفاده شد و داده‌ها به روش تحلیل نگاره‌ای و تعیین درصد بهبودی عزت نفس مورد تحلیل قرار گرفتند. در پایان مداخلات، نتایج حاصل از درصد بهبودی عزت نفس هر سه مراجع نشان‌دهنده‌ی افزایش معنادار نمرات آن‌ها در بُعد عزت نفس اجتماعی و عمومی بود. نمرات شرکت‌کنندگان به ترتیب در سه بُعد عزت نفس جسمی، تحصیلی و خانوادگی نیز پس از مداخلات افزایش یافت که نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب است. بر اساس نتایج می‌توان گفت، آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بر ابعاد مختلف عزت نفس تأثیرگذار بوده و عزت نفس اجتماعی و عمومی شرکت‌کنندگان را به صورت معناداری افزایش داده است.

واژه‌های کلیدی: مفاهیم معنوی، عزت نفس، دانش آموزان دبستانی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی است.

* استادیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) s_shariatmadar@yahoo.com

** کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی arezoo.amini70@gmail.com

مقدمه

در چرخه‌ی زندگی روانی هر فرد، دوران کودکی یکی از مهم‌ترین و تأثیرگذارترین دوره‌های رشدی محسوب می‌شود که بدون اغراق می‌توان گفت تمام ابعاد شخصیت فرد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (کرین، ترجمه‌ی فدایی، ۱۳۹۴). روانشناسان بر این مسئله اتفاق نظر دارند که یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تعیین‌کننده‌ی رفتار که پایه‌های آن در این دوره‌ی رشدی شکل می‌گیرد و رفتارهای آتی فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، عزت‌نفس^۱ است (نوردستار، نت، جک، هلدرس و جامنزا^۲، ۲۰۱۶).

از دیدگاه کوپر اسمیت^۳ (۱۹۶۷)، عزت‌نفس در قالب قضاوت شخصی نسبتاً مداوم و پیوسته‌ی فرد مبنی بر ارزشمندی خود تعریف شده است که تحت تأثیر تجارب اجتماعی شکل می‌گیرد و سپس از طریق گزارش‌های کلامی و دیگر تظاهرات رفتاری آشکار به دیگران منتقل می‌شود و به‌عنوان شاخصی از رشد روانی - اجتماعی کودکان مطرح است (نگوان، استرین و مارتین^۴، ۲۰۱۵) به‌طوری‌که می‌توان گفت همبستگی مثبت معناداری میان عزت‌نفس و بسیاری از ویژگی‌های تأثیرگذار بر زندگی فرد وجود دارد و تمامی مسائل روانی به‌جز اختلالات بیولوژیکی، ریشه در کمی عزت‌نفس و داوری منفی فرد در مورد خود دارد (قراچه داغی، ۱۳۹۴). بیابانگرد (۱۳۹۰) و پارک و پارک^۵ (۲۰۱۵) نیز در تأیید این ارتباط می‌گویند هرگونه کاهش و نقصان در عزت‌نفس، باعث تغییراتی در کل رفتار فرد و بروز مشکلات رفتاری می‌گردد و ساوسس^۶ (۲۰۱۶) معتقد است عزت‌نفس به‌عنوان یک عامل حفاظتی مهم در برابر مشکلات دوران کودکی و نوجوانی مطرح است. در مطالعات دیگر نیز رابطه‌ی بین عزت‌نفس پایین و ارتکاب جرائم جنسی (انصاری نژاد، ۱۳۹۱)، مشکلات عاطفی (فاناج، ملوناشی و اسکمبی^۷، ۲۰۱۵)، قلدری در کودکان (ساوسس، ۲۰۱۶)، پرورش عقاید و رفتارهای مثبت در خصوص اعتیاد به‌ویژه در مردان (هیل، پروت، بامان و گریز^۸، ۲۰۱۵)، بروز نشانگان افسردگی و ناامیدی (جونز، لالیبت و پایسچر^۹، ۲۰۱۵)، سطح بالاتر اضطراب امتحان، پیشرفت تحصیلی پایین‌تر

1. self- esteem

2. Noordstar, J. J., Net, J., Jak, S., Helder, P. J., & Jomgmans, M. J.

3. Cooper Smith

4. Negovan, V., Sterian, M., & Martin, O. P.

5. Park, K. M., & Park, H.

6. Tsaousis, I.

7. Fanaj, N., Melonashi, E., & Shkembali, F.

8. Hale, W. J., Perrotte, J. K., Baumann, M. R., & Garza, R. I.

9. Jones, A. S., Laliberte, T., & Piescher, K. N.

(وفایی، ۱۳۹۱؛ تولیتی، ۱۳۹۰ و ساوسس، ۲۰۱۶) و اضطراب (فاناج و همکاران، ۲۰۱۵؛ نوردستار و همکاران، ۲۰۱۶) تأیید شده است. همچنین در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، از کمبود عزت نفس به عنوان نشانگان مرضی اختلالات کمبود توجه و بیش فعالی نام برده شده است (بیابانگرد، ۱۳۹۰). پژوهش دیو، برناردو و ینگ^۲ (۲۰۱۵) نیز نشان داده است که عزت نفس فردی و ارتباطی از طریق تأثیر بر مؤلفه‌های چهارگانه امید، رضایت از زندگی فرد را به طور معناداری تحت تأثیر قرار می‌دهد و افراد با عزت نفس بالا از خلاقیت، سازگاری بین فردی، شادی، اعتماد به نفس و سلامت فردی بیشتری برخوردارند و در مقایسه با افراد دارای عزت نفس پایین، شرایط استرس‌زا را بهتر مدیریت می‌کنند (پارک و پارک، ۲۰۱۵).

بر اساس تعریف، عوامل تأثیرگذار بر عزت نفس فرد، به دو دسته عوامل بیرونی و درونی قابل تقسیم‌اند (فروغ الدین عدل و شاکری، ۱۳۹۱). از جمله عوامل بیرونی تأثیرگذار بر عزت نفس می‌توان به مواردی از قبیل کیفیت رابطه مادر با کودک، تجارب اجتماعی، بازخوردهای اطرافیان، تجارب آسیب‌زا، رویدادهای جاری زندگی، طلاق، بی-خانمانی (قراچه داغی، ۱۳۹۴)، بد رفتاری جسمی و جنسی (لیمیس، ویلسون، شاهان و کاسلو^۳، ۲۰۱۴)، سطح عزت نفس پدر و مادر (فیروزبخت، ۱۳۹۴)، روابط بین والدین و ساختار خانواده (نگوان و همکاران، ۲۰۱۵) اشاره کرد.

علی‌رغم تأثیر عوامل مذکور، براندن^۴ (۱۹۳۰)، پدر جنبش عزت نفس معتقد است، از آنجاکه عزت نفس قضاوت شخصی فرد در مورد خود است، تعیین‌کننده‌های اصلی آن عوامل درونی از جمله معنویت می‌باشند نه عوامل بیرونی (براندن، ترجمه‌ی قراچه داغی، ۱۳۹۴). نظریه‌ی روان‌شناسی محیطی نیز با طرح این دیدگاه که خود بوم‌شناختی فرد صرفاً بر اساس عوامل محیطی - زیستی شکل نمی‌گیرد بلکه طیف وسیعی از ارتباطات معنوی نیز در شکل‌گیری آن مؤثرند، دیدگاه براندن در خصوص اهمیت عوامل درونی به‌ویژه عوامل معنوی را تأیید می‌کند (کامیتسیس و فرنسیس^۵، ۲۰۱۳).

1. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
2. Du, H., Bernardo, A. B., & Yeung, S. S.

3. Lamis, D. A., Wilson, C. K., Shahane, A. A., & Kaslow, N. J.
4. Branden, N.
5. Kamitsis, I., & Francis, A. J.

بر این اساس یکی از عوامل درونی تأثیرگذار بر شکل‌گیری خود و عزت‌نفس «معنویت^۱» است که آدلر^۲ نیز در مدل پنج‌بخشی «خود»، آن را در کنار هویت به‌عنوان یکی از اجزای اساسی خود مطرح کرده است (جونز و همکاران، ۲۰۱۵). در تعریف سازمان بهداشت جهانی^۳ از سلامت نیز تأکید بر لزوم توجه به بعد معنوی در کنار سایر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی مؤید تأثیر معنویت بر سلامت روان افراد است (کامیتسیس و فرنسیس، ۲۰۱۳).

در پژوهش‌های متعدد شخصیت انسان واجد حیطه‌ی معنوی دانسته شده و تأثیرات حفاظتی معنویت و مذهب بر ابعاد مختلف سلامت روان از جمله عزت‌نفس تأیید شده است. به‌عنوان مثال، ویسلدیک، هاسلم و مورتون^۴ (۲۰۱۶) نشان دادند که سلامت جسمانی و عزت‌نفس افراد مذهبی در مقایسه با منکران خدا به‌صورت معناداری بیشتر است. در پژوهش‌های دیگر نیز رابطه‌ی بین معنویت و مذهب با گرایش کمتر به افکار و رفتار خودکشی‌گرایانه نشان داده شده است (راسیک و همکاران^۵، ۲۰۱۱؛ راسیک و همکاران^۶، ۲۰۰۹؛ لامیس و همکاران^۷، ۲۰۱۴). پژوهش‌های دیگر نیز مؤید رابطه‌ی بین معنویت و نشانگان کمتر افسردگی می‌باشند (لوکت و همکاران^۸، ۲۰۱۶؛ موریتز و همکاران^۹، ۲۰۱۱). در پژوهش جونز و همکاران (۲۰۱۵) نیز معنویت/ مذهب به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم مدنظر در مدل تدوین‌شده‌ی بهزیستی کودک مطرح است. همچنین مایتروفن و کنستانتین^{۱۰} (۲۰۱۵) لازمه‌ی حل مشکلات مربوط به عزت‌نفس پایین را تقویت ارتباطات معنوی، روانی و بدنی مراجعان دانسته‌اند و در پژوهش کانگ و رومو^{۱۱} (۲۰۱۱) تأثیر معنویت در کاهش رفتارهای پرخطر، بهبود عملکرد تحصیلی و بیماری‌های مزمن نوجوانان کره‌ای-آمریکایی ۷ تا ۱۲ ساله، مثبت گزارش شده است. فراتحلیل ۷۵ مطالعه‌ی انجام شده در فاصله‌ی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ نیز مؤید تأثیر مثبت معنویت و مذهب در افزایش عزت‌نفس، بهزیستی روانی، توافق جویی، گشودگی، برونگرایی و

-
- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. spirituality | 6. Rasic, D. T., & etal. |
| 2. Adler, A. | 7. Lamis, D.A., & etal. |
| 3. World Health Organization (WHO) | 8. Lucette, A., & etal. |
| 4. Ysseldyk, R., Haslam, A. S., & | 9. Moritz, S., & etal. |
| Morton, T. A. | 10. Mitrofan, I., & Constantin, V. |
| 5. Rasic, D., & etal. | 11. Kang, P. P., & Romo, L. F. |

کاهش رفتارهای انحرافی، مصرف الکل و سیگار بوده است (یانکر، اسنابلراچ و دیهان^۱، ۲۰۱۲). بر اساس یافته‌ی هوگان^۲ (۲۰۰۹) نیز معنویت کارکرد بسیار مهمی در رشد اجتماعی، شناختی و فردی کودکان دارد و توانایی سازش‌پذیری^۳ را به‌عنوان مهارتی ضروری برای زندگی در جهان در حال تغییر امروز افزایش می‌دهد. بر اساس این پژوهش، ضرورت توجه به معنویت به‌عنوان امری حیاتی در تقویت تفکر و اخلاقیت دانش‌آموزان مورد تأکید قرار گرفته است. در پژوهش‌های داخلی نیز تأثیر مثبت معنادار جهت‌گیری مذهبی بر بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب و جودوی شرکت‌کنندگان تأیید شده است (عسکری، حیدری و عسگری، ۱۳۹۴).

علی‌رغم تأیید نقش معنویت به‌عنوان عاملی ضروری در بهزیستی مراجعان، این سازه در عمل همچنان مورد غفلت واقع شده است و پژوهش‌های انجام شده در خصوص معنویت کودکان نسبت به بزرگسالان به‌طور قابل‌توجهی کمتر است (دیپوتی و همکاران، ۲۰۱۶). راتفلیک^۴ (۲۰۰۴) در بررسی پایگاه داده‌ی انجمن کتابخانه‌ی علوم دینی آمریکا (ATLA)^۵ دریافت، کلیدواژه‌ی «کودک» مقالات کمی را به خود اختصاص داده است و تعداد مقالات نمایه شده با کلیدواژه‌ی «معنویت» حتی از آن هم کمتر است؛ به‌عبارت‌دیگر درحالی‌که مقالات زیادی چرایی اهمیت معنویت در رشد کودک را موردبحث قرار داده‌اند، مطالعات کمی در خصوص نحوه‌ی استفاده عملی از مفاهیم معنوی در جهت رشد کودک انجام شده است. علاوه بر خلأ مذکور، بررسی پیشینه‌ی معنویت در جوامع مختلف بیانگر تفاوت‌هایی در مفهوم معنویت است که لازم است این تفاوت‌ها در مداخلات معنویت محور نیز لحاظ شوند. به‌عنوان مثال، «تمرکز بر فردیت و خودمحوری» به‌عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی معنویت‌های غیر الهی عصر جدید در جوامع غربی مطرح است. حال آنکه ویژگی اصلی متمایزکننده‌ی معنویت حاکم بر بافت جامعه‌ی ایران و سایر مکاتب الهی از معنویت‌های عصر جدید، «خدامحوری» است (وست^۶، ۲۰۰۴). با توجه به این مسئله، لازم به ذکر است که منظور از معنویت در پژوهش حاضر نیز معنویت با محوریت خدا است که به‌طور خاص آموزش مفاهیم معنوی «ارزشمندی و جودوی»،

1. Yonker, J. E., Schnabelrauch, C. A., & Dehaan, L. G.
2. Hogan, M. J.
3. adaptability

4. Ratcliff, D.
5. American Theological Library Association
6. West, W.

«تقدم باطن بر ظاهر»، «بخشش و دعا»، «حسن ظن»، «امیدواری»، «توکل» و «توجه آگاهانه به نعمت‌های درون و بیرون از خود» را مورد توجه قرار داده است.

