

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال پانزدهم شماره ۵۹ پاییز ۱۳۹۹

اثر بخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و ابراز وجود

جمال پیری^{۱*}، امیرپناه علی^۲، علی نقی اقدسی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

۲- استادیار گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

۳- استادیار گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۲۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۴/۰۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و ابراز وجود بود. طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر دانش‌آموزان سال اول پسر دوره دوم متوسطه شهر تبریز بود. از این جامعه ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف، پرسشنامه ابراز وجود گمبریل و ریچی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که معنویت‌درمانی بر مولفه‌های بهزیستی روانشناختی (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) موثر بوده است. همچنین نتایج نشان داد که معنویت‌درمانی بر ابراز وجود تاثیر معنی‌دار دارد. بنابراین مشاوران و روانشناسان مدرسه با استفاده از معنویت‌درمانی می‌توانند بهزیستی روانشناختی و ابراز وجود دانش‌آموزان را بهبود بخشند.

واژه‌های کلیدی: معنویت‌درمانی؛ بهزیستی روانشناختی؛ ابراز وجود

مقدمه

در سالیان اخیر رویکرد آسیب‌شناختی به مطالعه سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. برخلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می‌کند، رویکردهای جدید بر "خوب بودن" به جای "بد یا بیمار بودن" تأکید می‌کنند (ریف، سینگر^۱، ۲۰۰۴). از این منظر، عدم وجود نشانه‌های بیماری‌های روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی‌های مثبتی از این دست نشان دهنده‌ی سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازی قابلیت‌های خود است. نظریه‌هایی مانند نظریه‌ی خودشکوفایی مازلو، کارکرد کامل (راجرز) و انسان بالغ یا بالیدگی (آپورت) در شکل‌بندی مفهوم سلامتی روانشناختی، این فرض بنیادین را پذیرفته و از آن بهره‌جسته‌اند (ریان و دسی^۲، ۲۰۰۱) به دنبال ظهور این نظریه‌ها و جنبش روانشناسی مثبت^۳ که در سال (۱۹۹۸) توسط سلینگمن پیشنهاد شد. این حوزه تمرکز روانشناسی بالینی را فراتر از علائم بالینی ناخوشایند یک اختلال و تسکین مستقیم علائم وسعت بخشید. و هدف روان درمانی را چیزی بیش از بهبود علائم منفی یک اختلال، یعنی افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دانست (رشید و سلینگمن^۴، ۲۰۱۳).

روانشناسی مثبت اصطلاحی است که مطالعه هیجانات مثبت، ویژگی‌های شخصیتی مثبت و سازمان سالم و قوی از جمله خانواده را در بر می‌گیرد (سلینگمن، استن، پارک و پترسون^۵، ۲۰۰۵). اگرچه همانطور که سلینگمن (۱۹۹۸) می‌گوید، ریشه روانشناسی مثبت را در اظهارات روانشناس‌های قرن بیستم هم می‌توان دید، اما اولین کسی که این مباحث را به شیوه علمی مطرح کرد سلینگمن^۶ بود. پیش از او روانشناسان انسان‌گرایی مثل راجرز و مزلو چنین دیدی به انسان داشتند حتی قبل از انسان‌گراها یک روانشناس آمریکایی به نام ویلیام جیمز، نگرانی اصلی روانشناسی را شادی و بهزیستی انسانها می‌دانست. سلینگمن معتقد است اکنون در روانشناسی هنگام آن رسیده است که به جای تأکید بر عواطف منفی، عواطف مثبت را دریابیم و به جای انگشت گذاشتن روی نقاط ضعف انسان، به توانمندی‌های انسان توجه کنیم (سلینگمن، ۲۰۰۰).

گروهی از روانشناسان به جای اصطلاح سلامتی روانی از بهزیستی استفاده کرده‌اند. زیرا معتقدند این واژه بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می‌کند (ریف و سینگر، ۱۹۹۸). در این راستا، مدل‌هایی مانند مدل بهزیستی ذهنی داینر، مدل جاهودا و مدل شش عاملی بهزیستی روانشناختی^۷ ریف تدوین شده‌اند که در تعریف و تبیین سلامت روانی به جای تمرکز بر بیماری و ضعف بر توانایی‌ها و داشته‌های فرد متمرکز هستند (کامپتون^۷، ۲۰۰۱). از این منظر، سلامت روانی داشتن ویژگی‌های مثبت مانند روابط اجتماعی موفق، عزت نفس و احساس کارامدی است و وظیفه روانشناس، مطالعه این ویژگی‌ها و کمک به ارتقا آن است (ریان، دسی، ۲۰۰۱، سلینگمن، ۱۹۹۸؛ به نقل از میکائیلی منیع، ۱۳۸۷) ریف به منظور تعریف معیارهای بهزیستی روانشناختی، مطالعات مزلو درباره خودشکوفایی، مطالعات راجرز در مورد انسان با کنش کامل، پژوهش‌های یونگ درباره تفرّد، دیدگاه آپورت درباره بالیدگی، الگوی اریکسون از رشد روانی- اجتماعی، دیدگاه بوهرلر درباره تمایلات اساسی زندگی، دیدگاه نیوگارتن درباره تغییر شخصیت در بزرگسالی و ملاک‌های مثبت سلامت روانی از دیدگاه جاهودا را مورد بررسی و مطالعه قرار داده است (ریف، ۱۹۸۹؛ ریف و سینگر، ۱۹۹۶). بر این اساس ریف و کیز (۱۹۹۵) در دهه گذشته الگوی بهزیستی روان‌شناختی را پیشنهاد کردند.

1 - Ryff, & Singer

2 - Ryan & Deci

3 - positive psychology

4 - Rashid & Seligman

5 - Seligman, Steen, Park, & Peterson

6 - psychological well-being

7 - compton

بهزیستی روانشناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعداد‌های فرد است و شش مولفه را در بر می‌گیرد، مولفه خود مختاری^۱: به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می‌شود. فردی که بتواند بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد، دارای ویژگی خودمختاری است (ریف، سینگر، لاو و اسیگس^۲، ۱۹۹۸). مولفه روابط مثبت با دیگران^۳: به معنی داشتن رابطه با کیفیت و ارضاکنده با دیگران است (کی یس^۴، ۲۰۰۲). مولفه پذیرش خود^۵: به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش است. (هوسر، اسپرینگر و پودروسکا^۶، ۲۰۰۵). مولفه تسلط بر محیط^۷: به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی و مقتضیات آن است (کی یس، ۲۰۰۲). مولفه هدفمندی در زندگی^۸: نیز به کمک ویژگی‌هایی نظیر احساس هدفمندی و جهت یابی در زندگی و تجربه احساس معنا و مفهوم در زندگی گذشته و حال مشخص می‌شود. مولفه رشد فردی^۹: از طریق ویژگی‌هایی نظیر احساس رشد مداوم، پذیرش تجارب جدید، تجربه تحول در خود، تاکید بر تغییر مبتنی بر تجربه، تعمق در باره خود و اثر بخشی، مشخص می‌گردد (ریف، ۱۹۸۹).

در تعدادی از پژوهش‌ها رابطه بین ابعاد بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی بررسی شده است. جورج ولاندرمن^{۱۰} (۱۹۸۴)، رابطه بین بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی را مثبت و قابل توجه گزارش داده‌اند. آریندل و همکاران^{۱۱} (۱۹۹۹)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که با افزایش بهزیستی روانشناختی، سلامت عمومی نیز تحت تاثیر قرار گرفته و افزایش می‌یابد (نقل از بیانی، گودرزی و کوچکی، ۱۳۸۷). شات و ریف (به نقل از پارادایس و کر نیس^{۱۲}، ۲۰۰۲) به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد بهزیستی روانشناختی و روان رنجوری رابطه منفی و معناداری وجود دارد. رونی و همکاران^{۱۳} (۲۰۰۳)، در یافته‌اند که بین ابعاد بهزیستی روانشناختی و اضطراب، افسردگی و خصومت رابطه منفی و معناداری وجود دارد (نقل از بیانی، گودرزی، کوچکی، ۱۳۸۷).

وانفیلد، گیل، تایلور و پنیکتون^{۱۴} (۲۰۱۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند متغیرهای مثبت بهزیستی روانی با متغیرهای منفی پریشانی ارتباط دارد و بالعکس بهزیستی روانی پایین با پریشانی‌های بالا رابطه دارند. بیانی، گودرزی و کوچکی (۱۳۸۷)، به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی رابطه منفی معنادار وجود دارد.

