

اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی

بر کاهش ترس از مرگ و استرس ادراک شده

metaghizadeh@yahoo.com

محمداحسان تقی‌زاده / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور مرکز تهران جنوب

rezvan2030@yahoo.com

کلیه ملیحه خاکپورنیا / کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام‌نور مرکز تهران جنوب

دریافت: ۱۳۹۴/۰۵/۱۳ - پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۰۲

چکیده

هدف این پژوهش، مطالعه اثربخشی معنویت‌درمانی بر کاهش ترس از مرگ و استرس زنان ۳۵-۵۰ ساله است. این پژوهش از نوع آزمایشی است و طرح تحقیق بر دو گروه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. جامعه نمونه شامل ۳۰ تن (۱۵ تن گروه آزمایش و ۱۵ تن گروه کنترل) با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. افراد گروه آزمایش ۸ جلسه در مداخلات معنویت‌درمانی شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه «ترس از مرگ» و پرسش‌نامه «استرس ادراک شده» بود. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار spss20 و روش آماری کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج به‌دست‌آمده از آمار آزمون F مربوط به بررسی تفاوت میانگین نمره‌های ترس از مرگ برابر با ۱۳/۹۷۱ و سطح معناداری $p < 0.01$ و استرس برابر ۵۸/۵۱۸ و سطح معناداری $p < 0.01$ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمره‌های ترس از مرگ و استرس در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل معنادار است و می‌توان گفت: معنویت‌درمانی گروهی میزان ترس از مرگ و استرس زنان را کاهش می‌دهد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، می‌توان گفت: معنویت‌درمانی در کاهش ترس از مرگ و استرس زنان مؤثر است. با عنایت به یافته‌های موجود، به نظر می‌رسد استفاده از مداخله معنوی در مجموعه مداخلات روان‌شناختی اثرگذار است.

کلیدواژه‌ها: معنویت‌درمانی، ترس از مرگ، استرس ادراک شده.

مقدمه

اصطلاح «اضطراب مرگ» به عنوان «یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ، همراه با احساساتی از وحشت از مرگ یا دلهره هنگام فکر کردن به فرایند مردن یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می‌دهد»، تعریف می‌شود. از آن رو که مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ‌کس آن را به وضوح لمس نکرده، همه به نوعی درباره آن دچار اضطراب هستند. ولی هرکس بنا بر عواملی معین، درجات متفاوتی از اضطراب مرگ را تجربه می‌کند (سلاجقه و رقیبی، ۱۳۹۳). این ترس تا حد زیادی طبیعی است و جدایی از همسر، فرزندان و اطرافیان، ترس از تنها شدن، باورهای نادرست درباره مرگ، عملکرد فرد در طول زندگی و همچنین نداشتن تجربه شخصی از مرگ و رازهای مربوط به آن از جمله عواملی محسوب می‌شوند که میزان ترس افراد از مرگ را رقم می‌زنند (فراهانی، ۱۳۹۳).

ترس از مرگ در بیماری‌های روانی، به صورت‌های گوناگون مشاهده می‌گردد. هراس از مرگ در برخی اختلالات اضطرابی شیوع فراوانی دارد. افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی، هراس شدیدی از مردن، غش کردن، یا یک بیماری خطرناک را به عنوان پیامد حمله وحشت‌زدگی تجربه می‌کنند. مرگ در خودبیمارپنداری بر اساس انتظاری اضطراب‌آمیز در خصوص مرگ در آینده‌ای نامعلوم است (استارسویک (Starcevic)، ۲۰۰۵؛ به نقل از قربانعلی پور، ۱۳۸۹). نگرانی در خصوص مرگ خود یا اطرافیان، بخشی از الگوی گسترده نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است (همان). افراد مبتلا به اختلال «استرس» پس از ضربه نیز غالباً سطح بالایی از نگرانی درباره سلامت فیزیکی‌شان گزارش می‌کنند (تدستون و تریبر (Tedstone & Tarrir)، ۲۰۰۳؛ به نقل از قربانعلی پور، ۱۳۸۹). بین نشانگان وسواس و اشتغال ذهنی با مرگ نیز روابط نزدیکی مشاهده می‌شود. هراس از مرگ و اشکال متفاوت آن، که مشخصه بیمار وسواسی است، به صورت ترس‌های گوناگون از مواد مرده یا فاسدشونده، کثافت و خاک تظاهر می‌یابد. بیمار وسواسی به وسیله بازیابی همه چیز با دقت بیش از اندازه، مانند فرد مبتلا به هراس، به کمک سامانه‌های حفاظتی از خود محافظت می‌کند. این سامانه‌های حفاظتی شامل شمارش، بازرسی اعمال و افکار اجباری، نظم و تمیزی وسواسی است که همه آنها موجب می‌شود بیمار نتواند لحظه‌ای بدون ترس از بروز خطر زندگی کند (ر.ک: معتمدی، ۱۳۸۷). در نتیجه، روابط میان هراس از مرگ و بیماری‌های روانی گوناگون، عده‌ای از پژوهشگران معتقدند که هراس از مرگ، اهمیتی تعیین‌کننده در تکوین بسیاری از نوروها دارد. نادیده گرفتن اضطراب مرگ و استفاده گسترده و آسیب‌زا از سازوکارهای دفاعی، نظیر انکار، جابجایی، والایش، و تبدیل می‌تواند زمینه‌ساز انواع اعتیاد، خودشیفتگی، پرخاش‌جویی، پرخاشگری، فوبی، اسکیزوفرنیا، افکار پارانوئیدی، وسواس و خودبیمارانگاری در افراد باشد. اضطراب مرگ می‌تواند نگرش منفی در خصوص پیری را افزایش دهد و حتی منجر به اضطراب و ترس از پیری شود. همچنین تاکنون رابطه این اضطراب با افسردگی، سایر بیماری‌های اضطرابی، اختلال خوردن و لالی انتخابی مشخص شده است. تحقیقات نشان

