

اثر بخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش

افسردگی در دانشجویان

هاجر بهرامی دشتکی

کارشناس ارشد مشاوره

دکتر حمید علیزاده

عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبایی

دکتر باقر غباری بناب

عضو هیات علمی دانشگاه تهران

دکتر ابوالفضل کرمی

عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبایی

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی دانشجویان انجام شده است. این پژوهش از جمله پژوهشهای نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است و نمونه گیری آن به روش تصادفی خوشه‌ای انجام گرفته است. به این منظور، تعداد ۲۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه مشاوره گروهی ۱/۵ ساعته شرکت کردند و یک هفته بعد از آخرین جلسه، پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. در این پژوهش از دو پرسشنامه افسردگی بک (فرم کوتاه) و پرسشنامه تجربه معنوی غباری و همکاران (۱۳۸۴) به عنوان ابزار سنجش استفاده شد. پرسشنامه افسردگی بک برای سنجش میزان افسردگی آزمودنی‌ها و سنجش تأثیر آموزش ارائه شده، و پرسشنامه تجربه معنوی غباری و همکاران (۱۳۸۴) برای سنجش میزان معنویت

آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد که تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل معنادار بوده است، یعنی مداخلات معنوی شامل دعا، بخشودگی، مراقبه متعالی، معنایابی، موجب کاهش افسردگی در دانشجویان دختر شده است. واژه‌های کلیدی: معنویت، آموزش معنویت، افسردگی، تعالی معنوی

مقدمه

معنویت به‌عنوان موضوعی «خاص» در علوم اجتماعی و طبیعی مطرح است. این نوع گرایش‌ها حرفه‌ای فزاینده، با رواج و اهمیت رو به رشد معنویت در میان عموم مردم همزمان شده است. گزارش نظرسنجی‌ها نشان می‌دهند که ۸۰ درصد مردم آمریکا به نوعی قدرت دعا در بهبود دوره بیماری اعتقاد دارند (والیس^(۱)، ۱۹۹۶). از سویی می‌توان با تأکید بیان کرد که تعالی معنوی به‌عنوان بعد مؤثر در تمام عرصه زندگی فرد حائز اهمیت است (پیدمنت^(۲)، ۲۰۰۱).

معنویت به‌مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد. افکار مثبت و سخت‌رویی^(۳) هر دو مؤلفه‌های معنویت هستند و با سلامت و مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند. تکیه‌گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد و همچنین میان سلامت روانی، سلامت جسمی، رضایت از زندگی و سرزنده بودن، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (اکستین و کرن^(۴)، ۲۰۰۲). آلپورت^(۵) (۱۹۵۰) بتسون، چائنراد و ونسو^(۶) (۱۹۹۲) معتقدند که معنویت به دلیل تأثیر سودمند بر سلامت و بهزیستی شخصیت راهی است که در آن معنای برتر و نهایی خلق می‌شود و می‌توانیم آن را تا حدودی به‌عنوان یک جنبه سازمانده‌ی شده بنیادی شخصیت در نظر بگیریم (پیدمنت، ۲۰۰۴).

ریچارد و برگین (۱۹۹۷) به این نتیجه رسیدند که شخصیت انسان واجد حیطه معنوی است، و افراد زمانی از زندگی خود بهتر بهره می‌برند که بر طبق اصولی کلی زندگی کنند که رشد و تحول معنوی را تشویق می‌کند، آنها «هویت معنوی» را بیان

1. Wallis
3. hardiness
5. Allport

2. Piedmont
4. Eckstein & Kern
6. Batson, Schoenrad & Vansu

می‌کنند و آن را نوعی «احساس شخصی رشد در ارتباط با خدا و جایگاه فرد در جهان» تعریف می‌کنند (ص ۱۷۸) و معتقدند ارزیابی هویت معنوی فرد به بهبود و رشد آنها کمک می‌کند (میلر، ۲۰۰۳).

با آنکه رابطه بین معنویت مذهب و سلامت جسمی همواره نشان داده شده، درباره رابطه بین معنویت، مذهب و سلامت روان یافته‌ها متنوع و مختلف هستند. کونیک^(۱)، (۲۰۰۱) به روابط منفی بین معنویت، مذهب و اضطراب دست یافت به علاوه او مطالعات چندی انجام داد که یک رابطه منفی بین فعالیت‌های معنوی، مذهبی و افسردگی را ثابت می‌کند و مطالعات دیگری نیز وجود دارد که چنین رابطه‌ای را گزارش نکرده‌اند (سالسمن^(۲) و همکاران، ۲۰۰۵).

در مورد نقش و اهمیت مذهب و معنویت در زمینه سلامتی و بیماری علاقه روبه‌رشدی وجود دارد (سان بویل^(۳) و همکاران، ۲۰۰۶) و مطالعات تجربی نشانگر روابط معنادار میان مذهب و معنویت و سلامت هستند. با این حال دلایل این ارتباط مبهم است (هیل و پارگامنت^(۴)، ۲۰۰۳)، محققین بسیاری در جستجوی توضیح و تفسیری برای این تعارض‌ها برآمده‌اند و از جمله مهمترین عامل را کیفیت یا نوع دینداری مطرح کردند، برای مثال باتسن^(۵) و همکاران (۱۹۹۳)، به نقل از آرگیل^(۶)، (۲۰۰۰)، یافته‌های ۱۱۵ تحقیق را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که در اغلب موارد «دین درونی» ارتباط مثبتی با بهداشت روانی و «دین بیرونی» با بهداشت روانی ارتباط منفی دارد (صادقی و مظاهری، ۱۳۸۴). آنچه که روشن است این است که با وجود تنش‌های زیاد، طی سال‌ها، پژوهشگران بسیاری، جنبه‌های مثبت مذهب و معنویت را تصدیق می‌کنند، بخاطر اینکه موجب رشد و بالندگی روان‌شناختی شده و آن را حفظ می‌کند (هود؛ اسپیلکا، هانس برگر؛ و گرساچ^(۷)، ۱۹۹۶؛ به نقل از پیدمنت، ۱۹۹۹).

اخیراً بر طبق گزارش مجلات پزشکی در امریکا در مورد رابطه بین معنویت و سلامت، اکثر پژوهشهای بنیادی روابط مثبتی را بین افزایش معنویت و پیامدهای

1. Koenig

3. Thune-Boyle

5. Batson

7. Spilka, Hunsberger, & Gorsuch

2. Salsman

4. Hill & Pargament

6. Argyle

سلامتی بیشتر نشان داده‌اند و بسیاری از بیماران دوست دارند که پزشکان در مورد معنویت از آنها پرس و جو کنند (بیچ^(۱)، ۲۰۰۳). در یک نظرسنجی از بیماران بستری در بیمارستان که بیش از ۲۰۰ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند دریافتند که ۷۷ درصد آنها اظهار داشتند که پزشکان باید نیازهای معنوی بیماران را در نظر بگیرند. ۳۷ درصد می‌خواستند که پزشکان به دفعات بیشتری، درباره عقاید معنوی با آنها صحبت کنند و ۴۸ درصد می‌خواستند که پزشکان به همراه آنها دعا کنند (کینگ و بوشویک^(۲)، ۱۹۹۴، به نقل از پاچالسکی^(۳) و همکاران، ۲۰۰۴).