از طرفی یکی از جنبه‌های روابط اجتماعی، ابراز وجود^{۱۵} است. آلبرتی وایمونز^{۱۶} (۱۹۷۰)، لانگ و ژاکوبوفسکی^{۱۷} (۱۹۷۶)، و لاکوس (۱۹۹۱؛ نقل از هارجی^{۱۸}، ۱۹۹۷)، ابراز وجود را گرفتن حق خود، و ابراز افکار و احساسات به نحوی مناسب و مستقیم می‌دانند، به گونه‌ای که در همان حال به حقوق دیگران احترام گذاشته شود. ابراز وجود انواع گوناگونی دارد و به گونه‌های مختلفی دسته‌بندی شده است. برای نمونه، کلی و همکاران^{۱۹} (۱۹۷۸) ابراز وجود را به ابراز وجود مقابله‌ای و تحسینی می‌دانند. ابراز وجود مقابله‌ای توانایی روبرویی با دیگران و قاطعانه برخورد کردن با آنها، و ابراز وجود تحسینی ظرفیتی برای بیان احساسات مهرآمیز نسبت به دیگران است.

1 - autonomy

2 - love & Essex

3 - positive relations with others

4 - Keyes

5 - self- acceptance

6 - Hauser Springer & Pudrovska

7 - environmental mastery

8 - purpose in life

9 - personal growt

10 - George & Landerman

11 - Arrindell

12 - Shatt Paradise & Kernis

13 - Roimi et al

14 - Winefield, Gill, Taylor & Pilkington

15 - Self-assertivness

16 - Alberti, R. & Emmons

17 - Lange, & Jakubowski

18 - Hargie

19 - Kelly et al

اندرو سالتر^۱ (۱۹۴۹) نخستین کسی بود که مفهوم ابراز وجود را بر اساس افکار پاولف، مبتنی بر تاثیرپذیری از برانگیختگی و بازدارنده عنوان کرد. او معتقد بود، افرادی که برانگیختگی بیشتری دارند، عمل مدار و افراد متمایل به حالت‌های نوروتیک، بازداری بیشتری دارند. برانگیختگی، در واقع به فعلیت رساندن توان فرد از نظر شناختی و عاطفی است (فقیرپور، ۱۹۹۸) افرادی که خود ابرازی پایینی دارند در باورها، احساسات و عقایدشان حقی برای خود قایل نبوده و اصل شباهت احساسی خود را با دیگران رد می‌کنند؛ در پاسخ به اعتراض علیه رفتارهای نادرست دیگران ناتوانند و خواسته‌هایشان را نسبت به دیگران کم اهمیت می‌دانند. ابراز وجود می‌تواند به انسان، احساس خودکارآمدی و کنترل درونی بخشد و در نتیجه، اعتماد به نفس و عزت نفس فرد را تقویت کند (پاییزی، ۲۰۰۶) جرات‌ورزی یا ابراز وجود را می‌توان قلب رفتار فردی (لین و همکاران^۲، ۲۰۰۴) یا مهارت برقراری ارتباط میان فردی (آلبرتی و آمونز^۳، ۱۹۷۷) برشمرد.

آزایس، گرانگر، دبری و داکروکس^۴ (۱۹۹۹)، در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که ابراز وجود سبب بهبود سازگاری در تعامل اجتماعی می‌شود و کنش ناموفق ابراز وجود، سبب افزایش اضطراب، افسردگی و اختلالات شخصیتی می‌شود. بارتون-آرودوهمکاران^۵ (۲۰۰۵)؛ اماندا و همکاران^۶ (۲۰۰۸)، در تحقیق خود اشاره کرده‌اند که آموزش مهارت‌های اجتماعی بخصوص ابراز وجود، تاثیر مثبتی بر سازگاری اجتماعی و افزایش مهارت‌های اجتماعی دارد. نتایج پژوهش وردین و همکاران^۷ (۱۹۹۰)، نشان داده است که آموزش مهارت‌های اجتماعی، موجب بهبودی قابل توجهی در فعالیت‌ها و رفتارهای اجتماعی دانش‌آموزان و همچنین اعتماد به نفس آنها می‌شود. به طور کلی مشکلات هیجانی چون افسردگی، اضطراب و استرس از شایعترین مشکلات دوران مدرسه می‌باشند. وجود چنین مشکلاتی می‌تواند باعث افت عملکرد دانش‌آموزان در زمینه‌های مختلف تحصیلی و نیز موجب کاهش میزان شادکامی، بهزیستی روانشناختی و ابراز وجود آنان شود. بنابراین انجام مداخلاتی برای پیشگیری از تشدید این مشکلات و ارتقای سلامت روان اهمیت دارد. یکی از مداخلات معتبر در این زمینه معنویت درمانی و آموزش اثربخشی این روش است.

معنویت درمانی به معنای کمک به فرد که خویشتن واقعی را بیابد و از هجران و جدایی از خویشتن واقعی به وصل و اتصال برسد. هدف عمومی مداخلات معنوی و مذهبی تسهیل و رشد سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی معنوی مددجویان می‌باشد. معنویت درمانی در کاهش استرس‌ها و تحمل بیشتر مشکلات زندگی و بهبود اختلالات خلق و کاهش هیجانات منفی تاثیر بسزایی دارد. کاراسوا معنویت درمانی را ارائه داده و بر این باور است که روان درمانی معنوی بر پایه شش اصل متعالی استوار است. سه اصل سرزندگی روان که عبارتند از عشق به دیگران، عشق به کار و عشق به تعلقات و سه اصل معنویت که شامل اعتقاد به معنویت، اعتقاد به یگانگی و وحدانیت و اعتقاد به دگرگونی است.

نتایج پژوهش‌های صورت‌گرفته (فرانسیس، رابینس، لوییس، کوئیگلی و ویلر^۸، ۲۰۰۴)، (گراهام، فر، فلاورز و برک^۹، ۲۰۰۱)، (کریچنر و پاتینو^{۱۰}، ۲۰۱۰)، (مک وان^{۱۱}، ۲۰۰۴)، (والث و آلتا^{۱۲}، ۲۰۰۶)، (یانگ^۱، ۲۰۰۶)، (بهرامی و رمضانی فرانی، ۱۳۸۴) و

¹ - Andrew Salter

² - Lin

³ - Alberti & Emmon

⁴ - Azais, Granger, Debray & Ducroix

⁵ - Barton & Arwood

⁶ - Amanda

⁷ - Verduyn

⁸ - Francis, Robbins, Lewis, Quigley, & Wheeler

⁹ - Graham, Furr, Flowers, & Burke

¹⁰ - Kirchner, & Patino

¹¹ - McEwan

¹² - Walt & Alletta

(بوآلهری، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱) نشان داد کسانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، در برابر تنش و فشارهای زندگی مصونیت بیشتر و از سلامت روان بهتری برخوردارند.

اوزوا، سوزوکیا، میزا نوا، تارومیا، یاشیدا، فوجیا، هیرانوا، تانیا، رابینستین، میمورا و یوچیدا^۲ (۲۰۱۷) به این نتیجه رسیدند که حضور در مراسم معنوی و مذهبی به طور معناداری با عزت نفس بیماران مبتلا به افسردگی رابطه مثبت دارد. داماسما باکر، ون لیوون و راد بول^۳ (۲۰۱۸) معتقدند معنویت یک جنبه جدایی‌ناپذیر از زندگی و توسعه کودک است. همچنین وایت، کارونا، برگامر، کایری، بوتس و مونز^۴ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند داشتن مذهب و معنویت به عنوان یک عامل مهم در زندگی با کیفیت زندگی، رضایت زندگی و رفتارهای سالم رابطه مثبت دارد. ویسر، التیکا، میزنبورگ و گارسن^۵ (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیدند تجارب معنویت با استرس رابطه منفی معناداری وجود دارد. زیمر، راجو، تب افتدال، تانچای، ساتیو و جاگر^۶ (۲۰۱۸) نشان دادند میان معنویت و سلامت رابطه مثبت وجود دارد. کینا و کرون^۷ (۲۰۱۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که اکثر شرکت‌کنندگان تاثیر مثبت مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی افراد سالخورده مبتلا به زوال عقل را تایید کردند. یگر و کاترین^۸ (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که معنویت بالاتر با شدت درد و علائم بالینی پایین رابطه معنادار وجود دارد. مایپلن^۹ (۲۰۱۸) معتقدند بین معنویت و شادی ذهنی و قدردانی رابطه مثبت وجود دارد. شاه، فریب، شیپمانا، گاردینر و میلن^{۱۰} (۲۰۱۸) همچنین در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که تفاوت در ادراکات معنوی و مراقبت‌های معنوی وابسته به باورهای مذهبی است.

