

مقدمه

ورود به دانشگاه، تغییر عمده‌ای در زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی به وجود می‌آورد. در این دوره، فرد با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی روبه‌رو می‌شود و با انتظارات و نقش‌های جدیدی روبه‌رو می‌شود. قرار گرفتن در چنین شرایطی، غالباً با فشار و نگرانی توأم بوده، عملکرد و بازدهی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (شیربیم و همکاران، ۱۳۸۷). انتقال از دوره متوسطه به دانشگاه، برای بیشتر افراد رخدادی تنش‌زا محسوب می‌شود؛ زیرا در این مرحله دانشجویان با شرایط و الزامات جدیدی مواجه می‌شود که تجربه‌ای درباره آن ندارد. در غالب موارد، فاقد مهارت‌های لازم برای مقابله با آنها می‌باشد (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۰).

ناتوانی دانشجویان در این فرایند می‌تواند منبع مشکلات متعدد روانی برای او باشد. این مجموعه تغییرات، برای عده‌ای استرس حاد و جدی تلقی می‌شود (ر.ک: فرح‌بخش، ۱۳۹۰). پایین بودن مؤلفه‌های شناختی، مثل تاب‌آوری بر روند سازگاری و انطباق با شرایط جدید تأثیر سوء دارد (دنسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ لوینسون و پونزتی، ۲۰۰۰). با توجه به این امر، سازگاری دانشجویان فرایندی است که همواره مورد توجه متخصصان و مشاوران برای کمک به آنان شده است.

تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رؤیاری و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند (ایزدیان و همکاران، ۲۰۱۰)، افسردگی را کاهش می‌دهد (وایت و همکاران، ۲۰۱۰)، توانایی سازگاری با درد (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹) و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (رنجبر و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین تاب‌آوری از مشکلات روان‌شناختی در جوانان پیشگیری می‌کند، از آنها در برابر تأثیرات روان‌شناختی حوادث مشکل‌زا محافظت می‌کند (پینکارت، ۲۰۰۹).

تاب‌آوری ریشه در برخی از نظریه‌های روان‌شناسی دارد. توجه فروید به توانایی انسان جهت تفوق بر شرایط ناگوار (ماستن و کوتسورث، ۱۹۹۵)، مفهوم دلبستگی بالبی، مدل «تاب‌آوری من» بلاک و سازوکارهای دفاعی و ایلات (مگینس، ۲۰۰۷)، مفاهیمی مانند علاقه اجتماعی، اشتباه‌های اساسی، شجاعت ناکامل بودن و دلگرم‌سازی در نظریه آدلر و همکار او، درایکورس (میلیرن و همکاران، ۲۰۰۲؛ والش، ۲۰۰۶)، جایگاه انتظارات خودکارآمدی در تعیین رفتارهای انطباقی و میزان تلاش و مقاومت فرد در مواجهه با موانع و شرایط ناگوار در نظریه بندورا (بندورا، ۱۹۹۷)، نقش نظام باورها و نگرش‌های فرد از نظر الیس و بک (لایتسی، ۲۰۰۶)، همچنین نقش ارزیابی‌های شناختی در کنار آمدن فرد از دیدگاه لازاروس و فولکمن (لازاروس، ۱۹۹۳)، دیدگاه روش‌های بوم‌شناختی برونفن برنر و روشی که

اثر بخشی معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری

فاطمه دهقان / پژوهشگر مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

Fateme.dehghan1368@gmail.com

مرضیه پیری کامرانی / دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی

جهانگیر کرمی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه رازی کرمانشاه

دریافت: ۱۳۹۳/۲/۲۲ - پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۱۵

چکیده

مطالعات معنوی در روان‌شناسی، موضوعی اساسی است و توجه به آن، در بسیاری از کشورها در حال افزایش است. این پژوهش، با هدف تعیین اثربخشی معنویت‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری در دانشجویان انجام گرفت. برای انجام پژوهش، از بین کلیه دانشجویان دانشکده فنی و حرفه‌ای سماء شهر کرمانشاه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده نمونه‌ای، با حجم ۵۰ نفر (۲۴ نفر گروه آزمایش و ۲۶ نفر گروه کنترل) انتخاب گردید. پژوهش آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. افراد گروه آزمایش ده جلسه در مداخلات معنویت‌درمانی گروهی شرکت کردند. پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون، به‌عنوان ابزار گردآوری داده‌ها استفاده گردید. داده‌های به‌دست‌آمده با روش آماری کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد، تفاوت بین میانگین نمره تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل با کنترل متغیر پیش‌آزمون، معنی‌دار بوده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، می‌توان گفت: معنویت‌درمانی گروهی در افزایش تاب‌آوری دانشجویان به‌طور چشم‌گیری مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: معنویت‌درمانی گروهی، تاب‌آوری، دانشجویان.