داده‌اند که این اضطراب با نگرانی، ناراحتی، حس عدم امنیت و تنش همراه است (لتو و استین (Leto & Eastin)، ۲۰۰۹؛ به نقل از رفیعی، ۱۳۹۱).

از سوی دیگر، استرس، که یکی از فراگیرترین جنبه‌های زندگی نوین است، در نتیجه تعامل میان فرد و محیط به وجود می‌آید و موجب ایجاد ناهماهنگی - چه واقعی و چه غیرواقعی - میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود (لازاروس (Lazarus)، ۱۹۸۳؛ به نقل از سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲).

علل زیادی موجب ایجاد استرس می‌شود. استرس، یا به عوامل بیرونی نظیر سن، سطح تحصیلات، درآمد، زندگی خانوادگی، اشتغال حرفه‌ای، محیطی که در آن زندگی و کار می‌کنیم، مربوط می‌شود، یا می‌تواند به عوامل درونی همچون دریافت‌های زیست‌شناختی و روان‌شناختی، هوش، توانایی کلامی، تیپ شخصیتی، سرمایه‌گذاری‌های روان‌شناختی و نگرش‌ها و احساسات منفی و انتظارات غیرواقع بینانه، ارتباط داشته باشد. استرس به میزان زیادی به عواملی نظیر شخصیت، دیدگاه کلی شخص نسبت به دنیا، توانایی‌های حل مسئله و سامانه حمایت اجتماعی مربوط است (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۲). امروزه شهرنشینی، مهاجرت، صنعتی‌شدن، پیچیدگی‌های جوامع، سازمان‌ها و مانند آن مردم را با استرس‌های زیادی مواجه ساخته است (تروجی و اندایت، ۱۹۹۰؛ به نقل از رضابخش و همکاران، ۱۳۸۹).

در حقیقت، استرس واکنشی است که در اثر حضور عامل دیگری به وجود می‌آید و قوای فرد را برای مواجه شدن با آن بسیج می‌کند و در صورت تداوم، نشانه‌هایی نظیر اضطراب، افسردگی، تنش عصبی، بی‌خوابی، اختلال‌های جنسی، تقلیل شنود، خستگی، کاهش توجه و حالت مراقبت، تقلیل حافظه و همچنین اختلال‌های بدنی کنشی و عضوی گوناگون مانند اختلال‌های هضمی، قلبی - عروقی، سردردهای مزمن، ورم روده و تنگی نفس به وجود می‌آورد (لوپز (Lopez)، ۲۰۱۲؛ به نقل از سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲).

نشان داده شده است که به کار گرفتن راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، سبب کاهش استرس گردیده و از ابتلا به اختلالات مزمن جسمی نظیر بیماری قلبی و اختلالات روانی همچون اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و ترس‌های مرضی جلوگیری می‌کند، به گونه‌ای که محققان معتقدند: برای جلوگیری از ایجاد تداوم رویدادهای تنش‌زا، که موجب بیماری جسمی، روانی و عدم آرامش افراد می‌شوند، باید از شیوه مقابله‌ای مناسب استفاده کرد (گینزبرگ (Ginzburg)، ۲۰۱۱؛ به نقل از سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲).