بر این اساس و با توجه به اثرات مخرب عزت‌نفس معیوب بر سلامت روان کودکان به‌عنوان قشر آینده‌ساز جامعه، ایجاد چالش‌های مخرب در خرده سیستم خانواده، گسترش نابهنجاری‌های رفتاری و تحمیل هزینه‌های گزاف بر جامعه، پژوهش حاضر در قالب رویکردی پیشگیرانه و بومی به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب (معنویت خدامحور) عزت‌نفس کودکان را افزایش می‌دهد؟

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی آماری پژوهش عبارت است از کلیه‌ی دانش آموزان دختر پایه‌ی سوم دبستان‌های دولتی واقع در منطقه ۶ تهران در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ که از بین آن‌ها، دانش آموزان پایه‌ی سوم یک دبستان (اندیشه) بر اساس ملاک‌های ورود و به جهت تمایل مدرسه به همکاری با محقق به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌ی عزت‌نفس آلیس پوپ^۱ (۱۹۸۹) بر روی کلیه‌ی این دانش آموزان اجرا شده و از بین آن‌ها، تعداد سه نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و مداخلات گروهی را در طول ۱۲ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. همچنین کسب نمره‌ی کلی ضعیف یا متوسط در پرسشنامه‌ی عزت‌نفس، عدم دریافت خدمات مشاوره، روان‌درمانی یا روان‌پزشکی به‌صورت هم‌زمان و رضایت آگاهانه اولیا برای شرکت دانش آموزان در جلسات به‌عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش و عدم تمایل دانش آموزان/ اولیا به ادامه‌ی جلسات، به‌عنوان ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر است: پرسشنامه‌ی عزت‌نفس آلیس پوپ: این پرسشنامه ۶۰ سؤالی از ۵ بعد عزت‌نفس عمومی، جسمی، خانوادگی، تحصیلی، اجتماعی و یک مقیاس دروغ‌سنج تشکیل شده و دامنه‌ی نمرات آن بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد که نمره‌ی دروغ‌سنج بالاتر از ۱۰ نشان‌دهنده‌ی وانمود خوب بوده و پرسشنامه را بی‌اعتبار می‌کند. مجموع نمرات حاصل از گویه‌های ۱، ۷، (۱۳)، (۱۹)، ۲۵، ۳۱، ۳۷، (۴۳)، (۴۹) و (۵۵) تعیین‌کننده‌ی عزت‌نفس کلی فرد است و جمع نمرات گویه‌های (۲)، ۸، (۱۴)، ۲۰، (۲۶)، ۳۲، (۳۸)، ۴۴ و (۵۰) عزت‌نفس تحصیلی فرد را مشخص می‌کند. همچنین عزت‌نفس جسمی از حاصل جمع نمرات گویه‌های (۳)، ۹، ۱۵، ۲۱، (۲۷)، ۳۳، (۳۹)،

1. Ellis Poop self- esteem inventory

۴۵ و (۵۱) به دست می‌آید و مجموع نمرات به دست آمده از گویه‌های ۴، ۱۰، (۱۶)، (۲۲)، ۲۸، ۳۴، ۴۰، (۴۶)، (۵۲) و (۵۶) نشان‌دهنده‌ی عزت‌نفس خانوادگی فرد است. آخرین بعد (عزت‌نفس اجتماعی) نیز از جمع نمرات گویه‌های (۵)، (۱۱)، ۱۷، ۲۳، (۲۹)، (۳۵)، (۴۱)، ۴۷، ۵۳ و ۵۷ محاسبه می‌شود. به میزانی که شرکت‌کننده در هر مقیاس نمره‌ی بالاتری به دست آورد، نشان‌دهنده‌ی آن است که در آن بعد از عزت‌نفس بیشتری برخوردار است و شیوه‌ی نمره‌گذاری به صورت لیکرت است. همچنین سؤالاتی که در هر مقیاس در پراگماتیک مشخص شده‌اند به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در ایران غفاری و رمضانی (۱۳۷۳) پرسشنامه‌ی عزت‌نفس کودکان و نوجوانان را در جمعیت دانش آموزان دبیرستانی مناطق ۱۹ گانه‌ی تهران (۱۰۵۶ نفر) هنجاریابی کرده‌اند که پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و با روش دو نیمه کردن ۰/۸۷ گزارش شده است. همچنین روایی آزمونی با استفاده از روش سازه (همسانی درونی) بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۳ گزارش شده است و از روایی عاملی نیز برای تأیید عامل‌ها استفاده شده است. بر اساس گزارش محققین، این ابزار با ساده‌سازی عبارات، قابلیت استفاده در گروه کودکان را نیز دارد و نقطه‌ی برش تعیین‌کننده‌ی عزت‌نفس ضعیف در آن، ۵ است.

روش

در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی^۱ (SCED) از نوع AB یا مشاهده‌ی مستقیم مکرر با پیگیری ۱ ماهه استفاده شد که به آن آزمایش تک آزمودنی^۲ نیز گفته می‌شود و شامل دوره‌ی خط پایه‌ی اولیه و دوره‌های ارزیابی متعدد مجزا است و برای پژوهش‌های مشاوره، روان‌درمانی و اصلاح رفتار مناسب است (نصر و همکاران، ۱۳۹۳). در این پژوهش پس از دو آزمون خط پایه‌ی اولیه، ۷ دوره‌ی مشاهده و ارزیابی مجدد صورت گرفت و در ادامه به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری زیر استفاده شد: الف) تحلیل نگاره‌ای: در این تحلیل که به صورت دیداری انجام می‌گیرد، از رسم نمودار چندضلعی استفاده می‌شود. به این صورت که نمرات به دست آمده از مراحل مختلف در نمودار وارد شده و فراز و فرود نمودار متغیر وابسته، مبنای قضاوت در مورد میزان تغییر قرار می‌گیرد و ب) تعیین درصد بهبودی با استفاده از فرمول زیر:

1. single-case experimental design

2. single - subject experiment

$$A\% = \frac{AO - AI}{AO} \times 100$$

(AO = مشکل آماجی در جلسه پیش از مداخله؛ AI = مشکل آماجی در جلسه پس از مداخلات یا پیگیری و A% = درصد بهبودی). در این فرمول اختلاف نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر نمره‌ی پیش‌آزمون تقسیم می‌شود و بهبودی ۵۰٪ یا بیشتر معنادار خواهد بود (دلاور، ۱۳۹۳).