عوامل و لایه‌های مختلف بر فرد، به‌ویژه کودک تأثیر می‌گذارند، سبک تفکر و تبیین افراد از دیدگاه سلیگمن (سلیگمن و همکاران، ۱۹۹۵) و درنهایت، نقش معنا دادن به زندگی برای باقی ماندن در شرایط ناگوار براساس نظر فرانکل (کوری، ۲۰۰۵، ص ۱۵۸)، نقطه پیوند این نظریه‌ها با مفهوم تاب‌آوری است (کاوه و همکاران، ۱۳۹۰).

تاب‌آوری خصیصه‌ای است که به‌صورت کاملاً طبیعی رخ می‌دهد و اشاره بر فرایندی پویا دارد که انسان‌ها در زمان مواجهه با شرایط ناگوار یا ضربه‌های روحی به صورت رفتار انطباقی مثبت از خود نشان می‌دهند. تاب‌آوری، به‌عنوان عاملی در جهت سازگاری موفقیت‌آمیز با تغییرات و توانایی مقاومت در برابر مشکلات شناخته شده است. تاب‌آوری، به فرد این امکان را می‌دهد که بتواند از مهارت سازگاران خود سود جسته و شرایط استرس‌زا را به فرصتی جهت یادگیری و رشد تبدیل کند و با تمرکز بر مشکل، استرس را در فرد کنترل کند. تاب‌آوری، تنها طریق سازگاری با استرس نیست، بلکه به معنی بهبود، انعطاف‌پذیری و برگشت به حالت اول می‌باشد. در تاب‌آوری، مقوله‌های تحمل، بهبودی و انعطاف‌پذیری مستتر است. شخص تاب‌آور با استرس‌ها، چالش‌ها و حوادث زندگی خود روبه‌رو شده و همچنین حضور فعالانه در محیط زندگی خود دارد (پورافضل و همکاران، ۱۳۹۲).

در سطح فردی، بررسی‌های اخیر نشان داده است که نگرش معنوی و امید به آینده، به‌عنوان پتانسیل‌های حمایتی برای تاب‌آوری می‌باشند (حمید و همکاران، ۱۳۹۱). چندین تحقیق نشان داده که معنوی بودن در افراد، احساس هدفمندی ایجاد می‌کند و برخی از افراد، علی‌رغم اینکه با مشکلاتی روبه‌رو هستند، از ایمانشان برای ایجاد امید به بهبود شرایط در آینده بهره می‌برند (کینگ، ۲۰۰۸، ص ۵۵). احساس هدفمندی و نگرش معنوی، از جمله عوامل حمایتی در تاب‌آوری هستند (پرکینز و جونز، ۲۰۰۴). طبق نظر گراهام و همکاران (۲۰۰۱)، کسانی که اعتقادات معنوی قوی‌تری دارند، در برابر تنش و فشار مصونیت بیشتر و سلامت بالاتری دارند. نقش معنا دادن به زندگی برای باقی ماندن در شرایط ناگوار، براساس نظر فرانکل، نقطه پیوند این نظریه با مفهوم تاب‌آوری است (کوری، ۲۰۰۵، ص ۱۵۸).

معنویت، دانش پایه‌ای است که فرایند سازگاری با محیط را افزایش می‌دهد و دست‌کم پنج کارایی دارد که می‌تواند به رفتارهای سازگاران با محیط بیانجامد؛ ظرفیت متعالی کردن کارها، به معنای توجه به یکپارچگی جهان آفرینش؛ تجربه سطح بالایی از خودآگاهی؛ بررسی و پالایش تجربه‌های روزانه در ارتباط شخص با احساس مذهبی و معنوی؛ به‌کارگیری منابع معنوی در حل مشکلات زندگی و انجام اعمال پرهیزکارانه مثل گذشت، فداکاری و مانند اینها (صمدی، ۲۰۰۶). پیشرفت روان‌شناسی و ماهیت

پیچیده و پویای جوامع نوین موجب شده نیازهای معنوی بشر در برابر نیازهای مادی قد علم کند و اهمیت بیشتری بیابند (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰). نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی، در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی، که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی تعیین می‌شود. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند (مارتون و همکاران، ۲۰۰۲).

