

اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر کاظم برزگر بفرویی،* فاطمه پاک‌سرشت**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش معنویت‌درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر متوسطه شهرستان یزد انجام گرفته است. دانش‌آموزان دختر پایه دوم علوم انسانی مقطع متوسطه در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ جامعه آماری پژوهش را دربرمی‌گیرند. به منظور انجام این پژوهش، ۵۰ دانش‌آموز دختر، به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، انتخاب شده و با طرح پژوهش شبه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون به گروه‌های آزمایشی و کنترل

* - استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه یزد.

k.barzegar@yazd.ac.ir

** - کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی.

k.barzegar@yazd.ac.ir

تاریخ تأیید:

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۲۳

۱۳۹۳/۰۶/۲۱

تقسیم شدند (۲۵ دانش‌آموز در گروه آزمایشی و ۲۵ دانش‌آموز در گروه کنترل). مداخله‌های مربوط به آموزش معنویت‌درمانی، روی گروه آزمایش انجام گرفت و به گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی ارائه نشد. هر دو گروه یک‌بار پیش از انجام آزمایش و یک‌بار بلافاصله پس از اتمام آزمایش، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف را تکمیل کردند. داده‌های به‌دست‌آمده با روش آماری تحلیل کواریانس تحلیل شد. نتایج نشان داد، «آموزش معنویت‌درمانی» در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان گروه آزمایش تأثیر معناداری دارد. در حقیقت از یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که می‌توان از معنویت‌درمانی در ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان بهره برد.

واژه‌های کلیدی

معنویت‌درمانی، بهزیستی روان‌شناختی، عملکرد تحصیلی، دانش‌آموزان.

مقدمه

هزاره سوم میلادی را عصر ایمان و معنویت نیز خوانده‌اند؛ زیرا انسان معاصر طعم تلخ ابتدال و ناپیوستگی به مبدأ اعلی و بریدگی از منشأ آسمانی را چشیده و آماده عبور از این فترت تاریخی و مرحله بحرانی است. بحران معنویت،^۱ بیماری بزرگ و کشنده انسان عصر مدرنیسم است. دانشمندان علم تجربی پس از تئوری پردازی‌ها و آزمون‌های بسیار، به این نظریه دست یافته‌اند که علایق مذهبی و باورهای دینی در کاهش یا حتی رفع بیماری‌های مختلف روحی و

۱-crisis of spirituality.

جسمی نقش به‌سزایی دارند. آنان معتقدند که ایمان به خدا یا هر قدرت معنوی دیگر، به انسان مؤمن نیرویی می‌بخشد که در تحمل سختی‌های طاقت‌فرسای زندگی، به کمک او می‌آید. این نیرو می‌تواند نگرانی و اضطراب را برطرف کرده، انسان را که تحت فشارهای مختلف روحی‌روانی است، یاری کند. از دیدگاه اسلام، راه درمان اساسی اختلالات روانی، از جمله اضطراب و نگرانی، یاد خداوند است. ﴿أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ...﴾ (رعد / ۲۸)

اعتقاد بر این است که انسان به‌وسیلهٔ ایجاد ارتباط روحی و معنوی با مبدأ وجود و سرچشمهٔ همهٔ پاکی‌ها و نیکی‌ها، به آرامش خاطر دست پیدا می‌کند. با وجود قدمت باورهای دینی، صاحب‌نظران در حوزه‌های روانشناسی مذهب، در سطح نظری، درخصوص آثار اعتقادات دینی بر بهداشت روانی، دیدگاه‌های ضد و نقیضی را بیان کرده‌اند. مثلاً فروید و آلیس نوعی ارزیابی منفی از نقش و تأثیر مذهب بر سلامت روان داشته‌اند؛ اما افرادی چون جیمز، یونگ، آلپورت، مزلو و آدلر، با نگرشی مثبت، از پیامدهای جهت‌گیری مذهبی بر بهداشت روانی، سخن گفته‌اند. (معتمدی شلمزاری، ۱۳۸۴: ۹۷)

مطالعهٔ مذهب از دیدگاه روانشناختی از حدود ۱۰۰ سال پیش آغاز شده است. در جامعهٔ ایرانی اسلامی ما، بسیاری از رفتارها در زندگی فردی و اجتماعی افراد، مستقیم یا غیرمستقیم، متأثر از آموزه‌ها و باورهای دینی بوده است و اغلب با آن نیز ارزیابی می‌شود. (ابوالقاسمی، ۱۳۸۹: ۴۷)

در سال‌های اخیر گروهی از پژوهشگران حوزهٔ سلامت روان، برگرفته از روانشناسی مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعهٔ این مفهوم برگزیده‌اند. آن‌ها سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی

تلقی نموده و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روان‌شناختی»^۱ مفهوم‌سازی کرده‌اند. از این منظر، بهزیستی روان‌شناختی به معنی کارکرد روان‌شناختی بهینه است. (رایان ودکی،^۲ ۲۰۰۱: ۱۴۳)

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، نداشتن بیماری را برای احساس سلامت، کافی نمی‌دانند؛ بلکه معتقدند داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت مثبت، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، پیوند مطلوب با جمع و اجتماع، از مشخصه‌های فرد سالم است. (کارادماس،^۳ ۲۰۰۷: ۲۷۹)

رویکرد بهزیستی روان‌شناختی، رشد و تحول مشاهده‌شده در برابر چالش‌های وجودی زندگی را بررسی می‌کند و به شدت بر توسعه انسانی تأکید دارد. احساس بهزیستی، هم دارای مولفه‌های شناختی و هم مولفه‌های عاطفی است. (رایان ودکی، ۲۰۰۱: ۱۴۵)

مدل ریف از مهمترین مدل‌های حوزه بهزیستی روان‌شناختی به‌شمار می‌رود. در این دیدگاه، بهزیستی به معنای تلاش برای برتری‌جویی و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد، متجلی می‌شود. ریف و همکارانش پیش از هر چیز تلاش کرده‌اند براساس مبانی فلسفی کسانی مثل ارسطو و راسل، ملاک‌های زندگی مطلوب یا به اصطلاح خوب را تعیین و دسته‌بندی کنند. بر این اساس، شش عامل مهم را شناسایی کرده‌اند که از طریق آن‌ها می‌توان

۱-psychological well-being.