در معنویت درمانی، از مکانیسم درمانی (طرح‌واره درمانی معنوی متعالی) استفاده شده است، در طرح‌واره درمانی معنوی متعالی طرح‌واره‌های فرد که بعد شناختی، رفتاری، هیجانی و ارتباطی دارند مورد درمان قرار می‌گیرند و ارتباط تعاملی بعد معنوی مراجعان با این طرح‌واره‌ها مورد مطالعه و هدف تغییر قرار می‌گیرد. متعالی بودن درمان نیز این معنا را می‌دهد که انسان‌ها از لحاظ معنوی فطرتاً نیاز به تقلا دارند و سازماندهی ارکتایی (کهن الگویی) در روان ناخودآگاه و فرآیند فردانیت (یونگ، ۱۹۳۳) این تعالی را تسهیل می‌کند. با تکیه بر بعد تعالی معنوی و بالندگی و شکوفایی بالقوه انسان‌ها، طرح‌واره‌های آسیب دیده را که بدهای شناختی، هیجانی، رفتاری و ارتباطی (تحولی) دارند، می‌توان مورد آماج قرار داد.

البته برخی یافته‌ها حاکی از عدم اثر بخشی معنویت درمانی است. برای نمونه نتایج پژوهش (ریچاردز، اسمیت و داویس، ۱۹۸۹؛ برگین و همکاران، ۱۹۸۸) نشان داد که اعتقادات دینی در برخی افراد دیگر احتمال دارد با مشکلات عاطفی آنان تعامل داشته باشد. همچنین (بستون و همکاران^{۱۱}، ۱۹۹۳، ریچاردز، ۱۹۹۱) در تحقیقی نشان دادند که دینداری بیرونی با بهزیستی هیجانی ضعیف و سازگاری اجتماعی پایین توأم بوده است. و نظرات منفی الیس (۱۹۸۰، ص ۶۳۷) که هر اندازه مراجعان کمتر مذهبی باشند، سلامتی روانی‌شان بالاتر است.

امروزه و در عصر حاضر انجام پژوهش‌هایی در حوزه معنویت درمانی دارای اهمیت حیاتی است تا با پرداختن به این حوزه بر نقش مهم و ضروری آنها تأکید شود و از طرفی خط فکری باشد برای پژوهشگران و محققین حوزه‌ها و رشته‌های مختلف از جمله

1 - Yang

2 - Ozawa, Suzuki, Mizuno, Tarumi, Yoshida, Fujii, Hirano, Tani, Rubinstein, Mimura & Uchida

3 - Bakker, Van Leeuwen & Roodbol

4 - White, Carona, Berghamer, Khairy, Budts & Moons

5 - Visser, Meezenbroek, & Garssen

6 - Zimmer, Rojo, Ofstedal, Chiu, Saito & Jagger

7 - Keenan & Kirwan

8 - Yeager & Catrin

9 - Mahipalan

10 - Shah, Frey, Shipman, Gardiner & Milne

11 - Baston et al

روانشناسی، جامعه شناسی، حقوق، مشاوره و علوم تربیتی تا با پرداختن به اهمیت این مسائل بتوانند باری از مشکلاتی که بر اثر اضطراب و افسردگی و نیز کاهش میزان بهزیستی روانشناختی و ابراز وجود که گریبان گیر جوامع امروزی شده است بردارند. از طرفی دیگر تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر روی حوزه‌هایی مانند بهزیستی روانشناختی و ابراز وجود در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه پردازد کمتر مشاهده شده است، بنابراین در این پژوهش محققین درصدد بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش سازه‌هایی مانند بهزیستی روانشناختی و ابراز وجود هستند، تا با انجام این پژوهش و بررسی اثرات آن به نقش و تأثیر معنویت در ارتقاء بهزیستی روانشناختی و ابراز وجود نیز پی برده شود. لذا با توجه به مطالب یاد شده مساله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا معنویت درمانی مبتنی بر خود آگاهی بر افزایش بهزیستی روانشناختی و ابراز وجود دانش آموزان پسر سال اول دوره دوم متوسطه موثر است؟

روش پژوهش

در پژوهش حاضر از طرح نیمه‌آزمایشی گروه کنترل نابرابر پیش‌آزمون، پس‌آزمون باگروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر همه دانش‌آموزان سال اول پسر دوره دوم متوسطه نواحی پنج‌گانه شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ بود. از این جامعه ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. بدین گونه که از هر ۵ ناحیه آموزشی (۱،۲،۳،۴،۵) یک ناحیه و از هر ناحیه یک دبیرستان و از هر دبیرستان دو کلاس انتخاب شد. سپس براساس تخصیص تصادفی افراد به دوگروه آزمایش و کنترل (هرگروه ۳۰ نفر) گمارده شدند پس از آن اعضای گروه آزمایش پس از توضیح کامل در مورد پژوهش و اعلام رضایت از طرف آنها به مدت ۱۲ جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای وارد درمان شدند. همه آزمودنی‌ها (گروه آزمایش و کنترل) ابزار پژوهش را در دو نوبت تکمیل کردند (پیش‌آزمون و پس‌آزمون). پس از اتمام ۱۲ جلسه مداخله گروهی، بار دیگر هر دو گروه (آزمایش، کنترل) به وسیله ابزارهای پژوهش آزمون شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف: این پرسشنامه ۱۸ سوال دارد و هدف آن ارزیابی و بررسی بهزیستی روانشناختی از ابعاد مختلف (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای می‌باشد که به صورت کاملاً موافقم، تا حدودی موافقم، کمی موافقم، کمی مخالفم، تا حدودی مخالفم و کاملاً مخالفم سنجیده می‌شود. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات آن بعد را با هم جمع نموده و به منظور بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات تک تک سوالات را محاسبه می‌نماییم. نمرات بالاتر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بالاتر در فرد پاسخ‌دهنده می‌باشد و برعکس.

در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نتایج تحقیق عاملی تأییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی، استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل، پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال، به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمده است. پایایی این پرسشنامه با تعداد ۳۰ ضریب آلفای ۰/۸۹ بدست آمده است.

پرسشنامه ابراز وجود گمبریل و ریچی: این پرسشنامه توسط گمبریل و ریچی (۱۹۷۵) ساخته شده است و دارای چهل سؤال است. هر سؤال بیان کننده یک موقعیت است که آزمودنی بایستی درجه نگرانی و احتمال پاسخ خود را در قبال هر سؤال مشخص سازد. درجه ناراحتی ذهنی که به میزان و شدت اضطراب و ناراحتی آزمودنی در مواجهه با این موقعیت‌ها اشاره دارد و نرخ بروز رفتار که به امکان بروز چنین رفتارهایی اشاره می‌کند. پرسشنامه ابراز وجود گمبریل و ریچی برخلاف سایر پرسشنامه‌های ابراز وجود برای افراد خاصی ساخته نشده است و سؤالات آن محدوده وسیعی از موقعیت‌های مختلف را در بر می‌گیرد. هر سؤال دارای ۵ گزینه می‌باشد که به ترتیب خیلی زیاد=۵، زیاد=۴، متوسط=۳، کم=۲، خیلی کم=۱، نمره‌گذاری می‌شود.

گمبریل و ریچی معتقدند از نظر میزان اعتبار، همبستگی زیادی بین ماده‌های این آزمون با یکدیگر وجود دارد. اعتبار عاملی ماده-های مختلف آزمون اصلی به وسیله آن‌ها بین ۰/۳۹ تا ۰/۷۰ و ضریب پایایی این آزمون ۰/۸۱ گزارش شده است. روایی این آزمون را متخصصان دانشگاه علوم تربیتی و روان شناسی علامه طباطبایی و دانشگاه اصفهان در سال ۷۴-۷۵ بررسی و روایی محتوای آن را تأیید کردند.

روش اجرا: به طور کلی خلاصه مراحل درمان در تمامی جلسات (۱۲ جلسه) به این صورت بود که ابتدای هر جلسه با فنون تن آرامی و ذهن آگاهی متمرکز (تمرکز بر تنفس خود و یا یک موضوع خاص) آغاز می‌شد و سپس در آغاز هر جلسه به مروری بر تکلیف جلسه قبل آزمودنی‌ها پرداخته می‌شد و به دنبال آن بحث و آموزش مطلب مورد نظر در هر جلسه انجام می‌شد.