یانگ و ماو (۲۰۰۷) معتقدند: داشتن هدف و معنا در زندگی، احساس تعلق داشتن به معنای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد معنوی با دارا بودن آنها، می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند. همچنین به اعتقاد فونتسولاکیس و همکاران (۲۰۰۸)، باور به اینکه خدایی هست، که بر موقعیت‌ها مسلط و ناظر بر بندگان است، تا حد بسیار زیادی، اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد.

زمان آن رسیده است که راه‌کارهای معنوی، با نظریه و روش علمی روان‌درمانی ترکیب شود (ریچارد و همکاران، ۲۰۰۷). در طول تاریخ، مکاتب گوناگون انسانی و روان‌شناسی، به دنبال ارائه راه‌حلی بوده‌اند و به انسان و نیازهای او توجه کرده‌اند. مطالعات معنوی در روان‌شناسی، در سطح موضوعی اساسی است. توجه به آن در بسیاری از کشورها در حال افزایش است (ریچارد و همکاران، ۲۰۰۷). معنویت شامل ادراکات حاصل از خود و ترکیبی از عوامل شخصیتی و باورهای بنیادین، در خصوص بودن و داشتن معنی در زندگی است که این باورها با جنبه‌های گوناگون زندگی از جمله جنبه‌های اجتماعی، جسمانی و روان‌شناختی در ارتباط می‌باشد (یانگ و ماو، ۲۰۰۷).

هدف عمده مطالعات علمی، در ارتباط با مسائل مذهبی- معنوی، روشن ساختن طبیعت تأثیرات عوامل مذهبی- معنوی بر سلامتی بوده است. فراتحلیل‌های اخیر گزارش داده‌اند که فرائض و دلبستگی‌های معنوی، به‌طور معنادار با سلامتی و طول عمر، همبسته هستند (فلانلی و گالیک، ۲۰۱۰). بعضی از باورهای وجودی (ترس از خدا، اضطراب مرگ، باور مربوط به زندگی پس از مرگ)، با احساس بهزیستی رابطه دارد (کوهن و هال، ۲۰۰۹). فیسچر و همکاران (۲۰۱۰)، رابطه بین هویت مذهبی و استراتژی‌های مقابله‌ای ترجیح داده شده بین فردی و درون‌فردی در افراد مسلمان و مسیحی را سنجید و بیان کرد که وابستگی‌های معنوی، که برای کمک به کنار آمدن افراد با مشکلات و رویدادهای

همتاسازی و جایگزینی تصادفی در گروه‌ها، سعی شد کنترل شود. متغیر احتمالی دیگر عامل رشد بود که از دانشجویان هر دو گروه تعهد گرفته شد تا طی دوره آموزش تحت آموزش دیگری قرار نگیرند. شرایط لازم برای شرکت‌کنندگان در جلسه‌های آموزش عبارت بودند از: ۱. دانشجو بودن؛ ۲. نداشتن ملاک‌های تشخیصی اختلالات بارز روان‌پزشکی؛ ۳. نداشتن بیماری جسمی که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش باز دارد.

ابزار پژوهش

مقیاس تاب‌آوری (CD-RIS): این پرسش‌نامه را کونور و دیویلسون با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند (سامانی، ۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس، بر این عقیده‌اند که این پرسش‌نامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (همان).

محمای (۱۳۸۴)، آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است. بررسی پایایی در دانشجویان، به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین نتایج آزمون تحلیل عامل بر روی این مقیاس، بیانگر وجود یک عامل عمومی در مقیاس بود. مقدار ضریب KMO برای این تحلیل، برابر با ۰/۸۹ و مقدار آزمون کروییت پارتلت برابر با ۱۸۹۳/۸۳ بود. مقدار ارزش ویژه برای این عامل عمومی، ۲۶/۶٪ از واریانس کل مقیاس را تعیین می‌کند (سامانی و همکاران، ۱۳۸۶).