روش اجرا: پس از نمونه‌گیری از جامعه، سه نفر از دانش‌آموزان که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشته و در پرسشنامه‌ی عزت‌نفس آلیس پوپ نیز نمره‌ی متوسط یا ضعیف کسب کرده بودند، انتخاب شدند و جهت بررسی ثبات نمرات خط پایه‌ی اولیه، مجدداً به پرسشنامه‌ی عزت‌نفس پاسخ دادند. پس از تأیید ثبات نمرات، شرکت‌کنندگان به مدت ۱۳ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه)، مداخلات آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب را دریافت نمودند. به دلیل استفاده از طرح تجربی تک‌موردی با اندازه‌گیری مکرر، آزمودنی‌ها در جلسات ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۳ نیز مجدداً به پرسشنامه دادند و با توجه به در نظر گرفتن پیگیری یک‌ماهه، یک ماه پس از پایان مداخلات نیز ارزیابی مجدد با استفاده از ابراز پژوهش صورت گرفت تا ثبات تغییرات آزمودنی‌ها مشخص شود. سپس داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از روش تحلیل نگره‌ای و تعیین درصد بهبودی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

محتوای جلسات آموزشی، برگرفته از برنامه‌ی تربیت معنوی جنکینز^۱ (۲۰۰۸) برای کودکان است که با توجه به مفاهیم مشترک این برنامه با دین اسلام و عدم وجود موارد متباین، محقق پس از تأیید اساتید راهنما و مشاور از این برنامه در کار خود بهره گرفت. از جمله مفاهیم معنوی آموزش داده شده می‌توان به «ارزشمندی وجودی»، «تقدم باطن بر ظاهر»، «بخشش و دعا»، «حسن ظن»، «امیدواری»، «توکل» و «توجه آگاهانه به نعمت‌های درون و بیرون» اشاره کرد که شرح کامل آن در جدول زیر آمده است.

1. Jenkins, P.

جدول ۱. خلاصه‌ی جلسات آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب.

شماره جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	برقراری رابطه‌ی مؤثر، بیان اهداف و قوانین، پرداختن به ترس‌ها و نگرانی‌ها و بررسی تصورات در مورد خود و خدا.	(۱) خوشامدگویی، بیان قوانین و هدف و ترسیم تصور اعضا از خود و خدا و اجرای آزمون ۱ و خدا.	کامل کردن نقاشی تصورات در مورد خود و خدا.
۲	آشنایی با مفهوم تقدم باطن بر ظاهر، ارزشمندی فطری و ویژگی‌های الهی درون خود، تشخیص ملاک اصلی برتری	(۱) اجرای فعالیت بادکنک (۲) انجام فعالیت فکری «نان و تکه‌های نان».	تعیین ویژگی الهی درونی و رشد آن در طول هفته.
۳	آگاهی از تأثیر افکار و رفتارها بر خود و دیگران از طریق اجرای آزمایش، آشنایی با تأثیر بخشش، دعا و عذرخواهی	(۱) بررسی تکلیف جلسه قبل. (۲) اجرای آزمایش «آب و نمکدان»، نصب جملات مثبت بر کلیپ و آزمون ۳.	تکمیل کاربرگ و نصب جملات مثبت بر کلیپ و آزمون ۳.
۴	آشنایی با نعمت‌های الهی و نحوه‌ی سپاس‌گزاری از آن‌ها، بررسی تأثیر شکرگزاری و حسن ظن در بیشتر شدن نعمت‌ها	(۱) بررسی تکلیف. (۲) انجام آزمایش «آهنربا»، توضیح نقش شکرگزاری در بیشتر شدن نعمت.	کامل کردن کاربرگ «برنامه‌ی سپاس».
۵	آگاهی از ارزشمندی وجودی خود به‌عنوان بهترین آفریده‌ی خداوند و شناسایی استعدادهای درونی خود.	(۱) بررسی تکلیف (۲) مشاهده فیلم «پيله و پروانه» و آزمون ۴.	بیان یک استعداد شخصی و تلاش برای رشد آن.
۶	آگاهی از نقش حسن ظن، امیدواری و توکل در جذب خوبی، تمرین تفکر مثبت در مورد خدا، خود، دیگران و آینده	(۱) بررسی تکلیف. (۲) انجام آزمایش «آهنربا و برجسب‌های افکار خوش‌بینانه و بدبینانه».	جملات خوش‌بینانه و دعا برای موفقیت در مسابقه.
۷	با ادب و احترام سخن گفتن، آشنایی با تأثیر گفتار و رفتار نیک بر خود و دیگران.	(۱) اجرای بازی کلمات. (۲) داستان بر اساس آیه قرآن (طه، ۴۴)، ارائه‌ی تکلیف و آزمون ۵.	رعایت ادب در گفتار و رفتار با دوستان.
۸	آشنایی با نیروی خیال‌پردازی و نحوه‌ی استفاده‌ی صحیح	(۱) فعالیت قیچی و مداد خیالی. (۲) بررسی احساسات و ارائه‌ی تکلیف.	استفاده از قیچی و مداد خیالی در طول هفته.

۱. اذْهَبْ اِلَى فِرْعَوْنَ إِنَّهُ طَغَى فَقُولْ لَهُ قَوْلًا لَّيِّنًا لَعَلَّهُ يَتَذَكَّرُ اَوْ يَخْشَى (به‌سوی فرعون بروید که طغیان کرده است، اما با او به نرمی سخن گوید تا متذکر شود و یا از خداوند بترسد).

شماره جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۹	آگاهی از تأثیر افکار بر احساسات از طریق انجام آزمایش عملی، شناسایی و اصلاح افکار منفی اعضای گروه.	(۱) انجام آزمایش افکار، تکلیف و افکار مثبت با توجه به آزمون ۶.	تکلیف آزمایش
۱۰	پرورش حسن ظن نسبت به خود	(۱) بررسی تکلیف. (۲) فعالیت بازخورد ویژگی‌های عملی «لیوان و لوبیا» و ارائه مثبت در آینده و تکلیف.	شکرگزاری
۱۱	آشنایی عملی با مسئله لزوم دوست داشتن خود	(۱) بررسی تکلیف. (۲) فعالیت «قطره چکان من و دوستی»، بررسی احساسات و آزمون ۷.	تمرین قطره چکان دوستی در طول هفته.
۱۲	توجه به نعمت‌های الهی درون خود، دیگران و اتفاقات خوب آینده با تأکید بر مهربانی و قدرت خدا	(۱) بررسی تکلیف (۲) مسئله‌ی اجرای بازی نخ‌های «توجه و چگونگی آن» از طریق توجه در موقعیت‌های فعالیت عملی.	مختلف.
۱۳	بررسی احساسات دانش‌آموزان در مرحله خاتمه بخشی به گروه (کوری و اعلام پایان جلسات. کوری، ۲۰۰۲) و اعلام پایان جلسات.	(۱) گفت‌وگو در مورد احساسات، آموخته‌ها، آزمون ۸ و مشخص کردن زمان آزمون پیگیری.	اجرای آموخته‌ها در طول یک ماه آینده.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش را تعداد سه نفر از دانش‌آموزان دختر پایه‌ی سوم دبستان تشکیل دادند که قبل از شروع مداخلات دارای عزت‌نفس ضعیف و یا متوسط بودند. آماره‌های توصیفی آزمودنی‌ها در ابعاد پنج‌گانه‌ی عزت‌نفس (کلی، تحصیلی، جسمی، خانوادگی و اجتماعی) در جدول ۱ ارائه شده است.

