

اثر بخشی معنویت‌درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و اقدام برای رشد شخصی دانشجویان دختر

زهرا عزیز محمدی^۱، مینا مجتبائی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران.
۲. استادیار، روان‌شناسی، عضو هیات علمی دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف شناسایی اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و اقدام برای رشد شخصی دانشجویان دختر انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دختر مقطع کارشناسی بود که در نیمه دوم سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۲ نفر بود. روش نمونه‌گیری هدفمند همراه با غربال‌گری بود. بدین صورت که دانشجویانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و سپس تعداد ۳۲ نفر از افرادی که نمرات پایینی در آزمون بهزیستی روان‌شناختی و اقدام برای رشد شخصی کسب کردند انتخاب و سپس به صورت تصادفی ۱۶ نفر در هر یک از گروه‌های آزمایش اختصاص یافتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه فرم کوتاه بهزیستی روان‌شناختی ریف و پرسشنامه اقدام برای رشد شخصی رایستچک بود. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس مختلط استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل در بهزیستی روان‌شناختی و اقدام برای رشد شخصی وجود دارد. بدین معنا که نمرات بهزیستی روان‌شناختی و اقدام برای رشد شخصی در دانشجویان دختر پس از مداخله درمانی بهبود یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که معنویت‌درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و اقدام برای رشد شخصی دانشجویان تأثیر دارد و می‌توان از این درمان برای بهبود بهزیستی روانی دانشجویان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اقدام برای رشد شخصی، بهزیستی روان‌شناختی، معنویت‌درمانی گروهی، دانشجویان.

*Email: mojtabaie@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۶، شماره ۱، پیاپی ۳۰
بهار و تابستان ۱۳۹۷
صص: ۱۵۸-۱۵۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۰۴

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 16, No. 1, Serial 30

Spring & Summer
2018

pp.: 151-158

مقدمه

در سالیان اخیر رویکرد آسیب‌شناختی به مطالعه‌ی سلامتی انسان مورد انتقاد گرفته است. برخلاف این دیدگاه که سلامتی را به‌عنوان نداشتن بیماری تعریف کرده است، رویکردهای جدید بر «خوب بودن» به‌جای «بد یا بیمار بودن» تأکید می‌کنند [۱]. از این منظر، عدم وجود نشانه‌های بیماری روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادمانی، اعتمادبه‌نفس و ویژگی‌های مثبتی از این دست نشان‌دهنده‌ی سلامت و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازی مازلو، کارکرد کامل و انسان بالغ یا بالیدگی در شکل‌بندی مفهوم سلامت روان‌شناختی، این فرض بنیادین را پذیرفته و از آن بهره‌جسته‌اند [۲]. به دنبال ظهور این نظریه‌ها و جنبش روان‌شناسی مثبت که در سلامتی روانی بر وجود ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فردی تأکید داشتند، گروهی از روان‌شناسان به‌جای اصطلاح سلامت روانی از بهزیستی روان‌شناختی استفاده کرده‌اند. زیرا معتقدند این واژه بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می‌کند [۳]. در این راستا، مدل‌هایی مانند جاهودا، مدل بهزیستی ذهنی داینر و مدل ۶ عاملی بهزیستی روان‌شناختی ریف تدوین شده‌اند که در تعریف و تبیین سلامت روانی به‌جای تمرکز بر بیماری و ضعف بر توانایی‌ها و داشته‌های فرد متمرکز هستند [۴].

ریف بهزیستی روان‌شناختی را «تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه‌ی واقعی فرد» می‌داند. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود [۵]. ریف و همکاران تلاش کردند براساس مبانی فلسفی (کسانی مثل ارسطو و راسل) ملاک‌های زندگی مطلوب یا اصطلاحاً «زندگی خوب» را تعیین و دسته‌بندی کنند. بر این اساس، شش عامل پذیرش خود (توانایی دیدن و پذیرفتن قوت‌ها و ضعف‌های خود)، هدفمندی در زندگی (به معنای داشتن غایت‌ها و اهدافی است که به زندگی فرد جهت و معنا بخشد)، رشد شخصی (احساس این‌که استعدادها و توانایی‌های بالقوه فرد در تنظیم و مدیریت امور زندگی به‌ویژه مسائل زندگی روزمره) و خودمختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواست‌ها و عمل براساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد) را به‌عنوان مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی تعیین کردند.

اقدام برای رشد شخصی^۱ به‌عنوان شرکت فعالانه، ارادی و آگاهانه فرد در فرایند تغییر و تحول تعریف می‌شود [۶]. این سازه شامل مؤلفه‌های شناختی مانند علم به چگونگی تغییر و تعهد به فرایند رشد است. به‌عبارت‌دیگر، مؤلفه

شناختی شامل دانش فرد درباره‌ی چگونگی تغییر جنبه‌های خاص از زندگی خویش است. از سوی دیگر این سازه شامل مؤلفه‌های رفتاری نیز می‌شود. به‌طور خاص مؤلفه رفتاری، بر اجرای فرایند رشد دلالت دارد به‌گونه‌ای که فرد در زمینه‌هایی که تمایل به رشد دارد شروع به تغییرات لازم کند [۷]. بنابراین افرادی که از سطوح بالای رشد شخصی برخوردار هستند نه تنها می‌دانند در کدام جهت تمایل به تغییر دارند بلکه در عین حال فعالانه به دنبال فرصت‌ها و مسیرهای رشد هستند [۷]. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است بین خودکارآمدی و اقدام برای رشد شخصی رابطه مثبت وجود دارد [۸]. اقدام برای رشد شخصی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و با پریشانی روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی) رابطه معکوس وجود دارد. همچنین پژوهشگران، همبستگی مثبت بین اقدام برای رشد شخصی و خودکارآمدی و سلامت روان را در دانشجویان مقطع کارشناسی گزارش کرده‌اند [۹]. اخیراً بهره‌وری از مشاوره با رویکرد معنویت در تغییر نگرش فرد برای رفع اختلالات روانی نتیجه مثبتی نشان داده است. معنویت بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده‌ی زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد وحدت در هستی به‌وسیله افراد معنوی مشاهده می‌شود [۱۰]. رویکرد معنویت درمانی درمانگران را تشویق می‌کند که در درمان مسائل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه‌ی ایمان و معنویت درمان‌جویان در درمان‌جویان در درمان‌های بهبودی، از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسائل معنوی درمان‌جو باشد [۱۱]. مذهب و معنویت مجموعه‌ای از کلمات و چارچوب‌ها را ارائه می‌دهند که از راه آن‌ها انسان می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند [۱۲]. معنویت به‌وسیله اعمال و عقاید پذیرفته‌شده هر فرهنگ مشخصی بیان‌شده و شکل می‌گیرد. این رویکرد به معنویت در اصل اشاره دارد نیازهای معنوی به‌گونه‌ای ذاتی در قلمرو مذهب رسمی دارای رابطه عمیق با عقیده به خداوند یا هر الوهیتی می‌باشد. به نظر می‌رسد که نیازهای معنوی یک ارزش و معنای درونی و یک ارزش و معنای خارجی داشته باشد [۱۳]. با توجه به نقش معنویت و مذهب در درمان بسیاری از بیماری‌ها می‌توان گفت که نقش معنویت و مذهب در بیماری و سلامت در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است و برخی پژوهش‌گران معتقدند که معنویت بخشی از مدل زیستی، روانی، اجتماعی است. شواهدی وجود

^۱ PGI

سؤالی آلکسی‌تیمیای تورنتو، پرسشنامه سیستم‌های مغزی بازداری و فعال‌سازی رفتاری کارور و وایت (۱۹۹۴)، و پرسشنامه دست برتری ادینبورگ بودند.

۱) پرسشنامه اقدام برای رشد شخصی^۱: رابیتسچک^۲ [۷]، به‌منظور ارزیابی میزان تمایل افراد به پرداختن به اموری جهت تغییر و رشد ترقی به‌عنوان یک انسان، مقیاس اقدام برای رشد فردی را تهیه کرد. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی ۹ عبارتی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) میزان موافقت یا مخالفت خود با هریک از عبارات آن را بیان کند. دامنه نمرات مقیاس رشد فردی بین ۱ تا ۵۴ قرار دارد. همسانی درونی این آزمون در بررسی‌های مختلف بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ به‌دست‌آمده است. پایایی حاصل از بازآزمایی این مقیاس نیز در طول زمان‌های متفاوت بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. این آزمون در ایران هنجاریابی شده است [۱۹]. همسانی درونی این مقیاس، معادل ۰/۸۷ به‌دست‌آمده است که نشان از پایایی مطلوب این مقیاس دارد [۱۹]. ضریب آلفای این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۷۶ به دست آمد.

۲) پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف^۳: این مقیاس را ریف [۵] ساخت و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود. نمره بالا در این آزمون نشان دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالا و نمره پایین نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی پایین است. پژوهشگران، همبستگی این آزمون را با مقیاس ۸۴ سؤالی این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند [۲۰]. در ایران، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال را به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۳، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به‌دست‌آمده است [۲۱]. همچنین این پژوهشگران آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۷۱ گزارش نمودند. آن‌ها با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان دادند که تمامی عامل‌های این پرسشنامه از برازش خوبی برخوردار می‌باشند [۲۱].

ضریب آلفای این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۶۹ به دست آمد.

۳) طرح درمان: در این پژوهش از بسته آموزشی معنویت درمانی گروهی [۲۱] استفاده شد. روایی این بسته آموزشی مورد تأیید قرار گرفته است [۲۱]. این بسته شامل

دارد که نشان می‌دهد اعتقادات قوی مذهبی، اشتیاق معنوی، نیایش و اعمال عبادی بر روی سلامتی روانی و جسمی فرد اثرات مثبتی دارند [۱۴]. پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که معنویت درمانی و معنا درمانی بر افزایش سازگاری اجتماعی، کیفیت زندگی، سلامت روان و اضطراب‌های اجتماعی مؤثر است [۱۳، ۱۴ و ۱۵].

در بررسی وضعیت روانی افراد مبتلا به ایدز گزارش شده است که کاربرد درمان‌های روان‌شناختی همراه با شیوه‌های مذهبی باعث کاهش دردهای روحی و روانی در این بیماران شده بود [۱۶]. پژوهش در مورد دانشجویان با اعتقادات مذهبی نشان داد این افراد دارای اختلالات روانی کمتری هستند [۱۷]. پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که عدم حضور در مراسم مذهبی در میان ۳۲ درصد از افراد دارای بیماری قلبی را وجود دارد [۱۸]. در بررسی پیشینه کمتر پژوهشی یافت شد که به بررسی تأثیر معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و اقدام برای رشد شخصی دانشجویان دختر پرداخته باشد، بنابراین سؤال اصلی پژوهش حاضر به قرار زیر خواهد بود: آیا معنویت درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و اقدام برای رشد شخصی دانشجویان دختر مؤثر است؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش از نوع طرح شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل همراه با پیگیری است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب می‌شد که در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ مشغول به تحصیل بودند.

ب) نمونه پژوهش: ۱۵۰ دانشجو دختر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیدند با کمک غربالگری، ۳۲ نفر (دخترانی که در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها نمرات آن‌ها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بود انتخاب شدند و از طریق جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) جایگزین شدند. با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۹، حداقل ۳۲ نفر برآورد شدند.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این تحقیق، پرسشنامه ۲۰

³ RSPWB

¹ PGIS

² Robitschek

۱۴ گام معنویت می‌باشد که براساس آیات قرآن و روایات و احادیث معصومین و اشعار و حکمت‌ها و ادب فارسی تهیه شده است. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. طرح جلسات معنویت درمانی گروهی

جلسه	محورهای جلسه
اول	آشنایی اولیه با رویکرد و اصول اساسی رویکرد معنویت درمانی
دوم	تبیین و تعریف خودشناسی و خدانشناسی و اهمیت تمرین‌های روان‌شناختی
سوم	تبیین بعد معنوی رویکرد معنویت درمانی با تأکید بر مفهوم حضور خداوند و نگرش توحیدی
چهارم و پنجم	تبیین واکنش‌ها و نقش‌ها و نقاب‌ها
ششم	آموزش فنون کلیدی
هفتم و هشتم	آموزش فنون شناختی-هیجانی
نهم	شناخت احساس پشیمانی و تمایز آن با احساس گناه و توانمند شدن جهت حل مشکلات
دهم	ارزشیابی مستمر از خود زیر نظر فردی معنوی و تبیین مفهوم بازگشت نظام فکری ناکارآمد و نحوه مقابله با آن.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها

منابع تغییرات	عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه‌ها	اقدام برای رشد فردی	۵۹۵/۰۱۰	۱	۵۹۵/۰۱۰	۲/۶۰۱	۰/۱۱۷	۰/۰۸۰
	بهبودی روان‌شناختی	۱۸۱/۵۰۰	۱	۱۸۱/۵۰۰	۴/۵۰۹	۰/۰۴۴	۰/۱۲۲
خطا	اقدام برای رشد فردی	۶۸۶۲/۳۹۶	۳۰	۲۲۸/۷۴۷			
	بهبودی روان‌شناختی	۱۲۰۷/۵۸۵	۳۰	۴۰/۲۵۳			

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های چندگانه گروه‌های آزمایش و کنترل برای شرایط مختلف براساس اصلاح یونفرونی

شرایط	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	F	درجه آزادی	سطح معناداری
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶	۳۱/۶۹	۱۰/۷۴۴	۰/۶۸۸	۰/۰۳۶	۳۰	۰/۸۵۱
	کنترل	۱۶	۳۱/۰۰	۹/۸۰۵				
	آزمایش	۱۶	۳۲/۸۸	۹/۳۳۷	۵/۵۰۰	۲/۶۰۶	۳۰	۰/۱۱۷
	کنترل	۱۶	۲۷/۳۸	۹/۹۲۶				
پس‌آزمون	آزمایش	۱۶	۳۶/۷۵	۸/۵۴۴	۸/۷۵*	۷/۳۹۴	۳۰	۰/۰۱۱
	کنترل	۱۶	۲۸/۰۰	۹/۶۲۶				
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶	۶۳/۱۹	۴/۸۳۳	-۰/۳۱۳	۰/۰۳۸	۳۰	۰/۸۴۸
	کنترل	۱۶	۶۳/۵۰	۴/۲۷۴				
روان‌شناختی	آزمایش	۱۶	۶۶/۴۴	۳/۵۴۰	۳/۸۱۳*	۶/۳۴۶	۳۰	۰/۰۱۷
	کنترل	۱۶	۶۲/۶۳	۴/۹۱۱				
	آزمایش	۱۶	۶۶/۹۴	۳/۹۹۱	۴/۷۵۰**	۹/۵۴۴	۳۰	۰/۰۰۴
	کنترل	۱۶	۶۲/۱۹	۴/۶۷۹				

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

شیوه انجام پژوهش

هر دو گروه در دو مرحله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) با پرسشنامه اقدام برای رشد شخصی و بهبودی روان‌شناختی ریف مورد آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در کلینیک روان‌شناسی و مشاوره تحت درمان معنویت‌درمانی قرار گرفت ولی گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. ملاک‌های ورود افراد به مطالعه شامل دانشجوی دختر در حال تحصیل، مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد، و همچنین تمایل به همکاری با تیم پژوهش و اعلام رضایت برای شرکت در آزمون‌ها و شرکت در جلسات آموزش و درمان بوده است. به بیماران اطمینان داده شده بود که کلیه اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

شیوه تحلیل داده‌ها

علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، داده‌ها براساس تحلیل واریانس مختلط چند متغیره بین و درون آزمودنی‌ها (تحلیل واریانس چند متغیره نمودار دونیمه^۱) با استفاده از نرم‌افزار اس. پی. اس. آ. نسخه ۲۲ انجام شد.

² Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

¹ Split-Plot Multivariate Analysis of Variance

نتایج

پژوهشگر با استفاده از روش تحلیل واریانس مختلط چند متغیره بین و درون آزمودنی‌ها (تحلیل واریانس چند متغیره نمودار دونیمه) به تحلیل داده‌ها پرداخته است.

با توجه به جدول ۲ و به دنبال معنادار شدن اثر تعامل عامل بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی (شرایط و گروه‌ها) لازم است در عامل درون‌آزمودنی بر روی سطوح عامل بین‌آزمودنی تحلیل واریانس اجرا شود. همان‌طور که نتایج آزمون تعقیبی یونفرونی در جدول ۳ نشان می‌دهد، نمرات اقدام برای رشد فردی شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در پیگیری دارای تفاوت معنادار با یکدیگر بودند ($P=0/011$). همچنین

نمرات بهزیستی روان‌شناختی دو گروه نیز در پس‌آزمون ($P=0/017$) و پیگیری ($P=0/004$) تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند. بررسی میانگین اقدام برای رشد فردی و بهزیستی روان‌شناختی گروه‌ها نشان می‌دهد که اقدام برای رشد فردی دانشجویان گروه آزمایش در پیگیری ($8/75$) به‌طور معناداری بیشتر از شرکت‌کنندگان گروه کنترل بوده است. همچنین دانشجویان گروه آزمایش در پس‌آزمون ($3/813$) و پیگیری ($4/75$) بهزیستی روان‌شناختی بالاتری نسبت به شرکت‌کنندگان گروه کنترل داشتند که این موضوع نشان‌دهنده تأثیر معنویت درمانی گروهی بر افزایش نمرات اقدام برای رشد فردی و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان می‌باشد.

جدول ۴. نتایج مقایسه‌های چندگانه شرایط برای گروه‌های آزمایش و کنترل براساس اصلاح یونفرونی

گروه	متغیر	مقایسه شرایط	میانگین	تعداد	انحراف معیار	تفاوت میانگین	t	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش	اقدام برای رشد فردی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳۱/۶۹	۱۶	۱۰/۷۴۴	-۱/۱۸۷	-۰/۵۰۲	۱۵	۰/۶۲۳
		پیش‌آزمون- پیگیری	۳۲/۸۸	۱۶	۹/۳۳۷	-۵/۰۶۲	-۲/۰۸۴	۱۵	۰/۰۵۵
		پس‌آزمون - پیگیری	۳۶/۷۵	۱۶	۸/۵۴۴	-۳/۸۷۵	-۵/۸۹۴	۱۵	۰/۰۰۰۱
	بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۶۳/۱۹	۱۶	۴/۸۳۳	-۳/۲۵۰	-۳/۲۰۴	۱۵	۰/۰۰۶
		پیش‌آزمون- پیگیری	۶۶/۴۴	۱۶	۳/۵۴۰	-۳/۷۵۰	-۲/۷۹۸	۱۵	۰/۰۱۴
		پس‌آزمون - پیگیری	۶۶/۹۴	۱۶	۳/۹۹۱	-۰/۵۰۰	-۰/۸۵۵	۱۵	۰/۴۰۶
کنترل	اقدام برای رشد فردی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۳۱/۰۰	۱۶	۹/۸۰۵	۳/۶۲۵	۲/۱۰۸	۱۵	۰/۰۵۲
		پیش‌آزمون- پیگیری	۲۷/۳۸	۱۶	۹/۹۲۶	۳/۰۰	۱/۶۴۹	۱۵	۰/۱۲۰
		پس‌آزمون - پیگیری	۳۱/۰۰	۱۶	۹/۸۰۵	-۰/۶۲۵	-۰/۵۰۰	۱۵	۰/۶۲۵
	بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۶۳/۵۰	۱۶	۴/۲۷۴	۰/۸۷۵	۰/۹۶۴	۱۵	۰/۳۵۰
		پیش‌آزمون- پیگیری	۶۲/۶۳	۱۶	۴/۹۱۱	۱/۳۱۲	۱/۲۸۷	۱۵	۰/۲۱۷
		پس‌آزمون - پیگیری	۶۳/۵۰	۱۶	۴/۲۷۴	۰/۴۳۷	۱/۰۴۷	۱۵	۰/۳۱۲

* معنادار در سطح ۰/۰۵ * * معنادار در سطح ۰/۰۱

روان‌شناختی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در شرایط مختلف نیز حاکی از آن است که میانگین بهزیستی روان‌شناختی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون ۳/۲۵ نمره ($P=0/006$) و از پیش‌آزمون به پیگیری ۳/۷۵ نمره ($P=0/014$) افزایش یافته است. این موضوع مجدداً اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر افزایش نمرات اقدام برای رشد فردی و نمرات بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان را نشان

مقایسه‌های چندگانه‌ی تعدیل‌شده‌ی یونفرونی ($0/017 = -\frac{0/05}{3}$) برای بررسی تغییرات نمرات اقدام برای رشد فردی شرکت‌کنندگان در شرایط مختلف نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های اقدام برای رشد فردی دانشجویان گروه آزمایش از پس‌آزمون به پیگیری ۳/۸۷۵ نمره افزایش معنادار ($P=0/0001$) داشته است. بررسی نمرات بهزیستی

می‌دهد. نتایج کامل این مقایسه‌ها در جدول ۴ نشان داده شده است.

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد نمرات اقدام برای رشد فردی شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در پیگیری دارای تفاوت معنادار با یکدیگر بودند ($P=0/011$). همچنین نمرات بهزیستی روان‌شناختی دو گروه نیز در پس‌آزمون ($P=0/017$) و پیگیری ($P=0/004$) تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند. بررسی میانگین اقدام برای رشد فردی و بهزیستی روان‌شناختی گروه‌ها نشان داد که اقدام برای رشد فردی دانشجویان گروه آزمایش در پیگیری ($8/75$) به‌طور معناداری بیشتر از شرکت‌کنندگان گروه کنترل بوده است. همچنین دانشجویان گروه آزمایش در پس‌آزمون ($3/813$) و پیگیری ($4/75$) بهزیستی روان‌شناختی بالاتری نسبت به شرکت‌کنندگان گروه کنترل داشتند که این موضوع نشان دهنده تأثیر معنویت درمانی گروهی بر افزایش نمرات اقدام برای رشد فردی و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد معنویت درمانی گروهی بر افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دختر هم در فاصله‌ی بین پیش‌آزمون تا پس‌آزمون هم از پس‌آزمون تا پیگیری مؤثر بوده است. بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های [۱۶]، [۱۷] و [۱۸] که اثربخشی معنویت درمانی را بر افزایش، کاهش اضطراب، افسردگی، استرس و افزایش تاب‌آوری نشان دادند، همسو است.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت معنویت درمانی می‌تواند خلاءهای روحی انسان را پر کند و باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تلاش فردی در حیطه شناختی و رفتاری شود. معنویت درمانی به منزله یک کارگزار مهم یا گذرگاه حائز اهمیت در دانشجویان عمل می‌کند. به نظر می‌رسد انسجام معنویت در زندگی، می‌تواند از دو جهت بر بهزیستی و اقدام برای رشد شخصی دارای تأثیر باشد: از یک سو، دستیابی به منابع معنویت، خود به‌طور مستقیم می‌تواند تأمین‌کننده‌ی اصلی و عمده‌ی انرژی معطوف به هدف عمل کند و از سوی دیگر، به نحوی غیرمستقیم می‌تواند از طریق تأثیر مثبت بر شیوه‌ی تفسیر رویدادها، فرد را به برخی از نیرومندی‌های روانی مانند شادکامی و خوش‌بینی، مجهز کند که در تأمین انگیزه برای دستیابی به اهداف، مؤثر است [۱۷]. از طرف دیگر معنویت می‌تواند اهداف جدیدی مانند ایمان به غیب، عفت و پاک‌دامنی، رستگاری و فوز عظیم،

عشق و محبت به خدا، تفکر و هشیاری، توبه، صبر، دعا و نیایش و عفو و بخشش و امیدواری را برای دستیابی به این اهداف در اختیار فرد قرار دهد. همچنین معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد ارزیابی شناختی مهمی را در فرایند مقابله، تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ی متفاوتی ارزیابی نموده و حس قوی‌تری از کنترل ایجاد نماید [۱۶]. پژوهش‌گران معتقدند ارتباط معنوی با قدرت بیکران به فرد این اطمینان را می‌دهد که نیروی قوی همیشه او را حمایت می‌کند و این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر گذرانده و کمتر دستخوش استرس و اضطراب می‌شوند، در نتیجه انتظار این افراد از آینده امیدوارانه و خوش‌بینانه‌تر است [۲۲]. این افراد در زندگی به اموری توجه دارند که توان مقابله با افسردگی را در آن‌ها افزایش می‌دهد. افراد امیدوار و خوش‌بین به توانایی‌ها و استعداد‌های مختلف در زندگی خود باور دارند. این باور، امید نسبت به آینده و موفقیت را در این افراد افزایش می‌دهد. بنابراین احساس امیدواری و احساس موفقیت، باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و اقدام برای رشد شخصی می‌شود [۱۸].

معنویت می‌تواند با تأمین منابع حمایتی برای فرد و نیز به شکلی غیرمستقیم‌تر از طریق تأثیرگذاری بر امید و خوش‌بینی باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تلاش برای رشد شخصی شود. عقاید معنوی و دینی، احساس تسلط بر سرنوشت شخص را فراهم می‌کند و اگر فرد معتقد ایمان کامل به خداوند داشته باشد، می‌تواند از هر وضعیتی، نتیجه‌ی خوب به دست آورد و تعجب‌آور نیست که چنین اعتقادی، احتمالاً نتایج روان‌شناختی قدرتمندی داشته باشد [۱۷]. بر طبق نظریه یونگ یکپارچه کردن ناهشیار با هشیار به فرد کمک می‌کند به سطح سلامت روانی مثبتی دست یابد [۲۲]. یونگ نیاز معنوی را یک واقعیت روانی می‌داند و معتقد است که این نیاز از طریق تجربه به دست می‌یابد. با توجه به نظر یونگ می‌توان چنین استدلال کرد که تجربه معنوی گروه آزمایش از طریق دریافت معنویت درمانی گروهی بالا رفته، نیاز معنوی آن‌ها ارضا شده و لذا بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها افزایش یافته و بیشتر از افراد گروه کنترل برای رشد شخصی خود تلاش کرده‌اند [۲۳].

از سوی دیگر، اقدام برای رشد شخصی شامل مؤلفه شناختی شامل دانش فرد درباره‌ی چگونگی تغییر جنبه‌ای خاص از زندگی خویش و مؤلفه‌های رفتاری است [۷]. بنابراین افرادی که از سطوح بالای رشد شخصی برخوردار هستند نه تنها می‌دانند در کدام جهت تمایل به تغییر دارند بلکه در عین حال فعالانه به دنبال فرصت‌ها و مسیرهای رشد

از آموزه‌های دینی و معنوی توصیه می‌شود.

منابع

- 1- Ryff, C.D., & Singer, B. & Lau, B. (2004). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. In C.L.M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Positive psychology and the life well-lived* (pp. 15-36). Washington, DC: APA.
- 2- Ryan, R. & Deci, E.L. (2001). Self-determination Theory and Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-being. *American Psychologist*, 55(1) pp. 68-78.
- 3- Ryff, C.D., & Singer, B., (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, 9, pp. 1-28.
- 4- Comton, W.C. (2001). Toward a tripartite factors structure of mental health. *Journal of mental health*, 135(2) pp. 58-65.
- 5- Ryff, C.D. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *International journal for the advancement of counseling*, 20(1) pp. 79-83
- 6- Sharma, H. L., & Rani, R. (2013). Relationship of personal growth initiative with self-efficacy among university postgraduate students. *Journal of Education and Practice*, 4(16) pp. 125-134.
- 7- Robitschek C. (1998). Personal growth initiative: The construct and its measure. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 30, pp.183-98.
- 8- Ayub, N., & Iqbal, SH. (2012). The relationship of personal growth initiative, Psychological well-being, and psychological distress among adolescents. *Journal of Teaching and Education*, 1(6) pp.101-107.
- 9- Ogunyemi, A.O., & Mabekoje, S.O. (2007). Self-efficacy, risk-taking behavior and mental health as predictors of personal growth initiative among university undergraduates. *Journal of research in Educational Psychology*, 12, pp. 349-362.
- 10- Bush, A. L., Jameson, J. P., Barrera, T., Phillips, L. L., Lachner, N., Stanley, M. A. (2012). An evaluation of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality in older patients with prior depression or anxiety. *Mental Health, Religion & Culture*, 15(2), pp. 191-203.
- 11- Hook, J.N., Worthington, E. L., Davis, D. E., Jennings, D.J., Gartner, A.L., & Hook, J.P. (2010). Religious spiritual therapies and empirically supported. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), pp. 46-72.
- 12- Richards, PC. & Bergin, AE. (2005). A Spiritual

هستند [۷]. اقدام برای رشد شخصی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و با پریشانی روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی) رابطه معکوس وجود دارد. در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان گرایش کم‌عمق فرد به یک مذهب یا فقه خاص، توسط خود او و به‌طور انتخابی شکل می‌گیرد تا نیازهای بدوی او را ارضا سازد. در مذهب بیرونی، توجه فرد به‌سوی خدا معطوف می‌شود، اما بازهم این توجه شامل صرف‌نظر کردن از خود نمی‌شود [۵]، اما در مقابل مردمانی که دارای مذهبی درونی هستند، انگیزه اصلی خود را در مذهب جستجو می‌کنند و با پیوستن به مذهب یا فرقه‌ای خاص، در تلاش درونی‌سازی مذهب و پیروی کامل از آن هستند [۷] که دسته دوم ویژگی‌های افراد معنوی را دارا می‌باشند. با توجه به رویکرد آلپورت می‌توان یافته‌های پژوهش را چنین تبیین نمود که دریافت آموزش معنویت درمانی گروهی باعث شده گروه آزمایش با انگیزه اصلی خود را در مذهب بیابند و تلاش بیشتری در جهت درونی‌سازی مذهب داشته باشند. و این باعث شده گروه آزمایش در مقابل گروه کنترل تلاش‌های بیشتری را در جهت رشد فردی خود اعمال کنند و همچنین با برخورداری از مذهبی پخته با انگیزه درونی از سلامت روانی بیشتری برخوردار شوند [۲۳]. همچنین مذهب به‌عنوان نوعی پاسخ به تجربه معنوی می‌تواند نقش مهمی در تأمین سلامت معنوی بازی کند [۲۴]. یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان چنین تبیین نمود که براساس مدل چند نظریه‌ای یا مدل مراحل تغییر، ایجاد تغییر در رفتار بهداشتی، فرایندی پیچیده است و افراد چنین تغییراتی را به‌تدریج و نه لزوماً در یک ترکیب خطی تجربه می‌کنند. افراد به شکل مارپیچ از یک مرحله به مرحله‌ی دیگر می‌روند که ممکن است شامل حرکت به مراحل جدید و بازگشت به مراحل قبلی باشد، تا جایی که در نهایت فرایند تغییر رفتار را کامل می‌کنند [۸]. همچنین می‌توان گفت معنویت با دادن بینش عمیق به فرد، وی را در برابر رویدادها، حوادث زندگی، سختی‌ها و مشکلات آن بیمه می‌کند. در واقع فرد را قادر می‌سازد تا با صبر و تفکر با استرس‌های زندگی مقابله کرده و راه‌حل‌های منطقی و انسانی برای مشکلات بیابد [۱۳]. شاید نتایج پژوهش را با استفاده از این مدل بتوان چنین تبیین نمود که دانشجویان برای ایجاد تغییرات رفتار به زمان احتیاج داشتند و بعد از گذشت دو ماه در فاصله‌ی بین پیشگیری تا پیگیری تغییرات بیشتری را نشان دادند. با توجه به نتایج پژوهش برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌هایی به‌منظور افزایش سلامت روانی دانشجویان، اختصاص دادن فضایی جهت برگزاری گروه‌درمانی در دانشگاه‌ها و حضور پررنگ‌تر متخصصین در دانشگاه جهت بهره‌مندی دانشجویان

strategy for counseling and psychotherapy. Washington DC: American psychological Association.

13-Hedley, G.P. (2003). Religion, spirituality and health: How should Australia's medical professional's response? *MGA*, 178. pp. 86-100.

14-Colman, P.G. (2004). *Aging and development*. New York: Oxford University.

15-Koenig, H.G. (2011). "Definitions," in *Spirituality and Health Research: Methods, Measurement, Statistics, and Resources*. pp. 193-206, Templeton Foundation Press, Philadelphia: Pa, USA.

۱۶- تقی‌زاده، محمد احسان، میرعلائی، مرضیه السادات. (۱۳۹۲). مطالعه اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان. *روان‌شناسی سلامت* ۲ (۲)، صص ۱-۱۵.

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

18-Paloutzian, R. F., & Park, C.L. (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: The Guilford press.

۱۹- جوشن‌لو، محسن و قائدی، غلامحسین. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اقدام برای رشد شخصی در دانشجویان. *روانشناسی بالینی و شخصیت-دانشور رفتار سابق* ۳ (۲)، صص ۱۲۵-۱۲۱.

20-Ryff, C.D., & Singer, B. (2006). Best News Yet on the Six-factor Model of Well-being, *Social Science Research*, 35, 1103-1119.

۲۱- غباری بناب، باقر. (۱۳۸۷). مشاوره و روان‌درمانی با رویکرد معنوی. تهران: انتشارات آرون.

22-Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *American Psychologist*, 55(1), pp. 5-183.

23-Sharma, H. L., & Rani, R. (2013). Relationship of personal growth initiative with self-efficacy among university postgraduate students. *Journal of Education and Practice*, 4(16), pp. 125-134.

۲۴- اسکندری، مهدی، بهمنی، بهمن، حسنی، فریبا، عسگری، علی. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت-دانشور رفتار سابق* ۲ (۱۲): ۳-۱۴.