فرایند اجرا و روش مداخله

دانشجویان داوطلب شرکت در جلسات آموزشی در زمان ثبت نام، پرسش‌نامه تاب‌آوری را کامل کردند. پس از گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش تحت درمانی مبتنی بر مداخلات معنوی مطرح شده توسط ریچاردز و برگین (۲۰۰۵)، ولی با رویکردی اسلامی قرار گرفتند (لطفی‌کاشانی و همکاران، ۱۳۹۱). تعداد جلسات با توجه به محتوای قابل آموزش، ۱۰ جلسه بود که هر جلسه حدود ۱/۵ ساعت طول کشید. غیر از جلسه اول، ابتدا تکالیف مربوط به جلسه قبل بررسی شد و اعضا حالات و رفتار خود را تا این جلسه، برای همدیگر بیان کرده و بازخورد دریافت می‌نمودند. در چند جلسه اول، برخی مهارت‌ها علاوه بر آنکه بیرون از

استرس‌زا کمک‌کننده می‌باشند، در مورد مسیحیان و مسلمانان هر دو صدق می‌کند و هویت مذهبی انواع گوناگون روش‌های مقابله را پرورش می‌دهند. حمید و همکاران (۱۳۹۱)، طی پژوهشی بین هوش معنوی و تاب‌آوری رابطه مثبت به دست آوردند. *اژدری‌فرد* و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش عرفان و معنویت موجب افزایش سلامت روان و بهبود عملکرد جسمانی، اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان شده است. *غلامی و شلیبیه* (۱۳۹۰) نیز در پژوهش خود، اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه را نشان دادند. همچنین *تقی‌زاده و میرعلایی* (۱۳۹۲)، مؤثر بودن معنویت‌درمانی گروهی در افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به ام. اس را نشان داده‌اند. داشتن معنا در زندگی، امیداری به یاری خداوند در شرایط مشکل، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، از جمله روش‌هایی است که موجب می‌شود افراد در هنگام مواجهه با حوادث، مصائب و مشکلات آسیب کمتری دیده و سلامت روان خویش را در حد بهینه حفظ کنند. با توجه به مزایای تاب‌آوری برای افراد جامعه، به‌ویژه دانشجویان به‌عنوان نیروی جوان و آینده‌سازان جامعه، برخی از روان‌شناسان و پژوهشگران کوشیده‌اند روش‌هایی را برای افزایش میزان تاب‌آوری در افراد ارائه دهند. در همین راستا، این پژوهش به دنبال تعیین میزان اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری بوده است.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع طرح‌های آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشکده فنی و حرفه‌ای سماء شهر کرمانشاه، که در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، نمونه‌ای با حجم ۵۰ نفر (۲۴ نفر گروه آزمایش و ۲۶ نفر گروه کنترل) انتخاب گردید. پیش از اجرای متغیر مستقل (معنویت‌درمانی گروهی)، آزمودنی‌های انتخاب شده در هر دو گروه، در پیش‌آزمون اقدام به پر کردن ابزار پژوهش (پرسش‌نامه موردنظر) کردند. متغیر مستقل در این پژوهش عبارت است از: «معنویت‌درمانی گروهی» و متغیر وابسته تاب‌آوری بود. پس از اتمام جلسات آموزشی، پس‌آزمون روی دو گروه اجرا شد. با توجه به اینکه در طرح آزمایشی این پژوهش، پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با گروه گواه بود، برای کنترل اثر عامل پیش‌آزمون، از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده گردید. همچنین عوامل احتمالی تأثیرگذار دیگر ویژگی‌های آزمودنی‌ها مانند جنسیت، معدل تحصیلی، سن و سال ورود به دانشگاه بود که از طریق

جلسه تکلیف داده می‌شد، در جلسه نیز اجرا می‌شد. در انتهای جلسه، تکلیف متناسب با موضوع جلسه مطرح می‌شد تا اعضا در فاصله ما بین دو جلسه انجام دهند. در جلسه پایانی آموزش، به اجرای پس‌آزمون برای دو گروه پرداخته شد.