جدول (۱) خلاصه جلسات و چهارچوب و ساختار کلیه جلسات

جلسات درمان	عنوان و محتوای جلسات
جلسه اول	(آشنایی، ایجاد انگیزش و ارائه روند مداخله): توضیح کوتاه و مختصری در مورد شیوه آموزش و اهمیت معنویت درمانی، ایجاد انگیزه و نگرش مطلوب نسبت به معنویت درمانی، ارائه روند آموزش، نوشتن عهد نامه تلاش برای افزایش معنویت توسط مراجعان.
جلسه دوم	(معنویت و اهمیت آن): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد معنویت و اهمیت آن در بهزیستی روانی، جسمی، شادکامی و احساس امید به آینده، بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی، نقش ایمان و معنویت بالقوه در درمان و بهبودی درمانجویان.
جلسه سوم	(دعا و اهمیت آن): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد اهمیت دعا در پیوند به ساحت مقدس، نقش دعا در آرام شدن زندگی فرد و یافتن پاسخ سوالات زندگی خود.
جلسه چهارم	(بخشایش گری): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بررسی بخشایشگری از سه جنبه، بخشیدن دیگران، بخشیدن خود، و پذیرش بخشایشگری. بررسی پژوهش‌های جدید در مورد ارتباط بخشایشگری با عقاید معنوی، بحث و بررسی مفهوم بخشش.
جلسه پنجم	(ذکر و انواع آن): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تأثیرات ذکر بر سلامت روح و روان، حقیقت ذکر توجه قلبی به خداوند متعال است که در اعمال انسان پرتو افکند.
جلسه ششم	(انجام مراقبه، یک تمرین ذهن آگاهی تجربی): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، تمرین متن مربوط به ذهن آگاهی.
جلسه هفتم	(شفقت و مهربانی): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد نقش شفقت و مهربانی در بهبود ارتباطات انسان، احساس عمیق عشق و علاقه به دیگران و بهبود فرایند درمان فرد.
جلسه هشتم	(یافتن معنا در زندگی): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد معنای زندگی.
جلسه نهم	(ارتباط با خود): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بررسی تصویر از خود و عزت نفس، اهمیت خودآگاهی در داشتن تصویری مثبت از خود.
جلسه دهم	(ارتباط برون فردی): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد ارتباط با اعضای جامعه و طبیعت براساس معنویت‌گرایی.

جلسه یازدهم	(هماهنگ شدن با ارزشهای مذهبی و اخلاقی): ارائه گزارش از تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تناقض اعمال مراجع با نظام ارزشهایش و نقش آن در پریشانی عاطفی و بین فردی.
جلسه دوازدهم	(جمع بندی و بیانیه پایانی): من به دنبال حقیقت و راستی در یک سفر معنوی هستم. معتقدم که زندگی دارای معنا و هدفی مقدس است. دوست دارم امروز رفتارم، نمودی از عمیق ترین باورهایم باشد. دوست دارم همه کارهایم کاملاً بی نقص و عاری از گناه باشد.

یافته ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روشهای آمار استنباطی مانند تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول (۲) داده‌های توصیفی مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با توجه به گروه‌های کنترل و آزمایش

متغیر	گروهها	پیش آزمون		پس آزمون		حداقل	حداکثر
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
پذیرش خود	آزمایش	۳۰	۱۱/۲۰	۲/۰۷	۱۳	۲/۳۷	۱۷
	کنترل	۳۰	۱۰/۵۶	۲/۱۹	۱۰/۸۰	۲/۹۴	۱۷
تسلط محیطی	آزمایش	۳۰	۱۱/۷۶	۲/۲۸	۱۲/۴۳	۲/۲۲	۱۶
	کنترل	۳۰	۱۱/۶۰	۲/۴۱	۱۱/۰۳	۱/۹۰	۱۶
رابطه مثبت با دیگران	آزمایش	۳۰	۹/۷۶	۲/۱۴	۱۱/۶۶	۲/۰۲	۱۷
	کنترل	۳۰	۹/۲۰	۳/۰۲	۱۰/۰۳	۲/۵۶	۱۶
داشتن هدف در زندگی	آزمایش	۳۰	۱۱/۱۰	۲/۷۰	۱۱/۶۰	۲/۸۳	۱۷
	کنترل	۳۰	۱۰/۵۰	۲/۴۰	۹/۸۳	۱/۸۲	۱۸
رشد شخصی	آزمایش	۳۰	۱۱/۸۰	۲/۱۳	۱۱/۷۳	۲/۱۴	۱۷
	کنترل	۳۰	۱۱/۸۳	۲/۸۱	۱۰/۵۶	۲/۲۸	۱۷
استقلال	آزمایش	۳۰	۱۱/۷۶	۲/۹۶	۱۲/۸۳	۳/۰۳	۱۸
	کنترل	۳۰	۱۲/۹۶	۲/۷۸	۱۰/۸۰	۲/۶۳	۱۸
بهزیستی روانشناختی	آزمایش	۳۰	۶۷/۴۰	۷/۵۸	۷۳/۱۶	۷/۶۹	۷۹
	کنترل	۳۰	۶۶/۶۶	۷/۸۱	۶۳/۰۶	۸/۲۶	۸۹
ابراز وجود	آزمایش	۳۰	۸۸/۷۶	۱۶/۳۵	۹۷/۳۶	۲۵/۲۴	۱۳۳
	کنترل	۳۰	۹۱/۲۳	۱۵/۱۱	۸۷/۱۶	۲۱/۷۳	۱۳۱

نتایج جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون مقیاس بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود نمرات پس آزمون گروه آزمایش، نسبت به پیش آزمون اثر افزایشی داشته است که نشان دهنده اثر بخش بودن رویکرد معنویت درمانی بر بهزیستی روانشناختی است. همچنین در متغیر ابراز وجود نمرات پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون اثر افزایشی داشته است که نشان دهنده اثر بخش بودن رویکرد معنویت درمانی بر ابراز وجود است.

جدول (۳) آزمون باکس برای برابری ماتریس واریانس-کوواریانس

سطح معنی داری	df2	df1	F	box s M
۰/۱۳۴	۱۲۳۷۲/۷۸۷	۲۱	۱/۳۴۵	۳۱/۷۸۰

نتایج آزمون نشان می‌دهد که پیش فرض برابری و همگنی ماتریس واریانس کوواریانس برای انجام تحلیل کوواریانس برقرار است.

جدول (۴) آزمون لون برای بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها

متغیر وابسته	F	df1	df2	سطح معنی داری
پذیرش خود	۱/۳۵۷	۱	۵۸	۰/۲۴۹
تسلط بر محیط	۱/۲۳۰	۱	۵۸	۰/۲۷۲
رابطه مثبت با دیگران	۱/۱۶۸	۱	۵۸	۰/۲۸۴
داشتن هدف در زندگی	۳/۶۸۵	۱	۵۸	۰/۰۵۵
رشد شخصی	۰/۱۵۴	۱	۵۸	۰/۶۹۶
استقلال	۲/۸۸۷	۱	۵۸	۰/۰۹۵
ابراز وجود	۰/۰۱۵	۱	۵۸	۰/۹۰۳

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مفروضه یکسانی واریانسها در گروه‌های مورد مطالعه برای انجام تحلیل کوواریانس برقرار است.

جدول (۵) نتایج آزمون بررسی اثرات تعاملی متغیر ابراز وجود

متغیر	df	SS	MS	F	سطح معنی داری
اثر تعامل گروه * ابراز وجود	۲	۹۷۵۷/۷۱۴	۴۸۷۸/۸۵۷	۷/۰۰۲	۰/۰۵۹
خطا	۵۷	۲۵۲۷۶/۴۶۹	۴۴۳/۴۴۷		
کل	۶۰	۳۵۰۳۴/۱۸۳			

جدول ۵ نشانگر این نکته می باشد که بین متغیر پیش آزمون در درون گروه تعاملی وجود ندارد.

جدول (۶) آزمون کروییت بارتلت برای بررسی ماتریس همبستگی

متغیر	آزمون KMO	X ²	Df	سطح معنی داری
بهبودی روانشناختی	۰/۸۲	۵/۴۰	۵۸	۰/۰۳۶
ابراز وجود	۰/۷۸	۴/۸۸	۵۸	۰/۰۴۴

نتایج آزمون نشان می دهد که فرض واحد بون ماتریس همبستگی رد می شود و داده ها آماده تحلیل هستند.