۲-Ryan & Deci.

۳-Karad mas.

خوب بودن یا نبودن را تعیین کرد: پذیرش خود،^۱ هدف‌مندی در زندگی،^۲ رشد شخصی،^۳ داشتن ارتباط مثبت با دیگران،^۴ تسلط بر محیط^۵ و خودمختاری^۶ مؤلفه‌های تشکیل‌دهندهٔ بهزیستی روانشناختی در مدل ریف هستند. (ریف، ۱۹۸۹: به نقل از میکاییلی منیع، ۱۳۸۹: ۱۴۶)

عملکرد تحصیلی که در سیستم آموزشی به رشد و افت تحصیلی تعبیر می‌شود، از مسائلی است که توجه مسئولان و به‌ویژه نوجوانان را در چند سال اخیر برانگیخته است. آنچه به‌عنوان عملکرد تحصیلی، هر سال در هر دوره‌ای برای افراد محک می‌خورد؛ همان افت و پیشرفت درسی و عملی افراد است که این افت یا پیشرفت، تحت تأثیر یک عامل نیست؛ بلکه عوامل متعددی روی آن تأثیر دارند. واقعیت آن است که این عوامل چنان در هم تنیده‌اند و با یکدیگر کنش متقابل دارند که تعیین نقش و سهم هر یک به دشواری امکان‌پذیر است. تحقیقات نشان می‌دهد که عوامل آموزشی و فردی با ماهیت شناختی و اجتماعی، بیشترین تأثیر را بر عملکرد تحصیلی دارند. (کیت و کول، ۱۹۹۲؛ لفرانسوا، ۱۹۹۷؛ به نقل از قاضی طباطبایی و مرجانی، ۱۳۸۰: ۲۰) تحولات سریع دنیای معاصر، رقابت با کشورهای توسعه‌یافته و انفجار اطلاعات، از جمله عواملی هستند که ضرورت تغییر و تحول در سیستم‌های آموزشی و

۱-self-acceptance.

۲-purpose in life.

۳-personal growth.

۴-positive relations with others.

۵-environmental mastery.

۶-self-determination.

پژوهشی را ایجاب می‌کنند؛ چراکه بقای اجتماعی جوامع، در گرو همگامی با تغییرات ایجاد شده است و این امر امکان‌پذیر نیست، مگر با توجه به سرمایه‌گذاری بر تربیت نیروی انسانی مولد، خلاق و کارآمد که بتواند علاوه بر سازگاری با دنیای معاصر، موجب تحولات سازنده شود.

مطالعه منابع اسلامی و نظریات دانشمندان مسلمان، این نتیجه را به دست آورده که التزام به اعتقادات مذهبی، عامل بازدارنده بسیاری از بیماری‌ها، به ویژه بیماری‌های روانی است. به باور علامه طباطبایی انسان در صورت پذیرش توحید و عمل به قوانین دین، ظرفیت روانی‌اش گسترده‌تر می‌شود و در غیر این صورت، احساس ناخوشایند و زندگی تیره و تاری خواهد داشت. شواهد پژوهشی موجود نشان می‌دهد که بین التزام عملی به اعتقادات دینی و سلامت روانی، همبستگی مثبت وجود دارد. (گارتنر^۱ و همکاران، ۱۹۹۱: ۸) علمای اسلام بیان می‌کنند که بنابر آموزه‌های دینی، آن‌هایی که متدین‌ترند با سختی‌ها بهتر مقابله می‌کنند. براساس آیه ۴ سوره فتح، خداوند می‌فرماید: ﴿هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ لِيَزْدَادُوا إِيمَانًا﴾؛ هم‌اوست که آرامش را در دل‌های مومنان جای داد تا ایمانی بر ایمانشان بیفزاید.

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد میان مذهب و سلامت روانی (تبرایی و همکاران، ۱۳۸۷؛ غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰) عزت نفس زیاد (قمری گیوی، ۱۳۸۷)، کاهش افسردگی (چراغی و مولوی، ۱۳۸۵)، حمایت اجتماعی

۱-Gartner & et al.

(فابریکتور و هندال،^۱ ۲۰۰۴) و اجتناب از خودکشی (راسیچ^۲ و همکاران، ۲۰۰۹)، نوعی همبستگی مثبت وجود دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند؛ ایمان، انجام دستورات مذهبی و شرکت در مراسم مذهبی، می‌تواند نقش مؤثری در جلوگیری از ابتلا به مشکلات روانی افراد و درمان آن ایفا کند و موجب ارتقای سطح سلامتی و بهزیستی افراد شود.

اژدری فرد و نورانی پور در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر آموزش معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان»، به این نتیجه رسیدند که این روش، باعث افزایش سلامت روان و عملکرد تحصیلی و کاهش اضطراب دانش‌آموزان می‌شود. (اژدری فرد و نورانی پور، ۱۳۸۹: ۱۰۵) دسروسیرس و میلر^۳ (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان دادند کسانی که از اعتقادات مذهبی برخوردارند، در مقابله با فشارهای تحصیلی، از سلامت روان بیشتری برخوردارند. البته در پژوهشی که دربارهٔ رابطهٔ فشارزاهای تحصیلی، تفکرات مذهبی، سلامت روان، با عملکرد تحصیلی در دانشجویان دختر و پسر انجام شد، نتایج نشان داد که بین فشارزاهای تحصیلی و عملکرد تحصیلی و بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی، رابطهٔ معناداری وجود دارد؛ ولی بین تفکرات مذهبی و عملکرد تحصیلی، ارتباطی مشاهده نشد. (به نقل از حیدری و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۳)

۱-Fabricatore & Handal.