جدول ۱. جلسات آموزش معنویت درمانی

جلسات آموزش	عنوان جلسات
جلسه ۱	توزیع پرسش‌نامه تاب‌آوری
جلسه ۲	پله اول: خودشناسی، شناخت ماهیت خود، توانمندی‌ها و محدودیت و پذیرش مسئولیت الهی خود
جلسه ۳	پله دوم: پذیرش الوهیت الهی و رسالت انسان‌های برگزیده پله سوم: تعریف و تعیین سرنوشت و کیفیت زندگی و برنامه‌ریزی برای آن.
جلسه ۴	پله چهارم: اعتراف به گناهان نزد خداوند و پذیرش ضعف‌های خویش پله پنجم: شناسایی ستم‌هایی که بر خود و دیگران کرده‌ایم و تلاش برای احیای حقوق الهی، مردم و خود با رعایت تمام جوانب.
جلسه ۵	پله ششم: تفویض امور به خداوند و تقویت اراده فردی برای رشد معنوی و پاک شدن از ویژگی‌های منفی فکری و رفتاری و تلاش برای جایگزینی ویژگی‌های مثبت به جای ویژگی‌های منفی.
جلسه ۶	پله هفتم: یادگیری و باورمندی معنوی پله هشتم: تصمیم‌گیری برای رشد معنوی و معنوی شدن از مسیر درست برای رسیدن به آگاهی.
جلسه ۷	پله نهم: فضاسازی ذهنی و محیطی برای رشد معنوی پله دهم: الگوگیری از معنویات در نظر و عمل
جلسه ۸	پله یازدهم: آزادسازی احساسات و عواطف
جلسه ۹	پله دوازدهم: توانمند و مقتدر شدن جهت حل مشکلات خود و دیگران
جلسه ۱۰	پله سیزدهم: گسترش تجربه‌های معنوی و رسیدن به اوج لذت و ابراز عقاید و تجربه‌های معنوی
جلسه ۱۱	پله چهاردهم: ارزیابی مستمر از خود زیر نظر فردی معنوی و رشد یافته‌تر از خود و مرور و جمع‌بندی.
جلسه ۱۲	ارائه پرسش‌نامه تاب‌آوری به شرکت‌کنندگان در جلسات آموزشی و به موازات آن گروه کنترل.

یافته‌های پژوهش

در جدول ۲ فراوانی اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان ارائه شده است.

جدول ۲. فراوانی اطلاعات دموگرافیک

جنسیت (تعداد)	تأهل (تعداد)	سن	اشتغال
مرد ۳۳	مجرد ۴۲	کمترین ۱۷	شاغل ۱۲
زن ۱۷	متاهل ۸	بیشترین ۳۶	بیکار ۲۸
کل ۵۰	کل ۵۰	کل ۵۰	کل ۵۰

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون تاب‌آوری، در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های تاب‌آوری

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۵۸/۷۰	۱۱/۶۴	۷۶	۶/۶۶
گواه	۵۹/۶۹	۱۵/۲۳	۵۸/۵۷	۱۳/۱۵

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر ۵۸/۷۰ است. این مقدار پس از مداخله درمانی در مرحله پس‌آزمون، به ۷۶ افزایش پیدا کرده است. در گروه کنترل، میانگین نمرات تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون ۵۹/۶۹ است و در مرحله پس‌آزمون، ۵۸/۵۷ بوده که تغییر محسوسی دیده نمی‌شود.

به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها، از روش آماری کوواریانس استفاده شد. در این تحلیل، تأثیر متغیر کنترل پیش‌آزمون برداشته و سپس، دو گروه با توجه به نمره‌های باقی‌مانده مقایسه شدند که در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات تاب‌آوری دو گروه در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل متغیر پیش‌آزمون

منبع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
متغیر وابسته	۱	۴۵۱۹/۶۶	۲۵۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴
گروه	۱	۴۰۹۶/۶۳	۲۳۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۳

برطبق نتایج جدول ۴، مقدار F در این آزمون برای گروه‌ها ۲۳۱/۶۱ بوده است که در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار است. این بدان معناست که بین گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی معنویت‌درمانی در افزایش تاب‌آوری تأثیر معناداری داشته است. بنابراین، می‌توان گفت: که برنامه معنویت‌درمانی موجب تغییر تاب‌آوری دانشجویان در گروه آزمایش شده است. مجذور اتا برابر با ۰/۸۳ می‌باشد؛ یعنی ۸۳ درصد از تغییرات نمرات تاب‌آوری ناشی از اجرای روش درمانی می‌باشد. به عبارت دیگر، معنویت‌درمانی سبب ۸۳ درصد تغییر در نمرات تاب‌آوری گردیده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر روش معنویت‌درمانی به صورت گروهی، بر افزایش تاب‌آوری دانشجویان بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که معنویت‌درمانی به‌طور معناداری میزان تاب‌آوری را افزایش داده است. این نتایج، با یافته‌های اینگلسی و همکاران (۲۰۰۶)، فیسچر و همکاران (۲۰۱۰)، لیونه و همکاران (۲۰۰۴)، آلستر جی و کانینگهام (۲۰۰۵)، ریوهیم و گرینبرگ (۲۰۰۷)، بوالهری (۱۳۷۹)، زاهد بابلان و همکاران (۱۳۹۱)، تقی‌زاده و میرعلائی (۱۳۹۲)، در خصوص تأثیر معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری همسو بوده است.