تعالی معنوی از نظر پیدمنت (۱۹۹۱) مؤلفه‌هایی دارد که عبارتند از: حس پیوند^(۴): عقیده به این که فرد بخشی از جامعه بزرگ بشری است و در تداوم هماهنگی زندگی نقش حیاتی دارد؛ جهان‌شمولی^(۵): اعتقاد به ماهیت توأم با وحدت^(۶) زندگی؛ تحقق دعا^(۷): احساس لذت و خشنودی در نتیجه رویارویی شخصی با یک حقیقت متعالی است، و جنبه‌های دیگری نیز وجود دارد که نیاز به کاوش بیشتر دارند: تحمل تناقضات^(۸): توانایی زندگی با ناپایداری‌ها و تناقضات در زندگی شخصی و تفکر درباره امور با معیار «هم این هم آن» به جای «یا این یا آن»؛ عدم قضاوت^(۹): توانایی پذیرش دیگران همانگونه که هستند، و حساسیت نسبت به نیازها و دردهای دیگران؛ وجودی بودن^(۱۰): میل به زندگی در لحظه و استقبال کردن از رویارویی با تجربه‌های زندگی به عنوان فرصت‌هایی برای رشد و شادمانی؛ سپاسگزاری^(۱۱): حس درونی شگفتی و سپاس به خاطر همه خصلت‌های مشترک و منحصر به فرد در زندگی خود.

تعالی معنوی به لحاظ طبقه‌بندی حوزه سازمان‌یافته‌ای از عملکرد روان‌شناختی ارائه می‌دهد و در سطح جهانی شاخصی کلی از مسئولیت فرد نسبت به واقعیت‌های غیرقابل درک فراهم می‌کند. فرد می‌تواند شباهت این سازه‌ها و حوزه‌های شخصیتی برون‌گرایی (علاقه به مردم و فعالیت‌های اجتماعی)، گشودگی (توانایی پاسخ به میزان گسترده‌ای از

1. Peach

3. Puchalski

5. universality

7. prayer fulfilment

9. nonjudgementality

11. gratefulness

2. King & Bushwick

4. a sense of connectedness

6. unitive nature

8. tolerance of paradoxes

10. existentiality

هیجان‌ها)، و سازگاری (توانایی اهمیت دادن و پاسخ دادن به نیازهای دیگران)، را تشخیص دهد. با این حال سازه تعالی معنوی، به اعتقاد پیدمنت (۱۹۹۹) ویژگی‌هایی مثل، خلوت و تنهایی، سادگی و صراحت و ساختار را نیز در خود دارد و معتقد است تعالی معنوی می‌تواند جهت‌گیری متفاوتی در چگونگی عمل شخصیت ایجاد نماید. تعالی می‌تواند شوق و عمل بیشتری به آرمان‌های ما بدهد، نحوه تعامل ما با خود و دیگران را تحت تأثیر قرار دهد، کمک کند تا از ادراکات خود از محیط تفسیر تازه‌ای به دست دهیم و اهداف خود را دوباره تعریف کنیم. او معتقد است، که این عقیده که جنبه‌های معنویت یا تعالی ممکن است مؤلفه مهمی از شخصیت را ارائه کنند جدید نیست.

افسردگی حالتی هیجانی است که مشخصه آن غمگینی زیاد، احساس بی‌ارزشی، احساس گناه، کناره‌گیری از دیگران و از دست دادن علاقه و اشتیاق به فعالیت‌های عادی است (داویسون و نیل^(۱)، ۲۰۰۱). افسردگی قسمت عمده مشکلات سلامت روانی را تشکیل می‌دهد (بری^(۲)، ۲۰۰۳). فرانکل (۱۹۶۹) از قول آلبرت اینشتین بیان می‌کند که انسانی که زندگی خود را فاقد معنی می‌داند صرفاً ناخشنود نیست بلکه فردی است که به دشواری با زندگی کنار می‌آید و وی خاطر نشان می‌کند که اساس نوروهای انسان امروزی شکست در معنادادن به زندگی، فقدان ارزش‌ها یا خلاء وجودی است و یونگ^(۳) (۱۹۳۳) در کارهای بالینی خود به این نتیجه رسید که افراد رشدیافته در جستجوی معنایی برای زندگی خود هستند و بدون حل موفقیت‌آمیز چنین جستجویی زندگی به‌طور غیرقابل‌تحملی دردناک شده و فرد دچار افسردگی عمیق می‌شود (برآبادی، ۱۳۸۳).

امتیازات حمایتی مذهب در ارتباط با افسردگی نشان می‌دهد که نه تنها با اندازه‌گیری پایبندی شخصی رابطه دارد بلکه با مذهبی بودن والدین نیز در ارتباط است (ماهونی، پارگامنت، ترکشوار، اسوانک^(۴)، ۲۰۰۱؛ میلر، داویوس و گرین والد^(۵)، ۲۰۰۰؛ به نقل از ماب و جوزفسون^(۶)، ۲۰۰۳). معنویت محصول مشترک تمام ادیان توحیدی است و به زندگی تمام انسان‌ها جهت می‌دهد و حضور آن در متن زندگی، الم و اضطراب را زایل کرده و رضایتمندی انسان را میسر ساخته است (زمانی، ۱۳۸۱).

1. Davison & Neal

2. Berry

3. Yong

4. Mahon, Pargament, Tarakeshwar, Swank

5. Miller, Davies & Greenwald

6. Mabe & Josephson

وریت^(۱) (۱۹۷۵)، به نقل از پیدمنت، (۱۹۹۹) معتقد است که معنویت و مذهب رشته‌های کلی در بافت تجربه انسانی هستند، اگرچه هر فرهنگ و مذهبی برای تعریف و تبیین این «غایت معنادار»^(۲) سبک‌های متفاوتی دارند، در خصوص درون‌مایه آنها انسجام و یکپارچگی حیرت‌انگیزی وجود دارند: اینکه الگوی گسترده‌تری برای فهم هستی و رای هوشیاری فرد وجود دارد و همه امور را با هماهنگی منسجم‌تری به هم پیوند می‌دهد. همه ادیان از افراد می‌خواهند، محدودیت دیدی خود را، که محصور در زمان و مکان خاصی است، تشخیص دهند، و دیدی جامع نسبت به زندگی در نظر بگیرند که گرایش‌های بنیادی‌تر انسان را ارضاء می‌کند. پیدمنت این مضمون را تعالی معنوی می‌نامد و خاطر نشان می‌کند که تعالی معنوی به ظرفیت افراد اشاره دارد که خارج از احساس آنی آنها از زمان و مکان است تا زندگی را از منظری وسیع‌تر و عینی‌تر مشاهده کنند.

در این چشم‌انداز متعالی فرد وحدت بنیادی حاکم بر وجوه گوناگون طبیعت را می‌بیند و تعلق و پیوندی با دیگران احساس می‌کند که حتی با مرگ هم از بین نمی‌رود. در این چشم‌انداز وسیع، کل‌نگر، و به هم پیوسته فرد تقارن زندگی را شناسایی می‌کند و نسبت به دیگران احساس تعهد می‌کند. میلر و تورسن (۲۰۰۳) عنوان می‌کنند که جنبه معنوی ماهیت انسان اغلب توسط روان‌شناسان بی‌اهمیت تلقی می‌شد و در نتیجه، آن را موضوع نامناسبی برای مطالعه و بررسی قلمداد می‌کردند. همانطور که می‌ و یالوم^(۳) (۱۹۸۹) بیان می‌کنند انسان‌ها به معنادار بودن نیاز دارند. در مورد تعالی نفس این اعتقاد وجود دارد که در ذات انسان‌هاست که از محدوده وضعیت فعلی خویش فراتر بروند و چیزی بیش از آنچه هستند بشوند (شارف^(۴))، به نقل از فیروزبخت، (۱۳۸۴).