پروژه‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۱. روند تغییر مراحل درمان آزمودنی‌ها در ابعاد پنج‌گانه‌ی پرسشنامه‌ی عزت نفس

درصد بهبودی نهایی	پیگیری یک‌ماهه	درصد بهبودی	جلسه ۱۳	جلسه ۱۱	جلسه ۹	جلسه ۷	جلسه ۵	جلسه ۳	خط پایه ۲	خط پایه ۱	ابعاد عزت نفس	آزمودنی
۵۰	۱۸	۵۰	۱۸	۱۵	۱۶	۱۵	۱۳	۱۲	۹	۸	GS ^۱	اول
۲۰	۱۰	۳۳/۳	۱۲	۱۱	۱۱	۱۰	۱۰	۹	۸	۸	AS ^۲	
۲۵	۱۶	۲۹/۴۱	۱۷	۱۷	۱۷	۱۵	۱۳	۱۲	۱۲	۱۲	PS ^۳	
۱۸/۷۵	۱۶	۱۸/۷۵	۱۶	۱۷	۱۷	۱۴	۱۵	۱۴	۱۳	۱۴	FS ^۴	
۴۷/۰۵	۱۷	۵۲/۶۳	۱۹	۱۷	۱۶	۱۴	۱۳	۱۲	۹	۱۰	SS ^۵	
۳۵/۷۱	۱۴	۴۰	۱۵	۱۴	۱۴	۱۳	۱۰	۱۰	۹	۱۰	GS	دوم
۳۸/۴۶	۱۳	۲۲/۲۷	۱۱	۱۱	۱۰	۹	۹	۶	۸	۸	AS	
۶۰	۱۵	۶۲/۵	۱۶	۱۵	۱۳	۱۴	۱۱	۷	۶	۸	PS	
۲۶/۶۶	۱۵	۳۱/۲۵	۱۶	۱۴	۱۳	۱۳	۱۳	۱۱	۱۱	۱۱	FS	
۸۷/۵۷	۱۴	۸۲/۳۵	۱۷	۱۶	۱۵	۱۲	۱۱	۴	۳	۳	SS	
۵۷/۱۴	۱۴	۶۴/۷	۱۷	۱۷	۱۵	۱۵	۱۱	۷	۶	۵	GS	سوم
۴۵/۴۵	۱۱	۵۰	۱۲	۱۱	۱۲	۱۱	۱۰	۱۰	۶	۱۲	AS	
۴۶/۶۶	۱۵	۳۸/۴۶	۱۳	۱۵	۱۳	۱۳	۱۰	۷	۸	۸	PS	
۴۱/۶۶	۱۲	۴۱/۶۶	۱۲	۱۱	۱۳	۱۲	۱۰	۱۰	۷	۹	FS	
۶۶/۶۶	۱۵	۷۰/۵۸	۱۷	۱۷	۱۵	۱۴	۱۰	۸	۵	۵	SS	

جدول ۲. درصد بهبود کلی هر سه مراجع پس از مداخلات و پس از پیگیری یک‌ماهه.

عزت نفس عمومی	عزت نفس تحصیلی	عزت نفس جسمی	عزت نفس خانوادگی	عزت نفس اجتماعی	درصد بهبود کلی / ابعاد عزت نفس
۵۱/۵۶	۳۶/۸۵	۴۳/۴۵	۳۰/۵۵	۶۸/۵۲	درصد بهبود کلی هر سه مراجع پس از مداخلات
۴۷/۶۱	۳۴/۶۳	۴۳/۸۸	۲۹/۰۲	۶۴/۰۹	درصد بهبود کلی هر سه مراجع پس از پیگیری یک‌ماهه

1. general self-esteem
2. academic self-esteem
3. physical self-esteem

4. family self-esteem
5. social self-esteem

با تحلیل روند تغییر نمرات آزمودنی‌ها در زیر مقیاس اول (عزت نفس کلی)، درصد بهبود مراجعان ۱، ۲ و ۳ به ترتیب ۵۰٪، ۴۰٪ و ۶۴/۷٪ به دست آمد که در مجموع ۵۱/۵۶ درصد بهبودی را تأیید می‌کند. بررسی روند تغییر نمرات پس از پیگیری یک‌ماهه نیز با درصد بهبود کلی ۴۷/۶۱ برای هر سه مراجع مشخص شده است. در این ارزیابی درصد بهبود نهایی مراجع اول همچنان ۵۰٪ به دست آمده که ثبات تغییرات و تأثیر مثبت معنادار آموزش‌ها را تأیید می‌کند. در مراجع دوم و سوم نیز اگرچه به ترتیب افت ۴/۲۹٪ و ۷/۵۶٪ در بهبود کلی اتفاق افتاده است اما درصد بهبود کلی ۴۷/۶۱٪ است که اگرچه تا معناداری بالینی اندکی فاصله دارد اما نشان‌دهنده‌ی ثبات معنادار تغییرات در بُعد عزت نفس کلی آزمودنی‌هاست.

در زیر مقیاس عزت نفس تحصیلی، تفسیر داده‌ها نشان‌دهنده‌ی تفاوت آزمودنی‌ها در تغییرات این بُعد عزت نفس است. به این صورت که عزت نفس تحصیلی مراجع اول در پایان مداخلات ۳۳/۳٪ بهبود داشته است که پس از پیگیری یک‌ماهه به ۲۰٪ رسیده است. همچنین نمره‌ی وی در مرحله‌ی اول و دوم خط پایه ۸ بوده و در جلسه‌ی هفتم مداخله به ۱۲ افزایش یافته و در مرحله‌ی پیگیری به ۱۰ رسیده است. درحالی‌که در مراجع دوم عزت نفس تحصیلی پس از دوره‌ی پیگیری رشد قابل توجهی داشته و از بهبود ۲۷/۲۷٪ به ۳۸/۴۶٪ رسیده است که این نشان‌دهنده‌ی افزایش پیشرفت وی در عزت نفس تحصیلی در دوره‌ی پیگیری بوده است. در مراجع سوم نیز اگرچه در دوره‌ی پیگیری درصد بهبود از ۵۰٪ که به لحاظ بالینی معنادار است به ۴۵/۴۵٪ رسیده است اما درصد بهبودی همچنان بالا و قابل توجه است. در مجموع درصد بهبود کلی ۳۴/۶۳٪ در عزت نفس تحصیلی هر سه مراجع، اگرچه رقم قابل توجهی است اما به لحاظ بالینی معنادار نیست.