مبانی نظری بیانگر این نکته هستند که نتایج به‌دست‌آمده را نمی‌توان حاصل یک عامل دانست. این امر به پیوسته و چندعاملی بودن این برنامه درمانی وابسته نیست. به همین دلیل، در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان به عوامل گوناگونی اشاره کرد.

نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت‌درمانی، در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی است که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی تعیین می‌شود. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند. از این منظر می‌توان گفت: باورها، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهند. از این رو، معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه‌های متفاوتی ارزیابی نمایند. بنابراین، معنویت حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌نماید که از این راه، به سازگاری روانی کمک می‌کند (مارتون و همکاران، ۲۰۰۲).

یونگ معتقد بود: دین از ضمیر ناخودآگاه انسان ریشه می‌گیرد و اطمینان، امید و قدرت را در شخص قوت و خصوصیات اخلاقی و معنوی را در او استحکام می‌بخشد و پایگاه بسیار محکمی در مقابل مشکلات، مصائب و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (زاهد بابلان و همکاران، ۱۳۹۱). یانگ و ماو (۲۰۰۷) معتقدند: داشتن هدف و معنا در زندگی، احساس تعلق داشتن به معنای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد معنوی با دارا بودن آنها می‌توانند در رؤیاریی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند. همچنین به اعتقاد فوتتولاکیس و همکاران (۲۰۰۸)، باور به اینکه خدایی هست که بر موقعیت‌ها مسلط و ناظر بر بندگان است، تا حد بسیار زیادی، اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد. به عبارت دیگر، این افراد معتقدند که از طریق اتکای به خداوند، می‌توان موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورد. در همین راستا، طبق نظر گراهام و همکاران (۲۰۰۱)، کسانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، در برابر تنش و فشار مصونیت بیشتر و سلامت بالاتری دارند.

عامل دیگری که در اثربخشی معنویت‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری دانشجویان مؤثر بود، دلبستگی به خدا بود که جلسات سوم تا ششم پکیج معنویت‌درمانی، مربوط به این عامل بود. به‌طورکلی، سبک دلبستگی به خدا، عمل مهم و مؤثری بر سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی و توانایی مقابله با

بیماری‌هاست. یکی از انواع موضوعات، دلبستگی به خداوند است. به نظر می‌رسد، افراد دارای دلبستگی ایمن، از افراد دارای دلبستگی نایمن اجتنابی و اضطرابی آن را نشان می‌دهد. دلبستگی ایمن به افزایش تاب‌آوری و توان مقابله با مشکلات منجر می‌شود (بلسکی، ۲۰۰۲). در این راستا، می‌توان گفت: افراد با دلبستگی بالا به خدا، به دلیل برخورداری از منابع حمایتی توانایی بیشتری برای مقابله با مشکلات دارند؛ یعنی در بین افراد، خداوند به‌عنوان منبع دلبستگی زمینه‌ای فراهم می‌کند که شخص احساس ایمنی بیشتری بکند و از این طریق، توان مقابله بالاتری با مشکلات روان‌شناختی و جسمانی داشته باشد. علاوه بر این، می‌توان گفت: معناداری زندگی به‌عنوان عامل میانجی عمل می‌کند؛ به این صورت که فرد دلبسته به خدا، زندگی هدفمند و معناداری دارد و بر این عقیده است که زندگی معنا و مفهومی دارد. از این رو، به شکل کارآمدتری قادر به سازگاری با مسائل و موانع روزمره خواهد بود (زاهد بابلان و همکاران، ۱۳۹۱).

عامل بعدی مربوط به برگزاری دوره، به صورت گروه‌درمانی است. به نظر بسیاری از متخصصان، درمان به صورت گروهی بسیار مؤثر می‌باشد. گروه، موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی فرد می‌شود و سیستم حمایتی مفیدی در اختیار او قرار می‌دهد. از سوی دیگر، فرد با مشاهده دیگران، به منحصر به فرد نبودن مشکل خود پی می‌برد. این موضوع موجب امیدواری بیشتر او خواهد شد.