چارلتن و اندراس^(۵) (۲۰۰۳) معتقدند که رابطه میان علم، مذهب و معنویت دقیقاً همان چیزی است که در جوامع مدرن انتظار می‌ورد - جوامعی که در آن عملکردها، به‌طور فزاینده‌ای خاص و جدا هستند - و بهتر است جایگاه علم، مذهب و معنویت به‌صورت وابستگی متقابل در نظر گرفته شود به این صورت که هر شبکه‌ای نقشی حیاتی اما متمایز ایفا می‌کند که هم برای جامعه و هم فرد ارزشمند است (چارلتن، ۲۰۰۶).

1. Verbit

2. meaningful ultimacy

3. Yalom

4. Sharf

5. Charlton & Andras

میزان افسردگی و رابطه آن با نگرش مذهبی را سلیمانی زاده (۱۳۸۰) در دانشجویان دانشکده پرستاری بندرعباس مورد بررسی قرار داد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین افزایش اعتقادات و نگرش‌های مذهبی با کاهش افسردگی رابطه وجود دارد. موسیک^(۱) و همکاران (۱۹۹۸) با هدف بررسی تأثیر فعالیت‌های مذهبی بر روی نشانگان افسردگی در افراد بزرگسال مبتلا به سرطان، ۲۵۱ بیمار سرطانی را در امریکا مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که فعالیت‌های مذهبی با سطوح پایین‌تر نشانگان افسردگی در میان سیاهپوستان امریکا در ارتباط بود (به نقل از سان بویل^(۲) و همکاران، ۲۰۰۶).

بارتلت^(۳) و همکاران (۲۰۰۳)، معنویت، بهزیستی، و کیفیت زندگی را در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید مورد بررسی قرار دادند، بیماری به طور مثبتی با افسردگی، درد، خودسنجی ضعیف سلامت و محدودیت در اعمال فیزیکی همراه بود، نتایج نشان داد که معنویت می‌تواند به پیشرفت سازگاری و انعطاف‌پذیری هیجانی این افراد از طریق تجربه احساسات مثبت و توجه به موارد مثبت در زندگی کمک کند و معنویت به طور مستقیم با تظاهر مثبت و درک سلامتی بیشتر در ارتباط بود. مورفی^(۴) و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی رابطه بین عقاید و اعمال مذهبی با افسردگی و ناامیدی در افراد دچار افسردگی بالینی به این نتیجه رسیدند که عقاید مذهبی با سطوح پایین‌تر ناامیدی و با افسردگی کمتر در ارتباط است.

بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی (درونی - برونی) با اضطراب و افسردگی در یک نمونه ۱۰۰ نفری که بین جهت‌گیری مذهبی با افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد و این بدان معنی است که افرادی که از نظر مذهبی جهت‌گیری مذهبی درونی دارند نسبت به کسانی که جهت‌گیری مذهبی برونی دارند افسردگی و اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند (کرمی، ۱۳۸۴).

پیدمنت (۲۰۰۵) معتقد است که معنویت نیروی برانگیزاننده فرد به سمت ایجاد مفهوم گسترده‌ای از معنای شخصی است. از طرف دیگر با آگاهی از اینکه می‌میریم، به طرح‌ریزی برخی مفاهیم مربوط به هدف و معنا برای پیشبرد و هدایت زندگی نیاز داریم.

1. Musick

2. Thune- Boyle & et al.

3. Bartlett

4. Murphy

چرا من اینجا هستم؟ چه اهدافی را در زندگی انتخاب کنم؟ چرا کارهایی را که انجام می‌دهم، باید انجام دهم؟ اینها مهمترین سؤالاتی هستند که باید جواب دهیم و پاسخ‌های ما به این سؤالات، سرعت، آهنگ و جهت زندگی ما را تعیین می‌کنند. به‌طور ایده‌آل، این پاسخ‌ها کمک می‌کنند که بسیاری از رشته‌های مختلف هستی، با یک پیوستگی معناداری دست‌به‌دست هم دهند تا ما به‌نحو مفیدی زندگی کنیم. برای مثال برخی افراد ممکن است، درون محتوای فعلی که به آن عادت کرده‌اند، زندگی را ادراک کنند، پاسخ به نیازهای خاص و خواسته‌های اینجا و اکنون (افق دید نسبتاً کوتاه) برخی دیگر زندگی خود را به‌عنوان بخشی از یک نسل یا گروه خاص تلقی می‌کنند و معنای شخصی در این رابطه گسترش می‌یابد یعنی چگونگی طرز تلقی مسئولیت‌ها و تعهدات خود در مقابل افراد دیگر که در نسل خود هستند یا کسانی که بعد از آنها می‌آیند (افق دید متعادل‌تر). سرانجام افرادی ممکن است زندگی خود را به‌عنوان بخشی از کوره راه هستی‌شناختی، فناپذیر در نظر بگیرند که متضمن تعهدات نسبت به دیگران هم در اینجا و اکنون و هم در زندگی آینده است (افق دید وسیع).

اثر مذهب در زندگی انسان، موجب گشته تا عده‌ای از محققان و متخصصان روان‌شناسی مذهبی به این نتیجه برسند که جهت دستیابی به تشخیص و ارزیابی بهتر و در نتیجه، درمان کامل‌تر در مورد بیماران، بهتر است یک طبقه تشخیصی جدید به فهرست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^(۱) اضافه گردد. در این طبقه جدید مسائلی از قبیل استرس ناشی از فقدان ایمان، تغییر فرقه مذهبی، افراط در باورها و اعمال مذهبی، پیوستن به یک جریان مذهبی جدید و یا ترک یک جریان مذهبی و همچنین مجموعه‌ای از مسائل معنوی، مثل، تجربه‌های رازآلود^(۲)، تجربه اضطراب مرگ و مراقبه^(۳)، قابل طرح می‌باشند (لاکف^(۴) و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از فقیهی، ۱۳۸۴).

برای مقابله با فشار زندگی که فرد نیاز به کمک مشاور دارد، حوزه معنوی به فرد کمک می‌کند تا در موقعیت‌های استرس‌زا معنا و مفهومی بیابند، وی این مقابله را به‌عنوان تلاش در جهت پیدا کردن معنا در موقعیت‌های استرس‌زا توصیف می‌کند و در

1. diagnostic & statistical manual of mental disorders

2. magic experiences

3. meditation

4. Lukoff

ارتباط با آن دو نوع مکانیزم دفاعی را مشخص می‌کند که جد و در عین حال مکمل هم هستند: حمایت‌کننده و تغییردهنده (پارگامنت، ۱۹۹۷ به نقل از میلر، ۲۰۰۳).

به عقیده آدلر (۱۹۵۴) درمانی که هر کار دیگری انجام دهد، از قبیل رفع مشکل و یا کاهش نشانه‌ها، اصلاح رفتار و یا ایجاد بینش، ولی مراجع را به فلسفه خاص از زندگی مجهز نکند، درمان ناقصی خواهد بود (علیزاده، ۱۳۸۳؛ شفیق آبادی و ناصری ۱۳۷۸). ویلیام وست (۲۰۰۴)، ترجمه شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۳) عنوان می‌کند که معنویت بخش مهمی از زندگی مردم را تشکیل می‌دهد و تأثیر مهمی بر سلامت و بهزیستی آنان دارد. در نتیجه باید انتظار داشت که معنویت، بخش مهمی از مشاوره و روان‌درمانی نیز به شمار آید. زیرا در حقیقت مشاوره و روان‌درمانی ریشه‌های معنوی دارند که در کار ساحران، کشیش‌ها و شامان‌ها باید آنها را جستجو کرد (بنر^(۱)، ۱۹۸۸؛ آکن برگر^(۲)، ۱۹۷۰؛ هی لی^(۳)، ۱۹۹۳؛ مک‌لاد^(۴)، ۱۹۹۳؛ پیترونی^(۵)، ۱۹۹۳).