جدول (۷) نتایج تحلیل چندمتغیری تاثیر معنویت درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر بهبود روانشناختی دانش آموزان

آزمون چند متغیری	آماره	F	df فرض	df خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا
لامبدای ویلکز	۰/۴۴۲	۳/۹۰۶	۶	۵۳	۰/۰۰۳	۰/۳۰۷

بر اساس جدول ۷ می توان گفت که آماره لامبدای ویلکز با $P=0/003$ ، $F=3/906$ نشان می دهد که می توان فرضیه مشابه بودن میانگین های جامعه بر اساس متغیرهای وابسته برای گروه های کنترل و آزمایش را رد کرد. به این معنی که آموزش معنویت درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر بهبود روانشناختی دانش آموزان تاثیر معنی داری داشته است.

جدول (۸) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری تاثیر معنویت درمانی مبتنی بر خودآگاهی بر مولفه های بهزیستی روانشناختی و ابراز وجود

منبع تغییر	متغیرهای وابسته	df	F	سطح معنی داری	اتا
گروه	پذیرش خود	۱	۱۰/۱۵۱	۰/۰۰۲	۰/۱۴۹
	تسلط بر محیط	۱	۶/۸۶۷	۰/۰۱۱	۰/۱۰۶
	رابطه مثبت با دیگران	۱	۷/۴۹۶	۰/۰۰۸	۰/۱۱۴
	داشتن هدف در زندگی	۱	۸/۲۴۴	۰/۰۰۶	۰/۱۲۴
	رشد شخصی	۱	۴/۱۵۲	۰/۰۴۶	۰/۰۶۷
	استقلال	۱	۶/۹۳۹	۰/۰۱۱	۰/۱۰۷
	ابراز وجود	۱	۶/۵۸۸	۰/۰۱۳	۰/۱۰۴

نتایج آزمون اثرات بین گروهی پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون در جدول ۸ نشان می‌دهد که بین میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مولفه بهزیستی روانشناختی پذیرش خود، تسلط بر محیط، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال تفاوت معنی داری از نظر آماری داشته است به این معنی که نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با نمرات پیش آزمون در اثر رویکرد درمانی افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، پس از شرکت در مداخله، در نمره کل ابراز وجود تفاوت معناداری از نظر آماری داشته است، به این معنی که نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با نمرات پیش آزمون در اثر رویکرد درمانی افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی معنویت درمانی مبتنی بر خود آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و ابراز وجود دانش‌آموزان بود. نتایج پژوهش نشان داد که مداخلات آموزشی معنویت درمانی شامل: دعا، ذکر، شفقت و مهربانی، یافتن معنا در زندگی، ارتباط برون فردی، ارتباط با خود، بخشش و هماهنگ شدن با ارزشهای مذهبی و ... در افزایش میزان بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان موثر است. یافته‌های حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبلی همچون (فرانسیس، رابینس، لویس، کوئیگی و ویلر، ۲۰۰۴)، (گراهام، فر، فلاورز و برک، ۲۰۰۱)، (کریچنر و پاتینو، ۲۰۱۰)، (مک وان، ۲۰۰۴)، (والث، ۲۰۰۶)، (یانگ، ۲۰۰۶)، (بهرامی و رمضانی فرانی، ۱۳۸۴) و (بوآلهری، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱)، (برزگر بفرویی و پاک سرشت، ۱۳۹۳)، (پاندا، ۲۰۱۷)، (آقاعلی و همکاران، ۱۳۹۰)، (اژدریفر و همکاران، ۱۳۸۹)، (راجز و همکاران، ۲۰۱۰)، (بیتزوتویس، ۲۰۰۹)، (کوهن و همکاران، ۲۰۰۹)، (پاول و همکاران، ۲۰۰۳)، (جانستون و همکاران، ۲۰۰۸)، (کوئیگی، ۲۰۰۷)، هم نشان داد کسانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، در برابر تنش و فشارهای زندگی مصونیت بیشتر و از سلامت روان بهتری برخوردارند، همسو است و با نتایج تحقیقات (برگین و همکاران، ۱۹۸۸، ریچاردز، اسمیت و داویس، ۱۹۸۹) اعتقادات دینی در برخی افراد دیگر احتمال دارد با مشکلات عاطفی آنان تعامل داشته باشد، و نظریات (الیس، ۱۹۸۰) که بر این باور است که دین‌داری با تفکر غیرعقلانی و اختلالات عاطفی همراه است، دینداری بیرونی با بهزیستی هیجانی ضعیف و سازگاری اجتماعی پایین توأم بوده است (بتسون و همکاران، ۱۹۹۳؛ ریچاردز،

۱۹۹۱) غیر همسو می‌باشد. در تبیین نتایج حاصل از پژوهش می‌توان گفت مداخلات معنویت درمانی باعث افزایش توان دانش-آموزان در برخورد با مشکلات و فشارهای زندگی چه در مدرسه و چه در خارج از مدرسه می‌شود، به طوری که می‌توانند با استفاده از آنها بر افکار، احساسات و رفتار خود مسلط شوند. به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش‌های معنویت درمانی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان برای داشتن زندگی اثربخش و مفید می‌شود و در آنها آمادگی لازم را برای مقابله با چالش‌های زندگی به وجود می‌آورد. در تبیین نتیجه حاصل از پژوهش می‌توان به عوامل گوناگونی اشاره کرد: نخستین و مهمترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و یا بیماری است. اعتقاد به وجود یک منبع و قدرت برتر و باور به اینکه شخص توانایی حل مسأله را دارد، یافتن معنا در تجارب منفی، دیدن تجارب منفی از دیدگاهی مثبت و نگاه کردن به آنها به عنوان تجارب ضروری زندگی و خوشبینی با بهزیستی روانشناختی همبستگی بالایی دارد (کالیل، ۲۰۰۳).

در این رویکرد از معنویت به عنوان یک ملجأ استفاده می‌شود و معنویت درمانی به بیماران کمک می‌کند تا به رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر از دسترفته‌ها تمرکز نکنند، بلکه در جستجوی معنا باشند. در نتیجه زندگی از نگاه معنویت درمانی تحت هر شرایطی معنادار است. معناداری، هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم بخش سلامت روان هستند. پس چنانچه زندگی هدفمند و معنادار باشد طبیعی است که هر رخدادی هر چند توان فرسا همچون فشارهای شدید و بیماری‌های مرگ‌آور، در این مسیر معنا می‌یابد (ریچاردز و برگین^۱، ۲۰۰۷).

عامل مؤثر دوم مربوط به استفاده از برخی روشها و شیوه‌ها در برگزاری دوره آموزشی است. در طول دوره گروه درمانی معنوی، پژوهشگر، از روشهای خاصی از قبیل: تأثیر ارتباط با خدا، دعا و نیایش، بخشش، توکل به خدا و واگذاری مشکلات به او به عنوان قدرت برتر و... استفاده کرد که به نظر می‌رسد عامل مؤثری در افزایش بهزیستی روانشناختی بوده است. یکی از این روش‌های آموزشی بررسی تأثیر ارتباط با خدا از طریق دعا، نیایش و آیین‌های معنوی است. فرد از راه ارتباط با هسته و یا منبع قداست به صورت خارق‌العاده‌ای خود نیز مقدس می‌شود و به آرامش و سلامت روان می‌رسد (پارگامنت، ۲۰۰۷). نماز، دعا، ذکر و پرداختن به فعالیت‌های معنوی هم جنبه شناختی دارد و فرد را متوجه نیازها و خواسته‌ها و ارزش‌هایش می‌کند و هم روشی رفتاری برای ابراز یک عقیده است و در نهایت به افزایش امید و آرامش درونی فرد منجر می‌شود.