براساس تحلیل آماری، معنویت‌درمانی گروهی، روشی مناسب برای افزایش تاب‌آوری دانشجویان می‌باشد. با توجه به اینکه دانشجویان جامعه آماری این پژوهش بودند، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. هرچند تلاش شده که شرایط تا حد امکان کنترل گردد، اما نیازمند پژوهش‌های گسترده در همه زمینه‌ها و سایر جوامع آماری می‌باشد. درنهایت، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت: معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند، بنابراین، معنویت حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌نماید که از این راه به سازگاری روانی کمک می‌کند.

منابع

Cohen, AB, & Hall, DE, ۲۰۰۹, Existential beliefs, social satisfaction, and well-being among Catholic, Jewish, and Protestant older adults, *Int J Psychol Relig*, v. ۱۹ (۱), p. ۳۹-۵۴.

Dennison, L, & et al, ۲۰۰۸, A review of psychological correlates of adjustment in patient with multiple sclerosis, *Clinical psychology review*, v. ۲۹, p. ۱۴۱-۱۵۳.

Fischer, P, & et al, ۲۰۱۰, The Relationship Between Religious Identity and Preferred Coping Strategies: An Examination of Interpersonal and Christian Faiths Review of General Psychology, v. ۱۴ (۴), p. ۳۶۵-۳۸۱.

Flannelly, KJ, & Galek, K, ۲۰۱۰, Religion, evolution, and mental health: attachment theory and ETAS theory, *J Relig Health*, Sep, v. ۴۹ (۳), p. ۳۳۷-۳۵۰.

Fountoulakis, K,N, & et al, ۲۰۰۸, Late- Life depression, religiosity, cerebralvascular disease, Cognitive impairment and attitudestowards death in the elderly: Interpreting the data, *Medical hypotheses*, v. ۷۰, p. ۴۹۳-۴۹۶.

Graham, S, & et al, ۲۰۰۱, Religion and Spirituality in Coping with Stress, *Counseling and Values*, v. ۴۶ (۱), p. ۲-۱۳.

Ingle, C, & et al, ۲۰۰۶, Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment inpatients with cancer? *A systematic review of the literature Social Science & Medicine*, v. ۶۳, p. ۱۵۱-۱۶۴.

Izadian, N, & et al, ۲۰۱۰, Astudy of relationship between suicidal ideas, depression, reiliency, daily stresses and mental health among Tehran university student, *Proscenia Social and Behavioral Sciences*, v. ۵, p. ۱۵۱۵-۱۵۲۹.

King, G, A, & et al, ۲۰۰۹, Belief Systems of Families of Children with autism spectrum disorders or Down syndrome, Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, v. ۲۰ (۱), p. ۵۰-۶۴.

Lazarus, R, ۱۹۹۳, Coping theory and research Past, present and future, *Journal of Psychometric Medicine*, v. ۵۵, p. ۲۳۴-۲۴۷.

Levinson, J.J, Jr, & Ponzetti P. f, (Eds), ۲۰۰۰, *Encyclopedia of human emotions*, New York: Oxford University Press.

Lightsey, O.R, ۲۰۰۶, Resilience, meaning, and well-being, *Journal of the Counseling Psychologist*, v. ۳۴ (۱۰), p. ۹۶-۱۰۷.

Livneh, H, & et al, ۲۰۰۴, Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Preliminary Study of its Factorial Structure *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, v. ۱۳, N. ۳, p. ۲۵۰-۲۶۰.

Maginnes, A, ۲۰۰۷, *The development of resilience: A model*, Unpublished dissertation, University of Canterbury.

Marton, M, G, & et al, ۲۰۰۲, Spirituality andpsychological adaptation among woman with HIV/AIDS: Implications forcounseling, *Journal of Counseling Psychology*, v. ۴۹ (۲), p. ۱۳۹-۱۴۷.

Masten, A. S.& Coatsworth, J. D, ۱۹۹۵, *Competence, resilience, and psychopathology*.

Milliren, A, & et al, ۲۰۰۲, Four phases of Adlerian counseling: Family resilience in action, *The Journal of Individual Psychology*, v. ۵۸ (۳), p. ۲۲۵-۲۳۴.

Perkins, DF, & Jones, KR, ۲۰۰۴, Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents, *Child Abuse & Neglect*, v. ۲۸, p. ۵۴۷-۵۶۳.

Pinquart, M, ۲۰۰۹, Moderating effect of dispositionalresilience on association between hassles andpsychological distress, *Journal of Applied Developmental Psychology*, v. ۳۰, p. ۱-۸.

Revheim, N, Greenberg, W.M, ۲۰۰۷, Spirituality Matters: Creating a time and Place for Hope, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, v. ۳۰ (۴), p. ۳۰۷-۳۱۰.