۲-Rasic , et al.

۳-Desrosiers & Miller.

همچنین، مک گرگور^۱ (۲۰۰۸) و کزدی^۲ و همکاران (۲۰۱۰) با انجام پژوهش‌های طولی نشان دادند که آموزش مسائل مذهبی و دینی در کودکی، باعث گرایش آن‌ها در نوجوانی و جوانی به دین و مذهب شده، روی سلامت روحی و روانی آن‌ها تاثیر مثبت به‌جای می‌گذارد. ویلیامز^۳ (۲۰۱۰) در پژوهشی دیگر نشان داد که میان انجام اعمال مذهبی و شرکت در این‌گونه مراسم‌ها با سلامت روان افراد، نوعی ارتباط وجود دارد. (به نقل از غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰: ۳۳۶)

در بیس‌اهمیب و ضرورت این تحقیق بیان این نکته لازم است که در جامعه ایرانی اسلامی ما، بسیاری از رفتارها در زندگی فردی و اجتماعی افراد، مستقیم یا غیر مستقیم متأثر از آموزه‌ها و باورهای دینی بوده و اغلب با آن نیز ارزیابی می‌شود. این امر به‌ویژه برای دانش‌آموزان صادق است؛ چراکه هنوز رشد و شخصیت آن‌ها در حال شکل‌گیری است. این پژوهش، با در نظر گرفتن اهمیت این موضوع، قصد دارد بر اساس طرح درمانی معنویت از دیدگاه اسلام، تأثیر اجرای این طرح را، بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر، بررسی کند. طبق این هدف، فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت‌اند از:

۱. آموزش معنویت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی تأثیر دارد؛

۲. آموزش معنویت‌درمانی بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی تأثیر دارد؛

۱-MacGregor.

۲-Kezdy & et all.

۳-Williams.

۳. آموزش معنویت‌درمانی بر ابعاد بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی، با اجرای پیش‌آزمون - پس‌آزمون است که روی گروه آزمایش انجام شد و نتایج با گروه کنترل مقایسه گردید. متغیر مستقل «معنویت‌درمانی» و متغیر وابسته «بهزیستی روانشناختی، عملکرد تحصیلی» است.

جدول ۱. دیاگرام پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل

مداخلات روانشناختی	پس‌آزمون	متغیر مستقل	پیش‌آزمون	گزینه‌ش آزمودنی‌ها	گروه
معنویت‌درمانی	T _۲	X _۱	T _۱	R	آزمایش
کنترل	T _۲	-	T _۱	R	کنترل

پس از تقسیم تصادفی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش، در گروه آزمایش و کنترل، طرح آموزشی معنویت‌درمانی اسلامی در ۱۰ جلسه ۲ ساعته در مدت ۲/۵ ماه، به شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ارائه شد. در گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. هر دو گروه، یک‌بار پیش از مداخله آزمایشی و یک‌بار پس از مداخله، «آزمون بهزیستی روانشناختی ریف» را تکمیل کردند. نتایج با استفاده از آزمون «کوواریانس» تجزیه و تحلیل شد. شرح جلسات در پیوست آورده شده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، دانش‌آموزان دختر دوم علوم انسانی متوسطه شهرستان یزد، در نیم‌سال دوم تحصیلی ۹۲-۹۱ بودند. در این پژوهش جهت دستیابی به نمونه، از روش تصادفی چندمرحله‌ای، به شرح زیر استفاده شد. با مراجعه به آموزش و پرورش شهر یزد از بین دو ناحیه، ناحیه یک انتخاب و از بین مدارس این ناحیه، دو مدرسه و از هر مدرسه، دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس از میان دانش‌آموزان ۵۰ دانش‌آموز انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۵ نفری (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. سپس متغیر مستقل (معنویت‌درمانی) روی گروه آزمایش اعمال شد.

ابزار پژوهش

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، «مقیاس بهزیستی روان‌شناختی» بود که در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف ساخته و در سال ۲۰۰۲ تجدیدنظر شده است. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که شامل ۸۴ سوال و ۶ عامل تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و خودمختاری را در بر می‌گیرد. آزمودنی‌ها در مقیاسی ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سوال‌ها پاسخ می‌دهند. از بین کل سوالات، ۴۴ سوال به صورت مستقیم و ۴۰ سوال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هر عامل ۱۴ سوال دارد. «آلفای کرونباخ» به دست آمده در مطالعه ریف، برای پذیرش خود ۰/۹۳، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰، هدفمندی در زندگی ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ گزارش شده است. همچنین، در پژوهش دیگری ون دیرندانک (۲۰۰۵) ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه را، به روش آلفای کرونباخ، از ۰/۵۲ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است.

در ایران طی پژوهشی، سنجش همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ روی نمونه دانشجویی انجام شده است که ضرایب آلفای کرونباخ برای، پذیرش خود ۰/۷۱، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۷، خودمختاری ۰/۷۸، تسلط بر محیط ۰/۷۰، زندگی هدفمند ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸، به دست آمده است. (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۴۹) به منظور بررسی اعتبار ساختار این آزمون، همبستگی میان مقیاس‌های آن و همبستگی کلی، ارزیابی شد که نتایج، بیانگر اعتبار مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف است. (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۴۶)

شایان ذکر است که در این پژوهش، شاخص عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان نمونه، معدل نمرات آنان در نیم‌سال تحصیلی اول و دوم ۹۱-۹۲ بود.