بررسی درصد بهبودی و روند تغییر نمرات مراجعان در مقیاس عزت نفس جسمی نیز نشان می‌دهد که درصد بهبودی مراجع اول در مقیاس عزت نفس جسمی، پس از پایان جلسات مداخله ۲۹/۴۱٪ بوده و پس از پایان دوره پیگیری به ۲۵٪ کاهش یافته است و همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، نمره مراجع اول در مرحله اول و دوم خط پایه برابر با ۱۲ بوده و در جلسه هفتم مداخله به ۱۷ افزایش یافته است و در مرحله پیگیری با ۱ نمره کاهش به ۱۶ رسیده است. درصد بهبودی مراجع دوم پس از پایان جلسات مداخله ۶۲/۵٪ بوده و پس از پایان دوره پیگیری به ۶۰٪ رسیده است که این

نشان‌دهنده‌ی کاهش پیشرفت وی در عزت‌نفس جسمی در دوره پیگیری بوده است ولی میزان بهبودی همچنان بالا و قابل توجه و به لحاظ بالینی معنادار است. نمره این مراجع در مرحله اول و دوم خط پایه برابر با ۸ و ۶ بوده است و در جلسه هفتم مداخله به ۱۶ افزایش یافته و در مرحله پیگیری با ۱ نمره کاهش به ۱۵ رسیده است. در مراجع سوم نیز، درصد بهبودی در مقیاس عزت‌نفس جسمی، پس از پایان جلسات مداخله ۳۸/۴۶٪ بوده و پس از پایان دوره پیگیری به ۶۶/۶۶٪ رسیده است که این نشان‌دهنده تداوم پیشرفت وی در عزت‌نفس جسمی در دوره پیگیری بوده است. به‌طور کلی درصد بهبود عزت‌نفس جسمی هر سه مراجع پس از پیگیری ۴۳/۸۸٪ است که اگرچه به لحاظ بالینی معنادار نیست اما شروع پیشرفت آزمودنی‌ها در بعد عزت‌نفس جسمی را تأیید می‌کند. درصد بهبود عزت‌نفس خانوادگی مراجع ۱ و ۲ و ۳ پس از مداخلات به ترتیب ۱۸/۷۵٪، ۳۱/۲۵٪ و ۴۱/۶۶٪ بوده است که در مراجع اول و سوم در مرحله پیگیری نیز ثابت مانده است و در مراجع دوم در مرحله پیگیری به ۲۶/۶۶٪ رسیده است. درصد بهبود کلی هر سه مراجع در عزت‌نفس خانوادگی پس از پیگیری ۲۹/۰۲٪ گزارش شده است که کمتر از میزان رشد عزت‌نفس آزمودنی‌ها در سایر ابعاد عزت‌نفس است و به لحاظ بالینی معنادار نیست. اما ثبات نمرات در مرحله پیگیری نشان‌دهنده‌ی شروع پیشرفت آزمودنی‌ها در این بعد است.

در بررسی آخرین بُعد عزت‌نفس (عزت‌نفس اجتماعی) نیز یافته‌های پژوهش مؤید تأثیر مثبت معنادار آموزش‌ها بر رشد این بعد می‌باشند. عزت‌نفس اجتماعی آزمودنی‌های ۱، ۲ و ۳ پس از پایان مداخلات به ترتیب ۵۲/۶۳، ۸۲/۲۵ و ۷۰/۵۸ درصد رشد داشته‌اند که با وجود افت در دوره پیگیری، همچنان رقمی بالا و معنادار است و به‌طور کلی بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، بعد عزت‌نفس اجتماعی بیشترین معناداری بالینی را به دست آورده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب بر عزت‌نفس کودکان انجام شد. تحلیل یافته‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل نگاره‌ای و تعیین درصد بهبودی مؤید تأثیر مثبت آموزش‌ها بر افزایش عزت‌نفس کودکان در پنج

بُعد کلی، اجتماعی، تحصیلی، خانوادگی و جسمی است که با توجه به فرمول درصد بهبودی، این تأثیر در بُعد عزت‌نفس اجتماعی به لحاظ بالینی معنادار است. بر اساس یافته‌های ارائه شده در جدول شماره ۳، برنامه‌ی آموزش معنویت محور به ترتیب بیشترین تأثیر را بر عزت‌نفس اجتماعی، عمومی، جسمی، تحصیلی و سپس عزت‌نفس خانوادگی شرکت‌کنندگان داشته است و عزت‌نفس اجتماعی هر سه شرکت‌کننده نسبت به سایر ابعاد عزت‌نفس رشد قابل توجهی داشته است. در تبیین این یافته باید گفت، به نظر می‌رسد شکل‌گیری «رابطه‌ی درمانی مؤثر» در رشد عزت‌نفس اجتماعی مراجعان تأثیر بسزایی داشته است.

همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش، عزت‌نفس عمومی و جسمی پس از عزت‌نفس اجتماعی به ترتیب بیشترین رشد را داشته‌اند (۴۷/۶۱ و ۴۳/۸۸). این یافته نشان‌دهنده‌ی آن است که آموزش معنویت محور تأثیر زیادی بر رشد ابعاد مختلف عزت‌نفس شرکت‌کنندگان داشته است اما از آنجاکه تغییر در احساس کلی فرد نسبت به خود و جسمش (عزت‌نفس عمومی و جسمی) سریع‌تر آغاز می‌شود، این دو بُعد نسبت به ابعاد تحصیلی و خانوادگی - که دو خرده نظام مدرسه و خانواده بر آن‌ها تأثیر پایداری دارند - رشد سریع‌تری داشته‌اند. بنابراین به نظر می‌رسد شروع تغییرات در دو بُعد عزت‌نفس خانوادگی و تحصیلی نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت آموزش معنویت محور است و با توجه به مقاومت بیشتر این دو بُعد نسبت به درمان، لازم است تا از طریق افزایش مدت زمان مداخلات و درگیر کردن خانواده و مدرسه در فرایند مداخله، این ابعاد نیز به صورت معناداری بهبود یابند.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش جونز و همکاران (۲۰۱۵) مبنی بر ضرورت توجه به مذهب به عنوان یک مؤلفه‌ی مهم در مدل بهزیستی کودک همسو است. مایتروفن و کنستانتین (۲۰۱۵) نیز در پژوهش خود تقویت ارتباطات معنوی، روانی و بدنی مراجعان جهت حل مشکلات مربوط به عزت‌نفس پایین را مورد توجه قرار داده‌اند که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. الایس و همکاران^۱ (۲۰۱۵) نیز در راستای نتایج پژوهش حاضر، تأثیر مداخلات معنویت محور بر رشد عزت‌نفس را مورد تأیید قرار داده‌اند.

1. Elias, A. C., & et al.

علی‌رغم تأیید تأثیر معنویت بر رشد عزت‌نفس کودکان در پژوهش حاضر، مکانیزم این تأثیر همچنان جای بررسی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، ارتباط مثبت معناداری بین تصور فرد از خدا و معنویت با سطح عزت‌نفس وجود دارد (راتکلیف، ۲۰۰۴) و بر این اساس به نظر می‌رسد سازوکار اصلی رشد عزت‌نفس شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر نیز از طریق تأثیری که آموزش معنویت محور بر باورهای آن‌ها در مورد خدا و معنویت داشته، قابل تبیین است. این تغییر به صورت غیرمستقیم عزت‌نفس شرکت‌کنندگان را نیز تا حد زیادی تحت تأثیر قرار داده است. به عبارت دیگر موفقیت در بهبود تصورات کودکان در مورد معنویت و خدا می‌تواند تصورات آن‌ها در مورد خودشان (عزت‌نفس) را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