Richards, P. S, & et al, ۲۰۰۷, Spiritual Approachesin the Treatment of Woman with Eating Disorders, Washington: American Psychological Association.

Richards, S.P, & Bergin, A.E, ۲۰۰۵, Aspiritual strategy for counseling and psych, therapy, American psychological Association, (۲nded.) U.S.A.

Samadi, P, ۲۰۰۶, {Spiritual intelligence}, *Journal Modern Educational Thought*, v. ۲ (۳), p. ۹۹-۱۴۴.

Seligman, M.E. P, & et al, ۱۹۹۵, *The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience*, New york Harper Perennial.

Smith, B,W, & et al, ۲۰۰۹, The Role of Resilience and Purpose in Life in Habituation to Heat and Pain, *The Journal or Pain*, v. ۱۰, N. ۵, p. ۴۹۳-۵۰۰.

Walsh, F, ۲۰۰۶, *Strengthening Family Resilience*, New York: The Guilford Press.

White, B, & et al, ۲۰۱۰, Resilienceand indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury, Department of kinesiology health promotion and recreation, University of northTexas, *Rehabilitation psychology*, v. ۵۵, p. ۲۳-۳۲.

Yang KP, & Mao XY, ۲۰۰۷, A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire

آزدری فرد، سیمیا و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان»، *اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، سال پنجم، ش ۲، ص ۱۰۵-۱۲۵.

بوالهری، جعفر و همکاران، ۱۳۷۹، «بررسی رابطه عوامل تنش‌زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ش ۲۱، ص ۲۵-۳۴.

پورافضل، فرزانه و همکاران، ۱۳۹۲، «بررسی همبستگی استرس درک شده با تاب‌آوری در دانشجویان کارشناسی پرستاری»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، دوره نوزدهم، ش ۱، ص ۴۱-۵۲.

تقی زاده، محمدحسان و مرضیه‌سادات میرعلائی، ۱۳۹۲، «اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان»، *روان‌شناسی سلامت*، سال دوم، ش ۲.

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

رنجبر، فرخ‌حق و همکاران، ۱۳۹۰، «تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی»، *سلامت و روان‌شناسی*، دوره اول، ش ۱، ص ۲۰-۲۹.

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

سامانی، سیامک و همکاران، ۱۳۸۶، «تاب‌آوری، سلامت روان و رضایت از زندگی»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم، ش ۳، ص ۲۹۰-۲۹۵.

شیریم، زهرا و همکاران، ۱۳۸۷، «اثربخشی مهارت‌های مدیریت استرس بر سلامت روان دانشجویان»، *اندیشه و رفتار*، دوره دوم، ش ۸، ص ۷-۱۸.

غلامی، علی و کیومرث بشلیده، ۱۳۹۰، «اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال اول، ش ۳، ص ۳۳۱-۳۴۸.

فرحبخش، کیومرث، ۱۳۹۰، «تهیه آزمون سازگاری دانشجویان (اسد)، و تعیین پایایی، روایی و تعیین هنجار آن»، اندازه‌گیری تربیتی، سال دوم، ش ۶، ص ۲۳-۴۵.

کاوه، منیژه و همکاران، ۱۳۹۰، «تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم توان ذهنی خفیف»، *کودکان استثنایی*، سال یازدهم، ش ۲، ص ۱۱۹-۱۴۰.

کوری، جerald، ۲۰۰۵، *نظریه و کاربریت مشاوره و روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سیده‌محمدی، تهران، ارسباران.

لطیفی کاشانی، فرح و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان»، *فقه پزشکی*، سال چهارم، ش ۱۱ و ۱۲، ص ۱۲۵-۱۴۹.

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

میکائیلی منبع، فرزانه و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی مقایسه‌ای اثربخشی آموزش سه مهارت زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان سال اول»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره بیست‌ویکم، ش ۸۵، ص ۱۲۷-۱۳۷.

Alastair, J, & Cunningham, ۲۰۰۵, *Integrating Spirituality Into a Group Psychological Therapy Program for Cancer Patients published by*, SAGE.

Bandura, A, ۱۹۹۷, *Self- Efficacy: The Exercise of Control*, NY: W H Fteeman/ Times Books/ Henry Hohd and Co.

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

Carns, M, & et al, ۱۹۹۸, A review of the professional literature concerning the consistency of the definition, *The Journal of Individual Psychology*, v. ۵۴ (۱), p. ۷۲-۸۹.