یافته‌های پژوهش

در این بخش، ابتدا میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل و سپس «تحلیل کواریانس» برای تفاوت گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون عملکرد تحصیلی و

بهزیستی روانشناختی

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱/۵۸	۱۶/۵۷	۱/۷۴	۱۶/۱۸	کنترل	عملکرد تحصیلی
۱/۳۳	۱۷/۴۷	۱/۶۱	۱۷/۰۳	آزمایش	
۴۴/۴۳	۳۵۰/۵۲	۳۹/۷۷	۳۵۶/۳۲	کنترل	بهزیستی روانشناختی
۴۱/۲۰	۳۶۱/۴۴	۴۶/۴۴	۳۲۸/۵۲	آزمایش	

پس‌آزمون		پیش‌آزمون			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیرها
۱۰/۱۰	۶۱/۶۴	۱۰/۴۴	۶۰/۴۰	کنترل	ارتباط مثبت بادیگران
۱۰/۲۴	۶۴/۶۰	۱۰/۲۷	۵۹/۱۲	آزمایش	
۸/۸۰	۶۱/۴۰	۷/۳۴	۶۵/۴۰	کنترل	رشد فردی
۸/۹۳	۶۴/۸۴	۸/۸۱	۵۸/۴۸	آزمایش	
۹/۶۰	۵۸/۲۴	۱۱/۰۳	۵۵/۸۸	کنترل	پذیرش خود
۹/۸۰	۵۶/۸۴	۱۱/۹۰	۵۰/۱۲	آزمایش	
۱۰/۵۴	۵۷/۰۸	۹/۶۶	۵۹/۹۲	کنترل	خودمختاری
۹/۲۳	۵۵/۲۰	۷/۹۵	۵۳/۳۹	آزمایش	
۱۰/۵۴	۵۷/۰۸	۹/۶۶	۵۹/۹۲	کنترل	تسلط بر محیط
۸/۶۰	۶۰/۴۰	۱۱/۴۵	۵۳/۱۲	آزمایش	
۸/۷۳	۶۱/۸۴	۱۰/۶۹	۶۴/۷۶	کنترل	زندگی هدفمند
۱۱/۸۳	۵۹/۵۶	۱۲/۴۳	۵۴/۳۲	آزمایش	

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش که تعیین اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی بود، از آزمون تحلیل کواریانس یک‌راهه (آنکوا) استفاده شد؛ لذا در ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس یک‌راهه، از جمله شرط نرمال بودن داده‌ها، خطی بودن رابطه بین متغیر کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون)، همگنی شیب‌های رگرسیون و یکسانی واریانس‌ها بررسی شد.

نتایج آزمون «کولموگروف - اسمیرنوف» و «لوین» نشان داد که شرط نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج سایر آزمون‌ها نشان داد که پیش فرض‌های تحلیل کواریانس رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس‌آزمون بهزیستی روانشناختی دو گروه با کنترل

پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مربعات	درجات آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مجذوراتای جزئی	توان آزمون
الگوی تصحیح شده	۵۸۸۲۱/۲۷	۲	۲۹۴۱۰/۶۳	۴۴/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
مقدار ثابت	۵۱۰۵/۴۸	۱	۵۱۰۵/۴۸	۷/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۱۶	۰/۷۸
پیش‌آزمون	۵۷۳۳۰/۶۹	۱	۵۷۳۳۰/۶۹	۸۷/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
گروه	۱۲۳۹۳/۷۸	۱	۱۲۳۹۳/۷۹	۱۸/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
خطا	۳۰۸۱۵/۷۲	۴۷	۶۵۵/۶۵				
مجموع	۶۴۲۵۷۲۵	۵۰					

همان‌گونه که جدول (۳) نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و گواه در میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی به دست آمد. ($F(1,47) = 18/90, P < 0/01$)، $F(1,47) = 18/90$ ، $P < 0/01$) به عبارت دیگر، آموزش معنویت‌درمانی با توجه به میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، موجب افزایش بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/49$ است. به عبارت دیگر، 49 درصد تفاوت‌های دانش‌آموزان در نمرات بهزیستی روانشناختی گروه

آزمایش، مربوط به تاثیر آموزش معنویت‌درماني است؛ درنتيجه اين فرضيه پژوهش تأييد شد.

جدول ۴. نتايج تحليل کواريانس نمرات پس‌آزمون عملکرد تحصيلي دو گروه با

کنترل پيش‌آزمون

توان آزمون	مجدور اتای جزيی	سطح معناداری	F	میانگین مربعات	درجات آزادی	مجموع مربعات	منبع تغییر
۱	۰/۷۳	۰/۰۰۱	۶۴/۸۹	۴۶/۵۳	۲	۹۳/۰۷	الگوی تصحیح‌شده
۰/۹۹	۰/۳۰	۰/۰۰۱	۱۹/۸۳	۱۴/۲۲	۱	۱۴/۲۲	مقدار ثابت
۱	۰/۶۷	۰/۰۰۱	۹۵/۰۹	۶۸/۱۹	۱	۶۸/۱۹	پیش‌آزمون
۰/۹۰	۰/۱۹	۰/۰۰۱	۱۱/۱۰	۷/۹۶	۱	۷/۹۶	گروه
				۰/۷۲	۴۷	۳۳/۷۰	خطا
					۵۰	۱۵۰۴۲/۵۳	مجموع

همان‌گونه که جدول (۴) نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و گواه در میانگین نمرات عملکرد تحصيلي به دست آمد. ($P < ۰/۰۱$)، $F(۱, ۴۷) = ۱۱/۱۰$ ، $P = ۰/۱۹$ = مجدور اتای جزيی). به عبارت دیگر، آموزش معنویت‌درماني با توجه به میانگین نمرات عملکرد تحصيلي گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، موجب افزایش عملکرد تحصيلي در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۱۹ است. به عبارت دیگر، ۱۹ درصد تفاوت‌های دانش‌آموزان در نمرات عملکرد تحصيلي گروه آزمایش، مربوط به تأثیر آموزش معنویت‌درماني است؛ لذا این فرضيه پژوهش نیز تأييد شد.