تجارب شخصی نشان می‌دهد که در ایران نیز بسیاری از اختلالات روانی - عاطفی و حتی بین شخصی در تعامل با مسائل معنوی و مذهبی قرار دارد و بدون توجه به حساسیت نسبت به این تعامل، تشخیص و درمان موفقیت‌آمیز نخواهد بود. مانند، اختلال‌هایی نظیر وسواس، اضطراب، افسردگی، احساس گناه، تعارضات درونی و بین‌فردی در تعامل با باورها و نگرش‌های مذهبی قرار دارد، بنابراین می‌توان از راهبرد معنوی به‌عنوان نوعی ابزار مکمل در کنار سایر رویکردها با دقت و حساسیت خاص استفاده کرد (اعتمادی، ۱۳۸۴).

در ایران با وجود اهمیت معنویت و مذهب بر سلامت روان پژوهش‌های بسیار کمی انجام شده و می‌توان گفت در سطح بکارگیری مداخلات معنوی به‌صورت گروهی پژوهشی انجام نشده است. در این پژوهش به بررسی تأثیر آموزش معنویت بر کاهش افسردگی در دانشجویان پرداخته‌ایم و این سؤال مطرح شد که: «آیا آموزش معنویت بر کاهش افسردگی در دانشجویان دختر تأثیر دارد؟»

1. Benner
3. Healey
5. Pietroni

2. Ellenberger
4. Mcleod

روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش اندازه‌گیری

در این پژوهش جامعه آماری دانشجویان دختر ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علامه طباطبائی و روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای است. تعداد ۱۰۰ پرسشنامه افسردگی و معنویت در بین داوطلبان شرکت در جلسات آموزشی اجرا شد. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها ۲۰ نفر که در پرسشنامه افسردگی نمره بالا و در پرسشنامه معنویت نمره پایین کسب کردند مشخص شدند و به صورت تصادفی دانشجویان یک خوابگاه به گروه آزمایش و دانشجویان خوابگاه دیگر به گروه کنترل تخصیص داده شد. انتخاب این حجم نمونه به این دلیل است که اصولاً در گروه درمانی تعداد اعضای هر گروه را در دامنه‌ای بین ۵ تا ۱۰ نفر در نظر می‌گیرند که می‌توان به آن حداکثر تا ۳ نفر دیگر نیز اضافه کرد تا در صورت ریزش اعضا در مراحل اولیه به کار گروه لطمه وارد نشود (حسن آبادی، ۱۳۸۵).

از آنجا که به دلیل محدودیت تعداد افراد هم‌تاسازی کامل میسر نبود دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین نمره افسردگی هم‌تاسازی شدند. برطبق اطلاعات به دست آمده از میان ۱۰ نفر گروه آزمایش، ۶ نفر دانشجوی کارشناسی ارشد و ۴ نفر دانشجوی کارشناسی و در گروه کنترل ۷ دانشجوی کارشناسی ارشد و ۳ دانشجوی کارشناسی حضور داشت. سن اعضای گروه بین ۱۹ تا ۲۹ سال، با میانگین ۲۴ و انحراف معیار ۰/۵ گزارش شد گروه آزمایش از نظر گرایش مذهبی، ۵ نفر خودشان را معمولی توصیف کردند، ۳ نفر مذهبی و ۲ نفر بی‌اعتنا، و گروه کنترل از همین نظر ۶ نفر معمولی، ۳ نفر مذهبی و ۱ نفر بی‌اعتنا بودند. در هر دو گروه به طور مساوی ۸ نفر شهری و ۲ نفر روستایی بودند.

ابزارهای پژوهش

ابزارهایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت عبارت بودند از:

۱. پرسشنامه افسردگی بک (فرم کوتاه): این آزمون به عنوان یکی از مناسب‌ترین معیارهای سنجش که قادر به انعکاس حالات افسردگی در افراد است، انتخاب شد. داده‌های این آزمون براساس مشاهدات تجربی و بالینی تا حدود نسبتاً زیادی شاخص معتبری را در سنجش افسردگی نشان داده است.

هی لی (۱۹۹۲) عنوان می‌کند که در سال ۱۹۷۲، یک و در سال ۱۹۷۴ یک، ریل ویکلرز، فرم کوتاه آن را جهت اجرای سریع در موقعیت‌های کلینیکی و پژوهشی تدوین کرده‌اند. در این پژوهش از مقیاس ۱۳ سؤالی استفاده شده است. ضریب پایایی ۰/۹۰ برای این فرم بررسی شده است. ابراهیمی (۱۳۷۱)، ضریب قابلیت اعتماد این آزمون را از طریق بازآزمایی بر روی ۲۰ آزمودنی بهنجار بعد از ۲ هفته برابر ۰/۷۶ گزارش می‌کند. نورمن و همکاران (۱۹۹۶) به نقل از ویسمه، (۱۳۷۱) ضریب پایایی برای این آزمون را در پژوهشی ۰/۹۱ گزارش کرده است (قربانی، ۱۳۸۰).

۲. پرسشنامه تجربه معنوی دانشجویان (غباری و همکاران، ۱۳۸۴): این پرسشنامه توسط غباری بناب، لوسانی و محمدی در سال ۱۳۸۴ در ایران ساخته شد. این مقیاس بر روی ۳۳۱ نفر از دانشجویان دوره کاردانی و کارشناسی (۱۵۵ پسر و ۱۷۶ دختر) اجرا گردیده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن براساس همین نمونه گزارش شده است. این مقیاس شامل ۷۵ ماده و ۶ مؤلفه، معنایابی در زندگی (۱۹ ماده)، تأثیر ارتباط با خداوند (۱۵ ماده)، شکوفایی و فعالیت معنوی (۱۰ ماده)، تجربیات متعالی عرفانی (۱۵ ماده)، تجربیات سلبی (۱۱ ماده)، فعالیت‌های اجتماعی مذهبی (۵ ماده) است. ضریب پایایی این آزمون ۰/۹۴ گزارش شده که ضریب بالا و قابل توجهی است. همبستگی بین نمره کل مقیاس به ترتیب با مؤلفه دوم «تأثیر ارتباط با خدا» (۰/۸۶)، مؤلفه اول «معنایابی در زندگی» (۰/۷۹) مؤلفه سوم «شکوفایی و فعالیت معنوی» (۰/۷۷) و مؤلفه چهارم «تجربیات متعالی» (۰/۶۷)، مؤلفه پنجم «تجربیات سلبی» (۰/۵۵) و مؤلفه ششم «شکوفایی و فعالیت معنوی» (۰/۴۳) گزارش شده است.

روش اجرا

این پژوهش طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل محسوب می‌شود. پس از گماردن آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل یک دوره آموزش معنویت برای گروه آزمایش اجرا شد. تعداد جلسات ۱۰ جلسه بود که هر جلسه حدود ۱/۵ ساعت طول کشید. آموزش با توافق اعضای گروه ۲ جلسه در هفته برگزار می‌شد. غیر از جلسه اول ابتدا تکالیف مربوط به جلسه قبل بررسی می‌شد و اعضاء حالات و رفتار خود را تا این جلسه برای همدیگر بیان می‌کردند و بازخورد دریافت می‌کردند. در

چند جلسه اول برخی مهارت‌ها علاوه بر آنکه بیرون از جلسه تکلیف داده می‌شد با هم در جلسه نیز اجرا می‌شد و در انتهای جلسه تکلیف متناسب با موضوع جلسه مطرح می‌شد تا اعضاء در فاصله مابین دو جلسه انجام دهند. در جلسه پایانی آموزش، زمانی برای اجرای پس‌آزمون انتخاب شد.