شرکت در مراسم مذهبی و عبادی مثل نماز باعث کاهش تنش و رهایی از پریشانی‌های عاطفی می‌گردد. خداوند در قرآن می‌فرماید: {الَّذِينَ آمَنُوا وَ تَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ} [الرعد: ۲۸] آنها که ایمان آورده‌اند، دل‌هایشان با یاد خدا آرام می‌گیرد، به درستی که با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد. حالت آرامش روان، آرام‌سازی و آسودگی ناشی از مسائل مذهبی، نماز و دعا و نیایش برای آن است که فرد به گونه‌ای آگاهانه و خالصانه به آنها عشق می‌ورزد. در احوال بزرگان نیز آمده که با نماز، قرآن و دیگر اعمال مذهبی به آرامش می‌رسیدند، مانند روایت بیرون کشیدن تیر از پای حضرت علی (ع). پیامبر (ص) نیز زمانی که ناراحتی ایشان را فرا می‌گرفت می‌فرمودند: «یا بلال اقم الصلاة أرحنا بها [سنن ابی داود] ای بلال، اذان بگو و با آن ما را به آرامش برسان». بزرگانی مثل ابن سینا هم هنگام رویارویی با مسائل و مشکلات، دو رکعت نماز می‌خواندند. مجموعه پژوهش‌های انجام شده در داخل یا خارج از کشور نشان‌دهنده آن است که هرچه فرد رابطه عمیق‌تر، نزدیک‌تر و خالصانه‌تری نسبت به خدا داشته باشد آرامش، اطمینان، اعتماد، صبر و توکل بیشتری دارد (غباری بناب، ۱۳۸۸). بخشودگی، شیوه دیگری بود که در این پژوهش از آن استفاده شد. بخشودگی، یک مداخله درمانی قوی است که افراد را

¹ - Richards & Bergin

از خشم و احساس گناهی که نتیجه خشم ناهوشیار است، رها می‌کند، علاوه بر این فردی که می‌بخشد از کنترل ظریف و آگاه متخلف رها می‌شود. رها کردن دیگران به معنی رها کردن خود است، (بنسون^۱، ۱۹۹۲). کسانی که بخشودگی را انتخاب نمی‌کنند در واقع به خود صدمه می‌زنند، زیرا به خود اجازه نمی‌دهند که روابط محبت‌آمیزی را که نیازمند آن هستند، داشته باشند (ورثینگتون و دیبلاسیو^۲، ۱۹۹۰). بخشودگی تغییرات مثبتی را در سلامت عاطفی ایجاد می‌کند، سلامت جسمانی و روانی را افزایش می‌دهد، حس قدرت و توان فردی را بازبایی میکند و بین صدمه دیده و صدمه زننده مصالحه ایجاد می‌کند (فینچام و بیج^۳، ۲۰۰۷).

روش دیگر استفاده از ذهن آگاهی و تن آرامی بود. ذهن آگاهی کاربردهای روانشناختی و معنوی فراوانی دارد. مطالعات نشان داده‌اند که ذهن آگاهی فشار خون، برانگیختگی دستگاه عصبی سمپاتیک و همچنین، میزان کورتیزول را کاهش می‌دهد که این امر خود به کاهش استرس فرد کمک می‌کند (هارتز، ۱۳۸۷).

برگزاری دوره به صورت گروه درمانی را می‌توان به عنوان عامل مؤثر دیگر در به دست آمدن نتایج پژوهش برشمرد. به نظر بسیاری از متخصصان، گروه، باعث بهبود مهارت‌های ارتباطی افراد می‌شود و روش حمایتی مفیدی را در اختیار آنها قرار می‌دهد. از سوی دیگر، فرد با مشاهده دیگران به منحصر به فرد نبودن مشکل خود پی می‌برد و این موضوع باعث امیدواری بیشتر او خواهد شد (کوری^۴، ۱۳۹۱).

چهارمین عامل مربوط به برخی از ویژگی‌های بومی و فرهنگی جامعه ما است. بر اساس پژوهش رضایی؛ سید فاطمی و حسینی (۱۳۸۷)، مردم ایران تحت تأثیر شرایط فرهنگی، مردمی، مذهبی برای سازگاری با وضعیت بحرانی، بیشتر به مذهب روی می‌آورند. پژوهشگران بر این باورند که معنویت با اعمال و عقاید پذیرفته شده هر فرهنگ، بیان می‌شود و شکل می‌گیرد (فلاحی خشک‌ناب و مظاهری، ۱۳۸۷). این امر در جامعه ما که مذهب و معنویت از جایگاهی ویژه برخوردارند، خود را بیشتر نشان می‌دهد.

همچنین دیگر نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که معنویت درمانی بر افزایش میزان ابراز وجود دانش‌آموزان تأثیر معناداری داشت این یافته نیز با نتایج تحقیقات، نانکن (۱۹۹۰)، سیکر (۲۰۰۰)، گلاو (۲۰۰۱) و سیکر (۲۰۰۰)، غرابی و همکاران (۱۳۸۵) و بالدان (۱۹۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، تسی (۲۰۰۳) معنویت را حسی والا می‌داند که شور و شوق گرایش و کنش انسان برای عدالت‌خواهی و انصاف را افزایش می‌دهد و همنوایی و پیوستگی با خود و جهان آفرینش پدید می‌آورد. برخی از روانشناسان مانند وست (۱۹۹۹) معنویت را تلاش همواره بشر برای پاسخ دادن به چراهای زندگی تعریف کرده‌اند. دین به عنوان یک ساختار گسترده که متشکل از برنامه‌های زیادی برای هدایت بشر است، شامل عناصری از خودکنترلی است، چرا که راهنمایی‌ها و قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل خود و امتناع از برخی رفتارها را در اختیار فرد قرار می‌دهد (اسمیت، ۲۰۰۳؛ به نقل از خدایاریفرد و همکاران، ۱۳۸۹). مذهب می‌تواند در فرایند اکتساب و درونی‌سازی به ساختارهای شخصیتی سالم‌تر و مطلوب‌تر منجر شود. در این زمینه چارچوب‌های مذهبی، الگویی را ارائه می‌دهند که منجر به شکل‌گیری ویژگی‌های تعدیل یافته‌تر شخصیتی می‌شود و یا آموزه‌های دینی امکان شکل‌گیری الگوی شخصیتی تکامل یافته‌تر را فراهم می‌کند (بهرامی احسان، تمنایی و بهرامی احسان، ۱۳۸۴).

معنویت می‌تواند یک نظام معنایی شامل هدف‌دار بودن زندگی، احساس خودارزشمندی مثبت، و خود را شایسته احترام دانستن بنا کند. این نظام معنایی می‌تواند مانع از خطرپذیری و رفتار هیجان‌طلبانه توسط فرد شود (اسمیت، ۲۰۰۳؛ به نقل از خدایاریفرد و همکاران، ۱۳۸۹). بنابراین به نظر می‌رسد افراد دارای باورهای مذهبی، مذهب را در مرکز هویت خویش و عامل اصلی انگیزش در زندگی خود می‌دانند. همچنین مذهب با افزایش خودکنترلی در فرد، به وی جرات نه گفتن می‌دهد، بنابراین نقش بازدارنده را در

1 - Benson

2 - Worthingto & Diblasio

3 - Fincham & Beach

4 - Corey

رفتارهای پرخطر ایفا می‌کند. مذهب می‌تواند با ایجاد حس خود ارزشمندی و احترام مانع از انجام رفتارهای پرخطر شود. نظام جهت‌گیری مثبت معنوی موجب می‌شود افراد برای رویارویی با سختی‌ها جرأت پیدا کنند و مدیریت اسرس در آنها افزایش یابد. همچنین به اتفاق‌های زندگی معنا بدهند و تسلیم رضای خداوند شوند و از بسیاری از تنش‌های غیرضروری در امان باشند. نظام جهت‌گیری مثبت معنوی می‌تواند دربرگیرنده موارد زیر باشد: خداوند مهربان در هنگام بروز سختیها در کنار ما است و ما را در جهت رشد معنوی هدایت می‌کند (اسپیلکا و همکاران، ۱۹۸۵) خداوند دانا است و صلاح ما را بهتر از خودمان می‌داند و در اتفاق‌هایی که برای ما می‌افتد خداوند خیری قرار داده است. خداوند دعای ما را می‌شنود و بی‌تردید در حل مسأله به ما کمک می‌کند. خداوند توان لازم برای حل مسایل را در اختیار ما گذاشته و در حل مسایل گام به گام ما را راهنمایی می‌کند و به وسیله اسباب بیرونی و یا آمادگی‌های درونی و دادن بینش ناگهانی، راه حل مسأله را به ما نشان خواهد داد. این مسأله باعث شده پیوند من با خداوند مستحکم‌تر شود، این نوع نگرش‌های کارکردی در نظام جهت‌گیری معنوی نهفته است (ماهونسی و همکاران، ۲۰۰۱؛ پارگامنت، کوئینگ و پرز، ۲۰۰۰).