اما نکته‌ی قابل توجه آن است که آموزش‌های ارائه شده چگونه در کاربرد بالینی نیز به صورت معناداری منجر به رشد عزت‌نفس شده است، درحالی که علی‌رغم تمایل گسترده‌ی مدارس سراسر دنیا به گنجاندن مفاهیم معنوی و مذهبی در چشم‌انداز برنامه‌ی درسی خود، بسیاری از این آموزش‌ها در عمل از اثربخشی کافی برخوردار نیستند (راتکلیف، ۲۰۰۴)! در تبیین چرایی این مسئله می‌توان گفت، در موارد زیادی آموزش معنویت به کودکان با عرضه‌ی راهکارها و دستورات دینی با شیوه‌های رفتاری (تشویق و تنبیه) صورت می‌گیرد درحالی که آموزش صحیح معنویت، مستلزم استفاده از روش‌های چالش‌برانگیز، گفت‌وگو محور و مشارکتی است. در این راستا بیش از ۲۵ سال بررسی انجام شده به وسیله‌ی راتکلیف (۲۰۰۴) در زمینه‌ی رشد معنویت کودک نیز تأییدکننده‌ی این نکته است که آموزش مفاهیم معنوی انتزاعی به کودکان مستلزم استفاده از روش‌های چندبعدی است که مورد توجه قرار دادن آن‌ها در پژوهش حاضر از جمله عوامل مؤثر در معناداری نتایج است. در این زمینه لازم است تا از کودکان به روش‌های مختلف (مانند کشف و بررسی نوار ضبط قبل از شروع مداخلات، بحث و گفت‌وگو) به عنوان عضوی فعال، متخصص و مشارکت‌کننده استفاده شود تا از طریق کسب اطلاعات غنی‌تر از آن‌ها، طراحی و پیشبرد مداخلات غیرمستقیم، مؤثرتر واقع شود. همچنین استفاده از انواع «بازی‌های معنویت محور» یکی دیگر از فاکتورهای تبیین‌کننده‌ی چگونگی رشد عزت‌نفس شرکت‌کنندگان است. این بازی‌ها به عنوان امری تسهیل‌کننده مطرح‌اند که از

طریق ایجاد احساسی از آزادی ذهن، شگفتی و حیرت، دریچه‌ای برای رشد معنویت به صورت مستقیم و رشد عزت نفس به صورت غیرمستقیم ایجاد می‌کنند.

بر اساس اصول علمی آموزش معنویت به کودکان، استفاده صرف از تست‌های روان‌شناختی نیز مفید نخواهد بود و لازم است واژگان توصیفی کودک در مورد خدا، قبل از شروع مداخلات کشف شده و سپس در طول مداخلات از تکرار و یا توضیح پاسخ‌های اولیه‌ی کودک، به عنوان فرصتی برای تفکر در مورد عقاید اولیه و تعمیق آن‌ها استفاده شود. همچنین بر اساس دیدگاه راتفلیک (۲۰۰۴)، گفت‌وگوی مشارکتی محقق و کودک می‌تواند اثربخشی بیشتری نسبت به مداخلات رسمی داشته باشد و علاوه بر هم‌افزایی تعاملی عقاید جدید، آرامش و تسلی کودک را نیز به همراه داشته باشد. علاوه بر موارد فوق، استفاده از نقاشی به عنوان ابزار عمده‌ی کودکان برای صحبت در مورد معنویت - پنجمین عامل اثرگذار بر رشد عزت نفس شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر است که توجه به آن در کنار سایر عوامل مذکور، اثربخشی نتایج را تبیین می‌کند.

علاوه بر موارد فوق، یکی دیگر از تبیین‌کننده‌های اصلی اثربخشی آموزش‌ها، محور قرار دادن مذهب در کل آموزش‌هاست، چراکه بر اساس آموزه‌های دین اسلام، تکوین شخصیت عزتمند به عنوان یکی از مهم‌ترین موضوعات تربیتی، از الگوی مخصوص به خود پیروی می‌کند که بر دو نکته‌ی زیر استوار است و استفاده از آن به ویژه در بافت فرهنگی جامعه‌ی اسلامی ایران، می‌تواند رشد عزت نفس آزمودنی‌ها را توضیح دهد: (۱) اکرام شخصیتی: تبیین جایگاه والای انسانی، برقراری رابطه‌ی محبت‌آمیز، رفع نیاز به وابستگی و (۲) شناسایی استعدادها و استفاده از روش‌های صحیح به فعلیت رساندن آن‌ها: ایجاد امنیت و آرامش بخشی، ارتباط کلامی، شناسایی استعدادها و ارزش‌گذاری، جهت‌بخشی و آینده‌نگری (خزعلی، ۱۳۸۸).

در پژوهش حاضر نیز محوریت برنامه‌ی فوق در ابعاد مختلف مورد توجه قرار گرفت. به عنوان مثال کودکان شرکت‌کننده در پژوهش با مفاهیمی از قبیل دمیده شدن روح الهی در انسان (تبیین جایگاه والای انسانی)، توجه به روابط بین فردی و اثر رفتار خود بر دیگران (برقراری رابطه‌ی محبت‌آمیز)، توبه و توکل به خدا در کارها (رفع نیاز به وابستگی)، حمایت خدا از بندگان (ایجاد امنیت و آرامش بخشی)، خوب گوش دادن و خوب صحبت کردن (ارتباط کلامی)، شناخت استعدادهای خود (شناسایی استعدادها و

ارزش گذاری) و تصویرسازی مثبت از آینده (جهت بخشی و آینده نگری) به صورت عملی آشنا شدند که در راستای آموزه های وحیانی قرآن، در عمل نیز رشد عزت نفس هر سه شرکت کننده را به دنبال داشت.

با خلاصه کردن موارد فوق می توان نتیجه گرفت که آموزش مفاهیم معنوی با محوریت مذهب، ابعاد مختلف عزت نفس کودکان را بهبود می بخشد. لذا با توجه به بافت اسلامی جامعه ی ایران و همچنین ضرورت توجه به رویکردهای پیشگیرانه در حیطه ی عزت نفس جهت جلوگیری از ایجاد انواع مشکلات فردی و اجتماعی و اهمیت سرمایه گذاری در این حیطه به عنوان مهم ترین سرمایه گذاری در طول زندگی (قراچه داغی، ۱۳۹۴)، پیشنهاد می شود چنین آموزش هایی در سرفصل های درسی آموزش و پرورش گنجانده شود. همچنین مشاوران و درمانگران کودک نیز می توانند در کار بالینی با کودکان دارای مشکلات عزت نفس از روش معنویت محور استفاده کنند. پژوهش حاضر با محدودیت هایی از قبیل حجم محدود جامعه آماری و محدودیت زمانی مواجه بود. باین حال امید است اطلاعات حاصل از این پژوهش دست مایه ی پژوهش های بیشتر در حوزه ی سلامت روان کودکان قرار گیرد.

منابع

- اسکیرالدی، گ. (۱۹۴۷). راهنمای عملی عزت نفس (ترجمه اصغر فروغ الدین عدل و نوشین شاکری). (۱۳۹۱). تهران: روان.
- انصاری نژاد، ن. (۱۳۹۱). تحلیل بزهکاری نوجوانان کانون اصلاح و تربیت تهران. مجله ی رفاه اجتماعی، ۱۲(۴۵)، ۳۶۵-۳۸۶.
- براندن، ن. (۱۹۳۰). روان شناسی عزت نفس (ترجمه مهدی قراچه داغی). (۱۳۹۴). تهران: نخستین.
- بیابانگرد، ا. (۱۳۹۰). روش های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان. تهران: انجمن اولیا و مربیان.
- تولیتی، ز. (۱۳۹۰). تبیین نقش عزت نفس و پیشینه ی تحصیلی در عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه های دولتی شهر تهران. فصلنامه ی پژوهش در نظام های آموزشی، ۵(۱۲)، ۱۰۹-۱۲۸.