«شیوه‌های مقابله» توانایی‌های شناختی و رفتاری است که توسط افراد در معرض استرس به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی، که فشارآور بوده و فراتر از منابع فرد است، به کار گرفته می‌شود (غفاری و رضایی، ۱۳۹۰).

«مقابله مذهبی» به‌عنوان «روشی که از منابع مذهبی، مانند دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند برای مقابله استفاده می‌کند» تعریف شده است. یافته‌های اخیر نشان داده است، از آن‌رو که این نوع مقابله، هم به‌عنوان منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی است، می‌تواند به کارگیری مقابله‌های بعدی را تسهیل نماید. از این‌رو، به کارگیری آنها برای بیشتر افراد مفید است. به‌طور کلی، مقابله مذهبی متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق، در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت اجتماعی روحانی و مانند آن همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آنها، می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (همان).

انسان سرگشته و ناامید از ناملایمات و سختی‌های حاصل از زندگی ماشینی و صنعتی و ارضا نشده از لذت‌های زودگذر بیرونی و مصنوعی، خلاً وجودی و معنوی عمیقی را احساس می‌کند که جز پناه بردن به معنویت، اخلاق، ارزش‌ها و ماهیت اصیل خود، طعم شیرین خوشبختی، آرامش و سعادت را تجربه نخواهد کرد (دباغی، ۱۳۸۸).

در حال حاضر، بیشتر الگوهای سلامتی شامل بعد معنویت نیز هست. مفهوم «معنویت» با همهٔ حیطه‌های سلامت در تمام سنین ارتباط دارد و تمام پژوهشگران دنیا به آن علاقه‌مندند (واحدیان عظیمی و رحیمی، ۱۳۹۲). مطالعات نشان داده است درمان معنوی می‌تواند اثرات مثبت عمیقی بر کارکرد مراجعان داشته باشد. نتایج مطالعات مربوط به آیین‌ها در اعمال معنوی (مثل نماز و مراقبه) بهبود در سلامت جسمی و روانی را نشان داده است. باورهای معنوی به‌طور مستقیم می‌تواند بر روشی که افراد تجربیاتشان را تفسیر می‌کنند، اثر بگذارد و این به آن معناست که باورهای دینی می‌تواند موجب افزایش سلامت روانی شود (آپتون (Upton)، ۲۰۰۸؛ به نقل از سلاجقه و رقیبی، ۱۳۹۳). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد حضور در مکان‌های مذهبی و انجام فعالیت‌های مذهبی، موجب افزایش هیجان‌های مثبت می‌شود. *آرگایل* در یک پژوهش علمی، هیجان‌های ایجاد شده توسط فعالیت‌های گوناگون تفریحی را بررسی کرد. نتایج این مطالعه نشان داد که مراسم دینی و مذهبی مانند سایر فعالیت‌های تفریحی همچون موسیقی، افزایش هیجان‌های مثبت و شادی را موجب می‌شود (نقل از دباغی، ۱۳۸۸). این محقق علت این مسئله را عوامل تعالی و رشد شخصی، تجربه‌های عرفانی و درونی و عامل اجتماعی موجود در مراسم مذهبی می‌داند که هر یک از این عوامل عنصری از شادی و بهزیستی را در خود دارد. نتایج سایر تحقیقات نشان می‌دهد عبادت و نیایش موجب افزایش شادی و بهزیستی می‌شود.

یکی از عواملی که ارتباط بین معنویت و درمان را مطمح‌نظر قرار می‌دهد این است که غالباً هدف مذهب و

معنویت مشابه با اهداف درمان است. برای مثال، هم هدف مذهب معنویت و هم هدف روان‌درمانی افزایش احساسی از هویت، پاسخ به سؤالاتی در خصوص معنا و تقویت حمایت اجتماعی است. در حقیقت، این احتمال وجود دارد که مذهب معنویت تأثیرهای روان‌درمانی را تقویت کند؛ زیرا آنها با سپاس‌گزاری، بخشش، و دلبستگی، که فرایندهای درمان هستند، به هم پیوسته‌اند (ر.ک: عزیز، ۱۳۸۹).

اخیراً بهره‌وری از روش مشاوره با رویکرد معنویت در تغییر نگرش افراد نتیجه مثبتی نشان داده است. تحقیقات نشان می‌دهد تلاش‌های مذهبی و معنوی مانند یوگا، مراقبه، دعا، نماز و حضور در مراسم مذهبی، شانس بهبود مراجعان را افزایش می‌دهد (کوئینگ (Koenig)، ۲۰۱۱؛ پیترسون و هالستید (Peterson & Halstead)، ۱۹۹۸؛ بوش (Bush) و همکاران ۲۰۱۲؛ به نقل از محمدی، ۱۳۹۲).