با در نظر گرفتن یافته‌های بدست آمده از این تحقیق به نظر می‌رسد که توجه به معنویت درمانی رویکرد مفیدی برای مداخلات رفتاری و پیشبرد اهداف درمانی یا آموزشی برای دانش‌آموزان پسر پایه اول دوره دوم متوسطه می‌باشد تا بتوان، بهزیستی روانشناختی و ابراز وجود آنها را ارتقا داد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به گروه نمونه پژوهش حاضر اشاره کرد که از دانش‌آموزان پسر پایه اول دوره دوم متوسطه تبریز تشکیل می‌دهد. لذا برای تعمیم نتایج به سایر افراد جامعه باید با احتیاط عمل شود. محدودیت دیگر این تحقیق اینکه این احتمال وجود دارد دانش‌آموزان با دقت به پرسشنامه پاسخ نداده باشند، بنابراین این مساله می‌تواند بر نتایج تحقیق اثر بگذارد. با توجه به نتایج بدست آمده در این تحقیق پیشنهاد می‌شود این پژوهش در بین سایر جوامع (دختران)، نیز صورت گیرد تا بتوان در تعمیم نتایج و تاثیر این روش درمانی با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخش بودن این‌گونه آموزشها، مشاوران و درمان‌گران به نقش معنویت درمانی در سلامت روانی، ابراز وجود دانش‌آموزان توجه بیشتری داشته باشند.

منابع

ازدري فرد و همکاران (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان، **اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی**، ۵(۶): ۱۰۵-۱۲۷.

ازدري فرد، سیما؛ قاضی، قاسم و رحمت‌اله نورانی پور (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان، **اندیشه‌های تازه در علوم تربیت**، ۵(۲): ۱۰۵-۱۲۵.

آقاعلی، فاطمه و همکاران (۱۳۹۰). تأثیر مشاوره گروهی شناختی- رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم، **روان شناسی ودین**، ۴(۱): ۳۷-۵۴.

بازدار، غلامرضا (۱۳۹۳). بررسی ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی، سلامت معنوی با مهارت ابراز وجود (قاطعیت) در بین معتادین کمپ اعتیاد، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی. ایلام.

برزگر بفرویی، کاظم و فاطمه پاک سرشت (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش معنویت درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روانشناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر، **فصلنامه علمی ترویجی اخلاق**، ۴(۱۶): ۱۴۷-۱۲۳.

بوالهروی، جعفر؛ نظیری، قاسم و سکینه زمانیان (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه، **جامعه‌شناسی زنان**، ۳(۱): ۱۱۵-۸۵.

بهرامی، فاضل و عباس رضانی فرانی (۱۳۸۴). بررسی نقش باورهای مذهبی (درونی و بیرونی) در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان مقیم مراکز بهزیستی و غیرمقیم، مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روانپزشکی تهران، سایت روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

بیانی، علی اصغر؛ گودرزی، حسینیه و عاشورمحمد کوچکی (۱۳۸۷). رابطه ابعاد بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه آزاداسلامی واحد آذرشهر (۸۶-۸۵). **دانش و پژوهش در روانشناسی**. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، (۳۵-۳۶): ۱۵۳-۱۶۴.

بیانی، علی اصغر؛ محمد کوچکی، عاشور و علی بیانی (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی - روانشناختی ریف، **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، ۱۴(۲): ۱۴۶-۱۵۱.

پیراسته مطلق، علی اکبر و زهرا نیکمنش (۱۳۹۱). بررسی تعیین ارتباط معنویت با احساس رنج و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری ایدز، **ارمغان دانش**، ۷(۴): ۳۳۷-۳۴۸.

تبرایی، رامین؛ فتحی آشیانی، علی و کاظم رسول زاده طباطبایی (۱۳۸۷). بررسی سهم تأثیر جهت گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت شناختی، **روانشناسی و دین**، ۳(۱): ۶۲-۳۷.

غباری بناب، باقر و همکاران (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران، **روانشناسی کاربردی**، ۳(۱۰): ۱۱۰-۱۱۳.

قویدل، سمیه (۱۳۹۰). بررسی مهارت‌های مثبت اندیشی در بین کتابداران کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های زیر پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران).

کهیکی، فاطمه (۱۳۹۰). بررسی رابطه سازگاری زناشویی و بهزیستی روانشناختی در بین دانشجویان متأهل - دانشگاه الزهرا (س). پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س).

میکائیلی منیع، فرزانه (۱۳۸۹). مقایسه بهزیستی روانی مادران با وبدون دانش آموزان ابتدایی کم توان ذهنی اثر سبک‌های مقابله‌ای. **پژوهش در حیطه کودکان استثنای**، ۸(۱): ۵۳-۶۹.

هوایی، کبری؛ رستمی، سهیلا و طاهره روشنی (۱۳۹۴). بررسی ارتباط سلامت معنوی، فشار روانی تجربه شده و سلامت روان با قدرت ابراز وجود معلمان شهرستان ایوان، **دومین کنفرانس بین المللی پژوهش در علوم رفتاری**.

Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1977). *Your Perfect Right*. Human Sciences Press.

Arrindell, W. A., Heesink, J., & Feij, J. A. (1999). The satisfaction with life scale (SWLS): Appraisal with 1700 healthy young adults in The Netherlands. *Personality and individual differences*, 26(5), 815-826.

Azais, F., Granger, B., Debray, Q., & Ducroix, C. (1999). Cognitive and emotional approach to assertiveness. *L'encephale*, 25(4), 353-357.

Baetz, M., & Toews, J. (2009). Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 292-301.

Bai, J., Brubaker, A., Meghani, S. H., Bruner, D. W., & Yeager, K. A. (2018). Spirituality and Quality of Life in Black Patients with Cancer Pain. *Journal of pain and symptom management*.

Bakker, A. A. D., van Leeuwen, R. R., & Roodbol, P. P. (2018). The Spirituality of Children with Chronic Conditions: A Qualitative Meta-synthesis. *Journal of pediatric nursing*.

Barton-Arwood, S., Morrow, L., Lane, K., & Jolivet, K. (2005). Project IMPROVE: Improving teachers' ability to address students' social needs. *Education and Treatment of Children*, 430-443.

Camfield, L., & Skevington, S. M. (2008). On subjective well-being and quality of life. *Journal of health psychology*, 13(6), 764-775.

- Cohen, D., Yoon, D. P., & Johnstone, B. (2009). Differentiating the impact of spiritual experiences, religious practices, and congregational support on the mental health of individuals with heterogeneous medical disorders. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 19(2), 121-138.
- Compton, W. C. (2001). Toward a tripartite factor structure of mental health: Subjective well-being, personal growth, and religiosity. *The Journal of psychology*, 135(5), 486-500.
- Das, S., Punnoose, V. P., Doval, N., & Nair, V. Y. (2018). Spirituality, religiousness and coping in patients with schizophrenia: A cross sectional study in a tertiary care hospital. *Psychiatry research*, 265, 238-243.
- Faghirpour, M. (1998). Self-assertion theory and its application. Educational Journal of Education Ministry, Tehran: Alborz Press. (Persian).
- Forster, J. R. (1991). Facilitating positive changes in self-constructions. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 4(3), 281-292.
- Fountoulakis, K. N., Siamouli, M., Magiria, S., & Kaprinis, G. (2008). Late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data. *Medical hypotheses*, 70(3), 493-496.
- Francis, L. J., Robbins, M., Lewis, C. A., Quigley, C. F., & Wheeler, C. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students: A response to O'Connor, Cobb, and O'Connor (2003). *Personality and Individual Differences*, 37(3), 485-494.
- Francis, L. J., Robbins, M., Lewis, C. A., Quigley, C. F., & Wheeler, C. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students: A response to O'Connor, Cobb, and O'Connor (2003). *Personality and Individual Differences*, 37(3), 485-494.
- George, L. K., & Landerman, R. (1984). Health and subjective well-being: A replicated secondary data analysis. *The international journal of aging and human development*, 19(2), 133-156.
- Graham, S., Furr, S., Flowers, C., & Burke, M. T. (2001). Research and theory religion and spirituality in coping with stress. *Counseling and Values*, 46(1), 2-13.
- Hargie, W. O. (1997). *The Handbook of Communication Skills* (2nd Ed.) New York: Routledge.
- Harrell, A. W., Mercer, S. H., & DeRosier, M. E. (2009). Improving the social-behavioral adjustment of adolescents: The effectiveness of a social skills group intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 18(4), 378-387.
- Hauser, R. M., Springer, K. W., & Pudrovsk, T. (2005, November). Temporal structures of psychological well-being: continuity or change. In *Meetings of the Gerontological Society of America, Orlando, Florida*.
- Johnstone, B., Franklin, K. L., Yoon, D. P., Burris, J., & Shigaki, C. (2008). Relationships among religiousness, spirituality, and health for individuals with stroke. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 15(4), 308-313.
- Keenan, P. M., & Kirwan, M. (2018). Nurses' Understanding of Spirituality and the Spirituality of Older People with Dementia in the Continuing Care Setting. *Religions*, 9(2), 50.
- Kelly, J. A., Frederiksen, L. W., Fitts, H., & Phillips, J. (1978). Training and generalization of commendatory assertiveness: A controlled single subject experiment. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 9(1), 17-21.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.
- Kim, T. H., Lee, S. M., Yu, K., Lee, S., & Puig, A. (2005). Hope and the meaning of life as influences on Korean adolescents' resilience: Implications for counselors. *Asia pacific education review*, 6(2), 143-152.
- Kirchner, T., & Patino, C. (2010). Stress and depression in Latin American immigrants: The mediating role of religiosity. *European Psychiatry*, 25(8), 479-484.