جنکینز، پ. (۲۰۰۸). *آموزش و تربیت معنوی کودکان*. (ترجمه زهرا غلامی، مریم بوالهروی و سهیلا منیری جاوید). (۱۳۹۴). تهران: دانژه.

خزعلی، ا. (۱۳۸۸). اسلام و مبانی تکوین شخصیت سالم. *فصلنامه اندیشه*. ۱۵ (۵ و ۶)، ۱۱۵-۱۴۴.

دلاور، ع. (۱۳۹۳). *مبانی نظری و عملی تحقیق در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: رشد.

عسکری، م؛ حیدری، ع. و عسگری، پرویز. (۱۳۹۴). رابطه‌ی هوش معنوی و جهت‌گیری مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب وجودی در دانشجویان. *فصلنامه‌ی پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ۹ (۳۱)، ۱۶۳-۱۹۰.

غفاری، ا؛ رضانی، خ. (۱۳۷۳). *هنجاریابی آزمون پنج مقیاسی عزت‌نفس کودکان و نوجوانان آلیس پوپ برای دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی تربیتی.

کرین، و. (۱۹۴۳). *پیشگامان روان‌شناسی رشد* (ترجمه فرید فدایی). (۱۳۹۴). تهران: اطلاعات.

گال، م؛ بورگ و؛ گال، ج. (۲۰۰۵). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در روان‌شناسی و علوم تربیتی* (ترجمه احمدرضا نصر، حمیدرضا عریضی، محمود ابوالقاسمی، خسرو باقری، محمدحسین علامت‌ساز، محمدجعفر پاک‌سرشت، علی دلاور، علیرضا کیامنش، غلامرضا خویی نژاد). (۱۳۹۳). تهران: نشر سمت.

گلدنبرگ، ا؛ گلدنبرگ، ه. (۲۰۱۵). *خانواده‌درمانی (ویرایش هشتم)*. (ترجمه مهرداد فیروزبخت). (۱۳۹۴). تهران: رسا.

وست، و. (۲۰۰۴). *روان‌درمانی و معنویت*. ترجمه شهریار شهیدی و سلطانه‌لی شیرافکن (۱۳۸۳). تهران: رشد.

وفایی، ط. (۱۳۹۱). بررسی رابطه‌ی بین مسئولیت‌پذیری و اضطراب امتحان در دانش‌آموزان. *ششمین همایش بین‌المللی روان‌پزشکی کودک و بزرگسال*

http://congress.tbzmed.ac.ir/congress_Details.aspx?id=24

- Cooper Smith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Deputy, M., Devivo, J., Fasolo, N., Iones, L., & Martin, D. (2016). Spiritual Attitudes and Values in Young Children. *Journal of Undergraduate Research*, 2(1), Article 11.
- Du, H., Bernardo, A. B., & Yeung, S. S. (2015). Locus-of-hope and life satisfaction: The mediating roles of personal self-esteem and relational self-esteem. *Personality and Individual Differences*. 83, 228-233.
- Elias, A. C., Ricci, M. D., Rodriguez, L. H., Pinto, S. D., Giglio, J. S., & Baracat, E. C. (2015). The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of woman with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 21, 1-6.

- Fanaj, N., Melonashi, E., & Shkembi, F. (2015). Self-esteem and hopelessness as predictors of emotional difficulties: A cross-sectional study among adolescents in Kosovo. *Social and Behavioral Sciences*. 165, 222-233.
- Hale, W. J., Perrotte, J. K., Baumann, M. R., & Garza, R. I. (2015). Low self-esteem and positive beliefs about smoking: A destructive combination for male college students. *Journal of Addictive Behaviors*. 46, 94-99.
- Hogan, M. J. (2009). On spirituality and education. *Journal of Thinking Skills and Creativity*, 138-143, 4.
- Jones, A. S., Laliberte, T., & Piescher, K. N. (2015). Defining and strengthening child well-being in child protection. *Journal of Children and Services Review*. 54, 57-70.
- Kamitsis, I., & Francis, A. J. (2013). Spirituality mediates the relationship between engagement with nature and psychological wellbeing. *Journal of Environment Psychology*. 36, 136-143.
- Kang, P. P., & Romo, L. F. (2011). The role of religious involvement on depression, risky behavior, and academic performance among Korean American adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 767-778.
- Lamis, D. A., Wilson, C. K., Shahane, A. A., & Kaslow, N. J. (2014). Mediators of the childhood emotional abuse-Hopelessness association in African American women. *Child Abuse & Neglect*. 38, 1341-1350.
- Lucette, A., Ironson, G., Pargament, K. I., & Krause, N. (2016). Spirituality and Religiousness are Associated With Fewer Depressive Symptoms in Individuals With Medical Conditions. *Journal of Psychosomatics*, 2-9.
- Mitrofan, I., & Constantin, V. (2015). The Effects of Creative Improvisation through Literature Technique on self-esteem, in a Unifying Personal Development Group. *Social and Behavioral Sciences*. 187, 575-579.
- Moritz, S., Kelly, M. T., Xu, T. J., Toews, J., & Rickhi, B. (2011). A spirituality teaching program for depression: Qualitative findings on cognitive and emotional change. *Complementary Therapies in Medicine*. 19, 201-207.
- Negovan, V., Sterian, M., & Martin, O. P. (2015). Interparental relationships and preparatory class children's self-esteem and self-efficacy. *Social and Behavioral Sciences*, 637-641.
- Noordstar, J. J., Net, J., Jak, S., Helders, P. J., & Jongmans, M. J. (2016). Global self-esteem, perceived Athletic competence, and physical activity in children: A longitudinal cohort study. *Psychology of Sport and Exercise*, 83-90.
- Park, K. M., & Park, H. (2015). Effects of Self-esteem Improvement Program on Self-esteem and Peer Attachment in Elementary School Children With Observed Problematic Behaviors. *Asian Nursing Research*. 9, 53-59.
- Rasic, D. T., Belik, S. L., Elias, B., Katz, L. Y., Ennes, M., & Sareen, J. (2009). Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*. 114, 32-40.
- Rasic, D., Robinson, J. A., Bolton, J., Bienvenu, O. J., & Sareen, J. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research*, 848-854.
- Ratcliff, D. (2004). *Children spirituality: Christian Perspectives, Research, and Applications*. Wipf and Stock Publishers.
- Tsaousis, I. (2016). The relationship of self-esteem to bullying perpetration and peer victimization among schoolchildren and adolescents: A meta-analytic. *Aggression and Violent Behavior*.

- Ysseldyk, R., Haslam, A. S., & Morton, T. A. (2016). Stairway to heaven? (Ir)religious identity moderates the effects of immersion in religious spaces on self-esteem and self-perceived physical health. *Journal of Environmental Psychology*, 14-21.
- HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Yonker%20JE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21920596" Yonker, J.E., HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Schnabelrauch%20CA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21920596" Schnabelrauch, C. A., & HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Dehaan%20LG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21920596"
- Dehaan, L. G. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: a meta-analytic review. *Journal of adolescence*, 299- 314.