برای بررسی فرضيه تأثیر آموزش معنویت‌درماني بر ابعاد بهزیستی روانشناختي، از تحليل کواريانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. در ابتدا شرط یکسانی ماتریس «واریانس - کواریانس» بررسی شد. همان‌گونه که

جدول ۴ نشان می‌دهد، مقدار معناداری، بزرگتر از ۰/۰۰۱ است؛ لذا از این پیش فرض تخطی نشده است.

جدول ۵. نتایج آزمون مفروضه یکسانی ماتریس وارینانس-کواریانس

سطح معناداری	درجات آزادی ۲	درجات آزادی ۱	F	Box,s M
۰/۰۶	۸۴۷۴/۱۱	۲۱	۲/۶۶	۴۰/۲۹

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) و نمرات پس آزمون ابعاد بهزیستی روانشناختی، در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل مانکوا روی میانگین نمرات ابعاد بهزیستی روانشناختی

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اثر بیلابی	۰/۲۹۶	۲/۶۰	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۷۹
لامبدای ویلکز	۰/۷۰۴	۲/۶۰	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۷۹
اثر هتلینگ	۰/۴۲۱	۲/۶۰	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۷۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۴۲۱	۲/۶۰	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۷۹

همان‌گونه که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود؛ سطوح معناداری تمامی آزمون‌ها، بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایش و گواه، حداقل از لحاظ یکی از ابعاد بهزیستی روانشناختی، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. ($F= ۲/۶۰, P < ۰/۰۱$) به عبارت دیگر، آموزش معنویت‌درمانی موجب افزایش ابعاد بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر برابر با ۰/۴۹ است. به عبارت دیگر، ۴۹ درصد تفاوت‌های دانش‌آموزان در نمرات ابعاد بهزیستی روانشناختی گروه آزمایش، مربوط به تأثیر آموزش معنویت‌درمانی است.

برای پی بردن به این نکته که از لحاظ ابعاد بهزیستی روانشناختی، بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن آنکوا روی میانگین نمرات ابعاد بهزیستی روانشناختی دانش آموزان گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییر	مجموع مربعات	درجات آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
بعد ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	۱۶۱۵/۸۷۰	۱	۱۶۱۵/۸۷۰	۲۲/۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	گروه	۱۶۸/۳۵۴	۱	۱۶۸/۳۵۴	۲/۳۶۱	۰/۱۳۱	۰/۰۴
	خطا	۳۳۵۱/۸۹۰	۴۷	۷۱/۳۱۷			
بعد رشد فردی	پیش‌آزمون	۸۴۸/۴۵۶	۱	۸۴۸/۴۵۶	۱۳/۶۴۳	۰/۰۰۱	۰/۲۲۵
	گروه	۵۱۹/۰۸۰	۱	۵۱۹/۰۸۰	۸/۳۴۷	۰/۰۰۶	۰/۲۰۱
	خطا	۲۹۲۲/۹۰۴	۴۷	۶۲/۱۸۹			
بعد پذیرش خود	پیش‌آزمون	۱۲۹۱/۴۴۶	۱	۱۲۹۱/۴۴۶	۱۸/۷۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸۶
	گروه	۱۶/۹۹۱	۱	۱۶/۹۹۱	۰/۶۲۱	۰/۶۲۱	۰/۰۰۵
	خطا	۳۲۳۰/۴۷۴	۴۷	۶۸/۷۳۳			
بعد خودمختاری	پیش‌آزمون	۳۵۴/۰۸۸	۱	۳۵۴/۰۸۸	۴/۳۳۵	۰/۰۴۳	۰/۰۸۴
	گروه	۱۴۴/۲۴۷	۱	۱۴۴/۲۴۷	۱/۷۶۶	۰/۱۹۰	۰/۰۳۶
	خطا	۳۸۳۹/۳۵۲	۴۷	۸۱/۶۸۸			
بعد تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۱۵۹۱/۵۶۸	۱	۱۵۹۱/۵۶۸	۲۶/۲۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۸
	گروه	۵۵۵/۷۲۶	۱	۵۵۵/۷۲۶	۹/۱۶۹	۰/۰۰۴	۰/۲۷۳
	خطا	۲۸۵۰/۲۷۲	۴۷	۶۰/۶۴۴			
بعد زندگی هدفمند	پیش‌آزمون	۲۰۱۵/۵۱۴	۱	۲۰۱۵/۵۱۴	۲۹/۸۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸
	گروه	۱۳۰/۴۹۷	۱	۱۳۰/۴۹۷	۱/۹۳۰	۰/۱۷۱	۰/۰۳۹
	خطا	۳۱۷۸/۰۰۶	۴۷	۶۷/۶۱۷			

همان‌گونه‌که در جدول ۷ نشان داده شده است، با کنترل تأثیر متغیر کمکی (پیش‌آزمون) روی متغیر وابسته، بین دو گروه از لحاظ ابعاد رشد فردی ($F= ۸/۳۵$ ، $P < ۰/۰۱$) و تسلط بر محیط ($F= ۹/۱۷$ ، $P < ۰/۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد. این بیانگر آن است که آموزش معنویت‌درمانی توانسته است وضعیت این دو بعد بهزیستی روانشناختی را افزایش دهد.

نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روانشناختی و عملکرد تحصیلی دختران پایه دوم علوم انسانی شهرستان یزد بود. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون، به‌عنوان متغیر «همپراش» (کمکی)، مداخله‌های آموزش معنویت‌درمانی بر بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان نمونه مؤثر است. این نتایج با نتایج سایر پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه معنویت‌درمانی، از جمله بهرامی احسان و حسنی واجاری (۱۳۸۴)، شطی و همکاران (۱۳۸۳)، ازدری فرد و نورانی‌پور (۱۳۸۹)، میرزامحمدی و فراهانی (۱۳۹۰)، کوینگ (۲۰۰۷)، کزدی و همکاران (۲۰۱۰) و ویلیامز (۲۰۱۰) همخوانی دارد. این مطالعات نشان می‌دهند که آموزش معنویت‌درمانی بر بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان، می‌تواند سازگاری با شرایط را افزایش دهد، نگرش فرد را نسبت به دنیای اطرافش بهبود بخشد و موجب کاهش احساسات منفی، تنش‌ها و ایجاد حس استقلال و قدرت شود. آلپورت (۱۹۶۸) معتقد است برای رسیدن به شخصیت سالم، تدبیتی عمیق لازم است و تأکید می‌کند که انسان سالم،

زندگی یک پارچه و هدفداری دارد؛ بنابراین معنویت، در زندگی عملی فرد و بهزیستی او تأثیرگذار است.