آموزش معنویت

معنویت در هر جلسه با تمرکز بر اعمال معنوی و مذهبی آموزش داده می‌شد. بحث از تعریف معنویت و داشتن معنا در زندگی شروع شد و در پاسخ به این سؤال که زندگی چرا ارزش زیستن دارد؟ حرکت به سوی کمال، عشق، یادگیری و تجربه، محبت و دوست داشتن دیگران از طرف گروه مطرح شد. بخشایش‌گری، مراقبه متعالی، استفاده از دعا، معنایابی در زندگی، معنای مناسک و عبادت‌ها، خود فاش‌سازی تجربه‌های معنوی، به‌عنوان مباحث اصلی مطرح و مورد بحث قرار گرفت، و در برخی جلسات از اشعار عرفانی همراه با موسیقی مناسب استفاده شد.

تمام مداخلات ما معطوف به درون افراد می‌شود با داشتن این عقیده که در دل هر فردی خدا هست.

آموزش معنویت در این پژوهش برگرفته از مداخلات معنوی و مذهبی‌ای است که در منابع مختلف به آن اشاره شده است. مداخلات معنوی و مذهبی شامل: دعا، استفاده از نوشته‌های متون مقدس، مراقبه، تصویرسازی معنوی، (میلر، ۲۰۰۳؛ وست، ۲۰۰۴؛ به نقل از شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۳؛ اعتمادی، ۱۳۸۴) بخشایش‌گری (وست، ۲۰۰۴؛ به نقل از همان؛ اعتمادی، ۱۳۸۴)، عبادات و مناسک (میلر، ۲۰۰۳؛ اعتمادی، ۱۳۸۴)، خود فاش‌سازی معنوی (وست، ۲۰۰۴؛ به نقل از شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۳)، همراهی و خدمت (اعتمادی، ۱۳۸۴)، نوشتن یادداشت‌های روزانه^(۱)، تمرکز^(۲) و کتاب‌درمانی^(۳) (میلر، ۲۰۰۳).

۱. دعا: دعا بخش اصلی اعمال مذهبی است و با توجه به تفاوت‌های فردی و تفاوت‌های فرهنگی اشکال بسیار متفاوتی دارد (ولف، ۱۹۹۷). همانطور که مک‌کولا، و

1. journal writing

2. focusing

3. bibliotherapy

لارسون (۱۹۹۹) بیان می‌کنند، دعا از اعمال، افکار، و نگرش‌هایی تشکیل می‌شود که فرد را به ساحت مقدس پیوند می‌دهد. دعا می‌تواند به عنوان گفتگو تلقی شود و عمل دعا کردن موجب آرام شدن زندگی بر مشغله فرد می‌شود و فرد در مورد سؤالات زندگی خود اطلاعات و جواب‌هایی دریافت می‌کند (بک‌وار^(۱)، ۱۹۹۷) پالما و پندلتون^(۲) (۱۹۹۱، ۱۹۸۹) دعا را به چهار صورت بیان می‌کنند: متفکرانه یا مکاشفه‌ای؛ تشریفاتی یا همیشگی؛ ملتسمانه؛ و خودمانی؛ و مک‌کولا و لارسون (۱۹۹۹) نوع پنجمی به اینها اضافه کردند که دعا به خاطر درخواست سلامتی برای دیگران است و شفاعت و وساطت نام دارد (میلر، ۲۰۰۳).

۲. اندیشه معنوی و مراقبه^(۳): مراقبه نوعی اندیشه معنوی است که شامل عمل همراه با تمرکز می‌باشد. اندیشه معنوی دربرگیرنده مراقبه و لحظات خودانگیخته و سازمان‌نایافته‌ای است که در آن ما با یکتایی و وحدت امور پیوند برقرار می‌کنیم. برخی تحقیقات نشان می‌دهد که فعالیت‌های معنوی و شهودی مثل مراقبه و اندیشه معنوی و تصویرسازی مذهبی نسبت به مداخلات علمی رایج نظیر تن‌آرامی^(۴) که خالی از هر نوع محتوا یا فضای معنوی است، اثرات شفابخش نیرومندتری بر مراجعین مذهبی و معنوی دارد (اعتمادی، ۱۳۸۴).

۳. بخشایش‌گری: جف^(۵) (۱۹۸۷)؛ لیچ^(۶)، (۱۹۹۴)؛ لایل^(۷)، (۱۹۹۵) معتقدند که بخشایش‌گری یکی از عناصر کلیدی مراقبت مذهبی است. انرایت^(۸) سه جنبه را برای بررسی بخشایش‌گری پیشنهاد می‌کند، بخشیدن دیگران، بخشیدن خود، و پذیرش بخشایش‌گری. ریچارد و برگین (۱۹۹۷) خاطر نشان می‌کنند، «تلاش برای بخشایش‌گری زودهنگام، از فرایند شفا دادن جلوگیری می‌کند و موجب بی‌اعتباری و حل نشدن احساساتی همچون درد، سوگ، گناه، شرم و خشم شده و در نتیجه مشکلات زیادی را در زندگی آنها به وجود می‌آورد». (ص ۲۱۳) (به نقل از وست، ۲۰۰۴، ترجمه شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۳). انرایت و همکارانش (۲۰۰۲) اثرات بخشایش‌گری را در کاهش

1. Becvar

3. contemplation and meditation

5. Jeff

7. David Lyall

2. Poloma & Pendleton

4. relaxation

6. Leech

8. Enright

افسردگی و اضطراب و بهبود روابط بین فردی، در پژوهشهای زیادی نشان داده‌اند (غباری، ۱۳۸۴).

۴. همراهی و خدمت: همراهی به معنای مشارکت و در میان‌گذاری علایق، ایده‌آل‌ها یا تجارب است و خدمت نیز به معنای عمل کمک و یاری رساندن، به دیگران است. از دیدگاه معنوی، همراهی و خدمت خالصانه منجر به تقویت ایمان و مقاومت در برابر فشارها، اجتناب از مشغول شدن به خود و گسترش دیدگاه اجتماعی و معنوی، پرورش حس نوع‌دوستی، احساس تعلق و مقبولیت اجتماعی، حس هدفمندی، احساس هماهنگی با خدا، عشق به دیگران، کنار آمدن با استرس، مرگ و بیماری می‌شود (پارگامنت، ۱۹۹۶)، شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد همراهی و خدمت خالصانه اثرات جسمانی و روان‌شناختی مفیدی دارد (اعتمادی، ۱۳۸۴).

۵. تمرکز: هینترکف^(۱) (۱۹۹۸) تمرکز را تکنیکی توصیف می‌کند که می‌تواند در مشاوره به کار رود تا تلفیق معنویت با مشاوره را تسهیل کند. «تمرکز به عنوان یک حس مبهم، جسمانی، کل‌نگرانه از یک موقعیت تعریف می‌شود مثل موقعیت‌هایی مشکل‌آفرین، طرحی خلاق، یا تجربه معنوی (ص ۱۹). تمرکز تکنیکی است که مراجعان یاد می‌گیرند بدون قضاوت به خودشان گوش فرادهند. اما، به گشودگی، و اشتیاق نسبت به ناشناخته‌هایی که رشد تازه او را تسهیل می‌کنند. شش مرحله در این تکنیک وجود دارد که هینترکف آنها را به صورت زیر مشخص کرده است:

الف. روشن‌سازی فضا:^(۲) اینکه احساسات در فرد چطور تجربه می‌شود، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

ب. دریافت معنای حس:^(۳) اینکه فرد واکنش‌های جسمی را به وسیله داشتن «مفهومی احساسی» از سرتاسر مشکل، تجربه کند.