- Koeing, G.H., McCullough, E.M., & Larson, B.D. (2001). *Hand book of religion and health*, 1st ed. USA: Oxford University, 1118-20.
- Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (2000). Contextual supports and barriers to career choice: A social cognitive analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 36.
- Lin, Y. R., Shiah, I. S., Chang, Y. C., Lai, T. J., Wang, K. Y., & Chou, K. R. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse education today*, 24(8), 656-665.
- Longe, A. J., & Jakubowski, P. (1976). *The Assertive Option: Your Right and Responsibilities*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Mahipalan, M., & Sheena, S. (2018). Workplace Spirituality and Subjective Happiness Among High School Teachers: National Institute of Technology Karnataka, Surathkal, P O Srinivasnagar 575025, Karnataka, India.
- Marcoen, A. (1994). Spirituality and personal well-being in old age. *Ageing & Society*, 14(4), 521-536.
- McEwan, W. (2004). Spirituality in nursing: What are the issues?. *Orthopaedic Nursing*, 23(5), 321-326.
- Moons, P., Luyckx, K., Dezutter, J., Kovacs, A. H., Thomet, C., Budts, W., ... & Khairy, P. (2019). Religion and spirituality as predictors of patient-reported outcomes in adults with congenital heart disease around the globe. *International journal of cardiology*, 274, 93-99.
- Neisi, A., & Shahni Yeilagh, M. (2001). Impact of assertiveness training on self-esteem, social anxiety, and mental health of male students studying in the high schools of Ahvaz. *Journal of Psychology and Educational Science*, 1(2), 30-11. (Persian).
- Nota, L., & Soresi, S. (2003). An assertiveness training program for indecisive students attending an Italian university. *The Career Development Quarterly*, 51(4), 322-334.
- Ozawa, C., Suzuki, T., Mizuno, Y., Tarumi, R., Yoshida, K., Fujii, K., ... & Uchida, H. (2017). Resilience and spirituality in patients with depression and their family members: A cross-sectional study. *Comprehensive psychiatry*, 77, 53-59.
- Pandya, S. P. (2017). Spirituality, Happiness, and Psychological Well-being in 13-to 15-year olds: A Cross-country Longitudinal RCT Study. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 71(1), 12-26.
- Pargament, K.I. (2007). *Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred*, New York: Guilford, 1-3.
- Paterson, M., Green, J. M., Basson, C. J., & Ross, F. (2002). Probability of assertive behaviour, interpersonal anxiety and self-efficacy of South African registered dietitians. *Journal of human nutrition and dietetics*, 15(1), 9-17.
- Payizi, M. (2006). *Effects of self-expression training on life improving and educational progress of female students studying in the second year of high school* (Doctoral dissertation, Doctoral dissertation, Allameh Tabatabayi University).
- Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *Journal of personality*, 67(6), 985-1013.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American psychologist*, 58(1), 36.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. (2013). Positive psychotherapy. In D. wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current Psychotherapies* (PP. 461-498). Belmont, CA: cengage
- Rogers, D. L., Skidmore, S. T., Montgomery, G. T., Reidhead, M. A., & Reidhead, V. A. (2012). Spiritual integration predicts self-reported mental and physical health. *Journal of religion and health*, 51(4), 1188-1201.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Tossani, E., Ryff, C. D., & Fava, G. A. (2003). The relationship of psychological well-being to distress and personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(5), 268-275.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28.
- Ryff, C. D., Love, G. D., Essex, M. J., & Singer, B. (1998). Resilience in adulthood and later life. In *Handbook of aging and mental health* (pp. 69-96). Springer, Boston, MA.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1383.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. *American psychologist*, 60(5), 410-421.
- Shah, S., Frey, R., Shipman, K., Gardiner, F., & Milne, H. (2018). A survey to explore health care staff perceptions of spirituality and spiritual care working in a single district health area in New Zealand. *European Journal of Integrative Medicine*, 22, 1-9.
- Shahbazi, M. (2005). Relationship between emotional intelligence, self assertion and marital satisfaction of married teachers working in Masjed Soleiman with control over marriage duration. (Unpublished master's thesis, Shahid Chamran University). (Persian).
- Sloan, E. (2005). Effects of religiosity on Mental Health. *Journal of Psychology and Theology*, 16, 14-18.
- Smith, B. W., Tooley, E. M., Montague, E. Q., Robinson, A. E., Cosper, C. J., & Mullins, P. G. (2009). The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *The Journal of Pain*, 10(5), 493-500.
- Taylor, S., & Byown, J. (1988). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116, 7-21.
- Thoresen, C. E., & Harris, A. H. (2002). Spirituality and health: What's the evidence and what's needed?. *Annals of behavioral medicine*, 24(1), 3-13.
- Verduyn, C. M., Lord, W., & Forrest, G. C. (1990). Social skills training in schools: An evaluation study. *Journal of Adolescence*, 13(1), 3.
- Visser, A., de Jager Meezenbroek, E. C., & Garssen, B. (2018). Does spirituality reduce the impact of somatic symptoms on distress in cancer patients? Cross-sectional and longitudinal findings. *Social Science & Medicine*, 214, 57-66.
- Walt, V., Alletta, E. (2006). A descriptive and exploratory study towards a spiritual intelligent transitional Model of organizational communication University of South Africa, *Journal of Nursing Research*, 35(2), 273-80.
- Winefield, H. R., Gill, T. K., Taylor, A. W., & Pilkington, R. M. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both?. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 2(1), 3.
- Yang, K. P. (2006). The spiritual intelligence of nurses in Taiwan. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 14(1), 24-35.
- Zeinivand, A. (2006). Relationship between self-esteem and social support and scholastic progression of second-year high-school students. (Unpublished master's thesis, Tarbiyat Modarres University). (Persian).
- Zimmer, Z., Rojo, F., Ofstedal, M. B., Chiu, C. T., Saito, Y., & Jagger, C. (2019). Religiosity and health: A global comparative study. *SSM-Population Health*, 7, 100322.

Effectiveness of Self-awareness-based Spirituality Therapy in Psychological Well-being and Self-assertiveness

Piri, J^{1*}, Panah Ali, A^{2.}, Agdasi, A.N³

*1. Ph.D student, Educational Psychology, Islamic Azad University of Tabriz, (pii.jamaal @yahoo.com , Corresponding Author)

^{2.} Ph.D, Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Tabriz

^{3.} Ph.D, Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Tabriz

Abstract

The aim of the present study was to determine effectiveness of self-awareness- based spirituality therapy in psychological well-being and assertiveness. This study design was a semi-experimental. The study population involved all first year male students of secondary school in Tabriz city. Using cluster sampling method, 60 students were selected and were assigned in the two experimental and control groups (each containing 30 participants). Rif's psychological well-being questionnaire and Gambril & Richi's self-assertiveness questionnaire were used for data collection. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance and univariate analysis of covariance. Results showed that spirituality therapy was effective in psychological well-being components (e.g. independency, mastery on environment, personal growth, positive relations with others, and self-acceptance). Moreover, results indicated that spirituality therapy had significant effect on self-assertiveness. Hence, schools counselors and psychologists can improve students' self-assertiveness and psychological well-being through of spirituality therapy.

Key words: Spirituality therapy; Psychological well-being; Self-assertiveness