برای تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: نارسایی معنویت دانش‌آموزان می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی در بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان مدرسه باشد؛ زیرا معنویت، در افراد، احساس تعلق و ایمنی خدمت به جامعه را فراهم می‌کند و رشد سلامت روان را به سمت جلو هدایت می‌نماید. برخورداری از معنویت می‌تواند با تزریق مسئولیت به زندگی، توان مقابله با مشکلات زندگی و تحصیلی را افزایش دهد و خلاءهای اخلاقی، عاطفی و معنوی فرد را پر کند. در حقیقت، یافته‌های کاربردی این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش معنویت، عاملی مؤثر بر بهزیستی روانشناختی این دانش‌آموزان است.

از دیگر یافته‌های این پژوهش، تأثیر آموزش معنویت بر عملکرد تحصیلی بود؛ به‌گونه‌ای که این آموزش موجب عملکرد تحصیلی شایسته‌تر دانش‌آموزان گروه آزمایش شد. این بخش از نتایج پژوهش با حیدری و همکاران (۱۳۸۷) و جوادی‌نژاد (۱۳۸۰) هم‌خوانی دارد. توجه به این یافته چنین است که ایجاد و پیشرفت احساس معنویت، ممکن است یکی از راه‌های مناسب سازگاری با مشکلات بوده و می‌تواند در عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان تأثیر به‌سزایی داشته باشد. دانش‌آموزان در مرحله نوجوانی دچار فشارهای تحصیلی و از نظر روانی آسیب‌پذیرتر می‌شوند و بدیهی است که به دلیل نداشتن تجربه، دچار تنیدگی‌های گوناگون می‌شوند. ناخشنودی، رضایت‌نداشتن، ناامیدی، ناکامی، خشونت، روابط بین فردی ضعیف و درماندگی حالات و احساسات منفی، می‌توانند عملکرد آن‌ها را شدیداً تحت تأثیر قرار دهند. طبق نتایج این پژوهش، آموزش معنویت به این دانش‌آموزان توانسته است بهزیستی روانشناختی آن‌ها را افزایش دهد؛ لذا قدرت مقابله و سازگاری دانش‌آموزان با

چالش‌های این دوره از زندگی افزایش یافته است که در سایه این تغییرات می‌توان انتظار داشت، عملکرد دانش‌آموزان در زمینه‌های تحصیلی ارتقاء یابد. مایر و دینر (۱۹۹۵) در همین زمینه بیان می‌کنند که بهزیستی روانشناختی هم دارای مولفه‌های شناختی و هم دارای مولفه‌های عاطفی است. افراد، با احساس بهزیستی زیاد، هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند؛ در حالی که افراد با احساس بهزیستی کم، حوادث و موقعیت زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند که پیامد آن، عملکرد ضعیف در عرصه‌های مختلف زندگی است.

در این تحقیق پاره‌ای محدودیت‌ها وجود داشت، از جمله؛ ناکافی بودن منابع نظری و اطلاعاتی در کتابخانه‌های علوم انسانی و بسته معنویت‌درمانی و در دسترس نبودن این منابع تا بتوان به آن‌ها استناد کرد.

با توجه به اینکه تحقیق حاضر فقط در ناحیه شهر یزد و تنها در بین دانش‌آموزان دختر انجام گرفت، پیشنهاد می‌شود روش معنویت‌درمانی در مقاطع و جنسیت‌های مختلف انجام گیرد و نتایج با هم مقایسه شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، این بود که در جامعه نسبتاً مذهبی و با الگوهای فرهنگ سنتی انجام گرفته است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود اثربخشی الگوهای مداخله‌ای این مطالعه، در پژوهش‌های دیگری که در بافت‌های متفاوت فرهنگی و مذهبی انجام می‌شود نیز ارزیابی شود.

با توجه به اینکه روش معنویت‌درمانی و کمک‌گرفتن از دین، نماز و نیایش یکی از روش‌های اساسی درمانی است و می‌توان به کمک آن از ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی و اجتماعی پیشگیری کرد و می‌توان به واسطه آن‌ها به منبع نامتناهی قدرت الهی وابسته شد و احساس امید و آرامش داشت؛ لذا لازم

است در جلسات معلّمان، مسئولان، انجمن اولیاء و مربیان، از این روش استفاده کرد تا تأثیر مثبتی روی روابط اولیای مدرسه و والدین دانش‌آموزان داشته باشد. بنابراین به مسئولان و برنامه‌ریزان آموزش و پرورش پیشنهاد می‌شود معنویت را به طرق مختلف و با برگزاری کلاس‌های فوق‌برنامه، استفاده از نرم‌افزارهای گوناگون فعال‌سازی معنویت و ...، جهت ارتقای بهزیستی روانشناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان، فعال کرده و پی‌گیری نمایند.

پیوست

ساختار جلسات آموزشی معنویت‌درمانی از دیدگاه اسلام

جلسه اول: معنویت‌درمانی

معارفۀ اعضای گروه، هدف از اجرای طرح، تعریف و ارائه توضیحاتی درباره معنویت و نقش آن در شکل‌گیری ابعاد بهزیستی روانشناختی، آشنایی با ابعاد بهزیستی روانشناختی، اجرای پیش‌آزمون، پاسخ‌گویی به سوالاتی که ممکن است برای اعضای گروه، درباره نحوه فعالیت یا پاسخ‌دادن به پرسشنامه به وجود بیاید. بحث و نتیجه‌گیری از جلسه.