ج. یافتن کنترل (بهبانه):^(۴) فرد در این مرحله به واژه‌ها یا تصاویری فکر می‌کند که احساسات یا واکنش‌های جسمانی مربوط به «مفهوم احساسی» را توصیف می‌کند.

1. Hinterkof

2. clearing a space

3. getting a felt sense

4. finding a handle

د. طنین: (۱) رد در این مرحله از صحت واژه‌هایی که مشکل را توصیف می‌کنند، مطمئن می‌شود.

ه. درخواست: (۲) در این مرحله فرد یک سؤال باز از مفهوم احساسی می‌پرسد و می‌تواند به «تغییر و دگرگونی احساسی» در پاسخ دریافتی، دست پیدا کند.
ی. دریافت: (۳) در این مرحله است که فرد این تجربه و مهارت را برای درکش از خود در جهان هستی، به کار می‌گیرد.

این تکنیک‌ها به افراد کمک می‌کند تا میان ذهن، جسم، و روح خودشان رابطه‌ای برقرار کنند، این ارتباط به آنها اجازه می‌دهد تا انسان‌های یکپارچه‌تری باشند (میلر، ۲۰۰۳).

میلر (۲۰۰۳) عنوان می‌کند که مشاوران باید برای کمک به مراجعان در پروراندن هویتی معنوی تکنیک‌ها را با دقت انتخاب کنند. یک نمونه کاوش و پژوهش در این زمینه، اصلاح درمان چندوجهی (۴) است (کورتیس و دیویس (۵)، ۱۹۹۹). در درمان چندوجهی که از (BASIS ID) (۶) رفتار، عاطفه، احساس، تصویرپردازی، شناخت، روابط بین فردی، داروها و زیست‌شناسی استفاده می‌کنند، برای کمک به مراجعان، مؤلفه معنویت (SP) (۷) را نیز به فرایند اضافه می‌کنند. انتخاب و کاربرد دقیق مداخلات برای افزایش رفاه و آسایش مراجع ضروری است.

ریچارد و برگین (۱۹۹۷) برای کاربرد مداخلات معنوی در مشاوره پیشنهادهایی کلی ارائه کرده‌اند که می‌تواند تنگناهای اخلاقی را کاهش دهند (میلر، ۲۰۰۳):

۱. درمانگران باید در طول روش‌های توافقی خود مراجعان را از این مسئله آگاه کنند که آنها به درمانی با یک جنبه معنوی راه پیدا می‌کنند.

1. resonating

2. asking

3. receiving

4. multimodal therapy

5. Curtis & Davis

6. behavior, affect, sensation, imagery, cognitive, interpersonal relation, drugs.

7. spirituality

۲. درمانگران باید قبل از به کار بردن مداخلات معنوی و مذهبی، موقعیت فعلی و پیشینه مذهبی و معنوی مراجعان را ارزیابی کنند.
۳. درمانگران باید قبل از به کار بردن مداخلات معنوی و مذهبی، رابطه‌ای محبت آمیز و توأم با اعتماد با مراجعان برقرار کنند.
۴. درمانگران باید به دقت این مسئله را در نظر گیرند که آیا مداخلات معنوی و مذهبی لازم است یا نیست.
۵. درمانگران باید مداخلات معنوی و مذهبی‌ای که می‌خواهند، اجرا کنند، به طور واضح توصیف کنند و قبل از اجراء موافقت مراجع را به دست آورند.
۶. درمانگران باید مداخلات معنوی و مذهبی را به شیوه‌ای احترام آمیز به کار ببرند، به خاطر داشته باشید که بسیاری از این مداخلات مثل اعمال مذهبی، بنا بر عقاید مذهبی، مقدس شمرده می‌شوند.
۷. درمانگران باید با توجه به چارچوب ارزشی مراجع خود کار کنند و دقت کنند که عقاید ارزش‌های معنوی خودشان را به مراجع تحمیل نکنند، هر چند آنها باید عقاید مراجعان را به چالش بکشند و به آنها کمک کنند تا عقایدی را که غیر منطقی یا خودمخرب هستند و مربوط به مشکل وی می‌شوند، بررسی کنند.
۸. درمانگران نباید مداخلات معنوی و مذهبی را به شیوه‌ای انعطاف‌ناپذیر و یکنواخت برای همه مراجعان به کار ببرند، ولی از یک شیوه طراحی شده بر اساس درمان و معطف استفاده کنند.
۹. درمانگرانی که به خدا و حقیقت هدایت معنوی متعالی ایمان دارند باید در پی منبع الهام و روشن بینی معنوی باشند، این مسئله می‌تواند در به کارگیری هر نوع مداخلات، راهنمای آنها باشد (ریچارد و برگین، ۱۹۹۷، ص ۲۵۶).

یافته‌های پژوهش

پس از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه جداگانه محاسبه شد. با استفاده از آزمون مستقل تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه با هم مقایسه شد.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی گروه آزمایش و گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره مقیاس افسردگی

| نمره حداقل | نمره حداکثر | میانگین | خطای استاندارد | انحراف استاندارد | تعداد افراد | گروه | |
|------------|-------------|---------|----------------|------------------|-------------|--------|-----------|
| ۷/۰۰ | ۱۶/۰۰ | ۱۰/۰۰۰ | ۰/۹۶ | ۳/۰۵ | ۱۰ | آزمایش | پیش‌آزمون |
| ۳/۰۰ | ۹/۰۰ | ۶/۰۰۰ | ۱/۶۸ | ۲/۱۶ | ۱۰ | | پس‌آزمون |
| ۷/۰۰ | ۱۶/۰۰ | ۱۰/۰۰۰ | ۰/۸۶ | ۲/۷۴ | ۱۰ | گواه | پیش‌آزمون |
| ۶/۰۰ | ۱۴/۰۰ | ۸/۹۰ | ۰/۷۶ | ۲/۴۲ | ۱۰ | | پس‌آزمون |

جدول ۲- مقایسه نمره تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

| گروه | شاخص | میانگین تفاوت | خطای استاندارد | انحراف استاندارد |
|-------------|-------|---------------|----------------|------------------|
| گروه آزمایش | ۴/۰۰۰ | ۰/۴۷ | ۱/۴۹ | |
| گروه گواه | ۱/۱۰۰ | ۰/۲۷ | ۰/۸۷ | |

براساس تحلیل و مقایسه محاسبه شده (۵/۳) با جدول (۲/۵۵)، با درجه آزادی ۱۸ و ۹۹٪ اطمینان این نتیجه به دست آمد که تفاوت بین میانگین‌های دو گروه معنادار است و فرضیه پژوهشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی تأثیر دارد، تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

افسردگی تأثیرات سوء زیادی بر زندگی فرد می‌گذارد و در بسیاری از کارکردهای شخصی و اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند. برای کاهش این تأثیرات، برنامه‌های درمانی مختلفی ارائه شده است. به‌ویژه در سال‌های اخیر بر درمان‌های معنوی تأکید خاصی می‌شود.