بنابراین، می‌توان از معنویت‌درمانی با اثرات مشخص شده و اعتقادات گسترده مردم به آن، به‌گونه‌ای مؤثر و کارا به‌عنوان راهبردی مناسب برای تأثیر بیشتر درمان و حتی درمان‌های غیر دارویی استفاده کرد (واحدیان عظیمی و رحیمی، ۱۳۹۲).

این پژوهش رویکرد معنویت‌درمانی را در جهت کاهش اضطراب مرگ و استرس ادراک شده به کار می‌گیرد تا پاسخگوی سؤالات ذیل باشد:

- آیا معنویت‌درمانی گروهی، ترس از مرگ را کاهش می‌دهد؟

- آیا معنویت‌درمانی گروهی، استرس ادراک شده را کاهش می‌دهد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع «آزمایشی» به صورت گروهی در دو گروه آزمایش و کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش زنان ۳۵-۵۰ ساله منطقه ۱۴ تهران بودند. ابتدا پرسش‌نامه‌ها در اختیار ۱۲۰ تن، که به صورت تصادفی از جامعه آماری گزینش شدند، قرار گرفت. پس از انتخاب ۳۰ تن از آزمودنی‌هایی که اضطراب و ترس از مرگ در آنها از حد متوسط بالاتر بود، آزمودنی‌ها با انتخاب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آموزش معنویت‌درمانی در ۸ جلسه بر روی گروه آزمایشی اجرا گردید، درحالی‌که گروه کنترل مداخله درمانی دریافت نکردند.

پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون از هر دو گروه دریافت شد تا نتایج تجزیه و تحلیل گردد و میزان تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته سنجیده شود.

ابزارهای پژوهش

بسته آموزشی-درمانی محقق ساخته معنویت‌درمانی تقی‌زاده این بسته در ۸ جلسه اجرا گردید.

جدول ۱. جلسات آموزش معنویت‌درمانی

جلسه ۱	پله اول: خودشناسی
جلسه ۲	پله دوم: پذیرش الوهیت الهی و رسالت انسان‌های برگزیده پله سوم: تعیین سرنوشت، کمیت و کیفیت زندگی و برنامه‌ریزی برای آن پله چهارم: اعتراف به گناهان نزد خداوند و بازگشت حقیقی
جلسه ۳	پله پنجم: شناسایی ستم‌هایی که به خود و دیگران کرده‌ایم و تلاش برای احیای حقوق الهی، مردم و خود با رعایت تمام جوانب
جلسه ۴	پله ششم: تفویض امور به خداوند و تقویت اراده فردی برای رشد معنوی و پاک شدن از ویژگی‌های منفی فکری، عاطفی و رفتاری و تلاش برای جایگزینی ویژگی‌های مثبت به جای ویژگی‌های منفی
جلسه ۵	پله هفتم: یادگیری و باورمندی معنوی پله هشتم: تصمیم‌گیری برای رشد معنوی و معنوی شدن از مسیر درست برای رسیدن به آگاهی
جلسه ۶	پله نهم: فضاسازی ذهنی و محیط برای رشد معنوی پله دهم: الگوگیری از معنویان در نظر و عمل
جلسه ۷	پله یازدهم: آزادسازی احساسات و عواطف پله دوازدهم: توانمند شدن برای حل مشکلات خود و دیگران
جلسه ۸	پله سیزدهم: گسترش تجربه‌های معنوی و رسیدن به اوج لذت و ابراز عقاید و تجربه‌های معنوی پله چهاردهم: ارزشیابی مستمر از خود زیر نظر فردی معنوی و رشد یافته‌تر از خود
جلسه ۹	ارائه پرسش‌نامه به هر دو گروه آزمایش و کنترل به‌عنوان پس‌آزمون

مقیاس «سنجش اضطراب مرگ» تمپلر: این پرسش‌نامه دارای ۱۵ سؤال با گزینه صحیح و غلط بود و جمع نمره‌های پرسش‌نامه در دامنه ۱ تا ۱۵ قرار دارد که امتیاز بالاتر نشان‌دهنده اضطراب مرگ بیشتر است.