جلسه دوم: توکل به خدا و خودشناسی

از جمله موضوعات اخلاقی در کتاب آسمانی مسلمانان، موضوع توکل است؛ توجه‌دادن انسان غفلت‌زده به مسبب‌الاسباب واقعی، بحث درباره مسئله خودشناسی، اهمیت و ارزش آن و اینکه برای چه منظوری توصیه شده است، بحث درباره آیات و روایات در خصوص توکل به خدا و خودشناسی، بیان داستان کوتاهی درباره توکل. بحث و نتیجه‌گیری از جلسه.

جلسه سوم: آشنایی با زندگی امام حسین علیه السلام و ارزش حلم و بردباری

یکی از برترین ویژگی‌های اخلاقی که در سیره اخلاقی معصومان علیهم السلام به چشم می‌خورد، حلم و بردباری ایشان است. بحث درباره ارزش حلم و بردباری، تحمل داشتن در برابر تندی‌ها و ناملازمات روزگار، بررسی ابعاد زندگی امام حسین علیه السلام، قرائت زیارت عاشورا، استفاده از آیات و روایات درباره حلم و بردباری، بحث و نتیجه‌گیری از جلسه.

جلسه چهارم: تاثیر دعا، رشد توانایی بالقوه فرد

بحث درباره نقش نیایش و دعا در کسب آرامش و کمک گرفتن از خداوند برای حل سختی‌ها و مشکلات زندگی به عنوان امتحان‌های الهی، بحث درباره انواع دعا، مستجاب‌نشدن دعا، آفات عبادت؛ بی‌بردن به حکمت‌ها و تقدیرهای خداوند در زندگی، بررسی خصوصیات و قابلیت‌های انسان از جنبه جسمانی و عقلانی و روحانی؛ بحث درباره مراحل حیات انسان و شناخت ابعاد وجودی او در مسیر رشد و تکامل از دیدگاه قرآن و روایات، بحث و نتیجه‌گیری از جلسه.

جلسه پنجم: شناخت احساس امنیت و تحمل حوادث

بحث درباره شناخت خود و احساس امنیت در سایه توحید، مروری بر شیوه‌های درمانی روان (ایمان به توحید، عبادت‌ها، صبر، ذکر، توبه) تا افرادی با شخصیت انسانی کامل، متعادل، آرام و مطمئن بسازد. با اعتقاد به اینکه خداوند توبه‌پذیر و آمرزنده گناهان است و هرگز خلف وعده نمی‌کند، تفسیر آیات قرآنی درباره احساس امنیت و تحمل کردن در برابر مشکلات، بحث و نتیجه‌گیری از جلسه.

جلسه ششم: عوامل رضایت از زندگی از دیدگاه ائمه علیهم‌السلام

ارائه مثال‌هایی از زندگی پیامبر و ائمه معصومان درباره عوامل رضایت‌مندی از زندگی، مروری بر احادیث و روایات پیامبر و ائمه درباره رضایت از زندگی، سخن از چیزی که نهایت آرزوست و آن چیزی است که انسان به‌خاطر آن زنده است و بدون آن زندگی پوچ و بی‌معنی است، بحث و نتیجه‌گیری از جلسه.

جلسه هفتم: گرفتن بازخورد همگام با مقاومت

مبادله بازخورد با اعضای گروه، بی‌بردن به وجود نقاط مثبت و منفی خود از دید سایرین و شناخت عزت‌نفس، مروری بر ارزش‌های اسلامی با تکیه بر آیات و روایات درباره عزت‌نفس، بحث و نتیجه‌گیری از جلسه.

جلسه هشتم: شناخت استقلال فرد، هدفمندی در زندگی

بحث درباره معنی استقلال با توجه به آیات و احادیث، صراحت هدف زندگی انسان از دیدگاه قرآن، بحث درباره هدف نهایی انسان در زندگی که چیزی جز عبادت و بندگی خداوند نیست، بحث و نتیجه‌گیری از جلسه.

جلسه نهم: نحوه ارتباط با دیگران

بحث درباره عصر ارتباطات، آشنایی با انواع وسایل ارتباط جمعی مدرن، بیان تفسیر آیات قرآن با موضوع مرتبط، به‌کاربردن روش‌های صحیح برقراری ارتباط با دیگران، بحث و نتیجه‌گیری از جلسه.

جلسه دهم: نتیجه‌گیری و پایان آموزش

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از مباحث مطرح‌شده در کل جلسات، اجرای پس‌آزمون پرسش‌نامه‌ی بهزیستی روانشناختی، پاسخ‌دهی به سوالات باقی‌مانده‌ی اعضا، اهداء جایزه به دانش‌آموزانی که در اجرای طرح، محقق را یاری رسانده‌اند.

منابع

۱. ابوالقاسمی، شهنام، ۱۳۸۹، «تأثیر شعائر دینی در بهداشت روانی جوانان»، اسلام و پژوهش‌های تربیتی، دوره ۲، ش ۱.
۲. اژدری‌فرد، سیما؛ قاضی، قاسم؛ نورانی‌پور، ۱۳۸۹، «بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روانی دانش‌آموزان»، فصلنامه اندیشه تازه در علوم تربیتی، دوره ۵، ش ۲.
۳. بهرامی احسان، هادی؛ حسنی واجاری، کتایون، ۱۳۸۴، «نقش مقابله مذهبی و خوشبختی معنوی در تبیین سلامت روان»، مجله روانشناسی و دین، سال سوم، ش ۳.
۴. بیانی، علی اصغر؛ عاشور، محمد؛ بیاتی، علی، ۱۳۸۷، «روایی و پایایی مقیاس بهزیستی ریف»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال ۱۴، ش ۱۲.
۵. تیرایی، رامین؛ فتحی آشتیانی، علی؛ رسول‌زاده طباطبایی، کاظم، ۱۳۸۷، «بررسی سهم تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان در مقایسه با عوامل جمعیت‌شناختی»، روانشناسی و دین، دوره ۱، ش ۳.