در این پژوهش آزمون فرضیه نشان داد که آزمون معنویت می‌تواند به شکل قابل ملاحظه‌ای بر کاهش افسردگی اعضاء اثر بگذارد و موجب تفاوت معنادار بین میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل شود.

نتیجه این پژوهش تقریباً مشابه نتیجه مطالعه پراپست^(۱) و همکارانش (۱۹۹۲)، به نقل از ونتیس^(۲)، (۱۹۹۵) است که در آن برای درمان افسردگی از درمان‌های شناختی رفتاری با ارضای مذهبی و درمان‌های مرسوم دیگر استفاده شد و در نهایت کسانی که با استفاده از تصویرسازی مذهبی یا مشاوره مذهبی با کشیش‌های تحت درمان شناختی - رفتاری قرار گرفته بودند، پس از ۱۸ جلسه درمان ۱ ساعته افسردگی کمتر نمره‌های سازگاری بیشتری داشتند. همچنین حسن‌آبادی (۱۳۸۵) در گروه درمانی معنوی - مذهبی به منظور افزایش عزت نفس، به نتایج مشابهی دست یافت. در این پژوهش که بر روی ۲۴ نفر از زندانیان مرد در مشهد اجرا شد، در طی یک دوره ۱۵ جلسه‌ای، آزمون فرضیه نتایج معنا داری را نشان داده است.

نتیجه این تحقیق همچنین مطابق پژوهش میتون^(۳) (۱۹۹۸) است که در گزارش خود نشان داد، حمایت معنوی ناشی از احساس ارتباط با خدا، اثرات موقعیت‌های اضطراب‌انگیز را کاهش داده و به‌طور مثبتی بر افسردگی، میزان سازگاری و حرمت خود اثر می‌گذارد (بهرامی، ۱۳۸۱). در راستای این پژوهش، نتایج مطالعات کونینگ، مک‌کلاف و لارسن (۲۰۰۱) بر روی افرادی که تجربیات معنوی داشته‌اند و کسانی که تجربیات بالایی نداشته‌اند نشان داد که تجربیات معنوی در افزایش سلامتی مؤثر بوده است (غباری و همکاران، ۱۳۸۴).

در مورد علت تأثیر آموزش معنویت شاید بتوان به مطالعاتی اشاره کرد که چگونگی تأثیر تجربه‌های عرفانی و معنوی را بر روی افراد بررسی کرده‌اند. بر همین اساس نیوبرگ و دی‌اکویلی^(۴) (۲۰۰۱) معتقدند در همه تجربه‌های عمیق مذهبی حالت‌های وحدت‌یافتگی یا احساس یگانگی با کل هستی یا مبدأ آن و تجربه‌هایی نظیر وجد، نشاط، خوف، رجا دیده می‌شود. با توجه به این دیدگاه تجربه مذهبی یک تجربه شناختی عاطفی است که قسمت‌هایی از مغز مثل «دستگاه کناری»، «قطعه آهیانه بالایی»، «قطعه گیجگاهی پایینی» و «قشر جلوی پیشانی» را درگیر می‌کند به عقیده این افراد هنگامی که فرد از طریق «عبادت» یا «تأمل درونی» به تجربه مذهبی دست می‌یابد.

1. Propst

2. Wentis

3. Mitun

4. Newberg, & d'Aquili

در تمام این نواحی فعل و انفعالاتی صورت می‌گیرد. برای مثال، در پاره‌ای از شیوه‌های «مراقبه» فعالیت یا تمرکز روی یک شیء بیرونی یا یک موضوع درونی آغاز می‌شود. این تمرکز موجب فعال شدن مداری شامل «قشر جلوی پیشانی سمت راست» و «قطعه گیجگاهی پایینی» و «قطعه آهیانه بالایی» می‌شود.

مداخلات معنوی استفاده شده در این پژوهش به‌طور کلی به نگرش و باور افراد مربوط می‌شود، بخشایش‌گری که شامل بخشیدن خود، دیگران و پذیرش بخشایش‌گری می‌شود به ارتباط با دیگران مربوط می‌شود و شناخت افراد را نسبت به شیوه تعامل با همدیگر تغییر می‌دهد، قسمت عمده آن شامل ارتباط افراد با خداوند می‌شود و اینکه آنها با این تفکر روبه‌رو می‌شوند که با وجود اشتباهات زیاد می‌توانند از طرف خداوند حمایت معنوی دریافت کنند آنچه که از این مورد در جلسات به‌دست آمد این بود که مفهوم خداوند در ذهن بیشتر افراد به‌صورت تنبیه‌کننده و مجازاتگر است تا حمایتگری مهربان.

دعا ارتباط فرد با خدا را به‌صورت قوی‌تری متجلی می‌کند و فرد در هر زمان که دچار یأس و ناامیدی می‌شود و حتی در مواقع شادی و خوشحالی می‌تواند با خدا ارتباط برقرار کند این به فرد نیروی تازه‌ای می‌بخشد در واقع شکل‌گیری چیزی که خواست فرد است چه به‌صورت شفاهی و چه به‌صورتی که در ذهن او به مفهوم درمی‌آمد او را جهت اقدامی تازه و پیدا کردن راه‌حل برای مسئله خود رهنمون می‌کرد به‌گونه‌ای که در واقع این تصور خود فرد است که تغییر کرده و حالا او را به سمت خواسته‌هایش سوق می‌دهد. مطابق با پژوهش سالسمن و همکاران (۲۰۰۵) که رابطه بین مذهب و معنویت و سازگاری روان‌شناختی را با نقش واسطه‌ای خوش‌بینی و حمایت اجتماعی مورد بررسی قرار دادند، رابطه بین مذهب درونی و رضایت از زندگی و رابطه بین تحقق دعا و رضایت از زندگی از خوش‌بینی و حمایت اجتماعی تأثیر پذیرفته است. به‌علاوه، رابطه بین مذهب و سازگاری به‌دست آمد و مشخص شد که مذهب درونی و تحقق دعا با رضایت بیشتری از زندگی در ارتباط هستند، اما مذهب برونی با رضایت از زندگی رابطه‌ای نداشت. این یافته‌ها حتی بعد از محاسبه متغیرهای سن، جنس، قومیت و مطلوبیت اجتماعی نیز معنادار بود.

خود فاش سازی تجربه‌های معنوی در واقع به دو طریق به افراد کمک می‌کرد. ۱- افراد از تجربیات متعالی خود حتی در سطح پایین آگاه می‌شدند و حال می‌دانستند که آنها نیز این تجربیات را داشتند و تنها به تقویت و تمرین بیشتری برای افزایش دادن و عمق بخشیدن به این تجربیات، نیاز دارند. ۲- افراد با تبادل تجارب و افکار خود با همدیگر متوجه می‌شدند که این تجارب عجیب نیست، و همه سطحی از آن را تجربه کردند، و حال از بیان آنها اجتناب نمی‌کردند.

با تمرین مراقبه متعالی (TM) و انجام آن به‌طور روزانه ذهن، برای انجام کارهای روزانه آماده می‌شود و فرد نیروی تازه‌ای به دست می‌آورد مراقبه متعالی باعث می‌شود افراد به مشاهده آنچه در ذهن‌شان می‌گذرد، بدون قضاوت کردن در مورد آنها و چالش ایجاد کردن، با پیشرفت در این عمل و با تمرکز مناسب می‌توانستند افکار خود را کنترل کرده و در واقع ذهن خود را فعال نگه دارند، احساس یکی شدن با هستی در مراقبه متعالی تجربه می‌شود و حس‌رهایی را در او به وجود می‌آورد. در این پژوهش امکان کنترل کامل متغیرها وجود نداشت مانند سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و اجتماعی.