مقیاس «سنجش اضطراب مرگ» تمپلر یک پرسش‌نامه استاندارد است و بارها در پژوهش‌های گوناگون در سطح جهان از آن استفاده شد. در ایران نیز ترجمه، تحلیل عاملی و اعتباریابی شده است. پایایی و روایی این پرسش‌نامه را در ایران رجیبی و بحرانی (۱۳۸۰) بررسی کرده و براین اساس، ضریب پایایی تصنیفی را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. برای بررسی روایی مقیاس سنجش اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس «نگرانی مرگ» و مقیاس «اضطراب آشکار» استفاده شد که نتیجه آن ۰/۰۴ برای ضریب همبستگی مقیاس «اضطراب مرگ» با مقیاس نگرانی، و ۰/۳۴ برای ضریب همبستگی مقیاس «اضطراب مرگ» با مقیاس اضطراب آشکار بود.

در پژوهش حیدری و همکاران او (۱۳۸۸) نیز اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۰ به دست آمد. نمره برش در این پژوهش ۵ است.

پرسش‌نامه استرس ادراک شده تقی‌زاده: پرسش‌نامه دارای ۱۷ سؤال بر اساس طیف ۴ درجه‌ای است. دامنه نمره‌ها از صفر تا ۵۱ بوده که نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس بیشتر است.

این پرسش‌نامه برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود و افکار و احساسات دربارهٔ حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را می‌سنجد. ضرایب پایانی همسانی درونی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمده است. برای محاسبه اعتبار ملاک این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با اندازه‌های نشانه‌شناختی بین ۰/۵۳ و ۰/۷۶ محاسبه کرده‌اند. ضرایب روایی سازهٔ این پرسش‌نامه با استفاده از محاسبهٔ همبستگی ساده با یک سؤال ملاک محقق ساخته ۰/۶۳ محاسبه شده که در سطح $p < 0.05$ معنادار است. این مقیاس ابزار مناسبی برای سنجش تجربهٔ استرس کلی در گروه‌های سنی گوناگون است.

یافته‌های پژوهش

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد و کمترین و بیشترین

کنترل (n=۱۵)				آزمایش (n=۱۵)				گروه‌ها	متغیرهای پژوهش
Max	Min	Sd	M	max	min	sd	M		
۱۳	۶	۲/۱۸۶	۱۰/۰۶	۰	۷	۲/۱	۱۰/۲	پیش‌آزمون	ترس از مرگ
۱۴	۸	۱/۸۳	۱۰/۳۳	۱۲	۶	۱/۹۹	۸/۵۳	پس‌آزمون	
۳۶	۱۸	۴/۹۴	۲۶/۳۶	۳۶	۲۰	۴/۶۵	۳۶*۹۳	پیش‌آزمون	استرس ادراک شده
۳۵	۱۷	۵/۱۸	۲۵/۷۳	۲۵	۱۱	۳/۴۱	۱۷/۷۳	پس‌آزمون	

با توجه به داده‌های جدول ۲ مشخص گردید که ترس از مرگ و استرس ادراک شدهٔ دو گروه کنترل و آزمایش در مرحلهٔ پیش‌آزمون تقریباً برابر هستند. نمره‌های گروه آزمایش در متغیرهای ترس از مرگ و استرس ادراک شده در مرحلهٔ پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس متغیر ترس از مرگ

Source	مجموع مجزورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجزورات	F نسبت	سطح	اندازهٔ اثر
گروه	۳۰/۵۸۹	۱	۳۰/۵۸۹	۱۳/۹۷۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱
خطا	۵۹/۱۱۶	۲۷	۲/۱۸۹			
کل	۲۷۹۷/۰۰۰	۳۰				
نتیجهٔ کل	۱۲۷/۳۶۷	۲۹				

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول ۳ برای تحلیل کوواریانس بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون اثر معناداری عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد ($F=13/971$, $P=0/001$). متغیر ترس از مرگ در مرحلهٔ پس از انجام آموزش معنویت‌درمانی با این متغیر، در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری دارد و این متغیر در پس‌آزمون بهبود داشته است. بنابراین، می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه گرفت که معنویت‌درمانی گروهی ترس از مرگ زنان را کاهش می‌دهد.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس متغیر استرس ادراک شده

Source	مجموع مجنورات	درجه آزادی	میانگین مجنورات	F نسبت	سطح	اندازه اثر
گروه	۵۳۲/۷۴۸	۱	۵۳۲/۷۴۸	۵۸/۵۱۸	۰/۰۰۰	۰/۶۸۴
خطا	۲۴۵/۸۱۰	۲۷	۹/۱۰۴			
کل	۱۵۱۹۰/۰۰۰	۳۰				
نتیجه کل	۱۰۱۹/۸۶۷	۲۹				

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول ۴ برای تحلیل کوواریانس بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون اثر معناداری عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد ($F=58/518, P=0/01$). متغیر استرس ادراک شده در مرحله پس از انجام آموزش معنویت‌درمانی گروهی با این متغیر در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری دارد و این متغیر در پس‌آزمون بهبود داشته است. بنابراین، می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه گرفت که معنویت‌درمانی گروهی استرس ادراک شده زنان را کاهش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر روش معنویت‌درمانی گروهی بر کاهش ترس از مرگ و استرس ادراک شده زنان بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد معنویت‌درمانی گروهی به گونه‌ای معنادار ترس از مرگ را در زنان کاهش می‌دهد. این نتایج با یافته‌های سلاجقه و رقیبی (۱۳۹۳)، قربانعلی‌پور و اسماعیلی (۱۳۹۱)، و علیانسیب (۱۳۸۹) همسو بوده است.

در تبیین این یافته، می‌توان گفت: کسی که برای پایان زندگی فردی، تفسیری مذهبی دارد مرگ را گذر از این جهان به آن جهان، از زندگی فانی به زندگی جاودانه، و نقطه عطف رسیدن به ابدیت می‌داند و معتقد است همه از خداییم و به سوی او باز می‌گردیم (بقره: ۱۵۶)، نه تنها نگاهی منفی به مرگ ندارد، بلکه آن را رسیدن و پیوستن به خالق خود تلقی می‌کند. معنویت به‌عنوان هدیه‌ای آسمانی، موقعیت از دست رفته انسان را به او می‌بخشد و جایگاه گم‌شده و فراموش شده او را به وی یادآوری می‌کند. همچنین مفهوم و معنای «مرگ» را برای انسان دگرگون می‌کند تا اضطراب او از پدیده مرگ و پایان یافتن خوشی‌ها و لذت‌ها و گاه دردها و رنج‌ها و آلام التیام نیافته و زخم‌های شفا نیافته کاهش یابد و پناهی شود تا در سایه‌سار آن آرام و قرار گیرد. معنویت مذهبی به انسان جاودانگی را وعده می‌دهد (روشنی و نادری، ۱۳۹۰).

مکینتاش و همکاران او بیان می‌کنند که افراد مذهبی دارای روان‌بده‌های مذهبی هستند که می‌توانند به آنها در پردازش شناختی مرگ کمک کند (حیدری، ۱۳۸۸). بنابراین، می‌توان چنین استنباط کرد که این روان‌بده‌ها ارزیابی ما را از فلسفه زندگی و مرگ تحت تأثیر قرار می‌دهد و حتی می‌تواند اضطراب‌های ناشی از اندیشیدن به مرگ و هیجان‌خواهی را مهار کند. بنابراین، این روان‌بده‌ها می‌توانند هم بر ارزیابی ما از رویدادها و هم بر شیوه‌های

رویارویی ما با رویدادها و حتی بر چگونگی وقوع رویدادها اثر داشته باشند. همچنین افراد مذهبی دارای روان‌بنه‌هایی هستند که نحوه ارزیابی آنها را از رویدادهای تنیدگی‌زا تحت تأثیر قرار می‌دهد، به‌گونه‌ای که این افراد رویدادها را کمتر تنش‌زا تلقی می‌کنند و در نتیجه، اضطراب مرگ کمتری دارند. از سوی دیگر، مذهب نیز به آنها اطمینان و آرامشی عطا می‌کند که بتوانند در برابر مسائل شکیبنا باشند.

همچنین نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد معنویت‌درمانی گروهی به‌گونه‌ای معنادار میزان استرس ادراک شده زنان را کاهش می‌دهد که این نتایج با یافته‌های اینالو (۱۳۹۱)، موسوی‌فر (۱۳۹۱)، واعظ‌زاده (۱۳۹۱)، قرآء‌زیبایی (۱۳۹۰)، غلامی و بشلیده (۱۳۹۰)، غفاری و رضایی (۱۳۹۰) همسو است.

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که دین برای رساندن فرد به آرامش روان، راه‌کارهای ذهنی و بینشی مانند ارتقای معرفت، خداباوری، صبر، زهد، توکل، رشد تدریجی بینش الهی، دعا و نیایش، و احیای فطرت الهی را ارائه می‌کند. همچنین در این میان، نقش راه‌کارهای گرایشی و کنشی، کاهش تعلقات دنیوی، آموزه‌های رفتار بهنجار، توبه، کاهش میزان پشیمانی از گذشته، و تقویت اراده برای ترک گناه نشان‌دهنده اثربخشی دین و معنویت در سلامت روانی و عمومی افراد است. فرد با افزایش گرایش مذهبی، به نوعی خودکنترلی دست پیدا می‌کند که مانع اثربخشی شرایط بیرونی می‌شود و، در نتیجه، کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار می‌گیرد و سلامت روان خود را حفظ می‌کند (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰).

همان‌گونه که امواج خروشان و غلطان اقیانوس نمی‌تواند آرامش ژرفای آن را بر هم زند و امنیت آن را پریشان سازد، شایسته است که دگرگونی‌های سطحی و موقت زندگی، آرامش درونی انسانی را که عمیقاً به خداوند ایمان دارد، برهم نزند، زیرا انسان متدین واقعی، تسلیم اضطراب نمی‌شود و توازن شخصیت خویش را حفظ می‌کند و همواره آماده مقابله با مسائل ناخوشایندی است که احتمالاً روزگار برایش پیش می‌آورد.

هر پژوهشی در بطن خود، با برخی محدودیت‌ها روبروست که ممکن است کار تحقیق را با کاستی‌ها و مشکلاتی مواجه کند و تعمیم نتایج را با دشواری همراه سازد. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنا نبود و محدودیت‌هایی داشت؛ از جمله:

- نمونه پژوهش حاضر را زنان ۳۵-۵۰ ساله منطقه ۱۴ تهران تشکیل می‌دادند. بدین‌روی، به نظر می‌رسد در تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر گروه‌های سنی و طبقات اجتماعی باید احتیاط کرد؛ زیرا احتمال تفاوت در نگرش‌ها با توجه به عوامل جمعیت‌شناختی وجود دارد. از این‌رو، نتایج قابل تعمیم به تمام زنان ایران نیست.
- دسترسی نداشتن به مردان موجب شد نتایج قابل تعمیم به همه افراد نباشد؛ فقط به زنان قابل تعمیم است.
- در این پژوهش، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد. از این‌رو، با توجه به اینکه پرسش‌نامه‌ها جنبه خودسنجی داشته و افراد علاقه دارند خود را کامل‌تر از آنچه هستند نشان دهند، ممکن است در پاسخ‌ها جهت‌گیری وجود داشته باشد.

پیشنهاد

- پیشنهاد می‌گردد شیوه‌های دیگر درمانی با رویکردهایی دیگر اجرا شود و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر برای معرفی بهترین رویکرد مقایسه گردد.
 - تأثیر این شیوه درمانی بر سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی و بیماری‌های روانی و جسمی بررسی گردد.
 - این پژوهش در سایر مناطق جغرافیایی و فرهنگ‌های گوناگون و در صورت امکان، بر روی تعداد افراد بیشتری اجرا شود.
 - اثربخشی این رویکرد بر روی جمعیت‌های دیگر مثل خانواده‌ها، بیماران صعب‌العلاج، افراد سوگوار و سالمندان مطالعه شود و اثربخشی آن با سایر روش‌ها مقایسه گردد.
 - پژوهش بر روی مردان صورت گیرد و نتایج دو جنس مقایسه شود.
 - مقایسه مؤلفه‌های ترس از مرگ و استرس ادراک شده در شهرهای دیگر، با توجه به تفاوت‌های مذهبی و فرهنگی صورت گیرد.
 - برنامه پیگیری به منظور ارزیابی میزان تداوم اثر درمان انجام گیرد.
- با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود آموزش معنویت به تبع فواید و منافع انکارناپذیر و ضروری آن، در تمام مراکز آموزشی، اعم از مدارس، و دانشگاه‌ها و مراکز کاری و فرهنگی به صورت کارگاه‌های آموزشی صورت پذیرد.

منابع

- اینالو، ساره، ۱۳۹۱، *بررسی رابطه بین معنویت در محیط کار و استرس شغلی از دیدگاه معلمان راهنمایی منطقه ۸ آموزش و پرورش تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی مرکزی.
- بشرپور، سجاد و همکاران، ۱۳۹۲، «ارتباط سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی با استرس ادراک شده»، *مطالعات روان‌شناختی دانشگاه الزهراء*، دوره نهم، ش ۲، ص ۲۹-۴۷.
- حیدری، اسفندیار و فاطمه خلیلی، ۱۳۸۸، «رابطه مذهب با اضطراب مرگ و هیجان‌خواهی»، *روان‌شناسی* ۵۱، سال سیزدهم، ش ۲، ص ۳۲۵-۳۴۱.
- دباغی، پرویز، ۱۳۸۸، «بررسی نقش معنویت و مذهب در سلامت»، *مجله دانشکده پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، سال چهارم، ش ۱، ص ۱-۶.
- رجبی، غلامرضا و محمود بحرانی، ۱۳۸۰، «تحلیل عاملی سؤال‌های مقیاس اضطراب مرگ»، *روان‌شناسی* ۲۰، سال پنجم، ش ۴، ص ۳۳۱-۳۴۴.
- رضابخش، حسین و همکاران، ۱۳۸۹، «استرس ادراک شده در میان دانشجویان با سبک‌های اسنادی مختلف»، *اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، سال پنجم، ش ۴، ص ۱۰۷-۱۳۹.
- رفیعی اردستانی، مانی، ۱۳۹۱، *اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- روشنی، خدیجه و فرح نادری، ۱۳۹۰، «رابطه هوش معنوی، هوش اجتماعی و اضطراب مرگ در سالمندان»، *سلامت و روان‌شناسی*، دوره اول، ش ۲، ص ۱۱۵-۱۲۸.
- سلاجقه، صادق و مهوش رقیبی، ۱۳۹۳، «تأثیر درمان ترکیبی گروه‌درمانی معنوی و شناختی بر کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان»، *مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، دوره بیست‌دوم، ش ۲، ص ۱۱۳۰-۱۱۳۹.
- سلطانی، رضا و همکاران، ۱۳۹۲، «نقش تیپ شخصیتی D و هوش هیجانی با میانجی‌گری استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای در کیفیت زندگی بیماران قلبی»، *جنتا شاپیر*، سال هفدهم، ش ۸، ص ۴۴۹-۴۵۹.
- عزیزی، مریم، ۱۳۸۹، *بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر میزان امید و کیفیت زندگی دانشجویان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- علیانسب، حسین، ۱۳۸۹، *بررسی رابطه دینداری و اضطراب مرگ در بین دانشجویان و طلاب شهر قم*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ع).
- غفاری، مظفر و اکبر رضایی، ۱۳۹۰، «بررسی عمل به باورهای دینی و خودکارآمدی در پیش‌بینی میزان و نوع استرس ادراک شده در دانشجویان»، *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره نهم، ش ۴، ص ۲۶۸-۲۷۸.
- غلامی، علی و کیومرث بشلیده، ۱۳۹۰، «اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال اول، ش ۳، ص ۳۳۱-۳۴۸.
- فراهانی، فرهاد، ۱۳۸۹، «*عقله بر هراس از مرگ در سالمندی*»، پایگاه جامع اطلاعات پزشکی ایران سلامت.
- قراءزبایی، فاطمه، ۱۳۹۰، *اثربخشی معنادرمانی گروهی بر کاهش استرس ادراک شده و ارتقا امید به زندگی در بیماران مبتلا به*

- امراس، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران، دانشگاه پیام‌نور.
- قربانعلی‌پور، مسعود و علی اسماعیلی، ۱۳۹۱، «تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، سال سوم، ش ۹، ص ۵۳-۶۸.
- قربانعلی‌پور، مسعود و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی تأثیر اضطراب مرگ و سن بر رفتارهای ارتقابخش سلامتی»، *مجله پزشکی ارومیه*، دوره بیست‌ویکم، ش ۲، ص ۲۸۶-۲۹۲.
- قربانعلی‌پور، مسعود، ۱۳۸۹، *اثربخشی و مقایسه طرحواره درمانی و معنادرمانی بر هراس از مرگ در افراد مبتلا به خود بیمار پنداری*، پایان‌نامه دکترا روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- محمدی، شهناز، ۱۳۹۲، «اثر معنویت‌درمانی بر افسردگی زنان سالمند»، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، سال سوم، ش ۱۲، ص ۷۱-۸۲.
- معتدلی، غلامرضا، ۱۳۸۷، *انسان و مرگ*، تهران، بعثت.
- موسوی‌فر، سمیه، ۱۳۹۱، *بررسی رابطه احساس تبعیض و استرس ادراک شده با سلامت روان در زنان شاغل در شهر رشت*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، رشت، دانشگاه گیلان.
- واحدیان عظیمی، امیر و ابوالفضل رحیمی، ۱۳۹۲، «تبیین مفهوم معنویت»، *مجله کیفی در علوم سلامت*، سال دوم، ش ۱، ص ۱۱-۲۰.
- واعظ‌زاده، هاشم، ۱۳۹۱، *بررسی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی- مذهبی بر افزایش جهت‌گیری مذهبی درونی، افزایش مقابله مذهبی مثبت، کاهش افسردگی و اضطراب مهاجرین افغانی شهر مشهد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، مشهد، دانشگاه فردوسی.