۶. جوادی‌نژاد، علی، ۱۳۸۰، «بررسی رابطه بین جو عاطفی خانواده و سلامت روان با عملکرد تحصیلی دختران شهرستان اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

۷. چراغی، مونا و مولوی، حسین، ۱۳۸۵، «رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان». پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی، دوره ۲، ش ۲.

۸. حیدری، ع. ر؛ عسکری، پ، مرعشیان، ف؛ سراج خرمی، ن، ۱۳۸۸، «رابطه فشارزاهای تحصیلی، تفکرات مذهبی و سلامت روان با عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز»، یافته‌های نو در روانشناسی، دوره ۲، ش ۶.

۹. شطی، مدینه؛ قدس‌بین، فریبا؛ زیادلود، سمانه، ۱۳۸۳، «نقش دعا و مذهب در مقابله با استرس»، مجموعه مقالات ۶ سمینار سراسری بیماری‌های ناشی از استرس، دانشگاه علوم پزشکی فارس، انتشارات دانشگاه.

۱۰. غلامی، علی؛ بشلیده، کیومرث، ۱۳۹۰، «اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه»، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، سال ۱، ش ۳.

۱۱. قاضی طباطبایی، محمود؛ مرجانی، سید هادی، ۱۳۸۰، «بررسی عوامل موثر بر خود اثربخشی دانشگاهی دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه تهران»، فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی، دوره ۷، ش ۱.

۱۲. قمری گیوی، حسین، ۱۳۸۷، معنویت، «هویت و بهداشت روانی در گستره زندگی»، روانشناسی و دین دوره ۱، ش ۴.

۱۳. میرزامحمدی، حسین؛ اسفندیاری، سهیلا، ۱۳۹۰، «بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی»، فرهنگ در دانشگاه اسلامی، سال ۱۵، ش ۲.

۱۴. میکایلی منیع، فرزانه، ۱۳۸۹، «بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف در بین دانشجویان دانشگاه ارومیه»، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، سال ۵، ش ۱۸.

۱۵. معتمدی شلمزاری، عبدا...، ۱۳۸۴، «مذهب در نگرش نظریه پردازان و در گستره پژوهش (تحلیل روانشناختی از مذهب)». فصلنامه مطالعات تربیتی و روانشناسی، ش ۱.

۱۶. Allport, G.W, & Ross, J. M. (۱۹۶۷). Personal Religious Orientation and Prejudice *Journal of Personality and Social Psychology*, ۵, ۴۳۲-۴۴۳.

۱۷. Bhugra, D. (۲۰۱۰). Commentary: Religion, religious attitudes and suicide. *International Journal of Epidemiology*, ۳۹(۶), ۱۴۹۶-۱۴۹۸.

۱۸. Cox, c. (۲۰۱۱). The relationship between spirituality, stress and academic performance. masters thesis, college of bowliny green state university.

۱۹. Dierendonck D., V. (۲۰۰۵). The construct validity of ryffs scales of psychological well - being its extension with spiritual well - being. *pers Indiv Diff*. ۳۶, ۶۲۹-۴۳

۲۰. Fabricatore A. N. & Handal P. J. (۲۰۰۴). Stress, religion and health. *International Journal for the psychology of Religion*, ۱۴ (۱۲), ۹۱-۱۰۸.

۲۱. Gartner, J., Larson, D., B. & Allen, G., D. (۱۹۹۱). Religious commitment and mental health: A Review of the Empirical literature. *Journal of Psychology and theology*, ۱۹: ۶-۲۵.
۲۲. Karad mas, E. (۲۰۰۷). Positeve and negative aspect of well-bing:common and espesific predictor . *personality and individual differences* , ۴۳, ۲۷۷-۲۸۸.
۲۳. Kezdy, A., mators, T., Boland, V. & Horvath, K. (۲۰۱۰). Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: the association with religious attitudes. *Journal of Adolescence*, ۱۱, ۱-۹.
۲۴. Koeing, H.G. (۲۰۰۷). Spirituality and depression. *southern medical Journal*, ۷, ۷۳۷-۷۳۹.
۲۵. MacGregor, C. A. (۲۰۰۸). Religious socialization and children's prayer as cultural object: Boundary work in children's ۱۹th century Sunday school books. *Poetics*; ۳۶, ۴۳۵-۴۴۹.
۲۶. Miller, A. D. & Murdock, T. B. (۲۰۰۷). Modeliny latent true scores to determine the utility of aggregate student perceptions as classroom indicators in HLM: the case of classroom goal structures. *Contrmporary educational psychology*, ۳۲, ۸۳-۱۰۴.
۲۷. Nooney, G. (۲۰۰۵). Religion, stress, and mental health in adolescence. Review of religious research, ۴۶ (۴), ۳۴۱-۳۵۵.

۲۸. Rasic , D. T., Belik S. L., Elias, B., Katz, L. Y., Enns. M. & sreen, G. (۲۰۰۹). Spirituality, eligion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, ۱۱۴, ۳۲- ۴۰.
۲۹. Ryan, R. M. & Deci E. L. (۲۰۰۱). To be happy or to be self fulfilled: A reviw of research on hedonic eudaimonia. Ins. Fiske (E d). *Annual review of psychology*, ۵۲, ۱۴۱-۱۶۶.
۳۰. Ryff, C.D., Singer, B.H., & Love, G.D., (۱۹۹۸). Positive health: Connecting Well-being With Biology, *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, ۳۵۹: ۱۳۸۳-۱۳۹۴.
۳۱. Williams, A. (۲۰۱۰). Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of st. Annede Beauper, Quebee, Canada. *Social science & Medicine*, ۷۰, ۱۶۳۳-۱۶۰.