به دلیل اینکه این دوره آموزشی تقریباً ابتدای مسیر خود را طی می‌کند نیاز به بررسی و مطالعه بیشتری دارد و همچنین نمونه از میان افراد داوطلب شرکت در جلسات انتخاب شد که در پژوهش‌های مورد استفاده نمره مورد نظر را کسب کرده بودند، در استفاده از نتیجه این پژوهش و تعمیم آن باید کمی احتیاط کرد.

پیشنهاد می‌شود، در مورد راهبردهای معنوی در ایران و وجه اشتراک و تفاوت آنها با راهبردهای دیگر مطالعاتی صورت بگیرد، با این شیوه می‌توان تفاوت‌های فرهنگی و مسائل مرتبط با جوامع را نیز لحاظ کرد و به راهبردهای مناسبی دست یافت. می‌توان از این آموزش در جلسات فردی و گروهی استفاده کرد و نوع راهبردهای به کار گرفته شده، نتایج آنها و مدت زمان مورد نیاز برای درمان را با هم مقایسه کرد، و این راهبردهای آموزشی را می‌توان در برنامه‌های آموزشی هر دانشگاه و در سطح خوابگاه‌ها مورد استفاده قرار داد.

منابع

- اعتمادی، ع. (۱۳۸۴). ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، ۱۰ (۳۶ و ۳۵)، ۱۴۶-۱۳۱.
- برآبادی، ح. (۱۳۸۳). بررسی نقش درمان یکپارچه‌نگر بر بهبود ادراک خود بزهکاران معناد بر اساس ارتقاء سطح ادراک خود. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- بهرامی احسان، ه. (۱۳۸۱). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرکت خود. مجله روانشناسی ۲۴، ۶ (۴)، ۳۴۷-۳۳۶.
- حاتمی، ج؛ کرمی نوری، ر؛ رسول‌زاده طباطبایی، س. ک؛ نوروزیان، م. و سیف‌اللهی، ش. (۱۳۸۴). بررسی تغییرات جریان خون ناحیه‌ای مغز، هنگام دستیابی به تجربه مذهبی با استفاده از روش مقطع نگاری با فوتون گاما (SPECT). مجله روانشناسی ۳۵، ۹ (۳)، ۲۹۱-۲۷۹.
- حسن‌آبادی، م. ح. (۱۳۸۵). بررسی میزان اثربخشی گروه درمانی معنوی - مذهبی در افزایش عزت نفس زندانیان مرد زندان مرکزی مشهد. رساله دکتری، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- زمانی، ش. (۱۳۸۱). ماجرای معنویت در دوران جدید از گالیه تا فروید. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- سلیمانی‌زاده، ل. (۱۳۸۰). بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با نگرش مذهبی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی و بهداشت بندرعباس. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی دین در بهداشت روانی. تهران: معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- شارف، ر. اس. (۱۳۸۴). نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره. فیروزبخت، م. تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- شفیع‌آبادی، ع؛ ناصری، غ. ر. (۱۳۸۱). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. چاپ هفتم. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- صادقی، م؛ مظاهری، م. ع. (۱۳۸۰). اثر روزه‌داری بر سلامت روان. مجله روانشناسی، ۳۵، ۹ (۳)، ۳۹۲-۳۰۹.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۳). آدلر - پیشگام روانکاوی جامعه‌نگر. چاپ اول. تهران: دانژه.
- غباری بناب، ب. (۱۳۸۴). استفاده از روش عفو و گذشت در اصلاح روابط بین‌فردی. تهران: معاونت دانشجویی و فرهنگی.

غباری بناب، ب؛ لواسانی، غلامعلی لواسانی، م؛ محمدی، م. ر. (۱۳۸۴). ساخت مقیاس تجربه معنوی دانشجویان. *مجله روانشناسی* ۳۵، ۹ (۳)، ۲۶۱-۲۷۸.

فقیهی، ع. ن. (۱۳۸۴). بهداشت و سلامت روان در آینه علم و دین. چاپ اول. قم: حیات سبز.
قربانی، ع. (۱۳۸۰). بررسی تأثیر روش درمانی برگرفته از نهج البلاغه در کاهش افسردگی دانشجویان دانشگاه‌های تهران در مقایسه با رفتار درمانگری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

کریمی، ف. (۱۳۸۴). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی (درونی - برونی) با افسردگی و اضطراب. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

وست، و. (۱۳۸۳). روان‌درمانی و معنویت. ترجمه ش. شهیدی؛ س. شیرافکن. تهران: رشد.

Bartlett, S.J.; Piedmont, R.L. Bilderback, A.; Matsumoto, A.K. & bathon, J.M. (2003).

Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Journal of American College of Rheumatology*, 49(6), 778-783.

Berry, D. (2003). *Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies*, *Running head: Religious psychotherapy*. WWW. Religious Psychotherapy.com. pp. 1-27.

Charlton, B.G. (2006). *Despite their inevitable conflicts-science, religion and new age spirituality are essentially compatible and complementary activities*.

Editor-in-chief-Medical Hypotheses university of new castle upon Tyne. Available: <http://intl. Elsevier health. Com/jourants/mehy>.

Davison, G.C. & Neal, J.M. (2001). *Abnormal psychology. Chapter: Mood disorders* (8nd ed) (pp. 240-281). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Echstein, D. & Kern, R. (2002). *Life style assessments and interventions, lifestyle Skills* (5nd ed). Iowa: Kendall/Hunt.

Hill, P.C. & Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Journal of American Psychologist*, 58(1), 64-78.

Mabe, A. & Josephson, A.M. (2004). Adolescent Psychopathology: Spiritual and religious Perspectives. *Journal of Child Adolescent Psychiatric clin NAM*, 13, 111-125.

- Miller, G. (2003). *Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy (theory and technique)*. Hoboken & New Jersey: John Wiley & Sons/Inc.
- Miller, W.R. & Thoresen, C.E. (2003). Spirituality, religion, and health, and emerging research field. *Journal of American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Murphy, P.F.; Ciarrocchi, J.W.; Piesmont, R.L.; Cheston, S.; Peyrot, M. & Fitchett, G. (2000). The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. *Journal of Consult Clin Psychol*, 68, 1102-6.
- Peach, H.G. (2003). Religion, Spirituality and health: How should Australia's medical professionals respond? *Journal of MJA*, 178, 86-88.
- Piedmont, R.I. (2005). *Assessment of spirituality and religious sentiments*. The Loyola Graduate Center, WWW. Loyola. EDU. Pp: 1-59. Loyola college in Marryland. Columbia.
- Piedmont, R.L. (1999). Does Spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual Transcendence and the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 7 (6), 985-1013.
- Piedmont, R.L. (2001). Spiritual Transcendence and the scientific study of spirituality. *Jornal of Rehabilitation*, 67, 4-14.
- Piedmont, R.L. (2004). The logoplex as a paradigm for understanding spiritual transcendence. *Research in the Social Scientific study of Religion*, 15 (14), 262-284.
- Puchalski, C.M.; Dorff, R.E. & Hendi, I.Y. (2004). Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Journal of Clin Geriatr Med*, 20, 689-714.
- Salsman, J.M.; Tramara, L.; Brechting, E.H. & Carlson, C.R. (2005). The Link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Journal of Society for Personality and Social Psychology*, 31(4), 522-535.
- Thune-Boyle, I.C.; Stygall, J.A.; Keshtgar, M.R. & Newman, S.P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Journal of Social Science & Medicine*, 63, 151-164.

Wentis, W.L. (1995). The relationship between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 15, 33-48.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی